

**SOSIAALITURVAJÄRJESTELMÄN ONGELMAT, KOHTUUTTOMAT
TILANTEET JA PSYKIATRISOITUMINEN**

Tapaustutkimus psyykkisiä ongelmia aiheuttavista sosiaaliturvajärjestelmän piirteistä

ANNE HIIRONNIEMI
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2014

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

HIIRONNIEMI, ANNE: Sosiaaliturvajärjestelmän ongelmat, kohtuuttomat tilanteet ja psykiatrisoituminen.
Pro gradu -tutkielma, vi, 84 s., 3 liites.
Sosiaalityö
Ohjaaja: Anna Metteri
Huhtikuu 2014

Tutkielman tavoitteena on selvittää, mitä sellaisia sosiaaliturvajärjestelmään liittyviä tekijöitä sosiaalityöntekijät paikantavat, joiden he arvioivat myötävaikuttaneen psyykkisten oireiden ja mielenterveysongelmien syntymiseen tai lisääntymiseen psykiatrisen poliklinikan potilaiden tilanteissa. Tutkielman toisena tavoitteena on tarkastella millä tavalla potilaat kokevat kohtuuttomat tilanteet elämässään.

Tutkimus on laadullinen monitapaustutkimus, jonka aineisto on kerätty haastattelemalla. Haastateltavat sosiaalityöntekijät työskentelivät erään sairaanhoitopiirin psykiatrisilla poliklinikoilla. Haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan sosiaaliturvajärjestelmän mielenterveysongelmia aiheuttavat piirteet liittyvät järjestelmän epäluotettavuuteen, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittamiseen, ongelmalliseen vuorovaikutukseen järjestelmän ja yksilön välillä sekä järjestelmäehtoiseen toimintaan. Kohtuuttomiin tilanteisiin joutuneille potilaille järjestelmän ongelmalliset piirteet aiheuttavat psyykkisiä oireita ja negatiivisia tunteita, epäluottamusta järjestelmää kohtaan ja toimintakyvyn menettämistä. Potilaille aiheutuu identiteetti-ongelmia, terveydentilan heikentymistä ja taloudellisia ongelmia.

Tulosten perusteella näyttää siltä, että hyvinvointivaltion sosiaaliturvajärjestelmä ei kykene turvaamaan kaikille ihmisille ihmisarvoista toimeentuloa ja oikeudenmukaista kohtelua vaan aiheuttaa psykiatrisoitumista. Näihin ongelmiin ratkaisu voisi olla perustoimeentulon turvaava kansalaispalkka sekä ihmisen kuulemisen ja osallisuuden lisääminen oman asiansa käsittelyssä sosiaaliturvajärjestelmässä.

Avainsanat: kohtuuttomat tilanteet, hyvinvointi, psykiatrisoituminen, fenomenologia

University of Tampere
School of Social Sciences and Humanities

HIIRONNIEMI, ANNE: The problems of social security system, unfair and unbearable situations and ways of getting psychiatric problems

Master`s Thesis, vi, 84 pages., 3 appendix pages

Social Work

Supervisor: Anna Metteri

April 2014

The aim of this master`s thesis is to find out what are those social security system`s factors, which create or reproduce psychiatric signs and symptoms of mental health according to social workers` opinion. Social workers assess these situations in psychiatric outpatients` clinic through patients` experience. The second object of the thesis is to examine the manner in which patients experience unfair and unbearable situations in their lives.

The research data of this multicase study qualitative research was collected by interviewing social workers who worked in a hospital district of psychiatric outpatient clinics. The data was analyzed using content analysis and by the principles of the method recordings were converted to plain text format. The content of the transcripts was reduced and classified.

According to the results the social security system`s practices and features cause mental health problems. These problems are caused by the social security system`s features which are related to system`s reliability, placement in wrong social security category, the problematic interaction between system and individual and system-oriented proceedings. For patients these problematic practices cause unfair and unbearable situations, psychiatric symptoms, a lack of confidence in the system and loss of function. Patients suffer identity problems, loss of health status and economic loss. Situations also give rise to negative emotions.

According to the results the welfare state social security system is not able to provide all people a decent livelihood and fair treatment and it leads people to get psychiatric problems. The solution to these problems could be a civil wage and increase hearings in decision-making bodies and enhancing the contribution of people`s own affairs.

Key words: unfair and unbearable situation, wellbeing, system caused mental problem, phenomenology

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	1
2 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS.....	6
2.1 Hyvinvointi.....	6
2.2 Kohtuuttomien tapausten syntyminen sosiaaliturvajärjestelmässä.....	10
2.3 Sosiaalityö ja sen eettinen arvoperusta.....	17
2.4 Terveysosiaalityö ja sen yhteiskunnallinen vastuu potilaiden rinnalla.....	20
2.5 Mielenterveys, yhteiskunta ja arjen ongelmien psykiatrisoituminen.....	23
2.5.1 Mielenterveys ja sen yhteiskunnalliset riskitekijät.....	23
2.5.2 Mielenterveyttä tukeva yhteiskunta.....	27
2.5.3 Psykiatrisoituminen.....	31
3 FENOMENOLOGIA TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMANA.....	34
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	36
4.1 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen rajaaminen.....	36
4.2 Laadullinen tapaustutkimus.....	37
4.3 Aineisto ja aineiston keruu.....	40
4.3.1 Haastattelut.....	41
4.3.2 Haastattelut ja haastattelujen kulku.....	42
4.3.3 Aineiston litterointi.....	42
4.4 Laadullinen sisällönanalyysi analysointimenetelmänä.....	43
4.5 Tutkimusetiikka.....	47
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	50
5.1 Tutkimuksen potilastapaukset.....	50
5.2 Sosiaaliturvajärjestelmän kohtuuttomuutta tuottavien piirteiden ilmeneminen.....	53
5.2.1 Järjestelmän epäluotettavuus.....	54
5.2.2 Väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen.....	55
5.2.3 Ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa.....	55
5.2.4 Järjestelmäehtoinen toiminta.....	56
5.3 Kohtuuttomien tilanteiden vaikutukset ihmisen elämässä.....	58
5.3.1 Psykykkisten oireiden ilmeneminen.....	58

5.3.2 Luottamuksen menettäminen järjestelmän toimintaan.....	59
5.3.3 Toimintakyvyn menettäminen.....	59
5.3.4 Identiteettiongelmien syntyminen.....	60
5.3.5 Negatiivisten tunteiden kokeminen.....	61
5.3.6 Terveystilan heikkeneminen.....	61
5.3.7 Taloudellisen tilanteen heikkeneminen.....	61
5.4 Psykiatrisoitumisen prosessit.....	62
6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	73
LÄHTEET.....	79
LIITTEET.....	85

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista sosiaaliturvajärjestelmän iatrogenisistä piirteistä.....	45
Taulukko 2. Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä iatrogenisten piirteiden mukaan.	45
Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista sosiaaliturvajärjestelmän iatrogenisistä vaikutuksista potilaiden elämään.....	46
Taulukko 4. Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä sosiaaliturvajärjestelmän iatrogenisten vaikutusten mukaan.....	46
Taulukko 5. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Jaanan tapauksessa.....	63
Taulukko 6. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Heikin tapauksessa.....	65
Taulukko 7. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Pekan tapauksessa.....	66
Taulukko 8. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Väinön tapauksessa.....	68
Taulukko 9. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Osmon tapauksessa.....	69
Taulukko 10. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Laurin tapauksessa.....	70
Taulukko 11. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Markuksen tapauksessa.....	71
Taulukko 12. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Teron tapauksessa.....	72

1 JOHDANTO

Hyvinvointi on keskeinen ja tavoiteltava asia pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa. Hyvinvointivaltion tavoitteena on turvata jokaiselle kansalaiselle huolenpito ja selviytyminen elämän vaihtelevissa tilanteissa. Suomalaisella sosiaaliturvajärjestelmällä, joka koostuu sosiaalihuollosta ja toimeentuloturvasta (Aaltio 2013, 34), on haluttu saavuttaa sellaiset olosuhteet, joissa jokaisella kansalaisella olisi riittävän hyvät elämisen edellytykset ja kokemus hyvinvoinnin tilasta läpi elämän.

Sosiaalityön näkökulmasta katsottuna hyvinvointivaltio järjestelmineen ei aina kykene takaamaan kaikille kansalaisilleen hyvinvointia. Tällöin ihmisen ja hänen ympäristönsä välille kehitty jokin hyvinvointia murentava häiriö ja näissä tilanteissa sosiaalityöltä odotetaan korjaavaa väliintuloa. Sosiaalityölle on siis asetettu erityinen tehtävä yhteiskunnan taholta ja siltä odotetaan erilaisten uhkien ja ongelmien poistamista ihmisten elämästä. Sosiaalityö on kuitenkin sidoksissa julkiseen valtaan ja sen suomiin mahdollisuuksiin parantaa avun tarpeessa olevien ihmisten asemaa. Sosiaalityöllä voidaan tukea ihmisiä suhteessa ympäristöön ja sosiaalityö voi olla tukemassa ihmisiä vaikeista tilanteista selviytymisessä, vaikka kaikkia hyvinvoinnin häiriöitä ei ihmisten elämästä voidakaan sosiaalityöllä poistaa. (Eskola 1993, 11.)

Yhteiskunnallisesti tarkasteltuna sosiaalityö on yhteiskunnan osajärjestelmä, jonka erityistehtävänä on tukea asiakkaan arkielämän jatkuvuutta ja normaaliutta (Sipilä 1989, 58, 61). Tätä tehtävää sosiaalityöntekijät pyrkivät suorittamaan kussakin työpisteessä oman ammatillisen ja eettisen arvoperustan mukaisesti. Psykiatrisilla poliklinikoilla työskenteleville terveysosiaalityöntekijöille avautuu näkökulma yhteiskuntaan potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen tarkastelun kautta. Terveysosiaalityöntekijöiden täytyy havaita ja ottaa huomioon potilaiden sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksiä sekä niiden yhteisvaikutuksia. (Linden 1999, 55.)

Tähän potilaiden kokonaistilanteen arviointiin ja huomioimiseen pääsin tutustumaan sosiaalityön harjoittelun yhteydessä eräällä psykiatrisella poliklinikalla. Harjoittelun kuluessa minulle muotoutui pro gradu -tutkielmani aihe, joka nousee terveysosiaalityön käytännöstä ja siitä havainnosta, että

sosiaaliturvajärjestelmällä on keskeinen merkitys hyvinvoinnin toteutumisessa mielenterveyden kannalta.

Harjoittelun kuluessa tutustuin potilaisiin, joiden elämäntilanne oli ajautunut sosiaalisesti ja taloudellisesti kohtuuttomiin tilanteisiin, kun he olivat joutuneet väliinpuotoajiksi yhteiskunnan palvelu- ja tukijärjestelmissä. Heidän kohdalla järjestelmät eivät olleet kyenneet vastaamaan olemassa oleviin tarpeisiin. Usein oli käynyt niin, että pitkittyneiden etuuskäsittelyiden ja valitusprosessien kuluessa potilaiden taloudellinen ja henkinen kuormittuminen oli laukaissut psyykkisiä ongelmia. Potilaat olivat saattaneet saada kielteiset päätökset kuntoutustuesta, työkyvyttömyyseläkkeestä tai eivät olleet saaneet sairautensa perusteella muihin korvauksiin oikeuttavia statuksia. Potilaiden elämässä oli voinut olla esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairautta tai muita sairauksia, ehkä hyvin harvinaisenkin sairaus, jota ei ollut tunnistettu tai otettu huomioon, mutta, jonka seurauksena potilaat eivät olleet kyenneet jatkamaan työn tekoaan. Psykiatrisen poliklinikan potilaina saattoi olla esimerkiksi vammaisen lapsen vanhempia tai sairaan puoliso, jotka olivat kuormittuneet tilanteissaan eivätkä olleet saaneet tarvitsemiaan yksilöllisiä tukia esimerkiksi sosiaalitoimesta tai Kelasta. Tarvittavat avut oli evätty tai ne olivat olleet riittämättömiä. Potilaat saattoivat olla psykiatrisen poliklinikan sosiaalityöntekijän vastaanotolle tullessaan masentuneita ja epätoivoisia tilanteissaan. Potilaiden tilanteita leimasivat usein taloudelliset vaikeudet, henkinen kuormittuminen sekä mielialaoireilut ja sairastuminen psyykkisesti.

Potilaat olivat kohdanneet hyvinvointivaltion käänttöpuolen, jolloin järjestelmä oli evännyt jonkin etuuden, koska potilaan tilanteesta oli tulkittu puuttuvan jokin kyseiseen etuuteen oikeuttava tekijä. Tällä puuttuvalla tekijällä olivat päätöksiä tehneet tahot perustelleet epäämisiään tai hylkäämisiään. Potilaiden oikeustaju oli koetuksella, sillä päättäjien käsitykset ja perustelut sairauden luonteesta olivat ristiriidassa sekä potilaiden omien kokemustensa kuin hoitavien asiantuntijoidenkin näkemysten kanssa. Potilaat näyttivät katkerilta ja saattoivat ihmetellä päätösten perusteluita, jotka koskivat esimerkiksi sairauden laatua tai sitä, ettei sairaus ole kuvautunut riittäväällä tavalla lääkärinlausunnossa. Jotkut potilaista suhtautuivat tilanteeseensa sarkastisesti tai turhautuneesti, mikä saattoi näkyä heidän asioinneissaan viranomaistahoissa. Tämä keino selviytyä tilanteessaan ei ehkä auttanut potilaan asiaa, mutta oli inhimillistä toimintaa elämänvaiheessa, jossa luottamus pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon oli murenemassa tai murentunut. Potilaat kokivat tilanteensa

kohtuuttomana ja potilaiden tilanteet myös näyttivät kohtuuttomilta sekä yleiseen oikeustajuun että vakiintuneisiin käytäntöihin nähden (Metteri 2012, 52).

Tämä ilmiö herätti mielenkiintoni, sillä tilanteissa oli sellaisia piirteitä, jotka poikkesivat yleisestä käsityksestä siitä, mitä hyvinvoinnin tulisi ihmisen elämässä sisältää. Potilaat pohtivat omaa kohtuutonta tilannettaan suhteessa siihen, miten he odottavat hyvinvointia tuottavien järjestelmien toimivan tai miten he ovat sen havainneet toimivan (Metteri 2012, 52). Tilanteissa oli suurta ristiriitaa myös sosiaalityön eettisen arvomaailman kanssa. Kansantaloudellisesti ajatellen tilanteet näyttivät siltä, että niiden syntyminen lisäsi yhteiskunnan kustannuksia, sillä ensisijaisen ongelman jäädessä ratkaisematta jatkona seurasi toissijaisesti psyykkistä kuormittumista, sairastumista ja hoitosuhteen aloittaminen psykiatrisella poliklinikalla.

Harjoittelun kuluessa pohdimme suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän tilaa sekä näitä samankaltaisia kohtaloita yhteisissä sosiaalityöntekijöiden työnohjauksissa. Osallistuminen Anna Metterin väitöstilaisuuteen sekä hänen myöhempi luentonsa, joka käsitteli syrjäytymistä, syrjäyttämistä ja osallisuutta, selkiyttivät minulle edelleen konkreettisesti kuvaa yhteiskunnasta, jonka palvelurakenteissa on mahdollista syntyä kohtuuttomia tilanteita ja rakenteellista ongelmien tuottamista. Tällaisissa kohtuuttomissa tilanteissa on kysymys siitä, että ihmisen elämässä on hyvinvointivaltion lupaamaa sosiaalista turvaa, tukea ja apua liian vähän. Sen sijaan turvattomuutta, epäoikeudenmukaisuutta ja vaille jäämistä on liian paljon. (Metteri 2012, 45.) Näiden taustajatusten siivittämänä sekä sosiaalityön arvoperustaan nojautuen päätin pureutua tutkielmassani sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia aiheuttaviin piirteisiin.

Sosiaalityö on vahvasti sidoksissa yhteiskuntaan ja sen lainsäädännön edellytyksiin. Suomen perustuslaissa on säädetty, että kansalaisille tulee taata ihmisarvoinen kohtelu. Sosiaalityön tehtäviin kuuluu vaikuttaa sellaisiin yhteiskunnassa havaittaviin epäkohtiin, jotka ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa ja, jotka sotivat sosiaalityön arvopohjaa sekä eettisiä periaatteita vastaan aiheuttaen kansalaisille inhimillistä kärsimystä. Sosiaalityö on syvästi eettistä, koska siihen sisältyy aina vastuu toisesta ihmisestä. Asiakaslähtöisen työn perustana on ihmisarvo, yhdenvertaisuus, rehellisyys ja avun jatkuvuuden turvaaminen. (Talentian ammattieettinen lautakunta 2012, 5; Immonen & Kiikkala 2007, 80.)

Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena ovat sellaiset potilastapaukset, joissa lähtökohtaisesti on ollut kyse jostain muusta sairaudesta tai tarpeesta kuin mielialaoireilusta tai psyykkisestä sairaudesta, mutta, joihin nykyinen sosiaaliturvajärjestelmä ei ole kyennyt vastaamaan riittävästi tai on vastannut ongelmia tuottavalla tavalla ja tilanne on johtanut psykiatrisen poliklinikan asiakkuuteen. Tutkielmani tavoitteena on selvittää monitapaustutkimuksella, millaiset sosiaaliturvajärjestelmässä vallitsevat ongelmalliset piirteet ovat olleet tuottamassa tai tuottavat edelleen potilaille sellaista stressiä, pettymystä ja epäluottamusta järjestelmää kohtaan, että se on johtanut kohtuuttomuuden kokemuksiin, mielialaoireiluun tai psyykkiseen sairastumiseen. Tässä tutkimuksessa huomio on niissä potilaiden tilanteissa ja tapauksissa, joissa yhteiskunnan sosiaaliturvajärjestelmän toiminta vaikuttaa tai on ollut vaikuttamassa mielenterveysongelmien syntymiseen. Tässä tutkimuksessa käytän käsitettä psykiatrisoituminen kuvaamaan juuri tätä prosessia, jonka seurauksena ihmiselle, jonka ongelmat eivät alun perin olleet mielenterveydellisiä, aiheutuu mielenterveyden menetystä. Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille sosiaalityöntekijöiden kuvaamina potilaiden kokemuksia tilanteissaan.

Tutkimuskysymykset voidaan muotoilla seuraavasti:

Mitä sellaisia sosiaaliturvajärjestelmään liittyviä tekijöitä sosiaalityöntekijät paikantavat, joiden he arvioivat myötävaikuttaneen psyykkisten oireiden ja mielenterveysongelmien syntymiseen tai lisääntymiseen potilaiden tilanteissa?

Millä tavalla potilaat kokevat kohtuuttomat tilanteet elämässään?

Tutkimuksen rakenne:

Tässä tutkimuksessa nähdään hyvinvoinnin olevan yhteiskuntamme keskeisiä arvoja (Lagerspetz 2011, 79) ja hyvinvoinnin toteutumista pidetään hyvinvointivaltion tavoitteena. Lisäksi hyvinvoinnin kokemisella nähdään olevan yhteys ihmisen mielenterveyden kokemiseen. Tämän vuoksi luvussa kaksi paneudutaan hyvinvoinnin käsitteeseen ja sisältöön. Luvussa tarkastellaan kohtuuttomuuden ilmenemistä silloin, kun sosiaaliturvajärjestelmä ei kykene tuottamaan hyvinvointia.

Terveysthuollossa työskentelevät terveystsosiaalityöntekijät toimivat potilaiden parissa ja sosiaalityötä ohjaa vahva eettinen ajattelu, joten viitekehysessä määritellään sosiaalityötä ja sen arvoperustaa. Tämän tutkimuksen näkökulma psykiatrisoitumiseen ja kohtuuttomuuden kokemiseen nojaa sosiaalityön eettisiin periaatteisiin, joiden avulla sosiaalityöntekijät havaitsevat ammatillisessa tilanteiden vertailussa kohtuuttomia tilanteita ja kykenevät niistä raportoimaan.

Tutkimuksen viitekehysessä määritellään psykiatrisoitumisen käsitettä ja tarkastellaan mielenterveyden yhteyttä yhteiskuntaan. Tässä tutkimuksessa nähdään yhteiskunnallisilla tekijöillä olevan merkitystä mielenterveyteen (Stengård & Savolainen & Sipilä & Nordling 2009, 7).

Edellä mainitut käsitteet ja kokonaisuudet toimivat tutkimuksen teoreettisena taustana, jota kuvataan luvussa kaksi. Luvussa kolme käsitellään fenomenologiaa tutkimuksen näkökulmana. Luvussa neljä käsitellään tutkimuksen toteuttamista kokonaisuudessaan ja määritellään tutkimusetiikkaa tutkimuksen teon raamittajana. Luvussa kuvataan empiirinen aineistonkeruu ja aineiston analyysi. Luvussa viisi kuvataan tutkimustulokset ja luvussa kuusi muodostetaan tutkimuksen yhteenveto ja johtopäätökset tutkimuskysymykseen liittyen.

2 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS

Laadullisessa tutkimuksessa teoreettisen viitekehyksen tarkoituksena on tehdä mahdolliseksi erilaisten tarkasteluiden tekeminen tutkittavasta kohteesta (Alasuutari 2011, 84). Tässä tutkimuksessa nähdään kansalaisten hyvinvoinnilla ja mielenterveydellä olevan yhteys toisiinsa. Toisaalta hyvinvoinnin toteutumattomuudella nähdään olevan yhteys kohtuuttomien tilanteiden syntymiseen. Tämän vuoksi luvussa kaksi paneudutaan hyvinvoinnin käsitteeseen ja sisältöön sekä kohtuuttoman tilanteen syntymiseen sosiaaliturvajärjestelmässä. Tutkimus kuuluu sosiaalityön alaan ja luvussa määritellään sosiaalityötä ja sen eettistä arvoperustaa. Tutkimus kohdentuu myös terveystieteisiin ja luvussa tarkastellaan mielenterveyttä sekä yhteiskunnan ja mielenterveyden suhdetta. Teoreettisen viitekehyksen tarkoituksena on luoda pohjaa ja näkökulmaa tutkimuskysymysten ratkaisemiselle ja analyysin tekemiselle.

2.1 Hyvinvointi

Hyvinvointi ja sen tavoittelu kuuluvat pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon ja hyvinvoinnin toteutuminen on haluttu turvata Suomessa lainsäädännöllä. Hyvinvointivaltion lupaus perustuu politiikkaohjelmiin, lakeihin ja säädöksiin (Metteri 2012, 33), joista muun muassa Suomen perustuslain 19§ toteaa, että

”Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asunnon omatoimista järjestämistä”. (Suomen perustuslaki 19§; Niemi 2006, 61; Kainulainen 2006, 77.)

Suomen lainsäädännön perustavana ajatuksena on se, että jokaisen ihmisen selviytyminen ja huolenpito turvataan yhteiskunnassa ja kaikkia kohdellaan tasa-arvoisesti. Tässä kohdin

lainsäädäntö edellyttää toimijoilta moraalista vastuuta. (Metteri 2012, 33.) Lainsäädännöstä nousee hyvinvointivaltion antama lupaus siitä, että julkisella vallalla on vastuu kansalaisten hyvinvoinnista. Lainsäätäjien tahtona on ollut, että hyvinvoinnin rakentaminen perustuu tasa-arvoisuuden ja oikeudenmukaisuuden periaatteille sekä universalismin aatteelle niin, että kaikilla kansalaisilla on oikeus esimerkiksi peruskoulutukseen, julkiseen terveydenhuoltoon ja eläketurvaan. (Niemi 2006, 61.) Lainsäädännön yhtenä tarkoituksena on parantaa kansalaisten mahdollisuuksia ennakoida riskitilanteissa selviytymistä (Metteri 2012, 33). Tällä tavalla voidaan myös parantaa kansalaisten turvallisuuden tunnetta ja luottamusta elämän jatkumiseen ihmisarvoisella tavalla.

Hyvinvoinnin käsite on tärkeä ihmis- ja yhteiskuntatieteissä, mutta myös hallinto-, talous- ja politiikkatieteissä hyvinvointi on keskeisellä sijalla. Hyvinvoinnin käsite kytkeytyy niin yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin kuin ihmisen toimintaan. Yhteiskunnan makrotasolla eli rakenteellisella tasolla on kysymys hyvinvointivaltiosta ja hyvinvointiyhteiskunnasta ja mikrotasolla kysymys on ihmisten hyvin voimisesta ja elämässä menestymisestä. (Niemelä 2010, 16.)

Hyvinvointi on suomalaisessa yhteiskunnassa arvostettu asia ja se sisältää toimintaa ohjaavan elementin ja tukee päättäjiä poliittisesti. Vaikka hyvinvointi ei itsessään ole varsinaisesti moraalinen arvo, pidetään hyvinvoinnin edistämistä tai vähentämistä merkityksellisenä asiana. Käytännössä tämä ilmenee valintatilanteissa niin, että, jos jokin teko edistää hyvinvointia, tulisi kyseinen teko tehdä. Poliittisella tasolla tulisi tehdä sellaisia päätöksiä, jotka edistävät hyvin monien ihmisten hyvinvointia. Niissä yhteiskunnissa, joissa halutaan edistää hyvinvointia, annetaan hyvinvointikeskustelulle huomattava poliittinen paino. (Lagerspetz 2011, 79 – 80.)

Hyvinvointia voidaan määritellä eri tavoin ja hyvinvoinnin määrittämiseksi on myös pyritty kehittämään mittareita, joilla voidaan saada luotettavaa tietoa hyvinvoinnin tilasta (Simpura & Uusitalo 2011, 106). Kansalaisten hyvinvointia voidaan mitata sekä objektiivisilla että subjektiivisilla mittareilla. Yleisimmin käytetty objektiivisen hyvinvoinnin mittari on bruttokansantuote, joka tarkastelee rahatalouden piirissä toimivaa tuotantojärjestelmää. Tämän rinnalle tutkijat ovat kehittäneet subjektiivisia mittareita, joilla pyritään selvittämään kansalaisten kokemusta hyvinvoinnista. Ihmisiltä on esimerkiksi kysytty, kuinka tyytyväisiksi, terveiksi ja

onnellisiksi he kokevat itsensä. (Aaltio 2013, 53.) Voidaan ajatella, että tutkimusalan keskeisiä käsitteitä ovat hyvinvointi, onnellisuus, elintaso, tyytyväisyys ja elämänlaatu (Simpura & Uusitalo 2011, 106). Viime kädessä kansalaisten hyvinvointi on mittari sille, miten hyvin yhteiskunta voi. Niinpä esimerkiksi sosiaalityön yleismaailmalliseksi tavoitteeksi on määritelty ihmisen hyvinvoinnin lisääminen. (Niemelä 2010, 16.)

Hyvinvoinnin sisältöjä on pyritty määrittelemään eri yhteyksissä. Perinteisesti hyvinvoinnin osatekijät on jaettu terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin (Vaarama & Moisio & Karvonen 2010, 10). Yhdistyneet Kansakunnat (YK) on määritellyt hyvinvoinnin ihmisen tarpeiden tyydytyksen tilaksi ja virraksi. Tämä elintasoluokitus sisältää kymmenen osatekijää, jotka ihmisen tulee voida tyydyttää voidakseen hyvin. YK:n asiantuntijaryhmän mukaan terveydellä, elintarvikkeiden kulutuksella, koulutuksella, työllisyydellä ja työoloilla sekä sosiaaliturvalla, vaatetuksella, virkistyksellä, vapaa-ajalla ja ihmisoikeuksilla on suora yhteys ihmisen hyvinvointiin. (Niemelä 2010, 16 – 17.) Simpura (2009, 41) puolestaan toteaa, että hyvinvointia voidaan pitää eräänlaisena kattokäsitteenä, jonka alla on koko joukko erilaisia osakomponentteja. Hyvinvointi voidaan esittää koostuvaksi kuudesta osa-alueesta, joita ovat toimeentulo, työ, terveys, tiedot ja taidot, turvallisuus sekä toimintamahdollisuudet.

YK:n tarveteoreettiseen ajattelutapaan on suhtauduttu kuitenkin kriittisesti, koska tarpeen tyydytyksen mittaamista pidetään vaikeana tehtävänä. Tilalle on esitetty konkreettisiin resursseihin perustuvaa tarkastelua ja luokitusta. Resurssiperustaisessa elintasoluokituksessa hyvinvointia tarkastellaan ihmisellä olevien resurssien ja niiden käytön mahdollisuuksien pohjalta. Resurssit nähdään mahdollisuuksina toimia hyvinvoinnin edistämiseksi. Tällaisina elintason osatekijöinä pidetään terveyttä, ravintotottumuksia, asumista, kasvuolosuhteita ja perhesuhteita, koulutusta, työllisyyttä ja työoloja, taloudellisia resursseja, poliittisia resursseja, vapaa-aikaa ja virkistystä (Niemelä 2010, 18).

Pohjoismaiden hyvinvoinnin tilaa kartoittavassa tutkimuksessaan Allardt on yhdistänyt tarve- ja resurssiperustaiset hyvinvointiteoriat käsitteillä ”having”, ”loving” ja ”being”. Luokituksessa ”having” edustaa resurssiperustaista elintasoluokitusta kuten terveys, tulot, asuminen, työllisyys ja koulutus. ”Loving” käsittää paikallisyhteisyyden, perhesuhteet ja ystävyysuhteet ja ”being” kattaa

avunannon, statuksen, korvaamattomuuden, poliittiset resurssit ja mielekkään vapaa-ajan toiminnan. Nämä taas edustavat pääosin tarveperustaisia elämänlaatukategorioita, joskin esimerkiksi poliittisilla resursseilla on selkeä resurssiperustainen luonne ”being”-kategoriassa. (Niemelä 2010, 18 – 19; Raijas 2011, 243.)

Toiminta- ja osallisuusperustainen hyvinvointi on tarve- ja resurssiteoreettisen lähestymistavan rinnalla kolmas keskeinen hyvinvoinnin jäsentäjä. Kyse on toiminnallisuuden ja yhteisön osallisuuteen jäsentymisen mukanaan tuomasta hyvinvoinnista, jolloin ihminen voi osallistua yhteisö- ja yhteiskuntatason toimintoihin esimerkiksi tekemällä työtä ja opiskelemalla tai osallistumalla harrastus- ja kansalaistoimintaan. (Niemelä 2010, 19; Raijas 2011, 243.) Lähestymistavassa korostuu se, miten tärkeää on ihmisen hyvinvoinnille se, että hän voi käyttää kykyjään ja pystyy toimimaan haluamallaan tavalla. Elämä koostuu toiminnoista ja niiden yhdistelmistä eli kaikesta siitä, mitä ihminen pystyy tekemään, mitä hän voi vapaasti valita tehtäväkseen ja millaisena hän kykenee olemaan (Niemelä 2010, 19). Kysymys on osaltaan perustarpeista kuten ravinnosta, terveydestä ja asunnosta. Näiden lisäksi kysymys on myös monimutkaisemmista tarpeista kuten osallisuudesta sosiaalisessa yhteisössä ja hyvästä itsetunnosta. Tällainen ihmisen toimintakyky riippuu hänen synnynnäisistä ominaisuuksistaan ja instituutioiden kautta järjestyneistä mahdollisuuksista kehittyä ihmisenä ja toimia yhteisössä. (Aaltio 2013, 54, 58.)

Terveyssosiaalityön näkökulmasta katsottuna kaikissa edellä mainituissa hyvinvoinnin määritelmässä tulee esille terveyden keskeinen rooli ihmisen hyvinvoinnin kannalta. Tarveteoreettisen määritelmän mukaan ihmisellä on tarve terveyteen, resurssimääritelmän mukaan terveys on ihmisen resurssi, jota käyttämällä hän voi saavuttaa hyvinvointia ja toiminta- ja osallisuusperusteisessa hyvinvoinnin määrittelyssä terveys luo ihmiselle mahdollisuuksia ja kykyä toimia mielekkäällä hyvinvointia edistävällä tavalla.

Mielenterveydellä on hyvin suuri merkitys ihmisen hyvinvoinnin kokemiseen. Mielenterveyden kannalta hyvä elämä edellyttää suotuisia ulkoisia olosuhteita, jolloin sosiaalisilla ja materiaalisilla olosuhteilla sekä instituutioilla on ratkaiseva merkitys (Aaltio 2013, 52). Yhteiskunnallisten olosuhteiden, tekijöiden ja järjestelmien tulisi olla terveyttä tukevaa, edistävää ja näin hyvinvointia parantavaa.

Yhteiskunnallisella kehityksellä on merkitystä ihmisten asemaan suhteessa hyvinvointiin. Vallitseva järjestelmä voi tuottaa hyvinvointia, mutta se voi tuottaa kansalaisilleen myös pahoinvointia. Laman jälkeen Suomessa toteutetut hyvinvointivaltion uudelleen järjestelyt ovat johtaneet siihen, että diversion eli asiakkaiden poiskäännyttämisen merkitys on ratkaisevasti lisääntynyt. (Hänninen & Karjalainen 2007, 164.) Lainsäädännöllä pyritään kyllä turvaamaan hyvinvoinnin toteutumista ja säädöksistä nousee hyvinvoinnin lupauksia (Metteri 2012, 33), mutta säädösten muotoilut saattavat antaa siinä määrin tulkinnan mahdollisuuksia, ettei hyvinvointi käytännössä toteudu. Syntyy tilanteita, joissa ihminen jää yhteiskunnallisen turvaverkon ulkopuolelle. (Kemppainen 2007, 239.) Anna Metteri (2004, 2012) on tutkimustyönsä kautta tuonut esille kohtuuttomien tapausten käsitteen. Kohtuuttomien tilanteiden ja tapausten syntyminen on mahdollista monista syistä hyvinvointivaltion kansalaisilleen antamista hyvinvoinnin toteutumisen lupauksista huolimatta.

2.2 Kohtuuttomien tapausten syntyminen sosiaaliturvajärjestelmässä

Suomessa on viime vuosina alettu tehdä yhteiskuntatieteellistä tutkimusta perusturvan toteutumisesta ja niistä prosesseista, joissa ihminen on jäänyt vaille tarvitsemaansa apua tai palvelua ja joutunut kohtuuttomaan tilanteeseen. Anna Metteri on tutkimustyöllään nostanut esille kohtuuttomien tilanteiden olemassaolon ja avannut siihen liittyvää yhteiskunnallista keskustelua. Metteri on ollut kiinnostunut vuodesta 1997 (Metteri 2012, 15) lähtien kohtuuttomista tilanteista ja julkaissut vuonna 2004 *Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset* -hankeraportin sekä vuonna 2012 sosiaalityön väitöskirjan *Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö*. Väitöskirjassaan Metteri on tutkinut suomalaisen hyvinvointivaltion sosiaaliturvalupausta ja sen pettämistä kohtuuttomiksi koettujen tilanteiden valossa. Metteri on tutkinut myös sosiaalityön ammatillista paikkaa hyvinvointivaltion murroksessa. Tutkimuksessaan Metteri on hakenut vastauksia siihen, miten kohtuuttomat tilanteet ovat syntyneet asiakkaan ja hyvinvointivaltion välisessä suhteessa. Tutkimuksessa tarkastellaan myös asiakkaan ja hyvinvointivaltion suhdetta, jota sosiaalityöntekijät ja muut hyvinvointivaltion ammatilliset työntekijät työssään välittävät.

Metterin tutkimuksessa todetaan kohtuuttomuuden käsitteen olevan kytkeytyneenä kohtuullisuuden käsitteeseen, mikä puolestaan liittyy pohjoismaiseen hyvinvointiajatteluun siitä, että hyvinvointivaltio pitää kansalaisistaan huolta. Tätä ajatusta vasten kohtuuttomuuden kokemus perustuu ihmisen odotuksiin, kokemuksiin ja toisaalta hyvinvointivaltion antamaan lupaukseen avun saamisesta silloin, kun hän sitä tarvitsee. Yksilön jäädessä paitsi tarvitsemaansa apua, vastoin yleistä oikeustajua, syntyy kohtuuttomuuden kokemus. (Metteri 2012, 52 – 53.)

Metteri (2012, 10 – 11, 35, 50, 53) määrittelee kohtuuttomaksi tilanteen, jossa ihminen on jäänyt ilman sellaista hyvinvointivaltion tukea ja apua, joka olisi hänelle kuulunut sosiaalityöntekijöiden ammatillisen arvion mukaan. Käsitteenä kohtuuttomuus merkitsee kohtuullisuuden puuttumista ja hyvinvointivaltion epäonnistumista kansalaisten huolenpidossa. Kohtuuttomuus voi vaihdella pienestä kohtuuttomuudesta täysin kohtuuttomaan tilanteeseen, jolloin on usein kysymys ketjuuntuneesta sosiaaliturvan hylkäämisestä ja hylkäämisen pitkäaikaisista ja vakavista niin taloudellisista kuin henkisistä vaikutuksista ihmisen elämään. Kohtuuttomuuden kokemus liittyy asiakkaan kohteluun ja kokemuksena kohtuuton tilanne perustuu hylätyksi tulemisen subjektiiviseen kokemukseen, jonka seurauksena ihmisen toimintakyky heikkenee ja usko avun saamiseen häviää. Kohtuuttomat tilanteet vaikuttavat ihmisen tunteisiin ja asenteisiin. Kohtuuttomiin tilanteisiin liittyy myös se, ettei yksilöllä ole aina käytettävissä oikeudellisia keinoja eikä useimmiten omia voimavaroja oikeuksiensa puolustamiseksi.

Metteri (2012) tuo tutkimustyössään esille sosiaaliturvapolitiikan toteuttamisen ja hyvinvointipolitiikan ristiriitaisuuksia ja jännitteitä. Metteri toteaa, että kohtuuttomia tilanteita syntyy niissä tilanteissa, joissa säädökset eivät sovi asiakkaan tilanteeseen tai, kun säädöksiä ei noudateta. Kohtuuttomia tilanteita syntyy silloin, kun tukeen oikeutettu ei osaa tai halua hakea tukea. Kohtuuttomia tilanteita syntyy myös silloin, kun työntekijä ei toimi vaikka voisi tai, kun viranomainen tulkitsee kohtuuttomasti.

Metteri (2012) näkee tutkimusaineistonsa perusteella, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas on joutunut kohtuuttomaan tilanteeseen ilman omaa tahallisuuttaan. Asiakas nähdään erilaisten prosessien ja tapahtumien uhrina. Hän on kokenut sosiaalista hylkäämistä, jolloin ihminen on

joutunut epäoikeudenmukaisen toiminnan kohteeksi ja hänen ihmisarvoaan ei tunnusteta (Metteri 2012, 190 – 191.)

Metterin (2012) tutkimuksessa nousee säästöpolitiikan ohjaama portinvartijuus suurimmaksi politiikkatason ehdoksi ja syyksi kohtuuttomien tilanteiden synnylle. Käytännössä tämä on voinut tarkoittaa lakisääteisen rahoitusvastuun välttelyä, kustannusten säättämistä hyvinvoinnin hinnalla ja ehkäisevän sosiaalipolitiikan hylkäämistä. Toinen politiikkatason tekijä kohtuuttomissa tilanteissa liittyy muuttuneeseen sosiaalipolitiikan moraaliiin ja poliittiseen tavoitteeseen, jolloin yksilöä vastuutetaan entistä enemmän selviytymään elämän riskitilanteissa. Käytännössä tämä on voinut näkyä niin, että ihminen on jäänyt vaille tarpeenmukaista toimeentuloa, koska ei ole kyennyt aktiivisen asiakkaan rooliin. Kolmantena politiikkatason tekijänä kohtuuttomien tapausten syntymisessä on sosiaaliturvaohjauksen ja -neuvonnan heikko asema ja sattumanvaraisuus. (Metteri 2012, 193 – 205.)

Tutkimuksessa tulee esille kohtuuttomuutta tuottavana tekijänä ongelmiin puuttumattomuuden kulttuuri, jolloin jokin asia jätetään tekemättä esimerkiksi säästösyistä. Yksilöllisen harkinnan käyttämättömyys lisää myös kohtuuttomuutta, niin kuin myös palvelujärjestelmän pirstaloituminen ja kokonaistarkastelun puute. Tällöin asiakas joutuu helposti kulkemaan luukulta luukulle eikä kukaan ota kokonaisvastuuta hänen tilanteestaan. (Metteri 2012, 211 – 218.)

Metterin (2012) tutkimuksessa tulee esille terveysosiaalityöntekijöiden ja kohtuuttomien tapausten näkökulmasta katsottuna se, että ajattelumallit ja toimintatavat ovat muuttuneet hyvinvointipolitiikassa. Sosiaaliturvalainsäädännön ja käytännön toimintapolitiikan välille on tullut juopa, yhteiskunnan huolenpitomoraali on heikentynyt, sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus on kasvanut ja sairastaminen ja köyhyys ovat kietoutuneet yhteen. (Metteri 2012, 226.)

Kohtuuttomissa tilanteissa järjestelmä ei ollut korjannut työntekijän laiminlyöntejä tai virheitä, vaan seuraukset olivat jääneet yksipuolisesti asiakkaan kannettavaksi. Vasta, kun ihmisen kokemus vääryydestä tunnustetaan, hän kokee olevansa arvostettu ja tulevansa kohdelluksi oikeudenmukaisesti. Eräs keskeinen piirre kohtuuttomissa tilanteissa on ihmisen vastuuttaminen, jolloin vedotaan yksilön vastuuseen huolehtia asioistaan ja ihminen jätetään ilman apua ja

huolenpitoa. Esille tulee myös leimaamista tilanteissa, joissa asiakkaalla on ollut päihteidenkäyttöä tai muuta terveydentilaan vaikuttanutta toimintaa. (Metteri 2012, 230, 236.)

Metterin (2012) tutkimus paljastaa, että suuri osa kohtuuttomien tapausten asiakkaista ei ole ollut osallisena oman asiansa käsittelyssä. Moni oli pettynyt luottamuksessaan ja odotuksissaan hyvinvointivaltion ammattilaisiin. Kohtuuttomien tilanteiden syntyyn oli vaikuttanut se, että auttamistyö ei ollut perustunut persoonien väliselle tunnustussuhteelle. Kohtuuttomissa tapauksissa asiakas oli kokenut rakkauden ja välittämisen puutetta sekä epäkunnioittavia asenteita. (Metteri 2012, 231 – 232.)

Metteri näkee tärkeäksi sen, että asiakkaan tilanne tulee nähdä kokonaisvaltaisesti sekä psykososiaalisesta että rakenteellisesta näkökulmasta. Metteri kuvaa näitä näkökulmia persoonien väliseksi tunnustussuhteeksi ja yhteiskunnalliseksi tunnustussuhteeksi. Asiakastyön kannalta on hyvä huomata, että kohtuuttomassa tilanteessa olevalle riittää usein ensiavuksi se, että edes yksi työntekijä kuulee ja kuuntelee ja alkaa toimia yhteistyössä asiakkaan kanssa tilanteen muuttamiseksi. Asiakastyössä persoonien välinen tunnustussuhde ja yhteiskunnallinen tunnustussuhde kietoutuvat toisiinsa. (Metteri 2012, 235 – 238.)

Sosiaalipolitiikan alalla Anne Määttä (2012) on tutkinut väitöskirjassaan *Perusturva ja poiskäännyttäminen* sitä, miten suomalainen palvelujärjestelmä toimii perusturvaetuuksia hakevan asiakkaan näkökulmasta. Tarkastelun lähtökohtana on Suomen perustuslaissa annettu lupaus oikeudesta sosiaaliturvaan sosiaalisten riskitilanteiden kohdatessa. Tutkimuksessa avataan tuen haun prosessia ja huomioidaan niin väliinpuotoajat kuin muutkin poiskäännyttävät tekijät. Tutkimus perustuu perusturvaetuuksia hakeneiden väliinpuotoajien kokemuksiin ja tutkimus on tehty heidän näkökulmastaan. Tulosten yhteenvetona esitetään, että tuen myöntäminen tai sen epääminen rakentuu tukea hakevan henkilön ja hänen perheensä tilanteesta, etuuden kriteereistä, etuuspäätöksen tekevän työntekijän ammatillisesta osaamisesta ja hänen taustaorganisaationsa virallisista ja epävirallisista säännöistä.

Tutkimuksessa todetaan myös, että perusturvaa toteuttava palvelujärjestelmä on pirstaloitunut, ja siinä vaikuttavat lainalaisuudet luovat erillisten päätösten välille vahvaa polkuriippuvuutta.

Pirstaloitumisen ja polkuriippuvuuden vaikutuksesta syntyy osittain tiedostettua, osin tiedostamatonta ja hallitsematonta poiskäännättämistä, jonka lopputuloksena osa avun tarvitsijoista jää tuen ulkopuolelle. Palvelujärjestelmän toimintamalleihin juurtunut poiskäännättäminen aiheuttaa vastuun siirtymistä enenevässä määrin avuntarvitsijalle itselleen, hänen perheelleen ja epävirallisen avun piiriin.

Mitä sitten poiskäännättäminen pitää sisällään? Poiskäännättämisellä tarkoitetaan sellaisia viranomaiskäytäntöjä, joiden tuloksena asiakas ei saa oikeutta, palvelua tai apua hakemaltaan taholta. Eräänä poiskäännättämisen muotona voidaan pitää myös asioiden käsittelyn viivyttelyä ja päätöksen saamisen viipymistä. Tällöin on kysymys järjestelmäperäisestä välinpitämättömyydestä. (Hänninen & Karjalainen 2007, 188.)

Hyvinvointivaltion säädökset antavat lupauksia hyvinvoinnin turvaamisesta, mutta poiskäännättämisen tilanteissa säädösten tiukkuus ja toisaalta väljyys sekä erilaisten tulkintojen mahdollisuus, voi johtaa kansalaisten luokitteluun palvelun piiristä ulos. Tällöin voi olla niin, että hyvinvointipalveluiden käyttäjät eivät mahdu ennalta määriteltyihin mallikriteereihin ja heidät ohjataan toiselle luokulle, käännytetään hakemaan palvelua toisessa roolissa tai toisin perustein. (Törrönen & Välipakka 2007, 33.) Poiskäännättäminen liittyy institutionaalsiin käytäntöihin ja siihen liittyy aktiivista sosiaalista järjestelmäperäistä syrjäyttämistä ja henkilökohtaista syrjäytymistä. Ihmiset, jotka etsivät apua, tunnustusta tai palveluja, voidaan ohjata muualle tai yksinkertaisesti torjua. (Hänninen 2007, 9.)

Diversiossa on kysymys hallinnasta, jonka tuloksena on ihmisten käyttäytymisen ohjaaminen. Yksilöltä saatetaan evätä avunanto silloin, kun hän on tavalla tai toisella sopimaton palvelun tuottajan ennalta määrittelemiin kriteereihin tai, kun hän kieltäytyy muuttumasta halutulla tavalla. Näissä tilanteissa ihmisellä saattaa olla vääränlaisia tavoitteita tai uskomuksia, hän voi ilmaista itseään sopimattomasti tai jopa pukeutua väärällä tavalla. Poiskäännättämistä voidaan perustella myös sillä uusliberalistisella ajattelulla, että ihmisiä on autettava auttamaan itseään eli ihmisiä on kannustettava ja aktivoitava autonomiseen toimijuuteen. Ihmisen asioita käsittelevät tahot saattavat ohittaa hänen esille tuomansa toiveet, tarpeet ja näkemykset. Poiskäännättäminen voi ketjuuntua, jolloin järjestelmä toisensa perään siirtää vastuuta toiselle organisaatiolle tai toimijalle. Nykyisen

talousideologian vallitessa poliittisilla elimillä ja muilla päätöksentekijöillä on suuri houkutus turvautua tarvitsevien kansalaisten poiskäännättämiseen ja vastuun siirtämiseen. Käännättämisketjut voivat olla pitkiäkin. (Immonen & Kiikkala 2007, 57; Hänninen 2007, 9.)

Poiskäännätyks on kärsimystä tuottavaa toimintaa. Käännätyksi tuleminen on raskas kokemus, johon liittyy kuulematta ja huomiotta jättämistä. Poiskäännättäminen myös viestittää ihmiselle epäluottamuksen ja välinpitämättömyyden myötä sitä, ettei hän ole ihmisenä arvokas. Kokemuksena torjutuksi tulemiset ovat loukkaavia, nöyryyttäviä ja ne murentavat itsekunnioitusta sekä synnyttävät voimattomuutta ja häpeää. Luottamus palvelujärjestelmän auttamiskykyyn ja omiin mahdollisuuksiin haihtuu, jolloin kyse on voimaantumisen vastaprosessista, jossa itsetunto murenee ja voimavarat hiipuvat. Lisäksi painolastilla on taipumus lisääntyä käännätysten toistuessa. Käytännössä tällainen toimintatapa tuottaa hoidon ja palvelun saamisen sijasta kärsimystä, mikä ei ole lainsäädännöstä nousevan hyvinvointilupauksen mukaista. (Immonen & Kiikkala 2007, 75, 77.)

Lääketieteessä voidaan kutsua sellaista toimintaa iatrogeniseksi toiminnaksi, jossa lääketieteellisellä hoidolla saadaan aikaiseksi päinvastaisia tuloksia, kuin mitä hoidolla on tavoiteltu. Lääketieteessä iatrogenisessä kuormituksessa voi olla kysymys lääkityksen sivuvaikutusten hoitamisesta uudella lääkkeellä tai valitun hoidon korjaamista jälleen lääketieteen keinoin. Terveystieteiden tunnettu kriitikko Ivan Illich on esittänyt, että tällainen piirre on keskeistä erityisesti voittoa tavoittelevassa toiminnassa. (Kokko 1992, 50.)

Poiskäännättämistä voitaneen tarkastella edellä kuvatun kaltaisesta iatrogenisestä näkökulmasta, jolloin yhteiskunta kuvautuu alun perin hyvinvointia turvaavana järjestelmänä, mutta joka poiskäännättämisen logiikalla tuottaakin lisää uusia ja kenties monimutkaisempia avun ja turvan tarpeita, joita puolestaan tulisi hoitaa uusilla keinoilla. Anna Metteri (2012, 120) kuvaa iatrogenista eli ongelmia synnyttävää puolta muun muassa suomalaisen tapaturmavakuutus- ja työkyvyttömyyseläkejärjestelmän yhteydessä.

Kelan tutkimusosaston tutkimuksessa *Haastavat asiakkuusprosessit Kelassa* ovat Hanna-Mari Heinonen, Jussi Tervola ja Markku Laatu (2011) tutkineet haastavia asiakasryhmiä ja sosiaaliturvan toimeenpanon ongelmia Kelan näkökulmasta. Tutkimuksessa tulee esille sosiaaliturvan ja sen

toimeenpanon moninaisia ongelmia ja erityisesti Kelan asiakkuusprosesseissa esiintyviä solmukohtia. Kyse on usein eri etuuksien yhteensovittamisesta ja järjestelmän kankeudesta sovittaa yhteen erilaisia etuuksia asiakkaan muuttuvissa tilanteissa.

Tutkimuksessa tulee esille tiettyjä asiakasryhmiä, joiden asiakaspalvelutilanteet voivat olla haastavia. Tällaisia asiakkaita voivat olla päihteiden väärinkäyttäjät, mielenterveysongelmista kärsivät, huonosti suomea puhuvat, vanhukset, etuuksien lasketuttajat, usein asioivat ja heikosta luku- ja kirjoitustaidosta kärsivät. Etuusosaamisen näkökulmasta katsottuna haastavia tilanteita saattavat olla ne tilanteet, joissa käsitellään eläkeasioita, vanhempainetuuksia, kuntoutusasioita, elatustukea tai, jos asiakkaalla on käsittelyssä monta toisiinsa kytkeytyvää etuusasiaa.

Haastateltujen Kelan toimihenkilöiden mukaan viranomaisten välisen yhteistyön toimimattomuus voi tuottaa kärsimystä sellaisille asiakkaille, jotka ovat tekemisissä eläkkeiden, elatustukien kanssa tai, jotka ovat vastikään muuttaneet Suomeen. Työeläkeyhtiöiden ja Kelan yhteistyö ei suju saumattomasti ja asiakkaiden näkökulmasta ongelmia voi aiheuttaa muun muassa käsitteiden epäjohdonmukaisuudet. Elatustukien käsittelyssä on mukana useita osapuolia, mikä vaikeuttaa tilannetta. Maahanmuuttajien kohdalla ihminen risteilee poliisin, Kelan ja sosiaalitoimen välillä, hakiessaan oleskelulupaa, vakuuttamispäätöstä tai toimeentulotukea.

Tutkimuksessa tulee esille, että Kelan toimintatavoista ja sosiaaliturvan toimeenpanon joustamattomuudesta kärsivät esimerkiksi mielenterveys- tai päihdeongelmien takia työkyvyttömät ihmiset, vanhukset, hylätyn työkyvyttömyyseläkepäätöksen saaneet pitkäaikaissairaat ja kuntoutuspäätöstä pitkään odottamaan joutuneet ihmiset. Heidän joukossaan on ihmisiä, jotka ovat eräässä mielessä pudonneet koko järjestelmän ulkopuolelle tai heidän tilanteensa ei tule riittävästi huomioon otetuiksi järjestelmässä.

Tutkimuksessa todetaan kuitenkin valtaosan asiakkuusprosesseista sujuvan kohtuullisen helposti ja vaivattomasti. Näillä asiakkaila elämäntilanne ei sanottavasti poikkea keskivertokansalaisen elämäntilanteesta ja taloustilanne on ainakin kohtuullisella tasolla ja heillä on hyvät asiointivalmiudet. Asiat sujuvat yleensä helposti ja yksinkertaisesti niiden kohdalla, joiden

maksettaviin etuuksiin ei liity merkittävästi tarveharkintaa, tarkkoja ehtoja, seurantaa, toistuvaa asiointitarvetta Kelassa tai muiden sosiaaliviranomaisten luona.

Edellä kuvatuissa tutkimuksissa Metterin ja Määtän tutkimukset tarkastelevat kohtuuttomuutta ja poiskäännyttämistä asiakkaan näkökulmasta. Heinosen ym. tutkimuksessa asiaa tarkastellaan järjestelmästä käsin.

2.3 Sosiaalityö ja sen eettinen arvoperusta

Sosiaalityön alaan kuuluu sosiaalisten ongelmien tutkiminen ja selvittäminen sekä ratkaisujen etsiminen havaittuihin ongelmiin (Linden 1999, 21). Sosiaalityön tavoitteena on tukea arkielämän jatkuvuutta ja normaaliutta, jolloin työn motiivina voidaan pitää niin materiaalisia hyötytavoitteita kuin sosiaalisten normien ylläpitämistä. Arkielämän jatkuvuudesta hyötyvät yhtä hyvin yhteiskunta kuin yksittäiset asiakkaatkin. Sosiaalityö noudattaa jatkuvuutta ja normaalisuutta ylläpitäessään kahta yleistä normia. Ensimmäinen vaatii auttamaan ihmisiä, jotka ovat avun tarpeessa. Toinen taas kieltää vahingoittamasta toisia ihmisiä. (Sipilä 1989, 61 – 62.)

Sosiaalityölle keskeisimpiä lähtökohtia ovat ihmiskäsitykseen liittyvät sellaiset kysymykset kuten miten ihminen ajattelee ja toimii, miten ihmisestä tulee ihminen ja millaiseksi ihminen voi muuttua (Sipilä 1989, 138; Puurunen & Roivainen 2011, 27). Ihmiskäsityksellä on vaikutusta siihen, miten kohtaamme apua tarvitsevan ihmisen (Puurunen & Roivainen 2011, 27). Sosiaalityön arvoperusta kuvaa modernin eurooppalaisen ihmiskäsityksen arvomaailmaa, jossa ihmisarvon, humaaniuden ja solidaarisuuden sekä inhimillisten oikeuksien arvot ovat peräisin länsimaisesta kristillisestä perinteestä (Raunio 2009, 86). Jane Addams (1860 – 1935) on todennut, että moraalitieteellinen on sekä yksilöä että yhteisöä koskeva kysymys. Tätä ajatusta seuraten voidaan ajatella, että moraalitieteelliset arvovalinnat ovat hyvinvointivaltionkin kehityssuuntien taustalla. Etiikan Addams on määritellyt oikeudenmukaisuuden synonyymiksi. (Puurunen & Roivainen 2011, 29.)

Yleisesti tarkasteltuna arvo voidaan määritellä yksilölle, ryhmälle tai yhteiskunnalle tunnusomaiseksi ja luonteenomaiseksi käsitykseksi sekä uskomukseksi siitä, mikä on toivottavaa tai

hyvää ihmiselle. Arvot kuvaavat sitä, millainen maailman tulisi olla, eikä niinkään sitä, millainen maailma on tai mitä siitä tiedämme. Arvoja ei voida osoittaa tosiasioiden perusteella oikeiksi tai vääriksi, vaan ne täytyy hyväksyä uskonvaraisesti. Arvot ovat erilaisia ja voidaan puhua esimerkiksi taloudellisista, esteettisistä, sosiaalisista, poliittisista, uskonnollisista ja moraalisisista arvoista. Arvoja on lukuisia ja jo ennen varsinaista arvotutkimuksen kautta 1960 -luvulla tehtiin noin 180 erilaista arvomääritelmää. Käytännössä arvot ilmenevät puheessa ja toiminnassa (Niemelä 1993, 10; Hoikka & Borg 1990, 6; Raunio 2009, 82 – 83) ja ne vaikuttavat keinojen ja päämäärien valintaan (Mikkola 2003, 31.) Arvot luovat syvempää pohjaa toiminnalle, jolla pyritään hyvään (Strømmer 1999, 58). Arvot vaikuttavat myös yksilötasoa laajemmin ihmisten maailmankatsomukseen ja siihen millainen yhteiskunta tai maailma on heidän mielestään hyvä ja tavoittelemisen arvoinen (Hoikka & Borg 1990, 6).

Arvojen olemassaoloa voidaan tarkastella ammatillisen toiminnan kannalta ja eri toimijoilla saattaa työssä korostua erilaiset arvot. Sosiaalityöllä on oma filosofinen arvoperusta, jonka varaan sosiaalityön eettinen toiminta nojaa. Arvot luovat siis eettisen perustan periaatteille, jotka ohjaavat käytäntöä ja ovat tärkeä osa jokaista ammattia. Arvot ovat normien taustalla taaten eettisen ja luotettavan sekä oikeutetun käyttäytymisen ammattilaisten joukossa. (Dominelli 2002, 15.) Raunio (2009) toteaaakin arvojen ja etiikan olevan sosiaalityön ammatillisen toiminnan tärkein lähtökohta (Raunio 2009, 83).

Sosiaalityön arvot ovat kulttuurisidonnaisia, mutta kansainvälisen määritelmän mukaan sosiaalityön juuret ovat kaikkialla humaaneissa ja demokraattisissa ihanteissa. Sosiaalityön arvot ovat ylismaailmallisesti hyväksytyjä ja eri puolilla maailmaa tehtävässä sosiaalityössä tavoitteena on nähdä kaikki ihmiset tasa-arvoisina ja arvokkaina sekä kunnioittaa heidän ihmisarvoaan. Inhimilliset oikeudet ja yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus motivoivat ja oikeuttavat sosiaalityötä. Sosiaalityön ammattikunta pyrkii kaikkialla maailmassa lievittämään köyhyyttä sekä tukemaan heikkoja ja alistettuja ihmisiä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden lisäämiseksi (Raunio 2009, 86 – 87, 121 – 122).

Sosiaalialalla on erityinen suhde etiikkaan ja ihmisoikeuksiin. Sosiaalityön eettistä arvopohjaa on määritelty niin kansainvälisesti kuin Suomessakin. Sosiaalityön kansainväliset maailmanjärjestöt

IFSW eli International Federation of Social Workers ja IASSW eli International Association of Schools of Social Work ovat määritelleet sosiaalityön eettisen periaatelausuman, jonka arvot pohjaavat sekä yksilölliseen hyvinvointiin että yhteiskunnalliseen oikeudenmukaisuuteen. (IASSW & IFSW 2004; Talentian ammattieettinen lautakunta 2012, 7 – 9.) Suomessa sosiaalialan korkeakoulutettujen yhteisen ammattijärjestön Talentian ammattieettinen lautakunta on hyväksynyt sosiaalialan ammatillisen työn valintoja ohjaavat arvot ja näiden toteuttamista edesauttavat toimintaperiaatteet. Talentian eettiset periaatteet pohjautuvat kansainväliseen periaatelausumaan. (Raunio 2009, 91, 94; Talentian ammattieettinen lautakunta 2012, 5, 7 - 9; IASSW & IFSW 2004.)

Talentian määritelmän mukaan sosiaalityön ammattietiikassa korostuvat ihmisoikeudet, jotka ovat ehdottomia ja ne kuuluvat jokaiselle ihmiselle pelkän ihmisyyden perusteella. Sosiaalityössä tulee kunnioittaa ihmiselämän arvokkuutta ja ihmisarvoa, joka käytännössä tarkoittaa itsemääräämisoikeuden ja osallistumisoikeuden kunnioittamista. Ihmisellä tulee olla oikeus tulla kohdelluksi kokonaisvaltaisesti ja hänen yksityisyyttään tulee kunnioittaa. Sosiaalityön eettisissä periaatteissa halutaan turvata asiakkaan oikeudenmukainen kohtelu niin yksilötasolla kuin koko yhteiskunnassa. Sosiaalityön ammattilaisen tulee estää negatiivista syrjintää, tunnustaa ihmisten ja kulttuurien moninaisuus sekä pyrkiä voimavarojen tasapuoliseen jakamiseen. Yhteiskunnallisella tasolla sosiaalialan ammattilaisen tulee vastustaa epäoikeudenmukaista politiikkaa ja toimintaa. (Talentian ammattieettinen lautakunta 2012, 7 – 9; Raunio 2009, 92 – 94; Raunio 2011, 124 – 131.)

Sosiaalityö on sidoksissa yhteiskuntaan ja sosiaalityötä tehdään kulloistenkin yhteiskunnallisten arvosuuntausten mukaisessa ilmapiirissä. Nyky-yhteiskunnassa perinteiset yhteiskunnalliset arvot ovat saaneet tehdä tilaa uusille markkinahenkisille taloudellisuutta ja tehokkuutta korostaville arvoille. Tämä on merkinnyt sosiaalisen oikeudenmukaisuuden, tasa-arvon ja solidaarisuutta korostavien yhteiskunnallisten arvojen väistymistä yksilöllisempien, yksilön pärjäämistä ja vastuuta korostavien arvojen tieltä. (Raunio 2009, 88.)

2.4 Terveyssozialityö ja sen yhteiskunnallinen vastuu potilaiden rinnalla

Psykiatrisilla poliklinikoilla tehtävä sosialityö on terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvaa sosialityötä, jota määrittelee muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Tässä laissa korostetaan ihmisen oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lain tarkoituksena on taata potilaalle oikeus tulla kohdelluksi niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja toisaalta niin, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Laissa halutaan siis korostaa ihmisen arvoa ihmisenä ja hänelle halutaan suoda vakaumuksen ja henkilökohtaisen yksityisyyden suoja terveydenhuollon asiakkaana. (Kokkola & Kiikkala & Immonen & Sorsa 2002, 18.) Terveyden- ja sosialihuollon ammatillinen sosialityö perustuu myös sosialihuoltolakiin, jonka mukaan sosialityöllä tarkoitetaan sosialihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosialisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia. Näillä toimenpiteillä halutaan ylläpitää ja edistää yksilön ja perheen turvallisuutta, suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta. (Linden 1999, 55; Sosialihuoltolaki 710/1982.)

Terveyssosialityö on terveydenhuollon piirissä tapahtuvaa sosialityötä, jolloin sosialityöntekijän toiminta toteutuu terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosialipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden ja sosialisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Työn lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosialisten tekijöiden yhteyksistä. (Linden 1999, 55.) Sosialityöntekijän on tärkeää ymmärtää terveyden ja hyvinvoinnin monimutkaisuutta ja ymmärtää sosialisten tekijöiden vaikutus terveyteen ja sairauteen yhdessä biologisten ja mikrobiologisten tekijöiden kanssa. Terveydenhuollon sosialityössä on hyvä huomioida potilaan sisäiset ja ulkoiset tekijät, jotka vaikuttavat hänen hyvinvointiinsa. (Coppock & Dunn 2010, 99.)

Terveyssosialityön tavoitteena on tukea heikkoja ja haavoittuvia ihmisiä (Coppock & Dunn 2010, 99 – 100) sekä vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosialinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. Työn psykososialisella otteella on tavoitteena vahvistaa potilasta sairauden keskellä. Tällöin sosialityö sisältää sosialisessa selviytymisessä tukemista, konkreettista sosialityötä ja tukikeskusteluja. (Linden 1999, 55.) Asiakaskeskeisen työn lisäksi terveyssosialityöntekijät pyrkivät kehittämään sosialityön teoriaa ja käytäntöä sekä tarvittaessa

vaikuttamaan yhteiskuntaan tiedottamalla avaintahoille havaitsemistaan terveyteen vaikuttavista ja yhteiskunnallisista epäkohdista. (Linden 1999, 55; Coppock & Dunn 2010, 99 – 100.)

Mielenterveystoimiston työskentelyssä on erityisen tärkeää se, että sosiaalityöntekijä kunnioittaa potilaiden erilaisuutta, pyrkii tasa-arvoon ja huomioi ihmisten tarpeet ja voimavarat sekä työskentelee yhteistyössä ongelmien ratkaisemiseksi. Tärkeää on myös se, että työskentely edistää potilaan toipumista, parantaa hänen turvallisuuden tunnettaan sekä positiivista riskien ottoa ja henkilökohtaista kehitystä ja oppimista. Tämä kaikki edellyttää sosiaalityöntekijältä eettisten periaatteiden mukaista työskentelyä ja sosiaalityön arvojen, taitojen ja tietojen aktiivista käyttöä. (Coppock & Dunn 2010, 137, 141.) Sosiaalityön arvopohjan ja ideaalin mukainen työskentelytapa korostaa asiakkaan asiantuntijuutta omaan elämäänsä liittyen, jolloin vuorovaikutus potilaan kanssa lähtee tasa-arvoisen vuorovaikutuksen periaatteesta. Potilaan osallisuus pyritään mahdollistamaan, jolloin ongelmiin pyritään löytämään yhdessä ratkaisuja. (Pirttijärvi 2013, 30.)

Terveyssosiaalityössä ollaan usein tekemisissä vaikeiden ja haastavien tilanteiden kanssa. Potilaina olevat ihmiset ovat voineet vammautua, sairastua vakavasti tai joutua onnettomuuteen. He ovat voineet kohdata läheisen äkillisen kuoleman, työttömyyden tai heillä voi olla taloudellisia vaikeuksia, tuen ja avun tarvetta, päihteiden väärinkäyttöä, yksinäisyyttä tai itsetuhon kokemusta. (Linden 1999, 24.) Tällaisissa tilanteissa terveydenhuollon sosiaalityöntekijän tulee toimia ammatillisesti ja hienovaraisesti potilaiden hyvinvoinnin parantamiseksi. Henkilökohtaisen vuorovaikutuksen perinteeseen nojaava työote on terveyssosiaalityössä keskeinen. Ihmissuhdetaidot ovat työssä onnistumisen peruslähtökohtia. (Pirttijärvi 2013, 29.)

Terveyssosiaalityön luonteeseen kuuluu, että sosiaalityötä tehdään psykiatrisella poliklinikalla moniammatillisissa työyhteisöissä yhteistyössä lääketieteen, psykologian ja hoitotieteen kanssa (Aho 1999, 178). Kullakin ammattiryhmällä on oma näkökulma potilaiden hoitamiseen. Työskentely tapahtuu erikoislääkärin johdolla, jolloin potilaan hoitoprosessista vastaa lääkäri. Sosiaalityön kohteena ei ole kuitenkaan sairaus, vaan sosiaalityön asiantuntijuuteen kuuluu yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutusten selvittäminen suhteessa potilaan sairauteen ja kuntoutumismahdollisuuksiin (Pirttijärvi 2013, 25).

Sosiaalityössä potilastyön sisältö on usein informointia, ohjausta ja neuvontaa, palveluiden järjestämistä ja hakemusten täyttämistä yhdessä potilaan kanssa (Pirttijärvi 2013, 33; Juhila 2008, 32.) Sosiaalityöntekijä osallistuu myös henkilökunnan ohjaukseen sosiaalityön osalta niin, että muut työntekijät kykenisivät havaitsemaan sosiaalisia ongelmia työskennellessään potilaiden kanssa (Linden 1999, 25). Terveysosiaalityöllä on tärkeä rooli tukea asiakkaitaan kontaktin luomisessa ja mahdollisuuksien avaamisessa kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kartoittamisessa yhteistyössä aikuissosiaalityön kanssa (Pirttijärvi 2013, 31 – 32).

Terveydenhuollossa sosiaalityöntekijä toimii yhteiskunnan palvelujärjestelmien asiantuntijana ja näiden palvelujen välittäjänä ja palveluohjaajana asiakkaiden tarpeisiin nähden (Linden 1999, 25). Työ edellyttää sosiaaliturvan ja -palveluiden tuntemusta sekä kykyä hahmottaa ja ohjata palvelujärjestelmän toiminnan yhteensovittamista potilaan tilanteessa. Psykososiaalinen tuki ja kuntouttava työote ovat auttamistehtävän keskeisiä piirteitä terveydenhuollon sosiaalityössä. (Pirttijärvi 2013, 33). Sosiaalityöntekijä pyrkii näin lieventämään palvelujärjestelmän hajanaisuuden aiheuttamia haittoja (Linden 1999, 64).

Mielenterveystoimistossa tehtävä työ on siis moniammatillista auttamistyötä. Kaikille auttamisammateille on kuitenkin yhteistä potilaiden asioiden ajaminen, potilaiden puolustaminen ja kykeneväksi tekeminen sekä erinäisissä asioissa välittäjänä tai tiedottajana toimiminen. (Linden 1999, 63.)

Mielenterveys ei ole vain lääketieteellinen ilmiö, vaan se koskettaa sitä, kuinka toimimme maailmassa ja miten liitymme toisiin ihmisiin. Sosiaalityö tuo mukanaan jotakin erilaista näkökulmaa mielenterveystyöhön. Kysymys on arvoista, sitoutumisesta sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen, eriarvoisuuden vähentämiseen, epäoikeudenmukaisen politiikan vastustamiseen ja yhteistyöhön palvelujen käyttäjien ja hoitajien kanssa. (Raunio 2011, 134; Coppock & Dunn 2010, 20.)

Sosiaalityössä on kyse muutoksesta. Sosiaalityöntekijät pyrkivät parantamaan haavoittuvien, sorrettujen ihmisten olosuhteita voimaannuttamalla ja muuttamalla mielenterveyttä horjuttavia olosuhteita. Tällöin asioita tarkastellaan niin yksilön kuin yhteiskunnan näkökulmasta. Psykiatrisilla

poliklinikoilla työskentelevät sosiaalityöntekijät sitoutuvat itsemääräämisoikeuden periaatteisiin ja auttavat potilaita selviytymään sorrosta ja muiden esteiden ylittämässä niin, että he pystyvät saavuttamaan parhaan mahdollisen toimintakyvyn. (Coppock & Dunn 2010, 20.)

Sosiaalityön tietoperusta koostuu sosiaalitieteistä, johon liittyy myös lain ja sosiaalipolitiikan tuntemusta. Ihmisen näkeminen sosiaalisesta näkökulmasta auttaa sosiaalityöntekijää huomioimaan mielenterveyspotilaan ihmisenä, jolla on perhesuhteita, oma kulttuuri, asuminen, työ ja sosiaaliset suhteet osana paranemisprosessia. Sosiaalityöllä on erityisasema niiden sosiaalisten ja ympäristötekijöiden käsittelyssä, jotka aiheuttavat henkistä kuormitusta elämän varrella. Sosiaalityöntekijöillä on taitoja auttaa ja ohjata potilaita kohtaamaan näitä tarpeita niin, että he voisivat saavuttaa hyvän mielenterveyden ja tasa-arvoisen yhteiskunnan jäsenyyden. (Coppock & Dunn 2010, 20, 142.)

2.5 Mielenterveys, yhteiskunta ja arjen ongelmien psykiatrisoituminen

2.5.1 Mielenterveys ja sen yhteiskunnalliset riskitekijät

Mielenterveys on käsitteenä monimutkainen, ja sen tarkka määrittäminen on vaikeaa. Sekä mielenterveyden, että mielen sairauksien määrittely on riippuvaista historiallisista, kulttuurisista, sosiaalisista, taloudellisista ja poliittisista tilanteista. (Sohlman 2004, 19.) Yleisimmin käytetty mielenterveyden määritelmä lienee Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmä. Sen mukaan mielenterveys on älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaaleissa stressitilanteissa, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. (Toivio & Nordling 2013, 60, 62.)

Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä ja muodostaa siten perustan yksilön yleiselle hyvinvoinnille. Mielenterveys on siis hyvinvoinnin tila, joka ilmenee tasapainotilana yksilön ja ympäristön välillä. Siihen liittyy kyky hallita elämää, kyky pitää yllä vuorovaikutussuhteita, tunne omasta ihmisarvosta, toivo tulevaisuuden suhteen sekä kyky tulkita ympäristöä ja sopeutua siihen. Hyvä mielenterveys on voimavara, joka auttaa ihmisiä kokemaan elämän mielekkääksi, selviämään

arkielämään liittyvästä stressistä, solmimaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita sekä toimimaan tuottavina ja luovina yhteisön jäseninä. (Savolainen 2011, 148; Stengård ym. 2009, 7; Lönnqvist & Lehtonen 2011, 22.)

Mielenterveys muovautuu persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä koko elämän ajan. Mielenterveyden kehittymiseen vaikuttavat hyvin monet tekijät, joita ovat muun muassa perimä, äidin raskaudenaikainen terveydentila, varhainen vuorovaikutus, elämän kokemukset, erityisesti kriisit ja traumaattiset kokemukset, ihmissuhteet ja sosiaalinen verkosto sekä elämäntilanteen kuormittavuus. (Toivio & Nordling 2013, 60.) Mielenterveyteen vaikuttavat niin yksilölliset ominaisuudet ja kokemukset kuin sosiaalinen vuorovaikutus sekä yhteiskunnalliset rakenteet, resurssit ja kulttuuriset arvot. Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Suotuisissa olosuhteissa mielenterveyden voimavarat kasvavat, mutta epäsuotuisissa oloissa niiden kuluminen voi olla suurempaa kuin uusiutuminen. Mielenterveys ei siis ole pysyvä ominaisuus vaan tila, joka vaihtelee elämän eri vaiheissa aivan kuten fyysinen terveyskin. (Stengård ym 2009, 7.)

Suurin osa suomalaisista voi psyykkisesti hyvin. Väestön psyykkinen kuormittuneisuus ei ole lisääntynyt vuodesta 1980 vuoteen 2000. Mielenterveys ei kuitenkaan ole parantunut samalla tavalla kuin yleinen terveydentila. Noin neljäsosa suomalaisista kärsii haittaavista psyykkisistä oireista tietynä ajankohtana ja 15–20 prosentilla on todettavissa jokin diagnosoitava mielenterveyden häiriö. Näistä tavallisimpia ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt ja alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt. Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet 1990-luvulta lähtien suurimmaksi eläkkeelle siirtymistä ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairausryhmäksi. Erityisesti masennus on noussut keskeiseksi työ- ja toimintakykyisyyttä alentavaksi tekijäksi. (Stengård ym. 2009, 8 – 9.)

Mielenterveyshäiriöihin liittyy toimintakyvyn menetystä, subjektiivista kärsimystä, elämänlaadun heikkenemistä (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 13) ja sairaus horjuttaa taloutta (Isola 2014, 283.) Näillä tekijöillä on vaikutusta sairastuneen läheisiin ja perheenjäseniin ja on siten sosiaalinen ilmiö (Toivio & Nordling 2013, 61). Vanhemman mielenterveyden häiriö ja sen kanssa kasautuvat elämänvaikeudet voivat esiintyä sukupolvien ketjussa. Häiriöiden ja niiden mukana kulkevien

sosiaalisten ongelmien siirtyminen yli sukupolvien on yksi valtavirroista psyykkisen sairastavuuden taustalla. (Solantaus 2005, 3765.)

Mielenterveyden häiriöt merkitsevät huomattavaa taloudellista ja henkistä taakkaa niin potilaille ja heidän läheisilleen kuin koko yhteiskunnalle. Mielenterveyden häiriöistä aiheutuvat suorat ja epäsuorat kustannukset olivat noin 4,2 miljardia euroa vuonna 2004. Kokonaiskustannuksiin sisältyvät mielenterveyden hoitoon käytetyt terveydenhuollon menot, mielenterveysperusteiset eläkemenot, sairausvakuutuskustannukset ja lääkekustannukset. Jos välilliset kustannukset, kuten menetetyn työpanoksen arvo, menetetty verotulo, menetetyn elämän arvo ja läheisille aiheutuneet kärsimykset otettaisiin laskelmissa huomioon, loppusumma olisi moninkertainen. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 27; Stengård ym. 2009, 9.)

Mielenterveyteen vaikuttavat niin biologiset, kokemukselliset kuin ympäristölliset tekijät. Myös yhteiskunnallisilla terveysvaikutuksilla ja sosioekonomisilla tekijöillä on merkitystä mielenterveyteen. (Savolainen 2011, 148.) Stengård ym. (2009, 7) toteavat myös, että yhteiskunnan rakenteilla, taloudellisilla resursseilla ja yhteiskuntapoliittisilla ratkaisuilla on yhteys väestön mielenterveyteen. Bäckman (1992, 161) puolestaan toteaa, että yksilön rasittuneisuus tai sairaus voi johtua yksilön ja hänen fyysisen ja sosiaalisen ympäristönsä välisestä häiriöstä.

Työllisyys-, sosiaali-, terveys-, koulutus-, asumis- ja ympäristöpolitiikka sekä palvelujen saatavuus ja laatu voivat osaltaan olla joko heikentämässä tai parantamassa kansalaisten mielenterveyttä. Merkittävä vaikutus on myös yhteisöjen ja yksilöiden arvoilla ja asenteilla toisin sanoen siinä, miten suhtaudutaan mielenterveydenhäiriöihin, leimataanko mielenterveysongelmista kärsivät, miten ihmisten keskinäinen arvostus, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus toteutuvat. Mielenterveyden ongelmat ja häiriöt kehittyvät yksilötekijöiden ja olosuhteiden vuorovaikutuksen tuloksena vähitellen vaikutuksiltaan kasautuvana prosessina. Tilanne, joka lopulta näkyy oireina, kehittyy usein kauan ja kehityskulkuun sisältyy monenlaisia yksilöllisiä ja olosuhteisiin liittyviä tekijöitä. (Stengård ym. 2009, 7 – 8.)

Yhteiskunnallisesti tarkasteltuna terveyden käsite on laajentunut ja tällöin katsotaan, että ihmisen terveydentilaan vaikuttavat erilaiset psykososiaaliset tekijät, jotka liittyvät yksilön psyykkisiin

piirteisiin ja sosiaalisten ryhmien rakenteeseen ja toimintaan. Kysymys on ihmisen sisäisistä voimavaroista, ulkoisista suhteista, rakenteellisista olosuhteista ja yhteiskunnallisista instituutioista. Psykososiaaliset tekijät ovat toisistaan riippuvia. Niiden vaikutusta terveydentilaan ja yksilöiden toimintoihin ei voida ymmärtää, ellei yhteiskuntaa tarkastella kokonaisuutena. (Bäckman 1992, 161 – 162.)

Yhteiskunnallisilla olosuhteilla on siis vaikutusta mielenterveyteen ja yhteiskunnallisilla ratkaisulla määritellään reunimmaisat puitteet ihmisten psyykkiselle ja sosiaaliselle voinnille. Nämä arkielämän ehdot saattavat muotoutua eri ihmisryhmille kovin erilaisiksi. Yhteiskunnan kehitys ja muutos asettavat myös omat haasteensa mielenterveystyölle. Olojen muuttuminen ei ole merkinnyt kaikilta osin ihmisten elämän parantumista, vaan samaan aikaan, kun kehitys on poistanut joitakin elämisen vaikeuksia, se on luonut tilalle uusia ongelmia (Upanne 1985, 183) ja väestön eriarvoistumista. (Vaarama & Moisio & Karvonen 2010, 8.) Esimerkiksi julkisen vastuun vähentäminen hyvinvointipalveluiden järjestämisessä heikentää niiden henkilöiden ja ryhmien asemaa, joiden asianajokyky on heikentynyt (Metteri 2004, 21 – 22). Tällaisessa ympäristössä eläminen on henkisesti vaativaa ja henkinen turvallisuus ja selviytyminen saattaa olla muutoksen keskellä tiukassa. (Upanne 1985, 183.)

Muutos merkitsee oman identiteetin tarkastelua ja määrittelyä uudelleen (Lahikainen 2010, 132). Ihmiselle on ominaista muodostaa käsitys itsestään ja hän ankkuroituu jatkuvasti muun muassa vallalla oleviin ikää, sukupuolta, kansalaisuutta, työelämän ja koulutusjärjestelmän jäsenyyttä määrittäviin kategorioihin. Erilaiset käsitykset itsestä toimivat samaistumisen kautta yksilön identiteetin jatkuvuuden peruspilareina ja identiteetin vakaus on yksi hyvinvointia lisäävä tekijä. (Suoninen & Lahikainen & Pirttilä-Backman 2010, 299.)

Aina, kun yhteiskunta muuttuu, yksilöllisenä haasteena on käsitellä sitä, mitä ulkoiset tapahtumat merkitsevät itselle ja läheisille. Mitä lähempänä itseä, omaa perhettä tai jokapäiväistä arkea tapahtunut muutos on, sitä todennäköisemmin se vaikuttaa ihmisen identiteettiin. Identiteettiä koskevat kysymykset saattavat tulla ulkoapäin ja odottamattomalla tavalla ja kriisiyttää identiteetin sekä ajatukset itsestä, omasta asemasta ja tulevaisuudesta. (Lahikainen 2010, 132.) Erilaiset identiteettiuhat kuten työttömyys, sairaus, parantuneen puolison elämän merkityksettömäksi

kokeminen, sukupuolileikkaus ja eläkkeelle jääminen aiheuttavat sen, yksilön on ajateltava uudelleen käsitystä siitä mitä minä olen (Suoninen ym. 2010, 301.) Identiteetin kriisiytymisen uhka kasvaa sitä mukaa kuin ympärillä tapahtuva muutos kasvaa tai kiihtyy. (Lahikainen 2010, 132.)

Sosiaalinen ja taloudellinen syrjäytyminen on mielenterveysongelmiin liittyvä suuri vaara. Mielenterveyden häiriöihin liittyy myös merkittävää elämänlaadun heikkenemistä ja sosiaalisia ongelmia. (Stengård ym. 2009, 9.) Sosiaaliseen eristykseen joutuminen voi johtua syrjinnästä, vihamielisyydestä, työttömyydestä tai stigmasta eli ennakkoluuloista ja leimautumisen pelosta. Leimautuminen tai sen pelko tuo tullessaan usein syrjäytymisen, vähentää itsekunnioitusta ja heikentää ihmisoikeuksia. Stigma voidaan ajatella myös laajasti, koko mielenterveystyötä leimaavana negatiivisena asenteena (Toivio & Nordling 2013, 360) tai se voidaan yhdistää mielenterveyden sairauksiin ja siihen, että mielenterveyden häiriöt aiheuttavat eniten stigmatisointia maailmassa. (Pritchard 2006, 3.) Tämä johtaa helposti siihen, että ihmisillä, joilla on mielenterveysongelmia, on vaikeampaa saada parempaa hoitoa ja parannusta elämänlaatuun. Leimautumisen pelko saattaa aiheuttaa myös viivästymistä avun hakemiseen sekä vaikeuksia vastaanottaa hoitoa ja kiinnittyä siihen. (Coppock & Dunn 2010, 13; Stengård ym. 2009, 9; Toivio & Nordling 2013, 61.)

Yhteiskunnallisilla olosuhteilla on vaikutusta kansalaisten mielenterveyteen ja näin ollen yhteiskunnalliset tekijät voivat olla edistämässä mielenterveysongelmien syntymistä. Mielenterveyden menettäminen tai menettämisen uhka kuvautuu aina negatiivisella tavalla yksilön ja hänen läheistensä elämään ylisukupolvisinakin seurauksina. Mielenterveyden häiriöt saavat aikaan henkilökohtaisen pahoinvoinnin lisäksi myös kansantaloudellisia menetyksiä, joten yhteiskunnan avaintahojen tulisi tehdä viisaita ratkaisuja päätettäessä sosiaali- ja talouspoliittisista arvovalinnoista ja niistä seuraavista päätöksistä.

2.5.2 Mielenterveyttä tukeva yhteiskunta

Mielenterveyden edistäminen on monitasoinen prosessi. Yksilötasolla pyritään vahvistamaan yksilön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja voimavaroja, parantamaan arjessa ja kriisitilanteissa selviytymisen taitoja sekä tukemaan terveyttä psykososiaalista kehitystä. Yhteisötasolla korostuvat

sosiaalisten verkostojen syntyminen, säilyttämisen ja vahvistamisen sekä osallisuuden kokemuksen mahdollistavat prosessit esimerkiksi kouluissa, työpaikoilla, yhdistyksissä ja asuinalueilla. Yhteiskunnallisella tasolla mielenterveyden edistäminen näkyy ihmisoikeuksien, lainsäädännön hyvinvointi- ja terveystoimittisten ohjelmien sekä hyvinvointistrategioiden toteutumisen kautta, jolloin pyrkimyksenä on vahvistaa yhteisön mielenterveyttä suojaavia rakenteita. (Toivio & Nordling 2013, 338; Stengård ym. 2009, 7.)

Mielenterveyden edellytysten puolustamisessa on kyse yhteiskunnallisesta makrotason vaikuttamisesta. Väestö mielenterveyttä edistetään, kun heille turvataan hyvinvoinnin ja mielenterveyden kannalta välttämättömät ja riittävät resurssit. Samalla turvataan kansalaisten ihmisarvon ja sosiaalisten oikeuksien toteutuminen sekä tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen kohtelu. Hyvinvoinnin kannalta välttämättömät resurssit liittyvät toimeentuloon, terveyteen, turvallisuuteen, kykyjen kehittämiseen, toimintamahdollisuuksiin ja elinoloihin. Psykkinen hyvinvointi ilmenee ihmisten kokemuksissa arjessa selviytymisenä, elämäntyytyväisyytenä ja elämänlaatuna. Hyvinvoinnin resurssien oikeudenmukainen jako vaikuttaa yksilön kokemaan luottamuksen tunteeseen. Hyvinvoinnin vajeista kärsivä ihminen ei pysty luottamaan omiin voimavaroihinsa, yhteisön tukeen tai yhteiskunnan huolenpitoon. (Savolainen 2011, 157 – 158.)

Mielenterveyttä tukeva yhteiskunta kykenee siis säilyttämään kansalaisten luottamuksen toimintaansa ja sen toiminta on ennustettavissa olevaa ja turvallisuutta parantavaa, sillä koettu hyvinvointi kytkeytyy elämän turvallisuuteen. Käänteisesti ilmaistuna se on turvattomuuden puutetta, joka ilmenee elämänhallinnan tunteena ja uskona tulevaisuuteen ja omaan toimintaan. (Suoninen ym. 2010, 302.) Aaltion (2013) mukaan kyse on koherenssin tunteesta, jolloin ihminen luottaa siihen, että elämäntapahtumat ovat ymmärrettäviä, hallittavia ja mielekkäitä. Silloin, kun ihmisellä on vahva koherenssin tunne, hän uskoo selviytyvänsä vaikeistakin tilanteista. Hyvä kierre tukee hyvinvointia ja selviytyminen vahvistaa elämänhallintaa. Jos yksilö sen sijaan kokee tilanteen aiheuttamien vaatimusten ja haasteiden ylittävän hänen voimavaransa, hän tulkitsee jännitystilän kielteiseksi. Haasteista ei seuraa positiivista jännitystä, vaan stressiä, joka puolestaan aiheuttaa haitallisen terveyttä kuluttavan kuormitustilan. (Aaltio 2013, 66 – 67.)

Koherenssin tunne on yhteyksissä turvallisuuteen, mikä ilmenee esimerkiksi kykyinä tarkastella asioita nykyhetkeä laajemmassa aikaperspektiivistä ja suunnitella tulevaisuutta. Vastaavasti yksilöllinen turvattomuus on sellaisen kohtaamista, jota kohtaan tunnetaan voimattomuutta tai neuvottomuutta. Se on eräänlainen jäännöskokemus, jota yleensä pyritään välttämään. Eksistentiaalisesti ihminen on pohjimmiltaan yksin maailmaan heitetynä. Oloista riippumatta ihmiset ovat samalla lähtöviivalla monessa suhteessa, kuten syntymään, kuolemaan ja jossain määrin myös sairastamiseen liittyvissä asioissa. (Suoninen ym. 2010, 302.)

Turvattomuus on subjektiivinen arvio itsestä suhteessa ympäröivään maailmaan, joka luo samalla horisontin kohti turvallisuutta, uhkien hallintaa ja vaarojen välttämistä. Turvattomuuden tunteen voimakkuus riippuu sekä itsestä että ulkomaailmasta, kun omat kyvyt ja keinot hallita maailmaa peilataan ulkoisia haasteita vasten. Tunne voi olla seurausta sekä riittämättömiksi havaituista kyvyistä että ulkoisten paineiden suuruudesta. Kokemus perustuu siis yksilön tulkintaan itsestä ja maailmasta. Turvattomuus voi ilmetä fyysisesti stressinä ja psykosomaattisina oireina. Samalla somaattisiin sairauksiin sairastumisen riski kasvaa. Ahdistuneisuutena ilmeneviä turvattomuuden kokemuksia ovat huolet ja pelot, joissa uhkan kohdetta pyritään hallitsemaan ajatuksin. (Suoninen ym. 2010, 303.)

Pyrkimys uhkien hallintaan on osa ihmisen luontaista varustusta. Esimerkkejä kollektiivisista turvallisuuden hallintajärjestelmistä ovat maanpuolustus, väestönsuojelu, työsuojelu, ympäristönsuojelu, oikeuslaitos ja sairaalalaitos. Kollektiiviset turvajärjestelmät eivät kuitenkaan aina voi taata yksilöllistä hyvinvointia. Tämä liittyy muun muassa yhteiskunnan jatkuvaan muutokseen. Suomalaisessa hyvinvointivaltiossakin monet voivat pahoin. Tästä kertovat esimerkiksi itsemurhien ja itsemurhayritysten suuri määrä, masennuksen yleisyys ja muu psyykkinen oirehdinta. (Suoninen ym. 2010, 304 – 305.)

Mielenterveyttä tukevassa yhteiskunnassa on stressiä vähentäviä tekijöitä. Stressissä on kysymys ihmisen ylikuormittumisesta, joka heikentää hänen toimintakykyä, työkykyä ja koettua elämänlaatua. Stressi kokemuksena voi ilmetä sekä fyysisinä että psyykkisinä oireina ja pitkittyessään stressi voi johtaa ahdistuneisuuteen ja sitä kautta väsymykseen, avuttomuuteen ja toivottomuuteen. Lääketieteessä puhutaan tällöin kliinisestä depressiosta. (Aaltio 2013, 67.) Tämän

tutkimuksen kannalta stressin aiheuttama ylikuormittuminen liittyy osaltaan psykiatrisoitumisen käsitteeseen, jolloin jokin toiminta on aiheuttanut ihmiselle psyykkisiä oireita.

Stressin mahdollisia kielteisiä vaikutuksia voidaan ennalta ehkäistä tutkimusten mukaan muun muassa sosiaalista tukea lisäämällä, jolloin kysymys on ihmissuhteisiin liittyvästä terveyttä edistävästä tai stressiä ehkäisevästä tekijästä. Sosiaalinen tuki voi koostua esimerkiksi tietotuesta, kuten neuvoista, ehdotuksista tai tilanteen uudelleenarvioinnista. Sosiaalinen tuki voi olla niin sanottua instrumentaalista tukea, jolloin ihminen saa konkreettista apua tilanteeseensa. Kysymys voi olla tällöin taloudellisten olosuhteiden tasapainosta. Tärkeällä sijalla ovat myös arvostusta osoittavat tuen muodot, jolloin ihminen saa osakseen myönteistä palautetta tekemisistään ja kyvyistään. Tunnetuki on myös eräs sosiaalisen tuen elementti. Tällöin ihminen voi kokea tulevansa rohkaistuksi ja kuulluksi empaattisella tavalla. Lisäksi ihmisen täytyy voida kokea luottamuksellisuutta suhteessa ympäristöönsä. Ihmiselle on erityisen tärkeää se, että hän voi luottaa siihen, että hän saa tukea silloin, kun tilanne sitä vaatii. Sosiaalinen tuki vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin sekä suoraan että toimimalla puskurina suojaen vaikeilta tilanteilta. (Toivio & Nordling 2013, 132 – 133.)

Ihmisen onnellisuuden voidaan katsoa muodostuvan kahdesta ulottuvuudesta; negatiivisista ja positiivisista vaikutteista. Nämä ulottuvuudet voivat olla jossain määrin riippumattomia toisistaan. Positiivisten tekijöiden lisääntyminen ihmisen elämässä ei välttämättä johda negatiivisten tekijöiden vähenemiseen tai päinvastoin. Tämän mukaisesti voidaan ajatella, että tavoittaakseen hyvinvoinnin ja onnellisuuden kokemuksia, tulisi ihmisen elämässä tapahtua sekä positiivisten tekijöiden lisääntymistä että negatiivisten asioiden vähentymistä. (Pavis 1998, 4.)

Yhteiskunnallisesti ajatellen ja sosiaalityöhön soveltaen voitaneen muodostaa sellainen johtopäätös, että hyvinvointivaltion sosiaaliturvajärjestelmää ja sosiaalityötä, tulisi kehittää negatiivisia vaikutteita alentavaksi ja positiivisia tekijöitä lisääväksi. Mielenterveyttä tukeva yhteiskunta kykenee turvaamaan kansalaisilleen riittävän sosioekonomisen aseman ja kansalaiset kokevat voivansa vaikuttaa itse elämässään tapahtuviin muutoksiin. Hyvinvointia tukevassa yhteiskunnassa ihmiset kokevat tulevaisuuden suunnitelmansa selkeiksi ja suhtautuvat tulevaisuuteensa optimistisesti.

Mielenterveyttä tukevassa yhteiskunnassa mielenterveyspolitiikalla on keskeinen sija. Mielenterveyspolitiikalla tarkoitetaan julkisen vallan, yksityisten palvelutuottajien sekä kansalaisjärjestöjen ja yhdistysten harjoittaman mielenterveystyön tietoista ja tavoitteellista kytkeytymistä harjoitettavaan hyvinvointipolitiikkaan. (Salo 2011, 291.)

2.5.3 Psykiatrisoituminen

Psykiatrisoitumisen käsitettä kuulee käytettävän puhekielessä, mutta hakusanalla varsinaista psykiatrisoitumisen määritelmää on vaikea löytää. Tässä tutkimuksessa pyritään lähestymään psykiatrisoitumisen käsitettä yhteiskunnallisen iatrogeenisyyden ja medikalisoitumisen kautta. Tutkimuksen näkökulma psykiatrisoitumiseen liittyy yhtäältä iatrogeenisyyteen, jolloin järjestelmän tuottamat vaikutukset ihmisten elämään ovat vahingollisia (Metteri 2012, 163) ja toisaalta lääketieteen vahvaan asemaan yhteiskunnassa, joka tulee esille muun muassa sosiaalivakuutuksen portinvartijuutena. (Metteri 2012, 220 – 222.) Hyvinvoinnin kannalta sosiaaliturvajärjestelmän tulisi olla sillä tavalla toimiva, että se tukisi ihmisen psyykkisiä voimavaroja. Lääketieteelle on puolestaan asetettu yhteiskunnassamme vahva mandaatti vaikuttaa ihmisen elämään terveyden tai sairauden todentamisen kautta. Se, millaisia löydöksiä lääkärit todentavat ihmisen terveydestä, vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin saada sosiaaliturvaetuuksia. (Metteri 2012, 155 – 157.)

Tämän tutkimuksen psykiatrisoitumisen ajatusta tarkastellaan suomalaisen sosiaaliturvapolitiikan toimeenpanon iatrogeenisyyden eli ongelmia synnyttävän toimintatavan näkökulmasta (Kokko 1992, 50; Metteri 2012, 120). Hyvinvointivaltio antaa kansalaisilleen lupauksia lakien, säädösten ja politiikkaohjelmien kautta siitä, että kansalaisilla on mahdollisuus selviytyä riskitilanteissa (Metteri 2012, 33). Aina tämä ei toteudu, vaan järjestelmän kohtuuttomuutta tuottavat piirteet voivat saada aikaan uusia ongelmia esimerkiksi mielenterveyden alueella, mikä voi johtaa hoitosuhteeseen psykiatrisella poliklinikalla. Silloin, kun sosiaaliturvajärjestelmän ongelmat tuottavat ihmisille psyykkisiä oireita, voidaan ajatella, että järjestelmän ongelmat ihmisten tilanteissa medikalisoituvat ihmisten yksilöllisiksi ongelmiksi.

Metteri (2012) on tutkimuksessaan tuonut esille psykiatrisoitumisen syntyprosessia ja ideaa. Tyypillisesti psykiatrisoitumista tapahtuu silloin, kun lähdetään hakemaan työkyvyttömyyseläkettä

alun perin fyysisen työkyvyttömyyden perusteella. Mutta, kun työeläkelaitos ei myönnäkään työkyvyttömyyseläkettä, joutuu ihminen kohtaamaan kohtuuttoman hylkäämispäätöksen. Kohtuuton tilanne näyttäytyy ihmiselle työkyvyn ja toimeentulon menetyksenä, jonka seurauksena ihminen menettää elämisen perustan ja masentuu. Näin tapahtuu fyysisen työkyvyttömyyden psykiatrisointi (Metteri 2012, 166). Metterin (2012) esittämässä psykiatrisoitumisen syntyprosessissa tulee esille se, miten kohtuuttomaan tilanteeseen joutuneen ihmisen arjen huolet ja ongelmat psykiatrisoituvat.

Medikalisoitumisessa on puolestaan perinteisesti tarkoitettu lääketieteellisen asiantuntijuuden ulottamista sairauksien ulkopuolelle. Tällöin yhä useampi ilmiö määritellään terveyden ja sairauden termin, jolloin esimerkiksi aikaisemmin normaaleina pidettyjä asioita aletaan käsitellä lääketieteen näkökulmasta. Näin on käynyt muun muassa raskauteen ja vanhuuteen liittyvien asioiden kanssa. Lääketieteen toiminta-alueen kasvaessa se osallistuu yhä enemmän jokapäiväisen elämän ja poikkeavuuden määrittelyyn. (Hemminki & Kangas & Topo 1992, 96; Karisto & Rahkonen 2000, 48.)

Tämän tutkimuksen kannalta ehkä mielenkiintoisempi näkökulma medikalisoitumiseen nousee vallan näkökulmasta, sillä sekä sosiaaliturvajärjestelmässä että terveydenhuollossa on lääketieteellä merkittävä asema. Medikalisoitumisessa on kysymys siis vallasta, jolloin lääketieteen uusien kontrollitehtävien myötä sille annetaan myös lisää valtaa (Hemminki ym. 1992, 96). Yhteiskunnassamme lääkärit muodostavat sen yhteiskunnan ryhmän, jolla on oikeus antaa sairaille lupa poiketa tavanomaisista roolivelvoitteistaan niin, että nämä voivat omaksua sairaan roolin, ja oikeus valvoa, että sairaat tervehtyessään omaksuvat jälleen normaalit roolinsa (Riskä 1992, 71).

Yhteiskunnallisesti tarkasteltuna lääketiede on melko hienovarainen ja keskiluokkainen poikkeavuuden säätelykeino ja lääkäreillä on tärkeitä tehtäviä yksilöiden tilanteiden tulkinnan ja yhteiskunnan hallitsemisen kannalta. Poliittisuus ei ole kovin näkyvissä lääketieteen käytännöissä, vaikka lääkäreillä on tärkeitä tehtäviä yksilöiden tilanteiden tulkinnan ja yhteiskunnan hallitsemisen kannalta. Esimerkiksi sosiaaliturvajärjestelmää luotaessa lääkäreille suotiin vahva portinvartijan asema, jolloin lääkärinkunnan arvioilla ja lausunnoilla on merkittävä yhteiskunnallinen ja ihmisen hyvinvointia koskettava merkitys. Medikalisaation myötä lääketieteen merkitys ja valta on

lisääntynyt myös sosiaalipoliittisella tasolla. Esimerkiksi työkykyarviojärjestelmässä lääkärien ammattikunta on mukana joka tasolla arvioimassa ihmisen työkykyisyyttä objektiivisten löydösten pohjalta. Näissä tilanteissa vakuutuslaitosten ja -yhtiöiden lääkärit tai asiantuntijalääkärit toimivat potilasta näkemättä portinvartijoina lakisääteisiin sosiaaliturvaetuksiin. (Metteri 1996, 151 – 152.)

Medikalisaatiolla on yhteys kilpailukyky-yhteiskuntaan, koska lääketieteen ajatellaan voivan voittaa kaikki sairaudet, jos vain voimavaroja on riittävästi ja palauttavan ihmisen terveenä takaisin työelämään. Kyse on tällöin elämänkaaren mittaisesta tulosajattelusta, jolloin ihmisen tehtävänä ei ole maksimoida hyvää oloaan, vaan tulostaan, elämän kilpa-areenoilla. Kilpailuhenkisessä yhteiskunnassa kuitenkin terveyden vaje ja jääminen syystä tai toisesta kamppailun ulkopuolelle voivat aiheuttaa lamauttavan tilan, joka näkyy kyvyttömyytenä löytää sosiaalista roolia ja elämän tarkoitusta. Pahimmillaan se voi laukaista itsetuhoisen käyttäytymisen (Tuomainen & Myllykangas & Elo & Ryyänen 1999, 65 – 66).

3 FENOMENOLOGIA TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMANA

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 34) toteavat, että tutkimus on fenomenologinen silloin, kun sen tutkimuksen kohteena on elämismaailma, toisin sanoen tutkitaan ihmisen suhdetta omaan elämistodellisuuteen. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteena ovat sekä sosiaalityöntekijöiden että potilaiden kokemukset sosiaaliturvan ongelmakohdissa. Näin ollen kohteena on inhimillinen subjektiivinen kokemus, mikä on luonteenomaista fenomenologiselle ajattelulle.

Fenomenologisen filosofian perustajana pidetään Edmund Husserlia (1859 – 1939). Fenomenologisen filosofian mukaan todellinen koettu maailma on olemassa ja sen sisällön ymmärtäminen on mahdollista. Tämä todellisuus saavutetaan kokemuksen avulla. Husserlin fenomenologian taustalla on ajatus siitä, että ainoa asia, jonka varmasti tiedämme on se, mikä ilmestyy tietoisuuteemme. Fenomenologinen tutkimuksellinen lähestymistapa tarjoaa yhden mahdollisuuden silloin, kun halutaan ymmärtää syvällisesti ihmisten kokemuksia ja tuottaa niistä tietoa. Fenomenologinen lähestymistapa voi olla kuvaileva tai tulkitseva. (Pesonen 2006, 22 – 23.)

Fenomenologisen tutkimuksen perusidea on päästä mahdollisimman lähelle tutkittavaa ilmiötä sellaisena kuin se ilmenee omassa ympäristössään ja ymmärtää myös tutkittavaa ihmistä tässä ja nyt, keskellä omaa elämäänsä ja samassa maailmassa kuin tutkija. Tutkimuksessa pyritään selvittämään sitä, miten tutkittava kokee asiat tai miten hän suoriutuu erilaisista tapahtumista ja elämäntilanteista (Pellinen 1996, 130; Linden 1999, 23 – 24.) Perttulan (2005) mukaan kokemus on sitä, mitä elämäntilanne ihmiselle tarkoittaa (Perttula 2005, 149). Näin ollen voitaneen päätellä, että esimerkiksi sosiaaliturvajärjestelmän toimivuudella on merkitystä yksilön elämäntilanteeseen.

Yleisesti voidaan sanoa, että fenomenologista perinnettä määrittää kiinnostus elettyyn todellisuuteen, inhimilliseen elämismaailmaan ja sen rakenteisiin. Fenomenologisen tutkimuksen päämääränä ei ole osoittaa oikeaksi erityistieteiden tuloksia tai perustella tiettyä poliittista järjestelmää, vaan sen ydin on tietynlaisessa kysymisen ja kyseenalaistamisen tavassa. (Miettinen 2010, 9.) Fenomenologia tarjoaa kaikenkattavan lähtökohdan todellisuuden tutkimiselle, koska kaikilla kohtaamillamme asioilla on subjektiivinen konstituutiossa ja ilmenemisen tapansa kokemuksessa (Pulkkinen 2010, 26).

Tähän tutkimukseen olen valinnut fenomenologisen metodin, koska tarkoitukseni on kuvata psykiatrisen poliklinikan potilaan suhdetta omaan elämisen todellisuuteen. Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää kohtuuttomaan tilanteeseen joutunutta potilasta. Metodissa, joka pohjautuu fenomenologiaan pyritään identifioimaan, kuvailemaan ja ymmärtämään sekä tuomaan esille olennainen tutkittavasta ilmiöstä (Pesonen 2006, 23). Fenomenologiselle suuntaukselle on ominaista näkemys sairaudesta vuorovaikutuksen tuloksena (Mannila 2000, 17). Tämä näkemys vastaa teoriasta nousevaa ajatusta siitä, että yhteiskunnallisilla tekijöillä on vaikutusta mielenterveyden ongelmiin.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan tutkimuskysymykset, määritellään laadullisen tapaustutkimuksen sisältöä, kerrotaan aineiston keruun vaiheista ja esitetään aineiston analyysina toimiva laadullinen sisällönanalyysi.

4.1 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen rajaus

Hyvinvointivaltion sosiaaliturva on kokonaisuus, joka muodostuu sosiaalihuollosta ja toimeentuloturvasta. Toimeentuloturva koostuu sosiaalivakuutuksesta ja sosiaaliavustuksesta. Sosiaalivakuutuksella tarkoitetaan julkisen vallan järjestämää pakollista vakuutusta sosiaalisten riskien varalle. Sosiaalivakuutukseen kuuluvat muun muassa eläkkeet, työttömyysturva ja vanhempainraha. Sosiaaliavustus on sosiaalivakuutusta täydentävää toimeentuloturvaa, jolla tasataan tulojen ja elinkustannusten kuilua eri väestöryhmien välillä. Sosiaaliavustuksia ovat muun muassa äitiysavustus, lapsilisä, opintotuki ja asumistuki. Avustukset voivat olla joko tasasuuruisia tai tarveharkintaisia, mutta eivät koskaan ansiosidonnaisia. Sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolaissa lueteltuja yleisiä ja erityisiä sosiaalipalveluja sekä viimesijaista toimeentuloturvaa. Hyvinvointipalveluilla viitataan niihin julkisesti järjestettyihin palveluihin, joiden katsotaan olevan keskeisiä ihmisten hyvinvoinnin tukemisen kannalta. (Aaltio 2013, 34 – 35.)

Sosiaaliturvan tarkoituksena on turvata kansalaisille kohtuullinen toimeentulo ja avun saaminen tarvittaessa. Näin ei aina kuitenkaan tapahdu ja asiakas jää vaille tarvitsemaansa turvaa ja apua tai avun saaminen on riittämätöntä. Asiakkaalle kohtuuttomana kuvautuva sosiaaliturvaa vaille jäämisen tilanne tuottaa henkistä kuormaa ja stressiä, mikä voi johtaa psyykkisten voimavarojen ehtymiseen tai psyykkisen sairauden puhkeamiseen. Tässä tutkimuksessa rajattiin tarkastelun kohteeksi sosiaaliturvajärjestelmän sellaiset piirteet, jotka olivat edistäneet tai olivat edelleen edistämässä psyykkisen sairauden tai mielialaongelman syntymistä tai sen pahenemista. Tällaista prosessia kuvataan lyhyesti termillä psykiatrisoituminen. Tutkimuksen rajauksena toimii myös keskittyminen potilaiden kokemuksiin heidän kohtuuttomissa tilanteissaan.

Tutkimus rajattiin koskemaan erään sairaanhoitopiirin psykiatristen poliklinikoiden aikuissosiaalityöntekijöitä, jotka toimivat tämän tutkimuksen empiirisen aineiston tuottajina. Tutkimuksen analyysin kohteena olivat sosiaalityöntekijöiden kuvaamat todelliset kohtuuttomaan tilanteeseen joutuneiden potilaiden tapaukset ja potilaiden kokemukset tilanteissaan. Ajankäytöllisenä rajauksena toimi pyyntö sosiaalityöntekijöille siitä, että he valitsisivat tutkimukseen 2 – 4 oman harkintansa mukaan sopivaa potilastapausta.

Tutkimuskysymykset voidaan muotoilla seuraavasti:

Mitä sellaisia sosiaaliturvajärjestelmään liittyviä tekijöitä sosiaalityöntekijät paikantavat, joiden he arvioivat myötävaikuttaneen psyykkisten oireiden ja mielenterveysongelmien syntymiseen tai lisääntymiseen potilaiden tilanteissa?

Millä tavalla potilaat kokevat kohtuuttomat tilanteet elämässään?

4.2 Laadullinen tapaustutkimus

Tutkimus voidaan lukea laadulliseen eli kvalitatiiviseen tutkimusalaan silloin, kun sen kohteena on ihminen ja ihmisen maailma (Somerkivi 2000, 20). Laadulliselle tutkimukselle on ominaista myös se, että siinä käytetään niin sanottua pehmeää aineistoa, jonka tässä tutkimuksessa muodostavat sosiaalityöntekijöiden kuvaukset ja kerronnat tutkittavasta kohteesta. Tutkimuksessa pyritään lähestymään aihetta tutkittavien näkökulmasta ja tiedon tuottajina ovat sosiaalityöntekijät, jotka kuvaavat potilaiden psykiatrisoitumisen polkuja, sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavia piirteitä sekä potilaiden kokemuksia, jotka ovat seurausta kohtuuttomuuden kokemisesta. Laadullisen tutkimuksen aineistolla pyritään lisäämään ymmärrystä tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksessa pyritään hypoteesittomasti eli ilman ennakko-oletuksia ymmärtämään, kuvaamaan jotakin ilmiötä ja määrittelemään tilannetta sekä kokemuksia siitä. (Eskola & Suoranta 2000, 20; Heinämäki 2004, 50.)

Laadullisella aineistolla tarkoitetaan pelkistetyimmillään aineistoa, joka on ilmiasultaan tekstiä. Teksti voi olla syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta. Tässä tutkimuksessa tuotettu aineisto on osin tutkijasta riippuvaista, sillä tutkija ohjaa tutkimuspyynnöllään ja teemahaastattelulla aineistoa tuottavia sosiaalityöntekijöitä valitun viitekehysten mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu tietynlainen prosessiluonteisuus, jonka tavoitteena on ilmiöiden muutoksen saavuttaminen ja kuvaaminen. Tutkimustuloksia ei voida näin ollen pitää ajattomina ja paikattomina. Näin ajatellen tutkimustulokset tulisi nähdä historiallisesti muuttuvina ja paikallisinkin. (Eskola & Suoranta 2008, 15 – 16.) Tämän määritelmän mukaisesti tässä tutkimuksessa esille tulevat tutkimustulokset kuvaavat nyky-yhteiskunnan sosiaaliturvajärjestelmän epäkohtien iatrogeenisia seurauksia ja niiden vaikutuksia mielenterveyteen.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään välttämään lukkoon lyötyjä hypoteeseja eli ennakko-oletuksia. Tässä tutkimuksessa tiedostettuna esioletuksena toimi kuitenkin tutkimusaihetta valittaessa ajatus siitä, että hyvinvointivaltion sosiaaliturvajärjestelmällä on vaikutusta ihmisten mielenterveyteen ja, että sosiaalityöntekijät havaitsevat näitä tapauksia psykiatrisilla poliklinikoilla. Tutkimuksen tavoitteena on antaa täysi vapaus sellaisten tulosten ja näkökulmien ilmentymiselle, jotka kuvaavat realistisesti tämän päivän tukijärjestelmän epäkohtien psyykkisiä vaikutuksia potilaisiin. (Eskola & Suoranta 2008, 19 – 20.)

Tässä tutkimuksessa pyritään keskittymään suhteellisen pieneen määrään tapauksia ja tavoitteena on analysoida saatua aineistoa mahdollisimman perusteellisesti, mikä on eräs laadullisen tapaustutkimuksen ominaisuus. Yleisesti sanoen laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei ole välitöntä vaikutusta eikä merkitystä tutkimuksen onnistumiseen. Aineiston tehtävä on kuitenkin tavalla tai toisella toimia tutkijan apuna rakennettaessa käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tarkoitus ei ole ainoastaan kertoa aineistosta, vaan pyrkiä rakentamaan siitä teoreettisesti kestäviä näkökulmia. Tästä syystä on tärkeää, että tutkija pyrkii kokoamaan rajatun laadullisen aineiston ja pyrkii alusta lähtien kehittämään teoreettista herkkyyttä kohdeilmiöstä. (Eskola & Suoranta 2008, 18, 61 – 62.)

Tutkimusmenetelmänä tapaustutkimusta on käytetty monissa tilanteissa, kun halutaan kerätä tietoa yksilöistä, ryhmistä, organisaatioista, sosiaalisista, poliittisista ja muista vastaavista ilmiöistä.

Tapaustutkimus on yleinen tutkimusmenetelmä psykologiassa, sosiologiassa, politiikan tutkimuksessa, sosiaalityössä, liiketoimintatutkimuksessa ja yhdyskuntasuunnittelussa. Kaikissa näissä tilanteissa on tarve ymmärtää monimutkaista sosiaalista ilmiötä. Tapaustutkimuksen kautta voidaan muodostaa kokonaiskäsitys todellisen elämän tapahtumista kuten yksilöllisistä elämän sykleistä, rakenteellisista ja toiminnallisista prosesseista, naapuruston muutoksista, kansainvälisistä suhteista ja teollisuuden kehittämisestä. Tapaustutkimus voi käsittää sekä yksittäisen tapauksen tutkimisen että monien tapausten tutkimiseen (multicase study). (Yin 2003, 1 – 2, 14, 23, 46.) Tapaustutkimuksessa tutkitaan nykyistä toiminnassa olevaa tapausta sen todellisissa yhteyksissä (Pohjola 1993, 267).

Tässä tutkimuksessa jokainen potilastapaus muodostaa oman kokonaisuutensa, jolla saattaa olla yhtymäkohtia muihin tapauksiin, mutta kuvaa ensisijaisesti juuri yksilöllistä todellista tilannetta. Tapaustutkimuksen päämääränä ei olekaan ensisijaisesti ymmärtää muita tapauksia, vaan ensisijainen tavoite on ymmärtää kyseessä olevaa tapausta. Jokaisessa tapauksessa on kuitenkin samankaltaisuuksia ja ainutlaatuisuutta. (Stake 1995, 1, 4.) Tässä tutkimuksessa kiinnostus on kahdeksassa potilastapauksessa ja tutkimuksessa ollaan samanaikaisesti kiinnostuneita tapausten ainutlaatuisuudesta ja tapausten välisistä samankaltaisuuksista.

Tapaustutkimus on huonosti yleistettävissä. Tutkimuksessa tutkitaan vain yhtä tapausta tai muutamia tapauksia. Tiettyjä asioita tai ongelmia tulee kuitenkin esille toistuvasti ja joitain yleistyksiä tehdään. Yleistäminen muutamien tapausten perusteella ei ehkä ole yleistämistä perinteisessä mielessä, vaan yleistämistä voidaan tehdä pienemmässä mittakaavassa niiden tekijöiden kohdalla, joita tapahtuu säännöllisesti tai usein tutkimuksen edetessä. (Stake 1995, 7.)

Tapaustutkimus on luonteva tutkivan ammattikäytännön väline ja se auttaa laajentamaan näkökulmaa työssä vaikuttaviin elementteihin. Samalla se edesauttaa työstä oppimista. Tapaustutkimusta voidaan käyttää virittämään keskustelua ja myös antamaan osallistujille mahdollisuus suhteuttaa teoriaa käytäntöön. Sen avulla voidaan tuottaa erilaisia ongelmanratkaisuja ja tarjota siten perustaa päätöksenteolle. (Pohjola 1993, 266.)

Laadullisen tutkimuksen empiirisen aineiston hankintaan on käytettävissä erilaisia tiedonkeruumenetelmiä. Tapaustutkimuksen tärkein tiedonhankinnan muoto on haastattelu, jonka avulla voidaan selvittää mitä jollakulla on mielessään. Haastattelu on eräänlaista vuorovaikutuksellista keskustelua, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja johdattelemana. (Yin 2003, 89; Eskola & Suoranta 2008, 85.) Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty teemahaastattelulla, jolloin haastattelun aihepiirit on etukäteen määrätty. Haastatteli huolehtii siitä, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään haastattelussa läpi. (Eskola & Suoranta 2008, 86; Eskola & Vastamäki 2010, 28 – 29.)

Jatkotutkimusta varten haastattelussa kerätään tietoa myös sosiaalityöntekijöiden auttamiskeinoista kohtuuttomuutta kokeneiden ihmisten kohdalla, sosiaalityöntekijöiden kokemuksista ja psyykkisestä kuormittumisesta kohtuuttomuutta kokeneiden ihmisten kohtaamisissa sekä sosiaalityöntekijöiden arvioita yhteiskunnan muutoksen kehityssuunnasta. Tässä tutkimuksessa aineiston hyödyntäminen rajautuu kuitenkin tutkimuskysymysten mukaisesti.

4.3 Aineisto ja aineiston keruu

Tämä pro gradu -tutkimus on laadullinen monitapaustutkimus (Yin 2003, 23), jonka aineisto on kerätty haastattelemalla psykiatrisilla poliklinikoilla työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä. Tutkimuksen aineisto koostuu kahdeksan potilaan tapauksesta. Tutkijalla oli haastattelutilanteissa valittuina tutkimuskysymyksistä nousevat teemat, joiden pohjalta haastattelut toteutuivat. Tutkimuksen aineisto saatiin siis teemahaastatteluilla. Tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät valikoituivat sosiaalityöntekijälähtöisesti ja heidän kuvaamansa potilastapaukset olivat sosiaalityöntekijöiden valitsemia. Tämän valinnan pohjana oli sosiaalityöntekijöille esittämäni tutkimukseen osallistumispyyntö, jossa kuvasin haettavaa aineistoa ja tutkimuksen kohdetta.

4.3.1 Haastateltavat

Tein tutkimuksen erään sairaanhoitopiirin psykiatristen poliklinikoiden aikuissosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Ennen empiirisen aineiston keräämistä hain sairaanhoitopiirin hallinnolta luvan tutkimuksen suorittamiseen. Kerroin lupahakemuksessa, että tutkija voi pyytää sosiaalityöntekijöitä kirjoittamaan potilastapauksista annettujen ohjeiden mukaisesti tai tutkija voi haastatella sosiaalityöntekijöitä kyseisten tietojen saamiseksi. Pyysin luvan myös empiirisen aineiston luovuttamiseen Tampereen yliopiston Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon, jossa se olisi huolellisen lupamenettelyn perusteella tutkijoiden käytettävissä. Ensimmäisenä ajatuksenani oli aineiston kerääminen sosiaalityöntekijöiltä siten, että he valitsisivat oman harkintansa mukaan sopivia potilastapauksia ja kirjoittaisivat reflektoiden niistä. Sosiaalityöntekijöiltä tuli kuitenkin toiveita haastattelun suorittamiseksi, koska asioiden syvällisempi käsitteleminen on helpompaa puhumalla kuin kirjoittamalla. Myös ajankäytöllisesti haastattelu koettiin taloudellisemmaksi.

Hyvissä ajoin ennen tutkimuksen käynnistämistä kerroin sosiaalityöntekijöiden yhteisessä kokoontumisessa tulevasta tutkimuksesta ja alustin tutkimuksen aihetta. Varsinaisen kirjallisen pyynnön tutkimukseen osallistumisesta sekä tarkemman selvityksen tutkimuksen päämääristä ja kirjoitusten pyydetyistä sisällöstä lähetin 28.6.2013 sähköpostitse sosiaalityöntekijöille henkilökohtaisesti. Tätä ennen esitetasin kirjoituspyynnön ymmärrettävyyden kahdella sosiaalityöntekijällä ja tein esille tulleiden ehdotusten pohjalta muutoksia siihen. Tutkimukseen osallistuminen oli sosiaalityöntekijöille vapaaehtoista ja pyysin kirjallisten tuotosten palauttamista elokuun 2013 loppuun mennessä. Määräaikaan mennessä sain kaksi kirjallista tapauskuvausta sekä yhteydenottoja haastatteluiden tekemiseksi. Näin tutkimuksen aineiston keruumenetelmäksi muodostui lopulta haastattelu. Haastatteluiden teon sain sovittua kaikkien halukkaiden sosiaalityöntekijöiden kanssa syys- ja marraskuun 2013 väliselle ajalle heidän toimipisteissään. Kaikki haastatteluun osallistuneet sosiaalityöntekijät olivat naisia ja heillä kaikilla oli työkokemusta yli 10 vuotta sosiaalialalla. Psykiatristen poliklinikoiden sosiaalityöntekijöiden tutkimukseen osallistumisprosentti oli 58 % ja tapauksia kertyi kahdeksan.

4.3.2 Haastattelut ja haastattelujen kulku

Tämän tutkimuksen haastattelumenetelmänä oli teemahaastattelua, jonka teemat nousivat tutkimuskysymyksistä. Teemahaastatteluissa käytiin läpi tutkimuskysymysten mukaisesti ensimmäisenä potilaan tapaus ja paikannettiin sosiaaliturvan niitä kohtia, jotka ovat olleet vaikuttamassa potilaan psyykkisten ongelmien lisääntymiseen. Näiden tilanteiden havaitsemisessa sosiaalityöntekijän eettisellä huomiointikyvyllä on merkitystä. Toisena teemana käytiin läpi sosiaalityöntekijän havaintoja potilaan kokemuksista kohtuuttomassa tilanteessa.

Suoritin haastattelut teemahaastatteluina, jolloin huolehdin siitä, että tutkimuksen kannalta oleelliset asiat tulisi käsiteltyä. Tässä apunani toimi etukäteen laadittu teemahaastattelurunko, joka noudatti teemoina tutkimuskysymysten alueita. Kysymykset olivat avoimia, jolloin sosiaalityöntekijät saattoivat vapaasti tuoda esille omia käsityksiään aiheesta. Haastatteluissa en noudattanut tarkkaa kysymysjärjestystä, vaan pyrin esittämään kysymyksiä luontevasti kulloiseenkin keskusteluaiheeseen liittyen, mutta ohjaten kuitenkin haastattelua. Haastattelut suoritettiin sosiaalityöntekijöiden toimipisteissä, jolla pyrin siihen, että sosiaalityöntekijöillä olisi mahdollisimman tuttu ja turvallinen ympäristö haastattelun tekemiselle. Haastateltavilla oli myös mahdollisuus tarkistaa asioita sähköisestä potilastietojärjestelmästä tarvittaessa. Pyrin sopimaan haastattelut haastateltavien aikataulujen mukaan, jolla oli vaikutusta myös aineiston keräämisen aikatauluun. Äänitin haastattelut digisanelimella ja nauhoitukset onnistuivat hyvin. Haastattelut kestivät 30 – 45 minuuttia yhtä potilastapausta kohden.

4.3.3 Aineiston litterointi

Haastatteluiden päätteeksi kirjoitin sana sanalta kaikki haastattelut kirjalliseen muotoon. Käytin litteroinnissa Times New Roman tyyliä, fonttikokoa 12 ja riviväliä 1, jolloin aineistoa kertyi 34 sivua. Tein haastatteluiden purkamisen kirjalliseen muotoon samana päivänä tai viimeistään seuraavana päivänä sen varalta, jos haastattelusta paljastuisi teknisiä ongelmia digisanelimen osalta. Yhden haastattelun kohdalla sanelimesta loppui virta vähän ennen haastattelun loppumista. Tämän huomasin jo haastattelun kuluessa ja kirjasin informantin kerronnasta pääkohdat ylös. Kolmen ensimmäisen haastattelun osalta nauhoitukset poistuivat sanelimelta, mutta tämä tapahtui vasta

litteroinnin jälkeen. Litteroin äänitteet kokonaan ja sanatarkasti, mutta koska aineiston analyysimenetelmänä en käyttänyt diskurssianalyysiä, en merkinnyt litteroinnissa puheen painotuksia tai taukoja erityisillä litterointimerkeillä. Tutkimuksen kannalta oleellista oli saada esille asiana se, mitä haastateltava kertoi, eikä niinkään sitä, millä tavalla hän siitä kertoi.

4.4 Laadullinen sisällönanalyysi analysointimenetelmänä

Diskurssianalyysin käyttäminen ei ollut järkevää tutkimuksen analysointimenetelmänä, koska tutkimuksessa ei pyritä analysoimaan puhetta, kielenkäyttöä, tekstiä eikä sinänsä keskustelujen maailmaa. Huomio ei myöskään ollut kielenkäytössä tai siinä tavassa miten terveystieteelliset tekijät kertoivat asioista tai miten potilaiden tilanteiden kuvaukset rakentuivat haastatteluissa, mikä on diskurssianalyysille ominaista. (Metsämuuronen 2001, 57; Pietikäinen & Mäntynen 2009, 20.) Sen sijaan tutkimuksen huomion kohteena olivat sosiaaliturvajärjestelmän psykiatrisoitumista aiheuttavat piirteet ja tekijät ja se, miten heidän kokemuksensa välittyivät aineistossa sosiaalityöntekijöiden kuvaamina. Aineiston tarkastelutapa oli realistinen eli olin kiinnostunut siitä, mitä aineistossa on, enkä niinkään siitä tavasta miten haastateltavat aineistoa tuottivat. Aineiston analyysi perustui faktanäkökulmaan, jolloin pidin sosiaalityöntekijöiden kuvaamia tilanteita ja kokemuksia tosina. (Metteri 2012, 67; Alasuutari 1999, 90 – 92.)

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytin sisällönanalyysiä, jossa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä tai eroja etsien sekä tiivistäen. Sisällönanalyysi on diskurssianalyysin tapaan tekstianalyysiä, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tässä tutkimuksessa tutkittavat tekstit olivat litteroituja haastatteluja. Sisällönanalyysin avulla yleensä pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä selkeä tiivistetty kuvaus kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Tutkimustulosten löytämiseksi aloitin litteroidun aineiston lukemisen ja sisältöön perehtymisen. Kävin kirjallista aineistoa läpi useaan kertaan ja huomasin aineistosta nousevan erilaisia kiinnostavia aiheita. Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan tutkimuksessa on kuitenkin tärkeää pitäytyä tutkimusongelmassa esitetyissä kiinnostuksen kohteissa, joten etsin aineistosta

systemaattisesti näitä ilmaisuja ja muodostin niistä pelkistettyjä ilmaisuja. Selvyyden vuoksi merkitsin nämä eri väreillä. Tarkastelin jokaista tapausta kokonaisuutena ja huomioin omilla värillä ensinnäkin kohtuuttoman tilanteen syntyprosessiin vaikuttaneita tekijöitä. Nämä prosessitekijät ovat ongelmia tuottaneita järjestelmän piirteitä. Toiseksi erottelin potilaan kokemuksiin ja tunteisiin liittyvät asiat, jotka kuvasivat prosessin iatrogenisiä vaikutuksia. Eri väreillä merkityt tekstit autoivat litteroidun materiaalin tiivistämisessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 – 93, 109.)

Jatkoin aineiston lukemista uudelleen ja uudelleen ja tein erilaisia luokituksia merkityksellisistä ilmaisuista. Näkökulmana kokeilin aluksi teorialähtöistä analysointia, jolloin siinä on kytkentöjä teoriaan ja aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysiä. Tämä deduktiivinen eli yleisestä yksittäiseen johtava päättely ei kuitenkaan näyttänyt olevan riittävän joustava erilaisten kuvaavien luokkien muodostamiselle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95 – 97.)

Kävin aineistoa uudelleen läpi aineistolähtöisen analyysin periaatteiden mukaisesti, jolloin löysin analyysiyksiköt aineistosta. Tällöin päättelyn logiikan suunta eteni yksittäisestä havainnosta kohti yleistä ollen lähinnä induktiivista päättelyä. Aineistosta esiin tulevien teemojen löytyminen nojasi omaan ymmärrykseeni ja aikaisempaan tutkimukseen tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta suhteessa tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 100.)

Tutkimuksessani pyrin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi aineiston analysointi kohdistuu yhtäältä niihin sosiaaliturvajärjestelmän iatrogenisiin kohtuuttomuutta aiheuttaneisiin piirteisiin, jotka sosiaalityöntekijöiden arvion mukaan ovat myötävaikuttaneet psyykkisten oireiden ja mielenterveysongelmien syntymiseen tai lisääntymiseen. Toisaalta analysointi kohdistuu siihen, millaisia iatrogenisiä vaikutuksia piirteillä on potilaiden elämään heidän kokemina.

Analysointia tehdessäni aloitin aineiston käsitteellistämisen alkuperäisilmausten jäsentämisenä pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Alkuperäisilmausten kirjaamisen aloitin tapauksittain listaten kustakin tapauksesta tutkimuskysymyksen kannalta merkitykselliset asiat. Tämä tapahtui taulukon 1 mukaisella tavalla.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista sosiaaliturvajärjestelmän iatrogeenisistä piirteistä.

Alkuperäisilmaukset, jotka kuvaavat järjestelmän piirteitä	Pelkistetty ilmaus
1. ”hänen on pitänyt hirveesti odottaa” 2. ”on tullut semmoinen tuntu et ne ei aina etene vaan unohtuu jonnekin ja on tuntunut et mikäs tää nyt olikaan” 3. ”mä ymmärrän hänen ahdistuksensa ja tuskansa, kun ei millään tahdo saada (päättöä)” 4. ”et hänelle on tullut tuntemuksia et hänhän on terve ja hänen pitäis pystyä sinne töihin ja kun hän ei pysty niin hän on yrittänyt tosi hirveesti kuntouttaa itseään”	1. Päätösten pitkä odotusaika 2. Asiat unohtuu 3. Ei saa päätöstä 4. Järjestelmä julistaa sairaan terveeksi

Pelkistettyjen ilmausten löytymisen jälkeen jatkoin aineiston lukemista ja etsin aineistosta mahdollisia samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tässä vaiheessa ryhmittelin samaa asiaa kuvaavat käsitteet omiksi luokikseen taulukon 2 esimerkin mukaisesti (liite 1). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä iatrogeenisten piirteiden mukaan.

Pelkistetty ilmaus	Luokka
1. Päätösten pitkä odotusaika (tapaukset 1,4,5,6,7) 2. Asiat unohtuu (1) 4. Järjestelmä julistaa sairaan terveeksi (1,2,3,4,5,6) 18. Diagnoosi ei kelpaa (2) 7. Ihminen ei tule kuulluksi (1,2,3,4,5,6,7,8) 13. Menee virran mukana (1) 16. Vaatimalla vaatia väärän tiedon korjaaminen (1) 17. Etuuksien ketjuuntunut hylkääminen (2,3)	Järjestelmän epäluotettavuus 1. Päätöksenteon hitaus 2. Järjestelmän epäluotettavuus Väärään kategoriaan sijoittaminen 4. Väärään kategoriaan sijoittaminen 18. Väärään kategoriaan sijoittaminen Ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa 7. a) Ihmisen mielipide ohitetaan b) Päätökset tehdään papereiden perusteella 13. Ei voi vaikuttaa asiaansa Järjestelmäehtoinen toiminta 16. a) Järjestelmän kankeus b) Järjestelmä ei myönnä virheitään 17. a) Järjestelmä ei huomioi ihmisen kokonaistilannetta b) Järjestelmä määrittelee ehdot c) Ihminen ei sovi määritelmiin

Analyysiluokkia muodostaessani huomasin, että pelkistetyt ilmaukset sisältävät erilaisia näkökulmia tarkasteltavaan asiaan liittyen. Halusin säilyttää tämän rikkauden tutkimuksessani, joten merkitsin erilaiset näkökulmat luokitukseen ja erotin ne juoksevilla aakkostuksella, kuten esimerkki 17 a, b ja c. Luokitusten määrittelyssä aineistosta näytti nousevan tapauksia yhdistävinä järjestelmän toimintatapoina ilmiöitä, jotka liittyvät järjestelmän epäluotettavuuteen, väärään

sosiaaliturvaluokkaan sijoittamiseen, ongelmalliseen vuorovaikutukseen järjestelmän ja yksilön välillä sekä järjestelmäehtoiseen toimintaan.

Tutkimuskysymyksen mukaisesti tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millä tavalla potilaat kokevat kohtuuttomat tilanteet elämässään. Myös tämän analyysin aloitin alkuperäisilmausten pelkistämisestä taulukon 3 mukaisesti.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista sosiaaliturvajärjestelmän iatrogenisistä vaikutuksista potilaiden elämään.

Alkuperäisilmaukset, jotka kuvaavat potilaan kokemuksia	Pelkistetty ilmaus
1. ”Mä ymmärrän hänen ahdistuksensa ja tuskansa, kun ei millään tahdo saada (pääöstä)” 2. ”Hän oli aika uuvuksissa 3. ”Siinä menee se luottamus” 4. ”Hänhän oli siinä vaiheessa kun piti sinne vakuutusoikeyteen valittaa et hän ei tee enää yhtään mitään”	1. Ahdistus, tuska 2. Uupuminen 3. Ei voi enää luottaa 4. Ei jaksa hakea muutosta päätökseen

Tämän jälkeen muodostin pelkistetyistä ilmauksista luokkia taulukon 4 esimerkin mukaisesti (liite 2).

Taulukko 4. Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä sosiaaliturvajärjestelmän iatrogenisten vaikutusten mukaan.

Pelkistetty ilmaus	Luokka
1. Ahdistus, tuskaisuus (tapaus 1,5,6,7) 3. Ei voi enää luottaa (1) 4. Ei jaksa hakea muutosta päätökseen/kyllästynyt (1,5) 12. Sairauden kyseenalaistaminen (1) 14. Pelko (1,6) 19. Psykoosi (2) 20. Ketjuuntunut perustoimeentulon epääminen (2,3)	Psyykinen oireiden ilmeneminen 1. Psyykinen oire Luottamuksen menettäminen 3. Luottamuksen menettäminen Toimintakyvyn menettäminen 4. Toimintakyvyn laskeminen Identiteetti-ongelmien syntyminen 12. Identiteettikriisi Negatiivisten tunteiden kokeminen 14. Negatiivinen tunne Terveydentilan heikkeneminen 19. Sairauden puhkeaminen Taloudellisen tilanteen heikkeneminen 20. Taloudellinen köyhyys

Edellä kuvatulla analysointitavalla aineistosta tuli esille se, että sosiaaliturvajärjestelmän iatrogeniset piirteet aiheuttavat ihmiselle psyykkisiä oireita ja negatiivisia tunteita, luottamuksen

menettämistä järjestelmää kohtaan ja toimintakyvyn menettämistä. Järjestelmän ongelmia tuottavat piirteet aiheuttavat identiteettiongelmia, terveydentilan heikentymistä ja taloudellisia ongelmia.

4.5 Tutkimusetiikka

Tutkimuksen tulee olla laadukasta, jolloin tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen eettiseen kestävyYTEEN. Tutkimuksen eettisessä tarkastelussa on kysymys tutkimuksen luotettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa ihmisoikeudet muodostavat eettisen perustan, jolloin tutkijan on suojattava tutkimuksen kohteena olevat ihmiset (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tässä tutkimuksessa informanteina eli tiedon tuottajina toimivat psykiatrilla poliklinikoilla työskentelevät sosiaalityöntekijät. Sosiaalityöntekijät kertovat kohtaamistaan potilaista ja kuvaavat niiden potilaiden tapauksia, jotka soveltuvat tutkimuksen kohteeksi, joten tässä tutkimuksessa on samaan aikaan läsnä kaksi suojattavaa tutkimuksen kohdetta.

Tutkimuksen eettisiin vaatimuksiin kuuluu, että tutkija selvittää osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit niin, että he tietävät mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimukseen osallistuminen on myös oltava vapaaehtoista, eikä osallistujille tule aiheutua vahinkoa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavien hyvinvointi on turvattava eikä tutkimuksessa saatuja tietoja tule käyttää väärin. Niitä ei saa luovuttaa ulkopuolisille eikä tietoja saa käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkija ei saa pettää osallistujien luottamusta, vaan tutkijan on noudatettava lupaamiaaan sopimuksia niin, ettei tutkimuksen rehellisyys vaarannu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131).

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen alkumetreillä tutkija kertoi sosiaalityöntekijöiden yhteisessä palaverissa tulevasta tutkimuksesta ja haastattelupyynnöstä. Näin sosiaalityöntekijät saivat tutkimuksesta tietoa ensimmäisen kerran ja jäivät miettimään omia osallistumismahdollisuuksiaan. Varsinaisessa osallistumispyynnössä, joka lähetettiin sosiaalityöntekijöille sähköpostina myöhemmin, selvitettiin vielä uudelleen tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja se, että osallistujien

ja potilastapausten nimettömyys ja tunnistamattomuus eli anonyymiys turvataan. Osallistumispyynnössä kerrottiin tutkimusluvan saamisesta organisaation johdolta sekä luvasta aineiston luovuttamiseksi Tampereen yliopiston Yhteiskuntatieteelliseen tietokantaan. Kahden kuukauden kuluttua tutkija laitto vielä muistutuksen meneillään olevasta tutkimuksesta ja uusi lyhyesti tutkimukseen osallistumispyynnön. Käytännössä tutkimuksen ajoittuminen osui kesälomakauteen ja uusi yhteydenottopyyntö lähetettiin syksyllä, kun työntekijät olivat palanneet töihin. Tutkimukseen osallistuminen oli sosiaalityöntekijöille vapaaehtoista ja perustui sosiaalityöntekijöiden yhteydenottoon.

Tässä tutkimuksessa osallistujien ja potilaiden anonyymiys turvataan siten, ettei tutkimuksesta tule ilmi missä sairaanhoitopiirissä tutkimus on tehty. Tutkimusraporttiin ei liitetä tutkimuslupapyyntöä, koska luvasta selviää tutkimuksen maantieteellinen alue. Haastateltavien sosiaalityöntekijöiden nimiä ei esitetä, vaan ne korvataan kirjaimella H1, 2, 3 (= haastateltava 1, 2, 3). Haastatteluiden yhteydessä ei käsitellä myöskään potilaiden henkilötietoja, joten ne ovat vain informanttien tiedossa koko tutkimuksen tekemisen ajan. Täten potilaskuvauksissa käytetyt nimet ovat keksittyjä ja potilaiden tunnistettavuutta on heikennetty välttämällä yksityiskohtaista sairauden olemuksen kuvausta sekä tapausten kuvaamista siten, että niiden perusteella voitaisiin potilaita yhdistää tapauksiin. Sosiaalityöntekijöiden haastattelut on litteroitu kokonaisuudessaan, mutta tutkimusraporttiin kirjoitetuista alkuperäisilmauksista on murreilmaisut muutettu yleiskielelle.

Suomen Akatemian tutkimuseettinen lautakunta on laatinut hyvän tieteellisen käytännön määritelmän, jonka mukaan tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimusten arvioinnissa. Tutkijoiden tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä noudattaa avoimuutta tutkimustulosten esittämisessä. Tutkimustyössä tulee huomioida asianmukaisella tavalla muiden tutkijoiden tutkimukselliset saavutukset ja antaa niille kuuluva arvo omassa tutkimuksessa ja sen tuloksia julkaistessaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.)

Hyvän tieteellisen käytännön määritelmän valossa tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja tutkimusryhmän ollessa kyseessä tulee oikeudet, vastuut ja velvollisuudet

toteutua kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Jos tutkimustyö on saanut rahoitusta, tulee tästä raportoida tutkimustuloksia julkaistaessa. Sama koskee kaikkia tutkimustyön kannalta merkityksellisiä sidonnaisuuksia. Tutkimustyötä tehtäessä on suotavaa noudattaa hyvää hallintokäytäntöä ja henkilöstö- ja taloushallintoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.)

Tutkimuksen lähteinä on käytetty teoksia, akateemisia tutkimuksia sekä säädöksiä. Pro gradu -tutkimuksia ei ole käytetty lähteinä. Tämän valinnan tarkoituksena on ollut lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Lähdeviitteiden merkinnässä on pyritty noudattamaan huolellisuutta. Tämä tutkimus ei ole saanut ulkopuolista rahoitusta, eikä tutkimusta ole tehty kenenkään toimeksiantona.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Pyrin paikantamaan aineiston analyysissä ensinnäkin sosiaaliturvajärjestelmän sellaisia kohtuuttomuutta tuottavia piirteitä potilaiden elämässä, jotka ovat johtaneet tai, jotka ovat edelleen vaikuttamassa heidän asiakkuuteen psykiatrisella poliklinikalla. Aineiston analyysi nosti tutkimuksessani esiin neljä sosiaaliturvajärjestelmän iatrogeenistä piirrettä. Nämä ilmiöt liittyvät sosiaaliturvajärjestelmän epäluotettavuuteen, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittamiseen, ongelmalliseen vuorovaikutussuhteeseen järjestelmän kanssa sekä järjestelmäehtoiseen toimintatapaan.

Toiseksi etsin aineiston analyysillä vastauksia siihen, millä tavalla potilaat kokevat sosiaaliturvajärjestelmän kohtuuttomuutta tuottavat piirteet elämässään. Analyysi toi esille, että tällaiset tekijät aiheuttavat ihmiselle psyykkisiä oireita ja negatiivisia tunteita. Sosiaaliturvajärjestelmän iatrogeeniset piirteet heikentävät ihmisen terveydentilaa, luottamusta järjestelmä kohtaan sekä taloudellista tilannetta. Järjestelmän ongelmalliset piirteet aiheuttavat ihmiselle identiteetti-ongelmia ja toimintakyvyn menetystä. Sosiaaliturvajärjestelmän iatrogeenisten piirteiden seurauksena potilaiden ongelmalliset kokemukset aiheuttavat psyykkistä kuormittumista ja psykiatrisoitumista. Tämä tulee esille potilastapausten vastavuoroisena kokemuksellisenä toimintana järjestelmän kanssa.

Tässä luvussa esitän ensin tutkimuksen kohteena olleet potilastapaukset tiivistetyssä muodossa. Toiseksi käyn läpi sosiaaliturvajärjestelmän piirteitä kuvaavat tulokset. Kolmanneksi tuon esille piirteiden aiheuttamia vaikutuksia potilaiden elämässä. Neljänneksi kuvaan psykiatrisoitumisen prosesseja potilastapausten kautta.

5.1 Tutkimuksen potilastapaukset

Tässä esittelen tiivistettynä tutkimuksen potilastapaukset. Jaanan, Heikin, Pekan, Väinön, Osmon ja Laurin kohdalla sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavat piirteet tulevat esille työkyvyttömyyseläkkeen hakemisessa. Markuksen kohdalla ongelmia tuottavat piirteet liittyvät

ulkomaalaisena asiakkaana olemiseen ja vammautumiseen. Teron kohdalla ongelmallista on se, ettei hänen taloudelliseen tilanteeseensa ole olemassa tukijärjestelmää. Tapauskuvauksissa olen merkinnyt haastattelut H:(1),(2),(3) ja niin edelleen.

Jaanan pitkäaikaissairauden paheneminen ja psyykinen kuormittuminen työkyvyttömyyseläkkeen hakemisessa

H(1) Jaanalla on synnynnäinen vamma, josta huolimatta hän on tehnyt pitkän työuran eikä juuri ole ollut sairauslomalla. Iän myötä fyysiset vaivat ja kivut olivat alkaneet vaivaamaan enemmän ja työterveydestä oli haettu osatyökyvyttömyyseläkettä. Jaana oli ajatellut, että kykenisi työskentelemään osa-aikaisesti, kun saisi levätä enemmän eikä tarvitsisi työskennellä niin pitkään samoissa asennoissa. Jaana oli saanut kuitenkin hylkäävän päätöksen osatyökyvyttömyyseläkehakemukseensa. Päätöstä ei oltu juurikaan perusteltu. Jaana oli tehnyt siitä valituksen työeläkeasioiden muutoksenhakulautakuntaan (TELK). Sieltä päätöksen saaminen oli kestänyt noin 9 kuukautta, jonka aikana Jaana oli ollut työkokeilussa ja yrittänyt palata töihin. Jaana oli kuitenkin uupunut ja kipeytynyt niin, että oli joutunut jäämään sairauslomalle ja hakeutumaan psykiatriselle poliklinikalle asiakkaaksi. Jaana oli menettänyt työkykynsä ja hänelle haettiin työkyvyttömyyseläkettä, johon sai jälleen kielteisen päätöksen. Tästä päätöksestä Jaana valitti TELKiin ja edelleen vakuutusosastoille. Jaana sai osatyökyvyttömyyseläkkeestä ennakkopäätöksen, jonka saaminen siis kesti haku- ja valitusprosessien kautta 19 kuukautta. Varsinaista päätöstä Jaana on joutunut odottamaan. Kokoaikaista työkyvyttömyyseläkettä koskeva valitus oli haastatteluhetkellä edelleen käsitellyssä vakuutusosastoissa. Valitusprosesseihin on kuulunut lukuisten erilaisten lääkärinlausuntojen ja lisäselvitysten hankkimista sekä yrityksiä hoitaa omaa asiaansa työeläkevakuutusyhtiön suuntaan. Pyrkinessään selvittämään asioitaan Jaana on kokenut usein saavansa tönkeitä vastauksia työeläkevakuutusyhtiöltään ja hän on alkanut pelkäämään yhteydenottoja sinne.

Heikin tapaus, kun ihosairaus lisää psyykkistä kuormaa ja etuuskien epäminen sairastuttaa psyykkisesti

H(2) Heikki on keski-ikäinen mies, joka on sairastunut nuoruudessa ihosairauteen. Ihosairautta ei osattu hoitaa tuolloin ja siitä aiheutui Heikille psyykkistä traumaa ja itsetunto-ongelmia. Heikki opiskeli itselleen ammattin ja sai työpaikan, jossa joutui olemaan esillä ihmisten keskellä. Ajan myötä Heikki kuormittui työssään ja sai lähetteen psykiatriselle poliklinikalle, josta hänelle haettiin kuntoutustukea. Tämä kuitenkin hylättiin, koska Heikin ihosairaus ei ole sellainen sairaus, joka aiheuttaa työkyvyttömyyttä. Myös psyykkiset ongelmat katsottiin niin lieväasteiseksi, etteivät työkyvyttömyyden kriteerit täytyneet. Heikki valitti saamastaan päätöksestä. Heikille ei siis myönnetty kuntoutustukea ja hän jäi myös ilman työttömyyskorvausta, koska työnantaja ei suostunut kirjoittamaan lausuntoa siitä, ettei sillä ole tarjota sellaista työtä, josta Heikki selviää. Tätä työnantaja perusteli sillä, ettei se tiennyt mihin Heikki on työkykyinen. Heikillä ei ollut minkäänlaisia tuloja ja korjatakseen tilannettaan hän purki rahastosijoituksen, josta meni kuitenkin suuri osa veroihin, eikä hänelle käytännössä jäänyt kovin paljon rahaa omaan käyttöön. Toimeentulotukea hakiessaan hänen rahastosijoitus laskettiin kuitenkin tuloksi kokonaisuudessaan ja Heikiltä evättiin toimeentulotuki. Heikki joutui lainaamaan rahaa ystäviltaan ja hakemaan tukea diakoniatöimistöstä, josta sai apua vuokran maksamiseen niin, että pystyi pitämään asunnon. Prosessin aikana Heikin lieväasteiseksi katsottu psyykinen sairaus muuttui psykoottistasoiseksi, jonka jälkeen hänelle myönnettiin kuntoutustuki. Kuntoutustuki myönnettiin itseoikaisuna uuden B-lausunnon perusteella. Lainamiaaan rahoja Heikki makselee takaisin.

Pekan tapauksen epäselvä kipuoireyhtymä ja väärä diagnoosi aiheuttavat henkisiä paineita

H(3) Pekka 58 v. oli sairastanut jo 1980-luvulta lähtien erilaisia fyysisiä kipuoireita, jäykkyyttä ja ihottumaa ja näiden oireiden pahentumisen vuoksi hän oli saanut lähetteen kuntoutustutkimuspoliklinikan tutkimuksiin ja sieltä psykiatriselle poliklinikalle. Pekka kävi myös yksityispuolella neurologilla ja ortopedillä vaivojensa vuoksi, mutta syytä oireisiin ei löytynyt. Pekan epäiltiin sairastavan MS-tautia, mutta tutkimuksissa ei löytynyt tähän tautiin

viittaavaa. Lopulta tuloksettomien erilaisten tutkimusten jälkeen päädyttiin siihen, että hänellä on taustalla masennus, joka nostaa kipuja. Sosiaalityöntekijän vastaanotolla Pekka kiisti masentuneisuutensa ja kertoi polttavaista kivuista. Pekalle asetettiin kuitenkin diagnoosiksi somatisaatiohäiriö ja haettiin työkyvyttömyyseläkkeitä, mutta ne hylättiin, kunnes täytettyään 60-vuotta hänelle se myönnettiin, kun hänen työkykyään verrattiin viimeisimpään työhön eikä kaikkiin töihin, joita Pekka oli tehnyt elämänsä aikana. Pekka joutui eläkehakuprosessin aikana elämään puolison tulojen varassa, koska ei ammattiliittoon kuulumattomana saanut työttömyysturvaa eikä myöskään puolison tulojen perusteella saanut toimeentuloturvaa. Pekan oireet jatkuivat ja hän kävi vielä ihotautilääkärin tutkimuksissa, jossa todettiin nivelsoriosis, joka oli ollut näiden kipuoireiden taustalla vuosien ajan.

Väinön tapaus ja pitkäaikaisten fyysisten sairauksien vaikutus henkisiin voimavaroihin

H(4) Väinö oli saanut lähteen kuntoutustutkimuspoliklinikan tutkimuksiin erilaisten tules- ja somaattisten oireiden vuoksi. Kuntoutustutkimuspoliklinikan kautta Väinö sai lähteen psykiatriselle poliklinikalle mielialoireilujen vuoksi. Kuntoutustutkimuspoliklinikalla moniammatillisessa työryhmässä Väinön toimintakyky todettiin pitkäaikaisesti sen kaltaiseksi, että päädyttiin hakemaan työkyvyttömyyseläkettä. Väinö ei ollut kyennyt käymään läpi kaikkia tutkimuksiakaan. Väinö oli jättäytynyt jo 10 vuotta sitten pois työvoimatoimiston kirjoilta, koska oli kokenut, ettei kykene sieltä tarjottuun työkokeiluun. Väinöllä ei ollut edeltäviä tuloja, joten eläkehakua edeltävässä sairauslomassa hänelle tuli 55 päivän omavastuu sairauspäivärahaan. Pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen sijasta Väinölle myönnettiin kuntoutustukea 6 kuukaudeksi ja perusteena oli se, että potilaan hoito ja tutkimukset ovat kesken. Kuntoutustukipäätöksen saaminen kesti pitkään, neljä kuukautta, joten jatkon hakeminen tuli laittaa heti vireille, ettei kuntoutustukeen tulisi pitkää katkoa. Väinölle myönnettiin kuntoutustuki sitten vuodeksi. Tänä aikana Väinön tulisi hankkia lisänäyttöä terveydentilastaan sekä kyetä kuntouttaviin toimenpiteisiin. Väinön psyykinen vointi heikkeni huomattavasti siinä vaiheessa, kun hän ei saanut pysyvää työkyvyttömyyseläkettä, vaikka sen hakemisen taustalla oli monen asiantuntijan kannanotot työkyvyttömyyseläkkeen saamiseksi.

Osmon tapaus ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien paheneminen

H(5) Osmo on 1960 syntynyt mies, joka on työskennellyt pitkään ruumiillisessa työssä, jossa tarvitaan hyvää motoriikkaa ja käsivoimia. Ajan myötä hänellä alkoi ilmetä fyysisiä ongelmia, joita on leikattu selästä ja käsistä. Osmo ohjautui kuntoutustutkimuspoliklinikan työkykykyselytyöryhmään ja sieltä psykiatrisen poliklinikan asiakkaaksi. Osmolle haettiin kuntoutustukea, joka hänelle myönnettiinkin. Kuntoutustuen aikana Osmolle järjestettiin työkokeilu omassa työpaikassa. Työkokeilua ei kuitenkaan seurattu eikä katsottu millaisiin töihin hän kykenee ja mitkä ovat haitaksi fyysisille vaivoille. Työkokeilun jälkeen Osmo jatkoi työskentelyä työntekijänä ja kahden kuukauden kuluttua hän sai käteensä uuden vamman ja joutui jäämään sairauslomalle. Osmon vammaa ei katsottu työtapaturmaksi, koska hänellä oli taustalla kulumia. Osmo on käynyt kaksi kertaa kuntoutustutkimuksissa, joissa hänelle on suositeltu täyttä työkyvyttömyyseläkettä, mutta hänelle on myönnetty osatyökyvyttömyyseläke. Tästä päätöksestä Osmo on valittanut ja valitusprosessi on meneillään edelleen. Jatkuvien särkylääkkeiden syöminen on aiheuttanut lisäoireina vatsavaivoja sekä ihottumaa, joiden vuoksi joutuu käymään tutkimuksissa lääkärissä. Osmo on kokenut tilanteensa epäoikeudenmukaiseksi, koska ei mielestään pysty töihin. Osmo kokee katkeruutta ja sosiaalityöntekijän arvion mukaan Osmo kävisi normaalisti töissä, jos se vain olisi mahdollista.

Laurin tapaus ja pitkäaikaiset fyysiset sairaudet

H(6) Lauri on 57-syntynyt mies ja hän on työskennellyt nuoruudesta lähtien erilaisissa fyysisistä kuntoa vaativissa tehtävissä, myös yrittäjänä. Vuosien varrella hänelle on tullut ylipainoa, tukirankaongelmia ja myös silmien näkökyky on heikentynyt. Laurilla on ollut aikaisemmin alkoholin käyttöä, mutta raitistunut. Laurilla on useita eri somaattisia diagnooseja ja hän on työkyvyn heikentymisen vuoksi ohjautunut kuntoutustutkimuksiin ja sitä kautta edelleen psykiatrisen poliklinikan potilaaksi. Hänelle on haettu työkyvyttömyyseläkettä, mutta valitustenkin jälkeen on saanut vakuutusosoikeudesta kielteisen päätöksen. Jossain vaiheessa työeläkelaitos oli ehdottanut työkokeilua Laurille, mutta hän ei ollut suostunut lähtemään siihen, koska ei halunnut pienellä paikkakunnalla, jossa ihmiset tuntevat toisensa, lähteä epäonnistumaan. Tällä hetkellä Lauri on työttömänä työnhakijana ja, kun hän on ollut vuoden työnhakijana, voi hän jälleen saada sairauspäivärahaa ja 300 sairauspäivärahopäivän jälkeen hakea työkyvyttömyyseläkettä. Tämä tarkoittaa käytännössä uusien tutkimusten tekemistä ja uuden näytön

hankkimista eläkkeen hakua varten. Sosiaalityöntekijän arvio tilanteessa on se, ettei Lauri tarvitsisi käyntejä psykiatrisella poliklinikalla, jos hän olisi saanut työkyvyttömyyseläkkeen ajallaan.

Markuksen tapaus ja vammautuminen vieraassa kulttuurissa

H(7) Markus on muuttanut ulkomailta Suomeen suomalaisen vaimon vuoksi. Liitto on kuitenkin aikoinaan päätynyt eroon. Markus on pyrkinyt parantamaan suomenkielen taitoa ja käynyt kielikurssilla, jonka on jättänyt kesken päästyään töihin. Työssä ollessaan hänelle sattui tapaturma, jossa hän menetti toisesta kädestä sormia. Tämän oli Markukselle stressaava kokemus muun muassa sen vuoksi, että hänen synnyinmaassa sormien puuttuminen on varkaan merkki. Lisäksi vammautuminen oli uhka työnteolle ja itsensä elättämiseksi sekä viime kädessä maassa asumiselle. Ahdistuksen vuoksi Markus ohjautui psykiatriselle poliklinikalle potilaaksi. Markuksen sairauslomia on jatkettu päätettiin ja vakuutusyhtiö myönsi joksikin aikaa tapaturmaeläkkeen. Markuksen kielitaito on edelleen huono ja yrityksistä huolimatta hän ei ole päässyt kielikursseille. Sairausloman ja tapaturmaeläkkeen aikana häntä ei otettu työvoimatoimiston kielikursseille, koska ne on tarkoitettu työttömille tai työttömyysuhan alaisille. Myöskään kansalaisopiston kurssille hän ei päässyt runsaan kysynnän vuoksi ja kun hän oli jo yhden kurssin lopettanut kesken. Vakuutusyhtiö järjesti Markukselle työkokeilupaikan, mutta hän ei sitä pystynyt suorittamaan, koska työkokeilu olisi ollut sikatilalla ramadanin aikaan. Vakuutusyhtiö katsoi, että työkokeilu on epäonnistunut Markuksen omasta syystä. Huonon kielitaidon vuoksi Markuksella on ollut ongelmia selvittää vakuutus- ja muita etuasioita. Myös hänen käden hoidon osalta on ollut ongelmia eri sairaaloiden yhteistyön kanssa. Kulttuuristen ja kieliongelmiensa vuoksi Markuksen psykiatrisen hoidon onnistumisessa on ollut ongelmia. Traumaterapiaa on haettu, mutta sitä ei ole Markukselle myönnetty. Asuinpaikkakunnan terveydenhuolto on sitten myöntänyt muutaman terapiakerran Markukselle. Markus käy toimintaterapiassa keskussairaalassa. Hänen hoitonsa kokonaistilannetta on katsottu psykiatrisella poliklinikalla, josta hän on saanut tarvittavia lääkärinlausuntoja ja kipulääkitystä. Tällä hetkellä Markus on työnhakijana työvoimatoimistossa ja hänen oleskelulupaansa on jatkettu kahdella vuodella eteenpäin. Lyhyeltä tuntuva jatko-aika on luonut epävarmuutta ja vaikuttanut hänen mielialaansa.

Teron tapaus ja taloudelliset menetykset

H(8) Tero on lunastanut synnyinkotinsa ja tehnyt täyden remontin lainarahoituksella. Terolla on vaimo ja useita lapsia. Jonkin ajan kuluttua todettiin, että talossa oli homevaurio ja rakenteista löytyi sädesientä. Hyvään kuntoon remontoitu talo määrättiin asumiskieltoon ja purettavaksi. Tätä ennen perheen jäsenet altistuivat homeelle ja perheessä sairasteltiin paljon. Perhe on joutunut muuttamaan usempaan kertaan etsiessään isolle perheelle sopivaa asuntoa. Lapset reagoivat herkästi altistumisen vuoksi ja yhdellä lapsella on ilmennyt psyykkisiä oireita, joita jatkuvat muuttamiset eivät paranna. Lapset eivät pysty elämään huoletonta lapsuutta, koska rahasta on pulaa. Perhe ei ole saanut taloudellista tukea juuri mistään. Vakuutusyhtiö ei ole korvannut homevaurioista aiheutuneita menetyksiä, jotka ovat olleet suuria, koska sädesienitalosta ei voi ottaa juuri mitään tavaroita mukaan. Perhe on kysynyt apua SPR:ltä, mutta ei ole apua saanut. Kunta on avustanut perhettä pienellä summalla. Sairauslomalle Tero ei ole voinut jäädä, koska on yksityisyrittäjä ja työt on kuitenkin tehtävä. Tero on väsynyt ja masentunut tilanteessaan ja on tullut psykiatrisen poliklinikan asiakkaaksi henkisen kuorman vuoksi.

5.2 Sosiaaliturvajärjestelmän kohtuuttomuutta tuottavien piirteiden

ilmeneminen

Tutkimuksessa tulee esille neljä sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavaa piirrettä. Nämä ilmiöt liittyvät sosiaaliturvajärjestelmän epäluotettavuuteen ja väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittamiseen. Piirteet voivat liittyä myös järjestelmän ja yksilön väliseen ongelmalliseen vuorovaikutussuhteeseen sekä järjestelmäehtoiseen toimintatapaan.

5.2.1 Järjestelmän epäluotettavuus

Dominelli (2002) näkee, että asiakkaiden tulisi voida luottaa siihen, että organisaatiot ja työntekijät tekevät työnsä tehokkaasti heidän etujensa turvaamiseksi ja haavoittuvuuden ehkäisemiseksi. (Dominelli 2002, 24.) Sosiaalityöntekijät kertovat kuitenkin seitsemän potilastapauksen kohdalla sellaisista sosiaaliturvajärjestelmän piirteistä, jotka ovat heikentäneet potilaiden luottamusta sosiaaliturvajärjestelmän toimintaan ja omien asioiden oikeudenmukaiseen käsittelemiseen.

Jaanan, Väinön, Osmon ja Markuksen tapauksissa tulee esille sosiaaliturvajärjestelmän pitkät käsittelyajat, jotka heikentävät hakijan oikeusturvaa. (Metteri 2012, 164.) Potilaat joutuvat odottamaan pitkään heidän elämäänsä vaikuttavia päätöksiä. Tällaista viivyttelyä voidaan pitää järjestelmäperäisenä välinpitämättömyytenä (Hänninen & Karjalainen 2007, 188). Potilaiden oikeusturvaa heikentävänä seikkana tulee esille myös se, ettei annettuja päätöksiä perustella riittävän tarkasti. Tällöin potilaan on vaikeampi tarttua päätöksen epäkohtiin hakiessaan muutosta siihen. Jaanan tapauksen perusteella tulee esille väärän tiedon hyödyntämisen mahdollisuus päätöksenteossa ja se, että väärän tiedon korjaaminen on työlästä. Jaanan tapauksessa näkyy epäluottamusta herättävänä järjestelmän piirteinä se, että ihmisen asiat tuntuvat unohtuvan jonnekin järjestelmän rattaisiin ja asiakas joutuu toimittamaan samoja asiapapereita uudelleen. Tällöin järjestelmän luotettavuutta heikentää vaikutelma järjestelmän vastuuttomuudesta ja välinpitämättömyydestä.

Pekan tapauksessa järjestelmän luotettavuutta heikentää väärän diagnoosin asettaminen ja tämän sairauden kelpaamattomuus työkyvyttömyyseläkkeen saamiseksi. Pekan kohdalla papereista puuttuu niin sanottu objektiivinen näyttö fyysisistä vaivoista, jolloin hakemuksessa kuvatut subjektiiviset oireet ohitetaan. Metterin (2012) mukaan erityisesti kipusairauksia sairastavat henkilöt joutuvat tällaisiin tilanteisiin suomalaisessa sosiaalivakuutusjärjestelmässä (Metteri 2012, 169).

Heikin tapauksessa luottamus järjestelmään ja sen oikeudenmukaiseen toimintaan laskee työnantajan vastuuttoman menettelyn vuoksi. Heikki ei saa tarvitsemaansa todistusta työnantajalta ja jää sen vuoksi ilman työttömyysturvaa. Heikin kohdalla järjestelmän vastuuton toiminta johtaa

ketjuuntuneeseen toimeentulon epäämiseen. Osmon tapauksessa työkokeilua ei seurata, jonka vuoksi työkokeilussa ei päästä selvytyteen Osmon työkykyisyydestä. Asia jää hoitamatta loppuun saakka. Töihin palattua Osmo kuitenkin vammautuu uudelleen, eikä sitä hyväksytä työtapaturmaksi aikaisempien kulumien vuoksi. Järjestelmän luotettavuutta heikentää toimintatapa, joka ei huolehdi asioiden loppuun saattamisesta.

5.2.2 Väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen

Sosiaalityöntekijät tuovat esille kaikkien kuuden työkyvyttömyyseläkettä hakeneen potilaan kohdalla, että sosiaaliturvajärjestelmä on hylkäävän päätöksen antaessaan luokitellut sairaan ihmisen terveeksi. Metteri (2012, 169) puhuu tutkimuksessaan samasta asiasta käyttäen termiä *väärään sosiaaliturvakategoriaan* sijoittaminen. Näissä tapauksissa on tyypillistä, että päätöksentekijälle toimitetut hakemukset, lääkärinlausunnot, työolosuhdeselvitykset ja lausunnot ohitetaan. (Metteri 2012, 162 – 163.) Päätöksen tekeminen tapahtuu siten vastoin lähiammattilaisten näkemystä potilaan terveydentilasta. Metteri (2012, 163) käyttää tutkimuksessaan käsitettä *näytön sivuuttaminen* puhuessaan edellä kuvatun kaltaisesta sosiaaliturvajärjestelmän toimintatavasta. Tällöin järjestelmän ongelmat liittyvät näytön kapea-alaiseen määrittelyyn, vakuutuslääketieteen vaatimukseen objektiivisesta näytöstä ja puutteelliseen sairauksien todentamisteknologiaan (Metteri 2012, 163). Väärään sosiaaliturvaluokkaan luokittelu aiheuttaa potilaalle ristiriitaisuutta. Kun työeläkevakuutusyhtiö julistaa sairaan terveeksi, tulisi ihmisen kyetä olemaan sairaana töissä tai työnhakijana. Tämän on inhimillisesti ajatellen kohtuuton vaatimus.

5.2.3 Ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa

Sosiaalityöntekijät kuvaavat kaikkien tapausten kohdalla, että sosiaaliturvajärjestelmällä on taipumus ohittaa ihmisen ääni niin, ettei asiakas tule kuulluksi asiassaan eikä hänellä ole juuri mahdollisuuksia vaikuttaa asiaansa. Eläkelaitoksissa työkyvyttömyyden tulkinta ja päätöksenteko tapahtuvat papereiden perusteella eivätkä päätöksentekijät kohtaa eläkkeenhakijaa kasvokkain (Metteri 2012, 164). Samalla tavalla ohitetaan lähityöntekijöiden moniammatillinen asiantuntemus, kuten Jaanan, Heikin, Väinön, Osmon ja Laurin tapauksissa. Pekan tapauksessa hänen sairautensa olemassaoloa epäillään.

Ihmisen kannalta katsottuna kuulematta ja huomiotta jättäminen viestittävät vastaanottajalle, että hän ei ole arvokas ihminen. Tällaiset palautteet ovat nöyryyttäviä, murentavat itsekunnioitusta ja synnyttävät voimattomuutta. Tällä tavalla toimien palvelut tuottavat avun sijaan kärsimystä. Toistuuksaan tällaiset kokemukset voivat johtaa siihen, että ihminen ei enää uskalla eikä halua hakea palvelujärjestelmästä apua, vaikka sitä kipeästi edelleen tarvitsisi. (Immonen & Kiikkala 2007, 75.)

Sosiaalityöntekijöiden vastauksista ilmenee, että vuorovaikutus voi olla hankalaa instituution ja yksilön välillä. Jaanan kohdalla omien asioiden ajaminen on vaatinut lukuisten lausuntojen laadintaa ja sinnikästä yhteydenpitoa eläkevakuutusyhtiöön, sillä todisteluvollisuus terveydentilasta on ihmisellä itsellä. Ihminen näyttäytyy altavastaajan roolissa suhteessa järjestelmään.

Järjestelmä kuvautuu myös monimutkaisena, jonka toimintatapaa on varsinkin ulkomaalaistaustaisen kielitaidottoman henkilön vaikea ymmärtää. Etujen ajaminen kuvautuu työläänä ja pitkien etuuskäsittelyiden vaikutukset kuluttavat henkisiä voimavaroja. Järjestelmä saattaa ohittaa asiakkaan tiedon tarpeen perustellessaan päätöksiään ympäripyöreästi.

5.2.4 Järjestelmäehtoinen toiminta

Järjestelmäehtoinen toiminta voi näyttäytyä potilaalle erilaisten, muidenkin kuin terveydellisten, tietojen korjaamisen hankaluutena. Jaanan tapauksessa työeläkelaitos on tulkinnut väärin Jaanan työkokemusta ja on kirjannut nuoruudessa tehdyn palkattoman vapaaehtoistyön palkkatyöksi. Tätä virheellistä tietoa työeläkeyhtiö voi käyttää työkyvyn arvioinnissa, koska muun muassa työntekijän aikaisemmalla koulutuksella ja toiminnalla on merkitystä päätöstä tehtäessä (Metteri 2012, 164). Tämän vuoksi Jaana on aktiivisesti pyrkinyt korjaamaan virheellistä tietoa, mutta sosiaalityöntekijän kertoman mukaan Jaanan on täytynyt vaatimalla vaatia tiedon korjaamista.

Järjestelmäehtoinen toiminta tulee esille Heikin ja Pekan kohdalla etuisuuksien ketjuuntuneessa hylkäämisprosessissa. Heillä kummallakin järjestelmä tekee hylkääviä päätöksiä; työeläkelaitos työkyvyttömyyseläkkeestä, työvoimahallinto työttömyysturvasta ja kunnan sosiaalitoimi toimeentuloturvasta. Kutakin hylkäävää päätöstä perustellaan organisaation omien säästöjen

mukaisesti ja ihminen jää vaille toimeentuloa. Järjestelmä määrittelee ehdot, joihin ihmisen tulee sopia. Ellei näin tapahdu, voi järjestelmä sulkea ihmisen avun ulkopuolelle. Ulkopuolisesti tarkasteltuna päättäjät toimivat oikein, mutta vaille toimeentuloa jääminen toteutuu heidän kohdallaan vastoin hyvinvointivaltion tarkoitusta. Järjestelmän viimesijainenkin turva, harkinnanvarainen toimeentulotuki, evätään Heikin ja Pekan tapauksissa. Järjestelmän tehtävä kuvautuu järjestelmäehtoisena toimintana, eikä ihmisen kokonaistilannetta huomioida. Metteri (2012) käyttää tällaisesta piirteestä termiä *järjestelmäkeskeinen toimintatapa* (Metteri 2012, 207).

Markuksen tapauksessa järjestelmäehtoinen toiminta tulee näkyviin järjestelmän kankeutena ja siinä, ettei järjestelmä kykene huomioimaan ihmisen kielellisiä, vakaumuksellisia ja kulttuurisia tarpeita. Markusta ei hyväksytä sairauslomalla eikä tapaturmaeläkkeellä ollessaan työvoimatoimiston kielikurssille, vaikka riittävän kielitaidon saaminen olisi oleskeluluvan jatkumisen kannalta oleellista. Työkokeilussa Markus joutuu vakaumukselliseen ristiriitaan, kun kuntoutus ajoittuu ramadanin aikana sikatilalle. Markus kieltäytyy uskonnollisten syiden vuoksi työkokeilusta ja tämä katsotaan hänen syykseen. Toiminnassa tulee esille piirteitä asiakkaan vastuuttamisesta. Järjestelmän kankeus ja säännönmukainen toimintatapa tulee esille myös siinä, että Markus saa päätökset suomen kielellä, vaikka ei suomea kovin hyvin osaakaan.

Niin Markuksen kuin Pekankin kohdalla järjestelmäehtoinen toiminta tulee esille terveydenhuollon sektoroituneessa toimintatavassa. Tällöin kukin erikoisala tarkastelee oman alansa sairauksia, jolloin potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen jää. Sektoroitunut toimintatapa tulee Markuksen kohdalla esille myös eri sairaaloiden välisessä yhteistyössä tai sen puutteessa.

Teron kohdalla järjestelmäehtoinen toiminta tulee esille siinä, ettei hyvinvointivaltiosta löydy taloudellista tukea homeen vaurioittaman kodin korvaamiseen. Tällaisten yllätyksellisten kustannusten kantaminen jää yksittäisen ihmisen harteille, vaikka kysymys on rakennusvalvonnan alaisesta toiminnasta. Tällaisessa tilanteessa ei löydy mitään sosiaaliturvasäädöstä, jota voitaisiin suoraan soveltaa (Metteri (2012, 91).

Sosiaalityöntekijä kuvaa Väinön ja Laurin tapauksissa järjestelmäehtoisesta toiminnan ilmenemistä siinä, että heidän tulisi kyetä kuntouttaviin toimenpiteisiin työkyvyttömyyseläkkeen saamisen

kriteerien todentamiseksi. Osaltaan järjestelmäehtoisessa toiminnassa näyttäisi olevan kysymys järjestelmän tavasta olla korjaamatta aikaisempia virheellisiä päätöksiä ja osaltaan tavasta vastuuttaa ihmistä valintojensa seurauksista. Järjestelmä odottaa asiakkaalta itsensä aktiivista kuntouttamista, vaikka terveydelliset edellytykset ovat heikot. Jos asiakas kieltäytyy kuntouttavista toimenpiteistä, luetaan se asiakkaan syyksi, kuten Markuksenkin tapauksessa. Järjestelmä ei huomioi ihmisten yksilöllisiä tekijöitä, vaan jatkaa sitä latua, joka on laitettu alkuun virheellisen luokituksen tekemisen yhteydessä. Työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämisessä sairas ihminen on luokiteltu terveeksi, jolloin hänellä katsotaan näin ollen olevan kykyä kuntouttaa itseään.

5.3 Kohtuuttomien tilanteiden vaikutukset ihmisen elämässä

Tutkimuksen analyysissä tulee esille se, että sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavat piirteet vaikuttavat ihmisen psyykkiseen, fyysiseen ja taloudelliseen hyvinvointiin sekä ihmisen identiteettiin ja tunnekokemuksiin. Järjestelmän iatrogeniset piirteet näyttävät vaikuttavan myös ihmisen luottamukseen järjestelmää kohtaan sekä toimintakykyyn.

5.3.1 Psykkisten oireiden ilmeneminen

Sosiaalityöntekijät kertovat seitsemän tapauksen kohdalla sosiaaliturvajärjestelmän kohtuuttomuutta tuottavien toimintatapojen ja piirteiden aiheuttavan potilaille psyykkisiä oireita. Ainoastaan Pekan kohdalla ei ilmene suoraa psyykkistä oireilua järjestelmän toimintatapaan liittyen. Yleisimmäksi psyykkiseksi reagoititavaksi nousevat eriasteiset mielialaoireet, joita esiintyy kuudella potilaalla. Näistä puolella masennus kuvautuu vakava-asteisena, jolloin potilaat toivovat kuolevansa tai mielessä liikkuu itsemurha-ajatuksia. Aineistosta nousee ahdistuksen tai tuskaisuuden kokemista, jota esiintyy neljällä potilaalla. Kolmen potilastapauksen kohdalla tulee esille unettomuutta. Lisäksi potilailla voi esiintyä väsymistä, uupumista, itkuisuutta, jaksamattomuutta, psyykkisen voinnin heikkenemistä ja elämän kokemista psyykkisesti raskaaksi. Aineistosta voidaan havaita, että potilaalla saattaa olla samanaikaisesti erilaisia psyykkisiä oireita.

5.3.2 Luottamuksen menettäminen järjestelmän toimintaan

Aineistosta nousee sosiaalityöntekijöiden kuvaamina erilaisia yhteiskunnalliseen luottavaisuuteen liittyviä reagoititapoja kuuden potilaan kohdalla. Neljän potilaan kohdalla tulee esille katkeruutta, jota on edeltänyt järjestelmän epäoikeudenmukainen toiminta ja kokemus siitä. Heikin katkeruuden taustalla on väärään sosiaaliturvaluokkaan määrittelemine, ketjuuntuneet etuuksien hylkäämiset ja lopulta tulottomaksi jääminen. Osmon ja Laurin kohdalla katkeruutta ja vääryyden kokemisen tunnetta on aiheuttanut järjestelmän tapa luokitella työkyvytön työkykyiseksi. Osmon kohdalla luottamuksen menettäminen ilmenee myös epävarmuuden kokemisena oman elämänsä suhteen. Tero kokee katkeruutta menetettyään miltei koko omaisuutensa mielestään ilman omaa syytä. Vaikuttaa siltä, että epäoikeudenmukaisuuden kokemus on esillä juuri niissä tapauksissa, joissa sosiaaliturvan hakijalla on takanaan pitkä työhistoria ja joissa henkilö on maksanut työstään veroa. Luottamuksen menettäminen voi liittyä myös sosiaaliturvajärjestelmän kierrätyksen kohteena olemiseen, tuloksettomaan asiointiin tai huonoon kohteluun. (Metteri 2012, 86, 119).

Pekan kohdalla tulee esille ketjuuntunut perustoimeentulon hylkääminen, joka prosessina alkaa väärän diagnoosin asettamisella ja johtaa lopulta työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämiseen ja näin ollen väärään sosiaaliturvaluokkaan asettamiseen. Pekan epäluottamusta järjestelmää kohtaan lisää työttömyysturvan ja toimeentuloturvan epäämiset. Jaana on pettynyt sosiaaliturvajärjestelmään ja hänen epäluottamuksensa ilmenee epäuskona omiin asioihin vaikuttamiseen.

5.3.3 Toimintakyvyn menettäminen

Sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavat piirteet aiheuttaa neljälle potilaalle toimintakyvyn menetystä ja lamaantumista. Jaana kokee tilanteessaan toivottomuutta eikä usko omiin selviytymismahdollisuuksiinsa. Hän kokee menevänsä virran mukana järjestelmän määrittelemine ehdoin eikä jaksaa ajaa oikeuksiaan. Myös Markus kokee voimattomuutta omassa tilanteessaan ja Osmo on kyllästynyt järjestelmän vaatimuksiin, mikä vaikuttaa hänen kykyyn ajaa omia etuja. Heikillä ilmenee todellisuudentajun ja toimintakyvyn menetystä psykoosiin sairastuttuaan.

5.3.4 Identiteettiongelmien syntyminen

Sosiaalityöntekijät kertovat neljän potilaan kohdalla sellaisista sosiaaliturvajärjestelmän iatrogeenisistä vaikutuksista, jotka aiheuttavat potilaille muutoksia minäkuvaan tai ongelmia itsensä määrittelyssä suhteessa ympäristöön. Jaanan, Pekan ja Laurin kohdalla identiteettiongelmat liittyvät väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittamiseen työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämisen yhteydessä. Työkyvytön ihminen määritellään työkykyiseksi, jolloin Jaana alkaa kuntouttamaan itseään entistä enemmän kyetäkseen töihin, mutta seurauksena onkin sairauden paheneminen. Jaanalla on vaikeuksia hyväksyä omaa tilannettaan ja sitä, ettei hän todellisuudessa enää pysty töihin, vaikka hänen tilanteensa määritelläänkin työeläkeyhtiössä muulla tavalla.

Pekan kohdalla identiteettikriisiin liittyy sairauden kyseenalaistamista, koska lääketiede ei pysty todentamaan hänen sairauttaan. Pekka kokee, että hänen mielenterveyttään epäillään kertoessaan fyysisistä vaivoistaan. Jaana ja Pekka kokevat ristiriitaa oman sairauskokemuksensa ja työeläkeyhtiön sairausmääritelmän kanssa ja heillä on vaikeuksia mieltää omaa asemaansa siinä välissä.

Laurilla identiteettikriisiin liittyy tarve säilyttää itsekunnioitus, vaikka työkyky on mennytkin. Tämän kunnioituksen säilymisen kannalta Laurille on tärkeää, että kunniakkuus työteliäänä ihmisenä säilyy myös julkisesti. Itsekunnioituksen säilyminen ja kasvojen menettämisen pelko ovat niin voimakkaita, että Lauri kieltäytyy työkokeilusta. Hän ei halua lähteä epäonnistumaan julkisesti. Markuksen kohdalla identiteettiongelmat alkavat vammautumisen myötä ja hänen kohdalla sormien silpoutumiseen liittyy kulttuurisia tekijöitä. Tarkasteltaessa asiaa sosiaaliturvajärjestelmän toimivuuden kannalta tulee esille, ettei järjestelmä pysty tarjoamaan riittävän turvallisia olosuhteita niin, että Markus voisi rauhassa alkaa muodostamaan uutta identiteettiä vammautuneena ihmisenä. Markuksen erityinen huoli koskee oleskeluluvan saamisen ehtoja. Vammautuneena ja kielitaidottomana ihmisenä hän kokee, ettei ehkä kykene ehtoja täyttämään. Tällöin eteen tulee muutto synnyinmaahan, jossa hänet mahdollisesti luokiteltaisiin varkaaksi puuttuvien sormien vuoksi.

5.3.5 Negatiivisten tunteiden kokeminen

Sosiaalityöntekijät kuvaavat kolmen potilaan kohdalla sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavien piirteiden aiheuttavan potilaille negatiivisia tunteita. Jaanan ja Laurin kohdalla työkyvyttömyyseläkkeen hylkääminen aiheuttaa pelkoa. Jaanan pelot liittyvät vuorovaikutusongelmiin työeläkevakuutusyhtiön kanssa ja Laurilla pelot liittyvät järjestelmän vaatimukseen lisänäytön antamisesta työkyvyttömyyden osoittamiseksi. Lauri pelkää julkista kasvojen menetystä työkokeilun yhteydessä, mikä koskettaa häntä myös identiteettitasolla. Osmo kokee pessimismia ja negatiivisuutta saatuaan hylkäävän päätöksen työkyvyttömyyseläkkeestä. Taustalla on kokemus vääryyden tapahtumisesta hänen kohdalla.

5.3.6 Terveystilan heikkeneminen

Aineistosta tulee esille, että sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavilla piirteillä on vaikutusta potilaiden terveydentilaan. Tällaisista vaikutuksista sosiaalityöntekijät kertovat neljän potilaan kohdalla. Yhteistä heille on hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäättöksen saaminen. Jaana pyrkii päätöksen saamisen jälkeen käymään töissä ja kuntouttamaan itseään aktiivisesti, mutta uupuu ja kipeytyy entisestään. Heikin kohdalla ketjuuntuneet hylkäävät päätökset saavat aikaan psyykkisen sairauden puhkeamisen. Väinön kohdalla psyykkinen vointi heikkenee. Osmon kohdalla työkokeilua ei seurata ja hänen fyysinen vaiva pahenee entisestään. Lisäksi hän saa särkylääkkeistä vatsavaivoja ja ihottumaa.

5.3.7 Taloudellisen tilanteen heikkeneminen

Sosiaalityöntekijöiden vastauksista ilmenee, että sosiaaliturvan iatrogenisillä piirteillä on vaikutusta asiakkaiden taloudelliseen tilanteeseen. Selkeästi tällaisia vaikutuksia tulee esille kolmen potilaan kohdalla. Heikin ja Pekan kohdalla ketjuuntuneet hylkäävät etuuspäätökset jättävät heidät täysin ilman omia tuloja. Heikin tilanne kärjistyy niin, ettei hänellä ole rahaa edes vuokran maksamiseen. Teron tapauksessa homevauriokorvausten puute jättää hänet perheineen taloudelliseen niukkuuteen vuosikausiksi.

5.4 Psykiatrisoitumisen prosessit

Tutkimuksen kohteena olevista tapauksista voidaan nähdä, että yksilön ja järjestelmän välillä ilmenee sellaista vuorovaikutuksellista toimintaa, jonka seurauksena ihminen joutuu kohtuuttomaan tilanteeseen ja kuormittuu psyykkisesti. Tässä luvussa tarkastelen jokaisen potilaan tällaista psykiatrisoitumisen prosessia, jossa tuen tai avun epääminen aiheuttaa lopulta mielenterveyden menetystä. Psykiatrisoitumisen prosesseja on kuvattu tapauskuvausten yhteydessä taulukoilla, joissa esitetään ensinnäkin potilaan sosiaaliturvan muoto, joka potilaalle kuuluisi tai, jota ollaan hänelle haettu. Toiseksi taulukoissa esitetään kohtuuttomuutta tuottava sosiaaliturvajärjestelmän piirre ja kolmanneksi kohtuuttomuutta tuottavien piirteiden vaikutukset potilaiden elämään.

Jaana (talukko 5) on taustalla synnynnäinen vamma, jonka paheneminen on aiheuttanut hänelle työkyvyn menetystä. Jaana on itse punninnut voimavaroja ja työterveyden kautta lähdetään hakemaan osatyökyvyttömyyseläkettä. Eläkehakemus hylätään ja eläkelaitos luokittelee Jaanan työkykyiseksi. Jaana valittaa päätöksestä ja yrittää kuntouttaa itseä työkykyiseksi, ryhtyy työkokeiluun ja yrittää sairaana käydä töissä. Jaanan vointi romahtaa prosessin aikana sekä henkisesti että fyysisesti ja hän hakeutuu psykiatrian poliklinikan potilaaksi. Tässä vaiheessa hän joutuu hakemaan täyttä työkyvyttömyyseläkettä.

Jaanan voimavaroja kuluttavat pitkät työkyvyttömyyseläkehakemusten käsittelyajat sekä hankalana kuvautuva yhteydenpito työeläkelaitoksen kanssa. Jaana kokee, että hänen asiansa hukkuu järjestelmän rattaisiin, päätöksiä perustellaan ympäröivästä, väärää työhistoriatietoa käytetään arvioitaessa hänen mahdollisuuksiaan työskennellä vielä ja samoja asioita pitää ilmoittaa useita kertoja työeläkelaitokselle. Eläkevalitusprosessin aikana Jaanan tulee aktiivisesti osoittaa työkyvyttömyytensä ja hankkia uusia lääkärinlausuntoja eri sairauksista. Jaanalta vaaditaan omien asioiden puolustamista tilanteessa, jossa työeläkevakuutusyhtiö ohittaa Jaanaa hoitavien lääkäreiden kannanotot. Jaanan asia päätetään papereiden perusteella, eikä hänellä ole mahdollisuutta päästä asiansa suulliseen käsittelyyn. Lopulta Jaana saa työeläkevakuutusyhtiöstä ennakkopäätöksen osatyökyvyttömyyseläkkeestä, mutta virallista päätöstä Jaana joutuu edelleen odottamaan. Työkyvyttömyyseläkkeen valitus on edelleen vireillä ja sitä päätöstä Jaana joutuu odottelemaan edelleen.

Taulukko 5. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Jaanan tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
Osatyökyvyttömyyseläke/ Työkyvyttömyyseläke	Osatyökyvyttömyyseläkkeen hylkääminen <ul style="list-style-type: none"> • pitkä käsittelyaika • hoitavan lääkärin lausunnolla ei ole painoarvoa • vakuutuslääkäri hylkää hakemuksen / valituksen papereiden perusteella • päätöksiä perusteltu ympärilyöreästi • palkaton satunnainen vapaaehtoistyö luettu työhistoriaksi • ennakkopäätöksen virallisen päätöksen saaminen kestää Työkyvyttömyyseläke vakuutusoikeuden käsittelyssä edelleen	<ul style="list-style-type: none"> • pyrkimys kuntouttaa itseään, kun todettu työkykyiseksi • epäonnistunut työkokeilu • uupuminen, kipeytyminen entisestään • asia hukkuu, unohtuu jonnekin valitusprosessissa • omien asioiden puolustaminen • pitää ilmoittaa uudelleen samoja asioita vakuutusyhtiölle • aktiivista uusien lausuntojen hankintaa työkyvyttömyyden todentamiseksi eri sairauksista • luottamuksen menetys • ahdistus, tuska • pelkää ottaa yhteyttä vakuutusyhtiöön • työkyvyn menetys ja työkyvyttömyyseläkkeen haku • masennus, itkuisuus, jaksamattomuus, toivottomuus • ei voi vaikuttaa asiaansa

Jaanan tapauksesta tulee esille, että järjestelmäehtoinen toiminta, ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen ja järjestelmän epäluotettavuus johtavat Jaanan psykiatrisen poliklinikan asiakkuuteen. Jaana kärsii psyykkisistä oireista ja luottamuksen menettämisestä järjestelmän toimintaa kohtaan. Jossain vaiheessa Jaana menettää uskonsa omiin vaikuttamismahdollisuuksiinsa ja menettää toimintakykynsä ja -halunsa. Jaana kärsii identiteettiongelmissa, koska hän ei tiedä onko hän sairas vai terve, työkykyinen vai työkyvytön. Järjestelmä ei tunnusta hänen työkyvyttömyyttään, vaikka Jaana itse yhdessä lähityöntekijöiden kanssa näkee hänen sairautensa aiheuttamat rajoitteet itsensä elättämiseen työnteolla. Tunnetasolla tilanne herättää Jaanassa pelkoa. Jaanan terveydentila heikkenee prosessin aikana niin, että

omalääkäri toteaa hänet työkyvyttömäksi. Haastatellun sosiaalityöntekijän arvion mukaan Jaana ei olisi todennäköisesti tarvinnut psykiatrisen poliklinikan palveluita, jos hän olisi saanut osatyökyvyttömyyseläkkeen, silloin kun sitä haettiin.

Heikillä (taulukko 6) on taustalla ihosairaus, joka on todettu jo nuoruudessa. Sairauden henkinen hoitaminen ja käsitteleminen on jäänyt puutteelliseksi ja sillä on ollut vaikutusta hänen itsetuntoonsa. Heikki on kyennyt kuitenkin hankkimaan ammatin ja työpaikan, mutta henkinen kuorma on kasvanut niin suureksi, että hän on aikuisiässä hakeutunut psykiatrisen poliklinikan asiakkaaksi. Heikille haetaan määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä eli kuntoutustukea, mutta hän saa siitä hylkäävän päätöksen, koska ihosairaus ja lievä masennus eivät täytä työkyvyttömyyden kriteereitä. Tästä päätöksestä Heikki tekee valituksen. Heikki hakee itselleen työttömyysturvaa, mutta se hylätään, koska työnantaja ei suostu kirjoittamaan lausuntoa siitä, ettei sillä ole tarjota Heikille sopivaa työtä. Heikki hake toimeentulotukea, mutta se hylätään, koska Heikin rahastosijoitus katsotaan kokonaisuudessaan tuloksi, vaikka todellisuudessa rahoista oli osa mennyt veroihin. Heikki käy elämässään läpi ketjuuntuneen hylkäämisprosessin, jonka seurauksena hänen lievä psyykkinen sairaus muuttuu vaikea-asteiseksi, psykoositasoiseksi masennukseksi. Tämä on sitten riittävän vaikea sairaus työeläkelaitoksen kriteerien mukaan ja Heikille myönnetään kuntoutustuki.

Taulukko 6. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Heikin tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
Kuntoutustuki	Kuntoutustuen hylkääminen	<ul style="list-style-type: none"> • ketjuuntuneet hylkäämiset • valittaa kuntoutustukipäätöksestä • elää ilman minkäänlaisia tuloja, lainaa rahaa kavereilta, saa vuokrat rahat diakoniatoimistolta • sairaus pahenee, todellisuudentaju hämärtyy, itsemurhan vaara • katkeruutta • stressi käy yli voimien ja lievääasteinen psyykinen sairaus muuttuu psykoosi-tasoiseksi
Työttömyysturva	Työttömyysturvan hylkääminen	
Toimeentulotuki	Toimeentulotuen hylkääminen	
Kuntoutustuki myönnetään		
	<ul style="list-style-type: none"> • ihosairaus ei hyväksyttävä syy • psyykkiset oireet lieviä • työnantaja ei kirjoita tarvittavaa lausuntoa, ettei ole tarjota sopivaa työtä • rahastosijoituksen purkaminen katsotaan kokonaisuudessaan tuloksi, vaikka osa mennyt veroihin • psykoosisairaus täyttää kriteerit 	

Heikin tapauksesta tulee esille, että järjestelmäehtoinen toiminta, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen ja järjestelmän epäluotettavuus johtavat ketjuuntuneeseen hylkäämisprosessiin ja täydelliseen tulottomuuteen. Heikille aiheutuu psyykkisiä oireita, luottamuksen menetystä sosiaaliturvajärjestelmää kohtaan sekä toimintakyvyn että todellisuudentajun menetystä. Heikin terveydentila heikkenee huomattavasti ja hän joutuu kärsimään taloudellista puutetta. Heikki selviää kavereiden ja diakoniatoimiston avuin kunnes saa kuntoutustuen. Kertynyttä velkaansa Heikki makselee takaisin kavereilleen.

Pekan (taulukko 7) tapauksessa tie psykiatriselle poliklinikalle kulkeutuu kuntoutustutkimuspoliklinikan kautta jonne hän oli ohjautunut fyysisten kipujen, nivelturvotusten ja jäykkyyden vuoksi. Pekkaa tutkitaan eri lääketieteen erikoisaloillakin, mutta selvää syytä ei oireille löydy. Pekka ohjautuu psykiatriselle poliklinikalle, jossa hän kertoo fyysisistä vaivoista edelleen. Lääkäri päättää lopulta määrittelemään Pekan sairauden somatisaatiohäiriöksi, jota ei työkyvyttömyyseläkehaussa katsota riittäväksi sairaudeksi ja työkyvyttömyyseläke hylätään. Pekan todelliset fyysiset vaivat jäävät huomiotta, koska ajatellaan Pekan masennuksen nostavan esiin fyysisiä oireita. Eläkehakuprosessissa päätökset tehdään papereiden perusteella, eikä Pekalla ole

mahdollisuutta suulliseen käsittelyyn, jossa hänen fyysiset rajoitteet tulisivat esille. Pekka hakee työttömyysturvaa, mutta se hylätään, koska hän ei kuulu ammattiliittoon ja, koska puolison tulot huomioidaan. Pekka hakee toimeentulotukea, mutta ei saa sitä, koska puoliso käy töissä. Pekalla ei näin ollen ole mitään tuloja ja hän elää vaimonsa varoilla. Pekan toimeentulo evätään ketjuuntuneessa hylkäämisprosessissa, jonka aikana mikään taho ei katso Pekan kokonaistilannetta sairauksien ja taloudellisten olosuhteiden osalta.

Taulukko 7. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Pekan tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
<p>Työkyvyttömyyseläke</p> <p>Työttömyysturva</p> <p>Toimeentulotuki</p> <p>Työkyvyttömyyseläke myönnetään, kun täyttää 60 vuotta</p>	<p>Työkyvyttömyyseläkkeen hylkääminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • sektoriajattelu terveydenhuollossa • kokonaistilanteen kartoitus puuttuu • lääketiede ei löydä oikeaa dg ja eläkehakemus hylätään • päätökset tehdään papereiden perusteella näkemättä ihmisen toimintakykyä • < 60 -vuotiaalla huomioidaan koko työhistoria, johon työkykyä verrataan <p>Työttömyysturvan hylkääminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • koska ei kuulu ammattiliittoon • puolison tulot huomioidaan <p>Toimeentulotuen hylkääminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • puolison tulot huomioidaan • työkykyä verrataan viimeisimpään työhön 	<ul style="list-style-type: none"> • ketjuuntuneet hylkäämiset etuuksista • elää kipujen kanssa ilman apua • etsii apua yksityislääkäreiltäkin • elää lääketieteen todentamiskyvyn armoilla • elää ilman toimeentuloa, puolison tuloilla • tunne siitä, ettei häntä uskota, pidetään hulluna • joutuu todistelemaan kipujen olemassaoloa • kiistää masentuneisuutensa <ul style="list-style-type: none"> • löytyy oireiden takana vuosia ollut oikea sairaus, diagnoosi

Pekan tapauksesta tulee esille, että järjestelmäehtoinen toiminta, ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen ja järjestelmän epäluotettavuus aiheuttavat hänelle luottamuksen menetystä järjestelmän toimintaa kohtaan. Epäluottamus koskee sosiaaliturvajärjestelmän lisäksi terveydenhuollon sektoroitunutta toimintaa, koska väärän diagnoosin asettaminen ei puhu luotettavan toiminnan puolesta. Sosiaaliturvajärjestelmän

toimintatavat aiheuttavat Pekalle identiteettiongelmia väärän diagnoosin asettamisen ja terveeksi julistamisen muodossa. Identiteettiongelmia aiheuttaa myös Pekan oireiden epäileminen sekä puolison tuloilla eläminen. Metterin (2012) tutkimuksen mukaan ihmiset kokevat häpeällisenä ja itsetuntoa alentavana tulottomaksi ja puolison elätettäväksi joutuminen (Metteri 2012, 87). Pekka joutuu elämään muutamia vuosia kipujen kanssa ja lääketieteen todentamiskyvyn armoilla, kunnes hän täyttää 60 vuotta ja työeläkelaitos huomioi vain viimeisimmän työhistorian työkykyä arvioitaessa. Pekalle myönnetään työkyvyttömyyseläke ja hän käy vielä ihotautilääkärillä fyysisten vaivojen vuoksi. Siellä hänellä todetaan nivelpsoriasis, joka on ollut vaivojen takana jo vuosikymmeniä.

Väinön (taulukko 8) tapauksessa hoitosuhteen alkaminen psykiatrisella poliklinikalla pohjautuu pitkäaikaisiin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä somaattisiin oireisiin. Lähetteen psykiatriselle poliklinikalle Väinö saa kuntoutustutkimuspoliklinikalta. Väinölle kirjoitetaan sairauslomaa, mutta hän saa siihen 55 päivän omavastuuajan, koska hänellä ei ole edeltäviä tuloja. Väinö ei ole ollut enää kymmeneen vuoteen työnhakijana, koska ei ole kokenut olevansa työkuntoinen. Sairauspäivärahaikauden jälkeen Väinölle haetaan moniammatillisen työryhmän toimesta pysyvää työkyvyttömyyseläkettä johtuen pysyväisluonteisesta työkyvyttömyydestä. Työkyvyttömyyseläkekäsittely kestää pitkään ja lopulta Väinölle myönnetään kuntoutustuki kuudeksi kuukaudeksi. Väinö ei ymmärrä eläkeratkaisua, se on hänelle loukkaava kokemus ja hänen psyykkinen vointinsa heikkenee. Väinö hakee kuntoutustuella jatkoa ja saa sen vuodeksi. Tänä aikana Väinön tulisi kyetä aktiivisesti kuntouttaviin toimenpiteisiin ja hankkimaan lisänäyttöä työkykyisyydestään.

Taulukko 8. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Väinön tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
<p>Sairauspäiväraha</p> <p>Työkyvyttömyyseläke (toistaiseksi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • omavastuu 55 pv, koska ei edeltäviä tuloja • päätöksen pitkä odotusaika • moniammatillisen työryhmän näkemys pysyvästä eläkkeestä ei riitä eläkkeen myöntämiseksi, kanta ohitetaan <p>Kuntoutustuki 6kk:ksi</p> <p>Kuntoutustuki 1 vuodeksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ei ole kyennyt 10 vuoteen olemaan työnhakijana • ei ymmärrä päätöksen määräaikaaisuutta • loukkaava kokemus • psyykinen vointi heikkenee • uuden eläkehaun käynnistäminen heti päätöksen saatua • tulee aktiivisesti hankkia lisänäyttöä toimintakyvystä ja kyetä kuntouttaviin toimenpiteisiin (jää itse tehtäväksi)

Väinön tapauksesta tulee esille, että järjestelmäehtoinen toiminta, ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen ja järjestelmän epäluotettavuus aiheuttavat Väinölle psyykkisiä oireita sekä terveydentilan heikentymistä.

Myös Osmo (taulukko 9) on ohjautunut psykiatrisen poliklinikan potilaaksi kuntoutustutkimuspoliklinikan kautta. Osmolla on pitkä, ehyt työhistoria, mutta tuki- ja liikuntaelin sairauksien hoidon ja työhön paluun epäonnistuttua, on kuormittunut psyykkisesti. Osmo on terveydenhuollon piirissä todettu työkyvyttömäksi. Hänelle myönnetäänkin kuntoutustuki, jonka aikana eläkelaitos haluaa järjestää vielä työkokeilun työhön paluun selvittämiseksi. Työkokeilun toteuttamisesta tulisi olla laadittuna kuntoutussuunnitelma, mutta Osmon kohdalla työkokeilun seuranta jää vajavaiseksi eikä työkokeilun aikana selvitetä millaisista työtehtävistä hän selviytyisi. Seurauksena on vammautuminen uudelleen muutaman kuukauden kuluttua varsinaisen työn alettua. Vammaa ei katsota työtapaturmaksi edeltävien sairauksien ja vaivojen vuoksi. Osmolle haetaan työkyvyttömyyseläkettä, mutta hänelle myönnetään osatyökyvyttömyyseläke. Tästä päätöksestä Osmo tekee valituksen, jonka käsittelyaika on pitkä.

Taulukko 9. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Osmon tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
Työkokeilu	<ul style="list-style-type: none"> • työkokeilua ei seurata ja jatkaa työntekijänä sen jälkeen, vammautuu 2 kk:n kuluttua • ei katsota työtapaturmaksi, koska kulumia entuudestaan 	<ul style="list-style-type: none"> • ahdistus, masennus • epävarmuus • särkylääkkeistä vatsavaivoja, ihottumaa
Työkyvyttömyyseläke	<p>Myönnetään osatyökyvyttömyyseläke</p> <ul style="list-style-type: none"> • pitkä valitusprosessi 	<ul style="list-style-type: none"> • valittaa päätöksestä • katkeruutta • käy uudelleen kahteen kertaan kuntoutustutkimuksissa • kokee tilanteensa epäoikeudenmukaiseksi, koska ei kykene töihin

Osmon tapauksesta tulee esille, että ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen ja järjestelmän epäluotettavuus aiheuttavat hänelle psyykkisiä oireita, luottamuksen menettämistä sosiaaliturvajärjestelmän toimivuuteen sekä toimintakyvyn menetystä. Sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavat piirteet aiheuttavat Osmolle negatiivisia tunteita ja katkeruutta. Järjestelmän iatrogeeniset piirteet aiheuttavat myös terveydentilan menetystä, sillä Osmo vammautuu uudelleen ja saa särkylääkkeistä vatsavaivoja ja ihottumaa.

Lauri (taulukko 10) ohjautuu psykiatrisen poliklinikan potilaaksi kuntoutustutkimuspoliklinikan kautta. Laurilla on erilaisia fyysisiä sairauksia ja hänelle on haettu työkyvyttömyyseläkettä pysyväisluonteisen työkyvyttömyyden vuoksi. Hakemus hylätään ja Lauri valittaa päätöksestä aina vakuutusosoikeuteen asti. Valituksen käsittely kestää pitkään ja Laurin tulisi prosessin aikana kyetä aktiivisesti hankkimaan uutta näyttöä työkyvystä. Lauri ei kuitenkaan suostu työkokeiluun, koska tietää työkykynsä ja pelkää kasvojen menetystä pienellä paikkakunnalla.

Taulukko 10. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Laurin tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
Työkyvyttömyyseläke	Työkyvyttömyyseläkkeen hylkääminen <ul style="list-style-type: none"> • pitkä valitusprosessi • uuden eläkehaun käynnistäminen vuoden työttömyysjakson ja 300 sairauspäivän jälkeen • tulisi kyetä työkokeiluun, hankkia aktiivisesti uutta näyttöä työkyvystä 	<ul style="list-style-type: none"> • odottaa pitkään päätöstä vakuutusosoikeudesta saakka • elää fyysisten sairauksien ja kipujen kanssa • kieltäytyy työkokeilusta, pelkää kasvojen menetystä • masennus, ahdistus • katkeruus, vertailua

Laurin tapauksesta tulee esille, että järjestelmäehtoinen toiminta, ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa, väärään sosiaaliturvaluokkaan sijoittaminen ja järjestelmän epäluotettavuus aiheuttavat hänelle psyykkisiä oireita, identiteetti-ongelmia ja negatiivisia tunteita.

Markus (taulukko 11) on ohjautunut psykiatriselle poliklinikalle terveydenhuollon kautta. Hänelle on sattunut työtapaturma ja hän on menettänyt toisesta kädestä sormia. Markukselle myönnetään sairauspäivärahaa ja pienissä pätkissä tapaturmaeläkkeitä, kunnes niiden myöntäminen loppuu. Käsittelyajat ovat pitkiä ja Markukselle ehdotetaan työkokeilua ramadanin aikana sikatilalla. Sitä hän ei pysty suorittamaan uskonnollisen vakaumuksen vuoksi, mikä katsotaan Markuksen syyksi. Markus kärsii kieliongelmissa, mutta häntä ei hyväksytä sairauslomalla eikä tapaturmaeläkkeellä ollessa työvoimatoimiston kielikurssille. Erilaiset suomenkieliset päätökset ja suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän toimintatavat vaikuttavat sekavilta. Oleskeluluvan jatkon kannalta Markuksen tulisi kuitenkin hankkia riittävä kielitaito ja toimeentulo, joka vammautuneena on hankaloitunut. Paluu takaisin kotimaahan huolestuttaa, sillä siellä sormien puuttumista voidaan pitää varkaan merkinä ja vammautuminen heikentää ilman stigmaakin työnsaantimahdollisuuksia. Markuksen kohdalla sosiaaliturvajärjestelmä ja terveydenhuollon toiminnot ovat pirstaloituneet eri yksiköihin. Markus on joutunut asioimaan muun muassa ulkomaalaisviraston, terveydenhuollon, vakuutusyhtiön ja työvoimatoimiston kanssa. Markuksen kokonaistilanteeseen ei kukaan ole kiinnittänyt huomiota, vaan eri instanssit katsovat vain juuri omaan alaan kuuluvia asioita.

Taulukko 11. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Markuksen tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
Tapaturmavakuutus/eläke	<ul style="list-style-type: none"> • pitkä käsittelyaika • myönnetty päätittäin • työkokeilu ei onnistunut sikatilalla ramadanin aikaan, keskeytyminen katsottiin omaksi syyksi • päätöksiä ei saa englannin kielellä • sektoroitunut terveydenhuolto • traumaterapian hylkääminen 	<ul style="list-style-type: none"> • vaikea hahmottaa sosiaaliturvajärjestelmää kielitaidottomana • uskonnollinen ristiriita • kulttuurinen ristiriita, sormien puuttuminen on varkaan merkki • lisänäytön hankkiminen työkyvystä • hoidon pirstaleisuus • elää kipujen kanssa • masennus, kuoleman toiveet, unettomuus, toivottomuus • vaadittavan kielitaidon hankkiminen vaarantuu • vaadittava toimeentulo vaarantuu • uhka paluusta kotimaahan vammautuneena huolestuttaa • odottaa
Oleskeluluvan saamisen ehdot	<ul style="list-style-type: none"> • työvoimatoimisto ei ota kielikurssille sairausloman eikä tapaturmaeläkkeen aikana • tapaturma vaikeuttaa tulonhankintaa 	

Markuksen tapauksesta tulee esille, että järjestelmäehtoinen toiminta, ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa sekä järjestelmän epäluotettavuus aiheuttavat psyykkisiä oireita, toimintakyvyn menetystä ja identiteetti-ongelmia. Markus kokee uskonnollista ja kulttuurista ristiriitaa tilanteessaan, joutuu odottamaan päätöksiä ja elää kipujen kanssa. Markukselle vammautuminen merkitsee uhkaa kaiken nykyisen jatkumiselle Suomessa.

Tero (taulukko 12) ohjautuu psykiatriselle poliklinikalle jouduttuaan kohtaamaan suuria taloudellisia ongelmia kodin homevaurioiden paljastuttua ja todettuaan, ettei suomalaisesta vakuutusjärjestelmästä löydy taloudellista apua hänen tilanteessaan. Teron tapauksessa tulee esille, miten ihminen ja koko perhe voi joutua taloudelliseen ahdinkoon ja kohtuuttomaan tilanteeseen. Tapauksessa näkyy vakuutusyhtiöiden hyvin tarkat määritelmäkäytännöt eri onnettomuuksien ja vahinkojen korvaamisessa. Vakuutusyhtiöt laativat yksipuolisesti ehdot, joiden pohjalta vakuutukset korvaavat sattuneita vahinkoja. Tapaus tuo esille sen, ettei suomalaisessa järjestelmässä ole tahoa, joka auttaa ihmistä homevahingon sattuessa, vaikka ongelma on melko yleinen.

Taulukko 12. Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet Teron tapauksessa

Sosiaaliturvajärjestelmän psyykkistä kuormaa ja kohtuuttomuutta tuottavat piirteet		
Sosiaaliturvajärjestelmän muoto	Kohtuuttomuutta tuottava piirre	Ihmiselle aiheutuva kuorma
	<ul style="list-style-type: none"> hyvinvointivaltiosta ei löydy turvaa kodin homevaurioihin 	<ul style="list-style-type: none"> koko perhe altistuu suuri taloudellinen menetys väsymys, itsemurha-ajatuksia, katkeruutta, kokemus epäoikeudenmukaisuudesta, uniongelmia vaikea löytää isolle perheelle vuokra-asuntoa

Teron tapauksessa tulee esille, että järjestelmäehtoinen toiminta aiheuttaa ihmiselle psyykkisiä oireita, epäluottamusta järjestelmän toimintaa kohtaan sekä taloudellisia vaikeuksia

6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut tuottaa tietoa monitapaustutkimuksen keinoin siitä, mitä sellaisia sosiaaliturvajärjestelmään liittyviä tekijöitä psykiatrisen poliklinikan sosiaalityöntekijät paikantavat, joiden he arvioivat myötävaikuttaneen psyykkisten oireiden ja mielenterveysongelmien syntymiseen tai lisääntymiseen potilaiden tilanteissa. Tutkimuksen toisena tavoitteena on ollut selvittää, millä tavalla potilaat kokevat sosiaaliturvajärjestelmän aiheuttamat kohtuuttomat tilanteet elämässään.

Tutkimusaineiston analyysin perusteella sosiaalityöntekijät paikantavat sosiaaliturvajärjestelmän epäluotettavuuteen, järjestelmän kykyyn sijoittaa asiakas väärään sosiaaliturvaluokkaan, järjestelmän ja yksilön väliseen ongelmalliseen vuorovaikutukseen ja järjestelmäehtoiseen toimintaan liittyvän piirteitä, jotka ovat aiheuttaneet tai aiheuttavat potilaille mielenterveysongelmia.

Tutkimuksen analyysin perusteella järjestelmän ongelmia tuottavat piirteet aiheuttavat potilaille psyykkisiä oireita, epäluottamusta järjestelmää kohtaan sekä heikentävät potilaiden toimintakykyä. Ongelmia tuottavat piirteet aiheuttavat myös identiteettiongelmia, terveydentilan ja taloudellisen tilanteen heikkenemistä sekä negatiivisia tunnetiloja. Tutkimustulosten perusteella voidaan ajatella sosiaaliturvajärjestelmän ongelmallisten piirteiden lisäävän ihmisille arjen huolia ja ongelmia niin, että ne aiheuttavat psykiatrisoitumista.

Suomalaisen hyvinvointivaltion lupaus kansalaisille kohtuullisen hyvinvoinnin turvaamisesta ei aina näytä toteutuvan. Tämän tutkimuksen perusteella psykiatrisilla poliklinikoilla työskentelevät terveysosiaalityöntekijät paikantavat sosiaaliturvajärjestelmästä sellaisia piirteitä, jotka eivät ole olleet tukemassa ihmisten arkielämän jatkuvuutta, vaan ovat olleet aiheuttamassa potilaille mielenterveysongelmia. Sosiaaliturvajärjestelmän toiminnan tulisi olla luotettavaa, jolloin kansalaiset voisivat saada oikeudenmukaisen avun sitä tarvitessaan. Tutkimuksessa tulee esille, että sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavat piirteet aiheuttavat epäluottamusta hyvinvoinnin toteutumiseen elämän riskitilanteissa. Työkyvyttömyyseläkkeiden käsittelyajat ovat pitkiä ja saatujen päätösten perustelut vaikuttavat ympäröivästä ympäristöstä. Varsinkin hylkäävien ratkaisujen kohdalla

päätöksiä tulisi perustella riittävän tarkasti, jotta asiakas kykenisi korjaamaan muutoksenhaussa virheellisiksi kokemansa perustelut.

Sosiaaliturvajärjestelmän epäluotettavuutta näyttää lisäävän se, että järjestelmä voi käyttää väärää tietoa päätöksenteossa ja väärän tiedon korjaaminen on hankalaa. Yhtäältä kysymys on siitä, ettei lääketiede kykene löytämään ja todentamaan kaikkia sairauksia tai oireita ja potilaalle saatetaan asettaa väärä diagnoosi. Toisaalta väärän tiedon käyttäminen voi kohdistua mihin muuhun tietoon tahansa. Järjestelmän epäluotettavuutta lisää vaikutelma järjestelmän vastuuttomasta ja välinpitämättömästä toiminnasta. Tämä voi ilmetä asioiden ja asiakirjojen hukkumisena järjestelmän rattaisiin tai työkokeilun arvioinnin laiminlyömisinä. Välinpitämätön toiminta voi tulla esille siinä, että työnantajalle on annettu mahdollisuus olla kirjoittamatta lausuntoa työllistymisen mahdollisuuksista potilaan muuttuneen työkyvyn yhteydessä. Myös kokemukset ketjuuntuneesta toimeentulon epäämisestä lisäävät epäluottamusta järjestelmää kohtaan.

Tutkimuksessa tulee esille, että ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että sosiaaliturvajärjestelmä kykenee sijoittamaan ihmisen oikeaan sosiaaliturvaluokkaan tilanteen perusteella. Erityisesti työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäävien päätösten yhteydessä voi käydä niin, että järjestelmä luokittelee sairaan ihmisen terveeksi tai työkyvytön ihminen luokitellaan työkykyiseksi. Tällöin työkyvytön henkilö joutuu hakeutumaan työnhakijaksi työvoimatoimistoon. Yksilön kannalta tilanne on kohtuuton, sillä sairaana hän ei kykene todellisuudessa antamaan työpanostaan eikä osallistumaan muihinkaan työvoimahallinnon toimenpiteisiin.

Tutkimustulosten perusteella sosiaaliturvajärjestelmän stressiä ja psyykkisiä ongelmia lisäävänä järjestelmän piirteenä voidaan pitää yksilön ja järjestelmän väliseen hankalaan vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä. Silloin, kun asiakkaan ja järjestelmän välisessä vuorovaikutuksessa ilmenee ihmisen mielipiteen ohittamista, ihmisen oman arvion kyseenalaistamista tai, kun asiakasta epäillään, ei ihminen koe saavansa ääntään kuuluville. Tämä on loukkaava kokemus ja on yhteydessä sekä luottamuksen menettämiseen että poiskäännyttämiseen. Toistuessaan tällaiset kokemukset aiheuttavat itsetunnon murenemistä ja voimavarojen hiipumista. (Immonen & Kiikkala 2007, 77.)

Sosiaaliturvajärjestelmän järjestelmäehtoisessa toiminnassa on kysymys sellaisista järjestelmän piirteistä, jotka määrittelevät asiakkaan asemaa suhteessa järjestelmään. Järjestelmän ylivoimaisuus suhteessa yksittäiseen asiakkaaseen voi yhdessä epäoikeudenmukaisen kohtelun kanssa johtaa ihmisen mielenterveyden heikkenemiseen. Ketjuuntuneet perustoimeentulon hylkäämiset kuvaavat järjestelmäehtoista toimintaa, jolloin ihmisen kokonaistilanteen huomioiminen jää, kun huolehditaan ensisijaisesti järjestelmän ehtojen toteutumisesta.

Järjestelmäehtoisesta toiminnasta on kysymys myös silloin, kun järjestelmä ei korjaa tekemiään virheitä. Tämä tulee esille vuosikausia kestävässä työkyvyttömyyseläkkeen hakemisen prosesseissa. Ihmisellä saattaa olla erilaisia sairauksia ja vaivoja, joiden yhteisvaikutusta ei lasketa, vaan kutakin vaivaa tarkastellaan erikseen ja lopputuloksena saattaa olla hylkäävä päätös työkyvyttömyyseläkkeeseen.

Järjestelmäehtoisessa toiminnassa asiakkaan asema on alisteinen ja hänen tulee kyetä osoittamaan oikealla tavalla avun tarpeensa tai tilanteensa. Jos hän kieltäytyy toimimasta tietyllä tavalla, katsotaan se asiakkaan omaksi syyksi. Sinänsä järjestelmä ei myönnä oman toimintansa puutteita, vaan vastuuttaa asiakkaan kantamaan seuraukset. Kasvottomasta järjestelmästä on mahdotonta löytää vastuunkantajia.

Alisteisen suhteen ongelmallisuus liittyy asiakkaan ja järjestelmän väliseen riippuvuussuhteeseen, jossa asiakas on riippuvainen järjestelmästä eikä toisinpäin. Niin kauan kuin yksilö säilyttää toimintakykynsä, voi hän itse ohjata elämäänsä. Sosiaalityöntekijät kuvaavat aineistossa sitä, miten pitkien ja hankalien työkyvyttömyyseläkehakujen yhteydessä potilaat toivoisivat mieluummin olevansa työkykyisiä ja työssä käyviä kuin järjestelmästä riippuvaisia työkyvyttömiä.

Sosiaaliturvajärjestelmän ongelmalliset piirteet vaikuttavat potilaiden niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin hyvinvointiin. Hyvinvoinnin heikkeneminen tulee esille erilaisten psyykkisten oireiden lisääntymisenä. Yleisiä ovat ahdistuneisuushäiriöt, eriaistiset mielialaoireet ja unettomuuteen liittyvät oireet. Pitkään jatkuneissa erilaisissa prosesseissa ihmiset uupuvat ja ovat jaksamattomia. Aina ei tarvita edes pitkiä väliinpuotoamisen kokemuksia, vaan psyykkinen romahdus voi tulla jo yhdestä kokemuksesta, että matto vedetään jalkojen alta (Metteri 2012, 168).

Metteri (2012) on todennut tutkimuksessaan, että kaksi viidestä työkyvyttömyysturvan hylkäämispäätöksen saaneista reagoi kohtuuttomaan tilanteeseen vakavin psyykkisin oirein (2012, 168.) Myös tässä tutkimuksessa tulee esille ensinnäkin se, että kahdeksasta potilastapauksesta kuudella oli taustalla työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämispäätös. Heistä viidelle oli aiheutunut tästä psyykkisiä oireita, yhdelle jopa psykoositasoinen masennus. Toiseksi tutkimuksessa tulee esille, että työkyvyttömyyseläkkeen hylkäämiset ja niihin liittyvät toimintatavat ja piirteet ovat suurin sosiaaliturvajärjestelmän psyykkisiä oireita aiheuttava tekijä psykiatrisen poliklinikan näkökulmasta katsottuna.

Sosiaaliturvajärjestelmän epäoikeudenmukaisuutena näyttäytyvä piirre aiheuttaa potilaille luottamuksen menettämistä järjestelmän toimintaa kohtaan. Osalla potilaista kohtuuttomaan tilanteeseen joutuminen saa aikaan toimintakyvyn laskua ja väsymistä siinä määrin, ettei enää jaksaa pitää oikeuksistaan kiinni. Potilaille aiheutuu myös identiteettiongelmia, kun järjestelmä ei tunnusta heidän tilannettaan. Metteri (2012) puhuu yhteiskunnallisesta tunnustussuhteesta, jolloin järjestelmä tunnustaa ihmisen erilaisuuden ja ainutlaatuisuuden. Yhteiskunnallisen tunnustussuhteen puute aiheuttaa sen, ettei potilaan sosiaaliset ja taloudelliset oikeudet toteudu. (Metteri 2012, 237.) Tunnustussuhteen puuttuessa potilaat näyttävät joutuvan ristiriitatilanteeseen, kun ihmisen käsitys itsestä eroaa järjestelmän määrittelemästä käsityksestä. Ristiriita kuluttaa henkisiä voimavaroja.

Tutkimuksen tuloksissa on havaittavissa saman suuntaisuutta aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna. Määttä (2012) on todennut perusturvaan ja poiskäännyttämiseen paneutuvassa tutkimuksessaan, että perusturvaan liittyvät aukkopaidat rakentuvat asiakkaan tilanteen, asiakkaan ja viranomaisen välisen vuorovaikutuksen sekä etuuksiin liittyvien kriteerien seurauksena. Väliinputoamisia tapahtuu myös palvelujärjestelmän tasolla vaikuttavien lainalaisuuksien vuoksi. Asiakkaan poiskäännyttäminen voi tapahtua yhden tai useamman edellä mainitun tekijän seurauksena. (Määttä 2012, 15.) Tässä tutkimuksessa sosiaaliturvajärjestelmän ongelmia tuottavat piirteet lähestyvät Määtän tuloksia, joskin luokittelu on piirteiden suhteen erilainen.

Tämän tutkimuksen näkökulmasta katsottuna *Haastavat asiakkuusprosessit Kelassa* -tutkimus valottaa sosiaaliturvan toimeenpanon ongelmia lähinnä järjestelmäehtoisen toimintatavan ja ongelmalliseen vuorovaikutukseen liittyvien piirteiden osalta. Kelan tutkimuksessa todetaan, että

haastavia asiakastilanteita esiintyy muun muassa mielenterveysongelmista kärsivien ja huonosti suomea puhuvien ulkomaalaistaustaisten asiakkaiden kohdalla, mikä tulee esille myös tässä tutkimuksessa. Kelan tutkimuksessa tulee esille, että viranomaisten välisestä yhteistyön toimimattomuudesta kärsivät erityisesti ne, jotka ovat tekemisissä eläkkeiden kanssa. Työeläkeyhtiöiden ja Kelan yhteistyö ei suju saumattomasti ja asiakkaiden näkökulmasta ongelmia aiheuttaa muun muassa epäjohtonmukaisuudet käsitteissä. (Heinonen 2011, 53,55.) Myös tässä tutkimuksessa tulee esille työkyvyttömyyseläkkeiden saamisessa esiintyviä ongelmia.

Kelan toimintavoista ja sosiaaliturvan toimeenpanon joustamattomuudesta kärsivät tutkimuksen mukaan muun muassa mielenterveysongelmaiset, työkyvyttömät, hylätyn työkyvyttömyyseläkepäättökseen saaneet pitkäaikaissairaat ja kuntoutuspäätöstä pitkään odottamaan joutuneet henkilöt. Tutkimuksessa tulee esille, että tarveharkinta ja byrokraloukut hankaloittavat asiakkaiden tilannetta. Myös eri lakien yhteensovituksen monimutkaisuus ja viranomaisten heikko yhteistyö vaikuttavat asiakkaan asioiden sujumiseen. (Heinonen 2011, 56 – 57.) Kelan tutkimustulokset ovat saman suuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Metterin (2012) tutkimus tuo laajasti esille kohtuuttomien tilanteiden syntymiseen vaikuttavia asioita. Tällaiset tekijät voivat liittyä organisaatioon, jolloin esimerkiksi kunta ei ole varannut riittävästi määrärahoja tai paikalliset säännöt ovat laittomia. Tekijät voivat liittyä asiakkaaseen, jolloin kysymys voi olla luottamuksen menettämistä tai tiedon puutteesta. Kohtuuttomuutta tuottavia tilanteita voi syntyä työntekijän byrokraattis-teknisestä ja vastuuttomasta toiminnasta. Myös viranomaisen toiminta voi olla kohtuuttomuutta tuottavaa, jolloin kysymys saattaa olla näytön sivuuttamisesta, mekaanisesta tulkinnasta, asiakkaan epäilystä tai mahdottomista kriteereistä.

Tutkimuksen tulokset kuvastavat sosiaalityöntekijöiden eettistä valvutuneisuutta. Sosiaalityöntekijät havaitsivat työssään sosiaaliturvan ongelmia tuottavia piirteitä ammatillisten periaatteiden ja arvojen ohjaamina. Eettistä valppautta ja aktiivista yhteiskunnallista vaikuttamista sosiaalityöntekijät osoittivat ilmoittaessaan halukkuudestaan haastatteluun. Sosiaalityöntekijöillä on kykyä ja halukkuutta vaikuttaa myös tutkimustyön kautta yhteiskunnalliseen kehitykseen.

Kohtuuttomiin tilanteisiin joutumista voitaisiin ennaltaehkäistä lisäämällä suullisia käsittelyitä päätöksentekoeleimissä ja asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia omissa asioissa. Tällöin ihmisen kuuleminen ja toimintakyvyn havainnoiminen olisi todellista, eikä pelkästään papereihin perustuvaa. Toiseksi kohtuuttomiin tilanteisiin joutumista voitaisiin ehkäistä kansalaispalkan maksamisella, jolloin jokaisella kansalaisella olisi turvattu perustoimeentulo elämäntilanteesta riippumatta.

Tässä tutkimuksessa on paneuduttu psyykkisiä ongelmia tuottaviin sosiaaliturvajärjestelmän piirteisiin sekä potilaiden kokemuksiin kohtuuttomissa tilanteissa. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista paneutua terveystieteiden ammattilaisten eettiseen kuormittumiseen heidän kohdatessa kohtuuttomuutta kokeneita potilaita psykiatrisilla poliklinikoilla.

LÄHTEET

- Aaltio, Elina (2013) Hyvinvoinnin uusi järjestys. Helsinki: Gaudeamus.
- Aho, Päivi (1999) Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalialan ammattien vuosikirja 1999. Sosiaalityöntekijöiden Liitto ry. Porvoo: WSOY.
- Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. 4. painos. Tampere: Vastapaino.
- Bäckman, Guy (1992) Psykososiaalinen ympäristö ja terveys. Teoksessa Antti, Karisto & Eero, Lahelma & Ossi, Rahkonen (toim.) Terveys sosiologia. Juva: WSOY, 161 – 170.
- Coppock, Vicki & Dunn, Bob (2010) Understanding Social Work Practice in Mental Health. London: Sage.
- Dominelli, Lena (2002) Values in Social Work: Contested Entites with Enduring Qualities Teoksessa Robert, Adams & Lena, Dominelli & Malcom, Payne (edit.) Critical Practice in Social Work. Hampshire: Palgrave, 15 – 27.
- Eskola, Marjatta (1993) Sosiaalityö elää muutoksessa. Teoksessa Riitta, Granfelt & Harri, Jokiranta & Synnöve, Karvinen & Aila-Leena, Matthis & Anneli, Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki: Gummerus, 11 – 12.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2000) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2010) Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Juhani, Aaltola & Raine, Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. painos. Juva: PS-kustannus, 26 – 44.
- Heinonen, Hanna-Mari & Tervola, Jussi & Laatu, Markku (2011) Haastavat asiakkuusprosessit Kelassa. Tutkimus haastavista asiakkuusryhmistä ja sosiaaliturvan (toimeenpanon) ongelmista. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 20/2011. Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24597/Nettityöpapereita20.pdf?sequence=4>. Viitattu 12.12.2013.
- Heinämäki, Liisa (2004) Erityisesti päivähoitossa. Kunnallisten toimijoiden ja päättäjien näkemykset erityispäivähoidon funktiosta palvelujärjestelmässä. Akateeminen väitöskirja. Tutkimuksia 136. Helsinki: STAKES.
- Hemminki, Elina & Kangas, Ilka & Topo, Päivi (1992) Lääketieteellinen teknologia ja vaihdevuodet – esimerkki medikalisaatiosta. Teoksessa Antti, Karisto & Eero, Lahelma & Ossi, Rahkonen (toim.) Terveys sosiologia. Juva: WSOY, 96 – 106.

Hoikka, Paavo & Sami Borg (1990) Suomen kunnallishallinnon arvot: Tutkimus paikallisen itsehallinnon historiallisista kehityspiirteistä ja arvoista. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Julkaisusarja 4. Tampere: Tampereen yliopisto.

Hänninen, Sakari (2007) Johdanto. Teoksessa Sakari, Hänninen & Jouko, Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. STAKES. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus, 5 – 19.

Hänninen, Sakari & Karjalainen Jouko (2007) Tarve harkinnassa. Teoksessa Sakari, Hänninen & Jouko, Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) Pääsy kielletty! Vaajakoski: Gummerus, 157 – 191.

IASSW (2004). <http://www.iassw-aiets.org/ethics-in-social-work-statement-of-principles>.

IFSW (2004). <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>.

Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma (2007) Sopimaton systeemiin. Teoksessa Sakari, Hänninen & Jouko, Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) Pääsy kielletty! Vaajakoski: Gummerus, 55 – 85.

Isola, Anna-Maria (2014) Köyhien tulkintoja sairauden ja terveyden sosiaalisista tekijöistä. Teoksessa Anna, Metteri & Heli, Valokivi & Satu, Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Juva: PS-kustannus, 271 -295.

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

Kainulainen, Sakari (2006) Hyvinvointivaltio ei turvaa hyvinvointia kaikille. Teoksessa Tuula, Helne & Markku, Laatu (toim.) Vääräkirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 77 – 86.

Karisto, Antti & Rahkonen, Ossi (2000) Kaikuja kahden vuosikymmenen takaa – kriittinen terveystutkimus Suomessa. Teoksessa Ilka, Kangas & Sakari, Karvonen & Annika, Lillrank (toim.) Terveystieteiden suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 38 – 52.

Kemppainen, Erkki (2007) Pääsy mahdollinen? Teoksessa Sakari, Hänninen & Jouko, Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) Pääsy kielletty! Vaajakoski: Gummerus, 237 – 249.

Kokko, Simo (1992) ”Turhat” terveystieteidenkäynnit. Teoksessa Antti, Karisto & Eero, Lahelma & Ossi Rahkonen (toim.) Terveystieteologia. Juva: WSOY, 40 – 53.

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

Lagerspetz, Eerik (2011) Hyvinvoinnin filosofia. Teoksessa: Juho, Saari (toim) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 79 – 106.

Lahikainen, Anja Riitta (2010) Minuuden sosiaalinen rakentuminen. Teoksessa Eero, Suoninen & Anna-Maija, Pirttilä-Backman & Anja Riitta, Lahikainen & Marja, Ahokas (toim.) Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOYPro, 89 – 140.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 12.12.2013.

Linden, Mirja (1999) Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Raportteja 234. Saarijärvi: Gummerus.

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

Mannila, Simo (2000) Terveys sosiologian varhaisvaiheet. Teoksessa Ilka, Kangas & Sakari, Karvonen & Annika, Lillrank (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 12 – 26.

Metsämuuronen, Jari (2001) Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. 2.painos. Helsinki.

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

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

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. Acta Universitatis Tampereensis 1778.

Miettinen, Timo (2010) Fenomenologia ja sosiaalisen todellisuuden rakentuminen. Teoksessa Timo, Miettinen & Simo, Pulkkinen & Joona, Taipale (toim.) Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus, 151 – 167.

Mikkola, Teija (2003) Muuttuvat arvot ja uusi keskiluokka. Tutkimus arvojen mittaamisesta ja monitasoisuudesta. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia numero 241.

Määttä, Anne (2012) Perusturva ja poiskäännyttäminen. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia.

Niemelä, Pauli (1993) Moraali- ja sosiaaliteoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Juha Hämäläinen & Pauli Niemelä (toim.) Sosiaalialan etiikka. Helsinki: WSOY, 9 – 35.

- Niemelä, Pauli (2010) Hyvinvointipolitiikan teoria. Teoksessa Pauli, Niemelä (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro Oy, 16 – 37
- Niemi, Riikka (2006) Pitääkö hyvinvointivaltio lupauksensa? Universalismi ja ihmisten yksilölliset elämänkohtalot. Teoksessa Tuula, Helne & Markku, Laatu (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 61 – 75.
- Pavis, S. & Secker, J. & Cunningham-Burley, S. & Masters H. (1998) Mental Health: What do we know, how did we find it out and what does it mean for nurses? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 5, 1 – 10.
- Pellinen, Sanna (1996) Moniammatillisen työryhmän kehitysvaiheet – erikieliset yhteistyössä. Teoksessa Anna, Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Sosiaalityöntekijäin liitto r.y. Edita, 129 – 142.
- Perttula, Juha (2005) Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Juha, Perttula & Timo, Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitystulkinta-ymmärtäminen. Tartu: Dialogia Oy. Guttenberg AS, 115 – 162.
- Pesonen, Arja (2006) Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Pietikäinen, Sari & Mäntynen, Anne (2009) Kurssi kohti diskurssia. Tallinna: Vastapaino.
- Pirttijärvi, Mirja (2013) Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Lisensiaattitutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. www.sosiaaliportti.fi/File/a6a7fc6d-6586-49c6-928b-79be36f6122d/terveys- ja sosiaalityo.pdf. Viitattu 7.2.2014
- Pohjola, Anneli (1993) Tiedontuotanto sosiaalityössä. Teoksessa Riitta, Granfelt & Harri, Jokiranta & Synnöve, Karvinen & Aila-Leena, Matthis & Anneli, Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki: Gummerus, 253 – 284.
- Pritchard, Colin (2006) Mental Health Social Work. Evidence-Based Practice. London: Routledge.
- Pulkkinen, Simo (2010) Husserlin fenomenologinen menetelmä. Teoksessa Timo, Miettinen & Simo, Pulkkinen & Joonas, Taipale (toim.) Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus, 25 – 44.
- Puurunen, Piia & Roivainen, Irene (2011) Jane Addams, setlementtityön ja kansalaiskeskeisen sosiaalityön uranuurtaja. Teoksessa Petri T., Ruuskanen & Katri, Savolainen & Mari, Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. EU: UNIpress, 15 – 38.
- Raijas, Anu (2011) Arjen hyvinvointi. Teoksessa: Juho, Saari (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 243 – 263.

Raunio, Kyösti (2009) Olennainen sosiaalityössä. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.

Raunio, Kyösti (2011) Sosiaalityön etiikka näyttöön perustuvan käytännön haasteena. Teoksessa: Aini, Pehkonen & Marja, Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Juva: PS-kustannus, 117 – 138.

Riska, Elianne (1992) Terveystieteiden kriisi. Teoksessa Antti, Karisto & Eero, Lahelma & Ossi Rahkonen (toim.) Terveystieteologia. Juva: WSOY, 69 – 77.

Salo, Markku (2011) Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Teoksessa Ilpo, Helen (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 259 – 302.

Savolainen, Katri (2011) Sosiaalityö toivon luoja. Yhteisösuuntautunut toimintakulttuuri mielenterveyden edistämiseksi. Teoksessa Petri T., Ruuskanen & Katri, Savolainen & Mari, Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. EU: UNIpress. EU, 147 – 171.

Simpura, Jussi (2009) Sosiaalinen puristus. Onko talouden, onnellisuuden ja terveyden välissä tilaa globaalisosiaaliselle kysymykselle? Janus vol. 17 (1), 36 – 46.

Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu (2011) Hyvinvointi ja sosiaalinen kehitys. Teoksessa: Juho, Saari (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 106 – 140.

Sipilä, Jorma (1989) Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Tammi.

Sohlman, Britta (2004) Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Saarijärvi: Stakes tutkimuksia 137. Gummerus.

Solantaus, Tytti (2005) Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? - osa 1. Suomen lääkärilehti 38/2005 VSK 60, 3765 – 3770.

Somerkivi, Pirkko (2000) ”Olen verkon silmässä kala” Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto: Sosiaalityö ja terveyslaitos. Vammaistutkimusyksikkö. Kuopion yliopisto.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Viitattu 12.12.2013.

Stake, Robert E. (1995) The Art Of Case Study Research. California: Sage Publications.

Stengård, Eija & Savolainen, Minna & Sipilä, Marianne & Nordling, Esa (2009) Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Kide 6/2009 Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveyden edistäminen -yksikkö ja WHO mielenterveysalan yhteistyökeskus. Jyväskylä: Gummerus.

Strömmer, Riitta (1999) Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.

Suomen Perustuslaki. 11.6.1999/731. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Viitattu 12.12.2013.

Suoninen, Eero & Lahikainen, Anja Riitta & Pirttilä-Backman, Anna-Maija (2010) Hyvinvointi ja pahoinvointi. Teoksessa Eero, Suoninen & Anna-Maija, Pirttilä-Backman & Anja Riitta, Lahikainen & Marja, Ahokas (toim.) Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOYPro Oy, 291 – 319.

Talentian ammattieettinen lautakunta (2012). Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Ammattieettinen lautakunta. Helsinki 2012. 5.painos. https://www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas_2012.pdf. Viitattu 7.2.2014.

Toivio, Timo & Nordling, Esa (2013) Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka (1999) Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.

Tuomi, Jouni & Anneli, Sarajärvi (2009) Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Tammi.

Törrönen, Jukka & Välipakka, Inka (2007) Perheen puutarhassa. Teoksessa Sakari, Hänninen & Jouko, Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus, 23 – 51.

Upanne, Maila (1985) Elämänvaikeudet ja ammattiapu. Juva: WSOY.

Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (2010) Johdanto. Teoksessa Marja, Vaarama & Pasi, Moisio & Sakari, Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 10 – 18.

Yin, Robert K. (2003) Case Study Research. Design and Methods. Third Edition. California: Sage Publications.

LIITTEET

LIITE 1: Aineiston klusterointi eli ryhmittely iatrogeenisten piirteiden mukaan.

Pelkistetty ilmaus	Luokka
<p>2. Asiat unohtuu (tapaus 1) 6. Asioiden ilmoittaminen uudelleen ja uudelleen (1) 8. Asiat unohtuvat jonnekin (1) 5. Päätöksiä perustellaan ympäripyöreästi (1) 12. Kuin uutta asiaa soittaisi, kun tiedustelee vireillä olevaa asiaa (1) 3. Ei saa päätöstä (1) 9. Palkaton vapaaehtoistyö luetaan työhistoriaksi (1) 19. Väärä diagnoosi (3) 34. Ei saa todistusta työnantajalta (2) 22. Työkokeilua ei seurata (5) 1. Päätösten pitkä odotusaika (1,4,5,6,7)</p> <p>4. Järjestelmä julistaa sairaan terveeksi (1,2,3,4,5,6) 18. Diagnoosi ei kelpaa (2) 23. Vammautumista ei lueta työtaturmaksiksi (5) 35. Ei saa työttömyysturvaa (2,3) 21. Lähityöntekijöiden asiantuntemus ohitetaan (1,2,4,5,6)</p> <p>7. Ihminen ei tule kuulluksi (1,2,3,4,5,6,7,8)</p> <p>13. Menee virran mukana (1) 20. Ihmistä ei uskota (3) 21. Lähityöntekijöiden asiantuntemus ohitetaan (1,2,4,5,6)</p> <p>16. Vaatimalla vaatia väärän tiedon korjaaminen (1) 5. Päätöksiä perustellaan ympäripyöreästi (1)</p> <p>15. Itsensä puolustaminen sosiaaliturvajärjestelmässä (1)</p> <p>11. Vaikea jaksaa hoitaa asioita (1)</p> <p>14. Lukuisten selvitysten laadintaa (1) 24. Kyllästyy papereiden pyörittelyyn (5) 10. Pelkää ottaa yhteyttä vakuutusyhtiöön (1) 25. Ihminen on hukassa etuusjärjestelmässä (7)</p> <p>16. Vaatimalla vaatia väärän tiedon korjaaminen (1)</p> <p>27. Työkokeilun keskeyttäminen katsotaan omaksi syyksi (7) 28. Kielikurssille pääseminen ei onnistu (7) 32. Vuosia kestävä toistuvat työkyvyttömyyseläkkeen hakemiset (1,2,3,4,5,6) 33. Päätöksiä ei saa englannin kielellä (7) 17. Etuuksien ketjuuntunut hylkääminen (2,3)</p>	<p>Järjestelmän epäluotettavuus 2. Järjestelmän epäluotettavuus 6. Asiat hukkuvat järjestelmässä - epäluotettavuus 8. Järjestelmän epäluotettavuus 5. b) Vaikutelma ettei asiaan paneuduta 12. Asiakkaan asiaan ei paneuduta 3. Järjestelmän vastuuttomuus</p> <p>9. Järjestelmän vastuuton toiminta 19. a) Järjestelmän vastuuttomuus 34. Vastuuton toiminta 22. Työtä ei huolehdittu loppuun saakka- luotettavuus 1. Päätöksenteon hitaus</p> <p>Väärään kategoriaan sijoittaminen 4. Väärään kategoriaan sijoittaminen 18. Väärään kategoriaan sijoittaminen 23. a) Väärään kategoriaan luokittelu 35. Väärään kategoriaan luokittelu 21. b) Väärään kategoriaan sijoittaminen</p> <p>Ongelmallinen vuorovaikutus järjestelmän kanssa 7. a) Ihmisen mielipide ohitetaan b) Päätökset tehdään papereiden perusteella 13. Ei voi vaikuttaa asiaansa 20. Ihmisen mielipide ohitetaan 21. a) Kasvoton järjestelmä ohittaa hoitavan tahon kannan 16. c) Ihmisen ääni ohitetaan 5. a) Järjestelmä ohittaa asiakkaan tiedon tarpeen 15. Vuorovaikutus hankalaa ihmisen ja instituution välillä 11. Iso työ asioiden sosiaaliturva-asioiden hoitamisessa 14. Todisteluvollisuus ihmisellä 24. Etujen ajaminen on työlästä 10. Altavastaaajana oleminen 25. Järjestelmä on monimutkainen</p> <p>Järjestelmäehtoinen toiminta 16. a) Järjestelmän kankeus b) Järjestelmä ei myönnä virheitään 27. b) Järjestelmä on kankea 28. Järjestelmä pitää kiinni säännöistään 32. Järjestelmä ei korjaa virheitään 33. Järjestelmän kankeus 17. a) Järjestelmä ei huomioi ihmisen kokonaistilannetta</p>

<p>31. Tulee kyetä kuntouttaviin toimenpiteisiin (4,6)</p> <p>27. Työkokeilun keskeyttäminen katsotaan omaksi syyksi (7)</p> <p>29. Ihminen ei saa apua (8)</p> <p>36. Ei saa toimeentuloturva (2,3)</p> <p>30. Hoito hajautuu eri yksiköihin (3,7)</p>	<p>b) Järjestelmä määrittelee ehdot</p> <p>c) Ihminen ei sovi määritelmiin</p> <p>31. a) Järjestelmä odottaa aktiivista kuntoutusta</p> <p>b) Järjestelmä ei huomioi yksilöllisiä tekijöitä</p> <p>27 a) Järjestelmä ei huomioi uskonnollista vakaumusta</p> <p>c) Asiakkaan vastuuttaminen</p> <p>29. Hyvinvointivaltiossa ei ole tajota tarvittavaa apua</p> <p>36. a) Ei huomioida kokonaistilannetta</p> <p>b) Ei käytetä harkintaa</p> <p>30. Terveysthuoltojärjestelmän sektoroituminen</p>
---	---

LIITE 2: Aineiston klusterointi eli ryhmittely sosiaaliturvajärjestelmän iatrogeenisten vaikutusten mukaan.

Pelkistetty ilmaus	Luokka
<p>1. Ahdistus, tuskaisuus (tapaus 1,5,6,7) 2. Uupuminen (1) 6. Unettomuus (1,7,8) 7. Masennus (1,5,6) 8. Itkuisuus (1) 10. Jaksamattomuus (1) 11. Väsymys (1,8) 18. Itsemurhan vaara (2,8) 24. Psykkinen vointi heikkenee (4) 30. Kuoleman toiveita (7) 31. Psykkisesti raskasta (8)</p> <p>3. Ei voi enää luottaa (1) 20. Ketjuuntunut perustoimeentulon epäminen (2,3) 15. Pettymys sosiaaliturvajärjestelmään (1) 17. Ei voi vaikuttaa asiaansa (1) 27. Epävarmuus (5) 22. Katkeruus (2,5,6,8) 28. Tekee vertailua (6)</p> <p>4. Ei jaksakaan hakea muutosta päätökseen/kyllästynyt (1,5) 9. Toivottomuus, ei usko selviytyvänsä (1,7) 16. Menee virran mukana (1) 19. Psykoosi (2)</p> <p>12. Sairauden kyseenalaistaminen (1) 13. Iso kynnyksen hyväksyminen työkyvyttömyyttä (1) 23. Sairauden kyseenalaistaminen (3) 29. Menettää kasvonsa, jos lähtee epäonnistumaan työkokeiluun (6) 30. Vammautuminen (7)</p> <p>14. Pelko (1,6) 25. Pessimismia, negatiivisuutta (5)</p> <p>19. Psykoosi (2) 24. Psykkinen vointi heikkenee (4) 26. Lisäsairauksien puhkeaminen (5) 5. Kipeytyminen ja uupuminen entisestään (1)</p> <p>20. Ketjuuntunut perustoimeentulon epäminen (2,3) 32. Avun epäminen (8) 21. Ei ole rahaa vuokranmaksuun (2)</p>	<p>Psyykkisten oireiden ilmeneminen 1. Psykkinen oire 2. Psykkinen oire 6. Psykkinen oire 7. Psykkinen oire 8. Psykkinen oire 10. Psykkinen oire 11. Psykkinen oire 18. Psykkinen oire 24. Psykkinen oire 30. Psykkinen oire 31. Psykkinen oire</p> <p>Luottamuksen menettäminen 3. Luottamuksen menettäminen 20. Luottamuksen menettäminen 15. Luottamuksen menettäminen 17. Luottamuksen menettäminen 27. Luottamuksen menettäminen 22. Kokemus epäoikeudenmukaisuudesta 28. Kokemus epäoikeudenmukaisuudesta</p> <p>Toimintakyvyn menettäminen 4. Toimintakyvyn laskeminen 9. Toimintakyvyn laskeminen 16. Toimintakyvyn laskeminen 19. Todellisuudentajun aleneminen</p> <p>Identiteettiongelmien syntyminen 12. Identiteettikriisi 13. Identiteettikriisi 23. Identiteettikriisi 29. Identiteettikriisi 30. Identiteettikriisi</p> <p>Negatiivisten tunteiden kokeminen 14. Negatiivinen tunne 25. Negatiivinen tunne</p> <p>Terveystilan heikkeneminen 19. Sairauden puhkeaminen 24. Terveystilan heikkeneminen 26. Terveystilan heikkeneminen 5. Sairauden paheneminen</p> <p>Taloudelliset vaikeudet 20. Taloudellinen köyhyys 32. Taloudellinen tiukkuus 21. Taloudellinen tiukkuus</p>