

MIELENTERVEYSPOTILAIEN VÄLIINPUTOAMISTARINOITA
PSYKIATRISISSA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

OJA-HEINIEMI LAURA

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2006

Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

OJA-HEINIEMI, LAURA: Mielenterveyspotilaiden välinputoamistarinoita psykiatrisessa palvelujärjestelmässä.

Pro gradu -tutkielma, 109 s., 3 liites.

Sosiaalityö

Huhtikuu 2006

Pro gradu -tutkielmani käsittelee kolmea mielenterveyspotilaan välinputoamistarinaa etuus- ja palvelujärjestelmässä. Tarkastelin tutkielmassani, millainen välinputoamistarina piirtyi mielenterveyspotilaan asiakasurasta asiakirja-aineiston myötä, missä tilanteissa mielenterveyspotilas oli kokenut välinputoamista ja syrjäytymistä sekä aineiston keränneen sosiaalityöntekijän näkökulmaa. Tutkielman aineiston keruu toteutettiin yhteistyönä erään psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden kanssa siten, että he keräsivät kokemustietoonsa pohjautuen asiakirja-aineiston valitsemansa mielenterveyspotilaan välinputoamistapauksesta liittäen mukaan myös oman ammatillisen pohdintansa. Aineiston keruussa pyrittiin tavoittamaan sosiaalityöntekijän usein työssään kohtaamia, tyypillisiä välinputoamistilanteita. Välinputoamistarinoiden myötä voitiin myös nähdä, mitä puutteita ja kehitettävää palvelujärjestelmässä on mielenterveyspotilaiden kannalta. Tutkimukseni teoreettisessa taustoituksessa tarkastelin aihetta yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Aluksi esittelin mielenterveyspotilaan asiakasuralla 1990-luvulla alkunsa saaneita muutoksia. Psykiatrian rakennemuutos liittyi tähän teemaan olennaisesti. Seuraavaksi siirsin näkökulmani välinputoamisen ja syrjäytymisen käsitteisiin. Käytin tutkimuksessani narratiivista lähestymistapaa muodostaessani asiakirja-aineistosta välinputoamistarinoita. Tutkimukseni taustalla oli myös ajatus sosiaalityöntekijöiden suorittamasta alustavasta tyypittelystä.

Välinputoamistarinat ovat realistisia kuvauksia mielenterveyspotilaan arjesta nykypäivänä. tarinat toivat esille mielenterveyspotilaan asiakasuran voivan olla monimutkainen, kehää kulkeva ja pitkittynyt. Tutkimuksessa sosiaalityöllekin vaativana asiakasryhmänä esille nousivat kaksoisdiagnoosipotilaat, jotka voivat olla eräs tyypillinen asiakasryhmä välinputoamista ajatellen. Sairaalaajakson jälkeen mielenterveyspotilas saattaa jäädä ilman asianmukaista avohoitoa ja ajautua palvelujärjestelmän kiertolaiseksi. Myös sairaalan jälkeisen jatkohoitopaikan järjestymisessä kaksoisdiagnoosipotilaille oli havaittavissa ongelmia. Välinputoamistilanne voi myös syntyä, kun sairaala ja sosiaalitoimi näkevät tilanteen hyvin erilaisesta perspektiivistä. Tärkeinä tuloksina esille nousivat kaikissa tarinoissa myös nuorella iällä alkanut asiakasura sekä moniongelmaisuus.

Tutkimukseni tukee näkökulmaa, jonka mukaan avohoito on jäänyt puutteelliseksi psykiatrian rakennemuutoksen jälkeen. Tutkimuksessani näkyville tulivat myös monimutkaistunut ja hajanainen palvelujärjestelmä sekä kokonaisvastuun kysymykset. Palvelujärjestelmä edellyttää asiakkailtaan sellaista aktiivisuutta, jota kaikilla ei ole esimerkiksi sairauden luonteen vuoksi. Tämä tulisikin ottaa paremmin huomioon ja huolehtia, että potilaat saisivat asianmukaista avohoitoa. Palvelujärjestelmää tulisikin kehittää toimivammaksi mielenterveyspotilaiden kannalta. Mielenterveyspotilaiden kokonaistilanteesta huolta pitävä taho voisikin olla tässä oleellisen tärkeä.

Avainsanat: välinputoaminen, syrjäytyminen, mielenterveyspotilas, palvelujärjestelmä, asiakasura, sosiaalityöntekijä

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	4
2. MUUTOKSET PSYKIATRISESTI SAIRAAAN POTILAAN ASIAKASURALLA 1990- LUVULTA LÄHTIEN	8
2.1 PSYKIATRIAN RAKENNEMUUTOS EUROOPASSA JA SUOMESSA	8
2.2 RAKENNEMUUTOKSEN VAIKUTUKSET MIELENTERVEYSPOTILAAN ASIAKASURAAAN	12
3. NÄKÖKULMANA VÄLIINPUOTOAMINEN JA SYRJÄYTYMINEN MIELENTERVEYSPOTILAAN ASIAKASURALLA	18
3.1 VÄLIINPUOTOAMINEN JA SYRJÄYTYMINEN KÄSITTEELLISENÄ JA TUTKIMUKSEN KUVAAMANA ILMIÖNÄ	18
3.2 MIELENTERVEYSASIAKKAANA VAMMAISPALVELUJÄRJESTELMÄN MARGINAALISSA.....	24
3.3 YHTEISKUNNAN HUOLENPIDON MUUTTUNEET RAKENTEET JA SOSIAALITYÖ.....	25
4. TUTKIMUSASETELMA	30
4.1 TUTKIMUSKYSYMYKSET	30
4.2 AINEISTON KERÄÄMINEN	32
4.3 MENETELMÄLLISET VALINNAT JA ANALYYSIN LÄHTÖKOHDAT	37
4.4 ASIAKIRJA-AINEISTON NARRATIIVINEN ANALYYSI.....	39
4.5 SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN TOTEUTTAMA TYYPITTELY VÄLIINPUOTOAMISTARINOISTA	42
4.6 VÄLIINPUOTOAMISTARINOIDEN MUODOSTAMINEN ASIAKIRJA-AINEISTOSTA	43
5. VÄLIINPUOTOAMISTARINAT	48
5.1 PASIN TARINA – KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN KEHÄÄ KULKEVA ASIAKASURA	48
5.2 VESAN TARINA – KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN MONIMUTKAINEN ASIAKASURA	61
5.3 MARIKAN TARINA – VÄLIINPUOTOAMISTAPAUS LASTENSUOJELUPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ	73
5.4 TULOKSIA JA POHDINTAA	82
6. TUTKIMUKSEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	93
6.1 TUTKIMUKSEN YHTEENVETO JA TULOKSET	93
6.2 POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	96
6.3 OMA TUTKIMUSMATKANI.....	98
KIRJALLISUUS	101
LIITTEET	110

1. JOHDANTO

Kiinnostukseni mielenterveyssozialityöhön alkoi suorittaessani socialityön syventävien opintojen harjoitteluni eräässä social- ja terveydenhuollon yksikössä, jonka yhteydessä toimi myös mielenterveystoimisto. Harjoitteluni ja sen päätteeksi tekemiäni sijaisuuksien myötä, sain mahdollisuuden pienimuotoisesti tutustua mielenterveyssozialityön maailmaan sekä tarkastella mielenterveyspotilaan asiakasuraa yhdeltä näköalapaikalta avohuollosta eli mielenterveystoimistosta. Mielenkiintoni kohdistui jo tuolloin mielenterveyspotilaan asiointiin palvelujärjestelmässä. Havaitsin, että mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten voi olla todella vaikea hoitaa asioitaan järjestelmässä, eivätkä he ole aina tietoisia heille kuuluvista palveluista tai etuuksista. Havaitsin myös, että socialityöntekijän rooli tässä tilanteessa on merkittävä potilaan selviytymisen kannalta.

Minun oli helppo tarttua ideaan tehdä pro gradu -tutkielmani mielenterveyssozialityön kentältä, sillä jo harjoittelun myötä mielenkiintoni oli herännyt mielenterveyssozialityöhön. Sain tietää, että erään psykiatrisen sairaalan socialityöntekijät olisivat kiinnostuneita ottamaan opiskelijoita mukaan socialityön kehittämistyöhönsä pro gradu -tutkielman tekemisen myötä. Tarkoituksena siis oli kehittää tätä kautta myös yhteistyötä käytännön työssä olevien socialityön ammattilaisten sekä Tampereen yliopiston socialipolitiikan ja socialityön laitoksen välillä.

Psykiatrisen sairaalan socialityöntekijät eivät halunneet tarkasti määritellä ja rajata tutkielmani aihetta, vaan olen saanut tutkijana hyvin pitkälle oman mielenkiintoni pohjalta valita tutkimusaiheeni ja lähteä kehittämään sitä eteenpäin. Kuitenkin socialityöntekijät ovat jo tutkimukseni ideointivaiheessa osallistuneet aiheeni kommentointiin ja kehittelyyn kysymyksenasetteluni pohjalta. Pro gradu -tutkielmani on siis toteutettu yhteistyönä käytännön työssä toimivien socialityöntekijöiden kanssa siten, että socialityöntekijät osallistuivat aineiston keruuseen ammatillisen työnsä osana. Lisäksi sain arvokkaita kommentteja socialityöntekijöiltä kootessani aineiston keruun runkoa (ks. liite 1).

Aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys

Tutkielmani aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveyspotilaiden aseman on väitetty huonontuneen yhteiskunnassamme muun muassa psykiatrisen sairaanhoitojärjestelmän muutosten myötä

siirryttäessä yhä avohoito painotteisemmalle linjalle ja sairaalahoitojaksojen ollessa entistä lyhyempiä. Avohoidossa ollessaan palvelujen ja etuuksien hakeminen saattaa jäädä mielenterveyspotilaalta kokonaan tekemättä, jos mikään taho ei kanna niistä kokonaisvastuuta. Lisäksi sosiaaliturvajärjestelmämme edellyttää mielenterveyspotilailta yhä suurempaa aktiivisuutta, johon he eivät välttämättä sairautensa vuoksi kykene. Tämän seurauksena mielenterveyspotilaat saattavat esimerkiksi jäädä kokonaan vaille etuuksia, voivat ajautua väliinputoajiksi ja pahimmassa tapauksessa syrjäytymiskiarteeseen.

Päivi Ahon (1999, 173–201) toimittaman teoksen ”Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä” eräässä kappaleessa kuvataan potilaan polkua palveluiden ryteikössä. Artikkelin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sosiaaliturvaetuuksien ja palveluiden järjestelmä on tavallisen ihmisen – ja joskus asiantuntijankin – silmin merkittävän monimutkainen. Esimerkiksi sosiaaliturvaetuuksia jaetaan monen eri lain nojalla, monelta eri toimipisteeltä ja myös niiden määräytymisperusteet vaihtelevat. Kansalaisen on siis vaikea tietää, mihin etuuksiin juuri hän on oikeutettu. Vaikka artikkelin mukaan palveluita ja asiantuntijuutta kehitetään, ongelmia esiintyy yhä. Ongelmia aiheuttaa muun muassa se, että palvelut ovat pitkälle erikoistuneet ja auttaminen hajaantunut moneen eri toimipisteeseen. (emt., 173.) Mielestäni kuvaus on osuva. Potilas joutuu kulkemaan usein ”palveluiden ryteikössä”. Palvelujen ja etuuksien kirjo on laaja ja ihminen ei itse aina välttämättä ole tietoinen, mihin hän on oikeutettu. Mielenterveyspotilaiden osalta onkin nähtävissä ongelmana se, että heillä ei useinkaan ole tietoa kunnan palvelujärjestelmästä ja sen toiminnasta. Mielenterveyspotilaat eivät välttämättä osaa hakea itselleen sopivaa palvelua, eivätkä toisaalta myöskään osaa tai pysty käyttämään hyväkseen heille laissa kansalaisina turvattuja oikeussuojakeinoja. (Räty 1997, 28.) Järjestelmä näyttää monimutkaisena tavalliselle ihmiselle, joskus asiantuntijallekin (Aho 1999, 173). Kuinka sitten mielenterveyspotilas kokee asian? Psykkisistä sairauksista kärsivien henkilöiden on usein vaikeaa pitää huolta edes pienimmistä arjen asioista, kuten vuokranmaksusta, kaupassa käynnistä, ruuan laitosta, siivouksesta tai vaatehuollosta. Uskon, että mielenterveyspotilas on usein melko yksin etuus- ja palveluviidakossa. Myös Metterin (2004) mukaan 1990-luvun muutosten myötä etuus- ja palvelujärjestelmämme on monimutkaistunut ja hajautunut entisestään. Usein ihmisiä kierrätetään palvelujärjestelmässä. Suomalaisesta sosiaaliturvajärjestelmästä on tullut hyvin monimutkainen ja monimuotoinen tilkkutäkki, sillä se on rakentunut poliittisten neuvottelujen ja kompromissien tuloksena pala kerrallaan. Erikoistuneet ammattilaisetkaan eivät aina kykene näkemään järjestelmän tai asiakastilanteen kokonaisuutta, joten tavallisen kansalaisen on usein vaikea ymmärtää järjestelmää ilman apua. (Metteri 2004, 132, 145.) Sosiaalipalvelujen ja sosiaaliturvan moninaisesta kentästä sekä tavallisen kansalaisen vaikeudesta hahmottaa oikeuksiaan

etuuksiin ja palveluihin eri tilanteissa puhutaan myös muissa teoksissa (ks. esim. Lehto ym. 2001, 92). Jos tavallisilla kansalaisillakin on tässä vaikeuksia, niin kuinka sitten psykiatrisista sairauksista kärsivät kykenevät toimimaan järjestelmän edellyttämällä tavoilla ja ottamaan itselleen kuuluvista etuuksista ja palveluista selvää, kun siihen ei kykene välttämättä niin sanotusti tervekään kansalainen.

Kaikki seuraukset eivät myöskään ole ennakoitavissa, kun sosiaalityövalainsäädäntöön tehdään muutoksia. Näistä mahdollisista seurauksista ei useinkaan keskustella niiden työntekijöiden kanssa, jotka asiakastyön pohjalta tuntevat asiaa ja osaisivat kertoa muutosten mahdollisista sosiaalisista vaikutuksista asiakkaiden elämään. (Metteri 2004, 132.) Esimerkiksi sosiaalityöntekijöillä on varmasti paljon asiakastyönsä puolesta saamaa kokemustietoa muun muassa 1990-luvun sosiaalityön leikkausten vaikutuksista mielenterveyspotilaiden elämään.

Asiakkaiden kuuleminen heitä koskevissa asioissa on myös tärkeää. Stakesin tekemän selvityksen mukaan ”Asiakkaiden kuulemista heitä koskevien palveluiden kehittämisessä tulee lisätä ja kehittää. Mielenterveyskuntoutujilla itsellään on näkemys siitä, millaiset palvelut auttavat heitä kuntoutumaan ja selviytymään paremmin omassa elinympäristössään.” (Luomahaara ym. 2000, 53.)

Myös Metteri (2004) tuo tutkimuksessaan esille sen näkökulman, että palveluiden ja etuuksien tuottamisprosessissa vaikuttavuuden ydinkysymyksenä on ihmisten omien kokemusten kysyminen etuus- ja palvelujärjestelmässä toimimisesta sekä näiden kokemusten huomioonottaminen. Tätä näkökulmaa on kehitettävä, mikäli halutaan tuottaa tosiasiallista hyvinvointia. Metterin mukaan ”Ihmisten kokemusten mitätöinti merkitsee auttamistyön mahdollisuuksien tuhausta.” Asiakkaan ja omaisen roolissa olevia kansalaisia tulisi tukea omaan hoitoonsa, kuntoutukseensa ja huolenpitoonsa osallistumisessa sekä kuulla heidän kokemuksiaan. Tällöin he voivat osallistua hyvinvointityöhön ja toimia ammatillisten asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä, toimien heidän rinnallaan täysivaltaisina henkilöinä ja oman elämänsä asiantuntijoina. Asiakkaan kuin myös työntekijän omat kokemukset sekä niihin perustuva kokemusasiantuntijuus voivat olla hyödyllisiä ja työskentelyä edesauttavia asioita otettaessa käyttöön ammatillisen asiantuntijuuden rinnalle. Mikäli etuus- ja palvelujärjestelmää halutaan kehittää vastaamaan käyttäjien tarpeita, yksilölliset kokemukset on otettava huomioon. (emt., 27, 143.)

Tämän pro gradu -tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa mielenterveyspotilaiden väliinputoamistilanteista yhteiskuntamme palvelujärjestelmässä. Sosiaalityöntekijät toimivat

tutkimuksessani aineiston kerääjinä, joten potilaiden kokemukset etuus- ja palvelujärjestelmässä toimimisesta tulevat esille sosiaalityöntekijöiden välittämänä. Potilaiden oman kokemuksen kuuleminen olisi myös ollut erittäin mielenkiintoista, mutta tämän tutkimuksen puitteissa sitä ei voitu tarkastella muun muassa tutkimuslupakysymysten sekä potilaiden huonon kunnon vuoksi. Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut väliinpuotoamis- ja syrjäytymistarinoista, jotka välittyvät psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän keräämän asiakirja-aineiston kautta. Mielestäni näiden väliinpuotoamistapausten kautta voidaan nähdä, mitä puutteita ja kehitettävää etuus- ja palvelujärjestelmässä on nimenomaan mielenterveyspotilaiden kannalta. Väliinpuotoamistilanteista koottua tietoa voidaan myös käyttää hyödyksi esimerkiksi omassa ammatillisessa työssä. Myös palvelujärjestelmää kehitettäessä voitaisiin käyttää tätä väliinpuotoamistilanteista koottua tietoa (Metteri 2000a, 94). Usein palvelunkäyttäjän tieto jää kuitenkin työntekijän ja asiakkaan väliseksi asiaksi. Asiakastyön tekijöiltä tai suoraan kansalaisilta itseltään kerätty tieto on toissijaisen tiedon eli toisen tiedon (esim. Karjalainen & Saranpää 2002, 19–25) asemassa verrattuna vakiintuneisiin hallinnollisiin ja tutkimuksellisiin tiedontuottamisjärjestelmiin. Tämä toinen tieto uhkaa koko ajan peittyä virallisen tiedon alle. (Metteri 2004, 25.) Tutkimuksessani pyrin tuomaan esille tätä toista tietoa, mikä ei useinkaan välity asiakkaan ja työntekijän kohtaamista pidemmälle.

Tutkimuksen rakenne

Tutkimus rakentuu siten, että ensin taustoitan yleisellä tasolla mielenterveyspotilaan asiakasuralla tapahtuneita muutoksia 1990-luvulta lähtien. Tuon näkyväksi, kuinka mielenterveyspotilaan asiakasura on kokenut suuria muutoksia. Sen jälkeen siirrän tarkasteluni väliinpuotoamisen ja syrjäytymisen käsitteisiin. Tuon myös erilaisten tutkimusten kautta esille, miten mielenterveyspotilas voi väliinpuodota ja syrjäytyä asiakasurallaan. Empiirisessä osassa tarkastelen kolmea väliinpuotoamistarinaa. Näiden tarinoiden myötä siirrän tarkasteluni mikrotasolle ja pyrin katsomaan yksittäisten tilanteiden kautta, miten mielenterveyspotilaan asiakasuran muutokset mahdollisesti näkyvät yksittäisen ihmisen kohdalla. Olen muodostanut tarinat sosiaalityöntekijöiden kokoamien asiakirja-aineistojen valossa. Tarinoiden rakentamisessa käytän hyväkseni narratiivista lähestymistapaa. Empiirisen osan viimeisessä luvussa vedän yhteen tutkimukseni tuloksia peilaten niitä alun teoreettista viitekehystä vasten. Työn viimeinen luku vetää yhteen koko tutkimuksen.

2. MUUTOKSET PSYKIATRISESTI SAIRAAAN POTILAAN ASIAKASURALLA 1990-LUVULTA LÄHTIEN

Tutkimustani taustoitan tarkastelemalla mielenterveyspotilaan asiakasuraa koskettavia muutoksia, jotka saivat alkunsa 1990-luvulla. Uskon, että nämä muutokset ovat omalta osaltaan voineet olla vaikuttamassa väliinpuotoamistilanteisiin, joita osalla mielenterveyspotilaista nykypäivänä varmastikin on. Tämän teoriaosuuden yhtenä tavoitteena on paikantaa ja tuoda näkyväksi sitä ympäristöä, jossa tutkimuksen aineisto on kerätty. Tässä luvussa tarkastelen psykiatrisen hoitojärjestelmän rakennemuutosta sekä pohdin sen vaikutuksia mielenterveyspotilaan asiakasuraan.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa 1990-luvulla tapahtuneista muutoksista esimerkiksi säästöpolitiikasta ja leikkauksista, on kirjoitettu paljon kuluneina vuosina. Myös psykiatrian rakennemuutoksesta on kirjoitettu paljon sekä tehty aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Koska tutkimuksessani keskityn tarkastelemaan väliinpuotoamistarinoiden kautta mielenterveyspotilaan asiakasuraa palvelujärjestelmässä, on mielestäni perusteltua hieman taustoittaa, millaisia oleellisia muutoksia näissä järjestelmissä on tapahtunut sitten 1990-luvun tapahtumien myötä. Aluksi kuitenkin esitän johdantona lyhyen katsauksen psykiatrian rakennemuutoksesta Euroopassa. Sen jälkeen siirryn tarkastelemaan vastaavaa muutosta Suomessa.

2.1 Psykiatrian rakennemuutos Euroopassa ja Suomessa

Euroopassa tapahtunut psykiatrian rakennemuutos

Markku Salo (1996) on tutkinut mielisairaalariformeja Suomessa ja Italiassa. Kun Suomessa psykiatrisen sairaalajärjestelmän supistuminen alkoi 1970-luvun alkuvuosina, niin Italiassa muutos alkoi jo 1960-luvun puolivälissä. Isossa-Britanniassa se puolestaan alkoi jo 1950-luvun puolivälissä. Yleisesti ottaen julkisten psykiatristen sairaansijojen määrä on vähentynyt läntisissä teollisuusmaissa. Salon mukaan psykiatrisen laitoshoidon järjestelmä ei ole kuitenkaan täysin korvautunut millään muulla instituutiolla missään maassa. Psykiatrisen laitoshoidon järjestelmän supistaminen ei ole myöskään aiheuttanut julkisten mielenterveyspalvelujen lakkauttamista. Julkista

laitosjärjestelmää ei ole kokonaan lakkautettu edes Italiassa, vaikka tästä säädettiinkin lailla yli 15 vuotta sitten. Monimutkainen avo- ja laitospalveluiden järjestelmä on tullut julkisen psykiatrisen sairaalahoitojärjestelmän tilalle. Julkisten mielenterveyspalveluiden käyttäjistä yhä laajempi osa asuu muualla kuin sairaalassa. Salon mukaan Suomessa ja Italiassa, kuten myös kaikissa Länsi-Euroopan maissa, avohoidon ja muun julkisen mielenterveystyön kasvu on liittynyt supistamiseen. Salon mukaan Suomessa ja Italiassa julkisten psykiatristen sairaaloiden supistuminen on ollut samaa suuruusluokkaa. Tosin Suomessa supistuminen on tapahtunut dramaattisesti, sillä muutos on tapahtunut vuosikymmenen lyhyemmässä ajassa kuin Italiassa. (Salo 1996, 69, 197–198, 299.)

Psykiatrian rakennemuutos Suomessa

Psykiatriassa tapahtunut rakennemuutos on tuonut mukanaan monenlaisia muutoksia mielenterveyspotilaan asiakasuraan. Suurin muutos on varmastikin psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvan laitoshoidon raju supistaminen ja siirtyminen suurelta osin laitoshoidon korvaavien avopalvelujen piiriin. ”Psykiatrisen potilaan ”ura” on raskaan laitoshoidon aikakautena voinut olla lähes koko elämän viettäminen psykiatrisessa sairaalassa ja siellä kuoleminen. Nykyään tällainen ura tuskin enää on mahdollinen.” (Kalland 1996, 64.) Aikaisemmin sairaaloissa hoidetut potilaat ovat nykyään yhä suuremmassa määrin avohoidon asiakkaita ja nimenomaisesti heille suunnattuja palveluita tarvitaan riittävästi (Korkeila & Tuori 1996, 72). Psykiatrisista sairauksista kärsivistä ihmisistä valtaosa ainoastaan käy sairaalassa ja sen jälkeen siirtyy hoitoon avopuolelle (Vuorinen 2004, 7). Tässä suhteessa mielenterveyspotilaan asiakasura on siis kokenut suuria muutoksia suhteessa entiseen laitospotilaan.

Suomi sijoittui 1980-luvulla tilastojen kärkeen psykiatristen laitoshoitopaikkojen suhteen. Korkeilan & Tuorin (1996, 62) mukaan sairaansijojen määrä oli tuolloin 4,2 sairaansijaa 1 000 asukasta kohden. Viimeisten 20 vuoden aikana mielenterveyspalveluissa on kuitenkin tapahtunut raju muutos. Psykiatrian rakennemuutos alkoi siis jo 1980-luvulla, jolloin aloitettiin sairaalapaikkojen suunnitelmallinen vähentäminen ja puoliavointen hoitopaikkojen sekä mielenterveystoimistojen järjestämisen avohoidon kehittämisen. 1980-luvun kuluessa psykiatristen sairaalapaikkojen määrä lähes puolittui verrattuna vuosikymmenen alun tilanteeseen. (ks. esim. Kokkola ym. 2002; Lehtinen & Taipale 2000; Korkeila & Tuori 1996.) Psykiatrian rakennemuutos jatkui nopeassa tahdissa seuraavallakin vuosikymmenellä ja psykiatristen sairaansijojen määrä putosi edelleen noin puoleen 1990-luvun aikana (Lehtinen & Taipale 2000, 99). ”Psykiatrian erikoisalan sairaansijojen määrä oli 1980-

luvun alussa noin 20 000, 1990-luvun alussa noin 12 300 ja vuonna 1999 enää noin 6 200.” (Uusitalo 2000, 19). Psykiatrian erikoisalalla tuotetut hoitopäivät ovat myös vähentyneet samaan tahtiin. Kuitenkin vuosittain hoidettujen psykiatristen potilaiden kokonaismäärä on vähentynyt vain hieman. Pitkäaikaispotilaiden eli yhtäjaksoisesti yli vuoden sairaalahoidossa olleiden potilaiden määrä on 1990-luvulla kuitenkin vähentynyt huomattavasti. Näitä potilaita oli 2 900 vuonna 1991 ja vuonna 1998 enää alle 1000. Nämä seikat kertovat sairaalahoidon tehostumisesta, mutta myös siitä, että pitkäaikaisia sairaalapotilaita pyritään siirtämään erilaisiin asumispalveluihin kuten esimerkiksi hoito- ja palvelukoteihin. (Lehtinen & Taipale 2000, 101.)

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa 1990-luvulla tapahtunut yleinen palvelurakennemuutos sai aikaan painopisteen siirtymisen laitosvaltaisesta huollosta ja hoidosta kohti avohoitoa sekä kotona annettaviin palveluihin. Sairaalakeskeisyyttä pyrittiin vähentämään ja haluttiin integroida erikoissairaanhoidon muuhun terveydenhuoltoon. Kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa asumista on pyritty tukemaan esimerkiksi avohoitoa ja välimuotoisia palveluja kehittämällä. (ks. esim. Salo 1996; Korkeila & Tuori 1996, 61–62; Leskinen 1999, 14; Metteri 2004, 21.) Palvelurakennemuutoksen eräänä tavoitteena on ollut kustannussäästöjen saavuttaminen. Kuitenkin säästäminen niin valtakunnallisissa sosiaaliturvamennoissa kuin kuntien budjeteissakin voi kansalaisten näkökulmasta katsoen merkitä sosiaaliturvan sekä palveluiden saatavuuden heikkenemistä (Metteri 2000a, 88).

Psykiatrian rakennemuutoksen taustalla vaikuttaneet tekijät

Julkisten mielenterveyspalvelujen rakenteissa tapahtuneiden merkittävien muutosten taustalla on monia eri tekijöitä, kuten yleismaailmallinen psykiatriassa tapahtunut rakennemuutos (vrt. Salo 1996), 1980-luvulla alkanut mielenterveyspalvelujen tietoinen kehittäminen sekä taloudelliset tekijät. Esimerkiksi avohoitokeskeisyys on yleismaailmallinen suuntaus, ei pelkästään Suomessa toteutettu muutos. (Korkeila & Tuori 1996, 61; Salo 1996.) Taipaleen mukaan (1996, 14) yleismaailmallista avopalvelusuuntausta on perusteltu muun muassa siten, että näin voidaan turvata paremmin potilaiden tarpeet ja heidän pysymisensä aktiivisina jäseninä yhteiskunnassa kuin myös taloudellisilla kysymyksillä.

Suomessa palvelujen rakenneuudistuksen ohella myös vuonna 1993 toteutettu valtiosuusuudistus sekä 1990-luvulla koettu lama ovat olleet omalta osaltaan liikkeellepanevia syitä ja

rakennemuutosta nopeuttavia tekijöitä (ks. esim. Kokkola ym. 2002, 11; Leskinen 1999, 14). Valtionosuusuudistuksen myötä siirryttiin kustannusperusteisesta valtionosuudesta laskennalliseen valtionosuuteen. Suunnittelussa valtionhallinnon ohjaus myös erkaantui rahoituksesta (Leskinen 1999, 14.) Valtionosuuslainsäädännön muutos siis antoi kunnille vapauden järjestää omat sosiaali- ja terveyspalvelunsa haluamallaan ja parhaaksi katsomallaan tavalla. Toisin sanoen valtionosuusuudistus siirsi hyvinvointipalvelujen järjestämisen vastuun valtiolta kunnille. Kunnat ovat toisiinsa nähden erilaisessa taloudellisessa asemassa ja toisaalta myös niiden sosiaali- ja terveyspoliittiset näkemykset saattavat erota toisistaan. Koska valtionosuusuudistuksen myötä kunnilla on vapaus järjestää omat palvelunsa, nämä seikat ovat johtaneet erilaisiin palvelujärjestelmiin kunnissa. (Leskinen 1999, 14–15.) Metterin (2004) mukaan tämä on johtanut kansalaisten eriarvoistumiseen. Hänen mukaansa julkisen vastuun vähentäminen tuo mukanaan sen, että ne ryhmät tai henkilöt, joiden oma asianajokyky on vähäinen, jäävät helposti vähimmälle huomiolle. (emt., 21–22.) Esimerkiksi mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset usein kuuluvat tähän ryhmään.

Mirjam Kalland (1996) on tutkinut erityisryhmien palveluihin kohdistuneita säästöjä valtionosuusuudistuksen jälkeen. Hänen määrittelemiinsä erityisryhmiin lukeutuvat myös mielenterveyspotilaat. Kalland esittää tutkimuksensa johtopäätöksinä muun muassa, että erityisryhmät kärsivät palveluiden leikkauksista muita väestöryhmiä enemmän. Hän näkee erityisryhmien olevan myös alueellisesti erilaisessa asemassa riippuen siitä, minkä kunnan asukas on. (emt., 20, 118–119.) Mielenterveyspotilaat lukeutuvat usein niiden asiakasryhmien joukkoon, joiden palveluihin on tehty eniten leikkauksia vuosien varrella. Ehkä tämä johtuu osaltaan siitä, että mielenterveyspotilaiden kyky oman asiansa ajoon on usein puutteellista sairauden vuoksi. Vappu Taipaleen (1996) mukaan mielenterveyspotilasta ympäröi helposti hiljaisuus. Hänen mukaansa mielenterveysvammaisista vaikeavammaisimmat eivät kykene itse järjestäytymään, lievempivammaiset usein salaavat tilanteensa ja omaiset taas ovat olleet arkoja käynnistämään toimintaa. Kuitenkin yhteiskunnallista tilannetta voidaan hänen mukaansa muuttaa parempaan suuntaan vain toiminnan avulla ja avoimuus ja julkisuus voivat hänen mukaansa tässä asiassa murtaa ennakkoluuloja. (Taipale 1996, 43.)

Myös 1990-luvulla koettu taloudellinen lama toi osuutensa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin. Kallandin (1996, 22) mukaan lamaa ei osattu ottaa huomioon suunniteltaessa valtionosuusuudistusta. Lama otettiin kunnissa vastaan muun muassa menoja vähentämällä sekä osoittamalla leikkauksia sosiaali- ja terveyssektorille sekä henkilöstön työmäärää kasvattamalla.

Monet uudet avohoitopuolen suunnitelmat, joita oli kehitelty laitoshoidon supistamisen vastapainoksi, jäivätkin monelta osin vain suunnitelman asteelle. (Metteri 2004, 21.) Uskoakseni tämä seikka onkin omalta osaltaan aiheuttamassa väliinpuotoamistilanteita myös mielenterveyspotilaiden elämässä.

2.2 Rakennemuutoksen vaikutukset mielenterveyspotilaan asiakasuraan

Laitoshoidosta avohuoltoon

Rakennemuutos oli Lehtisen ja Taipaleen (2000, 99) mukaan hallittua vielä 1980-luvun aikana, sillä sairaalapaikkojen supistamisen ohessa psykiatrasta avohoitoa kehitettiin tuolloin voimakkaasti. Korkeila ja Tuori puolestaan tuovat esille sen näkökulman, että rakennemuutos ei ollut enää kovin hallittua 1990-luvulla. ”Vaikka avohoidon voimavarat ovat kasvaneet, 1980-luvulla asetetuista tavoitteista on kuitenkin jääty selvästi jälkeen. Sairaansijojen purun yhteydessä vapautuneita virkoja ei ole siirretty tarpeeksi psykiatriseen avohoitoon. Palvelurakenteen seurantaraportissa (1994) todettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidossa on laitoshoidon lisäksi karsittu myös avohoidon palveluja.” (Korkeila & Tuori 1996, 65.) Julkusen (2001, 243) mukaan mielenterveysongelmat ja mielenterveyspalvelujen vajeet esitetäänkin useimmiten esimerkkinä nopeista muutoksista sekä tyydyttämättömistä tarpeista.

Psykiatrian avopalvelujen tilaa on tutkittu, kuvattu ja arvioitu useissa tutkimuksissa ja selvityksissä (ks. esim. Luomahaara ym. 2000; Lehtinen & Taipale 2000; Leskinen 1999; Taipale 1996; Korkeila & Tuori 1996; Kalland 1996). Kirjoituksissa mielestäni tulee näkyväksi se seikka, että psykiatrasta sairaalahoitoa osin korvaavaksi tullut avohoitajärjestelmä ei ole pysynyt 1990-luvun muutosten perässä eli se ei ole kehittynyt samassa suhteessa kuin laitossijoja on purettu. Esimerkiksi Vappu Taipale (1996, 7, 16–19) kuvaa selvityksessään psykiatrian rakennemuutoksen tietä hallitusta muutoksesta kohti hallitsematonta alasajoa. Hänen arvioidensa mukaan psykiatriassa tapahtunut rakennemuutos 1990-luvulla on käytännössä ollut resurssien alasajoa. Taipaleen mukaan tarkoituksena laitospaikkoja supistettaessa on ollut, että resurssit käytetään voimistamaan avopalveluja. Hänen mukaansa näin ei ole kuitenkaan tapahtunut. Mielenterveyspotilaiden todellisia tarpeita ei ole kyetty aina riittävästi huomioimaan ja avopalvelut ovat monin paikoin kaavamaisia.

Myös Kalland (1996, 67) tuo tutkimuksessaan esille, että avohoitoon ei ole lisätty riittävästi resursseja vaan, että 1990-luvulla mielenterveyspalveluja on yksisuuntaisesti karsittu.

Luomahaaran ym. (2000) tutkimuksen mukaan kuntien väliset erot mielenterveyspalvelujen järjestäjinä ovat suuret. Osassa kunnista palvelut on järjestetty mallikkaasti, kun taas toisissa kunnissa mielenterveyspalvelut ovat selkeästi laiminlyöty osa-alue. Avohoitopalveluiden järjestämistapa vaihtelee sekä kunnittain että sairaanhoitopiireittäin. Saattaa olla erillisiä mielenterveystoimistoja, tai sairaalan yhteydessä toimivia poliklinikoita, perusterveydenhuollon yhteydessä toimivia mielenterveystoimistoja ja pieniä sivuvastaanottoja sekä edellä mainittujen yhdistelmiä. (Korkeila & Tuori 1996, 69.) Kunnissa on myös avohoitoa tukevia palveluita; esimerkiksi päiväsairaaloiden, päivätoimintakeskusten, pienkotien, kuntoutuskotien ja tuettujen asumispalveluiden palveluita, jotka ovat hajautuneet sairaanhoitopiirien, kuntien sekä yksityisten tahojen tuottamiksi.

Jyrki Korkeila toteaa Mielenterveys- lehden artikkelissa (Vuorinen 2004, 7–8), että avohoitoon siirtymisestä ei ole saatu selkeää kokonaiskuvaa eikä pystytty selvittämään avohoidon kokonaistehoa. Hänen mukaansa on julkisesti myönnetty asia, että psykiatrian rakennemuutoksen myötä säästetyt rahat on suunnattu muihin kohteisiin kuin avohoidon tehostamiseen. Korkeila kaipaakin vapaaehtoisten mielenterveyspalvelujen laatusuosituksien lisäksi myös hoitojärjestelmän kokonaisuutta valvovaa tahoa, joka huolehtisi siitä, että tietyt tavoitteet toteutuisivat joka paikassa.

Mielenterveyspalvelujen kokonaissuunnitelmien puuttuminen

Valtioneuvoston vuosina 1998–2002 toteuttama Mielekäs Elämä! -ohjelman työryhmä on kartoittanut mielenterveyspalveluja ja arvioinut niiden laatua. Työryhmä havaitsi sen seikan, että kunnilla ei ole kokonaisvaltaisia suunnitelmia mielenterveyspalveluiden järjestämisestä eikä millään taholla ole oikein vastuuta palveluiden koordinoinnista. Selvitystyöryhmän mukaan on mahdollista, että sairaalasta saatetaan kotiuttaa potilas ilman, että kunnan sosiaalihuollossa tiedetään mitään hänen kotiuttamisestaan. Kuitenkin mielenterveyspotilaan arjessa selviytyminen on usein pitkälti sosiaalihuollon peruspalveluiden varassa ja olisi siis syytä selvittää henkilön palvelutarve sekä tehdä hänelle kuntoutussuunnitelma. (Moilanen 2000, 3.) Kuitenkin asiaa voidaan myös pohtia toisesta näkökulmasta eli pitäisikö kaikista kotiutettavista mielenterveyspotilaista ilmoittaa sosiaalihuoltoon, mikäli he eivät ole siellä entuudestaan asioineet. Kuitenkaan kaikki eivät

välttämättä tarvitse sosiaalihuollon palveluita, jos esimerkiksi kotiasiat ovat kunnossa ja läheiset auttamassa kotona selviytymisessä.

Myös Luomahaara ym. (2000) ovat selvityksessään huomanneet edellä mainitun kaltaisia puutteita erityisesti isojen kaupunkien kohdalla. Mielenterveyspotilaille suunnattuja palveluita tuottavat useat eri tahot: erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi sekä yksityiset palveluntuottajat, kuten erilaiset säätiöt ja järjestöt. Nämä eri sektoreilla työskentelevät tahot tuntevat edelleen huonosti toistensa työtä. Tämä saattaa aiheuttaa epäluuloa ja vääriä kuvitelmia eri sektorilla työskentelevien työtä kohtaan, joka syntyy osin tietämättömyydestä, osin kilpailusta ja erilaisista hoidollisista näkemyksistä. Tutkimuksen mukaan eri tahojen palveluita koordinoiva tiedonvaihto- ja yhteistyöelin kuitenkin puuttuu usein kunnista, mikä saattaa aiheuttaa työn päällekkäisyyttä sekä estää tuloksellista toimintaa. On vaarana, että kokonaisnäkemys palvelukokonaisuudesta uupuu. Tämänkaltaista yhteistyötä ja koordinoitua eri palvelujärjestäjien välillä tulisi Luomahaaran ym. mukaan kunnissa kehittää eteenpäin. Kunnan mielenterveyspalveluista tulisi olla kokonaissuunnitelma. (emt., 47–48, 53–54.)

Myös Kiikkalan (2004) mukaan mielenterveyspalveluissa näkyvät hyvin ne haitat, jotka johtuvat runsaan kymmenen vuoden hallitsemattomasta kehityksestä. Mielenterveyspalvelut ovat paikoin jääneet puutteellisiksi ja sattumanvaraisiksi. Myöskään eri palveluntuottajien välillä ei ole syntynyt tarkoituksenmukaista ja asiakaslähtöistä yhteistyösuhdetta. Kukaan ei ole kokonaisuutena vastuussa mielenterveyspalveluiden asiakas- ja potilaslähtöisestä toimintakokonaisuudesta (Kiikkala 2004, 14; ks. myös Ristaniemi 2005, 34.) Se, ettei mikään tahon välttämättä kannan kokonaisvastuuta, aiheuttaa sosiaaliturvan väliinpuotoamia. ”Kokonaisvastuun puuttumista voi nimittää myös järjestelmän välinpitämättömyydeksi.” (Metteri 2004, 116.) Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää mielenterveyspotilaan kuntoutumisprosessille. Potilaan lähtiessä esimerkiksi sairaalahoidosta avopalveluiden piiriin, olisi tärkeää, että varmistetaan hoitoketjun jatkuvuus sekä yhteistyö muiden palveluntuottajien kanssa.

Mielenterveyspalvelujen kokonaissuunnitelmien tekeminen sekä yhteistyön taso eri palveluntuottajien välillä kuitenkin voivat vaihdella eri kuntien välillä, kuten jo aikaisemmin tuli esille palveluiden järjestämistavan osalta. Esimerkiksi mielenterveyskeskuksen ylilääkäri Eila Heikkinen väittää Tampereella olevan myönteinen ilmapiiri mielenterveystyön kehittämiseksi sekä yhteistyön olevan hyvää erikoissairaanhoidon ja avohoidon välillä. Esimerkiksi potilaan mennessä psykiatriseen sairaalahoitoon, avohoidon henkilökunta pyrkii käymään sairaalassa turvallisen

hoitosuhteen katkeamisen estämiseksi. Myös kolmas sektori sekä erikoissairaanhoido ovat Heikkisen mukaan hyvässä yhteistyössä. Tampereella on myös tehty mielenterveystyön kehittämissuunnitelmia. Suunnitteluun on otettu mukaan eri mielenterveyssektoreiden toimijoita. (Seppi 2003.) Tämä näkemys on kuitenkin vain yhden ammattiryhmän edustajan. Kysymys kuuluukin, toimivatko asiat kuitenkaan käytännössä? Onko tämä kaikkien ammattiryhmien, esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden kokemus? Entä, mikä olisi asiakkaiden näkemys asiaan? Myös näistä näkökulmista olisi arvokasta pohtia asioita.

Muutoksia rahallisissa etuuksissa 1990-luvun leikkausten myötä

Laman aiheuttamien seurausten myötä muutokset eivät koskettaneet ainoastaan palvelujärjestelmien rakenteita esimerkkinä psykiatrian palvelurakennemuutos, vaan 1990-luvulla aloitettiin säästötoimenpiteet myös sosiaaliturvaetuksien kohdalla. ”Sosiaalipoliittisesta näkökulmasta 1990-luvulla tapahtuneita muutoksia on kuvattu siirtymisenä lisäetuuksien jakamisesta niukkuuden jakamiseen.” (Kosunen 1997, 45).

Tässä osiossa en kuvaile yksityiskohtaisesti mielenterveyspotilaiden elämään mahdollisesti kuuluvien kaikkien erilaisten sosiaaliturvaetuksien leikkauksia ja muutoksia. Sen sijaan pyrin keskittymään mielestäni mielenterveyspotilaan kannalta merkittävimpiin etuusjärjestelmässä tapahtuneisiin muutoksiin ja tarkastelen muutamia mahdollisia etuuksia, jotka mielenterveyspotilaan elämään mahdollisesti jossakin vaiheessa kuuluvat ja joihin hän on mahdollisesti oikeutettu. Mielenterveyden sairauksista kärsivien henkilöiden elämäntilanteet ovat kuitenkin aina yksilöllisiä ja vaihtelevia. Toiset saattavat sairaudestaan huolimatta olla vielä mukana työelämässä tai palaavat työelämään, kun toiset ovat esimerkiksi pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä sairautensa vuoksi. Henkilön taloudellisessa tilanteessa sekä hänen saamissaan sosiaaliturvaetuksissa on tällöin tietysti eroavaisuuksia. Tämän vuoksi pyrinkin etuuksien yksityiskohtaisen tarkastelun sijaan yleisemmin käsittelemään sosiaaliturvan leikkauksia sekä tiukentuneita kriteereitä.

Metterin (2004, 21) mukaan 1990-luvun leikkauksissa sosiaaliturvaetuksia ja hyvinvointipalveluja koskevia lakeja ei kumottu, vaan niihin tehtiin muutoksia. Lakimuutosten myötä sosiaaliturvaetuksia leikattiin ja lisäksi sosiaaliturvan kriteereitä tiukennettiin, esimerkiksi sairaus- ja työttömyysturvan kattavuutta heikennettiin. Leikkauksen kohteeksi joutuvien etuuksien valintaan

saattaa vaikuttaa etuuden rahoitusperusta. Tällöin esimerkiksi eläkkeiden ja ansiosidonnaisen työttömyysturvan kaltaisista vakuutusperusteisista etuuksista on vaikea leikata, sillä ne ovat tietyllä tapaa korvamerkittyjä ja ansaittuja etuuksia. Sen sijaan verovaroin rahoitettuihin etuuksiin, kuten esimerkiksi asumistukeen, toimeentulotukeen ja työmarkkinatukeen, on helpompi tehdä leikkauksia. (ks. esim. Kosunen 1997, 50, 59; Julkunen 2001, 153.) Käsittääkseni mielenterveyspotilaat useissa tapauksissa lukeutuvat juuri näiden jälkimmäisten etuuksien piiriin. Sairautensa aiheuttaman tilanteen vuoksi saattaa olla, että he eivät ole kyenneet olemaan työelämässä mukana, eivätkä näin ollen tietyt kriteerit toteudu, esimerkiksi koskien työssäoloa.

Etusjärjestelmä on 1990-luvulla toteutettujen lakimuutosten myötä muuttunut ansiosidonnaisempaan suuntaan. Kosunen (1997) mukaan ”ansiotyöstä on tullut yhä tärkeämpi ehto etusjärjestelmien piiriin pääsemiselle.” Yksittäiset etuudet, kuten esimerkiksi työttömyys- ja sairausturva sekä kansaneläkkeet, ovat asteittain muuttuneet universaaleista etuuksista entistä selektiivisimmiksi, ansaituiksi etuuksiksi. (emt., 95.) Mielenterveyspotilaiden kannalta esimerkiksi sairausvakuutuksen muutos ansiosidonnaisuuden suuntaan on ollut merkittävä. Vuonna 1996 tehtyjen lakimuutosten myötä luovuttiin tulottomille maksetusta vähimmäispäivärahasta ja näin sairauspäivärahajärjestelmä muutettiin universaalista sairausriskin turvaamisesta korvaamaan pelkästään menetettyjä ansiotuloja (Maljanen & Niemelä 2000, 75). Lakiuudistuksen myötä henkilöllä, jonka vuositulot jäävät alle minimin, ei ole sairastuessaan oikeutta sairauspäivärahaan. Opintotukea tai työttömyysturvaa saavien henkilöiden kohdalla sairauspäiväraha määräytyy ennen sairastumista maksetun etuuden pohjalta. (Metteri 2004, 111–112.) Maljasen ja Niemelän (2000, 77) mukaan sairauspäivärahaudistus vaikutti huomattavasti pienituloisten ja ennen kaikkea ilman työtuloja olevien henkilöiden asemaan, sillä aikaisemmin myös ilman työtuloja olevat henkilöt ovat silti saaneet vähimmäispäivärahaa. Mielenterveyspotilaat ovat usein juuri näihin kategorioihin kuuluvia henkilöitä, sillä sairauden luonteen myötä olo työelämässä voi olla mahdotonta. Maljasen ja Niemelän mukaan kaikkein pienituloisimpien ja tulottomien aseman turvaamiseksi sairausvakuutuslakiin lisättiin kuitenkin kohta tarveharkintaisesta päivärahasta, jota voidaan maksaa työkyvyttömyyden kestäessä vähintään 55 päivää. Maljasen ja Niemelän tutkimuksen mukaan tarveharkintaista päivärahaa saavien joukkoon lukeutuu huomattavasti enemmän juuri mielenterveysongelmista kärsiviä kuin tavallista sairauspäivärahaa saavien joukkoon. Heidän mukaansa laissa säädettyä mahdollisuutta tarveharkintaiseen sairauspäivärahaan on kuitenkin käytetty hyvin vähän. (Maljanen & Niemelä 2000, 75–77.)

Sairauspäivärahaudistuksen yhteydessä muutettiin myös kansaneläkelakia siten, että ilman sairauspäivärahaoikeutta olevat henkilöt voivat saada työkyvyttömyyseläkettä vasta sitten, kun sairauspäivärahan enimmäisaika eli 300 arkipäivää, on kulunut. Tutkimuksen mukaan myös tässä ryhmässä esiintyi paljon mielenterveyden ongelmista kärsiviä. Nämä syrjäytymisuhan alla olevat henkilöt tai jo syrjäytyneet, joutuvat usein turvautumaan yhteiskunnan viimesijaiseen turvaverkkoon eli toimeentulotukeen. Maljasen ja Niemelän (2000) tutkimus tuo esille sen, että lakiuudistusten myötä tästä joukosta muodostui väliinpuotoajaryhmä. (emt., 79.)

Yllä mainitut lakiuudistukset tuovat siis vaikutuksensa mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten elämään ja vaikeuttavat taloudellista selviytymistä. Niitä voisi ehkäpä kuvata jossakin mielessä ”laillisiksi loukuiksi” eli kohtuuttomiksi tilanteiksi kansalaisen kohdalla, vaikka sosiaaliturvaa sovelletaankin lain mukaan (Metteri 2004, 111). Myös muut lakimuutokset, jotka ovat pienentäneet perusturvaa, ovat varmasti myös vaikuttaneet mielenterveyspotilaan taloudelliseen toimeentuloon ja selviytymiseen.

3. NÄKÖKULMANA VÄLIINPUOTOAMINEN JA SYRJÄYTYMINEN MIELENTERVEYSPOTILAAN ASIAKASURALLA

Tässä luvussa tarkastelen aluksi, mitä kahdesta toisiinsa läheisesti liittyvästä käsitteestä: syrjäytymisestä ja väliinpuotoamisesta, on yleisesti kirjoitettu. Sen jälkeen siirrän tarkasteluni erityisesti siihen, millä tapaa edellä mainitut käsitteet voivat liittyä mielenterveysongelmaisiiin. Tätä kuvaan eri tutkimusten ja selvitysten kautta. Tarkastelen myös sosiaalityöntekijää ja mielenterveysasiakasta muuttuneessa tilanteessa. Tässä kontekstissa tuon esille näkökulman yhteiskunnan huolenpidon muuttuneista rakenteista. Lisäksi tuon näkyville sosiaalityötä psykiatriassa ja pyrin tätä kautta jälleen paikantamaan sitä ympäristöä, jossa tutkimukseni aineisto on kerätty.

3.1 Väliinpuotoaminen ja syrjäytyminen käsitteellisenä ja tutkimuksen kuvaamana ilmiönä

Omassa tutkimuksessani katson väliinpuotoamisen ja syrjäytymisen käsitteiden tulevan hyvin lähelle toisiaan. Tutkimuksessani käsitteet kulkevatkin rinta rinnan. Väliinpuotoamistilanteiden paikantaminen on tutkimuksessani kuitenkin etusijalla. Väliinpuotoaminen tuntuu kuitenkin olevan käsitteenä suomen kielessä vielä melko uusi. Syrjäytymisen käsite taas on jo vakiintunut suomalaisen tutkimukseen ja keskusteluun. Syrjäytymisen käsite (utslagning) on alkujaan peräisin ruotsalaisesta työttömyystutkimuksesta, josta se tutkimusalueena löydettiin suomalaiseen tiedeyhteisöön 1980-luvun puolivälissä. Suomalainen syrjäytymistutkimus juontaa juurensa hyvin pitkälti myös köyhyyden tutkimisen perinteeseen. Useimmat suomalaiset sosiaalityöntekijät omaksuivat käsitteen helposti käyttöönsä 1990-luvulla, mikä johtui muun muassa vallitsevasta yhteiskunnallisesta tilanteesta, lamasta sekä nopeasti kasvavasta työttömyydestä. (Heikkilä 2000, 167–168, 171.) Syrjäytymiskäsite on yleistynyt 1990-luvulla erityisesti Euroopan unionin vaikutuksesta käydyssä keskustelussa pitkäaikaistyöttömyydestä (Uusitalo 1998, 7).

Syrjäytymisen käsitettä on vaikea määritellä kaikenkattavasti, sillä syrjäytyminen on monimuotoinen ja tilanteittain vaihteleva ilmiö. Kirsi Juhilan mukaan syrjäytymisen käsite on todettu useaan otteeseen tutkimuskentällä ongelmalliseksi sekä leimaavuutensa että

epämääräisyytensä vuoksi. Käsite on kuitenkin juurtunut vahvasti poliittiseen, hallinnolliseen, ammatilliseen ja arkiseen kielenkäyttöön. Tämän vuoksi käsitettä ei voida hänen mukaansa ohittaa toteamalla se epäonnistuneeksi. (Juhila 2004, 3.) Englannin kielessä syrjäytymisen käsitettä vastaa marginalisaation käsite. Marginalisaatio on sosiaalitieteissä laajasti käytetty kuvaileva käsite, jota esimerkiksi sovelletaan erilaisiin ihmisiin ja tilanteisiin. Käsite pitää sisällään ajatuksen jonkinlaisista haitoista sekä epäoikeudenmukaisuudesta. (Vasas 2005, 194.)

Seuraavaksi esittelen eräitä määritelmiä syrjäytymisestä. Yksi suomalaisen syrjäytymiskeskustelun pioneereista on Jorma Sipilä, joka on määritellyt syrjäytymisen prosessiksi, jossa yksilöä yhteiskuntaan liittävät sidokset löystyvät (Sipilä 1985, ks. myös Heikkilä 2000, 167). Heikkilä (2000, 170) määrittelee syrjäytymisen olevan prosessi ja liittyvän ihmisten sekä ihmisryhmien välisiin suhteisiin. Syrjäytymistä on hänen mukaansa esimerkiksi ”puutteellinen yhteiskunnallinen osallistuminen, sosiaalisen integraation puute sekä vallan puute.” Sen sijaan Hannu Uusitalon (1998, 8) mukaan syrjäytyminen voidaan ymmärtää näkökulmana, jonka avulla voidaan havaita ne moninaiset tavat, joilla yksilöt voivat joutua sivuun omasta yhteiskunnastaan. Tuula Helneen (2004) mukaan syrjäytyminen hahmottuu erilaisena syrjäytymisen (eli marginalisaation) ja ulossulkemisen (eli eksklusion) käsitteissä. Hänen mukaansa marginalisaatiossa ihmiset ajautuvat tai ajetaan reunalle, muttei kuitenkaan sen toiselle puolelle. Eksklusio taas tarkoittaa joko sitä, että sisällä oleva työnnetään ulos tai että pidetään ulkona jo siellä oleva. Marginalisaatio on siis näin ollen lievempi syrjäytymisen muoto. Helneen mukaan suomalaisessa keskustelussa mielletään syrjäytyminen usein eksklusioksi. (emt., 170–172.) Helneen mukaan syrjäytyminen elää ajassa ja muuttuu, syrjäytyneisyys ei siis ole kiinteä olotila (Vuorinen 2002, 7).

Monenlaisten ongelmien kasautuminen ja niiden jatkuminen merkitsevät selvää syrjäytymisriskiä jo lapsuudessa (Forssen ym. 2002, 97). Syrjäytymiskehitys voi siis alkaa jo hyvin nuorena ja mahdollisesti jatkua pitkälle aikuisuuteen. Kodilla ja elinpiirillä, jossa lapsi kasvaa, on myös vaikutusta siihen, mihin suuntaan lapsen elämä lähtee kulkemaan (emt., 99).

Heikkilä mainitsee syrjäytymisen tutkimusta käsittelevässä artikkelissaan tutkimussuuntauksen, joka kyseenalaistaa virallisen tiedon syrjäytymisestä ja huono-osaisuudesta. Tämä tutkimussuuntaus keskittyy paikantamaan hyvinvointijärjestelmien aukkoja eli etsii turvaverkon väliinpuotoajia. Suomalainen sosiaaliturvajärjestelmäkään ei aina onnistu estämään kaikkein heikoimmassa asemassa olevien väliinpuotoamista. Näitä ihmisiä ei Heikkilän mukaan aina tavoiteta helposti esimerkiksi survey-aineistoissa. Hänen mukaansa suorat ja epäsuorat haastattelut lienevät paras

keino näiden ihmisten tavoittamiseen. (Heikkilä 2000, 178.) Tässä pro gradu -tutkimuksessani pyrin tavoittamaan juuri näitä väliinputoamisia ja syrjäytymistä kokeneita ihmisiä epäsuoran aineistonkeruun kautta siten, että psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät tuottivat tutkimustani varten aineiston väliinputoamista ja syrjäytymistä kokeneista mielenterveyspotilaista. Tutkimukseni tavoitteena on tuoda esille tätä toista tietoa sosiaalityöntekijän keräämän aineiston myötä sekä tehdä havaintoja marginaalissa olevista tilanteista, joita virallinen ensimmäinen tieto ei ehkä kykene tavoittamaan (vrt. Karjalainen & Saranpää 2002, 19). Virallinen ensimmäinen tieto syntyy esimerkiksi tilastojen pohjalta. Toinen tieto taas muodostuu esimerkiksi palvelunkäyttäjän tai työntekijän kokemuksista. Toisen tiedon puitteissa voidaan esimerkiksi tarkastella tilanteita ja olosuhteita, joissa ihmiset toimivat. (Karjalainen & Saranpää 2002, 19–25, 95; Metteri 2004, 25.) Hänninen ym. (2005, 4) kuvaavat huono-osaisuutta koskevan toisen tiedon olevan yksityiskohtaista, kokemuksellista, pitkittäistä, paikantunutta, ihmettelevää, paljastavaa sekä pohdiskelevaa.

Timo Piiraisen (1988) mukaan väliinputoamisen käsitettä voidaan pitää jossain määrin rinnasteisena syrjäytymisen käsitteen kanssa. Piiraisen mukaan ”Väliinputoaminen on jonkin järjestelmän toiminnassa tai rakenteessa olevien puutteiden tai epäjohtonmukaisuuksien aiheuttama tila tai prosessi, jossa yksilö tai ryhmä joutuu jonkinasteiseen deprivatiotilanteeseen”. Väliinputoamistilanteelle on leimallista epäoikeudenmukaisuus ja epäjatkuvuus. Näin ollen esimerkiksi sosiaaliturvan suhteen väliinputoaja saattaa jäädä vaille jotakin etuutta, jota muut häneen nähden samassa tilanteessa olevat saavat. Väliinputoajan käsitteellä voidaan luonnehtia myös henkilöitä, jotka ovat pudonneet ensisijaisten toimeentulon turvaavien järjestelmien läpi yhteiskunnan viimesijaisimman turvaverkon eli toimeentulotuen varaan. (emt., 6–7.) Kuitenkin on olemassa myös henkilöitä, jotka putoavat tämän viimesijaisenkin turvaverkon läpi eli oikeutta toimeentulotukeen ei jostakin syystä synny tai sitä ei edes osata hakea.

Väliinputoamisen käsitteen käyttö yleistyi 1990-luvulla hyvinvointipalvelu- ja etuusjärjestelmän muutosten myötä sitä mukaa, mitä reikäisemmäksi hyvinvointivaltion sosiaaliturvaverkko kävi eli leikkauksia ja muutoksia tehtiin sekä etuuksiin että palveluihin (Metteri 2000a, 87–88). Metterin mukaan:

Väliinputoaminen hyvinvointivaltiossa merkitsee sitä, että ihminen on pudonnut hyvinvointia turvaavien järjestelmien väliin. Hyvinvointivaltio on lainsäädännössään ja sosiaalipoliittisissa toimintaohjelmissaan luonut kansalaisille odotukset siitä, että erilaisten riskien kuten sairastumisen, työkyvyttömyyden tai työttömyyden kohdatessa yhteiskunta tukee ihmistä muun muassa palvelu- ja etuusjärjestelmiensä avulla.

Väliinpuotoamistilanne sisältääkin useimmiten ihmisen kokemuksen siitä, että yhteiskunta on juuri hänen tapauksessaan pettänyt lupauksensa. Tilanne koetaan hyvin usein yksilöllisesti ja väliinpuotoaja on vailla vertaistukea. (Metteri 2000a, 89.)

Väliinpuotoamistilannetta vaikeuttaa usein entisestään se, että potilaalla ei aina ole selkeää käsitystä tilanteestaan, mikä vaikeuttaa hänen mahdollisuuksiaan ajaa omaa asiaansa (Metteri 2000a, 91). Metterin (2000b, 258) mukaan huono-osaisuuden sekä eriarvoisuuden ohella väliinpuotoamisen ongelmat ovat kärjistyneet Suomessa 1990-luvun muutosten myötä.

Mielenterveyspotilaan väliinpuotoaminen ja syrjäytyminen tutkimusten sekä selvitysten valossa

Väliinpuotoamisen, syrjäytymisen tai köyhyyden näkökulmat eivät ole olleet vahvasti esillä mielenterveyden tutkimuksessa. Tuorin mukaan palvelujärjestelmä ei ole ollut tästä teemasta erityisen kiinnostunut. (Tuori 1998, 11.) Siten kyseinen teema ei ole ollut tutkituimpien joukossa. Tuorin mukaan kuitenkin ”sosiaalinen ja taloudellinen turvattomuus saattaa erityisesti ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia tai niiden uhka, alistumisen ja toivottomuuden tilaan, josta on lyhyt askel syrjäytymiseen. Toiseksi arvomaailman suorite- ja rahakeskeisyys lisää mielenterveysongelmaisten syrjäytymisriskiä.” (emt., 11.) Syrjäytymisen riskit kasvoivat laman aikana. Stakesin tutkijat ovat arvioineet syrjäytymisriskejä kahdeksan erityisessä syrjäytymisriskissä olevan väestöryhmän kohdalla. Mielenterveysongelmaiset lukeutuvat niiden kansalaisryhmien joukkoon, joiden kohdalla syrjäytymisen riskit kasvoivat erityisen selvästi. (Uusitalo 1998, 9.)

Jaakko Luomahaara ym. (2000) ovat mielenterveyspalveluita koskevassa selvityksessään tarkastelleet mielenterveyspalveluiden väliinpuotoajia ja heikoimmassa asemassa olevia sekä pienissä ja keskisuurissa kunnissa että isoissa kaupungeissa. Selvityksen mukaan psykogeriatriset potilaat, päihdeongelmista kärsivät mielenterveysongelmaiset, omaistensa luona asuvat ja ulkomaailmasta eristäytyvät sekä lapsiperheet, joiden vanhemmilla esiintyy mielenterveydellisiä ongelmia, ovat suurimpia väliinpuotoajaryhmiä pienissä ja keskisuurissa kunnissa. Näissä kunnissa selvityksen mukaan väliinpuotoajien määrä ei todennäköisesti kuitenkaan ole kovin suuri. Vaikeimmin sairaat pitkäaikaispotilaat sekä syrjäytymiskehitykseen ajautuvat nuoret ja nuoret aikuiset ovat selvityksen mukaan mielenterveyspalveluiden väliinpuotoajia isoissa kaupungeissa. Esimerkiksi pitkäaikaissairaiden kohdalla on pulaa avohoitoa, arkista selviytymistä sekä sosiaalista

kanssakäymistä tukevista palveluista. Kaiken kaikkiaan yksinäisyys, köyhyys ja mielekkään tekemisen puute tiivistyvät psyykkisesti sairaiden sekä mielenterveyskuntoutujien pahimmiksi ongelmiksi. Selvityksen mukaan mielenterveyspotilaiden palvelujen ja etuuksien tuntemus voi myös olla puutteellista. On myös asiakkaita, jotka eivät hae etuutta, vaikka ovatkin siitä tietoisia. Selvityksen myötä tuli esille myös se seikka, että mielenterveyskuntoutajat ovat heikommassa asemassa verrattuna moniin muihin asiakasryhmiin. (Luomahaara ym. 2000, 38, 47, 52.)

Huono taloudellinen toimeentulo ja suoranainen köyhyys voivat syrjäyttää mielenterveysongelmaisen. Kanadalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että sosiaaliavustukset saattavat olla mielenterveysongelmista kärsivälle ensisijainen tai jopa ainut taloudellisen toimeentulon lähde. Köyhyys voi aiheuttaa tutkimuksen mukaan vahingollisia seurauksia myös muille elämänalueille, leimata ihmisen ja voi näin ollen myös vaikuttaa negatiivisesti itsetuntoon. (Wilton 2004, 36.)

Anna Metteri (2004) on ERI -hankkeen (hanke erityisryhmien palvelujen ja etuuksien seurannasta) puitteissa tutkinut sellaisten hyvinvointipalveluja tarvitsevien ihmisten tilanteita, joiden ääni kuuluu heikosti ja jotka ovat kokeneet kohtuuttomia tilanteita etuus- ja palvelujärjestelmässä. Tutkimuksessa on tarkasteltu terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden asiakastapauksia, joiden kohtelun tai tilanteen etuus- ja palvelujärjestelmässä sosiaalityöntekijä on kokenut kohtuuttomaksi. Metterin mukaan julkisen vastuun vähentämisen seurauksena vähimmälle huomiolle jäävät helposti sellaiset erityisryhmät, joiden oma asianajokyky on vähäinen esimerkiksi sairauden, iän tai sosiaalisen tilanteensa vuoksi. (Metteri 2004, 6, 22.) Mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset lukeutuvat mielestäni juuri näihin ihmisiin, joiden asianajokyky saattaa olla vähäistä heidän sairautensa takia. Metterin tutkimuksessa psyykkiset sairaudet olivatkin selvästi yleisimpänä sairautena tai vamma (36 %) kohtuuttomiin tilanteisiin joutuneiden terveydenhuollon asiakkaiden kohdalla. Tutkimuksen mukaan muita ryhmiä useammin juuri psyykkisestä sairaudesta kärsivät eivät osanneet tai halunneet hakea etuutta tai palvelua. Tutkimuksen sosiaalityöntekijät pitivät yleisesti ottaen ongelmallisena mielenterveysasiakkaiden sosiaaliturvaetuuksien saamista. Usein sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisetkaan eivät tunne niitä etuuksia tai palveluja, joihin mielenterveysasiakkaat mahdollisesti olisivat oikeutettuja. Lakien mukaan mielenterveysongelmaisten saatavilla olisivat esimerkiksi Kelan myöntämät tuet vaikkapa kuntoutukseen tai taloudelliseen tilanteeseen, mikäli niitä osattaisiin hakea Kelan kriteerien mukaisesti. Kuitenkin Kelan lomakkeet on tehty lähinnä fyysisten sairauksien näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan syy tietyn palvelun tai etuuden epäämisen oli useimmiten, ettei asiakas

täyttänyt myöntämiseen vaadittavia kriteereitä tai että käytännöt etuuden tai palvelun myöntämisessä olivat muuttuneet. Psykkisesti sairaiden kohdalla kyseiset perustelut olivat yleisimpiä. Kuitenkaan kaikki psyykkiseen sairauteen liittyvät toimintarajoitteet eivät aina näy päällepäin. Psykkisesti sairaita eivät sairauden luonteen vuoksi välttämättä ole ymmärtäneet tai kyenneet ilmoittamaan esimerkiksi työvoimatoimistoon työnhakunsa esteistä ja hakeutua hoitoon. Sairaustodistuksen puuttuessa he saavat karensseja työttömyysturvaan ja menettävät oikeutensa sairauspäivärahoihin. Sanktiot ulottuvat myös toimeentulotukeen saakka. Näin voi alkaa marginalisoitumisen kierre, kun asiat jäävät hoitamatta eikä myöskään sosiaaliturvaa makseta jälkikäteen. (Metteri 2004, 46–47, 56–61, 112–113.)

Maaria Numminen (2004) kuvaa artikkelissaan arjen sosiaalityön haasteita Kellokosken psykiatrisen sairaalan vaikeahoitoisten osastolla. Hänen mukaansa sairaalan oma pitkäaikaismaksujärjestelmäkin saattaa syrjäyttää potilaita. Esimerkiksi vuokra-asunnon kustannukset huomioidaan yhdeksän kuukauden ajalta sairaalassa olon aikana. Jos potilas on laitoshoidossa pidempään ja mikäli hänellä ei ole tuloja eikä varallisuutta, joudutaan asunto irtisanomaan tämän ajan jälkeen. Kun potilas sitten kotiutetaan muutaman kuukauden kuluttua, voi uuden vuokra-asunnon järjestäminen olla mahdotonta lyhyellä varoitusajalla ja potilas voi joutua palvelukotiin. Pitkäaikaismaksujärjestelmässä ei myöskään huomioida asuntolainaa, vaikka asumiskulut saattaisivat olla vuokraa edullisemmat. Oikean kotiutuspaikan löytäminen mielenterveyspotilaalle on myös usein vaikeaa, sillä palvelu- ja kuntoutuskotijärjestelmä on kirjava. Asiat eivät aina suju kitkattomasti, sillä maksusitoumus- ja palvelusopimusasioissa liikutaan erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välisellä rajalla. Lisäksi asiakkaan toimeentuloasioissa voi ilmetä hankaluuksia, sillä ensi kertaa tukia haettaessa Kansaneläkelaitoksen käsittelyajat ovat pitkiä ja usein potilas on monen eri järjestelmän piirissä samanaikaisesti, mikä hankaloittaa ja pitkittää asioiden käsittelyä. Asioita vaikeuttaa myös se, että potilas ei aina välttämättä kykene ymmärtämään sosiaalityöntekijän antamaa informaatiota ja voi olla myös itse tuskastunut siihen, ettei kykene asioitaan enää hoitamaan. Taloudellisen tilanteen selvittäminen voi täten käydä työlääksi. Nummisen mukaan potilailla on usein monenlaisia maksuvaikeuksia ja hoitamatta jääneet laskut saattavat moninkertaistaa lyhyessä ajassa. (Numminen 2004, 129–131.)

3.2 Mielenterveysasiakkaana vammaispalvelujärjestelmän marginaalissa

Eräänlaisena väliinputoamisilmiönä mielenterveyspotilaiden kohdalla voidaan mielestäni pitää myös sitä, että vaikka mielenterveysvammaiset (Ilkka Taipale käyttää mielenterveyspotilaista nimikettä mielenterveysvammainen) kuuluvat vammaispalvelulain sovellusalaan, ei tätä lakia useinkaan sovelleta heihin (Taipale 1997, ks. myös Kärkkäinen 2005, 298). He ovat siis eräänlaisia väliinputoajia näiden palvelujen ja etuuksien suhteen. Vappu Taipaleen mukaan mielenterveyspotilaat ovat olleet syrjittyjä vammaispalvelulaissa erityisesti kuljetustuen ja henkilökohtaisten avustajien suhteen sekä asumisen järjestelyissä (Taipale 1996, 50). Ongelmana näiden tukien ja palvelujen hakemisessa sekä myöntämisessä mielenterveyspotilaille on usein heidän oma kykenemättömyytensä kuvata oikealla tavalla sairauden tuomia haittoja sekä toimintakyvyn rajoitteita (Huhta 2000, 124).

Vammaispalvelulaissa vammainen henkilö määritellään seuraavalla tavalla: ”Vammaisella henkilöllä tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista.” (VpL 2§). Tämä säännös huomioon ottaen vammaispalvelulaissa ei ole suljettu mitään vammaisryhmää lain soveltamisen ulkopuolelle. Myös mielenterveyspotilaat kuuluvat siis lain sovellusalaan ottaen huomioon, että heidän kohdallaan lain vaatimat edellytykset täyttyvät. (Räty 1997, 20.) Ilkka Taipaleen mukaan vammaispalvelulakia ja -asetusta tulisi lain tavoitteiden sekä tarkoituksen mukaisesti soveltaa kaikkiin vammaisryhmiin, mukaan luettuna mielenterveysvammaiset. Näin ei Taipaleen mukaan kuitenkaan menetellä. Mielenterveysvammaiset ovat niin sanotusti näkymättömästi vammaisia, eivätkä näin ollen sovi vammaisuuden kapean käsitteen alle. Mielenterveysvammaiset ovat hänen mukaansa huonommassa asemassa muun muassa palveluasuntojen, kuljetustuen sekä henkilökohtaisten avustajien suhteen. Lisäksi myös muita etuuksia ja tukitoimia, kuten omaishoidon tukea, vammaistukea, eläkkeensaajan hoitotukea sekä lääkinnällistä kuntoutusta, ei sovelleta riittävästi mielenterveysvammaisiin. (Taipale 1997, 4–5; ks. myös Metteri 2004, 78–79; Huhta 2000, 124.)

Moniongelmaiselle mielenterveyspotilaalle, jolla on esimerkiksi skitsofrenian lisäksi jokin kehitysvamma ja/tai päihteiden käyttöä, voi olla vaikeaa löytää paikkaa sairaalahoidon jälkeen. Myös kehitysvammaisen psykiatrinen potilas voi jäädä helposti kehitysvammahuollon ulkopuolelle, tai hänen on vaikeaa päästä kehitysvammapuolen palvelujärjestelmän piiriin takaisin. (Numminen

2004, 131.) Perusteita mielenterveysvammaisten erilaiseen kohteluun verrattuna muihin vamma- ja sairausryhmiin ei ole kuitenkaan löydettävissä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä (Manninen 1997, 9). Viranomaisten ja ammattilaisten tiedot eivät ole ajan tasalla vammaisuuksien ja -palvelujen soveltamisesta psyykkisesti sairaiden tilanteisiin. Tämä saa aikaan eriarvoisuutta ja syrjäyttää ihmisiä sosiaaliturvan piiristä. (Metteri 2004, 78.)

3.3 Yhteiskunnan huolenpidon muuttuneet rakenteet ja sosiaalityö

Sosiaalityöntekijä ja asiakas muuttuneessa tilanteessa

Anna Metterin (2004) ERI -hankkeen tutkimustulokset toivat esille 1990-luvun sosiaaliturvan ja hyvinvointipolitiikan muutosten seurauksia marginaaliin joutuneiden ihmisten elämään. Kohtuuttomat tilanteet osoittavat, että hyvinvointivaltion toimintaperiaatteisiin sisältyvä huolenpidon lupaus on pettänyt. Metterin mukaan ”1990-luvun ja 2000-luvun alun kehityksen johdosta kansalaisten tyytymättömyyden ilmaisu ovat lisääntyneet, järjestelmään on synnytetty laillisia loukkuja, väliinpuotoamisen ongelma on kasvanut, huolenpidon logiikka on monelta osin murentunut.” 1990-luvulla otettiin käyttöön aktivoimisen idea, jonka tavoitteena on ihmisen vastuullistaminen omasta elämästään. Yhteiskunta tukee henkilöitä, jotka täyttävät aktiivisuuden ehdot työnhaussa ja työssäolossa. Passiivisuudesta puolestaan seuraa sanktioita. On kuitenkin olemassa sellaisia ihmisiä, jotka eivät esimerkiksi sairautensa vuoksi kykene asioitaan välttämättä hoitamaan, kuten huolehtimaan säännösten edellyttämistä asiointivelvoitteista tai ilmoittamaan viranomaisille tilanteensa muutoksista. Aktiivisuusvaatimusten myötä tällaiset ihmiset voivat pudota kokonaan sosiaaliturvan ulkopuolelle. (Metteri 2004, 6, 104, 130.) Mielenterveyspotilaat voivat kuulua juuri tähän edellä kuvattuun asiakasryhmään.

Kirsi Juhila (2004) on paikantanut kolme erilaista sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välistä suhdetta; liittämisen-, kumppanuus- ja huolenpitosuhteet. Liittämissuhteessa sosiaalityöntekijän roolina on integroida syrjäytynyt asiakas mukaan yhteiskunnan valtavirtaan. Nykyaika asettaa kuitenkin sosiaalityöntekijät syrjäytymisen vastaisessa liittämistehtävässä suurten tulostavoitteiden eteen ja paljon vartijoiksi. ”Heidän pitäisi kyetä vastuuttamaan ihmisiä omassa elämässään, irrottamaan heitä väitetyistä hyvinvointivaltiorippuvuudesta, aktivoimaan ja kannustamaan ja puuttamaan alkaviin syrjäytymiskierteisiin.” Kuitenkaan kaikkien kansalaisten integrointi ja vastuuttaminen ei

aina onnistu. Juhila pohtiikin, mitä näille kansalaisille tapahtuu. Yhtä lailla voidaan päätyä välinpitämättömään suhtautumiseen, jonka myötä nämä kansalaiset putoavat jopa viimesijaistenkin auttamisjärjestelmien ulkopuolelle. Myös sosiaalityöntekijöiden työtä voidaan helposti tässä tilanteessa arvostella tuloksettomana tai jopa asiakkaiden vastuuttomuutta ja riippuvuutta ylläpitävänä. (Juhila 2004, 2–3.)

Ne asiakkaat, jotka eivät kykene oman asiansa ajoon tarvitsevat jonkun henkilön, esimerkiksi sosiaalityöntekijän, ohjaamaan ja koordinoimaan asioitaan (Metteri 2004, 137). Juhilan mukaan sosiaalityön näkeminen kumppanuussuhteena tarkoittaa, että sosiaalityöntekijä ja asiakas toimivat yhdessä; asettavat yhdessä tavoitteita ja tekevät tilannearvioita. Tämä lähtökohta edellyttää kuitenkin, että asiakas kykenee toimimaan aktiivisesti tilanteensa parantamiseksi yhteistyössä sosiaalityöntekijän kanssa neuvotellen. (Juhila 2004, 3–4.) Tähän eivät kuitenkaan kaikki sosiaalityön asiakkaat, esimerkiksi mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt, kykene. He tarvitsevat enemmän ohjausta ja tukea sosiaalityöntekijältä, koska eivät välttämättä pysty aktiiviseen toimimiseen oman tilanteensa parantamiseksi. Tällöin voidaan mielestäni puhua sosiaalityöstä huolenpitosuhteena.

Sosiaalityö huolenpitosuhteena tarkoittaa, että sosiaalityöntekijät tukevat ja auttavat asiakkaita, jotka ovat heikoissa voimissa ja asemassa. Tämä huolenpitosuhde nojaa samaistumisen, riippuvuuden sekä vastikkeettomuuden periaatteisiin. Kuka tahansa meistä voi joutua tilanteeseen, jossa tarvitsee muiden ihmisten huolenpitoa. (Juhila 2004, 5–7.) Kaikissa organisaatioissa ei kuitenkaan yksittäisellä työntekijällä ole enää aikaa paneutua asiakkaan kokonaistilanteen arviointiin ja sosiaaliseen asianajoon (Metteri 2004, 137). Sosiaalityö huolenpitosuhteena onkin nykypäivänä joutunut puolustusasemiin. Huolenpityön perusteleminen hyvinvointivaltiollisena, ammatillisena toimintana on vaikeaa, sillä hyvinvointivaltion passivoivia järjestelmiä ja toimintoja kritisoidaan ajassamme. Huolenpitosuhde näyttää jäävän kahden edellä mainitun suhteen varjoon. (Juhila 2004, 5–7.)

Mielenterveyspotilaan väliinputoaminen sosiaalityön haasteena

Sosiaalityölle on ominaista asiakkaan oman toimijuuden ja vastuun korostaminen. Tavoitteena on yksilön toimintakyvyn edellytysten varmistaminen. Vaikka asiakkaan puolesta tehdäänkin asioita, hänen omien voimavarojensa ollessa vähissä, tavoitteena on koko ajan asiakkaan kyky lopulta

toimia itse omassa asiassaan. Kun asiakkaan voimavarat kasvavat, muuttuu sosiaalityöntekijän rooli vetäjästä vierellä kulkijaksi ja lopulta perässä kävelijäksi. Kyse on tavallaan asiakkaan löytöretkestä piilevien voimavarojensa lähteille. Sosiaalityössä pyritään virittämään asiakkaan omat sekä hänen ympäristönsä voimavarat hänen käyttöönsä. Sosiaalityössä pyritään tukemaan ihmisen osallisuutta ja itsenäistä selviytymistä sekä estämään asiakkaan syrjäytymistä. (Aho 1999, 199, 200.) Kun nämä sosiaalityön yleiset ominaispiirteet siirretään mielenterveysosiaalityöhön, muuttuvat ne entistäkin haasteellisemmiksi tavoitteiksi. Mielenterveyspotilaan kuntoutuminen siihen pisteeseen, että hän kykenee täysivaltaisesti huolehtimaan omista asioistaan saattaa olla pitkäaikainen prosessi. Potilas saattaa kiertää usein loppumattomalta näyttävää kehää laitoshoidon ja avohoidon välillä. Mielenterveyspotilaat tarvitsevat samalla paljon ohjausta ja tukea asioidensa hoitamiseen. Omien voimavarojen käyttöönotto ja kuntoutuminen omista asioistaan vastuullisiksi saattaa olla pitkä prosessi niin potilaalle itselleen kuin hänen asioitaan hoitavalle sosiaalityöntekijällekin. Lisäksi työtahti on muuttunut yhä hektisemmäksi, eikä näin ollen sosiaalityöntekijälläkään ole välttämättä käytettävissä kovin suurta työaika yksittäiselle asiakkaalle. Syrjäytyneet ja palvelujärjestelmästä väliinpudonneet asiakkaat näyttävät ajassamme entistäkin haasteellisimpina tapauksina sosiaalityölle. Kuinka katkaista väliinpudonamisen ja syrjäytymisen kierre ja tukea asiakasta siihen vastuullisuuteen, jota järjestelmä yhä enemmän nykypäivänä edellyttää?

Sosiaalityö psykiatrisessa sairaalassa

Tarkoitukseni on jälleen tehdä näkyväksi tutkimukseni aineiston keruun ympäristöä ja kuvata, millaista työtä aineiston kerääjinä toimineet sosiaalityöntekijät tekevät psykiatrisessa sairaalassa.¹ Sosiaalityöllä näyttäisi olevan yhä suurempi merkitys mielenterveystyön kentällä (Heinonen & Spearman 2001, 99). Psykiatrisen sairaalan osastolla tapahtuvassa sosiaalityössä korostuu samanaikaisesti sekä tapauskohtainen potilaan ja/tai hänen perheensä kanssa tehtävä sosiaalityö että moniammatillinen tiimityöskentely osaston muun henkilökunnan kanssa (Numminen 2004, 130). ”Sosiaalityön tehtävä moniammatillisessa tiimissä on ikään kuin ”sijoittaa” potilas omaan elämäänsä.” Usein psyykinen sairaus voi heikentää psykiatrisen potilaan sosiaalisissa suhteissa toimimista kuin myös vaikeuttaa selviytymistä tavallisissa arkielämän kuvioissa. Potilaan hoidossa

¹ *Lähestyn aihetta muun muassa kahden sosiaalityötä ammatillisesta näkökulmasta refleктоivan teoksen (Aho 1999 ja Numminen 2004) pohjalta. Tiedostan, että teokset eivät ole tieteellisiä tutkimuksia, mutta mielestäni ne kuitenkin omalta osaltaan kuvaavat hyvin, millaista sosiaalityö on psykiatriassa.*

ei siis sairauden hoito pelkästään riitä, vaan tarvitaan sosiaalityötä muun hoidon tueksi. (Aho 1999, 177, 178; ks. myös Heinonen & Spearman 2001, 99.)

Sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuuluvassa sosiaalisessa tutkimuksessa sosiaalityöntekijä muun muassa kartoittaa potilaan elämäntilanteen: koulutustaustan, työhistorian ja urakehityksen, mahdollisen nykyisen työn luonteen sekä selviytymisen työtehtävistä, toimeentulon, asumisen, perhetilanteen ja ihmissuhteet, ajankohtaiset ongelmat sekä olemassa olevat voimavarat. Samalla sosiaalityöntekijä arvioi potilaan sosiaalista toimintakykyä ja selviytymistä arkielämässä, työkykyä ja kuntoutustarpeita. Näin ollen tehtäviin kuuluvat myös edunvalvonta-asioista tiedottaminen sekä edunvalvontaprosessin vireille laitto (Numminen 2004, 130). Lääketieteeseen sekä hoitotyön asiantuntemukseen perustuva kuva potilaasta täydentyy sosiaalityöntekijän ammatillisella näkemyksellä. (Aho 1999, 178.) Moniammatillinen tiimityö mahdollistaakin asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisen käsittelyn (Palomäki 2004, 45). Lääketieteen ja hoitotyön asiantuntemus ja rooli painottuvat yleensä vain sairauden hoitoon, sosiaalityö tuo mukanaan laajemman näkökulman potilaan koko elämäntilanteeseen. Tätä tietoa voidaan käyttää hyväksi moniammatillisissa tiimeissä pohdittaessa esimerkiksi potilaan jatkohoitoa.

Sosiaalityöntekijää voidaan pitää palvelujärjestelmän sosiaalisena asiantuntijana. Sosiaalityön tapa tarkastella potilaan elämää kokonaisuutena luo sosiaalityöntekijälle usein roolin verkostoja kokoavana ja palveluita koordinoivana toimijana. Ilman sosiaalityöntekijän tekemää koordinoivaa työtä potilaan asiat voisivat muodostua sekaviksi ja pirstaleisiksi. Sosiaalityön vastuulla on potilaan elämäntilanteen kartoittaminen sekä perusselviytymisen varmistaminen. Sosiaaliturvaan liittyvät asiat ovat ensisijaisen tärkeitä seikkoja, kun sosiaalityöntekijä kartoittaa potilaan elämäntilannetta. Sosiaalityöntekijä huolehtii potilaan oikeuksien toteutumisesta esimerkiksi ohjaamalla potilasta hakemaan hänelle kuuluvia etuuksia ja palveluja. Sosiaalityöntekijä pyrkii työssään varmistamaan, että potilas saa tarvitsemansa palvelut, mutta toisaalta myös sen, että eri palveluiden piirissä ei tehtäisi päällekkäistä työtä. Potilaan siirtymisen palvelusta toiseen tulisi parhaassa tapauksessa myös sujua mahdollisimman kitkattomasti eli kyse on myös hoitoketjun saumattomuudesta. (Aho 1999, 178, 180, 200.) Palomäen tutkimuksessa psykiatrisen sairaalan sosiaalityötä kuvataan ”siltana siviiliin”. Sosiaalityön tavoitteena on kiinnittää ihminen takaisin elämäänsä ja vaikuttaa myös omalta osaltaan siihen, ettei potilaan tarvitsisi enää palata sairaalaan. (Palomäki 2004, 35; vrt. Heinonen & Spearman 2001, 99.)

Hoitoketjun saumattomuus ja psykiatrisen potilaan siirtyminen vaivattomasti palvelusta toiseen on kuitenkin ideaalitalanne. Psykiatrisen potilaan kohdalla hoitoketju saattaa muodostua pitkäksi eikä saumaton yhteistyö aina onnistu eri toimijoiden välillä. Usein psykiatrisen potilas joutuu selostamaan asiansa yhä uudelleen eri työntekijöille. Asiakasurallaan hän saattaa kohdata lukemattoman määrän eri alan työntekijöitä, myös useita sosiaalityöntekijöitä. Onko luottamuksellisen suhteen rakentuminen ylipäätään mahdollista, kun työntekijät alati vaihtuvat? Myös jokainen potilaan kohtaava sosiaalityöntekijä joutuu aina alusta alkaen perehtymään potilaan kokonaistilanteeseen. Onnistuuko kukaan psykiatrisen potilaan kanssa työskentelevistä ammatti-ihmisistä, mukaan luettuna sosiaalityöntekijät, pitämään palvelujen kokonaisuutta koossa? (Aho 1999, 181.) Potilaan hoidossa voi olla mukana suuri määrä erilaisia yhteistyökumppaneita. Psykiatrisen potilas on tekemisissä laitoshoidossa ollessaan sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa. Avohoidossa ollessaan hän asioi mahdollisesti kunnan sosiaalityöntekijän tai mielenterveystoimiston sosiaalityöntekijän kanssa. Voidaankin kysyä ”Kuka hoitaa mitäkin ja kenen kanssa? Kenellä on vastuu asioiden etenemisessä: sairaalan vai kunnan sosiaalityöllä?” (Aho 1999, 194). Potilaan asiakasura voi olla pirstaleinen; mielenterveyspotilas voi asioida uransa varrella useiden eri tahojen kanssa. Voiko tämä aiheuttaa omalta osaltaan väliinputoamista, jos ei ole olemassa selkeitä sääntöjä siitä, mikä taho hoitaa mitäkin asiaa? Tutkimukset (ks. esim. Metteri 2004; Luomahaara ym. 2000; Moilanen 2000) ovat osoittaneet, ettei kunnissa ole välttämättä mitään kokonaistahoa, joka kantaisi kokonaisvastuun palveluketjun saumattomuudesta ja pitäisi lankoja käsissään. Sairaalan sosiaalityöntekijät eivät välttämättä kykene tähän tehtävään nykypäivän kiristyneessä työtahdissa. Heillä ei ole riittäviä resursseja huolenpitotyölle potilaan ollessa avohoidossa. Miten käy, jos potilas sairaalasta lähtiessään ei kykenekään sitoutumaan avohoitoon? Jääkö mielenterveyspotilas tässä tapauksessa oman onnensa nojaan? Syntykö väliinputoamistilanteita juuri tällä tavoin?

4. TUTKIMUSASETELMA

4.1 Tutkimuskysymykset

Tarkastelen pro gradu -tutkielmassani mielenterveyspotilaan polkua palvelujärjestelmässä² sosiaalityöntekijän keräämän dokumenttiaineiston näkökulmasta sekä selvitän, mitä ongelmia tai vaikeuksia mielenterveyspotilas kohtaa asiakasurallaan. Mielenkiintoni kohdistuu erityisesti väliinpuotoamistapauksiin eli tilanteisiin, joissa henkilöt ovat kokeneet kohtuuttomuutta asiakasurallaan tai ovat pudonneet palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Tätä tutkimuksessa hahmotetaan retrospektiivisesti eli tarkastelemalla mielenterveyspotilaan asiakasuraa taaksepäin. Tutkimukseen valittiin potilaita, jotka olivat jo olleet psykiatrisessa sairaalahoidossa vuoden 2005 puolella tai olivat hoidossa parhaillaan aineistonkeruuta suoritettaessa. Alun perin tutkimukseen oli tarkoitus valita pelkästään potilaita, jotka ovat juuri aineistonkeruun aikana psykiatrisessa sairaalahoidossa, mutta myöhemmin tätä kuitenkin laajennettiin koskemaan myös kuluneen vuoden aikana jo hoidossa olleita potilaita. Tällä tavoin tutkimuksen kohderyhmää laajentamalla tavoitettiin helpommin juuri sellaisia tyypillisiä tapauksia, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita.

Tutkimuskysymyksiäni ovat seuraavat:

- *Millainen väliinpuotoamistarina piiryy mielenterveyspotilaan asiakasurasta etuus- ja palvelujärjestelmässä psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän keräämän asiakirja-aineiston valossa?*
 - *Missä konkreettisissa tilanteissa ja millä tavalla mielenterveyspotilas on väliinpudonnut etuus- ja palvelujärjestelmässä ja syrjäytynyt asiakasurallaan?*
- ja alateemana:*
- *Millainen on aineiston keränneen sosiaalityöntekijän näkökulma tilanteeseen?*

Tutkielmani ideointivaiheessa suunnitelmissani oli keskittyä tarkastelemaan laajemmin mielenterveyspotilaan polkua asiakasurallaan mielenterveyspalveluissa ja tarkastella mielenterveyspotilaan asiakasuraa esimerkiksi useiden eri sairaalajaksojen välillä. Päädyin kuitenkin tuolloin rajaamaan tutkimusaiheeni, sillä koin alkuperäisen tutkimusaiheeni liian laajaksi

² *Palvelujärjestelmän käsitteen näen tässä tutkimuksessa laajasti siten, että siihen kuuluvat sekä rahalliset etuudet että myös erilaiset sosiaalipalvelut. Myös Anna Metteri jäsentää tutkimuksessaan ”Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset” sosiaaliturvajärjestelmään kuuluviksi sekä etuudet että palvelut (Metteri 2004, 110).*

kokonaisuudeksi. Tämän jälkeen mielenkiintoni kohdistui mielenterveyspotilaan asiointiin etuus- ja palvelujärjestelmässä sekä erityisesti väliinpuotoamiseen ja syrjäytymiseen sekä niin sanottuihin vaikeisiin tapauksiin. Aineiston saatuaani huomasin kuitenkin, että kahdessa tarinassa kolmesta esiintyy kuvauksia useista sairaalajaksoista. Mielestäni tässä on kysymys potilaan asiakasurasta ja näin ollen tavallaan palasin takaisin ideointivaiheen ajatuksiin kuvata potilaan asiakasuraa pidemmältä aikajaksolta eri laitoshoidtojaksosten välillä. Tarkoitukseni oli tehdä aineistolähtöistä tutkimusta ja mennä eteenpäin aineiston ehdoilla, joten muutin suunnitelmiani lähemmäs alkuperäistä ideaa.

Alun alkaen tarkoitukseni oli keskittyä mielenterveyspotilaan oman kokemuksen tarkasteluun, mutta tutkimuslupakysymysten vuoksi päätin ottaa tarkasteluni kohteeksi niin sanotun välillisen tiedon eli psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän kokoaman tiedon kustakin potilastapauksesta, jonka kohdalla on tapahtunut väliinpuotoamisilmiö. Uskon, että sosiaalityöntekijä pystyy oman ammatillisen työnsä ja kokemuksensa kautta kokoamaan tietoa potilaan tilanteesta, ja tuomaan tätä kautta esille ehkä myös jotakin potilaan omasta kokemuksesta etuus- ja palvelujärjestelmässä. Lisäksi rajaukseeni vaikutti se, että laitoshoidtoon tullessaan potilaat ovat usein psyykkisesti todella huonossa kunnossa eivätkä välttämättä tuolloin kykene oman tilanteensa jäsentämiseen. Täten haastattelut ja nauhoitukset potilaan ja sosiaalityöntekijän kohtaamisista olisivat voineet olla mahdottomia toteuttaa, puhumattakaan siitä, että olisin itse tutkijana mennyt potilaita haastattelemaan. Lisäksi tutkimuslupakysymys vaikutti asiaan, sillä sain pro gradu -tutkimukselleni luvan niissä puitteissa, etten saa tietooni mitään potilaiden henkilörekisteritietoja. Näin ollen myöskään nauhoitukset sosiaalityöntekijän ja potilaan kohtaamisista eivät olleet sallittuja. Siirsin siis painopisteen kokemusten tarkastelusta tilanteiden tutkimiseen. Tutkin työssäni asiakasuria pitkäikäisotoksen avulla. Näin ollen asiakasurat näyttäytyvät kronologisina tarinoina, ja aineistot ovat eräänlaisina tilannekuvia tapahtuneesta.

Tutkimukseni tavoitteena ei ole tilastollisten yleistysten tekeminen. Tarkoitukseni on nimenomaisesti keskittyä tarkastelemaan asiakastapauksia, joissa on tapahtunut väliinpuotoamisilmiö ja aineistoon on valittu nämä kriteerit täyttävät potilaat. Tutkimukseni tarkoituksena ei siis ole sanoa, että kaikki psykiatrisen sairaalan potilaat ovat kohdanneet syrjäytymistä tai väliinpuotoamisen, vaan tarkastella tätä ilmiötä nimenomaan tähän tutkimukseen valittujen potilastapausten kohdalla. Tärkeää on myös korostaa sitä seikkaa, että potilaan ollessa sairaalassa esille saattavat tulla aivan erilaiset asiat, kuin hänen ollessa avohoidossa. Tämä seikka siis vaikuttaa

varmastikin tutkimukseeni. Mikäli tiedot väliinpuotoamistilanteista kerättäisiin potilaan mahdollisten avohoitokontaktien työntekijöiden kautta, tulokset voisivat painottua erilaisiin asioihin.

4.2 Aineiston kerääminen

Aineiston keruun toteuttivat tehtävään lupautuneet psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät. Tutkimuksen teon myötä käytännön sosiaalityötä tekevät työntekijät saivat myös mahdollisesti välineitä oman työnsä pohtimiseen. Aineistoa kerätessään he perehtyivät potilaan papereihin pidemmällä aikavälillä ja kenties perusteellisemmin kuin tavallisesti työaika antaa myöten. Aineiston keruussa oli mukana yhteensä kolme sosiaalityöntekijää molemmilta psykiatrian toimialueilta (aikuispsykiatria ja nuorisopsykiatria). Aikuispsykiatrian puolelta aineistossa esiintyy kaksi tapauskuvausta. Nuorisopsykiatrian puolelta aineistossa on yksi tapauskuvaus.

Sosiaalityöntekijät siis kokosivat ammatillisen työnsä osana dokumenttiaineiston mielenterveyspotilaan asiakasuran varrelta sellaisen valitsemansa mielenterveyspotilaan kohdalla, jonka kohdalla kokivat tapahtuneen väliinpuotoamisilmiön. Aineiston keruu toteutettiin kunkin tutkimukseen valitun potilaan kohdalla ennalta laaditun aineistonkeruun rungon (ks. liite 1) mukaisesti. Aineistonkeruun rungon rakensin yhteistyössä sosiaalityöntekijöiden kanssa siten, että paperin pohjana käytin nauhoitetta sosiaalityöntekijöiden käymästä keskustelusta, jolla he kommentoivat graduaiheittani. Sosiaalityöntekijät myös kommentoivat pariin otteeseen paperiani ollessani mukana heidän sosiaalityön kehittämisiltapäivissään psykiatrisessa sairaalassa. Näiden kommenttien ja uusien ideoiden myötä tein siihen korjauksia. Aineiston keruun runko on siis rakennettu yhteistyössä sosiaalityöntekijöiden kanssa ja tällöin siihen on välittynyt varmasti myös käytännön kentän asiantuntemusta.

Sosiaalityöhön kuuluva peruskartoitus tehtiin tutkimukseen valittujen potilaiden kohdalla entistäkin laajemmin ja perusteellisemmin kuin tavallisesti. Sosiaalityöntekijät kokosivat tutkimusta varten tietoa esimerkiksi potilaan sairauskertomuksesta, kartoittivat potilaan mielenterveysasiakkuuden historiaa, sosiaalista tukiverkostoa, viranomaisverkostoa sekä etuuksien ja palveluiden saamista.

Tutkimustani varten sosiaalityöntekijät kokosivat valitsemansa potilaan kohdalla kaikista tarpeelliseksi katsomastaan materiaalista dokumenttiaineiston. Aineistona toimivat siis erilaiset

potilasta koskevat dokumentit, joista oli kuitenkin kaikki tunniste- sekä henkilörekisteritiedot poistettu. Lisäksi jokainen sosiaalityöntekijä liitti aineistoon myös oman persoonallisella tavalla toteutetun hahmotelmansa potilaan asiakasuran vaiheista sekä oman ammatillisen pohdintansa potilaan tilanteesta.

Sosiaalityöntekijät valikoivat itsenäisesti tutkimukseen soveltuvat henkilöt. Valinnan he kuitenkin suorittavat yhdessä kanssani pohdittujen kriteerien perusteella, jotka on kirjattu myös aineiston keruun runkoon (ks. liite 1). Kriteerinä tutkittavien valinnalle oli erityisesti väliinpuotoaminen/syrjäytyminen etuus- ja palvelujärjestelmässä, sillä tästä näkökulmasta olen tutkimuksessani kiinnostunut. Lisäksi tutkimukseen valittiin niin sanottuja tyypillisiä väliinpuotoajatapauksia, joita psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät usein kohtaavat työssään. Itse en siis tavannut kyseisiä aineistoon valittuja potilaita eikä tietooni myöskään missään vaiheessa tullut heidän nimiään tai muita henkilörekisteritietojaan. Myöskään aineiston keruuseen osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden henkilötietoja en raportoi eteenpäin. Kuitenkin potilaiden taustatiedot (ikä, sukupuoli, asuinkunta, siviilisääty, työ- ja perhetilanne) esiintyvät aineistossa ja tulivat näin ollen tietooni. Tutkimustulokset kuitenkin raportoin laadullisen tutkimuksen menettelytapoja noudattaen siten, ettei tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Olen esimerkiksi muuttanut tai häivyttänyt aineistossa esiintyvien henkilöiden nimet, ammatit ja muut vastaavat tunnistettavat tiedot. Tietojen käsittelyssä kuten myös tietoja julkistettaessa on tärkeää huolehtia luottamuksellisuuden säilyttämisestä sekä potilaiden anonymitteettisuojasta. Tutkimusta julkaistaessa on yleensä oltava huolellinen siinä, ettei tutkittavien henkilöllisyys paljastu. Anonymiteettiä on suojattava sitä tiukemmin, mitä arkaluontoisemmasta aiheesta tutkimuksessa on kysymys. (Eskola & Suoranta 1999, 57.)

Aineiston koko ja kattavuus

Aineiston keruu aloitettiin keväällä 2005 ja päätettiin saman vuoden syksynä. Aineistoa sain vähitellen loppukevästä lähtien. Alun perin oli sovittu, että aineisto tulisi palauttaa viimeistään kesäkuuhun 2005 mennessä. Näin ei kuitenkaan tapahtunut ja tutkijana jopa välillä tuskastuin aineiston karhuamiseen. Ymmärrän, että myös tämä aineiston saannin viivästyminen kertoo jotakin psykiatrisen sairaalan hektisestä työtahdistista. Toki myös aineiston keruun sijoittuminen lomakauteen aiheutti tahatonta viivästymistä. Lopulta aineistonkeruussa oli mukana kolme sosiaalityöntekijää, joista jokainen kokosi yhden tapauksen. Tapaukset koostuvat eripituisista asiakirjoista. Sivumäärät

vaihtelivat 42–108 sivun välillä. Myös sosiaalityöntekijän tekemät asiakasuran kuvaukset sekä ammatilliset pohdinnat olivat eripituisia, vaihdellen kuudesta sivusta yhdeksään sivuun.

Tutkimusaineistoni jäi siis alkuperäistä suunnitelmaa pienemmäksi, sillä kaikki alun perin aineiston keruuseen lupautuneet sosiaalityöntekijät eivät voineet työesteiden vuoksi siihen osallistua. Päätin kuitenkin, että tämä ei muodostuisi ongelmaksi, sillä kvalitatiivisin metodein suoritettu tutkimus voidaan toteuttaa jo suhteellisen pienellä aineistomäärällä. Pieni aineistomäärä kuitenkin mahdollistaa menemisen yksittäiseen tapaukseen syvemmälle. Lisäksi aineistoa sivumäärällisesti tarkastellen kussakin tapauksessa oli kuitenkin suuri määrä dokumentteja, joita analysoida. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tilastollinen argumentaatiotapa ja suuri tutkimusyksiköiden joukko ei olekaan tarpeen tai edes mahdollista (Alasuutari 1999, 39). Tarkoituksena ei ole tilastollisten säännönmukaisuuksien tai keskimääräisten yhteyksien etsiminen, joten aineiston kokokaan ei määräydy niiden mukaan (Hirsjärvi ym. 1997, 180). Tavoitteenani on pyrkiä kuvaamaan jotakin tiettyä tapahtumaa, ymmärtämään jotakin toimintaa tai antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Laadullisen aineiston tehtävänä on toimia tavalla tai toisella tutkijan apuna, hänen pyrkiessä rakentamaan käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Eskola & Suoranta 1999, 61–62.) Vaikka aineistosta ei ole tarkoitus tehdä yleistyksiä, on taustalla kuitenkin ajatus, että yksittäistä tapausta tarkasti tutkimalla saadaan näkyville, mikä ilmiössä on merkittävää ja usein toistuvaa, kun ilmiötä tarkastellaan yleisemmällä tasolla (Hirsjärvi ym. 1997, 181–182).

Aineiston koolla ei ole laadullisessa tutkimusotteessa välitöntä merkitystä tai vaikutusta tutkimuksen onnistumiselle. Aineiston koon määrästä ei ole siten myöskään olemassa mitään mekaanisia säätöjä. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrä on ratkaistava pitkälle tutkimuskohtaisesti eli aineistoa tarvitaan juuri sen verran kuin aiheen kannalta on välttämätöntä. Tutkijan on päätettävä oman tutkimuksensa kohdalla, milloin aineistoa on kerätty riittävästi, jotta se kattaa tutkimusongelman. (Eskola & Suoranta 1999, 62–64.)

Primaari- vai sekundaariaineisto?

Käytän siis pro gradu -tutkielmani aineistona sosiaalityöntekijöiden keräämää aineistomateriaalia. Hirsjärven ym. (1997, 185) mukaan tällaista muiden keräämää aineistoa kutsutaan sekundaariaineistoksi, kun taas primaariaineistoksi kutsutaan tutkijan itsensä keräämää aineistoa. Tutkimuksessani käytettävä aineistomateriaali on periaatteessa ollut jo olemassa ennen tutkijan

vaikutusta, lukuun ottamatta aineistoon liitettyä sosiaalityöntekijän pohdintaosuutta. Kuitenkin näkisin asian enemmänkin sillä tavalla, että tutkimukseni aineisto on laadultaan primaariaineisto, vaikka on muiden keräämää. Tämän väitteeni perustelen sillä, että vaikka aineisto dokumenttien osalta on ollut olemassa ennen minun vaikutustani, niin aineistoani ei ole kuitenkaan koottu mitään toista tutkimusta varten. Tällöin se ei täytä sekundaariaineiston määritelmää (Hirsjärvi ym. 1997, 185). Väitettäni tukee myös se, että aineiston keruun pohjana on käytetty aineiston keruun runkoa (ks. liite 1) ja aineiston keruulle on ollut olemassa suuntaa antavat ohjeet. Aineiston keruun rungon myötä olen ollut myös tutkijana omalta osaltani vaikuttamassa aineiston sisältöön ja laatuun. Lisäksi sosiaalityöntekijät ovat poimineet useista erilaisista dokumenteista juuri ne, jotka ovat katsoneet merkityksellisiksi tutkimusta ajatellen. Myös se, että aineistossa on sosiaalityöntekijän tekemä asiakasuran kuvaus sekä pohdintaosuus eli toisin sanoen ”uutta materiaalia” tukee ajatustani, että aineistoni on luonteeltaan primaariaineisto.

Tutkimuksen aineisto koostuu lääkäriinlausunnoista, Kelan asiakirjoista, kuntoutuspaikkahakemuksista, lähetteistä, hoitosuunnitelmista ynnä muista asiakirjoista. Tällaista aineistoa voidaan kuvata dokumenttiaineistoksi (Hirsjärvi ym. 1997, 188). Uusitalo (1991, 94–98) jaottelee valmiit aineistot viiteen eri luokkaan: aikaisempien tutkimusten aineistot, tilastot, henkilökohtaiset dokumentit, organisaatioiden asiakirjat sekä kulttuurituotteet (ks. myös Eskola & Suoranta, 1999, 119). Tämän jaottelun mukaan voin nähdä oman tutkimukseni dokumenttiaineiston kuuluvaksi organisaatioiden asiakirjojen luokkaan. Hirsjärven ym. (1997, 186–188) tekemän jaottelun mukaan katson tutkimukseni aineiston kuuluvan joko arkistojen materiaalien tai muiden dokumenttiaineistojen luokkaan. Nämä aineistot ovat usein luvanvaraisia, kuten asian laita oli myös oman aineistoni kohdalla.

Tutkimusluvat ja aineiston keruun eettisyys

Tutkimusluvan hankkiminen tuli ajankohtaiseksi vuoden 2005 alkupuolella, sillä tein pro gradu -tutkielmani erään sairaanhoitopiirin alueella ja tarvittavien tutkimuslupien täytyi olla kunnossa ennen aineiston keruun aloittamista. Olin useaan otteeseen yhteydessä sairaanhoitopiirin tutkimusyksikköön, jossa pohdittiin, millaisen luvan tarvitsisin pro gradu -tutkielmani tekemiseksi. Aluksi sain sellaista informaatiota, että lupa täytyisi hakea perinteisen lääketieteellisen tutkimuksen lupamenettelyjä noudattaen. Myöhemmin kuitenkin sain tiedon, että tutkimukseni tekemiseen riittääkin psykiatrisen sairaalan vastualuejohtajien luvat. Hain siis tutkimukseni tekoon tarvittavat

luvut kahden eri vastualueen (aikuispsykiatrian sekä nuorisopsykiatrian) vastualuejohtajilta. Toimitin myös kopiot saaduista tutkimusluvista sairaalan niille ylilääkäreille, joiden osastoilla aineiston keruun suorittavat sosiaalityöntekijät työskentelevät. Lisäksi hain kolmannen tutkimusluvan myös sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä. Tämän luvan myötä aineiston keruuseen osallistuneet sosiaalityöntekijät saivat oikeuden päästä käsiksi sairauskertomusarkiston tietoihin ja toimittaa kopiot valitsemistaan dokumenteista minulle. Näistä dokumenteista sosiaalityöntekijät poistivat kuitenkin kaikki henkilörekisteritiedot.

Olen pohtinut paljon tutkimuksen eettisiä näkökohtia tutkimusmatkani varrella. Lähinnä mieltäni on kovasti askarruttanut se kysymys, tulisiko tutkittavilta itseltään pyytää jonkinlainen suostumus väliinpuotoamistilanteidensa kuvaamiseksi. Hirsjärven ym. (1997) mukaan tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin, on selvitettävä, miten hankitaan henkilöiden suostumus, mitä riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy sekä millaista tietoa tutkimuksesta heille annetaan (Hirsjärvi ym. 1997, 28). Näistä asioista olen myös ollut yhteydessä aineistonkeruuseen osallistuvien sosiaalityöntekijöiden kanssa. Heidän, kuten myös tutkimuksen organisoinnissa mukana olleen sosiaalityön opettajan, näkökulmansa oli, että tällainen luvankysymysprosessi ei lisäisi tutkimuksen eettistä vahvuutta, vaan saattaisi jopa hämmentää sellaisia ihmisiä, joiden sairauteen voi liittyä epäluuloisuutta. Näin luvankysymisprosessi saattaisi enemmänkin häiritä potilaita. He eivät myöskään nähneet etiikassa ongelmia sen vuoksi, että potilaiden henkilörekisteri- tai muita tunnistetietoja ei tule minun käyttööni, sillä aineiston keruun suorittavat sosiaalityöntekijät poistivat ne aineistomateriaalista ennen minulle luovuttamista. Lisäksi tietoenkin varmistin sekä tutkimusluvut myöntäneiltä tahoilta että sairaanhoitopiirin tutkimusyksiköstä, ettei potilailta, joiden tietoja kootaan yhteen tutkimusta varten, tarvitse kysyä lupaa suullisesti eikä kirjallisesti. Tutkimusluvut myöntävät tahot eivät nimenomaisesti halunneet potilaita häiritävän ja hermostuttavan kysymällä heiltä suostumusta tutkimukseen. Näiden eettisten kysymysten pohdiskelun jälkeen myös oma näkökantani kallistui sille puolen, ettei kyseisiltä potilailta kysytä lupaa. Uskoakseni monilla heistä sairauden luonne on sellainen, että luvan kysyminen saattaisi hämmentää mieltä ja aiheuttaa enemmänkin vahinkoa kuin hyötyä. Lisäksi potilaalle ei aiheudu tutkimuksesta mitään haittaa. Päinvastoin luulen, että potilas voi hyötyä siitä, että sosiaalityöntekijä käy hänen papereitaan ja tilannettaan perusteellisesti lävitse aineiston keruuprosessin aikana. Lisäksi olen matkan varrella luetuttanut analyysiani myös sairaanhoitopiirin tutkimusyksikön edustajalla. Tällä olen varmistanut, että teksti on sellaista, josta ei voida ketään tunnistaa. Korostan myös vielä sitä seikkaa, että itse en tavannut potilaita enkä saanut tietooni mitään heidän henkilörekisteritietojaan. Lisäksi kiinnitin erityistä huomiota aineiston säilyttämiseen. Uskon myös, että kyseisen kaltaisia asiakastapauksia

muistuttavia tilanteita on lukemattomia, joten myös se vähentää tunnistettavuuden mahdollisuutta. Analyysia kirjoittaessani kiinnitin huomiota tunnistetietoihin ja pyrin siihen, ettei valmiista tekstistä voida tunnistaa henkilöitä.

Tutkimuksen eettisiin kysymyksiin ei ole olemassa aukotonta, kaiken kattavaa säännöstöä, vaan tutkijan on tehtävä itse tutkimuksensa eettiset ratkaisut. Tutkimustyö muodostuu monista pienistä ja isoista kysymyksistä, jotka tutkijan on ratkaistava. Tutkijan etiikka voi joutua koetukselle useita kertoja tutkimusprosessin aikana. Mutta jos tutkija kykenee tunnistamaan eettisten kysymysten problematiikan, tekee hän todennäköisesti myös eettisesti asiallista tutkimusta. (Eskola & Suoranta 1999, 52.)

4.3 Menetelmälliset valinnat ja analyysin lähtökohdat

Tutkimuksessani on *tapaustutkimuksen* piirteitä, sillä analyysissäni keskityn tarkastelemaan kolmea väliinpuotoamistapausta. Tapaustutkimus voidaan määritellä empiiriseksi tutkimukseksi, jossa nykyajassa tapahtuvaa ilmiötä tutkitaan todellisessa elämäntilanteessa, sen omassa ympäristössä (Yin 1994, 1; ks. myös Eskola ja Suoranta 1999, 65). Tapaustutkimus on oivallinen tutkimusstrategia, kun esitetään ”miten” ja ”miksi” -kysymyksiä ja kun tutkijalla ei ole vaikutusta tutkittaviin tapahtumiin (Yin 1994, 1). Eskolan ja Suorannan (1999, 65) mukaan tapaustutkimus kohdistuu yleensä yhteen tapaukseen, mutta useankin tapauksen tutkimukset ovat mahdollisia. Tapaustutkimus voi kohdistua tämän tutkimuksen tapaan myös juuri yksilötapauksiin, kuten esimerkiksi asiakkaisiin (Pohjola 1993, 267). Tapaustutkimuksen kohde voidaan valita useilla tavoilla: se voi olla mahdollisimman tyypillinen ja edustava, toisaalta se voi olla myös jollain tapaa poikkeuksellinen tai erityisen paljastava tai opettava tapaus. Sosiaalityön kannalta on merkittävää, että tapaustutkimus korostaa ruohonjuuritasolta lähtevää mikrotarkastelua ja tuottaa näin tietoa tapahtumien ja ilmiöiden yksityiskohtaisista rakenteista (Pohjola 1993, 269). Tämän tutkielman kautta päästään käsiksi mielenterveyspotilaiden väliinpuotoamistarinoihin, joita on entuudestaan tutkittu vähän ja jotka kenties paljastavat jotakin palvelujärjestelmästäimme mikrotasolta tarkasteltuna. Palvelujärjestelmän toimintaa on voitava tarkastella myös siltä kannalta, mitä vaikutuksia sillä on asiakkaan elämään. Tapauskohtainen tutkimus voi auttaa näkemään asiat juuri tältä kannalta. (Metteri 2003b, 162.)

Tutkimuksessani on myös piirteitä *yksittäistapausten analyysistä*. Tässä analyysistrategiassa muutama tai jopa yksi tapaus voidaan ottaa tarkastelun kohteeksi. Yksittäistapausten analyysi on tavallista narratiivisessa eli tarinallisessa aineistossa (Hänninen 2005.) Aineistostani on siis löydettävissä tarinallisia aineksia. Vaikka aineisto suurelta osin koostuukin erilaisista dokumenteista, voidaan siitä kuitenkin rakentaa tietynlainen tarina ja kuvaus siitä, mitä henkilölle on tapahtunut.

Tarkoitukseni on lähestyä aineistoa *aineistolähtöisesti* eli lähteä mahdollisimman puhtaalta pöydältä liikkeelle. Pelkistetyimmillään aineistolähtöinen analyysi tarkoittaa teorian rakentamista empiirisestä aineistosta lähtien, alhaalta ylös- periaatteen mukaisesti. (Eskola & Suoranta 1999, 19.) Hännisen mukaan aineistolähtöisyys laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkija voi lähteä tutkimaan kohdetta ilman etukäteisteoriaa. Teoria muodostuu lopulta tulosten ja ymmärryksen kautta. (Hänninen 2005.) Vaikka aineistoa lähestytäänkin aineistolähtöisesti, niin tutkijalla on kuitenkin aina olemassa etukäteistietoa ja -olettamuksia tutkittavasta aiheesta (Eskola & Suoranta 1999, 153). Minulla on siis tutkijana etukäteisoletuksia myös tässä pro gradu -tutkimuksessani. Oletan esimerkiksi, että psykiatrisessa sairaalassa olevien potilaiden joukosta löytyy niitä henkilöitä, jotka ovat kokeneet väliinputoamisen jossakin kohtaa asiakasuraansa etuus- ja palvelujärjestelmässä. Oletan myös, että suomalaisesta etuus- ja palvelujärjestelmästä löytyy puutteita koskien mielenterveyspotilaita. Eskolan ja Suorannan mukaan aineistolähtöisyys tarkoittaa kuitenkin sitä, että näiden ennakko-olettamusten ei anneta häiritä aineistosta itsestään nousevia teemoja (emt., 153). Aineisto voi siis herättää uusia teemoja. Tutkijana olenkin ollut avoin kaikille niille uusille teemoille, joita aineistosta mahdollisesti löytyy. Kvalitatiivisen tutkimuksen erityispiirteenä on myös, että usein siinä edetään induktiivisesti, aineistolähtöisesti yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin (emt., 83). Vaikka tutkimuksessani tarkastelenkin yksittäisiä tapauksia, niin tarkoitukseni on kuitenkin pyrkiä sanomaan jotakin yleistä koko palvelujärjestelmän tasolla. Kun yksityistä tapausta tutkitaan tarkasti voidaan saada näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja usein toistuvaa, tarkasteltaessa ilmiötä myös yleisemmällä tasolla (Hirsjärvi ym. 1997, 182).

Pro gradu -tutkimuksessani keskityn käsittelemään pientä määrää tapauksia ja tavoitteenani on analysoida niitä mahdollisimman perusteellisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tieteellisyyden kriteeri ei olekaan määrä vaan laatu sekä käsitteellistämisen kattavuus. Tutkimuskohde tulee sijoittaa yhteiskunnallisiin yhteyksiinsä ja antaa siitä yksityiskohtainen ja tarkka kuvaus. Koska olen tutkimuksessani kiinnostunut väliinputoamistapauksista, ei tutkittavaa joukkoa ole valittu

sattumanvaraisesti vaan *harkinnanvaraisella otannalla* niiden potilaiden joukosta, joiden tilanteessa on tapahtunut väliinputoamisilmiö. (Eskola & Suoranta 1999, 18.)

Toteutan tutkimuksessani myös *aineistotriangulaation* periaatteita, mikä tarkoittaa sitä, että samassa tutkimuksessa käytetään useammanlaisia aineistoja (Eskola & Suoranta 1999, 69). Tutkimuksessani yhdistelen potilasta koskevista useista erilaisista dokumenteista koostuvaa dokumenttiaineistoa sekä sosiaalityöntekijän ammatillista pohdintaa.

4.4 Asiakirja-aineiston narratiivinen analyysi

Tutkimuksessani erilaiset asiakirjat muodostavat sosiaalityöntekijän pohdinnan lisäksi suuren osan tutkimusaineistosta. Käytän tutkimuksessani sanoja asiakirja ja dokumentti synonyymeina Aino Kääriäisen väitöstutkimuksen tapaan (Kääriäinen 2003, 15). Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa dokumenteilla on aina ollut vahva merkitys. Aineistoina on käytetty esimerkiksi erilaisia henkilökohtaisia dokumentteja, tilastoja, aikaisempien tutkimusten aineistoja, joukkotiedotuksen ja kulttuurin tuotteita kuin myös erilaisia organisaatioiden asiakirjoja (Uusitalo 1991, 94–98).

Sauraman mukaan asiakirja-aineiston kiinnostavuus ja haasteellisuus piilee siinä, että sitä ei ole alun perin tuotettu tutkimuskäyttöön. Asiakirjat ovat yleensä sekundaarisessa asemassa verrattuna muihin aineistomuotoihin (Saurama 2002, 51). Asiakirjojen merkittävin ominaisuus on se, että niille on annettu tosiasialuonne ja näin ollen niitä on pidetty luotettavana aineistona esimerkiksi verrattuna asiakashaastatteluun kerättyyn aineistoon (ks. esim. Saurama 2002, 51–52; Pohjola 1994, 46–47). Asiakirja-aineistoa on kuitenkin myös kritisoitu. Sen on sanottu tuottavan kohteestaan epätäydellisen, fragmentaarisen, katkonaisen, aukollisen, ongelmia korostavan sekä asiakasnäkökulmaa painottamattoman konstruktion (Heino 1997, 92; ks. myös Saurama 2002, 51). Dokumentteja tutkiessa on myös syytä pitää mielessä, että ne eivät ole täydellisiä kuvauksia ympäröivästä todellisuudesta. Ne tavallaan muodostavat oman todellisuutensa. (Atkinson & Coffey, 2004, 73.) Asiakirjat kuvaavatkin yleensä tilannetta lähinnä viranomaisnäkökulmasta asiakkaan jäädessä niissä passiiviseen rooliin ja kuvailun kohteeksi. Pohjolan (1994, 47) mukaan palveluorganisaation asiakirjat tarkastelevatkin ihmisiä asiakkaina sekä sosiaalisten ongelmien kantajina. Näin ollen ne eivät kuvaa elämää, vaan niiden informaatio liittyy organisaation tavoitteen toteuttamiseen. Tiedostan kuitenkin tämän seikan pro gradu- tutkimuksessani. Tutkimuksessani ei

siten päästä käsiksi asiakkaan omiin kokemuksiin vaan pyrin konstruoimaan asiakirjojen pohjalta löytyvän väliinpuotoamistarinan. Tällöin tarina on tuotettu viranomaisnäkökulmasta, lähinnä painottuen sosiaalityöntekijän näkökulmaan. Tiedostan myös, että dokumentit ovat epätäydellisiä, eivätkä siis kerro kaikkia yksityiskohtia asiakkaan ”uran” varrelta. Organisaatioiden asiakirjat voivat olla tietojen osalta puutteellisia, sillä kirjaamistavat voivat vaihdella eri organisaatioissa, eri aikoina sekä eri työntekijöiden välillä (Pohjola 1994, 48). Katson kuitenkin, että omassa tutkimuksessani myös sosiaalityöntekijöiden pohdintaosuuden käyttäminen rinnakkain asiakirja-aineiston kanssa poistaa osin tämän ongelman.

Olen jo aiemmin (ks. luvut 1 & 3.1) tuonut esille toisen tiedon näkökulman (ks. esim. Hänninen ym. 2005, Karjalainen & Saranpää 2002, Metteri 2004). Katson, että tutkimukseni aineistot tuovat näkyville tätä toista tietoa, sillä käytännön työssä toimivat sosiaalityöntekijät ovat keränneet ne kokemustietoonsa pohjautuen ja siten ne mielestäni voidaan lukea toisen tiedon kategoriaan. Toista tietoa voidaankin koota juuri esimerkiksi keräämällä huono-osaisuutta käsittelevää tekstiaineistoa. Esimerkiksi huono-osaisuutta tutkivat, hallinnoivat, ehkäisevät ja hoitavat viranomaiset tuottavat erilaista materiaalia huono-osaisuudesta. (Törrönen 2005, 21, 25.)

Lähestymistapana narratiivisuus

Hännisen (1994, 167) mukaan tarinamuoto nousi 1990-luvulla voimakkaasti esiin käsitteenä, jonka kautta eri tieteenalat ovat voineet lähestyä inhimillistä todellisuutta. Narratiivinen analyysi tarjoaa tutkijalle tutkimusta ohjaavana metodologisena kehyksenä erään mahdollisen aineiston lukutavan. ”Se ohjaa tutkijaa muodostamaan analyysiyksiköiksi erilaiset juonelliset kulut, narratiiviset esittämistavat, kertomukselliset rakenteet sekä tarinamuotoiset jäsennykset niihin kuuluvine retorisine pyrkimyksineen.” (Jokinen ym. 2000, 27–28.)

Hannu L.T. Heikkisen (2002, 184) mukaan narratiivisuuden käsitteelle ei ole vakiintunut suomenkielistä vastinetta, mutta esimerkiksi Vilma Hänninen (2000) käyttää sen synonyyminä tarinallisuuden käsitettä. Narratiivisuus ei ole varsinainen metodi, koulukunta tai yhtenäinen teoriakaan. Se on pikemminkin hajanainen muodostelma kertomuksiin liittyvää tutkimusta. Myöskään siitä ei ole yhtenäistä käsitystä, mitä narratiivilla tai tutkimuksen narratiivisuudella tarkoitetaan. (ks. Heikkinen 2002, 185; Hänninen 2000, 126; Hänninen & Valkonen 1998, 3.) On olemassa useita eri tapoja lähestyä narratiivisuutta ja lisäksi erilaisia versioita siitä, mitä tarina on ja

kuinka sitä tulisi tutkia (Hall 1997, 5). Lähestymistavalle tyypillisiä piirteitä on kuitenkin mahdollista luetella, vaikka mitään yleispätevää määritelmää ei löydykään. Keskeisiä piirteitä Hännisen mukaan ovat ajallisuus: toisiaan seuraavat alku, keskikohta ja loppu, juonellisuus: tapahtumat eivät ole toisistaan irrallisia, vaan kytkeytyvät toisiinsa kausaalisesti sekä dramaattisuus: tapahtumat liikkuvat moraalisisessa ja emotionaalisisessa jännitekentässä. Narratiivi on myös valikoiva ja kiinnittää huomion vain juonen kannalta merkityksellisiin seikkoihin. Kontekstuaalisuus sekä ainutkertaisuus ovat myös sen tyypillisiä piirteitä: tapahtumaketjut liittyvät aikaan ja paikkaan. Narratiivi on myös yleinen: ainutkertaiset tapahtumat esittävät yleisemmän ”totuuden” inhimillisestä kokemuksesta. (Hänninen 2000, 126–127.) Heikkinen (2002, 185–186) kuvaa narratiivisuutta väljäksi viitekehukseksi, jolle on ominaista huomion kohdistuminen kertomuksiin todellisuuden tuottajana ja välittäjänä. Heikkisen mukaan käsitteellä vaikuttaa olevan tutkijoille monta päämäärää ja tarkoitusta. Eri tieteenaloilla ja koulukuntien piirissä voi olla huomattaviakin eroja siinä, miten käsite on ymmärretty. Heikkisen mukaan tieteellisessä keskustelussa käsitettä on käytetty ainakin neljällä seuraavalla tavalla:

- 1) tiedonprosessi sinänsä; narratiivisuus liittyy tällöin tietämisen tapaan ja tiedon luonteeseen
- 2) narratiivisuus tutkimusaineiston luonteenpiirteenä (tarinat tutkimusaineistona)
- 3) narratiivisuus aineiston analyysitapana sekä
- 4) narratiivien käytännöllinen merkitys (Heikkinen 2002, 186–194.)

Tutkimuksessani toteutan narratiivisuutta toisen ja kolmannen kohdan mukaisesti. Heikkisen mukaan (2002, 189–190) kerrontaan perustavaa narratiivista aineistoa ovat myös esimerkiksi dokumentit, joita ei alun perin ole välttämättä tuotettu tutkimustarkoituksiin. Narratiivinen tutkimusaineisto on siis joko suullisesti tai kirjallisesti esitettyä kerrontaa. Oma tutkimusaineistoni on kirjallinen muun muassa dokumentteja sisältävä aineisto ja näin ollen se voidaan lukea Heikkisen määritelmän alaisuuteen. Tutkimuksessani käytän käsitettä myös aineiston analyysitapana. Heikkisen mukaan (2002, 191–193) narratiivisessa analyysissä painopiste on uuden kertomuksen rakentamisessa aineiston kertomusten perusteella ja tavoitteena on ehjän ja juonellisen, ajassa etenevän tarinan tuottaminen. Heikkisen ajatukset narratiivisuudesta analyysitapana vastaavat hyvin myös oman tutkimukseni analyysitapaa. Pyrin omassa tutkimuksessani rakentamaan juonellisia ja ajassa eteneviä väliinpuotoamistarinoita dokumenttiaineiston tekstien pohjalta. Toisin sanoen konstruoin uuden kertomuksen aineiston kertomusten pohjalta. Rakennan suuresta aineistomassasta pienemmän ja ehjän väliinpuotoamistarinan, jonka otan analyysini kohteeksi. Narratiivinen ote soveltuu hyvin sellaisiin

tutkimuksiin, joissa pyritään tuomaan esille vähemmistön heikkoa ääntä (Kokkonen 2003, 55). Tässä tutkimuksessa pyritään saamaan erään vähemmistön eli mielenterveyspotilaiden tarinoita näkyville asiakirja-aineiston välittämällä. Törrösen (2005, 26, 28–29) mukaan toisen tiedon analysoimisen yhtenä tärkeänä välineenä onkin juuri tarina- tai kertomusanalyysi.

Alasuutarin (1999, 126, 140) mukaan monissa teksteissä on narratiivin piirteitä ja periaatteessa mitä tahansa tekstiä tai sen osaa voidaan tarkastella kertomuksena, jolla on oma rakenteensa. Hallin mukaan narratiivisia jäsennyksiä voi olla löydettävissä sosiaalityössä syntyvissä erilaisissa asiakirjoissa, kuten esimerkiksi raporteissa tai tapauskuvauksissa. Hänen mukaansa kaikessa sosiaalityöhön liittyvässä kommunikaatiossa, sekä verbaalisessa että nonverbaalisessa, on narratiivisia elementtejä. (Hall 1997, 6–8; ks. myös Jokinen ym. 2000, 27.)

Olen ottanut vaikutteita työhöni Tarja Aaltosen (Aaltonen 2002, 46–49) afaattitutkimuksessaan käyttämästä tarinallisesta lukutavasta. Tutkimuksessaan Aaltonen nimitti tekemiään haastatteluita kertomuksiksi. Hänen tutkimuksellinen haasteensa oli konstruoida näiden *kertomusten* pohjalta *tarinoita* eli siis tunnistaa tarinoita kertomuksista. Myös itse pyrin löytämään aineistostani eli muun muassa sairauskertomusteksteistä tarinoita ja nimenomaan *väliinpuotoamistarinoita*.

4.5 Sosiaalityöntekijöiden toteuttama tyypittely väliinpuotoamistarinoista

Eräs perinteinen aineiston järjestämisen vaihtoehto on aineiston ryhmittely tyypeiksi samankaltaisuuksia etsimällä. Tällöin aineisto esitetään yleensä eräänlaisten yhdistettyjen tyyppien avulla. Tyypittelyssä on siis kysymys aineiston ryhmittelystä tyypeiksi eli ryhmiksi samankaltaisia tarinoita. (Eskola & Suoranta 1998, 182.)

Tavallisesti tyypittely toteutetaan siten, että laajemmasta määrästä aineistoa kootaan erilaisia kategorioita, tyyppisiä, jonka alle aineistoa sitten ryhmitellään. Erja Sauraman asiakirjoihin perustuvassa tutkimuksessa muodostettiin viisiluokkainen typologia ja kustakin ryhmästä valittiin yksi ryhmää edustava tapaus tarinoittamiseen (Saurama 2002, 61, 66). Omassa aineistossani ei esiinny tarpeeksi monta tapaus, jotta voisin suorittaa tyypittelyn tähän perinteiseen tapaan. Näkisin kuitenkin tyypittelyn toteutuneen omassa tutkimuksessani jo sillä tapaa, että aineiston kerääjinä toimineet sosiaalityöntekijät ovat jo aineistoa kerätessään miettineet erilaisia yleisiä

valiinpuotoajatyyppejä, joita työssään ovat kohdanneet. Sen jälkeen he ovat nostaneet näistä mahdollisista väliinpuotoajatapauksista yhden tyypin esille, jonka kohdalla ovat aineiston keruun suorittaneet. Sosiaalityöntekijät kuvailevat tapauksia seuraavasti: *”Tämän henkilön tapaus muistuttaa tosi usein työssä vastaantulevaa elämäntilannetta”, ”Mietin pitkään, kenet valitsisin ”tapaukseksi”, kunnes mieleeni nousi tyttö... Hän on monellakin tapaa väliinpuotoaja...”, ”...valintakriteeriksi muodostui potilaan tilanteen tyypillisyyden sijaan pikemminkin hoitohistoria, jossa esiintyy useita potilastapauksia yhdistäviä hoitoon/hoitopaikkojen saamiseen liittyviä tyypillisiä ongelmia.”*

Aineiston keruun tehtävänannossa (ks. liite 1) toinkin esille, että eräs kriteeri, jolla aineistoa kerätään, on tietty tyypillisuus eli aineiston keruuseen tuli valita sellainen tapaus, johon sosiaalityöntekijä törmää usein työssään. Katson siis, että nämä aineiston keruun myötä käsiini saamani väliinpuotoamistapaukset ovat tavallaan jo sosiaalityöntekijän alustavan tyypittelyn tuloksia sellaisista väliinpuotoamistapauksista, joita hän kohtaa työssään psykiatrisessa sairaalassa. ERI-projektissa sosiaalityöntekijä-toimintatutkijat valitsivat tutkittavat tapaukset siten, että tapaukset kuvasivat heidän ammattikokemuksensa perusteella hyvin tuttua, mutta ongelmallista ilmiötä (Metteri 2003c, 21). Myös tässä tutkimuksessa aineistonkeruu on toteutettu hyvin samalla tavalla.

4.6 Väliinpuotoamistarinoiden muodostaminen asiakirja-aineistosta

Coffeyn ja Atkinsonin (1996, 2–6) mukaan ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa analysoida laadullista aineistoa. Tapoja on monia ja niistä on löydettävä tuottelias tapa järjestää ja tutkia omaa aineistoa. Coffey ja Atkinson antavat tutkijalle ohjeeksi kokeilevan otteen analyysin teossa. Olenkin noudattanut tuota ohjetta ja käyttänyt oman analyysimenetelmäni pohjana sekä narratiivista lähestymistapaa, muita tutkimuksia että omaa persoonallista otettani. Lähestymistavat, kuten narratiivisuus, voivat kuitenkin tarjota vain yleiset raamit empiiriselle analyysille, sillä aineistojen erilaisiin asetelmiin sovellettu analyysi on luovaa käsityömäistä työtä. Näin ollen empiiriseen analyysiin voidaankin soveltaa valittua metodista lähestymistapaa monella tavalla. (Jokinen ym. 2000, 20.)

Analyysissäni olen käyttänyt löyhästi metodisena esikuvana edellä mainitun Tarja Aaltosen tutkimuksen lisäksi myös Erja Sauraman asiakirjoihin pohjautuvaa väitöstutkimusta, jossa tutkitaan

lasten huostaanottokäytäntöjä eri vuosikymmenillä. Myös Sauraman tutkimuksessa käytetään kokonaistarinamuotoista aineiston esittämistä ja analysointitapaa, johon olen omassa tutkimuksessani päätenyt. Saurama rakentaa tutkimuksessaan lastensuojelun asiakirjojen pohjalta tarinoita, jotka mallintavat todellisuutta. Näiden tarinoiden kautta hän tekee tulkintoja ja peilaa niitä kirjallisuuteen. (ks. Saurama 2002.) Saurama suuntaa tutkimuksensa tarkastelun hyvin ”lähelle” aineistoa sekä pyrkii osoittamaan, että pienimittakaavaisen aineiston tarkka kuvaaminen avaa mahdollisuuksia sanoa jotakin myös ”suuremmasta”. Lisäksi aineistonsa käsittelyssä hän on käyttänyt kahta periaatetta; aikaa ja kerronnallisuutta. Sauraman mukaan ”ihmisen on helppo hahmottaa tapahtumat kronologisesti ja pukea ne tarinamuotoon”. (emt., 50, 62.) Näitä edellä esiteltyjä periaatteita pyrin myös toteuttamaan omassa pro gradu -tutkimuksessani.

Myös Anneli Pohjolan väitöstutkimus toimi metodisena esikuvana tutkimukselleni. Asetelmallisesti kyseessä on tapaustutkimus, jossa tutkittiin nuoren aikuisen elämäntulkua toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Pohjola on tutkimuksessaan kiinnostunut muun muassa siitä, miten palvelujärjestelmä onnistuu kohtaamaan ihmisten elämäntulkun. Myös Pohjolan tutkimat ihmiset kuuluivat ”ongelmaryhmään” ja heihin liitettiin leimoja, jotka erottivat heidät niin sanotusti tavallisista ihmisistä. Nämä seikat voidaan jossain mielessä liittää mielestäni myös mielenterveyspotilaisiin. Lisäksi myös Pohjola käytti tutkimuksessaan aineistona osin viranomaisasiakirjoja. Mielestäni Pohjolan käyttämä elämäntulkun käsite tulee myös tavallaan omassa tutkimuksessani esille, sillä kuvaan kolmen mielenterveyspotilaan elämäntulkua heidän asiakasuransa kautta. (Pohjola 1994.) Lisäksi ERI- hankkeen (Metteri 2003a) toimintatutkimuksen tuloksia esittelevä artikkelikokoelma on toiminut tutkimukseni yhtenä esikuvana. Teoksessa esitellään tapaustutkimusartikkeleita erilaisista asiakastapauksista. Myös omassa tutkimuksessani kuvaan asiakastapauksia tapaustutkimuksen tyyliin.

Aloitin aineiston käsittelyn lukemalla aluksi kaikkien kolmen eri sosiaalityöntekijän toimittamat ”tapaukset” kertaalleen läpi. Tällä tavoin sain yleiskuvan siitä, mitä aineisto pitää sisällään. Sen jälkeen päätin keskittyä vain yhteen tapaukseen kerrallaan, koska huomasin, että muuten aineisto olisi vaikea pitää ”kasassa”. Päätin siis tehdä itselleni tapauksen kerrallaan tutuksi, ja tätä kautta myös analysoida yhden tapauksen kerrallaan. Tehokkaan analyysin aikaansaamiseksi, onkin tärkeää käsitellä rajattua aineistomäärää (Silverman 2000, 42, 51–52).

Luin kutakin yksittäistä tapausta todella monta kertaa lävitse, koska aineistoon oli aluksi vaikea päästä ”sisälle”. Tämä johtui muun muassa siitä, että kaikkien tapausten asiakirjat eivät olleet kronologisessa järjestyksessä. Osa asiakirjoista oli tosin valmiiksi aikajärjestyksessä. Asiakirjat eivät vielä kerro asiakkaan elämäkertaa lojuessaan arkistossa. Asiakirjat ovat vain pino pölyisiä papereita, tekstimassaa, joita lukija alkaa järjestää kronologian mukaisesti. (Saurama 2002, 62.) Järjestin asiakirjat kokonaan ajalliseen järjestykseen siten, että asiakirjat alkoivat vanhimmasta ja päättyivät uusimpaan. Numeroin kaikki asiakirjat tämän uuden järjestyksen mukaisesti. Sain asiakirjoista välittyvän tarinan paremmin esille, koska pystyin lukemaan dokumentteja ajallisessa järjestyksessä. Aloin lukea asiakirjoja uudelleen useaan otteeseen ja yritin hahmottaa niistä välittyvää juonellista tarinaa, jolla oli alkunsa, keskikohtansa ja loppunsa (Hänninen 2000, 126). Lukeminen vaati pitkäjänteisyyttä, sillä aineistot sisälsivät monenlaisia minulle entuudestaan tuntemattomia asiakirjoja, joihin saattoi olla aluksi vaikea päästä ”sisälle”. Luin rinnakkain molempia aineistoja; asiakirjoja ja sosiaalityöntekijän kirjoittamaa ammatillista pohdintaa.

”Lukija alkaa rakentaa juonellista tarinaa” lukukokemuksen mielikuvan myötä. Asioiden merkityksellistämisen ja merkitysten ketjuttamisen kautta tapahtuu tarinaksi lukeminen. Tarinat saattavat kuitenkin olla fragmentaarisia ja asiakirjoihin on saattanut jäädä kirjaamatta monia kiinnostavia tapahtumia. Tekstifragmentit saavat merkityksensä juonen löytämisestä. Asiakirjatekstistä muodostuu lopulta tarina, joka alkaa viedä lukijaa mukanaan. Sauraman mukaan tapausten ymmärtäminen tarinoina on läsnä jo tutkimusprosessin ensivaiheissa, ensimmäisissä aineiston lukukokemuksissa. Tarinalle tulee antautua. (Saurama 2002, 62.)

Useiden lukukertojen jälkeen aloin merkitä värikoodeilla ylös seuraavia asioita aineistosta: faktatiedot, syrjäytymistilanteet; joissa henkilöllä on ”mennyt huonosti”, palvelujärjestelmästä väliinputoamiset, sosiaaliturvaetuudet, kohdat; joissa puhuttiin yhteistyöstä muiden tahojen kanssa sekä kohdat; joissa henkilöllä on elämä sujunut paremmin. Tässä kohden käytin siis osittain hyväkseni aineiston keruun rungon teema-alueita. Näiden teemojen avulla pystyin paikantamaan aineistosta eri asioita ja lukiessani hahmottamaan paremmin tarinan juonta. Kuitenkaan mielestäni analyysissa ei ollut järkevää lähteä kertomaan teema-alueittain tyypin tarinaa, vaan värikoodein merkityt teemat toimivat ennemminkin itselleni apuna lukiessani ja hahmottaessani tarinaa. Aineiston rajaamisesta teema-alueisiin käsittelyn helpottamiseksi puhuvat myös Coffey ja Atkinson (1996). Lisäksi tekstiin voidaan merkitä avainsanoja ja käyttää esimerkiksi juuri värikoodeja apuna aineiston käsittelyssä (emt., 28–29). Merkitsin aineiston lukuvaiheessa tekstiin avainsanat syrjäytyminen ja väliinputoaminen.

Lähestyin tarinaa väliinpuotoamisteeman näkökulmasta ja analyysissäni pyrin konstruoimaan henkilön tarinan paikantaen erityisesti ne väliinpuotoamistilanteet palvelujärjestelmässä, jotka ovat vaikuttaneet siihen, että sosiaalityöntekijät ovat valinneet tapauksen aineistoon. Narratiiveja voi analysoida myös esimerkiksi käännekohtien kautta (Coffey & Atkinson 1996, 71). Katson, että omassa tutkimuksessani juuri väliinpuotoamistilanteet olivat eräänlaisia käännekohtia henkilöiden elämässä. Lisäksi havaitsin syrjäytymistilanteet oleelliseksi osaksi tarinaa, joten olen kertonut tarinaa myös niiden esiintuomisen kautta. Kuvaan jokaisen tapauksen kronologisesti, kyetäkseni siten tuomaan paremmin esille ajassa etenevän tarinan. Tarinan myötä toivon voivani tuoda esille ja näkyviin sen, millaisia asiakasuria mielenterveyspotilailla on, millaisia syrjäytymiskokemuksia he kohtaavat polullaan sekä millä tavalla he ovat konkreettisesti väliinpuodonneet sosiaaliturvajärjestelmässä.

Tiedostan sen seikan, että tapausten tarinat päättyvät eri vaiheissa, osassa väliinpuotoamistilanne jää ”kesken”, kun taas toisessa ne saavat jonkinlaisen päätöksen. Myös Tarja Aaltonen, osittain narratiivisella metodilla toteuttamassaan väitöstutkimuksessa, kohtasi saman ilmiön. Tutkimuksen aineisto koostui afaatikkojen kertomuksista, jotka eivät olleet ”valmiita”, vaan jäivät ”ilmaan” vaille sulkeumaa tai sisälsivät ratkaisemattomia ongelmia. Kuitenkaan hän ei pitänyt tätä ongelmana tutkimuksensa kannalta. (Aaltonen 2002, 104.) Ajattelenkin, että kunkin tarinan kautta sosiaalityöntekijöiden tavallisena pitämät mielenterveyspotilaiden väliinpuotoamisilmiöt saadaan näkyville. Eikä aineiston tarinaa olisi ollut mahdollista seurata loputtomiin, vaan aineiston keruu oli katkaistava jossakin kohtaa. Se, mitä henkilön elämässä on aineiston keruun jälkeen tapahtunut tai miten väliinpuotoaminen lopulta ratkennut jää tutkimuksessani arvoitukseksi.

Analyysiosiossa käytän lainauksia melko runsaasti, sillä mielestäni niiden avulla lukijan on helpompi päästä tarinaan kiinni. Lisäksi lainaukset omalta osaltaan valottavat konkreettista väliinpuotoamistilannetta sekä elävöittävät tekstiä. Eräs tutkimuksen vakuuttavuuden osoittamisen keinoista on tutkimuksen lukijoiden tekemä arviointi. Lukijoille tulee osoittaa, miten tutkija on päätenyt tulkintoihinsa. Tämä voidaan osoittaa esimerkiksi aineisto-otteiden huolellisen esittelemisen kautta. Näin lukija voi tehdä niistä myös omia tulkintojaan siitä huolimatta, että tätä esittämistapaa osa lukijoista saattaa pitää raskaana. (Jokinen ym. 2000, 31.)

Aineistossa esiintyville henkilöille olen keksinyt kuvitteelliset nimet. Tunnistettavuuden estämiseksi olen myös muuttanut henkilöiden iät, hävyttänyt asuinpaikat sekä muuttanut/poistanut muita tunnistettavia tietoja, joilla ei ole oleellista merkitystä tarinan kannalta. Lisäksi olen myös

jättänyt lainauksista joitakin sanoja tai katkelmia pois, korvaten ne merkillä x. Tarvittaessa olen selittänyt sulkujen sisällä poisjääneen sanan merkityksen. Asiakirja-aineiston lainausten luettavuutta olen parantanut korjaamalla mahdolliset kielioppivirheet, sillä tutkimukseni kohteena ovat asiasisällöt, ei teksti itsessään. Lainausten perään olen lisännyt sulkuihin tiedon, mistä aineistossa esiintyvistä asiakirjasta olen lainauksen ottanut. Kronologian esiintuomisen parantamiseksi olen myös merkinnyt lainausten jälkeen kuukauden ja vuosiluvun, jotta lukija voi mielessään seurata tarinan ajallista jatkumoa sekä peilata tarinan tapahtumia tutkimuksen alkuosassa esiteltyihin 1990-luvulla tapahtuneisiin muutoksiin, joita mielenterveyspotilaan asiakasuralla tapahtui.

5. VÄLIINPUOTOAMISTARINAT

Väliinpuotoamisen ja syrjäytymisen käsitteet ovat kulkeneet tutkimuksessani rinnakkain pitkän matkaa. Analyysissä konkreettiset väliinpuotoamistilanteet ovat kuitenkin pääosassa. Tietenkään näihinkin tilanteisiin voi liittyä syrjäytyminen. Varsinaisia syrjäytymispolkuja olen jäljittänyt ainoastaan ensimmäisenä kuvatussa Pasin tapauksessa. Tuon esille kaikki nämä aineistosta löytämäni syrjäytymistilanteet ja kuvaan niitä tekstissä tyyliin ”kolmas syrjäytymistilanne”. Olen toteuttanut tämän analyysikokeilun kuitenkin tässä laajuudessaan vain Pasin tarinan kohdalla. Luovuin näin tarkasta syrjäytymistilanteiden paikantamisesta kahden seuraavan tarinan kohdalla. Vesan tapaus osoittautui vieläkin monimutkaisemmaksi kuin Pasin, joten kokosin siinä yhteen eri vaiheita, enkä nähnyt mahdolliseksi kaikkien syrjäytymistilanteiden paikantamista Pasin tapauksen tavoin. Marikan tapauksessa taas syrjäytymistilanteiden paikantaminen ei mielestäni onnistunut samalla tavalla, koska kyseisessä tarinassa oli kyse ainoastaan yhdestä pitkästä hoitojaksosta. Vesan ja Marikan tarinoissakin on kuitenkin joitakin syrjäytymistilanteita paikannettu asiakasuran varrella, muttei samassa laajuudessa kuin ensimmäisenä kuvatussa Pasin tarinassa.

Tiedostan, että kaikissa tarinoissa on saattanut sattua muitakin kuin analyysissä kuvaamiani syrjäytymisiä tai väliinpuotoamisia. Näihin kaikkiin mahdollisiin tapahtumiin ei kuitenkaan tämän tutkimuksen asiakirja-aineiston puitteissa ole mahdollisuutta päästä käsiksi, sillä aineisto kuvaa kuitenkin vain rajallista määrää asioita. Tavoitteeni on tuoda analyysissä näkyväksi mielenterveyspotilaan asiakasuran kulkua, esittää konkreettinen palvelujärjestelmästä väliinpuotoaminen sekä paikantaa mahdollisuuksien mukaan myös niitä kohtia, jolloin asiat ovat lähteneet syrjäytymisurille.

5.1 Pasin tarina – Kaksoisdiagnoosipotilaan kehää kulkeva asiakasura

Ensimmäisenä asiakirja-aineistosta rakentamanani väliinpuotoamistarinaan kuvaan 36-vuotiaan Pasin tarinan palvelujärjestelmässä. Seuraavassa esittelen kuitenkin aluksi aiheeseen johdatteluna tämän aineisto-osuuden toimittaneen sosiaalityöntekijän³ mietteitä Pasin tapauksesta:

³ Merkitsen tämän asiakirja-aineiston keränneen sosiaalityöntekijän puhetta koodilla sosiaalityöntekijä 1.

”Tämän henkilön tapaus muistuttaa tosi usein työssä vastaantulevaa elämäntilannetta:

Kun papereita lukee, huomaa että monenmoista tukitoimea, kuntoutusta ja etuutta on haettu, ja siitä huolimatta laituskierre jatkuu eivätkä asiat selkene tai tilanne seesty. Tässä tapauksessa päihhteiden (amfetamiini yms.) käyttö varmasti vaikuttaa siihen, että elämäntilanne jatkuu mutkallisena. Erityisen ongelmallisena ko. tapauksessa on sopivan asumismuodon järjestäminen.”

”Gradun tutkimuskohteesi on siinä mielessä arvokas, että itse työntekijänä olisi hyvin kiinnostavaa perehtyä oheisiin papereihin ja todella miettiä, mitä on mahdollisesti jäänyt tekemättä ja mitä kaikkea nyt voisi tehdä elämäntilanteen parantamiseksi. Vaikka tässä tapauksessa ei ihan heti pysty paikantamaan joitakin todella selkeitä väliinpuotoamisia, uskon että niitä siellä kuitenkin on. Käytännön työssä kuitenkin helposti tekee vain sen päällimmäisen ja kiireisimmän asian, kuten välttämättömän sosiaaliturvaetuuksien ja käyttörahan järjestäminen.” (sosiaalityöntekijä 1.)

Sosiaalityöntekijän kirjoituksesta käy ilmi, että hänen kokemuksensa mukaan Pasin tapauksen kaltainen asiakastyyppe on hyvin yleinen ja sellainen, johon ainakin tämä sosiaalityöntekijä on usein työssään törmännyt. Kyseessä on siis kaksoisdiagnoosipotilas, jolla on diagnoosina sekä psykiatrinen sairaus että päihderiippuvuus, mikä vaikeuttaa suuresti potilaan kuntoutumisprosessia. Sosiaalityöntekijän kirjoituksesta kuultaa läpi huoli siitä, että käytännön työssä ei välttämättä ole aikaa perehtyä potilaan asioiden järjestämiseen niin hyvin kuin haluaisi, vaan kiireessä tulee tehtyä ne kaikkein kiireellisimmät ja päällimmäiset asiat. Näin ollen paneutuminen kokonaisvaltaisesti potilaan asioihin ei arjen hektisessä työtahdissa ole välttämättä aina mahdollista. Sosiaalityöntekijän mukaan tapauksesta voi olla vaikeaa paikantaa todella selkeitä väliinpuotoamisia, mutta hän uskoo sieltä niitä kuitenkin löytyvän.

Aineiston kuvailu

Kokosin tarinan yhteensä 30 asiakirjasta (46 sivua) Pasin asiakasuran varrelta. Kyseinen aineisto oli laadultaan monipuolisin kaikista kolmesta asiakirja-aineistosta sisältäen useita erilaisia dokumentteja. Aineisto koostui sosiaalityöntekijän kirjeistä muille viranomaisille (7), sosiaalityön muistiinpanoista (6), tarkkailulähetteistä (5), Kelan hakemuksista (4), lääkärinlausunnoista (2), maksusitoumuspyynnöstä, lähetteestä/maksusitoumuksesta, sosiaalityöntekijän lausunnosta,

kuntoutuskotihakemuksesta, sosiaalityön sairauskertomustekstistä ja toimeentulotukihakemuksesta. Lisäksi aineistoon kuuluivat myös sosiaalityöntekijän ammatillinen pohdinta sekä hänen tekemänsä kaaviot potilaan asumisurasta ja palvelujärjestelmässä kulkemisesta sekä tilasto psykiatrisista hoitajaksoista. Vanhimmat dokumentit olivat peräisin 1990-luvun puolivälistä ja uusimmat taas vuoden 2005 puolelta. Pasiin asioita psykiatrisessa sairaalassa hoitaneet sosiaalityöntekijät ovat tuona aikana vaihtuneet useasti. Eli aineiston kerännyt sosiaalityöntekijä ei ole alusta alkaen ollut mukana Pasiin asioita hoitamassa.

Perehdyin Pasiin tapaukseen lukemalla aineiston sisältämiä dokumentteja sekä sosiaalityöntekijän kirjoittamaa pohdintaosuutta lukuisia kertoja yrittäen hahmottaa siitä syntyvää tarinaa. Mielestäni Pasiin tarinan varrella on tapahtunut lukuisia syrjäytymisiä ja kenties palvelujärjestelmästä väliinpuotoamisia jo tarinan varhaisemmissakin vaiheissa. Näitä edellä mainittuja asioita on tapahtunut ainakin siinä mielessä, että palvelujärjestelmä kierrättää häntä yhä uudelleen ja uudelleen järjestelmässä, eikä tilanne tunnu selkeytyvän. Toki dokumentit varhaisemmilta vuosilta jättävät paljon lukijan arvailun varaan ja ehkä selkeitä suurempia palvelujärjestelmästä tippumisia ei sieltä löydykään. Tarinan loppupuolelta paikansin kuitenkin yhden ”isomman” väliinpuotoamisilmiön. Tämän lisäksi päätin Pasiin tarinan kohdalla kuvata kuitenkin myös ne syrjäytymispolut eli tilanteet, joiden myötä asiat ovat hänen kohdallaan lähteneet menemään huonompaan suuntaan. Mielestäni nämä syrjäytymistilanteet kuitenkin luovat pohjan tarinalle ja ovat omalla tavallaan tuomassa näkyväksi ainakin tämän kaksoisdiagnoosipotilaan arkielämää.

Pasiin tarina syrjäytymispolkujen valossa

Pasiin diagnooseina ovat erilaistumaton skitsofrenia sekä monipäihderiippuvuus. Hän on siis kaksoisdiagnoosipotilas. Pasi on ollut vuosia Kelan myöntämällä määräaikaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä. Asiakirjat kertovat Pasiin lapsuudesta ja nuoruudesta seuraavaa:

”...on ollut sijoitettuna lastenkotiin, koulukotiin ja 17-vuotiaasta alkaen hänellä on ollut yht. n. x vuotta kestänyt vankilatuomio x eri vankilajaksosta, joiden aikana hän on ollut hoidettavana myös vankimielisairaaloissa...” (ote sosiaalityöntekijän lausunnosta kansaneläkkeen maksamiseksi Kaupungin sosiaalitoimelle, 01/1996).

Katkelman perusteella lukija voi kenties tehdä joitakin päätelmiä siitä, että Pasiin lapsuudessa ja nuoruudessa kaikki ei ole ollut ruusuilla tanssimista, sillä hän on ollut kodin ulkopuolelle sijoitettuna. Ilmeisesti Pasi on jo nuorella iällä ajautunut tekemään rikoksia ja on niiden myötä tuomittu myös vankilaan. Pasiin kohdalla vaikuttaa siis siltä, että syrjäytymispolku on alkanut jo kovin nuorella iällä. Tähän paikansin siis aineistosta löytyvän ensimmäisen syrjäytymistilanteen. Kovin pitkälle menevää päättelyä Pasiin lapsuuden ja nuoruuden vaiheista ei voi aineiston perusteella tehdä, sillä muualla aineistossa ei ole mainintoja näistä ajoista. Kuitenkin katkelman perusteella voi tehdä sen päätelmän, että lähtökohdat elämään eivät Pasiin kohdalla ehkä ole olleet kovinkaan hyvät. Pasi on jo nuoruudessa ajautunut rikosten myötä syrjäytymispoluille. Pasiin perhesuhteista ei ole asiakirjoissa mainintaa montakaan kertaa. Vanhemmat ovat eronneet ja ainoastaan äidin on mainittu käyvän tapaamassa poikaansa osastolla. Sukulaisten on mainittu asiakirjoissa olleen ”loppuun palaneita” Pasiin tilanteeseen. Tästä lukija voi tehdä päätelmän siitä, että Pasi ei saa paljoakaan tukea kuntoutumiselleen sukulaisiltaan.

Asiakirja-aineiston myötä hahmottamani Pasiin tarina lähtee liikkeelle noin kymmenen vuoden takaisesta tilanteesta, jolloin hän on toista kertaa tullut hoitoon kyseiseen psykiatriseen Sairaalaan⁴. Edellisen hoitajakson aikana hänelle on hankittu Sairaalaan käsin oma vuokra-asunto, johon hänet on sairaalajakson jälkeen kotiutettu. Itsenäinen asuminen kotona ei kuitenkaan onnistunut, josta seuraavat katkelmat kertovat:

”Pasiin hankittiin asunto Sairaalan toimesta, jonne asettui asumaan hoidosta päästyään x [ajankohta mainittu L.O.]. Eläkehakemukset olivat vireillä ja hän asioi sosiaalitoimessa. Hänellä oli mm. sakkoja maksettavana, jotka maksettiin toimeentulotuen laajasta perusosasta. Samoin vuokra maksettiin x asti. Pasiin saatua eläkepäättöksen ja eläkkeet itselle jätti x vuokran maksamatta. Samalla hän ei enää tullut varatulla ajalla sosiaalitoimeen vaan hävisi näkyvistä. Omaiset tekivät poliisille katoamisilmoituksen. Kuun lopulla löydettiin ulkomailta viranomaisten hoivista. Täältä hänet palautettiin Suomeen, jonka jälkeen joutui Sairaalaan hoitoon, jossa on edelleen.”

⁴ Tekstissä esiintyvä Sairaala on Suomessa sijaitseva psykiatrinen sairaala, jonka nimeä en mainitse tunnistettavuuden estämiseksi. Jotta ko. Sairaala erottuu tekstissä esiintyvistä muista sairaaloista, olen kirjoittanut sen isolla kirjaimella.

”Ei maksa itse eläketulostaan vuokraa, koska on siinä käsityksessä, että sosiaalitoimen pitäisi maksaa. Lisäksi viettää juopottelevaa elämää ja eristäytyy.” (otteita sosiaalityöntekijän esityksestä Kansaneläkelaitokselle eläkkeen maksamisesta sosiaalilautakunnalle, 01/1996.)

Toisessa asiakirjassa asiaa kuvataan seuraavalla tavalla:

”Kun asui yksin kaupunginosassa x asunnosta löytyi teräaseita, kertonut myös käyttäneensä hassista päivittäin. On tyhjä, vetäytynyt, apaattinen, ei juurikaan keskustele mistään. Sairaudentunnoton, ei tarvitse mielestään hoitoa täällä.”

”Asuminen sujui alkuun hyvin, koska kävi jatkohoidossa osastolla x [tekstistä ei käy ilmi, mikä ko. hoitopaikka on, L.O.] ja sosiaalitoimi maksoi vuokran. Kun eläke tuli itselle x [ajankohta mainittu L.O.], jätti vuokran maksamatta ja katosi maisemista.”

”Osasto y oli ajatellut kotiuttaa potilaan omaan asuntoon, mutta viikonloppulomalla jätti heti lääkkeitä ottamatta eikä kyennyt tekemään mitään. Päätettiin siirtyä kuntoutusputkeen ja antaa asunto pois.” (otteita Sairaalan sosiaalityöntekijän muistiinpanoista, 11/1996.)

Edellä mainitut lainaukset kertovat toisesta Pasiin tarinan kohdalla tapahtuvasta syrjäytymistilanteesta. Lopulta kotiuttamisen jälkeinen itsenäinen elämä ei sujunutkaan. Kaikki meni vielä hyvin, kun sosiaalitoimi maksoi Pasiin vuokran ja toimi tavallaan näin hänen edunvalvojanaan. Kun eläkerahat tulivat hänelle itselleen elämä ryöstäytyi jälleen käsistä. Asiakirjat tuovat esiin senkin, että ilmeisesti Pasiilla oli väärä käsitys siitä, että sosiaalitoimen pitäisi edelleen maksaa hänen vuokransa. Varmasti myös sosiaalityöntekijän asiakirjassaan kuvaama, usein skitsofreniapotilaille ominainen, sairaudentunnottomuus oli osasyynä tilanteen luisumiseen käsistä. Toinenkin kotiuttamisyritys epäonnistui, kun Pasi jätti lääkkeitä ottamatta lomallaan. Nämä lainaukset siis osoittavat, että kaksoisdiagnoosipotilaan voi olla vaikea tulla toimeen omillaan kotonaan, sillä kotona on suuri vaara sortua taas päihteisiin ja tämä yhdistettynä sairaudentunnottomuuteen ja sen myötä mahdolliseen lääkkeiden pois jättämiseen saattaa pahentaa tilannetta hyvin nopeasti. Tällä toisella laitoshetvällä Sairaalan sosiaalityöntekijä ryhtyi myös

valmistelemaan välitystiliasiakkuutta⁵ Kaupungin hoidettavaksi. Sosiaalityöntekijän mukaan ”...Laitostaustastaan, assosiaalisesta käyttäytymisestäään ja päihteiden käytöstään johtuen hänellä ei ole riittävää käsitystä käytännönasioiden hoitamisesta. Lisäksi hänen psyykinen sairautensa ilmenee eristäytymisenä omiin oloihin, niin että hän ei juurikaan ota vastaan apua edes lähimmiltä omaisiltaan...” (ote Sairaalan sosiaalityöntekijän lausunnosta eläkkeen maksamiseksi sosiaalilautakunnalle, 01/1996.) Uskon, että välitystilat ovatkin paikallaan juuri mielenterveyspotilaiden kohdalla ja estämässä syrjäytymisiä siinä mielessä, että vuokrat ja muut vastaavat kuukausittaiset menot tulevat varmasti hoidetuksi, mikäli henkilöllä itsellään ei ole kykyä asioitaan hoitaa.

Pasin kohdalla paluu omaan vuokra-asuntoon ei enää onnistunut, vaan asunto jouduttiin irtisanomaan. Pasin kohdalla tästä alkoi noin kahden vuoden pituinen yhtäjaksoinen laitosjakso Sairaalassa. Seuraavat asiakirjat kertovat vasta kahden vuoden päästä tapahtuneista asioista.

”Todetaan, että kuntoutuminen on edennyt asuntolaan x alkaen. Potilas käy tunnollisesti keittiöautolla työssä, aamuheräämiset eivät tuota vaikeuksia. Kotityöt tekee. Kuitenkin viihtyy yksin, ei liity. On mietitty jatkosuunnitelmia: toimintakeskus, opisto jne., mutta toiveena sitkeästi oman asunnon saaminen. Vihdoin päästään kompromissiin: jos Kuntoutuskotiketju joustaisi ja tarjoaisi Pasille tuetun asumisen ja työsalikäynnit hän voisi suostua. Sovitaan Kuntoutuskotiketjun kanssa, että Pienkotiin voisi ajatella ja neuvottelu pidetään siellä. Mukaan tulee omahoitaja x.” (ote hoitoneuvottelusta, Sairaalan sosiaalityöntekijän paperit, 10/1997.)

Asiakirjojen perusteella voidaan päätellä, että kahden vuoden laitosjakso on nyt siinä pisteessä, että Pasin kuntoutuminen on edennyt ja hän on jossakin vaiheessa siirtynyt osastolta Sairaalan asuntolaan. Sairaalassa olo tulee kuntoutumisen myötä tarpeettomaksi ja jatkosuunnitelmia mietitään. Kun yksimielisyys on saavutettu asiasta, Pasin matka siis etenee kuntoutuskotiin. Seuraavat asiakirjat Pasin potilasuran varrelta kertovat hänen ajautuneen kuitenkin jälleen sairaalahoitoon jo noin kahden kuukauden kuluttua uloskirjautumisesta. Lisäksi hoitohistoriassa mainitaan myös kaksi kokeilujaksoa Kuntoutuskotiketjun alaisuudessa toimivalla Kuntoutustuvalla,

⁵ Välitystili merkitsee sitä, että asiakkaan eläke tai muu säännöllinen tulo maksetaan sosiaalitoimiston tilille ja asiakas saa rahat sovitussa erissä omalle tililleen. Välitystilisopimuksia tehdään asiakkaille, joilla on rahankäyttönsä hallinnassa vaikeuksia. (Metteri 2004, 105.)

joka järjestää muun muassa erilaisia elämisen taitoja opettavia kursseja. Näillä on haluttu ”varmistaa tulevan asumisen onnistuminen uloskirjoituksen jälkeen...” (ote lähetteestä/maksusitoumuksesta lääkinnälliseen kuntoutukseen, 04/1998). Tämän jälkeen Pasiin tiedoissa on vielä merkinnät hänen olleen psykiatrisessa hoidossa kertaalleen seuraavina kahtena vuotena. Seuraava Sairaalan sosiaalityöntekijän tekemä kirjaus kertoo tilanteesta, jonka olen paikantanut kolmanneksi syrjäytymistilanteeksi.

”Tulee Kuntoutuskotiketjun Kuntoutustuvalla. Paljon sairaalahoitoja takana sekä lyhyt vankilatuomiokin vuonna x. Lääkekielteinen, hoitokielteinen, haluaa vain oman asunnon ja rahankäytön itselleen. Hankkii mömmöjä kaupungilta, tilanne ajautui Kuntoutustuvalla siihen, että viimeisen kerran annettiin mahdollisuus yrittää. Oli x aikana jopa talonmiehen töissä Annantien kuntoutuskodissa ja sai Kuntoutustuvan yhteydessä oman tukiasunnon, mutta ei pystynyt hallitsemaan elämäänsä.”/.../”Eivät enää voi ottaa Kuntoutustuvalla, pyydettiin kysymään Kuntoutuskotiketjulta olisiko muita vaihtoehtoja, esim. kuntoutuskoti, jossa lääkkeet jaetaan. Potilas itse ei halua...” (ote Sairaalan sosiaalityöntekijän papereista, 10/1999.)

Pasi on taas ajautunut syrjäytymispoluille, huumeet ovat jälleen kuvioissa eikä itsenäinen elämä tukiasunnossa sujunut. Takana on myös ilmeisesti rikoksia, joista Pasi on saanut vankilatuomionkin. Välillä on sujunut jo paremmin, ja tämän myötä hän on päässyt asumaan omaan tukiasuntoon. Ilmeisesti näin itsenäinen elämä osoittautui mahdottomaksi hallita ja tie ajautui taas syrjäytymispoluille.

Kuntoutuskotiketjuun kuuluva hoitopaikka ei voi Pasia enää ottaa asukkaakseen kyseisessä tilanteessa ja täten uuden kuntoutuskotipaikan etsiminen tulee ajankohtaiseksi. Uusi paikka järjestyykin Sairaalan sosiaalityöntekijän järjestämänä Kuntoutuskoti x:sta, ja Pasi pääsee Kuntoutuskoti x:n ryhmäkotiin, ja viettää sosiaalityöntekijän mukaan: ”...neljä vuotta tukevasti tuetussa yksityisessä nuorille mielenterveysongelmallisille suunnatussa hoitokodissa.” Asiakirjoissa alkaa tämän jälkeen pitkä, noin neljä vuotta kestävä tauko, jonka aikana Pasista ei ole mitään merkintöjä. Pasi on siirtynyt asumaan ryhmäkotiin ja hänen raha-asioitaan hoitaa kanslisti sosiaalivirastossa, hän on siis niin sanottuna välitystiliasiakkaana. Jatkohoitoa antaa Kaupungin kotityöryhmä. Tämä Pasiin tarinassa oleva aukkopaikka laittaa lukijan tekemään sen johtopäätöksen, että tässä kohtaa asiakasuraansa Pasilla on mennyt paremmin. Sosiaalityöntekijän mukaan uusi

kuntoutuskoti on ”*tukevasti tuettu*” eli Pasi selkeästi tarvitsi tiukemmat rajat tarjoavan asumismuodon pystyäkseen saamaan elämänsä taas hallintaansa.

Seuraava Pasiin asiakirjoissa esiintyvä merkintä on M1- tarkkailulähete⁶. Asiakirjasta käy ilmi, että Pasi on vuotta aikaisemmin aloittanut ammattiin valmistavat opinnot. Tämä ohjaa tekemään siis sen päätelmän, että Pasilla on tosiaan mennyt paremmin tuona ajanjaksona, jolloin hänestä ei ole dokumenteissa mainintaa. Kuitenkin tilanne on taas ajautunut huonommaksi. Olen paikantanut tästä kohden neljännen syrjäytymistilanteen. Pasiin tilanne on pahentunut, sillä hän on jälleen lopettanut omatoimisesti lääkityksen ja on joutunut tämän myötä psykoosiin. Seuraavat asiakirjat kertovat omaa tarinaansa siitä, että uusi sairaalakierre on taas alkanut. Saman vuoden aikana Pasi on viisi kertaa laitosjaksolla Sairaalassa. Seuraavassa lainaus Kaupungin mielenterveyspalveluihin kuuluvan kotityöryhmän tarkkailulähettestä, jonka myötä toinen laitosjakso Sairaalassa alkoi.

”Ollut syksystä x ammattiopistossa valmentavalla opintojaksolla. Opinnoissa pärjännyt hyvin ja on jatkamassa syksyllä opintoja perustutkinnon parissa. Viikko sitten tullut lomalle asuntoonsa x [asuinalue mainittu L.O.], jättänyt palaamatta kouluun. Ollut n. viikon ilman lääkitystä. Sanoo, ettei ole nukkunut viikkoon.” (ote kotityöryhmän tarkkailulähettestä, 05/2004.)

Asiakirjat tuovat siis esille, että Pasi on jossakin vaiheessa siirtynyt Kuntoutuskoti x:sta omaan vuokra-asuntoon. Jälleen ollaan siinä tilanteessa, että omatoiminen asuminen ei ole onnistunut. Pasi on jättänyt lääkkeet ottamatta ja joutunut psykoosiin. Kolmannen hoitajakson asiakirjat tuovat näkyville jälleen myös päihteidenkäytön.

”...on ilmoittanut kouluun, ettei enää mene sinne. Ajattelee kuitenkin voivansa jatkaa siellä vuoden kuluttua, jos ei ole siihen mennessä saanut töitä.”/.../”Kertoi käyttäneensä subutexia kotona ennen sairaalaan joutumista. Ei silti miellä olevan päihdeongelmaa.”/.../”Kaveripiiri ilmeisesti päihdeporukkaa, joille ei uskalla sanoa ei ilman bentsoja, jos pyrkivät kylään. Silti ei halua muuttaa asuinalueeltaan ja luopua näistä kavereistaan.”/.../”Koska neuvottelu jää pelkäksi inttamiseksi eikä pärjääminen avohoidossa näytä realistiselta, jatketaan

⁶ M1- lomake on tarkkailulähete, joka voidaan tehdä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon esitettävästä henkilöstä.

hoitoa.”/.../”Kotona yksin pärjääminen heikkoa.” (otteita Sairaalan sosiaalityöntekijän muistiinpanoista hoitoneuvottelussa, 08/2004.)

Katkelman myötä voi tehdä sen johtopäätöksen, että asiat ovat taas luisuneet syrjäytymispoluille: varmasti päihdeporukkaan ajautuminen on suurena syynä tähän. Lisäksi sairautentunnottomuus ajaa jättämään lääkkeet pois. Kotona pärjääminen on mahdotonta kyseisessä tilanteessa. Viidennen laitospäivän jälkeen sosiaalityöntekijä alkaa hankkia kuntoutuskotipaikkaa Pasiille. Aineiston toimittanut sosiaalityöntekijä kuvaa tilannetta seuraavalla tavalla:

”Hänellä on ollut toistuvia hoitajaksoja meidän aikuisten akuuttipsykiatrian osastolla parin viime vuoden aikana. Aina, kun hoitajakso loppui, hän tuli hyvin nopeasti takaisin sairaalaan päihteitä käyttäneenä ja huonokuntoisena. Vuokra-asunnosta luopumisen jälkeen hänelle hankittiin kuntoutuskotipaikka, johon kaupungilla oli ns. ostopalvelusopimus, minkä vuoksi maksusitoumuksen saamisessa ei ollut ongelmia. Mutta myös täältä hän palasi hyvin nopeasti takaisin sairaalaan, koska ei siellä pärjännyt mm. sen vuoksi, ettei paikassa ollut henkilökuntaa öisin, jolloin hänen ahdistuksensa oli voimakkaimmillaan. Itse henkilö toi myös esiin tarvitsevänsä vankat rajat ja strukturoidun päiväohjelman päihdeongelmansa kurissapitämiseksi. Tämän epäonnistuneen kokeilun jälkeen hän kuitenkin kokeili uudestaan ko. kuntoutuskodissa asumista, mikä epäonnistui myös.” (sosiaalityöntekijä I.)

Sosiaalityöntekijän tarinasta välittyy, että kyseinen kuntoutuskoti ei ollut tälle potilaalle välttämättä kaikista soveltuvien paikkojen joukosta. Pasi tarvitsisi tiukempirajaisen kuntoutuskodin hoitoa pysyäkseen ”kuivilla”, kuten jo aikaisemmat kokemukset ovat osoittaneet. Tästä kohden paikansin asiakirjoista välittyvän viidennen syrjäytymistilanteen; Pasi oli sortunut jälleen käyttämään huumeita jo kuntoutuskotijakson alkuvaiheissa. Lisäksi hänen raportoitiin olleen aggressiivinen toista asukasta kohtaan. Pasiille annettiin kuitenkin toinen mahdollisuus. Lääkärintuomio puolestaan tuovat esille, että Pasiin ”.. sairaus on krooninen, hoitotulos riippuu paljon hoitomotiivista ja raittiina pysymisestä.” (ote sairaalan lääkärinlausunnosta, 02/2005) Myös oma hoitomotiivisuus on oleellinen asia kuntoutuksessa, mutta jos tämänkaltainen kaksoisdiagnoosipotilas tarvitsee kuntoutumisensa alkutaipaleella runsaasti valvontaa ja tiukkoja rajoja, niin esimerkiksi kuntoutuskoti, joka tällaisia rajoja ei pysty tarjoamaan, ei ole paras mahdollinen paikka kaksoisdiagnoosipotilaalle.

Kaksoisdiagnoosipotilaan väliinputoaminen palvelujärjestelmässä

Varsinainen aineistossa selvimmin esiintyvä väliinputoamistilanne saa alkunsa, kun kuntoutuskoti ei enää voi ottaa Pasia takaisin, vedoten lähinnä huumeidenkäyttöön. Pasi siis siirtyy pidemmälle hoitajaksolle Sairaalaan. Haasteena on löytää kaksoisdiagnoosipotilaalle soveltuva jatkohoito/asumispaikka. Hoidon aikana tavoitteena on kartoittaa perusteellisesti sitä, millaista tukea Pasi tarvitsisi arkiasumiseensa, jotta kykenisi elämään laitoksen ulkopuolella ilman, että tulisi taas lyhyen ajan kuluttua takaisin Sairaalaan. Hoitajakson aikana tullaan siihen lopputulokseen, että Pasi *”...päryjäisi asumismuodossa, jossa olisi riittävän strukturoidut rajat ja tietyntyyppistä päihdeongelmallisille nuorille aikuisille suunnattua ohjattua toimintaa.”* (sosiaalityöntekijä 1). Sosiaalityöntekijä ryhtyy selvittämään, mistä löytyisi kyseisen kaltainen kuntoutuskotipaikka ja onnistuukin sellaisen löytämään. Kyseisessä kuntoutuskodissa olisikin juuri vapautumassa muutama nuorille tarkoitettu paikka. Kyseessä on pienkoti, jossa mielenterveyskuntoutuja voi osallistua portaittaiseen kaksoisdiagnostisoiduille suunniteltuun kuntoutumisohjelmaan. Tämä pienkoti voisi tarjota Pasille hänen tarvitsemansa riittävät rajat. Lisäksi paikan sijainti on sopivan syrjäinen, mikä tukisi Pasiin pyrkimystä päästä erilleen vanhoista päihdetutuistaan. asiat eivät kuitenkaan suju sosiaalityöntekijän toivomalla tavalla:

”Tämänkaltainen kuntoutuskoti löydettiin, mutta maksusitoumusta tänne ei kuitenkaan säästösyistä myönnetty, koska kaupungilla ei ollut ostopalvelusopimusta ko. paikan kanssa. Sen sijaan asumispaikaksi osoitettiin kaupungin kanssa ostopalvelun omaava kuntoutuskotiketju, johon henkilöllä on jo epäonnistuneita kokeiluja.” (sosiaalityöntekijä 1.)

Kunnan tekemä ostopalvelusopimus siis hyvin pitkälti sanelee, mihin potilas kuntoutetaan. Tässä tapauksessa Pasi olisi haluttu sijoittaa saman Kuntoutuskotiketjun hoitolaitokseen, josta hänellä on jo epäonnistuneita asumiskokeiluja asiakasuransa varrelta. Mikäli Pasi olisi sinne sijoitettu, olisi ollut hyvin mahdollista, että samankaltainen kierre hoitolaitoksen ja sairaalajaksojen välillä olisi taas lähtenyt liikkeelle. Mielestäni tällaisissa tapauksissa tulisi käyttää tilannekohtaista harkintaa ja miettiä todella, mikä on potilaalle itselleen parhaaksi pidemmällä aikavälillä.

Pasiin tapauksessa Sairaalaan käsin ei kuitenkaan nähty tarpeenmukaiseksi sijoittaa häntä Kuntoutuskotiketjun laitokseen. *”Näin syntyi tilanne, jossa maksusitoumuksen saamisen vaikeuden vuoksi laitoshoidon pitkeytyminen, henkilö oli ”sosiaalisin indikaatioin” sairaalassa.”* (sosiaalityöntekijä 1). Pasiin tilannetta voidaan siis kuvata väliinputoamiseksi palvelujärjestelmässä siinä mielessä, että

vaikka Pasi vointinsa puolesta oltaisi voitu jo kotiuttaa, hänen laitosjaksonsa Sairaalassa pitkittyi sen vuoksi, ettei sopivasta jatkohoitopaikasta päästy yksimielisyyteen. Vaikka uusi sopivampi hoitopaikka oli löytynyt, Kaupungin tekemän ostopalvelusopimuksen vuoksi sinne ei voitu maksusitoumusta myöntää. Asiakirjojen mukaan tuo hoitojakso Sairaalassa kesti vielä lähes neljä kuukautta.

Käänne parempaan Pasin tarinassa: sosiaalityöntekijän sinnikkyys palkitaan

Asiakirja-aineisto tuo esille Pasin väliinpuotoamistarinassa näyttäytyvän käänteen parempaan. Lopulta maksusitoumus soveltuvampaan kuntoutuskotipaikkaan myönnetään. Sosiaalityöntekijän oma pohdinta tuo näkyville kyseisen sosiaalityöntekijän tekemän suuren työn, jotta Pasille järjestyisi sopivampi kuntoutuskotipaikka.

”...mitä kirjauksessa ei tule esiin, on se suunnaton työ, jonka tein sopivan kuntouttavan asumispaikan saamiseksi. Eli toisin sanoen maksusitoumuksesta päättävän avohoidon ylilääkärin ”uhkailu, mielistely ja kiristys” puhelimitse. No, ei nyt sentään, mutta paljon työtä meni sopivien argumenttien ja perusteluiden keksimiseen, että ”miksi juuri...”. Kyse ei ole ollenkaan siitä, että ko. ylilääkäri olisi jahkaillessaan maksusitoumuksen myöntämistä...henkilönä jotenkin epäoikeudenmukainen tai pelokas tekemään järkevältä tuntuva asumispäätöstä, vaan siitä että järjestelmätasolla (kunnan rahoituksessa) mielenterveyspotilaiden asumiseen liittyvä korvamerkitty budjetointi estää sijoittamasta ihmisiä heille sopiviin paikkoihin. Noustessaan tätä kunnan rahallista etua vastaan yksittäinen työntekijä ottaa eräällä tavalla riskin, kun toimii vastoin ”ruokkivaa kättä”. Onneksi tässä tapauksessa ylilääkäri lopulta käytti harkintaa ja teki ratkaisun, joka lyhyellä aikavälillä on kunnalle epäedullinen, mutta pidemmällä aikavälillä henkilölle itselleen että mahdollisesti myös kotikunnalle kannattava ratkaisu, kun sen ei enää tarvitse maksaa sairaanhoitopiirille kuntaosuuksia tästä henkilöstä.” (sosiaalityöntekijä 1.)

Kyseinen episodi tuo mielestäni esille sen, että tässä tapauksessa sosiaalityöntekijän oman ammatillisen aktiivisuuden varassa oli paljolti se, miten Pasin tilanne saatiin ratkaistua. Tässä tilanteessa kävi lopulta hyvin, kun sosiaalityöntekijän pitkällisen työn myötä Pasi pääsi hänelle paremmin soveltuvaan kuntoutuskotipaikkaan. Väliinpuotoamistilanne saatiin korjattua sekä jo kauan jatkunut kierre vaihtuvien asumispaikkojen ja laitushoitojaksojen välillä mahdollisesti

katkaistua. Paljon tietenkin riippuu myös Pasista itsestään, miten kuntoutuminen sujuu ja pysyykö hän erossa päihteistä, mutta lähtökohdat kuntoutumiseen ovat nyt varmasti paremmat. Sairaalan sosiaalityöntekijän mietteet ovat positiiviset uudesta kuntoutuskodista ja Pasin siellä pärjäämisestä: *”...vierailu vahvasti ajatukseni siitä, että hyvin todennäköisesti henkilö tulee paikassa pärjäämään, ja myös viihtymään. Paikka oli aika vahvasti rajattu, miehinen ja ”skrode”, jollaisia ostopalvelusopimuksen kuntoutuskodit eivät pääsääntöisesti ole. Ne ovat varmasti myös hyviä kuntoutuskoteja, mutta eivät samalla sapluunalla toimiessaan voi soveltua KAIKILLE.”* (sosiaalityöntekijä 1.) Ostopalvelusopimuksen kuntoutuskodit voivat olla hyviä ja toimivia, mutta kaikille ne eivät välttämättä sovellu. Mikäli on jo kokemusta, ettei kuntoutuminen onnistu tämän kaltaisissa paikoissa, on mielestäni perusteltua etsiä sopivampi kuntoutuspaikka ostopalvelusopimuksen ulkopuolelta. Tämä varmasti palvelee pitemmällä aikavälillä paremmin sekä potilasta että kuntaa, mikäli hoidon onnistuessa potilaan tilanne seestyy ja kierre saadaan katkaistuksi.

Emme voi tietää, miten Pasin tarina tästä eteenpäin jatkuu. Ainakin lähtökohdat ovat nyt paremmat hänen päästyä paremmin kaksoisdiagnoosipotilaalle soveltuvaan kuntoutuskotiin. Tämä väliinputoamistilanne siis kääntyi lopulta parhain päin. Tarinan tarkoitus oli kuitenkin tuoda näkyväksi se seikka, että kaksoisdiagnoosipotilaalle voi olla vaikea löytää jatkoasumispaikkaa. Seuraavassa sosiaalityöntekijä kuvaa tilannetta:

”Juuri tämänkaltaiset huumeita/päihteitä käyttävät mielenterveysongelmaiset ovat tilanteessa, että sairaalan jälkeinen tuettu ja kuntouttava jatkoasumispaikka on todella vaikea löytää. Sitten on kotiutettava vain ”johonkin” esim. vuokra-asuntoon, jossa käytännön asumisen tukimuotona on sosiaalinen isännöinti (psykiatrisena jatkohoitona mielenterveystoimisto), vaikka aikaisemmat kokemukset ovat näyttäneet, että tällaisessa asumismuodossa tämä ihminen ei välttämättä pärjää.” ”Mistä löytää sopiva asumismuoto, joka olisi riittävän tukeva ja jossa ns. kaksoisdiagnoosi ei olisi este asumiselle?” (sosiaalityöntekijä 1.)

Tapauksen Pasilla oli halu muuttaa itsenäiseen asumiseen, mutta nämä toistuvat yritykset eivät onnistuneet. Hänen kohdallaan itsenäinen asuminen ja avohoidon palvelut eivät olleet toimiva vaihtoehto. Pasin väliinputoamistapaus kääntyi lopulta parhain päin, mutta mielestäni tapaus toi esille sen, että kaksoisdiagnoosipotilaat ovat väliinputoajaryhmä asumispalvelujen suhteen. He ovat varmasti vaativa asiakasryhmä, kuntoutumispolun varrella on suuri vaara sortua päihteisiin ja tällöin

asumispaikan tulisi olla tarpeeksi tukeva ja selkeät rajat asettava. Yllä oleva sosiaalityöntekijän teksti tuo esille huolen vaikeudesta löytää jatkohoitopaikka kaksoisdiagnoosipotilaille. Pasiin asioita hoitanut sosiaalityöntekijä onnistui ”taistelemaan” Pasille paremmin soveltuvan hoitopaikan ja kenties onnistui näin katkaisemaan kierteen. Teksti tuo esille kuitenkin sen, että aina näin hyvin asiat eivät järjesty. Kaksoisdiagnoosipotilaille voi olla vaikea löytää jatkohoitopaikkaa ja sosiaalityöntekijän mukaan usein on vain kotiutettava ”johonkin”, kuten esimerkiksi vuokra-asuntoon, jossa potilas ei välttämättä itsenäisesti pärjää.

Seuraavaksi siirrän tarkasteluni rahallisiin etuuksiin. Sosiaalityöntekijän mukaan Pasiin tapauksessa rahallisten etuuksien suhteen ei ollut havaittavissa väliinputoamista;

”Näkemykseni mukaan ko. ihminen on saanut mm. kelan etuudet suhteellisen asiankuuluvasti, lisäksi taloudellisten asioiden hoito on onnistunut, ainakin silloin kun henkilöllä on ollut sosiaalitoimiston ns. välitystilinhoitaja hoitamassa kuukausittaisia raha-asioita ja toimimassa ikään kuin edunvalvojana säännöstellessään potilaan käyttörahoja.” (sosiaalityöntekijä 1).

Asiakirjat eivät tässä tapauksessa tuoneet esille mitään näkyvämpää väliinputoamista Kelan etuuksien suhteen. Varmasti myös useiden sairaalahoitojen myötä, sosiaalityöntekijät ovat voineet olla vaikuttamassa siihen, että etuudet on laitettu hakuun ajallaan. Sosiaalityöntekijän paperit tuovat kuitenkin esille, että Pasiin sairauspäiväraha-oikeus on evätty työssäoloehdon puuttumisen vuoksi hänen ensimmäisen hoitajaksonsa tienoilla ja näin ollen Pasi on tipahtanut toimeentulotuen varaan. Tämä siis tukee sitä seikkaa, että sairausvakuutuksen muutos ansiosidonnaisuuden suuntaan on ollut mielenterveyspotilaiden elämään vaikuttava asia. Lakimuutoksen myötä siis luovuttiin tulottomille maksetusta vähimmäispäivärahasta ja näin sairauspäivärahajärjestelmä muutettiin turvaamaan pelkästään menetettyjä ansiotuloja universaalien sairausriskien turvaamisen sijaan. (Maljanen & Niemelä 2000, 75).

Väliinputoaminen tulevaisuudessa?

Välitystiliasiakkuutta sosiaalityöntekijä pitää merkittävänä Pasiin raha-asioden kunnossa pitämiseksi. Kuitenkin tarinan lopulla edettiin sellaiseen vaiheeseen, että välitystiliasiakkuus ei sosiaalityöntekijän mukaan ole enää mahdollinen ja edunvalvojan hankkimisesta on keskusteltu useaan otteeseen Pasiin kanssa. Pasi haluaa kuitenkin hallita itse rahankäyttöään eikä edunvalvojaa

hankita. Sosiaalityöntekijän olisi mahdollista tahdonvastaisestikin hakea edunvalvojaa potilaalle, mutta ko. sosiaalityöntekijä ei kuitenkaan päädy tähän tahdonvastaiseen ratkaisuun käytyään keskusteluja potilaan ja hänen omahoitajansa kanssa, koska kokee, että Pasilla on vielä ”sairastamisestaan ja päihteidenkäyttöhistoriastaan huolimatta sellaista toimijuutta, ettei hänen taloudellisen holhoukseen saattaminen tuntunut oikealta ratkaisulta.” (sosiaalityöntekijä 1). Toisaalta Pasi on aikaisemmin ollut välitystiliasiakkaana, joten itsenäisestä raha-asioiden hoidosta ei ole juurikaan näyttöä. Sosiaalityöntekijä pohtiikin, onko tässä nyt mahdollisesti riski tulevaisuuden väliinpuotoamiselle;

”Toisin sanoen, saattaa olla että hän joutuisi riittämättömän rahojenkäytön vuoksi vaikkapa perintätoimistojen asiakkaaksi tai ulosmittauksen. Voisi siis ajatella, että tämä edunvalvojan hakematta jättäminen voi esimerkiksi viiden vuoden kuluttua näyttää tyypilliseltä väliinpuotoamistilanteelta, kärjistetysti sanoen heitteillejätöltä, johon ko. henkilö palvelujärjestelmässä joutui...” (sosiaalityöntekijä 1.)

Tämänkaltainen tilanne on tietysti mahdollinen tulevaisuudessa. Asioiden onnistuminen riippuu paljolti Pasiin kuntoutumisesta ja siitä onnistuuko päihteistä erossa pysyminen. Tilanne on sosiaalityöntekijän kannalta vaikea: osoittaako luottamusta potilaan kuntoutumista kohtaan ja antaa hänelle mahdollisuus omien raha-asioidensa hoitoon ja tätä kautta mahdollisesti onnistumisen kokemuksiin vai hakea hänelle tahdonvastaisesti edunvalvojaa ja tämän myötä osoittaa tavallaan epäluottamusta potilaan kykyyn hoitaa asioitaan. Emme voi nähdä tulevaisuuteen. Tämä tilanne tuo mielestäni näkyville sen, että sosiaalityöntekijä on monesti työssään vaikeiden tilanteiden edessä: kuinka paljon tulee tehdä potilaan puolesta ja missä vaiheessa kuntoutumisprosessia taas tukea potilasta ottamaan itse enemmän vastuuta asioistaan.

5.2 Vesan tarina – Kaksoisdiagnoosipotilaan monimutkainen asiakasura

Toinen asiakirja-aineistosta rakentamani tarina käsittelee ensimmäisenä kuvatun Pasiin tarinan tapaan myös kaksoisdiagnoosipotilaan mutkallista ja pitkittynyttä, yli kymmenen vuotta jatkunutta, asiakasuraa. Aineiston koonnut sosiaalityöntekijä⁷ kuvaa tapausta seuraavalla tavalla:

⁷ Merkitsen jatkossa hänen puheensa koodilla sosiaalityöntekijä 2.

”Ensisijaiseksi potilastapaukseni valintakriteeriksi muodostui potilaan tilanteen tyypillisyyden sijaan pikemminkin hoitohistoria, jossa esiintyy useita potilastapauksia yhdistäviä hoitoon/hoitopaikkojen saamiseen liittyviä tyypillisiä ongelmia.”

”Kaksoisdiagnoosiasiakkaan asema; ´pallottelua´ päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä.”

*”Potilastapausta valitessani sekä asiakasuraansa läpikäydessäni mietin ko. henkilön hoitohistorian kulkua sekä tehtyjä ratkaisuja (sairaalaan näyttäytyvältä osin) **yleisemmällä tasolla -- lisäksi erityisemmin hänen kohdallaan.** Valitsin ko. potilaan asiakasuran paljolti siksi, että sairauden alkuvaihe ei nähdäkseni ole erityisen epätavallinen, vaikka potilas on sairastunut vakavasti jo nuorena. Syrjäytyminen on käynnistynyt nuorena, lyhyen ajan sisällä ja edennyt pitkälle nopeasti.” (sosiaalityöntekijä 2.)*

Sosiaalityöntekijän kokemuksen mukaan Vesan hoitohistoriassa esiintyy tyypillisiä, useita potilastapauksia yhdistäviä ongelmia. Sen vuoksi hän on kokenut Vesan tapauksen täyttävän tyypillisyyden vaatimukset, jotka olivat kriteerinä aineiston keruussa. Vesan tarinan sisältä löytyy varmasti paljon niin sanotusti tyypillisiä tilanteita, syrjäytymisiä ja väliinpuotoamisia, jotka ovat muillekin mielenterveyspotilaille tuttuja. Myös edellä kuvattuun Pasiin tarinaan löytyy paljon yhtäläisyyksiä. Sen vuoksi tämän tarinan rakenne muodostuikin suppeammin kuvatuksi. Asiakirjojen kautta jäljittämäni Vesan asiakasura oli vielä ensimmäistä tarinaakin mutkikkaampi ja vaikeammin asiakirjoista tarinaksi rakentuva. Tämän vuoksi rakentamassani tarinassa ei ole ehkä paikannettu kaikkia asiakasuralla tapahtuneita syrjäytymisiä, vaan olen niputtanut yhteen erilaisia asiakasuran vaiheita ja keskittynyt kuvaamaan vaiheista keskeisempiä.

Aineiston kuvailu

Vesan tarinan aineisto oli laajin kaikista kolmesta aineistosta, sisältäen yhteensä 108 sivua. Laadullisesti aineisto oli kahden muun tapauksen aineistojen välimuoto. Aineisto koostui pääosin sairauskertomusteksteistä (76 sivua). Muita asiakirjoja olivat: hoitosuunnitelmat; sisältäen sosiaalityöntekijän muistiinpanoja (9), tarkkailulähteet (6), lääkärinlausunnot (3), viranhaltijan päätöspöytäkirjat (3), lääkärinlausunto edunvalvojaa varten, lähete, kuntoutusjakson loppuraportti sekä hoitohenkilökunnan jäsenen kirje kuntoutuskotiin. Lisäksi aineistoon kuuluivat myös

sosiaalityöntekijän tekemä asiakasuran kuvaus sekä hänen ammatillinen pohdintansa, joka oli kirjoitettu suurimmaksi osin ”ranskalaisin viivoin”.

Sairaalassa on ollut hoitajaksojen aikana yhteensä kuusi eri sosiaalityöntekijää hoitamassa Vesan asioita. Lisäksi kuusi muuta sosiaalityöntekijää on ollut mukana järjestämässä hänen asioitaan kotikuntien vaihtuessa yhteensä kolme kertaa. Tämä omalta osaltaan osoittaa sen, kuinka monen eri ammatti-ihmisen kanssa mielenterveyspotilas voi olla tekemisissä asiakasurallaan. Aineiston kerännyt sosiaalityöntekijä kokee, että tästä on seurannut kokonaisvastuun puutetta. Useat työntekijät ovat olleet hoitamassa potilaan asioita ja tästä on seurannut, ettei mikään taho oikein ota kokonaisvastuuta.

”- kokonaisvastuun puute, useat eri hoitotahot ja työntekijät, (kotikunnan muutokset em. liittyen, usein sairauteen liittyvänä).” (sosiaalityöntekijä 2).

Aineiston laajuuden ja asiakasuran mutkikkuuden vuoksi pyrin keskittymään tarkemmin vain väliinputoamis- ja syrjäytymisteeman kannalta merkittäviin vaiheisiin, ohittaen muut vaiheet lyhyemmin maininnoin ja pyrkien yhdistelemään niitä. Uskoakseni tämä on myös lukijaystävällisempi tapa.

Ensimmäisen syrjäytymisen paikantaminen – Huumeidenkäyttö vie syrjäytymispolulle jo nuorella iällä

Vesa on 27-vuotias mies, jota on sairauskertomuspapereissa kuvattu vaikeaksi kaksoisdiagnoosipotilaaksi: diagnoosina ovat skitsofrenia sekä vaikea päihdeongelma. Huumeet ovat olleet osa Vesan elämää jo nuoruudesta saakka. Hoitajaksoja Sairaalassa on papereiden mukaan yhteensä yhdeksän. Lisäksi hänellä on useita hoitajaksoja myös muista sairaaloista. Seuraavassa kuvaan asiakirjojen myötä paikantamani ensimmäisen syrjäytymistilanteen sekä taustoitan Vesan tarinaa nuoruudesta lähtien.

Asiakirjoista alkava Vesan tarina lähtee liikkeelle tilanteesta, jossa hän tulee omaistensa ohjaamana asiakkaaksi nuorisopsykiatrian poliklinikalle, josta hänet siirretään lopulta useita kuukausia

kestävään osastohoitoon. Vesan omaiset ovat huolestuneita pojan masennuksesta, laihtumisesta sekä huumeiden käytöstä.

Vesan vanhemmat ovat eronneet hänen ollessa 10-vuotias ja hänellä on ollut vaikeuksia sopeutua uusioperheessä asumiseen. Koulussa Vesa on aina ollut hyvä oppilas. Koulunkäyntiä on kuitenkin varjostanut kiusaaminen. Lukion Vesa on yllättäen keskeyttänyt ja lähtenyt vieraalle paikkakunnalle opiskelemaan keskiasteen tutkintoa. Asiakirjojen mukaan erosta huolimatta perhe näyttäytyy tukevana elementtinä läpi Vesan tarinan. Seuraava ote kertoo Vesan asiakirjoista paikantuvasta ensimmäisestä syrjäytymispoluille vieneestä ajasta:

”...kertoo 9. luokan aikana käyttäneensä kannabista aika paljon isojakin määriä. Käyttänyt lisäksi amfetamiinia, jota viimeksi viime kesänä. Käyttänyt myös LSD:tä ja kerran heroinia. Samoin sanoo syöneensä sieniä viime syksynä samoin kuin nyt syksyllä. Viimeksi sanoo polttaneensa kannabista viikko sitten maanantaina. Jo aiemmin peruskoulun 9. luokalla Vesalla ollut laihtumisen vaihe. Nyt jälleen laihtunut selvästi, ollut ahdistunut ja masentunut.” (ote psykiatria -lehdeltä, 11/1996.)

Ote kertoo karua kieltä siitä, kuinka nuorena huumeiden käyttö voikaan alkaa kaikesta valistamisesta huolimatta. Asiakirjojen perusteella voin tehdä sen päätelmän, että juuri huumeiden käytöllä on ollut merkittävä negatiivinen vaikutus Vesan elämän luisumiseen raiteiltaan. Vesalla todetaan syömishäiriö sekä vakava mielenterveyshäiriö. Vesa on hoidossa pakkohoitopäätöksellä, sillä häneltä itseltään puuttuu täysin sairaudentunto ja tämän vuoksi hän on vastahakoinen hoidon suhteen. Vesan koulunkäynti keskeytyy. Viikonloppulomilla Vesa käyttää toistuvasti huumeita. Välillä elämäntilanteet näyttäytyvät kuitenkin valoisampanakin ja ajoittain huumeiden käyttöä ei esiinny. Hoito päättyy ja Vesan tulevaisuuden suunnitelmat selkiytyvät lukion aloittamisen myötä. Vesa pääsee myös Kelan kustantamaan psykoterapiaan. Seuraava ote tuo kuitenkin hyvin esille sen, kuinka tilanne voi muuttua radikaalisti lyhyenkin ajan sisällä:

”Palaveri on koottu sen tähden, että Vesan huumeidenkäyttö on riistäytymässä käsistä. Viimeisen kuukauden ajan käyttänyt vanhempien näkemyksen mukaan ainakin hassista ja amfetamiinia. On lopettanut koulun käynnin ja terapiakäynnit x:llä sekä lääkkeet. Vuorokausirytmä on sekaisin, kulkee kaupungilla kavereiden kanssa ja välillä käy kotona syömässä ja lepäämässä. Asenne huumeisiin on edelleen sellainen, että pystyy omasta

mielestään käytön hallitsemaan...”/.../”Kotiväen mukaan Vesan kaveripiiri on jonkun verran muuttunut...” (ote nuorisopsykiatrian poliklinikan verkostotapaamisesta, 11/1997.)

Huumeiden käyttö on jälleen osa Vesan elämää ja tämän myötä ovat jääneet koulunkäynti, kuten myös muut normaalin arkielämän rutiinit. Vanhemmat ovat valmiita jopa huostaanottoon, jotta päihteidenkäyttö saataisiin katkaistua. Vapaata huumevieroitusta ei kuitenkaan järjesty vaikeaan tilanteeseen, mikä omalta osaltaan kertoo karua totuutta 1990-luvun säästöpolitiikasta. Avopuolen hoitona A-klinikan tapaamiset, yhteistyö sosiaalitoimen kanssa ja Vesan oma päätös lopettaa huumeiden käyttö tuovat kuitenkin väliaikaisen ratkaisun tilanteeseen. Vesa muuttaa omaan vuokra-asuntoon, asioi sosiaalitoimessa ja pohdiskelee työpaikan hakua. Paperit eivät kerro hänen tilanteestaan mitään lähes kahteen vuoteen. Seuraava kontakti Sairaalaan antaa kuitenkin viitteitä lukijalle, että huumeiden käyttö on jatkunut papereissa olevan tauonkin aikana. Aineiston koonnut sosiaalityöntekijä pohtii:

”- mm. sairastamishistorian alkuvaiheen ratkaisujen tärkeys, sairauden etenemiseen/kroonistumisen estämiseen vielä helpompi vaikuttaa” (sosiaalityöntekijä 2).

Ehkäpä juuri katkaisuhuoltoon pääsyn vaikeus sairastamishistorian alkuvaiheen ratkaisuna, jonka tässä tapauksessa miellän väliinputoamiseksi palvelujärjestelmässä, aiheutti syrjäytymisen jatkumisen pitkälle aikuisuuteen. Omin voimin huumeriippuvuutta vastaan taistelu ei ainakaan tässä tapauksessa ollut pysyvää.

Ensimmäinen kontakti Sairaalaan – Pitkän asiakasuran alku

”Kyseessä mies, joka tuli kriisityöryhmän lähettämänä M1 –lähetteellä hoitoon psykoosin vuoksi. Ei aikaisempia hoitoja Sairaalassa, vuonna x ollut x kk:n hoito sairaalassa x syömishäiriön ja hajanaisuuden vuoksi, tällöin neuroleptilääkitys. Järjestetty jatkohoito, jossa potilas käynyt vain lyhyen aikaa. Ennen Sairaalaan tuloa ei minkäänlaisessa avohoidossa 3 vuoteen.”/.../”Potilaalla x [ajankohta mainittu L.O.] lähtien kaksi työnteon yritystä, jotka kummatkin epäonnistuneet psykoottisen oireilun vuoksi.”/.../”...aloittanut varusmiespalvelun, joka keskeytynyt myös muutaman viikon kuluttua...”/.../”...päässyt x alaa opiskelemaan, mutta jättänyt kuitenkin opiskelut kesken...”/.../”Huumeidenkäyttöä on ollut, käyttänyt kannabista, amfetamiinia ja jotakin hallusinogeeniä. Kertomansa mukaan viimeksi kannabista käyttänyt

kuukausi pari sitten.”/.../”On tällä hetkellä työttömänä, ei ammattia.”/.../”Ei ole myöskään hankkinut mitään toimeentuloa, ei toimeentulotukea eikä työttömyyskorvausta, kavereilta lainannut rahaa pärjätäkseen.”/.../”Potilas nyt hyvin ambivalentti sairaalahoidon suhteen, omasta mielestään ei mitään hoidettavaa, täysin sairaudentunnoton paranoidisten ajatuskuvioiden ja oudon käytöksen suhteen. Sanoo, että pärjäisi avohoidossa ja voisi siellä käyttää lääkkeitä. Toisaalta nyt osastolla ei mihinkään lääkitykseen suostu.” (otteita sairauskertomuksesta sekä lääkärinlausunnosta, 4–5/2000.)

Edeltävä pitkä lainaus valaisee hieman sitä, mitä Vesan elämässä on papereissa olevan tauon aikana tapahtunut. Asiakirjoista välittyy kuva, että aika ajoin elämä on sujunut myös hyvin. Vesalla on ollut yritystä elämässään; takana on työsuhteita, opiskelua ja varusmiespalvelun yrityskin. Psykoottinen oireilu ja lääkityksen puuttuminen kuitenkin ovat tehneet mahdottomaksi niin sanotussa normaalissa elämänrytmissä kiinnipysymisen. Vesa on ollut lähes kolme vuotta täysin ilman lääkitystä ja avohoidon palveluja. Seuraavassa sosiaalityöntekijän näkemys tähän asiaan:

*”- sairaudentunnottomuus liittyy psykoottiseen sairauteen, harhat ym. oireet potilaalle todellisia, aiheuttaa lääke- ja hoitokielteisyyden.
- aivokemian merkitys; sairaus kroonistuu väijäämättä ilman riittävää lääkehoitoa. Lisäksi ennuste huononee, mitä kauemmin sairaus hoitamatta. Em. vuoksi nuorena/sairauden alkuvaiheessa hoito ja lääkitys erityisen tärkeää.” (sosiaalityöntekijä 2.)*

Näen mielenterveyspotilaille tyypillisenä väliinpuotoamisena/syrjäytymisenä sen, että sairaudentunnottomuus johtaa hoitamattomuuteen, josta aiheutuu sitten lisää ongelmia. Tässä Vesan tapauksessa tuli esiin myös se tyypillinen piirre, että henkilö ei ollut ymmärtänyt tai halunnut hakea itselleen kuuluvia etuisuuksia, vaan lainaillut rahaa ja täten mahdollisesti myös velkaantunut. Tämän näen myös väliinpuotoamisena. Hoitajakson päätteeksi potilas uloskirjoitetaan Sairaalasta kaverinsa osoitteeseen ja viikoittainen jatkohoito sovitaan mielenterveystoimistoon. Seuraava Sairaalajakso toteutuu kuitenkin jo hyvin pian. Vesa tuodaan jälleen hoitoon M1-lähetteellä.

”Lääkkeet jättänyt syömättä pari viikkoa sitten, jonka jälkeen vointi huonontunut.”/.../”Myös avohoitokäynnit mielenterveystoimistossa jääneet yhteen käyntiin.”/.../”Potilas ajalehtii elämässään.”/.../”On sairaudentunnoton.” (sairauskertomusteksti, 6/2000.)

Avohoidossa pärjääminen yksin näyttäytyy Vesan kohdalla mahdottomalta, kuten myös Pasin tilanteessa aiemmin. Sairaudentunnottomuus on ajanut Vesan jättämään lääkityksen pois sekä lopettamaan käynnit mielenterveystoimistossa. Vesalle sovitaan pistoksin annettava lääkitys jatkossa. Sairaalaista kirjoittautumisen jälkeen Vesa muuttaa toiselle paikkakunnalle ja näin ollen hänen kotikuntansa vaihtuu. Hänelle varataan aika sosiaalityöntekijän toimesta uuden kotipaikkakunnan (kunta B) sosiaaliasemalle. Lääkityksen jatkaminen huolehditaan jatkossa kuitenkin entisellä kotipaikkakunnalla (kunta A). Sosiaalityöntekijän muistiinpanot kuitenkin kertovat sen, että Vesa on jo kuukauden kuluttua kieltäytynyt lääkityksestä. Hoito on kuitenkin ainakin periaatteessa siirretty uuden kotipaikkakunnan mielenterveystoimistoon. Sosiaalityöntekijän muistiinpanot tuovat esille sen, että vaikka potilas on ilmeisen huonokuntoinen, tilanteelle ei voida tehdä mitään Sairaalan taholta.

Seuraavaksi Vesan asiakasura jatkuu neljän peräkkäisen sairaalajakson kautta toisen alueen sairaalassa (kunta B). Vesa on edelleen täysin sairaudentunnoton ja lääkehoitokielteinen. Sairaalajaksojen välissä hän toistuvasti laiminlyö lääkehoidon ja ajautuu hyvin nopeasti uudelleen sairaalahoitoon. Tilanteet toistavat itseään ja kierre on valmis. Lisäksi paperit kuvaavat häntä hoitamattomaksi: hygienia unohtuu ja esimerkiksi asunnossakin sähkölaitteet ovat jääneet päälle. Vesa saa asunnostaan hädän ja hankkii erään sairaalajakson päätteeksi asunnon jälleen uudesta kotikunnasta (kunta C). Vesan sairaudentunnottomuudesta kertoo jotakin myös se, että hän lähtee muutamaa otteeseen ulkomaille. Pienen aineistoni perusteella olen havainnut, että kaksoisdiagnoosipotilaille voi olla tyypillistä juuri tämä kuljeskeleva päämäärätön elämäntapa. Sosiaalityöntekijä pohtiikin:

”Asunnottomuusko ainut vaihtoehto? Usein pitempiaikaisesti asunnottomat psykiatrisen sairaalan potilaat käytännössä asumiskyvyttömiä: kuljeskeleva elämäntapa, ei pysty asettumaan tai pysymään asumisessa tai paikkakunnalla asunnon saatuaan.”
(sosiaalityöntekijä 2.)

Myös aineiston kerännyt sosiaalityöntekijä on työssään havainnut asumiskyvyttömyyden ja kuljeskelevan elämäntavan. Kuljeskeleva elämäntapa saa aikaan myös sen, että potilas ei välttämättä kykene sitoutumaan avohoitoon kotikuntien ja hoitopaikkojen vaihtuessa. Tällöin myöskään kokonaisvastuuta potilaan hoidosta ei kanna välttämättä mikään taho.

Tämän jakson viimeisimmän sairaalahoidon päätteeksi Vesa pääsee asumaan uudessa kotikunnassa (kunta C) sijaitsevan kuntoutuskodin tukiasuntoon useaksi kuukaudeksi. Dokumentit eivät kerro hänen tilanteestaan mitään lähes vuoteen, kunnes seuraava kontakti Sairaalaan paljastaa hänen menettäneen kuntoutuskotipaikkansa:

”Noin vuosi sitten siirtynyt kuntoutuskodin tukiasuntoon. Epäsosiaalisuutta, rikoksia, huumeiden käyttöä. Nyt ei pysty maksamaan hoitomaksujaan, koska rahat menevät huumevelkoihin. Oli huumevieroitushoidossa x [paikka mainittu L.O.], tiettävästi keskeytti hoidon. Ei pysty huolehtimaan itsestään...” (tarkkailulähete tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon esitettävästä henkilöstä, 02/2003.)

Sairaalajakson jälkeen uuden kotikunnan (kunta C) sosiaalityöntekijä hankkii Vesalle toisen kuntoutuskotipaikan. Tämä asumisyrittäminen kaatuu kuitenkin siihen, että Vesa ei siirry sovitusti kuntoutuskotiin, vaan vaihtaa jälleen kotikuntaansa (kunta D) ja hankkii oman vuokra-asunnon. Tämän jälkeen asiat alkavat mennä vieläkin huonompaan suuntaan.

Erään väliinpuutoamisen paikantaminen – Jatkokuntoutuspaikan saamisen vaikeus

Vesan asiakirjoista paikannettava asiakasura on täynnä syrjäytymispolkuja ja väliinpuutoamisia. Seuraavassa kuitenkin kuvaan mielestäni asiakirjoista selkeimmin välittyvän väliinpuutoamisilmiön palvelujärjestelmässä. Kotikunnan (kunta D) vaihtumisen jälkeen Vesa on menettänyt jälleen vuokra-asuntonsa ja ajautunut asunnottomaksi.

”Edellisen hoitajakson jälkeen ei kuntoutuskotiin mennyt”/.../”Asunut x [asuinalue mainittu, L.O.] vapailta markkinoilta hankkimassaan yksiössä 1-2 kk. Ja sitten jälleen lopettanut lääkityksensä ja noin kuukautta myöhemmin potilaan elämä ollut niin sanotusti täysin levällään. Vuokrat maksamatta, hävittänyt asunnostaan astiat, suurimman osan vaatteistaan jne. Kesän ajan asunut ja nukkunut taivasalla. Ruokia hankkinut roskiksista ja lopulta virka-apupyynnön kautta x päivystysasemalle ja jälleen MI –menettelyin Sairaalaan.”/.../”Potilaan jatkohoidon osalta päihdeongelma todennäköisesti merkittävä este tai ainakin hidaste kuntoutuskotityyppisissä paikoissa.” (lähete aikuispsykiatrian osastolle 09/2003.)

Vesan tarinan kautta tulee hyvin näkyväksi se, kuinka mutkikas kaksoisdiagnoosipotilaan asiakasura voi olla. Tilanteet toistuvat kerta toisensa jälkeen: sairaalajakson jälkeen lääkkeet jäävät ottamatta, kunto huononee, asunto menetetään, asunnottomuus alkaa ja näiden myötä jälleen uusi sairaalakierre.

”Potilaan sairautentunnottomuus ja vaikeus hyväksyä esim. lääkehoitoa ylläpitäneet nyt vuosia toistuvaa sairaalakierrettä ja väliaikoina lääkkeettömissä vaiheissa potilas ollut suorastaan heitteillä, taivasalla oman onnensa nojassa.” (sairauskertomusteksti hoitoneuvottelusta 10/2003.)

Erään Sairaalassa pidetyn hoitoneuvottelun tuloksena päädytään ratkaisuun, että Vesa tarvitsee *”selkeästi tuetumpaa jatkohoitopaikkaa”*. Hänestä on myös kuitenkin tehty lähete Sairaalan akuuttipsykiatrian pitkäaikaisosastolle. Kaikki hoitavat tahot eivät kuitenkaan näe kyseistä osastoa oikeaksi paikaksi Vesalle. Vesalle aletaankin järjestää kuntoutuskotipaikkaa, jossa hän käy aluksi tutustumiskäynnillä. Paikka miellyttää Vesaa ja tulevaisuuden suunnitelmat ohjautuvat kohti tuota kuntoutuskotia. Seuraava ote kuitenkin kertoo käänteestä, jonka miellän väliinputoamiseksi palvelujärjestelmässä:

”Potilaan jatkosuunnitelmana ollut kuntoutuskoti x [ostopalvelusopimuksen kuntoutuskoti L.O.], missä käynyt tutustumiskäynnillä. Täältä tullut nyt kielteinen päätös, edellytyksenä hoitoon pääsulle parempi psyykkinen kunto sekä sairautentunto ja sitä kautta oma motivaatio kuntoutumiseen. Tämän jälkeen omahoitaja x selvitellyt jatkohoitomahdollisuuksia paikassa x sijaitsevan pienkodin [ostopalvelusopimuksen ulkopuolinen kuntoutuskotiin L.O.] suhteen. Tänne periaatteellisella tasolla mahdollisuus päästä, mutta kyse kotikunnan eli Kunnan maksusitoumuksen saamisesta.” (sairauskertomuksen hoitoneuvotteluteksti 10/2003.)

”Potilasta yritettiin myös kuntoutuskotiin y [ostopalvelusopimuksen ulkopuolinen kuntoutuskotiin L.O.], mutta sinne potilas ei kuntalaisena saanut maksusitoumusta. Näin ollen hän on tällä hetkellä osastolla odottamassa jatkopaikkaa ja ilmeisesti siirtyy pitkäaikaisosastolle x hoidon pitkittyessä” (ote lääkärinlausunnosta 11/2003.)

”Potilas odottelee paikkaa kuntoutuskotiin x [ostopalvelusopimuksen kuntoutuskoti L.O.] tai y [ostopalvelusopimuksen ulkopuolinen kuntoutuskotiin L.O.], ei ole enää erikoissairaalahoidon tarpeessa.” (sairauskertomus 11/2003.)

Vesa jää siis ilman kunnan ostopalvelusopimuksen alaista kuntoutuskotipaikkaa, sillä häntä ei muun muassa sairautentunnottomuuden vuoksi katsota paikkaan soveltuvaksi asukkaaksi. Myöskään paikka toisesta, ostopalvelusopimuksen ulkopuolisesta, kuntoutuskodista ei järjesty. Aineiston keränneen sosiaalityöntekijän sanoin:

”Alueella toinen, tukevampi kuntoutuskoti [ostopalvelusopimuksen ulkopuolinen kuntoutuskoti L.O.], jossa matalammat vaatimukset. Kotikunnasta maksusitoumus hylätty, sillä kunta ei käytä edes poikkeustapauksissa mitään yksityistä mielenterveyskuntoutujien kuntoutus- tai palvelukotia. Hoitajakso päättyi, kun potilas kieltäytyi palaamasta lomalta, uloskirjoitettu poissaolevana, vapaaehtoiselta pohjalta hoidossa tuolloin.”

”- kunnan antamat kuntoutuspaikkavaihtoehdot, määrittyvät usein tarpeenmukaisuuden sijaan taloudellisin perustein.”

*”Ko. kunnassa päätökset perustuvat kuitenkin mahdollisimman pieniin kustannuksiin.”/.../”
Em. yli 200.000 asukkaan kaupunki on solminut sopimuksen yhden kuntoutuskotiasumista tarjoavan palveluntuottajan kanssa. Tämän yksikköjen toiminnan kannalta sinänsä ymmärrettävästi asettamat edellytykset asukkaaksi pyrkivän kuntoutujan psyykkiselle voinnille ja toimintakyvylle ovat nykyisin lyhyiden akuuttihoitojen jälkeen liian korkeat.”
(sosiaalityöntekijä 2.)*

Mielenterveyspotilaat ovat siis väliinputoajia siinä suhteessa, että jatkohoitoapaikan löytyminen voi olla todella ongelmallista. Rakennemuutoksen jälkeen on siirrytty entistä lyhyempiin sairaalajaksoihin, joiden jälkeen potilas ei myöskään ole välttämättä siinä kunnossa, että kykenisi avohoidon kuntoutuspaikkojen vaatimiin tavoitteisiin. Sosiaalityöntekijän kokemuksen mukaan usein kunnalle taloudelliset ratkaisut ajavat potilaan kannalta parempien ja tarkoituksenmukaisten ratkaisujen ohi. Kunta siis voi toimia vastoin potilaan kannalta parasta ratkaisua. Tässä tapauksessa Vesalle mahdollisesti sopivampaan matalampien vaatimusten paikkaan kunta ei siis voinut myöntää maksusitoumusta vedoten ostopalvelusopimukseen. Kuitenkaan ostopalvelusopimuksen altakaan ei kuntoutuskotipaikkaa Vesalle löytynyt. Tässä voidaan paikantaa väliinputoamistilanne, sillä ihminen jäi tässä tilanteessa täysin vaille minkäänlaista kuntoutuskotipaikkaa. Myös itsenäiset asumiskokeilut olivat toistuvasti epäonnistuneet. Lisäksi asiakirjoista selviää, että Vesa ei pääse asumaan edes asunnottomille tarkoitettuun hoitokotiin tai päihdepalvelujen ensisuojaan.

Sosiaalityöntekijä kirjoittaa:

”- psykoosi/skitsofrenia sairautena, johon olennaisesti liittyy sairautentunnottomuus ja näin hoitokielteisyys sekä alentunut toimintakyky

- em. suhteessa kuntoutuspaikkojen vaatimuksiin:

- näillä ymmärrettävästikin mahdollisuus valita asukkaansa, edellyttävät näiltä riittävän hyvää psyykkistä vointia, ts. toimintakykyä sekä lisäksi sitoutumista yhteisöön ja kuntoutuskotipaikan yhteisiin töihin. Kaikilla potilailla ei koskaan mahdollisuutta saavuttaa tavoitteita. Nykyisessä akuutissa osastohoidossa myös vaikea harjoitella arjen toimia jatkokuntoutusta varten.

- vs. sairaalapaikkojen vähäisyys, osastohoidon pitkittymisen mielekkäisyys/ tarkoituksenmukaisuus erityisesti nuorella tai vastikään sairastuneella potilaalla. Laitostuminen ja kroonistuminen em. asioihin liittyen.

- sairaala/laitoskierre vuosien kuluessa, kun ei sopivaa kuntoutuspaikkaa ja/tai oikea-aikaisesti?” (sosiaalityöntekijä 2.)

Sosiaalityöntekijän mukaan on ymmärrettävää, että kuntoutuskodit voivat valita asukkaansa. Tosiasia on kuitenkin se, että kaikilla mielenterveyskuntoutujilla ei ole mahdollisuutta ylittää kuntoutuskotien tavoitteisiin. Huonokuntoisemmille tulisi olla enemmän tarjontaa eivätkä kunnan ostopalvelusopimuksen kaltaiset asiat saisi aiheuttaa sitä, että joku henkilö saattaa jäädä kokonaan vaille sairaalahoidoin jälkeistä kuntoutumispaikkaa. Myöskään pitkäaikaista sairaalahoitoa sosiaalityöntekijä ei koe aina mielekkääksi kuntoutumismuodoksi mielenterveyspotilaalle. Kenties Vesan tarinan kaltainen usean vuoden pituinen sairaalakierre olisi voinut olla estettävissä, mikäli hänelle soveltuva ja tarpeeksi tukeva hoitopaikka olisi löytynyt jo asiakasuran alkutaipaleella. Tietysti paljon ongelmia liittyy myös sairauteen liittyvään sairautentunnottomuuteen ja sitä kautta myös hoitomotivaatioon.

”-Kaksoisdiagnoosipotilaiden vaikeaa saada riittävän tuettua asumista. Päihdeiden käyttö liittyy yhä useammin erityisesti nuorten potilaiden sairastamiseen. Ostopalvelusopimuksen kuntoutuskodeissa akuuttia päihdeongelmaa ei kuitenkaan hyväksytä.” (sosiaalityöntekijä 2.)

Tämänkin sosiaalityöntekijän kokemus on siis se, että ongelmia liittyy kaksoisdiagnoosipotilaiden tuetun asumisen saamiseen. Erityisen ongelmalliseksi tässä kunnassa tilanteen tekee se, että juuri palveluntarjoajana etusijalle asetetut ostopalvelusopimuksen kuntoutuskodit eivät välttämättä huoli asukkaikseen kaksoisdiagnoosipotilaita. Juuri heidän ongelmiinsa kohdennettua

kuntoutuskotipaikkaa on ensinnäkin vaikea löytää ja toiseksi ostopalvelusopimus voi estää sinne pääsyn. Tässä tilanteessa potilas väliinpuotoaa palvelujärjestelmästä.

Tässä tapauksessa Vesa kuitenkin koki väliinpuotoamisen yhteiskunnan palvelujärjestelmästä jääden tilanteessa täysin ilman Sairaalan jälkeistä hoitopaikkaa. Yhtäläisyyksiä löytyy paljon verrattuna Pasiin tarinaan. Erona on kuitenkin se, että tilanteessa Pasiille lopulta järjestyi ostopalvelusopimuksen ulkopuolinen, paremmin hänelle soveltuva kuntoutuskotipaikka. Joskin tämän järjestyminen vei useita kuukausia, jotka Pasi vietti Sairaalassa.

Seuraavassa sosiaalityöntekijä kertoo tästä kuukausien odottelusta. Tämä kertoo mielestäni siitä, että psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisen jälkeen ei ole esimerkiksi syntynyt tarpeeksi sairaalahoidon ulkopuolisia avopuolen hoitoa tukevia kuntoutuskotipaikkoja kaikille asiakasryhmille.

”- Erityisesti vaikeahoitoisten ja/tai pitkään sairastaneiden kuntoutujien tehostetun tuen kuntoutuskotipaikkaa joutuu odottamaan useita kuukausia. Päättäneeltä vuodelta osastopotilasesimerkit sekä viiden että kuuden kuukauden jonottamisesta, kun ko. potilaat jonossa ensimmäisenä.” (sosiaalityöntekijä 2.)

Palataan jälleen Vesan tarinaan. Asiakirjoista paikannettava tarinan jatko on surullista luettavaa; tarina tuntuu jatkuvan kiertokulkuaan ja tilanteet toistuvat. Vesa ajautuu uudestaan Sairaalaan jo muutaman kuukauden kuluttua ja tätä seuraavat vielä neljä muuta sairaalajaksoa. Vesa jatkaa kuljeskelevaa ja harhailevaa elämäntapaansa, käyttää huumeita ja yhteisiä neuloja muiden aineenkäyttäjien kanssa, on asunnottomana ja nukkuu autiotaloissa. Avohoitopuolella hän asioi A-klinikan, kriisityöryhmän sekä kriisikeskuksen kanssa. Yllättävä käänne tarinassa tapahtuu, kun lopulta ostopalvelusopimuksen ulkopuolinen kaksoisdiagnoosipotilaalle soveltuvampi kuntoutuskotipaikka myönnetäänkin. Aikaa on asiakirjojen mukaan kulunut kuitenkin jo reilusti yli vuosi ensimmäisestä yrityksestä. Sosiaalityöntekijä kuvaa seuraavassa sitä, kuinka tähän tilanteeseen lopulta päädyttiin:

”X:n [asiasta päättävän tahon L.O.] kanssa käydyn kahden kuukauden mittaisen keskustelun tuloksena tukevamman kuntoutuskodin perusteista potilaan kohdalla. Potilaan sairaus oli kroonistunut ja sosiaalinen syrjäytyminen edennyt välillä kuluneena aikana.” (sosiaalityöntekijä 2.)

Kuntoutuskodissa asuminen, kuten myös sitä edeltänyt päihdehoitajakso, kuitenkin epäonnistuvat. Ehkä pitkä odottelu pahensi entisestään tilannetta ja Vesan sosiaalinen syrjäytyminen oli edennyt jo liian pitkälle, kuten sosiaalityöntekijä yllä kuvasi. Kenties pitkä odottelu oli liikaa Vesan tapauksessa eikä hyviä tuloksia sen vuoksi enää voitu saavuttaa. Kun tarvittavaa apua järjestyi, oli se tässä tapauksessa kenties jo liian myöhäistä. Yllä oleva lainaus kuitenkin antaa viitteitä siitä, että myös tämän tapauksen sosiaalityöntekijä joutui tekemään kovasti työtä ajaakseen läpi kantaansa kyseisen hoitopaikan saamiseksi. Aiemmin sosiaalityöntekijän kuvauksen mukaan oli ilmoitettu, että *”kunta ei käytä edes poikkeustapauksissa mitään yksityistä mielenterveyskuntoutujien kuntoutus- tai palvelukotia.”* Ratkaisut voivat siis riippua myös paljolti siitä, kuinka kauan sosiaalityöntekijät jaksavat ”vääntää kättä” saadakseen asian läpi ylemmillä tahoilla.

Lopulta Vesalle haetaan edunvalvoja hoitamaan hänen asioita. Vesalla on takanaan myös itsemurhayritys, minkä voi nähdä viimeisenä avunpyyntönä. Avopuolella A-klinikkasäätiön hoitopiste on järjestämässä verkostopalaveria Vesan asioiden selvittämiseksi. Asiakirjoista paikannettava Vesan tarina päättyy huumevieroitushoidon suunnitelmiin.

”Potilaan moninainen problematiikka huomioiden nähdään pyrkimykset pidempiaikaiseen kuntouttavaan päihdepsykiatriseen hoitoon perustelluiksi.” (sairauskertomusteksti 05/2005).

Emme voi tietää, kuinka Vesan tarina jatkuu ja saadaanko hänen asioitaan lopulta parempaan suuntaan. Kuntoutuminen riippuu tietenkin paljon potilaasta itsestään, mutta tarinat ovat osoittaneet senkin, ettei palvelujärjestelmämme toimi aina ajoissa ja siitä voi löytyä puutteita. Harkinnan käyttäminen tilannekohtaisesti voisi kenties estää pitkien sairaalakierteiden ja mutkikkaiden asiakkuusurien muodostumisen.

5.3 Marikan tarina – Väliinpuotoamistapaus lastensuojelupalvelujärjestelmässä

Marikan tarina tuo esille kahteen edellä kuvattuun tarinaan verrattuna täysin erilaisen tilanteen eli nuoren tytön väliinpuotoamistarinan palvelujärjestelmässä. Johdantona tähän tarinaan toimii aineiston keränneen sosiaalityöntekijän⁸ ajatus:

⁸ Merkitsen jatkossa hänen puheensa koodilla sosiaalityöntekijä 3.

”Mietin pitkään, kenet valitsisin ”tapaukseksi”, kunnes mieleeni nousi tyttö, joka on ollut hoidossa mm. nuorisopsykiatrian osastolla. Hän on monellakin tapaa väliinputoaja suhteessa lastensuojelun palveluihin ja viranomaisten aktiiviseen ja asialliseen suhtautumiseen.” (sosiaalityöntekijä 3.)

Marika on 14-vuotias nuori. Hänen vanhempansa ovat eronneet Marikan ollessa 5-vuotias. Marika asuu äitinsä luona ja tapaa isäänsä harvakseltaan. Koulussa Marikalla on ollut vaikeaa kiusaamisen vuoksi. Koulun vaihdon myötä asiat ovat kuitenkin sujuneet paremmin: Marikalla on uusia kavereita ja hän menestyy koulussa. Marikan lapsuutta ja nuoruutta on kuitenkin varjostanut äidin alkoholin käyttö.

Aineiston kuvailu

Marikan tarinan aineisto eroaa laadullisesti kahdesta muusta aineistosta. Aineisto koostuu kokonaan sairauskertomusteksteistä (42 sivua). Sairauskertomustekstit ovat peräisin kolmelta eri ”lehdeltä” eli sosiaalityö- ja psykiatrialehdiltä sekä psykiatrian lisälehdeltä. Lisäksi aineistoon kuului myös sosiaalityöntekijän ammatillinen pohdinta sekä kaavio nuoren hoitopolusta. Nuoren hoitojakson aikana osastojen vaihtuessa nuorta hoitavat sosiaalityöntekijät ovat vaihtuneet muutamaan kertaan.

Syrjäytymispolun paikantaminen tarinassa

Olen paikantanut syrjäytymispolun Marikan tarinassa. Tämä polku kuvaa kuitenkin Marikan äidin syrjäytymistä alkoholismien kautta, mutta sillä on myös suuri merkitys Marikan elämään. Seuraavat otteet aineistosta kuvaavat muun muassa Marikan äidin alkoholin käyttöä:

”Äiti puhuu hyvin avoimesti omista ongelmistaan alkoholinkäytössä. Kuvaa alkoholin hyvin maistuneen noin 10 vuotta, noin 5 vuotta kokee alkoholinkäytön olleen humalahakuista. Kuvaa olleensa päihtyneenä äkkipikainen, puhunut ilkeästi ja on käynyt myös tyttärensä fyysisesti käsiksi.” (ote nuorisopsykiatrian alaisen hoitoyksikön tulohaastattelusta, 06/2005.)

”Tässä tilanteessa nuori ei kuvaa eikä kykene muistamaan tilanteita, joissa olisi nähnyt väkivaltaisuutta muuhun kuin itseensä kohdistuvaksi. Vahva kysymysmerkki jää kuitenkin

olemaan, että näin on saattanut olla. Lapsuudenaikainen kaltoin kohtelu koodautuu korkeaksi. Nuoren äiti on itse kertonut päihtyneenä lyöneensä lastaan ja myöskin puhuvansa hänelle ilkeästi. Päihtymyksen takia vanhemmuus ei ole toteutunut kaikilta osin ja nuori esim. jäänyt vaille ruokaa kotonaan.” (ote nuorisopsykiatrian alaisen hoitoyksikön sairauskertomuspapereista, 06/2005.)

”Äidin toiminnassa lyhyenkin arvion perusteella tulee esiin huomattava epäjohdonmukaisuus. Sosiaalisen tuen puute koodautuu korkeaksi.”/.../”Potilaan suhde äitiin on todennäköisesti vähintäänkin ristiriitainen.” (ote nuorisopsykiatrian alaisen hoitoyksikön sairauskertomuspapereista, 06/2005.)

”On myös ollut useampia tilanteita, jolloin [Marika L.O.] on ottanut lääkkeitä, lähinnä ottanut kotoa löytämiään särkylääkkeitä. Tässä yhteydessä on ottanut myös äidiltään alkoholia. Vakavia fyysisiä vammoja ei ole tullut. Se, että nuori tarkoituksella ottaa lääkkeitä ja alkoholia yhtä aikaa on kuitenkin tulkittava intentioltaan vakavaksi itsetuhoyritykseksi.” (ote nuorisopsykiatrian alaisen hoitoyksikön sairauskertomuspapereista, 06/2005.)

”Tapaamisen aikana varmistuu kuva hyvin traumaattisesta lapsuudesta varhaislapsuudesta lähtien.” (ote nuorisopsykiatrian osaston perhetapaamista koskevasta sairauskertomustekstistä, 03/2005.)

Äidin alkoholinkäyttö on vaikuttanut voimakkaasti Marikan elämään uhaten hänen kasvuaan ja kehitystään sekä mahdollisuutta turvalliseen lapsuuteen ja nuoruuteen. Marika on toistuvasti joutunut kohtaamaan väkivaltaa äitinsä taholta ja nähnyt myös äitiinsä kohdistuvaa väkivaltaa. Lukijana voimme tehdä edellä mainittujen otteiden kautta tulkintoja siitä, että Marikan itsetuhoyritykset ovat mahdollisesti juontaneet vaikeasta kotitilanteesta.

Ensimmäinen aineistosta paikantuva väliinpuotoamistilanne

Ensimmäinen väliinpuotoamistilanne alkaa, kun Marika kokee kotitilanteensa äitinsä liiallisen alkoholinkäytön takia lopulta niin vaikeaksi, että ottaa itse yhteyttä kotikuntansa lastensuojelun sosiaalityöntekijöihin lähisukulaisensa avustamana apua pyytääkseen. Sosiaalitoimistosta hänet ohjataan perheneuvolaan psykologin vastaanotolle. Perheneuvolassa on myös järjestetty

verkostoneuvottelu, jossa lastensuojelulliset tukitoimet on katsottu välttämättömiksi. Perheneuvolasta Marika ohjataan myös arviointikäynnille Sairaalaan, jonka myötä Marika otetaan nopeutetusti sisälle tutkimuspaikalle nuorisopsykiatrian osastolle. Seuraavassa ote Sairaalan lääkärin arvioinnista:

”Nuorella alavireisyyttä, väsyneisyyttä, syömisongelmia edeltävästä syksystä lähtien lisääntyvästi. Paino laskenut... Nuoren äiti kuvaa hyvin nuoren syöneen hyvin niukasti. Nuori myöntää ajoittain oksennelleensa ruokailun jälkeen sekä jumpanneensa. Ajoittain voimakasta ahdistuneisuutta, itsetuhoisia ajatuksia, vahingoittanut itseään viiltelemällä veitsellä tai saksilla. Kysyttäessä syytä viiltelyyn kertoo sekä lievittäneensä paha oloa että yrittäneensä tappaa itsensä. Iltaisin nukahtamisvaikeuksia. Kertoo joutuneensa pelkäämään äitiä, joka käyttää runsaasti alkoholia, alkoholin vaikutuksen alaisena aggressiivinen, lyönyt nuorta.”/.../”selkeä lastensuojelun aktivaation tarve, josta suoraan nuorelle ja tämän äidille konfrontoin. Seuraava viikonloppu osastolla, jonka jälkeisiksi viikonlopuiksi jo lomapaikkaa mietittävä. Vaikutelma, että äitinsä kanssa kotona nuori ei voi olla.” (ote nuorisopsykiatrian osaston sairauskertomustekstistä, 03/2005.)

Marikan tilanne on siis sairaalaan tullessa jo todella paha. Hänellä on itsetuhoisia ajatuksia sekä itsemurhayrityksiä taustallaan. Vaikea kotitilanne on jatkunut jo pitkään ja Marika on itse hakenut sosiaalitoimesta apua vaikeaan tilanteeseensa. Seuraavassa esitän aineiston keränneen sosiaalityöntekijän näkemyksen asiasta:

”Se, että nuori itse ottaa yhteyttä lastensuojelun sosiaalityöntekijöihin on melkoinen juttu!...Usein nuoret ovat viimeiseen asti hyvin lojaaleja vanhempiaan kohtaan. Hädän ja avuntarpeen on täytynyt olla suuri! Ensimmäinen kritiikin paikka on tässä. Nuori hakee apua siihen, että kotona on paha olla, kun äiti juo ja se mitä käynnistetään, on psykologin tapaamiset. Ne ovat toki tarpeellisia, mutta entäs lastensuojelun rooli! Jossain kirjauksessa mainitaan, että äiti on kertonut alkoholin maistuneen viimeisen kymmenen vuoden ajan, joista erityisesti viimeiset viisi vuotta on ollut ongelmallisempaa. Äiti on myös kertonut, että juodessaan hän muuttuu todella ilkeäksi tyttöä kohtaan; puhuu rumasti ja lyö. Tekikö lastensuojelu kotikäyntejä? Seurasiko se tilannetta? Meillä ei ole aivan tarkkoja tietoja tuosta ajasta, mutta joka tapauksessa tilanteeseen ei tullut mitään muutosta, vaan sen annettiin jatkua ennallaan. On ikävää kritisoida omaa ammattikuntaa, mutta tämän tytön kohdalla sen on aiheellista ja pakollistakin. Ehkä voimme oppia siitä jotakin.” (sosiaalityöntekijä 3.)

Sosiaalityöntekijän puheesta kuultaa suuttumus siitä, miten asiat ovat Marikan kohdalla menneet. Lastensuojelun roolin olisi hänen näkemyksensä mukaan tullut olla aktiivisempi. Vasta perheneuvolassa oli havahduttu huomaamaan Marikan kotitilanteen vakavuus ja miten se heijastuu suoraan Marikan vointiin. Tilanteen on täytynyt olla nuoresta todella paha ja sietämätön, kun hän on itse ottanut yhteyttä viranomaisiin apua saadakseen. Sosiaalityöntekijän kokemuksen mukaan nuoret ovat usein lojaaleja vanhemmilleen eivätkä hänen kokemuksensa mukaan tavallisesti itse ilmoita epävakaa kotioloista viranomaisille. Ensimmäisenä väliinputoamisena aineistosta olen siis paikantanut tämän viranomaisten puutteellisen toiminnan, enemmän ja aiemmin olisi ehkä voitu tehdä Marikan hyväksi. Tiedostan kyllä seikan, että aineisto kertoo vain osan tarinasta. Toisesta näkökulmasta kerrottu tarina olisi voinut saada erilaisia painotuksia.

Sosiaalityöntekijän mukaan osastolla huomattiin hyvin nopeasti Marikan kotiolojen olevan pahasti vialla. Äiti saattoi soitella välille Marikalle humalassakin. Nämä puhelut heijastuivat sosiaalityöntekijän mukaan suoraan Marikan vointiin ja käyttäytymiseen. Tästä on aineistossa useita esimerkkejä. Seuraava lainaus tuo esille sen, miten Marika reagoi kuultuaan äitinsä ratkenneen taas juomaan alkoholia:

*”Nuori edeltävänä iltana osastolla voimakkaasti ahdistunut, käyttäytynyt aggressiivisesti, jouduttu kiinnipitotilanteeseen noin puoli tuntia./.../Syyksi hermostumiseen kertonut sukulaisen puhelinoiton, tämä informoinut, että nuoren äiti ratkennut alkoholia juomaan.”
(ote nuorisopsykiatrian osaston sairauskertomustekstistä, 03/2005.)*

Sairauskertomuksen teksti tuo karusti esille sen, kuinka voimakkaasti äidin juominen vaikuttaa Marikan vointiin. Sairaala ja perheneuvola näkevät lastensuojelun toimenpiteet välttämättömiksi. Sairaalan sosiaalityöntekijä on yhteydessä nuoren asioita hoitavan oman kunnan sosiaalityöntekijän kanssa ja tuo osaston kannan esille. Sairaalassa järjestetyn verkostotapaamisen tuloksena Marika päätetään sijoittaa lastenkotiin avohuollon sijoituksena. Tähän ratkaisuun myös Marika itse on tyytyväinen sairauskertomustekstien mukaan. Samalla sovitaan, että äiti lähtee kuntoutusjaksolle.

”Samalla lastensuojelun sosiaalityöntekijä korosti, että kotiin palaaminen ei nyt ole realistinen vaihtoehto. Asioiden on muututtava ennen kuin se voi toteutua. Verkostossa puhuttiin myös huostaanoton mahdollisuudesta, jos tilanne ei näillä toimenpiteillä helpota. Sosiaalityöntekijä kertoi huostaanoton edellytysten olevan jo kasassa, mutta kokeillaan vielä näillä kevyemmällä vaihtoehdoilla.” (sosiaalityöntekijä 3.)

Yllä oleva katkelma kertoo asioiden kulun sairaalan sosiaalityöntekijän näkökulmasta. Ilmaan jäi leijumaan huostaanoton mahdollisuus, mikäli asiat eivät lähde parempaan suuntaan.

Marikan vointi romahtaa – Toisen väliinpuotoamisen paikantaminen tarinasta

Tutkimusjakson olleessa lopuillaan sairaalassa alettiin suunnitella Marikan paluuta takaisin omaan kouluun sekä siirtymistä avohuollon sijoituksena lastenkotiin. Samoihin aikoihin Marikan vointi kuitenkin romahti radikaalisti. Marikan käytös muuttui aggressiiviseksi ja hänellä esiintyi psykoottisia oireita. Sairauskertomuksen tekstit tuovat karusti esille nuoren hallitsemattoman aggressiivisen käytöksen, joka kohdistuu niin sairaalan henkilökuntaan ja muihin potilaisiin kuin Marikaan itseensäkin. Hallitsematon käytös johtaa sosiaalityöntekijän mukaan *”nuorelle harvinaisen pitkiin ja usein toistuviin leposide-eristyksiin.”* (sosiaalityöntekijä 3).

Marikan vointi sekä aggressiivinen käytös pahenevat entisestään, kun hän saa kerrotuksi olleensa seksuaalisen hyväksikäytön uhrina alle kymmenvuotiaana. Tilanteen ollessa kuvatus kaltainen päätetään Marikan osastohoitoa jatkaa. Sairaalan sosiaalityöntekijä tekee ilmitulleesta perheen ulkopuolisen henkilön tekemästä hyväksikäyttöepäilystä lastensuojeluilmoituksen Lastensuojelulain 40§:n nojalla ja ilmoittaa sosiaaliviranomaisille kaikki tiedossa olevat asiat tapauksesta. Marika itse kieltäytyy puhumasta enempää hyväksikäyttöasiasta. Avohuollon sijoituspaikkana toimineen lastenkodin ei katsota olevan jatkossa enää mahdollinen sijoituspaikka, sillä paikalla ei ole resursseja vastata Marikan tarpeisiin. Marika siirretään myös vaikeahoitoisuuden ja aggressiivisen käytöksen vuoksi nuoriso-osastolta aikuisosastolle. Myöhemmin hänellä diagnosoidaan olevan nuoruusiän psykoosin, vaikea-asteisen psykoottisen masennustilan sekä epätyypillisen laihuushäiriön. Marika siirretään erääseen nuorisopsykiatrian toimialueen alaiseen hoitoyksikköön.

Paikannan toisen väliinpuotoamisilmiön kohtaan, jolloin ilmenee, että Marikan kotikunnan lastensuojelu ei ryhdy minkäänlaisiin toimiin sairaalan sosiaalityöntekijän tekemän seksuaalirikosepäilyn pohjalta. Kunnan lastensuojelu kokee, että tiedot ovat liian puutteelliset jatkotoimia ajatellen. Seuraava lainaus kertoo aineiston keränneen sosiaalityöntekijän näkökulman kyseiseen asiaan:

”Kirjauksia lukiessa raivostun siitä, miten lastensuojelun työntekijät ovat suhtautuneet ilmoitukseen seri-⁹ rikoksen epäilystä. Ensinnäkin he ovat kokeneet, että tekemäni lastensuojeluilmoitus oli niin puutteellinen, etteivät he voi saattaa asiaa poliisin tietoon. Stakesin ohjeistuksen mukaan hoitavan tahon tulee ilmoittaa asiasta lastensuojeluun. ... Hoitavan tahon sitä ei (rikosilmoitusta) suositella tekemään salassapitoasioiden takia. ... Ohjeistus myös korostaa, että epäilystä on aina syytä ottaa yhteys poliisiin. Ei ole lastensuojelun sosiaalityöntekijän tehtävä arvioida, onko faktoja tarpeeksi kasassa ja mitä oikeasti on tapahtunut, vaan se on esitutkintaa suorittavan poliisin tehtävä. Lukuisten keskustelujen jälkeen lastensuojelun sosiaalityöntekijät eivät suostuneet tekemään rikosilmoitusta ja esitutkintapyyntöä, koska kokivat tietojensa olevan puutteellisia. Helvetti! On poliisin tehtävä kuulostella. Sosiaalityöntekijöiden tulee vain saattaa asia poliisin tietoon, mutta ei. Minkä viestin he tytölle antavat: asiaksi ei ole niin tärkeä, että sitä kannattaa selvittää. Painetaan vain villaisella. Ethän ole edes kertonut tarpeeksi tarkasti...”
(sosiaalityöntekijä 3.)

Katkelma tuo esille sosiaalityöntekijän raivostumisen kollegoilleen lastensuojelussa. Tekstistä voi päätellä, että kyseinen sosiaalityöntekijä on perehtynyt asiaan ja nähnyt paljon vaivaa saadakseen kantansa läpi lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden keskuudessa tässä kuitenkin onnistumatta. Sosiaalityöntekijät eivät tee rikosilmoitusta, vaikka heidän tehtävänä ei ole selvittää epäilyksen totuudenmukaisuutta. Tässä mielestäni tapahtuu Marikan tarinan sairauskertomusteksteistä ja sosiaalityöntekijän pohdintaosuudesta paikannettava toinen väliinpuotoamistilanne. Viranomaiset eivät ehkä ota hänen kertomustaan todesta ja kokevat myös tapauksesta saamansa tiedot puutteellisiksi, vaikka Marika ei kenties vointinsakaan puolesta kykene enempää viranomaisille kertomaan.

Hoitoyksikön sosiaalityöntekijän ja muun henkilökunnan tukemana Marika onneksi rohkaistuu itse tekemään poliisille rikosilmoituksen ja esitutkintapyynnön. Tämä on tavallaan käänne Marikan tarinassa siinä mielessä, että tarinan päähenkilö rohkaistuu itse tekemään muiden tukemana rikosilmoituksen ja tätä kautta viemään vaikeaa asiaa eteenpäin.

⁹ Seri tarkoittaa tässä seksuaalirikosta tai seksuaalisen hyväksikäytön epäilyä.

Kolmannen väliinpuotoamisen paikantaminen tarinasta

Sairauskertomustekstit tuovat esille, kuinka huostaanotto on kulkenut sekä sairaalan henkilökunnan puheissa että kunnan sosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Vaikea kotitilanne on jatkunut jo pitkään Marikan kotona ja ollut varmasti osaltaan aiheuttamassa Marikan psyykkistä oireilua. Sairaalassa järjestetään verkostoneuvottelu, jossa pohditaan Marikan tilanteen jatkoa. Seuraavassa ote ko. verkostoneuvottelusta:

”Keskustelusta yhteenvetona seuraavaa, huostaanottoasia ei ole vireillä. Jatkossa mahdollisena lomapaikkanakaan x [aiemmin mainittu lastenkoti, L.O.] ei tule kyseeseen, se ei ole ollut soveltuva tämänikäiselle ja oloiselle nuorelle sosiaalityöntekijöiden mukaan. Sosiaalityöntekijöiden käsityksen mukaan äiti on ymmärtänyt, että tarvitsee apua. Äiti on hoidossa oman alkoholinkäyttönsä takia tällä hetkellä. Mitään näyttöä äidin raittiudesta hoitolaitoksen ulkopuolella ei vielä ole. Sosiaalityöntekijät kokevat, että sairaalalla on enemmän tietoa nuoren asioista, mutta sitä ei heille kerrota. Sosiaalityöntekijät eivät ole mahdollisesta seksuaalisen hyväksikäytön asiasta mitään tutkintapyyntöä poliisille tehneet, eivätkä näillä tiedoin suunnittelekaan tekemistä.” (ote psyl -lehdeltä sairaalassa järjestetystä verkostoneuvottelusta, 06/2005.)

Katkelma tuo esille, että Marikan äiti on hakeutunut hoitoon alkoholiongelmansa vuoksi. Kunnan lastensuojelun työntekijät ovat tuoneet esille verkostoneuvottelussa kantansa, että huostaanottoasiaa ei laiteta vireille, koska heidän mukaansa äiti on ymmärtänyt tarvitsevansa apua ja hakenut sitä. Katkelmasta kuitenkin välittyy sairaalan erilainen kanta asiaan. Katkelmassa tuodaan esille, että mitään takeita ei ole siitä, onnistuuko äidin raitistuminen hoitojakson jälkeen. Marikan ongelmallinen kotitilanne on jatkunut jo todella pitkään, vuosikausia, joten onko äidin äkillinen raitistuminen mahdollista? Tämä olisi tietenkin ideaalitilanne, jolloin nuoren kohdalla huostaanoton tarve olisi tarpeeton ja hän voisi palata sairaalasta suoraan kotiinsa. Todellisuus voi kuitenkin olla toisenlainen ja verkostoneuvottelun ote mielestäni tuo esille sairaalan pelon siitä, että Marikan vaikea kotitilanne ei tule parantumaan. Aineiston keränneen sosiaalityöntekijän ajatukset valottavat lisää sairaalan kantaa asiaan:

”Huostaanotto vai ei, siinäpä pulma? Äiti juo ja lyö. ... Tyttö oireilee psyykkisesti vahvasti ja vakavasti. Äiti on myös tuonut esiin, ettei voi taata, etteikö humalassa edelleen löisi tyttöä ja olisi hänelle ilkeä. Tilanne on vaikeutunut koko ajan viimeisen 10 vuoden aikana. Oman

kunnan lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden mukaan, he eivät tunne perhettä riittävän hyvin, eivätkä huostaanoton edellytykset täyty. Miksi he eivät ota yhteyttä siihen kuntaan, jossa perhe on aiemmin asunut ja tarkista, löytyykö siellä lastensuojelun tietoja? Miksi he ensin sanoivat, että huostaanoton edellytykset ovat jo olemassa ja sitten ne yhtäkkiä eivät enää olekaan olemassa? Sosiaalityöntekijöiden mieli on muuttunut kuin tuuliviiri! Ymmärrän toisaalta sen näkökulman, että äiti on lähtenyt hoitamaan itseään ja hänelle annetaan toinen mahdollisuus. Mutta millä kustannuksella? Pystyykö äiti tarjoamaan tasapainoisen ja tukevan kasvuympäristön vakavasti psyykkisesti oireilevalle tytölle, kun hän ei ole pystynyt sitä tarjoamaan koko tytön elinaikana? Olihan äiti humalassa verkostossakin. Miksi aluksi sosiaalitoimi toimi ja teki avohuollon sijoituspäätöksen, mutta nyt ei tehdä mitään?... Oman arvioni mukaan huostaanoton edellytykset täyttyvät. ... Itse en enää lähtisi kokeilemaan onnistuuko kotona. Kymmenen vuotta on jo riittävän pitkä kokeilu-aika. Oman kunnan ja sairaalan välejä hierittää selkeä näkemusero tässä asiassa. Päätös tehdään kuitenkin nuoren kotikunnassa. Laiminlyöntiä? Väliinpuotoamista? Minun mielestäni on?” (sosiaalityöntekijä 3.)

Sairaalan sosiaalityöntekijän tekstistä käy ilmi pettymys nuoren kotikunnan lastensuojelun tapaan hoitaa asioita. Hän kokee, että työntekijät ovat syöneet sanansa ja peruvat nyt aikaisempia puheitaan. Alussa lastensuojelun työntekijöiden toimesta on todettu, että huostaanoton edellytykset täyttyvät ja mikäli asiat kääntyvät huonompaan suuntaan, ryhtyisi lastensuojelu toimiin. Marikan asiat kääntyivät huonompaan, mutta kuitenkin toimiin ei ryhdytty. Sairaalan sosiaalityöntekijä tuo esille toisaalta ymmärtävänsä sen, että äidille annetaan mahdollisuus. Äiti on varmasti ymmärtänyt tilanteensa vakavuuden, kun on lähtenyt hoitamaan ongelmaansa. Tilanne on kotona jatkunut kuitenkin kymmenen vuotta. Sosiaalityöntekijä pohtii, millä kustannuksella otetaan se riski, että äiti ei onnistukaan raitistumisyrityksessään. Kuinka käy Marikan tässä tilanteessa? Onko liian suuri riski kotiuttaa psyykkisesti näin pahoin oireileva nuori mahdollisesti hyvinkin epävakaisiin kotioloihin? Lisäksi kummastakin edellä esitetystä katkelmasta voi vetää johtopäätöksen, että yhteistyö sairaalan ja tytön kotikunnan sosiaalitoimen välillä on hankalaa. Näkemuserot asiasta ovat hyvin erilaiset ja tämä vaikeuttaa yhteistyötä. Lisäksi tilannetta vaikeuttaa vielä se, että kunnan sosiaalitoimen työntekijät kokevat saavansa sairaalalta puutteellisia tietoja nuoren asioista.

Marikan hoitoaika pitenee sairaalassa. Hoidon kuluessa tapahtuu myös vakava karkaaminen, jonka yhteydessä Marika toimii itsetuhoisesti. Sairauskertomusteksti tuo esille, että Marika ”kertoo, että

kotona hän luultavasti tekisi itsemurhan.” Sairauskertomuksen teksti piirtää kuvan erittäin oireilevasta ja huonosti voivasta nuoresta. Sosiaalityöntekijä on huolissaan nuoren tulevaisuudesta:

”Nuoren hoito jatkuu nuorisopsykiatrian toimialueen alaisessa hoitoyksikössä, joten hän siinä mielessä on turvassa. Sairaalan näkökulmasta on kuitenkin oleellisen tärkeää tietää, mihin nuorta hoidetaan. Tällaisenkin tarinan jälkeen tätä nuorta edelleenkin hoidetaan kotiin äidin luokse. Tulevaisuuttahan ei voi ennustaa, mutta sen ainakin tiedän, että kymmenen vuotta kestäneestä alkoholiongelmasta on vaikea päästä hetkessä kuiville. Kenen etu ja näkökulma tässä on ensisijainen: äidin vai nuoren? (sosiaalityöntekijä 3.)

Sosiaalityöntekijä pohtii, tavoitellaanko tilanteessa äidin vai nuoren etua. Sairaalan näkökulmasta tuntuu vaikealta hoitaa nuorta takaisin kotiin, jossa nuoren ongelmat ovat saaneet alkunsa. Tässä tapauksessa vaikea tilanne on jatkunut vuosikausia kotona. Lastensuojelun vaikeisiin kysymyksiin kuuluukin, missä vaiheessa on tarpeeksi näyttöä siitä, että kotona asuminen ei enää onnistu? Kuinka monta kertaa voidaan vielä yrittää avohuollon tukitoimien avulla? Kuinka monta kertaa on liikaa lapselle tai nuorelle yrittää asumista kotona? Onko esimerkiksi tämän tapauksen kohdalla annettu vaikean kotitilanteen jatkua jo liian kauan?

5.4 Tuloksia ja pohdintaa

Vaikka suurten yleistysten tekoon tässä tutkimuksessa ei voidakaan näin pienen aineistomäärän perusteella ryhtyä, empiirisessä analyysissä esiteltyjen tapausten ja niistä tehtyjen johtopäätösten myötä voidaan silti pohtia asioita yleisemmälläkin tasolla. Laadullisessa tutkimuksessa voi taustalla olla nimittäin se ajatus, että yksityisessä toistuu yleinen ja että yksittäistä tapausta tarkasti tutkimalla saadaan myös näkyville, mikä ilmiössä on merkittävää ja usein toistuvaa tarkasteltaessa sitä yleisemmällä tasolla (Hirsjärvi ym. 1997, 181–182). Tapaukset voivat olla kuitenkin teoreettisessa mielessä kuvaavia jonkin ilmiön suhteen, vaikkeivät olisikaan tilastollisesti yleistettäviä (Metteri 2003c, 21). Tässä kappaleessa kokoan yhteen empiirisen analyysin tärkeimpiä tuloksia peilaten niitä alun teoreettiseen viitekehykseen. Tutkimuksessa analyysin ja teorian tulee olla dialogisessa suhteessa toisiinsa (Coffey & Atkinson 1996, 162).

Empiirisessä analyysissa narratiivisin menetelmin toteutetut tapaukset kertomukset mielenterveyspotilaan asiakasuran varrelta perustuvat todellisiin tilanteisiin ja todellisten ihmisten väliinpuutoamistarinoihin. tarinat ovat siten *realistisia kuvauksia mielenterveyspotilaan asiakasurista* ja tuovat omalta osaltaan näkyväksi sitä, *millaisia mahdollisia asiakkuusuria mielenterveyspotilailla saattaakaan nykypäivänä olla*. Uskon, että psykiatrisista sairaaloista löytyy lukemattomia samankaltaisia tarinoita. Tässä kohden uskallan siis tehdä yleistävän päätelmän siitä, että esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaiden Pasiin ja Vesan tarinat eivät ole ainoita laatuaan (vrt. Kärkkäinen 2005, 304–306) Myös sosiaalityöntekijöiden (sosiaalityöntekijät 1 ja 2) kokemukset tarinoissa antavat viitteitä siitä, että *juuri kaksoisdiagnoosipotilaat ovat hyvin vaativa asiakasryhmä ja voivat olla ilmeisesti myös tyypillinen asiakasryhmä väliinpuutoamisilmiön kannalta katsoen*. Jotakin tästä kertoo mielestäni myös se, että kolmesta aineistonkeruuseen osallistuneesta sosiaalityöntekijästä kaksi valitsi väliinpuutoamistarinansa kohteeksi juuri kaksoisdiagnoosipotilaan. Tästä mielestäni voi päätellä, että ainakin näiden sosiaalityöntekijöiden kokemuksen mukaan kyseisen kaltaiset tapaukset ovat hankalia hoitaa ja väliinpuutoamista esiintyy tässä ryhmässä. Myös Terän (2001) tutkimuksessa todetaan, että kaksoisdiagnoosipotilaiden joukossa on löydettävissä enemmän moniongelmaisuuksia ja syrjäytymistä.

Katson, että analyysiani voi lukea omalla tavallaan palvelujärjestelmän toiminnan arviointina niin sanotun toisen tiedon valossa (Metteri 2004, 4; ks. myös Hänninen ym. 2005; Karjalainen & Saranpää 2002). Tässä tutkimuksessa näyttäytyvä toinen tieto on peräisin psykiatriassa työskenteleviltä sosiaalityöntekijöiltä ja perustuu myös suurelta osin asiakirjoihin. Tutkimukseni tarkoituksena on saada näkyville, millaisia mielenterveyspotilaiden väliinpuutoamistarinoita asiakirja-aineistosta paikantuu. Aineiston kerääjinä toimivilla sosiaalityöntekijöillä on hallussaan paljon kokemustietoa ja toista tietoa, jonka ohjaamina he ovat valinneet tutkimukseeni mielenterveyspotilaita, jonka kohdalla ovat kokeneet tapahtuneen väliinpuutoamista. Metterin (2004, 30–31) mukaan tätä sosiaalityöntekijöillä hallussaan olevaa kokemustietoon pohjautuvaa tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaiden tilanteista ei ole yleensä kukaan koottu systemaattisesti. Omassa tutkimuksessani olen pyrkinyt pienimuotoisesti *tuomaan esille väliinpuutoamistilanteita, jotka on kerätty juuri tähän sosiaalityöntekijöiden kokemustietoon pohjautuen*.

Empiirisessä osiossa kuvatuista väliinpuutoamistarinoista nouseviksi päällimmäisiksi tuloksiksi nostan seuraavaksi esittelemäni asiat. Ensinnäkin tarinat toivat näkyville sen, että *mielenterveyspotilaan asiakasura voi olla monimutkainen, pirstaleinen, sekava ja pitkittynyt ajassamme psykiatrian rakennemuutoksen jälkeen 1990–2000-luvuilla*. Kallandin (1996, 64)

mukaan psykiatrisen potilaan asiakasura on palvelurakennemuutoksen jälkeen kokenut suuria muutoksia; koko elämän viettäminen laitoksessa ei ole juuri enää mahdollista. Tämä on tietysti hyvä asia siltä kannalta, ettei ihminen laitostu ja joudu viettämään koko elämänsä sairaalaolosuhteissa. Toisaalta asioilla on aina kaksi puolta ja avohoidon kehittämisen toimivaksi on sanottu jääneenkin monilta osin keskeneräiseksi (ks. esim. Metteri 2004, 21; Julkunen 2001, 243; Luomahaara ym. 2000; Lehtinen & Taipale 2000; Leskinen 1999; Taipale 1996; Korkeila & Tuori 1996; Kalland 1996). Aluksi kuvatut kahden miespuolisen kaksoisdiagnoosipotilaan tarinat toivatkin esille, kuinka mutkikas kaksoisdiagnoosipotilaan asiakasura voikaan todellisuudessa olla. Tarinoiden myötä tuli näkyville se, että *kaksoisdiagnoosipotilaan asiakasura saattaa olla vuosikausia kestävä ja kehää kulkeva*: sisältäen vaihtelevasti pitkiä laitospaikoja, kulkemista avohoidon palveluissa sekä itsenäisiä asumisyhtymisiä. Mutkikkuuden vuoksi alun alkaen suunnittelemani kaavioiden tekeminen asiakkuusurista osoittautuikin lopulta mahdottomaksi toteuttaa. Lisäksi tuloksena mielestäni voidaan pitää myös sitä, että kaikissa kolmessa tapauksessa tilanteet ja asiakkuudet jäivät tavallaan kesken emmekä tämän tutkimuksen puitteissa saaneet tietää, mitä heille lopulta tapahtui. Tämäkin kertoo osaltaan siitä, että mielenterveyspotilaiden asiakasurat voivat olla pitkiä.

Toiseksi tarinat toivat näkyville myös *moniongelmaisuuksien*. Kaikkien kolmen tarinan henkilöiden elämässä mielenterveysongelmien lisäksi oli myös muita ongelmia: esimerkiksi päihdeongelmia, epäsosiaalisuutta/rikoksia, asunnottomuutta, taloudellisia vaikeuksia, hyväksikäyttöepäilyä tai vaikeuksia perhesuhteissa. Yhdessäkin tarinassa ei siis mielenterveysongelma ollut ainoana huolta aiheuttavana tekijänä vaan tilanteet olivat monen ongelman sävyttämiä. Uskonkin moniongelmaisuuksien olevan nykypäivänä yhä yleisempää sosiaalityön asiakaskunnassa. Myös Leskisen (1999) tapaustutkimus rakennemuutoksen vaikutuksista kolmessa eri kunnassa toi esille moniongelmaisuuksien kysymykset. Tutkimuksen mukaan tilanteet muodostuvat usein ongelmalliseksi juuri sen vuoksi, että mielenterveyspotilas kärsii usein myös muista ongelmista, esimerkiksi päihdeongelmista. (emt., 71.) Taipaleen (1996, 31) mukaan juuri moniongelmaisten kohdalla tapahtuu palveluista syrjäytymistä. Analyysissäni havaitsin kaksoisdiagnoosipotilaiden Vesan ja Pasin kohdalla, että juuri moniongelmaisuus vaikeutti tilanteita ja oli omalta osaltaan aiheuttamassa väliinpuutoamistilanteita esimerkiksi kuntoutuskotipaikkoja haettaessa. Myös Luomahaaran ym. (2000) selvityksessä tuli esille mahdollisena väliinpuutoamisen aiheuttajana mielenterveysongelma yhdistyneenä päihdeongelmaan. Tarjottua hoitoa ei aina myöskään oteta vastaan. (emt., 38.) Psykkisen sairauden luonteeseen kuuluukin usein, ettei henkilö kykene välttämättä arvioimaan oikein avun tarvettaan ja saattaa jopa kieltää avun kokonaan (Huhta 2000,

124). Tämä tuli esille myös omassa tutkimuksessani. Taudinkuvaan liittyvä sairautentunnottomuus saattoi myös johtaa palveluista kieltäytymiseen.

Kolmanneksi tein havainnon, että *kaikissa kolmessa tarinassa asiakkuusura alkoi jo hyvin nuorella iällä*. Tästä voi siis tehdä sen päätelmän, että mielenterveyspotilaan asiakasura voi alkaa jo nuorena, johtaa syrjäytymisiin sekä väliinpuotoamisiin palvelujärjestelmässä sekä jatkua pitkällekin aikuisuuteen. Kärkkäinen (2005, 308) toteaaakin, että nuorten mielenterveysasiakkaiden määrä on vuosi vuodelta lisääntynyt. Analyysissani havaitsin, että syrjäytymiset voivat johtua niin omista valinnoista (esimerkiksi rikolliset elämäntavat), kuin myös esimerkiksi sairaudenkuvaan liittyvästä sairautentunnottomuudesta, kun asiat jäävät hoitamatta. Väliinpuotoamiset voivat taas johtua esimerkiksi järjestelmän rakenteista tai kuten Marikan tapauksessa viranomaisten toiminnasta, joka koettiin puutteelliseksi Sairaalan näkökulmasta.

Seuraavaksi erittelen hieman tarkemmin kaksoisdiagnoosipotilaiden tarinoita. Tarinat toivat mielestäni hyvin näkyville sen, että *mielenterveyspotilaan, ja erityisesti näissä tapauksissa kaksoisdiagnoosipotilaan, asiakasura saattaa olla hyvinkin pitkä ja että toisiaan muistuttavia, samankaltaisia tarinoita on löydettävissä*. Molemmille tarinoille oli yhteistä pitkään jatkunut ja monimutkainen asiakasura, joka tuntui kulkevan samaa kehää vuodesta toiseen. Samankaltaisuudestaan huolimatta tarinoista löytyy myös eroavaisuuksia. Tarinoiden henkilöiden asiakkuus oli kummassakin tapauksessa kestänyt jo vuosikausia. Toisena kuvatun tarinan Vesa oli henkilöistä nuorempi. Kuitenkin hänen sairauskertomuksensa vaikutti vieläkin monimutkaisemmalta kuin Pasin, ainakin asiakirjoista paikannettuna. Hänen taustallaan oli sairaalahoitoja eri alueen sairaaloissa ja kotikunnan vaihtuminen useaan kertaan toi myös omat ongelmansa tilanteeseen. Huomioon ottaen, että tarinoiden henkilöistä Vesa oli nuorempi, herää tutkijana se kysymys, kuinka kauan Vesan tilanne ehtiikään jatkua ongelmallisena? Vesan tarina oli myös tarinoista se, joka jäi keskeneräisemmäksi. Asiakirjat eivät kerro enää sitä, onnistuiko suunniteltu huumevieroitushoito. Pasin tarina taas päättyi selvästi parempaan tilanteeseen, jossa sosiaalityöntekijän sinnikkyys edesauttoi soveltuvamman kuntoutuskotipaikan saamista. Loppujen lopuksi tarinoista paikantui siis melko samanlainen väliinpuotoamisilmiö, joka kuitenkin ratkesi eri tavalla. Ensimmäisen tarinan henkilölle kuntoutuskotipaikka saatiin järjestymään Sairaalassa odottelun jälkeen. Toinen henkilö taas ratkaisi asian kieltäytymällä pitkästä odottelusta Sairaalassa ja jatkamalla ajelehtivaa elämäntapaansa. Toisin sanoen luonnollisesti näissäkin tarinoissa omilla ratkaisuilla ja motivaatiolla on merkityksensä ja vaikutuksensa tilanteiden kulkuun.

Yhtäläisyyksiä ja eroja löytyi myös miesten perhesuhteista. Molemmat henkilöt olivat avioerolapsia. Pasilla oli koulukotitausta, eivätkä asiakirjat kuvaa perhesuhteita kovinkaan läheiseksi. Asiakirjat toivat Vesan kohdalla puolestaan esille huolehtivat ja tukevat perhesuhteet vanhempien avioerosta huolimatta. Tässä kohden voidaan miettiä myös järjestelmän suhtautumista Pasin kaltaiseen kaksoisdiagnoosipotilaaseen. Millaisen ennusteen järjestelmä rakentaa kaksoisdiagnoosipotilaasta, jonka lähtökohdat ovat olleet huonot jo lapsuudesta alkaen? Onko tämä ennuste jo alun alkaen huono hänen kohdallaan ja saako se aikaan sen, että viranomaisten mielestä kaksoisdiagnoosipotilaaseen ei kannata satsata, mikäli ennuste on jo alkujaan huono ja onnistumisen mahdollisuudet pienet. Pidetäänkö näitä henkilöitä riskitapauksina? Ovatko kuntoutumisen lähtökohdat siis tämän myötä jo alkujaankin huonot kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla? Eli tapahtuuko väliinpuotoamista järjestelmän tasolla jo tässä kohden? Entä suhtauduttaisiinko henkilöön eri tavalla, jos hän tulisi esimerkiksi tavallisesta keskiluokkaisesta perheestä, eikä olisi kohdannut huostaanottoa tai muita vastaavia interventioita lapsuudessaan? Tarinoissa Vesalla oli ennemminkin tähän kategoriaan kuuluvat perhesuhteet. Tämän tutkimuksen puitteissa saatu tulos antoi viitteitä siitä, että ainakaan tässä tapauksessa niin sanottu parempi perhetausta ei estänyt samankaltaisen asiakasuran syntyä kuin ”huonommista” lähtökohdista tulleella Pasilla. Kuitenkaan tästä ei voida tehdä mitään yleisiä päätelmiä. Yllä olevat kysymykset mielestäni kuitenkin tuovat esille asioita, joihin olisi mielenkiintoista saada vastaus esimerkiksi jatkotutkimuksen kautta.

Kummatkin tarinat toivat esille *vaikeuden löytää sairaalahoidon jälkeistä kuntoutuskotipaikkaa vaikealle kaksoisdiagnoosipotilaalle ja väliinpuotoamistilanteet liittyivät suurelta osin juuri kuntoutuskotipaikkojen saamiseen*. Tarinoissa näyttäytyi myös itsenäisen asumisen vaikeudet. Ainakin näiden tarinoiden perusteella ja sosiaalityöntekijöiden kokemustietoon nojaten voidaan tehdä se johtopäätös, että tarvetta on selkeästi tuetummille kuntoutuskotipaikoille, joilla on matalammat sisäänottokriteerit eli kaksoisdiagnoosi ei olisi näin ollen este hoidolle. Myös Leskinen (1999) havaitsi tutkimuksessaan, että moniongelmaisille mielenterveyspotilaille on vaikea löytää oikeaa hoitopaikkaa. Palvelut voivat olla liian erikoistuneita, jolloin moniongelmaista on vaikea mieltää minkään palvelun piiriin. Leskisen tutkimuksessa juuri mielenterveysongelmaisten avopalvelujen riittämättömyys koettiin suurimmaksi ongelmaksi kolmessa tutkimuskunnassa. (emt., 102, 71.) Myös Kärkkäinen (2005, 294, 306), Taipale (1996, 31) ja Luomahaara ym. (2000, 52) puhuvat moniongelmaisten mielenterveyspotilaiden vaikeudesta löytää oikeaa hoitopaikkaa. Analyysin tarinat laittavat pohtimaan, olisiko tarinoista voinut muodostua erilaisia, mikäli juuri kyseisille potilaille kohdennettu tukeva hoitopaikka olisi löytynyt jo asiakasuran alkutaipaleella?

Kärkkäinen (2005, 295, 297) on havainnut, että erilaisissa selvityksissä ja muissa asiakirjoissa asunnottomien mielenterveysongelmaisten ja moniongelmaisten vaikeista tilanteista saattaa löytyä mainintoja, esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaiden todetaan jäävän väliinpuotoajaksi, mutta asiaa ei nosteta missään asiakirjassa erityiseksi omia toimiaan vaativaksi ongelmaksi. Asiaa täytyisikin nostaa enemmän kuuluville ja tuoda esille, että nämä ongelmat ovat arkipäivää.

Lisäksi tarinat osoittivat, että *kuntien ostopalvelusopimukset saattavat estää potilaan pääsyn juuri hänelle parhaiten sopivaan kuntoutuskotipaikkaan*. Uskon, että tämä voi pidemmälle aikavälillä jopa tulla kunnalle kalliimmaksi ratkaisuksi, ylläpitäessään mielenterveyspotilaiden kiertokulkua palvelujärjestelmässä, kun potilas ajautuu hänelle soveltumattomiin kuntoutuskoteihin. Analyysini osoitti, että tällaisissa tilanteissa mielenterveyspotilas saattaa ajautua entistä ongelmallisempaan tilanteeseen ja joutua vaikka pois potkituksi kuntoutuskodista. Metterin (2004) kohtuuttomien tilanteiden tutkimus toi esille myös kuntien kilpailutuksen kautta tekemät ostopalvelusopimukset tietyn palveluntuottajan kanssa. Käytännön työssä hoito- ja kuntoutussuunnitelmia tekevillä työntekijöillä ei ole enää mahdollisuuksia harkita yksilöllisesti kunkin asiakkaan kohdalla, millainen jatkohoito tai kuntoutus hänen tilanteessa olisi soveltuvinta, todennäköisesti tuloksia tuottavaa ja myös kustannustehokasta tästä näkökulmasta. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeongelmaiset henkilöt ovat menettäneet tällä tavoin myös omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyvää itsemääräämisoikeuttaan. Kuntien järjestämä kilpailutus voi joskus merkitä myös palvelun huonoa laatua, kun kunta on ajatellut asiaa lähinnä halvimman tarjouksen kannalta. Kuitenkin sekä palvelun vaikuttavuuden että kustannustehokkuuden näkökulmasta paras ratkaisu olisi, jos kunkin asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen voitaisiin löytää hänelle soveltuvin palveluratkaisu. (emt, 108.) Psykiatrisen avohoidon toimivuuden takaamiseksi olisi tärkeää järjestää yksilöllisen tarpeen mukaisia palveluita (Huhta 2000, 124). Mikäli asumispalveluita tarjotaan ainoastaan niille henkilöille, jotka sopivat palveluntarjoajan määrittelemään kategoriaan, ei voida välttää väliinpuotoamisiakaan.

Myös toisena kuvaamani tarinan Pasiille järjestyi myöhemmin tukevampi ostopalvelusopimuksen ulkopuolinen kuntoutuskoti sosiaalityöntekijän ajettua asiaa läpi asiakkuusuran myöhemmässä vaiheessa. Kuitenkin aikaa oli kulunut jo yli vuosi alkuperäisestä asumistarpeesta, mikä osoittautuikin liian myöhäiseksi. Kumpikin tarina tuo kuitenkin esille sosiaalityöntekijän suuren roolin mielenterveyspotilaiden ”asianajajina”. Mielestäni tarinoiden sosiaalityöntekijät toimivat asiakkaan parhaaksi ja ponnistelivat saadakseen läpi potilaan kannalta soveltuvamman ratkaisun eli ostopalvelusopimuksen ulkopuolisen kuntoutuskotipaikan. Kuitenkaan sosiaalityöntekijäkään ei

kykene ihmeisiin: päätösten pitkittyessä mielenterveyspotilaan sosiaalinen syrjäytyminen voi edetä ja sairaus kroonistua, kuten Vesan tapauksessa kävi. Tilanteet tekivät mielestäni näkyväksi myös sen, että asioiden eteneminen voi pitkälti olla kiinni myös siitä, kauanko sosiaalityöntekijä jaksaa ajaa tilanteita ylemmillä tahoilla, jotta mielenterveyspotilas pääsisi esimerkiksi sosiaalityöntekijän kokemuksen mukaan hänelle soveltuvaan jatkohoitopaikkaan.

Analyysini toi näkyville, miten pitkittyneeksi ja hankalaksi mielenterveyspotilaan asiakasura voi muodostua, kun potilas ei oikea-aikaisesti, esimerkiksi asiakasuransa alkutaipaleella pääse hänelle soveltuvaan ja juuri hänen ongelmiinsa kohdennettuun avopuolen jatkohoitopaikkaan. Metteri toteaaakin, että *palvelujärjestelmälle merkittävänä haasteena ovat juuri umpikujaan jumittuneet väliinputoamistilanteet sekä rituaalinomainen kierrätys järjestelmässä*. Mikäli kohtuuttomuutta kokeneet ihmiset jätetään palvelujärjestelmän kiertolaisiksi, vie se ajan kuluessa vain enemmän resursseja ja tukkeuttaa osaltaan palvelujärjestelmää kuin että kuhunkin tilanteeseen paneuduttaisiin perinpohjaisesti ja räätälöitäisiin juuri kyseisen asiakkaan tilanteeseen sopiva ratkaisu. Esimerkiksi sairastavan henkilön päihdeongelma voi johtaa kierrätykseen järjestelmässä, jos mikään organisaatio ei oikein ota henkilöä omaksi asiakkaakseen. (Metteri 2004, 46, 145; 2000a, 93; 2000b, 241.) Analyysini toi näkyville, miten *moniongelmaisen mielenterveyspotilaan on mahdollista jäädä palvelujärjestelmän kiertolaiseksi jopa vuosikausiksi*, kun esimerkiksi kunnan tekemän ostopalvelusopimuksen takia pääsy soveltuvampaan jatkohoitopaikkaan vaikeutuu.

Etuus- ja palvelujärjestelmämme on todettu muodostuneen 1990-luvun myötä pirstaleiseksi ja monimutkaiseksi; esimerkiksi palvelut ovat hajautuneet useaan toimipisteeseen (ks. esim. Lehto 2001; Aho 1999; Metteri 2004). Lisäksi järjestelmä edellyttää ihmiseltä itseltään aktiivisuutta esimerkiksi asiaankuuluvien etuuksien saamiseksi. Tätä kykyä mielenterveyspotilaalla ei välttämättä sairautensa luonteen vuoksi ole. Metteri (2004, 22) havaitsi tutkimuksessaan, että psyykkisesti sairaat eivät muita ryhmiä useammin osanneet tai halunneet hakea palvelua tai etuutta (ks. myös Luomahaara ym. 2000, 38; Rätty 1997, 173). Tämä tuli näkyville myös tutkimuksessani. Esimerkiksi Vesa oli ollut kausittain täysin ilman minkäänlaista rahallista toimeentuloa. Tämä johtaa tekemään päätelmän siitä, että kenties juuri sairauden luonteen vuoksi Vesa ei ollut ymmärtänyt lähteä hoitamaan asioitaan esimerkiksi työvoima- tai sosiaalitoimistoon. Itsenäinen huolehtiminen palvelujen ja etuuksien saamisesta näyttäytyi hankalana kummankin kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla. Sairaudentunnottomuus myös vaikeuttaa varmasti asioiden ymmärtämistä. Vesan tapaus toi näkyväksi sen, kuinka kaikki etuudet voivat olla hakematta ja potilaan asiat täysin sekaisin hänen tullessaan avopuolelta sairaalahoitoon. *Mielenterveysasiakkaan*

voi siis olla todella vaikeaa tulla toimeen hajautuneessa ja monimutkaisessa palvelujärjestelmässä. Myös 1990-luvun säästöpolitiikka tuli esille tutkimuksessani karulla tavalla. Tapauksen nuorelle Vesalle ei järjestynyt vapaata huumevieroitusta paikkaa, mikä mahdollisesti johti vaikean huumeongelman jatkumisen aina aikuisuuteen saakka.

Sairaalajaksojen aikana kuitenkin kummassakin edellä mainitussa tapauksessa tuli esille sosiaalityöntekijöiden suuri rooli lainmukaisten etuuksien ja palvelujen huolehtimisessa mielenterveyspotilaille. *Sosiaalityöntekijät näyttäytyivätkin kaikissa kolmessa tarinassa potilaidensa ”asianajajina”,* yrittäen ajaa potilaan kannalta parasta vaihtoehtoa läpi. Myös Marikan tarinassa sosiaalityöntekijän tavoitteena oli ajaa nimenomaan Marikan kannalta katsoen parasta ratkaisua, kun avopuolen sosiaaliviranomaiset katsoivat tilannetta myös äidin kannalta. Kaksoisdiagnoosipotilaiden tarinoissa sosiaalityöntekijät tekivät kovasti töitä ajaakseen oman kantansa läpi ostopalvelusopimuksen rajoitteiden. Asiakirjat toivat myös esille, että usein hunningolla olevat sosiaaliturva-asiat huolehdittiin kuntoon sosiaalityöntekijöiden toimesta sairaalajaksojen aikana. Metterin (2004, 43) mukaan sosiaalityöntekijät käyttävätkin enemmän aikaa sosiaaliseen asianajoon sekä viranomaisverkon kanssa työskentelyyn, sillä asiakastilanteet ovat monimutkaistuneet ja vaikeutuneet. Väliinputoamisia ei yllätyksekseni tullut näkyville aineistossa tiettyjen rahallisten etuuksien kautta, vaan väliinputoamistilanteet painottuivat tässä tutkimuksessa muihin asioihin.

Asiakirjat toivat näkyville myös sen, että ainakin tämän tutkimuksen kahden kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla *asiat olivat usein kovin huonolla mallilla henkilön ollessa sairaalahoidon ulkopuolella.* Vesan kohdalla asiakirjat kertoivat hänen olleen aika ajoin ”suorastaan heitteillä, taivasalla oman onnensa nojassa”. Asiakirjat kertoivat Vesan olleen täysin ilman avohoidon palveluja jopa kolme vuotta, vaikka hän vaikean kaksoisdiagnoositaustansa takia mitä luultavammin olisi palveluja tarvinnutkin. Tämän tapauksen myötä pääsemme peilaamaan tilannetta psykiatrian rakennemuutosta vasten. Mielestäni aiemmin esittelemäni *mielenterveyspotilaiden kokonaissuunnitelmien puuttuminen* konkretisoituu edellisessä esimerkissä. Kiiikkala (2004, 14) näkeekin, että mielenterveyspalvelut ovat pirstoutuneet eikä kukaan ole vastuussa kokonaisuudesta. Luomahaaran ym. (2000) mukaan vaarana on kokonaisnäkemysten puuttuminen mielenterveyspalvelukokonaisuudesta, kun useat eri tahot tuottavat palveluja. Esimerkiksi pitkäaikaissairaiden kokonaishuolenpito on rempallaan. (emt., 47–48, 53–54, 57.) Metteri (2004) toteaa tutkimuksessaan, että sosiaaliturvan väliinputoamisia syntyy, kun mikään organisaatio tai ammattihenkilö ei kanna kokonaisvastuuta ihmisen tilanteen seurannasta.

Kokonaisarvioita ei tehdä missään, kun organisaatiot rajaavat omaa toimintakenttäänsä. (emt. 104, 116.) Mielestäni tutkimukseni toi näkyville sen, että tällaista koordinoivaa tahoja todella tarvittaisiin. Analyysissa kuvatut tarinat toivat esille, millaiseksi asiakasura voi muodostua, kun mikään taho ei pidä lankoja käsissään. Analyysin tarinoissa sairaalasta käsin kyllä sovittiin potilaalle jatkohoito johonkin avohuollon yksikköön, mutta asiakirjat toivat näkyville sen, että käynnit saattoivat loppua jo yhteen kertaan tai jäädä kokonaan toteutumatta. Taudinkuvaan kuuluva sairautentunnottomuus ajoi tarinoiden henkilöt jättäytymään pois sovitusta avohoidosta. Tähän mielestäni tarvittaisiin jonkinlaisia ratkaisua, esimerkiksi jonkunlaista palvelukokonaisuudesta huolta pitävää tahoja, jotta potilas ei vain jäisi ajelehtimaan elämässään ilman tarvitsemaansa hoitoa. Hoidon jatkuvuuden varmistaminen on ensiarvoisen tärkeää. Kalland (1996) toteaa tutkimuksessaan, että pitkäaikaispotilaan polku laitoksesta yhteiskuntaan voi muodostua varsin poukkoilevaksi, mikäli avohuollosta saatu tuki on liian pientä. Potilas siirtyy joko takaisin laitoshoidon tai jatkuvasti eri palvelumuodosta toiseen. Potilas voi myös syrjäytyä helposti, mikäli avohoito jää puutteelliseksi. Kallandin mukaan erityisesti skitsofreniapotilailla voi esiintyä eristäytymistä sairautentunnottomuutta sekä hoitomotivaation puutetta, mikä tulisi ottaa huomioon avohoidon kehittämisessä. (Kalland 1996, 67.) Nämä Kallandin tutkimuksen tulokset tulivat ilmi konkreettisesti tämän tutkimuksen puitteissa. Hoitopolut olivat Pasiin ja Vesin kohdalla todella ”poukkoilevia”. Tästä voisi vetää Kallandin tuloksiin peilaten sen johtopäätöksen, että avohoito jäi kummassakin tapauksessa puutteelliseksi.

Leskisen (1999) tutkimuksessa havaittiin, että sosiaali- ja terveystalvelujen rakennemuutoksen epäkohdat ovat kohdistuneet erityisesti heikoimmin arvostettuihin mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluihin. Tutkimuksessa selvisi, että avopalvelujen kehittäminen, ehkäisevä työ sekä valtakunnallisesti mielenterveyttä edistävä työ eivät ole edenneet tarpeeksi laitoshoidon supistamisen vastapainoksi. Mielenterveysongelmaisten kohdalla juuri avopalvelujen puutteellisuus koettiin suurimpana ongelmana. (emt., 11, 102, 111.) Luomahaaran ym. (2000, 52) mukaan ”vaikeimmin sairast pitkäaikaispotilaat ja syrjäytymiskehitykseen putoavat nuoret ja nuoret aikuiset” ovat mielenterveyspalveluiden väliinpuotoajia, joiden kohdalla olisi välttämätöntä lisätä, kehittää ja monipuolistaa palveluita. Kummankin tutkimuksen tulokset tukevat oman tutkimukseni tuloksia. Katson, että oman tutkimukseni tarinoiden henkilöt lukeutuvat Luomahaaran luettelemissä kategorioihin.

Mielestäni tutkimukseni osoitti ja *toi omalla tavallaan esille, minkälainen mielenterveyspotilaan ura voi olla rakennemuutoksen jälkeen.* Laitossijojen lakkauttamisen jälkeen yhä suurempi osa

potilaista asioi avohoidon puolella. *Kaksoisdiagnoosipotilaiden tarinat osoittivat, että ainakaan näissä tapauksissa sairaalajaksojen jälkeinen avohoitoon ohjautuminen ei ollut kovin onnistunutta.* Korkeilan selvityksen (1996, 88) mukaan potilas saattaa jäädä sairaalasta kotiutuessaan pois avohoidon piiristä, joka edellyttää potilaalta enemmän omaa aktiivisuutta, mitä hänellä on käytettävissään. Tämä seikka tuli esille myös tutkimuksessani. Asumispalveluiden saaminen moniongelmaiselle potilaalle oli myös erittäin hankalaa, mikä kertoo muun muassa säästöpolitiikasta että vähäisistä asumispalveluista erityisryhmille. Mielestäni tämä osaltaan kertoo siitä, että resurssien suuntaaminen avohoitoon on ollut puutteellista psykiatrian rakennemuutoksen jälkeen. *Tämä havaintoni näyttäisi siis yhtyvän siihen tutkimukseen, joka on osoittanut rakennemuutoksen jälkeisen avohoitosuuntauksen kehittämisen jääneen puolitiehen* (ks. esim. Korkeila & Tuori 1996, Taipale 1996, Kalland 1996, Korkeila 1996, Leskinen 1999, Luomahaara 2000, Metteri 2004).

Seuraavaksi siirrän pohdintani vielä Marikan tarinaan. Marikan tarinassa väliinpuotoaminen määriteltiin suhteessa lastensuojelun palveluihin sekä viranomaisten aktiiviseen ja asialliseen suhtautumiseen. Lisäksi asiakirja-aineisto, josta Marikan tarinan paikansin, toi näkyville myös viranomaisten välisen yhteistyön kysymykset. Analyysin myötä huomasin, että ainakin tämän tapauksen pohjalta katsoen yhteistyö voi olla hyvin laaja-alaista. Nuoren asioita hoitavat sosiaalityöntekijät olivat monipuolisesti yhteistyössä eri viranomaistahojen kanssa. Näitä tahoja olivat perheneuvola, kotikunnan sosiaalitoimi, poliisi, koulun henkilökunta ja lastenkoti. Usein järjestettiin verkostoneuvotteluita, joissa oli mukana eri tahojen edustajia.

Kuitenkin aineisto toi esille myös yhteistyön ongelmat. Kyseisessä tarinassa ongelmakohta määrittyi Sairaalan ja nuoren kotikunnan lastensuojelun välille. Nämä tahot ovat usein yhteydessä toisiinsa, mutta erimielisyyksiä esiintyy sen suhteen, pitäisikö nuoren kohdalla toteuttaa huostaanotto vai ei. Molemmat tahot katsovat asiaa omasta perspektiivistään. Näin syntyy ongelmallinen tilanne, joka Sairaalan näkökulmasta näyttäytyy palvelujärjestelmästä väliinpuotoamisena. Nuorta hoidetaan edelleen kotiin, vaikka nuoren rankat ongelmat ovat saaneet alkunsa juuri siellä. Lastensuojelun kannalta ajatellen ehkä yritetään vielä kevyemmällä avohuollon tukitoimilla ja pyritään tukemaan äidin raitistumispyrkimyksiä. Lisäksi tarina laittoi minut pohtimaan asiaa siltä näkökannalta, mitä lastensuojelun viranomaisten toimimattomuus muun muassa seksuaalirikos- epäilyn puitteissa tekeekään tytön itsetunnolle? Eikö tämänkaltainen toiminta tuo ilmi sen, että asiakasta ei otettu todesta tässä asiassa. Metterin (2004, 116) mukaan väliinpuotoamistilanteita syntyy myös siitä, kun sosiaaliturvan eri osajärjestelmät tulkitsevat ja

määrittelevät ihmisten tilanteita keskenään ristiriitaisella tavalla. Siirrän tämän ajatuksen sosiaaliturvan osajärjestelmistä hoitavien tahojen yhteistyön kysymyksiin. Uskon, että samalla tavalla *väliinputoamistilanteita voi syntyä, kun eri tahot näkevät asiakkaan tilanteen eri tavalla ja eri näkökulmasta, eikä yhteisymmärrykseen välttämättä päästä tämän vuoksi*. Marikan tarinassa tilanne monimutkaistui, kun yhteistyössä oli ongelmia Sairaalan ja lastensuojelun välillä. Lastensuojelun työntekijät esimerkiksi kokivat Sairaalan salailevan tietoja. Luomahaara ym. (2000, 36) toteavat, että erään mielenterveystyön kehittämisen keskeisiä ongelmia olevan sen, että eri sektorilla olevat tahot tuntevat huonosti toistensa työtä. Kenties tämä on syynä siihen, että yhteistyö ei ole aina toimivaa. Monimuotoisemmat yhteistyön muodot eri toimijoiden kanssa voisivat ollakin paikallaan. Analyysini on kirjoitettu enemmänkin Sairaalan näkökulmasta, mikä on luonnollista sen vuoksi, että aineistoni on koottu tuon ympäristön asiakirjoista. Tässä analyysissä ei siis kuulu lastensuojelun viranomaisten ääni, joka varmastikin voisi tuoda mukanaan erilaisia näkökulmia ja painotuksia asiaan.

Kaikki kolme väliinputoamistarinaa on rakennettu pitkälti asiakirja-aineiston varaan. Tällöin on selvää, että asiakkaan omat kokemukset ja käsitykset tilanteestaan jäävät kuulumattomiin. Henkilöt tavallaan näyttäytyvät tarinassaan passiivisina. Tarinat on kirjoitettu viranomaisnäkökulmasta ja niissä kuuluu hyvin voimakkaasti sosiaalityöntekijän ääni. Tämä tutkimus tuo esiin siis vain asian toisen puolen, viranomaisnäkökulman. Voimme kuitenkin pohtia asiaa myös toiselta kannalta, mielenterveyspotilaan kannalta. Haluaako esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilas Pasi tullakaan autetuksi? Kokeeko hän itse olevansa väliinputoaja? Tähän ei voida saada vastausta tämän tutkimuksen aineiston puitteissa. Kenties tässä olisikin aiheita vaikkapa jatkotutkimukselle selvittää, mikä on näiden palvelujärjestelmän väliinputoajien oma kokemus tilanteestaan. Kokevatko he itse tullessaan palvelujärjestelmän pettäviksi ja väliinputoajiksi?

6. TUTKIMUKSEN YHTEENVETOJA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

6.1 Tutkimuksen yhteenveto ja tulokset

Tutkimukseni tavoitteena oli tuoda näkyville, millaisia väliinpuotoamistarinoita osalla mielenterveyspotilaista voi olla asiakasuransa varrella. Tarkastelin tutkimuksessani näitä konkreettisia väliinpuotoamis- ja syrjäytymistilanteita asiakirja-aineiston valossa. Tutkimukseni toi esille myös sosiaalityöntekijöiden näkökulmia kyseisistä väliinpuotoamistilanteista. Tutkimusta tehdessäni minua ohjasi tietty esiyymmärrys aiheesta. Ajattelin, että on olemassa sellaisia mielenterveyspotilaita, jotka ovat asiakasuransa varrella kohdanneet jonkinlaista palvelujärjestelmästä väliinpuotoamista ja tietynlaista kohtuuttomuutta. Oletin myös, että palvelujärjestelmästä löytyy puutteita mielenterveyspotilaita ajatellen.

Tarkastelin aihetta yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Tutkimustani taustoitin paikantamalla psykiatrisesti sairaan ihmisen asiakasuralla tapahtuneita muutoksia, jotka saivat alkunsa 1990-luvulla. Psykiatrian rakennemuutos liittyi tähän teemaan olennaisesti. Aluksi kuvasin psykiatriassa tapahtunutta rakennemuutosta Euroopassa ja sen jälkeen siirsin tarkasteluni Suomen tilanteeseen. Toin esille, kuinka psykiatrian rakennemuutos on toteutettu Suomessa hyvin nopealla tahdilla. Kuvasin, kuinka psykiatrinen potilas on tänä päivänä yhä suuremmalta osin avohoidon asiakas ja koko elämän viettäminen sairaalassa on harvinaista.

Avohoidon kehittämisen on kuitenkin väitetty jääneen puutteelliseksi sitä mukaa, kun laitospaikkoja on vähennetty. Lisäksi mielenterveyspotilaiden palveluihin on kohdistettu leikkauksia ja säästöjä kuluneina vuosina. Kuntien palvelujärjestelmät voivat myös erota toisistaan ja tämäkin voi aiheuttaa eriarvoisuutta riippuen siitä, missä kunnassa ihminen asuu. Toin esille myös ajatuksen mielenterveyspotilaiden kokonaissuunnitelmien puutteellisuudesta. Esimerkiksi mielenterveyspotilaan ollessa avohoidossa, ei ole olemassa mitään tahoja, joka kantaisi vastuun henkilön kokonaistilanteesta. Lisäksi tarkastelin 1990-luvulta lähtien tehtyjä leikkauksia rahallisissa etuuksissa ja pohdin, miten nämä voivat vaikuttaa mielenterveyspotilaan elämään. Yleisesti ottaen etuusjärjestelmässä on siirrytty yhä enemmän ansiosidonnaisempaan suuntaan, mikä voi olla mielenterveyspotilaiden kannalta huono asia, mikäli sairaus estää työssäolon. Lisäksi moniin etuuksiin tehtiin leikkauksia 1990-luvulla, mikä voi mahdollisesti vaikuttaa mielenterveyspotilaankin toimeentuloon negatiivisella tavalla.

Seuraavaksi siirsin tarkasteluni kahteen läheisesti toisiinsa liittyvään käsitteeseen: väliinpuotoamisen ja syrjäytymisen käsitteisiin. Totesin näiden käsitteiden tulevan erityisen lähelle toisiaan omassa tutkimuksessani. Aihetta käsittelevässä luvussa toin myös esille toisen tiedon näkökulman. Kerroin tutkimukseni tavoitteena olevan juuri tämän toisen tiedon tavoittamisen, joka mahdollistaa esimerkiksi Karjalaisen ja Saranpään (2002, 19–25) mukaan tilanteiden ja olosuhteiden tarkastelun. Tarkastelin myös väliinpuotoamisen ja syrjäytymisen problematiikkaa erilaisten tutkimusten ja selvitysten valossa. Eräänlaista väliinpuotoamista palvelujärjestelmässä tarkastelin tuomalla esille ajatuksen mielenterveysasiakkaasta vammaispuolijärjestelmän marginaalissa. Mielenterveysasiakkaat kuuluvat lain sovellusalaan, mutta useinkaan sitä ei sovelleta heidän tilanteisiinsa.

Teoreettisen viitekehyksen viimeisessä luvussa tarkastelin yhteiskunnan huolenpidon muuttuneita rakenteita. Toin muun muassa esille Juhilan (2004, 5–7) ajatuksen siitä, että sosiaalityö huolenpitotyönä näyttää jäävän muiden suuntausten varjoon. Tämä voi entisestään vaikeuttaa mielenterveyspotilaan elämää. Loin myös katsauksen aineiston keruun ympäristöön kuvaamalla sosiaalityötä psykiatrisessa sairaalassa sekä pohtimalla mielenterveyspotilaan väliinpuotoamisilmiötä sosiaalityön haasteena.

Alkuperäinen ajatukseni oli tarkastella tutkimuksessani mielenterveysasiakkaiden väliinpuotoamistilanteita heidän omien kokemustensa kautta. Hyvin pian ymmärsin sen olevan kuitenkin mahdotonta ensinnäkin tutkimuslupakysymysten, mutta myös henkilöiden psyykkisen voinnin vuoksi akuutissa tilanteessa sairaalassa. Päädyinkin tutkimuksessani siihen ratkaisuun, että psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät toimivat tutkimukseni aineiston kerääjinä. Loppujen lopuksi kaikkiaan kolme sosiaalityöntekijää toimi aineiston kerääjinä ja oman kokemustietonsa välittäjinä kooten aineistoa työnsä ohessa. Tutkimukseni aineistoksi valittiin siis asiakirja-aineisto, jonka keräämiseksi hain tarvittavat luvat kahdelta psykiatrisen sairaalan vastualuejohtajalta sekä sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä. Sosiaalityöntekijät valikoivat potilastapaukset itsenäisesti, mutta aineiston keruun rungon (ks. liite 1) ohjaamina. Asiakirja-aineistoon kuului kunkin sosiaalityöntekijän tärkeinä pitämiä asiakirjoja. Näin ollen aineistot erosivat toisistaan sisältönsä puolesta. Lisäksi sosiaalityöntekijät liittivät aineistoihin oman ammatillisen pohdintansa. Kaikesta materiaalista poistettiin henkilörekisteritiedot sosiaalityöntekijöiden toimesta enkä myöskään koskaan tavannut näitä väliinpuotoamistarinoiden henkilöitä. Analyysissäni olen muuttanut tai poistanut henkilöiden iät sekä muut tunnistettavat tiedot.

Tutkimukseni aineisto koostui kolmen henkilön kohdalla toteutetusta aineiston keruusta. Vaikka aineiston keruu onkin toteutettu vain kolmen ”tapauksen” kohdalla, oli aineistoa määrällisesti kuitenkin paljon. Sivumäärällisesti aineistoa oli yhteensä 164 sivua. Lisäksi aineistoon lukeutuivat myös sosiaalityöntekijöiden kirjoittamat ammatilliset pohdintaosuudet, jotka vaihtelivat pituudeltaan kuudesta yhdeksään sivuun.

Tutkimukseni tein laadullisen tutkimuksen menetelmiä käyttäen. Toin esille tutkimuksessani olevan muun muassa tapaustutkimuksen piirteitä, sillä tarkastelen siinä kolmea sosiaalityöntekijän väliinpuotoamistilanteeksi luokittelemaa ”tapausta”. Lähestymistavaksi valitsin narratiivisen lähestymistavan. Narratiivisuus on Heikkisen määritelmän (2002, 185) mukaan hajanainen muodostelma kertomukseen liittyvää tutkimusta. Lähestymistavalle ei siis löydy yleispätevää määritelmää, mutta sen piirteitä on mahdollista listata. Piirteisiin lukeutuvat muun muassa juonellisuus sekä ajallisuus. (Hänninen 2000, 126–127.) Käytin narratiivisen lähestymistavan lisäksi hyödynni myös muita tutkimuksia (ks. esim. Saurama 2002). Toin myös esille näkökulman sosiaalityöntekijöiden suorittamasta tyypittelystä. Katsoin, että sosiaalityöntekijät olivat jo aineistoon soveltuvaa tapausta valitessaan suorittaneet alustavaa tyypittelyä ja nostaneet kokemustietoonsa nojaten tietyn väliinpuotoajatyypin esille.

Analyysissä keskityin yhteen tapaukseen kerrallaan. Useiden lukukertojen jälkeen aloin järjestää aineistoa kronologisesti. Aineisto vaati tämän jälkeen vielä useita lukukertoja, joiden myötä aloin rakentaa siitä juonellista tarinaa. Pidin mielessäni koko ajan väliinpuotoamisteman ja kirjoitin sen myötä asiakirjoista välittyvää tarinaa. Erityisesti paikansin tarinassa tapahtuneet väliinpuotoamistilanteet ja osin myös tarinan varrella esiintyvät syrjäytymisvaiheet.

Tutkimukseni keskeisimpinä tuloksina nostan esille seuraavat asiat. Väliinpuotoamistarinat ovat realistisia kuvauksia mielenterveyspotilaan arjesta nykypäivänä, eivätkä analyysissä käsittelemäni tapaukset käsitteekseni ole lainkaan epätavallisia psykiatrisen sairaalan arjessa ja sosiaalityössä. Tutkimuksessa sosiaalityöllekin vaativana asiakasryhmänä esille nousivat kaksoisdiagnoosipotilaat. Toin analyysin kautta esille myös sen ajatuksen, että he voivat olla tyypillinen asiakasryhmä väliinpuotoamista ajatellen. Analyysin tapaukset toivat esille myös sen, että mielenterveyspotilaan asiakasura voi olla monimutkainen, kehää kulkeva ja pitkittynyt psykiatrian rakennemuutoksen jälkeen. Tapaukset toivat esimerkiksi näkyville sen, että sairaalasta lähdön jälkeen mielenterveyspotilas saattaa erinäisistä syistä johtuen jäädä ilman asianmukaista avohoitoa ja voi näin ollen päätyä ”ajelehtimaan” päämäärättömästi elämässään. Myös sairaalan jälkeisen

jatkohoitopaikan järjestymisessä kaksoisdiagnoosipotilaalle oli havaittavissa ongelmia. Tutkimukseni tukeekin omalla panoksellaan sitä näkökulmaa, että avohoito on jäänyt puutteelliseksi psykiatrian rakennemuutoksen jälkeen. Lisäksi tutkimukseni toi esille nuoren tytön tarinan kohdalla myös sen, miten väliinputoamistilanne voi syntyä, kun sairaala ja sosiaalitoimi näkevät nuoren tilanteen hyvin erilaisesta perspektiivistä. Kaikkien kolmen tapauksen kohdalla tärkeinä tuloksina nousivat esille myös hyvin nuorella iällä alkanut asiakasura sekä moniongelmaisuuksien kysymykset.

6.2 Pohdintaa ja johtopäätöksiä

Tässä luvussa palaan vielä tutkimukseni keskeisimpiin tuloksiin. Tutkimuksessani väliinputoaminen tuli näkyville asiakirja-aineiston valossa muun muassa seuraavilla tavoilla. Tarinat toivat näkyväksi, miten monimutkainen, pitkälinen ja sekava mielenterveyspotilaan asiakasura saattaakaan todellisuudessa olla. Väliinputoaminen fokusoitui kahden kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla pitkälti juuri kiertämiseen palvelujärjestelmässä sekä sairaalahoidon jälkeisen jatkohoidon järjestymisen vaikeuksina. Tämä mielestäni osoittaa, että rakennemuutokseen jälkeisessä palvelujärjestelmässä esiintyy vielä aukkoja: muun muassa sen, ettei avohoidosta välttämättä löydy juuri moniongelmaisille soveltuvia kuntoutuspaikkoja ja mitä kuntien säästäminen voi saada aikaan. Olisikin oleellisen tärkeää, että marginalisoitumisen kierre ja palvelujärjestelmän kiertolaiseksi päätyminen olisi estettävissä. Kahdessa edellä mainitussa tapauksessa kunnan tekemät ostopalvelusopimukset olivat esimerkiksi yhdenlaisena esteenä sopivamman jatkohoido/asumispaikan järjestymisessä. Kunkin potilaan tilannetta tulisikin pohtia aina yksilöllisesti, ja järjestää aina kyseisen henkilön ja hänen tilanteensa kannalta paras jatkohoido/asumispaikka. Uskonkin, että esimerkiksi tällä tavoin voitaisiin estää vuosikausia kestävä kiertolaisuuden syntyminen palvelujärjestelmässä.

Näiden tapausten kautta tutkimuksessani tulivat näkyville monimutkaistunut ja hajanainen palvelujärjestelmä sekä kokonaisvastuun kysymykset. Vesan ja Pasin tilanteet toivat esille, miten mielenterveyspotilas voi jäädä palvelujärjestelmän kiertolaiseksi. Palvelujärjestelmä edellyttää asiakkailtaan sellaista omaa aktiivisuutta, jota kaikilla ei esimerkiksi sairauden luonteen vuoksi ole. Tämä tulisikin ottaa suuremmassa määrin huomioon ja pitää huoli siitä, että potilas ei jää oman onnensa nojaan sairaalasta päästyään, vaan saisi asianmukaista hoitoa myös avohoidossa ollessaan. Palvelujärjestelmää tulisikin kehittää toimivammaksi mielenterveyspotilaiden kannalta ja

mielenterveyspotilaiden kokonaistilanteesta huolta pitävä taho voisi olla oleellisen tärkeä tässä asiassa. Järjestelmän tulisi ottaa huomioon se, että kaikki ihmiset eivät kykene aktivoinnin periaatteisiin. Esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tuli näkyville, että henkilöt olivat välillä suorastaan heitteillä ja oman onnensa nojassa. He olivat kykenemättömiä huolehtimaan itsestään ja saattoivat olla jopa vuosiakin ilman asiankuuluvaa avohoitoa.

Analyysissäni suurimman huomion ”varastivat” kaksoisdiagnoosipotilaiden tarinat. Perustelen tätä kuitenkin sillä, että yllättäen nämä kaksi tarinaa olivat niin samankaltaisia toisiinsa nähden. Tämä myös kertoo mielestäni jotakin siitä, että kaksoisdiagnoosipotilaat voivat olla tyypillinen väliinputoajaryhmä palvelujärjestelmässä. Lisäksi nämä tarinat muodostivat pienessä aineistossani enemmistön ja tulivat jo tämänkin vuoksi perusteellisemmin käsitellyiksi. Koska aineistoni kaksi tapausta käsittelivät pääpiirteissään samoja asioita, oli luontevaa verrata niitä toisiinsa ja tarkastella juuri näitä kahta tapausta perusteellisemmin. Tavoitteeni tutkimuksessani olikin toimia aineistolähtöisesti ja mennä eteenpäin aineiston ehdoilla. Marikan tarinan käsittely jäi kenties vähemmälle huomiolle, muttei kuitenkaan tarkoita sitä, että se olisi väliinputoamistapauksena jotenkin vähäarvoisempi. Marikan tarinassa väliinputoaminen tuli puolestaan esille viranomaisen puutteellisen toiminnan ja yhteistyön ongelmien kautta. Tarina toi esille Sairaalan näkökulman yhteistyön toimimattomuudesta. Se osoitti, että väliinputoaminen voi johtua myös yksittäisten työntekijöiden toiminnasta/toimimattomuudesta.

Analyysini keskeisenä tuloksena väliinputoamisteman yhteydessä esille tuli myös moniongelmaisuus, joka toistui kaikkien kolmen tapauksen kohdalla. Samoin asiakkuusura alkoi kaikissa kolmessa tapauksessa hyvin nuorella iällä. Asiakirja-aineistot kertoivat tilanteista useiden kuukausien tai peräti vuosien ajalta. Kaksoisdiagnoosipotilaiden urat olivat mutkallisia ja pitkittyneitä, nuoren tytön asiakkuusura puolestaan oli vasta alussa, emmekä tiedä jatkuuko se tulevaisuudessa. Kuitenkin kaikki tilanteet jäivät kuitenkin tavallaan avoimiksi ja keskeneräisiksi, emmekä tämän tutkimuksen puitteissa saaneet tietää, kuinka tilanteissa lopulta kävi. Tämäkin kertoo mielestäni jotakin siitä, kuinka pitkälinen mielenterveyspotilaan asiakasurasta voi muodostua.

Anna Metterin (2004) kohtuuttomien tapausten tutkimus toi näkyville, kuinka aktiivisuusvaatimusten myötä on käynyt niille ihmisille, jotka esimerkiksi oman sairautensa vuoksi eivät kykene huolehtimaan säännösten edellyttämistä asiointivelvoitteista tai ilmoittamaan eteenpäin viranomaisille oman tilanteensa muutoksista. Nämä ihmiset saattavat tipahtaa

palvelujärjestelmän ulkopuolelle. (Metteri 2004, 104.) Myös oma tutkimukseni toi näkyville tätä problematiikkaa ja liittyikin siten vahvasti Metterin tutkimuksen viitoittamalle tielle; lähelle kohtuuttomuustutkimusta. Tutkimuksessani olenkin käyttänyt primärilähteenä Metterin tutkimuksia. Oma tutkimukseni toi osaltaan esille, kuinka mutkikkaiksi ja pitkällisiksi mielenterveyspotilaan asiakasurat voivat kehittyä. Osaltaan tähän voi vaikuttaa juuri se, että ihminen ei kykene toimimaan aktiivisuusvaatimusten mukaan sairautensa vuoksi ja saattaa jäädä ajelehtimaan päämäärättömästi ja jäädä palvelujärjestelmän kiertolaiseksi jopa vuosikausiksi. Uskon siis, että Juhilan kuvaama sosiaalityö huolenpitosuhteena (2004, 5-7) onkin edelleen tärkeässä asemassa esimerkiksi juuri psyykkisesti huonokuntoisempien mielenterveysasiakkaiden kohdalla. Asiakirjat sekä sosiaalityöntekijöiden kirjoittamat pohdintaosuudet toivatkin näkyville sairaalan sosiaalityöntekijöiden näyttäytyvän tällaisina huolenpitäjinä ja potilaidensa asianajajina. Nykypäivänä asiakkaan omaa vastuullisuutta korostava suunta asettaa kuitenkin myös sosiaalityöntekijöille haasteita. Jokapäiväisessä työssä tulee varmasti esille useita tämänkin tutkimuksen tapausten kaltaisia asiakkaita, jotka tarvitsisivat paljon huolenpityötä ja ohjausta. Lisäksi sairaalan sosiaalityöntekijät toimivat kuitenkin yhä kiireisemmässä ympäristössä. Kiireinen työtahti sairaalassa ei mahdollista potilaan polun seuraamista avohoidossa. Entä jos henkilö jättääkin menemättä avohoidon palveluihin? Ainakin tämän tutkimuksen kaksoisdiagnoosipotilaiden tilanteista kehittyi mutkallisia muun muassa sen vuoksi, että avohoidossa ollessa asiat saattoivat olla täysin hoitamatta. Kokonaistilanteesta ei kukaan kantanut vastuuta. Mielenterveyspotilaiden avohoitoon olisivatkin varmasti lisäresurssit paikallaan, sillä rakennemuutoksen jälkeen sen on väitetty jääneen puutteelliseksi. Ehkäpä nämä tutkimukseni kaksoisdiagnoosipotilaiden tilanteet osaltaan osoittavatkin tätä väitettä oikeaksi tuoden näkyville, millainen asiakasura on mahdollinen psykiatrian rakennemuutoksen jälkeen.

6.3 Oma tutkimusmatkani

Tämän tutkielman teko on ollut opettavainen matka tutkimuksen teon maailmaan. Matkaani sisältyi ajoittain epätoivoa, mutta myös paljon onnistumisen ja oivalluksen kokemuksia. Tutkielman teko opetti minulle paljon tutkimustyöstä. Aiheen valintaan olen ollut tyytyväinen. Valinnan taustalla oli omakohtainen kiinnostus aihepiiriin sekä tarjoutunut tilaisuus toteuttaa tämänkaltainen tutkimus yhteistyönä käytännön työssä toimivien sosiaalityöntekijöiden kanssa. Olen kokenut tärkeäksi tuoda esille mielenterveyspotilaiden väliinpuotoamistilanteita, sillä tätä aihepiiriä on tutkittu toistaiseksi

melko vähän. Tähän kiinnitin myös huomiota hakiessani oheismateriaalia tutkimustani varten. Tutkimusalueena aihe tuntuu olevan vielä kuitenkin aika marginaalinen.

Matkan varrella oli kuitenkin myös haasteita. Kuitenkin haasteet ja vaikeat tilanteetkin kuuluvat myös omalla tavallaan tutkimuksen tekemiseen. Omalla kohdallani vaikeudet näyttäytyivät muun muassa seuraavilla tavoilla. Jouduin muuttamaan alkuperäistä suunnitelmaani tutkia mielenterveyspotilaiden omaa kokemusta väliinpuotoamistilanteista muun muassa tutkimuslupakysymysten vuoksi. Lisäksi potilaiden huono psyykkinen kunto sairaalassaoloaikana olisi voinut estää haastattelut. Joten muutin tutkimuskysymyksiäni ja keskityin tutkimuksessani tarkastelemaan sosiaalityöntekijöiden keräämän välillisen tiedon kautta mielenterveyspotilaiden väliinpuotoamistilanteita. Nyt jälkepäin katsottuna olen kuitenkin tyytyväinen tähän tutkimusasetelman muutokseen. Aineistossa esiin tuleva sosiaalityöntekijöiden ääni tuo mielestäni arvokasta tietoa tutkimukseeni.

Myös aineistoni osoittautui lopulta melko haasteelliseksi. Enimmäkseen asiakirjoista koostuva aineisto tuntui aluksi ”sisäpiirin” tekstiltä, johon oli tutkijana vaikea päästä sisälle. Asiakirjat sisälsivät esimerkiksi paikannimiä tai muuta sellaista tietoa, joka ei välttämättä avautunut minulle ensilukemalla. Useiden lukukertojen myötä asiakirjat alkoivat kuitenkin vähitellen avautua ja pääsin niihin sisälle. Tähän vaikutti paljon myös se, että järjestin ne kronologisesti alkaen vanhimmasta asiakirjasta päättyen uusimpaan. Päätin alkaa lukemaan tekstejä henkilön elämästä kertovana juonellisena tarinana. Analyysissa käytin hyväkseni tarinamuotoa sekä narratiivista lähestymistapaa.

Saattaisin kuitenkin mahdollisesti valita aineiston keruulle hieman erilaisen tavan näin jälkepäin katsottuna. Aineiston keruun viivästyminen ja tutkijalle toimittaminen kertovat mielestäni myös siitä psykiatrisen sairaalan kiireisestä työtahdistasta, jossa sosiaalityöntekijät nykypäivänä työskentelevät. Asiakirja-aineiston kokoaminen varmasti aiheutti omalta osaltaan sosiaalityöntekijöille lisätyötä. Uskon, että sosiaalityöntekijöitä haastatteleamalla olisin voinut myös toteuttaa samantyyppisen tutkimuksen. Tällöin olisin voinut esimerkiksi pyytää kuvailemaan erilaisia sosiaalityöntekijöiden tyypillisiksi katsomia väliinpuotoamistapauksia. Haastattelumenetelmää käyttämällä olisin voinut myös itse vaikuttaa enemmän aineiston keruun aikatauluihin. Toisaalta olen kuitenkin tyytyväinen tutkimukseni asiakirja-aineistoon. Koen, että aineisto on ainutlaatuinen ja sen myötä tavoitin ehkä kuitenkin erilaisia asioita, kuten yleensä niin tyypillisen haastattelumenetelmän kautta. Kiitokset kuuluvat siis aineiston keruun suorittaneille sosiaalityöntekijöille aineistoni ainutlaatuisuudesta.

Myös tutkimuslupien hankkiminen tuntui aluksi aika monimutkaiselta prosessilta. Lupien hankkimiseksi olin yhteydessä useisiin eri tahoihin. Kuitenkin kaikki nämä kokemukset opettivat paljon tutkimuksen tekemisestä ja tutkimuksesta prosessina.

Jatkotutkimusaiheita ajatellen, olisi mielenkiintoista tutkia ja tavoittaa myös mielenterveysasiakkaan omaa kokemusta nimenomaan väliinpuotoamisteeman näkökulmasta. Olisi kiinnostavaa tietää, kokevatko sosiaalityöntekijöiden väliinpuotoajiksi luokittelemat henkilöt myös itsensä järjestelmän väliinpuotoajaksi ja millä tavoin he itse jäsentäisivät tilannettaan. Tämänkaltaisen kokemuksellisuuden tavoittaminen olisi uskoakseni kuitenkin haasteellista aineiston keruuta ja tutkimuslupiakin ajatellen. Miten voisi tavoittaa henkilöitä ja kykenisivätkö he kuntosaa puolesta haastatteluihin? Lisäksi olisi tärkeää tutkia esimerkiksi myös mielenterveyspotilaiden rahallisista etuuksista väliinpuotoamista, mikä ei tullut kovinkaan laajasti esille tämän tutkimuksen puitteissa. Käsittääkseni tässä tapahtuu kuitenkin väliinpuotoamisia ja niitäkin olisi tärkeää tuoda esille.

Toivon, että tutkielmani voi omalla pienellä panoksellaan tuoda näkyville jotakin siitä, millaisia väliinpuotoamistarinoita ja asiakasuria mielenterveysasiakkailta on mahdollista olla nykypäivänä hyvinvointivaltiossamme. Asiakirjojen välityksellä esille tulkitsemani väliinpuotoamistarinat asiakasuran varrelta osoittivat muun muassa sen, että mielenterveyspotilaan on mahdollista kokea palvelujärjestelmästä väliinpuotoamista ja syrjäytyä asiakasuransa varrella. Lisäksi se toi näkyville sen, että palvelujärjestelmästä löytyy puutteita mielenterveysasiakkaita ajatellen. Omalla panoksellaan tutkimukseni tukee myös sitä väitettä, että avohoito on jäänyt osin puutteelliseksi rakennemuutoksen jälkeen.

KIRJALLISUUS

Aaltonen, Tarja (2002) *Sanatonko tarinaton? Afaatikon intersubjektiivinen maailma ja kertoen rakentuva identiteetti*. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Helsinki: Miina Sillanpään säätiö.

Aho, Päivi (1999) *Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä*. Sosiaalialan ammattien vuosikirja 1999. Sosiaalityöntekijöiden Liitto ry. Porvoo: WSOY.

Alasuutari, Pertti (1999) *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.

Atkinson, Paul & Coffey, Amanda (2004) *Analysing Documentary Realities*. Teoksessa: Silverman, David (toim.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practise*. Second edition. London: Sage Publications, 56–75.

Coffey, Amanda & Atkinson, Paul (1996) *Making Sense of Qualitative Data. Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1999) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus.

Forssten, Katja & Laine, Kaarina & Tähtinen, Juhani (2002) *Hyvinvoinnin tekijät ja uhat lapsuudessa*. Teoksessa: Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: SoPhi, 81–104.

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

Hall, Christopher (1997) *Social Work as Narrative. Storytelling and Persuasion in Professional Texts*. Aldershot: Ashgate.

Heikkilä, Matti (2000) *Syrjäytymisen tutkimus 1990-luvulla*. Teoksessa Heikkilä, Matti & Karjalainen, Jouko (toim.) *Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros*. Helsinki: Gaudeamus, 167-181.

Heikkilä, Matti & Karjalainen, Jouko (toim.) (2000) *Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros*. Helsinki: Gaudeamus.

Heikkilä, Matti & Uusitalo, Hannu (toim.) (1997) *Leikkausten hinta. Tutkimuksia sosiaaliturvan leikkauksista ja niiden vaikutuksista 1990-luvun Suomessa. Raportteja 208*. Helsinki: Stakes.

Heikkinen, Hannu L.T. (2002) *Narratiivisuus – ei yksi vaan monta tarinaa*. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T. & Syrjälä, Leena (toim.) *Minussa elää monta tarinaa. Kirjoituksia opettajuudesta*. Helsinki: Kansanvalistusseura, 184–197.

Heikkinen, Hannu L.T. & Syrjälä, Leena (toim.) (2002) *Minussa elää monta tarinaa. Kirjoituksia opettajuudesta*. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heino, Tarja (1997) *Asiakkuuden hämäryys lastensuojelussa. Sosiaalityöntekijän tuottama määräyty lastensuojelun asiakkaaksi*. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos, sosiaalityö. Stakes tutkimuksia 77. Helsinki: Stakes.

Heinonen, Tuula & Spearman, Len (2001) *Social work practise. Problem Solving and Beyond*. Toronto: Irwin Publishing Ltd.

Helne, Tuula (2004) *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos. Stakes. Tutkimuksia 123.

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

Huhta, Jaana (2000) *Mielenterveyden keskusliitto ry. Teoksessa Sundman, Eila (toim.) Potilaan asema ja oikeudet*. Helsinki: Tammi, 119–125.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) (2005) *Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Saarijärvi: Stakes.

Hänninen, Vilma (1994) *Ei toimijaa ilman tarinaa*. Teoksessa: Weckroth, Klaus & Tolkki-Nikkonen, Merja (toim.) *Jos A niin...* Tampere: Vastapaino, 167–179.

Hänninen, Vilma (2000) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitatis Tamperensis 696. Tampere: Yliopistopaino.

Hänninen, Vilma (2005) Sosiaalitutkimuksen laadulliset menetelmät -luentosarjan luentomoniste. 20.1.2005. Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos. Julkaisematon.

Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (1998) Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa: Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (toim.) Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 59/1998, 3–20.

Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (toim.) (1998) Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 59/1998.

Jokinen, Arja & Suoninen Eero & Wahlström, Jarl (2000) Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa: Jokinen, Arja & Suoninen Eero (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 15–33.

Jokinen, Arja & Suoninen Eero (toim.) (2000) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) (2002) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: SoPhi.

Julkunen, Raija (2001) Suunnanmuutos 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Kalland, Mirjam (1996) Hyvin leikattu – huonosti ommeltu. Erityisryhmien palveluihin kohdistuneet säästöt valtionosuusuudistuksen jälkeen. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Helsinki: Edita.

Karjalainen, Jouko & Saranpää, Usko (2002) Havaintoja huono-osaisuudesta. Stakesin ja SPR:n neljäs huono-osaisuusselvitys. Raportteja 266. Helsinki: Stakes.

Karvinen, Synnöve & Pösö, Tarja & Satka, Mirja (toim.) (2000) Sosiaalityön tutkimus. Metodologisia suunnistuksia. Jyväskylä: SoPhi.

Kiikkala, Irma (2004) Mielenterveyspalvelut ovat hajallaan. Dialogi 14 (4), 14–15.

Kokkola, Anita & Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Sorsa, Minna (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Stakes. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Kokkonen, Sari (2003) Työttömänä isänä perheessä ja yhteiskunnassa. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.

Kontio, Raija & Numminen, Maaria & Stjerna, Anneli (toim.) (2004) Vaikeahoitoisuus haaste työryhmälle. Vaiho -projekti 2002-2004. Kellokosken sairaalan julkaisuja 3/2004. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Korkeila, Jyrki (1996) Julkiset mielenterveyspalvelut – Luottamus kriisissä? Aiheita 17/1996. Helsinki: Stakes.

Korkeila, Jyrki & Tuori, Timo (1996) Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Riitta Viialainen & Juhani Lehto (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, Raportteja 192. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 61–76.

Kosunen, Virpi (1997) Lama ja sosiaaliturvan muutokset 1990-luvulla. Teoksessa Heikkilä, Matti & Uusitalo, Hannu (toim.) (1997) Leikkausten hinta. Tutkimuksia sosiaaliturvan leikkauksista ja niiden vaikutuksista 1990-luvun Suomessa. Raportteja 208. Helsinki: Stakes, 45–101.

Kärkkäinen, Sirkka-Liisa (2005) Minne häviää asunoton mielenterveysongelmainen? Teoksessa: Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Saarijärvi: Stakes, 293–318.

Kääriäinen, Aino (2003) Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2003. Helsinki: Hakapaino.

Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu (2000) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Uusitalo, Hannu, Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, raportteja 250. Jyväskylä: Gummerus, 99–119.

Lehto, Juhani & Kananoja, Aulikki & Kokko, Simo & Taipale, Vappu (2001) Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: STAKES ja WSOY.

Leskinen, Anne (1999) Muutoksen merkit. Tapaustutkimus vanhusten, vammaisten, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelujen rakennemuutoksesta kolmessa kunnassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Luomahaara, Jaakko & Vuorinen, Marja & Naarala, Mikko (2000) Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. Aiheita -monistesarja 7/2000. Helsinki: Stakes.

Maljanen, Timo, & Niemelä, Heikki (2000) Vuoden 1996 sairauspäivärahaudistuksen vaikutukset. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 85. Helsinki: Kela.

Manninen, Jaana (1997) Perusoikeudet ja ihmisoikeudet ratkaisujen lähtökohtina. Teoksessa Taipale, Ilkka (toim.) Mielen sairaut samalle viivalle – vammaisuuksien soveltaminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry, 6–9.

Metteri, Anna (2000a) Palvelujärjestelmän väliinputoajat. Teoksessa Sundman, Eila (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 87–95.

Metteri, Anna (2000b) Sosiaalityön vaikeiden tilanteiden tutkiminen. Asiantuntijatyön moraalit ja politiikka. Teoksessa Karvinen, Synnöve & Pösö, Tarja & Satka, Mirja (toim.) Sosiaalityön tutkimus. Metodologisia suunnistuksia. Jyväskylä: SoPhi, 237–261.

Metteri, Anna (toim.) (2003a) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdistu kehittämisehdotuksiin. Helsinki: Edita.

Metteri, Anna (2003b) Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämissuhteisiin. Helsinki: Edita, 156–175.

Metteri, Anna (2003c) Asiakkaan näkökulma ja kokemus. Kohtuuttomat tilanteet toimintatutkimuksen kohteena. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämissuhteisiin. Helsinki: Edita, 16–23.

Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Helsinki: Edita.

Moilanen, Merja (2000) Sosiaalipalveluja vahvistettava tukemaan mielenterveyskuntoutusta. Sosiaaliturva 88 (8), 3.

Numminen, Maaria (2004) Vaikeahoitoisuus sosiaalityön näkökulmasta. Teoksessa: Kontio, Raija & Numminen, Maaria & Stjerna, Anneli (toim.) Vaikeahoitoisuus haaste työryhmälle. Vaiho - projekti 2002-2004. Kellokosken sairaalan julkaisuja 3/2004. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 129–131.

Palomäki, Susanna (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu - tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.

Piirainen, Timo (1988) Asema työmarkkinoilla ja sosiaaliturvan väliinputoaminen – Tutkimus työmarkkinoiden eriytymisestä, hyvinvoinnista ja sosiaaliturvajärjestelmän toiminnasta. Selvityksiä 4: 1988. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pohjola, Anneli (1993) Tiedontuotanto sosiaalityössä. Teoksessa: Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 255–284.

Pohjola, Anneli (1994) Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämänkulku toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Ristaniemi, Teija (2005) Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Valtiotieteellinen tiedekunta.

Räty, Tapio (1997) Mielenterveyspotilaiden oikeudesta sosiaalipalveluihin ja eräisiin tukitoimiin. Teoksessa Taipale, Ilkka (toim.) Mielen sairaut samalle viivalle – vammaisuuksien soveltaminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry, 10–36.

Salo, Markku (1996) Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Saurama, Erja (2002) Vastoin vanhempien tahtoa. Tutkimuksia 2002:7. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

Seppi, Pirkko (2003) Avohoito mainettaan parempaa. Mielenterveys 42 (4), 22–25.

Silverman, David (2000) Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. London: Sage publications.

Silverman, David (toim.) (2004) Qualitative Research. Theory, Method and Practise. Second edition. London: Sage Publications.

Sipilä, Jorma (1985) Sosiaalipolitiikan tulevaisuus. Helsinki: Tammi.

Sundman, Eila (toim.) (2000) Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.

Taipale, Ilkka (toim.) (1997) Mielen sairaut samalle viivalle – vammaisuuksien soveltaminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry.

Taipale, Vappu (1996) Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terä, Sari (2001) Kaksoisdiagnoosi –määrittely, esiintyvyys ja hoidossa huomioitavat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Tuori, Timo (1998) Mielenterveysongelmaiset. Teoksessa Uusitalo, Hannu (toim.) Syrjäytyminen 1990-luvun puolivälin Suomessa. Stakesin asiantuntijoiden arvioita syrjäytymisriskeistä. Aiheita 7/1998. Helsinki: Stakes, 11.

Törrönen, Jukka (2005) Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen. Teoksessa: Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Saarijärvi: Stakes, 15–37.

Uusitalo, Hannu (1991) Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 1.–7. painos. Juva 2001: WSOY.

Uusitalo, Hannu (toim.) (1998) Syrjäytyminen 1990-luvun puolivälin Suomessa. Stakesin asiantuntijoiden arvioita syrjäytymisriskeistä. Aiheita 7/1998. Helsinki: Stakes.

Uusitalo, Hannu (2000) Sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveystalvet 1990-luvulla. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, raportteja 250. Jyväskylä: Gummerus, 15–27.

Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.) (2000) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, raportteja 250. Jyväskylä: Gummerus.

Vasas, Elyssa B.(2005) Examining the Margins. A concept Analysis of Marginalization. *Advances in Nursing Science* 28 (3), 194–202.

Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.) (1996) Sosiaali- ja terveystalvetujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvetujen kehittämiseen. Stakes, Raportteja 192. Jyväskylä: Gummerus.

Vuorinen, Jarmo (2002) Syrjäytyneellä ei ole tuntomerkkejä. *Mielenterveys* 41 (3), 6–9.

Vuorinen, Jarmo (2004) Avohoitoon siirtymisestä ei selkeää kokonaiskuvaa. *Mielenterveys* 43 (2), 6–10.

Weckroth, Klaus & Tolkki-Nikkonen, Merja (toim.) (1994) Jos A niin... Tampere: Vastapaino.

Wilton, Robert (2004) Putting policy into practise? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science & Medicine* 58, 25–39.

Yin, Robert K. (1994) Case study research. Design and methods. Second edition. Applied social research method series, volume 5. London: Sage.

Elektroniset lähteet

Juhila, Kirsi (2004) Sosiaalityö liittämisen-, kumppanuus- ja huolenpitosuhteena. Sosiaalityön professori Kirsi Juhilan virkaanastujaisesitelmä Tampereen yliopistossa 1.10.2004. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.uta.fi/ajankohtaista/tiedotteet/2004/juhila.html> (luettu 9.12.2004).

Suomen säädöskokoelma

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987,

LIITTEET

Aineiston keruun runko

PRO GRADU- TUTKIELMA:

MIELENTERVEYSPOTILAIDEN VÄLIINPUOTOAMINEN/SYRJÄYTYMINEN ETUUS- JA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ PSYKIATRISEN SAIRAALAN SOSIAALITYÖNTEKIJÄN SILMIN

Tutkimuksen myötä pyritään saamaan vastaus mm. seuraavan kaltaisiin kysymyksiin:

Millaisena mielenterveyspotilaan etuus- ja palvelujärjestelmä näyttäytyy psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän jäsentämänä? Missä tilanteissa ja millä tavalla mielenterveyspotilas on syrjäytynyt/väliinpudonnut etuus- ja palvelujärjestelmässä?

- Asioita koottu yhteen 13.10.2004 Sairaalassa pidetyn sosiaalityöntekijöiden kehittämisiltapäivän nauhoitteista, joilla keskusteltu graduaiheestani sekä
- Täydennetty 15.12.2004 ja 9.2.2005 Sairaalassa olleiden kehittämisiltapäivien myötä.

Millä kriteereillä valitaan potilaat pro gradu- tutkimukseen:

- Asioiden hoitamatta jättäminen jossakin vaiheessa potilaan asiakasuraa, joka johtanut/tulisi johtamaan tilanteen pahenemiseen tai syrjäytymisriskiin.
- Tietty epäinhimillisuus/kohtuuttomuus potilaan tilanteessa. Heitteille jääminen, ilman huolenpitoa jääminen, väliinpuotoaminen, syrjäytyminen...
- Väliinpuotoamistapaukset, jotka johtuneet joistakin säästötoimenpiteistä kunnassa.
- Potilaiden valitseminen tutkimukseen laadullisen tutkimuksen kriteerein eli valitaan mahdollisimman erilaisia tapauksia.
- Tyypillisten asiakastapausten valinta eli valitaan sellaisia asiakastapauksia, joihin psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät usein törmäävät. Tapaukset toimivat näin esimerkkeinä.

Aineistonkeruun teemat tutkimukseen valittujen potilaiden tilanteen kuvaamiseksi (fakta-aineisto: sisältää dokumenttiaineistoa sekä muuta sellaista aineistoa, joista sosiaalityöntekijän tieto koostuu):

mm. seuraavia asioita voi olla tässä mukana:

SAIRAUSKERTOMUS:

- Potilaan tulotilanteen kuvaus, ym. taustatekijät ja tarpeelliset tiedot. (Taustatekijät: sukupuoli, ikä, asuinkunta, siviilisääty, perhetilanne, työtilanne jne.)

KONKREETTINEN SYRJÄYTYMIS/VÄLIINPUTOAMISTILANNE, PALVELUOHJAUKSEN JA KOKONAISVASTUUN KYSYMYKSET:

- Sen kohdan kartoitus, jossa potilas tipahtanut etuus- ja palvelujärjestelmän piiristä. Mihin katkennut kontakti/palvelut/etuudet? Tämän katkeamispisteen kiinnisaanti.
- Mikä on ollut viimeisin viranomaiskontakti? Minne sieltä ohjattu?
- Koordinoiko mikään taho potilaan kokonaistilannetta palveluiden/etuuksien kohdalla?

MIELENTERVEYSASIAKKUUDEN HISTORIA:

- Kartoitus; mitä on tapahtunut, kun katsotaan taaksepäin?
- Esim. kuinka paljon ollut hoitokontakteja psykiatriaan, milloin asetettu diagnoosi 1. kerran, hoitokontaktit muualle, missä pisteissä asioinut, onko kyennyt asioitaan hoitamaan jne.

TUKIVERKOSTOT:

- Työ-, koulutus- ja perhetilanne?
- Missä vaiheessa verkostot rapautuneet/potilas eristäytynyt, jos näin on käynyt?

VIRANOMAISVERKOSTOT:

- Viranomaisverkostojen kartoitus. Ketkä kaikki ovat olleet mukana potilaan asioiden hoidossa?

ETUUKSIEN JA PALVELUIDEN KARTOITUS:

- Kartoitus sosiaaliturvaetuuksista sekä palveluista. Onko potilas saanut ne palvelut ja etuudet, joihin hän on oikeutettu/ovatko ne vireillä/ovatko jääneet hakematta?

Sekä muut merkitykselliset asiakastapaukseen liittyvät seikat.

Tarkoituksena on, että aineistonkeruun teemat toimivat ohjeistuksena tutkimuksen aineistonkeruuseen osallistuvalla psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijälle, kun hän kerää dokumenttiaineistoa tutkimukseen valitusta potilastapauksesta. Tutkijan tietoon ei saateta mitään potilaiden henkilörekisteritietoja (mm. nimi, syntymäaika, osoite), joten ne tulisi poistaa kaikesta materiaalista. Myös lääkärien tai muiden papereihin saneluja tehneiden, tai niitä kirjoittaneiden lääkäreiden, hoitajien tai sihteerien nimiä ei saa kopioissa olla näkyvillä, näin suojataan myös henkilökunnan tietosuojaa. Kuitenkin potilaista saa olla näkyvillä em. taustatekijät.

Sosiaalityöntekijän ammatillinen arvio/jäsennys sekä pohdinta tutkimukseen valitun potilaan tilanteesta (pohdintaosuus):

Lisäksi tutkimuksen aineistona toimii myös sosiaalityöntekijän oma ammatillinen arvio/jäsennys potilaan tilanteesta. Sosiaalityöntekijän arvio/jäsennys ja pohdinta voi olla joko sanelumuodossa tai kirjoitetussa muodossa, riippuen kustakin tutkimuksen tekoon osallistuvasta sosiaalityöntekijästä.

mm. seuraavia asioita voisi olla jäsenyksessä mukana:

- Oma yhteenveto ja omat ajatukset kyseisestä asiakastapauksesta, siinä määrin kuin se on mahdollista.
- Kuinka tyypillinen kyseinen tapaus on sosiaalityöntekijän omassa työssä, entä ko. psykiatrisessa sairaalassa?
- Ovatko kyseisen kaltaiset tapaukset lisääntymässä?
- Missä kohtaa etuus- ja palvelujärjestelmää on ollut puutteita kyseisen asiakkaan asioiden hoitamisessa?
- Kokonaisvastuun kysymykset? Koordinoidaanko potilaan asioita joltain taholta?
- sekä muu tapaukseen liittyvä pohdinta.