

PUBLICATIONS OF  
THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

*Dissertations in Social Sciences  
and Business Studies*



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND



**LEENA LEINONEN**

**SOSIAALITYÖN JA TERAPIAN RAJAPINNALLA**

*Sosiaalityön terapeutinen orientaatio ja ammatillinen  
itseymmärrys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa*



# SOSIAALITYÖN JA TERAPIAN RAJAPINNALLA

SOSIAALITYÖN TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO JA AMMATILLINEN  
ITSEYMMÄRRYS PSYKIATRISISSA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA



*Leena Leinonen*

# SOSIAALITYÖN JA TERAPIAN RAJAPINNALLA

**SOSIAALITYÖN TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO JA AMMATILLINEN  
ITSEYMMÄRRYS PSYKIATRISISSA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA**

Publications of the University of Eastern Finland  
Dissertations in Social Sciences and Business Studies  
No 227

University of Eastern Finland  
Kuopio  
2020

Grano Oy

Jyväskylä, 2020

Sarjan vastaava toimittaja: Markus Mättö

Sarjan toimittaja: Anna Karttunen

Myynti: Itä-Suomen yliopiston kirjasto

ISBN: 978-952-61-3417-8 (nid.)

ISBN: 978-952-61-3418-5 (PDF)

ISSNL: 1798-5749

ISSN: 1798-5749

ISSN: 1798-5757 (PDF)

Tekijän osoite: Yhteiskuntatieteiden laitos  
Itä-Suomen yliopisto  
KUOPIO  
SUOMI

Tohtorionjelma: Welfare, Health and Management

Ohjaajat: Professori Juha Hämäläinen  
Yhteiskuntatieteiden laitos  
Itä-Suomen yliopisto  
KUOPIO  
SUOMI

Professori (emeritus) Pauli Niemelä  
Yhteiskuntatieteiden laitos  
Itä-Suomen yliopisto  
KUOPIO  
SUOMI

Esitarkastajat: YTT, dosentti Riitta Granfelt  
Valtiotieteellinen tiedekunta  
Helsingin yliopisto  
HELSINKI  
SUOMI

Professori Merja Laitinen  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Lapin yliopisto  
ROVANIEMI  
SUOMI

Vastaväittäjä: Professori (emeritus) Leo Nyqvist  
Sosiaalitieteiden laitos  
Turun yliopisto  
TURKU  
SUOMI





Leinonen, Leena

On the interface of social work and therapy – the therapeutic orientation and professional self-conception of social work in psychiatric care

Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, 2020

Publications of the University of Eastern Finland

Dissertations in Social Sciences and Business Studies; 227

ISBN: 978-952-61-3417-8 (print)

ISSNL: 1798-5749

ISSN: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-3418-5 (PDF)

ISSN: 1798-5757 (PDF)

## **ABSTRACT**

This study examines the therapeutic orientation and professional self-conception of social work in psychiatric care. In psychiatry, the focus of the work is always therapeutic. Various therapeutic frameworks based on psychological knowledge often affect the professional self-conception of specialized occupational groups, such as social workers, both at conscious and unconscious level. A part of psychiatric social workers has schooled themselves as licensed therapists and work in a dual position as social workers and therapists. The purpose of the study is to analyze the significance of the therapeutic orientation in the professional self-conception of social work.

The empirical part consisted of survey data (n = 249) and interviews of eight therapy-trained social workers. The research frame was mixed methods. The quantitative data was analyzed statistically by using percentages, cross tabs, explorative factor analysis, independent samples t-test and one-way ANOVA. The qualitative data was analyzed by data-based content analysis with the hermeneutical interpretation.

The empirical results of the study have been reflected on the theoretical conceptualizations of the social systems and ecological communication by Niklas Luhmann. The results indicate that social workers see the significance of the therapeutic work in various ways. Both the professional self-conception of social work and the role social work has in multi-professional work are affected by these distinct perspectives. Psychiatric social work can be seen merely as therapeutic work or as social security guidance work, which totally ignores the questions of the psychological condition of the client.

This study indicates both challenges and possibilities involved in the therapeutic orientation of social work within psychiatry. The results of the study can be utilized

e.g. in designing the education of mental health social work and mental health services.

*Keywords: social work, psychiatry, mental health, therapeutic, mixed methods research*

Leinonen, Leena

Sosiaalityön ja terapian rajapinnalla – sosiaalityön terapeutin orientaatio ja ammatillinen itseymmärrys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, 2020

Publications of the University of Eastern Finland

Dissertations in Social Sciences and Business Studies; 227

ISBN: 978-952-61-3417-8 (nid.)

ISSNL: 1798-5749

ISSN: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-3418-5 (PDF)

ISSN: 1798-5757 (PDF)

## TIIVISTELMÄ

Tutkimus tarkastelee sosiaalityön terapeutista orientaatiota ja ammatillista itseymmärrystä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä työn perustehtävä on aina hoidollinen. Hoidollisuus ja sitä ohjaavat erilaiset, psykologiseen tietoon perustuvat mielenterveystyön viitekehykset vaikuttavat usein joko tietoisesti tai tiedostamattomasti myös terveydenhuollon erityisammattikuntien ammatillisen itseymmärryksen rakentumiseen. Osa psykiatrisista sosiaalityöntekijöistä on kouluttautunut myös laillistetuiksi terapeuteiksi ja toimii työssään paitsi sosiaalityöntekijän, myös terapeutin positiossa. Tutkimuksessa etsitään vastausta kysymykseen *Millaisia sisältöjä ja merkityksiä terapeutin orientaatio saa psykiatrisen sosiaalityön ammatillisessa itseymmärryksessä?*

Tutkimuksen aineisto koostuu kyselyaineistosta (n = 249), joka jakautuu sekä määrälliseen että laadulliseen osaan ja kahdeksan terapiakoulutetun sosiaalityöntekijän teemahaastatteluista. Tutkimusote on monimenetelmäinen. Kvantitatiivinen aineisto on analysoitu SPSS 25.0 ohjelmalla, hyödyntäen suoria jakaumia, ristiintaulukointia, eksploratiivista faktorianalyysiä, riippumattomien otosten t-testiä sekä yksisuuntaista varianssianalyysiä. Tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jossa on hermeneuttinen, merkitysrakenteiden ymmärtämiseen pyrkivä tulkintatapa.

Empiirisiä tuloksia on peilattu Niklas Luhmannin sosiaalisten osajärjestelmien rakentumista ja ekologista kommunikaatiota koskeviin teoreettisiin jäsennyksiin. Tutkimustulokset osoittavat, että sosiaalityöntekijöiden suhde psykologiseen tietoon ja siihen pohjautuva sosiaalityön terapeutisuusaste muovaavat paitsi sosiaalityön ammatillista itseymmärrystä, myös asemaa psykiatrisen hoidon kokonaisuudessa. Äärimuodoissaan psykiatrisen sosiaalityö voi määrittäytyä terapiaan perustuvaksi hoitotyöksi tai asiakkaan psyykkisen voimien kysymykset sivuuttavaksi, sosiaaliturvaohjaukseen kiinnittyväksi tukityöksi.

Tutkimus tekee näkyväksi paitsi haasteita, myös mahdollisuuksia, joita sosiaalityön terapeutiseen orientaatioon psykiatrisissa konteksteissa liittyy. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi suunniteltaessa mielenterveyssozialityön koulutusta ja mielenterveyspalveluiden kehittämistä.

*Avainsanat: sosiaalityö, psykiatria, mielenterveystyö, terapeutinen, triangulaatio*

# KIITOKSET

Väitöskirjan valmistuminen päättää elämässäni pitkän, mutta samalla äärimmäisen mielenkiintoisen, opettavaisen ja monipolvisen ajanjakson. Kuten monilla matkoilla, myös tällä taipaleella itse matkanteko on lopulta ollut määränpäättä tärkeämpi, vaikka tutkimuksen valmistuminen ei sekään ole yhtään hullumpi juttu. Kun mietin tekemiäni matkoja, on selvää, että ikimuistoisimpiin niistä ovat vaikuttaneet ennen kaikkea matkakumppanit. On tullut aika kiittää tällä tutkimusmatkalla mukanaani kulkeneita.

Väitöstyöni ohjaajina ovat toimineet professori Juha Hämäläinen ja professori (emeritus) Pauli Niemelä. Esitän molemmille ohjaajilleni arvostavan kiitoksen laaja-alaisen yhteiskuntatieteellisen tietotaitonne jakamisesta, asiantuntevista kommentteista ja työni ytimeen pureutuvista kysymyksistä pitkin matkaa. Ilmiömainen kykynne löytää suuresta tekstimassasta olennainen ja taitonne kysyä juuri oikeita, rakentavan kriittisiä kysymyksiä, ovat auttaneet merkittävästi ajatteluni kehittymisessä. Ohjaajilta saamani tuki ja kannustus ovat olleet merkittävässä roolissa tutkimukseni loppuunsaattamisessa.

Kiitän työni esitarkastajia, YTT, dosentti Riitta Granfeltiä ja professori Merja Laitista asiantuntevista kommentteista ja parannusehdotuksista, jotka auttoivat käsikirjoituksen viimeistelyssä. Professori (emeritus) Leo Nyqvistiä kiitän lämpimästi vastaväittäjäkseni lupautumisesta.

Tutkimukseni sai alkunsa käytännön terveystieteissä havaituista tiedon- tarpeista ja tutkimuksellisista katveista. Tutkimus ei olisi nähnyt päivänvaloa ilman käytännön psykiatrisessa työssä toimineiden ammattilaisten panosta. Kiitän kaikkia tutkimukseeni osallistuneita psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöitä.

YTT, yliopistonlehtori Satu Ylinen houkutteli minut aikanaan jatko-opintojen pariin. Kiitos Satu, että kysyit olisinko kiinnostunut jatkamaan tutkimuksen parissa – kuinka mielenkiintoiselle matkalle ansiostasi päädyinkään!

Kiitän lämpimästi Itä-Suomen yliopiston yhteiskuntatieteiden laitosta, joka on paitsi tarjonnut hyvän ympäristön tutkimustyölle, myös edesauttanut kasvuani akateemiseen elämäntapaan opetus- ja ohjaustyön näkökulmasta. Laitos on myös mahdollistanut osallistumiseni useisiin tieteellisiin konferensseihin, joissa olen saanut esitellä keskeneräistä tutkimustani ja käydä siihen pohjautuvia, ajatteluani rikastuttaneita keskusteluja niin kotimaisilla kuin kansainvälisilläkin foorumeilla.

Monografiaväitöskirjan tekeminen on viime kädessä varsin yksinäinen prosessi. Kokemukset akateemiseen yhteisöön kuulumisesta ja ilon ja ihmetyksen tunteiden jakamisesta ovat merkityksellisiä ja antavat tutkijalle voimia jatkaa paikoin hyvin kivikkoisella polulla. Lämpimät kiitokset kaikille työkavereille. Voimauttavista keskusteluista, jaetuista kokemuksista, tuesta ja kannustuksesta kiitän erityisesti Mari Suoniota, Sisko Piippon, Taru Kekonia, Kaarina Mönkköstä, Riitta Vornasta ja

Veli-Matti Poutasta. Veli-Matille osoitan erityiset kiitokset oivalluksia tuottaneista keskusteluista ja käsikirjoitukseni asiantuntevasta kommentoinnista.

Jaana Mäkinen ja Tarja Koponen ovat auttaneet minua väitöstutkimukseni aikana moninaisissa käytännön kysymyksissä. Lämpimät kiitokset avustanne.

Tutkimukseni alkumetreillä sain kuulua SOSNET:n tutkijakouluryhmään. Kiitän kaikkia ryhmässäni mukana olleita ohjaajia ja tohtoriopiskelijoita työni alkuvaiheen kommentoinnista ja yhteisistä keskusteluista.

Saastamoisen Säätiö mahdollisti monin tavoin merkityksellisen tutkimusperiodin Utahin yliopistossa Yhdysvalloissa. I thank Mark and Lorene de St. Aubin for offering me a home away from home during my research period in SLC. I also want to thank Professor David S. Derezotes for the opportunity to take part in Advanced Mental Health class, for fruitful discussions and for your inspiring and unique way of interaction.

Lämmin kiitos sukulaisille, erityisesti isoäidilleni Vienolle ja anopilleni Marjalle, joiden tuki ja kannustus ovat reunustaneet polkuani. Kiitos myös ystävilleni, erityisesti Johannalle ja Katjalle, jotka ovat kulkeneet rinnallani vuosikymmenten mittaisen matkan jakaen niin ilot kuin surut. Kaltaisenne ystävät ovat aarre.

Äitiäni Pirjoa ja isääni Ristoa voin kiittää niin paljosta. Kiitos, että annoitte minulle juuret ja haaveilleni siivet.

Kun on aika kiittää kaikkein tärkeimpiä matkakumppaneita, tuntuu etteivät mitkään sanat riitä. Pyyteetön rakkaus on suurin lahja, jonka elämässä voi osakseen saada ja vastavuoroisesti antaa. Ville ja Otto, kiitos että olette.

Kallaveden rannalla vappuna 2020

Leena Leinonen

# SISÄLLYS

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>TIIVISTELMÄ</b> .....	<b>9</b>
<b>KIITOKSET</b> .....	<b>11</b>
<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>17</b>
1.1 Tapaus Martti .....	17
1.2 Tutkimuskohteena psykiatrisen sosiaalityön terapeutin orientaatio ja ammattillinen itseyttäminen.....	19
1.3 Tutkimustehtävä ja käsitteelliset rajaukset.....	26
<b>2 SOSIAALITYÖN ROOLI TERVEYDENHUOLLON MONIAMMATTILISESSA TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ</b> .....	<b>37</b>
2.1 Terveysosiaalityön lähtökohdat .....	37
2.2 Terveysosiaalityön ammattillinen itseyttäminen .....	42
2.2.1 Sosiaalityön professionalistuminen ja asiantuntijuus terveydenhuollon kontekstissa .....	42
2.2.2 Ammattillinen identiteetti .....	49
<b>3 SOSIAALITYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ</b> .....	<b>52</b>
3.1 Mielenterveyden moniulotteisuus .....	52
3.2 Psykiatrisen palvelujärjestelmän sosiokulttuurinen muutos .....	55
3.3 Suomalaisen mielenterveysosiaalityön lainsäädännöllinen perusta.....	59
3.4 Sosiaalityön rooli psykiatriassa .....	61
<b>4 TERAPEUTTISESTA TYÖSKENTELYSTÄ LAILLISTETTUUN TERAPIAAN</b> .....	<b>69</b>
4.1 ´Terapeutin´ paikannuksia .....	69
4.2 Persoonallisuus sosiaalityöntekijän työvälineenä .....	70
4.3 Terapeutin vuorovaikutus .....	73
4.4 Terapiatuen hoidollisena orientaationa.....	75
4.4.1 Psykoterapia .....	75
4.4.2 Perheterapia .....	80
4.4.3 Terapiakoulutus Suomessa .....	81
4.4.4 Psykososiaalinen työ .....	83
<b>5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>87</b>
5.1 Tutkimusote.....	87
5.2 Tutkimuksen tieteenfilosofiset sitoumukset.....	89
5.3 Tutkimuksen paikantaminen ja tutkimuskonteksti .....	93
5.4 Kyselylomakkeen laatiminen.....	97
5.5 Haastattelujen suunnittelu ja toteuttaminen .....	100

5.6	Tutkimusaineistot, analyysien toteuttamisjärjestys ja analysointitavat .....	102
5.7	Tutkimuksen luotettavuus.....	114
5.8	Tutkimuksen etiikka ja tutkijan positio .....	119
5.9	Tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät.....	123
5.9.1	Kyselytutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät .....	123
5.9.2	Teemahaastatteluihin osallistuneet sosiaalityöntekijät.....	125
<b>6</b>	<b>PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN TYÖNKUVA JA ASiantuntijuuden ULOTTUVUUDET .....</b>	<b>127</b>
6.1	Työnkuva tehtävien valossa .....	127
6.2	Psykiatrisen sosiaalityön ideaali vs. arjen realiteetit.....	137
6.3	Asiantuntijuuden muodot ja ammatilliset roolit .....	141
<b>7</b>	<b>PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO .....</b>	<b>151</b>
7.1	Terapeuttisuus psykiatrisessa sosiaalityössä.....	151
7.1.1	Terapeuttisen sosiaalityön lähtökohdat.....	151
7.1.2	’Oikeaa sosiaalityötä’ paikantamassa .....	157
7.1.3	Toivotyöskentely .....	162
7.2	Psykiatrisen sosiaalityön terapeuttinen orientaatio tunnuslukujen valossa .....	164
7.3	Terapiakoulutukseen hakeutumisen motiivit .....	170
7.4	Terapiakoulutuksesta pidättäytymisen motiivit.....	177
<b>8</b>	<b>TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO JA PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN ITSEORGANOINTI .....</b>	<b>183</b>
8.1	Sosiaalityöntekijöiden kokemukset terapiakoulutuksen käynnistämistä prosesseista .....	183
8.1.1	Terapiakoulutusten anti.....	183
8.1.2	Ulkoisen toiminnan tason muutokset .....	184
8.1.3	Sisäisen toiminnan tason muutokset.....	190
8.2	Terapiakoulutukselle ja terapeuttina toimimiselle annetut negatiiviset merkitykset .....	194
8.3	Sosiaalityöntekijätyypit .....	197
<b>9</b>	<b>TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO PROFESSIONAALISENA RAJASYSTEEMINÄ .....</b>	<b>220</b>
9.1	Erikoissairaanhoidon toimintakulttuuriset tekijät.....	220
9.2	Psykiatrisen sosiaalityön yhteiskunnalliset toimintaedellytykset .....	230
9.3	Terapeuttinen orientaatio psykiatrisen sosiaalityön osajärjestelmän paikan määrittäjänä.....	233
<b>10</b>	<b>RAJAPINNALTA YHDYSPINTAAN .....</b>	<b>237</b>
	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>251</b>
	<b>LIITTEET .....</b>	<b>274</b>



## TAULUKOT

Taulukko 1.	Empiiriset tutkimusaineistot.....	103
Taulukko 2.	Faktorianalyysien tilastolliset tunnusluvut.....	106
Taulukko 3.	Aineiston ryhmittely laadullisen analyysin tuottamien merkityskokonaisuuksien mukaan.....	112
Taulukko 4.	Esimerkki merkityskokonaisuuksien muotoutumisesta laadullisen aineiston analyysissä.....	114
Taulukko 5.	Työtehtävien koettu painottuminen toimenkuvassa.....	128
Taulukko 6.	Psykiatrisen sosiaalityön asiantuntijuusalueita kuvaavat faktorit tunnuslukuineen .....	131
Taulukko 7.	Psykiatrisen sosiaalityön ideaali- ja reliaalisuuden välistä suhdetta kuvaavat faktorit tunnuslukuineen .....	140
Taulukko 8.	Avo- ja sairaalahoidon sosiaalityöntekijöiden näkemykset mielenterveydestä ja mielenterveystyön sisällöstä.....	142
Taulukko 9.	Psykiatrisen sosiaalityön lähtökohtia kuvaavat faktorit tunnuslukuineen .....	145
Taulukko 10.	Psykiatrisen sosiaalityön ammatillisia rooleja kuvaavat faktorit tunnuslukuineen .....	149
Taulukko 11.	Erialaisten asiantuntijuuksien elementit psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityössä .....	164
Taulukko 12.	Terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden sijoittuminen psykiatrian erikoisaloille.....	166
Taulukko 13.	Terapiakoulutukseen hakeutumisen motivaatioperustaa kuvaavat faktorit tunnuslukuineen .....	172
Taulukko 14.	Terapiakoulutuksesta pidättäytymisen motivaatioperustaa kuvaavat faktorit tunnuslukuineen .....	179
Taulukko 15.	Sosiaalityöntekijätyyppien itseymmärryksellinen suhde psykiatrisen sosiaalityön työmuotoihin .....	213
Taulukko 16.	Mielenterveysosiaalityön työorientaatioiden suhde ammattinimikkeisiin McCraen ym. mukaan .....	214

## KUVIOT

Kuvio 1.	Tutkimuksen teoreettiset reflektiopinnat.....	27
Kuvio 2.	Psykiatrisen sosiaalityön osajärjestelmän suhde psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintakontekstiin .....	234



# 1 JOHDANTO

## 1.1 TAPAUKSEK MARTTI

Ajatus psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön terapeuttisen orientaation ja ammatillisen itseyttämyksen tutkimisesta syntyi, kun työskentelin 2000-luvun alussa sosiaalityöntekijänä keskisuuren sairaalan somaattisilla osastoilla. Erään potilaan tapaus teki minuun erityisen vaikutuksen ja haastoi pohtimaan terveydenhuollon sosiaalityön menetelmäperustaa ja työn perimmäisiä lähtökohtia.

”Martti” oli 55-vuotias yksinasuva mies, joka oli hoidettavana sisätautien osastolla sydämen ohitusleikkausta seuranneen vakavan infektion vuoksi. Tapasin Martin ensimmäisen kerran potilasvahinkoilmoituksen laatimisen tiimoilta. Martin sydämen ohitusleikkauksen yhteydessä oli tapahtunut hoitovirhe, jonka seurauksena leikkaushaavaan tuli vakava infektio, joka myöhemmin levisi varsinaiseen sydänlihakseen. Infektion vuoksi Martin alun alkaen melko lyhyeksi ennustettu leikkauksen jälkeinen toipilasaika pitkittyi ja hän joutui olemaan sairaalassa useita kuukausia. Noiden kuukausien aikana Martista tuli sosiaalityön vakioasiakkaani. Potilasvahinkoilmoituksen laatimisen lisäksi selvittelin Martin kanssa hänen vaikeaa taloudellista tilannettaan konsultoiden hänen kotikuntansa sosiaalitoimea. Martin pyynnöstä olin myös yhteydessä hänen jo aikuisikään ehtineeseen ainoaan lapseensa, johon Martilla itsellään oli hyvin etäiset ja huonot välit. Martin elämässä oli jo ennen sydänsairauden ilmenemistä ollut paljon psyykkistä kuormitusta aiheuttavia elämänmuutoksia, muun muassa lomautetuksi tuleminen yrityksestä, jossa hän oli tehnyt elämäntyönsä sekä pitkäaikaisen parisuhteen kariutuminen. Kaikki nämä tekijät yhdessä olivat altistaneet Marttia keskivaikealle masennukselle, joka oli diagnosoitu pari vuotta aiemmin. Sisätautien osastolla Martin masennuksen hoito oli kuitenkin jäänyt pelkästään lääkityksen tasolle. Martilla oli valtava tarve puhua ongelmistaan ja jäsentää kaotettua elämäntilannetta kahdenkeskisessä keskustelussa.

Tapasin Marttia hänen toiveestaan säännöllisesti, joka toinen viikko noin tunnin verran. Keskustelumme käynnistyivät aina konkreettisten asioiden, kuten toimeentulotukihakemuksen laatimisen kautta, mutta jokaisella tapaamiskerralla päädyimme lopulta Martin aloitteesta keskustelemaan hyvinkin analyttisesti hänen elämänhistoriastaan pitkällä aikavälillä, ulottuen aina hänen lapsuuteensa ja nuoruuteensa. Yhdessä kävimme vapaamuotoisen muistelun avulla läpi Martin elämänhistorian merkityksellisiä tapahtumia ja ihmissuhteita, jotka olivat tavalla tai toisella muokanneet häntä ihmisenä ja vaikuttaneet hänen myöhemmässä elämässään soveltamiinsa toimintamalleihin.

Keskustelumme jälkeen Martilla oli tapana huokaista syvään ja todeta, että olipa tehnyt hyvää saada puhua asioistaan. Erään tapaamisen lopetus sai minut erityisesti havahtumaan. Martti nousi tuolistaan lähteäkseen huoneesta ja totesi: ”Minä

sanon taas omahoitajalle, et kutsuu sinut, kun on seuraavan kerran terapian tarvis”. "...kun on seuraavan kerran terapian tarvis". En ollut koskaan aiemmin ajatellut tekeväni Martin kohdalla tietoista ja tavoitteellista terapiaa, mutta jälkikäteen ajatellen Martin sosiaalityön asiakassuhde oli niin lähellä puhdasta yksilöterapiaa kuin se suinkin oli mahdollista tilanteessa, jossa minulla työntekijänä ei edes ollut laillistetun terapeutin pätevyyttä. Vasta Martin ääneen lausuttu tulkinta tapaamistemme luonteesta herätti minut havaitsemaan asiakassuhtemme todellisen, huomattavan syvällisen ja analyttisen luonteen.

Martin tapaus on malliesimerkki siitä, kuinka moniulotteinen ja kompleksinen terveysosiaalityön asiakkaan tilanne voikaan olla. Martin tapauksessa fyysisen sairastumisen aiheuttamat pelot yhdistyivät jo olemassa olleeseen psyykkiseen sairauteen, taloudellisiin ongelmiin, ihmissuhteissa ilmenevään problematiikkaan ja lapsuuden traumaattisiin kokemuksiin, jotka edelleen vaikuttivat osin tiedostamattomallakin tasolla hänen tunne-elämäänsä, elämänhallintaansa ja -valintoihinsa.

Martin tapaus synnytti mielessäni useita kysymyksiä terveydenhuollon sosiaalityön lähtökohdista ja menetelmällisestä perustasta. Mikäli somaattisen terveydenhuollon sosiaalityössä potilaiden<sup>1</sup> tilanteet vaativat näin huomattavaa terapeutista orientaatiota ja tutkimusmatkaa mielensisäisten prosessien pariin, millaista onkaan sosiaalityö toimintaympäristössä, jossa potilaan ensisijaisena ongelmana on juuri psyykinen oireilu? Millaisia menetelmällisiä työkaluja psykiatriset sosiaalityöntekijät tarvitsevat työssään? Millaista roolia sosiaalityöntekijöiden työssä näyttelee terapeuttinen vuorovaikutus ja varsinainen terapiatyö? Kuinka suuri osa psykiatrisesta sosiaalityöntekijöistä on jatkokoulututtanut erilaisiksi terapeuteiksi? Millainen on sosiaalityön asiantuntijuuden ja terapiatyöskentelyn välinen suhde psykiatrisessa hoito- ja kuntoutusprosessissa ja mitä sosiaalityön ja terapiatyön välisillä rajapinnoilla oikein tapahtuu? Millaisen ammatillisen itseymmärryksen varaan mielenterveysosiaalityö rakentuu?

---

<sup>1</sup> Käytän tutkimuksessani psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön asiakkaista nimityksiä 'asiakas' ja 'potilas' toistensa synonyymeinä, vaikka tiedostankin osan terveydenhuollon sosiaalityöntekijöistä ja sosiaalityön tutkijoista vastustavan termin 'potilas' käyttöä sosiaalityön kontekstissa. Vaikka sosiaalityö lähtökohtaisesti onkin sosiaaliseen vuorovaikutukseen perustuvaa *asiakastyötä*, jossa yksilö nähdään työntekijän kanssa tasavertaisena, itsepuun kykenevänä subjektina eikä sairauden tai diagnoosin kautta määrittävänä, työn passiivisena hoitotoimenpiteiden kohteena, katson terveydenhuollon hoidollisen toimintaympäristön oleellisesti määrittävän tutkimuksessani käytettäviä käsitteitä. Tästä syystä en halua rakentaa tutkimukseeni lähtökohtaista vastakkainasettelua asiakas- ja potilaskäsitteiden välille, vaan tiedostan sosiaalityön *asiakkaiden* olevan muille terveydenhuollon ammattikunnille ensisijaisesti *potilaita*, millä termillä terveydenhuollon moniammatillisessa toimintakontekstissa terveystalvelujen käyttäjiä myös yleisesti kutsutaan.

## 1.2 TUTKIMUSKOHTENA PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO JA AMMATILLINEN ITSEYMMÄRRYS

Tutkimuksessani tarkastelen psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön terapeuttista orientaatiota ja ammatillista itseyttä. Kiinnostukseni kohdistuu erityisesti sosiaalityön ja varsinaisen terapiatyön väliseen rajapintaan ja siihen, millaisia sisällöllisiä merkityksiä sosiaalityöntekijät antavat terapeuttiselle työskentelylle osana sosiaalityötä. Tutkimustehtäväni on olennainen psykiatrisen sosiaalityön itseyttä tarkastelun kannalta, sillä psykiatrisen sairaanhoidon moniammatillisissa toimintaympäristöissä sosiaalityötä tehdään usein terapeuttisesta viitekehystä käsin (Kaplan 1963, 99). Psykiatriset sosiaalityöntekijät tekevät yhteistyötä puhtaasti mielenterveydellisiin kysymyksiin erikoistuneiden ammattikuntien, kuten psykiatrien, psykologien ja psykiatristen sairaanhoitajien kanssa. Oman yhteiskuntatieteellisen teoria- ja metodipohjansa lisäksi psykiatrisen sosiaalityö tukeutuu vahvasti myös psykologis-psykiatrisen tietoperustaan. (Aviram 1997, 2; Aviram 2002, 619.) Psykologia tarjoaa myös sosiaalityöntekijöiden sovellettavaksi erilaisia teorioita ihmisen persoonallisuudesta ja sen rakentumisesta, jolloin esimerkiksi yksilöiden käyttäytymisen ja perhedynamiikan ymmärtäminen mahdollistuu. Hoidollisesti orientoituneissa psykiatrisen sairaanhoidon yksiköissä myös sosiaalityöntekijöiden on tärkeää tietää verrattain paljon mielenterveysongelmien syntymekanismista, luonteesta ja hoitomuodoista voidakseen osallistua täysipainoisesti mielenterveyspotilaiden hoito- ja kuntoutusprosesseihin. (Dominelli 2009, 91; Romakkaniemi 2014, 164–165; Ryan ym. 2004a, 30; Väänänen 2013, 50.)

Sosiaalityöspesifin tiedon ja näkökulman tuominen moniammatilliseen työskentelyyn edellyttää sosiaalityöntekijältä riittävää tietoutta mielenterveyshäiriöistä, jotta sosiaalityön asiantuntijuus ja interventiot on ylipäänsä mahdollista valjastaa asiakkaan kuntoutumisen tueksi. Nämä tekijät silmällä pitäen onkin varsin luonnollista, että osa psykiatrisista sosiaalityöntekijöistä on halunnut mennä mielenterveys-työn asiantuntijuudessaan sosiaalityön kontribuutiota pidemmälle ja lisäkouluttanut erilaisiksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston, Valviran, laillistamiksi terapeuteiksi. Terapiakoulutuksen läpikäyminen ja terapeuttina toimiminen puolestaan muokkaavat sosiaalityöntekijän ammatillista itseyttä monin tavoin.

Tietoisen, tavoitteellisen terapeuttisen orientaation ohella terapeuttinen viitekehys voi muokata sosiaalityöntekijän ammatillista itseyttä myös osin tiedostamattomalla tasolla. Hoidollisesti suuntautuneissa työyhteisöissä toimivat sosiaalityöntekijät voivat verrattain helposti mukautua yleisen terapeuttisen työn valtavirtaan, jolloin heidän ammatillinen profiilinsa on vaarassa hämärtyä (Antikainen-Juntunen 2005, 67–68, 72; Kaplan 1963, 99; Mullaly 1997, 279–280). Tämä voi tapahtua osin salakavalasti, sillä yksilökohtaisessa sosiaalityössä ja varsinaisessa terapiatyössä on paljon yhtäläisyyksiä.

Sekä sosiaalityössä yleisesti sovelletun psykososiaalisen lähestymistavan että yleisen terapeutin työskentelyn ekspertiisi paikantuu ennen kaikkea vuorovaikutustaitoihin (Toikko 1997, 180). Inhimillistä arkea ja siinä esiintyvää problematiikkaa käsittelevän sosiaalityön ydin on aina työntekijöiden ja asiakkaiden kohtaamisissa (Juhila 2006, 11; Trevithick 2003, 170), joissa tehdään merkittäviä, asiakkaan voimavaroja vahvistavia tai rajoittavia ratkaisuja (Pösö 2000, 275). Sosiaalityöntekijän ja asiakkaan kohtaaminen on aina ainutkertainen vuorovaikutustilanne, jota muovaavat monenlaiset psykososiaaliset tekijät (Niemelä 2014, 5). Asiakassuhteen toimivuus tai toimimattomuus voi kiinnittyä niin asiakkaan, työntekijän kuin heidän välisen suhteensa kysymyksiin. Asiakkaalla voi olla itsestään ja psyykkisestä tilastaan johtuvia ongelmia, jotka tekevät vuorovaikutuksesta ja asiakassuhteen muodostamisesta haasteellisia. (Rissanen 2015, 136.) Tällöin työntekijän persoonallisuus ja hänen kykynsä toimivan dialogisen vuorovaikutuksen luomiseen ovat kulminaatiopisteitä työn tuloksellisuuden kannalta. Vaikka sosiaalityö on toiminta-orientoitunutta ja siinä pyritään saamaan aikaan muutosta, sosiaalityöntekijä ei lähtökohtaisesti pyri manipuloimaan asiakasta, vaan pikemminkin paikantamaan ja mobilisoimaan tämän voimavaroja. Sosiaalityöntekijä osallistaa asiakasta ja toimii inhimillisenä rinnallakulkijana hänen tilanteessaan. Tämä vaatii sosiaalityöntekijältä hyvää itsetuntemusta ja tunteiden hallintaa (Sipilä 2011, 139) eli taitoja, jotka näyttelevät keskeistä roolia myös varsinaisessa terapiatyössä.

Sosiaalityön ja psykoterapian rajapintaa tarkastelleen Kotkavirran (2008) mukaan sosiaalityössä kohdataan ja käsitellään asiakkaiden ongelmien sosiaalisia seurauksia, kuten alkoholismia tai perheväkivaltaa, kun taas psykoterapiassa työskennellään asiakkaan tunteiden, kokemusten ja uskomusten parissa. Molempien ammattikuntien asiakaskunnan muodostavat kuitenkin erilaisista riippuvuuksista ja itsehallinnan puutteesta kärsivät. (Kotkavirta 2008, 244.) Käytännössä sosiaalityön ja puhtaan terapiatyöskentelyn väliset rajanvedot voivat olla yllättävänkin haasteellisia. Auttamismuotojen keskeisimpänä erona voidaan pitää sitä, että psykoterapeutti keskittyy työskentelemään asiakkaan kokemusmaailman parissa ja varoo puuttumasta tämän konkreettiseen elämäntilanteeseen, kun taas sosiaalityöntekijän tavoitteena on vaikuttaa asiakkaan konkreettisen elämäntilanteen kautta hänen kokemuksiinsa. (Rauhala 2014, 141–142.)

Sosiaalityön ja terapiatyön rajapintaa koskeva tarkastelu kiinnittyy olennaisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintakontekstissa tapahtuvaan, sosiaalityön jatkuvaan professionaalistumisprosessiin ja kysymykseen siitä, painottuuko sosiaalityön asiantuntijuus sosiaaliseen vai psykologiseen suuntaan. Toimiessaan terveydenhuollon kontekstissa, jonka päätehtävä ei ole sosiaalihuollollinen vaan hoidollinen, sosiaalityöntekijät määrittyvät erityisammattiryhmäksi, jonka asemalle terveydenhuollon perinteisiin primaariammattikuntiin nähden on usein ollut luonteenomaista tietynasteinen ulkopuolisuus (ks. esim. Tulppo 1991; Lindén 1999). Tällöin sosiaalityön roolinmäärittely ja ammattikuvan rakentuminen tapahtuvat aina peilaavassa suhteessa muihin moniammatillisiin toimijoihin. Jos sosiaalityöntekijä ei

täysin ymmärrä sosiaalityön moniulotteista luonnetta ja hänellä samaan aikaan on mahdollisuus syventää asiantuntemustaan tiettyyn sairausr ryhmään liittyvillä erityistiedoilla ja ohjaustaidoilla, voi terveys sosiaalityö lähentyä esimerkiksi klinisen psykologin työtä ja kadottaa kokonaan sosiaalisen painotuksensa (Nilsson ym. 2007, 13). Käytännössä tämä tarkoittaa, että asiakkaiden ongelmat voidaan nähdä vain yksilökohtaisina, jolloin ilmiöiden monikerroksisuus rapautuu, moniammatillisuus köyhtyy ja työskentelyn yleinen viitekehys yhtenäistyy liiaksi (Romakka-niemi 2014, 167).

Auttamistyön positiot voivat myös vakiintua tai muuttua itsestäänselvyyksiksi, joita ammattilainen ja asiakas eivät lopulta edes kyseenalaista (Mönkkönen 2002, 50). Salo (1996) on kuvannut suomalaisten mielenterveyspalveluiden 1980-luvulla alkanutta vahvaa hoidollistumista termillä 'psykoterapeutisoituminen' ja todennut sen edesauttaneen mielenterveystyön yksilöitymistä. Yksilökohtaisessa työskente-lyssä mielenterveyden yhteiskunnallisia ehtoja ei enää ole nähty mielenterveystyön kohteena ja moniammatillisten psykiatristen tiimien viitekehukset ovat yhtenäisty-neet hoidollisiksi. (Salo 1996, 263–264.) Myös aiemmat kansainväliset tutkimukset (ks. esim. Aviram 2002; Bransford & Bakken 2002; Jacobson 2001; Specht & Court-ney 1995) ovat osoittaneet, että osa mielenterveystyötä tekevistä sosiaalityönteki-jöistä ymmärtää terapian työnsä pääasialliseksi sisällöksi, jolloin heidän työnsä so-siaalipoliittinen ja yhteiskunnallinen näkökulma jää osin asiakkaan mielensisäisen problematiikan tarkastelun varjoon. Ammattiroolien muotoutumiseen vaikuttaa epäilemättä myös se, että terapeuttista työskentelyä usein arvostetaan sosiaalityön-tekijöiden keskuudessa enemmän kuin esimerkiksi sosiaaliturvaetuisuuksien paris-sa työskentelyä (Aviram & Katan 1991; Soydan 1999, 101).

Sosiaalityön ja varsinaisen terapiatyöskentelyn väliseen rajapintaan mielenter-veys sosiaalityössä liittyy jännitteitä, jotka juontavat juurensa jo sosiaalityön kehi-tyshistoriaan. Yksi tärkeimmistä sosiaalityön teoreettiseen rajaukseen liittyvistä ky-symyksistä on ollut ammatin suhde psykologiaan ja psykologiseen tietoon, jotka ovat olleet keskeisessä asemassa sosiaalityön teoreettis–metodologisten perusteiden rakentumisessa (Aviram 1997, 4; Saarnio 1984, 1–3). Sosiaalityöntekijät eivät auto-maattisesti ja ilman vaadittavaa terapiakoulutusta ole terapian ammattilaisia eivät-kä tuota asiakkailleen varsinaisia terapiapalveluita. Usein sosiaalityö kuitenkin edellyttää tekijältään huomattavia, muun muassa persoonallisuuteen ja vuorovai-kutustaitoihin kiinnittyviä kompetensseja, jotka näyttävät keskeistä roolia varsi-naisessa terapiatyössäkin. Asiakastyö perustuu inhimilliseen kanssakäymiseen ja sosiaalityöntekijän tavoitteena on luoda toimiva vuorovaikutussuhde asiakkaaseen. Sosiaalityöntekijä on myös aina vastuussa asiakassuhteissaan tapahtuvasta tera-peuttisesta, asiakasta voimaannuttavasta ja muutosta mahdollistavasta vuorovaiku-tuksesta. (Leppälahti 2014, 47; Sudbery 2002, 149; Winbolt 2011.) Hän toimii asiak-kaan henkisenä tukijana, auttajana ja lohduttajana huolimatta siitä, ovatko asiakas-suhteeseen johtaneet syyt ensisijaisesti psyykkisiä vai sosiaalisia.

Kysymys millaisen tietoteoreettisen perustan ja ihmiskäsityksen varaan psykiatrisen sosiaalityöntekijän ammatillisuus rakentuu, on tärkeä. Valitessaan työnsä teoreettis-metodologista perustaa, sosiaalityöntekijät samalla luovat sosiaalityötä. Siitä, *mitä* sosiaalityöntekijät toimintaorganisaatiossaan tekevät sosiaalityö -nimikkeen alla ja *kuinka* he sitä tekevät, *tulee sosiaalityötä* kyseisessä toimintaympäristössä. (Payne 1997, 3.) Tietyn teoreettisen näkökulman valinta ohjaa siis myös sosiaalityön interventiomallien valintaa (Buchbinder ym. 2004, 546–547). Sosiaalityön teoreettisten lähtökohtien tunnistaminen on välttämätöntä, sillä teoreettisen näkökulman valinta luo perustan tutkittavien ilmiöiden ontologiseen ymmärtämiseen. Teoriapohja siis suuntaa ja rajaa tutkittavan ilmiökentän ymmärtämistä sekä määrittää ilmiötä kuvaavat käsitteet. (Mäntysaari ym. 2009, 11; ks. myös Parrish 2014.)

Kaiken käytännön työn taustalla on aina jokin teoria tai teoreettinen näkökulma; onhan ammattilaisella tarve löytää perusteluita toiminnalleen ja oikeutusta tekemilleen ratkaisuille. Teoriaton työskentely on sekavaa ja epäjohdonmukaista, eikä siksi myöskään anna eväitä aitoon ja kestäväan ongelmanratkaisuun. (Coulshed 1991, 8.) Työn teoreettisen perustan pohtiminen onkin ensiarvoisen tärkeää sosiaalityön ammatillisen identiteetin vahvistamisessa (Soydan 1999). Ammatillinen itsereflektio on välttämätöntä myös auttamistyön laadun ja asiakkaan edun näkökulmista. Sosiaalityöntekijän on tärkeää tunnistaa omat perususkomuksensa auttamistyön lähtökohdista, auttamisen kohteesta ja apua tarvitsevien asiakkaiden muutosmahdollisuuksista ja arvioida vasta sen jälkeen, ovatko työn lähtökohdat ylipäättään sovitettavissa yhteen. (Jacobson 2001, 55.) Mikäli moniammatillisen yhteistyön eri toimijatahot ymmärtävät työnsä rajat ja toistensa tehtävät hyvin eri tavoin, voi sillä olla asiakkaan näkökulmasta haitallisia, rajapintatyöskentelyä vaikeuttavia seurauksia (Kiuuru & Metteri 2014, 163).

Sosiaalityön ja terapiatyön väliseen suhteeseen on liittynyt jännitteitä läpi ammatillisen sosiaalityön historian. Ne ovat kytkeytyneet jo sosiaalityön ideologisia lähtökohtia koskevaan keskusteluun, eli kysymykseen siitä, onko sosiaalisten ongelmien alkuperä paikannettavissa yksilöön vai ympäröivään yhteiskuntaan. Tätä sosiaalityön perimmäistä kohdetta ja työssä tarvittavaa tieto- ja menetelmäpohjaa koskevaa keskustelua on Soydanin (1999) mukaan käyty aina 1900-luvun alusta alkaen, jolloin sosiaalityön amerikkalaiset klassikot Jane Addams ja Mary Richmond esittivät osin vastakkaiset näkemyksensä sosiaalisten ongelmien syistä ja niiden ratkaisumenetelmistä. Addamsin ajattelussa sosiaalisten ongelmien syyt paikantuivat yksilön ja yhteiskunnan välisen suhteen murtumiin ja ongelmia pyrittiin ratkomaan ensisijaisesti yhteisöllisyyden, yhteiskunnallisen muutostyön ja kansansivistystyön keinoin. Richmond puolestaan esitti klassisen case workin perusteet teoksessaan *Social case work* (1922), jossa sosiaalityön kohteeksi määriteltiin tapaus, jolla yleisesti ymmärrettiin yksilöä sosiaalisissa yhteyksissään. Richmond näki sosiaalityön tehtäväkentäksi ihmisen ja hänen elinympäristönsä väliset vuorovaikutustilanteet. Metodinkehittelyyn tähtäävässä ajattelussaan Richmond sovelsi lääke- ja oikeustieteellisiä toimintamalleja uskoen, että systemaattisen tiedonkeruun kautta asiakkaan elä-



mäntilanteesta oli mahdollista muodostaa tarkka kuvaus eli *sosiaalinen diagnoosi*, jonka löytymisen jälkeen sekä auttamisen kohde että keinot oli mahdollista määrittellä tehokkaasti. Teoksessaan *Social Diagnosis* (1917) Richmond pyrki sekä jäsentämään sosiaalisen tutkimuksen menetelmiä, että ohjaamaan diagnoosin tekemistä ja asiakkaan hoitosuunnitelman laatimista lääketieteestä omaksutulla tavalla. (Ks. Soydan 1999, 85–92, 113.) Richmondin ja hänen aikalaistensa toiminnan seurauksena sosiaalityö käsitteellistyi, teoretisoitui ja muuttui yliopistolliseksi oppiaineeksi (Toikko 2009, 275).

Varsinainen psykologisen ja sosiaalisen tiedon yhteensovittaminen mielenterveys- ja sosiaalityön tietoperustassa sai alkunsa ensimmäisen maailmansodan aikana ja sen jälkimainingeissa Yhdysvalloissa. Sodassa traumatisoituneiden veteraanien suuri määrä edellytti uusien ammattiryhmien mobilisoimista kokonaisvaltaiseen kuntouttavaan työhön ja sosiaalityöntekijöiden ammattikunta soveltui tarkoitukseen hyvin – olihan useilla veteraaneilla psyykkisten traumojen ohella myös erilaisia sosiaalisia ongelmia. Kotipalvelutoimistot tarjosivat yksilöille ja perheille hyvän- tekevyyteen perustuvan taloudellisen avun lisäksi myös terapeuttisluonteista keskusteluapua, joka laajensi sosiaalityön asiakaspohjaa myös keskiluokkaiseen väestöön. Sotapsykoosien hoidossa alettiin soveltaa itävaltalaisen psykiatrin Sigmund Freudin psykoanalyttistä teoriaa, johon sosiaalityöntekijät tutustuivat muun muassa armeijan neuropsykiatrisissa sairaaloissa. Tämän seurauksena syntyi erikoistunut psykiatrinen sosiaalityö ja jonkin aikaa lähes kaiken yksilökohtaisen sosiaalityön voidaan katsoa olleen yhtä psykiatrisen sosiaalityön kanssa. Psykiatriset ongelmat miellettiin sosiaalityön keskeiseksi työsaraksi ja psykiatriasta tuli myös yksi keskeinen oppiaine sosiaalityön amerikkalaiseen koulutukseen. Vuosia 1917–1929 onkin kutsuttu yhdysvaltalaisessa sosiaalityössä suoranaisten ”psykiatrisen harharetken” kaudeksi. (Kananoja & Pentinmäki 1977, 30.)

Psykodynaamisen ajattelutavan myötä Richmondin klassinen casework muuttui voimakkaan yksilösuuntautuneeksi, termi ’tapaus’ kaventui yksilölliseen merkitykseensä ja tapauksen sosiaalinen luonne jäi usein työskentelyn ulkopuolelle. (Toikko 1997, 174.) Tämän kliinisen sosiaalityön esiinmarssin myötä amerikkalainen sosiaalityö oli muutaman vuosikymmenen ajan yleisesti huomattavan psykologisoitunutta (ks. esim. Gregory & Holloway 2005, 40; Kananoja & Pentinmäki 1977, 30; Rose 1985). Vahva yksilökohtaisuus ja psykodynaamisiin ja psykoanalyttisiin teorioihin nojaaminen määritteli amerikkalaista sosiaalityötä aina 1950-luvulle saakka, jolloin Gregory Batesonin työryhmän niin sanottu kaksoissidos-hypoteesi muodosti uuden lähtökohdan vuorovaikutuksen tutkimukselle ja nosti perheen terapeuttisen sosiaalityön kohteeksi. (Dryden & Mytton 1999, 10, 54; Toikko 1997, 174–175.) Yhdysvaltalainen mielenterveys- ja sosiaalityö on edelleenkin huomattavan terapeuttisesti orientoitunutta ja osin myös diagnostista (ks. Liite 1).

Richmondin sosiaalisen diagnoosin oppien yhdistäminen Freudin näkemykseen tajunnan kerroksittaisesta rakentumisesta vaikutti sosiaalityöhön käännteentekevästi ensin Yhdysvalloissa (ks. esim. Dryden & Mytton 1999, 10, 54), josta sosiaalityön

menetelmälliset opit levisivät vähitellen myös Eurooppaan. Yksittäiset suomalaiset sosiaalityön uranuurtajat, kuten esimerkiksi Helmi Mäki, opiskelivat Yhdysvalloissa 1950-luvulla ja toivat Suomeen palatessaan mukanaan paitsi opettajiltaan omaksumiaan amerikkalaisen sosiaalityön metodisia oppeja, myös yleisempää tietoa sosiaalityön yhdysvaltalaisesta tutkimuksesta (Mäki 2006, 16). Mäen kaltaisten pioneeritutkijoiden myötävaikutuksella suomalaista sosiaalityötä alettiin kehittää amerikkalaisten oppien viitoittamana.

Sosiaalityön psykologisen työtavan suomalainen sovellus kulminoitui erityisesti Mervi Ahlan ja Lauri Tarvaisen vuonna 1959 julkaisemaan teokseen *Henkilökohtainen huolto*, jota voidaan pitää yksilökohtaisen sosiaalityön suomalaisena klassikko-teoksena. Ahla ja Tarvainen (1959) tukeutuivat metodiikassaan vahvasti psykologiseen tietoon ja he jopa totesivat, ettei psykoterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden väliseen erontekoon ole aina tarvetta. Työntekijän, jonka suhde asiakkaaseen on syvällisempi ja siksi laadullisesti parempi, tai sen, joka asiakassuhteen voi todennäköisemmin saada kehittymään, tulisi kantaa päävastuu asiakkaan hoidosta. (Ahla & Tarvainen 1959, 216–217.) Ahlan ja Tarvaisen teos oli suomalaisessa sosiaalityössä urauurtava ja se johti kokonaiseen henkilökohtaisen huollon aikakaudeksi kutsuttuun ajanjaksoon, jolloin myös suomalainen sosiaalityö oli vahvasti psykologisoitunutta ja muutoksen avaimia etsittiin asiakkaan psyyken rakenteista ja dynamiikasta (Toikko 2005, 170–175).

Vaikka suomalainen sosiaalityö byrokratisoitui ja juridisoitui hyvinvointivaltion laajentumisen aikakaudella 1960-luvulta alkaen (ks. esim. Urponen 1994), säilyi sosiaalityön ja psykologisen tiedon suhde edelleenkin sisällöllisesti merkittävänä ja osin ongelmallisena kysymyksenä. Sosiaalityö pyrki kehittymään tieteenä, professiona ja ammatillisena käytäntönä irrottautumalla psykologisesta teoriasta, mutta liittoutui kuitenkin samanaikaisesti tiettyjen psykologisten traditioiden kanssa muun muassa psykososiaalisen työn nimikkeen alla. (Hankaniemi & Paasio 1995, 168.) Sosiaalityön psykososiaaliseen orientaatioon kulminoituva jännite psykologisen ja sosiaalisen tiedon välillä on edelleen yhtä ajankohtainen kuin klassisen caseworkin aikana, vaikka työn teoreettis–metodologinen pohja onkin viime vuosikymmeninä ollut paremmin perusteltavissa myös sosiaalisen tiedon näkökulmasta (Toikko 1997, 184). Sosiaalisen ja terapeuttisen rajapinta sosiaalityön osaamisperustassa on näkynyt konkreettisesti myös alan ammattinimikkeissä; ovathan esimerkiksi A-klinikoilla työskentelevät sosiaalialan ammatillaiset työskennelleet yleisesti *sosiaaliterapeutti* -nimikkeellä.

Huomattava osa sosiaalityön teoreettisista perusteista on suodattunut sosiaalityöhön muilta ammattikunnilta, laajemmista yhteiskunnallisista ideologioista tai muiden tieteenalojen teoreettisista jäsenyksistä. Tämä on perusteltua, onhan sosiaalityön kyettävä vastaamaan yhteiskunnassa kullakin aikakaudella vallitsevaan sosiaaliseen liikehdintään. (Deacon 2017, 8; Healy 2005, 93; Parrish 2014; Payne 1997, 39–40.) Ammatin teoriapohjan moninaisuus vaikeuttaa kuitenkin sosiaalityön yksiselitteistä määrittelyä ja tekee sosiaalityöstä hyvin monimuotoisen ja osin

kompleksisen tieteellisen ja opillisen rakennelman. Sosiaalityössä vallitsee eräänlainen teoreettinen kaaos, jota voidaan Göppnerin ja Hämäläisen (2007) mukaan pitää keskeisenä esteenä alan jäsentyneen itseymmärryksen muodostamiselle.

Teoreettisen pluralisminsa vuoksi sosiaalityö on äärimmäisen herkkä ammattikunnan ulkopuolisille vaikutteille. Erityisen alttiina voidaan pitää perinteisen sosiaalihuollon ulkopuolisissa konteksteissa tehtävää sosiaalityötä, johon myös psykiatrin sosiaalityö kuuluu. Mielenterveysosiaalityön tietoperustassa käydään jatkuvaa, teoreettisesti relevantin sosiaalisen ja psykologisen tiedon välistä rajankäyntiä. Sosiaalityön yhtenäisen ammatillisen itseymmärryksen muodostamista vaikeuttaa olennaisesti myös se, ettei ammattikunnalla itselläänkään usein ole selkeää konsensusta työnsä teoreettisesta perustasta, joka johtaa helposti sosiaalityöntekijöiden roolidiffuusioon suhteessa muihin mielenterveystyön ammattilaisiin. (Aviram 2002, 622; Buchbinder ym. 2004, 547; Hudson 1982, 9.)

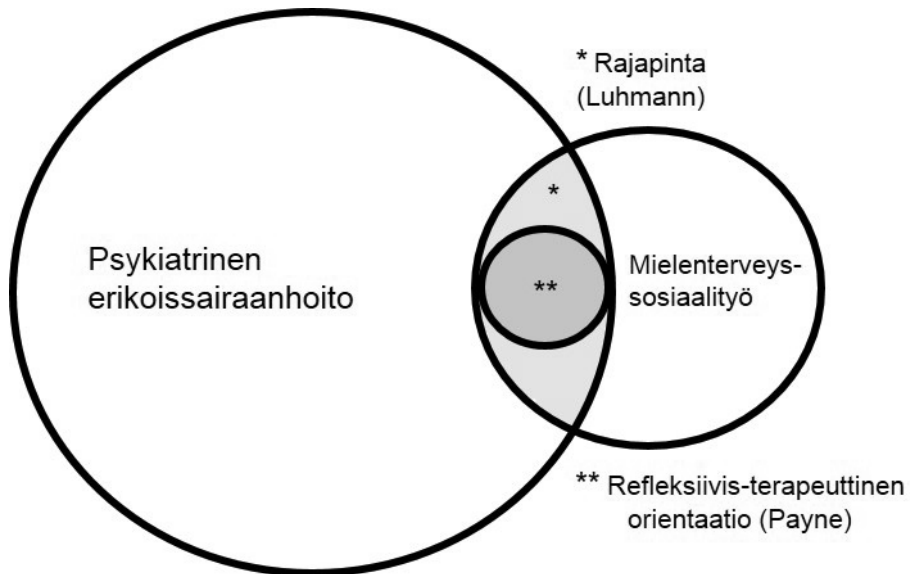
Vaikka sosiaalityö ja psykiatria ovatkin lähtökohtaisesti kaksi eri toimintakenttää, on jopa sosiaalityöntekijöiden ja psykiatrien suorittaman terapeutin työn välinen eronteko usein ollut yllättävänkin vaikeaa. Kaplanin (1963) mukaan eroja on pyritty saamaan aikaan terapiatyön määrittelyn erilaisilla semanttisilla painotuksilla, kyseenalaisilla teoreettisilla oletuksilla, ammattikuntien välisellä kilpailulla ja myös lainopillisin perustein. Kaplan on pyrkinyt jäsentämään psykiatrien ja sosiaalityöntekijöiden välistä roolidiffuusiota jakamalla terapeutin auttamistyön sosiaalityöntekijöiden suorittamaan case work terapiaan ja psykiatrien harjoittamaan psykoterapiaan. Vaikka määrittely ei vastaakaan kaikkiin terapiaan liittyviin määrittelyongelmiin, se kuitenkin antaa selvät koordinaatit terapeutista työtä tekevän ammattilaisen koulutustaustasta ja ammatillisista arvoista. Psykiatrin työn biopsykososiaalinen lähtökohta eroaa oleellisesti sosiaalityöntekijän psykososiaalisesta orientaatiosta, joka vaikuttaa myös tapaan, jolla terapeutissa työssä rakennetaan vuorovaikutussuhdetta autettavaan. (Kaplan 1963, 95–96, 100.)

Sosiaalityöntekijöiden on syytä suhtautua pidättyväisesti muilta tieteenaloilta, kuten psykologiasta, suodattuneeseen teoriaan, jotta sosiaalityön erityisyys ja omat formaalit teoriat eivät katoaisi (Healy 2005, 93). Rose (1985) on kuvannut psykologisen ajattelutavan leviämistä muihin auttamisammattiteihin käsitteellä psyko-kompleksi (engl. psy complex), jolla hän viittaa eri ammattikuntien väliseen kilpailuun osana oman ammatitaidon ja erityisasiantuntijuusalueen määrittelypyrkimyksiä. Suomessa psykologisoitumista on tarkasteltu lähinnä yleisen kulttuurin ja arkielämän kontekstin kautta. Kriittistä sosiologista tutkimusta aiheesta on tehnyt esimerkiksi Kivivuori (1992).

### 1.3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA KÄSITTEELLISET RAJAUKSET

Tarkasteluni kohdistuu psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön terapeuttiiseen orientaatioon osana sosiaalityön ammatillisen itseymmärryksen rakentumista. Aihetta ei ole aiemmin tarkasteltu suomalaisen sosiaalityön kontekstissa ja varsinkin vähän myös kansainvälisesti. 'Orientaatiolla' tarkoitan sosiaalityöntekijän ammatillista toimintaa määrittävää lähestymistapaa, jonka kautta sosiaalityön kohde, keinot ja rooli jäsenyvät. Yksi tunnetuimmista sosiaalityön teoreettisista jäsennostavoista on Malcolm Paynen (2005) teoksessaan *Modern social work theory* esittelemä sosiaalityötä ja sen tehtävää koskeva malli, jossa hän jakaa sosiaalityötä koskevat teoriat *refleksiivis-terapeuttisiin*, *socialistis-kollektivistisiin* ja *individualistis-reformistisiin*. Paynen jäsennostusta mukaillen sosiaalityö on mahdollista hahmottaa joko yksilö- ja perhetason psyykkistä eheytymistä edesauttavana terapeuttisena toimintana, marginalisoitumisuhan alla elävien tai jo marginalisoituneiden asiakkaiden yhteiskunnallisena valtaistamisena sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja rakenteellisen muutostyön hengessä tai yhteiskuntarauhan ylläpitona ja turvaamisena voimassa olevien palvelurakenteiden avulla. Paynen malli on yksi harvoista sosiaalityötä jäsentävistä teoreettisista konstruktioista, joissa esiintyy sellaisenaan 'terapeuttisuuden' käsite. Sosiaalityön käytännössä Paynen jäsennostusten sisältämät tehtävät limittyvät monin eri tavoin ja saavat siten erilaisia painotuksia eri toimintakonteksteissa.

Olen kiinnostunut sosiaalityön ja varsinaisen terapiatyön välisestä rajapinnasta sekä siitä, millaisia merkityksiä psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät antavat terapeuttiselle työskentelylle osana sosiaalityötä. *Rajapinta* -käsitteen lanseeraajana pidetään yleisesti saksalaista sosiologi Niklas Luhmannia (1927–1998), joka tunnetaan erityisesti funktionalistisen systeemiteorian kehittäjänä. Juristitaustaisen Luhmannin (1982; 1995) yhteiskuntateoriassa rajapinta ja rajajärjestelmät liittyvät olennaisesti differentiaatioprosessiin modernisaatiossa, eli siihen, kuinka yhteiskunnallisen työn-, vallan- ja vastuunjaon seurauksena eri toimijoiden ja instituutioiden välisessä tilassa on meneillään prosesseja, jotka eivät sellaisenaan paikannu mihinkään yksittäiseen toimijatahoon. Luhmannin ajattelua väljästi mukaillen taustaoletukseni tälle tutkimukselle on, että perinteisen psykiatrisen hoitotyön ja sosiaalityön välille syntyy psykiatrisen erikoissairaanhoidon kontekstissa osin funktionaaliset rajat ylittävää rajapintatoimintaa. Olen kiinnostunut mielenterveys-sosiaalityöstä tällaisena rajapintana ja tarkasteluni on sosiaalityölähtöistä. Näen sosiaalityön muodostavan psykiatrisen erikoissairaanhoidon viitekehyyksessä tuotettuun moniammatilliseen toimintakokonaisuuteen oman erityisen asiantuntijuusalueen, eksperttiin, jonka rajat ovat osin liikkuvat ja määrittyvät siksi pitkälti myös toimiala- ja toimipistekohtaisesti. Kuviossa 1 esitän tutkimukseni teoreettiset reflektiopinnat ja niiden suhteen toisiinsa.



Kuvio 1. Tutkimuksen teoreettiset reflektiopinnat

Paynen ja Luhmannin teoretisoinnit tarjoavat tutkimukselleni käsitteelliset raamit, joiden roolit tutkimukseni käytännön toteutuksessa eroavat kuitenkin toisistaan. Paynen käsitteellistysten asema tutkimuksessani liittyy 'terapeuttisuuden' käsitteen lanseeraamiseen modernin sosiaalityön kontekstiin. Tutkimuksellisen mielenkiintoni kohde on siis sanoitettavissa Paynen teoretisoinnin kautta. Luhmannin teoriankehittämissään käyttämä rajapinta -käsite tarjoaa Paynen tavoin apuvälineen tutkimuskohteeni erityisluonteen sanoittamiseen. Tämän lisäksi Luhmannin jäsenyykset tarjoavat tutkimukseni empiirisille tuloksille teoreettiseen tiedonmuodotukseen soveltuvan tulkintakehyksen, jonka otin käyttöön vasta empiirisen tiedonkeruun ja aineistojen aineistolähtöisen analyysin jälkeen. Tästä syystä en kutsu Paynen ja Luhmannin käsitteellistyiä tutkimukseni teoreettisiksi lähtökohdiksi, vaan nimenomaan peilauspinnoiksi.

Luhmannin (1995) systeemisen yhteiskuntateorian ydinajatuksena on, että yhteiskunnassa toimivien professionaalisten alajärjestelmien toimintaympäristöllä on merkitystä ainoastaan järjestelmien itsensä kautta ja suhteessa niihin. Professionaalisesti autonomisoituvilla yksittäisillä alajärjestelmillä on jatkuva pyrkimys ulkoistaa itsensä ympäristöstään. Tällöin jokaisella yhteiskunnan alajärjestelmällä on toisten alajärjestelmien muodostama ympäristö. (Luhmann 1995, 17–19.) Ekologisessa kommunikaatioteoriassaan Luhmann (2004) jatkaa systeemisen yhteiskuntateorian- sa kehittelyä pohtien yhteiskuntaa keskuksettomana järjestelmänä, joka koostuu lukuisista erillisistä ja itsenäisesti toimivista funktiojärjestelmistä, joita edustavat esimerkiksi talous, tiede, oikeus, politiikka, uskonto ja kasvat- us. Luhmann näkee suljettujen funktiojärjestelmien toimivan *autopoieettisesti* eli aktiivisesti itseään yllä-

pitäen. Käsitteellä *autopoiesis* ei ole suoraa suomenkielistä vastinetta eikä myöskään yksiselitteistä synonyymiä. Koska termi sopii huonosti suomen kieleen, olen päättänyt suomentamaan sen *itseorganisoinniksi*. Käsite olisi ollut mahdollista kääntää myös esimerkiksi itsesääteilyksi, jonka kuitenkin miellän varsin mekaaniseksi enkä koe sen tavoittavan alkuperäisen käsitteen taustalla olevaa, toiminnan aktiivista luonnetta yhtä hyvin kuin 'itseorganisointi'.

Itseorganisoinnin periaatteesta huolimatta ympäristö vaikuttaa järjestelmiin epäsuorasti. Luhmannin (2004) mukaan järjestelmät eivät voi olla vain itseensä viittaavia, sillä edellytys funktiojärjestelmien olemassaololle on erottuminen ympäristöstä ja näin ollen ammattiryhmien funktionaalinen eriytyminen muodostaa yhteiskunnan osajärjestelmien olemassaolon perustan. Eroavaisuudet ja niihin perustuvat rajat ovat järjestelmälle keino hahmottaa ympäristö, jolloin myös rajojen luominen ja ylläpito ovat itsessään olennainen osa järjestelmää ja sen itseorganisointua toimintaa. Jokainen osajärjestelmä voi vaikuttaa ensisijaisesti vain omaan funktioonsa, joten sen on voitava luottaa siihen, että muut osajärjestelmät toteuttavat osaltaan oman yhteiskunnallisen tehtävänsä. Vaikka kukin osajärjestelmä on siis välillisesti riippuvainen toisista osajärjestelmistä, osajärjestelmät kommunikoivat keskenään itsenäisesti ja voivat siksi autonomisesti päättää, miten ne reagoivat ympäristön tuottamiin ärsykkeisiin. (Luhmann 2004, 67–70.) Funktiojärjestelmien mahdollisuus vaikuttaa toisiin järjestelmiin rajoittuu oman järjestelmän toiminnan muuttamiseen. Oma toimintaansa muuttamalla funktionaalisesti eriytyneet järjestelmät resonovat ympäristöönsä pyrkien aikaansaamaan muutosta myös ympäröiviin järjestelmiin. Tällöin resonanssi tarkoittaa autonomisten järjestelmien kykyä reagoida ympäristön tapahtumiin omista rakenteellisista lähtökohdistaan. (Luhmann 2004.)

Luhmannin systeeminen yhteiskuntateoria on rakenneteoreettinen tarkastelu, jossa yhteiskunnalliset osajärjestelmät koostuvat yksittäisistä toimijoista, mutta muodostavat samalla yhden osan yhteiskunnan palvelurakennetta. Näin ollen rajapintasysteemin kokonaisvaltainen tarkastelu edellyttää paitsi sen yksittäisten toimijoiden, myös heistä koostuvien palvelurakenteen osajärjestelmien huomiointia. Tutkimuksessani rakennan yksittäisten sosiaalityöntekijöiden kokemusten ja merkityksenantojen pohjalta kokonaisvaltaisen kuvan mielenterveysosiaalityöstä professionaalisenä rajajärjestelmänä, joka puolestaan muodostaa olennaisen osan yhteiskunnallista, mielenterveysongelmien hoidosta vastaavaa palveluketjua.

Luhmannin (1995) teoriassa eri järjestelmät ovat riippuvaisia toisistaan, vaikkei niiden välinen suhde olekaan hierarkkinen – tämä muodostaa haasteen Luhmannin teoretisointien hyödyntämiseen tulosteni tulkintakehikossa. Vaikka erikoissairaanhoido hyötyykin sosiaalityön panoksesta voidessaan siirtää päävastuun potilaiden sosiaalisen hyvinvoinnin kysymysten selvittelystä terveysosiaalityöntekijöille – jolloin terveydenhuollon primaariammatkuntien keskittyminen varsinaiseen hoitotyöhön mahdollistuu – on myös sosiaalityöllä lähtökohtaisesti mahdollisuus laajentaa toimialuettaan kotikenttäänsä sosiaalihuollon ulkopuolelle, ottaessaan roolia terveydenhuollon organisaatioissa. Tästä terveydenhuollon ja sosiaalityön kaksisuun-

taisesta suhteesta huolimatta erikoissairaanhoidoa pidetään yleisesti hyvin hierarkisena järjestelmänä, joka keskittyy ensisijaisesti ja erikoisalakohtaisesti joko fyysisiin tai psyykkisiin hoitointerventioihin, ei niinkään sosiaalisiin aspekteihin.

Luhmannin käsitteellistykset tulevat sosiaalityön oman teoreettisen perustan ulkopuolelta, eivätkä ne ota kantaa sosiaalityön varsinaiseen sisältöön. En ole rakentanut tutkimukseni empiirisen tiedonhankinnan välineinä olleita kyselylomaketta ja haastattelurunkoa Luhmannin käsitteellistyskäsitteitä vastaaviksi. En myöskään lähestynyt tutkimuskohdettani ”luhmannilaisittain”, ottaen hänen teoretisointinsa tutkimukseni lähtökohdaksi, vaan vasta aineistonkeruun ja aineistojen analyysin jälkeen peilasin empiirisiä tuloksia Luhmannin jäsennyksiin tavalla, joka mahdollistaa tutkimustulosten teoreettisen reflektion ja kokoavan esittämisen Luhmannin tarjoamaan tulkintakehikkoon nojaten. Tutkimukseni ei näin ollen edusta yhteiskuntasosiologisesti painottunutta, luhmannilaisittain määrittyvää tutkimusta, vaan sosiaalityön itseymmärryksen tutkimusta, jonka tulosten tulkintaan Luhmannin jäsennykset tarjoavat yhden mahdollisen reflektiopinnan. Luhmannin teoretisoinnit muodostavat tutkimukseni empiiriselle osalle väljän viitekehysten ja apuvälineen teoreettiseen tiedonmuodostukseen siinä määrin, kuin se tämän tutkimuksen kontekstissa on mahdollista ja tarkoituksenmukaista. Tiedostan esimerkiksi, että Luhmannin alkuperäisteksteissä funktiojärjestelmät olivat laajempia, yhteiskunnallisia konstruktioita, kuten politiikka ja talous, jolloin mielen-terveys- ja sosiaalityö varsin pienenä yhteiskunnan osajärjestelmänä – joka on lisäksi riippuvainen esimerkiksi yhteiskunnassa harjoitettavasta politiikasta, vallitsevasta lainsäädännöstä sekä talouden reunaehdoista – ei täytä funktiojärjestelmän alkuperäisiä kriteereitä. Tämän tutkimuksen kehyksessä ymmärrän ’osajärjestelmät’ pienempinä toiminnallisina kokonaisuuksina, joiden välisten suhteiden tarkasteluun on kuitenkin mahdollista soveltaa Luhmannin (2004) ekologisen kommunikaatioteorian perusideoita. Perustelen Luhmannin käsitteellistysten luovaa soveltamista halullani ottaa osaa mielen-terveys- ja sosiaalityötä koskeviin keskusteluihin uudenlaisia jäsennyksitasoja hyödyntäen. Luhmannin ajattelun toimiessa tutkimustulosteni peilauspintana, palaan hänen teoretisointeihinsa työn tulososassa.

Vuonna 2010 voimaan tulleen terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla erikoissairaanhoidossa annettava hoito on sairaalahoitoa, joka on sairauden harvinaisuuden, hoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella sellaiseksi valtioneuvoston asetuksella säädetty. Paikannan tutkimukseni psykiatriseen erikoissairaanhoidon, sillä haluan tarkastella sosiaalityön olemusta toimintaympäristössä, jossa ammatillinen erikoistuminen on edennyt mahdollisimman pitkälle. Tavoitteenani on ymmärtää psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön ammatillisen itseymmärryksen rakentumista toimintaympäristössä, jossa hoidollinen, psykologis-psykiatrinen viitekehys määrittää jollain tapaa kaikkien ammattikuntien toimintaa.

Erilaisten psyko- ja perheterapiasuuntauksien suuren määrän vuoksi pyrin tarkastelemaan terapiaa yleisellä tasolla, tekemättä eroa eri terapiasuuntauksien ja -

muotojen välille. En siis peilaa psykiatrista sosiaalityötä vain johonkin tiettyyn yksittäiseen terapiasuuntaukseen, kuten esimerkiksi psykoanalyttiseen, kognitiivis-behavioraaliseen tai ratkaisukeskeiseen lähestymistapaan, vaan pyrin ymmärtämään mitä merkityksiä sosiaalityöntekijät antavat erilaisille terapiasuuntauksille yhteisille tekijöille, kuten vuorovaikutussuhteelle, aidolle kohtaamiselle ja psykologisen tiedon soveltamiselle, ja millaista roolia nämä tekijät näyttävät mielenterveysosiaalityössä. Määrittelen 'terapian' psyko- tai perheterapeutin koulutuksen läpikäyneen, Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontavirasto Valviran (aiemmin Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO), laillistaman ammattihenkilön psykologiseen tietopohjaan perustuvaksi, keskusteluun pohjautuvaksi hoidolliseksi interventioksi.

Tutkimuksessani etsin vastausta kysymykseen:

*Millaisia sisältöjä ja merkityksiä terapeutin orientaatio saa psykiatrisen sosiaalityön ammatillisessa itseymmärryksessä?*

Ankkuroin päätutkimuskysymykseni Luhmannin käsitteellistykseen jakamalla sen kahteen osatutkimuskysymykseen:

- a) *Mitä terapeutin orientaatio merkitsee mielenterveysosiaalityön sisäisen itseorganisoimisen näkökulmasta?*
- b) *Millaiseksi professionaaliseksi rajajärjestelmäksi sosiaalityön terapeutin orientaatio määrittäytyy psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa?*

Ymmärrän 'terapeutin orientaation' laajasti. Se kiinnittyy ajattelussani myös johonkin tiettyyn teoreettiseen terapiasuuntaukseen pohjautuvaa varsinaista terapiakoulutusta ja laillistettuna terapeutina toimimista väljempään ja yleisluontoisempaan elementteihin, kuten esimerkiksi yleiseen voimavarakeskeiseen työtöteeseen. Terapiakoulutus ja laillistettuna terapeutina toimiminen ovat kuitenkin terapeutin orientaation vahvin ja selkein ilmentymä, jonka vuoksi erityinen mielenkiintoni kohdistuu terapiakoulutettujen ja -kouluttamattomien mielenterveysosiaalityöntekijöiden ammatillisten itseymmärrysten välisten mahdollisten eroavaisuuksien tarkasteluun.

'Ammatillisella itseymmärryksellä' tarkoitan ammatillisen perustavanlaatuista käsitystä tekemänsä työn lähtökohdista, sisällöstä ja tavoitteista, joiden varaan hänen ammatillisuutensa rakentuu. Suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa itseymmärryksen käsitettä ovat aiemmin käyttäneet esimerkiksi Karvinen-Niinikoski (2009), Satka (1998) ja Toikko (2009).

Sosiaalityöntekijöiden käsitykset omasta ammatillisuudestaan ovat merkittävä ammatillista minäkuvaa eli ammatillista identiteettiä luova ja jäsentävä tekijä.



Vaikka käytänkin tutkimuksessani paikoin myös ammatillisen identiteetin käsitettä, ei tutkimukseni kuitenkaan ole psykologisesti tai sosiaalipsykologisesti painotunutta identiteettitutkimusta, vaan sosiaalityöntekijöiden ammatillisen itseymmärryksen tutkimusta. Tästä syystä en tietoisesti tarkastele tutkimuksessani psykologisia tai sosiaalipsykologisia identiteettiteorioita, vaan keskityn kuvaamaan ja analysoimaan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä työnsä lähtökohdista suhteessa sosiaalityön konkreettisiin työtehtäviin ja terapeutin työn kontekstiin.

Itseymmärrys-käsite kuvastaa enemmän tutkimukseni kohteena olevan ammattikunnan edustajien tietoista ja aktiivista kognitiivista toimijuutta, kuin käsite ammatillinen identiteetti, joka voi pohjautua myös osin kollektiiviseen ja alitajuiseen samaistumiseen muihin ammatin edustajiin (ks. esim. Stenström 1993). Lähtiessäni tutkimusmatkalleni ajatteluani ohjasi terveydenhuollon sosiaalityön työkokemukseeni perustuva esiymmärrykseni ja siihen pohjautuva hypoteesi, jonka mukaan terapeutisestisesti orientoituneissa psykiatrisissa hoito-organisaatioissa myös sosiaalityö lähentyy terapeutista työskentelyä ja että vastavuoroisesti hoidollisissa organisaatioissa vallalla olevat terapeutiset orientaatiot ohjaavat myös sosiaalityön ammattikäytäntöjä joko tietoisella tai osin tiedostamattomalla tavalla.

Terveydenhuollon perinteisillä ammattikunnilla, kuten lääkäreillä ja hoitajilla, on ammatillista sosiaalityötä pitempi historia. Nämä ammattikunnat ovat siksi jo pitkään olleet varsin autonomisia; rakentaneet aktiivisesti työnkuvaansa ja samalla määritelleet asemaansa, joka kiinnittyy terveydenhuollon hoidolliseen perustehtävään. Yhteiskunta- ja sosiaalipoliittisen tehtävänsä nojalla terveysosiaalityö suuntautuu terveydenhuollon primaariammattikunnista poiketen terveydenhuollon organisaatioista ulospäin. Terveysosiaalityöntekijät pyrkivät turvaamaan asiakkaan selviytymistä ja aktiivista yhteiskunnallista toimijuutta sairaudesta tai vammasta huolimatta. Tällöin terveysosiaalityön muodostaman professionaalisen osajärjestelmän ympäröiviksi, merkityksellisiksi osajärjestelmiksi voidaan nähdä esimerkiksi sosiaalitoimi, Kansaneläkelaitos, vakuutuslaitokset ja erilaiset kuntoutuspalveluiden tuottajatahot.

Tutkimukseni on terveysosiaalityön ja erityisesti mielenterveysosiaalityön tutkimusta. Organisatorisen rajauksen avulla tutkimukseni kiinnittyy psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintaympäristöön. Laajemmin tarkasteltuna tutkimukseni on paikannettavissa mielenterveystyön tutkimukseksi, jossa se edustaa yhden mielenterveystyötä tekevän ammattiryhmän ammatillisuuden tutkimusperinnettä.

Kempainen ym. (1998, 34) ovat jaotelleet sosiaalityön tutkimuksen viiteen pääryhmään:

- 1) sosiaalityön toimintaympäristöjen ja sosiaalisten ongelmien sekä näiden muutosten tutkimus sosiaalityön näkökulmasta
- 2) sosiaalityön historiaa, oppihistoriaa ja yhteiskunnallista funktiota koskeva tutkimus
- 3) sosiaalityön sisällön, ammatillisten prosessien ja interventioiden tutkimus
- 4) sosiaalityön asiakkuustutkimus

## 5) sosiaalityön ammatillisia toimijoita eli sosiaalityöntekijöitä, koskeva tutkimus

Edellä olevan jäsenyyksen mukaisesti tutkimukseni edustaa ensisijaisesti viidettä tutkimusperinnettä keskittyessään sosiaalityön ammatillisiin toimijoihin. Tarkastelen tutkimuksessani kuitenkin myös psykiatrisen sosiaalityön sisältöjä, ammatillisia prosesseja ja interventioita, joiden varaan käsitys sosiaalityöntekijöiden työn itseymmärryksestä pitkälti rakentuu. Pyrkimykseni hahmottaa psykiatristen sosiaalityöntekijöiden ammatillista itseymmärrystä luo tutkimukseeni myös ulottuvuuden, joka sivuaa löyhästi sosiaalityön historiallista ja oppihistoriallista tarkastelua; onhan sosiaalityön itseymmärryksen kannalta välttämätöntä tuntea myös alan historiallinen muotoutuminen sekä sosiaalityön paikka ja tehtävä yhteiskunnallisessa työnjaossa (Kemppainen ym. 1998, 35). Sosiaalityön työnkuvan kartoittaminen toimii tutkimuksessani operationalisoituna välineenä, joka mahdollistaa työn itseymmärryksen tarkastelun konkretian tasolla. Työnkuvan tarkastelun myötä tutkimuksessani on elementtejä myös sosiaalityön käytäntö- ja kehittämistutkimuksesta.

Suomalaisessa sosiaalityökeskustelussa käytetään yleisesti käsitteitä terveys- ja mielenterveysosiaalityö. Yhdysvalloissa mielenterveyden kysymyksiin kiinnittyvästä sosiaalityöstä käytetään yleisesti myös käsitteitä psykiatrisen sosiaalityö (Aviram 1997, 2–3) sekä kliininen sosiaalityö (ks. Carpenter & Platt 1997; Goldstein 1996; Karpets 2014; Phillips 2000; Rullo 2001), joilla viitataan pitkälle erikoistuneissa terveydenhuollon yksiköissä tehtävään, mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelyyn erikoistuneeseen sosiaalityön erityisalaan (Ginsberg 1998, 7–8). Tässä tutkimuksessa käytän tietoisesti käsitteitä mielenterveysosiaalityö ja psykiatrisen sosiaalityö toistensa synonyymeinä. Vaikka termiin 'psykiatrisen' liittyy semanttisesti vahvempi mielenterveysongelmien hoidollisuutta korostava painotus kuin usein erityisesti ennaltaehkäisevän työn kontekstissa käytettyyn mielenterveysosiaalityön käsitteeseen, hahmotan myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarjoamat palvelut kuntoutuksellisesta näkökulmasta, jonka ideologisena perustana on usko toipumiseen; mielenterveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen edistämiseen – ei vain sairauden hallintaan ja hoitoon.

Tutkimuksessani kartoitan myös sosiaalityöntekijöiden työtään koskevia totuus käsityksiä; työlle ja sen sisällölle ideaalitalanteessa asetettuja odotuksia, mutta myös työarjen realismia sekä näiden välisiä mahdollisia jännitteitä. Näitä tekijöitä tarkastelen kartoittamalla ja analysoimalla sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä työssä konkreettisesta sisällöstä. Katson sosiaalityön työtehtävien tarkastelun olevan tärkeää myös siksi, että vaikka tutkimuksellinen mielenkiinto terveydenhuollon sosiaalityötä kohtaan onkin viime vuosina kasvanut, on tätä sosiaalityön erikoisalaa toistaiseksi tutkittu Suomessa suhteellisen vähän (Metteri ym. 2014, 9). Aikaisemmat suomalaiset terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvaa koskevat tutkimukset (esim. Lindén 1999; Niemelä 1985; Terveydenhuollon sosiaalityö 1992; Tulppo 1991; Pylväs 2003) ovat jo varsin iäkkäitä ja useimmat niistä ovat joko keskittyneet somaattisen terveydenhuollon toimintaympäristöön tai tarkastelleet sekä somaattista

että psykiatrissa sosiaalityötä yhtenä kokonaisuutena. Tärkeä lisä suomalaisen terveys- ja sosiaalityön sisällöllisen tutkimuksen kenttään on Ylirukan ym. (2019) *Terveys- ja sosiaalityö näkyväksi* raportti, jonka empiirisen aineiston tuottivat terveys- ja sosiaalityöntekijät, jotka kirjasivat yhden työpäivän ajalta työtehtävänsä ennakkoon määriteltäviä koodeja hyväksikäyttäen viiden minuutin välein.

Myös spesifisti mielenterveyskysymyksiin kiinnittyvän suomalaisen sosiaalityön tutkimuksen määrää voidaan edelleenkin pitää varsin pienenä. Tutkimuksia on lisäksi määrittänyt keskittyminen yleisemmin mielenterveyspalveluiden tai niihin liittyvän vuorovaikutuksen, kuin varsinaisten sosiaalityön ammattikäytäntöjen tarkasteluun (Tapola-Haapala 2016, 76). Suoraan mielenterveys- ja sosiaalityöhön kiinnittyviä tutkimuksia on tehty pääasiassa sosiaalityön ammatillisen erikoistumiskoulutuksen aiempien kuntouttavan, marginalisaatiokysymysten ja yhteisö- ja sosiaalityön erikoisalojen lisensiaattitöinä (esim. Antikainen-Juntunen 2005; Hyttinen 2005; Luhtasela 2009; Peltomaa 2005; Pirttijärvi 2012; Riihelä 2010; Ristaniemi 2005; Savolainen 2008; Sellergren 2007). Spesifisti psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityötä käsittelevät tutkimukset ovat puolestaan olleet pienimuotoisempia, pääosin pro gradu -tasoisia opinnäytteitä (esim. Forsström 2011; Karu 2016; Korkealaakso 2005; Leinonen 2001; Puputti 2007; Ylikoski 2013). Myös psykiatrissa sosiaalityötä käsittelevät suomalaiset oppikirjatekstit ovat varsin harvalukuisia ja iäkkäitä (esim. Rahikainen 1975).

Sosiaalityön suhdetta psykologiseen tietoon ja terapiatyöskentelyyn ei ole Suomessa juurikaan tarkasteltu tieteellisesti yksittäisiä artikkeleja (esim. Granfelt 1993; Hankaniemi & Paasio 1995) ja pienimuotoisia raportteja (Saarnio 1984) laajemmin, vaikka erityisesti yksilökohtainen sosiaalityö on aiempina vuosikymmeninä ollut hyvin psykologisoivaa ja etsinyt menetelmällistä perustaa juuri erilaisista psykologis-psykiatrisista lähestymistavoista (Aviram 1997, 4; Toikko 2001; Toikko 2005). Mäntysaari ym. (2009, 10) toteavatkin, että suomalaisesta sosiaalityön tutkimuksesta puuttuvat psykologiset teoriat kutakuinkin kokonaan. Sosiaalityön psykologisen tietoperustan jäsentäminen on maassamme kiinnittynyt lähinnä psykososiaalista työorientaatiota koskevaan keskusteluun, erityisesti Riitta Granfeltin vuoden 1993 artikkeliin *Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä*. Ainoana suomalaisena systemaattisena yksilökohtaisen – ja siksi osin myös terapeuttisen sosiaalityön – kuvauksena voidaan pitää Timo Toikon historiantutkimuksen näkökulmasta laadittua väitöskirjaa *Sosiaalityön amerikkalainen oppi – Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön vuodelta 2001*. Näin ollen tutkimukseni pyrkii omalta osaltaan täyttämään sekä suomalaisen mielenterveys- ja sosiaalityön että terapeuttisuuden aikalaistutkimuksessa olevaa ilmeistä tyhjää.

Terapiasuuntausten monimuotoisuudesta ja käsitteen *terapeuttinen* monitulkintaisuudesta johtuen työni teoreettinen osa ei kiinnity vain johonkin tiettyyn psykologis-psykiatriseen jäsenytystapaan, vaan rakentuu terveys- ja mielenterveys- ja sosiaalityötä sekä terapeuttista työorientaatiota ja sen edellytyksiä yleisemmin avaavasta tarkastelusta. Kotimaisen, tutkimusaiheittani koskevan aiemman tutkimuksen vä-

häisyys yhdistettynä kansainvälisen tutkimuksen erilaisiin painotuksiin muodostivat merkittävän haasteen tutkimuksen teoriaosan rakentamiselle. Kun aiempaa suomalaista, juuri spesifisti tähän teemaan kiinnittyvää tutkimusta ei ole, ja kansainvälinen, erityisesti yhdysvaltalainen, tutkimus pohjautuu pitkälti näkemykseen, jonka mukaan mielenterveyssozialityön perusta on terapeuttisessa työskentelyssä, jolloin sosiaalityön ja terapeuttisuuden välistä yhteyttä ei juuri kyseenalaisteta tai problematisoida, olin tilanteessa, jossa tutkimustehtävääni kiinnittyvän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen ei käytännössä ollut mahdollista. Kansainvälisesti mielenterveyssozialityössä on käytössä lukuisia, erilaisiin psykologisiin lähtökohtiin perustuvia käytännön työmenetelmäsovelluksia, joita hyödynnetään esimerkiksi lastensuojelun, kriisityön ja maahanmuuttajatyön konteksteissa. Näihin sovelluksiin psykologinen teoriaperusta on sisäänrakennettu, jolloin sosiaalityön ja terapeuttisen työn välistä yhteyttä ei nähdä jännitteisenä. Tästä syystä en pitänyt tämänkaltaisten, erilaisissa palvelurakenteissa tuotettujen sovellusten tarkastelua mielekkäänä tämän tutkimuksen tiedonintressin kannalta. Tutkimukseni teoreettinen osa on toteutettu mukailemalla narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää, jonka käyttö on perusteltua tilanteessa, jossa tutkittavaa ilmiötä halutaan tarkastella monipuolisesti, tavoitteena tuottaa tutkimusteemasta kattava yleiskatsaus, kokonaiskuva ja ”tapahtumamaisema” (Salminen 2011, 7–8; Suhonen ym. 2015, 13; Torraco 2005; Werkmeister Rozas & Klein 2010, 394–397; Whitemore & Knafel 2005).

Yhteiskunnalliset ilmiöt jäsentyvät ja saavat merkityksensä vallitsevassa ajassa. Kokonaiskuvan muodostamista tarkasteluni kohteena olevasta ilmiöstä tukee se, että avaan pääpiirteittäin myös tutkimani ilmiön yleistä historiallista kehityskulkua (ks. Salminen 2011, 7). Psykiatrisen sosiaalityön terapeuttista orientaatiota ei varsinaisesti ole tarkasteltu aiemmin suomalaisessa tutkimuksessa, ja vähäiset, ilmiöön löyhästikin kiinnittyvät tekstit ovat jo varsin iäkkäitä. Terapeuttinen orientaatio, sen toteutumismahdollisuudet ja ilmenemismuodot kiinnittyvät psykiatriasta hoitoa raamittaviin tekijöihin, kuten vallitsevaan hoitoparadigmaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleihin. Näin ollen pidän perusteltuna hyödyntää tutkimuskohdettani koskevan yleiskuvan rakentamisessa myös osin iäkkäämpää lähdemateriaalia, joka valottaa sosiaalityön ’terapeuttisuuden’ roolia mielenterveys-työn viitekehityksessä. Historiallinen perusta vaikuttaa paitsi ilmiöiden muotoutumiseen, myös siihen, kuinka ilmiön äärellä pitkään työskennelleet ammattilaiset sitä tulkitsevat. Näin ollen historiallisten tekstien tunteminen ja hyödyntäminen on myös avuksi joidenkin tutkimuksen empiiristen tulosten tulkinnassa ja asemoinnissa.

Tutkimukseni teoreettinen osa etenee yleisestä yksityiseen. Aloitan terveystieteellisen sosiaalityön ja sen perustehtävän yleistarkastelulla, jonka jälkeen etenen mielenterveyden ilmiön ja mielenterveyssozialityön erityispiirteisiin. Teoreettisen osan lopussa tarkastelen mielenterveyssozialityön suhdetta varsinaiseen terapiatyöhön sekä terapeuttiseen orientaatioon kiinnittyviä ja sille edellytyksiä luovia tekijöitä.

Psykiatristen sosiaalityöntekijöiden ammatillisuuden tutkimus on yhteiskunnallisesti tärkeää aikana, jona erilaiset mielenterveydelliset ongelmat ovat nousseet suurimmaksi yksittäiseksi väestön pitkäaikaista työkyvyttömyyttä ja varhaista eläköitymistä aiheuttavaksi sairausryhmäksi. Jopa joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä ja vuosittain 1,5 prosenttia suomalaisista sairastuu psyykkisesti. (Duodecim terveystietokeskus 2017.) Vuonna 2018 erilaiset mielenterveydelliset ongelmat olivat työkyvyttömyyseläkkeen taustalla peräti 43 %:ssa eläkepäätöksiä (Findikaattori 2019). Yleisin mielenterveysongelmiin kiinnittyvän työkyvyttömyyseläkkeen syy on masennus, jonka vuoksi eläköityy päivittäin kahdeksan suomalaista. Kaksi kolmesta masennuksen perusteella eläköityneestä on naisia. (Eläketurvakeskus 2017.)

Vaikka suomalaisväestön hyvinvoinnin kehityssuunta onkin viime vuosikymmeninä ollut pääsääntöisesti myönteinen, josta kertovat muun muassa odotettavissa olevan eliniän kohoaminen ja yhä iäkkäämpien väestönsien hyvä terveys ja toimintakyky, on yhteiskunnassamme myös merkittäviä sosiaalisia ongelmia, jotka heijastuvat suoraan väestön terveydentilaan. Näistä yksi keskeisin on yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kasvu. Sekä tuloerot että suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet maassamme kansainvälisestäkin vertaillen huolestuttavan nopeasti. Tulojen ja varallisuuden epätasainen jakautuminen, terveystyöväen väheneminen ja elintavat sekä koulutus ja työ ovat tekijöitä, jotka ilmentävät yhä syveneviä sosioekonomisia terveyseroja eli sosiaalisen aseman mukaisia systemaattisia eroja terveydentilassa, toimintakyvyssä, sairastamisessa ja kuolleisuudessa. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 9–10; Koskinen & Martelin 2013; Palosuo & Lahelma 2013; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Sosiaaliset ongelmat ruokkivat usein toisiaan ja kasautuvat. Niille on myös tyyppillistä sitkeää pysyvyys, joka näkyy paitsi pitkinä varjoina elämänkulussa, myös pitkäaikaisina sosiaalityön asiakkuuksina. (Pohjola 2016, 87.) Huono-osaisuuden periytyvyys merkitsee yhä useammin syrjäytymisriskiä alenevassa polvessa. Alempi yhteiskunnallinen asema altistaa tutkitusti sekä terveydellisille että sosiaalisille ongelmille. Tuloerot aiheuttavat epätervettä sosiaaliluokkien välistä vertailua, joka johtaa usein alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvien itsetunto-ongelmiin sekä häpeän, ulkopuolisuuden, tarpeettomuuden, toivottomuuden ja näkymättömyyden tunteisiin, jotka puolestaan altistavat yksilöä mielenterveyden häiriöille. Myös kokonaisvaltaisen elämänhallinnan tunteen puuttuminen heikentää vähävaraisen elämänlaatua ja ajan kuluessa lopulta myös terveyttä. (Isola 2014, 271–272, 285.) Köyhyyden voidaan siis todeta sairastuttavan ja sairauden puolestaan köyhdyttävän.

Terveystyöväen vähenemisen riskien ylisukupolvisuuden tiedostaminen on tärkeää, sillä sairastamiseen liittyvät lähipiirin mallitarinat vaikuttavat vahvasti usein sekä yksilön hoitoon hakeutumiseen että toipumismahdollisuuksiin (Ryynänen 2005, 94; Ryynänen 2006, 195). Tulevaisuuden terveystyöväen vähenemisen merkittävänä haasteena onkin syrjäytymisen ehkäiseminen ja eri väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen, jossa laaja-alainen, moniammatillinen verkostotyö on avainasemassa

(Kyyhkyinen 2012). Sosiaalisesti ja taloudellisesti oikeudenmukaisessa yhteiskunnassa tulee olla tarjolla sekä yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa että psykososiaalista tukea tarpeenmukaisesti. Terveysosiaalityön palvelujen on tärkeää olla kaikkien potilaiden saatavilla, jotta sairaiden ja työkyvyttömiä väliinpuotoamisia ja kohtuuttomia tilanteita voidaan ennaltaehkäistä. (Metteri 2014, 320.)

Psykykkisten ongelmien syntymekanismia ja psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarvetta on hedelmällisintä tarkastella monitieteisestä näkökulmasta, jolloin myös psykiatristen sosiaalityöntekijöiden suorittama, mielenterveyspotilaiden yhteiskunnallista syrjäytymistä ja yhteiskunnan polarisoitumista ehkäisevä työ on merkittävässä roolissa. Mielenterveysosiaalityön sisältöjen ja painotusten tutkimukselle onkin merkittävä tilaus juuri tässä ajassa, jota määrittävät paitsi poikkeuksellisen suuret taloudelliset säästöpainot, myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäistämispyrkimykset. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistus haastaa vanhat moniammatilliset toimintatavat. Myös psykiatrisen sosiaalityön rooli ja asema tulevaisuuden palvelurakenteissa vaativat selkiyttämistä, joka puolestaan edellyttää tutkimusperustaista keskustelua.

Sosiaalityön ja terapiatyön välisen rajapinnan jäsentäminen on tärkeää myös sosiaalityön lainsäädännöllisten reunaehtojen vuoksi. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan *sosiaalityöllä tarkoitetaan asiakas- ja asiantuntijatyötä, jossa rakennetaan yksilön, perheen tai yhteisön tarpeita vastaava sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuus, sovitetaan se yhteen muiden toimijoiden tarjoaman tuen kanssa sekä ohjataan ja seurataan sen toteutumista ja vaikuttavuutta. Sosiaalityö on luonteeltaan muutosta tukevaa työtä, jonka tavoitteena on yhdessä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa lieventää elämäntilanteen vaikeuksia, vahvistaa yksilöiden ja perheiden omia toimintaedellytyksiä ja osallisuutta sekä edistää yhteisöjen sosiaalista eheyttä.* Sosiaalityön juridinen määritelmä näyttäytyy haastavana terveydenhuollon moniammatillisissa toimintaympäristöissä, joissa usein tapahtuu asiantuntijuuksien ja ammatillisten roolien ylityksiä.

Suomalaisessa yhteiskunnassa on perinteisesti korostettu sosiaalityön sosiaalipoliittisia lähtökohtia, jolloin sosiaalityö on toimintakontekstistaan huolimatta aina luonteeltaan yhteiskunnallista muutostyötä, jonka ensisijaisena tehtävänä on yksilön ja yhteiskunnan välisen suhteen jäsentäminen ja tässä suhteessa ilmenevien epäkohtien näkyväksi tekeminen. Yksilön elämään vaikuttavien perhe-, yhteisö- ja kulttuuritasojen ymmärtäminen on ensiedellytys sille, että asiakkaassa ja hänen ympäristössään olevat muutosvoimavarat tunnustetaan ja pystytään mobilisoimaan ongelmatilanteen ratkaisun edellyttämällä tavalla (Trevithick 2003, 170). Parhaimmillaan sosiaalityön kokonaisvaltaisessa työotteessa yhteiskuntapoliittiseen ajatteluun ja kulttuuriseen ymmärrykseen yhdistyy kyky eläytyä yksittäisen ihmisen häntään (Granfelt 2005, 240). Onkin aiheellista kysyä, tehdäänkö sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) kirjattua, muutosta tukevaa ja toimintaedellytyksiä vahvistavaa sosiaalityötä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ensisijaisesti laajemmat yhteiskunnalliset kytkennät huomioivista sosiaalitieteellisistä, vai mielensisäisiin prosesseihin keskittyvistä, psykologis-psykiatrisista lähtökohdista käsin?

# 2 SOSIAALITYÖN ROOLI TERVEYDENHUOLLON MONIAMMATILLISESSA TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ

## 2.1 TERVEYSSOSIAALITYÖN LÄHTÖKOHTIA

Tutkimukseni kiinnittyy psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintaympäristöön, jossa tehtävä työ määrittyy yleisesti aina joko hoidolliseksi tai hoitoa ja kuntoutusta tukevaksi ja sille edellytyksiä luovaksi. Mielenterveys on kokonaisvaltainen kokemuksellinen konstruktio, joka edellyttää toteutuakseen riittäviä sosiaalisia ja elämäntaidollisia mahdollisuuksia (Topor ym. 2011). Yksilön mielenterveyden perusta kulminoituu kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnin kokemuksessa. Sosiaaliset tekijät, kuten riittävä toimeentulo, terveellinen elinympäristö ja koulutukseen pääsy ovat puolestaan terveyden ja terveen elämän perusedellytyksiä (Bywaters & Napier 2009, 453). Pyrkinessään ennaltaehkäisemään ja paikkaamaan yksilöiden ja perheiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin vajeita, sosiaalityöntekijät ovat yksi keskeinen yhteiskunnallisen terveystyön toimijataho ja terveysajattelu on luontainen osa sosiaalityötä (Beddoe & Maidment 2014, 2). Sosiaalityöntekijät ovat sitoutuneet työskentelemään sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden puolesta. He ovat myös aitiopaikalla havainnoimassa yksilöiden ja perheiden terveyteen haitallisesti vaikuttavia olosuhteita sekä yhteiskunnallisia prosesseja, jotka synnyttävät ja ylläpitävät väestöryhmien välisiä sosioekonomisia terveyseroja. (Auslander 2001, 210–211; Moniz 2010, 312; Palosuo & Lahelma 2013; Schrecker ym. 2010.) Sosiaalityö voi osaltaan lievittää sairastamiseen liittyviä syrjäyttäviä mekanismeja ja näin ollen estää marginalisaatioprosesseja (Ryynänen 2006, 194).

Terveyssosiaalityöllä on jo varsin pitkä historia, ja sen rooli ja tehtävä ovat vaihdelleet eri aikakausina ja erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Terveyssosiaalityön voidaan katsoa saaneen alkunsa Yhdysvalloissa, Bostonin Massachusetts General Hospitalissa vuonna 1905. Tuolloin sairastamisen sosiaaliseen ulottuvuuteen urauurtavasti huomiota kiinnittänyt ja monialaisesti valveutunut lääkäri Richard Cabot palkkasi maailman ensimmäisen terveyssosiaalityöntekijän, Garnet Peltonin, avustamaan lääketieteellisessä työskentelyssä. Pelton sairastui pian tuberkuloosiin ja joutui jäämään sairauseläkkeelle, jolloin hänen seuraajanaan ja terveyssosiaalityön pioneerina jatkoi Ida Cannon. Sosiaalityöntekijän tarpeellisuus sairaalaorganisaatiossa kyseenalaistettiin aluksi hallinnon toimesta ja niinpä ensimmäisten terveyssosiaalityöntekijöiden rekrytoinnista vastannut Cabot joutuikin alkuun vastaamaan itse jopa sosiaalityöntekijöiden palkoista. Harvardista alun perin filosofia pääaineena valmistuneen Cabotin merkityksestä terveyssosiaalityön välillisenä pioneerina

kertoo myös hänen 1909 julkaistu teoksensa *Social service and the art of healing*, joka käsitteli innovatiivisesti terveyden sosiaalista määrittymistä ja sosiaalityön tehtävää sairaalakontekstissa. Cabot myös opetti terveysosiaalityötä Simmons Collegen School of Social Workissa vuosina 1912–1934. (Dahlberg Chu 2007; Massachusetts General Hospital 2016; Roberts 1990.)

Ida Cannon jatkoi sosiaalityöntekijän tehtävissä Massachusetts General Hospitalissa aina eläköitymiseensä, vuoteen 1945 saakka. Sekä sairaanhoitajan että sosiaalityöntekijän koulutuksen saaneen Cannonin mukaan terveysosiaalityöntekijöiltä vaadittiin sekä lääketieteellisen erityistiedon että case work työmenetelmän vankkaa hallintaa. Terveydenhuollon sosiaalityön varhaiset tehtävät liittyivät Cannonin mukaan kroonisesti sairaiden potilaiden elämänhallinnan tukemiseen, mielenterveys-, päihde- ja vammaistyön kysymyksiin sekä jatko- ja saattohoidon organisointiin. (Cannon 1913; NASW Foundation.) Ida Cannonia voidaan kutsua maailman terveysosiaalityön pioneeriksi ja hänen nimeään kantava palkinto, Ida Cannon award, jaetaan Yhdysvalloissa edelleen vuosittain tieteellisesti tai käytännönläheisesti terveysosiaalityössä erityisen ansioituneelle ammattilaiselle.

Suomalaisen terveysosiaalityön syntyhistoria alkaa 1920-luvulta, jolloin sairaanhoitajat ja terveysisaret alkoivat työskennellä *sosiaalihoitaja* ja *huoltohoitaja* -nimikkeillä ilman erityistä lisäkoulutusta. Varsinaisen terveysosiaalityöntekijöiden koulutuksen voidaan katsoa alkaneen maassamme vuonna 1945 sairaanhoitajille tarkoitettulla, vuoden mittaisella erikoistumiskoulutuksella, joka sai nimekseen sosiaalihoitajakoulutus. Koulutus tuotti terveydenhuollon toimintaympäristöön lääkinnällis–sosiaaliset valmiudet saaneita *sosiaalihoitajia*. Sosiaalihoitajien työpanos kohdentui toipumisen esteinä olevien, henkilökohtaisten ja sosiaalisten vaikeuksien poistamiseen. Suomalainen terveysosiaalityö määrittyi siis alun perin osaksi sairaanhoitoa ja vahva hoidollinen aspekti todentui myös varhaisessa ammattinimikkeessä. Työn terapeuttisen ulottuvuuden voidaan nähdä olleen läsnä jo sosiaalihoitajakoulutuksessa henkilökohtaisten vaikeuksien poistamispyrkimyksen näkökulmasta. Aluksi *sairaanhoidollis–sosiaaliseksi työksi* kutsutusta toiminnasta alettiin myöhemmin käyttää nimitystä *kliininen sosiaalityö*, sittemmin *lääkinnällis–sosiaalinen työ* ja lopulta *terveydenhuollon sosiaalityö*. (Ekman ym. ei painovuotta, I, 1–2; Kananon ja ym. 2010, 277.) 2000-luvulta alkaen suomalaisesta terveydenhuollon sosiaalityöstä on yleisesti käytetty nimitystä *terveysosiaalityö*.

Tällä hetkellä terveysosiaalityössä työskentelee maassamme noin tuhat sosiaalityöntekijää. Tarkkoja tilastotietoja heidän määrästä ja jakautumisestaan ei ole, mutta yleisen käsityksen mukaan laajimpana tehtäväalueena pidetään erikoissairaanhoitoa, joka sisältää sekä sairaala- että avohoidon. Joissakin kunnissa kunnallisen sosiaalihuollon alaisuudessa toimiva sosiaalityöntekijä toimii edelleen myös terveyskeskuksen sosiaalityöntekijänä, vaikka perusterveydenhuollon sosiaalityöntekijämäärä onkin viime vuosina ollut vahvassa laskussa. On kuitenkin tärkeää tiedostaa, että potilailla on oikeus päästä sosiaalityön palvelujen piiriin kaikilla ter-



veydenhuollon alueilla. (Metteri 2014, 298; Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry.)

Terveyssosiaalityötä ei ole toistaiseksi erikseen määritelty sosiaalialaa koskevasa lainsäädännössä, ja sen kelpoisuusvaatimukset ovat samat kuin muussakin sosiaalityössä. Suomen Kuntaliitto ja Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry on jo vuonna 1998 laatinut edelleen voimassa olevan terveydenhuollon sosiaalityön suomalaisen määritelmän:

*”Terveydenhuollon sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän toimintaa, joka toteutuu terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden ja sosiaalisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Työn lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi.”*

Terveyssosiaalityössä keskeistä ovat sairauten, sairastamiseen ja vammaisuuteen liittyvät sosiaaliset syyt ja seuraukset. Yksittäisten menetelmien sijasta terveyssosiaalityössä korostetaan pikemminkin kokonaisvaltaista työtettä tai työskentelytapaa. Terveyssosiaalityön nimikkeistön (2017) mukaan terveyssosiaalityöntekijöillä voi olla monia ammatillisia rooleja, kuten esimerkiksi asiantuntija, konsultti, terapeutti, kriisityöntekijä, verkostotyöntekijä, koordinaattori tai kuntoutuksen yhdyshenkilö. Työssä vaadittava asiantuntijuus kulminoituu kolmeen tekijään, jotka ovat hyvinvoinnin turvaaminen, suoriutumisedellytysten parantaminen ja elämänhallinnan tukeminen. (Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2017). Pyrkimys elämänhallinnan tukemiseen edellyttää myös asiakkaan psyykkisen voiminnan ja sitä edistävien tai vastaavasti murentavien tekijöiden aktiivista huomiointia ja työstämistä.

Monimuotoisiin rooleihin perustuvalla terveyssosiaalityöllä on leimallista asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvittäminen ja arkista selviytymistä edesauttavien palveluiden asiantuntijuus. Terveyssosiaalityöntekijät ohjaavat asiakkaita palvelujen äärelle, mutta eivät niinkään vastaa itse niiden tuottamisesta. (Raunio 2009, 54.) Terveyssosiaalityöntekijät eivät myöskään lähtökohtaisesti pidä hallussaan kunnallisen sosiaalitoimen sosiaalityöntekijöille tyypillistä viranomaisvaltaa, jolloin lähtökohdat heidän työlleen ovat varsin erilaiset kuin sosiaalitoimessa; terveyssosiaalityö on itsenäistä verkostotyöskentelyä, eri viranomaistahojen konsultointia ja potilaskohtaisesti relevantin tiedon etsimistä (Björkenheim 2007, 275). Viime vuosina kunnallisen sosiaalitoimen alaisuudessa työskentelevät terveyssosiaalityöntekijät ovat kuitenkin joillain paikkakunnilla vastanneet myös perustoimeentulotuen myöntämisestä terveydenhuollon organisaatiosta käsin.

Metteri (1996, 14) on kuvannut terveyssosiaalityötä sairaalan ja ulkomaailman väliseksi linkiksi ja nimittänyt sitä osuvasti ”aukoksi sairaalan muurissa”. Laine (2014) on puolestaan kutsunut terveyssosiaalityötä ”positiiviseen häiriköintiin perustuvaksi taiteiluksi”. Nämä varsin vertauskuvallisetkin luonnehdinnat tavoittavat jotain olennaista terveyssosiaalityön rajapintaluonteesta; terveyssosiaalityö ei

ole puhtaan sosiaalihuollollista, muttei myöskään sairaanhoidollistakaan toimintaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa toimiva sosiaalityöntekijä onkin erityisesti sairastumisen aiheuttamien sosiaalisten seurauksien asiantuntija. Hän hallitsee erilaiset eläke-, sairausvakuutus-, sosiaalihuolto- ja palveluverkostot. Terveysosiaalityön interventioilla pyritään takaamaan potilaille heille kuuluva sosiaaliturva sekä oikea-aikainen ohjaus, neuvonta ja tuki. (Metteri 2014, 298.) Käytännössä terveysterveyssosiaalityöntekijät varmistavat, että sairauden kohdatessa potilaan sosiaaliset ja taloudelliset oikeudet toteutuvat eikä häntä määritellä vain sairauden tai diagnoosin kautta (Frankenhaeuser 2014, 70).

Terveysterveyssosiaalityön sisältöjä ja tehtäväkokonaisuuksia voidaan jäsentää monin eri tavoin (ks. esim. Lindén 1999; Terveysterveyssosiaalityön nimikkeistö 2017; Terveysterveyssosiaalityöntekijät ry 2018; Yliruka ym. 2019). Erilaiset määrittelyt sisältävät kuitenkin pitkälti samat perustehtävät, jotka voidaan Kananojan ym. (2010, 278–279) mukaan jakaa viiteen ryhmään:

- 1) potilastyö, joka sisältää suoran työskentelyn potilaan ja hänen omaistensa kanssa
- 2) psykososiaalinen työ potilaan ja lähipiirin kanssa
- 3) kriisityö
- 4) moniammatillinen tiimityö, jossa sosiaalityöntekijä toimii oman alansa erikoisasiantuntijana ja antaa konsultaatiota muille terveydenhuollon ammattikunnille
- 5) verkostotyö, joka sisältää sekä potilastyötä tukevan että laajemman yhteistyön erilaisten terveydenhuollon ulkopuolisten tahojen kanssa

Terveysterveyssosiaalityön nimikkeistön (2017) mukaan sosiaalityön tehtävät terveydenhuollossa voidaan jakaa viiteen pääluokkaan, jotka ovat: 1) *sosiaalinen arviointi ja suunnittelu*, 2) *sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen*, 3) *yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö*, 4) *asiantuntija- ja koulutustehtävät* sekä 5) *hallinto ja kehittäminen*. Terveysterveyssosiaalityön interventiot perustuvat sosiaaliseen tutkimukseen, jossa selvitetään potilaan elämäntilannetta, sairaudesta tai vammasta johtuvia sosiaalisia seurauksia sekä ammatillisen kuntoutuksen tarvetta ja kuntoutusmahdollisuuksia. Sosiaaliseen tutkimukseen pohjautuva, sosiaalityöntekijän laatima arvio liitetään tarvittaessa potilasasiakirjoihin *lausunnoksi sosiaalisesta tilanteesta ja toimenpiteiden tarpeesta*. (Terveysterveyssosiaalityön nimikkeistö 2017; ks. myös Terveysterveyssosiaalityöntekijät ry 2018.)

Terveysterveyssosiaalityön ensisijaisena tehtävänä on poistaa potilaiden sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteita. Sosiaalityöntekijät pyrkivät vaikuttamaan yksilön ja perheen sosiaalisiin olosuhteisiin, mutta myös laajemmin organisaatioihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Työnkuvan huomattava monimuotoisuus tarkoittaa käytännössä, että terveysterveyssosiaalityöntekijät toimivat samanaikaisesti hyvin erilaisissa ammatillisissa rooleissa, jonka vuoksi heihin voidaan myös kohdistaa osin ristiriitaisiakin odotuksia. Työ vaatii tekijältään paitsi laajaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään kiinnittyvää yleisasiantuntijuutta, myös sosiaalityön ydinosaamista sekä toimipistekohtaista erityisosaamista. Moniammatillisessa yhteistyössä terveysterveyssosiaali-

työntekijää voidaankin hyvällä syyllä kutsua eri organisaatioiden väliseksi linkiksi ja rajojen madaltajaksi. (Laine 2014, 27; Oliver 2013, 774; Schwaber-Kerson 2004.) Vaikka terveysosiaalityön sisällöt saisivatkin organisaatioittain, toimipisteittäin tai erikoisaloittain erilaisia painotuksia, sosiaalityöntekijä on aina yhteiskunnallisten palvelujen jäljittäjä, sosiaalisten oikeuksien edistäjä ja ympäristön muutostyön tekijä (Lindén 1995, 16–17; Rullo 2001, 211). Terveysosiaalityö muuttuu ja sen myös täytyy muuttua yhteiskunnallisen tilanteen ja palvelurakenteiden kehittyessä.

Julkilausutuista määritelmistä huolimatta sosiaalityön rooli terveydenhuollossa on edelleen usein hajanainen ja epäselvä. Vaikka terveydenhuollon sosiaalityön perustehtävä, potilaan huomioiminen osana sosiaalista ympäristöään ja sosiaaliturvan asiantuntijuus, onkin sama toimintaorganisaatiosta riippumatta, työ on kuitenkin käytännössä hyvin toimipistekohtaista ja siinä painottuu pitkälti kullekin toimintaympäristölle ominainen erikoisosaaminen. Sosiaalityöntekijän tehtävät vaihtelevat usein myös sen mukaan, tuleeko toimeksianto asiakkaalta itseltään, omaiselta, lähettäjäorganisaatiolta vai sosiaalityöntekijän omalta organisaatiolta (Metteri 1993, 88). Myös se, kuinka terveysosiaalityön osaamista hyödynnetään, vaihtelee paljon erikoisaloittain ja organisaatioittain. Terveysosiaalityöntekijän on tärkeää tehdä osaamistaan näkyväksi muille moniammatillisille toimijoille ja sanoittaa aktiivisesti työnsä tuottamaa lisäarvoa hoidon kokonaisuudessa (Leinonen 2018). Terveysosiaalityöntekijältä vaaditaan vahvaa ammatti-identiteettiä sekä taitoa yhdistää ja suhteuttaa asiantuntijuutensa organisaation primaaritehtävään. Työ edellyttää myös erikoisaloittaisen, laaja-alaisen tietoperustan aktiivista päivittämistä. Yllättäen syntyvät, akuutit tilanteet edellyttävät potilaan kokonaistilanteen nopeaa evaluointia ja tarveperustaisia interventioita. Esimerkiksi erilaisten onnettomuuksien, vammautumisten ja kuolemantapausten yhteydessä terveysosiaalityöntekijöiltä vaaditaan myös kriisityön valmiuksia.

Terveysosiaalityön eräänlaisena ikuisuushaasteena on ollut sosiaalisen näkökulman jääminen paitsi lääke- ja hoitotieteen, myös terveydenhuollon jäykkien institutionaalisten rakenteiden jalkoihin. Sosiaalisen paikkaa ja merkitystä joudutaan usein perustelemaan erityisesti toimintakonteksteissa, joissa on sosiaalityötä vahvempia professioita, kuten lääkäreitä. Tämä silmällä pitäen ei olekaan yllättävää, että terveysosiaalityöntekijät ovat toimineet edelläkävijöinä asiantuntijuutensa näkyväksi tekemisessä. Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus valmistui vuonna 1998 ja antoi sittemmin suunnan valtakunnalliselle, koko sosiaalityötä koskevalle luokitukselle. (Juhila 2008, 33.)

Terveysosiaalityöllä on ollut tärkeä yksilökohtaista sosiaalityötä edistävä tehtävä ja se on luonut perustan niin nykymuotoiselle päihde- kuin mielenterveystyöllekin (Kananoja ym. 2010, 21). Kattava, yleistereuttinen asiakkaan tukemisen näkökulma rakentuu terveysosiaalityöhön asiakkaiden elämäntilanteiden kokonaisvaltaisen tarkastelun ja yksilölle itselleen tärkeiden asioiden merkityksen huomioivan ihmiskäsityksen kautta (ks. Auslander 2001, 210–211; Frankenhaeuser 2014, 70; Huvinen ym. 2014, 33; Rachman 1995). Keskeinen elementti terveysosiaalityössä

on tasavertainen vuorovaikutus ilman moraalista arvolatausta, kontrollia ja pakkoa (Havukainen 2014, 19). Pitkälle kehittyneissä hyvinvointivaltioissa yksilöitä pidetään usein vastuullisina elämänvalinnoistaan ja niiden vaikutuksista terveyteen. Tällöin kuitenkin unohdetaan, että eri väestöryhmien kyvyt ja mahdollisuudet terveytensä aktiiviseen ylläpitoon vaihtelevat. (Cockerham 2010, 159–160.) Terveyssozialityöntekijän moniulotteinen rooli auttajana, neuvojana ja tutkijana korostuu erityisen haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden kanssa työskennellessä, jolloin työ vaatii erityistä sensitiivisyyttä, vankkaa vuorovaikutusosaamista sekä kykyä ottaa puheeksi asiakkaan terveyteen ja sen ylläpitoon vaikuttavia hyvin henkilökohtaisiakin asioita. Terveyssozialityön yleisen terapeuttisen luonteen voidaan nähdä todentuvan psykososiaalisessa tukemisessa ja asiakkaan toimintakykyä edistävässä työotteessa, jotka muodostavat työn punaisen langan.

## **2.2 TERVEYSSOSIAALITYÖN AMMATILLINEN ITSEYMMÄRRYS**

### **2.2.1 Sosiaalityön professionalistuminen ja asiantuntijuus terveydenhuollon kontekstissa**

Erikoissairaanhoidon hierarkkisessa, moniammatillisessa toimintaympäristössä, jossa ammatillinen erikoistuminen on edennyt pitkälle, kunkin ammatin tiedepuustaa koskevat kysymykset kiinnittyvät aina paitsi ammattien erityisasiantuntijuuksien määrittelyihin, myös professionaaliin valtakysymyksiin. Terveyssozialityöntekijät joutuvat jatkuvasti pohtimaan asemaansa ja autonomisuuttaan suhteessa muihin ammattikuntiin, jolloin ammatillisen itsemäärittelyn prosessista tulee pysyvä osa työtä (Beddoe 2011, 25). Asiantuntija-aseman selkeyttämistä voidaan pitää välttämättömämpänä terveyssozialityössä kuin esimerkiksi sosiaalityön kotikentällä sosiaalihuollon sosiaalityössä, jossa ammatillinen toiminta rakentuu sosiaalisesta viitekehuksesta käsin. Mielenterveytyydessä eri ammattikuntien rajat ovat perinteisesti olleet häilyviä ja työnkuvat sulautuneet osin toisiinsa, jolloin eri ammattien erilaisilla professionalistumisasteilla voi olla huomattavaa vaikutusta siihen, kuinka erityisesti kehittyvät professiot rakentavat ammatillista itseymmärrystään. Tästä näkökulmasta professionalistumisen kysymykset ovat psykiatrisen sosiaalityön kannalta relevantteja, vaikka ne perinteisen sosiaalihuollollisen sosiaalityön viitekehyksessä tuntuisivatkin jo loppuun käsitellyiltä.

Käsite 'ammatti' kiinnittyy yhteiskunnan työnjaollisiin kysymyksiin (Abbott 1988; Stenström 1993, 35–42). Airaksinen (1992) on määritellyt ammatit tiedon, vallan, oikeuden ja auktoriteetin käsitteiden avulla. Ammatti on siten normatiivinen käsite, joka perustuu ammattikuntien kykyyn palvella yhteiskunnassa yleisesti hyväksytyjä arvopäämääriä, kuten terveyttä, turvallisuutta, vapautta, tasa-arvoa ja hyvinvointia. Jos jokin ammattikunta pystyy todistetusti edistämään näiden arvojen toteutumista, kansalaisten on järkevää antaa kyseiselle ammattikunnalle oi-

keuksia ja vapauksia toimia – tällöin ammattikunnat saavat valtaa ja yhteiskunnallisen auktoriteettiaseman, joka myös pyritään monopolisoimaan ammattikunnan toimesta profession statuksen saavuttamiseksi. (Airaksinen 1992, 26–28.)

Professioita on määritelty lukuisin eri tavoin. Useimpien määritelmien mukaan professiolla tarkoitetaan ammatillistunutta ammattia, jolle on ominaista korkea koulutustaso ja yhteiskunnan kannalta välttämättömän palvelutehtävän hoitaminen, jolloin ammattiin liittyy vahvasti vastuu, etiikka ja yleisen hyvän palveleminen filantropian hengessä. Profioiden synty on seurausta yhteiskunnallisesta työn- ja vallanjaosta. Yhteiskunta tarvitsee professioita, sillä ne hoitavat työpanoksellaan tietyt yhteiskunnallisesti tärkeät tehtävät ja niiden asiantuntemukseen nojautuen valtio voi puolestaan legitimoida toimintonsa. Vastuueettiseen professionaaliseen ajatteluun kiinnittyy vahvasti myös työhön tunnettu kutsumus. Profession työn kohdealue on tarkoin rajattu. Korkea asiantuntemus ja siihen pohjautuva autonominen asema perustuvat pitkään koulutukseen, jota myös säädellään profession taholta muun muassa määrittelemällä ammattiin johtavat koulutusväylät ja pätevyys ehdot ammatin sisältä käsin. Ammatin intellektuaalin luonteen vuoksi profession edustajat soveltavat työssään erikoistunutta tieteellistä tietoa, johon liittyy kehittynyt kieli- ja käsitejärjestelmä. Professionaalinen ammatilainen hahmottaa ja jäsentää työnsä kohteen abstraktien teorioiden tai systemaattisten mallien pohjalta, jolloin asiantuntijuus ilmenee tieteen soveltamisena käytännön ongelmien ratkaisussa. Profession edustajat myös organisoituvat ammatillisiksi järjestöiksi, jotka huolehtivat ammattikunnan edunvalvonnasta. (Flexner 1915; Konttinen 1997, 48–51; Lehto 1991, 46; Pirttilä 2002, 12–13; Rinne & Jauhiainen 1988, 7; Vuorikoski 1999, 15; Wilensky 1964.)

Sosiaalityötä yleisesti koskevaa professionaalistumiskeskustelua on käyty läpi ammatin historian ja sen keskeiset kipupisteet ovat liittyneet ammatin perusparadigmaan ja työmenetelmiin (Gitterman 2014, 605). Pohdintoja värittä pitkään Abraham Flexnerin vuoden 1915 konferenssiesitelmä *Is social work a profession?*, jossa hän seikkaperäisesti perusteli, miksei sosiaalityöntekijöiden ammattikunta täytä profession keskeisiä tunnusmerkkejä. Flexner (1915) näki ongelmalliseksi muun muassa sosiaalityön toimintakentän monimuotoisuuden, joka vaikeuttaa työn kohdealueen rajaamista ja omintakeisten metodien määrittelyä. Ammatin hyväntekeväisyyteen ja kristilliseen lähimmäisenrakkauteen pohjautuvat juuret herättivät Flexnerin mukaan kysymyksen siitä, voidaanko kaikkea inhimillistä avustamista kutsua lopulta sosiaalityöksi. Flexner myös piti sosiaalityöntekijöiden taipumusta toimia enemmän käytäntö- kuin teoriaorientoituneesti (ks. myös Loewenberg 1984, 311) merkittävänä syynä siihen, että sosiaalityö jää varsinaisen profession asemaa tavoittelevaksi semiprofessioksi (Burt & Worsley 2008; Huntington 1981; Toren 1969; Witz 1992).

Myöhemmin sosiaalityön merkittävänä professionaalistumisestaan on pidetty erityisesti ammatin poikkitieteellisyyttä ja työtehtävien huomattavaa monimuotoisuutta, jotka ovat muodostaneet haasteen sosiaalityön yhtenäisen metanarratiivin

löytämislle (Camilleri 1999, 27–28). Sosiaalityö on lainannut suuren osan tietopohjastaan muilta tieteenaloilta, kuten sosiologialta, psykologialta ja oikeustieteiltä, jolloin ammatissa hyödynnettävä teoreettinen tieto on alun perin luotu muita kuin sosiaalityön tarpeita varten ja sen soveltaminen on siksi ollut hankalaa (Mullen ym. 2008; Payne 1997, 43–44). Pyrkimykset sosiaalityön omintakeiseen teorianmuodotukseen ovat myös usein johtaneet varsin abstrakteihin käsitteellistykseen, jolloin ammatin teoria–käytäntösuhteen rakentaminen on ollut haasteellista (ks. Fook ym. 1997; Goldstein 1980, 173–175).

Myös sosiaalityön osin paradoksaalinen rooli tuen ja kontrollin yhteensovittajana on synnyttänyt eräänlaisen uskottavuusongelman, joka voi johtaa ammattikunnan sisäiseenkin teoreettiseen hämmennykseen (Herz & Johansson 2012, 527–530). Yhtenä sosiaalityön professionaalistumisestaan on pidetty jopa alan naisvaltaisuutta (Lewis 2004; Lyons & Taylor 2004; Shoemaker 1998, 187). Tuoreemmissa määritelmässä sosiaalityön mahdollisuuksia saavuttaa profession asema tarkastellaan kuitenkin positiivisemmin ja ammattikuntaa on kutsuttu ‘kehittyväksi professioksi’ (Aviram 2002, 627). Osa tutkijoista näkee nykymuotoisen sosiaalityön jopa täyttävän profession kriteerit, mikä ilmenee erityisesti lainsäädäntöön sidoksissa olevan ammatillisen itsesäätelyn olemassaolona (Randall & Kindiak 2008, 346–347). Karvinen-Niinikoski (2007, 78–79) on todennut sosiaalityön professionaalistumisen kysymyksen muuttuneen merkityksettömäksi ajassa, jota määrittää instituutioiden verkostomaisuus ja monitoimijaisuus, jolloin professionaalinen tieto ei enää kiinnity vain tiettyyn ammattiryhmään. Professionaalistumiskeskusteluihin onkin syytä suhtautua terveen kriittisesti; pohtien niiden roolia suhteessa siihen, millaista sosiaalityönäkemyksiä keskustelut uusintavat (Oliver 2013, 774–775).

Perinteistä professiotutkimusta on kritisoitu sen tavasta keskittyä etsimään tiettyjä ominaispiirteitä, jotka erottavat professiot muista ammateista. Wildingin (1982, 2, 17) mukaan useimmat tutkijat ovat sivuuttaneet professioiden yhteiskunnallisen luonteen ja tarkastelleet niitä yhteiskunnasta irrallisina, kuin tyhjiössä esiintyvinä instituutioina. On tärkeää tiedostaa, että professioiden itselleen legitimoimat työ- ja tehtäväalueet eivät ole absoluuttisia tai pysyviä, vaan niistä käydään jatkuvaa kamppailua. Pätevyysalueista kilpailevat professiot muodostavatkin niin sanotun ammattien ekologian, jonka vuoksi professioita tulisi aina tarkastella suhteessa toisiinsa ja kulloiseenkin toimintakontekstiin. (Abbott 1988; Burt & Worsley 2008, 28.) Tässä näkemyksessä on vahva yhtymäkohta Niklas Luhmannin (1995) sosiaalisten systeemien teoriaan, joka korostaa systeemien rinnakkaista, toisiinsa vaikuttavaa luonnetta. Luhmannilaisittain terveydenhuollon ammattikunnat voidaankin ymmärtää eräänlaisina mikrosysteemeinä, jotka jatkuvasti uudelleen määrittelevät omaa asiantuntijuusalueitaan suhteessa muihin moniammatillisiin toimijoihin.

Terveydenhuolto on hierarkkinen instituutio ja sen perinteisistä ammattikunnista vain lääkäreitä on yleisesti pidetty professiona, esimerkiksi sairaanhoitajien ja kättilöiden jäädessä useissa määrittelyissä (ks. esim. Witz 1992) semiprofession asemaan. Yhteiskunnallisen perustehtävänsä nojalla terveysosiaalityöntekijät tasapai-

noilevat sosiaali- ja terveydenhuollon leikkauspisteessä, jossa heidän tulisi saada terveydenhuollon primaaritoimijat vakuuttuneiksi tarpeellisuudestaan hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuudessa. Terveydenhuollon moniammatillisen työskentelyn ideaalina on pyrkimys haltuunottaa asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti, eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot asiakaslähtöisesti integroiden (Isoherranen 2005, 14). Eri-laiset näkökulmat ja yhteinen keskustelu lisäävät myös asiakkaan oikeusturvaa, sillä monitieteisessä työskentelyssä painottuvat ratkaisun julkiset perustelut ja päätökset ovat vähemmän riippuvaisia sattumasta tai vain yhden ammattilaisen subjektiivisista näkemyksistä (Metteri 1992, 20). Moniammatillisuudella pyritään tuotamaan paitsi uusia näkökulmia, myös uudenlaisia ratkaisu- ja interventiomalleja asiakkaan tilanteeseen (Abramson & Mizrahi 1996, 279). Näistä moniammatillisuuden ylevistä tavoitteista huolimatta erilaiset tiedetaustat ja professionaalistumisasteet voivat aiheuttaa työskentelyyn jännitteitä. Tasavertainen tieteidenvälinen vuoropuhelu ei aina ole itsestäänselvyys (Laine 2014, 27) ja moniammatilliseen yhteistyöhön motivoidutaan joskus heikosti esimerkiksi monimuotoisten vuorovaikutussuhteisiin ja erilaisiin ammatillisiin kulttuureihin liittyvien asenteellisten tekijöiden vuoksi (Mönkkönen ym. 2019).

Terveydenhuollon ammattikohtainen erityisasiantuntijuus kiinnittyy usein vain sisällöllisiin kysymyksiin, jolloin ammattilaiset eivät tunne mielenkiintoa oman erikoisosaamisensa ulkopuolisiin teemoihin tai työnsä sosiaaliseen rakentumiseen. Näin ollen pitkälle erikoistuneet asiantuntijuudet voivat muodostaa esteen toimivalle moniammatillisuudelle, vaikka juuri perinteisten tieteenalakohtaisten revii-rien rajamaille sijoittuvat pohdinnat usein hyödyttäisivätkin asiakasta eniten. (Lau-nis 1997, 124–125; Vähäaho 2002, 60, 71.) Asiantuntijuusalueiden rajauspyrkimykset voivat johtaa myös ammattikuntien väliseen kilpailuun, jossa kaikkien erityisosaamista ei tunnusteta ja tunnusteta. Tämä voi puolestaan todentua toisia ammattikun-tia ja heidän rooliaan koskevana tietämättömyytenä, väärinkäsityksinä ja negatiivi-sina stereotypioina. (Barnes ym. 2000, 568.) Sekä lääkäreillä että sosiaalityöntekijöil-lä on todettu olevan toisiaan koskevia, yhteistyötä estäviä stereotypioita, jotka pe-rustuvat toisen ammattikunnan roolia koskeviin vääristyneisiin tulkintoihin. Sosi-aalityöntekijöillä on taipumus nähdä lääkärit kaikkietävämpinä ja vahvempina kuin he todellisuudessa ovatkaan, joka voi johtaa lääkärien kohtuuttomaan kunni-oittamiseen, tai heidän kateelliseen paheksuntaansa, joka muodostaa esteen raken-tavalle yhteistyölle. Tieteellisen todistusaineiston ensisijaisuutta ja absoluuttista to-tuutta työssään korostavat lääkärit voivat puolestaan nähdä sosiaalityöntekijöiden potilaan kokemuksiin kohdistaman mielenkiinnon osoittavan työn tuloksettomuut-ta tai suoranaista epäpätevyyttä. (Butrym 1989, 26–27; ks. myös Beddoe 2011, 32.)

Mielenterveystyössä ilmeneviä, toisia ammattikuntia koskevia stereotypioita tutkineet Barnes ym. (2000) tarkastelivat sosiaalityöntekijöistä, sairaanhoitajista, toimintaterapeuteista, psykologeista ja psykiatreista koostuneen ryhmän näkemyk-siä muista ammattikunnista. Psykiatrit ja psykologit arvioitiin sosiaalityöntekijöitä täsmällisemmiksi ja paremmiksi johtajiksi, mutta heidän vuorovaikutustaitonsa ja

käytännön elämän asiantuntijuutensa arvioitiin sosiaalityöntekijöitä heikommiksi. (Barnes ym. 2000, 573–578.) Tämänkaltaiset stereotypiat voivat johtaa tilanteeseen, jossa ammattiryhmien välisestä dialogista tulee monologista ja keskustelun osapuolet kertovat vain omaa tarinaansa, jolloin puheenvuorot eivät kytkeydy toisiinsa aidosti yhteistä ymmärrystä muodostaen (ks. Mönkkönen 2002, 33–34). Käytännössä moniammatillisen työskentelyn ihanteeseen, eli asiakkaan tilanteen absoluuttisen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen ja arviointiin, on usein mahdotonta päästä, koska eri ammattikuntien on osin myös välttämätöntä huomioida asiakkaiden tilanteita ja niiden eri ulottuvuuksia valikoivasti (Kinni 2014, 61).

Sosiaalityön tehtäväalueen ja työvälineiden huomattava eriytymättömyys ja rajaamattomuus ovat ristiriidassa terveydenhuollon hierarkkisen, eri ammattiryhmien osaamisalueiden tarkkaan määrittelyyn pyrkivän toimintakulttuurin kanssa. Sosiaalityö kulminoituu abstraktiin dialogiseen vuorovaikutukseen, joka perustuu pitkälti muuhun kuin tietoteoreettiseen osaamiseen. Terveys- ja sosiaalityön prosessin kuvaaminen ammatin ulkopuolisille tahoille voi olla vaikeaa ja sosiaalityöntekijät ovat usein joutuneet neuvottelemaan toimintansa merkityksestä ja tavoitteista terveydenhuollon ydinosajien kanssa. (Laine 2014, 29.) Epäselvyys sosiaalityön asiantuntijuusalueesta voi myös johtaa tilanteeseen, jossa sosiaalityöntekijöitä pidetään vain hoitotyön avustajina (Raunio 2009, 54–55). Tällöin heidän työpanoksensa saatetaan nähdä perustuvan pikemminkin auttamishaluun, empatiaan ja ystävällisyyteen kuin erityistietoihin ja -taitoihin (Peltonen 1993, 144). Oman työn merkityksen todisteleminen muille ammattiryhmille lisää myös työn kuormittavuutta ja työlle voi olla vaikeaa löytää puolestapuhujia (Laine 2014, 29). Terveys- ja sosiaalityön perustehtävät, eli yksilön huomioiminen osana sosiaalista ympäristöään, yksilöiden ja perheiden voimaannuttaminen sekä asiakkaiden etujen ajaminen, voivat myös olla törmäyskurssilla terveydenhuollon organisaatioiden tulostavoitteen, potilaiden nopean kotiuttamisen kanssa (Auerbach ym. 2007, 19; Schneiderman ym. 2008, 149). Terveys- ja sosiaalityöntekijät joutuvatkin usein tasapainoilemaan potilaiden edunvalvonnan ja toimintaorganisaation kustannustehokkuutta korostavien intressien välillä (Gregorian 2005).

Professionaaliset paikanmäärittelyt kiinnittyvät vahvasti myös lainsäädäntöön. Terveys- ja sosiaalityöntekijöiden ammattikuntaa ei mainita erikseen terveydenhuollon lainsäädännössä eivätkä terveys- ja sosiaalityöntekijät kuulu terveydenhuollon ammattirekisteriin. Virallisen paikanmäärittelyn puuttuminen tarkoittaa, että sosiaalityön asiantuntijuus terveydenhuollossa määrittyy usein häilyvästi hoito-organisaation kulloisenkin johdon ja muun henkilökunnan toimesta. (Metteri 2014, 300.) Terveys- ja sosiaalityöntekijät pitävät hallussaan laajempaa asiantuntijuutta kuin terveydenhuollossa usein ymmärretään. Selkeämmin määritelty paikka terveydenhuollon kokonaisuudessa olisi eduksi terveys- ja sosiaalityön asiantuntemuksen hyödyntämiselle. Terveys- ja sosiaalityö ei ole vain lääketieteellistä ja hoitotyötä avustava toimintamuoto ja se ansaitsee mahdollisuuden tasa-arvoiseen toimijuuteen muiden ammattikuntien rinnalla. Tasaveroinen kumppanuus moniammatillisessa kontekstissa



edellyttää sosiaalityöltä vahvaa, toteen näytettyä asiantuntijuuspohjaa (Laitinen & Pohjola 2010, 11–12) sekä hyvää ammatillista itsetuntoa, joka estää sosiaalityön jäämistä terveydenhuollon toimintaa perinteisesti ohjanneen biolääketieteellisen tiedon jalkoihin (Allen 2012, 183–184; ks. myös Metteri 1996, 146). Terveydenhuollon aito moniäänisyys on viime kädessä kaikkien ammattikuntien yhteinen etu ja missio; sen avulla keskustelut eivät kavennu pelkästään lääketiedelähtöisiksi (Laine 2014, 28).

Pylväs (2003) on jakanut sosiaalityön asiantuntijuuden erikoissairaanhoidossa *yleis-, ydin- ja erikoisasiantuntijuuteen*. Yleisasiantuntijuutta ovat sosiaalityöntekijän henkilökohtaiset taidot, jotka liittyvät persoonan käyttöön työssä. Näitä ovat esimerkiksi empaattisuus, hienotunteisuus, neuvottelutaidot ja huumorin käyttö. Yleisasiantuntijuuteen kuuluvat tekijät ovat siirrettävissä myös muihin ammatteihin ja toimintaympäristöihin. Ydinasantuntijuus puolestaan muodostuu sosiaalityöspesifistä työkokemuksesta ja sisältää muun muassa sosiaaliturvaan liittyvän tietotaidon, potilaan kokonaistilanteen selvittelyn ja yhteiskunnallisen tilanteen huomioimisen. Erikoisasiantuntijuus syntyy erikoisalakohtaisesta tiedosta, työkokemuksesta ja osaamisperustan luovasta soveltamiskyvystä. Erikoisasiantuntijuus erottaa yhden sosiaalityöntekijän muista ammattikunnan edustajista. Erikoisasiantuntijuuden synty edellyttää erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijältä paitsi sairauden sosiaalisen ulottuvuuden ymmärtämistä, myös oman työn kriittistä reflektointia. (Pylväs 2003, 62–75.)

Kokemus asiantuntijuudesta rakentuu vuorovaikutteisesti; se edellyttää paitsi osallistumista, myös muilta saatua sosiaalista tunnustusta. Sosiaalinen tunnustus kannustaa ammattilaista ottamaan vastuuta tietystä aihealueesta, syventämään sen osaamistaan ja vähitellen kokemaan itsensä asiantuntijaksi. (Hakkarainen ym. 2002, 456.) Moniammatillisessa työskentelyssä asiantuntijuuden kokemus edellyttää, että myös muut ammattikunnat tunnustavat ja tunnustavat tietyn asiantuntijuusalueen ja asiantuntijaryhmän olemassaolon ja pyytävät siltä neuvoa ja asiantuntija-apua. Ammattikunnan ammatillisen itseymmärryksen rakentuminen on siis osin riippuvainen myös siitä, millaisen roolin ja paikan ammattikunta saa moniammatillisen yhteistyön muiden toimijoiden mielissä. Teema on olennainen terveystieteellisyys, joka toimii sosiaalihuollon ulkopuolella aina eräällä tapaa ”vieraskentällä”. Vaikka ammatin oma tieto- ja tiedepetusta ja siihen pohjautuva koulutus olisivatkin vankalla pohjalla, ei yksittäinen ammattikunta käytännössä voi muuttaa asemaansa yksipuolisella ilmoituksella, ilman muiden ammattiryhmien hyväksyntää.

Vahvemmat ammattiryhmät voivat myös suoraan julkilausuen tai hienovaraisemmin vihjaillen pyrkiä suuntaamaan erityisammattikuntien työtä sisällöllisesti omasta näkökulmastaan toivottuun suuntaan. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelyn yleinen terapeuttilinen viitekehys on keskeinen työnkuvia ohjaava elementti. Toimintakontekstin ollessa hoidollinen ja hoidon kohdistuessa psykiatriseen oireiluun, on psykiatristen sosiaalityöntekijöiden tärkeää pohtia suhdettaan psykologis-psykiatrisen viitekehäksen määräävään asemaan suhteessa sosiaalityön

rooliin ja perustehtävään. Nämä pohdinnat ovat yhä tärkeämpiä suunniteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostusta ja sosiaalityön kontribuution oikeinkohdistamista muuttuvissa rakenteissa. Vaikka yleinen tietous esimerkiksi sosiaaliturvaetuksista on viime vuosina yleisesti parantunut, on terveydenhuollon sosiaalityölle osin hieman paradoksaalisesti yhä enemmän kysyntää. Muun muassa moniongelmaiset, ylisukupolvisesti syrjäytymisvaarassa olevat, maahanmuuttajat sekä ikääntyneet ja muistisairaajat asiakkaat haastavat terveys- ja sosiaalityötä uusien luovien ja kustannustehokkaiden työmenetelmien innovointiin. Oman haasteensa terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntämiseen tuovat myös yhä koulutettummat ja oikeuksistaan tietoisemmat asiakkaat, jotka voivat kyseenalaistaa ja haastaa sosiaalityön erityisosaamista (Randall & Kindiak 2008, 351). Tällöin sosiaalityöntekijöiden ammatillisen itseymmärryksen on oltava riittävän vahva.

Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuutta on tärkeää tarkastella erityisesti kehittämisen näkökulmasta. Sosiaalityön on mahdollista vahvistaa asemaansa monitieteisen toiminnan leikkauspisteessä, eri asiantuntijuuksia kokoavana ja sosiaaliseen ympäristöön linkittävänä rajatilan toimijana (Aviram 2002, 628). Sosiaalityön asiantuntijuus voi vahvistua myös metareflektiivillä työskentelyotteella, jossa kriittinen näkökulma yhdistyy näyttöön perustuvan työskentelyn vaatimukseen (Herz & Johansson 2012, 527–530). Terveys- ja sosiaalityöntekijöiden työllä on positiivisia kustannusvaikutuksia niin yksilön kuin yhteiskunnan näkökulmasta. Oikein kohdennetut ja ajoitetut terveys- ja sosiaalityön interventiot lisäävät potilaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja vähentävät samalla terveystalouden tarpeetonta käyttöä. (Golden 2011, 228.) Tämä kuitenkin unohtuu usein, sillä sosiaalityöntekijät toimivat yleensä juuri pisimpään sairaalahoidossa olevien ja kroonisista sairauksista kärsivien potilaiden parissa. Psykososiaalisten ongelmien kasautuminen selittää sosiaalityön tarvetta, jolloin sosiaalityön asiantuntijuus erityisesti potilaiden kokonaistilanteen arvioinnissa ja kotiuttamisen suunnittelussa on tärkeää ottaa aiempaa aktiivisempaan käyttöön. (Lechman & Duder 2006, 10.) Sosiaalityöntekijöillä voisi olla aiempaa keskeisempi asiantuntijarooli myös terveystalouden edistämiseksi. Terveystaloudella tarkoitetaan yksilön kykyä hankkia, ymmärtää ja prosessoida terveyttä koskevaa tietoutta sekä hahmottaa terveystalouden järjestelmän kokonaisuutta, johon terveyttä koskevien valintojen tekeminen pitkälti perustuu. (Liechty 2011; Parker ym. 2003.) Puutteellinen terveystalouden taito on todellinen ongelma esimerkiksi matalasti koulutettujen ja työelämän ulkopuolelle jääneiden mielenterveyskuntoutujien kohdalla.

Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuuden aktiivinen esiin tuominen ja sen tarpeellisuuden ja kustannushyötyjen osoittaminen tutkimuksellisessa valossa, näyttöön perustuvien käytäntöjen viitoittamalla tavalla, on tulevaisuudessa yhä tärkeämpää. (Dziegielewska 2004; Haultain 2014, 40; Judd & Sheffield 2010, 868.) Tässä tehtävässä erityisesti vaikuttavuustutkimus on avainasemassa. Ei riitä, että sosiaalityön eetos välittyy yksittäiselle asiakkaalle, vaan keskeistä on työn vaikuttavuuden erittely ja esittäminen myös sosiaalityöstä vähemmän tietäville toimijatahoille (Raitakari &

Saario 2008, 220–221). Asiantuntijuuden kehittäminen edellyttää terveyssoiaalityön aktiivista arviointia ja ajantasaisista uudelleenmäärittelyä (ks. esim. Cleak & Turczynski 2014). Viime vuosina terveyssoiaalityöntekijöiden vakansseja on maassamme paikoin muutettu alemman koulutustason sosiaaliohjaajien toimiksi. Ilman soiaalityön palvelurakenteeseen tuottaman lisäarvon osoittamista ja työn näkyväksi tekemistä uhka terveyssoiaalityöntekijöiden korvaamisesta muilla ammattikunnilla voi olla todellinen (Dziegielewski 2004).

## 2.2.2 Ammatillinen identiteetti

Ammatillisen itseymmärryksen tarkastelu kiinnittyy aina myös ammatillisen identiteetin kysymyksiin. Tapa, jolla ammattikunta ja sen edustajat identifioivat itsensä, määrittää pitkälti myös työtä koskevaa itseymmärrystä ja päinvastoin. Ammatillista identiteettiä ja ammatillista itseymmärrystä ei kuitenkaan voida automaattisesti rinnastaa, sillä käsitteillä on myös joitakin, tulkintatapoihin kiinnittyviä eroavaisuuksia. Identiteettiä on määritelty yksilö- ja sosiaalipsykologisessa kirjallisuudessa lukemattomin eri tavoin. Useimpien määritelmien mukaan sillä kuitenkin tarkoitetaan yksilön minuuden ja yksilöllisyyden suhteellisen pysyvää kokemistapaa, johon sisältyvät myös yksilön omaksumat sosiaaliset roolit (Vuorinen 1998, 338). Identiteetti muodostuu sekä tiedostetuista että tiedostamattomista kerroksista. Identiteetti, persoonallisuus ja minä kehittyvät sosiaalisessa vuorovaikutuksessa osana yksilöllistymisprosessia, ja identiteetti onkin usein jaettu sosiaaliseen ja persoonalliseen osaan. *Sosiaalinen identiteetti* on yksilön tulkintaa häneen kohdistuvista odotuksista, kun taas *persoonallinen identiteetti* kuvaa minän ajallista jatkuvuutta ja yksilön ainutkertaisuutta. (Goffman 1973, 128–129.) Sosiaalisen ja persoonallisen identiteetin käsitteet perustuvat ajatukseen, jonka mukaan jokaista yksilöä voidaan luonnehtia paitsi sosiaalisilla piirteillä, jotka osoittavat hänen kuuluvan johonkin tiettyyn ryhmään, myös persoonallisilla piirteillä, jotka ovat tarkempia ja omaperäisempiä kuin sosiaalista identiteettiä kuvaavat piirteet (Deschamps & Devos 1998, 2).

Ammatillisella identiteetillä tarkoitetaan yksilön elämänhistoriaan pohjautuvaa käsitystä itsestä ammatillisena toimijana; millaisena yksilö näkee itsensä suhteessa työhönsä ja millaiseksi hän myös haluaa ammatissaan tulla. Ammatillinen identiteetti sisältää käsitykset siitä, mihin yksilö samaistuu, mitä hän arvostaa, mihin hän sitoutuu työssään ja mikä on hänen paikkansa yhteiskunnallisessa työnjaossa. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 26, 45.) Kysymys siitä, keitä ammattilaisina olemme ja kuinka erotomme muista ammatillisista toimijoista, läpäisee koko yksilön työuran (Eteläpelto 2009). Ammatillisen identiteetin olemassaolo tarkoittaa yksilön kekevan itsensä ammattilaiseksi, jolla on ammatin vaatimat tiedot, taidot ja vastuu ja että hän tiedostaa omat resurssinsa ja rajoituksensa. Ammatilliseen identiteettiin liittyy myös pyrkimys ammatillisten valmiuksien ja ominaisuuksien kehittämiseen sekä samaistuminen ammattiryhmän normeihin ja etiikkaan. Ammatillinen identi-

teetti on työntekijän suhteellisen pysyvä käsitys itsestään, joka syntyy vuorovaikutuksessa muiden ammattiryhmien kanssa, vertailuperustaisessa socialisaatiassa. (Beddoe 2011, 27; Hänninen 2006, 191; Levy ym. 2014, 744.) Ammatti-identiteettiä voidaan tarkastella myös kokonaisen ammattiryhmän kautta, jolloin merkityksellistä on, kuinka ammattiryhmä kokee itse itsensä. Tarkastelu voi kiinnittyä myös siihen, millaiseksi muut mieltävät tietyn ammatin. (Stenström 1993, 38.)

Kuten yksilöllinen, myös ammatillinen identiteetti rakentuu persoonallisen ja sosiaalisen vuoropuhelussa, jossa eri elementit vuorottelevat kehitysvaiheittain. Noviiisivaiheessa ammatillista identiteettityötä määrittää vahva sosiaalistuminen työyhteisöön, sillä useimmilta uusilta työntekijöiltä puuttuu työuran alussa ammatillista valtaa ja kontrollia sekä muiden ammattikunnan jäsenten jo hallitsemaa kulttuurista pääomaa. Ammatillinen identiteetti rakentuu tällöin yhteisön toimintatapojen, arvojen ja normien sellaisenaan omaksumisen kautta. Kun ammatillinen kokemus ja yhteisöön kuulumisen tunteet vahvistuvat, yksilölliset näkemykset, oma persoona sekä henkilökohtaiset vahvuudet ja intressit saavat ammatillisessa identiteetti-prosessissa enemmän painoarvoa. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 43–45.) Kypsän ammatillisen identiteetin omaava työntekijä kykenee sopeutumaan työuransa aikana tapahtuviin muutoksiin. Ammatillisen identiteetin kypsyyttä luonnehtii siis tietynasteinen riippumattomuus ja kyky joustavuuteen toiminnan päämäärien ja tavoitteiden edellyttämällä tavalla. (Stenström 1993, 42–43.)

Mielenterveyssoseaalityön moniulotteinen, sekä yksilö-, yhteisö- että yhteiskuntatasolle kiinnittyvä perustehtävä edellyttää soseaalityöntekijöiltä huomattavaa ammatillista elastisuutta; kykyä sekä huomioida että edistää asiakkaan toimintakykyä ja hyvinvointia eri tasoilla tukevia ja vahvistavia tekijöitä sekä niiden mahdollisia murtumia. Tehtävän haasteellisuutta lisää moniammatillinen toimintaympäristö, jossa perinteisesti vahvempina pidetyt professiot voivat pyrkiä vaikuttamaan erityisammattiryhmien työn sisällöllisiin painotuksiin. Psykiatrisessa työssä eri ammattiryhmien väliset raja-aidat ovat matalampia kuin somaattisessa erikoissairaanhoidossa, jolloin pysyvän ja yhtenäisen ammatillisen identiteetin ovat usein syrjäyttäneet dynaamiset, muuntuvat ja työyhteisöissä neuvoteltavat identiteetit. Eteläpelto ja Vähäsantanen (2006) kysyvät, mihin ammatillista identiteettiä ylipäänsä tarvitaan, jos työn vaatimuksissa korostuvat vahvalle ammatti-identiteetille vastakkaiset piirteet; moniammatillisuus ja ammatillisten rajojen ylitykset, jaettu asian-tuntijuus, ammatillinen liikkuvuus ja joustavuus, elinikäinen oppiminen ja yliamatilliset kompetenssit – eikö vahva ammatillinen identiteetti tällöin ole pikeminkin rasite? Osin paradoksaalisesti työntekijän käsitykset itsestään suhteessa työhönsä ovat moniammatillisessa toimintaympäristössä yhä tärkeämpiä. Oman osaamisen dokumentointi ja arviointi on jatkuvaa ja työntekijöiltä vaaditaan osaamisalueidensa aktiivista tunnistamista, näkyväksi tekemistä ja markkinointia, jotka puolestaan edellyttävät vahvaa ammatillista identiteettiä. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2006, 27, 43–45.) Parhaimmillaan moniammatillinen työskentely johtaa käsiteltävien kysymysten kirkastumiseen kunkin ammattiryhmän perustehtävän näkö-

kulmasta. Moniammatillinen työskentely edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä yhteiseen ongelmanratkaisuun. Eri toimijoiden on myös oltava valmiita luopumaan oman erityisosaamisensa rajojen vartioinnista, joka saattaa usein olla suurin haaste moniammatillisen työskentelyn kehittämisessä. (Koskela 2013; Oliver 2013, 781.)

Tämän tutkimuksen kehityksessä hahmotan itseymmärrys -käsitteen kuvastavan enemmän ammattikunnan edustajien tietoista ja aktiivista kognitiivista toimijuutta ja tavoitteellisen ymmärryksen rakentamista, kuin ammatillinen identiteetti, joka voi pohjautua myös osin kollektiiviseen ja alitajuiseen samaistumiseen muihin ammatin edustajiin (ks. esim. Stenström 1993). Sosiaalityön itsemäärittelyn näkökulmasta myös ammatillisen identiteetin kysymykset ovat kuitenkin aina olleet ja ovat edelleenkin ajankohtaisia. Ne korostuvat erityisesti toimintakonteksteissa, joiden päätehtävä ei ole sosiaalihuollollinen ja joihin siksi liittyy jo ammattikunnan perustehtävän tulkinnanvaraisuuden mahdollisuus. Muuttuvissa palvelurakenteissa ammatitkaan eivät ole pysyviä ja ne voivat hämärtyä tai hävitä kokonaan. Ammatillinen hämärtyminen tarkoittaa ammatillisten kokonaisuuksien muuttumista niin, että joko ammatin ydin- tai muu osa muuttuu pysyvästi (Stenström 1993, 35–42). Ilmiö on mahdollinen myös psykiatrisessa sosiaalityössä, jossa erikoisala-kohtaisen erityisosaamisen vaatimusten myötä sosiaalityön painopiste ja työtehtävät voivat vaihdella huomattavasti. Työn terapeutin luonne ja niin sanottu terapeutisuusaste ovat tekijöitä, joilla on hoidollisessa kontekstissa olennainen rooli niin sosiaalityöntekijöiden ammatillisen identiteetin kuin ammatillisen itseymmärryksenkin rakentumisessa.

# 3 SOSIAALITYÖ MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

## 3.1 MIELENTERVEYDEN MONIULOTTEISUUS

Mielenterveyden käsite on suhteellinen ja osin kulttuurisidonnaisesti sopimuksenvarainen. Mielenterveys voidaan määritellä henkisen hyvinvoinnin tilaksi, jota fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät säätelevät. Mielenterveys on hyvinvoinnin keskeinen elementti; psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara, jonka avulla yksilö ohjaa elämäänsä. Mielenterveyttä sekä käytetään että kartutetaan kaiken aikaa. Sigmund Freudin klassisen määritelmän mukaan mielenterveys on kykyä rakastaa, tehdä työtä ja toteuttaa itseään. Psyykkisesti terve ei tunne irrationaalista syyllisyyttä tai ahdistusta. Hän on tunne-elämältään tasapainossa ja omaa riittävän todellisuudentajun. Vaikeuksien ja erilaisten kriisien kohdatessa mieleltään terve kykenee työskentelemään niiden voittamiseksi, hallitsee ahdistustaan riittävässä määrin, sieittää menetyksiä ja omaa valmiudet erilaisiin elämänmuutoksiin. Mielenterveydelle on siis luonteenomaista psyykinen kimmoisuus vaikeissakin elämäntilanteissa ja se voidaan määritellä myös elämää hankaloittavien psyykkisten oireiden puuttumiseksi. (Lahti 1995, 25; Lönnqvist & Lehtonen 2017, 30; Punkanen 2001, 9.)

Mielenterveyttä voidaan jäsentää myös jaolla positiiviseen ja negatiiviseen mielen-terveyteen. Positiivinen mielenterveys muodostuu hyvinvoinnin kokemuksesta, yksilöllisistä voimavaroista ja elämänhallinnasta, kyvystä solmia ja ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita sekä psyykkisestä kestäkyvystä erilaisten elämänvaikeuksien suhteen. Se ilmenee kykynä osallistua menestyksekkäästi sekä perhe- että yhteiskunnalliseen elämään. Negatiiviseen mielen-terveyteen kuuluvat puolestaan erilaiset ja eritasoiset, toimintakykyä kaventavat mielen-terveysongelmat. (Lavikainen ym. 2004, 16; 50–51.)

Mielenterveysongelmat ovat globaali ilmiö. Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan erilaisista mielen-terveyshäiriöistä kärsii maailmanlaajuisesti yli 450 miljoonaa henkilöä ja yhden neljästä terveyspalvelujen käyttäjästä arvioidaan kärsivän vähintään yhdestä psyykkisestä häiriöstä (World Health Organization 2016). Yleisyydestään huolimatta mielen-terveydelliset ongelmat ovat edelleen valitettavan alidiagnosoituja ja -hoidettuja. Psyykinen sairastaminen aiheuttaa toimintakyvyn vajeita, edesauttaa sosiaalista eksklusiota ja heikentää siksi oleellisesti yksilön elämänlaatua. Viime vuosikymmeninä psyykkisestä sairastamisesta aiheutuvat kansantaloudelliset kustannukset ovat nousseet huomattavaksi maailmanlaajuiseksi ongelmaksi. (Sowers ym. 2009, 112.)

Mielenterveyshäiriö on yleisnimike, joka sisältää erilaisia psyykkisiä tiloja. Mielenterveyshäiriöitä ovat esimerkiksi klassiset mielisairaudet eli psykoosit, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäi-

riöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt. Mielenterveyshäiriöiksi ei kuitenkaan lueta arkipäivään liittyviä tavanomaisia tiloja tai reaktioita, kuten suru läheisen kuollessa tai voimakas ristiriita yksilön resurssien ja ympäristön vaatimusten välillä. (Lönqvist & Lehtonen 2017, 19–20.) Varsinaisia psyykkisiä häiriöitä luonnehtivat kliinisesti merkittävät psyykkiset oireet, joiden yhteisvaikutuksesta syntyy erilaisia oireyhtymiä. Kullekin psyykkiselle häiriölle on annettu ICD-10 tautiluokituksessa oma diagnoosi ja numeerinen koodi. Häiriöt kuvataan kriteerein, jotka muodostuvat keskeisistä oireista, häiriön kulusta ja sen aiheuttamista haitoista. Kriteerit voivat myös ilmaista häiriön tunnetun syytekijän. (Lönqvist 2017a, 62–66.)

Psyykkisissä kysymyksissä raja terveen ja patologisen välillä on liukuva ja riippuvainen useista moniulotteisista tekijöistä. Mielenterveysongelmien diagnosointia vaikeuttavat normaaliin elämäntilanteeseen liittyvät elämäntilanteet, jotka voivat synnyttää mielenterveysongelmia muistuttavia oireita. Elämäntilanteet kuitenkin patologisoituvat vasta, jos niitä ei ole oikein ja riittävän varhaisessa vaiheessa kohdattu normatiivisina ja asiaankuuluvina kriisitekijöinä. Esimerkiksi työttömäksi jääminen ei automaattisesti merkitse mielenterveysongelman puhkeamista, mutta voi aiheuttaa sopeutumisvaikeuksia uuteen elämäntilanteeseen joutuneelle ja edesauttaa näin psyykkistä sairastumista. (Lahti 1995, 27.) Psyykkisen kokonaistilanteen hahmottamiseksi onkin tärkeää selvittää paitsi yksilön sopeutumista ympäristöönsä ja kykyä huolehtia itsestään, myös kartoittaa erilaisten sosiaalisten riskitekijöiden esiintymistä.

Mielenterveystyötä tehdään monialaisissa verkostoissa. Sektori- ja hallintorajat ylittävä yhteistyö ja toiminnan kehittäminen ovat psykiatrisen työn keskeisimpiä haasteita. (Koivu & Haatainen 2010, 86.) Monialaisen ja –ammattillisen työn haasteet avautuvat, kun hahmotamme, että yksin lääketieteenkin piirissä psyykkistä sairastamista voidaan tarkastella hyvin erilaisista viitekehyksistä. *Biologisessa psykiatriassa* työn painopiste on genetiikassa, biologisissa prosesseissa ja tutkimusmenetelmissä, kuten aivojen kuvantamisessa sekä biologisissa hoitomenetelmissä, kuten psyykenlääkkeissä. *Psykodynaaminen psykiatria* puolestaan tarkastelee yksilöä psykologisena olentona, jonka toiminnassa sisäiset yllykkeet, omat kokemukset ja niihin liittyvät yksilölliset merkitykset sekä vuorovaikutus muiden yksilöiden ja ryhmien kanssa ovat keskeisiä. Monet mielenterveyshäiriöt voivat psykodynaamisen psykiatrian näkökulmasta ilmentää joko yksilön intrapsyykkisiä tai yksilön ja hänen ulkoisen ympäristönsä välisiä ristiriitoja. *Sosiaalipsykiatriassa* keskitytään sosiaalisten tekijöiden, sosiaalisen ympäristön ja kulttuurin merkitykseen mielenterveysongelmien riskitekijöinä. Sosiaalipsykiatria on kiinnostunut myös mielenterveyshäiriöiden yleisyydestä, yhteiskunnallisista asenteista mielenterveysongelmaisia kohtaan sekä hoitojärjestelmien tutkimus- ja kehittämistyöstä. Psyykkisten häiriöiden hoito edellyttää siis laajaa tietoutta, joka kattaa niin makrotason kulttuuriset tekijät kuin mikro-tason molekyyli-tutkimuksenkin. Psykiatrinen hoito jää puolitiehen, jos sen kohteena on "mieli ilman aivoja", eli puhdas psyykkisten prosessien tarkastelu. Yhtä ra-

joittuneeksi hoito jää myös, jos työn lähtökohtana ovat "aivot ilman mieltä" eli puhtaan neurologinen lähestymistapa. Psykiatrian ikuisena haasteena onkin käsitellä mielenterveyttä ja sen häiriöitä aivojen, mielen ja sosiaalisen ympäristön jatkuvaan vuorovaikutukseen pohjautuvina ilmiöinä. Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tärkeää ylläpitää kokonaisvaltaista ja integroitua, biopsykososiaalista ihmiskuvaa. (Lönngqvist & Lehtonen 2017, 20–22.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana mielenterveystyössä on tapahtunut merkittävä paradigmanmuutos. Aivojen ja käyttäytymisen tieteellisen tutkimuksen myötä mielenterveysongelmien biologista perustaa koskeva tietous on lisääntynyt olennaisesti. Uuden tiedon yhdistäminen psykofarmakologiseen kehitystyöhön on johtanut kliinisen hoidon kehitykseen ja psykiatrista hoitoa on alettu tarkastella pikemminkin kuntouttavasta eikä elinikäisen sairastamisen näkökulmasta. (Aviram 2002, 625; Mowbray & Holter 2002, 139; Starnino 2009, 824–826.) Mielenterveys määrittyy holistiseksi, ainutkertaisissa elämäntilanteissa ajallisesti ja elämäntilanteesta muuttuvaksi tekijäksi (Heinonen ym. 2009). Vallalla oleva käsitys psyykkisten häiriöiden luonteesta korostaa biologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutusta ja huomio kiinnittyy yhä enemmän erilaisten riskitekijöiden kumuloitumiseen mielenterveysongelmien puhkeamisessa. Yksittäisillä muuttujilla ei nähdä juurikaan olevan merkitystä, mutta useiden, sekä biologisten että sosiaalisten riskitekijöiden samanaikainen esiintyminen lisää psyykkisen sairastumisen todennäköisyyttä. (Mielekäs elämä 2000, 18; World Health Organization 2016.) Psykiatrisessa työssä mielenterveys hahmotetaan usein edelleen ongelma- ja häiriökeskeisestä näkökulmasta, jossa potilaan oireet ja toimintakyvyn vajeet määrittävät hoitointerventioita.

Mielenterveyden ja mielenterveystyön historiaa tutkinut Pietikäinen (2013) siteeraa yhdysvaltalaisista historioitsijasta Jack Pressmania, joka on määritellyt psykiatrian "epätoivon hallinnaksi". Määritelmä onnistuu tiivistämään olennaisen psykiatrian työn haasteellisuudesta; mielenterveystyössä pyritään hallitsemaan ennaltaehkäisevällä työllä, diagnooseilla ja erilaisilla hoidoilla inhimillisen elämän epätoivoa, kaaosta ja kärsimystä, joka ilmenee muun muassa sekavana käyttäytymisenä, aistiharhoina, pakkomielteinä ja -toimintoina, ahdistuksena ja masennuksena, itsetuhoisuutena ja erilaisina riippuvuuksina. Kärsimyksen kirjon ollessa laaja, myös epätoivon hallinta on haasteellista. Psykiatrian läpimurtoina yleisesti pidetyt perinnöllisyystieteen, aivotutkimuksen ja psyykenlääkityksen edistysaskeleet eivät ole kyenneet antamaan tyhjentäviä vastauksia mielenterveyshäiriöiden syntymekanismeja tai parannuskeinoja koskeviin kysymyksiin. Psykiatriassa onkin pitkälti jouduttu keskittymään mielenterveyshäiriöiden kuvailuun ja luokitteluun, jonka vuoksi alaa on kritisoitu tieteellisestä vajeesta. (Pietikäinen 2013, 13.)

Masennuskokemuksia tutkinut Hänninen (2011, 22) tulkitsee maassamme kansantaudin statuksen saaneen masennuksen toiminnalliseksi loukuksi, jolla on fyysinen perusta, mutta joka juontuu yksilön sosiaalisesti rakentuneesta elämäntilanteesta ja on siksi sidoksissa kulttuuris-sosiaalisiin merkityksiin ja toimintakäytäntöihin. Yksilöllisestä luonteestaan huolimatta masennus kiinnittyy aina vahvasti



myös sosiaaliseen; vuorovaikutussuhteisiin, erilaisista rooleista selviytymiseen sekä elinympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin. Masennuksen taustatekijät ja ilmene-  
mismuodot kietoutuvat usein vyyhdeksi, jossa syiden erottaminen seurauksista on  
jopa mahdotonta. (Romakkaniemi 2014, 147.) Niin masennuksen kuin muidenkin  
psykykkisten häiriöiden syitä on etsitty esimerkiksi yhteiskunnan muutoksesta, in-  
himillisen epävarmuuden ja turvattomuuden kokemusten lisääntymisestä, yhteisöl-  
lisyyden katoamisesta sekä työelämän vaatimusten kasvusta. Sosioekonomisilla tekijöillä on todettu olevan selvä yhteys paitsi psykykkiseen sairastavuuteen, myös  
mielenterveyden kokemukseen (Gould 2007; Horwitz 2010; Sohlman 2004), jolloin  
yksilön yleinen elämäntyytyväisyys määrittyy hyvinvoinnin ja mielenterveyden  
keskeiseksi osatekijäksi (Rissanen 2016).

### **3.2 PSYKIATRISEN PALVELUJÄRJESTELMÄN SOSIOKULTTUURINEN MUOTOUTUMINEN**

Asennoituminen mielenterveysongelmiin ja niiden hoitoon on vaihdellut eri aika-  
kausina. Vallitseva, sosiaalisesti, kulttuurisesti ja historiallisesti kontekstoituva ih-  
miskäsitys on viitoittanut alan tutkimusta ja muokannut paitsi hoitokäytäntöjä,  
myös mielenterveystyön terapeuttisuusastetta. (Ihanus 2005, 85–86; Shorter 2005;  
Hyvönen 2008.) Antiikin aikoina mielenterveyshäiriöitä pidettiin osoituksena joko  
hyvien tai pahojen henkien olemassaolosta. Keskiajalla psykykkisesti sairaiden us-  
kottiin olevan demonien riivaamia noitia ja luostareiden yhteydessä hoidettiin  
myös psykykkisesti sairaita. Usko psykykkisten sairauksien parantumattomuuteen oli  
vahvaa ja monen kohtaloksi koitui loppuelämä laitoksessa, sosiaalisesti eristetyissä  
olosuhteissa. (Hyvönen 2008, 21–22.) Ensimmäinen eurooppalainen mielisairaala,  
Bethlem, perustettiin vuonna 1547 Lontooseen, josta psykiatrisen sairaanhoidon  
opit vähitellen levisivät myös muualle Eurooppaan. Ensimmäisissä psykiatrisissa  
sairaaloissa potilaat eristettiin muusta yhteisöstä ja he joutuivat usein ankarien  
pakkotoimenpiteiden kohteiksi, jossa pimeät sellit, kahleet, kylmät kylvyt ja pak-  
kopaidat näyttelivät keskeistä roolia. Tieteellisen tutkimustiedon puuttuessa poti-  
laita pidettiin käytökseltään eläimellisinä ja sosiaalisesti häpeällisinä, joka johti  
usein heidän eristävään kohteluun. (Ihanus 2005, 99; Shorter 2005, 2–8.)

Psykiatria varsinaisena lääketieteen erikoisalana syntyi vallankumouksen ajan  
Ranskassa 1700-luvun lopulla. Modernin psykiatrian isänä pidetään lääkäri Philip-  
pe Pineliä (1745–1826), joka perinnetiedon mukaan omin käsin ja muun henkilö-  
kunnan vastustuksesta huolimatta irrotti kahleet Bicetren sairaalan potilailta vuon-  
na 1793. Kahlittujen vapauttamisesta tuli psykykkisen hoidon uuden aikakauden  
symboli; se merkitsi taikauskon, julmuuden ja puoskaroinnin päättymistä ja mieli-  
sairauksien medisiinisen tarkastelun alkua. Valistuksen ajan ihanteita; humaaniut-  
ta, tieteellisyyttä ja edistyskäsitystä toteuttivat nyt lääketieteen itsenäisen erikois-

alan edustajat. (Pietikäinen 2013, 69–70; Shorter 2005, 12–14; ks. myös Hyvönen 2008.)

Terapeuttinen orientaatio on ollut sisäänrakennettuna mielenterveystyöhön jo pitkään. Sen paikka ja rooli osana kuntouttavaa työtä ovat kuitenkin vaihdelleet eri aikakausina, erilaisten hoitoa ohjaavien paradigmojen vallitessa. Myös termistö, jolla terapeuttisuutta ja sen perusideaa on kuvattu, ovat aikojen saatossa olleet monenkirjavia. Terapeuttisuuden idea ja näkökulma ilmenevät psykiatrian historiassa esimerkiksi sairauden *sielullisuuden* ja *psykososiaalisuuden* ulottuvuuksien kuvauksissa. Mielenterveystyön historiaa tarkastelleen Pietikäisen (2013) mukaan jo varhaisessa psykiatriassa oli erotettavissa kaksi vastakkaista näkemystä mielisairauksien syistä ja hoitokeinoista; neurotieteellinen ja psykososiaalinen koulukunta. Neurotieteilijät uskoivat biologiaan ja pitivät mielisairauksia aivojen anatomisfysiologisista vammoista ja toimintahäiriöistä johtuvina. Toisen koulukunnan edustajat taas näkivät mielisairaudet yksilön psykososiaalisina ongelmina. He kiinnittivät huomiota sairaan sosiaaliseen ympäristöön ja psyykkisiin prosesseihin eli sielunelämään, käyttäen hoitomenetelminä puhetta, hypnoosia ja sosiaalista tukea. Vastakkainasettelusta huolimatta koulukuntien edustajat eivät täysin kieltäneet toistensa näkemyksiä. Neurotieteilijät hyväksyivät, että sosiaalinen ympäristö ja yksilön kokemukset vaikuttivat mielisairauden syntyyn, ja psykososiaalisen puolestapuhujat taas myönsivät, että lääkitys ja somaattinen hoito voivat olla hyödyllisiä keskusteluun perustuvan psykoterapian rinnalla. (Pietikäinen 2013, 80–81.)

Terapeuttiseksi määrittävän mielenterveystyön synnyssä keskeistä oli Philippe Pinelin teoksessaan *Henkisestä vieraantumisesta* esittelemä keksintö, moraalihoido. Se tarkoitti hoitomenetelmiä, joilla pyrittiin vaikuttamaan potilaan älyyn ja tunteisiin sairaan kärsimystä lievittäen. Pinel pyrki asettumaan potilaidensa asemaan ja tavoitteli terapeuttista käännettä, joka tarkoitti potilaan ja tämän kokemusmaailman kunnioittamista erikoisista oireista huolimatta. Pinel oivalsi maanikoita tarkkailemalla, että mielisairaus oli parannettavissa lempeillä hoitomenetelmillä, potilaan mielentilaa huomioimalla. Hän uskoi potilaan ajatusten logiikan olevan avain toimimiseen. Pinel korosti, ettei potilaan ruumiillisen arvokkuuden kunnioittamisesta saanut luopua silloinkaan, kun oli tarpeen käyttää pakkohoitokeinoja. (Pietikäinen 2013, 72–76.) Vaikka Pinelin ajatukset saivatkin vastakaikua, muuttuivat psykiatrisen hoidon paradigmat edelleen tiuhaan. 1900-luvun alkupuolelle tultaessa mielen-terveysongelmat nähtiin yhä usein puhtaana neurofysiologisina aivojen toimintahäiriöinä, kunnes vallan sai Sigmund Freudin kehittämä psykoanalyttinen koulukunta, joka näki mielenterveyshäiriöt lapsuusiän traumojen johdannaisiksi. Freudilainen ajattelu väritti länsimaista psykiatria useiden vuosikymmenten ajan ja vasta viime vuosikymmeninä psyykkistä sairastamista on alettu aidosti tarkastella laajemmassa ja kokonaisvaltaisemmassa, psyykkis-fyysis-sosiaalisessa viitekehyksessä. (Davison & Neale 1996, 10–22; Vuorinen & Tuunala 1997, 154.)

Myös psyykkisten sairauksien hoidon järjestäminen, sisältö ja rahoitus ovat kulkeneet pitkän matkan köyhäinhoitona toteutetusta sosiaalisesta eristämisestä pit-

källe erikoistuneisiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin (Pylkkänen 2007, 811). 1500-luvulta alkaen maahamme perustettiin hospitaaleja, joista tunnetuin on vuonna 1622 Nauvoon perustettu Seilin hospitaali. Hospitaalit muodostuivat erityisesti spitaalisten tai sellaiseksi epäiltyjen sekä väkivaltaisiksi todettujen mielenterveysongelmaisten sijoituspaikoiksi. Vaikka hospitaalien rahoitus perustuikin lähinnä hyväntekeväisyyteen, niiden toimintahistoria merkitsi ensiaskelia prosessissa, jossa sairaanhoidon laitokset erkaantuivat köyhäinhoidosta. (Pulma 1994, 31.) 1800-luvulla vaivaistalot tarjosivat vammaisten, fyysisesti sairaiden ja ikääntyneiden lisäksi suojaa myös 'mielisairaille ja vajaamielisille'. Vaivaistaloihin rakennettiin mielisairaita varten ahtaita, suljettuja sellikoppeja, joiden ryhmä muodosti mielisairasosaston. 1890-luvulla suurimpiin kaupunkeihin alettiin rakentaa varsinaisia kunnallisia mielisairaaloita, jotka samalla siirrettiin vaivaishoidon alaisuudesta sairaanhoitohallinnon vastuulle. (Jaakkola 1994, 137.)

Nykymuotoisen, pitkälle erikoistuneen suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän yhteiskuntapoliittisena perustana oli sosiaalivakuutusjärjestelmän vakiinnuttaminen 1960-luvun alussa. Tätä ennen mielisairaalat olivat toimineet lähinnä köyhyyden ja syrjäytymisen hallinnan välineinä. Uusien psyykenlääkkeiden käyttöönotto 1960-luvulta alkaen tuki kuntoutusmyönteistä sosiaalipsykiatrista suuntautumista, jonka kulta-aikaa olivat 1970-luvun loppu ja 1980-luvun alkupuoli. Hyvinvointivaltion yleinen laajentuminen mahdollisti psykiatrisen avohoidon huomattavan kasvun, joka jatkui aina 1990-luvun talouslamaan saakka. (Salo 2011, 271–273.) Viimeisten vuosikymmenten aikana suomalainen mielenterveystyö on käynyt läpi valtuisan rakennemuutoksen. Länsimaista mielenterveystyötä määrittivät 1960- ja 1970-luvuilla sosiaalipsykiatriseen ajatteluun perustuvat käytännöt, joissa korostettiin yhteiskunnallista, elämänlaadun parantamiseen tähtäävää mielenterveystyötä (Helén ym. 2011, 13). Suomalaisten mielenterveyspalveluiden vahva yksilöllistyminen ja hoidollistuminen, jota Salo (1996) on nimittänyt *psykoterapeutisoitumiseksi*, alkoi 1980-luvulla. Mielenterveyden yhteiskunnallisia ehtoja ja rakenteellista ulottuvuutta ei enää pidetty mielenterveystyön kohteena, jolloin moniammatillisten psykiatristen tiimien viitekehukset yhtenäistyivät usein puhtaan hoidollisiksi. (Salo 1996, 263–264.)

Vuonna 1991 voimaan tullut uusi mielenterveyslaki korosti psykiatrisen avohoidon ensisijaisuutta laitoshoitoon nähden, mikä tarkoitti merkittävää paradigmanmuutosta mielenterveystyön käytännössä. Avohoidossa korostuvat keskusteluun perustuvat terapeutit hoitomuodot. Vuonna 1991 astui voimaan myös erikoissairaanhoidolaki, joka viimein yhdisti psykiatrian hallinnollisesti muuhun erikoissairaanhoidon ja teki psyykkisesti sairaista yhdenvertaisia muiden erikoissairaanhoidon asiakkaiden kanssa. (Hyvönen 2008, 234–235.) Ylevistä tasa-arvoisuuden ja yhdenmukaisuuden ideologisista tausta-ajatuksistaan huolimatta 1990-luvun alkupuolen lainsäädännölliset muutokset eivät käytännössä tarkoittaneet mielenterveyspotilaiden aseman parantumista, vaan pikemminkin päinvastoin. Lamavuosista alkanut psykiatristen laitospaikkojen alasajo ja mielenterveys-



vuus on miehillä selvästi yleisempää kuin naisilla. Teini-ikäisten ja nuorten aikuisten ikäryhmässä naisilla on enemmän osastohoitojaksoja. 13–24 -vuotiaiden naisten vuodeosastohoidon yleisimmät syyt ovat vakava masennus ja ahdistuneisuushäiriöt. (Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2018.)

Epidemiologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että jo suomalaislasten ja nuorten mielenterveysongelmat ovat verrattain yleisiä. Tiedossa on myös, että suuri osa aikuisten mielenterveysongelmista juontaa juurensa lapsuus- ja nuoruusikään. Lasten ja nuorten ohjautuminen mielenterveyspalveluihin on lisääntynyt merkittävästi 1990-luvun alun jälkeen. Kuitenkin tietoa siitä, onko lasten ja nuorten mielenterveysongelmien määrässä tapahtunut tosiasiallisia muutoksia, on vähän. Palveluihin ohjautumisen kasvun taustalla on osin myös ongelmien aiempaa parempi tunnistaminen ja mielenterveyteen liitetyn stigman hälveneminen. Pitkittäistutkimukset, joissa on seurattu laajaa joukkoa lapsia ja nuoria vuodesta toiseen, ovat tuottaneet tietoa mielenterveyteen vaikuttavista riski- ja suojaavista tekijöistä. Riskitekijöiden kasaantumisen ja suojaavien tekijöiden vähäisyyden on todettu olevan suuremmassa roolissa mielenterveyden häiriön puhkeamisessa kuin pelkän yksittäisen riskitekijän olemassaolon. (Anttila ym. 2016, 12; Tamminen ym. 2015, 430–431.) Tämä osoittaa, että monin tavoin yhteen kietoutuneet sosiaaliset tekijät vaikuttavat usein merkittävästi mielenterveyden elämäntilanteeseen ja sosiaalisen painoarvon lisääminen mielenterveyden tarkastelussa on tärkeää.

### **3.3 SUOMALAISEN MIELENTERVEYSSOSIAALITYÖN LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN PERUSTA**

Vallitseva lainsäädäntö määrittää osaltaan mielenterveyssozialityön sisältöjä ja on olennaisessa roolissa psykiatrisen sosialityön itseymmärryksen rakentumisessa, sillä sosialityön yhtenä keskeisenä tehtävänä on huolehtia asiakkaiden sosialisten oikeuksien toteutumisesta. Vaikka mielenterveystyötä koskevassa lainsäädännössä ei mainitakaan suoraan sosialityötä, on sosialityön näkökulma sisäänrakennettu lakeihin muun muassa toimintakyvyn ja elinolosuhteiden tukemisen sekä psykososiaalisen orientaation kautta. Mielenterveyslain (1116/1990) 1 §:n mukaan *mielenterveystyöllä tarkoitetaan psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.*

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 27 §:ssä on puolestaan säädetty mielenterveystyöstä: *”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin*

*edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Tässä laissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu:*

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvää mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaan tekijöihin liittyvää ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki*
- 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa*
- 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.*

*Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.”*

Mielenterveystyön kokonaisuus voidaan jakaa rakenteelliseen ja ehkäisevään mielenterveystyöhön. Rakenteellisella mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveydelle suotuisten elinolosuhteiden luomista ja ylläpitämistä. Ehkäisevä mielenterveystyö kiinnittyy puolestaan mielenterveyttä uhkaavien tekijöiden tunnistamiseen ja torjuntaan. Sekä rakenteellinen että ehkäisevä mielenterveystyö on mahdollista ymmärtää laajasti, jolloin väestön psyykkistä hyvinvointia edistävien elinolosuhteiden luominen ja sitä uhkaavien puutteiden korjaaminen merkitsevät laaja-alaista vaikuttamista muun muassa yleisiin elintapoihin, asumiseen ja työympäristöihin. (Mielenterveystyön järjestäminen 1990, 5.) Rakenteellinen mielenterveystyö kiinnittyy olennaisesti sosiaalihuoltolain (1301/2014) 7 §:än, jossa säädetään: *”Rakenteellisella sosiaalityöllä on huolehdittava sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittymisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.”*

Laaja-alaisessa rakenteellisessa tarkastelussa mielenterveyspalveluihin kuuluvat psykiatristen sairaanhoidon palvelujen lisäksi myös yleiset yhteiskunnalliset palvelut ja tukitoimet, kuten Kansaneläkelaitoksen taloudelliset tukimuodot, vuokra-asuntotoiminnan ylläpitäminen sekä työllistämispalvelut. Ideaalitulanteessa mielenterveystyö on painopisteeltään ennaltaehkäisevää, jolloin mielenterveyttä tukeva toiminta laajenee yksilön koko elämänkaaren ja eri elämäntilanteet kattavaksi yhteiskunnalliseksi projektiksi. (Koskinen 1997, 37; Luomahaara ym. 2000, 4.) Käytännön tasolla tämä pyrkimys on kuitenkin osoittautunut haasteelliseksi. Savolainen (2011) on kritisoinut sitä, että suuri osa mielenterveystyön resursseista käytetään jo puhjenneiden sairauksien hoitoon ja laitospaikkojen ylläpitoon, ennaltaehkäisevän ja mielenterveyttä edistävän työn jäädessä toissijaiseksi. Mielenterveyden biologisia tekijöitä on yleisesti korostettu psykiatrisessa työssä enemmän kuin esimerkiksi kokemuksellisia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä, joka on puolestaan vaikuttanut työskentelyn painopisteisiin. (Savolainen 2011, 147–149.) Niin tietoiset kuin tiedostamattomatkin mielenterveyskäsitykset vaikuttavat mielenterveystyötä koskevaan päätöksentekoon yhteiskunnan eri tasoilla. Vallitsevat käsitykset mielenterveydestä

ja sen häiriöiden syistä luovat siis perustan niin yksilön psykiatriselle hoitosuhteelle kuin mielenterveyden edistämistä koskeville laajoille valtakunnallisille agendoillekin. (Sohlman 2004, 20.) Psykiatrisen sosiaalityön keskeisenä rakenteellisenä tehtävänä on edesauttaa näitä käsityksiä koskevien keskustelujen monimuotoistumista asiakasnäkökulmasta.

### **3.4 SOSIAALITYÖN ROOLI PSYKIATRIASSA**

Sosiaalityöllä on jo pitkään ollut oma erityinen paikkansa psykiatrisessa sairaanhoidossa. Anglosaksisissa maissa psykiatrinen sosiaalityö oli yksi sosiaalityön varhaisimmista tehtäväalueista (Aviram 2002, 619; Kananoja ym. 2010, 276). Yhdysvalloissa sosiaalityön osaamista mielenterveyskysymyksissä alettiin hyödyntää jo 1900-luvun alussa, jolloin yhteiskunnallisesti valveutuneet lääkärit Massachusetts General Hospitalissa työskennelleen Richard Cabotin johdolla ymmärsivät kokonaisvaltaisen sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksen potilaan toipumisessa ja alkoivat peräänkuuluttaa sosiaalityöntekijöiden kontribuutiota sairaalakontekstissa (Lubove 1965, 55–57). Aluksi sosiaalityön rooli mielenterveystyössä rajoittui systemaattiseen anamnestiseen tiedonkeruuseen potilaista ja heidän perhetaustoistaan. Myöhemmin sosiaalityön rooli laajeni ja tuli merkitykselliseksi erityisesti potilaan kotiuttamista suunniteltaessa. (Aviram 2002, 621.)

Nykyisin sosiaalityön voidaan katsoa vakiinnuttaneen paikkansa psykiatriassa, vaikka sen rooli ja asema usein edelleenkin vaihtelevat toimipistekohtaisesti. Mielenterveyden ja sen häiriöiden moniulotteinen luonne edellyttää psykiatriselta hoidolta vahvaa moniammatillisuutta, jolla pyritään varmistamaan potilaan hyvinvointiin vaikuttavien näkökulmien laaja-alainen huomiointi. Psykiatrista moniammatillista työryhmää johtaa yleensä psykiatri, eli lääkäri, joka on suorittanut 6–8 vuotta kestävästä erikoislääkärin koulutuksesta psykiatrian erikoisalalla. Sosiaalityöntekijöiden ja psykiatrien ohella psykiatristen potilaiden hoitoon osallistuu muun muassa sairaanhoitajia, psykologeja ja toimintaterapeutteja. Mielenterveyden sosiaalisen ulottuvuuden huomiointi on tärkeää, jotta hoito ja kuntoutus eivät pelkisty vain psyykkiseen oireiluun, vaan tarkastelu kiinnittyisi myös oireiden taustalla oleviin, sairastamista mahdollisesti ylläpitäviin tekijöihin. (Allen ym. 2014; Barnes ym. 2000, 565–566.)

Psykiatriassa hoidon ja kuntoutuksen välinen raja on häilyvämpi kuin useimmissa muissa sairausryhmissä (Peltomaa 2005, 15). Mielenterveyspotilaan hyvinvointi ei ole riippuvainen vain sairauden aiheuttamista psyykkisistä oireista ja niiden hallinnasta, vaan on kytköksissä hänen kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseensa ja sosiaaliseen toimintakykyynsä. Mielenterveysongelmat ovat selkeästi yhteydessä yksilön elinoloihin, elämänhistoriaan ja elämäntilanteeseen, jotka kuuluvat sosiaalityön keskeiseen työkenttään. Mechanic (1994, 135) on luonnehtinut vakavia mielenterveysongelmia seuraukseksi kompleksisten, mutta huonosti

tunnettujen biologisten haavoittuvuuksien ja psykososiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksista. On osin paradoksaalista, ettei sosiaalityötä itsessään usein mielletä varsinaiseksi mielenterveystyöksi, vaikka se sitä mitä suurimmassa määrin onkin (Kantola 1997, 205) – ovathan sosiaalityön ytimen muodostavat psykososiaaliset tekijät ja niihin kiinnittyvä elämänuskon säilyminen jo merkittävä itsemurhalukujen vaihtelun selittäjäkin (Lehtonen & Pylkkänen 2002, 2155). Rissasen (2016) väitöstutkimus osoittaa, että yksilön pitkäaikainen tyytymättömyys elämäänsä ennustaa vakavan masennustilan diagnoosia aiemmin terveillä henkilöillä. Rissasen tutkimuksessa pitkäaikainen koettu elämäntyytymättömyys oli myös tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä huonompaan terveydentilaan, huonoon terveyskäyttäytymiseen, epäsuotuisiin sosiaalisiin tekijöihin sekä sosiaalisen tuen puutteeseen.

Sosiaalityön roolia psykiatriassa voidaan jäsentää työssä tarvittavien *tietojen, taitojen ja eettisten näkökohtien* avulla. Tätä sosiaalityön sisällöllistä kolmijakoa ovat aiemmin soveltaneet esimerkiksi Kananaja ja Pentinmäki (1977), Raunio (2009) sekä Sipilä (2011). Käytännön mielenterveysosiaalityössä tiedollinen, taidollinen ja eettinen osaaminen liittyvät kiinteästi toisiinsa muodostaen moniulotteisen, sosiaalityöspesifin asiantuntijuuden.

## Tiedot

Mielenterveysongelmat tulevat usein osaksi yksilön persoonallisuutta, vaikka ongelmien syyt olisivatkin alun perin paikannettavissa yksilön ulkopuolelta tuleviin, psyykkisesti kuormittaviin, sosiaalisiin tilanteisiin (Deegan 2001, 93). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiltä vaaditaan verrattain kattavaa tietoutta psyyken toiminnasta sekä psyykkisistä häiriöistä ja niiden hoitokäytännöistä. Psykiatrisen hoidon tarpeessa olevat joutuvat usein uudelleenmäärittelemään itsensä suhteessa niin perheeseen, sosiaalisiin verkostoihin kuin yhteiskuntaankin (Gilmartin 1997). Sairastuminen vaikuttaa aina paitsi potilaaseen, myös hänen lähipiiriinsä, joka jää usein ilman tukea ja kuulluksi tulemisen kokemusta (Jähi 2004, 165). Sosiaalityön tärkeänä tehtävänä mielenterveystyössä on sekä tiedollisen että emotionaalisen tuen tarjoaminen mielenterveyspotilaille ja heidän omaisilleen (Collins 1989, 154). Sosiaalityöntekijät pyrkivät nostamaan vaikeissakin elämäntilanteissa esiin toivoa, voimavaroja ja osallisuuden kokemuksia (Dominelli 2009, 92; Savolainen 2011), eli tekijöitä, jotka ovat tärkeitä positiivisen tulevaisuusorientaation rakentamisessa. Toiveikkuuden kokemus on merkityksellinen paitsi sosiaalisen hyvinvoinnin, myös terveyden näkökulmasta. Asiakkaan toiveikkuutta lisää tieto siitä, että asioita voi muuttaa. Myönteisyys on puolestaan eteenpäin vievä ja hyvinvointia edistävä voima. Tullessaan kuulluksi asiakas kiinnostuu itsestään ja kiinnittää enemmän huomiota myös hyvinvointiinsa. (Isola 2014, 288–290.)

Psyykkiseen sairastamiseen usein liittyvä sosiaalisen toimintakyvyn alenema aiheuttaa monenlaisia vaikeuksia arkipäiväisessä selviytymisessä, kuten asumisessa,



raha-asioiden hoidossa, ihmissuhteissa, työsaannissa tai työssä pysymisessä. Sosiaaliset ja terveydelliset tekijät kietoutuvat psyykkisessä sairastamisessa yhteen perustavanlaatuisella tavalla. Erilaiset elämäntilanteeseen liittyvät tekijät voivat kasautuessaan tuottaa ahdistusta ja rikkoa arjen rytmiikan (Romakkaniemi 2014, 159). Psyykkinen sairaus vaatii usein pitkäaikaista hoitoa, jolloin myös sosiaalisessa toimintakyvyssä ilmenevät vajeet ja sosiaalityön tarve ovat usein pitkäkestoisia.

Mielenterveyskuntoutuminen on kokonaisvaltainen prosessi, jossa arjen sujuvuuden ja sosiaalisen hyvinvoinnin tulisi olla yhtä tärkeässä asemassa kuin varsinaisen lääkehoidon ja terapian (Romakkaniemi 2011). Jos kuntoutujan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota, voivat arkiset huolet muodostua kuntoutumisen esteiksi (Hakola 1975, 146; Koikkalainen & Sjöblom 2014, 75; Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 53; Starnino 2009, 838). Psyykkisillä sairauksilla, erityisesti ahdistuksella ja masennuksella, on todettu olevan myös yhteys somaattiseen sairastamiseen, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonitautiin (Ai ym. 2010) ja aivohalvaukseen (McCarthy ym. 2011). Tällöin psyykkisen oireilun ohella mielen-terveystyössä on tärkeää ymmärtää psyykkisen, somaattisen ja sosiaalisen terveyden välisiä kytköksiä (Nover 2013; Sowers ym. 2009, 111–112).

Kohtuullisen tasapainon saavuttaminen ja tavoitteiden uudelleen rakentaminen mielen-terveyspotilaan elämässä on pitkälti kiinni jokapäiväisten, arkisten asioiden sujumisesta. Muiden mielen-terveystyön ammattilaisten keskittyessä ennen kaikkea medisiiniseen, sairausorientoituneeseen työskentelyyn, sosiaalityöntekijöiden ammatillinen mielenkiinto kohdistuu mielen-terveyspotilaiden elämänlaadun kysymyksiin ja sosiaalityötä voidaanakin kutsua laaja-alaiseksi hyvinvointityöksi (Niemi 2009, 209–210). Sosiaalityöntekijät pyrkivät näkemään yksilön laajemmassa yhteiskunnallisessa kontekstissaan. (Ginsberg 1998, 6–8; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 454; Starnino 2009; Vatcher & Jones 2014, 184.) He huomioivat mielen-terveysongelmien vaikutuksia yksilön elämänhallinnan näkökulmasta ja pyrkivät parhaansa mukaan poistamaan sairauden aikaansaamia toimintarajoituksia (Aviram 2002, 627; Heinonen & Spearman 2001).

Mielen-terveys- ja sosiaalityö pyrkii hahmottamaan mielekkäitä toiminnallisia mahdollisuuksia ja rakentamaan siltoja moniammatillisten toimijoiden välille. Sen tehtävänä on myös reflektoida ihmisten omia merkityksenantoja suhteessa ympäristön mahdollisuuksiin, vahvistaa asiakkaiden osallisuutta ja turvata heidän sosiaalisten oikeuksiensa toteutumista. (Romakkaniemi 2014, 167.) Sosiaalityön rooli mielen-terveystyössä paikantuu juuri käytännöllisten, konkreettisten asioiden hoidon ja voimauttavan vuorovaikutustyön leikkauspisteeseen, jossa työn lähtökohtana on puhtaasti hoidollisuuden sijaan pikemminkin yleisempi humanismi (McCrae ym. 2004, 308). Tämä konkretisoituu erityisesti palveluohjauksessa, jossa sosiaalityöntekijä kiinnittyy vastuullisesti, intensiivisesti ja pitkäjänteisesti kuntoutusprosessiin asiakkaan rinnallakulkijana; huolehtien palveluiden kokonaisvaltaisesta jäsentymisestä asiakasta voimauttavalla tavalla (Liukko 2006, 102–103).

Työskentely psyykkisesti sairaiden kanssa edellyttää aina hoidollista näkökul-

maa, johon sisältyy ymmärrys oireilun psykopatologisesta perustasta sekä sairauden ja toiminnallisuuden vajeista. Samaan aikaan työssä on kuitenkin kyettävä keskittymään toipumista edesauttaviin vahvuuksiin. (Spearman 2005, 46, 61.) Sosiaalityön haastavana tehtävänä on valvoa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista ja pyrkiä lisäämään myös muiden ammattikuntien tietoisuutta sairauden taustalla vaikuttavista laajemmista asiakokonaisuuksista (Bland & Renouf 2001, 238–240). Mielenterveysosasto- ja sosiaalityöntekijän on tärkeää tuntee asiakastyötä ohjaava lainsäädäntö. Siihen kuuluu olennaisesti terveydenhuoltoa ja mielenterveystyötä koskevan lainsäädännön lisäksi ajantasainen tietous esimerkiksi potilaan asemaa ja oikeuksia, kuntoutuksen asiakasyhteistyötä, kuntouttavaa työtoimintaa sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuisuuksia koskevista laeista ja asetuksista.

## Taidot

Psykiatriassa eri ammattikuntien väliset rajat hämärtyvät ja työtehtävät limittyvät ammattiryhmien samankaltaisten työorientaatioiden ja yhteisten tavoitteiden vuoksi. Moniammatillisessa työskentelyssä yhteisö- ja yhteiskuntapoliittinen sekä taloudellinen ajattelu sisältyvät niin lääkäreiden, hoitajien kuin sosiaalityöntekijöidenkin työhön. Psykososiaaliset kartoitukset ja keskustelut sekä sosiaaliturvatiedon rutiinivälittäminen sujuu kaikilta moniammatilliseen työskentelyyn osallistuvilta ammattiryhmiltä. (Lindén 1999, 144.) Menetelmäteoreettisesti psykiatrisessa sosiaalityössä on tarkoituksenmukaista käyttää systeemistä ekologista teoriaa, jonka avulla on mahdollista hahmottaa asiakkaan sosiaalisten verkostojen kokonaisuutta ja elämäntilanteen moniulotteisuutta (Schwaber Kerson ym. 2005). Työskentelytapa soveltuu lähtökohdaksi myös moniammatillisuuteen, jossa on ensiarvoisen tärkeää ylläpitää avointa, eri ammattiryhmien välistä dialogia, jotta kompleksisten asiakastilanteiden ratkaiseminen mahdollistuu (Handron ym. 2008, 53).

Sosiaalityölle ominainen systeeminen näkökulma auttaa interventioiden suunnittelussa sekä yksilö-, ryhmä- että yhteisötasolla. Sosiaalityön keskeisinä tehtävinä ja metodeina mielenterveystyössä pidetään palveluohjausta, kriisityötä, psykososiaalista työtä, asiakkaan asianajoa sekä psykoterapiaa. (Aviram 2002; Bentley 2002.) Laajaa osaamis pohjaa voidaan pitää vahvuutena mielenterveystyössä (Australian Association for Social Workers 2008, 9), vaikka se on epäilemättä myös vaikeuttanut sosiaalityön yksiselitteisen roolin määrittelyä moniammatillisessa toimintaympäristössä. Toimenkuvan moninaisuudesta ja työn painopisteen vaihteluista johtuen psykiatristen sosiaalityöntekijöiden taidollisissa valmiuksissa on usein eroja, joka on puolestaan johtanut rooliepäselvyyksiin suhteessa muihin mielenterveystyön ammattikuntiin. Sosiaalityöntekijöiden ammattieettisenä velvollisuutena on toimia niin, että työn merkitys ja anti avautuvat sekä potilaille että muille moniammatilliseen työskentelyyn osallistuville ammattiryhmille (Kinni 2014, 60).

## Etiikka

Kuntouttavaa työtä tekevät joutuvat usein kohtaamaan paitsi asiakkaan ahdistuksen, myös yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuuden ja välinpitämättömyyden, jolloin eettinen tietoisuus muodostaa ammatillisen toiminnan ytimen. (Barsky 2010, 318; Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 54.) Sosiaalityön eettisenä velvollisuutena on puolustaa vähän arvostettujen ja osin jopa vaiennettujen väestöryhmien etuja ja tuoda poliittiseen päätöksentekoon tietoja heidän kohtuuttomista elämäntilanteistaan (Huvinen ym. 2014, 33; Metteri 2013).

Mielenterveyshäiriöiden määrittelytavat vaihtelevat ajallisesti ja paikallisesti, jonka vuoksi myös mielenterveyden määritelmä on sidoksissa vallitsevaan sosiokulttuuriin. Yhteiskuntatieteissä mielenterveyshäiriöt on perinteisesti nähty yhtenä poikkeavuuden eli joko julkikirjoitettujen tai -kirjoittamattomien sosiaalisten sääntöjen rikkomisen muotona. Sosiologian moderni klassikko Erwin Goffman (1963) on todennut mielenterveysongelmaisten poikkeavan sosiaalisista normeista ja aiheuttavan siksi toiminnallaan yhteiskunnallista epäjärjestystä. Goffmanin mukaan normien rikkojat stigmatisoidaan ympäröivän yhteiskunnan taholta, jolloin heidän sosiaalinen identiteettinsä kärsii. Goffmanin teoria elää yhä vahvasti, ja mielenterveyspotilaat kohtaavat edelleenkin ennakkoluuloja leimautuen usein toisarvoisiksi kansalaisiksi (Buckles ym. 2008, 243; Charles & Bentley 2016; Corrigan 2004; Deegan 1997, 11–12; Dominelli 2009, 77; Hyväri 2011; Prior 2007; World Health Organization 2008).

Häpeä ja ennakkoluulot varjostavat sitkeästi paitsi yksittäisten mielenterveyspotilaiden elämää, myös kokonaisia hoitojärjestelmiä. Mielenterveysongelmia koskevat asenteet sekä yksilö- että väestötasolla ovat usein vanhanaikaisia ja muuttuvat tieteellistä kehitystä hitaammin. (Hyvönen 2008.) Psykkiseen sairastamiseen liittyy usein kaksinkertainen sosiaalinen haitta; sairastunut kärsii paitsi sairauden oireista, jotka eristävät häntä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, myös yleisestä sairastamiseen liittyvästä stigmasta (Aromaa 2011; Wahlbeck & Aromaa 2011, 90). Monialainen eriarvoisuuden kokemus määrittää monien psyykkisesti sairaiden arkitodellisuutta (Raitakari ym. 2011, 337). Mielenterveysongelmiin liittyvä sosiaalinen leimautuminen juontaa juurensa yleiseen tietämättömyyteen ja mielenterveyden häiriöitä koskevien virheellisten uskomusten sosiaaliseen edelleenvälittymiseen (Sowers ym. 2009, 112; Wood & Wahl 2006). Stigma on vahvasti kontekstuaalinen ilmiö ja sen esiintymiseen ja muotoihin liittyy kulttuurista vaihtelua (Wahlbeck & Aromaa 2011, 91). Sosiaalinen stigma johtaa usein mielenterveyspotilaiden sosiaaliseen eksklusioon ja heidän elämänvalintojensa kapeutumiseen suhteessa muun muassa koulutukseen, työelämään, asumiseen ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. (Corrigan 2004; Corrigan 2007; Wood & Wahl 2006.) Stigmatisoitumisen pelko voi myös muodostua esteeksi hoitoon hakeutumiselle (Bulanda ym. 2014). Psykiatrisen sosiaalityön perustehtävänä on toimia stigmatisoitumista ja siihen pohjautuvaa yhteiskunnallista polarisoitumista vastaan. Sosiaalityöntekijät tarkastelevat asi-

akkaiden elämäntilanteita kokonaisuuksina, kiinnittäen erityishuomiota oikeudenmukaisuuden ja asiakkaan edun kysymyksiin (Bailey 2002, 326).

Haavoittuvien väestönosien näkökulmaa elämänlaadustaan ja sen osatekijöistä on tärkeää tuoda aktiivisesti esiin sekä terveydenhuollon henkilöstölle että poliittisille päättäjille. Kokemusasiantuntijuuteen perustuva tieto on avuksi kliinisessä ja terveystieteellisessä päätöksenteossa ja siten myös terveyden edistämässä, terveyserojen vähentämisessä sekä tarvittavien interventioiden suunnittelussa ja käytännön toteutuksessa. (Saharinen 2013, 4.) Yksilön kannalta ylivoimaisten tilanteiden sanoittaminen on sosiaalityön ammattieettinen tehtävä, josta Juhila (2009) on käyttänyt nimitystä kriittinen selontekovelvollisuus. Taistelu yhteiskunnallisesti syrjäytettäviä prosesseja vastaan edellyttää mielenterveysongelmien ja niiden hoitokäytäntöjen kanssa kamppailevien elämäntarinoiden ja kokemusasiantuntijuuden aktiivista hyödyntämistä. Toipumistarinoiden jakaminen luo ja ylläpitää vaikeistakin mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutumisprosessin kannalta elintärkeitä toivon ja optimismin elementtejä (Hyväri 2011, 254; Littlechild ym. 2013).

Asiakaslähtöisyys on eettisesti korkeatasoisen mielenterveysosaamisen ensi-edellytys. Sen toteuttaminen on kuitenkin usein haastavaa terveydenhuollon tehokkuutta korostavassa toimintakulttuurissa, joka edellyttää potilailta yhä aktiivisempaa roolia omista asioistaan. (Laine 2014, 28.) Mielenterveyspotilaiden mahdollisuudet asioidensa hoitoon ovat usein merkittävästi madaltuneet vähentyneiden psyykkisten voimavarojen vuoksi, jolloin sosiaalityöntekijän rooli asiakkaiden sosiaalisten oikeuksien ajajana sekä itsemääräämisoikeuden puolestapuhujana korostuu. Laitinen ja Kemppainen (2010) ovat tarkastelleet sosiaalityön eettisyyden ja asiakkaan kohtaamisen kysymyksiä kolmessa viitekehyksessä; *yhteiskunnallispoliittisena, kunnallis-organisatorisena ja asiakas-työntekijä* -tasoisena toimintana. Asiakkaan arvokas kohtaaminen vaatii aktiivista toimintaa kaikilla tasoilla. Eettisestä näkökulmasta sosiaalityön rakenteellisia reunaehtoja koskevaa yhteiskunnallista vaikuttamista voidaan siis pitää yhtä tärkeänä kuin yksilötasolla tapahtuvaa kasvokkain kohtaamista. (Laitinen & Kemppainen 2010, 140–153.)

Mielenterveystyöhön sisältyy huomattavia, muun muassa tahdonvastaiseen hoitoon, niukkoihin kuntoutusresursseihin sekä asiakkaan ja hänen lähipiiriinsä ja mielenterveystyön ammattilaisten välisiin näkemyseroihin liittyviä eettisiä jännitteitä. Asiakkaan perusoikeuksien on tärkeää toteutua vaikeissakin ristiriitaisissa tilanteissa (Ain 2005), joissa yksilön oikeudet saattavat joskus olla osin vastakkaisia yhteiskunnan intressien kanssa (Reamer 2009, 15). Psykiatrisessa sosiaalityössä kohdetaan myös itsetuhoisia potilaita, joiden kanssa työskentely edellyttää erityistä sensitiivisyyttä, kykyä terapeuttisen vuorovaikutussuhteen nopeaan muodostamiseen ja suisidaalisten aikomusten vakavuuden arvioimiseen (Kondrat & Teater 2010, 4–5). Asiakastyön eettiset kulmakivet: luottamuksellisuus, asiakkaan ainutkertaisuuden tunnistaminen ja tunnustaminen, tuomitsemattomuus, asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä työntekijän hallittu emotionaalinen osallistuminen (Banks 1995, 26–27) korostuvat mielenterveysosaamisessa. Asiakkaan kunnioitus

muodostaa pohjan voimavarakeskeisyydelle ja voimaannuttamiselle, jotka ovat mielenterveyssoiaalityön keskeiset lähtökohdat. Ihmisarvo soiaalityössä todentuu siinä, kuinka asiakas kohdataan ja kuinka hän kohtaamisen kokee (Niemelä 2014, 6; Spearman 2005, 45). Aito kohtaaminen vaatii työntekijältä vahvaa ja laaja-alaista arvo-osaamista, johon koko soiaalityön asiantuntijuus viime kädessä kulminoituu (Laitinen & Kempainen 2010, 138).

Asiakkaan itsemääräämisoikeus vaarantuu, jos ongelmien määrittely tapahtuu vain hoitohenkilökunnan toimesta. Tällöin asiantuntijat eivät pelkästään määrittele ongelman luonnetta, vaan myös auttamisen keinot. Ammattiauttaja voi osin tietämättäänkin leimata, nöyryyttää ja kohteistaa asiakasta sen sijaan, että auttaisi luomaan järjestystä tämän hämmentyneeseen mieleen. Väärin kohdennetun asiantuntijavallan seurauksena asiakas voi menettää viimeisetkin mahdollisuutensa itsenäiseen elämänhallintaan. (Ketola 1994, 35; Kiikkala 1998, 139.) Mielenterveysongelmista kärsiviin liitetään usein sairauden stigman värittämiä uskomuksia, jotka puolestaan muodostavat esteen potilaan kuulluksi tulemiselle. Psykkisesti sairaksi määritettyjä saatetaan oireilunsa vuoksi pitää sivistymättöminä eikä heidän usein uskota ymmärtävän omaa parastaan tai edes mielipiteitään, joka on vahvassa ristiriidassa asiakaslähtöisyyden periaatteiden kanssa. (Bland & Renouf 2001, 238–240; Goodwin ym. 1999, 43.) Tällöin kuntoutujan ääni voi hukkua paternalistiseen ammattilaispuheeseen (Mossberg 2015, 13). Soiaalityön ammattieettisenä tehtävänä on aktiivisesti sanoittaa asiakkaan kokemuksia ja niiden merkitystä hoitokokonaisuudessa.

Moniammatillisessa toimintakontekstissa terveyssoiaalityöntekijät joutuvat pohtimaan ammattinsa perustehtävään kiinnittyviä kysymyksiä. Savolainen (2011) on peräänkuuluttanut mielenterveyssoiaalityöhön keskustelua siitä, kuinka ala itse ymmärtää mielenterveyden käsitteen ja mielenterveyttä edistävän toiminnan. Mielenterveytyydessä soiaalityön tarve kyllä tunnustetaan, mutta soiaalinen tieto ja asiantuntijuus eivät siitä huolimatta aina saa jalansijaa tosiasiallisessa toiminnassa. Mielenterveyssoiaalityö kaipaakin teoreettisen ja ideologisen perustansa vahvistamista ja työmenetelmien kehittämistä. (Savolainen 2011, 150–151.)

Osa mielenterveyssoiaalityöntekijöistä on nähnyt tarpeelliseksi hankkia ammatillisia lisävalmiuksia erilaisista terapiakoulutuksista. Kansainvälisissä yhteyksissä terapia on jopa määritelty yhdeksi mielenterveyssoiaalityön keskeiseksi työtehtäväksi (ks. esim. Bentley 2002). Tämä on johtanut siihen, että osa psykiatrisista soiaalityöntekijöistä toimii työssään myös Valviran laillistamana psyko- tai perheterapeutina. Savolainen (2011, 150–151) näkee mielenterveyssoiaalityön yhdeksi ongelmaksi sen, että monet soiaalityöntekijät käyttävät työssään psykoterapeuttisia menetelmiä, joka on johtanut soiaalityön ydintehtävän kaventumiseen ja oman soiaalityöspesifin tietopohjan ohenemiseen. Psykiatrisen soiaalityön itseymmärryksen kannalta onkin aiheellista pohtia, millä reunaehdoilla soiaalityöntekijät työskentelevät psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Onko soiaalityö sulautunut psy-

kologiseen tietopohjaan ja siksi vaarassa menettää erityisyytensä mielenterveys-työssä?

# 4 TERAPEUTTISESTA TYÖSKENTELYSTÄ LAILLISTETTUUN TERAPIAAN

## 4.1 'TERAPEUTTISUUDEN' PAIKANNUKSIA

Tutkimuksellinen mielenkiintoni kohdistuu psykiatrisen sosiaalityön terapeuttiseen orientaatioon, jonka selkeimpänä ilmentymänä on sosiaalityöntekijän toiminta lailistetun terapeutin positiossa. 'Terapeuttisuus' on käsitteenä ja ilmiönä hyvin moniulotteinen ja sen yksiselitteinen, tyhjentävä määrittely huomattavan haastavaa. Adjektiivi terapeuttinen määritellään yleisesti 'hoitavaksi'. Inhimilliseen vuorovai-  
kutukseen kiinnittyneenä termi terapeuttinen voidaan ymmärtää lukuisin eri tavoin, jolloin sisällölliset eronteot jo terapeuttisen työn ja varsinaisen terapiatyön välillä ovat vaikeita. 'Terapeuttisella työllä' voidaan tarkoittaa esimerkiksi terapeuttiseen lopputulokseen tähtäävää maallikkotoimintaa, kuten kahden ystävän luottamuksellista keskustelua; johonkin teoreettiseen näkökulmaan pohjautuvaa, yleistä ammatillisen auttamistyön viitekehystä, kuten ratkaisukeskeisyyttä tai varsinaista terapiakoulutetun terapeutin suorittamaa, tiettyyn menetelmään perustuvaa terapiatyötä, jolla on aina hoidolliset lähtökohdat.

Terapeuttisuuden määrittelyvaikeudet konkretisoituvat myös erilaisissa luokituksissa. *Terveysosiaalityön nimikkeistössä* (2017, 10) terveydenhuollon sosiaalityöntekijän terapeuttisuonteinen ammatillinen toiminta on sisällytetty *sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen* pääryhmään (ryhmä RS2). Tehtäviä ja toimintoja on pyritty edelleen jäsentämään *asiakkaan tukeminen elämäntilanteessaan* alaluokan (luokka RS210) alla, joka puolestaan jakautuu alaluokkaa täsmentäviin toimintoihin *psykososiaalinen keskustelu, kriisikeskustelu, psykoterapia, perheen, lapsen tai nuoren terapeuttinen tukeminen, muu terapeuttinen tukeminen* ja *ryhmässä annettu tuki*. Nimikkeistö soveltuu apuvälineeksi terveysosiaalityön dokumentointiin ja tuotteistamiseen, mutta sen avulla ei ole mahdollista saada täydellistä kuvaa terveydenhuollon sosiaalityössä tehtävän terapeuttisen työn ilmenemismuodoista ja -tasoista. Nimikkeistöä tarkasteltaessa herää muun muassa kysymys, miksi perheterapiaa ei mainita erikseen, kuten psykoterapia? Onko perheterapia ja perheterapeuttiset interventiot sisällytetty *perheen, lapsen ja nuoren terapeuttinen tukeminen* -ryhmään, ja jos on, miksi myös yksilöpsykoterapiaa ei ole sisällytetty *psykoterapeuttisen tukemisen* luokkaan? Myös luokka *muu terapeuttinen tukeminen* jättää tilaa tulkinnoille ja osin epäselväksi, millaiset sosiaalityöntekijän työtehtävät kuuluvat tähän luokkaan ja mitkä tehtävät puolestaan voisivat sisältyä esimerkiksi sosiaalityöntekijän antaman yleisen ohjauksen ja neuvonnan, tai psykososiaalisen keskustelun piiriin.

Lindén (1999, 76) on pyrkinyt ylittämään terapeuttisen työn määrittelyongelmat nimittämällä terveysosiaalityöntekijän tarjoamaa tukea "monialaiseksi sosioterapeuttisten menetelmien kokonaisuudeksi". Sosiaalityön luokitusluonnoksessa (Kal-

linen-Kräkin & Kärki 2004, 79) terapeutinen työ on puolestaan määritelty ”terapialuonteiseksi työksi, jossa hyödynnetään johdonmukaisesti ja suunnitelmallisesti tiettyä terapeutista osaamista, tietoa, teoriaa tai sen oppeja, vaikka työntekijällä ei olisikaan terapeutin muodollista pätevyyttä”. Varsinaista hoidollista terapiatyötä käsittelen tarkemmin alaluvussa 4.4.

Tämän tutkimuksen kontekstissa määrittelen terapeutisuuden *vuorovaikutuksessa tapahtuvaksi, asiakkaan psyykkis-fyysis-sosiaalisen tilan huomioivaksi tukemiseksi, jolla tavoitellaan asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn aktivoitumista tavalla, joka mahdollistaa ongelmanratkaisun ja elämänhallinnan*. Ymmärrän varsinaisen terapiatyön terapeutin työn selkeimmäksi ilmentymäksi – kuitenkin tiedostaen, että terapiatyössä toimintakyvyn aktivoimisessa korostuu erityisesti psyykinen ulottuvuus.

Käytännössä terapeutisuuden toteutuminen edellyttää, että työntekijän persoonallisuus soveltuu analyttiseen, kiireettömään työskentelyyn ja hänen suhtautumisensa terapeuttiluonteista kokonaisvaltaista tukityötä kohtaan on avoin ja vuorovaikutustaitonsa riittävät. Seuraavaksi tarkastelen lähemmin työntekijän persoonallisuuteen ja vuorovaikutustaitoihin kiinnittyviä terapeutisuuden rakennusaineita.

## **4.2 PERSONALLISUUS SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TYÖVÄLINEENÄ**

Työntekijän persoonallisuus on merkittävässä roolissa terapeutisessa sosiaalityössä. Kokonaisvaltaisuutensa vuoksi sosiaalityötä on jopa luonnehdittu persoonalliseen työotteeseen perustuvaksi taiteeksi (Coady 2016; England 1986; Siporin 1975; Siporin 1988). Persoonan käyttö kulminoituu vuorovaikutuksessa, jossa sosiaalityöntekijältä edellytetään taitoa luoda ja ylläpitää aitoa dialogista vuorovaikutussuhdetta. Dialogisuus perustuu ajatukseen, jonka mukaan osapuolet tulevat tilanteeseen omasta elämismaailmastaan, ainutkertaisine kokemuksineen. Aidossa dialogissa keskustelun tavoitetta tai näkökulmaa ei määritellä etukäteen eikä keskustelun lopputulostakaan tiedetä ennalta. (Metteri & Wacklin 2004, 61; Seikkula & Arnkil 2009, 56.) Sosiaalityön vuorovaikutteista asiantuntijuutta keskeisesti määrittävä tilannetajuisuus ja taito toimia tilanteiden tulkinnallisuuden kanssa (ks. Juhila 2006, 254–255) kiinnittyvät vahvasti dialogisuuteen ja asemoituvat sen keskeisiksi elementeiksi.

Kaikilta terveydenhuollon työntekijöiltä vaaditaan työssään niin sanottua psykologista silmää, potilaan tilanteen ymmärrystä sekä terapeutisia perustaitoja ammatin edellyttämässä laajuudessa (Lönnqvist & Marttunen 2007, 741). Onnistumisen kokemukset vuorovaikutteisessa auttamistyössä syntyvät usein tekijöistä, joita työn vaikuttavuutta tutkiva ulkopuolinen havainnoitsija ei edes huomaa, tai joita itse auttaja ja autettava eivät kykene sanallisesti kuvaamaan. Auttamistyön käytännöissä syntyy runsaasti niin sanottua hiljaista tietoa, joka kumuloituu työntekijän kokemuksen myötä, mutta jonka kuvaaminen käsitteellisessä muodossa on haasta-



vaa, usein jopa mahdotonta. (Särkelä 2001, 7.) Lindqvist (1991, 37) on käyttänyt tästä käsitettä 'auttajan karisma', jolla hän viittaa auttamistyöntekijän luontaisiin ominaisuuksiin. Näitä ovat esimerkiksi empaattisuus, kuuntelemiskyky, nopea oivaltaminen, kärsivällisyys, vastuuntuntoisuus ja suvaitsevaisuus.

Asiakkaan aidosti hyväksyvä kohtaaminen edellyttää työntekijältä kiinnostusta ihmisiä ja heidän elämäntarinoitaan kohtaan sekä halua ymmärtää inhimillisen toiminnan motiiveja. Toimivan auttamissuhteen luominen edellyttää Rostilan (2001, 61) mukaan ammattilaiselta kolmea ominaisuutta; *aitoutta*, sekä *kykyä empatiaan* ja *toisen kunnioitukseen*. Näiden yhteisvaikutuksessa syntyvää kokonaisuutta voidaan myös nimittää tunneälyksi, jonka muovautumista on tutkinut muun muassa Goleman (2000). Howe (1993) on tehnyt yhteenvetoa auttamistyön olennaisia elementtejä jäsentävästä tutkimuksesta ja todennut, että asiakkaan kokemus autetuksi tulemisesta tai avutta jäämisestä liittyy aina auttamissuhteen aitouteen, empaattisuuteen, lämpöön, asiakkaan yksilöllisyyden huomioimiseen sekä kohtaamistilanteessa vallitsevaan ilmapiiriin. Merkityksellistä ei ole niinkään, mitä tekniikoita auttaja soveltaa, vaan pikemminkin tapa, jolla kohtaaminen toteutetaan ja kuinka asiakas sen kokee. (Howe 1993.) Sosiaalityöntekijän tehtävänä on siis saada asiakkaat tuntemaan itsensä hyväksytyiksi vaikeista tilanteistaan huolimatta. Tapa, jolla asiakasta kohdellaan, vaikuttaa hänen tulevaisuuteensa, jolloin positiivisten kohtaamisten voidaan nähdä muodostavan terapeuttisen sosiaalityön perustan. (Antikainen-Juntunen 2005, 33; Ginsberg 1998, 16–17.)

Myös Niemelä (2014) on kytkenyt empatian vuorovaikutukseen ja kirjoittaa Erwing Goffmannia (2012) mukaillen 'kasvoista' ja 'kasvotyöstä' vuorovaikutteisen auttamistyön perustana. Goffmannin kasvotyötä koskeva teoria perustuu ajatukseen, jonka mukaan jokaisella on sosiaaliset kasvot, joiden säilyttäminen on perustavanlaatuisen tavoite sosiaalisessa kanssakäymisessä. Sosiaalityön asiakkailla on elämänhistoriassaan ja -tilanteissaan usein tekijöitä, jotka uhkaavat sosiaalisten kasvojen säilymistä. Erilaiset pettymykset ja epäonnistumiset vaikuttavat asiakkaaseen usein itsetuntoa alentavasti, jolloin auttajan on pyrittävä toimimaan niin, että autettavan on mahdollista säilyttää kasvonsa, itsekunnioituksensa ja ihmisarvonsa, vaikka hän samanaikaisesti onkin haavoittuvainen ja avun tarpeessa. Empaattinen auttaja ymmärtää autettavan periaatteellisen halun säilyttää kasvonsa ja toimii niin, ettei tämä menetä kasvojaan ja tule sosiaalisesti nolatuksi ja nöyryytetyksi. (Niemelä 2014, 6–8.) Erilaiset haavoittuvuudet auttajan omassa elämänhistoriassa vaikuttavat usein hänen motiiveihinsa ja reaktioihinsa asiakassuhteissa (Mattila 2008, 28, 42). Onkin perusteltua olettaa, että itse kasvojen menettämisen uhan kokeneella auttajalla olisi kehittynyt kyky tunnistaa myös asiakkaan kasvojen menettämiseen liittyvä ahdistus ja huoli.

Useissa jäsenyksissä korostuvalla, auttajan persoonallisuuteen kiinnittyvällä empatiakyvyllä tarkoitetaan yksilön taitoa asettua mielessään toisen asemaan pyrkimyksenään ymmärtää tämän kokemuksia. Empatia on keskeinen elementti terapeuttisessa kohtaamisessa ja sitä voidaankin hyvällä syyllä kutsua auttajan perus-

taidoksi (Makkonen 2006, 110). Myös useat inhimillistä kehitystä ja käyttäytymistä selittävät psykologiset teoreettiset jäsennykset, kuten psykodynaaminen, kognitiivis-behavioraalinen ja humanistinen lähestymistapa, korostavat empatian merkitystä terapeutin suhteen synnyssä. Empatian rooli myös sosiaalityössä on keskeinen, vaikka sen käsitteellistämistä ja teoreettista tarkastelua onkin pidetty haastavana. (King 2011, 680.) Kyky empatiaan ja taito nähdä tilanne asiakkaan näkökulmasta ovat monilla sosiaalityöntekijöillä sisäsyntyisiä. Useimmat terveystieteiden sosiaalityöntekijät soveltuvat luonnostaan sairastumiskriisien selvittelyyn, sillä he ovat työssään tottuneet todistamaan kuinka potilaiden ja heidän perheidensä elämä voi hetkessä muuttua kaoottiseksi epävarmuudeksi ja he myös kykenevät myötäelämään tätä muutosta (Globerman 1999, 14).

Empatia on ammatillistuneen auttamistyön kontekstissa mahdollista hahmottaa myös eräänlaisena tietoisena menetelmänä. Särkelän (2001) mukaan empatia jäsenyyttä kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu työntekijän kyky asettua asiakkaan asemaan, tutkia tämän tilannetta hänen ainutkertaisesta näkökulmastaan sekä syventää asiakkaan ymmärrystä tarjoamalla tuoreita, asiakkaan tilannetta uudelleen jäsentäviä näkökulmia. Hyvän auttajan ominaisuuksiin kuuluvat siis aitous ja vilpittömän pyrkimys työskennellä tavoitteellisesti asiakkaan hyväksi. Asiakkaan kunnioittaminen ilmenee paitsi konkreettisina toimina, myös auttajan tavassa kohdata autettava; työntekijän ilmeissä ja eleissä sekä tavassa katsoa ja puhutella asiakasta. Tärkeää ei ole vain se, mitä työntekijä sanoo, vaan myös se, miten hän sen sanoo. (Särkelä 2001, 41–42.) Empatia on sisällöllisesti hyvin laaja taito. Sen kautta on mahdollista paitsi ottaa osaa toisen ihmisen kokemuksiin ja tunteisiin, myös suunnata päätöksentekoa toisen näkökulman aidosti huomioivalla tavalla. (Aaltola 2014, 9.) Auttamistyössä tarvittava empatia on osin kulttuurisidonnaista, jolloin auttajan on ymmärrettävä autettavan kulttuurisia jäsennyksiä voidakseen määritellä ongelmat, joihin apua tarvitaan ja luodakseen käsityksen siitä mihin auttamistyössä ylipäänsä pyritään (King 2011, 683).

Empatia auttaa paitsi tunteiden esiin nostamisessa, myös rationaalisen ajattelun toteuttamisessa tavalla, joka ei ole toisista ihmisistä etäännyttä (Aaltola 2014, 9). Näin empatia kiinnittyy olennaisesti myös ammattieteen maailmaan. Empatia liittyy oikeamielisyyteen, joka rohkaisee näkemään asiat toisen näkökulmasta ja hänen taustastaan käsin. Koko eettisen ajattelun voidaan nähdä perustuvan juuri empatiakykyyn, sillä kyky tuntee empatiaa autettavia kohtaan ja heidän ahdingon tunteidensa jakaminen saa osan ihmisistä ryhtymään auttamistyöhön. Näin itsensä asettaminen toisen asemaan saa yksilöt välillisesti myös noudattamaan moraalisia periaatteita. (Hoffmann 1984.)

### 4.3 TERAPEUTTINEN VUOROVAIKUTUS

Terapeuttinen vuorovaikutus edellyttää asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välistä toimivaa yhteistyösuhdetta. Auttamistyön moderni klassikko Perlman (1979) on kutsunut sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välistä suhdetta ”katalysaattoriksi, joka mahdollistaa tuen, hoivan ja inhimillisten voimavarojen ja motivaation käytön ongelmien ratkaisemiseksi”. Sosiaalityöhön sisältyvää terapeuttista aspektia voidaan kuvata myös tunnettyö-käsitteellä, sillä sosiaalityön asiakkassuhteisiin sisältyy runsaasti emotionaalista ainesta, jonka käsittely vaatii työntekijältä erityisiä valmiuksia. Sosiaalityön tekee haastavaksi se, että on osin epäselvää, missä määrin ja miten tunteiden ilmaisu ja käsittely oikeastaan kuuluvat sosiaalityön toimenkuvaan. (Rostila 1990, 257–266.) Toimiva terapeuttinen vuorovaikutussuhde muodostuu usein jo työskentelyn varhaisessa vaiheessa, yleensä jo ensimmäisten tapaamisten aikana. Sekä työntekijän että asiakkaan panos terapeuttisen suhteen synnyssä on merkittävä. Työntekijän kyky luoda luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri, jossa aktiivinen ja osallistuva kuunteleminen, ymmärrys ja molemminpuolinen kunnioitus toteutuvat, on laadukkaan terapeuttisen vuorovaikutuksen lähtökohta. Jo auttamissuhde itsessään voi olla terapeuttinen interventio. Kokemus luottamuksesta ja ympäristöstä, jossa menneisyyden ja nykyisyyden tarkastelua voi tehdä turvallisesti, edesauttaa muutosta. (Bachelor & Horvath 2002, 161–162.) Vastavuoroisessa auttamissuhteessa sosiaalityöntekijä ja asiakas myös jakavat vastuun työskentelyprosessin etenemisestä (Derezotes 2000, 79). Monipuolisinkaan asiakkaiden elämäntilanteiden menetelmällinen tai teoreettinen erittely ei pysty täysin kattamaan auttamistilanteiden moniulotteisuutta. Vaikka auttamisammattilaisten käyttämät menetelmät voidaankin professionalistaa, elämää kokonaisuudessaan ei. Apua tarvitsevat tulevat auttamistilanteisiin aina koko elämänsä kanssa eikä elämän moniulotteisuudelle ole rajoja. (Särkelä 2001, 8.)

Trevithick (2003, 166–167) näkee sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen ja sen laadun sosiaalityön keskeisenä elementtinä, joka läpäisee sosiaalityön kahdeksan käytännön työvaihetta. Hyvää, vastavuoroista, psykososiaaliset näkökulmat huomioivaa suhdetta tarvitaan 1) asiakkaan tilanteen arviointiin, 2) työskentelyn lähtökohdaksi, 3) auttamaan vaikeuksien keskellä elävää asiakasta suhtautumaan rakentavasti itseään, muita ja sosiaalista ympäristöä kohtaan, 4) apua, tukea ja välittämistä tarvitsevien, haavoittuvien ja palveluista riippuvaisien ihmisten kohtaamisen perustaksi, 5) syrjintää kokevien sosiaalista edunvalvontaa varten, 6) muutostilanteissa ja kriiseissä esiintyvän ahdistuksen sietämiseksi, 7) voimavarojen löytämisen ja vahvistamisen pohjaksi sekä 8) asiakkaiden elämään vaikuttavista sosiaalisista epäkohdista raportoimiseksi.

Vaikka sosiaalityö on lähtökohtaisesti suhdeperustainen vuorovaikutusammatti, on terapeuttiseksi määrittyvää vuorovaikutusta tarkasteltu suomalaisen sosiaalityön kontekstissa yllättävän vähän. Analyyttisimmät, myös psykologisen ulottuvuuden huomioivat terapeuttisen suhteen jäsennykset paikantuvat jo melko iäkkäi-

siin, nykyisin jo klassikoiksi luokiteltaviin teoksiin. Ahla ja Tarvainen (1959) ovat jäsentäneet terapeutista auttamissuhdetta teoksessaan *Henkilökohtainen huolto*. He toteavat, että sosiaalisilla ongelmilla on aina sisäinen, sielullinen, ulottuvuus. Asiakkaan ongelmissa ovat aina läsnä hänen tunteensa, tarpeensa ja pyrkimyksensä. Asiakkaan asennoituminen vaikeuksiaan kohtaan määrittyy aina hänen elämänsähistoriastaan käsin. Ongelmat herättävät tunteita, jotka puolestaan vaikuttavat kokemukseen tilanteesta. Voimakkaat ja ristiriitaiset tunteet häiritsevät asiakkaan kykyä nähdä tilanteensa todenmukaisena ja muodostavat siksi esteen ratkaisujen löytämiselle. Sosiaalityön tehtävänä onkin kiinnittää huomiota myös asiakkaan sielullisiin vaikeuksiin. Tunteisiin ja asenteisiin vaikuttaminen tapahtuu vuorovaikutteisen ihmissuhteen kautta. Sosiaalityön ytimessä onkin pyrkimys luoda molemminpuoliseen luottamukseen perustuva, asiakkaan sisäisiä esteitä poistava ja myönteisiä piirteitä vahvistava suhde, jota voidaan kutsua terapeutiseksi, parantavaksi ja hoitoa edistäväksi. (Ahla & Tarvainen 1959.)

Ahla ja Tarvainen (1959) jakavat sosiaalityön auttamismenetelmät *konkreettisiin aineellisiin palveluksiin* ja *erilaisiin psykologisiin auttamismenetelmiin*. Konkreettiset aineelliset palvelukset muodostavat *sosioterapian* ja psykologiset auttamismenetelmät puolestaan *psykoterapian*. Psykologiset menetelmät voidaan jakaa kolmeen muotoon, joissa työntekijän toiminnan laatu, asiakkaan esittämien asioiden syvyys sekä työntekijän ja asiakkaan välinen suhde näyttäytyvät erilaisina: 1) psykologisen tuen antaminen, 2) asioiden selvittäminen ja 3) oivalluksen kehittäminen. Psykologisen tuen antamisessa on kyse asiakkaan minän vahvistamisesta ja sen tietoisien toiminnan vakauttamisesta. Työssä ei varsinaisesti pyritä lisäämään asiakkaan ymmärrystä tai poistamaan hänen sopeutumattomuutensa syitä, vaan asiakkaan minää tuetaan rohkaisemalla häntä puhumaan vapaasti elämäntilanteensa herättämistä tunteista ja ajatuksista, jotta sisäinen jännitys voisi laueta. Työntekijä hyväksyy asiakkaan käytöksen, ilmaisee luottamusta hänen mahdollisuuksiinsa ratkaista ongelmansa, antaa tunnustusta asiakkaan jo saavuttamista välietapeista sekä rohkaisee tätä uusiin ongelmanratkaisuyrityksiin. Psykologinen tukeminen keskittyy yleensä vain tietoisuuden piirissä olevien asioiden läpikäymiseen, vaikka työssä huomioitaisiin myös asioiden yhteys alitajuisiin ja tiedostamattomiin taustavaikuttimiin. Pelkkä psykologisen tuen antaminen ei kuitenkaan riitä, mikäli asiakkaan ongelmana on huomattava psyykkisen toimintakyvyn häiriö, tai jos auttamisella pyritään perustavanlaatuisen persoonallisuuteen vaikuttamiseen. Tällöin työskentelymetodin on oltava jo lähtökohtaisesti terapeutisempi ja syväluotaavampi. (Ahla & Tarvainen 1959, 51–52, 193–208.)

Kananoja ja Pentinmäki (1977) jatkoivat sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisen auttamissuhteen analysointia teoksessaan *Yksilökohtainen sosiaalityö – teoria ja käytäntö*. Heidän mukaansa sosiaalityön työntekijä–asiakassuhde on aina ainutlaatuisen ja sen muotoutumiseen vaikuttavat asiakkaan ongelma, sen merkitys asiakkaalle, asiakkaan kyky käsitellä elämäntilannettaan, hänen emotionaalinen kypsyytensä sekä hänen persoonallisuutensa vahvuus tai heikkous. Näin ollen asiakas ja hänen

elämäntilanteensa muodostavat aina dynaamisen tapahtumaketjun, jossa vaikuttavat taloudelliset ja muut sosiaaliset, fyysiset, tunneperäiset sekä muut psyykkiset tekijät kulloinkin vaihtelevissa suhteissa. Sosiaalityöntekijän haastavana tehtävänä on nähdä asiakas suhteessa sosiaaliseen tilanteeseensa ja kokemuksiinsa, mutta myös suhteessa siihen, kuinka hän näitä kokemuksiaan tulkitsee. Yksilökohtaista työskentelyä ei siis voida rajoittaa joko 'ulkonaisiin' tai 'tunneperäisiin' tekijöihin, vaan työntekijän on tärkeää hahmottaa näiden yhteen kietoutuminen ja se, että sosiaalityön perustaksi tarvitaan sekä sosiaali- että persoonallisuusteoriaa. (Kananoja & Pentinmäki 1977, 42–43, 95.)

On kiinnostavaa, että terapeutin auttamissuhteen perustavanlaatuisimmat kotimaiset jäsenyydet paikantuvat pääasiassa aikaan, jolloin suomalaisen sosiaalityön tieteellistä perustaa vasta rakennettiin. Sosiaalityön kehittyessä terapeutin auttamissuhteen ja vuorovaikutuksen tarkastelut ovat jääneet selkeästi vähemmälle huomiolle. Onkin perusteltua kysyä, ovatko suhdeperustaisen auttamistyön lähtökohdat ammatissa niin itsestään selvät, ettei niiden ajantasaiseen jäsentämiseen ja analysointiin enää nähdä tarvetta?

## **4.4 TERAPIA AUTTAMISEN HOIDOLLISENA ORIENTAATIONA**

### **4.4.1 Psykoterapia**

Olen jo aiemmin määritellyt sosiaalityön terapeutin orientaation selkeimmäksi ilmentymäksi sosiaalityöntekijän ammatillisen toiminnan laillistetun terapeutin positiossa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kontekstissa eri ammattiryhmien työntekijät voivat osittain limittyä, jolloin sosiaalityöntekijänkin toimenkuva voi saada vaikutteita varsinaisesta terapiatyöstä. Sosiaalityön ja terapiatyön erontekojen näkyväksi tekemiseksi on tärkeää hahmottaa varsinaisen psykoterapeutin työn lähtökohdat ja erityispiirteitä. Käsite 'terapia' viittaa yleisesti hoitoon, ja terapialla tarkoitetaan terapiakoulutuksen saaneen henkilön tarjoamaa suunnitelmallista ja järjestelmällistä, psykologisiin menetelmiin perustuvaa hoidollista keskustelua. (Pylkänen ym. 1995, 3; Huttunen & Kalska 2015.) Terapialla pyritään saamaan aikaan psyykkisiä muutoksia yksilössä tai ryhmässä ammatillisen ja tietoisuuden vuorovaikutuksen kautta, tarkoituksena poistaa tai lievittää tällä tai näillä esiintyviä psyykkisiä häiriöitä tai ongelmia sekä niiden aiheuttamaa kärsimystä. Työskentely perustuu riittävästi tutkittuun psykologiseen tietämykseen ja asianmukaiseen koulutukseen. (Kallinen-Kräkin & Kärki 2004, 79.) Terapeutin ajattelussa yksilön henkinen ulottuvuus on ensisijainen. Työskentelyssä pyritään auttamaan potilasta lisäämällä hänen ymmärrystään tilanteestaan. (Makkonen 2006, 117.)

Psykoterapia on yleiskäsite useille erilaisille psykoterapiamuodoille. Tieteellinen kirjallisuus tuntee noin 400–500 erilaista psykoterapiasuuntaa tai -tekniikkaa. Kunkin suuntauksen taustalla on tietty teoria sekä psyykkisten oireiden ja sairauksien

syistä että niiden hoidossa tarvittavista muutosmekanismeista. Taustateoriat selittävät eri terapiasuuntauksia edustavien terapeuttien työskentelytapoja, vaikka samaakin suuntausta edustavat terapeutit voivat työssään toimia hyvinkin eri tavoin. Psykoterapiapotilaiden, alan opiskelijoiden ja suuren yleisön näkökulmasta teorioiltaan ja työtavoiltaan poikkeavien psykoterapiasuuntausten määrän jatkuva kasvu on hämmentävää. (Huttunen & Kalska 2015.) Psykoterapia on myös pitkään sijoittunut virallisen ja epävirallisen terveydenhoidon välimaastoon, jossa sen paikka on ollut jokseenkin häilyvä ja liikkunut taiteen, tieteen, magian ja mystiikan välimaastossa. Psykoterapian arvoa on pyritty nostamaan liittämällä se osaksi psykiatria ja sitomalla se medisiiniseen tutkimusperinteeseen; kuvauskieleen, diagnostiikkaan ja hoitokäytäntöihin. Ilmiönä psykoterapia ei kuitenkaan ole ymmärrettävissä tarkastelemalla sitä vain biomedisiinistä lähtökohdista käsin, sillä psyykkiset häiriöt todentuvat yksilön kokemisen tavassa ja laadussa. (Rauhala 1997, 11.)

Psykoterapiaa voidaan määritellä lukuisin eri tavoin. Se voidaan nähdä psyykkisten ongelmien ja terveen psykologisen kehityksen esteiden poistamiseksi ja lievittämiseksi, kriisien selvittämiseksi sekä yksilön oman kehityksen tukemiseksi keskusteluun perustuvassa, hoidollisessa yhteistyösuhteessa. (Punkanen 2001, 76; Pylkkänen ym. 1995, 3.) Psykoterapia on aina tietoista ja tavoitteellista ammatillista toimintaa, jonka avulla tutkitaan, ymmärretään ja hoidetaan psyykkisiä häiriöitä ja niistä johtuvaa kärsimystä. Perinteisen ja psykiatriassa yleisesti vallalla olevan määritelmän mukaan psykoterapialla tarkoitetaan *vakiintuneisiin periaatteisiin perustuvien tekniikoiden informoimista ja suunnitelmallista soveltamista vuorovaikutuksessa sellaisten henkilöiden, psykoterapeuttien, kanssa, jotka ovat päteväytyneet koulutuksen ja kokemuksen avulla ymmärtämään näitä periaatteita* (Lönngqvist & Marttunen 2007, 741).

Sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa (2010) psykoterapia määritellään Opetusministeriön asettaman psykoterapiakoulutustyöryhmän mukaan seuraavasti:

*”Psykoterapia on terveydenhuollon tavoitteellista ja ammatillista toimintaa. Psykoterapiaa tehdään yhteiskunnan useilla eri sektoreilla. Psykoterapia on vuorovaikutuksellinen hoito- ja kuntoutusmuoto. Tavoitteena on psykoterapian keinoin auttaa ihmisiä, joilla on mielenterveyden häiriöitä tai psyykkisiä ongelmia. Häiriön tai ongelman ilmenemismuoto voi olla psyykkisen ohella ruumiillinen tai sosiaalinen. Psykoterapian tarkoituksena on poistaa ja lievittää näitä häiriöitä ja ongelmia ja niiden aiheuttamaa kärsimystä sekä lisätä potilaan/kuntoutujan itsetuntemusta ja edesauttaa toimintakyöyn lisääntymistä ja itsenäistä selviytymistä. Psykoterapian tulee perustua psykologiseen teoreettiseen tietämykseen, joka on riittävästi tutkittua ja käytännölliseen näyttöön perustuvaa. Psykoterapian tutkimus ja käytäntöjen kehittäminen on jatkuvaa. Suomessa keskeisiä teoreettisia viitekehyksiä ovat psykoanalyttiset, käyttäytymistieteelliset ja kognitiiviset terapiat sekä perhe- ja ryhmäterapiat ja näistä viitekehyksistä johdetut menetelmät ja sovellukset. Psykoterapiassa tulee ottaa huomioon terapeutin itsetuntemus, eli omien kokemusten ja tunnereaktioiden tuntemus ja hallinta niin, että terapeutti osaa käyttää tunnereaktioitaan hyväksi hoidossa vaarantamatta potilaan etua. Psykoterapeutin ammatillisuus edellyttää, että psykoterapeutilla on riittävä oma koulutuspsykoterapia ja työnohjaus. Psykoterapia on ammatillista toimintaa, jota oh-*

*jaavat asiakas- ja potilastyötä koskevat lait, asetukset ja ammattikäytännöt sekä eettiset periaatteet.”*

Lähtökohtana kaikelle psykoterapeuttiselle toiminnalle on potilaan yksilöllinen tilanne ja hänen kokemansa ongelmat, oireet tai vaikeudet. Kaikki asemansa vaikiinnuttaneet psykoterapiamuodot perustuvat kokemuseräisen tiedon pohjalta kehittyneisiin teoreettisiin viitekehyksiin ja inhimilliseen vuorovaikutussuhteeseen. Eri psykoterapiamuotoja voidaan soveltaa samanaikaisesti tai peräkkäin myös saman ongelman tai oireen hoidossa. (Pylkkänen ym. 1995, 5.) Kaikki psykoterapiamuodot pyrkivät potilaan havainnoivan suhtautumistavan virittämiseen, itseymmärryksen lisääntymiseen ja havainnoinnin sävyn muuttumiseen positiivisempaan suuntaan. Tähän pyritään asettamalla potilaalle erilaisia tietoisien havainnoinnin tehtäviä. (Leiman 2015b, 377.) Psykoterapeutin mielenkiinto kohdistuu siihen, kuinka potilas kokee elämänsä ja miten hän mielessään hahmottaa itsensä ja ongelmansa. Eri terapiasuuntaukset eroavat sen suhteen, keskitytäänkö hoidossa käytännöllisten, elämää välittömästi helpottavien ratkaisujen etsimiseen, vai onko terapian ensisijaisena pyrkimyksenä tutkia syvällisemmin eri ongelmien yhteyksiä ja merkityksiä tai kartoittaa muutoksen vastavoimia. Jotkut terapiasuuntaukset keskittyvät tarkastelemaan yksilön aikaisempia elämänvaiheita, selviytymistapoja, tai sitä, millaisia sosiaalisia verkostoja potilaalla parhaillaan on, tai on aikaisemmin ollut. (Lindfors 1997, 167–168.)

Psykoteraapiaa voidaan tehdä joko yksilöllisesti tai ryhmässä ja itse terapiaprosessi voi olla lyhyt- tai pitkäkestoinen. Psykoterapiatyypit voidaan jakaa karkeasti paljastaviin eli analyttisiin ja tukea antaviin eli supportiivisiin terapioihin. Terapeutilta vaaditaan kykyä terapeuttisen ilmapiirin luomiseen. Psykoterapiasuhte on luottamuksellinen, keskusteluun perustuva yhteistyösuhde, jota aloitettaessa selvitetään potilaan kokemat ongelmat, hänen yksilölliset tavoitteensa ja mahdollisuutensa psykoterapeuttiseen hoitoon. Psykoterapeutin avulla potilas kykenee omaehtoisen eläytymisensä kautta tarkastelemaan sisäistä maailmaansa, toimintaansa ja käyttäytymistään sekä vuorovaikutussuhteitaan uusista näkökulmista. Potilaan ja terapeutin välinen yhteistyösuhde synnyttää uusia elämyksiä, jotka auttavat potilasta eteenpäin hänen henkilökohtaisten ongelmiansa ratkaisuun tähtäävässä prosessissaan. (Pylkkänen ym. 1995, 3–4.)

Suomalaisessa palvelurakenteessa psykoterapian ja muiden auttamisammattien, kuten sosiaalityön, välisiä suhteita ei juurikaan ole analysoitu. Filosofi Lauri Rauha (1961) on kuitenkin tarttunut haasteeseen ja todennut tärkeimmän psykoterapian muista auttamismenetelmistä erottavan ominaispiirteen olevan, että psykoterapiassa auttaminen tapahtuu kokonaan psyykkisellä tasolla, yksilön elämysten kautta. Psykoterapeutti ei siis pyri vaikuttamaan autettavan elinympäristöön tai elämisen konkreettisiin reunaehtoihin, vaan keskittyy työskentelemään pelkästään psyykkisellä ulottuvuudella. Toinen psykoterapiaa määrittävä piirre on Rauhalan mukaan yksilöön vaikuttaminen. Psykoterapeuttinen keskustelu vaikuttaa aina jollain tapaa autettavaan ja hänen toimintaansa. Vaikka monissa psykoterapioissa vältetäänkin

suoranaisten käyttäytymisohjeiden, sääntöjen ja kieltojen antamista, autettavan kokemuksissa ilmenee kuitenkin muutoksia. Muutokset voivat heijastua ulospäin aiemmasta poikkeavana käyttäytymisenä, uudenlaisina asenteina tai suhtautumistapoina, joiden avulla terapian edistymistä on mahdollista seurata. (Rauhala 1961, 77–79; ks. myös Kaplan 1963.)

Sosiaalityön ja psykoterapian rajapintaa tarkastelleen Kotkavirran (2008) mukaan sosiaalityötä määrittää keskittyminen asiakkaiden elämänongelmien sosiaalisten seurauksien, kuten alkoholismin tai perheväkivallan parissa työskentelyyn, kun taas psykoterapiassa keskitytään asiakkaan tunteiden, kokemusten ja uskomusten tarkasteluun. Molempien työmuotojen asiakaskunta kuitenkin muodostuu erityyppisistä riippuvuuksista ja itsehallinnan puutteesta kärsivistä. (Kotkavirta 2008, 244.) Kokoavasti voidaankin todeta, että psykoterapia eroaa sosiaalityöstä puhtaasti hoidollisilla lähtökohdillaan, psykologiseen tietoon perustuvan työn kohdistuessa asiakkaan psyykkiseen ulottuvuuteen. Psykoterapia eroaa sosiaalityöstä myös muutosten konkreettisuusasteen suhteen; psykoterapiassa keskitytään yksilön miensisäisen kokemusmaailman työstämiseen, kun taas sosiaalityössä tavoitellaan näkyviä asiakkaan elämänhallintaa ja hyvinvointia tukevia muutoksia esimerkiksi käyttäytymisessä, elämäntavoissa, työllisyydessä ja asumisolosuhteissa. Molemmilla suhdeperustaisilla auttamismuodoilla pyritään kuitenkin vahvistamaan yksilön toimintakykyä ja lisäämään siten hyvinvointia.

Psykoterapian tavoitteena voi varsinaisen psyykkisen sairauden hoidon lisäksi olla pyrkimys lisätä potilaan itsetuntemusta ja auttaa tätä pääsemään eroon jostain elämästä ja ihmissuhteista haittaavasta yksittäisestä oireesta, joka kaventaa toimintakykyä. Työskentelyn tavoitteena voi myös olla keinojen, joiden avulla potilas tulee toimeen oireidensa kanssa, löytäminen. Terapiatarve voi syntyä myös vaikeiden elämäntilanteiden seurauksena, jolloin yksilön on löydettävä uudenlainen suhtautumistapa elämäänsä. Lieväasteisissa häiriöissä terapiaa tarvitseva yksilö voi olla toimintakykyinen ja kohtalaisen tyytyväinen elämäänsä, mutta samalla kokea jollain elämänalueella ongelmia, joita ei itse kykene selvittämään. Kyseessä voi olla myös laaja-alainen psykososiaalisen toimintakyvyn, minuuden rakenteen, minäkokemuksen tai ihmissuhteiden häiriö. (Lindfors 1997, 164, 168–169.) Toimiva psykoterapia vaatii sekä terapeutilta että asiakkaalta kykyä heittäytyä emotionaalisesti latautuneeseen suhteeseen, turvalliseksi koetun terapiaympäristön, yhteisen käsitteellisen viitekehysten sekä aktiivisesti vuorovaikutteisia työskentelymenetelmiä, joihin sekä terapeutti että terapeuttava uskovat (Frank & Frank 1991; Siporin 1983).

Abstraktin luonteensa vuoksi psykoterapian vaikuttavuutta on usein hyvin vaikeaa mitata. (Punkanen 2001, 76; Wampold 2007, 858.) Psykoterapeuttinen hoito perustuu potilaan ja terapeutin kommunikaatioon, joka on jatkuvasti muuttuva, vuorovaikutteinen tapahtumaketju eikä sen tuloksellisuus siksi ole mitattavissa näyttöön perustuvalla lääketieteelle ominaisin mittaustavoin (Leiman 2015a, 13; Wampold 2007.) Psyykkisiä muutoksia määrittää myös kehityksellisyys, joka tarkoittaa lähtötilanteen muuttumista, jolloin erilaiset koeasetelmat eivät useinkaan pysty vas-



taamaan terapian vaikuttavuuden kysymyksiin. (Leiman 2015a, 19.) Mitään psykoterapiamenetelmää ei siksi voida kutsua yksiselitteisesti parhaaksi. Erilaiset terapiamuodot sopivat vaihtelevasti eri yksilöille ja eri häiriöiden hoitoon. Psykoterapeutit ovatkin enenevässä määrin alkaneet yhdistellä eri terapiasuuntauksia, jolloin eklektinen teoreettinen suuntautuminen ja arvopluralismi määrittävät valtaosaa nykyisestä psykoterapiatyöskentelystä. (Ihanus 2005, 82–83.) Näiltä osin psykoterapialla ja sosiaalityöllä on huomattavia yhtymäkohtia. Myös sosiaalityön vaikuttavuuden mittaaminen on haastavaa ihmiselämän moniulotteisuuden ja kokonaisvaltaisuuden vuoksi. Kuten psykoterapiassa, myös sosiaalityössä pyritään hyödyntämään monia eri tukimuotoja eklektisesti ja tapauskohtaisesti varioiden.

Terapeutin ja asiakkaan välistä vuorovaikutussuhdetta on yleisesti pidetty varsinainen terapiamenetelmää tärkeämpänä tekijänä terapian toimivuuden kannalta. Jokainen terapeutti on oma yksilönsä, jolloin myös tapa, jolla terapeutti työskentelee, on aina ainutkertainen. (Leiman 2015b, 382.) Terapeutin käyttämät menetelmät heijastelevat hänen omaa elämäkokemustaan, koulutustaan sekä kokemuksensa määrää. Yksilölliset terapiatekniikat syntyvät pitkän ajan kuluessa ja niissä tapahtuu kehitystä ja muovautumista terapeutin koko työuran ajan. (Derezotes 2000, 77.) Vaikka terapeutin suhteen merkitys hoidon tuloksellisuuden kannalta onkin tieteilteisesti todistettu, se, miksi terapeutin vuorovaikutus auttaa, on edelleen osin epäselvää (King 2011, 683).

Yksi toimivan terapiasuhteen kulmakivistä on terapeutin aktiivinen ja tietoinen minän käyttö, joka tarkoittaa käytännössä työskentelyä terapeutin persoonallisuuden koko kirjolla. Voidakseen hyödyntää persoonallisuuttaan maksimaalisesti, terapeutin on oltava perinpohjaisen tietoinen sen erityispiirteistä. Terapia on sen toimivampaa, mitä aidommin ja kokonaisvaltaisemmin terapeutti pystyy olemaan läsnä terapeutin vuorovaikutustilanteessa. Asiakkaan aito, luonnollinen kohtaaminen toimii esimerkkinä, jolloin myös asiakas uskaltautuu aitoon ja luovaan tunneilmaisuun hyväksyvän ilmapiirin vallitessa. Toimivassa vuorovaikutussuhteessa terapeutti ei osoita asiakkaalle pelkästään vahvuuksiaan, vaan sopivassa määrin myös heikkoutensa. Asiakas ei tarvitse täydellistä terapeuttia, mutta hän tarvitsee terapeutin, joka on tietoinen omista rajoitteistaan ja hyväksyy ne – tämä on välttämätöntä, jotta asiakas voisi terveellä tavalla hyväksyä keskeneräisyyden myös itsessään. (Derezotes 2000, 78–79.) Terapeutin vuorovaikutuksessa työntekijän täytyy siis samanaikaisesti pysyä avoimena sekä asiakkaan tulkinnoille tilanteestaan että huomioida muut, ongelmanratkaisua mahdollisesti edesauttavat näkemykset (King 2011, 685). Vaikka psykoterapeutit käyttävät työssään lääketieteellisiä termejä ja tutkimusmenetelmiä, he myös samalla nojaavat vahvasti vuorovaikutteisiin menetelmiin, joissa voidaan nähdä olevan piirteitä jopa hengellisistä interventiomalleista (Wampold 2007, 861).

Tutkimukseni kannalta on kiinnostavaa, että *Terveysosiaalityön nimikkeistössä* (2017, 9) psykoterapia määritellään *psykoterapiakoulutuksen saaneen sosiaalityöntekijän työskentelyksi psyykkisten toimintarajoitteiden lievittämiseksi sekä psykososiaalisen toimint-*

*takyvoyn vahvistamiseksi. Määrittelyä täsmennetään vielä seuraavasti: Psykoterapia on tässä psykyen rakenteiden vahvistamista ja häiriöiden poistamista. Sen erityispiirre on, ettei asiakkaan sosiaaliseen tilanteeseen tietoisesti vaikuteta. Tämä sulkee pois asiakkaan psykoterapeutin toimimisen sosiaalityöntekijänä ja konkreettisen elämäntilanteeseen vaikuttamisen mahdollisuuden. Käytännössä moni psykiatrisen erikoissairaanhoidon terapiakoulutettu sosiaalityöntekijä kuitenkin työskentelee kaksoispositiossa, sekä sosiaalityöntekijänä että terapeuttina – tavalla, jota alan nimikkeistö ei joko aidosti tunnista, tai ei halua tunnistaa ja tunnustaa.*

Eräänlaisesta ristiriidasta suhteessa julkikirjoitettuihin luokituksiin ja määritelmiin kertovat myös terapeuttisten toimintakontekstien, kuten perheneuvoloiden ja psykiatristen avohoitoyksiköiden sosiaalityöntekijöiden rekrytointi-ilmoituksissa esiintyvät fraasit, kuten ”hakijan eduksi katsotaan yksilö- tai perheterapiakoulutus”. Sosiaalityön ja terapiaosaamisen välisen suhteen häilyvyys voi aiheuttaa ristiriitoja sosiaalityön ammattikunnan sisällä, mikäli esimerkiksi työn vaativuuden arvioinnissa terapiakoulutuksen hankkinut ammattilainen on automaattisesti korkeammin palkattu kuin esimerkiksi erikoissosiaalityöntekijän koulutuksen läpikäynyt, sosiaalityöspesifiä osaamistaan vahvistanut kollega. Tämänkaltaiset arvostukset voivat vaikuttaa välillisesti myös sosiaalityön ammatillisen itseymmärryksen sosiaaliseen rakentumiseen.

#### **4.4.2 Perheterapia**

Sosiaalityön yhtenä keskeisenä tavoitteena on korjata asiakkaan yhteisösuhteissa ilmeneviä murtumia. Perhe on yksilön tyypillisin lähiyhteisö, jolloin sosiaalityössä on olennaista huomioida perheen merkitystä sekä yksilön psyykkistä eheytymistä tukevana että toipumista mahdollisesti estävänä tekijänä. Siksi yksilöpsykoterapeuttisen työn ohella mielenterveysosiaalityössä on tärkeää ymmärtää myös perheterapeuttisen työn lainalaisuuksia ja niiden yhtymäkohtia sosiaalityöhön. Kuten psykoterapia, perheterapiakaan ei ole yksi yhtenäinen terapiamuoto, vaan kokoava nimitys eri teoriapohjiin ja näkökulmiin tukeutuville lukuisille eri perheterapiasuuntauksille, joita yhdistää oletus, että yksilön psyyke ja mielenterveys rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja että yksilölliset ongelmat ovat aina kytköksissä sosiaaliseen verkostoon (Bowen 1978). Perheterapian juuret ovat yksilöpsykoterapian soveltamisessa perheen vuorovaikutukseen. Perheterapia on säännöllistä, kahden tai useamman perheenjäsenen kanssa tapahtuvaa tavoitteellista keskustelua, jolla pyritään vaikuttamaan perheen dynamiikkaan ja vuorovaikutusmalleihin. Työskentelyssä pyritään osoittamaan kommunikaation vääristymiä, tuomaan esiin perheen ristiriitoja ja poistamaan vaiettuja perhesalaisuuksia. Tavoitteena on lievittää vuorovaikutuksessa esiintyviä ongelmia ja nostaa esille perheen voimavaroja. Perheterapeuttisessa hoitoprosessissa koko perhe on potilaan asemassa ja hoidon tavoitteet asetetaan kaikkien osallistujien kanssa. Terapiaprosessissa voi olla yksi

tai useampi terapeutti. Perheterapiaa sovelletaan muun muassa kriisitilanteiden tutkimuksessa ja hoidossa; perheen, parisuhteen sekä lasten ja nuorten ongelmissa; työyhteisöjen ja muiden vuorovaikutusverkostojen kärjistyneissä tilanteissa sekä psykiatristen sairauksien hoidossa. (Aaltonen 2017; Aaltonen & Laitila 2015, 10, 213; Punkanen 2001, 78.)

Perheterapioilla on keskinäisiä, eri terapiamuotoja yhdistäviä tekijöitä, jotka josain määrin poikkeavat yksilöterapioiden yhteisistä tekijöistä. Perheterapia perustuu aina vähintään kahden oireilussa mukana olevan henkilön vuorovaikutukseen. Yleensä henkilöt, joita keskustelu koskee ja joihin keskustelussa määrittyvä ongelma kiinnittyy, ovat mukana keskustelussa samassa tilassa – eivät pelkästään yksilön mielen sisäisinä objekteina. Tarkastelussa olevaa ongelmaa tai ongelmatilannetta ja sen ilmenemistä tutkitaan ja tulkitaan laajemmassa vuorovaikutusyhteydessä. Perheterapioita yhdistävä yhteinen tekijä on koko perhettä koskeva, laajennettu terapeutin allianssi. Myös muut terapiassa yhteiset tekijät, kuten toivo, omanarvon tunne, ongelman uudelleenmäärittely ja tähän liittyvä tunnesuhteiden muutos, luottamus myönteisen muutoksen mahdollisuuteen sekä terapeutin luoma, asiakasta kunnioittava hyväksyvä ilmapiiri, koskevat kaikkia perheenjäseniä. (Aaltonen & Laitila 2015, 213.) Perheterapiaa on useissa yhteyksissä pidetty yksilöterapiaa aika- ja kustannustehokkaampana mielenterveysongelmien hoitomuotona (ks. esim. Carr 2014; Crane & Payne 2011).

Varsinaisesta perheterapiasta on syytä erottaa sosiaalityölle ominainen, yleinen perhekeskeinen työskentelyote, jolla pyritään ratkaisemaan perheen jokapäiväisiä ongelmia, työskentelyn tavoitteen ollessa perheen mahdollisimman itsenäinen selviytyminen. Työskentelyote korostaa perheen merkitystä kokonaisvaltaisessa hoitoprosessissa ja sillä pyritään ehkäisemään potilaan eristäytymistä ja laitostumista. Perhekeskeinen työskentelyote ei edellytä terapiakoulutusta ja sitä voi soveltaa kuka tahansa. Yleisen perhekeskeisen työskentelyorientaation ylläpitäminen mielenterveystyössä on tärkeää, sillä jo puolen vuoden mittainen psykiatrinen sairaalajakso voi oleellisesti heikentää potilaan sosiaalisia siteitä perheeseen, työhön, ystäviin ja harrastuksiin. (Punkanen 2001, 77.)

#### **4.4.3 Terapiakoulutus Suomessa**

Psykoteraapiaa ei voi Suomessa opiskella minkään perustutkinnon pääaineena tai pääasiallisena sisältönä, vaan psykoterapeuttiset valmiudet hankitaan ammatillisina jatko- ja täydennyskoulutuksina (Lönnqvist & Marttunen 2007, 741). Psykoterapeuttikoulutus on vuodesta 1984 alkaen jaettu porrasteisesti erityistason ja vaativan erityistason koulutusohjelmiksi. Suomessa pisimmälle kehittyneinä psykoterapiamuotoina pidetään psykoanalyttistä yksilö- ja ryhmäpsykoteraapiaa, kognitiivista psykoterapiaa sekä perheterapiaa, joissa kaikissa on jo pitkään järjestetty vaativan erityistason koulutusohjelmia. (Pylkkänen ym. 1995, 4.)

Suomessa psykoterapeutti on ollut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimike vuodesta 1994 (Ihanus 2005, 85). Nimikkeen myöntää ja sen käyttöä valvoo Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, aiemmin Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lain piiriin kuuluvan on noudatettava ammattieettisiä periaatteita ja sitouduttava salassapitovelvollisuuteen, noudatettava lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, sitouduttava ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja kehittämiseen sekä perehdyttävä ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. (Pylkkänen ym. 1995, 24.) Valviran edeltäjä TEO päivitti psykoterapeuttikoulutuksen sisältöön ja laajuuteen liittyviä kriteereitä viimeksi vuonna 2005. Aiemmin psykoterapeutteja kouluttivat Suomessa vain yksityiset koulutusyhteisöt. Vuodesta 2012 alkaen psykoterapeuttikoulutusten laatukriteereistä ovat vastanneet yliopistot. (Pirkola 2015, 411–412.)

Oikeus käyttää psykoterapeutin nimikettä on määritelty koulutuksen perusteella. Koulutukseen päästäkseen hakijalla on oltava soveltuva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitutkinto. Psykoterapiakoulutuksessa on siis kyse jo olemassa olevan ammattitaidon parantamisesta ja syventämisestä. Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtavasta koulutuksesta säädetään 31.12.2010 voimaantulleessa asetuksessa (Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta 1120/2010) seuraavasti:

*“Psykoterapeutin nimikesuojatun ammattinimikkeen käyttämisen edellytyksenä on, että asianomainen henkilö on suorittanut yliopiston tai yliopiston yhdessä muun kouluttajaorganisaation kanssa järjestämän psykoterapeuttikoulutuksen. Järjestävällä yliopistolla tulee olla psykologian tai lääketieteellisen alan koulutusvastuu. Yliopisto ottaa opiskelijat psykoterapeuttikoulutukseen. Psykoterapeuttina toimimisen edellyttämä osaaminen hankitaan vähintään 60 opintopisteen laajuisilla opinnoilla, jotka koostuvat teoriaopintojen, työnohjauksessa tapahtuvan psykoterapeuttisen potilastyön, koulutuspsykoterapian ja opinnäytetyön opintokokonaisuuksista. Osaaminen osoitetaan näytöllä. Ammattinimikkeen käyttöönoton edellytyksenä on vähintään kahden vuoden työkokemus mielenterveyspalveluissa tai sitä vastaavassa tehtävässä ja että ennen psykoterapeuttikoulutusta on suoritettu: 1) soveltuva ylempi korkeakoulututkinto tai soveltuva sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto; tutkintoon tulee sisältyä tai sen lisäksi olla suoritettuna yhteensä 30 opintopisteen psykologian tai psykiatrian opinnot; 2) sairaanhoitajan opistoasteen tutkinto ja tutkinnon lisäksi erikoistuminen psykiatriaan, jos tutkintoon ei ole sisällynyt psykiatriasia opintoja; tai 3) muu 1 ja 2 kohtaa vastaava ulkomailta suoritettu koulutus. Yliopisto antaa opiskelijalle todistuksen koulutuksen suorittamisesta. Todistukseen merkitään koulutuksen ajankohta, laajuus, opintokokonaisuudet ja osaamisesta annettu näyttö.”*

Kelan ja Kuntoutussäätiön vuonna 2011 tekemän selvityksen mukaan vuonna

2009 Suomessa oli 4909 psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeutettua henkilöä (Valkonen ym. 2011). Vuoteen 2015 mennessä psykoterapeuttien määrä oli ylittänyt 5000 ammattilaisen rajapyykin. Suomalaisista psykoterapeuteista päätoimisina ammatinharjoittajina toimii 31 % ja sivutoimisina 30 %. Suuri osa psykoterapeuteista toimii itsenäisinä ammatinharjoittajina. Psykoterapeuttien määrässä ja jakautumisessa on suuria maantieteellisiä eroja; väkimäärään suhteutettuna eniten psykoterapeutteja on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. (Pirkola 2015, 411–412.)

Perus- ja erikoissairaanhoidon ammattihenkilöiden virkатыönään tekemä psykoterapia edellyttää organisoimista. Koulutustilanteessa, jossa terveydenhuollon perinteiset koulutukset eivät suoraan tuota psykoterapeutin pätevyyttä, ei laajamittaiseen terapiatyöhön nykyisellä henkilöstörakenteella ole ollut valmiuksia julkisessa terveydenhuollossa. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelee kuitenkin terapiakoulutuksen läpikäyneitä, terapiapäteviä ammattilaisia muun muassa lääkereinä, erikoissairaanhoidajina, psykologeina ja sosiaalityöntekijöinä. He ovat voineet tehdä varsinaisen, ammattiryhmänsä mukaisen perustehtävänsä ohella terapiatyötä silloin, kun se on ollut työyksikön kannalta järkevää. Tämänkaltaista terapiatyötä ei toistaiseksi ole kuitenkaan ollut mahdollista systematisoida, vaan sen tekeminen on riippunut ammattilaisten valmiuksista ja kullekin yksikölle määritellystä perustehtävästä. Tätä osaamista voitaisiin tulevaisuudessa hyödyntää ja kehittää joustavan psykoterapian saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveystalvelujen ollessa rakenteellisessa muutosvaiheessa, on tärkeää tarkastella myös psykoterapioiden ohjausprosesseja aiempaa rakentavammin ja pyrkiä tulevaisuudessa integroimaan ne muihin mielenterveystalveluihin nykyistä vahvemmin. (Pirkola 2015, 410–413).

#### **4.4.4 Psykososiaalinen työ**

Sosiaalityön terapeuttisen orientaation tarkastelun yhteydessä on mahdotonta sivuuttaa käsitteitä *psykososiaalinen* ja *psykososiaalinen työ*, joiden on usein nähty muodostavan koko sosiaalityön ytimen (ks. esim. Woods & Robinson 1996). Turner (1986, 484) on todennut, että jos jokin käsite ylipäänsä erottaa sosiaalityön muista auttamisammateista, tuo käsite on juuri psykososialisuus. Vaikka psykososiaalisen käsite kiinnittyykin jo sosiaalityön oppihistoriaan ja erityisesti Mary Richmondin perintöön (Soydan 1999, 100), sen teoriaperusta on edelleen varsin täsmentymätön. On jossain määrin hämmäntävää, että sosiaalityön pyrkimys kehittyä tieteenä tekemällä pesäeroa psykologisiin teorioihin, on samanaikaisesti tarkoittanut ammatin vahvaa sitoutumista juuri psykososiaalisen käsitteeseen. Suomalaiseen sosiaalityöhön käsite rantautui amerikkalaisen case work -tradition ja yksilökohtaisen sosiaalityön työmenetelmien mukana. Angloamerikkalaiset menetelmä- ja ongelmakeskeiset työskentelytavat suodattuivat eurooppalaiseen sosiaalityöhön 1950- ja 1960-luvuilla erilaisten järjestöjen, kuten A-klinikkasäätiön, kautta. Niiden toiminnassa

korostui yksilön elämäntilanteen ja sen yhteiskunnallisten kytkentöjen ymmärtämiseen tähtäävä asiantuntijuus sekä asiakkaan omien voimavarojen mobilisoimisen tärkeys ongelmanratkaisussa. (Weckroth 2007, 428–429.)

Psykososiaalinen työ voidaan ymmärtää joko suppeasti, jolloin sillä tarkoitetaan sosiaalityön erikoisalaa, tai laajasti, jolloin käsite on kokoava nimitys kaikelle ihmisten kanssa tehtävälle työlle, jossa työskentely kohdistuu sekä asiakkaan ulkoiseen että sisäiseen todellisuuteen (Bernler 1987, 3). Käsitettä on käytetty yleisesti eräänlaisena siltana psykologisen ja sosiologisen ajattelun välillä ja se sisältää oletuksen sosiaalitieteellisen ja psykologisen tiedon yhdistymisestä toiminnan teoreettisessa perustassa (Hankaniemi & Paasio 1995, 168).

Psykososiaalinen työ on määritelty asiakaskohtaisen sosiaalityön orientaatioksi, jossa terapeutisuus on tietoisesti tunnustettu työn yhdeksi osa-alueeksi. Työskentelyn ulkopuolelle ei rajata taloudellisia, sosiaalisia tai psyykkisiä ongelmia, vaan tavoitteena on selvittää miten sosiaaliset ongelmat ja psyykkinen pahoinvointi kietoutuvat yhteen yksilön elämässä. Työllä pyritään vaikuttamaan asiakkaan elämäntilanteen kautta hänen kokemuksiinsa. (Granfelt 1993, 222.) Työotteessa yhdistyvät asiakkaan ulkoisiin olosuhteisiin ja ympäristöön vaikuttaminen niin, että tunne elämäntilanteesta voimistuu – tähän on mahdollista pyrkiä hyvin erilaisin käytännön menetelmin. Oleellista on kuitenkin psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden rinnakkaisuus, joka erottaa työn pelkän keskustelun avulla tehtävästä terapiasta tai pelkästä aineellisesta tukityöstä. (Metteri 1992, 21.) Psykososiaalinen työ voidaan nähdä eräänlaisena kokoavana yläkäsitteenä. Kaikki asiakaskeksien sosiaalityön muodot rakentuvat sen perusajatuksen varaan; pyrkimykseen nähdä tunteva ja toimiva yksilö sosiaalisessa tilanteessaan, osana sosiaalista ympäristöään (Granfelt 1993, 223).

Sipilä (1989) on määritellyt sosiaalityön muodostuvan kolmesta osajärjestelmästä: byrokratiatyöstä, palvelutyöstä ja psykososiaalisesta työstä, joilla hän viittaa paitsi erilaisiin toimipisteisiin, myös niiden toimintatapoihin. Byrokraattisissa toimipisteissä tehdään etuisuuksien myöntämiseen ja erilaisiin pakkotoimiin perustuvaa byrokratiatyötä, palvelupisteissä puolestaan ohjaus- ja neuvontatyötä ja terapeuttisissa organisaatioissa terapeutisiin keskusteluihin perustuvaa psykososiaalista työtä. Psykososiaalinen työ määrittyy asiakkaan aineellisiin tarpeisiin keskittyvän sosiaalityön ja varsinaisen psykoterapian välimuodoksi, jota on tyypillisesti sovellettu muun muassa päihde- ja kriminaalihuollossa sekä mielenterveystyössä. (Sipilä 1989, 213–239.) Raunio (2004) on jatkanut Sipilän jäsenyyksen edelleen kehittelyä ja tulkinnut psykososiaalisen työn olevan sosiaalityöntekijälle byrokratiatyötä ja palvelutyötä haasteellisempaa, koska siinä kiinnitetään enemmän huomiota asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen ja tarpeisiin, jolloin asiakkaan ja työntekijän välille syntyvä vuorovaikutuksellinen suhde nousee työn keskiöön. Dialogisen kommunikaatiosuhteen rakentaminen vaatii sosiaalityöntekijältä enemmän kuin muut sosiaalityön työmuodot. (Raunio 2004, 140–143.) Suhdeperustaisuus määrittää psykososiaalista työtä ja luo toimintaan ulottuvuuden, jota voidaan nimittää terapeut-

tiseksi. Toikon (1997) mukaan yksilökohtaisesta sosiaalityöstä, terapeuttisesta sosiaalityöstä ja psykososiaalisesta työstä onkin tullut lähes toistensa synonyymit. Näillä kaikilla on viitattu sosiaalityön lähestymistapaan, jossa voidaan pyrkiä tapauskohtaisuuteen klassisen case workin hengessä, painottaen yleistä pyrkimystä terapeuttiseen työskentelyyn tai tavoitella erityistä psykososiaalista asiakastyön näkökulmaa. Tasapainottelu psykologisen ja sosiaalisen välillä on ollut sosiaalityölle haastavaa, koska yksilökohtainen ja terapeuttinen lähestymistapa ovat johtaneet työn vahvoihin psykologisiin painotuksiin. (Toikko 1997, 169, 180.)

Tutkimustehtäväni näkökulmasta on relevanttia tarkastella erityisesti psykoterapian ja psykososiaalisen lähestymistavan eroja. Terapialla viitataan yleisesti hoitoon ja psykoterapeuttisessa kirjallisuudessa autettavasta käytetään yleisimmin nimitystä potilas. Sosiaalityössä ei lähtökohtaisesti hoideta sairautta eikä käsite 'hoito' sovi kontekstiin, jossa auttaja ja autettava yhdessä työskentelevät asiakkaan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen parantamiseksi. Käsitteiden 'potilas' ja 'hoito' käyttö synnyttää mielikuvan sairauteen kohdistuvasta työstä, jonka näkökulma on yksilöllistävää. Psykososiaalisesti orientoitunut sosiaalityöntekijä voi kuitenkin erikoistua johonkin terapiasuuntaukseen, mutta tehdä edelleen psykososiaalista työtä, ellei terapeuttinen suuntautuminen hylkää sosiaalipoliittista orientaatiota (Granfelt 1993, 215, 223). Lindén (1999, 145) on pyrkinyt rakentamaan siltaa sosiaalityön ja terapiatyön välille kutsumalla psykososiaalista työtä "arkiterapiaksi".

Prins ja Whyte (1972) ovat nähneet psykososiaalisella case workilla ja varsinaisella psykoterapialla paljon yhtäläisyyksiä. Työmuotojen erot ovat heidän mukaansa näennäisiä ja riippuvat työntekijän koulutuksesta ja työskentelyn ensisijaisesta tavoitteesta. Käytännössä työmuodot eroavat kolmen tekijän suhteen: 1) case workissa työskennellään vain asiakkaan tietoisuuden piirissä olevien tunteiden ja kokemusten parissa, 2) case workissa huomioidaan laajemmin asiakkaan sosiaalista verkostoa kuin pääasiassa yksilön mielensisäisiin prosesseihin paneutuvassa psykoterapiassa ja 3) case workissa mielenkiinto kohdistuu asiakkaan sosiaalisiin resursseihin, kun taas psykoterapiassa työskentelyn keskiössä on psyyke. (Prins & Whyte 1972, 34.) Hollis ja Woods (1981) näkevät, että myös psykososiaalisen case workin puitteissa voidaan käsitellä eritasoista tiedostamatonta ja alitajuista ainesta asiakastilanteen vaatimalla tavalla. Psykososiaalisen työn ensisijaisena pyrkimyksenä ei kuitenkaan ole nostaa näitä aineksia yksilön tietoisuuteen. Sosiaalityöntekijöiden on tärkeää hahmottaa tiedostamattoman merkitys asiakkaan toiminnan kannalta, vaikka he eivät varsinaisesti työskentelisikään psyykkisten prosessien parissa. Psyykkisen ulottuvuuden monimuotoisuuden hahmottaminen auttaa sosiaalityöntekijää ymmärtämään asiakkaan ongelmien luonnetta ja niiden yhteyttä ihmisuhteissa ilmenevään problematiikkaan. (Hollis & Woods 1981, 321.)

Psykososiaalinen on paitsi monimerkityksinen, myös -tulkintainen käsite (Frost 2008). Sosiaalityön keskusteluissa psykososiaalisuuden tarkastelu on viime vuosina tyrehtynyt lähes täysin. Käsitteestä on tullut eräänlainen fraasi, jota toistellaan varsin mekaanisesti eri yhteyksissä esimerkiksi sosiaalityön perusolemusta ja tehtävää

kuvattaessa. Psykososiaalisuus nähdään yleisesti sosiaalityöhön sisäänrakennettuna elementtinä. Tarkempien aikalaisanalyysien puuttuessa käsite kuitenkin näyttäytyy hyvin epämääräisenä. Weckrothin (2007) mukaan psykososiaalisen käsite on liitetty niin ongelmiin, niiden syihin kuin hoitoonkin, jolloin termiä ympäröi huomattava sekavuus ja rajattomuus. Sosiaalityön näkökulmasta käsite on osin ristiriitainen ja sen käyttö niputtaa työtapoja tavalla, joka voi pikemminkin hämärtää kuin selkeyttää niitä. Psykososiaalisen merkitys on myös vaihdellut sen mukaan, kuka käsitettä käyttää ja kenelle psykososiaalisen viesti osoitetaan. Käsitteellä voidaan viitata niin tehostettuun kontrolliin, palvelujen käyttäjien autonomian korostamiseen, hoito-orientaatioon kuin yksittäiseen työmenetelmäänkin. (Weckroth 2007, 432.) Myös Buchbinder ym. (2004) pitävät käsitettä ongelmallisena. Heidän mukaansa termissä on pyritty yhdistämään yksilöllinen ja sosiaalinen tavalla, josta on muodostunut käsitteellinen mantra. Tällöin käsite ei näyttäydy yksilöllisen ja sosiaalisen välisenä teoreettisena siltana, vaan kuvaa pikemminkin sosiaalityön käsitteellistämisyrittämysten ristiriitaisuuksia. Buchbinder ym. kuvaavat yksilöllisen ja sosiaalisen yhteensovittamisen vaikeutta esimerkiksi sosiaalityön opiskelijoista, jotka sosiaalistetaan opintojensa aikana näkemykseen sosiaalityöstä yksilön ja hänen ympäristönsä välisen suhteen jäsentäjänä. Valmistuttuaan sosiaalityöntekijät kuitenkin tukeutuvat mieluummin psykologiseen tietoon, koska 'sosiaalinen' on luonteeltaan vaikeaselkoista ja hankalasti määriteltävää ja jää siksi kuvailevalle tasolle. Terveysosiaalityöntekijöitä kiehtoikin usein lääketieteen eksakti, lineaariseen ajatteluun, diagnosointiin ja selkeisiin hoitolinjoihin pohjautuva toimintamalli. Omaksuessaan tällaisen toimintatavan, sosiaalityöntekijät kuitenkin ajautuvat paradoksiin; pyrkimys löytää tasapaino yksilöllisen ja sosiaalisen välillä voi johtaa tilanteeseen, jossa molemmat näkökulmat katoavat diagnostisen työn syövereihin. (Buchbinder ym. 2004, 547–548.)

Terveysosiaalityön kontekstissa psykososiaalisen on nähty kiinnittyvän potilaan ohjaukseen, neuvontaan ja tukemiseen, jotka kuitenkin kuuluvat enenevässä määrin kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien työhön. Psykiatrisen sosiaalityön näkökulmasta sosiaalityhteellisen ja psykologisen tiedon yhdistämiseen pyrkivä psykososiaalisen käsite on relevantti, mutta myös monin tavoin jännitteinen ja puutteellinen. Monien aiempien määritelmien mukaan psykososiaalisuuteen ei sisälly varsinaista hoidollista aspektia. Tutkimuskontekstini, psykiatrisen erikoissairaanhoidon, on kuitenkin perustehtävältään hoidollinen. Myös psykiatrian erityisammattiryhmien on hyväksyttävä tämä työn ilmeinen realiteetti ja osaltaan tuettava sitä, jotta heidän läsnäolonsa moniammatillisessa työskentelyssä olisi ylipäänsä perusteltua. Terapeuttisuus psykiatrisessa sosiaalityössä on siis jotain yleisen psykososiaalisuuden ylittävää.



# 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

## 5.1 TUTKIMUSOTE

Tutkimukseni tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva, analysoida ja ymmärtää sitä, *millaisia sisältöjä ja merkityksiä terapeutin orientaatio saa psykiatrisen sosiaalityön ammatillisessa itseyttämisessä*. Aihetta ei ole aiemmin tutkittu Suomessa. Psykiatristen sosiaalityöntekijöiden toiminta myös laillistettuina terapeuteina on näyttänyt virallisten luokitusten ja sosiaalityöntekijöiden käytäntöperustaisten kokemusten valossa hyvin ristiriitaisena, osin kaupunkitarinan tyyppisenä ilmiönä; moni siitä puhuu, mutta harva – jos kukaan – tietää tarkemmin. Voidakseni todeta, onko ilmiö ylipäänsä todellinen ja jos on, ymmärtääkseni sitä kokonaisvaltaisesti, on tutkimuksessani olennaista selvittää myös, missä määrin psykiatrisilla sosiaalityöntekijöillä on taustallaan erilaisia terapiakoulutuksia ja kuinka laajasti erilaiset terapeutit viitekehykset raamittavat heidän ammatillista toimintaansa. Näin olen monimenetelmäinen (engl. mixed methods) tutkimusote (ks. esim. Creswell 2009), joka yhdistää kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset empiiriset aineistot menetelmätriangulaation keinoin (Patton 1999, 1193), luo hyvät edellytykset tutkimuskysymykseeni vastaamiselle.

Monimenetelmäinen tutkimusote toteutuu ja on perusteltavissa tutkimuksessani tavalla, jota Creswell (2009, 211) kutsuu vaiheittaisen selittämisen strategiaksi (engl. sequential explanatory strategy). Empiirinen tiedonkeruuni alkoi kvantitatiivisella kyselyllä, joka tuotti määrällistä tietoa sosiaalityöntekijöiden terapeuttisesta orientaatiosta. Muodostettuani alustavan käsityksen sosiaalityöntekijöiden terapeuttisen orientaation selkeimmistä osoittimista, kuten varsinaisten terapiakoulutusten määristä ja yleisimmistä suuntauksista, lähdin lisätarkastelemaan aihetta täsmentävien laadullisten haastattelujen avulla. Puhtaasta vaiheittaisen selittämisen strategiasta tutkimukseni eteneminen erosi kuitenkin siinä, että jo määrällisesti painottuneessa kyselyssä oli laadullisia avokysymyksiä, jotka tuottivat jo tiedonkeruun ensimmäisessä vaiheessa kvalitatiivista tietoa. Tutkimukseni ei siis painotu kvantitatiivisesti, vaan paikoin aineistojeni laadullinen osuus saa suuremman painoarvon sen sanallisen luonteen vuoksi (ks. Creswell 2009, 211).

Menetelmätriangulaatioon liittyy aina kysymys, kuinka erilaisiin tieteenfilosofisiin näkemyksiin kiinnittyvät tutkimusmenetelmät ovat yhdistettävissä tutkimuskysymysten kannalta mielekkäästi. Onko positivistiseen tieteenfilosofiaan perustuvalla määrällisellä tutkimusotteella mahdollista tavoittaa kokemuksia ja niille annettuja merkityksiä? (Ks. Lukkarinen 2006, 231–232.) En näe määrällisten ja laadullisten tutkimusmenetelmien yhdistämisessä lähtökohtaista vastakkainasettelua, vaan ymmärrän ne erilaisiksi tavoiksi tarkastella kokemustietoa, jonka avulla on mahdollista tuottaa vastaus samaan tutkimuskysymykseen. Muodostaakseni jäsenytyneen, kokonaisvaltaisen kuvan tutkimuskohteestani, todensin mielenterveysso-

aalityöntekijöiden terapeuttisen orientaation olemassaolon kvantitatiivisilla mittareilla, jonka jälkeen tarkastelin terapeuttisen orientaation sosiaalityöntekijöiden ammatilliseen itseymmärrykseen tuottamia merkityksiä kvalitatiivisilla jäsenystavoilla (ks. esim. Hart 1998, 50–51; Werkmeister Rozas & Klein 2010, 388–389). Myös tilastollinen aineistoni avasi sosiaalityöntekijöiden kokemuksia ja tuotti näin ollen tietoa, joka edesauttoi tutkimuskohteeni kokonaisvaltaista ymmärtämistä.

Rubinin ja Babbien (2014) tapaan näen kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten tutkimusmetodien yhdistämisen tutkimuksessani perustelluksi kolmesta näkökulmasta. Kvantitatiivinen tutkimusote mahdollistaa tutkimuskohteeni tilastollisen kuvailun, päättelyn ja mallintamisen, joilla voin perustella kvalitatiivisesta aineistosta tekemiäni havaintoja tai vastaavasti kvalitatiivinen tutkimusote voi tuottaa tietoa, joka syventää ymmärrystäni tilastollisesta aineistosta. Näen eri menetelmin hankkimieni tietojen myös täydentävän toisiaan, lisäävän tutkimukseni validiteettia ja sitä mukaa myös luotettavuutta. Erilaiset tutkimusmenetelmät myös rikastuttavat tutkimuksellista ajatteluani; uusi idea tai näkökulma voi syntyä kvalitatiivisesta tiedonintressistä, mutta laajentua kvantitatiiviseksi tai päinvastoin. (Rubin & Babbie 2014, 86.)

Tutkimukseni empiirinen tiedonkeruu tapahtui kaksivaiheisesti. Aineistonkeruun ensimmäisessä vaiheessa, keväällä 2006, lähetin neljällesadalle (400) psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijälle postitse perinteisen paperisen kyselylomakkeen (Liite 2). Kyselyllä kartoitin psykiatristen sosiaalityöntekijöiden työn sisältöjä, asiantuntijuusalueita sekä terapeuttisen orientaation erilaisia ilmenemismuotoja, kuten erilaisten terapia- ja yleisempien mielenterveystyön koulutusten määriä. Kyselyn strukturoidut monivalintakysymykset tuottivat numeerista dataa, joka mahdollisti sosiaalityöntekijöiden terapeuttisen orientaation tilastollisen tarkastelun. Kyselylomake sisälsi myös avokysymyksiä, joihin sosiaalityöntekijät vastasivat tuottamalla käsin kirjoittaen ammatillisuuttaan koskevia tekstejä.

Tutkimuksen empiirisen aineistonkeruun toisessa vaiheessa, vuoden 2007 lopulla, haastattelin kahdeksaa (8) psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevää sosiaalityöntekijää, jotka olivat hankkineet jonkin laillistetun terapeutin pätevyyden ja joilla oli Terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto VALVIRA:n (empiirisen tiedonhankinnan aikana vielä Terveydenhuollon oikeusturvakeskus, TEO) myöntämä oikeus käyttää psyko- tai perheterapeutti nimikettä. Haastatteluilla pyrin syventämään kyselytutkimuksen tuottamaa ymmärrystäni terapiakoulutuksen läpikäyneiden ja myös terapeutin roolissa toimivien sosiaalityöntekijöiden ammatillisuudesta. Haastatteluihin osallistuneet sosiaalityöntekijät valitsin aiemmin toteutetun kyselyn avulla. Olin liittänyt kyselyn yhteyteen lomakkeen (Liite 3), jolla haastattelusta kiinnostuneet sosiaalityöntekijät saattoivat ilmaista halukkuutensa osallistua kyselyä seuraavaan haastattelututkimukseen. Suostumuslomakkeen palautti 31 sosiaalityöntekijää, joista 27 oli naisia ja 4 miehiä. Suostumuslomakkeisiin tutustuttuani olin yhteydessä kahdeksaan sosiaalityöntekijään joko sähköpostitse tai puhelimitse haastatteluajankohdan sopimiseksi.

Haastateltavien valinta perustui haluuni tehdä näkyväksi informanttien erilaiset positiot ja saada tietoa paitsi psykiatrian eri erikoisaloilta, myös eri terapiasuuntauksista. Haastateltavien valinta mukaili Pattonin (1990, 172) kuvaamaa maksimaalisen variaation otantaa (engl. maximum variation sampling), jossa pyrkimyksenä on tavoittaa ja kuvata aineistossa esiintyvät keskeiset teemat tai tulokset tavalla, joka huomioi informanttien heterogeenisyyden. Tämän tiedostaen halusin haastateltavien tulevan erilaisilta psykiatrisen erikoissairaanhoidon osa-alueilta, jotta tavoittaisin mahdollisimman monipuolisen kuvan mielenterveyssofiaalisuudesta.

Vaikka soviaalisuutöntekijän vastuulle kuuluvat perustehtävät ovatkin pääosin samanlaisia toimintaympäristöstä riippumatta, voi työn sisällössä olla painotuksellisia eroja esimerkiksi sen mukaan, toimiiko soviaalisuutöntekijä osastolla vai poliklinikalla tai esimerkiksi lasten-, nuoriso- tai aikuispsykiatrian erikoisalalla. Halusin haastattelujen nostavan esiin myös erilaisia terapiasuuntauksia, jotta saisin käsityksen terapeuttisten orientaatioiden monimuotoisuudesta. Koin myös tärkeäksi, että alan selvästä naisvaltaisuudesta huolimatta haastattelin myös miespuolista informanttia. Nämä seikat huomioiden päädyin haastattelemaan kahdeksaa soviaalisuutöntekijää, joista seitsemän oli naisia ja yksi mies. Kuvaan kyselyn vastaajajoukkoa sekä haastatteluihin osallistuneita soviaalisuutöntekijöitä tarkemmin luvuissa 5.9.1 sekä 5.9.2.

## 5.2 TUTKIMUKSEN TIETEENFILOSOFISET SITOUMUKSET

Tieteenfilosofisesti paikannan tutkimukseni fenomenologis–hermeneuttiseksi tutkimukseksi ja lähestyn aineistojani tavalla, jota Lindseth ja Norberg (2004) kutsuvat fenomenologis–hermeneuttiseksi tutkimusmetodiksi. Fenomenologis–hermeneuttinen tutkimus käsittelee inhimillisen kokemuksen merkityksiä (Lindseth & Norberg 2004). Se ei rajoitu vain jonkin erillisen kohteen tarkasteluun ja määrittämiseen (Kupiainen 2005, 90), vaan pyrkii käsitteellistämään tutkimuksen kohteena olevan ilmiön.

Fenomenologis–hermeneuttisen tutkimuksen käsitteellisistä osa-alueista fenomenologia kiinnittyy inhimillisen kokemuksen ja intentionaalisuuden tutkimukseen. Laineen (2001, 26–27) ja Perttulan (2006, 116–117) tavoin ymmärrän kokemuksen yksilön sisäiseksi suhteeksi todellisuuteensa, jolloin kokemuksellisuus muodostaa inhimillisen maailmasuhteen perustan. Fenomenologisen paradigman mukaisesti hahmotan yksilön suhteen ympäröivään todellisuuteen olevan lähtökohtaisesti intentionaalisen eli kaikkien asioiden ja ilmiöiden olevan hänelle merkityksellisiä ja ilmentävän siten myös pyrkimyksiä ja tavoitteita. Ymmärrän jokaisen todellisuudesta tekemämme havainnon näyttäytyvän ja saavan merkityksensä havaittajan pyrkimysten, kiinnostusten ja uskomusten viitoittamalla tavalla. Fenomenologisessa ajattelussa kokemukset muotoutuvat merkitysten mukaan, jolloin merkityksistä tulee fenomenologisen tutkimuksen pääasiallinen kohde. (Giorgi & Giorgi 2008, 32–33; Laine 2001, 26–27.)

Tutkimuksessani sitoudun perusoletukseen, jonka mukaan ilmiöille annetut merkitykset eivät koskaan synny automaattisesti ja tyhjiössä, vaan ne muodostuvat aina kontekstisidonnaisina sosiaalisina konstruktioina, suhteessa yksilön toimintaympäristöön. Vaikka tutkittavien kertomukset ovatkin subjektiivisia ja yksilöllisessä elämismaailmassa todentuvina korostavat kokemuksen situationaalista luonnetta (Giorgi & Giorgi 2003), ne myös aina heijastelevat kertojaa ympäröivää kulttuuria (Riessman 2003). Näin ollen sosiaalinen todellisuus on aina erilaisten merkitysten läpäisemä, jolloin sosiaalisten ilmiöiden tutkiminen tarkoittaa aina myös merkitysten etsintää (Judén-Tupakka 2007, 64). Tiedostan käsitysten ja merkitysten olevan käsitteinä varsin monitulkintaisia ja siksi jo lähtökohtaisesti haasteellisia lähestyä (Tökkäri 2015, 165).

Fenomenologinen ote ilmenee tutkimuksessani erityisesti sosiaalityöntekijöiden intentionaalisuuden tarkasteluna sosiaalisesti määrittävässä toimintakontekstissa. Tutkittaessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön terapeutista orientaatiota ja ammatillista itseymmärrystä, on tärkeää ymmärtää, että toimintaympäristön hoidollinen viitekehys vaikuttaa aina jollain tapaa myös terveydenhuollon erityisammattikuntiin. Sosiaalityöntekijät muovaavat käsitystään työnsä perusfunktioista ja luovat siten ammatillista itseymmärrystään tekemällä joko tietoisia tai tiedostamattomia vertailuja hoito-orientoituneisiin terveydenhuollon primaariammattikuntiin ja heidän tapaansa työskennellä. Ymmärrän sosiaalityöntekijöiden toiminnan ja sen kohteiden olevan aina jollain tapaa intentionaalisia. Intentionaalisuus ei koskaan ole sosiaalisesta toimintakontekstistaan irrallista ja määrity vain kokijan omassa ajattelussa, vaan on aina suhteessa myös laajempaan toimintajärjestelmään, sen kulttuuriin ja reunaehtoihin. Tätä kautta sosiaalityöntekijöiden intentionaalisuuden tarkasteluni kiinnittyy myös Luhmannin (1995) systeemiseen ajatteluun.

Soveltamani tutkimusmetodin toinen käsitteellinen osa-alue, hermeneutiikka, tarkoittaa yleisesti teoriaa ymmärtämisestä ja tulkinnasta. Sen juuret ovat kielellisesti vaikeiden uskonnollisten tai historiallisten tekstien tulkinnassa. Nykyaikaisen sosiaalitieteen viitekehyksessä hermeneutiikka määrittyy lähestymistavaksi, joka pyrkii tulkitsemaan ja ymmärtämään sosiaaliseen vuorovaikutukseen kiinnittyviä merkityksiä, joita historialliset, sosiaaliset ja kulttuuriset ilmiöt muovaavat. (Clark 2012, 123–124; Raatikainen 2004, 88; ks. myös Alanen 2014, 40.) Hermeneuttisen paradigman mukaisesti olen tutkimuksessani etsinyt tulkinnoille säännönmukaisuuksia, joiden avulla myös tulkintojen laatua on mahdollista arvioida. Mielenkiintoni on kohdistunut informanttien ilmaisuihin, jotka puolestaan ovat kantaneet erilaisia merkityksiä. Ymmärrän merkitysten tarkastelun olevan mahdollista vain ymmärtämisen ja tulkitsemisen kautta. (Kusch 1986, 11–12; Laine 2001, 29.)

Hermeneuttisessa ajattelussa ymmärtäminen edellyttää aina tulkintaa ja uuden asian ymmärtäminen on mahdollista, kun ymmärryksen perustana käytetään jo aiemmin ymmärrettyä eli esiymmärrystä (Kusch 1986, 39; Tuomi & Sarajarvi 2009, 34–35). Ymmärtämiseen pyrkivä prosessi toimii kehämäisesti; tavalla, jota modernin hermeneuttisen ajattelun isä Hans-Georg Gadamer (1900–2002) on kutsunut

”ymmärtämisen kehäksi”. Ymmärtämisen kehän idea eli hermeneuttinen sääntö, perustuu antiikin retoriikasta periytyvään ajatukseen, jonka mukaan kokonaisuus tulee ymmärtää yksittäisestä ja yksittäinen kokonaisuudesta. Kokonaisuuden merkitystä ennakoidaan eksplisiittisesti, sillä osat, jotka määrittyvät kokonaisuudesta, määrittävät myös itse kokonaisuutta. (Gadamer 2004, 29.) Hermeneuttinen kehä ei kuitenkaan tarkoita vain loogista kehäpäätelmää, vaan sitä, että sanojen merkitys avautuu tilanteesta käsin, paljastaen tarkasteltavan kohteen lainalaisuudet (Alanen 2014, 40–41). Gadamer edusti niin sanottua historiallista hermeneutiikkaa, joka pyrki ymmärtämään ja tulkitsemaan historiallisia tekstiaineistoja. Tekstin ymmärtäminen ja tulkinta merkitsivät Gadamerille dialogia, jossa pyritään paljastamaan asia, jota teksti käsittelee (Oesch 1994, 78–79). Tässä tutkimuksessa mielenkiintoni ei kuitenkaan kohdistu historialliseen aineistoon, vaan tukeutumiseni Gadamerin ajatteluun tarkoittaa hänen lanseeraamiensa ’esiyymmärryksen’ ja ’ymmärtämisen kehän’ ajatusten soveltamista laadullisessa analyysissäni, jossa etsin tutkimuskohdettani koskevia merkitysrakenteita.

Minulle oli terveystieteiden työkokemukseeni kiinnittyvän esiyymmärrykseni perusteella selvää, että työskentely terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuu aina hoito- ja lääketiedevetoisesti – onhan toimintakonteksti itsessään hoidollinen ja tähtää ensisijaisesti asiakkaiden, joista myös käytetään yleisesti nimitystä potilaat, hoitoon. Tiesin myös jo pro gradu -tutkielmani tulosten pohjalta terapeutisuuden ja terapian olevan olennainen osa psykiatrista moniammatillista työtä. Myönnän näiden esiyymmärrykseeni pohjautuvien ennako-olettamusteni olemassaolon ja sen, että tapani käsittää tutkimuskohteeni osia on aina tietynlaisen kokonaisuutta koskevan teorian läpikäynti (Kusch 1986, 39; ks. myös Alanen 2014, 60). Jos tutkimuskysymykseni on *Millaisia sisältöjä ja merkityksiä terapeutin orientaatio saa psykiatrisen sosiaalityön ammatillisessa itseyymmärryksessä?* tiedän jo ennalta, että ainakin osa vastaajista noudattaa työssään terapeutista orientaatiota. Pyrkimykseni tarkastella tutkimuskohdettani mahdollisimman objektiivisesti onkin sisältänyt paitsi esiyymmärrykseni tunnustamisen, myös sen aktiivisen kriittisen reflektion.

Hermeneuttinen tutkimus pyrkii tekemään koetun tietäväksi. Tutkimuksessani hermeneuttinen tutkimusote on todentunut pyrkimyksessä ymmärtää ja tehdä näkyväksi aiemmin osin itsestäänselvyysnä pidettyjä, tutkimatta jääneitä ja siksi vaiettuja mielenterveyspsykiatrian tekijöiden terapeutiseen orientaatioon ja ammatilliseen itseyymmärrykseen liittyviä merkityksiä. Tavoitteenani on ollut nostaa esiin ilmiö, joka esimerkiksi totumuksen vuoksi on jäänyt huomaamatta tai joka on kyllä koettu, muttei tietoisesti ajateltu tai ymmärretty. (Laine 2001, 31.) Lähestyn tutkimuskohdettani tulkitsemalla ja analysoimalla sosiaalityöntekijöiden työstään ja kokemuksistaan tuottamia kirjallisia tekstejä sekä haastatteluaineistoja tavalla, jossa hermeneuttinen kehä toimii tulkinnan toteuttamisen välineenä. Kuschin (1986, 39) tapaan ajattelen hermeneuttisen kehän olevan enemmän kuin vain esiyymmärryksemme selvittämistä; parhaimmillaan se voi johtaa myös ymmärryksen korjaamiseen. Hermeneuttinen tutkimusote onkin ikään kuin sulautunut osaksi henkilökoh-

taista oppimisprosessiani; se on yhä uudelleen pyrkinyt paljastamaan tietojeni ennakkoluuloisuuden ja perspektiivisyyden (Kusch 1986, 114). Keskeistä tulkintaprosessissani onkin ollut itsekriittinen reflektio, jossa olen pyrkinyt tunnistamaan omat aihepiiriä koskevat ennakkoluuloni ja koettelemaan niiden kestävyyttä tulkintani kohteesta avautuvan toiseuden kanssa. Tiedostan itseni etäännyttämisen tutkimuskohteestani olevan ehdottoman tärkeää, mutta samanaikaisesti ymmärrän sen täydellisen toteutumisen mahdottomaksi. (Tontti 2005, 62, 64.)

Miksi sitten päädyin tulkitsemaan aineistojani fenomenologis–hermeneuttisella menetelmällä? Fenomenologian korostaessa tutkittavien subjektiivisten, ainutkertaisten kokemusmaailmojen, intentionaalisuuden ja tajunnan kohteellisuuden tavoittamista, hermeneutiikka kiinnittyy tulkintaan (ks. Kvale 1996, 46–55), joiden kaikkien haltuunotto oli tarpeen, jotta pystyin vastaamaan asettamaani tutkimuskysymykseen. Hermeneutiikassa minua kiehtoo myös tieteelle tyypillisen yleistämisentressin osittainen kyseenalaistaminen; hermeneutikko uskoo myös ainutkertaisen ja ainutlaatuisen tapauksen tunnistamisen olevan tärkeää ja voivan edesauttaa ilmiön kokonaisvaltaisessa ymmärtämisessä (Laine 2001, 28). Gadamer (2004, 71) on todennut hermeneuttisen ajattelun olevan olennaista erityisesti yhteiskuntatieteissä, perustuhan koko yhteiskunnan olemassaolo keskinäiseen kielelliseen ymmärtämiseen.

Fenomenologis–hermeneuttinen lähestymistapa on pikemminkin tutkimusote ja ajattelutapa kuin pelkkä tekninen aineiston käsittelytapa. Kokemusten ja ilmauksien autenttisuuden esiin saaminen onkin edellyttänyt minulta tutkimusmetodiikan luovaa soveltamista. (Crowther ym. 2017, 826–827; Laine 2001, 31; Tan ym. 2009, 2.) Haluni tarkastella tutkimuskohdettani mahdollisimman kokonaisvaltaisesti johdatti minut monimenetelmäisyyden, joka tunnetaan yleisesti englanninkielisellä termillä *mixed methods*, pariin. Monimenetelmäisyys todentuu tutkimuksessani määrällisen ja laadullisen tutkimusotteen yhdistämisenä ja niiden tuottamien tulosten aktiivisena vuoropuheluna esittäessäni sekä määrälliset että laadulliset tutkimustulokset samojen temaattisten lukujen alla. Tutkimuksen kvantitatiivinen osuus todentaa psykiatrisen sosiaalityön terapeutin orientaation olemassaolon tunnuslukujen valossa ja tarjoaa välineitä ilmiön kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. Kvalitatiivinen aineisto puolestaan pyrkii tuomaan esiin informanttien autenttisen äänen heidän itse sanoittamaansa. Aiempaan vastaavaan tutkimukseen perustuvan vertailupinnan puuttuessa pidin tutkimuskohteeni laaja-alaisen ymmärtämisen edellytyksenä erilaisten tutkimusotteiden yhdistämistä. Tutkimukseni ei ole vain määrällistä tai vain laadullista, vaan menetelmällisesti integroitu kokonaisuus. Mielenterveytyksen tutkimusta on perinteisesti tehty lääketieteelle tyypillisestä positivistisesta, ulkoisen mittaamisen ja tuloksellisuuden tutkimuksen paradigmasta käsin. Tällainen tutkimus on kuitenkin haasteellista sosiaalityön käytäntöjen kehittymisen kannalta ja sen rinnalle tarvitaan myös laadullista tutkimusotetta, joka antaa painoarvoa myös tutkimuksen kohteiden ainutkertaisille näkemyksille. (Corby 2006, 90; Ks. myös Biggerstaff & Thompson 2008.)

Kotimaisen, tutkimusaiheittani koskevan tutkimuksen vähäisyys ja kansainvälisen tutkimuksen erilaiset painotukset suhteessa tarkastelemaani toimintakontekstiin, pohjoismaiseen hyvinvointimalliin ankkuroituvaan julkisen terveydenhuollon järjestelmään, tekivät tutkimukseni teoreettisen osan rakentamisesta haasteellisen. Kun kotimaista tutkimusta aiheesta ei ollut ja kansainvälinen, erityisesti yhdysvaltalainen, tutkimus pohjautui näkemykseen, jonka mukaan sosiaalityön ja terapia-työn välille voidaan vetää yhtäläisyysmerkit, olin tilanteessa, jossa tutkimuksen teoriaosa olisi helposti voinut vääristyä psykologis-psykiatrisen hoitotyön ylistykseksi. Vastaavan aiemman tutkimuksen puuttuessa ei systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen ollut mahdollista, vaan päädyin rakentamaan tutkimukseni teoreettisen osan mukaillen narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää, jonka käyttö on perusteltua tilanteessa, jossa tutkittavaa ilmiötä halutaan tarkastella mahdollisimman monipuolisesti (Salminen 2011, 8; Suhonen ym. 2015, 13; Torraco 2005; Werkmeister Rozas & Klein 2010, 394–397; Whitemore & Knafl 2005, 547). Tiedonintressinäni oli hahmottaa tutkimani ilmiö kokonaisvaltaisesti, ei tutkia aiempaa tutkimusta. Teoreettiselle tiedonhankinnalleni onkin ollut luonteenomaista niin sanottu lumipalloeefkti, jossa mielenkiintoiseksi osoittautunut, jonkin tutkimukseni näkökulman kanssa keskustellut lähde on johdattanut minua lähdeviit- tausten avulla seuraavan lähteen luo.

Tieteenfilosofisesti tarkastellen myös tutkimukseni teoreettisen osan rakentamista kuvaa hyvin hermeneutiikalle tunnusomainen ymmärtämisen kehä, jossa esiyymmärrys on täsmentynyt vuorotellen yksityiskohtia ja kokonaisuutta tutkien ja näin toisiaan täydentäen. Kuten tutkimusmetodisia valintojani, myös tutkimukseni teoreettista kehystä on määrittänyt pyrkimys kokonaisvaltaisuuteen ja tiedon kumuloitumiseen (ks. Finfgeld-Connett & Johnson 2012, 195). Tutkimuksen edetessä aloin nähdä aiemman tutkimuksen vähäisen määrän positiivisessa valossa, vaikka se tutkimuksen alkumetreillä tuntuikin lähes ylitsepääsemättömältä esteeltä. Koen, että minun oli helpompaa olla avoin erilaisille tulkinnoille, kun aiempia tutkimus- tuloksia, jotka olisivat ohjanneet – ja siten kenties myös kahlinneet – ajatteluani, ei ollut. Pystyin sukeltamaan aineistooni kuin kartoittamattomille vesille, vapaana muiden tutkijoiden esittämistä ennakoasetelmista ja -oletuksista.

### **5.3 TUTKIMUKSEN PAIKANTAMINEN JA TUTKIMUSKONTEKSTI**

Perustelen tutkimukseni rajaamista psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöihin kolmella tekijällä. Halusin ensinnäkin tutkia juuri pisimmälle erikoistuneissa toimintaympäristöissä tehtävää psykiatrista sosiaalityötä, koska halusin selvittää, kuinka sosiaalityöntekijät näkevät oman roolinsa ja asiantuntijuutensa organisaatioissa, joissa on jatkuvasti läsnä useita eri ammattikuntiin kuuluvia mielen- terveystyön ammattilaisia. Olen kiinnostunut niistä asiantuntijuuksien välisistä rajapinnoista, joiden tarkastelun kautta sosiaalityöntekijät peilaavat omaa ammatilli-

suuttaan muihin ammattikuntiin. Mikäli olisin sisällyttänyt tutkimukseni perusjoukkoon myös erikoissairaanhoidon kuulumattomat, kunnallisen sektorin mielenterveystyön yksiköt ja niiden sosiaalityöntekijät, olisi mukaan tullut pienten kuntien ja kuntayhtymien osalta suuri joukko sosiaalityöntekijöitä, jotka eivät ole päivittäisessä tai ehkä edes viikoittaisessa kontaktissa esimerkiksi psykologin kanssa.

Toiseksi tutkimusjoukon rajaaminen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöihin liittyi mielenterveystyön palvelurakenteeseen. Monet pienet kunnat tai kuntayhtymät ovat säästösyistä joutuneet supistamaan mielenterveystyön budjettiaan, jolloin esimerkiksi yksittäisen kunnan mielenterveystoimiston ainoana vakinaisena, viitteenä arkipäivänä viikossa paikalla olevana työntekijänä voi olla esimerkiksi vain mielenterveyshoitaja. Taloudellisista syistä monissa mielenterveystyön yksikössä ei ole omaa sosiaalityöntekijää, vaan sosiaalityön palvelut ovat sosiaalitoimen vastuulla. Tutkimuksen ulottaminen myös kunnallisia mielenterveystyön yksiköitä ja niissä toimivia sosiaalityöntekijöitä koskevaksi olisi siis käytännössä tarkoittanut jokaisen Suomen kunnan läpikäymistä sen selvittämiseksi, onko kussakin yksikössä oma, puhtaasti mielenterveystyössä toimiva sosiaalityöntekijä. Koska olen kiinnostunut juuri mielenterveys- ja sosiaalityöntekijöiden ammatillisiin rooleihin ja itseymmärrykseen liittyvästä problematiikasta, en nähnyt järkeväksi sisällyttää tutkimukseeni sellaisia avohuollon sosiaalityöntekijöitä, joiden työn sisältö ei kiinnity puhtaasti mielenterveystyöhön, vaan yleisempään aikuis- tai kuntouttavaan sosiaalityöhön.

Kolmas syy rajata tutkimukseni juuri erikoissairaanhoidon, kiinnittyi erikoissairaanhoidon asemaan terveydenhuollon porrasteisessa palvelurakenteessa. Tutkimustani ohjaavana esioletuksenani oli, että erikoissairaanhoidon piiriin ovat päätyneet asiakkaat, joiden elämäntilanteissa on elementtejä sekä psyykkisen että sosiaalisen toimintakyvyn vakavista ongelmista, joihin ei ole kyetty vastaamaan psykiatrisen palvelujärjestelmän alemmilla tasoilla, esimerkiksi terveyskeskusten yleislääketieteellisen työn keinoin. Tällöin erikoissairaanhoidon tasoisessa mielenterveys- ja sosiaalityössä kohdattavat asiantuntijuusvaatimukset kohdistuvat sekä työn monimuotoisuuteen että sen syvällisyyteen.

Tutkimusjoukon rajaaminen pelkästään erikoissairaanhoidon piirissä työskenteleviin psykiatriin sosiaalityöntekijöihin tarkoitti sitä, että suuri osa psykiatrisen avohoidon piirissä työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä rajautui pois tutkimuksesta. Avo- ja sairaalahoidon välisiä mahdollisia eroavaisuuksia on kuitenkin mahdollista tarkastella myös tekemieni rajausten puitteissa, sillä erikoissairaanhoidon sisältyy myös avohoidon toimipisteitä (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2018).

Tutkimusjoukon muodostivat Ahvenanmaan sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta kaikki maamme psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä työskentelevät sosiaalityöntekijät. Ahvenanmaan sairaanhoitopiirin rajasin tutkimuksen ulkopuolelle, sillä sairaanhoitopiirin pienen koon vuoksi ei ollut syytä olettaa, että tästä sairaanhoitopiiristä saatu, vain paria sosiaalityöntekijää koskeva tieto olisi merkittävässä määrin vaikuttanut tutkimukseni tuloksiin.



Päädyin sisällyttämään tutkimukseeni kaikki mannersuomen psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät, koska sosiaalityöntekijöiden työn itseymmärryksen problematiikan käsitteellisen tarkastelun lisäksi halusin myös konkreettisesti selvittää, minkä verran psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ylipäänsä työskentelee sosiaalityöntekijöitä eikä millään instanssilla ollut tästä aiempaa tilastotietoa. Tietojen puuttuminen oli harmillista, mutta samalla hyvin ymmärrettävää, kun huomioidaan, että maallemme tyypillisestä korkeasta ammatillisen järjestäytymisen asteesta huolimatta kaikki sosiaalityön ammattilaiset eivät kuulu oman alansa ammattijärjestöön, jolla olisi rekistereissään tiedot terveysosiaalityöntekijöiden määristä.

Sosiaalityöntekijöiden määrät ja yhteystiedot keräsin kahdella tapaa: joko sähköpostitse tai puhelimitse kunkin sairaanhoitopiirin hallinnosta psykiatrian tulosalueen johtavalta lääkäriltä tai vaihtoehtoisesti sairaanhoitopiirin hallintosihteereiltä. Niiden sairaanhoitopiirien osalta, joista sosiaalityöntekijöiden määrää tai heidän henkilöllisyyksiään koskevia tietoja ei ollut mahdollista saada hallinnosta, olen henkilökohtaisesti kerännyt tiedot puhelimitse soittamalla sairaanhoitopiirin alaisuuteen kuuluvat sairaalat ja erikoissairaanhoidon piiriin luokiteltavat psykiatrisen avohoidon toimipisteet läpi yksi kerrallaan. Puhelinkierroksella suurena apuna oli *Sairaalakäsikirja*, joka sisälsi kaikkien maamme sairaaloiden yhteystiedot. Kunkin sairaalan kohdalla tiedustelin jo puhelinvaihteesta, onko kyseisessä sairaalassa vastaavaa, ammatillisessa esimiesasemassa olevaa sosiaalityöntekijää, jolle puheluni voitaisiin ohjata, vai olisiko minun viisainta esittää asiani jollekin niin sanotulle rivisosiaalityöntekijälle, jolta minun olisi vaihtoehtoisesti mahdollista saada tarvitsemani tiedot kyseisen sairaalan osalta. Sairanhoitopiireissä pyyntöni suhtauduttiin pääasiassa myötämielisesti ja tarvitsemani tiedot pyrittiin toimittamaan nopeasti sähköpostitse. Useissa sairaanhoitopiireissä oli kuitenkin käynnissä mittavia organisatorisia uudistuksia tai hallinnossa työskentelevien henkilöiden tehtävien uudelleenjärjestelyjä, joiden vuoksi organisaatiossa ei ollut yksittäistä henkilöä, jolla olisi ollut helposti saatavilla tarvitsemiani tietoja tai vastaavasti tietoisuutta siitä kenelle selvityspyyntöni tulisi edelleen välittää. Tällaisissa tapauksissa en alkanut työllistää hallinnossa työskenteleviä ihmisiä enempää, vaan tein suoraan päätöksen tietojen hankkimisesta soittamalla henkilökohtaisesti kuhunkin sairaalaan tai vaihtoehtoisesti erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvaan avohoidon toimipisteeseen.

Sosiaalityöntekijöiden määrien ja toimipisteiden kartoittaminen vei aikaa useita viikkoja. Potilastyössä olevien johtavien sosiaalityöntekijöiden tavoittaminen oli osin hankalaa työn hektisyyden vuoksi ja vaati useamman soittokerran tai vaihtoehtoisesti turvautumisen soittopyyntöihin. Tutkijan positioni kannalta oli kuitenkin rohkaisevaa, että sosiaalityöntekijät, joiden kanssa keskustelin puhelimitse, suhtautuivat tutkimukseeni positiivisesti ja lyhyistäkin keskusteluista aistin, että he pitivät oman alansa tutkimus- ja kehittämistyötä tärkeänä. Muutamissa laitoshoidon yksiköissä oli periaatteena, ettei sosiaalityöntekijöiden nimiä ja heidän suoria puhelin-

numeroitaan annettu hoitotyöhön kiinnittymättömille, sairaalan ulkopuolisille ta-  
hoille, vaan puhelut ohjattiin kulloinkin vapaana olevalle sosiaalityöntekijälle pu-  
helinvaihteen kautta. Toimintalogiikka on hyvin ymmärrettävä, sillä osassa psyki-  
atrisia hoitolaitoksia työskennellään suljetuilla osastoilla hyvin vaikeiden potilasta-  
pausten parissa, jolloin työssä joudutaan välillisesti kosketuksiin esimerkiksi väki-  
valta- ja huumausainerikollisuuden kanssa. Sosiaalityöntekijöiden turvallisuuden  
vuoksi pyrkimys heidän henkilöllisyyksiensä varjelemiseen on täysin perusteltua.

Kahden sairaanhoitopiirin osalta johtavilla sosiaalityöntekijöillä ei ollut tiedos-  
saan alaisuuteensa kuuluvien sosiaalityöntekijöiden tarkkaa määrää. Näissä väes-  
töpohjaltaan suurissa sairaanhoitopiireissä koko mielenterveysosiaalityön amma-  
tillisena esimiehenä tai koordinaattorina toimi sairaanhoitopiirin keskeisen sairaa-  
lan sosiaalityöntekijä. Sairaalan johtava sosiaalityöntekijä ei kuitenkaan aina vält-  
tämättä ole tiiviissä, viikoittaisessa vuorovaikutuksessa muiden sairaanhoitopiirin  
yksiköiden sosiaalityöntekijöiden kanssa, jolloin tiedonkulku palveluita tuottavien  
yksiköiden välillä voi tapahtua osin viiveellä. Varsinkin avohoidon piirissä erilaiset  
organisatoriset muutokset ja tehtävien uudelleenjärjestelyt vaikuttivat puhelinky-  
selyni perusteella olevan verrattain yleisiä. Osa avohuollon sosiaalityöntekijöistä  
saattoi olla eripituisilla virkavapailta tai tehdä esimerkiksi lyhennettyä työaika  
henkilökohtaisten elämäntilanteidensa vuoksi. Tällöin tiedot lyhyistä sijaisuuksista  
ja niiden hoitajista eivät aina päivittyneet ajantasaisesti sosiaalityötä koordinoivalle  
henkilölle, tai vaikka tieto olisikin saapunut koordinaattorille asianmukaisesti, saat-  
toi lyhyttä sijaisuutta hoitanut henkilö jäädä ammatillisen esimiehen mielessä vain  
nimeksi muiden joukossa, koska kasvokkaista vuorovaikutusta esimerkiksi yhteis-  
ten palaverien merkeissä ei ollut. Niiden sairaanhoitopiirien kohdalla, joissa tällais-  
ta epätarkkuutta oli havaittavissa, kyse oli kuitenkin vain yksittäisistä sosiaalityön-  
tekijöistä eikä tilastollisesti merkittävän vääristymän mahdollisuutta ollut. Kyselyn  
toteuttamisvaiheessa huomioin tämän lähettämällä kyselylomakkeideni jakelusta  
vastanneille sosiaalityöntekijöille joitakin ylimääräisiä lomakkeita. Sosiaalityönteki-  
jät puolestaan joko palauttivat ylimääräiset lomakkeet tai vaihtoehtoisesti ilmoitti-  
vat minulle ylimääräiseksi jääneiden lomakkeiden määrän. Näin pystyin muodos-  
tamaan käsityksen sosiaalityöntekijöiden tosiasiallisesta kokonaisuudesta. Käsillä  
oleva tutkimus onkin myös ensimmäinen valtakunnallinen kartoitus psykiatrisen  
erikoissairaanhoidon sosiaalityön sisällöistä sekä sosiaalityöntekijöiden sijoittumi-  
sesta psykiatrian eri erikoisaloille.

Puhelimitse ja sähköpostitse suoritettujen sosiaalityöntekijäkartoituksen tuloksen  
perusteella postitin yhteensä 412 kyselylomaketta. Yhden sairaanhoitopiirin koh-  
dalla tapahtui päällekkäispostitusta niin, että erään sairaalan viisi sosiaalityönteki-  
jää olivat saaneet lomakkeen kahteen otteeseen. Tämä johtui siitä, että lomakkeita  
oli tullut sosiaalityöntekijöille sekä heidän oman sairaalansa johtavan sosiaalityön-  
tekijän että sairaanhoitopiirin hallinnon kautta. Tämän tiedon myötä tosiasiallinen  
tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvien sosiaalityöntekijöiden määrä putosi  
407:ään. Myöhemmin vielä yhteensä seitsemän lomaketta palautui takaisin kyselyn

jakelusta vastanneiden johtavien sosiaalityöntekijöiden toimesta. Tämä johtui edellä kuvaamastani johtavien sosiaalityöntekijöiden alaisuuteen kuuluvien sosiaalityöntekijöiden määrän virheellisestä arvioinnista, jonka vaikutusta eliminoidakseni lähetin johtaville sosiaalityöntekijöille enemmän kyselylomakkeita kuin he puhelinkeskustelussa arvioivat tarvitsevansa. Kartoitukseni perusteella psykiatrisen erikoissairaanhoidon alaisuudessa työskentelee siis yhteensä 400 sosiaalityöntekijää. On mahdollista, että kaikkien tarkennustenkin jälkeen sosiaalityöntekijöiden tosiasiallinen määrä poikkesi tästä jonkin verran, mutta kyse oli yksittäisistä, ei kymmenistä sosiaalityöntekijöistä. Kyselyyn vastasi 249 sosiaalityöntekijää ja vastausprosentti oli 62,3.

## 5.4 KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN

Kyselylomaketutkimuksen etuina voidaan pitää 1) mahdollisuutta esittää kustannustehokkaasti runsaasti kysymyksiä, 2) sitä ettei tutkija voi omalla läsnäolollaan vaikuttaa vastauksiin ja 3) että kysymykset on mahdollista esittää kaikille vastaajille täsmälleen samassa muodossa, joka osaltaan lisää tutkimustulosten luotettavuutta (Valli 2001, 30–32). Nämä lähtökohdat tiedostaen tavoitteenani oli laatia mahdollisimman selkeä lomake tarkkoine vastausohjeineen.

Käyttämäni kyselylomake (Liite 2) sisälsi sekä suljettuja, määrällisiä kysymyksiä valmiine vastausvaihtoehtoineen, että avoimia, laadullisia kysymyksiä. Miksi sitten päädyin tähän ratkaisuun, enkä esimerkiksi tuottanut täysin strukturoitua kyselylomaketta? Koin, että työssään asioiden ja ilmiöiden sanoittamiseen tottuneina ammattilaisina sosiaalityöntekijät todennäköisesti olisivat kiinnostuneita avaamaan tekemänsä hyvinvointityön moniulotteisuutta ja ammatillisuuteensa liittyviä teki-joitä myös omin sanoin. En myöskään uskaltanut luottaa siihen, että kykenisin luomaan täysin tyhjentävän kyselylomakkeen valmiine vastausvaihtoehtoineen. Denzinin (1989, 23) tavoin pidän täysin arvovapaata tutkimusta illuusiona. Halusin tutkimuksessani antaa äänen mahdollisimman monenlaisille näkökulmille. Tästä syystä vastaajilla oli valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi lähes kaikissa lomakkeen kysymyksissä mahdollisuus valita *Jokin muu, mikä?* vaihtoehto, jolloin myös strukturoituun kysymykseen oli mahdollista tuottaa strukturoimaton vastaus. Näin toimien pyrin vahvistamaan tutkimukseni objektiivisuutta enkä jo ennakkoon rajannut tarkastelunäkökulmia ja ilmaisun vapautta.

Vastaavan aiemman tutkimuksen puuttuessa halusin tarkastella tutkimuskohdettani mahdollisimman aineistolähtöisesti ja ennakko-oletuksista vapaana. Tiedostin, että parhaimmillaan aineisto voisi tuottaa tietoa ja näkökulmia, joita en osannut ajatella kyselyä suunnitellessani. Tästä syystä kysely ei nojaudu johonkin yksittäiseen teoreettiseen jäsennostapaan, vaan esimerkiksi käytännönläheistä toimenkuvaa koskeva kysymyspatteristo on rakentunut puhtaasti käytännön pohjalta.

Operationalisointi eli tutkimuksessa tarkasteltavan ilmiön ja sen keskeisten teoreettisten käsitteiden muuttaminen mitattavaan muotoon oli yksi tutkimukseni

suurimmista haasteista. Operationalisoinnissa lähtökohtaisesti abstrakti tutkimuskohteeni oli pilkottava käsitteiden ja tutkittavan ilmiön kannalta olennaiset näkökohdat tiivistävien kysymysten muotoon. (Eskola & Suoranta 1998, 75–78; Vilka 2007, 36–38.) Operationalisoinnissa kulminoituivatkin tutkimukseni käsitevaliditeettiin liittyvät kysymykset; kuinka hyvin onnistuisin mittaamaan juuri sitä mitä pyrinkin mittaamaan.

Kyselylomake jakautui sisällöllisesti kuuteen (6) temaattiseen osioon. *Osion 1* muodostivat kysymykset 1–13, jotka kartoittivat vastaajan taustatietoja iän, sukupuolen, koulutuksen, ammattinimikkeen, työhistorian, nykyisen toimialan, työsuhteen pysyvyyden ja työnohjausmahdollisuuden suhteen. Nämä taustakysymykset olivat joko avokysymyksiä (kysymykset 2, 4, 7 ja 8) tai luokittelu- eli nominaalitekoisia strukturoituja kysymyksiä (kysymykset 1, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12 ja 13). Nominaalitekoiset kysymykset tuottivat vastaajista ja heidän taustoistaan tietoja, jotka jakoivat vastaajan johonkin kategoriaan, mutta joiden välillä ei voinut tehdä muita, kuten esimerkiksi paremmuutta tai arvostuksia koskevia, vertailuja (Valli 2001, 21; Vilka 2007, 48).

*Osion 2* kysymykset 14–18 käsittelivät sosiaalityön *ammattillista itseyttä*, jolla tarkoitetaan sosiaalityöntekijän perustavanlaatuisia käsityksiä tekemänsä työn lähtökohdista, sisällöstä ja tavoitteista, joiden varaan ammatillisuus rakentuu. Ammatillisen itseyttä tarkastelu ja saattaminen operationalisoituun muotoon edellytti sosiaalityöntekijöiden erilaisten työorientaatioiden näkyväksi tekemistä, jolloin kysyin informanteilta heidän 1) konkreettisista työtehtävistään paitsi nykytilanteessa, myös niin sanotussa ideaalitalanteessa, jossa sosiaalityöntekijät voisivat itse määrittellä työnkuvansa, 2) näkemyksistään koskien mielenterveyttä sekä mielenterveystyön sisältöjä, sekä 3) näkemyksistään erilaisista koetuista ammatillisista rooleista.

Kysymys 14 käsitteli erilaisten työtehtävien koettua painottumista psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän toimenkuvassa ja vastaavasti kysymys 15 kartoitti sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä vastaushetkellä reaalisen toimenkuvansa ja niin sanotun ammatillisen ideaalitalanteen välisestä koetusta suhteesta. Konkreettisia työtehtäviä ei kyselylomakkeessa peilattu suhteessa mihinkään teoreettiseen jäsenystapaan, vaan käytännöllisistä työtehtävistä kysyttiin käytännön konkreettisella tasolla. Käytännön työtehtävien kartoittaminen tässä muodossaan oli perusteltua tutkimustehtävääni vastaamisen kannalta, sillä Luhmannin (1995) näkemys yhteiskunnan osajärjestelmistä ja niiden välisistä suhteista perustuu eri osajärjestelmien yhteiskunnalliseen perusfunktioon, joka puolestaan ilmenee käytännössä konkreettisina työtehtävinä.

Kysymykset 16 ja 17 kartoittivat vastaajien näkemyksiä väitelauseista, jotka koskivat mielenterveyttä ja mielenterveystyön sisältöjä (kysymys 16) sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityötä (kysymys 17). Tutkimustani ohjanneesta yleisestä aineistolähtöisyyden periaatteesta huolimatta halusin selvittää, pätevätkö myös mielenterveystyössä tietyt, sosiaalityön yleiset jäsenystavat. Näin ollen

käytin väittämiä sisältävän kysymyspatteriston 17 väljänä tulkintakehikkona Paynen (2005, 8–13) sosiaalityön lähtökohtia koskevaa kolmimallia. En siis rakentanut kysymyspatteristoja täysin Paynen jaottelua vastaaviksi, vaan sisällytin niihin joi-  
tain Paynen malliin kiinnittyviä jäsenystapoja. Payne jakaa teoksessaan *Modern social work theory* sosiaalityötä ja sen tehtävää koskevat näkemykset 1) *refleksiivis-  
terapeuttisiin*, 2) *sosialistis-kollektivistisiin* ja 3) *individualistis-reformistisiin*. Kolmimal-  
lia mukaillen on mahdollista tarkastella sitä, hahmottavatko sosiaalityöntekijät  
työnsä lähtökohdaksi ensisijaisesti 1) yksilö- ja perhetason psyykkistä eheytymistä  
edesauttavan terapeuttisen toiminnan, 2) marginalisoitumisuhan alla elävien tai jo  
marginalisoituneiden asiakkaiden yhteiskunnallisen valtaistamisen sosiaalisen oi-  
keudenmukaisuuden ja rakenteellisen muutostyön hengessä, vai 3) yhteiskunta-  
rauhan ylläpidon ja turvaamisen voimassa olevien palvelurakenteiden avulla. Pay-  
nen kolmimalli on myös yksi harvoista sosiaalityötä jäsentävistä teoreettisista kon-  
struktioista, joissa esiintyy sellaisenaan 'terapeuttisuuden' käsite – näin ollen pidin  
linkitystä Paynen ajatteluun perusteltuna tutkimustehtäväni kannalta. Kysymys 18  
kartoitti sosiaalityöntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön liikkuvarajaisista  
ammattirooleista.

*Osion 3* kysymykset 19–26 kiinnittyivät *terapiaorientaatioon*, jolla tarkoitan sosiaa-  
lityöntekijöiden kiinnostusta erilaisiin teoreettisiin näkemyksiin pohjautuvia tera-  
peuttisia työmenetelmiä sekä varsinaista terapiatyötä kohtaan. *Terapiaorientaatio* on  
yleisempää *terapeuttista orientaatiota* vahvempi ja kiinnittyy tietoiseen pyrkimykseen  
hyödyntää työskentelyssä erityisiä, terapialle luonteenomaisia työmenetelmiä. Ter-  
apiaorientaatio voi ilmetä sosiaalityöntekijän jo olemassa olevana terapeutin päte-  
vyytenä ja työskentelynä sosiaalityön ohella myös terapeutin positiossa tai vastaa-  
vasti hänen vahvana mielenkiintonaan terapiamenetelmiä kohtaan ja aikomukse-  
naan kouluttautua tulevaisuudessa terapeutiksi. *Osion* kysymykset tarkastelivat  
sosiaalityöntekijöiden terapiaorientaatiota sekä sosiaalityöntekijöiden työorganisaat-  
ioissaan omaksumia psykologisia viitekehyksiä, joilla voidaan olettaa olevan mer-  
kitystä sosiaalityöntekijän ammatillisen itseymmärryksen muotoutumisessa.

*Osioiden 2 ja 3* kysymykset 14–18 sekä 20 ja 21 olivat järjestys- eli ordinaalias-  
teikollisia, eli havaintoyksiköt voitiin asettaa järjestykseen tietyn muuttujan, kuten  
esimerkiksi toiminnan määrän tai asenteen samankaltaisuuden ja/tai eroavuuden  
mukaan (Valli 2001, 23; Vilka 2007, 49). Kysymykset 19, 22, 24, 25 ja 26 olivat no-  
minaaliasteikollisia ja kysymys 23 puolestaan avoin kysymys.

*Osion 4* kysymykset 27–28 oli suunnattu vain vastaajille, jotka eivät olleet vas-  
taushetkellä suorittaneet mitään laillistetun terapeutin pätevyyden tuottavaa tera-  
piakoulutusta ja *osion 5* kysymykset 29–37 puolestaan vain niille vastaajille, joilla  
tällainen terapiakoulutus oli. *Osioiden 4 ja 5* tarkoituksena oli tuottaa tietoa tera-  
piakoulutuksen aloittamisen motiiveista tai vastaavasti siitä, mitkä tekijät olivat  
edesauttaneet terapiakoulutuksesta pidättäytymistä. Terapiakoulutetuille vastaajil-  
le suunnatut kysymykset kartoittivat lisäksi koulutuksen tarkempaa sisältöä, teo-  
reettista suuntautumista, kestoa ja koulutuksen mahdollista vaikutusta palkkauk-

seen. Lisäksi terapiakoulutetuille vastaajille suunnatut avokysymykset 35 ja 36 kartoittivat vastaajien kokemaa, terapiakoulutuksesta mahdollisesti saatua hyötyä sosiaalityön käytäntöön sekä kokemuksia siitä, olivatko terapiakoulutus ja sen jälkeinen toiminta terapeutina jotenkin muuttaneet vastaajaa sosiaalityön ammattilaisena. Osioista 4 ja 5 kysymykset 27, 34 ja 35 olivat ordinaaliasteikollisia ja loput puolestaan nominaaliasteikollisia. Kysymyksiin 28, 31, 32, 35 ja 36 annettuja vastauksia pyysin perustelevaan vielä sanallisesti.

Osio 6 koostui kyselylomakkeen viimeisistä kysymyksistä 38 ja 39, jotka olivat kaikille vastaajille suunnattuja avokysymyksiä. Kysymykset kartoittivat vastaajien näkemyksiä käsiteparista ”terapeuttinen sosiaalityö” sekä tekijöitä, jotka mahdollisesti hankaloittavat sosiaalityön erityisasiantuntijuuden hyödyntämistä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

Ennen kyselyn toteuttamista esitetasin lomaketta kolmella sosiaalityöntekijällä, jotka olivat aiemmin tehneet mielenterveystyötä. Kyselyhetkellä he kuitenkin olivat jo muissa tehtävissä eivätkä siksi olleet varsinaisen tutkimukseni informanteja.

## 5.5 HAASTATTELUJEN SUUNNITTELU JA TOTEUTTAMINEN

Tehtäessä vain muutamia haastatteluja, informantit eivät edusta esimerkiksi jotain tiettyä psykiatrian erikoisalaa tilastollisesti eikä haastattelujen tuottama tieto myöskään ole yleistettävissä. Kyseessä on pikemminkin pieni otos, joka on valittu tarkoituksellisesti palvelemaan tutkijan tiedonintressiä (Patton 1990, 169). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu tiedonkeruumenetelmä, jossa haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta siitä kuitenkin puuttuu strukturoidulle haastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys (Tiittula & Ruusuvuori 2009, 11). Teemahaastattelujen onnistuminen edellyttää haastattelurungon huolellista suunnittelua. Haastatteluja suunnitellessani reflektoin tutkimusteemastani jo tietämäni sekä sitä, millaisia tiedollisia katvealueita minulla oli. Päädyin sisällyttämään haastattelurunkoon (Liite 4) kolmetoista laajaa kysymystä, jotka kiinnittyivät kuuteen teemaan: *perustietoihin haastateltavan edustamasta terapiasuuntauksesta sekä hänen suhteestaan erilaisiin terapeuttisiin viitekehäyksiin, terapiakoulutukseen hakeutumisen motivaatioperustaan, asiakasnäkökulmaan, sosiaalityöntekijä-terapeutti kaksoispositiolle annettuihin merkityksiin, kokemuksiin työyhteisön suhtautumisesta terapiakoulutettuun sosiaalityöntekijään sekä potentiaalisiin jatkokouluttautumissuunnitelmiin*. Haastattelurunkoa hahmotellessani huomioin sen, että haastateltavat olivat jo vastanneet kyselyyni, jonka kautta heidät myös oli rekrytoitu haastattelututkimukseen, ja tutkimusteemani oli heille sikäli jo ennestään tuttu. Haastattelujen rakentaminen *Kerro minulle jotain työstäsi psykiatrisena sosiaalityöntekijänä* tyyppisten avausten pohjalta olisi antanut informanteille kuvan pyrkimyksestä etäännyttää heidät keinotekoisesti heidän jo ennalta tietämästään tutkimustehtävästäni.

Haastatteluissa annoin haastateltavilleni mahdollisuuden puhua asioista vapaasti, jolloin tehtävänäni oli pyrkiä pitämään huolta siitä, että tutkimuskysymyk-

siini vastaamisen kannalta olennaiset teema-alueet tulivat kartoitetuiksi, vaikka niiden järjestys ja laajuus saattoivatkin vaihdella haastattelusta toiseen (Eskola & Vastamäki 2001, 26–27). Haastatteluilla pyrin saamaan esiin tutkimuskohteeni moni-ilmeisyyden, tavoittamaan tutkittavan ilmiön erilaiset vivahteet ja tiivistämään ne niin, että kuvauksen uudet ulottuvuudet välittävät haastateltavien todellisia ajatuksia ja kokemuksia. Kutakin teemaa koskevia, väljästi muotoiltuja kysymyksiä syvensin esittämällä tarkentavia lisäkysymyksiä, mikäli katsoin sen haastattelutilanteessa tarpeelliseksi. Pyrin myös testaamaan haastattelutilanteessa vastauksista tekemiäni tulkintoja kysymällä haastateltavilta *Ymmärsinkö oikein?* tai *Onko tulkintani oikeansuuntainen?* tyyliä täsmentäviä kysymyksiä.

Vaikka valitsin kahdeksan haastateltavaa (ks. luku 5.1), lähdin toteuttamaan haastatteluja lyömättä ennalta lukkoon niiden lopullista määrää, sillä koin saavani haastatteluista enemmän irti suhtautumalla niiden tuottamaan tietoon mahdollisimman avoimesti. Saturaatio eli ilmiö, jossa uudet tapaukset eivät enää tuota tulokinnan kannalta oleellista uutta tietoa (Eskola & Suoranta 1998, 62; Mäkelä 1990, 52) alkoi selkeästi todentua kuudennessa ja sitä seuraavissa haastatteluissa. Toteutin haastattelut niin, että neljässä ensimmäisessä haastattelussa informantteina oli sosiaalityöntekijöitä, joiden terapiakoulutus ja psykiatrian erikoisala erosivat toisistaan. Viidennestä haastattelusta lähtien informanttien terapiakoulutukset ja erikoisalat alkoivat toistua, jolloin viimeiset haastattelut lähinnä vahvistivat aiemmissä haastatteluissa esiintyneitä jäsenyystapoja esimerkiksi sosiaalityöntekijän ja terapeutin roolien yhdistämisestä. Mikäli kokemukseni saturaatiosta ei olisi ollut niin vahva kahdeksan haastattelun jälkeen, olisin tehnyt haastatteluja enemmän. Aineistonkeruu ja analyysi ovat siis aktiivisesti vuorotelleet tulkintaprosessissani, jossa olen edennyt poimien osin edellisissä haastatteluissa informanttien esiin nostamia asioita seuraavien haastatteluiden tarkentaviksi kysymyksiksi ja testaten näin tulkintojeni paikkansapitävyyttä seuraavien informanttien näkemyksiin peilaten.

Pidin haastatteluista haastattelupäiväkirjaa, johon kirjasin kunkin haastattelun jälkeen sen keston, yleistunnelman ja haastattelun aikana mieleeni nousseet ajatukset, koska ennakoin ne tarpeellisiksi varsinaisessa analyysissä. Haastattelupäiväkirja osoittautui hyödylliseksi, sillä vaikka olin sosiaalityöntekijänä tottunut kohtaamaan ihmisiä erilaisissa tilanteissa ja asioiden puheeksi ottaminen ei ollut minulle hankalaa, tiedostin nauhoitettavan haastattelutilanteen kuitenkin aina poikkeavan normaalista, vapaamuotoisesta keskustelusta, ainakin haastattelun alkuvaiheessa. Pienestä koostaan huolimatta jo digisanelimen läsnäolo vaikutti epäilemättä alitajuisesti jollain lailla sekä minun että jokaisen haastateltavan käyttäytymiseen, vaikka kaikki haastattelut sujuivatkin rauhallisen ja miellyttävän ilmapiirin vallitessa. Myös oma alitajuinen huoleni jokaisen teeman riittävän perinpohjaisesta läpikäymisestä vaikutti varmasti toimintaani haastattelutilanteissa. Aistin kuitenkin, että haastateltavat pitivät tutkimusaiheittani tärkeänä ja he aidosti pohtivat esittämiäni kysymyksiä syvällisesti.

Haastattelut onnistuivat teknisesti hyvin. Vain yhden haastattelun loppupuolella ilmeni teknisiä ongelmia digisanelimen paristojen virran ehdyttyä. Tämän haastattelun viimeisen kysymyksen osalta jouduin turvautumaan käsin tehtyihin muistiinpanoihin. Lisäksi yksi haastattelu jouduttiin keskeyttämään puhelimen soitua, mutta paluu haastattelun teemasisältöihin ja rentoon tunnelmaan onnistui hyvin heti puhelun päätyttyä. Tekniset haasteet ja ennakoimattomat olosuhdetekijät eivät siis vaikeuttaneet haastattelujen tekemistä.

Kahdeksasta haastattelusta kertyi litteroitua tekstiä yhteensä 74 sivua rivivälillä yksi. Litteroin haastattelut sanatarkasti, sillä halusin vielä analyysivaiheessa pystyä palauttamaan mieleeni mahdollisimman tarkasti kunkin haastattelun yleisen tunnelman ja esimerkiksi kohdat, joissa haastateltava joutui pohtimaan vastaustaan tavallista pidempään. Vaikka en jo tutkimusetiikan vuoksi voi olettaa enempää kuin mihin sosiaalityöntekijöiden julkilausutut vastaukset antavat aihetta, miellän esimerkiksi poikkeuksellisen pitkien hiljaisten mietintätaukojen tai kiertelemään pyrkivien "kautta rantain" vastausten kertovan minulle tutkijana jotain olennaista esimerkiksi käsiteltävän teeman arkaluontoisuudesta tai henkilökohtaisesta haastavuudesta.

## **5.6 TUTKIMUSAINEISTOT, ANALYYSIEN TOTEUTTAMISJÄRJESTYS JA ANALYSOINTITAVAT**

Olen käyttänyt tutkimuksessani kolmea erilaista aineistoa. Pelkistetysti ilmaistuna tutkimusaineistoni koostuu kyselyaineistosta ja kyselyä seuranneen haastattelututkimuksen aineistosta. Syvällisemmin tarkastellen jo kyselyaineistoni kuitenkin jakautuu sekä määrälliseen että laadulliseen osaan, jossa määrällisen osan muodostavat strukturoidut kysymykset ja laadullisen osan avoimet kysymykset, joihin sosiaalityöntekijät ovat vastanneet tuottamalla käsin kirjoittaen ammatillisuuttaan koskevia tekstejä. Haastatteluaineisto puolestaan koostuu minun ja haastateltavien välisessä vuorovaikutuksessa syntyneistä keskusteluista, jotka on litteroitu tekstiaineistoiksi. Tutkimuksessani toteutuukin metodisen triangulaation ohella myös niin sanottu aineistotriangulaatio (ks. esim. Patton 1999, 1193).

Tutkimuskohteeni ymmärtäminen on mahdollista vain ilmiölle annettujen merkitysten kokonaisvaltaisen tulkinnan kautta, jolloin määrällinen ja laadullinen tarkastelutapa tukevat toisiaan. En halua rakentaa tutkimukseeni metodologista kahvijakoa kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen välille, vaan ymmärrän niiden kykenevän tuottamaan samaa tutkimuskohdetta hieman eri tavoin kuvaavaa ja selittävää tietoa. Tutkimukseni kvantitatiivinen osuus tuottaa tietoa, joka on – tietyn varauksin – yleistettävissä. Kvalitatiivinen osuus puolestaan lisää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä yksittäisten sosiaalityöntekijöiden kokemusten ja niiden sanallisten merkityksenantojen kautta ja avaa näin tutkimuskohteeni moniulotteisuutta tavalla, johon pelkkä tilastollinen analyysi ei antaisi eväitä. Pattonin (1999, 1192) mukaan triangulaation ydinajatuksena onkin, että eri menetöt paljastavat to-



dellisuudesta erilaisia näkökulmia, jolloin suurin tutkimuksellinen hyöty on mahdollista saavuttaa yhdistämällä samassa tutkimuksessa sekä erilaisia aineistonhankinta- että analyysimenetelmiä. Taulukkoon 1 olen tiivistänyt tutkimukseni empiiriset tutkimusaineistot ja niiden analysointitavat.

Taulukko 1. Empiiriset tutkimusaineistot

<b>Aineisto</b>	<b>Tapausten määrä</b>	<b>Aineistotyyppi</b>	<b>Analysointitapa</b>
lomakekysely, kvantitatiivinen data: kysymykset 1–3, 5–31a, 32a ja 33–37	n = 249/400, vastausprosentti 62,3	numeerinen aineisto	tilastollinen analyysi IBM SPSS Statistics 25 ohjelma: suorat jakaumat, ristiintaulukoinnit, eksploratiivinen faktorianalyysi, riippumattomien otosten t-testi, yksisuuntainen varianssianalyysi
lomakekysely, kvalitatiivinen data: kysymykset 4, 31b, 32b ja 38–39 sekä lisätiedot kvantitatiivisiin kysymyksiin 28, 35 ja 36	n = 249/400	kirjallinen tekstiaineisto	laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jossa hermeneuttinen, merkitysrakenteiden ymmärtämiseen pyrkivä tulkintatapa
teemahaastattelut	8 haastateltavaa, litteroidun aineiston laajuus 74 sivua	elektronisesta talletteesta litteroitu kirjallinen tekstiaineisto	laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jossa hermeneuttinen, merkitysrakenteiden ymmärtämiseen pyrkivä tulkintatapa

Olen toteuttanut tutkimukseni monimenetelmäisesti, yhdistämällä määrällisen ja laadullisen tutkimusotteen. Monimenetelmäiseen tutkimusasetelmaan liittyy olennaisesti kysymys paitsi aineistojen analysointitavoista, myös niiden analysointijärjestyksestä. Muodostaakseni kokonaisvaltaisen kuvan tutkimuskohteestani, olen noudattanut vaiheittaisen selittämisen strategiaa (ks. Creswell 2009), sitoutuen ajatukseen, jonka mukaan erilaiset ja eri tavoin analysoidut aineistot tuottavat toisiansa tukien tutkimuskohdetta eri tavoin valottavaa tietoa, joka myös täsmentyy tutkimuksessa vaihe vaiheelta. Tutkimukseni ei siis ole puhtaasti määrällinen tai puhtaasti laadullinen, vaan nimenomaan monimenetelmäinen. Tutkimusmenetelmän valinnan on tärkeää perustua tutkimuksen tiedonintressiin, ja tutkimuksen menetelmällisten valintojen arviointi on mielekästä vain suhteessa siihen.

Tutkimukseni tiedonkeruu alkoi kyselyllä, joka sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä. Saatuaani kyselyn vastaukset, tallensin ne määrällisen aineiston osalta SPSS-ohjelmaan ja laadullisen aineiston osalta siirsin ne tekstinkäsittelyohjelmaan. Aloitin varsinaisen analyysin tarkastelemalla kyselyn määrällistä osaa suorilla jakaumilla ja ristiintaulukoimalla saadakseni selville, kuinka moni vastanesta sosiaalityöntekijöistä oli myös laillistettu terapeutti, mitä terapiasuuntauksia

laillistetut terapeutit edustivat ja kuinka terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät asemoituivat suhteessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon erikoisaloihin. Vaiheittaisen selittämisen strategian näkökulmasta alustava tilastollinen tarkastelu tuotti yleisymmärryksen siitä, että terapeutin orientaatio on todellinen ilmiö psykiatrisessa sosiaalityössä, ja tämän aiemmin vaietun ja tutkimatta jääneen aiheen jatkotarkastelu on siksi mielekästä ja perusteltua.

Tilastollisesti yksinkertaisen alustavan analyysin jälkeen jätin kvantitatiivisen aineiston tietoisesti syrjään ja siirryin kyselyn tuottaman laadullisen aineiston pariin. Halusin tarkastella kyselyn kvalitatiivista aineistoa aineistolähtöisesti, vapaana tarkempien tilastoanalyysien ajatteluani mahdollisesti ohjaavasta vaikutuksesta. Kvalitatiivisen analyysin kulun avaan tarkemmin myöhemmin tässä luvussa, otsikon *Laadullisen aineiston aineistolähtöinen analyysi* alla. Kyselyn laadullisen aineiston analyysin jälkeen otin yhteyttä kahdeksaan potentiaaliseen haastateltavaan, joiden valinnan olen kuvannut edellä luvussa 5.1. Haastattelujen käytännön toteutuksen olen puolestaan kuvannut edellä luvussa 5.5. Haastattelumateriaalin sanatarkan litteroinnin jälkeen analysoin haastattelut niin ikään aineistolähtöisesti, kuitenkin verraten haastatteluaineiston tuottamaa tietoa aktiivisesti kyselyn laadullisen osan aineistoon, etsien aineistoista mahdollisia yhteneväisyyksiä ja eroja. Olen hahmottanut laadullisen aineiston analyysin kokonaisuutena. Vaiheittaisen selittämisen strategian näkökulmasta ensin kerätty ja analysoitu kyselyn laadullinen aineisto antoi kattavan esiyymmärryksen mielenkiintoni kohteena olevasta ilmiöstä, jonka monivahteisuutta ja -ulotteisuutta myöhemmin kerätty ja analysoitu haastatteluaineisto avasi lisää, mahdollistaen samalla ilmiöön kiinnittyvien merkitysten syvällisemmän tarkastelun. Laadulliset aineistot muodostivat tiiviisti integroidun kokonaisuuden, jonka vuoksi en pidä mielekkäänä erottaa niiden tuottamaa tietoa toisistaan tutkimuksen tulosesosassa.

Analysoin tutkimukseni molemmat laadulliset aineistot ennen tarkempien tilastollisten analyysien, mukaan lukien faktorianalyysit, suorittamista. Tilastolliset analyysit eivät siis ole toimineet laadullista analyysiä ohjaavina. Kaikkien tutkimukseni aineistojen analyysiä on määrittänyt vahva pyrkimys aineistolähtöisyyteen. Vastaavan aiemman tutkimuksen tarjoaman esitiedon ja vertailupinnan puuttuessa pidin tärkeänä edetä tutkimuksessa aineisto edellä. Kvantitatiivisiin kyselyihin yhdistetään usein teorialähtöisyys. Tämän tutkimuksen tiedonkeruussa hyödynnetyssä kyselyssä määrällisten kysymyspatteristojen tarkoituksena oli saada tietoa esimerkiksi psykiatrisen sosiaalityön konkreettisista työtehtävistä ja työtä ohjaavista teoreettisista jäsennostavoista ilman minkään tehtäväryhmän tai orientaation rajaamista tarkastelun ulkopuolelle. Tätä pyrin vahvistamaan *jokin muu; mikä* vastausvaihtoehtoilla. Kyselytutkimuksen tuottamalle tilastolliselle aineistolle suorittamani faktorianalyysien tarkoituksena oli saada aineistosta esiin perusulottuvuuksia, jotka auttavat jäsentämään psykiatrisen sosiaalityön käytännön todellisuutta – ei testata etukäteisteorioiden toimivuutta. Ainoa teoreettinen jäsennosto, jota kyselylomakkeen laadinnassa hyödynsin, oli Paynen kolmimalli, jonka toimivuutta testasin kysely-

lomakkeen kysymyspatteristossa 17. Vaikka tämä aiheuttikin murtuman kyselyn yleiseen aineistolähtöisyyteen, pidän Paynen ajatteluun löyhästi ankkuroitua kysymystä tutkimustehtävänä kannalta olennaisena; onhan Paynen kolmimalli yksi harvoista sosiaalityötä jäsentävistä teoreettisista konstruktioista, joissa ylipäänsä esiintyy käsite 'terapeuttisuus'. Yksittäinen teoriasidonnainen kysymys ei määrittänyt koko muun aineiston analyysiä.

## **Määrällisen aineiston tilastollinen analyysi**

Kyselytutkimukseni tuottaman määrällisen aineiston olen analysoinut tilastollisesti IBM SPSS Statistics 25 -ohjelmalla, pyrkimyksenäni tiivistää numeerinen havaintoaineisto helpommin tulkittavaan muotoon (Nummenmaa ym. 1997, 37). Tiedonintressistäni ja siihen perustuvasta kunkin kysymyksen muodosta riippuen olen käyttänyt tilastollisessa analyysissä suoria jakaumia, ristiintaulukointia, eksploratiivista faktorianalyysiä, riippumattomien otosten t-testiä sekä yksisuuntaista varianssianalyysiä. Tilastollisen merkitsevyyden raja oli  $p < 0,05$  (ks. esim. Metsämuuronen 2009).

Kyselylomakkeen kysymysten 14–18, 27 ja 34 tuottaman aineiston tilastollisessa analyysissä sovelsin faktorianalyysiä. Faktorianalyysi on lineaarinen malli, jossa selitettävänä tai selitettävänä on joukko muuttujia, joita ei periaatteessa tiedetä etukäteen, vaikka tutkijalla usein voikin olla niistä eritasoisia ennakoarvauksia ja oletuksia (Alkula ym. 1994, 268). Faktorianalyysiä käytetään erityisesti ominaisuuksien, joita ei voida havaita sellaisenaan, tutkimiseen (Eskola 1995, 248–249). Menetelmän perusideana on kuvata muuttujien kokonaisvaihtelua pienemmällä muuttujien määrällä eli niin sanotuilla piilomuuttujilla, jotka faktorianalyysissä pyritään löytämään (Heikkilä 2004, 248). Faktorianalyysin tavoitteena ei kuitenkaan ole vain tiivistää tutkimusaineistoa ja siinä ilmeneviä vaihteluita määrällisesti, vaan pikemminkin kuvata faktoreiden ja aineisto-osoiden välisiä yhteyksiä. Tällöin faktorianalyysin ensisijaisena funktiona on tuottaa jatkoanalyysin kannalta olennaista informaatiota. (Vehkalahti 2008, 99.)

Piilomuuttujien eli faktoreiden löydyttyä tutkijan tehtävänä on tulkita ja nimetä ne. Tulkinta ja nimeäminen perustuvat siihen, mitkä alkuperäisistä muuttujista korreloivat vahvimmin kyseisen faktorin kanssa. (Heikkilä 2004, 248.) Faktoreilla ei ole omaa, indikaattoreistaan erillistä sisältöä. Faktori on siis hypoteesi siitä, kuinka eri osoiden väliset korrelaatiot voidaan saattaa ymmärrettävään muotoon. (Ketokivi 2015, 121.) Näen faktorianalyysin kiinnittyvän välillisesti myös hermeneuttiseen tutkimusotteeseen, edellyttäähän löydettyjen faktoreiden nimeäminen aina myös asiakokonaisuuden ja siihen kiinnittyvien merkitysten sisällöllistä ymmärtämistä.

Kullekin löytyneelle faktorille voidaan nimeämisen lisäksi myös laskea faktori-pisteet, jotka kuvastavat piilomuuttujien arvoja ja joita voidaan hyödyntää jatkoanalyysissä itsenäisinä muuttujina. Faktorianalyysistä saatavat kommunaliteetit puolestaan kertovat, kuinka suuren osan kyseisen muuttujan vaihtelusta kukin faktori kykenee selittämään. (Heikkilä 2004, 248.) Faktorianalyysi voidaan jakaa eks-

ploratiiviseen (EFA) ja konfirmatoriseen (CFA). Tämän tutkimuksen kaikki faktori-analyysit ovat luonteeltaan eksploratiivisia, sillä tavoitteenani oli löytää muuttujien väliltä yhteneväisyyksiä eikä ryhmitellä muuttujia jonkin yksiselitteisen etukäteis-jäsennyksen mukaisesti. Vastaavanlaisen aiemman tutkimuksen puuttuessa pyrin löytyneiden faktoreiden avulla pikemminkin luomaan mahdollisimman aineisto-lähtöisesti uutta tietoa, en testaamaan aiempia oletuksia.

Faktorianalyysin käytölle tässä tutkimuksessa on omat rajoitteensa, jotka liitty-vät erityisesti kysymysten verrattain pieneen muuttujamäärään. Kysymyksessä 16 muuttujia oli vain 9 ja kysymyksissä 17 ja 18 vastaavasti vain 13. Muuttujajoukkoon voidaan soveltaa faktorianalyysiä tilanteissa, joissa Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) arvo on vähintään 0,6 ja Bartlettin sfäärisyystesti tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0.001$ ) (Jokivuori & Hietala 2007, 96). Faktorianalyysi ei sovellu kysymyksen 16 tuottaman tiedon analysointimenetelmäksi KMO-arvon jäädessä alle suositeltavana raja-arvona yleisesti (ks. esim. Heikkilä 2004; Jokivuori & Hietala 2007) pidetyn 0,6. Esitän kysymyskohtaiset KMO-arvot ja tilastolliset merkitsevyydet taulukossa 2.

Taulukko 2. Faktorianalyysien tilastolliset tunnusluvut

Kysymyksen numero	Havaintojen määrä	Löytyneiden fakto-reiden määrä / al-kuperäisten muut-tujien määrä	KMO	Bartlettin p-arvo
14	223/249	4/23	0,783	$p < 0,001$
15	193/249	6/23	0,736	$p < 0,001$
16	235/249	4/9	0,549*	$p < 0,001$
17	239/249	4/13	0,657	$p < 0,001$
18	232/249	3/13	0,784	$p < 0,001$
27 (1)	136/171	4/14	0,775	$p < 0,001$
34 (2)	76/77**	5/14	0,649	$p < 0,001$

1) kysymys on osoitettu vain ei-terapiakoulutetuille vastaajille

2) kysymys on osoitettu vain terapiakoulutetuille vastaajille

\* faktorianalyysi ei sovellu aineiston analyysimenetelmäksi KMO-arvon jäädessä alle suositel-lun raja-arvon 0,6

\*\* faktorianalyysin tulokseen on suhtauduttava varovaisuudella havaintomäärän ollessa  $< 100$

Asenteita mitanneissa kysymyksissä 16 ja 17 en jättänyt vastausvaihtoehtoa *En osaa sanoa* pois faktorianalyysistä, sillä ymmärrän mittarijatkumon keskellä olleen vastaajan epätietoisuuden olevan itsessään asennejatkumollinen tulos, joka on huomioitava analyysissä.

Suorittamissani faktorianalyyseissä en korvannut puuttuvia tietoja esimerkiksi muuttujan saamalla keskiarvoilla. Kaikissa suorittamissani faktorianalyyseissä käy-tin SPSS-ohjelman oletusasetusta, jossa faktoreiksi kelpuutetaan vain ominaisarvol-taan yhtä suuremmat ( $> 1$ ) faktorit. Käytin kaikissa analyyseissä suorakulmaista Va-rimax -rotaatiota. Rotaatiolla tarkoitetaan alkuperäisten faktoritulosten kiertämistä

niin, että muuttujien lataukset painottuvat mahdollisimman hyvin yksittäisiin faktoreihin, joka puolestaan helpottaa tulosten tulkintaa. (Jokivuori & Hietala 2007, 94; Vehkalahti 2008, 103–104.) Valitsin suorakulmaisen rotaation, koska halusin tulkinnan selkeyttämiseksi löytää faktoreita, jotka eivät korreloi keskenään.

Faktorilatausten merkittävyyden suositellut raja-arvot vaihtelevat jonkin verran eri metodikirjallisuudessa. Kaikissa suorittamissani faktorianalyyseissä päädyin asettamaan raja-arvoksi faktorin latausarvon 0,3. Raja-arvon asettaminen korkeammaksi, esimerkiksi 0,6, olisi mahdollisesti erotellut muuttujia vieläkin paremmin ja joillekin faktoreille olisi tuolloin voinut latautua vain yksi muuttuja. Vaikka yhden muuttujan erottuminen muista korostaakin kyseistä muuttujaa ja näin ollen helpottaa faktorin tulkintaa, koen vähintään kahden samalle faktorille latautuneen samankaltaisen – tai vastaavasti negatiivisesti latautuneen vastakkaisen sisältöisen – muuttujan tarkastelun antavan todistusvoimaa faktoreiden nimeämislle.

Faktoreiden nimeämisessä pyrin noudattamaan mahdollisimman pitkälle faktorianalyysin alkuperäistä toimintatapaa, jossa muodostuvien uusien muuttujien tulee olla nimiltään jotain muuta kuin alkuperäiset muuttujat (ks. esim. Eskola 1995, 253). Joidenkin faktoreiden kohdalla jouduin kuitenkin käyttämään osin muuttujissa esiintyneitä termejä tai niiden osia. Tutkimukseni kohdistuessa abstraktiin ilmiöön, jota jäsennetään keskenään hyvin samankaltaisilla käsitteillä, kuten terapia vs. terapeuttisuus tai psykologinen tietotaito vs. psykososiaalinen työ, on joillekin ilmiöille ja käsitteille vaikeaa, tai jopa mahdotonta löytää synonyymejä, jos käytettävien ilmaisujen tulee samanaikaisesti kyetä avaamaan muuttujien välisiä hienovaraista eroja. Miellän tämän kuitenkin rajapintatutkimuksen haasteelliseksi ominaispiirteeksi, en faktorianalyysin perusidean hylkäämiseksi. Faktoreiden muodostamisen jälkeen laskin niistä faktoripisteet, joita tarkastelin jatkoanalyyseissä uusina muuttujina.

Keskiaarvojen välisten erojen tarkastelussa käytin t-testiä sekä yksisuuntaista varianssianalyysiä. T-testi – tarkemmin Studentin t-testi – soveltuu kahden toisistaan riippumattoman ryhmän keskiarvojen testaamiseen. T-testin käytön edellytyksenä on, että muuttuja on normaalisti jakautunut. (Heikkilä 2004, 230.)

Varianssianalyysi perustuu muuttujien arvojen vaihtelun arviointiin varianssien, eli keskihajontojen neliöiden perusteella. Analyysi pohjautuu ryhmien välisen ja ryhmien sisäisen vaihtelun vertailuun. Kun tilastoyksiköt jaetaan erilaisiin ryhmiin yhden muuttujan, kuten esimerkiksi terapiakoulutuksen tai sen puuttumisen suhteen ja verrataan näiden ryhmien keskiarvoja, on varianssianalyysi tyypiltään yksisuuntaainen (One-Way ANOVA). Jos ryhmien välinen vaihtelu on huomattavasti suurempaa kuin ryhmien sisäinen, on ryhmien välillä eroa. Yksisuuntaisen varianssianalyysin käyttö edellyttää, että muuttujan arvot ovat normaalisti jakautuneet kaikilla vertailtavilla ryhmillä. Lisäksi muuttujan varianssien on oltavat eri ryhmissä yhtä suuret. (Heikkilä 2004, 224–226.)

## Laadullisen aineiston aineistolähtöinen analyysi

Olen hahmottanut laadullisen analyysin kokonaisuutena, sillä Alasuutarin (1999, 38) tapaan ymmärrän analyysin aina valottavan jonkin loogisen kokonaisuuden rakentumista. Ymmärryksen muodostaminen psykiatristen sosiaalityöntekijöiden terapeuttisen orientaation ja ammatillisen itseymmärryksen ilmiöistä edellyttää tilan antamista tutkittavien omasta viitekehyksestä tuleville tulkinnoille, joita tutkimuksessani esiintyy sekä haastatteluaineistoissa että kyselytutkimuksen laadullisissa aineistoissa. Nämä aineistot olen analysoinut laadullisen, aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä, jonka tulkintakehyksenä olen käyttänyt merkitysrakenteiden ymmärtämiseen pyrkivää hermeneuttista päättelyä (ks. luku 5.2).

Sisällönanalyysi soveltuu hyvin kirjalliseen muotoon saatetun aineiston tarkasteluun. Yksinkertaisimmillaan se on työkalu, jonka avulla järjestellään aineistoa, luokitellaan sen sisältöjä sekä tiivistetään aineistoa niin, että johtopäätösten tekeminen mahdollistuu. Sisällönanalyysi pelkästään ei kuitenkaan vie johtopäätöksiin, vaan vaatii rinnalleen tutkijan omaa ajattelua ja aineistoihin pohjautuvaa tulkintaa, eli C. Wright Millsin kuvaamaa ”sosiologista mielikuvitusta”. (Grönfors 2011, 94.) Olen tietoisesti pyrkinyt luovan ajattelun ulottamiseen koko tutkimusprosessin kattavaksi ja tehnyt aineiston analyysiä jo osin samanaikaisesti aineistonkeruun kanssa. Analyysini ei siis ole edennyt vain mekaanisten, toisistaan erillisten työvaiheiden suorittamisena, vaan on pikemminkin ollut jatkuvaan järjestykseen perustuvaa, käsitteellisellä tasolla tapahtuvaa tutkimusaineiston kokonaisvaltaista tarkastelua, jossa analyysivaiheet ovat osin päällekkäisiä (ks. Syrjälä ym. 1994, 166).

Aineistolähtöisessä analyysissä pyrkimyksenäni on ollut rakentaa empiirisiin havaintoihin pohjautuvaa teoriaa (ks. Eskola 2001, 136). Tutkimusaineistojeni sisällönanalyysissä sovelsin väljästi Tuomen ja Sarajärven (2009) esittelemää toimintamallia, jossa ensin redusoidaan eli pelkistetään aineisto, sitten klusteroidaan eli ryhmitellään se ja lopuksi siirrytään abstrahointiin eli uusien teoreettisten käsitteellistysten tasolle. Analyysini ei ole kuitenkaan noudattanut orjallisesti Tuomen ja Sarajärven tapaa, vaan on pikemminkin ollut sen pääperiaatteiden ja hermeneuttisen tulkinnan yhdistelmä, jossa olen pyrkinyt aineistojen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia tarkastelemalla löytämään sisällöllisesti loogisia merkitysrakenteita ja -kokonaisuuksia, joiden avulla tutkittavaa ilmiötä on mahdollista ymmärtää. Ymmärryksen olen saavuttanut käymällä aineistojeni kanssa aktiivista dialogia; esittämällä ensin yhdelle aineistoni osalle kysymyksiä ja alustavia vastauksia saatuani, vertaamalla niitä ja muiden aineiston osien tuottamaa tietoa toisiinsa, tarvittaessa täsmentäen ja uudelleen muotoillen merkityskokonaisuuksien sisältöjä. (Alvesson & Sköldberg 2009, 99–101; ks. myös Madison 1988.)

Analyysissäni on myös ollut piirteitä narratiivisesta lähestymistavasta, sillä kyselytutkimukseen vapaamuotoisia kirjoitelmia tuottaneet ja haastattelutilanteessa kanssani työtään pohtineet sosiaalityöntekijät ovat tuottaneet joko kirjallisia tai suullisia, työtään ja ammatillisuuttaan käsitteleviä kertomuksia eli narratiiveja.

Holstein ja Gubrium (1997) korostavat empiiristen aineistojen luontaista narratiivista luonnetta; kerrotaanhan asioista aina jollekin, joko kuulijalle tai lukijalle. Heidän mukaansa haastattelu voidaan aina nähdä todellisuuden aktiivisena tuottamisena yhdessä informantin kanssa. Vaikka tapani analysoida laadullista aineistoa kiinnittyy löyhästi myös osin narratiivisiin lähtökohtiin, tutkimuksellinen mielenkiintoni ei kuitenkaan tutkimuksen missään vaiheessa ole kohdistunut sosiaalityöntekijöiden kertomusten muodostamaan tarinallisuuteen ja kerronnan tapaan itsessään, vaan kirjallisilla ja suullisilla narratiiveilla on tutkimuksessani puhtaasti välineellinen funktio; ne vastaavat ennalta määäämiini tutkimuskysymyksiin. En siis pyri tutkimuksessani esimerkiksi rakentamaan narratiiviselle tutkimukselle ominaisia mallitarinoita, vaan narratiivisuus toimii tutkimuksessani pikemminkin varsinaista tutkimusmenetelmää laajempänä tarkastelutapana, jonka olen pitänyt mielessäni aineistoja lukiessani.

Käytännön tasolla narratiivisuus ilmeni sekä kysely- että haastatteluaineistossa pitkän ammatillisen uran jo tehneiden, erittäin kokeneiden sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa, jotka huomioivat aikaulottuvuuden; kuinka psykiatrista sosiaalityötä on tehty eri aikakausina, erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon paradigmojen vallitessa. Aikaperspektiivin lisäksi narratiiviselle tutkimusotteelle ominaisia tarinallisia elementtejä esiintyi aineistoissani myös muutospäkökulman kautta. Sosiaalityön itseymmärrystään suhteessa terapiakoulutukseen ja terapiatyöhön peilanneet sosiaalityöntekijät kertoivat ammatillisuutensa muutoksista, jotka he paikansivat terapiakoulutuksen aikaan ja sen jälkeiseen työskentelyyn. Muutokset omaksutuisa tarkastelunäkökulmissa ja suhtautumistavoissa kuvaavat hyvin ammatillista identiteettityötä, joka on sosiaalityöntekijän koko ammattiuran kestävä, osin myös alitajuinen jatkumo.

Aloitin sisällönanalyysin kirjoittamalla samaan tiedostoon puhtaaksi sosiaalityöntekijöiden kuhunkin kyselylomakkeen avokysymykseen käsin kirjoittamat vastaukset sekä luomalla litteroitujen haastatteluaineistojen pohjalta uudet tiedostot, joissa samaa teemaa koskevat haastateltavien pohdinnat oli koottu yhteen tiedostoon (haastattelu-teemat ks. Liite 5). Analyysin alkuvaiheessa aineistojen pelkistäminen, jota Tuomi ja Sarajarvi (2009) kutsuvat redusoinniksi, tapahtui siis hyvin strukturoidusti, pilkkoen aineisto osiin kysymys- ja teemakohtaisesti. Vaikka tätä menettelyä voidaan pitää varsin teknisenä, koin sen itselleni sopivimmaksi, sillä pilkkomisen perusteiden yksiselitteisyys auttoi minua selkeyttämään suurta aineistomassaa. Aineiston pilkkomisen jälkeen etenin tarkan lukemisen vaiheeseen, jossa luin samasta teemasta tai avokysymyksestä kirjoitetut tekstit useaan otteeseen saavuttaakseni mahdollisimman hyvän yleiskäsityksen aineiston sisällöstä. Jokaisella lukemiskerralla tein aineiston yhteyteen muistiinpanoja ja merkitsin aineistossa ilmenneitä teemoja ja merkityskokonaisuuksia erilaisin tekstinkäsittelyohjelman mahdollistamin huomio- ja erottelukeinoin, kuten *kursivoimalla*, **lihavoimalla**, alle-yiivaamalla sekä erilaisin tehostevärein.

Jo tarkan lukemisen alkuvaiheessa tarkastelin kysely- ja haastattelututkimuksen aineistoja vuoron perään, pyrkien jatkuvasti testaamaan sitä, esiintyivätkö kyselyaineistossa ilmenneet asiat myös haastatteluaineistossa ja päinvastoin, sekä etsien sisällöllisiä yhteneväisyyksiä tai eroavaisuuksia eri aineistojen väliltä. Tällaisesta, usean erillisen aineiston yhdistämiseen pyrkivästä tulkintatavasta on myös käytetty nimitystä ”tiheä kuvaaminen”, jonka lanseeraajana pidetään yleisesti antropologi Glifford Geertziä ja ilmentiminä hänen etnografisia teoksiaan (Geertz 1973; Geertz 1988). Tiheän kuvaamisen tarkoituksena on monipuolisia menetelmiä hyödyntämällä pyrkiä tutkimuksen kohteena olevan ilmiön mahdollisimman syvälliseen ymmärtämiseen (Eskola & Suoranta 1998). Tiheä kuvaaminen tukee hermeneuttisen tulkinnan pääajatusta; pyrkimystä tavoittaa mahdollisimman kokonaisvaltainen ja monimuotoinen ymmärrys tutkittavasta aihepiiristä tarkastelemalla aineiston osia suhteessa sen kokonaisuuteen (ks. Bergman 2010, 388). Tutkimuksessani tiheä kuvaaminen tarkoitti kuitenkin samanmuotoisten, mutta erillisten aineistojen analysointitapaa, eikä Geertzin etnografisissa tutkimuksissaan käyttämää erityyppisten aineistojen, kuten esimerkiksi havainnoinnin ja valokuvien, yhdistämistä.

Tarkan lukemisen ja tiheän kuvaamisen yhdistetyssä vaiheessa pyrin aktiivisesti irtautumaan aineistoni teema- ja kysymyskohtaisesta tarkastelusta ja aloin lukea eri kysymysten yhteydessä esiintyneitä, mutta samaa temaattista kokonaisuutta valottavia aineistokohtia rinta rinnan, poimien niitä uusien temaattisten tiedostojen alle. Näin esimerkiksi *terapiakoulutukseen hakeutumisen motiiveista* ja *terapiakoulutukseen hakeutumattomuuden syistä* muodostui työvaiheen tiedostot, jotka sisälsivät sekä kyselyssä että haastatteluissa esiin nousseita tekijöitä. Tässä analyysivaiheessa aloin myös hahmottaa aineistoista ensimmäisiä selkeitä merkityskokonaisuuksia, jotka avasivat psykiatristen sosiaalityöntekijöiden ammatillisen itseymmärryksen kannalta merkittäviä tekijöitä.

Aineiston ryhmittelyn vaihe, jota Tuomi ja Sarajärvi (2009) kutsuvat klusteroinniksi, yhdistyi alustavan abstrahoinnin vaiheeseen, jossa muodostin aineistosta esiin nousseista teemoista neljä melko laajaa ja siksi myös varsin väljää merkityskokonaisuutta, jotka olivat *sosiaalityöntekijän henkilöön liittyvät tekijät*, *terapiakoulutukseen liittyvät tekijät*, *terapiakoulutuksen puuttumiseen liittyvät tekijät* sekä *sosiaalityön toimintakontekstiin liittyvät tekijät*. Kutsun näitä aineistopohjaisesti määräytyneitä merkityskokonaisuuksia analyysiyksiköiksi. Tiedostan, että useissa sisällönanalyysin oppikirjoissa (ks. esim. Miles & Huberman 1994; Strauss 2003) analyysiyksiköiksi suositellaan pieniä aineiston osasia, kuten yksittäisiä sanoja tai sanapareja. Koska mielenkiintoni kohdistui sosiaalityöntekijöiden terapeuttisen orientaation ja ammatillisen itseymmärryksen ilmiöiden kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen, en nähnyt mielekkääksi etsiä analyysissä yksittäisiä sanoja, vaan laajempia kokonaisuuksia, jotka avaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä sen kontekstin huomioiden. Perustelen tätä metodista valintaa myös tutkimuskohteeni kannalta keskeisten termien, kuten terapeuttisuus, terapia, psykososiaalinen tai psykologis–sosiaalinen tietyn tasoisella vaikeatulkintaisuudella; myös sosiaalialalla pitkään työskennelleet,



alansa termistön hyvin tuntevat ammattilaiset voivat innostuessaan käyttää käsitteitä toistensa synonyymeina ja siksi osin epätarkasti tai ”virheellisesti”. Koska mielenkiintoni ei kohdistunut sosiaalityöntekijöiden tapaan käyttää käsitteitä, koin, ettei niiden tarkastelu sellaisenaan ja asiayhteydestään irrallisena auttaisi minua myöskään tutkimuskysymyksiini vastaamisessa.

Ensimmäisten laajojen merkityskokonaisuuksien hahmottumisen jälkeen pyrin pilkkomaan ne edelleen kompaktimpiin kokonaisuuksiin, jotka avaisivat tutkimuskohdettani seikkaperäisemmin. Tässäkin vaiheessa luin haastattelu- ja kyselyaineistoa vuorotellen, kysyen itseltäni jatkuvasti tukeeko toinen aineistokokonaisuus toisesta aineistosta tekemiäni havaintoja vai ei. Täsmäntämisen vaiheessa ensimmäisen luokitteluvaiheen temaattinen kokonaisuus *sosiaalityöntekijän henkilöön liittyvät tekijät* jakautui *sosiaalityöntekijän persoonallisuutta ja sosiaalityöntekijän henkilökohtaisia arvostuksia* käsitteleviin kokonaisuuksiin. *Terapiakoulutukseen liittyvät tekijät* jakautuivat puolestaan *sosiaalityöntekijän ulkoisesti havaittavissa olevan toiminnan ja sisäisesti koetun toiminnan tason tekijöihin*, jotka oli mahdollista jakaa edelleen niin, että sosiaalityöntekijän sisäisesti koetun toiminnan tason tekijät muodostivat merkityskokonaisuudet *itsetuntemukselliset tekijät*, *tunnesensitiivisyyttä koskevat tekijät* sekä *myötäelämisen valmiuksiin liittyvät tekijät*. Sosiaalityöntekijän ulkoisen toiminnan tason tekijät puolestaan jakautuivat edelleen *teoreettis-käsitteellisiin tekijöihin*, *käytännöllis-metodologisiin tekijöihin*, *yleisen vuorovaikutuksen tekijöihin* sekä *moniammatillisen työskentelyn valmiuksiin kiinnittyviin tekijöihin*. Teema *Terapiakoulutuksen puuttumiseen liittyvät tekijät* oli jaettavissa *koetun ulkopuolisuuden, sosiaalisen korostamisen ja sosiaalityöntekijän persoonallisuuden merkityskokonaisuuksiin*. *Sosiaalityön toimintakontekstiin liittyvien tekijöiden lähempi tarkastelu* taas osoitti kokonaisuuden jakautuvan *terveydenhuollon hierarkiaan, medikalisaatioon, moniammatillisen työn koettuihin haasteisiin, hoitotyön kokonaisvaltaistumiseen, taloudelliseen niukkuuteen ja dokumentoinnin kysymyksiin*. Esitän merkityskokonaisuuksien muotoutumisen tiivistetysti taulukossa 3.

Taulukko 3. Aineiston ryhmittely laadullisen analyysin tuottamien merkityskokonaisuuksien mukaan

Alustava merkityskokonaisuus	Täsmentynyt merkityskokonaisuus	Edelleen täsmentynyt merkityskokonaisuus
sosiaalityöntekijän henkilöön liittyvät tekijät	persoonallisuus	
	henkilökohtaiset arvostukset	
terapiakoulutukseen liittyvät tekijät	ulkoisesti havaittavissa oleva toiminnan taso	teoreettis-käsitteelliset tekijät
		käytännöllis-metodologiset tekijät
		yleisen vuorovaikutuksen tekijät
	sisäisesti koettu toiminnan taso	moniammatillisen työskentelyn valmiuksiin kiinnittyvät tekijät
		itsetuntemukselliset tekijät
		tunnesensitiivisyyttä koskevat tekijät
		myötäelämisen valmiuksiin liittyvät tekijät
terapiakoulutuksen puuttumiseen liittyvät tekijät	koettu ulkopuolisuus	
	sosiaalisen korostaminen	
	sosiaalityöntekijän persoonallisuus	
sosiaalityön toimintakontekstiin liittyvät tekijät	terveydenhuollon hierarkkisuus	
	medikalisaatio	
	moniammatillisen työskentelyn koetut haasteet	
	hoitotyön kokonaisvaltaistuminen	
	taloudellinen niukkuus	
	työn dokumentointi	

Abstrahointivaiheessa järjestin tutkimusdatan niin, että sen perusteella aineistosta tehdyt johtopäätökset oli mahdollista irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista tai lausumista siirtämällä ne yleiselle käsitteelliselle tasolle (Grönfors 2011, 85). Abstrahoinnissa pyrin siis kytkemään empiirisen aineiston teoreettisiin käsitteisiin (Hämäläinen 1987, 38) ja tiivistämään aineistoni tuottaman tiedon käsitteellisiin teemoihin, jotka valottaisivat tutkimukseni kohteena olevaa ilmiötä mahdollisimman tarkasti. Tässä vaiheessa laadullinen aineistoni alkoi jäsentyä temaattisesti siihen muotoon, jossa sen esitän käsillä olevassa tutkimuksessa. Lopullinen esitystapa pohjautuu kuitenkin laadullisten ja määrällisten tulosten vuoropuheluun. Esitän samaa asiakokonaisuutta koskevat määrälliset ja laadulliset tulokset samojen temaattisten tuloslukujen alla, jolloin laadullisessa aineistossa esiin nousseita merkityskokonaisuuksia on peilattu ja edelleen täsmennetty suhteessa vasta laadullisen

aineiston analyysin jälkeen suoritettujen faktorianalyysien esiin nostamiin ulottuvuuksiin. Tuloslukujen jäsentäjinä toimivat Luhmannin teoreettiset käsitteellistykset, joihin peilasin empiirisiä tuloksiani.

Abstrahointia voidaan pitää kurinalaisena, kun se liittyy saumattomasti tutkijan omaan intensiiviseen kokemukseen tutkittavasta ilmiöstä (Grönfors 2011, 85). Taivoittelin tällaista saumattomuutta palaamalla tutkimukseni kirjoittamisen eri vaiheissa vielä useaan otteeseen aineistojeni pariin, tarkastelemalla esimerkiksi tekemieni luokittelujen ja niihin liittyvien aineistositaattien välistä suhdetta kriittisesti arvioiden.

Taulukossa 4 esitän esimerkin aineiston analyysistä, joka on edennyt alkuperäisilmauksista pelkistettyyn ilmaisuun, luokitteluun ja käsitteellistykseen. Esimerkissä on tarkasteltu kyselylomakkeen kysymykseen numero 39 *Onko mielessäsi tekijöitä, jotka hankaloittavat sosiaalityön asiantuntemuksen hyödyntämistä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa?* annettuja avovastauksia. Esimerkki osoittaa, että analyysitapani on pääpiirteissään noudattanut esimerkiksi Tuomen & Sarajärven (2009) sekä Milesin & Hubermanin (1994) esittelemiä sisällönanalyysin vaiheita, mutta se ei ole edennyt vain pelkistysten kautta, vaan siirtymässä alaluokasta yläluokkaan olen pyrkinyt näkemään asiat niiden merkitysten kautta, jolloin esimerkiksi koettu puute tiedoissa näyttäytyy tarpeena tietoon ja erilaiset, ristiriitoja aiheuttaneet näkökulmat näyttäytyvät tarpeena yhteisesti jaettuun viitekehykseen. Tämä on tuonut analyysiini kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen pyrkivän hermeneuttisen ulottuvuuden. Olen myös tiivistänyt pelkistämistä jättämällä luokitteluista pois monissa oppaissa mainitun pääluokan ja siirtynyt suoraan yhdistävään luokkaan.

Taulukko 4. Esimerkki merkityskokonaisuuksien muotoutumisesta laadullisen aineiston analyysissä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
<i>"Käsitteiden ja erilaisen teorian- ja terapia-perinteiden tuntemattomuus eli tiedon puute sosiaalityöntekijän kannalta."</i>	ulkopuolisuus tarvittavan teoreettisen tiedon puuttuessa	tiedon puute	tarve tietoon	teoreettisten metodologisten valmiuksien lisääminen
<i>"Vankkakin sosiaalityön asiantuntemus jää helposti marginaaliin, kun 95 prosenttia työyhteisöstä ajattelee päänsisäisiä."</i>	ulkopuolisuus suhteessa psykologiseen ajatteluun	näkökulmien erilaisuus	tarve erilaisten viitekehysten yhteensovittamiseen	
<i>"Sosiaalityö pyritään usein lokeroimaan ja eriyttämään hoitoprosessista - ei esimerkiksi oteta sosiaalityöntekijää tiimeihin mukaan kuin silloin kun on jokin erityinen sosiaalinen ongelma."</i>	ulkopuolisuus kokonaisvaltaisesta hoitoprosessista	puutteellinen osallisuus hoidossa	tarve yhteisiin työmenetelmiin	

Analyysin ja synteessin vaiheet ovat käyneet sisällönanalyysissäni käsi kädessä. Olen ensin pyrkinyt hajottamaan keräämäni aineistot käsitteellisiin osiin ja myöhemmin kokoamaan niistä muodostuneet merkityskokonaisuuksien palaset uudelleen johtopäätöksiksi. (Ks. Grönfors 2011, 85; Syrjälä ym. 1994, 166.) Verrattain runsaalla aineistositaattien käytöllä avaan lukijalle päättelyni kulkua läpi tutkimuksen tulososan. Yhtenä erottavana analyysi- ja synteessimenetelmänä tutkimuksessani on toiminut tyypittely, jota olen käyttänyt konstruoidessani sosiaalityöntekijätyypit psykiatristen sosiaalityöntekijöiden erilaisista ammatillisista itseymmärryksistä (ks. luku 8.3). Tyypittely on perustunut sosiaalityöntekijöiden työorientaatioiden samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien näkyväksi tekemiseen niin, että luotu tyypittely sisältää kaikki aineistossa esiintyneet jäsennystavat.

## 5.7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Kaikilla tutkimusmenetelmillä on omat vahvuutensa ja heikkoutensa, jolloin mahdollisuuteni laadukkaasti tutkimuksen tekemiseen kytkeytyvät tutkimuksen rajoitteiden tunnustamiseen ja aukikirjoittamiseen. (Giorgi & Giorgi 2008, 47.) Tutkimukseni luotettavuus kiinnittyy käyttämäni mittareiden luotettavuuteen, joka puolestaan perustuu käsitteiden operationalisoinnin onnistumiseen (Metsämuuronen 2009, 53, 67). Tutkimuksen luvussa 5.4 olen avannut ja perustellut laatimani kysely-

lomakkeen sisällöllistä rakentumista. Tutkimukseni laatuun ja luotettavuuteen liittyvät olennaisesti kysymykset tutkimuksen validiteetista ja reliabiliteetista, joista validiteetti viittaa tutkimuksen loogisuuteen ja reliabiliteetti sen toistettavuuteen.

## **Validiteetti**

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa käytettyjen mittareiden suhdetta siihen mitä niillä on tarkoituskin mitata. Validiteetti kuvaa siis tutkimuskysymysten ja aineiston vastaavuutta, jolloin sitä tarkasteltaessa on kysyttävä, onko aineistolla mahdollista vastata esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja onko aineiston käsittely ja tulosten raportointi suoritettu systemaattisesti ja riittävän läpinäkyvästi (Ruusu-vuori ym. 2010, 27). Validiteetti voidaan edelleen jakaa sisäiseen ja ulkoiseen.

*Sisäistä validiteettia* on tutkimuksessa, jonka teoreettisten ja käsitteellisten määritteiden suhde toisiinsa on looginen. Mittaria voidaan pitää sisällöllisesti validina, kun tutkija on osoittanut indikaattorin kattavan käsitteen teoreettisen sisällön riittävässä määrin. Sisäisen validiteetin saavuttaminen edellyttää siis teoreettisten johtopäätösten, käsitteiden ja hypoteesien johdonmukaisuuden tarkistamista. (Grönfors 2011, 103–104; Ketokivi 2015, 104–106.) Olen verrannut aineistonkeruuvälineiden, aineiston ja tulosten välistä suhdetta aktiivisesti pitkin tutkimusprosessia. Tutkimusaineistoilla oli mahdollista vastata esittämiini tutkimuskysymyksiin, joka vahvistaa tutkimuksen sisäistä validiteettia. Schofield (1993) toteaa sisäisen validiteetin todentuvan lopulta aina siinä, kuinka kerätyn aineiston eri näkökannat täydentävät toisiaan analyysin aikana ja kuinka sisältörikas kuvaus tutkittavasta aihepiiristä on mahdollista luoda aineiston pohjalta. Kartoitin tutkimuskohdettani sekä laadullisin että määrällisin tavoin varmistaakseni ilmiön kokonaisvaltaisen tarkastelun. Tavoittelin myös mahdollisimman sisältörikasta kuvausta tutkimukseni kohdeilmioista. Käytännössä tämä on todentunut pyrkimyksessäni tuoda tutkimuksessa julki mahdollisimman suuri informanttien kokemusvivahteiden kirjo.

*Ulkoinen validiteetti* kuvaa puolestaan teoreettisten johtopäätösten ja empiirisen aineiston välistä suhdetta. Haastattelututkimuksessa aineisto on ulkoisesti validia, kun informantit ovat antaneet totuudenmukaisia tietoja tutkittavasta ilmiöstä. Tämä voidaan tarkistaa esimerkiksi vertaamalla eri haastateltavilta saatuja samaa asiaa koskevia tietoja toisiinsa, tai vertaamalla haastattelutietoa muilla tavoin kerättyyn tietoon. (Grönfors 2011; Ketokivi 2015.) Esitän sekä kvantitatiiviset että kvalitatiiviset tulokset samojen temaattisten lukujen alla. Näin toimien tarjoan lukijalle mahdollisuuden muodostaa kokonaiskäsitys aineistojeni kattavuudesta ja siitä, kuinka erilaiset aineistot täydentävät toisiaan. Samalla pyrin paitsi vahvistamaan tutkimuksen ulkoista validiteettia, myös antamaan lukijalle mahdollisuuden arvioida sen toteutumista.

## Reliabiliteetti

Tutkimuksen reliabiliteetti kiinnittyy mittauksen toistettavuuteen, tulosten tarkkuuteen ja tutkimuksen kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Heikkilä 2014, 178; Valli 2001, 92). Reliabiliteetti on sitä parempi, mitä todennäköisemmin samoilla proseduureilla kerätyllä ja samalla tavalla analysoidulla aineistolla voidaan päätyä myös uusintatutkimuksessa samanlaisiin tuloksiin. Tutkimuksen aineistonhankinnassa käyttämäni kyselylomake ja teemahaastattelurunko ovat tutkimuksen liitteinä (Liitteet 2 ja 4). Olen myös konstruoinut kaikista suorittamistani analyyseistä mahdollisimman tarkan kuvauksen, joten toistettavuuden näkökulmasta tutkimus olisi teoriassa toistettavissa verrattain helposti. Käytännössä huomattava osa vastaajista on kuitenkin voinut vaihtua esimerkiksi eläköitymisten, työpaikan vaihdosten tai organisaatiouudistusten myötä, jolloin mahdollisen uusintatutkimuksen tulokset voisivat olla hyvinkin erilaisia, vaikka tutkimus lähtökohdiltaan olisikin reliabeeli.

Tutkimuksen kvalitatiivisessa osassa reliabiliteetin kysymykset kiinnittyvät ennen kaikkea aineiston analyysin arvioitavuuteen, luotettavuuteen ja uskottavuuteen. Kirk ja Miller (1986, 41–42) korostavat laadullisen tutkimuksen reliabiliteetin arvioinnissa tulosten johdonmukaisuuden pohdintaa. Grönfors (2011) puolestaan peräänkuuluttaa tutkimusprosessin mahdollisimman yksityiskohtaista kuvaamista, joka Mäkelän (1990, 53) mukaan mahdollistaa tutkimuksen ainakin osittaisen toistettavuuden niin, että toisen tutkijan on mahdollista päätyä myös uusintatutkimuksessa samankaltaisiin tuloksiin. Reliabiliteetin kysymykset olen huomionut pyrkimällä tuottamaan tutkimusprosessini kaikista vaiheista mahdollisimman tarkan ja seikkaperäisen kuvauksen. Tiedostan haastattelututkimuksen kuitenkin olevan aina kontekstisidonnaisen konstruktion, jolloin tulokset voivat käytännössä vaihdella niin ajan, paikan kuin tilanteenkin mukaan (Hirsjärvi & Hurme 2010, 186) jo tutkijan ja informanttien inhimillisyyden vuoksi.

## Tulosten siirrettävyys

Tutkimuksen tulokset eivät koskaan ole yleistettävissä niiden pätevyysalueen ulkopuolelle (Heikkilä 2004, 30). Suomalainen mielenterveystyön palvelurakenne on parhaillaan uudelleenmäärittelyjen ja -organisointien kohteena suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen vuoksi. Tutkimustulosten siirrettävyyteen liittyy siis organisatorisia ja tutkimuksen toteuttamisajankohtaan kiinnittyviä rajoituksia. Tilastollisten yleistysten suhteen on hyvä muistaa itsestäänselvyys; kukin aineisto kuvaa tosiasiallisesti vain kyseisen aineistonkeruuhetken tilannetta, ja näin ollen jo seuraavana vuonna kerättävä aineisto voi tuottaa aivan toisenlaista tietoa, mikäli työn reunaehdot ovat lyhyellä aikavälillä ehtineet merkittävästi muuttua.

Tutkimuksen kyselyosuuden vastausprosentti oli varsin korkea ja kyselyn ollessa Ahvenanmaan maakuntaa lukuun ottamatta ensimmäinen valtakunnallinen kokonaistutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöstä, tarjoaa se siinä positiossaan vertailupinnan tuleville samaan kontekstiin kiinnittyville suomalaisille tutkimuksille. Tulosten siirrettävyyden näkökulmasta on myös syytä muistaa, että kokonaistutkimus tuottaa otantatutkimusta suurempaa ja siten helpommin yleistettävissä olevaa tietoa.

Myös haastattelututkimuksen tuottaman tiedon siirrettävyyteen on syytä suhtautua asiaankuuluvalla kriittisyydellä. Kahdeksan haastattelun tuottama tieto ei ole tilastollisesti yleistettävissä, vaan on pikemminkin tutkimuksen tiedonintressiin pohjautuva, valikoitu näyte. Tutkimuksen laadullisten aineistojen tuottama tieto kuitenkin täydentää ja syventää kyselytutkimuksen tuottamaa tietoa ja avaa tarkastelun kohteena olevaa ilmiötä niin sanotun analyttisen yleistettävyyden (Yin 2009) eli käsitteellistysten kattavuuden keinoin. Tutkimukseni tavoitteena ei ole tuottaa absoluuttisia, ajan yli kestäviä tilastomatemattisia yleistyksiä, vaan pikemminkin käsitteellisiä yleistyksiä, joiden arvo on mahdollista hahmottaa ajan ja palvelurakenteiden muutokset ylittävänä, teoreettisena tietoisuutena sekä mahdollisuuksista että rajoitteista, joita psykiatrisen sosiaalityön terapeuttiseen orientaatioon sosiaalityön ammatillisen itseyttäytymisen rakentumisessa liittyy.

## Kato

Kyselyyn vastaamattomuus aiheuttaa tuloksiin aina jonkinasteista harhaa, koska vastaamatta jättäneet voivat joiltakin ominaisuuksiltaan olla erilaisia kuin vastanneet. Vastauskato on yleensä suurin juuri kirjekyselyssä (Heikkilä 2004, 43–44), jollainen tämän tutkimuksen kysely tyypiltään oli. Lähetin kyselyn 400:lle psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijälle (ks. kuvaus vastaajien tavoittamisesta luvusta 5.3). Kyselyyn vastasi ensimmäisen kyselykierroksen jälkeen 195 sosiaalityöntekijää, jolloin vastausprosentti oli 48,8. Uusintakyselyyn vastasi 54 sosiaalityöntekijää, jolloin kyselyyn vastanneiden sosiaalityöntekijöiden kokonaismääräksi tuli 249 ja kyselyn lopullinen vastausprosentti oli 62,3.

Miksi en suorittanut kyselyä vielä toista uusintakierrosta? Palautuneiden lomakkeiden määrä pieneni merkittävästi jo ensimmäisellä uusintakierroksella suhteessa ensimmäisen kyselykierroksen vastausmäärään. Vastausajat olivat verrattain pitkät sekä ensimmäisellä että toisella kierroksella, johon perustuen oletin, että ne sosiaalityöntekijät, jotka aikovat kyselyyn vastata, olivat sen ehtineet tekemään jo kahden kierroksen aikana. Useampien uusintakierrosten suorittaminen olisi todennäköisesti vain pitkittänyt aineistonkeruuta. Tiedostin myös, että kyselyyn vastaaminen on aina vapaaehtoista ja vastaajien motivaatio tuskin nousee, mikäli he saavat eteensä toistuvasti saman, varsin pitkän lomakkeen. Heikkilän (2004, 44) teesejä noudattaen olin pyrkinyt laatimaan saatekirjeestä jo ensimmäisellä kyselykierrok-

sella mahdollisimman motivoivan, järjestin vastaajille vaivattoman maksuttoman kyselyn palautuksen sekä suoritin uusintakierroksen nopeasti ensimmäisen kyselykierroksen jälkeen, joten koin jo tehneeni kaiken tarkoituksenmukaisen vastausprosentin kohottamiseksi. On myös hyvä pitää mielessä, että tässä tutkimuksessa on kyse niin sanotusta kokonaistutkimuksesta eli postitin kyselylomakkeen Ahvenanmaan sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta jokaiselle tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvalla sosiaalityöntekijälle. Vallin (2001, 31) mukaan on tyypillistä, että useimmissa kyselytutkimuksissa vastausprosentti jää melko alhaiseksi. Useimmat kyselytutkimukset – toisin kuin tämä tutkimus – eivät koske koko perusjoukkoa, jolloin tutkimustulosten yleistettävyyteen liittyy omat haasteensa suhteutettaessa tutkimustuloksia koko perusjoukkoon. Edellä mainitut kyselytutkimuksen yleiset lainalaisuudet tiedostaen päädyin tyytymään toteutuneeseen vastausprosenttiin jo ensimmäisen uusintakierroksen jälkeen.

Kuinka kato sitten on huomioitava tuloksissa ja niiden tulokinnassa? Koska tutkimukseni käsittelee sosiaalityön terapeutista orientaatiota ja työn itseymmärrystä, on syytä olettaa, että tutkimukseen motivoituivat vastaamaan ensisijaisesti ne sosiaalityöntekijät, jotka ovat erityisesti pohtineet näitä kysymyksiä, tai jotka mahdollisesti ovat kokeneet tutkimukseni teemat jollain tapaa problemaattisiksi työyhteisössään. On mahdollista, että juuri sosiaalityöntekijät, jotka joko olivat jo suorittaneet jonkin terapiakoulutuksen tai vaihtoehtoisesti harkitsivat sellaisen aloittamista, olivat kaikkein motivoituneimpia vastaamaan omaa mielenkiinnon kohdettaan käsittelevään tutkimukseen. Toisaalta myös sosiaalityöntekijät, jotka suhtautuivat terapeutiseen työhön ja terapiaan osana sosiaalityötä hyvin kielteisesti, olivat todennäköisesti motivoituneet ilmaisemaan näkemyksensä. Kokoavasti pidän perusteltuna olettaa, että sosiaalityöntekijät, jotka kokivat tutkimusaiheen itselleen joko erityisen läheiseksi, tai vaihtoehtoisesti kokivat siihen liittyvän merkittäviä tunnelatauksia, olivat myös aktiivisimpia vastaajia. Kadon kannalta on tärkeää tiedostaa, että hyvin todennäköisesti innokkaimmin ovat vastanneet erilaiset ääripäät, ja näiden suhtautumistapojen välimaastoon jäävät sosiaalityöntekijät, joissa aihe ei herättänyt suuria tunteita, olivat puolestaan niitä, jotka todennäköisesti jättivät vastamatta.

Varsinaisen katoanalyysin tekeminen ei ollut mahdollista, sillä aiempien, sosiaalityöntekijöiden määriä ja sijoittumista psykiatriseen erikoissairaanhoidon koskevien tilastotietojen ja selvitysten puuttuessa minulla ei ollut käytössäni edes suuntaa antavia vastaajien perusjoukkoa koskevia jakaumia, joihin olisin voinut verrata tämän tutkimuksen yhteydessä syntyneitä jakaumia. Verratessani palautuneiden kyselylomakkeiden tunnistenumeroiteja listaukseen, joka minulla oli kyselyn vastaanottajaorganisaatioista (ks. tarkempi kuvaus tutkimusjoukon paikantamisesta luvusta 5.3), ei vastauskato keskittynyt mihinkään yksittäiseen yksikköön, sairaalaan tai sairaanhoitopiiriin, vaan puuttuvat vastaajat jakautuivat tasaisesti eri organisaatioihin. Tämän perusteella kyselyn kato ei todennäköisesti aiheuttanut vastaajaprofiiliin merkittävää vääristymää.



## 5.8 TUTKIMUKSEN ETIIKKA JA TUTKIJAN POSITIO

Tutkijana olen moraalinen toimija, joka kohtaa eettisiä vaatimuksia tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tieteentekijänä perustehtäväni on tuottaa luotettavaa tietoa, jonka siirrän tutkimukseni valmistuttua yhteiskunnan käyttöön. (Pietarinen 2002, 58–59.) Eettisyys on ollut koko tutkimusprosessiani lävistävä teema. Tutkimusetiikkani on koskenut paitsi tutkimusasetelmaa, tiedonkeruuta ja analysointia, käsitteellistyksiä ja raportointia, myös tulosteni peilausta aiemman tutkimuksen tuottamaan tietoon. (Edwards & Mauthner 2012, 18.) Tutkijana olen eettisessä vastuussa sekä tiedeyhteisölle, tutkimukseeni osallistuneille sosiaalityöntekijöille, että tutkimustani nyt ja tulevaisuudessa tarkasteleville ja arvioiville henkilöille. Seuraavaksi kuvaan tutkimusprosessin aikana tekemiäni tutkimuseettisiä valintoja ja niiden taustalla olleita tekijöitä sekä omaan tutkijan positiooni liittyviä näkökohtia.

Käsillä oleva tutkimus on syntynyt henkilökohtaisesta mielenkiinnostani terapeuttisuuden ilmiötä ja mielenterveyssofiaalityötä kohtaan. Tutkimuksessa esittämäni hypoteesit ja johtopäätökset perustuvat omaan ajatteluuni ja itse henkilökohtaisesti keräämiini ja analysoimiini tutkimusaineistoihin. Olen konstruoinut tutkimukseni etenemisestä mahdollisimman yksityiskohtaisen kuvauksen, jotta lukijan olisi mahdollista arvioida tekemieni johtopäätösten luotettavuutta. Tässä prosessissa olen käyttänyt apunani tutkimusaineistostani irrotettuja tekstikatkelmia, joiden perusteella raportin lukijan on mahdollista seurata ja arvioida johtopäätösteni paikkansapitävyyttä ja oikeellisuutta sekä tarvittaessa riitauttaa ne. Esittämäni aineistoesimerkit olen valinnut kutakin tarkasteltavaa ilmiötä mahdollisimman selkeästi kuvaavista tekstikohdista. Olen dokumentoinut tutkimuksessani hyödyntämäni kirjalliset lähteet tiedeyhteisön yhteisiä pelisääntöjä noudattaen tekstini yhteyteen lähdeviittauksin, joiden perusteella käytettyjen lähteiden yksityiskohtaisemmat tiedot ovat paikannettavissa tutkimuksen lähdeluetteloon.

Vaikka tarkastelinkin tutkimuksessani psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityötä, tutkimukseni kysymyksenasettelu ei edellyttänyt minkäänlaisten yksittäistä potilasta tai perhettä koskevien tietojen esilletuomista. En myöskään tarkastellut mitään yksittäistä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikköä toiminnallisena organisaationa tai erikoisalaa toiminnan viitekehyksenä, vaan tutkimuksellinen mielenkiintoni kohdistui yksittäisten sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisiin näkemyksiin ammatillisuudestaan ja suhteestaan sosiaalityön terapeuttiseen orientaatioon. Koska työn itseymmärrys ja ammatillisuus kehittyvät pitkän ajan kuluessa jatkuvana prosessina, katson myös, ettei sosiaalityöntekijän ammatillisuutta voida aina edes paikantaa vain viimeisimmän työskentely-ympäristön aikaansaamaksi. Näen sosiaalityöntekijät oman ammatillisuutensa aktiivisina rakentajina, joilla on oikeus ilmaista työtään koskevia näkemyksiään ja kokemuksiaan vapaasti, mikäli tutkimus ei kohdistu työnantajatahoon eikä tuloksia myöskään tulkita suorassa suhteessa siihen. Edellä mainittujen seikkojen nojalla en hakenut tutkimustani varten erillistä tutkimuslupaa kultakin sairaanhoitopiiriltä tai yksittäiseltä terveyden-

huollon organisaatiolta, vaan kunkin sosiaalityöntekijän henkilökohtainen suostumus tutkimukseeni osallistumiseen oli tutkimuseettisesti riittävä. Tulkintaani tukee se, ettei kukaan tutkimusjoukon kartoitusvaiheessa kanssani puhelinyhteydessä ollut sairaanhoitopiirin johtoportaan työskennellyt henkilö, kuten johdon sihteeri, johtava sosiaalityöntekijä tai johtava lääkäri edellyttänyt minulta tutkimuslupan hakemista. Tiedostan kuitenkin, että terveydenhuollon organisaatiot ovat viime vuosina tiukentaneet tutkimuslupakäytäntöjään ja mikäli olisin kerännyt tutkimukseeni aineiston vasta vuonna 2020, tutkimuslupa-asia olisi todennäköisesti näyttäytynyt aivan erilaisessa valossa kuin suunnitellukseni ja toteuttaessani tutkimusaineistoni hankintaa.

Jo tutkimukseen osallistumisen voidaan katsoa kuuluvan salassapidon piiriin (Webster ym. 2013, 96). Lupasin tutkimukseeni osallistuville, etteivät heidän henkilöllisyytensä paljastuisi tutkimuksen missään vaiheessa. Tämä lupaus on koskenut sekä kyselyyn vastanneita että haastattelututkimukseen osallistuneita. Haastattelemani sosiaalityöntekijät tiesivät etukäteen, että tulisin nauhoittamaan haastattelut. Informanteilla oli myös oikeus kieltäytyä haastattelusta vielä juuri ennen sen aloittamista. Olen pyrkinyt varmistamaan tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin poistamalla sekä tutkimusraporttiin sisällyttämistäni sosiaalityöntekijöiden itsenäisesti tuottamista teksteistä että vastaavasti yhteisissä keskusteluissamme luodusta haastattelumateriaalista heidän henkilöllisyyksiinsä, toimipisteisiinsä tai niiden sijaintiin viittaavat kohdat harkintaani perustuen (ks. Fontana & Frey 2005, 715–716; Kuula 2011, 214; Ranta & Kuula-Luumi 2017, 419–420). Raportin yleisen luottavuuden vuoksi olen myös poistanut sitaateista joitakin sidosanoja tai sanojen toistoja, joilla ei asiasisällön, tai tutkittavan ilmiön kuvauksen kannalta ole ollut merkitystä; muilta osin raportissa esiintyvät sitaatit ovat autenttisia. Jättäessäni pitemmän sitaatin keskeltä pois asiasisällön kannalta turhia sanoja tai sivulauseita, olen merkinnyt sen tekstiin kolmen peräkkäisen pisteen (...) merkinnällä.

Tutkimuksessani käytän kyselyyn vastanneista sosiaalityöntekijöistä yleisnimitystä 'vastaajat'. Siteeratessani tai viitatessani tutkimuksen empiiristen tulosten esittelyn yhteydessä johonkin yksittäiseen vastaajaan, käytän hänestä tekstissä lyhennelmää, joka muodostuu vastaaja sanan lyhenteestä "V" yhdistettynä kyselylomakkeen tunnistenumeroon, esimerkiksi "V1021". Kyselylomakkeen tunnistenumeroinnissa halusin häivyttää vastaajilta suoran assosiaation postitettujen lomakkeiden lukumäärään. Näin ollen päädyin aloittamaan tunnistenumeroinnin luvusta 1001, jonka ensimmäinen postituslistallani ollut vastaaja sai. Viimeisen postitetun kyselylomakkeen tunnistenumero oli 1412 (ks. tarkempi kuvaus kyselyn käytännön toteuttamisesta ja lomakkeiden määrästä luvuista 5.3 ja 5.5).

Kyselyä seuranneisiin haastatteluihin osallistuneista kahdeksasta sosiaalityöntekijästä käytän tekstissä yleisnimitystä 'haastateltavat'. Esittäessäni sitaatteja tai katkelmia haastatteluaineistosta, käytän haastateltavasta lyhennettä "H" yhdistettynä juoksevaan numerointiin 1–8. Numerointi perustuu haastattelujen ajalliseen toteuttamisjärjestykseen, eli "H1" on ensimmäisenä haastateltu informantti ja "H8" puo-

lestaan viimeisenä haastateltu informantti. Haastattelusitaattien yhteydessä lyhenelmä "LL" viittaa haastattelijaan eli allekirjoittaneeseen ja nimikirjaimiini.

Tutkijan kyky tarkastella omia tutkimuksellisia lähtökohtiaan on eduksi tutkimukselle (Moilanen & Räihä 2001, 50), sillä tutkija ei koskaan ole täysin vapaa siitä esitiedosta, jonka varassa hän maailmaa hahmottaa (Alasuutari 2001, 33). Denzin (1989, 23) toteaa tutkijan arvomaailman ja tutkittavaa ilmiötä koskevan esiymmärryksen aukikirjoittamisen olevan välttämätöntä, jotta tutkimuksessa tehtyjä tulkin-toja on ylipäänsä mahdollista arvioida. Tutkijana minun on siis kyettävä tiedosta-maan toimintani vaikutus tutkimukseen ja sen tuloksiin. Olen pyrkinyt tekemään toimintani tutkimusprosessin aikana ja sen subjektisidonnaisuuden näkyväksi aktiivisen reflektoinnin avulla, jonka olen myös avannut tutkimuksessani. (Hirsjärvi ym. 2010, 124; Rantala 2006, 229.)

Gadamer (2004, 10) on todennut, että "ellei tutkija tunnusta omaa riippuvaisuuttaan, vaan pitää itseään vapaana sitä kuitenkaan olematta, hän lujittaa omia kahleitaan". Sosiaalityön käytännön työkokemukseni koostuu sosiaalitoimiston ja so-maattisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöstä enkä ole itse koskaan työskennellyt psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Päästäkseni irti Gadamerin mainitsemista tutkimuksellisista kahleista, joudunkin pohtimaan, kuinka tämä fakta on vaikutta-nut toimintaani tutkijana ja onko minun ylipäänsä ollut mahdollista tutkia työtä, jota en itse ole tehnyt? Positiooni tutkimuskohteeni ulkopuolisena toimijana on liittynyt tutkimukseni aikana sekä kiistattomia heikkouksia että vahvuuksia. Merkittä-vänä heikkoutena on varmasti ollut se, että terveydenhuollon sosiaalityötä koske-vasta esiymmärryksestäni huolimatta minun on varmasti ollut vaikeaa täysin hah-mottaa psykiatrisen sosiaalityön moniulotteisuutta ja psykiatriseen hoitoprosessiin osallistuvien ammattikuntien roolidiffuusiota. Olen pyrkinyt ylittämään tämän vai-keuden olemalla tutkimukseni empiirisen tiedonkeruun ja myöhemmin tutkimus-tulosten analysoinnin aikana mahdollisimman avoin ja herkkä tilanteiden tulkin-nalle, erilaisille näkemyksille ja totuuskäsityksille.

Positiooni on epäilemättä liittynyt myös huomattavia vahvuuksia, joista merkittävin on varmasti se, että olen voinut tarkastella tutkimuskohdettani täysin ulko-puolisesta näkökulmasta, vapaana oman ammatillisen statukseni mahdollisesti aiheuttamista ennakkokäsityksistä ja jopa mahdollisista ristiriidoista. Koska en ole psykiatrinen sosiaalityöntekijä eikä minulla ole omakohtaista terapiakoulutusta, ei minulla tutkijana myöskään ole mitään puolta, jolle olisin jo ennen tutkimusta aset-tunut, eikä näkemystä, jonka paremmuutta olisin pyrkinyt tutkimuksellani toden-tamaan, tai jollain tavoin puolustamaan. Väitän näiltä osin tutkimuksessani toteu-tuvan kriittisyyden periaatteen, jota Gadamer (2004, 74) peräänkuuluttaa todetes-saan, ettei hermeneutiikka ole vain metodista taito-oppia, vaan pikemminkin filoso-fia, joka haastaa tutkijan tavoittelemaan aitoa dialogia aineistonsa kanssa. Tämä edellyttää itsekriittisyyttä ja sitä, että tutkija on valmis asettamaan oman näkökul-mansa ja olettamansa totuuden koetukselle.

Gadamer (2004, 12–13) kirjoittaa ajattelun ja ilmaisun rajoista: ”ottaessaan huomioon sanojensa vaikutuksen, tutkija joutuu kiusaukseen sanoa ja pitää totena sitä, mitä yleinen mielipide tai valtaintressit hänelle tosiasiallisesti sanelevat”. Hän jatkaa totuudesta ja sen suhteellisuudesta: ”Ainuttakaan väitelausetta ei voi käsittää vain sen itse esille asettamansa sisällön valossa, mikäli sen totuus halutaan tavoittaa. Jokaisella väitelauseella on oma motiivinsa. Sillä on edellytyksiä, joita siinä itsessään ei sanota. Lauseen totuutta voi todella mitata vain ajattelemalla myös näitä edellytyksiä.” (Gadamer 2004, 22.) Tutkijana olen sitoutunut korkeaan tutkimusmoraaliin, pyrkimyksenäni kuvata mahdollisimman autenttisesti niitä ammatillisia todellisuuksia ja informanttien työtään koskevia näkemyksiä, joita olen tutkimusprosessini aikana kohdannut. Tutkimuksessani olen pyrkinyt korostamaan sosiaalityöntekijöiden kokemusten ja ajatusmallien monimuotoisuutta enkä tuomaan julki vain vastaajien suuren enemmistön ääntä. Hermeneuttisen ajattelutavan mukaisesti näen myös valtavirrasta poikkeavien näkemysten tarkastelun voivan auttaa tutkimuksen kohteena olevan ilmiön kokonaisvaltaisessa ymmärtämisessä.

Väitöstutkimukseni aikana olen työskennellyt ensin tutkijana ja sittemmin sosiaalityön assistenttina, yliopisto-opettajana ja tutoropettajana Itä-Suomen yliopiston (aiemmin Kuopion yliopisto) yhteiskuntatieteiden laitoksella. Vaikka en tutkimuksen aikana olekaan työskennellyt sosiaalityöntekijän ammattinimikkeellä, on akateemisiin työtehtäviini koko ajan sisältynyt vahva käytännönläheinen, vuorovaikutteisen ohjaustyön aspekti. Olen aina kokenut voimavarakeskeisen työskentelyotteen omaa persoonallisuuttani eniten heijastelevaksi ja siksi pyrkinyt toimimaan sen periaatteiden mukaisesti työskennellessäni vuorovaikutuksessa niin sosiaalityöntekijöiden, sairaalan potilaiden kuin akateemisen maailman opiskelijoidenkin kanssa. Keskustelukumppanin aidon, välittömän kohtaamisen ja kuuluksi tulemisen kysymykset ovat minulle tärkeitä. Tiedostan kuitenkin, että tutkitessa toisten yksilöiden kokemusmaailmaa, keskeisenä kompastuskivenä on aina toiseuden ongelma; mitkä ovat ylipäänsä mahdollisuuteni ymmärtää toista ihmistä ja hänen kertomaansa parhaalla mahdollisella tavalla? Ymmärrän olevani tässäkin vastuussa tekemistäni tulkinnoista. (Ks. Lukkarinen 2006, 249.) Tiedostan, että tutkimusaineisto tuotetaan aina jossakin sosiaalisessa kontekstissa ja jostakin kontekstista käsin (Siljander 1996, 126–127). Tavoittaakseni informanttien autenttiset merkityksenannot, olen pyrkinyt tiiviiseen vuoropuheluun aineistojeni kanssa sekä tuomaan julki mahdollisimman suuren kokemusvivahteiden kirjon.

On todennäköistä, että objektiivisuuspyrkimyksistäni huolimatta oma persoonallisuuteni ja arvostukseni ovat tutkimusmatkallani ohjanneet ajatteluani. Olen kuitenkin tietoisesti pyrkinyt erottamaan ja siirtämään syrjään tutkittavaa ilmiötä koskevat ennakkonäkemykseni ja muodostamani merkityssuhteet tutkimusaineistojeni edustamista näkemyksistä tavalla, jota Perttula (2006, 145) kutsuu sulkeistamiseksi. Olen myös Gadamerin (2004, 33–34) sanoin pyrkinyt olemaan vastaanottavainen tekstien toiseudelle, antaen aineistojen kertoa minulle tarinaansa, vaikka tiedostankin tieteellisessä tutkimuksessa todellisuuden aina näyttäytyvän jostakin

erityisestä näkökulmasta käsin tulkittuna (Rauhala 1990, 105). Tutkimustani luettaessa onkin syytä pitää mielessä, että laadullisen tutkimuksen, jonka elementtejä tutkimuksessani on huomattavassa määrin, ominaispiirteisiin kuuluu se kiistaton tosiasia, että tulokset ovat aina jollain tapaa ainutkertaisia ja tutkijan subjektiivisista tulkinnoista riippuvaisia. Eskola ja Suoranta (1998, 211–212) toteavat, että kvalitaattivisia elementtejä sisältävät tutkimukset ovat usein paljon henkilökohtaisempia kuin puhtaasti kvantitatiiviset. Tällöin on tärkeää tiedostaa, että tutkija itse on työssä keskeinen tutkimusväline, jolloin tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinnan tulee ulottua koko tutkimusprosessia koskevaksi.

Jaan Ronkaisen (2004, 68) näkemyksen, jonka mukaan rajoituksensa ja näkökulmaisuutensa huomioiva tieto on lopulta aina objektiivisempaa kuin tieto, joka perinteiseen tieteellisytyteen vetoamalla pyrkii peittämään oman erityisyytensä. Pidän tutkimuseettisesti keskeisenä tutkijan aitoa pyrkimystä tiedon ja tietämisen rajojen ja mahdollisuuksien reflektointiin ja näkyväksi tekemiseen. Törrönen (2002, 38) kutsuu pyrkimystä tutkimustulosten luotettavuuden, pätevyuden ja kestävyuden osoittamiseen tutkijan ja hänen yleisönsä väliseksi ”luottamussopimuksen solmimiseksi”, joka Syrjälän ym. (1994, 14–15) mukaan todentuu tutkijan sekä tunnistaessa että kirjoittaessa auki kaikki tutkimusprosessin aikana ajatteluunsa vaikuttaneet oletuksensa ja sitoumuksensa – tähän olen pyrkinyt parhaan taitoni mukaan.

## **5.9 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEET SOSIAALITYÖNTEKIJÄT**

### **5.9.1 Kyselytutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät**

Kyselyyn vastasi 249 psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijää ja kyselyn vastausprosentti oli 62,3. Vastanneista oli naisia 220 (88,4 %) ja miehiä 29 (11,6 %). Mielenterveysosiaalityössä näyttäisi siis vallitsevan sama naisvaltaisuus kuin muussakin sosiaalityössä (ks. Marjamäki ym. 1998; Karvinen-Niinikoski ym. 2005). Vastaajista 197:llä (79,1 %) oli aineistonkeruuhetkellä voimassa olleen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista säädetyn lain (272/2005) mukainen sosiaalityöntekijän pätevyys, kun taas 47 (18,9 %) vastaajaa työskenteli sosiaalityöntekijän tehtävissä ilman laissa säädettyä pätevyyttä. Viisi vastaajaa (2 %) jätti vastaamatta ammatillista kelpoisuutta koskeneeseen taustakysymykseen. Valtaosa muodollisesti epäpätevistä sosiaalityöntekijöistä oli sosiaalialan opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita sosiaalialan ammattilaisia. Sosiaalialan opistoasteinen koulutus oli 20 (8 %) vastaajalla ja sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinto puolestaan 21 (8,4 %) vastaajalla. Loput epäpätevät sosiaalityöntekijät olivat joko jonkin toisen yliopistollisen tutkinnon suorittaneita maistereita tai opiskelijoita, joiden sosiaalityön yliopistolliset maisteriopinnot olivat vielä kesken.

Yliopistollisen tutkinnon suorittaneista 103 (41,4 %) oli opiskellut pääaineenaan sosiaalityötä tai vastaavasti sosiaalipolitiikkaa aikana, jolloin myös sosiaalipoliti-

kan pääaineopiskelu tuotti sosiaalityöntekijän ammatillisen pätevyyden. Sosiologiaa oli opiskellut pääaineena kymmenen (4 %), sosiaalipsykologiaa ja psykologiaa molempia viisi (2 %), yhteiskuntapolitiikkaa kaksi (0,8 %) ja teologiaa yksi (0,4 %) vastaaja. Kymmenen (4 %) vastaajaa ilmoitti pääaineekseen jonkin muun kuin edellä mainitut. Näihin yksittäismainintoja saaneisiin pääaineisiin lukeutuivat muun muassa hallintotiede ja julkisoikeus. 113 (45,4 %) vastaajaa ei ilmoittanut pääainettaan. Nämä vastaajat olivat joko epäpäteviä sosiaalityöntekijöitä, joiden opistoasteen koulutuksissa ei määritelty pääainetta tai he olivat pätevöityneet sosiaalityöntekijöiksi erilaisissa vanhamuotoisissa pätevöitymiskoulutuksissa, joita ei funktioitaan huolimatta luokiteltu minkään yksittäisen pääaineen alle.

Mielenterveysosiaalityöntekijöille ei ollut tyypillistä suorittaa yliopistollisia jatkokutkintoja, joihin luetaan kuuluvaksi lisensiaatin ja tohtorin tutkinnot sekä erikoissosiaalityöntekijän pätevyyden tuottava sosiaalityön ammatillinen lisensiaatin tutkinto (nykyisin uusimuotoinen erikoistumiskoulutus). Vain yksi vastaaja (0,4 %) oli tutkimushetkellä suorittanut perinteisen lisensiaatin tutkinnon.

Valtaosa eli 234 (94 %) vastaajaa toimi työssään sosiaalityöntekijän nimikkeellä. Perheterapeutin nimikkeellä toimi yksi vastaaja (0,4 %) ja psykoterapeutin nimikkeellä kaksi vastaajaa (0,8 %). Jotain muuta ammattinimikettä käytti kaksitoista vastaajaa (4,8 %), joista yhdentoista nimike oli vastaava tai johtava sosiaalityöntekijä ja yhden sosiaalihoaja.

Erikoisalakohtainen tarkastelu osoittaa, että eniten psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöitä työskentelee aikuis-, lasten- ja nuorisopsykiatriassa. Kyselyyn vastanneista 249 sosiaalityöntekijästä 131 (52,6 %) toimi aikuispsykiatrian, 43 (17,3 %) lastenpsykiatrian ja 35 (14,1 %) nuorisopsykiatrian erikoisalalla. Loput vastaajat jakautuivat erikoisaloittain seuraavasti: yleissairaalapyykiatria 14 (5,6 %), oikeuspsykiatria/kriminaalpsykiatria 9 (3,6 %), päihde- ja riippuvuustyö 9 (3,6 %) ja vanhuspsykiatria 5 (2 %). Jollain muulla kuin edellä mainituilla erikoisaloilla toimi kolme (1,2 %) vastaajaa. Heistä kaksi työskenteli erillisessä psykiatrisessa kuntoutusyksikössä ja yksi vauvaperhetyön yksikössä.

Toimipistekohtainen tarkastelu osoittaa, että suurin osa vastaajista eli 141 (56,6 %) työskenteli pelkästään sairaalassa, 59 (23,7 %) puolestaan pelkästään avohoidossa ja loput 49 (19,7 %) joko sekä erillisissä sairaalan ja avohoidon yksiköissä tai sairaalan yhteydessä olevassa, erillisessä avohoidon toimipisteessä.

Sairaalassa työskentelevistä yhteensä 191:stä vastaajasta 83 (43,5 %) työskenteli osastolla, 53 (27,7 %) poliklinikalla ja 45 (23,6 %) sekä osastolla että poliklinikalla. Jonkin muun tyyppisessä toimipisteessä työskenteli kymmenen (5,2 %) vastaajaa. Näitä muun tyyppisiä yksiköitä olivat päiväosastot, kuntoutusyksiköt, projektityöryhmät, lasten oikeuspsykiatrisen keskuksen sekä sosiaalityön johdon ja hallinnon toimipisteet.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden työsuhteille oli tyypillistä pysyvyys. Peräti 193 (77,5 %) vastaajaa oli kyselyhetkellä joko vakinaisia viranhaltijoita ja pysyvässä työsuhteessa, kun taas 55 (22,1 %) vastaajaa oli

viransijaisia, avoimen viran hoitajia tai määräaikaisessa työsuhteessa. Yksi vastaaja (0,4 %) jätti vastaamatta työsuhteensa pysyvyyttä koskeneeseen kysymykseen. Sosiaalityöntekijöiden muodollisen kelpoisuuden ja työsuhteen pysyvyyden ristiintaulukointi osoitti, että muodollinen pätevyys korreloi vahvasti työsuhteen pysyvyyteen; 179 (91,3 %) muodollisesti pätevistä sosiaalityöntekijöistä oli pysyvässä työ- tai virkasuhteessa, kun taas muodollisesti ei-kelpoisista sosiaalityöntekijöistä toimi viransijaisena tai muutoin määräaikaisena työntekijänä 37 (78,7 %).

Työssäjaksamisen kannalta tärkeä työnohjauksen mahdollisuus toteutui kyselyyn vastanneiden keskuudessa hyvin; 234:llä (94 %) vastaajalla oli mahdollisuus työnantajan tarjoamaan säännölliseen työnohjaukseen. Huomionarvoista oli, että työnohjauksen mahdollisuus oli 49:llä (90,7 %) vastaajalla, joilla ei kuitenkaan ollut pysyvää virka- tai työsuhdetta. Vastaavasti säännöllinen työnohjauksen mahdollisuus puuttui kahdeksalta (4,1 %) pysyvässä virka- tai työsuhteessa olevalta. Yksi vastaaja (0,4 %) ei vastannut työnohjauksen mahdollisuutta koskevaan kysymykseen.

Vastaajat olivat verrattain kokeneita sosiaalityön ammattilaisia. Kokeneimmat olivat toimineet kyselyhetkellä sosiaalityöntekijänä 37 vuotta, nuorimmat vajaan vuoden. Keskimäärin vastaajat olivat toimineet sosiaalityöntekijän tehtävissä 17,4 vuotta. Nykyisessä työssään psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vastaajat olivat toimineet vaihteluvälillä vajaa vuosi – 35 vuotta. Nykyisessä työssä vietetyn ajan keskiarvo oli 8,4 vuotta.

Ikäkin kyselyyn vastannut oli syntynyt vuonna 1942 ja nuorin vuonna 1982. Kyselyn toteuttamishetkellä vuonna 2006 nuorin vastaaja oli siis noin 24- ja vanhin 64-vuotias. Ikäjakauman kuvauksessa on käytettävä ”noin” termiä, sillä kyselyssä vastaajaa pyydettiin ilmoittamaan vain syntymävuotensa, eikä tarkkaa syntymäaikaa, jolloin iän tarkka määrittely on mahdotonta. Vastaajien syntymävuosien keskiarvo oli 1958 ja vastaajien keski-ikä kyselyn toteuttamishetkellä 48 vuotta.

## **5.9.2 Teemahaastatteluihin osallistuneet sosiaalityöntekijät**

Kyselytutkimuksen jälkeen jatkoin tutkimuksen aineistonkeruuta teemahaastattelulla kahdeksaa terapiakoulutuksen jo läpikäynyttä ja laillistetun terapeutin pätevyyden omaavaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijää. Sosiaalityöntekijät ilmoittivat halukkuudestaan osallistua haastattelututkimukseen kyselyn yhteydessä olleella suostumuslomakkeella, jonka he palauttivat yhdessä täyttämässä kyselylomakkeen kanssa. Suostumuslomakkeita palautui 31 kappaletta. Lomakkeen palauttaneista 27 oli naisia ja neljä miehiä. Vaikka olinkin positiivisesti yllätynyt haastattelututkimuksesta kiinnostuneiden potentiaalisten informanttien määräästä, oli minulle heti selvää, etten haastattelisikaan heitä kaikkia. Sisällöllisen saturaation mahdollisuuden huomioiden päädyin valitsemaan 31 potentiaalisesta haastateltavasta kahdeksan. Halusin haastateltavien kuvaavan parhaalla mahdollisella tavalla tutkimukseni perusjoukkoa ja päädyin siksi sisällyttämään haastateltaviin yh-

den miehen ja seitsemän naista – näiden määrien katsoin olevan linjassa sekä sosiaalityöntekijöiden yleisen, kyselyni perusjoukon, että suostumuslomakkeen palauttaneiden vastaajien sukupuolijakauman kanssa.

Kyselytutkimukseni alustavat tulokset osoittivat, että yleisin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa toimivien sosiaalityöntekijöiden terapiakoulutus oli erityistason perheterapiakoulutus. Vaikka tiedostankin, että laadullisen haastattelututkimuksen tuottaman tiedon yleistettävyys ei todennu määrällisin mittarein ilmaistavissa olevina tilastollisina yleistyksinä, vaan pikemminkin käsitteellisten konstruktioiden kattavuuden kautta, joista Yin (2009) käyttää termiä analyttinen yleistettävyys, halusin vahvistaa tutkimukseni validiteettia valitsemalla haastateltaviin juuri perheterapiakoulutuksen läpikäyneitä sosiaalityöntekijöitä. Valitsin haastateltavikseni viisi (5) erityistason perheterapeuttia ja kolme (3) erityistason psykoterapeuttia, joista yksi oli suuntautunut kognitiivis–analyttiseen, yksi voimavarakeskeiseen ja yksi psykoanalyttiseen psykoterapiaan. Haastattelemani terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät olivat saaneet laillistetun terapeutin pätevyyden vuosina 1986–2003. Yksi haastatelluista oli valmistunut terapeutiksi 1980-, kolme 1990- ja loput neljä 2000-luvulla.

Maantieteellisesti tarkasteltuna haastateltavat tulivat Uudeltamaalta ja Itä-Suomesta. Väestömäärään suhteutettuna Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on eniten psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöitä, joten myös haastateltavien valinnan kohdistuminen tälle alueelle oli perusteltua. Itä-Suomen alueellinen painottuminen haastatteluissa selittyi haastattelua kohtaan mielenkiintonsa ilmais-seiden miesten osuudella; neljästä haastatteluun lupautuneesta miespuolisesta sosiaalityöntekijästä kolme asui ja työskenteli Itä-Suomessa. Turvatakseni haastateltavieni anonymiteetin, en avaa tarkemmin haastateltavan kotipaikan ja terapiakoulutuksen tyylisuunnan välistä suhdetta.



# 6 PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN TYÖNKUVA JA ASIANTUNTIJUUDEN ULOTTUVUUDET

## 6.1 TYÖNKUVA TEHTÄVIEN VALOSSA

Sosiaalityön yksiselitteinen määrittely on äärimmäisen vaikeaa ja sosiaalityöntekijöiden suorittamaa työtä onkin usein luonnehdittu muun muassa moninaiseksi, epämääräiseksi ja vaikeaselkoiseksi (ks. esim. Juhila 2006, 17; Raunio 2009, 5; Sipilä 1989, 58). Sosiaalityöntekijät pyrkivät näkemään yksilöt osana sosiaalista ympäristöään, jolloin tarkastelun kohteena ovat asiakkaan ongelmien vaikutukset koko hänen elämäntilanteeseensa. Sosiaalityön keinoin pyritään muokkaamaan yksilön elinolosuhteita ja mobilisoimaan ympäristön resursseja, jolloin sosiaalityöspesifi asiantuntijuus on pikemminkin horisontaalista, laajaan näkemykseen pyrkivää kuin tietyn kapean tietoaalueen syvällistä hallintaa. Tämä erikoispiirre erottaa sosiaalityön useimmista muista pitkälle erikoistuneista ammateista (Aho 1999, 329–330; Lloyd ym. 2004; 122), joita erityisesti terveydenhuollossa on paljon. Karvinen-Niinikoski (2009, 138) näkee monimutkaisuuden yhteiskunnallisena ja ammatillisena käytäntönä sosiaalityön oikeana ja perimmäisenä olemuksena – ei suinkaan professionaalisuuden puutteen osoittimena.

Useimmille sosiaalityön määritelmille on yhteistä normatiivisuus; ne kuvastavat pikemminkin sitä mitä sosiaalityön tulisi olla, kuin sitä mitä se tosiasiallisesti on (Vuorikoski 1999, 18). Sosiaalityötä määrittää myös kontekstisidonnaisuus eli sen rooli ja tehtävät vaihtelevat toimintaympäristöittäin ja -organisaatioittain; näin ollen myös terveysosiaalityön tehtävät määrittyvät aina osin erikoisalakohteisesti. Vaikka terveydenhuollon moniammatillinen työ julkilausumien tasolla pohjautuukin holistiseen psyykkis-fyysis-sosiaaliseen ihmiskäsitykseen, painottuvat somaattisessa sairaanhoidossa edelleenkin fyysiset vammat ja niiden hoito, kun taas psykiatriassa tarkastelun fokus on potilaan psyykkisessä oireilussa ja sen aikaansaamissa toimintakyvyn vajeissa. Hahmotan psykiatrian hoidollisen viitekehyksen Luhmannin (1995) kuvaamana systeemisellä ilmiönä, joka jo toimintakontekstin perustehtävän vuoksi osin määrittää myös varsinaisen hoitotyön ulkopuolisten ammattikuntien toimintaa. Aloitan psykiatristen sosiaalityöntekijöiden ammatillisista itseymmärryksiä koskevan kuvan rakentamisen tarkastelemalla empiirisiä aineistojani mielen-terveysosiaalityön tehtäväsisältöjen, niihin pohjautuvien asiantuntijuuden ulottuvuuksien sekä sosiaalityöntekijöiden niille antamien merkitysten kautta.

Kyselyn kysymys numero 14 *Missä määrin seuraavat työtehtävät painottuvat toimenkuvoassasi?* käsitteli psykiatristen sosiaalityön koettua työnkuvaa. Kysymyspatteristo sisälsi 23 erilaista työtehtävää tai -tehtäväryhmää. Taulukossa 5 esitän tiivistet-

tysti eri työtehtävien koetun painottumisen frekvenssien ja prosentuaalisten osuuksien tasolla.

Taulukko 5. Työtehtävien koettu painottuminen toimenkuvassa

	n	Ei lainkaan	Jonkin verran	Kohtalaisesti	Melko paljon	Erittäin paljon
Asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen	248	3 1,2 %	30 12,1 %	40 16,1 %	75 30,2 %	100 40,3 %
Sosiaalista toimintakykyä tukeva ohjaus ja neuvonta	248	8 3,2 %	44 17,7 %	60 24,2 %	86 34,7 %	50 20,2 %
Sosiaalivakuutukseen ja -avustukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	248	8 3,2 %	68 27,4 %	41 16,5 %	64 28,5 %	67 27 %
Sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	247	2 0,8 %	67 27,1 %	47 19 %	75 30,4 %	56 22,7 %
Palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö	246	0	22 8,9 %	60 24,4 %	87 35,4 %	77 31,3 %
Asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö	248	15 6 %	92 37,1 %	69 27,8 %	53 21,4 %	19 7,7 %
Asiakkaan informoiminen erilaisten potilasmaailman vapaaehtoisjärjestöjen toiminnasta	246	13 5,3 %	127 51,6 %	50 20,3 %	47 19,1 %	9 3,7 %
Potilas- ja lääkehäikövuokutukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta	247	120 48,6 %	107 43,3 %	12 4,9 %	6 2,4 %	2 0,8 %
Osallistuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen työryhmässä ja tiedottaminen muille työryhmän jäsenille suunnitelmaan vaikuttavista tekijöistä ja asiakkaan omista toivomuksista.	248	8 3,2 %	23 9,3 %	36 14,5 %	99 39,9 %	82 33,1 %
Jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi	240	65 27,1 %	94 39,2 %	47 19,6 %	25 10,4 %	9 3,8 %
Erialaisten lausuntojen laatiminen	247	31 12,6 %	138 55,9 %	45 18,2 %	23 9,3 %	10 4 %
Asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämämuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa	247	19 7,7 %	81 32,8 %	68 27,5 %	57 23,1 %	22 8,9 %
Asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa	246	20 8,1 %	71 28,9 %	41 16,7 %	49 19,9 %	65 26,4 %
Yksilöterapia	247	140 56,7 %	36 14,6 %	15 6,1 %	24 9,7 %	32 13 %
Asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevista asioista	247	11 4,5 %	100 40,5 %	60 24,3 %	47 19 %	29 11,7 %
Asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut	247	30 12,1 %	99 40,1 %	40 16,2 %	42 17 %	36 14,6 %
Perheterapia	246	124 50,4 %	43 17,5 %	27 11 %	31 12,6 %	21 8,5 %
Työnohjaajana toimiminen	247	168 68 %	41 16,6 %	20 8,1 %	14 5,7 %	4 1,6 %
Asiantuntija- ja koulutustehtävät	246	64 26 %	119 48,4 %	40 16,3 %	16 6,5 %	7 2,8 %
Verkostotyö	247	6 2,4 %	64 25,9 %	72 29,1 %	53 21,5 %	52 21,1 %
Tiedottaminen / tiedotustoiminta	248	57 23 %	132 53,2 %	35 14,1 %	17 6,9 %	7 2,8 %
Tutkimus- ja kehittämistyö	246	102 41,5 %	113 45,9 %	18 7,3 %	10 4,1 %	3 1,2 %
Yhteiskunnallinen vaikuttaminen	243	122 50,2 %	94 38,7 %	18 7,4 %	7 2,9 %	2 0,8 %

Kaksikymmentäyksi vastaajaa halusi täydentää strukturoitua tehtäväpatteristoa mainitsemalla *Jokin muu tehtäväryhmä, mikä?* kohdassa jonkin yksittäisen tehtävän tai tehtäväkokonaisuuden. Näistä yksittäismaininnoista esimiestehtävät, ohjaus

elämänhallinnassa ja terveellisissä elämäntavoissa, lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvät selvitykset, oikeuspsykiatrinen tutkimus, sosiaalityön opiskelijoiden ohjaus sekä potilasasiamiehenä toimiminen on syytä mainita erikseen niiden sisällöllisen erityislaadun vuoksi. Muiden yksittäismainintoja saaneiden tehtävien, kuten esimerkiksi perhetyön, miellän sen sijaan sisältyvän laajasti tulkittuna jo strukturoituihin vastausvaihtoehtoihin, joissa esiintyi muun muassa potilaan omaisten tukemisen tematiikkaa. Myös sinänsä spesifin potilasasiamiestoiminnan keskeiset ulottuvuudet sisältyvät strukturoituihin vastausvaihtoehtoihin kuten *asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö* sekä *potilas- ja lääkevahinkovakuutukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta*. Yksittäismaininnat paitsi korostavat mielen-terveys- ja sosiaalityön toimenkuvan huomattavaa moninaisuutta, myös osoittavat, että lukuisista etukäteistarkennuksista ja lomakkeen esitestaamisesta huolimatta vastausvaihtoehtojen kirjon täydellinen luonnostelu kyselytutkimuksessa on varsin utopistinen tavoite.

Informaatiota tiivistääkseni suoritin työtehtävien painottumista työkuvassa käsitellessäni kysymyksen 14 aineistolle suorakulmaisesti rotatoidun (Varimax) faktori-analyysin, joka tuotti viisi faktoria. Kolmen muuttujan kommunaliteetit olivat kuitenkin alle 0,3 (*potilas- ja lääkevahinkovakuutukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta* (0,203), *jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi* (0,291) sekä *työnohjaajana toimiminen* (0,236)), joten poistin nämä muuttujat analyysistä ja suoritin sen uudestaan, jolloin faktoreiden määrä pieneni yhdellä ja niiden tulkinta oli helpompaa.

Ensimmäiselle faktorille latautui yhdeksän (9) muuttujaa, joista seitsemän latautui positiivisesti:

- sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa
- sosiaalivakuutukseen ja -avustukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa
- sosiaalista toimintakykyä tukeva ohjaus ja neuvonta
- asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen
- asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö
- palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö
- asiakkaan informoiminen erilaisten potilas- ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnasta

Negatiivisesti ensimmäiselle faktorille latautui kaksi muuttujaa:

- perheterapia
- asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa

Positiivisesti latautuneet muuttujat kiinnittyivät konkreettisissa asioissa annettuun ohjaukseen ja neuvontaan, kun taas negatiivisesti latautuneita muuttujia yhdisti abstrakti, psyykinen tuki. Nimesin faktorin 1 ohjaukselliseksi asiantuntijuudeksi.

Toiselle faktorille latautui kuusi (6) muuttujaa:

- asiantuntija- ja koulutustehtävät
- tiedottaminen
- tutkimus- ja kehittämistyö
- yhteiskunnallinen vaikuttaminen
- erilaisten lausuntojen laatiminen
- verkostotyö

Nimesin faktorin 2 rakenteelliseksi asiantuntijuudeksi.

Kolmannelle faktorille latautui kuusi (6) muuttujaa:

- asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut
- asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevissa asioissa
- verkostotyö
- perheterapia
- osallistuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen työryhmässä ja tiedottaminen muille työryhmän jäsenille suunnitelmaan vaikuttavista tekijöistä ja asiakkaan omista toivomuksista
- palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö

Nimesin faktorin 3 perhetyön asiantuntijuudeksi.

Neljännelle faktorille latautui kolme (3) muuttujaa:

- asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa
- yksilöterapia
- asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa

Nimesin faktorin 4 yksilöterapeuttiseksi asiantuntijuudeksi.

Taulukko 6. Psykiatrisen sosiaalityön asiantuntijuusalueita kuvaavat faktorit tunnuslukuineen

Faktorit ja niiden sisältö	Faktorilataus	Kommu- naliteetti	Selitys- osuus %
<b>Faktori 1</b>			22,6
<b><i>Ohjauksellinen asiantuntijuus</i></b>			
sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	0,892	0,817	
sosiaalivakuutukseen ja -avustukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	0,858	0,794	
sosiaalista toimintakykyä tukeva ohjaus ja neuvonta	0,651	0,440	
asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen	0,637	0,430	
asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö	0,621	0,465	
palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö	0,488	0,408	
asiakkaan informoiminen erilaisten potilas- ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnasta	0,476	0,396	
perheterapia	-0,363	0,475	
asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa	-0,313	0,893	
<b>Faktori 2</b>			20,2
<b><i>Rakenteellinen asiantuntijuus</i></b>			
asiantuntija- ja koulutustehtävät	0,750	0,641	
tiedottaminen	0,738	0,574	
tutkimus- ja kehittämistyö	0,705	0,521	
yhteiskunnallinen vaikuttaminen	0,690	0,505	
erilaisten lausuntojen laatiminen	0,461	0,296	
verkostotyö	0,356	0,383	
<b>Faktori 3</b>			10,9
<b><i>Perhetyön asiantuntijuus</i></b>			
asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut	0,901	0,913	
asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevista asioista	0,757	0,615	
verkostotyö	0,505	0,383	
perheterapia	0,497	0,475	
osallistuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen työryhmässä ja tiedottaminen muille työryhmän jäsenille suunnitelmaan vaikuttavista tekijöistä ja asiakkaan omista toivomuksista	0,401	0,239	
palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö	0,332	0,408	
<b>Faktori 4</b>			9,3
<b><i>Yksilöterapeuttinen asiantuntijuus</i></b>			
asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa	0,870	0,893	
yksilöterapia	0,734	0,564	
asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa	0,666	0,477	

Faktorirakenne selittää 63 % muuttujan kokonaisvaihtelusta.

Mielenterveysosiaalityö on todettu hyvin moniulotteiseksi myös aiemmassa tutkimuksessa. Ryan ym. (2004a) ovat määritelleet kuusi temaattista kokonaisuutta, joihin mielenterveysosiaalityön erityisasiantuntijuus kiinnittyy: 1) laaja-alainen tieto mielenterveyshäiriöistä, diagnooseista, lääkityksistä, niiden sivuvaikutuksista

sekä ymmärrys monimutkaisesta mielenterveystyön palvelurakenteesta; 2) hyvä stressinhallintakyky ja valmiudet vuorovaikutukseen ja toimintaan emotionaalisesti vaativissa asiakastilanteissa, kuten tavatessa itsetuhoista käyttäytymistä sekä fyysistä uhkaa joko sosiaalityöntekijää tai asiakkaan lähipiiriä kohtaan; 3) vahva sitoutuminen työhön, joka ilmenee asiakkaan oikeuksien aktiivisena puolesta puhumisena; 4) kyky toimia samanaikaisesti erilaisissa rooleissa ja asiantuntijuusalueilla sekä kyky niiden välisiin joustaviin siirtymiin; 5) yhteiskunnallisten epäkohtien näkyväksi tekeminen ja rakenteellisenä muutosagenttina toimiminen sekä 6) varmuus sosiaalityön erityisnäkökulmasta, johon sosiaalityöntekijän osuus moniammatillisessa työssä kiinnittyy. (Ryan ym. 2004a, 30–35.)

Seuraavaksi tarkastelen lähemmin faktorianalyysin tuottamia asiantuntijuusalueita. Vaikka tarkasteluni rakentuukin faktoriperustaisesti, yhdistän siihen myös laadullisten aineistojen tuottaman, samaan teemaan kiinnittyvän tiedon. Koska mielenkiintoni kohdistuu sosiaalityöntekijöiden terapeutukseen orientaatioon, kytken tarkasteluni erityisesti siihen, onko terapiakoulutettujen ja kouluttamattomien vastaajaryhmien välillä eroja suhteessa asiantuntijuuden ulottuvuuksiin.

## Ohjauksellinen asiantuntijuus

Ohjauksellinen asiantuntijuus mielenterveys- ja sosiaalityössä perustuu moninaisen ja moniulotteisen informaation välitykseen, jonka tavoitteena on tukea ja vahvistaa asiakkaan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä sekä varmistaa hänen sosiaalisten oikeuksiensa toteutuminen. Ollakseen tarpeenmukaista ja vaikuttavaa, mielenterveys- ja sosiaalityössä tehtävän ohjaustyön on tärkeää perustua asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilölliseen selvitykseen ja siihen pohjautuvaan palvelu- ja etuustarpeen arvioon. Talo ja Hämäläinen (1997, 7) ovat nimenneet asiakkaan elämänselityksen anamnestisen tiedonkeruun sosiaalityöntekijän tärkeimmäksi työtehtäväksi.

*Asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllistä selvittämistä sekä sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa osana sosiaaliturvaa* on perinteisesti pidetty terveys- ja sosiaalityön keskeisinä konkreettisina työtehtävinä (ks. esim. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry 2018), jonka vuoksi tarkastelen näitä ohjauksellisen asiantuntijuuden faktorin kärkimuuttujia erikseen myös suorien jakaumien tasolla.

Terveys- ja sosiaalityön työprosessin on ideaalitalanteessa nähty käynnistyvän sosiaalisen tilanteen jäsentämisestä ja arvioinnista (Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry 2018). *Asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllisen selvittämisen* muuttujan tarkastelu osoittaa, että kolmen vastaajan (1,2 %) kokemuksen mukaan tämä tehtävä ei painotu heidän työssään lainkaan. Muuttujan ristiintaulukointi sen suhteen, onko vastaajalla laillistetun terapeutin pätevyys vai ei, osoittaa, että kaikki kolme vastaajaa, joiden työnkuvassa sosiaalisen tilanteen selvitykset eivät painotu lainkaan, ovat terapiakoulutettuja. Jatkotarkastelu osoittaa, että vastaavasti 78 (45,9 %) ei-terapiakoulutettua vastaajaa koki selvitysten painottuvan työssään *erittäin paljon*, kun vastaava luku

terapiakoulutettujen vastaajien kohdalla oli 21 (27,3 %). Vaikka sosiaalityöntekijöiden, joiden työssä sosiaaliset selvitykset eivät painotu lainkaan, määrä onkin pieni, voidaan tulosta kuitenkin pitää osoittimena siitä, että terapiakoulutus suuntaa sosiaalityöntekijän työnkuvaa muihin tehtäviin sosiaalisen näkökulman jäädessä ohuemmaksi. Asiakkaan sosiaalisen todellisuuden ja arkipäiväisen selviytymisen kysymykset ovat kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin näkökulmasta keskeisiä. Sosiaalityön perustehtävän kannalta on huolestuttavaa, jos sosiaalityön jatkointerventioiden perustana toimivat selvitykset vähenevät toimintaympäristössä, jossa sosiaalisen ulottuvuuden painoarvo on jo lähtökohtaisesti pienempi kuin psyykkisen ja fyysisen.

*Sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa* muuttujan ristiintaulukointi suhteessa laillistetun terapeutin pätevyYTEEN osoittaa, että ohjaus ja neuvonta painottuvat enemmän ei-terapiakoulutetuilla, joista 51 (30 %) koki tehtävän painottuvan työssään *erittäin paljon* ja 61 (35,9 %) *melko paljon*. Terapiakoulutetuista vastaajista vain viisi (6,6 %) koki tehtävän painottuvan työssään *erittäin paljon* ja 13 (17,1 %) *melko paljon*. Tulos herättelee pohtimaan, ovatko psykiatrisen erikoissairaanhoidon asiakkaat lähtökohtaisesti niin tietoisia sosiaaliturvakysymyksistä ja tarjolla olevista palveluista, etteivät he tarvitse niitä koskevaa ohjausta ja neuvontaa, vai eikö potilaille aina ole edes selvää, että tämänkaltaista neuvontaa olisi saatavissa kaikilta mielenterveysosiaalityöntekijöiltä? Terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät näyttäisivät siis sitoutuvan myös sosiaalipalveluihin liittyvään ohjaus- ja neuvontatyöhön ei-terapiakoulutettuja kollegoitaan pinnallisemmin, jonka kaltaisena tilanne näyttäytyi myös sosiaalisten tilanteiden selvitystyön kohdalla.

Ohjauksellisen asiantuntijuuden faktorin suhteen terapiakoulutettujen ja koulutamattomien välillä oli t-testin mukaan tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) ohjauksellisen asiantuntijuuden painoutuessa ei-terapiakoulutetuilla vastaajilla.

## Rakenteellinen asiantuntijuus

Toimintakontekstistaan riippumatta sosiaalityö on aina sosiaali- ja yhteiskuntapoliittista toimintaa. Kananoja ym. (2010, 126) muistuttavat 'sosiaalisen' toteutumisen sosiaalityössä edellyttävän, että 1) yksilöä, ryhmää tai yhteisöä tarkastellaan suhteessa laajempaan elämäntilanteeseen, sosiaalisiin olosuhteisiin tai yhteiskunnalliseen tilanteeseen, 2) työ kohdistuu yksilöiden ja yhteiskunnan väliseen suhteeseen ja 3) siinä pyritään myös aidosti vaikuttamaan yhteiskunnallisiin tekijöihin. Rosen (2003) mukaan sosiaalisen aspektin läsnäoloa voidaan pitää edellytyksenä koko sosiaalityön vaikuttavuudelle. Vaikuttavuus toteutuu sosiaalityössä vasta, kun työssä yhdistyvät paitsi puuttuminen yksilöille vaikeuksia aiheuttaviin kontekstuaalisiin tekijöihin, näiden tekijöiden seurausten lievittäminen kuin yhteiskunnallisen epätaasa-arvon syiden tunnistaminenkin. (Rose 2003, 194–195.)

Sosiaalityön yhteiskunnalliseen toimijuuteen kuuluu olennaisesti tiedontuotanto eriarvoisuutta aiheuttavista, yksilöiden ja perheiden hyvinvointiin murtumia tuottavista tekijöistä. Sosiaalisen hyvinvoinnin vajeet vaikuttavat suoraan yksilön ja hänen lähipiirinsä psyykkiseen hyvinvointiin. Mielenterveysosiaalityöntekijöillä on ensikäden tietoa sosiaalisten ongelmien kytköksistä psyykkiseen sairastamiseen. Näiden hyvinvoinnin riskitekijöiden aktiivista julkituomista voidaan pitää sosiaalityön perustehtävään kiinnittyvänä eettisenä velvollisuutena. Pohjola (2016, 96) muistuttaa, että sosiaalityöllä on aina moraalinen tehtävä oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden puolestapuhujana, joka edellyttää puuttumista erilaisuuden ja toiseuden syihin, seurauksiin sekä niitä ruokkiviin ja ylläpitäviin yhteiskunnallisiin asenneilmastoihin.

Rakenteellisen työn näkökulmasta on merkittävää, että 122 (50,2 %) kaikista vastanneista sosiaalityöntekijöistä ei kokenut työhönsä sisältyvän lainkaan yhteiskunnallista vaikuttamista. Kuusi vastaajaa jätti vastaamatta tätä muuttujaa koskevaan kysymykseen. Yhteiskunnallisen vaikuttamisen suhteen terapiakoulutettujen ja ei-terapiakoulutettujen vastaajien välillä ei ollut suorien jakaumien tasolla eroa ja puolet sekä terapiakoulutetuista 37:stä (50 %) että ei-terapiakoulutetuista 84:stä (50 %) vastaajasta koki, ettei tämä tehtävä painotu heidän työssään lainkaan. Myöskään faktorianalyysin tuottaman *rakenteellisen asiantuntijuuden* ulottuvuuden osalta terapiakoulutettujen ja ei-terapiakoulutettujen vastaajaryhmien välillä ei ollut t-testillä tarkasteltuna tilastollisesti merkitsevää eroa ( $p=0,298$ ), joka ilmentää rakenteellisen työorientaation yleistä heikkoutta mielenterveysosiaalityössä. Rakenteellisen muutostyön verrattain pientä roolia psykiatriassa on tuonut esiin myös Savolainen (2011), joka toivoo rakenteellisen orientaation saavan tulevaisuudessa enemmän jalansijaa ja vaikutusmahdollisuuksia mielenterveystyön kokonaisuudessa. Sosiaalisen asianajon vähäisyyttä suomalaisissa sosiaalipolitiikan ja -työn keskusteluissa on tuonut esiin myös Hokkanen (2014, 49), jonka kritiikki kohdistuu rakenteellisen sosiaalityön yleiseen paradoksaaliseen vähäisyyteen pohjoismaisen hyvinvointimallin universalismia, solidaarisuutta ja tasa-arvoisuutta korostavassa kontekstissa.

Rakenteellisen vaikuttamisen vähäisyys ja haasteellisuus nousivat esiin myös kyselytutkimuksen laadullisessa osassa, jossa sosiaalityöntekijät toivat esiin yhteiskunnallisiin keskusteluihin osallistumisen terveydenhuollon organisaatioista käsin tapahtuvan edelleen lääkärivetoisesti. Jos organisaatiosta ulospäin virallisesti viestivät henkilö edustaa aina automaattisesti lääketiedettä, voi erityisammattiryhmien olla hankalaa murtaa osaltaan hiljaisuuden kulttuuria ja harjoittaa sosiaalista raportointia, joka on ensiedellytys rakenteellisen työorientaation vahvistumiselle. Tämän tiedostaminen on keskeistä ennakoitaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostusta, jossa on tärkeää huolehtia hyvinvoinnin sosiaalisten determinanttien näkyväksi tekemisestä.

*”Verkostoituminen sairaalan ja avohoidon organisaation ulkopuolelle on perinteisesti vähäistä. Henkilötasolla yllilääkäreissä on vielä ihmisiä, joilla ei*



*ole käsitystä sosiaalityön laajuudesta ja tietämyksen monipuolisuudesta. Mahdollisuuksia toimia kokonaisvaltaisen hoidon hyväksi ja yhteiskunnallisen muutostyön tekemiseksi ei aina esimiehestä riippuen ole.” (V1004)*

*”Allekirjoittanut haluaisi vaikuttaa myös kuntien talouteen järkiperaistämällä palvelujen rakennetta, mutta ilman lääkärin tukea se ei onnistu.” (V1041)*

## **Perhetyön asiantuntijuus**

Mielenterveys on pitkälti sosiaalisesti rakentuva ilmiö. Psykkisesti sairas kokee usein itsensä ja ympäristönsä toisten havainnoista poikkeavalla tavalla, joka voi hämmentää muita perheen- ja lähiyhteisön jäseniä ja altistaa heidätkin eritasoiselle psyykkiselle oireilulle (Jähi 2004, 25). Mielenterveystyössä onkin tärkeää kiinnittää huomiota potilaan perheeseen ja siinä tapahtuvaan vuorovaikutukseen paitsi toimimista tukevana, myös sitä mahdollisesti estävänä tekijänä. Perhetyö mielenterveyspotilaan lähipiirin kanssa voi myös ennaltaehkäistä omaisten uupumista, rajoittaa psyykkisen oireilun laajentumista sekä auttaa omaisia hakeutumaan tarkoituksenmukaisen psykososiaalisen tuen piiriin.

T-testi osoitti, että perhetyön asiantuntijuuden suhteen terapiakoulutettujen ja -kouluttamattomien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) perhetyön painoutuessa terapiakoulutettujen työskentelyssä. Suorien jakaumien tasolla terapiakoulutetuista sosiaalityöntekijöistä 20 (26 %) koki varsinaisen *perheterapian* painottuvan työssään *erittäin paljon* ja 18 (23,4 %) *melko paljon*. Vastaavasti vain yksi (0,6 %) ei-terapiakoulutettu vastaaja koki työhönsä sisältyvän perheterapiaa *erittäin paljon* ja 13 (7,7 %) puolestaan *melko paljon*.

## **Yksilöterapeuttinen asiantuntijuus**

T-testin mukaan yksilöterapeuttisen asiantuntijuuden suhteen terapiakoulutettujen ja kouluttamattomien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) yksilöterapeuttisen asiantuntijuuden korostuessa terapiakoulutetuilla. *Yksilöterapia* muuttujan ristiintaulukointi tekee kuitenkin näkyväksi jotain kiinnostavaa: 16 (9,5 %) ei-terapiakoulutetuista sosiaalityöntekijöistä koki yksilöterapian painottuvan työssään *erittäin paljon* ja 12 (7,1 %) *melko paljon*. Vastaavasti terapiakoulutetuista vastaajista yksilöterapiatyön koki painottuvan työssään *erittäin paljon* 16 (20,8 %) ja *melko paljon* 12 (15,6 %).

Tulos yksilöterapian koetusta painottumisesta myös ei-terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden toimenkuvassa synnyttää kysymyksen, sekoittuuko varsinaisen yksilöterapia sosiaalityöntekijöiden mielissä yleisempään voimavara- ja ratkai-

sukeskeiseen työtöteeseen? Vai onko terapeutinen orientaatio psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa yksinkertaisesti niin vahva, että se kirjaimellisesti ottaa valtaansa myös varsinaisen terapiatyön ulkopuoliset toimijat?

Psykiatrinen sairaanhoito organisoituu maassamme varsin monimuotoisesti. Erikoissairaanhoidotasoista psykiatrasta hoitoa järjestetään paitsi sairaaloiden osastoilla, myös sairaaloiden yhteydessä toimivissa polikliinisissä avohoidon yksiköissä sekä sairaaloista irrallisissa avohoidon erikoisyksiköissä. Kyselyyn osallistui 191 sairaaloiden sosiaalityöntekijää, joista 83 (43,5 %) työskenteli sairaalaosastolla tai -osastoilla ja 53 (27,7 %) puolestaan avohoidon polikliinisissä toimipisteissä. Sairaalaosaston ja avohoidon toimipisteen välillä työaikansa jakoi 45 (23,6 %) vastaajaa. Jollain muulla tapaa nimetyssä sairaalan toimipisteessä, joihin kuuluivat esimerkiksi erilaiset kuntoutusyksiköt, toimi kymmenen (5,2 %) vastaajaa. Ristiintaulukointi siitä, eroavatko sairaalan osasto- ja avohoidon polikliininen työ toisistaan suhteessa yksilö- ja perheterapiatyön koettuihin painotuksiin paljastaa, että avohoidossa työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä 20 (62,5 %) koki yksilöterapiain painottuvan työssään *erittäin paljon*, kun sairaalan osastoilla toimivista sosiaalityöntekijöistä näin koki vain viisi (15,6 %) vastaajaa.

Tarkasteltaessa t-testillä sairaala- ja avohoidon mielenterveysosiaalityötä faktorianalyysin tuottamien neljän asiantuntijuusulottuvuuden suhteen, *yksilöterapeuttisen asiantuntijuuden* osalta avohoidon ja sairaalakontekstin välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) yksilöterapeuttisen asiantuntijuuden korostuessa avohoidossa. *Ohjauksellisen* ( $p = 0,014$ ) ja *perhetyön* ( $p = 0,024$ ) asiantuntijuuden osalta ero oli tilastollisesti merkitsevä molempien korostuessa sairaalan sosiaalityössä. *Rakenteellisen* asiantuntijuuden osalta avo- ja sairaalahoidon välinen ero ei sen sijaan ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,053$ ), joskin p-arvon ollessa varsin lähellä raja-arvoa 0,05, eroa voidaan luonnehtia tilastollisesti suuntaa antavaksi.

Sekä kyselytutkimuksen tuottamat avovastaukset että terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden haastattelut vahvistavat tilastollisen tarkastelun tuottamaa informaatiota, jonka mukaan työskentely sairaalaosastoilla eroaa sisällöllisesti polikliinisestä työstä suhteessa yksilöterapeuttiseen työskentelyyn. Poliklinikoilla työskentelevät sosiaalityöntekijät noudattavat usein vahvemmin hoidollista paradigmaa ja samaistuvat osastoilla työskenteleviä kollegoitaan enemmän yleisen mielenterveystyöntekijän rooliin. Tämän tutkimuksen perusteella sosiaalityön sosiaalisen ulottuvuuden vahvistamiseen on erityistä tarvetta psykiatrisen avohoidon toimipisteissä.

*”Poliklinikka eroaa osastoista, siitä ei päästä mihinkään. Poliklinikalla on oltava itsenäinen mielenterveystyöntekijä.”* (V1115)

*”Psykiatrisen avohoidon sosiaalityöntekijän ja sairaalan sosiaalityöntekijän työ eroaa aika lailla: psykiatrisessa avohoidossahan sosiaalityöntekijä osallistuu perinteisesti psykiatriseen hoitotyöhön.”* (V1132)

## 6.2 PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN IDEAAALI VS. ARJEN REALITEETIT

Kyselyn kysymys numero 15 *Painottuuko jokin edellä mainituista tehtäväryhmistä mielestäsi liikaa tai liian vähän suhteessa siihen, miten haluaisit työsi kokonaisuuden ideaalilanteessa rakentuvan?* oli jatkoa psykiatrisen sosiaalityön konkreettista työnkuvaa koskeneelle kysymykselle 14, jolloin myös kysymys 15 sisälsi 23 erilaista työtehtävä- tai tehtäväryhmämuuttujaa. Kysymyksellä pyrin kartoittamaan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä paitsi työnsä todellisista, myös toivotuista sisällöistä. Työn koetun sisällöllisen ideaalin ja realiteettien välinen suhde kiinnittyy Luhmannin (2004) ajatuksiin järjestelmien itseorganisoituvuudesta (autopoiesis) ja resonanssista. Luhmann näkee suljettujen funktiojärjestelmien toimivan itseorganisoituvasti, itse itseään ylläpitäen, jolloin edellytys erillisten funktiojärjestelmien olemassaololle on riittävä erottuminen ympäristöstä. Eroavaisuudet ja niihin perustuvien rajojen luominen ja ylläpito ovat olennainen osa järjestelmää ja sen itseorganisoituvaa perusluonnetta. (Luhmann 2004, 67–70.)

Sosiaalityöhön on usein liitetty kontekstisidonnaisuus, jolla tarkoitetaan paitsi työn tavoitteiden, myös työmenetelmien muotoutumista toimintakontekstin lähtökohdista käsin ja niitä tukeviksi. Psykiatrisessa toimintaympäristössä myös varsinaisen hoitotyön ulkopuoliset ammattikunnat toimivat osin hoidollisista lähtökohdista ja hoidollisin menetelmin, joka voi muodostaa uhkatekijän pienempien ammattikuntien työn erityisyydelle. Luhmann (2004) kuitenkin muistuttaa, että toimintakokonaisuuden osajärjestelmät kommunikoivat keskenään itsenäisesti ja voivat siksi autonomisesti päättää, reagoivatko ne ympäristön tuottamiin ärsykkeisiin vai eivät. Omaa toimintaansa muuttamalla funktiojärjestelmät resonoivat ympäristöönsä pyrkien aikaansaamaan muutosta myös ympäröiviin järjestelmiin. Tällöin resonanssi tarkoittaa autonomisten järjestelmien kykyä reagoida ympäristön tapahtumiin omista lähtökohdistaan käsin. (Luhmann 2004, 17–20.)

Suorakulmaisesti rotatoidulla faktorianalyysillä löysin kuusi faktoria.

Ensimmäiselle faktorille latautui kuusi (6) muuttujaa:

- palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö
- osallistuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen työryhmässä ja tiedottaminen muille työryhmän jäsenille suunnitelmaan vaikuttavista tekijöistä ja asiakkaan omista toivomuksista
- verkostotyö
- asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevista asioista
- jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi

- asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut

Nimesin faktorin 1 moniammatillisuudeksi.

Toiselle faktorille latautui neljä (4) muuttujaa:

- tutkimus- ja kehittämistyö
- yhteiskunnallinen vaikuttaminen
- tiedottaminen/tiedotustehtävät
- asiantuntija- ja koulutustehtävät

Nimesin faktorin 2 rakenteelliseksi työksi.

Kolmannelle faktorille latautui neljä (4) muuttujaa:

- sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa
- sosiaalivakuutukseen ja -avustukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa
- asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen
- sosiaalista toimintakykyä tukeva ohjaus ja neuvonta

Nimesin faktorin 3 palvelutarpeen arvioinniksi.

Neljännelle faktorille latautui kuusi (6) muuttujaa:

- asiakkaan informoiminen erilaisten potilas- ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnasta
- potilas- ja lääkevahinkovakuutukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta
- asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö
- jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi
- asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevista asioista
- asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa

Nimesin faktorin 4 ohjaukselliseksi työksi.

Viidennelle faktorille latautui neljä (4) muuttujaa:

- työnohjaajana toimiminen
- asiantuntija- ja koulutustehtävät
- perheterapia
- asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut

Nimesin faktorin 5 työnohjaukseksi.

Kuudennelle faktorille latautui kolme (3) muuttujaa:

- asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa
- yksilöterapia

- asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa

Nimesin faktorin 6 yksilöterapeuttiseksi työksi.

Kolmannelle ja neljännelle faktorille latautui useita ohjaustyöhön kiinnittyviä muuttujia. Tarkastelin faktoreiden kärkimuuttujia ja päädyin nimeämään faktorin 3 palvelutarpeen arvioinniksi, koska yksi kärkimuuttujista oli asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen, joka ei puolestaan latautunut lainkaan faktorille 4.

Työn sisältöjen ideaali- ja reaalitilannetta tarkastelleen kysymyksen 15 tuottaman aineiston tulkinnassa pelkät faktorit eivät kerro mihin suuntaan koettu todellisuus poikkeaa koetusta ideaalitulanteesta. Mikäli vertailuryhmien välillä oli jatkoanalyseissä tilastollisesti merkitsevää eroa, tarkastelin kunkin faktorin kärkimuuttujia erikseen saadakseni selville erojen suunnan.

Taulukko 7. Psykiatrisen sosiaalityön ideaali- ja reliaalisuuden välistä suhdetta kuvaavat faktorit tunnuslukuineen

Faktorit ja niiden sisältö	Faktorilataus	Kommuniteetti	Selitysosuus %
<b>Faktori 1</b> <b>Moniammatillisuus</b>			20,7
palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö	0,789	0,700	
osallistuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen työryhmässä ja tiedottaminen muille työryhmän jäsenille suunnitelmaan vaikuttavista tekijöistä ja asiakkaan omista toivomuksista	0,732	0,543	
verkostotyö	0,591	0,380	
asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevista asioista	0,442	0,350	
jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi	0,419	0,413	
asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut	0,376	0,341	
<b>Faktori 2</b> <b>Rakenteellinen työ</b>			13,0
tutkimus- ja kehittämistyö	0,776	0,701	
yhteiskunnallinen vaikuttaminen	0,721	0,639	
tiedottaminen/tiedotustehtävät	0,649	0,560	
asiantuntija- ja koulutustehtävät	0,381	0,617	
<b>Faktori 3</b> <b>Palvelutarpeen arviointi</b>			9,6
sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	0,790	0,660	
sosiaalivakuutukseen ja -avustukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	0,731	0,593	
asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen	0,519	0,361	
sosiaalista toimintakykyä tukeva ohjaus ja neuvonta	0,427	0,260	
<b>Faktori 4</b> <b>Ohjauksellinen työ</b>			7,6
asiakkaan informoiminen erilaisten potilas- ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnasta	0,678	0,542	
potilas- ja lääkevahinkovakuutukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta	0,554	0,384	
asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö	0,488	0,285	
jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi	0,419	0,413	
asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevista asioista	0,316	0,350	
asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa	0,315	0,409	
<b>Faktori 5</b> <b>Työnohjaus</b>			5,7
työnohjaajana toimiminen	0,870	0,839	
asiantuntija- ja koulutustehtävät	0,643	0,617	
perheterapia	0,385	0,236	
asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut	0,318	0,341	
<b>Faktori 6</b> <b>Yksilöterapeuttinen työ</b>			5,1
asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa	0,866	0,779	
yksilöterapia	0,628	0,499	
asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa	0,527	0,409	

Faktorirakenne selittää 61,7 % muuttujan kokonaisvaihtelusta.

T-testillä tarkasteltuna terapiakoulutetut ja kouluttamattomat erosivat palvelutarpeen arvioinnin ( $p < 0,001$ ) osalta tilastollisesti erittäin merkitsevästi sekä moniammatillisuuden ( $p = 0,008$ ) ja ohjauksellisen työn ( $p = 0,008$ ) osalta tilastollisesti merkitse-

västi. *Rakenteellisen työn* ( $p=0,616$ ), *työnohjauksen* ( $p=0,260$ ) ja *yksilöterapeuttisen työn* ( $p=0,568$ ) osalta tilastollisesti merkitsevää eroa ei sen sijaan ollut.

Terapiakoulutetut kokivat palvelutarpeen arvioinnin korostuvan työssään hieman liian vähän ja terapiakouluttamattomat puolestaan hieman liikaa. Palvelutarpeen arviointi -faktorin kärkimuuttuja oli *sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa*, jota tarkastelin erikseen. Terapiakoulutetut kokivat tämän tehtävän painottuvan työssään jossain määrin liian vähän ( $2,88\pm 0,366$ ) verrattuna ei-terapiakoulutettuihin kollegoihinsa ( $3,02\pm 0,451$ ). Ryhmien välinen ero oli pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,016$ ). Moniammatillisuuden ja ohjauksellisen työn faktoreiden kärkimuuttujien perusteella terapiakoulutetut eivät kuitenkaan eronneet terapiakouluttamattomista.

Avo- ja sairaalahoidon näkökulmasta vain *yksilöterapeuttinen työ* erosi tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p<0,001$ ). Sairaaloiden sosiaalityöntekijät kokivat yksilöterapeuttisen työn painottuvan työssään jossain määrin liian vähän. *Moniammatillisuuden* ( $p=0,276$ ), *rakenteellisen työn* ( $p=0,314$ ), *palvelutarpeen arvioinnin* ( $p=0,253$ ) ja *ohjauksellisen työn* ( $p=0,903$ ) osalta tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut. *Työnohjauksen* ( $p=0,054$ ) osalta ero oli tilastollisesti suuntaa antava.

Yksilöterapeuttinen työ -faktorin kärkimuuttuja oli *asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa*, jota tarkastelin niin ikään erikseen. Sairaalassa työskentelevät sosiaalityöntekijät kokivat tämän tehtävän painottuvan työssään jossain määrin liian vähän ( $2,80\pm 0,484$ ) verrattuna avohoidossa työskentelevien kollegojen kokemukseen ( $3,02\pm 0,347$ ;  $p=0,001$ ). Samankaltaisiin tuloksiin on päätyneet myös Antikainen-Juntunen (2005, 68), jonka tutkimus osoitti psykiatrisen avohoidon sosiaalityön olevan vahvasti terapeuttista.

### 6.3 ASIANTUNTIJUUDEN MUODOT JA AMMATILLISET ROOLIT

Kyselylomakkeen kysymykset 16 ja 17 kartoittivat vastaajien asennoitumista väitteisiin, jotka koskivat mielenterveyttä ja mielenterveystyön sisältöjä sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityötä.

Faktorianalyysi ei soveltunut kysymyksen 16 *Mitä mieltä olet seuraavista mielenterveyttä ja mielenterveystyön sisältöä koskevista väittämistä?* tuottaman aineiston analyysiin KMO-arvon jäädessä alle suositellun raja-arvon 0,6. Tästä syystä tein vertailun väittämäkohtaisesti (Taulukko 8). Sekä avo- että sairaalahoidon sosiaalityöntekijöiden mukaan mielenterveystyön ei tulisi perustua puhtaasti psykologiseen tieto- ja teoriapohjaan, vaan psyykkis-fyysis-sosiaaliseen ihmiskäsitykseen ja monitieteiseen teoriapohjaan.

Vertasin muuttujia t-testillä. Sairaaloissa työskentelevien vastaajien mukaan mielenterveysongelmien hoidossa sosiaalityöntekijän on keskityttävä huolehtimaan asiakkaan konkreettisten elinolojen ja elämänolosuhteiden toteutumisesta ( $p=0,029$ ). Sairaaloiden sosiaalityöntekijät kokivat avohoidossa työskenteleviä kollegoitaan

vähemmän, että yksilö kykenee käyttäytymistään muuttamalla poistamaan mielen-terveysongelmia synnyttäviä tai ylläpitäviä tekijöitä (p=0,007).

Taulukko 8. Avo- ja sairaalahoiton sosiaalityöntekijöiden näkemykset mielenterveydestä ja mielenterveystyön sisällöstä

	Toimipiste	n	Keskiarvo	Keskihajonta	p-arvo*
"Mielenterveysongelmien hoidossa sosiaalityöntekijän on keskityttävä huolehtimaan asiakkaan konkreettisten elinolojen ja elämänolosuh- teiden toteutumisesta."	avohoito	57	3,00	1,2	<b>0,029</b>
	sairaala	137	3,42	1,2	
"Mielenterveysongelmien hoidossa sosiaalityöntekijän on pyrittävä sy- välle luotaavaan tarkasteluun."	avohoito	55	3,75	1,1	0,212
	sairaala	137	3,54	1,0	
"Mielenterveyspotilaiden kanssa työskenneltäessä sosiaalityönteki- jän on tärkeintä tukea heidän jo olemassa olevia voimavarojaan."	avohoito	59	4,34	0,6	0,266
	sairaala	138	4,20	0,9	
"Yksilö kykenee käyttäytymistään muuttamalla poistamaan mielen- terveysongelmia synnyttäviä tai yl- läpitäviä tekijöitä."	avohoito	58	3,14	1,1	<b>0,007</b>
	sairaala	137	2,66	1,1	
"Mielenterveyspotilaita voidaan auttaa parhaiten vaikuttamalla koko heidän elämäntilanteeseensa; heihin itseensä, heidän läheisiinsä, omaisiin ja lähiympäristöön."	avohoito	59	4,51	0,6	0,293
	sairaala	138	4,39	0,7	
"Mielenterveyspotilaita voidaan auttaa parhaiten keskittymällä poti- laan mielensisäisten prosessien hoitoon."	avohoito	58	2,67	1,1	0,574
	sairaala	138	2,58	1,0	
"Mielenterveystyön tulisi perustua erityisesti sosiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseen ja sosiaalisten ongelmien hoitoon ja ennaltaeh- käisyyn."	avohoito	57	3,49	1,1	0,972
	sairaala	136	3,49	1,1	
"Mielenterveystyön tulisi perustua psyykkis-fyysis-sosiaaliseen ihmiskäsitykseen ja monitieteiseen teoriapohjaan."	avohoito	59	4,61	0,6	0,713
	sairaala	139	4,58	0,6	
"Mielenterveystyön tulisi perustua puhtaasti psykologiseen tieto- ja teoriapohjaan."	avohoito	59	1,63	0,6	0,995
	sairaala	137	1,63	0,6	

\*Ei monivertailukorjausta.

Terapiakoulutuksella ei ollut yhteyttä vastaajien näkemyksiin mielenterveys-työn lähtökohdista. Sekä terapiakoulutettujen että -kouluttamattomien mukaan mielenterveystyön ei tulisi perustua puhtaasti psykologiseen tieto- ja teoriapohjaan, vaan psyykkis-fyysis-sosiaaliseen ihmiskäsitykseen ja monitieteiseen teoriapohjaan. Terapiakouluttamattomat (3,47±1,2) kokivat -koulutettuja (2,82±1,2) vahvemmin, et-  
tä mielenterveysongelmien hoidossa sosiaalityöntekijän on keskityttävä huolehti-



maan asiakkaan konkreettisten elinolojen ja elämänolosuhteiden toteutumisesta ( $p < 0,001$ ).

Kysymys 17 *Mitä mieltä olet seuraavista psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityötä koskevista väittämistä?* käsitteli psykiatristen sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä työnsä lähtökohtia ja sisältöä koskevista väittämistä, joita oli 13. Kysymyspatteriston laadinnassa käytin väljänä taustateorian Malcolm Paynen (2005, 8–13) kolmimallia sosiaalityön lähtökohdista. Payne jakaa teoksessaan *Modern social work theory* sosiaalityötä ja sen tehtävää koskevat näkemykset refleksiivis-terapeuttisiin, sosialistis-kollektivistisiin ja individualistis-reformistisiin.

Paynen (2005) *refleksiivis-terapeuttisen* näkemyksen mukaan sosiaalityön tavoitteena on edesauttaa yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen mahdollisuuksia kasvuun, itsensä toteuttamiseen ja kokonaisvaltaiseen elämänhallintaan. Työssä korostuu sosiaalityöntekijän persoonan, kokemuksen ja intuitiivisen osaamisen merkitys. Sosiaalityö nähdään asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutukseen kulminoituvaksi, terapeuttiseksi toiminnaksi. *Sosialistis-kollektivistisen* näkemyksen perustana on ajatus yhteiskunnallisesta tukityöstä, jonka avulla yhteiskunnan vähäosaisimmat voivat voimaantua oman elämänsä subjekteiksi. Sosiaalityön tehtävänä on edistää voimaantumista toimintaedellytyksiä luomalla. Näkemys pohjautuu sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja eettisten koodistojen periaatteisiin ja edustaa sosialistisesti painottunutta poliittisen empowermentin filosofiaa. *Individualistis-reformistinen* näkemys sosiaalityöstä painottaa puolestaan sosiaalityön tehtävää yhteiskuntarauhan ja -järjestyksen ylläpitäjänä. Sosiaalityö pyrkii tukemaan yksilöitä heidän vaikeuksissaan, jotta palaaminen yhteiskunnan toimintakykyisiksi jäseniksi mahdollistuisi. Sosiaalityö ylläpitää osaltaan olemassa olevaa yhteiskuntajärjestelmää ja itseään sen osana palveluiden laatua parantamalla. Poliittisesti näkemys nojaa ajatukseen, jonka mukaan talousmarkkinoiden vapaus yhdistettynä vahvaan valtiolliseen lainsäädäntöön muodostaa toimivan yhteiskunnan selkärangan. (Payne 2005, 8–9.)

Paynen (2005) kolmimallia mukaillen on mahdollista tarkastella käsitteellisesti, hahmottavatko psykiatriset sosiaalityöntekijät työnsä lähtökohdaksi ensisijaisesti 1) yksilö- ja perhetason psyykkistä eheytymistä edesauttavan terapeuttisen toiminnan, 2) marginalisoitumisuhan alla elävien tai jo marginalisoituneiden asiakkaiden yhteiskunnallisen valtaistamisen sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja rakenteellisen muutostyön hengessä, vai 3) yhteiskuntarauhan ylläpidon ja turvaamisen voimasaolevien palvelurakenteiden avulla. Paynen kolmijako on kansainvälisesti yksi tunnetuimmista modernin sosiaalityön jäsentämistavoista. Raunio (2009, 185–187) kutsuu Paynen kolmimallin näkemyksiä sosiaalityön toiminnallisiksi perspektiiveiksi ja on kääntänyt niiden nimet suomalaista sosiaalityötä paremmin kuvaavaan muotoon *terapeuttinen, yhteiskuntakriittinen ja palvelujärjestelmäkeskeinen* perspektiivi.

Suorakulmaisesti rotatoidulla faktorianalyysillä löysin neljä faktoria.

Ensimmäiselle faktorille latautui kuusi (6) väittämämuuttujaa:

- "Sosiaalityöntekijän merkitys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on potilaan kokonahoidon kannalta suuri."
- "Sosiaalityöntekijällä on erityisasiantuntijuutta, jonka hyödyntäminen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on tärkeää."
- "Sosiaalityöllä pyritään tukemaan potilaiden itsenäistä elämäntähtäintä."
- "Sosiaalityö on selkeä erikoisala psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa."
- "Sosiaalityö ja varsinainen psykiatrinen hoitotyö liittyvät kiinteästi yhteen."
- "On tärkeää, että sosiaalityöntekijä on mukana mielenterveyspotilaan hoidossa alusta alkaen ja osallistuu sekä hoidon suunnitteluun että sen järjestämiseen."

Nimesin faktorin 1 sosiaalisen asiantuntijuudeksi.

Toiselle faktorille latautui kaksi (2) väittämämuuttujaa, joista positiivisesti latautui:

- "Sosiaalityöntekijän työ on enemmänkin yksittäisten asioiden hoitamista kuin kokonaisvaltaista osallistumista potilaan hoitoon."

negatiivisesti latautui:

- "Sosiaalityö ja varsinainen psykiatrinen hoitotyö liittyvät kiinteästi yhteen."

Nimesin faktorin 2 konsultatiivisuudeksi.

Kolmannelle faktorille latautui viisi (5) väittämämuuttujaa:

- "Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tuottaa tasapainoa ja jatkuvuutta potilaiden ja heidän perheidensä elämään."
- "Sosiaalityön keinoin pyritään sopeuttamaan potilaita ympäröivään yhteiskuntaan."
- "Sosiaalityöllä pyritään tukemaan potilaiden itsenäistä elämäntähtäintä."
- "Sosiaalityö ja varsinainen psykiatrinen hoitotyö liittyvät kiinteästi yhteen."
- "Psykiatrinen sosiaalityö on yhteiskunnallista muutostyötä."

Nimesin faktorin 3 sopeuttavaksi muutostyöksi.

Neljännelle faktorille latautui yksi (1) väittämämuuttujaa:

- "Sosiaalityö on osa psykiatrista hoitotyötä."

Nimesin faktorin 4 hoidollisuudeksi.

Taulukko 9. Psykiatrisen sosiaalityön lähtökohtia kuvaavat faktorit tunnuslukuineen

Faktorit ja niiden sisältö	Faktorilaitaus	Kommunaliteetti	Selitysosuus %
<b>Faktori 1</b> <b>Sosiaalisen asiantuntijuus</b>			23
"Sosiaalityöntekijän merkitys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on potilaan kokonaisuhoitoon kannalta suuri."	0,752	0,595	
"Sosiaalityöntekijällä on erityisasiantuntijuutta, jonka hyödyntäminen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on tärkeää."	0,712	0,514	
"Sosiaalityöllä pyritään tukemaan potilaiden itsenäistä elämönhallintaa."	0,471	0,379	
"Sosiaalityö on selkeä erikoisala psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa."	0,458	0,212	
"Sosiaalityö ja varsinainen psykiatrisen hoitotyö liittyvät kiinteästi yhteen."	0,343	0,372	
"On tärkeää, että sosiaalityöntekijä on mukana mielen-terveyspotilaan hoidossa alusta alkaen ja osallistuu sekä hoidon suunnitteluun että sen järjestämiseen."	0,307	0,153	
<b>Faktori 2</b> <b>Konsultatiivisuus</b>			11,5
"Sosiaalityöntekijän työ on enemminkin yksittäisten asioiden hoitamista kuin kokonaisvaltaista osallistumista potilaan hoitoon."	0,979	0,999	
"Sosiaalityö ja varsinainen psykiatrisen hoitotyö liittyvät kiinteästi yhteen."	-0,340	0,372	
<b>Faktori 3</b> <b>Sopeuttava muutostyö</b>			10,7
"Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tuottaa tasapainoa ja jatkuvuutta potilaiden ja heidän perheidensä elämään."	0,668	0,453	
"Sosiaalityön keinoin pyritään sopeuttamaan potilaita ympäröivään yhteiskuntaan."	0,493	0,285	
"Sosiaalityöllä pyritään tukemaan potilaiden itsenäistä elämönhallintaa."	0,373	0,379	
"Sosiaalityö ja varsinainen psykiatrisen hoitotyö liittyvät kiinteästi yhteen."	0,354	0,372	
"Psykiatrisen sosiaalityö on yhteiskunnallista muutostyötä."	0,346	0,150	
<b>Faktori 4</b> <b>Hoidollisuus</b>			8,8
"Sosiaalityö on osa psykiatrista hoitotyötä."	0,979	0,999	

Faktorirakenne selittää 54 % muuttujan kokonaisvaihtelusta.

Löytyneistä neljästä faktorista kolme kiinnittyy Paynen (2005) perspektiiveihin. Faktori 1 eli sosiaalisen asiantuntijuus resonoi Paynen jäsenyyksen *individualistis-reformistisen perspektiivin*, jossa sosiaalityön tehtäväksi nähdään yhteiskuntarauhan ylläpito ja turvaaminen voimassa olevien palvelurakenteiden avulla, kanssa. Faktori 3 eli sopeuttava muutostyö puolestaan liittyy *socialistis-kollektivistiseen perspektiiviin*, jossa sosiaalityön tehtäväksi nähdään marginalisoitumisuhan alla elävien tai jo marginalisoituneiden asiakkaiden valtaistaminen sosiaalisen oikeudenmukaisu-

den ja rakenteellisen muutostyön hengessä. Faktori 4 eli hoidollisuus kiinnittyy puolestaan *refleksiivis-terapeuttiseen perspektiiviin*, jossa sosiaalityön tehtäväksi nähdään psyykkistä eheytymistä edesauttava terapeuttinen toiminta. Faktorilla 2 eli konsultatiivisuudella ei ole kytköstä Paynen kolmimalliin, vaan se kuvaa pikemminkin sosiaalityön hoitokokonaisuudesta irrallista roolia yksittäisten työtehtävien suorittajana.

T-testillä tarkasteltuna terapiakoulutetut ja -kouluttamattomat eivät eronneet sosiaalisen asiantuntijuuden ( $p=0,621$ ), konsultatiivisuuden ( $p=0,099$ ), sopeuttavan muutostyön ( $p=0,792$ ) eivätkä hoidollisuuden ( $p=0,284$ ) osalta tilastollisesti merkitsevästi.

T-testin mukaan avohoidon ja sairaaloiden sosiaalityöntekijät erosivat toisistaan konsultatiivisuuden ja sopeuttavan muutostyön osalta. Konsultatiivisuuden faktorin kärkimuuttujan *Sosiaalityöntekijän työ on enemmänkin yksittäisten asioiden hoitamista kuin kokonaisvaltaista osallistumista potilaan hoitoon*. osalta molemmat ryhmät kokivat sosiaalityön olevan enemmän kokonaisvaltaista osallistumista, joka korostui vielä enemmän avohoidon sosiaalityöntekijöillä ( $1,59\pm 0,77$  vs.  $1,99\pm 1,04$ ;  $p=0,01$ ). Sopeuttavan muutostyön faktorin kärkimuuttujan osalta molemmat ryhmät kokivat kuitenkin yhteneväisesti sosiaalityön tehtävän olevan tuottaa tasapainoa ja jatkuvuutta potilaiden ja heidän perheidensä elämään.

Craig ja Muskat (2013) ovat tarkastelleet sairaalan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä roolistaan moniammatillisessa työskentelyssä. Tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijät kokivat toimivansa seitsemässä erilaisessa roolissa, jotka on mahdollista esittää vertauskuvallisoin termein: pomppija (bouncer), talonmies (janitor), liima (glue), meklari (broker), palomies (firefighter), jonglööri (juggler) ja haastaja (challenger). *Pomppijalla* sosiaalityöntekijät tarkoittivat kaoottisten tilanteiden selvittelijää, joukkojen hallitsijaa ja käytöshäiriöiden kaitsijaa, jonka roolia voi verrata myös riitatilanteen sovittelijan työhön. *Talonmies* kuvaa sosiaalityöntekijän velvollisuutta selvittää toisten ammattikuntien jäljiltä jääneitä sotkuja, tai hoitaa käytännönläheisiä tehtäviä, jotka eivät kuulu millekään muulle terveydenhuollon ammattikunnalle. *Liima* viittaa sosiaalityöntekijöiden rooliin tukijoina, joiden ansiosta potilaat, heidän perheensä ja usein myös moniammatilliset tiimit, pysyvät kasassa. *Meklari* kuvaa sosiaalityöntekijää rauhanomaisena neuvottelijana, joka luovii tiedonvälittäjänä paitsi potilaan ja hänen perheensä, usein myös potilaan ja hoitoorganisaation välillä. Meklarin tehtävänä voi olla esimerkiksi tietyn toimintamallin tai kuntoutusvaihtoehdon ”myyminen” sairaalasta kotiutuvalle kuntoutujalle ja hänen omaisilleen. *Palomiehen* rooli liittyy sosiaalityöntekijän tehtävään akuuttien kriisitilanteiden selvittelijänä eli tulipalojen sammuttajana. *Jonglööri* kuvaa sosiaalityöntekijöiden tasapainoilua monenlaisten, paitsi oman ammattikunnan sisältä, myös muiden ammattikuntien tahoilta tulevien rooliodotusten välillä. Viimeinen, *haastajan* rooli liittyy sosiaalityöntekijöiden tehtävään asiakkaiden sosiaalisen asianajon parissa. Sosiaalityöntekijät joutuvat usein haastamaan muita terveydenhuollon ammattikuntia huomioimaan asiakkaiden elämään olennaisesti vaikuttavia so-

siaalisia näkökohtia. Sosiaalinen asianajo jatkuu myös sairaalan ulkopuolella, suhteessa palvelujärjestelmään ja laajempiin rakenteellisiin kysymyksiin. (Craig & Muskat 2013.)

Craigin ja Muskatin (2013) jäsenitys onnistuu tavoittamaan sairaalassosiaalityön tehtäväkentän moniulotteisuuden. Sen valossa on äärimmäisen valitettavaa, etteivät muut terveydenhuollon ammattikunnat edelleenkään usein hahmota, kuinka moninaisia palveluita terveydenhuollon sosiaalityöntekijät voivat potilaille tarjota (Frost ym. 2005). Konsultatiivisuuden faktorilla on selkeä yhtymäkohta Craigin ja Muskatin (2013) jäsenityksen talonmiehen rooliin, joka on välttämätön, mutta samalla hyvin näkymätön ja aliarvostettu toimintaympäristön primaaritehtävän näkökulmasta. Konsultatiivisuuteen kiinnittyvä problematiikka nousi esiin myös kyselyn laadullisessa osassa. Vastajat toivat esiin, että toimintaympäristössä yleisesti vallitsevista arvostuksista huolimatta terveysosiaalityön on tärkeää edustaa moniammatillisessa työskentelyssä kokonaisvaltaista näkökulmaa, jolla pyritään vahvistamaan ja tukemaan haavoittuvassa asemassa olevien potilaiden toimijuutta.

*”Riippuu työryhmästä, miten sosiaalityö nähdään osaksi psykiatrissa erikoissairaanhoidon. Oma kokemus on, että on vaikea yhdistää sosiaaliturva-asiantuntemusta sekä perheen tukemisesta lähtevää työtä. Usein on ollut, että sosiaalityöntekijä tekee vain toista. Toisaalta työntekijän oma asenne ja esillä olo vaikuttaa paljon sosiaalityön käyttöön. Sosiaalityön luonne on henkilöstä riippuvaista, niin työryhmästä kuin sosiaalityöntekijästäkin. Näin sen ei pitäisi olla. Toteutuuko silloin asiakaslähtöisyys?” (V1027)*

Korkealaakso (2005) on tarkastellut lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia sosiaalityöntekijän asiantuntijuudesta aikuispsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Korkealaakson tulokset osoittivat, että samakin lääkäri saattoi mieltää sosiaalityön sekä laaja-alaiseksi osallistumiseksi että hyvinkin kapea-alaiseksi, taloudellisiin kysymyksiin painottuvaksi konsultoivaksi työksi. Korkealaakso näkee sosiaalityöntekijän roolin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevan joko ”vieraileva tähti”, joka käy osastoilla konsulttiluontoisesti erityistilanteissa, tai ”hoito- ja kuntoutusprosessissa kiinteästi mukana oleva asiantuntija”, joka osallistuu moniammatilliseen työskentelyyn muiden ammattikuntien kanssa tasavertaisena toimijana koko hoitoprosessin ajan. Sosiaalityön roolin määrittely on vahvasti sidoksissa siihen, onko sosiaalityöntekijä itse mukana alustavassa ongelmanmäärittelytilanteessa. Mikäli sosiaalityöntekijä ei ole alusta asti määrittelemässä sosiaalityön osuutta ja tekemässä erityisasiantuntijuuttaan näkyväksi, muut ammattikunnat tekevät rooli- ja tehtävämäärittelyt sosiaalityöntekijän puolesta. (Korkealaakso 2005, 107–108.) Samankaltaisiin tuloksiin ovat päätyneet myös terveysosiaalityöntekijöitä haastatelleet Romakkaniemi & Kilpeläinen (2013), joiden mukaan asiakkaat usein putoavat tarvitsemastaan sosiaalityön asiakkuudesta elleivät sosiaalityöntekijät itse pääse arvioimaan sosiaalityön tarvetta. Myös sosiaalityön roolia psykiatrisessa työkyvyn arvi-

oinnissa tarkastellut Antikainen-Juntunen (2005) on havainnut, että asiakkaat ohjautuvat sosiaalityöntekijän vastaanotolle usein sattumanvaraisesti, jonka vuoksi sosiaalityön rooli arviointiprosessissa oli usein epäselvä, näkymätön ja viimesijainen eikä sen kohdentumisen tarkoituksenmukaisuudesta asiakkaan kannalta voida aina olla varmoja. Antikainen-Juntunen näkee tämän johtuvan pitkälti systemaattisten ammattikäytäntöjen puutteesta.

Terveysosiaalityön näkymättömyys ja sattumanvaraisuus on noussut esiin myös Kantolan (2009) väitöstutkimuksessa, jossa tarkasteltiin vakavan sairauden merkitystä elämänkulussa SLE:tä (systemic lupus erythematosus) sairastavien kokemusten kautta. Kantolan mukaan terveydenhuollon ammattilaiset eivät riittävästi tiedosta kroonisia sairauksia sairastavien kokonaisvaltaisen hoidon merkitystä, jolloin potilaiden ohjaaminen terveydenhuollon erityistyöntekijöille ontuu. Tutkimukseen osallistuneet pitkäaikaissairaat eivät olleet itse osanneet hakeutua terveydenhuollon sosiaalityöntekijän vastaanotolle, jolloin he olivat joko jääneet kokonaan paitsi sosiaalityön palveluista, tai saaneet niitä liian myöhään. (Kantola 2009.) Tulokset osoittavat, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden olisi tärkeää tehdä aiempaa enemmän etsivää sosiaalityötä, johon ei käytännössä kuitenkaan ole ajallisia resursseja. Myös syöpäpotilaiden sosiaalista selviytymistä tutkineet Smith ym. (2014) ovat havainneet terveydenhuollon sosiaalityön vähäisten resurssien muodostavan esteen potilaan ennaltaehkäisevälle auttamiselle jo taloudellisen toimeentulonkin ongelmassa.

Kyselyn kysymys 18 *Missä määrin koet tekeväsi työtäsi ja toimivasi työssäsi seuraavissa ammatillisissa rooleissa?* käsitteli sosiaalityöntekijöiden kokemuksia erilaisista ammatillisista rooleista, joita oli patteristossa 13. Kysymys liikkunarajaisista ammattirooleista kiinnittyy Luhmannin (2004) resonanssin käsitteellistykseen, jossa ammattiryhmä voi mukauttaa toimintaansa muilta osajärjestelmiltä saamiensa viestien pohjalta.

Suorakulmaisesti rotatoidulla faktorianalyysillä löysin kolme faktoria. Koska kolmen muuttujan (*mielenterveystyöntekijä, toimintaterapeutti ja opettaja/pedagogi*) kommunaliteetti oli pienempi kuin 0,3, poistin nämä muuttujat analyysistä, jonka jälkeen tein analyysin uudelleen. Faktoreiden lukumäärä pysyi edelleen kolmena, mutta tulkinta oli selkeämpää tehdä pienemmästä muuttujamäärästä.

Ensimmäiselle faktorille latautui viisi (5) roolimuuuttujaa:

- psykologi
- psykiatri
- psykiatrinen sairaanhoitaja
- sairaalateologi
- psykoterapeutti

Nimesin faktorin 1 yksilökohtaiseksi mielenterveystyöksi.

Toiselle faktorille latautui kolme (3) roolimuuuttujaa:

- perheterapeutti
- psykoterapeutti
- perheneuvoja

Nimesin faktorin 2 perhe- ja lähisuhdetyöksi.

Kolmannelle faktorille latautui kolme (3) roolimuuuttujaa:

- asianajaja
- potilasasiamies
- toimittaja

Nimesin faktorin 3 edunvalvonta- ja tiedotustyöksi.

Taulukko 10. Psykiatrisen sosiaalityön ammatillisia rooleja kuvaavat faktorit tunnuslukuineen

Faktorit ja niiden sisältö	Faktorilataus	Kommunaliteetti	Selitysosuus %
<b>Faktori 1</b>			37,4
<b>Yksilökohtainen mielenterveys-</b> <b>työ</b>			
psykologi	0,823	0,747	
psykiatri	0,763	0,651	
psykiatrinen sairaanhoitaja	0,746	0,579	
sairaalateologi	0,495	0,322	
psykoterapeutti	0,358	0,569	
<b>Faktori 2</b>			18,6
<b>Perhe- ja lähisuhdetyö</b>			
perheterapeutti	0,993	0,999	
psykoterapeutti	0,657	0,569	
perheneuvoja	0,639	0,505	
<b>Faktori 3</b>			12,3
<b>Edunvalvonta- ja tiedotustyö</b>			
asianajaja	0,797	0,653	
potilasasiamies	0,614	0,380	
toimittaja	0,536	0,317	

Faktorirakenne selittää 68,3 % muuttujan kokonaisvaihtelusta.

T-testillä tarkasteltuna terapiakoulutetut ja -kouluttamattomat erosivat toisistaan *perhe- ja lähisuhdetyön* ( $p < 0,001$ ) osalta tilastollisesti erittäin merkitsevästi sekä *edunvalvonta- ja tiedotustyön* ( $p = 0,001$ ) osalta tilastollisesti merkitsevästi. Perhe- ja lähisuhdetyö korostui terapiakoulutetuilla, kun taas edunvalvonta- ja tiedotustyö ei-terapiakoulutetuilla. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei sen sijaan ollut suhteessa *yksilökohtaiseen mielenterveystyöhön* ( $p = 0,242$ ).

T-testin mukaan avohoidossa ja sairaalassa työskentelevien kokemukset ammatillisista rooleista erosivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi *yksilökohtaisen mielenterveystyön* ( $p < 0,001$ ) osalta sekä tilastollisesti merkitsevästi *perhe- ja lähisuhdetyön*

( $p=0,003$ ) osalta. Sekä yksilökohtainen mielenterveystyö että perhe- ja lähisuhdetyö korostuivat avohoidossa. *Edunvalvonta- ja tiedotustyön* ( $p=0,407$ ) kohdalla tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut.

### **Yksilökohtainen mielenterveystyö**

Erikoisalakohtainen vertailu t-testillä osoitti, että yksilökohtaisen mielenterveystyön osalta ainoastaan lastenpsykiatria erosi muista erikoisaloista tilastollisesti merkitsevällä tavalla. Yksilökohtainen mielenterveystyö korostui yleissairaalapsykiatriassa ( $p=0,037$ ), nuorisopsykiatriassa ( $p=0,005$ ) ja aikuispsykiatriassa ( $p=0,012$ ) lastenpsykiatria enemmän.

### **Perhe- ja lähisuhdetyö**

Perhe- ja lähisuhdetyön osalta lastenpsykiatria erosi kahdesta muusta erikoisalasta tilastollisesti erittäin merkitsevästi ja kahdesta puolestaan tilastollisesti merkitsevästi. Perhe- ja lähisuhdetyö korostui lastenpsykiatriassa selkeästi aikuispsykiatria ( $p<0,001$ ), oikeuspsykiatria ja kriminaalityötä ( $p<0,001$ ), yleissairaalapsykiatria ( $p=0,012$ ) sekä päihde- ja riippuvuustyötä ( $p=0,027$ ) enemmän.

Myös nuorisopsykiatria erosi tilastollisesti erittäin merkitsevästi aikuispsykiatriasta ( $p<0,001$ ) ja oikeuspsykiatriasta ja kriminaalityöstä ( $p<0,001$ ) sekä tilastollisesti merkitsevästi yleissairaalapsykiatriasta ( $p=0,048$ ) perhe- ja lähisuhdetyön osalta, joka korostui nuorisopsykiatriassa muita mainittuja erikoisaloja enemmän.

### **Edunvalvonta- ja tiedotustyö**

Edunvalvonta- ja tiedotustyön osalta vain lastenpsykiatria erosi yhdestä erikoisalasta, vanhuspsykiatriasta, tilastollisesti merkitsevällä tavalla ( $p=0,038$ ). Vanhuspsykiatriassa edunvalvonta ja tiedotustyö painottuivat selkeästi lastenpsykiatria enemmän.



# 7 PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO

## 7.1 TERAPEUTTISUUS PSYKIATRISISSA SOSIAALITYÖSSÄ

### 7.1.1 Terapeuttisen sosiaalityön lähtökohdat

Tässä luvussa tarkasteluni täsmentyy tiettyyn mielenterveysosiaalityön osa-alueeseen ja siirryn rakentamaan kokonaiskuvaa psykiatristen sosiaalityöntekijöiden terapeuttisesta orientaatiosta. Etenen analyysissäni yleisestä yksityiseen. Aloitan tarkasteluni avaamalla sosiaalityöntekijöiden tuottamiin laadullisiin aineistoihin perustuvia näkemyksiä terapeuttisuudesta osana mielenterveysosiaalityötä. Ilmiön yleisen käsitteellisen tarkastelun jälkeen siirryn muodostamaan kuvaa terapeuttisen orientaation laajuudesta tilastollisten tunnuslukujen valossa. Päätän luvun terapeuttisen orientaation selkeimmän ilmentymän eli sosiaalityöntekijöiden terapiakoulutukseen hakeutumisen ja vastaavasti terapiakoulutuksesta pidättäytymisen motiivien tarkasteluun.

Kyselyn loppupuolella oli avokysymys, jossa pyysin vastaajia pohtimaan, mitä ajatuksia käsitepari ”terapeuttinen sosiaalityö” heissä herättää. Kysymyksen taustalla oli haluni saada tietoa kahdesta tutkimukseni kannalta oleellisesta teemasta; ensinnäkin mitä sosiaalityöntekijät pohjimmiltaan ymmärtävät terapeuttisuuden käsitteellä, ja toiseksi kuinka he peilaavat sitä tekemäänsä työhön. Pysin siis saamaan tietoa siitä, kuinka vastaajat jäsentävät terapeuttisen työn ja sosiaalityön välistä rajapintoja. Toivoin, että kysymyksen myötä vastaajat antaisivat vallan tajunnan virralle ja tuottaisivat spontaania tekstiä haluamastaan ja tärkeäksi kokemastaan näkökulmasta. ’Oikeita’ tai ’vääriä’ vastauksia ei olisi, vaan ainoastaan erilaisia tulkintoja, jotka auttaisivat minua hahmottamaan ilmiölle annettujen merkitysten monimuotoisuutta.

Suurin osa vastaajista teki lähtökohtaisen käsitteellisen ja periaatteellisen eron varsinaisen ’terapiain’ ja ’terapeuttisuuden’ välille. *Terapian* nähtiin olevan verrattain pitkään koulutukseen perustuvaa ja laillistetun terapeutin pätevyyden tuottavaa, hoidollisen ulottuvuuden sisältävää ammatillista toimintaa, joka keskittyy yksilön tai perheen toiminnan taustalla olevien psyykkisten prosessien ja suhteiden näkyväksi tekemiseen ja näissä ilmenevien ongelmien aktiiviseen työstämiseen. *Terapeuttisuus* puolestaan ymmärrettiin pääasiallisesti kahdella tavalla. Valtaosa sosiaalityöntekijöistä kuvasi terapeuttisuutta sosiaalityöhön jo lähtökohtaisesti kuuluvaksi ja sisäänrakennetuksi lähestymistavaksi, jolle on ominaista ymmärtävä ja empaattinen suhtautumistapa asiakkaaseen sekä asiakkaan ja hänen perhetilanteensa kokonaisvaltainen huomioiminen osana sitä sosiaalista todellisuutta, jossa he elävät. Näin ilmaistuna terapeuttisuus vaikuttaisikin olevan luonnollinen osa kaikkea

ihmissuhdetyötä eikä sen yhdistämisessä sosiaalityöhön pitäisi ilmetä ideologiaa haasteita. Ideaalitulanteessa sosiaalityöntekijä kykenee jo lähtökohtaisesti suhtautumaan asiakkaisiinsa heidän inhimillisen ainutkertaisuutensa huomioiden ja heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Perustellun poikkeuksen tästä muodostavat luonnollisesti potilaat, joiden itsemääräämisoikeutta on jo heidän itsensä ja ympäristön turvallisuuden vuoksi jouduttu kaventamaan tahdosta riippumattoman hoidon mahdollistamin keinoin.

*”Terapeuttinen sosiaalityö on keskustelua potilaan kanssa tämän elämäntilanteesta, ihmissuhteista, ympäristöstä, toiveista, unelmista, tavoitteista, mahdollisen ongelman näkyväksi tuomista, käsittelemistä ja auki puhumista. Tärkeää on aito kuunteleminen ja kohtaaminen tasavertaisena ihmisenä, ei mielenterveystapauksena.” (V1066)*

*”Terapeuttinen sosiaalityö tuo mieleen eheyttävään, kuuntelevan, läsnä olevan ja kokonaisvaltaisen sosiaalityön. Sosiaalisen tilanteen kartoitus on potilaille usein terapeuttinen kokemus. Mielestäni sosiaalityö voi olla terapeuttista ilman varsinaista terapiakoulutusta. Tukea antavia keskusteluita, ja kuuntelijana sosiaalityöntekijä voi luoda terapeuttisen ja eheyttävän asiakassuhteen.” (V1120)*

Toinen valtavirta vastaajista tarkasteli terapeuttisuutta ‘pehmeämpänä’ ja maallikkomaisena versiona varsinaisista voimavara- ja ratkaisukeskeisistä psykoterapiasuuntauksista. Terapeuttisuutta luonnehdittiin erilaisten psykologis–psykiatrisesta tiedeperustasta kumpuavien terapeuttisten menetelmien soveltamiseksi yksilö- tai perhekohtaisessa sosiaalityössä niiltä osin, kuin se kunkin asiakastapauksen kohdalla oli mahdollista. Merkittävää oli, että valtaosa sosiaalityöntekijöistä katsoi näiden pehmeiden terapeuttisten menetelmien soveltamisen sosiaalityössä olevan mahdollista myös ilman varsinaista terapiakoulutusta ja laillistetun terapeutin pätevyyttä. Vaikka sosiaalityöntekijät siis ymmärsivätkin varsinaisen terapiatyön ja yleisemmän terapeuttisuuden välisen eron, mielenterveysosiaalityön käytäntöihin näytti vastausten perusteella jo lähtökohtaisesti sisältyvän huomattavasti sosiaalityön ja terapian rajapinnalle paikantuvaa toimintaa.

*”Työntekijä tukee omalla osaamisellaan asiakkaan toimintakykyä. On sellainen rinnalla kulkija. Ei tarkoita samaa kuin terapia eli voi tehdä ilman varsinaista terapiakoulutusta. Terapeuttista sosiaalityötä tekee huomaamattaan eli luonnollinen osa tätä työtä.” (V1027)*

Tutkimusaineistossa esiintyneille erilaisille terapeuttisuuden jäsenystavoille oli yhteistä se, että terapeuttisuuden katsottiin edellyttävän luottamuksellisen suhteen olemassaoloa työntekijän ja asiakkaan välillä. Tämän voi tulkita tarkoittavan sitä,

että hyvin lyhyiden, kenties vain yhteen tapaamiskertaan rajoittuvien asiakassuh- teiden puitteissa terapeuttisuuksi ei voisi juurikaan ilmetä, viehän luottamuksen syntyminen aikaa. Toisaalta suuri osa sosiaalityöntekijöistä uskoi hyvinkin yksin- kertaisilla ja käytännönläheisillä, verrattain nopeasti toteutetuilla sosiaalityön konkreettisilla interventioilla olevan asiakkaan kokonaistilanteen kannalta huomata- tavaa *terapeuttista vaikutusta*. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi asumis- tai toimeen- tulotukihakemuksen täyttäminen tai kielteistä eläkepäätöstä koskevan valituskir- jelmän laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Eräs vastaaja käytti terapeutisesta vaikuttamisesta käsitettä 'realiteettiterapia', jolla hän tarkoitti jo olemassa olevien, asiakkaan elämäntilanteeseen merkittävästi vaikuttavien seikkojen rehellistä esiin tuomista sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisissä keskusteluissa ja näistä kumpua- vien potentiaalisten ratkaisuvaihtoehtojen yhteistä hahmottelemista.

*"Sosiaalityö jo sinänsä voi olla terapeutin tapahtuma. Joskus parasta te- rapiaa onkin, kun käytännön asioita saa hoidettua. Tavallaan miellän itseni terapiaa tekeväksi sosiaalityöntekijäksi: pohja-ammattina ja viitekehystenä minulla on sosiaalityö, jonka pohjalta tarkastelen potilaiden tilannetta. Ajattelen tämän viitekehysten olevan laajemmin kuin monessa muussa ammatissa."* (V1039)

Kyselyaineiston nojalla terapeutisuus todentuu asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen liittyvien psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden aktiivisessa huomioinnissa ja puheeksi ottamisessa. Psyykkinen sairastuminen merkitsee yksilölle usein epävarmuutta ja ahdistusta aiheuttavaa kriisiä. Sairastuttuaan ja uuteen elämäntilanteeseensa totutelllessaan mielenterveyspotilaat tekevät myös identiteetti- tityötä (Hyväri 2011), jossa he tarvitsevat laajaa emotionaalista tukea. Mielenter- veysongelmaiseksi määrittäminen on yksilölle usein käännteentekevä ja kokonais- valtainen tapahtuma (Kulmala 2005, 281). Sairastuminen muokkaa yksilön minä- kuvaa ja haastaa hänet pohtimaan identiteetin tilannesidonnaisuutta ja muuttu- vuutta (Hänninen & Valkonen 1998). Psyykkisen terveyden menettäminen johtaa usein myös hallinnan ja pystyvyyden tunteen katoamiseen, joka puolestaan voi joh- taa näköalattomuuteen suhteessa elämänvalintoihin (Romakkaniemi 2014, 166; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015). Alentunut toimintakyky ja subjektiivinen kär- simys aiheuttavat koetun elämänlaadun kokonaisvaltaista heikkenemistä (Lön- nqvist & Lehtonen 2017, 23; Saharinen 2013). Psyykkisten oireiden epämääräisyys, oman tilanteen hallitsemattomuus ja siihen liittyvät pelot voivatkin muodostua mielenterveyspotilaalle elämää kahlitseviksi tekijöiksi (Kulmala 2005, 286).

Psyykkisestä sairastumisesta aiheutuneet muutokset koskettavat samanaikaisesti sekä potilaan että hänen lähipiirinsä sosiaalista hyvinvointia (Prior 2007). Mielen- terveysongelmat altistavat usein talous- ja ihmissuhdeongelmille, jotka puolestaan vahvistavat tunnetta elämänhallinnan menettämisestä (Frankenhaeuser 2014, 65). Vähentyneet psyykkiset voimavarat, häpeä ja alentunut itsetunto voivat saada sai-

rastuneen vetäytymään jopa oman perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta (Koski-suu 2004, 177–179; Savolainen 2011, 155). Psykkisesti sairastunut kokee usein itsensä ja ympäristönsä toisten havainnoista poikkeavalla tavalla, joka puolestaan voi hämmentää muita perheenjäseniä altistaen heidätkin psyykkiselle oireilulle (Jähi 2004, 25). Mielenterveysongelmiin liittyy usein syvää toivottomuutta ja näköalojen huomattavaa kapeutumista, jolloin psyykinen sairastuminen on usein kytköksissä laajempaan syrjäytymiseen tai sen vakavaan uhkaan (Lavikainen ym. 2004, 21). Erityisesti riskiryhmässä ovat ne, joiden elämä on jo ennen sairastumista ollut jatkuvaa kamppailua esimerkiksi taloudellisten paineiden alla. Vastavuoroisesti sosiaalisuudessa usein kohdatut sosiaaliset ongelmat, kuten köyhyys, asunnottomuus ja erilaiset kaltoinkohtelun muodot, ovat myös merkittäviä mielenterveysongelmien riskitekijöitä. (Anakwenze & Zuberi 2013; Rovinelli Heller & Gitterman 2011.) Psykkisesti sairastunut ei usein kykene tilanteensa suunnitteluun eikä tekemään arkielämäänsä koskevia ratkaisuja, jolloin sosiaalisuuden interventioiden tarve kasvaa (Rauhala 2014, 139).

Vaikka tapauskohtaisen sosiaalisuuden lähtökohta, asiakkaan elämäntilanteen tarkka selvittäminen, johon liittyy niin palvelutarpeiden kuin sosiaalisuuden kartoitusta, on olennainen osa sosiaalisuutta, voi kriisissä oleva asiakas kokea tapauskohtaisen työn selvitysvaiheen varsin mekaanisena, jopa persoonattomana suoritteena. Usein asiakas, jolla on selkeitä puutteita elämän perusedellytyksissä, kuten riittävän ravinnon, lääkityksen ja asunnon saamisessa, kokee tarvitsevansa apua myös elämäntilanteensa kognitiivisessa, emotionaalisessa ja psyykkisessä reflektoinnissa. Käytännössä elämäntilanteen ja siihen vaikuttavien tekijöiden analyttinen tarkastelu mahdollistuu vasta, kun asiakkaan perustarpeet on tyydytetty ja riittävä perusturvallisuudentunne saavutettu. (Derezotes 2000, 146–147.)

Asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista jäsentänyt Juhila (2006) on jakanut sosiaalisuudentekijöiden ja heidän asiakkaidensa väliset suhteet neljään pääkategoriaan: 1) *liittämis- ja kontrollisuhte* 2) *kumppanuussuhte* 3) *huolenpitosuhte* sekä 4) *vuorovaikutuksessa rakentuva suhte*. *Liittämis- ja kontrollisuhte*essä sosiaalisuudentekijän roolina on pyrkiä liittämään asiakkaita osaksi yhteiskunnan valtakulttuuria ja tarvittaessa kontrolloimaan niitä, joiden liittämässä ilmenee vaikeuksia. Asiakkaiden roolina on asettua liittämis- ja kontrollitoimenpiteiden kohteiksi. *Kumppanuussuhte*essä asiakkaat ja sosiaalisuudentekijät toimivat rinta rinnan. Asiakkaiden elämän ongelmien, muutostarpeiden ja -tavoitteiden jäsentäminen tapahtuu kumppanuuteen perustuvassa yhteistyössä. *Huolenpitosuhte*essä työskentely perustuu ajatukseen, etteivät asiakkaat kaikissa elämänvaiheissaan selviä ilman apua ja tukea, jolloin sosiaalisuudentekijän kuuluu pitää huolta näistä, tai vaihtoehtoisesti huolehtia siitä, että asiakas saa tarvitsemansa avun ja tuen jostain muualta. *Vuorovaikutuksessa rakentuvassa suhte*essä sosiaalisuudentekijän ja asiakkaan roolit vaihtelevat eri tilanteissa ja institutionaalisissa yhteyksissä. Sekä sosiaalisuudentekijän että asiakkaan roolit voivat sisältää elementtejä kaikista edellä mainituista suhteista. (Juhila 2006, 13–14.) Juhilan jäsenitys avaa oivallisesti sosiaalisuuden moniulotteisuutta vuorovaikutteisena autta-

mistyönä, joka on aina sidoksissa paitsi yksilön ainutkertaisiin tarpeisiin, myös toimintaorganisaation ja yhteiskunnan asettamiin reunaehtoihin. Psykiatrisessa sosiaalityössä esiintyy elementtejä kaikista Juhilan kuvaamista suhteista. Mielenterveyssozialityö perustuu vuorovaikutuksessa rakentuvaan suhteeseen. Työntekijän ja asiakkaan kohtaamiset pohjautuvat pyrkimykseen luoda yhteistä ymmärrystä ja todellisuutta kumppanuussuhteessa. Usein sosiaalityöntekijät myös tarjoavat itse huolenpitoa hoitaessaan asiakasta erilaisin terapeuttisin interventioin. Huolenpitoon liittyy olennaisesti myös asiakkaan yhteiskuntasuhteesta huolehtiminen esimerkiksi asumisolosuhteita turvaamalla, jolloin sosiaalityöntekijät osaltaan pyrkivät liittämään asiakkaita vallitsevaan sosiaaliseen normiin.

Terapeuttisuuden nähtiin kuitenkin yleisesti olevan mahdotonta, mikäli asiakas-suhteessa olisi voimakkaasti läsnä sosiaalityöntekijän rooli tuen ja kontrollin yhteensovittajana. Käytännössä tämä tarkoitti sosiaalityöntekijän tehtävää esimerkiksi lastensuojelullisissa kysymyksissä. Terveystuon sosiaalityöntekijöiden kiistatomanana etuna terapeuttisen auttamissuhteen luomisessa on se, etteivät he yleensä tee sosiaalietuisuuksia koskevia viranomaispäätöksiä, vaan toimivat pikemminkin välittävänä linkkinä potilaiden ja etuisuuksia ja palveluita myöntävien instanssien välillä (ks. myös Raunio 2009, 54; Björkenheim 2007, 275). Tässä positiossaan sosiaalityöntekijät ikään kuin liittoutuvat asiakkaiden kanssa ja ottavat usein heidän sosiaalisten oikeuksiensa turvaajan roolin.

*”Perheterapeuttinen työskentelyote on helpottanut työtäni erityisesti lastensuojelukysymysten parissa. Kun syntyy luonteva ja luottamuksellinen kontakti perheisiin, muutostyö on paljon helpompaa.” (V1258)*

Yleisemmän terapeuttisuuden ja varsinaisen terapiatyön välisten käsitteellisten erontekojen vaikeudesta sain käsityksen ristiintaulukoidessani kyselyn tuottamaa kvantitatiivista aineistoa. Rajapinnan problematiikasta kertoi se, että kolme (1,8 %) vastaajaa kuvasi työtään täysin terapiatyöksi, vaikka heillä ei edes ollut laillistetun terapeutin pätevyyttä. Psykiatrisen toimintaympäristön psykologisesta viitekehiksestä voi helposti muodostua kaikkea auttamistyötä määrittävä, jolloin kyselyssä käytetty ilmaus *varsinainen terapia* voi vastaajien mielissä laajentua tarkoittamaan muutakin kuin terapiakoulutetun terapeutin suorittamaa terapiatyötä. Sosiaalityöntekijöistä, joilla ei ollut laillistetun terapeutin pätevyyttä, kaksitoista (7,1 %) kertoi tekevänsä työssään terapiatyötä *melko paljon* ja 36 (21,2 %) *jonkin verran*.

Terapian ja terapeuttisuuden rajapinta nousi esiin myös terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa, joissa teemaan oli mahdollista pureutua kyselytutkimusta syvällisemmin tarkentavien kysymysten kautta. Koska terapiapätevyyden jo omaava ammattilainen itse tiedostaa yleisemmän työskentelyotteen ja specifin terapiamenetelmän erot, useimmissa haastatteluissa korostuivat tavat, joilla eronteot toteutuvat asiakasnäkökulmasta.

H5: Oon mä miettiny sitä mikä on terapeuttisuuden ja terapian ero. Se on varmaan se asiakas, joka määrittelee sen. ... Terapeuttisuus on siinä kohtaamisessa olevaa hoivaa tai semmosta mistä toiselle tulee hyvä olo ja mukava olla, et sen on helppoo kertoa asioistaan eikä tunne oloonsa vaivoautuneeks taikka estyneeksi, vaan pystyy lähtemään auttamaan itseään. Silloin on toimittu terapeuttisesti. Mutta kun se on terapiaa, niin se ihminen prosessoi sitä syvällisemmin myös niiden tapaamisten välissä. Se jotenkin on semmonen jatkumo siihen seuraavaan. Mikä tarkoittaa, että me voidaankin jatkaa siitä edellisestä kerrasta ja päästä jotenkin sillä lailla eteenpäin. Mut ne terapeuttiset kohtaamiset voi olla, et perhe tulee tänne ja kertoo seuraavan kerran jostain toisesta yksittäisestä asiasta ja taas on ihan mukava olla, mutta kyse on kuitenkin sellasesta katkeavasta työskentelystä. Silleen mä oon erotellu terapeuttisuuden ja terapian. ... Heillon (asiakkailla) oikeus katsoa sitä hoitoa mitä he saa sellaisena kuin he haluavat. Mä en voi sanoa, et hei, ei tämä ole terapiaa, tämä on perhetyötä! Et miks mä menisin jakamaan sitä? Sitä oon kyselly itseltäni.

Aineisto-ote kuvaa, kuinka sosiaalityöntekijä haluaa antaa asiakkaalle oikeuden määritellä työn sisältö itselleen sopivimmalla tavalla. Se osoittaa myös, ettei kyseisen terapiakoulutetun sosiaalityöntekijän ammatillinen itseymmärrys ole riippuvainen niistä tulkinnoista, joita asiakas yhteisestä työskentelystä tekee. Sosiaalityöntekijä suhtautuu työhönsä ja työmenetelmiinsä joustavasti eikä halua korostaa asiakkaalle sen enempää sosiaalityön kuin terapiatyönkään erityistä metodiikkaa. Moniulotteisesta ammattitaidostaan varman sosiaalityöntekijän on siis mahdollista antaa osaamisensa resonoida erilaisten ammatillisten roolien suuntaan tavalla, joka tukee asiakkaan kuntoutumista tarkoituksenmukaisesti. Näin asiantuntijuudestaan ja osaamisestaan varmat sosiaalityöntekijät voivat reagoida toimintaympäristön vaatimuksiin ammattikuntansa omista rakenteellisista lähtökohdista käsin (ks. Luhmann 2004). Terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät voivat kuitenkin joutua kaksoispositionsa vuoksi myös selittelemään asiakkaalle kahden ammatillisen roolinsa yhteen kietoutumista.

H5: ... Ei kaikki ihmiset, jotka tulee autetuks, ei ne oo kiinnostuneita mistään terapiasta ja ei kaikki halua käydä psykoterapeutin luona. Mieluummin he kävis vaan sosiaalityöntekijän luona. Ne semmoset käsitykset mitkä elää meidän yhteiskunnassa, että en mä mitään kallonkutistajaa tartte! Jos mä kerron asiakkaalle, et oon sosiaalityöntekijä ja mullon psykoterapian koulutus, niin saattaa nousta alkuun sellanen kummallinen tilanne et mikä ihmeen ja ei kukaan sanonu et sä oot... mikä psyko..?! Mut pääsääntöisesti, kun on tavattu pari kertaa, niin jotenkin se unohtuu, eikä ne tuo ainakaan esille sitä et ne näkis kahta eri roolii minussa.

Sosiaalityön asiakkuudella on edelleenkin usein negatiivinen kaiku. Aineistojeni nojalla tämä ulottuu myös terveysosiaalityöhön. Monet haastattelemistani sosiaalityöntekijöistä kuvasivat potilaiden negatiivissävyytteisiä asenteita, jotka perustuivat jo pelkästään sosiaalityöntekijän ammattinimikkeeseen.

*H7: Joskus mä, sanosko, että tietoisesti, kun paan joillekin potilaille kirjeitä, niin mä paan siihen, et "sosiaalityöntekijä / psykoterapeutti", ihan sen takia, kun esimerkiks niille lähetetään tutkimusaika tänne, niin silloin tällöin kuulee, et "ei mulla mitään asiaa oo sosiaalityöntekijälle!", kun ne on tulos sa tänne hoitoon.*

*H6: Kylhän noi vanhemmat välillä suhtautuu vähän varauksellisesti siihen, et "ai sä oot myös sosiaalityöntekijä, eihän meillä oo mitään semmosta tarvista". Tai niin, et mä olisin suurin piirtein semmonen, joka vois in ottaa huostaan. Välillä tulee semmosia pelkoja. Se on erityistä verrattuna muihin ammattiryhmiin.*

Sosiaalityön julkisuuskuvaan liittyvän problematiikan tiedostaminen ja siihen liittyvien merkitysten reflektointi osana ammatillisen itseymmärryksen muotoutumisista on tärkeää. Tasapainoinen ja vahva ammatillisuus edellyttää, että sosiaalityöntekijä on terveellä tavalla ammattilypeä erityisosaamisestaan eikä pyri verhoamaan positiotaan muille ammattikunnille tyypillisellä roolituksella.

### **7.1.2 'Oikeaa sosiaalityötä' paikantamassa**

Mielenterveyskuntoutuminen on monisyinen, kokonaisvaltainen prosessi, joka määrittyy aina yksilökohtaisesti (Khoury & Rodriguez del Barrio 2015). Tällöin sairausdiagnoosi ja itse sairastaminen ovat kaksi eri asiaa. Vaikka sairausdiagnoosi toimiikin yksilön terveydentilan lääketieteellisenä, objektiivisena osoittimena, on yksilön kokemuksella sairaudesta usein keskeinen merkitys paitsi hoidon, myös toipumisen kannalta. (Sperry 2007, 298–299.) Psykykkisen sairastumisen voidaan nähdä uhkaavan elämäntarinan jatkuvuutta ja merkityksellisyyttä. Sairastaminen näyttäytyy tarinallisena tyhjiönä, joka koetaan usein ahdistavana, hämmentävänä ja epätoivoa aiheuttavana. (Hänninen & Valkonen 1998.)

Leventhal ym. (1992) ovat jäsentäneet sairauden kokemuksellisuutta viidellä muuttujalla, jotka ovat: 1) *sairaana identiteetti* eli diagnoosin saamista seuraava käsitys sairauden ja sen oireiden merkityksestä potilaan elämän kannalta; 2) *sairauden syy* eli potilaan tulkinta sairastumiseen johtaneista tekijöistä; 3) *sairauden kesto* eli tulkinta siitä, onko sairaus akuutti, krooninen vai mahdollisesti kausittain uusiutuva; 4) *sairauden seuraukset* eli sairauden odotettavissa olevat vaikutukset sekä 5) *sairauden hoito* eli odotettavissa oleva toipumisaika tai sairauden kontrollointitavat. (Leventhal ym. 1992.) Useimmat mielenterveyden häiriöt ovat varsin pitkäkestoisia

ja oireet vaihtelevat eri ajanjaksoina, joka luonnollisesti vaikuttaa myös sairauden kokemuksellisuuteen. Yhdelle kuntoutuminen voi tarkoittaa elämää rajoittavien oireiden helpottumista tai ajoittaista poistumista, jollekin toiselle taas niiden lopullista katoamista. Useimmat mielenterveyskuntoutujat joutuvat kuitenkin hyväksymään, että 'kuntoutuminen' heidän kohdallaan tarkoittaa oppimista elämään jatkuvien oireiden kanssa ja elämän tarkoituksen löytämistä oireista ja rajoitteista huolimatta. (Clossey & Rowlett 2008, 317; Spearman 2005, 61.)

Muutoksen aikaansaaminen asiakkaiden elämäntilanteissa ja -asenteissa, sosiaalisissa olosuhteissa sekä toimintaedellytyksissä ja -kyvyssä on usein aikaa vievä, moniulotteinen prosessi, joka vaatii sosiaalityöntekijän ja asiakkaan yhteistä, tavoitteellista työskentelyä. Sosiaalityön prosessinomaisuudessa todentuu se, jota kutsutaan 'varsinaiseksi sosiaalityöksi'. (Kananoja ym. 2010, 135.) Useissa sosiaalityöntekijöiden tuottamissa, terapeutisuutta sosiaalityössä käsittelevissä teksteissä käytettiin käsitettä 'oikea sosiaalityö'. Tällä viitattiin vahvan vuorovaikutukselliseen työskentelyyn potilaiden kanssa, jossa korostui sosiaalityön ei-aineellinen anti asiakkaan elämänkokonaisuuden kannalta. Terapeutisuutta koskevat pohdinnat tekivät näkyväksi myös psykiatrisessa sosiaalityössä ilmenevät, työn ideaalin ja realismin väliset jännitteet. Niin sanottu oikea sosiaalityö näyttäytyi vastaajien teksteissä potilaan kokonaisvaltaisena huomioimisena ja pelkkiin konkreettisiin ja käytännönläheisiin sosiaalityön interventioihin, kuten sosiaaliturvaneuvontaan keskittyvän sosiaalityön vastakohtana.

*"Kun saisi tehdä oikeaa sosiaalityötä, eikä olla pelkkä etuisuuksien selittäjä."* (V1073)

*"Mielestäni oikea sosiaalityö on lähes aina myös terapeutista; etsiä ja löytää yhdessä asiakkaan kanssa ongelmien syitä ja ratkaisuja niihin. Auttaa asiakasta tuntemaan itsensä; voimavarat, oman rajallisuuden hyväksyminen, kehittymismahdollisuudet. Tukemista ja rinnalla kulkemista."* (V1057)

Frankenhaeuser (2014) ehdottaa mielenterveyskuntoutumisen tilalle *palautumisen* tai *toipumisen* -käsitteitä, jotka korostavat kuntoutumis -käsitettä vahvemmin prosessin henkilökohtaista ja aktiivista luonnetta. Palautuessaan ja toipuessaan yksilö läpikäy psyykkistä toimintakykyään koskevia positiivisia muutoksia, joiden syntyminen edellyttää ympäristön resurssien hyödyntämistä. 'Toipuja' on oman elämänsä aktiivinen subjekti, ei vain kuntoutustoimenpiteiden passiivinen vastaanottaja, 'kuntoutettava'. Sosiaalityön tehtävänä on mahdollistaa ja valtaistaa asiakasta toipumisprosessissa niin, että kansalaisyhteiskunta toteutuvat ja tavoitteiden saavuttaminen mahdollistuu. (Frankenhaeuser 2014, 66–69; ks. myös Khoury & Rodriguez del Barrio 2015.) Juuri tässä, asiakkaan aktivointiin ja itsepuun tähtäävässä työssä konkretisoituu sosiaalityöspesifi sosiaalisen erityisasiantuntijuus. Sosiaalityön rooli psykiatriassa kulminoituu pyrkimykseen ehkäistä mielenterveysongel-



maisten yhteiskunnallista syrjäytymistä ja näin edistää heidän kokonaisvaltaista elämänlaatuaan (Aviram 1997, 4). Tew (2005) on kuitenkin havainnut, että mielen-terveystyössä sosiaalityön asiantuntijuuden nähdään usein kiinnittyvän vain käytännönläheisiin asioihin, kuten sosiaaliturvaan ja asumiseen. 'Sosiaalinen' mielen-terveystyössä on tärkeää nähdä laajemmin, asiakkaan koko arkielämän viitekehys-ssä. (Tew 2005, 14–16.) Tällöin sosiaalityön panos asiakkaan tilanteessa kattaa aineellisen tuen lisäksi myös aineettoman, kokemusmaailmaan kiinnittyvän tuen ja rinnalla kulkemisen – eli elementit, joita tulkitsemme sosiaalityöntekijöiden tarkoitta- neen kuvauksillaan 'oikeasta sosiaalityöstä'.

Näen oikean sosiaalityön kiinnittyvän vahvasti myös hiljaisen tiedon (engl. tacit knowledge) käsitteeseen, jonka lanseerasi ensimmäisenä tiedon olemusta pohtinut tutkija–filosofi Michael Polanyi vastakohtaksi muodolliselle, systemaattiselle ja tarkasti määriteltävissä olevalle eksplisiittiselle tiedolle. Polanyi (1962; 1966) esitti, että suuri osa ihmisen hallussaan pitämästä tiedosta on hiljaista, käytännön toiminta- taan orientoitunutta, jolla on myös vahva henkilökohtainen luonne ja jonka muut- taminen formaaliksi, sanallisesti kuvattavaksi tai kaavioiden esitettäväksi on äärim- mäisen vaikeaa. Suomessa esimerkiksi Koivunen (2000) on jatkanut käsitteen edel- leen kehittelyä ja Yliruka (2000) on kytkenyt sen sosiaalityön itsearviointiin.

Hiljaista tietoa sosiaalityön tietoperustan kuvaajana on myös perustellusti kriti- soitu. Kuusisto-Niemi ja Kääriäinen (2005) peräänkuuluttavat sosiaalityön tietope- rustan sanoittamista ja näkyväksi tekemistä, sillä viranomaistoiminta ei voi pohjau- tua näkymättömään, ei todennettavissa olevaan tietoon. Perustellusta kritiikistä huolimatta hiljaisen tiedon käsitettä sovelletaan edelleen sosiaalityön tutkimukses- sa. Hiljainen tieto yhdistetään käytännönläheiseen työskentelyyn ja se ilmenee esi- merkiksi samankaltaisten asiakastapausten käsittelyn kautta syntyneenä kokemus- perustaisena tietotaitona; kykyä intuitiivisesti tunnistaa samankaltaisuuksia ja herkistyä vihjeille, jotka ohjaavat tietyn toimintatavan tai interventiomallin valin- taan. Tutkimusaineistoissani tällainen, vaikeasti sanoitettava ja abstrakti tietotaito kiinnittyi asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaiseen jäsentämiseen tilanteissa, joissa yksiselitteisiä ja selkeitä toimintamalleja ei ollut. Hiljaisen tiedon kautta mää- rittyyvä oikea sosiaalityö näyttäytyi keskustelussa todentuvana psyykkisenä tukena ja pyrkimyksenä lisätä asiakkaan ymmärrystä suhteessa käsiteltäviin ongelmiin. Oikea sosiaalityö ilmeni asiakkaan jo olemassa olevien voimavarojen näkyväksi te- kemisenä; yleisissä työotteissa, joita voidaan kutsua myös voimavara- tai ratkaisu- keskeisiksi. Nämä elementit tuovat psykiatriseen sosiaalityöhön erityistä lisäarvoa, jonka ansiosta työ eroaa esimerkiksi palveluohjauksesta ja -neuvonnasta.

Oikealla sosiaalityöllä on yhtymäkohtia myös Notkon (2016) kuvaukseen välit- tävästä työntekijästä, joka pyrkii tekemään asiakkaalle näkyväksi alueet, joilla hän kykenee toimimaan itsenäisesti. Näin asiakkaan toimijuuden arvostaminen tukee hänen valtaistumistaan. (Notko 2016, 66.) Terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöi- den teksteissä korostuivat kuvaukset siitä, kuinka terapiakoulutuksen tuottamat valmiudet suuntaavat huomiota asiakkaan tulkintoihin omasta tilanteestaan. Näin

oikeutus sosiaalityöntekijän tekemälle terapeuttiselle työlle nousee asiakasnäkökulmasta.

*”Terapiakoulutus on antanut teoroidensa kautta uuden viitekehyksen työhön. Asiakkaat kokevat tärkeäksi sen, että sosiaalityöntekijä on myös terapeutti. Sosiaalityöntekijähän mielletään usein lastensuojelutyötä tekeviksi ja toimeentulotukea jakaviksi.” (V1214)*

Aineisto-otteen sosiaalityöntekijä uskoo useimpien asiakkaiden ja suuren yleisön näkevän sosiaalityön suppeasti, usein vain julkisuudessa eniten esillä olevien viimesijaisen toimeentuloturvan ja lastensuojelun kautta. Tällöin sosiaalityöntekijän toimiminen myös terapeutin positiossa antaa asiakkaille kuvan laajempaa hyvinvointityön asiantuntijuutta edustavasta ammattilaisesta, joka ei stereotyyppien mukaisesti vain "jaa rahaa" tai "ota lapsia huostaan". Näin terapeutin työorientaatio voidaan hahmottaa oikean sosiaalityön keskeisenä elementtinä. Se vie sosiaalityön pintaa syvemmälle ja tekee siitä myös asiakkaiden emootiot huomioivaa tuki- ja muutostyötä, jossa korostuu pyrkimys ymmärtää asiakkaan käyttäytymistä hänen tunteensa tunnistamalla. Tunteiden työstäminen yhteisessä keskustelussa antaa asiakkaalle mahdollisuuden kokea esimerkiksi surua ja pettymystä niin, että sopeutuminen ja psyykkisten voimavarojen suuntaaminen uuden rakentamiseen mahdollistuvat. Teemaa ovat pohtineet Kananoja ja Pentinmäki (1977) suomalaisen yksilökohtaisen sosiaalityön klassikkoteoksessaan *Yksilökohtainen sosiaalityö – teoria ja käytäntö*. He toteavat, että sosiaalityön asiakas ja hänen elämäntilanteensa muodostavat aina dynaamisen tapahtumaketjun, jossa vaikuttavat taloudelliset ja muut sosiaaliset, fyysiset, tunneperäiset sekä psyykkiset tekijät kulloinkin vaihtelevissa suhteissa. Sosiaalityöntekijän haastavana tehtävänä on nähdä asiakas paitsi suhteessa sosiaaliseen tilanteeseensa ja kokemuksiinsa, myös siihen kuinka hän tulkitsee näitä kokemuksiaan. (Kananoja & Pentinmäki 1977, 42.)

*”Hoitavaa sosiaalityötä? Näen, että terapeutit auttavat muutosprosessien aikaansaamiseksi ja siten potilaan ja perheen vointiin. Tunteiden tunnistaminen ja käyttäytymisen ymmärtäminen mahdollistavat sopeutumista, surua, luopumista ja omien voimien käyttöä uuden rakentamiseen.” (V1068)*

Huomattava osa tutkimukseen osallistuneista koki, ettei heillä ole mahdollisuutta hyödyntää sosiaalityön asiantuntijuutta maksimaalisesti. Tämä johtui kroonisesta kiireestä, jolloin sosiaalityöntekijän ensisijaisena tehtävänä oli tulipalojen sammuttaminen eli kaikkein välttämättömimpien ja akuuteimpien työtehtävien suorittaminen. Oikean sosiaalityön tekemisestä haaveilleet sosiaalityöntekijät eivät nähneet työssään toisin toimimisen mahdollisuuksia. Kiireinen toimintakulttuuri ja käytet-

tävissä olevien resurssien niukkuus pelkistivät työn konkreettiseksi neuvontatyöksi, joka oli kaukana oikean sosiaalityön ideaalista.

*”Sairaalassa sosiaalityö kaventuu liian helposti pelkkään neuvontatyöhön ja sosiaalityöasioiden hoitoon. Terapeuttinen sosiaalityö tuo mukanaan ihmisen kokonaisvaltaisen elämäntilanteen ja psyykkisen voinnin. Terapeuttinen sosiaalityö mahdollistaa syvemmän keskustelun, asiakkaan tarkemman kuuntelun ja kokonaisvaltaisen tilanteen kartoittamisen.” (V1067)*

Oikea, terapeuttinen sosiaalityö kiinnittyi vastaajien mukaan erityisesti kokonaisvaltaiseen työskentelyotteeseen, jossa sosiaalityöntekijän rooli mielenterveyspotilaan rinnalla kulkijana oli pitkäkestoinen ja tavoitesuuntautunut. Tulkitsen tämän kuvastavan sosiaalityöntekijöiden toiveita mielenterveysosiaalityön kokonaisroolin vahvistamisesta hoitoprosesseissa. Ideaalitulanteessa sosiaalityöntekijä on aktiivisesti mukana heti potilaan hoitopolun alkumetreiltä asti, jolloin mahdollisuudet tehdä aidosti vaikuttavaa, kokonaisvaltaista muutostyötä ovat myös paremmat kuin työskennellessä vain konsultatiivisesti (ks. Vaininen 2011) esimerkiksi yksittäisten sosiaalityöasiakassuhteiden parissa.

Myös sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuuksia kunnallisessa sosiaalityössä tutkinut Sipilä (2011) on kiinnittänyt huomiota ’oikeaan sosiaalityöhön’. Sipilän mukaan kunnallisille sosiaalityöntekijöille eniten tyydytystä tuotti tapauskohtainen sosiaalityö, jossa sosiaalityöntekijän oli mahdollista toteuttaa ihmiskeskeistä ja humanista lähestymistapaa. Sipilä pohtii, onko sosiaalihuollon sosiaalityöhön kehityksessä oma alakulttuurinsa, jossa vain tietyissä, asiakassuhdetta vahvemmin korostavissa työmuodoissa sosiaalityöntekijän on mahdollista uudistua ja tuntee työn mielekkyyden kannalta tärkeitä onnistumisen kokemuksia. (Sipilä 2011, 148.) Samankaltaisiin tulkitointeihin on päätyttyä myös Raunio (2009, 51), joka toteaa, että erityisesti aikuissosiaalityöhön keskeisesti kuuluva taloudellinen tukityö mielletään usein ammatillisesti vähemmän vaativaksi ja joka siksi muodostaa esteen oikean sosiaalityön tekemiselle.

Vaikka terapeuttinen sosiaalityö tämän tutkimuksen aineistoissa yhdistyikin erityisesti pidempikestoiseen työskentelyyn potilaan kanssa, on jokaiseen potilaan ja sosiaalityöntekijän kohtaamiseen mahdollista sisällyttää terapeuttisen, oikean sosiaalityön elementtejä. Sairaalan sosiaalityöntekijöiden yksittäisiä asiakastapaamisia tutkineet Gibbons ja Plath (2012, 52) ovat havainneet jo yksittäisestäkin sosiaalityöntekijän tapaamiskerrasta voivan olla asiakkaalle huomattavaa hyötyä, erityisesti piilevien voimavarojen paikantamisen näkökulmasta. Gibbons ja Plath haastavatkin sosiaalityöntekijöitä suhtautumaan jokaiseen asiakastapaamiseen kuin se olisi ainoa ja siksi erityisen merkityksellinen. Kiinnostavaa on, että myös Gibbons ja Plath käyttävät ’oikean sosiaalityön’ käsitettä peilattaessaan yksittäistapaamisia pitkäkestoisemmän sosiaalityön ideaaliin. Oikean sosiaalityön ihanne näyttäytyy siis globaalina käsitteellisenä konstruktiona.

Aineistojeni perusteella oikea mielenterveyssofiaalityö kiinnittyy asiantuntijuuksien rajapinnoille ja niiden osittaisiin ja eritasoisiiin ylityksiin tilanteissa, joissa sofiiaalityöntekijät tukevat asiakasta sekä sofiiaalisella että psyykkisellä tasolla. Oikeaa mielenterveyssofiiaalityötä tehdään erityisesti emotionaalisesti herkissä, sensitiivisissä tilanteissa, joissa työntekijän vuorovaikutustaidot korostuvat.

### 7.1.3 Toivotyöskentely

Sekä kyselyn vastauksissa että haastatteluissa oikeaan sofiiaalityöhön yhdistyi toivon herättely ja ylläpitäminen. Mielenterveydelliset ongelmat ovat usein pitkäkestoisia, ja psyykkisesti sairaan elämä on usein sairauden suhteen parempien ja huonompien kausien vaihteluista koostuva jatkumo. Mielenterveyskuntoutujat joutuvatkin usein hyväksymään sairauden pysyväksi osaksi elämäänsä ja luomaan identiteettiään sen ehdoilla. Sairauden kokemuksellisuuden näkökulmasta mielenterveysongelmilla on vahva yhtymäkohta kroonisiin somaattisiin sairauksiin, joiden täydellisestä poistumisesta potilaalla ei ole toivoa. Toivon herääminen ja ylläpysyminen ovat keskeisiä tekijöitä potilaan psyykkisen kimmoisuuden eli resilienssin synnyssä ja siksi pyrkimys toivon ja tulevaisuususkon ylläpitämiseen muodostaaakin mielenterveyssofiiaalityön ytimen (ks. Collins 2015; Ryan ym. 2004b).

Toivon herättely ja ylläpitäminen edellyttävät sofiiaalityöntekijältä menestyksekkästä tasapainoilua asiakkaan elämänihanteiden ja hänen yksilöllisen tilanteensa realististen reunaehtojen välillä (Boddy ym. 2017, 4). Olen nimennyt tämän aineistossa korostuneen, mielenterveyssofiiaalityötä määrittävän orientaation *toivotyöskentelyksi*. Toivotyöskentely näyttäytyi tutkimusaineistossa yleisen terapeutin työskenntelyn keskeisenä elementtinä eikä se kiinnittynyt vain esimerkiksi ratkaisu- ja voimavarakeskeisistä lähtökohdistä tehtävään työhön. Toivotyöskentely ja siihen kiinnittävä usko positiivisen muutoksen mahdollisuuteen voivat parhaimmillaan toimia jopa psyykkisen oireilun poistajana, tavalla, jota seuraava aineisto-ote hyvin ilmentää:

H4: *Oli yks isä, jolla oli valtavia lainoja. ... Tuli aivan selvästi esiin, et se oli ihan keskeinen tekijä tän lapsen oireisiin se velka. Tää isä ei voi laillisesti edes asua perheessä, että tää äiti sais nää yksinhuoltajaedut. Et lapsella ei ollu isää, kun tää velka heijastu kaikkeen! Ja he itsekin koki, et he jotenkin koko ajan harjoittaa petosta yhteiskuntaa vastaan. Me saatiin tää puhuttua avoimeks lastensuojelun työntekijän kanssa ja lähdettiin vaan puurtaan velkaneuvontaan aikaa tälle isälle, joka koki et mikään ei kannata. Ja kun me ei annettu periks ... niin se oli ihan uskomatonta, et tää isä pysty siellä (velkaneuvonnassa) käymään ja nyt nää kaikki on selvitetty. Tää on hyvää esimerkki siitä, miten tärkeetä on täällä tarttua ihan johonki tämmöseen. ...*

*kun ihmiset saattaa olla niin uupuneita tai niin traumatisoituneita et he ei jaksa selvittää itse.*

Toivon keskeistä merkitystä mielenterveytyössä on tarkastellut myös Rissanen (2015), joka on autoetnografisessa väitöskirjassaan tutkinut omaa, vakavasta mielenterveyden häiriöstä kuntoutumisen prosessiaan. Rissanen toteaa toivon heräämisen synnyttäneen ajatuksen, että elämän on mahdollista jatkaa elämisen arvoisena sairaudesta ja siihen liittyneistä menetyksistä huolimatta tai niiden kanssa. Ammattiauttajien rooli toivon herättelyssä ja tuottamisessa on merkittävä. Onnistuneet hoitokokemukset kasvattavat voimavaroja, joiden varassa tulevaisuuden suunnittelu mahdollistuu. Toivon kautta elämän tarinallisuus alkaa suuntautua menneisyyden ja nykyhetken sijasta tulevaisuuteen ja sen tarjoamiin mahdollisuuksiin. (Rissanen 2015, 129–131.)

Aineistojeni nojalla oikea sosiaalityö ja siihen sisältyvä toivotyöskentely muodostavat psykiatrisen sosiaalityön *yleisterapeuttisen asiantuntijuuden*, joka todentuu potilaan aineellisen ja psyykkisen tukemisen rajapinnassa, konkreettisen ja emotionaalisen tuen elementtejä tapauskohtaisesti relevantisti yhdistelevässä työotteessa. Konkreettiset asiakkaan elämäntilanteeseen kiinnittyvät interventiot, kuten sosiaaliturvaetuuksien hakeminen ja asumisohjaus eheyttävät asiakasta myös psyykkisesti, joka puolestaan vahvistaa tunnetta elämänhallinnasta ja lisää siten kokonaisvaltaista hyvinvoinnin kokemusta.

Yleisterapeuttisuus on keskeinen elementti psykiatrisessa sosiaalityössä, jossa asiakkaan koko maailmasuhde määrittyy osin psyykkisen sairauden värittämänä. Yleisterapeuttisuus kulminoituu onnistuneeseen vuorovaikutukseen ja asiakkaan kokemusmaailman ymmärtämiseen, joiden edellytyksenä on, että sosiaalityöntekijä hahmottaa psyykkisen sairastamisen erityisluonteen, kykenee huomioimaan sen kohtaamisessa sensitiivisesti ja haluaa aidosti ymmärtää asiakkaan tulkintaa tilanteestaan ja sen herättämistä tunteista vaikeastakin, maailmasuhdetta värittävästä sairaudesta huolimatta. Psyykkisen sairauden kokonaisvaltaisen luonteen tunnistava, terapeuttinen kohtaaminen vie vuorovaikutusta hoidolliseen suuntaan, joka on paitsi luontevaa koko toimintaympäristön perustehtävän ollessa hoidollinen, myös erottaa yleisterapeuttisen työorientaation yleisestä psykososiaalisuudesta, joka ei lähtökohtaisesti sisällä varsinaista hoidollisuutta.

Yleisterapeuttinen asiantuntijuus ei edellytä laillistetun terapeutin koulutusta, mutta vaatii toteutuakseen, että sosiaalityöntekijä huomioi aktiivisesti asiakkaan psyykkistä tilaa ja tunnistaa ja tunnustaa sen muotoutumiseen vaikuttavat moniulotteiset tekijät. Taulukossa 11 asemoin yleisterapeuttisen asiantuntijuuden konkreettisen sosiaalityön ja varsinaisen terapiatyön välille työorientaation, työmetodien, työn abstraktisuusasteen ja työn tavoitteen suhteen.

Taulukko 11. Erilaisten asiantuntijuksien elementit psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityössä

<i>Työorientaatio</i>	terapia	yleisterapeuttinen asiantuntijuus	konkreettinen sosiaalityö
<i>Työmetodit</i>	terapiamenetelmät	laaja-alainen, asiakkaan psyykkisen tilan huomioiva tukityö, ratkaisukeskeisyys, toivotyöskentely	sosiaaliturvaetuudet, asiakkaan oikeusturva, ohjaus, neuvonta ja palveluohjaus
<i>Työn abstraktisuusaste</i>	abstraktilla tasolla tapahtuva, keskusteluun perustuva, kokemusten, tunnetilojen ja vuorovaikutuksen analysointi	sekä abstraktien kokemusten työstämisen että käytännön konkreettisten interventioiden tasoilla tapahtuva kokonaisvaltainen auttamistyö	konkreettiset interventiot, kuten asumisen järjestely, toimeentulotuen hakeminen tai perhetyöntekijän järjestäminen
<i>Työn tavoite</i>	psyykkinen eheytyminen	kokonaisvaltainen selviytyminen	hyvinvoinnin konkreettiset reunaehdot, arjen sujuvuus

Psykiatrinen hoito on useista erilaisista interventioista koostuva kokonaisuus. Lääkehoidon rinnalla on mahdollista hyödyntää varsinaista psykoterapiaa laajempaa joukkoa psykologisten ja sosiaalisten keinojen vuorovaikutukseen pohjautuvia tukimuotoja. Näissä interventioissa tuki kohdistuu arkipäiväisen selviytymisen tukemiseen; itsestä huolehtimiseen, omahoitoon, asumiseen, työssä selviytymiseen sekä perheeseen ja lähiverkostoon. (Lönnqvist 2017b, 776.) Myös sosiaalityö voidaan hahmottaa hoidollisena toimintana, vaikka sosiaalityöntekijät eivät olekaan varsinaisen hoitotyön ammattilaisia. Sosiaalisten osajärjestelmien näkökulmasta sosiaalityö kiinnittyy toimintaorganisaation hoidolliseen perustehtävään juuri yleisterapeuttisen asiantuntijuuden välityksellä.

## 7.2 PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO TUNNUSLUKIJEN VALOSSA

Tässä luvussa tarkastelen psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön terapeutista orientaatiota kvantitatiivisten tunnuslukujen ja niihin perustuvan tilastollisen analyysin avulla. Kyselytutkimus osoitti, että lukumäärällisesti terapiakoulutettuja sosiaalityöntekijöitä oli kyselyn toteuttamishetkellä 77 (31 %), joista neljällä oli kaksi ja neljällä peräti kolme terapiapätevyyttä. Terapiakoulutetuista oli naisia 68 (88,3 %) ja miehiä yhdeksän (11,7 %). Vastaajista, joilla ei kyselyhetkellä ollut laillistetun terapeutin pätevyyttä, 51 (31,1 %) ilmoitti olevansa kiinnostunut hakeutumaan lähitulevaisuudessa johonkin terapiakoulutukseen.

Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus tuntee noin 400–500 erilaista psykoterapiasuuntausta (Huttunen & Kalska 2015). Suuntausten valtaisan määrän vuoksi ei ollut

yllättävää, että terapiapätevyyksiä kartoittaneen kysymyksen 29 *Muu; mikä / mitkä?* kohdassa mainittiin kuusi strukturoidusta listauksesta, joka perustui teoksen *Psyko-terapia Suomessa* (1995) jäsennykseen, puuttunutta pätevyyttä: ryhmäpsykoterapeutti, kognitiivinen käyttäytymisterapeutti, kognitiivis-analyttinen KAT-terapeutti, varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapeutti, voimavarakeskeinen psykoterapeutti sekä seksuaaliterapeutti.

Psykiatristen sosiaalityöntekijöiden selkeästi yleisin terapiasuuntaus oli perheterapia, josta laillistetun terapeutin pätevyys oli kyselyn toteuttamishetkellä 56:lla (72,7 %) terapiakoulutetulla vastaajalla. Toiseksi yleisin terapiasuuntaus oli psykoanalyttinen psykoterapia, josta terapeutin pätevyyden oli hankkinut kaksitoista (15,6 %) vastaajaa. Kolmanneksi yleisimmät terapiasuuntaukset olivat kriisi- ja katastrofiterapia, seksuaaliterapia sekä ryhmäpsykoterapia, joista kustakin pätevyyden omaisi kaksi (2,6 %) terapiakoulutetuista sosiaalityöntekijöistä. Ryhmäpsykoanalyttikkoja, kognitiivisia psykoterapeutteja, psykodraamaohjaajia, verkostoterapeutteja, kognitiivisia käyttäytymisterapeutteja, kognitiivis-analyttisiä KAT-terapeutteja, varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapeutteja sekä voimavarakeskeisiä psykoterapeutteja vastanneissa oli yksi kutakin terapiasuuntausta kohti. Kahdeksalla terapiakoulutetulla oli vähintään kaksi eri terapiapätevyyttä. Vastaajien anonyymiteetin turvaamiseksi en avaa useamman terapiapätevyyden omanneiden pätevyyksien yhdistelmiä. Se on myös epäolennaista tutkimuskysymyksiini vastaamisen kannalta.

Tarkasteltaessa psykiatristen sosiaalityöntekijöiden terapiakoulutusten määrää suhteessa psykiatrian erikoisaloihin, nousee kaksi erikoisalaa ylitse muiden: 1) lasten- ja 2) nuorisopsykiatria (Taulukko 12).

Taulukko 12. Terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden sijoittuminen psykiatrian erikoisaloille

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon erikoisala	Erikoisalalla työskentelevien vastaajien määrä		Terapiakoulutettujen vastaajien määrä erikoisalan vastaajista sosiaalityöntekijöistä	
	n	%	n	%
Lastenpsykiatria	43	17,3	26	60,5
Nuorisopsykiatria	35	14,1	17	48,6
Yleissairaalapsykiatria	14	5,6	4	28,6
Aikuispsykiatria	131	52,6	28	21,4
Oikeuspsykiatria ja kriminaalisytyö	9	3,6	1	11,1
Päihde- ja riippuvuuspsykiatria	9	3,6	1	11,1
Vanhuspsykiatria	5	2,0	0	0
Muut erikoisyksiköt	3	1,2	0	0

Vanhuspsykiatrian viidestä vastaajasta yhdelläkään ei ollut kyselyhetkellä laillistetun terapeutin pätevyyttä. Terapiapätevyyksiä ei myöskään ollut sosiaalityöntekijöillä, jotka työskentelivät muissa psykiatrisen erikoissairaanhoidon erikoisyksiköissä, joita edustivat yksi vauvaperhetyön yksikkö sekä kaksi kuntoutusyksikköä yhteensä kolmen sosiaalityöntekijän edustavuudella.

Tarkasteltaessa sosiaalityöntekijöiden terapeutista työorientaatiota avohoito – sairaalahoito akselilla, kävi ilmi, että terapiapätevyys on yleisempää avohoidon toimipisteissä. Puhtaasti avohoidossa ilmoitti työskentelevänsä 59 sosiaalityöntekijää, joista 23:lla (39 %) oli laillistetun terapeutin pätevyys. Sairaalassa ilmoitti työskentelevänsä 140 sosiaalityöntekijää, joista terapiapätevyys oli 34:llä (24,3 %). Sekä avo- että sairaalahoidon toimipisteessä työskenteli 49 sosiaalityöntekijää, joista terapeutin pätevyys oli 20:llä (40,8 %). Yksi vastaaja jätti vastaamatta työskentelyympäristöään koskeneeseen kysymykseen.

Kun syvensin tarkastelua sairaalaorganisaation sisäisiin toimipisteisiin, selvisi, että sosiaalityöntekijän terapiapätevyys on yleisempää poliklinisessä kuin osastotyössä. Poliklinikalla ilmoitti työskentelevänsä yhteensä 53 vastaajaa, joista 26:lla (49,1 %) oli terapeutin pätevyys. Osastoilla ilmoitti puolestaan työskentelevänsä 82 vastaajaa, joista terapeutin pätevyyden oli hankkinut yhdeksän (11 %). Terapiatyön painottumisesta avohoidolliseen suuntaan kertoi myös se, että 45:stä vastaajasta, jotka työskentelivät sekä osastolla että poliklinikalla, 15 (33,3 %) oli terapiakoulutettuja. Muissa kuin osasto- tai poliklinikkakonteksteissa työskenteli yhteensä kymmenen sosiaalityöntekijää, joista neljä (40 %) oli hankkinut terapeutin pätevyyden. Näitä muun tyyppisiä yksiköjä olivat päiväosastot, hallinnon toimipisteet, erilaiset määräaikaisten projektien, kuntoutusyksiköt ja oikeuspsykiatriset yksiköt. Näistä yksittäisistä toimipisteistä terapiakoulutettuja sosiaalityöntekijöitä sijoittui päiväosastoille, hallintoon, kuntoutusyksiköihin sekä yhteen projektityön ryhmään.



Kuinka terapiakoulutus sitten vaikuttaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän julkilausuttuun ammatillisuuteen? Tarkasteltaessa ristiintaulukoinnin avulla terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden ja heidän ammattinimikkeidensä välistä suhdetta, kävi ilmi, että terapiakoulutuksesta huolimatta sosiaalityöntekijät toimivat pääasiassa edelleen sosiaalityöntekijän nimikkeellä. Yhteensä 77:stä terapiakoulutetusta sosiaalityöntekijästä 71 (92,2 %) työskenteli tutkimuksen toteuttamishetkellä sosiaalityöntekijän nimikkeellä, kaksi (2,6 %) käytti nimikettä psykoterapeutti, yksi (1,3 %) nimikettä perheterapeutti ja kolme (3,9 %) nimikettä vastaava tai johtava sosiaalityöntekijä. Vaikka sosiaalityön ammatillisuus näyttääkin säilyneen terapiapätevyydestä huolimatta sosiaalityöntekijöiden julkilausutussa työnkuvassa ammattinimikkeen osalta, on tärkeää muistaa, että kaikki kyselyyn vastanneet olivat nimenomaan sosiaalityöntekijöitä ja heidät oli myös palkattu sosiaalityöntekijän tehtäviin. Kriittisesti tarkastellen jokaisen, muuta kuin sosiaalityöntekijän nimikettä käyttävän sosiaalityön ammattilaisen voidaan nimikkeen osalta tulkita osin kääntäneen selkänsä alkuperäiselle ammatillisuudelleen.

Vahva perheterapeuttinen orientaatio kuvastaa sosiaalityöntekijöiden kiinnostusta sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yksilön lähiyhteisön kysymyksiä kohtaan. Perheterapeuttisen ajattelun painottumista voidaan pitää positiivisena sosiaalityön perustehtävän kannalta; huomioihan yksilönäkökulman ylittävä tarkastelutapa asiakkaan elämän sosiaalisia reunaehdoja ja lähisuhteita psyyken rakennusaineina enemmän kuin yksilöterapeuttiset suuntaukset. Lasten- ja nuorisopsykiatrian erottuminen muista psykiatrisen erikoissairaanhoidon erikoisaloista sosiaalityöntekijöiden perheterapeuttisessa orientaatioissa on luonnollinen ja osin itsestään selväkin ilmiö; alaikäiset ovat lähtökohtaisesti aina paitsi osa perhettä, myös yksilönkehityksessään vaiheessa, jossa perheen sisäinen vuorovaikutus näyttelee keskeistä roolia. Kokonaisvaltainen hoito edellyttää sekä lapsen tai nuoren että hänen perheensä tukemista tavalla, joka kykenee tunnistamaan ja tunnustamaan perhedynamiikkaan vaikuttavat tekijät.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden toiseksi yleisin terapiamuoto eli psykoanalyttinen psykoterapia kuvastaa freudilaisen ajattelun vahvaa vaikutusta myös suomalaisen psykiatriaan erityisesti 1960–1980-luvuilla. Kyselyssä ei erikseen tiedusteltu terapiakoulutuksen suorittamisvuotta, mutta terapiakoulutettujen vastaajien koulutuksen ja työssäoloajan ristiintaulukointi kuitenkin osoittaa, että eniten terapiapätevyyksiä on sosiaalityöntekijöillä, jotka ovat toimineet sosiaalityöntekijän tehtävissä 14–31 vuotta eli varsin pitkään. Psykoanalyttisen psykoterapeutin pätevyyden hankkineet sosiaalityöntekijät olivat erityisen kokeneita ja kahdeksan heistä oli työskennellyt sosiaalityöntekijänä kyselyn toteuttamishetkellä 28–37 vuotta. On siis perusteltua olettaa, että nämä kokeneet sosiaalityöntekijät ovat hankkineet terapiakoulutuksensa freudilaisen ajattelun kukoistuskaudella, jolloin suomalainen hyvinvointivaltio eli vahvan talouskasvun siivittämänä laajentumiskauttaan. Tuolloin trendikkäitä, melko pitkäkestoisia analyttisiä terapiakoulutuksia myös tuettiin työnantajatahon toimesta taloudellisesti toisin

kuin nykyisellä taloustaantumalla värityksellä, niukkojen resurssien aikakaudella. Todistusvoimaa tälle tulkinnalle antoi psykoanalyttisen psykoterapian pätevyyden omaavan sosiaalityöntekijän haastattelu, jossa eläkeikä lähestyvä informantti kertoi psykoanalyttisen ajattelun määrittäneen psykiatrasta työskentelyä erityisesti 1970- ja 1980-luvuilla, joista jälkimmäisellä hän hankki terapiapätevyytensä. Psykodynaamisen teorian merkitys auttamistyön lähtökohtien jäsentäjänä konkretisoitui pitkään alalla olleilla sosiaalityöntekijöillä myös heidän sosiaalityön koulutukseensa, jossa aiempina vuosikymmeninä käytettiin oppimateriaaleina klassikkoteoksia, jotka kiinnittyivät vahvasti freudilaiseen ajatteluun. Vallalla olevat terapiasuunnaukset heijastelevat vahvasti kunkin aikakauden trendejä, mielenterveystyön painopistettä ja siihen kiinnittyviä hoidollisia tyyliuuntia sekä viime kädessä täydennyskoulutukseen käytettävissä olevien taloudellisten resurssien määrää.

Vähintään yhden koulutuksen, joka antoi valmiuksia yksilökohtaiseen mielenterveystyöhön, muttei kuitenkaan tuottanut varsinaista laillistetun terapeutin pätevyyttä, oli suorittanut 116 (47,9 %) vastaajaa. Nämä koulutukset olivat monenkirjavia ja useimmat niistä olivat vastaajan oman työskentelyorganisaation järjestämiä, kuten erilaiset yksittäisten klinikoiden tai sairaanhoitopiirien organisoimat hoitosuhdekoulutukset. Yleisemmin tunnetuista ja tarjolla olevista koulutuksista eniten mainintoja saivat kasvatus- ja perheneuvolan erikoistumiskoulutus, debriefing- ja katastrofipsykologian koulutus, A-klinikasäätiön perheterapiakoulutus, perhetyön koulutus, kognitiiviset terapiamenetelmät koulutus, verkostotyön koulutus, ratkaisukeskeinen koulutus, kriisityön koulutus ja psykoedukatiivinen koulutus. Jonkin tällaisen lisäkoulutuksen suorittaneista 80 (47,1 %) oli sosiaalityöntekijöitä, joilla ei ollut laillistetun terapeutin pätevyyttä ja 35 (49,3 %) niitä, joilla oli myös laillistetun terapeutin pätevyys. Tämän tutkimuksen valossa psykiatristen sosiaalityöntekijöiden ammattikunta näyttäytykin varsin motivoituneena erilaisten lisäkoulutusten suorittamiseen.

Huomionarvoista on, että varsinaisen terapiakoulutuksen ulkopuolella lähes neljäsosa kyselyyn osallistuneista eli 57 (23 %) vastaajaa oli läpikäynyt jonkin itseyemmärrystään lisäävän psykologisen terapia- tai oppimisprosessin, kuten esimerkiksi psykoanalyysin. Tulkitsen tämän tarkoittavan, että sosiaalityöntekijät ovat halunneet lisätä itsetuntemustaan, joka auttaa paitsi persoonallisuuden hyödyntämisessä työssä, myös työssäjaksamisessa. On kuitenkin mahdollista, että itsetuntemukselliseen prosessiin hakeutuminen voi liittyä myös työuupumuksen hoitoon. Koska kyselyssä ei kuitenkaan erikseen kysytty itsetuntemukselliseen prosessiin hakeutumisen syytä, tuloksen tulkinta jää puhtaan spekulointitasolle. Aiemmat tutkimukset (ks. esim. Acker 2012; Acker & Lawrence 2009; Green ym. 2014) kuitenkin osoittavat, että mielenterveystyötä tekevät sosiaalityöntekijät ovat erityisessä riskiryhmässä työuupumuksen suhteen.

Psykiatristen sosiaalityön yleisempiä, psykologisiin teoriaperinteisiin pohjautuvia työskentelyotteita määrittää vahvasti pluralismi. Kyselyn kysymyksessä 20 *Missä määrin sovellat työssäsi seuraavia psykologisiin teoria- tai terapiaperinteisiin perustuvia*

*työskentelyotteita?* mainitut yhdeksän erilaista yleistä työskentelyotetta saivat kaikki erilaisia, vaihtelevia painotuksia. Mainituista työskentelyotteista yleisimmät olivat *supportiivinen työskentelyote* sekä *psykososiaalinen työskentelyote*, joista supportiivista otetta kertoi työssään soveltavansa *erittäin paljon* 85 (34,7 %) ja psykososiaalista otetta puolestaan 58 (23,7 %) vastaajaa. Vieraimmiksi kysymyspatteristossa mainituista työskentelyotteista koettiin egopsykologinen työskentelyote, jota yksikään vastaaja ei kokenut soveltavansa *erittäin paljon* sekä humanistisen psykologian motivaatioperustainen työskentelyote, jota kuusi (2,6 %) vastaajaa ilmoitti soveltavansa *erittäin paljon*. Samaiset työskentelyotteet keräsivät osakseen eniten *ei lainkaan* vastauksia, joita egopsykologiselle otteelle kertyi 143 (62,7 %) ja humanistiselle 80 (35,1 %).

Myös työyhteisöjen tasolla erilaisten psykologisten teoria- ja terapiaperinteiden yleinen soveltaminen oli hyvin monenkirjavaa eikä mikään yksittäinen, kysymyspatteristossa 21 mainittu suuntaus noussut ylitse muiden. Erikoisalakohtaisessa tarkastelussa yleisyydellään erottui kuitenkin supportiivinen työskentelyote, jota aikuispsykiatrialla työskennelleistä vastaajista 38 (31,1 %) koki sovellettavan työyhteisössään *erittäin paljon*.

Kysymyksen *Missä määrin työhösi mielestäsi sisältyy terapeuttisuutta tai terapeuttisia elementtejä?* tuottama aineisto osoitti, että terapeuttisuus näyttelee keskeistä roolia psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Täysin terapeuttisuutoiseksi keskusteluksi potilaiden kanssa työnsä koki 23 (9,4 %) vastaajaa. *Melko paljon* terapeuttisuutta ja terapeuttisia elementtejä koki sisältyvän työhönsä 106 (43,4 %) vastaajaa. Selkeä vähemmistö eli viisitoista (6,1 %) vastaajaa koki, ettei työssä esiinny lainkaan terapeuttisia elementtejä.

Kysymykseen *Missä määrin teet työsi puitteissa varsinaista terapiaa?* saadut vastaukset osoittavat, että sosiaalityöntekijät ymmärtävät yleisemmän terapeuttisuuden ja varsinaisen laillistetun terapian välisen eron. Kun suurin osa vastaajista näki työssään olevan terapeuttisia elementtejä huomattavassa määrin, varsinaisen terapiatyöskentelyn osuus työssä koettiin huomattavasti vähäisemmäksi. Suurin osa eli 111 (44,8 %) vastaajaa ilmoitti, ettei tee työssään lainkaan terapiaa, 48 (19,4 %) ilmoitti tekevänsä terapiaa *jonkin verran* ja 32 (12,9 %) *kohtalaisesti*. *Melko paljon* terapiaa teki 49 (19,8 %) vastaajista ja pieni vähemmistö eli kahdeksan (3,2 %) koki työnsä olevan kokonaan terapiatyötä. Lukuja tulkitessa on hyvä pitää mielessä, että 31 %:lla vastaajista oli jokin laillistetun terapeutin pätevyys. Jos vain 3,2 % kaikista vastaajista määrittelee työnsä täysin terapiatyöksi, voidaan sosiaalityön nähdä erotuvan terapiatyöstä myös työntekijän terapiakoulutuksen jälkeen.

Aineiston ristiintaulukointi osoitti jotain paradoksaalista, mutta kiinnostavaa; työnsä kokonaan varsinaiseksi terapiatyöksi kokeneista viisi (6,5 %) oli terapiakoulutettuja, kun taas kolmella (1,8 %) vastaajalla ei ollut laillistetun terapeutin pätevyyttä. Vastaavasti neljä (5,2 %) terapiakoulutettua sosiaalityöntekijää koki, ettei tee työnsä puitteissa lainkaan terapiaa. Nämä kokemukset terapiakoulutettujen keskuudessa voivat selittyä esimerkiksi sillä, että vaikka sosiaalityöntekijät hyödyntävätkin terapiakoulutuksessa saamiaan valmiuksia yleisemmässä terapeuttisessa

työskentelyssä, he eivät tietoisesti halua alleviivata terapian osuutta sosiaalityössä. On myös mahdollista, että sosiaalityöntekijä–terapeutit harjoittavat terapiatointia vapaa-ajallaan itsenäisinä ammatinharjoittajina, mutta eivät halua tuoda sitä osaksi julkisen palvelusektorin terveysosiaalityötä. Ristiintaulukoinnin jatkotarkastelu osoittaa, että suurin osa terapiakoulutetuista sosiaalityöntekijöistä eli 37 (48,1 %), kokee tekevänsä terapiatyötä sosiaalityössä *melko paljon*, 20 (26 %) *kohtalaisesti* ja yksitoista (14,3 %) *jonkin verran*.

Työnsä täysin varsinaiseksi terapiatyöksi määritelleet sosiaalityöntekijät, joilla ei kuitenkaan ollut terapeutin koulutusta eikä pätevyyttä, muodostavat ryhmän, joka sijoittuu sosiaalityön ja terapian väliselle rajapinnalle – harmaalle alueelle, jossa ammatilliset kvalifikaatiot ja kompetenssit on kyseenalaistettu joko tietoisesti tai tiedostamattomasti. Kiinnostavaa on, että kun terapiakoulutettuja sosiaalityöntekijöitä oli tässä tutkimuksessa 77, pystyi 125 vastaajaa kuitenkin määrittelemään viikoittaisen terapiatyöskentelynsä määrän työtuntien tarkkuudella, joka vaihteli 1 ja 37 tunnin välillä, keskiarvon ollessa 11,8 tuntia. Sosiaalityöntekijöistä, jotka määrittelivät tekemänsä terapiatyön määrän viikoittaisten työtuntien tasolla, 71 oli terapiakoulutettuja ja 54 kouluttamattomia. Vastaajalla, joka koki tekevänsä terapiatyötä täydet 37 tuntia viikossa, ei ollut terapiakoulutusta eikä terapeutin pätevyyttä.

Tulos varsinaisen terapiatyön painottumisesta ei-terapiakoulutetuilla sosiaalityöntekijöillä ilmentää tapaa, jolla sosiaalityöntekijät reagoivat psykologisesti viritetyneessä toimintakontekstissa hoitotyön yleiseen viitekehykseen näkemällä työnsä terapeuttisempana kuin se tosiasiallisesti onkaan. Tämän tyyppinen ympäristön ärsykkeisiin perustuva reagointi, josta Luhmann (2004) käyttää *resonoinnin* käsitettä, määrittyy ammatillisen itseymmärryksen näkökulmasta ongelmalliseksi, mikäli se ei saa alkusysäystä ammattikunnan omista lähtökohdista, vaan perustuu hoidollisen viitekehyksen dominanssiin. Tällöin ammatillinen itseymmärrys ei rakennu itseorganisoituvasti ammattikunnan oman spesifin erityisasiantuntijuuden varaan, vaan toimintaympäristön vallitseva rakenne pikemminkin välillisesti pakottaa yksittäisen osajärjestelmän tiettyyn, ulkoapäin määriteltyyn muottiin. Tulosten valossa näyttää ilmeiseltä, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden suhtautuminen sosiaalityön terapeuttisuuteen vaihtelee työntekijäkohtaisesti ääripäästä toiseen, joka puolestaan muodostaa haasteen mielenterveysosiaalityön yhtenäisen itseymmärryksen rakentumiselle.

### 7.3 TERAPIAKOULUTUKSEEN HAKEUTUMISEN MOTIIVIT

Miksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät olivat kouluttautuneet laillistetuiksi terapeuteiksi? Kyselylomakkeen kysymys 34 *Missä määrin seuraavat tekijät ovat vaikuttaneet päätökseesi hakeutua terapiakoulutukseen / -koulutuksiin?* tarkasteli näitä syitä. Kysymyspatteristo sisälsi 14 väitelauseen muodossa olevaa muuttujaa. Ensimmäinen suorakulmaisesti rotatoitu faktorianalyysi tuotti viisi faktoria. Halu-

sin selkeyttää analyysin tulosta ja saada siitä mahdollisimman erottelevan, joten poistin faktoroinnista muuttujat, joiden kommunaliteetti oli pienempi kuin 0,3 (*Tarvitsen työssäni terapiakoulutuksesta saatavia valmiuksia.* (0,214), *Työnantajataho osallistui terapiakoulutuksesta koituneisiin taloudellisiin kustannuksiin.* (0,261) sekä *Laillistetun terapeutin pätevyys oli edellytys nykyisen työni saamiselle.* (0,176)) ja tein analyysin uudestaan, jolloin tuloksena oli neljä faktoria.

Ensimmäiselle faktorille latautui neljä (4) muuttujaa:

- "Mielenterveysongelmien parissa työskentelevän sosiaalityöntekijän täytyy mielestäni hankkia terapiakoulutusta."
- "Mielenterveysosiaalityötä ei mielestäni voi tehdä ilman terapiakoulutusta."
- "Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua työssäni sosiaalityöntekijänä."
- "Olen saanut sen käsityksen, että työyhteisössäni toimivien ammattihenkilöiden tulisi hakeutua terapiakoulutukseen."

Nimesin faktorin 1 ammattilliseksi hyödyksi.

Toiselle faktorille latautui kolme (3) muuttujaa:

- "Työnantajani on kehottanut minua hakeutumaan terapiakoulutukseen."
- "Työnantajani on suositellut minulle hakeutumista terapiakoulutukseen."
- "Olen saanut sen käsityksen, että työyhteisössäni toimivien ammattihenkilöiden tulisi hakeutua terapiakoulutukseen."

Nimesin faktorin 2 organisatorisiksi tekijöiksi.

Kolmannelle faktorille latautui neljä (4) muuttujaa:

- "Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua yleisemmin työmarkkinoilla."
- "Terapiakoulutus lisää mahdollisuuksiani työllistyä itsenäisenä yrittäjänä."
- "Terapiakoulutus ja sen tuottama laillistetun terapeutin pätevyys tuottavat minulle mieluisia ja motivoivia muutoksia toimenkuvaaeni."
- "Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua työssäni sosiaalityöntekijänä."

Nimesin faktorin 3 henkilökohtaiseksi hyödyksi.

Neljännelle faktorille latautui kaksi (2) muuttujaa:

- "Persoonallisuuteni soveltuu terapiatyöskentelyyn."

- "Olen kiinnostunut terapiatyöstä."

Nimesin faktorin 4 persoonallisuuteen kiinnittyviksi tekijöiksi.

Taulukko 13. Terapiakoulutukseen hakeutumisen motivaatioperustaa kuvaavat faktorit tunnuslukuineen

Faktorit ja niiden sisältö	Faktorilataus	Kommunaliteetti	Selitysosuus %
<b>Faktori 1</b> <b><i>Ammatillinen hyöty</i></b>			29,6
"Mielenterveysongelmien parissa työskentelevän sosiaalityöntekijän täytyy mielestäni hankkia terapiakoulutusta."	0,874	0,838	
"Mielenterveysosiaalityötä ei mielestäni voi tehdä ilman terapiakoulutusta."	0,728	0,561	
"Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua työssäni sosiaalityöntekijänä."	0,578	0,505	
Olen saanut sen käsityksen, että työyhteisössäni toimivien ammattihenkilöiden tulisi hakeutua terapiakoulutukseen."	0,367	0,318	
<b>Faktori 2</b> <b><i>Organisatoriset tekijät</i></b>			18,8
"Työnantajani on kehottanut minua hakeutumaan terapiakoulutukseen."	0,853	0,738	
"Työnantajani on suositellut minulle hakeutumisista terapiakoulutukseen."	0,847	0,745	
"Olen saanut sen käsityksen, että työyhteisössäni toimivien ammattihenkilöiden tulisi hakeutua terapiakoulutukseen."	0,423	0,318	
<b>Faktori 3</b> <b><i>Henkilökohtainen hyöty</i></b>			13,2
"Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua yleisemmin työmarkkinoilla."	0,776	0,654	
"Terapiakoulutus lisää mahdollisuuksiani työllistyä itsenäisenä yrittäjänä."	0,657	0,475	
"Terapiakoulutus ja sen tuottama laillistetun terapeutin pätevyys tuottavat minulle mieluisia ja motivoivia muutoksia toimenkuvaani."	0,566	0,370	
"Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua työssäni sosiaalityöntekijänä."	0,392	0,505	
<b>Faktori 4</b> <b><i>Persoonallisuuteen kiinnittyvät tekijät</i></b>			10,7
"Persoonallisuuteni soveltuu terapiatyöskentelyyn."	0,971	0,999	
"Olen kiinnostunut terapiatyöstä."	0,536	0,347	

Faktorirakenne selittää 72,3 % muuttujan kokonaisvaihtelusta.

## **Ammatillinen hyöty**

Sosiaalityössä yleisesti tarvittavat valmiudet olivat kyselyn mukaan motivoineet 37 (46,8 %) vastaajaa terapiakoulutukseen *erittäin paljon*. Terapiakoulutusten tuottama hyöty mielenterveysosiaalityölle kulmineoitui erityisesti spesifien työmenetelmien käyttöön ja vuorovaikutuksellisten taitojen kehittymiseen. Laadullisissa aineistoissa sosiaalityöntekijät toivat esiin, kuinka psykologisiin jäsenystapoihin pohjautuvat terapiakoulutukset ohjasivat jäsentämään työn kohdeongelmia teoreettisemmin, jolloin tulokulmat myös ongelmien potentiaalisiin ratkaisumalleihin olivat jäsentyneempiä ja perustellumpia kuin mitä ne olivat aiemmin olleet.

*LL: Millaisista syistä halusit hakeutua perheterapeuttikoulutukseen?*

*H2: No ensinnäkin se lähti tietysti tämmösestä omasta työkäytäntöjen tarpeesta ... ja tavallaan perheitten kanssa työskentelemisessä, lasten häiriöihin liittyy hyvin paljon sitä koko perheen problematiikkaa. Se oli semmonen oma lähtökohta ymmärtää niitä perheitä ja sitä lasta ja sen käyttäytymistä ja sit myös löytää niitä välineitä, jolla muutoksia voitais saada siihen perheen dynamiikkaan.*

Tuloksessa, jonka mukaan terapiakoulutuksesta haettiin juuri työskentelymetodeihin liittyviä valmiuksia, ei ole mitään uutta. Myös Anttila ym. (2016, 15) näkevät tunne-, vuorovaikutus- ja mielenterveysosaamista edistävien menetelmien käytön tarjoavan oleellisia välineitä ja toimintamalleja erilaisiin potilastilanteisiin. On kuitenkin tärkeää pohtia, miksi niin moni mielenterveysosiaalityöntekijöistä kokee metodista avuttomuutta, vaikka heillä on takanaan jo yksi yliopistollinen hyvinvointityön tutkinto. Eikö sosiaalityön peruskoulutuksessa onnistuta välittämään työssä tarvittavia menetelmiä valmiuksia riittävästi? Onko sosiaalityön koulutukseen tarkoituksenmukaista lisätä terapeuttisten yleisvalmiuksien opetusta?

## **Organisatoriset tekijät**

Työyhteisön taholta koetun paineen merkitys terapiakoulutuksen aloittamisen motiivina nousi vahvasti esiin sekä kyselytutkimuksen laadullisessa osuudessa että haastattelututkimuksessa, joissa terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät avasivat henkilökohtaisia motivaatiotekijöitään kyselyä yksityiskohtaisemmin. Koettu paine ilmeni sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa paitsi yleisenä, terapiatyötä arvostavana ilmapiirinä, myös yksittäisten työntekijöiden erityisestä terapiainnostuksesta ja -suuntautumisesta kumpuavana, itseään ruokkivana ja siten työyhteisössä kumuloituvana tekijänä. Yksittäiset haastatellut toivat myös esiin, kuinka organisaatiossa vallitsevat arvostukset todentuivat konkreettisesti tavassa, jolla tiettyjä terapiakou-

lutuksia tuettiin taloudellisesti koulutusmäärärahojen ja palkallisten koulutuspäivien muodossa.

*H7: Meil on ollu aina semmosia ihmisiä työryhmässä, joilla oli, tai ne oli hankkimassa (terapia) koulutusta, et se oli vähän silleen, et kyllä munkin täytyy.*

*H2: Täällä on sellainen linjaus, et nimenomaan näitä koulutuksia sosiaalityöntekijöille tuetaan. Ja se on ollu täällä jopa, kun tulee uusia virkoja auki, niin tuota, ei nyt mikään ehdoton vaatimus, mut jossain hakuilmoituksesakin on ollu, et "perheterapiakoulutus suotavaa". Et siin on kaksi syytä: oma ja työnantajan intressi.*

*"Mielellään haluttaisiin sosiaalityöntekijöistä muokata sairaanhoitaja-terapeutti kaltaisia ammattilaisia." (V1313)*

Myös terapiakoulutuksen tuottamat, mieluisat ja motivoivat toimenkuvan muutokset ovat välillisesti kytköksissä organisatorisiin motivaatiotekijöihin. Toimiessaan osana moniammatillista työyhteisöä, sosiaalityöntekijät havainnoivat myös muiden ammattikuntien työskentelytapoja ja -menetelmiä ja käyttävät niitä joko tietoisena tai tiedostamattomana reflektiopintana sille, kuinka he tekevät tai haluaisivat tehdä työtään.

Sosiaalityöntekijän edustama psykiatrisen erikoissairaanhoidon erikoisala ja sille tyypillinen tehtävä rakenne voivat myös ohjata sosiaalityöntekijää terapiatyön pariin. Esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisaloilla työskentely pohjautuu vahvasti perhekeskeiseen lähestymistapaan, jolloin perheterapeutin koulutus näyttyy luonnollisena väylänä erityisasiantuntijuuden syventämiseen myös sosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Kustannustehokkuutta peräänkuuluttavassa palvelujärjestelmässä interventioiden on tärkeää perustua asiakkaiden todellisiin tarpeisiin. Kaikissa psykiatrisissa toimintakonteksteissa esimerkiksi sosiaalityöhön perinteisesti yhdistetty sosiaaliturvan asiantuntijuus ei näyttäydy olennaisena asiakkaan psyykkisen oireilun tai sen syntymekanismien näkökulmasta. Tällöin on luontevaa, että sosiaalityöntekijät joko oma-aloitteisesti tai muiden ammattiryhmien myötävaikutuksesta alkavat suunnata työnsä niihin tehtäviin, jotka vaativat enemmän henkilöstöresursseja.

*"Työssäni nuorisopsykiatrian poliklinikalla on hyvin vähän sosiaaliturvaan ynnä muuhun sellaiseen liittyvää työtä. Siksi tuntui mielekkäältä opetella työtä, mitä on ylen määrin tarjolla; tutkimusta ja hoitoa - myös pitempiä hoitoja." (V1146)*



Ideaalitilanteessa sosiaalityöntekijän terapiakoulutus voi tarkoittaa ammatin sosiaalisen ja psykologisen tietoperustan tiivistymistä ja asiakkaan saamien palvelujen laadun parantumista. Sosiaalityöntekijän on kuitenkin tärkeää kyetä tekemään sekä itselleen että moniammatillisen yhteistyön muille toimijatahoille selväksi, miten nämä auttamistyön eri positiot painottuvat sosiaalityön ammatillisuudessa. Tämä on tärkeää jo työssä jaksamisen kannalta, sillä rooliepäselvyydet suhteessa organisaation työntekijöilleen asettamiin vaatimuksiin ovat yksi keskeisimmistä mielenterveystyöntekijöiden työuupumusta aiheuttavista tekijöistä (Green ym. 2014).

## Henkilökohtainen hyöty

Terapiakoulutuksen suorittaminen ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät sosiaalityöntekijöitä myös varsinaisen ammatillisuuden ulkopuolisella, henkilökohtaisella tasolla. Terapiamenetelmien ja -viitekehysten haltuunotto antaa sosiaalityöntekijöille hyväksytyin väylän muovata työnkuvaa itselle mieluisampaan ja motivoivampaan suuntaan. Sosiaalityöntekijät, jotka kokevat terveysosiaalityöhön perinteisesti liitetyn sosiaaliturvaa ja -palveluita koskevan ohjauksen ja neuvonnan liian mekaaniseksi auttamisen muodoksi, saavat terapeuttisten työkalujen myötä mahdollisuuden viedä työtään abstraktimpaan ja vuorovaikutteisempaan suuntaan.

Laillistetun terapeutin pätevyys tuottaa myös kokonaan uuden ammatillisen kelpoisuuden, joka mahdollistaa sosiaalityöntekijän osittaisen tai täydellisen siirtymisen itsenäiseksi ammatinharjoittajaksi. Vaikka terapiakoulutettu sosiaalityöntekijä ei tekisikään julkisen sektorin päivätyössään varsinaista terapiaa, hän voi lisätä tulotasoaan harjoittamalla terapiaelinkeinoja ilta- tai viikonloppu-aikaan. Terapeutin pätevyys voi hyödyttää sosiaalityöntekijää myös tilanteessa, jossa työpaikan vaihtaminen tuntuu ajankohtaiselta esimerkiksi ammatillisen kasvun turvaamisen tai urautumisen ehkäisyn näkökulmasta. Esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolat sekä erilaiset lastensuojelu- ja kuntoutusyksiköt arvostavat jo työpaikkailmoitustensa perusteella työnhakijoita, joilla on jo aiemmin hankittu terapiapätevyys.

Yhdysvalloissa, joissa terapeuttisten menetelmien käyttö on sisäänrakennettuna jo sosiaalityön peruskoulutukseen (ks. Liite 1), sosiaalityöntekijöitä on kritisoitu alkuperäisen, sosiaalisen avun ja neuvonnan tarpeessa olevan asiakaskuntansa hylkäämisestä paremmin palkattujen terapiaelinkeinojen vuoksi (ks. Specht & Courtney 1995). Suomalaisessa yhteiskunnallisessa keskustelussa sosiaalityöntekijöiden toiminta terapiayrittäjinä on sivuutettu lähes täysin. Psykoterapiapalvelujen tuottajia yleisesti koskeva kotimainen keskustelu on kuitenkin vilkastunut vuonna 2019 tehdyn *Terapiatakuu* -kansalaisaloitteen myötä, joka etenee eduskunnan käsittelyyn. Aloitteella vaaditaan mielenterveyslakiin kirjattavaksi pykälää, jolla pyritään parantamaan psykiatrisen hoidon saavutettavuutta ja yhdenvertaisuutta sekä takaa-

maan kaikille mielenterveyden häiriöstä kärsiville mahdollisimman varhainen apu ja tuki. Käytännössä takuun toteutuminen edellyttää psykoterapeuttien määrän lisäämistä sekä terapiapätevyyden jo omaavien ammattilaisten työpanoksen aiempaa tehokkaampaa hyödyntämistä ja oikeinkohdentamista (Suomen Psykiatriyhdistys 2019).

## **Persoonallisuuden kiinnittävät tekijät**

Terapiatyötä kohtaan tunnettu mielenkiinto sekä persoonallisuuden kiinnittävät tekijät olivat keskeinen syy psykiatristen sosiaalityöntekijöiden terapiakoulutukseen hakeutumiseen. Viisikymmentä (63,3 %) vastanneista terapiakoulutetuista sosiaalityöntekijöistä ilmoitti henkilökohtaisen, terapiatyötä kohtaan tunnetun kiinnostuksen vaikuttaneen päätökseen hakeutua terapiakoulutukseen *erittäin paljon*.

Kaikki terapiakoulutetut haastatellut toivat keskusteluissa esiin omia persoonallisuudenpiirteitään, joiden olemassaolosta he olivat olleet hyvin tietoisia jo kauan ennen varsinaisten terapeuttipintojen aloittamista. Monille oli ollut jo lapsuudesta ja varhaisnuoruudesta asti selvää, että heidän tulevaisuuden ammattinsa liittyisi vuorovaikutteiseen ihmistyöhön, vaikka ammattinimike ei vielä tuossa vaiheessa ollutkaan täsmäntynyt ja koulutusväylä selkeä.

*LL: Oliko sulle selvää jo ennen sosiaalityöntekijäksi kouluttautumista, että sä haluaisit tehdä terapeuttista työtä?*

*H8: Joo. Oli. Kyllä.*

*LL: Et sä tunnista olevas sellainen persoona?*

*H8: Kyllä. Joo, se oli semmoinen ehdoton tarve.*

*LL: Oliko se myös syy minkä takia ylipäätään hakeuduit sosiaalityöntekijäksi?*

*H8: Joo ja oikeestaan mä aloitin psykologialla, mä hakeuduin yliopistoon ja olin siellä sen ensimmäisen vuoden psykologian laitoksella. Mut mä jollain tavalla petyin siihen, että siinä oli niin paljon näitä Pavlovin koiria ja näitä tämmösiä ja ehkä en sit jaksanu jäädä odottamaan sitä hyvää mikä siitä ois voinu tulla. ... Se vaan meni niin, et musta ei tullu psykologia, vaan sosiaalityöntekijä. ... Mä muistan, et kirjoitin semmosen aineen jo joskus koulussa, et "mikä sinulla on suuntana", niin siinä mä jo vaahtosin, et haluun kuunnella ja auttaa ihmisiä. En mä silloin tienny vielä et mikä se nimike on, et onks se psykoterapeutti vai psykologi vai psykiatri vai sosiaalityöntekijä, mut et jotain tämmöstä mun pitää tehdä.*

Terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa korostuivat myöntyisiksi koetut persoonallisuudenpiirteet, kuten empaattisuus, ulospäinsuuntautuneisuus, kiinnostuneisuus ihmisten elämäntarinoita kohtaan sekä yleinen

herkkyys aistia toisen ihmisen tunnetiloja ja ajatuksia. Nämä näyttelevät keskeistä roolia sekä sosiaali- että terapiatyössä, vaikka terapiatyössä yksilön kokemusten työstäminen onkin lähtökohtaisesti sosiaalityötä syvällisempää ja analyttisempää.

*H6: Kyllä siinä varmasti oli se semmonen omassa persoonassa oleva kyky ajatella toisten kannalta asioita, aistia toisten mielialoja, olla sille herkkänä.*

Terapiakoulutuksen täytyy olla sosiaalityöntekijälle henkilökohtaisesti erittäin kiinnostavaa ja motivoivaa, sillä läheskään kaikki terapiakoulutuksen läpikäyneet eivät olleet saaneet terapeutiksi valmistuttuaan edes palkankorotusta ja 31 (91,2 %) niistä, jotka korotuksen olivat saaneet, arvioivat sen liian pieneksi suhteessa koulutautumisesta aiheutuneisiin taloudellisiin kustannuksiin.

Yksisuuntaisen varianssianalyysin (One-Way ANOVA) perusteella psykiatrian erikoisalajat eivät eronneet toisistaan minkään yksittäisen terapiakoulutukseen haikautumista kuvaavan faktorin suhteen tilastollisesti merkitsevällä tavalla.

## 7.4 TERAPIAKOULUTUKSESTA PIDÄTTÄYTYMISEN MOTIIVIT

Millaisista syistä sosiaalityöntekijät sitten pidättäytyivät terapiakoulutuksista? Kyselylomakkeen kysymyksen 27 *Missä määrin seuraavat tekijät ovat vaikuttaneet siihen, että et ole suorittanut mitään terapiakoulutusta?* suorakulmaisesti rotatoitu faktorianaalyysi tuotti neljä faktoria.

Ensimmäiselle faktorille latautui seitsemän (7) muuttujaa:

- "En koe tarvitsevani työssäni terapiakoulutusta."
- "En ole kiinnostunut terapiatyöstä."
- "Terapiakoulutuksesta ei olisi hyötyä työssäni."
- "Terapiakoulutuksen läpikäyminen ohjaisi työnkuvaani ei-toivomaani suuntaan."
- "Persoonallisuuteni ei sovellu terapiatyöskentelyyn."
- "Sosiaalityöntekijän ei mielestäni pidä hankkia terapiakoulutusta, koska se ohjaa ammatinharjoittamista kauemmas varsinaisesta sosiaalityöstä."
- "Terapiakoulutuksesta olisi haittaa työssäni sosiaalityöntekijänä."

Nimesin faktorin 1 terapiakielteisyysdeksi.

Toiselle faktorille latautui kolme (3) muuttujaa:

- "Terapiakoulutus veisi kohtuuttoman paljon vapaa-aikaani."
- "Terapiakoulutus veisi kohtuuttoman paljon muuta työaikaani."
- "Terapiakoulutus on mielestäni liian kallista."

Nimesin faktorin 2 resurssitekijöiksi.

Kolmannelle faktorille latautui viisi (5) muuttujaa:

- ”Työyhteisössäni ei suosita terapiakoulutukseen hakeutumista.”
- ”En saisi työnantajataholta apua terapiakoulutuksesta koituihin taloudellisiin kustannuksiin.”
- ”Työyhteisöni suhtautuu kielteisesti sosiaalityöntekijän terapiakoulutukseen ja toimintaan laillistettuna terapeuttina.”
- ”Terapiakoulutuksesta ei olisi hyötyä työssäni.”
- ”Terapiakoulutus on mielestäni liian kallista.”

Nimesin faktorin 3 organisatorisiksi tekijöiksi.

Neljännelle faktorille latautui kaksi (2) muuttujaa:

- ”Sosiaalityöntekijän ei mielestäni pidä hankkia terapiakoulutusta, koska se ohjaa ammatinharjoittamista kauemmas varsinaisesta sosiaalityöstä.”
- ”Terapiakoulutuksen läpikäyminen ohjaisi työnkuvaani ei-toivomaani suuntaan.”

Nimesin faktorin 4 erityisammattikunnan positioksi.

Kaksi vastanneista terapiakouluttamattomista ilmoitti hakeneensa terapiakoulutukseen, muttei tulleet valituksi.

Taulukko 14. Terapiakoulutuksesta pidättäytymisen motivaatioperustaa kuvaavat faktorit tunnuslukuineen

Faktorit ja niiden sisältö	Faktorilataus	Kommunaliteetti	Selitysosuus %
<b>Faktori 1</b> <b>Terapiakielteisyys</b>			32,0
"En koe tarvitsevani työssäni terapiakoulutusta."	0,811	0,696	
"En ole kiinnostunut terapiatyöstä."	0,793	0,674	
"Terapiakoulutuksesta ei olisi hyötyä työssäni."	0,714	0,655	
"Terapiakoulutuksen läpikäyminen ohjaisi työnkuvaani ei-toivomaani suuntaan."	0,654	0,712	
"Persoonallisuuteni ei sovellu terapiatyökentelyyn."	0,632	0,451	
"Sosiaalityöntekijän ei mielestäni pidä hankkia terapiakoulutusta, koska se ohjaa ammatinharjoittamista kauemmas varsinaisesta sosiaalityöstä."	0,525	0,999	
"Terapiakoulutuksesta olisi haittaa työssäni sosiaalityöntekijänä."	0,511	0,420	
<b>Faktori 2</b> <b>Resurssitekijät</b>			17,3
"Terapiakoulutus veisi kohtuuttoman paljon vapaa-aikaani."	0,946	0,913	
"Terapiakoulutus veisi kohtuuttoman paljon muuta työaikaani."	0,730	0,610	
"Terapiakoulutus on mielestäni liian kallista."	0,524	0,410	
<b>Faktori 3</b> <b>Organisatoriset tekijät</b>			11,3
"Työyhteisössäni ei suosita terapiakoulutukseen hakeutumista."	0,706	0,546	
"En saisi työnantajataholta apua terapiakoulutuksesta koituviiin taloudellisiin kustannuksiin."	0,664	0,479	
"Työyhteisöni suhtautuu kielteisesti sosiaalityöntekijän terapiakoulutukseen ja toimintaan laillistettuna terapeuttina."	0,535	0,306	
"Terapiakoulutuksesta ei olisi hyötyä työssäni."	0,380	0,655	
"Terapiakoulutus on mielestäni liian kallista."	0,335	0,410	
<b>Faktori 4</b> <b>Erityisammattikunnan positio</b>			7,3
"Sosiaalityöntekijän ei mielestäni pidä hankkia terapiakoulutusta, koska se ohjaa ammatinharjoittamista kauemmas varsinaisesta sosiaalityöstä."	0,832	0,999	
"Terapiakoulutuksen läpikäyminen ohjaisi työnkuvaani ei-toivomaani suuntaan."	0,509	0,712	

Faktorirakenne selittää 67,9 % muuttujan kokonaisvaihtelusta.

## Terapiakielteisyys

Suurin osa terapiakouluttamattomista sosiaalityöntekijöistä suhtautui terapiakoulutukseen hakeutumiseen kielteisesti. Sosiaalityöntekijät uskoivat varsinaisen hoitohenkilökunnan vastaavan asiakkaiden terapian tarpeeseen riittävästi, jolloin sosiaalityöntekijöiden on tarkoituksenmukaisinta keskittyä sosiaalityön perustehtävään; arkisen elämän konkreettisten reunaehtojen turvaamiseen (Tew 2005, 14–16) ja sosiaalisten oikeuksien toteutumisesta huolehtimiseen.

*”Asiakkaat saavat terapiaa muilta kuin sosiaalityöntekijöiltä, sosiaalityöntekijän kuuluu mielestäni auttaa esimerkiksi etuuksien hakemisissa ja asuntoasioissa.” (V1276)*

Konkreettisen arkisen selviytymisen näkökulmaa on tärkeää ylläpitää psykiatriassa hoidossa. Esimerkiksi asumiseen liittyvät kysymykset kietoutuvat vahvasti mielenterveyskuntoutumiseen. Kotioloihin liittyvä turvallisuudentunne on tärkeä mielenterveyden rakennusaine ja asunnottomuus puolestaan selkeä riskitekijä. (Raitakari & Günther 2015, 66.)

## Resurssitekijät

Ajallisten ja taloudellisten resurssien puute oli toinen keskeinen syy terapiakoulutuksista pidättäytymiseen. Terapiakoulutus ja siihen kiinnittyvät potilastyö, oppimistehtävät ja lopputyö vievät usein sekä terapeuttikokelaan työ- että vapaa-aikaa. Keskimäärin 3–4 -vuotiset terapiakoulutukset ovat maksullisia ja niiden kokonaiskustannukset vaihtelevat noin 20 000–50 000 euron välillä koulutuksesta ja sen järjestäjätahosta riippuen. Kokonaiskustannukset koostuvat paitsi yliopistojen luku-kausimaksuista ja teoreettisista opinnoista, myös terapeuttiopiskelijan omasta koulutusterapiasta ja työnohjauksesta. Pitkään kestäneen taloudellisen taantumana aikana sairaanhoitopiirit ovat joutuneet supistamaan koulutusmäärärahojaan eikä työntekijöiden terapiakoulutuksia useimmiten tueta taloudellisesti. Valtio ei myöskään kompensoi lainkaan terapiaopinnoista koituvia kuluja, jotka eivät ole verovähennyskelpoisia. (Ks. esim. Medi uutiset 2013; Väestöliitto 2017.) Lainanotto lisäkoulutautumista varten, palkattomien vapaapäivien käyttäminen terapiakoulutuksen lähiopetusjaksoihin sekä ilta- ja viikonloppuvapaiden omistaminen omaehtoiseen opiskeluun ja harjoitteluasiakkaiden vastaanottoon osoittautuu monelle terapia-pätevyydestä haaveilevalle liian vaikeaksi yhtälöksi.

## Organisatoriset tekijät

Organisatoriset tekijät olivat yksi sosiaalityöntekijöitä terapiakoulutuksiin motivoivista, mutta samalla myös koulutuksista pidättäytymistä edistävästä tekijöistä. Ei-terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät kokivat, ettei työyhteisössä suosita terapiakoulutukseen hakeutumista ja työyhteisö suhtautuu kielteisesti sosiaalityöntekijän toimintaan terapeutina. Sosiaalityöntekijät eivät myöskään kokeneet saavansa työnantajalta taloudellista tukea terapiakoulutuksesta koituviin kustannuksiin.

## Erityisammattikunnan positio

En haastatellut ei-terapiakoulutettuja sosiaalityöntekijöitä, sillä tutkimuksellinen mielenkiintoni kohdistui erityisesti siihen, millaisia merkityksiä terapiakoulutus ja laillistettuna terapeutina toimiminen saavat sosiaalityöntekijöiden ammatillisessa itseyttämyksessä. Näin ollen en pysty lisäävaamaan terapiakoulutuksesta pidättäytymisen syitä haastatteluaineiston avulla. Ei-terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät avasivat kuitenkin terapiakoulutuksia ja terapiatyöskentelyä koskevia näkemyksiään kyselytutkimuksen kysymystä numero 28 *Olisitko kiinnostunut hakeutumaan lähitulevaisuudessa johonkin terapiakoulutukseen?* seuranneessa *Perustelee vastauksesi avokysymyksessä sekä kaikille vastaajille yhteisissä, kyselyn päättäneissä avokysymyksissä numero 38 Mitä ajatuksia käsitepari "terapeuttinen sosiaalityö" herättää sinussa?* ja 39 *Onko mielessäsi tekijöitä, jotka hankaloittavat sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntämistä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa?*. Kaikki annetut avovastaukset kiinnittyivät sosiaalityön erityisluonteeseen terveydenhuollon hoidollisessa toimintaympäristössä.

Ei-terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät korostivat haluaan säilyä psykiatrisessa toimintaympäristössä erityisammattiryhmänä, joka tarkastelee potilaiden tilanteita hoitotyön ulkopuolisesta näkökulmasta. Sosiaalityöntekijät tiedostivat hoidollisen työskentelyotteen olevan aina jollain tapaa läsnä mielenterveystyössä, mutta halusivat tehdä siihen selkeää pesäeroa tuomalla esiin sosiaalityön muista ammattikunnista eroavaa työn viitekehystä. Ei-terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät kokivat sosiaalityön roolin kiinnittyvän ensisijaisesti asiakkaan arjen tukemiseen konkreettisten ja käytännönläheisten interventioiden – ei abstraktin keskustelun – kautta. Näin toimiessaan mielenterveysosiaalityöntekijät tietoisesti irrottautuvat hoidollisesta ajattelutavasta ja aktiivisesti ulkoistavat itsensä organisaation primaaritehtävän ulkopuolelle, pyrkien samalla vahvistamaan erityisammattiryhmän positiotaan. Luhmannin (2004) teoretisointeihin tukeutuen sosiaalityöntekijöiden aktiivinen, sosiaaliseen perustehtävään pohjautuva itseorganisointi asemoi ammattiryhmän kauemmas organisaation hoidollisen perustehtävän muodostamasta ytimestä. Näin toimien sosiaalityöntekijät itseorganisoidut ammatin omista rakenteellisista läh-

tökohdista käsin ja osoittavat samalla haluavansa itse määritellä roolinsa moniammatillisen toiminnan kokonaisuudessa.

Yksisuuntaisen varianssianalyysin (One-Way ANOVA) perusteella psykiatrian erikoisalajat eivät eronneet toisistaan minkään yksittäisen terapiakoulutuksesta piddättäytymistä ilmentävän faktorin suhteen tilastollisesti merkitsevällä tavalla.



# 8 TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO JA PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN ITSEORGANISOINTI

## 8.1 SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSET TERAPIAKOULUTUKSEN KÄYNNISTÄMISTÄ PROSESSEISTA

### 8.1.1 Terapiakoulutusten anti

Tässä luvussa tarkastelen terapeutin orientaation merkitystä mielenterveyssozialityöntekijöiden ammattikunnan itseorganisoitumisen näkökulmasta. Analysoin ensin yksittäisten sosialityöntekijöiden terapiakoulutukseen ja laillistettuna terapeutina toimimiseen kiinnittyviä merkityksenantoja, jotka määrittävät sosialityöntekijän ajattelussa sosialityön ja terapiatyön välistä suhdetta. Yksilötason tarkastelusta etenen konstruoimaan sosialityöntekijätyypit, jotka avaavat sosialityön kollektiiviseen ammatilliseen itseymmärrykseen vaikuttavia, terapeutin orientaatioon kiinnittyviä, osin jännitteisiäkin tekijöitä. Ymmärrän terapeutin orientaation luomuksellisesti rakenteelliseksi ilmiöksi, jonka välityksellä yksittäiset palvelujärjestelmän osajärjestelmät määrittelevät paikkansa suhteessa muihin osajärjestelmiin paitsi erontekojen, myös rajapintojen kautta.

Kyselytutkimuksen nojalla sosialityöntekijät olivat hyvin tyytyväisiä suorittamiensa terapiakoulutusten antiin. Kaikki terapiakoulutetut vastaajat arvioivat hyötyneensä koulutuksesta vähintään *jonkin verran* ja 47 (59,5 %) katsoi terapiakoulutuksesta olleen *erittäin paljon* hyötyä sosialityöntekijän ammatissa. Yleistä tyytyväisyyttä kuvaa myös se, että 73 (94,8 %) terapiakoulutetuista sosialityöntekijöistä suosittelisi terapiakoulutukseen hakeutumista kollegalleen, jolta terapiakoulutus vielä puuttuu.

Valtaosa eli 66 (86,8 %) kyselyyn vastanneista terapiakoulutetuista koki, että terapiakoulutus ja sen jälkeinen terapiatyöskentely ovat jollain tapaa muuttaneet häntä sosialityöntekijänä. Myös sosialityöntekijöiden tuottamista reflektiivisistä teksteistä kävi ilmi, että terapiakoulutus ja sen jälkeinen laillistettuna terapeutina työskentely olivat vaikuttaneet sosialityöntekijöihin ja heidän tapansa työskennellä monin tavoin. Vaikutuksia voidaan tarkastella sekä sosialityöntekijöiden konkreettisesti ammatillisessa toiminnassa ilmenevinä *ulkoisen toiminnan tason muutoksina* että työntekijän ammatillisen kasvun aikaansaamina *sisäisen tason muutoksina*. Näille eri tasoilla ilmeneville muutoksille oli yhteistä se, että niiden koettiin antaneen sosialityöntekijöille ammatillisia lisävalmiuksia verrattuna terapiakoulutusta edeltäneeseen aikaan. Ulkoisen toiminnan tason muutokset ilmenivät *teoreettis-*

*metodologisten valmiuksien, vuorovaikutuksellisten valmiuksien ja moniammatillisen työskentelyn valmiuksien kasvuna. Nämä valmiudet ovat osin päällekkäisiä ja liittyvät monin tavoin yhteen, sillä sekä teoreettis–metodologiset että vuorovaikutukselliset valmiudet edesauttavat luonnollisesti myös moniammatillista työskentelyä. Seuraavaksi tarkastelen näitä muutoksia kuitenkin toisistaan irrallisina, jotta niiden nyanssit erottuisivat paremmin.*

## **8.1.2 Ulkoisen toiminnan tason muutokset**

### **Teoreettis-metodologiset valmiudet**

Vastaajien tuottamat tekstit osoittivat heidän kokeneen terapiakoulutuksen merkityksen sosiaalityön ammatillisuuden kannalta pääasiallisesti kahdella tavalla. Terapiakoulutuksista oli ensinnäkin saatu työlle lisää teoreettista pohjaa, jonka avulla sosiaalityön prosessien teoreettinen tarkastelu ja käsitteellinen näkyväksi tekeminen koettiin helpommaksi koulutuksen jälkeen. Toinen terapiakoulutusten merkittävä anti liittyi työskentelymetodeihin. Terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät kokiivat työnsä perustuvan entistä vankemmin johonkin tiettyyn, perusteltavissa olevaan menetelmään. Se mitä sosiaalityöntekijät olivat ennen terapiakoulutusta tehneet intuitiiviselta, niin sanotulta mutu–tuntumalta, oli nyt teoreettiseen tietoon perustuvaa, sanoitettavissa olevaa, tavoitesuuntautunutta toimintaa. Vastaajat kuvasivat terapiakoulutuksen jälkeistä ammatillista toimintaansa jäsentyneemmäksi, järjestelmällisemmäksi ja tavoitteellisemmäksi kuin mitä terapiakoulutusta edeltävä työskentely heidän itsereflektionsa mukaan oli ollut.

Tulos metodisten valmiuksien vahvistumisesta terapiakoulutuksen myötä tukee näkemystä, jonka mukaan koulutukseen hakeutuneet sosiaalityöntekijät kokivat aiemmassa työskentelyssään olleen huomattavan kuilun jo olemassa olevan tietotaidon ja asiakastapausten sosiaalityön asiantuntijuudelle esittämien vaatimusten välillä. Terapiakoulutukseen hakeutuminen näyttäytyi sosiaalityöntekijöille ensisijaisesti mahdollisuutena kaventaa tuota kuilua. Vaikka kaikki terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät kertoivatkin saaneensa terapiakoulutuksesta ammatillista varmuutta uusien työskentelymetodien muodossa, osa heistä kuitenkin kuvasi samanaikaisesti prosessia, jossa luottamus yhden, aiemmin toimivana pidetyn menetelmän soveltamiseen oli alkanut horjua terapiakoulutuksen tuottamien uusien valmiuksien myötä. Näyttääkin ilmeiseltä, että terapiakoulutus myös osin paradoksaalisesti sysää usein liikkeelle prosesseja, jotka ajavat sosiaalityöntekijät oman ammatillisen toimintansa kriittisempään, reflektiiviseen tarkasteluun ja jopa työn lähtökohtien kyseenalaistamiseen. Terapiakoulutusten myötä sosiaalityöntekijät tulivat ennen kaikkea entistä tietoisemmiksi siitä mitä he *eivät* tiedä.

*”Mielestäni olen tullut järjestelmällisemmäksi ja tieteellistä tietoa enemmän hyöväksikäyttäväksi. Teen enemmän hypoteeseja ja pyrin jäsentämään ongelmaa teoreettisesti ja etsimään keinoja ja menetelmiä, joilla voisin ongelman ratkaista. Koulutus on vähentänyt luottamusta yhden ja varman menetelmän käyttöön ja laajentanut työkalurepertuaaria.” (V1210)*

Myös haastattelut vahvistivat näkemystä, jonka mukaan terapiakoulutus oli tuottanut sosiaalityöntekijälle valmiuksia aktiivisesti kyseenalaistaa oma työn tekemisen tapa. Terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät eivät enää pelänneet työhön käytettävän ajan suurta määrää, vaan uskoivat työn hidastumisen terapeuttisen työtteen myötä muuttaneen työskentelyä sisällöllisesti laadukkaammaksi.

*H5: Kun aikasemmin on ajatellut, että riittää kun kuuntelee, mutta kyl toi koulutus on tuonu sen, että ne sanat mitä se asiakas sanoo, niin nyt voin miettii et siellä voi olla moniäänisyyttä takana, et kenen sanoja ne on? Tietääkö asiakas itsekään kenen sanoja ne on? Jotenkin se on antanu mulle semmmosta mahdollisuutta pysähtyy, antaa aikaa enemmän ja miettii sitä ymmärtämistä. ... Se hidastaa sitä työtä, mutta kyllä se sitten on myös merkittävämpää.*

Samankaltaisiin tuloksiin on päätynyt myös Smith (2011), joka on tarkastellut ratkaisukeskeisen terapian lyhytkestoisen koulutuksen läpikäyneiden englantilaisen sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä koulutuksen annista työlleen. Tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät kokivat koulutuksen muuttaneen heidän työskentelyään tavalla, joka oli hyödyllistä sekä asiakkaiden, sosiaalityöntekijöiden itsensä, että myös sosiaalityön organisaation näkökulmasta. Vaikka sosiaalityöntekijät eivät soveltaneetkaan koulutuksessa läpikäytyjä terapeuttisia toimintamalleja kokonaisuudessaan, he suodattivat koulutuksessa läpikäydyistä metodeista oleellisia osakomponentteja työskentelyynsä. Lyhyenkin terapeuttisten valmiuksien koulutuksen uskottiin johtaneen muutoksiin lähestymistavoissa ja vuorovaikutuksen sisällöissä, jotka puolestaan johtivat yhteistyön kasvuun ja paransivat yleisesti vuorovaikutusta. Kaikki Smithin haastattelemat sosiaalityöntekijät totesivat koulutuksen jälkeen olevansa itsevarmempia ja kokevansa aiempaa parempaa hallinnan tunnetta työssään. (Smith 2011, 344–345.) Vastaavanlaisia tuloksia on raportoinut myös Sundman (1997) Helsingin sosiaaliviraston sosiaalityöntekijöiden ratkaisukeskeisen työn koulutuksen vaikutuksia tarkastelleen tutkimuksensa pohjalta. Sundmanin tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät kokivat koulutuksen jälkeen olevansa päämääräsuuntautuneempia, esittävänsä enemmän rakentavia, positiivisia kommentteja sekä jakavansa aiempaa enemmän näkemyksiä asiakkaidensa kanssa.

## Vuorovaikutustaidolliset valmiudet

Toisena merkittävänä terapiakoulutusten synnyttämänä ulkoisen tason muutoksena sosiaalityöntekijöiden kuvauksissa näyttäytyi yleisten vuorovaikutustaitojen paraneminen. Valtaosa terapiakoulutuksen läpikäyneistä sosiaalityöntekijöistä koki olevansa koulutuksen jälkeen taidokkaampia ihmissuhdeammattilaisia, joiden sensitiivisyys sosiaalisen vuorovaikutuksen eri tasojen ja niissä ilmenevien vivahteiden huomioimiselle oli lisääntynyt. Sosiaalityöntekijät arvioivat olevansa potilaskontakteissaan enemmän läsnä ja tulevansa entistä paremmin toimeen myös haasteellisiksi koettujen asiakkaiden kanssa.

*H8: Toisen ihmisen ymmärtämiseen se on auttanut. ... Jos on potilas, joka provosoi minua työntekijänä, ärsyttää mua ja jota kohtaan mä tunnen semmosta kiukkua tai avuttomuutta, niin se auttaa mua siinä se koulutus, se pätevyys ja se taito tehdä terapiaa, että mä ainakin jollain tavalla pystyn tunnistamaan näitä tunteita itsessäni ja toimimaan sitten ammatillisesti. Et mä en huuda takaisin tai paisko ovia. ... Ja sit se miten sitä omaa itseään käyttää siinä niinkuin työvälineenä, niin kyl siinä apua on siitä koulutuksesta. Ja myös suoja. ... Niissä opinnoissahan käydään todella läpi näitä ihmisten erilaisia häiriöitä ja mihin ne perustuu. Niin jos mulla on vaikka vaikeasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen mun luona, niin mä ymmärrän et nuo ja nuo piirteet kuuluvat siihen diagnoosiin ja tää ihminen ei oo tahallaan täällä häikäilemätön ja ilkeä. ... Et kyllä se (terapiakoulutus) mua auttaa, vaikka mun ei tarvii muuta tehdä sen potilaan kanssa kuin saada häntä täyttämään jotain asuntihakemuskavaketta.*

## Moniammatillisen työskentelyn valmiudet

Useimmat terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät kokivat osallistuvansa moniammatillisten tiimien toimintaan aktiivisemmin terapiakoulutuksen läpikäytyään. Tulkiten tämän johtuvan terapiakoulutuksen aikaansaamasta ammatillisen varmuuden kasvusta, jolloin työntekijä luottaa omaan asiantuntijuuteensa aiempaa enemmän ja uskaltaa myös tuoda sitä esille entistä rohkeammin muiden ammattikuntien läsnä ollessa. Toisaalta moniammatillisen työskentelyn valmiuksien voidaan nähdä liittyvän myös vuorovaikutuksellisten ja teoreettis-metodologisten valmiuksien kasvuun; lähentyyhän terapiakoulutetun sosiaalityöntekijän toiminta muiden mielen-terveystyön ammattikuntien työskentelyä paitsi yhteisessä keskustelussa käytettyjen käsitteiden, myös työskentelymetodien suhteen.

Psykiatrisessa hoitotyössä läsnä olevat psykologis-psykiatriset käsitteet voivat olla lisäkoulutuksia käymättömälle sosiaalityöntekijälle vieraita ja täysipainoinen osallistuminen moniammatilliseen tiimityöskentelyyn siksi haasteellista. Terapia-

koulutukseen hakeutuminen ja psykologis–psykiatrisen käsitteistön ja keskustelukulttuurin haltuunotto luo sosiaalityöntekijälle potentiaalisen väylän moniammatillisten keskustelujen vahvempaan haltuunottoon.

*”Puhumme osittain eri kieltä yhteiskuntatieteellisestä koulutuksestamme johtuen. Oikean paikan löytäminen vie aikaa, mutta työ on antoisaa ja sopii sosiaalityöntekijälle ilman terapiakoulutustakin, mutta terapiakoulutus antaa helpommin hyväksynnän.” (V1151)*

Professioiden välisen kommunikaation kysymykset ovat keskeisiä paitsi ammattiryhmien keskinäisen ymmärryksen, myös potilaan edun ja oikeusturvan näkökulmasta. Ei riitä, että sosiaalityöntekijä taitaa vuorovaikutusosaamisen potilaiden ja heidän perheidensä kanssa, vaan taitojen on oltava hyvät myös moniammatillisessa työskentelyssä, jossa tehdään yhteisiä, usein eettisesti haastavia ja asiakkaan elämää määrittäviä päätöksiä (Landau 2000, 90). Vaikka terapiakoulutuksen tuottamat hyödyt yhteisen, hoito-orientoituneen kielen löytymisen saralla ovatkin kiistattomat, herättää se samalla kysymyksen siitä, onko sosiaalityöntekijän terapiakoulutus vain yksi väline terveydenhuollon primaariammattikuntien hyväksynnän saavuttamiseen – eikä erilaisten ammattikielten synnyttämää kuilua voida ylittää myös terapiakoulutusta yksinkertaisemmin keinoin?

Osa sosiaalityöntekijöistä koki koko ammatillisen roolinsa moniammatillisessa tiimissä muuttuneen merkittävästi terapiakoulutuksen myötä. Terapiapätevyuden hankkineesta sosiaalityöntekijästä tuli itsevarma, kiinteä osa hoitotiimiä, kun hän aiemmin oli kokenut olevansa varsinaisen hoitoprosessin ulkopuolinen "sosiaalkonsultti". Myös Ruohotie (2002) on todennut ammatillisen kasvun prosessin vaikuttavan työntekijän itsearvostukseen. Vaikka uuteen ammatilliseen rooliin voikin aluksi liittyä epävarmuutta, ajan myötä ammatillainen oppii luottamaan itseensä ja kykyynsä omaksua uusia rooleja. Näin ammatillinen kehittyminen vahvistaa työntekijän tietoisuutta itsestään uramuutosvoimana, lisää halukkuutta oppia ja todennäköisyyttä lisäkouluttautua myös tulevaisuudessa. (Ruohotie 2002, 57.)

*”Hoito on kokonaisvaltaista ja moniammatillista, olen mukana potilasta hoitavana ryhmän jäsenenä enkä vain sosiaalityön konsulttina.” (V1109)*

Moniammatillisen työskentelyn valmiuksissa koetut muutokset ovat merkittäviä paitsi yksittäisten ammattilaisten, myös koko ammattikunnan kannalta. Yksittäisen sosiaalityöntekijän osallisuus moniammatillisissa tiimeissä muokkaa usein olennaisesti muiden ammattikuntien edustajien näkemyksiä koko terveysosiaalityöstä. Useimmilla osastoilla ja poliklinikoilla on edelleen vain yksi sosiaalityöntekijä, joka tällöin edustaa omassa työyhteisössään koko sosiaalityön asiantuntijuutta. Sosiaalityö voi tällöin henkilöityä verrattain helposti vain yhteen työntekijään ja muiden ammattikuntien näkemykset sosiaalityöstä voivat vertailukohteen puuttuessa no-

jautua vain tämän yhden työntekijän toimintatapoihin (Mönkkönen ym. 2019, 68). Asioiden henkilöitymisen vaikutukset ovat keskeisiä moniammatillisessa työskentelyssä ja Koskela (2013) toteaa henkilöitymisen olevan tärkeä tekijä yhteistyössä vaadittavan luottamuksen synnyssä. Erityisesti pienissä organisaatioissa koko laajempi organisaatiotason luottamus voi syntyä yksilötason henkilöitymisen kautta. Luottamuksellisuuden ilmapiiri puolestaan tehostaa viestintää, lisää sitoutumista ja rakentavaa ristiriitojen ratkaisua sekä edistää yhteisen työn tuloksellisuutta ja tehokkuutta. (Koskela 2013.) Terapiakoulutuksen käynnistämät muutokset yksittäisen sosiaalityöntekijän työorientaatioissa ja työn lähtökohtien uudelleenjäsenitys voivat siis vaikuttaa myös muiden ammattikuntien tapaan hahmottaa koko sosiaalityön prosessi osana moniammatillista työtä. Rakenneteoreettisesti sosiaalityöntekijöiden terapiakoulutusten voidaan nähdä parantavan toiminnallisten osajärjestelmien välistä kommunikaatiota.

*”Koulutukseni on lisännyt arvostustani työryhmän jäsenenä ja sitä kautta sosiaalityönkin painoarvoa.” (V1312)*

Haastattelututkimus vahvisti kyselytutkimuksen laadullisen osan tuottamaa tulosta, jonka mukaan terapiakoulutus lisää sosiaalityöntekijän kokemaa arvostusta muiden mielenterveystyön ammattikuntien silmissä. Haastattelut myös osoittivat, etteivät sosiaalityöntekijät kokeneet sosiaalityön peruskoulutuksen tuottavan riittäviä valmiuksia psykiatriseen työskentelyyn.

*LL: Miten täällä työyhteisön sisällä on suhtauduttu siihen et sillon sosiaalityöntekijänä tällainen koulutus?*

*H2: Kyllähän se toi semmosta tietynlaista arvostustakin, koska sitten ehkä oli sitä perspektiiviä pohtia sitä perheen tilannetta jotenkin laajemmin kuin ihan sen perussosiaalityön koulutuksen näkökulmasta. ... Jos aatellaan psykiatriaa, niin me ollaan joka tapauksessa psykykkisen häiriön ympärillä, se on se ilmiö mistä koko työ lähtee. Ja se, et on teoreettisia malleja ja tutkimustietoa mitä tarkastella, lähinnä nyt kun perheterapeutina puhun, niin perheen häiriöitä. Niin tavallaanhan se on ollu ihan ensiarvoista, et on joku tällainen, koska tää ilmiö on psykykinen häiriö ja sen taakse ei hyvin paljon sosiaalityön opinnoissa mennä.*

*H3: Tiimityöhön perheterapiakoulutus antaa hirveen paljon valmiuksia. ... Ja kyllähän se tuo semmosta ammatillista itsevarmuutta myös toimia siinä tiimityössä vahvasti sen oman erityisalueensa osajana.*

Vaikka kuvatun kaltainen roolimuuutos näyttäytyy helposti pelkästään positiivisena, yksittäistä sosiaalityöntekijää motivoivana ja hänen ammatillisesta arvostustaan lisäävänä, sisältyy siihen kuitenkin merkittävä, sosiaalityön sisäisen itseymmärryk-

sen kannalta keskeinen ongelma: sosiaalityöntekijä on saavuttanut asemansa tiimissä terapiakoulutuksen ja sen mukanaan tuoman hoidollisen orientaation myötä. Yksi haastatelluista kuvasi, kuinka terveydenhuollon henkilöstö mielellään näkisi myös sosiaalityöntekijän toimivan muiden rinnalla pelkästään hoidollisena toimijana, roolissa, jonka hahmottaminen on luonnostaan helpompaa terveydenhuollon koulutuksen saaneille ammattikunnille.

*LL: Miten sun työyhteisössä on suhtauduttu siihen, et sä olet sekä psykoterapeutti että sosiaalityöntekijä?*

*H5: No positiivisesti ihan pääsääntöisesti. Sosiaalityön puoli kohdataan eri tavalla, tää psykoterapeutin puoli on jotenkin helpommin omaksuttavissa terveydenhuollossa. Hoitajat ja oikeestaan lääkäritkin on tosi tyytyväisiä siitä, että tällä osastolla on sosiaalityöntekijä ja ne osaa aika hyvin ohjata kysymään multa niitä asioita, jotka liittyy lastensuojeluun tai tämmösiin sosiaalityön juttuihin. ... Sitten taas tuntuu, että ylempällä tasolla olevat lääkärit ei nää ollenkaan et ois tarvetta millekään sosiaalityön panokselle ja mun mielestä ne kaventaa sitä moniammatillisuutta. ... Mä joudun sitä ääneen sanomaan, että nyt mä puhun sosiaalityöntekijänä ja tuon tarkoituksella esiin nämä asiat. Ne haluis enemminkin et mä tekisin vaan sitä terveydenhuoltotyötä ja sitä hoitotyötä muiden joukossa, sitä samaa työtä vaan vähän vaihdellen.*

*LL: Onks se, että joutuu liputtamaan sitä sosiaalityötä, raskasta?*

*H5: Se on sillon rasittavaa, jos mä huomaan, että halutaan toimii jotenkin lainvastaisesti. Et jos laki edellyttää tiettyjä asioita ja sitten ei toimita sen mukaan, niin sillon suututtaa, voin sanoa! Et se jotenkin henkilöityy et älä sinä nyt ota tällasia asioita huomioon ja sit kuitenkin ne on semmosia velvotteita, et ne ei pelkästään minun lähtökohdista oo.*

Aineisto-ote kuvaa terapiakoulutetun sosiaalityöntekijän turhautumista, kun hänen sosiaalityön ammatillisuutensa kulmakiviä, kuten lastensuojelulainsäädännöstä määrittyviä tehtäviä, on yritetty häivyttää hoidollisten interventoiden rinnalta. Esimerkiksi lastensuojeluilmoituksen tekemättä jättäminen voi johtaa pahimmillaan asiakkaan heitteillejättöön ja on siksi sekä ammattieettisesti että asiakkaan oikeusturvan kannalta arveluttavaa. Sosiaalityön ammatillisen statuksen kohottamispyrkimykset terapeutista orientaatiota ja psykologis-psykiatrasta osaamista vahvistamalla voivat siis välillisesti johtaa sosiaalityön juridisen ja yhteiskunnallisen näkökulman hämärtymiseen, joka rakenneteoreettisesti tarkastellen johtaa yhden osajärjestelmän perustehtävän häilyvyyteen.

### 8.1.3 Sisäisen toiminnan tason muutokset

Terapiakoulutuksen käynnistämät sisäisen tason muutosprosessit ilmenivät sosiaalityöntekijöiden itsetuntemuksen kasvuna sekä ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitojen paranemisena, jotka kiinnittyivät erityisesti tunnesensitiivisyyden ja myötäelämisen valmiuksien koettuun kasvuun.

#### Itsetuntemukselliset valmiudet

Keskeisimmät sisäisen tason muutokset liittyivät sosiaalityöntekijöiden oman persoonallisuuden kehittymiseen terapiakoulutukseen sisältyvän oman terapian myötä. Sosiaalityöntekijät kokivat osaavansa tunnistaa paremmin omia tunteitaan, käyttäytymismallejaan ja tapojaan reagoida erilaisiin tilanteisiin.

*”Tunnen itseäni paremmin ja osaan myös samaistua potilaan asemaan paremmin itsekin terapian kokeneena. Katson nyt olevani ammattitaitoisempi ihmissuhdeammattilainen ja pystyn ymmärtämään potilaan tarpeita potilaslähtöisemmin. Osaan kuunnella potilasta tai perhettä enkä heti ryntää tyrkyttämään heille neuvoja ja ohjeita, vaan jaan yhteisen kokemuksen heidän kanssaan ja opin samalla itsekin. Tasa-arvoisemmat roolit: on vapauttavaa, kun minun ei sosiaalialan ammattilaisena tarvitsekaan tietää kaikkea, vaan voimme pohtia asioita yhdessä. Ajattelen sosiaalityöstä eri tavalla; mielestäni asiakkaan kohtaamisen sosiaalityön kentällä tulisi aina olla hoitavaa ja terapeuttista – silloinkin, kun kontrolloijan rooli on läsnä esimerkiksi lastensuojelussa.” (V1012)*

*”Koulutusprosessi on lisännyt itsetuntemustani ja siten vaikuttaa kokonaisvaltaisesti työskentelyyni ammatissani.” (V1198)*

*H4: Kyl mä sanoisin, et sen oman historian tunteminen ja sen katsominen ja kohtaaminen on ihan välttämätöntä, aivan välttämätöntä, jotta pystyy tätä työtä tekemään. Et löytää ne kohdat, niin sanotun oman patologiansa.*

Moni terapiakoulutettu sosiaalityöntekijä koki koulutuksen läpikäytyään osaavansa asettaa paremmin rajoja auttamispyrkimyksilleen. Ammatillisista kaikkivoipuuuskuvitelmista luopumisen kautta ammatillisen vajavaisuuden tunnustaminen koettiin helpommaksi. Terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät kokivat tietävänsä nyt paremmin mitä eivät tiedä ja uskaltavansa myös myöntää sen avoimemmin. Hellsten (2001) on nimittänyt terveeksi vahvuudeksi tilannetta, jossa ammattiauttaja osoittaa nöyryyttä oman asiantuntijuutensa rajojen edessä. Osaamisensa rajoissa työntekijä toimii soveltaen kaikkea samaansa koulutusta ja teoreettista tietämystä,



menettämättä kuitenkaan omaa inhimillisyyttään. Omien rajojen tunnistaminen ja tunnustaminen johtavat kykyyn kohdata toinen ihminen ilman autettavan yläpuolelle asettumista, jolloin luova läsnäolo ja aito kuuleminen mahdollistuvat. (Hellsten 2001, 40.) Samalle tasolle asiakkaan kanssa asettuminen on olennaista kaikessa auttamistyössä. Kodittomien naisten kokemusmaailmaa tutkinut Granfelt (1998) havaitsi, että naiset kokivat merkityksellisimmäksi sosiaalityön, jossa heidän huolensa otettiin vakavasti ja jossa heidän tunteillaan ja ajatuksillaan oli aidosti merkitystä. Negatiivisena naiset sen sijaan kokivat moralismin, syyllistämisen ja ylemmydentuntoisen elämän normittamisen.

Toimivan auttamissuhteen rakentaminen vaatii sosiaalityöntekijältä kykyä empatiaan ja vahvaan kokemukselliseen myötäelämiseen, mutta edellyttää samanaikaisesti myös kykyä irrottautua potilastapauksista emotionaalisella tasolla. Sosiaalityöntekijät joutuvat siis aktiivisesti arvioimaan työhyvinvointiaan. (Badger ym. 2008, 69–70.) Työuupumisen riskiin on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota organisaatioissa, joissa työskennellään jatkuvasti haastavien asiakasryhmien ja toistuvien kriisitilanteiden parissa (Martin & Schinke 1998, 51–52). Vakavista mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden kanssa työskentelevien on todettu kokevan työuupumusta enemmän kuin lievistä psyykkisistä häiriöistä kärsivien asiakkaiden parissa toimivien (ks. esim. Acker & Lawrence 2009; Acker 2012). Porrasteisen hoitojärjestelmän vuoksi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ollaan tekemisissä juuri kaikkein haastavimpien potilastapausten kanssa. Sosiaalityöntekijät arvioivat terapiakoulutuksen ja siihen kuuluvan oman terapian lisänsen itsetuntemustaan, joka puolestaan toimii merkittävänä työhyvinvointia lisäävänä ja työuupumukselta suojaavana tekijänä.

*”Sosiaalityön peruskoulutukseen pitäisi kuulua sisäänrakennettuna terapiakoulutus. Terapiakoulutukseen sisältyy oman terapian osuus, jossa oppii omien reagointi- ja toimintatapojen tuntemusta, joka on erittäin tärkeää. Suunnilleen kaikki tuntemani sosiaalityöntekijät ovat sairastaneet jonkinasteista työuupumusta ja masennusta. Tämäkin olisi varmasti ollut monen kohdalla vältettävissä paremman itsetuntemuksen, itsehallintakeinojen ja työvälineiden avulla. Lasken terapiakoulutuksen työvälineeksi.” (V1012)*

*”Jaksan paremmin. Osaan pistää rajoja auttamispyrkimyksiini. Olen luonut oman työskentelytavan, johon sekoitan elementtejä psykoterapiasta ja psykososiaalisesta työskentelystä sekä mahdollisesti neuvontaa ja ohjausta käytännön asioissa. Tunnen itsekin turvallisuutta työssäni, jossa päämääränä on saada asiakkaatkin tuntemaan turvallisuutta. Turvallisuutta tunteva ihminen on aina myös rauhallisempi, oli lääketieteellinen diagnoosi mikä tahansa.” (V1111)*

H5: *Itsetunto ja mun oman elämän arvostus on noussut niin, että mä oon varmasti vahvempi ihminen siinä rinnalla kulkemaan ja ottamaan vastaan kuin mitä mä olin aikaisemmin. Reagoinnit, jotkut tämmöset spontaanit, mihin mä oon suoraan omana itsenäni antanu vastauksen, niin niitä mä en anna enää. Mä oon oppinu jäsentämään sen oman elämän ja oman tuntemuksen pois siitä.*

LL: *Tuosta mitä sanoit välittyi mulle sellanen kuva, et tää terapeutin pätevyys auttaa myös sua itseäs jaksamaan tässä työssä. Onks tää tulkinta ihan väärä?*

H5: *Ei. Kyllä se pitää paikkansa. Jos mä en ois tätä (terapiakoulutusta) saanu, mä oisin varmaan vaihtanu alaa.*

Haastattelututkimuksen tuottaman aineiston mukaan terapiakoulutus toimii sosiaalityöntekijää paitsi työssä, myös yksityiselämässä myötätuntopuomukselta suojaavana tekijänä. Kaikki haastatellut kokivat itsetuntemuksensa lisääntyneen terapiakoulutuksen myötä ja useissa haastatteluissa nousi esiin, että jo ennen terapiakoulutustaan sosiaalityöntekijät olivat toimineet lähipiirilleen eräänlaisena epävirallisena terapeutina – roolissa, joka usein oli koettu psyykkisesti uuvuttavaksi.

H8: *Hyvä puoli siitä koulutuksesta on, et sitä (terapiaa) ei tarvitse harrastaa joka paikassa. Koska sitä tapahtui mulle kyllä aina ennen ja aika paljon kyl vielä koulutuksen alkuaikoinakin, et ylipäänsä mä oon varmaan aina ollut sellainen pikkuterapeutti, et ihmiset on tullu puhumaan ja kertomaan murheistaan. Ja koko suku ja kaikki käytti mua! Ja mä en oo nyt pitkiin, pitkiin aikoihin ollut käytettävissä. Mä en tiedä miten se on tapahtunu, et onks mä sit vetäytyny, mut must se on vaan hyvä juttu.*

## **Tunnesensitiivisyyden ja myötäelämisen valmiudet**

Terapiakoulutukseen kuuluu olennaisena osana terapeuttikokelaan oma terapia, jonka tarkoituksena on antaa tulevalle terapeutille omakohtainen kokemus terapian kohteena olemisesta ja siitä, millaisia tunne-, ajatus- ja oppimisprosesseja terapia voi yksilössä käynnistää. Osa terapiakoulutuksen läpikäyneistä sosiaalityöntekijöistä nosti koulutukseensa kuuluneen oman terapian keskeisimmäksi ammatillista itseyttämyrystään muokanneeksi tekijäksi. Henkilökohtaisen terapiakokemuksen kautta sosiaalityöntekijän on mahdollista samaistua potilaan tilanteeseen ja ymmärtää paremmin tämän roolia niin hauraana ja tarvitsevana kuin piileviä voimavaroja omaavana ja itseapuun kykenevänä toimijana. Suurin osa kyselyyn vastanneista sosiaalityöntekijöistä koki oman terapiansa jälkeen olevansa taidokkaampia ihmisisuhdeammattilaisia, joka todentuu käytännön potilastyössä erityisesti tunnesensitiivisyyden kasvuna ja myötäelämiskyvyn eli empatian, herkistymisenä.

Terapiakoulutusten koettiin tuottaneen erityisesti valmiuksia ristiriitojen kohtaamiseen ja luottamusta yksilön tai perheen piileviin voimavaroihin. Terapiakoulutuksen jälkeen moni sosiaalityöntekijä pystyi näkemään toivoa sielläkin, missä yleisesti nähtiin vain toivottomuutta.

*”Perheterapiakoulutus on vahvistanut kokonaisvaltaista työtapaani. Olen saanut ammattitaitoa tutkia perhetilanteita, vahvuutta kohdata ristiriitoja, uskoa luottaa perheen voimavaroihin ja ymmärrystä siihen, mitä perheissä tapahtuu, kun yksi perheenjäsen sairastuu ja mitä siitä seuraa. Toivon näkökulman, normalisoinnin ja dialogin merkitys on kirkastunut.” (V1135)*

Myös haastatteluaineistossa korostuivat terapiakoulutuksen jälkeen vahvistuneet toivon ja muutoksen mahdollisuuden näkökulmat. Haastatellut sosiaalityöntekijät kuvasivat terapiakoulutuksen lisänneen tietoisuuttaan prosesseista, jotka vaikuttavat yksilön ja perheen toiminnan taustalla, usein hyvinkin kauaskantoisesti. Esimerkiksi lapsen psyykinen oireilu, jonka vuoksi hoitoon on alun perin tultu, muodostuu perheterapeuttisessa viitekehyksessä välineeksi tarkastella laajemmin perheen psykopatologiaa ja vuorovaikutuksen ongelmia. Näin ollen hoitoa vaativasta oireesta tuleekin muutoksen toteutumisen mittari, jolla sosiaalityöntekijä voi havainnoida perheen tilanteen kehittymistä. Psykologinen tieto on tällöin valjastettu olennaisesti myös sosiaalityön – ei vain hoitotyön käyttöön. Luhmannin sosiaalisten osajärjestelmien näkökulmasta tarkasteltuna psykologisesta teoriasta tulee erilaisen perustehtävän omaavien toimijoiden työorientaatioiden välinen silta, joka paitsi parantaa eri toimijoiden välistä vuorovaikutusta, myös kirkastaa moniammatillisen työn yhteistä tavoitetta.

*H4: Kyl se koulutus tekee tietoiseks tietyistä seikoista, semmonen tietoisuuden lisääntyminen et miten asiat vaikuttaa toisiinsa. Kyl mä esimerkiks lapsen oireen koulutuksen kautta nään toisella tavalla. ... Tänä päivänä nään, et se on hänen kieltään ja se on hänen tapansa kertoa siitä perheen pahoinvoinnista ja mulla ei oo niin suurta hätää siitä lapsen oireen poistamisesta, koska nään, et se on hirveen tärkeä merkki siltä lapselta. Ja niin kauan kun me ei olla sitä ratkaisua siihen hänen ja perheen elämään voitu tuoda, niin kauan sitä oiretta tarvitaan! ... Se ymmärrys siitä miten perhe toimii ja miten sukupolvesta toiseen asiat ketjuuntuu ja jatkuu. Ja tavallaan myös valoo tunnelin päähän, et siihen on mahdollista vaikuttaa, muuttaa suuntaa.*

Tietoisuus ylisukupolvisista ongelmista ja niiden periytymisen ja uudelleen välittymisen mekanismeista on tärkeää riippumatta siitä, millä sosiaalisen kuntoutuksen erityisalalla sosiaalityöntekijä toimii. Ilmiöiden ylisukupolvisuus liittyy usein niin päihteiden käyttöön, matalaan koulutustasoon, huonoihin ravintotottumuksiin, opittuun avuttomuuteen kuin perheväkivaltaankin. Yhteiskunnallisesti syr-

jäyttävien mekanismien tunnistaminen ja niihin puuttuminen edellyttää laajaa tietoisuutta ilmiöiden psykososiaalisista syy-seuraussuhteista. Tällöin yksilötason psyykinen oire voi paljastaa rakenteellisia ongelmia, joihin juuri sosiaalityöntekijöillä on parhaat edellytykset vaikuttaa.

*H8: Mä teen tällä terapeutillisella lähestymistavalla kuitenkin sosiaalityötä, vaikka kyseessä on joku eläkehakemuksen täyttämisen. Et miten mä sovel-  
lan siihen näitä muita taitojani. Et se ei poissulje ollenkaan sitä, et on terapeu-  
tin koulutus ja silti tekee ihan semmosta käytännön sosiaalityötä. Se  
on prosessi, joka tapahtuu siinä sen potilaan kanssa, kun hän siinä alkaa  
mieltä et hakeutuuko esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeelle ja miten hän  
pystyy sen täyttämään niin, et jokainen sarake siinä minkä hän täyttää,  
saattaa synnyttää semmosta hyvin tärkeitä keskustelua, et siihen voi mennä  
monta tuntia.*

Sosiaalityöntekijän kuvaus konkreettisen ja sinänsä yksinkertaisen käytännön asian, kuten eläkehakemuslomakkeen täyttämisen, kytkeytymisestä syvällisempään identiteetin uudelleenrakentamistyöhön kuvaa hyvin mielenterveyskuntoutuksen syvintä olemusta. Vilkkumaa (2004) on todennut kuntoutumisen olevan usein pitkäkestoinen prosessi, jonka aikana kuntoutuja etsii yhteistyössä ammattilaisten kanssa vastauksia syvällisiin, minuuttiaan ja tulevaisuuttaan koskeviin kysymyksiin. Identiteettityön ansiosta kuntoutus laajenee varsinaiset kuntoutusinterventiot tai toimenpiteet ylittäväksi prosessiksi, jossa etsitään syitä ja selityksiä kuntoutustarpeelle sekä väyliä ja mahdollisuuksia muutoksille. (Vilkkumaa 2004, 31.) Terapiakoulutusten anti psykiatrisille sosiaalityöntekijöille ilmeneekin paitsi varsinaisten terapiataitojen, mutta myös yleisempien, asiakkaan muutosprosessissa rinnalla kulkemisen valmiuksien kasvuna. Huomionarvoista oli, että terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät tarkastelivat lisäkoulutuksen tuottamia merkityksiä hyvin sosiaalityölähtöisesti; terapiakoulutuksen sosiaalityön ammatillisuuteen tuoman lisäarvon, eikä esimerkiksi terapeutin statuksen kautta.

*”Terapian teoriapohja on käytössä, vaikka en teekään psykoterapiaa, vaan  
ihan kaikessa potilaan kohtaamisessa.” (V1068)*

## **8.2 TERAPIAKOULUTUKSELLE JA TERAPEUTTINA TOIMIMISELLE ANNETUT NEGATIIVISET MERKITYKSET**

Entä terapiakoulutuksen negatiiviset merkitykset, onko niitä? Pyysin haastattelemani terapiakoulutettuja sosiaalityöntekijöitä miettimään myös terapiakoulutuksen ja terapeutin toimimisen varjopuolia. Terapiakoulutuksia ja niiden antia koskeva kerronta oli erittäin positiivista. Haastatellut korostivat saaneensa koulutuk-

sista paljon, usein jopa enemmän kuin ennen koulutuksen aloittamista olivat edes uskaltaneet toivoa. Valtaosa haastatelluista ei kokenut terapiakoulutukseen ja sen jälkeiseen toimintaan sosiaalityöntekijä–terapeutti kaksoispositiossaan liittyvän haasteita; vain kahdessa haastattelussa ilmeni kerrontaa, joka kiinnittyi terapiakoulutuksen negatiivisiin merkityksiin sosiaalityön näkökulmasta. Näitä olivat liiallinen keskittyminen ihmissuhdeasioihin ja tunteisiin konkreettisten muutospyrkimysten jäädessä vähemmälle huomiolle sekä näkökulman liiallinen painottuminen terapiatyölle ominaiseen hoidolliseen ja ongelmakeskeiseen tarkasteluun.

*H3: Tietysti se, että on terapeutteisesti suuntautunut, on pois jostakin muusta, et miten huomioi tai osallistuu johonkin keskusteluun, mitä epäkohtia huomioi ja tammönen vaikuttamistyö ja epäkohtien esilletuonti, et jääkö ne sit tammösen ihmissuhdevelloilun taakse? Esimerkiks taloudellinen tilanne, jos nousee esiin, et köyhyys on ongelma, niin sehän vaikuttaa sit tietysti kaikkeen, mut se ei oo automaattista, en mä kysele täällä perheiltä, et minkälaiset tulot teillä on, niinku sosiaalitoimessa, se ei tosiaan ole sellanen automaatio.*

*H2: Jos jotain vois pitää haittana, niin, mut mun mielestä, jos sen tiedostaa, niin ehkä se ei ookaan haitta, mutta monesti, kun lähdetään pohtimaan häiriöitä ja mahdollisesti niitä hoitokeinoja, niin siinä saattaa unohtua ne voimavarat. ... Sitä täytyy aina itsellensäkin vähän takoa päähän, et hei, millä alueella tää perhe toimii hyvin. ... Et se tässä terapiakoulutuksessa voi olla se vaara, että fokuoituu sit liikaa siihen problematiikkaan.*

Asiakkaan tilanteen tarkastelun vain hoidollisesta, ongelmakeskeisestä näkökulmasta voidaan nähdä olevan lähtökohtaisessa ristiriidassa sosiaalityölle ominaisen, voimavarakeskeisen ja kokonaisvaltaista tukea korostavan ajattelutavan kanssa. Kyselytutkimukseen osallistuneista terapiakoulutetuista sosiaalityöntekijöistä neljä kirjoitti kyselylomakkeen avokysymysten yhteyteen terapiakoulutuksen mukanaan tuoman hoidollisen orientaation negatiivisista merkityksistä sosiaalityön perustehtävän kannalta. Negatiiviset merkitykset kiinnittyivät työn sisältöä koskeviin odotuksiin, joita muut ammattikunnat kohdistivat terapiakoulutettuun sosiaalityöntekijään sekä vaikeuteen ylläpitää sosiaalityön laajaa tietovarantoa samanaikaisesti hoidollisen terapiaorientaation päivittämisen kanssa.

*”Terapiakoulutus on suunnannut työtehtäviä; nyt odotetaan terapiapalveluja. ... Ja polkenut jalkoihin sosiaaliturvaan liittyvien asioiden hallintaa. Terapiaan uppoamalla on sokeutunut arjen asioille, jotka nyt sitten voivat jäädä kokonaan hoitamatta. Molemmissa ei voi seurata alan kehittymistä.”*  
(V1022)

*”Sen jälkeen, kun kävin erityistason perheterapiakoulutuksen, olen menettänyt jotain aikaisemmin osaamaani anamneesin ottoa lapsien vanhemmilta. Lastenpsykiatrian kenttä meillä on lähellä pediatria ja lastenneurologiaa, toimintaterapiaa sekä puhe- ja fysioterapiaa. Jos olet kuntouttava sossu, joka teet asperger- tai ADHD-diagnostiikkaa eli sosiaalityön osuutta anamneesien otossa; se ei suju hyvin, jos olet terapeutti. Olet liian kiinnostunut vanhempien narratiiveista ja elämän kertomuksista, jottet osaa kysyä täsmäkysymyksiä.” (V1374)*

Raunio (2003) muistuttaa, että sosiaalityö toimii yhteiskunnallisten lähtökohtien ja asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja elämäntilannettaan koskevien tulkintojen leikkauspisteessä, jolloin sen tehtävä asiakkaan ja yhteiskunnan välillä on jännitteinen, monimerkityksinen ja osin epävarma. Sosiaalityön luonteen, rajojen ja puitteiden määrittely on siksi vaikeaa. Pyrkimykset välttää sosiaalityön ammatillista identiteettiä koskevat ongelmat ovat synnyttäneet pyrkimyksiä sosiaalityön toiminnallisen kentän supistamiseksi pelkästään asiakkaan ja sosiaalityöntekijän vuorovaikutukseen perustuvaksi toiminnaksi (Raunio 2003, 16), jossa työn psykologinen ulottuvuus painottuu. Lowry (1936) on todennut jo yli kahdeksankymmentä vuotta sitten ilmestyneessä, perhecaseworkin ja terapiatyön suhdetta jäsentävässä artikkelissaan, että psykologisten ongelmien suodattuminen sosiaalityöhön on valitettavaa sosiaalityön tehtävän kaventumisen vuoksi. Lowry esittää perustellun kysymyksen, kuinka neuroottisen yksilön auttaminen on ylipäänsä mahdollista, jos hän elää osana neuroottista, tai neurooseja synnyttävää yhteiskuntaa? Lowry päätyy pohdinnoissaan sovittamaan sosiaalisen ja psykologisen yhteen toteamalla, että sosiaalisten ongelmien tyydyttävä ratkaiseminen on mahdollista vain yhdistämällä sosiaalinen ja psykologinen: vaikuttamalla niihin yhteiskunnan rakenteisiin, joihin yksilöiden tulee sopeutua ja samalla vapauttamalla yksilön psyykkisiä voimavaroja, jotta toimiminen yhteiskunnallisissa rakenteissa mahdollistuu. (Lowry 1939, 196–197.)

Sosiaalityön ja terapian väliselle rajapinnalle syntyy myös ammattietiikkaa koskevia kysymyksiä. Whan (1983) on nähnyt sosiaalityön ja perheterapeuttisen työn yhdistämisessä eettisiä ongelmia, jotka liittyvät luottamuksen rakentumiseen ja asiakkaan tietoiseen manipulointiin. Sosiaalityöntekijän on tärkeää kyetä luomaan asiakasperheeseen aito, luottamukseen perustuva vuorovaikutussuhde, jossa perhettä tuetaan itseohjautuvuuteen. Samanaikaisesti perheterapeuttina toimiva sosiaalityöntekijä kuitenkin pyrkii myös saamaan aikaan muutosta tietoisesti manipuloimalla perhettä ja sen toimintamalleja terapeutin viitekehyksen määrittämässä metodisissa puitteissa. (Whan 1983, 335.) Itseohjautuvuuden ja manipuloinnin välinen problematiikka todentuu esimerkiksi ”terapeuttisen liittoutumisen” muodostamisessa jonkin yksittäisen perheenjäsenen kanssa (Mahaffey & Granello 2007). Onkin perusteltua pohtia, onko aitoa luottamusta ja asiakkaan itseohjautuvuutta mahdollista saavuttaa kaksisidoksissa auttamisuhteessa, jossa sosiaalityö ja terapia yhdistyvät.

Aineistoa analysoidessani kiinnitin huomiota siihen, että monet haastatellut kokivat terapiakoulutuksen sysänneen alkuun erilaisia työhön ja ammatillisuuteen suoranaisesti liittymättömiä prosesseja, jotka kuitenkin välillisesti vaikuttivat myös ammatilliseen toimintaan. Sosiaalityöntekijöiden on todettu käyttävän koko persoonallisuuttaan työväliseenään (ks. esim. Coady 2016), jolloin esimerkiksi erilaisen elämäkokemusten ja -kriisien läpikäymisen voidaan olettaa muokkaavan myös sosiaalityöntekijän ammatillisen toiminnan tapaa ja ohjaavan hänen ajatteluun tiettyihin, itselle merkityksellisiksi koettuihin tekijöihin. Kaksi haastatelluista kertoi eronneensa parisuhteistaan pian oman terapiakoulutuksensa päättymisen jälkeen. Vaikka haastatellut näkivätkin terapiakoulutuksen osuneen sattumalta heidän elämänsä vaiheeseen, jossa myös parisuhdetta tarkasteltiin aiempaa kriittisemmin, sosiaalityöntekijät kokivat terapiakoulutuksella – erityisesti perheterapiakoulutukseen liittyvällä oman perhetaustan ja nykyisen perheen analyttisellä tarkastelulla – olleen vaikutusta heidän henkilökohtaisessa elämässään tekemiinsä ratkaisuihin. Kaksi haastateltua puolestaan kertoi yksilöterapiakoulutukseen kuuluneen oman terapian sysänneen liikkeelle psyykkisiä prosesseja, jotka johtivat oman elämän väliaikaiseen kriisiytymiseen. Mattilan (2008, 28, 42) näkemystä mukaillen näyttääkin ilmeiseltä, että työntekijän omassa elämänsäkokemil-la haavoittuvuuksilla on usein välillistä vaikutusta myös reagointiin asiakassuhteissa. Tämän tutkimuksen aineistot osoittivat terapiakoulutuksen muovanneen merkittävästi myös sosiaalityöntekijöiden yleistä elämänsäasetusta.

### **8.3 SOSIAALITYÖNTEKIJÄTYYPIT**

Sekä sosiaalityöntekijöiden kyselyn avokysymyksiin tuottamat tekstit että haastateluaineisto osoittivat terapiaorientaation olevan merkittävä tekijä psykiatrisen sosiaalityöntekijän ammatillisen itseyttäytymisen rakentumisessa. Moniammatillisessa toimintaympäristössä, jossa sosiaalityön paikka ja asema määrittyvät osin hoito- ja lääketieteellisen työn ehdoilla, sosiaalityöntekijät joutuvat pohtimaan rooliaan suhteessa varsinaista hoitoa tarjoaviin ammattikuntiin. Sosiaalityöntekijöiden käsitykset psykiatrisen sosiaalityön lähtökohdista ja toiminnan päämääristä vaihtelivat huomattavasti riippuen siitä, millaiseksi he määrittivät paitsi sosiaalityön ja terapian välisen yleisen suhteen, myös oman henkilökohtaisen positionsa hoitoorganisaation primaaritehtävään nähden. Terapeuttisen työn konteksti kirvoitti sosiaalityöntekijät myös pohtimaan mielenterveysosiaalityön sisäisiä arvostuksia. Erityisesti kyselytutkimuksen teksteissä sosiaalityöntekijät ottivat vahvasti kantaa siihen, millaisia tehtäväkokonaisuuksia ja asiantuntijuusalueita psykiatrisen sosiaalityöhön on ylipäänsä hyväksyttävää sisällyttää.

Kyselytutkimukseen tuotettujen tekstien ja teemahaastattelujen perusteella konstruoin tutkimukseen osallistuneista kuusi (6) sosiaalityöntekijätyyppiä. Tyypittely pohjautuu laadullisiin aineistoihin, joissa tutkimukseen osallistuneet pohtivat

ammattillisuuttaan vapaamuotoisesti. Tyypittely on perustunut sosiaalityöntekijöiden työorientaatioiden samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien näkyväksi tekemiseen niin, että luotu tyypittely sisältää kaikki aineistossa esiintyneet jäsenystavat. Kaikkia tutkimukseen osallistuneita ei kuitenkaan ollut mahdollista sijoittaa tyyppiin, sillä kaikki vastaajat eivät vastanneet laadullisiin avokysymyksiin eikä vain strukturoituihin kysymyksiin annettujen vastausten perusteella vastaajaa voinut luotettavasti sijoittaa tiettyyn tyyppiin. Näin ollen en voi tarkastella tyypittelyä tilastollisesti. Olen nimennyt sosiaalityöntekijätyypit seuraavasti:

- 1) Terapeutin identiteetin omaksuneet terapiakoulutetut
- 2) Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut
- 3) Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat ei-terapiakoulutetut
- 4) Tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaavat terapiakoulutetut
- 5) Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet
- 6) Sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneet

Gadamerin (2004, 32) mukaan yhtenäisen merkityksen yksiselitteistä vahvistamista edeltää usein joukko edelleen kehiteltäviä, keskenään kilpailevia luonnoksia. Tämä ilmiö todentui luonnostellessani tyypittelyä. Olin alun perin nimennyt viidennen sosiaalityöntekijätyypin nimellä ”Laissez-faire<sup>2</sup> sosiaalityöntekijät”, mutta lukiessani aineistojani yhä uudelleen, totesin nimen olevan harhaanjohtava, sillä se viittasi liiaksi välinpitämättömyyteen ja potilastilanteiden viettäväksi heittäytymiseen. Ilmeisestä mukautuvuudestaan ja metodisesta eklektisyydestään huolimatta myös tämän tyypin sosiaalityöntekijät olivat asiantuntijuutensa aktiivisia rakentajia – eivät ulkoapäin ohjautuvia, passiivisia sopeutujia.

## Terapeutin identiteetin omaksuneet terapiakoulutetut

Pieni osa tutkimukseen osallistuneista koki ammatillisen identiteettinsä rakentuvan puhtaasti terapiatyöskentelyn varaan, jonka vuoksi nimesin heidät *terapeutin identiteetin omaksuneiksi terapiakoulutetuiksi*. Nämä sosiaalityöntekijät työskentelivät yksiköissään ensisijaisesti perhe- tai psykoterapeutin nimikkeellä ja määrittelivät itsensä terapeuteiksi. Heillä oli kuitenkin taustallaan sosiaalityön koulutuksen tuottama ammatillinen pätevyys, ja sosiaalityön tehtävät kuuluivat heidän vastuulleen.

Terapeutin identiteetin omaksuneet terapiakoulutetut kokivat terapiatyöskentelyn työnsä pääasialliseksi ja tärkeimmäksi sisällöksi. Sosiaalityön käytännön konk-

---

<sup>2</sup> ”Laissez-faire” on alun perin taloustieteen vapaata markkinataloutta kuvaava tunnuslause, jonka suora suomennos on ”antakaa tehdä”. Fraasin juuret ovat absolutismin ajan Ranskassa, jossa valtioministeri Jean-Baptiste Colbert (1619–1683) kysyi porvareilta mitä hallitus voisi tehdä talouselämää edistääkseen. Legendre nimisen yrittäjän kerrotaan vastanneen ”Laissez nous faire!”, joka tarkoitti, että yrittäjien tulisi antaa pyörittää talouselämää vapaasti, ilman hallituksen sääntelyjä ja väliintuloja. Fraasi on sittemmin yleistynyt ja sitä käytetään eri yhteyksissä ilmaisemaan tietynlaista säännöttömyyttä ja vapautta. Alkuperäiseen taloustieteelliseen merkitykseensä kiinnittyneenä käytössä on edelleen yleisesti käsite ”laissez-faire politiikka”, jolla viitataan löyhään valtiolliseen ohjaukseen.



reettiset työtehtävät, kuten sosiaaliturva-asiat tai lastensuojelulliset toimenpiteet eivät kiinnostaneet terapeutin identiteetillä työskenteleviä ja he kokivat nämä työhönsä kuuluvat elementit pakollisina välttämättömyyksinä, joista mielellään irtautuisivat kokonaan. Terapeutin identiteetin omaksuneet terapiakoulutetut kokivat kaksoispositionsa sekä sosiaalityöntekijän, että terapeutin rooleissa ongelmalliseksi ja toivoivat pystyvänsä työskentelemään pelkästään terapeutteina. Huomionarvoista oli, että terapeutin identiteetin omaksuneet arvottivat terapiatyöskentelyn sosiaalityön yläpuolelle, joka ilmeni jopa sosiaalityön käytännön työtehtävien ja niiden suorittamisessa vaadittavan tietotaidon vähättelynä.

*”Identiteettini on puhtaasti psykoterapeutin identiteetti. Nykyisessä työssäni sosiaalityöntekijän toimenkuva suurelta osin on käytännön konkretiaa potilaan hyöväksi, johon riittää vallan mainiosti osastosihteerin koulutus tai älykkäämmällä ihmisellä pelkkä luku- ja kirjoitustaito.” (V1199)*

*”Se, mitä aikaisemmin olen tehnyt mutu-tuntumalta, perustuu nyt teoriaan ja tekniikkaan, eli työni on ammatillisempaa, teoriaan perustuvaa työtä.” (V1344)*

Terapeutin työskentely arvotetaan sosiaalityöntekijöiden keskuudessa usein muuta sosiaalityötä korkeammalle (Aviram & Katan 1991). Menetelmällisten valmiuksien ja erityisosaamisen korostaminen luo tarvetta ammatilliselle erikoistumiselle, jonka valossa perinteinen hyvinvointivaltiollinen sosiaalityön asiantuntijuus näyttäytyy usein vähemmän kiinnostavana. Ammatillista erikoistumista voidaankin pitää sosiaalityön ammattikunnan imagonmuodostuksen kannalta houkuttelevana. (Raunio 2003, 38.) Aviramin (2002, 630) mukaan mielenterveysosiaalityöntekijöiden tulisi kuitenkin unohtaa pyrkimykset kohottaa ammatillista statustaan psykoterapeuttisilla valmiuksilla. Terapiatyön myötä sosiaalityöntekijöiden erityisosaaminen hukkuu helposti muiden mielenterveystyön ammattikuntien työhön. Sosiaalityöntekijöiden olisikin Aviramin mukaan paljon hedelmällisempää pyrkiä löytämään oma paikkansa monitieteisessä työskentelyssä eri osaamisalueiden yhtymäkohdissa, moniammatillisuutta koordinoivana toimijatahona.

Psykoterapeutin toiminta mielenterveysosiaalityössä on globaali ilmiö. Kanadan Ontariossa tehdyn tutkimuksen (O’Brien & Calderwood 2010) mukaan 56 % alueen mielenterveysosiaalityöntekijöistä piti psykoterapiaa keskeisimpänä työtehtävänänsä työskennellessä vakavista mielenterveydellisistä ongelmista kärsivien potilaiden kanssa. Terapeutin sosiaalityön esiinnousu on ollut erityisen vahvaa Yhdysvalloissa, jossa suuri osa sosiaalityöntekijöistä toimii terapeutteina yksityisellä palvelusektorilla, joko palkattuina työntekijöinä voittoa tavoittelevissa organisaatioissa tai yksityisinä elinkeinonharjoittajina (ks. esim. Sowers ym. 2009, 123). Specht & Courtney (1995, 125) toteavat, että yhdysvaltalaisia yksityisen sektorin sosiaalityöntekijöitä yhdistävät esimerkiksi työn määrittely pikemminkin psykoter-

piaksi kuin sosiaalityöksi, identifioituminen mieluummin psykoterapeutiksi kuin sosiaalityöntekijäksi, asiakaskunnan koostuminen lähes kokonaan keskiluokkaisista väestönosista sekä julkisen sektorin sosiaalityöntekijöitä huomattavasti korkeammat tulot.

Terapiatyön ehdoilla rakentuvassa sosiaalityössä laajemmat yhteiskunnalliset, yksilöiden mielenterveyden rakentumiseen vaikuttavat prosessit jäävät helposti tarkastelun ulkopuolelle. Masennusta toiminnallisena loukkuna tutkinut Hänninen (2011, 20) kritisoi sitä, että sosiaalityöntekijät, joiden tulisi olla yhteiskunnallisten prosessien aktiivisia havainnoijia ja muutosagentteja, ovat asemoineet itsensä masennuksen syitä koskevan keskustelun ulkopuolelle. Pelkkä biolääketieteellisten selitysten dominoivuuden kritisointi ei riitä, vaan sosiaalityöntekijöiden tulisi Hännisen mukaan myös kyetä aktiivisesti esittämään vaihtoehtoisia tulkintatapoja mielenterveysongelmia koskevassa yhteiskunnallisessa keskustelussa.

### **Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut**

Osa laillistetun terapeutin pätevyyden tuottavan terapiakoulutuksen suorittaneista sosiaalityöntekijöistä koki käyvänsä läpi eräänlaista ammatillista identiteetikriisiä. Nämä *ammattillisessa identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut* olivat hakeutuneet terapiakoulutukseen, koska tunsivat, etteivät pystyneet vastaamaan psykiatristen potilaiden jatkuvasti monimuotoistuviin tarpeisiin pelkästään sosiaalityön koulutuksen tuottamalla ammattitaidolla. Sosiaalityöntekijät olivat kohdanneet työssään liikaa sekä yksittäisiä potilaita että perheitä, joiden kohdalla esimerkiksi sosiaaliturvan ja lastensuojelun tietotaito ei ollut riittävää suhteessa niihin ongelmiin, joihin sosiaalityön prosesseissa jouduttiin pureutumaan. Useimmat terapiakoulutuksen hankkineet sosiaalityöntekijät kuvasivat teksteissään tällaista ongelmatilannetta "riittävien työkalujen puuttumiseksi" tai "ammattillisen työkalupakin vajavuudeksi". Sosiaalityöntekijöiden käyttämät osin metaforiset ilmaukset sanoittivat heidän kokemaansa voimattomuutta mielenterveysongelmien ja niiden lieveilmiöiden kokonaisvaltaisuuden edessä. Ne myös nostavat esiin sosiaalityöntekijöiden tavan nähdä työnsä monisyisenä ja käsityönomaisena palapelin kokoamisena.

Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut määrittelivät itsensä terapeuteiksi, joiden toimintaa määrittää vahvasti sosiaalityön ammatillisuus. Tyyppin sosiaalityöntekijät potivat kuitenkin usein huonoa omaatuntoa, koska he tiedostivat sosiaalityön näkökulman jäävän vähemmälle huomiolle asiakastyössä. Tyyppin sosiaalityöntekijöitä häiritsi jatkuvasti läsnä oleva kiire, jonka vuoksi heillä ei ollut mahdollisuutta toimia kaikkien asiakkaiden ja heidän perheidensä kohdalla niin syvällisesti, mutta samalla monimuotoisesti kuin tilanne olisi vaatinut. Ajallisten resurssien pakottamina sosiaalityöntekijät joutuivatkin pohtimaan sitä, kuuluisiko heidän toimia työssään ensisijaisesti terapeutteina vai sosiaalityöntekijöinä. Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut olivat kiusallisen tietoisia kak-

soispositioonsa liittyvistä työn kohdentamisen ongelmista ja tiedostivat terapiatyön ajallisen kasvun olevan merkittävä uhka sosiaalityön asiantuntijuuden toteutumiselle. Toisaalta valtaosa ammatillisessa identiteetikriisissä olevista terapiakoulutetuista näki kaksoisroolinsa sekä terapeuttina että sosiaalityöntekijänä myös huomattavana ammatillisena vahvuutena. Sosiaalityöntekijät kuvasivat, kuinka sosiaalityön kokemus auttoi heitä tarkastelemaan asiakkaan tai perheen tilannetta laajemmasta näkökulmasta kuin pelkät terapiakoulutuksen myötä omaksutut, vahvasti psykologiseen tietoon perustuvat työmenetelmät. Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut siis kokivat terapiakoulutuksen tuottaman uuden ja jo aiemmin olemassa olleen sosiaalityön asiantuntijuuden tukevan ja täydentävän toisiaan monin eri tavoin.

*”Identiteettini on entistä vähemmän sossun identiteetti. Tosin se on ollut koulutus- ja työhistoriani ajan muutenkin varsin epäselvä. Nyt eläkkeelle jäädessäni olen enemmän psykoterapeutti kuin sosiaalityöntekijä. Tosin olen aina pitänyt tärkeänä ihmisten psyykkis-fyysis-sosiaalista kokonaisuutta.” (V1146)*

*”Olen kokenut tietojen päivityksen hankalana, koska työ painottuu terapiatyöhön. ... Pitäisi pystyä selkeyttämään se tieto-taitopohja, jota olisi tarkoituksenmukaista pitää yllä psykiatrisessa sairaanhoidossa.” (V1210)*

*”Työn fokus on enemmän perheenjäsenten välisissä suhteissa. Joskus koen harmittavastikin etäänntyneeni niin sanotuista varsinaisista sosiaalityöntekijän tehtävistä, kuten sosiaaliturvaan liittyvistä asioista.” (V1258)*

## **Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat ei-terapiakoulutetut**

Osa tutkimukseen osallistuneista sosiaalityöntekijöistä koki käyvänsä läpi sosiaalityön ja terapiatyön välisiin rajanvetoihin liittyvää ammatillista identiteetikriisiä, vaikka he eivät toistaiseksi olleetkaan suorittaneet mitään terapiakoulutusta eivätkä toimineet työssään laillistetun terapeutin roolissa. Nämä sosiaalityöntekijät nimesin *ammatillisessa identiteetikriisissä oleviksi ei-terapiakoulutetuiksi*. Tyypin sosiaalityöntekijät kokivat ammatillista riittämättömyyttä, koska he eivät kokeneet kykenevänsä vastaamaan asiakaskunnan jatkuvasti monimuotoistuviin tuen tarpeisiin pelkätään sosiaalityön menetelmin. Monet ammatillisessa identiteetikriisissä olevat ei-terapiakoulutetut olivat käyneet erilaisia mielenterveystyön koulutuksia, jotka antoivat eväitä yksilö-, perhe- tai ryhmäkohtaiseen mielenterveystyöhön, mutta eivät kuitenkaan tuottaneet laillistetun terapeutin pätevyyttä. Tällaisia olivat muun muassa verkostotyön, ratkaisukeskeisen työn ja kriisityön koulutukset. Lisäksi useissa

psykiatrisen erikoissairaanhoidon organisaatioissa oli työyksikön sisäisiä mielen-terveystyön koulutuksia, joihin myös sosiaalityöntekijöiden toivottiin osallistuvan.

Valtaosa ammatillisessa identiteettikriisissä olevista ei-terapiakoulutetuista kertoi haluavansa tulevaisuudessa aloittaa terapiakoulutuksen. Osa heistä oli jo alustavasti tiedustellut mahdollisuutta koulutukseen hakeutumiseen, mutta useimpien haaveet olivat kariutuneet työnantajan kieltäytymiseen kalliin koulutuksen osittaisestakaan taloudellisesta tukemisesta. Ammatillisessa identiteettikriisissä olevia, ei-terapiakoulutettuja yhdisti toive sekä ammattitaidon että ammatillisen statuksen kohoamisesta mahdollisen terapiakoulutuksen myötä.

### **Tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaavat terapiakoulutetut**

Valtaosa kyselyyni vastanneista ja seitsemän haastatelluista terapiakoulutetuista sosiaalityöntekijöistä kuului tyyppiin, jonka olen nimennyt *tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaaviksi terapiakoulutetuiksi*. Tämän tyyppin sosiaalityöntekijät kokivat terapiatyön ja sosiaalityön käyvän käsi kädessä ja täydentävän toisiaan. Asiantuntijuuksien saumattomuus näkyi myös tyyppin sosiaalityöntekijöiden ammattinimikkeissä; sosiaalityöntekijät käyttivät itsestään joko sosiaalityöntekijä tai sosiaalityöntekijä / perhe-/psykoterapeutti nimikettä, mutta eivät vain pelkkää psyko- tai perheterapeutin nimikettä.

*H1: Toi sosiaalityöntekijä ja perheterapeutti, en näe siinä mitään ristiriitaa, se on siinä sosiaalityöntekijän ammatin sisällä tää terapia, josta nyt on pätevyys. Kyl mä itseeni kutsun vain sosiaalityöntekijäks. Tiedän et joku kutsuu sosiaalityöntekijä ja perheterapeutti, mut mä jätän sen erityistason pätevyiden pois siitä.*

Tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaavia terapiakoulutettuja määrittä vahva usko sosiaalisen asiantuntijuuden merkitykseen mielenterveystyössä. Sosiaalityöntekijät kirjoittivat ja puhuivat sosiaalityöstä positiivisessa valossa, jonka tulkitsin heijastelevan aitoa sosiaalityön ammattitilpeyttä. Tyyppin sosiaalityöntekijät eivät myöskään poteneet alemmuutta suhteessa muihin ammattikuntiin. Sekä kyselytutkimuksen laadullisessa osassa että haastatteluissa tähän tyyppiin kuuluvat korostivat sosiaalityön kontribuution tuottamaa lisäarvoa psykiatrisessa hoitoprosessissa ja pitivät sen vaalimista tärkeänä.

*”Vaikka suorittaisin lisää terapiakoulutuksia, sosiaalityöntekijän perusidentiteetti pysyy peruspilarina työssäni.” (V1092)*

*”Imu terapiatyöhön on tietenkin kova psykiatriassa. Vain itse oman persoonan kautta voi vahvoistaa ja pitää esillä sosiaalityön erityisluonnetta tiimi-*

*työssä. Olen saanut hyvää palautetta työtovereilta, että teen sosiaalityötä tarpeeksi potilastyössäni ja myös muiden potilaiden kohdalla.” (V1237)*

Tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaaville terapiakoulutetuille oli ominaista ammatillinen elastisuus. Vaikka tyyppin sosiaalityöntekijät olivatkin hyvin tietoisia ammatillisuudessaan läsnä olevista kahdesta erilaisesta auttamistyön positivista, he eivät antaneet sen kahlita ajatteluaan asiakastyössä, vaan luovivat kahden roolin välillä joustavasti ja asiakastapauksen erityispiirteiden ja -vaatimusten ehdoilla. Välillä työskentely saattoi edellyttää terveellisempää orientaatiota, mutta sosiaalityöntekijät pitivät kertomansa mukaan silloinkin huolen siitä, ettei sosiaalityön eetos katoaisi työskentelystä. Koulutuksen aikaansaamat teoreettiset–metodiset valmiudet ilmenivät sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa työskentelyä yleisesti ohjaavina, omaksuttuun terapiasuuntaukseen kiinnittyvinä laajempina työorientaatioina, joita sosiaalityön asiantuntemus puolestaan täydensi tapauskohtaisesti ja tarpeenmukaisesti.

*H2: Se millä tavalla mä ammatti-identiteettini miellän, suhteessa työtovereihin ja suhteessa organisaatioon, niin se on sosiaalityöntekijä. Mä en halunnut nimikylttiä ”perheterapeutti” tuohon. Et kyllä se sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetti on vahvempi, mutta se työote millä mä oon asiakastyössä, niin se on perheterapeutin. Ja se on siitäkin syystä perheterapeutin, koska se on väline mitä me täällä voidaan käyttää, kun meillä ei oo sosiaalityön välineitä. Ei me voida päättää avohuollon tukitoimista tai huostaanotosta tai mistään muusta. Me oltais tavallaan hampaattomia, jos meille ois mitään työvälinettä ja se nyt tässä kontekstissa sattuu olemaan se terapeutin työote.*

Sitaatin sosiaalityöntekijä tuo esiin työskentelykontekstin merkityksen ammatillisen itseymmärryksen muotoutumisessa. Terveystieteiden organisaatioissa sosiaalityö on aina eräällä tavalla vieraskentällä, jonka päätehtävä ei kiinnity sosiaali- huollollisiin lähtökohtiin. Luhmannin (2004) itseorganisoinnin näkökulmasta sosiaalityöntekijät eivät voi toimia täysin haluamallaan tavalla toimintaympäristön rakentamassa ammattikunnalle vieraiden lähtökohtien varaan, jolloin rakenteelliset tekijät pakottavat sosiaalityöntekijöiden ammattikunnan resonimaan eli mukauttamaan toimintaansa tietyllä tavalla toimintaympäristön perustehtävään nähden. Tämä sosiaalityöntekijöiden on tärkeää ymmärtää ja käsitellä, jotta toiminta erityisammattiryhmän edustajana olisi ylipäätään mahdollista.

*LL: Käykö sulla sellaisia potilaita tai perheitä täällä, joilla ei ole tai joiden kanssa ei varsinaisesti oo mitään semmosta perinteiseen sosiaalityöhön liittyvää, et he kävis vaan terapian tiimoilla sun luona?*

H1: *Kyllä käy. Tai vois sanoo että suurin osa. Mutta hyvin monella näistä nuorista on sellasta problematiikkaa et siinä sosiaalityöntekijänäkin ajattelee vähän niinku lastensuojelun kautta.*

Huomionarvoista edeltävässä katkelmassa on, että haastateltava alkaa puhua asiakkaista, jotka käyvät hänen vastaanotollaan puhtaasti terapian tiimoilta, mutta päätyy välittömästi kuvaamaan sitä, kuinka hän sosiaalityöntekijänä tulkitsee tilanteita lastensuojelullisesta viitekehyksestä käsin. Sitaatti osoittaa, kuinka sosiaalityöntekijän ja terapeutin roolit ovat limittyneet toisiinsa niin vahvasti, etteivät ne enää erotu, vaan toimivat pikemminkin toisiaan täydentävinä, laaja-alaisen psykikis-sosiaalisen asiantuntijuuden osakomponentteina.

LL: *Kun sä oot sekä sosiaalityöntekijä että psykoterapeutti, niin painottuuko ne roolit jotenkin eri tavoin?*

H5: *Kyl ne niin limittäin menee monessa kohdin, et en itsekään osaa vetää rajaa mitenkään et nyt sosiaalityöntekijä-ääneni puhuu ja nyt psykoterapeutti. Et kyl se jotenkin se psykoterapeuttikoulutus on yks työväline muiden joukossa, tosin aika iso työväline. ... Mun ajatus on, et yritän saada asiakkaat näkemään sen terveen puolen itsessään ja miettimään et mitä ja mistä syystä niillä on sitä terveyttä, jotta ne pystyis jotenkin näkemään sen et ne ei oo niin sairaita, tai ettei korostettais sitä sairautta. Se on tietysti sairaalamaailmassa haastavaa, kun tännehän tullaan sairauden takia ja sitten mä puhun terveydestä. ... Kyl ne roolit täydentää toisiaan ennemmin kuin erottaa. ... Tietysti, jos asiakas yks' kaks' kokee et tää on vaan terapiaa ja mä oon aatellu sen perhetyönä. Niin tottakai siin on semmonen pieni ristiriita kyllä, et sitä oon yrittäny miettiä, et onko siitä haittaa tälle perheelle vai voinko mä vaan unohtaa et näin käy? Et jos se perhe tulee autetuks, niin eiks se oo kuitenkin se pääasia?*

Erilaisten ammatillisten roolien saumaton yhteen nivoutuminen edellyttää, että sosiaalityöntekijä on sinut toimintaorganisaation pääasiallisen tehtävän eli yleisen hoidollisen paradigman kanssa. Mielenterveysosiaalityön arjessa käydään neuvottelua siitä, tulisiko sosiaalityö mieltää osaksi hoitoa, vai pikemminkin nähdä se hoitotyön ulkopuolisena asiantuntijatyönä. Terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät ovat joutuneet pohtimaan tätä jo ennen hakeutumistaan terapiakoulutukseen, määritelläänhän terapia tavoitteelliseksi hoitomuodoksi. Tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaavat terapiakoulutetut näyttävät tämän tutkimuksen valossa ratkaisseensa työnsä lähtökohtia koskevan ontologisen dilemman hyväksymällä hoidollisen lähestymistavan työtään ohjaavaksi orientaatioksi. Se ei kuitenkaan ole tarkoittanut sosiaalityön tehtävän hylkäämistä, vaan pikemminkin sosiaalityön valjastamista potilaan parhaaksi tehtävän kokonaisvaltaisen hoitotyön yhdeksi olennaiseksi osaluueeksi.

LL: *Mun aiemmin haastattelema sosiaalityöntekijä sanoi, et hän ei halua olla hoitaja, kun on sosiaalityöntekijä. Niin sä et kuitenkaan tee sitäkään eroo, vaan sanot suoraan, et hoidat ihmisiä?*

H7: *Joo.*

LL: *Sä et siis nää, et se sosiaalityöntekijyys murenis sieltä, jos alkaa hoitaa ihmisiä?*

H7: *No ei. Kun se on vaan tavallaan yks osa. Et jos aattelee, et ihminen on psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus, niin se on tavallaan vaan se, et mille puolelle sit työssään painottuu.*

Linley & Joseph (2007) ovat tarkastelleet terapiatyötä tekevien psykologien työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Heidän tutkimuksensa osoitti, että oman terapian läpikäyneet tai terapiassa parasta aikaa olevat kokivat eniten itsetuntemuksen ja henkilökohtaisen kasvun kokemuksia, jotka puolestaan vaikuttivat positiivisesti työhyvinvointiin ja suojasivat työuupumukselta. Myös säännöllisen työnohjauksen koettiin lisäävän henkilökohtaisen kasvun kokemuksia. (Linley & Joseph 2007, 392–395.) Henkilökohtainen terapia voi vahvistaa yksilöä paitsi persoonana, myös ammattilaisena. Terapian esiin nostamat ja työnohjauksen ylläpitämät itsetuntemuksen kasvun kokemukset auttavat työntekijää määrittelemään itsensä ja tekemänsä työn rajat myös suhteessa muihin ammattikuntiin.

Raunio (2009) toteaa terapeuttisesti orientoituneissa toimipisteissä, kuten perheneuvoissa ja A-klinikoilla, työskentelevien sosiaalityöntekijöiden näyttävän olevan ammatillisesti edistyneempiä kuin kunnallisessa sosiaalitoimessa työskentelevät kollegansa. Raunio mukaan on perusteltua olettaa, että ammatillisesti edistyneemmät sosiaalityöntekijät myös osaavat ottaa paremmin paikkansa erityistoimipisteiden moniammatillisissa työyhteisöissä. (Raunio 2009, 55.) Myös Stevenson ja Unwin (1990) näkevät erityistiedon hyödyntämisen potilaskontakteissa johtavan asiantuntijuuteen, joka on edellytys sosiaalityöntekijän ammatilliselle uskottavuudelle. Uskottavuus puolestaan johtaa muiden ammattikuntien osoittamaan luottamukseen ja hyväksyntään, joka tuottaa sosiaalityöntekijälle tunteen kiinteästä kuulumisesta tiimiin. Kokemus työyhteisön jäsenyydestä antaa sosiaalityöntekijälle itsevarmuutta erityistietämyksensä soveltamiseen. (Stevenson & Unwin 1990, 39–40.) Näin syntyvästä positiivisen palautteen kehästä tulee sosiaalityöntekijän ammatillisuutta ja siten myös sosiaalityön erityistä asiantuntijuutta vahvistava prosessi, jota tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaavat terapiakoulutetut korostivat.

*”Nyt on selkeä tehtäväalue terapiatyössä perheterapeutin ominaisuudessa, joka on antanut paljon valmiuksia myös yksilötyöskentelyyn. Identiteettini on selkeytynyt ja itsetuntoni korjaantunut. Toisaalta myös työ sosiaalityöntekijänä on selkiintynyt, se, mikä on poliklinikalla rooli potilaan asioiden*

*selvittelyssä ja hoidossa ja mikä kuuluu muualla peruspalveluiden piiriin.”*  
(V1418)

## **Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet**

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista psykiatrisista sosiaalityöntekijöistä edusti ammatillisen identiteettinsä suhteen sosiaalityöntekijätyyppiä, jonka olen nimennyt *tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneiksi*. Tyyppiin kuuluvien asenne työnsä teoriapohjaa kohtaan oli hyvin joustava ja sosiaalityön tapaus- ja kontekstisidonnaisuuden huomioiva. Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet kirjoittivat toimivansa kussakin asiakastilanteessa sen vaatimalla tavalla; luovien joustavasti kunkin asiakastapauksen vaatimusten ja sosiaalityöntekijän hallussaan pitämien ammatillisten valmiuksien välillä. Tyypin sosiaalityöntekijät suhtautuivat mielenterveyssozialityöhön kuin avoimeen pelikenttään, jolla on mahdollista luoda uusia, tilanteen niin vaatiessa muutettavissa olevia toimintamalleja. Sosiaalityöntekijöiden ammatilliselle toiminnalle oli aineistojen perusteella ominaista omaan ammattitaitoon luottaminen ja positiivissävyinen "annetaan mennä ja katsotaan mihin päädytään" – asenne, jossa korostuu Juhilan (2006, 254–255) esiin nostama tilannetajuisuus. Sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välistä suhdetta ei voida määrittää ennakkoon ja siksi asiakastyöskentely perustuu useista eri mahdollisuuksista tehtyihin reflektiivisiin tulkintoihin. Sosiaalityön asiantuntijuudessa olennaista on taito toimia tämän tulkinnallisuuden kanssa.

Karvinen (1993) on todennut reflektiivisyyden ilmenevän työntekijän itsekriittisenä, tutkimuksellisenä suhteena työhönsä. Sosiaalityöntekijän on tärkeää olla tietoinen omasta ammatillisesta toiminnastaan ja pohtia jatkuvasti kriittisesti arvioiden sen perusteita. Työssä tarvittavia tietoja, teorioita tai eettisiä periaatteita ei tule ottaa valmiiksi annettuina, pysyvinä ja sellaisenaan käytäntöön sovellettavina, vaan tilannesidonnaisessa työssä kunkin asiakastapauksen perusteita on tärkeää pohtia yhä uudelleen. (Karvinen 1993, 19.) Satka (1998, 197) puolestaan näkee sosiaalityöntekijöiden ammattikunnalla olevan paitsi oikeuden myös velvollisuuden jatkuvaan oman olemassaolonsa, itseymmärryksensä ja sosiaalisten suhteidensa uudelleenjäsentämiseen. Sosiaalityön identiteetin rakentuminen edellyttää Satkan mukaan vastavuoroista, arvioivaa ja keskustelevaa, erilaisten tietämisen tapojen ja tiedon tyyppien välille sijoittuvaa suhdetta. Tällöin reflektiivisyys merkitsee sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetin jatkuvaa tietoista työstämistä.

Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneiden suhtautuminen varsinaista terapia-työskentelyä kohtaan oli hyväksyvä ja yleisempää terapeuttisuutta kohtaan salliva ja kannustava. Tyypin sosiaalityöntekijät näkivät terapeuttisuuden sosiaalityön olennaisena osana ja katsoivat sosiaalityöntekijän voivan tehdä jossain määrin terapiaa myös ilman varsinaista terapiakoulutustakin. Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet eivät pitäneet sosiaali- ja terapiatyötä vastakkaisina voimina, vaan kat-



soivat mielenterveyssozialityön toteutuvan parhaiten kahden eri työmuodon yhteisvaikutuksessa. Sosialityöntekijät kokivat asiantuntijuutensa liikkunarajaiseksi ja moniulotteiseksi. Raunio (2009, 163) muistuttaa sosialityöntekijöiden olevan usein tilanteissa, joista on mahdotonta selvittää vain toiminnassa sisäistettyyn tietoon ja automatisoituneisiin toimintatapoihin nojaten. Uuden tilanteen analysointi ja toiminta tapahtuvat käytännössä kuitenkin usein samanaikaisesti, eikä sosialityöntekijän tarvitse keskeyttää toimintaansa kesken kaiken – hän siis soveltaa osaamistaan luovasti tilanteiden vaatimalla tavalla.

Vaikka tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet näkivätkin terapiakoulutuksen hyödylliseksi mielenterveyssozialityössä, heillä ei ollut erityistä halua koulututtua terapeuteiksi. Haluttomuus terapiakoulutusta kohtaan johtui pääasiallisesti kolmesta syystä. Sosialityöntekijät ensinnäkin kokivat terapiakoulutusten olevan kalliita ja vievän liikaa aikaa suhteessa niistä saataviin hyötyihin. Kiinnostus terapiatyöskentelyä kohtaan ei myöskään ollut niin syvällistä, että tyypin sosialityöntekijät olisivat halunneet erikoistua tähän työsarjaan. Sen sijaan lyhyemmät, yleisemmän tason mielenterveystyön koulutukset olivat tämän tyypin sosialityöntekijöistä mielekkäitä, jonka vuoksi monet olivatkin syventäneet asiantuntemustaan tällaisissa koulutuksissa. Kolmas selittävä syy liittyi tutkimukseen osallistuneiden sosialityöntekijöiden ikäjakamaan. Useimmat tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneista olivat jo verrattain iäkkäitä, jolloin ammatilliset haaveet alkoivat jo vaihtua toiveeksi eläköitymisestä eikä pitkällisiä koulutuksia enää koettu motivoiviksi. On täysin ymmärrettävää, että iäkäs sosialityöntekijä on jo omaksunut oman persoonallisen tavan tehdä työtään ja työuran lähestyessä loppuaan terapiakoulutuksen edellyttämän, uudelleen lähestymistavan omaksuminen tuntuu vieraalta ja osin ahdistavaltakin. Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneille olikin ominaista vankka pitkän käytännön kokemuksen mukanaan tuoma ammattitaito, johon tyypin sosialityöntekijät myös luottivat vahvasti. Tyypin sosialityöntekijöiden ammatillista toimintaa leimasi vahva usko kokemukseräiseen intuitiiviseen osaamiseen.

Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet pitivät terapeuttista työtettä sosialityötä läpäisevänä yleisenä toimintamallina. Seuraavat aineistositaatit osoittavat, kuinka tyypin sosialityöntekijät näkivät psykiatrisen sosialityön kulminoituvan erilaisten konkreettisten tukimuotojen ja abstraktimman psyykkisen tukemisen aktiivisessa vuoropuhelussa. Sosialityön konkreettiset toimenpiteet ovat itsessään sosialista kuntoutusta, jonka avulla huolehditaan siitä, että taloudelliset ja sosialiset tekijät edistävät asiakkaan kuntoutumista, eivätkä ole sen esteitä (Koikkalainen & Sjöblom 2014, 75).

*”Asiakaskohtaiseen sosialityöhön kuuluu aina jonkinasteinen terapeuttisuus tai terapeuttinen elementti, tai ainakin pitäisi kuulua. Terapeuttisuuden akselin ei tarvitse vähentää sosialityön yhteiskunnallista aspektia. Usein terapeuttisuus ja sosialityö nähdään jonkinlaisina vastakohtina, mutta olen asiasta eri mieltä. Terapeuttiseen sosialityöhön on mahdollista*

*liittää myös kontrollin elementtejä, jolloin kontrolli onkin enemmän tukea.”*  
(V1044)

*”Terapeuttinen on jotain epäselvää, epämääräistä, käsitteellistä. Sosiaalityö on kontrollia, rahaa ja ihmisten käytännön elämään liittyvää, konkreettista. Käsiteparin voi yhdistää, se pitää yhdistää ja sen pitää olla sosiaalityön perusajatuksena erikoissairaanhoidossa. Se tarkoittaa kokonaisvaltaista huomioinnottamista, monipuolisten ratkaisujen etsimistä ristiriitaisiin ja vaikeisiin ongelmiin asiakkaan lähtökohdista käsin ja hänen ehdoillaan edeten.”*  
(V1159)

Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet edustivat ammatillisen itseymmärryksensä suhteen sosiaalityötä, jonka perimmäiset lähtökohdat ovat asiakaslähtöisen työn ja yhteiskunnallisen muutostyön leikkauspisteessä. Vaikka asiakkaan elämänongelmien selvittäminen vaatii sosiaalityöntekijältä usein erilaisia terapiatyölle ominaisia vuorovaikutuksellisia valmiuksia, on sosiaalityöntekijän työssä kuitenkin silloinkin kyse yleisterapeuttisesti määrityvästä työskentelystä eikä varsinaisesta terapiasta. Asiakkaan ongelmien ymmärtäminen ja ammatillisten interventoiden valinta edellyttävät hänen elämäntilanteeseensa kiinnittyvien yhteiskunnallisten lähtökohtien tuntemusta ja aktiivista huomioimista (Raunio 2003, 11). Tämä tarkoittaa, että työskentelytapa räätälöidään asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen, tarpeisiin ja voimavaroihin perustuvaksi ja niiden pohjalta asetettavien tavoitteiden mukaiseksi. Yksilöllisessä työskentelyssä sosiaalityöntekijä ja asiakas luovat yhteistä näkemystä paitsi muutosta kaipaavista tekijöistä, myös menetelmistä, joilla muutokseen pyritään. (Kananoja ym. 2010, 134.)

Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneiden työorientaatiota määritti eklektiivisyys; työskentelyn metodisia perusteita oltiin valmiita vaihtelemaan joustavasti tapauksen edellyttämällä tavalla. Toimintamalli mukailee Schwaber Kersonin (2010) kuvaamaa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisen kohtaamisen practice-in-context -viitekehystä, joka ei ole vuorovaikutusta käsittelevä teoria, eikä varsinainen työmenetelmä. Se kuitenkin ohjaa sosiaalityöntekijää määrittelemään työn kohteen, ymmärtämään työskentelykontekstin eri ulottuvuuksia sekä arvioimaan työtä ja sen tuloksellisuutta suhteessa näihin ulottuvuuksiin. Asiakkaan elämäntilanteen ymmärtäminen ohjaa sosiaalityöntekijää vaikuttamaan siihen tavalla, joka auttaa yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisessa. (Schwaber Kerson 2010, 3–4.)

Donovan (2002) on tarkastellut sosiaalityön ja terapian välistä suhdetta lapsi- ja perhesosiaalityössä. Hän toivoo, että sosiaalityöhön omaksuttaisiin yksittäisiä terapiasuuntauksia laajempi, yleisterapeuttinen orientaatio, joka olisi hyödyllinen yksilöllisen ja yhteiskunnallisen näkökulman yhteensovittamisessa. Tällaisen orientaation avulla sosiaalityöntekijöiden olisi helpompaa paikantaa itsensä terapeuttisen työn kentällä. (Donovan 2002, 121.) Derezotes (2000) puolestaan näkee auttamistyön erilaisten teoreettisten kehysten yhdistämisen olevan mahdollista kiinnittä-

mällä huomiota niiden sosiaalityön kannalta keskeiseen antiin. Esimerkiksi psykodynaaminen teoria korostaa asiakkaan tarvetta ymmärtää menneisyytensä merkitys nykyisen elämäntilanteen rakentumisessa. Kognitiivis-behavioraalinen teoria puolestaan ohjaa asiakasta tarkastelemaan ja tarvittaessa muuttamaan ajattelu- ja toimintatapojaan tässä ja nyt. Humanistis-eksistentiaalinen teoria korostaa asiakkaan tietoisuutta ja vastuuta kokemuksistaan ja tunteistaan. Case management nostaa tarkastelun keskiöön asiakkaan yhteyden sekä muodollisiin että epämuodollisiin tukiverkostoihin. Biopsykososiaalinen teoria kannustaa asiakasta huolehtimaan kehostaan kokonaisvaltaisesti ja yhteistyö puolestaan ohjaa asiakasta yhteisöllisten, ekososiaalisten voimavarojen hyödyntämiseen ja ylläpitoon. (Derezotes 2000, 59–61.)

### **Sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneet**

Pieni osa tutkimukseen osallistuneista suhtautui sosiaalityön terapeuttisuuteen hyvin kielteisesti. Nimesin tähän tyyppiin kuuluvat sosiaalityöntekijät *sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneiksi*. Tyypin sosiaalityöntekijät toivat painokkaasti esiin, että mielenterveysosiaalityön painopiste on asiakkaiden konkreettisten elinolojen turvaamisessa ja arjen uusintamisessa. Sosiaalityöntekijät toivat teksteissään esille sosiaalityön käytännönläheisiä tehtäviä puolustavia näkökulmia ja perustelivat näkemyksiään sosiaalityön rajatulla asiantuntijuusalueella. Asiakkaiden mielensisäisten prosessien tarkastelu ei tyypin sosiaalityöntekijöiden mielestä kuulunut millään muotoa psykiatriseen sosiaalityöhön. Sosiaalityön ammattilaisten ei tule koulutautua terapeuteiksi, sillä terapiakoulutuksen vaarana on sosiaalityölle ominaisen sosiaaliturvan ja -lainsäädännön asiantuntijuuden liudentuminen muiden ammattiryhmien työhön. Terapia ei kuulu sosiaalityöntekijän tehtävänkuvaan, koska muut ammattiryhmät tekevät sitä jo tarpeeksi.

Sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneiden teksteissä näkyi selvästi voimakkaan kielteinen suhtautuminen terapiaan osana sosiaalityötä. Tyypin sosiaalityöntekijät loivat kirjoitelmissaan käsitteellisiä vastakkainasetteluja sosiaalityön ja terapiatyön välille. He myös kyseenalaistivat terapiakoulutusten tuottaman tietojen ja teoriapohjan soveltuvuuden sosiaalityöntekijän työvälineeksi. Kirjoitelmista kävi ilmi, että tyypin sosiaalityöntekijät olivat puolustuskannalla peilatessaan sosiaalityötä terapeuttiseen työhön. Useimmat tämän tyypin sosiaalityöntekijöiden kirjoitelmat päättyivät "Mitä vikaa on pelkässä sosiaalityössä?!", "Yritetäänkö terapialla hienostella jotenkin?" ja "En häpeä olla sosiaalityöntekijä!" -tyylisiin loppukaneetteihin. Tekstien tulkinnassa on oltava varovainen, mutta tutkijana en voinut olla miettimättä näiden mielenilmausten taustalla mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä. Yksi todennäköinen selitys on terveydenhuollon organisaatioissa edelleen yleisesti vallalla oleva tietohierarkia, jossa lääke- ja luonnontieteellinen tieto on ylinnä, psykologinen tieto keskivaiheilla ja sosiaalityölle ominainen, sosiaalinen tieto alimmai-

sena (Metteri 1996, 147; ks. myös Frankenhaeuser 2014, 69). "Raakaa", "kovaa" ja "konkreettista" – sitaateissa sosiaalityöntekijöiden itse työstään käyttämiä adjektiiveja – perustyötä tekevät sosiaalityöntekijät saattavat tällöin kokea tarvetta puolustella oman käytännönläheisen työnsä tärkeyttä suhteessa psykologis-teoreettiseen järkeilyyn ja mielensisäisten, näkymättömien ongelmien keskustelun keinoin tapahtuvaan käsittelyyn.

*"Terapeuttisuudessa on vaarana kaiken ymmärtäminen. Toiminta jää vähemmälle. Sosiaalityön interventiot ovat usein näkyvämpiä asiakkaalle ja niiden hoitoon riittää mielestäni muut kuin terapia-alkuiset otteet. Jollain tavalla arvotan konkreettiset toimet terapeuttisen otteen yläpuolelle."* (V1006)

*"Mulla on kokemus, että terapeutti–sosiaalityöntekijät jättävät esimerkiksi sosiaaliturva-asiat hoitamatta, kuntoutusasiat suunnittelematta, vieraantuvat siitä, mitä potilas tarvitsee arjessaan; kattoo päänsä päälle ja leipää pöytänsä. Terapia voi jatkua vuosia, mutta kun tukipalveluja ei ole, arkea on mahdoton elää, vointi ei voi tulla paremmaksi, jos perusasiat eivät ole kunnossa, puhumattakaan muista tukipalveluista ja kuntoutuksesta. Pidän siis tärkeänä, että psykiatrisissa tiimeissä on moniammatillinen edustus, jossa SOSIAALITYÖ on omana tieteenalanaan ja että sosiaalityön menetelmillä ja työotteella päästään tarttumaan potilaan tilanteeseen niin, että hoito mahdollistuu. On hyvä, jos sosiaalityöntekijällä on terapeuttisia taitoja, eikä niin, että sosiaalityöntekijä on TERAPEUTTI ja varsinainen sosiaalityö unohtuu!"* (V1112)

*"Rehellisesti sanoen: oikein terapeuttisesti suuntautuneet sosiaalityöntekijät SAATTAVAT pitää itseään parempina sosiaalityöntekijöinä kuin raakaa, likaista ja käytännönläheistä sosiaalityötä tekevät kollegansa vaikkapa toimeentulotuen tai lastensuojelun parissa askarrellessaan."* (V1389)

McCrae ym. (2004) ovat tutkineet käytännön sosiaalityön johtajien ja akateemisten toimijoiden asennoitumista mielenterveysosiaalityöhön Iso-Britanniassa ja toteavat, että mielenterveysosiaalityön tietopohja tulisi valjastaa ensisijaisesti sosiaalisten, ei lääketieteellisten tavoitteiden saavuttamiseen. Sosiaalityöllä on tärkeä terveyspolitiikkaa koskeva yhteiskunnallinen vaikuttamistehtävä, joka jää toteutumatta, ellei sosiaalisten näkökohtien tärkeyttä aktiivisesti pidetä esillä. Mielenterveysosiaalityössä tämä tarkoittaa etenkin sosiaalisten verkostojen, yhteisöllisyyden ja työllisyyden kysymysten nostamista toiminnan keskiöön. (McCrae 2004, 317.) Sosiaalityön ideologis–eettiset juuret ovat asiakkaiden ja heidän lähipiirinsä voimauttamisessa. Sosiaalityöntekijöiden on tärkeää muistaa tämä arvoperusta ja vahvistaa rooliaan mielenterveyspotilaiden yhteiskunnallisessa asianajossa. (Morris 1995.)

Myös Hakola (1975, 146–147) on todennut, että psykiatrisella sosiaalityöllä on velvoite toimia paitsi sosiaalihuollon asiantuntijana terveydenhuollossa, myös tulkita psykiatriseen hoitoon liittyviä tarpeita yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Sosiaalityöntekijöiden tehtävänä ei ole parantaa sairauksia eikä hoitaa syvempiä psykososiaalisia ongelmia, vaan tukea potilaan persoonallisuuden tervettä osaa.

Inhimillinen ymmärtäminen voidaan jakaa kahteen erilliseen tasoon: intellektuaaliseen ja emotionaaliseen. Intellektuaalinen ymmärtäminen kiinnittyy asioiden ja ilmiöiden taustalla olevien faktojen tietämiseen, emotionaalinen taas yksilön tunnetason tunnustamiseen ja kunnioittamiseen. Asiakkaan emotionaalisesti latautunut, subjektiivinen kertomus oireistaan, kokemuksistaan ja käsityksistään on eri asia kuin lääketieteellinen tapauselostus, jossa oireet kartoitetaan intellektuaalisen diagnoosin tueksi. Siksi emotionaalinen ymmärtäminen onkin tärkeää kaikessa vuorovaikutteisessa työssä. Aktiivinen ja myötäelävä kuunteleminen mahdollistavat asiakkaan luottamuksen saavuttamisen. Ymmärretyksi tulemisen kokemus puolestaan auttaa asiakasta näkemään itsensä ja tilanteensa uudesta näkökulmasta, jolloin myös muutos mahdollistuu. (Makkonen ym. 2006, 180–181.)

Särkelä (2001) muistuttaa auttamistyön vaativan tekijältään oikeassa suhteessa paitsi empaattisuutta, myös jämäkkyyttä. Ammatillisen auttajan on oltava riittävän vaativa, jotta asiakkaan toisin toimimisen mahdollisuudet kasvavat. Hyvässä työskentelysuhteessa asiakas kokee työntekijän vaativuuden välittämisen osoitukseksi. Muutokset asiakkaan elämäntilanteessa ja ajattelussa eivät tapahdu ilman ponnistusta ja kasvukipuja, jolloin auttajan on välillä urheiluvalmentajan tapaan uskallettava tuuppia autettavaa kohti muutosta. Persoonaltaan erityyppiset auttajat luovat yleensä erilaisia auttamissuhteita asiakkaisiinsa ja empaattisuus ja jämäkkyys saavat heidän ammatillisuudessaan erilaisen painotuksen. Osalle työntekijöistä huolenpito ja empaattinen välittäminen ovat sisäsyntyisiä ja heidän on helppoa luoda asiakkaisiin hyvä vuorovaikutuksellinen suhde. Heillä voi kuitenkin samanaikaisesti olla ongelmia jämäkkyuden ja terveen vaativuuden suhteen. Toiset auttajat taas ovat luontaisesti jämäköitä ja vaativia, mutta heidän heikkoutenaan on empaattisten suhteiden luominen. Työyhteisöissä tapahtuu usein työntekijöiden jakautumista 'pehmeisiin' ja 'koviin' työntekijöihin. (Särkelä 2001, 40–41.)

Sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneiden sosiaalityöntekijöiden tyyppi muistuttaa Särkelän kuvaamaa kovien työntekijöiden joukkoa; sosiaalityöntekijöitä, jotka uskovat asiakkaidensa hyötyvän kaikkein eniten juuri käytännönläheisestä ongelmanratkaisusta ja määrätietoisesti eteenpäin sysäämisestä. Työntekijän kovuus voi olla asiakkaan etu tietyssä työskentelyprosessin vaiheessa, mutta väärinajoitettuna tai -kohdennettuna siihen voi liittyä riskejä. Metteri ja Wacklin (2004) näkevät eri ammattikuntien työskentelytekniikkojen ohjaavan sitä, millaisia näkökulmia asiakkaan ongelmien määrittelyssä otetaan huomioon. Asiantuntijalähtöinen, tekniikka- ja metodilähtöinen keskustelutapa ohjaa tiedonhankintaa asiantuntijan hyvin tuntemiin teemoihin, mutta sivuuttaa samalla asioita, jotka voisivat olla asiakkaan näkökulmasta tärkeitä. Ennalta ohjeistetun asiakastyön perinteessä

myös asiakkaat oppivat jo valmiiksi rajaamaan teemat, joista he keskustelevat kunkin ammattiryhmän edustajan kanssa. Tämä voi johtaa siihen, että sosiaalityöntekijä keskittyy työskentelemään vain käytännönläheisten kysymysten parissa ja tunteiden noustessa esiin, siirtää niiden käsittelyn muille ammattikunnille. Tunteita ei voi kuitenkaan erottaa asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta; ne antavat merkitykset ja perustelut yksilön toiminnalle ja valinnoille. (Metteri & Wacklin 2004, 60–61.) Silmien sulkeminen asiakkaan tunne-elämän problematiikalta voi johtaa tilanteeseen, jossa asiakas ei tule aidosti kuulluksi ja osa hänen ongelmistaan sivuutetaan.

Hellsten (2001) on tulkinnut ammattiauttamisen ajautuneen uskottavuuskriisiin, joka on syntynyt hyvinvointityöntekijöiden kieltäessä itseltään inhimillisyyden työssään. Viileyttä, etäisyyttä ja todellisten tunteiden salaamista voidaan pitää ammatillisena ideaalina, joka myös suojaa työntekijää työn vaatimuksilta. Täydellisyiden, vahvuuden, oikeassa olemisen ja kaiken tietämisen vaatimus voi kuitenkin rakentaa auttajille ansan, jossa he ovat vaarassa kadottaa kosketuksen itseensä. Muodollisen pätevyyden taakse piiloutuminen asiakastilanteissa on helppoa, mutta samalla unohtuu, ettei se ole itsessään tae todellisesta auttamistyön kompetenssista. Auttamistyöhön kypsytään pitkän ajan kuluessa ja ammattilaisen kyky auttaa on aina sidoksissa siihen, missä vaiheessa omaa, henkilökohtaisen kasvun prosessia hän kulloinkin on. (Hellsten 2001, 29–31.)

Aaltolan (2014) mukaan järjen ja tunteiden yhteensovittaminen on sosiaalityön käytännössä keskeinen kysymys. Sosiaalityöntekijät tasapainoilevat jatkuvasti rationaalisen päätöksenteon ja erilaisten, sekä positiivisten että negatiivisten, tunteiden rajapinnoilla. Sosiaalityöntekijä voi omaa tunne-elämäänsä säästääkseen pyrkiä etäännyttämään itseään ammatin herättämistä tunteista, jolloin työ perustuu vahvemmin rationaaliseen järkeilyyn. (Aaltola 2014, 9.) Järjen ja tunteiden välinen tasapainoilu kiinnittyy sosiaalityön peruskysymyksiin; onko työn kohde ensisijaisesti yksilö vai yhteiskunta ja tuleeko yksilön tilannetta pyrkiä ratkaisemaan tuen vai kontrollin avulla. Sosiaalityöntekijä ei kuitenkaan voi valita työlleen vain yhteiskunnallista tai yksilöllistä lähtökohtaa, vaan yhteiskunnallisen ja asiakaskohtaisen työn elementtien tulee aina olla läsnä kaikessa sosiaalityössä, vaikka se synnyttäisi-kin työhön jännitteitä (Raunio 2004, 63).

On mahdollista, että sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneet tiedostavat ammatillisuutensa rajoitukset, mutta niiden ääneen myöntäminen on vaikeaa. Yhteiskunnallisen aspektin korostaminen asiakastyössä antaa sosiaalityöntekijälle oikeutuksen pysytellä turvallisesti havaitulla asiantuntijuusalueella, ilman, että työhön tarvitsisi heittäytyä koko persoonalla. Palveleeko yhteen staattiseen rooliin sitoutuminen kuitenkin asiakasta, mikäli hän ei tule kohdatuksi kokonaisvaltaisessa tuen tarpeessaan? Ammatillisen kehittymisen näkökulmasta mielenterveys- ja sosiaalityöntekijöiden on tärkeää pyrkiä aktiivisesti refleктоimaan ja tunnistamaan työnsä taustavaikuttimia, jotka mahdollisesti muodostavat esteen laajalajaiselle kuntouttavalle työtoteelle.

*"Minusta ei ole olemassa 'terapeuttista sosiaalityötä'. On terapia ja on sosiaalityö." (V1015)*

*"Sosiaalityön eettiset ohjeet määrittävät sosiaalityön käytännöt - muuta ei ole tarkoituksenmukaista lisätä. ... Terapeuttinen sosiaalityö herättää mielikuvan hempeästä, hyysäävästä ymmärtäjästä, joka tuskin saa muuta aikaan kuin sen hetkisen huojennuksen asiakkaalle ja itselleenkin kaiketi!" (V1150)*

## Sosiaalityöntekijätyypit ja sosiaalityön itseorganisointi

Miten kukin sosiaalityöntekijätyyppi sitten jäsenyy sosiaalityön itseorganisoinnin näkökulmasta? Osa tyypeistä edustaa selkeästi reflektiivistä asiantuntijuutta, jossa sosiaalityön itseymmärrys määrittyy liikkuvarajaiseksi ja rakentuu asiakaslähtöisesti yhteiskunnalliset ja sosiaalityön kontekstiin liittyvät tekijät huomioiden. Toiset tyypit taas ankkuroivat ammatillisen itseymmärryksensä jäykkäräjisemmin ja näkevät psykiatrisen sosiaalityön tietyn lähtökohdan ja työskentelymetodin toimivan poissulkukriteerinä muunlaisille tarkastelutavoille. Taulukossa 15 esitän tiivistetysti sosiaalityöntekijätyyppien suhteen mielenterveystyön keskeisiin työmuotoihin eli sosiaalityön konkreettisiin interventioihin, yleisterapeuttiseen tukityöhön ja terapiatyöhön.

Taulukko 15. Sosiaalityöntekijätyyppien itseymmärryksellinen suhde psykiatrisen sosiaalityön työmuotoihin

	Sosiaalityön konkreettiset interventiot	Yleisterapeuttinen tukityö	Terapiatyö
Terapeutin identiteetin omaksuneet terapiakoulutetut			x
Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat terapiakoulutetut		x	x
Ammatillisessa identiteetikriisissä olevat eiterapiakoulutetut		x	
Tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaavat terapiakoulutetut	x	x	x
Tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneet	x	x	
Sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneet	x		

Konstruoimiani sosiaalityöntekijätyyppejä on mahdollista verrata McCraen ym. (2004, 316) jäsennykseen englantilaisen mielenterveys­sosiaalityön työorientaatioista (Taulukko 16).

Taulukko 16. Mielenterveys­sosiaalityön työorientaatioiden suhde ammattinimikkeisiin McCraen ym. mukaan

TYÖORIENTAATIO	<i>yleinen</i>	<i>valikoiva</i>	<i>perinteinen</i>
AMMATTINIMIKE	mielenterveystyöntekijä	mielenterveys­sosiaalityöntekijä	sosiaalityöntekijä

Peilattessani sosiaalityöntekijätyyppejä McCraen ym. (2004) jäsennykseen, mielen *sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneiden sosiaalityöntekijöiden ja tapauskoh­taiseen reflektioon sitoutuneiden sosiaalityöntekijöiden* kiinnittyvän McCraen ym. esittelemään perinteiseen työorientaatioon, jossa sosiaalityöntekijät mielenterveystyön toimintakontekstista huolimatta ovat säilyttäneet sosiaalityön toimintansa johtotähtenä. *Tasapainoisen ammatillisen identiteetin omaavat terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät* sen sijaan kiinnittyvät McCraen ym. jäsennyksessä valikoiduksi nimettyyn työorientaatioon, jolloin tyypin sosiaalityöntekijät toimivat sosiaalisen ja psykologis–psykiatrisen tietopohjan tasapainoisessa rajapinnassa, mielenterveys­sosiaalityöntekijöinä. *Ammatillisessa identiteettikriisissä olevat ei-terapiakoulutetut ja terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät sekä terapeutin identiteetin omaksuneet sosiaalityöntekijät* puolestaan edustavat McCraen ym. jäsennyksessä yleiseksi nimettyä mielenterveystyön orientaatiota, jossa sosiaalityöntekijät kokevat olevansa pikemminkin mielenterveystyöntekijöitä kuin sosiaalityöntekijöitä. Näissä kolmessa viimeisessä sosiaalityöntekijätyypissä psykologis–psykiatrisen ja sosiaalisen välisessä rajapinnassa on havaittavissa huomattava painotus psykologis–psykiatrisen suuntaan, jolloin sosiaali- ja yhteiskuntatieteen näkökulma on asteittain etenevästi vaarassa kadota mielenterveystyön käytännöstä.

Buchbinder ym. (2004) syvähaastattelivat 35 israelilaista sosiaalityöntekijää koskien heidän näkemyksiään psykologisen ja sosiaalisen tiedon suhteesta sosiaalityössä ja muodostivat haastattelututkimukseensa osallistuneista sosiaalityöntekijöistä kolme tyyppiä, jotka olivat 1) *intrapsyykkisiin tekijöihin keskittyvät sosiaalityöntekijät* 2) *psyykkisiin kysymyksiin keskittyvät sosiaalityöntekijät, jotka hyödyntävät sosiaalista tietoa psyykkisten ongelmien käsittelyssä* ja 3) *sosiaaliin tekijöihin keskittyneet sosiaalityöntekijät, jotka käyttävät psykologista tietoa sosiaalisen muutoksen aikaansaamisessa*. Vaikka Buchbinderin ym. tutkimus ei kohdistunutkaan mielenterveys­sosiaalityöntekijöihin, se tarjoaa yleisemmän tason peilauspinnan luomalleni tyypittelylle. Buchbinderin ym. tyypittelyn *intrapsyykkisiin tekijöihin keskittyvät sosiaalityöntekijät* kuvasivat suhdettaan psykologiseen tietoon henkilökohtaiseksi ja jopa ”intiimiksi”.



Sen sijaan sosiaalinen tieto nähtiin kaukaiseksi ja sosiaaliset ongelmat niin laajoiksi, ettei niihin ole käytännössä mahdollista vaikuttaa. Tällä sosiaalityöntekijätyypillä on selkeä vastaavuus tämän tutkimuksen *terapeutin identiteetin omaksuneiden sosiaalityöntekijöiden ryhmään*, vaikka Buchbinderin ym. haastattelemat sosiaalityöntekijät eivät olleetkaan terapiakoulutettuja.

Toisella Buchbinderin ym. (2004) sosiaalityöntekijätyypillä, *psyykkisiin tekijöihin keskittyvät sosiaalityöntekijät, jotka hyödyntävät sosiaalista tietoa psyykkisten ongelmien käsittelyssä*, ei sen sijaan ole suoraa vastaavuutta tämän tutkimuksen tuottamassa tyypittelyssä. Buchbinderin ym. luoma sosiaalityöntekijätyyppi tulee kuitenkin lähimmäksi tämän tutkimuksen *ammattillisessa identiteettikriisissä olevia, terapiakoulutettuja sosiaalityöntekijöitä*, sillä myös Buchbinderin ym. tutkimuksen sosiaalityöntekijät tunnustivat psykologiseen tietoon perustuvan auttamisen työnsä keskeiseksi sisällöksi. Tämän tutkimuksen sosiaalityöntekijätyypeistä poiketen Buchbinderin ym. tyypittelyn sosiaalityöntekijät eivät kuitenkaan kokeneet sisäistä ristiriitaa ammatillisen itseymmärryksensä suhteen, vaikka sosiaalinen tieto näyttelikin heidän toiminnassaan vain avustavaa roolia.

*Sosiaaliin tekijöihin keskittyneet sosiaalityöntekijät, jotka käyttävät psykologista tietoa sosiaalisen muutoksen aikaansaamisessa* (Buchbinder ym. 2004) on yhteneväinen tämän tutkimuksen *sosiaalityön tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneiden* tyyppin kanssa. Molempien tyyppien toiminnassa sosiaalisella tiedolla on merkittävä rooli ja psykologiset työkalut on valjastettu sosiaalisen muutoksen aikaansaamiseen. Molemmat tyypit myös näkivät sosiaalityön asiakaskunnan ongelmien syntyperän olevan ennen kaikkea sosiaalinen, vaikka he tiedostivatkin psyykkisten tekijöiden olevan kiinteässä yhteydessä ongelmien syntyyn. Buchbinderin ym. tyyppin sosiaalityöntekijät kuitenkin korostivat *tapauskohtaiseen reflektioon sitoutuneita* sosiaalityöntekijöitä enemmän sosiaalityön asemaa osana laajempaa sosiaalista muutostyötä ja näkivät psykologisesti painottuneen työskentelyn petoksena sosiaalityön käsitteellisiä ja professionaalisia arvoja kohtaan. Näiltä osin Buchbinderin ym. kolmas sosiaalityöntekijätyyppi lähentyy merkittävästi tämän tutkimuksen *sosiaalityön konkreettisiin interventioihin sitoutuneiden* sosiaalityöntekijöiden ryhmää. Verrattaessa kokonaisuudessaan Buchbinderin ym. sosiaalityöntekijätyypittelyä tämän tutkimuksen tuottamaan tyypittelyyn, suurimpana erona näyttäytyy se, että Buchbinderin ym. tyypittelyssä kaikissa sosiaalityöntekijätyypeissä on vahvasti läsnä psykologinen tieto. Tämän tutkimuksen *konkreettisiin interventioihin sitoutuneiden* -tyypissä psykologinen tieto ei saanut minkäänlaista sijaa.

Psykiatrisen sosiaalityön itseymmärryksen kannalta on ongelmallista, ettei ammattikunnalla ole selkeää konsensusta työn lähtökohdista, funktiosta ja interventiomalleista. Valtaosa tähän tutkimukseen osallistuneista sosiaalityöntekijöistä katsoi terapeutin orientaation muodostavan lähtökohtaisen esteen psykiatrisen sosiaalityön yhtenäisen erityisasiantuntijuuden ja ammatillisen itseymmärryksen synnylle. Terapeutin orientaation keskeisestä roolista psykiatrisen sosiaalityön itseymmärrystä jakavana tekijänä kertoo se, että sekä terapiakoulutetut että ei-

terapiakoulutetut kuvasivat terapiatyöskentelyn ja sosiaalityön välisiä haasteita. Tutkimusaineistojeni perusteella kyseessä ei siis ollut vain ei-terapiakoulutettujen sosiaalityöntekijöiden terapiakielteen näkökulma, vaan ammattikuntaa yleisesti askarruttava ilmiö.

*”Taistelu omasta näkemyksestä, millaista sosiaalityötä tehdään psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Ristiriitaiset käsitykset sosiaalityöstä myös sosiaalityöntekijöiden keskuudessa.” (V1142)*

Terapeuttisen työorientaation koettiin vaikuttavan sosiaalityöntekijöiden ammatillisuutta väärin suhteisesti erityisesti avohoidossa, jossa ei usein ole riittävästi sosiaalityöntekijöitä suhteessa potilasmääriin. Avohoidossa monet poliklinikoiden ja erityistoimipisteiden, kuten päihde- ja riippuvuustyön yksiköiden sosiaalityöntekijät ovat kouluttautuneet erilaisiksi terapeuteiksi ja tekevät paljon terapiatyötä osin muun sosiaalityön kustannuksella. Ilmiöön on kiinnittänyt huomiota myös Antikainen-Juntunen (2005, 66–69), joka on tarkastellut sosiaalityön roolia psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Antikainen-Juntusen tutkimus osoitti, että hoidollinen työorientaatio näyttäytyy monelle sosiaalityöntekijälle haluttuna, arvostettuna ja siksi erittäin mieluisana. Antikainen-Juntusen tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät tiedostivat kuitenkin sosiaalityön ja hoitotyön yhdistämisen haasteet; hoitotyöhön vahvasti integroitu sosiaalityö johtaa usein tilanteeseen, jossa sosiaalityöntekijöiden työaika kuluu pääasiallisesti asiakkaiden hoitosuhteisiin, sosiaalityön tehtävien hoituessa ”siinä sivussa”. Tämä puolestaan voi johtaa sosiaalityön asian tuntijuuden ohenemiseen ja ammatillisen identiteetin häilyvyyteen.

Terapeuttinen työorientaatio ja sen lieveilmiöt pirstovat psykiatristen sosiaalityöntekijöiden ammatillista itseymmärrystä sekä sosiaalityöntekijöiden oman konkreettisen toiminnan että muiden ammattiryhmien odotusten muodossa. Erityisesti avohoidossa hoitotyö mielletään välttämättömäksi osaksi sosiaalityön toimenkuvaa (Antikainen-Juntunen 2005, 68). Tällöin terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät samaistuvat terapiakeskeisen toimintansa kautta helposti muuhun psykiatriseen hoitohenkilöstöön, jolloin myös muut ammattiryhmät osaltaan odottavat heidän tekevän niin. Seuraava, ei-terapiakoulutetun sosiaalityöntekijän sitaatti osoittaa, kuinka turhauttavana hän on kokenut moniammatillisessa työskentelyssä terapiatyöskentelyn ja sosiaalityön välisen rooliristiriidan.

*”Sitä pätevämpi ja monipuolisempi sosiaalityöntekijä, kun on terapiakoulutusta. Ja vastaavasti vaativampi tiimin jäsen, kun ei vaan sopeudu muiden mielipiteiden kuuntelijaksi intrapsyykkisiin kommervenkkeihin, vaan muistuttaa arjesta, asumisesta tai sen puutteista, rahasta, rakkaudesta, yksinäisyydestä, köyhyydestä. Kuka nyt sellaisesta ilonpilaajasta tiimissä tykkäisi?!” (V1374)*

Sosiaalityöntekijän voidaan tulkita olevan väsynyt tilanteeseen, jossa psykiatri-  
nen sosiaalityö on selkeästi jakautunut potilaan mielensisäisen problematiikan tar-  
kasteluun ja vastaavasti ulkoisen elämänhallinnan ongelmien käsittelyyn. Sosiaali-  
työntekijän mukaan muut ammattikunnat arvostavat ja kuuntelevat terapiakoulu-  
tetun sosiaalityöntekijän tulkintaa potilaan psyykkisestä tilanteesta, mutta puhtaas-  
ti sosiaaliseen alkuperään paikantuvien ongelmien esille tuominen aiheuttaa nega-  
tiivista vastakaikua. Muut ammattikunnat siis odottavat myös sosiaalityöntekijältä  
osallistumista varsinaiseen psykiatriseen hoitoprosessiin, jolloin sosiaalityöntekijän  
täysimääräinen jäsenyys tiimissä ansaitaan osin psykologis–psykiatrisen tietotaidon  
haltuunoton ja soveltamisen kautta.

Osa tutkimukseeni osallistuneista sosiaalityöntekijöistä piti kuitenkin terapia-  
työtä sosiaalityölle suotuisana takaporttina, jonka kautta sosiaalityöntekijän on hel-  
pompaa ottaa paikkansa työyhteisössä ja tehdä muutakin osaamistaan tunnetuksi.  
Tämän voidaan nähdä liittyvän Metterin (1996, 147) esiin nostamaan terveyden-  
huollon tietohierarkiaan, jossa lääke- ja luonnontieteellinen tieto ovat ylinnä, psyko-  
loginen tieto keskivaiheilla ja sosiaalinen tieto alimmaisena.

*”Asennoituminen ammattikuntaamme kohtaan on ollut riittämätöntä. Muut haluavat täällä määritellä mitä ja miten teemme mielenterveysosiaa-  
lityötä. Meidän kannattaisi ehkä pyrkiä lähestymään terapiatyön tekijöitä,  
jotta reitti paremmalle asenteelle avautuisi.” (V1289)*

Kaikki haastatellut terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät näkivät terapiaorientaa-  
tion luovan mahdollisuuksia sosiaalityön erityisasiantuntemuksen esiin nostamisel-  
le psykiatrian kontekstissa.

LL: *Millaisia hyötyjä tästä sun terapiakoulutuksesta on ollut työssä?*

H1: *No puhuttaessa tästä perheterapiakoulutuksesta ja perheterapeutin pä-  
tevyydestä niin kyllä se on tuonu sellasta varmuutta siihen työhön. ... Ja sit  
se on varmasti tuonu sellasta tiettyä asemaa tässä työryhmässä. Ja ehkä sit  
sillä lailla sitä asemaa, et se on vahvistanu mun asemaa paitsi perhetera-  
peuttina, mut myös sosiaalityöntekijänä tässä työryhmässä, mikä ei oo kyl  
ennenkään ollu mikään huono.*

Metteri (1992) on pohtinut terveydenhuollon sosiaalityöntekijään kohdistettuja  
osin ristiriitaisiakin rooliodotuksia. Hän toteaa, että erilaiset roolit ja niiden keski-  
näiset painotukset vaihtelevat huomattavasti niin työalueesta kuin asiakkaiden ong-  
elmistakin, riippuen. Sosiaalityöntekijän on tärkeää pyrkiä löytämään oma roolin-  
sa kunkin asiakastapauksen tulkinnan kautta. Yhteiskunnallisten asioiden asiantun-  
tijana sosiaalityöntekijällä on hallussaan palvelujärjestelmiä koskevaa tietotaitoa ja  
valmiuksia yhteistyöhön ja koordinointiin erilaisten ihmisten, näkemysten ja järjes-  
telmien välillä. Sosiaalityön vahvuusalueiksi muodostuvat tällöin yleisen sosiaali-

suuden ja yhteyksien ulottuvuudet, joiden huomioimisesta sosiaalityöntekijän on moniammatillisessa työskentelyssä tärkeää pitää huolta. Sosiaalityöntekijöiden on myös tärkeää pohtia, millaisiin muiden ammattikuntien taholta säilytettyihin rooliodotuksiin vastaaminen on sosiaalityön perustehtävän kannalta järkevää. (Metteri 1992, 21.)

*”Avohoidossa ei ole riittävästi psykiatrian poliklinikoilla sosiaalityöntekijöitä ja nekin vähät tekevät terapiatyötä ja varsinainen sosiaalityöntekijän työ potilaiden sosiaaliasioiden parissa jää usein hoitamatta.” (V1110)*

*”Poliklinikalla suuret potilasmäärät aiheuttavat sen, että sosiaalityöntekijä tekee pääasiassa terapeutista työtä.” (V1120)*

*”Sosiaalityöntekijän liika terapointityö hukuttaa varsinaisen sosiaalityön, joka vaatii jatkuvaa opiskelua pysyäkseen kirikkaana työntekijän mielessä.” (V1314)*

Sosiaalityön yleistä terapoitumista voidaan pitää ongelmallisena mielenterveys-sosiaalityön yhtenäisyyden kannalta. Työn painopistealueiden vaihdellessa työntekijäkohtaisesti rakenteellisesta muutostyöstä yksilöterapiaan, on psykiatriselle sosiaalityölle vaikeaa määritellä yhtenäisiä koordinaatteja. Jacobson (2001) muistuttaa, ettei yksilöterapia auta ratkaisemaan köyhyyden, sosiaalisen eriarvoisuuden ja murtuneen yhteisöllisyyden kaltaisia ongelmia, jotka ovat aina kuuluneet sosiaalityön keskeiseen tehtäväkenttään. Terapia aloitetaan, kun ongelma on jo määritelty, eikä terapia siksi yleensä sisällä sosiaalityössä perinteisesti keskeisenä pidettyä ennaltaehkäisevän työn näkökulmaa. (Jacobson 2001, 53; ks. myös Midgley 1981.) Terapia voi kuitenkin auttaa asiakasta ongelmallisen elämäntilanteensa psyykkisessä käsittelyssä ja näin myös ehkäistä ongelmien kumuloitumista.

Psykiatrisen sosiaalityön ammatillisen itseyttäytymisen muotoutumiseen vaikuttavat paitsi ammattikunnan sisäiset, myös esimiesten tai organisaation johdon osin ristiriitaiset näkemykset sosiaalityön perustehtävästä ja resurssien kohdentamisesta. Sosiaalityön työnkuva vaihtelee helposti toimipisteittäin, ja usein eri ammattikuntaa edustavan lähiesimiehen näkemys voi suunnata sosiaalityön painopistettä tietynlaisen osaamisen suuntaan.

*”Terapiakoulutusprosessi kasvatti työntekijänä ja ihmisenä, antoi uusia työskentelyvälineitä ja rohkeutta tarttua taas uudenlaisiin haasteisiin. Ristiriitaisuutta tilanteeseeni tuo se, että ylemmässä johdossa on ollut asennetta, että sosiaalityöntekijöiden pitäisi erikoissairaanhoidossa keskittyä perussosiaalityöhön, ei terapiatyöhön!” (V1270)*

*”Rajat ja sosiaalityöntekijän rooli on epäselvää sekä työryhmälle että sosiaalityöntekijälle. Työn sisältöä ja tehtäviä ei ole selvästi määritetty ja ohjeita ei ole.” (V1340)*

Terapeuttinen työorientaatio sitoo sosiaalityön osajärjestelmän kiinteästi psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoidolliseen perustehtävään. Samanaikaisesti se voi kuitenkin myös etäännyttää sosiaalityötä terveydenhuollon osajärjestelmien muodostamasta kokonaisuudesta. Kaikki mielenterveysosiaalityöntekijät eivät noudata terapeuttista orientaatiota, jolloin ammattikunnan sisäinen itseymmärrys on eräänlaisen hajaannuksen tilassa. Tällöin sosiaalityön paikka ja rooli toiminnan kokonaisuudessa eivät ole yksiselitteisiä ja selkeitä. Parhaimmillaan terapeuttinen orientaatio voi vahvistaa mielenterveysosiaalityön holistista luonnetta, joka suuntaa huomion myös rakenteellisten epäkohtien yksilöille ja perheille aiheuttamiin stressitekijöihin. Kolikon käänttöpuolena terapeuttinen orientaatio voi kuitenkin aiheuttaa ammattikunnan sisäistä vastakkainasettelua, jossa yksittäiset sosiaalityöntekijät kieltäytyvät näkemästä toisin toimimisessa piileviä mahdollisuuksia, joka puolestaan muodostaa esteen asiakkaan tarvitseman kokonaisvaltaisen tuen toteutumiseksi.

# 9 TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO PROFESSIONAALISENA RAJASYSTEEMINÄ

## 9.1 ERIKOISSAIRAANHOIDON TOIMINTAKULTTUURISET TEKIJÄT

Yksittäisten sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisten arvostusten ja orientaatioiden ohella myös mielenterveysosiaalityön toimintaympäristöön ja sen yhteiskunnallisiin toimintaedellytyksiin kiinnittyvät tekijät vaikuttavat välillisesti psykiatrisen sosiaalityön itseymmärryksen muotoutumiseen. Tässä luvussa tarkastelen näitä, aineistoissa esiin nousseita, sosiaalityön osajärjestelmää laajempia toimintakulttuurisia tekijöitä. Luvun lopussa kuvannan sosiaalityön terapeutin orientaation professionaalisen rajajärjestelmän. Luhmannin (1982; 1995; 2004) teoretisointeihin pohjautuen näen sosiaalityön muodostavan psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintakontekstiin oman toiminnallisen osajärjestelmänsä, joka luo erityisasiantuntijuus-alueen ja siten rakentaa sisäistä itseymmärrystä suhteessa toimintaympäristönsä nousseisiin ärsykkeisiin, niihin reagoimalla eli resonoiden.

### **Moniammatillisuuden rakentuminen hierarkkisessa toimintaympäristössä**

Hoidollisessa toimintakontekstissa päätöksenteko perustuu ensisijaisesti lääketieteeseen ja toiminta on lääkärihoitoista. Professionaalisten osajärjestelmien tasolla vahvaksi professioksi määritelty lääketiede on autonominen ja määrittelee asemansa itsenäisesti. Samalla lääketieteen edustajilla on usein valta määrittellä millaisen painoarvon lääketieteen ulkopuoliset osajärjestelmät ja heidän erityisasiantuntijuuksensa saavat hoidon kokonaisuudessa. Sairauteen ja sairastamiseen liittyvät sosiaaliset ja psyykkiset ulottuvuudet on perinteisesti nähty sekundaarisiksi, mikä on heijastunut suoraan terveysosiaalityön asemaan. Sosiaalityön on usein ollut melko vaikeaa saada itsenäistä jalansijaa muuten kuin diagnostiikkaa ja hoitoa avustavana toimintana. (Ks. esim. Frankenhaeuser 2014; Lehtinen, 1986, 91; Raunio 2009, 54–55.) Terveysosiaalityötä on määrittänyt erityisesti kaksi seikkaa; hyväksynnän saaminen muilta ammattiryhmiltä sekä hoito-organisaation yleinen toimintaideologia.

*”Perinteiset lääkärit pitävät muita työntekijöitä omina apureinaan, jolloin helposti käy niin, että oireitten penkominen, lääkitys ja diagnoosi eli sairausnäkökulma on se näkyvoin.” (V1135)*

Hierarkisuus ja eri ammattikuntien erilaiset professionaalistumisen asteet ovat kiistämätön osa terveydenhuollon organisaatioita. Ne korostuivat myös tämän tutkimuksen aineistoissa, vaikka monet vastaajista uskoivatkin hierarkiaan kiinnittyvien haasteiden olevan vahvemmin läsnä somaattisessa terveydenhuollossa. Eräs vastaajista näki sosiaalityön arvostuksen näkyvän jo ammatillisissa statussymboleissa; hänen organisaatiossaan sosiaalityöntekijöillä on valkoiset nimikyltit. Triviaalilta tuntuva seikka saa merkityksensä terveydenhuollon ammattien koulutuspohjan historiallisen tarkastelun kautta. Aiemman opistotasaisen koulutuksen saaneiden hoitajien nimikyltit ovat valkoiset, kun taas akateemisen koulutuksen läpikäyneiden ammattiryhmien, kuten lääkäreiden, psykologien ja sairaalapastorien kyltit ovat mustapohjaiset. Vaikka sosiaalityöntekijöiden akateeminen koulutus aloitettiin jo vuonna 1984, voivat terveysosiaalityöntekijät kantaa edelleen alemman koulutustaustan ilmentimiä.

Kaikissa terveydenhuollon yksiköissä on omanlaisensa toimintakulttuuri, jota myös erityistyöntekijöiden on tärkeää ymmärtää. Terveydenhuollon ammattikunnilla on omat, jo ammattien kehityshistoriasta juontuvat sääntönsä ja velvollisuutensa, joiden huomioiminen kuuluu yleiseen ammatilliseen kohteliaisuuteen. Työyksikön normien, sääntöjen ja julkikirjoittamattoman etiketin tunteminen on tärkeää moniammatillisten yhteistyösuhteiden luomisen ja ylläpidon kannalta. (Stevenson & Unwin 1990, 39.) Toisten kunnioitus ja pyrkimys avoimeen dialogiin ovat edellytyksiä toimivalle moniammatilliselle yhteistyölle.

Tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät mielsivät itsensä poikkeuksesta erityisammattiryhmäksi, jota määrittää erityisosaaminen. Samanaikaisesti kokemukset muiden ammattikuntien suhtautumisesta sosiaalityötä kohtaan vahvistivat kuitenkin yleisesti vallalla olevaa käsitystä sosiaalityön semiprofessionaalista asemasta. Suuri osa vastaajista kertoi kokeneensa, että mielenterveytyössä kaikkien ammattiryhmien katsotaan yleisesti tekevän "sosiaalista työtä", jolloin sosiaalityöntekijän voi olla vaikeaa löytää omaa rooliaan moniammatillisessa työskentelyssä. Sosiaalityöntekijöiden kirjoitelmia määrittäjä näkemys kunkin ammattiryhmän omasta, selkeästä ja vahvasta identiteetistä aidon moniammatillisuuden perustana. Hieman paradoksaalisesti toimiva moniammatillisuus näyttäisikin vaativan kunkin asiantuntijan oman perustehtävän vahvaa hallintaa, eli "yksiammatillisuutta", ennen kuin ammatillisten rajojen luova ylittäminen on mahdollista ilman roolipäselvyyksiä.

*"Sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntämisessä ei ole ongelmia, edellyttäen että sosiaalityöntekijällä on selkeä ammatti-identiteetti eikä mene mukaan siihen ajatukseen, että kaikki voivat tehdä kaikkea." (V1104)*

Oman roolin löytämisen vaikeus moniammatillisessa toimintaympäristössä liittyy vastaajien mukaan erityisesti siihen, etteivät muut ammattikunnat usein tiedä

mitä sosiaalityön erityisasiantuntijuus on ja mihin se perustuu. Asenteelliset tekijät näyttelevätkin moniammatillisuuden rakentumisessa suurta roolia.

*”Opetussairaalassa työskennellessäni olen tämän kolme vuotta ihmetellyt terveydenhuollon opiskelijoiden huonoa yhteiskunnallista tietämystä ja varsinkin sitä, että heitä ei edes kiinnosta tietää mitä sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuuluu!” (V1080)*

*”Ei täällä ymmärretä, että kaikki vaikuttaa kaikkeen. Jos vettä täynnä olevasta muovipussista tukitaan vain sooman ja psyyken rei’ät, mutta jätetään sosiaalisen aiheuttama reikä avoimeksi, niin...” (V1200)*

*”Vanhat työkalut, lääkäreiden käsittämätön jumaluus-tulkinta omasta ammattiroolistaan, työuupuneet sairaanhoitajat, jotka eivät tiedä mitään sosiaalityöstä, mutta haluavat määritellä sitä. Sosionomien sosiaalityön osaaminen heikkoa, joutuu opettamaan heille sosiaalityötä samalla kun pehdyttää työn yksityiskohtiin.” (V1377)*

Luhmann (2004) näkee kommunikaation sosiaalisten systeemien perustana. Kommunikaatio on väline, jolla systeemit voivat ylläpitää ja vahvistaa itseään. Se on paitsi systeemien välinen, myös sisäinen ilmiö. Jalansijan saaminen moniammatillisessa työssä edellyttää aidosti dialogista keskusteluyhteyttä muihin ammattikuntiin. Toisaalta ammattikunnan jäsenten keskinäinen kommunikaatio antaa mahdollisuuden ammatin perustehtävää koskevaan reflektioon, jota voidaan pitää perusedellytyksenä yhtenäisen ammatillisen itseymmärryksen synnylle ja vahvistumiselle. Mielenterveysosiaalityön itseorganisoitumisen näkökulmasta onkin haastavaa, että suuri osa sosiaalityöntekijöistä työskentelee työyhteisönsä tai toimipisteensä ainoana ammattikuntansa edustajana, jolloin heillä ei ole mahdollisuutta ammatillista itseymmärrystään vahvistavaan kollegiaaliseen tukeen. Osastonsa, poliklinikkansa tai jopa sairaalansa ainoilta sosiaalityöntekijöiltä vaaditaan erityistä vahvuutta ja aktiivisuutta erityisasiantuntijuutensa osoittamisessa.

*”Sosiaalityö on niin erityistä, että varsinkin hoitohenkilökunnan on vaikea mieltää mitä kuuluu sosiaalityöntekijän toimenkuvaan. Tämä vaatii sosiaalityöntekijältä jatkuvaa potilaiden asioiden seurantaa ja heidän potilastietojensa lukemista ja aikataulun puitteissa myös haastattelemista. Itse olen sairaalani ainoa sosiaalityöntekijä. Joskus koen, että minulta vaaditaan kohtuuttomasti työskentelyä ja vaikuttamista sosiaalityön näkökulman esille tuomiseen, sillä hoidollinen kulttuuri on niin vahva.” (V1189)*

Ihmisten jokapäiväistä selviytymistä koskettavaa työtä on usein väheksytty, koska kenen tahansa katsotaan suoriutuvan näistä tehtävistä. Arkielämän sujuvuut-



ta ylläpitävä toiminta on kuitenkin ammatillisesti tuotettua ja sosiaalityöntekijät soveltavat työssään ammattimaisesti maallikkomaista otetta. Tällöin sosiaalityön ammattitaito on arjen itsestäänselvyyksien ylittämistä ja sen moniulotteisuuden hahmottamista, arjen kantavan voiman osoittamista ja tukemista sekä pirstoutuneen elämän eheyttämistä. (Aho 1999, 331.) Arjen uusintamisen kysymyksissä sosiaalityöntekijä voi olla moniammatillisessa työskentelyssä ainoa potilaan tilannetta ”tässä ja nyt” tarkasteleva ammattilainen. Erikoissairaanhoidon sosiaalityö on myös Lindenin (1999, 96) tutkimuksen mukaan ennen kaikkea arkielämän asiantuntijuutta: potilaan neuvomista, auttamista ja tukemista sairauden aiheuttamissa jokapäiväisen elämän ongelmissa.

*”Muulta henkilökunnalta saattaa unohtua kuinka tärkeää on se, että elämisen perusasiat ovat kunnossa; asuminen, säännöllinen toimeentulo ja niin edelleen.” (V1079)*

Mönkkönen (2002, 14) on käyttänyt käsitettä vuorovaikutusorientaatio, jolla hän tarkoittaa vakiintuneita, vuorovaikutteista asiakastyötä ohjaavia toimintatapoja. Vuorovaikutusorientaatiot eivät ole pysyviä toimintamalleja, vaan muovautuvat kulttuurisesti niin, että joistakin orientaatioista voi tietynä aikana tulla hallitsevampia kuin toisista. Vaininen (2011) on väitöstutkimuksessaan tarkastellut ammatillisten toimintaroolien mukauttamista. Vainisen tutkimus osoitti, että sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijät laajentavat tai supistavat sosiaaliseen osaamiseen kiinnittyviä toimintarolejaan sen mukaan millaisissa toimintaympäristöissä, työnjaollisissa yhteistyösuhteissa tai minkä ammattiryhmän kanssa he toimivat. Mikäli jo sosiaalihuollon alaisuudessa toimivat sosiaalityöntekijät mukauttavat toimintaansa oleellisesti suhteessa muihin ammattiryhmiin, voi sosiaalinen asiantuntijuus terveydenhuollon hierarkkisessa toimintaympäristössä helposti jäädä alisteiseen asemaan elleivät sosiaalityön itseymmärrys ja -arvostus ole riittävän vahvalla pohjalla. Mielenterveytyön kontekstissa voi olla hierarkkisiin valtarakenteisiin pohjautuvia omalakisista vuorovaikutuskulttuureita, joihin eri ammattiryhmien edustajat sosiaalistuvat niin vahvasti, ettei niiden kyseenalaistamista nähdä enää edes mahdollisena.

## **Medikalisaatio**

Medikalisaatiolla tarkoitetaan länsimaisille yhteiskunnille tyypillistä lääketieteen ja lääkärintoimen arvovallan kasvua, joka johtaa lääketiedevetoiseen ongelmien määrittelytapaan sekä terveyden ja sairauden leiman liittämiseen yhä useampiin arkipäiväisiin ilmiöihin (ks. esim. Conrad 1992; Illich 1976; Lahelma 2003; Tuomainen ym. 1999; Niiniluoto 2003; Zola 1972). Rauhala (2002, 323) kutsuu medikalisaatiota kulttuuriseksi vääristymäksi ja toteaa sen esiintyvän karkeimmillaan psykiatriassa,

jossa lääketieteen piiriin suljetaan inhimillisiä ongelmia, joiden korjaaminen ei onnistu biotieteellisen mallin mukaisesti. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kohdataan potilaita, joiden psyykkisen oireilun taustalla vaikuttavat esimerkiksi pitkittyneen työttömyyden, talousvaikeuksien, yksinäisyyden ja päihteidenkäytön aiheuttamat arvottomuuden ja toiseuden tunteet. Näiden ongelmien syntyperä on vahvasti sosiaalinen, jolloin mielenterveysongelmien hoidolta edellytetään vahvaa kiinnittymistä myös sosiaaliseen ulottuvuuteen. Monet pitkän työuran tehneet psykiatriset sosiaalityöntekijät toivat esiin huolensa psykiatrian ja yleisemmin myös koko terveydenhuollon aiempaa voimakkaammasta medikalisoitumisesta. Sosiaalityöntekijät kokivat, että osa sosiaalisista ongelmista on muuttunut näkymättömäksi, koska aiemmin sosiaalisiksi luonnehditut ongelmat määritellään nykyisin puhtaasti biolääketieteen viitekehyksestä käsin. Esimerkiksi sosiaalista toimintakykyä kaventava ujous määritellään usein psyykkisen problematiikan osoittimeksi eikä sitä haluta nähdä yksilön persoonallisuudenpiirteistä juontuvaksi, luonnolliseksi reagoitavaksi. Sosiaaliset tekijät eivät myöskään ole riittäviä ja hyväksyttäviä syitä psyykkiselle oireilulle, vaan sille pyritään löytämään lääketieteellisesti osoitettavissa oleva aivoperäinen syy, jota voidaan hoitaa farmakologisesti. Terveydenhuollon tehokkuusvaatimukset haastavat sosiaalisten näkökohtien aikaa vievän pohdinnan ja ongelmiin pyritään löytämään nopea ja kustannustehokas ratkaisu lääkityksestä.

*”Sosiaalityön asiantuntemus jää helposti marginaaliin, kun yheksänkytöis prosenttia työyhteisöstä ajattelee päänsisäisiä eivätkä ole valmiita katsomaan tilannetta laajasti. Hoitotieteellä putkinäköisyyttä; edetään tarvittavien lääkkeiden ja hoitotoimenpiteiden ketjussa, jää näkemättä ihmisen psyyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, joka on sosiaalityölle ominta.” (V1006)*

*”Terveydenhuolto on lääketieteellistynyt. Sosiaalisia ongelmia ei nähdä, koska nekin määritellään lääketieteen tai psykologian kautta. Monet psyykkisten häiriöiden syyt, rinnakkais- ja seurannaisvaikutukset jäävät huomiotta silloin kun ne ovat sosiaalisia. Aivosairaus-ajattelu on valta-asemassa. Tehokkuusvaatimukset johtavat nopeusvaatimuksen korostumiseen ja silloin moniammatillinen tiimityö nähdään liian hitaana. Ihmisten kanssakäymiseen liittyvät ongelmat ovat monimutkaisia ja niiden selvittely hidasta.” (V1235)*

Myös Frankenhaeuser (2014) näkee psykiatrisessa ajattelussa vallitsevan tulkin-tatavan, jonka mukaan psyykkiset ongelmat ovat seurausta aivotoiminnan häiriöistä. Tällöin sosiaalityön mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan olosuhteisiin voivat jäädä marginaaliseksi niin akuuttiosastoilla kuin avohoidonkin toimipisteissä. Potilaan mahdollisuus saada apua sosiaaliin ja taloudellisiin ongelmiinsa voi usein riippua siitä, osaavatko kliiniseen hoitohenkilökuntaan kuuluvat kysyä oikeita ky-

symyksiä hänen elämänolosuhteistaan ja ulottuuko hoitohenkilökunnan ymmärrys psyykkisistä ongelmista diagnoosia pitemmälle. (Frankenhaeuser 2014, 69–70.) Wallsin (1990) mukaan erikoistuneisiin asiantuntijuuksiin liittyy ongelmien medikalisoitumisen vaara, jolloin tarkasteltavasta ongelmasta havaitaan vain sen oireta-so, ja ongelman suhde laajempaan yhteiskunnalliseen kehykseen hämärtyy tai katoaa kokonaan. Työn kohteeksi voidaan määritellä vain ongelman kantaja, eikä itse ongelmaa tarkastella riittävän analyttisesti, jolloin menetetään myös mahdollisuus ongelmien ennaltaehkäisyyn. Asiantuntijatyön tiedonmuodostuksen olisi tärkeää ulottua varsinaisten ongelmien juurisyyhin saakka. (Walls 1990, 29–38.) Medikalisaatio kiinnittyy myös terveydenhuollon hallinnollisiin kysymyksiin. Lämsä (2013) on havainnut sairaalaosaston potiluu-tta käsitelleessä väitöskirjassaan lääketieteen edustajien tekemän potilaan kotiuttamista koskevat päätökset usein tilanteessa, jossa potilaan kokonaistilanteen rinnalla vaikuttaa merkittävästi vaatimus hoitojonon nopeasta purusta.

Metteri (1994) on kritisoinut medikalisaatioon keskeisesti liittyvää piiriontologiaa, jossa terveydenhuollon eri toimijat tarkastelevat potilaan tilannetta vain oman tieteenalansa piirissä tunnustetuista lähtökohdista käsin. Hän käyttää esimerkkinä eläkehakemusten hylkäyspäätöksiä, joissa potilaan vaivoja ei nähdä arkisen selviytymisen ja työ- ja elämäntilanteen merkityskokonaisuudessa. Hyväksytyksi tulevat ainoastaan kvantitatiivisten lääketieteellisten mittausten ja diagnosoinnin yhteydessä saadut tiedot. Tämä muodostuu ongelmaksi erityisesti monisairaille potilaille, joiden työelämäselviytyminen ei paikannu vain yksittäisiin, toisistaan irrallisiin muuttujiin, vaan on ymmärrettävissä vain suhteessa yksilön koko elämäntilanteeseen. Mikäli potilaan tilannetta ei eritellä ontologisesti oikein, puutteita tarkastelutavoissa ei edes havaita. Tällöin potilas ongelmineen voi muuttua näkymättömäksi ja pahimmassa tapauksessa pudota järjestelmien väliin. (Metteri 1994.)

Medikalisaatio ilmenee paitsi yksittäisen potilaan, myös koko hoitojärjestelmän tasolla. Hämäläinen ja Metteri (2011, 135) käyttävät mielenterveysongelmien lääketieteellistymisen esimerkkinä pirkanmaalaista mielenterveyspolitiikkaa, jonka mukaan esimerkiksi asumiseen ja työhön liittyvät kysymykset eivät kuulu erikoissairaanhoidon toimintakenttään, jolloin ne on ulkoistettu muiden viranomaisten vastuulle. Mielenterveyspalveluissa keskitytään puhtaasti kliiniseen hoitoon, jolloin kokonaisvaltainen kuntoutusnäkökulma on usein jäänyt selkiintymättömäksi ja kehittyttömäksi (Wahlbeck 2007, 88). Sosiaalisen näkökulman syrjäytyminen tai sen uhka mielenterveystyössä ei ole pelkästään suomalaisen psykiatrian erityispiirre, vaan ilmiötä on tarkasteltu myös kansainvälisesti (ks. esim. Huxley ym. 2005; Jones ym. 2006; Nathan & Webber 2010).

Medikalisaatiota koskeva keskustelu ei rajoitu vain psykiatrian erikoisalaan, vaan on olennainen koko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä uudistusta koskevissa keskusteluissa sosiaalihuollon henkilöstön erityinen huoli on liittynyt tapaan, jolla ihmisen elämänskaareen sijoittuvat ilmiöt lääketieteellistyvät entistä voimakkaammin ja ongelmat pyritään rat-

kaisemaan ensisijaisesti lääketieteellisin keinoin, jolloin terveydenhuolto jyrää sosiaalipalveluiden näkökulman. (Markkanen & Puro 2011, 16.) Medikalisaatioon kiinnittyen onkin tärkeää pohtia, missä määrin eri ammattikuntien etuja ajetaan neutraalin asiantuntemuksen nimissä, miten yksilön itsemäärääminen on alisteinen asiantuntijavallalle ja milloin instituutioiden toiminnalla on suoranaisia poliittisia vaikutuksia (Lahelma 2003, 1867). Medikalisaatioon ilmiönä on tärkeää suhtautua kriittisesti. Keskusteluissa on kuitenkin olennaista muistaa, että myös terveydenhuollon asiakkaat osin ruokkivat itse medikalisaatiota hakiessaan apua terveydenhuollosta, vaikka ongelmien juurisyyt paikantuisivatkin sosiaalisen alueelle (Sobel 1995).

Kokeneiden sosiaalityöntekijöiden kuvaukset medikalisaation kiihtymisestä kuvastavat myös tapaa, jolla koko yhteiskunta on muuttunut aiempaa nopeatempoisemmaksi ja suorituskeskeisemmäksi, joka puolestaan synnyttää uudenlaisia ongelmia ja ongelmanmäärittelyjä. Sosiaalityöntekijöiden kuvaukset työnsä lähtökohtien ja toimintaedellytysten muuttumisesta tekevät näkyväksi myös yhteiskunnallisen arvomaailman kovenemisen. Medikalisaatiolla ja sen lieveilmiöillä on mielen-terveysosiaalityöhön sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia. Terapiassa on aina kyse hoidosta, johon yleensä kytketään myös lääkitys. Mielen-terveysongelmien korostunut lääketieteellinen tulkintatapa jättää sosiaalisen asiantuntemuksen vähemmälle huomiolle, jolloin sosiaalityöntekijä voi nähdä terapiakoulutuksen houkuttelevana väylänä oman ammatillisen statuksensa turvaamiseen. Medikalisaation kritiikki edellyttää sosiaalityöntekijöiltä vahvaa ammatillista itsetuntoa ja sosiaalisen painoarvon aktiivista vaalimista.

## **Hoitotyön kokonaisvaltaistuminen**

Monet kyselyn vastaajista ilmaisivat huolensa hoitotyön kokonaisvaltaistumisesta mielen-terveysosiaalityön kannalta. Yleistyneestä holistisesta työotteesta huolimatta hoito- ja sosiaalityön lähtökohdat eroavat toisistaan merkittävästi: hoitotyön keskittyessä kärsimystä lievittävään hoitoon, sosiaalityö huomioi myös kärsimyksen yhteiskunnallista taustaa ja pyrkii vaikuttamaan siihen (Vuolanto ym. 2015, 297). Vaikka sosiaalityöntekijät kokivatkin sosiaalisten näkökohtien huomioimisen hoitotyössä pääasiassa positiivisena, käytännössä hoitotyön kokonaisvaltaisuuden ideaali on johtanut osin siihen, että hoitajat huolehtivat kaikista potilaan asioista. Sosiaalityöntekijöiden kokemusten mukaan potilaan omahoitajasta ja hänen aktiivisuudesta riippuu missä määrin ja millaisissa asioissa sosiaalityöntekijää ylipäänsä konsultoidaan. Tällöin määrittelyvastuu potilaan sosiaalityön tarpeesta ei enää ole sosiaalityön ammattilaisella. Vaikka hoitajilla voikin olla hyvät perustiedot esimerkiksi sosiaalietuuksista, on sosiaalityöntekijöillä hallussaan kokonaisnäkemys sosiaalialan palvelukentästä ja työtä raamittavasta lainsäädännöstä. Sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta hoitohenkilökunnan toimialueen laajeneminen voi tarkoittaa

taa ulkoapäin ohjautuvuuden tunteiden vahvistumista ja sosiaalityön toimintapotentiaalin kaventumista. Näiden tekijöiden on todettu olevan merkittäviä altistajia sekä työstä vieraantumiselle että työuupumukselle (ks. esim. Ponteva 2009).

*"Kaikki potilaat eivät automaattisesti käy sosiaalityöntekijän vastaanotolla. Omahoitajasta riippuu, miten aktiivisesti esimerkiksi tuo potilaan asioita tiimille, jolloin on mahdollisuus saada sosiaalityöntekijän tietämys hyödynetyksi." (V1039)*

*"On tiimejä, joissa hoitajat ottavat liian kokonaisvaltaisen otteen ja alkavat mestaroida muiden ammattikuntien alueella osaamatta hyödyntää moniammatillisuutta. ... Jokainen työntekijä hoitaa omia potilaitaan viemättä niitä yhteiseen mietintään niin, että sosiaalityöntekijäkin pääsisi vaikuttamaan." (V1112)*

*"Käsitys, että kaikkihan tekevät sosiaalityötä, on vallalla psykiatriassa. En käsitä miksi ajatellaan esimerkiksi psykiatrin olevan automaattisesti myös sosiaalityön asiantuntija vain korkean koulutuksensa perusteella." (V1307)*

Sosiaalityön terapeuttinen orientaatio on erityisen vahva psykiatrisessa avohoidossa ja polikliinisissä toimipisteissä, joissa myös sosiaalityöntekijät omaksuvat helposti yleisen hoidollisen paradigman. Ekologisessa kommunikaatioteoriassaan Luhmann (2004) näkee kommunikaation näyttäytyvän funktiojärjestelmän ulkopuolelle "hälynä ja häiriönä", joka muuttuu varsinaiseksi informaatioksi vasta kun toinen osajärjestelmä on jo muuttanut omaa toimintaansa havaitsemiinsa häiriöihin nähden. Luhmannin jäsenitys tarjoaa yhden mahdollisen tulkintatavan psykiatrisen sosiaalityön ja hoitotyön välisen suhteen jäsentämiseen. Jos sosiaalityöntekijät mukautuvat yleisen terapeuttisen työn valtavirtaan, jäävät aiemmin sosiaalityön toimenkuvaan sisältyneet tehtävät osin hoitamatta. Tällöin 'sosiaalisesta' voi tulla professionaalisen uusjaon kohde ja hoitotyöntekijät saavat mahdollisuuden reagoida havaitsemaansa sosiaalityön sisäiseen häiriötilaan sisällyttämällä työhönsä aiemmin sosiaalityöhön kuuluneita tehtäviä, kuten palvelutarpeen arvioita. Luhmannilaisittain tarkasteltuna tämä on välttämätöntä hoito-organisaation kokonaisuus-toimivuuden kannalta; jonkun osajärjestelmän on aina huolehdittava systeemin kannalta olennaisista tehtävistä. Näiden ammattikuntien välisten systeemisten räjähkäntien tiedostaminen on tärkeää suunniteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistusta, jossa tavoitteena on palvelujen maksimaalinen integrointi.

Hoitotyön kokonaisvaltaistumisen ohella valtaosaa kyselyn vastaajista askarrutti sosiaalityön tehtäväkenttään perinteisesti kuuluneiden tehtävien pirstominen uusille työntekijäryhmille, kuten kuntoutusohjaajille ja perhetyöntekijöille. Psykiatrisen sosiaalityön itseymmärryksen näkökulmasta on tärkeää pohtia, mitkä tehtävät

muodostavat tulevaisuudessa työn perustan, mikäli kuntoutusasioita hoitavat kuntoutusohjaajat, perheen ja arkielämän kysymyksiä tarkastelevat perhetyöntekijät ja sosiaaliturva-asioissa potilaita ohjaavat hoitajat. Jääkö sosiaalityöntekijöille muuta vaihtoehtoa kuin koulututtautua erilaisiksi terapeuteiksi ja ansaita ammatillinen kompetenssinsa hoidollisella terapiatyöllä?

*”Nyt kun aletaan vähitellen huomata sosiaalityön kannalta tärkeitä asioita, se johtaa siihen, että halutaan uusia työntekijäryhmiä eikä suinkaan lisää sosiaalityön resursseja. Uusilla työntekijäryhmillä tarkoitan kuntoutusohjaajia, osastoilla kiertäviä perheterapeutteja ja perhetyöntekijöitä. Itselleni on herännyt huoli, miten käy sosiaalityön, jos siihen kuuluvia elementtejä pirstotaan aina vain uusille työntekijäryhmille?” (V1028)*

Asiantuntijuuskokemuksen rakentumista tutkinut Isopahkala-Bouret (2008, 84) toteaa sosiaalisen tunnustuksen saamisen omalle työlle edellyttävän suostumista toimintakontekstin asettamiin asiantuntijamaisen toiminnan ehtoihin ja lainalaisuuksiin. Voidaankin kysyä, edellyttääkö hoidollisessa kontekstissa toimiminen sosiaalityöntekijöiltä hoidollisen viitekehyksen omaksumista sosiaalisen näkökulman kustannuksella? Tuleeko sosiaalityön erityisasiantuntijuus terveydenhuollon osajärjestelmien kokonaisuudessa osin paradoksaalisesti näkyväksi vain, jos se kiinnittyy riittävästi hoidolliseen viitekehykseen?

Mielenterveyssoisialityön roolia ja metodiperustaa koskevaa kädenvääntöä käydään globaalisti, erilaisissa hyvinvointivaltiomalleissa ja palvelujärjestelmissä. McCrae ym. (2004) ovat tutkineet englantilaisten sosiaalityön esimiesten ja akateemisten opettajien näkemyksiä mielenterveyssoisialityön perustehtävästä. Heidän tutkimuksensa osoitti, että keskustelua määrittää huomattava ammattikunnan sisäinen epäselvyys. Ammatillisten esimiesten näkemykset mielenterveyssoisialityön roolista voitiin McCraen ym. mukaan jakaa kolmeen luokkaan: *perinteiseen* (traditionalist), *valikoivaan* (eclecticist) ja *yleiseen* (genericist). *Perinteisen* näkemyksen mukaan mielenterveyssoisialityö nojaa sosiologiseen traditioon, jolloin sosiaalityön tehtävänä on voimauttaa asiakaskuntaansa ja ajaa heidän sosiaalisia oikeuksiaan yhteistyössä muiden toimijoiden ja julkisen sektorin kanssa. *Valikoivan* näkemyksen mukaan sosiaalityön tulisi osallistua aktiivisesti moniammatilliseen työskentelyyn ja pyrkiä madaltamaan työtehtävien raja-aitoja suhteessa muihin mielenterveyssoisialityön toimijoihin. *Yleisen* näkemyksen mukaan sosiaalityön tulee puolestaan häivyttää rajat muihin ammattikuntiin siinä määrin kuin se lain mukaan on mahdollista ja pyrkiä toimimaan yleisenä mielenterveystyön toimijatahona. Sosiaalityön perusfunktiota koskeva hämmennys synnyttää perustellun huolen sosiaalisen näkökulman katoamisesta mielenterveystyössä, jonka vuoksi sosiaalityön olisi aiempaa tärkeämpää kytkeytyä juuri sosiaaliseen – ei lääketieteelliseen osaamiseen. (McCrae ym. 2004, 311–317.) Myös Brown ym. (2000) ovat huolissaan mielenterveystyössä ilmenevästä ”hiipivästä yleisyydestä”, jolla he tarkoittavat yksittäisten

ammattikuntien erityispiirteiden ja identiteettien hiipumista moniammatillisessa työskentelyssä. Erityisessä riskiryhmässä identiteetin pysyvyyden suhteen ovat sosiaalityöntekijät, koska heidän koulutuksensa ja tyypillinen toimintaympäristönsä ei lähtökohtaisesti ole hoidollinen, toisin kuin lääkäreillä, sairaanhoitajilla ja psykologeilla. (Brown ym. 2000.) Jones ym. (2006, 12) sen sijaan näkevät englantilaisten mielenterveyspalveluiden perustuvan tulevaisuudessa laajaan integraatioon, ammatillisten rajojen hämärtymiseen ja yleisen mielenterveystyön orientaation nousuun.

Lloyd ym. (2004) ovat tutkineet australialaisten mielenterveysosiaalityöntekijöiden ja toimintaterapeuttien työorientaatioita ja havainneet molempien ammattikuntien toimivan usein yleisen mielenterveystyön eikä niinkään ammattikohtaisen erityisasiantuntijuuden pohjalta. Tämä tulisi huomioida myös alojen koulutuksessa; erityisalakohortin osaamisen lisäksi mielenterveystyö edellyttää tekijöiltään laajaa yleisten työskentelytapojen hallintaa. (Lloyd ym. 2004, 123–124.) Myös Aviram (2002, 627) on kiinnittänyt huomiota mielenterveysosiaalityöntekijöiden tasapainotteluun sosiaalityön oman erityisen ja mielenterveystyön yleisen tehtäväkentän välillä ja uskoo tämän olevan seurausta sosiaalityön alistaisesta roolista terveydenhuollon hierarkiassa.

Ammattikuntien laajentumispyrkimykset toiselle ammattiryhmälle aiemmin kuuluneille asiantuntijuusalueille synnyttävät rooliepäselvyyksiä ja voivat vaikeuttaa moniammatillista työskentelyä. Sairaalan sosiaalityötä jo 1990-luvun alkupuolella tutkinut Tulppo (1991, 74) näki tuolloin hoitotieteen kokonaisvaltaistumisen sosiaalityön näkökulmasta myönteiseksi trendiksi. Tulppo uskoi, että hoitohenkilöstön kokonaisvaltaisemman vastuunoton myötä sosiaalityöntekijöiden on mahdollista keskittyä monimutkaisempien ongelmavyhtien selvittelyyn, mikä puolestaan vähentäisi sosiaalityöntekijöiden vastuulle tulevia rutiininomaisia tehtäviä ja vahvistaisi sosiaalityön erityisasiantuntijuutta. Tämän tutkimuksen perusteella hoitotieteen ekspansio on kuitenkin johtanut toisenlaisiin kehityskulkuihin ja sosiaalityön voidaan MacDonaldia (1991) mukaillen nähdä paradoksaalisesti kärsineen menestyksestään. Muiden ammattiryhmien omaksuessa sosiaalityölle ominaisen arvopohjan ja potilaan tilanteen kokonaisvaltaisen tarkastelun, sosiaalityölle aiemmin kuuluneita tehtäviä on sulautunut toisten ammattikuntien työnkuviin. Pahimmillaan tämä voi johtaa vaarallisiin ammatillisten kompetenssialueiden ylityksiin, joissa potilaan etu unohtuu. Jos hoitajat uskovat hallitsevansa koko sosiaalisen työn kentän, saatetaan sosiaalityöntekijän konsultaatiopyyntö jättää tekemättä, kunnes potilaan tilanne on jo kriisiytynyt. (MacDonald 1991.) Ammatillisten raja-aitojen tietyn tasoinen ylläpito voidaan siis ymmärtää pyrkimykseksi turvata asiakkaan oikeus oikea-aikaiseen ja oikein kohdennettuun tukeen.

Yhdysvalloissa kustannustehokkuuspyrkimykset ovat synnyttäneet keskustelua sosiaalityöntekijöiden ja sairaanhoitajien koulutusväylien yhdistämisestä (ks. esim. Schneiderman ym. 2008). Suomen kontekstissa vastaava keskustelu on käyty jo historialliseen sosiaalihoitajakoulutukseen liittyen (Ekman ym. ei painovuotta, 1–2).

Vaikka hoitotyön taustasta onkin epäilemättä hyötyä terveystieteiden ammattilaisille, huomattiin sosiaalisten ongelmien moniulotteisuuden edellyttävän sosiaalityöntekijöiltä sekä laaja-alaista että syvällistä erityisasiantuntijuutta, jonka vuoksi sairaanhoidollisiin lähtökohtiin kiinnittyneestä sosiaalihoitajakoulutuksesta luovuttiin sosiaalityön koulutus uudistuksen myötä maassamme jo vuonna 1975.

## 9.2 PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN YHTEISKUNNALLISET TOIMINTAEDELLYTYKSET

### Kustannussäästöjen kurimuksessa

Monet tutkimukseen osallistuneet olivat turhautuneita organisaatioissaan joko näkyvästi tai pinnan alla vaikuttavista taloudellisista säästöpainesta. Säästöjen aikaansaamiseksi useissa sairaanhoitopiireissä on jouduttu karsimaan välttämättömmän lääketieteellisen hoidon ylittävistä menoista. Psykiatrisessa sosiaalityössä tämä on johtanut tilanteeseen, jossa sosiaalityöntekijöiden eläköityessä avautuvia vakansseja ei enää täytetä. Toinen säästökohde ovat sijaisuudet; varsinkaan lyhyempiin sosiaalityön sijaisuuksiin ei enää palkata ketään ja poissaolevien sosiaalityöntekijöiden tehtävät pyritään jakamaan muiden kollegojen kesken. Sosiaalityöntekijämitoituksen ollessa jo ennestään monissa toimipisteissä pieni, taloudelliset säästöpainet aiheuttavat sosiaalityöntekijöille stressiä ja työssä jaksamisen ongelmia.

Osa vastaajista pohdiskeli kirjoitelmissaan kustannusrationaalisiksi tarkoitettujen hallinnollisten ratkaisujen merkitystä koko terveystieteiden ja hoidon sosiaalisen ulottuvuuden kannalta. Tutkimukseen osallistuneet olivat huolestuneita joidenkin sairaanhoitopiirien päätöksistä muuttaa sosiaalityöntekijöiden toimia sairaanhoitajan tai psykologin vakansseiksi tai vaihtoehtoisesti käyttää sosiaalityöntekijän viran täyttämättä jättämisellä säästyneet varat muiden ammattikuntien palkkaamiseen. Sosiaalityöntekijöiden määrän supistuminen johtaa sosiaalisen aspektin ohentumiseen hoitoprosesseissa ja voi aiheuttaa myös murtumia asiakkaiden tasarvoon ja yhdenvertaisuuteen suhteessa terveydenhuollon erityisammattiryhmien tarjoamiin palveluihin. Mikäli potilailla ei ole eri sairaanhoitopiireissä yhtäläistä oikeutta sosiaaliturvaan ja sosiaalista toimintakykyä koskeviin tuki- ja neuvontapalveluihin, ongelma on paitsi yhteiskuntaeettinen, myös asiakasturvallisuutta koskeva.

*”Hallinnolliset ratkaisut muuttaa sosiaalityöntekijän toimet sairaanhoitajan tai psykologin toimiksi ovat huolestuttavia; enää ei toteudu lääketieteellisen-psykologisen-sosiaalisen kokonaisuuden asiakkaan tai perheen tilanteessa. Kuntalaiset ja perheet ovat silloin eriarvoisessa asemassa heidän sosiaaliturvaansa ja sosiaaliseen toimintakykyynsä liittyvissä asioissa. Tarpeellisen tiedon saanti voi vaarantua.” (V1227)*



Taloudellisten resurssien väheneminen yhdistettynä kasvaviin potilasmääriin on merkinnyt monen psykiatrisen sosiaalityöntekijän työnkuvan merkittävää muutumista. Useimmilla sosiaalityöntekijöillä ei enää ole aikaa pitkäjänteiseen ja kokonaisvaltaiseen potilastyöskentelyyn. Sosiaalityöntekijöiden tuottamien tekstien perusteella on ilmeistä, että useissa psykiatrisissa organisaatioissa sosiaalityö on kaventunut vain akuuttien tehtävien hoitamiseksi. Sosiaalityöntekijöiden kirjoittelmissa korostuivat jatkuvan kiireen ja asioiden hoidon pintapuolisuuden kuvaukset. Etisivän ja kokonaisvaltaisen sosiaalityön ideaali on vaihtunut pirstaleiseen, ”tulipalojen sammuttamisen” realismiin, jolloin työnkuva on muuttunut ennaltaehkäisevästä täysin korjaavaksi.

*”En ehdi kohtaamaan potilaita enkä tavoita aina oikeita avuntarvitsijoita, joista kukaan ei ole osannut tai huomannut sosiaalityöntekijälle vinkata.”* (V1075)

*”Osaston ollessa jatkuvasti ylipaikoilla, tulee painetta tavata kaikki potilaat.”* (V1120)

*”Akuuttiosaston lyhyet hoitoajat vaikeuttavat prosessityöskentelyä.”* (V1135)

*”Sosiaalityöntekijöitä on liian vähän, mikä kapeuttaa toimenkuvaa kaikkein kiireellisimpien ja ensisijaisten asioiden selvittämiseen. Kokonaisvaltainen ote ei onnistu suuren työmäärän vuoksi.”* (V1222)

Työn painopisteen muuttuminen kokonaisvaltaisesta ja ennaltaehkäisevästä pirstaleiseksi ja korjaavaksi ei voi olla vaikuttamatta myös työn itseymmärrykseen. Kiire ja työn kasvavat vaatimukset syövät ammatilliselle reflektiolle tärkeän ajan. Jos työn tuloksellisuutta vielä mitataan pelkästään kapea-alaisilla mittareilla, jotka eivät ole yhteensopivia työn perimmäisten arvojen tai työntekijän kokeman ammatillisen eetoksen kanssa, koko työn mielekkyys on uhattuna. (Eteläpelto ja Vähasantana 2006, 28.) Inhimillisen työotteen säilyttäminen ja asiakkaiden aito kohtaaminen edellyttävät, että työntekijällä on riittävästi aikaa työskennellä myös itsensä kanssa. Jos työntekijällä ei ole aikaa itsereflektioon, hän ei kykene ymmärtämään myöskään asiakkaan elämäntarinaa. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 60.) Niukkenevat resurssit määrittävät välillisesti sosiaalityön interventioita ja niiden kestoja, jolloin sosiaalityöntekijöiden ammatillisuus on ulkoapäin tulevan säätelyn kohteena. Pyrkimys hallinnan tunteeseen pohjautuu yksilön tarpeeseen kokea olevansa ympäristöönsä aktiivisesti vaikuttava toimija. Pyrkimys tilanteiden hallintaan tulevaisuutta ennakoimalla, kysymyksiä asettamalla ja uusia toimintakäytäntöjä etsimällä on myös yksi korkean tason asiantuntijuuden tunnusmerkki. (Kirjonen 1999, 50–51.) Voidaankin kysyä, onko psykiatrisilla sosiaalityöntekijöillä jatku-

van kiireen ja taloudellisten säästöjen värittämässä toimintaympäristössä edellytyksiä saavuttaa vahvalle ammatillisuudelle välttämätöntä hallinnan tunnetta?

Tuloksessa, jonka mukaan psykiatrisessa sosiaalityössä on läsnä kokemus kiireestä ja säästöpainesta, ei sinänsä ole mitään uutta. Trendi on samansuuntainen sosiaalityön kunnallisissakin toimintaympäristöissä, joissa toimivien sosiaalityöntekijöiden työhyvinvointia markkinoistumisen värittämässä olosuhteissa on tutkinut esimerkiksi Mänttari-van der Kuip (2015). Hänen väitöstutkimuksensa osoitti, että organisatorinen tilivelvollisuus sekä erityisesti työhön kohdistuvat tehokkuus- ja säästöpainet heikentävät oleellisesti sosiaalityöntekijöiden mahdollisuuksia tehdä eettisesti vastuullista työtä (Mänttari-van der Kuip 2015). Yhteiskuntapoliittisesti merkittävää on kuitenkin, että kiireestä johtuva sosiaalityön toimenkuvan kaventuminen vain kaikkein kiireellisimpien potilasasioiden hoitoon ulottuu myös erikoissairaanhoidon sosiaalityöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskityksemme porrasteisuus tarkoittaa, että erikoissairaanhoidon piiriin päätyvät – tai pääsevät – vain kaikkein haastavimmat potilastapaukset, joilla on usein myös pitkäkestoisen sosiaalisen tuen tarvetta. Tämä herättää perustellun huolen terveys- ja sosiaalityön resurssien riittävästä sekä tuen ja palvelujen kohtaanto-ongelmista. Frankenhauserin (2014, 71) mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden on tärkeää tuoda voimakkaammin esiin laajaa ymmärrystä psykiatrisen ongelmien syistä ja seurauksista. Tämä puolestaan edellyttää sosiaalityön tietopohjan ja teoreettisten selitysmallien entistä tarkempaa määrittelyä.

## **Dokumentointi ja ajankäytön paradoksi**

Terveystieteiden ammattilaiset kohtaavat kasvavaa painetta työnsä dokumentointiin ja tilastointiin. Dokumentoinnilla pyritään paitsi oikeuttamaan ammattilaisten tekemät interventiot, myös osoittamaan tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuus potilaan kannalta. Dokumentointi on siis yksi keskeinen väline työn sanoittamisessa ja näkyväksi tekemisessä. (Skedsmo & Geirdal 2011, 141–143; ks. myös Saario 2014.) Sosiaalityöntekijöiden tuottamat tekstit paljastivat, että psykiatrisen hoitotyön kehittämiseksi ja tehostamiseksi tarkoitetut priorisointitoimenpiteet ja laatutyöskentely ovat osin paradoksaalisesti johtaneet myös ylimääräiseen, käytännön työltä aikaa vievään, itsetarkoitukselliseksi muuttuneeseen raportointiin. Sosiaalityöntekijät kokivat asiakastyön kannalta vähäpätöisiltä tuntuvien pikkuasioiden dokumentoinnin ja tilastoinnin vievän aikaa esimerkiksi moniammatilliselta työskentelyltä. Työn tuotteistamisen koettiin siis paradoksaalisesti heikentävän työn laatua, joka puolestaan muodostaa työhön eettisen ristiriidan.

*”Jatkuvasti lisääntyvä tilastointi ja työn raportointi vievät suuren osan työajasta, vaikka pitäisi olla konsultaatiomahdollisuus tarvoittaessa ja aikaa*

*neuvoa ja opastaa myös työryhmän jäseniä sosiaalityöhön liittyvissä asioissa.” (V1264)*

*”Tämä jatkuva mittaaminen ja tilastointi tekevät moniammatillisesta pohdinnasta lähes synnin.” (V1312)*

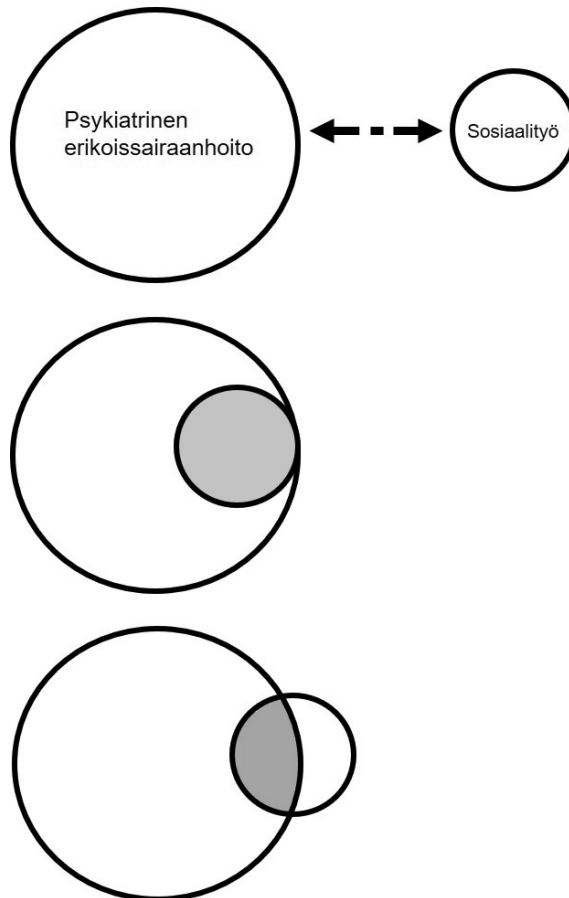
Hoivatyön ajallisia kehyksiä tutkineiden Hirvosen ja Husson (2012) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa ilmenevät aikapaineet voivat pakottaa työntekijöitä tinkimään ammatillisista stardardeistaan, erityisesti hoivan eettisistä periaatteista. Vaatimukset työn huolellisesta raportoinnista, kirjaamisesta ja työtehtävien ajallisesta hallinnasta joutuvat usein törmäyskurssille asiakkaiden kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja aidon läsnäolon kanssa. Hirvosen ja Husson haastattelemat hoiva-alan työntekijät kokivat toimivansa usein ”veitsen terällä”, jolloin mahdollisuudet työn riittävän hyvään hoitamiseen olivat vähentyneet merkittävästi. (Hirvonen & Husso 2012, 14.) Pahimmillaan alituinen vaatimus tilastoinnista ja dokumentoinnista voivat johtaa työtapaan, jota Metteri (2012) kutsuu byrokraattis-tekniseksi ja järjestelmäkeskeiseksi. Tällöin asiakastilanne hoidetaan teknisesti oikein, mutta samanaikaisesti tilanteen psykososiaalinen ulottuvuus jää tunnistamatta eivätkä asiakkaan tieto ja kokemus saa riittävästi tilaa kokonaisvaltaisen arvioinnin perustana. (Metteri 2012, 137.) Asiakastyön dokumentoinnissa vaatimus esimerkiksi oikean koodin syöttämisestä useisiin eri ohjelmiin mahdollisimman reaaliaikaisesti voi muodostua itsetarkoitukselliseksi, aiheuttaa alitajuista stressiä ja viedä aikaa asiakastyöltä. Työntekijämitoituksen ollessa pieni, voivat sosiaalityöntekijät joutua tinkimään työnsä moniulotteisesta sosiaalisesta perustehtävästä ehtiäkseen työajan puitteissa hoitaa kirjaamiseen liittyviä teknisiä työtehtäviä. Tämä voi johtaa välillisesti työnkuvan, jonka varaan ammatin itseymmärrys pitkälti rakentuu, huomattavaan kapeutumiseen.

### **9.3 TERAPEUTTINEN ORIENTAATIO PSYKIATRISEN SOSIAALITYÖN OSAJÄRJESTELMÄN PAIKAN MÄÄRITTÄJÄNÄ**

Luhmannin (1995) systeemistä yhteiskuntateoriaa soveltaen näen sosiaalityön muodostavan psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintakontekstiin oman professionaalisen osajärjestelmänsä. Psykiatrisen sosiaalityö luo itseymmärrystään ja siihen pohjautuvaa asiantuntijarooliaan pyrkimällä erottautumaan terveydenhuollon hoidollisesta viitekehystä. Samanaikaisesti se kuitenkin myös tukeutuu emoorganisaatioon terapeuttisen, hoidollisen työotteen välityksellä oman osajärjestelmänsä rajoja laajentaen. Yhteiskunta- ja sosiaalipoliittisen tehtävänsä nojalla sosiaalityö suuntautuu terveydenhuollon organisaatioista ulospäin, jolloin mielenterveys-sosiaalityön osajärjestelmää ympäröiviksi, merkitykselliseksi osajärjestelmiksi mää-

rittävät esimerkiksi sosiaalitoimi, Kansaneläkelaitos, vakuutuslaitokset sekä erilaiset kuntoutuspalveluiden tuottajatahot terveydenhuollon ulkopuolisina toimijoina.

Kuvio 2 havainnollistaa psykiatrisen sosiaalityön osajärjestelmän elastista suhdetta terveydenhuollon toimintakontekstiin. Sosiaalityö on jatkuvassa liikkeessä terveydenhuollon ja ympäröivän yhteiskunnan välillä. Liike perustuu sekä terveydenhuollon hoidollisesta perustehtävästä että sosiaalityön yhteiskunnallisesta funktiosta tuleviin, ajassa vaihteleviin viesteihin, joihin sosiaalityö resonoi (Luhmann 2004) samalla uudelleen määritellen paikkaansa yhteiskunnallisten osajärjestelmien muodostamassa kokonaisuudessa.



Kuvio 2. Psykiatrisen sosiaalityön osajärjestelmän suhde psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintakontekstiin

Sosiaalityön ja psykiatrisen hoidon yhteyden tiiviys perustuu sosiaalityön resonoinnin kulloiseenkin suuntaan ja määrään. Sosiaalityön itseymmärryksen ollessa täysin terapeuttinen, ammatti uppoaa terveydenhuollon järjestelmään ja ottaa lähtökohdaksi hoidollisen viitekehyksen. Tällöin psykiatrisesta sosiaalityöstä katoaa helposti yhteiskunnallisen muutostyön funktio ja kriittisen toimijan positio. Toisessa ääripäässä sosiaalityön itseymmärrys perustuu puhtaasti arkisen selviytymisen ja konkreettisten interventoiden viitekehykseen, jolloin sosiaalityö on lähes irrallaan terveydenhuollon hoidollisesta, moniammatillisesta kontekstista. Konsultatiivisuuteen perustuvan irrallisen position vuoksi sosiaalityön vaikutusmahdollisuudet moniammatillisessa työskentelyssä muuttuvat lähes teoreettisiksi, vaikka ammattikunta kykenisikin tarkastelemaan mielenterveystyötä myös kriittisesti evaluoiden. Ammatillisen itseymmärryksen paikantuessa näiden kahden ääripään välille, sosiaalityö asemoi jatkuvasti itsensä asiakastapausten edellyttämällä tavalla hoidollisuuden ja laajemman yhteiskunnallisen toimijuuden väliin.

Sosiaalityön asiantuntijuuden maksimaalisen hyödyntämisen ideaalitulanteessa rakenteellinen ja terapeuttinen orientaatio integroituvat. Terapeuttisen orientaation sitoessa sosiaalityön psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoidolliseen viitekehykseen, se samalla – osin hieman paradoksaalisestikin – vetää myös sosiaalityön yhteiskunnallisen näkökulman psykiatrisiin toimintaympäristöihin.

Tutkimusaineistojeni nojalla osa psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöistä kokee työnsä elastisen luonteen ammattinsa luonnolliseksi ominaispiirteeksi eikä näe työn erilaisten lähtökohtien ja moninaisten työskentelymetodien välillä ristiriitaa. Osa mielenterveysosiaalityöntekijöistä taas kokee elastisuuden ammatillisen itseymmärryksensä häiriötilana ja toivoo staattisempaa roolia, joka on saavutettavissa joko terapiakoulutuksesta omaksutun hoitotyön viitekehyksen, tai puhtaasti sosiaalityökeskeisen, konkreettisen tukemisen kautta. Nämä joko kytkevät sosiaalityön saumattomaksi osaksi terveydenhuoltoa tai vastaavasti sysäävät sen terveydenhuollon perustehtävän ulkopuolelle. Ammatin sisäisen itseymmärryksen hajaannus suhteessa terapeuttiseen orientaatioon muodostaa keskeisen esteen sosiaalityön toimintapotentialin täysimääräiselle hyödyntämiselle. Se tekee mielenterveysosiaalityöstä myös ulkopuolisille vaikutuksille varsin alttiin konstruktion, jolloin terveydenhuollon hoidollisuuden ehdoilla rakentuva toimintakulttuuri pystyy osin ohjailemaan sosiaalityön toimenkuvaa ja roolia ammatin ulkopuolelta käsin.

Suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen yhtenä keskeisenä haasteena on löytää mielenterveysosiaalityölle asiakas- ja tarvelähtöisesti mielekkäästi rakentuva paikka. Sosiaalityön on tärkeää olla samanaikaisesti sekä tarpeeksi syvällä terveydenhuollon palvelukokonaisuudessa ollakseen riittävän kiinteässä kytköksessä moniammatilliseen työhön, mutta samalla myös riittävän irrallaan terveydenhuollon primaaritehtävästä, jotta ammatin erityinen, myös kriittisen muutosagentin roolin sisältävä asiantuntijuus tulee näkyväksi ja säilyy psykiatriassa. Osajärjestelmien systeemiteoreettisesta näkökulmasta (Luhmann

1995) sosiaalityön tuottaman lisäarvon terveydenhuollossa on tärkeää kiinnittyä paitsi riittävän ammattispesifiin, myös osin terveydenhuollon primaariammattikuntien kanssa jaettuun asiantuntijuuteen. Tuolloin sosiaalityö varmistaa paikkansa terveydenhuollon perustehtävään kiinnittyneenä.

Yleisterapeuttinen orientaatio tarjoaa psykiatrisille sosiaalityöntekijöille mielekkään sillan sosiaalisen ja hoidollisen osaamisen yhdistämiseen. Orientaation vahvuus vaikuttaa kuitenkin siihen, millaisen jalansijan sosiaalityön erityisasiantuntijuus psykiatriassa saa. Olennaista on, kykeneekö sosiaalityö erottautumaan hoidosta sosiaaliseen perustehtäväänsä sitoutuen, niin että osajärjestelmän rajojen laajentaminen tapahtuu ammatin omista rakenteellisista lähtökohdista, sosiaalityövetoisesti. Tämä ei edellytä, että sosiaalityöntekijä koulututtautuu laillistetuksi terapeutiksi, vaan tutkimukseni valossa siihen riittävät yleisterapeuttisen työskentelyn valmiudet, joita on mahdollista kehittää paitsi lyhytkestoisimmilla lisäkoulutuksilla, myös itseopiskeluna uudenlaisia näkökulmia omaksumalla.

Terveysosiaalityöllä on merkittävä näköalapaikka havainnoida ja kyseenalaistaa medikalisaation kaltaisia terveydenhuollosta käsin levittäytyviä yhteiskunnallisia ilmiöitä, jotka ovat selkeässä ristiriidassa sosiaalityön perustehtävän kanssa. Sosiaalityön itsenäisen osajärjestelmän säilymisen ehtona terveydenhuollossa on, että se kykenee toimimaan myös rakenteellisen työn positiosta käsin. Psykiatrisen sosiaalityön on tärkeää itseorganisoitua sosiaalisesta perustehtävästään ja potilaiden kokonaisvaltaisista tuen tarpeista käsin. Täydellinen terapeuttisen orientaation ulkopuolelle jättäytyminen voi johtaa sosiaalityön irrallisuuteen ja sattumanvaraisuuteen psykiatrisissa hoitoprosesseissa, joka on ongelmallista potilaiden sosiaalisten oikeuksien ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta.

*”Juuri sellaista terapeuttista työtettä mielenterveysalalla tarvitaan. Puhdas sosiaalityö on liian irrallista.” (V1074)*

# 10 RAJAPINNALTA YHDYSPINTAAN

## Mielenterveyssozialityö ammatillisten yhdyspintojen luojana

Psykiatrisen sosiaalityön perustehtävänä on hahmottaa asiakkaiden kokonaisvaltaisia elämäntilanteita ja tarkastella niitä analyttisesti, myös ongelmien taustalla olevat laajemmat sosiaaliset syy-seuraussuhteet huomioiden. Sosiaalisen asiantuntijuus psykiatriassa kiinnittyy psyykkisen oireilun vaikutusten tarkasteluun suhteessa asiakkaan kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Se liittyy keskeisesti myös asiakkaan omaa tilannettaan koskevan kokemuksen huomioimiseen, jolloin sosiaalityön keskeinen eksperttiisi paikantuu sosiaalisen ja psykologisen rajapinnalle; asiakkaan ulkoisten hyvinvoinnin osoittimien ja sisäisten, tunnetason muuttujien leikkauspisteeseen. Aidosti asiakaslähtöisen psykiatrisen sosiaalityön edellytys on, että sosiaalityöntekijä tuntee ja hallitsee sekä psykologista että yhteiskuntatieteellistä tietoa, joiden tarkoituksenmukainen yhdistäminen mahdollistaa vaikuttavan hyvinvointityön. Sosiaalityöntekijän toimipisteestä ja työnkuvasta riippuen toinen näistä elementeistä voi kuitenkin saada enemmän jalansijaa kuin toinen. Ammatillista itseyttä rakentaessaan psykiatriset sosiaalityöntekijät joutuvatkin pohtimaan, millaista roolia psykologinen tieto ja siihen pohjautuva terapeutisuus näyttelevät heidän ammatillisuudessaan ja onko työn sosiaalista luonnetta tarpeellista vahvistaa.

‘Sosiaalinen’ kiinnittyy vahvasti yhteisöllisyyteen ja yhteiskunnalliseen osallisuuteen, jotka ilmenevät niin yksilöiden, yhteisöjen kuin yhteiskunnallisten palvelujärjestelmienkin tasolla. Sosiaalityöntekijät arvioivat asiakkaiden elinoloja sekä tunnistavat sosiaalisia ongelmia ja niihin liittyviä tuen tarpeita. Sosiaalityöntekijöillä on hallussaan paljon osaamista ja tietotaitoa, joka on olennaista paitsi yksilön ja yhteiskunnan välisen suhteen jäsentämisessä, myös tuossa suhteessa ilmenevien ongelmien ratkaisemisessa. Ammattikunnalla on myös sosiaalihuoltolakiin ja sosiaalialan ammatinharjoittamislainsäädäntöön pohjautuva ammattieettinen velvollisuus toimia työssään yhteisöllisyyden ja yhteiskunnallisen osallisuuden näkökulmat huomioiden. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentian (2017) julkaisemassa sosiaalialan ammatilaisen etiikkaoppaassa *Arki, arvot ja etiikka* todetaan sosiaalityöntekijällä olevan valta määrätellä, mihin asiakkaan ongelmiin hän tarttuu ja kuinka hän ne nimeää. Ammatilaisen tekemiset tai tekemättä jättämiset vaikuttavat siis suoraan asiakkaan elämään. (Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry 2017, 32.) Jos sosiaalityöntekijä laiminlyö työssään sosiaalisen näkökulman, siitä muodostuu työn lähtökohtiin kiinnittyvä ammattieettinen ongelma. Etiikkaan liittyvät kysymykset ovat erityisen keskeisiä mielenterveystyössä, jonka asiakkaat eivät alentuneen psyykkisen toimintakykynsä vuoksi usein pysty ajamaan oikeuksiaan ja vaatimaan itselleen sosiaalisen kysymyksiin kiinnittyvää erityistä asiantuntija-apua.

Vaikka terveyteen ja sairastamiseen liittyvät sosiaaliset näkökohdat näyttävät suurta roolia yksilöiden hyvinvoinnin rakentumisessa, ei terveysosiaalityön erityistä eksperttiä ole toistaiseksi hyödynnetty maksimaalisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudessa. Jo 'sosiaalinen' käsitteen vaikeaselkoisuus ja monitulkintaisuus ja siihen liitetyt vahvat moraaliset lataukset, kuten yksilöiden kutsuminen yksin omasta elämäntilanteestaan vastuussa oleviksi 'sosiaalitapauksiksi', kuvaa yhteiskunnassamme vallitsevaa arvomaailmaa. Toipuminen, kuntoutuminen ja marginaalista takaisin yhteiskunnan aktiiviseen osallisuuteen pääsy edellyttävät aina asiakkaan hyväksyvää kohtaamista. Terveysosiaalityön asiantuntijuudelle on nyt ja tulevaisuudessa huomattava tarve, joka toivottavasti huomioidaan myös valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksessa.

Yleisten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tiivistämispyrkimysten mukaisesti uuteen sosiaalihuoltolakiin on kirjattu ensimmäistä kertaa moniammatillisen yhteistyön näkökulma. Samaan aikaan merkittäviä muutoksia on tapahtunut myös sosiaalialan ammatinharjoittamislainsäädännössä, kun sosiaalityöntekijän ammatista tuli vuonna 2016 laillistettu. Aika näyttää, mitä laillistaminen merkitsee psykiatristen sosiaalityöntekijöiden ammatillisen itseymmärryksen kannalta. Tarvitaanko ammatillisen kompetenssin osoittimeksi terveydenhuollon toimintaympäristössä enää terapeutin pätevyyttä, kun sosiaalityöntekijän ammatti itsessään on nimikesuojattu?

Tutkimukseeni osallistuneet sosiaalityöntekijät kuvasivat yhteiskunnan medikalisoitumisen ja psykologisoitumisen käyvän käsi kädessä. Yhä useammalla, vasta alakouluikäisellä suomalaislapsella on jokin neuropsykologinen tai mielenterveydellinen diagnoosi (ks. esim. Lasten ja nuorten psyykkiset häiriöt 2016). Vaikka esimerkiksi autismin kirjoon kuuluvista moninaisista oireyhtymistä tai ADHD:stä käytävän yhteiskunnallisen keskustelun kasvua voidaan pitää positiivisena merkinä yleisen tietoisuuden kasvusta ja aiempiin poikkeavaan käyttäytymiseen liittyneiden tabujen murtumisesta, on kolikolla myös kääntöpuolensa. Jos eri väestöosien psykososiaalisen avun saaminen on riippuvainen psykiatrisen diagnoosin olemassaolosta, ollaan vaarallisilla vesillä. Mielenterveydellisen oireilun taustalla oleva sosiaalinen pahoinvointi, joka ilmenee esimerkiksi yksinäisyytenä, koulukiusaamisena, pitkäaikaistyöttömyytenä ja päihdeongelmina, on itsessään tärkeää nähdä mielenterveyden olennaisena yhteiskunnallisena riskitekijänä, eikä välillisesti vasta sitten, kun oireilu on kroonistunut ja muuttunut psykopatologiseksi. Terveysosiaalityön tuottaman terapeuttisen vaikutuksen arvo mielenterveysongelmien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä on tärkeää tunnistaa ja tunnustaa aiempaa aktiivisemmin. Perusturvallisuutta tunteva asiakas ei koe oloaan uhatuksi ja käyttäytyy siksi myös ennustettavammin kuin asiakas, jolta tämä turva puuttuu. Mielenterveyden sosiaalisen ulottuvuuden tunnistaminen jo matalan kynnyksen palveluissa on tuottanut hienoja tuloksia muun muassa yleisesti "Keroputaan mallina" tunnetussa mielenterveyspalvelujen järjestämistavassa.



Tutkimustulosteni perusteella pidän tärkeänä, että myös sosiaalityön perustutkintokoulutusta tarkastellaan analyttisesti ja rakentavan kriittisesti. Tutkimukseeni osallistuneet olivat hakeutuneet terapiakoulutukseen, koska kokivat tarvitsevansa työssään psykiatrisina sosiaalityöntekijöinä terapiakoulutuksesta saatavia taitoja, erityisesti vuorovaikutusosaamiseen ja työmenetelmiin liittyen. Onkin perusteltua kysyä, eikö sosiaalityön perustutkintokoulutus tuota näitä taitoja? Pidän hälyttävänä tilannetta, jossa auttamistyön ammattilainen joutuu hankkimaan monivuotisen, maksullisen lisäkoulutuksen pystyäkseen saavuttamaan kompetenssin tunteen työssä, johon hänellä on jo yliopistollinen tutkinto. Sosiaalityön koulutuksessa on tärkeää painottaa inhimillisen auttamistyön perustaa; vuorovaikutusta ja aitoa kohtaamista. Koulutus vaikuttaa yksilön henkiseen tilaan; se voi paitsi tuottaa uudenlaisia arvostuksia ja asenteita, myös lisätä herkkyyttä havaita ongelmia muissa osajärjestelmissä (Luhmann 2004, 157). Yleisterapeuttisten valmiuksien sisään rakentamisen sosiaalityön peruskoulutukseen ei tarvitse tarkoittaa sosiaalityön muuttamista diagnosoivan hoidolliseksi, kuten Yhdysvalloissa (ks. Liite 1). Käytännössä se voisi tarkoittaa esimerkiksi varsinaista terapiakoulutusta kevyempien työmenetelmien, kuten voimavara- ja ratkaisukeskeisen työskentelyotteen aiempaa vahvempaa painotusta jo olemassa olevien opintokokonaisuuksien sisällä, niitä uudelleen jäsentäen.

Sosiaalityön peruskoulutuksen on tärkeää tuottaa riittävät edellytykset kriisiytyneissä elämäntilanteissa olevien asiakkaiden kohtaamiseen. Mikä tahansa sosiaalityön osa-alue, mutta erityisesti mielenterveysosiaalityö, edellyttää tekijältään valmiuksia kohdata ja käsitellä asiakkaan rehellistä kertomusta elämäntilanteestaan, kokemuksistaan ja tunteistaan. Tutkimukseeni osallistuneet terapiakoulutetut sosiaalityöntekijät kokivat saaneensa terapiakoulutuksesta myös välineitä työssä jaksamiseen. Tulos on tärkeä, sillä työperäinen stressi, työuupumus ja mielenterveyden ongelmat ovat Työterveyslaitoksen (2016) tutkimuksen mukaan juuri sosiaalityöntekijöiden ammattikunnan ongelma. Sosiaalityöntekijöiden työhyvinvoinnin ja työssä pysymisen kannalta onkin perusteltua pohtia, voisiko yleisterapeuttisten valmiuksien sisään rakentaminen jo sosiaalityön peruskoulutukseen hyödyttää tulevaisuuden sosiaalityöntekijöitä työperäisten negatiivisten tunteiden käsittelyssä ja psyykkisen kimmoisuuden ylläpitämisessä. Peräänkuulutan myös moniammatillisen vuorovaikutusosaamisen nostamista sosiaali- ja terveysalojen opetuksessa aiempaa suurempaan rooliin. Vain tuntemalla toiset ammattilaiset ja heidän työtänsä riittävän hyvin, voimme rakentaa vaikuttavaa, dialogista moniammatillisuutta, jossa keskustelu on aidosti moniäänistä eikä toisten ammattiryhmien hyväksyntää tarvitse lunastaa ammattikunnan perustehtävästä poikkeavan työorientaation omaksumisella.

Julkiisuuden henkilöt kertovat nykyisin jo melko avoimesti siitä, kuinka he ovat selättäneet elämän vastoinkäymisistä alkunsa saaneen ahdistuksen tai masennuksen terapian ja lääkityksen avulla. Selviytymistarinat, joissa sosiaalityöstä saatu, psyykkistä hyvinvointia tukeva taloudellinen tai ohjauksellinen apu, loistavat sen

sijaan poissaolollaan. Tämä kuvastaa sosiaaliseen avustamiseen yleisesti liittyvän stigman ja häpeän olevan edelleen voimissaan suomalaisessa yhteiskunnassa. Myös medikalisaatioon liittyvä ongelmien psykologisointi, jossa alkuperältään sosiaalisten elämänvaikeuksien synnyttämä ahdistus tulkitaan automaattisesti mielenterveyden häiriöksi (ks. esim. Deegan 2001), on haaste kokonaisvaltaiselle mielenterveystyölle. Ahdistus ja alakulo ovat luonnollisia suojautumisreaktioita vaikeassa elämäntilanteessa, jossa sosiaaliset kuormitustekijät ylittävät yksilön voimavarat eikä resilienssi riitä mielenterveyden ylläpitoon. Psykkisen oireilun sosiaalinen alkuperä on tärkeää kyetä erottamaan aiempaa paremmin esimerkiksi perinnöllisistä tai fyysisen vammautumisen aikaansaamasta, aivoperäisestä oireilusta.

Tutkimukseni osoittaa rakenteellisen työorientaation mielenterveystyössä kaipaavan vahvistamista. Toimintakontekstistaan huolimatta sosiaalityö on aina myös yhteiskuntapolitiittista toimintaa, joka tähtää yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen sosiaalisten elinolosuhteiden parantamiseen. Vaikka psykologiseen tietotaitoon perustuvien menetelmien tunteminen ja niiden soveltaminen psykiatrisen sosiaalityön käytännössä onkin usein tarkoituksenmukaista ja perusteltua, ei sosiaalityötä ole mielekästä irrottaa sosiaalisen muutostyön juuriltaan. Mielenterveysongelmien vahva sosiaalinen luonne asettaa psykiatriselle sosiaalityölle myös tulevaisuudessa vaatimuksen sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja yhteisöllisyyden näkökulmien vaalimisesta ammatin kulmakivinä. Haluk Soydan (1999, 46) on todennut klassikoiden olevan klassikoita, koska heillä on viesti myös tämän päivän yhteiskunnalle. Soydanin teesi pätee erinomaisesti psykiatrisessa sosiaalityössä, jossa Mary Richmondin klassinen case work edustaa mielenterveyskuntoutujan elämäntilanteen huomioimista ainutkertaisena tapauksena, suhteessa elinympäristön konkreettisiin reunaehtoihin. Jane Addamsin edustama yhteisöllinen näkökulma puolestaan ohjaa etsimään kuntoutujan lähiyhteisöihin kiinnittyviä voimavaroja ja huomioi hyvinvoinnin murtumia suhteessa yhteiskunnan täysivaltaiseen jäsenyyteen. Molempien klassikoiden viestiä on paitsi tärkeää, myös välttämätöntä ylläpitää, jotta mielenterveyskuntoutuksella niukkenevien taloudellisten resurssien aikakaudella on edellytyksiä onnistua.

## **Sosiaalityö ja hoidollinen orientaatio**

Terveystuon organisaatioissa työskentelyn lähtökohta on aina hoidollinen. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa myös sosiaalityö on aina osa hoitoprosessia, vaikka sosiaalityöntekijät eivät lähtökohtaisesti olekaan hoitotyön ammattilaisia. Erikoissairaanhoido on jo nimikkeensä perusteella erityistä hoitoa – ei ”erityistä sosiaalista tukea” tuottava instituutio. ‘Hoito’ on kuitenkin mahdollista nähdä potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevana moniammatillisena toimintana – ei vain biomedisiinisinä interventioina. Perinteisessä biolääketieteellisessä tarkastelutavassa sosiaalityöntekijä voi näyttäytyä kummajaisena, jonka työpanos ja toimin-

nan vaikuttavuus eivät avaudu yhteistyön muille osapuolille. Biopsykososiaalinen katsantokanta sen sijaan tunnistaa ja tunnustaa sosiaalisen oleelliseksi inhimillisen hyvinvoinnin rakennusaineeksi. Koskelan (2013) mukaan moniammatillinen työskentely edellyttää toimijoilta uudenlaista asennoitumista yhteiseen työskentelyyn; hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä yhteiseen ongelmanratkaisuun. Moniammatillisuudessa eri toimijoiden on myös oltava valmiita luopumaan oman erityisosaamisensa ja ammattitaitonsa rajojen jäykästä vartioinnista – mikä saattaakin usein olla suurin haaste työskentelyn kehittämisessä. (Koskela 2013.) Väitän terveydenhuollon erityisammattiryhmien kaivavan itselleen sudenkuoppaa, jos he itse asemoivat itsensä nurkkaan kieltämällä hoidollisen lähestymistavan keskeisen aseman terveydenhuollossa. Ongelmiin ajaututaan myös, jos erityisammattiryhmät ovat valmiita uhraamaan oman erityisosaamisensa hoitotyön alttarille sulautumalla täysin toisiin ammattiryhmiin. Toimiva, potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tähtäävä työ edellyttää kaikilta terveydenhuollon ammattikunnilta holistisen, biopsyko–sosiaalisen ihmiskäsityksen aitoa omaksumista ja sitoutumista moniammatillisuuteen. Parhaimmillaan eri ammattikuntien toisiinsa liittyvien tehtävien ja niiden välisten suhteiden tutkiminen avaa uusia näköaloja ja mahdollisuuksia myös organisaation ydintehtävän uudelleen järjestämiseen (Vähäaho 2002, 61).

Voidakseen tehdä 'oikeaa sosiaalityötä', psykiatristen sosiaalityöntekijöiden on tärkeää lunastaa paikkansa sosiaalityön ja terapiatyön rajapinnalla. Tämä vaatii terveysosiaalityön sisäistä paradigmanmuutosta eli sen hyväksymistä, että terveydenhuollon sosiaalityö on aina osin hoidollista ja hoitoa tukevaa. Hoidollisuus psykiatrisessa sosiaalityössä ei kuitenkaan tarkoita diagnosointia, psyykenlääkkeiden määräämistä tai elektroshokkeja, vaan terapeuttisen vaikutuksen tuottamista asiakkaan elämäntilanteeseen. Potilaan sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen ja sosiaalisen osallisuuden edistäminen tuottavat asiakkaan elinoloihin parhaimmillaan terapeuttisen intervention, joka on edellytys myös hänen psyykkisen vointinsa kohentamiselle. Turvallisuutta arkisissa käytännön asioissa ja sosiaalisissa suhteissaan tunteva pystyy paremmin osallistumaan asioidensa hoitoon ja kokemaan mielihyvää ja elämäntyytyväisyyttä. Hoidollisuus voi hyvin olla psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityössä yleinen työorientaatio – se vain todentuu sosiaalityöpesifin erityisasantuntijuuden, kuten asiakkaan kokonaistilanteen koordinoitavuuteen muodossa. Sosiaalityön ja terapiatyön ei tarvitse olla toisensa poissulkevia, kilpailevia elementtejä, vaan pikemminkin toisiaan täydentäviä näkökulmia, jotka yhdessä pyrkivät hyvinvoinnin lisäämiseen. Terveysosiaalityö on mahdollista nähdä potilaan yhteiskuntasuhteessa ilmenevien murtumien korjaamisena. Sosiaalityön interventiot, kuten sosiaaliturvaan ja -etuisuuksiin liittyvä ohjaus ja neuvonta, yleisterapeuttinen tukityö ja emotionaalinen apu sairastumiskriisin keskellä, muodostavat lastan, jonka avulla jo syntynyt murtuma voi luotua tai vasta kehityksessä oleva rikko on vielä ehkäistävissä.

Helinä Laine (2014) on kuvannut terveysosiaalityötä "positiiviseksi häiriköinniksi". Menen pitemmälle ja väitän, että terveysosiaalityöntekijöiden tulee pyrkiä

lempeästi, mutta samaan aikaan riittävän jämäkästi hajottamaan ja hallitsemaan. Hajottamisella tarkoitan ammattikunnan sisäisten ajatusmallien, jotka pohjautuvat perinteisen professionaalisen statuksen tavoitteluun, aktiivista kyseenalaistamista. Hallitsemisella tarkoitan puolestaan sitä, että sosiaalisen hyvinvoinnin kysymykset voivat olla keskeisessä asemassa psykiatrisessa työssä, mikäli eri ammattikunnat eivät jättäydy pohtimaan sitä, täytyvätkö profession tunnusmerkit heidän kohdallaan. Vanhoista ajatusmalleista luopuminen luo riittävät edellytykset uusien näkökulmien ja toimintatapojen omaksumiselle. Uusimuotoinen, vahvaan ammatilliseen itsetuntoon pohjautuva professionaalisuus kiinnittyy asiakaskeskeisyyteen, jossa potilaan yksilölliset tarpeet määrittävät tukimuodot. Sosiaalityöntekijöiden on tehtävä sosiaalisen asiantuntijuutensa aiempaa näkyvämmäksi – tämä onnistuu vain toimimalla emansipatorisesti ammatin erityisasiantuntijuuden suhteen.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskennellään erityisen tuen tarpeessa olevien asiakkaiden parissa, jolloin myös heidän kohtaamisensa on oltava erityistä. Asiakkaan koko maailmasuhteen määrittäessä psyykkisen sairauden värittämänä, aito kohtaaminen vaatii työntekijältä mielenterveysongelmien erityisluonteen tunnistamista ja taitoa huomioida sairauden merkitys paitsi asiakkaan kokemuksissa, myös hänen arkisessa selviytymisessään. Erikoissairaanhoidon edellyttävä psyykinen sairastaminen on luonteeltaan usein kokonaisvaltaista ja pitkäkestoista. Tässä toimintakontekstissa terveyssozialityön hoidollinen luonne korostuu eri tavoin kuin esimerkiksi ohimenevän somaattisen vamman, kuten raajan murtuman, kanssa työskenneltäessä. Psykhe ohjaa yksilön koko toimintaa, jolloin psyykinen sairaus voi invalidisoida kantajansa kokonaisvaltaisesti. Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen mahdollistuu vain paikantamalla hänen yksilölliset voimavaransa ja haavoittuvuutensa, joka edellyttää yleisterapeutista työtettä.

Terapeutisuus niin sosiaalityössä kuin muissakin suhdeperustaisissa ammateissa kulminoituu lopulta pitkälti työntekijän sisäsyntyisiin persoonallisuudenpiirteisiin; vuorovaikutuksen ja läsnä olemisen taitoihin, huumorintajuun, oikeisiin sanavalintoihin yleisesti herkiksi tai vaikeiksi koetuissa tilanteissa sekä siihen, kuinka onnistuneesti auttajan ja autettavan henkilökemiat lopulta kohtaavat. Nämä terapeuttisen kohtaamisen elementit, joilla tähdätään paitsi asiakkaan kuulluksi tulemisen kokemuksen, myös hänen kokonaisvaltaisen toimintakykynsä tukemiseen, ovat vuorovaikutuksellisen sosiaalityön ydintä. On tärkeää tiedostaa, että viime kädessä kyse on terapeuttiseksi persoonaksi syntyemisestä ja siitä, missä määrin työntekijä valjastaa tämän sisäsyntyisen osaamisensa erityiseksi työvälineekseen. Ammatillainen voi opiskella vuosikaudet terapiamenetelmiä, tulematta kuitenkaan koskaan aidosti terapeuttiseksi persoonaksi. Terapeutisuus ei siis ole vain metodinen taito, vaan laajemmin työntekijään ja hänen persoonallisuuteensa kiinnittyvä ominaisuus.

Tutkimukseni nojalla pidän sosiaalityön ja terapiatyön vastakkainasettelua osin keinotekoisena. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät voivat toimia menestyksekkäästi myös terapeutteina niin kauan kuin he onnistuvat säilyttämään sosiaalisen näkökulman työskentelynsä punaisena lankana. Aina näin ei kuiten-

kaan ole ja siksi mielenterveyssozialityöntekijöiden jatkuvana haasteena on aktiivisesti reflektoida ammatillista itseymmärrystään ja siihen pohjautuvaa työorientaatiotaan. Tapola-Haapalan (2016, 84–85) mukaan se, millaiseksi sosiaalityö määritellään esimerkiksi sen terapeuttisuusasteen mukaan, ja mitä ylipäänsä kutsutaan sosiaalityöksi, on kussakin ajassa ja paikassa konstruoituva ilmiö. Tutkimukseni nojalla väitän psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön itseymmärryksen kiinnittävän vahvasti paitsi yksittäisen sosiaalityöntekijän henkilökohtaisiin arvostuksiin, myös kunkin hoito-organisaation toimintatapoihin ja -kulttuuriin. Psykiatrisen sosiaalityön yhtenäisen itseymmärryksen rakentuminen on monimuotoinen ja haasteellinen prosessi. Ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa tehdä mielenterveyssozialityötä. 'Sosiaalisen' paikan on tärkeää jossain määrin myös vaihdella asiakaslähtöisesti jo siksi, että eri asiakkaat arvottavat sosiaalisen ulottuvuuden merkitystä eri tavoin. Sosiaalityön systemaattisuuden on kuitenkin tärkeää toteutua riittävän moniulotteisena sosiaalisen tuen selvityksenä ja alkuarviointina. Potilaan oikeudesta saada osakseen sosiaalityöspesifiä ohjausta ja neuvontaa on tärkeää pitää kiinni työskentelyn jokaisessa vaiheessa, vaikka sosiaalityöntekijä toimisikin samanaikaisesti myös terapeutin positiossa. Työskentely sosiaalityön ja terapian rajapinnalla haastaa sosiaalityöntekijät pohtimaan jatkuvasti sitä, mitä mielenterveyssozialityö oikein on ja mitä se voisi olla. Toivon tämän tutkimuksen osaltaan tuottavan psykiatrisille sosiaalityöntekijöille reflektiopintaa ammatillisuuttaan koskeviin pohdintoihin.

Vaikka terveyssozialityö onkin olennainen osa sosiaalityön kokonaisuutta, jää se erilaisissa tarkasteluissa edelleen usein sosiaalihuollollisen, sosiaalitoimistojen sosiaalityön ja lastensuojelutyön jalkoihin. Tämä näkyy myös suomalaisen terveyssozialityön tutkimuksen edelleen verrattain vähäisenä määränä. Terveyssozialityö paitsi ansaitsee, myös tarvitsee kehittyäkseen enemmän tieteellistä tutkimusta ja rohkeita keskustelunavauksia. Terveyssozialityöllä voisi olla nykyistä vahvempi rooli yhteisöllisten, matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden tuottamisessa esimerkiksi sosiaalipedagogiseen näkökulmaan nojautuen; muun muassa sopeutumisvalmennuksen, vertaistuen organisoimisen, kansalaisten terveyslukutaidon ja kokonaisvaltaisten itsehoitotaitojen viitekehyksessä. Näiden juurtuminen saumatomaksi osaksi suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta edellyttää kuitenkin paitsi tahtoa tehdä asioita toisin, myös vahvaa tutkimusorientaatiota.

Terapiatyön vaikuttavuutta on tutkittu paljon. Sosiaalityön vaikuttavuustutkimuksen voidaan sen sijaan todeta olevan vielä lapsenkengissään. Tämä johtuu osin siitä, että asiakkaiden elämäntilanteiden moniulotteisuus ja ongelmien yhteen nivoutuminen tekevät yksittäisten auttamisinterventioiden vaikuttavuuden erittelyn varsin haastavaksi. Se, ettei mielenterveyssozialityön vaikuttavuutta ole toistaiseksi juurikaan tutkittu, ei kuitenkaan tarkoita, etteikö myös sosiaalityö olisi sekä asiakkaan kokemusmaailman että elämän konkreettisten reunaehtojen näkökulmasta merkityksellistä. Useat psykiatrisen sosiaalityön asiakkaat ovat terveyspalvelujen suurkuluttajia ja heidän moniammatilliseen tukemiseensa osallistuu monien eri

ammattiryhmien edustajia. Vaikka kokonaisvaltainen työskentelyote olisikin kaikkien tukityöhön osallistuvien ammattikuntien tavoitteena, asiakkaan elämäntarinan kokonaisvaltaisen hahmottajan rooli kuuluu terveydenhuollossa edelleen usein juuri sosiaalityöntekijälle. Tätä roolia terveystieteiden on tärkeää korostaa myös tutkimuksellisesti, jotta sosiaalityön lisäarvo terveyspalvelujen kokonaisuudessa tulee näkyväksi. Erityisen tärkeäksi näen terveystieteiden vaikuttavuuden tutkimisen asiakasnäkökulmasta. Parhaimmillaan vaikuttavuustutkimus voi paitsi tuoda esiin sosiaalisen merkityksen terveyden determinanttina, myös osoittaa, ettei terveystieteiden perustehtävää voi pirstoa muiden ammattikuntien vastuulle.

### **Luhmannilainen näkökulma mielenterveysosaamiseen**

Olen käyttänyt empiiristen tutkimustulosteni väljänä peilauspintana sosiologi Niklas Luhmannin käsitteellistyksiä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muotoutuvista yhteiskunnan toiminnallisista osajärjestelmistä. Luhmannin jäsenyyksissä todentuva systeemisyys-idea on sosiaalisuudessa mitä olennaisinta; se määrittää paitsi ihmisen kokonaisvaltaisuuden (ks. Niemelä 2014), myös erikoissairaanhoidon monitieteisen ja -ammattillisen toiminnan rakentumista. Viime aikoina suomalaisen lastensuojelutyöhön on pyritty juurruttamaan Lontoon Hackneyssä lanseerattua systemisen perhetyön mallia, jossa moniammatillisuus ja perheen hahmottaminen systemisenä kokonaisuutena ovat toiminnan keskiössä. Tutkimukseni nojalla näen systeemisyys-työorientaatiossa merkittäviä mahdollisuuksia myös lastensuojelun ulkopuolisilla sosiaalisuuden areenoilla. Mielenterveysongelmien hoitoon ja kuntoutukseen liittyy merkittäviä kansanterveydellisiä ja -taloudellisia haasteita, jotka asettavat sosiaali- ja terveydenhuollossa vaatimuksen työmuotojen jatkuvasta kehittämisestä. Systemistä työtettä ei ole toistaiseksi sovellettu merkittävästi suomalaisessa mielenterveysosaamisessa. Näen sen mahdollisuuksien tarkastelun ja laajemman hyödyntämisen uudenlaisten, matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen tuottamisessa paitsi tarkoituksenmukaisena, myös välttämättömänä palvelujen vaikuttavuuden parantamiseksi. Mielenterveys määrittyy sosiaalisesti ja sen uusintaminen edellyttää paitsi yksilön sosiaalisten suhteiden toimivuutta, myös laajemman sosiaalisen toimintakyvyn tukemista. Tässä kokonaisvaltaisessa tehtävässä terapeutin kohtaamisen, lähiyhteisön voimavarojen mobilisoinnin ja laajemman rakenteellisen työn on tärkeää yhdistyä aiempaa vahvemmin.

Tutkimukseni osoittaa, että sosiaalisuutta on mahdollista tarkastella myös ammatin ulkopuolelta tulevien teoreettisten jäsenyyksien näkökulmasta. Näen "luhmannilaisen" tarkastelun yhtenä mahdollisuutena avartaa mielenterveysosaamista koskevia keskusteluja ammatin sisäisistä pohdinnoista kohti laajempia rakenteellisia jäsenyyksistöjä. Luhmannin teoretisoinnit tarjoavat sosiaalisuudelle paitsi yhden mahdollisen peilauspinnan asemansa tarkasteluun, myös välineen ammattispesifin

erityisosaamisen sanoittamiseen suhteessa laajemman moniammatillisen työn kehukseen.

### **Huomioita ja haasteita tutkimusmatkani varrelta**

Tutkimukseni teoreettisen kehiksen rakentaminen osoittautui haastavaksi, mikä johtui pitkälti siitä, etten halunnut rajata tutkimustani vain yhden terapiasuuntauksen tai lähestymistavan tarkasteluun. Tutkimusaihetta koskevan esiymmärrykseni nojalla hahmotin psykiatristen sosiaalityöntekijöiden edustavan ja hyödyntävän työssään hyvin erilaisia terapeuttisia lähestymistapoja. Pelkäsin, että sitoutuminen vain yhden terapiasuuntauksen tarkasteluun kaventaishi ja rajaisi ja mikä tärkeintä, osin myös vääristäisi tutkimuskohdetta koskevia tulkintojani. Vaikka esimerkiksi psykoanalyttinen koulukunta dominoi suomalaistakin psykiatriaa 1960-luvulta lähtien usean vuosikymmenen ajan, pidin naiivina ajatusta, jonka mukaan tämä yleisesti tunnettu ja laajasti sovellettu klassinen näkökulma olisi edelleenkin niin hallitseva, että se automaattisesti ohittaisi yleisyydessään muut tarkastelutavat. Psykodynaamisella ajattelulla voi kuitenkin edelleen olla paljon annettavaa sosiaalityölle. Vaikka puhdas psykoanalyysi ei pitkäkestoisuutensa ja kalleutensa sekä ilmeisen menneisyysorientaationsa vuoksi sovikaan yhteen nykypäivän kustannustehokkuutta ja nopeutta korostavien toimintamallien kanssa, on Freudin klassisen teorian keskeisten huomioiden, kuten psyyken kerroksellisuuden, alitajunnan, lapsuusiän kokemusten sekä transferenssin merkitysten tiedostaminen yksilön oireilun tarkastelussa edelleen tärkeää sosiaalityön asiakaskohtaamisissa, ei vain psykiatristen sosiaalityön kontekstissa. On perusteltua olettaa, että mikäli olisin tehnyt kyselytutkimukseni vuonna 2020, olisivat nykyisin vallalla olevat, aika- ja kustannustehokkuuteen pyrkivät, lyhytterapeuttisiksi määritellyt ratkaisu- ja voimavarakeskeinen psykoterapia todennäköisesti saaneet tutkimukseni tuloksissa suuremman edustavuuden kuin ne tässä tutkimuksessa saivat.

Tutkimusta tehdessäni jouduin myös hyväksymään sen, ettei suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa juurikaan ole käsitelty terapeuttista lähestymistapaa, muutoin kuin osana psykososiaalista työtä koskevaa keskustelua, jota on käyty lähinnä 1990-luvulla. Psykososiaalista työtä koskevien jäsennysten lisäksi terapeuttista sosiaalityötä koskevat kotimaiset teoretisoinnit paikantuvat jo varsin iäkkäisiin, suomalaisen sosiaalityön klassikkoteoksiin, kuten Ahlan ja Tarvaisen *Henkilökohtainen huolto* sekä Kananojan ja Pentinmäen *Yksilökohtainen sosiaalityö – teoria ja käytäntö*. Tulkitsen suomalaisen sosiaalityön vahvan sosiaalihuollollisen painotuksen sellittävän pitkälti terapeuttisen sosiaalityön tarkastelun vähäisyyttä. Kun sosiaalityöntekijät on yleisesti mielletty ennen kaikkea viimesijaista taloudellista tuki- ja lastensuojelutyötä tekeviksi, viranomaisvaltaa käyttäviksi byrokraateiksi, fokusoi se myös alan tutkimusta muuhun kuin näkymättömään ja verrattain vaikeasti mitattavissa olevaan vuorovaikutteisuuden jäsentämiseen. Vuonna 2017 toteutuneen pe-

rustoimeentulotuen KELA siirron myötä sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöiden toimenkuvan toivottiin rakentuvan aiempaa vahvemmin vaativan asiantuntijatyön positiosta käsin, taloudelliseen toimeentuloon kiinnittyvien tehtävien siirtyessä pääosin KELA:n vastuulle. Muutoksen ideologinen tausta on tärkeä; sosiaalityön vaativuus asiantuntijatyönä kulminoituu aina asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutusperustaisiin kohtaamisiin, joihin on tärkeää kiinnittää tutkimuksellista huomiota.

Kirjallisuushakuja tehdessäni jouduin kosketuksiin käsitteiden *terapia* ja *terapeuttinen* vaikeaselkoisuuden ja monitulkintaisuuden kanssa. Hakusanat *social work* ja *therapeutic* tuottivat osumia niin sosiaalityön psykoanalyttistä orientaatiota lastensuojelutyössä käsitteleviin kuin hormonikorvaushoitoa saavia naisia sosiaalityön asiakkaina tarkasteleviin artikkeleihin. Tutkimusaiheeseeni kiinnittyviä tekstejä määrittä lisäksi vahva yhdysvaltalainen orientaatio, jossa terapia nähdään automaattisesti osaksi sosiaalityötä. Tämä vaikeutti lähdemateriaalin hyödyntämistä suomalaisessa, julkisen palvelusektorin kontekstiin kiinnittyvässä tutkimuksessa. On tärkeää tiedostaa, että suurimmat terveysosiaalityön kirjallisuuden ja tieteellisten aikakauslehtien kustantajat ovat yhdysvaltalaisia, joka ei voi olla vaikuttamatta siihen, millaisesta näkökulmasta tuotetuilla teksteillä on parhaat mahdollisuudet ylittää julkaisukynnys.

On myös tärkeää pohtia tutkimusaineistojeni ikään liittyviä rajoituksia. Vaikka tutkimukseni aineisto onkin kerätty jo yli vuosikymmen sitten, voidaan kysyä, onko palvelurakenne tosiasiallisesti muuttunut tänä aikana merkittävästi. Psykiatrien sairaanhoito jakautuu edelleen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon jaetaan niin ikään edelleen avo- ja laitoshoidon – aivan kuten tutkimuksen aineistonkeruuvaiheessakin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos antaa edelleen odottaa itseään ja uudistuksen ajankohdasta ja vaikutuksista psykiatrisen hoidon kokonaisuuteen ei vielä ole tietoa. Tässä valossa tutkimukseni tarjoaa katsauksen psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöhön aikana, jolloin palvelurakenne oli eräällä tapaa staattisessa vaiheessa; se oli vakiinnuttanut asemansa ja muotonsa 1990-luvun talouslaman jälkimainingeissa vahvan avohoitopainotteiseksi. Myös sosiaalityöntekijöiden määrä aineistonkeruujankohdasta ja varsinkin pitkään sen jälkeen, oli vakiintunut tietylle tasolle. Tutkimukseni ei pyrkinyt tarjoamaan absoluuttisia, muuttumattomia tilastollisia totuuksia psykiatrisen sosiaalityön käytännöstä, vaan pikemminkin tuottamaan ajan ylittäviä, teoreettisia jäsenystapoja, jotka auttavat tiedostamaan sosiaalityön terapeuttiseen orientaatioon kiinnittyviä merkityksiä, joiden huomiointi osana sosiaalityön itseymmärryksen rakentumisesta on tärkeää nyt ja tulevaisuudessa.

On huomioitava, että aineistonkeruun jälkeen sosiaalityön peruskoulutusta on kehitetty aktiivisesti ja se on myös tosiasiallisesti kehittynyt sisällöllisesti. Kuitenkin sosiaalityön perustutkinto-opiskelijat peräänkuuluttavat edelleen eri kanavilla antamassaan palautteessa sosiaalityön yleisen menetelmällisen perustan jäntevöittämistä ja tuovat esiin sosiaalisen erityisasiantuntijuuden näkyväksi tekemisen haas-



teellisuutta sosiaalihuollon ulkopuolisissa toimintakonteksteissa. Onkin perusteltua kysyä, onko terveyssosiaalityön kehittyminen kiinni ainoastaan alan omasta koulutuksesta, vai vaikuttavatko sosiaalityön rooliin myös toimintaympäristön primaaritehtävästä ja hierarkkisesta rakenteesta johtuvat, sosiaalityön ulkopuoliset määrittelytavat, joita sosiaalityöntekijät itse eivät yksipuolisesti voi muokata? Nämä tekijät kiinnittyvät erityisesti moniammatillisen työskentelyn opetuksen rooliin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutuksissa.

Myös tutkimusmenetelmällisiä valintojani voidaan kyseenalaistaa monin tavoin. Tutkimustani ohjasi pyrkimys aineistolähtöisyyteen ja hermeneuttiseen tulkintaan, joiden voidaan nähdä olevan ristiriidassa osin strukturoidun kyselyn ja teemahaastattelun kanssa. Aiemman aiheeseen kiinnittyvän tutkimuksen puuttuessa en nähnyt mielekkäänä aloittaa empiiristä tiedonhankintaa haastatteluilla tai esimerkiksi kirjoituspyynnöillä, ennen kuin selvitin tilastollisesti, onko psykiatrisen sosiaalityön terapeutin orientaatio ylipäänsä todellinen ilmiö. Voidaankin pohtia, millaisena tutkimukseni perusta mahtaisi näyttäytyä, jos olisin ensin haastatellut joukkoa sosiaalityöntekijöitä ilman tosiasiallista ymmärrystä tutkimani ilmiön objektiivisesta todenperäisyydestä ja laajuudesta? Entä kuinka olisin tässä tapauksessa tavoittanut informanttini? Hahmotan tutkimusmenetelmän arvioinnin mielekkääksi vain suhteessa tutkimustehtävään ja tutkimuksen tiedonintressiin. Menetelmällisillä valinnoillani pyrin ylittämään suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa esiintyvän ilmeisen kahtiajaon laadullisen ja määrällisen tutkimusotteen välillä. Pyrkimykseni objektiiviseen tiedontuotantoon todentui halussani ymmärtää myös tilastollisen aineiston tarjoamia mahdollisuuksia tutkimukseen osallistuneiden kokemusmaailman tarkastelussa. Ymmärrän esimerkiksi kysymyksen *Missä määrin koet tekeväsi työtäsi ja toimivasi työssäsi seuraavissa ammatillisissa rooleissa?* mitä suurimmassa määrin kokemuksen tutkimiseksi, vaikka kysymys esitetäänkin määrällisessä muodossa. Eettisesti tiedostava tutkimus edellyttää, että tutkija kykenee ylittämään tutkimusmenetelmiin kiinnittyvät henkilökohtaiset arvostuksensa ja tarkastelee todellisuuden rakentumista aidosti moninäkökulmaisesti.

Yhtenä analyysimenetelmänä käyttämäni faktorianalyysiin liittyy tulkinnanvaraisuutta. Faktorointi on mahdollista toteuttaa lukuisin erilaisin tavoin muun muassa rotaation suhteen. Tässä tutkimuksessa tavoitteenani oli löytää aiemmin tutkimatta jääneestä ilmiöstä keskeisiä perusulottuvuuksia, jotka mahdollistavat ilmiön käsitteellisen tarkastelun. Tässä perusfunktiossaan koen suorakulmaisesti rotatoidun faktorianalyysin toimineen varsin hyvin. Joissain analyyseissä usealle faktorille latautuneet muuttujat ilmentävät abstraktin tutkimuskohteeni ilmeistä rajapintaluonnetta ja erilaisten elementtien yhteen kietoutumista.

Myös sekä määrällisten että laadullisten tulosten esittämistä samojen temaattisten lukujen alla voidaan kritisoida. Tulosten esitystapa pohjautui kuitenkin pitkälliseen harkintaani. Mikäli erilaisten aineistojen tuottamia tuloksia ei olisi esitetty samojen tuloslukujen alla, olisi tutkimuksen tavoite, pyrkimys tuottaa kokonaiskuva tarkasteltavasta ilmiöstä, voinut hämärtyä ja empiirinen tulokokonaisuus pirstaloit-

tua. Toinen tutkimusote olisi myös voinut alkaa elää omaa elämäänsä ja painottaa tutkimustehtävän näkökulmasta ei-tarkoituksenmukaisella tavalla.

## **Tutkimusperustaisia toimenpidesuosituksia sosiaalisen vahvistamiseksi mielenterveystyössä**

Tutkimukseni tarjoaa yhdenlaisen näkökulman aiemmin suomalaisessa yhteiskunnassa lähes kokonaan tutkimuksellisesti sivuutettuun ilmiöön. Tutkimus ei anna lopullisia vastauksia ja valmiita ratkaisuja, vaan pikemminkin pyrkii tuomaan yhteiskunnalliseen tietoisuuteen niin mahdollisuuksia kuin haasteitakin, joita psykiatrisen sosiaalityön terapeutitiseen orientaatioon liittyy. Toivon tutkimukseni toimivan ennen kaikkea keskustelunavauksena, joka nostaa esiin tekijöitä, joiden tiedostaminen on tärkeää sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostusta että tulevaisuuden mielenterveystyön koulutussisältöjä suunniteltaessa.

Muistatko vielä Martin, tuon somaattisen erikoissairaanhoidon potilaan, jonka kanssa käymäni keskustelut antoivat ensisysäyksen tälle tutkimukselle? Martti oli sairastunut psyykkisesti jo ennen ensimmäistä tapaamistamme. Hänen mielenterveyttään kuormittava elämäntilanteensa oli saanut alkunsa haasteista, joiden luonne oli sosiaalinen: työttömyydestä ja vähävaraisuudesta sekä yksinäisyydestä ja sosiaalisten verkostojen hauraudesta. Tavatessamme nuo haasteet olivat edelleen läsnä Martin elämässä, jota potilasvahinko kuormitti entisestään sekä taloudellisesti että kokemuksellisesti. Martin olosuhteiden kaltainen elämäntilanne on tuttu monelle terveystieteiden asiakkaalle. Jotta heitä voitaisiin auttaa oikea-aikaisesti ja ongelmien kumuloitumista ehkäistä, on palvelujärjestelmässä tärkeää kiinnittää aiempaa enemmän huomiota psyykkisen oireilun sosiaaliseen alkuperään.

Sosiaali- ja terveystieteiden suunnitteilla oleva rakennemuutos edellyttää sekä aiempaa laajempaa että syvällisempää sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä. Sosiaalityöntekijöiden on tärkeää luottaa omaan erityisasiantuntijuuteensa ja toimia sosiaalisen sanansaattajina myös niissä hyvinvointipalveluita tuottavissa organisaatioissa, joiden pääasiallinen tehtävä ei ole sosiaalihuollollinen. Tutkimukseni nojalla väitän, että sosiaalisen roolia mielenterveystyössä on paitsi tärkeää, myös mahdollista vahvistaa. Tätä voidaan edesauttaa muun muassa seuraavilla toimenpiteillä:

- 1) Sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden on tärkeää olla jokaisen potilaan ja hänen omaistensa hyödynnettävissä ilman, että potilaan tarvitsee osata pyytää sitä erikseen. Mielenterveystieteiden ja sen moniulotteisuutta on tärkeää tehdä näkyväksi markkinoimalla niitä aktiivisesti sekä muille moniammatillisille toimijoille että terveystieteiden käyttäjille.
- 2) Kaikkien psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden kohdalla on tärkeää tehdä sosiaalinen selvitys, joka huomioi yksilön elämäntilanteen sosiaaliset reunaehdot. Tämä edellyttää riittävää sosiaalityöntekijämitoitusta.

- 3) Sosiaalityöntekijöiden tehtäviin valittujen on olennaista toimia tosiasiallisesti sosiaalityöntekijän ammattinimikkeellä.
- 4) Kaikki psykiatriset sosiaalityöntekijät tarvitsevat mahdollisuuden omaa ammatillista erityistyöntekijän identiteettiään tukevaan ja vahvistavaan työnohjaukseen.
- 5) Terveydenhuollon eri ammattikuntien peruskoulutuksessa on perusteltua vahvistaa moniammatillisen yhteistyön valmiuksia lisääviä, aidosti monitieteiseen vuoropuheluun ja tiedonmuodostukseen perustuvia opintokokonaisuuksia, jotka orientoivat eri alojen opiskelijat toisten ammattikuntien erityisosaamisen tunnistamiseen ja tunnustamiseen.
- 6) Terveys- ja sosiaalityöntekijät on mahdollista nähdä yhtenä olennaisena kansanterveystyön toimijatahona. Sosiaalityöntekijöiden asiantuntija- ja kehittäjäroolia esimerkiksi väestön terveyslukutaidon lisäämisessä ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi tehtävässä työssä on tärkeää vahvistaa.
- 7) Sosiaalityön perustutkintokoulutuksen on tärkeää antaa aiempaa vahvemmat valmiudet mielenterveydellisistä ongelmista kärsivän asiakkaan kokonaisvaltaiseen, yleisterapeuttiseen kohtaamiseen. Peruskoulutuksessa on myös olennaista oppia tunnistamaan asiakkaiden moniulotteiset elämäntilanteet, jotka vaativat paneutuvaa, byrokraattisen tietotaidon ylittävää vuorovaikutusosaamista. Erityistä huomiota on tarkoituksenmukaista kiinnittää yksilön lähisuhteiden merkitykseen sekä mielenterveysongelmien syntymekanismien tarkastelussa että toipumista tukevassa työssä.
- 8) Terveys- ja sosiaalityön vaikuttavuutta koskevaa tutkimusta tarvitaan lisää. Talous- ja evidence based -ajattelun värittämässä medisiinisessä toimintaympäristössä myös sosiaalityön arvo mitataan ennen kaikkea toiminnan synnyttämällä kustannussäästöillä. Sosiaalityön psykiatrisen hoidon kokonaisuuteen tuottama lisäarvo ja aikaansaamat säästöt on tärkeää todentaa tutkimusperustaisesti.

Mielenterveydellisistä ongelmista kärsivät muodostavat yhteiskunnassamme merkittävän sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasryhmän, jonka on vaikeaa, usein jopa mahdotonta, toimia oikeuksiensa puolestapuhujina. He tarvitsevat myös tulevaisuudessa tuekseen yliopistollisen koulutuksen saaneiden sosiaalityön erityisasiantuntijoiden tuottamia, eri tavoin terapeuttisia interventioita. Ne voivat pohjautua osin psykologis-psykiatriseen tieto- ja metodipohjaan, mutta viime kädessä niiden on tärkeää todentua sosiaalityölle ominaisena, asiakkaan yksilöllisen kokonaistilanteen selvitykseen ja arviointiin perustuvana, erilaisten palveluiden, etuisuuksien ja interventiomallien yhteen nivomisena, jolla on vahva kytkös myös rakenteellisen sosiaalityön orientaatioon. Näin on tärkeää olla myös tulevaisuudessa, sillä kuten Riitta Granfelt (1998) on todennut, *sosiaalityö yhteiskuntapolitiittisena toimintana ei ole paljonkaan arvoista, ellei sen tekijöillä ole rohkeutta asettua niiden ihmisten puolelle, jotka*

*eivät voi puolustaa elämisoikeuttaan suorituksilla, selviytymisellä tai kunniallisella elämäntavalla.*

# LÄHTEET

- Aaltola, Elisa 2014. Empatian eri muodot ja moraali. Teoksessa Jaakola, Anne-Mari & Leinonen, Leena & Väänänen-Fomin, Marja (toim.) Tutkiva sosiaalityö 2014. Eettisyys ihmistyössä. Talentia-lehti ja Sosiaalityön tutkimuksen seura, 9–14. Saatavilla [www-muodossa: http://www.sosiaalityontutkimukseura.fi/data/\\_uploaded/tutkivasosiaalityo2014.pdf](http://www.sosiaalityontutkimukseura.fi/data/_uploaded/tutkivasosiaalityo2014.pdf) Haettu 15.11.2019.
- Aaltonen, Jukka 2017. Perheterapiat. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 809–819.
- Aaltonen, Jukka & Laitila, Aarno 2015. Perheterapia. Teoksessa Huttunen, Matti O. & Kalska, Hely (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim, 207–223.
- Abbott, Andrew 1988. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abramson, Julie S. & Mizrahi, Terry 1996. When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work* 41 (3), 270–281.
- Acker, Gila & Lawrence, Dorothea 2009. Social work and managed care. Measuring competence, burnout and role stress of workers providing mental health services in a managed care era. *Journal of Social Work* 9 (3), 269–283.
- Acker, Gila M. 2012. Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work* 12 (5), 475–490.
- Ahla, Mervi & Tarvainen, Lauri 1959. Henkilökohtainen huolto. Helsinki: WSOY.
- Aho, Päivi 1999. Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Helsinki: WSOY.
- Ai, Amy L. & Rollman, Bruce L. & Berger, Candyce S. 2010. Comorbid mental health symptoms and heart diseases: Can health care and mental health care professionals collaboratively improve the assessment and management? *Health & Social Work* 35 (1), 27–38.
- Ain, Eileen J. 2005. Social worker's resolution of ethical dilemmas in health and mental health practice. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) Social work in health and mental health: Issues, developments and actions. Toronto: Canadian Scholars' Press, 26–44.
- Airaksinen, Timo 1992. Ammattien etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Airaksinen, Timo (toim.) Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. Helsinki: Yliopistopaino, 19–60.
- Alanen, Pentti 2014. Hermeneuttinen kehä ja kokeellinen tutkimus. Loimaa: Kustannus HD.
- Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Alasuutari, Pertti 2001. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus.
- Alkula, Tapani & Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Allen, Heidi 2012. Is there a social worker in the house? Health care reform and the future of medical social work. *Health & Social Work* 37 (3), 183–186.
- Allen, Jessica & Balfour, Reuben & Bell, Ruth & Marmot, Michael 2014. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry* 26 (4), 392–407.
- Alvesson, Mats & Skoldberg, Kaj 2009. Reflexive methodology. New vistas for qualitative research. Thousand Oaks: SAGE.
- Anakwenze, Ujunwa & Zuberi, Daniyal 2013. Mental health and poverty in the inner city. *Health & Social Work* 38 (3), 147–157.
- Antikainen-Juntunen, Eija 2005. Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Anttila, Niina & Huurre, Taina & Malin, Maili & Santalahti, Päivi 2016. Mielenterveyden edistäminen varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen. Katsaus menetelmiin ja kirjallisuuteen Suomessa. Verkkojulkaisu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 3/2016. Helsinki: Terveyden ja

- hyvinvoinnin laitos. Saatavilla [www-muodossa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130003/URN\\_ISBN\\_978-952-302-613-1.pdf?sequence=1](http://www.muodossa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130003/URN_ISBN_978-952-302-613-1.pdf?sequence=1) Haettu 15.11.2017.
- Aromaa, Esa 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Tutkimuksia* 69. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Auerbach, Charles & Mason, Susan E. & Heft LaPorte, Heidi 2007. Evidence that supports the value of social work in hospitals. *Social Work in Health Care* 44 (4), 17–32.
- Auslander, Gail 2001. Social work in health care: What we have achieved? *Journal of Social Work* 1 (2), 201–222.
- Australian Association for Social Workers 2008. Practice standards for mental health social workers. Saatavilla [www-muodossa: http://www.aasw.asn.au/document/item/17](http://www.aasw.asn.au/document/item/17) Haettu 28.6.2017.
- Aviram, Uri 1997. Social work in mental health: Trends and issues. *Social Work in Health Care* 25 (3), 1–9.
- Aviram, Uri 2002. The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care* 35 (1–2), 617–634.
- Aviram, Uri & Katan, Joseph 1991. Professional preferences of social workers: Prestige scales of populations, services and methods in social work. *International Social Work Journal* 34 (1), 37–55.
- Bachelor, Alexandra & Horvath, Adam 2002. The therapeutic relationship. Teoksessa Hubble, Mark A. & Duncan, Barry L. & Miller, Scott D. (toim.) *The heart and soul of change. What works in therapy.* Washington: American Psychological Association, 133–178.
- Badger, Karen & Royse, David & Craig, Carlton 2008. Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work* 33 (1), 63–71.
- Bailey, Di 2002. Mental health. Teoksessa Adams, Robert & Dominelli, Lena & Payne, Malcolm (toim.) *Critical practice in social work.* New York: Palgrave Macmillan, 325–335.
- Banks, Sarah 1995. *Ethics and values in social work.* Basingstoke: Macmillan.
- Barnes, Diana & Carpenter, John & Dickinson, Claire 2000. Interprofessional education for community mental health: attitudes to community care and professional stereotypes. *Social Work Education* 19 (6), 565–583.
- Barsky, Allan Edward 2010. *Ethics and values in social work. An integrated approach for a comprehensive curriculum.* New York: Oxford University Press Inc.
- Beddoe, Liz 2011. Health social work: Professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work* 12 (1), 24–40.
- Beddoe, Liz & Maidment, Jane 2014. Social work practice for promoting health and wellbeing. Teoksessa Beddoe, Liz & Maidment, Jane (toim.) *Social work practice for promoting health and wellbeing – critical issues.* New York: Routledge, 1–11.
- Bentley, Kia J. 2002. *Social work practice in mental health: contemporary roles, tasks and techniques.* Pacific Grove: Brooks Cole.
- Bergman, Manfred Max 2010. Hermeneutic content analysis. Textual and audiovisual analyses within a mixed methods framework. Teoksessa Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles (toim.) *Mixed methods in social behavioral research.* London: SAGE Publications Inc., 379–396.
- Bernler, Gunnar 1987. *Till det psykosociala arbetets metateori. Rapport 3. Institutionen för socialt arbete.* Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Biggerstaff, Deborah & Thompson, Andrew R. 2008. Interpretative phenomenological analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology* 5 (3), 214–224.
- Björkenheim, Johanna 2007. Knowledge and social work in health care – the case of Finland. *Social Work in Health Care* 44 (3), 261–278.
- Bland, Robert & Renouf, Noel 2001. Social work and the mental health team. *Australasian Psychiatry* 9 (3), 238–241.
- Boddy, Jennifer & O’Leary, Patrick & Tsui, Ming-sum & Pak, Chui-man & Wang, Duu-Chiang 2017. Inspiring hope through social work practice. *International Social Work*, 1–13. Saatavilla [www-muodossa: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020872817706408](http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020872817706408) Haettu 26.2.2018.
- Bowen, Murray 1978. *Family therapy in clinical practice.* Northvale: Jason Aronson Inc. Publishers.

- Bransford, Cassandra L. & Bakken, Tim 2002. The evolution of mental health care policy and the implications for social work. *Social Work in Mental Health* 1 (1), 3–26.
- Brown, Brian & Crawford, Paul & Darongkamas, Jurai 2000. Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health and Social Care in the Community* 8 (6), 425–435.
- Buchbinder, Eli & Eisikovits, Zvi & Karnieli-Miller, Orit 2004. Social workers' perceptions of the balance between the psychological and the social. *Social Service Review* 78 (4), 531–552.
- Buckles, Beverly & Brewer, Emily & Kerecman, Jennifer & Mildred, Laurel & Ellis, Amy & Ryan, John 2008. Beyond stigma and discrimination: Challenges for social work practice in psychiatric rehabilitation and recovery. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation* 7 (3–4), 232–283.
- Bulanda, Jeffrey J. & Bruhn, Christine & Byro-Johnson, Trisha & Zentmyer, Melissa 2014. Addressing mental health stigma among young adolescents: Evaluation of a youth-led approach. *Health & Social Work* 39 (2), 73–80.
- Burt, Mike & Worsley, Aidan 2008. Social work, professionalism and the regulatory framework. Teoksessa Fraser, Sandy & Matthews, Sarah (toim.) *The critical practitioner in social work and health care*. London: SAGE Publications Ltd., 27–42.
- Butrym, Zofia T. 1989. Health care and social work - what kind of relationship? Teoksessa *Social work and health care. Research highlights in social work* 19. London: Jessica Kingsley Publishers, 21–32.
- Bywaters, Paul & Napier, Lindsey 2009. Revising social work's international policy statement on health: process, outcomes and implications. *International Social Work* 52 (4), 447–457.
- Cabot, Richard Clarke 1909. *Social service and the art of healing*. New York: Moffat, Yard and Company.
- Camilleri, Peter 1999. Social work and its search for meaning: theories, narratives and practices. Teoksessa Pease, Bob & Fook, Jan (toim.) *Transforming social work practice. Postmodern critical perspectives*. Singapore: Routledge, 25–39.
- Cannon, Ida 1913. *Social work in hospitals: a contribution to progressive medicine*. New York: Survey Associates Inc.
- Carpenter, Margaret C. & Platt, Sheila 1997. Professional identity for clinical social workers: Impact of changes in health care delivery systems. *Clinical Social Work Journal* 25 (3), 337–350.
- Carr, Alan 2014. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy* 36, 107–157.
- Charles, Jennifer L. K. & Bentley, Kia J. 2016. Stigma as organizing framework for understanding the early history of community mental health and psychiatric social work. *Social Work in Mental Health* 14 (2), 149–173.
- Clark, Chris 2012. From rules to encounters: Ethical decision-making as a hermeneutic process. *Journal of Social Work* 12 (2), 115–135.
- Cleak, Helen M. & Turczynski, Maggie 2014. Hospital social work in Australia: Emerging trends or more of the same? *Social Work in Health Care* 53 (3), 199–213.
- Clossey, Laurene & Rowlett, Al 2008. Effective organizational transformation in psychiatric rehabilitation and recovery. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation* 7 (3–4), 315–339.
- Coady, Nick 2016. The science and art of direct practice: an overview of theory and of a reflective, intuitive-inductive approach to practice. Teoksessa Coady, Nick & Lehmann, Peter (toim.) *Theoretical perspectives for direct social work practice: a generalist-eclectic approach*. New York: Springer Publishing Company, 37–59.
- Cockerham, William C. 2010. Health lifestyles: Bringing structure back. Teoksessa Cockerham, William C. (toim.) *The new Blackwell companion to medical sociology*. New Jersey: Wiley-Blackwell Publishing, 159–183.
- Cohen, Jeffrey A. 2003. Managed care and the evolving role of the clinical social worker in mental health. *Social Work* 48 (1), 34–43.
- Collins, Stewart 1989. Mental or experimental? Social workers, clients and psychiatry. Teoksessa Rojek, Chris & Peacock, Geraldinen & Collins, Stewart (toim.) *The haunt of misery. Critical essays in social work and helping*. Great Britain: Routledge, 148–172.
- Collins, Stewart 2015. Hope and helping in social work. *Practice: Social Work in Action* 27 (3), 197–213.
- Conrad, Peter 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 18, 209–232.

- Corby, Brian 2006. Applying research in social work practice. Maidenhead: Open University Press.
- Corrigan, Patricia 2004. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 59 (7), 614–625.
- Corrigan, Patricia 2007. How clinical diagnosis might exacerbate: The stigma of mental illness. *Social Work* 52 (1), 31–39.
- Coulshed, Veronica 1991. *Social work practice: An introduction*. Basingstoke: Macmillan.
- Craig, Shelley L. & Muskat, Barbara 2013. Bouncers, brokers and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work* 38 (1), 7–16.
- Crane, D. Russell & Payne, Scott H. 2011. Individual versus family psychotherapy in managed care: comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy* 37 (3), 273–289.
- Creswell, John W. 2009. *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: SAGE.
- Crowther, Susan & Ironside, Pam & Spence, Deb & Smythe, Liz 2017. Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: A methodological device. *Qualitative Health Research* 27 (6), 826–835.
- Dahlberg Chu, Amy 2007. Richard Cabot. Saatavilla [www.muodossa: http://uudb.org/articles/richardcabot.html](http://uudb.org/articles/richardcabot.html) Haettu 31.3.2018.
- Davison, Gerald C. & Neale, John M. 1996. *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- de St. Aubin, Mark 2014. Sosiaalityön professori Mark de St. Aubinin haastattelu 19.11.2014, College of Social Work, University of Utah.
- Deacon, Lesley 2017. Introduction to social work theory. Teoksessa Deacon, Lesley & MacDonald, Stephen J. (toim.) *Social work theory and practice*. Thousand Oaks: SAGE, 5–10.
- Deegan, Patricia E. 1997. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care* 25 (3), 11–24.
- Deegan, Patricia E. 2001. Recovery: the lived experience of rehabilitation. Teoksessa Spaniol, Leroy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (toim.) *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Center for psychiatric rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston: Boston University, 92–98.
- Denzin, Norman K. 1989. *Interpretive interactionism*. Newbury Park: SAGE.
- Derezotes, David S. 2000. *Advanced generalist social work practice*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Derezotes, David S. 2014. Haastattelu 10.11.2014 University of Utah, College of Social Work.
- Deschamps, Jean-Claude & Devos, Thierry 1998. Regarding the relationship between social identity and personal identity. Teoksessa Worchel, Stephen & Morales, Francisco J. & Paez, Dario & Deschamps, Jean-Claude (toim.) *Social identity – international perspectives*. Surrey: SAGE Publications, 1–12.
- Dominelli, Lena 2009. *Introducing social work*. Cambridge: Polity Press.
- Donovan, Mary 2002. Social work and therapy: Reclaiming a generic therapeutic space in child and family work. *Journal of Social Work Practice* 16 (2), 113–123.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 2000. American Psychiatric Association.
- Dryden, Windy & Mytton, Jill 1999. *Four approaches to counselling and psychotherapy*. London: Routledge.
- Duodecim terveyskirjasto 2017. Mielenterveyden häiriöt. Saatavilla [www.muodossa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002) Haettu 12.6.2019.
- Dziegielewska, Sophia F. 2004. The changing face of health care social work. *Professional practice in managed behavioral health care*. New York: Springer.
- Edwards, Rosalind & Mauthner, Melanie 2012. *Ethics and feminist research: theory and practice*. Teoksessa Miller, Tina & Birch, Maxine & Mauthner, Melanie & Jessop, Julie (toim.) *Ethics in qualitative research*. London: SAGE, 14–28.
- Ekman, Pirkko & Mikkonen, Arja & Nieminen, Anja (ei painovuotta). *Sosiaaliohittaja -koulutus vuosina 1945–1975. Kokemuksia koulutuksesta ja sen merkityksestä työelämässä*. Julkaistu Terveys- ja sosiaaliohittajien ry:n tuella. Ei erillistä kustantajaa.



- Eläketurvakeskus 2017. Masennus vie joka päivä kahdeksan henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. Saatavilla [www-muodossa: https://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henkiloa-tyokyvyttömyyseläkkeelle/](https://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henkiloa-tyokyvyttömyyseläkkeelle/) Haettu 12.6.2019.
- England, Hugh 1986. *Social work as art. Making sense for good practice.* London: Allen & Unwin Ltd.
- Eskola, Jari 1995. Faktorianalyysi ja diskursiiviset tulkinnat. Teoksessa Eskola, Jari & Mäkelä, Jukka & Suoranta, Juha (toim.) *Ihmistieteiden 1990-luvun metodologiaa etsimässä.* Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C8. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 247–258.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.* Chydenius-Instituutin julkaisuja 3/2001. Jyväskylä: PS-kustannus, 133–157.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.* Chydenius-Instituutin julkaisuja 3/2001. Jyväskylä: PS-kustannus, 24–42.
- Eteläpelto, Anneli & Vähäsantanen, Katja 2006. Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa Eteläpelto, Anneli & Onnismaa, Jussi (toim.) *Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja.* Helsinki: Kansanvalistusseura, 26–49.
- Eteläpelto, Anneli 2009. Työidentiteetti ja subjektiiviset rakenteiden ja toimijuuden ristiaallokossa. Teoksessa Eteläpelto, Anneli & Collin, Kaija & Saarinen, Jaana (toim.) *Työ, identiteetti ja oppiminen.* Helsinki: WSOY, 90–142.
- Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012. ETENE-julkaisuja 35. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Findikaattori 2019. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Saatavilla [www-muodossa: https://findikaattori.fi/fi/76](https://findikaattori.fi/fi/76) Haettu 11.6.2019.
- Finfgeld-Connett, Deborah & Johnson, Diane E. 2012. Literature search strategies for conducting knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing* 69 (1), 194–204.
- Flexner, Abraham 1915. Is social work a profession? Paper presented at the national conference on charities and correction. Saatavilla [www-muodossa: http://www.socialwelfarehistory.com/programs/is-social-work-a-profession-1915/](http://www.socialwelfarehistory.com/programs/is-social-work-a-profession-1915/) Haettu 15.11.2018.
- Fontana, Andrea & Frey, James H. 2005. The interview. From neutral stance to political involvement. Teoksessa Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (toim.) *The SAGE handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: SAGE, 695–727.
- Fook, Jan & Ryan, Martin & Hawkins, Linette 1997. Towards a theory of social work expertise. *British Journal of Social Work* 27 (3), 399–417.
- Forsström, Kirsi 2011. Sosiaalityön asiantuntijuus moniammatillisessa psykiatrisessa avohoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta.
- Frank, Jerome D. & Frank, Julia B. 1991. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frankenhaeuser, Beata 2014. Terveys- ja sosiaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö.* Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.
- Frost, Liz 2008. Why teach social work students psychosocial studies. *Social Work Education* 27 (3), 243–261.
- Frost, Nick & Robinson, Mark & Anning, Angela 2005. Social workers in multidisciplinary teams: Issues and dilemmas for professional practice. *Child and Family Social Work* 10 (3), 187–196.
- Furedi, Frank 2004. *Therapy culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age.* London & New York: Routledge.
- Gadamer, Hans-Georg 2004. Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Valikoinut ja suomentanut Ismo Nikander. Tampere: Vastapaino.
- Geertz, Clifford 1973. *The interpretation of cultures. Selected essays.* New York: Basic Books Inc.

- Geertz, Clifford 1988. *Works and lives. The anthropologist as author*. Stanford: Stanford University Press.
- Gibbons, Jill & Plath, Debbie 2012. Single session social work in hospitals. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 33 (1), 39–53.
- Gibelman, Margaret & Schervish, Philip H. 1997. *Who we are: A second look*. Washington DC: NASW Press.
- Gilmartin, Robin M. 1997. Personal narrative and the social reconstruction of the lives of former psychiatric patients. *Journal of Sociology and Social Welfare* XXIV (2), 77–102.
- Ginsberg, Leon H. 1995. *Social work almanac*. Washington DC: NASW Press.
- Ginsberg, Leon H. 1998. *Careers in social work*. Boston: Allyn & Bacon.
- Giorgi, Amadeo & Giorgi, Barbro 2008. *Phenomenology*. Teoksessa Smith, Jonathan A. (toim.) *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Thousand Oaks: SAGE, 26–52.
- Gitterman, Alex 2014. Social work: A profession in search of its identity. *Journal of Social Work Education* 50 (4), 599–607.
- Goffman, Erving 1963. *Stigma: some notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, Erving 1973. *The presentation of self in everyday life*. New York: Overlook Press.
- Goffman, Erving 2012. *Vuorovaikutuksen sosiologia*. Tampere: Vastapaino.
- Golden, Robyn L. 2011. Coordination, integration and collaboration: A clear path for social work in health care reform. *Health & Social Work* 36 (3), 227–228.
- Goldstein, Eda G. 1980. Knowledge base of clinical social work. *Social Work* 25 (3), 173–178.
- Goldstein, Eda G. 1996. What is clinical social work? Looking back to move ahead. *Clinical Social Work Journal* 24 (1), 89–104.
- Goleman, Daniel 2000. *Tunneäly. Lahjakkuuden koko kuva*. Helsinki: Otava.
- Goodwin, Isabel & Holmes, Guy & Newnes, Craig & Waltho, Dominic. 1999. A qualitative analysis of the views of in-patient mental health service users. *Journal of Mental Health* 8 (1), 43–54.
- Gould, Raija & Grönlund, Harri & Korpiluoma, Riitta & Nyman, Heidi & Tuominen, Kristiina 2007. *Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 1*. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Granfelt, Riitta 1993. *Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä*. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 175–227.
- Granfelt, Riitta 1998. *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Granfelt, Riitta 2005. *Marginaalitarinat ammattikäytäntöjen kehittämisen aineksina*. Teoksessa Satka, Mirja & Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna (toim.) *Sosiaalityön käytäntötutkimus*. Helsinki: Palmenia, 240–258.
- Green, Amy E. & Albanese, Brian J. & Shapiro, Nicole M. & Aarons, Gregory A. 2014. Roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services* 11 (1), 41–49.
- Gregorian, Camille 2005. A career in hospital social work: Do you have what it takes? *Social Work in Health Care* 40 (3), 1–14.
- Gregory, Marilyn & Holloway, Margaret 2005. Language and the shaping of social work. *British Journal of Social Work* 35 (1), 37–53.
- Grönfors, Martti 2011. *Laadullisen tutkimuksen kenttätymenetelmät*. Toimittanut Hanna Vilkkä. Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkkä. Saatavilla [www.muodossa: http://docplayer.fi/94349-Martti-gronfors-laadullisen-tutkimuksen-kenttatyomenetelmat.html](http://docplayer.fi/94349-Martti-gronfors-laadullisen-tutkimuksen-kenttatyomenetelmat.html) Haettu 15.11.2018.
- Göppner, Hans-Jürgen & Hämäläinen, Juha 2007. Developing a science of social work. *Journal of Social Work* 7 (3), 269–287.
- Hakkarainen, Kai & Palonen, Tuire & Paavola, Sami 2002. Kolme näkökulmaa asiantuntijuuden tutkimiseen. *Psykologia* 37 (6), 448–464.
- Hakola, Liisa 1975. *Psykiatrinen sosiaalityö*. Teoksessa Achté, Kalle & Kilpiö, Pirkko & Ollikainen, Liisa & Pihkanen, Toivo & Rantanen, Irja & Rinne, Matti (toim.) *Psykiatrinen kuntoutus*. Helsinki: WSOY, 146–150.

- Handron, Dorothea & Diamond, John & Levy Zlotnik, Joan 2008. Challenges of providing interdisciplinary mental health education. *Journal of Family Social Work* 5 (3), 49–62.
- Hankaniemi, Seija & Paasio, Petteri 1995. Sosiaalityön psykokuulttuurinen kerrostuma. *Janus* 3 (2), 168–179.
- Hart, Chris 1998. *Doing a literature review. Releasing the social science research imagination*. Thousand Oaks: SAGE.
- Haultain, Linda 2014. Facing the challenges together. A future vision for health social work. Teoksessa Beddoe, Liz & Maidment, Jane (toim.) *Social work practice for promoting health and wellbeing*. New York: Routledge, 39–50.
- Havukainen, Pirjo 2014. Minä mentorina – palkitsevaa uusien ammattilaisten kasvun ohjausta. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 16–25.
- Healy, Karen 2005. *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Heikkilä, Tarja 2004. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, Tarja 2014. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita. E-kirja.
- Heinonen, Tuula & Spearman, Len 2001. *Social work practice. Problem solving and beyond*. Toronto: Nelson Education.
- Heinonen, Tuula & Metteri, Anna 2005. Introduction. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri Anna (toim.) *Social work in health and mental health. Issues, developments and actions*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 1–5.
- Heinonen, Tuula & Metteri, Anna & Leach, Jennifer 2009. Applying health determinants in social work practice. *European Journal of Social Work* 12 (2), 139–153.
- Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna 2011. Komplekseja ja katkoksia – psykiatrian hajaantumisen suomalaiseseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 11–69.
- Hellsten, Tommy 2001. *Ihminen tavattavissa – kohtaamisen taito*. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Herz, Marcus & Johansson, Thomas 2012. "Doing" social work: Critical considerations on theory and practice in social work. *Advances in Social Work* 13 (3), 527–540.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2010. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirvonen, Helena & Husso, Marita 2012. Hoivatyön ajalliset kehykset ja rytmiristiriidat. *Työelämän tutkimus* 10 (2), 3–17.
- Hoffmann, Martin L. 1984. Empathy, social cognition and moral action. Teoksessa Kurtines, William M. & Gerwitz, Jacob L. (toim.) *Moral behavior and development: Advances in theory, research and applications*. New York: John Wiley and Sons, 275–301.
- Hokkanen, Liisa 2014. *Autetuksi tuleminen. Valtaistavan sosiaalisen asianajon edellyttämät toimijuudet*. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Hollis, Florence & Woods, Mary E. 1981. *Casework – a psychosocial therapy*. New York: Random House.
- Holstein, James & Gubrium, Jaber 1997. *The active interviewing*. Teoksessa Silverman, David (toim.) *Qualitative research. Theory, method and practice*. London: SAGE, 113–129.
- Horwitz, Allan V. 2010. An overview of sociological perspectives on the definitions, causes and responses to mental health and illnesses. Teoksessa Scheid, Teresa L. & Brown, Tony N. (toim.) *A handbook for the study of mental health. Social contexts, theories and systems*. New York: Cambridge University Press, 6–19.
- Howe, David 1993. *On being a client*. London: SAGE.
- Hudson, Barbara L. 1982. *Social work with psychiatric patients*. Hong Kong: MacMillan Education Ltd.
- Huntington, June 1981. *Social work and general medical practice. Collaboration or conflict?* London: George Allen & Unwin Ltd.
- Huttunen, Matti O. & Kalska, Hely 2015. *Esipuhe*. Teoksessa Huttunen, Matti O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim.

- Huvinen, Kirsti & Joutsenlahti, Ritva & Metteri, Anna 2014. Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä – aikuissosiaalityön asiakkaat terveystalveissa. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 32–43.
- Huxley, Peter & Evans, Sherril & Webber, Martin & Gately, Claire 2005. Staff shortages in the mental health workforce: the case of the disappearing approved social worker. *Health and Social Care in the Community* 13 (6), 504–513.
- Hyttinen, Leena 2005. Palveluohjaus mielenterveytyössä – toimintatutkimus Casetti-projektista freireläisessä viitekehyksessä. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Marginalisaatiokysymysten erikoisala. Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Hyväri, Susanna 2011. Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan – kaksi potilastarinaa. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 231–258.
- Hyvönen, Juha 2008. Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Hämäläinen, Juha 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen ”käsityötaitoon”. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet, tilastot ja selvitykset 2/1987.
- Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna 2011. Uusi hallinnointi ja mielenterveyspolitiikan tyhjeneminen – Pirkanmaan tapaus. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 111–152.
- Hänninen, Salme 2006. Voimaantumisen kehitysohjelma persoonallisen ja ammatillisen identiteetin tukijana. Teoksessa Eteläpelto, Anneli & Onnismäe, Jussi (toim.) *Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja*. Helsinki: Kansanvalistusseura, 191–217.
- Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka 1998. Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (toim.) *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 59*. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 1–20.
- Hänninen, Vilma 2011. Masennus toiminnallisena loukkuna. Teoksessa Oksanen, Atte & Salonen, Marko (toim.) *Toiminnallisia loukkuja. Hyvinvointi ja eriarvoisuus yhteiskunnassa*. Tampere: Tampere University Press, 17–35.
- Ihanus, Juhani 2005. Järjen äänestä minäkertomuksiin. Psykyen ja psykoterapioiden muodonmuutoksia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Illich, Ivan 1976. Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health. New York: Pantheon.
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Isola, Anna-Maria 2014. Köyhien tulkintoja sairauden ja terveyden sosiaalisista tekijöistä. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 271–295.
- Isopahkala-Bouret, Ulpu 2008. Asiantuntijuus kokemuksena. *Aikuiskasvatus* 28 (2), 84–93.
- Jaakkola, Jouko 1994. Sosiaalisen kysymyksen yhteiskunta. Teoksessa Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 71–161.
- Jacobson, Wendy B. 2001. Beyond therapy: bringing social work back to human services reform. *Social Work* 46 (1), 51–61.
- Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinna. Helsinki: WSOY.
- Jones, Steve & Williams, Barry & Bayliss, Mark 2006. Whose job it is anyway? *Mental Health Nursing* 26 (4), 10–12.
- Judd, Rebecca G. & Sheffield, Sherry 2010. Hospital social work: contemporary roles and professional activities. *Social Work in Health Care* 49 (9), 856–871.
- Judén-Tupakka, Soila 2007. Askelia fenomenologiseen analyysiin. Fenomenologinen menetelmä empiirissä tutkimuksessa. Teoksessa Syrjäläinen, Eija & Eronen, Ari & Värri, Veli-Matti (toim.) *Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin*. Tampere: Tampere University Press, 62–90. E-kirja.
- Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

- Juhila, Kirsi 2008. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila Kirsi (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere: Vastapaino, 14–47.
- Juhila, Kirsi 2009. Sosiaalityön selontekovelvollisuus. *Janus* 17 (4), 296–312.
- Jähi, Rita 2004. Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuudenkokemuksena. Tampere: Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos.
- Kallinen-Kräkin, Salme & Kärki, Jarmo 2004. Sosiaalityön luokitus – luonnos 2003. Väliraportti sosiaalityön luokitus –projektista, asiakastyön luokitusluonnos ja ensimmäiset luokituksen testaustulokset. STAKES aiheita 4/2004. Helsinki: STAKES.
- Kananoja, Aulikki & Pentinmäki, Anni 1977. Yksilökohtainen sosiaalityö – teoria ja käytäntö. Helsinki: WSOY.
- Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.) 2010. *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma.
- Kantola, Hannu 1997. Sosiaalityö ja mielenterveysongelmat - mahdollisuuksia ja kehittämisideoita. Teoksessa Viialainen, Riitta & Maaniittu, Maisa (toim.) *Tehdä itsensä tarpeettomaksi? Sosiaalityö 1990-luvulla*. STAKES raportteja 213. Helsinki: STAKES, 199–207.
- Kantola, Heli 2009. Vakavan sairastamisen merkitys elämänkulussa – esimerkkinä SLE. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 180. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kaplan, Alex H. 1963. Social work therapy and psychiatric psychotherapy: An attempt at differentiation. *Archives of General Psychiatry* 9 (November), 95–101.
- Karpets, George 2014. Advocating the clinical social work professional identity: A biographical study. *Journal of Social Work Practice* 28 (1), 23–41.
- Karu, Miina 2016. Sosiaalityön asiantuntijuuden jäsentymisen nuorisopsykiatrian moniammatillisessa työyhteisössä. Pro gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden laitos. Julkaisematon.
- Karvinen, Synnöve 1992. Mary Richmond, G. H. Mead ja sosiaalityön teoria. *Janus* (1), 60–74.
- Karvinen, Synnöve 1993. Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 15–51.
- Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Salonen, Jari & Meltti, Tero & Yliruka, Laura & Tapola-Haapala, Maria & Björkenheim, Johanna 2005. *Konstikas sosiaalityö. Suomalaisen sosiaalityön todellisuus ja tulevaisuudennäkymät. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:28*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Karvinen-Niinikoski, Synnöve 2007. Muuttuva ja toiminnassa rakentuva asiantuntijuus. Teoksessa Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Rantalaiho, Ulla-Maija & Salonen, Jari *Työnohjaus sosiaalityössä*. Helsinki: Edita, 77–91.
- Karvinen-Niinikoski, Synnöve 2009. Postmoderni sosiaalityö. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-kustannus, 131–159.
- Kempainen, Tarja & Pohjola, Anneli & Koskinen, Simo & Urponen, Kyösti 1998. Sosiaalityö epävarmuuden oloissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 28.
- Ketokivi, Mikko 2015. Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. Helsinki: Gaudeamus.
- Ketola, Outi & Kevätsalo, Kimmo 1994. Ammatti vai elämäntehtävä? Sosiaali- ja terveydenhuollon työ ja organisaatiot murroksessa. Helsinki: Painatuskeskus.
- Khoury, Emmanuelle & Rodriguez del Barrio, Lourdes 2015. Recovery-oriented mental health practice: A social work perspective. *British Journal of Social Work* 45 (Supplement 1), 27–44.
- Kiikkala, Irma 1998. Kirjeitä hullunmyllystä: hätähuuto ihmisyyden puolesta. Teoksessa Haverinen, Riitta & Simonen, Leila & Kiikkala, Irma (toim.) *Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla*. STAKES raportteja 221. Helsinki: STAKES, 135–152.
- King, Steve H. Junior 2011. The structure of empathy in social work practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 21 (8), 679–695.
- Kinni, Riitta-Liisa 2014. Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen. Kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

- Kirjonen, Juhani 1999. Asiantuntijan itseohjautuvuuden rajat - kokemuksia lääninhallinnon organisatiomuutoksesta. Teoksessa Eteläpelto, Anneli & Tynjälä, Päivi (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. Helsinki: WSOY, 48–63.
- Kirk, Jerome & Miller, Marc L. 1986. Reliability and validity in qualitative research. Newbury Park: SAGE.
- Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna 2014. Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014. Kuopio: UNIpress, 162–190.
- Kivivuori, Janne 1992. Psykokulttuuri: sosiologinen näkökulma arjen psykologisoitumisen prosessiin. Helsinki: Hanki ja jää.
- Koikkalainen, Matti & Sjöblom, Stina 2014. Edistämmekö kuntoutuksella osallisuutta? Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 73–82.
- Koivu, Aija & Haatainen, Kaisa 2010. Mielenterveyden edistämisen näkökulmia. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija (toim.) Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 76–98.
- Koivunen, Hannele 2000. Hiljainen tieto. Helsinki: Otava.
- Kondrat, David C. & Teater, Barbra 2010. Solution-focused therapy in an emergency room setting: Increasing hope in persons presenting with suicidal ideation. *Journal of Social Work* 12 (1), 3–15.
- Konttinen, Esa 1997. Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 48–61.
- Korkealaakso, Rauni 2005. Sosiaalityöntekijä – vierailtava tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Koskela, Seija 2013. Tarkastelussa moniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti. Saatavilla [www.muodossa: http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/](http://www.muodossa: http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/) Haettu 15.11.2018.
- Koskinen, Sari 1997. Mielenterveyden häiriöiden hoito 1990-luvulla - mitä tilastot kertovat? SVT Terveys 1997:4. Helsinki: STAKES.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija 2013. Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 56–67.
- Koskisuu, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Kotkavirta, Jussi 2008. Psykoanalyttinen teoria ja hyvän elämän kysymykset. Teoksessa Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki: Gaudeamus, 240–277.
- Kulmala, Anna 2005. Kertomus mielenterveysongelmaiseksi määrittymisestä – saatu diagnoosi osana itseyemmärrystä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 42 (4), 281–293.
- Kupiainen, Reijo 2005. Heideggerin faktisuuden hermeneutiikka. Teoksessa Tontti, Jarkko (toim.) Tulkinnasta toiseen. Esseitä hermeneutiikasta. Tampere: Vastapaino, 85–97.
- Kusch, Martin 1986. Ymmärtämisen haaste. Oulu: Kustannusosakeyhtiö Pohjoinen.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusisto-Niemi, Sirpa & Kääriäinen, Aino 2005. Hiljaisen tiedon vallasta näkyvän tiedon valtaan – puheenvuoro tiedon näkyväksi tekemisen puolesta. *Janus* 13 (4), 452–460.
- Kvale, Steinar 1996. *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE.
- Kyyhkyänen, Tuula 2012. Johtava sosiaalityöntekijä terveys- ja sosiaalityön toimijana. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Hyvinvointipalvelujen erikoisala. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden laitos.
- Lahelma, Eero 2003. Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 119 (19), 1863–1868.
- Lahti, Pirkko 1995. Mielenterveyden menu. Helsinki: WSOY.

- Laine, Helinä 2014. Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–31.
- Laine, Timo 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–43.
- Laitinen, Merja & Kempainen, Tarja 2010. Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus, 138–177.
- Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli 2010. Asiakkuus – sosiaalityön ydinteema. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus, 7–15.
- Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005.
- Landau, Ruth 2000. Ethical dilemmas in general hospitals. *Social Work in Health Care* 32 (2), 75–92.
- Launis, Kirsti 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 122–133.
- Lasten ja nuorten psyykkiset häiriöt 2016. Saatavilla [www-muodossa: http://www.oppiportti.fi/op/kun00158/do#q=lapsen%20k%C3%A4yt%C3%B6sh%C3%A4iri%C3%B6%20yleisyys](http://www.oppiportti.fi/op/kun00158/do#q=lapsen%20k%C3%A4yt%C3%B6sh%C3%A4iri%C3%B6%20yleisyys) Haettu 15.11.2017.
- Lavikainen, Juha & Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lechman, Constance & Duder, Sydney 2006. Psychosocial severity, length of stay and the role of social work services. *Social Work in Health Care* 43 (4), 1–13.
- Lehtinen, Marjaana 1986. Sosiaalityön ammatin kehityksestä terveydenhuollossa. Teoksessa Karisto, Antti & Purola, Tapani (toim.) *Sosiaalityön kehittäminen – taustoja, reunaehtoja, näkökulmia*. Helsinki: Helsingin yliopisto, Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 81–108.
- Lehto, Juhani 1991. Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkärien, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien juoppouteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotusten vaikutuksesta. Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia 1/1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Lehtonen, Johannes & Pylkkänen, Kari 2002. Uutta terveystieteitä – entä mielenterveys? Suomen lääkäri-lehti 57 (20), 2155.
- Leiman, Mikael 2015a. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa Huttunen, Matti O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim, 13–22.
- Leiman, Mikael 2015b. Psykoterapiat ja psykoterapeutit. Teoksessa Huttunen, Matti O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim, 374–383.
- Leinonen, Leena 2001. Sosiaalityöntekijöiden ammatillinen identiteetti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. Julkaisematon.
- Leinonen, Leena 2018. Sosiaalityön terapeutin asiantuntijuus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Juvonen, Tarja & Lindh, Jari & Pohjola, Anneli & Romakkaniemi, Marjo (toim.) *Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2018*. Helsinki: UNIpress, 134–153.
- Leppälahti, Raija 2014. Asiakas- ja perhekeskeinen työkäytäntö perusterveydenhuollossa. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 44–51.
- Leventhal, Howard & Diefenbach, Michael & Leventhal, Elaine A. 1992. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect in cognitive interactions. *Cognitive Therapy and Research* 16 (2), 143–163.
- Levy, Drorit & Ben Shlomo, Shirly & Itzhaky, Haya 2014. The 'building blocks' of professional identity among social work graduates. *Social Work Education* 33 (6), 744–759.
- Lewis, Ione 2004. Gender and professional identity: A qualitative study of social workers practising as counsellors and psychotherapists. *Australian Social Work* 57 (4), 394–407.
- Liechty, Janet M. 2011. Health literacy: Critical opportunities for social work leadership in health care and research. *Health & Social Work* 36 (2), 99–107.

- Lindén, Mirja 1995. Terveystenhuollon sosiaalityön muuttuvat roolit. *Sosiaaliturva* 83 (24), 16–17.
- Lindén, Mirja 1999. Terveystenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. STAKES raportteja 234. Helsinki: STAKES.
- Lindfors, Olavi 1997. Onko psykoterapia tuloksellista? Teoksessa Ihanus, Juhani (toim.) *Psykoterapiat eilen ja tänään*. Helsinki: Yliopistopaino, 163–193.
- Lindqvist, Martti 1991. Auttajan varjo. Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa. Helsinki: Otava.
- Lindseth, Anders & Norberg, Astrid 2004. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (2), 145–153.
- Linley, Alex P. & Joseph, Steven 2007. Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology* 26 (3), 385–403.
- Littlechild, Brian & Smith, Andrew Henry & Meredith-Windle, Glynis & Gale, Tim & Lloyd, Michele & Hawley, Christopher 2013. Recovery approaches in mental health: A qualitative evaluation of the Whole Life Therapy programme for persons with schizophrenia. *Health* 5 (3A), 582–587. Saatavilla [http://file.scirp.org/Html/10-8201966\\_29601.htm](http://file.scirp.org/Html/10-8201966_29601.htm) Haettu 15.11.2017.
- Liukko, Eeva 2006. Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCAN ja Heikki Waris instituutin julkaisusarja 9/2006. Helsinki: SOCCA ja Heikki Waris instituutti.
- Lloyd, Chris & King, Robert & Mckenna, Chrys 2004. Generic versus specialist work roles of occupational therapists and social workers in mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38 (3), 119–124.
- Loewenberg, Frank M. 1984. Professional ideology, middle range theories and knowledge building for social work practice. *British Journal of Social Work* 14 (1), 309–322.
- Lowry, Fern 1936. Problems of therapy in family case work. *Social service review* 10 (2), 195–205.
- Lubove, Roy 1965. *The professional altruist: The emergence of social work as a career 1880–1930*. Cambridge: Harvard University Press.
- Luhmann, Niklas 1982. *The differentiation of society*. New York: Columbia University Press.
- Luhmann, Niklas 1995. *Social systems*. Stanford: Stanford University Press.
- Luhmann, Niklas 2004. *Ekologinen kommunikaatio*. Helsinki: Gaudeamus.
- Luhtasela, Leena 2009. Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Lukkarinen, Hannele 2006. Monimetodinen kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen ja positivistisen tutkimustavan yhdistäminen. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Helsinki, Dialogia Oy, 227–253.
- Luomahaara, Jaakko & Vuorinen, Marja & Naarala, Mikko 2000. *Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut*. Helsinki: Stakes.
- Lyons, Karen & Taylor, Imogen 2004. *Gender and knowledge in social work*. Teoksessa Lovelock, Ryan & Lyons, Karen & Powell, Jackie (toim.) *Reflecting on social work: Discipline and Profession*. Aldershot: Ashgate, 72–95.
- Lämsä, Riikka 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksia 99. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 18–42.
- Lönnqvist, Jouko 2017a. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 61–93.
- Lönnqvist, Jouko 2017b. Psykososiaaliset hoidot ja psykoterapia. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 776–779.
- MacDonald, Douglas 1991. Hospice social work: A search for identity. *Health & Social Work* 16 (4), 274–280.
- Madison, Gary Brent 1988. *The hermeneutics of postmodernity: Figures and themes*. Bloomington: Indiana University Press.



- Mahaffey, Barbara A. & Granello, Paul F. 2007. Therapeutic alliance: A review of sampling strategies reported in marital and family therapy studies. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 15 (3), 207–216.
- Makkonen, Eeva & Mårtenson, Camilla & Torppa, Martina 2006. Balint-ryhmiä opiskelijoille. Teoksessa Makkonen, Eeva & Nick, Marja & Siimes, Anja (toim.) *Kerron ja kuuntelen. Työnohjausta Balint-ryhmässä*. Helsinki: Duodecim, 168–184.
- Makkonen, Hannu 2006. Lääketieteellinen ja hoidollinen ihmiskäsitys. Teoksessa Makkonen, Eeva & Nick, Marja & Siimes, Anja (toim.) *Kerron ja kuuntelen. Työnohjausta Balint-ryhmässä*. Helsinki: Duodecim, 110–119.
- Marjamäki, Pirjo & Mäntysaari, Mikko & Ristimäki, Tero 1998. *Sosiaalityöntekijät Suomessa 1998*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Markkanen, Outi & Puro, Markku 2011. Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. Selvityshenkilöiden raportti Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennselvityshankkeelle. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen raportteja 31. Jyväskylä: Keski-Suomen liitto.
- Martin, Ursula & Schinke, Steven B. 1998. Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social Work in Health Care* 28 (2), 51–62.
- Massachusetts General Hospital 2016. Pioneering a profession: A history of social work innovation at the MGH 1905–2005. Saatavilla [www.muodossa: http://www.mghpcs.org/socialservice/Documents/HistoryTimeline.pdf](http://www.mghpcs.org/socialservice/Documents/HistoryTimeline.pdf) Haettu 15.11.2017.
- Mattila, Kati-Pupita 2008. Arvostava kohtaaminen. Arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- McCarthy, Michael J. & Powers, Laurie E. & Lyons, Karen S. 2011. Poststroke depression: Social workers' role in addressing an underrecognised psychological problem for couples who have experienced stroke. *Health & Social Work* 36 (2), 139–148.
- McCrae, Niall & Murray, Joanna & Huxley, Peter & Evans, Sherrill 2004. Prospects of mental health social work: A qualitative study of attitudes of service managers and academic staff. *Journal of Mental Health* 13 (3), 305–317.
- Mechanic, David 1994. The influence of social factors on mental health. Teoksessa Copeland, John R. M. & Abou-Saleh, Mohammed T. & Blazer, Dan G. (toim.) *Principles of geriatric psychiatry*. New York: John Wiley & Sons, 135–139.
- Mediuutiset 2013. Miksi psykoterapeutin koulutus maksaa auton verran? Saatavilla [www.muodossa: https://www.mediuutiset.fi/uutiset/miksi-psykoterapeutin-koulutus-maksaa-auton-verran/4c27b7f2-a76b-3b52-868c-aa9c94eb1950](https://www.mediuutiset.fi/uutiset/miksi-psykoterapeutin-koulutus-maksaa-auton-verran/4c27b7f2-a76b-3b52-868c-aa9c94eb1950) Haettu 4.11.2019.
- Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.
- Metteri, Anna 1992. Terveydenhuollon sosiaalityö – yhteistyön ja yhteisen työn näkökulma. *Sosiaaliturva* 80 (1–2), 19–24.
- Metteri, Anna 1993. Terveydenhuollon moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Karvinen, Synnöve (toim.) *Sosiaalityön eettiset jännitteet*. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 88–102.
- Metteri, Anna 1994. Numeroiden takana on toinen totuus. Pohdintoja ontologioiden hierarkiasta ja yhteensovittamisen ongelmista terveydenhuollon toiminnassa ja tutkimuksessa. Teoksessa Varto, Juha (toim.) *Kohti elämämaailman ja ihmisen laadullista tutkimista. Suomen fenomenologisen instituutin julkaisuja*. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti, 101–114.
- Metteri, Anna 1996. Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä - tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Helsinki: Edita, 143–157.
- Metteri, Anna & Haukka-Wacklin, Tuula 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Helsinki: STAKES, 53–68.
- Metteri, Anna 2013. Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

- Metteri, Anna 2014. Terveyssoiaalityö, eriarvoistava soiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja soiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 296–328.
- Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu 2014. Käytännön ja tutkimuksen vuoropuhelua terveydestä ja soiaalityöstä. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) *Terveys ja soiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 9–13.
- Michaels, Joseph J. & Molle, Samuel A. & Rubin, Belle 1946. A soldier with battle reactions who refused to return home: Psychiatric and social work aspects of therapy. *Social Service Review* 20 (4), 551–558.
- Midgley, James 1981. Professional imperialism. *Social work in the third world*. London: Heinemann.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. Saatavilla [www-muodossa: http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf](http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf) Haettu 15.11.2017.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Mielenterveystyön järjestäminen. Veloitteet ja niiden tulkinta. 1990. Helsinki: Sairaaliitto.
- Miles, Matthew B. & Huberman, A. Michael 1994. *Qualitative data analysis: An expanded source book*. Thousand Oaks: SAGE.
- Moilanen, Pentti & Rähä, Pekka 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 44–67.
- Moniz, Cynthia 2010. Social work and the social determinants of health perspective: A good fit. *Health & Social Work* 35 (4), 310–313.
- Morris, John A. 1995. A leadership role for social work in the mental health transition to local care. *Journal of Community Practice* 2 (3), 65–95.
- Mossberg, Linda 2015. Service user involvement in Swedish mental health and social care: An analysis of ideological dilemmas and subject positions in a collaboration context. *European Journal of Social Work*. Saatavilla [www-muodossa: http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2015.1081586](http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2015.1081586) Haettu 15.11.2017.
- Mowbray, Carol T. & Holter, Mark C. 2002. Mental health and mental illness: Out of the closet? *Social Service Review* 76 (1), 135–179.
- Mullaly, Bob 1997. *Structural social work*. Canada: Oxford University Press.
- Mullen, Edward & Bledsoe, Sarah J. & Bellamy, Jennifer L. 2008. Implementing evidence-based social work practice. *Research on Social Work Practice* 18 (4), 325–338.
- Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 42–61.
- Mäki, Helmi 2006. Hyvä kysymys. Sosiaalityöntekijän asiakaskohtaisen työn sisältöä etsimässä 1960-luvulla. Toimittanut Mirja Satka. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mänttari-van der Kuip, Maija 2015. Work-related well-being among Finnish frontline social workers in an age of austerity. *Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta*.
- Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja 2009. Johdanto. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–14.
- Mönkkönen, Kaarina 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 94. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mönkkönen, Kaarina & Leinonen, Leena & Arajärvi, Miina & Hovatta, Anna-Elina & Tusa, Nina & Salokangas, Katri 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Pehkonen, Aini (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus, 47–88.
- NASW Foundation. *NASW Social Work Pioneers*. Saatavilla [www-muodossa: http://www.naswfoundation.org/pioneers/c/cannon.htm](http://www.naswfoundation.org/pioneers/c/cannon.htm) Haettu 15.11.2017.
- NASW Standards for clinical social work in social work practice 2005. Washington: National Association of Social Workers. Saatavilla [www-muodossa: https://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWclinicalSWStandards.pdf](https://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWclinicalSWStandards.pdf) Haettu 10.1.2017.

- National Association of Social Workers (ei painovuotta). *Choises. Careers in social work – where commitment & oppurtunity meet.* Painettu esite.
- National Association of Social Workers 1998. *Current controversies in social work ethics: Case examples.* Washington DC: NASW Press.
- National Association of Social Workers 2008. *Code of Ethics.* Washington DC: National Association of Social Workers.
- Nathan, Jack & Webber, Martin 2010. Mental health social work and the bureau-medicalisation of mental health care: Identity in a changing world. *Journal of Social Work Practice* 24 (1), 15–28.
- Newhill, Christina E. & Korr, Wynne S. 2004. Practice with people with severe mental illness. *Health & Social Work* 29 (4), 297–306.
- Niemelä, Pauli 1985. Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin Liitto ry.
- Niemelä, Pauli 2009. Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) *Sosiaalityö ja teoria.* Jyväskylä: PS-kustannus, 209–236.
- Niemelä, Pauli 2014. Ihmisarvo ja sosiaalityö. Teoksessa Jaakola, Anne-Mari & Leinonen, Leena & Väänänen-Fomin, Marja (toim.) *Tutkiva sosiaalityö 2014. Eettisyys ihmistyössä.* *Talentia-lehti ja Sosiaalityön tutkimuksen seura*, 5–8. Saatavilla [www.sosiaalityontutkimuksenseura.fi/data/\\_uploaded/tutkivasosiaalityo2014.pdf](http://www.sosiaalityontutkimuksenseura.fi/data/_uploaded/tutkivasosiaalityo2014.pdf) Haettu 15.11.2017.
- Niemelä, Pauli 2014. *Systemaattinen ihmiskäsitys. Ihminen järjestelmänä: rakenne 3<sup>^</sup>3 ja toiminta 3x3.* Helsinki: United Press Global.
- Niiniluoto, Ilkka 2003. Ihminen medikalisaation pihdeissä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 119 (19), 1857–1862.
- Nilsson, David & Ryan, Martin & Miller, Jane 2007. Applying a theory of expertise in health social work administration and practice in Australia. *Social Work in Health Care* 44 (4), 1–16.
- Notko, Tiina 2016. Vuorovaikutussuhteet ja valtaistuminen. Kuntoutustyöntekijän ja vammaisen ihmisen näkemyksiä vammaisuudesta. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Nover, Cynthia Helen 2013. Mental health in primary care: perceptions of augmented care for individuals with serious mental illness. *Social Work in Health Care* 52 (7), 656–668.
- Nummenmaa, Tapio & Kontinen, Raimo & Kuusinen, Jorma & Leskinen, Esko 1997. *Tutkimusaineiston analyysi.* Helsinki: WSOY.
- O'Brien, Ann-Marie & Calderwood, Kimberly A. 2010. Living in the shadows: A canadian experience of mental health social work. *Social Work in Mental Health* 8 (4), 319–335.
- Oesch, Erna 1994. *Tulkinnasta. Tulkinnan tiedolliset perusteet modernissa ja filosofisessa hermeneutiikassa.* Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta vol 53. Tampere: Tampereen yliopisto ja Fitty.
- Oliver, Carolyn 2013. Social workers as boundary spanners: Reframing our professional identity for interprofessional practice. *Social Work Education* 32 (6), 773–784.
- Palosuo, Hannele & Lahelma, Eero 2013. *Terveyden sosiaaliset määrittäjät.* Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 39–55.
- Parker, Ruth M. & Ratzan, Scott C. & Lurie, Nicole 2003. Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality healthcare. *Health Affairs* 22 (4), 147–153.
- Parrish, Margarete 2014. *Social work perspectives on human behaviour.* Maidenhead: Open University Press.
- Patton, Michael Quinn 1990. *Qualitative evaluation and research methods.* Thousand Oaks: SAGE, 169–186.
- Patton, Michael Quinn 1999. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research* 34 (5), 1189–1208.
- Payne, Malcolm 1997. *Modern social work theory.* Great Britain: MacMillan Press Ltd.
- Payne, Malcolm 2005. *Modern social work theory.* Great Britain: Palgrave MacMillan.
- Peltomaa, Marjo 2005. *Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus.* Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Lapin yliopisto, sosiaalityön laitos.

- Peltonen, Jaana 1993. Professionaalisten ehtojen toteutuminen terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työssä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 35/1993. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Perlman, Helen Harris 1979. *Relationship, the heart of helping people*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Perttula, Juha 2006. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Helsinki: Dialogia Oy, 115–162.
- Phillips, David G. 2000. CSWJ forum. Is clinical social work a profession? Preliminary considerations. *Clinical Social Work Journal* 28 (2), 213–225.
- Pietarinen, Juhani 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Lounis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus, 58–69.
- Pietikäinen, Petteri 2013. *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Pirkola, Sami 2015. Psykoterapiaa kaikille, mutta miten? Teoksessa Huttunen, Matti O. & Kalska, Hely (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim, 408–416.
- Pirttijärvi, Mirja 2013. Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.
- Pirttilä, Ilkka 2002. Mistä asiantuntemuksen sosiologiassa on kyse? Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.) *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Sophi, 11–19.
- Pohjola, Anneli 2016. Sosiaalityön vastuu heikompaan asemaan joutuneista. Teoksessa Törrönen, Maritta & Hänninen, Kaija & Jouttimäki, Päivi & Lehto-Lundén, Tiina & Salovaara, Petra & Veistilä, Minna (toim.) *Vastavuoroinen sosiaalityö*. Helsinki: Gaudeamus, 87–96.
- Polanyi, Michael 1962. *Personal knowledge: towards a post-critical philosophy*. New York: Harper Torchbooks.
- Polanyi, Michael 1966. *The tacit dimension*. New York: Anchor Day Books.
- Polsky, Andrew 1991. *The rise of the therapeutic state*. Princeton: Princeton University Press.
- Ponteva, Katariina 2009. Työntekijän samaistuminen organisaatioon ja vieraantuminen työstä organisaatiomuutoksessa. Narratiivinen analyysi kilpailuun valmistautuvasta kaupunkioorganisaatiosta. Tampere: Tampereen yliopisto, johtamistieteiden laitos.
- Prior, Pauline M. 2007. Citizenship and mental health policy in Europe. *Social Work and Society. International Online Journal* 3. Saatavilla [www.muodossa: http://www.socwork.net/sws/article/view/139/508](http://www.socwork.net/sws/article/view/139/508) Haettu 15.11.2017.
- Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2018. Tilastoraportti 42/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pulma, Panu 1994. *Vaivaisten valtakunta*. Teoksessa Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 15–70.
- Punkanen, Tiina 2001. *Mielenterveystyö ammattina*. Helsinki: Tammi.
- Puputti, Elina 2007. *Tiimi – moniammatillisen työn näyttämönä*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Julkaisematon.
- Pylkkänen, Kari & Pöllänen, Rajajalja & Upanne, Maila (toim.) 1995. *Psykoterapia Suomessa*. STAKES oppaita 29. Helsinki: STAKES.
- Pylkkänen, Kari 2007. *Psykiatrian hoitojärjestelmät*. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Martti & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 811–843.
- Pylväs, Maria 2003. Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.

- Pösö, Tarja 2000. Kun auttamistyö keskustellaan ja tutkimustulokset tiivistetään. Teoksessa Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 196–223.
- Raatikainen, Panu 2004. Ihmistieteet ja filosofia. Helsinki: Gaudeamus.
- Rachman, Rose 1995. Community care: Changing the role of hospital social work. *Health and Social Care in the Community* 3 (3), 163–172.
- Rahikainen, Aila 1975. Sosiaaliohittajan osuus kuntoutuksessa. Teoksessa Achté, Kalle & Kilpiö, Pirkko & Ollikainen, Liisa & Pihkanen, Toivo & Rantanen, Irja & Rinne, Matti (toim.) Psykiatrinen kuntoutus. Helsinki: WSOY, 151–154.
- Raitakari, Suvi & Kulmala, Anna & Günther, Kirsi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa 2011. Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. *Janus* 19 (4), 326–341.
- Raitakari, Suvi & Günther, Kirsi 2015. Mielenterveysasiakkaan asema portaikkomallin ja asunto ensin -mallin asumispoluilla. *Janus* 23 (1), 66–82.
- Raitakari, Suvi & Saario, Sirpa 2008. Vaikuttavuuden osoittamisen vaatimukset mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 196–223.
- Randall, Glen E. & Kindiak, Darlene H. 2008. Deprofessionalization or postprofessionalization? Reflections on the state of social work as a profession. *Social Work in Health Care* 47 (4), 341–354.
- Ranta, Juha & Kuula-Luumi, Arja 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa Hyvärinen, Matti & Nikander, Pirjo & Ruusuvaari, Johanna (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 413–426.
- Rantala, Taina 2006. Etnografisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, Jari (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Oy, 216–283.
- Rauhala, Lauri 1961. Mitä psykoterapia on ja kuka sitä tekee. Helsinki: Gummerus.
- Rauhala, Lauri 1990. Humanistinen psykologia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rauhala, Lauri 1997. Psykoterapia ja subjektiivinen maailmankuva. Teoksessa Ihanus, Juhani (toim.) Psykoterapiat eilen ja tänään. Helsinki: Yliopistopaino, 11–25.
- Rauhala, Lauri 2002. Filosofin näkemys mielitaidin myytistä. *Suomen Lääkärilehti* 57 (3), 318–323.
- Rauhala, Lauri 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Raunio, Kyösti 2003. Sosiaalityö murroksessa. Helsinki: Gaudeamus.
- Raunio, Kyösti 2004. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Raunio, Kyösti 2009. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Reamer, Frederic G. 2009. The social work ethics casebook. Cases and commentary. Washington DC: National Association of Social Workers.
- Reamer, Frederic G. 2010. Ethical standards in social work. A review of the NASW code of ethics. Washington DC: National Association of Social Workers.
- Richmond, Mary 1917. Social diagnosis. New York: Russell SAGE Foundation.
- Richmond, Mary 1922. Social case work. New York: Russell SAGE Foundation.
- Riessman, Catherine Kohler 2003. Analysis of personal narratives. Teoksessa Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. (toim.) Inside interviewing. New lenses, new concerns. Thousand Oaks: SAGE, 331–346.
- Riihelä, Mervi 2010. Näköalapaikka ihmisen ja yhteiskunnan välillä. Kuntouttava sosiaalityö mielenterveys- ja sosiaalityöntekijän kertomuksissa. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Rinne, Risto & Jauhiainen, Arto 1988. Koulutus, professionaalistuminen ja valtio: julkisen sektorin reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta.
- Rissanen, Päivi 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 88/2015. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Rissanen, Teemu 2016. Studies on factors related to life satisfaction. Studies on life satisfaction in samples of the general population and depressive patients. Kuopio: University of Eastern Finland.

- Ristaniemi, Teija 2005. Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Roberts, Charles Stewart 1990. The case of Richard Cabot. Saatavilla <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK702/> Haettu 15.11.2017.
- Romakkaniemi, Marjo 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja 2013. Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä - Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 244–271.
- Romakkaniemi, Marjo 2014. Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–173.
- Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja 2015. The meaningful elements in recovering from major depression as a basis of developing social work in mental health services. *Social Work in Mental Health* 13 (5), 439–458.
- Ronkainen, Suvi 2004. Kvantitatiivisuus, tulkinnallisuus ja feministinen tietäminen. Teoksessa Liljeström, Marianne (toim.) Feministinen tietäminen: Keskustelua metodologiasta. Tampere: Vastapaino, 44–69.
- Rose, Nikolas 1985. The psychological complex. *Psychology, politics and society in England 1869-1939*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rose, Stephen M. 2003. Sosiaalityön missio. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Jyväskylä: PS-kustannus, 193–205.
- Rostila, Ilmari 1990. Tunnetystä sosiaalitoimistoissa. *Sosiologia* 27 (4), 257–266.
- Rostila, Ilmari 2001. Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Rovinelli Heller, Nina & Gitterman, Alex 2011. Mental health and social problems: A social work perspective. London: Routledge.
- Rubin, Allen & Babbie, Earl R. 2014. Research methods for social work. Belmont: Brooks/Cole.
- Rullo, Diane 2001. The profession of clinical social work. *Research on Social Work Practice* 11 (2), 210–216.
- Ruohotie, Pekka 2002. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Helsinki: WSOY.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9–36.
- Ryan, Martin & Healy, Bill & Renouf, Noel 2004a. Doing it well: An empirical study of expertise in mental health social work. *Social Work in Mental Health* 2 (2–3), 21–37.
- Ryan, Martin & Merighi, Joseph R. & Healy, Bill & Renouf, Noel 2004b. Belief, optimism and caring. Findings from a cross-national study of expertise in mental health social work. *Qualitative Social Work* 3 (4), 411–429.
- Ryynänen, Ulla 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 119. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Ryynänen, Ulla 2006. Terveyskysymykset sosiaalityössä. Teoksessa Hämäläinen, Juha & Vornanen, Riitta & Laurinkari, Juhani (toim.) Hyvinvointi ja turvallisuus 2000-luvulla. Juhlakirja professori Pauli Niemelän täyttäessä 60 vuotta 5.4.2006. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Saario, Sirpa 2014. Audit techniques in mental health. Practitioners’ responses to electronic health records and service purchasing agreements. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampere University Press.
- Saarnio, Pekka 1984. Sosiaalityö, psykologia, terapia: Yksilökohtaisen sosiaalityön psykologisten perusteiden tarkastelua. Tampereen Yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 68/1984.
- Saharinen, Tarja 2013. Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64 -vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto.

- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Saatavilla [www.muodossa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf) Haettu 15.11.2018.
- Salo, Markku 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Salo, Markku 2011. Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 259–302.
- Satka, Mirja 1998. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön uudelleenorganisointuvista suhteista. *Janus* 6 (2), 192–199.
- Savolainen, Katri 2008. Yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämässä. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Yhteisösosiaalityön erikoisala. Kuopion yliopisto, sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.
- Savolainen, Katri 2011. Sosiaalityö toivon luoja. Yhteisösuuntautunut toimintakulttuuri mielenterveyden edistämässä. Teoksessa Ruuskanen, Petri T. & Savolainen, Katri & Suonio, Mari (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Kuopio: UNIpress, 147–171.
- Schneiderman, Janet U. & Waugaman, Wynne R. & Flynn, Marilyn S. 2008. Nurse social work practitioner: A new professional for health care settings. *Health & Social Work* 33 (2), 149–154.
- Schofield, Janet W. 1993. Increasing the generalizability of qualitative research. Teoksessa Hammersley, Martyn (toim.) *Social research: Philosophy, politics and practice*. London: SAGE, 200–225.
- Schrecker, Ted & Chapman, Audrey R. & Labonté, Ronald & De Vogli, Roberto 2010. Advancing health equity in the global marketplace: How human rights can help. *Social Science & Medicine* 71 (8), 1520–1526.
- Schumaker, John F. 2001. *The age of insanity. Modernity and mental health*. Westport: Praeger.
- Schwab Kerson, Toba. 2004. Boundary spanning. An ecological reinterpretation of social work practice in health and mental health systems. *Social Work in Mental Health* 2 (2–3), 39–57.
- Schwab Kerson, Toba 2010. Practice in context. The framework. Teoksessa Schwab Kerson, Toba & McCoyd, Judith L. M. and Associates (toim.) *Social work in health settings. Practice in context*. New York: Routledge, 1–25.
- Schwab Kerson, Toba & McCoyd, Judith L. M. & Chimchirian, Joanne M. 2005. Spanning boundaries: An enriched ecological perspective for social workers practicing in health and mental health care. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) *Social work in health and mental health: Issues, developments and actions*. Toronto: Canadian Scholars' Press, 8–25.
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos.
- Sellergren, Hanna 2007. Nuorisopsykiatrian poliklinikan asiakasyhteistyö: Metodina työntekijöiden fokusryhmähaastattelu. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaattitutkimus. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsingin yliopisto, sosiaalityöiden laitos.
- Shoemaker, Linda M. 1998. Early conflicts in social work education. *Social Service Review* 72 (2), 182–191.
- Shorter, Edward 2005. *Psykiatrian historia*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Siljander, Pauli 1996. Teksti ja todellisuus – laadullisen aineiston tulkinnan edellytyksistä. Teoksessa Eskola, Jari & Mäkelä, Jukka & Suoranta, Juha (toim.) *Ihmistieteiden 1990-luvun metodologiaa etsimässä. Keskustelua kasvatustieteiden ja sosiaalityöiden 1990-luvun metodologiasta*. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 8. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino, 111–130.
- Sipilä, Anita 2011. Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet – tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Sipilä, Jorma 1989. *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Tammi.
- Siporin, Max 1975. *Introduction to social work practice*. New York: MacMillan.
- Siporin, Max 1983. The therapeutic process in clinical social work. *Social Work* 28 (3), 193–198.
- Siporin, Max 1988. Clinical social work as an art form. *Social Casework* 68, 177–183.

- Skedsmo, Hanne Synnove & Geirdal, Amy Ostertun 2011. The development of knowledge for somatic hospital social workers in Norway: Implementation of a knowledge tool. *Nordic Social Work Research* 1 (2), 141–157.
- Smith, Ian C. 2011. A qualitative investigation into the effects of brief training in solution-focused therapy in a social work team. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 84 (3), 335–348.
- Smith, Sophia K. & Nicolla, Jonathan & Zafar, S. Yousuf 2014. Bridging the gap between financial distress and available resources for patients with cancer: A qualitative study. *Journal of Oncology Practice* 10 (5), 368–372.
- Sobel, David S. 1995. Rethinking medicine: Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine* 57 (3), 234–244.
- Sohlman, Britta 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. STAKES tutkimuksia 137. Helsinki: STAKES.
- Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry 2017. Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki: Talentia ry.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveystieteiden muistio 3.12.2010. Saatavilla [www-muodossa: http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=40880&name=DLFE-14903.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-14903.pdf) Haettu 15.11.2017.
- Sowers, Karen M. & Rowe, William S. & Clay, Jacqueline R. 2009. The intersection between physical health and mental health: A global perspective. *Journal of Evidence-Based Social Work* 6 (1), 111–126.
- Soydan, Haluk 1999. The history of ideas in social work. Great Britain: Venture Press.
- Spearman, Len 2005. A developmental approach to social work practice in mental health: Building on strengths. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) *Social work in health and mental health: Issues, developments and actions*. Toronto: Canadian scholars' press Inc., 45–64.
- Specht, Harry & Courtney, Mark E. 1995. *Unfaithful angels. How social work has abandoned its mission*. New York: The Free Press.
- Sperry, Len 2007. Illness perceptions and receptivity to counseling: Implications for individual and couples therapy. *The Family Journal* 15 (3), 298–302.
- Starnino, Vincent R. 2009. An integral approach to mental health recovery: Implications for social work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 19 (7), 820–842.
- Stenström, Marja-Leena 1993. Ammatillisen identiteetin kehittyminen. Teoksessa Eteläpelto, Anneli & Miettinen, Raija (toim.) *Ammattitaito ja ammatillinen kasvu. Kasvatustieteen tutkimuslaitoksen 25-vuotisjuhla-julkaisu*. Helsinki: Painatuskeskus & Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, 31–45.
- Stevenson, Sylvia & Unwin, Judith 1990. The nature of medical social work. Teoksessa Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda (toim.) *Social work practice in health care*. Great Britain: Woodhead-Faulkner Ltd, 32–51.
- Strauss, Anselm L. 2003. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sudbery, John 2002. Key features of therapeutic social work: the use of relationship. *Journal of Social Work Practice* 16 (2), 149–162.
- Suhonen, Riitta & Axelin, Anna & Stolt, Minna 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73*. Turku: Turun yliopisto, 7–22.
- Sundman, Peter 1997. Solution-focused ideas in social work. *Journal of Family Therapy* 19 (2), 159–172.
- Suomen Psykiatriyhdistys 2019. Terapiatakuu etenee – Suomen Psykiatriyhdistyksen hallituksen kannanotto. Saatavilla [www-muodossa: https://www.psy.fi/blogit/terapiatakuu\\_etenee\\_-\\_suomen\\_psykiatriyhdistyksen\\_hallituksen\\_kannanotto.1117.blog](https://www.psy.fi/blogit/terapiatakuu_etenee_-_suomen_psykiatriyhdistyksen_hallituksen_kannanotto.1117.blog) Haettu 15.11.2019.
- Syrjälä, Leena & Ahonen, Sirkka & Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Talo, Seija & Hämäläinen, Anneli 1997. Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset. *Kuntoutus* 20 (4), 3–17.



- Tamminen, Tuula & Karlsson, Linnea & Santalahti, Päivi 2016. Mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. Teoksessa Kumpulainen, Kirsti & Aronen, Eeva & Ebeling, Hanna & Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Puura, Kaija & Sourander, Andre (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 428–436.
- Tan, Heather & Wilson, Anne & Olver, Ian 2009. Ricoeur's theory of interpretation: An instrument for data interpretation in hermeneutic phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods* 8 (4), 1–15.
- Tapola-Haapala, Maria 2016. Yhdysvaltalainen clinical social work kulttuurisena ilmiönä. Teoksessa Jäppinen, Maija & Metteri, Anna & Ranta-Tyrkkö, Satu & Rauhala, Pirkko-Liisa (toim.) Kansainvälinen sosiaalityö. Käsitteitä, käytäntöjä ja kehityskulkuja. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2016. Tallinna: United Press Global, 76–101.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Sosiaaliryhmien välillä on terveyseroja. Saatavilla <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/stop-koyhyys/nakokulmia-teemaan/sosiaaliryhmien-valilla-on-terveyseroja> Haettu 15.11.2017.
- Terveydenhuollon sosiaalityö 1992. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston julkaisuja, sarja A 1/1992. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2017. Toimittanut Tuija Savolainen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Terveyssosiaalityöntekijät ry 2018. Terveyssosiaalityön palvelujen dokumentointi – ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Saatavilla [www.muodossa: https://www.talentia.fi/terveyssosiaalityontekijat/wp-content/uploads/sites/30/2018/11/TERVEYSSOSIAALITYON-PALVELUJEN-DOKUMENTOINTI\\_2018-paivitys.pdf](https://www.talentia.fi/terveyssosiaalityontekijat/wp-content/uploads/sites/30/2018/11/TERVEYSSOSIAALITYON-PALVELUJEN-DOKUMENTOINTI_2018-paivitys.pdf) Haettu 15.11.2019.
- Tew, Jerry 2005. Core themes of social perspectives. Teoksessa Tew, Jerry (toim.) Social perspectives in mental health. Developing social models to understand work with mental distress. London: Jessica Kingsley Publishers, 13–31.
- The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. France: World Health Organisation.
- Thompson, Neil 1995. Theory and practice in health and social welfare. Great Britain: Open University Press.
- Tiittula, Liisa & Ruusuvoori, Johanna 2009. Johdanto. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Tiittula, Liisa & Aaltonen, Tarja (toim.) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 9–21.
- Toikko, Timo 1997. Psykososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä. *Janus* 5 (2), 169–188.
- Toikko, Timo 2001. Sosiaalityön amerikkalainen oppi. Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimuksia 1. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Toikko, Timo 2005. Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Tampere: Vastapaino.
- Toikko, Timo 2009. Tapauskohtainen sosiaalityö. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus, 271–291.
- Tontti, Jarkko 2005. Olemisen haste – 1900-luvun hermeneutiikan päälinjat. Teoksessa Tontti, Jarkko (toim.) Tulkinnasta toiseen. Esseitä hermeneutiikasta. Tampere: Vastapaino, 50–81.
- Topor, Alain & Borg, Marit & Di Girolamo, Simonetta & Davidson, Larry 2011. Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 57 (1), 90–99.
- Toren, Nina 1969. Semi-professionalism and social work: A theoretical perspective. Teoksessa Etzioni, Amitai (toim.) The semi-professions and their organization: teachers, nurses and social workers. New York: The Free Press, 141–195.
- Torraco, Richard J. 2005. Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human Resource Development Review* 4 (3), 356–367.
- Trevithick, Pamela 2003. Effective relationship-based practice: A theoretical exploration. *Journal of Social Work Practice* 17 (2), 163–176.
- Tulppo, Jaana 1991. Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä työnsä sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisilla osastoilla. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. Sarja C: Nro 2. Tampere: Tampereen yliopisto.

- Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryytänen, Olli-Pekka 1999. Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turner, Francis J. 1986. Psychosocial theory. Teoksessa Turner, Francis J. (toim.) Social work treatment. Interlocking theoretical approaches. New York: The Free Press, 484–513.
- Tökkäri, Virpi 2015. Monitieteistä kokemuksen tutkimusta Lauri Rauhalan jalanjäljissä. Teoksessa Tökkäri, Virpi (toim.) Kokemuksen tutkimus V. Lauri Rauhala 100 vuotta. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 151–186.
- Törrönen, Jukka 2002. Tieteellisen tekstin rakenne. Teoksessa Kinnunen, Merja & Löytty, Olli (toim.) Tieteellinen kirjoittaminen. Tampere: Vastapaino, 29–49.
- Urponen, Kyösti 1994. Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. Teoksessa Jaakkola, Jouko & Pulma, Panu & Satka, Mirja & Urponen, Kyösti Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 163–260.
- Vaininen, Satu 2011. Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammatillisina. Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Valkonen, Jukka & Henriksson, Mikko & Tuulio-Henriksson, Annamari & Autti-Rämö, Ilona 2011. Psykoterapeuttit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74/2011. Kelan tutkimusosasto. Helsinki: Kela.
- Valli, Raine 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vatcher, Adrian & Jones, Karen 2014. Social work. Teoksessa Thomas, Judith & Pollard, Katherine C. & Sellman, Derek (toim.) Interprofessional working in health and social services. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 174–185.
- Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vilkkumaa, Ilpo 2004. Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: STAKES, 27–38.
- Vuolanto, Pia & Vanhala, Anni & Apponen, Eevi 2015. Monitieteisyyden ja moniammatillisuuden maastoissa – sosiaalityö ja hoitotiede kumppaneina. Yhteiskuntapolitiikka 80 (3), 292–298.
- Vuorikoski, Marjo 1999. Sosiaalityön professionalistuminen ja koulutus. Tampereen yliopiston julkaisu- ja 687. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Vuorinen, Risto & Tuunala, Elisa 1997. Psykologian perusteet. Yksilöllinen ihminen. Helsinki: Otava.
- Vuorinen, Risto 1998. Minän synty ja kehitys. Helsinki: WSOY.
- Väestöliitto 2017. Psykoterapiakoulutus on harvojen etuoikeus. Saatavilla <https://vaestoliitonblogi.com/2017/04/18/psykoterapiakoulutus-on-harvojen-etuoikeus/> Haettu 4.11.2019.
- Vähäaho, Tarja 2002. Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, SoPhi, 59–80.
- Väänänen, Riitta 2013. Perheen rakenteen, dynamiikan ja arvojen merkitys lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto.
- Wahlbeck, Kristian 2007. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: STAKES, 87–101.
- Wahlbeck, Kristian & Aromaa, Esa 2011. Research on stigma related to mental health disorders in Finland: A systematic literature review. Psychiatria Fennica 42, 87–109.
- Walls, Georg 1990. Sosiaaliset ongelmat, sosiaalityö, tieto. Teoksessa Rajavaara, Marketta & Walls, Georg (toim.) Sosiaalisten ongelmien ja sosiaalityön tutkimus – kysymyksiä ja mahdollisuuksia. Sosiaalipolitiikan laitos, tutkimuksia 1/1990. Helsinki: Helsingin yliopisto, 1–57.
- Wampold, Bruce E. 2007. Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. American Psychologist 62 (8), 857–873.
- Webster, Stephen & Lewis, Jane & Brown, Ashley 2013. Ethical considerations in qualitative research. Teoksessa Ritchie, Jane & Lewis, Jane & McNaughton Nicholls, Carol & Ormston, Rachel (toim.) Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers. London: SAGE, 77–110.

- Weckroth, Antti 2007. Mitä merkitsee "psykososiaalinen" päihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (4), 426–436.
- Werkmeister Rozas, Lisa & Klein, Waldo C. 2010. The value and purpose of the traditional qualitative literature review. *Journal of Evidence-Based Social Work* 7 (5), 387–399.
- Whan, Michael 1983. Tricks of the trade: Questionable theory and practice in family therapy. *British Journal of Social Work* 13 (1), 321–337.
- Whittemore, Robin & Knaf, Kathleen 2005. The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52 (5), 546–553.
- Wilding, Paul 1982. Professional power and social welfare. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Wilensky, Harold L. 1964. The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology* 70 (2), 137–158.
- Winbolt, Barry 2011. Solution focused therapy for the helping professions. London: Jessica Kingsley.
- Witz, Anne 1992. Professions and patriarchy. London: Routledge.
- Wood, Amy L. & Wahl, Otto F. 2006. Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30 (1), 46–52.
- Woods, Mary E. & Robinson, Howard 1996. Psychosocial theory and social work treatment. Teoksessa Turner, Francis J. (toim.) *Social work treatment. Interlocking theoretical approaches*. New York: The Free Press, 555–580.
- World Health Organization 2008. Stigma: An International Briefing Paper. Tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them. Saatavilla [www-muodossa: http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/reports\\_studies/stigma\\_paper.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/stigma_paper.pdf) Haettu 15.11.2017.
- World Health Organization 2016. Mental health: Strengthening our response. Saatavilla [www-muodossa: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/) Haettu 15.11.2017.
- Yin, Robert K. 2009. Case study research: design and methods. Los Angeles: SAGE.
- Ylikoski, Anne 2013. Sosiaalityön toiminta mielenterveystyössä. Tapaustutkimus psykiatrisessa sairaalassa ja avoimissa sekä sosiaalitoimen aikuissosiaalityössä. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Yliruka, Laura 2000. Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen tieto. *FinSoc* työpapereita. Helsinki: Stakes.
- Yliruka, Laura & Heinonen, Jenika & Satka, Mirja & Metteri, Anna & Alatalo, Taija 2019. Terveysosiaalityö näkyväksi. Terveysosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Soccan työpapereita 2019:1.
- Zola, Irving Kenneth 1972. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review* 20 (4), 487–504.

# LIITTEET

## LIITE 1. SOSIAALITYÖN TERAPEUTTINEN VIITEKEHYS: TAPAUSESIMERKKINÄ YHDYSVALLAT

### Yhdysvaltalaisen sosiaalityön diagnostis–hoidollinen luonne

Sosiaalityön terapoituminen on edennyt erityisen pitkälle Yhdysvalloissa (Aviram 2002; Furedi 2004; Polsky 1991; Specht & Courtney 1995; Newhill & Korr 2004; Wampold 2007), jossa sosiaalityön psykoterapeuttisen orientaation nousu alkoi Sigmund Freudin psykoanalyttisen teorian esiinmarssin myötä 1920-luvulla ja saavutti ehdottoman kukoistuksensa 1940- ja 1950-luvuilla toisen maailmansodan jälkeisten psyykkisten sotatraumojen sosiaalipsykiatrisen käsittelyn myötä (ks. esim. Michaels ym. 1946; Aviram 1997).

Toinen suuri käänne yhdysvaltalaisessa mielenterveystyössä alkoi 1950-luvulla, jolloin ensimmäisiä psyykelääkkeitä alettiin kehittää ja kokeilla. Erityisesti rauhoittavien lääkkeiden käyttöönoton myötä työskentely psykiatrisissa sairaaloissa helpottui, koska henkilökunnan aika ei enää kulunut vain rauhottomien potilaiden tilan tarkkailuun ja turvallisuudesta huolehtimiseen, ja työn painopiste siirtyi potilas- ja perhekeskeiseen työskentelyyn. (Ginsberg 1998, 118–119; Mowbray & Holter 2002, 139–140.) Vuonna 1969 amerikkalaisissa mielisairaaloissa oli päivittäin keskimäärin 469 000 potilasta. Vuoteen 1988 mennessä luku oli pudonnut yli puolella 228 000 potilaaseen, mikä kuvaa hyvin hoidon painopisteen siirtymistä laitoshoidosta avohoitoon. (Ginsberg 1995.) 1900-luvun lopun psykologinen vallankumous merkitsi Yhdysvalloissa myös mielenterveyspalvelujen huomattavaa laajentumista. Nopean yhteiskunnallisen muutoksen synnyttämää ahdistusta alettiin hoitaa siinä missä vaikeita psyykkisiä sairauksiakin ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn kiinnitettiin aiempaa enemmän huomiota. Samalla mielenterveyspalveluiden käyttämisestä tuli myös sosiaalisesti hyväksytympää. (Aviram 2002, 624.) Hoitoparadigman muutos psyykkisten sairauksien ennaltaehkäisyä korostavaksi avohoidoksi muodosti otollisen maaperän myös sosiaalityöntekijöiden esiinmarssille mielenterveystyössä (Ginsberg 1998, 119).

Tällä hetkellä jopa 70 prosenttia kaikista yhdysvaltojen mielenterveyspalveluista tuotetaan sosiaalityöntekijöiden toimesta (Sowers ym. 2009, 123). Jo vuonna 1997 julkaistun arvion (Gibelman & Schervish 1997) mukaan jopa 65 prosenttia kaikista amerikkalaisista psykoterapeuteista oli taustaltaan sosiaalityöntekijöitä. 2010-luvulla vastaava luku lähenteli asiantuntija-arvioiden (Derezotes 2014; National Association of Social Workers) mukaan 80 prosenttia. Näin ollen sosiaalityöntekijöiden ammattikunta on suurin amerikkalainen mielenterveyspalvelujen tuottajaryhmä, jättäen määrällisesti taakseen mielenterveystyön niin sanotuista alkuperäisistä ammattikunnista niin psykiatrit kuin psykologitkin. (Derezotes 2014; National As-

sociation of Social Workers.) Sosiaalityöntekijöiden osuus mielenterveyspalvelujen tuottajista korostuu maantieteellisesti alueilla, joilla palvelujen henkilöstöresurssit ovat pienimmät (Newhill & Korr 2004, 298).

Suurin osa amerikkalaisista mielenterveysosiaalityöntekijöistä toimii nimikkeellä *kliininen sosiaalityöntekijä* (engl. *clinical social worker*). Yhdysvaltalainen sosiaalityöntekijöiden kansallinen ammattijärjestö National Association of Social Workers (NASW) määrittelee kliinisen sosiaalityön sosiaalityöksi, jonka ensisijainen painopiste on yksilöiden, pariskuntien, perheiden ja ryhmien psyykkisessä, emotionaalisessa ja käyttäytymiseen liittyvässä hyvinvoinnissa. Työssä sovelletaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa keskeistä on ihmisen tarkastelu suhteessa ympäristöönsä. Työssä hyödynnetään monia erilaisia teorioita ja lähestymistapoja, joista keskeisiä ovat muun muassa neuvonta ja psykoterapia. (NASW Standards for clinical social work in social work practice 2005, 7; Rullo 2001.) Kliinisen sosiaalityön suosioista Yhdysvalloissa kertoo se, että noin puolet kaikista sosiaalityöntekijöiden ammattiliittoon kuuluvista jäsenistä työskentelee terveys- tai mielenterveysosiaalityössä (Ginsberg 1998, 118).

Kliiniset sosiaalityöntekijät toimivat mielenterveystyöntekijöinä hyvin laajalla rintamalla sekä julkisella että yksityisellä palvelusektorilla. He työskentelevät muun muassa sairaaloissa, erilaisilla klinikoilla, kasvatus-, kuntoutus- ja vankeinhoitolaitoksissa sekä kouluissa. (Cohen 2003, 36.) Yleinen tietous kliinisten sosiaalityöntekijöiden tuottamista palveluista on kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana ja yhä useammat hakeutuvat psykiatrien ja psykologien asemesta sosiaalityöntekijöiden tarjoamien terapeuttisten palveluiden piiriin. Tätä edesauttaa myös se, että sosiaalityöntekijöiden tuottamat palvelut ovat yleisesti edullisempia kuin psykiatrien ja psykologien. (Rullo 2001, 211, 215.)

## **Sosiaalityön koulutus Yhdysvalloissa**

Yhdysvalloissa, kuten Suomessakin, sosiaalityön peruskoulutus on jaettu kandidaatti- (Bachelor of Social Work, BSW) ja maisterivaiheen (Master of Social Work, MSW) opintoihin. Suurimpana koulutusjärjestelmien välisenä erona on, että Suomessa ammatillisesti pätevältä sosiaalityöntekijältä vaaditaan maisterivaiheen pääaineopinnot sosiaalityössä (Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 3§), kun taas Yhdysvalloissa jo kandidaattitutkinnon suorittaneet ovat lähtökohtaisesti, mutta kuitenkin osavaltiokohtaisiin ammatinharjoittamislainsäädäntöihin perustuen, muodollisesti päteviä sosiaalityöntekijöitä.

Terapiatyöskentelyn arvottamisesta sosiaalihuollollisen sosiaalityön yläpuolelle kertoo se, että pelkän kandidaattitutkinnon suorittaneet sosiaalityöntekijät eivät ole kelpoisia terapeuttiseen työskentelyyn ja he työskentelevätkin pääasiassa sosiaalitoimistoissa ja kolmannen sektorin tehtävissä, joissa työn painopisteenä on palvelujen ja sosiaalietuuksien koordinointi case managementin hengessä. Kandidaatin

tutkinnon suorittaneet sosiaalityöntekijät toimivat työssään pääasiassa nimikkeellä *Social service worker* (SSW). Maisterintutkinnon suorittaneet sosiaalityöntekijät saavat oikeuden käyttää nimikettä *Certified social worker* (CSW). Työskennelyään vähintään kaksi (2) vuotta tai 3000 tuntia sosiaalityöntekijän tehtävissä tiiviin työhajauksen alaisena, maisterintutkinnon suorittaneet sosiaalityöntekijät voivat suorittaa laillistetun sosiaalityöntekijän kelpoisuuskokeen (NASW Standards for clinical social work in social work practice 2005, 7; de St. Aubin 2014; ks. myös Rullo 2001). Kokeen läpäistyään sosiaalityöntekijällä on oikeus käyttää nimikettä *Licensed clinical social worker* (LCSW), jonka jälkeen hän voi toimia itsenäisenä ammatinharjoittajana ja tarjota myös terapiapalveluja yksityisenä ammatinharjoittajana.

Suomalaisesta koulutusjärjestelmästä poiketen terapiatyön valmiudet on sisäänrakennettu yhdysvaltalaiseen sosiaalityön peruskoulutukseen. Terapiatyöskentelyä opiskellaan jo kandidaattiopintojen ensimmäisenä vuonna ja maisterivaiheen koulutus sisältää useita, terapiatyön teorian ja käytännön opintojaksoja. Terapiasuuntausten painotukset vaihtelevat yliopistoittain. Koulutukseen kuuluu olennaisesti käytännön harjoittelujaksoilla kohdattujen asiakastapausten analysointi erilaisten terapeuttisten viitekehysten näkökulmasta. (de St. Aubin 2014.) Erityisen kiinnostavaksi amerikkalaisen sosiaalityön järjestelmän tekee se, että useissa osavaltioissa myös laillistetuilla sosiaalityöntekijöillä (licensed clinical social workers) on psykiatrien ja psykologien ohella oikeus diagnosoida mielenterveysongelmia. Diagnostioikeuden vuoksi amerikkalaiseen mielenterveysosiaalityöhön liittyy olennaisesti vahva vaade työntekijän eettisestä valvotuneisuudesta. (Barsky 2010, 318–320.) Diagnostio on keskeinen osa yhdysvaltalaista mielenterveysosiaalityötä ja sen perusteella päätetään, tarvitseeko asiakas psykiatrisia vai psykososiaalisia interventioita ja mitä ne käytännössä ovat (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000). Sosiaalityön ytimenä pidetty ongelmanratkaisu (National Association of Social Workers 1998, 1) saa amerikkalaisessa mielenterveysosiaalityössä hyvin lääketieteellisen painotuksen. Amerikkalaisilla sosiaalityöntekijöillä on ammattieettinen velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan riittävin täydennyskoulutuksin (National Association of Social Workers 2008, 22; Reamer 2010, 195) ja tätä myös valvotaan aktiivisesti.

Sosiaalityöntekijät muodostavat Yhdysvalloissa yhden terveydenhuollon suurimmista ammattikunnista ja he ovat yksilöinä juridisessa vastuussa tuottamiensa palveluiden laadusta. Oikeushaasteiden luvatussa maassa myös kliininen sosiaalityöntekijä saatetaan haastaa oikeuteen ja laillistetulla sosiaalityöntekijällä tulee olla voimassa oleva oikeusturvavakuutus. Sosiaalityöntekijöiden ammattiliitto National Association of Social Workers kouluttaa jäseniään säännöllisesti ammatilliseen oikeusturvaan liittyvissä kysymyksissä ja antaa heille tarvittaessa tukea ja ohjausta oikeusprosesseissa.

Keskustellessani amerikkalaisten terveysosiaalityöntekijöiden kanssa, olin jatkuvasti ymmälläni siitä, kuinka he työstään puhuessaan mielsivät sosiaalityön olevan yhtä terapian kanssa. Kun sosiaalityöntekijät kertoivat tekevänsä terapiaa, kysyin

heiltä, millainen terapiakoulutus heillä on taustallaan ja yleensä sain vastaukseksi ”ei minkäänlaista, olenhan sosiaalityöntekijä”. Suomalaisesta koulutusjärjestelmästä, jossa sosiaalityön peruskoulutus antaa lähinnä perusvalmiudet alan tehtäviin, käsin yhtäsuuruusmerkkien vetäminen sosiaalityön ja terapiatyön välille tuntui harhaanjohtavalta. Sosiaalityön amerikkalainen traditio kuitenkin korostaa psykologisen tietotaidon keskeistä roolia sosiaalityössä. Kliinistä sosiaalityötä koskevassa amerikkalaisessa tutkimuskirjallisuudessa *auttamista* ja *terapeuttisuutta* on jopa käytetty toistensa synonyymeinä (ks. esim. Siporin 1983, 193) eivätkä terapiatyötä tekevät sosiaalityöntekijät juuri kyseenalaista psykologisen ja sosiaalisen erilaisia painotuksia toimenkuvassaan.

Sosiaalityön terapeuttisuuden ylyksilöllinen tarkastelu piirtää ilmiöstä kuitenkin huomattavasti monimuotoisemman kuvan. Keskustellessani alan kriittistä tutkimusperinnettä edustavien tutkijoiden kanssa, sain kuulla, että sosiaalityön ja terapiatyön väliseen suhteeseen liittyy jännitteitä, jotka kumpuavat yhteiskunnassa yleisesti vallalla olevista arvostuksista. Amerikkalaisia sosiaalityöntekijöitä motivoi terapiatyöhön erityisesti sen korkeampi sosiaalinen status ja parempi palkkaus suhteessa sosiaalihuollolliseen sosiaalityöhön. Sosiaalityöntekijään suhtaudutaan usein myös eri tavalla, mikäli hän kertoo olevansa *laillistettu kliininen sosiaalityöntekijä* (LCSW) ja tuottavansa terapiapalveluita keskiluokkaisille ja maksukykyisille asiakkaille, kuin jos hän toteaa olevansa julkisissa tai kolmannen sektorin sosiaalipalveluissa työskentelevä *sosiaalipalvelutyöntekijä* (SSW). Nämä näkemykset tukevat globaalissa kontekstissa muun muassa Metterin (1996) sekä Hankaniemen ja Paasion (1995) esittämiä tulkintoja suomalaisen sosiaalityön sisäisestä tietohierarkiasta, joissa hoitavan, terapeuttisen työn tekijöitä arvostetaan enemmän kuin heikoimmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien kanssa työskenteleviä sosiaalihuollon sosiaalityöntekijöitä.

Sosiaalityön ja terapiatyön välisen suhteen kriittinen tarkastelu vaikuttaa olevan jonkinasteinen tabu amerikkalaisessa sosiaalityössä. Teemaa ovat kuitenkin ansiokkaasti käsitelleet Specht ja Courtney vuonna 1995 ilmestyneessä teoksessaan *Unfaithful angels - how social work has abandoned its mission*, jossa he kritisoiivat voimakkaasti sosiaalityöntekijöiden ammattikuntaa alkuperäisen, sosiaalisen avun ja neuvonnan tarpeessa olevan asiakaskuntansa hylkäämisestä paremmin palkattujen terapiaelinkeinojen vuoksi. Mielenterveytyön ylikorostunutta terapoitumista Yhdysvalloissa on kritisoinut myös Schumaker (2001), joka näkee psykoterapian liian yksilökeskeisenä interventiona ja väittää sen diagnostisen luonteen osaltaan jopa ylläpitävän arvomaailmaa, joka synnyttää poikkeavuuden ja sairauden kokemuksia ja siten itsessään terapian tarvetta.

Amerikkalaiset vaikuttavat haluttomilta vallitsevien sosiaalityön ammatinharjoittamista koskevien rakenteiden horjuttamiseen myös taloudellisista syistä. Lailistetun kliinisen sosiaalityöntekijän kelpoisuuden tuottava koe, *licensure examination*, on itsessään bisnestä. Koe on maksullinen ja sen toteuttaminen työllistää suuren joukon kokeen laatimiseen ja korjaamiseen osallistuvia henkilöitä. Myös sosiaali-

työntekijöiden ammattikunnalle on hyödyllistä ylläpitää järjestelmää, joka tuottaa mahdollisuuden itsenäiseen ammatinharjoittamiseen omalla toiminimellä ja luonain ollen mahdollisuuden tulotason nostamiseen. Yleismaailmallisesti tarkasteltuna sosiaalityöntekijät kuuluvat matalapalkkaisiin, naisvaltaisiin ammattikuntiin. Terapiapalveluja tuottavan sosiaalityöntekijän on kuitenkin mahdollista kohota tulotasoltaan ylempään keskiluokkaan ja saavuttaa verrattain korkea status amerikkalaisessa yhteiskunnassa. Tämä edellyttää, että sosiaalityöntekijällä on ymmärrystä myös liiketaloudellisista realiteeteista (Rullo 2001, 211). Yksityisellä sektorilla toimivien sosiaalityöntekijöiden ansaintamahdollisuudet ovat kuitenkin riippuvaisia tarjottujen palvelujen suhteesta vakuutusyhtiöiden korvauslinjauksiin; osa vakuutusyhtiöistä korvaa edelleenkin tiettyjen terapiamuotojen kohdalla vain psykiatrin tai laillistetun psykologin tuottamat palvelut. Myös terapiasuuntauksella on merkitystä terapeutin toimeentulon kannalta; psykoterapeutit ovat aina myös keskenään kilpailevia palveluntuottajia, joiden tuotteen kysyntään vaikuttaa suoraan oman terapiasuuntauksen yleinen markkinauskottavuus (Leiman 2015b, 374).

Sosiaalityön ja terapiatyön välistä erontekoa vaikeuttaa myös amerikkalaisessa tutkimuskirjallisuudessa käsitteiden *terapia* ja *terapeutin* abstrakti ja varsin vaikeaselkoinen luonne. Sosiaalityön yhdysvaltalaisessa perinteessä terapia kiinnittyy olennaisesti kaikkeen sosiaalityöhön. Kun terapeutteja menetelmiä opetetaan jo sosiaalityön peruskoulutuksessa, sosiaalityön ja terapian suhde määrittynyt jo lähtökohtaisesti hyvin vahvaksi, jopa erottamattomaksi. Mary Richmondin lanseeraama case work perinne elää amerikkalaisessa sosiaalityössä yhä vahvana ja tapauskohtainen sosiaalityö määrittynyt usein erilaisista terapeutteista lähtökohdista käsin.

Yhdysvaltalaisessa sosiaalityön kirjallisuudessa myös termit *counseling* (neuvonta) ja *therapy* (terapia) käytetään osin toistensa synonyymeinä. Molemmilla termeillä voidaan viitata esimerkiksi avioliittoneuvontaan tai perheterapiaan. Sosiaalityöntekijät eroavat muista neuvontaa antavista ammattilaisista (*counselors*) kuitenkin siinä, että he korostavat työssään yksilöä ja perhettä laajempien yhteiskunnallisten osajärjestelmien merkitystä inhimillisen hyvinvoinnin tuottamisessa ja pyrkivät myös aikaansaamaan yhteiskunnallista muutosta. Neuvonnan ja terapian merkittävimpänä erona voidaan pitää sitä, että neuvonta on yleensä terapiaa yleisluonteisempaa ohjaustyötä, eikä siinä välttämättä sitouduta vain yhteen teoreettiseen lähestymistapaan. Konkreettinen esimerkki neuvontatyöstä on opintoneuvonta (*study counseling*), joka edellyttää Yhdysvalloissa yleensä kasvatustieteellistä pohjakoulutusta. (Ginsberg 1998, 8–9.)



## LIITE 2. KYSELYLOMAKE

Arvoisa vastaanottaja

Kädessä on kyselylomake, joka on postitettu kaikille maamme psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä työskenteleville sosiaalityöntekijöille. Yhteystietonne on saatu sairaanhoitopiirinne psykiatrian tulosyksikön hallinnosta joko vastaavalta sosiaalityöntekijältä, hallinnon sihteeriltä tai vaihtoehtoisesti sosiaalityöntekijäkollegaltanne. Kysely on osa Kuopion yliopiston sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitoksella toteutettavaa väitöstutkimusta, joka käsittelee psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden terapeuttista työorientaatiota ja ammatillista itseyttä.

Kyselylomakkeella kartoitetaan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä mielenterveysosiaalityön lähtökohdista, psykiatrisen sosiaalityön sisältöjä ja sosiaalityöntekijöiden itseyttä työstään. Lisäksi lomakkeella kartoitetaan erilaisten terapiakoulutusten ja terapiatyöskentelyn yleisyyttä psykiatristen sosiaalityöntekijöiden keskuudessa sekä psykiatristen sosiaalityöntekijöiden motivaatioperustaa terapiakoulutuksiin hakeutumiselle tai niistä pidättäytymiselle.

Kysely on ensimmäinen maassamme toteutettu valtakunnallinen kartoitus psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityön sisällöstä ja sosiaalityön ja terapiatyön suhteesta. Siksi toivonkin, että te, arvoisa vastaanottaja, syvennyisitte lomakkeeseen ja toisitte julki näkemyksenne työstänne. Lomakkeeseen vastaamiseen on syytä varata aikaa noin tunnin verran.

Lomakkeen tiedot käsitellään luottamuksellisesti sekä monimuuttujaisten kysymysten tilastollisen että avokysymysten laadullisen analyysin osalta. Yksittäisen vastaajan henkilöllisyys tai toimipiste ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa kenellekään muulle kuin analyysin henkilökohtaisesti suorittavalle tutkijalle. Kyselylomakkeen etusivun yläreunassa on numeerinen tunnistemerkintä mahdollisen uusintakyselyn varalta.

Lomakekyselyn lisäksi tutkimusta varten haastatellaan pientä joukkoa terapiakoulutuksen jo hankkineita ja työssään tällä hetkellä myös terapiatyötä tekeviä sosiaalityöntekijöitä. Tästä syystä kyselylomakkeen ohjeen on liitetty erillinen lomake, jolla vastaaja voi ilmaista halukkuutensa tulla myöhemmin haastatelluksi. Mikäli haluat osallistua haastattelututkimukseen, täytä yhteystietosi suostumuslomakkeeseen ja palauta se yhdessä kyselylomakkeen kanssa. Suostumuslomakkeen tietoja ei yhdistetä kyselylomakkeen tietoihin, vaan ne käsitellään toisistaan erillisinä. Mikäli teillä on jotain kysyttävää tutkimukseeni liittyen, annan mielelläni lisätietoja.

Toivon, että vastaatte kyselyyn ja postitate sen oheisessa vastauskuoressa 12.5.2006 mennessä. Postimaksu on valmiiksi maksettu. Lämmin kiitos vastauksestanne!

Kuopiossa huhtikuussa 2006

YTM, tutkija Leena Leinonen  
Kuopion yliopisto  
Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos  
PL 1627  
70211 Kuopio  
[puhelinnumero]  
[sähköpostiosoite]

## KYSELY PSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON SOSIAALITYÖNTEKIJÖILLE

Vastaa kysymyksiin joko ympyröimällä valitsemasi vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksesi kysymystä seuraavalle viivalle. Väittämiä sisältävissä kysymyksissä valitse lähinnä omaa näkemystäsi oleva vastausvaihtoehto ympyröimällä se kolmi- tai viisiasteisesta taulukosta. Avokysymysten kohdalla voit jatkaa vastaamista paperin kääntöpuolelle, mikäli vastaukselle varattu tila ei riitä.

1. Sukupuoli

- 1 nainen
- 2 mies

2. Syntymävuosi \_\_\_\_\_

3. Onko sinulla sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista säädetyn lain (272/2005, sosiaalihuollon kelpoisuuslaki) mukainen sosiaalityöntekijän pätevyys?

- 1 ei
- 2 kyllä

4. Mitä korkeakoulu- tai opistoasteen tutkintoja olet suorittanut? Mainitse suorittamiesi tutkintojen nimet ja pääaineet sekä suoritusvuosi.

tutkinto _____	pääaine _____	suoritusvuosi _____
tutkinto _____	pääaine _____	suoritusvuosi _____
tutkinto _____	pääaine _____	suoritusvuosi _____

5. Oletko suorittanut jonkin yliopistollisen jatkotutkinnon (ammatillinen lisensiaatin tutkinto, lisensiaatti, tohtori)?

- 1 ei
- 2 kyllä; mikä? \_\_\_\_\_ suoritusvuosi \_\_\_\_\_

6. Millä ammattinimikkeellä työskentelet nykyisessä toimessasi?

- 1 sosiaalityöntekijä
- 2 sosiaaliterapeutti
- 3 perheterapeutti
- 4 psykoterapeutti
- 5 muu; mikä? \_\_\_\_\_

7. Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaalityöntekijänä? Vastaa kysymykseen yhden kokonaisen vuoden tarkkuudella.

\_\_\_\_\_ vuotta

8. Kuinka kauan olet toiminut nykyisessä toimessasi? Vastaa kysymykseen yhden kokonaisen vuoden tarkkuudella.

\_\_\_\_\_ vuotta

9. Työskentelen

1 avohoidon toimipisteessä  
2 sairaalassa

10. Millä seuraavista erikoisaloista työskentelet pääasiallisesti? Merkitse vain yksi vaihtoehto.

1 yleissairaalapysykiatria  
2 lastenpsykiatria  
3 nuorisopsykiatria  
4 aikuispsykiatria  
5 vanhuspsykiatria  
6 oikeuspsykiatria/kriminaalityö  
7 päihde- ja riippuvuustyö  
8 muu; mikä? \_\_\_\_\_

11. Mikäli työskentelet sairaalassa, millaisessa työyksikössä työskentelet? Mikäli et työskentele sairaalassa, siirry suoraan kysymykseen nro 12.

1 osastolla  
2 poliklinikalla  
3 sekä osastolla että poliklinikalla  
4 jonkin muun tyyppisessä yksikössä; millaisessa?  
\_\_\_\_\_

## 12. Millainen on tämänhetkinen työsuhteesi?

1 olen vakinainen viranhaltija tai työsopimussuhteessa  
2 olen viransijainen, avoimen viran hoitaja tai määräaikaisessa työsuhteessa

## 13. Onko sinulla mahdollisuutta osallistua työnantajan tarjoamaan säännölliseen työhön- jaukseen?

1 kyllä  
2 ei

## 14. Missä määrin seuraavat työtehtävät painottuvat toimenkuvassasi?

	ei lainkaan	jonkin verran	kohtalai- sesti	melko paljon	erittäin paljon
asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen	1	2	3	4	5
sosiaalista toimintakykyä tukeva ohjaus ja neuvonta	1	2	3	4	5
sosiaalivakuutukseen ja -avustukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	1	2	3	4	5
sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaaliturvaa	1	2	3	4	5
palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö	1	2	3	4	5
asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö	1	2	3	4	5
asiakkaan informoiminen erilaisten potilas- ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnasta	1	2	3	4	5
potilas- ja lääkevahinko- vakuutukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta	1	2	3	4	5
osallistuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen työryhmässä ja tiedottaminen muille työryhmän jäsenille suunnitelmaan vaikuttavista tekijöistä ja asiakkaan omista toivomuksista	1	2	3	4	5

	ei lainkaan	jonkin verran	kohtalai- sesti	melko paljon	erittäin paljon
jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi	1	2	3	4	5
erilaisten lausuntojen laatiminen	1	2	3	4	5
asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa	1	2	3	4	5
asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa	1	2	3	4	5
yksilöterapia	1	2	3	4	5
asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevista asioista	1	2	3	4	5
asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut	1	2	3	4	5
perheterapia	1	2	3	4	5
työnohjaajana toimiminen	1	2	3	4	5
asiantuntija- ja koulutustehtävät	1	2	3	4	5
verkostotyö	1	2	3	4	5
tiedottaminen/tiedotustoiminta	1	2	3	4	5
tutkimus- ja kehittämistyö	1	2	3	4	5
yhteiskunnallinen vaikuttaminen	1	2	3	4	5
jokin muu tehtäväryhmä; mikä?					
_____					
_____					
_____	1	2	3	4	5

15. Painottuuko jokin edellä mainituista tehtäväryhmistä mielestäsi liikaa tai liian vähän suhteessa siihen, miten haluaisit työsi kokonaisuuden ideaalitulanteessa rakentuvan?

	tehtäväryhmä painottuu työssäni ehdottomasti liian vähän	tehtäväryhmä painottuu työssäni jossain määrin liian vähän	tehtäväryhmä painottuu työssäni sopivasti	tehtäväryhmä painottuu työssäni jossain määrin liikaa	tehtäväryhmä painottuu työssäni ehdottomasti liikaa
asiakkaan sosiaalisen tilanteen yksilöllinen selvittäminen	1	2	3	4	5
sosiaalista toimintakykyä tukeva ohjaus ja neuvonta	1	2	3	4	5
sosiaalivakuutukseen ja -avustukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaalityötä	1	2	3	4	5
sosiaalihuoltoon ja -palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta osana sosiaalityötä	1	2	3	4	5
palvelujen koordinointi ja moniammatillinen yhteistyö	1	2	3	4	5
asiakkaan oikeusturvaan liittyvä ohjaus, neuvonta ja yhteistyö	1	2	3	4	5
asiakkaan informoiminen erilaisten potilas- ja vapaaehtoisjärjestöjen toiminnasta	1	2	3	4	5
potilas- ja lääkevahinkovakuutukseen liittyvä ohjaus ja neuvonta	1	2	3	4	5
osallistuminen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen työryhmässä ja tiedottaminen muille työryhmän jäsenille suunnitelmaan vaikuttavista tekijöistä ja asiakkaan omista toivomuksista	1	2	3	4	5
jatkohoidon ja kuntoutuksen seuranta ja arviointi	1	2	3	4	5
erilaisten lausuntojen laatiminen	1	2	3	4	5

	tehtävoryhmä painottuu työssäni ehdottomasti liian vähän	tehtävoryhmä painottuu työssäni jossain määrin liian vähän	tehtävoryhmä painottuu työssäni sopivasti	tehtävoryhmä painottuu työssäni jossain määrin liikaa	tehtävoryhmä painottuu työssäni ehdottomasti liikaa
asiakkaan auttaminen sairauden aiheuttamien rajoitusten ja elämänmuutosten hyväksymisessä ja niihin sopeutumisessa	1	2	3	4	5
asiakkaan auttaminen tunne-elämän vaikeuksissa	1	2	3	4	5
yksilöterapia	1	2	3	4	5
asiakkaan omaisten informoiminen asiakasta koskevissa asioissa	1	2	3	4	5
asiakkaan omaisten auttaminen niissä tunne-elämän vaikeuksissa, joita asiakkaan sairastuminen ja sairaus on aiheuttanut	1	2	3	4	5
perheterapia	1	2	3	4	5
työnohjaajana toimiminen	1	2	3	4	5
asiantuntija- ja koulutustehtävät	1	2	3	4	5
verkostotyö	1	2	3	4	5
tiedottaminen/tiedotustehtävät	1	2	3	4	5
tutkimus- ja kehittämistyö	1	2	3	4	5
yhteiskunnallinen vaikuttaminen	1	2	3	4	5
jokin muu tehtävoryhmä; mikä?					
_____					
_____					
_____	1	2	3	4	5

16. Mitä mieltä olet seuraavista mielenterveyttä ja mielenterveystyön sisältöä koskevista väittämistä?

	täysin eri mieltä	jokseen- kin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseen- kin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Mielenterveystyössä sosiaalityöntekijän on keskityttävä huolehtimaan asiakkaan konkreettisten elinolojen ja elämäolosuhteiden toteutumisesta.	1	2	3	4	5
Mielenterveysongelmien hoidossa sosiaalityöntekijän on pyrittävä syvälleluotaavaan tarkasteluun.	1	2	3	4	5
Mielenterveyspotilaiden kanssa työskennel- täessä sosiaalityöntekijän on tärkeintä tukea heidän jo olemassaolevia voimavarojaan.	1	2	3	4	5
Yksilö kykenee käyttäytymistään muuttamalla poistamaan mielenterveys- ongelmia synnyttäviä tai ylläpitäviä tekijöitä.	1	2	3	4	5
Mielenterveyspotilaita voidaan auttaa parhaiten vaikuttamalla koko heidän elämäntilanteeseensa; heihin itseensä, heidän läheisiinsä, omaisiin ja lähiympä- ristöön.	1	2	3	4	5
Mielenterveyspotilaita voidaan auttaa parhaiten keskittymällä potilaan mielen- sisäisten prosessien hoitoon.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön tulisi perustua erityisesti sosiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseen ja sosiaalisten ongelmien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön tulisi perustua psykkis-fyysis-sosiaaliseen ihmiskäsi- tykseen ja monitieteiseen teoriapohjaan.	1	2	3	4	5
Mielenterveystyön tulisi perustua puhtaasti psykologiseen tieto- ja teoriapohjaan.	1	2	3	4	5



17. Mitä mieltä olet seuraavista psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityötä koskevista väittämistä?

	täysin eri mieltä	jokseen- kin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseen- kin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
On tärkeää, että sosiaalityöntekijä on mukana mielenterveyspotilaan hoidossa alusta alkaen ja osallistuu sekä hoidon suunnitteluun että sen järjestämiseen.	1	2	3	4	5
Sosiaalityö on selkeä erikoisala psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.	1	2	3	4	5
Sosiaalityöntekijän työ on enemmänkin yksittäisten asioiden hoitamista kuin kokonaisvaltaista osallistumista potilaan hoitoon.	1	2	3	4	5
Sosiaalityöntekijällä on erityisasiantun-juutta, jonka hyödyntäminen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on tärkeää.	1	2	3	4	5
Sosiaalityöntekijän merkitys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on potilaan kokonais- hoidon kannalta suuri.	1	2	3	4	5
Sosiaalityön keinoin pyritään sopeuttamaan potilaita ympäröivään yhteiskuntaan.	1	2	3	4	5
Sosiaalityö ja varsinainen psykiatrinen hoitotyö liittyvät kiinteästi yhteen.	1	2	3	4	5
Sosiaalityö on varsinaista psykiatrista hoito- työtä avustava ja tukeva toimintamuoto.	1	2	3	4	5
Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tuottaa tasapainoa ja jatkuvuutta potilaiden ja heidän perheidensä elämään.	1	2	3	4	5
Sosiaalityö on osa psykiatrista hoitotyötä.	1	2	3	4	5
Sosiaalityöllä pyritään tukemaan potilaiden itsenäistä elämänhallintaa.	1	2	3	4	5
Psykiatrinen sosiaalityö on yhteiskunnallista muutostyötä.	1	2	3	4	5
Psykiatrinen sosiaalityö on mielenterveyspotilaiden mielensisäisiin prosesseihin keskittyvää terapeuttista työtä.	1	2	3	4	5

18. Mielenterveystyössä eri ammattiryhmien väliset rajat ovat osin liikkuvia ja jossain määrin epäselviäkin. Missä määrin koet tekeväsi työtäsi ja toimivasi työssäsi seuraavissa ammatillisissa rooleissa?

	ei lainkaan	jonkin verran	kohtalaisesti	melko paljon	erittäin paljon
mielenterveystyöntekijä	1	2	3	4	5
psykiatrinen sairaanhoitaja	1	2	3	4	5
psykologi	1	2	3	4	5
psykiatri	1	2	3	4	5
sairaalateologi	1	2	3	4	5
toimintaterapeutti	1	2	3	4	5
psykoterapeutti	1	2	3	4	5
perheterapeutti	1	2	3	4	5
asianajaja	1	2	3	4	5
toimittaja	1	2	3	4	5
potilasasiamies	1	2	3	4	5
opettaja/pedagogi	1	2	3	4	5
perheneuvoja	1	2	3	4	5
jokin muu ammatillinen rooli, mikä? _____	1	2	3	4	5

19. Missä määrin työhösi mielestäsi sisältyy terapeuttisuutta tai terapeuttisia elementtejä? Terapeuttisuudella ja terapeuttisilla elementeillä tarkoitetaan tässä yhteydessä potilaiden kanssa käytäviä hoidollisia keskusteluja, joiden tavoitteena on potilaan psyykinen cheytyminen.

- 1 ei yhtään
- 2 jonkin verran
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 työni on täysin terapeuttisuudesta keskustelua potilaiden kanssa

20. Missä määrin sovellat työssäsi seuraavia psykologisiin teoria- tai terapiaperinteisiin perustuvia työskentelyotteita?

	ei lainkaan	jonkin verran	kohta- laisesti	melko paljon	erittäin paljon
psykososiaalinen työskentelyote	1	2	3	4	5
psykodynaaminen työskentelyote	1	2	3	4	5
kognitiivis-behavioraalinen työskentelyote	1	2	3	4	5
ratkaisukeskeinen työskentelyote	1	2	3	4	5
kognitiivinen työskentelyote	1	2	3	4	5
supportiivinen, tukea antava työskentelyote	1	2	3	4	5
voimavarakeskeinen työskentelyote	1	2	3	4	5
humanistisen psykologian motivaatio- perustainen työskentelyote	1	2	3	4	5
egopsykologinen työskentelyote	1	2	3	4	5
jokin muu; mikä? _____	1	2	3	4	5
_____					
_____					

21. Missä määrin työyhteisössäsi sovelletaan yleisesti seuraavia psykologisia teoria- tai terapiaperinteitä, jotka vaikuttavat työyksikössä havaittavaan hoitokulttuuriin? ("Yleisellä" tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että koko moniammatillinen hoitotyöhön osallistuva tiimi on omaksunut tietyn lähestymistavan.)

	ei lainkaan	jonkin verran	kohtalaisesti	melko paljon	erittäin paljon
psykososiaalinen työskentelyote	1	2	3	4	5
psykodynaaminen työskentelyote	1	2	3	4	5
kognitiivis-behavioraalinen työskentelyote	1	2	3	4	5
ratkaisukeskeinen työskentelyote	1	2	3	4	5
kognitiivinen työskentelyote	1	2	3	4	5
supportiivinen, tukea antava työskentelyote	1	2	3	4	5
voimavarakeskeinen työskentelyote	1	2	3	4	5
humanistisen psykologian motivaatio- perustainen työskentelyote	1	2	3	4	5
egopsykologinen työskentelyote	1	2	3	4	5
jokin muu; mikä? _____	1	2	3	4	5
_____					
_____					

22. Missä määrin teet työsi puitteissa varsinaista terapiaa?

- 1 ei yhtään
- 2 jonkin verran
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 työni on kokonaan terapiatyötä

23. Mikäli teet varsinaista terapiatyötä, arvioi terapiatyöskentelysi määrä viikoittaisina työtunteina.

Teen varsinaista terapiatyötä noin \_\_\_\_\_ tuntia viikossa.

24. Oletko suorittanut jonkin koulutuksen, joka antaa valmiuksia yksilökohtaiseen mielen-terveystyöhön, mutta ei anna varsinaista laillistetun terapeutin pätevyyttä (esim. jokin työ-yksikkösi järjestämä hoitosuhdekoulutus)?

1 ei

2 kyllä; minkä?

---

---

---

25. Oletko suorittanut jonkin laillistetun terapeutin pätevyyden tuottavan terapiakoulutuk-sen?

1 ei

2 kyllä

26. Oletko itse läpikäynyt jonkin (terapiakoulutuksen ulkopuolisen) itseymmärrystäsi lisää-vän psykologisen terapia-/oppimisprosessin, kuten esimerkiksi psykoanalyysin?

1 ei

2 kyllä

**Seuraavat kysymykset (kysymykset nro 27–28) on suunnattu henkilöille, jotka eivät ole suorittaneet mitään laillistetun terapeutin pätevyyden tuottavaa terapiakoulutusta. Mikäli olet suorittanut jonkin terapiakoulutuksen, siirry suoraan kysymykseen nro 29.**

27. Missä määrin seuraavat tekijät ovat vaikuttaneet siihen, että et ole suorittanut mitään terapiakoulutusta?

	ei ole vaikuttanut lainkaan	on vaikuttanut jonkin verran	on vaikuttanut kohtalaisesti	on vaikuttanut melko paljon	on vaikuttanut erittäin paljon
En ole kiinnostunut terapiatyöstä.	1	2	3	4	5
Persoonallisuuteni ei sovellu terapiatyöskentelyyn.	1	2	3	4	5
En koe tarvitsevani työssäni terapiakoulutusta.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutuksesta ei olisi hyötyä työssäni.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutus on mielestäni liian kallista.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutus veisi kohtuuttoman paljon muuta työaikaani.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutus veisi kohtuuttoman paljon vapaa-aikaani.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutuksen läpikäyminen ohjaisi työnkuvaani ei-toivomaani suuntaan.	1	2	3	4	5
Sosiaalityöntekijän ei mielestäni pitä hankkia terapiakoulutusta, koska se ohjaa ammatinharjoittamista kauemmas varsinaisesta sosiaalityöstä.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutuksesta olisi haittaa työssäni sosiaalityöntekijänä.	1	2	3	4	5
Työyhteisössäni ei suosita terapiakoulutukseenhakeutumista.	1	2	3	4	5
En saisi työnantajataholta apua terapiakoulutuksesta koituviiin taloudellisiin kustannuksiin.	1	2	3	4	5
Työyhteisöni suhtautuu kielteisesti sosiaalityöntekijän terapiakoulutukseen ja toimintaanlaillistettuna terapeuttina.	1	2	3	4	5
Olen hakenut terapiakoulutukseen, mutten ole toistaiseksi tullut hyväksytyksi.	1	2	3	4	5

28. Olisitko kiinnostunut hakeutumaan lähitulevaisuudessa johonkin terapiakoulutukseen?

- 1 ei
- 2 en osaa sanoa
- 3 kyllä

Perustele vastauksesi

---

---

---

---

---

---

---

---

**Seuraavat kysymykset (kysymykset nro 29–37) on suunnattu henkilöille, jotka ovat suorittaneet jonkin laillistetun terapeutin pätevyyden tuottavan terapiakoulutuksen. Mikäli et ole suorittanut mitään terapiakoulutusta, siirry suoraan kysymykseen nro 38.**

29. Minkä/mitä laillistettuja terapeutin pätevyyskäs olet suorittamissasi terapiakoulutuksissa hankkinut? Ympyröi kaikki hankkimasi koulutukset tai vaihtoehtoisesti luettele listalta puuttuvat suorittamasi koulutukset kohtaan 13.

- 1 psykoanalyytikko
  - 2 ryhmäpsykoanalyytikko
  - 3 psykoanalyttinen psykoterapeutti
  - 4 kognitiivinen psykoterapeutti
  - 5 perheterapeutti
  - 6 kuvataideterapeutti
  - 7 musiikkiterapeutti
  - 8 gestalt -terapeutti
  - 9 psykodraama-ohjaaja
  - 10 ratkaisukeskeinen lyhytterapeutti
  - 11 kriisi- ja katastrofiterapeutti
  - 12 verkostoterapeutti
  - 13 muu; mikä / mitkä? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

30. Eräät psykoterapiakoulutukset (kuten psykoanalyttinen psykoterapia) jakautuvat terapian kohderyhmän osalta erilaisiin alatyyppeihin. Mikäli suorittamassasi terapiakoulutuksessa/-koulutuksissa on tällaisia alakohtaisia eroja, mihin seuraavista luokista suorittamasi koulutus/-koulutukset lukeutuvat?

- 1 yksilöpsykoterapia
  - 2 lasten psykoterapia
  - 3 nuorten psykoterapia
  - 4 ryhmäpsykoterapia
  - 5 lasten ryhmäpsykoterapia
  - 6 muu; mikä / mitkä? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



31a. Kuinka kauan suorittamasi terapiakoulutus kesti?

- 1 vajaan vuoden
- 2 vuodesta kahteen vuotta
- 3 yli kaksi- kolme vuotta
- 4 yli kolme vuotta

b. Mikäli olet suorittanut useampia terapiakoulutuksia, selitä sanallisesti suorittamiesi koulutusten kestot.

---

---

---

---

---

32a. Minkä asteinen saamasi terapiakoulutus oli vaativuudeltaan?

- 1 erityistason psykoterapiakoulutus
- 2 ylempi erityistason psykoterapiakoulutus
- 3 vaativan erityistason psykoterapiakoulutus
- 4 psykoterapian kouluttajapätevyys

b. Mikäli olet suorittanut useampia terapiakoulutuksia, selitä sanallisesti suorittamiesi koulutusten vaativuusasteet.

---

---

---

---

---

33a. Onko terapiapätevydelläsi ollut palkkaasi korottavaa vaikutusta?

- 1 ei
- 2 kyllä

b. Mikäli terapiakoulutus on korottanut palkkaasi, onko palkankorotus ollut mielestäsi riittävä suhteessa terapiakoulutuksen vaativuuteen ja siitä sinulle mahdollisesti koituneisiin taloudellisiin kustannuksiin?

- 1 ei
- 2 kyllä

34. Missä määrin seuraavat tekijät ovat vaikuttaneet päätökseesi hakeutua terapiakoulutukseen/-koulutuksiin?

	ei ole vaikuttanut lainkaan	on vaikuttanut jonkin verran	on vaikuttanut kohtalaisesti	on vaikuttanut melko paljon	on vaikut- tanut erittäin paljon
Olen kiinnostunut terapiatyöstä.	1	2	3	4	5
Persoonallisuuteni soveltuu terapiatyöskentelyyn.	1	2	3	4	5
Tarvitsen työssäni terapiakoulutuksesta saatavia valmiuksia.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua työssäni sosiaalityöntekijänä.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutus ja laillistetun terapeutin pätevyys hyödyttävät minua yleisemmin työmarkkinoilla.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutus ja sen tuottama laillistetun terapeutin pätevyys tuottavat minulle mieluisia ja motivoivia muutoksia toimenkuvaani.	1	2	3	4	5
Mielenterveysongelmien parissa työskentelevän sosiaalityöntekijän täytyy mielestäni hankkia terapiakoulutusta.	1	2	3	4	5
Olen saanut sen käsityksen, että työyhteisössäni toimivien ammattihenkilöiden tulisi hakeutua terapiakoulutukseen.	1	2	3	4	5

	ei ole vaikuttanut lainkaan	on vaikuttanut jonkin verran	on vaikuttanut kohtalaisesti	on vaikuttanut melko paljon	on vaikut- tanut erittäin paljon
Mielenterveyssoseaalityötä ei mielestäni voi tehdä ilman terapiakoulutusta.	1	2	3	4	5
Työnantajani on suositellut minulle hakeutumistaterapiakoulutukseen.	1	2	3	4	5
Työnantajataho osallistui terapiakoulutuksesta koituneisiin taloudellisiin kustannuksiin.	1	2	3	4	5
Työnantajani on kehottanut minua hakeutumaan terapiakoulutukseen.	1	2	3	4	5
Terapiakoulutus lisää mahdollisuuksiani työllistyä itsenäisenä yrittäjänä.	1	2	3	4	5
Laillistetun terapeutin pätevyys oli edellytys nykyisen työni saamiselle.	1	2	3	4	5

35. Kuinka paljon arvioit terapiakoulutuksestasi olleen hyötyä työssäsi sosiaalityöntekijänä?

ei lainkaan	jonkin verran	kohta- laisesti	melko paljon	erittäin paljon
1	2	3	4	5

Perustele vastauksesi

---



---



---



---



---



---



---



---





---

---

---

---

---

39. Onko mielessäsi tekijöitä, jotka hankaloittavat sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntämistä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSESTASI!**

### LIITE 3. HAASTATTELUN SUOSTUMUSLOMAKE

Olen suorittanut laillistetun terapeutin pätevyyden tuottavan terapiakoulutuksen ja teen terapiatyötä sosiaalityön ammatillisten tehtävien ohella tai toimin pääasiassa terapeutina sosiaalityöntekijän ammattinimikkeellä.

Olen kiinnostunut osallistumaan haastattelututkimukseen, joka on osa psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden ammatillista itseymmärrystä koskevan väitöstutkimuksen tiedonhankintaa ja liitän oheen yhteystietoni.

Nimi: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero, josta minut tavoittaa arkisin klo 8–16: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_

## LIITE 4. HAASTATTELURUNKO

Kertoisitko tarkemmin terapiapätevyyksistäsi ja niiden suorittamisajankohdista?

Kertoisitko työskentelysi taustalla olevista teoreettisista näkemyksistä?

Millaisista syistä päätit aikanaan hakeutua terapiakoulutukseen?

Kertoisitko vastaanotollasi terapian tiimoilta käyvästä tyypillisestä asiakkaasta?

Miten työskentelysi tyypillisesti etenee asiakkaan kanssa?

Teetkö työssäsi puhdasta terapiaa niin, että terapia on ensisijainen syy siihen, että asiakas tulee vastaanotollesi? Kertoisitko tästä lisää?

Sisältyykö kaikkien asiakkaidesi kanssa työskentelyyn myös sosiaalityötä?

Kuvailisitko asiakassuhteidesi keskimääräistä kestoa?

Mitä ajattelet ammatillisesta sosiaalityöntekijä–terapeutti kaksoispositiostasi?

Millaisia merkityksiä liität terapiapätevyyteesi?

Kuvailisitko terapiakoulutuksen vaikutuksia sinuun 1) persoonana ja 2) sosiaalityöntekijänä?

Miten kuvailisit työyhteisösi suhtautumista siihen, että toimit sekä sosiaalityöntekijän että terapeutin rooleissa?

Oletko harkinnut vielä jonkin terapia- tai muun mielenterveyskoulutuksen aloittamista? Avaisitko näkemyksesi taustoja?



## LIITE 5. ESIMERKKI LAADULLISEN AINEISTON ANALYYSISTÄ

Suora sitaatti kyselytutkimuksen kysymykseen numero 39 *Onko mielessäsi tekijöitä, jotka hankaloittavat sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntämistä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa?* annetusta vastauksesta, vastaaja, jonka tunnistenumero on 1295:

**1295:** "Ajanpuute, hoitajien ylivalta ja tuppautuminen sosiaalityöntekijän työalueelle, työnkuvan kapeutuminen kiireen vuoksi, hoidetaan vain välttämättömät eikä pian kukaan enää muista, että *soosu osaisi muutakin, kuin sammuttaa tulipaloja.*"

Analyysissä on:

**Lihavoitu** konkreettisia syitä, jotka vaikuttavat sosiaalityön rooliin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Alleviivattu edellä mainituista syistä johtuvia seurauksia. *Kursivoitu* sosiaalityön asiantuntijuudelle annetut merkitykset.

Tulkinta:

Viime kädessä taloudellisiin resursseihin jäljitettävissä oleva niukkuus, joka ilmenee pienenä sosiaalityöntekijämitoituksena sekä hoitotyön kokonaisvaltaistuminen, vaikuttavat sosiaalityöntekijän kokemaan ammatilliseen rooliin, joka usein pelkistyy vain akuuttien kriisitilanteiden selvittelyyn. Tämä muodostaa esteen sosiaalityön kokonaisvaltaisen ja laaja-alaisen, ennaltaehkäisevän asiantuntijuuden hyödyntämiselle.

Ilmenemä ja julkilausuma lopullisessa tutkimuksessa:

Sitaatin ilmiöitä käsitellään erityisesti luvussa 9 otsikointien *Hoitotyön kokonaisvaltaistuminen* sekä *Kustannussäästöjen kurimuksessa* alla.

## LEENA LEINONEN

---

*Mielenterveysongelmista kärsivän koko maailmasuhde määrittyy osin psyykkisen sairauden värittämänä. Psykiatrisessa sosiaalityössä on tärkeää ylläpitää asiakkaan psyykkisen voinnin huomioivaa, yleisterapeutista työorientaatiota. Se tekee näkyväksi sosiaalisten tekijöiden ja yksilön mielenterveyden välisen kaksisuuntaisen yhteyden ja samalla sitoo sosiaalityön osajärjestelmän kiinteäksi osaksi moniammatillisesti rakentuvia hoito- ja kuntoutusprosesseja.*



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

*uef.fi*

**PUBLICATIONS OF  
THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND**  
*Dissertations in Social Sciences and Business Studies*

ISBN 978-952-61-3417-8  
ISSN 1798-5749