

PSYKIATRIAN POLIKLINIKAN SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN TEKEMÄ HOITOSUHDETYÖ

Kategoriat hoitosuhdetyötä jäsentämässä

Anna Mikkola
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Sosiaalityön pro gradu –tutkielma
Marraskuu 2012

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

MIKKOLA, ANNA: Psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden tekemä hoitosuhdetyö –
kategoriat hoitosuhdetyötä jäsentämässä
Pro gradu –tutkielma, 99 sivua, 1 liitesivu
Sosiaalityö
Ohjaajat: Irene Roivainen ja Arja Jokinen
Marraskuu 2012

Tässä pro gradu –tutkielmassa olen tutkinut sosiaalityöntekijöiden tekemää hoitosuhdetyötä psykiatrian poliklinikalla. Psykiatrian poliklinikka on osa mielenterveyspalveluja, ja se sijoittuu psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluihin. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut syventää ymmärrystä sosiaalityöntekijöiden tekemän terapeutin työn luonteesta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tutkimus tuo arvokasta lisäymmärrystä sosiaalityöstä mielenterveyspalveluiden kontekstissa, koska sosiaalityöntekijöiden tekemää hoitosuhdetyötä psykiatrian poliklinikalla ei ole tutkittu Suomessa aikaisemmin.

Tutkimukseni on laadullinen, ja se on ollut kaksiosainen. Tutkimustehtävää olen selvittänyt empirian avulla, sosiaalityöntekijöiden puheen ja omien jäsenysten kautta. Kandidaatintutkielmaani varten keräsin aineiston haastattelemalla neljää psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijää teemahaastattelun keinoin. Kandidaatintutkielmassani tutkin sosiaalityöntekijöiden tekemää työtä psykiatrian poliklinikalla. Tätä tutkielmaa varten olen haastatellut neljää sosiaalityöntekijää, joista kolmea olin haastatellut aikaisemmin. Aineiston olen kerännyt syksyn 2009 ja syksyn 2010 välisenä aikana.

Tutkimukseni aineistoa olen lähestynyt konstruktionistisesta näkökulmasta. Tutkimuksessani analyysimetodi on keskeisessä osassa. Olen analysoinut kandidaatintutkielmaa ja tätä tutkielmaa varten keräämäni aineistot Harvey Sacksin kehittämillä jäsenkategoria-analyysillä. Analyysimetodin ohjaamana olen pyrkinyt tuottamaan vastauksen siihen, miten sosiaalityöntekijät kategorisoivat itseään ja tekemäänsä hoitosuhdetyötä psykiatrian poliklinikalla.

Aineiston analyysin tuloksena sain kahdeksan kategoriaa, joihin sosiaalityöntekijät sijoittuvat tehdessään psykiatrian poliklinikan hoitosuhdetyötä. Kategoriat ovat: 1) kokonaistilanteen kartoittaja ja potilaan havahduttaja, 2) ratkaisujen etsijä, vaikuttaja ja tukija, 3) terapeutin hoitosuhdetyöntekijä, 4) keskustelija ja kysyjä, 5) opettaja ja ohjaaja, 6) tunteiden tuoja ja oma persoonansa, 7) sosiaalityön asiantuntija ja neuvoja sosiaaliturva-asioissa ja 8) moniammatillisen tiimin jäsen potilaan hoidossa.

Tutkielman tuloksena syntyneet kategoriat mukailivat hoitosuhdetyön ja psykososiaalisen työn teoreettisia sisältöjä. Psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden tekemä hoitosuhdetyö sisältää lisäksi paljon samoja piirteitä, tehtäviä ja tavoitteita, kuin sosiaalityön työntekijä-asiakassuhteet yleensä. Sosiaalityöntekijän erityisosaamista psykiatrian poliklinikalla on kokonaisvaltaisen, yhteiskunnallisen näkemyksen hahmottaminen potilaan elämästä, mikä näkyy myös sosiaalityöntekijän tekemässä hoitosuhdetyössä.

Avainsanat: sosiaalityö, mielenterveyspalvelut, mielenterveystyö, psykiatrian poliklinikka, hoitosuhdetyö, jäsenkategoria-analyysi, kategoria-analyysi

ABSTRACT

University of Tampere
School of Social Sciences and Humanities

MIKKOLA, ANNA: Therapeutic work performed by social workers in psychiatric dispensary outpatient clinics – categories structuring the therapeutic care work
Master's Thesis, 99 pages, 1 appendix page
Social Work
Supervisors: Irene Roivainen and Arja Jokinen
November 2012

In this Master's Thesis I have researched therapeutic care work performed by social workers in psychiatric dispensary outpatient clinics. Psychiatric clinics are a part of the mental health care system and they are positioned in special health care and treatment of outpatients. The aim of my research is to deepen the understanding of the characteristics of the therapeutic work performed by social workers in psychiatric special health care. This research brings valuable understanding about social work in the context of the mental health care system because therapeutic care work performed by social workers in psychiatric clinics has not been researched in Finland before.

This research is qualitative and it has been conducted in two parts. I have tried to solve the research problem with empiric research through the interview accounts of the social workers. For my Bachelor's Thesis I collected the data by interviewing four social workers working in psychiatric clinics by using theme interviews. In my Bachelor's Thesis I researched social workers' work and tasks in psychiatric clinics. For this thesis I interviewed four social workers, three of whom I had interviewed before. I have collected the data between the period of autumn 2009 and autumn 2010.

I have approached the data from a social constructionist point of view. The analysis method is in centre stage in my research. I have analyzed both the data I collected for my Bachelor's thesis and the data I collected for this thesis with membership categorization analysis developed by Harvey Sacks. With the guidance of the analysis method I have tried to give an answer to how social workers categorize themselves and the therapeutic care work they perform in psychiatric clinics.

As a result of the analysis I got eight categories where social workers are positioned when performing therapeutic care work in psychiatric clinic. The categories were: 1) mapping the whole picture and awakening the patient, 2) finding solutions, influencing and supporting, 3) therapeutic care working, 4) discussing and asking, 5) teaching and guiding, 6) bringing emotions and being one's own personality, 7) being an expert of social work and counseling in social security matters and 8) being a member of a multiprofessional team.

The categories I got as a result of the analysis are consistent with the theoretic contents of therapeutic care work and psychosocial work. In addition, the therapeutic care work performed by social workers in psychiatric clinic includes same features, missions and goals as the social worker-client relationships in general. Social work expertise in psychiatric clinics is having a complete, social and societal view of the patients' lives, which is also present in therapeutic care work performed by social workers.

Keywords: social work, mental health care system, mental health work, psychiatric dispensary outpatient clinic, therapeutic care work, membership categorization analysis, categorization analysis

Sisällysluettelo:

1 JOHDANTO	1
2 SOSIAALITYÖN LÄHTÖKOHTIA MIELENTERVEYDENHUOLLOSSA	3
2.1 Mielenterveyspalvelujen järjestelmä Suomessa – historiasta nykypäivään.....	3
2.2 Sosiaalityö mielenterveystyössä ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa	8
2.3 Moniammatillisuus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa	13
3 HOITOTIEDE TAUSTANA PSYKIATRIAN POLIKLINIKAN SOSIAALITYÖLLE	17
3.1 Auttamis- ja hoitotyötä ohjaavat arvot ja etiikka.....	18
3.2 Hoidollinen vuorovaikutussuhde – hoitosuhdetyöskentely	20
3.3 Psykososiaalinen työ	31
3.4 Tutkimuksia psykiatrisesta hoitotyöstä	34
4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN	40
4.1 Tutkimustehtävä	40
4.2 Konstruktionismi tutkimuksen näkökulmana	41
4.3 Analyysimetodina jäsenkategoria-analyysi	43
4.4 Sosiaalityöntekijöiden haastattelut aineistona	51
4.5 Tutkimuksen eettiset näkökulmat	53
4.6 Analyysin tekeminen.....	55
5 SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN TEKEMÄÄ HOITOSUHDETYÖTÄ JÄSENTÄVÄT KATEGORIAT	58
5.1 Kokonaistilanteen kartoittaja ja potilaan havahduttaja.....	58
5.2 Ratkaisujen etsijä, vaikuttaja ja tukija.....	61
5.3 Terapeuttinen hoitosuhdetyöntekijä	64
5.4 Keskustelija ja kysyjä	70
5.5 Opettaja ja ohjaaja	73
5.6 Tunteiden tuoja ja oma persoonansa	75
5.7 Sosiaalityön asiantuntija ja neuvoja sosiaaliturva-asioissa.....	79
5.8 Moniammatillisen tiimin jäsen potilaan hoidossa.....	84
6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	87
6.1 Yhteenveto sosiaalityöntekijöiden tekemän hoitosuhdetyön kategorioista	87
6.2 Sosiaalityön asiantuntijuus hoitosuhdetyössä	91
LÄHTEET	96
LIITE	

1 JOHDANTO

Tiedotusvälineissä puhutaan toistuvasti siitä, kuinka mielenterveysongelmat Suomessa ovat jatkuvasti kasvussa. Vakavat mielenterveyshäiriöt ja psyykkiset sairaudet ovat suurimpia kansantautejamme. 1990-luvun alussa on tehty tutkimuksia ja kartoituksia, joiden mukaan noin neljäosalla ihmisistä on diagnosoitavissa jonkinasteinen mielialahäiriö tai sairaus. Näistä 10–20 % tarvitsee erikoisterveydenhuollon palveluita – sairaalassa tai avohoidossa. 1980-luvun alusta 2000-luvulle tultaessa psykiatrisia hoitopaikkoja oli vähennetty noin 50 %. Myös avohuollon palveluita on supistettu eikä niitä ole pystytty kehittämään niin, että kasvaneeseen tarpeeseen voitaisiin vastata. (Punkanen 2001, 21.)

Apua mielenterveysongelmiin ei välttämättä saa välittömästi, kun sitä tarvitsisi. Psykiatrian poliklinikoiden palveluihin voi joutua jonottamaan pitkiäkin aikoja. Ongelmat saattavat odottaessa monimutkaistua ja kärjistyä pahemmiksi, kuin ne ovat hetkellä, jolloin ihminen päättää kääntyä ammattiauttajien puoleen. Tämän vuoksi näen psykiatrisen poliklinikan ja sen tarjoamien palvelujen yhteiskunnan ja myös sosiaalityön kannalta tärkeänä tutkimuskohteena.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkin sosiaalityöntekijöiden tekemää hoitosuhdetyötä erikoissairaanhoidossa, psykiatrian poliklinikalla. Tutkimukseni avulla haluan avata sosiaalityöntekijöiden työn terapeuttisempaa osuutta. Psykiatrian poliklinikalla sosiaalityöntekijän tehtävänä on auttaa asiakkaita arkielämän sosiaalisessa selviytymisessä. Sosiaalityöntekijän työ poliklinikalla on laaja-alaista eikä se tavallisesti ole niin selkeästi rajautunut kuin lääkäreillä, sairaanhoitajilla ja psykologeilla. Perehdyin kandidaatintutkielmaa tehdessäni psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän työhön. Haastatteleamalla sosiaalityöntekijöitä sain laajan käsityksen siitä, mitä sosiaalityöntekijän tehtäväkenttä psykiatrian poliklinikan sosiaalityössä käsittää. Sosiaalityöntekijät osallistuvat poliklinikoilla myös hoitosuhdetyöhön. He ottavat vastaan potilaita ja toimivat ikään kuin omahoitajina näille potilaille. Hoitosuhdetyössä sosiaalityöntekijä toimii myös ohjatessaan ryhmiä. Moniammatillisen tiimityöskentelyn kautta sosiaalityöntekijä osallistuu kaikkien potilaiden hoitoon. Näin ollen sosiaalityöntekijän ja potilaiden välille syntyy vuorovaikutuksellinen hoitosuhde.

Psykiatrian poliklinikan valitsin tutkimuskohteekseni oman kokemukseni viitoittamana. Olen ollut työssä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa aikuisten akuuttipsykiatrian osastoilla. Siinä työssä

koin sosiaalityön painottuvan sosiaaliturvaan sekä jatkohoito- ja kuntoutuspaikkojen järjestelyyn. Kaipaamani ihmissuhdetyö ja terapeuttisempi ihmisen kohtaaminen jäi vähemmälle. Psykiatrian poliklinikalla sosiaalityöntekijät sen sijaan osallistuvat potilaiden hoitoon myös hoitosuhdetyön näkökulmasta.

Hoitosuhdetyö ei ole sosiaalityötä sanan varsinaisessa merkityksessä. Tämän vuoksi tutkimukseni sivuaa hoitotiedettä. Tarkoitukseni on luoda ymmärrystä sosiaalityöntekijöiden toteuttamasta hoitosuhdetyöstä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa heidän oman kertomansa kautta. Tarkoitukseni oli saada ymmärrystä myös siitä, vaikuttaako sosiaalityön ammatillinen viitekehys heidän tekemässään hoitosuhdetyössä. Lähestyin tutkimusongelmaani sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta. Tutkin sosiaalityöntekijöiden omaa puhetta ja heidän selontekojaan tekemästään hoitosuhdetyöstä. Tutkimuskysymykseen pyrin saamaan vastauksen empirian avulla. Aineistonkeruumenetelmänäni oli sosiaalityöntekijöiden teemahaastattelu. Analysoin empiiristä aineistoa, sosiaalityöntekijöiden haastatteluselontekoja, kategoria-analyysimenetelmällä. Metodini avulla tutkin sitä, millaisia kategorioita ja miten sosiaalityöntekijät puheellaan rakentavat itsestään ja potilaistaan. Kategoria-analyysin valitsin metodiksi, koska sen avulla pääsee tarkastelemaan kategorioiden sisältämää kulttuurista järjestystä ja moraalista ulottuvuutta. Se ei metodina vaadi luonnollista puhetilannetta, vaan sopii myös teksti- ja haastatteluaineistojen tutkimiseen.

Tutkimuksessani esittelen ensin sosiaalityön lähtökohtia mielenterveydenhuollossa. Kerron lyhyesti mielenterveyshuollon historiasta ja tarkemmin mielenterveyspalveluista Suomessa nykypäivänä. Siitä etenen kuvaamaan sosiaalityötä psykiatrisen terveydenhuollon toimintaympäristössä; kuvaan sosiaalityötä mielenterveydenhuollossa, psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja psykiatrian poliklinikalla. Tämän jälkeen esittelen laajasti hoitosuhdetyötä ja hoitosuhdetyön prosessia. Esittelen lisäksi psykososiaalisen työn käsitteen, joka toimii yläkäsitteenä sosiaalityölle ja sosiaalityöntekijöiden toteuttamalle hoitosuhdetyölle psykiatrian poliklinikalla. Tutkimukseni on ollut kaksiosainen. Kandidaatintutkielmassani kartoitin jäsenkategoria-analyysimetodilla psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän työtä. Tässä tutkielmassa käytin kandidaatintutkielmasta saamiani tietoja ja tutkimukseni tuloksia. Analysoin sekä kandidaatintutkielmaani että tätä tutkielmaani varten tekemäni haastattelut tutkimuskysymykseni valossa kategoria-analyysillä.

2 SOSIAALITYÖN LÄHTÖKOHTIA MIELENTERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Mielenterveyspalvelujen järjestelmä Suomessa – historiasta nykypäivään

Mielenterveystyön historia ja mielenterveyden hoidossa tapahtunut kehitys ovat pohjana nykyajan mielenterveyspalveluille. Historiassa vallinneet asenteet ja ennakkoluulot vaikuttavat ja näkyvät vielä nykyäänkin ihmisten asenteissa mielenterveysongelmien kanssa kamppailevia kohtaan. Siksi näen tärkeänä tarkastella kehitystä, joka on tapahtunut aikojen kuluessa. Tiedon lisääntyminen ja arvojen muuttuminen ovat vaikuttaneet hoitotyön ja hoitosuhdetyöskentelyn kehittymiseen.

Psykiatriseen hoitoon on liittynyt pelokas asennoituminen mielen sairauksiin ja hoitoa on leimannut julmuus. Sairauksia pidettiin demonien tai pahojen henkien aiheuttamina. 1700-luvun lopulla mielenvikaisuutta alettiin pitää hoitoa vaativana sairautena, minkä myötä alettiin perustaa hospitaaleja. Hoito oli moraalista ja kasvattavaa. Potilaita kannustettiin hyvään käytökseen ja heille opetettiin mikä on oikein ja mikä väärin. Huonosta käytöksestä rangaistiin. Lääketieteellisen hoidon suuntauksen myötä sairaalapaikkoja lisättiin huomattavasti 1800-luvulla. Mieleltään sairaat on suljettu yhteisöjen ulkopuolelle. Hoitokeinot nojasivat pitkään säilyttämiseen ja eristämiseen. Rauhoituskeinoina käytettiin kahleita ja ruoskaa. (Iija ym. 1996, 52; Punkanen 2001, 6–7.)

1930–1940-luvuilla uusina hoitokeinoina olivat lobotomiat, sähköshokki- ja insuliinihoidot. Taustalla on ollut halu hallita pelkoa herättänyttä mielen sairastumista yhteiskunnassa. Lääketieteen kehittymisen myötä fyysisten sairauksien syitä on kyetty selittämään ja ymmärtämään. Hoitamisen ammatilliseen kehitykseen vaikuttivat yhtäältä halu auttaa, teknisten taitojen kehittyminen ja tiedon lisääntyminen ja toisaalta yhteiskunnan muodostuminen sekä tieteiden kehitys ja sivistystason nousu. Asenteet ovat jääneet kuitenkin vaikuttamaan ihmisten suhtautumiseen psyykkisiä sairauksia kohtaan. (Iija ym. 1996, 52; Punkanen 2001, 6–7.)

1950-luvulla otettiin käyttöön psykoosilääkkeet, joilla oli käänteentekevä vaikutus psykiatriseen hoitotyöhön. Mielisairaalat jaettiin lain mukaisesti A- ja B-mielisairaaloihin. A-mielisairaalat antoivat akuuttihoitoa, ja B-mielisairaaloihin sijoitettiin pitkäaikaishoitoa tarvitsevat potilaat. Jälkimmäisissä potilaat laitostuivat ja hoito kesti usein elämän loppuun saakka. 1960-luvun lopulla alkoi yliopistollinen keskussairaaloiminta, joka ajoi ajatusta siitä, että somaattista ja psykiatrista hoitoa ei tulisi erottaa toisistaan. 1970-luvulla A- ja B-sairaaloihin perustuva jako purettiin ja avohoito tuli keskeisemmäksi hoitomuodoksi. (Punkanen 2001, 7; Iija ym. 1996, 55.)

1970-luvulta alkaen erilaiset terapeutit suuntaukset kasvoivat määrällisesti ja psykiatrisessa hoidossa alettiin korostaa yksilöllistä suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Työryhmyöskentely alkoi muuttua tiimityöskentelyn suuntaan ja samoihin aikoihin otettiin käyttöön omahoitajuus. 1980-luvun haasteena mielenterveystyössä oli skitsofreniapotilaiden kuntouttaminen avohoitoon. Sosiaalinen kuntoutus, perhekeskeisyys ja verkostoituminen olivat tärkeitä mielenterveyden hoidossa. Kuntoutuskoteja alettiin perustaa Sopimusvuoren mallin mukaisesti. Säilyttävästä hoidosta siirryttiin aktivoivaan ja ulospäin suuntautuneeseen hoitoon. Potilaspaikkoja psykiatrisissa sairaaloissa vähennettiin. 1980-luvun alussa Suomessa oli 20 000 psykiatrista sairaansijaa. Psykiatriset sairaalat rakennettiin yleensä syrjään. Näin ollen potilaan yhteydet omaan ympäristöönsä vähenivät tai katkesivat. Sairaaloista tuli usein potilaiden pysyviä asuinpaikkoja. 1990-luvulla alkoi kaksijakoinen kehitys. Voimaan tulivat mielenterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki. Edellinen painottaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja avohoitoa. Jälkimmäinen yhdisti erillisinä toimineet mielisairaanhoitopiirit sairaanhoitopiireihin. (Punkanen 2001, 7; Iija ym. 1996, 55.)

Terapeuttien suuntausten myötä huomiota on kiinnitetty ihmisen omiin kokemuksiin ja tunteisiin. Nykyäänkin psykiatrisessa hoidossa käytetään oppimisterapeuttisia menetelmiä, joiden mukaan tilannekohtaisesti opitusta käyttäytymisestä voidaan myös oppia pois. Psykiatrisessa kuntoutuksessa käytetään nykyäänkin niin sanottuja psyko-educatiivisia hoitomenetelmiä. Terapeutitiset menetelmät ovat laajentuneet yksilön psyyken hoitamisesta ja tukemisesta hoitoon, jossa otetaan huomioon myös perheet, yhteisöt ja potilaan sosiaaliset verkostot. Tarkoituksena on myös muuttaa asenteita sairastumista kohtaan ja vähentää pelkoja sekä tarvetta eristämiseen. (Iija ym. 1996, 53–54.)

Hoitotyö ja psykiatrinen hoitotyö on ollut pitkään naisvaltaista ja sitä on leimannut äidillisyyden korostaminen ja äidin korvikkeena oleminen. Keskeistä on ollut potilaiden tarpeista huolehtiminen, potilaiden opettaminen itseilmaisuuksiin ja heidän itsetuntonsa tukeminen. Hoitajan ja psykiatrisen potilaan tunnesuhteella on ollut olennainen merkitys. Humanistinen puoli on saanut vahvistusta hoitotyössä terapeuttien suuntausten myötä 1970-luvulta lähtien. Auttavina tekijöinä painotettiin tunteiden käyttöä, ymmärrystä ja oivalluskykyä sekä hoitajan omaa itsetuntemusta ja haavoittuvuuden ymmärtämistä. Hoitotyössä oli lääketieteellisen ajattelun mukaisesti vallalla toimenpide- ja tehtäväkeskeisyys. Terapeutin suuntaus ohjasi hoitotyötä tekeviä terapiakoulutuksiin ja terapeuttien menetelmien käyttöön. Suomessa alkoi 1980-luvulla kehitys,

joka suuntasi hoitotyötä lääketieteellisestä enemmän hoitotieteelliseen suuntaan. Se on näkynyt yksilövastuisten sekä perhe- ja yhteisökeskeisen hoitotyön lisääntymisenä. (Iija ym. 1996, 54.)

Nykyään mielenterveysongelmien hoidossa on kyse organisoidusta toiminnasta, joka on suunnattu ihmisille, jotka kärsivät jostain mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveysongelmia hoitavia palveluja ovat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalipalvelut ja vapaaehtoisjärjestöt. Mielenterveyspalvelut muodostavat jatkumon, johon kuuluvat perusterveydenhuolto, erikoistuneemmat palvelut ja erittäin pitkälle erikoistunut hoito. Mielenterveysongelmien hoidon tulee vastata useisiin haasteisiin. Näitä ovat muun muassa varhainen puuttuminen, ensiapu ja kriisi-interventiot, mielenterveyden parantaminen ja kohentaminen, tilan huononemisen estäminen ja parantuneiden tilan uudelleen huononemisen estäminen. (Lahtinen & Lehtinen & Lavikainen 2004, 42–44.)

Mielenterveyspalveluiden kirjo tänä päivänä on laaja. Karkeasti ottaen sen voi jakaa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon. Keskeisimpiä mielenterveyspalveluja ovat avohoitokäynnit perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, jota myös tämän tutkimuksen psykiatrian poliklinikka edustaa. Perusterveydenhuolto tarkoittaa käytännössä terveyskeskuksia ja sen eri toimintoja. Erikoissairaanhoito jakautuu avo- ja laitoshoidon. Vaikeasti sairaille on olemassa tiiviitä ja vaativia hoitoja ja lievemmistä häiriöistä kärsiville muun muassa eri elämäntilanteisiin liittyviä tuki- ja neuvontapalveluja. Jos avohoidon toimenpiteet eivät ole riittäviä mielenterveyden häiriöiden aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi, on saatavilla myös psykiatrista sairaalahoitoa. Sairaalahoitoa on monenlaista – lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. Psykiatrista sairaalahoitoa tarjoavat muun muassa sairaanhoitopiirien alaisuudessa toimivat yliopistolliset keskussairaalat, keskussairaalat, aluesairaalat, erilliset psykiatriset sairaalat ja valtion sairaalat, joissa hoidetaan kriminaali- ja vaikeahoitoisia potilaita. Mielenterveyden häiriöistä kärsiville on olemassa myös välimuotoisia palveluja. Näitä ovat laitoshoidon välimaastoon kehitetyt avohoidon ja kuntoutumista tukevat palvelut, kuten asumispalvelut, työtoiminta, päiväsairanhoidon ja päivätoimintakeskukset. (Harajärvi & Pirkola & Wahlbeck 2006, 14; Punkanen 2001, 23.) Mielenterveystoimistot ja mielenterveyskeskukset ovat osa erikoissairaanhoidon avohoidon organisaatiota. Niitä kutsutaan usein myös psykiatrian poliklinikoiksi. Oma tutkimukseni keskittyy siis erikoissairaanhoitoon psykiatrian poliklinikalla.

Mielenterveystyö ja siihen liittyvät palvelut tähtäävät mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ehkäisyyn ja hoitoon sekä kuolleisuuden ehkäisyyn yksilö-, ryhmä-, yhteisö ja yhteiskunnallisella tasolla. Mielenterveyden edistäminen on poikkitieteellinen, sosiokulttuurinen pyrkimys saada aikaan yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Se on elinikäinen prosessi, johon liittyy yksilöllisten sosiaalisten yhteiskunnallisten ja ympäristöolosuhteiden luominen siten, että suotuisa henkinen ja fyysinen kasvu ja mielenterveysongelmien vähentäminen mahdollistuvat. Primaaripreventio kohdistuu mielenterveyshäiriöiden uusien tapausten ilmaantumisen vähentämiseen. Riskitekijöitä koetetaan vähentää ja suojaavia tekijöitä vahvistaa. Lisäksi koetetaan parantaa sellaisten yksilöiden selviytymiskykyä, jotka eivät vielä pöde ongelmia mutta joilla on riski saada häiriö. Sekundaaripreventiossa vähennetään häiriön yleisyyttä lyhentämällä häiriön kestoa. Toisen vaiheen ehkäisyohjelmat on suunnattu henkilöille, joilla on häiriöiden ensioireita. Tavoitteena on lyhentää häiriön kestoa varhaisen toteamisen ja nopean hoidon avulla. Terveystuottojärjestelmien tuottamiin perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidopalveluihin tulisi sisällyttää hoitavia ja kuntouttavia työmuotoja. (Lahtinen ym. 2004, 19–20.)

Potilaiden hoitoa säätelee Mielenterveyslaki ja -asetus, jotka tulivat voimaan vuonna 1990. Sen tarkoitus on turvata psykiatrisen potilaan oikeudet hoidossa, psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittäminen alueellisesti ja psykiatrisen avohoidon ensisijaisuuden kehittäminen ja korostaminen. 1992 annettiin myös laki potilaan oikeuksista, mikä myös paransi potilaan asemaa. (Punkanen 2001, 21.) Vastuu mielenterveyspalveluiden järjestämisestä on kunnalla. Kunnat tuottavat palveluita eri tavoin. Kunnat voivat tuottaa mielenterveyspalveluja omana perusterveydenhuollon tai järjestämänsä psykiatrisen hoidon toimintana. Lisäksi palveluja voidaan ostaa alueen sairaanhoitopiiriltä tai esimerkiksi yksityiseltä palveluntuottajalta. (Harajärvi ym. 2006, 14.) Palvelut voivat olla avopalveluja eli terveyskeskuksen tai psykiatrian poliklinikan palveluita, välimuotoisia palveluja, kuten tuettu asuminen tai sairaalapalveluja (STM, Terveystuotto, mielenterveys-palvelut).

Palveluita tulisi olla tarjolla riittävästi ja niissä pitäisi huomioida asiakkaan ikä, äidinkieli ja muun muassa maahanmuuttajien erityistarpeet. Keskeinen rooli mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on terveyskeskuksella ja sosiaalitoimella, koska potilas kohdataan useimmiten ensimmäisen kerran juuri näissä palvelupisteissä. Ne osallistuvat myös potilaan jatkohoitoon ja kuntoutukseen muun muassa sairaalahoidon jälkeen. Useissa kunnissa peruspalvelut on järjestetty siten, että terveyskeskuksissa mielenterveyspalveluja hoitaa mielenterveystoimisto. Työikäisen väestön

mielenterveyden ylläpitämistä tukee myös työterveyshuolto. (STM, Terveydenhuolto, mielenterveys-palvelut.) Ikääntyneen väestön ja lasten mielenterveyden tukeminen edellyttää sekä vanhusten että lasten neuvolatoiminnan kehittämistä ja kotipalvelujen lisäämistä. Lasten ja nuorten kohdalla koulujen, päivähoidon ja terveydenhuollon yhteistyö on keskeisessä asemassa ongelmien ehkäisyssä, aikaisessa havaitsemisessa ja varhaisen avun tarjoamisessa. (STM, Terveydenhuolto, mielenterveyspalvelut.)

Mielenterveyspalveluiden piirissä alkoi tapahtua muutoksia viime vuosituhaten lopulla. 1980-luvulla alkoi hallittu siirtyminen laitoskeskeisestä psykiatrisesta hoitojärjestelmästä avohuoltopainotteiseen laaja-alaiseen mielenterveystyöhön. Pyrkimyksenä oli siirtyä erikoissairaanhoidon painotteisuudesta peruspalveluihin. Vapautuvia resursseja oli tarkoitus käyttää avohoidon mielenterveyspalveluiden monipuolistamiseen ja kehittämiseen. 1990-luvun laman myötä mielenterveyspotilaiden asema heikkeni, koska laitospaikkojen vähentämisen rinnalla ei kyetty tuottamaan riittävästi avohuollon palveluita. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita uudistettiin 1990-luvulla tavoitteena jälleen laitostavaltaisen hoitokäytännön purkaminen ja palveluiden kehittäminen avohuollon suuntaan, kansainvälisiä käytäntöjä noudattavaksi. Avohoidon kehittämisen tavoitteista huolimatta henkilöstön määrä avopuolella väheni. (Kiikkala & Immonen 2002, 11–12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeen Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky toteutettiin Stakesin koordinoimana vuosina 1998–2002. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää mielenterveystyötä ja edistää asiakaslähtöisten käytäntöjen toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Ohjelma liittyy 1980-luvulla käynnistyneeseen mielenterveystyön kehittämisen jatkumoon. Hankkeen loppuraportin mukaan mielenterveystyössä on eletty siirtymäkautta laitoskeskeisestä hoidosta avohuoltopainotteiseen toimintaan. Laitoshoidon purkamisen korvaavien toimintatapojen kehittäminen on jatkunut jo yli kahden vuosikymmenen ajan ja on edelleen kesken. Hankkeesta saatujen kokemusten mukaan mielenterveystyön integroituminen sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin on vielä varhaisessa kehitysvaiheessa. Kokonaisvaltaisen mielenterveyttä edistävän työn esteenä nähtiin muun muassa byrokraattiset ja työntekijälähtöiset asenteet asiakastyössä, hierarkkisuus, eri toimintasektoreiden ja ammattiryhmien väliset raja-aidat ja valtarakenteet, mielenterveystyön selkiytymättömät päämäärät, henkilöstön uupumus ja resurssipula. (Kiikkala & Immonen 2002, 3, 11, 75–76.) Tämänkin vuoksi myös mieleterveyspalvelujen paikallisten järjestelmien - kuten psykiatrian poliklinikoiden - tutkiminen on olennainen osa mielenterveystyön kehittämistä.

2.2 Sosiaalityö mielenterveystyössä ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Sosiaalityöntekijät ovat yksi ammattiryhmä, joka antaa ohjeita ja neuvoja asiakkaille ja heidän perheilleen terveydenhuoltoon, mielenterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin liittyen. Vaikka sosiaalityöntekijät eivät anna neuvoja lääketieteeseen tai psykiatriaan liittyvissä asioissa, heidän odotetaan tietävän terveyden ja mielenterveyden hoidosta ja niihin liittyvistä asioista. Sitä kautta sosiaalityöntekijät osaavat tarvittaessa neuvoa asiakkaita tekemään päätöksiä ja hakeutumaan asianmukaisten palveluiden piiriin. (Roberts & Yeagar & Regehr 2006, 3.) Jo 1800-luvun loppupuolella länsimaisessa yhteiskunnassa sosiaalityö oli mukana lääketieteessä ja psykiatrisissa käytännöissä. Sosiaalityö tarjosi käytännön apua ja neuvoja vähävaraisille potilaille sairaaloissa. Sosiaalityö ammattina on kehittynyt ja kasvanut yhdistäen ekologisen, biopsykososiaalisen, kognitiivisen, perhekeskeisen ja muiden työkäytäntöjen lähestymistapoja työympäristön ja asiakkaiden vaatimien tarpeiden mukaan. Sosiaalityö terveyden ja mielenterveyden huollossa on muuttunut päämääriltään ja metodeiltaan aikojen kuluessa. Nykyään sosiaalityöntekijä pyrkii mielenterveystyössä ymmärtämään ja auttamaan ihmisiä sekä vaalimaan arvoja, jotka edistävät hyvinvointia, paranemista, kasvua ja muutosta yksilöissä, perheissä, ryhmissä ja yhteisöissä. (Heinonen & Metteri 2005, 2.)

Helen Barnesin mukaan mielenterveystyön interventioiden tarkoituksena on helpottaa mielenterveysongelmien aiheuttamia traumoja sekä muiden vaikeuksien sisäisiä ja ulkoisia vaikutuksia. Nämä tehtävät kuuluvat myös sosiaalityön vastuualueisiin, ja näiden tehtävien hoitamisella voidaan saada olennaisia parannuksia aikaan mielenterveystyön tuloksissa. Tämän vuoksi mielenterveystyössä tulee olla kokonaisvaltainen biopsykososiaalinen lähestymistapa. Sekä fyysisiä sairauksia että mielenterveyden ongelmia esiintyy eniten marginalisoituneilla ryhmillä. Tämän takia yhteistyötä terveydenhuollon ja sosiaalityön välille tarvitaan yhä enemmän. Lisäksi tämä vaatii näyttöön perustuvia käytäntöjä (evidence-based practise) sosiaalityöltä. Se luo sosiaalityölle mahdollisuuden saada huomattavamman roolin mielenterveystyössä. Yhteydet terveyden ja mielenterveyden ongelmien sekä ihmisen sosiaalisen ympäristön välillä ovat epäselviä. Sosiaalityön osuus ja panostus tutkimuksessa on ollut melko suppeaa. (Barnes 2004, 207–208.)

WHO:n luoman terveyteen ja mielenterveyteen liittyvien vaikeuksien mallin mukaan mielenterveysongelmat aiheuttavat puutteita tai vaikeuksia biologisessa ja psykososiaalisessa

toimimisessa. Ihminen voi olla kykenemätön kantamaan sosiaalisia roolejaan ja velvollisuuksiaan. Näin ollen mielenterveysongelmainen saattaa alentuneen toimintakykynsä vuoksi joutua sosiaalisesti epäedulliseen asemaan ja jopa sosiaalisesti yhteiskunnan ulkopuolelle. (Barnes 2004, 211–212.) Näihin asioihin sosiaalityöntekijän on tartuttava työskennellessään mielenterveyshuollossa asiakkaan auttamiseksi. Myös psykiatrian poliklinikalla sosiaalityöntekijän työhön kuuluu asiakkaan integroiminen takaisin täysipainoiseksi yhteiskunnan jäseneksi.

Tuula Heinonen ja Len Spearman (2001) näkevät sosiaalityön olevan yhä enemmän mukana mielenterveyshuollossa. Sosiaalityö keskittyy asiakkaan elämänlaadun parantamiseen. Sosiaalityöntekijöiden pyrkimyksenä on nähdä sairastuminen yhtenä elämään liittyvänä tapahtumana, jolla on vaikutuksia muille elämänalueille. Kun elämänlaatua parannetaan ja ihmisiä autetaan löytämään voimavaroja, potilaat oppivat tulemaan toimeen psyykkisen sairauden kanssa. Sosiaalityöntekijällä on potilaan elämässä aktiivinen, tukea-antava rooli, jonka myötä työntekijä auttaa palveluiden ja muun avun hakemisessa. Tähän kuuluvat muun muassa tiedon välittäminen ja potilaan asioiden ajaminen. Itsenäisemmin toimeentulevien potilaiden kanssa sosiaalityöntekijän supportiivinen rooli painottuu asioiden mahdollistamiseen, neuvontaan ja potilaan voimaannuttamiseen sekä joihinkin terapiamuotoihin. Neuvonta liittyy usein tiettyihin asioihin, kuten työllistymiseen, ihmissuhteiden luomiseen tai ongelmanratkaisuun. Sosiaalityöntekijän rooli voi olla myös opetuksellinen. Heinosen ja Spearmanin mukaan sosiaalityöntekijän tärkein tavoite on auttaa asiakasta saavuttamaan riittävä itsenäisyys, jotta asiakas pystyy tekemään elämäänsä liittyviä päätöksiä muista ihmisistä riippumattomasti. (Heinonen & Spearman 2001, 99.)

Sosiaalityön tavoitteita terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä ovat muun muassa kuntoutuminen, terveyden ja sosiaalisuuden ylläpitäminen ja asiakkaan voimaannuttaminen. Lähtökohtana sosiaalityössä on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Sosiaalityön tarkoitus on tukea asiakkaan ja koko perheen elämäntilannetta. Asiakkaan taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen yritetään turvata mahdollisimman hyvin. Sosiaalityön ammatillista osaamista tarvitaan esimerkiksi yhteiskunnan palvelukokonaisuuksien ja sosiaaliturva-, vakuutus- ja työelämäjärjestelmien ymmärtämiseen. (Havukainen & Tulppo 2006.)

Psykososiaaliseen työhön kuuluvat valtaistamista tukevat työotteet, tilannearviot, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat sekä palveluohjaus. Sosiaalityön rooli on tärkeä kuntoutustarpeen arvioinnissa, kuntoutuksen koordinoinnissa ja sen seurannassa. Julkisella sektorilla on

perustuslaillinen vastuu asiakkaidensa ohjaamisessa sekä hoidon, palveluiden ja etuuksien koordinoinnissa. Myös hallintolaki ja sosiaalihuoltolaki velvoittavat tähän. Erityissairaanhoidossa sosiaalityö huomioi asiakkaan elämäntilanteen ja sairauden yksilölliset piirteet. Näin voidaan ottaa huomioon palveluiden, tuen ja etuuksien mahdollisuudet siten, että ne parhaiten tukevat hoitoketjua ja asiakasta. Sosiaalityö mielenterveyden huollossa käsittelee yhteiskunnallisia ongelmia liittyneenä sosiaalisiin ongelmiin, niiden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen, hoitamiseen. (Havukainen & Tulppo 2006.)

Anna Metteri näkee terveydenhuollon sosiaalityön kokonaisvaltaisuuden ihmisen arjessa kolmena eri ulottuvuutena. Ensiksi kokonaisvaltaisuus tarkoittaa ihmisen omien kokemusten huomioon ottamista tilanteita selvitetessä ja suunnitelmia laadittaessa. Toiseksi kokonaisvaltaisuus tarkoittaa yksittäisten oireiden tai tehtyjen ratkaisujen vaikutusten tarkastelemista ihmisen koko elämäntilanteen valossa. Kolmanneksi kokonaisvaltaisuus tarkoittaa ihmisen tilanteen ymmärtämistä ottaen huomioon kulttuuriset, institutionaaliset ja yhteiskunnalliset ehdot sekä ehtojen ja ihmisen toiminnan välinen suhde. Arkilähtöinen painotus terveydenhuollon sosiaalityössä voidaan perustella myös sillä, että sosiaaliset tekijät ovat empiirisen näytön valossa havaittu tärkeimmiksi väestöryhmien terveyserojen selittäjiksi kaikkialla maailmassa. Kehityskulku tulee vahvistumaan eriarvoistumisen myötä. Tämä kannustaa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä siirtymään lääketieteellisestä mallista takaisin sosiaaliseen malliin. (Metteri 1996, 145.)

Ann Davis lähestyy sosiaalityön tehtävää terveyden ja mielenterveyden huollossa sosiaalityön kansainvälisestä määritelmän lähtökohdista (Davis 2007). IFSW:n (International Federation of Social Workers) määritelmän mukaan sosiaalityön tehtävänä on sosiaalisen muutoksen edistäminen, ongelmien ratkaiseminen ihmisten välisissä suhteissa sekä ihmisten voimaannuttaminen ja vapauttaminen sosiaalisen hyvinvoinnin lisäämiseksi. Käyttämällä sosiaalisten järjestelmien ja ihmisen käyttäytymiseen liittyviä teorioita, sosiaalityö puuttuu tilanteisiin, joissa ihmiset ovat vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Ihmisoikeuksien ja sosiaalisten oikeuksien periaatteet ovat sosiaalityössä perustavanlaatuisia. (IFSW, Ethics in Social Work, Statement of Principles.)

Davisin mukaan IFSW:n määritelmä valottaa sosiaalityön muista terveydenhuollon ammateista erottuvan lähestymistavan ja tiedon. Sitä sovelletaan erityisesti tilanteissa, joissa esiintyy inhimillisen hädän lisäksi leimaamista ja ennakkoluuloja. Sosiaalityöllä on siis paljon tarjottavanaan mielenterveystyössä. Sosiaalityöntekijä osaa ottaa ihmisen huomioon psykofyysisenä kokonaisuutena unohtamatta myöskään sosiaalista elämäntilannetta ja elämän vallitsevia puitteita.

Juuri sosiaaliset puitteet ihmisten elämässä ovat sosiaalityön asiantuntijuuden ominta aluetta. Asiakkaalle sosiaalityöntekijän panos voi olla merkittävin apu. Tämä korostuu erityisesti mielenterveysongelmissa. Tarkasteltaessa ihmisen elämäntilannetta kokonaisuutena, on lähes mahdotonta tietää, mikä johtuu mistäkin. Lääkärit tarjoavat diagnooseja ja biologisia selityksiä ongelmiin, mutta väistämättä kaikki asiat vaikuttavat toisiinsa. Ihminen on muutakin kuin biologiaa. Sosiaalityöntekijät osaavat hahmottaa asiakkaitaan ja heidän tilanteitaan myös yhteiskunnallisen viitekehyksen antamaa taustaa vasten. Myös yhteiskunta ja kulttuuri määrittävät sitä, millaisiksi ihmisinä kehityimme ja millaisena asiat koemme. (Davis 2007.)

Davis pitää tärkeänä työskentelyä yhdessä potilaitten kanssa. Hän lähestyy mielenterveyspalvelujen tarjoamista sekä sosiaalityön ja mielenterveyshuollon kytköstä eurooppalaisesta viitekehyksestä. Davisin mukaan sosiaalityöntekijöiden tulisi olla mielenterveyspotilaiden elämässä niitä ihmisiä, jotka pitävät huolen siitä, että potilailla on positiivisia resursseja käytettävänä uusien mahdollisuuksien avaamisessa. Davis näkee mielenterveyden häiriöissä olevan yhteyksiä myös yhteiskunnan rakenteellisiin epäkohtiin. Alttius mielenterveyden ongelmille liittyy usein alhaiseen sosiaaliseen ja taloudelliseen asemaan ja korkeaan työttömyysasteeseen. Lisäksi mielenterveysongelmaiset tulevat usein leimatuiksi ja syrjityiksi. He joutuvat kohtaamaan arvostuksen puutetta ja huonompia ihmisoikeuksia. Tämä luonnollisesti vaikeuttaa yksilön tilannetta entisestään ja osallisuuden puuttumisen myötä pahentaa oireita joko suoraan tai välillisesti. (Davis 2007.)

Steven Segal ja Sharon Riley näkevät, että vakavien mielenterveysongelmien hoidossa mieltä ja ruumista ei voida erottaa toisistaan. Hoidossa tarvitaan täysivaltaista bio-psykososiaalista lähestymistapaa. Hoidon onnistuneisuutta ei voida mitata vain oireiden vähentymisellä. Siihen kuuluvat myös parantunut elämänlaatu ja selviytyminen sosiaalisilla elämänalueilla joko itsenäisesti tai avustetusti. Tärkeää on myös yksilön voimaantuminen ja asiakkaan oman kontrollin lisääminen erilaisissa elämäntilanteissa pitkällä tähtäimellä. Jotta näin laaja-alaisia tuloksia voitaisiin saavuttaa, tulee hoidossa ottaa huomioon potilaan koko elämäntilanne kaikkine osa-alueineen. (Segal & Riley 2003, 5.) Psykiatrian poliklinikoilla lääkäreiden ja psykologien erikoistunut osaaminen ei riitä kattamaan kaikkia potilaan elämään liittyviä sosiaalisia puolia, vaan sosiaalityöntekijällä on olennainen tehtävä asiakkaan voimaannuttamisessa ja sosiaalisessa selviytymisessä avustamisessa.

Oma kiinnostukseni psykiatrian poliklinikan sosiaalityöhön nousi omasta työkokemuksestani akuuttipsykiatrian osaston sosiaalityöntekijän työstä suljetuilla osastoilla. Halusin saada tietoa siitä,

kuinka paljon osaston ja poliklinikan sosiaalityöntekijän työnkuvat poikkeavat toisistaan. Esittelin edellä mielenterveyspalveluja kirjoja ja palvelujen rakennetta Suomessa. Esittelin myös sosiaalityöntekijän tekemää työtä mielenterveyspalveluiden kentällä. Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena on siis sosiaalityöntekijän työ erityissairaanhoidon avopalvelujen piirissä, tarkemmin psykiatrian poliklinikalla.

Psykiatrian poliklinikalla tehtävään työhön kuuluvat psykiatriset tutkimukset, lääkehoidon arviot, hoidossa olevien potilaiden sosiaaliturva-asioiden selvittely sekä yksilö-, pari-, perhe- ja ryhmäterapiat. Hoidon alussa asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan, häntä hoitavien työntekijöiden ja asiakkaan läheisten kanssa. Suunnitelmassa sovitaan hoidon tavoitteista, hoitomuodoista ja hoitajakson pituudesta. Suunnitelma tarkistetaan määräajoin ja muokataan tarvittaessa. Perheenjäsenten mukanaolo tukee hoidon onnistumista. Asiakas käy vastaanotoilla sovitun työntekijän eli omahoitajansa luona. Hoidosta kokonaisuudessaan vastaa työryhmä, johon kuuluvat psykiatrian erikoislääkäri, yksi tai kaksi sairaanhoitajaa, psykologi sekä yksi tai kaksi sosiaalityöntekijää. Lisäksi työryhmään kuuluu erikoistumassa oleva apulaislääkäri. (Mielenterveyskeskus ja sen aluetoimistot, Tampereen kaupunki.)

Sosiaalityö on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta psykiatrian poliklinikalla. Sosiaalityöntekijä on yksi moniammatillisen hoitotiimin jäsenistä. Kaikilla psykiatrian poliklinikalla hoidossa olevilla potilailla on oikeus saada sosiaalityön palveluja. Sosiaalityön tavoitteena on tukea potilasta siten, että hänen psykososiaalinen toimintakykynsä palautuu tai säilyy. Sosiaalityöllä pyritään myös parantamaan potilaan elämänlaatua. Sosiaalityöntekijä paitsi toimii potilaan ja hänen omaistensa kanssa yhteistyössä, on yhdyshenkilönä kuntoutus- ja muiden viranomaistahojen välillä. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on arvioida laaja-alaisesti potilaan elämäntilannetta ja selvittää potilaan yksilöllisiä tarpeita vastaavan tuen ja palveluiden saantimahdollisuudet. (Sosiaalityö mielenterveyskeskuksessa, Tampereen kaupunki, hyvinvointipalvelut, avomielenterveyspalvelut.)

Sosiaalityöntekijän tehtävänä on myös ohjaaminen, neuvominen ja tukeminen sairauden aiheuttamien vaikeiden elämäntilanteiden kanssa. Näitä voivat olla esimerkiksi työttömyys, taloudelliset vaikeudet, perhekriisit, työkyvyttömyys, elämänhallinnan ongelmat ja syrjäytymisen uhka. Sosiaalityöntekijä auttaa kuntoutus- ja sosiaaliturvaetuuksien hakemisessa. Lisäksi sosiaalityöntekijän työhön sisältyy tukea antavat, erilaisin terapeuttisin menetelmin potilaan kanssa

käytävät keskustelut. Näihin lukeutuvat yksilö-, parisuhde-, perhe- ja verkostotyö; tietoa-antavat, mieliala- ja terapeuttiset ryhmät; konsultaatiot ja koulutukset; lausuntojen ja kannanottojen antaminen esimerkiksi kuntoutus- ja työkyvyn arvioinneissa sekä työnohjaus. (Sosiaalityö mielenterveyskeskuksessa.)

2.3 Moniammatillisuus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Sosiaalityöntekijän kotikenttänä voidaan pitää sosiaalivirastoa ja sosiaalitoimistoa. Sosiaalityöntekijä ei ole terveydenhuollossa omalla kotikentällään vaan toimii terveydenhuollon ja sairaanhoidon lähtökohdista potilaiden auttamiseksi. Terveydenhoitoa toteutetaan moniammatillisissa tiimeissä, joissa sosiaalityöntekijä on yksi tiimin erikoisasiantuntijoista. Työskennellessään terveydenhuollon lähtökohdista sosiaalityöntekijä työskentelee niin kutsutulla vieraskentällä. Sosiaalityöntekijä tuo oman, erityisen ammattitaitonsa tiimin käyttöön. Tiimiä johtaa aina lääkäri. Tämän vuoksi on mielestäni tarpeellista tarkastella lyhyesti terveydenhuollon moniammatillisia työryhmiä sosiaalityön toteuttamisen ympäristönä ja lähtökohtana psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja psykiatrian poliklinikoilla.

Moniammatillisuus on vakiintunut kuvaamaan eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Sillä voidaan kuitenkin tarkoittaa myös yksilöä, joka on omaksunut usean ammatin asiantuntijuuden ja toimii moniammatillisesti. Moniammatillisia työryhmiä on alettu perustaa muun muassa sosiaali- ja terveydenhuoltoon, koska ne mahdollistavat asioiden tarkastelun eri näkökulmista. Työryhmätyöskentelyn avulla voidaan yhdistää erilaista asiantuntijatietoa monipuolisesti. Siksi ne ovat yleistyneet alueilla, joilla asiakkaan monimutkaisiin ongelmiin ja tarpeisiin ei voida vastata yhden näkökulman tai tietämisen avulla. Ammattien välisen yhteistyön sovittamisessa ongelmaksi muodostuu usein se, että yhteistyön osapuolilta puuttuvat muun muassa yhteistyöhön tarvittava avoimuus, keskinäinen luottamus, toisen työn kunnioitus, keskinäinen tuki, kyky kommunikoida niin että muut ymmärtävät, yhteinen kieli ja käsitteet, toisen työn tunteminen, yhteinen tavoite, oman erityisasiantuntijuuden tunnistaminen ja sitä koskeva identiteetti sekä ristiriitojen käsittelykyky. (Metteri 1996, 10–12, 146.)

Terveydenhuollossa sekä mielenterveyshuollossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoitotyötä tehdään moniammatillisissa työryhmässä. Yhden ammatillisen osaajan, kuten lääkärin tai psykologin asiantuntijuus ja resurssit eivät riitä potilaan kokonaisvaltaiseen auttamiseen, vaan

psykiatriassa tarvitaan monen osaamisalueen yhdistämistä. Potilaiden ongelmat ovat hyvin monitahoisia ja potilaalla voi olla itse psyykkisen sairauden lisäksi sairauden mukanaan tuomia lieveilmiöitä ja ongelmia arjessa selviytymisessä. Lääkärit huolehtivat potilaan lääkehoidosta ja heillä on kokonaisvastuu potilaan hoidosta. Psykologien erityisosaamista ovat psykologiset testit ja usein myös terapiatyö. Sairaanhoitajat tekevät hoitotyötä ja antavat supportiivista tukea esimerkiksi potilaan kanssa keskustelemalla. Sosiaalityöntekijöiden erityisosaamista tiimissä ovat muun muassa arjen selviytymiseen liittyvissä asioissa avustaminen ja sosiaaliturvaan liittyvät asiat. (Emt. 146–147.)

Sosiaalityön asiantuntijuus moniammatillisessa terveydenhuollossa on usein sijoittunut asiakkaan arjen maailmaan. Jo 1900-luvun alussa ensimmäisellä sairaalan sosiaalityön osastolla New Yorkissa sosiaalityöntekijät toimivat tulkkeina eri kulttuureista tulevien potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. 1910-luvulla psykiatrisen sosiaalityön kohteena olivat arkisen elämisen ehdot ja arjen sujuvuuden turvaaminen. Sosiaalityössä painotettiin sosiaalista muutostyötä: työn, asunnon, koulujen ja virkistysmahdollisuuksien etsimistä sekä psykiatrien suositusten selittämistä ja tulkittamista potilaalle ja omaisille. Anna Metterin mukaan terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työssä on tänäkin päivänä nähtävissä kulttuurisen tulkin ja yhteistyöntekijän tehtävät. Lisäksi sosiaalityöntekijät tehtävänä on liittää yhteen hoito- ja kuntoutussuunnitelmat ja asiakkaan arki. (Emt., 144–145.)

Metteri näkee sosiaalityöntekijänä toimimisen asiakkaan auttamiseksi olevan haastavaa terveydenhuollon moniammatillisissa työryhmissä, koska terveydenhuollon sisällä vallitsee tietohierarkia. Hierarkiassa ylinnä on luonnontiede ja alinna sosiaalinen tieto. Psykologinen sijoittuu jonnekin keskelle. Metterin mukaan sosiaalinen tai psykologinen tieto nousevat luonnontieteen rinnalle tilanteissa, joissa se täsmentää lääketieteellistä johtopäätöstä tai tilanteissa, joissa kiireellistä ratkaisua vaativat asiat ovat luonnontieteellisen kehyksen ulkopuolella. (Emt., 147.)

Terveydenhuollon työryhmissä asiantuntijoiden ammatillisiin velvollisuuksiin kuuluvat arviointien ja diagnoosien tekeminen ennalta määritettyjen kriteerien perusteella (DSM-IV tai ICD-10). Tämä voi johtaa mekaaniseen käytäntöön, jossa luokkien ulkopuolelle jäävät asiat eivät tule huomioiduiksi. Näin ollen on vaarana, että ihminen ja hänen elämänsä muut vaikeudet ja mahdollisuudet unohtuvat. Metterin mukaan terveydenhuollossa toimiva sosiaalityöntekijä voikin olla eniten hyödyksi potilaille ja moniammatillisen työryhmän jäsenille, kun hän vahvistaa

alkuperäistä ammatillista rooliaan. Tältä pohjalta sosiaalityöntekijän tulisi ottaa selvää asiakkaan arjesta ja osallistua työryhmässä käytävään vuoropuheluun. (Emt., 148, 153.)

Katriina Olkkonen on tutkinut avohuollon mielenterveystyöntekijöiden käsityksiä horisontaalisesta asiantuntijuudesta ja rajojen ylityksistä. Olkkonen on muodostanut aineistostaan kuvauskategorioita, joiden avulla hän on analysoinut, miten eri alan asiantuntemusten välisistä rajoista kiinni pitäminen ja rajanylitykset näkyvät haastateltavien käsityksissä yhtäältä moniammatillisesta yhteistyöstä ja toisaalta rajanylityksistä. (Olkkonen 2004.)

Olkkonen mukaan työssä korostuvat yksilöasiantuntijuus ja rajoista kiinnipitäminen. Vaikka horisontaalista asiantuntijuutta tukevia käsityksiä ilmenikin, kuvastuivat työntekijöiden näkemyksistä negatiiviset käsitykset asiantuntijuuden rajojen ylittämisestä. Hän löysi aineistosta myös horisontaalista asiantuntijuutta tukevia käsityksiä, joissa ajatus oli irtautunut yksilöasiantuntemuksen näkökulmasta ja rajanylitykset nähtiin positiivisina. Olkkonen uskoo negatiivisten näkemysten johtuvan siitä, että oppiminen on tapahtunut yksilöasiantuntijuudesta käsin. Tämä on johtanut siihen, että yhteistyö on onnistunut erilaisten asiantuntijoiden osaamisen yhdistämisestä – ei varsinaista horisontaalista asiantuntijuutta. Rajat ylittävä yhteistyö ja horisontaalinen asiantuntijuus vaatisivat tietoista paneutumista ja opettelua. Jäykät kaavamaiset toimintatavat estävät tehokkaan työskentelyn, mikä aiheuttaa kiirettä. Se puolestaan pakottaa pysymään jo opituissa työtavoissa. (Olkkonen 2004.)

Rauni Korkealaakso puolestaan on tutkinut lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Korkealaakson tutkimus oli casetutkimus, jossa oli haastateltu teemahaastattelulla ja puolistrukturoidulla kyselylomakkeella 11 lääkäriä, jotka työskentelivät sairaalan osastoilla ja poliklinikoilla. Korkealaakson mukaan lääkäreiden käsitys sosiaalityöntekijän tehtävästä on potilaan taloudellisen selviytymisen turvaaminen. Lääkärit toivoivat sosiaalityöntekijöiden dokumentoivan enemmän potilaan sosiaalisen tilanteen kartoituksia ja pitivät verkostotyötä toissijaisena tehtävänä. Sosiaalityöntekijä nähtiin raamien luojana potilaan kanssa tehtävälle hoito- ja kuntoutussuunnitelmalle. Tiimityöskentelyssä sosiaalityöntekijä oli oman näkökulmansa ja tiedon tuoja sekä tiimin jäsenenä vuorovaikutuksessa muiden ammattilaisten kanssa. Sosiaalityöntekijä toimii myös oman alansa erikoisasiantuntijana. Lääkärit näkivät sosiaalityön tarpeellisenä osana, mutta etenkin uudet lääkärit tarvitsevat tietoa sosiaalityön tehtävistä, jotta sosiaalityön osaamista osataan hyödyntää tiimissä parhaalla mahdollisella tavalla. Sosiaalityöntekijä saattaa olla tiimissä

joko vieraileva tähti, tai hän voi olla alusta asti mukana hoito- ja kuntoutusprosessissa. Vierailevana tähtenä sosiaalityöntekijä on osaston toiminnasta ulkopuolella, itsenäisessä tai alisteisessa asemassa ja suorittaa usein toisten määrittelemiä irrallisia tehtäviä. Yhteistyöhön vaikuttivat muun muassa lääkäreiden tiedot sosiaalityöntekijän tehtävistä, ja asiantuntijuudesta, suhtautuminen reviiireihin ja yhteisiin alueisiin, näkemykset toimivasta tiimityöstä sekä sosiaalityöntekijän oma aktiivisuus. (Korkealaakso 2006.)

Esa Eriksson ja Tom Arnkil ovat tutkineet viranomaisten ja ammattiauttajien käsityksiä omasta työstään ja tulkintoja toisistaan. Huomiota kiinnitettiin omiin sekä muiden käsityksiin perustehtävästä ja kehittämistarpeista. Tutkimus- ja kehittämisprojekti toteutettiin vuosina 1992–1994 yhteistyössä Keravan psykiatrisen nuorisopoliklinikan ja Vantaan Hakunilan sekä Länsimäen alueen sosiaali- ja terveystieteiden sosiaalityöntekijäryhmien kanssa. Tutkimuksessa kerättiin kyselylomakkeella aineisto kaikilta Keravalla ja Hakunilan sekä Länsimäen alueella lapsiperheiden kanssa työskentelevien toimipisteiden työntekijöiltä. Lisäksi lomakkeilla saatua yleiskuvaa täsmennettiin joidenkin työryhmien vastavuoroisilla ryhmähaastatteluilla, joilla oli interventiivisen teemahaastattelun luonne. Erikssonin ja Arnkilin saamien tulosten mukaan viranomaiset tulkitsevat toisiaan monitahoisesti ja toisinaan ristiriitaisesti. Oma paikka ja sen tiedostaminen ovat tärkeitä; yhteistyötahoista kiinnostutaan oman tehtävän näkökulmasta. Muut ammattilaiset täydentävät omaa tehtävää. Toimivimmiksi yhteistyöratkaisuksi heidän tutkimuksissaan nousivat joustavat asiakaskohtaiset voimavarayhdistelmät. (Eriksson & Arnkil 1995.) Moniammatillinen työryhmä saattaa osaltaan vaikuttaa sosiaalityöntekijän identiteettiin hoitosuhdetyön toteuttajana psykiatrian poliklinikalla. Se voi olla joko ammatillista identiteettiä vahvistava tai heikentävä tekijä. Sosiaalityöntekijän koulutus lähtee yhteiskuntatieteellisestä näkemyksestä käsin. Näin voidaan ajatella sosiaalityöntekijän ammatillisen identiteetin rakentuvan yhteiskuntatieteiden ja sosiaalityöntekijyyden ympärille. Koulutus ei anna sosiaalityöntekijälle hoitotieteellistä osaamista eikä sosiaalityöntekijän koulutus anna suoranaisesti eväitä hoitosuhdetyöskentelyyn. Moniammatillinen työryhmä, jossa lääkärin tausta on lääketiede, sairaanhoitajien hoitotiede, psykologien käyttäytymistiede, voi yhtäältä olla tukemassa ja vahvistamassa sosiaalityöntekijän hoitosuhdetyöntekijän identiteettiä. Toisaalta se voi muistuttaa siitä, että sosiaalityöntekijä ei ole hoitotieteen tai psykiatrian ammattilainen vaan toimii tällä tehtäväalueella omasta ammatillisesta lähtökohdasta katsottuna vieraskentällä. Moniammatillinen työryhmä psykiatrian poliklinikan työmuotona on tärkeä huomion kohde tarkasteltaessa sosiaalityöntekijän tekemää hoitosuhdetyötä.

3 HOITOTIEDE TAUSTANA PSYKIATRIAN POLIKLINIKAN SOSIAALITYÖLLE

Kuten aikaisemmin mainitsin, psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sosiaalityötä tehdään lääketieteellisistä, psykiatrisista ja hoitotieteellisistä lähtökohdista. Sosiaalityöntekijän tekemän psykiatrian poliklinikan hoitosuhdetyön taustalla on aina välttämättä myös hoitotiede, eikä sitä voida jäsentää pelkästään sosiaalityön ja yhteiskuntatieteen lähtökohdista. Asiakkaat psykiatrian poliklinikalla ovat potilaita, jotka ovat päätyneet asiakkiksi pääasiassa psyykkisten ongelmien vuoksi, tavallisesti lääkärin läheteellä. Tämän vuoksi esittelen nyt hoitotieteellisiä lähtökohtia, jotka vaikuttavat myös sosiaalityöntekijän tekemän hoitosuhdetyön taustalla.

Sosiaalityöllä on paljon yhtenemiskohtia hoitotyön kanssa. Hoitosuhteeseen ja sosiaalityön asiakassuhteeseen liittyvät ominaisuudet ja työskentelyn keinot ja tavoitteet ovat hyvin samankaltaisia keskenään. Hoitotyö on asiakaskeskeistä ammattityötä. Pyrkimyksenä on muuttaa potilaan biopsykososiaalista ympäristöä terveyden, oppimisen ja kasvun edistämiseksi. Hoitotyön tarkoituksena on saada aikaan paras mahdollinen terveydentila, itsen toteuttamisen aste ja vuorovaikutus ympäristön kanssa. (Sundeen & Stuart & Ranklin & Cohen 1987, 12.) Ammatillisen perushoivan ja hoidon tarkoituksena on turvata ja tyydyttää ruumiillisia, henkisiä ja sosiaalisia tarpeita arkielämän tilanteiden ja arkisten toimien avulla ja niiden ohella. Tulevaisuudessa hoito ja hoiva muodostunevat yhä useammin eri toimijoiden palveluista – avo-, laitos- ja tukipalveluista. Hoivan ja hoidon tarkoitus on edistää asiakkaan tai potilaan kuntoutumista. (Rauhala 1994, 88–89.)

Ammatillisella sosiaali- ja terveystaloudella täydennetään yksittäisissä kotitalouksissa tehtävää arkista huolenpitoa. Hoiva- ja hoitotyöllä pyritään arkielämän jatkuvuuteen ja sosiaalisen turvallisuuden tuottamiseen ja ylläpitämiseen. Hoivaa ja hoitoa tarvitaan, kun arkielämän tasapaino järkkyy vaikkapa kriisin tai sairauden vuoksi. Sosiaali- ja terveydenhoitoalalla työtehtävät liittyvät tavallisesti asiakaspalveluun. Sekä asiakkaiden ja työtovereiden kanssa muodostuu ihmissuhteita. Hoiva- ja hoitotyössä yhdistyvät tiedolliset, kädentaidolliset ja emotionaaliset piirteet. Hoito ja hoiva on ihmissuhdetyötä. (Rauhala 1994, 70–75.) Hoitotyön lähtökohtana ovat ihmisen voimavarat. Auttaminen pohjaa potilaan terveeseen puoleen. Ytimenä on potilaan ja hoitajan välinen yksilöllinen yhteistyösuhde. Mielenterveyden kannalta vuorovaikutus on auttamisen perusta ja menetelmä hoitajan työssä. Suhteessa olennaista on ihmisen kohtaaminen. Potilaan elämäkokemusten ja tunteiden jakaminen yhdessä on kasvua tukevaa hoitotyötä. Tätä kautta

hoitosuhteessa on tarkoitus luoda toivoa, elämänhalua ja voimaa, mikä tukee potilaan kuntoutumista ja elämänhallintaa. (Iija ym. 1996, 17–18.)

WHO (World Health Organisation) tarkoittaa hoitotyön prosessilla hoitotyölle ominaista yksilön, perheen tai yhteisön terveyteen kohdistuvien interventioiden järjestelmää, joka etenee hoidon tarpeen määrittelystä hoitosuunnitelmaan ja edelleen suunnitelman toteutuksesta tulosten arviointiin. Hoitotyön edustajien lisäksi myös muut terveydenhuollon työryhmien jäsenet osallistuvat prosessiin jatkuvasti. Jos terveyden saavuttamista ei nähdä mahdollisena, pyritään hoitotyöllä kohottamaan potilaan elämänlaatua ja maksimoimaan hänen voimavarojaan elämän loppuun saakka. Hoitotyön olennaisena tavoitteena on yksilön inhimillisten tarpeiden tyydyttäminen.. (Punkanen 2001, 35.) Myös hoitotyön prosessissa ja sosiaalityössä on hyvin samankaltainen rakenne. Molempiin liittyy ongelmakohtien tunnistaminen, työskentelyn tavoitteiden määrittäminen, suunnitelmallinen työskentely ja sitä seuraava arviointi. Asiakkaan kohtaaminen ja vuorovaikutus suhteen aikana ovat olennainen osa sekä hoitotyötä että sosiaalityön asiakasprosessia.

3.1 Auttamis- ja hoitotyötä ohjaavat arvot ja etiikka

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta on yksi sosiaalisen tuen muoto. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän asiakassuhteissa päätöksentekoa ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon arvot ja periaatteet. Sosiaali- ja terveystyöllä pyritään tukemaan yksilöiden elämänhallintaa ja yhteisöjen kestävä kehitystä. Sosiaali- ja terveystyöllä pyritään ennaltaehkäisemään sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja ja ratkaisemaan jo syntyneitä ongelmia. Yhteiskunnassa vallitsevat arvokäsitykset vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollossa tarjolla olevina palveluina. Tasapuolisesti tuotetut palvelut ilmentävät yhteisvastuullisuutta ja ihmisarvon kunnioittamista. Auttamistyön arvoissa näkyvät yhteiskunnassa yleisesti vallitsevat tärkeät arvot. Julkisten palvelujen avulla toteutetaan yhteiskunnassa tärkeiksi katsottuja asioita. Sosiaali- ja terveystyöhön liittyvät arvot näkyvät myös tavassa miten palveluita tuotetaan. (Virjonen 1994, 49–50; Rauhala 1994, 77.)

Jokaisessa oikeusvaltiomuotoisessa yhteiskunnassa on yhteisiä periaatteita ja sääntöjä siitä, miten kansalaisia tulisi kohdella eri tilanteissa. Ihmisarvo on yleismaailmallisesti hyväksytty yhteinen arvo. Sen toteuttamisen tueksi on laadittu kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia. Sosiaali- ja terveystyöpalveluiden järjestelmät toteuttavat ihmisoikeussopimusten velvoitteita – jokaisella ihmisellä on ihmisarvonsa perusteella mahdollisuus saada apua ja hoitoa. Yhteiskuntamme sosiaali- ja

terveysalan ammatilliseen työhön kuuluu ihmisoikeuksien ja sosiaalisten oikeuksien edistäminen. Näin ollen samat arvot kuvastuvat niin hoitotyö- ja auttamistyön kuin sosiaalityönkin eettisissä ohjeissa ja arvopohjassa. Auttamis- ja hoitotyössä ne toteutuvat konkreettisesti toiminnassa, ihmisten kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. (Rauhala 1994, 77, 138–142.)

Kaikessa hoitamisessa on arvoja, jotka ovat laadukkaan, ihmistä kunnioittavan hoidon pohjana. Samat arvot pätevät myös mielenterveystyössä. Tärkeimmiksi asioiksi nousevat valta ja sen käyttö, pakkohoito ja siihen liittyvät toimenpiteet, luottamus potilaan ja omahoitajan välillä, empatia, huolenpito ja välittäminen. Valta tarkoittaa tässä yhteydessä hallitsemista ja toisen puolesta päättämistä, mutta myös vastuullisuutta. Vastuullisuus hoitosuhteessa on potilaan ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittamista, hyvinvoinnin ja hyvänolon edistämistä. Valta ja vallankäyttö eivät saa perustua mielivaltaan tai hoitajan tarpeisiin, vaan sen tulee lähteä hoidollisesta näkökulmasta. Tavoitteena on potilaan toipuminen. (Punkanen 2001, 173.)

Auttamis- ja terveystyössä toimitaan elämän, ihmisyyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän puolesta. Laajasti ajatellen auttamistyössä elämään liittyviä perusarvoja ovat terveys, kasvu ja kehitys. Ihmisyys auttamistyön perusarvona toteutuu keskinäisenä vastuuna ja toisen auttamisena vaikeutuneessa elämäntilanteessa. Sosiaali- ja terveystyössä ollaan ihmisen apuna, kun hän ei itse kykene huolehtimaan itsestään ja eikä voi saada apua lähipiiristään. Keskinäinen vastuu tarkoittaa sitä, että vaikka ihminen on avuttomassa tilassa eikä kykene valvomaan etujaan tai ilmaisemaan itseään, häntä kohdellaan silti hyvin. Hyvinvoinnin ja hyvän elämän omaava ihminen tuntee turvallisuutta ja kykenee tekemään valintoja ja elämään rikasta elämää. Hyvään elämään sisältyy myös vaikuttamisen ja valinnan mahdollisuus sekä itsenäinen päätöksenteko. (Virjonen 1994, 55–58.)

Ammattiauttajan hoitotyön toimintaa ohjaa asiakaslähtöisyys. Työn kohteena on potilaan tilanne. Eettinen ja moraalinen vastuu käytännön asiakastilanteissa on ihmisen hyväksymistä, hänen ongelmiansa ottamista vakavasti ja potilaan omien näkemysten kunnioittamista. Hoitajan tehtävänä on avustaa arkielämässä ja elämän välttämättömyyksien ylläpitämisessä sekä velvollisuuksien hoitamisessa. Eettiseen vastuuseen sisältyy ajatus siitä, että jokaisessa ihmisessä on voimavaroja ja mahdollisuuksia. Hoitajan moraaliseen vastuuseen kuuluu myös omien tunteiden, pyrkimysten ja asenteiden punnitseminen. Kielteiset tunteet ja asenteet potilasta tai hänen toimintatapojaan kohtaan ovat osa hoitajan työtä. Niiden syitä ja alkuperää on hyvä pohtia hoitoryhmän kanssa ja työnohjauksessa. (Rauhala 1994, 142–143.)

Hoitotyöntekijä joutuu usein miettimään, mitä on hyvä elämä. Auttamistapahtumassa kohtaavat työntekijän ja autettavan arvomaailmat. Työntekijän käyttäytymistä ohjaa henkilökohtaisen arvomaailman lisäksi ammattiauttajan rooliin sitoutuminen. Omien elämisen arvojen ohella olemassaoloamme säätelevät yleiset, kulttuuriset arvot, jotka puolestaan säätelevät valintojamme. Hoitotyö on usein yhteiskunnassa sallittuihin normeihin opastamista ja totuttamista. Potilas on saattanut menettää kykynsä tarkastella omaa vaikutustaan omaan ja muiden elämään. Potilas saattaa toimia tavoilla, jotka sotivat yleisiä normeja vastaan ja jotka vaikeuttavat hänen omaa elämää ja selviytymistään. Usein ympäristö ei kestä potilaan poikkeavaa käyttäytymistä tai potilas kokee itse tarvitsevansa ammatillista apua. Suvaitsevaisuus ja tilan antaminen toisten ihmisten persoonallisuuksille ja valinnoille on mielenterveyttä rakentavaa. Hoitajan tulisi pyrkiä rakentamaan, tukea antamaan vuorovaikutussuhteeseen. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiseen vastuuseen kuuluu ihmisen oman arvontunteen vahvistaminen. Mielenterveysongelmista kärsivillä oman arvontunto on usein heikentynyt sairauden, kriisin tai elämäntilanteen seurauksena. (Rauhala 1994, 138–142; Lindqvist 1984 Iijan ym.1996, 30–31 mukaan; Virjonen 1994, 49–50.)

Auttamistyössä asenteet välittyvät suhtautumisessa työhön ja asiakkaisiin. Siinä vaikuttavat kirjoitetut ja yleisesti tunnustetut eettiset ohjeet. Eettisissä julistuksissa tulevat tavallisesti esille asiakkaiden tasavertainen kohtelu, ihmisarvon kunnioittaminen, yhteiskunnallinen vastuu ja vastuu oman ammattitaidon tasosta. Sosiaalityöntekijän on turvattava asiakkaan mahdollisimman suuri itsemääräämisoikeus. Sosiaalityöntekijä varmistaa, että kaikkia osapuolia kuullaan ja erilaiset näkökulmat huomioidaan. (Virjonen 1994, 120.) Sosiaalityöntekijöitä ja muita hoitotyöntekijöitä sitovat oman ammattikunnan eettiset ohjeistot. Sosiaalityöntekijän toimiessa omahoitajana hoitosuhdepotilaille häntä sitovat luonnollisesti myös hoitotyön eettiset periaatteet. Eettisten periaatteiden noudattaminen ei vielä riitä luomaan toimivaa auttamissuhdetta. Auttamistyöntekijältä vaaditaan myös ennakkoluulotonta asennetta ja suhtautumistapaa (Eriksson 1993 Virjosen mukaan 1994, 120.)

3.2 Hoidollinen vuorovaikutussuhde – hoitosuhdetyöskentely

Hoitosuhde mielenterveystyössä on ammatillinen auttamissuhde. Käsitteenä hoitosuhde on vakiintunut kuvaamaan hoitajan ja potilaan tai asiakkaan kahdenkeskistä vuorovaikutussuhdetta, jossa pyrkimyksenä on tietoinen ja tavoitteellinen yritys hyödyntää vuorovaikutusta ihmisen

hoitamisessa. Se on keskeinen menetelmä potilaiden ja asiakkaiden terveyden edistämiseksi. Kun mielenterveytyksessä puhutaan omahoitajasuhteesta, sillä tarkoitetaan hoitosuhdetta. Hoitosuhteen käsitteen rinnalla käytetään myös muita käsitteitä, kuten yhteistyö, yhteistyösuhde ja auttamissuhde. Potilas-hoitaja vuorovaikutussuhteessa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja edistävät toisissaan muutosta. Suhde eroaa ystäväydestä sen sisältämän asiantuntijuuden vuoksi. Hoitosuhdetyötä tekevän on suostuttava työskentelemään myös itsensä kanssa. (Mäkelä & Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11–13; Punkanen 2001, 51–52; Ahlfors & Saarikoski & Sova 1992 Punkasen mukaan 2001, 51–52.)

Auttamistyössä vaikuttaa holistinen ihmiskäsitys. Ihminen ymmärretään kokonaisuutena, jossa vaikuttavat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset ominaisuudet. Siksi autettavana on ihminen jakamattomana kokonaisuutena. Hoitaja ei erottele biologisia ja psykososiaalisia osatekijöitä vaan keskittyy niiden väliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksen tutkiminen on poikkitieteellistä. Teoriat nousevat useasta eri tieteestä. Psykologia tutkii vuorovaikutusta käyttäytymisen kannalta, sosiologia tutkii yhteiskuntaa ja sen rakenteita, sosiaalipsykologia puolestaan muiden ihmisten vaikutusta yksilöön. Vuorovaikutus on sosiaalista ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihtoa, jonka tarkoituksena on liittää ihminen ympäristöön ja kehittää älyllisiä, elämyksellisiä ja kokemuksellisia toimintoja. (Mäkelä ym. 2001, 11–13; Virjonen 1994, 55–58; Rauhala 1994, 106; Iija ym. 1996, 144–146; Sundeen & Stuart & Ranlin & Cohen 1987, 12–13.)

Richard Nelson-Jones jakaa (psykiatrisia) hoito- tai neuvonantotaitoja käyttävät (counsellor) eri ryhmiin. Ensimmäiset ovat laillisesti valtuutetut terapian ammattilaiset, kuten psykoterapeutit, psykologit, terapeutit, sekä esimerkiksi terapiakoulutuksen saaneet psykiatrit ja sosiaalityöntekijät. Toinen ryhmä koostuu niin kutsutuista näennäisistä terapeuteista, joilla on huomattava määrä koulutusta terapiasta ja psykiatrian alalta, mutta jotka eivät ole laillisesti valtuutettuja terapeutteja. Kolmas ryhmä koostuu ammattiauttajista, joiden työnkuva ei ole lähtökohtaisesti terapeuttista, mutta jotka käyttävät työssään terapeuttisia taitoja ja menetelmiä. Tämän viimeisen ryhmän työn ensisijainen tavoite ei ole terapian antaminen – ensisijainen päämäärä voi olla esimerkiksi opettaminen, lääketieteellisten palvelujen tarjoaminen tai sosiaalityö. Työntekijät joutuvat käyttämään terapeuttisia neuvonantotaitoja, jotta voisivat saavuttaa parhaimman työtuloksen. Neljäs ryhmä on vapaaehtoiset auttajat, jotka tavallisesti ovat saaneet jonkinlaista menetelmäkoulutusta. Viides ryhmä on vertaistukiryhmien ylläpitäjät, jotka voivat olla luonteeltaan enemmän tai vähemmän virallisia. Viimeinen ryhmä on epäviralliset auttajat, esimerkiksi ystävät, perheenjäsenet tai kollegat. (Nelson-Jones 2003.) Myös Suomessa psykoterapeutin ammattinimike on suojattu

lailla. Nimikettä saavat käyttää Valviran, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (entinen TEO, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus) laillistamat psykoterapeutit, joilla on riittävä koulutus ja kokemusta. Tässä tutkimuksessa sosiaalityöntekijät kuuluvat ensimmäiseen ja toiseen ryhmään – psykoterapiakoulutuksen saaneet sosiaalityöntekijät ja sosiaalityöntekijät, joilla on psykiatriseen erikoissairaanhoidon liittyviä terapiakoulutuksia, mutta ei psykoterapiakoulutusta. (Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.)

Psykiatrisessa auttamistyössä pyritään vaikuttamaan niihin tekijöihin, jotka haittaavat ihmisten elämänhallintaa. Välineinä työntekijät käyttävät ammattitaitoaan, tietoaan ja kokemustaan asiakkaan auttamiseksi. Työhön liittyy myös usko omiin mahdollisuuksiin ja oman työn myönteisiin vaikutuksiin. Potilaan omaa ongelmanratkaisukykyä ja itsearvostusta pyritään vahvistamaan. Täydellistä riippumattomuutta, terveyttä, sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä ei voida aina saavuttaa. Olennaista onkin eteneminen elämän jatkumisen ja elämänhallinnan kannalta positiiviseen suuntaan. Psykiatrisen hoitotyön ja psykoterapian erona on se, että hoitotyössä ei pyritä niin syvällisiin muutoksiin asiakkaan psyykkisen uudelleen organisoitumisen suhteen. Avun hakijalle tulisi syntyä tunne kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. (Iija ym. 1996, 152–153; Virjonen 1994, 50.)

Potilaalle hoitosuhde toimii kasvualustana. Hoitosuhde on tutkimusmenetelmä, jonka kautta saadaan tietoa potilaan voinnista ja oireista. Sen avulla voidaan tehdä myös diagnoosi. Hoitosuhteen alussa määritellään tavallisesti hoitosuhteen mahdollinen kesto ja luonne. Näin potilas voi orientoitua myös sen päättymiseen ja omatoimiseen vastuunottoon. Potilaalle voi olla vaikeaa irrottautua mieluisasta hoitosuhteesta ja omahoitajasta. Erotyöskentely on osa hoitoa ja tarkoittaa tulevaisuuden suunnittelua, yhteisen ajan kertaamista ja jatkohoidon mahdollisuuden nostamista esille. (Punkanen 2001, 57–59.)

Hoitosuhteen prosessi

Hildegard Peplau jakaa hoitosuhdeprosessin kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen on tutustumisvaihe, jossa potilas kokee tarvitsevansa ammattiauttajaa. Potilas ja hoitaja tutustuvat, jotta suhde voisi muodostua. Hoitaja muun muassa tekee potilaalle selväksi suhteen ammatillisen luonteen. Työskentelyvaiheessa on samastumis- ja hyväksikäyttövaihe. Ensin potilas samastuu hoitavaan henkilöön. Sitä seuraa hyväksikäyttövaihe, jossa potilas käyttää hoitosuhdetta hedelmällisesti. Työskentelyvaiheessa vuorovaikutus keskittyy sairauden oireisiin ja niiden tuomiin vaikeuksiin.

Potilas tuo ajan myötä laajemmin esiin tunteitaan, kokemuksiaan, kärsimystään ja omaa elämäänsä. Hoitajan suhtautuessa neutraalisti, potilaassa herää toivo. Potilas uskaltaa avautua enemmän ja eheytyminen voi alkaa. Työskentelyvaiheessa vaikuttaa voimakas tunteensiirto. Tähän hoitaja tarvitsee työnohjausta säilyäkseen työkykyisenä. Kun potilas on saanut tarpeeksi tukea, hän voi alkaa itse ottaa vastuuta itsestään. Päätösvaiheessa vanhat tavoitteet korvataan uusilla ja hoitosuhde lopetetaan. Potilas saattaa ilmaista vihaisuutta, koska ero tuntuu vaikealta. Hoitajan tulee muistaa, että vihan kohde on ero, eikä hän itse. (Peplau 1953, 1988 Mäkelän ym. 2001 mukaan, 34–36.)

Pirkko-Liisa Rauhala erottaa hoiva- ja hoitotyössä yhtenä ulottuvuutena psykososiaalisen tuen antamisen asiakkaille ja potilaille. Oma tutkielmani käsittelee lähinnä tätä neljättä hoitoon ja hoivaan kuuluvaa tehtävää. Psykososiaalisen tuki ei ole erillään muusta hoivasta vaan punoutuu muihin hoitotehtäviin. Psykososiaaliseen tukeen voi kuulua ohjaus, neuvonta, asiakkaan huolten kuuntelu ja keskustelu. Vaativampien ja monimutkaisempien psykososiaalisten ongelmien käsittely ja terapia vaativat erityisosaamista. (Rauhala 1994, 81–86.)

Monet tekijät yhteisöjen ja yksilöiden elämässä vaikuttavat hoitajan ja potilaan hoitosuhteeseen. Olennaista on hoitajan kyky aktiivisesti havainnoida hoidettavaa. Havainnoinnin kohteina ovat hoidettavan nykytilanne ja kehitys, muutokset käyttäytymisessä, selviytyminen, fyysinen kunto ja kyky huolehtia henkilökohtaisista tarpeista.. Hoitajan tehtävänä on kartoittaa potilaan lähiverkosto potilaan silmin. Verkosto kattaa ympäristön sekä ihmissuhteiden määrän ja laadun. Lisäksi hoitajan tulee arvioida potilaan voimavaroja ja ongelmia potilaan omasta sekä lähiverkoston ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. (Iija ym. 1996, 149–150.) Kun hoitotyön interventioita suunnitellaan, muodostuvat tavoitteet apua hakevan yksilön ja perheen toiveiden pohjalta. Siihen vaikuttavat myös hoitohenkilöstön näkemykset siitä, millaisia muutoksia on mahdollista saavuttaa. Arviointia tehdään yhdessä hoitavan työryhmän ja asiakkaan kanssa. Ensimmäinen tavoite on usein luottamussuhteen luominen. Sitä kautta muut muutokset tulevat mahdollisiksi. Syvällisimpänä tavoitteena psykiatrisessa hoitotyössä voidaan pitää minuuden vahvistumista. Näin negatiiviset kokemukset ja merkityssuhteet jäsentyvät potilaan mielessä uudelleen. Hoitajan työhön kuuluu myös luovaa ongelmanratkaisua vaativaa hoitotyön menetelmien suunnittelua. Interventiot pohjautuvat myönteiseen asenteeseen. Humanistisen hoitotyön perustana ovat muun muassa usko yksilön omiin kykyihin, vastuullisuuteen ja kasvuun, yksilön kunnioitus ja arvostus ainutlaatuisena persoonana, yksilön vapaus ja itsemääräämisoikeus sekä vastuullisempien ja tyydyttävämpien ihmissuhteiden rakentaminen. (Iija ym. 1996, 150–151.)

Hoitosuhteen vuorovaikutus ja kommunikaatio

Vuorovaikutus on tietoisesti käytetty auttamismenetelmä. Ammatillinen vuorovaikutussuhde on epäsymmetrinen siinä suhteessa, että autettavan odotetaan tuovan vuorovaikutussuhteeseen koko elämäntilanteensa. Työntekijän tulisi pitää oma elämänsä ja omat huolensa vuorovaikutussuhteen ulkopuolella. Autettavalla on lupa tuoda vuorovaikutussuhteeseen omat arvonsa, mielipiteensä, maailmankatsomuksensa sekä uskontoon, moraaliin ja elämäntapaan liittyvät edesottamukset. Työntekijän tulee kuunnella, havainnoida, tarkkailla ja muodostaa käsitystä asiakkaasta. Auttamissuhteeseen kuuluu, että työntekijä kunnioittaa asiakkaan elämäntyöliä. Lähtökohtana vuorovaikutuksessa on tasavertaisuus. Avun vastaanottaminen on oikeus, eikä ihminen ole sen vuoksi parempi tai huonompi. Autettavan ihmisarvo säilyy, kun hän voi tuntea, että avun vastaanottaminen on oikeus. Luovuutta, kärsivällisyyttä ja ennakkoluulottomuutta kysytään työntekijältä, kun autettavaan on vaikeaa saada yhteyttä. (Virjonen 1994, 117–119.) Voimavaralähtöiseen työtapaan kuuluu hoitosuhteeseen liittyvän tunteensiirron merkityksen oivaltaminen. Hoitosuhteessa otetaan käyttöön potilaassa olevat voimavarat hänen terveytensä edistämiseksi. Yksilötasolla hoitosuhteeseen vaikuttavat muun muassa potilaan ja hoitajan ikä, sukupuoli, koulutustausta, sosioekonominen asema sekä henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ystävällisyys, empaattisuus, uskottavuus, ammattitaito ja kiinnostus työhön ja potilaaseen. (Mäkelä ym. 2001, 17.)

Mielenterveystyön ydin on kommunikaatio, joka on itse suhde ja hoitosuhteen väline. Hoitosuhde muodostuu ihmisten välisistä tunteista, ajatuksista, kiinnostuksesta, empatiasta, sympatiasta, osanotosta sekä yksilön kunnioittamisesta ainutlaatuisena ihmisenä. Siinä vaikuttavat osapuolten elämäntilanteet, kasvatus, asenteet ja ihmiskäsitys. (Mäkelä ym. 2001, 18.) Sosiaalipsykologinen näkemys korostaa kommunikaation dynaamisuutta ja jatkuvuutta. Kommunikaation tehtävänä ovat esimerkiksi tiedon välittäminen ja toiseen ihmiseen vaikuttaminen havaittavan käyttäytymisen avulla. Kommunikaatio on myös vuorovaikutussuhteen luomisen apuväline. (Sundeen ym. 1987, 86–88.)

Hoitosuhteessa hoitajan rooli voi olla täysin ylhäältäpäin ohjautuva ohjaussuhde, hyväksyvästi ylhäältäpäin ohjautuva yhteistyösuhde tai tukea antava hoitosuhde. Hoidon tarpeesta riippuu millaiseksi hoitajan rooli muodostuu. Hoitosuhteen epäsymmetrisyyden vuoksi potilaalla on mahdollisuus ilmaista kaikkea, mitä hänen elämässään on. Hoitajan tehtävä on ottaa vastaan, kuunnella, tehdä havaintoja, analysoida ja reagoida tilanteisiin. Vuorovaikutus on asiapitoista,

yksilökeskeistä ja ohjattua. Hoitaja antaa potilaan itse määritellä, kuinka itsenäinen tai riippuvainen potilas haluaa olla. Hoitosuhteeseen kuuluu vastavuoroisuus. Potilas ja hoitaja kohtaavat toisensa ja kaikki ne tunteet, jotka hoitosuhteeseen tuodaan. Vastavuoroisuudesta seuraa myös sitoutuminen yhdessä tehtyihin sopimuksiin. Ihmisen hoitamiseen liittyy asiantuntemukseen ja osaamiseen perustuva korjaava tai lievittävä tekeminen sekä kanssaihmisyyteen perustuva toista varten oleminen. Kommunikaatioprosessi on kaksitahoinen: instrumentaalinen eli toimenpidekeskeinen ja tekninen sekä sosioemotionaalinen eli kommunikaatiokeskeinen ja tunnepitoinen. Hoitosuhdetyöskentelyn ollessa hoitomenetelmänä jälkimmäinen on olennaista. (Mäkelä ym. 2001, 21–22.)

Instrumentaalinen ja sosioemotionaalinen kommunikaatio vaikuttavat hoitosuhteessa yhtä aikaa. Instrumentaaliseen kommunikaatioon kuuluu teknisiin tietoihin ja taitoihin perustuva ongelmanratkaisu, johon sisältyy tiedon etsiminen ja jakaminen, ohjaus, neuvonta, kysymysten esittäminen ja niihin vastaaminen. Havainnointi on osa instrumentaalista kommunikaatiota. Ilman sitä ei vuorovaikutusta voi syntyä. Hoitajan aikaisemmista kokemuksista riippuu, millaisen kokonaiskuvan hoitaja muodostaa potilaastaan. Siihen vaikuttavat myös hoitajan minäkäsitys ja se, miten hän näkee muut ihmiset. Hoitajalla on taipumus huomioida ne viestit, jotka vahvistavat hänen omaa asennettaan ja vallitsevaa käsitystään potilaasta. Haastatteleamalla hoitaja antaa myös potilaalle mahdollisuuden osallistua hoidon tarpeen määrittelyyn, suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Kysymyksillä hoitaja voi aktivoida potilasta jakamaan ajatuksia ja tunteita. Hoitaja saa myös tietoa. Hoitaja voi kysymysten avulla myös johdatella potilasta. Toistamisen ja heijastamisen keinoin hoitaja antaa palautetta potilaalle tämän omista ilmaisuista. Niiden tavoitteena on saada potilas puhumaan lisää ja tarkentamaan ajatuksiaan. Näiden lisäksi hoitaja myös antaa ohjeita ja myönteistä palautetta potilaalle. Myönteinen palaute tukee potilasta hallitsemaan käyttäytymistään. Myönteinen palaute tukee potilasta jatkamaan positiivista käyttäytymistä. Rajoittamista tarvitaan, kun potilaan käyttäytyminen on sosiaalisesti häiritsevää tai loukkaavaa eikä hän pysty mukautumaan sairauden aiheuttamiin stressitekijöihin. (Mäkelä ym. 2001, 28–31.)

Sosioemotionaalinen kommunikaatio on tunneperäistä vuorovaikutusta. Siihen sisältyy keskustelu, kuuntelu, tukeminen, yhteistyön aikaansaaminen ja hoitajan vuorovaikutustaidot. Kuunteleminen on hoitosuhteen perusprosessi, jolla osoitetaan kiinnostusta ja ymmärtämistä. Aktiivinen kuunteleminen vaatii aikaa ja paneutumista. Potilaan viesti käsitellään ja siitä annetaan palautetta. Jotta hoitaja voisi auttaa potilasta, tulee hänen myös ymmärtää tätä. Hoitosuhteen sosioemotionaaliseen puoleen kuuluu myös kunnioittaminen, mikä ilmenee hoitosuhteen tasa-

arvoisuutena, vastavuoroisuutena ja jaettuna näkemyksenä potilaan ongelmista ja voimavaroista. Hiljaisuus on joillekin luonnollinen tapa kommunikoida. Hiljaisuusjaksot kuuluvat hoitosuhdetyöskentelyyn. Hoitajan tulee oppia ymmärtämään niihin liittyvää sanomaa. Hiljaisuus antaa mahdollisuuden ilmaista tunteita, tyyntyä ja koota ajatuksia. (Mäkelä ym. 2001, 31–34.)

Hoidollisessa vuorovaikutussuhteessa viestinnän laatu ja tyyli on oleellista. Viestin ymmärtämiseen vaikuttavat esimerkiksi vuorovaikutuskumppaneiden muun muassa sosiaalinen tausta, ikäero ja sukupuoli. Yhteiskunnan alatyyleissä viestintätavat saattavat erota valtaväestön kulttuurista. Työntekijän haasteena on löytää yhteinen kieli. Työntekijän on syytä ottaa huomioon, että vaikka käytettäisiin yleiskieltä, sanojen käyttö on hyvin yksilöllistä ja viestijän sanoille antamat merkitykset saattavat vaihdella huomattavasti. Viestintään liittyy sekä tiedostettuja että tiedostamattomia aineksia. Sanallisen viestinnän lisäksi oheisviestintänä välittyvät tunteet, mielialat, suhtautumistavat ja odotukset. Sanallisen viestinnän ja oheisviestinnän osuus on noin 45 % ja loput 55 % on nonverbaalista viestintää. Nonverbaalia viestintää on esimerkiksi ilmeet, eleet, liikehdintä, asennot, reagointitapa ja muu käyttäytyminen. (Virjonen 1994, 113–116.) Nonverbaalinen sanaton viestintä muodostuu olennaiseksi elementiksi hoidollisessa vuorovaikutuksessa. Sen voidaan ajatella olevan rehellisempää kuin sanallisen viestinnän. Auttaja kuulee, mutta myös aistii autettavan viestit. Vuorovaikutuksen perusasioita ovat kyky olla lähellä, kuunnella ja tuoda esiin väittämistä. Nämä antavat auttamissuhteeseen myönteisen toivon ilmapiirin. (Iija ym. 1996, 144–146.) Hoitajan tulisi huomioida myös se mitä potilas jättää sanomatta. Sanattomassa kommunikaatiossa voidaan erottaa merkki-, toiminta-, ja välinekommunikaatio. Merkkikommunikaatioon havaitaan näköaistin avulla ja siihen lukeutuu ilmeet ja eleet. Toimintakommunikaatiota ovat vartalon liikkeet, joita aistimme näön, kuulon ja tuntoaistin avulla. Välinekommunikaatiota on kaikki tahallinen ja tahaton esineiden esillepano. Niiden havaitsemiseen tarvitsemme kaikkia aisteja. Sanattomaan kommunikaatioon liittyy läheisesti kulttuuri. Sitä ei voi tarkastella ymmärrettävästi ilman tilanneyhteyttä. Sanattoman viestin voidaan ajatella kertovan enemmän potilaan todellisesta tunnetilasta kuin sanojen. Kehonkieli on usein aidompaa ja rehellisempää kuin sanat. (Mäkelä ym. 2001, 14.) Tämän tutkimuksen avulla minun on vaikea päästä käsiksi hoitosuhteen sanattomaan kommunikaatioon tai kehon kielen tunnistamiseen hoitosuhteessa vaikuttavana tekijänä. Tämänkaltaisiin elementteihin käsiksi pääseminen vaatisi havainnoivaa tutkimusta, eivätkä työntekijöiden haastattelut nosta näitä asioita esiin.

Potilaan ja hoitajan välisessä suhteessa korostuu dialogisuus eli vuorovaikutus. Ihanteena on tasavertaisuus; molemmat kunnioittavat toistensa subjektiivutta ja itsemääräämisoikeutta.

Luottamuksellinen hoitosuhde perustuu rehellisyyteen, avoimuuteen ja keskinäiseen kunnioitukseen, jossa keskeistä on yhdessä kasvaminen, toisen näkökulman ymmärtäminen ja pyrkimys oikeaan tulkintaan. Parhaimmillaan hoitosuhde on intersubjektiivinen suhde, jolla tarkoitetaan yhteyden antautumista. Toista ei enää kohdella objektina. Hoitosuhteessa subjektiivisuus mahdollistaa tietoisuuden ja kriittisyyden kehittämisen. Näin potilas uskaltaa ottaa todellisuuden vastaan. Dialogisuudella pyritään tekemään ihmisestä tiedostava ja toimintakykyinen. Dialogi on toisen aktiivista kuuntelemista ja huomioon ottamista. Dialogiin ei kuulu toisen alistaminen tiedollisesti tai verbaalisesti. Potilaan ja hoitajan tulee molempien luottaa kykyyn toipua. Muuten kohtaaminen on merkityksetöntä. (Freire 1976 Punkasen mukaan 2001, 52).

Tunteet ja persoona työvälteenä

Auttamistyössä keskeinen väline on työntekijä ihmisenä. Onnistuneet vuorovaikutussuhteet syntyvät työntekijän persoonan kautta. Hoitosuhde on kompleksinen siten, että sitä ei olisi ilman hoitajaa ja hoidettavaa. Molemmat ovat toisiinsa jonkinlaisessa riippuvuussuhteessa. Hoitosuhde on suunnitelmallisuudestaan huolimatta myös ennakoimaton ja yllätyksellinen. Kehitys ei ole lineaarista vaan luova prosessi. Hoitosuhteen monikerroksisuus muodostuu siitä, että molemmat osapuolet tuovat suhteeseen ajatuksensa, kokemuksensa, asenteensa ja tunteensa – myös kaiken tiedostamattoman aineksen. Hoitosuhde on asetelmaltaan sellainen, että ihmisen mielen tiedostamaton osa tulee herkästi esiin. Hoitosuhteessa on aina mukana tunteita ja kokemuksia, jotka eivät ole rationaalisesti ymmärrettäviä. Hoitosuhteessa vaikuttavat tiedostamattomat odotukset, mielikuvat ja ristiriidat voivat olla joko kasvualusta tai este hoitosuhdetyöskentelylle. Hoitajan tulee välttää rutiininomaista työskentelyä, jossa hän ei tunnista potilaan tunteita ja tarpeita. Hoitajan on tärkeää tutustua itseensä ja omiin tiedostamattomiin tunteisiinsa. Hoitosuhdetyöskentely ei rajoitu vain tunteiden sekä kokemusten käsittelyyn ja tutkimiseen. Hoitosuhdetyöskentelyn avulla potilaan on tarkoitus yhdistää emotionaaliset kokemukset osaksi rationaalista käyttäytymistä. Kun ajattelun tasolla tapahtuu muutoksia, potilas muuttuu autonomisemmaksi ja osaa hallita elämäänsä tehokkaammin. (Mäkelä ym. 2001, 38–40.)

Työntekijänä kehittyminen on taidollisten ja tiedollisten valmiuksien hankkimista ja ihmisenä kasvamista. Kokemuksen myötä työntekijälle kertyy omakohtaista kokemuksellista tietoa. Rohkeus kokeilla omia toimintamalleja ja tehdä työtä omalla persoonallisella tavalla kasvavat ajan myötä. Kun tieto, taito, kokemus ja herkkyydet yhdistyvät osaa työntekijä tunnistaa ja tulkita tilanteita

intuitiivisesti. Näin työntekijä herkistyy vastaanottamaan viestejä, jotka muuten saattaisivat jäädä huomioimatta. (Virjonen 1995, 11–12.)

Hoitotyötä ohjaavat järki, tahto ja ajattelukyky. Päätökset perustuvat rationaalisiin seikkoihin. Tunteet toimivat apuna hoitotyössä. Niiden kuunteleminen on kokonaisvaltaisen todellisuuden kuuntelemista. Ne varoittavat, opastavat ja antavat viitteitä toisen sisäisestä maailmasta. Omien tunteiden tunnistaminen on osa hoitajan ammattitaitoa. Myönteisen tunneilmapiirin luominen ja positiiviset tunteiden osoittaminen asiakasta kohtaan auttavat luottamuksen saavuttamisessa. (Iija ym. 1996, 25.) Autettava voi oppia hoitajalta hyväksyttäviä keinoja ilmaista vihaa, pettymystä ja turhautumista (Pasquali 1989 Iijan ym. 1996, 25 mukaan). Empatia voidaan ymmärtää prosessina, joka muodostuu hoitajan ja potilaan välille. Empatia on eläytyvää ymmärtämistä, joka tapahtuu samastumisen kautta. Hoitaja asettuu potilaan asemaan ja kokemaan asiat potilaan tavoin. Empatia on väliaikaista ja sitä tulee osata kontrolloida. Empatiataitoja voi kehittää. Vastavuoroisuuden avulla potilaalle välittyy kokemus ymmärretyksi tulemisesta. Se mahdollistaa potilaalle erilaisia oivalluksia mielikuvien ja ajattelun tuloksena. Mielikuvat voivat liittyä uuteen elämäntilanteeseen tai ongelmiin. Niiden avulla voi oppia uutta, mikä puolestaan voi auttaa ratkaisemaan ristiriitoja tai sopeutumaan sairauteen. Kun hoitaja suhtautuu potilaaseen asiallisesti ja puolueettomasti, herää potilaassa toivo. Toivo parantaa hoidon tuloksellisuutta. Toivon ja elämänhalun säilyttäminen auttavat elämään sairauden kanssa, voittamaan sen ja parantamaan elämänlaatua. (Mäkelä ym. 2001, 31–34.)

Luottamus on hoitosuhteen ja hoitoprosessin perusta. Luottamukseen liittyy aitous. Se ei edellytä kaikkien tunteiden paljastamista, mutta ilmaistujen tunteiden tulisi olla aitoja. Tämä on helpompaa potilaalle kuin hoitajalle, joka tavallisesti koettaa säilyttää julkisivunsa ja ammatillisen roolinsa. Luottamus on molemminpuolista ja kehittyy hoitosuhteen myötä. Sekä hoitajan että potilaan tulee osoittaa olevansa luottamuksen arvoinen. Johdonmukaisuus, rehellisyys ja luotettavuus ovat keinoja, joilla hoitaja voi vahvistaa potilaan luottamusta. Hoitosuhde jää pinnalliseksi ja mekaaniseksi ilman luottamusta. (Punkanen 2001, 173–174.) Luottamus alkaa kehittyä hoitosuhteessa heti alussa. Luottamuksen edellytyksenä potilaalle on hyväksynnän kokeminen ja ymmärryksen saaminen. Potilas tarvitsee lämpimän ilmapiirin, hoivaa, huolenpitoa ja lohduttamista. Luottamus hoitosuhteessa on molemminpuolista. Hoitajan tulee uskoa potilaan kykyihin kantaa vastuuta omasta terveydestään. Hoitaja säätelee hoitosuhteessa intensiteettiä, eli tunnetason syvyyttä. Hoitaja reagoi potilaan tunteisiin ja pyrkii hoidollisen väliintulon avulla vaikuttamaan potilaan kokemuksiin. Potilaan tunteet ovat keskeisiä ja siksi on tärkeää, että hoitaja tunnistaa

potilaan tunteet. Potilaat tarvitsevat apua tunteidensa tunnistamisessa, huomaamisessa ja nimeämisessä. Hoitosuhteessa opetellaan tunteiden käsittelyä ja niiden kanssa toimeen tulemistä. Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus hoitosuhteessa merkitsevät sitä, että hoitaja tietää mitä tekee ja mihin hän pyrkii. Hoitosuhteen tarkoitus on, että potilas saa käyttöönsä hoitajan ammattitaidon ja avun selviytyäkseen sairauden mukanaan tuomista vaikeuksista, elämäntilanteen muutoksista ja rajoituksista sekä sopeutuakseen tilanteeseen. (Mäkelä ym. 2001, 20–21.)

Hoitosuhteen erityispiirteitä

Hoitosuhteessa on myös muita tärkeitä elementtejä: transferenssi, vastatransferenssi, distanssi, vastustus, kuunteleminen, holding-hoito-ote, informaatio, konfrontaatio ja klarifikaatio. Nämä ovat hoitosuhteen erityispiirteitä. Transferenssilla tarkoitetaan tunteensirtoa, joka on läsnä myös arkielämässä. Ihminen reagoi muihin ihmisiin ja tilanteisiin, ikään kuin ne olisivat aikaisempaan elämään kuuluneita. Transferenssissa tulee esiin tunteita, asenteita odotuksia ja pelkoja. Hoitosuhteessa vaihtelevat positiivinen ja negatiivinen transferenssi. Transferenssitunteiden vaihdellessa potilaan tilassa tapahtuu muutoksia. Sitä kautta potilas tervehtyy. Omahoitaja ei tulkitse transferenssia omahoitajakeskusteluissa vaan tulkinta tapahtuu työnohjauksessa. Omahoitajan tehtävänä on tulkita potilaan aikuisuutta. Hoitajan tulee kyetä ottamaan vastaan erilaisia, myös negatiivisia tunteita. Omahoitajan tehtävänä on auttaa potilasta ongelmien ratkaisussa tukemalla ja ohjaamalla. Potilaan tulee itse tehdä ratkaisunsa ja päätöksensä omaa elämäänsä koskevissa asioissa. Vastatransferenssia pidetään hoitajan lapsuudenaikaisiin objekteihin liittyvien tunteiden aktivoitumisena. Ne voivat muodostua hoitajan työn esteeksi, jos hoitaja ei osaa käsitellä niitä. Voimakkaiden transferenssi- ja vastatransferenssituntemusten takia kaikki hoitajat ja potilaat eivät sovi toisilleen. (Punkanen 2001, 53–54; ks. myös Mäkelä ym. 2001, 23–27.)

Distanssi eli välimatka erottaa ammatillisen suhteen muista ihmissuhteista. Hoitosuhteessa hoitaja säätelee distanssia kolmella osa-alueella: fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella. Psykiatrisessa hoidossa hoitaja välttää turhaa läheisyyttä. Distanssia voidaan säädellä esimerkiksi virkapukujen, nimineulojen ja muiden ammatillisuutta korostavien merkkien avulla. Sosiaalinen distanssi on sekä hoitajan että potilaan etu. Tämän vuoksi vapaa-aika pidetään hoitotyöstä erikseen. Potilaiden kanssa ei pidetä yhteyttä vapaa-aikana. (Punkanen 2001, 55.)

Vastustus on terve puolustusmekanismi ja näkyy hoitosuhteessa esimerkiksi myöhästymisenä. Siitä ei tulisi moittia potilasta. Kuuntelemisella ja kuulemisella tarkoitetaan psykiatrisessa hoitosuhteessa

hoitajan kykyä asettua potilaan käytettäväksi. Holding-hoito-ote on eläytyvää huolenpitoa, jossa vastuuta omasta hoidosta ja kunnosta annetaan potilaalle. Informaatio viittaa tiedon jakamiseen. Tiedottomuus aiheuttaa potilaassa turvattomuutta. Konfrontaatio eli osoittaminen on potilaan huomion kiinnittämistä hänen toistuviin tapoihinsa toimia ja kokea asioita. Ihmiselle osoitetaan hänelle tyypillisiä, mahdollisesti vahingollisia toimintamalleja. Esitietoinen muuttuu tietoiseksi ja ihmisen minäkuva vahvistuu. Konfrontaatio vaatii pitkää yksilösuhdetta ja turvallista positiivista transferenssia. Näin ollen se delegoidaan tavallisesti omahoitajalle. Klarifikaatiota eli selventämistä käytetään, kun halutaan tietää, miksi potilas käyttäytyy tietyllä tavalla. Sillä pyritään potilaan käyttäytymisen jäsentämiseen. Selventämisessä käytetään apuna ”mitä”, ”miten” ja ”miksi” -kysymyksiä. (Punkanen 2001, 55–56.) Mäkelä, Ruukonen ja Tuomikoski (2001) erottavat hoitosuhteessa vielä psyykkisen itsesäätelyn ja puolustusmekanismit, jotka vaikuttavat osaltaan potilaan käyttäytymiseen ja hoitosuhteeseen. Ihmisen sairastuessa, hän käsittelee ristiriitoja ympäristönsä ja itsensä välillä psyykkisen itsesäätelyjärjestelmän avulla. Ulkoisten ja sisäisten uhkien kokemuksen johdosta mielen tasapainoa pidetään yllä puolustusmekanismien avulla. (Mäkelä ym. 2001, 25–27.) En käsittele niitä tässä syvällisemmin, koska se ei ole tutkimukseni keskiössä.

Työryhmä ja työnohjaus hoitosuhdetyöntekijän apuna

Työryhmän tulisi neuvotella omahoitajan valinnasta. Kriteereinä ovat positiivinen transferenssi ja vastatransferenssi, hoitajan resurssit ja elämäntilanne. Omahoitajan elämäntilanne ei saisi muistuttaa potilaan elämäntilannetta. Omahoitajasuhteen on tarkoitus palvella potilasta eikä hoitajaa. Hoitosuhdekeskusteluissa käydään potilaan asioita mahdollisesti useaan kertaan läpi. Potilaassa tapahtuu toipumista oivaltamisen kautta. Tavoitteena on, että potilas saa kosketuksen omiin tunteisiinsa. Hoitaja auttaa potilasta henkilökohtaisessa kasvussa ja miettii potilaan kanssa vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi. Hoitajat pohtivat asioita ja hoitosuhteen luonnetta työryhmän ja muiden hoitajien kanssa. Yksilöhoitosuhde on tajunnallista tapahtumaa, joka perustuu keskustelulle. Tapaamisajat, paikka ja kesto määritellään etukäteen. Työryhmässä päätetään mitä asioita hoitaja käy hoitosuhteessa läpi ja ne on syytä selvittää myös potilaalle. Yksilöhoitokeskustelu vaatii työnohjausta, mihin jokaisella psykiatrisella hoitajalla on laillinen oikeus. Hoitosuhteen muodostumiseen vaikuttaa hoitajan persoonallisuus. Hoitosuhteet eivät toteudu ennalta määrätyn kaavan tai mallin mukaisesti vaan niihin sekoittuu tilanteet, potilaan kunto ja hoitajan voimavarat. (Punkanen 2001, 57–58.)

Hoitajan on tutustuttava ensin itseensä, että hän voi hoitaa muita. Psykiatrinen hoitotyö ei ole aina konkreettista suorittamista tai tekemistä. Hoitajan täytyy pysähtyä pohtimaan potilasta ja hänen ongelmiaan ja hänen täytyy pystyä kohtaamaan ahdistusta tuottavia asioita. Omahoitajakeskusteluissa käsitellään koko ajan potilaan tunteita, mikä herättää myös hoitajassa tunteita. Hoitajan tulee kohdata nämä tunteet ja ottaa selvää mistä ne nousevat. Työnohjauksessa hoitaja saa käsitellä tunteitaan, itseään ja omaa persoonaansa työvälineenä. Sen avulla hoitaja ymmärtää paremmin itseään ja autettaviaan. Voimakkaat vastatransferenssitunteet saattavat tuntua hämmentäviltä, pelottavilta, asiaankuulumattomilta ja epäammattillisilta. (Punkanen 2001, 175.)

3.3 Psykososiaalinen työ

Esittelen tässä yhteydessä psykososiaalisen työn käsitteen. Hoitosuhdetyö pohjautuu ensisijaisesti hoitotieteellisille lähtökohdille, kun taas psykososiaalisen työn voidaan katsoa olevan lähempänä sosiaalityötä. Psykososiaalisella työllä on paljon samoja piirteitä kuin hoito- ja auttamistyöllä sekä hoitosuhdetyöllä. Oman näkemykseni mukaan molemmissa on paljon samoja piirteitä ja ne kietoutuvat suurelta osin yhteen. Tässä tutkielmassa käsitellään sosiaalityöntekijöiden tekemää hoitosuhdetyötä psykiatrian poliklinikalla, joten tutkimukseni kohteena olevassa työssä vaikuttavat monen tieteenalan lähtökohdat. Tiukkaa jakoa sosiaalityöhön, hoitotyöhön tai psykiatriaan ole mahdollista eikä tarpeellistakaan tehdä.

Mielenterveystyössä ja yleensä sosiaalityössä käytetään tavallisesti psykososiaalista lähestymistapaa asiakkaiden auttamiseksi. Psykososiaaliseen työhön kuuluu auttajan ja autettavan välinen kohtaaminen. Ihminen kääntyy ammattiauttajan puoleen, kun hänen omat selviytymiskeinonsa eivät enää riitä. Autettava tekee tulkintansa siitä, kuka on oikea ihminen auttamaan häntä. Auttaja puolestaan siitä, osaako hän auttaa. Jos auttaja katsoo, että tarvittava apu ei kuulu hänen tehtäviinsä tai hänen omat voimavaransa eivät riitä, hän etsii – autettavan tavoin - lisäresursseja ja kääntyy muiden ammattilaisten puoleen. Lisäresursseja auttaja etsii tulkintansa perusteella alueella käytettävissä olevista palveluista, niiden tehtävämäärittelyistä, asemasta ja yhteistyön resursseista. (Eriksson & Arnkil 1995, 1.) Sosiaalityötä tehdään mielenterveystyön ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon moniammatillisissa toimintaympyröissä usein terapeuttisista lähtökohdista (Leinonen 2007). Sosiaalityöntekijän psykososiaalisessa työskentelyssä psykiatrian poliklinikalla yhdistyvät potilaan arjen hallintaan liittyvien edellytysten kuntoon saattaminen ja terapeutin lähestymistapa.

Psykososiaalinen työtapa sosiaalityössä juontaa juurensa Mary Richmondin tuotannosta. Richmond halusi luoda pohjaa psykososiaalisen työn tavoitteille yhdistämällä sosiologisen ja psykologisen teorian, jotka yhdessä muodostavat sosiaalisen diagnoosin. Richmond korosti sosiaalityöntekijöiden tärkeyttä asiakkaan tilanteen monipuolisen kokonaiskuvan muodostamisessa. Tämän pohjalta mahdollistuu systemaattinen työskentely. Granfeldin mukaan psykososiaalinen työ on yksi sosiaalityön orientaatio, jossa korostuvat terapeutisuus, sitoutuminen työskentelyyn syrjäytyneiden ryhmien kanssa sekä psykologisen osuuden jäsentäminen sosiaalityön tietoperustaan. (Granfeld 1993, 177–179.)

Yksilökohtaisen sosiaalityön klassikko Mary Richmond kirjoitti kirjat *Social Diagnosis* 1917 ja *What is Social Casework* 1922. Molemmat kirjat keskittyvät siihen, mitä on yksilökohtainen sosiaalityö. Richmondin mukaan parempaa yksilökohtaista sosiaalityötä rakennettiin hyväntekeväisyysyhdistyksissä, nuoriso-oikeuksissa ja lääkinnällissosiaalisessa liikkeessä, jossa oltiin kiinnostuneita sosiaalisen ympäristön osuudesta paranemiseen. Hän korosti yksilökohtaisen ja yhteiskunnallisen työn yhteyttä. Ongelmatilanteissa tuli muuttaa sekä yksilöä että ympäristöä. Kuitenkin olennaisinta sosiaalityössä oli asiakkaan persoonallisuuden kehittäminen. Toisaalta Richmondille tapaus ei ollut ihminen vaan sosiaalinen tilanne tai ongelma. Vuosisadan alun sosiaalityössä korostuivat luonnontieteet, lääketiede ja psykologiassa syntynyt käsitys perintötekijöiden vaikutuksesta ihmisen olemukseen, mikä on vaikuttanut myös Richmondin lähestymistapoihin. (Sipilä 1989, 29–32.) Richmondin ajatukset näkyvät myös nykypäivän psykososiaalisessa työssä. Asiakkaan tilanteeseen liittyvä muutostyö ei voi lähteä pelkästään yksilön muuttamisesta, vaan taustalla vaikuttava yhteiskunta ja asiakkaan kokonaistilanne on otettava työskentelyssä huomioon. Tämä kaavoittaa myös psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden työtä moniammatillisessa työryhmässä.

Richmond työntekijöineen etsi määritystä sille, mikä ihminen on. Lähestymistapa on biolääketieteeseen verrattavissa – etsittiin kiistatonta näyttöä siitä, oliko ihminen kunniallinen vai kunniaton. Kunniallisille annettiin tukea ja kunniaattomat joutuivat laitokseen. *Social Diagnosis* -kirjassa ydinkäsitteinä olivat lääketieteestä lainattu ”diagnoosi”, asiakastyöstä käytetty ”käsittely” tai ”hoito” sekä tavoitteeksi asetettu asiakkaan ”parantaminen”. Richmond korosti asiakkaiden itseluottamusta ja kykyä auttaa itseään sekä orientaatiota tulevaisuuteen. Asiakkaiden omilla toiveilla ja tulevaisuuden suunnitelmilla oli suuri merkitys. (Sipilä 1989, 34–35.) Richmondin käyttämät käsitteet antavat hänen jäsentämälleen sosiaalityölle lääketieteestä kumpuavan leiman.

Kuitenkin asiakkaiden voimaannuttaminen, omat tavoitteet ja omat subjektiiviset kokemukset ovat olennaisen tärkeitä myös nykypäivän yksilökohtaisessa sosiaalityössä ja mielenterveystyössä.

Psykososiaalinen työ liittyy tilanteisiin, joissa esiintyy muun muassa päihteitä, vaikeita ihmissuhteita, psyykkisiä häiriöitä, väkivaltaa ja kriisejä. Työn tavoitteissa korostuu asiakkaiden psyykkinen selviytyminen ja toiminta- ja ajattelutapojen muuttaminen. Mielenterveystyö kuuluu työalueisiin, jossa tehdään psykososiaalista työtä. Vaikka tämä terapeutin orientaatio on ollut yhteiskuntatieteilijöiden kritiikin kohteena, sitä tarvitaan klassisen sosiaalireformisten oppien lisäksi. Täysin psykologista mallia, kuten psykoterapiaa ei kuitenkaan usein haluta sosiaalityön ammattikuvaan. Sosiaalityöntekijä pyrkii vaikuttamaan asiakkaan kokemuksiin konkreettisesti tilannetta muuttamalla, sivuuttamatta myöskään asiakkaan mahdollisia aineellisia tarpeita. Psykoterapeutti sen sijaan varoo puuttumasta konkreetteihin asioihin asiakkaan elämässä. Psykoterapian ja psykososiaalisen työn eroja voisi luonnehtia myös siten, että psykoterapia on syvempää ja kapea-alaisempaa keskittyen tiettyyn metodipohjaan ja asiakkaan psyykeen. Psykososiaalinen työ on laaja-alaisempaa ja ottaa huomioon asiakkaan sosiaalisen ympäristön ja vuorovaikutuksen toisten ihmisten kanssa kokonaisuudessaan. Psykososiaaliselle työlle on ominaista tuen ja kontrollin yhdistyminen. (Sipilä 1989, 224–225.) Raunio (2000) näkee Suomessa tehtävän sosiaalityön olevan lähtökohdiltaan paitsi yhteiskunnallista, myös asiakastasoista toimintaa. Asiakkaan elämänongelmien selvittäminen vaatii työntekijältä asiakkaan kanssa työskentelyyn tarvittavia tietoja ja taitoja. Tällöin on kyse psykososiaalisesta työstä, ei varsinaisesta terapiasta. (Raunio 2000, 11.)

Pirkko-Liisa Rauhala kirjoittaa psykososiaalisesta tuesta osana sosiaali- ja terveystalveluiden työtehtäviä. Psykososiaaliseen tukeen kuuluvat asiakkaan psyykkinen ja sosiaalinen tukeminen ja hänen ongelmiinsa paneutuminen sekä vuorovaikutussuhteen rakentaminen. Psykososiaaliseen tukeen ammatillisessa hoivassa kuuluvat tavanomaisen kohteliaisuuden lisäksi työntekijän läsnäolo ja käytettävissä oleminen. Lisäksi psykososiaaliseen tukeen kuuluu asiakkaan kuunteleminen ja keskustelu. Työntekijä toimii yhdessä asiakkaan kanssa erilaisia asiakkaan ongelmia selvittelevänä tukihenkilönä. Tärkeä osa psykososiaalista työtä on myös osallisuuden luominen. Sairaus ei saisi olla demokraattisessa yhteiskunnassa elämää rajoittava tai eristävä tekijä. Sosiaali- ja terveystalvan ammattilaisten tehtäviin kuuluvat sosiaalisen tilan ja sosiaalisten areenoiden avaaminen ihmisille. (Rauhala 1994, 105–106.)

3.4 Tutkimuksia psykiatrisesta hoitotyöstä

Minun oli vaikea löytää juuri omaa tutkimustani taustoittavia tutkimuksia ja tutkimuksia joita voisin verrata omaan tutkimusasetelmaani. Löysin kuitenkin joitakin tutkimuksia, jotka sivusivat omaa tutkimusaiheittani. Tutkimukset liittyivät psykiatriseen erikoissairaanhoidon, psykiatrian poliklinikoihin ja sosiaalityöntekijöihin mutta sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä psykiatrian poliklinikan sosiaalityöstä on tutkittu melko vähän. Psykiatrian poliklinikalla työskentelevän sosiaalityöntekijän toteuttamaa hoitosuhdetyötä ei ole tutkittu Suomessa lainkaan.

Leena Leinonen on tehnyt tutkimusta väitöskirjaansa varten sosiaalityöntekijän ammatillisesta identiteetistä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Osa sosiaalityöntekijöistä, jotka työskentelevät psykiatrian kentällä, on lisäkouluttautunut erilaisiksi Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto entinen TEO, Terveystieteiden tutkimuskeskus) laillistamiksi terapeuteiksi. Leinonen on havainnut, että terapiakoulutus ja terapeuttina toimiminen muokkaavat sosiaalityöntekijöiden identiteettiä sekä tietoisella että tiedostamattomalla tasolla. Leinonen on selvittänyt, kuinka paljon psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevillä sosiaalityöntekijöillä on erilaisia terapiakoulutuksia, ja miten ne muokkaavat psykiatrisen sosiaalityöntekijän työn itseyttä ja ammatillisen identiteettiä. Leinosen mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä 31 % on hankkinut laillistetun terapeutin pätevyyden ja 31,1 % suunnittelee jonkun terapiakoulutuksen aloittamista. 47,9 % vastanneista oli suorittanut vähintään yhden mielenterveyshuollon koulutuksen, mihin ei luettu mukaan laillistetun terapeutin pätevyyden suorittaneita. Leinosen tutkimuksen tulokset osoittavat, että suuri osa psykiatriassa työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä ei koe pystyvänsä vastaamaan työn haasteisiin peruskoulutuksensa turvin. Leinonen on jakanut sosiaalityöntekijöiden identiteetit aineistonsa perusteella viiteen sosiaalityöntekijätyyppiin. (Leinonen 2007.)

Ensimmäinen ryhmä, *terapeutin identiteetin omaksuneet sosiaalityöntekijät*, pitivät terapiatyöskentelyä työn tärkeimpänä ja pääasiallisena sisältönä ja arvottivat terapiatyön sosiaalityön yläpuolelle. Toinen ryhmä, *identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät* määrittivät itsensä terapeuteiksi, joiden ammatillinen toiminta perustuu sosiaalityön lähtökohdille. He kokivat psykiatrisen sosiaalityön olevan mahdotonta ilman psykologis-psykiatristen metodien soveltamista. Kolmas, *identiteetikriisissä olevat terapiakouluttamattomat sosiaalityöntekijät* eivät kokeneet pystyvänsä vastaamaan potilaiden

tarpeisiin sosiaalityön koulutuksen pohjalta ja kokivat riittämättömyyttä työn haasteiden edessä. Neljäs ryhmä, *annetaan mennä -sosiaalityöntekijät*, suhtautuivat sallivasti terapiatyöhön ja joustavasti psykiatrisen sosiaalityön teoreettisiin ja metodologisiin lähtökohtiin. He pitivät asiantuntijuuden rajoja liikkuvina ja luottivat kokemuksen tuomaan ammattitaitoon. *Sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneet terapiakouluttamattomat sosiaalityöntekijät* suhtautuivat terapiatyöhön kielteisesti ja pitäytyivät asiakkaiden konkreettisten ongelmien tarkastelussa. Heidän näkemyksen mukaan terapiatyö ei kuulunut sosiaalityöntekijän työnkuvaan. Leinonen näkee, että täysin terapeutin identiteetin omaksuneet sosiaalityöntekijät keskittyvät liiaksi potilaiden mielenhäiriöihin prosesseihin. Potilaat ovat vaarassa jäädä ilman varsinaisia sosiaalityön palveluita. (Leinonen 2007.)

Miia Lehto on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan sosiaalityöntekijän roolia psykiatrian osaston potilastyössä moniammatillisen tiimin jäsenenä. Lehdon tutkimus koski kaikkia psykiatrian osastoilla potilastyötä tekeviä ammattiryhmiä. Lehdon tutkimuksen mukaan psykiatrisen osaston sosiaalityöntekijä osallistuu potilastyöhön potilaan elämäntilannetta selvittäessä, hoidon suunnittelussa, jatkohoidon ja kuntoutuksen tarpeen arvioinnissa ja suunnittelussa sekä kotiuttamisen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Moniammatillisen tiimin jäsenenä sosiaalityöntekijä osallistuu potilastyöhön koko hoitajakson ajan. Sosiaalityöntekijän työ liittyy potilaan elämäntilanteen ja siinä mahdollisesti ilmenneiden ongelmien selvittämiseen sekä tiedon antamiseen moniammatilliselle työryhmälle ja potilaalle itselleen. Elämäntilanteeseen liittyvät tehtävät liittyvät muun muassa potilaan taloudelliseen tilanteeseen ja lastensuojeluasioihin. Sosiaalityöntekijän tehtävissä korostuivat myös yhteydet yhteistyötahoihin, viranomaisverkostoon ja jatkohoito- ja kuntoutuspaikkoihin sekä tiedon välittäminen jatkohoito- ja kuntoutuspaikoista. (Lehto 2006, 70.)

Sosiaalityöntekijän työtä psykiatrisen osaston potilastyössä kuvattiin potilaan opastamisena, neuvomisena, avustamisena sekä yhteistyönä sairaalan ulkopuolisiin viranomaisiin. Jatkohoitoon ja kuntoutukseen liittyvät tehtävät sisälsivät tiedon antamista potilaalle, tutustumiskäyntejä sekä käytännön asioiden selvittelyjä jatkohoitoon ja kuntoutukseen liittyen. Sosiaalityöntekijällä on oma tehtäväalueensa, joka liittyy potilaan elämäntilanteeseen ja potilaan tukemiseen siten, että hänellä on mahdollisimman hyvät edellytykset selvitä arjessa sairaalahoidon jälkeen. Sosiaalityöntekijän rooli vaihteli sosiaalityöntekijän täydennyskoulutuksesta ja osastosta riippuen. Tutkimuksessa sairaalan muut ammattiryhmät eivät kokeneet terapeuttisia keskusteluja erityisesti sosiaalityöntekijän tehtäviksi. Myöskään sosiaalityöntekijät eivät kokeneet terapeuttisia

keskusteluja heille kuuluviksi työtehtäviksi. (Lehto 2006, 70–72, 74.) Lehdon tutkimusasetelma poikkeaa tämän tutkimuksen asetelmasta huomattavasti. Tämän vuoksi oman tutkimukseni tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia Lehdon tutkimuksen kanssa. Psykiatrian osaston sosiaalityöntekijän työ poikkeaa poliklinikkatyöskentelystä. Kuitenkin niistä löytyy myös yhtymäkohtia. Sosiaalityöntekijän tehtäväkuvat poikkeavat myös osastoiden ja poliklinikoiden sisällä, eivätkä nekään ole keskenään homogeenisiä ryhmiä. Sosiaalityöntekijän tehtävät eroavat toisistaan eri alueilla ja riippuen esimerkiksi siitä, työskennelläänkö lapsi-, nuori- vai aikuispsykiatriassa. Tässä tutkimuksessa paneudun nimenomaan työn terapeuttiseen luonteeseen ja sosiaalityöntekijän tekemään hoitosuhdetyöhön. Hoitosuhdetyössä sosiaalityöntekijä on oman ammattikuntansa edustaja ja ottaa huomioon potilaan kokonaistilanteen hoitotyötä tehdessään.

Liisa Lähtenmäki on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut psykiatrisessa avohoidossa käyneitä asiakkaita, hoitotyön tavoitteita ja hoitotyössä käytettyjä auttamismenetelmiä. Aineistona olivat pääasiassa erikoissairaanhoidajilla käyneet asiakkaat. Tuloksena Lähtenmäki sai psykiatrisen pitkäaikaisasiakkaan hoitotyön mallin, johon kuului asiakkaan kuvailu, hoitotyön tavoitteet ja hoitotyön auttamismenetelmät. Tarkastelen tässä Lähtenmäen tutkimuksen kahta jälkimmäistä kysymystä, eli hoitotyön tavoitteita ja auttamismenetelmiä.

Lähtenmäki on tarkastellut kirjallisuutta hoitotyön tavoitteiden kannalta ja kiteyttänyt hoitotyön tavoitteita. Näitä ovat laajassa mittakaavassa hyvinvoinnin lisääminen ja terveyden edistäminen. Usein realistisena tavoitteena on antoisa elämä ja tyytyväisyyden saavuttaminen, ei sairauden parantuminen. Tärkeiksi tavoitteiksi voidaan nähdä toivo ja selviytyminen. Hoitotyössä tärkeäksi nousevat potilaan kyky käyttää omia voimavarojaan elämänsä parantamiseksi ja potilaan selviytyminen omassa elämässään. Selviytymiseen voidaan liittää muun muassa tunne elämänhallinnasta, johon sisältyy kokemus elämän ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja mielekkyydestä. Selviytyminen oli myös Lähtenmäen tutkimuksen empiirisen osuuden tulosten mukaan tärkein hoitotyön tavoite. Tärkeimmän tavoitteen Lähtenmäki jakoi kolmeen alakäsitteeseen – luottamuksen herääminen, toivon ja oman aktiivisuuden herääminen. (Lähtenmäki 1997, 32–33, 70–71.)

Lähtenmäki oli käsitellyt tutkimuksessaan hoitotyön auttamismenetelmiä psykiatrisessa avohoidossa. Psykiatrisessa hoitotyössä hoitosuhteen vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä nousee tärkeimmäksi elementiksi. Lähtenmäki tulkitsi auttamismenetelmiksi erilaiset asiat, joita hoitajat työssään tekivät. Näitä olivat hoidontarpeen ja asiakkaan tilan kartoittaminen, hoidon

suunnittelu, yhteistyöjärjestelyt ja konsultointi, lääkehoidon järjestäminen, selviytymistä tukevat keskustelut, keskustelut arjen sujumisesta sekä erilaisten terapiamuotojen harjoittaminen. Nämä Lähteenmäki jaotteli edelleen kolmeen eri ryhmään, joita olivat asiakkaan empaattinen ymmärtäminen, arjen tukeminen ja asiantuntijana toimiminen. Yläkäsitteenä näissä luokissa oli sairaanhoitaja voimavarana. (Lähteenmäki 1997, 72–82.)

Sirpa Laamanen on pro gradu –tutkielmassaan koettanut kuvata psykiatriseen hoitotyöhön liittyvää käytännöllistä tietoa. Tulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät neljää eri näkökulmaa lähestyessään psykiatrasta hoitotyötä. Nämä olivat luonnontieteellinen, psykoanalyttinen, vuorovaikutuksellinen ja eksistentiaalinen. Luonnontieteellinen näkökulma lähestymistapana korostaa sairautta ja sen oireita. Tulosten mukaan lähestymistapa näkyi kaikkien hoitajien työssä, mutta kukaan ei soveltanut pelkästään luonnontieteellistä näkökulmaa työssään. Tutkimuksen ajankohtana muut näkökulmat vaikuttivat työssä enemmän. Psykoanalyttisen näkökulman vaikutus oli kaikkien tutkimuksessa olleiden hoitajien työssä erittäin merkittävää. Lapsuuden kokemusten ajateltiin olevan syynä häiriöiden syntyyn. Vuorovaikutustilanteessa psykoanalyttisuuden soveltaminen näkyi empaattisena kuuntelemisena ja myönteisenä tunnesuhteena hoidettavaan. Kukaan ei soveltanut pelkästään psykoanalyttista näkökulmaa. Vuorovaikutus näkökulmana hoitajien työssä merkitsi siirtymistä syrjään yksilö- ja sairauskeskeisestä lähestymistavasta. Yksilötyötä tehdessään hoitajat keskustelivat potilaan ihmissuhteista. Pyrkimyksenä oli tukea vuorovaikutussuhteita ja löytää ratkaisuja potilaan sen hetkisiin ongelmiin. Kaikki hoitajat omasivat eksistentiaalisia näkemyksiä muut teoreettisen ja käytännöllisen tiedon lisäksi. Työssä se näkyi potilaan itsenäisyyden ja vastuullisuuden korostamisena ongelmia ratkottaessa. Hoitosuhteessa potilas ja hoitaja olivat tasavertaisia, subjektiivisesti kokevia ja valintoja tekeviä ihmisiä. Painopiste hoitotyössä on nykyisyydessä ja tulevaisuudessa. Tässä näkökulmassa hoitajan persoonallisuus korostui. (Laamanen 1990.)

Yhdysvalloissa on tehty vuonna 2000 (Fall & Levitov & Jennigs & Eberts) tutkimus, jossa haluttiin saada selville ihmisten luottamusta eri ammattikuntien edustajiin, jotka työskentelevät kliinisen mielenterveystyön parissa. Tutkimukseen osallistui 190 tutkittavaa. Eri ammattikuntia olivat psykiatrit, psykologit, ylemmän korkeakoulututkinnon omaavat terapeutit ja tohtorin tutkinnon omaavat terapeutit. Artikkelissa mietittiin, että vaikka eri ammattikuntien on syytä vahvistaa omaa identiteettiään ja osaamistaan mielenterveysalalla, niin myös yhteisen identiteetin vahvistaminen on tärkeää. Monien ammattikuntien sisällä on yritetty vahvistaa ja määritellä omaa ammatti-

identiteettiä, mutta edelleen se on sekä heille itselleen että palveluja käyttäville ihmisille hämmentävä ja jotakuinkin epäselvä.

Tutkimusasetelmana oli, että tutkittavat valitsevat viiteen erilaiseen case-kuvaukseen mielestensä parhaan ammattiauttajan. Caset olivat vakavuustasoltaan erilaisia. Vakavampiin mielenterveyden ongelmiin tutkittavat valitsivat ammattilaiseksi mieluiten psykiatrin. Vähemmän vakaviin ongelmiin, joissa case-kuvaus koski avio-ongelma ja sopeutumisvaikeuksia, ihmiset valitsivat psykologin, tohtorin tutkinnon omaavan terapeutin tai korkeakoulutetun terapeutin. Kokonaistarkastelussa psykologit ja tohtorin tutkinnon omaavat terapeutit olivat yhtä suosittuja ja toiseksi suosituin valinta. Yhtäältä tulokset heijastavat psykiatrien vahvaa ammatti-identiteettiä ja ihmisten tietämystä psykiatrien ammattiosaamisesta. (Fall ym., 2000.)

Sosiaalityöntekijät oli arvioitu kautta linjan vähiten suosituksi hoitamaan caseja vaikka taustatiedoista selvisi, että tutkittavat tai heidän läheisensä olivat itse käyttäneet juuri sosiaalityöntekijän palveluita eniten. Ero oli tutkimuksellisesti merkittävä. Tutkimuksesta ei selviä, vaikuttivatko ihmisten kokemukset saamastaan palvelusta heidän arvioonsa sosiaalityöntekijöiden osaamisen luotettavuudesta mielenterveyden ongelmien hoidossa. (Fall ym., 2000.)

Oman kandidaatintutkielmani myötä perehdyin laajasti sosiaalityöhön psykiatrian poliklinikalla. Haastattelin neljää sosiaalityöntekijää käyttäen apunani teemahaastattelurunkoa. Tutkimuksellinen näkökulmani oli sosiaalinen konstruktionismi. Analysoin sosiaalityöntekijöiden puhetta jäsenkategoria-analyysillä. Sosiaalityöntekijät kategorisoivat sosiaalityön psykiatrian poliklinikalla neljään kategoriaan. Ne ovat 1) *selvittelytyö*, 2) *sosiaalityöntekijän turvallisuusasiat ja auttamistyö eli perinteinen sosiaalityö*, 3) *hoitosuhdetyö* ja 4) *moniammatillisen työryhmän jäsenyys sekä yhteistyö muihin tahoihin*. Tutkielmassa tarkastelin myös sosiaalityöntekijöiden tapaa puhua itsestään työntekijöinä ja tapaa rakentaa puheessa sosiaalityöntekijän identiteettiä psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijänä. (Mikkola, 2008.)

Selvittelytyöhön liittyivät muun muassa alkukartoitusten ja tutkimusjaksojen teko, hoitoon liittyvien asioiden kuntoon saattaminen ja jatkohoitoon liittyvien asioiden selvittely. Sosiaalityöntekijä selvittää käytännön asioita potilaan elämään, hoitoon ja kuntoutukseen liittyen. Sosiaalityöntekijät kartoittavat myös potilaan kokonaistilannetta ja suunnittelevat potilaan tulevaisuutta yhteistyössä potilaan kanssa. (Emt.)

Sosiaaliturva- ja kuntoutusasioiden selvittely on sosiaalityöntekijän omaa erityisaluetta psykiatrian poliklinikan moniammatillisessa työryhmässä. Sosiaalityöntekijän tulee hallita sosiaaliturvapalvelut, niihin liittyvät lait ja tuen saantiperusteet. Sosiaaliturva- ja kuntoutusasioihin kuuluvat muun muassa sosiaaliturvaetuksista kertominen sekä sosiaaliturva- ja kuntoutusetuuksien hakemiseen liittyvissä asioissa ohjaaminen ja neuvominen. Sosiaalityöntekijät auttavat potilaita myös muiden sosiaalipalveluiden järjestämisessä ja huolehtivat potilaiden oikeuksien toteutumisesta. Sosiaaliturva-asioissa avustamista sosiaalityöntekijät pitivät palkitsevana, koska siitä on usein konkreettista apua potilaan taloudellisen tilanteen ja elämänlaadun parantamisen kannalta. Lisäksi sosiaalityöntekijät tekevät lausuntoja ja valituksia. He tukevat potilasta myös konkreettisesti menemällä potilaan kanssa erilaisiin tilanteisiin, joissa potilaat tarvitsevat käytännön apua. Tätä voidaan kutsua perinteiseksi sosiaalityöksi. (Emt.)

Sosiaalityöntekijän tekemään hoitosuhdetyöhön kuuluvat muun muassa yksilötyö ja perhetyö sekä tietoa antavien ja terapeuttisten ryhmien ohjaaminen. Sosiaalityöntekijät voivat toimia potilaan omahoitajina, ja heillä on potilasta tukevia, supportiivisia hoitosuhteita, joissa työmuoto painottuu potilaan kanssa käytäviin tukikeskusteluihin. Sosiaalityöntekijän työ psykiatrian poliklinikalla painottuu perhetyöhön. Sosiaalityöntekijät tekevät myös pari- ja perheterapiaa ja kotikäyntejä perheiden kotiin. Psykoterapiakoulutus antoi haastattelemilleni sosiaalityöntekijöille menetelmällistä varmuutta ja työvälineitä hoitotyöhön. Kuitenkin kaikilla psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöillä oli menetelmällisiä koulutuksia. (Emt.)

Moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen sisältää muun muassa työryhmän kokoontumiset, potilaskierrot, hoitoneuvottelut ja potilaan asioiden jakamisen työryhmän kanssa sekä oman alan asiantuntijana toimimisen lähinnä sosiaaliturvaan liittyen. Sosiaalityöntekijät pitivät moniammatillisuutta, etenkin potilaan kannalta, hyvänä asiana ja hyvänä tapana työskennellä. Hyvinä puolina työryhmän työskentelyssä mainittiin tietojen jakaminen ja muilta ammattiryhmiltä saatu tuki. Ongelmallisena nähtiin toisinaan työntekijöiden ammatillisesta taustasta aiheutuvat näkemuserot ja erilaiset painotukset mielenterveystyössä. (Emt.)

Sosiaalityöntekijät tekevät yhteistyötä muiden tahojen kanssa. Sosiaalityöntekijät kertoivat muun muassa tekevänsä verkostotyötä ja yhteistyötä esimerkiksi kolmannen sektorin, Kansaneläkelaitoksen, Työvoimatoimiston, järjestöjen, säätiöiden, sosiaalitoimen sekä ammatinvalintaan ja kuntoutukseen liittyvien tahojen kanssa. Tärkein yhteistyötaho sosiaalityöntekijälle on Kansaneläkelaitos. Muihin tahoihin voidaan olla yhteydessä puhelimitse ja

heidän kanssaan tehdään verkostotyötä ja pidetään yhteisiä palavereja. Yhteistyö liittyy tavallisesti sosiaaliturva-asioihin sekä potilaan kuntoutukseen ja jatkohoitoon tai potilaan eteenpäin ohjaamiseen. (Emt.)

Sosiaalityöntekijät kertoivat myös sosiaalityön piirteistä ja identiteetistään sosiaalityöntekijöinä. He käyttivät tekemästään työstä erilaisia metaforia. Sosiaalityötä psykiatrian poliklinikalla kuvattiin laaja-alaisena, kokonaisvaltaisena ja monipuolisena. Sosiaalityöntekijöiden toiveissa ilmeni perhenäkökulman ja yhteiskunnallisten epäkohtien huomioiminen potilaan tilannetta ja elämään liittyviä ongelmia tarkasteltaessa. Sosiaalityöntekijät puhuivat työstään käyttäen vertauskuvia. Niitä olivat myötäkarvaan silittäminen, oven auki pitäminen yhteiskuntaan, pieneen elämänliekkiin puhaltaminen ja sosiaalityön omatuntona toimiminen. (Emt.)

Kandidaatintutkielmassa tutkimukseni teoria pohjautui psykososiaaliseen työhön ja sosiaalityön rooliin mielenterveydenhuollossa. Sosiaalityöntekijät eivät puhuneet työstään psykososiaalisena työnä - kukaan haastatteleistani sosiaalityöntekijöistä ei maininnut psykososiaalista työtä haastattelujen aikana. Muita sosiaalityön menetelmiin liittyviä käsitteitä tuli haastatteluissa esille. Näitä olivat muun muassa voimavarakeskeinen työskentely, ongelmanratkaisu, ratkaisukeskeinen työote, verkostotyö ja supportiivinen työ. Sosiaalityöntekijät mainitsivat myös psykoedukaation ja opetuksellisen työotteen. Sosiaalityöntekijöiden kertomukset omasta työstään mukailivat kuitenkin hyvin alueen hyvinvointipalveluiden esitteen määrittelemiä tehtäviä avomielenterveyspalveluista ja sosiaalityöstä psykiatrian poliklinikalla. (Emt.)

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimustehtävä

Kandidaatintutkielman teko antoi minulle kokonaiskäsityksen psykiatrian poliklinikalla tehtävästä sosiaalityöstä ja sosiaalityöntekijän työtehtävistä, roolista ja toimenkuvasta. Se lisäsi ymmärrystäni siitä, mihin tässä tehtäväkentässä sijoittuu hoitosuhdetyöskentely. Tältä pohjalta halusin lähteä tarkastelemaan tarkemmin sosiaalityöntekijän työn terapeuttisempaa otetta psykiatrian poliklinikalla. Tässä tutkimuksessa tarkoitukseni on siis syventää ymmärrystä sosiaalityöntekijöiden toteuttamasta hoitosuhdetyöstä psykiatrian poliklinikalla. Konstruktionistisen näkökulman ja analyysimetodini ohjaamana muotoilin lopullisen tutkimuskysymykseni.

Tutkimuskysymykseni on:

Miten sosiaalityöntekijät kategorisoivat itseään ja tekemäänsä hoitosuhdetyötä?

Kategorisoidessaan itseään ja tekemäänsä hoitosuhdetyötä sosiaalityöntekijät tulevat kategorisoineeksi myös potilaitaan. Tämän vuoksi sosiaalityöntekijöiden kategorisoinnit psykiatrian poliklinikan asiakkaista tulevat tarkasteluni piiriin, vaikka en käsittelekään potilaiden kategorioita omana, erillisenä kysymyksenään.

4.2 Konstruktionismi tutkimuksen näkökulmana

Tämä tutkimus on toteutettu laadullisilla menetelmillä. Laadullisia menetelmiä käytetään empiiristen ilmiöiden tutkimiseen, joten laadullisia menetelmiä voidaan pitää työkaluina. Kohdeilmiön käsitteellisen pohdinnan merkitys korostuu. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan luonnehtia aineiston muodon kuvaamiseksi. Sitä kuvataan usein subjektiivisena ja induktiivisena. Laadullinen tutkimus on tavallisesti hypoteesitonta – siihen ei liity ennako-oletuksia. Laadullinen tutkimus koettaa tavoittaa tutkittavien näkökulman. Tutkimussuhde on sosiaalisen olemisen ja kanssakäymisen muoto, kuitenkin niin, että olennaisten asioita ei pidetä itsestäänselvyyksinä. Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuus syntyy oman subjektiivisuuden tiedostamisesta ja ennako-oletusten tunnistamisesta. (Eskola & Suoranta 1998, 13–18.)

Silvermanin (2000) mukaan metodologia tai tutkimuksellinen näkökulma ei voi olla väärä tai oikea. Ne voivat olla vain enemmän tai vähemmän tarkoituksenmukaisia. Lähestymistavan pitää olla tutkimuskysymykseen sopiva. Tutkimuksellisen lähestymistavan ei ole tarkoitus rajoittaa vaan ohjata työskentelyä. Sen tulee toimia työkaluna, joka tarjoaa käsitteitä ja metodeja sekä selventää analyysia. Metodologia muokkaa sitä, mitä analyysijä tutkimuksessa käytetään ja miten. (Silverman 2000, 51, 79, 88.) Tässä tutkimuksessa päädyin konstruktionistiseen näkökulmaan. Olen kiinnostunut ihmisten tavasta ilmaista itseään kielellisesti. Olen kiinnostunut siitä, mitä ihmiset haluavat viestittää ja miten ihmiset haluavat tuoda itseään esille puheessaan. Se sopii myös tutkimuskysymykseni lähtökohdaksi. Tutkimuksessani haluan saada sosiaalityöntekijöiden oman äänen kuuluville.

Tutkimuksesta nousevia havaintoja tarkastellaan aina tietystä, eksplisiittisesti määritellystä näkökulmasta. Sitä voidaan kutsua myös teoreettiseksi viitekehyykseksi (Alasuutari 1994, 69, 72). Kvalitatiivisia menetelmiä käytettäessä tutkimuskohde näyttäytyy tavallisesti kielessä. Siksi myös kieli on osa tutkimuskohdetta ja sosiaalista todellisuutta. Kiinnostuksen kohteena kielessä on se, miten sitä käytetään vuorovaikutuksessa, mitä sillä kerrotaan ja mitä sen käytöllä saadaan aikaan. Konstuktivistisen lähestymistavassa ei pyritä etsimään objektiivista totuutta vaan tutkimuksen keskiössä on erilaiset merkitykset, joita annamme tapahtumille. Näin käsitykset esimerkiksi itsestämme ja muista ihmisistä ovat sosiaalisia konstruktioita, joita voidaan konstruoida uusilla tavoilla. Konstruktionistinen kielikäsitteiden mukaan todellisuuteen ei päästä käsiksi vaan todellisuus ilmenee meille tulkitsemisen ja ymmärtämisen kautta. Kieli on sosiaalisen todellisuuden tuote. Se on sosiaalista todellisuutta tuottava, ei välttämättä sitä ilmentävä tekijä. Näin ollen pohdinnat siitä, kertovatko haastateltavat asioista todenmukaisesti, eivät ole olennaisia. Keskeistä on sen sijaan eri esitysten, esimerkiksi haastateltavien vastausten välinen suhde. (Karvonen 1991 25–26 Eskolan & Suorannan 1998 mukaan 139, 141, 143; Burr 1998, 13–14.)

Konstruktionismi voidaan ymmärtää yhteiskuntatieteiden teoreettisena orientaationa, joka saa vaikutteita muun muassa filosofiasta, sosiologiasta ja kielen tutkimuksesta. Konstruktionismia on vaikea määrittellä yksiselitteisesti, sillä eri kirjoittajilla on siitä hiukan toisistaan poikkeavia näkemyksiä. Niistä voidaan löytää yhteisiä piirteitä. Sosiaaliseen konstruktionismiin kuuluu kriittinen asennoituminen valmiiksi annettua tietoa kohtaan. Konstruktionismi haastaa kritisoimaan näkemystä, jonka mukaan perinteinen tieto on vääristymätön ja objektiivinen kuva todellisuudesta. Konstruktionistinen näkökulman mukaan maailma ei välttämättä avaudu meille havaintojemme kautta. Maailman todellisuus ei välttämättä aina ole yhtä sen kanssa, miten me sitä tulkitsemme. Sosiaalinen konstruktionismi kyseenalaistaa esimerkiksi valmiiksi luodut kategoriat, kuten sukupuoli, seksuaalinen suuntautuminen, rotu, sairaus. Ainakin sen mukaan kategoriat voitaisiin yhtä hyvin luoda jollain toisella tavalla. (Burr 1995, 1–3; Burr 1998, 13–14.) Konstruktionistisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tapaa, jolla ihmiset kuvaavat, selittävät tai tekevät selkoa ympäröivästä maailmasta. Konstruktionistisen näkemyksen mukaan ymmärrys rakentuu ja syntyy ihmisten välisen kanssakäymisen tuloksena. Ymmärrys maailmasta ja todellisuudesta muuttuu vallitsevien sosiaalisten käytäntöjen muuttuessa. Säännöt siitä, mikä tarkoittaa mitään, ovat moniselitteisiä, muuttuvia ja vaihtelevat käsitteiden käyttäjien omien mieltymysten mukaan. (Gergen 2003, 15–16.)

Käsityksemme maailmasta ja ympäröivästä todellisuudesta sekä käsitteet ja kategoriat, joita käytämme, ovat sidoksissa kulttuuriin, historiaan, aikaan ja paikkaan. Niihin vaikuttavat myös aikamme vallitsevat sosiaaliset ja ekonomiset järjestelmät. Tietyt tiedon lajit ovat rakennelmia tavastamme ymmärtää asioita. Meidän ei tulisi olettaa, että kulttuuriin ja aikaan sidoksissa olevat tapamme ymmärtää, ovat vaihtoehtoisia tapoja parempia tai totuudenmukaisempia. Tiedon versiot rakentuvat sosiaalisen elämän kautta. Siksi konstruktionismissa ollaan kiinnostuneita sosiaalisista suhteista ja erityisesti kielestä. Ihmiset pitävät totuutena vallitsevaa, yhteisesti hyväksytyä tapaa ymmärtää maailmaa. Todellisuus syntyy sosiaalisessa kanssakäymisessä, mutta se ei välttämättä ole objektiivista havainnointia maailmasta. Maailmasta voidaan ajatella olevan lukemattomia sosiaalisia konstruktioita, sillä ”neuvotellut” käsitykset saavat erilaisia muotoja. Erilaiset konstruktiot saavat ihmiset toimimaan eri tavoin. Kuvaukset ja rakennelmat maailmasta pitävät yllä joitain sosiaalisia toimintoja ja sulkevat toisia pois. (Burr 1995, 3–5.) Konstruktionismi sopii yhteen valitsemani analyysimetodin, jäsenkategoria-analyysin kanssa. Molemmassa lähestymistavoissa tutkitaan kieltä, vuorovaikutusta ja sosiaalisen todellisuuden rakentumista puheessa sekä lisäksi sitä, miten puhe ja kielen käyttö vaikuttavat ympäröivään todellisuuteen.

4.3 Analyysimetodina jäsenkategoria-analyysi

Aineiston analysointimetodina käytän tutkielmassani jäsenkategoria-analyysiä (membership categorisation analysis, MCA). Jäsenkategoria-analyysissa kiinnostuksen kohteena on ihmisten tapa käyttää kategorioita, joiden avulla jäsennetään, ylläpidetään tai kyseenalaistetaan kulttuuria. Kategoria-analyysin avulla päästään tarkastelemaan, miten kulttuurista ja moraalista järjestystä rakennetaan puheessa, vuorovaikutuksessa tai kirjoituksissa. Sen avulla voi tutkia myös, miten puheella rakennetaan jäsenyyttä tiettyyn kategoriaan tai vastustetaan kategorian jäsenyyttä. Lisäksi sen keinoin voidaan tarkastella vallan ja kategorioiden yhteyksiä, ja miten ihmisiä kategorisoidaan institutionaalisissa käytännöissä. Jäsenkategoria-analyysi ei metodina vaadi aineistoksi luonnollista, vuoro-vuorolta etenevää puhetilannetta. Sen vuoksi tämä jäsenkategoria-analyysi sopii hyvin haastatteluaineistoon. Palaan vielä haastatteluun aineistona seuraavassa luvussa. (Nikander 2010, 246–248.) Kategoria-analyysillä saa esiin sosiaalityöntekijöiden oman tavan jäsentää ja kategorisoida työtään psykiatrian poliklinikalla. Jäsenkategoria-analyysi on metodina aika työläs ja tuottaa paljon aineistoa. Se on myös mielenkiintoinen tapa päästä selville ihmisten tavasta kategorisoida asioita ja rakentaa tavoitteellista puhetta jokapäiväisessä elämässä.

Analyysimenetelmän on kehitellyt Harvey Sacks 60-luvun alussa. Sacks halusi kehittää analyysimetodin, jonka avulla voisi tutkia sosiaalisia prosesseja havainnoimalla sosiaalista kanssakäymistä luonnollisessa ympäristössä. Sacks työskenteli Erving Goffmanin ja Harold Garfinkelin kanssa, minkä myötä jäsenkategoria-analyysi on saanut vaikutteita etnometodologiasta (Lepper 2000, 2–3.) Etnometodologiassa ollaan kiinnostuneita siitä, miten ihmiset ymmärtävät ympäröivää maailmaa. Etnometodologisen ymmärryksen mukaan puheella on toiminnallinen merkitys.

Jäsenkategoriat ovat diskurssin alue, joka käsittelee sitä, miten tavalliset ihmiset käsittävät sosiaalisia rakenteita ja muodostavat johdonmukaista käsitystä sosiaalisesta ympäristöstä. Sacksin mukaan tilanteeseen liittyvä kanssakäyminen sekä puhe ja jäsenyyuskategoriat, kuten henkilöiden ja toiminnan luokittelu, mahdollistavat sosiaalisen järjestyksen. Käytämme rutiinomaisesti kategorioita organisoidessamme sitä mitä näemme ja kuulemme. Siten kategorisointi tuottaa ja on myös osaltaan ylläpitämässä sosiaalista ja moraalista järjestystä. Kategoriat ovat näkymättömiä, mutta emme pääse niistä eroon – ne ovat läsnä kaiken aikaa. Emme tavallisesti edes huomaa niitä. Kuitenkin ne jäsentävät toimintaamme merkittävällä tavalla. Ihmisten tapa käyttää kategorioita paljastaa, miten identiteetit, sosiaaliset suhteet ja jopa instituutiot rakentuvat. Kulttuuria tulisi tarkastella toimintana, jossa kategorisointi on keskeisessä asemassa. (Baker 1997, 132, 136; Hester & Eglin 1997 Juhilan 2004b mukaan, 169; Lepper 2000, 4; Juhila 2004a, 21; Potter & Wetherell 1987, 126.)

Mitä kategoria-analyysi tutkii?

Sacks kehitti jäsenkategoria-analyysin, jotta voisi määritellä yksittäisiä tilanteita ja tilannesidonnaisuutta empiirisen tutkimuksen osana. Kategoria-analyysi tutkii sitä, miten kategoriat ilmenevät puheessa ja tekstissä. Se tutkii sanojen käyttämistä, ja sitä kuinka merkitykset ovat sidoksissa tilanteeseen. Tarkastelun kohteena ovat toimijat ja se, miten he tulkitsevat, mikä on merkityksellistä kussakin tilanteessa. Kategoria-analyysi tutkii vuorovaikutuksessa ilmenevien vihjauksien taustalla olevia sääntöjä, ja edelleen sitä, kuinka puhuja ja kuulija tekevät näiden vihjausten perusteella päätelmiä siitä, miten puhe etenee ja mitä tulee tapahtumaan. (Lepper 2000, 4, 14–16).

Sacksin mukaan ihmisen puhe on sosiaalisten lausuntojen tekoa ja toimintaa. Sacksin tutkimuksen keskiössä oli se, miten Jäsenet tietyssä sosiaalisessa tilanteessa suunnitelmallisesti rakentavat

puhetaan, jotta saavat jonkin asian tapahtumaan. Hänen mukaan oli mahdollista koota vaihtoehtoisia tapoja saavuttaa toivottu päämäärää (esimerkiksi saada joku tekemään jotain). (Baker 1997, 132, 136; Sacks 1992, xxv – xxvi, 11.) Kategorioita tulee tutkia käytössä. Kategoriat eivät ole vain kokoelmia, vaan olennaista on niiden saama merkitys tietyssä tilanteessa. Jäsenkategoria-analyysissä kategorioiden kokoelmat puhutussa kielessä tulevat ymmärretyiksi, koska ne kuuluvat tiettyyn joukkoon ja ovat aina tilannesidonnaisia. Jokin jäsen voi kuulua tiettyyn kokoelmaan tietyssä kontekstissa ja olla kuulumatta johonkin toiseen. Johonkin kokoelmaan kuuluminen sulkee pois jäsenen kuulumisen johonkin toiseen kokoelmaan. Schegloff (1972) väittää, että kanssakäymisen tilannesidonnaisuus tarkoittaa pikemminkin kanssakäyjien tilannesidonnaisuutta. Sen vuoksi kategoria-analyysissä tulisi tutkia, miten analyysin kohteena olevan keskustelun kanssakäyjät tietyssä tilanteessa analysoivat tilannesidonnaisuutta ja tilanteen etenemistä tuottaessaan keskustelua ja pyrkiessään omiin päämääriinsä. (Schegloff 1972, Silvermanin 1992 mukaan, 133–134; Lepper 2000, 16–17.) Kategoria-analyysi saa merkityksen, kun voidaan osoittaa, miten jäsenet rakentavat ja käyttävät kategorioita keskinäisessä kanssakäymisessään. Esimerkiksi toiminnoista tulee kategoriasidonnaisia jäsenten synnyttämänä ja rakentamana, ei analyysoijan väittämien vuoksi. Kategoriat ovat jäsenten, ei analyysoijan kategorioita. (Silverman 1992, 139.)

Kategoria-analyysiin liittyvät säännöt ja soveltaminen

Sacks tutki ihmisten tapaa käyttää kategorioita tavallisessa, jokapäiväisessä päättelyssä. Sacksin suurin saavutus oli jäsenkategorioiden (membership category) ja MCD:n (membership categorization device) muodostaminen. Jäsenkategoria tarkoittaa puheessa jonkin ryhmän tunnistamista, kuten ryhmä ”teini-ikäiset”. MCD (Membership Categorization Device) yhdistää jäsenkategoriat. Se liittyy yhteen jäsenen ja kategorian, jota voidaan soveltaa tiettyyn ryhmään tai joukkoon. Joukon nimenä voi olla vaikkapa, siviilisäätö, sukupuoli, rotu, uskonto tai ammatti. MCD on siis jäsenkategorioiden kokoelma, joka sisältää ainakin yhden kategorian, joka voidaan liittää johonkin Jäseneen, johon sovelletaan tiettyjä sääntöjä. Kategoriakokoelmat muodostuvat useista, yhteen kuuluvista kategorioista. Esimerkiksi ”perhe” on MCD, joka yhdistää kategoriat ”vauva”, ”sisko”, ”äiti” ja niin edelleen. Nämä kokoelmat vastaavat kysymyksiin ”kuka”, ”mikä” tai ”millainen?”. Kokoelma voi sisältää X määrän kategorioita. Jokainen kategoria on vähintään kahden kategoriakokoelman potentiaalinen jäsen. Esimerkiksi ”nainen” voi olla jäsenenä kokoelmassa ”perhe” tai ”sukupuoli” ja niin edelleen. Membership categorization device on ikään kuin jäsenkategorioiden yläkäsite käsitehierarkiassa. Termiä device on vaikea kääntää suomeksi.

Termi viittaa etnometodologiseen painotukseen kielen konstruktionistisesta luonteesta. Kategorioiden liittäminen yhteen ja sitä myötä MCD:n luominen ovat konstruktionistisen toiminnan saavutus. (Sacks 1992, 40; Potter and Wetherell 1987, 128; Forsberg & Järviluoma & Ritala-Koskinen & Roivainen 1991, 113; Lepper 2000, 15–16.)

Sacksin tarkastelun keskiössä oli kuvauksien muodostaminen ja niiden tunnistaminen – tarkemmin, Jäsenien kategorian jäsenyyteen liittyvien toimintojen tunnistaminen. Sacks esitteli luennoillaan tarinan: ”Vauva itki. Äiti nosti sen ylös.” Hän väitti, että kuulemme tarinan niin, että äiti on vauvan äiti, vaikka sitä ei sanota. Sacksin mielenkiinnon kohteena oli löytää väline tai järjestelmä, jolla tämä asiiasältö - tai ympäröivä maailma yleensä - ymmärretään. Sacks väitti myös, että tarinan osien välillä vallitsee järjestys. Äiti nosti vauvan ylös, *koska* se itki. Sacks mielestä tarinan eri osien ymmärtämiseen ei tarvita sosiologista analyysiä - se ymmärretään maalaisjärjellä. Ongelman ytimessä oli se, miten tarinan voi ymmärtää, tuntematta tilannetta sen tarkemmin. Sacksin mukaan teemme sen kulttuurin avulla. Sacks väitti kulttuurin muokkaavan aivomme ja ymmärryksemme hyvin samanlaisiksi. (Sacks 1992, 236 – 251.)

MCD:llä voidaan tarkoittaa sekä kategorioiden kokoelmaa että menetelmään liittyviä soveltamissääntöjä. Kategoria-analyysiin liittyy muun muassa käsite ”kategoria-sidonnaiset toiminnot”. Tarinassa itkeminen on sidoksissa kategoriaan vauva. Se liittyy läheisesti vauvan ”elämänvaiheeseen” (vauva, lapsi, nuori, aikuinen jne.). Sacks perusteli väitettään sillä, että Jäseniä tai jäsenyyteen liittyviä toimintoja voidaan testata: ylentää tai alentaa. Jos esimerkiksi aikuinen mies itkee, hänen voidaan sanoa käyttäytyvän kuin ”lapsi”. Jos taas ”vauva” ei itke, hänen voidaan sanoa käyttäytyvän kuin ”iso tyttö tai poika”. Kategoriasidonnaisia toimintoja voidaan ajatella myös toisinpäin. Esimerkiksi jokin toiminto saattaa antaa vihjeen kuulumisesta tiettyyn kategoriaan. (Sacks 1992, 236 – 251.)

Ihmiset käyttävät resurssinaan tietoa kategorioiden organisoitumisesta luodakseen ekonomista ja älyllistä keskustelua. Samalla tavalla ihmiset hyödyntävät tietoa toiminnoista, jotka liittyvät kategoriaan. Esimerkiksi kategoriaan ”sosiaalityöntekijä” kuuluvan jäsenen oletetaan auttavan. Auttamisen voidaan näin ollen ajatella olevan kategoriaan sidottu toiminto. Watsonin (Watson 1978 Potterin ja Wetherellin mukaan 1987.) ja Jayyusin (1984, Potterin ja Wetherellin mukaan 1987) mukaan kategorioihin voidaan ajatella liittyvän toimintojen lisäksi muitakin ominaisuuksia, kuten viranhaltijan piirteet ja etuoikeudet, se missä he asuvat, miltä he näyttävät, miten he pukeutuvat ja niin edelleen. Myös kategoriaan liittyvien piirteiden ja ominaisuuksien avulla ymmärrämme

sosiaalista todellisuutta ja teemme päätelmiä siitä, mihin kategoriaan toimija kuuluu. Kääntäen, teemme päätelmiä siitä, mitä henkilö mahdollisesti tekee, vain sen perusteella, mihin jäsenkategoriaan henkilö kuuluu. (Potter and Wetherell 1987, 129.)

Kategoria-analyysin soveltamissääntöihin kuuluu myös ”standardiparit” (Standardized Relational Pair). Nillä Sacks tarkoitti kategorian jäseniä, jotka tavallisesti kuuluvat yhteen, ja joiden suhteeseen liittyy oikeuksia ja velvollisuuksia. Tällaisia pareja voivat olla esimerkiksi ”mies ja vaimo”, ”lääkäri ja potilas”, ”äiti ja lapsi”. Sacksin mukaan näihin oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyy olennaisesti avun antaminen ja saaminen. Sacksin mukaan huomionarvoista on myös se, että toinen standardiparista puuttuu. Lisäksi huomiota tulee analyysiä tehdessä kiinnittää siihen, jos toinen standardiparista ei täytä pariuteen kuuluvia oikeuksia tai velvollisuuksia tai ne jäävät vaillinaisiksi. Sacks erottaa luennoissaan standardiparit kahdeksi eri ryhmäksi (collection R ja collection K), joista jälkimmäinen viittaa ammattilaisen ja asiakkaan välisen avun antamiseen ja saamiseen. Sacks tarkentaa tekemäänsä jakoa siten, että kokoelma R:n standardiparit saattavat tehdä toisistaan tulkintoja. Esimerkiksi ”mies-vaimo” –parista toinen saattaa kategorisoida toisen osapuolen ”itsemurha-alttiiksi”. Kokoelma K:n standardipariuteen liittyy luonteeltaan edelliseen verrattuna erilainen apujen ja neuvojen antaminen. Esimerkkinä tällaisesta ammattilainen–asiakassuhteesta voi ”terapeutti-potilas” tai ”lääkäri–potilas”. (Lepper 2000, 17–19; Silverman 1998, 81–82.)

Lena Jayyusi on laajentanut kirjassaan *Categorisation and the Moral Order* kategoria-analyysin soveltamista. Hän esitteli lisää käsitteitä. Hänen mukaansa kategoriat pitävät sisällään joukon piirteitä, joita kategoriaan odotetaan olennaisena osana liittyvän. Ne voivat olla toimintoja, piirteitä, mieltymyksiä, ilmenemistapoja, paikkoja, aikoja ja niin edelleen. Jayyusi korosti etenkin sitä, että nämä klusterit, joihin on kätkeytyneenä piirteitä, eivät vain kuvaa ihmisiä vaan myös leimaavat toimijoita. (Lepper 2000, 34.) Arja Jokinen, Kirsi Juhila ja Eero Suoninen ovat koonneet eri kategoria-analyysin tutkijoiden näkemyksiä ja täydennyksiä kategorioihin sidoksissa oleviksi ”määreiksi”. Näitä määreitä ovat toiminnot, ominaisuudet, motiivit, oikeudet, velvollisuudet, tiedot ja kompetenssit. (Jokinen & Juhila & Suoninen 2012, 61.)

Kategoria-analyysiin kuuluu myös muita Sacksin muodostamia käsitteitä. Kategoriakokoelmat sisältävät yhteen kuuluvia kategorioita. Esimerkiksi kokoelma ”perhe” sisältää kategoriat ”äiti”, ”isä”, ”lapsi” jne. Sacksin mukaan ihmiset hyödyntävät jokapäiväisessä diskurssissa tiettyjä käytäntöjä kategorioita koskien. Jo yhdenkin kategorian mainitseminen kokoelmaan liittyen riittää

herättämään meissä ymmärryksen siitä, mihin kokoelmaan kategoria kuuluu. Tätä Sacks kutsui ”ekonomisuussäännöksi”. Toinen sääntö on ”johdonmukaisuussääntö”. Jos yksi kategoriakokoelman kategoria on mainittu, niin johdonmukaisuussäännön mukaan muitakin kokoelman kategorioita voidaan mainita. Jos keskustelussa käytetään kahta kategoriaa tai kahta kokoelman jäsentä, jotka voivat olla samasta kategoriakokoelmasta (MCD:stä), niin tavallisesti ne tulkitaan keskustelussa samaan kategoriaan kuuluviksi. Useat kategoriat voivat olla monitulkintaisia, kuten ”vauva”, voi olla jäsen kategoriassa ”perhe” tai ”elämänvaihe”. Kaksinkertainen organisoituminen (duplicative organization) tarkoittaa sitä, että kategorian jäsenet järjestäytyvät tiimeihin, yksiköihin. Tämä tarkoittaa sitä, että kategoria ei ole vain joukko itsenäisiä yksilöitä, vaan yksilöillä saattaa olla keskinäisiä suhteita. Keskinäisiin suhteisiin liittyvät ominaisuudet ovat tilannesidonnaisia. Ne voidaan yhdistää kategoriaan tietyssä kontekstissa, vaikka ne eivät välttämättä luontaisesti liity kategoriaan. Esimerkiksi ”äidit” eivät tavallisesti järjestäydy ryhmäksi äitejä vaan ovat osa yksikköä ”perhe”. (Sacks 1992, 236 – 251; Potter and Wetherell 1987, 128–129.)

Kategoriat, identiteetti ja jäsenyysneuvottelu

Kirsi Juhila on kirjoittanut reagoinnista eli vastauksesta ja vastustuksesta kategorioita ja kategorisointia vastaan. Juhilan mukaan kategorisointi on ihmisten luokittelemista ja luonnehtimista, ja siihen liittyy läheisesti myös identiteetin käsite. Kategorioiden avulla määritämme usein ihmisiä. Saatuamme tiedon jostakin kategoriasta, johon keskustelukumppanimme kuuluu, ajattelemme tietävämme hänestä paljon kategoriaan liittyvän käsityksemme perusteella. Tämä helpottaa toimintamme suunnittelua ja ihmisten kohtaamista. Se antaa vinkkejä siitä, kuinka ihmiseen tulisi suhtautua, mitä pitäisi ajatella, ja millaista toimintaa meiltä itseltämme odotetaan. Kategoriat auttavat ennakkoinnissa, koska niihin liittyy tiettyjä piirteitä, ominaisuuksia, stereotyyppioita ja toimintoja, joita oletamme kategoriaan kuuluvalla olevan. Ihmisten sijoittaminen johonkin kategoriaan on – halusimmepa sitä tai emme – seurauksellista toimintaa, koska kategoriat tuottavat identiteettejä. Ihmisen sosiaalinen identiteetti rakentuu sen mukaan, mihin kategoriaan hän itse itsensä asettaa tai mihin toiset ihmiset hänet asettavat. (Antaki & Widdicombe 1998, 3 Juhilan 2004b mukaan, 169.) Pidän tärkeänä pohtia kategorioita ja identiteettejä tässä tutkielmassa, koska psykiatrian poliklinikan asiakkaat ovat väistämättä tulleet asiakkaiksi, jonkin mielenterveyteen liittyvän ongelman vuoksi. Myös mielenterveytyössä voi ilmetä eri näkemyksiä siitä, mihin kategoriaan potilas kuuluu. Erimielisyys asiasta voi olla ammattilaisten näkemyksissä, ja potilaan ja ammattilaisen välillä.

Sacks halusi erottaa kategorian käsitteen ”ryhmän” käsitteestä. Mielessämme muodostettu kategoria säilyy, vaikka kyse ei olisi organisoituneeseen ryhmään kuuluvasta jäsenestä. Kategoriaan liittyvää tietoa käytetään siitä huolimatta hyväksi. Sacksin mukaan kategorioihin liittyvät vahvasti moraaliset käsitykset kategorian jäsenyydestä ja ymmärrys siitä, mitä kategorian jäsenet tekevät. Ihmisten kategorisointiin liittyy neuvottelu kategorian jäsenyydestä. Emme suinkaan aina ole yhtä mieltä kategorioista tai niiden jäsenyydestä. Saatamme kategorisoida henkilö kuuluvaksi tiettyyn kategoriaan, vaikka henkilö ei itse koe kuuluvansa ko. kategoriaan. (Sacks 1992, 41 – 46; Jokinen & Juhila & Suoninen 2012, 53; ks. myös Goffman 1963, 11–14.) Sacks nostaa esiin, että vaikka ihminen hyväksyisi kategorian jäsenyyden, hän saattaa vastustaa joitain siihen liitettäviä toimintoja tai piirteitä. Mielestäni tämä voi olla myös toisinpäin. Ihminen voi liittää itseensä piirteitä tai toimintoja, mutta ei koe olevansa tietyn kategorian jäsen. Sacksin mukaan näin tapahtuu myös vähemmän merkityksellisten ja latautuneiden asioiden kohdalla. Sacksin mukaan tämä johtuu siitä, että ihmiset kokevat olevansa vastuullisia myös päätelmistä, joita muut heistä tekevät kategorian jäsenyyden tai siihen liitettyjen toimintojen perusteella. (Silverman 1998, 92–93.)

Kategorioihin liitetyt ominaisuudet voivat sisältää myös keskenään ristiriitaisia odotuksia ja oletuksia. Puheessa voidaan esimerkiksi painottaa tiettyjä kategoriaan liitettyjä piirteitä tilanteesta riippuen. Joitain piirteitä voidaan korostaa, toisia ohittaa tai rakentaa uudelleen. (Potter and Wetherell 1987, 133.) Puhe ja kategorisointi voidaankin ymmärtää sosiaalisena toimintana, jonka avulla saavutetaan identiteettejä, todellisuuksia, sosiaalista järjestystä ja sosiaalisia suhteita. Se miten ihmiset kuvaavat asioita, on aina valinta erilaisista mahdollisuuksista; tapa kuvata todellisuutta on myös sosiaalista ja moraalista toimintaa. Tähän toimintaan liittyy seurauksellisuus. (Jayyusi 1984, Schegloff 1998 Bakerin mukaan 1997, 132, Jokinen & Juhila & Suoninen 2012, 53.) Ihmiset eivät ole toiminnassaan ja puheessaan sidottuja kategorioihin, vaan heillä on myös mahdollisuus kyseenalaistaa käyttämiänsä kategorioita ja niiden paikkansapitävyyttä. Tämä mahdollistaa myös vaihtoehtoisten kategorioiden käytön ja soveltamisen eri tilanteissa. Sillä voi olla niin positiivisia kuin negatiivisia seurauksia tapahtumien kulkuun, esimerkiksi työn tekemisen tai asiakkaan kokemuksen kannalta. Näin voidaan tuottaa uutta, erilaista toimintaa.

Identiteettikategoriat muodostuvat ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa arkielämän pienissä yksityiskohdissa. Siten niitä tulisi myös tutkia. Tutkijana puhetta ei pitäisi analysoida etukäteen muodostuneiden kategorioiden ohjaamana vaan tarkastella ihmisten välistä vuorovaikutusta sen mukaan, mihin kategorioihin toimijat itse asettavat itsensä. (Antaki & Widdicombe 1998, 1–2

Juhilan 2004b mukaan, 169.) Identiteettikategoriat ja tapa, jolla asiakkaaksi tai sosiaalityöntekijäksi orientoidutaan, ovat tärkeitä sosiaalityön vuorovaikutuksessa ja tutkimuksessa. Sosiaalityön tavoitteena erilaisissa organisaatioissa on tavallisesti muutos. Muutokseen liittyy usein asiakkaan tai potilaan identiteetin muokkaaminen. Muutokseen liittyvää työtä voidaan paikantaa työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksesta, puheesta. Kategoriatyöskentelyä voi eritellä myös työntekijöiden virallisista ja epävirallisista keskusteluista, joilla voidaan tuottaa identiteettejä esimerkiksi poissaoleville asiakkaille. (Juhila 2004b, 170.)

Analyysin tekeminen

Jäsenkategoria-analyysia tehtäessä ensimmäinen askel on löytää keskeiset kategoriat (ihmiset, paikat, asiat) puheesta, kuten standardiparit. Kategoriat on joskus suoraan nimetty. Toisinaan kategorioista saa vain vihjeen, puheessa nouseviin aktiviteetteihin (lähinnä verbeihin) liittyneenä. Toinen vaihe on paikallistaa kategorioihin liitetty tekeminen, jotta saadaan selville mitä vihjeillä tarkoitetaan, ja mihin kategorioihin vihjeet viittaavat. Ominaisuudet, joista vihjataan, ovat yhtä tärkeitä kuin ne, jotka mainitaan suoraan puheessa. Vihjaukset kategorioista, toiminnoista tai yhteyksistä niiden välillä, kertovat epäsuorasta, taitavasta tavasta käyttää kategorioita puheessa. (Baker 1997, 142–143; ks. myös Lepper 2000, 14–15.)

Kolmas vaihe on etsiä tuotettujen kategorioiden ja ominaisuuksien yhteyksiä. Näin löydetään vihjeiden avulla sosiaalisen toiminnan suunta. Saadaan muodostettuja kuvauksia siitä, mitä kategorioihin liitetyt henkilöt tekevät, mitä he voisivat tehdä tai miten heidän pitäisi toimia tai käyttäytyä. Antaessaan kuvauksia ihmiset muokkaavat sosiaalista todellisuutta, jossa kategoriat ovat keskeisessä asemassa. Kategoriat ovat kuin marionetteja, joita ihmiset voivat käsitellä ja ”pukea” eri tavoin ja saada ne käyttäytymään erilaisilla tavoilla. Se on tehokas julkilausuma siitä, miten asiat voisivat olla, tai miten sosiaalinen todellisuus tulisi järjestää, huolimatta siitä ovatko asiat oikeasti kuvauksen mukaisia. Taitava tapa tuottaa ja käyttää todennäköisiä ja uskottavia jäsenyyskategorioita, on tärkeä kulttuurisen osaamisen muoto. Se mitä ihmisten puheesta selviää, on ihmisten keino rakentaa ympärilleen ymmärrettävää, järjestäytyneitä ja moraalista maailmaa. (Baker 1997, 142–143.)

Lena Jayyusi on erottanut kategoria-analyysin teossa kaksi metodia, joiden avulla kategorioita voidaan tuottaa tai tunnistaa. Niitä ovat kategoriasidonnaisten toiminnot, joita muodostetaan puheesta tai tekstistä ja kategoriapiirteet, joita puheessa systemaattisesti tuotetaan kategorioihin

liittyneenä. Ensimmäisessä käytetään tiettyä kategoriaa, johon voidaan liittää kuvauksia kategoriapiirteistä. Toisessa rakennetaan sopiva kategoria, jotta kategoriointi voidaan luoda. (Lepper 2000, 34.) Käytännössä kategoriapiirteet ovat kategorioihin liittyviä adjektiivejä (Välimaa 2002, 14–15). Omassa analyysissäni kiinnitin huomiota sekä sosiaalityöntekijöiden käyttämiin verbeihin ja substantiiveihin, joilla sosiaalityöntekijät nimesivät työtehtäviään sekä piirteisiin, joiden avulla sosiaalityöntekijät työtään ja itseään työntekijöinä luonnehtivat. Analysoin myös sosiaalityöntekijöiden muodostamia, työskentelyssä ilmeneviä standardipareja. Analysoin myös sitä, miten sosiaalityöntekijät rakentavat puheellaan kategorisointeja itsestään ja potilaistaan.

4.4 Sosiaalityöntekijöiden haastattelut aineistona

Tutkimukseni empiirisen osuuden aineiston keräsin syksyllä 2009 ja syksyllä 2010 haastattelemalla yhteensä neljää Tampereen psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijää. Sain apua haastateltavien valintaan psykiatrian poliklinikan johtavalta sosiaalityöntekijältä. Tarkoitukseni oli haastatella uudestaan samat neljä työntekijää, jotka haastattelin myös kandidaatintutkielmaani varten. Yksi sosiaalityöntekijöistä oli jäänyt eläkkeelle. Ajattelin, että se ei estä minua haastattelemasta häntä, koska hän oli kokenut hoitosuhdetyöntekijä, ja olin kiinnostunut sosiaalityöntekijän kokemuksista psykiatrian poliklinikan hoitosuhdetyöntekijänä. Hän ei kuitenkaan halunnut enää osallistua, joten minun piti hankkia eri työntekijä neljänneksi haastateltavaksi. Haastattelut tein työntekijöiden työhuoneissa. Ilmapiiri oli rauhallinen ja välitön. Kolme työntekijöistä oli minulle ennalta tuttuja. Haastattelut kestivät reilusta tunnista noin puoleentoista tuntiin.

Haastateltavani toimivat kaikki moniammatillisen tiimin jäseninä, sosiaalityöntekijän asiantuntijatehtävässä. Haastateltavieni koulutustaustat ja kokemuspohja erosivat hiukan toisistaan. Työntekijöistä kahdella oli sosiaalityöntekijän koulutus sekä lisäksi mielenterveystyöhön liittyvää koulutusta. Kahdella oli sosiaalityöntekijän koulutuksen lisäksi psykoterapiakoulutus. Kaksi työntekijöistä oli pitkään alalla työskennelleitä, ja kaksi heistä kuului nuorempaan sukupolveen. Aineistoni oli sikäli monipuolinen, että yksi sosiaalityöntekijä omasi pitkän kokemuksen ja oli terapiakoulutettu, yksi pitkään kokenut ja terapiakouluttamaton. Myös nuoremman polven sosiaalityöntekijöistä toisella oli terapiakoulutus ja toisella ei. Asetelma on omiaan lisäämään tutkimuksen reliabiliteettia. Aikomukseni tässä tutkielmassa oli keskittyä siihen, miten sosiaalityöntekijät jäsentävät tekemäänsä hoitosuhdetyötä. Jo kandidaatintutkielmaa tehdessäni huomasin, että sosiaalityöntekijöiden työnkuva ja työn luonne eivät välttämättä jakautuneet

puhtaasti sen mukaan, mikä sosiaalityöntekijän koulutustausta oli tai oliko sosiaalityöntekijä terapiakoulutettu vai ei. Sosiaalityöntekijöiden toimenkuvat olivat myös lähtökohtaisesti erilaisia, koska työntekijät työskentelivät psykiatrian poliklinikan alaisuudessa eri toimipisteissä ja keskenään erilaisissa työryhmissä. Myös tämä lisää tutkimuksen edustavuutta ja reliabiliteettia. Tämän vuoksi sosiaalityölle ominainen työn luonne ja terapeutisempi ote sekoittuivat enemmän ja vähemmän keskenään.

Haastattelun tarkoituksena on selvittää ihmisten tulkintoja asioista ja ilmiöistä. Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä tulee ymmärtää vuorovaikutustilanteena. Haastattelussa keskustelu tapahtuu tutkijan johdattamana. Kuitenkin haastattelussa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Siinä vaikuttavat luonnollisesti myös fyysiset, sosiaaliset ja muut kommunikaatioon liittyvät asiat. Kerätessä aineistoa tutkimukseen, jonka analyysi on tarkoitus tehdä kategorianalyysillä, haastattelija ja haastateltava tekevät yhdessä tulkintaa ja ymmärrystä tietyn kategorian merkityksestä. Haastateltava ottaa myös haastattelijan antamat tulkinnat huomioon. Haastattelussa haastateltavan vastauksia ei tule ymmärtää pelkkänä raportointina. Haastattelijan kysymykset tulee ymmärtää olennaisena osana aineistoa. Kysymykset muokkaavat sitä, minkä kategorian jäsenenä haastateltava itsensä mieltää. Kysymykset myös houkuttelevat nostamaan esiin tiettyjä kategorioita, muokkaamaan niitä tai antamaan uusia merkityksiä. Haastateltava voi esimerkiksi asettua vastustamaan kysymyksiä tai muotoilla niitä uudelleen. (Nikander 2010, 246–256.)

Aineiston keräsin teemahaastattelun avulla¹. Teemahaastattelu on ennalta suunniteltu. Aihepiirit ja teema-alueet on ennalta määriteltä. Kuitenkaan valmiita kysymyksiä tai kysymysten järjestystä ei ole lyöty lukkoon ennen haastattelua. Haastattelija pitää huolen siitä, että kaikki teema-aiheet käydään läpi. Järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastattelusta toiseen. Teemahaastattelun avoimuuden vuoksi vastaajalla on mahdollisuus puhua vapaamuotoisesti. Se antaa haastateltavalle vapauden yksilöllisten tulkintojen esittämiseen. Haastateltavan tulee myös voida luottaa siihen, että hänen antamia tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Teemat muodostavat konkreettisen kehikon, mikä helpottaa analyysin tekoa: haastatteluaineistoa voidaan lähestyä jossain määrin jäsentyneesti. (Eskola & Suoranta 1998, 86–89.) Olin valmistellut etukäteen teemoja, joiden avulla uskoin parhaiten pääseväni käsiksi sosiaalityöntekijän tekemään hoitosuhdetyöhön psykiatrian poliklinikalla. Haastattelun kuluessa tartuin kuitenkin uusiin, sosiaalityöntekijöiden esille tuomiin

¹ Teemahaastattelurunko on tutkielman liitteenä

asioihin. Näin sain monipuolista aineistoa analyysini pohjaksi. Vaikka valitsinkin teeman etukäteen, sosiaalityöntekijöiden nostamat keskusteluaiheet ohjasivat haastattelun kulkua.

Silvermanin (2000) mukaan haastattelua voidaan analysoida kuvaamalla ulkoista todellisuutta, kuten faktoja ja tapahtumia sekä sisäisiä kokemuksia, kuten tuntemuksia ja tarkoituksia. Vastausten tarkkuutta on mahdollista tarkastella muiden havaintojen avulla. Tätä voidaan kutsua haastatteluinformaation ”realistiseksi” analyysiksi. Toisenlaista lähestymistapaa analyysissä edustavat narratiivit ja kertomukset, joiden avulla ihmiset kuvailevat maailmaansa. Lähestymistavassa yritetään hylätä totuudenmukainen kuva todellisuudesta. Sen sijaan haastattelija ja haastateltava rakentavat yhdessä uskottavaa ja todennäköistä kuvaa maailmasta. (Silverman 2000, 122–123.) Tämä tutkimus keskittyy enemmän jälkimmäiseen analyysitapaan. En etsi niinkään faktoja ja totuuksia vaan lähestyn aineistoa sosiaalityöntekijöiden puheen pohjalta, valitsemieni teemojen kautta. Haastattelussa todellisuus rakentuu ja muodostuu haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutuksessa.

Kerätessä aineistoa tutkimukseen, jonka analyysi on tarkoitus tehdä jäsenkategoria-analyysillä, haastattelua voisi kuvata aineiston teoksi tai muodostamiseksi. Aineiston analyysin tarkoituksena on tunnistaa menetelmät, joita haastateltava käyttää puhuessaan kategorioista ja kategoriasidonnaisista toiminnoista. Tämä on keino tunnistaa kulttuurista tietoa, jota ihmiset käyttävät. Se tulee ilmi ihmisten keskustellessa toistensa kanssa. Haastateltava ja haastattelija ovat oman keskinäisen kanssakäymisensä tarkkailijoita ja analysoijia. Tämän vuoksi haastattelut eivät ole hyviä tai huonoja. Analyysistä tekee hyvän se, että analysoija pystyy selittämään miten haastattelija ja haastateltava yhdessä ymmärtävät puheensa sisällön ja millaisia merkityksiä sisällölle annetaan. (Baker 1997, 131–132.)

4.5 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimusetiikka käsitteenä voidaan rajata koskemaan tieteen sisäisiä asioita, jolloin tutkittavien kohtelu sekä tieteen ja yhteiskunnan väliset suhteet kuuluvat tutkimusetiikan sijasta tieteen etiikkaan. Tutkimusetiikka voidaan määritellä myös tutkijoiden ammattietiikaksi. Siihen kuuluvat eettiset normit, arvot ja hyveet, joita tutkijan tulisi noudattaa tehdessään tutkimusta ja harjoittaessaan ammattia. Moraaliset kysymykset ovat eettisiä ja koskevat sitä, mikä tutkijan toiminnassa on hyväksyttävää. Tutkimusetiikka ohjaa tutkijoita ja kertoo muille, mihin arvoihin ja

velvoitteisiin tutkijat sitoutuvat. Tutkimusetiikka koskee aineiston hankintaa ja tutkittavien suojaa, tieteellisen tiedon soveltamista, käyttöä ja vaikutuksia sekä tieteen sisäisiä asioita. Suomessa tieteellisen käytännön vaaliminen ja väärinkäyttöksiin puuttuminen ovat tutkimusta tekevien organisaatioiden ja yksittäisten tutkijoiden vastuulla. (Kuula 2006, 23–25, 32.)

Lääketieteen tutkimusetiikan vaikutus ihmistieteiden eettisten ongelmien tarkasteluun on ollut suuri. Lääketieteen eettiset normit on ulotettu koskemaan myös käyttäytymistieteelliseen ihmisten tutkimiseen. Lääketieteen eettisissä normeissa keskeisiä arvoja ovat hyötyperiaate, vahingon välttämisen periaate, autonomian kunnioituksen periaate ja oikeudenmukaisuuden periaate. Normeihin sisältyy lisäksi tutkittavia koskevien tietojen luottamuksellisuuden turvaamisen periaate. Hyöty- ja haitta-arvioinnilla on tarkoitus varmistaa, että potentiaaliset hyödyt ovat tutkittavalle potentiaalisia haittoja suurempia. Toisinaan arviointiperusteena on tutkittavalle tulevan hyödyn sijasta yleinen potentiaalinen hyöty suhteessa tutkittavalle koituihin riskeihin. Vaikka ihmistieteissä hyötyjen ja haittojen arvioiminen on usein vaikeaa, voidaan esimerkiksi yksityisyyden suojaan liittyvät riskit välttää huolellisella suunnittelulla. Tutkimuseettiset normit eivät sido tutkijaa laillisesti, mutta velvoittavat ammatillisesti. Normit jaotellaan tavallisesti totuuden etsimistä ja tutkimuksen luotettavuutta ilmentäviin normeihin, ihmisarvon kunnioittamista ilmentäviin normeihin sekä tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentäviin normeihin. (Kuula 2006, 56–60.)

Eettisesti kestävien tutkimustapojen yhteinen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen. Tähän lukeutuvat itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus ja yksityisyyden kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen varmistetaan sillä, että tutkittavalle annetaan riittävästi tietoa tutkimuksesta. Ihmistieteellisellä tutkimuksella harvoin aiheutetaan fyysistä vahinkoa, mutta tutkijan on huolehdittava henkisten, sosiaalisten tai taloudellisten vahinkojen aiheuttamisesta tutkittaville. Tämän vuoksi luottamuksellisia tietoja käsiteltäessä tulee huolehtia tietosuojasta asianmukaisesti. Tutkittavia pitää kunnioittaa myös vuorovaikutustilanteessa. Tutkija edustaa tilanteessaan myös oppiainettaan ja laajempaa tiedeyhteisöä. (Kuula 2006, 60–63.)

Tutkimuksessa yksityisyyden kunnioittaminen tarkoittaa sitä, että ihmisillä on oikeus määrittää, mitä tietoja he antavat tutkimustarkoitukseen. Tämän lisäksi yksittäiset tutkittavat eivät saa olla tunnistettavissa tutkimustekstistä. Luottamuksella viitataan yksittäisiä ihmisiä koskeviin tietoihin ja tietojen käytöstä koskeviin lupauksiin. Näitä ovat lupaukset aineiston käyttötavoista, käyttäjistä, käyttöajoista, muokkaustavoista ja säilyttämisestä. Aineistoa siis käytetään, säilytetään ja käsitellään niin kuin on sovittu tutkimusluvan yhteydessä. Tietosuojalla viitataan ihmisen

yksityisyyden kunnioittamiseen ja suojelemiseen. Jokaisen tutkijan tulee noudattaa tietosuojalainsäädäntöä. (Kuula 2006, 64.)

Erityisesti arkaluonteisia tietoja koottaessa on kiinnitettävä huomiota ihmisen yksityisyyteen liittyviin asioihin. Tutkittavia ei saa loukata eikä heille saa aiheuttaa vahinkoa tutkimuksen tarkoituksesta huolimatta. Myöskään ihmisarvoa tai arvokkuutta ei saa loukata. Tieteelliseen tutkimukseen vastaamisen tulisi aina olla vapaaehtoista. Tutkittaville on annettava riittävästi tietoa tutkimuksen tavoitteesta. Tutkittavalla tulee olla vapaus päättää osallistumisesta tutkimukseen. Tutkijan ja tutkittavien välillä ei saisi olla sellaista suhdetta, joka vaikuttaa tietojen antamisen vapaaehtoisuuteen. Tietoja käsiteltäessä ja tietoja julkistettaessa on pidettävä huolta anonymiteettisuojusta ja luottamuksellisuuden säilyttämisestä. Tutkittavien henkilöllisyys ei saisi paljastua tai ainakin se tulisi tehdä mahdollisimman vaikeaksi. (Eskola & Suoranta 1998, 52–58.) Tunnistettavuuden ehkäisemisen lähtökohtana on suojata tutkittavia negatiivisilta seurauksilta, joita tutkimusjulkaisu voisi aiheuttaa. Käytännössä tunnistettavuutta ehkäistään tunnisteita poistamalla tai muuttamalla eli anonymisoimalla. Olennaista seurauksien arvioinnissa on se, mitä tietoa ja millaisissa yhteyksissä tutkittavista annetaan. (Kuula 2006, 200–201.)

Omassa tutkimuksessani kiinnitin huomiota eniten haastattelemieni sosiaalityöntekijöiden anonymiteettiin. Koska en tutki suoranaisesti asiakkaita tai asiakkaisiin liittyviä aineistoja lainkaan, minun ei tarvitse juurikaan olla huolissani tutkittaville esitettyjen kysymysten vaikutuksista. Asiakkaiden piirteet ja elämäntilanteet tulevat välillisesti esiin haastattelussa sosiaalityöntekijöiden kertoman kautta. En esitä arkaluonteisia kysymyksiä. Uskon, että pystyin kunnioittamaan haastattelemieni sosiaalityöntekijöiden ihmisarvoa, enkä aiheuta heille vahinkoa tai loukannut autonomiaa. Kokoamani tiedot eivät ole arkaluontoisia. Haastatteleman sosiaalityöntekijät hyötyivät ainakin toivon mukaan tekemistäni haastatteluista. Se herätti heitä pohtimaan työtään eri näkökulmista.

4.6 Analyysin tekeminen

Aineiston analyysin on tarkoitus tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta ja selkeyttää tutkittavaa ilmiötä. Aineiston antamaa tietoa pyritään tiivistämään kadottamatta tietoja. Informaatioarvoa pyritään analyysin tuloksena kasvattamaan. Oma tutkimukseni on laadullinen. Laadullisen aineiston analyysit ovat perinteisesti kuvailevia, ja niissä etsitään yhtäläisyyksiä ja samankaltaisuuksia.

Uudemmissa analyysitavoissa keskitytään eroihin ja yhtäläisyyksiin. Näin analyysistä tulee tarkempi ja aineistolähtöisempi. (Eskola & Suoranta 1998, 138, 140.)

Tutkimukseni on kielen ja puheen tutkimusta. Kielen käyttöä voidaan analysoida kahdesta näkökulmasta. Se voi olla todellisuuden kuvaamista tai todellisuuden rakentamista. Todellisuuden kuvaamista voidaan pitää ”realistisena” näkökulmana. Sen mukaan kieli on väline, jonka avulla voidaan saada tietoa olemassa olevista faktoista. Jälkimmäinen on sosiaalista konstruktionismia, jonka mukaan kieli ei kuvasta todellisuutta vaan on osaltaan rakentamassa sitä. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 9.) Tutkimuksessani näkökulmani on konstruktionistinen, joten se edustaa jälkimmäistä lähestymistapaa. En etsi haastateltavien puheesta faktoja vaan näkökulmani mukaan todellisuus rakentuu haastattelijan ja haastateltavan välisessä vuorovaikutuksessa.

Litteroidun aineiston analysoin käyttäen Harvey Sacksin kehittelemiä jäsenkategoria-analyysin menetelmiä. Litteroitua tekstiä oli noin 85 sivua². Nikander näkee jäsenkategoria-analyysin tarjoavan dialogisen sillan aineiston mikro- ja makrotason välille. Jäsenkategoria-analyysin avulla on mahdollista tarkastella ihmisiä ja heistä muodostettuja kategorisaatioita kulttuurin tuotteina ja ihmisiä kulttuurin tuottajina. Jäsenkategoriasissa yhdistyvät kulttuuristen diskurssien makrotasot ja tilanteisiin liittyvä mikrotaso puheen rakentamisessa. (Nikander 2010, 262–263.) Analyysiä tehdessäni säilytin mielessäni tutkimukseni näkökulman ja tutkimuskysymyksen. Kategoria-analyysi sopii tutkielmaani analyysimetodiksi, koska halusin tutkia psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden työtä heidän omista lähtökohdistaan ja heidän itsensä kertomana. Kategoria-analyysin tekeminen on aineistolähtöistä. Kaikki kategoriat, joita olen analyysiä tehdessäni muodostanut, ovat nousseet haastateltavien omasta puheesta.

Tutkielmani analyysi on ollut kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa kävin uudelleen läpi kandidaatintutkielmani aineistoa. Analyysimetodia hyödyntämällä etsin tekstistä kategorioita, joilla sosiaalityöntekijät kuvasivat hoitosuhdetyötä ja itseään hoitosuhdetyöntekijöinä. Kiinnitin huomioita sosiaalityöntekijöiden esiin tuomiin piirteisiin ja työhön liittyviin toimintoihin. Toivoin analyysin uudelleentarkastelun antavan minulle myös suuntaa sille, millaisia teemahaastattelukysymyksiä muotoilen uusiin haastatteluihin.

² Lisäksi olin analysoinut tutkimukseni ensimmäisessä vaiheessa kandidaatintutkielmani aineiston, noin 65 sivua. Analysoin siis aineiston uudelleen tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksen ohjaamana.

Sosiaalityöntekijät kategorisoivat hoitosuhdetyötä yleisesti puhumalla omista hoitosuhteista, supportiivisista hoitosuhteista, omista potilaista ja omista hoitosuhdepotilaista. He puhuivat tukikäynneistä, keskusteleavasta hoidosta, supportiivisesta keskusteleavasta hoidosta, ihmissuhdetyöstä, potilastyöstä, parisuhdeterapiasta, omahoitajakeskusteluista, tukemis- ja auttamistyöstä ja hoitotyöstä. He puhuivat myös tuen antamisesta, omahoitajana toimimisesta, ihmisen arjessa tukemisesta, kuuntelemisesta, kontaktissa olemisesta, perhetyön tekemisestä, parisuhdeterapian tekemisestä, perheiden tapaamisesta, pariskuntien tapaamisesta. Psykoterapeutin koulutuksen saaneet sosiaalityöntekijät puhuivat myös terapeuttisista suhteista ja kategorisoivat itsensä terapeuttisiksi työntekijöiksi. Nämä asiat sain selville jo kandidaatintutkielman haastatteluaineistosta.

Tässä tutkielmassa minun on tarkoitus syventää sosiaalityöntekijöiden hoitosuhdetyön näkökulmaa. Litteroin haastatteluaineiston tekstiksi kirjoittamalla sen auki sanasta sanaan. Aloitin analyysini toisen vaiheen lukemalla haastattelut useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen merkitsin tekstissä kaikki ne kohdat, jotka liittyivät työn tekemiseen. Alleviivasin aineistosta kaikki käsitteet, termit ja muut sanat, joilla sosiaalityöntekijät kuvaavat tekemäänsä työtä ja itseään työntekijöinä. Tämän jälkeen aloin alleviivata litteroidusta tekstistä sosiaalityöntekijöiden tuottamia kategorioita. Aluksi kiinnitin huomioita substantiiveihin, joilla he kategorisoivat työtään. Seuraavaksi siirryin tarkastelemaan kategoriasidonnaisia toimintoja, jotka käytännössä ovat verbejä, teosanoja, joilla sosiaalityöntekijät kuvaavat hoitosuhdetyöhön liittyvää toimintaa. Kirjoitin kaikki kategoriat ylös pienille pahvilapuille ja muodostin niistä ryhmiä, joita yhdistelemällä sain aluksi 16 erillistä ryhmää. Yhdistelin ryhmiä edelleen ja sosiaalityöntekijän työnkuva psykiatrian poliklinikan hoitosuhdetyössä pelkistyi lopulta kahdeksaksi erilliseksi kategoriaksi. Kategorioiden kokoelmat eivät ole täysin puhtaita ja toisiaan poissulkevia, vaan menevät osin päällekkäin. Niistä löytyy osittain samankaltaisia piirteitä. Tämä teki analyysin jäsenyyksen hyvin haastavaksi. Joitain kategorioita olisin voinut sijoittaa kahteenkin kategoriakokoelmaan.

Tehtyäni tämän vaiheen tarkastelin aineistoani konstruktiivisesta näkökulmasta ja kiinnitin huomiota sosiaalityöntekijöitten tapaan rakentaa omaa käsitystä itsestään ja työstään. Aloin tutkia kategoriasidonnaisia piirteitä. Kiinnitin huomioita sekä piirteisiin, joilla sosiaalityöntekijät kuvasivat itseään että piirteisiin, joilla he kuvasivat tekemäänsä hoitosuhdetyötä. Muodostin sosiaalityöntekijöiden puheesta myös standardipareja analyysini tuloksena. Tämän jälkeen tarkastelin, miten sosiaalityöntekijät haastattelussa rakentavat puhetta itsestään hoitosuhdetyötä tekevinä sosiaalityöntekijöinä, ja miten puhe rakentuu heidän kuvatessaan potilaita. Pyrin

tarkastelemaan myös sitä, miten moraalit oli sosiaalityöntekijöiden tuottamissa kategorioissa läsnä ja mitä sosiaalityöntekijät tekivät rakentamallaan kategorioilla haastattelussa.

5 SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN TEKEMÄÄ HOITOSUHDETYÖTÄ JÄSENTÄVÄT KATEGORIAT

5.1 Kokonaistilanteen kartoittaja ja potilaan havahduttaja

Ensimmäinen aineiston analyysin tuottama kategoria psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän tekemässä hoitosuhdeetyössä on *kokonaistilanteen kartoittaminen ja tutkiminen ja potilaan havahduttaminen*. Se voidaan ymmärtää hoitosuhdeetyön työskentelyvaiheena, jossa työntekijä yrittää rakentaa kokonaiskuvaa potilaan elämäntilanteesta ja elämänhistoriasta. Työntekijä rakentaa itselleen kuvaa ja kartoittaa asioita, jotka tuottavat potilaan elämään pulmia. Kun työntekijä on saanut muodostettua kokonaiskuvan potilaan elämästä, hoidolle asetetaan tavoitteet, ja tilannetta aletaan käydä potilaan kanssa konkreettisesti läpi ja pilkkoa potilaan elämäntilanteita pienempiin paloihin. Sosiaalityöntekijät kertoivat, että tilanteita tutkitaan yhdessä potilaan kanssa. Toisinaan hoitosuhteessa pysytään hyvin arkisella tasolla. Keskustelun keskiössä on ajankohtaisiin asioihin keskittyminen. Asioita päivitetään, selvitetään ja käydään läpi. Sosiaalityöntekijöiden mainitsemia toimintoja kategoriaan liittyen olivat muun muassa elämänalueiden ja ongelmien kartoittaminen, kissojen pöydälle nostaminen, kuvan saaminen ajankohtaisesta tilanteesta, tilanteen läpikäyminen, arjen tasolla pysyminen, hankalien asioiden selvittely ja potilaan todellisuuden hahmottaminen.

H2³:

H: Osaisikse kertoa tarkemmin niinku vielä siitä työstä ja siitä sisällöstä, mitä sä teet?

T: *No mä tota aluksi juuri tutkimusjakso⁴... selvitysjaksoilla selvitetään sitä nuoren kokonaistilannetta ja perheen kokonaistilannetta, että... että mitä asioita siinä on vaikeuttamassa.*

Sosiaalityöntekijä kertoo tutkimusjaksoista, joita poliklinikalla asiakkuuden alussa tehdään. Työntekijä puhuu tutkimusjakson lisäksi selvitysjaksoista, jonka aikana selvitetään potilaan kokonaistilannetta. Kuva ei rakennu pelkästään nuoren kokonaistilanteesta vaan lisäksi tarvitaan kuva perheen kokonaistilanteesta. Sen avulla työntekijä muodostaa kokonaiskuvaa, ja saa selville,

³ Merkitsen haastatteluja H1 = haastattelu 1, H2 = haastattelu 2 jne. H = haastattelija ja T= työntekijä.

⁴ Alleviivaukset ovat korostamassa sosiaalityöntekijöiden tuottamia kategorioita.

mitkä asiat vaikeuttavat potilaan elämää. Tämän avulla selviää myös se, miten tilanteesta voitaisiin päästä eteenpäin. Tähän hoitosuhdetyön vaiheeseen liittyy kategoriasidonnaiset toiminnot: selvittely, tutkiminen ja kartoittaminen. Tässä sosiaalityöntekijä rakentaa puheessaan itsestään kuvaa tutkijana ja selvittäjänä, joka aktiivisesti pyrkii saamaan kokonaistilanteesta käsityksen ja selvittämään asioista.

H4:

H: No sit sä mainitsin ton potilastyön ja terapiakeskustelut, niin osaisitsä kertoa niistä vähän enemmän. Mitä ne niinku pitää sisällään tai minkälaista se on?

T4: Joo. Eli meillä on semmonen työskentelytapa, et kun meille tulee uus potilas, niin meillä on aluks tämmöset kartoituskäynnit. Eli yleensä sovitaan 5 käyntiä, jolloin kartotetaan sen ihmisen sitä, niitä elämän olosuhteita ja sitä tilannetta ja sairaushistoriaa ja kuntoutushistoriaa ja hoitohistoriaa ja ammattillista historiaa, niin sinä aikana. Ja sen jälkeen on sitte hoitoneuvottelu. Mutta että ne 5 kertaa on kartoituskäyntejä, mutta siinä samalla on semmosia hoidollisia elementtejä. Et ne jollekin saattaa riittää, se 5 kertaa.

Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä ”kartoittajaksi”, mikä voidaan ymmärtää myös hoitosuhdetyön kokonaisuuteen liittyvänä kategoriasidonnaisena toimintona. Sosiaalityöntekijä kertoo poliklinikan työskentelytavasta, jonka mukaan aluksi potilaiden tilannetta kartoitetaan viiden kartoituskäynnin aikana. Puhuessaan koko poliklinikan työskentelytavasta sosiaalityöntekijä viittaa myös itseensä. Hän on kartoittamassa uuden potilaan elämänolosuhteita ja tilannetta. Sosiaalityöntekijä kartoittaa myös sairaus-, kuntoutus- ja hoitohistorian. Sosiaalityöntekijä kutsuu potilasta myös ”ihmiseksi”. Näin sosiaalityöntekijä asettaa potilaan tasavertaisemmaksi itsensä rinnalla, toisena ihmisenä. Sosiaalityöntekijä rakentaa puheessaan kuvaa itsestään potilaan, ihmisen koko elämän kartoittajana. Sosiaalityöntekijä mainitsee myös hoidolliset elementit, joita kartoituskäynteihin sisältyy. Sosiaalityöntekijä rakentaa näin itsestään kuvaa, ei vain potilaan elämäntilanteen ja -historian kartoittajana, vaan myös työntekijänä, joka samalla hoitaa potilasta.

Aineiston analyysin tuloksena tähän kategoriaan liittyy myös *potilaan havahduttaminen* sosiaalityöntekijän tekemässä hoitosuhdetyössä. Sosiaalityöntekijät puhuivat siitä, kuinka he työntekijänä pyrkivät saamaan potilaan hahmottamaan oma tilanteensa. He yrittävät saada potilasta tiedostamaan omaa käyttäytymistään ja omaa tapaansa olla vuorovaikutuksessa. He koettavat nostaa keskustelussa esiin myös potilaalla olevia voimavaroja ja potilaan elämän hyviä asioita ja hyviä valintoja. Työntekijä pyrkii voimaannuttamaan potilasta, jotta tämä alkaisi itse työskennellä oman elämänsä hyväksi. Työntekijät mainitsivat muun muassa potilaan havahduttamisen, ihmisen selviytymiskeinojen etsimisen, näkyväksi tuomisen, tietoiseksi tekemisen, huomaamaan auttamisen,

käytännönläheisellä tasolla miettimisen, hyvien ja huonojen puolien miettimisen ja potilaan miettimään laittamisen.

H2:

H: Joo. Tuota, sä mainitsit nää ratkaisukeskeisen, narratiivisen ja lyhytterapian, niin kertoisitko niistä vaikka piirteitä vähän... niinku... mitä se tarkoittaa?

...

H: Okei.

T: Ja narratiivisessa juuri pyritään ihmistä saada niinkun ihmistä hahmottamaan se oma... ne oman elämän ne semmoset hyvät asiat ja ne selviytymiskeinot se ihminen on selviytyne vaikeuksistaan, et ottamaan, nostamaan niitä niinkun esille ja saada ihminen huomaamaan ite niitä ja tunnistamaan niitä ja tiedostamaan, että hän on tehnyt ihan hyviä ratkaisuja ja valintoja ja... mitkä arvot ja asenteet ja niinkun ajatukset ja toiveet siellä on taustalla, et ku hän on tehnyt niitä valintoja ja ratkaisujaan elämässään. Et jotenkin niinku nostamaan niitä esille niinkun, et hän näkee sit sitä omaa käyttäytymistään ja toimintaa ehkä positiivisemmassa valossa, kun vaan että pelkästään, että lähettäis niitä ongelmia jotenkin miettimään, että, et miten tähän nyt on tultu, et ihminen näkee sit, et hän on kauheesti ongelmia, mutta hän ei tiedosta ja tunnistaa niitä ratkaisumalleja ja niitä selviytymiskeinoja ja... ja niitä positiivisia valintoja, mitä on tehnyt. Että semmosta siinä narratiivisessa otteesta juuri niinku enemmän otetaan esille ja mun mielestä just näissä voimavarakeskeisissäkin lähestymistavoissa, eli terapiassa ylipäänsä että... et näitä.

...

H: Osaisikse kertoa tarkemmin niinku vielä siitä työstä ja siitä sisällöstä, mitä sä teet?

T: ... et mä yritän auttaa ihmisiä sitten ja tukee ja jotenkin saada niitä havahtumaan siinä...

Sosiaalityöntekijä kertoo narratiivisesta otteesta työskentelytapana. Työntekijän tavoitteeksi tästä työotteesta käsin jäsentyy potilaan havahduttaminen. Sosiaalityöntekijällä on pyrkimys saada ihminen hahmottamaan hänen elämässään olevat hyvät asiat ja selviytymiskeinot, jotta ihminen huomaa ne itsekkin. Työntekijän tehtäväksi määrittyy pyrkimys auttaa potilasta tiedostamaan omat kykynsä pystyvänä, hyviä valintoja tekevänä ihmisenä. Sosiaalityöntekijä avustaa ihmistä näkemään myös valintojen takana olevat arvot ja asenteet, mikä antaa vihjeen siitä, että työntekijä auttaa ihmistä rakentamaan itselleen positiivista minäkuvaa moraalisesti vastuuntuntoisena ihmisenä, jonka ainakin työntekijä vahvistaa potilaalle. Sosiaalityöntekijä saa keskustelun avulla potilaan näkemään oman toimintansa ja käyttäytymisensä positiivisempaan. Sosiaalityöntekijän kuvaus selviytymiskeinojen esille nostamisesta ja avustaminen positiivisten asioiden tunnistamisessa voidaan ymmärtää havahduttamiseen liittyvinä kategoriasidonnaisina toimintoina. Työntekijä kategorisoi potilaan ihmiseksi, joka on ongelmien täyttämässä tilanteessa, jossa potilas ei enää tunnista tai tiedosta omia selviytymiskeinojaan. Lähestymistavassa työntekijä pyrkii pois päin ongelmakeskeisestä ajattelusta. Hän auttaa potilasta näkemään selviytymiskeinoja, voimavaroja ja ratkaisuja. Sosiaalityöntekijä rakentaa itsestään kuvaa työntekijänä, joka auttaa ja tukee potilasta

havahtumaan positiivisille asioille. Työntekijä rakentaa itsestään kuvaa työntekijänä, joka näkee potilaassa olevan positiivisen puolen ja tämän voimavarat, eikä vain ongelmia.

5.2 Ratkaisujen etsijä, vaikuttaja ja tukija

Toinen sosiaalityöntekijöiden tekemästä hoitosuhdetyöstä noussut kategoria on *ratkaisujen etsiminen ja vaikuttaminen sekä tukeminen*. Kun ongelma on saatu kartoitettua ja potilaan elämäntilanteesta on saatu muodostettua kuva, aletaan potilaan kanssa yhteistyössä miettiä vaihtoehtoisia toimintatapoja. Potilaiden kanssa mietitään, minkä asioiden pitäisi muuttua, jotta elämäntilanne paranisi ja ongelma helpottaisi otettaan potilaan elämästä. Sosiaalityöntekijä on potilaan elämässä myös syiden ja ratkaisujen etsijä. Työntekijä voi antaa vaihtoehtojen lisäksi konkreettisia neuvoja ja jopa kieltoja. Sosiaalityöntekijöiden tuottamia kategoriasidonnaisia toimintoja olivat muun muassa hyvien ja huonojen puolien miettiminen, kokonaisvaltainen etsiminen, vaihtoehtoisten toimintatapojen miettiminen, asioihin puuttuminen, neuvominen, tutkiminen ja arvioiminen. Sosiaalityöntekijät korostivat, että potilaalle tarjotaan vaihtoehtoja ja asiat tehdään heidän kanssaan yhteistyössä. Tärkeänä edellytyksenä he toivat esiin luottamuksen luomisen ja turvallisen olon herättämisen.

H1:

H: Jos sä kuvaisit sitä tai kertoisit eri puolista, mitä siihen liittyy, siihen ihan niinku, kun te otatte niitä omia potilaita vastaan.

T: ... mä tuon niinku erilaisia näkemyksiä. Mä en siis tuo siinä hoitosuhteessa potilaalle semmosia ajatuksia, että tämä on niinku ikään kuin ainut ja oikea vaihtoehto, mutta mä pyrin työskenteleen sillä lailla, että mä tuon... saatan jossain ongelmatilanteessa tai näin, tuoda erilaisia vaihtoehtoja, mistä se potilas niinku itse valitsee.

Sosiaalityöntekijä kertoo, että antaa potilaalle erilaisia näkemyksiä tämän tilanteeseen. Hän korostaa, että työskentelyyn ei kuulu omien ajatusten tarjoaminen ainoana ja oikeana vaihtoehtona. Hän esittää kunnioittavansa potilaan vapaata tahtoa ja kasvattaa hänen kykyään tehdä itse omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Työntekijä rakentaa itsestään kuvaa potilasta kunnioittavana hoitosuhdetyöntekijänä, joka tuo potilaalle uusia näkemyksiä, mutta ei alista potilasta tekemään ratkaisuja, jotka hän itse saattaisi nähdä oikeina. Potilas saa itse ottaa valitsijan osan omassa elämässään. Yhtäältä työntekijä antaa vaikutelman, että hän antaa potilaalle vaihtoehtot, jotka hän työntekijänä on luonut. Potilas saa valita työntekijän muodostamista vaihtoehtoista elämälleen sillä hetkellä sopivimman. Toisaalta työntekijä voi auttaa potilasta näkemään asioita, jota potilas ei itse

ole omassa elämässään hahmottanut. Näin ollen erilaiset vaihtoehdot ja valinnat ovatkin työntekijän potilaalle selkiyttämiä tapoja toimia tilanteessa ja heidän yhteisessä keskustelussa rakentuneita vaihtoehtoja.

H2:

H: Okei. Onko lyhytterapiassa jotain tiettyjä ominaisuuksia?

...

T: ... ja että, jos tekee tommosen valinnan, niin mitä siitä sitten voi seurata ja jos taas tekee tommosen toisenlaisen valinnan niin mitä siitä voi seurata ja kenelle se on niinku suotuisa asia ihmisen lähipiirissä ja kenelle se on huono asia ja tämmösiä jotenkin, tämmösiä erilaisia malleja sitten niinku lähtee jotenkin pilkkoon sitä ongelmaa ja ratkaisuja siihen, että mahdollisimman konkreettisesti jotenkin käydään läpi niinku läpi se tilanne ja ongelmat ja mietitään niitä eri vaihtoehtoja sitten... semmosia.

...

H: Joo. Jos vielä pureudutaan tarkemmin siihen niin... niin, jos koitetaan saada vaikka sitä muutosta aikaan niin... sä ehkä sitä jo kerroit, mutta miten siinä niinku hoitosuhteessa siihen pyritään?

T: ...että se nuori joutuu tosissaan miettimään sitten sitä, että miten hän on toiminu siinä, näissä eri tilanteissa ja toistaaks hän just jotain samaa toimintatapaa aina vai... vai löytääkö hän jonkinlaisia muunkinlaisia ratkasuja ja... Sit jotenkin mietitään, että...

Sosiaalityöntekijä kertoo, että miettii ihmisen kanssa erilaisten valintojen vaikutuksia. Eri vaihtoehtoista muodostetaan keskustelun kautta malleja. Sen avulla toiminnan seuraukset selkeytyvät potilaalle paremmin. Mallinnuksessa otetaan mukaan myös valintojen vaikutukset lähipiirille, mikä antaa vihjeen sosiaalityölle ominaisesta tavasta ajatella ihmisen ympäristöä yksilöä laajemmin. Työskentely etenee ongelmien pilkkomiseen ja ratkaisuvaihtoehtojen konkreettiseen mallintamiseen. Tehtäväksi määrittänyt nuoren auttaminen uusien toimintatapojen löytämisessä.

Sosiaalityöntekijä käyttää sanaa ”mietitään”. Sosiaalityöntekijä antaa vihjeen tilanteen hahmottamisesta siten, että nuori on saattanut jumiutua toistamaan samaa kaavaa tietyissä tilanteissa. Sosiaalityöntekijä rakentaa itsestään kuvaa työntekijänä, joka laittaa nuoren työskentelemään. Nuori joutuu miettimään miten on toiminut, ja toistaako hän jotain toimintatapaa. Sosiaalityöntekijä rakentaa kuvaa työntekijästä, joka auttaa mallintamaan ratkaisuvaihtoehtoja ihmisen kanssa. Sosiaalityöntekijä ei ratkaise tilanteita yksin vaan oivallus tulee nuoren kautta. Yhdessä kohdassa sosiaalityöntekijä käyttää yksikköä monikon sijasta: ”löytääkö hän, jonkinlaisia muunkinlaisia ratkasuja”, mikä antaa vihjeen siitä, että ihminen saa lopulta itse päättää ratkaisunsa. Sosiaalityöntekijä rakentaa kuvaa ihmisen itsemääräämisoikeutta kunnioittavasta työntekijästä.

Tähän kategoriaan liittyy aineiston analyysin tuloksena myös *tukeminen* osana sosiaalityöntekijän tekemää hoitosuhdetyötä. Sosiaalityöntekijät puhuivat monessa eri yhteydessä potilaan ja perheen tukemisesta ja voimaannuttamisesta. He puhuivat supportiivisesta keskustelusta, psykososiaalisesta tuesta ja arjessa tukemisesta. Potilaiden tukeminen sosiaalityöntekijöiden puheissa näyttäytyy keskustelun kautta tapahtuvana abstraktimpana ”lisäpotkun antamisena” sekä konkreettisempänä tukena arkeen kiinni pääsemisessä.

H4:

T: Mutta sitten on paljon semmosta supportiivista. Näissä mun hoitosuhteissa on monia semmosia supportiivisia suhteita myös. Et esimerkkinä päihdeäidit, jotka on huumeista vierottautunu ja niissä on usein aika semmosia supportiivisia elementtejä niis hoitosuhteissa. Enemmän niinkun tuetaan eteenpäin sitten arjessa ja tämmösissä normaaleissa kuviossa. Pääsemään kiinni tavalliseen elämään. Niinkun sen tukemista.

H: Joo.

T: Ja sen ja sitten taas jos ajattelee näitä kuntoutusasiakkaita, niin myöskin siinä on aika paljon semmosta supportiivisia elementtejä.

H: Joo.

T: Ja myöskin ihmiset, jotka jää eläkkeelle, jos todetaan työkokeilussa tai muuten täällä, että ihminen ei oo enää työkykyinen, niin se eläkkeelle jääminenäkään ei oo ihan helppo. Sitä joutuu rakentaa elämänsä uudelleen. Sekin sitte tukemista siinä, että mitä se ihminen alkaa, niinkun rakentaa sen elämänsä ja alkaa tekemään.

Sosiaalityöntekijä kertoo omista hoitosuhteistaan, että hänellä on supportiivisia eli tukea antavia hoitosuhteita. Esimerkkeinä supportiivisista suhteista sosiaalityöntekijä mainitsee huumeista vieroittautuneet päihdeäidit, joita tuetaan arjessa ja ”normaaleissa kuvioissa” – normaalissa elämässä. ”Huumeista vieroittautunut” antaa kuvan potilaasta, joka on ollut motivoitunut pääsemään päihteistä eroon. Elämään ilman päihteitä pitää päästä uudelleen kiinni ja siihen työntekijä antaa tukensa. Työntekijä puhuu passiivissa ”tuetaan”, mikä yhtäältä antaa vaikutelman siitä, että hän tekee tukemista jonkun muun, kuten työryhmän muiden jäsenien kanssa. Toisaalta passiivissa puhuminen voi liittyä työn luonteen kuvaamiseen yleisellä tasolla. Työntekijän toiminta tukeminen antaa vihjeen työntekijän kategoriasta ”tukija”. Potilas kategorisoituu ”tuettavaksi”. (vrt. Juhila 2006, 175–176.) Muina esimerkkeinä sosiaalityöntekijä mainitsee kuntoutusasiakkaat ja ”ei enää työkykyiset ihmiset”, jotka jäävät eläkkeelle. Tässä potilaasta tulee passiivisempi kuva, hän on toiminnan kohde, josta on todettu työkokeilussa tai poliklinikalla, että hän ei ole enää työkykyinen. Toisaalta potilas on voinut itse olla aktiivisena prosessissa mukana toteamassa omaa työkyvyttömyyttään. Joka tapauksessa työkyvyn menettäminen ja eläkkeelle jääminen merkitsee myös sitä, että ihminen joutuu rakentamaan elämänsä uudelleen. Työntekijän kategoriasidonnaisiksi toiminnoiksi määrittyvät tukeminen elämän uudelleen rakentamisessa ja miettiminen potilaan

apuna, mitä elämässä voisi palkkatyön taakse jäätyä tehdä. Työntekijä rakentaa kuvaa empaattisesta työntekijästä, joka tiedostaa että ”*eläkkeelle jääminenkään ei oo ihan helppo*”.

H1:

H: Joo. Tota... mä muistelisin niistä... viime haastattelukerrasta, että sä teit erityyppistä terapiaa.

...

T: *Semmoset tukikäynnit ja sitten tuota, sitten on semmonen supportiivinen keskusteluhoitokäynti, mä käytän sellasta termiä. Ja silloin se on niinku sellanen tukea antava keskustelu, et mä tuen tätä ihmistä niin, että hän löytäis itse ratkasuja.*

Sosiaalityöntekijä kertoo, että potilas käy hänen luonaan tukikäynneillä. Työntekijä kutsuu potilaalle annettavaa tukea supportiiviseksi keskusteluhoidoksi, joka tarkoittaa tukea antavia keskusteluita. Tässä otteessa sosiaalityöntekijä rakentaa edellistä otetta vahvempaa tukijan roolia. Sosiaalityöntekijä sanoo suoraan ”*mä tuen tätä ihmistä*”. Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä ”tukijaksi”, joka antaa tukea potilaalle, ”tuettavalle”. Tukea sosiaalityöntekijä antaa keskustelulla. Aktiivinen tuen antamisen rooli muuttuu sävyllään siten, että tuen antamisessa tavoitteena on, että ihminen, löytää itse ratkaisuja vaikeisiin tilanteisiin.

5.3 Terapeuttinen hoitosuhdetyöntekijä

Kolmas analyysin tuloksena syntynyt kategoria on sosiaalityöntekijä *terapeuttisena työntekijänä*. Tämän kategoria jakautuu yksilöterapeuttiseen työhön sekä perhe- ja pariterapeuttiseen työhön hoitosuhdetyössä. Sosiaalityöntekijät toivat esiin kategorioita, jotka kertovat selkeästi terapeuttisesta työskentelystä. Sosiaalityöntekijät puhuivat psykoterapeuttisesta työskentelystä ja psykoterapeuttisista potilassuhteista. Etenkin terapiakoulutuksen käyneet työntekijät kertoivat myös siitä, kuinka he menevät asioihin syvemmälle ja työskentelevät intrapsyyken puolella. Sosiaalityöntekijät kategorisoivat itsensä muun muassa yksilöterapeuteiksi ja puhuivat kahdenkeskisestä suhteesta potilaan kanssa. He kertoivat käyvänsä terapeuttisia keskusteluita ja tekevänsä terapeuttista keskusteluhoitoa. Koska kahdella työntekijästä oli psykoterapiakoulutus, saattoivat he tehdä jopa psykoterapiatyötä. Toisaalta sosiaalityöntekijät esittivät vastakkaisia näkemyksiä ja erottivat itsensä terapeutin ja psykoterapeutin kategoriasta.

H1:

H: Joo, just näin. Tota... no, mitäs muuta? Onko muun tyyppisiä kuin nää kaks, mitä sä jo nimesit?

T:... *että mulla saattaa olla semmonen niin sanottu psykoterapeuttinen potilassuhde, niin silloin hän käy mun luona viikottain.*

H: Joo.

T: ... Mutta niinku mä sanoin, tähän asiakasmäärään ja työnmäärään niitä julkisella puolella ei voi tehdä. Koska psykoterapian yks määritelmä on, että se on vähintään kerran viikossa tapahtuvaa.

H: Joo... Mitä piirteitä tähän liittyy?

T: No sillan me työskennellään sitten niin sanotusti pitemmällä jänteellä ja, käydään siellä intrapsyyken puolella ja tuota, mut sekin lähtee siitä, et mitä se potilas haluaa työstää, jos se haluaa vaikka, jos sieltä ilmenee, jos hän haluaa vaikka että tuota tää, hänel on tällanen vaikea äitisuhte, niin me käydään sitä ni puolelta ja toiselta ja hän muistelee ja mä teen kysymyksiä ja tarkennetaan ja käydään keskustelua siitä asiasta, mutta aina niinku sen potilaan ehdoilla.

Sosiaalityöntekijä kertoo, että hänellä saattaa olla ”niin sanottu psykoterapeuttinen potilassuhde”. Tässäkään työntekijä ei käytä sanaa psykoterapia vaan etäännyttää työskentelymuotoa psykoterapiasta käyttämällä ilmaisua ”niin sanottu”. Hän tietää voivansa koulutuksen perusteella harjoittaa psykoterapiaa, mutta hän ei voi tästä työstä käsin kuitenkaan tehdä puhdasta psykoterapiaa. Sosiaalityöntekijä perustelee tämän sillä, että julkisella puolella työmäärä ja asiakasmäärät ovat kuitenkin niin suuret, että psykoterapeuttiseen hoitosuhteeseen ei tavallisesti ole mahdollisuuksia. Potilassuhde voi olla kuitenkin lähellä sitä. Tällaisessa suhteessa potilas käy viikoittain työntekijän vastaanotolla, kuten psykoterapiaan määritelmän mukaisesti kuuluu. Työntekijä kategorisoi itsensä ”terapeutiksi”, joka on hyvin lähellä ”psykoterapeutin” kategoriaa.

Sosiaalityöntekijä käyttää ilmaisua ”me työskennellään”. Se antaa vihjeen yhteistyön tekemisestä ja yhteistyötä tekevän työntekijän kategoriasta. Psykoterapeuttisen potilassuhteen piirteisiin kuuluu pidemmällä jänteellä työskentely. Työntekijä puhuu intrapsyyken puolella käymisestä. He käyvät yhdessä potilaan mielensisäisessä maailmassa. Jälleen työskentely tapahtuu kuitenkin potilaan ehdoilla ja lähtee siitä, mitä potilas keskustelussa tuottaa ja mitä asioita hän haluaa työstää. Esimerkkinä työntekijä kertoo potilaalla olevan vaikean äitisuhteen. Potilaan menneisyyden vaikeaa ihmissuhdetta käydään ”puolelta ja toiselta”. Asian tarkasteluun kuuluu se, että potilas muistelee. Terapeutin rooliin kuuluu tehdä kysymyksiä ja tarkentaa asioita. Molemmat käyvät yhdessä keskustelua asiasta. Työntekijä korostaa uudestaan selkeämmin, että työskentely tapahtuu ”aina niinku sen potilaan ehdoilla”.

Sosiaalityöntekijä rakentaa terapeutin kategoriaa ja kategorisoi tässä potilaan selkeästi ”potilaaksi”. Hän tuo esiin termejä ja piirteitä, jotka kuuluvat psykoterapian määritelmiin: ”kerran viikossa tapahtuvaa” ja ”käydään siellä intrapsyyken puolella”. Sosiaalityöntekijä rakentaa itsestään osaavan, pätevän ja kelpoisuusehdot täyttävän laillistetun terapeutin kategoriaa. Toisaalta työntekijä ei käytä ilmaisua psykoterapia, koska hän ei voi tästä työstä käsin puhdasta psykoterapiatyötä tehdä.

Sosiaalityöntekijä rakentaa myös siinä mielessä taitavan, potilaan kanssa yhteistyötä tekevän terapeutin kategorian. Hän korostaa moneen otteeseen työskentelyn tapahtuvan yhteistyönä, potilaan ehdoilla - ”työskennellään”, ”mitä se potilas haluaa” ja ”potilaan ehdoilla”. Työntekijä rakentaa potilaan tahtoa kunnioittavan työntekijän kategorian. Työntekijä nostaa kategorisoinnillaan potilasta samalle tasolle yhteistyökumppaniksi, huolimatta terapeutti-potilas -rooleista.

H3:

T: ... Et... mä en niinku käytä...et mä tekisin terapiatyötä... mä paljon mietin tätä asiaa... et miten mä nyt sen sitten muotoilen... terapeuttisia keskusteluja. Psykososiaalista tukee...

...

Kun mä nyt tietenkä mieltii aina sitä terapiaosuutta... Mul ei oo terapeutin koulutusta, enkä sillai katso tekeväni, sillä lailla... terapiatyötä, enkä halua enkä voikaan, kun ei sitä koulutusta oo. Mut mä niinku koen kuitenkin sillai, et se koulutus, minkä niinku sosiaalityöntekijänä on saanu ja sitten se työkokemus, minkä on niinku noista eri paikoista kertyny, ja sosiaalitoimessa oon joutunu tosi hankalia asiakastilanteita käsittelemään ja kohtaamaan, niin sieltä on kuitenkin niinkun... niin paljon sitä oppia tullu, et se luottamus siihen, että... että pystyy tämmösessä työssä pärjäämään myös sillä omalla peruskoulutuksella, niin kyllä mulla sen suhteen on vahva olo ollu.

Tässä sosiaalityöntekijä sulkee itsensä pois terapiatyöntekijän kategoriasta. Hänen mielestään hän kuitenkin käy potilaidensa kanssa ”terapeuttisia keskusteluja”. Hän nostaa terapeuttisen keskustelun rinnalle toisen termin ”psykososiaalista tukee”. Hän kertoo miettineensä asiaa paljon ja tuo asian miettimisen uudestaan esiin hetkeä myöhemmin. Hänellä ei ole terapeutin koulutusta, joten hän ei katso tekevänsä terapiatyötä. Sosiaalityöntekijä toteaa myös, että ei halua eikä voikaan tehdä terapiatyötä, koska hänellä ei ole siihen koulutusta. Varsinainen terapian antaminen potilaalle määrittyy erilliseksi, psykoterapeutin koulutusta vaativaksi työksi.

Sosiaalityöntekijä kertoo, että hänellä on ilman terapiakoulutustakin luottamus siihen, että pärjää tällaisessa työssä psykiatrian poliklinikalla myös omalla peruskoulutuksella, joka on sosiaalityöntekijän koulutus. Sosiaalityöntekijä perustelee ammattitaitoaan lisää vankalla työkokemuksellaan, joka on eri paikoista kertynyt. Esimerkkinä hän antaa kokemuksen sosiaalitoimesta, jossa on joutunut ”*tosin hankalia asiakastilanteita käsittelemään ja kohtaamaan*”. Hän nostaa esiin, että on saanut sieltä paljon oppia. Sosiaalityöntekijä sanoo, että hänellä on ”vahva olo”, että hän pärjää sosiaalityöntekijän koulutuksella ja kokemustustallaan tässä työssä. Hänen kertomansa antaa kuvan siitä, ettei hän koe tarvitsevänsä terapeutin koulutusta.

Sosiaalityöntekijä rakentaa vahvan ja ammattitaitoisen sosiaalityöntekijän ja myös psykiatrisen sosiaalityöntekijän kategorian. Hän voi psykiatrisessa työssä olla alisteinen muihin nähden ilman

terapiakoulutusta. Hän nostaa itseään muiden, terapiakoulutuksen omaavien työntekijöiden rinnalle, taitavana työntekijänä, joka pärjää työssä ilman psykoterapiakoulutusta. Hän vahvistaa sitä sanomalla ”*enkä halua...*” puhuessaan terapiatyöstä. Sosiaalityöntekijä ei voi sanoa tekevänsä terapiatyötä, mutta hän voi tästä koulutuksesta käsin puhua ”terapeuttisista keskusteluista” ja ”psykososiaalisen tuen antamisesta”, joka on sosiaalityölle ominainen termi ja työmuoto.

Sosiaalityöntekijöiden puheesta nousivat myös toimiminen *perhetyöntekijänä sekä pari- ja perheterapeutina*, jonka analyysin tuloksena liitin tähän kategoriaan. Sosiaalityöntekijät kertoivat tekevänsä perheterapiaa ja perheterapeutista työtä, pariterapiaa, perheinterventioita ja perhetyötä. Sosiaalityöntekijöiden perheiden kanssa tehtävään työhön kuuluvat perheen tilanteen kartoittaminen, perhetapaamiset, kotikäynnit, vanhemman, puolison tai lasten tapaamiset hoidettavasta perheenjäsenestä riippuen. Sosiaalityöntekijät kertoivat perhetyötä tehdessään tapaavansa kaikkia perheen jäseniä - potilaan lapsia, puolisoa ja vanhempia tilanteen mukaan. Työntekijät kertoivat, että perhetyössä tulee varmistaa, että kaikki perheenjäsenet tulevat kuulluiksi ja saavat kertoa oman näkökulmansa. Työskentelyyn kuuluvat sairaudesta tiedon antaminen, perheen hyödyntäminen ja perhenäkökulman esillä pitäminen myös yksilötyötä tehdessä. Sosiaalityöntekijän tekemään hoitosuhdetyöhön kuuluvat myös parisuhteen ja mahdollisten väkivaltatilanteiden puheeksi ottaminen ja käsittely.

H1:

H: Joo. No entä sen lisäksi, onko vielä (vielä) erityyppisiä?

T: *No sitten ihan tuota pariterapioita teen, ja tuota ylipäättään perheterapiaakin aina, jos vaan on perheitä, joittenka kanssa voi tehdä.*

H: Joo. Okei. Tota, no millasta se on, pariterapia vaikka ensin?

T: *No tuota, pariskunta tulee vastaanotolle ja nimeää heidän ongelmansa ja siitä lähetään liikkeelle.*

H: Joo. Entä perheterapia?

T: *No samalla lailla, että (että) tuota siinä niinku nimetään ne, mitä se perhe tuottaa, minkälaisia ongelmia ja sitten mun tehtävähän on tietysti niinku haastatella... ja niin, että kaikki tulee kuulluksi... ja puhutaan sirkulaarisesta haastattelusta ja systeemisestä haastattelusta ja se on sitten näitä tämmösiä... työvälineitä siellä sisällä.*

H: Joo. Mitä nää tarkoittaa? Mä en tiedä. Siis.. mitä näillä tarkotetaan näillä sirkulaarisella ja systeemisellä?

T: *No, systeeminen haastattelu on niinku semmosta, että kun sulla on se perhe tässä paikalla, niin se haastattelu ei mee niin, että isä kertoo mulle asian, sitten äiti kertoo mulle asian, ja vielä tytärkin kertoo mulle asian... Se systeeminen on sitä, että mun tehtävä on saada se keskustelu pyörimään siellä perheessä ja mä autan siinä, mä oon niinku siinä... jos äiti sanoo isästä esimerkiks jotain tai isän käyttäytymisestä jotain mulle, niin mä ohjaan, että voisiksä kertoa esimerkiks sun miehelles. Ja tuota, ja se keskustelu kulkee perheen sisällä, perheen vuorovaikutuksen sisällä.*

...

T: Ku usein niinku, jos puhutaan perhekäynneistä, niin tuota saattaa olla niin että tuota työntekijä ei keskusteluta sitä perhettä keskenään, niin sanotusti.

H: Joo.

T: Että se ei oo vielä ihan perheterapeuttista työskentelyä, jos perheenjäsenet vuorotellen kertovat jotain. Saaks sä kii tästä?

Tässä työntekijä kertoo tekevänsä perheterapiaa ja pariterapiaa, jos on perheitä, joiden kanssa sitä voi tehdä. Minun tehtävänäni haastattelijana olisi ollut tarkentaa, mitkä tekijät vaikuttavat siihen. löytyykö perheitä, joiden kanssa perheterapiaa voi tehdä. Työntekijä kertoo, että pariskunta nimeää ongelmansa ja työskentely lähtee siitä liikkeelle. Näin ollen työntekijä rakentaa itsestään asiakasta, tässä pariskuntaa, kunnioittavan työntekijän kategoriaan. Työntekijä kertoo perheterapiasta, että aluksi perhe tuottaa ja kertoo ongelmistaan. Perheen tuottamat asiat ja ongelmat ”nimetään”. Tämä antaa vihjeen siitä, että kaikki – työntekijä mukaan lukien - osallistuvat ongelmien nimeämiseen. Työntekijän tehtäväksi määritty perheenjäsenien haastatteleminen. Työntekijä liittyy itsensä ”haastattelijan” kategoriaan. Työntekijä tähdentää tekevänsä haastattelutehtäväänsä niin, että kaikki tulevat kuulluiksi. Se voidaan tästä ammattiroolista käsin ymmärtää yhtenä haastattelijan velvollisuutena. Tässä tilanteessa pariskunnat ja perheenjäsenet kategorisoituvat ”haastateltaviksi”. Haastateltavalle kuulluksi tuleminen kääntyy oikeudeksi.

Työntekijä kertoo tarkemmin systeemisestä haastattelusta. Hän kertoo, että haastatteluun ei kuulu se, että perheenjäsenet kertovat yksi kerrallaan asiat työntekijälle. Työntekijä näkee tehtäväkseen tässä ammattiroolissa auttaa perhettä keskustelemaan ja olemaan vuorovaikutuksessa keskenään. Työntekijä kertoo esimerkin siitä, että äiti kertoo hänelle isästä tai isän käyttäytymisestä. Työntekijän tehtäväksi siinä tilanteessa rakentuu ohjata perheenjäseniä osoittamaan puheenvuoronsa toisilleen työntekijän sijasta. Työntekijä kategorisoi itsensä ”ohjaajaksi” ja perheenjäsenet kategorisoituvat ”ohjattaviksi”. Keskustelun ohjaaminen perheterapeuttisessa tilanteessa voidaan ymmärtää myös perheterapiaan liittyvänä kategoriasidonnaisena toimintona.

Seuraavassa katkelmassa työntekijä rakentaa itsestään ammattitaitoisen terapeuttisen työntekijän roolia. Hän ei ilmaise asiaa suoraan, mutta rakentaa kuvausta ”perhekäynneistä”, jossa työntekijä ei keskusteluta perhettä keskenään, vaan työskentely jää sille asteelle, että ”*perheenjäsenet vuorotellen kertovat jotain*”. Tämänkaltaisen työskentelyn hän etäännyttää ”perheterapeuttisesta työskentelystä”. Se ”*ei ihan vielä ole perheterapeuttista työskentelyä*”.

H3:

H: Joo. No tota, voisko ajatella, että se perhetyö on kans sitä hoitosuhdetyötä?

T: Joo, voi.

H: Kerrotko sä siitä?

T: T: Joo, tota. perhetyö. Me alotetaan perhetyö yleensä sitten siinä kohtaa, kun potilaan hoito on ehkä sitten enemmän siinä hoidon loppupuolella. Et sitten tavataan ensin tätä meillä hoidossa olevaa potilasta ja sitten kerrotaan siitä... se on tällöinen tietty saphuuna, joka on siis Beardsleen perheinterventiona..

... tavataan ensin potilasta ja sitten potilasta ja hänen puolisoaan ja sitten tavataan, tota, yks tai kaks kertaa sillä tavalla... ja sitten tavataan lapsia ja sitten tavataan taas vanhempia ja sitten tavataan koko perhettä ja sitten taas vanhempia ja sit puolisoa... ja taas puolen vuoden kuluttua sitä koko perhettä... Ja et se on tällöinen, et siinä niinku annetaan tilaa kaikille perheenjäsenille, et jokaisella on mahdollisuus niinku yksin myös niistä omista kokemuksista kertoa siitä, et miten se päivä on siinä perheen arjessa on... et se siinä on, et se ei oo perheterapiaa, vaan ja se on nimenomaan just sitä perheen tukemista ja... semmonen psykoedukaatiivinen malli siitä, että kuinka sairaudesta puhutaan, mikälaisia ajatuksia, tunteita se on kussakin perheenjäsenessä herättänyt ja että rohkastaan sitten puhumaan niistä asioista kun helposti sitten, kun perheessä jompikumpi vanhemmista sairastuu psyykkisesti, niin sitten voi niinku muut perheenjäsenet ruveta varomaan tai... tai sit siihen voi liittyä pelkoo, surua, häpeää, monenlaisia tunteita, että voi niistä sitten puhuu.

Sosiaalityöntekijä mieltää perhetyön myös hoitosuhdetyöksi. Sosiaalityöntekijä kertoo perhetyöstä hyvin seikkaperäisesti. Sitä toteutetaan tietyn mallin mukaisesti työntekijän kertoman mukaan hoidon loppupuolella. Työskentelyssä lähestymistapa on potilasta kunnioittava. Potilasta tavataan ensin ja perhetyöstä kerrotaan ensin hänelle. Tämä antaa kuvan, että potilas saa päättää, haluaako hän, että hänen perheessään tehdään perhetyötä. Sosiaalityöntekijän voi ajatella olevan myyjän tai markkinoijan roolissa kertoessaan perhetyöstä. Potilas päättää, ostaako hän ajatuksen perhetyöstä omassa perheessään.

Sosiaalityöntekijä kertoo, että perhetyö aloitetaan tapaamalla potilasta. Sitten tavataan potilasta ja puolisoa yhdessä kerran tai kaksi. Tämän jälkeen työntekijät tapaavat lapsia, minkä jälkeen taas vanhempia. Vasta sitten tavataan koko perhettä. Sosiaalityöntekijän kertomuksesta saa sen käsityksen, että vanhemmat ovat suuremmassa roolissa ja päähenkilöt. Työskentelymallin mukaan lapsiperheen vanhempia tavataan lapsia useammin. Kuvauksen perusteella työskentely on suunnitelmallista ja verraten pitkäaikaista ja siihen kuuluu, että perhettä tavataan puolen vuoden kuluttua ensimmäisen perhetapaamisen jälkeen. Sosiaalityöntekijä kertoo, että perhetyössä on tarkoitus antaa kaikille mahdollisuus kertoa yksin, ilman muiden perheenjäsenten läsnäoloa, omista kokemuksistaan elämästä perheen arjessa. Sosiaalityöntekijä erottaa perhetyön perheterapiasta. Hän kertoo perhetyön olevan perheen tukemista ja psykoedukaatiota. Työskentelyn on tarkoitus antaa malli siitä, kuinka sairaudesta ja sen herättämistä ajatuksista ja vaikeista tunteista voi puhua. Sosiaalityöntekijä kertoo, että vanhemman sairastuessa, muut perheenjäsenet saattavat alkaa olla

liian varovaisia omassa toiminnassaan ja puheissaan. Perhetyön avulla kaikki saavat äänensä kuuluville ja kaikilla on lupa kertoa tunteistaan. Perhetyöntekijä on rakentamassa oikeutusta tunteiden ilmaisemiseen.

Sosiaalityöntekijä sulkee itsensä pois terapeutin kategoriasta, koska hän sanoo, että ”*et se ei oo perheterapiaa*”. Sosiaalityöntekijä rakentaa sen sijaan itsestään tukijan ja opettajan kategorian. Työskentely on ”*perheen tukemista*” ja ”*semmonen psykoeduaatiivinen malli*”. Työntekijällä on myös tiedonantajan rooli, mikä voidaan hahmottaa opettamiseen liittyvänä toimintona. He ovat myös varovaisuuden taakan poistajia tunteiden ilmaisun oikeuttajia, mikä on potilaiden tukemista. Potilas kategorisoituu päättäjäksi siinä tilanteessa, kun sosiaalityöntekijä kertoo perhetyön mahdollisuudesta. Saatuaan tietoa perhetyön mahdollisuudesta, hänen tehtäväkseen määrittyy päättäminen siitä, ottaako hän sen vastaan vai ei. Tätä ei sanota suoraan, mutta siitä saa vihjeen sosiaalityöntekijän puheesta – ”*tavataan potilasta ja kerrotaan sitten kerrotaan siitä..*”. Perheenjäsenet kategorisoituvat työskentelyssä ”*tuettaviksi*” ja ”*oppilaisiksi*”, jotka ottavat tietoa vastaan. (vrt. luku 5.5). He ovat tunteista puhumisen oikeutuksen vastaanottajia oppimisensa ohella.

5.4 Keskustelija ja kysyjä

Aineiston analyysin tuloksena neljäs sosiaalityöntekijän hoitosuhdetyöhön kuuluva kategoria on *keskusteleminen ja kysyminen*. Keskusteleminen ja vuorovaikutuksessa oleminen ovat mukana läpi koko aineiston. Keskusteleminen nousi kuitenkin aineistosta myös selkeästi omana kategorianaan esiin. Sosiaalityöntekijät puhuivat kontaktin ottamisesta ihmiseen. Työntekijät toivat esiin, että he keskusteluttavat potilasta, rohkaisevat potilasta puhumaan ja käsittelevät hoitosuhteessa arjen vuorovaikutustilanteita. He puhuivat tukea-antavista keskusteluista, sairaudesta puhumisesta ja potilaan rohkaisemisesta puhumaan. Työntekijä tarvitsee rohkeutta ottaa asioita puheeksi, tarttua ja puuttua asioihin sekä kuljettaa keskustelua ja myös lopettaa keskustelussa esiintyvän ”vuodattamisen”. Tähän kategoriaan kuuluvat myös arjen vuorovaikutustilanteiden ristiriitojen miettiminen, tilanteiden käsittely ja potilaan auttaminen vuorovaikutuksessa.

H1:

H: Jos sä kuvaisit sitä tai kertoisit eri puolista, mitä siihen liittyy, siihen ihan niinku, kun te otatte niitä omia potilaita vastaan.

T: No, ensimmäinen on tietysti se, kun mä otan, et mulle tulee tämmönen, niinku hoitosuhde, terapeutin suhde, niin tietysti mä ensin niinku tutustun siihen, että se on se luottamuksen niinku herättäminen tai näin, että ensin tutustutaan ja... mä aattelen, että molemmat niinku tunnustelee

siinä vähän toisiansa ja, sille mä annan niinku tietysti ensin aikaa. Ja, tuota, kyllä mä lähen liikkeelle.. se on mun tapa lähte liikkeelle siitä sen potilaan niinku esille tuomista asioita. Ja sitten mun tehtävä on niinku... mä oon sen tyyppinen työntekijä, joka niinku keskustelutan ja keskustelen, että tota, että jos sitä on semmostaki... luuloja ja käsityksiä, että terapeutti on vaan hiljaa ja nyökkää jossain kohdassa... sellasiaki saattaa olla elämässä, mutta mä en kuulu heihin. Et mulle on tärkeitä niinku se semmonen vuorovaikutus sen ihmisen kanssa.

Sosiaalityöntekijä kertoo hoitosuhdetyöstä, jota hän kutsuu terapeutiksi suhteeksi. Hän kertoo aloittavansa sen tutustumisella potilaaseen. Tutustumiseen liittyy luottamuksen herättäminen potilaassa. ”Luottamuksen herättäminen” antaa kuvan aktiivisesta toiminnasta ja pyrkimyksestä. Myös potilas tutustuu työntekijään ja molemmat tunnustelevat toisiansa. Sille työntekijä kertoo antavansa aikaa. Työntekijä sanoo lähtevänsä liikkeelle potilaan esille nostamista asioista. Hän tähdentää vielä, että se on hänen tapansa. Työntekijän lähestymistavasta kuvastuu kunnioitus potilaan tilaa kohtaan. Työntekijä näkee, että keskustelu ja keskusteluttaminen ovat hänen tehtäviään. Työntekijä tulkitsee sen olevan hänen velvollisuutensa terapeutisessa suhteessa. Siinäkin kohdassa hän kuitenkin tarkentaa, että hän on sen tyyppinen työntekijä, joka keskustelee aktiivisesti. Hän sulkee itsensä pois sellaisen työntekijän kategoriasta, joka on hiljaa ja nyökkäilee, sanomalla ”en kuulu heihin”. Yhtäältä hän sanoo tämän olevan luulo tai käsitys, mutta toisaalta hän tiedostaa, että sellaisia voi olla oikeasti. Lisäksi hän korostaa, että vuorovaikutus ihmisen kanssa on hänelle tärkeää. Työntekijä antaa vihjeen, että se on tärkeää potilaan myös kannalta mainitessaan: ”on semmostaki... luuloja ja käsityksiä.”, mikä voi pohjautua potilaiden esiin tuomiin käsityksiin terapeutisesta suhteesta.

Tässä sosiaalityöntekijän tuottama kategoria on ”terapeutti”. Työntekijä tuottaa myös kategoriat ”keskustelija” tai ”keskusteluttaja”, mitkä hän kokee tehtävikseen. Potilas saa vastakeskustelijan roolin. Keskusteleminen voidaan myös ymmärtää laajemmin hoitosuhdetyön kategoriaan liittyvänä toimintona. Toimintona sosiaalityöntekijä mainitsee myös ”luottamuksen herättämisen”, mikä liittyy niin hoitosuhdetyöhön kuin terapeutina olemiseen. Potilaan tehtäväksi lankeaa ottaa vastaan kutsu: tutustua ja alkaa luottaa terapeutiseen työntekijään. Työntekijän velvollisuus on olla potilaan luottamuksen arvoinen. Molempien velvollisuuksiin ja oikeuksiin kuuluu olla mukana keskustelussa. Työntekijä rakentaa potilasta kunnioittavan ja aktiivisesti keskustelevan terapeutin työntekijän kategoriaan.

Analyysin tuloksena tähän kategoriaan liittyy kysymysten esittäminen. Sosiaalityöntekijät kertoivat esittävänsä kysymyksiä ja auttavansa kysymyksillä potilaita. He kertoivat potilaan mielipiteen

kysymisestä, suoraan kysymisestä ja kysymyksillä havainnoinnista ja arvioimisesta. Kysymykset ja niiden käyttö näyttävät myös tärkeänä työvälineenä hoitosuhteessa.

H1:

H: Aivan. Sä puhuit sit joistain niinku menetelmistä tai työvälineistä, niin millasia kaikkia menetelmiä tai työvälineitä sä käytät?

...

H: Joo.

T: *Ja samoin se on niinku näitten kysymysten... ne kysymykset on myös työskentelyvälineitä...*

H: Joo.

T: *Ja (ja) tota, ne kysymykset avaa niinku potilasta miettimään näitä asioitansa. Mä niinku autan häntä niillä kysymyksillä... ja se on, et... mä aattelen, et ne kysymykset on myös väline...*

Tässä keskusteluotteessa teemana ovat menetelmät ja työvälineet. Työntekijä kategorisoi itsensä kysyjän rooliin. Sosiaalityöntekijälle kysyminen ja kysymysten esittäminen ovat niin olennaisia asioita hoitosuhteessa, että sosiaalityöntekijä luonnehtii kysymyksiä työskentelyvälineiksi. Kysymykset avaavat potilaalle mahdollisuuden miettiä omia asioitaan. Kysymyksillä autetaan potilasta miettimisen herättämisessä. Kysyjän kategoria antaa vihjeen standardiparista vastaaja. Kysyjä käyttää kysymyksiä suhteessa apuvälineinä. Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä myös ”auttajaksi” ja näin ollen potilas saa kategorian ”autettava”.

Seuraavassa haastatteluotteessa kysymykset ja kysyminen ovat myös apuna havainnoinnissa ja arvioinnissa.

H3:

H: Aivan. Minkälaisia asioita se on antanu?

T: *No varmaan semmosia asioita, että osaa enemmän kysyä, että mihinkä joku asia liittyy. Ja etenkin kun meillä, niillä kartotuskäynneillä vielä myös sitä.. niillä kartotuskäynneillä havainnoidaan, että onko ihminen kykenevä psykoterapiaan jatkossa. Että tavallaan siihenkin, sen arviointiin niin siinä, niillä kysymyksillä voi niinku huomioida sitä, että kykeneekö ihminen yhdistään elämässään niitä asioita.*

Tässä keskustelen haastateltavani kanssa koulutuksesta ja millaisia välineitä se on antanut työntekijälle. Sosiaalityöntekijä kertoo, että osaa enemmän kysyä. Se antaa vihjeen, että osaa ja uskaltaa kysyä enemmän kuin aikaisemmin. Tässä kysyminen palvelee myös kauaskantoisempaa tavoitetta – potilaan mahdollista kykyä osallistua psykoterapiaan kartoituskäyntien jälkeen. Sosiaalityöntekijä havainnoi kysymyksiä esittämällä, onko ihminen kykenevä yhdistelemään asioita elämässään. Se on edellytys psykoterapian onnistumiseen. Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä ”kysyjäksi” ja ”arvioijaksi”. Kysymykset määrittyvät arvioinnin työvälineiksi. Sosiaalityöntekijän havainnointiin ja arviointiin liittyy tässä tehtävässä vallankäyttö. Sosiaalityöntekijän tehtäväksi

määritykseen arvion tekeminen potilaan kyvyistä yhdistää asioita elämässään ja kykyyn hyötyä psykoterapiasta jatkossa. Potilas on ”vastaajana” ja ”arvioinnin kohteena” sekä näin ollen myös vallankäytön kohteena.

5.5 Opettaja ja ohjaaja

Viides aineiston analyysin tuottama kategoria hoitosuhdetyössä on *opettajana ja ohjaajana toimiminen*. Työntekijät puhuivat esimerkiksi vuorovaikutustaitojen opettamisesta ja mallina olemisesta. Vuorovaikutustaitojen opetteluun kuuluvat muun muassa kuulemisen ja kuulluksi tulemisen opettelu ja opettaminen. Tähän kategoriakokoelmaan kuuluvat myös tiedon ja teoreettisen ymmärryksen antaminen sairaudesta, koska tällaiset toiminnot liittyvät olennaisesti opettajana toimimiseen. Työntekijät puhuivat myös siitä, että he toimivat keskustelussa puheenjohtajana ja edustavat potilaalle luotettavaa, pitkäaikaista ja tervettä ihmissuhdetta. Opettamiseen liittyvät myös esimerkiksi ongelmaratkaisutaitojen ja hengitystekniikoiden opettelu sekä ahdistuksen kanssa elämään opettaminen.

H1:

T: ... ku hirveen paljon perheissä on vuorovaikutushäiriöitä, kun on tuota tavallisessa... kun on ammattilaisessa... kun on siis... ihmisillä on jumalaton määrä vuorovaikutusongelmia. Että se saadaan niinku semmonen... ikään kuin myös niinku opettaa ihan tämmösiin alkeita: kuuntelemista, vuorotellen puhumista, toisen mielipiteen kunnioittamista, kuulluksi tulemista, ne on tämmösiä niinku vuorovaikutustaitojen opettelemista.

H: Joo.

T: ...Ja opettamista. Ja sit... se ei tarkoita niin, että mä siinä terapeutina sanon, että nyt tässä opetellaan kuuntelemaan, se ei mee niin tietenkään. Mut jos on esimerkiks päällekkäin puhumista niin mun tehtävä on siinä tilanteessa terapeutina tuota niinku osottaa se, et hei, voitko odottaa niin kauan ku hän on saanu sanottua asiansa loppuun...

H: Joo.

T: ... Voidaanko sopia, ei puhuta päällekkäin ja tällasia pelisääntöjä. Et se on niinku sitä opettamista... niinku, et se terapeutti puuttuu asioihin.

Sosiaalityöntekijä kertoo, kuinka perheissä on paljon vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia. Sosiaalityöntekijä kutsuu ongelmaa myös vuorovaikutushäiriöksi, joka antaa melkein diagnostisen leiman. Sosiaalityöntekijä sanoo, että on ”*on tavallisessa*”, mutta keskeyttääkin lauseen ja jatkaa taas, että ”*kun on ammattilaisessa...*”. Sosiaalityöntekijä aloittaa puhumalla ”perheen” vuorovaikutushäiriöistä. Siitä hän etenee ”tavalliseen” ja ”ammattilaiseen” ja kokoaa lopulta yhteen: ”*ihmisillä on jumalaton määrä vuorovaikutusongelmia...*”. Se antaa kuvan, että niitä on

tavallisilla ihmisillä ja jopa mielenterveydenhoidon ammattilaisilla. Sosiaalityöntekijän puheen rakentumisessa vuorovaikutushäiriöisten piiri kasvaa.

Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä myös ”terapeutiksi”. Opettamisen voidaan myös ajatella olevan yksi terapiatyön kategoriasidonnainen toiminto. Hän kertoo siitä, kuinka hän ”opettaa” hoitosuhteessa ihan perusasioita, vuorovaikutuksen ”alkeita”. Se antaa vihjeen siitä, että potilaiden kanssa täytyy välillä lähteä ihan alusta vuorovaikutuksen opettelemisessa. Alkeiden opetteluun liittyy esimerkiksi kuuntelemisen opettelu ja vuorotellen puhuminen. Seuraavat asiat, toisen mielipiteen kunnioittaminen ja kuulluksi tuleminen ovat jo astetta abstraktimpia asioita, jotka voisivat yhtä hyvin liittyä ammattilaisen eettisiin ohjeisiin asiakkaiden kohtelusta. Tässä sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä ”opettajaksi”. Se antaa vihjeen standardiparista ”opettaja - oppilas”. Näin ollen potilas saa oppilaan roolin. Sosiaalityöntekijä tuo esiin myös, että hän ei sano omaa jäsenystään opettamisesta ja opettelemisesta suoraan. Sosiaalityöntekijä osoittaa se konkreettisesti sanomalla, että keskustelussa odotetaan, että keskustelukumppani on saanut sanoa asiansa loppuun. Tämän osoittamisen ja opettamisen hän liittää terapeutin toimimisen kategoriaan. Sosiaalityöntekijä tuo esiin, että se ”*mun tehtävä...terapeutina*”. Opettajan roolista käsin, sosiaalityöntekijällä on velvollisuus osoittaa oppilaalleen, että keskustelussa ei ole soveliasta puhua päällekkäin. Opettaja opettaa pelisääntöjä ja puuttuu tilanteeseen, jos ”oppilas” toimii sääntöjen vastaisesti. Sosiaalityöntekijä rakentaa opettajan ja terapeutin kategoriaa. Sosiaalityöntekijä rakentaa puheellaan kategoriaa aktiivisesta terapeutin ja opettajasta, joka *puuttuu asioihin* ja tarvittaessa keskeyttää tilanteen.

Sosiaalityöntekijöiden puheesta nousi myös kategoria *ryhmän ohjaaminen*. Sosiaalityöntekijät kertoivat ohjaavansa muun muassa mieliala- ja masennusryhmiä, ahdistuneiden ryhmiä ja tietoa antavia ryhmiä. Sosiaalityöntekijät toivat esiin myös potilaan ryhmään ohjaamisen. Terapeuttisempina ryhminä sosiaalityöntekijät mainitsivat kognitiivisten lyhytkestoisten ryhmien ohjaamisen ja lyhytkestoisten psykodynaamisten ryhmien ohjaamisen. Ryhmissä potilaalle opetetaan esimerkiksi ongelmanratkaisutaitoja ja annetaan tietoa. Ryhmän ohjaamiseen liittyvät myös prosessin käynnistäminen, vertaistukeen perustaminen, ryhmän käyttäminen.

H3:

T: ...Tää tulee tällä lailla enemmän kuvattua tää ryhmän ohjaaminen mut mitähän mä nyt siitä. Et sekin on semmonen oma taitolajinsa... ryhmän ohjaaminen, että... et siihen saa sen setin pysytyä. Et se pysyy, ja siinä on kaikille... yhtä lailla aikaa ja tilaa ja, että huomioi siinä sitten niinkun sopivasti, mutta ei taas sitten semmosta niinkun, joka ei halua paljon puhua, niin ei kuitenkaan

sitten liikaa vaadi häneltä siinä sitten... et osaa niinku siinä sitten ohjaajana sitten... olla sopivasti tukena.

Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä ”ohjaajaksi”, ja potilas puolestaan kategorisoituu ”ohjattavaksi”, ryhmän jäseneksi. Sosiaalityöntekijä puhuu ryhmän ohjaamisesta, jonka hän kertoo olevan taitolaji. Ryhmän ohjaamiseen liittyy kategoriasidonnaisia toimintoja. Ryhmän ohjaamisessa pitää saada pidettyä ”setti kasassa”, eli ryhmän keskustelu koossa. Kaikille ryhmässä tulee antaa tasavertaisesti aikaa ja tilaa keskusteluun ja kaikkia pitäisi osata huomioida. Hiljaisemmilta ihmisiltä ei kuitenkaan saa vaatia liikaa. Ryhmänohjaajana sosiaalityöntekijän tehtäväksi määrittyy osata olla sopivasti niiden tukena, jotka muuten meinaavat jäädä taka-alalle keskustelussa. Ohjaajan velvollisuuksiin kuuluu koko ryhmän keskustelun ohjaaminen ja tuen antaminen sopivassa määrin keskustelijoille. Ohjattavalle se antaa kuulluksi tulemisen ja puheenvuoron saamisen oikeuden ryhmän jäsenenä. Hänellä on oikeus saada tukea ohjaajalta. Sosiaalityöntekijä rakentaa oikeudenmukaisen ohjaajan kategorian. Työntekijä rakentaa myös vahvan ja ammattitaitoisen ohjaajan kategorian. (vrt. Punkanen 176–177.)

5.6 Tunteiden tuoja ja oma persoonansa

Kuudes aineiston analyysin tuottama kategoria sosiaalityöntekijän tekemässä hoitosuhdetyössä on *tunteiden tuominen ja käyttäminen sekä omana persoonana oleminen*. Tunteiden käyttäminen liittyy läheisesti oman persoonan käyttöön, koska tunteet ovat luonnollinen osa ihmisen persoonallisuutta. Sosiaalityöntekijät kertoivat omien tunteiden ja ajatuksien nousemisesta hoitosuhteessa. He puhuivat syvemmästä ymmärryksestä, intuitiivisista tunteista, myötätunnon tunteista ja tunteiden esiin tuomisesta. Sosiaalityöntekijät puhuivat haastatteluissa tunteista muistuttamisesta, tunteiden ja vastatunteiden käytöstä ja siitä kuinka tunteet auttavat jaksamaan. Sosiaalityöntekijät puhuivat myös vaikeista tunteista, epävarmuudesta, hämmennyksestä potilaan vaikeiden tunteiden varastona olemisesta.

H4:

H: Niin. Osaaksä kertoo mitä se tarkoittaa tavallaan se persoonallaan työtä tekeminen, miten se vaikuttaa tai emmä tiedä miten sen sanois?

T: Niin. Joo, joo... Vaikee. Mä ajattelen, että se on sitä, että on niinkun oma ittensä siinä tilanteessa.

H: Mm.

T: Että on sen työroolinsa ja sen oman itsensä, että ne yhdistyy, että.. Ja että siinä on mukana semmoset omat tunteet ja niinku miltä tuntuu, tunteet ja sen tyyppiset elementit.

H: Joo.

T: Mitkä kyllä lisää, mitkä lisää sitä sitoutumista hoitoon kyllä.

H: Nii.

T: Ja sit semmosta turvallisuuden tunnetta siinä hoitosuhteessa.

H: Lisääkse niinkun sinun puolelta vai potilaan puolelta vai sekä että?

T: Mä luulen, että se lisää sekä että.

H: Joo.

T: Et sehän on aika surullista jos itse ei löydä niitä myötätunnon tunteita asiakasta kohtaan, potilaita kohtaan, niin siinä on vaikeeta työskennellä silloin. Se jää kauheen mekaaniseksi.

H: Joo. No mitä se on, niinkun se omien tunteiden kanssa työskentely tai työn tekeminen?

T: Mmm. Se on just sitä että jos puhutaan vaikka myötätunnosta, että voi auttaa että toi tuntu varmaan niinku tosi ikävältä ja susta tuntu varmaan tossa kohti kurjalta, että se voi tulla monenlaisissa tilanteis-, monenlaisissa kohti esiin.

H: Mmm.

T: Ja itselle tavallaan se, että voi ajatella miltä siitä ihmisestä.. eihän sitä koskaan tiedä, ei koskaan täysin tiedä, mutta että, eikä.. Itse ajatella, että se ihminen on voinu tuntea näin. Et se että on ne tunteet mukana, niin se mun mielestä auttaa jaksaan tässä työssä.

H: Aivan.

T: Et se ei oo mikään semmonen, mä en koe, että se ois voimavaroja vievä.

H: Joo.

T: Koska ei se tarkoita sitä että.. mitenhän mä sanosin..Että menis jotenkin mukaan, mukaan tai ne jäis jotenkin vaivaamaan. Tai ne vaivaa ehkä vähemmän, kun siinä on itse läsnä ja mukana siinä keskustelussa ja siinä tilanteessa.

H: mmm.

T: Ja sitten niitä omia tunteitahan voi käyttää sillain, että kun sanoo, että.. musta tuntuu, kun sä sanoit nyt tollain, niin musta tuntu tältä.

H: mmm.

T: Et tavallaan tämmösenä. Otetaan nyt vaikka potilas on kokenu että, miten niinkun häntä kohtaan on tehty tosi väärin. Mutta hän ei niinku tunne, et hän vaan puhuu siitä hyvin mekaanisesti ja kylmästi, niin voi tavallaan tuoda niitä tunteita sillä lailla esille, että sanoo, että tuli kyllä hirveen vihanen olo, kun kuuli, miten sua on kohdeltu tossa.

H: Joo.

T: Et tavallaan sillain käyttää niitä vastatunteita siinä työskentelyssä.

Sosiaalityöntekijä puhuu omalla persoonalla työn tekemisestä. Hän nostaa esiin omat tunteet ja sen miltä hänestä tuntuu. Nämä elementit lisäävät sosiaalityöntekijän mukaan hoitoon sitoutumista ja turvallisuuden tunnetta hänessä ja potilaassa. Sosiaalityöntekijä sanoo, ”luulen, että se lisää sekä että”. Omaa sitoutumistaan hän osaa arvioida. Hän voi itse lisätä sitoutuneisuutta ja turvallisuuden tunnetta tuomalla omat tunteet hoitosuhteeseen. Potilaan sitoutumisen lisääntymisestä työntekijä ei voi olla täysin varma. Sosiaalityöntekijän mukaan on ”surullista, jos itse ei löydä” myötätunnon tunteita. Sana ”löydä” antaa vihjeen siitä, että työntekijä yrittää ainakin niitä etsiä, tilanteessa, jossa niitä ei löydy. Ilman tunteita ja myötätunnon tunteita työskentely on itse asiassa vaikeaa ja jää mekaaniseksi. Sosiaalityöntekijä tähdentää myöhemmin, että tunteiden mukana kuljettaminen auttaa jaksamaan työssä. Se ei vie voimavaroja eikä jää vaivaamaan. Päinvastoin, tunteet ovat työssä jaksamisen apuna. Tunteminen työssä ja vastaantulevissa tilanteissa ei työntekijän mielestä ole

”mukaan menemistä” tai että asiat jäisivät mieleen vaivaamaan tilanteen jälkeen. Asiat jäävät kuormittamaan vähemmän, kun on potilaan kanssa vuorovaikutuksessa omine tunteineen läsnä.

Sosiaalityöntekijä kertoo ajattelevansa, miltä ihmisestä on voinut kussakin tilanteessa tuntua. Myötätunto voi auttaa hoitosuhteessa. Työntekijä kertoo tunteiden sanoittamisesta potilaalle ja tunteiden käyttämisestä hoitosuhteessa. Hän tuo esiin, käyttävänsä ilmaisuja: ”*tuntu varmaan niinku tosi ikävältä*” ja ”*susta tuntu varmaan tossa kohti kurjalta*”. Työntekijä kategorisoi itsensä tuntevaksi ja tunteiden tuojaksi. Potilas on esimerkissä joku, joka ”ei tunne”.

Sosiaalityöntekijä puhuu vastatunteista. Hän valaisee asiaa esimerkillä, jossa potilas kertoo hänelle tapahtuneesta ikävästä tilanteesta tai kohtelusta ulkokohtaisesti ja mekaanisesti. Tunteet puuttuvat potilaan kertomuksesta. Sosiaalityöntekijä tuo keskusteluun tunteet mukaan. Hän tuo monta kertaa sanoin auki sen, kuinka voi tuoda potilaalle ilmi tunteet, joita hänessä herää potilaan kertoman perusteella, vaikka hän ei ole tilanteessa ollut. Ne nousevat hänen oikeustajunsa mukaan hänessä itsessään. Hän kertoo itsessään nousevista vihaisuuden tunteista, jotka hän nimeää vastatunteiksi. Omalla toiminnallaan työntekijä voi osoittaa potilaalle tunteiden avulla sen, että potilasta todella on kohdeltu väärin. Tämä voi auttaa potilasta ymmärtämään, että häntä ei voi kohdella näin. Sosiaalityöntekijä pyrkii herättämään myös potilaassa tunteet ja osoittamaan, että ne ovat sallittuja. Sosiaalityöntekijä rakentaa itsestään tuntevan, empaattisen työntekijän kategorian (ks. Saarinen 2012, 40–46.). Potilaan kategorisoituu ei-tuntevaksi ihmiseksi, joka ehkä ei pysty pitämään rajoja ja antaa kohdella itseään väärin. (vrt. Mäkelä ym. 2001, 31–34.)

Tähän kategoriaan liittyy analyysin tuloksena myös sosiaalityöntekijän työskentelyn *omana persoonanaan*. Se tarkoittaa heidän mukaansa työroolin ja oman itsen yhdistymistä, omana itsenä työn tekemistä ja itsensä peliin laittamista. Se edellyttää heidän mukaansa itsereflektiota, oman käyttäytymisen peilaamista, oman työnsä ulkopuolisena näkemistä, oman persoonan hyvien puolien käyttämistä, oman persoonan ja taustojen työstämistä sekä oman persoonan hellimistä ja hoivaamista. Työntekijät kuvasivat näitä ilmiötä monin eri tavoin.

H2:

H: Kuinka paljon se on niinkun... sä mainitsit jossain kohtaa ton, että se on omalla persoonalla työskentelyä... niin kerrotko siitä lisää vielä?

T: *No, se on just, että mä oon tässä niinkun paitsi ihmisenä, niin ammattillisena työntekijänä sillä kokemuksella, mikä mulla on ja niillä taustoilla, mitkä mulla on ja... sillä persoonalla, mikä mulla on ja mä teen tätä työtä, et se on kuitenkin se isoin asia tässä mun mielestä se ihmisen persoona, että... että se on se, kuitenkin se merkkitsevin tekijä varmaankin sitten loppujen lopuks siinä, kun sitä*

kontaktia otetaan ihmisiin ja heidän kans yhteistyötä tehdään niin se on se merkittävin juuri, että ... semmonen mimmonen kontakti syntyy ja syntykö luottamusta ja... ja miten sitten ihmisen kohtaa, niinkun ihmisenä, että... et semmonen perusasia tässä kuitenkin sitten, et pitäis enemmänkin miettiä kyllä ja... ja vaikka sitä koulutuksessa on... on totakin asiaa mietitty ja työohjauksessa vilahtelee usein, et työnohjaaja sanoo, että omalla persoonallahan tätä työtä tehdään niin kyllä sitä vois niinku konkretisoida vielä enemmän... Että kun kaikki ei ole siihen valmiita, en mä tiedä, oonks mä sitten kuitenkaan itsekään ihan valmis aina kaikkia heikkouksiani tuomaan esille... esille tota joka puolella, mutta että... mä aattelen, että mä voin sillain omana itsenäni tehdä tätä työtä, et mun ei tarvi niinkun olla minkään roolien ja naamioiden takana sitten, mut et kuitenkin sit mä noudatan niitä kaikkia lakeja ja säännöksiä ja ohjeita ja mitä meillä tästä työstä täällä nyt julkisella puolella on ja tässä meidän poliklinikalla, että sillain kuitenkin sitten käyttäen, hyödyntäen niitä oman persoonan hyviä puolia ja sitten koittaen... koittaen sitten jotenkin selviytyä niitten huonojen puolien kanssa, että ja työstää niitä sitten eteenpäin, että miten vois sitten vielä jotenkin paremmin... paremmin sitten kohdata ihmisen semmosena, kuitenkin aika tasavertasena, vaikkakin toisaalta sitten jossain tilanteessa tarvii olla enemmän sellanen jämäkkä ja... ja joissain tilanteissa sitten taas ehkä semmonen ymmärtäväisempi ja, et vähän niinku muuttaa sit aina tietysti ihmisen mukaan sitä... sitä tota oman persoonan käyttöökin, että tilanteen mukaan ja... ei nyt ihan omaa persoonaa, mutta sillä tavalla, että oma toimintatapaa muuttaa sitte, et on sillai niinkun joustava.

Sosiaalityöntekijä puhuu pitkään siitä, mitä on tehdä omalla persoonallaan työtä. Hän erittelee olevansa ihmisenä ja ammatillisena työntekijänä työssä. Mukanaan hän tuo kokemuksensa ja taustansa. Sitten työntekijä kiteyttää, että tekee työtä sillä persoonalla, mikä hänellä on. Hän arvioi persoonan olevan ”*isoin asia*” ja ”*merkitsevin tekijä*” työssä, jossa otetaan kontaktia ja tehdään yhteistyötä toisen ihmisen kanssa. Se vaikuttaa myös siihen, millaiseksi kontakti muodostuu. Toisin sanoen, se vaikuttaa kontaktin ja kohtaamisen laatuun sekä siihen, syntykö työntekijän ja potilaan välille luottamus. Sosiaalityöntekijä sanoo tässä yhteydessä, ”*miten sitten ihmisen kohtaa niinkun ihmisenä*”, mikä antaa vaikutelman siitä, että omana persoonanaan työskentely antaa paremmin mahdollisuuden avoimeen kohtamiseen. Työntekijä tuo itseään lähemmäksi ihmistä ihmisenä. Ei sosiaalityöntekijänä tai hoitosuhdetyöntekijänä ja potilaana, vaan ihmisenä. Tämä tekee kohtaamisesta aidomman ja tasavertaisemman potilaan näkökulmasta. Työntekijä häivyttää työntekijän ja potilaan välillä väistämättä vallitsevaa valta-asetelmaa. Tämän työntekijä pukee sanoiksi hetkeä myöhemmin. Hän sanoo voivansa oman persoonan hyviä puolia hyödyntämällä ja heikkouksien kanssa selviytymällä voivansa ”*paremmin kohdata ihmisen semmosena, kuitenkin aika tasavertasena*”. Valta-asetelma ei häviä kokonaan, mutta työntekijä tuo itseään lähemmäksi asetelmaa, jossa työntekijä ja potilas ovat ”ihminen” ja ”ihminen”. Työntekijä palauttaa valta-asetelmaa takaisin ”työntekijä” ”potilas” -asetelman suuntaan kertoessaan, että joissain tilanteissa ”*tarvii olla enemmän sellanen jämäkkä*”. Hän lisää perään, että joissain tilanteissa tarvitsee olla ymmärtäväisempi. Työntekijän kertoma antaa hyvän kuvan siitä, millaista tasapainoilua oman persoonan ja ammattiroolin kanssa työskenteleminen tunteita herättävässä, haastavassa

asiakastyössä on. Työntekijän pitää muuttaa toimitapaansa tilanteen mukaan. Omaan persoonaa työntekijä ei voi muuttaa, mutta omasta persoonasta ja ammatillisesta roolista täytyy olla liikkumavaraa.

Kysymys laittaa sosiaalityöntekijän pohtimaan, kuinka asiaa olisi hyvä miettiä syvällisemmin ja konkretisoida enemmän, vaikka siitä työnohjauksessa ja koulutuksissa puhutaankin. Sosiaalityöntekijä miettii, kuinka ”kaikki” eivät ole valmiita tuomaan omia heikkouksiaan esille. Hän liittyy kuitenkin itsensäkin tähän ryhmään. Hänkään ei ole aina valmis tuomaan omia heikkouksiaan esille ”joka puolella”. Tämä voi tarkoittaa, että niitä ei haluta tuoda moniammatillisen tiimin tietoon eikä työssä potilaiden nähtäville. Sosiaalityöntekijä jatkaa kuitenkin, että hän voi tehdä ”omana itsenään” työtä. Hän ei tarvitse erikseen työroolia tai hänen ei tarvitse naamioda omaa persoonallisuuttaan. Omana itsenään hän pystyy tekemään myös kestäväällä perustalla olevaa työtä, peilaten lakeihin, säännöksiin ja psykiatrian poliklinikan ohjeisiin. Työntekijä syventää vielä, että hän hyödyntää oman persoonallisuutensa hyviä puolia ja koettaa ”selviytyä huonojen puolien kanssa”. Se antaa vihjeen siitä, ettei oman persoonan kanssa työn tekeminen ole aina helppoa. Se ei tule itsestään, vaan huonoja puolia tulee ”työstää eteenpäin”.

Sosiaalityöntekijä rakentaa itseään ammatillisen työntekijän kategorian, joka tekee laillisesti kestäväällä perustalla olevaa työtä. Työntekijä rakentaa myös persoonansa likoon laittavan työntekijän kategorian, joka tekee eettisesti kestäväällä pohjalla olevaa työtä ihmisenä, joka haluaa kohdata potilaan toisena tasavertaisena ihmisenä.

5.7 Sosiaalityön asiantuntija ja neuvoja sosiaaliturva-asioissa

Analyysin tuloksena syntynyt seitsemäs kategoria on *sosiaalityön asiantuntijana ja neuvojana sosiaaliturva-asioissa*. Sosiaalityön asiantuntijan kategoriaan kuuluvat toimiminen sosiaalityöntekijänä tiimissä, sosiaaliturva- ja kuntoutusasioiden hoitaminen sekä asiantuntija- ja konsultointitehtävät. Sosiaalityöntekijälle kuuluvat potilaan hoitoon liittyvät asiat, jotka liittyvät läheisesti sosiaalityön ammattikuvaan. Kategoriaan liittyvät myös yhteydenpito yhteistyökumppaneihin ja neuvottelut yhteistyökumppaneiden ja muiden tahojen kanssa sekä yhteistyön kehittäminen. Sosiaalityöntekijä on tiimissä se henkilö, joka tavallisesti pitää yhteyttä potilaan verkostossa oleviin yhteistyökumppaneihin. Sosiaalityöntekijät kertoivat, että heillä on selkeä työnkuva, paikka tiimissä ja he kokevat olevansa tasavertaisia työntekijöitä tiimin muiden

jäsenten, kuten lääkäreiden, psykologien ja psykiatristen hoitajien kanssa. Sosiaalityöntekijät kertoivat, että heillä on luottamus omaan pärjäämiseen työssään. Sosiaalityöntekijät kertoivat tekevänsä myös konsultointityötä sekä oman tiiminsä sisällä että muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Tähän kategoriaan kuuluvat myös sosiaalityön lisäkoulutuksen hankkiminen itsensä kehittämisen, kouluttautuminen ja kouluttaminen.

H3:

..Että mulla on mielestäni selkee työnkuva ja selkee paikka moniammatillisessa tiimissä. Ja on niinku asiantuntijuus ja paikka sille asiantuntijuudelle.

H: Joo.

T: Ja varmasti on niinkun jatkossakin niin... et jos mä niinkun ohjaan mun potilasta psykologin ryhmään tai konsultoin tai sitten lääkärille, niin samalla tavalla myös sitten niinkun... muun työryhmän luottamus siihen, että he voi niinkun omassa hoitosuhteessaan niinkun, jos siinä tulee kovin paljon sitä kuormaa potilaalta siitä, että en pärjää raha-asioissa ja on... väkivaltatilanteita ja kuinka niihin voi niinkun siinä kohtaa kahdella lauseella sanoo... meillä on sosiaalityöntekijä, varataanko hänelle aika... ja sitten... että ne asiat, niitä varten on olemassa sitten se erityisosaaminen ja sitten... voi niinkun siinä kohtaa sitten... tota olla omassa työryhmässä sitten... näille työntekijöille niinku apuna ja tukena. Että mä voin selittää näitä.

Sosiaalityöntekijä kertoo, että hänellä on mielestään selkeä työnkuva ja paikka tiimissä. Hänellä on myös ”asiantuntijuus”, jota muilla samassa tiimissä ei ole. Myöhemmin sosiaalityöntekijä mainitsee myös ”erityisosaamisen”, joka hänellä on raha-asioissa pärjäämättömyyteen ja väkivaltatilanteisiin. Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä vahvasti asiantuntijaksi. Sosiaalityöntekijä tuo esiin, että hän voi tarpeen mukaan ohjata oman potilaansa psykologin ryhmään tai hän voi konsultoida. Sosiaalityöntekijä voi käyttää oman moniammatillisen tiiminsä tukea potilaan hoidossa. Sosiaalityöntekijä on potilaalle ”ohjaaja”. Tiimissä sosiaalityöntekijä on ”konsultin” sekä ”konsultoitavan” roolissa. Sosiaalityöntekijä kertoo, kuinka hänen oma tiiminsä voi myös luottaa hänen apuunsa ja tukeensa potilaan hoidossa. Muut työntekijät voivat puolestaan ohjata omia potilaitaan sosiaalityöntekijöille asioissa, joissa hänellä on ammatillisen taustansa myötä erityisosaaminen. Esimerkkinä tällaisista asioista sosiaalityöntekijä mainitsee potilaan rahalliset vaikeudet ja väkivaltatilanteet. Työntekijöiden välillä vallitsee molempiin suuntiin toimiva luottamussuhde, jossa molemmat saavat tilanteen mukaan sekä auttajan ja autettavan tai tukijan ja tuettavan roolin. Sosiaalityöntekijä rakentaa vahvaa kategoriaa sosiaalityön asiantuntijuudesta ja erityisosaamisesta. Hän rakentaa myös kategoriaa moniammatillisen tiimin jäsenenä, jonka apuun ja tukeen potilaan hoidossa muut tiimin työntekijät voivat luottaa.

Sosiaalityön asiantuntijana toimimiseen kategorisoituu myös laajan näkemyksen ja yhteiskunnan huomioiminen. Sosiaalityöntekijät puhuivat muun muassa ympäröivän maailman ja yhteiskunnan huomioimisesta, sosiaalisen verkoston huomioimisesta ja ihmisen hahmottamisesta osana sosiaalista verkostoa, sosiaalisen perimän katsomisesta, potilaan ja perheen elämänpiirin kartoittamisesta asiakkaan puolen pitämisestä, asiakkaan asianajajana toimimisesta, köyhyyden vastustamisesta ja taloudellisten huolien käsittelystä. Sosiaalityöntekijät uskoivat, että ammatillisen taustansa ansioista heillä on laajempi näkemys ihmisen elämäntilanteesta myös hoitotyötä tehdessään. Sosiaalityöntekijät näkivät ammatillisen viitekehänsä vaikuttavan heidän tekemäänsä hoitosuhdetyöhön. Sosiaalityöntekijät sanoivat käyttävänsä esimerkiksi sosiaalisen tutkimuksen kaavaa ja pitävänsä perhenäkökulmaa esillä hoitosuhdetyössä.

H3:

H: Joo, no tota, kerro tekemästäsi hoitosuhdetyöstä - kutsutko sä sitä hoitosuhdetyöksi?

T: *...Että meen enemmän, semmosella leveämmällä alueella sitten siinä... se ajatus kuitenkin siinä... siinä on aina se sosiaalinen verkosto ja...*

H: Joo.

T: *ja sitten suhteessa ... suhteessa muuhun ympäröivään maailmaan ja yhteiskuntaan...*

Sosiaalityöntekijä kertoo tässä tekemästään hoitosuhdetyöstä. Hän sanoo: ”*meen enemmän semmosella leveämmällä alueella*”. Tässä sosiaalityöntekijän puhe rakentuu siten, että hän vertaa itseään työryhmänsä muihin jäseniin, jotka myös ovat mukana potilaan hoidossa. Hän ei työskentele vain jonkin osa-alueen kanssa, vaan liikkuu muita työntekijöitä leveämmällä alueella tarkastellessaan potilaan elämää. Sosiaalityöntekijän ajatuksissa potilaan mukana on aina ympäröivä sosiaalinen verkosto. Potilas ja hänen sosiaalinen verkosto on ”*suhteessa muuhun ympäröivään maailmaan ja yhteiskuntaan*”. Ammatillisesta taustastaan johtuen sosiaalityöntekijä osaa hahmottaa, että nämä asiat vaikuttavat potilaan elämässä. Sosiaalityöntekijä rakentaa puheellaan yhteiskuntatieteellisen ja rakenteellisen ymmärryksen omaavan sosiaalityöntekijän kategoriaan. Hän osaa huomioida ympäröivän maailman ja yhteiskunnan, mikä liittyy vahvasti sosiaalityöntekijän koulutukseen ja ammatilliseen osaamiseen.

H1:

H: Joo. No sitten, näkyys tää niinkun sosiaalityöntekijän ammattirooli siinä psykoterapeuttisessa työskentelyssä?

T: *Kyllä se varmaan näkyy siinä, että tuota, niinku esimerkiks mä ite ajattelen siinä, et mullon on niinku sellanen niinku laajempi ihmiskäsitys tai... et vaikka siinä istuu yks ihminen, niin mun pään sisässä ja käsittelytavassa on ikään kuin perhe tässä, hän... että hänen... et mä nään tämän ihmisen systeeminsä kautta ikään kuin.*

H: Joo.

T: Ja siihen systemiin kuuluu tietysti se lähipiiri ja työyhteisö.

H: Osaaksää selittää, että miten... mitä rikkautta se tavallaan tuo siihen... niinkun se näkemys, se laajempi näkemys?

T: Se kuva ihmisestäkin tulee rikkaammaksi.

H: Joo.

T: Mun silmiin se ihminen ikään kuin rikastuu, jos näin voi sanoa, kun... kun... nää kysymykset niinkun auttaa siinä... hänhän on osa sitä omaa verkostoonsa.

H: Niinpä. Sä ajattelet, että se tulee siitä sosiaalityöntekijyydestä?

T: Kyllä mä ajattelen, että se tulee, se semmonen niinku verkosto... semmonen niinku... ja sit mä aattelen, et se siitä... nyt ku... persoona on työväliseenä, tässä aina täytyy muistaa se, että... että tuota, kun se vaikuttaa tietysti tähän, mutta jos nyt puhutaan sitten ihan minusta, niin ainakin mulla on semmonen, et mä olisin niinku sillä tavalla myös ajan hengessä mukana, missä me eletään tässä ajassa ja (ja) voisin hahmottaa sen potilaan todellisuuden missä hän elää ja asuu.

H: Joo.

T: Jos otetaan huomioon, et mä en oo koskaan niin terapeutin terapeutti, ettenkö mä niinku täällä... täällä näin niinku hahmota sitä potilaan todellisuutta, et jos siel on toimeentulo-ongelmia siinä tai, tuota, tän perheen tapaamisessa näin... vaikka mä oisin kuinka perheterapeutin tai perheterapiatilanteessa oleva siinä niin, mutta jos mulle vähääkään tulee vinkkejä... et siellä tarvittais esimerkiks näitä perhetyöntekijöitä eli entisiä kodinhoitajia, ja (ja) jos siellä tarvittais toimeentulotukiapua tai jos siellä tarvitaan... niin, mun tehtävä on, kun mä oon sosiaalityöntekijä niin, ottaa myös tää puoli tai ohjata.

Sosiaalityöntekijä uskoo, että hänen sosiaalityöntekijän ammattiroolinsa näkyy ja vaikuttaa myös psykoterapeuttisessa hoitosuhdetyöskentelyssä. Tässäkin sosiaalityöntekijä antaa vaikutelman vertauksesta muihin, erilaisen ammatillisen pohjakoulutuksen omaaviin, psykoterapeuttista työtä tekeviin työntekijöihin: ”mullon laajempi ihmiskäsitys”. Sosiaalityöntekijä tähdentää tätä kertomalla, että hänen käsittelytavassaan on yhden ihmisen sijaista ”perhe”. Hän näkee ihmisen osana ympäröivää ”systemiä” ja ”omaa verkostoa”, johon kuuluu lähipiiri ja työyhteisö. Ihmisen näkeminen osana verkostoa tekee sosiaalityöntekijän mielestä kuvan rikkaammaksi. Sosiaalityöntekijä vastaa kysymykseni jälkeen, että uskoo laajemman ihmiskäsityksen ja käsittelytavan juontuvan sosiaalityöntekijyydestä. Tämän jälkeen hän muuttaa hiukan kantaansa. Sosiaalityöntekijä kääntää keskustelussa puheen sosiaalityöntekijyydestä itseensä ja omaan persoonaansa. Sosiaalityöntekijä toteaa, että ”persoona on työväliseenä”. Hän sanoo, että se täytyy aina muistaa, persoona on vaikuttamassa. Toisin sanoen, hän mieltää asian niin, että laajemman käsityksen hahmottaminen potilaan elämässä voikin juontua hänen omasta persoonastaan, eikä sosiaalityöntekijyydestä. Hän haluaa pyrkiä pitämään ”ajan hengen” mukana potilaan todellisuuden sekä elin- ja asuinympäristön hahmottamisessa.

Seuraavassa katkelmassa sosiaalityöntekijä tuottaa itsestään kategorian ”terapeutti”. Hän sulkee pois itsensä ”niin terapeutin” terapeutin kategoriasta, joka ei hahmota potilaan todellisuutta. Hän rakentaa kuvaa työntekijästä, joka kykenee työskentelemään terapeutin roolista käsin, mutta ei

omaksu roolia niin kokonaisvaltaisesti, ettei osaisi kiinnittää huomiota esimerkiksi potilaan puheissa ilmeneviin toimeentulo-ongelmiin. Tätä hän painottaa useamman kerran sanomalla mm. ”en oo koskaan niin terapeutin”, ”vaikka mä oon kuinka perheterapeutin” ja ”jos mulle tulee vähänkään vinkkejä”. Hän sanoo toimeentuloon liittyvien asioiden olevan hänen ”tehtävänsä, koska hän on sosiaalityöntekijä. Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä vahvasti ”sosiaalityöntekijöiden” kategoriaan, josta käsin hänen tehtävä ja velvollisuus on ottaa nämä asiat huomioon ja ohjata potilasta. Taloudellisissa asioissa neuvominen ja ohjaaminen voidaan ymmärtää sosiaalityöntekijän kategoriasidonnaisina toimintoina.

Sosiaalityön asiantuntijuuteen liitin analyysin tuloksena myös sosiaalityöntekijöiden tuottaman kategorian *neuvominen ja auttaminen sosiaaliturva-asioissa*. Sosiaalityöntekijät kertoivat haastatteluissa auttavansa myös konkreettisissa hakemusasioissa ja antavansa neuvontaa taloudelliseen tukeen liittyvissä asioissa. Tähän kategoriaan kuuluvat muun muassa neuvominen etuusasioissa, etuuksista kertominen, konkreettisten neuvojen antaminen, hakemusasioissa auttaminen ja haastatteluajan varaaminen. Sosiaalityöntekijät toimivat myös psykiatrian poliklinikalla potilaan hoidossa vahvasti sosiaalityöntekijälle ominaisesta roolista käsin ja opastavat sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa.

H4:

H: Joo. Mikä sun rooli siinä sitte on? Niinku siinä, kun hakeudutaan näihin kuntoutuksiin.

T: Joo, mun rooli on, se että mä kerron niistä, että mitä on tarjolla täällä Tampereella. Koska ihmiset ei tiedä niistä tietenkään mitään ja kerron minkälaisia etuuksia saa, sinä aikana ja..

H: Joo.

T: Ja yhdessä niinku mietitään sitä, et mikä on, koska on oikea aika hakeutua.

H: Mmm.

T: Oikea-aikaisuus on aika tärkeä siinä. Ja sitten usein varaan haastatteluajan. Mutta välillä sovitaan niinkin, että se potilas itse varaa sen haastatteluajan esimerkiks kurssia varten.

H: Joo.

T: Ammatillisia kursseja varten. Siitä se lähtee sitte omalla painollaan. Että voin jossain hakemusasioissa sitten auttaa. Sitten yleensä harvennetaan käyntejä, jos alkaa kurssi. Seurataan sitä, et kaikki menee ihan hyvin.

H: Mmm. Jatkaako potilas siinä vaiheessa käyntejä täällä sitten?

T: Jatkaa, koska sitten siinä kurssin päättyessä on yleensä tämmönen neuvottelu. Missä on sieltä kurssin ohjaajat ja täältä meiltä lääkäri ja hoitaja.

H: Aivan.

T: Koska siitä sit yleensä seuraa jotain jatkaa niistä kursseista.

H: Joo.

T: Et ihminen lähtee johonkin koulutukseen ja siihenki taas tarvii jotain taloudellista tukea ja neuvontaa, että miten niitä haetaan.

Sosiaalityöntekijä kertoo roolistaan kuntoutuksiin osallistuvien potilaiden asioissa. Sosiaalityöntekijä kertoo potilaalle, mitä kuntoutuksia on tarjolla. Hänellä on tiedonantajan rooli. Sosiaalityöntekijä antaa tietoa potilaalle myös etuuksista, joiden avulla potilas voi tulla toimeen kuntoutuksen aikana. Oikeaa aikaa hakea kuntoutukseen ”mietitään yhdessä”. Sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä potilaan kanssa ja ottaa potilaan toiveet huomioon. Sosiaalityöntekijä voi roolistaan käsin ja kokemuksiensa kautta antaa neuvoja ja jopa kontrolloida, että potilas hakeutuu ammatilliselle kurssille oikeaan aikaan, minkä hän kertoo olevan kurssin onnistumisen kannalta tärkeän asian. Sosiaalityöntekijä auttaa myös konkreettisella tasolla ja kertoo usein varaavansa haastatteluajan. Sosiaalityöntekijä sanoo, että ”*välillä sovitaan niinkin, että se potilas itse varaa sen haastatteluajan*”. Se antaa vihjeen sosiaalityöntekijän toteuttamasta kontrollista potilaan suhteen. Sosiaalityöntekijä pystyy varmistamaan, että asia tulee tehdyksi, jos hän varaa ajan. Joidenkin potilaiden kanssa ”*sovitaan*”, että potilas varaa ajan itse.

Konkreettista apua on myös hakemusasioissa auttaminen. Tämän jälkeen tilannetta ja ”hyvin menemistä” seurataan. Potilas ei tarvitse enää intensiivistä tukea. Potilas jatkaa silti käyntejä poliklinikalla ja yleensä kurssin jälkeen jatkaa koulutukseen. Sosiaalityöntekijä antaa kuvan, että potilaan elämässä on mahdollisesti tapahtunut merkittävä muutos parempaan suuntaan ja potilas etenee melko varmasti kuntoutuksen myötä koulutukseen. Siinä vaiheessa sosiaalityöntekijä antaa uudestaan neuvoja, miten muuttuneessa tilanteessa haetaan taloudellisia tukia.

Sosiaalityöntekijä rakentaa vahvaa sosiaalityöntekijän kategoriaa itsestään. Sosiaalityön ominaisiin tehtäviin kuuluu tiedon antaminen saatavilla olevista etuuksista. Sosiaalityöntekijän rooliin kuuluu myös neuvonta ja konkreettinen auttaminen muun muassa hakemusasioissa. Sosiaalityöntekijän antamaan apuun kuuluu myös kontrolli. (vrt. Jokinen 2008, 122, 139; ks. myös Juhila 2006, 216.) Nämä voidaan ymmärtää sosiaalityöntekijyyteen liittyvinä kategoriasidonnaisina toimintoina. Sosiaalityöntekijä rakentaa vihjeiden avulla kategoriaa myös kontrolloivasta sosiaalityöntekijästä. Sosiaalityöntekijä rakentaa kuvaa myös yhteistyötä tekevistä työntekijästä. Potilas kategorisoituu passiivisemmaksi. Potilas ei tiedä asioista. Potilas on avun saaja – hän on tiedonsaajana, neuvottavana ja autettavana. Huolimatta siitä, potilas on miettimässä elämäänsä liittyviä asioita yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa.

5.8 Moniammatillisen tiimin jäsen potilaan hoidossa

Aineiston analyysin tuloksena syntynyt kahdeksas kategoria on *sosiaalityöntekijä moniammatillisen tiimin jäsenenä potilaan hoidossa*. Sosiaalityöntekijät kertoivat olevansa psykiatrian poliklinikalla osa moniammatillista tiimiä, jonka kaikki jäsenet ovat mukana potilaan hoidossa. Kategoriaan kuuluvat hoitoneuvotteluihin osallistuminen, kollegan tai tiimin kanssa miettiminen ja peilaaminen, potilasasioiden jakaminen tiimissä ja tiimin käyttö, tiedon antaminen tiimiin ja muiden ammattiryhmien ammattitaidon hyödyntäminen. Sosiaalityöntekijät kertoivat, että parhaimmillaan tiimissä syntyy hyvä vuoropuhelu eri näkökulmien kesken, eikä asioita tarvitse jäädä pohtimaan yksin. Sosiaalityöntekijät nostivat puheessaan esiin lääkärit, jotka viime kädessä vastaavat potilaan hoidosta. Sosiaalityöntekijät kertoivat kuitenkin olevansa vastuussa oman potilaan kanssa tehtävästä hoitosuhdetyöstä. Kategoriaan kuuluvat myös työnohjaukseen osallistuminen ja potilastapausten ja ryhmäilmiöiden miettiminen sekä käsittely ryhmätyönohjauksessa.

H3:

T: ...Ja koko ajanhan sitä sitten peilaa niinkun tossa omassa työryhmässä ja tiimissä, kun kaikki hoidetaan, jokaista potilasta. Kuka on sitte niinku ryhmien kautta ja lääkäri. Ollaan niinku kuitenkin jokainen, tavalla tai toisella sitten kaikki on kuitenkin... tiedon keräämistä sitten ryhmänohjaajilta ja...

Sosiaalityöntekijä kertoo peilaavansa potilaaseen ja hoitosuhteeseen liittyviä asioita omassa työryhmässään. Hän korostaa tätä sanomalla ”koko ajanhan..”. Hän kertoo, että tavalla toisella kaikki työryhmässä hoitavat jokaista potilasta. Sosiaalityöntekijä antaa esimerkin – hoitoon osallistuminen voi tapahtua myös ”ryhmien kautta”. Tiimin merkitys kuvastuu sosiaalityöntekijän puheen rakentumisesta: ”kaikki hoidetaan, jokaista potilasta” ja ”jokainen”, sekä ”kaikki on kuitenkin...” joilla hän viittaa työryhmän muihin jäseniin ja heidän panokseensa potilaan hoidossa. Sosiaalityöntekijä kategorisoi itsensä yhdeksi tiimin jäseneksi potilaan hoidossa. Sosiaalityöntekijä rakentaa kuvaa myös reflektioivasta, tietoa keräävästä ja tiimin kanssa potilaan asioita jakavasta sosiaalityöntekijästä.

H2:

H: Joo. Onks tosta perhetyöstä jotain, mitä sä et kertonu tai... tai osaisit kertoa lisää?

T: ...asiasta puhutaan aina sitten tuolla tiimissä ja sitten mietitään, että no mikä tässä sitten vois olla... et kun meil on siinä tiimissä tosiaan sitten näitä eri alojen ihmisiä, niin sitten yleensä kaikki viedään nyt sinne... kaikki asiat, että yksin ei sitten pähkäillä kuitenkaan kauheen pitkään näitä asioita. Ja meil on sillai, että pidetään tämmösiä niinku välihoitoneuvotteluja tavallaan, että... että aina jonkun semmosen... sitten viiden kerran käyntien jälkeen mietitään, et onks tästä ny ollu hyötyä sitten mitä me nyt tässä ollaan työskennelty ja..

...

H: Joo. No tota... no, mikä on tiimin merkitys tässä työssä?

T: On se tosi iso merkitys kyllä, että joka päivä tavataan ja mietitään asioita yhdessä niin kyllä... kyllä se on semmonen ja sitten kun se... se lopullinen vastuu, vastuu tästä kliinisestä työstä on kuitenkin lääkäriellä... niin on tässä sillain turvallista työskennellä... Että ja sitten, kun tässä on niitä eri näkökulmia tulee ja parhaimmillaan ne pääsee semmoseen hyvään vuoropuheluun keskenään, että... että joku aina saa jotakin ja oivaltaa jostakin ja jotain muunlaista näkökulmaa sitten kun puhutaan niistä asioista, et joku näkökulma voi sitten jäädä unholaan, jos kaikki ei oo niinku miettimässä sitä, mutta tätä moniammatillista työtä ja tiimityötä vois kyllä paljon kehittää ja hyödyntää enemmän, että... että välillä se on ihan vaan sitä, että no, me ollaan tiimissä koolla ja sitten jokainen työntekijä kertoo lääkärille ne, et mitä nyt on mielen päällä, et aika paljon se on sitä sitten..

Sosiaalityöntekijä kertoo, että asiasta puhutaan ja tiimissä mietitään yhdessä asioita. Sosiaalityöntekijä kertoo, että tiimissä on eri alojen ihmisiä. Sosiaalityöntekijä painottaa monella tavalla tiimin merkitystä. ”Asiasta puhutaan aina tiimissä..”, ”kaikki viedään nyt sinne kaikki asiat..” ja ”yksin ei sitten pähkäillä..”. Tiimin kanssa mietitään myös välihoitoneuvotteluissa, onko työskentelystä ollut hyötyä. Sosiaalityöntekijä kertoo tiimin merkityksen olevan ”tosi iso”. Hän korostaa sitä sanomalla, että ”joka päivä tavataan ja mietitään asioita yhdessä”. Sosiaalityöntekijä lisää, että lopullinen vastuu ”kliinisestä työstä” on kuitenkin lääkäriellä. Tiimistä saatavan tuen lisäksi lääkärin lopullinen vastuu potilaan hoidosta tuovat sosiaalityöntekijän mielestä työskentelyyn turvaa. Sosiaalityöntekijä rakentaa kuvaa tilanteesta, jossa hän tai muiden ammattikuntien edustajat eivät joudu yksin kantamaan vastuuta potilaiden hoidosta. Sosiaalityöntekijä rakentaa kuvaa turvallisista työolosuhteista, jossa lääkäri kantaa lopullisen vastuun ja tiimin kanssa mietitään potilaiden hoitoa yhdessä.

Sosiaalityöntekijä jatkaa, että tiimityöskentelyn myötä tulee esiin eri näkökulmia. Sosiaalityöntekijä kertoo, että ”parhaimmillaan” näkökulmat pääsevät hyvään vuoropuheluun. Sosiaalityöntekijä rakentaa kuvaa tilanteesta, tiimin jäsenet jakavat näkökulmia ja saavat toistensa näkemyksistä oivalluksia. Sanavalinta ”parhaimmillaan” antaa vihjeen siitä, että tiimityöskentelyssä eri näkökulmien jakaminen ja vuoropuhelu eivät aina tapahdu hedelmällisimmällä tavalla. Sosiaalityöntekijä lisää hetkeä myöhemmin, joku näkökulma voi jäädä unholaan, jos kaikki eivät ole läsnä miettimässä. Hän jatkaa, että moniammatillisuutta voisi kehittää ja hyödyntää enemmän. Se antaa käsityksen siitä, että moniammatillisuuden mahdollisuuksista ei saada kaikkia tehoja irti. Sosiaalityöntekijä ei sano asiaa suoraan, mutta antaa esimerkin tilanteesta, jossa tiimityö ei aina toimi niin hyvin: ”välillä se on ihan vaan sitä, että no, me ollaan tiimissä koolla ja sitten jokainen työntekijä kertoo lääkärille ne, et mitä nyt on mielen päällä”. Kuvaus kertoo, että tiimi kerääntyy koolle. Vaikka tiimi on koolla, jokainen vuorollaan kertoo lääkärille omasta potilaastaan, eikä

varsinaista vuoropuhelua synny. Sosiaalityöntekijä antaa myös vihjeen siitä, että tilanne on tällainen aika usein – ”*aika paljon se on sitä sitten*”.

Sosiaalityöntekijä rakentaa yhteistyötä tekevän tiimityöntekijän kategoriaan. Hän ei puhu vain itsestään, vaan monikossa: ”*puhutaan*”, ”*mietitään*”, ”*viedään*”. Sosiaalityöntekijä puhuu myös yhdessä tekemisestä. Sosiaalityöntekijä rakentaa myös refleктоivan sosiaalityöntekijän kategoriaan itsestään. Hän näkee, että tiimiä voisi enemmän hyödyntää ja tiimityöskentelyä voisi kehittää. Sosiaalityöntekijä rakentaa tiimin ja lääkärin asiantuntemukseen luottavan ja lääkärin asiantuntemusta kunnioittavan työntekijän kategoriaan. Vastuun kantamisessa hän asettaa itsensä lääkärin vastuuseen nähden työntekijänä alisteiseksi. Lääkärillä on suurempi vastuu ja lopullinen vastuu työstä.

6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Yhteenveto sosiaalityöntekijöiden tekemän hoitosuhdetyön kategorioista

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkin sosiaalityöntekijöiden tekemää hoitosuhdetyötä erikoissairaanhoidossa, tarkemmin psykiatrian poliklinikalla. Alun perin halusin syventää juuri sosiaalityöntekijöiden työn terapeutisempaa luonnetta, tilanteessa, jossa he ovat hoitosuhdetyöntekijöinä omille hoitosuhdepotilailleen. Kandidaatintutkielmassa olin jo tutkinut sosiaalityöntekijän työtä ja roolia psykiatrian poliklinikan työssä kokonaisuudessaan. Tässä tutkielmassa halusin syventää hoitosuhdetyön näkökulmaa. Tutkimusongelmaani lähestyin haastattelemalla neljää sosiaalityöntekijää teemahaastattelulla. Tutkin sosiaalityöntekijöiden puhetta heidän tekemänsä hoitosuhdetyön selontekoina. Kiinnitin analyysissäni huomiota sosiaalityöntekijöiden tapaan rakentaa kategorisaatioita itsestään ja potilaistaan.

Tutkimukseni oli laadullinen tutkimus. Tutkimukseni näkökulmaksi valitsin tässä tutkimuksessa sosiaalisen konstruktionismin. Konstruktionismi sopi mielestäni hyvin tutkimukseni näkökulmaksi, koska halusin saada esiin sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä, tulkintoja ja merkityksenantoja omasta työstään. Konstruktionismi kritisoi valmiiksi annettua tietoa eikä sen mukaan yksiselitteistä objektiivista totuutta voida löytää. Konstruktionistisen kielikäsityksen mukaan todellisuuden ei voida päästä käsiksi vaan kieli on väline, jolla sosiaalinen todellisuus tuotetaan. Näin konstruktionistinen näkökulma ei pääse käsiksi puhtaisiin faktoihin, mitä voidaan pitää näkökulman

rajoitteena. Konstruktionistisessä näkökulmassa huomio kiinnittyy todenmukaisuuden sijasta siihen, missä suhteessa haastateltavien vastaukset ovat keskenään.

Suurempi määrä haastateltavia olisi voinut kasvattaa tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta samat asiat toistuivat haastateltavien puheessa. Haastateltavien vastauksissa ilmeni myös eroja. Tästä voisi päätellä, että psykiatrian poliklinikkojen toimipisteissä on työryhmäkohtaisia eroja, mikä osaltaan selittää haastateltavien vastauksien eroavuuksia. Lisäksi sosiaalityöntekijöiden vastausten eroavuuden nimen omaan tässä tutkimuksessa johtuivat myös koulutustaustan eroista. Koska haastatteluni on kerätty yhden kunnan psykiatrian poliklinikalla, ei työni välttämättä ole yleistettävissä koskemaan koko Suomen psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden tekemää hoitosuhdetyötä. Oma arvioni on kuitenkin, että samat elementit toistuvat koko maassa ja etenkin niissä kunnissa, joissa sosiaalityöntekijät ovat kiinteästi mukana potilaan hoitosuhdetyössä.

Analysoin keräämääni empiiristä haastatteluaineistoa kategoria-analyysimetodilla. Tutkimusmetodini on vahvassa asemassa tässä tutkimuksessa. Jäsenkategoria-analyysin avulla saadaan konstruktionistisen näkökulman tavoin kuuluville sosiaalityöntekijöiden oma puhe. Tutkimuksen tuloksena syntyneet kategoriat ovat heidän puheessaan rakentuneita, eivätkä kuvasta minun näkemyksiäni tutkijana. Näin tarkasteltuna sitä voidaan pitää objektiivisena analyysimetodina. Kuitenkin myös kategoria-analyysin heikkous on se, että sen avulla tuotettu tieto ei anna objektiivista kuvaa vallitsevasta todellisuudesta. Tosin siihen ei pyritäkään.

Kategoria-analyysi tuottaa paljon aineistoa ja sen rikkaus analyysimetodina on sen mukanaan kantama kulttuurinen tietovaranto. Kategorioihin liittyvä tietoa hyödyntäen muodostamme käsitystä yhteiskunnasta, itsestämme ja muista ihmisistä. Identiteetikategoriat vaikuttavat myös instituutioiden sisällä. Ihmiset alkavat suuntautua tiettyihin identiteetteihin. Tällä voidaan ajatella olevan vaikutuksia myös instituutioissa toimivien ihmisten toimintaan.

Mielenterveysongelmaiset ja psykiatrian poliklinikan asiakkaiden voidaan ajatella olevan lähtökohtaisesti huono-osainen, jopa stigmatisoitunut ryhmä. Tämänkin vuoksi kategoria-analyysi sopi mielestäni hyvin tämän tutkimuksen analyysimetodiksi. Sen lisäksi, että metodi tuottaa paljon aineistoa, sen avulla pääsee tarkastelemaan kategorioihin kätkeytynyttä tietoa, ja miten kategoriat toimivat suhteessa toisiinsa. Erityisen kiinnostavaa kategorioissa on niihin liittyvä moraalisuus ja se, miten kategorisointi puheessa rakennetaan ja mitä kategorioilla saadaan aikaan. Tutkimukseni keskiössä oli sosiaalityöntekijöiden omasta työstään tuottamat kategorisoinnit. Analyysimetodin

avulla sain kiinnostavaa tietoa sosiaalityöntekijöiden tavasta rakentaa kategorioita itsestään ja työstään. Sen avulla selvisi myös, miten sosiaalityöntekijät rakentavat kategorioita potilaistaan.

Tutkimukseni tulokseksi sain analyysin avulla kahdeksan eri kategoriaa, joihin sosiaalityöntekijät hoitosuhdetyöntekijöinä sijoittuvat. Nämä kategoriat olivat:

- 1) kokonaistilanteen kartoittaja ja potilaan havahduttaja
- 2) ratkaisujen etsijä, vaikuttaja ja tukija
- 3) terapeutin hoitosuhdetyöntekijä
- 4) keskustelija ja kysyjä
- 5) opettaja ja ohjaaja
- 6) tunteiden tuoja ja oma persoonansa
- 7) sosiaalityön asiantuntija ja neuvoja sosiaaliturva-asioissa
- 8) moniammatillisen tiimin jäsen potilaan hoidossa

Tutkimukseni tuloksena huomasin, että psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän työssä nousivat esiin sekä sosiaalityön asiakassuhteessa ilmenevät yleiset piirteet että mielenterveyden hoidossa ja hoitosuhdetyössä ilmenevät erityispiirteet. Kohdat 1, 2 ja 7 liittyvät sosiaalityön perinteisempään tehtävään. Sosiaalityölle on ominaista tilanteiden kartoittaminen, tukeminen, vaikuttaminen ja neuvominen sosiaaliturva-asioissa. Kuitenkin myös sosiaalityölle ominaisissa kategorioissa oli löydettävissä terapeutin piirteitä. Muut kohdat empiirisen analyysini tuloksissa edustavat sen sijaan työn syvempää terapeutisempaa luonnetta. Niistä on löydettävissä psykiatrisen hoitosuhdetyön elementtejä, jotka eivät liity suoranaisesti sosiaalityön kotikentällä ja kunnan sosiaalityössä tehtävään työhön.

Heinonen ja Metteri (2005, 2) näkevät sosiaalityöntekijän tehtävien mielenterveystyössä olevan ihmisen ymmärtämisen ja auttamisen. Tämä kuvastui tutkimuksessani sosiaalityöntekijöiden puheista. Tutkimukseni tulokset ja haastateltujen puheista nousseet asiat psykiatrian poliklinikan sosiaalityössä mukailivat Heinosen ja Spearmanin (2001, 99) näkemyksiä mielenterveyden huollon sosiaalityöstä. Heidän mukaansa sosiaalityö keskittyy elämänlaadun parantamiseen ja potilaiden omien voimavarojen löytämiseen. Haastateltavien puheesta tuli esiin tukea-antava rooli ja auttaminen palvelujen ja avun saamisessa sekä potilaiden asioiden ajaminen. Heinosen ja Spearmanin mukaan sosiaalityön neuvonta liittyy työllistymiseen, ihmissuhteiden luomiseen tai

ongelmanratkaisuun. He tunnistavat myös sosiaalityöntekijän opetuksellisen roolin. Haastatteluissa tulivat esiin myös Ann Davisin jäsenyykset sosiaalityöntekijän työstä mielenterveyden huollossa. Niitä ovat sosiaalisen muutoksen edistäminen, ongelmien ratkaisu ihmisten välisissä suhteissa ja ihmisen huomioiminen kokonaisuutena elämäntilannetta, elämässä vallitsevia puitteita sekä yhteiskunnallista viitekehystä unohtamatta (Davis 2007). Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset mukailivat sitä, miten sosiaalityön tehtäviä on taustateoriassani jäsennetty osana mielenterveystyötä.

Myös hoitosuhdetyössä ihminen tulee ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti ja keskittyä ihmisen eri biologisen ja psykososiaalisen väliseen vuorovaikutukseen. Hoitajan tehtäviin kuuluu ihmisen lähiverkoston kartoittaminen potilaan silmin. (Iija ym. 1996, 144–146; Sundeen ym. 1987, 12–13.) Potilaan elämän kokonaisuuden hahmottaminen on osa sekä hoitotyön että sosiaalityön ammattitaitoa. Sosiaalityöntekijät nostivat hoitosuhdetyön tärkeimmän välineen, vuorovaikutuksen, puheessaan tärkeään osaan. Sosiaalityöntekijöiden tekemä hoitosuhdetyö mukaili hyvin Mäkelän, Ruokosen ja Tuomikosken (2001, 21–31) näkemyksiä instrumentaalisesta ja sosioemotionaalisesta kommunikaatiosta. Instrumentaaliseen kommunikaatioon kuuluu tietoihin ja taitoihin perustuva ongelmanratkaisu, joka sisältää tiedon etsimisen, jakamisen, ohjauksen, neuvonnan ja kysymysten esittämisen. Analyysin tuloksena nostinkin juuri kysymysten käyttämisen omaksi kategoriakseen. Yhtä olennaisia olivat sosioemotionaalisen kommunikaatioon liittyvät keskustelu, tukeminen ja yhteistyön aikaansaaminen, jotka näkyivät sosiaalityöntekijöiden puheessa tutkimuksen tuloksena muodostuneissa kategorioissa.

Kaikkien haastattelemieni sosiaalityöntekijöiden puheesta nousivat myös vuorovaikutuksen ja terapeutin työn yksityiskohtaisemmat piirteet. Sosiaalityöntekijät toivat esiin haastatteluissa mm. luottamuksen herättämisen ja sitä seuraava avoimuus osana tekemäänsä hoitosuhdetyötä. Arvoina vuorovaikutuksen lähtökohdissa nousivat esiin tasavertaisuus ja toisen ihmisen kunnioitus. (ks. esim. Punkanen 2001, 173–174.) Vuorovaikutuksessa esiintyivät keinot ja hienojakoisemmat elementit hoitosuhdetyössä mukailivat psykiatrisesta hoito- ja auttamistyöstä kirjoitettua kirjallisuutta.

Erityisinä piirteinä hoitosuhdetyössä oli havaittavissa omalla persoonalla työskentely ja tunteet osana työskentelyä. Tämän näen tulevan selkeämmin esiin haastateltujen puheessa kuin sosiaalityössä yleensä. Sosiaalityöntekijät kokivat tekevänsä työtä omalla persoonallaan. He puhuivat myös hoitosuhteessa intuitioistaan. (ks. Virjonen 1995, 11–12.) Sosiaalityöntekijät

puhuivat myös tunteista, ja siitä kuinka tunteet olivat apuna työssä. Tunteiden tuominen ja omien tunteiden näyttäminen toimivat yhtäältä opetuksellisina välineinä: potilaille opetetaan tunteiden nimeämistä, huomaamista, näyttämistä ja niiden käsittelyä. (Iija ym. 1996 25; Mäkelä ym. 2001, 20–21.) Toisaalta tunteet toimivat apuna potilaan elämän myötäelämisessä ja työssä läsnäolossa, jopa jaksamisen apuna.

Taustateoriassa esittelemäni hoitosuhteen erityispiirteet: transferenssi, vastatransferenssi, distanssi, vastustus, kuunteleminen, holding-hoito-ote, informaatio, konfrontaatio ja klarifikaatio eivät käsitteinä nousseet montaa kertaa haastatteluissa esiin. Uskon, että nämä elementit ovat läsnä myös sosiaalityöntekijöiden tekemässä hoitosuhdetyössä. Tämä tutkimus ja aineistonkeruumenetelmäni työntekijän ja minun välisenä haastatteluna ei nostanut niitä kategorioina esiin. Sen sijaan työryhmästä ja työnohjauksesta saatava apu tulivat esiin haastateltavien puheessa tärkeänä tukena.

Erityisen paljon yhtymäkohtia psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden tekemästä hoitosuhdetyöstä on nähtävissä psykososiaalisen työtteen kanssa. Kategoriana sekään ei noussut kovin useasti sosiaalityöntekijöiden puheesta. Granfeld näkee psykososiaalisen työtteen sosiaalityön orientaationa, jossa korostuvat terapeutisuus, työskentely syrjäytyneiden ryhmien kanssa ja psykologisen osuuden jäsentäminen sosiaalityön tietoperustaan (Granfeld 1993, 177–179.) Hoitosuhdetyö sosiaalityöntekijän tekemänä mukailee myös Sipilän (1989) näkemyksiä psykososiaalisesta työstä. Työn tavoitteissa korostuvat psyykkinen selviytyminen sekä ajattelu- ja toimintatapojen muuttaminen. Sipilä mukaan psykososiaalinen työ ottaa huomioon asiakkaan sosiaalisen ympäristön ja vuorovaikutuksen toisten ihmisten kanssa. Työssä yhdistyvät tuki ja kontrolli. Rauhala näkee psykososiaalisen työn olevan osa sosiaali- ja terveystalvelujen työtehtäviä ja osa hoitosuhdetyötä. Rauhalan mukaan psykososiaalinen työote sisältää psyykkisen ja sosiaalisen tuen, ongelmiin paneutumisen ja vuorovaikutuksen rakentamisen. Tukeen liittyy asiakkaan kuunteleminen ja keskustelu. Rauhala liittää työhön myös osallisuuden luomisen ja tukihenkilönä toimimisen. (Rauhala 1994, 81–85, 105–106.) Sosiaalityöntekijöiden haastatteluselonteissa ilmenivät kaikki Granfeldin, Sipilän ja Rauhalan esittämät teoreettiset näkemykset psykososiaalisen työn ja työtteen piirteistä ja ulottuvuuksista.

6.2 Sosiaalityön asiantuntijuus hoitosuhdetyössä

Empiiristä aineistoa analysoidessani huomasin, että minun piti hylätä tutkimuksessani aluksi vaikuttanut näkökulma puhtaasta sosiaalityöntekijän tekemästä hoitosuhdetyöstä. Analyysin edetessä huomasin, että ensiksikään en halunnut jättää sosiaalityöntekijän erityisasantuntijuutta pois tutkimukseni tuloksista. Toiseksi, se ei ollut minusta sen paremmin mahdollista kuin tarpeellistakaan. Oivalsin, että sosiaalityöntekijän hoitosuhdetyötä on mahdotonta tarkastella ilman sosiaalityöntekijän koulutustaustan mukanaan tuomaa kokonaisvaltaista ja yhteiskunnallista näkemystä.

Toinen oivallukseni oli, että sosiaalityössä ja hoitosuhdetyössä on paljon samoja piirteitä, päällekkäisyyttä, samoja tehtäviä ja tavoitteita. Vaikka molemmissa on oma erityiset piirteensä, niin hoitosuhdetyön ja sosiaalityön teoreettisten sisältöjen tarkastelemisen jälkeen on vaikea havaita, mikä tämän tutkimuksen sosiaalityöntekijöiden haastatteluselonteissa juontuu sosiaalityöstä ja mikä hoitosuhdetyöstä. Etenkin psykososiaalinen työote osana sosiaalityötä on hyvin lähellä hoitosuhdetyön piirteitä. Psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän tekemässä hoitosuhdetyössä nousivat esiin niin sosiaalityön asiakassuhteiden yleiset piirteet kuin psykiatrisessa hoitosuhdetyössä näyttäytyvät erityispiirteetkin. Jakoa sosiaalityöntekijän tekemään hoitosuhdetyöhön ja sosiaalityön asiakastyöhön voidaan kyseenalaistaa. Hoitosuhdetyö psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän tekemänä voidaan nähdä osana laajempaa aikuissosiaalityön toimintakenttää. (ks. Juhila 2008a, 14–15).

Kirsi Juhila (2006) tarkastelee sosiaalityötä työntekijä-asiakas -suhteena kirjassaan *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina*. Hän näkee suhteen ja roolien määrittävän sen mukaan, missä ja miten kohtaaminen tapahtuu. Juhila jakaa kohtaamiset 1) liittämisen- ja kontrollisuhteeksi, 2) kumppanuussuhteeksi, 3) huolenpitosuhteeksi ja 4) vuorovaikutuksessa rakentuvaksi suhteeksi. Etenkin huolenpitosuhteessa näyttäytyvät elementit: auttaminen, tukeminen ja asioiden ajo nousevat esiin olennaisina osina psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän työssä. Myös vuorovaikutuksessa rakentuvan suhteen piirteet ovat keskeisiä sosiaalityöntekijän tekemässä hoitosuhdetyössä psykiatrian poliklinikalla. Kokonaiskuva potilaan elämässä ja arjessa vaikuttavista asioista rakentuu työntekijälle ja potilaalle heidän välisessä vuorovaikutuksessa. Tulkintaa potilaan elämän ongelmista tehdään yhdessä. Psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijän tekemässä hoitosuhdetyössä on elementtejä myös kumppanuussuhteesta sekä liittämisen- ja kontrollisuhteesta. (Emt.)

Sosiaalityöntekijöiden haastatteluselonteosta ilmeni, että sosiaalityöntekijät kokivat toimivansa ensisijaisesti sosiaalityöntekijöinä ja sosiaalityöntekijän tehtävissä psykiatrian poliklinikalla. Olennainen tulos tutkimuksessani olikin, että sosiaalityön ammatillinen viitekehys vaikuttaa myös sosiaalityöntekijän tekemässä yksilöhoitosuhdetyössä. Sosiaalityöntekijät eivät unohtaneet ensisijaista rooliaan sosiaalityöntekijöinä myöskään hoitosuhdetyötä omien potilaidensa kanssa tehdessään. Sosiaalityön ammattitaitoa on ihmisen ja potilaan ottaminen huomioon kokonaisena. Sosiaalityöntekijä omaa muita psykiatrian poliklinikalla työskenteleviä terveydenhuollon ammattilaisia laajemman yhteiskunnallisen näkemyksen. Sosiaalityöntekijä osaa huomioida muun muassa ihmiseen elämän väistämättä vaikuttavan ympäristön, ihmisen sosiaalisten suhteiden (tai niiden puutteen) vaikutukset ihmisen arkeen ja todellisuuteen. Sosiaalityöntekijän ammattitaitoon kuuluvat myös perheen huomioon ottaminen potilaan elämään vaikuttavana tekijänä sekä esimerkiksi elämänhallintaan ja taloudelliseen pärjäämiseen liittyvät seikat. Sosiaalityöntekijyyttä ei ollut mahdollista erottaa hoitosuhdetyöstä myöskään siitä syystä, että sosiaalityöntekijä osallistuu asiantuntijaroolistaan käsin kaikkien poliklinikalla hoidossa olevien potilaiden hoitoon moniammatillisen tiimin kautta. Se on osa potilaan saamaa hoitoa, eikä sitä tule erottaa hoitosuhdetyöstä erillisenä tehtävänä.

Sosiaalityön ammattitaitoa ei aina arvosteta terveydenhuollon muiden ammattilaisen keskuudessa. Tämän vuoksi tarvitaan sosiaalityön aseman ja yhteistyön vahvistamista niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin keskuudessa. (Metteri & Kröger & Pohjola & Rauhala, 228–229.) Olennaista mielenterveysongelmista kuntoutumisessa on nimenomaan potilaan huomioiminen kokonaisena ihmisenä ja suhteessa ympäröivään maailmaan ja yhteiskuntaan. Näen potilaan toipumisen ja kuntoutumisen mahdottomana, jos hänen hänellä on ylitsepääsemättömiä sosiaalisia ongelmia, joita ei voida ratkaista. Esimerkkeinä tällaisista sosiaalisista ongelmista voisi mainita elämänhallinnan laajemmat ongelmat, asunnottomuuden, vuorovaikutusongelmat perheessä sekä työttömyyden ja taloudelliset ongelmat. Lääkäreiden, sairaanhoitajien tai muiden terveydenhoitoalan ammattilaisten osaaminen ei ulotu sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseen, vaan siihen tarvitaan yhteiskunnallisen koulutuksen omaavia erityisasiantuntijoita. Sosiaalityön asiantuntemuksen ja erityisosaamisen tuomaa arvokkuutta terveyden ja mielenterveydenhoidossa onkin pyrittävä mielestäni edelleen tietoisesti nostamaan niin sosiaalityön ammattilaisen kuin muidenkin ammattilaisten keskuudessa. Sosiaalityön osuus terveydenhuollossa ja erityissairaanhoidossa on välttämätön niin potilaiden kuntoutumisen kuin asiakkaiden hyvän ja laadukkaan palvelun näkökulmasta. Tärkeänä edellytyksenä sille näen tiedon ja tietoisuuden kasvattamisen sosiaalityön yhteiskunnallisesta ammattitaidosta muiden terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden keskuudessa.

Tämän tutkimuksen sosiaalityöntekijät toivat useaan otteeseen potilaiden tarpeen sosiaalityöntekijän ohjauksesta ja neuvonnasta sosiaaliturva-asioihin liittyen. Psykiatrian poliklinikan potilaiden voidaan ajatella olevan heikko-osainen ryhmä, jolle on kasaantunut useita elämänongelmia ja huono-osaisuutta, jo ennen kuin he ovat päätyneet asiakkaiksi ja potilaiksi erikoissairaanhoidon piiriin. Kirsi Juhila on havainnut, että jopa sosiaalityöntekijän palvelut kunnan sosiaalitoimessa ovat niin sanotusti tarveharkintaisia (Juhila 2008a, 20). Sosiaalityöntekijän vastaanotolle ei pääse, kuin tietyt edellytykset täyttämällä. Psykiatrian poliklinikan ja erikoissairaanhoidon pääsemisen voidaan ajatella olevan vielä vaikeampaa ja ”tarveharkinnan” tiukempaa. Juhila näkeekin mielenterveysongelmaisten olevan yksi heikko-osaisten joukko, joka on vaarassa pudota yhteiskunnan turvaverkon ulkopuolelle. (Juhila 2008b, 68–69.) Tätä vasten on perusteltua kysyä, tavoittaako sosiaalityö ja sosiaalityön palvelut niiden tarpeessa olevat ihmiset. Usein ihmiset eivät ole tietoisia niistä palveluista ja etuuksista, joihin he olisivat oikeutettuja. Tämä tulee esiin psykiatrian poliklinikan asiakkaiden sosiaalityön palvelujen tarpeesta haastattelemieni sosiaalityöntekijöiden selonteoissa – asiakkaat pääsevät heille tarkoitettujen palveluiden ja etuuksien piiriin vasta erikoissairaanhoidon kautta. Psykiatrian poliklinikalla sosiaalityöntekijä on kaikkien potilaiden käytettävissä.

Tämän tutkimuksen avulla ei ollut mahdollista saada vastausta siihen, millainen sosiaalityöntekijä on hoitosuhdetyöntekijänä verrattuna muista ammattikunnista tuleviin hoitosuhdetyöntekijöihin (mm. psykiatrian sairaanhoitaja, psykologi, psykoterapeutti). Tämä tutkimus ei myöskään anna vastauksia siihen, millaisina potilaat kokevat erilaisista ammatillisista taustoista tulevat hoitosuhdetyöntekijät. Tutkimusasetelmani avulla ei voinut tehdä vertailevaa tutkimusta. Vaikka tutkimukseni sosiaalityöntekijöillä oli keskenään erilaiset koulutukset ja työkokemukset (kahdella oli laillistetun psykoterapeutin koulutus), en tehnyt vertailua aineistoni sisällä. Tuntumani on, että sosiaalityöntekijöiden tekemässä hoitosuhdetyössä ei syntynyt tässä tutkimuksen haastatteluaineiston perusteella laadullisia eroja sen mukaan, oliko haastatellulla psykoterapiakoulutus vai ei.

Tällainen vertaileva tutkimus tuottaisi tärkeää tietoa siitä, kuinka tarpeellisia terapiakoulutukset ovat psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskenteleville sosiaalityöntekijöille. (ks. Leinonen 2007.) Kiinnostavaa olisikin tutkia, miten asiakkaat/potilaat kokevat eri ammatillisen taustan omaavat työntekijät, ja mitä he osaisivat kertoa kokemuksistaan työntekijöiden koulutustaustan antaman ammattitaidon tuomasta osaamisesta. Tutkimuksena sitä olisi vaikeaa toteuttaa, koska

harvalla asiakkaalla on laajaa kokemusta pitkäjänteisemmästä työskentelystä eri ammattilaisten kanssa. Toiseksi, hoitosuhdetyössä vaikuttaa aina olennaisesti myös työntekijän persoona. Sellainen tieto olisi joka tapauksessa arvokasta, jotta työntekijän osaaminen voitaisiin kohdentaa asiakkaan taustan ja ongelmien suhteen entistä paremmin.

LÄHTEET

Ahlfors, L., Saarikoski, M. & Sova, I. (1994) Psykiatrinen auttamistyö. Espoo: Weilin & Göös.

Alasuutari, Pertti (1994) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Antaki, Charles & Widdicombe, Sue (toim.) (1998) Identities in talk. London: Sage.

Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (toim.) (1995) Ammattilaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkosto psykososiaalisessa työssä. Stakes, raportteja 184. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Baker, Carolyn (1997) Membership Categorization and Interview Accounts. Teoksessa Silverman, David (Toim.) Qualitative Research: Theory, Method and Practice. Sage Publications: London, Thousand Oaks, New Delhi, 162–176.

Barnes, Helen (2004) Social Exclusion and Psychosis: Exploring Some of the Links and Possible Implications for Practise. *Social Work in Mental Health* 2 (2/3), 207–233.

Burr, Vivien (1995) An Introduction to Social Constructionism. Padstow, Cornwall: TJ Press Ltd.

Drew, Paul & Sorjonen, Marja-Leena (1997) Institutional Dialogue. Teoksessa Teun A. van Dijk (toim.) Discourse as Social Interaction. *Discourse Studies. A Multidisciplinary Introduction*, Volume 2, 92–118.

Eriksson, K. (1993) Hoitamisen idea. 2. painos. SHKS.

Eglin, Peter & Hester, Stephen (toim.) (1997) Culture in action: Studies in Membership Categorization Analysis. Washington (D.C.): International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis. *Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, No 4.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1995) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Fall, Kevin A. & Levitov, Justin E. & Jennings, Maureen & Eberts, Stephanie (2000) The Public Perception of Mental Health Professions: An Empirical Examination. *Journal of Mental Health Counseling*, 10402861, Apr2000, Vol. 22, Issue 2, 122–134.

Forsberg, Hannele & Järviluoma, Helmi & Ritala-Koskinen, Aino & Roivainen, Irene (1991): MCD-analyysillä moraalisen järjestyksen lähteille? Teoksessa Hannele Forsberg jm. (toim.) Sosiaalisia käytäntöjä tutkimassa. Katkelmia empiirisen tutkimuksenteon vaiheista. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia, Sarja A Nro 1. Tampere 1991.

Freire, P. (1974) Education for Critical Consciousness. London: Sheed & Ward.

Gergen, Kenneth J. (2003) Knowledge as Socially Constructed. Teoksessa Mary Gergen & Kenneth J. Gergen (toim.) Social Construction. London: Sage Publications Ltd.

Goffman, Erving (1963) Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Group.

Granfeld, Riitta (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfeld & Harri Jokiranta & Synnöve Karvinen & Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy, 177–227.

Harajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck Kristian (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) (2005) Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

Heinonen, Tuula & Spearman Len (2001) Social Work Practice, Problem Solving and Beyond. Toronto: Nelson, Thompson Canada Limited.

IFSW, Ethics in Social Work, Statement of Principles. <http://www.ifsw.org/en/p38000324.html>. Viitattu 6.12.2007.

Iija, Aulikki & Kiviharju, Sinikka & Kiviharju-Rissanen Upu (1996) Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma (2002) (toim.) Rakenteesta sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky -ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:23. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/mielekasraportti/me_loppuraportti.pdf. Viitattu 4.4.2008.

Jayyusi, Lena (1984) Categorization and Moral Order. London: Routledge and Kegan Paul.

Jokinen Arja (2008) Sosiaalityö tukena ja kontrollina aikuisten kohtaamisessa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 110–145.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2012) Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategoria-analyysiin. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi (2004a) Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa Arja Jokinen & Huttunen, Laura & Kulmala, Anna (toim.) (2004) Puhua vastaan ja vaieta: neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus, 20–32.

Juhila, Kirsi (2004b) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus, historiaa ja nykysuuntauksia. *Janus* 12 (2), 155–183.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi (2008a) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityö areenat. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) (2008) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 14–47.

Juhila, Kirsi (2008b) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) (2008) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 48–81.

Karvonen E. (1991) Representaation politiikka ja sukupuolen tuotanto. *Sosiologia* 28 (1) 25–32.

Korkealaakso, Rauni (2006) Sosiaalityöntekijä - vieraileva tähti? : lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laamanen, Sirpa (1990) Käytännöllinen tieto psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville & Lavikainen, Juha (toim.) (2004) Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/10/pr1097823366926/passthru.pdf>. Viitattu 12.4.2008.

Lepper, Georgia (2000) *Categories in text and talk: a practical introduction to categorization analysis*. London: Sage Publications.

Lindqvist, Martti (1984) *Hyvä elämä: Erään mahdollisen maailman luonnos*. Helsinki: Otava.

Lähteemäki, Liisa (1997) Psykiatrinen pitkäaikaispotilas avohoidossa – hoitotyön ja sen perusteiden tarkastelua. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotieteen pro gradu –tutkielma.

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

Metteri, Anna (1996) Johdanto. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö, Sosiaalityön vuosikirja 1996*. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mäkelä, Anja & Ruokonen, Taina & Tuomikoski, Marjatta (2001) *Hoitosuhtedetyöskentely*. Vantaa: Tummuvuoren kirjapaino Oy.

Nelson-Jones, Richard (2003) *Basic Counselling Skills, a Helper's Manual*. Padstow, Cornwall: TJ International Ltd.

Nikander, Pirjo (2010) Jäsenkategoria-analyysi ja haastattelun kulttuuriset jäsennykset. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 242–268.

Olkkonen, Katriina (2004) Rajat rikkova vai rajoista kiinnipitävä yhteistyö? Mielenterveystyöntekijöiden käsityksiä moniammatillisuudesta ja asiantuntijuudesta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

- Peplau, Hildegard (1952) *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: G. P. Putnam & Son.
- Peplau, Hildegard (1988) *Interpersonal Relations in Nursing*. Second Edition. Macmillian Education. Ltd. London.
- Potter, Jonathan & Wetherell, Margaret (1987) *Discourse and social psychology, Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage publications.
- Punkanen, Tiina (2001) *Mielenterveystyö ammattina*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Rauhala, Pirkko-Liisa (1994) *Hoiva ja hoito ammattina*. Werner Söderström Osakeyhtiö
- Raunio, Kyösti (2000) *Sosiaalityö murroksessa*. Tampere: Tammerpaino.
- Riley, Sharon & Segal, Steven P. (2003) *Caring for Persons with Serious Mental Illness: Policy and Practise Suggestions*. *Social Work in Mental Health* 1 (3), 1–17.
- Roberts & Yeagar & Regehr (2006) *Bridging Evidence-Based Health Care and Social Work*. Teoksessa Roberts & Yeagar (Toim.) *Foundations of Evidence-Based Social Work Practice*. Oxford: University Press.
- Saarinen, Anne (2012) *Ammatillisen empatian oppiminen sosiaalityön käytännön opetuksessa - Miten kokemus muuttuu taidoksi*. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma.
- Sacks, Harvey (1992) *Lectures on conversation, Volyme I*. (toim.) Gail Jefferson; with an introduction by Emanuel A. Schegloff. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Sacks, Harvey (1992) *Lectures on conversation. Vol 2*. (toim.) Gail Jefferson; with an introduction by Emanuel A. Schegloff. Oxford: Basil Blackwell.
- Silverman, David (2000) *Doing Qualitative Research*. Trowbridge, Wiltshire: The Cromwell Press Ltd.
- Silverman, David (1998) *Social science and conversation analysis*. New York: Oxford University Press.
- Silverman David (1998) *Social science and conversation analysis*. Oxford: Polity Press.
- Sipilä, Jorma (1989) *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Painokaari Oy.
- STM, Terveystieteiden tutkimuskeskus, mielenterveyspalvelut,
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/mielenterveys.htx>. Viitattu 5.4.2008.
- Sundeen, Sandra & Stuart, Gail & Ranlin, Elizabeth & Cohen, Sylvia (1981) *Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön*. C. V. Mosby Company. Kääntäjä: Kristiina Toivanen 1987. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Tampereen kaupunki. Mielenterveyskeskus ja sen aluetoimistot.
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/hoito/mtk.html>. Viitattu 7.12.2007.

Terveyssosiaalityöntekijät ry:n 60-vuotisjuhlaseminaari (2007). Terveys- ja sosiaalityö ja asiakas muuttuvassa toimintaympäristössä. Ohjelma ja abstraktit.

Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.
http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/psykoterapeutit/koulutuksen_hyvaksymisperusteet. Viitattu 4.9.2012.

Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.
http://www.valvira.fi/teo_yhdistyi_valviraksi/. Viitattu 7.5.2012.

Virjonen, Kaija (1994) Ammatillisen auttamistyön lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Välimaa, Outi (2002) MCD-analyysi konstruktionistisessa käytössä: identiteetikategoriat jenginuoren tarinan resursseina. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Watson, R (1978) Categorization, Authorization and Blame-Negotiation in Conversation. *Sociology* 12, 13–105.

Painamattomat lähteet:

Davis, Ann (2007) Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n 60-vuotisjuhlaseminaari. Terveys- ja sosiaalityö ja asiakas muuttuvassa toimintaympäristössä. Tampere-talo 1.-2.11.2007.

Havukainen, Pirjo & Tulppo Jaana (2006) Kuntoutuksen mahdollisuudet elämänkaaren eri vaiheissa. Sosiaalityö terveydenhuollossa –luentosarja. TAYS/Tampereen yliopisto 27.10.2006.

Leinonen, Leena (2007) Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n 60-vuotisjuhlaseminaari. Terveys- ja sosiaalityö ja asiakas muuttuvassa toimintaympäristössä. Tampere-talo 1.-2.11.2007.

Mikkola, Anna (2008) Aika pieneen elämänliekkiin saa puhalttaa. Sosiaalityö psykiatrian poliklinikalla sosiaalityöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön kandidaatintutkielma.

Tampereen kaupunki, hyvinvointipalvelut, avomielenterveyspalvelut. Sosiaalityö mielenterveyskeskuksessa –lehtinen.

LIITE

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Henkilötiedot:

Työtehtävä

Ikä

Koulutus

Työhistoria

2. Kerro tekemästäsi hoitosuhdetyöstä

3. Mikä on koulutuksen merkitys tekemässäsi hoitosuhdetyössä?

Vastaako koulutus työn asettamiin haasteisiin?

Tarvitsisitko lisäkoulutusta hoitosuhdetyöhön?

4. Mitkä arvot ohjaavat tekemääsi hoitosuhdetyötä?

5. Kerro työnohjauksesta

6. Näkyykö sosiaalityön ammatillinen viitekehys tekemässäsi hoitosuhdetyössä?

7. Millaista hoitosuhdetyötä mielestäsi teet?