

SOSIAALITYÖN LAATU AIKUISTEN PSYKIATRISISSA LAITOSHOIDOSSA

Kyselytutkimus potilaille ja omaisille

ANNA VÄISÄNEN
Tampereen yliopisto, Pori
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2016

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Pori

ANNA VÄISÄNEN: Sosiaalityön laatu aikuisten psykiatrisessa laitoshoidossa – kyselytutkimus potilaille ja omaisille

Pro gradu -tutkielma, 63 sivua, 10 liitesivua

Sosiaalityö

Ohjaaja: Tuija Eronen

Toukokuu 2016

Pro gradu -tutkielmani lähtökohta muodostuu sekä psyykkisen sairastamisen arjen ja historian että yhteiskunnan sosiaalipoliittis-taloudellisen ympäristön muodostamasta kimpusta. Jokaiseen lähtökohtaan on rakentunut tilaa, jonka myötä on tullut mahdolliseksi ja tärkeäksi tarkastella laitoshoidon yhteydessä tehtävän sosiaalityön laatua. Tätä viitekehystä vasten kysyn, toteutuuko aikuisten psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laatu potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta. Omaksumani sosiaalityön laadun määritelmän perusteella kysymykseni tarkentuvat koskemaan sosiaalityön saavutettavuutta, kohtaamista ja vaikuttavuutta.

Kysymyksiin vastaamiseksi toteutin sosiaalityön laatua kartoittavan kyselyn, johon pyysin vastaajiksi psykiatrisessa laitoshoidossa olevia henkilöitä ja heidän omaisiaan. Tätä varten minulla on ollut käytössä strukturoidut kyselylomakkeet. Yhden päivän aikana toteutetussa kyselyssä tavoitin 46 potilasvastaajaa ja noin viikon kestäneessä aineistonkeruussa vain kuusi omaisvastaajaa. Omaisvastaajien vähäisyyden vuoksi tutkielmani tulokset perustuvat lähes yksinomaan potilaina olleiden henkilöiden vastauksiin. Kuvaan sosiaalityön laatua tilastollisen analyysin avulla. Esitän sosiaalityön saatavuutta, kohtaamista ja vaikuttavuutta kuvaavia suoria jakaumia. Tarkastelen myös, millaisina nämä laadun osa-alueet näyttäytyvät miehille ja naisille, eri-ikäisille tai eripituisen jakson sairaalahoitossa olleille vastaajille. Tulosten ulottuvuutta oman aineistoni ulkopuolelle testaan mahdollisuuksien mukaan χ^2 -testillä tai Mann-Whitney U -testillä tai Kruskal-Wallis -testillä.

Tämän tutkimuksen aineistossa aikuispsykiatrisen laitoshoidon sosiaalityötä on siinä mielessä tasarvoisesti saatavilla, että hoitjakson kestäessä palvelua käytetään sukupuoleen tai ikään katsomatta. Sosiaalityöntekijän tapaamiset liittyvät useimmin arkielämän edellytysten turvaamiseen. Tapaamisia koetaan pääsääntöisesti olleen sopiva määrä, ja ne ovat järjestyneet riittävän nopeasti. Tässä aineistossa erityisesti nuoret, mutta enemmistöltään myös muut pitävät sosiaalityötä helposti lähestyttävänä. Saatavuuteen liittyvänä hankaluutena voidaan pitää, etteivät kaikki koe tuntevansa sosiaalityöpalvelua ainakaan riittävästi. Näin on erityisesti hoitjakson alussa, mutta pienentymisen jälkeen näin arvioivien osuus kasvaa jälleen jokin verran hoitjakson kestäessä yli kaksi kuukautta.

Sosiaalityön kohtaamiseen ollaan suureksi osaksi tyytyväisiä. Kriittisimpiä arvioita annettiin kohtaamisen kiireettömyydelle. Kaikkiaan kohtaamisen ilmapiiriin ovat tyytymättömämpiä yli kaksi kuukautta sairaalahoitossa olleet, kun taas heikoimmin kuulluksi ja ymmärretyksi tulevat yli 60-vuotiaat vastaajat.

Sosiaalityön vaikuttavuuden kohdalla arviot jakautuvat siten, että psyykkisen tuen saamista ja omia vaikutusmahdollisuuksia arvioidaan kriittisemmin kuin asioiden eteenpäin viemiseksi saatua apua tai oman ja sosiaalityöntekijän avuntarvetta koskevan käsityksen yhteneväisyyttä. Sosiaalityöntekijän psyykkinen tuki koetaan heikoimmaksi hoitjakson alussa ja jälleen jakson kestäessä yli kaksi kuukautta. Avuntarvetta koskevia käsityksiä pitävät yhtenevinä useimmin alle 30-vuotiaat ja toisaalta alle kaksi kuukautta sairaalahoitossa olleet.

Sosiaalityö kykenee vastaamaan yhtä hyvin miesten ja naisten palveluodotuksiin. Sen sijaan näyttää, että pidemmän jakson sairaalassa olleet ja vanhemmat asiakkaat antavat palvelulle osittain vertailuryhmiä kriittisempiä arvioita. Tässä tutkimuksessa sairaalan sosiaalityön tehtäväkirjo ei kokonaisuudessaan pääse esiin. Psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävästä sosiaalityöstä piirtyy kuva arjen jatkumista turvaavana palveluna, joka tietyissä kohdin pystyy parhaiten vastaamaan keskimittaisen tai riittävän lyhyen aikaa sairaalassa olevien asiakkaiden ja nuorten tai alle 60-vuotiaiden asiakkaiden palveluodotuksiin.

Avainsanat: sairaalassosiaalityö, sosiaalityön laatu, sosiaalityön saatavuus, sosiaalityön kohtaaminen, sosiaalityön vaikuttavuus, psyykinen sairastaminen

University of Tampere
School of Social Sciences and Humanities, Pori
ANNA VÄISÄNEN: Quality of social work in the psychiatric institutional care for adults – survey
for patients and relatives
Master's Thesis, 63 pages, 10 appendix pages
Social Work
Supervisor: Tuija Eronen
May 2016

This master's thesis has the everyday life with mental illness and history of mental illness as well as the present societal environment as its starting points. Within each of these starting points it is found relevant to discuss the quality of social work in psychiatric institutional care. Within this theoretical framework, I ask whether the quality of social work in the psychiatric institutional care for adults is fulfilled from the patients' and their relatives' point of view. Based on the quality definition I have chosen to use, my questions will further be elaborated to concern the accessibility of social work, the interaction in social work and the effectiveness of social work.

In order to answer the questions I asked patients in the psychiatric institutional care and their relatives to participate in the survey mapping the quality of social work. For this purpose I had a possibility to use the existing questionnaires. Finally, the data consists of 46 responses from patients and only six from relatives. Because only a few relatives were reached, the results of this thesis are almost exclusively based on the patients' answers. I describe the quality of social work by means of statistical analysis. I represent basic figures describing the accessibility of social work, the interaction in social work and the effectiveness of social work. I also discuss these quality components among men and women, respondents of different ages and of different lengths of stay in hospital. To test the significance of the results I alternately use the χ^2 -test, Mann-Whitney U -test or Kruskal-Wallis -test.

In the light of the data used, social work in psychiatric institutional care seems to be equally accessible in that regard that as the treatment period continues the service is used by all patients regardless of age or gender. Most often the meetings with the social worker are related to securing the prerequisites of everyday life. Mostly the respondents are of the opinion that there has been appropriate amount of meetings with the social worker and that the meetings have been organized quickly enough. In this data especially the younger respondents but also the majority of all respondents consider social work easy to approach. One thing to note regarding the accessibility is that not everybody is familiar enough with the content of social work service. This is emphasized at the beginning of the treatment period and again when the period lasts for over two months.

For the most part, the respondents are satisfied with the interaction in the social work service. The most critical responses are given while the feel of hurry is estimated. In all, most critical responses regarding the interaction are given by those whose treatment period has lasted for over two months. The older respondents more often than the younger consider that they are poorly understood by the social worker.

When discussing the effectiveness of social work, the responses are divided. Getting mental support and having influence on one's own affairs are evaluated relatively critically. Instead the respondents more often consider that they have relatively well got assistance in taking care of their affairs and that their own and social worker's understanding regarding the need for help are convergent. Mental support is perceived relatively weak at the beginning of the treatment period and again when the

period lasts for over two months. Respondents under 30 years and respondents whose treatment period has lasted under two months see the understandings regarding the need for help as convergent relatively often.

Social work is able to respond to the service expectancies of both men and women equally. Instead it seems that those with a longer treatment period and older respondents see the service in certain points more critically. In this study, the whole variety of social work tasks does not come up. Social work in the psychiatric institutional care seems as a service that secures the continuation of everyday life. In certain points, this service is best able to respond to the service expectations of the patients whose stay in the hospital is of a middle length or short enough as well as the expectations of the younger patients or patients under 60 years.

Keywords: social work in hospital, quality of social work, accessibility of social work, interaction in social work, effectiveness of social work, mental illness

Sisällys

1	JOHDANTO.....	1
2	LAATUKESKUSTELUN LÄHTÖKOHTIA	3
2.1	Mielenterveyden häiriöt potilaan ja omaisen arjessa	3
2.2	Psykkiseen sairastamiseen kietoutuva historia ja sairaalassosiaalityö laatukysymysten paikkana.....	6
2.3	Laatukysymysten kiinnittyminen sosiaalipolitiikkaan ja talouteen.....	9
2.4	Sosiaalipalvelut tarkkailussa ja tulevaisuushahmotelmissa	11
3	LAATU – SOSIAALITYÖSSÄ.....	15
3.1	Laadun käsite.....	15
3.2	Laadun konteksti ja näkökulmat – kohti tämän tutkimuksen laatua	16
3.3	Sosiaalityön laatu saavutettavuutena, kohtaamisena ja vaikuttavuutena	18
4	SOSIAALITYÖN LAADUN TUTKIMINEN	21
4.1	Tutkimuskysymykset ja tutkimukselliset valinnat	21
4.2	Aineiston kokoamisen valmistelu ja kyselyjen toteutus	24
4.3	Tutkimuksen eettiset näkökulmat.....	25
4.4	Aineiston arviointi	26
4.5	Aineiston analyysi	28
5	SOSIAALITYÖN LAATU POTILAIDEN ARVIOIMANA	31
5.1	Aineiston kuvaus	31
5.2	Sosiaalityön saavutettavuus.....	33
5.3	Kohtaaminen sosiaalityössä	39
5.4	Sosiaalityön vaikuttavuus.....	44
5.5	Sairaalan sosiaalityön laatu omaisten arvioimana.....	49
6	YHTEENVETO JA POHDINTA.....	50

Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Kyselyn osallistujat ikäryhmittäin	31
Taulukko 2. Kyselyyn osallistuneet miehet ja naiset ikäryhmän mukaan (%)	32
Taulukko 3. Hoitojaksojen kestot	33
Taulukko 4. Sosiaalityöpalvelun käyttäminen sukupuolen, ikäryhmän ja hoitojakson pituuden mukaan (%).....	34
Taulukko 5. Tieto sosiaalityöpalvelun sisällöstä sukupuolen, iän ja hoitojakson pituuden mukaan (%).....	35
Taulukko 6. Sairaalan sosiaalityöntekijän tapaamisten järjestymisnopeus	36
Taulukko 7. Useimmin mainitut syyt sairaalan sosiaalityöntekijän tapaamiseen.....	37
Taulukko 8. Arviot sairaalan sosiaalityöpalvelun lähestyttävyydestä	38
Taulukko 9. Sosiaalityöpalvelun lähestyttävyys ikäryhmän mukaan (%)	38
Taulukko 10. Arviot sosiaalityöntekijän palvelun ystävällisyydestä, asiallisuudesta, kiireettömyydestä ja empaattisuudesta.....	39
Taulukko 11. Sosiaalityön kohtaamisen ilmapiiri hoitojakson keston mukaan (%).....	40
Taulukko 12. Arviot kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta.....	41
Taulukko 13. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen ikäryhmän mukaan (%).....	42
Taulukko 14. Arviot sosiaalityöntekijän palvelun asiantuntevuudesta, hyödyllisyydestä ja tavoitteellisuudesta.....	42
Taulukko 15. Arviot sosiaalityöntekijältä saadusta avusta asioiden eteenpäin viemiseksi ja sosiaalityöntekijältä saadusta psyykkisestä tuesta	44
Taulukko 16. Psyykkisen tuen saaminen sairaalan sosiaalityöntekijältä hoitojakson keston mukaan (%).....	45
Taulukko 17. Arviot avuntarvetta koskevan käsityksen samanlaisuudesta ja omasta vaikutusmahdollisuudesta asioiden hoidossa.....	46
Taulukko 18. Arviot avuntarvetta koskevien käsitysten samanlaisuudesta tai erilaisuudesta ikäryhmän mukaan (%).....	47
Taulukko 19. Arviot avuntarvetta koskevien käsityksistä ja omasta vaikutusmahdollisuudesta hoitojakson keston mukaan (%).....	47

1 JOHDANTO

Mielenterveyden ongelmien yhteydessä tarjottavat palvelut koskettavat monia ihmisiä. Vuonna 2013 lähes 160 000 suomalaista kävi psykiatrian avohoidon vastaanotolla. Samana aikana hieman yli 26 000 henkilöä sai hoitoa psykiatrian vuodeosastolla. (Rainio & Rätty 2015, 6.) Palveluiden koskettava joukko kasvaa vielä, kun huomioidaan mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden omaiset ja läheiset. Mielenterveyden ongelmat saattavat myös olla yksittäisen ihmisen elämässä läsnä varsin kokonaisvaltaisesti (Hyväri 2011). Näin on erityisesti silloin, kun ihminen joutuu turvautumaan mielenterveyden ongelmien vuoksi sairaalahoitoon. Mielenterveysongelmien yhteydessä tarjottavien palvelujen laatu on siis tärkeä teema koskettaessaan monia ihmisiä, mahdollisesti hyvin olennaisesti. Aina ei kuitenkaan ole ollut selvää, että näitä palveluja olisi ollut tarjolla tai että niiden laatu olisi ollut hyvällä tasolla (ks. esim. Turunen & Achte 1983).

Sairaaloissa tehdään laatutyötä, joka näkyy myös potilaille. Huomiota kiinnitetään muun muassa potilasturvallisuuteen ja palvelua käyttäneille varataan palautteenantomahdollisuus (ks. esim. SatShp, *Potilasturvallisuustietoa, Toivomme palautetta toiminnastamme*). Ei ole kuitenkaan rutiinia tai itsestään selvää, että yksittäisen toimialueen sosiaalityöllä on mahdollisuus toteuttaa nimenomaan omaan työhönsä kohdistuva laatukartoitus. Satakunnan sairaanhoitopiirissä aikuisten psykiatrisen laitoshoidon sosiaalityön viimeisin laaja laatukysely on toteutettu vuosituhannen vaihteen tienoilla (*Sosiaalityön laadun kehittäminen* 1997).

Nyt toteutettu laatukartoitus lähti liikkeelle, kun sosiaalityön opiskelija Anna Pasonen (2015) laati opintoihin liittyvänä kehittämistyönä psykiatrisessa laitoshoidossa oleville henkilöille ja heidän omaisilleen suunnatut kyselylomakkeet. Koko kyselyn läpivieminen sosiaalityön kehittämiskurssin yhteydessä ei kuitenkaan olisi ollut tarkoituksenmukaista. Samaan aikaan olin omalla tahollani miettinyt sairaalan sosiaalityöhön tutustumista ja ottaessani yhteyttä sairaanhoitopiirin johtavaan sosiaalityöntekijään minulle tarjoutui mahdollisuus viedä laatukysely loppuun ja tehdä tässä yhteydessä sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Omalta osaltani tutkielmamatka on siis kestänyt noin vuoden. Matka on merkinnyt psyykkisen sairastamisen historiaan ja sosiaalityön laatu keskusteluun tutustumista ja niiden liittämistä yhteiskunnan muutokseen. Tärkeimmin matka on tarkoittanut hyvän sosiaalityön elementtien ja merkityksen pohtimista tilanteessa, jossa ihminen sairastuu psyykkisesti.

Tässä tutkielmassa tarkastelen yhteiskunnan muutoksen reittejä, joita pitkin sosiaalipalveluista ja niiden osana mielenterveysongelmien yhteydessä tarjottavista palveluista on tullut relevantti puheenaihe ja kehittämisen kohde (vrt. Rajavaara 2007). Yhtäältä tällainen reitti on löydettävissä psyykkisen sairastamiseen kietoutuvasta historiasta (esim. Pietikäinen 2013). Toisaalta sosiaalipalveluiden laatu on tullut puheenaiheeksi yhteiskunnan talouspainotteisten keskustelujen saattamana (esim. Rajavaara mt., 156). Näitä havaintoja vasten kysyn, toteutuuko aikuisten psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laatu asiakkaiden mielestä. Vastaan kysymykseen ensisijaisesti psykiatrisessa laitoshoidossa olevien henkilöiden antamien kyselyvastausten avulla. Alun perin tarkoitukseni oli kuljettaa tutkielmassa tasavahvoina potilaiden ja omaisten näkökulmia. Matkan varrella selvisi kuitenkin, että vähäisestä vastaajamäärästä johtuen en voi tarkastella omaisten näkemyksiä kovin laajasti. Heidän osaltaan kuvaan aineistokeruun ja esitän saamiini vastauksiin pohjautuen lyhyen tulostiivistyksen.

Tutkielman aluksi esittelen laatukeskustelun lähtökohtia psyykkisen sairastamisen, psykiatrian historian, sosiaalipoliittis-taloudellisen keskustelun ja sosiaalipalveluiden näkökulmista. Kuvaan myös laadun käsitteen sosiaalityön ja tämän tutkimuksen kontekstissa. Kyselytutkimuksen vaiheiden erittelyn jälkeen kerron tutkimuksen tulokset. Tutkielman päätteeksi pohdin psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laadun ja sen tutkimisen merkitystä keskeisimpien tulosten ja havaintojen pohjalta.

2 LAATUKESKUSTELUN LÄHTÖKOHTIA

Marketta Rajavaaran (2007) väistökirjan alaotsikko ”*Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen*” kuvaa yhteiskunnallisen tiedon ja sen käyttötarkoituksen muutosta 1800-luvulta tähän päivään. Otsikko antaa viitteen siitä, että yhteiskunnan muutoksella on tapana tuoda näkyviin uudenlaisia kehitystarpeita, joiden ratkaisemiseksi kunakin aikana kysytään omanlaisia kysymyksiä. Samalla uudet kysymyksenasettelut muokkaavat oman aikansa yhteiskuntaa. (Mt.) Teollistumisen ajoista alkaneen jatkumon aikana yhteiskunnallista tietoa on Rajavaaran mukaan tuotettu sosiaalipolitiikan luomisen, laajentamisen ja ennakoinnin tarpeisiin. 1980-luvulta alkaen sosiaalipolitiikassa tapahtuneen käänteen jälkeen tiedontarpeen taustalla ovat puolestaan näkyneet muun muassa tulokseen, kustannuksiin ja läpinäkyvyyteen liittyvät tekijät. (Mt., 171–175.)

Omassa tutkimuksessani olen kiinnostunut sosiaalityön laadusta. Haluan mitata ja tietää, onko tuotettava sosiaalipalvelu laadukasta. Rajavaaran (2007) tutkimuksen idean innoittamana paikannan tässä luvussa omaa tutkimustani: Millaisessa yhteiskunnassa on alettu kysyä mielenterveystyön ja sosiaalityön laatuun liittyviä kysymyksiä? Millaisia kehityskulkuja laatuksymysten alkaminen on vaatinut yhtäältä psyykkistä sairastamista koskevissa kokemuksissa ja käsityksissä ja toisaalta sosiaalipolitiikassa? Tarkastelen myös sosiaalipalveluihin liittyvää laatuks keskustelua ja sosiaalipalveluiden tulevaisuutta.

2.1 Mielenterveyden häiriöt potilaan ja omaisen arjessa

Mielenterveydelle ja -sairaudelle on löydettävissä erilaisia määritelmiä, kuvauksia ja taustoituksia. Mielisairauden historia paljastaa lukijalle niiden olevan aikaan, paikkaan ja määrittelijään sidottuja – siis muuttuvia (ks. esim. Hyvönen 2008; Pietikäinen 2013). Omassa yhteiskunnassamme mielen-terveyshäiriöt nähdään yleisesti siten, että ne ovat oireiltaan ja voimakkuudeltaan erilaisia. Häiriöitä jaotellaan esimerkiksi mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin, psykooseihin, syömishäiriöihin ja päihderiippuvuuteen. (THL, *Mielenterveyshäiriöt*.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internet-sivustolla olevassa kuvauksessa mielen-terveyden häiriön ilmenemistä määritellään tilaa ja väljyyttä jättäen. Häiriöstä puhutaan, kun oireista seuraa ihmiselle kärsimystä, vajaakuntoisuutta ja arkisen elämän rajoittumista (THL, *Mielenterveys*). Ehkä huomionarvoista on, että kyseinen määritelmä

jättää paljastamatta täysin, kuka arvioi, milloin oireet aiheuttavat kärsimystä, vajaakuntoisuutta tai muita rajoituksia.

Sen sijaan häiriön määrittelyä ja häiriön suhdetta ympäristöön pohtii aatehistorioitsija Petteri Pietikäisen (2013, 387) siteeraama lääkäri ja myös itse mielenterveysongelmia läpikäynyt Mark Vonnegut (2010, 104), jonka mukaan: ”*Äänien kuuleminen ei ole ongelma. Ongelmat tulevat vasta sitten, kun yrität tehdä niille jotakin tai mainitset niistä muille*”. Ajatus tuo esiin kokemuksen henkilökohtaisuuden ja samalla sen, kuinka häiriöksi määrittely kuitenkin tapahtuu vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Lopulta mielenterveys ja -sairaus on Vonnegutin (2010, 166) mukaan suhteellista: ”*Kaikki on kiinni siitä, mihin asetat riman ja kuinka tarkasti katsot. Se, mikä on myytti, on ajatus, että olemme enimmäkseen mieleltämme terveitä...*” (Pietikäinen 2013, 388 muk.).

Mielenterveyden ja siihen liittyvien häiriöiden näkyminen arjessa ja elämän varrella on siis eri henkilöiden kohdalla hyvin erilaista ja sidoksissa myös siihen ympäristöön, jossa häiriöitä koetaan (vrt. esim. Pietikäinen 2013, 386–388). Ilmiöiden rajat ovat epätarkkoja ja häilyviä ainakin siihen asti, kun ne asettuvat muiden arvioitavaksi (Vonnegut, 104; Pietikäinen 2013, 387 muk.). Ilmetessään mielenterveyshäiriöillä voi kuitenkin olla laaja ja rajoittava vaikutus elämään, arkeen, tekemiseen ja olemiseen.

Psykykinen sairastuminen ja toistuvat sairaalajaksot merkitsevät Susanna Hyvärin (2011) analysoimissa elämänkerrallisissa kirjoituksissa elämänpiirin kääntymistä pois aiemmasta uomasta, aiemmista tavoitteista luopumista ja uuden, sairastuneen ihmisen identiteetin rakentamista. Konkreettisesti tämä voi merkitä työstä, opiskelusta, ystävistä ja tavanomaisesta arjesta luopumista (esim. mt., 234–235, 238–241). Vakava psykkinen sairastuminen voi siis muuttaa elämää ja elämäntilannetta varsin perustavasti. Tästä huolimatta *sosiaalinen* on tahtonut jäädä mielenterveysongelmissa muunlaisten ajattelutapojen varjoon (Scheid & Brown 2010, 3–4; Romakkaniemi 2014, 142–143 muk.).

Omassa tutkimuksessaan Marjo Romakkaniemi (2014) tekee kuitenkin masennuksen sosiaalisia ilmenemispaiikkoja näkyviksi. Uupumisen ja saamattomuuden sävyttämä masennus liittyy monin tavoin esimerkiksi ihmissuhteisiin ja yleiseen elämäntilanteeseen. Monisäikeisessä kimpussa kaikki liittyy kaikkeen. Huonot ihmissuhteet tai elämän kasvavat vaikeudet voivat edesauttaa masennuksen kehittymistä, ja vastaavasti sairaus saattaa vaikeuttaa ihmissuhteita ja elämäntilannetta. Samalla on myös niin, että hyvistä ihmissuhteista tai omasta elämäntilanteesta voi muodostua resurssi, joka kannattelee ja tukee masennuksesta toipumista. (Romakkaniemi mt., 152–153, 155–157, 159–160.)

Lukemistani tutkimusteksteistä välittyy kuva mielenterveysongelmista koko elämään ulottuvana tekijänä. Mielen järkkäminen voi kaikenlaisen irtipäästämisen kautta merkitä koko elämän kasaan painumista. (Esim. Romakkaniemi 2014, 159.) Mielen sairastumiseen liittyy myös autettavaksi muuttuminen ja kaikinainen elämän hankaloituminen (esim. mt., 156–157; Nyman & Stengård 2004, 32–34). Toisaalta tutkimukset sisältävät myös kuvauksia hyvistä ihmissuhteista ja -kontakteista, ainakin osittaisesta toimintakyvystä ja sairauden lomassa koetuista hyvistä hetkistä (esim. Hyväri 2011, 238, 242–245).

Sairastuneen henkilön ohella mielenterveyden ongelmat näkyvät ja tuntuvat myös omaisten elämässä. Psykiatrisen laitoshoidon vähentämisen myötä potilaat ovat kotona aikaisempaa enemmän. Onkin herännyt huoli, miten omaiset jaksavat ja selviytyvät kasvaneesta roolistaan. (Nyman & Stengård 2004, 15.) Tutkimuksessaan Markku Nyman ja Eija Stengård (mt.) tarkastelevat psyykkisesti sairastuneiden henkilöiden läheisten elämää. Sairaus nostaa esiin samanlaisia arjen hankaluuksia kuin edellä oli esillä sairastuneen näkökulmasta. Omaiset tukevat ja pitävät yllä arjen jatkumista huolehtimalla muun muassa ruunalaistosta, lapsista, sairastuneen ruokailusta ja lääkkeiden syömisestä. Omaisten kantamaa taakkaa lisäävät myös murhe sairastuneen pärjäämisestä, sairauden aiheuttama vuorovaikutuksen hankaloituminen ja tarve tarkkailla läheistä ja hänen oireitaan. Tämä kaikki heijastuu rajoitteena niin omaisten taloudelliseen kuin sosiaaliseenkin tilanteeseen. Muutokset saattavat näkyä muun muassa palkkatyöstä, vapaa-ajan menoista, ystäväistä, aiemmankaltaisista perhesuhteista ja omasta levosta tinkimisenä. Toisaalta Nymanin ja Stengårdin tutkimukseen osallistuneet omaiset kertovat, että tällaiset tavalliset asiat, kuten ystävät, työn tekeminen ja harrastaminen lisäävät jaksamista. (Mt., 32–34, 36–40, 48.)

Rasitteista ja kärsimyksestä huolimatta mielenterveyden ongelmien kanssa elämisessä voi näkyä myös toisenlaisia puolia. Iäkkäiden, psyykkisesti sairastuneiden henkilöiden omaisten kertomana Mari Helin-Tuominen (2014) tuo esiin kaksi erilaista puolisoiden välistä vuorovaikutussuhdetyyppiä. Toinen niistä on tunneyhteyden puuttuessa erillisyyden sävyttämä. Tällöin parisuhde pelkistyy raskaaksi hoitajan ja hoidettavan suhteeksi. Kuitenkin Helin-Tuominen löytää myös toisenlaista vuorovaikutusta. Psyykkisen sairauden läsnäolosta ja vaikeuksista huolimatta parisuhteessa tunnetaan tällöin läheisyyden ja hyvän vuorovaikutuksen luomaa palkitsevaa tunneyhteyttä ja myös luottamusta tulevaan. (Mt., 190, 192, 197.)

Mielenterveysongelmien, kuten monien muidenkin pitkien sairauksien aikana koetaan myös parempia ja terveempiä aikoja. Palautumiseen, kuten Beata Frankenhaeuser (2014) haluaa sanoa, näyttää

liittyvän runsaasti arkisia asioita. Frankenhaeuser (mt., 67) nimeää oman perehtyneisyytensä ja ammatillisen kokemuksensa perusteella tällaisiksi asioiksi muun muassa riittävän henkilökohtaisen taloudellisen toimeentulon, kestävät ja hyvät sosiaaliset suhteet, tarkoituksenmukaisen lääkityksen, henkiseen jaksamiseen ja arjen pyörittämiseen tarjotun ammattilaisten, ystävien ja vertaisryhmän tuen. Myös nykyiseen ja tulevaan liitetyn toivon ylläpito on palautumisen kannalta olennaista (Ruuskanen ym. 2011; Frankenhaeuser mt., 67 muk.). Arjen- ja elämänhallintaan keskittyvällä sosiaalityöllä näyttäisi tämän perusteella olevan paljon annettavaa mielenterveysongelmien kanssa kamppailevien ihmisten toipumisessa (myös Romakkaniemi 2014). Tätä kautta myös sosiaalityön laadun vaaliminen näyttäytyy ihmisten toipumisen kannalta tärkeänä asiana.

2.2 Psyykkiseen sairastamiseen kietoutuva historia ja sairaalassosiaalityö laatukysymysten paikkana

Käsitys psyykkisistä sairauksista samoin kuin niiden hoidosta, ja näiden rinnalla psyykkisesti sairastuneen ihmisen osa, ovat kulkeneet pitkän tien muun yhteiskunnan muutoksen mukana (Hyvönen 2008). Esimerkiksi antiikin Kreikassa psyyken poikkeavuuteen suhtauduttiin ymmärtäväisesti, kun taas keskiajan käsityksissä vaikeuksia pidettiin synnillisestä elämästä johtuvina. Uuden ajan yhteiskunnallinen myllerrys puolestaan toi mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset ensikertaa esiin *erityisryhmänä*, johon kuuluvia saatettiin pitää kahleissa tai rahaa vastaan tuoda ihmisten nähtäville tai julmin seurauksin syyttää noituudesta. Lopulta erityisryhmän kysymystä alettiin häivyttää eristämällä sairastuneet laitoksiin. (Hyvönen 2008, 192–193, 195.)

Osittain Roy Porteriin (2006, 19–22) tukeutuen Pietikäinen (2013, 139–142) kyseenalaistaa kuitenkin Michel Foucault'n ajatuksen ”*suuresta säilöönnotosta*” ajalla 1650–1800. Suuri säilöönnotto on käsitteellisesti tärkeä työkalu, jota vasten kulloistakin tutkittavaa tilannetta voi peilata. Sen sijaan laitoshoidon eurooppalaisen suosiminen sijoittuu pikemmin aikaan 1800–1960. (Pietikäinen 2013, 142–143.) Markku Salon (1996, 56) eri lähteistä kokoaman taulukon perusteella tuo kausi ajoittuu Suomessa 1900-luvun alusta vuoteen 1970, jolloin psykiatrisissa sairaaloissa potilaana olevien määrä moninkertaistui lopulta lähes 20 000 henkilöön (myös Pietikäinen 2013, 164–165).

Pietikäinen (2013) haluaa tuoda esiin myös sen, ettei laitoshoido ole merkinnyt pelkästään epäinhimillistä kohtelua ja päättymätöntä sulkemista, kuten Foucault'laisittain usein ajatellaan. Maailma, myös mielisairaalan historiassa, on Pietikäisen mukaan vivahteikkaampi. (Mt., 143–144.) Tästä

huolimatta Pietikäisenkin kuvaama laitoshoidon on 1900-luvun puoliväliin saakka suurelta osin ankeaa ja epäinhimillistä – hierarkkisen tottelemisen, pakkokeinojen, vaientamisen, tehottoman hoidon ja huonon kohtelun sävyttämää (mt., 147, 168, 172, 178–180, 186–187).

Toimivien psykelääkkeiden aika alkoi 1950-luvulla, kun klooripromatsiini otettiin käyttöön. Niimenomaan biologiaan perustuva psykiatria, ja lääkehoidon mullistava kehitys sen osana, mahdollisti sairaalahoidon rajun vähentämisen. (Ks. Shorter 2005, 289–299, 328.) Hieman myöhemmin, 1960-luvulta alkaen kannatusta sai kuitenkin myös psykiatrian vastainen liike. Se sai pontta tuon ajan auktoriteettivastaisesta, radikaalista liikehdinnästä ja huomiosta, jonka mukaan psykiatriassa oli siirrytty potilaan terapeuttisesta kuuntelemisesta lääkkeiden liukuhihnamääräämiseen. (Shorter 2005, 320–322.)

Historiankirjoissa nostetaan nyt esiin vallankäyttöä tutkinut Foucault, samoin kuin totaalisista laitoksista kirjoittanut Erving Goffman ja leimautumisesta kirjoittanut Thomas Scheff sekä heidän lisäksi suuren vaikutuksen tehneen *Yksi lensi yli käenpesän* -romaanin (1962) kirjoittaja Ken Kesey ja antipsykiatrisen ajattelun uranuurtaja Thomas Szasz (Shorter 2005, 322–324; Pietikäinen 2013, 381–382). Nämä kirjoittajat sysäsivät liikkeelle psykiatriaa vastustaneen aallon, joka omakuttiin erityisesti yliopistoväen keskuudessa. Kyse oli siinä mielessä äärimmäisestä kritiikistä, että liikkeen parissa psykiatrisen tulkinta psyykkisistä sairauksista kiistettiin kokonaan ja ne nähtiin pelkästään yhteiskunnallisesti aikaansaatuina, vallankäytön oikeuttavina myytteinä. Vaatimuksena esitettiin psykiatrisesta laitoshoidosta luopumista. (Shorter mt., 321–323, 325.) Kriittisen siiven tärkeämpänä antina pidetään inhimillisten sävyjen tuomista psyykkisten ongelmien hoitoon (Pietikäinen 2013, 386; ks. Andersson 2003, 73).

Suomessa 1960-luvun radikaalia liikehdintää edusti muun muassa Marraskuun liike¹, jonka muutosvaatimukset ulottuivat laajemmin heikossa asemassa olevien ihmisten tilanteen korjaamiseen, mutta sisälsivät samalla myös psykiatriaankohdistuvaa kritiikkiä (Parpola 2013, 180–182²). Radikaalin liikkeen sijasta psykiatrisen hoidon muutoksen varsinaisina herättelijöinä meillä kuitenkin nähdään alalla vaikuttaneet henkilöt, jotka alkoivat ajaa kuntouttavaa hoitoa laitoshoidon tilalle (Salo 1996, 195–268; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 14 muk.). Tultaessa 1980- ja 90-luvuille toteutettiin niin sanottu ”*dehospitalisaatio*”, jossa kritisoitu sairaaloihin keskittynyt ”*mielisai-*

¹ Marraskuun liike sai alkusysäyksen kodittomien pakkaskuolemista Helsingissä vuonna 1967. Liikkeen aktiiveina toimivat muun muassa sosiologi Klaus Mäkelä ja psykiatrit Ilkka Taipale ja Claes Andersson. (Parpola 2013, 180.)

² Marraskuun liikkeessä laadittu epäkohtien lista, johon Parpola (2013, 182) viittaa, ks. Soukola 1997, 122–131.

raanhoito” vaihdettiin hyvinvointivaltiokehityksen saattelemana avohoidossa tapahtuvaksi ”*mielenterveystyöksi*” (Helén ym. 2011, 12, 15). Myöhemmin on kuitenkin tullut ilmeiseksi, ettei avohoitoa ole kyetty järjestämään asiakkaiden tarpeisiin vastaavalla tavalla (esim. Wahlbeck 2007, 95).

Kaikkiaan esimerkiksi Hyvösen (2008) ja Pietikäisen (2013) teokset piirtävät kuvaa psykiatrian tempoilevasta kehityksestä. Siinä ovat esiintyneet toiveet uusien hoitomenetelmien parantavasta vaikutuksesta ja toisaalta edistymättömyys ja psykiatrian varjossa tehdyt epäinhimillisyydet (ks. esim. Pietikäinen mt., 14, 307–380). Sairastuneiden ihmisten kokemasta tempoilusta kertoo myös Parpolan (2013) yläotsikkovalinta ”*Toivo | Häpeä*”: toivonpilkkeiden lomassa on kulkenut parantumattomaksi ajatellun erilaisuuden ja normaaliin kykenemättömyyden tuoma häpeä (mt., takakan-si). Omalta osaltaan tempoilu kertonee myös siitä Hyvösen (mt., 201) tekemästä huomiosta, että yhteiskunnan murrosvaiheiden epävarmuus on usein kohdistunut voimakkaimmin ihmisiin, jotka eivät ole kyenneet ajamaan omia etujaan.

Psyykkisen sairastamiseen liittyvän ajattelun inhimillistymisen (vrt. Pietikäinen 2013, 386) ohella täytynee olla niin, että laatuksymysten mahdollisuuksia on avannut sairaalassa tehtävän sosiaalityön kehittyminen. Meillä tämän työn juuret ulottuvat 1920-luvun alkuun, jolloin nostettiin esiin kysymys potilaiden pärjäämisestä sairaalajakson päättyessä (Sundman 2014, 7). Aluksi työ painotui tuen antamiseen potilaalle ja tämän lähipiirille ja vainajien asioiden hoitamiseen. Vähitellen työtä alettiin kiinnittää tiiviimmin sairaalan muun henkilökunnan työhön. (Linden 1999, 39.)

Eräs esimerkki terveydenhuollon sosiaalityön vahvistumisesta ja vahvistamisesta on Kuntaliiton julkaisema sosiaalityön tehtäviä kuvaava ”*Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2007*” (Sundman 2014, 7–8). Nimikkeistön laatimisen taustalla vaikuttaa kilpailun ja laadunarvioinnin vaatimus eritellä sosiaalityön tehtäväkuvaa terveydenhuollossa. Halutaan tarkasti tietää, mitä sosiaalityö on. (*Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2007*, 17–18.) Samalla nimikkeistö tarjoaa asiasta kiinnostuneelle hyvän kurkistuskulman terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa tehtävään sosiaalityöhön. Terveydenhuollon sosiaalityön ydintä on työskennellä asiakkaan hyvinvoinnin, suoriutumisen ja elämänhallinnan edistämiseksi. Tämän tutkielman empiirisessä osassa liikutaan ensisijaisesti sairaalassosiaalityön asiakastyössä. Tällä alueella sosiaalityöntekijän työ merkitsee sosiaalista arviointia ja suunnittelua, toimintakyvyn tukemista ja näiden parissa tehtävää yhteistyötä. (*Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2007*, 10, 22–26.)

2.3 Laatuksymysten kiinnittyminen sosiaalipolitiikkaan ja talouteen

Muunlaisiin hyvinvointimalleihin verrattuna pohjoismaisessa hyvinvoinnin rakentamisessa valtiolla on ollut keskeinen rooli, palveluja ja etuuksia on suunnattu koko väestölle ja hyvinvoinnin rakentamisessa on korostettu kansalaisten tasa-arvoa (Alestalo & Flora 1994, 53–73; Alestalo, Hort & Kuhnle 2010; molemmat Alestalo 2010, 300 muk.). Tullessa 1980-luvun loppuun Suomea oli 30 vuoden ajan kiritty tämänkaltaiseksi hyvinvointivaltioksi muiden Pohjoismaiden rinnalle. Käännytessä 90-luvun alkuvuosiin suomalaista hyvinvointivaltiota ravisutti kuitenkin taloudellinen lama, jonka syvyyttä ja merkitystä lisäsivät idänkaupan tyrehtyminen ja koko Neuvostoliiton ajan päättyminen. (Alestalo 2010, 303–304.) Laman dramaattisuutta kuvataan usein luvuilla toteamalla, että tuolloin bruttokansantuote väheni kolmen vuoden ajan ja työttömyys moninkertaistui lähes 20 prosenttiin (esim. Julkunen 2001, 64).

Sosiaalipolitiikassa ympäröivän maailman järkkymiseen vastattiin päämäärien uudelleensuuntauksella. Keskiössä ei enää pidetty tasa-arvon vaalimista vaan sosiaalipolitiikka valjastettiin uusiin, taloudellissävytteisiin tehtäviin. (Saari 2006a, 40–41; Saari 2006b, 414–415.) Raija Julkusen (2001, 60, 63) näkemyksessä lama toimi sosiaalipolitiikan muutoksessa lähinnä viimeistelijän roolissa. Pelkän laman vaikutuksen sijaan Julkunen kirjoittaa jo aiemmin alkaneesta, perustavammasta siirtymästä jälkiekspansiiviseen eli hyvinvointivaltion laajentamisvaiheen jälkeen omaksuttuun sosiaalipolitiikkaan. Tällaisessa sosiaalipolitiikassa tähdätään kaikkinaiseen hillitsemiseen, jäädyttämiseen ja vähentämiseen. (Mt., 13, 63, 291.) Myös Matti Alestalon (2010) mukaan pohjoismaisen hyvinvointimallin piirteet ovat Suomessa 1990-luvulta alkaen heikenneet.

Muutokset konkretisoituivat 1980-luvulta alkaen myös valtio- ja kuntasektorin rakenteisiin kohdistuvana uudelleenmuovauksena. Raskaaksi koettua valtiota purettiin muun muassa linjaamalla uudelleen valtion ja kuntien välinen suhde, mikä käytännössä merkitsi päätäntävällän siirtämistä valtiolta kunnille. (Julkunen 2001, 106, 110, 117.) Uusitun valtionavustusjärjestelmän myötä kunnat eivät myöskään enää saaneet valtiolta rahaa kulutuksensa mukaan vaan sen perusteella, kuinka paljon niiden laskettiin tarvitsevan (Helin & Oulasvirta 2000; Laasanen 1999; molemmat Julkunen 2001, 117–118 muk.).

Rakenteiden ohella uudelleenmuovauksen kohteeksi joutuivat myös totut ajatustavat. Valtiotahon tehtäväalueina kehittäminen ja arviointi syrjäyttivät kontrollonin, ja talous alettiin nähdä sosiaalista tärkeämpänä toimialueena. (Julkunen 2001, 108, 110–111.) Leena Eräsaaren (2000) viitaten

Julkunen (2001, 107) tuo esiin, miten kilpailun askelia on otettu helposti sisäistämättä jäävillä termeillä, kuten ”*management, tulosjohtaminen, tulosbudjetointi, nettobudjetointi, tuloksellisuus*” tai esimerkiksi ”*laadunvarmistus*”. Kirjallisuudessa mainitaan (esim. Juhila 2009) julkisen hallinnon uudeksi, keskeiseksi ajatusmalliksi *New Public Management*, josta toisinaan (Juhila 2009; Eräsaari 2007) halutaan käyttää nimenomaan englanninkielistä termiä, jottei sen ulkomaisia juuria unohtetaisi suomalaisessa sosiaalipoliittisessa keskustelussa. *New Public Management* kuvataan ajatuskonaisuudeksi, jonka johtotähtinä ovat markkinat, tehokkuus ja taloudellinen tulos (Patomäki 2007, 70, 72–74) sekä asiakkaan näkeminen valitsevana kuluttajana (Juhila 2009, 302; Koskiaho 2008, 171–172; Haverinen 2003, 325).

Julkisten palvelujen laatua koskevan keskustelun alku paikannetaan Suomessa juuri tämänkaltaiseen tilanteeseen. Taloudellisen ahdingon, kuntien päätäntävällän lisäämisen ja markkinasanojen ja -käytäntöjen voimistumisen myötä alettiin kantaa huolta julkisten palvelujen laadusta. (Rajavaara 2007, 155–156; Haverinen 2003, 325.) Myös muualla laatukseskustelu on osaltaan liittynyt talouteen (Wilding 1994, 58). Julkisille palveluille asetettiin markkinoiden haaste ja alettiin kysyä, pärjäävätkö ne laadussa ja ansainnassa (Koskiaho 2008, 169; Alasuutari 2006).

Anu Kantola (2006) osoittaa, miten kilpailun termit ovat 1980-luvulta alkaen vallanneet alaa yritysmaailman ohella myös politiikassa. Eräs Kantolan analysoimista voimakkaista sanoista on kilpailukyky. Kantolan (mt., 177) mukaan yhteiskunta on kilpailun melskeessä liukunut pois keskustelun ja kamppailun alueelta ja siitä on tullut ”*talouskoneisto, jossa eri ilmiöitä arvioidaan niiden taloudellisen toimintakyvyn ja merkityksen pohjalta*”. Myös Heikki Patomäki (2007, 65–67) kiinnittää huomiota kilpailukyvyn kantamien merkitysten muutokseen: kyse ei enää ole ”*meidän yritystemme*” kilpailukyvystä maailmalla, vaan ennen kaikkea Suomen kyvystä kilpailla alati liikkeessä olevasta pääomasta. Tällaisella mentaliteetilla on väistämättä vaikutusta siihen, mitä ajattelemme sosiaalipalveluiden järjestämisestä.

Tätä kirjoittaessa Suomessa käydään vakavaa keskustelua valtion talouden pitkään jatkuneesta velkaantumisesta ja suomalaisten yritysten kilpailukyvystä. Tähän liittyen pääministeri Juha Sipilä (kesk.) piti 16.9.2015 Yleisradiossa televisioidun ja radioidun puheen suomalaisille³. Puheen paino-

³Puheessaan Sipilä käsitteli myös pakolaistilannetta, mutta pääpaino oli kuitenkin Suomen taloudessa. Puhe ajoittui hetkeen, jolloin hallitus oli tehnyt lakiesityksen eräiden työmarkkinauudistusten tekemiseksi. Työntekijäpuolella hallituksen toimintaa kritisoitiin, ja ammattiliitot järjestivät kymmeniätuhansia ihmisiä keränneen poliittisen mielenilmauksen 18.9.2015.

arvoa saattoi lisätä se, ettei pääministereillä ole aiemmin ollut tapana pitää tällaisia puheenvuoroja. Noin 15 minuuttia kestäneessä puheessaan Sipilä totesi muun muassa:

”Suomen tilanne on poikkeuksellisen vakava. [...] Suomen talouskasvu on Euroopan alhaisinta ja talous on supistunut pitkään. Missään muussa Euroopan maassa työttömyys ei kasva yhtä nopeasti kuin Suomessa. Suomalainen työ ja tuotanto ovat menettäneet kilpailukykynsä. Olemme velkaantuneet nopeammin kuin muut EU-maat keskimäärin. Valtion ja kuntien menot ovat selvästi tuloja suuremmat. Työllisyysasteemme on kaukana kilpailijamaidemme tasosta. [...] Suomen valtio on velkaantunut melkein miljoona euroa tunnissa seitsemän vuotta – yötä päivää – pyhää arkea. Näin emme voi jatkaa. Rahat loppuvat. Nyt on korkea aika miettiä missä mennään. Emme pääse pakoon tosiasioita. Kansainvälinen talous on kasvanut viimeiset vuodet, mutta emme ole päässeet tuohon kyytiin mukaan.” (Sipilä 2015.)

Kilpailukykyvaatimuksen asettamat paineet eivät siis näytä ainakaan vähentyneen suomalaisessa yhteiskunnassa Kantolan (2006) tai Patomäen (2007) analyysien jälkeen. Talouden vahvaa otetta vasten on kiinnostavaa kysyä, millaista keskustelua tulevaisuuden sosiaalipalveluista käydään. Entä näkykö näissä keskusteluissa talouden ulkopuolista tilaa?

2.4 Sosiaalipalvelut tarkkailussa ja tulevaisuushahmotelmissa

Edellä kuvasin laatuksymysten paikkaa ja mahdollistumista yhtäältä psyykkisen sairastamisen ja sen historian kontekstissa ja toisaalta talouden ja kilpailukyvyyn puristuksessa. Tässä alaluvussa kiinnitän aluksi huomiota siihen, millaisena laatukseskustelu vaatimuksineen näkyy sosiaalipalveluissa. Luvun lopulla tarkastelen sosiaalipalveluiden tulevaisuudenkuvaa.

Sosiaalipalveluja ei luonnollisestikaan järjestetä muusta yhteiskunnasta irrallisina. Kirsi Juhila (2009; ks. myös Wilding 1994, 58) valottaa näkökulmaa, jossa sosiaalityöntekijän työstä kiinnostuneiden verkko kattaa asiakkaan, työnantajan, ammattiliiton, lainsäädännön, ammattietiikan siten, että sosiaalityön selontekovelvollisuus ulottuu lopulta koko laajaan yleisöön. Sinänsä tällainen tilanne on Juhilan (mt.) mukaan sosiaalityölle tuttu, ja hän näkeekin huolestuttavia piirteitä lähinnä uuden hallintokulttuurin saamassa ylivoimassa, jonka myötä sosiaalityöntekijä joutuu korostuneen paljon tekemään tiliä työnantajalleen tai tilaajaorganisaatiolle sen sijaan, että perustelisi ja reflektioisi toimintaansa suhteessa asiakkaaseen.

Juhilan (2009) tekstin valossa selontekovelvollisuudet ja laatuksymysten herääminen eivät ole sosiaalipalveluiden arjessa intressivapaita tai pelkästään helppoja, jouhevia ilmiöitä. Ylipäättään lisääntynyt tietämisen tarve saattaa olla liitoksissa jälkimodernissa yhteiskunnassa koettuun epävarmuuteen. Tiedon keräämisen kautta toivotaan saatavan järjestystä arvaamattomaan maailmaan. (Miller & Rose 1993, 77–78; Rajavaara 2007, 11–12 muk.) Kasvavaan tiedontuottamiseen suhtaudutaankin yhtäältä toiveikkoudella ja toisaalta epäluuloisesti (Rajavaara 2007, 17; Saario 2011, 188; 209–215).

Nostan tässä esiin kaksi Rajavaaran (2007) esittämistä vaikuttavuustiedon tarpeen taustalla olevista seikoista. Ensinnäkin vaikuttavuustiedon kerääminen saattaa kummuta epäluottamuksesta, jolloin tietoa vaaditaan esimerkiksi tarjottavan palvelun oikeanlaisuuden, tarpeellisuuden ja toimivuuden todentamiseksi (mt., 19.) Toiseksi Rajavaara (mt., 20) kiinnittää vaikuttavuustiedon tarpeen asiantuntijoiden refleksiivisyyteen, joka yleisesti ottaen tarkoittaa oman toiminnan peilaamista ja muuntamista suhteessa ympäristöön (Giddens 2001, 61). Tällaisilla pinnan alla kulkevilla merkityksillä täytyy olla vaikutusta myös työntekijöiden kokemukseen oman työn merkityksestä. Kirjallisuuteen perustuen Juhila (2009, 301–302) tuokin esiin, että sosiaalityön ammatillinen liikkumavara joutuu uusissa asetelmissa vastakkain työn tarkan valvonnan kanssa.

Tiedontuottamisella on myös konkreettisempaa vaikutusta työhön. Omassa tutkimuksessaan Sirpa Saario ja Suvi Raitakari (2010) havaitsivat, että tilaajan ja tuottajan välinen kaupallinen sopimus raportointineen tuo työntekijöiden työtä koskevaan puheeseen talouden ja tehokkuuden näkökulmat, jolloin omaa työtä aletaan tarkastella sosiaalialalle uudeltaisista positioista. Saarion (2011) toisen tutkimushavainnon mukaan sosiaali- ja terveystalouden työntekijät toimivat työssään aktiivisesti ja luovasti, jotta saavat tekemänsä työn sopimaan tiedonkeruun ja arvioinnin asettamiin numeerisiin raameihin. Näitä havaintoja vasten näyttää, että uudet hallinnan ajatukset ja menetelmät ulottuvat sosiaalialan arkeen.

Tätä kirjoittaessa Suomessa ollaan sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevan järjestämisen kannalta oltu liikkuvassa junassa. Pitkään asialistalla ollut tema sai vauhtia tänä syksynä, kun Juha Sipilän (kesk.) hallitus tiukoiksi kuvattujen vaiheiden jälkeen yöllä 6.–7. marraskuuta 2015 linjasi, että Suomeen tullaan perustamaan 18 itsehallintoaluetta, jotka kuntien sijasta alkavat järjestää muun muassa sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi linjauksen keskeisinä piirteinä esitetään kansalaisten valinnanvapauden lisääminen ja valtion sananvallan kasvu. (Helsingin Sanomat 8.11.2015, Pääkir-

joitus.) Sosiaalipalvelut ovat keskusteluissa olleet pitkälti terveystalouden varjossa, ja sosiaalipalvelujen tuleva järjestäminen vaikuttaa olevan vielä hämärän peitossa.

Muutama vuosi sitten ilmestyneessä teoksessaan Timo Toikko (2012) esittää, että tulevaa ollaan sosiaalipalveluissa rakentamassa pohjalle, jossa olennaisina tekijöinä vaikuttavat keskustelun ja päätösten paikallisuus, markkinaistuminen ja asiakkaan keskeinen rooli. Siinä määrin kuin paikallisuudella tarkoitetaan kunnan roolia sosiaalipalveluiden takaajana tilanne saattaa siis hallituksen linjauksen perusteella olla muuttumassa. Toikko (mt., 71–88) kirjoittaa paikallisuudesta kuitenkin myös muiden toimijoiden ja ympäristön muodostaman kokonaisuuden kautta, ja näiden merkitys tuskin on vähenemässä. Heikkenemistä ei ole näkyvissä myöskään markkinaehtoisuuden tai asiakkaan roolin esilläpidon suhteen.

Nykyisten reunaehtojen pohjalta tulevaisuuden sosiaalipalveluja ja -etuuksia on mahdollista tarkastella pelkistettyinä, vaihtoehtoisina kuvina. Hahmotellussa hyvinvointirakenteiden alasajon kuvassa työllisyydestä muodostuu vedenjakaja huono- ja hyväosaisten välille. Jakautuminen heikentää hyvinvointivaltion yleistä hyväksyttävyyttä, mikä entisestään kurjistaa palvelujen ja etuuskien tasoa. Tasaisemman tai pysähtyneen palvelu- ja etuuskehityksen kuvassa köyhyyttä pyritään pitämään loitolla erityisryhmiin kohdistetuilla etuuskien täsmäkorotuksilla. Voidaan myös hahmottaa kuva, jossa hyvinvoinnin edellytykset vahvistuvat, ja niitä halutaan vahvistaa, minkä seurauksena kansalaisten tasa-arvoisuus paranee. (Hiilamo ym. 2010, 25–27, 30–31.)

Omassa tulevaisuuden visiossaan Riitta Haverinen, Anu Muuri, Päivi Nurmi-Koikkalainen ja Päivi Voutilainen (2007) eivät jätä katsettaan talouspuheeseen vaan katsovat sen ylitse arkeen. Tältä pohjalta kirjoittajat rakentavat kaksi näkymää tulevaisuuden sosiaalipalveluihin: ”*Teknologia-arkea*” raamittaa yksilökeskeinen pärjääminen, jonka tueksi yhteisin varoin tuotetaan lähinnä vain kasvokkaisesta kanssakäymisestä riisuttuja palveluja. ”*Luottamusarki*” puolestaan näyttäytyy tasapainoisena ja ihmisten tasa-arvoa vaalivana palvelumuotojen yhdistelmänä. Tasapainoisessa käytössä ovat tällöin julkiset, yksityiset ja moniarvoiset palvelut ja teknisen kekseliäisyyden tuomat mahdollisuudet. (Mt., 507–509.) Sekä Hiilamo ym. (2010, 42) että Haverinen ym. (2007, 509) huomauttavat, etteivät suoraviivaiset visiot ole tarkoitettu tarkoiksi ennusteiksi vaan todellisuus on aina monimutkaisempaa.

Psyykkisen sairastamisen ja sairaalan sosiaalityön kontekstissa on siis kuljettu pitkä matka, jonka aikana on tullut mahdolliseksi kysyä hoitoon ja kohtaamiseen liittyviä laatuksymyksiä (vrt. esim.

Pietikäinen 2013, 386). Laatuksymyksillä on myös taloudelliset juuret (Rajavaara 2007, 155–156; Haverinen 2003, 325; Wilding 1994, 58). Lisäksi edellä tuli esiin, että suomalaisissa sosiaalipalveluissa on otettu askelia kohti itsenäisiä päätöksiä tekevää asiakasta. Tämä on merkinnyt asiakkaan osan muotoutumista asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan aktiivisuutta, vastuuta, laillisia oikeuksia ja omia valintoja korostavassa ilmapiirissä. (Toikko 2012, 57–58, 65–67; myös Palola 2011.) Kaikki tämä rakentunee kimpuksi, jonka varassa on tullut tärkeäksi kysyä, mitä sosiaalipalvelujen ja niiden osana sosiaalityön asiakkaat ajattelevat saamastaan palvelusta. Toisaalta esillä on myös kriittinen näkökulma, jonka mukaan juuri esimerkiksi sosiaalityön varassa olevien ihmisten valinnanmahdollisuudet ovat todellisuudessa kapeat tai niitä ei ole (esim. Juhila 2009, 303). Keskusteluun on tällöin otettu valinnan sijasta ääntään käyttävä asiakas, jolloin painopiste siirtyy yksilötasolta yhteiseen vaikuttamiseen (Forster & Gabe 2008; myös Toikko 2012, 120).

Samalla on niin, että pohjoismaisessa kontekstissa vertaillen Suomessa on työllistytty julkiselle sektorille maltillisesti ja poliittisilla päätöksillä on 2000-luvullakin haluttu panostaa enemmän yksityisellä kuin julkisella sektorilla työllistämiseen (Julkunen 2006, 179–180). Jorma Sipilän (2006, 411) mukaan puolestaan kilpailuvaltiossa pärjää paremmin inhimillistä investointia kuin riskienjakoa tekevä hyvinvointipolitiikka. Julkusen ja Sipilän pohdintoja vasten tämän tutkimuksen keskiössä oleva, psykiatrisessa sairaanhoidossa tehtävä sosiaalityö näyttäytyy väärällä sektorilla, marginaalisen ryhmän parissa tehtävänä työnä, joka ei helposti pääse kilpailuvaltion virtaviivaisten kehityskohteiden joukkoon.

3 LAATU – SOSIAALITYÖSSÄ

Tähän asti olen tarkastellut reittejä, joita pitkin laadusta on tullut sosiaalipalveluihin liittyvä keskustelunaihe. Tässä luvussa tarkastelen itse laadun käsitettä. Kiinnitän laadun sosiaalityön kontekstiin ja luvun edetessä kuvaan tässä tutkielmassa käyttämäni laadun määritelmän.

3.1 Laadun käsite

Arjessa laatu-sanalla ei ole rajoja; se sopii niin urheilutoimittajan, kunnanpäättäjän kuin mainostajankin käyttöön (vrt. myös esim. Sipilä 1995, 21). Väsymiseen asti jalkapallojoukkueelta vaaditaan laadukasta harjoittelua, laadukasta valmistautumista ja pelissä, laadukkaita syöttöjä!

Sosiaalitieteilijöiden tulee kuitenkin olla sanankäytössään harkitsevampia ja täsmällisempiä. Laatu-käsitettä on hankala tiivistää lyhyesti siten, että kaikki tarpeellinen tulisi sanottua (myös Wilding 1994, 59). Pikemmin laadun määrittely näyttää olevan paikalleen asettamista, kontekstin huomioimista, rajaavien termien nimeämistä ja kuvaamista. Tämä on ymmärrettävää jo sitä kautta, että laatu on omaksuttu sosiaalialalle muualta, liikkeenjohdon ja terveydenhuollon aloilta (Mäntysaari & Maaniittu 1995, 12; Rajavaara 2007, 158). Tätä vasten on selvää, että laatua on sosiaalialan kontekstissa pitänytkin ajatella ja liittää uudelleen. Sitä on pitänyt juurruttaa ja keskustelun laajetessa aina uudelleen täsmentää.

Laadun on siis usein nähty muodostuvan osien summana. Laajan näkökulman laatuun tarjoaa esimerkiksi Stakesin valtakunnallinen terveys- ja sosiaalialan laatukartoitus, jossa laadun nähdään rakentuvan potilas- tai asiakasturvallisuudesta, oikea-aikaisesta ja oikeudenmukaisesta saatavuudesta, asiakaskeskeisyydestä, henkilöstön osaamisesta ja kustannustehokkuudesta. Lisäksi laatuun avataan muita näkökulmia, jotka liittyvät muun muassa resursseihin, prosessiin, tuotokseen ja vaikuttavuuteen. Mukaan otetaan myös mittareita, joihin sisältyy selkeä talouden osatekijä. Tällaisia ovat tuotavuus, kustannus-vaikuttavuus ja tehokkuus. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 19–22.)

Paul Wilding (1994) päätyy laadun määrittelyssä pelkistetympään malliin. Keskiöön hän nostaa työntekijän ja asiakkaan välisen suhteen ja esittää palvelun laadun merkitsevän neljää tekijää: saavutettavuutta, hyväksyttävyyttä, tehokkuutta ja avoimuutta. Tekstissään Wilding liittää näihin ulottuvuuksiin sekä ulkoisten puitteiden että mentaalisen ilmapiirin näkökulman. Siten saavutettavuus

tarkoittaa Wildingin ajattelussa kaikenlaista asioinnin vaivattomuutta. Palvelun tulee olla lähellä ja helposti lähestyttävä. Vastaavalla tavalla hyväksyttävyyys rakentuu Wildingin mukaan itse palvelusta ja sitä ympäröivästä ilmapiiristä. Tehokkuus puolestaan edellyttää Wildingin mukaan paitsi osuvia toimenpiteitä myös niiden hyvää toteutusta. Edelleen Wilding vaatii organisaatioilta toimintaa ja palvelua koskevaa avoimuutta, mikä merkitsee muun muassa refleksiivistä vuorovaikutusta asiakkaiden kanssa. (Mt., 57, 59.)

Erilaisista painotuksista ja näkökulmista huolimatta sosiaalipalveluiden konteksti näyttää myös muokkaavan tutkijoiden laadulle antamia määrittelyjä niin, että vaihdellen samankaltaisia lähtökoh-
tia nostetaan esiin. Deborah Megivern (2007) kirjoittajakollegoineen tarkastelee sosiaalityön laatua kolmen tekijän kautta. Ensinnä laatu merkitsee asiakkaalle näkyvää vaikuttavuutta. Toiseksi laatua on mahdollista tarkastella erilaisista asemista ja erilaisten linssien läpi. Kolmanneksi he avaavat oven ajatukselle, että laatu koostuu monesta tekijästä. Kiinnostavalla tavalla myös Megivern ym. nostavat laadunmäärittelyssä keskeiselle paikalle ajatuksen, jonka mukaan laatu merkitsee oikeiden asioiden tekemistä sensitiivisessä ilmapiirissä. (Mt., 117–118.) Siten sekä Wildingin (1994) että Megivernin ym. (2007) tekstissä laatuun avautuu kaksi näkökulmaa, yhtäältä konkreettisen palvelun ja toisaalta ympäröivän ilmapiirin näkökulmat.

3.2 Laadun konteksti ja näkökulmat – kohti tämän tutkimuksen laatua

Laatua ei luonnollisestikaan vaalita yhden työntekijän tai yhden organisaation tyhjiössä, vaan sen rakentamisen mahdollisuuksiin vaikuttaa koko toimintaympäristö, mikä tulee näkyviin laajoissa tarkastelumalleissa (esim. Pekurinen ym. 2008; Wilding 1994; Megivern ym. 2007). Laatu voidaan kiinnittää ympäröivään yhteiskuntaan esimerkiksi nostamalla esiin yhteiskunnan arvot ja etiikka samoin kuin vallitseva lainsäädäntö ja muu ohjaus (Pekurinen ym. 2008, 19). Wilding (1994) puolestaan näkee laadun rakentuvan organisaation johdon, työnteon järjestämisen, asiakas- ja yleisöpalautteen ja sovittujen menettelytapojen muodostamassa kokonaisuudessa. Laatua ja sen ylläpitoa voidaan kuvata myös kehikossa, joka ulottuu yhteiskunnan tasolta asiakkaan kokemiin vaikutuksiin asti. Tällöin laatu liitetään lainsäädännön ja edunajojärjestöjen ohella muun muassa organisaatiota-
son tekijöihin ja mukaan otetaan myös asiakkaan lähipiirin ja oman aktiivisuuden samoin kuin muun palvelujärjestelmän merkitys. (Megivern ym. 2007.)

Mikko Mäntysaari (1995, 69) pitää laatutyötä ristiriidoille alttiina. Yhtäältä sosiaalipalvelujen laatu-työssä on kyse kuluttajuudesta ja toisaalta oikeudenmukaisuudesta. Molemmat puolet ovat läsnä palveluja tuottaessa. (Mt., 70–71.) Sairaalaympäristössä korostunee oikeus sosiaalityöpalveluun, joka vastaa Mäntysaaren oikeudenmukaisuuden näkökulmaa. Kuitenkin Mäntysaarta seuraten sairaalan sosiaalityöstä on erotettavissa myös kuluttajuuden näkökulma. Tällöin tulee pohdittavaksi muun muassa, onko asiakkaalla mahdollisuus vaikuttaa siihen, miten hänen asioitaan hoidetaan tai onko asiakkaalla mahdollisuus vaikuttaa palvelun kehittämiseen. (Vrt. sama.) Se, kuinka hyvin kuluttajuusajatus toteutuu sairaalan sosiaalityön arjessa, on toinen asia. Kuluttajuuden liittäminen sosiaalipalveluihin on myös kyseenlaistettu, koska kuluttajuuteen liittyvä valintojen mahdollisuus on sosiaalipalveluissa usein rajoittunutta (vrt. esim. Haverinen ym. 2007, 503).

Yhtäältä sosiaalipalvelujen laadussa on mitä suurimmassa määrin kyse asiakkaan omasta kokemuksesta. Jokaisella on tarpeita ja saatua palvelua verrataan näihin tarpeisiin. Toisaalta laadulle tulee asettaa myös ulkopuolinen mittari, jotta perustarpeisiin tulee vastattua myös silloin kuin asiakas ei itse osaa tätä vaatia. (Mäntysaari 1995, 71–73.) Kuten seuraavassa luvussa käy tarkemmin ilmi, tässä tutkimuksessa laadun ovat määritelleet sairaalassa käytännön sosiaalityötä tekevät sosiaalityöntekijät (Pasonen 2015). Asiakkaan ja tutkimuskyselyn vastaajan näkökulmaan nähden kyse on siis ulkopuolisen tahon laatuksikäsityksestä. Siihen, mitä laatu *on*, vastaaja-asiakkaalla on tässä tutkimuksessa mahdollisuus ottaa kantaa ainoastaan vastaamalla kohtaan ”*Vapaamuotoinen palaute*” sekä oma-aloitteisesti reunamerkintöjä tekemällä. Nyt saadaan siis tietoa siitä, toteutuuko ammattilaisten määrittelemä sosiaalityön laatu asiakkaiden arvion mukaan.

Laatuun liittyvä tiedontarve voi tulla organisaation ulkopuolelta tai sisäpuolelta, ja organisaatiossa tiedontarve voi tulla ylhäältä tai alhaalta (Mäntysaari 1995, 73). Tässä tutkimuksessa laatua koskevan tiedon tarve on tullut organisaation sisältä esimiestasolta. Laadun määrittely puolestaan on tehty organisaation sisällä työntekijätasolla. Laadun toteutumista taas arvioivat organisaation ulkopuolella olevat asiakkaat. Laatua koskevia tulkintoja tehdään luonnollisesti kaikissa näissä vaiheissa. Tutkielmaa tehdessäni myös minä osallistun laadusta tehtävään tulkintaan organisaation ulkopuolelta tulevana henkilönä. Näin ajateltuna tutkielman laatu rakennetaan monessa vaiheessa ja monesta eri asemasta käsin. Lopulta tavoitteena on, että tutkielmassa muodostunut laatuksikäsitys jatkaa elämäänsä organisaation sisällä (vrt. Wilding 1994, 60).

Edellä kävi ilmi, että talouden ja kilpailukyvyn vaatimukset ovat muuttuneet kyseenalaistamattomiksi osiksi yhteiskuntaa (esim. Kantola 2006; Patomäki 2007, 55), ja että myös palvelujen laatu-

keskustelun ja talouden välinen kytkös on vahva (esim. Rajavaara 2007, 155–156; Wilding 1994, 58). – Käytäisiinkö meillä laatu keskustelua ja millaista se olisi, jollei talous olisi asettanut sille suuntaviivoja? Kuitenkin riippuu tutkijan intresseistä, millainen asema taloudelle laatu tutkimuksessa annetaan. Yllä olevassa Stakesin laadun määrittelyssä näkyvät talous ja sen reunaehtojen huomiointi (Pekurinen ym. 2008, 19–22). Sen sijaan esimerkiksi Wilding (1994, 58) päätyy rajaamaan talouden näkökulman laadun tarkastelusta, jotta päästäisiin käsiksi laatu työn varsinaisiin juuriin. Talousnäkökulman ohella tutkijan on ratkaistava, missä laajuudessa muita näkökulmia, kuten lainsäädäntö, arvot tai omaisten panos otetaan huomioon laatua kehitettäessä.

Omassa tutkimuksessa lähestyn sosiaalityön laatua Wildingin (1994) ja Megivernin ym. (2007) viitoittamaa tietä siten, että huomiota kiinnitetään sekä konkreettisen palvelun ja toisaalta ympäröivän ilmapiirin näkökulmiin. Tarkastelen laatua sosiaalityöntekijän ja asiakkaan rajapinnalla. Samalla pyrin kuitenkin olemaan tietoinen laadun sidonnaisuudesta laajemmin ympäröivään yhteiskuntaan.

3.3 Sosiaalityön laatu saavutettavuutena, kohtaamisena ja vaikuttavuutena

Tässä tutkielmassa sosiaalityön laadun määritelmässä ei ole suoraan tukeuduttu tutkimustekstien tarjoamiin vaihtoehtoihin. Sen sijaan sosiaalityön laatua määrittelevät psykiatrisessa laitoshoidossa työskentelevät sosiaalityöntekijät, jotka ovat tehneet määrittelytyön työyhteisön kokouksissa, arki-sen sosiaalityön lomassa (Pasonen 2015). Sosiaalityöntekijöiden antama panos tuo näkyviin, että sosiaalityön ammattitaitoon on sisäkirjoitettu laatu tietoisuus, valmius pohtia laatuun liittyviä teki-jöitä (vrt. Rajavaara 2007, 15).

Määrittelytyön tuloksena sosiaalityön laatu rakentuu tässä tutkimuksessa kolmesta lähtökohdasta, jotka ovat saavutettavuus, kohtaaminen ja vaikuttavuus (Pasonen 2015, 7). Nämä osatekijät on pu-rettu tutkimuslomakkeen kysymyksiksi (mt.), joihin on tutkimuksen edetessä pyydetty psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden henkilöiden ja heidän omaistensa arvioita. Palaan kyselylomakkeeseen vielä tutkimuksen tekemistä kuvaavassa jaksossa. Seuraavassa luonnehdin kuitenkin lyhyesti käyt-tämiäni sosiaalityön laadun osatekijöitä.

Saavutettavuudella viitataan tässä tutkimuksessa siihen, kuinka paljon, kuinka nopeasti ja kuinka helposti palvelu on asiakkaan saatavilla. Kyse on siis määrien ja aikojen lisäksi siitä, miten helposti lähestyttäväksi asiakas palvelun kokee (vrt. Wilding 1994, 59; Megivern ym. 2007). Sairaalan sosi-

aalityössä asiakas pyritään tarpeen ilmetessä tapaamaan mahdollisimman nopeasti. Aikatauluun voi vaikuttaa käsiteltävien asioiden arvioitu kiireellisyys tai käsiteltäviin asioihin liittyvät takarajat.⁴

Kohtaaminen on sosiaalityön keskeistä aluetta, ja siitä on hieman vaihtelevilla otsikoilla kirjoitettu paljon. Antti Särkelä (2011) näkee toivottavana, että asiakkaan ja työntekijän välistä suhdetta rakennetaan neljän tuen varaan. Kantava aloitus saadaan, jos työntekijä huomaa ja hyväksyy asiakkaan ilman vaatimuksia. Tällaisesta lähtökohdasta voidaan alkaa rakentaa toista suhteen tukipilaria – luottamusta hyvän tarkoittamiseen. Kolmantena tekijänä Särkelä tuo esiin välittämisen, joka voi merkitä myönteisen siteen rakentamista myös tunnetasolla. Hyvässä suhteessa avautuu tilaa vielä neljännelle osatekijälle – työntekijän eteenpäin vievälle vaativuudelle. Särkelän kuvaamissa suhteen vaiheissa on näkyvillä hyvän ja kunnioittavan kohtaamisen tärkeys. (Mt., 31–41.) Tätä kautta on perusteltua nähdä kohtaaminen sosiaalityön laadun yhtenä osatekijänä.

Merja Laitinen ja Tarja Kempainen (2010) puolestaan aloittavat arvokkaan kohtaamisen jäljittämisen hieman kauempaa ja kiinnittävät huomiota myös poliittis-taloudellisesti muodostuviin kohtaamisen puitteisiin. Kohtaamisen mahdollisuuteen vaikuttavat muun muassa yleinen ja organisaatiotasoinen asenne-, arvo- ja poliittinen ilmapiiri, resursointi, palvelujen järjestäminen ja markkinaistuminen ja sosiaalityöntekijöiden oivaltava ja rohkea kriittisyys. (Mt., 140–146, 149–152.) Siirryessään kohtaamisen tarkastelussa vuorovaikutuksen tasolle kirjoittajat (mt.) pitävät lähtökohtanaan Sarah Banksia (1995, 26–27) ja tämän ajatuksiin vaikuttanutta Felix Biestekiä. Hyvä kohtaaminen rakentuu tällöin osin samoille perustuksille kuin Särkelän kuvaama hyvä asiakassuhde. Kohtaamisessa tulisi välittyä työntekijän läsnäolo ja kiinnostus ihmiseen. Myös Laitinen ja Kempainen kirjoittavat työntekijän ja asiakkaan kohtaamisessa läsnä olevista tunteista. Vaikeassa tilanteessa asiakkaan täytyy saada elää kielteisetkin tunteensa. Samalla ihmisenä kohtaaminen vaatii myös työntekijältä tunteiden olemassaolon hyväksymistä. Edelleen kohtaamisen onnistumisessa tärkeää on ihmisen varaukseton hyväksyminen ja luottamuksen rakentaminen. Lisäksi kohtaamisella voi olla kantavia vaikutuksia vain, jos asiakkaan oma ääni ja päätökset pääsevät näkyviin. (Laitinen & Kempainen 2010, 153–172.)

Muutokseen tähtäävässä sosiaalityössä vaikuttavuus on olennainen kiinnostuksenkohde. Vaikuttavuuden ilmenemistä on tutkimuksissa tavoitettu monilla eri tasoilla ja termeillä. (Pohjola 2012a, 9 – 11.) Oman tutkimukseni kyselyä toteutettaessa vaikuttavuuden paikka on yksilön tasolla, ja tarkas-

⁴ Tieto perustuu psykiatrisessa laitoshoidossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden kanssa käymääni keskusteluun.

telun kohteena on yksilön tyytyväisyys (vrt. mt., 10–11). Tällöin voidaan puhua asiakasvaikuttavuudesta. Organisatoristen ja yhteiskunnallisten kiinnikkeidensä vuoksi sosiaalityön vaikuttavuus on kuitenkin aina myös yksilötasoa laajempi kysymys. (Pohjola 2012b, 23, 25.) Omassa tutkimuksessani tämä näkyy siten, että sosiaalityön laatukselyn mahdollisuutta ja merkitystä tarkastellaan yksilöä laajemmassa kulmassa.

Sisällöllisessä mielessä vaikuttavuus rakentuu tässä tutkimuksessa sosiaalityöstä käsin. Tarkastelen sosiaalityön vaikuttavuutta Särkelän (2011) analysoiman sosiaalityön auttamistehtävän kautta. Auttamiseen kietoutuvat sosiaalityön haastattelun tarkoitukset, joita ovat tilannearvion tekeminen, asiakassuhteen rakentaminen ja auttaminen (mt., 65). Asiakasta tavatessaan sosiaalityöntekijä pyrkii siis ensinnäkin yhdessä asiakkaan kanssa luomaan kuvan tämän tilanteesta ja tavoitteista (mt., 66–67). Tässä kohdassa näkemysten mahdollista erilaisuutta ei tulisi pelätä, sillä hyvässä keskustelussa tätä kautta voi avautua uusia näkökulmia (mt. 67; myös Arnkil & Eriksson 1995, 151–152). Toiseksi sosiaalityöntekijä luo työskentelyedellytyksiä rakentamalla ja vahvistamalla yhteistyösuhdetta asiakkaaseen. Tähän liittyy myös ajatus asiakkaan oman toimijuuden perustavasta rakentamisesta, mikä merkitsee asiakkaan toimijuuden luomista ja tukemista jo tapaamistilanteessa. Toisin sanoin asiakkaan toimijuus ei Särkelän mukaan ala tapaamisen päätyttyä, vaan sitä luodaan jo itse tapaamisen aikana ja sen avulla. Kolmanneksi sosiaalityöntekijän tehtävänä on auttaa asiakasta eteenpäin, mikä tapahtuu yhteisessä keskustelussa uusia näköaloja ja vaihtoehtoja avaamalla. (Särkelä mt., 68–72, 76–79.)

4 SOSIAALITYÖN LAADUN TUTKIMINEN

Tässä aluvussa kerron tutkielmani tavoitteista, toteutuksesta ja niihin liittyvistä tutkimuksellisista valinnoista. Kuvaan kysymykset, joihin haluan vastata ja selvitän tapaa, jolla pyrin kysymyksiin vastaamaan. Luvun lopulla pohdin myös tutkimukseeni liittyviä eettisiä näkökulmia.

4.1 Tutkimuskysymykset ja tutkimukselliset valinnat

Tutkimuksessani olen kiinnostunut aikuisten psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laadusta. Tukeudun määritelmään, jonka mukaan laatu rakentuu saatavuudesta, kohtaamisesta ja vaikuttavuudesta (Pasonen 2015). Kaikkiaan etsin vastausta kysymykseen: *Toteutuuko psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laatu potilaiden arvioiden mukaan?* Kysymys on laaja, eikä kokonaisuus ole riittävän tarkasti kerralla tavoitettavissa. Tehtävän helpottamiseksi olen jakanut pääkysymyksen sosiaalityön laadun määritelmää myötäileviin alakysymyksiin:

1. *Onko aikuispsykiatrisessa laitoshoidossa tarjolla sosiaalityötä siten, että potilaat tavoittavat palvelun?*
2. *Millaiseksi aikuispsykiatrisessa laitoshoidossa olevan potilaan ja sosiaalityöntekijän kohtaaminen muodostuu?*
3. *Onko aikuispsykiatrisessa laitoshoidossa tehtävällä sosiaalityöllä vaikutusta potilaan tilanteeseen?*

Tutkimukseni alkuperäisenä ajatuksena oli vastata näihin kysymyksiin myös psykiatrisessa laitoshoidossa olevien henkilöiden omaisten näkökulmasta. Tarkoitukseni oli siis kuljettaa potilaiden ja omaisten näkemyksiä tasavertaisesti läpi koko tutkimuksen. Omaisvastaajien määrä jäi kuitenkin niin vähäiseksi, ettei kattava vastaaminen heidän osaltaan ole mahdollista. Sen sijaan koostin omaisten vastausten pohjalta kuvailevan tiivistelmän, jonka esitän tulosluvussa. Aineiston kokoamisen kuvauksen ja aineiston arvioinnin teen kuitenkin kattavasti myös omaisten osalta.

Vastausten etsimisessä minulla on ollut käytössä psykiatrisessa laitoshoidossa oleville henkilöille ja heidän omaisilleen suunnatut strukturoidut kyselylomakkeet, jotka on opintoihin liittyvänä työnä laatinut sosiaalityön opiskelija Anna Pasonen (Pasonen 2015). Lomakkeet ovat kokonaisuudessaan tämän tutkimuksen liitteinä (LIITTEET 1 ja 2). Kerron tässä kuitenkin keskeisimmistä muuttujista.

Taustatietoina lomakkeissa kysytään vastaajan sukupuolta, ikää ja hoitojakson – tai omaisten tapauksessa – läheisen hoitojakson pituutta. Näihin kysymyksiin on annettu luokitellut vastausvaihtoehdot. Luokittelua voi perustella tunnistamattomuuden turvaamisella ja hoitojakson pituuden kohdalla myös vastaamisen helpottumisella.

Tämän jälkeen kyselylomakkeet on rakennettu ja väliotsikoitu laadun osatekijöiden (Pasonen 2015) mukaan. Mikäli vastaaja on tavannut sairaalan sosiaalityöntekijän, lomakkeessa on saatavuuden osalta potilaalle yhdeksän ja omaiselle kymmenen kysymystä. Nämä käsittelevät muun muassa vastaajan tietoa sairaalan sosiaalityöpalvelusta, sosiaalityöntekijän tapaamisen järjestymiseen liittyntä odotusaikaa, tapaamisten määrää ja syytä. Lisäksi potilailta kysytään tapaamiseen liittyvää aloitteentekijää ja omaisilta, millaisessa yhteydessä he ovat tavanneet sairaalan sosiaalityöntekijää ja miten he tavoittivat sosiaalityöntekijän. Kaikkiin näihin kysymyksiin vastataan valitsemalla parhaiten sopiva vaihtoehto tai tapaamisen syyn kohdalla kaksi tärkeintä syytä. Näiden saatavuutta konkreettisesti käsittelevien kysymysten ohella lomakkeissa kysytään myöhemmin, kuinka helposti tai vaikeasti lähestyttäviä sairaalan sosiaalityöntekijän palvelut vastaajan mielestä ovat (potilaille kysymys 15; omaisille kysymys 16). Vastaukset pyydetään antamaan asteikolla 1–5. Tällä kysymyksellä pyrin saamaan näkyviin palveluun liittyvän ilmapiirin ulottuvuutta (Wildingin 1994; Megivern ym. 2007).

Sosiaalityöntekijän ja asiakkaan tai omaisen kohtaamista kartoittaa kysymyspatteri, jossa vastaajaa pyydetään arvioimaan sosiaalityöntekijältä saamaansa palvelua seitsemän eri ulottuvuuden avulla. Tämän lisäksi kysytään kokemusta siitä, kuunteliko ja ymmärsikö sosiaalityöntekijä vastaajaa. Näihin kysymyksiin vastaukset annetaan asteikolla 1–5.

Vastaajan näkemystä sairaalan sosiaalityön vaikuttavuudesta selvitetään seitsemällä kysymyksellä, jotka ovat potilaille ja omaisille joiltakin osin erilaiset. Vastaajilta kysytään, saivatko he apua asioiden eteenpäin viemiseksi ja saivatko he psyykkistä tukea. Omaisia pyydetään arvioimaan näitä kysymyksiä sekä potilaana olevan läheisen näkökulmasta että omaisen omasta näkökulmasta. Edelleen vastaajia pyydetään arvioimaan oliko sosiaalityöntekijällä samanlainen vai erilainen käsitys potilaana olevan henkilön avuntarpeesta. Lisäksi vastaajat saavat ottaa kantaa kysymyksiin, onko potilaana olevan henkilön elämäntilanne muuttunut sairaalajakson aikana, ja oliko sairaalan sosiaalityöntekijällä mahdollisessa muutoksessa merkitystä. Potilasvastaajilta kysytään vielä onko hän itse pystynyt vaikuttamaan asioidensa hoitamiseen yhdessä sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa, ja oliko sosiaali-

työntekijän tapaamisessa mukana muita henkilöitä. Viimeistä kysymystä lukuun ottamatta kysymyksiin vastataan asteikolla 1–5.

Lomakkeiden viimeisenä strukturoituna kysymyksenä vastaajia pyydetään arvioimaan sairaalan sosiaalityötä kokonaisuudessaan kouluarviointiasteikolla 4–10. Lomakkeessa on vain yksi avokysymys, jossa vastaajan on mahdollista antaa vapaamuotoista palautetta. Kaikkiaan kysymykset ovat siis pääsääntöisesti samoja sekä potilaille että heidän omaisilleen. Kuitenkin siten, että omaiset vastaavat omaisen näkökulmasta.

Kyselyyn on mahdollista osallistua, vaikka ei olisi hoitojakson tai omaisen hoitojakson aikana tavannut tai muutoinkaan ollut yhteydessä sairaalan sosiaalityöntekijään. Tällöin lomake ohjaa vastaajaa täyttämään vain ensimmäisen sivun, jossa taustakysymysten lisäksi kysytään, onko vastaajalla tietoa, millaista apua sairaalan sosiaalityöntekijältä on mahdollista saada. Lisäksi kysytään, miksi vastaaja ei ole tavannut sairaalan sosiaalityöntekijää.

Kyselylomakkeiden avulla saatujen vastausten ja asettamieni tutkimuskysymysten perusteella pyrin kuvaamaan psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laatua ja nostamaan esiin siihen liittyviä tärkeitä näkökulmia. Valitsemaani tutkimusstrategiaa voi siten kutsua kvantitatiiviseksi survey-tutkimukseksi. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 134–135.)

Lomakkeiden avulla saatuun tietoon on Arto Selkälän (2008) mukaan mahdollista suhtautua monella tavalla. Itse omaksun piirteitä niin kutsutusta teoreettisesta lähestymistavasta, jossa otetaan etäisyyttä puhtaaseen kausaaliajatteluun. Tutkija ei tällöin näe lomakeaineistoa todellisuuden kuvana, vaan tilannesidonnaisesti aikaansaatusena. Omaan tutkimukseeni sovellettuna tämä merkitsee, että kuva sosiaalityön laadusta rakentuu lukuisten tulkintojen kautta. Päätelmiä tehdessään teoreettinen tutkija kyseenalaistaa pelkistettyjä syy-seuraussuhteita ja asettuu sen sijaan pohtimaan, millaiseen laajempaan kontekstiin aineistossa havaitut yhteydet on mahdollista asettaa. Myös tältä osin otan ohjeeksi teoreettisen lähestymistavan. Selkeiden syiden ja seurausten asemesta pyrin tarkastelemaan aineistossa havaitsemiani yhteyksiä moniulotteisemmin. (Mt., 224–226.)

4.2 Aineiston kokoamisen valmistelu ja kyselyjen toteutus

Vaikka tutkimuksen kyselyaineisto viimekädessä kerättiin potilaiden osalta yhdessä päivässä ja omaisten osalta reilun viikon aikana, vaati aineiston kokoamisen valmistelu pitkän ajan. Kaikkiaan työ alkoi tietysti jo silloin, kun Anna Pasonen laati tässä tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeet lukuvuonna 2014–2015. Oman osuuteni aloitin keväällä 2015, jolloin Satakunnan sairaanhoitopiirin johtava sosiaalityöntekijä kertoi, että heillä olisi tarve sosiaalityön laatua koskevan kyselyn toteuttamiselle. Sovimme, että keskustelen Anna Pasosen kanssa mahdollisuudesta käyttää hänen laatimiinsa lomakkeita kyselyn toteuttamiseksi ja samalla oman tutkielmani aineiston keräämiseksi. Hyväksyitin tällaisen lähtökohdan myös sosiaalityön professori Ilmari Rostilalla. Kaikkiaan osapuolet suhtautuvat myönteisesti lomakkeiden käyttöön ja pitivät hyvänä ajatusta, että kysely saadaan viettyä loppuun.

Anna Pasonen on laatinut kyselylomakkeet huolellisen pohjatyön perustalta. Valitut sairaalan sosiaalityön laadun osatekijät on purettu täsmällisiksi ja arjen tavoittaviksi kysymyksiksi. Lomakkeiden pohjalta oli hyvä alkaa suunnitella tutkimuksen ja aineistonkeruun toteutusta. Lomakkeiden tarkka käyttöhetki ei ollut tähän asti ollut kenenkään tiedossa, joten jonkin verran tein niihin h-hetken viimeistelyjä. Kokonaan uusia kysymyksiä lisäsin kaksi (kysymykset 15 ja 23 potilaiden lomakkeessa ja kysymykset 16 ja 24 omaisten lomakkeessa). Lisäsin lomakkeisiin myös väliotsikot.

Kyselyn toteuttamista varten hain tutkimusluvan Satakunnan sairaanhoitopiirin Hoitotyön kehittämisryhmältä. Kehittämisryhmän pyynnöstä hain tutkimussuunnitelmaa koskevan lausunnon myös Satakorkean eettiseltä toimikunnalta. Lisäksi osallistuin sosiaalityöntekijöiden kokoukseen, jossa keskustelimme kyselyn käytännön toteutuksesta. Tämä ja myös muu yhteinen suunnittelu oli erittäin tärkeää, koska sosiaalityöntekijöillä on vahva tuntuma ja ymmärrys sairaalan arjesta.

Kyselyt toteutettiin joulukuussa 2015. En ollut itse tutkijana paikalla kyselyjen toteutushetkellä, vaan tämä osuus jäi osastojen henkilökunnan tehtäväksi. Olin kuitenkin laatinut osastojen henkilökunnalle saatekirjeen, jossa kyselyjen toteutussuunnitelma kuvattiin melko tarkasti. Toivoin, että henkilökunta jakaa kyselylomakkeita osallistujille ja varmistaa jokaiselle rauhallisen hetken päättää kyselyyn osallistumisesta ja edelleen yksityisyyden säilyttävän hetken mahdolliseen kyselyn täyttämiseen (vrt. Kuula 2006, 108). Pyysin henkilökuntaa ohjeistamaan vastaajia niin, että he palauttavat täytetyn lomakkeen suljetussa kuoressa osaston henkilökunnalle. Suljetut kuoret toimitettiin johtavalle sosiaalityöntekijälle ja edelleen minulle tulosten kokoamista varten.

Vastaajille suunnatussa saatekirjeessä huomioin Arja Kuulan (2006) osallistujille annettavia tietoja koskevan ohjeistuksen. Siten kerroin kirjeessä muun muassa tutkielman tarkoituksen, kerättävien tietojen käyttösuunnitelman, vastaamisohjeen, keitä tutkimukseen pyydetään mukaan sekä tutkijan ja sairaalan edustajan yhteystiedot. (Mt., 121.) Koska aineisto kerättiin sairaalaolosuhteissa, toin kirjeessä selkeästi esiin vastaamisen vapaaehtoisuuden (mt., 108). Tällaisten keskeisten tietojen antamisella pyritään siihen, että jokainen voi tehdä oman, osallistumista koskevan päätöksen (mt., 104).

Kyselyjen toteuttamisen jälkeen keskustelin johtavan sosiaalityöntekijän kanssa aineistonkeruun sujumisesta. Tietoon ei ollut tullut ongelmia, joten oletan, että ainakin pääpiirteissään kaikki sujui suunnitelman mukaisesti.

4.3 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkielmani vaatii eettisten näkökulmien pohdintaa ja niihin liittyvää suunnittelua. Sensitiivisen teeman ohella eettisyyden huomiointia korostaa aineistonkeruupaikkana oleva sairaalaympäristö (Kuula 2006, 108). Olen pyrkinyt ottamaan nämä seikat huomioon koko tutkielmanteon matkan ajan.

Tutkimusaiheen arkaluontoisuudelle ei ole annettavissa tarkkoja määritelmiä, vaan se rakentuu lain-säädännöllisessä, kulttuurisessa ja tilannesidonnaisessa kontekstissa (Kuula 2006, 135–136). Viime kädessä mahdollinen arkaluontoisuus perustuu tutkittavan henkilökohtaisesti tekemään arvioon (Renzetti & Lee 1993, 4; Kuula mt., 136 muk.). Lähtökohtaisesti ajattelen, että psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön tutkimiseen sisältyy kulttuurisia tekijöitä, joiden perusteella aihetta on pidettävä arkaluontoisena.

Samalla yhteiskuntatieteiden tehtävänä voidaan kuitenkin pitää myös haastavassa asemassa olevien ihmisten tilanteita ja heille tarjottavia palveluja koskevan tiedon tuottamista. Siten on perusteltua, että myös sairaalassa tehtävän sosiaalityön laadusta ollaan kiinnostuneita ja että siihen kiinnitetään tutkimuksellista huomiota. (Kuula mt., 136.) Tutkielman aiheen valinta lähti liikkeelle sairaalan sosiaalityön parissa nousseesta toiveesta ja tarpeesta kartoittaa psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laatua. Ajatuksena on, että tätä kautta sosiaalityötä voidaan kehittää asiakkaiden

tarpeiden suuntaisesti. Toivon, että tutkimuksella on samalla mahdollista saada myös yleisempää tietoa siitä, millaiset asiat ovat tärkeitä sairaalan sosiaalityön onnistumisessa.

Yleisesti ottaen mahdollisia tutkimuksen eettisiä karikoita voi liittyä esimerkiksi tutkittavien itsemääräämisoikeuteen, vahingoittumattomuuteen tai yksityisyyden säilymiseen (Kuula 2006, 60). Pysin poistamaan ja vähentämään näitä riskejä noudattamalla tutkielman tekemisessä Tampereen yliopiston eettisiä periaatteita (Tay, *Eettiset periaatteet*).

Tutkijana en ollut paikalla aineistoa kerättyä. Tässä kohdassa eettisyyden toteutumiseen liittyvä tilannearvio jäi sairaalan henkilökunnan tehtäväksi. Pysin kuitenkin tukemaan eettisyyden toteutumista henkilökunnan saatekirjeen ja vastaajien saatekirjeen avulla. Henkilökunnan saatekirjeessä toin esiin kohteliaisuuden, vapaaehtoisuuden ja yksityisyyden turvaamisen tärkeyttä. Vastaajien saatekirjeessä puolestaan kuvasin tutkimusta osallistumista koskevan päätöksen tueksi. (Kuula 2006, 61–64, 104, 107–108).

Verrattain arkaluonteisen asian läpikäyminen kyselyyn vastaamisen yhteydessä saattaa olla henkisesti raskasta. Toisaalta kyselytutkimus jättää vastaajalle hyvin vapautta valita, haluaako vastata kaikkiin kysymyksiin (Kuula 2006, 108). Mahdollisen haitan riskin pienentämiseen liittyy myös se, että tutkimuksen raportoinnissa olen pyrkinyt osallistujia kunnioittavaan ilmaisuun (Kuula 2006, 206–207).

Kyselylomakkeessa ei kysytä suoria eikä myöskään varsinaisia epäsuoria tunnisteita (Tay, *Yksityisyys ja tietosuojat*). Tätä voi pitää yksityisyyden suojan kannalta hyvänä asiana. En siis missään vaiheessa ole säilyttänyt tai tallentanut kyselyvastauksia tunnisteellisinä. Tutkimuksen tulokset raportoin tilastollisin menetelmin, eikä yksittäisen henkilön tunnistaminen niistä ole mahdollista. Säilytysresurssien puuttuessa olen sitoutunut sovitun ajan kuluttua hävittämään aineiston.

4.4 Aineiston arviointi

Kyselyyn vastasi 46 potilasta ja kuusi omaista. Varsinaisia vastausprosentteja en ole voinut laskea, mutta kaikkiaan vastaajamäärä potilaidenkin osalta on melko pieni. Vastauksia saatiin nyt huomattavasti vähemmän kuin vuonna 1997 toteutetussa samankaltaisessa kyselyssä, jossa potilasvastaajia tavoitettiin 102 ja omaisvastaajia 60 (*Sosiaalityön laadun kehittäminen*, 20, 22).

Syitä vastausten melko vähäiseen määrään ja samalla vähäiseen määrään verrattuna aiempaan kyselyyn saattaa olla monia. Yleisesti ottaen eräs vastaajamäärään vaikuttava tekijä on kyselyn toteutus (vrt. Kuula 2006, 158). Tässä tutkimuksessa potilaiden vastaukset kerättiin yhden päivän aikana. Tällainen pysäytyskuva pitää sisällään paitsi potilaiden antamat arviot laadusta myös sen päivän tilanteen esimerkiksi potilasmäärän ja henkilökunnan työtilanteen osalta. On huomioitava myös se, etteivät ehkä kaikki osastolla oleet potilaat vointinsa puolesta jaksaneet vastata tarjottuun kyselyyn. Aiemmassa kyselyssä vastausmahdollisuutta tarjottiin pidemmän ajanjakson aikana aina kotiutuksen yhteydessä, ja vastauksia kerättiin kunnes niitä oli kultakin osastolta 20 (*Sosiaalityön laadun kehittäminen*, 20). Nyt kuitenkin arvioimme johtavan sosiaalityöntekijän kanssa, että tällainen keräystapa olisi kuormittanut henkilökuntaa melko pitkän ajan ja toisaalta että yhden päivän kuvaus antaa omalla tavallaan ainutlaatuista tietoa.

Omaisten vastausten saaminen oli ollut hankalaa myös vuonna 1997, jolloin ymmärtääkseni enin osa vastauksista hankittiin lopulta postikyselynä. Aluksi vastauksia oli kerätty kuten nytkin eli henkilökunta oli tarjonnut vastausmahdollisuutta osastolla vieraileville omaisille. Tällä tavalla aineiston kertyminen oli kuitenkin työkuormituksesta johtuen jäänyt pääosin toteutumatta. (*Sosiaalityön laadun kehittäminen*, 20.) On ymmärrettävää, ettei omaisten vastauksia ole osastotyön lomassa helppoa saada. Vierailijoiden käynneistä ei useinkaan ole etukäteen tietoa, joten tältä osin henkilökunnan olisi oltava jatkuvassa valmiudessa lomakkeiden jakoon. Syyt omaisten vastausten vähäisyyteen saattavat tälläkin kertaa liittyä osaltaan työn kiireisyyteen.

Omaisista ei myöskään välttämättä tavata kovin aktiivisesti, sillä vain osa omaisista on tiiviisti mukana läheisen hoidossa. Vuonna 2013 näin ollut joka kolmannen psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaan kohdalla, kun taas lähemmäs joka toisen kohdalla omaista ei ole sairaanhoidossa tavattu ollenkaan. (Rainio & Rätty 2015, 5.)

On kuitenkin hyvä pohtia myös muunlaisten syiden mahdollisuutta. Arkikokemuksenkin perusteella erilaisia kyselyjä tehdään paljon, myös esimerkiksi markkinoinnin tarpeisiin. Saattaa olla myös niin, että tieteellinen tieto on jossain määrin menettänyt arvoaltaansa ja muuttunut tiedoksi muunlaisen tiedon oheen. Esimerkkinä tästä on terveellisestä ruuasta käyty keskustelu, jossa kuulijoille tarjotaan rintarinnan yhtäältä tieteellisesti tuotettua tietoa ja toisaalta omaan kokemukseen ja asiaan perehtymisen kautta saatua tietoa. Sairaalan sosiaalityön asiakaspalautekysely ja pro gradu -tutkielman aineistonkeruu joutuvat siis kovaan kilpailuun tiedon keräämisen ja tuottamisen kentällä.

Pohdintaan tulee myös se, kuinka puhuttelevaksi vastaajat ovat kokeneet sairaalan sosiaalityön asiakaskyselyn (vrt. Kuula 2006, 158) tai kuinka mielekkääksi lomake saatekirjeineen on koettu. Sosiaalityö joutuu sairaalaympäristössä usein kamppailemaan ammatillisesta tilasta lääketieteen ja hoitotieteen puristuksessa (esim. Laine 2014). Tämä asetelma ja sosiaalityön luultavasti heikompi tunnettuus voivat myös heijastua potilaiden ja omaisten vastausmotivaatioon. Lomakkeen ja saatekirjeen laadinnassa pyrin selkeyteen ja rönsyilyn välttämiseen. Kertyneessä aineistossa ei juurikaan ole kesken jätettyjä lomakkeita, eikä mikään kysymyksistä erotu siten, että siihen olisi useassa tapauksessa jätetty vastaamatta. Tutkimukseen liittyvät paperitkaan eivät siten mielestäni tarjoa selkää syytä, jonka vuoksi kyselyyn olisi jätetty osallistumatta.

4.5 Aineiston analyysi

Kuvaan aineiston analysoinnin potilasaineiston näkökulmasta. Omaisaineiston tarkastelu jäi huomattavasti suppeammaksi. Soveltuvien osien olen kuitenkin toiminut vastaavalla tavalla myös omaisaineiston kanssa.

Aloitin analyysivaiheen tekemällä SPSS-tiedostoon (*Statistical Package for Social Sciences*) muuttujapohjan. Tämän jälkeen lisäsin tiedostoon kyselyssä saamani havainnot. Koska aineisto on pieni, havaintojen oikea kirjaaminen oli mahdollista tarkistaa käymällä lomakkeet vielä uudelleen läpi. Tarkastelin myös muuttujakohtaisia suoria jakaumia mahdollisten lyönti- ja ajatusvirheiden varalta. (Mamia 2005, 10–12.)

Tulosluvun aluksi kuvaan aineiston taustamuuttujien (sukupuoli, ikäryhmä, hoitojakson pituus) avulla. Tutkimuksen perusjoukon muodostavat Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa laitoshoidossa olevat potilaat. Tässä yhteydessä tarkastelen aineiston edustavuutta kuitenkin vain suhteessa valtakunnallisiin tietoihin (vrt. KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, *Kyselyaineiston dokumentointi ja raportointi*).

Kuvaan psykiatrisessa sairaalahoidossa tehtävän sosiaalityön käyttöä, saavutettavuutta, kohtaamista ja vaikuttavuutta kvantitatiivisen analyysin avulla. Pääsääntöisesti analyysi etenee siten, että aluksi kuvaan muuttujan jakauman. Tämän jälkeen analysoin, eroavatko taustamuuttujien mukaiset ryhmät kyseisen muuttujan suhteen (vrt. Taanila 2013a). Tätä kautta pyrin siis saamaan esiin, onko sosiaali-

työn saavutettavuus, kohtaaminen tai vaikuttavuus erilaista miehille ja naisille, eri-ikäisille tai eripituisen jakson sairaalassa olleille vastaajille. Viimekädessä tiettyyn vastaajajoukkoon pohjaavassa analyysissä on pyrkimyksenä tilastollisen päättelyn kautta arvioida, voidaanko havainnot yleistään vastaajajoukosta koko perusjoukkoon (KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, *Ristiintaulukointi*). Myös omassa tutkimuksessani pyrin testaamaan, voidaanko nyt saatujen vastausten perusteella sanoa jotain siitä, millaiseksi Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa laitoshoidossa olevat potilaat arvioivat osastoilla tehtävän sosiaalityön laadun. Analyysin edetessä esitän taulukoita sekä suorien jakaumien että taustamuuttujien mukaisten jakaumien havainnollistamiseksi. Kunkin alaluvun päätteeksi kokoan keskeiset havainnot.

Aineisto on pieni. Kaikkiaan potilasvastaajia on 46 ja vastaajien määrä putoaa vielä 34:een, kun sosiaalityön käytön tarkastelun jälkeen analyysissä ovat mukana vain sairaalan sosiaalityöntekijän hoitajaksonsa aikana tavanneet vastaajat. Osaltaan tämän vuoksi aineiston analysoinnissa on joitain rajoituksia.

Kategoristen muuttujien kohdalla tarkastelen ryhmien välisiä eroja ristiintaulukoimalla ja mahdollisuuksien mukaan testaan havaintojen tilastollista merkitsevyyttä χ^2 -testillä (KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, *Ristiintaulukointi*). χ^2 -testin käyttäminen edellyttää kuitenkin, että ristiintaulukoinnissa käytetyistä solukohtaisista odotetuista frekvensseistä korkeintaan 20 prosenttia saa olla alle 5. Lisäksi kaikkien odotettujen frekvenssien tulee olla yli 1. (Heikkilä 2014, 157.) Tässä aineistossa nämä vaatimukset täyttyvät melko harvoin. Tällöin kategoristen muuttujien osalta on pitäydettävä kuvailevaan analyysiin, jossa saadaan siis tietoa ainoastaan tähän kyselyyn osallistuneiden osalta (KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, *Tilastollinen päättely*).

Erityisesti sosiaalityön kohtaamista ja vaikuttavuutta tarkasteltaessa lomake sisältää kuitenkin välimatka-asteikollisia muuttujia. Tällöin ryhmien välisten erojen analysointimahdollisuudet laajenevat ristiintaulukoista ja χ^2 -testistä kahden vertailuryhmän tapauksessa Mann-Whitney U-testiin ja useamman vertailuryhmän tapauksissa Kruskal-Wallis-testiin (Taanila 2013a). Testit edellyttävä lisäksi otosten riippumattomuuta, joka toteutuu tässä aineistossa eri ryhmiä verrattaessa (Taanila 2013d). Näiden testien etuna on, että niitä voi tehdä pienessä aineistossa, vaikka ei tiedetä, onko muuttuja normaalijakautunut perusjoukossa (Taanila 2013a; 2013b; 2013c). Hyvän soveltuvuuden vuoksi käytän välimatka-asteikollisten muuttujien kohdalla ryhmien välisten erojen tilastollisessa testaamisessa Mann-Whitney U –testiä tai Kruskal-Wallis-testiä. Havaittujen erojen esiintuomiseksi esitän kuitenkin näissäkin tapauksissa ristiintaulukon. (Taanila 2013a.)

Havaittujen erojen tilastollisen merkitsevyyden hyväksyttynä rajana pidetään yleensä p-arvoa 0,05 siten, että tätä pienemmillä p-arvoilla ollaan valmiita yleistämään havainto perusjoukkoon (Heikkilä 2014, 135). Merkitsevyytaso 0,05 tarkoittaa siis 5 prosentin riskiä, että havainto ei olekaan voimassa tutkimuksen perusjoukossa (KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, *Hypoteesien testaus*). Tarja Heikkilä (mt., 136) kirjoittaa myös alle 0,1 merkitsevyytastosta, jolloin voidaan puhua ”*tilastollisesti suuntaa antavasta*” havainnosta. Koska kyseessä on vain yleiseen käytäntöön perustuvat rajat (KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, *Hypoteesien testaus*), nostan esille myös joitakin sellaisia tuloksia, joiden merkitsevyytaso on hieman suurempi kuin 0,05. Tästä syystä raportoin p-arvot kaikissa tapauksissa tarkasti desimaalilukuina (vrt. Heikkilä mt., 136).

Tulosten esittämiseen olen katsonut esimerkkiä muun muassa Menetelmätietovarannosta (KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto, *Numerotulosten esittäminen ja taulukkojen laatiminen*) ja Aki Taanilan (2014) laatimasta oppaasta ”*Aineiston esittäminen ja kuvailu*”.

5 SOSIAALITYÖN LAATU POTILAIEN ARVIOIMANA

Tässä luvussa kuvaan tutkimukseni aineiston ja tulokset. Tulosten esittelyssä noudatan sosiaalityön laadun osatekijöiden (Pasonen 2015) mukaista jäsenystä. Siten kuvattavaksi tulevat sosiaalityön saavutettavuus, kohtaaminen sosiaalityössä ja sosiaalityön vaikuttavuus. Päätän nämä alaluvut lyhyisiin yhteenvetoihin. Tulosluvun lopuksi esitän omaisten vastauksiin perustuvan kuvailevan tiivistelmän. Muilta osin tulokset perustuvat yksinomaan potilaiden vastauksiin.

5.1 Aineiston kuvaus

Tämän tutkimuksen potilasvastaajissa on tasaisesti miehiä (51 %; n=23) ja naisia (49 %; n=22). Jakauma vastaa tilannetta suomalaisessa psykiatrisessa vuodeosastohoidossa, jossa esimerkiksi vuonna 2013 hoidettiin yhtä usein miehiä ja naisia (Rainio & Rätty 2015, Liitetaulukko 1).

Potilasvastaajista kolmannes on iältään 20–29-vuotiaita (Taulukko 1). Kaksi muuta hieman suurempaa ikäryhmää ovat 30–39-vuotiaat ja toisaalta 60 vuotta täyttäneet. Kaikkiaan yli puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista on alle 40-vuotiaita.

Taulukko 1. Kyselyn osallistujat ikäryhmittäin

Ikäryhmä	n	%	Kumulatiivinen %
20–29-vuotiaat	15	33	33
30–39-vuotiaat	10	22	56
40–49-vuotiaat	5	11	67
50–59-vuotiaat	6	13	80
yli 60-vuotiaat	9	20	100
Yhteensä	45	100	

Keskimäärin miehet ja naiset tulevat psykiatriseen sairaalahoitoon eri-ikäisinä. Nuoret naiset (15–19-vuotiaat; pienemmällä erolla myös 20–24-vuotiaat) ja taas vanhemmat naiset (yli 60-vuotiaat) ovat useammin psykiatrisessa sairaalahoidossa vastaavan ikäisiin miehiin verrattuna. Näiden väliin jäävissä ikäluokissa miehet ovat psykiatrisessa sairaalahoidossa hieman useammin. (Rainio & Rätty 2015, 4).

Myös tämän tutkimuksen aineistossa ikäryhmät eroavat sen mukaan, kuinka paljon niissä on miehiä ja naisia (Taulukko 2). Ikäryhmien luokittelut eivät ole identtiset, mutta osittain tämän tutkimuksen ikäjakauma on samansuuntainen kuin edellä esitetty valtakunnallinen jakauma (Rainio & Rätty 2015, 4). Myös tässä tutkimuksessa 60 vuotta täyttäneiden ryhmässä naisia on enemmän kuin miehiä. Samalla 30–59-vuotiaissa vastaajissa miehiä on naisia enemmän. Tämän tutkimuksen nuorimmat vastaajat ovat 20–29-vuotiaita; heistä suurempi osuus on naisia. Valtakunnallisesti tarkasteltuna vastaavassa ikäryhmässä miehet ovat kuitenkin hieman naisia useammin psykiatrisessa laitoshoidossa (sama)⁵. Siten voi ajatella, että nuoren ikäryhmän naiset ovat olleet ikäisiään miehiä hieman aktiivisempia kyselyyn osallistujia.

Taulukko 2. Kyselyyn osallistuneet miehet ja naiset ikäryhmän mukaan (%)

	Ikäryhmä (vuosia)		
	20–29	30–59	60–
Mies	33	75	33
Nainen	67	25	67
Yhteensä	100	100	100
(n)	15	20	9

Psykiatristen hoitojaksojen valtakunnallisiin kestoihin verrattuna tämän tutkimuksen vastaajat raportoivat pitkään kestäneistä hoitojaksoista (vrt. Rainio & Rätty 2015, Liitetaulukko 3). Vuonna 2013 kaikista psykiatrian hoitojaksoista kolme neljäsosaa kesti alle 30 päivää (mt., 6). Tähän tutkimukseen osallistuneista henkilöistä vain 43 prosenttia kertoo hoitojaksonsa kestäneen tutkimushetkellä enintään kuukauden (Taulukko 3). Vastaajista reilun kolmanneksen hoitojakso on kestänyt yli kuukauden, mutta enintään puoli vuotta. Noin viidennes vastaajista kertoo yli puoli vuotta kestäneestä hoitojaksosta, kun vastaava osuus kaikista psykiatrian hoitojaksoista on huomattavasti tätä pienempi (vrt. Rainio & Rätty 2015, Liitetaulukko 3).

⁵ Tieto on tulkittu kuviosta, jossa on esitetty psykiatrisessa laitoshoidossa olevat miehet ja naiset ikäluokissa 20–24-vuotiaat ja 25–29-vuotiaat (Rainio & Rätty 2015, 4).

Taulukko 3. Hoitajaksojen kestot

Hoitajakso	n	%	Kumulatiivinen %
≤1 kk	18	43	43
>1 kk–6 kk	15	36	79
>6 kk	9	21	100
Yhteensä	42	100	

Kaikkiaan siis tämän tutkimuksen potilasvastaajien keskuudessa miesten ja naisten jakauma vastaa yleisempää psykiatrisessa laitoshoidossa olevien henkilöiden sukupuolijakaumaa. Myös ikäjakaumassa on samansuuntaisuutta. Hoitajaksojen osalta vastaajat kuitenkin kertovat pidemmistä jaksoista kuin mitä valtakunnallisten tilastojen perusteella voisi odottaa.

5.2 Sosiaalityön saavutettavuus

Tarkastelen aluksi sosiaalityöpalvelun käyttöä kaikkien vastaajien joukossa ja tämän jälkeen palvelua käyttäneiden arvioita sen saavutettavuudesta.

Sosiaalityöpalvelun käyttäminen

Kolme neljäsosaa vastaajista (74 %; n=34) kertoi tavanneensa sairaalan sosiaalityöntekijän hoitajaksonsa aikana. Kyselyyn saattoi kuitenkin osallistua, vaikkei olisi tätä palvelua käyttänyt (26 %; n=12). Tällä tavoin voidaan tarkastella, löytyykö palvelun käyttämättömyyden taustalta joitain yhteisiä tekijöitä. Mikäli vastaaja ei ollut tavannut sairaalan sosiaalityöntekijää, syyksi mainittiin useimmin (n=5), ettei tarvetta tapaamiseen ole ollut. Toisaalta syyt liittyivät myös tavoittamattomuuteen tai tilanteeseen turhautumiseen (n=6). Näissä tapauksissa vastaajat kertoivat muun muassa, etteivät ole tiedäneet mahdollisuudesta tavata sosiaalityöntekijää tai kuinka häneen saa yhteyden.

Aineisto antaa mahdollisuuden tarkastella sosiaalityöpalvelun käyttöä myös suhteessa sukupuoleen, ikäryhmään ja hoitajakson pituuteen (Taulukko 4). Kyselyyn vastanneet miehet ja naiset käyttävät palvelua yhtä usein. Tässä aineistossa psykiatrisella osastolla tehtävä sosiaalityö on käytön osalta myös kaikenikäisten palvelua. Sosiaalityöntekijää tapaavat niin nuoret kuin vanhemmatkin potilaat. Ainoastaan hienoinen ero on nähtävissä siten, että vanhemmassa ikäluokassa (50 vuotta täyttäneet) sosiaalityöntekijää on tavattu hieman harvemmassa tapauksessa kuin nuoremmissa ikäluokissa.

Tämä saattaa kuitenkin johtua 50 vuotta täyttäneiden hieman lyhyemmistä hoitjaksoista tässä aineistossa.

Odotetulla tavalla palvelun käyttö on tässä aineistossa voimakkaimmin liitoksissa juuri hoitjakson pituuteen (Taulukko 4). Palvelua käyttäneiden vastaajien osuus kasvaa hoitjakson kestäessä. Ensimmäisen kuuden päivän aikana sosiaalityöntekijää ei vielä tavattu, mutta pidemmällä jaksolla palvelun käyttö yleistyy siten, että yli kaksi viikkoa sairaalassa olleista jo valtaosa on tavannut sosiaalityöntekijän. Palvelun käyttöä koskevat havainnot on esitetty tässä kuvaamaan tämän tutkimuksen aineistoa, eikä niitä voida yleistää vastaajajoukon ulkopuolelle.

Taulukko 4. Sosiaalityöpalvelun käyttäminen sukupuolen, ikäryhmän ja hoitjakson pituuden mukaan (%)

	Sukupuoli		Ikäryhmä (vuosia)			Hoitjakson kesto			
	Mies	Nainen	<30	30–49	≥50	<1 vk	1–2 vk	>2vk–1 kk	> 1 kk
Ei ole tavannut sosiaalityöntekijää	26	27	20	20	33	100	80	14	4
On tavannut sosiaalityöntekijän	74	73	80	80	67	0	20	86	96
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(n)	23	22	15	15	15	6	5	7	24
	(n=45; p=0,928)		(n=45; χ^2 -testin edellytykset eivät täyty)			(n=42; χ^2 -testin edellytykset eivät täyty)			

Sosiaalityöntekijän tarjoamien palvelujen tunnettuus ei ole täysin kattavaa. Reilusti puolet (54 %; n=25) vastanneista arvioi tietävänsä, millaista apua sairaalan sosiaalityöntekijältä voi saada. Toinen puoli vastaajista arvioi, ettei heillä ole tätä tietoa (17 %; n=8) tai että tietoa ei ole riittävästi (28 %; n=13).

Tässä aineistossa naiset arvioivat hieman miehiä useammin, etteivät tunne palvelua ainakaan riittävästi (Taulukko 5). Eroa ei kuitenkaan voida luotettavasti yleistää vastaajajoukon ulkopuolelle. Näyttäisi siltä, että vanhemmat vastaajat (yli 60-vuotiaat) kokevat tuntevansa sairaalan sosiaalityöntekijän palveluja huonommin kuin nuoret vastaajat. Yli 60-vuotiasita vastaajista 78 prosenttia kertoo, ettei tunne palvelua tai ei tunne sitä riittävästi. Vastaava osuus nuoremmilla jää korkeimmillaan 40 prosenttiin. Parhaiten palvelua tunnetaan keskimmaisessä ikäryhmässä. Nämäkään erot eivät kuitenkaan ole kovin luotettavasti yleistettävissä vastaajia laajempaan joukkoon (p=0,074).

Taulukko 5. Tieto sosiaalityöpalvelun sisällöstä sukupuolen, iän ja hoitojakson pituuden mukaan (%)

	Sukupuoli		Ikäryhmä (vuosia)			Hoitojakson kesto		
	Mies	Nainen	<30	30–59	≥60	–2 vk	>2 vk–2kk	>2 kk
On tietoa	65	41	60	67	22	18	75	63
Ei ole tietoa tai ei ole riittävästi tietoa	35	59	40	33	78	82	25	37
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100
(n)	23	22	15	21	9	11	12	19
	(n=45; p=0,102)		(n=45; p=0,074)			(n=42; p=0,015)*		

Tieto sosiaalityöpalvelun sisällöstä näyttää lisääntyvän hoitojakson jatkuessa yli kaksi viikkoa (Taulukko 5). Noin joka viides korkeintaan kaksi viikkoa sairaalassa ollut vastaaja arvioi, että hänellä on tiedossa, millaista apua sairaalan sosiaalityöntekijältä voi saada. Näiden vastausten osuus nousee 75 prosenttiin, kun hoitojakso on kestänyt yli kaksi viikkoa, mutta korkeintaan kaksi kuukautta. Tieto palvelun sisällöstä vähenee jonkin verran tätä pidemmissä hoitojaksoissa. Yli kaksi kuukautta sairaalassa olleista enää 63 prosenttia kertoo tietävänsä, millaista apua sairaalan sosiaalityöntekijältä voi saada. Hoitojakson pituuden ja sosiaalityöpalvelun sisältöä koskevan tietoisuuden välistä yhteyttä voidaan pitää tilastollisesti merkitsevänä ($p=0,015$). Tarkempi analyysi osoittaa, että pitkien hoitojaksojen aikana ei niinkään koeta, että tietoa ei ole (5 %; $n=1$), vaan että sitä ei ole riittävästi (32 %; $n=6$). Tätä tarkennettua tietoa ei voi luotettavasti tilastollisesti yleistää.

Yhteenveto. Tämän tutkimuksen vastaajien raportoimana psykiatrian osastohoidon sosiaalityö näyttäytyy tasa-arvoisena palveluna, jota hoitojakson kestäessä käytetään kattavasti sukupuoleen tai ikään katsomatta. Toisaalta on muistettava, että osalla sosiaalityöntekijää tapaamattomista vastaajista ei itsellään ollut palvelun piiriin pääsyyn tarvittavia tietoja. Kaikki eivät myöskään koe tuntevan sa palvelun sisältöä tai eivät tunne sitä tarpeeksi hyvin. Näin vastaavien osuus on suuri aivan hoitojakson alussa ja pienentymisen jälkeen se näyttää taas jonkin verran kasvavan hoitojakson kestäessä yli kaksi kuukautta. Tässä aineistossa myös 60 vuotta täyttäneet vastaajat kertovat verrattain usein, ettei heillä ole ainakaan tarpeeksi tietoa palvelun sisällöstä. Palvelun käyttöön liittyvistä havainnoista palvelun sisältöä koskevan tiedon ja hoitojakson pituuden välinen yhteys on kuitenkin ainoa, jota voidaan totuttujen rajojen puitteissa (Heikkilä 2014, 135) varovaisesti pitää tilastollisesti merkitsevänä.

Sosiaalityöpalvelun saavutettavuus käyttäjien arvioimana

Tästä alaluvusta alkaen analyysissä ovat mukana vain ne vastaajat (74 %; n=34), jotka ovat hoitojaksonsa aikana tavanneet sairaalan sosiaalityöntekijän.

Sairaalan sosiaalityöntekijää tavataan useimmin hoitohenkilökunnan ehdotuksesta (55 %; n=18) tai sosiaalityöntekijän yhteydenoton jälkeen (27 %; n=9). Hieman vajaa viidennes (18 %; n=6) vastanesta kertoo itse toivoneensa tapaamista tai että läheinen on ehdottanut sitä. Sosiaalityöntekijän tapaamiseen liittyvän aloitteen tekemisen ja sukupuolen tai iän välisen yhteyden tilastollista merkittävyyttä ei pysty tässä aineistossa testaamaan, koska χ^2 -testin edellytykset eivät täyty. Nyt vastanesten joukossa aloitteen tekemisessä ei voi juuri tulkita eroa sukupuolen tai iän mukaan. Suuremmalla vastaajajoukolla olisi kuitenkin kiinnostavaa tarkastella, säilyykö tässä aineistossa ainoastaan hienoisena näkyvä ero siten, että nuoret (alle 30-vuotiaat) ja vastaavasti vanhemmat (yli 50-vuotiaat) saattavat olla keskimmäiseen ikäryhmään verrattuna jonkin verran aktiivisempia itse tai omaisen tukemana ehdottamaan sosiaalityöntekijän tapaamista.

Sairaalan sosiaalityöpalvelun saatavuuteen ei liity erityistä aikarajaa. Yli puolet raportoi tapaamisen järjestyneen viimeistään kahden päivän kuluttua tarpeen ilmenemisestä (Taulukko 6). Melkein kaikkia pystyttiin palvelemaan viikon sisällä tarpeen ilmenemisestä. Palvelunopeuteen ollaan myös tyytyväisiä, sillä valtaosa (91 %; n=29) kaikista kantaa ottaneista katsoo päässeensä palvelun piiriin riittävän nopeasti. Palvelunopeuteen tyytymättömät vastaajat (9 %; n=3) olivat joutuneet odottamaan sosiaalityöntekijän tapaamista vähintään viikon.

Taulukko 6. Sairaalan sosiaalityöntekijän tapaamisten järjestymisnopeus

Tapaamisen järjestymiseen kulunut aika	n	%	Kumulatiivinen %
Viimeistään 2 päivän kuluttua	17	53	53
3–6 päivän kuluessa	11	34	88
Viikon kuluttua	1	3	91
Yli viikon kuluttua	3	9	100
Yhteensä	32	100	

Puolet (50 %; n=17) vastaajista on hoitojaksonsa aikana tavannut sairaalan sosiaalityöntekijän yhdestä kahteen kertaan. Viidenneksellä (21 %; n=7) vastaajista tapaamiskertoja on 3–4, ja lopulla

kolmanneksella (29 %; n=10) viisi tai enemmän. Tapaamiskertojen määriin ollaan tyytyväisiä, sillä 88 prosenttia (n= 30) vastaajista katsoo tapaamisia olleen sopivasti. Tapaamismääriin tyytymättömiä (12 %; n=4) ei näytä tässä aineistossa yhdistävän esimerkiksi tapaamiskertojen määrä suhteessa hoitojakson pituuteen.

Tämän tutkimuksen vastaajissa miehet ja naiset eivät eroa sen mukaan, kuinka monta kertaa he ovat tavanneet sairaalan sosiaalityöntekijän. Odotetusti aineistossa tapaamiskertoja on enemmän pidemmän jakson sairaalassa olleilla. Havaittua eroa ei voi kuitenkaan yleistää perusjoukkoon, koska hoitojakson keston luokitukselta riippuen χ^2 -testi antaa tilastollisesti merkitsemättömän tuloksen tai testausta ei voi luotettavasti tehdä ollenkaan. Myöskään ikäryhmien välillä ei ole tapaamiskertoihin liittyvää tilastollisesti merkitsevää eroa. Suuremmalla vastaajajoukolla olisi kuitenkin kiinnostavaa tarkastella, säilyykö tässä aineistossa häviävän pienenä näkyvä ero siten, että nuorimmassa ikäluokassa (alle 30-vuotiaat) sairaalan sosiaalityöntekijää on tavattu useampia kertoja ja vanhimmassa ikäluokassa (yli 50-vuotiaat) kaikkein vähiten. Edelleen tulisi tarkastella, selittyisikö mahdollinen ero hoitojakson pituudella.

Vastaajia pyydettiin valitsemaan valmiista listasta kaksi⁶ tärkeimpänä pitämäänsä syytä tavata sairaalan sosiaalityöntekijä. Potilaille asiakastyö näyttäytyy siten, että tärkeimpinä pidetyt syyt keskittyvät raha-asioiden, Kela-asioiden ja asuntoasioiden hoitoon (Taulukko 7).

Taulukko 7. Useimmin mainitut syyt sairaalan sosiaalityöntekijän tapaamiseen

Tapaamisen syy	Mainintoja	Osuus maininnoista (%)
Raha-asiat	23	37
Kelan kanssa asiointi	14	22
Asuntoasiat	11	17
Tuen saaminen kotiin	4	6
Muut syyt yhteensä	11	
Mainintoja yhteensä	63	

⁶ Osa vastaajista oli rastittanut useamman kuin kaksi syytä. Olen tässä huomioinut kaikki rastitukset.

Suurelta osin kyselyyn osallistujat pitävät psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävää sosiaalityötä helposti lähestyttävänä (Taulukko 8). Vastaajista 44 prosenttia arvioi sairaalan sosiaalityöntekijän palveluiden olevan helposti lähestyttäviä, ja arviot painottuvat muutoinkin kahteen ylimpään luokkaan.

Taulukko 8. Arviot sairaalan sosiaalityöpalvelun lähestyttävyydestä

	Palveluiden lähestyttävyys		
	n	%	kumulatiivinen %
5=Helposti lähestyttävä	15	44	44
4	11	32	77
3	4	12	88
2 tai 1=Vaikeasti lähestyttävä	4	12	100
Yhteensä	34	100	

Miehet ja naiset samoin kuin lyhyen tai pitemmän ajan sairaalajaksolla olleet kokevat sosiaalityön yhtä helposti lähestyttävänä. Ryhmien välisiä eroja ei ole tulkittavissa ristiintaulukoista. Myös riippumattomien otosten tilastollisen merkitsevyyden testit, Mann-Whitney U ja Kruskal-Wallis, antavat korkeat p-arvot. Näyttäisi, että tässä aineistossa nuoret (alle 30-vuotiaat) arvioivat sosiaalityön helposti lähestyttäväksi (arvot 4–5) muita ikäryhmiä useammin (Taulukko 9). Kruskal-Wallis-testi antaa kuitenkin ryhmien väliselle erolle merkitsevyydeltään 0,067, joten ikäryhmien välistä eroa ei voida kovin luotettavasti yleistää nyt vastanneita suurempaan joukkoon.

Taulukko 9. Sosiaalityöpalvelun lähestyttävyys ikäryhmän mukaan (%)

	Ikäryhmä (vuosia)		
	<30	30–59	≥60
Vaikeasti lähestyttävä	0	38	33
Helposti lähestyttävä	100	63	67
Yhteensä	100	100	100
(n)	12	16	6

(n=34; χ^2 -testin edellytykset eivät täyty)

Yhteenveto. Kaikkiaan näyttäisi, että sairaalan sosiaalityöpalvelua käyttäneet vastaajat ovat suureksi osaksi tyytyväisiä palvelun saavutettavuuteen, kun sitä mitataan palvelunopeudella ja palveluker-

tojen määrällä. Myös palvelun lähestyttävyyttä arvioidaan useimmin hyväksi. Kuitenkin siten, että samalla, kun tässä aineistossa nuoret arvioivat lähestyttävyyttä myönteisesti, vanhemmissa ikäluokissa 33–38 prosenttia vastanneista ei koe sairaalan sosiaalityöpalvelua erityisen helpoksi lähestyä. Palvelunkäytön aloite tapahtuu useimmin henkilökunnan toimesta, ja palvelu näyttäytyy keskeisimmin raha-, Kela- ja asuntoasioiden hoitamisenä. Sosiaalityön saavutettavuutta tarkastelevilla mittareilla ei ollut tässä aineistossa havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolen, iän tai hoitojakson keston mukaan, vaikka joitain viitteitä onkin, että nuori ikä madaltaa palvelun lähestyttävyyden kynnyksiä.

5.3 Kohtaaminen sosiaalityössä

Lomakkeessa pyydettiin arvioimaan sosiaalityöntekijältä saatua palvelua seitsemällä eri ulottuvuudella, joista neljä kuvaa palvelun ystävällisyyttä, asiallisuutta, kiireettömyyttä ja empaattisuutta. Suurelta osin vastaajat ovat tyytyväisiä näihin palvelun osa-alueisiin (Taulukko 10).

Taulukko 10. Arviot sosiaalityöntekijän palvelun ystävällisyydestä, asiallisuudesta, kiireettömyydestä ja empaattisuudesta

Numeroarvio ja annettu tulkinta ⁷	Ystävällisyys		Asiallisuus		Kiireettömyys		Empaattisuus	
	%	Kum.%	%	Kum.%	%	Kum.%	%	Kum.%
5 (erittäin tyytyväinen)	61	61	62	62	49	49	41	41
4 (tyytyväinen)	18	79	18	79	15	64	34	75
3 (ei kumpaakaan)	18	97	18	97	24	88	13	88
2 (tyytymätön) tai 1 (erittäin tyytymätön)	3	100	3	100	12	100	12	100
Yhteensä	100		100		100		100	
n	33		34		33		32	

Vastaajista 61 prosenttia arvioi palvelun ystävälliseksi arvioiden painottuessa kahteen ylimpään luokkaan (Taulukko 10). Osuudet toistuvat lähes identtisinä arvioitaessa palvelun asiallisuutta. Siten

⁷ Kutakin ulottuvuutta pyydettiin lomakkeessa arvioimaan asteikolla 1–5. Esimerkiksi ystävällisyyden kohdalla vastausvaihtoehdot olivat 1=Epäystävällistä...2...3...4...5=Ystävällistä. Koska sanallistaminen on lomakkeessa jokaisen muuttujan kohdalla erilainen, olen tätä taulukkoa varten tulkinnut asteikon sarakkeessa näkyvällä tavalla (1=erittäin tyytymätön jne.).

voidaan edelleen todeta, että näiden ulottuvuuksien osalta noin viidennes vastaajista ei ole kokenut palvelua erityisen laadukkaaksi. Noin puolet vastaajista arvioi saaneensa kiireetöntä palvelua, ja enemmistö vastauksista painottuu tässäkin kahteen ylimpään luokkaan. Reilu kolmannes vastaajista ei pidä palvelua erityisen kiireettömänä tai katsoo sen olevan ainakin jossain määrin hätäistä. Palvelua pitää empaattisena 41 prosenttia vastaajista, ja kolme neljästä vastauksesta on kahdessa ylimässä luokassa. Näin ollen joka neljäs vastaaja arvioi, että palvelu ei ole erityisen empaattista tai että se on ainakin jossain määrin välinpitämätöntä.

Muodostin Taulukon 10 ulottuvuuksista summamuuttujan (asteikko 1–5; $\alpha=0,815$) kuvaamaan sosiaalityöntekijän ja asiakkaan kohtaamisen ilmapiiriä. Näyttäisi, että kyselyyn osallistuneet miehet ja naiset tai eri-ikäiset vastaajat eivät eroa sen mukaan, millaiseksi he kokevat sosiaalityön kohtaamisen ilmapiirin. Ryhmien välisiä eroja ei ole tulkittavissa ristiintaulukoista. Myös Mann-Whitney U – ja Kruskal-Wallis-testit osoittavat korkeita p-arvoja. Hoitojakson pituus näyttää kuitenkin olevan yhteydessä siihen, millaiseksi kohtaamisen ilmapiiri koetaan (Taulukko 11). Alle kaksi kuukautta sairaalassa olleista kaikki ilmaisevat tyytyväisyytensä (arviot 4–5) sosiaalityön kohtaamisen ilmapiiriin, kun vastaava osuus kauemmin sairaalassa olleilla on 67 prosenttia. Itsenäisten otosten Mann-Whitney U –testin perusteella eroa voidaan pitää tilastollisesti merkitsevänä ($p<0,043$).

Taulukko 11. Sosiaalityön kohtaamisen ilmapiiri hoitojakson keston mukaan (%)

	Hoitojakson kesto (kk)	
	≤ 2	> 2
Ei erityisesti kumpaakaan tai tyytymätön	0	33
Tyytyväinen	100	67
Yhteensä	100	100
(n)	12	18

(n=30; χ^2 -testin edellytykset eivät täyty)

Tarkastelin summamuuttujaan koottuja ulottuvuuksia myös erikseen. Tästä voi nostaa esiin kaksi havaintoa. Ensinnäkin vaikuttaa, että tässä aineistossa yli kaksi kuukautta sairaalassa olleet kokevat palvelun muita kiireisemmäksi (Mann-Whitney U -testin p-arvo=0,065) ja välinpitämättömämmäksi (Mann-Whitney U -testin p-arvo=0,066). Erot eivät ole siis tilastollisesti yleistettävissä, mutta p-arvot ovat kuitenkin näillä muuttujilla pienemmät kuin ystävällisyyttä ja asiallisuutta mittaavilla

muuttujilla. (Hieman erilaisella hoitojaksojen luokituksella edellä mainitut p-arvot alenevat vielä jonkin verran.) Toiseksi naiset arvioivat tässä aineistossa sosiaalityöntekijän palvelut ystävällisiksi ja asiallisiksi hieman useammin kuin miehet. Näihin palvelun ulottuvuuksiin oli tyytyväisiä (arviot 4–5) naisista 87–88 prosenttia (n=13–14) ja miehistä molemmissa tapauksissa 71 prosenttia (n=12). Havaitut erot eivät kuitenkaan ole kovin luotettavasti yleistettävissä perusjoukkoon, sillä itsenäisten otosten Mann-Whitney U –testi antaa p-arvoiksi 0,069 ja 0,058.

Sosiaalityön kohtaamista kartoitettiin lomakkeessa myös kysymällä, kokeeko vastaaja sosiaalityöntekijän kuunnelleen ja ymmärtäneen häntä (Taulukko 12). Puolet vastaajista arvioi, että sosiaalityöntekijä on kuunnellut ja ymmärtänyt häntä hyvin. Vastaukset painottuvat jälleen kahteen ylimpään luokkaan. Kuitenkin noin neljännes vastaajista arvioi, että on tullut kuulluksi ja ymmärretyksi vain kohtalaisesti tai tätä heikommin.

Taulukko 12. Arviot kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta

	Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen		
	n	%	kumulatiivinen %
5=Hyvin	17	50	50
4	9	27	77
3=Kohtalaisesti	7	21	97
2 tai 1=Huonosti	1	3	100
Yhteensä	34	100	

Miehet ja naiset kokevat tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi yhtäläisesti. Arviot kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta ovat samanlaisia myös eripituisen hoitojakson sairaalassa olleiden kesken. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ole kummassakaan tapauksessa tulkittavissa ristiintaulukoista ja molemmissa tapauksissa erojen tilastollisen merkitsevyyden testit (Mann-Whitney U –testi tai Kruskal-Wallis-testi) antavat korkeita p-arvoja.

Sen sijaan vanhemmat (60 vuotta täyttäneet) vastaajat näyttävät kokevan tulevansa kuulluksi ymmärretyksi jonkin verran huonommin kuin nuoremmat vastaajat (Taulukko 13). Yli 60-vuotiaista 67 prosenttia katsoo, että sosiaalityöntekijä kuunteli ja ymmärsi häntä korkeintaan kohtalaisesti, kun

vastaava osuus nuoremmilla on 14 prosenttia. Mann-Whitney U –testin perusteella ikäryhmien (alle ja yli 60-vuotiaat) välistä eroa voidaan pitää tilastollisesti merkitsevänä ($p=0,037$).

Taulukko 13. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen ikäryhmän mukaan (%)

	Ikäryhmä (vuosia)	
	<60	≥60
Kohtalaisesti tai heikommin	14	67
Hyvin tai paremmin kuin kohtalaisesti	86	33
Yhteensä	100	100
(n)	28	6

($n=34$; χ^2 -testin edellytykset eivät täyty)

Seitsemästä sosiaalityöntekijän palvelua tarkastelevasta ulottuvuudesta on vielä analysoitavana kolme, jotka kuvaavat palvelun asiantuntevuutta, hyödyllisyyttä ja tavoitteellisuutta. Suurelta osin vastaajat ovat tyytyväisiä myös näihin palvelun osa-alueisiin (Taulukko 14).

Taulukko 14. Arviot sosiaalityöntekijän palvelun asiantuntevuudesta, hyödyllisyydestä ja tavoitteellisuudesta

Numeroarvio ja annettu tulkinta ⁸	Asiantuntevuus		Hyödyllisyys		Tavoitteellisuus	
	%	Kum.%	%	Kum.%	%	Kum.%
5 (erittäin tyytyväinen)	56	56	55	55	49	49
4 (tyytyväinen)	16	72	21	76	30	79
3 (ei kumpaakaan)	19	91	6	82	9	88
2 (tyytymätön) tai 1 (erittäin tyytymätön)	9	100	18	100	12	100
Yhteensä	100		100		100	
n	32		33		33	

⁸ Kutakin ulottuvuutta pyydettiin lomakkeessa arvioimaan asteikolla 1–5. Esimerkiksi asiantuntevuuden kohdalla vastausvaihtoehdot olivat 1=Asiantuntematonta...2...3...4...5=Asiantuntevaa. Koska sanallistaminen on lomakkeessa jokaisen muuttujan kohdalla erilainen, olen tätä taulukkoa varten tulkinut asteikon sarakkeessa näkyvällä tavalla (1=erittäin tyytymätön jne.).

Yli puolet vastaajista arvioi palvelun olevan asiantuntevaa ja hyödyllistä (Taulukko 14). Tavoitteelliseksi palvelun arvioi vain niukasti alle puolet vastaajista. Kaikkien näiden ulottuvuuksien osalta arviot painottuvat kahteen ylimpään luokkaan (kumulatiiviset %:t 72–79). Näin ollen osa vastaajista ei katso palvelun olleen omalla kohdallaan erityisen asiantuntevaa (28 %), hyödyllistä (24 %) tai tavoitteellista (21 %).

Palvelun asiantuntevuuden, hyödyllisyyden tai tavoitteellisuuden arvioissa ei ole eroja miesten ja naisten, eri-ikäisten tai eripituisen jakson sairaalassa olleiden vastaajien kesken. Eroja ei tule esiin myöskään siinä tapauksessa, että näistä ulottuvuuksista muodostetaan summamuuttuja.

Yhteenveto. Kaikkiaan vastaajat ovat siis enimmäkseen tyytyväisiä (arviot 4–5) sosiaalityöpalvelun ystävällisyyteen, asiallisuuteen, kiireettömyyteen ja empaattisuuteen ja kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen. Vastaavalla tavalla ollaan enimmäkseen tyytyväisiä palvelun asiantuntevuuteen, hyödyllisyyteen ja tavoitteellisuuteen. Toisaalta kaikki vastaajat eivät olleet erityisen tyytyväisiä (arviot 1–3) näihin kohtaamisen osa-alueisiin. Esiin voi nostaa ainakin palvelun hätäisyyttä–kiireettömyyttä kuvaavan ulottuvuuden. Kaikkein tyytyväisimpien vastaajien osuus oli tällä ulottuvuudella hieman muita ulottuvuuksia matalampi (64 %), mikä tarkoittaa, että karkeasti kolmasosa vastaajasta ei koe palvelua erityisen kiireettömäksi. Kaikkein matalimpia arvioita (1–2) annettiin eniten palvelun hyödyllisyyden kohdalla. Noin neljännes vastaajista ilmaisi tyytymättömyyttä palvelun hyödyllisyyteen.

Pidemmän jakson (yli 2 kuukautta) sairaalassa olleet ovat palvelun ilmapiiriin tyytyväisiä harvemmin kuin lyhyemmän aikaa sairaalassa olleet. Vanhemmat vastaajat (yli 60-vuotiaat) kokevat puolestaan tulevansa hyvin kuulluksi ja ymmärretyksi harvemmin kuin nuoret vastaajat. Näitä tuloksia voidaan pitää tilastollisesti merkitsevinä. Lisäksi tässä aineistossa miehet ovat tyytyväisiä palvelun ystävällisyyteen ja asiallisuuteen hieman naisia harvemmin. Vastaavalla tavalla yli kaksi kuukautta sairaalassa olleet ovat tyytyväisiä palvelun kiireettömyyteen ja empaattisuuteen hieman harvemmin kuin lyhyemmän ajanjakson sairaalassa olleet. Näitä tuloksia ei voi kuitenkaan kovin luotettavasti yleistää vastaajajoukon ulkopuolelle.

5.4 Sosiaalityön vaikuttavuus

Sosiaalityön vaikuttavuutta tarkasteltiin aluksi saadun avun ja tuen kannalta. Yhtäältä kartoitettiin asioiden hoitoon saatua apua ja toisaalta sosiaalityöntekijältä saatua psyykkistä tukea. Näillä vaikuttavuuden ulottuvuuksilla vastaajat arvioivat sosiaalityön onnistumista jossain määrin eri tavoin (Taulukko15). Vastaajista 38 prosenttia katsoo saaneensa sairaalan sosiaalityöntekijältä paljon apua asioidensa eteenpäin viemiseksi. Vastaukset painottuvat kahteen ylipään luokkaan (kumulatiivinen % 79). Psyykkisen tuen saamista vastaajat arvioivat samalla asteikolla kriittisemmin. Vastaajista 12 prosenttia kertoo saaneensa sairaalan sosiaalityöntekijältä psyykkistä tukea paljon, ja vastauksista vain kolmannes (33 %) sijoittuu kahteen ylimpään luokkaan. Myös kaikkein kriittisimpien arvioiden (arviot 1–2) osuus on psyykkisen tuen kohdalla suurempi (yhteensä 30 %) kuin asioiden eteenpäin viemiseksi saatua apua arvioitaessa.

Taulukko 15. Arviot sosiaalityöntekijältä saadusta avusta asioiden eteenpäin viemiseksi ja sosiaalityöntekijältä saadusta psyykkisestä tuesta

	Apu asioiden eteenpäin viemiseksi		Psyykinen tuki	
	%	Kum %	%	Kum %
5 Paljon	38	38	12	12
4	41	79	21	33
3 Jonkin verran	15	94	36	70
2 tai	6	100	30	100
1 En ollenkaan				
Yhteensä	100		100	
n	34		33	

Miehet ja naiset eivät eroa sen mukaan, miten he kokevat saaneensa apua asioidensa eteenpäin viemiseksi tai psyykkistä tukea. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ole tulkittavissa ristiintaulukoista ja Mann-Whitney U –testi antaa molemmissa tapauksissa korkeita p-arvoja. Myöskään eri-ikäisten vastaajien välillä ei näissä arvioissa ole tilastollisesti yleistettävissä olevaa eroa. Tämän tutkimuksen vastaajien joukossa voi kuitenkin nostaa esiin, että vanhemmat (60 vuotta täyttäneet) kokevat saavansa psyykkistä tukea nuoria huonommin. Yli 60-vuotiasta kaikki (100 %; n=6) kokevat saaneensa psyykkistä tukea korkeintaan jonkin verran, kun vastaava osuus nuoremmilla on 59 % (n=16).

Vastaajat kokevat saaneensa apua asioidensa hoitamiseen samalla tavalla riippumatta siitä, kuinka pitkään hoitajakso on kestänyt. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ole tulkittavissa ristiintaulukoista ja myös tilastollisen merkitsevyyden testit (Mann-Whitney U -testi tai Kruskal-Wallis -testi) antavat korkeita p-arvoja. Psykkisen tuen saamisessa on kuitenkin havaittavissa eroa siten, että yhtäältä lyhyen aikaa (korkeintaan kuukauden) sairaalassa olleet ja toisaalta pidemmän jakson (yli kaksi kuukautta) sairaalassa olleet kokevat saaneensa sairaalan sosiaalityöntekijältä psyykkistä tukea huomattavasti enemmän kuin yhdestä kahteen kuukautta sairaalassa olleet (Taulukko 16). Lyhyissä ja pitkissä sairaalajaksoissa korkeintaan jonkin verran tukea saaneiden osuus on molemmissa 71 prosenttia, kun se keskimmaisessa ryhmässä on 20 prosenttia. Kruskal-Wallis-testi antaa p-arvon 0,038, joten tulosta voidaan pitää tilastollisesti merkitseväenä.

Taulukko 16. Psykkisen tuen saaminen sairaalan sosiaalityöntekijältä hoitajakson keston mukaan (%)

	Hoitajakson kesto (kuukausia)		
	≤1	>1-2	>2
Psyykkistä tukea korkeintaan jonkin verran	71	20	71
Psyykkistä tukea paljon tai enemmän kuin jonkin verran	29	80	29
Yhteensä	100	100	100
(n)	7	5	17

(n=29; χ^2 -testin edellytykset eivät täyty)

Kyselyssä tarkasteltiin sosiaalityön vaikuttavuutta myös sosiaalityöntekijän ja asiakkaan yhteistyön kannalta. Myös näillä vaikuttavuuden osa-alueilla vastaajat arvioivat sosiaalityön onnistumista hie- man eri tavalla. Vastaajia pyydettiin ensinnäkin arvioimaan, olivatko hänen ja sosiaalityöntekijän käsitykset avuntarpeesta samanlaiset vai erilaiset. Reilusti kolmannes vastaajista arvioi käsitysten olleen samanlaiset, ja kaikkiaan kahteen ylimpään luokkaan sijoittuu 73 prosenttia vastauksista. (Taulukko 17). Reilu neljännes vastanneista katsoo siis, ettei oma ja sosiaalityöntekijän käsitys avuntarpeesta ollut erityisen samanlainen.

Toiseksi yhteistyötä kartoitettiin kysymällä, onko vastaaja mielestään itse pystynyt vaikuttamaan siihen, miten hänen asioitaan on sairaalan sosiaalityössä hoidettu. Vastaajat ovat omien vaikutus- mahdollisuuksiensa suhteen jonkin verran kriittisempiä kuin avuntarvekäsityksiä arvioidessaan.

(Taulukko 17). Noin neljännes vastaajista arvioi, että on itse pystynyt vaikuttamaan asioidensa hoitoon. Vähän yli puolet (kumulatiivinen % 56) vastauksista sijoittuu kahteen ylimpään luokkaan. Siten 44 prosenttia vastanneista katsoo, ettei ole erityisen paljon pystynyt itse vaikuttamaan asioidensa hoitoon sairaalan sosiaalityössä.

Taulukko 17. Arviot avuntarvetta koskevan käsityksen samanlaisuudesta ja omasta vaikutusmahdollisuudesta asioiden hoidossa

	Oma ja sosiaalityöntekijän käsitys avuntarpeesta			Oma vaikutusmahdollisuus	
	%	Kum %		%	Kum %
5 Samanlainen käsitys	36	36	5 Paljon	24	24
4	36	73	4	32	56
3	15	88	3	24	79
2 tai 1 Erilainen käsitys	12	100	2 tai 1 Vähän	21	100
Yhteensä	100			100	
n	33			34	

Miehet ja naiset eivät eroa sen mukaan, miten he arvioivat yhteistyöhön liittyviä teemoja. Myöskään eri-ikäiset vastaajat eivät tilastollisesti merkitsevästi eroa sen mukaan, kuinka paljon he katsovat pystyneensä itse vaikuttamaan asioiden hoitoon sairaalan sosiaalityössä: Näiden osalta ristiintaulukoimalla ei ole havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja⁹. Myös Mann-Whitney U -testi tai Kruskal-Wallis -testi antavat korkeita p-arvoja. Tosin nyt vastanneiden joukossa on hienokseltaan havaittavissa, että nuoret (alle 30-vuotiaat) arvioivat omat vaikutusmahdollisuutensa paremmiksi hieman useammin (67 %; n=8) kuin tätä vanhemmat vastaajat (50 %; n=11).

Selvempi ero on havaittavissa, kun tarkastellaan eri-ikäisten avuntarvetta koskevia käsityksiä (Taulukko 18). Alle 30-vuotiaat katsovat, että oma ja sosiaalityöntekijän käsitys avuntarpeesta on ainakin jossain määrin samanlainen (aviot 4–5) useammin (92 %) kuin tätä vanhemmat vastaajat (62 %). Tämä tulos voidaan yleistää perusjoukkoon. Ristiintaulukoinnin χ^2 -testin edellytykset eivät täyty, mutta Mann-Whitney U -testi antaa ryhmien välisen eron tilastolliselle merkitsevyydelle p-arvon 0,03.

⁹ Tarkasteltaessa avun tarvetta koskevien käsitysten samanlaisuutta tai erilaisuutta sukupuolen mukaan χ^2 -testin edellytykset eivät täyty.

Taulukko 18. Arviot avuntarvetta koskevien käsitysten samanlaisuudesta tai erilaisuudesta ikäryhmän mukaan (%)

	Ikäryhmä (vuosia)	
	<30	≥30
Käsitysten erilaisuuteen painottuva arvio	8	38
Käsitysten samanlaisuuteen painottuva arvio	92	62
Yhteensä	100	100
(n)	12	21

(n=33; χ^2 -testin edellytykset eivät täyty)

Hoitojakson keston voi tulkita jossain määrin olevan yhteydessä siihen, miten yhteistyöhön liittyviä tekijöitä arvioidaan (Taulukko 19). Korkeintaan kuukauden hoitojaksolla olleista 67 prosenttia arvioi oman ja sosiaalityöntekijän avuntarvetta koskevan käsityksen olevan ainakin jossain määrin samanlainen. Näin vastaavien osuus nousee siten, että yhdestä kahteen kuukautta hoitojaksolla olleista kaikki pitävät käsityksiä ainakin jossain määrin samanlaisina. Myönteisenä pidettävien arvioiden osuus vähenee jälleen, kun tarkastellaan yli kaksi kuukautta hoitojaksolla olleita. Kruskal-Wallis-testi antaa tässä kohtaa p-arvoksi 0,059, joka on siis melko lähellä yleensä tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettyä arvoa $p < 0,05$ (Heikkilä 2014, 135). Jos vertailuryhmiksi otetaan tässä yhteydessä enintään kaksi kuukautta ja toisaalta yli kaksi kuukautta sairaalassa olleet, Mann-Whitney U –testi antaa p-arvon 0,044, jota voidaan pitää tilastollisesti merkitsevänä. Näiden havaintojen perusteella voinee tulkita, että eripituisen hoitojakson sairaalassa olleet arvioivat avuntarvetta koskevien käsityksiä jonkin verran eri tavoin.

Taulukko 19. Arviot avuntarvetta koskevien käsityksistä ja omasta vaikutusmahdollisuudesta hoitojakson keston mukaan (%)

(arvot 4–5)	Hoitojakson kesto (kuukausia)		
	≤1	>1–2	>2
Käsitysten samanlaisuuteen painottuva arvio	67	100	61
Omien vaikutusmahdollisuuksien paljouteen painottuva arvio	57	100	44
(n:t)	4;4	5;5	11;8

(n:t=29;30; χ^2 -testien edellytykset eivät täyty)

Havaintojen rakenne toistuu samankaltaisena tarkasteltaessa arvioita omista vaikutusmahdollisuuksista sairaalan sosiaalityössä (Taulukko 19). Joskin lyhyissä ja pitkissä hoitajaksoissa myönteisten arvioiden osuudet ovat nyt hieman matalammalla tasolla. Kruskal-Wallis-testi antaa p-arvoksi 0,084, joten tulosta ei voida kovin luotettavasti yleistää perusjoukkoon.

Kyselyssä arvioitiin, onko oma elämäntilanne muuttunut hoitajakson aikana. Kolmasosa vastanneista (n=11) kertoo elämäntilanteensa parantuneen, ja kaikkiaan 64 % vastauksista sijoittuu kahteen ylimpään luokkaan. Siten reilu kolmannes vastaajista katsoo elämäntilanteensa pysyneen samana tai huonontuneen hoitajakson aikana. Puolet (50 %; n=10) heistä, jotka katsoo elämäntilanteensa muuttuneen parempaan suuntaan, arvioi, että sairaalan sosiaalityöntekijällä on ollut merkitystä tai on ollut paljon merkitystä (arviot 4–5) muutoksessa.

Lomakkeessa oli mahdollista arvioida sairaalassa tarjottavaa sosiaalityötä kokonaisuudessaan kouluarviointiasteikolla 4–10. Annettujen arvioiden keskiarvoksi muodostui 8,06 ja keskihajonnaksi 1,39. Arvioissa näkyy koko asteikko. Useimmin 33 vastaajan joukossa annettiin arvosana 9 (n=12). Miehet ja naiset, eri-ikäiset vastaajat tai eripituisen ajan hoitajaksolla olleet vastaajat eivät eroa sen mukaan, millaisia arvioita he antoivat sairaalan sosiaalityöstä kokonaisuudessaan.

Yhteenveto. Sosiaalityön vaikuttavuutta tarkasteltiin ensinnä saadun avun ja psyykkisen tuen ja toiseksi sosiaalityöntekijän ja asiakkaan yhteistyön kannalta. Kumpaakin osa-aluetta kartoitettiin kahdella kysymyksellä.

Kaikkiaan vastaajat ovat suurelta osin (79 %) tyytyväisiä (arviot 4–5) sosiaalityöntekijältä asioiden eteenpäin viemiseksi saatuun apuun. Sen sijaan sosiaalityöntekijältä saatu psyykinen tuki saa kriittisempiä arvioita. Vastaajista 66 prosenttia katsoo, ettei ole saanut sosiaalityöntekijältä psyykkistä tukea ainakaan erityisen paljon (arviot 1–3). Yhdestä kahteen kuukautta sairaalahoidossa olleet vastaajat arvioivat saavansa sairaalan sosiaalityöntekijältä psyykkistä tukea paremmin kuin tätä lyhyemmän tai pidemmän jakson sairaalassa olleet. Tulosta voidaan pitää tilastollisesti merkitseväenä.

Myös yhteistyötä koskevien kysymysten kohdalla arviot jakautuvat. Suurin osa (73 %) vastaajista arvioi myönteisesti (arviot 4–5) avuntarvetta koskevien käsitysten samantasaista. Analyysi antaa viitteitä (p=0,059), että oma ja sosiaalityöntekijän käsitys avuntarpeesta arvioidaan samansuuntaiseksi useammin yhdestä kahteen kuukautta kestäneissä hoitajaksoissa kuin tätä lyhyemmissä tai pidemmissä hoitajaksoissa. Jonkin verran selvempi tilastollinen merkitsevyys saadaan sille, että alle

30-vuotiaat arvioivat käsitykset samankaltaisiksi useammin kuin tätä vanhemmat vastaajat. Arvioiden jakautuneisuus tulee esiin, kun siirrytään tarkastelemaan asioiden hoitoon liittyviä, omia vaikutusmahdollisuuksia sairaalan sosiaalityössä. Vastaukset ovat nyt kriittisempiä. Vastaajista 45 prosenttia arvioi, ettei ole erityisen paljon (arviot 1–3) voinut vaikuttaa omien asioidensa hoitoon sairaalan sosiaalityössä. Pieniä viitteitä ($p=0,084$) saadaan siitä, että yhdestä kahteen kuukautta sairaalahoitossa olleet vastaajat pitävät omia vaikutusmahdollisuuksia parempina kuin tätä lyhyemmän tai pidemmän jakson sairaalassa olleet.

5.5 Sairaalan sosiaalityön laatu omaisten arvioimana

Pääasiassa kyselyyn vastanneet omaiset ovat tavanneet sairaalan sosiaalityöntekijän läheisen hoitajakson aikana. Sosiaalityön saavutettavuus näyttyy kuitenkin jossain määrin kriittisessä valossa, sillä omaisvastaajat kokevat, ettei heillä ole riittävästi tietoa sairaalan sosiaalityöpalvelun sisällöstä. Useimmin omaisten ja sairaalan sosiaalityöntekijän yhteydenpito tapahtuu hoitokokouksessa tai omaisen otettua yhteyttä puhelimitse. Edellä on tullut esiin, että potilaille sosiaalityöpalvelu näyttyy tärkeimmin asioiden hoitona sairaalajakson aikana. Omaisten yhteydenpidossa on juoksevien asioiden ohella varovaisia viitteitä myös tuen suunnittelusta ja elämäntilanteen kartoittamisesta. Varovaisena yhteenvetona voidaan todeta, että omaiset arvioivat sosiaalityön kohtaamista myönteisesti tai vähintään neutraalisti. Vaikuttavuuteen saadut arviot ovat aavistuksen matalammalla tasolla. On muistettava, että tämä yhteenveto perustuu vaihdellen vain muutaman vastaajan arvioihin.

6 YHTEENVETO JA POHDINTA

Tutkimuksessani olen tarkastellut psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laatua. Olen kiinnittänyt huomiota reitteihin, joita pitkin sosiaalityön laatu on tullut kiinnostavaksi kysymykseksi (vrt. Rajavaara 2007). Tällaisia lähtökohtia on löydettävissä mielenterveyshäiriöiden kanssa elävien ihmisten arjesta, psyykkisen sairastamisen historiasta ja laajemmasta yhteiskunnan taloudellisesta ja sosiaalipoliittisesta kehityksestä. Tältä pohjalta olen kysynyt, toteutuuko psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön laatu potilaiden arvioimana. Sosiaalityön laadun määrittelyn (Pasonen 2015) perusteella olen tarkentanut kysymyksen kolmeen osa-alueeseen: Onko aikuispsykiatrisessa laitoshoidossa tarjolla sosiaalityötä siten, että potilaat tavoittavat palvelun? Millaiseksi aikuispsykiatrisessa laitoshoidossa olevan potilaan ja sosiaalityöntekijän kohtaaminen muodostuu? Onko aikuispsykiatrisessa laitoshoidossa tehtävällä sosiaalityöllä vaikutusta potilaan tilanteeseen? Tässä alaluvussa kokoan potilaille suunnatun kyselyn avulla löytämäni vastaukset ja pohdin sosiaalityötä koskevan laatukyselyn merkittävyyttä.

Tutkimuksessani on ollut mukana myös psykiatrisessa laitoshoidossa olevien potilaiden omaisille suunnattu osuus, jossa pyrkimyksenä oli tarkastella edellä esittämiäni kysymyksiä omaisten näkökulmasta. Tähän kyselyyn osaan sain kuitenkin vain vähän vastauksia, eikä niiden alkuperäisen suunnitelmanmukainen analysointi siten ole ollut mahdollista. Tulososiossa esitin omaisten vastauksista kuvailevan tiivistyksen, mutta en palaa niihin enää tässä tulosten yhteenvetoluvussa.

Tutkimuksissa on havaittu, että asiakastyytyväisyyskyselyissä vastaajilla on taipumus antaa palveluille myönteistä palautetta verrattuna heidän palvelukokemuksensa kokonaisuuteen (Williams & Coyle & Healy 1998). Tulosten luennassa omaksunkin ajatuksen, jonka mukaan palvelun kehittämistarkoituksessa esiin kannattaa nostaa nimenomaan kriittiset arviot. (mt., 1359; myös Hokkanen 2012, 125).

Sosiaalityöpalvelun saavutettavuus

Tämän tutkimuksen vastaajien keskuudessa psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävää sosiaalityötä voi luonnehtia tasa-arvoiseksi palveluksi, jota hoitojakson kestäessä käyttävät eri-ikäiset miehet ja naiset. Vähintään kuukauden sairaalahoidossa olleista vastaajista lähes kaikki ovat hoitojaksonsa aikana tavanneet sosiaalityöntekijän. Tässä mielessä tulosten tarkastelun lähtökohtana on palvelun korkea kattavuus, ja näin ajateltuna voidaan sanoa, että asiakkaat tavoittavat palvelun. Saavutettavuus-

den kuvaa on kuitenkin mahdollista tarkentaa analysoimalla konkreettisia saatavuustekijöitä ja saatavuuteen liittyvää ilmapiiriä (Wilding 1994; Megivern ym. 2007). Tarkennetun kuvan perusteella nostan esiin myös palvelun tavoittamisessa koettuja hankaluuksia.

Aluksi huomiota voi kiinnittää palvelun piiriin pääsyyn ja palvelun sisältöön liittyvään tietoon. Noin neljännes (n=12) vastaajista ei ole hoitajaksonsa aikana tavannut sairaalan sosiaalityöntekijää. Heistä noin puolella palvelun käyttämättömyyteen liittyy turhautuneisuutta tai tavoittamisen vaikeuksia. Myöskään sairaalan sosiaalityöntekijän palvelujen sisällön tuntemus ei ole täysin kattavaa, sillä vajaa puolet (n=21) vastaajista arvioi, ettei heillä ole ainakaan tarpeeksi tietoa sairaalan sosiaalityöntekijältä saatavasta avusta. *Tässä aineistossa* 60 vuotta täyttäneet vastaajat arvioivat tietonsa vähintään puutteellisiksi hieman vertailuryhmiään useammin. Hoitajakson kesto näyttää olevan tilastollisesti yleistettävällä tavalla yhteydessä sosiaalityöpalvelun sisällön tuntemukseen. Palvelun tuntemus on pienimmillään aivan hoitajakson alussa ja selkeän lisääntymisen jälkeen se näyttää jälleen jonkin verran pienentyvän hoitajakson kestäessä yli kaksi kuukautta. Näitä havaintoja vasten sosiaalityöpalvelun käyttömahdollisuutta ja palvelun sisältöä koskevaa tietoa on tärkeää edelleen tarjota ja tuoda esiin myös pidempien hoitajaksojen aikana.

Toisaalta aineistosta on havaittavissa, että sosiaalityöntekijän palvelua ja tukea myös tarjotaan aktiivisesti. Sosiaalityöntekijän on tavannut noin kolme neljästä (n=34) vastaajasta. Kantaa ottaneista valtaosa (82 %) kertoo tavanneensa sosiaalityöntekijää hoitohenkilökunnan tai sosiaalityöntekijän aloitteesta. Sairaalahoitoon joutuessa potilaat voivat olla hyvin huonokuntoisia (vrt. Nyman & Stengård 2004, 15), ja tässä mielessä henkilökunnan aktiivisuus sosiaalityöpalvelun tarjoamisessa on erittäin tärkeää. Samaan aikaan kyse on kuitenkin myös asiakkaan omasta toimijuudesta, jota Särkelän (2011, 69–71) mukaan tulee tukea ja ylläpitää jo sosiaalityön yksittäisen tapaamisen kuluessa. Elämänhallinnan lisäämisen ja tukemisen näkökulmasta voisi siis olla tärkeää, että mahdollisuuksien mukaan asiakas kykenee itse toimimaan aloitteellisesti koko sosiaalityön prosessissa. Tästäkin mielessä palvelua koskevan tiedon saatavuudella on suuri merkitys.

Sairaalasosiaalityön asiakastyö rakentuu asiakkaan sosiaaliseen tilanteeseen liittyvästä arvioinnista, sosiaalisen toimintakyvyn editämisestä ja näiden parissa tehtävästä yhteistyöstä (*Terveysosiaalityön nimikkeistö* 2007, 22–24). Särkelä (2011, 65) puolestaan näkee, että asiakasta tavatessaan sosiaalityöntekijä pyrkii samanaikaisesti arvioimaan tämän elämäntilannetta, rakentamaan asiakassuhdetta ja mahdollistamaan tarvittavaa apua. Ääneen lausuttuna sairaalan sosiaalityön asiakastyön koko kirjo ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa pääse täysin näkyviin. Potilaille asiakastyö näyttäytyy

suoraviivaisemmin raha-asioiden, Kela-asioiden ja asuntoasioiden hoitona. Sosiaalityöntekijän tapaamisen syytä kysyttäessä esimerkiksi elämäntilanteen kartoitus ja psyykkinen tuki saivat vain vähän tai ei ollenkaan mainintoja. Luultavasti on kuitenkin niin, että tapaamisten funktioiden laajempi kirjo olisi saatavissa paremmin esiin toisenlaisilla tutkimusaineistoilla, esimerkiksi haastattelujen avulla.

Sosiaalityöpalvelua käyttäneiden vastaajien voi sanoa olevan tyytyväisiä palvelun saavutettavuuteen. Valtaosa on tyytyväisiä sosiaalityöpalvelun järjestymisaikaan (91 %) ja tapaamiskertojen määrään (88 %). Myös sairaalan sosiaalityön lähestyttävyyttä saa suureksi osaksi (77 %) myönteisiä¹⁰ arvioita. Miehet ja naiset, eri-ikäiset tai eripituisen jakson sairaalassa olleet eivät tilastollisesti merkitsevästi eroa sen mukaan, kuinka helposti lähestyttäväksi he kokevat sairaalan sosiaalityön, vaikkakin pieniä viitteitä on siitä, että nuorille lähestyminen on mutkattominta.

Sosiaalityön kohtaaminen

Sosiaalityön kohtaamista arvioidaan suureksi osaksi myönteisesti. Palvelun ystävällisyyteen, asiallisuuteen ja empaattisuuteen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen, palvelun asiantuntevuuteen, hyödyllisyyteen ja tavoitteellisuuteen tyytyväisten osuus vaihtelee 72 ja 79 prosentin välillä. Tyytyväisiä on siis vastaajien joukossa paljon. Kuitenkin näiden myönteisestikin arvioitujen ulottuvuuksien osalta enimmillään reilu neljäsosa vastaajista ei koe palvelua omalla kohdalla erityisen laadukkaaksi.

Sosiaalialaa kuormittava kiire on viime vuosina ollut esillä julkisuudessaakin, ja sen olemassaolo tunnustetaan myös tutkimuskirjallisuudessa (esim. Laitinen & Kemppainen 2010, 140; Saario 2011, 194–195). Myös tässä tutkimuksessa työn kiireisyys on nähtävissä, sillä kohtaamista tarkasteltaessa tyytyväisten vastaajien osuus on selvästi pienimillään (64 %) juuri palvelun kiireettömyyttä arvioidessa. Kuten aiemmin oli esillä, Laitinen ja Kemppainen (2010) tarkastelevat sosiaalityön kohtaamisen edellytyksiä yhteiskunnalliselta tasolta organisaation ja yksilön tasolle ulottuvalla jatkumolla. Tällainen laaja tarkastelu tuo esiin, että työntekijän ja asiakkaan kahdenkeskisen kohtaamisen edellytyksiä määritellään myös yksittäisen työntekijän välittömien vaikutusmahdollisuuksien ulkopuo-

¹⁰ Järjestysasteikkolisilla muuttujilla tyytyväisiksi on yhteenvedossa luokiteltu vastaajat, jotka ovat arvioineet kyseistä muuttujaa arvioilla 4–5.

lella. Työn kuormittuneisuus ja kiireisyys ovat varmasti juuri sellaisia asioita, joiden ehkäisemiseksi voidaan tehdä työtä myös laajemmalla tasolla.

Kohtaamiseen liittyvien arvioiden myönteisyys viittaa siihen, että hyvälle asiakassuhteelle (Särkelä 2011, 31–41) ja arvokkaalle kohtaamiselle (Laitinen & Kemppainen 2010, 153–172) on psykiatrisen laitoshoidon sosiaalityössä usein hyvät edellytykset. Myönteisten arvioiden enemmistöstä huolimatta tämäkin aineisto osoittaa, ettei sosiaalityön kohtaamisen onnistuminen ole ennalta arvioitavissa tai itsestään selvää. Lopulta on, kuten Laitinen ja Kemppainen (2010, 153) toteavat: ”*Asiakkaan arvokas kohtaaminen todentuu tai jää toteutumatta silloin, kun asiakas ja sosiaalityöntekijä tapaavat.*” Kriittisimmin hyvän kohtaamisen toteutumiseen suhtautuvat ensinnäkin pidemmän jakson (yli 2 kuukautta) sairaalassa olleet henkilöt, jotka ovat palvelun ilmapiiriin muita tyytymättömämpiä. Toiseksi vanhemmat henkilöt (60 vuotta täyttäneet) kokevat muita harvemmin tulevansa kohtaamisissa kuulluksi ja ymmärretyksi. *Tässä aineistossa* on lisäksi havaittavissa pieniä viitteitä siitä, että miehet kokevat palvelun ystävälliseksi ja asialliseksi hieman naisia harvemmin ja toisaalta, että pidemmän jakson sairaalassa olleet ovat kriittisempiä palvelun kiireettömyyden ja empaattisuuden suhteen.

Sosiaalityön vaikuttavuus

Sosiaalityön asiakasvaikuttavuus (Pohjola 2012b, 23) saa tässä tutkimuksessa osakseen kahtalaisia arvioita. Vastaukset jakautuvat ensinnä tarkasteltaessa sosiaalityöntekijältä saatua apua asioiden hoitamiseksi ja sosiaalityöntekijältä saatua psyykkistä tukea. Suurin osa vastaajista (79 %) katsoo saaneensa sosiaalityöntekijältä apua. Sen sijaan huomattavasti harvempi (33 %) kokee saaneensa psyykkistä tukea. Osaltaan tämä havainto vahvistaa kuvaa, jonka mukaan vastaajat mieltävät psykiatrisessa laitoshoidossa tehtävän sosiaalityön ensisijaisesti arjen sujumiseen liittyvien asioiden hoitamisenä. Saattaa olla myös niin, että psykiatrisessa laitoshoidossa psyykkiselle tuelle on selkeästi omat, sairauden hoitoon liittyvät toteutuspaikat. Tällöin sosiaalityöhön ei ehkä erityisesti kohdistukaan tällaisia odotuksia, ja sen puitteissa voidaan keskittyä arjen sujumisen edellytysten turvaamiseen. Parhaiten sosiaalityöntekijän psyykkisen tuen kokevat tavoittavansa yli kuukauden, mutta korkeintaan kaksi kuukautta sairaalahoidossa olleet vastaajat.

Vaikuttavuuteen liittyvät arviot jakautuvat myös, kun tarkastellaan sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välistä yhteistyötä. Selkeä enemmistö (73 %) vastaajista pitää omaa ja sosiaalityöntekijän avuntar-

peeseen liittyvää käsitystä samansuuntaisena, mutta vain niukka enemmistö (56 %) kokee itse voineensa vaikuttaa asioidensa hoitoon. Nuoret (alle 30-vuotiaat) ja enintään kaksi kuukautta sairaalassa olleet kokevat vertailuryhmiään useammin, että heillä on sosiaalityöntekijän kanssa samanlainen käsitys tarvittavasta avusta. *Tässä aineistossa* omia vaikutusmahdollisuuksia pitää parhaimpina yli kuukauden, mutta korkeintaan kaksi kuukautta sairaalahoidossa olleet.

Vaikuttavuuden ulottuvuuksiin liittyviä havaintoja voidaan vielä peilata sosiaalityön auttamistehtävään, jossa yhteen kietoutuvat asiakkaan tilanteen arvioiminen, asiakassuhteen luominen ja avun mahdollistaminen (Särkelä 2011, 65). Särkelän (sama) painottaman yhteenkietoutuneisuuden vuoksi ei mielestäni ole tarkoituksenmukaista tarkasti rajata tämän tutkimuksen vaikuttavuuden ulottuvuuksia näiden tehtävien alle. Sen sijaan voidaan todeta, että tämän tutkimuksen valossa psykiatrisen laitoshoidon sosiaalityön auttamistehtävää (mt.) tukevat avuntarvetta koskevien käsitysten samansuuntaisuus ja kokemus asioiden hoitoon saadusta avusta. Tämän tutkimuksen perusteella auttamistyön onnistumista puolestaan haastavat psyykkisen tuen ja omien vaikutusmahdollisuuksien suhteellinen vähäisyys ainakin kahteen muuhun osa-alueeseen verrattuna.

Huomaamattomat miehet ja naiset, kriittisemmät pitkäaikaispotilaat ja vanhemmat potilaat

Sosiaalityöntekijöitä ja sosiaalityön tutkijoita on moitittu tasa-arvon nimissä tehdystä sukupuolen huomiotta jättämisestä ja häivyttämisestä. Joka tapauksessa sukupuoli on läsnä sosiaalityössä. Moisiin sosiaalityössä käsiteltäviin aiheisiin, kuten perhe tai päihteet, on sisäänkirjoitettuna miehiin ja naisiin kohdistuvia odotuksia. (Ks. Kuronen & Granfelt & Nyqvist & Petrelius 2004, 5–8, 11–12.) Sukupuoli näkyy tietysti myös sitä kautta, että sosiaalityö on naisvaltainen ammatti (vrt. Hänninen 2004, 77), mikä on herättänyt kiinnostusta tarkastella sosiaalityön kohtaamista miesasiakkaiden näkökulmasta (ks. Salonen 2010).

Käytössä olevan aineiston perusteella näyttää kuitenkin, että tähän tutkimukseen osallistuneet miehet ja naiset arvioivat psykiatrisen laitoshoidon sosiaalityön laatua verrattain samansuuntaisesti. Sosiaalityön saatavuuteen, kohtaamiseen tai vaikuttavuuteen liittyvät arviot ovat miehillä ja naisilla pääpiirteissään samanlaisia. Ainoastaan sosiaalityöpalvelun ystävällisyyttä ja asiallisuutta naiset arvioivat jonkin verran miehiä myönteisemmin. Tässäkin tilastolliseen yleistämiseen on suhtauduttava erityisen varovaisesti. Sukupuolen huomaamattomuuteen saattaa kuitenkin sisältyä myös tut-

kimusmenetelmän tuoma harhaa. Psykiatrisen laitoshoidon sosiaalityöhön liittyviä kokemuksia olisi hyvä tarkastella myös laadullisin menetelmin, jolloin olisi tavoitettavissa ehkä erilaista tietoa.

Näyttää, että tietyillä osa-alueilla sosiaalityö pystyy vastaamaan parhaiten asiakkaiden tarpeisiin, kun sairaalajakso jatkuu jonkin ajan, muttei kuitenkaan pitkity. Tällaisessa tilanteessa koetaan vertailuryhmiä useammin, että sosiaalityöpalvelu on tuttua ja sosiaalityöntekijä kykenee tarjoamaan psyykkistä tukea. Suhteellisen lyhyissä hoitjaksoissa puolestaan kohtaamisen ilmapiiri koetaan verrattain hyväksi ja avuntarvetta koskevat käsitykset verrattain yhteneväisiksi. Kääntöpuolena on, että sosiaalityö ei näillä alueilla yhtä hyvin kykene vastaamaan asiakkaiden odotuksiin pitkien hoitjaksojen aikana, eikä tiedon tai psyykkisen tuen osalta myöskään jakson alussa.

Tässä tutkimuksessa myös iällä näyttää joissain tilanteissa olevan merkitystä sosiaalityön laadun kokemisessa. Sosiaalityö näyttäytyy vahvana tarpeisiin vastaajana nuorten kohdalla, kun tarkastellaan sairaalan sosiaalityön lähestyttävyyttä tai avuntarvetta koskevien käsitysten kohtaamista. Sen sijaan vanhemmat vastaajat (60 vuotta täyttäneet) kokevat muita harvemmin tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi. Aineiston perusteella ei ole mahdollista tarkemmin eritellä, mistä eri-ikäisten vastaajien antamien arvioiden erot voisivat johtua. Osa vastauksesta saattaisi piillä yhteiskunnan halussa panostaa nuoriin (Notko 2007, 236), minkä voi joissain tilanteissa ajatella heijastuvan palvelukokemuksiin. Kokemusten erilaisuus saattaa kiinnittyä myös iän tuomaan toimintakyvyn rajoittumiseen, johon vastaamisen on nähty merkitsevän ammatillisen herkkyyden merkityksen korostumista (Notko mt.).

Psyykinen sairastaminen saattaa ihmisen helposti haavoittuvaan asemaan (esim. Hyväri 2011). Tämän tutkimuksen huomioita vasten näyttäisi, että sosiaalityön onnistumisen haavoittuvuus saattaa tietyiltä osin korostua hoitjakson alussa ja jakson pitkittyessä. Samoin sosiaalityön onnistumisen haavoittuvuus saattaa tietyssä kohdin korostua iäkkäämpien henkilöiden kohdalla. Havainnot haastavat sosiaalityöntekijöitä kiinnittämään erityistä huomiota onnistumisen edellytysten turvaamiseen näissä asiakassuhteissa.

Sosiaalityön laatuun liittyvän pro gradu -tutkielman myötä olen tarkastellut, mikä on tehnyt tilaa sairaalასosiaalityötä koskevien laatuksymysten heräämiselle. Kääntäen voidaan kysyä myös, keille laatukselyllä on merkitystä. Yhtenä vastauksena voidaan todeta, että sosiaalipolitiikalle saatu vastine on aina ollut kiinnostuksen kohteena (Rajavaara 2007, 16). Myös nyt 2000-luvun toisella vuo-

sikymmenellä koetaan tärkeäksi varmistaa, että tehty sosiaalityö on laadukasta (vrt. esim. Juhila 2009). Tässä mielessä sosiaalityön laatukyselyn tarve nousee yhteiskunnallisesta ja poliittisesta ajattelusta.

Vaikuttavuustiedon merkitystä pohtiessaan Rajavaara (2007) esiin erottaa neljä toisistaan poikkeavaa suhtautumistapaa. Vaikuttavuustietoa voidaan organisaatiossa haluta rutiininomaisesti tai toisaalta siihen voidaan suhtautua retorisenä, mitään tekemättömänä asiana. Vaikuttavuustiedolla voidaan myös haluta argumentoida sosiaalipoliittisten toimien puolesta. (Mt., 18.) Lisäksi vaikuttavuustiedontarve voidaan haluta myös kokonaan kiistää, jotta siitä ei saataisi asetta sosiaalipoliittikan karsimiseksi (Murto 1997; Rajavaara mt., 18 muk.)

Oma tutkimukseni on lähtenyt liikkeelle halusta selvittää, toteutuuko laatu sairaalan sosiaalityössä asiakkaiden näkemyksen mukaan. Taustalla vaikuttaa halu parantaa ja vahvistaa tehtävää sosiaalityötä asiakkaiden antaman palautteen mukaan. Tässä mielessä on kyse sosiaalipoliittisen toimen puolesta argumentoinnista (Rajavaara 2007, 18). Kuitenkin myös muut Rajavaaran (sama) esiin tuomat tietoon liittyvä suhtautumistavat ovat yhteiskunnassa väistämättä läsnä. Jokainen organisaatio ja työntekijä joutuu jatkuvasti ottamaan kantaa ja suhtautumaan tiedon keräämiseen (vrt. Saario 2011).

Sairastamiseen liittyy usein oman aseman haavoittuvuus. Tämä voi merkitä myös palveluihin liittyvien valinnanmahdollisuuksien kaventumista (vrt. esim. Juhila 2009, 303). Yksilöllisten valintojen sijaan tällöin on tuotu esiin kollektiivisemmän äänen mahdollisuus (Forster & Gabe 2008). Omalta osaltaan sosiaalityön laatua kartoittava kysely voi palvella kollektiivisen äänen kuulumista, mikä tuo esiin kyselyn merkittävyyttä vastaajien näkökulmasta.

Lähteet

- Alasuutari, Pertti (2006) Suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen: miten muutos oli ideologisesti mahdollinen? Teoksessa Risto Heiskala & Eeva Luhtakallio (toim.) Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus, 43–64.
- Alestalo, Matti (2010) Pohjoismainen malli ja Suomi. *Sociologia* 47(4), 300–309.
- Aletalo, Matti & Flora, Peter (1994) Scandinavia: Welfare States in the Periphery – Peripheral Welfare States. Teoksessa Matti Alestalo, Erik Allardt, Andrzej Rychard & Włodzimierz Wesołowski (toim.) *The Transformation of Europe. Social Conditions and Consequences*. IFiS Publishers, Warsaw, 53–73.
- Alestalo, Matti & Hort, Sven E. O. & Kuhnle, Stein (2010) The Nordic Model: Conditions, Origins, Outcomes, Lessons. Teoksessa Stein Kuhnle, Cheng Yinzhang, Klaus Petersen & Pauli Kettunen (toim.) *The Nordic Welfare State*. Fudan University, Nordic Centre, Shanghai, 354–409 (kiinaksi). Ilmestynyt myös: Hertie School of Governance, Working Papers, No 41, June 2009, Berlin.
- Andersson, Claes (2003) *Hulluudestamme ja hulluudestanne*. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (1995) Mukaan meneminen ja toisin toimiminen. Nuorisopoliklinikka verkostoissaan. *Stakes. Tutkimuksia* 51.
- Banks, Sarah (1995) *Ethics and values in social work*. Basingstoke: Macmillan.
- Eräsaari, Leena (2000) *Julkinen tila ja valtion yksityistäminen*. Käsikirjoitus.
- Eräsaari, Leena (2007) Millainen yhteiskunta on hyvinvointivaltion jälkeen? Teoksessa Heikki Taimio (toim.) *Taloukasvun hedelmät: kuka sai ja kuka jäi ilman*. Helsinki: Työväen Sivistysliitto, 211–225.
- Forster, Rudolf & Gabe, Jonathan (2008) Voice or choice? Patient and public involvement in the National Health Service in England under New Labour. *International Journal of Health Services* 38(2), 333–356.
- Frankenhaeuser, Beata (2014) Terveyssozialityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympärillä. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.
- Giddens, Anthony (2001) *Sociology*. 4th edition. Cambridge: Polity Press.
- Haverinen, Riitta (2003) Laatudokumentit ja suomalainen sosiaalipalvelujen modernisaatio. *Yhteiskuntapolitiikka* 68(4), 325–336.
- Haverinen, Riitta & Muuri, Anu & Nurmi-Koikkalainen, Päivi & Voutilainen, Päivi (2007) Hyvä arki ja tulevaisuuden sosiaalipalvelut. *Yhteiskuntapolitiikka* 72(5), 503–511.
- Heikkilä, Tarja (2014) *Kvantitatiivinen tutkimus*. Diasarja (perustuen teokseen Tarja Heikkilä [2014] *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy). Helsinki: Edita Publishing Oy. Luettavissa:

<http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> Viitattu 18.2.2016.

Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia – psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 11–69.

Helin, Heikki & Oulasvirta, Lasse (2000) Kuntien talouden ja valtionapujärjestelmän kehitys 1990-luvulla. Teoksessa Heikki A. Loikkanen & Juho Saari (toim.) Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Helin-Tuominen, Mari (2014) Ikääntyminen ja puolison mielenterveyden häiriö parisuhteen vuorovaikutuksessa. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 174–206.

Helsingin Sanomat 8.11.2015. Pääkirjoitus.

Hiilamo, Heikki & Kangas, Olli & Manderbacka, Kristiina & Mattila-Wiro, Päivi & Niemelä, Mikko & Vuorenkoski, Lauri (2010) Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2007) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hokkanen, Liisa (2012) Sosiaalitoimistojen asiakastyytyväisyyskyselyn tulkinta. Teoksessa Anneli Pohjola & Tarja Kemppainen & Sanna Väyrynen (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 116–161.

Hyväri, Susanna (2011) Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan – kaksi potilastarinaa. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 231–258.

Hyvönen, Juha (2008) Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 440.

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

Juhila, Kirsi (2009) Sosiaalityön selontekovelvollisuus. Janus 17(4), 296–312.

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

Julkunen, Raija (2006) Kätketty hyvinvointivaltio vai pohjoismainen malli. Yhteiskuntapolitiikka 71(2), 179–185.

Kantola, Anu (2006) Suomea trimmaamassa: suomalaisen kilpailuvaltion sanastot. Teoksessa Risto Heiskala & Eeva Luhtakallio (toim.) Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus, 156–178.

Koskiahho, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Kuronen, Marjo & Granfelt, Riitta & Nyqvist, Leo & Petrelius, Päivi (2004) Sukupuolistunut ja sukupuoli sosiaalityö. Teoksessa Marjo Kuronen & Riitta Granfelt & Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) Sukupuoli ja sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen 3. vuosikirja. Jyväskylä: PS-kustannus, 5–18.

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

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Hypoteesien testaus. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Luettavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html> Viitattu 22.2.2016.

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Kyselyaineiston dokumentointi ja raportointi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Luettavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/raportointi/raportointi.html> Viitattu 15.2.2016.

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Numerotulosten esittäminen ja taulukoiden laatiminen. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Luettavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/raportointi/numerotulokset.html> Viitattu 17.2.2016.

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Ristiintaulukointi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Luettavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html> Viitattu: 18.2.2016.

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tilastollinen päättely. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Luettavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/paattely/paattely.html> Viitattu 18.2.2016

Laasanen, Juhani (1999) Valtionapulasuunnitelma. Kustannusperusteisen ja laskennallisen valtionosuusjärjestelmän tasoituksen vertailu. Tampere: Tampereen yliopisto.

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

Laitinen, Merja & Kemppainen, Tarja (2010) Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 138–177.

Lindén, Mirja (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes. Raportteja 234.

Mamia, Tero (2005) SPSS-alkeisopas. Statistical Package for Social Sciences. Tampereen yliopisto. Luettavissa: http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf Viitattu 15.2.2016.

Megivern, Deborah M. & McMillen, Curtis J. & Proctor, Enola K. & Srtiley, Catherine L. W. & Cabassa, Leopoldo J. & Munson, Michelle R. (2007) Quality of Care: Expanding the Social Work Dialogue. Social Work 52(2), 115–124.

- Miller, Peter & Rose, Nikolas (1993) *Governing economic life*. Julkaisussa Mike Gane & Terry Johnson (ed.) *Foucault's new domains*. Routledge, London, 75–105.
- Murto, Lasse (1997) *Evaluaatiotutkimuksellako päihdehuoltoon lisää tehoa?* *Janus* 5(4), 416–420.
- Mäntysaari, Mikko (1995) *Laadun kehittämisen ristiriidat*. Teoksessa Riitta, Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (toim.) *Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä*. Satkes. Raportteja 179. Helsinki, 69–82.
- Mäntysaari, Mikko & Maaniittu, Maisa (1995) *Ajankohtaistuva laatu*. Teoksessa Riitta, Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (toim.) *Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä*. Satkes. Raportteja 179. Helsinki, 11–18.
- Notko, Tiina (2007) *Asiakaslähtöisyys iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien tukemisessa*. Teoksessa Marjaana Seppänen & Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–252.
- Nyman, Markku & Stengård, Eija (2004) *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Palola, Elina (2011) *Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa*. Teoksessa Elina Palola & Vappu Karjalainen (toim.) *Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä?* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 283–309.
- Parpola, Antti (2013) *Toivo | Häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa*. Suomen Psykiatriyhdistys ry.
- Pasonen, Anna (2015) *Asiakaspalautetta laatukselyllä. Psykiatrian laitoshoidon sosiaalityön laadun kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä*. Julkaisematon.
- Patomäki, Heikki (2007) *Uusliberalismi Suomessa. Lyhyt historia ja tulevaisuuden vaihtoehdot*. WSOY, Helsinki.
- Pekurinen, Markku & Räikkönen, Outi & Leinonen, Tuija (2008) *Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008*. Stakesin raportteja 38/2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes: Helsinki.
- Pietikäinen, Petteri (2013) *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Pohjola, Anneli (2012a) *Moniulotteinen vaikuttavuus*. Teoksessa Anneli Pohjola & Tarja Kemppainen & Sanna Väyrynen (toim.) *Sosiaalityön vaikuttavuus*. Rovaniemi: Lapland University Press, 9–15.
- Pohjola, Anneli (2012b) *Tutkimukseen perustuva vaikuttavuus*. Teoksessa Anneli Pohjola & Tarja Kemppainen & Sanna Väyrynen (toim.) *Sosiaalityön vaikuttavuus*. Rovaniemi: Lapland University Press, 19–42.
- Porter, Roy (2006) *Madmen: A Social History of Madhouses, Mad-Doctors and Lunatics*. Stroud: Tempus.

Rainio, Juha & Rätty, Tarja (2015) Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. Tilastoraportti 2/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8. Viitattu 28.1.2016

Rajavaara, Marketta (2007) Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Kelan tutkimusosasto: Helsinki.

Renzetti, Claire M. & Lee, Raymond M. (eds.) (1993) Researching sensitive topics. Newbury Park: Sage.

Romakkaniemi, Marjo (2014) Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–173.

Ruuskanen, Petri & Savolainen, Katri & Suonio, Mari (toim.) (2011) Toivo sosiaalisessa: toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Kuopio: Unipress.

Saari, Juho (2006a) Hyvinvointivaltio ja sosiaalipolitiikka. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. Yliopistopaino Helsinki University Press, 13–64.

Saari, Juho (2006b) Uusi sosiaalipolitiikka – Julian Le Grandin sosiaalitaloudellinen näkökulma. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. Yliopistopaino Helsinki University Press, 406–444.

Saario, Sirpa (2011) Arviointitekniikat ja mielenterveystyö – tutkimus ammattilaisten luovinnasta työn arvioinnissa ja seurannassa. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 182–230.

Saario, Sirpa & Raitakari, Suvi (2010) Contractual audit and mental health rehabilitation: a study of formulating effectiveness in a Finnish supported housing unit. *International Journal of Social Welfare* 19, 321–329.

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

Salonen, Pia (2010) Onko sukupuolella merkitystä? Miesasiakkaiden näkökulmia sosiaalityön käytäntöihin. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos.

SatShp, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Potilasturvallisuustietoa. Luettavissa: <http://www.satshp.fi/tietoa-meista/laatutietoa/Sivut/Potilasturvallisuustietoa.aspx> Viitattu 19.3.2016.

SatShp, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Toivomme palautetta toiminnastamme. Luettavissa: <https://www.awanic.fi/haipro/30/qpro/julkinen/kysely.asp?julkaisuID=2&avain=hgfg4jjjh&kohdeID=30&orgid=386> Viitattu 19.3.2016.

Scheid, T. & Brown, T. (2010) Approaches to mental health and illness. Teoksessa Teresa L. Scheid & Tony N. Brown (toim.) A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems. New York: Cambridge University Press, 1–5.

Selkälä, Arto (2008) Tutkijan valintojen seurauksista lomaketutkimuksessa. Teoksessa Kirsti Lempiäinen & Olli Löytty & Merja Kinnunen (toim.) Tutkijan kirja. Tampere: Vastapaino, 219–230.

Shorter, Edward (2005) Psykiatrian historia. Suom. Eila Salomaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Sipilä, Juha (2015) Pääministeri Juha Sipilän 16.9. televisioitu ja radioitu puhe. Luettavissa: http://yle.fi/uutiset/katso_ja_lue_sipilan_puhe_tasta_kokonaisuudessaan/8311098 Viitattu 21.9.2015.

Sipilä, Jorma (1995) Ylhäältä alas vai alhaalta ylös? Teoksessa Riitta Haverinen, Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (toim.) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen toerioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja 179. Stakes, Helsinki.

Sipilä, Jorma (2006) Äiti, koti ja isänmaa kilpailuvaltiossa. Yhteiskuntapolitiikka 71(4), 411–415.

Sosiaalityön laadun kehittäminen (1997) Satakunnan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian tulosalue.

Soukola, Timo 1997 (toim.) Jotain sellaista radikaalia aikoinaan. Suomalaisen kontrollipolitiikan arviointia Marraskuun liikkeen täyttäessä 30 vuotta. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 10/97.

Sundman, Eila (2014) Esipuhe. Teoksessa Metter Anna & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–8.

Särkelä, Antti (2011) Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.

Taanila, Aki (2013a) Akin menetelmäblogi. Kirjoituksia Aki Taanilan kvantitatiivisesta menetelmäpajasta. Onko ryhmien välinen ero tilastollisesti merkitsevä? Luettavissa: <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/04/14/onko-ryhmien-valinen-ero-tilastollisesti-merkitseva/> Viitattu 15.2.2016.

Taanila, Aki (2013b) Akin menetelmäblogi. Kirjoituksia Aki Taanilan kvantitatiivisesta menetelmäpajasta. Mann-Whitney U –testi. Luettavissa: <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/03/08/mann-whitney-u-testi/> Viitattu 18.2.2016.

Taanila, Aki (2013c) Akin menetelmäblogi. Kirjoituksia Aki Taanilan kvantitatiivisesta menetelmäpajasta. Kruskal-Wallis-testi. Luettavissa: <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/04/14/kruskal-wallis-testi/> Viitattu 18.2.2016.

Taanila, Aki (2013d) Akin menetelmäblogi. Kirjoituksia Aki Taanilan kvantitatiivisesta menetelmäpajasta. Riippumattomat vai riippuvat otokset. Luettavissa:

<https://tilastoapu.wordpress.com/2012/03/20/riippumattomat-vai-riippuvat-otokset/> Viitattu 12.3.2016.

Taanila, Aki (2014) Aineiston esittäminen ja kuvailu. Luettavissa: <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/k/kuvailu.pdf> Viitattu 4.4.2016.

Tay, Tampereen yliopisto. Eettiset periaatteet. Tutkimusetiikka. Luettavissa: <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet.html> Viitattu 27.2.2016.

Tay, Tampereen yliopisto. Yksityisyys ja tietosuoja. Tutkimusetiikka. Eettiset periaatteet. Luettavissa: <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html> Viitattu 27.2.2016.

Terveyssozialityön nimikkeistö 2007. Helsinki: Kuntaliitto 32/38.

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveyshäiriöt. Luettavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot> Viitattu 18.12.2015.

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveys. Luettavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys> Viitattu 16.12.2015.

Toikko, Timo (2012) Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere University Press.

Turunen, Sakari & Achté, Kalle (1983) Seilin hospitaali 1619–1962. Teoksessa Kalle Achté & Jaakko Suominen & Tapani Tamminen (toim.) Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria. Suomen psykiatriyhdistys r.y., 93–100.

Vonnegut, Mark (2010) Just like someone without mental illness, only more so. New York: Delacorte Press.

Wahlbeck, Kristian (2007) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Matti Heikkilä & Tuukka Lahti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes, 87–101.

Wilding, Paul (1994) Maintaining Quality in Human Services. *Social Policy & Administration* 28(1), 57–72.

Williams, Brian & Coyle, Joanne & Healy, David (1998) The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine* 47(9), 1351–1359.

Vastaa seuraaviin kysymyksiin **rastittamalla sopiva vaihtoehto**.

1. Olen

- Mies
- Nainen

2. Ikäni

- alle 20 vuotta
- 20–29 vuotta
- 30–39 vuotta
- 40–49 vuotta
- 50–59 vuotta
- 60 vuotta tai yli

3. Hoitojaksoni pituus tällä hetkellä

- 1–6 päivää
- 1–2 viikkoa
- yli kaksi viikkoa, mutta enintään kuukauden
- yli kuukauden, mutta enintään kaksi kuukautta
- yli kaksi kuukautta, mutta enintään puoli vuotta
- yli puoli vuotta, mutta enintään vuoden
- yli vuoden

Seuraavat kysymykset koskevat kokemustasi sairaalan sosiaalityön saatavuudesta.

4. Onko sinulla tietoa, millaista apua voi saada sairaalan sosiaalityöntekijältä?

- On
- Ei
- Ei riittävästi

5. Oletko tavannut sairaalan sosiaalityöntekijää hoitojaksosi aikana?

- En
- Kyllä **Jos vastasit Kyllä, siirry seuraavalle sivulle kysymykseen 7.**

6. Miksi et ole tavannut sairaalan sosiaalityöntekijää hoitojaksosi aikana? Valitse sopivin vaihtoehto tai nimeä jokin muu syy.

- Ei ole ollut tarvetta
- En ole tiennyt mahdollisuudesta tavata sosiaalityöntekijää
- En tiedä, miten sosiaalityöntekijään saa yhteyden
- Olisin halunnut tavata sosiaalityöntekijän, mutta aikaa ei ole järjestynyt
- En ole halunnut tavata sosiaalityöntekijää, vaikka se olisi mahdollista
- En ole vielä ehtinyt tavata sosiaalityöntekijää, mutta aion tavata tai minulla on jo aika sovittuna
- Jokin muu syy, mikä?

Vapaamuotoinen palaute:

Jos et ole tavannut sairaalan sosiaalityöntekijää hoitojaksosi aikana, voit lopettaa lomakkeen täyttämisen tähän. Kiitos vastauksestasi!

7. Kenen aloitteesta tapasit sairaalan sosiaalityöntekijän?

- Halusin itse tavata tai läheiseni ehdotti tapaamista
- Hoitohenkilökunta ehdotti tapaamista
- Sosiaalityöntekijä otti minuun yhteyttä

8. Kun tarve sairaalan sosiaalityöntekijän tapaamiseen ilmeni, kuinka nopeasti tapaaminen järjestettiin?

- Samana päivänä
- 1–2 päivän kuluttua
- 3–6 päivän kuluessa
- Viikon kuluttua
- Yli viikon, mutta alle kahden viikon kuluttua
- Myöhemmin

9. Järjestyikö tapaaminen mielestäsi

- Riittävän nopeasti
- Liian pitkän odotusajan jälkeen

10. Kuinka monta kertaa olet tavannut sairaalan sosiaalityöntekijää hoitojaksosi aikana?

- 1–2 kertaa
- 3–4 kertaa
- 5 kertaa tai useammin

11. Onko tapaamisia sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa ollut hoitojakson tässä vaiheessa mielestäsi

- Tarpeeseen nähden liian vähän
- Sopivasti
- Tarpeeseen nähden liian monta

12. Miksi tapasit sairaalan sosiaalityöntekijää? Valitse kaksi tärkeintä syytä.

- Raha-asiat
- Asuntoasiat
- Tuen saaminen kotiin
- Kelan kanssa asioiminen
- Perheasiat
- Työhön tai opiskeluun liittyvät asiat
- Kuntoutusasiat
- Laki- ja valitusasiat
- Psykkinen tuki
- Elämäntilanteen kartoitus
- En tiedä, mikä oli tapaamisen syy
- Muu, mikä?

Vastaa seuraaviin kysymyksiin arvioimalla kysyttyä asiaa asteikolla 1–5. Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava numerovaihtoehto.

Seuraavat kysymykset koskevat kokemustasi sairaalan sosiaalityöntekijän tapaamisesta.

13. Millaista palvelua sait sairaalan sosiaalityöntekijältä?

Epäystävällistä

1 2 3 4

Ystävällistä

5

Epäasiallista

1 2 3 4

Asiallista

5

Hätäistä

1 2 3 4

Kiireetöntä

5

Välinpitämätöntä

1 2 3 4

Empaattista

5

Asiantuntematonta

1 2 3 4

Asiantuntevaa

5

Hyödytöntä

1 2 3 4

Hyödyllistä

5

Tavoitteetonta

1 2 3 4

Tavoitteellista

5

14. Koetko, että sairaalan sosiaalityöntekijä kuunteli ja ymmärsi sinua?

Huonosti		Kohtalaisesti		Hyvin
1	2	3	4	5

15. Kuinka helposti tai vaikeasti lähestyttäviä sairaalan sosiaalityöntekijän palvelut mielestäsi ovat?

Vaikeasti lähestyttäviä				Helposti lähestyttäviä
1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat kokemustasi sairaalan sosiaalityön vaikutuksesta.

16. Saitko sairaalan sosiaalityöntekijältä apua asioidesi eteenpäin viemiseksi?

En ollenkaan		Jonkin verran		Paljon
1	2	3	4	5

17. Saitko sairaalan sosiaalityöntekijältä psyykkistä tukea?

En ollenkaan		Jonkin verran		Paljon
1	2	3	4	5

18. Arvioi, oliko sairaalan sosiaalityöntekijällä ja sinulla samanlainen vai erilainen käsitys avuntarpeestasi.

Erilainen käsitys				Samanlainen käsitys
1	2	3	4	5

19. Miten elämäntilanteesi on muuttunut hoitojakson aikana?

Huonontunut		Pysynyt samana		Parantunut
1	2	3	4	5

20. Jos elämäntilanteesi on muuttunut hoitojakson aikana, arvioi, kuinka paljon tai vähän sosiaalityöntekijän työllä on ollut merkitystä elämäntilanteesi muuttumisessa.

Ei merkitystä				Paljon merkitystä
1	2	3	4	5

21. Oletko mielestäsi itse pystynyt vaikuttamaan siihen, miten asioitasi on sairaalan sosiaalityössä hoidettu? Olen pystynyt vaikuttamaan asioideni hoitoon yhdessä sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa

Vähän

Paljon

1

2

3

4

5

22. Rastita sopiva vaihtoehto. Kun tapasit sairaalan sosiaalityöntekijää, oliko mukana

- Omaisia tai perheen jäseniä
- Hoitohenkilökuntaa
- Muita henkilöitä
- Tapasin sosiaalityöntekijää yksin

23. Millaisena kaiken kaikkiaan koet sairaalassa tarjottavan sosiaalityön? Arvioi sairaalan sosiaalityötä kouluarviointiasteikolla 4–10. Ympyröi mielestäsi sopivin arvosana.

4

5

6

7

8

9

10

Vapaamuotoinen palaute:

KIITOS VASTAUKSESTASI!

SOSIAALITYÖN ASIAKASKYSELY*(Omaiselle)*Vastaa seuraaviin kysymyksiin **rastittamalla sopiva vaihtoehto.****1. Olen**

- Mies
- Nainen

2. Ikäni

- Alle 20 vuotta
- 20–29 vuotta
- 30–39 vuotta
- 40–49 vuotta
- 50–59 vuotta
- 60 vuotta tai yli

3. Läheiseni hoitojakson pituus tällä hetkellä

- 1–6 päivää
- 1–2 viikkoa
- yli kaksi viikkoa, mutta enintään kuukauden
- yli kuukauden, mutta enintään kaksi kuukautta
- yli kaksi kuukautta, mutta enintään puoli vuotta
- yli puoli vuotta, mutta enintään vuoden
- ylivuoden

Seuraavat kysymykset koskevat kokemustasi sairaalan sosiaalityön saatavuudesta.

4. Onko sinulla tietoa, millaista apua voi saada sairaalan sosiaalityöntekijältä?

- On
- Ei
- Ei riittävästi

5. Oletko tavannut tai ollut muutoin yhteydessä sairaalan sosiaalityöntekijään läheisesi hoitojakson aikana?

- En
- Kyllä **Jos vastasit Kyllä, siirry seuraavalle sivulle kysymykseen 7.**

6. Miksi et ole tavannut tai muutoin ollut yhteydessä sairaalan sosiaalityöntekijään läheisesi hoitojakson aikana? Valitse sopivin vaihtoehto tai nimeä jokin muu syy.

- Ei ole ollut tarvetta
- En ole tiennyt mahdollisuudesta olla yhteydessä sosiaalityöntekijään
- En tiedä, miten sosiaalityöntekijään saa yhteyden
- Olen tavoitellut sosiaalityöntekijää, mutta yhteydenotto ei ole onnistunut
- En ole halunnut olla yhteydessä sosiaalityöntekijään, vaikka se olisi mahdollista
- En ole vielä ehtinyt olla yhteydessä sosiaalityöntekijään, mutta aion olla
- Jokin muu syy, mikä?

Vapaamuotoinen palaute:

Jos et ole tavannut tai ollut yhteydessä sairaalan sosiaalityöntekijään läheisesi hoitojakson aikana, voit lopettaa lomakkeen täyttämisen tähän. Kiitos vastauksestasi!

7. Miten olet ollut yhteydessä sairaalan sosiaalityöntekijään? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Tapasin sosiaalityöntekijää osastolla tai sosiaalityöntekijän vastaanotolla
- Tapasin sosiaalityöntekijää hoitokokouksessa
- Keskustelin sosiaalityöntekijän kanssa puhelimesta läheiseni hoitojakson aikana
- Muulla tavoin, miten?

8. Miten tavoitit sairaalan sosiaalityöntekijän? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Otin yhteyttä puhelimitse
- Jätin soittopyynnön osastolle tai puhelinvastaajaan, ja sosiaalityöntekijä soitti minulle
- Sosiaalityöntekijä otti yhteyttä minuun
- Tapasin sosiaalityöntekijän ensimmäisen kerran hoitokokouksessa tai muussa tilanteessa osastolla
- Jollakin muulla tavalla, miten?

9. Kun tarve sairaalan sosiaalityöntekijän tavoittamiseen ilmeni, kuinka nopeasti tavoitit sosiaalityöntekijän?

- Samana päivänä
- 1–2 päivän kuluttua
- 3–6 päivän kuluessa
- Viikon kuluttua
- Yli viikon, mutta alle kahden viikon kuluttua
- Myöhemmin

10. Tavoititko sairaalan sosiaalityöntekijän mielestäsi

- Riittävän nopeasti
- Liian pitkän odotusajan jälkeen

11. Kuinka monta kertaa olet tavannut/ollut yhteydessä sairaalan sosiaalityöntekijään läheisesi hoitojakson aikana?

- 1–2 kertaa
- 3–4 kertaa
- 5 kertaa tai useammin

12. Onko yhteydenottoja sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa ollut läheisesi hoitojakson tässä vaiheessa mielestäsi

- Tarpeeseen nähden liian vähän
- Sopivasti
- Tarpeeseen nähden liian monta

13. Miksi tapasit/olit yhteydessä sairaalan sosiaalityöntekijään? Valitse kaksi tärkeintä syytä.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Läheiseni raha-asiat | <input type="checkbox"/> Läheiseni psyykinen tuki |
| <input type="checkbox"/> Läheiseni asuntoasiat | <input type="checkbox"/> Oma psyykinen tuki |
| <input type="checkbox"/> Tuen saaminen läheiseni kotiin | <input type="checkbox"/> En tiedä, mikä oli tapaamisen/yhteydenoton syy |
| <input type="checkbox"/> Läheiseni Kela-asioiden hoitaminen | <input type="checkbox"/> Muu, mikä? |
| <input type="checkbox"/> Läheiseni perheasiat | |
| <input type="checkbox"/> Läheiseni työhön tai opiskeluun liittyvät asiat | |
| <input type="checkbox"/> Läheiseni kuntoutusasiat | |
| <input type="checkbox"/> Läheiseni laki- ja valitusasiat | |
| <input type="checkbox"/> Läheiseni elämäntilanteen kartoitus | |

Vastaa seuraaviin kysymyksiin arvioimalla kysyttyä asiaa asteikolla 1–5. Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava numerovaihtoehto.

Seuraavat kysymykset koskevat kokemustasi sairaalan sosiaalityöntekijän tapaamisesta.

14. Millaista palvelua sait sairaalan sosiaalityöntekijältä?

Epäystävällistä

1 2 3 4

Ystävällistä

5

Epäasiallista

1 2 3 4

Asiallista

5

Hätäistä

1 2 3 4

Kiireetöntä

5

Välinpitämätöntä

1 2 3 4

Empaattista

5

Asiantuntematonta

1 2 3 4

Asiantuntevaa

5

Hyödytöntä

1 2 3 4

Hyödyllistä

5

Tavoitteetonta

1 2 3 4

Tavoitteellista

5

15. Koetko, että sairaalan sosiaalityöntekijä kuunteli ja ymmärsi sinua?

Huonosti		Kohtalaisesti		Hyvin
1	2	3	4	5

16. Kuinka helposti tai vaikeasti lähestyttäviä sairaalan sosiaalityöntekijän palvelut mielestäsi ovat?

Vaikeasti lähestyttäviä				Helposti lähestyttäviä
1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat kokemustasi sairaalan sosiaalityön vaikutuksesta.

17. Saitko sairaalan sosiaalityöntekijältä apua läheisesi asioiden eteenpäin viemiseksi?

En ollenkaan		Jonkin verran		Paljon
1	2	3	4	5

18. Saitko sairaalan sosiaalityöntekijältä psyykkistä tukea sairastuneen läheisenä?

En ollenkaan		Jonkin verran		Paljon
1	2	3	4	5

19. Arvioi, saiko läheisesi sairaalan sosiaalityöntekijältä apua asioidensa eteenpäin viemiseksi.

Ei ollenkaan		Jonkin verran		Paljon	
1	2	3	4	5	En osaa sanoa <input type="checkbox"/>

20. Arvioi, saiko läheisesi sairaalan sosiaalityöntekijältä psyykkistä tukea.

Ei ollenkaan		Jonkin verran		Paljon	
1	2	3	4	5	En osaa sanoa <input type="checkbox"/>

21. Arvioi, oliko sairaalan sosiaalityöntekijällä ja sinulla samanlainen vai erilainen käsitys läheisesi avun tarpeesta.

Erilainen käsitys					Samanlainen käsitys
1	2	3	4	5	

22. Arvioi, miten läheisesi elämäntilanne on muuttunut hoitojakson aikana.

Huonontunut		Pysynyt samana		Parantunut
1	2	3	4	5

23. Jos läheisesti elämäntilanne on muuttunut hoitojakson aikana, arvioi, kuinka paljon tai vähän sosiaalityöntekijän työllä on ollut merkitystä hänen elämäntilanteensa muuttumisessa.

Ei merkitystä				Paljon merkitystä
1	2	3	4	5

24. Millaisena kaiken kaikkiaan koet sairaalassa tarjottavan sosiaalityön? Arvioi sairaalan sosiaalityötä kouluarviointiasteikolla 4–10. Ympyröi mielestäsi sopivin arvosana.

4 5 6 7 8 9 10

Vapaamuotoinen palaute:

KIITOS VASTAUKSESTASI!