

SOSIAALITYÖ PSYKIATRISISSA TYÖKYVYN ARVIOINNISSA

Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta

ANTIKAINEN-JUNTUNEN EIJA

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus

Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala

Elokuu 2005

Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

ANTIKAINEN-JUNTUNEN, EIJA: Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta.

Ammatillinen lisensiaatintutkimus, 170 s., 19 liites.

Sosiaalityö, kuntouttavan sosiaalityön erikoisala

Elokuu 2005

Hakutermit: työkyvyn arviointi, empowerment, itsearviointi, arviointitutkimus, osallisuus, asianajo, seurausvastuu

Tutkimus on käytäntöpohjainen arviointitutkimus, jonka aineistona ovat sosiaalityöntekijöiden omat käsitykset roolistaan työkyvyn arvioinnissa osana psykiatrista moniammatillista tiimiä ja verkostoa. Tutkimuksen tavoite on kartoittaa sosiaalityön tavoite ja tehtävät, tavoitteen ja tehtävien toteutuminen ja toteutumisen arviointiperusteet sekä kehittämistarpeet ja -mahdollisuudet psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Kartoituksen tuloksia arvioidaan empowermentin näkökulmasta, joka on tutkimuksen teoreettinen lähtökohta. Työkyvyn arviointiin liittyvässä sosiaalityössä empowerment tarkoittaa asiakkaan ottamista mukaan oman tilanteensa määrittelyyn ja hoitonsa (ja arviointinsa) suunnitteluun ja toteutukseen, asiakkaan osallisuuden edistämistä hoidon (ja arvioinnin) ulkopuolisessa ”varsinaisessa” elämässä sekä kumpuunutta ja liittolaisuutta auttamisessa (ja arvioinnissa).

Tutkimusaineisto koottiin sosiaalityöntekijöiden ryhmäkeskusteluista Fettermanin empowerment-arviointimenetelmällä, jonka tarkoitus on auttaa arvioitavaan toimintaan osallistuvia itse arvioimaan omaa toimintaansa. Ryhmiä oli kaksi kahdesta eri kaupungista. Keskustelunauhoilta purettua tekstiä on analysoitu teemoittelemalla, vertailemalla ja tyypittelemällä sekä arvioimalla sosiaalityöntekijöiden käsityksiä tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien näkökulmasta. Sosiaalityöntekijöiden sosiaalityölle asettamat tavoitteet ja tehtävät työkyvyn arvioinnissa korostivat empowermentin kannalta tärkeää asiakkaan oikeutta osallistua tilanteensa määrittelyyn sekä liittolaisuutta auttamisessa. Aineisto ei tuottanut selkeää kuvaa siitä, miten tutkimuksessa edustettu sosiaalityö edistää asiakkaan osallisuutta elämässä laajemmin.

Tutkimusaineistosta nousi esiin kaksi päätapaa tehdä sosiaalityötä työkyvyn arviointiasiakkaiden kanssa. Ne ovat yksilökeskeinen ja verkostoituva työtapa. Yksilökeskeisessä tavassa painopiste on asiakassuhteessa, ja liittolaisuus auttamisessa koskee ennen kaikkea asiakasta ja työntekijää. Tämä työtapa edustaa perinteistä terveydenhuollon vertikaalista ja erikoistuvaa asiantuntijuutta, jossa asiantuntijuus tuodaan esiin asiakkaalle yksilövastaanotolla ja tarvittaessa muulle tiimille ja hoito-organisaation ulkopuoliselle verkostolle sairaskertomusmerkintöinä tai kirjallisena lausuntona. Verkostoituva työtapa rakentaa liittolaisuutta asiakkaan lisäksi hoito-organisaation moniammatillisen tiimin ja laajemman verkoston välille. Siinä on kyse horisontaalisesta, ammattiryhmien rajoja rikkovasta ja ylittävästä asiantuntijuudesta. Verkostoituvan työtavan ominaispiirteitä aineistossa olivat esimerkiksi puheeksi otto, aktiivinen tarttuminen asiakkaan asioiden hoitoon, oman tietämyksen ja työpanoksen aktiivinen tarjoaminen, yhteydenpito verkostoon, asianajo ja yhdessä tekeminen. Verkostoituvasti työskenneltäessä tärkeää ei ole niinkään sosiaalityön näkyminen sairaskertomuksessa tai B-lausunnona, vaan se, että sosiaalityö pyydetään mukaan työkyvyn arviointiin. Yhteistyötä pidetään luottamuksen ja arvostuksen osoituksena sekä merkinä oman asiantuntemuksen tunnustamisesta.

Sosiaalityö kantoi suurempaa vastuuta työkyvyn arvioinnin tuloksesta ja seurauksista kuin sen tosiasiallinen osuus työkyvyn arvioinnissa näyttäisi antavan aiheita. Suuri vastuunotto liittyi asiakkaiden ohjautumiseen sosiaalityöntekijälle arviointiprosessin myöhäisessä vaiheessa, jolloin asiakkaiden tilanteet olivat ehtineet monimutkaistua ja vaikeutua. Siksi sosiaalityöntekijät korostivat voimakkaasti sosiaalityön vastuuta arvioinnin kokonaisvaltaisuudesta ja asiakkaan tulevaisuuden vaihtoehtojen realiteetista. He kantoivat seurausvastuuta, joka heille ammattinsa puolesta kuuluukin. Sosiaalityön osuus moniammatillisessa arvioinnissa on tuoda esiin asiakkaalle mahdollisia tulevaisuuden vaihtoehtoja sekä ennakoita ja tuoda esiin niiden mahdollisia seurauksia.

Sosiaalityöllä ei ollut tutkimuksessa mukana olleissa työyksiköissä systemaattisia työkäytäntöjä työkyvyn arvioinnissa, vaan työkyvyn arviointiasiakkaat näyttivät ohjautuvan sosiaalityöntekijän vastaanotolle sattumanvaraisesti. Tästä seurasi se, että sosiaalityön osuus työkyvyn arvioinnissa oli epäselvä, näkymätön ja viimesijainen eikä sen kohdentumisen tarkoituksenmukaisuudesta voitu olla varmoja. Hyvinvointivaltion lupauksen mukaisesti asiakkailla pitäisi olla yksilölliseen tilanteeseensa ja tarpeisiinsa pohjautuva oikeus tulla ohjatuksi sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityön osuutta työkyvyn arvioinnissa voi yrittää selvittää ja kirkastaa lisäämällä tiedottamista sosiaalityön tehtävistä arvioinnissa, parantamalla sosiaalityön osuuden dokumentointia, seuranta ja tilastointia sekä tuomalla esiin sosiaalityön asiantuntemusta asiakkaan kuntoutusvaihtoehtojen ja niiden mahdollisten rahoitustapojen selvittämisessä ja järjestämisessä.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PSYKIATRINEN TYÖKYVYN ARVIOINTI: KÄSITE JA KÄYTÄNNÖT	8
2.1 Työkyky ja sen arviointi	8
2.2 Työkyvyn arviointi psykiatriassa	14
3 SOSIAALITYÖN OSUUS TYÖKYVYN ARVIOINNISSA	18
3.1 Sosiaalisen tilanteen selvitys	18
3.1.1 Juuret case workissa ja tapaushistoriallisessa menetelmässä	18
3.1.2 Uusia työkäytäntöjä ja -välineitä	21
3.1.3 Luokittelu ja strukturoidut lomakkeet sosiaalityön apuvälineinä	22
3.2 Sosiaalityö muutostyönä	27
4 EMPOWERMENT SOSIAALITYÖN LÄHTÖKOHTANA	32
4.1 Empowerment käsitteenä ja käytäntönä sosiaalityössä	32
4.1.1 Rosen ja Thompsonin empowerment-käsitteet	35
4.1.2 Osallistaminen ja toimijuuden tukeminen	37
4.1.3 Konfliktin näkökulma	39
4.2 Kumppanuus ja liittolaisuus auttamisessa	40
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	43
5.1 Tutkimusongelma, -menetelmät ja -aineisto	43
5.2 Tutkimuksen paikantaminen	49
5.2.1 Tutkimuksen suhde fettermannilaiseen empowerment-arviointiin	49
5.2.2 Tutkimuksen suhde asiantuntijuuden ja työkäytäntöjen tutkimiseen	53
5.3 Yhteistyö kentällä	57
5.4 Aineiston käsittely, analyysi ja esitystapa	61

6 PSYKIATRIA SOSIAALITYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	64
6.1 Psykiatrinen palvelujärjestelmä Suomessa	64
6.2 Psykiatriseen hoitotyöhön integroitu sosiaalityö	66
6.3 Mielenterveyden avopalvelujen kehitys sosiaalityön näkökulmasta	69
6.4 Psykososiaalinen orientaatio psykiatrian sosiaalityössä	75
6.5 Tutkimuksessa edustetun sosiaalityön yleisorientaatio	76
7 TYÖKYKYASIAKKAIDEN VALIKOITUMINEN SOSIAALITYÖN ASIAKKAIKSI	80
7.1 Sosiaalityön viimesijaisuus	81
7.2 Rajoiltaan epätarkkaa asiakkuutta	84
8 SOSIAALITYÖN OSUUS PSYKIATRISISSA TYÖKYVYN ARVIOINNISSA	88
8.1 Sosiaalityön tavoite	88
8.1.1 Kaupungissa X tavoitteena oikea, realistinen ratkaisu	89
8.1.2 Kaupungissa Y perusteellista keskustelua tavoitteesta	94
8.2 Sosiaalityön ydintehtävät	96
8.2.1 Kartoitus- ja selvitystehtävät	97
8.2.2 Asiakassuhdetta korostavat tehtävät	98
8.2.3 Sosiaalityöntekijä aktiivisen toimijan roolissa	100
8.2.4 Tiimiin liittyvät tehtävät	108
8.3 Sosiaalityön vastuu	111
8.4 Sosiaalityön kehittämistarpeet	116
8.4.1 Kehittämistarpeet erilaisia avo- ja laitoshoidossa	118
8.4.2 Henkilökohtaiset kehittämistarpeet arviointiperusteena	121
8.4.3 Onko sosiaalityö ottamassa aktiivisemmän roolin?	122
8.5 Sosiaalityön toteutuminen itsearvioinnin valossa	123
8.5.1 Kaupunkien välillä selvä ero	123
8.5.2 Itsearviointikriteerejä	127

8.6 Ryhmäkeskustelujen ja itsearvioinnin anti	130
8.7 Yhteenveto	132
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	136
9.1 Empowerment työkyvyn arviointiin liittyvässä sosiaalityössä	136
9.2 Sosiaalityön asiantuntemus ja sosiaalityöntekijän rooli työkyvyn arvioinnissa	142
9.3 Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten yleistettävyys	148
10 POHDINTA JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET	151
LÄHTEET	
SUULLISET JA SÄHKÖISET TIEDONANNOT SEKÄ PUHEENVUOROT	
LIITTEET	

Luettelot

Luettelo 1.	Sosiaalityön ydintehtävät psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa	96
Luettelo 2.	Sosiaalityön ydintehtävät psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa terveysosiaalityön työkäytäntöjen perusteella luokiteltuna	97
Luettelo 3.	Kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden käsityksiä realistisesta työkyvyn arvioinnin tuloksesta	105

Taulukot

Taulukko 1.	Sosiaalityön tavoiteasetteluun liittyviä avainkäsitteitä ja vastinpareja	94
Taulukko 2.	Sosiaalityön ydintehtävien tärkeysjärjestys psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa kaupungissa Y avo- ja osastohoidossa	119
Taulukko 3.	Kaupungin X ja Y sosiaalityöntekijöiden oman suoriutumisen arviointi asteikolla 4-10 työkyvyn arviointiin liittyvissä, eniten kehittämistä vaativissa ydintehtävissä	124

Kuviot

Kuvio 1.	Sosiaalityön ydintehtävien tärkeysjärjestys psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa kaupungissa X	117
Kuvio 2.	Sosiaalityön ydintehtävien tärkeysjärjestys psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa kaupungissa Y	118

Liitetaulukot	Liitetaulukko sosiaalityön ydintehtävistä kaupunkikohtaisesti luokiteltuna (liite 6)	188
----------------------	--	-----

1 JOHDANTO

Tarkastelen tutkimuksessani yhtä psykiatrian tehtävää, työkyvyn arviointia, sosiaalityön osalta. Kiinnostuin aiheesta reilut kolme vuotta sitten vaihdettuani työpaikkaa kunnan sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijästä keskussairaalan psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijäksi. Osallistun itse omalla työpaikallani psyykkisistä sairauksista tai oireista kärsivien ihmisten työkyvyn arviointiin sosiaalityöntekijänä. Tutkimus on syntynyt osana sosiaalityön ammatillista lisensiaatin koulutusta kuntouttavan sosiaalityön erikoisalalla. Tutkimuksen ohjaajina ovat toimineet VTT professori Kyösti Raunio Tampereen yliopistosta ja YTT professori Jari Heinonen Jyväskylän yliopistosta (SOSNETin edustajana).

Tutkimukseni tarkoitus on kartoittaa ja arvioida sosiaalityön osuutta ja sosiaalityöntekijän roolia psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Psykiatrisen työ- ja toimintakyvyn arviointi tapahtuu moniammatillisesti ja edellyttää usein yhteistyötä arvioinnista vastaavan yksikön ulkopuolisen verkoston kanssa. Se on prosessi, joka koostuu useammasta tutkimuksesta ja vaatii potilaalta useita käyntejä hänen tilannettaan selvittävien ja häntä hoitavien eri ammattilaisten luona. Kokonaiskuva potilaan tilanteesta syntyy prosessin lopputuloksena ja dokumentoidaan lääkärintilanteeseen. (Rovasalo 1999, 14).

Työkyvyn arviointi on nykyään varsin yleinen tehtävä psykiatriassa. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttama lyhyt- ja pitkäaikainen työkyvyttömyys on ollut kasvussa 1990-luvun alusta lähtien (Katila ja Kuoppasalmi 1999, 103). Vuonna 2003 kelan korvaamista sairausvakuutuksen päivärahapäivistä reilu viidennes johtui mielenterveyshäiriöstä. Vielä 15 vuotta sitten niiden osuus oli 11 %. (Sairaista ja ... 2005, 7.) Vuoden 2003 lopussa Suomessa oli yli 107 000 henkilöä työkyvyttömyyseläkkeellä psyykkisistä syistä. Heidän osuutensa kaikista työkyvyttömyyseläkeläisistä oli 42 %. Vuonna 2003 jäi lähes 8 900 henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle psyykkisistä syistä. He muodostivat kolmasosan kaikista sinä vuonna työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä. (Tilasto...2005, 128.) Psyykkisille häiriöille on ominaista se, että ne vievät työkyvyn somaattisia sairauksia nuorempina (Katila ja Kuoppasalmi 1999, 103). Mielenterveysongelmat ovat nykyään suurin työkyvyttömyyteen johtava syy Suomessa. Kuitenkaan mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys väestössä ei ole kasvanut vaan on sama kuin 20 vuotta sitten. (Terveys 2000-tutkimuksen ... 2002, 112, 131, 137.)

Tutkimus sosiaalityön osuudesta psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa on käytäntöpohjainen arviointitutkimus. Sen lähtökohtana ovat sosiaalityöntekijöiden käsitykset omasta roolistaan työkyvyn arvioinnissa osana psykiatrista moniammatillista tiimiä ja verkostoa. Tutkimuksen aineisto on kerätty Fettermanin empowerment-arviointimenetelmän avulla, joka on tarkoitettu itsearviointiin ja työn kehittämisen välineeksi (Fetterman ym. 1996; Fetterman 1996a; Fet-

terman 2001; Fetterman ja Wandersman 2004). Sosiaalityö ymmärretään tutkimuksessa muutostyöksi, jonka tehtävä on tukea asiakkaita ottamaan vastuu omasta elämästään. Sairaus aiheuttaa aina muutoksia ihmisen elämässä eikä elämä jatku sairauden jälkeen milloinkaan aivan ennallaan. Tutkimuksen erityisenä arviointinäkökulmana on empowerment. Psykiatria syytetään edelleen asiantuntijakeskeisyydestä, potilaan oman tahdon ja näkemyksen sivuuttamisesta hoitoa suunniteltaessa ja vallankäytöstä hoidon nimissä (ks. esimerkiksi Mielenterveysviikko, 2003). Kiinnostukseni kohdistuu siihen, missä määrin psykiatrissa työkyvyn arviota, ja nimenomaan sosiaalisen tilanteen selvitystä osana sitä, tehdään ja on mahdollista tehdä empowerment-hengessä, asiakkaan muutosprosessia tukien, asiakkaan ehdoista ja lähtökohdista käsin ja hänen osallisuuttaan edistäen.

2 PSYKIATRINEN TYÖKYVYN ARVIOINTI: KÄSITE JA KÄYTÄNNÖT

2.1 Työkyky ja sen arviointi

Työkyvyn perusta on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky (Ilmarinen 1999, 84). Toimintakyky nousi vakuutuslääketieteessä työkyvyn arvioinnin keskeiseksi käsitteeksi vuoden 1996 alusta voimaan tulleiden eläkeuudistusten myötä (Matikainen ym. 2004, 5; Virta 2001, 19). Toimintakyky on käsitteenä laajempi kuin työkyky, sillä toimintakyky sisältää sekä työstä että sen ulkopuolisista toiminnoista selviytymisen. Työkykyisellä ihmisellä toimintakyky sisältää myös reservejä. Fyysisiä reservejä tarvitaan muun muassa palautumiseen työn aiheuttamista rasituksista, henkisiä reservejä mm. antamaan lisävoimavaroja ammatillisen pätevyyden parantamiseen ja sosiaalisia reservejä mm. sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Toimintakyvyn heikkeneminen tarkoittaa sitä, että ensiksi kuluvat reservit loppuun eikä palautumiseen, oppimiseen tai uusiutumiseen enää riitä voimavaroja. Jos tilanne, jossa työn vaatimukset ylittävät ihmisen toimintakyvyn, jatkuu pitkään, on seurauksena työkyvyn heikkeneminen ja työkyvyttömyys. (Ilmarinen 1999, 84-85.) Työkykyisyys on lääketieteessä osa toimintakyvyn luokituskäsitteistöä. Työkyvyn arviointi kohdistuu henkilön toimintakykyyn ja mahdollisuuksiin osallistua erilaisiin työtehtäviin. (Aro 2004, 22.)

Mäkitalo ja Palonen (1994, 156) erottavat työkyvyn käsitteen kaksi käyttöyhteyttä, yhtäältä arvioinnin ja toisaalta edistämisen. Käsitteen historiallinen alkuperä on arvioinnin kontekstissa. Työkyvyn käsitteen avulla arvioitiin jo vuonna 1388 Englannin lain mukaan oikeutta silloisiin sosiaalisiin etuuksiin, kerjäämiseen ja köyhänapuun ja eroteltiin todelliset avun tarvitsijat teeskentelijöistä. Edistämisen kontekstiin työkyky ilmaantui paljon myöhemmin, Suomessa vasta vuonna 1990, jolloin työkykyä ylläpitävä toiminta esiintyi käsitteenä ensimmäisen kerran tulopoliittisen kokonaisratkaisun yhteydessä¹ (Järvikoski 1990, 265). Sitten työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen on kirjattu muun muassa työterveyshuoltolakiin ja siitä on tullut keskeinen kansallinen työhyvinvointistrategia (Työkykytutkimuksen ... 2001, 17). Työkyky ajattelutapana ja käsitteenä siirtyi arvioinnin kontekstista edistämisen kontekstiin ilman työkykyajattelun ja siihen perustuvien arviointivälineiden uudelleenarviointia (Mäkitalo & Palonen 1994, 156-157).

¹ Ensimmäiset kokeilut työpaikalla tapahtuvista työkyvyttömyyden ehkäisyyn kohdistuvista toiminnoista eli varhaiskuntoutuksesta, kuten toimintaa silloin kutsuttiin, ajoittuvat kuitenkin jo 1970-luvun puolelle (Järvikoski 1990, 265). Suomi oli Euroopan kärkiryhmän maa työkyvyttömyyseläkkeiden määrän lisääntymisessä 1960-luvun lopussa ja 1970-luvun alussa. Taloudellinen lama ja massatyöttömyys 1970-luvun lopulla eivät kuitenkaan suosineet työkyvyttömyyden ehkäisyä vaan tapahtui päinvastainen: kun oli pulaa työpaikoista, siirrettiin ikääntyneitä pois työmarkkinoilta aktiivisella eläkepolitiikalla. (Mt., 262-263.) Samaa politiikkaa jatkettiin lähes vuosituhatvuoden vaihteeseen asti. 1980-luvulla säädettiin työttömyyseläke sekä varhaiseläkkeet, jotka lisäsivät työntekijöiden yksilöllistä valinnanvoimaa eläkkeelle siirtymisessä. Ne johtivat yhdessä työkyvyttömyyseläkkeiden voimakkaan alkuvuoden kasvun kanssa todellisen eläkeiän alenemiseen, ikääntyneiden työntekijöiden aliarvostukseen ja eläkemenojen kohoamiseen (Lehto 2004, 20).

Arvioinnin kontekstissa työkyvyn käsite toimii hallinnollisen päätöksenteon välineenä ja siihen sisältyy kolme oletusta:

1. työkyky on yksinomaan tai pääasiassa yksilön ominaisuuksista riippuvainen ("kyky"),
2. sairaudet, viat ja vammat ovat keskeisimpiä yksilön ominaisuuksia, jotka vaikuttavat työkykyyn
3. kliininen asiantuntija-arvio sairauksien, vikojen ja vammojen asteesta kertoo luotettavimmin työkyvystä. (Mäkitalo & Palonen 1994, 156.)

Sairauden, vian ja vamman keskeisyyttä työkyvyn arvioinnissa on perusteltu niiden objektiivisuudella, kyvyllä erottaa todellinen työkyvyttömyys keinotekoisesta, teeskennelystä. Lääketieteen menetelmin uskottiin pystyttävän erottamaan todelliset työkyvyttömät eli sellaiset, jotka eivät enää pysty työhön, sellaisista, jotka eivät halua tehdä työtä. (Gould 1985, 77-79.) Lääkärit saivat työkyvyn arvioinnissa hakijasta (yksilö) ja myöntäjältä (eläkevakuutuslaitos yhteiskunnan edustajana) riippumattoman kolmannen osapuolen roolin ja joutuivat/pääsivät ratkomaan yksilöiden, työnantajien ja yhteiskunnan välisiä sosiaalisia ristiriitatilanteita lääketieteellisin perustein (Stone 1984). Työkyvyn arviointi on eläkevakuutuksen portinvartiointia, niiden seulomista, joille yhteiskunta kustantaa vakuutusmuotoisen toimeentulon työkyvyn heikkenemisen tai menettämisen takia (Metteri 2004, 118). Stonen (1984) mukaan institutionaalisen epäilyn ideologia on kuulunut alusta alkaen työkyvyn arviointiin ja muodostaa työkyvyn arviointi-instituution teoreettisen ydinsisällön. Eläkeoikeuden seulonnassa noin viidesosa hakijoista jää tätä nykyä Suomessa ilman myönteistä päätöstä. Kansaneläkelain mukaisten uusien työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentti on ollut vuodesta 1994 alkaen jatkuvasti 20-21 %, ja kehitys on samansuuntainen työeläkejärjestelmässä (Virta 2001, 14-15).

Työkyvyn arviointi sai lääketieteellisesti painottuneen sisältönsä historiallisen yhteensattuman vuoksi (Stone 1984, 90-117). Objektiivisena pidettyjen tutkimusmenetelmien kehittäminen lääketieteessä osui ajallisesti yhteen yhteiskunnallisen arvioinnin tarpeen kasvun kanssa, ja lääketiede joutui työkyvyn puolueettoman arvioijan rooliin. Suomessa tämä tapahtui suhteellisen myöhään, kansaneläkelain uudistuksen ja työeläketurvan säätämisen yhteydessä. Kansaneläkelakia muutettiin vuonna 1956 ja työeläkelakien mukaiset työeläkelait (TEL ja LEL) säädettiin vuonna 1961 ja 1962 ja yrittäjäeläkelait YEL ja MYEL vuonna 1969. Näissä laeissa säädettiin työkyvyttömyyden edellytykseksi sairauden, vian tai vamman toteaminen. (Gould 1985, 54-57.) Vielä vuoden 1937 kansaneläkelaisissa (KEL) puhuttiin yleisesti voimien heikkenemisestä työkyvyttömyyden syynä (mt., 65). Sen tulkinta oli ankara ja edellytti kyvyttömyyttä kaikkiin ammatteihin (Virta 2001, 17). Työeläkejärjestelmän syntyminen merkitsi

sitä, että myös kansaneläkejärjestelmässä siirryttiin lähemmäs ns. ammatillisen työkyvyttömyyden käsitettä.

Siirtyminen yksilön ominaisuuksia painottavasta lääketieteellisestä työkyvyn käsitteestä ammatillisen työkyvyn käsitteeseen, jossa myös työn vaatimukset otetaan huomioon yksilön ominaisuuksien lisäksi, ei juuri muuttanut työkyvyn käsitteen sisältöä (Työkykytutkimuksen ... 2001, 12). Tässä ns. työkyvyn tasapainomallissa työkyvyn alenemisen katsotaan olevan seurausta kahden elementin, yksilön suoritusten ja työn vaatimusten välisen tasapainon horjumisesta. Jos jommassakummassa tapahtuu muutoksia, tasapaino horjuu. Työkyvyn alentuminen ilmenee toimintakyvyn ja työn vaatimusten välisenä epäsuhtana: tilanteena, jossa työn vaatimukset tuntuvat ylittävän työntekijän suorituskäyvyn. Tasapainotila - työkyky - voi horjua työntekijän suorituskäyvyn heikentyessä tai työn vaatimusten muuttuessa merkittävästi. (Aro 1995, 94-95.)

Ajatus työkyvystä objektiivisesti ja mahdollisimman eksaktisti arvioitavissa ja mitattavissa olevana ilmiönä kiteytyy pyrkimykseen kehittää päätöksenteon avuksi yksiselitteinen kriteeri, indeksi tai mittari. Työkykyindeksi kehitettiin työterveyslaitoksessa, ja se koostuu vuosina 1981-1985 toteutetussa kunta-alan eläkeikätkutkimuksessa käytetyistä kysymyksistä (Tuomi ym. 1985). Sittemmin indeksistä on kehitetty jo kolmas versio (Tuomi ym. 1997). Työkykymittari rakennettiin yksilöllisten eläkeperusteiden mittariksi, ja siinä korostuvat sairaudet, viat ja vammat, työssä jaksamisen tarkastelu fyysisten ja psyykkisten voimavarojen näkökulmasta ja yksilöön rajattu näkökulma työssä jaksamiseen. Se on osin lääketieteellinen ja osin tasapainomallin mukainen. (Mäkitalo & Palonen 1994, 159.) Työkykyindeksiä käytetään myös laajojen väestöryhmien työkyvyn tutkimiseen strukturoiduilla kyselyillä tai puhelinhaastatteluilta (esim. Peltoniemi 2005). Työkykyindeksi koostuu sarjasta kysymyksiä, joissa otetaan huomioon työn ruumiilliset ja henkiset vaatimukset sekä henkilön terveydentila ja voimavarat.

Vuoden 1996 alusta voimaan tulleet eläkeuudistukset nostivat toimintakyvyn käsitteen vakuutuslääketieteellisen työkyvyn arvioinnin keskeiseksi tekijäksi (Matikainen ym. 2004, 5; Virta 2001, 19). Uudistuksella kannustettiin työssä pysymistä korostamalla kuntoutuksen ja työkyvyn ylläpidon merkitystä sekä muuttamalla eläkkeen karttumasäännöksiä työntekoa suosivaksi. Määräaikainen työkyvyttömyyseläke muutettiin työhön paluuta edistäväksi kuntoutustueksi. Sen myöntäminen edellyttää työkyvyttömyyden toteamisen lisäksi hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimista kuntoutustuen ajaksi. Lakiuudistuksen yhteydessä toteutettiin myös työkyvyttömyyseläkkeen haussa käytettävän B-lausuntolomakkeen uudistaminen (ns. B2-lausuntolomakkeen käyttöönotto), johon liittyi lääkäreille järjestetty laaja koulutushanke. Koulutuksessa painotettiin B2-lausunnon mukaisesti työkyvyn arvioinnin kolmivaiheisuutta eli

sitä, että työkyvyn arvioinnissa tulisi edetä kliinisistä havainnoista johdatusta toimintakyvystä kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnin kautta työkykyarvioon. (Virta 2001, 19-20.)

Työterveys- ja vakuutuslääkäreiden toimittaman ”Toimintakyky”-kirjan useissa artikkeleissa (Matikainen ym. 2004, 5-6; Aro 2004, 22-23; Tola 2004, 369) suositellaan, että lääkärit pitäytyvät työkyvyn arvioinnissa toimintakyvyn tutkimisessa ja kuvaamisessa ja että toimintakyvyn arvioinnissa sovelletaan kansainvälistä toimintakyvyn, toiminnanvajavuuden ja terveyden luokitusta ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Toimintakyky on esitietoihin (sairauden kehitysvaiheisiin, hoitoihin ja hoitojen vaikutuksiin), kliinisiin havaintoihin ja muihin tutkimuslöydöksiin perustuva arvio siitä, kuinka henkilö selviytyy päivittäiseen elämään liittyvistä vaatimuksista. ICF-luokituksen mukaisesti toimintakyky on arvio henkilön osallistumisen mahdollisuuksista. (Aro 2004, 25.) Työkyvyn arvioimiseksi pitäisi tuntea paitsi sairauden vaikutukset ihmiseen, myös hänen työnsä sekä sen ja sairauden mahdolliset vuorovaikutukset. Nopeasti muuttuvaa työelämää voi lääkärin olla vaikeaa seurata, todetaan kirjassa (Matikainen ym. 2004, 6). On helppo ymmärtää, että lääkärikunta kokee pulmalliseksi ammatillisten ja sosiaalisten seikkojen huomioon ottamisen. Ne eivät sisälly lääkäreiden omaan ammatilliseen kompetenssiin. (Gould 1985, 80.) Pitäytyminen toimintakyvyn arviointiin painottaa lääketieteen (ja miksei myös toiminta- ja fysioterapian) osuutta työkyvyn arvioinnissa, kun taas työkyvyn arvioinnissa pitää ottaa huomioon myös työolosuhteet ja muita ei-lääketieteellisiä näkökohtia (Virta 2001, 19).

Työkykyyn voivat tosiaan vaikuttaa myös työyhteisöön liittyvät seikat kuten työn organisointitapa, yrityksen johtamistapa, sosiaaliset työolot sekä työntekijöiden ammatilliset kehittymismahdollisuudet työyhteisössä. Työterveystutkimusten mukaan mahdollisuus tehdä sisällöltään rikasta työtä ja osallistua työtä koskevaan päätöksentekoon sekä työpaikan hyvä työilmapiiri ovat tärkeitä työkykyyn vaikuttavia tekijöitä (Vahtera ym. 1999, 82). Epäoikeudenmukaiseksi koetun päätöksenteon ja kohtelun työyhteisössä on todettu olevan riski työntekijän terveydelle (Elovainio & Kivimäki 2002, 471-472). Näin tarkasteltuna työkykyisyys ei ole vain yksilön henkilökohtainen ominaisuus, vaan yksilön, hänen työnsä, työyhteisönsä ja työympäristönsä muodostama kokonaisuus, joka on sidottu aikaan, paikkaan ja toimintaan (Järvikoski 1994, 67). Lisäksi työkykyyn vaikuttavat työntekijän työn ulkopuolinen elämä, elintavat ja elinolosuhteet. Yhteiskunnallisten tekijöiden muutokset heijastuvat työelämään ja sen vaatimuksiin ja sieltä edelleen työyhteisöihin ja yksilöihin. Työkyvystä on tullut monenlaisten toisiinsa kytköksissä olevien yksilöllisten, yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden suhde. Tällaista työkykykäsitystä kutsutaan moniulotteiseksi työkyky-käsitykseksi tai integroiduksi työkykymalliksi. (Mäkitalo & Palonen 1994, 159.)

Työkyvyn käsitteen käytön laajentuminen työkyvyn ylläpitoon ja edistämiseen on merkinnyt sitä, että työkyvyn arviointi on alkanut painottua entistä enemmän kuntoutusmahdollisuuksien arviointiin pelkän eläke-edellytysten arvioinnin sijasta. Läksyn (1995, 108) mukaan työkyvyn arvioinnin onnistumista ei pitäisi mitata myönnettyjen eläkkeiden määrällä, vaan päinvastoin: mitä useampi työkyvyn arviossa oleva asianmukaisen tutkimus- ja hoitojakson jälkeen jatkaa työelämässä, sitä onnistuneempi arviointiprosessi on. On tapahtunut siirtymä työkyvyttömyyden toteamisesta ja osoittamisesta työkyvyttömyyden ehkäisyyn ja toimintakyvyn ylläpitoon ja parantamiseen. Siirtymän viimeisimpiä ilmentymiä ovat vuoden 2004 alusta voimaan tullut kuntoutusuudistus sekä vuoden 2005 alusta voimaan tullut eläke-uudistus, jotka korostavat kuntoutuksen ensisijaisuutta eläkkeeseen verrattuna. Uudistusten taustalla väikkyä paradoksi: samalla kun väestön yleinen terveydentila on kohentunut, on väestön työkyky heikentynyt. Terveydentilan koheneminen ei ole heijastunut työssä jaksamisen paranemiseen ja työssä jatkamiseen (Ilmarinen 1995, 32).

Työkyvyn arvioinnin kannalta on tarpeen erottaa toisistaan subjektiivinen, objektiivinen ja legaalinen työkykyarvio (Tenkku 1990). Subjektiivinen työkykyarvio perustuu henkilön omaan käsitykseen koetusta suoriutumiskyvystä ja sen suhteesta työn vaativuuteen. Tämä arvio on pitkittäisleikkauksen kaltainen ja vertailukohtana on yksilön aiempi työssä suoriutuminen. Objektiivinen työkyvyn arvio perustuu pääosin kliinisiin tutkimustuloksiin täydennettynä tutkitavalta ja esimerkiksi työnantajalta tai työterveyshuollosta saaduilla tiedoilla sekä erilaisilla toimintakykytutkimuksilla ja -mittauksilla. Tämä arvio on poikkileikkauksenomainen ja vertailukohtana ovat muut vastaavaa työtä tekevät sekä kliininen kokemus eri sairauksien vaikutuksesta työkykyyn, erityisesti prognostisessa mielessä. Legaalinen työkyvyn arvio tehdään juridisin perustein. Arvio tehdään tutkittavaa tapaamatta asiakirjojen perusteella ja vertailukohtana ovat viranomaisten tiedot muista etuushakemuksista. Legaalinen tai juridinen työkyvyttömyys on tiukasti sidottu medisiiniseen perustaan: työn muutokset ja yhteiskunnan kehityksen mukanaan tuomat sosiaaliset häiriöt suodattuvat eläkkeen perusteiksi vain lääketieteellisten syysuhteiden välityksellä (Gould 1985, 69). Eläkepääätös ei ole kuitenkaan pelkkä lääketieteellinen selvitys. Samanasteinenkaan sairaus ei välttämättä aiheuta yhtäläistä työkyvyn alenemaa eri hakijoille, sillä sairauslöydökset suhteutetaan kunkin hakijan oman ansio-työn vaatimuksiin sekä hänen yksilöllisiin mahdollisuuksiinsa turvata kohtuullinen toimeentulo jollakin muulla saatavilla olevalla työllä. (Virta 2001, 17.)

Legaaliossa työkyvyn arviossa päähuomio on perinteisesti kiinnitetty työkyvyn puutteeseen eli työkyvyttömyyteen. Ajattelutapa on seurausta tarpeesta arvioida tutkittavan oikeutta taloudellisiin etuuksiin eläkevakuutuksen perusteella. (Aro 2004, 23.) Yleinen ja laajasti noudatettava työkyvyttömyyden määritelmä on työntekijäin työeläkelain (TEL) mukainen (mt.):

”Oikeus saada työkyvyttömyyseläkettä on työntekijällä, jonka työkyvyn voidaan sairauden, vian tai vamman johdosta arvioida, kun otetaan huomioon myös jo kulunut aika, olevan yhdenjaksoisesti vähintään vuoden ajan alentunut vähintään kahdella viidenneksellä. Työkyvyn alentumista arvioitaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja saatavissa olevalla sellaisella työllä, jonka suorittamista voidaan häneltä kohtuudella edellyttää silmällä pitäen hänen koulutustaan, aikaisempaa toimintaansa, ikäänsä ja asumisolosuhteitaan sekä näihin verrattavia muita seikkoja.” (Työntekijäin eläkelaki 08.07.1961/395 (TEL) 4 § 16.12.1966/639)

Tässä yksityistä sektoria koskevassa laissa samoin kuin kansaneläkelaisissa (KEL) eläkkeen saamiseksi ei riitä, että hakija tulee työkyvyttömäksi aikaisempaan työhönsä vaan yleensä työhön, jota häneltä kohtuullisuusharkinnan mukaan voidaan edellyttää. Julkisen sektorin eläkesäädöksissä (valtion eläkelaki VEL ja kunnallinen eläkelaki KES) työkyvyttömyys on määritelty kahdella tavalla. Jos työkyvyttömyys alkaa palveluksen kestäessä, arvioidaan, onko hakija tullut kykenemättömäksi omaan virkaansa tai työhönsä (ns. ammatillinen työkyvyttömyys). Jos työkyvyttömyys alkaa palveluksen päätyttyä, eläkkeen saanti edellyttää TEL- ja KEL-lain mukaista yleistä työkyvyttömyyttä. (Aro 2004, 24.)

Työkyvyn arvioinnissa tapahtunut siirtymä työkyvyttömyyden toteamisesta ja eläke-edellytysten arvioimisesta kuntoutusmahdollisuuksien arviointiin on tuonut eläkevakuutukseen uuden lakisääteisen käsitteen, työkyvyttömyyden uhan. Käsite kirjattiin kansan- ja työeläkelakiin vuoden 2004 kuntoutusuudistuksen yhteydessä (Työeläkekuntoutus 2004). Molemmissa laeissa todetaan, että:

”Vakuutetulla on oikeus saada työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta, jos sairaus aiheuttaa lähivuosina todennäköisesti objektiivisesti todettavan uhan joutua työkyvyttömyyseläkkeelle, jos ammatillisella kuntoutuksella voidaan todennäköisesti siirtää tai estää työkyvyttömyyden uhkaa ja jos ammatillisella kuntoutuksella on eläkemenoa säästävä vaikutus.”

Sairaudella tarkoitetaan asianmukaisesti diagnostisoitua sairautta, jonka osalta hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen mahdollisuudet on otettu huomioon, lähivuosilla noin viiden vuoden aikaa ja työkyvyttömyyseläkkeellä täyttä tai osatyökyvyttömyyseläkettä. Kuntoutuksen arvioidaan olevan tarkoituksenmukaista silloin, kun kuntoutuksella voidaan estää tai siirtää työkyvyttömyyden uhkaa. Tällöin voidaan olettaa, että haettu kuntoutus todennäköisesti tukee työssä jatkamista, työhön palaamista tai työelämään siirtymistä. Päätöstä tehtäessä ote-

taan huomioon muun muassa hakijan ikä, ammatti, aikaisempi toiminta, koulutus ja yhteys työelämään. Eläkemenoa säästävällä vaikutuksella tarkoitetaan sitä, että kuntoutuksen edellyttämä panostus on taloudellisesti järkevä suhteessa odotettavissa oleviin lisätyövuosiin. (Työeläkekuntoutus 2004.)

2.2 Työkyvyn arviointi psykiatriassa

Käsitteellä psykiatrinen työkyvyn arviointi voidaan tarkoittaa psyykkisen työkyvyn arviointia; sen arvioimista, miten mielenterveydenhäiriöt ja mielisairaudet vaikuttavat toimintakykyyn ja suoriutumiseen erilaisissa työtehtävissä. Toisaalta käsite viittaa toimintaympäristöön, psykiatrian palvelujärjestelmään, jossa arviointi tapahtuu. Vaikka työkyvyn arviointiasiakkaalla olisi psyykkisten sairauksien lisäksi somaattisia sairauksia, otetaan psykiatriassa kantaa vain psyykkiseen puoleen ja somaattisten oireiden ja sairauksien osalta konsultoidaan niiden hoidosta vastaavia lääkäreitä. Jokaiseen kliinisesti merkittävään psykiatriseen sairauteen tai oireiluun (ICD-10-tautiluokituksen diagnoosit F00-F99) liittyy jonkinasteista psykososiaalisen toiminta- ja työkyvyn laskua. Kaikki mielenterveyden häiriöt voivat johtaa myös pysyvään työkyvyn menetykseen. Psyykkisen oireyhtymän aiheuttama toimintakyvyn lasku voi olla hyvin yksilöllistä, ja siihen vaikuttavat oireiden lisäksi monet psykososiaaliset ja vuorovaikutustekijät. (Katila & Kuoppasalmi 1999, 104.)

Mielenterveyden käsite on varsin suhteellinen ja sopimuksenvarainen. Käsitys mielenterveyshäiriöiden syistä on vaihdellut suuresti eri aikoina. Mielenterveydenhäiriöitä on pidetty muun muassa osoituksena henkien ja demonien olemassaolosta ja toiminnasta, neurofysiologisina aivojen toimintahäiriöinä ja lapsuusiän traumojen johdannaisina. (Mielekäs elämä 2000, 18.) Mielenterveyden ja -sairauden historiaa on jaksotettu ns. mielenterveyden vallankumousten avulla (Sohlman 2004, 25-26). Ensimmäinen vallankumous ajoittuu Ranskan vallankumouksen jälkeisiin vuosikymmeniin. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien kahleet poistettiin ja heidän hoidossaan alkoi humanitaarinen jakso, jota nimitetään moraaliseksi hoidoksi. Sen idea oli, että potilas on opetettava elämään oikein. Toinen mielenterveyden vallankumous pohjautui Sigmund Freudin ajatuksiin, jotka tekivät potilaista subjekteja. Anderssonin (2000) mukaan kaikki hoitomuodot, jotka vannovat dialogin ja transferenssin nimeen, perustuvat Freudin ajatteluun. Kolmas vallankumous ajoittuu 1950- ja 1960-luvulle, jolloin mielenterveydestä tuli osa kansanterveyttä. Ajanjaksoa luonnehtivat monet erilaiset ja toisistaan erilliset ideologisesti suuntautuneet ryhmät, joille oli yhteistä kriittinen suhtautuminen psykiatriaan ja sen mahdollisuuksiin hoitaa mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä. Ajanjaksolla kehittyivät muun muassa sosiaalipsykiatria, sosiaalipsykologia sekä systeemiteoriaan perustuva Engelin (1977) biopsykososiaalisen käsite. Neljäs vallankumous merkitsi suuntautumis-

ta ennaltaehkäisyyn. Mielenterveyden käsite ja mielenterveyden edistäminen nousivat keskiöön.

Nykyisin psyykkisten häiriöiden oletetaan olevan seurausta monimutkaisesta aivojen, mielen ja sosiaalisen ympäristön vuorovaikutuksesta. Yksittäisellä tekijällä ei välttämättä ole suurta merkitystä, mutta useiden biologisten, psyykkisten ja/tai sosiaalisten riskitekijöiden samanaikainen esiintyminen lisää psyykkisen sairastumisen todennäköisyyttä. Terveen ja patologisen raja on psykiatrisissa häiriöissä liukuva. Kliininen työ keskittyy ongelma- ja häiriökeskeiseen näkökulmaan, potilaan ongelmiin, persoonallisuuden piirteisiin, oireisiin ja toimintakykyyn. (Lehtonen & Lönnqvist 2003, 14-16.) Mielenterveyden edistämisen saralla korostetaan positiivisen mielenterveyden käsitettä ja funktionaalista mielenterveyden mallia (Sohlman 2004, 35-38). Positiivinen mielenterveys käsitetään resurssiksi. Funktionaalissa mallissa mielenterveys määritellään menneisyyden ja nykyisyyden, altistavien tekijöiden (esim. perinnöllisyys, varhaislapsuuden kokemukset, perheolosuhteet, koulutus), henkilökohtaisten resurssien, laukaisevien tekijöiden, sosiaalisen kontekstin ja erilaisten mielenterveyden seurausten (esimerkiksi fyysinen terveys, psyykkiset oireet, ihmissuhteiden laatu, palvelujen käyttö) avulla (Sohlman 2004.) Mielenterveys ei tässä mallissa sijaitse samalla jatkumolla kuin mielensairaus (mt., 32).

Psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa korostuu arvioinnin prosessimaisuus. Arviointi liittyy läheisesti potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. (Katila & Kuoppasalmi 1999, 104). Lopullinen arvio pitäisi tehdä vasta hoitoyrityksen ja mieluiten vasta työkokeilun tai työhön paluuyrityksen jälkeen (Läksy 1995, 108). Työkyvyn arviointi on ensisijaisesti lääkärin, yleensä hoitavan lääkärin tehtävä. Psykiatriassa arviointi toteutetaan usein moniammatillisena ryhmätyönä, johon osallistuu tarpeen mukaan muita tiimin jäseniä, sairaanhoitaja, psykologi, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja muita erityistyöntekijöitä. Arviointi vaatii potilaalta useita käyntejä arviointiin osallistuvien työntekijöiden vastaanotolla sekä osallistumista tarvittaessa yhteen tai useampaan laajempaan kuntoutus- tai verkostopalaveriin. Kokonaiskuva potilaan tilanteesta syntyy prosessin lopputuloksena ja dokumentoidaan lääkärinlausuntoon. (Rovasalo 1999, 14.) Uuden potilaan polikliininen työkyvyn arvio vaatii Läksyn (1995, 108) mukaan vähintään 5-10 käyntiä.

Silloin, kun psyykkisen työkyvyn arviointi tapahtuu irrallaan potilaan hoidosta, arviointi tehdään yleensä aina moniammatillisesti. Arviointipaikkoja ovat tällöin kuntoutuslaitokset tai sairaaloiden kuntoutustutkimusyksiköt tai työkyvyn tutkimusyksiköt. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian poliklinikan työkyvyn tutkimusyksikössä tutkimus kestää noin kaksi kuukautta ja sisältää käyntejä psykiatrian erikoislääkärin lisäksi neurologilla, sairaalalääkärillä, sairaanhoitajalla, psykologilla ja sosiaalityöntekijällä sekä yhteenvetopa-

laverin. Hoitovastuu säilyy tutkimuksen ajan lähettävällä lääkäriellä. Tutkimukseen kuuluu usein myös verkostokokous eli yhteisneuvottelu tutkittavan esimiehen ja työterveyshuollon edustajan kanssa. (HUS.) Myös kuntoutustutkimukset kuntoutuslaitoksissa ja kuntoutustutkimusyksiköissä ovat yleensä moniammatillisia (Tossavainen 1992, 34).

Psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa tulisi edetä samalla tavalla kuin yleensä lääketieteellisessä työkyvyn arvioinnissa eli lähteä kliinisistä havainnoista johdatusta toimintakyvystä ja edetä kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnin kautta työkykyarvioon (Matikainen ym. 2004, 5-6). Psykkisen toimintakyvyn arvioinnin perustan muodostaa toimintakyvyn yksityiskohtainen sanallinen kuvaus (Heikman ym. 2004, 129-130). Toimintakyvyn selvittämiseen voidaan käyttää monia tietolähteitä ja menetelmiä, haastattelua, havainnointia, erilaisia strukturoituja kyselyjä, diagnostista ja erotusdiagnostista selvittelyä, toimintakykyarvioita sekä tarpeen mukaan työyhteisöselvityksiä, työnkuvauksia, työpaikkakäyntejä, psykologisia ja neuropsykologisia testejä sekä muiden lääketieteen alojen konsultaatiota. Tarvittaessa toimintakykyä voidaan arvioida myös tutkimusjaksolla päiväsairaalassa. (Gerlander ym. 1995, 130; Katila ja Kuoppasalmi 1999, 104; Heikman ym., 2004, 129-133.) Henkilön oma kokemus toiminta- ja työkyvystä on yksi tärkeimmistä tietolähteistä. On osoittautunut, että se ennustaa varsin johdonmukaisesti työkykyä (Gerlander ym. 1995, 129; Läksy 1995, 96; Tuomi ym. 1997; Ilmarinen 1995).

”Toimintakyky”-kirjassa (Heikman ym. 2004, 132) suositellaan, että psyykkisistä oireyhtymistä kärsivien toimintakykyä mitattaisiin ensisijaisesti SOFAS-asteikolla. Asteikko on liitteenä 1. SOFAS-asteikko tarkastelee sosiaalista ja ammatillista tai opiskeluun liittyvää toimintakykyä jatkumolla: erinomainen (100-91) huomattavasti heikentynyt (10-1). Maailman terveysjärjestön ICF-suosituksen mukaisesti toimintakyvyn arvioinnin ja kuvauksen tulisi jatkossa sisältää kolme näkökulmaa: potilaan status, potilaan toimintakyky ottaen huomioon statuslöydökset ja potilaan osallistuminen yhteiskunnan toimintaan. (Mt., 129-130.)

Ristiriita työkyvyn ilmiön laaja-alaisuuden ja arvioinnin kapea-alaisuuden välillä johtaa helposti yhteisöllisten ongelmien yksilöllistämiseen. Esimerkin voi ottaa vaikka työuupumuksesta. Kaskisaaren (2004, 129) mukaan työuupuneiden elämäkerrat huokuvat yksin kestämissen eetosta, sitä, että joutuu yksin kärsimään eikä työuupumus kommunikoidu muille. Yksilöt reagoivat työyhteisön ongelmiin usein uupumalla, masentumalla ja ahdistumalla eli oirehtimalla psyykkisesti. Psykiatriassa ei ole yhteisötason ”diagnooseja” eikä psykiatrian erikoisala hoida ”sairaita” yhteisöjä, vaan kliininen hoito kohdistuu pelkästään yksilöihin (Lehtonen ja Lönnqvist 2003, 14). Myöskään eläkelainsäädäntö ei tunne yhteisötason ilmiöitä vajaakuntoisuuden tai työkyvyttömyyteen liittyvien etuuksien ehtona. Jos sellaisia on, ne täytyy yksilöllistää ja medikaloida ennen etuuksien tai kuntoutuspalvelujen piiriin pääsyä. Ryan (1976, 7)

on kutsunut tätä prosessia ”uhrin syyttämiseksi” (blaming the victim). Leima, joka merkitsee ”uhrin” voi olla sosiaalinen eikä geneettinen. Vaikka leima nähtäisiinkin ympäristötekijöiden aiheuttamana, se sijoitetaan yksilöön, ”uhriin” ja syytä sekä ratkaisuja etsitään yksilöstä, ei yhteisöstä tai yksikön ja yhteisön suhteesta.

Vaikka psykiatrinen työkyvyn arviointi usein tehdään moniammatillisen tiimin ja verkoston yhteistyönä, ei alan käsi- ja oppikirjoissa yleensä käsitellä eri ammattien osuutta tai yhteistyötä arvioinnissa. Uusimmassa oppaassa eli ”Toimintakyky”-kirjassa (Matikainen ym. 2004) keskitytään niin somaattisen sairauksien kuin psyykkisten häiriöidenkin kohdalla sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon sekä potilaan oireiston, statuksen ja toimintakyvyn arviointiin ja kuvaamiseen. Psykkisen toimintakyvyn mittaumenetelmissä mainitaan monia menetelmiä, muun muassa psykologiset tutkimukset, toimintaterapia sekä työyhteisöselvitys (Heikman ym. 2004, 130), mutta ei sitä, miten ja kuka selvitykset ja tutkimukset tekee. Sosiaalityötä ei liki 400-sivuisessa kirjassa mainita lainkaan. Myöskään potilaan oman mielipiteen ja kokemusten selvittämistä samoin kuin yhteistyötä potilaan verkoston tai eläkelaitosten kanssa ei tuoda esiin. Jos työkyvyn arvioinnissa olevalla potilaalla on voimassa oleva työsuhde, on luonnollista tehdä yhteistyötä työnantajan ja työterveyshuollon kanssa. Ilman työsuhdetta olevien osalta tarvitaan usein yhteistyötä työvoima-, koulutus- ja sosiaaliviranomaisten kanssa. Erityisesti kuntoutuskysymyksissä on syytä pitää yhteyttä eläkelaitoksen kuntoutusneuvojaan.

Rovasalo (1999, 14-16) muodostaa poikkeuksen; hän tuo esiin psykiatrisen työkyvyn arvioinnin moniammatillisuuden. Hänen mielestään työkyvyn arviointi on sekä moniammatillisen yhteistyön että lausuntojen kirjoittamisen tekniikkaa. Yhteistyöhön on Rovasalon mukaan hyvä nivoa myös työterveyshuollon ja kuntoutuksen toteutuksesta vastaavia. Sosiaalisen tilanteen selvityksen hän näkee auttavan erityisesti moniongelmaisten potilaiden ja muiden vaikeiden työkyvyn arviointien teossa. Sosiaalityöntekijän osallistuminen arviointiin voi Rovasalon mukaan myös varhaistaa merkittävästi kuntoutuksen aloittamista ja sosiaalityöntekijästä voi olla hyötyä potilaan verkoston selvittämisessä ja hyödyntämisessä sekä yhteistyön toteutuksessa työnantajan kanssa.

3 SOSIAALITYÖN OSUUS TYÖKYVYN ARVIOINNISSA

Jokaisella psykiatrian moniammatillisen tiimin jäsenellä on oma ammatillinen tietopohjansa ja siihen perustuva näkökulmansa työkykyasiakkaan tilanteeseen. Sosiaalityön osuudeksi mielletään yleensä potilaan sosiaalisen tilanteen arvioiminen. Talon ja Hämäläisen (1997, 7) mukaan elämänhistorian anamnestinen tiedonkeruu on sosiaalityöntekijän ominta tehtäväaluetta. Sitä ei usein muisteta moniammatillisessa tiimissä, vaan moni tiimin jäsen kerää samat tiedot (mt.). Sosiaalisen tutkimuksen tarkoitus on selvittää yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutussuhdetta ja kytkeä yksilöllinen elämäntilanne ja yksilön toimintamahdollisuudet yhteiskunnan todellisuuteen. Se on selvitys asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta arvioinnin tekovaiheessa sekä hänen aiemmasta elämänsästä. Sosiaalinen tutkimus on tilannearvio, joka sisältää asiakkaan sosiaalisen tilanteen keskeiset tekijät, erityisesti ne, jotka on otettava huomioon tulevaisuutta suunniteltaessa. (Tossavainen 1992, 36-37.)

3.1 Sosiaalisen tilanteen selvitys

3.1.1 Juuret case workissa ja tapaushistoriallisessa menetelmässä

Sosiaalisen tilanteen selvityksen historialliset juuret ulottuvat 1900-luvun alkuvuosikymmeneen. Ne ovat Mary Richmondin (1917 [1955]; 1922 [1971]) kehittämässä sosiaalisessa diagnoosissa, joka oli sosiaalityön kliininen perustutkimus case workissa ja erityisesti Ada Sheffieldin (1920) case workin pohjalta kehittämässä tapaushistoriallisessa menetelmässä. Keskeistä case workissa oli tarkka perehtyminen asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen ja sosiologisen sekä psykologisen tiedon yhdistäminen huolellisesti laadituksi sosiaalisiksi diagnoosiksi (Granfelt 1993, 179). Näin se toimi kritiikkinä perinteistä uskonnon motivoimaa, summittaiselta vaikuttanutta almujen antamista sekä toisaalta sellaista vanhaa rangaistusluonteista ja laitospainotteista sosiaalihuoltoa kohtaan, jossa ankarien olosuhteiden oli ajateltu pitävän turhat avunhakijat loitolla (Sipilä 1989, 29-30). Richmondilaista case workia seurasi erilaisia koulukuntia, joista osa ammensi näkökulmansa vahvasti psykologisista teorioista (ks. Toikko 2000; Toikko 2001).

Sheffieldin kehittämä sovellus, tapaushistoriallinen aineisto, case history käsitti sosiaalityöntekijän kokoaman ja jäsentämän asiakkaan elämänhistorian. Aineiston keruussa noudatettiin Richmondin esittelemää systemaattista työtappaa, mutta keskeinen huomio kiinnitettiin menneisiin asioihin. Richmond itse painotti asiakkaiden arkisten elinolojen selvittämistä (Eräsaari 1986, 94-95, ref. Arnkil 1991, 70). Tapaushistoriallisessa menetelmässä asiakkaan elämänhistorian oletettiin kehystävän hänen nykytilannettaan ja ongelmiaan. (Sheffield 1920, 42-74.) Tapaushistoriallisen aineiston kokoamisesta ja jäsentämisestä muodostui 1920-luvulla Yh-

dysvalloissa sosiaalityön oma menetelmä erityisesti perheneuvonnassa ja psykiatrisessa sairaanhoidossa (Toikko 2001, 30). Tapaushistoriallisen menetelmän suosio Yhdysvalloissa perustui Toikon (mt.) mukaan yhteiskunnalliseen kysyntään; muut ammattiryhmät, psykologit ja psykiatrit hyödynsivät tapaushistorioita ja sosiaalityöntekijät nostivat niiden avulla professionaalista statustaan.

Vuosiin 1917-1929 sijoittuvaa vaihetta Yhdysvaltojen sosiaalityössä on kutsuttu ”psykiatrisen harharetken” kaudeksi (Briar ja Miller 1971, 9; ref. Kananoja ja Pentinmäki 1977, 30). Sota tarjosi hyvän kasvualustan Sigmund Freudin psykoanalyttisille teorioille, joita alettiin soveltaa muun muussa sotapsykoosien hoidossa. Sosiaalityöntekijät tutustuivat psykoanalyttisen teorian sovelluksiin käytännön työssä sodanaikaisissa kotipalvelutoimistoissa ja armeijan sairaaloissa. Sosiaalityö omaksui monia muita auttamisammatteja nopeammin omaksi perusteoriakseen psykoanalyttisen teorian, joka muilla aloilla joutui kamppailemaan asemastaan behavioristisen suuntauksen kanssa. Psykiatria alkoi hallita sosiaalityöntekijöiden koulutusta ja psykiatriset ongelmat nähtiin sosiaalityön keskeisimpinä ongelmina. Sosiaalisessa tutkimuksessa pyrittiin kartoittamaan nimenomaan asiakkaan psykologista kehityshistoriaa.

Suomalaiseen sosiaalityöhön Sheffieldin tapaushistoriallinen menetelmä alkoi levitä 1930-luvulla (Toikko 2001, 32-34). Se otettiin Suomessa käyttöön psykiatriassa, kriminologiassa ja kasvatustieteessä (Mäki 1934, 412). Case historyn tarkoituksena nähtiin luoda mahdollisimman ehjä ja täydellinen kuva yksilön elämästä ja persoonallisuuden kehityksestä varhaisimmasta lapsuudesta lähtien. Sosiaalinen tutkimus oli yksi case history-tutkimuksen neljästä osasta. Muut osat olivat yleislääketieteellinen, psykiatrisen ja psykologinen tutkimus. Sosiaalisen tutkimuksen keskeisin osa oli henkilöhistoria. Asiakkaan elämäntiedot kerättiin haastattelemalla tai kyselylomakkeen avulla. Joskus asiakasta itseään pyydettiin kirjoittamaan elämästään. Myös kotikäyntejä tehtiin ja omaisia haastateltiin tarvittaessa. Sosiaalinen tutkimus palveli potilaan hoitoa ja sen tarkoitus oli ”kuvittaa” hänen aikaisempaa elämäänsä, hänen omaisiaan, koti- ja perheolojaan, elinympäristöä sekä yleensä niitä sosiaalisia tilanteita, joita potilas oli elämänsä aikana kohdannut. (Mt., 414-415.) Sosiaalisen tutkimuksen pohjalta laadittiin sosiaalinen diagnoosi ja huoltosuunnitelma (Hakola 1946, 38-39).

Case workin ns. psykologinen käänne (ks. Toikko 2001, 34-39) asetti kyseenalaiseksi tapaushistoriallisen työtavan. Sosiaalisen tilanteen selvittämisen osalta Robinson (1930, 96) kritisoi erityisesti case workin tapaa kiinnittää huomio tapausten historialliseen tarkasteluun. Uuden psykoanalyttiseen teoriaan ja psykologisiin teorioihin pohjautuvan case workin mukaan yksilön täydellisellä henkilö- ja sosiaalishistorialla oli vain vähän merkitystä itse hoitotyössä (mt., 103). Uuden case workin tavoitteena oli dynaaminen asiakassuhde, jonka avulla sosiaalityöntekijä käsittelee asiakkaan nykyisiä ongelmia (mt., 150). Asioiden todentaminen

Richmondin tarkoittamalla tavalla ei ollut Robinsonin mielestä edes mahdollista. Hänen mielestään tärkein tiedonlähde on asiakkaan oma kertomus, hänen tarinansa. Asiakkaan tarina on ainoa todellisuus, joka voidaan saavuttaa. (Mt., 143.) Asiakkaan kertomuksen paikkansa-pitävyyttä ei voida asettaa kyseenalaiseksi, koska hoidon tavoite oli luoda asiakkaalle mahdollisimman turvallinen tila oman tahtonsa ilmaisemiseen (mt., 96).

Case workin huippuaika Suomessa sijoittuu 1950-luvulle² (Toikko 2001, 86). Perinteinen taloudelliseen avustamiseen keskittynyt huoltotyö ei enää kyennyt vastaamaan sodanjälkeisiin uudenlaisiin psykososiaalisiin ongelmiin. Uutta työmenetelmää ei Suomessa omaksuttu kriittittä, vaan case work aiheutti täällä suoranaisten metodikiistan vanhan juridis-hallinnollisen sosiaalihuollon ja uuden työmenetelmän kannattajien välillä (esim. Arnkil 1991, 69-7; Toikko 2003). Juridis-hallinnollinen lähtökohta säilytti pitkään vahvan asemansa varsinkin kunnallisissa sosiaalitoimistoissa, kun taas case work omaksuttiin ensimmäisenä terveydenhuollon sosiaalityössä sekä uusissa terapeuttipainotteisemmissa sosiaalityön toimipisteissä, esimerkiksi A-klinikoilla ja perheneuvoloissa. Sittenkin psykososiaalisesta sosiaalityöstä on muodostunut eräänlainen yleiskäsité, jolla kuvataan sosiaalityön tapauskohtaista orientaatiota (Toikko 2001, 180). Toikko (mt.) pitää sen omimpana piirteenä yksilökohtaisuutta siinä mielessä, että psykososiaalinen työskentely edellyttää henkilökohtaista kontaktia asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välillä.

Sosiaalisen tilanteen selvittämistä ei ole pohdittu sosiaalityön kirjallisuudessa erillisenä kysymyksenä sitten case workin ajan. Aihetta on kuitenkin sivuttu muun muassa sosiaalityön dokumentoinnista käydyn keskustelun yhteydessä. Case work-dokumenteille tyypillistä kertomuksellista muotoa alettiin 1970-luvulla enenevästi arvostella ja tilalle ehdotettiin strukturoitua dokumentointia (Tapola 2003, 14). Se sopi hyvin ajan tilivelvollisuutta korostavaan ilma- piiriin. Sosiaalityöntekijän oli kyettävä raportoimaan, mitä työssään teki ja mikä oli työn tulos. Tapolan (mt., 15) mukaan sen ajan kirjoituksissa ehdotetuille dokumentoinnin strukturoiduille malleille oli ominaista ajatus sosiaalityöstä ajallisesti rajattuna tavoitetietoisena ongelmanratkaisuprosessina. Hän näkee ajattelutavassa yhtäläisyyksiä 1970-80-luvulla kehitettyihin sosiaalityön prosessia kuvaaviin ns. vaihemalleihin, joita mm. Karvinen (1993) on esitellyt. Strukturoidun dokumentoinnin vaarana on atomistinen lähestymistapa, jossa asiakkaan ongelma jaetaan yksittäisiksi ongelmiksi, jotka ratkaistaan asiakkaan ilmoittamassa kiireellisyysjärjestyksessä. Sosiaalityön kokonaisvaltaisuutta korostavat lähestymistavat pitävät sel- laista sosiaalityöhön soveltumattomana (esim. Eskola 1991).

² Viimeinen suomalainen yksilökohtaisen sosiaalityön oppikirja (Kananoja ja Pentinmäki 1977) ilmestyi niinkin myöhään kuin vuonna 1977. Siinä kuvataan yksityiskohtaisesti esimerkkien avulla, miten sosiaalityö tutkii "tapauksia", muodostaa siitä psykososiaalisen diagnoosin ja laatii sen pohjalta tavoitteet ja strategian ongelmien hoitamiseksi. Sosiaalinen tutkimus kattaa perinteisten sosiaalisten seikkojen lisäksi kuvauksen asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä, asiakkaan arvoista ja normeista sekä persoonallisuudesta ja käyttäytymisen dynamiikasta (mt., 141).

Sosiaalisen tutkimuksen lähtökohta on nykyisyys; tutkimus on ennen kaikkea poikkileikkaus tutkimusvaiheessa ajankohtaisista tekijöistä. Koska nykytilanne harvoin on ymmärrettävissä ilman perspektiiviä ihmisen elämänselän historiaan, ei menneisyyttäkään voi jättää ottamatta huomioon. Tulevaisuuden näkymät rakentuvat jo eletyn elämän jatkoksi. Siksi sosiaalisessa tutkimuksessa on usein rakennettava ulottuvuutta aina henkilön syntymään asti, jotta elämänkulkku hahmottuisi ja kytkennät arkiseen todellisuuteen ja yhteiskunnan ehtoihin jäsentyisivät. (Mt., 42-43.)

Kun sosiaalisen tilanteen selvitystä tehdään tilanteessa, jossa ihmisen työkyky on uhattuna, voidaan selvitykselle antaa myös narratiivisia, tarinallisia merkityksiä. Tarinallisen lähestymistavan lähtökohtana on ajatus, että ihminen elää elämänsä ikään kuin se olisi tarina, jonka päähenkilö hän on (MacIntyre 1981). Sairastuminen uhkaa elämäntarinan jatkuvuutta ja merkityksellisyyttä (Hänninen ja Valkonen 2000, 144). Hänninen ja Valkonen (mt.) kutsuvat sairastumisen aiheuttamaa tyhjiötä tarinalliseksi haasteeksi, kutsuksi arvioida uudelleen elämää aiemmin ohjannutta tarinaa. Tarinallisen kuntoutumisen myötä ihminen saa takaisin kokemuksen elämäntarinan jatkuvuudesta, arvokkuudesta ja merkityksellisyydestä. Kun ihminen kykenee ajattelemaan, että hänen tarinallaan ylipäänsä on jatko, muuttuu myös hänen suhteensa menneisyyteen (vrt. Thompson 2000, 118).

Psykiatriassa on terapioiden erilaistumisen myötä otettu käyttöön myös useita erilaisia narratiivisia terapioidia (ks. Arvilommi 1998; Payne 2000). Narratiivinen terapeutti ei tiedä vastauksia etukäteen vaan kuuntelee asiakkaansa tarinaa, auttaa häntä kiinnittämään huomiota poikkeuksiin tarinassa, rakentaa asiakkaan kanssa uutta tarinaa ja rohkaisee häntä elämään sitä. Narratiivisessa terapiassa ei lähdetä siitä perinteisempien terapioiden ajatuksesta, että ihminen tai hänen systeeminsä tarvitsee ongelmaa, vaan narratiivinen terapeutti pyrkii vahvistamaan sellaisia tarinoita, jotka eivät ylläpidä ongelmaa. Narratiivista ajattelutapaa voi mielestäni hyvin soveltaa myös sosiaalityön asiakastyössä. Ihmisen elämänkaaren tapahtumia koottaessa niistä muodostuu helposti kertomus. Sosiaalisen tilanteen selvitys on yksi väline, jonka avulla tarinallista kuntoutumista voidaan tukea. Elämäntapahtumien merkitysten tarkastelu ja erityisesti vaihtoehtoisten ja uusien tulkintojen syntyminen edellyttää elämäntarinan kuuntelijaa (vrt. Saarenheimo 1997, 100). Sosiaalityöntekijä voi toimia peilinä ja toisen näkökulman tarjoajana.

3.1.3 Luokittelu ja strukturoidut lomakkeet ja mallit sosiaalityön apuvälineinä

Viime vuosina suomalaisessa sosiaalityössä on ollut muutamia sosiaalisen tilanteen selvittämistä sivuavia käytännön kehittämishankkeita. Terveystenhuollon sosiaalityön luokitus (1998) on syntynyt käytännön tarpeisiin ja kuvaa vallitsevia sosiaalityön käytäntöjä eikä sillä

näin ollen ole selviä teoreettisia kytkentöjä. Sen tavoitteena on hahmottaa sosiaalityön yhteinen sisältö ja keskeiset elementit sairaaloissa, terveyskeskuksissa, psykiatrisilla poliklinikoilla, mielenterveystoimistoissa ja kuntoutuslaitoksissa. Tarkoituksena on ollut saada aikaan tiivis ja konkreettinen, mutta kattava jäsenitys sosiaalityön sisällöstä. (Mt., 23-24).

Terveydenhuollon sosiaalityön luokitusoppaan mukaan sosiaalisen tilanteen selvitys on kuvaus asiakkaan ajankohtaisesta tilanteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Sairauden ja vajaakuntoisuuden aiheuttamia muutoksia tarkastellaan siinä yhteiskunnallisissa yhteyksissään muun muassa työkyvyn, toimeentulon, perhetilanteen, asumisen, ihmissuhteiden ja arkipäiväisen selviytymisen kannalta. Sen perusteella arvioidaan myös sosiaaliturvan saannin edellytykset. Sen tietoja käytetään hoidon ja kuntoutuksen sekä sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien tarpeen arvioinnissa ja toteutuksessa. Selvitys kootaan asiakasta haastatteleamalla ja asiakirjoista. Tarvittaessa tehdään yhteistyötä omaisten ja viranomaisverkoston kanssa. Sosiaalinen arvio on sosiaalityön kliininen perustutkimus, johon sosiaalityön interventiot perustuvat. (Terveydenhuollon sosiaalityön ...1998, 45.)

Luokitusoppaassa sosiaalisen tilanteen selvitystä kutsutaan yleisnimikkeellä sosiaalinen arvio. Sen laajuus ja syvyys voi vaihdella käyttötarkoituksen ja asiakkaan tilanteen mukaan. Laajimmasta ja syvimmästä sosiaalisen tilanteen selvityksestä käytetään oppaassa nimitystä sosiaalinen tutkimus. Sillä tarkoitetaan selvitystä, joka syntyy osana moniammatillista ryhmätyötä, jolla on pitkäaikaiset vaikutukset asiakkaan elämään ja joka edellyttää osapuolilta pitkäaikaista sitoutumista kuntoutussuunnitelmaan. (Mt., 45.) Sosiaalinen kliininen tutkimus (examination) haluttiin oppaassa nimitysvalinnan avulla rinnastaa lääkärin, psykologin, toimintaterapeutin ja fysioterapeutin vastaavaan tutkimukseen mutta erottaa sosiaalityön tieteellisestä tutkimuksesta (research). Tavallisesti käytetyn nimityksen sosiaalisen tilanteen selvitys tai arviointi oppaan tekijät kokivat vähätteleväksi ja epämääräiseksi. (Mt., 25.)

Luokituksessa (mt.) sosiaalityö on jaettu viiteen pääluokkaan ja pääluokat on eritelty alaluokkiin kaksipuolisesti. Sosiaalinen arvio on yksi viidestä pääluokasta. Muut pääluokat ovat sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, toimeentulon turvaaminen, asiantuntija- ja koulutustehävät sekä hallinto ja kehittäminen. Kolme ensimmäistä pääluokkaa kuvaavat asiakaskohtaista työtä. Asiantuntijatyö on epäsuoraa asiakkaan hoitoon tai palvelujen laatuun liittyvää työtä (mt., 51). Siihen sisältyy myös sosiaalityön yhteiskunnallinen funktio. Yhteiskunnallisen vaikuttamisen tavoite on oppaan mukaan palautteen antaminen sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmien epäkohdista ja väliinputoamisista sekä aloitteiden teko tilanteiden korjaamiseksi. Hallinto ja kehittäminen ovat sosiaalityön tekemisen edellytyksiä varmistavaa työtä. (Mt., 52.) Vaikka sosiaalityön osat on luokituksessa erotettu toistaan, mielletään sosiaalityö siinä pro-

sessiksi. Sosiaalityössä tapahtuu koko ajan päällekkäisiä toimintoja, joita on mahdotonta itse työtapahtumassa erotella toisistaan. (Mt., 25).

Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus soveltuu hyvin sosiaalityön yleiskuvaukseksi terveydenhuollossa. Siitä on helppo tunnistaa oma työ. Itse olen käyttänyt sitä hyväksi esitellessäni työtäni. Olen soveltanut sitä työn kuvaukseen sekä psykiatrian poliklinikalla että aiemmassa työpaikassani kunnallisessa vanhusten sosiaalityössä. Yleisyytensä vuoksi luokitukselta on vaikea keksiä kohtia, joista voisi olla eri mieltä. Aho (1999b, 29) on viitannut luokitusta arvioi-
dessaan luokittelun ikäsuosongelmaan: miten säilyttää kokonaisuus näkyvässä, kun työ eritellään elementteihinsä. Kokonaisuus voi olla eriteltävissä osiin, mutta kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Sosiaalityön yhteiskunnallinen tehtävä on mielestäni käsitelty oppaassa melko kapeasti: se on liitetty vain sosiaaliturvan ja –palveluiden aukoista ja puutteista annettavaan palautteeseen ja aloitteiden tekoon. Empowerment-näkökulmasta myös yksilö- ja perhekeskeinen työ voidaan mieltää yhteiskunnalliseksi välillisesti. Omasta elämästään vastuun ottava ihminen pystyy toimimaan myös yhteiskunnallisesti aktiivisesti.

Ahon (mt.) huomautus ongelmallisuudesta jakaa kokonaisuus osiin menettämättä kokonaisuutta muistuttaa siitä, että sosiaalityöllä ei ole yhtä yksittäistä tehtävää psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. Esimerkiksi sosiaalisen tilanteen arvio ei ole vain arvio, vaan arviointiin liittyy myös psykososiaalista tukea ja taloudellisen toimeentulon turvaamista. Särkelä (2001, 65) erottaa auttavassa kohtaamisessa kolme tehtävää. Ensinnäkin auttajan on tehtävä arvio asiakkaan tilanteesta. Toiseksi hänen on kyettävä luomaan sellainen suhde asiakkaaseen, jonka varassa työskentely voi edetä. Kolmanneksi hänen on pysyttävä asiakasta auttaviin toimenpiteisiin. Kolme tehtävää kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa, vaikuttavat toisiinsa ja etenevät työssä samanaikaisesti ja rinnakkain. Lisäksi sosiaalityöntekijä toimii omassa työyhteisössään ja työkykyasiakkaan laajemmassa verkostossa psykiatrian sosiaalityön asiantuntijana ja vaikuttaa omalta osaltaan, halusi tai ei, työkyvyn arvioinnin menettelytapoihin omassa työyhteisössään ja yleisemmin yhteiskunnassa.

Toinen sosiaalisen tilanteen selvityksen kannalta kiinnostava kehittämishanke on saanut alkunsa Kelan Turun kuntoutuksen palveluyksiköstä (nykyinen Petrea) ja jatkuu Stakesin luokituskeskuksessa. Se on terveydenhuollon sosiaalityön luokitusta teoreettisesti kunnianhimoisempi. Turussa on kehitetty moniammatillisessa tutkimustiimissä toimintakyvyn kolmiulotteista biopsykososiaalista mallia (Bio-Psycho-Social Dimensional Classification, BPSDC-malli), jossa sosiaaliselle ulottuvuudelle annetaan yhtä itsenäinen asema kuin fyysisille ja psyykkisille tekijöille (Talo ym. 1996). Mallin pohjana oli alun perin Maailman Terveysjärjestön (WHO) sairauden seurausten kansainvälinen ICDH-luokittelu (Talo 1997, 5), jonka ISIDH-2 versiota WHO:n yleiskokous päätti vuonna 2001 ryhtyä nimeämään käsitteellä ICF

(International Classification of Functioning, Disability and Health) (Talo 2001, 35). Stakes on julkaissut ICF-luokituksen suomeksi vuonna 2004 (ICF ... 2004). Toimintakykyä kuvataan BPSDC-mallissa fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten asioiden yhteenliittymänä ja vuorovaikutuksena kolmella eri ulottuvuudella, kehon (elintoimintojen ja rakenteen), toiminnan ja osallistumisen ulottuvuudella. Esimerkiksi osallistumisen ulottuvuudelle sijoittuva työssäkäynti on sosiaalinen ja yhteiskunnallinen asia, mutta työntekoon vaikuttavat myös yksilön ruumiilliset ominaisuudet (biotaso) sekä toiveet siitä, mikä hän haluaa työntekijänä olla (psykotaso) (Talo 2001, 38).

BPSDC-malli edustaa haasteellista ja pitkäjänteistä pyrkimystä kehittää välineitä toimintakyvyn moniulotteiseen tarkasteluun yksilön, ympäristön ja yhteiskunnallisten tekijöiden tasolla. Se on herättänyt kiinnostusta sekä lääkäreiden³, psykologien⁴ että sosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Esimerkiksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sosiaalityöntekijät ry on järjestänyt tähän mennessä lukuisia aiheeseen liittyviä työkokouksia ja jatkoa lienee tulossa. Sosiaalityöntekijät ovat myös asettaneet toiveita sen suhteen, että malli tarjoaisi välineitä sosiaalityön asiakastyön näkyväksi tekemiseen tilasto- ja tutkimuskäytössä, joskin strukturoidun mallin käyttömahdollisuuksia niin asiakastyössä kuin tutkimuksessakin on myös epäilty (Sosiaaliset ... 2004). Petrean sosiaalityöntekijä Anneli Hämäläinen, joka on ollut mukana mallin kehittelyssä, on käyttänyt mallia nuorten kuntoutusasiakkaiden seuranta tutkimuksessa (Hämäläinen 2004). Monitieteisen tutkimuksen raportti lähestyy lähiaikoina. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sosiaalityöntekijät ovat laatineet mallin pohjalta asiakkaan sosiaalisen tilanteen arviointia varten strukturoidun haastattelu-/kysely-lomakkeen, joka on ollut koekäytössä ainakin Jorvin sairaalassa sekä psykiatrisessa että somaattisessa sosiaalityössä. Lomake on liitteenä 2. Sittemmin lomakkeesta on jo tehty uusiakin versioita, jotka eivät oleellisesti eroa tässä esitetystä.

BPSDC-malli liittyy kysymykseen siitä, miten sosiaalityötä ylipäänsä voidaan käsitteellistää. Mallia alettiin alun perin 1980-luvun alkupuolella kehittää moniammatillisten työryhmien strukturoiduksi viitekehikseksi yhtenäistämään kliinisiä työtapoja toimintakyvyn arvioinnissa, edistämässä ja kuntouttamisessa (Talo ym. 1996; Talo 1997, 4). Kehittämisen ohjenuorana oli alusta lähtien ajatus, että vain yhtenäinen ja strukturoitu työmalli ja sen systemaattinen soveltaminen kliinisessä työssä takaa terveystieteiden arvioinnin ja kehittämisen. Kehittäjien mukaan malli soveltuu erittäin hyvin terveydenhuollossa voimakkaasti edustettuna olevan evidence based practice-ajattelun⁵ strukturoiduksi työvälineeksi. (Talo 1997, 4-5.)

³ Malli mainitaan muun muassa vakuutus- ja työterveyslääkäreiden kirjoittamassa "Toimintakyky"-kirjassa (Kivekäs ja Kallanranta 2004, 376).

⁴ Malli on ollut esillä ainakin 09.05.2003 psykologien neuvottelupäivässä Tampereella. Neuvottelupäivä sisältyi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyöryhmittöiden 08.05-09.05.03 järjestämän kuntoutussymposiumin ohjelmaan.

⁵ Keskustelu nk. empirisesti perustelluista tai näyttöön perustuvista hoitokäytännöistä käynnistyi lääketieteessä jo 1950-luvulla ja hoitotieteessä 1980-luvulla (Harju 2000, 8). Sosiaalialalla "hyviin käytäntöihin" perustuvan arviointi-

Jorvin sairaalan sosiaalityöntekijät (34 työntekijää) koekäyttivät ja arvioivat BPSDC-mallin pohjalta laadittua strukturoitua lomaketta syksyllä 1999 ja keväällä 2000 ja pitivät sen etuina muun muassa seuraavia seikkoja:

- lomakkeen monikäyttöisyys (lomaketta voi käyttää kyselylomakkeena ja lähettää potilaalle etukäteen kotiin täyttäväksi, haastattelurunkona, muistilistana tai siten, että sosiaalityöntekijä tai potilas itse täyttää lomaketta vastaanotolla; tieto säilyy lomakkeella myöhempää käyttöä varten)
- haastattelu pysyy paremmin koossa (ei jää ilmaa)
- ongelmille löytyy helpommin oikea nimi lomakkeen avulla ja kun asia nimetään, sitä on helpompi käsitellä
- lomake takaa sosiaalityölle tietyn perustason (ettei mitään oleellista jää selvittämättä)
- potilaiden saama palvelu on yhdenvertaista riippumatta työntekijästä (jos kaikki käyttävät lomaketta),
- strukturoitu työskentely varmistaa sosiaalityön laadun
- lomake soveltuu sekä poliklinikka- että sairaalatyöhön sekä psykiatriaan että somaatiikkaan (Hämäläinen & Havukainen 2000).

Uskon, että strukturoitu haastattelulomake voi toimia hyvänä muistilistana tai haastattelun runkona. Yksinomaan strukturoituun kyselyyn ei sosiaalisen tilanteen selvitys mielestäni voi perustua (vrt. Tossavainen 1992, 42). Strukturoidut kyselylomakkeet edustavat sellaisenaan käytettynä, ilman tilanneselvitykseen liittyvää paneutuvaa keskustelua asiakkaan kanssa, standardisoitua, asiantuntijakeskeistä, sosiaalityöntekijäjohtoista ja organisaatiolähtöistä palvelua. Itse en tavoittelisi sosiaalista arviota tehtäessä sujuvaa ja asiakkaita tasapäistävästä haastattelusta, jossa ei ole "ilmaa" tai jossa ongelmille löytyy helposti nimi lomakkeesta. Sosiaalityön lähtökohtana on asiakas tilanteessaan, ja se on jokaisella asiakkaalla ainakin vähän erilainen kuin kenelläkään muulla. Jos korostetaan vain asiakkaiden yhtäläistä kohtelua, ei oteta riittävästi huomioon ihmisten eroja ja erilaisuutta (vrt. Metteri 2004, 18-19). Kasvokkaiseen sosiaalityöhön kuuluu asiakkaan yksilöllistä tilannetta ja asiakkaan ainutlaatuisuutta kunnioittava työskentely. Sosiaalisen tilanteen selvityksen laatiminen voi olla asiakkaalle varsin merkittävä prosessi, jonka aikana hän tarvitsee myös psykososiaalista tukea siitäkin huolimatta, että hän samanaikaisesti on hoidossa tai terapiassa. Asiakkaiden yhtäläinen kohtelu puolestaan liittyy hyvinvointivaltion universalistiseen lupaukseen, että jokaisen on mahdollisuus hakea ja saada apua, kun tietyt kriteerit täyttyvät (vrt. Metteri 2004, 19).

Sosiaalisen tilanteen selvityksen oleellinen osa on asiakkaan oma tulkinta elämästään sillä hetkellä, kun selvitystä laaditaan. Psykiatrinen työkykyasiakas ei hyödy kovinkaan paljon sosiaalityöntekijän hyvää tarkoittavista neuvoista, ohjeista tai ideoista kuntoutus- ja muiden tulevaisuuden vaihtoehtojen suhteen, jollei sosiaalityöntekijä pidä ehdotustensa yhtenä lähtökohtana asiakkaan käsitystä tilanteestaan ja sen historiasta. Uuden rakentamisessa oleellista on tiedon ja ideoiden suhde aikaisempiin kokemuksiin (Venkula 1994, 62). Ihminen kykenee omaksumaan tietoa vain siinä määrin kuin se sopii hänen siihen mennessä muotoutuneeseen struktuuriinsa. ”Vapaata tahtoa ei ole siinä mielessä olemassa, että yksilö halutesaan kykenisi valitsemaan mitä tahansa eteen tulevaa, vaan intellektuaaliset ja muut toiminnalliset tavat määräävät ne reunaehdot, joiden puitteissa voidaan ”tahtoa vapaasti” tai ”omaksua tietoa”, siis tehdä valintoja”. (Mt., 65.) Psykkisistä oireista kärsivien kanssa työskenneltäessä tästä aiheutuu valtava ja vastuullinen haaste, koska nämä oireet ilmenevät usein nimenomaan toivottomuutena, näköalattomuutena sekä vaikeuksina valita ja tehdä päätöksiä.

3.2 Sosiaalityö muutostyönä

Psykkisissä häiriöissä erityisesti ihmisen toimijuus on ”epäkunnossa”. Toiminta voi olla esimerkiksi pakonomaista, yliaktiivista (maanista tai hypomaanista), lamaantunutta tai psykootista. Suurimpaan osaan psykkisiä häiriöitä liittyy masennusta, joka ilmenee vakavimmillaan täydellisenä lamaantumisenä. Julkunen (2003, 39) kuvaa psykkistä uupumusta seuraavasti: ”Äärimmillään se on sitä, ettei tahto riitä pakottamaan ruumista ylös sängystä. Tällöin ruumis on – kuten ruumiinfenomenologia väittää – itsenäinen merkityksiä muodostava ja kantava subjekti, joka ei tottele tahtoa.” Kaskisaaren (2004) tutkimuksessa työuupumustarinoita hallitsi sammutettu toimijuus. Tarinat kertoivat siitä, ettei uupunut halua itselleen mitään. Elämää hallitsi vieroksuva toiminnan asenne tai kieltäytyminen. Työuupuneet eivät ilmaisseet tahtonsa tahtoa toteuttavassa mielessä vaan uupumuksessa oli kyse haluavan liikkeen kaikkinaisesta pysähtymisestä. Lisäksi uupuneiden olemista ja toimijuutta kuvasivat kykenemättömyys, kärsimys ja pelko. Kärjistetysti: työuupuneet eivät halunneet mitään, kyenneet mihinkään, jaksaneet mitään eivätkä uskaltaneet tehdä mitään, ja silti oli jaksettava, mikä aiheutti kärsimystä. Työuupumuksessa on kyse siitä, että mahdolliset asiat liukuvat kauemmaksi subjektin kykyjen ulottuvilta. Kärsiminen asettaa vaakalaudalle kaiken tekemisen, olemisen ja ilmenemisen. Uupumuksesta tulee subjektin toiminnan orkestroija ja ohjaaja, josta ei voi luopua menettämättä subjektiutta. (Mt., 132-137.)

Psykiatrinen hoitosuhde on tietoinen ja ammatillinen pyrkimys käynnistää psykkisiä kehitysprosesseja. Tarkoitus on saada aikaa pysähtyneen kehityksen jatkuminen tai korjata vääristynyttä kehitystä. (Kalliokoski 1994, 7.) Hoidossa pidetään tärkeänä potilaan ja hoitajan kes-

kinäistä suhdetta sekä tähän liittyvää problematiikkaa kuten tunteita ja vastatunteita (Rajala 1994, 5-6). Mikä on sosiaalityön tehtävä ihmisen mielensisäisiin prosesseihin painottuvassa psykiatrisessa hoidossa?

Sosiaalityössä asiakasta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti oman elämänsä merkitysten muodostajana, aktiivisena toimijana henkilökohtaisessa elämässään sekä yhteiskunnan jäsenenä (Metteri 1996). Metteri (mt., 143) nimittää sosiaalityön kehystä arjen kehykseksi. Kehyksen käsite viittaa näkökulmaan, ajattelutapaan tai periaatteeseen, jonka mukaan asiat valitaan tarkasteluun ja jonka mukaan asioille annetaan merkitys. Arjen näkökulmasta ihmisen elämä on kokonaisuus, jonka eri puolia ei voi irrottaa toisistaan eikä tarkastella toisistaan erillään. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa siis kolmea eri ulottuvuutta:

1. ihmisten omien kokemusten huomioon ottamista tilanteita selvitettäessä ja suunnitelmia tehtäessä,
2. yksittäisten oireiden tai ratkaisujen merkitysten tarkastelua suhteutettuna ihmisen elämäntilanteeseen ja elämänkaareen kokonaisuutena ja
3. ihmisen tilanteen ymmärtämistä ottamalla huomioon kulttuuriset, institutionaaliset ja yhteiskunnalliset ehdot ja näiden ehtojen ja ihmisen suhde (mt., 145).

Sosiaalityön kokonaisvaltaisuudessa on kyse tilanteen monimutkaisten yhteyksien säilyttämisestä. Arki sosiaalityön tulkintakehyksenä on muiden asiantuntijoiden tulkintoihin verrattava ammatillinen tulkinta, yksi tulkinta muiden rinnalla. Oleellista siinä on toiminnan ja rakenteen välinen suhde. (Mt., 144-145).

Tervehtymisen ja kuntoutumisen perusta on oma halu ja kyky muuttaa elämää. Asiakkaan uudenlainen tulkinta tilanteestaan on muutoksen ja uudenlaisen toiminnan välttämätön ehto. Ihmisen toiminta ei kuitenkaan muutu vain asennoitumista ja ajattelutapaa muuttamalla vaan muutos ilmenee käyttäytymisen ja toiminnan muutoksina. Toimijuutta on monentasoista. Jos hoidon painopiste on intrapsyykkisissä prosesseissa, tuo sosiaalityö hoitoon arkielämän toimijuuden näkökulman. Mikä on tässä yhteiskunnassa, tällä paikkakunnalla, tässä perheessä elävälle, tämän taustan omaavalle, tämänikäiselle, tämän sukupuolen omaavalle ja tästä sairaudesta tai oireesta toipuvalle henkilölle mahdollista? Mitä mahdollisuuksia yhteiskunnan toimintajärjestelmät tarjoavat ja mitä ehtoja ja rajauksia ne asettavat?

Toimijuuden näkökulmasta sosiaalityötä voidaan luonnehtia muutostyöksi (Kananoja 1997, 18). Sosiaalityön käsittäminen muutostyöksi sopii hyvin terveysosiaalityöhön, sillä sairastuminen aiheuttaa väistämättä muutoksia ihmisen elämässä. Elämän jatkaminen entiseen tapaan ei yleensä ole mahdollista edes täydellisen parantumisen jälkeen. Kuntoutuminen voidaan nähdä muutoksena suhteessa sairastumiseen, sairaudesta aiheutuviin ongelmiin, ympäristöön, toisiin ihmisiin ja yhteiskuntaan (Koskisuus 2002, 146-147). Sosiaalityö voi muutostyönä olla sekä yksilö- tai ryhmäkohtaista asiakastyötä, jossa sosiaalityöntekijä toimii yksilön, ryhmän tai yhteisön muutosprosessin käynnistäjänä, tukijana ja suuntaajana että yhteiskunnallista toimintaa. Yhteiskunnallisena toimintana sosiaalisen muutostyön tavoitteena on puutteellisten sosiaalisten olojen ja vaikeiden elämäntilanteiden parantaminen sekä vähävoimaisten yksilöiden ja ryhmien sosiaalisten toimintaedellytysten, osallisuuden ja elämänotteen vahvistaminen. (Kananoja 1997, 18, 21.) Sosiaalityö terveydenhuollossa ei Kananojan tapaan määriteltynä kytkeydy kapeasti sosiaaliturvaan, vaan sosiaaliturvan taloudelliset etuudet ja palvelut ovat sosiaalityössä osa muutostyön välineistöä (mt., 73).

Sosiaalityön mieltäminen muutostyöksi vaatii ottamaan kantaa sosiaalityön ihmiskäsitykseen (vrt. Sipilä 1989, 138). Muutoksen tukeminen edellyttää sen määrittelemistä, miten ihmisen toisin ajattelemisen ja toimimisen yleensä on mahdollista. Miten ihmisestä on tullut sellainen kuin hän on ja millaiseksi hän voi muuttua? Pragmatismi on filosofinen teoria, joka tarkastelee ihmisen kehittymistä toiminnallisena kokonaisuutena ja ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa olevana järjestelmänä (Venkula 1994, 70). Pragmatistisen filosofian mukaan ihminen luo teoillaan persoonansa. Usein toistetut teot ja ajatukset muodostuvat pysyviksi tavoiksi ja ajatustottumuksiksi, sillä jokainen teko jättää jäljen tekijäänsä. Jos teko tuntuu hyvältä, sitä toistetaan. Toistetuista teoista muodostuu syvempiä toiminnallisia tapoja ja tottumuksia ja lopulta ihmisen karaktääri, persoona. (Venkula 2002, 13). Jos ihminen haluaa muuttaa elämänsä, on hänen tehtävä teko siihen suuntaan, johon hän haluaa muuttua tai kehittyä. Tekojensa kautta ihminen vaikuttaa myös ympäristöönsä: ”jokainen teko jättää jäljen maailmaan” (mt. 14). Toisaalta myös ajattelun kautta on mahdollista luoda toimintatapoja. Pragmatistien mukaan ajattelu ja toiminta ovat jatkuvassa, toisiaan muovaamassa vuorovaikutuksessa keskenään. (Venkula 1994, 63-64).

Muutokseen johtavaan toimintaan liittyy valtaa. Giddens (1984, 116) määrittelee vallan kykeneväisyydeksi. Se on sekä kykyä saada aikaan muutoksia että hallintakykyä. Valta ei ole keino tai voimavara, vaan voimavarat ovat välittäviä tekijöitä, joiden kautta valtaa käytetään. Käytettävissä olevat voimavarat ovat myös yhteiskunnallisten järjestelmien rakenteellisia osia, joita uusinnetaan hyödyntämällä niitä yhteiskunnallisessa vuorovaikutuksessa. Valta näyttäytyy vuorovaikutuksessa osallistujien mukanaan tuomina ja käyttäminä erilaisina ky-

kyinä. Valtasuhteet ovat siis aina kaksisuuntaisia, jopa silloin, kun yhden osapuolen valta on minimaalinen suhteessa toisten valtaan.

Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän vuorovaikutussuhdetta ja heidän välisiä valtasuhteitaan voidaan tarkastella asiakas- ja asiantuntijakeskeisyyden sekä dialogisuuden käsitteiden avulla (käsitteet ks. Mönkkönen 2002a). Asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa asiakas on välillä kykenevämpi eli käyttää enemmän valtaa kuin sosiaalityöntekijä. Tällöin vuorovaikutus etenee asiakkaan ehdoilla. Asiantuntijakeskeisyyden ollessa vallalla toimintaa ohjaavat sosiaalityöntekijän tai hänen toimintaorganisaationsa määrittämät tavoitteet ja tulkinnat. Dialogisuudella tarkoitetaan asiakkaan ja työntekijän suhdetta, jossa osapuolet tutkivat toistensa näkökulmia ja rakentavat yhteistä ymmärrystä asiaan. (Mt., 39.) Sosiaalisia suhteita voidaan tarkastella suhteiden liikkeenä ja vuorovaikutuksena, jossa osapuolet ottavat erilaisia, vaihtuvia positioita. Positiolla tarkoitetaan auttamissuhteessa syntyviä asemia, joissa osapuolet ovat yhdessä tekemässä suhdetta tietynlaiseksi. Ottaessaan jonkin position henkilö tarkastelee myös vuorovaikutuksen toista osapuolta tämän position kautta. Vallitsevilla diskursseilla luodaan tietynlaisia, suhteellisen pysyviä positioita. Yksilöllä on kuitenkin mahdollisuus valita ja vaikuttaa positioihin kulttuuristen ja kielellisten resurssien mahdollistamissa rajoissa. (Mönkkönen 2002b, 4.) Dialoginen suhde edellyttää irrottautumista asiakas- ja asiantuntijakeskeisestä positioista. (Mönkkönen 2001, 443.)

Millaisia sosiaalisen tilanteen selvityksiä voi syntyä, jos vuorovaikutus on asiakas-, asiantuntijakeskeistä tai dialogista? Kun vuorovaikutus etenee asiakkaan ehdoilla, kuuluu selvityksestä ensisijaisesti asiakkaan ääni; selvitys on asiakkaan kokemusten ja tulkinnan kirjaamista. Arvio voi saada myös asiantuntijan määrittämän muodon ja sisällön, jolloin se on sosiaalityöntekijän tulkinta asiakkaan elämäntilanteesta ja mahdollisista tulevaisuuden vaihtoehdoista. Näin syntynyt selvitys palvelee ensisijaisesti organisaatiota ja sen tarpeita. Kumpikaan näitä toimintamalleista ei kovin todennäköisesti johda uusiin toimintavaihtoehtoihin asiakkaan tulevaisuutta suunniteltaessa. Tilanteilla on taipumus jäädä ennalleen, jos lähtökohtana on yksinäisyys (vrt. Venkula 1994, 62). Sairastamiskriisissä elävän ihmisen on vaikea irtautua nykyhetkestä (ja menneisyydestä) ja nähdä tulevaisuuteen. Ulkopuolisella, tässä sosiaalityöntekijällä, on vaara joko myös jäädä kiinni nykyisen ja menneen elämän kielteisiin puoliin (jolloin tilanne vaikuttaa hyvin vaikealta) tai sivuuttaa ja jättää ottamatta ne huomioon (jolloin tilanne vaikuttaa perusteettoman hyvältä). Selvitys saattaa tällöin jäädä pelkäksi asiakkaan synkkien elämäntapahtumien ja pessimististen käsitysten kirjaamiseksi yhdistettynä mahdollisesti sosiaalityöntekijän asiantuntijana esittämään ylioptimistiseen ja epärealistiseen suositukseen, jota asiakas ei ole sisimmässään hyväksynyt. Todelliset uudet vaihtoehdot sekä menneen tulkintoina että tulevaisuuden visiona syntyvät vuorovaikutuksen dialogisissa jaksoissa tai hetkissä (Rose 2003a; Mönkkönen 2002a, 38). Mikään suhde sen paremmin kuin

mikään vuorovaikutustilannekaan ei ole koko ajan dialoginen. Muutoksen mahdollisuus voi sisältyä pieneenkin dialogiseen hetkeen. Sitä, mihin suuntaan asiakkaan elämä menee, ei kukaan vielä tiedä. Sitä voidaan enintään arvailla yhdessä. Uuden jaetun ymmärryksen perustana voi olla juuri se hetki, kun kumpikaan ”ei tiedä”. (Mönkkönen 2001, 445.) Epävarmuus on juuri se seikka, joka synnyttää yhteistoimintaa ja nostaa esiin uusia kysymyksiä. On kuitenkin selvää, ettei epävarmuus ole myönteistä, jollei löydy toisia, joiden kanssa voi etsiä yhteisymmärrystä.

Sosiaalisen tilanteen selvitys voi parhaimmillaan syntyä ja usein syntyykin asiakkaan ja työntekijän yhteistyön tuloksena vuorovaikutuksessa, jossa työntekijä toimii toisen näkökulman tarjoajana sekä yhteiskunnan etuus- ja palvelujärjestelmien asiantuntijana. Tällaisessa tilanteessa syntynyt sosiaalinen arvio ei ole pelkästään asiakkaan tarina tai työntekijän tulkinta siitä. Se ei sisällä pelkästään asiakkaan subjektiivisia näkemyksiä tai työntekijän kokoamia objektiivisia tosiasioita ja työntekijän tulkintaa niistä tai molempia rinnatusten ja perätysten. Dialogisesti etenevän vuorovaikutuksen aikana tulee esiin uusia näkökulmia, jotka lisäävät sekä asiakkaan että työntekijän ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja mahdollistavat kumman osapuolen entistä syvemmän, laajemman tai ylipäänsä uudenlaisen ymmärryksen syntymisen.

4 EMPOWERMENT SOSIAALITYÖN LÄHTÖKOHTANA

4.1 Empowerment käsitteenä ja käytäntönä sosiaalityössä

Tämän tutkimuksen eettisenä ja teoreettisena lähtökohtana on empowerment. Käsite empowerment liitetään yleensä 1960- ja 1970-luvulla syntyneeseen anglo-amerikkalaiseen radikaaliin ja kriittiseen sosiaalityöhön (esim. Adams 2003, 18; Thompson 2002, 711). Tutkimuksessa se liittyy läheisesti naistutkimukseen sekä yhteisöjen ja marginaaliryhmien tutkimiseen (Kuronen 2004, 278-280). Käsitettä on sittemmin käytetty hyvin erilaisista ideologisista ja filosofisista lähtökohdista käsin. Niin uskonservatiivit, sosialistit kuin feministitkin ovat argumentoineet sen avulla. (Pease 2002, 136.) Empowermentin käsitteellä ei ole edes vakiintunutta suomennosta. Se on käännetty valtaistumiseksi, valtaistamiseksi, voimavarautumiseksi, voimaantumiseksi tai toimintavoiman lisääntymiseksi, mutta usein käytetään pelkästään alkuperäistä englanninkielistä termiä (Kuronen 2004, 277).

Lukuisia erilaisia empowerment-määrittelyjä yhdistää Peasen (2002, 136) mukaan empowermentin käsittäminen prosessiksi, jossa ihmiset voivat parantaa oman elämänsä hallintaa ja kontrollia. Kyse on ennen kaikkea prosessista, ei tilasta. Erimielisyys koskee sitä, millä tasolla valtaistumista/valtautumista/voimaantumista tavoitellaan ja miten poliittisena toimintana se ymmärretään. Paynen (1997, 267) mukaan empowermentia voidaan tarkastella valtaistumisena eli lopputuloksena, valtaistamisena eli prosessina ja poliittisen vallan jakamisena eli rakenteellisena vaikuttamisena. Empowerment voidaan lisäksi käsittää sosiaalityön tutkimuksen ja käytännön eettiseksi sitoumukseksi (Kuronen 2004, 278).

Tässä tutkimuksessa empowerment ymmärretään ensinnäkin eettiseksi lähtökohdaksi tai ihanteeksi, johon kaikessa sosiaalityössä tulisi pyrkiä riippumatta siitä, missä organisaatiossa tai mistä teoreettisesta lähtökohdasta käsin sosiaalityötä tehdään. Kaiken sosiaalityön tulee pyrkiä lisäämään asiakkaan subjektiviteettia oman elämänsä suhteen ja parantamaan huono-osaisien toimintaedellytyksiä ja osallisuutta yhteiskunnassa. Empowerment käsitetään tässä ennen kaikkea asenteellisena lähtökohtana ja suhtautumistapana, joka tulee näkyviin käytännön toimintakäytännöissä, mutta joka ei ole oma selvärajainen sosiaalityön menetelmänsä. Empowerment-tyyppinen sosiaalityö ja sosiaalityön tutkimus näyttävät minulle ensisijaisesti tapana suhtautua asiakkaisiin; kyse on siitä, *miten* sosiaalityötä ja sosiaalityön tutkimusta tehdään. Tällöin kyse empowermentissa on kyse valtaistavasta tavasta tehdä sosiaalityötä ja sosiaalityön tutkimusta. Suomalaisessa sosiaalityössä empowerment-tyyppistä suhtautumista asiakkaisiin kutsutaan yleensä asiakaslähtöisyydeksi tai asiakasnäkökulmaksi (Rostila 2001, 39-40; Pohjola 1993). Tutkimuksessa empowerment liittyy metodologisiin ja tutkimuseettisiin kysymyksiin siitä, miten asiakkaita tai esimerkiksi huono-osaisia ylipäänsä

voi kuvata tutkimuksessa, ja miten heidän kokemuksiaan ja elämäänsä voi ymmärtää ja tulkit-
ta (Granfelt 1998; Pohjola 1994).

Toiseksi tutkimus kiinnittyy kriittiseen empowerment-traditioon, jossa sosiaalityö ymmärre-
tään poliittiseksi toiminnaksi, heikkojen ja alistettujen ryhmien äänen vahvistajaksi ja heidän
toimijuutensa mahdollistajaksi. Yleensä valtaistumiseen tähtäävä sosiaalityö on ymmärretty
ryhmämuotoisena tai yhteisöllisenä työnä ja rakenteellisena vaikuttamisena. Kriittisen empow-
erment-käytännön eri suuntauksia erottaa lähinnä se, mikä ymmärretään alistuksen ja
eriarvoisuuden keskeiseksi perustaksi, yhteiskuntaluokka, rotu, sukupuoli vai jokin muu omi-
naisuus. (Kuronen 2004, 280.) Mielenterveyden kontekstissa kriittinen sosiaalityö voisi tyypil-
lisimmillään liittyä mielenterveyskuntoutujien aseman parantamiseen oma-apu- tai vertais-
ryhmien tai edunvalvonnan ja poliittisen aktivismin avulla (vrt. Adams 2003).

Tässä tutkimuksessa sosiaalityötä tarkastellaan yhteiskunta- ja ryhmätasoisena vain välilli-
sesti. Tutkimuksen kohteena on ammatillinen asiakaskohtainen sosiaalityö terveydenhuol-
lossa, sosiaalityön käytännöt yhden asiakaskohtaisen tehtävän osalta, joka on sosiaalityön
osuus psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityö ymmärretään tutkimuksessa muutos-
työksi, jonka tarkoitus on tukea asiakkaita ottamaan vastuu omasta elämästään (Kananoja
(1997,18). Psykiatria syytetään edelleen asiantuntijakeskeisyydestä, potilaan oman tahdon
ja näkemyksen sivuuttamisesta hoitoa suunniteltaessa ja vallankäytöstä hoidon nimissä (ks.
esim. Mielenterveysviikko, 2003). Sosiaalityötä, joka tukee mielenterveyskuntoutujia ja mie-
lenterveyden häiriöistä kärsiviä asiakkaita osallistumaan oman hoitonsa ja kuntoutuksensa
suunnitteluun ja toteutukseen, voidaan pitää poliittisena ja yhteiskunnallisena. Empowerment
ymmärretään tässä asiakaslähtöisenä, osallistavana ja osallistuvana sosiaalityön toimintata-
pana. Ihmisen valtaistuminen voi alkaa (tai jatkua sairauden aiheuttaman katkoksen jälkeen)
hoidossa, ja hoidossa voidaan luoda edellytyksiä ihmisen valtautumiselle ”varsinaisessa”,
hoidon ulkopuolisessa elämässä. Hoito-organisaation vastuu valtauttamisessa koskee ensisi-
jaisesti sitä, miten asiakasta hoidetaan (tai arvioidaan, jos kyse on vain työkyvyn arviointijak-
sosta) ja miten hänet otetaan mukaan oman hoitonsa (arviointinsa) suunnitteluun ja toteutuk-
seen. Se, mitä hoitosuhteen aikana tapahtuu ja miten asiakasta kohdellaan hoidossa, vaikut-
taa hänen myöhempään elämäänsä. Tässä mielessä hoito-organisaatiolla on myös seuraus-
vastuuta omasta toiminnastaan.

Yksilökeskeisiä lähestymistapoja empowermentiin edustavat suomalaisista sosiaalityön tut-
kijoista ja toimijoista muun muassa Rostila (2001) sekä Järvelä ja Laukkanen (2000) ja kas-
vatustieteen puolella Siitonen (1999). Rostila (mt.) käyttää käsitettä yksilökeskeisen voima-
varasuuntautuneen sosiaalityön ja Järvelä ja Laukkanen (mt.) sosiaalisen kuntoutuksen ja
syrjäytymisen vastaisen kuntouttavan työn kontekstissa. Siitonen (mt.) määrittelee voimaan-

tumisen ihmisestä itsestään lähteväksi henkilökohtaiseksi ja sosiaalseksi prosessiksi. Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa, hän määrää itse itsensä ja on ulkoisista pakoista vapaa. (Mt., 93 ja 161-162 .) Voimaantuneisuus ei ole pysyvä tila, vaan kontekstiuskuksissa, kykyuskuksissa, päämäärien asettamisessa ja/tai emotionaalisissa kokemuksissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat siihen (mt., 164).

Mielestäni sosiaalityön yksilö- ja perhekeskeinen asiakastyö voidaan mieltää yhteiskunnalliseksi ja poliittiseksi välillisesti. Ihmiset ylläpitävät ja muuttavat rakenteita arkisessa toiminnassaan. Toisaalta ihmiset, jotka saavat osallistua ja otetaan mukaan ympäristönsä muuttamiseen, muuttavat samalla itseään (Rose 1992, 273). Vaikeissa elämäntilanteissa kuten työkyvyttömyyden uhatessa on hyvin tärkeää saada tilaisuus jäsentää omaa kokemustaan ja myös tarkastella sen yhteyksiä ympäröivän maailman ehtoihin (vrt. Metteri 2004, 28). Jäsentämisen ja suhteuttamisen kautta vaikeakin elämäkokemus voi muuttua ihmisen voimaksi edellyttäen, ettei ihminen jää individualistisen tulkinnan kehään vaan politisoi kokemuksensa. Kokemuksen politisoinnilla tarkoitetaan johtopäätösten tekemistä omasta kokemuksesta sekä oman identiteetin, roolin ja toiminnan muuttamista ja maailman muuttamisesta johtopäätösten pohjalta. (Hyväri 2001, 123-129, 158-162.) Oman kokemuksen arvostamisesta ja politisoinnista muodostuu toimijuuden näkökulma (Metteri 2004, 28). Thompsonin (2000, 122) mukaan poliittinen vapaus on mahdoton, elleivät yksilöt ole vapaita, autenttisia. Sosiaalityö, joka auttaa asiakkaita ymmärtämään mahdollisuutensa vapaina yksilöinä, on yhteiskunnallista ja tukee osaltaan laajempaa vapautusprojektia sosiaalisen oikeudenmukaisuuden lisäämiseksi.

Ihmisen arkisten kokemusten ja arkisen toiminnan tarkastelu suhteessa niiden yhteiskunnallisiin ehtoihin on eniten tyypillistä psykiatriassa toimivista ammattilaisista juuri sosiaalityöntekijöille. Kaikilla muilla ammattiryhmillä on enemmän tai vähemmän yksilökohtainen lähestymistapa asiakkaaseen ja hänen perheeseensä. Empowermentin eri lähestymistavoista voimaantumisen ja toimintavoiman kasvattamisen näkökulmat istuvat parhaiten hoito- ja terapiatyöhön. Silloin kun sosiaalityöntekijä tekee psykiatriassa sosiaalityötä⁶, pitää työorientaation mielestäni sisältää myös yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen näkökulma, vaikka suurin osa päivittäisestä työstä olisi yksilökohtaista, asiakkaan voimaantumista tukevaa asiakastyötä. Asiakkaan tilanteen tarkastelu suhteessa hänen toimintaympäristöönsä on tärkeää myös kuntoutuksen näkökulmasta (Kuntoutuksen tutkimuksen ... 2003, 24-25). Psykiatrinen sosiaalityö voi tukea asiakkaan valtautumista sekä yksilötasolla (yksilöllisenä voimaantumisprosessina) että yhteisö- ja yhteiskuntatasolla (tukemalla asiakasta erilaisissa yhteiskunnallisen toimijan ja kansalaisen rooleissa).

⁶ Osa sosiaalityöntekijöistä työskentelee psykiatriassa ensisijaisesti hoidollisesta näkökulmasta (Leinonen 2001).

4.1.1 Rosen ja Thompsonin empowerment-käsitteet

Psykiatrian kontekstiin ovat empowerment-lähestymistavoista hyvin sovellettavissa Rosen ja kumppaneiden (Rose & Black 1995, Rose 1992, Rose 2003a; Rose 2003b; Satka 1993) sekä Thompsonin (2000) ajatukset. Rose on kehittänyt advocacy and empowerment-lähestymistapaansa työtovereidensa kanssa läheisessä yhteistyössä käytännön työntekijöiden kanssa psykiatrisista sairaaloista avohuoltoon siirrettyjen henkilöiden parissa liki 20 vuotta (Rose & Black 1985; Rose 2003a). Hänen viime vuosien kiinnostuksensa lähestymistavan käsitteellistämiseen ja filosofian osuuden lisäämiseen liittyy käsitteiden empowerment ja advocacy käytön yleistymiseen ja etäännyttämiseen alkuperäisestä tarkoituksesta (Rose 2003a). Tämän tutkimuksen aiheen kannalta advocacy and empowerment-lähestymistavassa on kiinnostavaa myös sen sosiaalis-historiallinen ihmiskäsitys, jonka mukaan huomiota kiinnitetään sekä asiakkaan nykyiseen elämäntilanteeseen että elämänhistoriaan. Thompsonin (2000) lähestymistavassa puolestaan korostetaan menneisyyden ja nykyisyyden lisäksi tulevaisuutta. Psykkisesti oireileville on tyypillistä toivottomuus ja näköalattomuus, ja uskon palauttaminen tulevaisuuteen on hoidossa ja kuntoutuksessa varsin keskeistä.

Rosen lähestymistavassa on oleellista ”potilaiden” muuttuminen yhteiskunnassa pärjääviksi ”kansalaisiksi”. Satka (1993) on nimennyt Rosen lähestymistavan kansalaiskeskeiseksi sosiaalityöksi. Sen tärkein käytännön periaate on ihmisten riippumattomuuden ja itsenäisyyden vahvistaminen (mt., 25). Lähestymistavan mukaan työskenneltäessä jokaisen asiakkaan kanssa aloitetaan nollatilanteesta; esimerkiksi psykiatrisessa sairaalassa olevan asiakkaan papereihin ei tutustuta etukäteen vaan hänen tilanteensa paikannetaan yhdessä hänen kanssaan. Todellisuus halutaan jäsentää sellaisena kuin se näyttäytyy asiakkaalle (Rose 1992, 272-273). Tilannekartoituksessa paikannetaan asiakkaan sijainti suhteessa muihin palvelujärjestelmiin ja hänen elinolosuhteensa, jäsennetään asiakkaan elämänhistorian tuottamaa identiteettiä ja selvitetään asiakkaan henkilökohtaiset resurssit, mahdollisuudet sekä halu muuttua, esimerkiksi halu itsenäistyä palveluista tai omaksua itse tarpeitaan määrittävän asiakkaan rooli. Tavoitteena on asetelma, jossa kaksi asiantuntijaa, asiakas ja työntekijä kohtaavat toisensa tasavertaisessa dialogissa. (Satka 1993, 25-26.)

Paikantamisen (contextualization) prosessin rinnalla kansalaiskeskeisessä sosiaalityössä pyritään yhteiskunnallistamiseen (collectivity) (Rose & Black 1985). Tavoitteena on sosiaalisten ongelmien, palvelujentuottajien, asiantuntijoiden ja asiakkaiden yhteiskunnallisten suhteiden ja määreiden paljastaminen. Yhteiskunnallistamisen kohteena ovat niin asiakkaat kuin työntekijätkin. Myös työntekijä on kansalaiskeskeisessä sosiaalityössä subjekti, jonka minä on rakentunut elämänhistoriallisen kokemuksen tuloksena ja jonka tietoisuutta määrittävät

hänen konkreettiset elämäolosuhteensa. Asiakasta kohdellaan tietoisena toimijana, jonka toimintakykyä rajoittavat aineelliset, diskursiiviset (elämäntilanteen käsitteellistämiseen liittyvät) ja vuorovaikutukselliset tekijät. Sosiaalityöllä pyritään poistamaan näitä esteitä, joita aineelliset olosuhteet, vuorovaikutuksen ongelmat sekä elämänhistorian kautta muovautunut toiseuden identiteetti aiheuttavat. (Satka 1993, 24-26.)

Rose on myöhemmin alkanut käyttää paikantamisesta ja yhteiskunnallistamisesta käsitettä nimeäminen, naming (Rose 2003a). Rosen mukaan yksilö pysyy ei-valtautuneena eikä voi itse tuottaa historiaansa, ellei hän saa nimetä tai pysty itse nimeämään tilannettaan. Nimeäminen (naming) tapahtuu tasavertaisessa dialogissa asiakkaan ja työntekijän välillä ja sen tuloksena syntyy jaettu tietoisuus asiakkaan tilanteesta. Nimeämisen avulla siirrytään tiedosta (knowledge) tietämiseen (knowing). Asiakkaasta tulee tietävä subjekti (knowing subject) ulkopäin määritellyn ”tiedetyn” objektin (knowledgeable object), esimerkiksi diagnostisoidun tai sosiaalisesti leimatun sijaan. (Mt.).

Thompsonin (2000) lähestymistapa edustaa eksistentiaalistista sosiaalityötä. Eksistentiaalisti katsoo inhimillisen olemassaolon sisältävän sekä tulevaisuuden suunnitelmat, aikomukset ja pyrkimykset että menneisyyden opetukset ja kokemukset ja niiden välisen vuorovaikutuksen. Menneisyys vaikuttaa tulevaisuuden suunnitelmiin, mutta yksilöllä on mahdollisuus uudelleen rakentaa menneisyyttä tulevaisuuden näkymien valossa. Tämä ei tarkoita sitä, että ihminen voisi vääristellä menneisyyttään, vaan sitä, että se, millaiseksi ihminen menneisyytensä merkityksen arvioi, riippuu tulevaisuuden suunnitelmista. Thompson kutsuu menneisyyden ja tulevaisuuden tarkastelua yhdessä progressiivis-regressiiviseksi metodiksi. Sen avulla on mahdollista ymmärtää yksilön nykyistä tilannetta yhdistämällä menneisyyden tapahtumien ja tulevaisuuden näkymien vaikutukset. Tähän ymmärrykseen perustuvat myös sosiaalityön interventiot. (Mt., 118).

Thompson käsittää empowermentin, valtautumisen autenttiseksi olemassaoloksi, jolle on ominaista se, että yksilö suhtautuu valintaan, vastuuseen ja vapauteen vakavasti ja ponnistelee vapaudesta aiheutuvien seurausten kanssa pyrkimättä kieltämään, vääristelemään tai minimoimaan niitä. Eksistentiaalistisen sosiaalityön tehtävä on pyrkiä muuttamaan vapauden kielteisiä puolia (häpeää, pelkoa, turvattomuutta jne.) myönteisiksi (itseluottamukseksi, itsearvostukseksi, itsekontrolliksi jne.). Eksistentiaalistisissa nämä kielteiset puolet nähdään olemassaolon perusominaisuuksina eikä merkkeinä yksilön heikkoudesta tai puutteellisuudesta. (Mt., 118-119).

Asiakkaan valtautumista tavoitteleva ja asiakkaan subjektiviteettia kunnioittava sosiaalityö etenee pienin askelin ja konkreettisin tavoittein (Rose 1992, 281). Työskentelyn lähtökohtana

on asiakkaan ottaminen mukaan oman tilanteensa määrittelyyn sekä hoidon ja kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja toteutukseen. Muutos saadaan aikaiseksi osoittamalla asiakkaille, että he ovat osa ympäristöään ja ottamalla heidät mukaan arvioimaan tilannetta ja vaikuttamaan siihen (Rose 2003b, 202). Valtauttava kuntoutuminen on dynaaminen ja vuorovaikutteinen prosessi, jonka aikana tavoitteita ja toteutusta tarkastellaan ja arvioidaan säännöllisesti asiakkaan kanssa ja suunnitelmaa muutetaan tarpeen mukaan (Rose 1992, 277-285). Takapakkeja ja kaaosta ei kielletä tai selitetä ”pois” diagnostisesti vaan niitä tarkastellaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (mt., 283). Sosiaalityöntekijän tehtävä on rohkaista asiakkaita tuntemaan oma arvonsa ja ilmentämään sitä. Ammatillinen sosiaalityö ei ole ammatillisten taitojen luettelo vaan keskittymistä ammatin arvioihin (ihmisarvo ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus) ja niiden ilmentämiseen taustaltaan erilaisten asiakkaiden ja sosiaalityöntekijöiden välisissä suhteissa (Rose 2003b, 202.).

4.1.2 Osallistaminen ja toimijuuden tukeminen

Valtuttavassa sosiaalityössä on tärkeää tukea asiakkaiden osallisuutta yhteiskunnassa, sillä valtuttaminen tapahtuu ennen kaikkea erilaisilla yhteiskunnan areenoilla erilaisissa toimijan, lähimmäisen, asukkaan ja kansalaisen jne. rooleissa. Kuntoutuminen työelämään vakavista mielenterveydenhäiriöistä on usein moniportainen. ”Ihminen, jonka ruumis ei tottele tahtoa” (Julkunen 2004, 39) ei ole heti valmis aktiiviseen sosiaaliseen toimijaan kuten työntekijän tai opiskelijan rooliin vaan tarvitsee hoitoa ja aikaa asettua hoitoon. Tuki pitää siis osata ajoittaa oikein suhteessa asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin. Osallisuus on aina asiakaskohtaista ja tilannesidonnaista; joidenkin kohdalla se on työelämässä toimimista, toisilla vanhemmuutta tai omaishoitajuutta, toisilla päivä- tai työtoimintaa vertaisryhmässä, joillakin aktiivista harrastamista tai yhdistys- ja järjestötoimintaa, joku on aktiivinen useammalla sektorilla. Sosiaalityöntekijän on tunnettava erilaisia toimintamahdollisuuksia ja osattava ohjata ja tukea asiakkaita hakeutumaan heille sopiviin toimintoihin ja/tai ryhmiin.

Valtuttava sosiaalityö ei voi toimia standardisoiduin kysymyksin eikä vastauksin. Sosiaalityöntekijältä vaaditaan laajaa kulttuurista tietämystä sekä halua ymmärtää ja kykyä kunnioittaa kulttuurista erilaisuutta. Kuntoutuksen käsittein ilmaistuna valtuttava kuntoutuminen ei toimi perinteisen kuntoutuksen, rehabilitaation logiikan mukaisesti, vaan toteuttaa habilitaation logiikkaa (vrt. Hietala-Paalamaa ja Vuorela 2004, 38). Habilitaatiossa ei toteuteta perinteistä yksilökuntoutusta ja pyritään palauttamaan yksilöitä vallitsevien käsitysten mukaisesti vaan heihin suhtaudutaan kulttuurisina kansalaisina (cultural citizenship). Habilitaatio-logiikan ainoa ja tärkein tavoite on kansalaisena pätevytyminen. (Venturini 2002; ref. Hietala-Paalamaa ja Vuorela 2004, 38-39.) Kulttuurinen kansalainen-käsitteellä kuvataan asiakkuutta hyvinvointivaltiossa, jossa palvelujen tuottajat ovat menettäneet etu- ja yksinoikeuttaan

määritellä tuotteita ja palvelujen sisältöjä ja jossa asiakkaat ovat ottamassa merkittävän roolin palveluiden sisältöjen määrittäjinä (Ketola 1996, 177). Kulttuurinen kansalainen ei ole vain julkisen vallan ohjailun kohde, vaan myös toimija, joka voi kyseenalaistaa ulkopuolelta tapahtuvaa ohjailua ja tarpeiden määrittelyä.

Mielenterveyskuntoutujien vertaistukiryhmät ja muut vertaistukeen perustuvat kansalaisryhmät ovat tärkeitä toimijuuden areenoita, sillä ne merkitsevät ihanteellisimmillaan sekä oikeutta valita itselleen sopiva ja omaehtoinen tapa olla tai toimia osana yhdistystä että mahdollisuuksia olla mukana luomassa yhteisiä ”omia juttuja” (Hietala-Paalamaa & Vuorela 2004, 38). Vertaistukiryhmissä on mahdollista hyödyntää sekä ryhmäläisten erilaisuutta että samankaltaisuutta. Erilaisuus mahdollistaa vaihtoehtoiset tulkinnat. Joskus ryhmissä vallitsee liian voimakas yhdenmukaisuuden paine, joka ei mahdollista erilaisten näkökulmien esiintuomista. Myös ryhmän jäsenten liian samankaltaiset kokemukset voivat olla ongelma, jolloin nimeäminen jää liian yksilöotteiseksi eikä vaihtoehtoisia tapoja nimetä tilannetta ja nähdä tulevaisuutta tule esiin. On tärkeää muistaa myös se, että kaikki eivät halua samastua potilas- tai omaisyhdistyksiin ja että ryhmämuotoinen toiminta ei yleensä sovi kaikille ihmisille.

Valtautuminen tapahtuu asiakkaan osallistumisen ja toimijuuden kautta, ei esimerkiksi siten, että työntekijän valtaa siirtyy asiakkaalle. Pease (2002, 137-138) on pohtinut riskejä, joita sisältyy ammattilaisten pyrkimyksiin antaa valtaa toisille ihmisille. Empowermentistä puhuminen voi peittää harhaanjohtavasti asiakkaan ja asiantuntijan asemaan perustuvan auktoriteettiasetelman. Halutessaan valtaistaa asiakkaitaan ammattilaiset saattavat ottaa keskeisen roolin valtaistamisen tarpeiden määrittelyssä ja valtaistamisteknologian kehittämisessä. Heidän toimenpiteensä voivat johtaa asiakkaan heikentämiseen valtautumisen sijaan. Empowerment voi olla vapauttamisen lähtökohdaksi yhtä vaarallinen kuin kaikki muutkin lähtökohdat, mikäli se ei arvioi omaa oikeutetustaan tai suostu kriittisen arvioinnin kohteeksi, varoittaa Pease (mt.). Käsitykseni on, että asiakkaan ja työntekijän suhteessa valtautuminen liittyy vuorovaikutuksen dialogisiin kohtiin, jotka ovat hetkellisiä. Mikään vuorovaikutustapahtuma ei ole eikä voi olla koko ajan dialoginen. Henkilö, joka on saanut ja pystynyt osallistumaan tilanteensa nimeämiseen (Rose 2003a), valtautuu muun muassa asettamaan tavoitteita kuntoutumiselleen ja toteuttamaan suunnitelmaansa. Valtauttava ammatillinen auttaminen on vähintään kaksitasoista; se ilmenee asiakkaan ja auttajan keskinäisessä suhteessa osallistavana ja osallistuvana vuorovaikutuksena sekä pyrkimyksenä tukea asiakkaan toimijuutta yhteiskunnassa. Viimeksi mainittuun voi sisältyä konkreettisia välineitä (palveluja, etuuksia tms.), joita sosiaalityöntekijä järjestää asiakkaan käyttöön mahdollistamaan toimijuutta ja tukemaan sitä.

4.1.3 Konfliktin näkökulma

Thompsonin (2000, 121) mukaan sosiaalityöhön sisältyvää auktoriteettia ja kontrollia ei tarvitse kieltää. Konflikti on välttämätön inhimillisen kokemuksen ominaisuus ja valta on aina läsnä inhimillisessä vuorovaikutuksessa. Kontrolli ei ole välttämättä valtautumisen este. Työntekijän valta voi usein olla tärkeä tekijä luotaessa tilanteita, joissa valtautuminen voi toteutua. Sosiaalityöntekijän ei pidä käyttää valtaa saadakseen asiakas tekemään jotakin käsystä vaan identifiointiin ja työskentelyyn yhteisesti sovittujen tavoitteiden mukaisesti. Jos tavoitteista ei päästä yksimielisyyteen, vallankäytön tulee olla avointa ja selkeää vallan väärinkäytösten välttämiseksi. Konfliktia voidaan Thompsonin (mt.) mielestä hallita jokapäiväisessä työssä muttei ratkaista kerralla ikuisiksi ajoiksi.

Konfliktin näkökulma on mielenkiintoinen tämän tutkimuksen aiheen kannalta, sillä psykiatrien työkyvyn arviointi on moniammatillista ja siis moninäkökulmaista toimintaa, jossa ei aina voida välttää erimielisyyttä ja konflikteja. Arviointiprosessin aikana ilmenee usein, että arviointiin osallistuvilla on erilaisia näkemyksiä asiakkaan tilanteesta ja siitä, miten se olisi syytä ja miten sen voisi ratkaista. Konfliktien sovittelua voidaan pitää jopa yhtenä sosiaalityön menetelmänä (James 1987). Metteri (2004, 133-134) huomauttaa, että ellei asiakkaan asemaa konfliktin osapuolena tunnusteta, hän tulee sivuutetuksi omassa asiassaan.

Kokon (2003) tutkimus kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmistä tuo esiin vaikeudet, joita asiakkaiden toissijainen asema neuvotteluosapuolena tuottaa. Työryhmä on vakiintunut työmuoto, joka noudattaa totunnaista käsikirjoitusta, joka on viranomaisille tuttu, mutta ei asiakkaalle (mt., 71). Asiakkaan näkökulmasta asiakasyhteistyöryhmän kuntoutuskäytäntö ei täytännyt virallisia tavoitteenasetteluja, asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan palvelua ja asiakkaiden aktivointia kuntoutukseen. Ryhmän kuntoutuskäytännöistä neuvottelusuhde näyttäytyi asiakkaiden näkökulmasta asiantuntijakeskeisenä tiedon, vallan ja ammattikielen punoksena, vuorovaikutussuhde rutiinina, välinpitämättömyytenä, jopa kokemuksena asiakaskiusaamisesta ja instituutiosuhde asiakasvastuun lisäämisestä, palveluissa kierrättämisenä ja yhteiskunnallisten riskien kohdatessa yksilön viimesijaisena vastuuna tilanteestaan. (Mt. 235-236.)

Psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa ei ole tavaton sellainenkaan tilanne, että asiakkaalla on yksin erilainen näkemys toiminta- ja työkyvystään kuin muulla tiimillä. Erilaista käsitystä ei pitäisi ottaa asiantuntijavallan kohteeksi, sillä asiakkaille on asiantuntijaryhmien kohtaamisessa tärkeintä tulla yksilöinä nähdyiksi ja kuulluiksi (Kokko 2003, 234). Erilaisuus on mahdollista nähdä myös tulkinnan mahdollistajana ja auttamisen aineksena (Arnkil & Eriksson 1995, 151). Uusi tulkinta voi syntyä tiimissä vallitsevien erojen tunnistamisen sekä yhteisen

jäsentämisen ja sovittelun avulla (Metteri 2004, 134). Mönkkönen (1996, 56, ks. myös Pellinen 1996, 135-138) pitää toisenlaisen ajattelutavan tunnistamista keskeisenä lähtökohtana moniammatillisen työn kehittymiselle. Dialogisessa keskustelussa käsitys ilmiöstä rakentuu juuri ristiriitaisista näkemyksistä ja ratkaisut tuotetaan asiakkaan ja eri alojen asiantuntijoiden yhteistyönä (Mönkkönen 1996, 59).

4.2 Kumppanuus ja liittolaisuus auttamisessa

Psykiatrinen työkyvyn arviointi on moniammatillista tiimityötä, jonka tavoite on erilaisten asiantuntijuuksien hyödyntäminen potilaan hoidossa. Vaikka tarkastelen tässä tutkimuksessa vain yhden ammatin osuutta työkyvyn arvioinnissa, ei tätä tosiseikkaa voi jättää ottamatta huomioon. Moniammatillinen työote edellyttää perinteistä ”pystysuoraa” yksilöasiantuntijuutta laajempaa, asiantuntijuuden rajat ylittävää ”vaakasuoraa” asiantuntijuutta. Tällaista asiantuntijuutta kutsutaan monilla eri nimillä riippuen siitä, mitä puolta milloinkin halutaan painottaa. Puhutaan horisontaalisesta (Launis 1997, 122), tiimi- ja verkostoasiantuntijuudesta (Launis 1994, 36-38), moniulotteisesta (Engeström ym. 1995, 14), yhteisöllisestä (Engeström 1993, 126) ja avoimesta asiantuntijuudesta (Saaristo 2000; Eräsaari Risto 2002). Tällaiselle asiantuntijuudelle on ominaista tiedon, vallan ja asiantuntijuuden jakaminen. Asiantuntijuus ei ole etukäteen määriteltävissä eikä paikallistettavissa, vaan asiantuntijuus on ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa. Asiantuntija on kuka tahansa, joka kyseessä olevassa tilanteessa pystyy menestyksellisesti osoittamaan omaavansa erityistä tietoa tai taitoa, jota kyseessä olevan asian käsittelyssä ja ratkaisemissa tarvitaan. (Saaristo 2000, 33-34.) Avoin asiantuntijuus kyseenalaistaa asiantuntijuuden peruspilareiden, tieteen, professioiden ja instituutioiden asemaa (Saaristo 2000, 117; Eräsaari Risto 2002, 21). Kyse ei ole siitä, että tiede, professiot ja instituutiot ovat muuttuneet pätemättömiksi vaan siitä, että niiden kohde ja konteksti on muuttunut (Eräsaari Risto 2002, 28). Avoin asiantuntijuus jättää kontekstinsa avoimeksi ja antautuu kommunikaatiolle (mt., 30).

Työkyvyn arvioinnin moniammatillisuus ja yhteisöllinen asiantuntijuus liittyvät myös empowermentin käsitteeseen. Eksistentiaalisessa sosiaalityössä puhutaan kumppanuudesta (partnership) auttamisessa (Thompson 2000, 121). Empowerment-tyyppisessä sosiaalityössä on tärkeää työskennellä yhdessä, muodostaa liittoja. Kumppanuus koskee paitsi asiakkaan ja sosiaalityöntekijän suhdetta, myös muita ammattilaisia. Heitä tarvitaan mukaan, jotta voidaan muodostaa jaettu perspektiivi, josta muutosta ja kehitystä tukevat resurssit löytyvät. Anna Metteri puhuu samasta asiasta liittolaisuutena (2004, 138-140). Hänen mukaansa liittolaisuuksia on mahdollista ja tarpeellista rakentaa moneen suuntaan, tilanteen ja työtehtävän mukaan. Liittolaisuutta voi kehittää paitsi asiakkaan ja työntekijän välillä myös suhteessa omaisiin, työtovereihin, viranomais- ja järjestöverkoston kumppaneihin, kollegoihin, luotta-

musmiehiin jne. Sosiaalityöntekijä on omalta osaltaan vastuussa siitä, mitä vaikutuksia työntekijän omalla toimintajärjestelmällä on asiakkaiden elämään. Liittolaisuuden rakentaminen organisaation sisällä tarkoittaa keskusteluja osapuolten välillä, neuvotteluja työn päämääristä sekä sellaisista yhteisistä tavoiteasetteluista, joiden varaan voidaan rakentaa sopimus yhteistoiminnasta (mt., 139-140).

Liittolaisuuden ja kumppanuuden tärkeys auttamisessa korostuu erityisesti silloin, kun sosiaalityöntekijä ei ole potilaan ns. oma hoitaja. Tällöin sosiaalityöntekijä saattaa osallistua asiakkaan asioiden selvittelyyn ja hoitoon melko lyhyen aikaa tai pitemmän hoitosuhteen aikana useampaan otteeseen harvajaksoisesti ja varsinainen hoitovastuu ja kuntoutumisen edistymisen tukeminen on jonkun muun ammatin edustajalla. Jotta sosiaalityöntekijän työpanos ei jäisi irralliseksi, on sosiaalityö kytkettävä osaksi potilaan kokonaisuhoitoa. Mikäli sosiaalityöntekijä ei itse voi jatkaa työskentelyä asiakkaan kanssa, hänen on osattava välittää muulle hoitotiimille tai verkostolle oman työskentelynsä tulokset asiakkaan kanssa ja huolehdittava siitä, että vastuu siirtyy tiimissä tai verkostossa. Tällöin sosiaalityön asiantuntijuudessa painottuu tiimeissä ja verkostoissa toimimisen taito sekä asianajo tai yksilöllinen palveluohjaus. Sosiaalityön asiantuntijuuden ja ammatillistumisen kehityksen perusta ei tällöin ole perinteisessä erikoistumisessa, erojen tekemisessä ja reviereistä kiinni pitämisessä (Launis 1997, 124-125), vaan rajojen ylittämässä ja siltojen rakentamisessa.

Jotta moniammatillinen tiimi pääsisi yhteistyössä hyvään tulokseen, vaaditaan sen jäseniltä rohkeutta oman revierin ylittämiseen eli rajanylityksiä. Työn organisointi tiimeiksi ei automaattisesti johda moniammatillisuuteen ja rajanylityksiin, vaan tarvitaan myös uudenlaista käsitteenmuodostusta (mt., 129). Yhteiselle toiminnalle pitää rakentaa konkreettisia kohteita, joista käytetään nimitystä rajakohde (mt., 131). Konkreettisen tapauksen analysointi edellyttää myös yhteisen mallin rakentamista käsiteltävästä asiasta. Sen rakentamisessa tulisi käyttää hyväksi tiimin jäsenten erilaista osaamista ja asiantuntijuutta. Vähäähön (2002, 59, 72-78) tutkimuksessa terveydenhuollon organisaatiot kehittivät yhteistyön kehittämisen välineeksi hoitosopimuksen, joka mahdollisti yksittäisten potilaiden hoitoyhteistyön koordinoinnin ja vastuun jaon perheen ja ammattilaisten kesken. Työkyvyn arvioinnissa asiakkaan kuntoutussuunnitelma on luonteva rajan ylitysten kohde. Mikäli arviointiin liitetään suunnitelman toteutumisen seuranta ja kuntoutusohjaus, voi kuntoutussopimus (ks. Mäensivu 1998) korvata suunnitelman yhteisen toiminnan rajakohteena.

Engeströmin ym. (1995, 26) mukaan rajanylityksissä on ensisijaisesti kyse kollektiivisesta käsitteenmuodostuksesta. Rajanylityksiin liittyy erilaisuuksien kohtaamista ja joutumista vieraaseen ympäristöön, mikä aiheuttaa epävarmuutta ja epäpätevyiden tuntemuksia. Jotta niistä voitaisiin selviytyä, tarvitaan uusien, välittävien käsitteiden muodostusta. Engeströmin

ym. (mt.) tutkimuksen empiirisessä osassa, joka perustui tiimien toiminnan havainnointiin, ilmeni, että rajanylitysprosessit olivat erittäin monimutkaisia ja tiukasti tilanteeseen sidottuja, että määrämuotoisia toimintamalleja oli mahdoton löytää ja että liiallinen abstraktisuus esti rajanylityksiä. Yhteisesti hyväksytyjä tulkintoja ei tarvittu rajanylityksiin vaan vastakohtaisuuksien ja eriävyyksien oivaltaminen saattoi olla yhtä hedelmällistä kuin yhteisymmärryksen muodostuminen.

Engeström ym. (mt., 14) käyttävät horisontaalisesta asiantuntijuudesta myös termiä moniulotteinen asiantuntijuus. Sille on ominaista rajanylitysten lisäksi monikontekstisuus, jolla tutkijat tarkoittavat tilannetta, jossa asiantuntija joutuu työssään toimimaan useiden rinnakkaisten toimintakontekstien puitteissa ja liikkumaan niiden välillä. Asiantuntija joutuu tekemään monia yhtäaikaista tehtäviä ja olemaan osallisena useissa eri toimintajärjestelmissä ja yhteisöissä. Monikontekstisessä toimintaympäristössä asiantuntemuksen määrittely problematisoituu, sillä asiantuntijuus ei ole johdettavissa koulutuksesta tai tittelistä vaan se on sidottu aikaan ja paikkaan. Monikontekstisuus on tyypillistä suurelle osalle terveystieteiden alueille, sillä suurin osa terveystieteiden työntekijöistä työskentelee useamman eri tiimin kanssa avovastaanotoilla tai poliklinikoilla ja sairaalaosastoilla perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Asiantuntijuus on neuvotteluissa ja vuorovaikutuksessa syntyvä hybridi (Engeström ym. 1995, 14), jonka ”jalat” ovat julkisuus, kommunikaatio ja luottamus (Saaristo 2000, 31).

Olkosen (2003) tutkimuksessa mukana olleessa psykiatrian avohoidon yksikössä horisontallinen asiantuntijuus oli harvinainen tapa käsittää asiantuntijuus. Vallalla oli perinteinen yksilöasiantuntijuuden käsitys. Tutkija tunnustaa olleensa yllätynyt ja pettynyt, kun haastateltavat, kolme psykiatria, kaksi sairaanhoitajaa, kaksi psykologia ja kaksi sosiaalityöntekijää, korostivat yksilöasiantuntijuutta ja asiantuntemusten välisten rajojen merkitystä, pitivät rajanylityksiä kielteisenä ilmiönä ja näkivät yhteistyön vain yksilöasiantuntijuuksien yhdistämisenä. Hän päätelee horisontaalisen asiantuntijuuden olevan pitkälti vain ylätasoon puheessa ilmenevä saavuttamaton ihanne, joka ei ilmene käytännössä eikä yksittäisten työntekijöiden käsityksissä. Merkkejä kehityksestä horisontaalisen asiantuntijuuden suuntaan oli kuitenkin näkyvissä. (Mt., 70). Koska yksittäinen työntekijä saattoi haastattelun edetessä muuttaa näkökulmaansa aiheeseen, arvelee Olkosen (mt., 71), että ajan puute ja kiire esti ihanteelliseksi koetun asioiden tarkastelun moniammatillisesti ja kokonaisvaltaisesti potilaan näkökulmasta ja pakotti keskittymään oman osuuteen, yksilökohtaiseen potilastyöhön. Kiire aiheuttaa kierteen; tiukat aikataulut ja tulostavoitteet kaavamaisesti työtapoja eivätkä mahdollista keskustelua työtavoista ja niiden kehittämisestä, mikä pakottaa pysymään vanhassa, mikä ylläpitää kiirettä jne.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusongelma, -menetelmät ja -aineisto

Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa ja arvioida sosiaalityöntekijän roolia psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. **Mikä on sosiaalityön tavoite ja keskeisimmät tehtävät, kun asiakkaan työkykyä arvioidaan psykiatriassa?** Lähtökohtana ovat työkyvyn arviointiin osallistuvien sosiaalityöntekijöiden omat näkemykset ja kokemukset. Tältä osin tutkimuksessa on kyse sosiaalityön sisäisestä arvioinnista, sosiaalityöntekijöiden itseymmärryksen lisäämisestä työnsä suhteen sekä itsearvioinnin ja yleensä sosiaalityön kehittämisen tukemisesta. Miten sosiaalityöntekijät kokevat suoriutuvansa psykiatriseen työkyvyn arviointiin liittyvistä tehtävistään tällä hetkellä? Mitä kehittämistarpeita he arvioivat työkyvyn arviointiin liittyvissä työkäytännöissään olevan?

Tutkimuksen pääaineistona ovat sosiaalityöntekijöiden käsitykset omasta roolistaan psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Kokosin aineiston Fettermanin empowerment-arviointimenetelmää käyttämällä (Fetterman ym. 1996; Fetterman 1996a; Fetterman 2001; Fetterman ja Wandersman 2004). Tiivistelmä menetelmästä on liitteenä 3. Fettermanin menetelmässä on kyse itsearvioinnista, jonka tarkoitus on auttaa arvioitavaan toimintaan osallistuvia arvioimaan itse toimintaansa toiminnan kehittämiseksi ja itsemäärämisen lisäämiseksi (Fetterman 1996a, 4). Arvioinnilla ei pyritä toiminnan ”arvon” määrittämiseen vaan arvioitavan toiminnan kehittämiseen (mt., 5). Fettermanin mukaan toimivien itsearviointikeinojen löytäminen johtaa itseymmärryksen lisääntymiseen ja valtautumiseen, joka näkyy vanhoista kahlehtivista rooleista tai muista kehittymisen esteistä vapautumisena ja itsen ja toisten uudelleen määrittämisenä ja ymmärtämisenä (mt., 16-17). Tutkijan tehtävä on tarjota sosiaalityöntekijöille välineitä itsearvioinnin suorittamiseksi ja avustaa heitä sen toteutuksessa. Tutkijaa voidaan luonnehtia empowerment-arvioinnissa valmentajaksi tai kriittiseksi ystäväksi (mt., 4).

Oma tutkimukseni on ensisijaisesti tilannetta kartoittava. Sitä voidaan luonnehtia osallistujalähtöiseksi ja käytäntöpohjaiseksi arviointitutkimukseksi (practice based evaluation), joka lähtee alhaalta ylöspäin managerialistisen, johdon suunnasta lähtevän tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden mittaamisen sijaan. **Kartoitettavat asiat** työkyvyn arvioinnin osalta ovat:

1. sosiaalityön tavoite ja ydintehtävät,
2. sosiaalityön tavoitteen ja tehtävien toteutuminen ja toteutumisen arviointiperusteet sekä
3. sosiaalityön kehittämistarpeet ja -mahdollisuudet.

Kartoituksessa esiin tulevia asioita arvioin empowermentin näkökulmasta. Näkykö tutkimukseen osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden esiin tuomassa tavassa tehdä sosiaalityötä psykiatrisen työkyvyn arvioinnin yhteydessä valtauttavan sosiaalityön piirteitä? Empowermentin toteutuminen työkyvyn arviointiin liittyvässä sosiaalityössä merkitsee:

1. asiakkaan ottamista mukaan tilanteensa nimeämiseen ja hoitonsa ja tulevaisuutensa suunnitteluun (vrt. Rose 1992, 272-273; Rose 2003a; Satka 1993, 24-26; Metteri 1996, 145)
2. asiakkaan osallisuuden ja toimijuuden tukemista hoidon (ja arvioinnin) ulkopuolisessa elämässä (vrt. Venkula 2002, 13-14; Rose 2003a; Rose 2003b, 202; Metteri 2004, 28) ja
3. kumppanuutta ja liittolaisuutta auttamisessa (ja arvioinnissa) (Thompson 2000, 121; Metteri 2004, 138-140).

Lisäksi minua kiinnostaa, todentuuko sosiaalityöntekijöiden itsearviointissa se Fettermanin (1996a, 16-17) ajatus, että itsearviointi voi valtauttaa osallistujia.

Tutkimusaineiston muodostavat psyykkisen työkyvyn arviointiin työssään osallistuvien sosiaalityöntekijöiden itsearviointien tuotokset eli nauhoitetut ryhmäkeskustelut ja niissä tuotetut kirjalliset dokumentit. Aineisto on koottu ryhmätilanteissa, joissa sosiaalityöntekijät itse arvioivat rooliaan psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa empowerment-arvioinnin menetelmää käyttäen. Tutkimuksessa on mukana yhteensä 13 sosiaalityöntekijää, jotka ovat kahdesta eri kaupungista. Kaupungista X tutkimukseen osallistui kuusi sosiaalityöntekijää, jotka työskentelivät psykiatrian avohoidossa (mielenterveystoimistoissa). Kaupungista Y mukana oli seitsemän sosiaalityöntekijää. Heistä neljä työskenteli avohoidossa ja kolme laitoshoidossa (psykiatrisessa päiväsairaalassa tai ympärivuorokautista hoitoa antavilla osastoilla sairaalassa). Kaupungin X ja Y työntekijät työskentelivät kaupunkinsa terveystoimen alaisuudessa.

Tutkimukseen osallistuneet ryhmät kokoontuivat neljä kertaa syksyn 2004 aikana. Alun perin tarkoitus oli kokoontua kolme kertaa ja käydä jokaisella kerralla läpi yksi empowerment-arvioinnin kolmesta vaiheesta. Aikataulu osoittautui liian tiukaksi. Molemmissa ryhmissä ehdittiin käydä läpi vain kaksi ensimmäistä vaihetta, vaikka molemmat ryhmät kokoontuivat tutkijan pyynnöstä neljä kertaa alkuperäisen kolmen kerran sijasta.

Fettermanin arviointimallissa oli alkuvaiheessa neljä toteutusvaihetta tai askelmaa (steps) (Fetterman 1996a, 18-20), mutta sittemmin malli on tiivistynyt kolmeen vaiheeseen (Fetterman 2001, 23-34). Nämä **kolme vaihetta** ovat:

1. tehtävän, tavoitteen tai päämäärän määrittely,
2. nykyisen tilanteen määrittely ja
3. tulevaisuuden suunnittelu.

Ensimmäisessä vaiheessa sosiaalityöntekijät määrittivät ryhmässä sosiaalityön tavoitteen psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Pyysin osanottajia nimeämään käsitteitä, jotka parhaiten kuvasivat heidän tavoitettaan. Tarkoitus oli löytää konsensus eli tavoiteasettelu, jonka kanssa kaikki voivat elää. 100%:n hyväksyntää ei tavoiteltu. Tavoiteasettelu edustaa ryhmän yhteisiä arvoja ja toimii nykytilan määrittelyn pohjana (Fetterman 2001, 24).

Nykytilan määrittelyssä oli kaksi (tai oikeastaan kolme) osaa. Ensimmäisessä osassa sosiaalityöntekijät nimesivät keskeisimmät tehtävät, jotka sosiaalityöllä oli heidän toimintayksiköissään työkyvyn arvioinnissa. Nimeämisen jälkeen tehtävät asetettiin tärkeysjärjestykseen (, joka voidaan katsoa itsenäiseksi toiseksi osaksi). Tavoite oli löytää kymmenen kaikkien tärkeintä tai ajankohtaisinta toimintoa. Tärkeimmäksi pyydettiin asettamaan se tehtävä, joka vaatii tällä hetkellä eniten kehittämistä tai jonka kehittäminen on nyt kaikkien ajankohtaisinta. Toisena kriteerinä käytettiin ensimmäisessä vaiheessa asetettua tavoitetta. Tämän jälkeen siirryttiin nykytilan määrittelyn toiseen (itse asiassa kolmanteen) osaan. Osanottajia pyydettiin arvioimaan asteikolla 1-10, kuinka hyvin he tällä hetkellä suoriutuvat keskeisimmistä tehtävistä. Arviointi tehtiin aluksi yksilöllisesti, jonka jälkeen arviot julkistettiin ja saatettiin keskusteltaviksi.

Arvioinnin julkisuus on osa empowerment-arvioinnin sosialisatioprosessia. Tarkoitus on, että osanottajat tietävät toistensa mielipiteet ja voivat ottaa ne huomioon. Tällä pyritään avaamaan keskustelua ja rohkaisemaan avoimeen mielipiteen ilmaisuun. (Fetterman 2001, 24-26). Dialogi on empowerment-arvioinnin tärkein ominaisuus. Arvioijan tehtävä on edistää keskustelua yksilöllisistä arvioinneista. Osanottajia pyydetään perustelemaan antamansa arvosanat ja kuvaamaan arviointiperusteitaan. Nykytilan määrittelyn tärkein asia ei ole se, minkä arvosanan toiminnot saavat, vaan tulevien arviointien perustan luominen. Tarkoitus on näin edesauttaa sitä, että ryhmässä syntyy keskustelujen avulla yhteisiä tulkintoja. Lisäksi se kiinnittää osanottajien huomion siihen, kuinka tärkeää toimintaa on dokumentoida ja kerätä tietoa arvioinnin pohjaksi. (Mt., 28-30.)

Empowerment-evaluaation kolmas vaihe on tulevaisuuden suunnittelu. Suunnittelun pohjana käytetään nykytilan määrittelyssä syntynyttä arviota. Miten osanottajat haluavat muuttaa toimintoja, jotka sujuvat huonosti? Onko tarvetta kehittää hyvin sujuvia toimintoja? Tavoitteet samoin kuin strategia tai keinot tavoitteen saavuttamiseksi asetetaan toimintokohtaisesti.

Lopuksi keskustellaan ja sovitaan siitä, mitä tietoa kerätään edistymisen arvioimiseksi. Dokumentaation tulee olla luotettavaa ja täsmällistä. (Fetterman 2001, 30-34).

Purin ryhmäkeskustelut ääninauhoilta tekstiksi, jota kertyi yhteensä 70 konekirjoitusliuskaa. Kaupungista X tekstiä tuli 17 liuskaa ja kaupungista Y 53 liuskaa. Ero johtuu sekä käytössä olleesta äänitystekniikasta että siitä, että käyttäydyin kolmessa ensimmäisessä keskustelussa eri tavalla verrattuna viiteen muuhun keskusteluun. Kolme ensimmäistä keskustelua käytiin kaupungissa X. Ajattelin aluksi, että tutkimuksen tärkein aineisto kertyy fläppitauluille, jonne kirjasin ensimmäisissä istunnoissa esiin tulleita avainkäsitteitä tavoitteenmäärittelyä varten, sosiaalityöntekijöiden muotoileman tavoittemäärittelyn sekä sosiaalityöntekijöiden nimeämät sosiaalityön ydintehtävät työkyvyn arvioinnissa. Pyrin aluksi ohjamaan melko paljon keskustelua, jotta sosiaalityölle saadaan (varsin rajalliseksi osoittautuneessa ajassa) muotoilua tavoite ja nimettyä ydintehtävät. Fettermanin menetelmän formatiivisuus korostui ainakin kahdessa ensimmäisessä keskustelussa kaupungissa X. Käytössäni oli kahdessa ensimmäisessä istunnossa suhteellisen vanhanaikainen nauhuri, jonka käyttö edellytti mikrofonin kiertäystä puhujalta toiselle. Sen käyttö osoittautui hankalaksi ja nauhan kuuluvuus huonoksi. Sosiaalityöntekijät puhuivat ”vaatimattomina” mielellään ilman mikrofontia (eivät välittäneet huolehtia, että mikrofoni kierrätetään puhujalle) ja koska itse olin kirjaajana fläppitaululla, jäi osa keskustelusta pois nauhalta koneeseen sisältyneen sisämikrofonin heikon tehon vuoksi. Kolmannesta keskustelusta lähtien sain käyttööni uudemman nauhurin, jolla äänitys onnistui paremmin. Kaupungissa Y sosiaalityöntekijöiden ryhmä oli työtehtäviltään, iältään ja työkokemukseltaan heterogeenisempi kuin kaupungissa X. Ryhmä tarvitsi enemmän aikaa käsitteiden yhteiseen pohdintaan enkä pyrkinyt sitä rajoittamaan vaan päinvastoin halusin nähdä, miten ryhmä päätyy yhteisiin määrittelyihin.

Nauhoitettujen keskustelujen lisäksi tutkimuksen aineistona on seitsemän fläppitaulua. Niihin on kirjattu sosiaalityön tavoite psyykkisen työkyvyn arvioinnissa kaupungeittain (2 taulua), ydintehtävät ja niiden tärkeysjärjestys pisteytettynä (2 taulua), sosiaalityöntekijöiden oman suoriutumisen arviointi pistettynä tärkeimmissä ydintehtävissä (2 taulua) sekä kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden nimeämiä ydinkäsitteitä, joita sosiaalityöntekijät pitivät tärkeinä sosiaalityön osuutta työkyvyn arvioinnissa määriteltäessä (1 taulu). Fläppitaulut on myös puhtaaksikirjoitettu ja toimitettu kaupunkikohtaisesti sosiaalityöntekijöille. Kaksi puhtaaksikirjoitettua fläppitaulua, joissa sosiaalityöntekijät arvioivat omaa suoriutumistaan ”topten”- ja ”topseven”-ydintehtävissä, esitetään yhdistettynä taulukossa 3 luvussa 8.5.

Tutkimuksen kolmantena aineistona on jatkokyselyn yhdeksän vastausta. Lähetin kyselyn maaliskuun alussa 2005 sähköpostitse kaikille 13 tutkimuksen ensivaiheessa mukana olleelle sosiaalityöntekijälle. Jatkokyselylomake on liitteenä 4. Kyselyyn vastasi määräaikaan,

maaliskuun loppuun mennessä, vain viisi sosiaalityöntekijää. Lähetin uusintakyselyn huhtikuun alussa, ja siihen vastasi neljä sosiaalityöntekijää. Jatkokyselylomakkeella kerättiin palautetta syksyisten keskustelujen annista sekä koottiin taustatietoa sosiaalityöntekijöiden koulutuksesta, työkokemuksesta sekä työorientaatiosta. Kyselyn avulla pyrin saamaan tietoa myös Fettermanin menetelmän 3. vaiheesta, joka jäi ryhmäkeskusteluissa ajan puutteen vuoksi käsittelemättä eli siitä, olivatko keskustelut herättäneet kiinnostusta tai tarvetta asian edelleen pohtimiseen tai johtaneet toimenpiteisiin sen kehittämiseksi.

Tutkimuksen informanttien kannalta tutkimus kesti ryhmäkeskusteluineen ja jatkokyselyineen kaksi, neljä, kahdeksan tai yhdeksän kuukautta riippuen siitä, kumman kaupungin sosiaalityöntekijä oli, oliko johtavassa asemassa ja missä vaiheessa vastasi jatkokyselyyn. Minulle tutkijana se on tähän mennessä (kesä 2005) ollut noin kahden ja puolen vuoden projekti, joka on edennyt vaiheittain sekä palkkatyöstä että erityisesti ammatillisen lisensiaatintutkimuksen opinnoista riippuen. Aluksi aihe eli tutkimusaihiona opintoja varten tehdyissä tieteellisissä esseissä, joissa tarkastelin muun muassa sosiaalisen tilanteen selvityksen historiaa, empowermentia sosiaalityössä sekä arviointia ja arviointitutkimusta terveysosiaalityössä. Kun kirjallisuudesta alkoi löytyä käsitteitä, joilla omia käytännön kokemuksia sosiaalityöstä saattoi kuvailla, alkoi aihe kääntyä tutkimussuunnitelmaksi. En siis ollut aineiston keruuvaiheessa ”tyhjä taulu”, vaan minulla oli monia käsityksiä ja oletuksia aiheesta. Tutkimuksessa on ollut kyse oman ammatin ja työn tutkimisesta hieman erilaisessa toimintaympäristössä kuin oman työni toimintaympäristö. Itselleni tutkimusprosessi on ollut sosiaalityöntekijän ammatissa eletyn, hahmottomaksi ja epämääräiseksi, mutta tärkeäksi kokemani asian historian jäljittämisestä ja käsitteellistämisestä (vrt. Metteri 2000).

Ymmärryksen ei ollut vielä aineiston keruuvaiheessa kovinkaan jäsentynyt enkä olisi pystynyt vastamaan tunnistamiini toiveisiin ottaa kantaa siihen, mikä sosiaalityön tavoitteen ja roolin työkyvyn arvioinnissa tulisi olla. Erityisesti kaupungin Y sosiaalityöntekijät esittivät retorisia kysymyksiä, joilla he koettivat haastaa minua vastaamaan siihen, mikä sosiaalityön rooli vaikkapa kuntoutustutkimuslaitoksissa on työkyvyn arvioinnissa, miten sosiaalityön tavoite pitäisi muotoilla tai miten muut kirjaavat sosiaalityön osuuden. Yritin olla menemättä liikaa ”vipuun”, sillä jos ylipäänsä osasin kysymyksiin vastata, se ei ollut tarkoitus eikä siis ”oikein”. ”Oikeata” oli se, mitä sosiaalityöntekijät keskusteluissaan toivat esiin ja millaisiin määrityksiin he ryhmänä päätyivät. Vastasin kysymyksiin yleisesti, jos osasin. Omaa työyksikköä koskevat määrittelyt sen sijaan jätin informanteille, joskin yritin olla avuksi lauseiden ja käsiteparien kielellisessä muotoilussa. Se, että esitän tutkimusraportissa omia käsityksiäni siitä, miten sosiaalityön osuutta työkyvyn arvioinnissa ehkä voisi selventää, näkyvyyttä parantaa ja kirjaamista kehittää, on tutkijan tulkinnan tulosta. Tutkijan tulkinta on merkityksen antamista niille havainnoille, joita tutkija tuottaa aineistosta valitsemansa tulkintahorisontin avulla. Ai-

neiston keruuvaiheessa tulkintahorisontti ei ollut vielä valmis, sillä osan tutkimuskirjallisuudesta olen lukenut vasta aineiston keruun jälkeen. Myöskään aineiston kokonaisuus ei voinut olla minulle selvä, kun keruuprosessi oli vielä kesken.

Oman tutkijan prosessini kuvauksella haluan tuoda esille sen, etten pitänyt tietojani ja tulkin-tojani piilossa ryhmäkeskustelujen aikana. Niitä ei yksinkertaisesti silloin ollut tutkijan tulkinta-olemassa. Käytäntöpohjaisessa vuorovaikutteisessa tutkimuksessa, jossa informanttien osuus rajoittuu vain aineistonkeruuvaiheeseen, voi informanteille tulla vaikutelma tutkijan ”jälkiviisaudesta”. Tulkitsin, että tutkimusinformantit kohdistivat minuun tulkinta-, selitys- tai kannanottamisodotuksia työkyvyn arvioinnin ja sen kehittämisen suhteen jo aineiston keruuvaiheessa (ks. esim. alaviite 8).

Tutkija ilmaisee ja julkistaa tulkintansa tutkimusraportissa, josta tutkimukseen osallistuneet käytännön työntekijät voivat ne lukea. Ihanteellista olisi jatkaa yhteistyötä myös aineiston analyysin ja tutkimusraportin kirjoittamisen ajan. Tutkimustyön tekeminen sosiaalityöntekijän kokopäivätyön ohessa mahdollisten (jos onnistuu saamaan apurahan) lyhyiden opintovapaiden avulla hankaloittaa kovasti sellaisen tutkimuskäytännön toteuttamista. Itse harkitsin sitä, että olisin lähettänyt tutkimuksen alustavat tulokset sosiaalityöntekijöille sähköpostitse kommentoitavaksi⁷. Ajatus alkoi tuntua sosiaalityöntekijöiden, ja myös itseni, kannalta kohtuuttomalta; tekstiä oli yli 100 sivua. Mitä siitä olisi yhtäkkiä voinut sanoa, ja miten minä tutkijana olisin voinut kirjalliset kommentit ”ymmärtää” ja ottaa huomioon tai päättää olla ottamatta huomioon? Lisäksi tiesin jo, että jatkokyselyynkin vastasi vain yhdeksän sosiaalityöntekijää 13:sta. Olisinko siten menetellen itse asiassa syyllistynyt esitykselliseen vuorovaikutuksellisen tutkimuksen tekoon? Informanteille olisi annettu ”muka” mahdollisuus vaikuttaa analyysiin, mutta palautteen anto olisi toteutettu niin, etteivät he käytännössä olisi pystyneet sitä perustellusti ja paneutuen tekemään.

Ainoa järkevältä tuntuva tapa olisi ollut nostaa esiin joitakin tuloksia ja niiden analyysiä ja keskustella niistä kasvokkaisessa kohtaamisessa. Siihen ei käytössä olleiden resurssien vuoksi ollut mitään mahdollisuutta. Tässä tutkimusraportissa esitetty tulkinta sosiaalityöntekijän roolista psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa on siis tutkijan tulkinta sosiaalityöntekijöiden tuottaman aineiston, oman työkokemuksen ja kirjallisuuden pohjalta. Luonnollisesti minulla on mahdollisuus keskustella sosiaalityöntekijöiden kanssa tuloksista ja tulkinnoista myö-

⁷ Itse asiassa lähetin sosiaalityöntekijöille tarkistettavaksi jatkokyselylomakkeen yhteydessä erikseen kummankin kaupungin osalta toimintaympäristön kuvauksen, jossa toin esiin keskusteluihin perustuneen käsitykseni siitä, millaisissa hallinnollisissa rakenteissa ja tiimeissä he työskentelivät, miten työssä painoutuivat omahoitajan tehtävät ja sosiaalityöntekijän tehtävät ja miten työkyvyn arviointiasiakkaat valikoituivat sosiaalityöntekijälle.

hemmin tutkimuksen valmistuttua⁸, mutta silloin tutkimusinformantit eivät enää pysty vaikuttamaan tulkintaan tai raportin sisältöön.

5.2 Tutkimuksen paikantaminen

Tutkimus on arviointitutkimus, joka sitoutuu luvussa 4 esiteltyyn empowerment- ja empowerment and advocacy-tyyppiseen sosiaalityöhön. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, mikä on sosiaalityön osuus psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa sosiaalityöntekijöiden mielestä. Erityisesti olen kiinnostunut siitä, missä määrin sosiaalityön osuus moniammatillisesta arviosta toteuttaa empowerment-henkeä eli ottaa huomioon asiakkaan näkökulman, tukee hänen muutosprosessiaan ja lisää hänen valtaansa oman hoitonsa ja elämänsä suhteen. Empowerment toimii tutkimuksen läpäisevänä näkökulmana, jonka kautta tarkastelen tutkijana aineistoa. Sen avulla yritän paikantaa ja arvioida sekä asiakkaan asemaa että sosiaalityöntekijän roolia psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. Lähestymistavan mukaan sekä asiakkailla että työntekijöillä on oikeus määritellä itse itsensä. Myös sosiaalityöntekijä käsitetään subjektiksi samalla tavalla kuin asiakaskin. Oikeus osallistua tilanteen määrittelyyn, sen paikantamiseen ja yhteiskunnallisten määreiden paljastamiseen, so. tilanteen nimeämiseen, koskee sekä asiakasta että työntekijää. (Satka 1993, 24-26). Valitsemalla empowerment-arvioinnin tutkimuksen aineiston keruutavaksi haluan tutkijana ensisijaisen selvitystehtävän lisäksi osallistua myös sosiaalityön sisäisen itsearvioinnin kehittämiseen sekä tukea sosiaalityön itsemäärittelyn oikeuden toteutumista ja sosiaalityön valtautumista terveydenhuollossa.

5.2.1 Tutkimuksen suhde fettermanilaiseen empowerment-arviointiin

Arviointitutkimuksen sisällä empowerment-arviointi on melko uusi, 1990-luvun loppupuolen tulokas (Mäntysaari 1999, 9). Se on sisäisesti hajanainen ryhmä erilaisia laadulliseen arviointitutkimusperinteeseen lukeutuvia osallistavia ja valtauttavia suuntauksia. Mäntysaari (1999, 10) suomentaa empowerment-arvioinnin mahdollistavaksi arvioinniksi. Fawcett ym. (1996, 162) paikantavat empowerment-arvioinnin juuret osallistavaan tutkimusperinteeseen, joka edustaa kriittisen teorian, feminismin, laadullisen arvioinnin ja toiminnan antropologian arvoja. Arviointi on empowerment-suuntautuneissa arviointitutkimuksissa valtautumisen apuväline. Merkittäväksi taustavaikuttajiksi Fawcett ym. (mt.) nimeävät muun muassa Rappaportin, Freiren ja Girouxin. Fetterman (1996a, 7) nimeää menetelmänsä juuriksi yhdyskuntapsykologian ja toiminnan antropologian.

⁸ Itse asiassa kaupungin X johtava sosiaalityöntekijä ehdotti (osittain vitsinä) tällaisen tilaisuuden järjestämistä viimeisessä ryhmäkeskustelussa, tosin (tämä oli se vitsiosuus) tilaisuutena, jossa olisivat myös lääkärit paikalla ja jossa tutkija "opettaisi" lääkäreille sosiaalityön osuutta työkyvyn arvioinnissa.

Fettermanin empowerment-arviointimenetelmä on noin 10 vuoden kehittämistoiminnan tulos. Sitä on toteutettu lukuisissa erilaisissa itsearviointi- ja kehittämishankkeissa Fettermanin ja hänen yhteistyökumppaniensa johdolla 1990-luvun alusta lähtien. Hän on kouluttanut mallin käyttöön ja konsultoinut itsearviointia kiinnostuneita eri puolilla kotimaataan USA:ta sekä ulkomailla, mm. Suomessa. (Fetterman 1996a, 7; Haverinen 2003, 12). Fettermanilla on kansainvälinen konsultaatioyrittäjä Fetterman & Associates, jonka presidenttinä hän toimii. Lisäksi hän on Stanfordin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kasvatustieteen konsultoituva professori. Fettermanin oma toiminta on osallistavaa ja demokraattista; hän tuo malliaan esiin varsin avoimesti, monipuolisesti ja ilmaiseksi muun muassa internetin kotisivuillaan (www.stanford...).

Empowerment-arviointiin osallistuvat kaikki kehitettävään toimintaan liittyvät osapuolet. He voivat olla asiakkaita, työntekijöitä, hallinnon ja johdon edustajia, rahoittajia, vapaaehtoisia, opiskelijoita tai laajemman yhteisön edustajia kuten esimerkiksi asukkaita. Tavoitteena on auttaa kaikkia tuomaan esiin oma näkökulmansa. Arvioijan tehtävä on pyrkiä luomaan tilanne, jossa eri osapuolet luovat tai saavat käyttöönsä niitä resursseja, joita muilla osapuolilla jo on käytössään. Tarkoitus on auttaa hankkeeseen osallistuvia auttamaan itse itseään parantamalla reflektivoitua ja itsearviointia. Osanottajat valtauttavat itse itseään arvioinnin kuluessa saadessaan tukea ja valmennusta itsearviointiin. Oman toiminnan tutkiminen ja arviointi yhdessä muuttuu hankkeessa jatkuvaksi prosessiksi. (Haverinen 2003, 49-50.) Menetelmän viittä ominaisuutta (facet) ja kolmea vaihetta (steps) on mahdollista käyttää myös meta-arvioinnin kriteerinä siinä vaiheessa, kun menetelmää on tietoisesti jonkin aikaa käytetty hankkeen tai organisaation kehittämisen välineenä (Fetterman 2001, 41-42; ks. myös liite 3, 4). Arvioitavan toiminnan toteuttajat ja heitä avustavat arvioijat voivat niiden avulla kiinnittää huomiota itsearviointin kehittymisen kriittisiin kohtiin. Menetelmä on haastava ja vaatii onnistuakseen paljon innostusta, paneutumista ja aikaa sekä osanottajilta että arvioijalta. Erityisen paljon se edellyttää arvioijalta, joka joutuu toimimaan monissa haasteellisissa rooleissa, mahdollistajana, kouluttajana, tiedon kriittisenä jäsentäjänä ja selkeyttäjäjänä, neuvottelijana, vallan tasaajana jne. (Haverinen 2003, 53.)

Fettermanin empowerment-arviointimenetelmää on Yhdysvalloissa käytetty lukuisten erilaisien kehittämishankkeiden tai projektien arviointiin ja kehittämiseen. Kehittämishankkeita on kuvattu muun muassa Fettermanin ja hänen kumppaneidensa vuonna 1996 toimittamassa kirjassa (Fetterman ym. 1996). Hankkeiden lähtökohdaksi on ollut niihin osallistuneiden yhteisöjen tai hankkeita hallinnoivien tai omistajatahojen halu kehittää jotakin toimintamuotoa erityisen projektin tai kehittämishankkeen tai itsearviointin avulla. Kirjassa kuvataan sitä, miten Fettermanin itsearviointimenetelmää on sovellettu eri sektoreilla ja toimintaympäristöissä (koulutus, hyväntekeväisyys, yleinen oikeusaputoimisto, terveydenhuolto-ohjelmat

HIV:n, teiniraskauksien ja päihdeongelmien ehkäisemiksi, köyhien ja huono-osaisten naisten aseman parantaminen). Tuloksina kuvataan sitä, miten menetelmä on eri ohjelmissa ja hankkeissa omaksuttu osaksi hankkeen toimintaa ja miten sen käyttö on laajentunut muihin käyttöyhteyksiin organisaatioissa. Lisäksi yleensä esitellään se, miten arvioitavaa toimintaa on arviointiprosessin kuluessa päädytty dokumentoimaan ja mittaamaan. (Esim. Yin ym. 1996, 201-206.) Tutkimukset näyttävät olevan eräänlaisia arviointiprosessin kuvauksia. Fettermanin (1997) mielestä arvioinnilla on vain yksi tavoite: tilivelvollisuus⁹. Hänen mukaansa ohjelmien ja hankkeiden rahoittajat ja johtajat arvostavat enemmän henkilöstön omaa arviointia kuin ulkoista arviointia, sillä sen avulla saadaan paremmin selville toiminnan ongelmakohdat kuin ulkoisella arvioinnilla. Tilivelvollisuusarvioinnissa toiminnan dokumentaation ja arviointimittareiden ja -välineiden kehittäminen on olennaista. Tutkimukset, joissa Fettermanin menetelmää on käytetty, eivät kuitenkaan kuvaa sitä, mitä arvioinnin kohteena olleissa hankkeissa on saavutettu, vaan fokus on menetelmän käytön kuvaamisessa eri yhteyksissä.

Fettermanin menetelmässä on kyse ns. formatiivisesta, muotouttavasta ja kehittävästä evaluaatiosta (Haverinen 2003, 50). Arviointi aloitetaan yleensä hankkeen tai toiminnan jo käynnistyttyä, ja kaikki kolme vaihetta toteutetaan yhtä aikaa, koko päivän kestävässä istunnossa. Ensimmäisessä istunnossa syntyy eräänlainen perusta, johon palataan muutaman kuukauden kuluttua tarkistamaan, miten valitussa suunnassa on pysytty ja miten hankkeen arviointitietoa palveleva dokumentaatio ja näytön hankkiminen ovat alkaneet kehittyä. Empowerment-arviointi ei ole kertaluonteinen, kolmivaiheinen tapahtuma, vaan jatkuva prosessi.

Omassa tutkimuksessani psyykkisen työkyvyn arviointi ei ollut erityisenä kehittämisen kohteena niissä yksiköissä, jotka osallistivat tutkimukseen. Tarjosin tutkimusta yksiköiden sosiaalityöntekijöille mahdollisuutena pohtia sosiaalityön osuutta psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. ”Myyntikirjeeseen” (liite 5) sisältyi ajatus, että ne sosiaalityöntekijät, jotka lähtevät mukaan tutkimukseen, kokevat tärkeäksi ja/tai ajankohtaiseksi pohtia aihetta ja haluavat kehittää sosiaalityön työkäytäntöjä työkyvyn arvioinnissa. Kirjeeseen sisältyi myös liite, jossa oli lyhyt johdatus Fettermanin empowerment-arviointimenetelmään.

Tätä tutkimusta ei voi kutsua varsinaiseksi empowerment-arvioinniksi fettermanilaisessa mielessä. Mukana itsearviointissa on vain yksi psykiatrisen työkyvyn arvioinnin osapuoli, sosiaalityöntekijät, ei kaikki osapuolet. Ajankäytöllisistä ja muista käytännön syistä Fettermanin

⁹ Evaluaation tarkoituksen tai näkökulman mukaan arviointi voidaan jakaa tilivelvollisuus-, kehittämis- ja tiedontuotanto-evaluaatioon (Chelimsky 1997, 10-14). Tilivelvollisuusarviointi on kiinnostunut toiminnan tuloksista ja vaikutuksista. Tilivelvollisuusarvioinnissa arvioija pyrkii olemaan riippumaton ja objektiivinen, etäällä asiakkaista. Evaluaatiota voidaan käyttää myös toiminnan kehittämisen apuvälineenä, josta Chelimsky käyttää nimitystä kehittämisevaluaatio. Tällöin arvioija pyrkii läheiseen suhteeseen asiakkaidensa kanssa. Silloin, kun evaluaation tarkoitus on lisätä ymmärrystä jostakin asiasta, on kyse tiedontuotantoarvioinnista. Tavoite on tällöin ymmärtää paremmin ongelmien taustalla olevia tekijöitä ja sitä, miten tekijät sekä suunnitellut interventiot tai kyseessä oleva

menetelmän kolme eri vaihetta ei tässä tutkimuksessa pysytty toteuttamaan sosiaalityöntekijäryhmien kanssa yhdessä maratonistunnossa, vaan neljässä eri istunnossa. Pitempään arviointiprosessiin, edes ”tarkistuskierrökseen” ei ollut mitään mahdollisuutta. Itse asiassa edes kaikkia kolme eri vaihetta ei ehditty tavoitteesta huolimatta käydä läpi. Minua ei myöskään voi pitää empowerment-arvioinnin edellyttämänä kokeneena ryhmänvetäjänä, jolla olisi perusteelliset tiedot empowerment-arvioinnista ja arviointitutkimuksesta yleensä saati kokemusta menetelmän käytöstä. Päinvastoin: käytin menetelmää ensimmäistä kertaa elämänsäni enkä ole aikaisemmin tehnyt arviointitutkimusta. Vaikka Fetterman suosii itsearviointia, korostaa hän sitä, että arviointiohjelman vetäjän on perehdyttävä etukäteen arviointitutkimukseen sekä valmistauduttava ja suunniteltava etukäteen arviointitilannetta (Fetterman 1996a, 21). Menetelmän käyttö edellyttää vetäjältä hyviä ryhmänvetäjän taitoja, sillä itsearviointi onnistuu sitä paremmin, mitä rehellisempi, itsekriittisempi, luottamuksellisempi ja tukea antavampi ilmapiiri ryhmässä vallitsee. Tässä tutkimuksessa on kyse Fettermanin empowerment-arviointimenetelmän soveltamisesta tutkimuksen aineiston keruuseen.

Tutustuttuani Fettermanin empowerment-arviointimenetelmään osana empowerment-kirjallisuutta minua viehätti siinä kaksi asiaa, toisaalta mallin käytännöllisyys ja toisaalta sen osanottajia valtauttava tavoite. Fettermanin malli näytti tarjoavan struktuurin, jonka avulla tutkija voi vetää sosiaalityöntekijän roolia psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa koskevaa keskustelua ryhmissä. Menetelmän formatiivisuus viehätti, koska tutkittava ilmiö tuntui epäselvyytensä ja hämäryytensä vuoksi vaikealta hahmottaa. Sosiaalityöntekijän rooli psyykkisen työkyvyn arvioinnissa on omien työkokemusteni mukaan sattumanvarainen ja hahmoton. ”Virallisissa” yhteyksissä kuten alan vakuutuslääketieteellisessä kirjallisuudessa ja koulutustilaisuuksissa sekä vakuutuslaitosten ratkaisujen perustana sosiaalityön osuus näyttäytyy vaiettuna tai olemattomana asiana. Fettermanin menetelmä herätti minussa toivoa, että epäselvältä vaikuttava asia olisi jotenkin helpommin haltuun otettavissa tai että se saisi menetelmän avulla selkeämmän muodon. Siksi päätin käyttää sitä aineiston keruumenetelmänä.

Fettermanin menetelmän lähtökohdat ja toteutustapa vastasivat lisäksi näkemystäni siitä, että terveydenhuollossa sosiaalityöntekijöiden roolin selkeyttäminen on heidän oma tehtävänsä. Menetelmä luottaa siihen, että itseymmärryksen lisääntymisestä seuraa valtautuminen toimijuuteen eli oman työn kehittämiseen. Yksi eri tieteen- ja ammattialojen tasavertaisen yhteistyön edellytys työkyvyn arvioinnissa on, että jokainen ammattiryhmä selventää itse itselleen omaa rooliaan moniammatillisessa yhteistyössä ja ottaa vastuun sen kehittämisestä. Tietoisuus oman asiantuntijuuden sisällöstä ja rajoista auttaa tarkoituksenmukaisen työnjaon ja yhteistyön toteuttamisessa.

Terveydenhuollon tietohierakiassa sosiaalityö on alimpana; ylimpänä on lääketiede ja psykologia on lääketieteen ja sosiaalityön välissä (Metteri 1996, 147; ammattihierarkiasta ks. Tulppo 1991, 71). Sosiaalityön perinteinen rooli terveydenhuollossa on muita ammattiryhmiä avustava medikaalinen apuhenkilö, jonka tärkein tehtävä on välittää tietoa potilaan oloista hoidon toteuttamiseksi (Niemelä 1985, 154). Niemelän (mt.) 20 vuoden takaisessa tutkimuksessa erityisesti lääkärit odottivat sosiaalityöltä hyvin käytännöllistä tukea omalle työlleen ja rajasivat sosiaalityön kapeasti ”sosiaaliin kysymyksiin”. Leinosen (2001) tutkimuksen mukaan tietohierarkia elää edelleen psykiatrian erikoissairaanhoidossa siten, että lääketieteellinen tieto on ylempänä kuin hoitotieteellinen. Sosiaalityö ei asetu hierarkkiselle janalle vaan sosiaalityöntekijät kokivat oman asemansa sekundaariseksi ja ulkopuoliseksi. Ulkopuolisuus koettiin kuitenkin enemmän myönteiseksi kuin kielteiseksi asiaksi, sillä ulkopuolisuus merkitsi myös itsenäisyyttä ja mahdollisuutta pysytellä primaariammattikuntien valtataistelun ulkopuolella. Myöskään somaattisessa erikoissairaanhoidossa sosiaalityöntekijät eivät kokeneet Tulpon (1991, 71) 15 vuoden takaisen tutkimuksen mukaan olevansa tasavertaisia muiden ammattiryhmien kanssa, mutta sitä ei pidetty ongelmallisena vaan toimintaa helpottavana asiaina. ”Muukalaisuus” takasi sosiaalityöntekijöille vapauden.

Simpkinin (1979, 117-118) mukaan professio antaa valtuuden toimia itsenäisesti; oikeaa professiota eivät ulkopuoliset esimiehet kontrolloi eivätkä muut ammattikunnat kiistä sen pätevyyttä sen omalla alalla. Voi olla, että jos sosiaalityö pitäytyy kapeasti määritellyssä ”sosiaalisten kysymysten” käsittelijän, sosiaaliturvan asiantuntijan roolissaan, ei se uhkaa minkään muun ammatin reviiriä terveydenhuollossa ja sille suodaan sen vuoksi itsenäinen asema. Työkyvyn arviointi on tehtävä, jossa eri ammattien, erityisesti lääketieteen ja sosiaalityön väliset jännitteet voivat korostua. Sosiaalityöntekijä kantaa vastuuta ihmisten sairastamisen ja kuntoutumisen aikaisesta toimeentulosta sekä kuntoutukseen ohjaamisesta, mutta lääkäri on ammattinsa ja sille neuvottelun professiosopimuksen perusteella portinvartija lähes kaikkiin sosiaaliturvan muotoihin ja sairasperusteisiin kuntoutuksen muotoihin (Metteri 1993, 96). Tosiasiassa kumpikaan (mikään) ammattikunta ei saa tehtyä edes omaa osuuttaan asiakkaan kuntoutus- ja eläke-edellytyksien selvittämisessä ilman toista (toisia), jos työn haluaa tehdä hyvin (vrt. Rovasalo 1999, 15).

5.2.2 Tutkimuksen suhde asiantuntijuuden ja työkäytäntöjen tutkimukseen

Tutkimus sosiaalityöntekijän roolista psyykkisen työkyvyn arvioinnissa on sosiaalityön asiantuntijuuden ja työkäytäntöjen tutkimusta. Suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa ei työkäytäntöjä arvioiva tutkimus ole ollut kovinkaan tavallista. Se on kuitenkin yleistynyt 1990-luvulla. (Nyqvist 2001, 37-38.) Nyqvistin mukaan (mt., 39) käytäntötutkimus edellyttää jousa-

vaa arviointitapaa, joka pystyy tavoittamaan työn moninaisuuden ja asiakkaiden elämäntilanteiden kehityksen prosessinomaisuuden. Mäntysaaren (1999, 7) mukaan arviointitutkimuksen lisääntyessä syntyy uudenlaista asiantuntijuutta. Koska hyvinvointivaltion ammattilaiset käyttävät hyväkseen arviointitutkimuksen tuloksia ja ovat mukana arviointien toteuttamisessa, voidaan arviointitutkimusta tarkastella uudenlaisena asiantuntijuuden muotona¹⁰. Fetterman (1996b, 383) on samoilla linjoilla, mutta menee päätelmässään vielä pitemmälle. Hänen mielestään arviointi on kansalaistaitoa. Jokainen koulutettu kansalainen tarvitsee arviointitaitoja ja jokaisen on mahdollista oppia niitä.

Lymberyn (2003) mukaan sosiaalityön asiantuntijuuden (uudelleen-)rakentamisessa on kaksi trendiä: evidence based- ”liike”, jossa korostetaan parhaiden työkäytäntöjen ylivoimaisuutta, systemaattista tutkimusta ja kirjallisuuskatsauksia näytön hankkimiseksi ja reflektiivis-kriittinen käytäntö, jossa korostetaan käytäntöjen kontekstisidonnaisuutta, kontekstijoustavuutta, jaettua asiantuntijuutta ja kumppanuutta tietämisessä. Karvinen (1996) katsoo tasapainoilun näyttöpohjaisen tuloksellisuuden ja konstruktionistisesti rakentuvan refleksiivisen ammatillisuuden välissä heijastavan suomalaisen sosiaalityön historiaan aina kuulunutta kamppailua professionaalisesti vahvan metodisuuden ja toimijälähtöisen, joustavan ja monimuotoisen tilannekohtaisuuden välillä. Suomessa hyvät käytännöt sosiaalialalla ovat osa hyvinvointipalvelujen modernisointihanketta, joka puolestaan on osa kansallista sosiaalialan kehittämishanketta (ks. Heikkilä ym. 2003, 47-48). Hyvät käytännöt -hankeohjelmaa koordinoi Stakesin, sosiaalialan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen, sosiaalipalvelujen evaluatioryhmä FinSoc (ks. www.stakes.fi/finsoc). Sen tavoite on koota, arvioida ja välittää tietoa hyvistä ja vaikuttavista työmenetelmistä ja -käytännöistä (esim. Vataja ja Julkunen 2004, 11; Koivisto 2005).

Tutkimukseni edustaa reflektiivis-kriittistä traditiota. Reflektiivisen käytännön idea on peräisin lähinnä Donald Schöniltä (Fook 2005, 5). Schön (1983; 1987) käsittelee teoksissaan virallisen ammatillisen teorian ja käytännön toiminnan välistä kuilua. Fookin (mt.) mukaan Schön näkee reflektiivisen käytännön tavaksi kaventaa kuilua paljastamalla se, mitä ammattilaiset tekevät. Kriittistä reflektiosta tulee, kun siinä kiinnitetään huomio valtaan. Kriittinen reflektio

¹⁰ Sulkusen (2005, 41-43) mielestä käsitys on väärä. Arviointitutkimuksen kova kysyntä johtuu hänen mielestään siitä, että hallinnossa ja politiikassa tapahtuneet muutokset heijastuvat tutkimuksen vaikuttavuusretoriikkaan ja yhteiskunnalliseen asiantuntijuuteen ja tiedon muotoihin. Arviointitutkimuksen tarve on syntynyt uudesta julkishallinnon toimintarakenteesta, jossa normiohjaus on korvattu informaatio- tai tavoite- ja puiteohjauksella. Hallinto ei enää säädä normeja, mutta jotenkin sen on osoitettava poliittista vastuuta ja annettava virkamiehille perusteet, joiden mukaan heidän tulee toimia. Tämä tapahtuu kansallisten strategioiden ja toimintaohjelmien muodossa, joilla se ottaa kantaa kehityksen suuntaan ja tekee valintoja. Vallitsevan retoriikan mukaan ideat tulevat ”alhaalta”. Tavoite- ja puiteohjauksen keskeisin käsite on innovaatio. Innovaatioajattelu on Sulkusen (mt., 43) mukaan saanut sosiaalityössä romanttisen rationalismin piirteitä: ihmiset ovat luovia ja uudet ratkaisut tulevat kenttätyöntekijöiltä ja asiakkailta tai kansalaisilta. Hallinnon ja ohjauksen tehtävä on antaa suunta ja tukea myönteistä kehitystä. Tutkimuksen tehtävä on arvioida ja tunnistaa ”hyvät käytännöt” ja vahvistaa niitä. ”Mikä toimii?” ja ”hyvät käytännöt” ovat Sulkusen (mt., 50) mukaan hallinnon eivätkä tutkimuksen retoriikkaa. Koska niiden edellyttämän kausaalisuuden selvittäminen ei hänen mukaansa ole mahdollista kuin hyvin harvoissa poikkeustapauksissa, on arviointitutkimus eräänlaista fiktiivistä päättelytyyliä – se esittää jotain muuta kuin mitä on (mt.).

tekee mahdolliseksi ymmärtää toiminnan taustaoletuksia ja niihin sisältyviä sosiaalisia rajoitteita ja löytää uusia valtaistavampia ajatusmuotoja ja käytäntöjä. Kriittinen reflektio tekee sosiaalisen muutoksen mahdolliseksi yksilön tasolla. (Mt.)

Suomessa reflektiivisyyden vaatimuksia sosiaalityön ammattikäytännöissä alettiin esittää 1980-luvulla sosiaalityön työnohjauskoulutuksissa ja sosiaalityön ammattikäytäntöjen kehittämishankkeissa (Karvinen 2005, 11). Merkittävä suomalainen juonne on ollut kehittävä työntutkimus (Engeström 1998), jota erityisesti sosiaalityöhön on soveltanut Arnkil (esim. lisensiaatin tutkimus vuodelta 1991; yleisempi esitys Arnkil 1990). 1990-luvun alussa erityisesti Synnöve Karvinen paneutui reflektiivisen ja kriittisen sosiaalityön teoriaan Kuopion yliopistossa, ja sitä sovellettiin hänen johdolla muun muassa sosiaalityön koulutukseen ja työnohjaukseen (Auvinen ja Karvinen 1993; Karvinen 1993a; Karvinen 1993b). Reflektiivinen ammatillisuus tuotiin käsitteenä laajempaan sosiaalityökeskusteluun vuonna 1993 ilmestyneessä kirjassa ”Monisärmäinen sosiaalityö” (Granfelt ym. 1993).

Oma tutkimukseni on kontekstisidonnaista ja osallistavaa tutkimusta, jossa sosiaalityön asiantuntijoita ovat tutkimusinformanteina toimivat sosiaalityöntekijät. Sosiaalityöntekijän rooli ja sosiaalityön tavoite ja tehtävät psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa ovat vain osittain yleisiä, kaikkia työpaikkoja ja koko psykiatrian sosiaalityötä koskevia. Se, millaiseksi sosiaalityön käytännöt työkykyasiakkaiden osalta muodostuvat eri työpaikoilla, on työpaikka- ja työryhmäkohtaista. Käytännöt voivat muotoutua monella tavalla; niistä voidaan esimerkiksi sopia moniammatillisissa työryhmissä tai niiden voidaan antaa muotoutua historian perusteella (tehdään niin kuin aina ennenkin) tai sattumanvaraisesti. Tutkimuksessani tarkastelen sitä, miltä sosiaalityöntekijän rooli näyttää, kun sosiaalityöntekijät itse määrittelevät sitä kollegojensa kanssa. Otan sosiaalityöntekijöiden käsitysten tarkastelussa huomioon sosiaalityöntekijöiden paikallisen toimintaympäristön, mielenterveyspalveluiden sekä mielenterveyden sosiaalityön lähivuosien kehityksen sekä asettamani teoreettiset lähtökohdat.

Tutkimuksella on joitakin tapaustutkimuksen piirteitä (esimerkiksi keskittyminen kahteen tapaukseen). Se ei ole kuitenkaan ole tapaustutkimus ennen kaikkea aineiston keruutapana käytetyn Fettermanin empowerment-arviointimenetelmän formatiivisuuden vuoksi. Menetelmällä on vaikea päästä tapaustutkimukselle ominaiseen syvään ja perusteelliseen tarkasteluun. Tutkimuksessa on myös historiallinen osuus, jota osa tapaustutkimuksen asiantuntijoista pitää vieraana tapaustutkimukselle. Myöskään kahden tapauksen vertailua, jota oma tutkimukseni sisältää, eivät kaikki tapaustutkijat pidä hyväksyttävänä tapaustutkimuksessa. (Kröger 2000, 72-75.)

Tutkimus on osallistava ja käytäntöpohjainen arviointitutkimus (practice based evaluation), joka pyrkii ensisijaisesti tiedontuotantoon ja toissijaisesti edistämään sosiaalityön kehittämistä. Sitä voitaisiin luonnehtia myös interaktiiviseksi arvioinniksi (Owen ja Rodgers 1999, 43-44), jonka avulla pyrin tukemaan palvelujen ja työmuotojen kehittämistä. Interaktiivisuus-käsitteellä halutaan korostaa arvioinnin perusasetelmaa, jossa keskeistä on tutkijan ja arviointikohteen vuorovaikutus. Koska olen tutkijana hankkeessa mukana ensisijaisesti tutkijana, en itsearviointin valmentajana fettermanilaisessa mielessä, on tutkimuksella myös ulkoisen arvioinnin piirteitä. Tulkitsen sosiaalityöntekijöiden tuottamaa aineistoa omista tutkimuksellisista lähtökohdistani käsin ja vertaan sitä aiempaan sosiaalityön tutkimukseen sekä psykiatrian avopalvelujen kehittymisen historiaan.

Kyse ei ole kehittävästä työntutkimuksesta (ks. Engeström 1998) tai toimintatutkimuksesta, jossa tutkija sitoutuu aktiivisesti mukana olevien toimintayksikköjen käytännön muutostyöhön ja jossa tieteellinen käytäntö on alisteista suhteessa käytäntöön. Käytäntötutkimuksessa on toiminnallinen osa, joka on alisteinen toimintakäytännöille ja toimintaa refleктоiva osa, joka on alisteinen tieteelliselle käytännölle. (Raunio 1993, 123.) Vaikka haluan tutkimuksen avulla edesauttaa sosiaalityön itseymmärryksen lisääntymistä ja sosiaalityön kehittämistä, jää pyrkimykseni yleiselle tasolle. Varsinainen sosiaalityön kehittäminen tapahtuu ammattikäytännöissä, arjen työtilanteissa sosiaalityöntekijöiden oman toiminnan tuloksena ja sosiaalityöntekijät ovat itse vastuussa siitä, miten kehittävät työtään omissa työyksiköissään. Omaan tulkintahorisonttiini kuuluu olennaisesti se, että olen itse käytännön sosiaalityöntekijä ja että minulla on kokemusta psykiatrisesta työkyvyn arvioinnista. Toiveeni on, että saan tutkimalla lisää tietoa myös oman työni ymmärtämiseen ja kehittämiseen (vrt. Metteri 2000, 238).

Tutkimus ei ole arvovapaata tutkimusta, vaan on sitoutunut asiakkaiden ja työntekijöiden subjektiviteettia korostavaan empowerment-tyyppiseen sosiaalityöhön. Valtasuhteisiin kantaa ottaviin kriittisiin teorioihin sitoutuvaa arviointitutkimus voidaan luokitella kriittiseksi arviointitutkimukseksi (Kivipelto 2004, 253). Se on tulkitsevaa, toiminnallisiin sisältöihin ja subjektiivisiin käsityksiin perustuvaa tutkimusta. Tämän tutkimuksen tutkija sitoutuu kuitenkin myös faktanäkökulmaan, jolla tarkoitetaan tutkimusta, joka on kiinnostunut tutkittavien todellisesta käyttäytymisestä, mielipiteistä ja motiiveista (Alasuutari 1994, 80-81). En ole kiinnostunut niinkään siitä, miten sosiaalityöntekijät puhuvat sosiaalityöstä kuin siitä, miten he sitä tekevät. Uskon puheen kuvastavan edes osittain todellisuutta, joka on reaalisesti olemassa. Satka (2000, 43-44; Satka 1995) käyttää käsitettä käsitteellistyneet käytännöt (conceptual practices) niistä tilanteista ja yhteyksistä, joissa sosiaalityön toimijat tiettyinä aikoina lukevat tai kirjoittavat sosiaalityötä koskevia tekstejä. Käsitteet organisoivat ammatillisia käytäntöjä, mutta ovat samalla yhteydessä käytäntöjä jäsentäviin rakenteisiin (Satka 2000, 40). Ammatillaiset ovat samanaikaisesti sekä hallinnoinnin kohteita (kansalaisia ja työntekijöitä) että sen toi-

meenpanijoita arkisissa institutionaalisissa käytännöissä. (Smith 1990, 23, 212-214; ref. Satka 2000, 44.)

Faktanäkökulman lisäksi on otettava huomioon, että tutkimustilanteessa tuotettu puhe oman ammatin edustajista koostuvassa ryhmässä on ainakin osittain esityksellistä. Metteri (2004, 97) on käyttänyt esityksellinen käsitettä hyvinvointityön ja -politiikan yhteydessä tarkoittaen sillä sellaista toimintaa, joka tapahtuu hyvinvointityön ja -politiikan rakenteissa, mutta jonka sisältö ei ole nimenmukainen vaan jopa sen vastakohta, pahoinvointia tuottava. Itse tarkoitan esityksellisyydellä tässä puhetapaa, jolla omaa toimintaa kuvataan mielenterveys- ja sosiaalityön ihanteista käsin, mutta jossa ihanteen ja todellisuuden väliin jää enemmän tai vähemmän syvä kuilu (vrt. mt., 108-109). Taipumus sekoittaa haaveet ja tosiasiat niin, ettei tiedä, puhutaanko siitä, kuinka työtä haluttaisiin tehdä vai siitä, miten sitä tehdään, ei koske vain sosiaalityötä (Eräsaari 1990, 6; Olkkonen 2003). Esityksellisyys liittyy haluun tehdä työtä hyvin. ”Täydellisyyttä tavoittelevat” ammattilaiset uskottelevat itselleen, asiakkailleen ja kollegoilleen, että asiat on hoidettu hyvin tai peittelevät vajavaista toimintatapaansa sen sijaan, että realistisesti tunnustaisivat vallitsevan tilanteen (Metteri 2004, 109).

Sosiaali- ja mielenterveystyön ideologian ja diskurssien tasoilta löytyy käsitteitä, joilla voi kuvata työn ihanteita ja tavoitteita, mutta joita voi myös käyttää Satkan (2000, 48-49) tapaan arjen yksityiskohtien tutkimiseen ja tulkintaan. Nykyammattilaisten tärkeimpiin ominaisuuksiin kuuluu reflektiokyky, kyky tarkastella ja arvioida omaa toimintaa ja sen perusteita sekä kokemusperäisen että tieteellisen tiedon pohjalta. Tutkimukseni tarkoitus on selvittää, **miten sosiaalityöntekijät määrittelevät omaa osuuttaan psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa**, ei osoittaa, että heidän käsityksensä ovat oikeita tai vääriä, tosia tai epätosia. Osallistava ja käytäntöpohjainen tutkimus tarjoaa mukana oleville sosiaalityöntekijöille yhden foorumin tarkastella ryhmänä ja ryhmässä omaa työtään.

5.3 Yhteistyö kentällä

Sekä kaupungin X että Y sosiaalityöntekijöiden ryhmässä oli mukana sosiaalityöntekijöiden lähiesimies, johtava sosiaalityöntekijä. Johtavat sosiaalityöntekijät toimivat tutkimukseen mukaan lähdön portinvartijoina, sillä olin ensin yhteydessä heihin. Ensikontaktin lopputulos oli se, että lähetin ryhmiin kuuluville sosiaalityöntekijöille sähköisen ”myyntikirjeen” (liite 5). Kirjeessä kerroin tutkimuksen aiheesta, tavoitteesta ja taustasta (sosiaalityön ammatillinen lissensiaatintutkimus), teoreettisesta ja eettisestä sitoumuksesta (empowerment) sekä menetelmästä, jolla aineisto kerätään. Kun ryhmät olivat päättäneet lähteä mukaan tutkimukseen, sovittiin kolme päivää, jolloin keskustelut käydään. Kaupungissa X tapaamiset olivat samoina päivinä, jolloin koko työyksikön (mielenterveyskeskuksen) sosiaalityöntekijöillä oli oma kuu-

kausikokouksensa. Tutkimusryhmä kokoontui ennen kuukausikokousta ja kokoontumisaika oli 1 h 15 min kertaa kohti. Keskustelut käytiin kuukauden välein elo-lokakuun 2004 aikana. Ylimääräinen neljäs kokoontuminen oli kahden kuukauden päästä kolmannesta tapaamisesta eli joulukuussa 2004. Kaupungissa Y kokoontumiset eivät liittyneet ryhmän hallinnollisiin kokouksiin vaan ajat sovittiin erikseen tutkimusta varten. Keskustelut käytiin kaupungissa Y kahden viikon välein loka-joulukuun aikana, ja kokoontumisaikaa oli kaksi tuntia kertaa kohti.

Tutkittavat lähtivät mukaan tutkimukseen mielestäni helposti. Olin etukäteen huolissani siitä, mistä löydän tutkimuksen yhteistyökumppanit. Itsekin pitkän linjan sosiaalityöntekijänä tiesin, että sosiaali- ja terveystieteillä on projekti- ja tutkimusväsymystä. Koska tutkimukseen piti saada mukaan sosiaalityöntekijäryhmiä, ei vaihtoehtoja ollut kovin monia. Terveystieteiden sosiaalityöntekijä on usein yksi ja ainoa oman ammattinsa edustaja työpaikallaan. Psykiatrian sosiaalityöntekijänä aavistelin, että psykiatrisen työkyvyn arvioita tehdään moniammatillisesti todennäköisimmin isohkojen kaupunkien mielenterveyskeskuksissa ja keskussairaaloitten psykiatrian poliklinikoilla. Nämä seikat rajasivat kovasti vaihtoehtoja. Keskustelin tutkimuskumppaneista myös Terveystieteiden sosiaalityöntekijät ry:n puheenjohtajan Eila Sundmanin ja tiedottajan ja varapuheenjohtajan Pirjo Havukaisen kanssa. Heiltä sain yhteensä kolme vihjettä. Kaksi ensimmäistä kontaktia johti yhteistyöhön. Arvelen, että yksi ratkaiseva asia yhteistyön alkamiseen oli se, että kyse oli sosiaalityön ammatillisesta lisensiaatintutkimuksesta. Varmasti myös tutkimusasetelmalla oli merkitystä; sosiaalityöntekijöiden ei tarvinnut ”kerätä” mitään aineistoa vaan aineisto tuotettiin ryhmäkeskusteluissa. Kaupungin X johtava sosiaalityöntekijä kertoi ensikontaktin yhteydessä, että hänen alaisensa sosiaalityöntekijät olivat väsyneitä keräämään tietoja lääkäreiden tutkimuksia varten.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 13 sosiaalityöntekijää. He olivat kaikki naisia. Suurin osa oli kokeneita, ”pitkän linjan” sosiaalityöntekijöitä, kolme oli nuorempaa. Tutkittavien ikää ei selvitetty, joten jako vanhempiin ja nuorempiin on omaan subjektiiviseen arviooni perustuva. Suurin osa tutkimuksessa mukana olevista sosiaalityöntekijöistä oli peruskoulutukseltaan sosiaalihuoltaja tai sosionomi (kuusi yhdeksästä jatkokyselyyn vastanneesta). Kahdella oli pohjakoulutuksena ylempi korkeakoulututkinto, jossa toisella oli pääaineena sosiologia (toisen osalta tieto puuttuu). Yksi sosiaalityöntekijä oli peruskoulutukseltaan diakoni. Hän oli hankkinut sosiaalityöntekijän pätevyyden pätevyttämiskoulutuksen kautta. Yksi oli suorittanut sosionomin tutkinnon lisäksi ylempään korkeakoulututkintoon (pääaineesta ei tietoa). Suurimmalla osalla tutkimuksessa mukana olleista sosiaalityöntekijöistä oli siis sosiaalityöntekijän pätevyys. Kaikilla oli myös lisäkoulutusta, jota kuvaan tarkemmin luvussa 6.2.

Koen omien ominaisuuksieni ammatin, iän ja työkokemuksen pituuden osalta helpottaneen tutkimusyhteistyötä, sillä kuulun samaan kategoriaan tutkimuksessa mukana olleiden sosiaa-

lityöntekijöiden enemmistön (kokeneen kaartin) kanssa. Myös se, että olin psykiatriassa ”nuori” työntekijä (reilu kahden vuoden työkokemus syksyyn 2004 mennessä), edesauttoi tutkimuksen tekoa. Lisäksi en ollut itse töissä ihan samanlaisessa työpaikassa kuin kukaan tutkimukseen osallistuneista sosiaalityöntekijöistä. He olivat kaikki terveystieteiden työntekijöitä, kun itse työskentelin erikoissairaanhoidossa. Mielenterveyssektorille vastikään tullessa olin hyvin kiinnostunut sosiaalityöntekijöiden osuudesta psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa, mikä luultavasti välittyi tutkimusinformanteillekin. Luulen olleeni sopivasti samanlainen ja erilainen. Toisaalta olin ”riittävän tietämätön”, jotta asiantuntijuus säilyi tutkittavilla. Lyhyehkö työkokemus psykiatriasta ja pitkä työkokemus sosiaalitoimiston sosiaalityöstä auttoi minua säilyttämään jonkin verran ulkopuolisen roolia, jota jopa tutkijan ja tutkittavien vastavuoroisuutta tavoittelevassa tutkimuksessa tarvitaan. ”Riittävä tietämys” puolestaan helpotti minun ja sosiaalityöntekijöiden keskinäistä ymmärtämistä.

Kaupungin X sosiaalityöntekijät tunsivat hyvin toisensa ja päätyivät keskusteluissa kaupungin Y sosiaalityöntekijöitä nopeammin tavoite- ja tehtävämäärittelyihin. Toisaalta kaupungissa X kokoontumisaika oli suhteellisen lyhyt (1 h 15 min/kerta). Pyrin aluksi pitämään kiinni alkupe- räisestä tavoitteestani ehtiä käydä ryhmän kanssa läpi kaikki kolme vaihetta. Siksi en tarttunut kaupungissa X aktiivisesti sosiaalityöntekijöiden mielellään kertomiin tapauksertomuksiin keskustelun eteenpäin viemis- ja syventämismielessä eikä niitä ole saatu teknisistä ongelmista johtuen nauhalle kaupungin X elo- ja syyskuulle ajoittuneista ensimmäisestä ja toisesta kokoontumisesta. Aluksi en ollut edes huolissani siitä, että keskustelua ei tullut äänitetyksi nauhalla. Aloin huolestua kahden ensimmäisen kokoontumisen alustavan analyysin jälkeen sekä siitä, kertyykö aineistoa Fettermanin menetelmällä (ja käytössäni olleella nauhurilla) riittävästi että siitä, mitä aineistosta sisällöllisesti saa irti. Siksi päädyin lokakuussa keskustelut aloittaneen kaupungin Y ryhmän kanssa siihen, että en rajoittanut heidän keskusteluaan yhtä paljon kuin kaupungin X ryhmän kahta ensimmäistä keskustelua. Kaupungista Y kertyi kolme kertaa enemmän nauhoilta puhtaaksikirjoitettua keskustelua kuin kaupungista X. Tosin tähän vaikutti myös se, että kaupungin Y ryhmällä oli enemmän keskustelu-aikaa kertaa kohti (2h) kuin kaupungin X ryhmällä (1 h 15 min).

Kaupungin Y ryhmä tuotti samalla tavoin kuin kaupungin X ryhmä runsaasti aineistoa asiakas-kohtaisina tapauksertomuksina. Sosiaalityöntekijöiden toimenkuvan erot johtivat kaupungissa Y siihen, että keskustelussa painottuivat työkyvyn arvioinnissa enemmän mukana olleiden käsitykset. En ottanut erityiseksi tehtäväkseni kummassakaan kaupungissa vetää hiljaisempia mukaan keskusteluun, sillä tulkitisin hiljaisuuden johtuvan erityisesti kaupungissa Y myös vähäisemmästä kokemuksesta työkyvyn arvioinnissa. Minua kiinnosti se, mikä sosiaalityön osuus työkyvyn arvioinnissa ”oikeasti” eli sosiaalityöntekijöiden todellisiin kokemuksiin (ei vastakohtansa eli ihanteiksi kuviteltuihin käytäntöihin) perustuen oli niissä työyksiköissä,

joissa he työskentelivät. Työkyvyn arvioinnissa käytettävät toimintatavat ovat pitkälti työyksikkö- ja työryhmäkohtaisia. Sosiaalityön tavoitteen asetteluun sen sijaan oli mielestäni tärkeämpi saada kaikki osanottajat mukaan. Siksi käytin kaupungissa Y myös parityöskentelyä tavoitteenasettelussa hiljaisempien ja vähemmän kokemusta omaavien sosiaalityöntekijöiden mukaan saamiseksi. Erityisesti kaupungissa Y tuli myös selvästi esiin se varsin inhimillinen asia, että työkyvyn arviointi aiheena kiinnosti selvästi toisia ryhmän jäseniä enemmän ja toisia vähemmän. Yksi kokeneemmista sosiaalityöntekijöistä oli jo etukäteen, ennen ensimmäistä kokoontumista miettinyt aihetta (ilmeisesti ”myyntikirjeen” innoittamana) ja valmistautunut keskusteluun.

Asiantuntijuus säilyi omasta mielestäni hyvin tutkimusinformanteilla. Välillä tunsin itse riittämättömyyttä keskustelun vetäjänä ja arvioinnin asiantuntijana fettermanilaisessa mielessä. Keskusteluja purkaessani jouduin muutaman kerran harmittelemaan, etten ollut älynnyt tarttua johonkin tutkimusaiheeni kannalta tärkeään keskustelun kohtaan. Tarkentavat kysymykset tulivat mieleeni vasta purkutilanteessa. Joissakin kohdin taas puhuin itse turhan paljon ja vein tilaa informanteilta. Aktiivisuuteeni vaikutti paitsi ryhmän toiminta (joskus oli pakko herätellä keskustelua, joskus se oli hyvin vilkasta itsestään ja keskustelua oli tarpeen hillitä ajankäytön vuoksi) myös oma tunnetilani tutkimuksen onnistumisen suhteen. Kun olin huolissani aineiston määrällisestä ja sisällöllisestä laajuudesta, annoin enemmän tilaa tapauskertomuksille. Kun olin huolissani siitä, miten ennätämme käydä läpi Fettermanin menetelmän eri vaiheet, yritin rajata keskustelua enemmän. Yleisesti ottaen koin keskusteluilmapiirin hyväksi molemmissa kaupungeissa ja niiden kuluessa palautui luottamukseni siihen, että saan kokoon riittävästi ihan hyvää aineistoa.

Sosiaalityöntekijöillä oli omat vahvemman ja heikomman motivaation vaiheensa keskustelutarjan kuluessa. Koska en ole ryhmätyön asiantuntija, en pystynyt suuresti havainnoimaan saati ohjailemaan enkä kyllä pitänyt tarkoituksenmukaisenakaan ohjailla ryhmän sisäisiä prosesseja. Osallistuminen keskustelutilaisuuksiin oli kiitettävää; kaupungissa X yksi sosiaalityöntekijä oli poissa kolmannelta ja neljännestä kokoontumisesta (eri henkilö kummallakin kerralla) ja kaupungissa Y yksi sosiaalityöntekijä jäi pois kahdesta viimeisestä kokoontumisesta. Poisjäännin syitä olivat loma, kuntoutus ja päällekkäiset varaukset (”ylimääräisen” neljän kokoonantumisen osalta). Erityisesti kaupungissa Y sosiaalityöntekijöiden oman suoriutumisen arviointi muutti ilmapiiriä jännittyneemmäksi. Aivan samanlaista jännittymistä en huomannut kaupungissa X. Suoriutumisesta annettujen arvosanojen tarkastelu ei ollut kaikilta osin miellyttävää minunkaan mielestäni.

5.4 Aineiston käsittely, analyysi ja esitystapa

Tutkimukseni on pääosin tilannetta kartoittava, kuvaileva tutkimus, jonka tulokset esitän luvuissa 6, 7 ja 8. Tarkastelen tuloksia aluksi yleisellä tasolla (psykiatria sosiaalityön toimintaympäristönä luvussa 6 ja työkykyasiakkaiden valikoituminen sosiaalityön asiakkaiksi luvussa 7). Kahteen osaan jaetun yleiskatsauksen tarkoitus on tuoda esiin tutkimuksen kohteena olevan toiminnan (sosiaalityön osuus psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa) kontekstia, toimintaympäristöä ja sen asettamia ehtoja ja rajoja sosiaalityölle. Yleisen tason tarkasteluissa käytän paitsi tutkimuskeskusteluissa ja jatkokyselyssä kertynyttä aineistoa myös mielenterveysalaan ja psykiatrian sosiaalityöhön yleisesti liittyviä tutkimuksia. Mielenterveystyön puolelta tämän osan tärkein viiteaineisto on Markku Salon vuonna 1996 ilmestynyt väitöskirja ”Sietämisestä solidaarisuuteen”, jonka aiheena on psykiatrian rakennemuutos Suomessa (ja Italiassa). Se tarjoaa historiallista perspektiiviä mielenterveyden avopalvelujen kehittymiselle yleensä ja erikseen myös sosiaalityöntekijän roolille mielenterveyden avopalveluissa. Sosiaalityön kirjallisuuden osalta aineistoa peilataan muun muassa psykososiaalisesta orientaatiosta sosiaalityössä kirjoittaneiden Jorma Sipilän (1985; 1989), Riitta Granfeltin (1993) ja Timo Toikon (2000; 2001) ajatuksiin sekä Anna Metterin (2004) hyvinvointivaltion lupauksia ja kohtuuttomia tapauksia kuvaavan tuoreen tutkimuksen tuloksiin.

Yleiskatsauksen jälkeen esittelen tutkimukseen osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden tuottamaa aineistoa sosiaalityön tavoitteesta, ydintehtävistä ja kehittämistarpeista sekä omasta suoriutumisesta työkyvyn arvioinnissa (luku 8). Ne muodostavat tutkimuksen päätulokset. Esitän tulokset Fettermanin empowerment-arvioinnin vaiheiden mukaan teemoitettuna: tavoitteen asettaminen (luku 8.1), nykytilan määrittely: ydintehtävien nimeäminen (8.2) sekä niiden asettaminen tärkeysjärjestykseen kehittämismielessä (8.4) sekä oman suoriutumisen arviointi (8.5). Välissä (luku 8.3) tarkastelen sosiaalityön vastuuta psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Siinä pohditaan, mistä informanteina toimineiden sosiaalityöntekijöiden tavoite- ja tehtävämäärittelyissä esiin tuoma suuri vastuunotto voi johtua ja mihin se voi liittyä. Luvun 8 lopuksi tarkastelen tutkimuksen aineiston keruuprosessin antia ryhmäkeskusteluineen ja koko tutkimusprosessin antia tutkimusinformanttien kannalta. Koska tuloksia esittelevä pää-luku 8 on pitkä, esitän sen lopussa yhteenvedon tuloksista. Yritän tuoda tulokset esiin siten, että niissä ”kuului” kentän ääni. Tämä tarkoittaa sitä, että aineistoa ei ole arvioitu päälukuja 6 ja 7 sekä alalukua 8.3 lukuun ottamatta kovinkaan paljon aiemman tutkimuksen tai aiheeseen liittyvän kirjallisuuden avulla vaan suhteuttamalla sitä ensisijaisesti tutkimusinformanttien kyseessä olevasta teemasta käymään keskusteluun.

Fettermanin menetelmän vaiheiden mukaisen teemoittelun lisäksi analysoin aineistoa luokittelemalla, vertailemalla kaupungin X ja Y sosiaalityöntekijöiden käsityksiä keskenään ennen

kaikkea erojen ja yleisten mallien (tyyppien) esiin nostamiseksi sekä teemoittelemalla edelleen ydintehtäviä. Jatkoteemoittelun helpottamiseksi olen ”palastellut” nauhoilta tekstiksi purettua aineistoa tekstinkäsittelyohjelman avulla teemoittain. Olen ”poiminut” aineistosta erilleen muutamia yksittäisiä sosiaalityön tehtäviä kuten sosiaalityöntekijän lausuntoa ja realististen vaihtoehtojen esittämistä koskevat keskustelupuheenvuorot.

Tulosten kuvailun ja tulkinnan lisäksi esitän luvuissa 6,7 ja 8 aineistolainauksia, otteita sosiaalityöntekijöiden puheenvuoroista tai pitempiä pätkiä keskustelusta. Käytän tekstikatkelmia sekä oman tulkintani perusteluna että aineistoa kuvaavina esimerkkeinä. Lainauksia on kaikilta tutkimusinformanteilta, joskin ne painottuvat kokeneempien (ja kaupungissa X myös puheliaampien) sosiaalityöntekijöiden puheenvuoroihin. Olen koodannut lainaukset siten, että ensin kerron puheenvuoron käyttäjän (sosiaalityöntekijä 1 - 13), toiseksi kaupungin, jonka palveluksessa puhuja on (kaupunki X tai Y), kolmanneksi kokoontumiskerran (1-4), jossa puheenvuoro on käytetty ja neljänneksi sivunumeron. Viimeksi mainittu viittaa kokoontumiskertakohtaiseen tekstiaineiston sivuun, jolta puheenvuoro löytyy tekstinä (esimerkiksi sosiaalityöntekijä 1 kaupungista X, kok1, 1). Useammasta puheenvuorosta koostuvan keskustelupätkän lainauksessa kerron ensin kaupungin, kokoontumiskerran ja sivun (kaupunki Y, kok 3, 10-11) ja viimeksi puheenvuoron käyttäjien numerot kunkin puheenvuoron perässä keskustelukatkelman sisällä. Jos itse osallistun lainaamaani keskusteluun, käytän itsestäni nimeen perustuvaa koodia EA-J.

Luokittelun, teemoittelun ja vertailun perusteella syntyvän kuvailevan analyysin lisäksi analysoin aineistoa suhteessa tutkimuksen sitoumuksiin ja lähtökohtiin. Miten empowerment näkyy vai näkyykö lainkaan sosiaalityöntekijöiden asettamissa tavoitteissa sekä heidän nimeämässään ydintehtävissä ja kehittämistarpeissa? Arvioin aineistoa empowermentin näkökulmasta lyhyesti jo luvun 8 joissakin alaluvuissa (8.1, 8.2 ja 8.4) ja perusteellisemmin luvussa 9 Johtopäätökset. Empowermentin toteutumista arvioin kolmen kysymyksen avulla. Näkyykö tutkimukseen osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden esiin tuomassa tavassa tehdä sosiaalityötä psykiatrisen työkyvyn arvioinnin yhteydessä valtauttavan sosiaalityön piirteitä, 1. asiakkaan mukaan ottamista oman tilanteensa nimeämiseen ja oman hoitonsa ja tulevaisuutensa suunnitteluun, 2. asiakkaan toimijuuden tukemista hoidon (ja arvioinnin) ulkopuolisessa elämässä ja 3. kumppanuutta auttamisessa (arvioinnissa)? Lisäksi minua kiinnostaa, todentuuko näissä ryhmäkeskusteluissa se Fettermanin ajatus, että itsearviointi voi valtauttaa osallistujia, sosiaalityöntekijöitä? Luvussa 9 arvioin lisäksi tutkimuksen edustaman sosiaalityön asiantuntijuutta sekä tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä. Jatkan siinä myös kaupungin X ja Y sosiaalityöntekijöiden käsitysten vertailua tyyppitelemällä niistä kaksi päätapaa tehdä sosiaalityötä työkyvyn arvioinnin yhteydessä. Ammatillisen lisensiaatin tutkimuksen pitäisi olla ammatillis-tieteellinen ja palvella sosiaalityön käytännön kehittämistä.

tarpeita. Voiko kahdesta paikallisesta toimintaympäristöstä kerätyn aineiston pohjalta esittää joitakin yleisiä johtopäätöksiä, jotka tukisivat sosiaalityön kehittämistä työkyvyn arvioinnissa? Tätä käsittelemme tutkimuksen viimeisessä luvussa 10.

6 PSYKIATRIA SOSIAALITYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

6.1 Psykiatrinen palvelujärjestelmä Suomessa

Tutkimuksessa mukana olleet 13 sosiaalityöntekijää olivat kahden suurehkon kunnan, kaupungin X ja kaupungin Y terveystoimen työntekijöitä. He edustavat erikoislääkärijohtoista avohoitoa tarjoavia mielenterveystoimistoja (kymmenen sosiaalityöntekijää) ja erikoislääkärijohtoista psykiatrista laitoshoittoa tarjoavia sairaaloita (kolme sosiaalityöntekijää). Kaupungit X ja Y järjestävät tutkimuksen kohteena olevat palvelut itse terveyskeskuksessa. Kumpikin kunta on suurehko kaupunki, ja molemmat ovat organisoineet terveyspalvelunsa alueellisesti. Hallinnollisesti aluerajoja ei kuitenkaan enää ole kaupungissa Y, vaan avohoito ja sairaalatoiminta ovat vuoden 2004 alusta omat itsenäiset tulosyksikkönsä terveyskeskuksen psykiatrisen organisaatiossa. Kaupungissa Y elettiin vielä organisaatiouudistuksen keskellä, ja lisämuutoksia odotettiin. Kaupungissa X mielenterveyspalvelut olivat siirtyneet terveyskeskuksen alaisuuteen muutamia vuosia aiemmin kuin kaupungissa Y.

Vastuu psykiatristen palvelujen järjestämisestä siirtyi Suomessa kunnille vuoden 1993 valtionosuusudistuksen yhteydessä. Uuden lain mukaan kunnat saavat valtionosuuden laskennallisena vuosikorvauksena, jolloin ne voivat lain puitteissa päättää itse mielenterveyspalveluistaan joko järjestämällä ne itse tai ostamalla palvelut sairaanhoitopiiriltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Kahta vuotta aikaisemmin oli lopetettu itsenäinen psykiatristen palvelujen tuotanto- ja budjettivastuu lakkauttamalla mielisairaanhuoltopiirit (100 kpl) ja yhdistämällä ne huomattavasti suurempiin keskussairaalaapiireihin (21 kpl). Samaan aikaan astui voimaan kansanterveyslain muutos, joka velvoitti terveyskeskukset järjestämään alueellaan ne psykiatriset palvelut, jotka on tarkoituksenmukaista järjestää terveyskeskuksessa. (Pylkkänen. 2003, 705, 709, 718). Vuoden 2001 tilannetta kartoittaneen terveyskeskuskyselyn (Sohlman ym. 2003, 382) mukaan suurin osa kunnista, 42 %, oli järjestänyt mielenterveyspalvelut osittain terveyskeskuksen ja osittain sairaanhoitopiirin toimintana, vajaa kolmasosa kunnista oli siirtänyt mielenterveyspalvelut kokonaan kuntiin ja neljäsosa ei tuottanut itse lainkaan mielenterveyspalveluja vaan osti ne kokonaan sairaanhoitopiiriltä. Mielenterveystoimisto oli liitetty hallinnollisesti terveyskeskukseen joka toisessa kunnassa.

Valtionosuusjärjestelmän muutos hajautti mielenterveyden avopalvelujärjestelmän ja pirstoi sen osassa kuntia hyvin pieniksi hoitoyksiköiksi perusterveydenhuollon yhteyteen (Pylkkänen 2003, 718). Palvelut olivat vuonna 2001 alueellisesti erilaistuneet, sillä mielenterveyden avopalvelut oli siirretty kuntiin varsinkin Itä- ja Pohjois-Suomessa, kun taas Länsi-Suomen kunnat ostivat yleensä palvelut sairaanhoitopiiriltä. Erikoistason mielenterveyspalveluita oli saatavilla kahdessa kolmesta terveyskeskuksesta. Myös erikoistason palvelut painottuivat Itä- ja

Pohjois-Suomeen; Kuopion ja Oulun miljoonapiirien (= yliopistollisten keskussairaaloiden toiminta-alueiden) terveyskeskuksissa niitä oli saatavilla useammin (keskimäärin 76%:ssa terveyskeskuksista) kuin muissa eli Helsingin, Turun ja Tampereen miljoonapiireissä (52%). (Sohlman ym. 2003, 382.)

Psykiatriassa on tehty töitä vähenevien resurssien oloissa jo vuosia eikä valoisampaa tulevaisuutta ole näköpiirissä. Psykiatrisen avohoidon resurssivajeen juuret juontavat 1990-luvulle kansantalouden lamavuosiin. Vuonna 1991 toteutetulla mielisairaanhoidopiirien lakkautumisella sekä psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon integroinnilla tavoiteltiin säästöjä ja alhaisempia julkisia menoja. Tulos oli se, että mielenterveyshäiriöiden hoitoon tarkoitetut julkisen terveydenhuollon resurssit vähenivät muita terveydenhuollon sektoreita voimakkaammin. Kun 1990-luvun alussa maassamme oli noin 12 000 psykiatrista sairaansijaa, oli sairaansijojen määrä vuonna 2001 enää puolet siitä eli noin 6 000. 20 vuoden aikana psykiatristen sairaalapaikkojen määrä putosi alle kolmasosaan lähtötilanteesta. Samalla kun laitospaikkoja vähennettiin, vähennettiin myös laitosten henkilökuntaa. Vuosina 1991-1993 psykiatristen sairaaloiden henkilökunta supistui 4 000 työntekijällä. Samanaikaisesti lisättiin psykiatriseen avohoitoon 470 virkaa. 1990-luvun terveydenhuollon rakennemuutos vähensi mielenterveyspalvelujen henkilöstöresursseja 22,4 %:a, kun palveluista hävisi 3 500 virkaa. Yleiseksi terveydenhuollon kehittämistavoitteeksi asetettu laitospainotteisuuden purkaminen kohdistui Suomessa lähes yksinomaan psykiatriseen sairaanhoitoon. (Pylkkänen ym. 2003, 717-719.)

Psykiatristen vuodepaikkojen dramaattinen väheneminen ja avohoidon korostaminen ovat johtaneet siihen, että yhä vaikeammista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita hoidetaan avopalveluissa. Samanaikaisesti ovat suomalaisten koetut mielenterveydenhäiriöt lisääntyneet, samoin kuin mielenterveyspalveluiden käyttö ja mielenterveyden perusteella myönnettyjen sairaslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määräkin. (Wahlbäck 2004, 60.) Vastoin laajasti levinyttä käsitystä suomalaisten lasten tai aikuisten mielenterveys ei ole huonontunut kahden viimeisen vuosikymmenen aikana (Aromaa ja Koskinen 2002; Terveys 2000-tutkimuksen ... 2002). Mielenterveyden kehitys poikkeaa kuitenkin somaattisen terveyden kehityksestä, joka on ollut vastaavana aikana varsin suotuisa. Väestön fyysisen terveyden parantuessa mielenterveydenhäiriöiden suhteellinen osuus väestön sairaustaakasta kasvaa.

Hoidon saatavuutta koskeva lainsäädäntö on laajentunut vuoden 2005 maaliskuun alusta lähtien koskemaan koko terveydenhuoltoa. On esitetty epäilyjä, että uudistus voi olla epäedullinen psykiatrian ja muiden sellaisten erikoisalojen kannalta, joiden jonoja ei tilastoida. Voi olla, että taloudelliset voimavarat kohdistetaan leikkausjonojen lyhentämiseen ja mielen-

terveyspalveluiden kaltaisilla prioriteetiltaan alhaisilla aloilla määrärahoja leikataan ennestään. (Wahlbäck 2004, 60-63.)

6.2 Psykiatriseen hoitotyöhön integroitu sosiaalityö

Tutkimuksessa mukana oleva psykiatrinen sosiaalityö edustaa nk. integroitua sosiaalityötä (Roinisto-Melkko 1997, 14-15). Sosiaalityöntekijät ovat osa psykiatrian moniammatillista työryhmää, ja sosiaalityö on kiinteä osa hoitoprosessia. Avohoidon ja psykiatrisen päiväsairaalan sosiaalityöntekijät kuvasivat asiakkaiden olevan heihin hoitosuhteessa ja ilmoittivat toimivansa asiakkaidensa omahoitajina. Asiakkaita kutsuttiin potilaiksi oman organisaation sisällä, sillä terveydenhuolto käyttää asiakkaista nimitystä potilas. Ulospäin toimittaessa käytettiin myös termiä asiakas sosiaalityön yleisen käytännön mukaisesti. Myös ympärivuorokautista hoitoa antavilla sairaalaosastoilla työskentelevät kaksi sosiaalityöntekijää kuvailivat työorientaatiotaan integroiduksi siinä mielessä, että he korostivat olevansa osa osaston hoitotiimiä. Sosiaalityöntekijät eivät kuitenkaan osastoilla tehneet hoitotyötä vaan selkeästi sosiaalityöntekijän tehtäviä. He avustivat potilaita taloudellisten ja asumiseen liittyvien asioiden hoidossa, pitivät yhteyttä omaisiin jne. Asiakastyö painottui heillä potilaiden neuvontaan ja ohjaukseen sosiaaliturvaan ja asumiseen liittyvissä kysymyksissä sekä potilaiden avustamiseen sosiaaliturvan hakemisessa ja asumisen sekä palveluiden järjestelyissä. Seuraava tarkastelu painottuu avohoidon ja päiväsairaalan sosiaalityöhön.

Psykiatrian moniammatilliseen tiimiin kuului sekä kaupungin X että Y avohoidossa yleensä 1-3 sairaanhoitajaa, yksi psykologi, 1-3 lääkäriä ja 1-2 sosiaalityöntekijää. Psykiatrisen päiväsairaalan sosiaalityöntekijä työskenteli yhden päivän viikossa avokuntoutuksessa, jossa oli oma moniammatillinen tiiminsä. Avokuntoutuksen tiimi poikkesi kokoonpanoltaan mielenterveystoimistojen ja päiväsairaalan tiimistä siten, että siinä oli sairaanhoitajan lisäksi mielenterveyshoitajia eikä lainkaan psykologia. Sekä avokuntoutuksen että päiväsairaalan tiimiin kuului myös toimintaterapeutti. Tässä tutkimuksessa avokuntoutuksen sosiaalityötä ei tarkastella, koska avokuntoutuksessa ei tehdä työkyvyn arvioita. Sairaalan sosiaalityöntekijöistä toisella oli työyksikkönä yksi sairaalaosasto (12-paikkainen akuuttiosasto) ja toisella kaksi osastoa (16-paikkainen akuutti- ja 16-paikkainen avo-osasto). Osalla tutkimuksessa mukana olevista työntekijöistä (kuudella työntekijällä) oli siis yksi ja osalla (lopuilla seitsemällä) kaksi tiimiä, joissa he työskentelivät.

Sosiaalityön työkäytännöt psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa osoittautuivat olevan yleispiirteeltään samankaltaiset kaupungin Y psykiatrian poliklinikoilla ja päiväsairaalassa. Päiväsairaalan sosiaalityöntekijän anonymiteetin turvaamiseksi en tuo päiväsairaalan osuutta esiin erikseen kuin erityistapauksissa, niissä tilanteissa, joissa päiväsairaalan sosiaalityöntekijä

toimi olennaisesti toisin kuin avohoidon sosiaalityöntekijät tai joissa päiväsairaalan toiminta poikkesi työkyvyn arvioinnissa oleellisesti poliklinikoilla tapahtuvasta arvioinnista.

Psykiatria oli tutkimuksessa mukana olleille sosiaalityöntekijöille mieleinen työalue, kun mielisyyden mittarina käytetään työkokemuksen pituutta mielenterveyssektorilla suhteutettuna sosiaalityön kokonaistyökokemuksen pituuteen. Yhdeksästä jatkokyselyyn vastanneesta sosiaalityöntekijästä kaksi oli työskennellyt koko sosiaalityöuransa psykiatriassa. Vähintään 75 % urastaan mielenterveystyötä tehneitä oli seitsemän ja suhteellisesti lyhyimmänkin ajan psykiatriassa työskennellyt oli viihtynyt siellä puolet työurastaan. Ryhmät koostuivat hyvin kokeneista sosiaalityöntekijöistä; heillä oli sosiaalityön työkokemusta yleensä keskimäärin 22 vuotta. Mukana oli yksi nuori sosiaalityöntekijä, joka oli tehnyt sosiaalityötä neljä vuotta. Pisin sosiaalityön kokemus oli 36 vuotta. Psykiatrian työkokemusta sosiaalityöntekijöillä oli keskimäärin 20 vuotta vaihteluvälin ollessa 2,5 vuodesta 34 vuoteen. Jatkokyselyyn ei vastannut neljä sosiaalityöntekijää. Heistä kaksi edusti (keskusteluista saamani käsityksen perusteella) pitkän linjan mielenterveys-sosiaalityötä vähintään 20 vuoden työkokemuksella ja kaksi edusti nuorempaa (muttei aivan nuorta ja kokematon) sosiaalityöntekijäpolvea. Heidän työkokemuksensa pituus ja jakautuminen sosiaalityön eri toimintasektoreille eivät ole tiedossani.

Hoidollinen työorientaatio oli haluttu ja arvostettu työorientaatio; kuusi jatkokyselyyn vastanneesta kahdeksasta avohoidon tai päiväsairaalan sosiaalityöntekijästä oli hankkinut sosiaalityön peruskoulutuksen lisäksi terapia- tai ryhmänohjaajakoulutuksen. Kolmella oli useampi pitkä lisäkoulutus, yhdellä neljä ja kahdella kolme. Lisäkoulutuksia olivat esimerkiksi kolmivuotinen (yhdellä) ja kaksivuotinen (kahdella) yksilöterapiakoulutus, yksivuotinen perhekeskeisen työn koulutus (kahdella), psykoedukatiivisen perheterapian koulutus (kahdella), NLP-practitioner (kahdella), kolmivuotinen psykoanalyttinen ryhmäterapiakoulutus, kaksivuotinen toiminnalliset menetelmät ja draamatyö-koulutus, ehkäise työuupumus-ryhmänvetäjäkoulutus ja transaktioanalyttisen ryhmätyön koulutus. Muuta pitempää lisäkoulutusta oli kahdella. Toinen oli suorittanut valtiotieteiden kandidaatin tutkinnon sosionomitutkinnon lisäksi ja toinen terveydenhuollon sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen. Yksi sosiaalityöntekijä suoritti parhaillaan valtiotieteiden kandidaatin tutkintoa.

”Psykologit eivät ennätä tehdä tutkimuksia, kun ollaan hoitamassa. Niitä tehdään erittäin harvoin. Sama minulla, kun on terapiakoulutus. Hurahdin itsekin joskus psykoterapiaan ja unohdin, että olen sosiaalityöntekijä. Nyt olen taas vähän palannut sosiaalityöntekijän rooliin. Ja minusta tuntuu, että monet psykologitkin on vähän niin kuin, että se on se terapia, terapia. Tutkimus ei ole mielekästä.” (Sosiaalityöntekijä 12 kaupungista Y, kok1, 3).

Avohoidossa hoitotyö oli haluttavuuden lisäksi myös toimenkuvan pakollinen osa: hoitotyö kuului tutkimuksessa mukana olevissa psykiatrian avohoidon yksiköissä sosiaalityöntekijän tehtäviin. Potilaita osoitettiin hoito- tai terapiasuhteeseen eri ammatteja edustaville työntekijöille (sairaanhoitajille, sosiaalityöntekijöille ja psykologeille) suhteessa yhtä paljon riippumatta siitä, mitä muita tehtäviä kuin hoito tai terapia kunkin ammatin edustajalle kuului. Sosiaalityöntekijälle kuului omien potilaiden hoidon lisäksi myös muiden potilaiden sosiaalisen tilanteen arvioiminen sekä ohjaus ja neuvonta sosiaaliturvaan (palveluihin ja etuuksiin) liittyvissä asioissa tarvittaessa sekä toimiminen sosiaalityön asiantuntijana moniammatillisessa tiimissä. Lisäksi kaupungissa X suurin osa sosiaalityöntekijöistä teki asumispäätöksiä yksityisiin psykiatriisiin kuntoutuskoteihin sekä niihin liittyviä palvelumaksun alennuksia. Osastoilla sosiaalityöntekijöillä ei ollut omia potilaita päiväsairalan sosiaalityöntekijää lukuun ottamatta. Päiväsairalan sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuului yksilö- ja konsultointityön lisäksi ryhmien vetäminen yhdessä toimintaterapeutin kanssa.

Hoitotyöhön integroidun sosiaalityön haittapuoli on sosiaalityön liiallinen samastuminen ja sulautuminen hoitotiimiin sekä oman ammatillisen identiteetin kadottaminen (Roinisto-Melkko 1997, 14-15). Tutkimuksessa mukana olevat sosiaalityöntekijät tiedostivat asian. Kun sosiaalityöntekijällä on paljon omia potilaita, joita hän tapaa säännöllisesti, ei työaika tahdo riittää "varsinaisiin" sosiaalityöntekijän tehtäviin ja sosiaalityön asiantuntijuuden ylläpitoon. Työaika on sidottu hoitosuhteisiin ja muut työt täytyy tehdä ikään kuin siinä sivussa. Sosiaali- ja terveysministeriön työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän mukaan avomielenterveyspalveluiden lisääntynyt kysyntä on johtanut kohtuuttomiin työmääriin ja henkilökunnan pakoon julkisista mielenterveydenhuollon avopalveluista (Työnjako ... 2004). Tutkimuksessa mukana olevat sosiaalityöntekijät olivat kuitenkin pysyneet psykiatrian työpaikoissa, joskin heidänkin keskuudessaan esiintyi työyksikön vaihtamista psykiatrian sisällä. Neljä työntekijää yhdeksästä jatkokyselyyn vastanneesta oli ollut korkeintaan kaksi vuotta nykyisessä toimipaikassaan. Pisin nykyisessä työpaikassa työskennelty aika oli 32 vuotta ja lyhyin kaksi kuukautta keskiarvon ollessa 10 vuotta. Tutkimuksen aineistosta ei löydy selitystä työntekijöiden liikehdintään psykiatrian sisällä. Sen sijaan hoitotyön isoa osuutta sosiaalityöntekijän työtehtävissä ja sen vaikutusta sosiaalityön osuuden kehittämiseen pohdittiin kaupungissa Y seuraavasti (kok4, 9):

"Aletaanko mekään kehittää sosiaalityötä? Se on keskustelua tiimin ja muun kanssa, että tehdäänkö me näitä (työkyvyn arvioita ja muita sosiaalisia arvioita, lisäys EA-J) millä tavalla. ... Minulla on sellainen tuntu, että sitä kyllä voisi tai ainakin ottaa sellaisen kokeilukauden. (Sosiaalityöntekijä 7) – Silloin se edellyttää just sitä resurssointia. (Sosiaalityöntekijä 13). – On se tilanne, ettei tuohon

oikeasti ole varaa eikä aikaa.... Kyllä minuakin kiinnostaisi tavallaan ...” (Sosiaalityöntekijä 11).

Markku Salon (1996, 254) mukaan määrästä tuli mielenterveystoimistojen vastaanottotoiminnan tärkein kriteeri 1970-luvulla. Syynä oli itse avohoidon laajentuminen ja sen moniammatillistuminen. Kun sairaalahoitoa supistettiin ja sairaalapaikkoja vähennettiin, lyhenivät hoitoajat sairaalassa ja potilaiden kierto avo- ja laitoshoidon välillä kiihtyi. Mielenterveystoimiston perusidea oli muodostaa moniammatillinen ja -tieteinen kokonaisuus, jossa yhteistyön ja toiminnallisen joustavuuden avulla vastattaisiin väestön yhä moninaistuviin mielenterveydellisiin haasteisiin. Mielenterveystoimistojen toiminnan oli tarkoitus perustua moniammatilliselle ryhmätyölle, ja valtionhallinnon tavoitteena oli monimuotoinen sosiaalinen lähestymistapa potilaiden hoitoon. Lopputulos oli päinvastainen: työtävät yhtenäistyivät ja kaavamaisesti ja mielenterveystyö psykoterapetoitui. Se on yksi psykiatrian rakennemuutoksen monista paradokseista, joita Salo väitöskirjassaan nostaa esiin. (Mt., 211, 253-254, 262-264.)

6.3 Mielenterveyden avopalvelujen kehitys sosiaalityön näkökulmasta

Ensimmäinen psykiatrinen avohoitotoimisto perustettiin Suomen Mielenterveysseuran aloitteesta Helsinkiin vuonna 1927. Vuoden 1952 mielisairaslaki velvoitti kunnat ylläpitämään huoltotoimistoja. Vähitellen alkoi kehittyä ensin sairaaloiden yhteydessä toimineita psykiatrisia huoltotoimistoja ja sitten sairaaloista erillään toimineita mielenterveystoimistoja. (Pylkkänen 2003, 707-709.) Psykiatrisen avohoidon kantamuodossa, jälkihuoltotoimistoissa, työskenteli aluksi lähes yksinomaan sosiaalihoitajia ja ”sivuvastaanottoa” toimistossa pitäneitä sairaalan lääkäreitä. Jälkihuoltotoimistojen tehtävä oli auttaa entisiä mielisairaalapotilaita sopeutumaan sairaalan ulkopuolella elämiseen. Sosiaalihoitajien tehtävä oli muun muassa auttaa ihmisiä asumaan, tukea perheitä, huolehtia aineellisten etujen, kuten työkyvyttömyyseläkkeiden hausta sekä tehdä selvityksiä, joilla pyrittiin vaikuttamaan poliitikkoihin sosiaalisten ongelmien vähentämiseksi alemmissä sosiaaliluokissa. (Salo 1996, 210-211.)

Kansaneläkejärjestelmän uudistus, työ- ja työkyvyttömyyseläkkeiden sekä sairausvakuutusjärjestelmän luominen loivat Salon mielestä ehkä tärkeimmän rakenteellisen kiihokkeen psykiatrian rakennemuutokselle, laitოსvaltaisuuden purkamiselle ja avohoidon kehittämiseksi. Eryteisesti niillä alueilla, joilla työn saannin ja työhön paluun mahdollisuudet olivat niukat, eläkehakemusten ja -lausuntojen laatimisesta saattoi tulla jälkihuoltotoimistojen työn jopa keskeisin sisältö. Esimerkiksi Kajaanin jälkihuoltotoimiston ensimmäinen ja aluksi ainoa työntekijä, sosiaalityöntekijä Riitta Väyrynen, jota Salo on haastatellut väitöskirjaansa varten, kertoi eläkkeiden olleen yksi syy, miksi vastaanotolle tuli paljon asiakkaita. Monilla oli suuria taloudellisia vaikeuksia, jotka olivat seurausta heikosta terveydentilasta ja vähäisistä työnteon

mahdollisuuksista. Kajaanin huoltotoimistossa yksittäinen mielenterveystyöntekijä pystyi 1960-luvulla yksin organisoimaan omaa ja toimialueensa mielenterveystyötä suhteellisen itsenäisesti ja oma-aloitteisesti. Työskentelyn perustana olivat sosiaalityöntekijän kotikäynnit, joita tehtiin lääkehoidon ja eläkkeen hakemisen takia sekä siksi, että muuta perhettä voitaisiin saada ymmärtämään paremmin sairautta. (Mt., 249-252).

Vuoden 1978 mielisairaslain uudistus vahvisti avohoidon asemaa, ja huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi. Valtionavun piiriin tulivat uusina toimintoina kuntoutus, asuntolatoiminta ja suojatyö, ja päiväsairalatoiminta liitettiin mielenterveystoimiston toimintaan. Psykiatrinen avohoito oli alun perin sidottu lainsäädännössä mielisairaalalaitoksen yhteyteen, ja avohoito kehittyi aina 1990-luvulle saakka osana muuta psykiatrista hoitoa, erillään muun terveydenhuollon kehityksestä. Esimerkiksi vuoden 1972 kansanterveyslaki ei sisältänyt lainkaan psykiatrista terveydenhuoltoa koskevia säännöksiä. Avohoitopainotteisten mielenterveyspalvelujen suunta luotiin lääkintöhallituksen työryhmän raportissa vuodelta 1977 ja mielenterveystyön komitean mietinnössä vuodelta 1984. Niissä hahmoteltiin alueelliseen väestövastuuseen perustuvaa aluepsykiatrista mallia. Lääkintöhallituksen aloitteesta osoitettiin psykiatrisen avohoidon kehittämiseen vuosina 1983-1989 erillisiä virkakiintiöitä, jotka supistivat merkittävästi psykiatrisen avohoidon tarjonnassa siihen asti vallinneita alueellisia eroja ja paransivat huomattavasti avohoitopalvelujen saatavuutta (Pylkkänen 2003, 709.)

Mielenterveystoimiston työntekijöiden lisääntyttyä kotikäynnit loppuivat lähes kokonaan ja toiminta toimistoitui. Uusia työntekijöitä olivat psykologit, psykiatriset sairaanhoitajat ja toimistotyöntekijät. Työntekijöiden määrän lisääntymisen seuraus oli paradoksaalinen: samalla kun työntekijöitä ja ammattiryhmiä tuli lisää, kotikäynneille jäi huomattavasti vähemmän aikaa. Myös perhekeskeisyys ja kansanvalistustyö jäivät pois. Avohoidon ”avollinen” osa rappeutui. (Salo 1996, 253.) Perhekeskeisyys ja kansanvalistustyö (uusilla termeillä perheterapia ja psykoedukaatio) ovat sittemmin 1990-luvulla palanneet psykiatrian toimintataparepertuaariin. Toimistoituminen merkitsi sitä, että jokaisen työntekijän tuli tehdä vain ja ainoastaan omaa ammatillista osaamista vaativaa mielenterveystyötä toimistossa muovautuvan työnjaon mukaisesti. Uusien ammattiryhmien tarve löytää ja ylläpitää oma rooli ja reviiri mielenterveyden avohoidossa johti siihen, että työnjaosta tuli yhteistoimintaa tärkeämpi mielenterveystoimistojen toiminnan piirre. Tämä johti siihen, että työtavat yhtenäistyivät ja eri ammattien erot hämärtyivät (kaikki tekivät suhteellisen itsenäisesti yksilökohtaista vastaanottotyötä toimistotyöntekijöitä lukuun ottamatta). Koska eri ammattien tietoperustassa, asemassa ja arvostuksessa oli kuitenkin suuria eroja, alettiin samalla korostaa eroja ja työnjakoa (lääkäri päättää hoidosta, arvioi työkykyä jne., psykologi tutkii, hoitaja hoitaa, sosiaalityöntekijä selvittää sosiaalisen tilanteen, jne.). (Salo 1996, 253-254.)

1970- ja 1980-luvulla toteutettu ”aluepsykiatrinen hoitomalli” jäi käsitteen alkuperäisessä muodossa vanhanaikaiseksi 1990-luvun lainsäädännön uudistusten myötä. Uudistusten tarkoitus oli lähentää psykiatria muuhun terveydenhuoltoon. Aluepsykiatria korvautui alueellisella väestövastuulla, ja palvelujen järjestämisvastuu jakautui erikoissairaanhoidon, terveyskeskuksen ja sosiaalitoimiston kesken. (Pylkkänen 2003, 709-710.) Mielisairaanhoidopiirien vuonna 1991 tapahtuneen lakkauttamisen, psykiatrisen ja somaattiseen erikoissairaanhoidon integroinnin sekä vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen vaikutukset psykiatrian hoitojärjestelmän toimintaan ovat vielä lähes tyystin tutkimatta ja arvioimatta (Wahlbäck 2004, 60). Kärkkäisen (2004, 193) tutkimuksessa neljä viidestä psykiatrian edustajasta arvioi psykiatrian ja somaattisen erikoissairaanhoidon yhdistymisen epäonnistuneen psykiatrian kannalta. Psykiatrian asema ja vaikutusmahdollisuudet erikoissairaanhoidossa koettiin huonoiksi.

Sairaalaajärjestelmän supistamiseen ja avohoidon kehittämiseen tähdännyt mielenterveystyön rakennemuutos johti sosiaalityön osalta siihen, että yhteisö- ja perhekeskeinen työote väistyi ja yksilökohtainen terapiapainotteinen työote tuli vallalle vuosikymmeniksi. Salon mielestä mielenterveystyön projekti näyttää epäonnistuneen sosiaalityön osalta. (Salo 1996, 263-264.) Toisaalta terapeutista työtä voidaan pitää myös sosiaalityön ammatillisen hierarkian huipulla. Hankaniemen ja Paasion (1995) mukaan sosiaalityössä vallitsee sisäinen hierarkia, jossa on alinna sosiaalitoimistojen toimeentulotukityö ja korkeimmalla tasolla eri tyyppiset terapeutit tehtävät (sosiaalitoimiston sosiaalityön hierarkiasta, ks. Eräsaari 1990, 5). He pitävät hierarkiaa suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsevan psykologista tietoa ihannoivan psykokulttuurin tuotteena (Hankaniemi ja Paasio 1995, 174). Hankaniemen ja Paasion käyttämä psykokulttuurin käsite on peräisin Kivivuorelta (1992, 19). Hän tarkoittaa psykokulttuurilla arkitajunnan käyttöön ”valuvia käsitteitä ja ajatusmalleja, jotka juontavat juurensa psykologisen ajattelun perinteestä ja etenkin sen popularisoinneista”. Kivivuori (mt.) käyttää näistä käsitteistä nimitystä edifioivat eli mieltäylentävät käsitteet, joilla on kulttuurinen perusta muttei tieteellistä statusta. Hankaniemen ja Paasion (1995, 177-178) mielestä sosiaalityön terapeutin diskurssin ylevä mieli ja tietoisuus omista hyvistä päämääristä ja moraalisesta oikeutuksesta perustuu ilmeisesti tähän psykokulttuuriseen kerrostumaan. Auttamisen korkeahenkisyydelle ja ylevyydelle ei heidän mielestään kuitenkaan välttämättä löydy yhtä yleviä vastineita reaali maailmassa. Hankaniemen ja Paasion (mt., 179) mielestä voi olla, ettei sosiaalityö ole syntynyt poistamaan sosiaalisia ongelmia, vaan sosiaaliset ongelmat ovat rakentuneet osittain sosiaalityön kautta.

Rosen (2003b, 194-195) mukaan sosiaalityön profession kehittymistä määrittävät rajoitukset juontavat juurensa sosiaalityön rakenteelliseen asemaan sisältyvästä ristiriidasta. Sosiaalityössä kohdataan haavoittuneita ja syrjäytyviä ihmisiä, joiden terveys ja hyvinvointi vaatisivat yhteiskunnan marginalisoivien tekijöiden poistamista. Hyvinvointivaltion ideologia hämärtää

kuitenkin sitä, miten professio ymmärtää asiakaskuntansa muodostumisen, oman asemansa ja siltä vaadittavan identiteetin. Tehokas hämärtämiskeino on kaiken toiminnan yksilöllistäminen. Sosiaalityö on Rosen (mt., 199) mielestä vaikuttavaa vasta sitten, kun sosiaalityössä yhdistyy puuttuminen ihmisille vaikeuksia aiheuttaviin kontekstuaalisiin tekijöihin, näiden tekijöiden seurausten lievittäminen asiakkaiden elämässä sekä yhteiskunnan epätasa-arvon syiden tunnistaminen. Fook (2002, 5) kutsuu henkilökohtaisten ongelmien hoidon ja struktuurallisen analyysin yhdistäviä sosiaalityön lähestymistapoja kriittiseksi sosiaalityöksi. Sen juuret ovat Richmondin (1922) ja Addamsin (1910) opetuksissa, joissa korostettiin sosiaalisen ympäristön vaikutusta ihmisten elämään.

Sipilän (1985, 144) mukaan sosiaalityön ja terapian välinen työnjako muuttuu ongelmalliseksi silloin, jos terapeutin sosiaalityöntekijä ei enää havaitse kaikkia asiakkaan elämäntilanteen ongelmia vaan alkaa laiminlyödä vaikuttamista asiakkaan tilanteeseen kautta. Omassa tutkimuksessani mukana olleet sosiaalityöntekijät korostivat psyykkisen työkyvyn arvioinnissa rooliaan kokonaisvaltaisen tilannearvion aikaansaamisessa ja realististen vaihtoehtojen esiintuomisessa mm. kuntoutuksen osalta. Myös ilmaus ”asiakas tilanteessaan” (alun perin Hamiltonin esittämä ”person-in-situation”) esiintyi sellaisenaan tutkimusinformanttien keskustelussa. Asiakkaan elämäntilanteen huomioon ottaminen oli siis heistä varsin keskeistä työkykyä arvioitaessa.

Mielenterveystyössä on perinteisesti tehty ero supportiivisen terapian ja varsinaisen psykoterapian välillä (Kananoja & Pentinmäki 1977, 92-93). Tutkimuksessa mukana olevat sosiaalityöntekijät korostivat tätä eroa painottamalla, etteivät he anna (varsinaista psyko-) terapiaa¹¹. Sosiaalityöntekijän työ ei ole terapiatyötä muuta kuin terapia-käsitteen kaikkien laajimmassa merkityksessä, jolloin terapialla tarkoitetaan kaikenlaista auttamistyötä. Yksi sosiaalityöntekijä käytti termiä supportiivinen terapia oman työnsä kuvailussa. Työorientaatiota koskeva kysymys sisältyi tutkimuksen jatkokyselyyn (lomake on liitteenä 4). Psykoterapeuttiset menetelmät jaetaan vakiintuneen käytännön mukaan supportiivisiin eli tukea antaviin ja eksploratiivisiin eli paljastaviin. Tukea antavalla psykoterapialla tarkoitetaan asiakkaan egon tukemista puuttumatta häiriön takana oleviin ristiriitoihin. Se ei pyri poistamaan häiriön syytä, vaan lievittämään siihen liittyviä oireita ja kärsimyksiä. Paljastava psykoterapia puolestaan pyrkii lisäämään asiakkaan itsetuntemusta erityisesti häiriön taustalla olevista ristiriidoista. Klassinen psykoanalyysi edustaa puhtaimmaksi viljeltyä paljastavaa tekniikkaa. (Mt., 93.)

¹¹ Arnkilin (1991, 72-73) mukaan sosiaalityöllä on case workin perintönä skitsofreeninen ”delegaatio”: sen pitäisi käyttää asiakkaan ja työntekijän suhdetta keskeisenä/keskeisimpänä työvälineenään, mutta välttää samalla terapeuttisuutta. Tämä asetelma näkyy Arnkilin mukaan myös Sipilän (1989) ei-terapeuttista psykososiaalista työtä koskevissa hahmoteluissa.

Supportiivinen terapia näyttäytyy melko epäselvänä, vaikka se on juuri sitä työtä, jota suurin osa julkisesta psykiatrian avohoidosta on. Börjeson (1987; ref. Sipilä 1989, 225) tiivistää supportiivisen ja psykoterapian eron seuraaviin psykoterapian piirteisiin: psykoterapeutti työskentelee tiukan työasetelman mukaisesti, käyttää suppeaa metodiikkaa ja objektivoi potilastaan. Supportiiviselle terapialle sen sijaan ei esitetty selkeitä tunnusmerkkejä. Kuvaa monimutkaistaa entisestään psykoterapian jatkuva erilaistuminen moniin uusiin suuntauksiin, joista osa käyttää potilasta ymmärtämään pyrkiviä hermeneuttisia, osa potilasta objektivoivia teknis-instrumentaalisia menetelmiä ja osa molempia.

USA:ssa alkoi 1990-luvulla trendi, että valtion palvelukseen alun perin koulutetut sosiaalityöntekijät hankkivat erilaisia terapiakoulutuksia ja siirtyivät yksityisiksi terapeuteiksi (Specht ja Courtney 1995). Suomessa sosiaalityöntekijöiden yksityisvastaanoton pitäminen on hyvin harvinaista. Yksikään tutkimuksessa mukana olleista sosiaalityöntekijöistä ei tietämäni mukaan pitänyt yksityistä sivuvastaanottoa huolimatta monipuolisesta terapiakoulutuksesta, jota heillä monella oli. Huhtikuussa 2005 Suomessa oli 140 sellaista psykoterapeuttia, joilla oli pohjakoulutuksena joko sosiaalihuoltajan tutkinto tai ylempi korkeakoulututkinto sosiaalityö pääaineena heidän hakiessaan psykoterapeutin nimikesuojausta ja joille Terveystieteiden tutkimuskeskus TEO oli antanut oikeuden käyttää psykoterapeutin ammattinimikettä (Kinnunen 2005). Kelan rahoittamaa psykoterapiaa voi antaa riittävän psykoterapeuttisen koulutuksen ja työnohjauksen saanut henkilö, jonka koulutuksen TEO on hyväksynyt ja jolle TEO on antanut oikeuden käyttää psykoterapeutin ammattinimikettä (Harkinnanvaraisen ... 2004, 9). Näistä 140 henkilöstä 20 oli tehnyt TEO:lle ilmoituksen toimimisesta itsenäisenä ammatinharjoittajana (Kinnunen 2005) eli pitävänsä yksityisvastaanottoa. Sitä, kuinka moni heistä toimi pelkästään yksityisenä terapeuttina ja kuinka moni piti yksityistä sivuvastaanottoa julkisen päätoimen ohella, ei ole saatavissa.

On huomattava, että ainakin julkisella mielenterveyssektorilla työskentelevä psykoterapiakoulutuksen saanut työntekijä pystyy Suomessa erittäin harvoin rajaamaan työtehtäviään vain tiiviiseen psykoterapiaan¹². Suurten potilasmäärien vuoksi suurin osa julkisesta psykiatriasta avohoidosta on harvakseltaan toteutuvaa supportiivista terapiaa, jossa voi soveltaen hyödyntää sekä terapiakoulutusta että sosiaalityöntekijän tai muuta ammatillista peruskoulutusta. Jos terapiakoulutuksen saanut sosiaalityöntekijä haluaa ylläpitää terapeutin ammattitaitoaan antamalla varsinaista psykoterapiaa, on hänen perustettava yksityisvastaanotto. Suurin osa, 86 % TEO:n tiedostossa olevista psykoterapiakoulutuksen saaneista sosiaali-

¹² Tilanne saattaa muuttua lähivuosina, sillä sosiaali- ja terveysministeriö muutti loppuvuodesta 2003 kelan ja sairaanhoitopiirien vastuunjako psykoterapiakuntoutuksessa. Päävastuu psykoterapiasta on jatkossa sairaanhoitopiireillä ja kelan rooli on niitä täydentävä. Ministeriön linjanvedon toteutuminen edellyttää, että kunnat ja kuntayhtymät voivat varata riittävästi resursseja psykoterapeuttiseen kuntoutukseen. (Wahlbeck 2004, 63.)

työntekijöistä¹³ ei ole siihen ratkaisuun päätynt, vaan ilmeisesti käyttää terapiakoulutustaan soveltaen hyväksi julkisessa toimessaan.

Specht ja Courtney (1995, 4-10) syyttävät yksityisterapeuteiksi siirtyneitä sosiaalityöntekijöitä alkuperäisen tehtävänsä hylkäämisestä. Terapiatyössä kategorisoidaan asiakkaita terapiakelpoisiin ja -kelvottomiin ja suljetaan asiakkaita sen perusteella palvelujen ulkopuolelle, mikä on sosiaalityön eettisten periaatteiden vastaista. Sosiaalityöntekijöiden asiakaskunta ei koostu enää aidosti hädänalaisista, vaan keski- ja yläluokkaan kuuluvista maksukykyisistä kansalaisista. Suomessa voisi arvata, että suurin osa yksityisterapiaan sosiaalityöntekijöille hakeutuvista saa terapiamaksuihin julkista tukea kansaneläkelaitokselta ja itse hoitonsa maksavat asiakkaat hakeutuvat terveydenhuollon muiden ammattiryhmien yksityisvastaanotoille. Mielestäni on tärkeää huomata, että psykoterapeutin ja sosiaalityöntekijän ammatit ovat kaksi eri ammattia. Psykoterapeutiksi ryhtyvä sosiaalityöntekijä vaihtaa ammattia. Hän ei työskentele enää sosiaalityöntekijänä vaan terapeuttina, jolloin häneen kohdistuvat siinä tehtävässä erilaiset eettiset sitoumukset kuin sosiaalityössä. Eettisiä ja rooliristiriitoja syntyy, jos pyrkii samassa työssä yhdistämään kaksi eri ammattia.

Leinosen (2001) tutkimuksessa sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta identiteetistä psykiatriassa erikoissairaanhoidossa kolmasosa erikoisalan sosiaalityöntekijöistä mielsi itsensä ensisijaisesti terapeuteiksi ja mielenterveystyöntekijöiksi, kun loput määrittelivät itsensä sosiaalityöntekijöiksi ja luonnehtivat työtään psykososiaaliseksi. Yksi haastatelluista sosiaalityöntekijöistä kertoi pyrkimyksensä olevan tietoisesti häivyttää oma ammattitausta ja työskennellä yhdenmukaisesti hoitajien kanssa. Myös muut kokivat, että sosiaalityötä oli vaikea erottaa muiden psykiatrian ammattiryhmien työstä siksi, että kaikilla oli samankaltainen arvopohja ja toimintatavat. Silti he kokivat sosiaalityön olevan hyväksytty ja arvostettu ammatti psykiatriassa. Tutkimukseen osallistui yhdeksän sosiaalityöntekijää, jotka työskentelivät tietyn, nimeämättömän sairaalan psykiatrian tulosalueella lasten-, nuorten- ja aikuispsykiatrian avo- ja osastohoidossa.

Psykososiaalisesti orientoituneet sosiaalityöntekijät eivät Leinosen (mt.) tutkimuksen mukaan halunneet uppoutua potilaan psyyken tiedostamattomaan osa-alueeseen vaan keskittyivät työskentelemään potilaan tietoisuuden piiriin kuuluvien, konkreettisten ja kouriintuntuvien asioiden parissa. Työyksikössä heille valikoitui erityisesti sellaisia potilaita, joilla oli enemmän sosiaalityön tarvetta. Terapeuttisesti orientoituneet sosiaalityöntekijät kokivat sosiaalityön tehtävistä erityisesti sosiaaliturva-asiat byrokraattisiksi ja itselleen vieraiksi ja työläiksi. Hei-

¹³ Suomessa arvioidaan olevan noin 1000 terveysosiaalityöntekijää (Aho 1999a, 257). Terapiakoulutuksen saaneita sosiaalityöntekijöitä työskentelee terveydenhuollon lisäksi ainakin A-klinikoilla, perheneuvoloissa sekä sosiaalitoimistojen ja perhekeskusten lastensuojelutehtävissä. Näin ollen on vaikea suhteuttaa psykoterapeutin ammattinimikkeen omaavien sosiaalityöntekijöiden määrää kaikkien terapeuttisuonteista työtä tekevien sosiaalityöntekijöiden määrään.

dän oletettiin toimivan yksikössään myös sosiaalityöntekijänä terapiatyön lisäksi eivätkä he siten pystyneet täysin välttämään perinteisiä sosiaalityöntekijän tehtäviä. Psykiatrian sosiaalityö näyttäytyi Leinosen tutkimuksessa konkreettisina tehtävinä, joiden suorittamisella koettiin olevan merkitystä potilaan psykiatrisessa hoidossa. Työllä ei nähty olevan juurikaan kytkentää yhteiskuntatieteisiin.

6.4 Psykososiaalinen orientaatio psykiatrian sosiaalityössä

Suomessa terapeuttisissa organisaatioissa tehtävä sosiaalityö mielletään sosiaalityön kirjallisuudessa yleensä psykososiaalisesti (Sipilä 1985, 144; Sipilä 1989, 213 ja 224; Toikko 2001, 180). Sillä tarkoitetaan psykoterapian ja sosiaalityön välimuotoa, jossa ei sivuuteta asiakkaan aineellisia tarpeita eikä tehdä varsinaista terapiaa. Rauhalan (1983, 117) mukaan psykoterapian ja sosiaalityön ero on siinä, että psykoterapeutti varoo puuttumasta potilaansa konkreettiin elämäntilanteeseen, kun taas sosiaalityöntekijä pyrkii vaikuttamaan juuri konkreetin tilanteen muutosten kautta asiakkaan kokemuksiin (vrt. Sipilä 1985, 144). Psykososiaaliselle työskentelylle on ominaista asiakasta kokonaisuutena ymmärtävä hermeneuttinen työskentelytapa, jossa työstämisen kohteena on asiakkaan ja työntekijän välinen kommunikaatio. Hermeneuttisen lähtökohdan vastakohta on teknis-instrumentaalinen työskentelytapa, jossa työn kohteeksi rajataan tietty ongelma, jota työstetään tietyn menetelmän avulla. Hermeneuttisen työskentelytavan heikkous on tavoitteettomuus. On mahdollista, että asiakkaan ja työntekijän suhde tuottaa vain myötätuntoista ymmärtämistä, kenties läheisen riippuvuussuhteen ilman, että se ratkaisisi asiakkaan ongelmia tai saisi aikaan mitään muutoksia hänen ajattelutavoissaan, toiminnassaan tai elämäntilanteessaan. (Sipilä 1989, 226-228).

Granfeltin (1993, 177, 211, 222-224) mukaan psykososiaaliselle työlle sosiaalityön orientatona on ominaista terapeutisuus, pyrkimys tietoisesti jäsentää psykologian osuutta sosiaalityön tietoperustassa sekä sitoutuminen työskentelemään huono-osaisten, syrjäytyneiden ja marginalisoituneiden asiakkaiden kanssa, joiden elämässä on paljon ongelmia. Koska työ kohdistuu huono-osaisiin, asettuu työskentelyn painopiste sosiaaliseen resurssointiin, sosiaalisten oikeuksien valvontaan ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Terapeuttinen ulottuvuus tulee työhön pyrkimyksestä ymmärtää asiakasta. Hessle (1985, 27, 101-102) jakaa psykososiaalisen työn kohderyhmän kahteen joukkoon, psykososiaaliseen riskiryhmään ja psykososiaalisesti syrjäytyneisiin. Työskentely riskiryhmän kanssa on ennaltaehkäisevää, olosuhteisiin vaikuttamista ja tiedon välittämistä. Psykososiaalisesti syrjäytyneillä Hessle (mt.) tarkoittaa muun muassa sosiaalisesti huono-osaisia rikoksenuusijoita ja köyhiä psykiatrisia potilaita. Heidän kanssaan työskenneltäessä tarvitaan kokonaisvaltaista työtettä ja resurssien järjestämistä.

Psykososiaalinen-käsitettä käytetään varsin kirjavasti. Kirjava käyttö kuvaa sekä psykososiaalisen työn käsitteellistä että sisällöllistä epämääräisyyttä. Laajimmillaan psykososiaalisella voidaan tarkoittaa kaikkea sellaista sosiaali- ja terveysalan työtä, jota tehdään yksilöiden, perheiden tai ryhmien kanssa ja jossa työn kohteena ovat sekä sosiaaliset että psyykkiset kysymykset. Näin ymmärrettynä se tarkoittaa kaiken ihmissuhdetyön perussuuntausta. (Granfelt 1993, 177.) Sosiaalityön sisällä psykososiaalisesta sosiaalityöstä on muodostunut eräänlainen yleiskäsite, jolla kuvataan sosiaalityön tapauskohtaista orientaatiota. Toikko (2001, 180) pitää sen omimpana piirteenä yksilökohtaisuutta siinä mielessä, että psykososiaalinen työskentely edellyttää henkilökohtaista kontaktia asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välillä. Pylvään (2003, 21-22) mukaan erikoissairaanhoidon sosiaalityössä psykososiaalinen on juuri se osa työtä, jota myös muut ammattiryhmät toteuttavat. Granfeltin (1993, 215) mielestä hoito-käsite ei sovi lainkaan psykososiaaliseen työhön, jossa keskeistä on asiakkaan ja työntekijän vaikuttaminen yhdessä asiakkaan tilanteeseen ja jossa resursseja etsitään myös, ja ennen kaikkea, muusta kuin asiakkaan ja työntekijän suhteesta, so. ympäristöstä. Pylväs (mt., 21) määrittelee psykososiaalisen neuvonnaksi, ohjaukseksi ja tukemiseksi, joka esimerkiksi Sipilän (1989, 218) mukaan on palvelutyötä. Raunion (2004, 140) mukaan psykososiaalisessa työssä kiinnitetään palvelutyötä enemmän huomiota asiakkaan tilanteeseen ja tarpeisiin sekä asiakkaan ja työntekijän välille muodostuvaan vuorovaikutukseen.

6.5 Tutkimuksessa edustetun sosiaalityön yleisorientaatio

Tutkimuksen sosiaalityöntekijäinformantit käyttivät itse vain vähän psykososiaalinen käsitettä työnsä kuvailuun siitä huolimatta, että tutkija nimenomaan tarjosi sitä yhtenä mahdollisuutena. Kaksi jatkokyselyn työorientaatio-kysymykseen vastanneesta yhdeksästä työntekijästä käytti sitä käsitettä. Yksi sosiaalityöntekijä käytti psykososiaalisen käsitettä yhdessä hoidollinen termin kanssa. Toinen käsitettä käyttäneistä korosti työn olevan psykososiaalista siksi, että se on kontekstuaalista ja ottaa huomioon potilaan tilanteen, mikä vastaa yhtä Sipilän (1985, 144) määrittelemää kriteeriä.

Tutkimuksessa mukana olevat sosiaalityöntekijät käyttivät työorientaationsa kuvailussa sekä hoito- ja terapeuttisen työn että sosiaalityön käsitteitä. Selviä hoito- ja terapeuttisen työn käsitteitä olivat hoidollinen (2 mainintaa), supportiivinen ja psykiatrinen. Muita informanttien käyttämiä käsitteitä käytetään niin sosiaali-, hoito- kuin terapeuttisen työn kuvailussa: terapeuttinen (2 mainintaa), psykososiaalinen (2 mainintaa), kokonaisvaltainen (2 mainintaa), reflektiivinen ja yksilökohtainen. Käsitteet tulivat esiin jatkokyselyssä, joten niistä ei käyty ryhmissä keskustelua eikä tutkijalla ole tietoa siitä, mitä itse kukin käyttämillään käsitteillä haluisi korostaa. Jos halutaan tehdä eroa muuhun (esim. sosiaalitoimiston) sosiaalityöhön

nähdessä, voisi olettaa, että korostetaan hoidollisia ja terapeuttisia käsitteitä (hoidollinen, sup-
portiivinen, psykiatrinen, terapeuttinen, yksilökohtainen). Jos taas halutaan tuoda esiin sosi-
aalityön eroa muihin psykiatriassa edustettuihin ammattiryhmiin, voisi arvella, että käytetään
selkeämmin sosiaalityötä hoitotyöstä erottavia käsitteitä. Niitä ovat selkeimmin kokonaisval-
tainen ja reflektiivinen. Itse tulkitseen työorientaation kuvailun siten, että vastaajat hahmottavat
työorientaationsa enemmän hoito- kuin sosiaalityön käsitteiden kautta.

Tutkimuksessani esiintyvä psykiatrian avohoidon sosiaalityö voidaan luokitella suurimmalta
osaltaan psykososiaaliseksi sekä Toikon (2001, 180) että Sipilän (1985, 144; 1989, 224-226)
määrittelemillä tavoilla, jolloin psykososiaalisella työllä tarkoitetaan vaikuttamista asiakkaan
kommunikaatiokykyyn hänen tilanteensa kautta käyttämällä välineenä terapeuttista keskus-
telua ja palveluja sekä yhdistämällä sosiaalista ja psykologista tietoa. Tutkimuksessa tuli esiin
viitteitä siitä, että sosiaalityöntekijälle ohjautui enemmän ”monessa myllyssä myllytettyjä”
asiakkaita, ts. huono-osaisia ihmisiä kuin muille hoito- tai terapiatyötä tekeville. Tältä osin työ
vastaa siis myös Grantfeltin psykososiaalisen sosiaalityön määrittelyä (Grantfelt 1993, 211).
Voidaan kysyä, leimaako sosiaalityön asiakkuus psykiatrian sisällä asiakkaita? Valikoiko
psykiatrian sisäinen toimintamekanismi asiakkaat enemmän ja vähemmän ”hoito- tai tera-
piakelpoisiin”, jolloin sosiaalityöntekijälle ohjataan vähiten ”hoito- tai terapiakelpoiset”? Vai
tulisiko valikointi ymmärtää myönteisesti asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseen
perustuvaksi valikoinniksi ja ohjaukseksi? Toisaalta suurinta osaa mielenterveystoimistojen,
psykiatrian poliklinikoiden ja psykiatristen päiväsairaaloitten potilaista ei voi pitää huono-
osaisina sanan varsinaisessa merkityksessä, sillä heillä on työpaikka, he elävät parisuhtees-
sa tai perheen kanssa jne. Myös sosiaalityöntekijöillä on tällaisia ”parempiosaisia” asiakkaita
hoitosuhteessa.

Toisaalta mielenterveyshäiriöiden vuoksi julkisessa terveydenhuollossa hoidossa olevien
voidaan katsoa olevan psykososiaalinen riskiryhmä, joka on sairastamisen vuoksi syrjäyty-
misvaarassa. Sairastamisen on todettu kietoutuvan monella tavalla taloudellisiin ja sosiaali-
siin ongelmiin. Metterin (2004, 61) tutkimuksen mukaan suomalainen sosiaaliturva (etuudet
ja palvelut) ei enää kata sosiaalisia riskejä, jotka liittyvät sairastamiseen, vammaisuuteen ja
sosiaalisesti vaikeisiin elämäntilanteisiin. Mielenterveystyön avohoidon sosiaalityön asiakas-
kunnan voidaan siis suurelta osalta katsoa kuuluvan vähintään psykososiaalisen työn toiseen
kohderyhmään, sairastamisen takia syrjäytymisvaarassa oleviin (Hessle 1985, 101-102).

Sipilä (1989, 213-239) erottaa sosiaalityössä psykososiaalisen työn lisäksi kaksi muuta pää-
toimintatapaa, byrokraatiatyön sekä palvelutyön. Hän tarkoittaa niillä sekä erilaisia sosiaalityön
toimintayksiköitä että toimintatapoja näissä yksiköissä. Byrokraatiatyön lähtökohtana ovat
viraston normit, ei asiakkaan elämäntilanne. Leimallista sille on työskentely asiakirjojen

kanssa. Tämän tutkimuksen kohteena olevassa sosiaalityössä tuli esiin vain vähän byrokratiatyön piirteitä. Jonkun verran sosiaalityöntekijät tekevät sosiaalisia arvioita sairaskertomusten perusteella, tapaamatta asiakasta. Myös byrokratiatyölle ominaista mielikuvaa siitä, että kaikkia potilaita kohdellaan samalla tavalla ja että kaikki työntekijät työskentelevät yhtäläisesti, tuotiin esiin. Jos sosiaalityö ilmenee runsaina tiimin konsultaatioina (asiakaskohtaisina konsultaatioina ilman kohtaamista asiakkaan kanssa), on mielestäni myös kyse byrokratiatyöstä. Konsultaatiotyön osuus ei aineistossa tullut mitenkään voimakkaasti esiin. Leinosen (2001) tutkimuksessa esiintynyt luonnehdinta sosiaalityöntekijän työstä byrokraattisena silloin, kun hän hoitaa sosiaaliturvaan liittyviä tehtäviä, ei vastaa ainakaan Sipilän tarkoittamaa byrokratiatyötä. Tietenkin myös niitä tehtäviä voi hoitaa byrokraattisesti, ottamatta asiakkaan tilannetta huomioon ja esimerkiksi välittämällä ”papereita” (hakemuksia) hoitajien kautta asiakkaille ja täyttämisen jälkeen edelleen päättäjätaholle.

Palvelutyöllä Sipilä (1989, 218-221) tarkoittaa sosiaalityössä annettavaa neuvontaa ja ohjausta. Palvelutyössä sosiaalityöntekijä on ensisijaisesti asiakkaan palvelija, joka auttaa potilasta hakemaan palveluja ja etuuksia ja asiakkaalla on ”aina oikeassa olevan” kuluttaja-asiakkaan asema. Tutkimuksen kohteena oleva sosiaalityö sairaalaosastoilla sisälsi palvelutyön piirteitä, joskaan huonokuntoisia osastopotilaita ei oikein voi pitää valintoihin kykenevinä ja eduistaan tietoisina kuluttajina. Siksi palvelutyö osastoilla painottuikin huolenpitotyöhön. Siinä oli myös yksilöllisen palveluohjauksen piirteitä, jossa sosiaalityöntekijä toimii asiakkaan puolestapuhujana, asianajajana ja rohkaisijana sekä koordinoi asiakkaan tarvitsemia palveluja (Ala-Nikkola ja Sipilä 1996, 21-22). Avohoidossa painotus huolenpitotyöhön ei ollut yhtä voimakas. Sen sijaan asiakkaan asianajajina avohoidon sosiaalityöntekijät kertoivat joutuvansa toimimaan. Palvelutyöllä ei avohoidossa ollut kovin suurta sijaa.

Sipilän (1989, 213-239) jaottelu byrokraattiseen sosiaalityöhön, palvelutyöhön ja psykososiaaliseen työhön kuvaa sosiaalityön toimintatapoja varsin yleisellä työorientaation tasolla. Niistä byrokratiatyötä on vaikein sovittaa yhteen empowerment-lähestymistavan kanssa. Asiakkaan osallisuutta ja valtautumista korostava sosiaalityö edellyttää kasvokkaista kohtaamista asiakkaan kanssa, jossa vuorovaikutus etenee tilannekohtaisesti, asiakasta kuunnellen ja pyrkien selvittämään hänen tilannettaan ja asiakkaan käsitystä tilanteestaan. Palvelutyötä on mahdollista tehdä empowerment-tyyppisesti, jolloin se lähestyy asianajoa. Palvelutyössä on kuitenkin myös riski jättää valtauttavat elementit käyttämättä. Tällöin sosiaalityöntekijä saattaa palvella asiakasta siten, että se näyttää hyvin asiakaslähtöiseltä. Täysin asiakkaan ehdoilla etenevä palvelu ei kuitenkaan haasta asiakasta vaihtoehtojen tulkintojen ja mahdollisuuksien punnintaan, mitä valtautuminen edellyttää. Valtauttava sosiaalityön tavoitteena ei ole tyytyväinen asiakas vaan itseohjautuva kansalainen ja sitä tukevat palvelujärjestelmän muutokset (Rose ym. 1992). Psykososiaalisen orientaation peruslähtökohta on otollinen em-

powermentin toteuttamiselle. Tarkempi analyysi siitä, miten empowerment näkyy tutkimuksen edustamassa sosiaalityössä, esitetään luvussa 9.1.

7 TYÖKYKYASIAKKAIDEN VALIKOITUMINEN SOSIAALITYÖN ASIAKKAIKSI

Psyykkisen työkyvyn arviointi oli tutkimuksessa mukana olevissa psykiatrian toimintayksiköissä kiinteä osa potilaan hoitoprosessia (vrt. Katila & Kuoppasalmi 1999, 104; Läksy 1995, 108). Suurin osa potilaista tuli niin mielenterveystoimistoon, psykiatrian poliklinikalle, psykiatriseen päiväsairaalaan kuin psykiatriselle osastolle sairaalaan ensisijaisesti hoitoon. Nimenomaan ja pelkästään työkyvyn arvioon potilaita tuli hyvin harvoin. Hoitoprosessin eri vaiheisiin sisältyi useiden potilaiden kohdalla työkyvyn arviointia samoin kuin työkyvyn arviointiin liittyi aktiivista hoitoa.

Missään tutkimuksessa mukana olleista psykiatrian toimintayksiköistä ei ollut systemaattista käytäntöä, joka olisi määrittänyt, keiden potilaiden työkyvyn arviointiin sosiaalityöntekijä osallistuu ja missä vaiheessa sosiaalityö tulee mukaan. Lääkärit joutuvat omassa vastaanottotyössään jatkuvasti ottamaan kantaa sairasloman tarpeeseen. Koko moniammatillista tiimiä tarvitaan toiminta- ja työkyvyn arviointiin sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadintaan vain monimutkaisimmissa ja epäselvimmissä tapauksissa. Tutkimuksessa mukana olleiden sosiaalityöntekijöiden mielestä ei myöskään ole mahdollista asettaa kriteerejä, joiden mukaan työkykyasiakkaita ohjattaisiin sosiaalityöntekijän vastaanotolle.

Kaupungissa X sosiaalityön mukaan tulo voitiin arvioida ja sopia tiimissä hoidon alussa lähetteen tietojen perusteella tai myöhemmin hoitajakson aikana tiimikäsittelyn perusteella. Jos jo lähetteestä ilmeni, että kyseessä oli potilas, jonka työkyvyn voitiin olettaa olevan pitempiaikaisesti uhattuna, valittiin sosiaalityöntekijä mielellään potilaan omaksi hoitajaksi. Jos jo ensimmäisellä käynnillä oli tarpeen ottaa kantaa sairasloman tarpeeseen, otti potilaan ensimmäiseksi vastaan lääkäri, joskus lääkäri ja sosiaalityöntekijä (tai muu oma hoitaja/terapeutti) yhdessä. Muuten potilaan otti ensimmäisellä kerralla vastaan yleensä yksin oma hoitaja/terapeutti. Käytännöissä oli vaihtelua tiimeittäin; joissakin tiimeissä oli lääkärin ja sosiaalityöntekijän yhteistyö työkykypotilaiden osalta tiiviimpää ja systemaattisempaa kuin toisissa ja he harrastivat enemmän yhteisvastaanottoja kuin muiden tiimien lääkärit ja sosiaalityöntekijät. Osalla kaupungin X sosiaalityöntekijöistä oli vakiintuneemmalta vaikuttavia työkäytäntöjä työkykypotilaiden osalta kuin toisilla.

Kaupungissa Y sosiaalityön tulo mukaan työkyvyn arviointiin sovittiin niin ikään tiimipalaverissa. Sosiaalityön tarpeen arviointi oli hyvin pitkälle sosiaalityöntekijän omalla vastuulla. Muiden ammattien edustajat eivät pyytäneet aktiivisesti sosiaalityöntekijää mukaan, vaan sosiaalityöntekijän oli oltava itse aktiivinen ja ehdotettava sitä tiimissä. Aktiivisimmin arviointiin osallistumista pyydettiin psykiatrisen päiväsairaalan sosiaalityöntekijältä, joka osallistui myös ryhmien vetämiseen ja jolle näin kertyi konkreettista tietoa potilaiden toimintakyvystä

ryhmätilanteissa. Sairaalahoidon aikana potilaan työkyvyn arviointi on sikäli selkeää, että ainakin sairaalahoidon ajan he ovat työkyvyttömiä eikä lääkäri näin ollen tarvitse työkyvyttömyyden arvioinnissa moniammatillisen tiimin apua. Siksi sairaaloiden sosiaalityöntekijät (ympäri vuorokautisen hoidon osalta) osallistuivat työkyvyn arviointiin vain välillisesti, välittämällä hoito- ja kuntoutussuunnitelmapalavereissa sitä tietoa, joka heille oli potilaasta kertynyt muiden sosiaalityön tehtävien suorittamisen yhteydessä osastolla. Samalla tavalla tietoa kertyi tietenkin myös avohoidon sosiaalityöntekijöille sekä oman hoitajan roolista että yleisten sosiaalityön tehtävien suorittamisesta käsin. Tätä asiakaskohtaista tietoa he saattoivat sitten välittää tarvittaessa tiimeissä.

7.1 Sosiaalityön viimesijaisuus

Silloin kun sopimuksia siitä, missä tilanteissa sosiaalityö on mukana työkyvyn arvioinnissa, ei ole, jää asiakkaiden ohjautuminen sosiaalityön palvelujen piiriin sosiaalityöntekijän oman aktiivisuuden ja muiden tiimin jäsenten ”hoksaavuuden” varaan. Jos ja kun tutkimuksessa mukana olleissa toimipaikoissa muut tiimin jäsenet pyysivät aktiivisesti sosiaalityöntekijää mukaan työkyvyn arviointiin, tapahtui se usein valitettavan myöhäisessä vaiheessa. Työkyvyn arvioinnissa sosiaalityö pyydettiin usein mukaan vasta monimutkaisissa ja pitkittyneissä tilanteissa, joissa potilas oli jo saanut eläkelaitokselta useita hylkyjä.

”Sitten tulee tämmöinen, joka on eri toimistoja kiertänyt. (Sairaskertomuksen, lisäys EA-J) paperikannetkin on jo monta senttiä paksut ja ... nämä, jotka on joka suuntaan epämääräisiä. Niin, ne on sitten niitä, joissa katsotaan sitten, että äkkiä sosiaalityöntekijä.” (Sosiaalityöntekijä 2 kaupungista X, kok4, 1)

”Paljonhan meille tulee sitten niin, että ne on niin...monessa myllyssä myllytetyjä.” (sama, kok4, 2).

Tutkimusten mukaan asiakasvalikointia selittävät asiakkaan luokka-asemaan ja kulttuuritaustaan liittyvä tuttuus ja käytössä olevat keinot (Arnkil 1991, 106-108; Lehto 1991; 105-118). Maikkolan (1990, 135) mukaan hoidon ja palvelujen kohdentumista käsittelevissä empiirisisissä tutkimuksissa on viitteitä selektiosta ja syrjäyttävistä mekanismeista, jotka koituvat huonoosaisten väestöryhmien avunsaannin esteeksi. Sosiaalityön osuuden myöhäinen ajoittuminen työkyvyn arvioinnissa voi olla osoitus siitä, että samanaikaisesti monista ongelmista kärsivät ihmiset tulevat syrjäytetyiksi palvelujärjestelmän sektoroituneista palveluista jo hoitoketjun aiemmissa vaiheissa eikä heidän tilannettaan oteta missään kokonaisuutena tarkasteluun.

Metterin (2004, 45-47) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä osataan käsitellä standarditapauksia, mutta keskimääräisestä poikkeavat tapaukset jäävät vaille riittävää ymmärrystä. Mielenterveyspotilaat ja muut sellaiset ihmiset, joiden kyky ajaa ja selvittää asioita itse on sairauden vuoksi huono, kärsivät eniten, jos ammatilliset työntekijät eivät tunne sosiaaliturvaa eivätkä tarkista asiakkaiden oikeutta palveluihin ja etuuksiin. Palvelujärjestelmän toiminnan vuoksi kohtuuttomaan tilanteeseen joutuneen pääasiallinen sairaus tai vamma oli Metterin (mt.) tutkimuksessa yleisimmin psyykinen sairaus (36% tapauksista), mutta hänen terveydenhuollossa asiointinsa syy oli yli puolessa tapauksista somaattinen sairaus (58%) ja vain 15 prosentilla psyykkisen sairauden hoito. Yleisin kohtuuttomassa tilanteessa saamatta jäänyt etuus tai palvelu oli kuntoutustuki tai työkyvyttömyyseläke (24 % tapauksista).

Palvelun myöhäinen ajoittuminen ja viimesijainen luonne liittyvät kaikkeen sosiaalityöhön ja erityisesti sosiaalitoimistojen sosiaalityöhön (Kemppainen ym.1998, 117; Arnkil 1991, 107). Viimesijaisuus yhdistetään sitkeästi sosiaalityöhön myös terveydenhuollossa: potilas lähetetään sosiaalityöntekijälle vasta sitten, kun lääkäri tai hoitaja kokee oman osaamisensa rajojen tulevan vastaan. Sosiaalista tietoa tarvitaan siinä vaiheessa, kun se auttaa täsmentämään lääketieteen arviota tai kun ongelma sijoittuu selkeästi lääketieteen ulkopuolelle (Metteri 1996, 147). Olkkosen (2004, 72) tutkimuksessa kaikille muille psykiatrian ammattiryhmille paitsi sosiaalityöntekijälle löytyi helposti oma jakamaton työalueensa. Kaikki ammattiryhmät kokivat pystyvänsä hyvin hoitamaan potilaiden sosiaalisia ongelmia. Sosiaalityön omimmat tehtävät määrittivät Olkkosen mielestä varsin kapeiksi, sosiaaliturvaan liittyviksi valitusasioiksi, sosiaalisen tilanteen selvityksiksi ja palvelumaksupäätösten tekemiseksi. Lindenin (1999, 111-113) tutkimuksessa sosiaalityö terveydenhuollossa näyttäytyi enimmäkseen yksilökohtaisena välineellistyneenä asiakastyönä, jossa suoritetaan tiettyjä toimenpiteitä ja jossa ensisijaisia ongelmia ovat potilaiden taloudelliset huolet.

Sosiaalityön viimesijainen luonne liittyy palvelujärjestelmän ja ammattien erikoistumiseen. Erikoistumiseen ja erikoisalaan viittaamalla voi legitimiesti pitäytyä niissä tehtävissä, jotka kuuluvat kyseiseen erikoisalaan ja torjua muut tehtävät. Erikoistuvat ja tekniseen rationaliteettiin pohjautuvat professiot törmäävät jatkuvasti ylivoimaisiin tehtäviin, joiden hoitamiseen niillä ei ole keinoja (Arnkil 1991, 106-107). Säilyttääkseen professionaaliset rajansa palveluverkoston eri osat rajaavat tiettyjä ongelma-alueita tehtäväpiirinsä ja kompetenssinsa ulkopuolelle ja hakevat täydentäviä palveluja toisilta verkoston osalta, esimerkiksi sosiaalityöltä. Mitä tiukemmaksi muiden rajaukset käyvät, sitä laajemmaksi käyvät sosiaalityön tehtävät. (Mt., 110.) Arnkil (mt., 108) kutsuu näitä palvelujärjestelmän toisten osien sosiaalityöltä tilaamia palveluja valikointi-, kvalifointi- ja varastointipalveluiksi. Valikointipalveluilla hän tar-

koittaa toimintoja, joilla sosiaalityö omine sisäisine erottelumekanismeineen¹⁴ suuntaa asiakkaita työelämän tai palveluiden piiriin, kvalifiointipalveluilla resosiaalisatiota, jonka avulla sosiaalityö ohjaa, neuvoo ja kvalifioi asiakkaita selviytymään vanhempina, asukkaina, työnhakijoina jne. ja varastointipalveluilla toimintaa, jossa sosiaalityö ottaa asiakkaita asiakassuhteeseen yrittämättä uudelleen kierrättää heitä palvelujärjestelmässä tai työmarkkinoilla.

Arniklin (mt.) tarkastelu on tehty sosiaalitoimiston ja A-klinikan sosiaalityöstä, mutta samoja ilmiöitä voidaan havaita myös terveydenhuollon sisällä sosiaalityön ja muiden ammattien välillä. Jos sosiaalityö ei ole itse aktiivisesti mukana määrittämässä sosiaalityön asiakkuutta terveydenhuollossa, jää se muiden ammattiryhmien portinvartijuuden varaan. On selvää, että käytäntö voi silloin muodostua hyvin sattumanvaraiseksi ja sosiaalityön kannalta hallitsemattomaksi. Sosiaalityöntekijä, joka vastaanottaa valmiita tulkintoja, hänelle valmiiksi määritellyjä töitä, ei ole työnsä subjekti, vaan osallisuudesta vieraantunut objekti (Heino 1997, 37). Käytännössä sellaista tilannetta tuskin on, vaan sosiaalityön asiakkaaksi ohjautumisessa on merkittävää sekä se, mitä toisten ammattien edustajat odottavat sosiaalityöntekijältä että se, mitä sosiaalityöntekijä odottaa heiltä. Kyse on toiminnasta ”rajasysteemissä” (Arnkil 1992).

Työkyvyn arvioinnissa Arnkilin (1991) kuvaamaa tietyn ammattikunnan omaa työtä täydentävien palvelujen tilausta toisilta palvelujärjestelmän toimijoilta esiintyy myös psykiatrian ja muun palvelujärjestelmän välillä. Psykiatria voi olla se palvelujärjestelmän osa, jolta toiset tilaavat valikointi-, kvalifiointi- ja varastointipalveluja. Erityisesti tämä on nykyään nähtävissä yhtäältä työvoimatoimiston ja psykiatrian ja toisaalta uusien työvoiman palvelukeskusten ja psykiatrian palvelujärjestelmän välillä. Vajaatyökykyisille, usein monista erilaisista vaivoista ja sairauksista kärsiville, epäyhtenäiselle työuralle joutuneille ihmisille on vaikea löytää pitempiaikaista ratkaisua työvoimahallinnon omin keinoin, ja psykiatrian toivotaan löytävän ratkaisun joko hoidon (ja ihmeparantumisen) tai eläkkeelle siirtymisen kautta. Malli toimii kuitenkin myös toisin päin; myös psykiatria voi tilata esimerkiksi työvoimatoimistolta joillekin asiakkailleen omaa toimintaa täydentäviä palveluja (työ- ja koulutuskokeiluja, ammatinvalinnan ohjausta, tuettua työllistämistä yms.). Näyttää siltä, että monimutkaisissa palveluverkostoissa ja monimutkaisten elämäntilanteiden äärellä millään palvelujärjestelmän osalla ei nykyään ole yhtä pysyvää roolia mallissa.

Myös sosiaalityö voi olla työkyvyn arviointiasiakkaiden osalta ”tilauksen” aloitteentekijän roolissa, jos sosiaalityö pääsee riittävän varhaisessa vaiheessa mukaan arviointiin. Tällöin sosiaalityö on mukana asiakkaan kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien selvittämisessä ja järjestämisessä (vrt. Rovasalo 1999, 15-16). Tämä edellyttää sitä, että muut arviointiin osallis-

¹⁴ Sosiaalityöllä on omia keinoja valikoida asiakkaita ja säädellä työntekijän ja asiakkaan välistä suhdetta etäisyys – läheisyys-akselilla (ks. Arnkil 1991, 187-197; Eräsaari 1990, 25-36 ; erityisesti byrokraattisten tilojen ja tavaroiden avulla tapahtuvan säätelyn osalta, Eräsaari 1995).

tuvat havaitsevat ja tunnustavat sosiaalityön merkityksen asiakkaan kuntoutukseen (laajasti ymmärrettynä) liittyvissä kysymyksissä ja hyödyntävät sitä. Näin sosiaalityö voi irtautua viimesijaisesta roolistaan, joka kapeuttaa sosiaalityön osuuden äärimmillään pelkästään asiakkaan toimeentuloon liittyväksi ja lähestyä laajempaa ja aktiivisempaa kuntouttavan sosiaalityön mallia (ks. kuntouttavan sosiaalityön erikoisalan opetussuunnitelma, www.uta.fi/laitokset...).

7.2 Rajoiltaan epätarkkaa asiakkuutta

Tarkkojen kriteereiden määrittely sille, ketkä asiakkaista tarvitsevat moniammatillista työkyvyn arviointia tai sosiaalityöntekijää mukaan arviointiin, on hyvin hankalaa työkyvyn arvioinnin prosessimaisuuden sekä hoito- ja arviointiprosessin yhteen kietoutumisen vuoksi. Työkykyasiakkuudelle ei useinkaan ole helppo määritellä alkua, joskus ei loppuakaan (vrt. Heino 1997, 72; Arnkil 1991, 31-33). Prosessina etenevälle toiminnalle on vaikea rajata edes konkreettista kohdetta. Kehittävän työn tutkimuksessa korostetaan, että on oleellista erottaa tiettyjen tekojen kohde (esimerkiksi potilaan diagnoosin työstäminen) koko kollektiivisen toimintajärjestelmän kohteesta (Engeström 1998, 69). Toiminnan kohde ei ole kiinteä ja selvärajainen vaan alituisen kehkeytyvä. Edes yksittäisten tekojenkaan kohteet eivät ole yksiselitteisiä. Esimerkiksi sosiaalityön (tai minkä tahansa arvioon osallistuvan ammatin) osuutta työkyvyn arvioinnissa voidaan tarkastella yksittäisten tekojen sarjana, jossa teot muokkaavat kohdetta "raaka-aineesta" välivaiheiden kautta tuotokseksi. Aluksi kohteena on asiakkaan ensikäynti, jonka pohjalta luodaan ensivaikutelma. Seuraavassa vaiheessa kohteena on ensivaikutelma, jota työstetään eteenpäin laajemman näkemyksen saamiseksi jne. Myös toiminnan tavoite, toivottu tuotos, voi olla epäselvä. Mitä sosiaalityö tavoittelee, kun se osallistuu asiakkaan työkyvyn arviointiin? Kun tavoite ja kohde ovat epäselviä, ei sosiaalityön tarve pääse esiin ja asiakkaiden ohjautuminen sosiaalityöntekijän vastaanotolle muodostuu sattumanvaraiseksi:

"Minulla on niin kuin, en tiedä, onko se huono omatunto tai riittämättömyys tai systeemin vika, ettei sosiaalityön tarve tule esille, tavallaan. Joko työntekijä ei tuo (sitä esille tiimissä tai muuten, lisäys EA-J) tai jotenkin niin kuin... Minä voisin kuvitella paljon meidän tiimistä potilaita, joilta on huonosti kuntoutusmahdollisuudet selvitetty, kaikki niin kuin jotenkin... Siitä minä tunnen suurta riittämättömyyttä." (Sosiaalityöntekijä 4, kaupunki X, kok3, 1)

Jos sosiaalityön asiakkuuden rajat ovat epäselvät eikä kriteereitä ja tavoitteita asiakkuudelle ole määritelty, ollaan sen varassa, että joku oivaltaa, että tässähän voisi tarvita sosiaalityötä. Se voi olla sosiaalityöntekijä, joka tiimikäsittelyssä kuulee jotakin sellaista, joka ylittää jonkin

hänen sisäisen kynnyksensä, ja kokee, että hänen on toimittava asiassa. Oivallus voi tulla myös jollekulle muulle tiimin jäsenelle ”huolen” lisääntymisen kautta, kun luottamus omiin toimintamahdollisuuksiin alkaa heiketä ja syntyy tarve kontrollin lisäämisestä ja toive lisävoimavaroista (Arnkil ym. 1998). Reflektiivisesti toimivassa tiimissä asiakkuusmäärittely on ehdollista ja tietoista määrittelijän tulkitsijaroolista. Tällöin työntekijä tuo määrittelyn esiin ikään kuin ehdotuksena ja subjektiivisena näkökulmana: minun näkemykseni on näistä lähtökohdista tämä, millaisena te muut näette tilanteen. (Heino 1997, 36-37.) Reflektointiin kykenevän tiimin jäsen voi kasvojaan menettämättä tuoda esiin huolensa asiakkaan tilanteesta ja pyytää muita mukaan tilanteen selvittelyyn ja hoitamiseen.

Hämäryyden ja tulkinnanvaraisuuden kirjaaminen, tilastointi ja arviointi on vaikeaa (vrt. Kivinen 1994, 95-99; Heino 1997, 374-377). Jotta työkyvyn arviointia voisi tilastoida ja arvioida, tulisi olla tiedossa seurannan alkukohta, asiakkuuden alkaminen. Kummassakaan tutkimuskaupungista ei seurattu psyykkisen työkyvyn arviointia keräämällä tilastoja sen laajuudesta ja suhteellisesta osuudesta muiden työtehtävien joukossa. Kaupungin Y avohoidon ja psykiatrian päiväsairaalan sosiaalityöntekijät arvioivat tätä tutkimusta varten omien työkykypotilaidensa¹⁵ määrän vuonna 2004. Avohoidossa sosiaalityöntekijöiden työkyvyn arviointipotilaiden osuus kaikista potilaista oli keskimäärin 23 % vaihdellen 16 %:sta 25 %:iin. Psykiatrisen päiväsairaalan sosiaalityöntekijälle ohjautuneiden työkyvyn arviointipotilaiden osuus oli viime vuonna arviolta 53 % kaikista asiakkaista. Sosiaalityön sisällä työkyvyn arviointiin osallistuminen oli siis suhteellisesti melko merkittävä tehtävä avohoidossa ja merkittävä tehtävä päiväsairaalassa.

Kaupungin X osalta oli käytettävissä tilastotietoja vuosilta 1996 ja 1997, jolloin mielenterveyskeskuksessa toimi kehittämistyöryhmä, jonka tehtävä oli motivoida keskuksen henkilökuntaa kehittämään psyykkisen työkyvyn arviointiprosessia psykiatrisessa avohoidossa¹⁶. Projekti oli osa sairaanhoitopiirin laatuprojektia. Projektin aikana kerättiin tietoa muun muassa työkyvyn arviointien määrästä ja työkäytännöistä. Vuoden 1996 tammikuun aikana mielenterveyskeskuksessa kirjoitettiin 56 B-lausuntoa, joissa projektiryhmä oletti todentuvan moniammatillisen näkökulman psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. Selvityksen mukaan oletus ei pitänyt paikkaansa: lausunnot perustuivat ensisijaisesti yksin lääkärin arvioon ja parityöskentelyynkin (lääkäri ja hoitava työntekijä) vain joka viidennessä lausunnossa. Selvitys uusittiin vuoden kuluttua koulutusvaiheen jälkeen. Tammikuussa 1997 kirjoitettiin 50 B-lausuntoa.

¹⁵ Työkyvyn arviointipotilas määriteltiin tässä siten, että tällaisen potilaan osalta sosiaalityöntekijä arvioi omalta osaltaan, omalla työpanoksellaan ja ammattitaidollaan, potilaan mahdollisuutta palata töihin/työmarkkinoille (kuntoutuksen, työvoimapolitiittisten toimenpiteiden, koulutuksen tai vastaavien toimien kautta) tai siirtyä eläkkeelle. Työkykypotilas voi olla sosiaalityöntekijän oma potilas tai jonkun muun työntekijän mt:ssa tarkoituksessa sosiaalityöntekijän vastaanotolle lähettämä potilas. Työkyvyn arviointipotilaaksi voidaan lukea myös sellainen potilas, jonka työkykyarviota varten sosiaalityöntekijä kokoaa jo sairaskertomukseen sisältyvien, mutta hajallaan olevien tietojen pohjalta yhteenvedon sosiaalivakuutus tilanteesta tai koulutus- ja työhistoriasta.

Lausuntoihin sisältyviin hoitosuunnitelmiin oli kirjattu enemmän mainintoja terapiasta kuin vuotta aiemmin. Myös tutkittavan työn kuvaukset olivat lisääntyneet. Sen sijaan arviot ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta olivat vähentyneet samoin kuin maininnat kuntoutussuunnitelman tavoitteista.

Kaupungin X mielenterveyskeskuksen työkyvyn arviointiprojektissa ei selvitetty moniammatillisuuden toteutumista vuonna 1997 samalla tavalla kuin vuotta aiemmin. Kummankin vuoden aineistojen yhteistarkastelussa mainitaan, että psyykkisen työkyvyn arviointiin käytettiin korkeintaan kolme tutkimuskertaa. Tämä viittaa siihen, että moniammatillisuus toteutui korkeintaan parityöskentelynä olettaen, että arviointi tapahtui vastaanotolla kasvokkaisessa kohtauksessa potilaan kanssa. Toisaalta projekti osoitti myös, että mielenterveyskeskuksessa aloitettiin työkyvyn arviointi varsin myöhäisessä vaiheessa. Tällöin tutkittavasta oli jo kertynyt hoitosuhteen kuluessa sairaskertomukseen tietoa, jota varmaankin käytettiin hyväksi työkyvyn arvioinnissa, ehkä myös ilman tapaamista potilaan kanssa. Mielenterveyskeskuksen sosiaalityöntekijät selvittivät vielä erikseen B-lausuntojen kulkua eläkevakuutuslaitoksissa. Vuonna 1996 kirjoitetuilla B-lausunnoilla haettu etuus myönnettiin 46:ssä tapauksessa 53:sta ja vuonna 1997 kirjoitetuilla lausunnoilla 48 tapauksessa 49:stä. Arvioinnin myöhäinen ajoitus tekee yhdessä näiden tietojen kanssa ymmärrettäväksi sen, että kuntoutussuunnitelman tavoitteet ja arviot ammatillisen kuntoutuksen tavoitteista vähenivät lausunnoissa projektin aikana. Potilaat olivat pitkään hoidossa olleita henkilöitä, joista 60 % oli ollut töistä poissa yli vuoden. Jollei kuntoutustarvetta enää voida osoittaa olevan, voidaan hakea työkyvyttömyyseläkettä ja hakemus menee läpi.

Kaupungin X työkyvyn kehittämistyöryhmä esitti useita suosituksia, joiden toteutumista ei ole seurattu eikä niiden toteutumisesta siten ole seurantatietoja käytettävissä. Työryhmä esitti, että mielenterveyskeskukseen pitäisi perustaa erityistyöryhmä, jonka tehtävä olisi kartoittaa ja kehittää työkyvyn arvioinnin seurantaa sekä koulutusta. Lisäksi se suositteli, että hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet ja aikataulut määriteltäisiin tarkemmin. Yleisesti ottaen arviointien ajoitusta tulisi ryhmän mielestä aikaistaa. Tutkittava pitäisi ottaa mukaan tilanteisiin, joissa päätetään tai tehdään suosituksia hänen kuntouttamisestaan. Samoin yhteistyötä esimerkiksi työterveyshuollon kanssa pitäisi lisätä. Tutkittavan jäljellä olevan toimintakyvyn kuvauksen, samoin kuin työkokeiluraporttien ja tutkittavan omien kokemusten merkitystä työkokeilusta painotettiin. Lisäksi esitettiin, että kliiniset kuvaukset perustuisivat strukturoituihin mittareihin.

Asiakkuuden hämäryyden on todettu heijastuvan yhteistyösuhteisiin (Heino 1997, 370). Kun yhteistyön ulkoiset ehdot ovat hämärät, painottuvat myös yhteistyön ehdot epävirallisiin ja

¹⁶ Projektista on julkaistu loppuraportti, johon tutkimuksen tiedot perustuvat. Tutkimuksessa mukana olevien sosiaalityöntekijöiden anonymiteetin säilymistä takia lähdeviitettä ei tässä kerrota.

henkilökohtaisiin suhteisiin. Viralliseen organisaatioon muodostuu aina epävirallisia rakenteita ja toimintakäytäntöjä. Weissman, Epstein ja Savage (1993) kuvaavat, miten epäviralliset rakenteet sisältävät työntekijöiden mielipiteitä, jotka ajan myötä rakentuessaan muuntavat organisatoriset tapahtumat henkilöön kytkeytyviksi käsityksiksi. Tämä voi vaikuttaa muun muassa siihen, miten tietyn henkilön tekemään ehdotukseen suhtaudutaan.

Kaupungissa X sosiaalityöllä vaikutti olevan suurempi osuus työkyvyn arvioinnissa kuin kaupungissa Y, joskin myös kaupungin X sisällä tilanne vaihteli tiimeittäin ja tiimien sisälläkin ajan mukana. Tulkitsen kaupunkien eroa kaupungin X sosiaalityöntekijöiden pysyvyydellä; he olivat työskennelleet keskimäärin 16,9 vuotta nykyisessä työpaikassaan. Kaupungissa Y nykyisessä työpaikassa oli oltu töissä keskimäärin 4,6 vuotta. Sosiaalityöntekijälle muodostuu tietty rooli ja asema (= hän ottaa paikkansa) tiimissä ajan myötä. Jos työntekijöiden vaihtuvuus tiimissä on suuri, joutuu sosiaalityöntekijä koko ajan aktiivisesti tuomaan itseään ja omaa osaamistaan esiin tiimissä (ks. myös kappale 4.4). Se, ohjautuuko työkykyasiakas sosiaalityöntekijälle, jää tällöin sen varaan, millainen käsitys tiimin muilla jäsenillä on tiiminsä sosiaalityöntekijästä. Jos tiimissä ei ole julkilausuttuja kriteerejä sosiaalityön asiakkuudelle psyykkisen työkyvyn arvioinnissa, jää hyvinvointivaltion lupaus asiakkaiden yhtäläisestä oikeudesta tiettyihin palveluihin kriteereiden täytyessä täyttymättä (Metteri 2004, 19). Käytäntö eri tiimien välillä, ja samassakin tiimissä työntekijöiden vaihtuessa, vaihtelee sosiaalityöntekijän henkilökohtaisten, jopa kuviteltujen ominaisuuksien mukaan. Tällöin vastuu sosiaalisten ja taloudellisten oikeuksien toteutumisesta jää asiakkaille itselleen. Monimutkaisessa ja hajanaisessa etuus- ja palvelujärjestelmässä asiakkaiden on kuitenkin vaikea selvitä ilman apua. (Mt., 144-145.)

8 SOSIAALITYÖN OSUUS PSYKIATRISISSA TYÖKYVYN ARVIOINNISSA

8.1 Sosiaalityön tavoite

Sosiaalityön roolia ja työkäytäntöjä alettiin sosiaalityöntekijäryhmissä kartoittaa miettimällä ensin empowerment-arviointimenetelmän mukaisesti sosiaalityön tavoitetta psyykkistä työkykyä arvioitaessa. Tutkija ohjeisti tavoitteen asettelua kertomalla esimerkin Fettermanin vuonna 2001 ilmestyneessä kirjassa olevasta tavoitteenasettelusta. Kyseessä oli lastensairaalan projekti perhekeskeisyyden lisäämiseksi ja sille empowerment-arvioinnissa asetettu tavoite. Esimerkki sisältyy tutkijan laatimaan etukäteisinformaatioon, joka oli ”myyntikirjeen” liitteenä. ”Myyntikirje” on liitteenä 4. Lisäohjeistuksena tutkija kehotti sosiaalityöntekijöitä miettimään, mitä käsitteitä tavoitteen pitäisi sisältää sekä mitä arvoja ja millaista asiakaskäsitystä sen heidän mielestään pitäisi edustaa.

Tavoitteet muotoiltiin määritelmiksi:

Kaupunki X:

Sosiaalityön tavoite psyykkisen työkyvyn arvioinnissa on löytää potilaalle oikeassa kohdassa oikea, realistinen ratkaisu yhteistyössä potilaan, tiimin ja verkoston kanssa. Pyrimme pitämään itsemme ajan tasalla yhteiskunnan muutosten suhteen ja välittämään niistä tietoa potilaille ja muille tiimin jäsenille.

Kaupunki Y:

Sosiaalityön tavoite psyykkisen työkyvyn arvioinnissa on tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa potilaan ja muun tiimin kanssa saada aikaan kokonaisarvio potilaan tilanteesta ja edistää potilaan kuntoutumista, toimintakykyä ja hyvää elämänlaatua.

Tutkijan esille tuomaan Fettermanin esimerkkiin verrattuna sosiaalityöntekijöiden muotoilemat tavoitteet ovat lyhyitä. Molempiin sisältyy kaksi asiakokonaisuutta, joita sosiaalityö tavoittelee työkyvyn arvioinnissa. Kaupungissa X nämä kaksi ovat ratkaisun löytäminen potilaalle sekä sosiaalityö yhteiskunnallisten muutosten seuraajana ja välittäjänä. Kaupungissa Y ne ovat kokonaisarvion aikaan saaminen potilaan tilanteesta sekä potilaan kuntoutumisen, toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun edistäminen.

8.1.1 Kaupungissa X tavoitteena oikea, realistinen ratkaisu

Kaupungin X määritelmässä tavoitteeksi asetettu ratkaisu ei saa olla mikä tahansa, vaan sosiaalityö oli valmis ottamaan vastuuta siitä, että se on oikea-aikainen, oikea ja realistinen. Sosiaalityö ei vastaa yksin sen määrittelystä, mikä on kussakin tilanteessa ja kenellekin oikea ja realistinen, vaan ratkaisuun päädytään yhteistyössä potilaan, tiimin ja verkoston kanssa. Ratkaisun aikaansaaminen on tärkeää, koska työkyvyn arvioinnissa on kyse suuresta asiasta asiakkaan elämässä. Se, mihin päädytään, ohjaa asiakkaan elämää pitkälle eteenpäin. Oikea liitettiin keskustelussa läheisesti realistiseen; epärealistinen ei voi olla oikea. Oikean ja realistisen rinnakkaistermeinä keskustelussa esiintyivät myös käsitteet tarkoituksenmukainen, kohtuullinen asiakkaan kannalta ja toteuttamiskelpoinen. Realistisuus nähtiin kaupungissa X kaksitasoisena, sillä ratkaisussa pitää ottaa huomioon sekä asiakaskohtaisia että yhteiskunnan eri toimintajärjestelmiin liittyviä asioita. Moniammatillisessa tiimissä sosiaalityöntekijän rooli on seurata yhteiskunnan toimintajärjestelmien muutoksia ja välittää niistä tietoja asiakkaille ja muulle tiimille.

Kaupungin X määritelmän ensimmäinen osa, joka liittyy oikean ratkaisun löytämiseen, antaa ymmärtää, että työkyvyn arvioinnin lopputulos on aina yksiselitteinen, oikea ratkaisu. On löydettävissä ratkaisu, joka on se ainoa oikea tässä tilanteessa tälle ihmiselle. Määritelmän taustalla vaikuttaa kaupungin X käytäntö, jonka mukaan sosiaalityö pyydettiin varsin myöhään mukaan työkyvyn arviointiin. Joskus se tapahtui vasta sitten, kun asiakas oli jo saanut useita kielteisiä päätöksiä. Tällaisessa tilanteessa on eettisesti erityisen tärkeää pyrkiä löytämään asiakkaalle mahdollisimman oikea ja realistinen ratkaisu. Vastausta siihen, kuka määrittää ratkaisun oikeellisuuden ja milloin, ei keskustelussa löytynyt eikä keskustelu asiasta oikein virinnyt tutkijan kysymyksistä huolimatta. Todettiin vain yleisesti oikean ratkaisun selviävän vasta myöhemmin, ajan kanssa. Oikeellisuus selviää siis vasta tulevaisuudessa. Onko ratkaisu siis oikea, jos potilaan hakemus lääkärinlausuntoineen menee eläkelaitoksessa läpi? Myös toista näkökulmaa tuotiin esiin. Yksi sosiaalityöntekijä oli sitä mieltä, ettei arvioiva porukka ole vastuussa ratkaisusta, jonka tekee joku muu. Tämä näkökannan mukaan arvioijat ovat vastuussa arvioinnista, sen huolellisuudesta ja paneutuvuudesta, eivät itse ratkaisusta. Ratkaisulla tarkoitettiin tässä puheenvuorossa eläkelaitoksen päätöstä.

Tapausesimerkki

”Oikea ratkaisu”-käsiteparin ongelmallisuutta sosiaalityön tavoitemääritelmässä kuvaa seuraava keskustelulainaus (kaupunki X, kok4, 3-5). Sitä ei käyty tavoiteasettelun yhteydessä ensimmäisellä tai toisella kokoontumiskerralla vaan neljännellä eli viimeisellä kerralla. Kyseessä on sosiaalityöntekijä 2:n asiakas, jolle päädyttiin moniammatillisen työkyvyn arvioin-

nin jälkeen hakemaan koulutusta ammatillisena kuntoutuksena työeläkelaitokselta. Koulutusvaihtoehto oli löytynyt asiakkaan ja ammatinvalinnanohjauspsykologin yhteistyön tuloksena. Lopputulos oli työeläkelaitoksen kielteinen kuntoutuspäätös. Asiakas ei lähtenyt opiskelemaan vaan hänen sairasloomaansa jatkettiin.

”Väärä ammattiala niin kuin valittu vai? Se tuleva ammattiala väärä vai mikä siinä oli väärää? Vai vääräntasoinen koulutus?” (Sosiaalityöntekijä 6)

”No se koulutus, mitä hän oli monet kerrat setvinyt ammatinvalinnan psykologin kanssa. Niin se ei kuitenkaan ollut hänenlaisilleen tarkoitettu. Että se oli eri tilanteessa työelämässä oleville tarkoitettu.” (Sosiaalityöntekijä 2)

”Yksi halusi ammatin X, joka oli ollut (...). Eläkelaitos ei suostunut lähettämään sinne (= ammatin X koulutukseen, lisäys EA-J), koska X:ille ei ole työpaikkoja. ... Niin, minä ajattelin, että on sekin jännä kriteeri: mistä sen kukaan tietää, mitä työpaikkoja täällä on (tulevaisuudessa, lisäys EA-J).” (Sosiaalityöntekijä 1)

”Kyllä minäkin ajattelen. Tuo sama asia nousi esille. Minä soittelin tuonne eläkevakuumukseen sitten. (...) Kaiken kaikkiaan näytti, että kyllä hyvin menee, hyvä ratkaisu tulee. Potilas itse mukana.” (Sosiaalityöntekijä 2)

”Ja motivoitunut?” (Sosiaalityöntekijä 1)

”Motivoitunut. Sen (= kielteisen kuntoutuspäätöksen jälkeen, lisäys EA-J) jälkeen jatkettiin kuntoutustukea.” (Sosiaalityöntekijä 2)

”Ison porukan työn mitätöintiä, eikö tunnu vähän siltä?” (EA-J)

”Tuntuu. Aika hurjalta.” (Sosiaalityöntekijä 1)

”Vaikea sitä sanoa. Ehkä se oli kerta kaikkiaan epärealistinen suunnitelma.” (Sosiaalityöntekijä 2)

Arvioinnin lopputuloksena oli lääkärinlausunto ja kuntoutussuunnitelma, jossa suositeltiin tietyn koulutuksen hankkimista ja koulutusta haettiin työeläkelaitokselta ammatillisena kuntoutuksena. Potilaalla oli ammatti ja hän oli vakiintuneesti työelämässä, koska kuntoutusta haettiin työeläke-laitokselta. Ilmeisesti potilaalla oli sairaus, joka esti häntä palaamasta entiseen ammattiin ja joka aiheutti työkyvyttömyyden uhkan. Oli siis perusteita hakea koulutusta työeläkelaitokselta ammatillisena kuntoutuksena. Koulutusvaihtoehdon valintaan asiakas oli saanut apua työvoimatoimiston ammatinvalinnanohjauspsykologilta. Asiakas oli motivoitunut uuden koulutuksen hankkimiseen, ja ilmeisesti hoidosta vastaava lääkäri piti asiakkaan mahdollisuuksia saada opinnot päätökseen realistisena. Terveystenhoito luotti työvoimatoimiston psykologin ammattitaitoon harkita koulutuksen tarkoituksenmukaisuutta ja työllistymismahdollisuuksia.

Päätöksentekoportaassa, työeläkelaitoksessa ei pidetty hoitavan tahon suunnitelmaa hyvänä. Kielteiseen kuntoutuspäätökseen päädyttiin ilmeisesti siksi, että valitun koulutuksen ei katsottu parantavan henkilön mahdollisuuksia palata työelämään. Työeläkelaitoksessa ei joko luotettu arvioivan tahon ammattitaitoon tai sen tietoon ei ollut saatettu kaikkea ratkaisun kannalta oleellista tietoa, esimerkiksi sitä, että ammatinvalinnanohjauspsykologi oli ollut mukana miettimässä koulutusvaihtoehtoa.

Mistä ”väärät” ratkaisut johtuvat?

Missä kohtaa arvioinnissa tapahtui virhe tai virheitä? Oliko työvoimatoimiston psykologin arvio koulutuksen sopivuudesta väärä? Onko arvioiva taho vastuussa yhteistyökumppaninsa, esimerkiksi tässä ammatinvalinnanohjauspsykologin, ammattitaitoisuudesta ja paneutumisesta asiakkaan tilanteeseen? Oliko eläkelaitoksen kuntoutussuunnittelijaan oltu etukäteen yhteydessä? Jäikö pitämättä yksi verkostopalaveri, jossa asiakas, hoitavan tahon edustajat, työvoimatoimiston edustajat ja mielellään eläkelaitoksen kuntoutussuunnittelija olisivat yhdessä arvioineet tilannetta ja keskustelleet eri vaihtoehdoista? Pitäisikö työeläkelaitosten luottaa enemmän paikallisiin asiantuntijoihin, jos niiden edustajat eivät voi osallistua asiakas-kohtaisiin kuntoutussuunnitelmapalavereihin? Miten hyvin Helsingissä sijaitsevat työeläkelaitokset voivat olla perillä eri paikkakuntien koulutus- ja työmarkkinoista? Eikö esimerkitapauksen asiakas olisi voinut hakeutua eläkelaitoksen kielteisestä päätöksestä huolimatta koulutukseen, jos hän oli siihen motivoitunut? Vai oliko kuntoutussuunnitelman ensisijainen tarkoitus varmistaa opintojen rahoitus eli asiakkaan toimeentulo? Olisiko arvioinnin lopputulos ollut väärä, jos asiakas olisi hakeutunut koulutukseen, mutta ei olisikaan päässyt sinne?

Kysymyksiä voisi esittää loputtoman tuntuisesti. Vastaus siihen, mikä esimerkitapauksessa meni pieleen, löytyy vastaamalla edellä oleviin kysymyksiin. Tässä vastauksia voi vain arvaila, koska käytössä ei ole tietoa kaikista yksityiskohdista. Yleisesti ottaen hylyt voivat olla seurausta sekä puutteellisista suunnitelmista ja lausunnoista että yksisilmäisestä päätöksenteosta. Saikku (1996, 95) tuo omassa tutkimuksessaan kuntoutuksen viranomaisverkostoista esiin sen, että verkostoituminen tapahtuu usein pelkästään asiakkaiden ohjauksen kautta. Viranomaistahojen välillä ei tällöin ole henkilökohtaista kontaktia vaan tieto muiden mukana olosta tulee asiakkaan ja/tai asiakirjojen (esimerkiksi lähetteiden ja lausuntojen) välityksellä. Tällainen asiakasohjauksen kautta verkostoituminen vaikeuttaa yhteisten ongelmanmäärittelyjen ja -ratkaisujen hahmottamista. Jos halutaan varmistaa, että kaikki osapuolet sitoutuvat kuntoutussuunnitelman toteutukseen, on ne otettava mukaan suunnitelmien laatimiseen. Käytännössä ainakin rahoittajan edustaja saadaan erittäin harvoin paikalle, ainakin silloin, jos rahoittajaksi kaavaillaan työeläkelaitosta.

Moniammatillinen työkyvyn arviointi voi johtaa ”väärään” ratkaisuun myös siksi, että ratkaisu tehdään eri perustein kuin arviointi. Moniammatillisen työkyvyn arvioinnin lähtökohta on moninäkökulmaisuus. Työkyvyn arviointi on erilaisten näkökulmien sovittelua, joista asiakkaan näkökulma on yksi tärkeimmistä. Sosiaalityöntekijät F tiivisti moninäkökulmaisuuden ytimekkäästi ja sosiaalityöntekijä G tarjosi välineitä eri näkökulmien kartoittamiseksi:

”Tavoitteena on, että asiakas tulisi ymmärretyksi, hänen kokonaistilanteensa vaikutus työkykyyn ja terveyteen monipuolisesti huomioiduksi. Olisi laajempi näkökulma. Sosiaalityö välittäisi sitä, mitkä asiat pitää ottaa huomioon. Tavoitteena se, että potilaat olisivat tasa-arvoisia ja kaikki tulisivat yhtä lailla kuulluiksi ja tilanteet huomioiduiksi.” (Sosiaalityöntekijä 6 kaupungista X, kok1, 1)

”Minä teen semmoisia jaotteluja mielessäni, että mikä on kenenkin ongelma. Yritän selkiinnyttää sitä. Mitä potilas kokee ongelmaksi? Voi olla, että potilas kokee, että toimeentulo katkeaa vähän väliä tai täytyy täyttää lomakkeita. Tai mikä on lääkärin ongelma? ... Mikä on työvoimatoimiston ongelma? ... Voisi olla hyvä yleensäkin tehdä (jaotteluja, lisäys EA-J), että saisi kokonaisnäkemystä, jos siitä sitten löytyisi, mikä olisi realistinen tie.” (Sosiaalityöntekijä 7 kaupungista Y, kok1, 2).

Sosiaalityöntekijä 7 käyttää kehittävän työn tutkimuksen menettelyä, jossa korostetaan tiettyjen tekojen kohteen (esimerkiksi tietyn potilaan ongelman) ja koko kollektiivisen toimintajärjestelmän kohteen erottamisesta toisistaan (Engeström 1998, 69). Toiminnan kohde ei ole laajassa ja monimutkaisessa toimintajärjestelmässä kiinteä ja selvärajainen vaan alituisen kehkeytyvä.

Eläkelaitoksissa kuntoutus- ja eläkepäätökset tehdään juridis-lääketieteellisin perustein. Sairausperusteisen sosiaaliturvan ja kuntoutuksen toimeenpano perustuu lainsäädäntöön, jossa lääketieteellinen määrittely toimii peruskriteeristönä. Eläke- ja kuntoutushakemusten lääkärinlausunnoissa käytetty B2-lomake perustuu lääketieteelliseen käsitystyyppiin ja työkyvyn tasapainomalliin sekä lääkärin puolueettomaan asiantuntijarooliin ja asiakirjamaiseen kirjoitustyyliin (Virta ja Mäki 1999, 49). Jos moniammatillinen arvio kirjataan yksipuolisesti lääketieteen näkökulmaa korostaen, ei arvioinnin kokonaisvaltaisuus välity vakuutuslääkärille. Toisaalta vika voi olla myös päätöksentekopäässä. Virran ja Mäen (mt., 50) tutkimuksen mukaan moniammatillisten kuntoutustutkimusten jälkeisten työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäysosuus (30 %) oli noin 10 prosenttiyksikköä suurempi kuin vain terveydenhuollossa tehtyyn työkyvyn arviointiin liittyvissä päätöksissä. Se, mikä merkitys esimerkiksi sosiaalisella, psykologisella tai toimintaterapeuttisella tiedolla päätöksenteossa on, riippuu siitä, mikä

on päätöksentekijöiden tietokäsitys ja tiedeperusta. Ruohonjuuritason monitieteisellä ja moniammatillisella arvioinnilla ei ole erityistä merkitystä silloin, jos tilanne ylemmän tason päätöksenteossa arvioidaan yksitieteisesti (Metteri 1996; Virta ja Mäki 1999, 49).

Moniammatillisen työkyvyn arvioinnin perusta on luottamus asiakkaaseen ja moniammatillisiin asiantuntijoihin. Yhteistyössä ei ole mieltä, jolleivat yhteistyön osapuolet voi luottaa toisiinsa ja toisten ammattitaitoon ja asiantuntijuuteen mukaan lukien asiakkaan asiantuntijuus omassa elämässään. Työkyvyn arviointia ohjaa kuitenkin luottamuksen vastakohta, institutionaalinen epäily (Stone 1984), jossa ”ylimpänä epäilijänä” on kuntoutuksesta ja kuntoutusetuudesta tai eläkkeestä ratkaisun tekevä eläkevakuutuslaitos. Jos epäilyn ilmapiiri vallitsee jo verkoston alemmalla, toimijatasolla, eivätkä ammattilaiset luota asiakkaaseen ja toisiinsa, ei ole ihme, etteivät hakemukset mene läpi. Kyse on verkostossa tapahtuvasta samankaltaistumisesta; koko verkosto alkaa tuntea ja toimia samalla tavalla (Arnkil ja Eriksson 1998, 26). Epäilyn ilmapiiri leviää koko verkostoon ja sen eri osien välille.

Luottamuksen syntymiselle ei ole reaalista pohjaa huitaisemalla tehdyssä arvioinnissa. Työkyvyn arvioinnissa ja eläkevakuutuksen toteutuksessa on todettu olevan vakavia ongelmia (esim. Metteri 1996; Virta ja Mäki 1999, 49-51; Virta 2001; Metteri 2004, 119-123; Työkyvyttömyyseläkehakemusten ... 2002). Kuntoutusmahdollisuuksien arviointi ja kuntoutukseen ohjaaminen tapahtuu liian myöhään, yhteistyötä paikallistasolla on liian vähän, lausunnot on kirjoitettu puutteellisesti, hakemukset ovat puutteellisia, kuntoutus- ja palveluohjaus ontuu, kokonaistilanne jätetään arvioimatta, sosiaalivakuutus toimii etuus- ja sektorikohtaisesti, järjestelmä on hajanainen eikä asiakas ymmärrä siinä tapahtuvia prosesseja, kukaan ei tue potilasta pitkäjänteisesti terveydenhuollossa. Sosiaalityö joutuu usein paikkaamaan ”epäonnistuneen” työkyvyn arvion seurauksia. Mistä järjestyy toimeentulo asiakkaalle, miten edetään sen valtavan pettymyksen ja loukkaantumisen jälkeen, joka yleensä seuraa kielteistä päätöstä? Saamatta jääneisiin etuuksiin liittyy kohtuuttomuuden ja kaltoin kohdelluksi tulon kokemuksia (Metteri 2004), jotka ovat varsin tuttuja psykiatrian sosiaalityöntekijöille myös työkyvyn arviointitilanteissa.

Työkyvyn arvioinnin puutteet voisivat vähentyä, jos sosiaalityö otettaisiin mukaan arviointiin mukaan nykyistä varhaisemmassa vaiheessa ja nykyistä monipuolisemmalla toimenkuvalla. Sosiaalityöntekijällä on annettavaa nimenomaan kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnissa, yhteistyön rakentajana asiakkaan verkostoissa, kokonaiskäsityksen kokoamisessa sekä asiakkaan avustajana, asianajajana, palveluohjaajana sekä tukijana viranomaisissa asioitaessa (vrt. Rovasalo 1999, 15-16). Sosiaalityöntekijöille pitäisi turvata mahdollisuus käyttää aikaa asiakkaan kokonaistilanteen selvittelyyn ja palveluohjaukseen (Metteri 2004, 145).

8.1.2 Kaupungissa Y perusteellista keskustelua tavoitteesta

Kaupungin Y sosiaalityöntekijät keskustelivat tavoitteenasettelusta pitkään, lähes puolet ryhmän kokoontumisajasta kokonaisuudessaan. Se kertoo ryhmän heterogeenisuudesta; sosiaalityöntekijöillä oli erilaiset toimenkuvat eri toimintayksiköissä ja myös heidän työkokemuksensa työkyvyn arvioinnista kuten myös yleensä sosiaalityössä vaihteli suuresti. Jo ensimmäisellä kokoontumiskerralla keskustelu sisälsi runsaasti avainkäsitteitä, joilla tavoitetta lähestyttiin. Äänessä olivat tällöin enimmäkseen kokeneet sosiaalityöntekijät. Tutkija laati ensimmäisen kokoontumisen perusteella yhteenvedon avainkäsitteistä (taulukko 1). Avainkäsitteet asettuivat ensimmäisen kokoontumisen keskustelussa ikään kuin vastinpareiksi. Taulukon vasemmassa reunassa olevat käsitteet saivat ensimmäisen kokoontumiskerran keskustelussa voittopuolisesti positiivisen ja oikeassa reunassa olevat negatiivisen arvolatauksen. Työkyvyn arvion todettiin olevan aina interventio, joka vaikuttaa tavalla ja toisella asiakkaan elämään. Siksi työkyvyn arvioinnissa pidettiin tärkeänä erityisesti sitä, miten arvio tehdään ja miten arvioitaessa ollaan suhteessa asiakkaaseen.

Taulukko 1. Sosiaalityön tavoiteasetteluun liittyviä avainkäsitteitä ja vastinpareja (kaupunki Y, kok1, 14)

Arvio sidoksissa hoitoon ja kuntoutus-suunnitelmaan	Erillinen selvitys
Sosiaalityöntekijä omahoitajan roolissa	Sosiaalityöntekijä konsultin roolissa
Subjektiiivisuus	Objektiiivisuus
Vuorovaikutustapahtuma	Paperitutkimus
Syvyys	Pintapuolisuus
Tunnesuhde	Kukaan ei tunne potilasta
Kokonaisarvio	Kategorisuus, ei yhteenvetoa, ei arviota

Jotta kaikkien näkökulma pääsisi esiin, jatkettiin tavoitteenmäärittelyä toisella kokoontumiskerralla parityöskentelynä. Sen aiheena oli määrittellä kolme avainkäsitettä, joiden ainakin pitäisi sisältyä tavoitteeseen. Parit (kaksi paria ja yksi trio) saattoivat käyttää em. yhteenvetoa tarvittaessa hyväkseen. Kumpikin pari ja trio olivat samaa mieltä kahdesta käsitteestä, joiden pitäisi sisältyä tavoitteeseen. Ne olivat kokonaisarvio ja vuorovaikutus. Osastoilla työskentelevät sosiaalityöntekijät nimesivät kolmanneksi avainkäsitteeksi potilaan asioiden käytännön hoidon, avohoidon trio ihmisen perustilanteen, toimeentulon ja perustarpeet lisämääreenään realismi ja avohoidon duo merkityksellisen, hyvän elämän (kaupunki Y, kok2, 2). Näiden pohjalta sosiaalityöntekijät hioivat lopullisen kappaleen alussa esitetyn sosiaalityön tavoitteen psyykkisen työkyvyn arvioinnissa.

Kaupungin Y sosiaalityöntekijät rajasivat oman vastuunsa psyykkisen työkyvyn arvioinnissa kokonaisarvion aikaansaamiseen eivätkä mainitse tavoitemäärittelyssään lainkaan ratkaisua. Kokonaisarvio syntyy yhteistyössä asiakkaan ja muun tiimin kanssa. Toisaalta kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden määritelmässä sosiaalityö ottaa vastuuta myös yhteistyön laadusta. Sen pitäisi olla tasavertaista ja vuorovaikutteista. Niin ikään potilaan kuntoutumisen, toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun edistäminen ovat sosiaalityön tavoitteita psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. Toinen merkittävä ero kaupungin X ja Y määritelmässä on se, että kaupungissa Y arviota tehdään yhteistyössä potilaan ja oman työyksikön tiimin kanssa, kun taas kaupungissa X niiden lisäksi ratkaisua etsitään myös yhteistyössä potilaan hoitoyksikön ulkopuolisen verkoston kanssa.

Sosiaalityön tavoitteet psyykkisen työkyvyn arvioinnissa määrittyvät paikallisten tilanteiden mukaan ja ovat siinä mielessä aina oikeita. Ne ovat sidottuja aikaan ja paikkaan ja siten aina tarkoituksenmukaisia juuri siinä tilanteessa juuri sillä paikkakunnalla juuri siinä työyksikössä. Jos sosiaalityölle halutaan asettaa yleinen kaikkialla, kaikissa olosuhteissa ja aina soveltuva tavoite, tulee siitä niin yleinen, ettei se kerro mitään. Jos tavoitteidenasettelua tarkastellaan työn kehittämisen näkökulmasta, mikä ajatus sisältyy aineiston keruumenetelmänä käytettyyn Fettermanin menetelmään, löytyy perusteita myös yleisten kriteerien muotoilulle. Jos työkyvyn arviointia halutaan kehittää, kannattaa tavoitteita määriteltäessä pyrkiä mitattaviin tavoitteisiin.

Molempien kaupunkien tavoitemäärittelyissä korostetaan yhteistyötä potilaan ja tiimin kanssa eli asiakkaan osallisuus oman työkykynsä arviointiin sisältyy määritelmiin. Määritelmässä käytettyjen käsitteiden perusteella asiakkaan mahdollisuus osallistua oman tilanteensa nimeämiseen ja jatkotoimista päättämiseen vaikuttaa kaupungissa Y suuremmalta kuin kaupungissa X. Kaupungissa X arviointia tehdään yhteistyössä (määrittelemättä tarkemmin yhteistyön laatua), kun taas kaupungissa Y tavoitteeseen pyritään tasavertaisessa vuorovaikutuksessa asiakkaan ja muun tiimin kanssa. Kaupungin X tavoitteessa esiintyvä ”oikea, realistinen ratkaisu” tuo mieleen lintuperspektiivin, josta käsin asiakkaan tilannetta voidaan arvioida hetkellisesti staattisena ulkoa ja ylhäältä käsin. Asiakas ei yleensä itse pysty tällaista perspektiiviä ottamaan, vaan ”lintu” on asiantuntija. Löytyykö asiakkaiden tilanteisiin vain yksi, ”se oikea” ratkaisu? Ovatko ihmisten tilanteet riittävän pitkään staattisia tai edes hitaasti muuttuvia ja pysyykö toimintaympäristö riittävän pitkään muuttumattomana?

Empowermentin näkökulmasta kaupungin X tavoitemääritelmä edustaa laajempaa kumppanuusajattelua kuin kaupungin Y määritelmä. Kaupungin X määritelmässä kumppanuuden mainitaan kattavan paitsi potilas ja hänen hoitotiimensä myös oman työyksikön ulkopuolinen

verkosto, kun taas kaupungin Y määritelmässä arviota tehdään yhteistyössä potilaan ja tiimin kesken. Asiakkaan tukemista mielekkään aktiivisen toiminnan pariin eivät lyhyet ja yleisluonteiset määritelmät suoranaisesti sisällä. Potilaan kannalta oikea ja realistinen ratkaisu (kaupungin X määritelmässä) ja potilaan kuntoutumisen, toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun edistäminen (kaupungin Y määritelmässä) voivat toki sisältää tällaista tukea ja ohjausta. Kaupungin X sosiaalityöntekijät mainitsevat määritelmässä ottavansa vastuun siitä, että he ovat selvillä erilaisista toimintamahdollisuuksista (yhteiskunnan muutoksista) ja että he informoivat potilaita ja muita tiimin jäseniä niistä.

8.2 Sosiaalityön ydintehtävät

Sosiaalityön ydintehtävät psyykkisessä työkyvyn arvioinnissa nimettiin sosiaalityöntekijäryhmissä aivoriihissä. Kaupungin X sosiaalityöntekijät nimesivät 17 ja kaupungin Y sosiaalityöntekijät 15 tehtävää. Kaupungin X osalta kaksi tehtävää, työ- ja koulutushistorian kokoaminen, on tarkastelussa yhdistetty, joten tehtäviä on 16. Kaupungin Y osalta olen jakanut yhden tehtävän, tiedon jakaminen sosiaali- ja kuntoutuspalveluista ja -etuuksista, kahdeksi eri tehtäväksi sen perusteella, kenelle tietoa jaetaan. Näin molemmista kaupungeista on 16 ydintehtävän lista. Kahdeksan tehtävää esiintyi kummankin kaupungin tehtävälissään. Eri tehtäviä oli molemmissa kaupungeissa yhteensä 24. Tehtävät on esitetty kaupungeittain eriteltyinä liitteessä 6 ja yhdessä molempien kaupunkien osalta alla olevassa luettelossa 1. Kahdeksan tehtävää, jotka molempien kaupunkien sosiaalityöntekijät nimesivät ydintehtäviksi, on merkitty taulukoissa kursivoilla.

Luettelo 1. Sosiaalityön ydintehtävät psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa

Työ- ja koulutushistorian koonta

Sosiaaliturvan kartoitus

Elämäntilanteen kartoitus

Tiedon jakaminen potilaalle sosiaali- ja kuntoutusetuuksista ja -palveluista

Potilaan voimavarojen tukeminen

Sosiaalisen verkoston koonta ja yhteydenpito verkostoon

Kuntoutusmahdollisuuksien arviointi

Tiedon jakaminen tiimille (tiimin ajan tasalla pitäminen)

Sairaushistorian koonta työssä selviytymisen kannalta

Toimintakyvyn ja avuntarpeen kartoitus

Taloudellisen tilanteen selvittäminen

Aikaisempien kuntoutusyritysten koonta

Elämänkaaren läpikäynti

Lähiverkoston (läheisten näkemysten) huomioon ottaminen
 Potilaan odotusten ja toiveiden kartoitus
 Hyvän vuorovaikutuksen luominen potilaan kanssa
 Potilaan avustaminen hakemusten täytössä tarvittaessa
 Realististen vaihtoehtojen esittäminen
 Asioihin tarttuminen (potilaskohtaisesti) arviointiprosessin aikana
 Potilaan asianajajana toimiminen
 Sosiaalityöntekijän lausunto
 Kysymysten esittäminen/asioiden esiin tuonti tiimissä
 Yhteistyö tiimin kanssa
 Sosiaalityön opettaminen tiimin uusille jäsenille

Seuraavaksi tehtäviä tarkastellaan jaotteleamalla ne neljään luokkaan, jotka on muodostettu terveysosiaalityön käytännön työn pohjalta (ks. luettelo 2 alla). Luokista kolme vastaa melko hyvin Särkelän (2001, 65) erottamia auttavan kohtaamisen kolmea tehtävää, arviota asiakkaan tilanteesta, suhteen luomista asiakkaaseen ja auttavia toimenpiteitä. Neljäs tehtäväluokka juontuu psykiatrian sosiaalityön moniammatillisesta toimintaympäristöstä, jossa työskennellään tiiminä. Käytännön työn pohjalta muodostetut neljä luokkaa ovat käsitteellisiä. Käytännön työtilanteissa niitä on vaikea erottaa, sillä ne eivät ole toisensa poissulkevia eivätkä selvärajaisia. Jokaisen terveysosiaalityöntekijän työskentelyssä voidaan erottaa kaikkia niitä. Ydintehtävien jakautuminen eri luokkiin määrällisesti on esitetty kaupungeittain eriteltyinä liitteessä 6.

Luettelo 2. Sosiaalityön ydintehtävät psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa terveysosiaalityön työkäytäntöjen perusteella luokiteltuna

1. kartoitus- ja selvitystehtävät (yhteensä 9 eri tehtävää)
2. asiakassuhdetta korostavat tehtävät (5)
3. sosiaalityöntekijän aktiivista toimijan roolia edustavat tehtävät (6)
4. tiimityöhön liittyvät tehtävät (4).

8.2.1 Kartoitus- ja selvitystehtävät

Psyykkisen työkyvyn arviointiin liittyviä sosiaalityön kartoitus- ja selvitystehtäviä ovat sosiaaliturvan, elämäntilanteen, työ-, koulutus-, elämän- ja sairaushistorian sekä kuntoutusyritysten kokoaminen. Näitä tehtäviä on molempien kaupunkien tehtävälissä kuusi. Tehtävät ovat hyvin samankaltaisia molemmissa listoissa. Kaupungin Y listassa esiintyvät potilaan toimintakyvyn ja avuntarpeen kartoitus, taloudellisen tilanteen selvitys sekä läheisten näkemysten

huomioon ottaminen eivät kuitenkaan sisälly kaupungin X listaan. Tämä johtuu siitä, että kaupungissa Y sosiaalityöntekijöiden ryhmässä oli mukana kaksi sairaalan akuuttiosaston sosiaalityöntekijää. Kaikki kolme tehtävää ovat tärkeitä osaston sosiaalityössä, jossa ei arvioida niinkään työkykyä kuin toimintakykyä. Osastopotilaiden työkyvyttömyys on yleensä niin selvää, ettei sen toteamiseksi tarvita moniammatillista arviota. Toimintakyky saattaa olla niin huono, että sosiaalityötä tarvitaan järjestämään potilaalle sairauden aiheuttamaa avuttomuutta kompensoivia palveluja. Sairastamisen akuuttivaiheessa korostuvat niin ikään taloudelliset tekijät, sillä tulot vaihtuvat usein sairaalaan jouduttaessa, itse sairaalahoidosta kertyy laskua ja muitakin laskuja ja kuluja on sairaalahoidon aikana maksettava. Myös yhteistyötä potilaan omaisten kanssa tarvitaan erityisesti osastotyössä, jotta potilaan toimintakyvystä ja resursseista saada kokonaisvaltaisempi ja realistisempi näkemys. Omaiset ovat tarvittaessa mukana myös avohoidossa tapahtuvassa työkyvyn arvioinnissa.

Lähiverkoston ja läheisten näkemysten huomioon ottaminen voisi olla myös asiakassuhdetta korostava tehtävä (asiakkuus ymmärrettynä potilaan sosiaaliseen verkostoon ulottuvana nk. laajennettuna asiakkuutena). Perhekeskeistä työtä ei yleensä tehdä vain tiedonsaantimielessä, vaan sillä pyritään tukemaan potilaan ihmissuhteita ja auttamaan omaisia toimimaan potilaan tervehtymistä ja kuntoutumista edistävästi. Parhaimmillaan hoitotahon ja potilaan yhteistyöstä hyötyvät kaikki osapuolet, potilas, omaiset sekä hoito-organisaatio. Tässä lähiverkoston huomioonottaminen on sisällytty selvitystehtäviin keskustelussa esiintyneen hoitotahon tiedonsaantia korostavan painotuksen vuoksi.

”Voidaan käyttää ihan tutkimuksellisesti, että tehdään verkostokartta... Keitä sinun elämään kuuluu? ... Sitä voi käyttää arviossa: ai, tämä onkin näin yksin, ettei tällä olekaan ketään tai nämä on tärkeitä ja nämä eivät ole.” (Sosiaalityöntekijä 7 kaupungista Y, kok3, 4)

8.2.2 Asiakassuhdetta korostavat tehtävät

Selvitystehtävien lisäksi luetteloihin kuului kummassakin kaupungissa asiakassuhdetta korostavia tehtäviä. Näitä oli kaupungin X listassa neljä ja kaupungin Y listassa kolme. Tällaisia ovat potilaan voimavarojen käyttöön otto, potilaan informointi, hyvän vuorovaikutuksen aikaansaaminen asiakkaan kanssa sekä potilaan avustaminen esimerkiksi hakemusten täytössä. Verrattuna kartoitustehtäviin näitä tehtäviä ei voi tehdä tapaamatta asiakasta. Yleensä selvitystehtäviinkin liittyy asiakkaan tapaaminen tai useita tapaamisia, mutta joskus selvitys tehdään pelkästään kokoamalla yhteen sairaskertomukseen kertyneitä aiempia tietoja. Asiakassuhdetta korostavissa tehtävissä painotettiin asiakaskeskeisyyttä ja vastavuoroisuutta asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välillä. Niissä sosiaalityön fokus on itse asiakassuhteessa.

”Vaikka on tällainen arviotilanne, niin siinäkin se asiakas ei saa jäädä objektiiviseksi, jota arvioidaan, vaan se arviointi on tällainen dialoginen prosessi. ... Sosiaalityöntekijä ei todellakaan ole sellainen tekninen taituri, joka hoitaa tällaisia erilaisia tehtäviä vaan hän on niin kuin vuorovaikutuksessa sen potilaan tai asiakkaan kanssa ja hänen tulee olla tietoinen siitä vuorovaikutuksensa vaikutuksesta. (Sosiaalityöntekijä 9 kaupungista 2, kok3, 4).

Kaupunkikohtaiset erot asiakaskeskeisissä tehtävissä eivät ole sisällöllisesti suuria. Molemmissa korostettiin asiakkaan omia voimavaroja. Kaupungin Y sosiaalityöntekijät pyrkivät hyvään vuorovaikutukseen potilaan kanssa, kun taas kaupungissa X puhuttiin potilaan odotusten ja toiveiden kartoittamisesta. Vaikka potilaan odotusten ja toiveiden kartoitus kuulostaa selvitystehtävältä, ei sitä voi tehdä ”paperityönä”, vaan kartoitukseen sisältyy vastavuoroisuus asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välillä. Odotuksia ja toiveita ei vain selvitetä ja kirjata vaan niistä myös keskustellaan kartoitustilanteessa, ja ne otetaan huomioon myös myöhemmissä arvioinnin vaiheissa. Tavoitteena on potilaan lähtökotien selville saaminen, ymmärtäminen sekä huomioon ottaminen, jotta kuntoutussuunnitelmasta tulisi realistinen ja kaikkien osapuolten hyväksymä.

Kaupungin Y ryhmäkeskusteluissa korostettiin myös asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen dialogisuutta. Kaikkea vuorovaikutusta, jossa on hyviä yhteistoiminnallisia pyrkimyksiä ja osapuolten jakama yhteinen tavoite, ei voi pitää dialogisena. Tärkeää ei ole vain eri osapuolten näkökohtien selvittäminen ja yhteensovittaminen vaan myös yhteisen uuden ymmärryksen saavuttaminen. (Mönkkönen 2002a, 37.) Työkyvyn arvioinnin lopputulos vaikuttaa suuresti ihmisen elämään vuosiksi eteenpäin. Siksi arvioinnissa tulisi olla aikaa tutkia eri osapuolten näkökulmia ja rakentaa uutta ymmärrystä tilanteesta. Tuloksen tulisi luonnollisesti olla myös sellainen, jonka asiakas kokee omakseen ja jota hän on valmis toteuttamaan.

”Ei sitä, että he (=asiakkaat) tulee mukaan sen takia, kun asiantuntijat sanovat, että näin ja näin, vaan että he löytävät siinä juttunsa, jotakin sellaista ... ”(Sosiaalityöntekijä 9 kaupungista Y, kok4, 4)

”Tuota minä juuri ajoin takaa. Että ne ihmiset itse niin kuin tavallaan oivaltaisivat esimerkiksi sen yhteisen keskustelun kautta ... mitä mahdollisuuksia on käytettävissä ja mitkä niistä soveltuvat hänen tilanteeseensa. (Sosiaalityöntekijä 11 kaupungista Y, kok4, 4)

8.2.3 Sosiaalityöntekijä aktiivisen toimijan roolissa

Asiakassuhdetta korostavien ja sosiaalityöntekijän aktiivista toimijan roolia korostavien tehtävien erottaminen toisistaan on käytännössä vaikeaa. Nämä kaksi tehtävätyyppiä voidaan käsitteellisesti erottaa toisistaan liittolaisuuden tai kumppanuuden käsitteen avulla. Thompsonin (2000, 121) ja Metterin (2004, 138-140) mukaan sosiaalityössä on tärkeää työskennellä yhdessä, muodostaa liittoja. Liittolaisuus tai kumppanuus auttamisessa koskee paitsi asiakasta ja sosiaalityöntekijää, myös muita asiakkaan sosiaaliseen verkostoon kuuluvia ihmisiä. Muita tarvitaan mukaan, jotta voidaan muodostaa jaettu perspektiivi, josta muutosta ja kehitystä tukevat resurssit löytyvät (Thompson 2000, 121). Asiakassuhdetta korostavissa tehtävissä fokus on asiakkaan perspektiivissä ja liittolaisuus tai kumppanuus paikantuu asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välille, kun taas sosiaalityöntekijä aktiivisena toimijana rakentaa liittolaisuuksia myös asiakassuhteen ulkopuolelle, asiakkaan virallisen ja epävirallisen sosiaalisen verkoston kanssa.

Sosiaalityöntekijän aktiivinen toimijan rooli sisältyi kaupungin X sosiaalityöntekijöiden nimeämistä ydintehtävistä kolmeen ja kaupungin Y ydintehtävistä viiteen. Selkeimmin ne liittyivät molempien kaupunkien sosiaalityöntekijöiden mielestä potilaan sosiaaliseen verkostoon ja kuntoutusmahdollisuuksiin. Sosiaalityön aktiivinen rooli tarkoittaa, ei vain selvittämistä, vaan aktiivisuutta erityisesti toimijana; vaihtoehtojen ja verkoston mahdollisuuksien esiintuojana potilaalle ja tiimille, käyttöön oton helpottajana ja tukijana, yhteydenpitäjänä, liittolaisena ja välittäjänä verkoston ja kuntoutusjärjestelmän edustajiin jne. Myös selvitystehtäviin sisältyy usein tilannekartoituksen lisäksi ohjausta ja neuvontaa sekä tarvittaessa avustamista esimerkiksi etuuksien tai palvelujen hakemisessa. Aktiivisen toimijan roolissa sosiaalityöntekijä liittoutuu paitsi asiakkaan myös tiimin ja laajemman verkoston kanssa. Kaupungissa X sosiaalityöntekijän roolia aktiivisena tekijänä kutsuttiin muun muassa ”potilaan asioihin tarttumiseksi arviointiprosessin aikana” (Sosiaalityöntekijä 4, kok2, aivorihi), ja siitä tuli oma erillinen ydintehtävänsä kaupungin X listaan.

Sosiaalityöntekijä asiakkaan asianajajana

Sosiaalityöntekijän aktiiviseen toimijan rooliin liitettiin kaupungissa Y lisäksi erillisinä tehtävinä asiakkaan asianajajana toimiminen, sosiaalityöntekijän lausunto sekä realististen vaihtoehtojen esittäminen. Asianajo liitettiin paitsi etuuksien ja palvelujen hakemiseen myös väliin-putoamistilanteisiin, joissa asiakas on saanut johonkin hakemukseensa kielteisen päätöksen ja jossa sosiaalityöntekijää tarvitaan avustamaan valitusten teossa tai välittäjäksi päätöksentekijän ja asiakkaan välillä. Asianajo on sisällöltään käsitteellisesti lähellä sosiaalityön perin-

teistä huolenpidon tehtävää. Asianajo huolenpitona korostuu erityisesti osastolla tehtävässä sosiaalityössä, mutta on läsnä myös avohuollon sosiaalityössä.

”Silloin kun olin sairaalatyössä... saatoin auttaa monia ihmisiä tekemään toimeentulotukihakemuksia ja puhua paljon puolesta. Ja sitten taas, kun se sairaalahoito päättyi, niin nämä raukat ei saa edes kontaktia sosiaalityöntekijään. Ne jää kirjallisen etuuskäsittelyn varaan. Siitä ilmaisin kyllä huolta sosiaalitoimistoon päin...” (Sosiaalityöntekijä 13 kaupungista Y, kok1, 8).

”Tässä talossahan on kerrosta ylempänä sosiaalitoimisto. Minä kehitin tämmöistä... Nehän juo kahvit keittiössä aamulla, sosiaalityöntekijät. Niin minä kävin sanomassa, että tämän täytyy nyt tulla sinun luo, ettei etuuskäsittelijälle. Ei tästä kaikki tykänneet. Mutta jos yritti oikein potilasta auttaa, niin minusta se oli paras, kyökin kautta.” (Sosiaalityöntekijä 12 kaupungista Y, kok1, 8).

Kun asianajo liittyy valitusten teossa avustamiseen, lähenee se tehtävänä sosiaalityöntekijän lausuntoa. Erona on se, että valituksen allekirjoittaa asiakas ja lausunnon sosiaalityöntekijä. Lausunto on sosiaalityöntekijän allekirjoittama hoitotahon ulkopuolelle tarkoitettu ja annettu erillinen paperi.

”Lausunto se on silloin, vaikka se olisi sosiaalityön lehdeltä joku hyvä selvitys, mutta jos siellä on päiväykset ja allekirjoitukset kuitenkin. Että sinä lausut jollekin taholle jotakin.” (Sosiaalityöntekijä 9 kaupungista Y, kok3, 2).

”Tähän (sosiaalityöntekijän lausuntoon, lisäys EA-J) liittyy esimerkiksi valitusasiat. Nehän kuuluu minun mielestä meille, tuetaan ja neuvotaan ja suoraan sanottuna tehdään potilaan kanssa jotain valitusta.” (Sosiaalityöntekijä 11 kaupungista Y, kok3, 8-9.)

Valitukseen liittyvän asianajon lopputulosta kaupungin Y sosiaalityöntekijät nimittivät ”piilolausunnoiksi”. Valitusten ja muutostenhakujen laatimisessa käytetään laajasti hyväksi sosiaalityöntekijän asiantuntemusta sekä sosiaalivakuutuksesta että niiden hakemisesta. Sosiaalityöntekijöille kertyy tietoa, joka ”ei olisi sosiaalityöntekijän asia tietää” (Sosiaalityöntekijä 7, kaupunki Y, kok1, 6). Lääkärin pitää tietää, mitä lausuntoihin kirjoitetaan, mutta todellisuudessa: ”Mitä heidän pitää kirjoittaa lausuntoon, me otetaan selvää ja sanotaan.” (Sama)

Sosiaalityön asiantuntemus osoittautui helpommaksi tuoda esiin asiakkaan nimissä kuin omalla nimellä lausuntona. Seuraava keskustelu kuvaa ”piilolausuntoja” (Kaupunki Y, kok4, 12).

”Tuossa on jännä tuossa lausunnossa vielä, että se, mitä minä teen aika paljon, valituksia ja oikaisupyynnöitä ja tämmöisiä, mutta minähän teen sen potilaan nimissä. Me tehdään se. ... Ja ne on minusta helppoja. Ne eivät mene minun omissa nimissä. Ne on hyvin täsmällisen asian ympärillä sitten kuitenkin, että niitä on kiva tehdä.” (Sosiaalityöntekijä 7)

”Tähän kategoriaan (lausuntoon, lisäys EA-J) se kuuluu, koska potilaan asia ei menisi eteenpäin.” (Sosiaalityöntekijä 9)

...

”Se on piilolausunto.” (Sosiaalityöntekijä 13)

”Se on piilolausunto, koska se ei näy missään.” (Sosiaalityöntekijä 7)

Vaikka piilolausunto ei ”näy” missään, saattaa sillä olla suuri merkitys potilaalle. Sairaskertomukseen kirjattuna sosiaalityöntekijän tekemä selvitys tai lausunto nähtiin myös keinoksi tuoda omaa ammatillista osaamista esiin. Jos sosiaalityöntekijä tekee sosiaalisen tilanteen selvityksen paneutuvasti ja asiakkaan kanssa yhteistyössä, tulee selvitykselle painoarvoa. Voisi ajatella, että selvitys lähenee lausuntoa ilman lausunnon ulkoisia tuntomerkkejä kuten allekirjoitusta tai postittamista hoitotahon ulkopuolelle. Työntekijöillä oli kokemuksia siitä, että lääkäri liitti myös sosiaalityöntekijän selvityksen lausuntoonsa, jos se oli hyvin tehty.

Mikä on sosiaalityöntekijän lausunto?

Sosiaalityöntekijän lausunnosta puhuttiin kaupungin Y keskusteluryhmässä paljon. Tekstiksi puretusta aineistosta viidesosa käsitteli sosiaalityöntekijän lausuntoa. Se on tehtävä, jossa sosiaalityön asema terveydenhuollossa monella tavalla kulminoituu. Työkyvyn arvioinnin lopputulos kirjataan B-lausuntoon, jonka laatimisesta vastaa lääkäri ja jonka lääkäri allekirjoittaa. B-lausunnon laatimisen pohjana voi olla lääkärin ja omahoitajan/terapeutin selvittelyjen lisäksi erityistyöntekijöiden selvityksiä ja/tai lausuntoja. Näistä psykologin ja toimintaterapeutin lausunnot ovat kirjallisia ja muodoltaan selkeästi lausuntoja. Sosiaalityöntekijät tekevät selvityksiä ja laativat ne kirjalliseen muotoon. Informanttisosiaalityöntekijät vierastivat kuitenkin työkyvyn arvioon liittyvän sosiaalisen tilanteen selvityksen kutsumista lausunnoksi.

”Minä olin ... mieltänyt sen lausunnon niin kuin tuossa äsken sanoin, että se on lausunto jotain tarkoitusta varten. Ja yleensä sitten menee jonnekin ulos. Se ei

ole sama kuin sairauskertomusmerkintä, kooste joistakin tiedoista, joita minä olen selvittänyt. Että minä miellän, että se toinen, mitä tässä nyt on puhuttu (selvitys- ja kartoitustehtävät, lisäys EA-J), niin mä olin sen mieltänyt tuohon, että vaikka sosiaaliturvan kartoitus tai muu työ- ja koulutushistorian koonti tai sen sellaiset seikat, mitkä minä olen vaikka vaan sosiaalinen selvitys- tai muiden otsikkojen alle. Ja ne on siellä, ne on niin kuin sitä juoksevaa tarinaa tavallaan, mutta tiettyjen otsikoiden alla. Mutta että lausunto on jotakin tarkoitusta varten. Se on yksi oma kokonaisuutensa ja se liittyy tiettyyn tilanteeseen ja tiettyyn ajankohtaan. (Sosiaalityöntekijä 13 kaupungista Y, kok4, 7)

Selvitys ei olekaan lausunto, jos se on vain koonta potilaan historiasta ja nykyisestä sosiaalisesta tilanteesta. Siitä tulee lausunto, kun se sisältää kannanoton tai kannanottoja. Mihin asioihin sosiaalityöntekijä voi ottaa kantaa työkykyä arvioitaessa? Onko kyse siitä, mihin sosiaalityöntekijä voi tai saa halutessaan ottaa kantaa vai siitä, mihin hänen pitää ottaa kantaa? Keskusteluissa ilmeni, että kaupungissa Y sosiaalityöntekijän lausuntoja annettiin eniten asumiseen liittyen ja että työkyvyn arviointiin liittyvät lausunnot olivat harvinaisia ja tuntuivat suurimmasta osasta sosiaalityöntekijöitä kovin vierailta. Sosiaalityöntekijän ei ainakaan tutkimuksessa mukana olevissa mielenterveyssektorin yksiköissä odotettu ottavan kirjallisesti kantaa mihinkään, kun tehtävänä on työkyvyn arviointi. Seuraava vetäjän ja sosiaalityöntekijöiden välinen keskustelu (kaupunki Y, kok4, 8-9) kuvastaa tätä:

”Eikö tämä (= lausunto, lisäys EA-J) jotakin sellaista tarkoita, että johonkin se sosiaalityöntekijä ottaa työkyvyn arviossa kantaa. Jotain. Ettei se ole pelkäämistään sitä, että on koonnut sitä tietoa, on se sitten sirpaleina tai yhtenäisenä. Jotain hän ottaa siinä kantaa. Mitä se sitten onkaan... (sosiaalityöntekijä, lisäys EA:J) näkee, että jotain kuntoutusmahdollisuuksia on käyttämättä tai...” (EA-J)

”Tätä ja tätä asiaa, tätä ja tätä arvioidaan, lausuu siinä. Että se on se oma käsitys siitä. Potilas pyytää sitä kyllä.” (Sosiaalityöntekijä 11)

”Jotenkin tuo tuntuu, että se edellyttäisi ihan toisenlaista toimintakulttuuria, mitä nyt tämä nykyinen vallitseva on. Että minä en osaa nähdä sillä tavalla irrallisena, ilman että siinä on se, parhaimmillaan moniammatillisen työryhmän yhteistyö, vähintäänkin yhteistyö lääkärin kanssa. Että lääkäri on myös tietoinen siitä, että minä teen siihen nyt tällaisen lausunnon ja oman kannanottoni ja että se mielellään olisi sitten yhtenevä, että se on todellakin sitten sellainen yhteinen.” (Sosiaalityöntekijä 13)

”Minä sanoin jo, että hups, eihän aleta täällä ihan sooloilemaan. Tai sillä tavalla. Vaan kyllä se pitää olla yhteistyössä ... Ja jotenkin tässä puhuu, puhuu niin kuin tulevaisuutta varten eikä vaan taaksepäin katsoen, miten tässä nyt on tehty ja näin se jatkuu.” (Sosiaalityöntekijä 9)

Keskustelu nostaa esiin lääketieteen hierarkkista asemaa ja tiukasti rajoistaan kiinni pitävää yksilöasiantuntijuutta korostavan toimintakulttuurin ja sosiaalityöntekijöiden sopeutumisen siihen. Kannanottaminen on sallittua hoidosta vastaavalle lääkärille ja kuuluu työnjaon mukaan hänelle. Siitä huolimatta asiakas saattaa pyytää kannanottoa myös sosiaalityöntekijältä, ja osa sosiaalityöntekijöistä oli sitä mieltä, että sosiaalityöntekijän olisi otettava omaan osuuteensa liittyviin asioihin kantaa. Vaikka enemmistö kaupungin Y sosiaalityöntekijöistä ei katsonut kannanoton kuuluvan sosiaalityöntekijälle työkyvyn arvioinnissa, harmitti heitä se, että oma työ ei tullut omiin nimiin vaan meni toisten nimiin. Omaa roolia oltiin jossain määrin valmiita muuttamaan ja nähtiin, että toimintatapoja on mahdollista tulevaisuudessa muuttaa. Vaikka lausunto ei noussut omaksi erilliseksi ydintehtäväksi kaupungissa X, tuli sielläkin esiin harmistus siitä, että sosiaalityön osuus jää piiloon. Seuraavat puheenvuorot tuovat esiin molemmissa kaupungeissa esiintynyttä kehittämishalua:

”Jollain tavalla jos ajattelee, niin onko tuossa (lausunnon rajaamisessa tiukasti ja kapeasti, lisäys EA-J) ollenkaan tilaa sellaiselle muulle oman ammatin työtä esille tuovan kirjallisen kehittämiselle. Me voimme jotain lausua asioista ulospäin, ja sillä on merkitystä, mitä sosiaalityössä ajatellaan.” (Sosiaalityöntekijä 9, kaupunki Y, kok4, 7.)

”Minä aina toivoisin kovasti, että kuinka siitä pääsisi eteenpäin. Että se näkyisi siellä (= lausunnossa, lisäys EA-J), kun lääkäri sen kirjaa. Niin, että sosiaalityöntekijä selviteltyt ja sosiaalityöntekijä tehnyt sitä ja sosiaalityöntekijä... Kun se kerätään se meiltä kerätty tieto, niin se menee sen kirjoittajan piikkiin.... Minä ajattelin, että tavallaan siinä lausunnossakin jo tulisi ilmi, että tämä on moniammatillisesti tutkittu. (Sosiaalityöntekijä 4, kaupunki X, kok4, 4.)

Sosiaalityön lausunnon ja yleensä työpanoksen kirjaamatta jättämisen sekä voimakkaan realistisuuden korostamisen välillä on ristiriita. Vaikka kaupungin Y sosiaalityöntekijät osoittautuivat aroiksi ottamaan vastuuta siten, että he kirjaisivat omat kannanottonsa, ottivat he suurelta vaikuttavan vastuun potilaan ratkaisuvaihtoehtojen realistisuudesta. Kaupungissa Y realististen vaihtoehtojen esittäminen nimettiin yhdeksi sosiaalityön ydintehtäväksi työkyvyn arvioinnissa. Realistinen vaihtoehto tarkoitti kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden mielestä

montaa asiaa. Vastaukset on koottu eri kokoontumisista ja eri sosiaalityöntekijöiden puheesta luetteloon 3.

Luettelo 3. Kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden käsityksiä työkyvyn arvioinnin realistisesta tuloksesta

Realistinen on sitä,

- mikä on realistista sosiaaliturvan kannalta ja ”mihin ruksi laitetaan” lääkärin lausuntolomakkeessa (kok1, 2)
- mikä on tosiasioihin perustuvaa; onko esimerkiksi asiakkaan työhistoria koottu dokumenttien perusteella (tämä on ollut jo kaksi vuotta eläkkeellä, määräaikailla kuntoutustuilla eikä vuoden sairaslomalla kuten lääkärinlausuntoon oli kirjattu) (kok2, 6)
- mikä on potilaalle mahdollista (= vastaa hänen työ- ja toimintakykyään ja elämäntilannettaan) (kok3, 13 ja kok4, 3 ja 4)
- mihin asiakas sitoutuu ja mitä hän on valmis noudattamaan (kok4, 4)
- että mietitään useampia vaihtoehtoja sen varalta, että ensimmäisen vaihtoehdot ei syystä tai toisesta toteudu (ykkösuunnitelman ja varasuunnitelman laatimista) (kok4, 4-5)

Kannan ottaminen ymmärrettiin kaupungissa Y kannan ottamiseksi nimenomaan siihen, onko potilas työkykyinen vai ei. Sosiaalityöntekijä ei voi ottaa kantaa suoraan työkykyisyyteen. Jos hän tekee niin, astuu hän toisen (lääkärin) reviirille. Yksilöasiantuntijuutta ja ammattien rajoja korostavassa toimintakulttuurissa reviireistä pidetään tarkasti kiinni. Lääkärin yksinoikeutta ottaa kantaa työkykyyn ei haluttu kyseenalaistaa eikä venyttää eri ammattien asiantuntemuksen ja vastuun rajoja. Lääkärin suuri rooli kaupungin Y psykiatrian toimipisteissä rajoitti myös yhteistyötä potilaan muun verkoston kanssa. Yhteistyötä ei voi tehdä, jos lääkäri ei pääse/ehdi paikalle, vai voiko? Aivan rikkumattoman yhtenäisen ei kanta tähän asiaan ollut. Seuraava keskustelu (kaupunki Y, kok1, 9) koskee verkostopalavereita, joissa on mukana esimerkiksi asiakkaan työnantajan ja työterveyshuollon edustajia tai työvoimatoimiston edustajia.

”Tässä on se ongelma, että vaikka itsellä olisi aikaa järjestää (verkostopalavereita, lisäys EA-J), niin lääkärillä ei. Lääkärin pitäisi aina olla mukana. (Sosiaalityöntekijä 11)

”No, ei välttämättä.” (Sosiaalityöntekijä 7)

”... mekin hoidetaan vaikeasti masentuneita. Pitäisin sen keskustelun täällä erillään näistä muista asioista (esimerkiksi työkokeilun järjestämisestä, josta koskevasta verkostopalaverista työnantajan ja työterveyshuollon kanssa edellinen keskustelija puhui, lisäys EA-J). Silti tässä keskustelussa (täällä, lisäys EA-J) voidaan käydä läpi työvoimatoimistossa olemista ja tukea häntä niissä kaikissa asioiden hoitamisessa.” (Sosiaalityöntekijä 9)

Keskustelukatkelmassa tulee esiin myös kaupungin X ja Y sosiaalityöntekijöiden välinen ero: kaupungissa Y painotettiin enemmän oman organisaation ja myös sosiaalityöntekijän vastuuta psyykkisistä oireista kärsivien hoidosta ja kuntoutumisesta hoidon aikana ja avulla, kun taas kaupungissa X hoito-organisaatio kantoi laajempaa vastuuta, johon sisältyi myös asiakkaan aktiivista tukemista hoidon ulkopuolisilla elämän alueilla (kuten osallistuminen yhteistyössä muun verkoston kanssa työelämään paluun suunnitteluun ja tukemisen). Kaupungissa Y sosiaalityön asiantuntijuutta olisi haluttu tuoda esiin enemmän lausuntojen muodossa kuin osallistumalla verkostopalaveriin. Itsenäistä lausunnonanto-oikeutta pidettiin ihanteena, jota oli tärkeä tavoitella. Lausunto koettiin kuitenkin hirveän juhlallisena, suurellisena ja lopullisena. Lisäksi tuntui olevan epäselvää, mihin sosiaalityöntekijä voisi ottaa kantaa osallistuuessaan työkyvyn arviointiin. Näin oli siitä huolimatta, että realististen vaihtoehtojen selvittely sisältää jo implisiittisesti kannanoton. Sosiaalityöntekijät toivat keskustelussa esiin monia realistisuuden kriteerejä; realistista on se, mikä on asiakkaalle tässä elämäntilanteessa mahdollista, kun otetaan huomioon hänen terveydentilansa, ammattinsa, työkokemuksensa, perhetilanteensa, taloudellinen tilanteensa ja suhtautumisensa, toimeentulon järjestymisen vaihtoehdot, paikalliset työ- tai koulutusmarkkinat jne.

Eryyisesti terapiapainotteisessa työssä on perinteisesti pyritty välttämään neuvoja ja kannanottoja. Mönkkösen (2002c) mukaan vastavuoroiseen suhteeseen kuuluu vastaaminen. Dialogi ei ole asiakkaan ”ymmärtämistä” vaan vastaamista, eri näkökohtien tutkimista ja uuden ymmärryksen rakentamista. Pärssisen (2003) tutkimuksessa juuri asiakkaille tehdyt suorat ehdotukset saivat heidät käyttämään puheenvuoron ja esittämään oman näkemyksensä ja vastaehdotuksensa verkostopalaverissa. Viranomaisen ehdotus haastoi asiakkaan tuomaan näkemyksensä esiin. Ehdotusten, vaihtoehtojen, jopa ratkaisun esittäminen, on vastuunottoa asiakkaasta. Metterin (2003, 100) mukaan asiakas-työntekijä-suhteessa käyty keskustelu voi kehittyä tietoiseksi vastuunotoksi vasta, kun asiantuntija tunnistaa vallan, joka liittyy asiakkaan ja työntekijän suhteeseen ja kommunikaatioon. Vastuuta asioista, jotka liittyvät esimerkiksi sosiaalityön asiantuntijuusalueeseen, ei voi siirtää toiselle asiantuntijalle tai organisaation korkeammalle hierarkiatasolle.

”Rajattujen kannanottojen” mahdollisuus?

Sosiaalityöntekijän ei tarvitse työkyvyn arvioinnissa vastata kokonaistilanteen arvioinnista, sillä se kuuluu hoidosta (ja arvioinnista) vastaavalle lääkärille. Sen sijaan sosiaalityö voi kantaa vastuuta siitä, että tilannetta tarkastellaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja monesta näkökulmasta ottaen huomioon eri vaihtoehtojen vaikutus ihmisen elämään. Tämä tapahtuu selvittämällä asiakkaan kanssa mahdollisimman monipuolisesti hänen elämäntilanteensa, kirjaamalla selvitys ja/tai tuomalla tiimissä ja verkostossa esiin sen sisältämiä seikkoja. Oleellista on kirjata, mihin selvityksiin, yhteydenottoihin ja keskusteluihin sosiaalityöntekijän selvitys perustuu ja se, mitä seikkoja ainakin kannattaa tai pitää ottaa huomioon lopullista vaihtoehtoa mietittäessä. Sosiaalityöntekijä voi tuoda esiin mahdollisilta vaikuttavia vaihtoehtoja; tilanteen ollessa tämä ja tämä vaikuttavat nämä vaihtoehdot olevan käytettävissä. Tällaista selvitystä voidaan kutsua myös kannanotoksi. Se pätee kuitenkin vain tähän hetkeen ja tähän tilanteeseen ja korkeintaan lähitulevaisuuteen ja voi sisältää vain rajatusti ennakoitua pitemmälle tulevaisuuteen. Sosiaalityöntekijän ei tarvitse syyllistyä sooloiluun, jos hän ottaa kantaa oman ammattinsa näkökulmasta tai tulkintakehyksestään. Kannanotto voi olla rajattu ja rajallinen, sillä kenenkään elämäntilanne ja elinympäristö eivät pysy koko ajan muuttumattomina.

Realististen vaihtoehtojen selvittäminen jatkuu koko työkyvyn arviointiprosessin ajan ja huijpentuu valintaan. Se, mitä valitaan eli mihin ratkaisuun päädytään, selviää vasta arviointiprosessin loppuvaiheessa. Eikä asiantuntija, ainakaan yksi moniammatillisen tiimin jäsen, todellakaan voi tietää eikä ennakoida kaikkea. Osallistavassa arvioinnissa ja hoidossa vastuun tulisi jakautua asiakkaalle ja kaikille hänen ympärilleen kootun tiimin tai verkoston jäsenille samalla tavalla kuin oikeus osallistua asian käsittelyyn on jaettava. Seuraavat puheenvuorot liittyvät sosiaalityöntekijän vastuuseen kaupungissa Y. Ne ovat irrallisia kannanottoja: ne esitettiin toisistaan erillään keskustelun eri vaiheissa. Sosiaalityöhön kohdistuu sekä sisäisiä että ulkoisia odotuksia olla oman sektorinsa ”kaikki tietävä asiantuntija”, vaikka vastuu voi olla tosiasiallisesti vain jaettava ja rajallista. Myös asiakkaalla itsellään on osa vastuusta.

”Että tavallaan näistä kaikista (= realistisista vaihtoehdoista, jotka voivat tulla tietyn asiakkaan tilanteessa kyseeseen, lisäys EA-J), eihän meidän tarvitse niitä kaikkia tietää, mutta meidän tarvitsee tietää, mistä me voidaan kysyä ja ottaa selvää”. (Sosiaalityöntekijä 11 kaupungista Y, kok3, 15)

”Monesti on sekin, että realistisia vaihtoehtoja saattaa (työntekijöiltä, lisäys EA-J) unohtua, että sillä asiakkaalla saattaa kuitenkin olla ihan sellaisia ideoita, joista me ei tiedetä mitään.” (Sosiaalityöntekijä 7, kok4, 4)

8.2.4 Tiimiin liittyvät tehtävät

Tiimiin liittyvissä tehtävissä tuli esiin selkeä ero kaupungin X ja Y sosiaalityöntekijöiden välillä. Edellä kuvattu kaupunkia Y koskeva keskustelu sosiaalityöntekijän lausunnosta ja kannanottamisesta osana työkyvyn arviointia myös kuvaa osaltaan sosiaalityön asemaa sen kaupungin moniammatillisissa tiimeissä. Kaupungissa X sosiaalityöntekijöiden rooli tiimissä näytti olevan selkeämpi ja aktiivisempi kuin kaupungissa Y. Tiimiin liittyviä tehtäviä nimettiin kaupungissa X kolme ja kaupungissa Y kaksi. Molemmissa ydintehtäväksi määriteltiin tiedon jakaminen tiimin muille jäsenille (kaupunki Y) ja tiimin ajan tasalla pitäminen (kaupunki X) sosiaali- ja kuntoutuspalveluista ja -etuuksista. Kaupungissa X sosiaalityön tiimiin liittyvät kaksi muuta tehtävää edustavat varsin aktiivista sosiaalityön roolia. Ydintehtäviksi nimettiin sosiaalityön aktiivisuus tiimissä kysyjänä sekä sosiaalityön opettaminen uusille tiimin jäsenille. Edellisellä tarkoitettiin sitä, että sosiaalityöntekijänä kuuntelee herkällä korvalla tiimikeskusteluja ja ottaa sosiaalityön näkökulmasta osaa keskusteluun, vaikkei olisikaan tavannut potilasta. Uusien tiimin jäsenten ”kasvattaminen” siihen, miten he voivat tehdä yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa, on mielenterveyspalveluissa jatkuva tehtävä psykiatrien suuren vaihtuvuuden vuoksi. Noin puolet tutkimuksessa mukana olleissa mielenterveysyksiköissä työskennelleistä lääkäreistä oli määrääkäsia, psykiatriaan vasta erikoistuvia lääkäreitä, joiden työsuhde yhteen erikoistumispaikkaan kestää muutamasta kuukaudesta korkeintaan vuoteen tai kahteen.

”Koen haastavana aloittelevat lääkärit, esimerkiksi, ja tarjoan aina itseäni. Olen siinä mielessä aktiivinen ja uskon, että minulla on annettavaa. Yritän olla tiimissä aktiivinen. Kun kuuntelen, kun hoitaja ja lääkäri keskustelee, laitan lusikkani soppaan, jos kuulen keskustelussa jotain puuttavaa.” (Sosiaalityöntekijä 4 kaupungista X, kok3, 3)

Kaupungin X sosiaalityöntekijät luonnehtivat kokeneeksi sellaista tiimiä, joka osaa käyttää sosiaalityöntekijää. Lääkäreiden merkitys on heidän mukaansa suuri; jos lääkäri pitää tärkeänä sosiaalityöntekijän työpanosta työryhmässä, on sillä painoarvoa. Tämä johtuu terveydenhuollon sisäisestä hierarkiasta. Muutokset työryhmissä ovat jatkuvia, mikä tuli esiin myös tutkimuksen aineiston koontiaikana. Sosiaalityöntekijä C kertoi, että hänen toimipisteessään sosiaalityöntekijöiltä alettiin syksyllä 2004 pyytää aiempaa enemmän sosiaalisia selvityksiä, kun taas sosiaalityöntekijä E totesi oman tiiminsä unohtaneen syksyn kuluessa sosiaalityön käyttömahdollisuudet. Sosiaalityöntekijä E:n tiimissä vaihtui syksyllä sekä lääkäreitä että muita työntekijöitä. Mielenterveyspalveluja on vaivannut pitkään psykiatripula, vaikka Suomessa on psykiatreja enemmän kuin koskaan aiemmin (Wahlbäck 2004, 68). Psykiatreista vain vii-

desosa työskentelee psykiatrian avohoidossa (mt.), joka on asetettu palvelujärjestelmässä ensisijaiseksi hoitomuodoksi.

Kaupungissa X sosiaalityön tarve ja mukaan tulo jonkin asian selvittelyyn ja hoitoon todettiin ja sovittiin tiimissä. Vastuun siitä, että sosiaalityötä käytetään, koettiin olevan ennen kaikkea sosiaalityöntekijöillä itsellään. Sosiaalityöntekijät kokivat, ettei pelkkä tiedottaminen riitä vaan yhteinen tekeminen vasta luo pohjan hyvälle yhteistyölle. Seuraava keskustelu on kaupungin X viimeisestä keskustelusta (kok4, 5). Keskustelu kuvaa myös sosiaalityöntekijöiden oman ryhmän kiinteyttä ja yksimielisyyttä asiasta.

”Ongelma ei olekaan se, ettei joku tiedä minun työstäni. Se ei ole yksipuolinen. Vaan, että miten minä saan sinulle tietoa, että mitä minä osaan ja tiedän ja taidan.” (Sosiaalityöntekijä 4)

”Jotkut eivät vaan kerta kaikkiaan ota sitä vastaan.” (Sosiaalityöntekijä 2)

”Minun mielestä se tulee aika paljon vaan siinä yhteistyön kautta. Silloin, kun se on jotain konkreettista, niin se toinen muistaa sen, että niin tämmöisessä ja tämmöisessä...” (Sosiaalityöntekijä 6)

”Jotenkin ahaa-elämys, että tähän onkin hyvä, että sinä ehdotit tätä.” (Sosiaalityöntekijä 4)

”Se ei ihan hetkessä käy, usein, jos uusi tulee, vaikka lääkäri työryhmään.” (Sosiaalityöntekijä 6)

”Niin. Eikä sitä kautta, just, että joku kertoo, että minä teen tämmöistä ja tämmöistä. Ei se mene niin.” (Sosiaalityöntekijä 1)

”Infoa on niin paljon kaikesta.” (Sosiaalityöntekijä 6)

”Niin minäkin ajattelen, että yhteistyön ja yhteisten tapausten ja yhteisten kokousten ja kokoontumisten ja miettimisten kautta.” (Sosiaalityöntekijä 1)

Kaupungissa Y yhteistyö tiimin kanssa sinänsä nousi yhdeksi ydintehtäväksi työkyvyn arvioinnissa. Aiheesta ei ryhmässä juurikaan keskusteltu spontaanisti, vaan keskustelu, jota käytiin, syntyi lähes aina vetäjän tai sairaalaosastojen sosiaalityöntekijöiden kysymyksistä. Keskustelussa ilmeni, että tiimien toiminta ei ylipäänsä tai ainakaan työkyvyn arviointiin liittyen ollut kovinkaan säännöllistä lukuun ottamatta päiväsairaala. Samoin ympärivuorokautista hoitoa antavilla sairaalaosastoilla tiimien toiminta oli säännöllistä, mutta se ei liittynyt työkyvyn arviointiin vaan potilaan hoitoon. Seuraava keskustelu kuvaa tiimityötä kaupungissa Y (kok3,14)

”Minä olen ollut niin paljon sairaalassa töissä ja tottunut tekemään yhdessä töitä (tiimissä, lisäys EA-J) ja olen aina niin kuin tunkenut, että minä tulen tietenkin

hoitokokoukseen heti, kun on vähänkin semmoista asiaa. Niin sitten, en minä nyt (= poliklinikalle siirryttyäni, lisäys EA-J) ole... Minulla on käynyt mielessä, että pitäisikö meidän tavata yhdessä tätä potilasta. Mutta en minä ole rohkautunut..." (Sosiaalityöntekijä 13)

"Mutta pidätkö te mitään yhteiskeskustelua yhtään? Jos kaksi ihmistä hoitaa samaa potilasta, niin eikä se olisi tärkeää, että ne edes joskus juttelisi keskenään? Vai?" (Sosiaalityöntekijä 7)

"Ei välttämättä." (Sosiaalityöntekijä 13)

"Meillä on ainakin minitiimit, mutta ne eivät kyllä ole toimineet taas tällä hetkellä lainkaan." (Sosiaalityöntekijä 11)

Tiimityö on moniammatillisen työskentelyn perusta, jos ja kun tiimi on se foorumi, jossa yhteisten potilaiden asioita pohditaan yhdessä ja jonka kokouksissa sovitaan yhteistyöstä ja työnjaosta. On vaikea olla aktiivinen tiimissä, jollei se edes kokoonnu. Jos tiimit eivät kokoonnu, korostuu dokumentoinnin merkitys tiimin keskinäisessä kommunikoinnissa. Jos työtä ei (edes) dokumentoida, ei ole mitään, minkä varassa moniammatillinen yhteistyö voisi toteutua. Moniammatillinen tiimityö on psykiatrisen avohoidon ihannetyömalli, joka luotiin mielen-terveystyön rakennemuutoksen aikana vahvassa valtiolisessa ohjauksessa (Salo 1996). Kaupungin Y ryhmäkeskustelujen perusteella näyttää siltä, että moniammatillisen tiimityön idea on niin arvostettu, ettei tiimityön ontumista mielellään edes tuotaisi esiin. Metterin (2004, 108) mukaan ammattilaiset pyrkivät saavuttamaan ihanteet, mutta eivät välttämättä huomaa sitä, missä vaiheessa toiminta muuttuu ihanteiden esitykseksi. Kuilu ihanteiden ja todellisuuden välillä ei johdu ammattilaisten henkilökohtaisista epäonnistumisista tai virheistä vaan toimintaehtojen muuttumisesta. Jos ammattilaiset eivät kykene tunnistamaan toimintaehtojen muutosta, he toimivat ikään kuin ihannepuheet edelleen olisivat totta (mt.).

Asiakkaan kannalta moniammatillisen tiimin toimimattomuus voi olla suuri menetys. Hyvin toimivan tiimin avulla hänen tilanteensa tulisi tarkasteltua monipuolisesti ja paneutuvasti. Se, mikä pätee yksittäisen työntekijän ja asiakkaan vastavuoroiseen suhteeseen, on mahdollista saavuttaa myös tiimikäsittelyssä. Dialogin ja uuden yhteisen ymmärryksen saavuttaminen asiakkaan tilanteesta on mahdotonta huonosti toimivissa tiimeissä.

"Tehdään äkkiä vaan joku ratkaisuehdotus johonkin tilanteeseen. Sama kun ke-la sanoo, että mene hakemaan toimeentulotukea. Ja me tiedetään, ettei se voi saada... Annetaan sellaisia ratkaisuehdotuksia tietämättä, mitä ne on". (Sosiaalityöntekijä 7 kaupungista Y, kok1, 10).

Jo sosiaalityön tavoitemääritelmissä esiin tullut ero kaupungin X ja Y välillä suhteessa empowermentiin korostuu edelleen nyt, kun ydintehtävät ovat tulleet tarkastelluiksi. Kaupungin Y sosiaalityö näytti toimivan pitkälti asiakassuhteen varassa, kun taas kaupungissa X kumppaneita haettiin ja saatiin asiakkaan lisäksi tiimistä ja laajemmasta verkostosta. Sosiaalityön asema oman työyksikön moniammatillisessa tiimissä oli kaupungissa Y yleisesti huomattavasti pienempi ja heikompi kuin kaupungissa X lukuun ottamatta päiväsairaalan ja sairaaloiden sosiaalityöntekijöitä, joiden rooli tiimissä oli vahva. Sosiaalityön asiantuntemusta ei otettu kaupungin Y psykiatrian poliklinikoilla käyttöön ”julkisesti” vaan sosiaalityö toimii yksilövastaston ja ”piilolausuntojen” varassa. Taustalla näyttäisi vaikuttaneen terveydenhuollon hierarkkinen työnjako, joka estää tehokkaasti eri ammattien reviirin rajojen koettelun ja ylitykset. Kaupungissa X sosiaalityöntekijän asema näytti vaihtelevan eri tiimeissä ja ajan myötä samankin tiimin sisällä. Yleisesti ottaen sosiaalityöntekijän asema tiimissä oli kuitenkin vahvempi ja aktiivisempi kaupungissa X kuin kaupungissa Y.

Sosiaalityön tehtävät työkyvyn arvioinnissa olivat laajemmat ja sosiaalityön rooli aktiivisempi kaupungissa X kuin kaupungissa Y. Kaupungissa Y keskityttiin enemmän hoitosuhteeseen, jonka vastavuoroisuutta ja vuorovaikutuksen dialogisuutta korostettiin. Kaupungissa X asiakkaan elämää näytettiin tarkasteltavan laajemmin, enemmän erilaisista yhteiskunnan rooleista käsin. Kaupungin X sosiaalityöntekijät näkivät kaupungin Y sosiaalityöntekijöitä enemmän tehtäväkseen olla tietoisia eri toimintavaihtoehdoista, joita asiakkaille voi olla tarjolla. He vaikuttivat myös olevan rohkeampia tarjoamaan omaa asiantuntemustaan asiakkaan asioiden hoitoon ilman, että heiltä sitä kukaan suoranaisesti pyytää. Rohkeus puuttua pyytämättä asiakkaan asioihin esimerkiksi tiimissä tai hoitoneuvottelussa näytti olevan yhteydessä työntekijän työkokemuksen pituuteen. Myös kokeneet kaupungin Y sosiaalityöntekijät toivat esiin rohkeutensa tuoda asiantuntemuksensa esiin.

8.3 Sosiaalityön vastuu

Tutkimuksen sosiaalityöntekijäinformanttien mielestä päävastuu työkyvyn arvioinnista oli lääkärillä, psykiatrilla. Sosiaalityöllä oli kuitenkin työkyvyn arvioinnissa useita tehtäviä, joita käsiteltiin edellä. Sosiaalityöntekijät kokivat olevansa osaltaan vastuussa muun muassa siitä, että työkyvyn arvioinnissa saadaan aikaan kokonaisvaltainen arvio ja löydetään potilaalle oikeassa kohdassa oikea realistinen ratkaisu. Pidän sosiaalityöntekijöiden ottamaa vastuuta suhteettoman suurena verrattuna sosiaalityön osuuteen ja merkitykseen arvioinnissa. Liitän suuren vastuunoton työkyvyn arviointiasiakkaiden myöhäiseen ohjautumiseen sosiaalityöntekijälle ja sosiaalityöntekijöiden arviointiprosessin aikana kohtaamiin asiakkaiden kohtuuttomiin kokemuksiin, joiden seurauksia sosiaalityöntekijät joutuvat paikkaamaan. Tutkimuksen informantit kertoivat useita kohtuuttomuustarinoita asiakkaistaan. Naistutkimuksen käsittein

sosiaalityön suurta vastuunottoa voidaan pitää naistapaisen hoivaetiikan (Petrelius 2004) tai naistapaisen asiakastyön tekemisen ilmentymänä (Eräsaari 1995; Eräsaari 2000, 125) .

Metterin (2004, 31-34) mukaan asiakkaiden kohtuuttomat kokemukset liittyvät saamatta jääneisiin hyvinvointivaltion etuuksiin ja palveluihin sekä viranomaisten toimintatapaan ja asenteisiin. Kokemukset eivät ole tilanteiden suuren lukumäärän vuoksi yksittäistapauksia, vaan ilmiö, joka koskettaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ympäri Suomea. Järjestelmä toimii niissä vastoin sen julkilausuttuja tavoitteita ja tuottaa kansalaisille tuen sijasta lannistavia kokemuksia (mt., 131). Päätöksen tehneiden viranomaisten, asiakkaiden ja tapauksista tutkijalle raportoineiden terveys- ja mielenterveysosasto- ja terveyskeskusten käsitykset palvelua tai etuutta jäämisen syistä olivat hyvin erilaiset (ks. mt., 56-59). Tämän tutkimuksen aiheen kannalta merkillepantavaa on se, että sosiaalityöntekijöiden mukaan asiakkaan kokonaistilannetta ei ollut otettu huomioon päätöstä tehtäessä 17 %:ssa tapauksista ja päätöksentekijä oli toiminut virheellisesti 14%:ssa tapauksista. Kokonaistilanteen huomioimatta jättäminen oli yleistä etenkin psyykkisesti oireilevien kohdalla. (Mt., 58-59.)

Tässä tutkimuksessa tuli esiin molempia Metterin (mt.) tutkimuksessa kuvattuja kohtuuttomia tilanteita. Etuuksia tai palveluja ilman jääneiden tilanne tuli esiin sosiaalityöntekijöiden työssä muun muassa runsaina valitusten laatimisina asiakkaiden kanssa tai puolesta. Viranomaisten toimintatapojen kohtuuttomuus kulminoitui etenkin toimeentulotuen kirjallisessa käsitelyssä ja eläkevakuutuslaitosten toiminnassa, mutta myös omassa toimintayksikössä voitiin kuvitella olevan arveluttavia toimintatapoja.

”Jos hän on kokenut huonoa kohtelua siellä sosiaalitoimistossa, niin minä voin olla ihan hyvin samaa mieltä, että tuo kuulostaa huonolta kohtelulta. Että en minä rupea puolustamaan sosiaalitoimiston työntekijää. Tai että eläkelaitos on tehnyt tällaisen päätöksen tämän selvityksen perusteella. Niin minä voin ihan hyvin olla samaa mieltä ... miten hirveältä tuntuu, että tällainen kasvoton porukka tekee päätöksiä eikä anna edes selvitystä. Että minä voin olla kriittinen, ettei minun tarvitse puolustaa niitä eikä myöskään omaa. Jos potilas on tyytymättömän meidän lääkäriin, minun ei tarvitse puolustaa lääkäreitä, vaan minä voin sanoa, että aha. No sitten voidaan tietysti mennä selvittämään, jos siinä on jotain tällaista. ” (Sosiaalityöntekijä 7 kaupungista Y, kok3, 8.)

Toisaalta omasta organisaatiosta haluttiin antaa hyvä kuva. Kaupungissa X sosiaalityöntekijät korostivat, että kaikkia työkyvyn arviointipotilaita kohdellaan samalla tavalla eikä näiden potilaiden sisäistä valikointia esiinny omassa yksikössä. Seuraava keskusteluote kuvaa tätä (kaupunki X, kok4, 3):

”Mutta onko jotenkin niin, että siinä on eroa, että keihin panostetaan? Onko se tärkeää, että huolehditaan ihmiset arvokkaasti eläkkeelle (vai panostetaanko enemmän vielä kuntoutettavissa oleviin potilaisiin)?” (EA-J)

”... ne, jotka tulee niin kuin hoitoon ja tiimin tutkimuksiin, niin minun mielestä ne saa kaikki hyvän ratkaisun. Siis sillä tavalla, jos tulee työkyvyn arviointiin ... niin ei siinä minun mielestä erotella.” (Sosiaalityöntekijä 1)

”Kyllä ne nyt jollain lailla tulee, niihin panostetaan jotenkin.” (Sosiaalityöntekijä 4)

”Ei tarvitse erilaista palvelua.” (Sosiaalityöntekijä 2)

Tutkimuksen jatkokyselyn vastausten mukaan muutamissa kaupungin X sosiaalityöntekijöiden tiimeissä työkyvyn arviointiin suhtauduttiin sosiaalityöntekijän arvion mukaan ristiriitaisesti. Työkyvyn arviointi koettiin moniammatillisissa tiimeissä yleisesti ottaen vaativaksi ja laaja-alaiseksi, hyvää ammattitaitoa vaativaksi tehtäväksi, jonka merkitys potilaalle nähtiin suurena. Vaativuutensa vuoksi laaja-alainen ja monimutkainen työkyvyn arviointi ei kuitenkaan aina ollut kovin toivottu tehtävä resurssipulasta kärsivissä psykiatrian toimipaikoissa. Kaupungin X yhden sosiaalityöntekijän mielestä työkyvyn arvioinnin merkitystä ei aina ymmärretty hänen tiimissään. Tämän sosiaalityöntekijän mukaan eri ammattiryhmistä lääkäreissä oli suhteellisesti eniten niitä, jotka pitivät työkyvyn arviota epämieluisana tehtävänä ja ”välttämättömänä pahana”. Hänen mukaansa kärjistetty yleiskuva eri ammattien suhtautumisesta oli se, että sairaanhoitajat sanoutuivat kokonaan irti työkyvyn arvioinnista (ja ilmeisesti se oli toimipaikassa hyväksyttyä), lääkäreissä oli sekä paneutuvasti että mahdollisimman nopeasti arvioita tekeviä ja psykologit sekä sosiaalityöntekijät suhtautuivat ammattiryhmänä kaikkien vakavimmin asiaan. Myös toinen kaupungin X sosiaalityöntekijä oli huomannut lääkäreissä olevan sekä niitä, jotka suhtautuivat työkyvyn arviointiin vakavasti että niitä, jotka pitivät sitä epämieluisana tehtävänä ja yrittivät päästä mahdollisimman vähällä. Kolmannen kaupungin X sosiaalityöntekijän mukaan suhtautumisessa työkyvyn arviointiin oli tiimissä eroja, mutta ne eivät olleet ammattiryhmittäisiä, vaan erot olivat henkilökohtaisia.

Yksikään kaupungin Y sosiaalityöntekijästä ei vastannut jatkokyselyssä¹⁷ suhtautumiseroja koskevaan kysymykseen tuomalla esiin eroja tai sitä, ettei niitä ollut. Heidän vastauksissaan keskityttiin kuvaamaan arviointia tehtävänä sekä eri ammattien työnjakoa arvioinnissa. Päiväsairaalan sosiaalityöntekijä toi esiin sen, ettei päiväsairaalassa pidetty siitä, että potilaita lähetettiin sinne vain työkyvyn arviointiin. Päiväsairaala oli hoito-, ei tutkimus- tai arviointiyksikkö. Hoitoyksikössä työkykyä arvioidaan hoidon yhteydessä. Päiväsairaalassa näin menetteliin lähes jokaisen potilaan kohdalla. Jos potilaalla oli väärä käsitys päiväsairaalasta pel-

kästään työkyvyn tutkimusyksikkönä, joutui hän motivoitumattomuuden vuoksi kiusallisiin tilanteisiin päiväsairalan terapiaryhmissä, yksilökeskusteluissa ja hoidon ”luppoaikoina” potilaiden keskinäisissä vuorovaikutustilanteissa.

Tutkimuksessa mukana olleet kaupungin X ja Y sosiaalityöntekijät kokivat työkyvyn arvioinnin vaativaksi ja tärkeäksi tehtäväksi, jossa tarvitaan myös sosiaalityön työpanosta. Terveystieteiden huollon omalla toiminnalla on potilaiden kannalta sosiaalisia ja taloudellisia seurauksia, joiden esiintyminen on sosiaalityöntekijän erityisvastuulla (Metteri 1993, 92-93). Jos sosiaalityö ei pääse mukaan työkyvyn arviointiin riittävän varhaisessa vaiheessa, on vaarana, että arvioinnin lopputuloksena syntyvän lääkärintuomion ja hoito- ja kuntoutussuunnitelman seurauksia ei tule riittävästi ennakoitua ja joudutaan ei-toivottujen seurausten paikkaamiseen. Moniammatillisen tiimin tärkeä tehtävä on koota ja yhteen sovittaa erilaiset tiedot ja tarkastella niitä yhdessä suhteessa kulloinkin ratkaistavana oleviin kysymyksiin: mitä nämä erilaiset tiedot asiakkaan työ- ja toimintakyvystä tarkoittavat suhteutettuna ihmisen kokonaiselämäntilanteeseen ja mitä seurauksia arvioinnin lopputuloksesta voi aiheutua asiakkaalle ja hänen ympäristölleen. Moniammatillisesti toteutettu työkyvyn arvio on tällaisen suhteutuksen ja ratkaisuvaihtoehtojen punnitsemisen vuoksi eettistä, arvoperusteista päätöksentekoa (vrt. mt., 95). Sosiaalityön perinteiset selvitystehtävät nousevat seurausvastuun toteutumisen näkökulmasta suureen arvoon, koska paneutuvasti tehty sosiaalisen tilanteen selvitys tuo esiin asiakkaan tilanteen monimutkaisuuden ja monipuolistaa arviointia, ts. parantaa mahdollisuutta saada aikaan kokonaisvaltainen arviointi.

Tutkimuksessa mukana olleet sosiaalityöntekijät ottivat aineiston perusteella seurausvastuun varsin vakavasti. Koska sosiaalityö pääsi tutkimuksessa mukana olleissa yksiköissä usein varsin myöhään mukaan työkyvyn arviointiasiakkaiden asioiden hoitoon, oli puutteellisesti otetun seurausvastuun ei-toivottujen seurausten paikkaus varsin merkittävä sosiaalityön tehtävä. Tutkimusinformanttien tavassa suhtautua työkyvyn arviointiin ylipäänsä voidaan nähdä naistapaisen hoivaeettisyyden piirteitä (Petrelius 2004, 49). Naistapaisella hoivaeettisyydellä tarkoitetaan ammatillisen itsemäärättyä ja toimijaksi asettumisen tyyliä, joissa korostuvat henkilökohtainen vastuunotto kohdattavan asiakkaan hyvinvoinnista, halu auttaa, tukea ja tarjota myötätuntoista ymmärrystä eläytyen ja empaattisen kasvokkaisen vuorovaikutuksen keinoin. Erityisen selvästi hoivaeettinen lähestymistapa tulee esiin niissä tutkimusinformanttien kuvauksissa, jotka koskevat useammalla arviointikierrroksella olevia, useamman tai yhden kielteisen kuntoutus- tai eläkepäätöksen saaneita työkyvyn arviointiasiakkaita.

¹⁷ Aiemmin tässä kappaleessa on tuotu keskusteluoitteen avulla esiin, että ainakin psykologit tekivät kaupungin Y joissakin tiimeissä mieluummin terapiatyötä kuin psykologisia tutkimuksia.

”Minä ajattelin, ettei se (valitus, lisäys EA-J) ole vaan paperi, joka me tehdään ja se raha. Vaan se oli sille (asiakkaalle, lisäys EA-J) hirveän merkityksenkäs asia, että häntä autettiin siinä. Hän oli tehnyt oman osuutensa siinä, laittanut ylös. ... Niin koostettiin ja kirjoitettiin se, ja hän oli kauhean tyytyväinen ja minä olin kauhean tyytyväinen. Me oltiin tehty jotain, vaikka siinä kävisi miten.” (Sosiaalityöntekijä 7, kaupunki Y, kok1, 6)

Sosiaalityöntekijöiden toimintaa ei kuitenkaan voi kuvata pelkästään naistapaisten hoivaetiisyyden ilmentymäksi. Sosiaalityöntekijät eivät anna vain ymmärrystä asiakkaille tai hoivaa kaltoinkohdeltuja, vaan he käyttävät omaa asiantuntijuuttaan ja asiantuntijavaltaansa asiakkaiden asioiden ajoin (valitusten laadinta, ”piilolausunnot”, yhteydenotot verkoston muihin toimijoihin jne.). Hänninen (2004) käyttää sosiaalityössä käytettävästä vallasta nimitystä huoltapitävä valta, jolla hän haluaa tuoda esiin sosiaalityön sekä naisisen että maskuliinisen puolen. Huoltapitävä viittaa vastuuta ottavaan välittämiseen, mikä tarkoittaa toisen, toisenlaisen ja usein heikomman puolelle asettumista, ”huolestumista” ja toimintaa. Huolenpitävä valta voi sosiaalityössä olla paitsi rajoja asettavaa kontrollointia tai jopa tahdonvastaisuutta, myös tuottavaa ja subjektoivaa valtaa, joka tukee asiakkaan subjektiviteettia ja luo sitä kautta edellytyksiä parempaan elämänhallintaan. (Mt., 82.)

Eettinen vastuu psyykkisen työkyvyn arvioinnin seurauksista ei voi olla vain yksin sosiaalityöllä vaan se kuuluu koko moniammatilliselle tiimille. Jos muut tiimin jäsenet eivät kannu vastuutaan, on vastuulla taipumus ”valua” sille, joka on sen valmis kantamaan.

”Jos se (= työkyvyn arviointi, lisäys EA-J) on tällainen valintakysymys... se tavallaan selkeentyy siinä, kun tutkitaan. Ja sitten, ainakin minä koen välillä, että minä olen se, joka sille potilaalle ja tutkittavalle esitän ne vaihtoehdot, oikeasti. Muut ammattiryhmät ei ehkä oikein ole selvillä, koska ne liittyy näihin etuuksiin, että millä minä elän. Niin tuota, että joskus tuntuu, että se on aika vaikeakin tehtävä... (Sosiaalityöntekijä 7 kaupungista Y, kok3, 13)

Sosiaalityöllä on suurempi vastuu eri vaihtoehtojen esiintuojana kuin muilla ammattiryhmillä mutta vain osavastuu valinnasta ja seurauksista. Sosiaalityö voi kantaa osuuttaan valintaan liittyvästä vastuusta ja seurausvastuusta esimerkiksi pyrkimällä huolehtimaan siitä, että kun se on mukana arvioinnissa, potilaan tilannetta tarkastellaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (otettaisiin eri näkökulmat huomioon eikä vaiettaisi niistä) ja että potilaalle laadittaisiin kuntoutussuunnitelma yhteistyössä asiakkaan, tiimin ja verkoston kanssa. Tämä edesauttaisi myös työkyvyn arvioinnin seuranta ja olisi yksi konkreettinen tapa kantaa seurausvastuuta. Arvioinnin kokonaisvaltaisuuden toteutumista voisi seurata laskemalla, kuinka moni B-

lausunnoista, joissa otetaan kantaa potilaan työkykyyn tai kuntoutustarpeeseen, perustuu moniammatillisesti tehtyyn arvioon ja kuinka moneen sisältyy moniammatillisesti tehty kuntoutussuunnitelma.

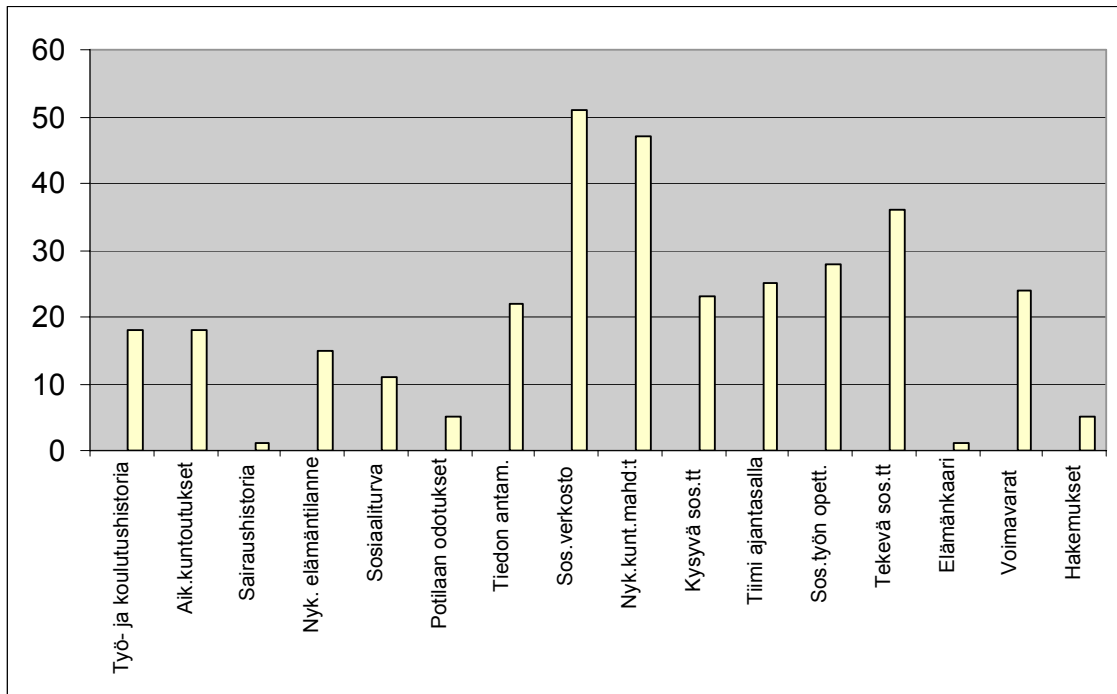
Koska työkyvyn arvioinnissa ei aina tarvita moniammatillista näkökulmaa, pitäisi tiimissä yhdessä määritellä, missä tilanteissa moniammatillinen kokonaisarvio ja kuntoutussuunnitelma olisi ensisijaista tehdä. Milloin riittää vain lääkärin yksin tekemä arvio, milloin tarvitaan hoitajaa/terapeuttia mukaan, milloin sosiaalityöntekijää, milloin psykologia, milloin muita erityistyöntekijöitä, milloin laajemman verkoston edustajia? Tavoitteiden toteutumisen seuranta ei tältä osin ole yksin sosiaalityön vastuulla eikä sosiaalityö pysty sitä yksin seuraamaan. Voi olla, ettei tavoitetta moniammatillisen arvioinnin suhteellisesta osuudesta pystytä asettamaan ennen kuin on jonkin aikaa kerätty tilastoja, joiden pohjalta voidaan tehdä yksityiskohtaisempia arviointeja asiakaskohtaisesti (kenelle itse asiassa olisi pitänyt tehdä arviointi painuivammin ja kokonaisvaltaisemmin).

8.4 Sosiaalityön kehittämistarpeet

Sosiaalityön tehtävien nimeämisen jälkeen sosiaalityöntekijät asettivat ydintehtävät tärkeysjärjestykseen kahden kriteerin perusteella. Toinen oli heidän sosiaalityölle työkyvyn arvioinnin osalta asettamansa tavoite (mikä tehtävä toteuttaa tavoitetta parhaiten) ja toinen ajankohtainen kehittämistarve (missä tehtävässä kehittyminen on nyt ajankohtaista). Arviointi suoritettiin asteikolla 1-10 siten, että 10 = tärkein tavoitteen edistämisen sekä ajankohtaisen kehittämistarpeen vuoksi ja 1 = vähiten tärkein näiden kriteereiden perusteella. Tärkeysjärjestys on esitetty kuvioissa 1 ja 2.

Kaupungissa X kehittämismielessä ehdottomasti tärkein sosiaalityön tehtävä työkyvyn arvioinnissa oli sosiaalisten verkostojen kartoittaminen ja ”mobilisointi”. Kaikki kuusi sosiaalityöntekijää valitsivat sen tärkeimpien kehitettävien tehtävien joukkoon ja arvioivat tärkeyttä arvosanoilla 10, 10, 8, 8, 8, 7 (yhteensä 51 pistettä). Toiseksi tärkein kehitettävä tehtävä oli kuntoutusmahdollisuuksien selvittäminen ja käyttöönotto (pisteitä yhteensä 47) ja kolmanneksi tärkein sosiaalityöntekijän aktiivinen potilaskohtainen asioihin tarttuminen arviointiprosessin aikana (36 pistettä). Viisi kuudesta sosiaalityöntekijästä piti näitä tärkeinä kehittää. Kaikki kolme tärkeintä tehtävää kuuluvat edellä mainituista neljästä luokasta luokkaan sosiaalityöntekijän aktiivinen rooli toimijana. Kymmenessä kehittämismielessä tärkeimmässä tehtävässä ovat edustettuna kaikki luokat. Kartoitus- ja selvitystehtäviä on kaksi, asiakassuhdetta korostavia tehtäviä kaksi ja tiimityöhön liittyviä kolme. Vähiten ”kehittämistarpepiteitä” saivat sairaushistorian ja elämänkaaren tapahtumien koonta. Näitä tietoja alkaa

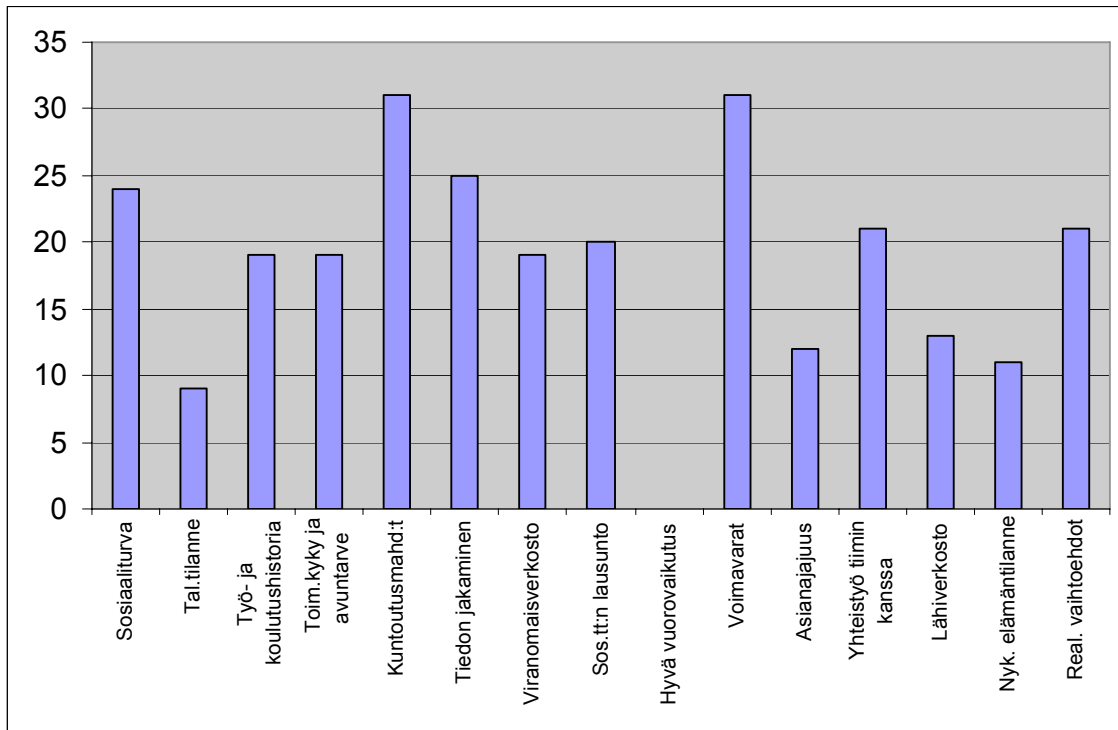
Kuvio 1. Sosiaalityön ydintehtävien tärkeysjärjestys psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa kaupungissa X



yleensä kertyä heti potilaan hoidon alusta lähtien, ne täydentyvät hoitosuhteen aikana ja niitä keräävät kaikki ammattiryhmät. Sairaushistorian ja elämäntapahtumien läpikäynti eivät ole erityisesti sosiaalityön tehtäviä psykiatriassa vaan niitä käsitellään hoitavan lääkärin ja omahoitajan vastaanotoilla. Tiedot voi koota yhteen sosiaalityöntekijä sosiaalisen tilanteen selvitykseksi, jos niin halutaan.

Kaupungissa Y tärkeys pisteitä jakoi viisi toimijaa, sillä kaksi osastoilla työskentelevää sosiaalityöntekijää teki arvioinnin yhdessä ja yksi ryhmään kuuluva sosiaalityöntekijä ei osallistunut siihen kokoontumiseen, jolloin tärkeysarviointi tehtiin. Kehittämismielessä tärkeimmiksi ydintehtäviksi arvioitiin nykyisten kuntoutusmahdollisuuksien arviointi ja potilaan voimavaraistuksen tukeminen. Molemmat saivat pisteitä yhteensä 31. Kolmanneksi tärkein oli tiedon jakaminen sosiaali- ja kuntoutuspalveluista ja -etuuksista potilaalle, tiimille ja omaisille (pisteitä 25). Kolmesta eniten kehittämistä tarvitsevasta tehtävästä yksi kuuluu asiakassuhdetta ja yksi sosiaalityöntekijän aktiivista roolia korostaviin tehtäviin, ja yhdessä yhdistyy tiimi- ja asiakastyön korostus. Kymmenestä kehittämismielessä tärkeimmästä tehtävästä neljä kuului luokkaan sosiaalityö aktiivisena toimijana, kolme selvitystehtäviin, kaksi asiakassuhdetta korostaviin tehtäviin ja yksi tiimityöhön liittyviin tehtäviin. Vähiten kehittämistarvetta koettiin

Kuvio 2. Sosiaalityön ydintehtävien tärkeysjärjestys psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa kaupungissa Y



olevan hyvän vuorovaikutuksen luomisessa potilaan kanssa sekä potilaan taloudellisen tilanteen selvittämisessä.

8.4.1 Kehittämistarpeet erilaisia avo- ja laitoshoidossa

Kaupungin Y arvioijat eivät olleet tärkeimmistä, kehittämistä vaativista tehtävistä yhtä yksimielisiä kuin kaupungin X arvioijat. Esimerkiksi kuntoutusmahdollisuuksien arviointi sai pisteet 10, 9, 9, 3, 0 ja voimavaraistumisen tukeminen 8, 8, 8, 6, 1. Osan vaihtelusta selittää sosiaalityön erilaisuus avo- ja osastohoidossa. Osastojen sosiaalityöntekijät olivat lisäksi ymmärtäneet arviointitehtävän eri tavalla kuin muut. He antoivat korkeimmat pisteet niille tehtäville, jotka osastojen sosiaalityössä ovat yleisesti tärkeimpiä ja muodostavat perustan sosiaalityöntekijän työskentelylle osastolla.

”Me vaan ajateltiin, että se (= sosiaaliturvan kartoitus, lisäys EA-J) on se tärkein. (Sosiaalityöntekijä 10 kaupungista Y, kok4, 2).

”Rutiini.” (Sosiaalityöntekijä H kaupungista 8, kok4, 2).

Jos erotetaan avo- (= poliklinikoiden ja päiväsairaalan) ja osastohoidon sosiaalityöntekijöiden arvioinnit toisistaan, erot näkyvät selvemmin (taulukko 2). Avohoidon sosiaalityössä kehittämistarvetta koettiin olevan eniten kahdessa sosiaalityön aktiivisuutta vaativassa ja yhdessä asiakassuhdetta korostavassa tehtävässä, kun osastohoidossa puolestaan kehittämistarve painottui selvitystehtäviin. Taulukossa on kursivoitu vasemmassa, avohoidon sarakkeessa ne kolme tehtävää, joita osastojen sosiaalityöntekijät pitivät tärkeimpinä kehittää ja oikeassa, osastohoidon sarakkeessa vastaavasti ne kolme tehtävää, joita avohoidon ja päiväsairaalan sosiaalityöntekijät pitivät tärkeimpinä. Täysin avohoidon ja sairaalaosaston sosiaalityöntekijän erilainen rooli ei kuitenkaan eroja selitä, vaan myös avohoidon sisällä oli melko erilaisia näkemyksiä tehtävien tärkeysjärjestyksestä.

Taulukko 2. Sosiaalityön ydintehtävien tärkeysjärjestys psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa kaupungissa Y avo- ja osastohoidossa

Avohoito	pisteet	k-a	Osastohoito	pisteet
Kuntoutusmahd:ien arviointi	31	7,8	Sosiaaliturvan kartoitus	10
Voimavaraistumisen tukeminen	30	7,5	Tal. tilanteen selvittäminen	9
Sosiaalityöntekijän lausunto	20	5,0	Toim.kyvyn ja avuntarpeen kart.	8
Työ- ja koulutushistorian koonti	19	4,8	Tiedon jakaminen	7
Tiedon jakaminen	18	4,5	Potilaan asianajajana toim.	6
Realististen vaihtoehtojen esittäm.	17	4,3	Yhteistyö tiimin kanssa	5
Verkoston koonta ja yht.pito v:oon	16	4,0	Real. vaihtoehtojen esittäm.	4
Yhteistyö tiimin kanssa	14	3,5	Verkoston koonta ja yht.pito	3
<i>Sosiaaliturvan kartoitus</i>	14	3,5	Lähiverkoston huom.ottaminen	2
<i>Toim. kyvyn ja avuntarpeen kart.</i>	11	2,8	<i>Voimavaraistumisen tukeminen</i>	1
Lähiverkoston huomioonottaminen	11	2,8	Työ- ja koulutushistorian koonti	0
Elämäntilanteen huomioonottaminen	11	2,8	<i>Kuntoutusmahdollisuuksien arv.</i>	0
Potilaan asianajajana toiminen	6	1,5	<i>Sosiaalityöntekijän lausunto</i>	0
<i>Taloudellisen tilanteen selvittäm.</i>	0	0	Elämäntilanteen huomioonottam.	0
Hyvän vuorovaikutuksen tukeminen	0	0	Hyvän vuorovaikutuksen tukem.	0

Avohoidossa tärkeimmiksi nousseet potilaan voimavaraistumisen tukeminen, kuntoutusmahdollisuuksien arviointi ja sosiaalityöntekijän lausunto jäivät osastohoidossa arvioinnin hännille tai eivät saaneet lainkaan tärkeys pisteitä. Sen sijaan osastohoidossa tärkeimmiksi nousseet tehtävät lukuun ottamatta taloudellisen tilanteen selvitystä saivat jonkin verran tärkeys pisteitä myös avohoidon sosiaalityöntekijöiltä. Tämä johtuu tietysti osittain siitä, että

avohoidon sosiaalityöntekijöillä oli jaettavana paljon enemmän pisteitä (yhteensä 220) kuin osastohoidon sosiaalityöntekijöillä (yhteensä 55). Lisäksi on muistettava, että kaupungin Y sosiaalityöntekijät nimesivät kaikkiaan 15 ydintehtävää, joista tärkeys pisteitä saattoi antaa vain kymmenelle.

Osaston sosiaalityöntekijöiden vastauksissa huomio kiinnittyi siihen, ettei kuntoutus ollut osaston sosiaalityössä sellainen tehtävä, jota tarvitsisi kehittää. Ero avohoidon sosiaalityöhön on suuri, sillä kaikki avohoidon sosiaalityöntekijät näkivät siinä kehittämisen tarvetta. Yksi avohoidon sosiaalityöntekijä tulkitsi asiaa seuraavasti:

”Te (osastojen sosiaalityöntekijät, lisäys EA-J) ette näe sairaalapotilailla ollenkaan kuntoutusmahdollisuuksia. (Sosiaalityöntekijä 13, kaupunki Y, kok4, 3)

Tulkinta nostaa esiin kysymyksen, ovatko kuntoutusasiat osastohoidossa niin hyvin hoidettuja jonkun muun kuin sosiaalityöntekijän hoitamana ja siksi sivussa sosiaalityöntekijän työssä vai eikö psykiatrian akuuttihoito käsitä lainkaan kuntoutusta. Ovatko osastot vain akuuttivaiheen hoitopaikkoja, joista potilaat ohjataan nopeasti jatkohoitopaikkoihin, joissa sitten potilaan kuntoutusta aletaan suunnitella ja toteuttaa? Aineisto ei vastaa tähän kysymykseen, koska keskustelun painopiste yritettiin pitää työkyvyn arvioinnissa ja ammatilliseen kuntoutukseen liittyvissä asioissa.

Avo- ja laitoshoidossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden vastuserot johtuvat osittain erilaisesta toimenkuvasta. Sosiaalityö akuuttiosastoilla painottui palvelutyöhön (Sipilä 1989, 218-221), kun taas avohoidossa ja päiväsairaalassa korostuivat psykososiaalisen työn piirteet (voimavaraistava suhde asiakkaaseen) sekä sosiaalityöntekijän aktiivinen rooli toimijana (asianajorooli) (mt., 224-226; Granfelt 1993). Arvelen erojen johtuvan osittain myös sosiaalityöntekijöiden eri pituisesta työkokemuksesta. Tutkimuksen nuorimmat sosiaalityöntekijät sekä kronologiselta iältään (tutkijan subjektiivisen arvion mukaan; ikää ei kysytty) että työkokemukseltaan työskentelivät nimenomaan osastoilla. Käsitykseni on, että uran alkuvaiheessa työn painottuminen palvelutyöhön on luonnollista, sillä se poikkeaa taloudellisiin ja asumiseen liittyviin asioihin kytkettynä riittävästi tiimin muiden jäsenten tehtäväkentästä eikä siten uhkaa kenenkään muun asiantuntijuutta. Psykososiaalinen työote haastaa sosiaalityöntekijän ottamaan asiakkaan kanssa käsittelyyn myös asiakkaan kannalta epämiellyttäviä asioita, sillä pelkällä ymmärtävällä ja palvelevalla otteella ei mikään muutu. Myös sosiaalityöntekijän aktiivinen rooli tiimissä kyselijänä ja omien palvelujen tarjoajana vaatii rohkeutta, ammatillista itsetuntoa ja käytännön työssä kertyvää tieto-taitoa, so. työkokemusta (vrt. Walls 2005, 24-25). Tätä kuvaa seuraava kaupungin Y kokeneiden sosiaalityöntekijöiden keskustelu (kok4, 4):

”Viimeksi tänään esitin hoitosuunnitelmakokouksessa. (...) Potilas ja minä olimme realistisesti eri mieltä (kuin lääkäri, lisäys EA-J), että jos kuitenkin viimeinen päivä joulukuuta, koska muuten tietyt ... suunnitelmat eivät voi toteutua. Ei ole realistista tehdä kuviteltuja suunnitelmia, jossa potilas menee toimintaterapiaan, jonne hän ei halua.” (Sosiaalityöntekijä 7)

”Ei, ei mitä tahansa. Että juuri, että hänet saa itse siihen mukaan, että se on niin kuin hänen juttu.” (Sosiaalityöntekijä 9)

”Joskus se on ihan tuotakin (oma juttu, lisäys EA-J). Mutta tietenkin puukon kanssa (naurua)”. (Sosiaalityöntekijä 7)

Osittain avo- ja osastohoidon erot voivat johtua myös sosiaalityöntekijöiden erilaisesta koulutuksesta. Jos sosiaalityöntekijällä ei ole nimenomaan sosiaalityöntekijän koulutusta, voisi olettaa, että työ saattaa ohjautua ensisijaisesti asiakkaiden tai tiimin toiveiden mukaan ikään kuin kuluttajien asiakaspalvelussa yleensä tapahtuu. Asiakkailla ja muiden ammattien edustajilla voi olla kuitenkin yksipuolisia käsityksiä sosiaalityöstä. Jos työntekijällä ei ole sosiaalityön koulutusta, ei hänellä ole perustaa tarkastella asioita sosiaalityön tulkintakehyksestä. Tämän tutkimuksen osalta koulutuksen merkitystä on mahdoton arvioida sekä aineiston pienenä että puuttuvien vastausten vuoksi. Koulutusta kysyttiin tutkimuksen jatkokyselyssä, johon vastasi yhdeksän sosiaalityöntekijää 13:sta. Heistä enemmistöllä oli sosiaalityöntekijän pätevyyden antava koulutus. Osaston kahdesta sosiaalityöntekijästä vain toinen vastasi jatkokyselyyn. Hänellä ei ollut sosiaalityöntekijän pätevyyttä.

8.4.2 Henkilökohtaiset kehittämistarpeet arviointiperusteena

Kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden erot tehtävien tärkeysjärjestykseen asettamisessa olivat suuremmat kuin kaupungissa X sekä yleensä että myös erikseen avohoidon sosiaalityöntekijöiden kesken. Kaupungin Y avohoidon työntekijät itse selittivät eroja henkilökohtaisten kehittämistarpeiden eroilla. Se, joka koki tarvetta rohkaistua tekemään lausuntoja omissa nimissään, asetti lausunnot tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi ja se, joka jo teki lausuntoja, antoi sille vain arvosanan 1. Yksi avohuollon sosiaalityöntekijöistä asettui osastotyöntekijöiden rintamaan ja arvioi sosiaaliturvan selvittämisen kehittämismielessä tärkeimmäksi tehtäväksi. Kaupungin Y avohoidon sosiaalityöntekijöiden arviointiperusteiden eroa kuvaavat seuraava puheenvuorot (kok4,2 ja 5):

”Minä laitoin tuon toisen 10 tuohon (sosiaaliturvan kartoitus, lisäys EA-J) sen takia, että... ei suinkaan niin, että minä ajattelisin, että pitäisi kehittyä, vaan sen takia, että sosiaalityö lähtee sosiaalivakuutuksen selvittämisestä.” (Sosiaalityöntekijä 9).

”Minä laitoin tuohon lausuntoon 10. Minä ajattelin juuri siltä kannalta, että tuo (sosiaaliturvan kartoitus, lisäys EA-J) on itsestään selvä asia. Että esimerkiksi ensikäynnillä, kun potilas tulee, niin kyllä minä tsekkaan sen. Se on itsestään selvä asia ... Se kuuluu niin kuin työtehtävään. Minä laitoin sen tuohon kakko-seksi.”(Sosiaalityöntekijä 11)

(...)

” ... Niin... tai että se (lausunto, lisäys EA-J) jäi minulle vähän semmoiseksi hahmottomaksi tai epämääräiseksi tässä (työkyvyn arvioinnin, lisäys EA-J) viitekehyksessä.” (Sosiaalityöntekijä 13, joka antoi lausunnon arvosanan 1)

”Se (lausunto, lisäys EA-J) on poliklinikalla kehittämisen paikka. ... Poliklinikan on saatava se (työkyvyn arviointi ylipäänsä, lisäys EA-J) jotenkin järjestettyä. ... Se, mitä tehdään, eihän mekään (tiimit, joissa sosiaalityöntekijä G työskentelee, lisäys EA-J) olla sitä sillä tavalla, että meillä olisi mitenkään systemaattinen...(toimintatapa, lisäys EA-J)” (Sosiaalityöntekijä 7)

8.4.3 Onko sosiaalityö ottamassa aktiivisemmän roolin?

Kaiken kaikkiaan kuntoutusmahdollisuuksien arviointi ja käyttöönotto, asiakkaan voimavaraistaminen ja verkostojen kanssa työskentely nousivat tässä tutkimuksessa niiksi sosiaalityön tehtäviksi työkyvyn arvioinnissa, joita kaupungin X ja Y sosiaalityöntekijät pitivät ajan-kohtaisimpina kehittää. Kaupungissa X painotus oli enemmän verkostoja ja sosiaalityön aktiivista osuutta painottava kuin kaupungissa Y, jossa puolestaan painottui asiakassuhde. Niemelän tutkimuksessa (1987) terveydenhuollon sosiaalityöntekijät olivat yksimielisiä tärkeimmistä tehtävästään, joka oli sosiaalisen tilanteen selvittäminen. Onko sosiaalityöntekijän rooli muuttunut perinteisestä tietoa keräävästä medikaalisesta apuhenkilöstä aktiivisemmaksi verkostotyöntekijäksi ja asiakkaan asianajaksi? Sen tyyppinen kehityssuunta on tullut esiin Metterin (2004, 43) ja Pajulan (2001, 40-41 ja 47-49) tutkimuksissa. Terveys- ja sosiaalityöntekijöiden asiakkaiden tilanteet ovat vaikeutuneet ja monimutkaistuneet, minkä vuoksi sosiaalityöntekijät käyttävät entistä enemmän aikaa sosiaaliseen asianajoon ja viranomaisverkoston

kanssa työskentelyyn. Merkillepantavaa on se, että yhteistyö on laajentunut oman organisaation ulkopuolelle (vrt. Pajula 2001, 49).

Voidaan olettaa, ettei myöskään kaupungissa X ja Y sosiaalityön tehtävien tärkeysjärjestyksessä ole kyse vain sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisesta kehittämistarpeesta vaan myös toimintaympäristön ja asiakkaiden tarpeiden muutoksesta. Lisäksi aineisto viittaa vahvasti siihen, että asiakkaiden tilanteiden monimutkaistuminen ja vaikeutuminen johtuu osittain palvelujärjestelmän omasta toiminnasta. Asiakkaat eivät saa apua ajoissa tai eivät osaa edes hakea apua ajoissa, jolloin tilanteet pääsevät mutkistumaan, mahdollisuudet niiden selvittämiseksi heikentyvät ja tarvitaan ”kovempia” toimenpiteitä (vrt. Metteri 2004).

Sosiaalityöntekijät kokivat tarpeellisena kehittää sosiaalityötä nimenomaan aktiivisempaan suuntaan. Kehittämistarpeiden kautta lähitulevaisuuden sosiaalityö psykiatrian avohoidossa näyttäytyy kuntouttavana sosiaalityönä (empowering social work tai empowering approach in social work), jossa tuetaan asiakkaan omaehtoista selviytymistä, itsenäisiä ja myönteisiä elämänvalintoja ja täysivaltaista kansalaisuutta (vrt. kuntouttavan sosiaalityön erikoisalan opetussuunnitelma, www.uta.fi/laitokset...).

8.5 Sosiaalityön toteutuminen itsearvioinnin valossa

Fettermanin arviointimenetelmän toisessa vaiheessa, nykytilan määrittelyssä, on kaikkiaan kolme osaa, joista edellä on käsitelty ydintehtävien nimeämistä (kappale 8.2) ja ydintehtävien asettamista tärkeysjärjestykseen ajankohtaisen kehittämistarpeen perusteella (kappale 8.4). Nykytilan määrittelyn kolmas vaihe on oman suoriutumisen arviointi kehittämismielessä tärkeimmissä ydintehtävissä, jota kuvaan tässä kappaleessa. Omaa suoriutumista arvioitiin kouluarvostelun asteikolla 4-10. Kaupungissa X omaa suoriutumista arvioitiin kymmenen kehittämismielessä tärkeimmäksi koetun tehtävän toteuttamisessa ja kaupungissa Y vastaavasti seitsemän tehtävän toteuttamisessa. Itsearvioinnin tulokset on koottu taulukkoon 3.

8.5.1 Kaupunkien välillä selvä ero

Ensimmäisenä huomio kiinnittyy siihen, että kaupungin X sosiaalityöntekijät arvioivat suoriutumisensa selvästi huonommaksi kuin kaupungin Y sosiaalityöntekijät. Kaupungin X työntekijät käyttivät arvosanoja 5-9 ja kaupungin Y työntekijät arvosanoja 7-10. Myös niissä

tehtävissä, jotka esiintyivät molempien kaupunkien kehitettävien tehtävien listassa suunnitteen samanlaisina (kuntoutusmahdollisuuksien arviointi/kartoitus ja aktivointi ja tiedon jakaminen), arvioivat kaupungin X sosiaalityöntekijät selviytyvänsä niistä tehtäväkohtaisen keskiarvon perusteella tarkasteluna vähintään yhden koulunumeron verran huonommin kuin kaupungin Y sosiaalityöntekijät. Kaupungissa X sosiaalityöntekijät kokivat selviytyvänsä parhaiten potilaan nykyisen elämäntilanteen selvittämisestä (tehtäväkohtainen keskiarvo 8) ja huonoiten tiimin ajan tasalla pitämisestä (6,4). Kaupungissa Y sujui sosiaalityöntekijöiden oman arvion mukaan kiitettävästi (9,2) yhteistyö tiimin kanssa, mikä sujuikin heidän mielestään tehtävistä parhaiten. Huonoiten, mutta kuitenkin tyydyttävästi (7,8) kaupungin Y sosiaalityöntekijät kokivat suoriutuvansa kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnista.

Aiemmin kuvattu keskustelu sosiaalityön työkyvyn arviointiin liittyvistä ydintehtävistä ja kehittämistarpeista tekee kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden itsearvioinnit epäuskottaviksi. On vaikea uskoa, että ne kuvaavat sosiaalityön nykyistä osuutta työkyvyn arvioinnissa. Pikemminkin niiden voisi uskoa kuvaavan ihannetilaa, tavoitteena olevaa tilannetta. Aiemmissa keskusteluissa on tullut esille, ettei esimerkiksi tiimityö oikeastaan toimi avohoidossa ja että sosiaalityöntekijät tekivät vähän työkyvyn arviointiin liittyviä lausuntoja ja niistäkin osa oli ”piilolausuntoja”. Piilolausuntoihin liittynyt keskustelu käytiin nimenomaan oman suoriutumisen arvioinnin yhteydessä. Lisäksi on ilmennyt, ettei sosiaalityöntekijöillä oikein ollut käsitystä siitä, mihin asioihin sosiaalityöntekijä työkyvyn arviointiin liittyen voisi lausunnossaan ottaa kantaa. Kuitenkin he arvioivat suoriutuvansa työkyvyn arviointiin liittyvien lausuntojen tekemisestä tyydyttävästi (8.2).

Toinen selitys arviointiasteikon yläpään käyttöön voi olla se, etteivät sosiaalityöntekijät arviointia tehdessään muistaneet, että arvioinnin kohteena piti olla sosiaalityön osuus työkyvyn arvioinnissa vaan he arvioivat yleensä suoriutumistaan yhteistyöstä tiimin kanssa, lausuntojen laadinnassa, sosiaaliturvan kartoituksessa jne. On eri asia ottaa kantaa esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoihin ja taloudellisen toimeentulon järjestämiseen kuntoutuksen aikana kuin selvittää vaikka asiakkaan oikeus sairausvakuutuksen päivärahaan ja toimeentulotukeen ja avustaa häntä niiden hakemisessa. Työkyvyn arviointi on varsin vaativa ja moniulotteinen tehtävä, joka vaikuttaa paljon siihen, millaiseksi asiakkaan elämä tulevaisuudessa muotoutuu. Osalla tutkimukseen osallistuneista kaupungin Y sosiaalityöntekijöistä oli vain vähän kokemusta työkyvyn arvioinnista. Vain yhdellä tutkimuksessa mukana olevalla sosiaalityöntekijällä oli oman arvionsa mukaan nykyisessä toimipaikassaan runsaasti (53% vuosittaisista potilaista) sellaisia potilaita, joiden työkyvyn arviointiin hän osallistui.

Kolmas asia, joka voi vaikuttaa arviointiin, on ryhmään liittyvä, arviointia yhdenmukaistava paine. Kaupungin Y sosiaalityöntekijät käyttivät arviointiasteikkoa ”yksipuolisesti” vain ylä-

pään osalta eli arvioinnit olivat hyvin yhteneväiset eri työntekijöiden välillä, vaikka työtehtävät olivat heillä erilaiset ja eri tavoin painottuneet. Yksi sosiaalityöntekijä kertoi tutkijan sitä kysyessä olleensa yllätynyt korkeista arvosanoista. Hän merkitsi omat arvosanansa fläppitauluun viimeisenä ja kertoi muiden sosiaalityöntekijöiden arvosanojen vaikuttaneen hänen arvosanoihinsa. Seuraava keskustelunpätkä on osa kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden itsearviointista käymää keskustelua (kok4, 15):

”Jos olisi laittanut noin, ettei olisi ollut muiden (arvosanat, lisäys EA-J) vaikuttamassa, se kriittisyys itseensä nähden olisi tullut esiin varmaan enemmän. Miten sitä oikeasti ajattelee, miten loppujen lopuksi ajattelee, arvioi suoritustaan.” (Sosiaalityöntekijä 11).

”Jos ajattelette sitä, niin onko tässä työryhmässä esimerkiksi varaa siihen, että joku painottaakin työtä ihan eri tavalla. Että (arvostelu, lisäys EA-J) ei olisi näin tasaista (eri työntekijöiden välillä, lisäys EA-J) ... vaan olisi suurempaa heittoa. ... Voi olla, että joku tykkää tehdä enemmän (töitä, lisäys EA-J) esimerkiksi verkostoissa ja tiimeissä, toinen taas tykkää tehdä esimerkiksi sitä kartoitusta potilaan kanssa tai ... ” (EA-J)

”Tavallaan yksilöllinen vaihtelu on mahdollista silloin, kun se työ tulee hoidettua. ... Pitää se tehtävä ottaa huomioon ja se, mitä siinä niin kuin edellytetään. Siitä saa sitten palkan. Sillä tavalla ei voi niin kuin omien mieltymysten mukaan täysin mennä... ” (Sosiaalityöntekijä 9)

Kaupungin X sosiaalityöntekijäryhmään verrattuna kaupungin Y ryhmä oli paljon heterogeenisempi (iältään, työkokemukseltaan, työyksiköiltään, työtehtäviltään) ja työntekijöiden vaihtuvuus ryhmässä oli suurempi. Nykyisessä työyksikössä olivat kaupungin X sosiaalityöntekijät työskennelleet keskimäärin 17 vuotta (1,5 vuotta, 13 vuotta, 21 vuotta, 32 vuotta), kun kaupungissa Y vastaava luku oli 4,6 vuotta (2 kk, 6 kk, 1vuosi 2 kk, 4 vuotta, 17 vuotta). Työskentelyn kestosta nykyisessä työyksikössä ei ole tietoa neljän sosiaalityöntekijän osalta, joista kaksi oli kaupungista X ja kaksi kaupungista Y. Kaupungin Y kaksi sosiaalityöntekijää näistä neljästä jatkokyselyyn vastaamatta jättäneestä edusti informanttien nuorempaa ja kaupungin X sosiaalityöntekijät vanhempaa osaa. Kaupungin Y ryhmä oli hallinnollisesti koottu ja ryhmään kuulunut johtava sosiaalityöntekijä oli heidän hallinnollinen esimiehensä. Hän ei ollut ryhmän vakituinen esimies vaan johtavan sosiaalityöntekijän sijainen.

Kaupungin X ryhmä ei ollut hallinnollinen ryhmä, vaan mielenterveyskeskuksen alueellisissa työyksiköissä ainoina sosiaalityöntekijöinä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden vertaistuki-

ryhmä täydennettynä hallinnollisella esimiehellä (johtavalla sosiaalityöntekijällä) ja yhdellä ”vapaaehtoisella” (= sosiaalityöntekijä, joka halusi osallistua keskusteluihin, vaikkei muuten kuulu yksintyöskentelevien vertaistukiryhmään). Aiemmin on esitetty keskustelupätkiä, joista ilmenee se, että kaupungin X sosiaalityöntekijät olivat tottuneet keskustelemaan ja työskentelemään ryhmänä. Vaikutti siltä, että ryhmän jäsenet ymmärsivät toisiaan hyvin ja että myös toisen käsityksistä poikkeavia käsityksiä oli ”lupa” tuoda esiin. Myös kaupungin Y ryhmässä tuotiin erilaisia näkemyksiä esiin. Ryhmä joutui kuitenkin käyttämään paljon aikaa käsitteiden sisällölliseen avaamiseen ja yhteisten muotoilujen aikaansaamiseen, tavoitteen ja tehtävien muotoiluun. Vaikka aikaa käytettiin paljon, syntyi ryhmässä silti väärinkäsityksiä, kuten edellä on kuvattu.

Kaupungissa X omaa suoriutumista työkyvyn arviointiin liittyvissä tehtävissä arvioitiin siis lähes koko arviointiskaalalla, vain nelosta ei käyttänyt kukaan oman suorituksensa arvioinnissa (ks. taulukko 3). Keskimäärin työntekijät arvioivat selviytyvänsä ”topten”-tehtävistä tyydyttävästi eli seitsemän arvoisesti. Tehtäväkohtaiset erot keskiarvioina (6,4 – 8,0) olivat hie-man suuremmat kuin työntekijäkohtaiset erot keskiarvoina (6,4 – 7,5), mutta kummatkaan eivät olleet kovin suuria. Yksittäisistä tehtävistä suurin ero suoriutumisessa oli tehtävässä sosiaalityöntekijä aktiivisena kysyjänä tiimissä. Siitä koki yksi sosiaalityöntekijä selviytyvänsä kiitettävästi (9), kun toinen arvioi oman suorituksensa heikoksi (5) keskiarvon olleessa 6,8. Viidestä sosiaalityöntekijästä kolme käytti arvosanaa 5 oman suoriutumisen arviointiin, kukin kahdessa eri tehtävässä. Viitosia annettiin siis yhteensä kuusi seuraavista viidestä tehtävästä: sosiaalityöntekijän aktiivisuus arviointiprosessin aikana ”tekijänä” (kahdella sosiaalityöntekijällä arvosana 5), kuntoutusmahdollisuuksien kartoitus ja käyttöönotto, potilaan voimavarojen käyttöönotto, sosiaalityöntekijän aktiivisuus tiimissä kysyjänä ja potilaan aikaisempien kuntoutusyritysten koonta ja arviointi. Yhdeksikköjä (yhteensä 5) omasta suoriutumisesta itselleen antoi niin ikään kolme sosiaalityöntekijää. Ne tulivat seuraavista viidestä tehtävästä: sosiaalisen verkoston koonta ja aktivointi, potilaan informointi, potilaan nykytilanteen kartoitus, sosiaalityön opettaminen tiimin uusille jäsenille ja sosiaalityöntekijän aktiivisuus kysyjänä tiimissä. Kaksi sosiaalityöntekijää antoi itselleen kaksi yhdeksikköä.

8.5.2 Itsearviointikriteerejä

Vahvuudet ja heikkoudet liitettiin keskustelussa pääosin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, vaikka usein taustalla oli myös toimintajärjestelmän ominaisuuksia (vrt. Metteri 2004, 108). Seuraava keskustelu käytiin kaupungissa X ”huonoiten” sujuneesta tehtävästä tiimin ajan tasalla pitäminen (keskiarvo 6,4) (kok3, 2):

”Ajattelin, että olisin voinut antaa vaikka 5 (antoi 6, huomautus EA-J) itselleni, kun minulla on jatkuva huono omatunto siitä, kun on niin hirveästi ... kaiken maailman mahdollisuuksia. Siinä pitäisi olla aktiivisempi ja siinä pitäisi jotenkin tehdä jotakin. Mutta kun tuntuu, että tulee tuutin täydeltä kaikkia mahdollisuuksia ja kursseja ja kaikkia.” (Sosiaalityöntekijä 4)

”Että ne saa itse pidettyä jotenkin hanskassa. Ja sitten kun tiimit on niin täynnä sellaista joka päivä hoidettavaa asiaa ja potilaitten asioita. Että minä en tiedä sitten, jos sanoo, että nyt siellä on sellainen kurssi, mutta ei yhtään kerkeä niin kuin puhua, mikä sen sisältö on tai kenelle se on tarkoitettu tai enempää kertoa. Jos ei itsekään vielä tiedä siitä yhtään sen enempää. (Sosiaalityöntekijä 1)

”Jos olen tällä viikolla puhunut jostain asiasta, ja seuraavalla viikolla sitten palaan siihen, että minähän puhuin siitä, niin: Ai jaa...” (Sosiaalityöntekijä 5)

Fettermanin menetelmää ei ole tarkoitettu käytettäväksi vain yhden toimijan itsearvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden oman suoriutumisen arviointi osoittaa mielestäni, että sen käyttö yhden ammattikunnan toiminnan arvioinnissa sisältää riskin arvioinnin tulosten tulkinnan yksipuoliseen ja liialliseen painottumiseen arvioijajaksilöiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Ammattitaito on ilman muuta myös yksilön ominaisuus. Tehtävissä, joissa toiminnan tulos tai laatu ei riipu vain yhdestä toimijasta kuten psyykkisen työkyvyn arvioinnissa, tulokseen vaikuttavat myös muut toimijat. Työntekijöiden ammattitaidon ja työsuoritusten lisäksi on otettava huomioon monia toimintajärjestelmään ja -ympäristöön liittyviä seikkoja. Kriteerit, joita sosiaalityöntekijät ilmaisivat käyttäneensä arvioinnissa, olivat enimmäkseen yksilöllisiä, heihin yksilöinä liittyviä. Seuraavaan on koottu esimerkkejä kaupungin X sosiaalityöntekijöiden käyttämistä kriteereistä (kok3, 2):

- huono arvosana (5), koska tehtävä unohtuu minulta usein ja joudun soittamaan asiakkaan perään myöhemmin ja kysymään puhelimitse (aikaisempien kuntoutusyritysten kartoitus ja arviointi) (sosiaalityöntekijä 3)

- huono arvosana (6 ja 5), koska ajattelin uuden luomista tai semmoista, jossa täytyy etsiä ne yhteistyökumppanit (sosiaalisen verkoston kartoitus ja aktivointi, 6) ja sitten tämä käyttöönotto, mitä se oikein on (kuntoutusmahdollisuuksien kartoitus ja käyttöönotto, 5) (sosiaalityöntekijä 2)

- hyvä arvosana (9), koska yhä enemmän teen yhteistyötä ulospäin ja tykkään tehdä ja [vastauksena tutkijan lisäkysymykseen] koska se palvelee myös nyky-

siä moniasiakkuusasiakkaita (sosiaalisen verkoston kartoitus ja aktivointi) (sosiaalityöntekijä 1)

- hyvä arvosana (9), koska yritän olla sellainen aktiivinen, herättää kysymyksiä ja keskustelua ja minä tykkään sellaisesta (sosiaalityöntekijän aktiivisuus kysyjänä tiimissä) (sosiaalityöntekijä 4).

Nykytilan määrittelyn tärkein asia ei ole se, minkä arvosanan toiminnot saavat, vaan tulevien arviointien perustan luominen (Fetterman 2001, 29-30). Sosiaalityön itsearviointi sellaisena kuin se tutkimuksessa toteutettiin voi toimia esimiehen ja alaisen välillä käytävien kehityskeskustelujen ja vakiintunutta vaihetta elävän turvallisen ryhmän sisäisen itsekritiikin ja reflektion välineenä. Siitä ei ole sellaisenaan, arvioitsijoiden subjektiivisiin ominaisuuksiin ja arvostuksiin perustuvana, kovin paljon hyötyä sosiaalityön itsearvioinnin kehittämisessä laajemmin. Nykytilanteen arvioinnin tulisi systemaattisesti tehtynä, määrääjoin toistettuna perustua toisen tyyppiseen, dokumentoitavissa olevaan tietoon, jota voi käyttää arvioitavan toiminnan tuloksen laadun evidenssinä (mt.).

Käytetty itsearviointimenetelmä sovellusmuodossaan (vain yksi toimijataho arvioi monitoimijuuteen perustuvaa toimintaa) ohjasi arviointia siten, että sosiaalityöntekijät arvostelivat itseään ja käyttivät arvosteluperusteina omia henkilökohtaisia ominaisuuksiaan ja kiinnostustaan. Arvioinnista käydyissä ryhmäkeskusteluissa (joille jäi valitettavan vähän aikaa) ja tutkimuksen jatkokyselyssä tuli esiin joitakin yleisempiä kriteerejä sosiaalityön tuloksen tai laadun arviointiin silloin, kun sosiaalityö osallistuu työkyvyn arviointiin. Riittävänä näyttönä sosiaalityön panoksesta pidettiin sitä, että:

- sosiaalityöntekijän lausunto on liitetty asiakkaan hakemukseen tai lääkärin lausuntoon
- yhteistyökumppanit luottavat sosiaalityöntekijän arvioon (ei tarvitse kauheasti todistella) ja käyttävät sosiaalityöntekijän palveluja
- asiakkaan hakemus menee läpi eläkevakuutuslaitoksessa
- sosiaalityöntekijä saa arvostavaa palautetta tiimiltä ja yhteistyöverkostolta
- työkyvyn arviointi on tehty kokonaisvaltaisesti ja kuntoutusmahdollisuudet ja taloudellisen toimeentulon vaihtoehdot on selvitetty
- asiat sujuvat
- asiakas kokee saaneensa riittävästi tietoa ja apua ja asiointi on hänen mielestään sujunut hyvin
- oma työryhmä ja esimies arvostavat sosiaalityötä ja pitävät sen osuutta tärkeänä

- sosiaalityöntekijä osallistuu aktiivisesti arviointiin sen eri vaiheissa ja tuo oman ammattitaitonsa esiin
- yksilöllisen elämäntilanteen vaikutus työkykyyn on tunnistettu, ilmaistu ja dokumentoitu siten, että se tulee eläkelaitoksessa noteeratuksi
- arviointi vahvistaa asiakasta; hän saa kokemuksen omasta arvokkuudestaan, voi luottaa asioiden järjestymiseen ja on resurssoidumpi (palvelut, koulutukset, työ, eläke jne.) arvioinnin jälkeen kuin ennen sitä.

Koska ryhmissä ei aikataulullisista syistä ehditty lainkaan Fettermanin menetelmän viimeiseen vaiheeseen, tulevaisuuden suunnitteluun, ei kriteerejä ehditty konkretisoida. Kriteereiden tulisi toiminnan seurannan, arvioinnin ja kehittämisen näkökulmasta olla sellaisia, että niistä voi kerätä tietoa ja että niiden toteutumista voi mitata. Sosiaalityöntekijöiden mainitsemat kriteerit edellyttäisivät tiedon keräämistä useammalla erillisellä tutkimuksella. Vastauksissa tulee lisäksi uudelleen esiin sosiaalityöntekijöiden suuri vastuunotto, myös sellaisista asioista, joiden toteutumien riippuu monista toimijoista.

8.6 Ryhmäkeskustelujen ja itsearvioinnin anti

Tutkimukseen liittyneet sosiaalityöntekijöiden ryhmäkeskustelut omasta osuudestaan psykisen työkyvyn arvioinnissa käytiin kaupungissa X neljän kuukauden ja kaupungissa Y kahden kuukauden aikana. Sitä, mikä merkitys tällaisella prosessilla oli ollut hankkeessa mukana oleville sosiaalityöntekijöille, yritettiin selvittää jatkokyselyn (lomake on liitteenä 4) avulla. Jatkokysely ajoittui maaliskuuhun 2005, kun keskustelut olivat päättyneet joulukuussa 2004. Jatkokyselyyn vastasi yhdeksän 13:sta ryhmäkeskusteluihin osallistuneesta sosiaalityöntekijästä.

Keskustelujen anti oli jatkokyselyyn vastanneiden sosiaalityöntekijöiden mielestä itse keskustelu; keskustelut tarjosivat mahdollisuuden pysähtyä miettimään työkyvyn arviointia sekä kuulla kollegojen käsityksiä asiasta. Kahdeksan jatkokyselyyn vastanneesta toi tavalla tai toisella esiin keskustelujen mielenkiintoisuuden. Keskustelut koettiin mielenkiintoisiksi ja avartaviksi, sillä erityisesti eri näkökulmien esiin tulemistä pidettiin tärkeänä. Kiinnostavaa oli ollut nimenomaan se, miten ”eri lailla ja myös samalla lailla” asioita voi tarkastella ja painottaa. Ryhmän koettiin antavan kollegiaalista tukea ja toimivan ammattiryhmää yhdistävästi. Yksi koki keskustelujen myös ”ehkä jotenkin selkeyttäneen” omaa osuuttaan tai ainakin hän oli jäänyt pohtimaan omaa rooliaan, omia työtapojaan sekä työnjakoa tiimissä. Arkityöhön keskustelut eivät tarjonneet apua, totesi yksi sosiaalityöntekijä.

Keskustelut olivat aikaansaaneet muutoksia neljän sosiaalityöntekijän työskentelyssä tai työtavoissa. Kolme kertoi alkaneensa tuoda enemmän esiin sosiaalityöntekijän roolia arvioinnissa ja olleensa siinä mielessä tiimissä aktiivisempi kuin ennen. Yksi kertoi alkaneensa paneutua monipuolisemmin työkyvyn arviointiin. Neljä ei ollut muuttanut omaa työskentelyään keskustelujen perusteella ja yksi oli vaihtanut työpaikkaa eikä uudessa työpaikassa tehty työkyvyn arviointeja. Tiimien ja työyksiköjen toimintatapoihin työkyvyn arvioinnissa ja sosiaalityöntekijöiden yhteisesti sopimiin työkäytäntöihin keskustelut eivät olleet vaikuttaneet. Yksi sosiaalityöntekijä uskoi kuitenkin oman aktivoitumisensa vaikuttavan tiimiin välillisesti. Muutoksista omassa toiminnassa raportoi kolme kaupungin X ja yksi kaupungin Y sosiaalityöntekijä. Viimeksi mainittu oli esimiehenä toimiva johtava sosiaalityöntekijä. Hän katsoi esimiehen roolistaan käsin, että myös sosiaalityöntekijöiden ryhmän sisällä oli keskustelujen jälkeen tapahtunut tehostamista, mikä ilmeni toinen toisensa muistuttamisena työkyvyn arvion tärkeydestä. Yksikään muu kaupungin Y sosiaalityöntekijä ei raportoinut muutoksista omassa tai tiimin toiminnassa tai sosiaalityöntekijöiden toiminnassa ryhmänä.

Enemmistö sosiaalityöntekijöistä (5) oli sitä mieltä, että työkyvyn arviointia pitäisi kehittää heidän omassa työyksikössään yleisesti, koko moniammatillista tiimiä koskien. Kahden mielestä se ei ollut tarpeellista, yksi piti kysymystä liian laajana ja ilmoitti, ettei hän sen vuoksi pysty vastamaan kysymykseen, ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kehittämistä olisi sosiaalityöntekijöiden mielestä työnjaossa eri ammattiryhmien kesken, asiaan paneutuvuudessa ja kokonaistilanteen huomioon ottamisessa, eri ammattiryhmien osuuden yhteen vetämisessä ja yhteisissä keskusteluissa, sosiaalityön osuudessa (jonka koettiin nyt olevan liian harvoin mukana arvioinnissa eikä sosiaalityöntekijän lausuntoa liitetty lääkärinlausuntoon), yhteistyössä oman yksikön ulkopuolelle sekä ammattitaidossa (tarvitaan lisää koulutusta). Niistä kahdesta, joiden mielestä kehittäminen ei ollut tarpeen, toinen totesi työkyvyn arvioinnin olevan jo nyt olosuhteet huomioon ottaen laadukasta. Kaksi niistä, jotka ilmaisivat kehittämistarvetta olevan, toivat esiin, etteivät kuitenkaan usko toiminnan kehittyvän lähivuosina työn suurten paineiden vuoksi. Toinen oli kaupungista X ja toinen kaupungista Y. Kaupungin Y kaksi sosiaalityöntekijää viittasi vastauksissaan terveystoimen organisaatiomuutokseen, johon sopeutuminen myös vaati voimavaroja.

Ammatillisen jaksamisen kannalta on tärkeää kuulua laajempaan ammatilliseen ryhmään tai verkostoon, jossa voi olla osallinen me-hengestä, saada sosiaalista tukea ja osallistua ammatilliseen reflektioon (Metteri 2004, 140). Terveys- ja sosiaalityöntekijöille on tyypillistä työskentely yksin, ainoana oman ammattinsa edustajana työyksikössään. Viisi tutkimuksen jatkokyselyyn vastanneesta sosiaalityöntekijästä koki työkyvyn arvioinnin sellaiseksi kysymykseksi, jossa sosiaalityöntekijöillä oli tarvetta keskustella keskenään. Kolme heistä oli kaupungista

X ja kaksi kaupungista Y. Kolmen mielestä sosiaalityöntekijät eivät tarvitse keskinäistä keskustelua ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen.

Raunion (2000, 337) mukaan sosiaalityöntekijöiden käytännön kokemuksessa ja ammatillisessa käytännössä toimivaksi testattu tieto on empiiristä ja käytännössä pätevää tietoa. Oleellista on ymmärtää ammatillisessa käytännössä kertynyt tieto koko ammattikuntaa, ei vain yhtä työntekijää koskevaksi. Ammattikunnalla voidaan Raunion mukaan olettaa olevan tiedon käytännöllisyyden pätevyyden arvioinnissa samanlaisen aseman kuin tutkijayhteisöllä tieteellisellä menetelmällä hankitun tiedon arvioinnissa. Käytännön työssä kertyvän tiedon pätevyyden arviointi edellyttää sosiaalityöntekijöiltä tiedon julkisuutta; sosiaalityö ei voi vedota hiljaiseen tietoon tai intuitioon. Julkisuudessa on kyse paitsi tiedon pätevyyden varmistamisesta myös työntekijän kokemuksen ja tiedon saattamisesta ammattikunnan yhteiseen käyttöön.

Sosiaalityön osuuden arviointi työkyvyn arvioinnissa edellyttää sen ”julkistamista”, tekemistä näkyväksi. Se alkaa työn dokumentoinnista. Sosiaalityöntekijöillä oli tapana kirjata asiakkaiden käynnit terveystietojärjestelmään psykiatrian lehdelle, jonne he kokivat kirjauksiensa ”häviävän”. Kirjausjärjestelmässä ei koettu olevan sosiaalityölle omaa käyttökelpoista sivua eikä sopivia otsikoita. Järjestelmän kerrottiin olevan sairauskeskeisen eikä sen otsikointia voinut muuttaa. Jatkokyselyssä kysyttiin, miten kirjaamista voisi työkyvyn arviointiin liittyen kehittää. Asiaan otti kantaa kahdeksan yhdeksästä jatkokyselyyn vastanneesta. Neljän mielestä sosiaalityön osuus pitäisi kirjata sosiaalityön lehdelle, kaksi toivoi valmista, erityisesti sosiaalityön tarpeita palvelevaa pohjaa, johon kerätä tiedot ja yksi kirjaisi sosiaalityön osuuden sosiaalityöntekijän lausunnoksi. Yksi piti kirjaamista ja sen kehittämistä tärkeänä, muttei ottanut kantaa siihen, miten sen pitäisi tapahtua.

8.7 Yhteenveto

Tutkimuksessa selvitettiin sosiaalityöntekijöiden käsitystä sosiaalityön osuudesta psykiatriassa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijät työskentelivät kahden suurehkon kunnan, kaupungin X ja Y terveystoimessa ja edustivat erikoislääkärijohtoista avohoitoa tarjoavia mielenterveystoimistoja (kymmenen sosiaalityöntekijää) ja erikoislääkärijohtoista psykiatriasta laitoshoidon tarjoavia sairaaloita (kolme sosiaalityöntekijää). Sosiaalityöntekijöiden käsityksiä kartoitettiin kaupunkikohtaisissa ryhmähaastatteluissa. Tuloksissa painottuvat avohoidon ja päiväsairan sosiaalityöntekijöiden käsitykset (11 sosiaalityöntekijää), sillä ympärivuorokautisessa akuuttipsykiatrisessa sairaalahoidossa sosiaalityö painottui tutkimuksessa mukana olevissa yksiköissä potilaiden neuvontaan ja avustamiseen sosiaaliturvaan, asumiseen ja toimeentulon liittyvissä kysymyksissä, ei työkyvyn arviointiin tai kuntoutukseen.

Sosiaalityön osuus psyykkisen työkyvyn arvioinnissa painottui tutkimuksessa mukana olleissa yksiköissä usein valitettavan myöhäiseen vaiheeseen arviointiprosessia. Ainakin tilanteet, joista informanttisosiaalityöntekijät puhuivat tutkimustilanteissa, painottuivat vaikeisiin, monimutkaisiin ja pitkittyneisiin arviointiprosesseihin. Ne ovat tilanteita, jotka ovat työntekijöille vaativia monella tavalla. Yksinkertaista ratkaisua asiakkaan tilanteeseen ei ole, vaan tarvitaan moninäkökulmaista ja –ammattillista arviointia, verkostotyöskentelyä ja asiakkaan tukemista, palveluohjausta sekä asianajoa. Lisäksi niissä joutuu kohtaamaan asiakkaan pettymyksen ja epäluottamuksen sosiaaliturvajärjestelmää kohtaan, jonka järjestelmän osa myös työntekijä itse on. Osa pitkittyneistä arviointitilanteista liittyi asiakkaisiin, jotka olivat olleet arviointiprosessissa jo aikaisemmin eli kyse oli toisesta tai useammasta arviointikierrroksesta. Myös tämä uusi arviointikierrros saattoi päättyä pettymykseen, kielteiseen eläkelaitoksen päätökseen. Tällöin sosiaalityöntekijää tarvittiin paikkaamaan tilannetta, esimerkiksi avustamaan valituksen teossa ja toimeentulon järjestämisessä.

Sosiaalityöntekijöiden työ psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa jäi usein piiloon tai ainakin ilman julkituontia. Sosiaalityöntekijä saattoi antaa mielestään suuren panoksen asiakkaan asioiden selvittämiseksi ja järjestämiseksi yhdessä asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa, mutta lausunnossa, jossa työkyvyn arvio sai ilmi muotonsa, ei usein edes mainittu arvion syntyneen moniammatillisesti ja yhteistyössä asiakkaan verkoston kanssa. Sosiaalityöntekijät eivät olleet täysin tyytyväisiä siihen, että palaute työstä tuli vain asiakkailta (vrt. Metteri 2004, 144-145) ja/tai tiimiltä ”luottamuksena” ja sosiaalityöntekijän palveluiden käyttönä. Oma työpanos haluttiin saada esiin ja kirjatuksi esimerkiksi omasta organisaatiosta uloslähteviin (lääkärin) lausuntoihin tai, jos sosiaalityöntekijä oli kirjannut oman osuutensa lausunnoksi, liitteeksi sosiaalityöntekijän lausuntona lääkärin lausuntoon. Valitusten teossa avustaminen oli toinen esimerkki sosiaalityön tehtävästä, jossa sosiaalityöntekijät kokivat työpanoksensa merkittäväksi, mutta joka jäi näkymättömäksi muille kuin asiakkaalle.

Sosiaalityöntekijät osallistuivat työkyvyn arviointiin myös prosessin varhaisemmissa vaiheissa, mutta ne eivät puhututtaneet heitä niin paljon kuin myöhemmässä vaiheessa mukana olo. Voi vain arvailla, miten sosiaalityöntekijän työpanos niissä painottui, sillä aineisto ei suoraan kerro sitä. Työpanos voi vaihdella melkoisesti, sillä sosiaalityöntekijät nimesivät 24 työkyvyn arviointiin liittyvää sosiaalityön ydintehtävää. Ydintehtävistä ajankohtaisimmiksi ja eniten kehittämistä vaativiksi koettiin kuntoutusmahdollisuuksien kartoitus, arviointi ja käyttöönotto molemmissa kaupungeissa ja asiakkaan sosiaalisen verkoston kartoitus ja mobilisointi kaupungissa X ja asiakkaan voimavaraistumisen tukeminen kaupungissa Y. Kuntoutusmahdollisuuksien arviointi oli tehtävä, josta sosiaalityöntekijät kokivat tällä hetkellä myös selviytyvänsä keskimääräistä huonommin (verrattuna kaupunkikohtaiseen keskiarvoon eri tehtävissä

suoriutumisessa), kun kahdessa muussa kehittämismielessä tärkeimmässä tehtävässä oma suoriutuminen arvioitiin keskimääräiseksi tai sitä paremmaksi.

Sosiaalityön ensisijainen tehtävä psykiatrisessa avohoidossa ja päiväsairaalassa oli yksilökohtainen psykiatrinen hoitotyö. Sosiaalityöntekijöillä oli ”omia potilaita”, joihin he olivat hoitosuhteessa ja joiden omahoitajina he toimivat. Sosiaalityöntekijät olivat osa oman työyksikönsä hoito- ja terapiatyötä tekeviä ja asiakkaat ohjautuivat samalla tavalla ”vuorollaan” heille kuin muillekin tätä työtä tekeville. Asiakkaiden ohjautumisen ensisijainen periaate vaikutti olevan se, että asiakkaat jakautuivat määrällisesti tasaisesti kaikille työntekijöille. Asiakkaiden tarpeita tai eri ammattiryhmien muita tehtäviä otettiin huomioon, mikäli se oli mahdollista. Sosiaalityöntekijöiden oletettiin osallistuvan myös muiden kuin omien potilaidensa työkyvyn arviointiin, mutta työkyvyn arviointi oli ikään kuin toissijainen itsestään selvyys; itsestään selvyys siinä mielessä, että tehtävä oli hoidettava, jos sitä sosiaalityöntekijältä pyydettiin. Sosiaalityöntekijöillä oli myös muita ”itsestään selviä”, mutta toissijaisia tehtäviä toimipaikassaan (esim. maksupäätökset). Toimenkuva on muotoutunut yksilökohtaiseen hoitotyöhön painotuvaksi osana mielenterveyden avopalvelujen yleistä kehitystä Suomessa (Salo 1996).

Siitä huolimatta, että työ painottui hoitotyöhön, pitivät sosiaalityöntekijät tärkeänä sitä, että sosiaalityö on mukana työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsityksessä omasta roolistaan työkyvyn arvioinnissa painottui siitä huolehtiminen, että arvio tehdään kokonaisvaltaisesti yhteistyössä asiakkaan ja tiimin (ja kaupungissa X myös laajemman verkoston) kanssa että ratkaisuvaihtoehdot (jopa ratkaisut) ovat realistisia. Sosiaalityö näyttää kantavan suurempaa vastuuta arviointiprosessin tuloksesta kuin sen tosiasiallinen osuus arvioinnissa antaisi aiheita. Suuri vastuunotto liittyy asiakkaiden ohjautumiseen sosiaalityöntekijöille arviointiprosessin myöhäisessä vaiheessa, jolloin asiakkaiden tilanteet ovat ehtineet monimutkaistua ja vaikeutua ja asiakkaat ovat kohdanneet pettymyksiä, jotka ovat nakertaneet heidän luottamustaan viranomaisia ja sosiaaliturvajärjestelmää kohtaan. Sosiaalityöntekijät kantavat laajempaa seurausvastuuta sosiaaliturvajärjestelmän toiminnasta kuin heidän omat toiminta- ja vaikutusmahdollisuutensa järjestelmän sisällä ovat. Erilaisia terveydenhuollon sisäisiä sekä muita sosiaaliturvajärjestelmän tekemiä ratkaisuja voidaan tarkastella ihmisen arkielämän selviytymiseen liittyvien seurausten kannalta (Metteri 1993, 92-93). Sosiaalityöntekijä kohtaa näitä seurauksia työssään. Tulkitsen suuren vastuunkannon työkyvyn arvioinnin kokonaisvaltaisuudesta ja toiveen saavuttaa hyvä ja realistinen ratkaisu perustuvan sosiaalityöntekijöiden kokemuksiin asiakkaiden vaikeutuneista ja pitkittyneistä tilanteista. Sosiaalityöntekijät näyttivät ajattelevan, että on parempi yrittää ennakoida seurauksia ja minimoida huonoja seurauksia etukäteen kuin tehdä päätöksiä nopeasti ja paikata seurauksia jälkikäteen.

Sosiaalityön yleinen ja erityisesti psykososiaalisen työn arvoperusta korostaa huono-osaisten aseman parantamista. Aineistossa näkyi sosiaalityön vahva painottuminen asianajoon. Asianajo liittyy sosiaalityön tavoitteiksi asetettuihin kokonaisvaltaisuuteen ja realismiin. Kyse voi olla myös naistapaisesta paneutuvasta ja perusteellisesta tavasta tehdä asiakastyötä. Eräsaaren väitöskirja-aineistossa (1995) sosiaali- ja työvoimatoimiston naistyöntekijät tekivät työtään paneutuvammin ja enemmän yhteistyötä tehden kuin miestyöntekijät eivätkä halunneet ajatella kohtaamistaan asiakkaan kanssa etäisyyden säätelynä vaan läheisyytenä (Eräsaari 2000, 125). Kaupungissa Y kokonaisvaltaisuuden ja realismin korostaminen liittyy myös tiimityön puutteisiin. Kun ihanteena olevaa moniammatillista yhteistyötä ei ole tai se on satunnaista eikä lääkäri hoida hänelle terveydenhuollon hierarkian mukaisesti kuuluvaa arvioinnin koordinoitua tehtävää, valuu vastuu sille, joka on sen valmis ottamaan. Sosiaaliturvajärjestelmän toiminnan huonojen seurausten paikkaajana sosiaalityö on valmis kantamaan seurausvastuuta.

Sosiaalityö painottui tutkimuksessa mukana olevissa psykiatrian avohoidon yksiköissä jossain määrin eri tavalla kaupungeissa X ja Y. Kaupungissa X sosiaalityö toimi avohoidossa osana moniammatillista tiimiä ja teki enemmän yhteistyötä oman organisaation ulkopuolelle kuin kaupungissa Y. Kaupungissa Y sosiaalityö painotti sosiaalityöntekijän ja asiakkaan suhdetta. Moniammatillista tiimityötä pidettiin sielläkin tärkeänä, mutta se ei toiminut. Molemmissa kaupungeissa haluttiin kehittää sosiaalityötä aktiivisena toimijana. Kaupungissa X asiakassuhteen ulkopuolelle ulottuva toimijuus oli enemmän puhumalla yhteyden ottamista ja vaikuttamista ja kaupungissa Y kirjoittamalla vaikuttamista (lausuntoja ja/tai valituksissa avustamista).

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Empowerment työkyvyn arviointiin liittyvässä sosiaalityössä

Tutkimuksen teoreettisena ja eettisenä lähtökohtana on empowerment. Kaiken sosiaalityön tulee pyrkiä lisäämään asiakkaiden subjektiviteettia oman elämänsä suhteen ja parantamaan huono-osaisten toimintaedellytyksiä ja osallisuutta yhteiskunnassa (= empowerment sosiaalityön yleisenä lähtökohtana tai ihanteena). Mielenterveyshäiriöiden vuoksi julkisessa terveydenhuollossa hoidossa olevien voidaan katsoa olevan psykososiaalinen riskiryhmä, joka on sairastamisen vuoksi syrjäytymisvaarassa (Hessle 1985, 101-102; Metteri 2004, 58-61). Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien mukaan empowermentia voidaan toteuttaa terveystieteissä ottamalla asiakas mukaan tilanteensa määrittelyyn sekä hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen, pyrkimällä edistämään hänen osallisuuttaan hoidon ulkopuolisessa elämässä sekä tekemällä yhteistyötä asiakkaan verkoston kanssa (= kumppanuus tai liittolaisuus auttamisessa). Asiakkaan valtautuminen voi alkaa (tai jatkua sairauden aiheuttaman katkoksen jälkeen) hoidon aikana, mutta varsinainen valtautuminen tapahtuu ”oikeassa” elämässä erilaisten sosiaalisten toimintojen ja roolien kautta ja avulla. Aineiston perusteella tutkimuksessa mukana olleilla sosiaalityöntekijöillä vaikutti olevan asenteellisia ja käytännön valmiuksia toteuttaa empowerment-tyyppistä sosiaalityötä. He pitivät tärkeänä asiakkaan osallistumista omaan hoitoonsa, pyrkivät edistämään asiakkaan toimijuutta hoidon ulkopuolisessa elämässä ja hyödynsivät liittolaisuutta auttamisessa joko etupäässä asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välisessä suhteessa (kaupungissa Y) tai laajemmin moniammatillisessa tiimissä sekä asiakkaan hoidon ulkopuolisessa verkostossa (kaupungissa X).

Tutkimuksessa edustettu psykiatrinen sosiaalityö näytti olevan yleisorientaatioltaan pääasiallisesti psykososiaalista sosiaalityötä Sipilän (1985, 144; 1989, 224-226), Granfeltin (1993, 211) ja Toikon (2001, 180) määrittelemillä tavoilla. Psykososiaalinen työote mahdollistaa Sipilän (1989, 213-239) mainitsemista sosiaalityön yleisistä työorientaatioista (byrokrania-, palvelu- ja psykososiaalinen työ) parhaiten empowermentin toteutuksen. Sosiaalityöntekijäinformantit kertoivat tekevänsä terapeuttispainotteista vastaanottotyötä, jonka välineitä olivat keskustelu sekä palvelujen ja etuuksien (sosiaaliturvan) järjestäminen, yhdistämällä sosiaalista, ihmisen elämäntilanteen huomioon ottavaa ja yhteiskunnan toimintajärjestelmiä koskevaa tietoa ja psykologista tietoa. Sosiaalityöntekijöille näytti ohjautuvan muita terapia- ja hoitotyötä tekeviä enemmän ”monessa myllyssä myllytettyjä”, huono-osaisia asiakkaita, joiden tilanteet olivat päässeet monimutkaistumaan ja pitkittymään. Näin oli erityisesti silloin, kun hoitoon sisältyi myös psyykkisen työkyvyn arviointi. Asiakkaan osallisuutta ja valtautumista korostava sosiaalityö edellyttää kasvokkaista kohtaamista asiakkaan kanssa. Sosiaalityön psykososiaalisessa orientaatiossa vuorovaikutus työntekijän ja asiakkaan välillä etenee ta-

pauskohtaisesti, asiakasta kuunnellen, hänen tilannettaan ja asiakkaan käsitystä tilanteestaan selvittäen, tarjoten asiakkaalle vaihtoehtoisia mahdollisuuksia tulkita tilannettaan ja suunnitella tulevaisuuttaan sekä tukien asiakasta eteenpäin elämässä. Tutkimusinformanteina olleiden sosiaalityöntekijöiden tavoiteasettelut sosiaalityön pyrkimyksistä psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa samoin heidän nimeämänsä ja kuvaamansa sosiaalityön tehtävät työkyvyn arvioinnissa korostivat samoja seikkoja.

Byrokraatiatyölle (Sipilä 1989, 213-218) ominaista työskentelyä asiakirjojen parissa samoin kuin sille tyypillistä kaikkien asiakkaiden yhtäläisen kohtelun korostamista esiintyi myös jonkin verran. Sosiaalityöntekijät kertoivat tekevänsä sosiaalisen tilanteen kartoituksia pelkätään sairaskertomusten perusteella, tapaamatta asiakasta. Tällainen tapa samoin kuin sosiaalityön tyypistyminen pelkäsi tiimin muiden ammattilaisjäsenten konsultoinniksi sosiaaliturvaan liittyvissä asiakaskohtaisissa kysymyksissä jättää asiakkaan osattomaksi oman asiansa hoidossa (ainakin sosiaalityön osalta) eikä siten täytä empowermentin ehtoja. Asiakkaiden yhtäläinen kohtelu työkyvyn arvioinnissa sivuuttaa asiakkaiden erilaisuuden, jonka huomioon ottaminen on oleellista empowermentissa. Hyvinvointivaltion ideologia sisältää kaikille tietyt ehdot täyttävälle ihmisille kuuluvan tasavertaisen ja yhtäläisen oikeuden hakea ja saada sosiaaliturvaan sisältyviä palveluja ja etuuksia (Metteri 2004, 19). Yhtäläistä oikeutta ei pidä sekoittaa yhtäläiseen kohteluun, joka johtaa asiakkaiden erilaiset tarpeet sivuuttaviin standardipalveluihin ja byrokraattiseen työtapaan.

Palvelutyö (Sipilä 1989, 218-221) painottui tutkimuksessa mukana olleessa sosiaalityössä huolenpito- ja asianajotyöhön. Palvelutyö voi tukea asiakkaan valtautumista, jollei se jää pelkästään asiakkaan näkökulmien selvittelyksi ja pyrkimykseksi täyttää hänen toiveensa. Jotta palvelutyö olisi valtauttavaa, pitää sen sisältää asiakkaan haastamista vaihtoehtoihin tulkitoihin ja vaihtoehtoisten mahdollisuuksien punnintaan sekä toimimista asiakkaan kanssa ja puolesta. Jos vuorovaikutukseen mennään mukaan täysin asiakkaan ehdoilla, ei vuorovaikutus tuo uutta ymmärrystä kummallekaan osapuolelle eikä tue asiakkaan muutosprosessia (Arnkil ja Eriksson 1995, 123-124).

Sosiaalityöntekijöiden asettamissa työkyvyn arviointiin liittyvissä ja oman ammattikunnan osuutta koskevissa tavoitteissa korostettiin yhteistyötä potilaan ja tiimin kanssa eli empowermentin toteutumisessa tärkeä asiakkaan osallisuus oman työkykynsä arviointiin sisältyi määritelmiin. Määritelmässä käytettyjen käsitteiden perusteella asiakkaan mahdollisuus osallistua sosiaalityöntekijän vastaanotolla oman tilanteensa nimeämiseen ja jatkotoimien suunnitteluun vaikutti kaupungissa Y suuremmalta kuin kaupungissa X. Kaupungissa X arviointia tehdään yhteistyössä (määrittelemättä tarkemmin yhteistyön laatua), kun taas kaupungissa Y tavoitteeseen pyritään tasavertaisessa vuorovaikutuksessa asiakkaan ja muun tiimin kanssa.

Kaupungissa Y korostettiin myös vuorovaikutuksen dialogisuutta, joka on välttämätön ehto kokonaan uusien perspektiivien avautumiselle asiakkaan tilanteeseen (Mönkkönen 2002a, 38). Oleellista on, että uudet perspektiivit avautuvat yhteisen tarkastelun ja ”hämmästelyn” kautta kaikille osapuolille. Avautumista edeltää usein tilanne, jossa jokainen osapuoli joutuu tuomaan esiin epävarmuuteensa ja erilaiset, jopa keskenään ristiriitaiset näkemyksensä tilanteesta ja myöntämään, ettei ”tiedä”. Kaupungin Y sosiaalityöntekijät toivat keskustelussa esiin valmiutta havaita ja ottaa huomioon erilaisia näkökulmia samaan tilanteeseen. Ratkaisu potilaan tilanteeseen saattoi heidän mukaansa löytyä vaikka jonkin asiakkaan heittämän idean pohjalta.

Empowermentissa tärkeiden asiakkaan osallisuuden ja vuorovaikutuksen dialogisuuden määrän ja laadun arviointi vaatisi asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen havainnointia ja arviointia. Fettermanin empowerment-arviointimenetelmällä saa tietoa siitä, mitä tehdään, mitä tavoitellaan, miten tehtävistä nyt itsearvioituna suoriudutaan ja mitä pitäisi kehittää. Se ei tuota vastauksia miten-kysymyksiin, joista empowermentin toteutumisessa pitkälti on kyse. Hoitosuhteessa asiakasta valtauttavat elementit liittyvät siihen, miten asiakkaan kanssa työskennellään, miten hänet otetaan mukaan omaan hoitoonsa ja miten häntä tuetaan hoidon ulkopuolisessa elämässä. Erytisen paljon arvioinnin vastavuoroisuutta ja muita miten-kysymyksiä pohdittiin kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden keskusteluissa. Kaupungin X tutkimusinformantit puolestaan korostivat sitä, että sosiaalityön osuus työkyvyn arvioinnissa pitää tehdä asiakasta kunnioittaen ja ottaen huomioon sen suuri merkitys ihmisen tulevan elämän kannalta. Aineiston perusteella on mahdotonta arvioida, miten paljon sosiaalityöntekijöiden keskustelut kuvaavat sosiaalityön nykykäytäntöjä ja miten paljon ihannetilaa, tavoitteena olevia käytäntöjä - tai käytäntöjä ja ihanteita kuvaavaa retoriikkaa.

Mönkkösen (2001, 440-445; 2002c) päihdehuoltoon sijoittuvassa tutkimuksessa ammattilaisien käyttämässä auttamisretoriikassa ei esiintynyt lainkaan dialogisuuden ehdot täyttävää yhteistoiminnallisen asiakas- ja auttajasuhteen kuvauksia vaan kuvaukset jäivät korkeintaan yhteistyön tasolle. Asiakkaan ja työntekijän suhteen ollessa yhteistyön tasolla on molempien mahdollisuus tuoda vuorovaikutuksessa esiin omia näkemyksiään ja niistä voidaan neuvotella. Sekä yhteistyö että yhteistoiminta edellyttävät yhteistä päämäärää ja sen yhteistä tiedostamista. Yhteistoiminnallinen suhde eroaa yhteistyön tasoisesta suhteesta ja vuorovaikutuksesta siinä, että yhteistoiminnallinen suhde perustuu luottamukseen. Yhteiseen päämäärään pyrkimiseen ei käytetä kontrollia vaan molemmat osapuolet ”tietävät” toistensa sitoutumisesta yhteiseen asiaan. Kyse on yhteisestä päämäärästä, jaetusta tehtävästä ja molemminpuolisesta vastaamisesta. Yhteistoiminnallista suhdetta luonnehtii aina jossain määrin myös yllätyksellisyys, mikä tarkoittaa, ettei toisen toimintaa voi täysin ennakoida. Yhteistoiminnallinen suhde on helposti haavoittuva ja muuttuu herkästi myös konfliktiksi. Yhteistoiminnallinen suh-

teen piirteitä pidetään maallikkoauttamisen voimavarana, ja ammatillisessa auttamissuhteessa niitä on perinteisesti pidetty epäammattillisina. Mönkkösen mukaan yhteistoiminta on suhde, joka voi syntyä periaatteessa missä tahansa ihmissuhteessa. Tätä havainnollistaa se, että vaikka yhteistoiminnallisen suhteen kuvauksia ei esiintynyt auttajien auttamistarinoissa, esiintyi niitä asiakkaiden kirjoittamissa auttamistarinoissa. Yleisin Mönkkösen aineistossa esiintynyt auttamissuhteen taso oli sosiaalinen vaikuttaminen, jossa osapuolet käyttävät toisesta saatua informaatiota hyväkseen organisoidakseen omaa käytöstään suhteessa tuohon tietoon. Auttamissuhteessa esiintyy enimmäkseen kahdenlaista sosiaalista vaikuttamista, asiantuntijakeskeistä ja asiakaskeskeistä. (Mönkkönen 2001, 435-436.)

Kaupungissa X sosiaalityön tavoitteeksi työkyvyn arvioinnissa asetettiin oikea realistinen ratkaisu, kun kaupungissa Y tavoite oli saada aikaan kokonaisarvio potilaan tilanteesta. Kaupungin X tavoitteessa esiintyvä ilmaisu ”oikea, realistinen ratkaisu” tuo mieleen lintuperspektiivin, josta käsin asiakkaan tilannetta voidaan arvioida hetkellisesti staattisena ulkoa ja ylhäältä käsin. ”Oikea, realistinen ratkaisu” -ilmaisu korostaa luultavasti tahtomattaan asiantuntijoiden asemaa tiimissä asiakkaan kustannuksella. Asiakas ei yleensä itse pysty ulkopuolista lintuperspektiiviä ottamaan, vaan ”lintu” on asiantuntija. Asiantuntijakeskeisessä orientaatioissa asiantuntija ikään kuin näkee ilmiöiden todellisen luonteen, ja hänen tehtävänsä on saada asiakas tietoiseksi siitä (Mönkkönen 2002a, 39). Löytyykö asiakkaiden tilanteisiin monimutkaisissa moniammatillista työkyvyn arviointia vaativissa tilanteissa vain yksi, ”se oikea” ratkaisu? Ovatko ihmisten tilanteet riittävän pitkään staattisia tai edes riittävän hitaasti muuttuvia ja pysyykö toimintaympäristö riittävän pitkään muuttumattomana? Arvioinnin lopputuloksena kokonaisarvion aikaansaaminen vaikuttaa toimivammalta ja empowermetin osallisuus- ja dialogisuusehtoa paremmin toteuttavalta kuin asiantuntijakeskeiseltä vaikuttava oikean, realistisen ratkaisun löytäminen. Realismia voidaan kuitenkin käyttää myös valtauttavasti asiakkaan ”haastamisen” ja dialogisuuteen pyrkimisen välineenä; yhteiskunnan toimintajärjestelmiin sisältyvillä realiteeteilla voidaan koetella asiakkaan näkemystä ja tulkintaa tilanteestaan ja tuoda keskusteluun uusia näkökulmia (vrt. Mönkkönen 2001, 436).

Jos tavoitemääritelmiä tarkastellaan sen perusteella, miten ne toteuttavat empowermentissa tärkeää liittolaisuutta auttamisessa, voidaan kaupungin X määritelmän todeta edustavan laajempaa kumppanuusajattelua kuin kaupungin Y määritelmän. Kaupungin X määritelmässä kumppanuuden mainittiin kattavan paitsi potilas ja hänen hoitotiiminsä myös oman työryhmän ulkopuolinen verkosto, kun taas kaupungin Y määritelmässä arviota tehdään yhteistyössä potilaan ja tiimin kesken. Kaupunkien ero kumppanuuksien rakentamisessa ja hyödyntämisessä korostui, kun tarkasteltiin sosiaalityöntekijöiden nimeämiä sosiaalityön ydintehtäviä työkyvyn arvioinnissa kaupunkikohtaisesti. Kaupungin Y sosiaalityö näytti toimivan pitkälti

asiakassuhteen varassa, kun taas kaupungissa X kumppaneita haettiin ja saatiin asiakkaan lisäksi tiimistä ja laajemmasta verkostosta.

Sosiaalityön asema oman työyksikön moniammatillisessa tiimissä oli ryhmäkeskustelujen valossa kaupungissa Y keskimäärin pienempi ja heikompi kuin kaupungissa X. Kumppanuus auttamisessa ei näyttänyt toteutuvan kaupungissa Y aina edes oman tiimin sisällä. Sosiaalityön asiantuntemusta ei otettu kaupungissa Y käyttöön ”julkisesti” vaan sosiaalityö toimi yksilövastaanoton ja ”piilolausuntojen” varassa. Taustalla näyttäisi vaikuttavan terveydenhuollon hierarkkinen työnjako, joka estää tehokkaasti eri ammattien reviirin rajojen koettelun ja ylitykset. Kaupungin Y sosiaalityöntekijöiden esiin tuoma pyrkimys dialogisuuteen ja moninäkökulmaisuuteen ei näyttänyt ulottuvan sosiaalityöntekijän ja asiakkaan suhteen ulkopuolelle. Kaupungissa X sosiaalityöntekijän asema tiimissä näytti olevan yleisesti vahvempi, toisten tiimin asiantuntijoiden kanssa tasavertaisempi ja aktiivisempi kaupungissa X kuin kaupungissa Y. Kaupungissa X vaikutti myös olevan kaupunkia Y useampia sellaisia sosiaalityöntekijöitä, jotka rohkenivat tarjota omaa asiantuntemustaan asiakkaan asioiden hoitoon ilman, että heiltä sitä kukaan suoranaisesti pyysi.

Asiakkaan tukemista empowermentissa tärkeän mielekkään aktiivisen toiminnan pariin eivät tutkimusinformanttien asettamat lyhyet ja yleisluonteiset sosiaalityön määritelmät suoranaisesti sisältäneet. Potilaan kannalta oikea ja realistinen ratkaisu (kaupungin X määritelmässä) ja potilaan kuntoutumisen, toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun edistäminen (kaupungin Y määritelmässä) voivat toki sisältää tällaista tukea ja ohjausta. Kaupungin X sosiaalityöntekijät mainitsivat määritelmässään ottavansa vastuun siitä, että he ovat selvillä erilaisista toimintamahdollisuuksista (yhteiskunnan muutoksista) ja että he informoivat potilaita ja muita tiimin jäseniä niistä. Toimintamahdollisuudet nimettiin erilaisiksi kuntoutusvaihtoehtoiksi. Käytyjen keskustelujen perusteella kuntoutus näytettiin ymmärtävän varsin laajasti eikä sillä tarkoitettu pelkästään sairaudesta työkykyiseksi kuntoutumista vaan toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamista yleensä tukevaa toimintaa ja toimijuutta yhteiskunnassa. Tulevaisuuden vaihtoehdot haluttiin liittää asiakkaan omaan elämismaailmaan; korostettiin vaihtoehtojen realismia ja sitä, mikä on asiakkaalle mahdollista. Vaikka sosiaalityö vaikutti ottavan suuremman vastuun arvioinnin lopputuleman realistisuudesta ja arvioinnin seurauksista kuin sen osuus työkyvyn arvioinnissa vaikutti olevan, ei tutkimuksessa tullut esiin sitä, että sosiaalityöllä olisi ollut jonkinlainen rooli asiakkaan palveluohjaajana vielä sen jälkeen, kun varsinainen hoito (ja työkyvyn arviointi) oli päättynyt.

Jos tarkastellaan sosiaalityön omaa valtautumista tutkimuksessa mukana olleissa työyksiköissä, näyttää tilanne hieman erilaiselta kaupungeissa X ja Y. Sosiaalityöllä vaikutti olevan itsenäisempi ja aktiivisempi rooli työkyvyn arviointiin liittyvissä tehtävissä kaupungissa X kuin

kaupungissa Y. Tosin sosiaalityöntekijän rooli vaihteli myös kaupungissa X tiimistä toiseen ja myös ajallisesti samankin tiimin sisällä. Tulkitsen tämän vaihtelun johtuvan siitä, että asiakkaiden ohjaus sosiaalityöntekijän vastaanotolle työkyvyn arviointiasioissa oli sattumanvaraista. Ohjautuminen riippui siitä, millainen käsitys asiakkaan omalla hoitajalla/terapeutilla tai lääkäriellä (= sillä, joka oli asiakasta jo tavannut ja saattoi ohjata asiakkaan sosiaalityöntekijölle) oli oman tiiminsä sosiaalityöntekijästä sekä sosiaalityön osuudesta työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijät eivät toimineet tietoisesti ryhmänä työyksikössään vaan jokainen sosiaalityöntekijä ”joutui” tai ”sai” toimia itsensä ja tiimin historian varassa, jolloin tiimeissä korostuivat toisaalta perinteet ja toisaalta työntekijöiden väliset epäviralliset suhteet. Tässä mielessä tutkimuksessa edustetulla sosiaalityöllä näytti olevan työntekijäkohtainen oikeus määrittellä itse itseään tiiminsä asettamissa rajoissa. Kaupungissa Y rajat vaikuttivat olevan tiukemmat ja noudattavan uskollisemmin perinteisen yksilökohtaisen psykiatrisen hoitotyön ihanteita kuin kaupungissa X, jossa rajat vaikuttivat joustavammilta ja sallivat perinteistä poikkeavia, kuntouttavan sosiaalityön mukaisia asiakkaan ja sosiaalityöntekijän aktiivista toimijuutta korostavia työtapoja (vrt. Kuntouttavan sosiaalityön...).

Sosiaalityöntekijät eivät olleet täysin tyytyväisiä rooliinsa ja sosiaalityön osuuteen työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityölle haluttiin lisää ennen kaikkea näkyvyyttä, sillä sen osuuden katsottiin jäävän liian usein näkymättömäksi ja vaille ansaitsemaansa arvostusta. Sosiaalityön katsottiin myös olevan liian harvoin mukana arvioinnissa. Sosiaalityöntekijät halusivat nostaa sosiaalityön profiilia erityisesti omassa tiimissään. Kolmasosa tutkimuksessa mukana olleista sosiaalityöntekijöistä kertoi alkaneensa ryhmäkeskustelujen jälkeen tuoda tiimissä enemmän esiin sosiaalityön osuutta arvioinnissa ja olleensa siinä mielessä aktiivisempi kuin ennen. Lisäksi yksi sosiaalityöntekijä kertoi alkaneensa tehdä oman osuutensa arvioinnissa monipuolisemmin ja perusteellisemmin kuin ennen. Tässä mielessä ryhmäkeskustelujen voi katsoa valtaneen sosiaalityöntekijöitä ottamaan enemmän vastuuta oman osuutensa ja profiilinsa nostamisesta työkyvyn arvioinnissa. Fettermanin empowerment-arviointimenetelmän yksi tavoite on arviointiin osallistuvien itseymmärryksen lisääntyminen ja valtautuminen, joka näkyy vanhoista kahlehtivista rooleista tai muista kehittymisen esteistä vapautumisena ja itsen ja toisten uudelleen määrittämisenä ja ymmärtämisenä (Fetterman 1996a, 16-17). Osa sosiaalityöntekijöistä katsoi, että sosiaalityön osuus työkyvyn arvioinnissa on aihe, josta olisi hyvä jatkaa sosiaalityöntekijöiden keskinäistä keskustelua ja jota pitäisi kehittää työyksikössä myös yleisesti, koko moniammatillista tiimiä koskien. Muutammat olivat kuitenkin sitä mieltä, ettei keskinäistä keskustelua tarvita sen enempää tiimissä kuin sosiaalityöntekijöiden ryhmässäkään, ja yhden mielestä keskustelua tarvitaan tiimissä muttei sosiaalityöntekijöiden kesken. Tarvetta jatkaa keskustelua toi esiin suhteellisesti yhtä moni sosiaalityöntekijä kummassakin kaupungissa.

9.2 Sosiaalityön asiantuntijuus ja sosiaalityöntekijän rooli työkyvyn arvioinnissa

Tutkimuksessa mukana ollut psykiatrian avohoidon sosiaalityö edusti hoitotyöhön integroitua sosiaalityötä (Roinisto-Melkko 1997, 14-15), jossa suurin osa työajasta on sidottu säännöllisiin hoitosuhteisiin ja jossa jää vain vähän aikaa ”varsinaisiin” sosiaalityöntekijän tehtäviin ja sosiaalityön asiantuntijuuden ylläpitoon ja kehittämiseen. Toimenkuva on muotoutunut sellaiseksi osana suomalaisen psykiatrian avohoidon historiallista kehitystä 1970-luvulla alkaneen palvelurakennemuutoksen myötä (Salo 1996). Tutkimuksessa mukana olleilla sosiaalityöntekijöillä oli runsaasti terapiakoulutusta, mutta terapeuteiksi he eivät itseään kutsuneet. Omahahoitajasuhteessa tehtävästä yksilökohtaisesta vastaanottotyöstä käytetään psykiatriassa perinteisesti termiä supportiivinen terapia, jolla myös tutkimusinformanttien hoitosuhteissa tekemään työtä voi yleisesti kuvata. Sosiaalityön käsitteillä psykiatrissa sosiaalityötä hoitosuhteissa voi kutsua psykososiaaliseksi sosiaalityöksi (Sipilä 1985, 144; Sipilä 1989, 213 ja 224). Omien asiakkaiden vastaanottotyön lisäksi tutkimuksessa mukana olleet sosiaalityöntekijät toimivat tarvittaessa ja pitivät myös tärkeänä toimia muidenkin asiakkaiden sosiaalityöntekijänä.

Sosiaalityöntekijät osallistuivat asiakkaiden psykiatriseen työkyvyn arviointiin siis sekä omahoitajan ja sosiaalityöntekijän kaksoisroolista että pelkästään sosiaalityöntekijän roolista käsin. Jos roolia haluttaisiin muuttaa enemmän sosiaalityöntekijän yleisiä tehtäviä painottavaksi, kenelle sosiaalityöntekijän omat potilaat ohjattaisiin? Ja kuinka pitkälle sosiaalityöntekijät itse haluaisivat mennä terapeuttisen hoitotyön osuuden vähentämisessä, johon suurin osa tutkimuksessa mukana olleista sosiaalityöntekijöistä oli hankkinut lisäkoulutusta? Näihin kysymyksiin tutkimusaineisto ei vastaa.

Tutkimusaineiston esiin tuomaa sosiaalityön osuutta psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa voidaan kutsua asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvittämiseksi tai arvioimiseksi tai sosiaaliseksi tutkimukseksi. Se on selvitys asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta arviointivaiheessa sekä hänen aiemmasta elämänsästä työkyvyn arviointia varten. Se on tilannearvio, joka sisältää asiakkaan sosiaalisen tilanteen keskeiset tekijät, erityisesti ne, jotka on otettava huomioon tulevaisuutta suunniteltaessa (Tossavainen 1992, 36-37). Sosiaalista arviointia pidetään sosiaalityön ammatillisen toiminnan kulmakivenä (Juhila 2000, 155). Tehtävä on monimuotoinen ja -polvinen. Tämän tutkimuksen aineiston mukaan työkyvyn arviointia varten tehtävä sosiaalisen tilanteen selvitys sisältää selvitystehtäviä (kuten työ- ja koulutushistorian koonti), asiakassuhteen luomiseen ja ylläpitoon liittyviä tehtäviä (hyvän vuorovaikutuksen luominen asiakkaan kanssa), sosiaalityöntekijän aktiiviseen toimijan rooliin liittyviä tehtäviä (asiakkaan sosiaalisen verkoston aktivointi) sekä tiimityöhön liittyviä tehtäviä (sosiaalityönte-

kijän aktiivisuus tiimissä kysyjänä). Kaiken kaikkiaan sosiaalityöntekijät nimesivät yhteensä 24 ydintehtävää, joita sosiaalityöntekijällä on työkyvyn arvioinnissa.

Tutkimusaineistosta nousi esiin kaksi päätapaa tehdä sosiaalityötä työkyvyn arviointiasiakaiden kanssa. Ne ovat yksilökeskeinen ja verkostoituva työtapa. Päätävät ovat teoreettisia mallityyppejä, jotka kuvataan tässä kärjistettyinä. Niitä ei näin kärjistettyinä ole olemassa reaalielämässä eikä yksittäisiä tutkimuksessa mukana olleita sosiaalityöntekijöitä voi luokitella kuuluviksi joko tähän tai tuohon tyyppiin. Yksilökeskeistä työtapaa esiintyi enemmän ja selvempänä kaupungissa Y ja verkostoituvaa kaupungissa X. Yksilökeskeiselle työtavalle on ominaista voimakas sitoutuminen asiakkaaseen. Työn painopiste on asiakassuhteessa, ja liittolaisuus auttamisessa koskee ennen kaikkea asiakasta ja sosiaalityöntekijää. Yksilökeskeisesti työskentelevät painottavat erityisesti asiakkaan ja sosiaalityöntekijän vuorovaikutussuhdetta ja kokonaisvaltaista työtettä asiakassuhteessa.

Yksilökeskeiselle työtavalle on ominaista samanlaisen asiantuntijuusaseman tavoittelu kuin muilla työkyvyn arviointiin osallistuvilla ammattiryhmillä jo on. Asiantuntijuuden osoituksena pidetään sosiaalityöntekijän lausuntoa, joka edustaa yksilökeskeisessä työskentelyssä merkittävintä tapaa saada oma asiantuntijuus näkyväksi. Muut työkyvyn arviointiin osallistuvat ammattiryhmät eivät kuitenkaan odottaneet tutkimuksessa mukana olleissa toimintayksiköissä sosiaalityön antavan omissa nimissään työkykyyn liittyviä lausuntoja eivätkä sosiaalityöntekijät olleet varmoja, onko heillä oikeuttakaan sellaisia antaa, mihin seikkoihin sosiaalityöntekijä voi työkyvyn arvioinnissa ottaa kantaa tai voiko sairaskertomukseen tai terveystietojärjestelmään dokumentoitua sosiaalisen tilanteen selvitystä pitää muiden asiantuntijoiden lausuntoon verrattavana asiantuntijan kannanottona. Itsenäistä lausunnonanto-oikeutta pidetään yksilökeskeisessä työskentelyssä tavoiteltavana ihanteena. Tutkimuksessa mukana olleet sosiaalityöntekijät olivat kokeneet, että sosiaalityön kirjatulla ja perustellulla kannanotolla tai selvityksellä oli painoarvoa tiimissä. Yksilökohtaisen työtavan asiantuntijuuden malli edustaa perinteistä terveydenhuollon vertikaalista ja erikoistuvaa asiantuntemusta, jossa asiantuntemus tuodaan esiin asiakkaalle yksilövastaanotolla ja tarvittaessa muulle tiimille ja hoito-organisaation ulkopuoliselle verkostolle sairaskertomusmerkintöinä tai kirjallisina lausuntoina.

Verkostoituva työtapa rakentaa liittolaisuutta asiakkaan lisäksi hoito-organisaation moniammatillisen tiimin toisten jäsenten ja asiakkaan laajemman verkoston jäsenten välille. Siinä on kyse horisontaalisesta, ammattiryhmien rajoja rikkovasta ja ylittävästä asiantuntijuudesta (Launis 1997, 122; Kovero ja Launis 1999, 5), jota voidaan kutsua myös tiimi- ja verkosto-asiantuntijuudeksi (Launis 1994, 36-38), moniulotteiseksi (Engeström ym. 1995, 14), yhteisölliseksi (Engeström 1998, 126) tai avoimeksi asiantuntijuudeksi (Saaristo 2000; Eräsaari

Risto 2002). Kun erikoistuva asiantuntemus tuottaa yhä yksityiskohtaisempia ja syvempiä vastauksia samoina pysyviin kysymyksenasetteluihin, rajoja rikkova ja ylittävä asiantuntijuus puolestaan kyseenalaistaa ja uudistaa itse kysymyksenasetteluja (Kovero ja Launis 1999, 5). Verkostoituvan työtavan ominaispiirteitä tutkimusaineistossa olivat esimerkiksi puheeksi otto, aktiivinen tarttuminen asiakkaan asioiden hoitoon, oman tietämyksen ja työpanoksen aktiivinen tarjoaminen, yhteydenpito verkostoon, asianajo ja yhdessä tekeminen. Verkostoituvaa työtapaa painottavat sosiaalityöntekijät eivät pitäneet tärkeänä niinkään sosiaalityön näkymistä sairaskertomuksessa, vaan sitä, että sosiaalityö pyydettiin mukaan työkyvyn arviointiin. Yhteistyötä pidettiin luottamuksen ja arvostuksen osoituksena sekä merkinä oman asiantuntijuuden tunnustamisesta. Verkostoitumista korostavalla sosiaalityöntekijällä on yleensä vahva ja aktiivinen rooli omassa tiimissään. Lisäksi hänestä on tärkeää, että hänen tietonsa yhteiskunnan toimintajärjestelmistä ja niiden tarjoamista mahdollisuuksista ovat ajan tasalla ja että hänellä on toimivia kontakteja eri toimintajärjestelmiin.

Kysymys asiantuntijoiden vastuusta ja sen rajoista voi olla ongelmallinen sekä yksilökohtaisessa että verkostoituvassa työtavassa. Tutkimusaineiston perusteella näyttää siltä, että sosiaalityö kantoi suurempaa vastuuta arviointiprosessin tuloksesta kuin sen tosiasiallinen osuus arvioinnissa antaisi aihetta. Yksilökeskeisessä työtavassa ja vertikaalisessa asiantuntijuudessa eri asiantuntijoiden vastuun rajat ovat oman ammatin tehtävien rajat. Se, joka pystyy määrittämään tehtävänsä selkeimmin, pystyy myös rajaamaan vastuunsa selkeimmin. Monimutkaisten työkyvyn arviointien kaltaiset tehtävät, joita yksikään yksilöasiantuntija ei yksin pysty hoitamaan, jäävät helposti ilman kokonaisvastuun kantajaa. Jos kukaan ei vastaa kokonaisuudesta, on todennäköistä, ettei arvioinnin lopputulosta tulla hyväksymään ratkaisun tekevässä eläkelaitoksessa. Tällöin joudutaan paikkailemaan huonosti onnistuneen arvioinnin seurauksia. Se, jolle paikkailu terveydenhuollossa kuuluu, on sosiaalityöntekijä. Hän toteuttaa tällöin sosiaalityön viimesijaista tehtävää valikointi-, kvalifointi- ja varastointipalveluineen (Arnkil 1991, 108). On selvää, että kokonaisvastuun kantamisen merkitys ei ole sen pienempi verkostoituvasti tehtävässä työkyvyn arvioinnissa kuin edellä käsitellyssä yksilökeskeisessä työtavassa. Verkostossa toimittaessa on aina tapauskohtaisesti sovittava selkeästi, mikä on kenenkin rooli ja tehtävä arvioinnissa ja kuka ottaa vastuun kokonaisuudesta ja sen koordinoinnista. Yksilökeskeisessä auttamisessa roolit ja tehtävät ovat ennakkoon lukkoon lyödyt eikä niistä neuvotella tapauskohtaisesti.

Verkostoissa työskentely korostaa myös verkostoon kuuluvien keskinäisen luottamuksen merkitystä. Jokaisen verkoston jäsenen pitäisi tehdä oma osuutensa yhteisestä tehtävästä paneutuvasti ja pystyä luottamaan siihen, että myös muut tekevät oman osuutensa vastavasti. Toisiin ei tarvitse luottaa sokeasti, vaan luottaminen voi olla rationaalinen valinta. Vaikka lopullista totuutta ei olisikaan, voidaan olettaa, että joku on perehtynyt johonkin. (Saaristo

2000, 138-139.) Eräsaaren (2002, 29-30) mukaan asiantuntemus legitimoidaan vuorovaikutuksessa. Asiantuntijoiden kommunikaatio asiakkaan kanssa ja toistensa kanssa ei voi enää perustua tieteen pätevyyteen, profession taitoon ja instituution kyvykkyyteen, vaan neuvotteluun ja valintoihin. Työkyvyn arvioinnissa luottamus syntyy ennen kaikkea yhteisen toiminnan kautta kuten kaupungin X sosiaalityöntekijät ”todistivat” kokemuksensa perusteella. Myös oman työpanoksen huolellisella dokumentoinnilla voidaan ”ansaita” luottamusta kuten kaupungissa Y oli havaittu.

Sosiaalityön suuri vastuunotto työkyvyn arvioinnin tuloksesta tutkimuksessa mukana olleissa työyksiköissä liittyi asiakkaiden ohjautumiseen sosiaalityöntekijöille arviointiprosessin myöhäisessä vaiheessa, jolloin asiakkaiden tilanteet olivat ehtineet monimutkaistua ja vaikeutua ja asiakkaat olivat kohdanneet pettymyksiä, jotka olivat nakertaneet heidän luottamustaan viranomaisia ja sosiaaliturvajärjestelmää kohtaan. Tutkimusinformanteina olleilla sosiaalityöntekijöillä oli runsaasti kokemuksia tällaisista asiakkaista ja heidän tilanteistaan. Kokemustensa perusteella sosiaalityöntekijät näyttivät ajattelevan, että on parempi yrittää ennakoita seurauksia ja minimoida huonoja seurauksia etukäteen kuin tehdä päätöksiä nopeasti ja paikata seurauksia jälkikäteen. Siksi he korostivat kovasti sosiaalityön vastuuta arvioinnin kokonaisvaltaisuudesta ja asiakkaan tulevaisuuden vaihtoehtojen realistisuudesta. Tässä sosiaalityöntekijät mielestäni kantoivat sitä seurausvastuuta, joka heille ammattinsa puolesta kuuluu (Metteri 1993, 92-93). Seurausvastuun kantaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että sosiaalityöllä olisi yksin vastuu arvioinnin kokonaisvaltaisuudesta, vaan sitä, että sosiaalityö ottaa sille kuuluvan vastuun asiakkaalle mahdollisten tulevaisuuden vaihtoehtojen ja niiden seurausten ennakoinnista ja esiin tuomisesta. Sosiaalityö ei voi kantaa vastuutaan, jollei työkyvyn arviointiasiakkaita ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle tai ohjaus tapahtuu hyvin myöhäisessä vaiheessa. Siksi on tärkeää, että työyksiköissä sovitaan, ketkä työkyvyn arviointiasiakkaista ja missä vaiheessa on syytä ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Ajoituksen tulisi olla nykyistä varhaisempi, jotta seurausvastuun kantaminen ei olisi vain ei-toivottujen ja kielteisten seurausten korjailua.

Mistä kaikesta sosiaalityö on vastuussa työkyvyn arvioinnissa? Se on ensisijaisesti vastuussa oman asiantuntijuutensa esiin tuomisesta, tarjoamisesta ja saattamisesta työkyvyn arviointiasiakkaiden käyttöön tarvittaessa. Terveystieteiden toimintajärjestelmässä sosiaalityötä on hyötyä erityisesti silloin, kun käyttöön otetaan ne sosiaalityön ominaisuudet, jotka poikkeavat eniten terveydenhuollon perinteisten professioiden ominaisuuksista. Yhteiskuntatieteenä sosiaalityö on laaja-alaista ja tarkastelee asiakasta tilanteessaan. Sosiaalityöntekijä tuntee yhteiskunnan sosiaaliturvajärjestelmän ja voi auttaa kytkemään työkyvyn arvioinnin yhteiskunnan toimintajärjestelmän realiteetteihin ja niiden sisältämiin mahdollisuuksiin. Tietämyksensä ja kontaktinsa avulla sosiaalityöntekijästä voi olla suurta hyötyä eri vaihtoehto-

jen ja valittujen ratkaisujen mahdollisten seurausten selvittelyssä ja ennakoinnissa sekä käytännön yhteydenpidossa sosiaaliturvajärjestelmän eri osiin. Jotta vastuu tulisi täytettyä, pitää sosiaalityön osuus arvioinnissa dokumentoida. Asiakkaan tilannetta ei voi selvittää tapaamatta asiakasta. Se, mitä sosiaalityössä ”tapahtuu”, tapahtuu asiakassuhteessa. Se ei välity muille arviointiin osallistuville ammattilaisille, ellei sosiaalityön osuutta kirjata. Tietenkin sosiaalityöntekijä voi tuoda osuuttaan yksittäisen asiakkaan arvioinnissa esiin myös tiimissä puhumalla. Puhutulla on kuitenkin taipumus unohtua ja hävitä ajan kuluessa. Sen sijaan kirjoitettu säilyy sairaskertomuksessa.

Sosiaalityöntekijöiden työ psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa näytti tutkimukseen osallistuneissa työyksiköissä jäävän usein piiloon tai ainakin ilman julkituontia. Sosiaalityöntekijä saattoi antaa omasta mielestään suuren panoksen asiakkaan asioiden selvittämiseksi ja järjestämiseksi yhdessä asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa, mutta lausunnossa, jossa työkyvyn arvio sai ilmitulonsa, ei usein edes mainittu arvion syntyneen moniammatillisesti tai yhteistyössä asiakkaan verkoston kanssa. Eläkelaitosten kielteisiä eläke- ja kuntoutuspäätöksiä koskevien valitusten teossa avustaminen oli toinen esimerkki sosiaalityöntekijän tehtävästä, jossa sosiaalityöntekijät itse kokivat osuuteensa merkittäväksi, mutta joka jäi näkymättömäksi muille kuin asiakkaille.

Sosiaalityön integroituminen hoitotyöhön tutkimuksessa mukana olleissa psykiatrian toimintayksiköissä selittää osaltaan sosiaalityön näkymättömyyttä ja piiloon jäämistä. Sosiaalityön osuus työkyvyn arvioinnissa on voinut jäädä toissijaiseen asemaan ensisijaiseksi koettuun hoitosuhteisiin painottumisen vuoksi. Tällöin on luonnollista, ettei sosiaalityölle ole kehittynyt kovin selvää roolia työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden päätyö vaikutti olevan samantyyppistä kuin muidenkin hoitosuhteissa olevien ammattiryhmien eikä sosiaalityön ”erityisyys” siten päässyt esiin. Vaikka sosiaalityöntekijät kertoivat esimerkiksi selvittävänsä ensimmäisten asioiden joukossa potilaan sosiaaliturvan, hävisivät sosiaalityön ”erityisyydet” terveystietomuksen sivuille. Kertomusjärjestelmässä ei ollut otsikoita, joiden alle sosiaalityöhön liittyviä asioita olisi voinut kirjata eikä otsikointia voinut muuttaa. Sosiaalityöllä oli mahdollisuus tuoda erityisyyttään, esimerkiksi sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntijuutta, esiin tiimissä ja potilaskohtaisissa hoito- ja kuntoutus- ja verkostoneuvotteluissa, jos tiimi kokoon-tui ja neuvotteluja järjestettiin. Tutkimuksessa tuli esiin selvä ero kaupungin X ja Y välillä tiimityön toimivuudessa. Kaupungissa Y oli työyksiköjä, joissa tiimit eivät kokoontuneet säännöllisesti.

Sosiaalityöntekijöiden näkymätöntä työtä voisi kutsua tyypilliseksi naistapaiseksi tavaksi tehdä asiakastyötä (Eräsaari 2000, 125) tai naistapaisen hoivaeettisyyden ilmentymäksi (Petrelius 2004). Tutkimuksen ryhmäkeskusteluissa kuvautunut sosiaalityö ei kuitenkaan ollut vain

asiakkaiden ”ymmärtämistä” tai kaltoinkohdeltujen hoivaamista, vaan tutkimusinformantit käyttivät omaa asiantuntijuuttaan ja asiantuntijavaltaansa asiakkaiden asioiden ajoon. Kaupungissa X vaikuttaminen tapahtui ennen kaikkea tiimiin ja verkostoon vaikuttamalla, kun taas kaupungissa Y avustettiin asiakkaita valituksissa sekä laadittiin ”piilolausuntoja”. Hänninen (2004, 82) käyttää sosiaalityössä käytettävästä vallasta nimitystä huoltapitävä valta, jolla hän haluaa tuoda esiin sosiaalityön sekä naisisen että maskuliinisen puolen. Huoltapitävä viittaa vastuuta ottavaan välittämiseen, mikä tarkoittaa toisen, toisenlaisen ja usein heikomman puolelle asettumista, ”huolestumista” ja toimintaa.

Huoltapitävä valta voi sosiaalityössä olla byrokratiatyöhön liittyvää asiakkaan kontrollointia, palvelutyöksi naamioituvaa hyväntahtoista mutta paternalistista ”paremmin tietämistä ja kädestä ohjailua” tai asiakkaan valtautumista edistävää tuottavaa valtaa (vrt. mt.). Asiakkaiden asioihin puuttuminen tiimissä ilman, että kukaan sitä varsinaisesti pyytää, asioiden ajo eri viranomaisissa sosiaalityöntekijöiden yhteydenottojen kautta, valitusten teossa avustaminen ja sosiaalityöntekijöiden ”piilolausunnot” ovat esimerkkejä tutkimusinformanttien tavasta käyttää asiantuntijavaltaansa. Tutkimusaineiston perusteella on mahdoton arvioida, miten valtaa käytännössä käytettiin. Esimerkiksi valitusten teossa voi avustaa asiakasta sekä palvelutyötyyppisesti (= olemalla asiakkaan valituksen paperille ”tekninen” kirjaaja) tai empowermenttyyppisesti (= osallistumalla aktiivisesti valituksen muotoiluun ja käyttämällä siinä hyväksi sosiaalityöntekijän sosiaaliturvajärjestelmän tietämystä ja kokemusta). Kontrollointiin verrattavaa vallankäyttöä voi olla esimerkiksi voimakas realististen vaihtoehtojen ja ratkaisujen merkityksen korostaminen asiakkaalle. Realismi, jota kummassakin kaupungissa korostettiin kovasti, ei jätä kovin paljon tilaa asiakkaan haaveille ja muulle subjektiiviselle toiminnalle, vaan korostaa yhteiskunnallisia realiteetteja ja muita rakenteellisia seikkoja. Sinänsä sosiaalityöntekijöiden voimakkaalla realismin korostuksella on ymmärrettävät ja hyväksyttävät perusteet, jotka liittyvät heidän kantamaansa seurausvastuuseen.

Sosiaalityön näkyvyys työkyvyn arvioinnissa ei voi olla itsetarkoitus eikä tavoite sinänsä. Sosiaalityön ensisijainen tavoite on auttaa asiakkaita, ei parantaa omaa asemaansa terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Työkyvyn arviointiasiakkailla pitäisi olla hyvinvointivaltion lupauksen mukaisesti yhtäläinen oikeus saada moniammatillista apua tiettyjen kriteereiden täytyessä. Sosiaalityöntekijöiden pitäisi huolehtia siitä, että heidän toimenkuvaansa työkyvyn arvioinnissa selkeytetään ja kirkastetaan esimerkiksi sopimalla tiimissä kriteereistä, joiden täytyessä asiakkaita voi/kannattaa/pitää ohjata sosiaalityöntekijälle. Asiakkuuden määrittymisen ei pitäisi tapahtua sosiaalityöntekijän persoonallisen työtavan mukaan, vaan asiakkaiden tilanteen ja tarpeiden mukaan.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten yleistettävyys

Tutkimus oli käytäntöpohjainen arviointitutkimus, jonka tarkoitus oli kartoittaa ja arvioida sosiaalityöntekijän roolia psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Tutkimusaineiston muodostivat Fettermanin empowerment-arviointimenetelmällä kootut sosiaalityöntekijöiden omat käsitykset sosiaalityön osuudesta työkyvyn arvioinnissa. Tutkimusinformantit edustivat kahden suuren kunnan, kaupungin X ja Y erikoislääkärijohtoista avohoitoa tarjoavia mielenterveys-toimistoja (kymmenen sosiaalityöntekijää) ja erikoislääkärijohtoista psykiatriasta laitoshoidon tarjoavia sairaaloita (kolme sosiaalityöntekijää). Tutkimustulokset kuvaavat sosiaalityön osuutta psyykkisen työkyvyn arvioinnissa psykiatrisessa avohoidossa (mukaan lukien päivä-sairaala), sillä ympärivuorokautisessa akuuttipsykiatrisessa sairaalahoidossa sosiaalityö painottui tutkimuksessa mukana olleissa yksiköissä potilaiden neuvontaan ja avustamiseen sosiaaliturvaan, asumiseen ja toimeentulon liittyvissä kysymyksissä, ei työkyvyn arviointiin tai kuntoutukseen.

Tutkimuksen oli tarkoitus olla ensisijaisesti tilannetta kartoittava. Aineiston keruussa käytetty Fettermanin empowerment-arviointi tuottikin runsaasti tietoa sosiaalityön tavoitteesta ja ydintehtävistä, tehtävien toteutumisesta ja sosiaalityön kehittämistarpeista psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. Tehtävien tasolla sosiaalityössä on paljon yleistä ja yhteistä, kaikkia työpaikkoja ja koko psykiatrian ja laajemminkin terveydenhuollon sosiaalityötä koskevaa. Sosiaalityöntekijäinformanttien nimeämät sosiaalityön ydintehtävät vastaavat pitkälti terveydenhuollon sosiaalityön luokitukseen (1988) sisältyviä sosiaalisen tilanteen arviointiin, sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen ja taloudellisen toimeentulon turvaamiseen liittyviä tehtäviä samoin kuin kuntoutuksen sosiaalityön pioneerin kuvausta sosiaalisen tilanteen selvittämisestä (Tossavainen 1992). Lisäksi ydintehtävissä oli psykiatrian toimintaympäristöstä johtuvia erityispainotuksia, jotka kuvastavat asiakassuhteen ja moniammatillisen tiimityön suurta merkitystä psykiatrian perinteissä ja ihanteissa.

Se, millaiseksi sosiaalityön yksityiskohtaisemmat käytännöt psykiatristen työkykyasiakkaiden osalta muodostuvat eri työpaikoilla, on pohjimmiltaan työpaikka- ja työryhmäkohtaista. Tutkimus toi esiin muutamia kaupunkikohtaisia eroja käytännöissä, mutta vaihtelua näytti olevan myös kaupunkien sisällä eri tiimeissä ja jopa saman tiimin sisällä eri aikoina. Vaihtelu näytti olevan yhteydessä siihen, että sosiaalityö teki mukana olleissa työyksiköissä pääasiallisesti hoitosuhteisiin liittyvää vastaanottotyötä ja että työkyvyn arviointiin osallistuminen ja muut sosiaalityön tehtävät olivat sosiaalityöntekijöille (päiväsairaalan sosiaalityöntekijää lukuun ottamatta) toissijaisia tehtäviä. Tällainen toimenkuva on kehittynyt psykiatrian avohoidon sosiaalityöntekijöille osana psykiatrian avohoidon yleisempää kehitystä (Salo 1996). Se tekee

ymmärrettäväksi sen, ettei sosiaalityölle ollut kehittynyt missään tutkimuksessa mukana olleista psykiatrian toimintayksiköistä systemaattisia toimintakäytäntöjä työkyvyn arvioinnissa.

Systemaattisten työkäytäntöjen puuttuminen sosiaalityöstä ja siihen liittyvät sosiaalityön epäselvyys, näkymättömyys, viimesijaisuus ja kohdentumisongelmat ovat tuttuja aiemmista sosiaalityön tutkimuksista (esim. Kempainen ym. 1998; Arnkil 1991; Heino 1997; Metteri 1996; Olkkonen 2004). Myös tutkimuksessa esiin tullut kehityssuunta kohti kuntouttavalle sosiaalityölle ominaista aktiivisempaa sosiaalityöntekijän roolia ja verkostoituvaa horisontaalista asiantuntijuutta edustavaa työtapaa on tullut esiin myös muissa tutkimuksissa (Metteri 2004, 43; Pajula 2001, 40-41 ja 47-49). Asiakkaiden tilanteet ovat monimutkaistuneet ja vaikeutuneet, minkä vuoksi sosiaalityöntekijät käyttävät enemmän aikaa asianajoon ja viranomaisverkoston kanssa työskentelyyn. Kyse ei ole vain sosiaalityöntekijöiden työkäytäntöjen muuttumisesta ja kehittymisestä vaan myös sosiaalityön toimintaympäristön ja asiakkaiden tarpeiden muutoksesta. Ne ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa, sillä asiakkaiden tilanteiden monimutkaistuminen ja vaikeutuminen johtuu osittain palvelujärjestelmän omasta toiminnasta (Metteri 2004). Sosiaalityöntekijöiden subjektiivisesti kokema suuri seurausvastuu on yksi osoitus tästä palvelujärjestelmän omasta osuudesta.

Moniammatillisessa työssä yksi osapuoli ei voi olla yksin vastuussa koko järjestelmän toiminnasta. Tutkimuksessa käytetty Fettermanin empowerment-arviointimenetelmä johti osaltaan sosiaalityöntekijöiden seurausvastuun korostumiseen tuloksissa. Se ohjasi sosiaalityöntekijöitä arvioimaan omaa suoriutumistaan työkyvyn arviointiin liittyvissä tehtävissä omien henkilökohtaisten ominaisuuksien ja kiinnostusten perusteella. Menetelmä on alun perin tarkoitettu erilaisten monitoimijaisien hankkeiden ja projektien itsearviointiin, ei käytettäväksi vain yhden osapuolen itsearvioinnissa. Menetelmän käyttö yhden ammattikunnan toiminnan arvioinnissa sisältää riskin arvioinnin tulosten tulkinnan yksipuoliseen ja liialliseen painottamiseen arvioijajyksilöiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Tehtävissä, joissa toiminnan tulos tai laatu riippuu monesta toimijasta kuten psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa, on lisäksi otettava huomioon muiden toimijoiden toiminta sekä monia toimintajärjestelmään ja -ympäristöön liittyviä seikkoja.

Tutkimuksen toinen, toissijainen tavoite oli lisätä sosiaalityön itseymmärrystä ja osallistua sosiaalityön osuuden kehittämiseen psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiltä vaaditaan yleisesti, Fookin (2005, 4) mielestä suorastaan yksimielisesti, reflektiivistä käytäntöä, kykyä soveltaa yleistettävää tietoa ja kykyä oppia käytännön kautta. Tutkimuksen ryhmäkeskustelut tarjosivat tutkimusinformantteina toimineille sosiaalityöntekijöille yhden foorumin yhdessä tarkastella työtään työkyvyn arvioinnissa. Tutkimuksessa käytetty Fettermanin empowerment-arviointimenetelmä soveltuu sosiaalityöntekijöiden yhteisten keskuste-

lujen ohjaamiseen ja yhteisten tulkintojen synnyttämiseen ja kirjaamiseen. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista sosiaalityöntekijöistä piti käytyjä keskusteluja mielenkiintoisena. Joka kolmas kertoi tutkimuksen jatkokyselyssä keskustelujen vaikuttaneen omaan toimintaan; sosiaalityöntekijä oli joko alkanut tuoda sosiaalityön osuutta arvioinnissa enemmän esiin tiimissä tai oli itse paneutunut monipuolisemmin työkyvyn arviointiin. Ryhmäkeskustelujen voi katsoa jossain määrin valtauttaneen sosiaalityöntekijöitä ottamaan vastuuta oman osuutensa ja profiilinsa nostamisesta työkyvyn arvioinnissa. Tutkimusprosessi ryhmäkeskusteluineen ja jatkokyselyineen oli sosiaalityöntekijöille sen verran lyhyt (2-9 kuukautta riippuen sosiaalityöntekijästä), ettei ole realistista odottaa suuria käytännön muutoksia, jotka olisivat nimenomaan tutkimukseen liittyneiden keskustelujen seurauksena. Sosiaalityön kehittäminen jatkuu käytännön sosiaalityössä työpaikoilla ja tiimeissä työntekijöiden oman toiminnan kautta.

Sosiaalityöntekijöiden käsitykset sosiaalityön osuudesta psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa olivat jossain määrin esityksellisiä. Esityksellisyys kuvaa enemmän sitä, kuinka työtä haluttaisiin tehdä kuin sitä, miten sitä todellisuudessa tehdään (vrt. Metteri 2004, 109). Schönin (1983; 1987, ref. Fook 2005, 4) mukaan reflektiivisen käytännön tarkoitus on paljastaa teoria, joka sisältyy siihen, mitä ammattilaiset tekevät eikä siihen, mitä he sanovat tekevänsä. Esityksellisyyden alta paljastuu kuva, jossa psykiatrian avohoidon sosiaalityö kantaa omaa historiaansa, elää vanhan ja uuden asiantuntijuuden muutosvaihetta ja ottaa suuren vastuun työkyvyn arvioinnin tuloksesta ja seurauksista. Se, onko tämä kuva oikea, tulee arvioitavaksi julkistamalla se ja saattamalla se sosiaalityöntekijöiden ammattikunnan arvioitavaksi (vrt. Raunio 2000, 337). Raportissa esitetty kuva sosiaalityöstä psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa on minun tutkijana tekemäni tulkinta, jonka luotettavuuden arviointi jää viime kädessä lukijan tehtäväksi.

10 POHDINTA JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Tutkimus sosiaalityöntekijän roolista psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa on sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Se on käytäntöpohjainen arviointitutkimus, jossa tutkijan tulkintakehyksen muodostavat tutkimusinformantteina toimineiden sosiaalityöntekijöiden käsitykset sosiaalityön osuudesta työkyvyn arvioinnissa, tutkijan omat kokemukset ja käsitykset sosiaalityöstä ja sen osuudesta työkyvyn arvioinnissa sekä aiempi aiheeseen liittyvä tutkimuskirjallisuus. Tutkimus on saanut alkunsa tutkijan työpaikan vaihdoksesta kunnan sosiaali-toimiston sosiaalityöntekijästä keskussairaalan psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijäksi. Tutkimus on tarjonnut tutkijalle mahdollisuuden paneutua oman työn historialliseen taustaan ja käsitteellistämiseen. Nyt tutkimuksen valmistuessa haluan antaa itselleni ja kollegoilleni joitakin suosituksia siitä, miten sosiaalityön osuutta psyykkisen työkyvyn arvioinnissa voisi kehittää. Suositukset perustuvat tutkimuksen tuloksiin.

1. Tiedottaminen

Kummassakaan kaupungissa ei ollut tutkimuksessa mukana olleissa toimipaikoissa kirjallisia ohjeita tai tiedotteita sosiaalityön osuudesta työkyvyn arvioinnissa eivätkä sosiaalityöntekijät käyttäneet mitään strukturoituja selvityslomakkeita asiakkaan sosiaalista tilannetta selvittäessään. Sosiaalityöntekijän rooli työkyvyn arvioinnissa oli tiimikohtaisesti sosiaalityöntekijän itsensä muokattavissa, jos itsenäisyyttä pidetään myönteisenä mahdollisuutensa tai se oli sosiaalityöntekijän itse muokattava, jos itsenäisyyttä pidetään kielteisenä ”pakkona”. Jokaisen sosiaalityöntekijän oli siis itse otettava paikkansa ja luotava roolinsa tiimissä. Työkykyasiakkaiden ohjautuminen sosiaalityöntekijöille tapahtui niin ikään tiimeissä. Asiakkaiden kannalta tällainen tilanne ei ole suositeltava, koska se on liian sattumanvarainen ja liikaa sosiaalityöntekijän persoonaan liittyvä. Asiakkailla tulisi olla yksilölliseen tilanteeseensa ja tarpeisiinsa pohjautuva oikeus tulla ohjatuksi sosiaalityöntekijälle eikä ohjautumisen pitäisi jäädä riippuvaiseksi siitä, sattuuko tiimi kokoontumaan tai aukaiseeko sosiaalityöntekijä suunsa sopivassa kohdassa.

Asiakkaiden kannalta olisi hyvä, että sosiaalityöntekijät *ryhmänä* kirkastaisivat rooliaan psyykkisen työkyvyn arvioinnissa ja ohjeistaisivat muita tiimin jäseniä siitä, millaisissa tilanteissa työkykyasiakkaat ainakin (minimilista) tai esimerkiksi (esimerkkilista) olisi syytä ohjata heidän vastaanotolleen. Ohjeet voisi kirjata esitteeksi tai tiedotteeksi, joka helpottaisi myös tiimin uusia jäseniä. Niistä olisi apua myös uuden sosiaalityöntekijän perehdyttämisessä ja opastuksessa. Jos ohjeet olisivat esitteen muodossa, voisi sosiaalityöntekijä käyttää esitettä apuna oman osuutensa kuvailemiseen työkyvyn arviointiasiakkaille. Koska asiakkaiden tar-

peet ja tilanteet sekä organisaation tavoitteet ja toimintapuitteet muuttuvat ajan kuluessa, on tärkeää muistaa arvioida ja tarkistaa ohjeita aika ajoin (vrt. Juhila 2000, 162).

Kummassakaan kaupungissa ei oltu sovittu eikä pidetty mahdollisena sopia yhtenäisiä käytäntöjä ja toimintatapoja, jotka ohjaisivat työkyvyn arviointiasiakkaiden lähettämistä sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityöntekijät eivät pitäneet mahdollisena ohjeistaa oman osuutensa alkamista esimerkiksi asiakkaan sairasloman pituuden tai sairausvakuutuksen päivärahan maksuajan pituuden¹⁸ perusteella. Päivärahan maksuaika voisi olla luonteva kriteeri erityisesti silloin, jos halutaan painottaa tai kehittää sosiaalityöntekijän roolia kuntoutustarpeen ja – mahdollisuuksien arvioinnissa ja kuntoutuksen toteutuksessa. Sairasloman ja päivärahan maksuajan pituutta eivät tutkimusinformantit kuitenkaan pitäneet toimivana kriteerinä, koska lääkärit ja muut psykiatrian ammattiryhmät eivät aina tiedä eivätkä pidä tarpeellisena selvittää, kuinka pitkään asiakas mahdollisesti on jo ollut sairaslomalla ennen tuloaan nykyisen hoitotahon palvelujen piiriin. Sosiaalityöntekijä voi tietysti ehdottaa tiimilleen, että potilaan esitietoihin sisällytetään tieto siitä, onko hän sairaslomalla ja jos on, milloin sairasloma on alkanut.

Jollei ole mahdollista nimetä kriteerejä, joiden perusteella työkyvyn arviointiasiakkaita voi ohjata sosiaalityöntekijälle, jää sosiaalityölle vielä mahdollisuus tuoda omaa osuuttaan esiin kuvaamalla tavoitettaan ja tehtäviään työkyvyn arvioinnissa. Tutkimuksessa mukana olleilla sosiaalityön yksiköillä tavoite on jo muotoiltu ja tehtävät nimetty. Fettermanin arviointienetelmää voi mielestäni hyvin käyttää sosiaalityön yksiköissä työntekijöiden yhteisten tulkintojen luomisen ja julkistamisen apuvälineenä. Ryhmäkeskusteluissa syntyneet yhteiset tulkinnat voi julkistaa muokaten niistä esitteen tai tiedotteen. Seuraava ”lyhyttä kaavaa” noudattava esimerkki on koottu kaupungin X ryhmäkeskustelujen tulosten pohjalta:

”Sosiaalityön tavoite psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa on löytää potilaalle oikeassa kohdassa, oikea, realistinen ratkaisu yhteistyössä potilaan, mielenterveystoimiston moniammatillisen tiimin ja potilaan muun verkoston kanssa. Sosiaalityöntekijöiden tavoite on pysyä ajan tasalla yhteiskunnan toimintajärjestelmien muutosten suhteen ja välittää muutoksista tietoa potilaille ja tiimille.

Sosiaalityöntekijä toimii työkyvyn arvioinnissa osana moniammatillista tiimiä, johon kuuluvat hänen lisäkseen potilaan hoidosta vastaava lääkäri, hänen omahoitajansa tai terapeuttinsa ja tarvittaessa muitakin mielenterveystoimiston

¹⁸ Yksi mahdollisuus olisi ohjata asiakas aina sosiaalityöntekijän vastaanotolle esimerkiksi silloin, kun hänelle on maksettu sairausvakuutuksen päivärahaa 60 päivää, jolloin kansaneläkelaitoksen on selvitettävä sv-päivärahan saajan kuntoutustarve. Toinen sv-päivärahan maksuun liittyvä vaihtoehto voisi olla 150 päivää eli puolet sv-päivärahan enimmäiskestosta, jolloin kela tiedottaa kirjeitse sv-päivärahan saajalle päivärahan ensisijaisuusajan päättymisajankohdan ja kehottaa häntä hakemaan työkyvyttömyyseläkettä, mikäli työkyky ei ole palautunut.

työntekijöitä. Tiimissä sosiaalityöntekijän tehtävä on huolehtia erityisesti siitä, että asiakkaan tilannetta arvioitaessa ja hänen tulevaisuuttaan suunniteltaessa otetaan huomioon asiakkaan konkreettinen elämäntilanne, asiakkaan oma näkemys tilanteestaan sekä siihen johtaneista syistä sekä yhteiskunnan toimintajärjestelmien asettamat ehdot ja mahdollisuudet.

Sosiaalityön osuus työkyvyn arvioinnissa on selvittää potilaan elämäntilannetta, kuntoutusmahdollisuuksia ja sosiaalista verkostoa. Sosiaalityöntekijä neuvoo ja ohjaa potilasta sosiaaliturvaan ja kuntoutukseen liittyvissä kysymyksissä ja ottaa tarvittaessa, jos potilaan kanssa niin sovitaan, yhteyttä potilaan muuhun verkostoon (esimerkiksi työterveyshuoltoon, työnantajaan, työvoimatoimistoon, sosiaalitoimistoon, kelaan ja muihin vakuutuslaitoksiin sekä omaisiin). Sosiaalityöntekijä voi toimia myös potilaan apuna ja tukena hänen asioidessaan kuntoutuksensa ja sosiaaliturvansa vuoksi eri viranomaisissa. Lisäksi sosiaalityöntekijä laatii yhdessä potilaan kanssa yhteenvedon hänen työ-, koulutus- ja kuntoutushistoriastaan sekä sosiaalivakuustilanteestaan ja selvittää hänen kanssaan sitä, millä kuntoutus- tai muilla toimenpiteillä kuntoutumista voisi jatkossa tukea tai millaisia edellytyksiä potilaalla olisi siirtyä eläkkeelle.”

Esimerkin tyyppistä yleisluontoista ja suppeaa tiedotetta voi käyttää tiimin uusien jäsenten ”ensitietopakettina”. Tutkimuksessa mukana olleet sosiaalityöntekijät eivät uskoneet suulliseen ja kirjalliseen tiedottamiseen vaan heidän kokemuksensa mukaan tieto sosiaalityön osuudesta levisi vain yhteisen tekemisen kautta. Itse uskon, että kirjallinen ensitieto voi helpottaa sosiaalityöstä tyystin tietämättömien tai vähän tietävien asiakkaiden ja muiden alojen ammattilaisten yhteydenottoa sosiaalityöntekijään. Se voi toimia asiakkaan tai toisen ammatillaisen yhteydenoton kimmokkeena. Lyhyen esitteen etu on se, ettei se vanhene niin nopeasti kuin pitempi ja yksityiskohtaisempi esite eikä sitä tarvitse laatia yhteistyössä muun tiimin kanssa. Yksityiskohtaisemmista seikoista on yleensä tarpeen sopia tiimin kanssa.

2. Dokumentointi

Koska sosiaalityön osuus psyykkisen työkyvyn arvioinnissa on rajoiltaan epätarkka ja olemukseltaan hämärä, on tärkeää pyrkiä dokumentoimaan sosiaalityön osuus sairauskertomukseen tai terveystietojärjestelmään aina, kun sosiaalityö osallistuu työkyvyn arviointiin. Dokumentointi tekee sosiaalityön osuutta näkyväksi. Se on myös yksi tapa kommunikoida muun tiimin kanssa. Sosiaalisen tilanteen selvityksen työkyvyn arviota varten voi laatia ja kirjata monella tavalla ottaen kuitenkin huomioon toimintayksikössä käytössä olevan terveystai sairauskertomusjärjestelmän asettamat rajat. Tutkimusta varten käydyissä keskusteluissa

puhuttiin dokumentoinnin merkityksestä, mutta ei sen sisällöstä eikä muodosta. Seuraavaan listaan on koottu joitakin seikkoja, joita tutkija itse pitää oman työkokemuksen perusteella kirjaamisessa tärkeinä:

1. Yleisotsikointi: esimerkiksi SOSIAALISEN TILANTEEN SELVITYS TYÖKYVYN ARVIOTA VARTEN tai KUNTOUTUSMAHDOLLISUUKSIEN ARVI-OINTIA VARTEN tai jos kyse on suppeammasta osaselvityksestä: TYÖ- JA KOULUTUSHISTORIA tai SOSIAALITURVAN KARTOITUS
2. Tulotilanteen kirjaaminen, esimerkiksi: minkä ikäinen ihminen on kyseessä ja mikä on hänen ammatinsa, mistä tullut/kenen lähettämänä ja mitä varten mielenterveystoimistoon ja kenen/minkä tahon pyynnöstä sosiaalisen tilanteen selvitys tehdään ja mitä tarkoitusta varten, kuka on tehnyt sosiaalisen tilanteen selvityksen ja mihin se perustuu (mainitaan tapaamispäivät asiakkaan kanssa, hänen toimittamansa asiakirjat kuten työ- ja koulutodistukset, sairaskertomukset, kuntoutustutkimusten yhteenvedot jne.)
3. Väliotsikointi (otsikot kannattaa muotoilla tarpeen mukaan tapauskohtaisesti ja järjestää ihmisen ”tarinan” mukaiseen järjestykseen; väliotsikkolistaa voi käyttää muistilistan tyyppisesti; että sosiaalityöntekijä muistaa keskustella kaikista asioista asiakkaan kanssa)
 - Tulotilanne
 - Koulutus
 - Työhistoria
 - Lapsuus ja nuoruus
 - Perhesuhteet, asuminen ja taloudellinen tilanne
 - Työkyvyn heikkeneminen ja aiemmat kuntoutukset
 - Sosiaaliturva
 - Asiakkaan viranomaisverkosto (missä viranomaisissa on nyt asiakkaana, kuka on asiakkaan työntekijä/yhdyshenkilö missäkin organisaatiossa)
 - Harrastukset ja ihmissuhteet
 - Kuntoutusmahdollisuudet mukaan lukien ennakoiti taloudellisen toimeentulon järjestymisestä (ja eläke-edellytykset tarvittaessa; tämä kohta pohjautuen aikaisempaan selvitykseen ja erityisesti asiakkaan kanssa käytyihin keskusteluihin siitä, mitä tulevaisuudensuunnitelmia hänellä voisi olla)
 - Jatkotoimet (jos jotain asiakkaan kanssa sovitaan; jatko toimi voi olla vaikka laajemman verkostokokouksen koolle

kutsuminen, johon asiakas antaa suostumuksensa ja nimeää henkilöt, joita siihen kutsutaan, yhteydenotto eläkevakuutuslaitokseen tms.)

3. Sosiaalityön osuuden seuranta ja tilastointi

Sosiaalityö voi kerätä näyttöä osuudestaan työkyvyn arvioinnissa vain seuraamalla ja tilastoimalla sitä. Seurannan perusteella sosiaalityöntekijät voivat kertoa, kuinka monen työkyvyn arviointiasiakkaan arviointiin sosiaalityö on osallistunut sekä missä vaiheessa ja millä työpanoksella se on tapahtunut. Seurannan voi järjestää esimerkiksi työntekijäkohtaisesti; jokainen sosiaalityöntekijä kirjaa paperille tai atk-pohjalle asiakkaat, joiden työkyvyn arviointiin hän on vuoden mittaan osallistunut ja lyhyen kuvauksen siitä, mikä osuus on ollut kunkin asiakkaan kohdalla. Lisäksi lomakkeelle voidaan kerätä tietoa sosiaalityöntekijän muista kuin asiakaskohtaisista työkyvyn arviointitehtävistä, esim. tiimin informointitehtävästä tai oman asiantuntemuksen ylläpidon edellyttämistä tehtävistä. Mikäli henkilökisterilain säädökset eivät estä, olisi hyvä, että asiakaskohtaisista kirjauksista ilmenisi, ketä asiakasta kirjaus koskee. Tämä mahdollistaisi tarkempien selvitysten tekemisen pelkän määrällisen seurannan lisäksi. Kirjausten perusteella olisi mahdollista ottaa tarvittaessa yksityiskohtaisemman tarkastelun kohteeksi vaikka yksittäisen asiakkaan työkyvyn arviointiprosessin toteutuminen omassa organisaatiossa tai kuntoutusuran jatkuminen sen ulkopuolella tai tarkastella sosiaalityön osuuden ajoittumista ja kohdentumista sekä sosiaalityön sisältöä työkyvyn arvioinnissa. Näin sosiaalityö voisi arvioida muun muassa sitä, ajoittuuko sosiaalityön osuus arvioinnissa oikein, ohjautuuko sosiaalityöntekijöille ”oikeanlaisia” työkyvyn arviointiasiakkaita (jotka tarvitsevat moniammatillista arviointia), pystyykö sosiaalityö edistämään työkyvyn arvioinnille asettamia tavoitteita kuten oikean realistisen ratkaisun löytymistä (kuten kaupungissa X) tai kokonaisarvion aikaansaamista asiakkaan tilanteesta (kuten kaupungissa Y) ja tehdäänkö arvioinnit yhteistyössä tiimin ja/tai verkoston kanssa.

Seurantalomake on syytä laatia toimipaikoittain tai organisaatioittain sen perusteella, mitä tehtäviä sosiaalityöntekijöillä kussakin paikassa on työkyvyn arvioinnissa ja/tai mitä tehtäviä sillä haluttaisiin olevan (=mikä on sosiaalityön tavoite työkyvyn arvioinnissa). Liitteenä 7 on tämän tutkimuksen tulosten perusteella laadittu seurantalomake esimerkkinä siitä, millainen lomake voisi olla.

4. Mihin sosiaalityö voi ottaa kantaa työkyvyn arvioinnissa?

Suuri osa tutkimukseen osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden nimeämistä sosiaalityön ydintehtävistä psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa ovat varsin yleisluontoisia sosiaalityön tehtä-

viä. Esimerkiksi asiakkaan voimavaraistumisen tukeminen, hänen asianajajanaan toimiminen ja asiakkaan informointi ovat tehtäviä, joita sosiaalityöntekijä toteuttaa monissa muissakin asiakastilanteissa, ei vain työkyvyn arviointitilanteissa ja monilla muillakin toimintasektoreilla kuin psykiatrian avohoidossa. Tutkimuksen lopuksi voi olla tarpeen nostaa esiin niitä tehtäviä, jotka liittyvät nimenomaan ja erityisesti työkyvyn arviointiin. Tällaisia tehtäviä ovat mielestäni asiakkaan kuntoutusvaihtoehtojen ja toimeentulon järjestymisvaihtoehtojen selvittäminen ja avustaminen niiden järjestämisessä:

1. Jos työkyvyn arviointipotilas on sairaalomalla ja hänen työkyvyttömyytensä jatkuu, mitä kuntoutusvaihtoehtoja tai muita tukitoimia on käytettävissä ja miten potilaan taloudellinen toimeentulo voisi järjestyä missäkin vaihtoehdossa? Jos hyviä (ammatillisia) kuntoutusvaihtoehtoja ei näytä enää olevan, mitä eläkevaihtoehtoja ja toimintakykyä parantavia tai ylläpitäviä keinoja on käytettävissä?
2. Jos potilas on kuntoutumassa työkykyiseksi, palaamassa työelämään vajaatyökykyisenä tai jatkamassa siellä vajaatyökykyisenä, miten hänen työelämään paluunsa ja siellä selviytymistään voidaan tukea kuntoutuksella, työvoimapolitiittisilla toimenpiteillä, koulutuksella tai muilla toimilla ja miten toimeentulo voisi järjestyä eri vaihtoehdoissa?

Näihin asioihin ei voi ottaa kantaa tapaamatta asiakasta ja työstämättä näitä asioita yhdessä hänen kanssaan. Ratkaisuja ei kuitenkaan tehdä sosiaalityöntekijän työhuoneessa. Siellä voidaan käydä läpi vaihtoehtoja sekä haarukoida asiakkaan toiveita, haaveita, pelkoja ja mahdollisuuksia. Hyvän vaihtoehdon löytäminen edellyttää asian käsittelyä tiimissä. Usein tarvitaan myös yhteistyötä laajemman verkoston kanssa, yhteydenottoa tai asiointia eläkelaitoksessa, työvoimatoimistossa, kuntoutuslaitoksessa tms.

Nämä seikat, kuntoutus- ja toimeentulovaihtoehdot, ovat samalla niitä asioita, joihin sosiaalityö voi ja mihin sen pitää ottaa kantaa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijän kirjallista kannanottoa tai lausuntoa ei pidä ymmärtää liian juhlallisesti, vaikka se pitääkin laatia paneutuen ja vastuullisesti. Sosiaalityöntekijän kannanotto on aina suhteellinen ja ehdollinen. Se pätee tähän hetkeen ja tähän tilanteeseen ja voi sisältää vain rajatusti ennakkointia pitemmälle tulevaisuuteen. ”Lopullisen” vaihtoehdon valinta edellyttää yhteistyötä. Kuntoutussuunnitelman laadinta tai ”realistinen ratkaisu” on asiakkaan kanssa moniammatillisesti soviteltava ja neuvoteltava asia.

LÄHTEET

- Adams, Robert (2003) *Social Work and Empowerment*. Third edition. Basingstoke & New York: Palgrave Macmillan.
- Addams, Jane (1910 [1935]) *Twenty Years at Hull-House with Autobiographical Notes*. New York: The Macmillan Company.
- Aho, Päivi (1999a) *Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä*. Porvoo: WSOY.
- Aho, Päivi (1999b) *Sosiaalityön luokitus – esiselvitys*. *Stakes, Aiheita* 14/1999. Helsinki.
- Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma (1996) *Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin*. Teoksessa Metteri, Anna (toim.), *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. *Sosiaalityön vuosikirja* 1996. Helsinki: Edita, 16-31.
- Alasuutari, Pertti (1994) *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Andersson, Claes (2000) *Katoava subjekti eli miksi psykoanalyysiä tarvitaan*. Teoksessa Roudinesco, Elisabeth, *Miksi psykoanalyysiä yhä tarvitaan?* Helsinki: Gaudeamus, 7-10.
- Arnkil, Erik (1990) *Kehittyvä työntutkimus. Ajatuksia kehittävästä työntutkimuksesta*. Teoksessa *Suomalainen sosiaalityö. Sosiaalipoliittikka 1990: 2. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja*. Helsinki: sosiaalipoliittinen yhdistys, 65-88.
- Arnkil, Erik (1991) *Peilejä. Hypoteeseja sosiaalityön ristiriidoista ja kehitysvyöhykkeestä*. *Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia* 5/1991. Helsinki.
- Arnkil, Erik (1992) *Sosiaalityön rajasteemit ja kehitysvyöhyke*. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 85. Jyväskylä.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (1995) *Mukaan meneminen ja toisin toimiminen*. *Nuorisopoliinikka verkostoissaan*. *Stakes, tutkimuksia* 51/1995. Helsinki.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (1998) *Selkeyttäviä vuoropuheluita moniammatillisessa yhteistyössä*. *Dialogi* 8 (8), 26-29.
- Arnkil, Tom Erik, Eriksson, Esa & Saikku, Peppi (1998) *Huolen harmaa vyöhyke*. *Dialogi* 8 (7), 8-11.
- Aro, Timo (1995) *Yksilön työkyvyn arviointi*. Teoksessa Matikainen, Esko, Aro, Timo, Kalimo, Raija, Ilmarinen, Juhani ja Torstila, Ilkka (toim.) *Hyvä työkyky. Työkyvyn ylläpidon keinoja ja malleja*. Helsinki: Työterveyslaitos ja Eläkevakuutusosakeyhtiö Ilmarinen, 93-100.
- Aro, Timo (2004) *Toimintakyky työkyvyn arvion osana*. Teoksessa Matikainen Esko, Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Kujala, Santeri & Tola, Sakari (toim.) *Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö*. Jyväskylä: Duodecim, 22-27.
- Aromaa, A. & Koskinen, S (2002) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset*. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 3. Helsinki.
- Arvilommi, Petri (1998) *Narratiivinen terapia*. *Perheterapia* 14 (2), 4-35.
- Auvinen, Anja & Karvinen, Synnöve (1993) *Työnohjaus, reflektiivisyys, kehitys*. *Sosiaalityön työnohjauksen perusteita*. Kuopion yliopisto. *Koulutus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia ja selvityksiä* 1/1993. Kuopio.

Briar, Scott & Miller, Henry (1971) *Problems and Issues in Social Case Work*. New York, London: Columbia University Press.

Börjeson, Bengt (1987) *Sosialbyråprojektet*. Umeå universitet. Institutionen för socialt arbete. Umeå.

Chelimsky, Eleanor (1997) *The coming transformations in evaluation*. Teoksessa Chelimsky, Eleanor & Shadish, William R. (toim.) *Evaluation for the 21 st Century. A Handbook*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage, 1-26.

Elovainio, Marko & Kivimäki, Mika (2002) *Sosiaalisten suhteiden oikeudenmukaisuus ja terveys*. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (5), 470-473.

Engel, G.L. (1977) *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. *Science*, 196 (4286), 129-136.

Engeström, Yrjö, Engeström, Ritva ja Kärkkäinen, Merja (1995) *Oppiminen ja ongelmanratkaisu monimutkaisissa työprosesseissa*. *Monikontekstisuus ja rajanylitykset asiantuntijakognitioissa*. *Aikuiskasvatus* 15 (1), 14-27.

Engeström, Yrjö (1998) *Kehittävä työntutkimus*. *Perusteita, tuloksia ja haasteita*. 2. painos. Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus. Edita.

Engeström, Yrjö (1993) *Moniammatillisten tiimien toiminnan analysointi*. Teoksessa Simoila, Riitta, Harlamov, Anna, Launis, Kirsti, Engeström, Yrjö, Saarela, Osmo, Kokkinen-Jussila, Marketta, Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: välineitä terveystieteiden analysointiin. *Stakes, Raportteja* 90. Helsinki, 123-151.

Eräsaari, Leena (1986) *Sosiaalistaminen sosiaalityössä*. Helsingin yliopisto. Sosiologian laitos. Sivulaudaturtutkielma.

Eräsaari, Leena (1990) *Nilkin naamio - sosiaaliraportti*. Helsinki: Tutkijaliitto.

Eräsaari, Leena (1995) *Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä*. Helsinki: Gaudeamus.

Eräsaari, Leena (2000) *Sosiaalityötä "linssin" takaa*. Teoksessa Karvinen, Synnöve, Pösö, Tarja ja Satka, Mirja (toim.) *Sosiaalityön tutkimus*. *Metodologisia suunnistuksia*. Jyväskylän yliopisto, SoPhi 48. Jyväskylä, 117-145.

Eräsaari, Risto (2002) *Avoimen asiantuntijuuden analytiikka*. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.) *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylän yliopisto. SoPhi 66. Jyväskylä, 21-38.

Eskola, Marjatta (1991) *Metodisuus ja ohjautuminen sosiaalityössä*. Teoksessa *Sosiaalityö ja työnohjaus*. *Sosiaalityön vuosikirja 1991*. Helsinki: Sosiaalityöntekijöiden liitto r.y. VAPK-kustannus, 54-75.

Fawcett, Stephen B., Paine-Andrews, Adrienne, Francisco, Vincent T., Schultz, Jerry A., Richter, Kimber P., Lewis, Rhonda K., Harris, Kari Jo, Williams, Ella, L., Berkley, Jannette Y., Lopetz, Christiane M, Fisher, Jaqueline L. (1996) *Empowering Community Health Initiatives Through Evaluation*. In Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. & Wandersman Abraham (editors), *Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 161-187.

Fetterman, David M. (1996b) Conclusion: Reflection on Emergent Themes and Next Steps. In Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. & Wandersman Abraham (editors), Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 379-384.

Fetterman, David M. (1996a), Empowerment Evaluation: An Introduction to Theory and Practice. In Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. & Wandersman Abraham (editors), Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 3-46.

Fetterman, David M. (1997) Empowerment evaluation: A response to Patton and Scriven, Evaluation Practice 18 (3), 253-266.

Fetterman, David M. (2001), Foundations of Empowerment Evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. & Wandersman Abraham (editors) (1996), Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability. Thousand Oaks, London, New: Sage Publications.

Fetterman, David & Wandersman, Abraham (eds.) (2004) Empowerment Evaluation. Principles in Practice. New York: Guildford Publications.

Fook, Jan (2002) Social Work. Critical theory and practice. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Fook, Jan (2005) Kriittisen reflektion perusteoriaa. Stakes FinSoc, sosiaalialan menetelmien arviointi 1/2005, 4-10.

Gerlander, Eija, Saarinen, Mikael & Kalimo, Raija (1995), Psykkisen toiminta- ja työkyvyn arviointi. Teoksessa Matikainen, Esko, Aro, Timo, Kalimo, Raija, Ilmarinen, Juhani ja Torstila, Ilkka (toim.) Hyvä työkyky. Työkyvyn ylläpidon keinoja ja malleja. Helsinki: Työterveyslaitos ja Eläkevakuutusosakeyhtiö Ilmarinen, 123-132.

Giddens, Anthony (1984) Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia. Toiminnan, rakenteen ja ristiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissä. Keuruu: Otava.

Gould, Raija (1985) Työkyvyttömyys – erivapaus työstä vai työttömyydestä? Tutkimus työkyvyttömyyskäsitteen sisällöstä ja työkyvyttömyyseläkeläistymisen vaiheista. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1985:1. Helsinki.

Granfelt, Riitta (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 175-227.

Granfelt, Riitta (1998) Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Helsinki: Suomen kirjallisuuden seura.

Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim.) (1993) Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto.

Hakola, Liisa (1946) Case work sosiaalisena tutkimusmenetelmänä ja huoltomuotona. Yhteiskunnallinen korkeakoulu. Tutkielma sosiaalihuoltajan loppututkintoa varten. Helsinki.

Hankaniemi, Seija & Paasio, Petteri (1995) Sosiaalityön psykokulttuurinen kerrostuma. Janus 3 (2), 168-179.

Harju, Anne (2003) Hyvät käytännöt terveydenhuollossa. *FinSoc news* 2/2003, 8-10.

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen terapiaohjeet (2004). Ote lääkinnällisen kuntoutuksen etuusohjeista 12/2004. Kansaneläkelaitos. (Ohjeet löytyvät sähköisinä kelan kotisivulta www.kela.fi/kuntoutus.)

Haverinen, Riitta (2003) Empowerment käsitteenä ja evaluaation näkökulmana. *Hallinnon tutkimus* 22 (1), 46-54.

Heikkilä, Matti, Kaakinen, Juha & Korpelainen, Niina, Kansallinen sosiaalialan kehittämissuunnitelma. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 11. Helsinki.

Heikman, Pertti, Katila, Heikki & Kuoppasalmi, Kimmo (2004) Toimintakyvyn mittaustermat psykiatriassa. Teoksessa *Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö*. Jyväskylä: Duodecim, 127-133.

Heino, Tarja (1997) Asiakkuuden hämäryys lastensuojelussa. Sosiaalityöntekijän tuottama määräys lastensuojeluasiakkaaksi. *Stakes, tutkimuksia* 77. Helsinki.

Hessle, Sven (1985) *Riktlinjer för psykosocialt arbete*. Göteborg: AWE/Gebbers.

Hietala-Paalamaa, Outi & Vuorela, Mika (2004) Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osallisuuden oikeutta. *Kuntoutus* 27 (3), 29-41.

Hyväri, Susanna (2001) Vallattomuudesta vastuuseen. - Kokemuksen politiikan sankaritarnoita. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisuja 3/2001. Helsinki.

Hämäläinen, Anneli & Havukainen, Pirjo (2000) Biopsykososiaalinen toimintakyvyn ja kuntoutusedellytysten arviointimalli (BPSDC) kuntoutuksen sosiaalityössä. Abstrakti kansainvälisessä terveys- ja mielenterveysosiaalityön tutkimuksen pre-konferenssissa Tampereella 10.04.2000.

Hänninen, Jorma (2004) Sosiaalityön miehet ja huoltapitävä valta. Teoksessa Kuronen, Marjo, Granfelt, Riitta, Nyqvist, Leo & Petrelius Päivi, *Sukupuoli ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen 3. vuosikirja 2004*. Juva: PS-kustannus, 77-100.

Hänninen, Vilma & Valkonen Jukka (2000), *Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen*. Teoksessa Hänninen, Vilma, *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. *Acta Universitatis Tamperensis* 696. Tampere, 141-156.

ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (2004). *Stakes, ohjeita ja luokituksia* 2004:4. Helsinki.

Ilmarinen, Juhani (1999) Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan unionissa: tilannekatsaus sekä työkyvyn, työllistyvyyden ja työllisyyden parantaminen. Helsinki: Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö ja työministeriö.

Ilmarinen, Juhani (1995) Työkykyä edistävät ja heikentävät tekijät. Teoksessa Matikainen, Esko, Aro, Timo, Kalimo, Raija, Ilmarinen, Juhani ja Torstila, Ilkka (toim.) *Hyvä työkyky: hyvän työkyvyn ylläpidon malleja ja keinoja*. Helsinki: Työterveyslaitos ja Eläkevakuutuslaitos Ilmarinen, 31-46.

James, Adrian L. (1987) Conflicts, conciliation and social work. *British Journal of Social Work* 17 (4), 347-364.

Juhila, Kirsi (2000) Sosiaalityön luokittelu ja ohjeistaminen – ristiriidassa refleksiivisyyden kanssa? Refleksiivisyyden aika? *Janus* 8 (2), 150-163.

Julkunen, Raija (2003) *Kuusikymmentä ja työssä*. Jyväskylä: SoPhi.

Järvelä, Sampo & Laukkanen, Marja (2000) Näkökulmia voimavaraistumiseen. *Employment Integra –projektien empowerment-teematyöraportti*. Työministeriö, Employment-julkaisu no. 19. Helsinki.

Järvikoski, Aila (1990) Työkykyä ylläpitävän toiminnan ja varhaiskuntoutuksen nousukausi? Kirjassa Kivinen, O. (toim.) *Muutoksen pysyvyys: sosiologisia näkökulmia yhteiskuntaan*. Turun yliopiston julkaisusarja C 83. Turku, 261-275.

Järvikoski, Aila (1994) Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Kalliokoski, Maija-Leena (1994) Miten hoitosuhde eroaa muista ihmissuhteista? Teoksessa Ranta, Mauri & Kari, Helena (toim.) *Hoitosuhteen peruskurssi*. Kuopion yliopistollinen sairaala. Psykiatrian klinikka. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin julkaisuja No 21/1994. Kuopio, 7-10.

Kananoja, Aulikki (1997), *Murros on mahdollisuus*. Sosiaalityön selvityshenkilön raportti. *Stakes, raportteja* 211. Helsinki.

Kananoja, Aulikki ja Pentinmäki, Anni (1977) *Yksilökohtainen sosiaalityö. Teoria ja käytäntö*. Porvoo: WSOY.

Karvinen, Synnöve (1992) Mary Richmond, G. H. Mead ja sosiaalityön teoria. *Janus* (17), *Sosiaalipoliittikka*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuoksikirja 1992. Helsinki, 60-74.

Karvinen, Synnöve (1993b), *Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana*. Teoksessa Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola Anneli, *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 133-173.

Karvinen, Synnöve (1993a), *Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä*. Teoksessa Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola Anneli, *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 15-51.

Karvinen, Synnöve (1996) *Sosiaalityön ammatillisuus modernista professiosta refleksiiviseen asiantuntijuuteen*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 34. Kuopio.

Karvinen, Synnöve (2005) *Reflektiivisyys suomalaisessa sosiaalityössä*. *Stakes Finsoc, sosiaalialan menetelmien arviointi 1/2005*, 11-15.

Kaskisaari, Marja (2004) *Työstä uupunut: kärsimyksen modaalisuus*. Teoksessa Jokinen, Eeva, Kaskisaari, Marja ja Husso, Marita (toim.) *Ruumis töihin! Käsite ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino, 125-149.

Katila, Heikki ja Kuoppasalmi, Kimmo (1999), *Mielenterveyden häiriöt*. Teoksessa Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Tola, Sakari & Torstila, Ilkka (toim.) *Vakuutuslääketiede*. Vammala: Duodecim, 103-108.

KEL. *Kansaneläkelaki 1956/347*. Suomen säädöskokoelma (saatavilla sähköisessä muodossa osoitteessa www.finlex.fi).

Kemppainen, Tarja, Koskinen, Simo, Pohjola, Anneli & Urponen, Kyösti (1998) *Sosiaalityö epävarmuuden oloissa*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. *Tutkimusraportteja ja selvityksiä* 28. Rovaniemi.

KES. Kunnallisten työntekijäin ja viranhaltijain eläkelaki 1964/202 (kumottu). Nykyisin on voimassa kunnallinen eläkelaki 2003/549. Suomen säädöskokoelma (saatavilla sähköisessä muodossa osoitteessa www.finlex.fi).

Ketola, Outi (1996) Sosiaalihuollosta sosiaalisiin oikeuksiin ja sosiaalipalveluasiakkuuteen. Teoksessa Sipilä, Jorma, Ketola, Outi, Kröger, Teppo & Rauhala, Pirkko-Liisa, Sosiaalipalveluiden Suomi. Juva: WSOY, 89-120.

Kivekäs, Jukka ja Kallanranta, Tapani (2004) Toimintakyky ja kuntoutus. Teoksessa Matikainen Esko, Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Kujala, Santeri & Tola, Sakari (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja käyttö. Jyväskylä: Duodecim, 374-379.

Kivinen, Tarja (1994) Valikoituminen lastensuojelun asiakkaaksi. Näkökulmia asiakkuuden määrittämiseen. Stakes, tutkimuksia 45. Helsinki.

Kivipelto, Minna (2004) Sosiaalityön kriittinen arviointi sukupuolistavien merkitysten ja käytäntöjen purkajana. Teoksessa Kuronen, Marjo, Granfelt, Riitta, Nyqvist, Leo & Petrelius Päivi, Sukupuoli ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen 3. vuosikirja 2004. Juva: PS-kustannus, 249-276.

Kivivuori, Janne (1992) Psykokulttuuri. Sosiologinen näkökulma arjen psykologisoitumisen prosessiin. Tampere: Hanki ja jää.

Koivisto, Juha (2005) Hyvän käytännön kuvaus. Stakes Finsoc, sosiaalialan menetelmien arviointi 1/2005, 16-18.

Kokko, Riitta-Liisa (2003) Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisia kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 72/2003. Helsinki.

Koskisuus, Jari (2002) Mielenterveyskuntoutus – kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijaksi: kokemuksia Väylä-mallista. Teoksessa Haarakangas, Kauko (toim.) Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 144-158.

Kovero Camilla & Launis Kirsti (1999) Terveystieteiden muuttuvana asiantuntijatoimintana, kaksi tapausesimerkkiä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 163. Helsinki.

Kröger, Teppo (2000) Paikallishistoria sosiaalipalvelujen tutkimuksen menetelmänä. Teoksessa Karvinen, Synnöve, Pösö, Tarja ja Satka, Mirja (toim.) Sosiaalityön tutkimus. Metodologisia suunnistuksia. Jyväskylän yliopisto. SoPhi 48. Jyväskylä, 68-95.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2003:19. Helsinki.

Kuronen, Marjo (2004) Valtaistumista vai voimavaraistumista – feministisiä näkökulmia empowermettiin sosiaalityön käsitteenä ja käytäntönä. Teoksessa Kuronen, Marjo, Granfelt, Riitta, Nyqvist, Leo & Petrelius Päivi, Sukupuoli ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen 3. vuosikirja 2004. Juva: PS-kustannus, 277-296.

Kärkkäinen, Jukka (2004) Onnistuiko psykiatrian yhdistyminen somaattiseen järjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiri uudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. Stakes, tutkimuksia 138. Helsinki.

Launis, Kirsti (1994) Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arki-käytäntöjä. Stakes, tutkimuksia 50. Helsinki.

Launis, Kirsti (1997) Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, Juhani, Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto, koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä, 122-133.

Lehto, Juhani (1991) Juoppojen professionaalinen auttaminen. Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 1. Helsinki.

Lehto, Markku (2004) Toimintakyky terveydenhuollon tulomuuttujana. Teoksessa Matikainen Esko, Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Kujala, Santeri & Tola, Sakari (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Duodecim, 18-21.

Lehtonen, Johannes ja Lönnqvist, Jouko (2003) Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. 2.-3. painos. Jyväskylä: Duodecim, 13-20.

Leinonen, Leena (2001) Sosiaalityöntekijöiden ammatillinen identiteetti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Sosiaalityö- ja terveyslaitos. Pro gradu –tutkielma.

LEL. Lyhytaikaisissa työsuhteissa olevien työntekijäin eläkelaki 1962/134. Suomen säädös-kokoelma (saatavilla sähköisessä muodossa osoitteessa www.finlex.fi).

Linden, Mirja (1999) Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Helsinki: Stakes.

Lumberg, Mark (2003) Negotiating Contradictions between Competence and Creativity in Social Work Education. Journal of Social Work 3 (1), 99-117.

Lämsy, Kristian (1995) Psykiatrinen työkyvyn arviointi – tutkimus 82 polikliinisestä potilaasta. Oulun yliopisto D 344. Oulu.

MacIntyre, A. (1981), After virtue. A study in moral theory. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.

Maikkola, Eija (1990) Ammattiauttajat, organisaatio ja asiakasvalikointi. Asiakasvalikointi säätelykeinona hoidon ja palvelujen piirissä. Teoksessa Suomalainen sosiaalityö. Sosiaalipoliittikka 1990:2. Helsinki: Sosiaalipoliittinen yhdistys, 135-144.

Matikainen Esko, Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Kujala, Santeri & Tola, Sakari (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Duodecim.

Metteri, Anna (1993) Terveydenhuollon moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Karvinen, Synnöve (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja 1993. Helsinki: Sosiaalityöntekijöiden Liitto r.y, 88-102.

Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus, Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Edita, 143-157.

Metteri, Anna (2000) Sosiaalityön vaikeiden tilanteiden tutkiminen. Teoksessa Karvinen, Synnöve, Pösö, Tarja & Satka, Mirja (toim.) Sosiaalityön tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Metodologisia suunnistuksia. SoPhi 48. Jyväskylä, 237-261.

Metteri, Anna (2003) Kohtaamiset kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Luottamus kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Syntyykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki, YTY r.y ja Edita, 92-103.

Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: YTY ry ja Edita.

Mielekäs elämä (2000). Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2000:4. Helsinki.

MYEL. Maatalousyrittäjien eläkelaki 1969/467. Suomen säädöskokoelma (saatavilla sähköisenä osoitteessa www.finlex.fi).

Mäensivu, Taina (1998) Hyvä kuntoutusohjaus. Toimintamalli käytännön työhön. Suomen Kuntaliitto, Ponsi-projekti. Helsinki.

Mäki, Niilo (1934) Soveltavaa persoonallisuuden tutkimusta I. Hiukan case history –menetelmästä. Valvoja-Aika 12 (3), 412-417.

Mäkitalo, Jorma & Palonen Juhani (1994) Mitä on työkyky: lääketieteellinen, tasapainomallin mukainen ja integroitu käsitystyyppi. Työ ja ihminen 8 (3), 155-162.

Mäntysaari, Mikko (1999) Millaista asiantuntijuutta arviointitutkimus antaa? Teoksessa Eräsaari, Risto, Lindqvist, Tuija, Mäntysaari, Mikko & Rajavaara, Marketta, Arviointi ja asiantuntijuus. Tampere: Gaudeamus, 7-13.

Mönkkönen, Kaarina (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa Metteri, Anna (toim.), Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Edita, Helsinki, 51-66.

Mönkkönen, Kaarina (2001) Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. Yhteiskuntapolitiikka 66 (5), 432-447.

Mönkkönen, Kaarina (2002b) Auttamissuhteen positio. Psykologia 37 (1).

Mönkkönen, Kaarina (2002a) Dialoginen työote. Vastaaminen, valta ja vastuu vuorovaikutussuhteessa. Kuntoutus 25 (4), 36-54.

Mönkkönen, Kaarina (2002c) Dialogisuus kommunikaationa ja suhteenä. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopio.

Niemelä, Pauli (1985) Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Helsinki.

Nyqvist, Leo (1999) Väkivaltainen parisuhde, asiakkuus ja muutos. Prosessinarviointi parisuhdeväkivallasta ja turvakotien selviytymistä tukevasta asiakastyöstä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 28. Turku.

Olkkonen, Katriina (2003) Rajat ylittävä vai rajoista kiinni pitävä yhteistyö? Mielenterveys-työntekijöiden käsityksiä moniammatillisuudesta ja asiantuntijuudesta. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu –tutkielma.

Owen, John M. & Rodgers, Patricia J. (1999) Program Evaluation. Forms and Approaches. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.

Pajula, Maija-Liisa (2001) Terveydenhuollon sosiaalityö 1990-luvun muutoksessa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma.

- Payne, Malcom (2000) Narrative therapy. An introduction for counsellors. London: Sage Publications.
- Pellinen, Sanna (1996), Moniammatillisen työryhmän kehitysvaiheet – erikieliset yhteistyössä. Teoksessa Metteri, Anna (toim.), Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Edita, 129-142.
- Pease, Bob (2002), Rethinking Empowerment: A Postmodern Reappraisal for Emancipatory Practise. British Journal of Social Work 32 (2), 135-147.
- Peltoniemi, Ari (2005) Työllisten työkyky vuonna 2004. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus NRO 273. Helsinki. (Tutkimus löytyy sähköisenä työministeriön sivulta www.mol.fi/julkaisut.)
- Petrelius, Päivi (2004) Naistapaistet hoiva- ja lähestymistavat sosiaalityössä. Teoksessa Kuronen, Marjo, Granfelt, Riitta, Nyqvist, Leo & Petrelius Päivi, Sukupuoli ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen 3. vuosikirja 2004. Juva: PS-kustannus, 47-75.
- Pohjola, Anneli (1993) Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli, Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 55-95.
- Pohjola, Anneli (1994) Elämän valttikortit. Nuorten aikuisten elämänsä vaativien tilanteiden varjossa. Acta Universitatis Lapponiensis 5. Rovaniemi.
- Pylkkänen, Kari (2003) Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. 2.-3. painos. Jyväskylä: Duodecim, 705-745.
- Pylväs, Maria (2003) Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa – tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Lapin yliopisto. Sosiaalityön koulutusohjelma. Pro gradu –tutkielma.
- Pärssinen, Anu (2003) Vastuunotto asiakaslähtöisessä viranomaisyhteistyössä. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki: YTY r.y ja Edita, 70-91.
- Rajala, Riitta (1994) Mikä on hoitosuhde? Teoksessa Ranta, Mauri & Kari, Helena (toim.) Hoitosuhteen peruskurssi. Kuopion yliopistollinen sairaala. Psykiatrian klinikka. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 21/1994. Kuopio, 3-6.
- Rauhala, Lauri (1983) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Tampere: Gaudeamus.
- Raunio, Kyösti (1993) Traditiot ja käytännöt. Johdatusta sosiaalipolitiikan tutkimuksen metodologisiin perusteisiin. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:8. Turku.
- Raunio, Kyösti (2000) Jälkipositivismi, konstruktionismi ja monet tiet sosiaalityön tiedonmuodostuksessa. Janus 8 (4), 321-339.
- Raunio, Kyösti (2004) Olennainen sosiaalityössä. Tampere: Gaudeamus.
- Richmond, Mary (1917 [1955]) Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foundation. (Uusi painos 1955.)
- Richmond, Mary (1922 [1971]) What Is Social Case Work. New York: Arno Press & The New York Times. (Uusi painos 1971.)

- Robinson, Virginia (1930) *A Changing Psychology in Social Case Work*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Roinisto-Melkko, Marketta (1997), *Sosiaalityö erikoissairaanhoidossa*. Kuopion yliopisto ja Kuopion yliopistollinen keskussairaala. Tutkimus Kuopion yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Osaraportti 1.
- Rose, S. M. & Black, B. L. (1985), *Advocacy and Empowerment – Mental Health Care in the Community*. London & Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Rose, Stephen M. (1992), *Case Management: An Advocacy/Empowerment Design*. Teoksessa Rose, Stephen M. (toim.), *Case Management and Social Work Practice*. New York & London: Longman, 271-297.
- Rose, Stephen M. (2003a), *Empowerment ja advocacy*. Sosiaalityön ammatillisen lisensiaatinkoulutuksen kuntouttavan sosiaalityön erikoisalun lähiopetuspäivillä Rovaniemellä 11.09.2003 pidetty luento.
- Rose, Stephen M. (2003b) *Sosiaalityön missio*. Teoksessa Laitinen, Merja ja Pohjola, Anneli (toim.) *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut*. Jyväskylä: PS-kustannus, 193-205.
- Rostila, Ilmari (2001) *Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet*. Jyväskylä: SoPhi.
- Rovasalo, Aki (1999), *Psykiatrisen työkyvyn arviointi. Käytännön vinkkejä lääkärille*. Helsinki: Orion-yhtymä.
- Ryan, William (1976) *Blaming the victim*. New York: Vintage Books.
- Saarenheimo, Marja (1997), *Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muisteleminen*. Tampere: Vastapaino.
- Saaristo, Kimmo (2000) *Avoin asiantuntijuus. Ympäristökysymys ja monimuotoinen eksperitiisi*. Jyväskylän yliopisto. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 66. Jyväskylä.
- Saikka, Peppi (1996) *Yhdistävät käytännöt. Kuntoutuksen viranomaisverkostojen tarkastelua*. Stakes, raportteja 201. Helsinki.
- Sairaista ja työkyvyttömistä yhä useampi masentunut (2005). *Dialogi* 15 (5), 7.
- Salo, Markku (1996) *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Tampere: Vastapaino.
- Satka, Mirja (1993), *Kansalaiskeskeinen sosiaalityö*. *Sosiaalityöntekijä* 1993:3, 23-26.
- Satka, Mirja (1995) *Making social citizenship. Conceptual Practices from the Finnish Poor Law to Professional Social Work*. University of Jyväskylä, SoPhi 1. Jyväskylä.
- Satka, Mirja (2000) *Käsitteellistyneet käytännöt sosiaalityön teoretisoinnin välineenä*. Teoksessa Karvinen, Synnöve, Pösö, Tarja & Satka, Mirja (toim.) *Sosiaalityön tutkimus. Metodologisia suunnistuksia*. Jyväskylän yliopisto, SoPhi 48. Jyväskylä, 35-67.
- Schön, Donald (1983) *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Aldershot: Avebury.
- Schön, Donald (1987) *Educating the Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.

- Sheffield, Ada (1920), *The Social Case History, Its Construction and Content*. New York: Russel Sage Foundation.
- Siitonen, Juha (1999), *Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua*. Oulu: Oulun yliopisto.
- Simpkin, Mike (1979) *Trapped within Welfare. Surviving Social Work*. London: Macmillan.
- Sipilä, Jorma (1985) *Sosiaalipolitiikan tulevaisuus*. Helsinki: Tammi.
- Sipilä, Jorma (1989) *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Tammi.
- Smith, Dorothy E. (1990) *Texts, Facts and Femininity. Exploring the Relations of Ruling*. London and New York: Routledge.
- Sohlman, Britta (2004) *Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes, tutkimuksia 137*. Saarijärvi: Gummerus.
- Sohlman, Britta, Kiikkala, Irma, Immonen, Tuula, Ahonen, Juha & Saalasti-Koskinen, Ulla (2003) *Mielenterveystyö kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 68 (4), 379-386*.
- Specht, Harry & Courtney, Mark. E (1995) *Unfaithful angels. How social work has abandoned its mission*. New York: The Free press.
- Stone, Deborah A. (1984) *The Sisabled state*. Philadelphia: The Universtiy Press.
- Sulkunen, Pekka (2005) *Vaikuttavuus arviointitutkimuksen rivien välissä. Teoksessa Räsänen, Pekka, Anttila, Anu-Hanna & Melin, Harri (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat*. Juva: PS-kustannus, 39-52.
- Särkelä, Antti (2001) *Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön*. Tampere: Vastapaino.
- Talo, Seija ja Hämäläinen, Anneli (1997) *Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset*. Kuntoutus 20 (4), 3-17.
- Talo, Seija (1997) *Olettamuksista strukturoituun malliin*. Kuntoutus 20 (1), 4-12.
- Talo, Seija, Rytökoski, Ulla, Hämäläinen, Anneli & Kallio, Veikko (1996) *The biopsychosocial disease consequence model in rehabilitation: model development in the Finnish "Work Hardening" programme for chronic pain*. International Journal of Rehabilitation Research 19 (2): 93-109.
- Talo, Seija (2001) *Prologi seminaarin sisällöstä ja tavoitteista. Teoksessa Talo, Seija (toim.) Toimintakyky – viitekehykset arviointiin ja mittaamiseen. Seminaariraportti Turku 4.-5.5.2000. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49*. Helsinki, 31-45.
- Tapola, Maria (2003), *Asiakastyön dokumentointi sosiaalityön kehittämisen välineenä*. Fin-Soc News 1/2003, 14-16.
- TEL. Työntekijäin eläkelaki 1961/395. Suomen säädöskokoelma (saatavilla sähköisessä muodossa osoitteessa www.finlex.fi).
- Tenkku, M. (1990) *Neurologinen potilas työkyvyttömyysetuuksien hakijana. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:95*. Turku.
- Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus (1998). Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen. Suomen Kuntaliitto ja Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät*. Helsinki.

Thompson, Neil (2000), *Existentialist Practice*. Teoksessa Stepney, Paul & Ford, Deirdre (eds.), *Social Work Models, Methods and Theories. A framework for practice*. Dorset: Russell House Publishing Ltd, 116-124.

Thompson, Neil (2002) *Social Movements, Social Justice and Social Work*. *British Journal of Social Work* 32 (3), 711-722.

Tilasto suomen eläkkeensaajista 2003 (2005). Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Eläketurvakeskus ja kansaneläkelaitos.

Toikko, Timo (2000) *Caseworkin koulukuntakiistan murtuminen*. *Janus* 8 (4), 340-355.

Toikko, Timo (2001), *Sosiaalityön amerikkalainen oppi. Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön*. Seinäjoki: Seinäjoen ammatti-korkeakoulu.

Toikko, Timo (2003) *Sosiaalityön metodikiista*. *Janus* 11 (4), 276-296.

Tola, Sakari (2004) *Sosiaalivakuutuksen korvausperiaatteet*. Teoksessa Matikainen Esko, Aro, Timo, Huunan-Seppälä, Antti, Kivekäs, Jukka, Kujala, Santeri & Tola, Sakari (toim.) *Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö*. Jyväskylä: Duodecim, 365-370.

Tossavainen, Aini (1992) *Johdatus kuntoutukseen ja kuntoutujan sosiaaliturvaan*. 3. painos. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Tossavainen, Aini (1996) *Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta*. 2. painos. Porvoo: WSOY.

Tulppo, Jaana (1991) *Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä työnsä sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisilla osastoilla*. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. Sarja C: Nro 2. Tampere.

Tuomi, Kaija, Ilmarinen, Juhani, Jahkola, Antti, Katajarinne, Lea & Tulkki, Arto (1997), *Työkykyindeksi*. 2. korjattu painos. Helsinki: Työterveyslaitos.

Tuomi, K., Wägar, G., Eskelinen, L., Järvinen, E., Huuhtanen, P., Suurnäkki, T., Fahlström, P., Aalto, L. & Ilmarinen, J. (1985) *Terveys, toimintakyky ja työolot kunnallisissa ammattiryhmissä*. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 1985:3. Helsinki, 95-132.

Työkykytutkimuksen ja -tiedon katvealueet (2001). Sosiaali- ja terveysministeriö, kansaneläkelaitos ja työterveyslaitos. Työkyvyn ylläpidon tutkimuksen ja arvioinnin raportti 5. Helsinki.

Työkyvyttömyyseläkehakemusten hylkäämiseen liittyvien ongelmien ehkäisystä (2002). Kela:n valtuutettujen toimeksiannosta tehty selvitys. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 21. Helsinki.

Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa (2004). Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 2004:5. Helsinki.

Vahtera, Jussi, Ahonen, Hanna, Antikainen, Seppo, Pentti, Jaana, Ala-Mursula, Leena & Kangas, Leimo (1998) *Missä kunnossa kolmannelle vuosituhannelle? Kunta-alan 1990-luvun henkilöstötilinpäätös*. Helsinki: Työterveyslaitos.

Vataja, Katri & Julkunen, Ilse (2004) *Sosiaalitoimistojen työn organisointi ja työhyvinvointi. Hyvät käytännöt -tutkimuskatsaus*. FinSoc työpapereita 5/2004. Helsinki.

- VEL. Valtion viranhaltijain eläkelaki 1966/280. Suomen säädöskokoelma (saatavilla sähköisessä muodossa osoitteessa www.finlex.fi).
- Venkula, Jaana (1994) Tiedon suhde toimintaan. Tieteellisen toiminnan ulottuvuuksia osa I. Toinen painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Venkula, Jaana (2002) Teot ja toiminta ihmisen muutoksen lähteenä. Ryhmätyö, 31 (1), 12-16.
- Venturini, E. (2002) Luento 09.10.2002 Imolassa.
- Virta, Lauri & Mäki, Juhani (1999) Työkyvyttömyyseläkehakemukset ja –ratkaisut kuntoutustutkimuksen jälkeen. Kelan rekisteriselvitys. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 39. Turku.
- Virta, Lauri (2001) Työkyvyttömyyden lääketieteellisen arvioinnin vaikeudet ja eläkkeiden hylkääminen. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 47. Turku.
- Vähäaho, Tarja (2002) Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylän yliopisto, SoPhi 66. Jyväskylä, 59-80.
- Wahlbäck, Kristian (2004) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, 60-75. Helsinki: Stakes, 60-75.
- Walls, Gerog (2005) Sosiaalityön käytäntötutkimus – koordinaatteja ja paikannuksia. Teoksessa Satka, Mirja, Karvinen-Niinikoski, Synnöve, Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna, Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Weissman, Harold, Epstein, Irwin & Savage, Andrea (1993) Agency-based Social Work. Neglected Aspects of Clinical Practice. Philadelphia: Temple University Press.
- YEL. Yrittäjien eläkelaki 1969/468. Valtion säädöskokoelma. (Saatavilla sähköisessä muodossa osoitteessa www.finlex.fi.)
- Yin, Robert K., Kaftarian, Shakeh Jackie & Jacobs, Nancy F. (1996) Empowerment Evaluation at Federal and Local Levels: Dealing With Quality. Teoksessa Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. & Wandersman, Abraham (eds.) Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 188- 207.

SUULLISET JA SÄHKÖISET TIEDONANNOT SEKÄ PUHEENVUOROT

Fettermanin kotisivu: www.stanford.edu/davidf

Finsocin kotisivu: www.stakes.fi/finsoc

Friberg, Eija (2003) Suullinen tiedonanto sosiaalityön ammatillisen lisensiaatinkoulutuksen kuntouttavan sosiaalityön erikoisan lähiopetuspäivillä Rovaniemellä 10.09.2003. Friberg toimii kuntoutussuunnittelijana Etelä-Karjalan keskussairaalan kuntoutustutkimusyksikössä.

HUS. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kotisivu : www.hus.fi

Hämäläinen, Anneli (2004) Valmisteltu puheenvuoro aiheesta Sosiaaliset tekijät toimintakyvyssä Terveysosiaalityöntekijät ry:n ja TJS:n 23.04.2004 Helsingissä järjestämässä työkouksessa.

Kinnunen, Leena (2005) Sähköpostitse 21.04.05 annettu tiedonanto. Kinnunen on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ylitarkastaja.

Kuntouttavan sosiaalityön erikoisan opetussuunnitelma: www.uta.fi/laitokset/sospol/sosnet/kunto/lahi/kuntopin.htm.

Mielenterveysviikko (2003). Vuoden 2003 mielenterveysviikon tiedotusmateriaalia. Mielenterveyden keskusliitto. (Viikon materiaali julkaistaan sähköisenä keskusliiton kotisivulla www.mtkl.fi/.)

Nikkanen, Pirjo (2003) Suullinen tiedonanto sosiaalityön ammatillisen lisensiaatinkoulutuksen kuntouttavan sosiaalityön erikoisan lähiopetuspäivillä Rovaniemellä 10.09.2003. Nikkanen toimii Kelan Turussa sijaitsevan kuntoutustutkimusyksikön Petrean sosiaalityöntekijänä.

Sosiaaliset tekijät ja terveys-nimisessä, Terveysosiaalityöntekijät ry:n ja TJS:n Helsingissä 23.04.2004 järjestämässä työkouksessa käytettyjen puheenvuorojen sisältöä tutkijan referoimana.

Sosnetin kotisivu: www.sosnet.fi.

Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset (2002). Helsinki: Kansanterveyslaitos. www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/15.2html.

Työeläkekuntoutus 2004. www.tyokuntoon.info. (Työeläkelaitosten Liiton Telan kotisivu)

Liite 1. SOFAS-asteikko (Heikman ym. 2004, 132)

koodi	Toiminnan tason kuvaus
100	Erinomainen toimintakyky useilla elämänalueilla
90	Hyvä toimintakyky useilla elämänalueilla; ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas
80	Vain vähän heikentynyt sosiaalinen, ammatillinen tai opiskelun edellyttämä toimintakyky (esim. harvinainen ihmissuhdeongelma tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä)
70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti ottaen hyvä toimintakyky; joitakin mielekkäitä ihmissuhteita
60	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esim. ongelmia ikä- tai työtovereiden kanssa, vain vähän ystäviä)
50	Vakavasti heikentynyt sosiaalinen, ammatillinen tai opiskelun edellyttämä toimintakyky (esim. ei ystäviä tai ei pysty säilyttämään työpaikkaa)
40	Merkittävästi ongelmia useilla elämänalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esim. masentunut mies, joka välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä pysty työskentelemään; tai lapsi, joka pahoinpitelee usein nuorempiaan, on uhmakas kotona eikä koulussa)
30	Toimintakyvyttömyys lähes kaikilla elämänalueilla (esim. pysyttelee vuoteessa koko päivän; ei työpaikkaa, kotia eikä ystäviä)
20	Laiminlyö ajoittain henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan itsenäisesti.
10	Laiminlyö jatkuvasti henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan vahingoittamatta itseään tai muita taikka ilman huomattavaa ulkopuolista tukea esim. hoitoa tai valvontaa)
0	Riittämättömät tiedot

Huomautus: jos mahdollista, käytä tarkkoja lukuja, esim. 45, 68 tai 72.

Jorvin sairaala

Päivämäärät _____

SOSIAALINEN TUTKIMUS

PERUSKARTOITUS	SOSIAALITYÖNTEKI- JÄN MERKINNÄT
<p>1. Henkilötiedot</p> <p>Nimi: _____</p> <p>Sos.turvatus: _____</p> <p>Ammatti: _____</p> <p>Osoite ja puh. numero: _____</p>	
<p>2. Perhe ja verkosto</p> <p>Siviilisääty: _____</p> <p>Mistä alkaen: _____</p> <p>Lasten syntymävuodet: _____,</p> <p>joista luonanne asuu: _____ lasta</p> <p>Muut samassa taloudessa asuvat:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Muita sukulaisia tai läheisiä, keitä:</p> <p>_____</p> <p>Lapsuuden perhe ja keitä siihen kuului:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

PERUSKARTOITUS	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN MERKINNÄT
<p>3. Asuminen</p> <p>vuokra-asunto omistusasunto työsuhdeasunto</p> <p>muu, mikä: _____</p> <p>kerrostalo rivitalo omakotitalo</p> <p>Onko tämänhetkisessä asumisessa puutteita, minkälaisia:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>4. Koulutus</p> <p>Peruskoulutus:</p> <p>_____</p> <p>Peruskoulutuksen jälkeinen koulutus: _____</p> <p>_____</p> <p>Kesken jääneet opiskelut: _____</p>	
<p>5. Työ</p> <p>Työhistoria pääkohdittain: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nykyinen/viimeinen työsuhde ja työnimike:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

PERUSKARTOITUS	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN MERKINNÄT
<p>Mitä työtehtäviinne kuului:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Ellette ole työssä, niin miksi ja mistä alkaen:</p> <hr/>	
<p>6. Toimeentulo/sosiaaliturva</p> <p>6.1 Palkka ansiotyöstä _____</p> <p>6.2 Sairauden/työkyvyttömyyden perusteella tulevat etuudet (esim. sairauspäiväraha, työkyvyttömyyseläke, kuntoutustuki, vammaistuki, eläkkeensaajan hoitotuki, tapaturmakorvaus)</p> <hr/> <hr/> <p>6.3 Työttömyyden perusteella tulevat etuudet (esim. ansiosidonnainen päiväraha, peruspäiväraha, työmarkkinatuki)</p> <hr/> <hr/> <p>6.4 Muut tulot/etuudet (esim. toimeentulotuki, vanhuuseläke, asumistuki, opintotuki)</p> <hr/> <hr/> <p>6.5 Velat/lainat ja muut maksuvelvoitteet (esim. asunto- ja opintolainat, elatusmaksut, ulosotot, takaukset)</p> <hr/> <hr/>	

Omat/Sosiaalinen tutkimus/Anja Nieminen/ks

PERUSKARTOITUS	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN MERKINNÄT
<p>7. Kuntoutus</p> <p>Jos olette saanut kuntoutusta (lääkinnällistä, ammatillista), niin mitä, milloin ja missä:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>8. Elämäntavat</p> <p>Ajankäyttö/harrastukset: _____</p> <hr/> <p>Ystävät ja heidän merkityksensä: _____</p> <hr/> <hr/> <p>Tupakointi ja päihteiden käyttö:</p> <hr/>	
<p>9. Nykyinen elämäntilanne: (ympyröidään lähin vaihtoehto)</p> <p>Miten tyytyväinen olette nykyiseen elämäntilanteeseen:</p> <p>tyytyväinen 1 2 3 4 5 6 7 tyytymätön</p> <p>Miten tyytyväinen olette ihmissuhteisiin:</p> <p>tyytyväinen 1 2 3 4 5 6 7 tyytymätön</p> <p>Miten tyytyväinen olette työhönne:</p> <p>tyytyväinen 1 2 3 4 5 6 7 tyytymätön</p> <p>Mitkä ovat tämänhetkiset suurimmat ongelmanne:</p> <hr/> <hr/>	

PERUSKARTOITUS	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN MERKINNÄT
<p>Miten haluaisitte tilanteen muuttuvan:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Miltä/keneltä saatte apua/tukea nykyiseen elämäntilanteeseen:</p> <hr/> <hr/> <p>Missä sosiaali- tai terveydenhuollon pisteessä asioitte:</p> <hr/> <p>Sosiaalityöntekijä: _____</p> <p>Edunvalvoja: _____</p>	
<p>10. Suunnitelmat:</p> <p>Mitä suunnitelmia Teillä on tilanteen parantamiseksi:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Mitä voitte itse tehdä tilanteen parantamiseksi:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Liite 3. Fettermanin empowerment-arviointi

Empowerment-evaluaation (suomalaisia käännöksiä ovat muun muassa voimavaraistava, valtauttava ja voimaannuttava arviointi) kehittäjä on amerikkalainen David M. Fetterman työtovereineen (Fetterman ym. 1996; Fetterman 2001; Fetterman ja Wandersman 2004). Valtauttavan evaluaation tarkoitus ei ole korvata muita arviointitapoja vaan vastata itsearviointin tarpeeseen. Empowerment-evaluaation tarkoitus on auttaa arvioitavan ohjelman toteuttajia tai arvioitavaan toimintaan osallistuvia arvioimaan itse toimintaansa toiminnan kehittämiseksi ja itsemääräämisen lisäämiseksi (Fetterman 1996a, 4).

Empowerment-evaluaatio on sisäistä arviointia, jossa arvioija toimii yhteistyössä toiminnassa mukana olevien kanssa valmentajan tai kriittisen ystävän roolissa. Tavoitteena ei ole toimijoista riippumaton arviointi vaan toimijoiden kykenevyyden lisääminen, valtauttaminen. Empowerment-arviointi ei ole yksilösuoritus vaan ryhmätoimintaa. Arvioija ei arvioi eikä voi arvioida ketään, vaan osallistujat arvioivat itse itseään arvioijan avustamina ja valmentamina. Arvioinnilla ei pyritä toiminnan ”arvon” määrittämiseen vaan arvioitavan toiminnan kehittämiseen. Lähtökohtana on sen tunnustaminen, että päämäärät, toimintatavat, arvot ja toimintaympäristö muuttuvat. Ottamalla arviointi toimijoiden omaksi toiminnaksi eli siirtymällä jatkuvaan itsearviointiin pystytään toiminnassa ottamaan huomioon muutokset ja vastaamaan niihin. Näin toimijat oppivat arvioimaan jatkuvasti edistymistään asettamiensa tavoitteiden saavuttamisessa sekä muuttamaan suunnitelmaansa ja strategioitaan tarvittaessa. Empowerment-evaluaatio ja ulkoinen arviointi eivät sulje toisiaan pois vaan ensin mainittu tuottaa hyvää aineistoa ulkoiselle arvioinnille. (Mt., 4-6).

Empowerment-arvioinnin juuret ovat yhteisöpsykologiassa (community psychology) ja toiminnan antropologiassa (action anthropology). Se on saanut vaikutteita myös arviointitutkimuksesta, jossa korostetaan toimijoiden osallisuutta. (Fetterman 1996a, 7). Ensimmäisesti valtauttava arviointi on Fettermanin oman kehittämistoiminnan tulosta 1990-luvun alusta lähtien. Hän on kouluttanut mallin käyttöön ja konsultoinut itsearviointista kiinnostuneita eri puolilla kotimaataan sekä ulkomailla, mm. Suomessa. (Mt; Haverinen 2002, 12). Fettermanin toiminta on hyvin demokraattista; hän tuo malliaan esiin varsin avoimesti, monipuolisesti ja ilmaiseksi muun muassa internetin kotisivuillaan (www.stanford...).

Empowerment-evaluaatioprosessi sisältää viisi elementtiä (facet), koulutuksen (training), avustamisen (facilitation), asianajon (advocacy), ”valaistumisen” tai valistumisen (illumination) ja vapautumisen (liberation) (Fetterman 1996a, 9-18). Ensinnäkin arvioijat opettavat arvioitavaa toimintaa toteuttaville ja siinä asiakkaina, päättäjinä, rahoittajana tai muissa rooleissa mukana oleville, kuinka he voivat itse arvioida toimintaansa ja tulla omavaraistemiksi arvi-

oinnin suhteen. Tarkoitus on karistaa mystifioivat käsitykset arvioinnista ja auttaa organisaitioita sisäistämään arvioinnin periaatteet ja käytännöt ja omaksumaan arviointi osaksi toiminnan suunnittelua ja kehittämistä. Koulutus ei rajoitu pelkästään alkuvaiheeseen vaan siihen palataan, kun tarvitaan uusia taitoja arvioinnin kehittyessä ja tarpeiden muuttuessa. Koulutus on osa jatkuvaa ja säännöllistä itsereflektointia.

Avustamisella tarkoitetaan sitä, että arvioijat toimivat empowerment-arvioinnissa ikään kuin valmentajina. He eivät itse arvioi toimintaa vaan avustavat toimijoita itse arvioimaan sitä. Arvioijotsijoiden tehtävä on ensisijaisesti varmistaa, että arviointi pysyy toimijoiden omissa käsissä. (Fetterman 1996a, 11-12). Fettermanin mukaan empowerment-arvioijalla on moraalinen velvollisuus toimia asianajajana, jos arvioinnin tulokset edellyttävät sitä. Näin on silloin, kun itsearviointin suorittanut ryhmä ei pysty yksin parantamaan tilannettaan. Silloin arvioija ottaa aktiivisen roolin muutoksen käynnistämiseksi tai tukemiseksi. Esimerkkeinä Fetterman mainitsee muun muassa asunnottomat ja koulupudokkaat. (Mt., 13). ”Valaistumisella” tai valistumisella tarkoitetaan itsearviointia toteuttavien henkilöiden ymmärryksen syvenemistä ja laajenemista evaluaatioprosessin edetessä. Valistumista voi tapahtua monella tasolla ja sen lopputuloksena voi olla vapautuminen. Vapautumisella Fetterman tarkoittaa vapautumista vanhoista kahlehtivista rooleista ja muista esteistä. Usein se sisältää itsen ja muiden uudelleen määrittämisen ja ymmärtämisen. Fettermanin mukaan oman elämän ottaminen omiin käsiin ja hyödyllisten itsearviointikeinojen löytäminen johtaa usein vapautumiseen perinteisistä rooleista ja odotuksista. (Mt., 15-17).

Fettermanin arviointimallissa oli alun perin neljä toteutusvaihetta tai askelmaa (steps) (Fetterman 1996a, 18-20), mutta sittemmin malli on tiivistynyt kolmeen vaiheeseen (Fetterman 2001, 23-34). Nämä kolme vaihetta ovat:

1. tehtävän, tavoitteen tai päämäärän määrittely
2. nykyisen tilanteen määrittely
3. tulevaisuuden suunnittelu.

Ensimmäinen vaiheessa toimijat määrittelevät keskeisimmän tehtävänsä (mission) tai toimintansa tavoitteen. Määrittely tapahtuu avoimessa istunnossa, johon osallistuvat mahdollisimman monet toimijat. Jos kyse on erillisestä projektista, istuntoon kutsutaan työntekijät sekä asiakkaiden, hallinnon, päättäjien, rahoittajien ja muiden oleellisten tahojen edustajat. Osanottajia pyydetään nimeämään käsitteet, jotka parhaiten kuvaavat heidän tehtävänsä tai tavoitettaan. Näin menetellään, vaikka toiminnalle tai projektille olisi jo olemassa kirjatut tavoitteet. Arvioija kirjaa käsitteet fläppitaululle. Sen jälkeen hän etsii osanottajista vapaaehtoisen, jonka tehtävä on muotoilla käsitteistä ehdotus toiminnan viralliseksi tavoitemääritelmäksi.

Ehdotus kirjataan paperille ja jaetaan osanottajille, jotka tekevät korjausehdotuksia. Tavoitteena on löytää konsensus eli tavoiteasettelu, jonka kanssa kaikki voivat elää. 100%:n hyväksyntää ei tarvita. Tavoiteasettelu edustaa ryhmän yhteisiä arvoja ja toimii nykytilan määrittelyn pohjana. (Fetterman 2001, 24).

Nykytilan määrittelyssä on kaksi osaa. Ensimmäisessä määritellään keskeisimmät toiminnot, jotka sisältyvät arvioitavaan projektiin tai toimenpiteet ja toimintatavat, jos kyse on pysyvämästä toiminnasta. 10-20 keskeistä aktiviteettia riittää. Nimeämisen jälkeen aktiviteetit asetetaan tärkeysjärjestykseen. Tavoite on löytää kymmenen kaikkien tärkeintä tai ajankohtaisinta toimintaa. Menetelmänä voidaan käyttää pisteytystä; jokaisella osanottajalla on käytettävissään esimerkiksi viisi pistettä, jotka hän voi antaa eri toiminnoille. Osanottajat voivat antaa kaikki pisteet yhdelle toiminnolle tai antaa yhden pisteen viidelle eri toiminnolle tai jotakin siltä väliltä. Näin saadaan lista, jossa on kymmenen toimintaa, jotka on ajankohtaista ottaa arvioinnin kohteeksi tällä kertaa. Tästä alkaa nykytilan määrittelyn toinen osa. Osanottajia pyydetään arvioimaan asteikolla 1-10, kuinka hyvin he tällä hetkellä suoriutuvat edellä määrittelyistä 10 keskeisimmästä toiminnosta. Arviointi tehdään aluksi yksilöllisesti paperille, jonka jälkeen jokainen osanottaja käy kirjaamassa antamansa arvosanat eli numerot fläppitaululle. Jokainen osanottaja merkitsee omat arvosanansa samaan (kaikki arvosanat esimerkiksi 1.) sarakkeeseen. Näin on helpompi erottaa yksilölliset erot asteikon käytössä. Toinen on ankarampi ja toinen löysempi arvostelussaan. Tämän jälkeen numerot lasketaan toimintokohtaisesti yhteen riveittäin ja kullekin toiminnolle lasketaan keski-arvo. Arvioinnin julkisuus on osa empowerment-arvioinnin sosialisatioprosessia. Tarkoitus on, että osanottajat tietävät toistensa mielipiteet ja voivat ottaa ne huomioon (sen jälkeen, kun yksilölliset arvioinnit on julkaistettu fläppitaulumerkinnöillä). Tällä pyritään avaamaan keskustelua ja rohkaisemaan avoimeen mielipiteen ilmaisuun. (Fetterman 2001, 24-26).

Dialogi on empowerment-arvioinnin tärkein ominaisuus. Arvioijan tehtävä on edistää keskustelua yksilöllisistä arvioinneista. Osanottajia pyydetään perustelemaan antamansa arvosanat ja kuvaamaan arviointiperustansa. Fetterman käyttää tässä yhteydessä käsitteitä evidenssi ja dokumentaatio, jotka tukevat väitettä (eli arviota). Arvioija pyytää sekä myönteisiä että kielteisiä perusteluja. Arvosanaa kolme voi perustella sekä huonoudella (verrattuna esimerkiksi arvosanan viisi edellyttämiin seikkoihin) että hyvyydellä (verrattuna ykköseen). Tärkeää on löytää myös myönteisiä seikkoja, koska arvioinnin seuraava eli kolmas vaihe perustuu vahvuuksiin. Keskustelun kuluessa osanottajien on mahdollista muuttaa arviointiaan eli antamiin numeroita sen perusteella, mitä toiset tuovat esille. Nykytilan määrittelyn tärkein asia ei ole se, minkä arvosanan toiminnot saavat, vaan tulevien arviointien perustan luominen. Lisäksi se kiinnittää osanottajien huomion siihen, kuinka tärkeää toimintaa on dokumentoida ja kerätä tietoa arvioinnin pohjaksi. Keskustelua arviointiperusteista voidaan sopia jatkettavan

pienemmässä alaryhmässä, joka tuo lopullisen nykytilan arvion sekä lyhyet selitykset arviointiperusteista mukanaan seuraavaan isompaan sessioon. Tarkoitus on näin edesauttaa sitä, että ryhmässä syntyy keskustelujen avulla yhteisiä tulkintoja. (Fetterman 2001, 28-30).

Empowerment-evaluaation kolmas vaihe on tulevaisuuden suunnittelu. Arvioija kysyy, mihin suuntaan osanottajat haluavat tulevaisuudessa toimintansa kehittyvän. Tulevaisuuden suunnittelun pohjana käytetään nykytilan määrittelyssä syntynyttä arviota. Miten osanottajat haluavat muuttaa toimintoja, jotka sujuvat hyvin? Entä niitä, jotka sujuvat huonommin? Tavoitteet samoin kuin strategia tai keinot tavoitteen saavuttamiseksi asetetaan toimintokohtaisesti. Lisäksi arvioija pyytää osanottajia määrittelemään kriteerejä, joista edistymisen voi havaita ja joilla sitä voi mitata. Tavoitteet on tärkeää asettaa yhteistyössä esimiesten ja asiakkaiden kanssa, jotta ne olisivat realistisia ja tarkoituksenmukaisia. Jotta ei mentäisi liialliseen realismiin ja hävitettäisi kaikkea luovuutta, käytetään menetelmänä usein aivoriihettä. Aivoriihessä syntyneet ideat arvioidaan kriittisesti ryhmässä ja tehdään konsensussopimus. Näin menetellään sekä tavoitteiden että strategioiden osalta. Lopuksi keskustellaan ja sovitaan siitä, mitä tietoa kerätään edistymisen arvioinnin määrittämiseksi. Dokumentaation tulee olla luotettavaa ja täsmällistä. (Fetterman 2001, 30-34).

Fettermanin (mt., 41-42) mukaan empowerment-evaluaation viittä ominaisuutta (facet) ja kolmea vaihetta (steps) voidaan käyttää meta-arvioinnin kriteereinä. Arvioitavan toiminnan toteuttajat ja heitä avustavat arvioijat voivat niiden avulla kiinnittää huomiota itsearviointin kehittymisen kriittisiin kohtiin. Mallin viisi ominaisuutta voidaan tulkita myös itsearviointitoiminnan eri kehitysvaiheiksi alkaen koulutusvaiheesta ja päättyen avustamisen, asianajon ja valaistumisen kautta vapautumiseen eli itsearviointin omavaraiseen hallintaan ja itsenäiseen käyttöön.

Liite 4. Jatkokyselylomake

Antikainen-Juntunen, Eija
 SOSIAALITYÖNTEKIJÄN ROOLI PSYYKKISEN TYÖKYVYN ARVIOINNISSA

JATKOKYSELY Vastaaja: _____

1. Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaalityöntekijänä? _____ vuotta
2. Kuinka kauan olet ollut töissä sosiaalityöntekijänä mielenterveystoimistossa ja/tai jossakin psykiatrian yksikössä terveydenhuollossa yhteensä? _____ vuotta
3. Kuinka kauan olit syyskuussa 2004 työskennellyt siinä toimipisteessä, jossa silloin työskentelit?
 _____ vuotta
4. Työskenteletkö vielä samassa toimipisteessä kuin syksyllä 2004?
 Kyllä _____ Ei _____

Ne, jotka eivät enää työskentele samassa toimipisteessä kuin syksyllä 2004, vastaavat jatkossa kysymyksiin 6, 7, 8, 11, 12 ja 14 ajatellen syksyistä toimipaikkaansa ja työtään. Kysymykseen 10 he vastaavat vain a-kohdan osalta. Muut kysymykset ovat riippumattomia toimipisteestä.

5. Mikä on koulutuksesi (ammattillinen peruskoulutus, lisä- ja erikoistumiskoulutukset, esim. terapiakoulutukset, terveydenhuollon sosiaalityön erikoistumiskoulutus tms. sekä niiden suorittamisvuosi)?

6. Kuvaile työorientaatiotasi muutamalla sanalla tai lauseella.

7. Minkälaiseksi työtehtäväksi koet työkyvyn arvioinnin, kun suhteutat sitä työsi kokonaisuuteen? Kuvaile työkyvyn arviota työtehtävänä muutamalla sanalla tai lauseella.

8. Miten niissä moniammatillisissa työryhmissä, joihin kuulut, yleisesti suhtaudutaan työkyvyn arviointiin työtehtävänä? Onko eri ammattiryhmien suhtautumisessa eroja? Kuvaile muutamalla sanalla tai lauseella.

9. Mikä oli viime syksyisten työkyvyn arviointiin liittyneiden ryhmäkeskustelujen anti sinulle henkilökohtaisesti?

10. Onko syksyisten keskustelujen jälkeen työkyvyn arviointiin liittyen tapahtunut muutoksia, joiden voi katsoa jotenkin olevan yhteydessä keskusteluihin

a) omassa työskentelyssäsi tai työtavoissasi? Kyllä ____ Ei ____
Jos vastasit kyllä, kerro muutoksista muutamalla sanalla tai lauseella.

b) työyksikön tai tiimin toimintatavoissa? Kyllä ____ Ei ____
Jos vastasit kyllä, kerro muutoksista muutamalla sanalla tai lauseella.

c) sosiaalityön yhteisesti sovituisissa työkäytännöissä? Kyllä ____ Ei ____
Jos vastasit kyllä, kerro muutoksista muutamalla sanalla tai lauseella.

11. Pitäisikö työkyvyn arviointia mielestäsi jotenkin *yleisesti* (= koko moniammatillista työyksikköä/tiimiä koskien) kehittää työyksikössäsi? Merkitse oikea vastausvaihtoehto X:llä.

Kyllä ____ Ei ____

Jos vastasit kyllä, luonnehdi *yleistä* kehittämistarvetta muutamalla lauseella.

12. Miten *sosiaalityön osuutta* työkyvyn arvioinnissa tulisi omassa työyksikössäsi kehittää?

13. Mikä on mielestäsi a) riittävä näyttö tai todistusaineisto sosiaalityön työpanoksen laadukkuudesta työkykyä arvioitaessa?

b) Millä tavalla tätä näyttöä tai todistusaineistoa on mahdollista saada?

14. Onko sosiaalityöntekijöillä mielestäsi tarvetta *keskenään* kehittää sosiaalityön osuutta työkyvyn arvioinnissa? Merkitse oikea vastausvaihtoehto X:llä.

Kyllä _____ Ei _____

Jos vastasit kyllä, kerro, mikä voisi olla ensimmäinen (tai jos kehittäminen on jo alkanut, seuraava) askel.

15. Kuvaile muutamalla sanalla tai lauseella sitä, miten kehittäisit sosiaalityön kirjaamista työkyvyn arviointiin liittyen.

16. Muuta palautetta

KIITOS!

Tiedustelut: Puhelimitse xx-xxx xxxx (= kotinumero; olen nyt opintovapaalla) tai sähköpostitse.

Palautus: 31.03.05 mennessä
Tämän kyselyn voi palauttaa sähköisesti osoitteella: eija.antikainen-juntunen@mail.htk.fi tai tulostamalla lomakkeen paperille ja lähettämällä vastaukset postitse:
Eija Antikainen-Juntunen
XXX YYY ZZZ

Liite 5. "Myyntikirje" (lähetetty 03.06.04 kaupungin X ja 03.09.04 hieman muutettuna kaupungin Y sosiaalityöntekijöille)

Hyvä kollega!

Olen ottanut jo aiemmin keväällä yhteyttä esimieheenne A.B opintoihin liittyvällä yhteistyöpyynnöllä. Toivon löytäväni muutamia psykiatriassa työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä, jotka kokevat tärkeäksi ja/tai ajankohtaiseksi pohtia sosiaalityön osuutta psyykkisen työkyvyn arvioinnissa ja haluavat kehittää sitä. Tavattuamme A:n kanssa viime viikolla kuulin, että teillä mielenterveystoimiston A, A ja Ö sosiaalityöntekijöillä on keskinäinen ammatillinen vertaistukiryhmä. Sovimme A:n kanssa, että lähestyn teitä vertaistukiryhmäläisiä tällä sähköpostikirjeellä.

Suoritan sosiaalityön ammatillista lisensiaatintutkintoa Tampereen yliopistossa. Ammatilliset lisensiaatintutkinnot ovat uusia tutkintoja; ensimmäiset sosiaalityön ammatilliset lisensiaatintutkimukset ovat valmistuneet viimeisen puolen vuoden aikana. Koulutuksen tarkoitus on lähentää käytäntöä ja tutkimusta. Lisensiaatinkoulutus toteutetaan sosiaalityön valtakunnallisessa yhteistyöverkostossa (SOSNET), johon kuuluvat kaikki maamme kuusi yliopistoa, jossa on mahdollista opiskella sosiaalityötä pääaineena. Erikoisaloja on toistaiseksi neljä, lasten ja nuorten sosiaalityö, marginaalisosiaalityö, kuntouttava sosiaalityö ja yhteisösosiaalityö. Itse opiskelen kuntouttavan sosiaalityön erikoisalalla. Koulutus tällä erikoisalalla alkoi vuonna 2001, ja tavoitteena on suorittaa tutkinto työn ohessa opiskellen neljässä vuodessa eli tämän vuoden loppuun mennessä. Koulutuksen laajuus on 180 opintoviikkoa. Koulutus koostuu neljästä vuosittaisesta lähiopetusjaksosta, etätehtävistä sekä sosiaalityön käytännön kehittämistarpeita palvelevasta ammatillis-tieteellisestä tutkimuksesta. Omat opintosuoritukseni alkavat olla koossa lisensiaatintutkimusta ja tämän syksyn kahta lähiopetusjaksoa lukuun ottamatta.

Yhteistyöpyyntöni liittyy lisensiaatintutkimukseeni, jonka aihe on sosiaalityöntekijän rooli psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. Kyseessä on käytäntöpohjainen arviointitutkimus, jonka aineistona ovat sosiaalityöntekijöiden omat kokemukset ja käsitykset roolistaan. Tutkimus toteutetaan David M. Fettermanin empowerment-arviointimenetelmän avulla. Taidan olla ensimmäinen, joka käyttää tätä menetelmää sosiaalityön tutkimuksessa. Menetelmän tavoite on kehittää sosiaalityön itsearviointia. Yhteistyökumppaneiksi tulevilta sosiaalityöntekijöiltä menetelmä vaatii osallistumista kolmeen 1,5-2 h kestävään ryhmätilanteeseen, joissa keskustellaan sosiaalityöntekijän roolista psyykkisen työkyvyn arvioinnissa. Minä vedän tilaisuudet ja kokoan niissä käydyn keskustelun. Koonta muodostaa tutkimukseni aineiston. Mikäli olette kiinnostuneita osallistumaan aineiston analyysiin (esimerkiksi antamaan välipalautetta analyysistäni), se on mahdollista, jos niin erikseen sovitaan. Fettermanin menetelmän soveltaminen ei edellytä osallistujalähtöistä analyysiä enkä minäkään sitä teille varsinaisesti ehdota. Tutkimukseni lähtökohtiin sellainen yhteistyö kyllä sopisi hyvin.

Tutkimuksen tulokset julkaistaan kirjallisena tutkimusraporttina. Tutkimusta ohjaavat professori VTT Kyösti Raunio Tampereen yliopistosta ja professori (SOSNET) YTT Jari Heinonen Jyväskylän yliopistosta. Tutkimukselle asetetaan sen valmistuttua kaksi tarkastajaa, joiden arvio tutkimuksesta käydään läpi väitöstilaisuutta muistuttavassa tilaisuudessa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet yhteistyökumppanit ovat tämän tilaisuuden itseoikeutettuja osallistujia. Luonnollisesti he saavat myös tutkimusraportin itselleen. Käyttöönne jäävät myös keskustelujen välikoonnat, jos haluatte.

Toivon, että aiheeni kiinnostaa teitä. Pyrkimyksenä on tehdä yhteistyössä käytännön sosiaalityöntekijöiden kanssa sellainen tutkimus, josta voisi olla höytyä sosiaalityön tiedonmuodotukselle, itseymmärrykselle ja kehittämiselle.

Terv. Eija Antikainen-Juntunen

Liite 5 (jatkuu). "Myyntikirjeeseen" liittyvä johdatus empowerment-arviointimenetelmään, joka lähetettiin kaupungin X sosiaalityöntekijöille keskustelujen aikataulun varmistuttua elokuussa 2004 ja kaupungin Y sosiaalityöntekijöille "myyntikirjeen" liitteenä 03.09.04)

SOSIAALITYÖN OSUUS PSYKKISEN TYÖKYVYN ARVIOINNISSA

04.08.04

Johdatus Eija Antikainen-Juntusen käyttämään empowerment-arviointimenetelmään

Itsearviointi Empowerment-arviointimenetelmä on professori David M. Fettermanin kehittämä (Fetterman 1996; Fetterman ym. 1996; Fetterman 2001; Fetterman ja Wandersman (eds.) 2004). Se on itsearviointimenetelmä, joka on tarkoitettu työn kehittämisen välineeksi. Tässä tutkimuksessa menetelmää käytetään aineiston keruuseen.

Tutkimus sitoutuu empowerment-tyyppiseen sosiaalityöhön. Empowerment ("valtautuminen") ymmärretään tutkimuksessa prosessiksi, jossa ihmiset voivat parantaa oman elämänsä hallintaa ja kontrollia. Sen käsitetään koskevan kaikkia toimijoita; esimerkiksi ammattilaiset ja asiakkaat eivät tässä suhteessa eroa toisistaan.

Kolme vaihetta Empowerment-arvioinnissa on kolme vaihetta:

1. tavoitteen määrittely
2. nykytilanteen määrittely
3. tulevaisuuden suunnittelu

Tavoite Mikä on sosiaalityön tavoite, kun sosiaalityöntekijä tekee omaa osuuttaan työkykyasiakkaan kanssa? Millä käsitteillä tavoitetta voi parhaiten kuvata? Minkälaisia arvoja haluatte sen edustavan?

Tavoitetta määriteltäessä tarkoitus on löytää konsensus eli tavoiteasettelu, jonka kanssa te kaikki tulette toimeen. Täyttä yksimielisyyttä ei tavoitella. Avoin keskustelu tavoitteen taustalla olevista arvoista on tärkeä.

Esimerkki tavoitteenmäärittelystä (Fetterman 2001, 44, vapaasti lyhentäen suomennettu):

Lastensairaalan projekti perhekeskeisyyden lisäämiseksi:

Tavoitteemme on edistää kulttuurista muutosta koko sairaalassa luomalla dynaamisia liittolaissuhteita perheiden ja ammattilaisten välille. Pyrimme sisäistämään moniulotteisen terveystieteiden ja edesauttamaan uudenlaisen perhekeskeisen hoitokäsityksen omaksumista. Vähennämme sairaalahoitoon liittyvää traumatisoitumista, tuemme perhesuhteita ja sisällytämme vanhempien esiintuomia näkökulmia sairaalan toimintakäytäntöihin ottamalla vanhemmat mukaan neuvotteluihin ja tuottamalla sairaalahoitoa, joka on

joustavaa ja ottaa huomioon perheiden tarpeet. Sitoudumme tukemaan ja kouluttamaan henkilökuntaa yhtenäisen perhekeskeisen hoitokäytännön omaksumiseksi.

Visionamme on, että perhekeskeinen hoito kehittyy sairaalassa ajan myötä vanhempien, työntekijöiden ja sairaalan hallinnon yhteisen ponnistelujen kautta. Toimijat luovat yhdessä ympäristön, joka tukee käynnissä olevaa muutosprosessia, tarjoaa mahdollisuuksia oppimiseen ja edistää luovien hoitokäytäntöjen syntymistä kaikilla terveydenhuollon tasoilla.

Nykytila

Kolme osiota:

1. Mitkä ovat sosiaalityön ydintehtävät tai keskeisimmät tehtävät psyykkisen työkyvyn arvioinnissa? Mikä on tehtävien yhteys aiemmin määrittelmääne tavoitteeseen?
2. Mitkä ydintehtävistä ovat juuri nyt tärkeimmät teidän organisaatiossanne?
3. Miten selviydytte keskeisimmistä tehtävistänne, jotka koskevat psyykkisen työkyvyn arviointia? Millä osoitatte suoriutumisenne tason?

Tulevaisuus

Kolme osiota:

1. Mitä kehittämistavoitteita olette valmiit asettamaan itsellenne koskien sosiaalityön osuutta psyykkisen työkyvyn arvioinnissa?
2. Millä keinoin olette valmiit kehittämään itseänne ja toimintaanne tavoitteiden suuntaan?
3. Mitä tietoa aiotte kerätä edistymisenne arvioimiseksi?

Lähteet

Fetterman, David M. (1996), Empowerment Evaluation: An Introduction to Theory and Praticce. In Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. & Wandersman Abraham (editors), Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 3-46.

Fetterman, David M. (2001), Foundations of Empowerment Evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications.

Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. & Wandersman Abraham (editors) (1996), Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Fetterman, David & Wandersman, Abraham (eds.) (2004) Empowerment Evaluation. Principles in Practice. New York: Guildford Publications.

Lisätietoa

David M. Fettermanin kotisivun osoite on: <http://www.stanford.edu/> davidf

Liite 6. Taulukko sosiaalityön ydintehtävistä kaupunkikohtaisesti luokiteltuna

Taulukko. Sosiaalityön ydintehtävät psyykkisessä työkyvyn arvioinnissa terveystieteiden työkäytäntöjen perusteella luokiteltuna

1. Selvitys- ja kartoitustehtävät

Kaupunki X

*Työ- ja koulutushistorian kerääminen**Sosiaaliturvan kartoitus*

Sairaushistorian koonta (työssä selviyt:n kannalta)

Nykyisen elämäntilanteen kartoitus

Aikaisempien kuntoutusyritysten koonta

Elämäntilanteen läpikäynti

Kaupunki Y

*Työ- ja koulutushistorian koonti**Sosiaaliturvan kartoitus*

Toimintakyvyn ja avun tarpeen kartoitus

Elämäntilanteen huomioon ottaminen

Taloudellisen tilanteen selvittäminen

Lähiverkoston (läheisten näkemysten) h. ottam.

2. Asiakassuhdetta korostavat tehtävät

*Tiedon antaminen potilaalle**Potilaan voimavarojen kokoaminen*

Potilaan odotusten ja toiveiden kartoitus

Potilaan avustaminen hakemusten täytössä (tarv.)

*Tiedon jakaminen pot:lle palv:ista/etuuksista**Voimavaraistumisen tukeminen*

Hyvän vuorovaikutuksen luominen potilaan kanssa

3. Sosiaalityöntekijä aktiivisen toimijan roolissa

*Sosiaalisen verkoston kartoitus ja "mobilisointi"**Nyk. kuntoutusmahd:ien kartoitus ja käyttöönotto*

Asioihin tarttuminen (pot.koht:sti) arv.pros:in aikana

*Viranomaisverkoston koonta ja yht.pito verkostoon**Kuntoutusmahdollisuuksien arviointi*

Realististen vaihtoehtojen esittäminen

Potilaan asianajajana toiminen

Sosiaalityöntekijän lausunto

4. Tiimityöhön liittyvät tehtävät

Tiimin ajan tasalla pitäminen

Kysymysten esittäminen/asioiden esiin tuonti tiimissä

Sosiaalityön opettaminen tiimin uusille jäsenille

Tiedon jakaminen tiimille palv:ista/etuuksista

Yhteistyö tiimin kanssa

Yht. 16 ydintehtävää

Yhteensä 15 (16) ydintehtävää

Lite 7. Sosiaalityön seuranta- ja tilastointilomake työkyvyn arviointiin liittyvässä työssä

Sosiaalityöntekijä _____ työkyvyn arviointiin liittyvät tehtävät vuonna _____

Asiakas	Selvitystehtävät sosiaalityö	työ- ja koul.hist. kunt.mahd.t	Asiakaskohtaiset tehtävät verkosto	voimavarat	Tiimiin liittyvät tehtävät tiimikäsittely verkostopalaveri	Asianajo ulosp.
Matti Meikäläinen	x	x	x	x	x	
Heikki Heikäläinen	x					
Maija Myöhänen	x	x			x	
Raija Hiljanen	x	x				x
Kati Kirjonen	x				x	
...						
...						
...						
...						
Yhteensä	5	3	1	1	3	1

Muut tehtävät	Tiimin informointi x x x x	Uusien työntekijöiden perehdytti x	Oman tietämyksen ylläpito x x