

**PSYKOSOSIAALINEN ORIENTAATIO PSYKIATRISSESSA  
SOSIAALITYÖSSÄ**

Nina Silvennoinen

Pro gradu -tutkielma

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden  
tiedekunta

Yhteiskuntatieteiden laitos

Sosiaalityö

27.10.2011

## Tiivistelmä

Pro gradu -tutkielma

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta

Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos

Sosiaalityön koulutusohjelma

NINA SILVENNOINEN: Psykososiaalinen orientaatio psykiatrisessa sosiaalityössä.

Pro gradu –tutkielma 90 sivua, 2 liitettä (6s.)

Tutkielman ohjaajat: Yliopiston lehtori Raija Väisänen  
Ma. assistentti Leena Leinonen

Lokakuussa 2011

Avainsanat: Psykososiaalinen orientaatio, reflektiivisyys, terapeutisuus, case work, dialogisuus, vuorovaikutus, psykiatrinen sosiaalityö.

Tutkimuksen tehtävänä on selvittää psykiatrisen sosiaalityön työnkuvaa, osasto- ja poliklinikkatyötä, psykososiaalisen orientaation ja terapeutisuuden näkökulmasta. Tutkimuskysymyksinä ovat: 1. Millaisen roolin psykososiaalinen orientaatio ja terapeutisuus saavat psykiatrisessa sosiaalityössä? 2. Miten sosiaalityöntekijän työnkuva osastolla ja poliklinikalla eroavat toisistaan psykiatrisessa sosiaalityössä? Lisäksi tutkimuksessa tutkitaan reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Tutkimuksen tarkoituksena on lisätä tietoa tutkittavasta aihepiiristä niin teoreettisesti kuin käytännön tasolla. Sosiaalityön on mentävä lähemmäksi ihmisen elämää. Tästä johtuen tutkimuksen aihealue on ajankohtainen ja sitä tulisi tutkia sekä kehittää. Koulutuksen ja tutkimuksen tiivis yhteys, sekä ihmisten elämään ja käytännön työkenttään, on erittäin tärkeä osa alan uudistumiseen tähtäävä työtä. Graduni aihealue on jäänyt vähäiselle huomiolle sosiaalityössä.

Aineisto on kerätty puolistrukturoidulla teemahaastatteluilla. Aineisto on kerätty kesäkuun ja lokakuun välisenä aikana vuonna 2010. Tutkimuksessa on haastateltu seitsemää sosiaalityöntekijää, jotka työskentelevät psykiatrian osastolla tai poliklinikalla Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon alueella. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimus osoitti, että psykiatrisen sosiaalityön työnkuva on melko täsmentymätöntä ja sen muodostumiseen vaikuttavat monet tekijät. Tämän tutkimuksen perusteella työnkuva painottuu verkostotyöhön, palveluohjaukseen, neuvontaan, terapeutisuuteen, byrokratiatyöhön sekä psykososiaaliseen orientaatioon. Työntekijät, joilla oli terapiakoulutusta, tiesivät enemmän psykososiaalisesta orientaatiosta ja reflektiivis-terapeutisuudesta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät käyttävät psykososiaalista orientaatiota työssään. Työntekijät eivät nähneet psykososiaalisuutta yhtenä sosiaalityön työmenetelmänä vaan he ajattelivat sen olevan koko ajan läsnä työssä. Reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa ei tunnettu hyvin. Tutkimuksesta selvisi, että sitä käytetään etenkin perheterapiassa, työpari työskentelyssä ja moniammatillisissa tiimeissä, esimerkiksi hoitoneuvotteluissa. Osasto ja poliklinikka työskentelyssä on samankaltaisuuksia, mutta myös eroavaisuuksia, esimerkiksi poliklinikalla työote on terapeuttisempaa ja strukturoidumpaa kuin osastolla. Tuloksia voi hyödyntää terveysosiaalityön käytännön työn kehittämisessä.

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies

Department of Social Sciences

Study Programme in Social Sciences

NINA SILVENNOINEN: Psychosocial orientation in psychiatric social work.

Master's Thesis 90 pages, 2 appendices (6s.)

Advisors: Lecturer Raija Väisänen

Assistant Leena Leinonen

October 2011

Keywords: Psychosocial orientation, reflectivity, therapeutic, case work, dialogicity, interaction, psychiatric social work.

The aim of this study is to explain what is included in the job description of psychiatric social work, ward- and clinic work from the therapeutic perspective and psychosocial orientation. The research questions of this study are: 1. What is the role of psychosocial orientation and therapeutic work in psychiatric social work? 2. How does the social workers job description differ in the wards and clinics in psychiatric social work? In addition, this study examines the reflective-therapeutic approach. The theoretical section is a literary review. Aim of this study is to add more information about the theme of this study on a theoretical and practical level. Social work needs to go closer to the lives of the people. Because of this, the theme of this study is topical and it should be researched and developed. The tight connection of education and research, and people's lives with practical field work, are a crucial part of the work that is aimed to the regeneration of the social work field. The theme of this study has had little attention in the field of social work.

The research data has been collected using semi structured themed interviews. The data was gathered between June and October in 2010. Seven social workers were interviewed, who work in the psychiatric ward or clinic, in the North Carelia and North Savo regions. The data has been analyzed data-driven content analysis.

Study shows that the job description of psychiatric social work is quite undefined and it is affected by many different factors. According to this study, the job description is emphasized by networked work, service guidance, advisement, therapeutic work, bureaucratic tasks and psychosocial orientation. Employees, who had therapeutic training, knew more about psychosocial orientation and reflective-therapeutic approach. All the social workers who took part in this study use psychosocial orientation in their work. The employees did not see psycho sociality as a method in social work, but they thought that it is always present in their work. The reflective-therapeutic approach was not well known, but this study shows that it is used especially in family therapy, when working with a partner and in multi professional teams, for example in care negotiations. The ward and clinic work have some similarities but they also have some differences, for example in the clinic the approach is more therapeutic and structured than in the unit. The results of this study can be utilized in the development of the practical areas of social work.

## SISÄLLYSLUETTELO

|   |    |
|---|----|
| 1 JOHDANTO.....   | 5  |
| 2 TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN MONIAMMATILLISIA<br>LÄHTÖKOHTIA .....                                   | 9  |
| 2.1 Terveysthuollon moniammatillisuus .....   | 9  |
| 2.2 Terveysthuollon sosiaalityö .....   | 11 |
| 2.3 Psykiatrinen sosiaalityö .....  | 13 |
| 3 PSYKOSOSIAALINEN ORIENTAATIO SOSIAALITYÖSSÄ.....  | 25 |
| 3.1 Vuorovaikutus ja dialogisuus .....  | 25 |
| 3.1.1 Vuorovaikutus .....   | 26 |
| 3.1.2 Dialoginen vuorovaikutus .....  | 27 |
| 3.2 Psykososiaalisuus sosiaalityön terapeutisena orientaationa .....                                    | 29 |
| 3.2.1 Psykososiaaliset ja terapeutiset elementit.....   | 32 |
| 3.2.2 Psykososiaalinen hoito ja psykoedukaatio psykiatrian sosiaalityössä.....                          | 33 |
| 3.3 Reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa .....   | 34 |
| 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....   | 41 |
| 4.1 Aineisto ja aineiston hankinta.....   | 41 |
| 4.2 Aineiston analyysi .....  | 45 |
| 4.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....  | 48 |
| 5 TULOKSET .....  | 50 |
| 5.1 Psykiatrisen sosiaalityön työnkuva.....   | 50 |
| 5.2 Osaston ja poliklinikan eroavaisuudet psykiatrisessa sosiaalityössä.....                            | 55 |
| 5.3 Psykiatrisen sosiaalityön ominaispiirteet verrattuna muualla tehtävään<br>sosiaalityöhön .....      | 59 |
| 5.4 Psykososiaalisen orientaation rooli psykiatrisessa sosiaalityössä .....                             | 60 |
| 5.5 Terapia, terapeuttisuus ja reflektiivis-terapeuttisuus psykiatrisessa sosiaalityössä<br>.....       | 63 |
| 5.6 Yhteenveto.....   | 69 |
| 6 JOHTOPÄÄTÖKSET .....  | 72 |
| 6.1 Psykiatrisen sosiaalityön moninaisuus .....   | 72 |
| 6.2 Psykososiaalinen orientaatio psykiatrisen sosiaalityön työnkuvassa .....                            | 73 |
| 6.3. Terapeuttisuus ja reflektiivis-terapeuttisuus Suomalaisessa psykiatrisessa<br>sosiaalityössä ..... | 75 |
| 7 POHDINTA.....   | 77 |
| LÄHTEET .....   | 80 |
| LIITTEET .....  | 85 |

## 1 JOHDANTO

Tutkin psykiatrisen sosiaalityön työnkuvaa psykososiaalisen orientaation ja terapeutisuuden näkökulmasta. Vertailen tutkimuksessa myös osasto- ja poliklinikka työn eroavaisuuksia psykiatrisen sosiaalityön näkökulmasta. Käsittelen tutkimuksessa myös reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa, koska se liittyy oleellisesti terapeutiseen työskentelyyn. Terapeuttinen työskentely on osa psykiatrista sosiaalityötä.

Sosiaalityössä nähdään niin yksilöä kuin yhteisöämme kohtaavia vastoinkäymisiä. Ihmisten arkielämän rakenteelliset muutokset nostavat ja tuovat esille uusia sosiaalisia ongelmia, joihin sosiaalityön pitäisi pystyä vastaamaan myös tulevaisuudessa. Yhteiskuntamme on melko yksilökeskeinen valtio. Yhteiskunnan muutokset tuovat epävarmuutta ihmisten arkeen. Yhteiskunnallisen ja hyvinvointivaltion murroksen myötä sosiaalityöhön kohdistuu monia muutospaineita. (Karvinen 1993b, 17). Sosiaalityöntekijä saattaa olla ainoa ihminen, joka ehtii kuunnella yksilöä. Tämän takia sosiaalityöntekijän olisi tärkeää nähdä yksilön tilanne kokonaisvaltaisesti. Yhteiskunnallemme tehtävää työtä tehdään yksilöiden kautta. Ihmisen kohdatessa vastoinkäymisiä, on tärkeää, että hän tulee kuulluksi terapeutisesta näkökulmasta.

Sosiaalityöntekijä on suurien kysymysten ja haasteiden äärellä tehdessään sosiaalityötä yksilön ja yhteiskunnan välillä. Selvitäkseen haasteista, sosiaalityö tarvitsee hyviä välineitä ja metodeja, jolla korjata ja ennen kaikkea ennaltaehkäistä sosiaalisia ongelmia. Näitä haasteita ajatellen sosiaalityön tutkimuksen kannalta on tärkeää kehittää sosiaalityötä ja tutkia sosiaalityön psykososiaalista orientaatiota sekä terapeutista lähestymistapaa. Psykososiaalista orientaatiota määritän tässä tutkimuksessa yhtenä sosiaalityön osa-alueena eli niin sanotun suppean määritelmän mukaan. Yksi merkittävimmistä case workin kehittäjistä on ollut Mary Richmond. Psykososiaalisuuden käsitteen ja – käytännön suomalaisia uranuurtajia ovat Jorma Sipilä ja Riitta Granfelt. Reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa esitellään Malcolm Paynen kirjassa: *Modern social work theory*.

Kansainvälisen tutkimuksen lokakuussa julkistetun arvion mukaan Suomen kansainvälinen asema tieteessä, tutkimuksessa ja innovaatioissa on alkanut heikentyä

2000-luvulla (Ruulio 2009, 5). Sosiaalityö tarvitsee uusia innovaatioita kehittyäkseen. Sosiaalityöhön tulisi kehittää uusia keksintöjä, uusia menetelmiä ja lähestymistapoja sellaisiin ongelmiin ja tilanteisiin, joihin ei ole aikaisemmin ollut käytettävissä soveltuvia ja vaikuttavia interventioita. Näitä uudistuksia tarvitaan vaikeaksi koettuihin ongelmiin ja uusiin ongelmiin. Nyky-yhteiskunnassa ihmiset ovat suuremmassa määrin omien valintojen ja esimerkiksi mediasta tulevien impulssien varassa. Elämää ohjaavien arvojen merkitys saattaa vähentyä ja näin sosiaalityö joutuu työskentelemään kirjavassa arververossa. Tällaisessa maailmassa sosiaalityö ei voi turvautua pelkästään järjestelmien turvaan vaan sosiaalityön on mentävä lähemmäksi ihmisen elämää. Eteen tulevat ongelmat ja mahdollisuudet tulisi siis muuntaa uusiksi lähestymistavoiksi ja menetelmiksi. (Kananoja 2007, 30–35.) Tästä johtuen aiheesta tulisi tehdä laadullista tutkimusta. Psykiatrissa sosiaalityötä tulee tuntea laadullisesti paremmin, jotta sitä voidaan kehittää, siksi tutkimukseni on tärkeä ja ajankohtainen. Koulutuksen ja tutkimuksen tiivis yhteys, sekä ihmisten elämään ja käytännön työkenttään, on erittäin tärkeä osa alan uudistumiseen tähtäävä työtä (mt. 35).

Psykososiaalisen työn teoriaperusta on edelleen melko täsmentymätöntä ja sen taustalla on monenlaisia eri teorioita. (Berner & Johnsson 1988, 9). Tämä on myös yksi syy miksi aiheesta tulisi tutkia enemmän. Psykososiaalinen lähestymistapa on mielestäni hyvin olennainen ja tärkeä osa sosiaalityötä. Sosiaalityöntekijän tulisi kuitenkin nähdä yksilön tilanne kokonaisvaltaisesti. Tämä tutkimus nostaa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisen vastavuoroisen vuorovaikutuksen keskustelun aiheeksi. Teorialla ja käytännöllä on paljon annettavaa toisilleen. Tutkimus voi tuoda niitä lähemmäksi toisiaan. Täytyy kuitenkin muistaa, että työelämässä tilanteet ovat kontekstisidonnaisia ja teoria kietoutuu käytäntöön välillä huomaamattomasti; teoria toimii työntekijöiden käytännöntyön taustalla. Tämän tutkimuksen avulla sosiaalityöntekijät saavat pohdittavaa ja alkavat jäsentää työnsä metodista perustaa sekä käytännön ja teorian välistä vuoropuhelua syvällisemmin. Lisäksi tutkimus voi kehittää psykiatrisen sosiaalityön työnkuvaa ja herättää sosiaalityöntekijät pohtimaan psykososiaalista orientaatiota, reflektiivis-terapeuttisuutta sekä omaa persoonallista työskentelytapaa, joka toivottavasti johtaa kriittisempään työntekoon ja lähestymistapojen uudelleen arviointiin.

Tutkimus on tarpeellinen, koska ensinnäkin tämä tutkimus tuo sosiaalityön psykososiaalista puolta esiin ja muistuttaa yhteiskuntaa ja työntekijöitä, kuinka tärkeää dialoginen vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä on sosiaalityölle tämän päivän yhteiskunnassa ja muuttuvassa maailmassa. Toiseksi tutkimus pyrkii tuomaan esille reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa, joka on jäänyt vähäiselle huomiolle sosiaalityössä. Käsite on vielä melko tuntematon suomalaisessa kirjallisuudessa. Tutkimuksen myötä selviää onko käsite tuttu sosiaalityöntekijöiden keskuudessa ja käytetäänkö kyseistä lähestymistapaa käytännön työssä. Uskon tämän tutkimuksen tuovan sosiaalityötä lähemmäksi ihmisten elämää ja ongelmia, koska reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa on nimenomaan dialogista vuorovaikutusta sosiaalityön ja asiakkaan välillä, jossa asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Asiakas pääsee itse luomaan ja vaikuttamaan vuorovaikutusprosessiin työnantajan kanssa. Asiakas ja työntekijä luovat yhdessä uutta ymmärrystä ja teoriaa.

Aluksi esittelen tutkimuksessani terveydenhuollon sosiaalityötä, psykiatrian sosiaalityötä ja vuorovaikutusta sekä dialogisuutta. Tämän jälkeen käsittelen tutkimuksessa lyhyesti Mary Richmondin case work:n –tradition historiaa, koska psykososiaalinen sosiaalityö on pohjautunut hyvin pitkälti Richmondin case workista. Tutkimuksessa käsittelen pääasiassa psykososiaalista sosiaalityötä ja sen teoriataustaa sekä työn terapeuttista työtettä. Syvennyn vielä spesifimpää Paynen reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaan ja tutkin millaisen roolin se saa sairaalan psykiatrian sosiaalityöntekijän käytännön työssä. Tutkimuskysymyksinä ovat:

- 1. Millaisen roolin psykososiaalinen orientaatio ja terapeuttisuus saavat psykiatrisessa sosiaalityössä?*
- 2. Miten sosiaalityöntekijän työnkuva osastolla ja poliklinikalla eroavat toisistaan psykiatrisessa sosiaalityössä?*

Tutkimus on kvalitatiivinen ja on luonteeltaan kartoittava ja ymmärtämiseen pyrkivä. Aineisto on kerätty puolistrukturoidulla teemahaastatteluilla. Haastattelut on tehty terveydenhuollon psykiatrian sosiaalityöntekijöille Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon alueella. Psykososiaalinen orientaatiota ja reflektiivis-terapeuttisuutta on kartoitettu vain vähän. Tämän vuoksi olen valinnut aineiston keruu menetelmäksi teemahaastattelun.

Lisäksi vertailen tutkimuksessa osastojen ja poliklinikoiden työkuvan eroavaisuuksia psykiatrian sosiaalityössä. Haastattelen niin terapeutista työtä tekeviä sosiaalityöntekijöitä kuin ei terapeutista työtä tekeviä sosiaalityöntekijöitä. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Alustavissa tutkimus tuloksissa psykososiaalinen orientaatio on hyvin tunnettu ja käytetty orientaatio sosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Terapeutisuus kuului melko oleellisena osana työtä ja lähes kaikki työntekijät kertoivat käyttävänsä terapeutista lähestymistapaa työssään. Sana reflektiivisyys oli kuitenkin paremmin tunnettu. Monessa haastattelussa kuitenkin ilmeni lopuksi, että monet työntekijät käyttävät reflektiivis-terapeutista lähestymistapaa työssään paljon. Lisäksi osasto- ja poliklinikka työkuva on joitain eroavaisuuksia, esimerkiksi poliklinikalla työnkuva on strukturoidumpaa ja terapeuttisempaa kuin osastolla.



## 2 TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN MONIAMMATILLISIA LÄHTÖKOHTIA

Tässä luvussa tarkastelen moniammatillisuutta, terveystyötä ja psykiatrista sosiaalityötä. Lähtökohdaksi yhteiskunnallisista yhteyksistä ja etenkin laajemmasta terveydenhuollon moniammatillisuudesta psykiatriseen sosiaalityöhön ja sen tarkempiin ominaisuuksiin. Lisäksi olen nähnyt tärkeäksi esitellä mielenterveyttä ja mielenterveyshäiriöitä, koska ne liittyvät hyvin kiinteästi sosiaalityöhön ja etenkin psykiatriseen sosiaalityöhön.

### 2.1 Terveystyön moniammatillisuus

1990-luvun puolella välillä alettiin puhua sosiaali- ja terveysalan työssä laajemmin moniammatillisesta työstä, keskustelu lisääntyi entisestään 1990-luvun loppupuolella, kun sosiaali- ja terveyspalveluita alettiin yhdistää. Moniammatillisuuden tarve huomattiin jo aiemmin avohoidon palvelujen kehittämisen yhteydessä, jolloin haluttiin kehittää paremmin toimivia viranomaisverkostoja. Nykyisin kuitenkin ajatellaan, että ammattilaisten ei tule pelkästään rakentaa vain viranomaisverkostoja asiakkaiden tueksi, vaan heillä on oltava taitoa hyödyntää asiakkaiden läheisverkostoa, omaisia, vertaistukijoita ja esimerkiksi vapaaehtoistyöntekijöitä sekä potilasjärjestöjä. (Mönkkönen 2007, 127–128, 138.)

Nykyisin terveydenhuoltojärjestelmämme muodostuu monista organisaatioista ja ammattilaisista, joista koostuu yhdessä palveluntuottajien verkosto. Ammattilaisten toimiva yhteistyö yli organisaatorajojen on haasteellista potilashoidon jatkuvuuden ja horisontaalisen asiantuntijuuden näkökulmasta. Erittelemällä kriittisesti asiantuntijoiden työn sosiaalista ja historiallista rakentumista yhteiskuntatieteilijä voi tehdä toimintansa näkyväksi ja antaa oman asiantuntemuksensa terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. (Vähäaho 2002, 59, 61.)

Sosiaali- ja terveysalan moniammatillista yhteistyötä asiakastyössä voidaan kuvata eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Taidot ja tiedot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. Tapauskohtaisesti rakennetaan vuorovaikutusprosessissa yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys

ongelman ratkaisusta tai tarvittavista toimenpiteistä, keskustelu tapahtuu sovituin toimintaperiaattein. Keskustelussa voi olla mukana myös asiakas, hänen läheinen tai omainen, tällöin yhteiseen päätöksen tekoon ja keskustelun kulkuun vaikuttavat kaikki osapuolet. Pääpiirteittäin moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi kohtaa: Tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, asiakaslähtöisyys, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, verkostojen huomioiminen ja rajojen ylitykset. (Isoherranen 1998, 14–15.)

Käsitteen määrittelyssä tulee kuitenkin muistaa, että *moniammatillinen työskentely* (multiprofessional) on laajempi käsitteenä kuin *moniammatillinen tiimityö*. Kun yhteistyön tulos synnyttää paremman tuloksen, kuin mitä se olisi tuottanut rinnakkain työskenneltäessä, sitä kutsutaan *synergiaksi*. Eli päästään parempiin tuloksiin yhteistyöllä ja yhteisellä keskustelulla, tällöin puhutaan myös *yhteisestä jaetusta merkityksestä*. Jotta tähän päästäisiin, tarvitaan tietoista pyrkimystä ja vuorovaikutus kulttuurin tunnistamista. Näin ymmärrettäisiin, että eri näkökulmien yhteen liittäminen tuottaa paremman lopputuloksen kuin yksittäisen asiantuntijan panos. Moniammatillisessa työssä on tärkeää ymmärtää vuorovaikutuksen tärkeys ja kuinka siihen itse vaikuttaa. (Isoherranen 1998, 15.)

Tiimityössä on tärkeää, että tuntee oman alansa ja muiden alojen taidot hyvin, jotta voitaisiin päästä hyviin tuloksiin. Eli on tunnettava toisten tiiminjäsenten ammattitaidon ja koulutuksen, siten yhteistyö onnistuu realistisemmin. Tiimityö edellyttää myös, että toisten aloja arvostetaan, siten tiimityöskentely voi onnistua yhteisenä työskentelynä. Tiimityötä voidaan hyödyntää etenkin vaikka moniongelmaisten perheiden kanssa, silloin yhteistyön rakentuminen on tärkeää tiimissä. Tärkeää on myös luottamuksellisuus, asiakkaan pitää voida luottaa työntekijään. Työntekijä ei voi kuitenkaan tuoda asiakkaan asioita julki muille työntekijöille, ellei asiakas anna tähän lupaa. Kuitenkin asiakas antaa yleensä luvan, kun hänelle kerrotaan hyvin perustellusti miksi se olisi tärkeää. Työntekijä joutuu joka päivä eettisten kysymysten eteen, myös tämän vuoksi moniammatillinen tiimi on hyödyllinen tuki. Asioita voi purkaa tiimissä, joka helpottaa työssä jaksamista. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Kling, & Viialainen 1997, 178–179.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkein työväline on oma persoonamme, koska työskentelemme ihmisten pimeiden puolien ja poikkeavuuksien, vaikeiden sairauksien,

onnettomuuksien ja kuoleman kanssa. Onneksi työntekijä kohtaa myös rakkautta ja onnea työssään, joka auttaa jaksamaan sekä antaa onnistumisen kokemuksia työnteosta. Asiakastyö on monesti raskasta ja energiaa vievää, mutta se on myös innostavaa ja monimuotoista. Työ vaatii persoonalta paljon, omaa harkintaa ja eettistä arviointia. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Kling, & Viialainen 1997, 178–179.)

Ulla Mutkan (1998, 124) kertoo kirjassaan sosiaalityöntekijöiden omia näkemyksiään moniammatillisesta työstä. Sosiaalityöntekijät kertovat, että omien näkökulmien esiintuominen ei ollut ongelma vain moniammatillisessa työssä, vaan myös samaa työtä tekevien kanssa. Työssä kertyvä informaatio ei kulje tarpeeksi hyvin työyhteisön sisällä. (Mutka 1998, 124.) Moniammatillisuus ei kuitenkaan ole niin yksinkertaista, vaan se on dilemmaattista; pitää kirkastaa omaa asiantuntijuutta ja erityisosaamistaan ja toisaalta myös kyetä rakentamaan ryhmän yhteistä osaamista. Pitää kuitenkin muistaa, että asiantuntijuutta ei saa ”ylhäältä”, vaan se pitää ansaita ja tuottaa vuorovaikutuksessa moniammatillisen tiimin kanssa. (Isoherranen 1998, 19.) Tarja Vähäalon tekemässä terveydenhuollon tutkimuksessa työntekijöillä oli yhteistyöstä toimimattomia kokemuksia, organisaatioiden välisestä epäsymmetriasta ja luottamuspulasta, kertovat Pirttiä ja Eriksson kirjassaan (Pirttilä & Eriksson 2002, 62).

## 2.2 Terveys- ja sosiaalityö

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluu erilaisia toimintoja, joiden päämääränä on ylläpitää ja edistää yksityisten henkilöiden, perheiden sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta, toimintakykyä ja terveyttä. Sosiaalipalvelut luetaan sosiaalihuoltoon kuuluvaksi, siihen liittyvät toimeentulotuki, sosiaaliavustukset ja niihin liittyvät toimenpiteet. Terveydenhuolto sisältää erilaisia terveyspalveluja, niihin liittyviä toimenpiteitä ovat terveyden edistäminen, terveydensuojelu ja sairauksien ennaltaehkäisy. Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto järjestelmä on viime vuosina ollut rajussa pyöryksessä, esimerkiksi hallinnolliset muutokset. Järjestelmä on kehittynyt ja alan sisäiset paineet ovat aikaan saaneet myönteisiä muutoksia, työstä on tullut kokonaisvaltaisempaa, itsenäisempää ja tavoitteellisempaa. Yhtä aikaa potilaan ja asiakkaan asema on parantunut. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät kohtaavat työssään elämän koko kirjon, työ on monipuolista ja vaihtelevaa sekä alati muuttuvaa. Työ tarjoaa mahdollisuuden jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen. (Taipale ym. 1997,

25, 5.)

Terveydenhuollon sosiaalityö perustuu sosiaalihuoltolakiin, jonka mukaan sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa neuvontaa, ohjausta ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka edistävät ja ylläpitävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta (Sosiaalihuoltolaki 1989). Sosiaalityöntekijä toimii yksilön ja yhteiskunnan välissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää ohjaavat sosiaali- ja terveystyön periaatteet ja arvot. Tämän lisäksi työntekijä käyttää tietoaan, ammattitaitoaan ja kokemuksiaan asiakkaan parhaaksi. Hyviin tuloksiin päästään, kun työntekijä uskoo omiin mahdollisuuksiinsa ja työn myönteisiin vaikutuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta onkin eräs sosiaalisen tuen muoto. Terveys- ja sosiaalityössä autetaan yksilöitä tai ryhmiä elämää koskevissa päätöksenteoissa ja elämänhallinnassa. Yhteiskunnan arvokäsitykset näkyvätkin sosiaali- ja terveydenhuollossa tarjolla olevina palveluina. Poliittisilla päätöksillä määritellään palveluiden määrä ja laatu. (Virjonen 1996, 49–50.)

Terveydenhuollon sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän toimintaa, joka tapahtuu terveydenhuollon organisaatiossa. Sosiaalityön tarkoitus on edistää ja ylläpitää terveyttä ja sosiaalisuutta terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti. Työn lähtökohtana on kokonaisvaltaisuus, sosiaalityöntekijän tulee ymmärtää kuinka sairaus ja sosiaalinen tilanne vaikuttavat toisiinsa. Työn tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta sosiaalinen suoriutuminen, taloudellinen toimeentulo ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. Mikäli sosiaalityöntekijä huomaa työssään terveyteen vaikuttavia yhteiskunnallisia epäkohtia, sosiaalityöntekijä pyrkii informoimaan avaintahoja. Tällainen määritelmä on yleinen ja terveydenhuollon sosiaalityöntekijät työskentelevät yleensä terveyskeskuksissa, sairaaloissa, mielenterveystoimistoissa ja kuntoutuslaitoksissa. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöillä on ollut erityinen psykososiaalinen ote, jota nykyisin voitaisiin määritellä potilaan vahvistamiseksi. Tämä tarkoittaa konkreettista sosiaalityötä, tukemista sosiaalisesta selviytymisestä ja tukikeskusteluja. (Lindén 1999, 55.) Sosiaalityöntekijä kohtaa jatkuvasti työssään eettisiä ongelmia ja työntekijän ammatillinen vastuullisuus rakentuukin sitoutumisesta ammatti eettisiin lähtökohtiin. Työn jatkuva muuttuva luonne vaatii työntekijältä

reflektiivisyyttä eli on kyettävä arvioimaan ja kehittämään työtään. Lisäksi työntekijän tulee tiedostaa omat ammatilliset ja henkilökohtaiset lähtökohdat. (Karvinen 1996, 17.)

Sairaalan sosiaalityön asemaa ja tehtävää määrittävät sen yleisten tavoitteiden lisäksi myös sairaalan tavoitteet ja organisaation toimintatapa eli terveyden ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaalityöntekijä pyrkii turvaamaan potilaan omaa selviytymistä. Sosiaalityö pyrkii vaikuttamaan myös yksilön ja ympäristön vuorovaikutukseen sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi. (Tulppo 1991, 22–23.) Sosiaalityön tehtävät muuttuvat tarpeiden mukaisesti. Sosiaalityöntekijä toimii organisaation ehdoilla ja rajoissa, mutta kuitenkin potilaslähtöisesti. (Linden 1999, 97.)

### 2.3 Psykiatrinen sosiaalityö

Sosiaalityö ja mielenterveys liittyvät oleellisesti toisiinsa. Sosiaalityön tärkeillä toiminta-alueilla, kuten elämän hallinnan ongelmilla, elinoloilla ja elämäkokemuksilla on selvät yhteydet mielenterveyden häiriöihin. (Kantola 1997, 205.) Sosiaalityöllä on suuri merkitys mielenterveys häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa sekä ennaltaehkäisyssä. Sosiaalityön tarkoitus on edistää potilaiden mielenterveyttä ja toimintakykyä sekä tukea arjessa selviytymistä. Tämän takia olen nähnyt tärkeäksi käsitellä aluksi mielenterveyden ja mielenterveyshäiriöiden käsitteitä.

Tällä hetkellä vallitsevan mielenterveyslain (Laki 1116/1990) 1§:n 1,2 ja 3 momentin mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan: *yksilön 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 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut).*

*Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.*

Menneinä vuosina niin Euroopassa kuin muuallakin maailmassa mielisairaita kohdeltiin huonosti. Heitä vainottiin, kiusattiin, suljettiin vankiloihin ja hirtettiin sekä poltettiin jopa roviolla. Luostarit olivat ainoa suhteellisen inhimillinen hoitolaitos. Kuitenkin 1800-luvun alussa tieteellinen psykiatria alkoi kehittyä. Alettiin uskoa, että mielisairauksia pystyttäisiin parantamaan hoidoilla. Hoitokeinot olivat aluksi kehittymättömiä ja tehottomia. Sairaalat ja hoitokeinot alkoivat kuitenkin pikku hiljaa kehittyä. Psykiatria onkin kehittynyt 1800-luvulta lähtien omana tieteenalanaan. Etenkin viime vuosina psykiatria on kehittynyt nopeasti uusien tutkimusmenetelmien ansiosta. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 7–12, 37.)

Mielenterveyden käsitettä on siis kuvattu eri aikoina ja eri kulttuureissa hyvin monitahoisesti ja monimerkityksellisesti. Käsitteellä on joko negatiivinen tai positiivinen merkitys, riippuen käyttöyhteydestä. 1950-luvulta lähtien mielenterveys on alettu mieltää laajaksi kansanterveyteen vaikuttavaksi asiaksi. 1970-luvulla alettiin korostaa psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä biologisten tekijöiden rinnalla. Ihminen alettiin nähdä kokonaisuutena. (Sholman 2004, 19–20, 25–26.) 1990-luvulla alkaen mielenterveyttä edistävää ajattelua alkoi ilmetä eurooppalaisessa mielenterveyspolitiikassa. Päättäjät ovat siis suureessa roolissa puhuttaessa mielenterveyspolitiikasta. Alettiin korostaa yhteisvastuuta, mielenterveys tulisi koskea kaikkia ihmisiä kaikkialla yhteiskunnassa. Mielenterveys alettiin nähdä positiivisena käsitteenä. Oirekeskeisestä ajattelusta pyrittiin tietoisesti pois. (WHO 2004, 13, 51–52; Savolainen 2008, 25–26.)

Mielenterveyttä voidaan määritellä myös hyvinvoinnintilaksi elämänlaadullisen lähestymistavan mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että ihminen tiedostaa omat selviytymistaitonsa ja kokee pystyvänsä hallitsemaan elämänsä, selviämään arjesta ja

stressitilanteista sekä tekemään työtään tuottavasti ja tehokkaasti. Lisäksi mielenterveys liittyy oleellisesti fyysiseen terveyteen. Fyysinen ja psyykkinen terveys vaikuttavat toinen toisiinsa. Biologisia syitä on korostettu enemmän kuin elämäkokemuksia mielenterveyteen vaikuttavina asioina. Ympäristön merkitystä ei tule kuitenkaan unohtaa. Sosioekonomiset ja muut ympäristö sekä yhteiskunnalliset tekijät, vaikuttavat mielenterveyteen. Köyhillä ja huono-osaisilla on selkeä yhteys mielenterveys ongelmiin. (WHO 2004, 12–14; Savolainen 2008, 25.) Tämän takia psykiatrisen sosiaalityön rooli on suuri yhteiskunnassa yksilön ja yhteisön sekä yhteiskunnan välillä.

Mielenterveyttä voidaan ajatella yksilöllisenä, yhteisöllisenä ja yhteiskunnallisena resurssina ja hyvinvointina, se vaikuttaa elämänlaatuun ja yhteiskunnalliseen toimintaan. Mielenterveys mahdollistaa myös onnistuneet ihmissuhteet. Mielenterveys on siis perusedellytys vuorovaikutukselle muiden ihmisten kanssa. Mielenterveydellä voi olla siis vaikutusta myös yksilön käytökseen ja hyvinvointiin. Mielenterveys yhdistetään yleensä yhteiskunnalliseen statukseen. Mielenterveys ja ihmisen käytös ovat siis keskenään vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi työtön ihminen saattaa aiheuttaa mielle yhtymiä ja oletuksia, että ihminen on päihdeongelmainen tai masentunut. Mielenterveys vaikuttaa moneen elämän osa-alueeseen. (WHO 2004, 14, 21.)

Mielenterveyden määritelmä näyttää olevan kirjallisuuden perustella laaja-alaista. Mielenterveyteen vaikuttavat biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä sosioekonomiset seikat. Joskus mielenterveys järkkyy ja aiheutuu mielenterveyshäiriöitä ja –ongelmia. Mielenterveyshäiriöt vaikuttavat moneen elämänosa-alueeseen. Mielenterveyshäiriöisellä ihmisellä saattaa ilmetä ongelmia mm. asunnottomuutta tai rahankäyttö ongelmina ja tämä taas vaikuttaa mielenterveyteen. Näiden ongelmien takia sosiaalityöllä on tärkeä rooli moniammatillisessa tiimissä. Sosiaalityöntekijän on otettava yksilö huomioon kokonaisvaltaisesti.

Vaikka mielenterveystyö on kehittynyt, mielenterveyshäiriöt ovat edelleen alidiagnostoituja ja alihoidettuja. Häiriöt alkavat yleensä varhain ja ovat pitkäaikaisia

sekä uusiutuvat helposti. Häiriöt johtavat elämänlaadun heikkenemiseen sekä sosiaalisen ja ammatillisen toimintakyvyn laskuun. Ne aiheuttavat paljon työkyvyttömyyttä, joten niiden merkitys kansanterveydellisesti ja -taloudellisesti on erittäin suuri. Etenkin skitsofrenia aiheuttaa paljon työkyvyttömyyttä. Monesti potilaalla on oireita useammasta psykiatrisesta häiriöstä ja tämä vaikeuttaa diagnostiikkaa ja hoitoa. Viime vuosina on keskitytty tarkemmin ehkäisemään sairauksien muuttumista pitkäaikaisiksi. Lisäksi uudet terapiamuodot ovat olleet suuri apu useimmiten pitkäaikaisissa ja helposti toimintakykyä pahasti vaurioittavissa mielenterveyden häiriöissä. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 7–12, 37.) Tulee ottaa huomioon, että mielenterveyspalvelut ja hoidot ovat kehittyneet 2002 vuodesta nykypäivään verrattuna, kun eletään vuotta 2011. Hoitoja ja palveluita kehitetään koko ajan. Aviram Urin (1997, 2) toimittamassa artikkelissa ”Social work in mental health: Trends and Issues” Gail Auslander (1997) mukaan sosiaalityön professionalistumisen kehittymiseen ovat vaikuttaneet paljolti psykiatria ja psykologia, tätä yhteyttä ei voi sivuuttaa myöskään mielenterveyspalveluiden ulkopuolisessa sosiaalityössä.

Yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat Ulla Lepolan ym. (2002, 4–7.) mukaan skitsofrenia, harhaluuloisuus, psykoosit, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireiset häiriöt, persoonallisuushäiriöt, impulssikontrolli häiriöt, somatoformiset häiriöt, vakavat stressireaktiot, sopeutumishäiriöt, syömishäiriöt, unihäiriöt, seksuaaliset toimintahäiriöt, vanhusten psykiatriset häiriöt ja elimelliset mielenterveyshäiriöt sekä päihdehäiriöt. Oireyhtymien luokittelu perustuu niiden kuvaukseen nykyisessä psykiatriassa. Tarkat diagnostiset kriteerit luovat pohjan sekä potilaan arvioinnille ja hoidon suunnittelulle että tieteelliselle tutkimukselle. Nykyinen mielenterveyshäiriöiden luokittelu ei ole lopullinen eikä ainoa tapa tarkastella mielenterveyden häiriöitä, mutta se helpottaa potilaiden arviointia ja hoitoa sekä parantaa vertailukelpoisuutta.

Psykiatrisella sosiaalityöllä on oma tärkeä rooli psykiatriassa. Tämä suhde on kaksisuuntainen. Ensinnäkin tietotaito on erittäin tärkeää psykiatristen asiakkaiden hoidossa. Tietotaitoon kuuluu mm. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien tuntemus sekä koko sosiaaliturvan laaja tuntemus. Toiseksi psykiatrinen sosiaalityö tarvitsee psykiatrisen työyhteisön osaamisen ja tiimin antaman tiedon asiakkaasta, jotta sosiaalityön toimenpiteet onnistuvat ja kohdistuvat oikein. Mitä saumattomammin tämä



tapahtuu, sitä paremmin potilas siitä hyötyy. Psykiatrisen sosiaalityöntekijän erityisasiantuntemus karttuu vuorovaikutuksessa eri ammattialojen asiantuntijoiden kanssa moniammatillisessa työskentelyssä. Psykiatrisen sosiaalityö edellyttää tekijältään ammattitaitoa, laajaa tietämystä ja monimuotoista osaamista kohdata sairaita ihmisiä heidän vaikeassa elämäntilanteessaan ja siinä kontekstissa löytää heidän tarvitsemansa apu käyttäen hyväksi sosiaalityön erityisasiantuntemusta sovellettuna psykiatrian toimintakentälle. (PKSSK.)

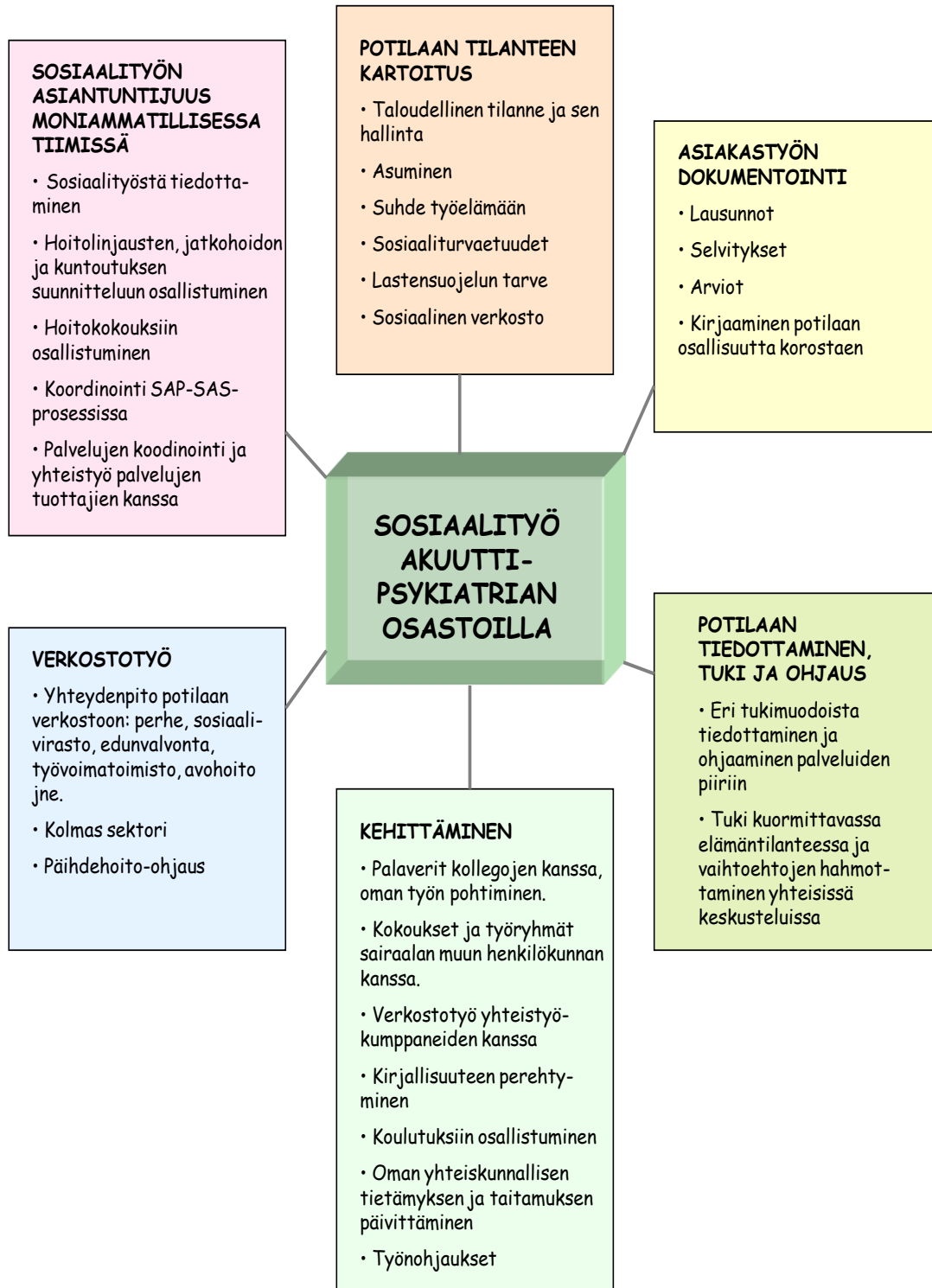
Kaavamaisen näkemyksen mukaan sosiaalityön työnkuva on tietynlaisessa toimipisteessä tietynlaista sosiaalityötä, joko byrokratiatyötä, palvelutyötä tai psykososiaalista työtä. Työ/ toimipiste ei kuitenkaan määritä työnkuvaa ja sen sisältöä vaan myös työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksella on merkitystä. Tulee muistaa, että työntekijän ammatillisella asiantuntemuksella on suuri merkitys kulloinkin tehtävälle sosiaalityölle, vaikka työpaikka tai organisaatio suuntaakin toimintaa yleisesti. (Raunio 2009, 169.) Sipilän (1989, 214, 218) mukaan byrokratiatyön lähtökohtana ovat viraston säännöt ja normit, ei asiakkaan elämä ja tilanne. Työskentely tapahtuu pitkälti asiakirjojen kanssa. Suuriosa sosiaalityöstä on kuitenkin palvelutyötä. Palvelutyö on neuvontaa ja ohjausta. Raunion (2009, 178) mukaan psykososiaalinen työ on sosiaalityöntekijälle haasteellisempaa kuin byrokratiatyö ja palvelutyö. Psykososiaalinen työ edellyttää tuntuvampaa asiantuntemusta asiakkaan ongelmista ja niiden ratkaisemisesta asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa. Lähtökohtana psykososiaalisessa työssä on yksilön ja sosiaalisen ympäristön vuorovaikutus. Psykososiaalista työskentelyä vaativat ongelmat ovat kasvaneet ja lisääntyneet 1990-luvulta lähtien.

Sosiaalityöntekijöiden työnkuvaan kuuluu paljon moniammatillista toimintaa ja verkostotyötä. Yhteistyökumppaneita ovat esim. lääkärit, sairaanhoitajat, psykologit, toimintaterapeutit, kollegat, läheiset, Kela, poliisi, koulut, sosiaalitoimisto, lastensuojelu, maistraatti ja edunvalvonta. Työssä voi tulla eteen mitä yllättävimpiä yhteistyötahoja, jotta potilaan asiat saadaan hoidetuksi. Työn sisällöllinen kokeminen, onko työ raskasta vai ei, taas riippuu mielestäni persoonasta ja sosiaalityöntekijän koulutuksesta sekä työkokemuksesta. Seuraavana kaksi havainnollistavaa osaamiskarttaa (kuvio 1 ja 2) psykiatrisesta sosiaalityöstä, jotka ovat laatineet sosiaalityöntekijä kollegani Auroran sairaalassa, akuutti- ja kuntoutuspsykiatrian

puolella. Kuviot havainnollistavat psykiatrisen sosiaalityön työnkuvaa ja sen osa-alueita.

## Akuuttipsykiatrian sosiaalityön työnkuva

### SOSIAALITYÖN OSAAMISKARTTA

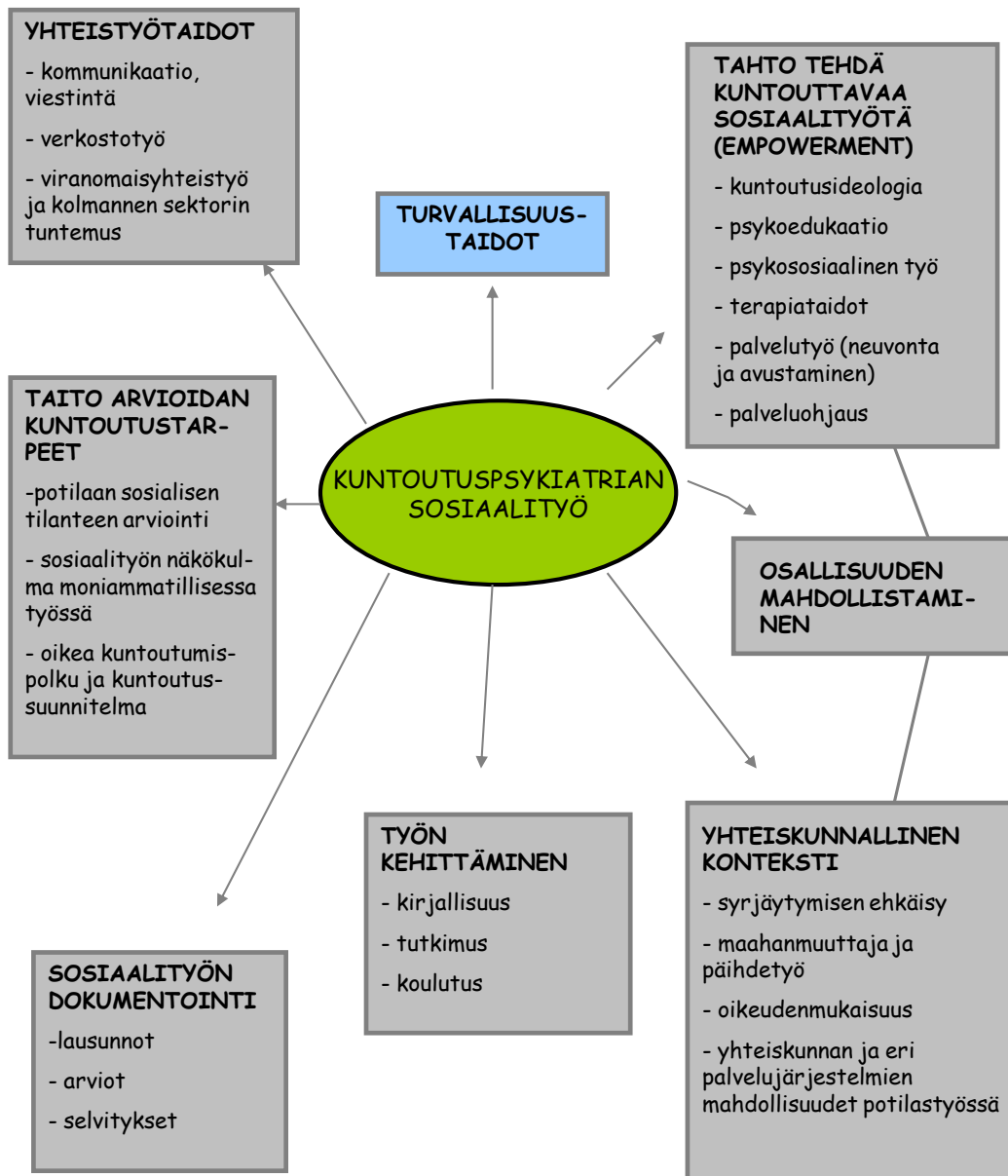


(Kuvio 1)

Kuviosta 1 voi huomata, että esimerkiksi lastensuojelu on osa akuuttipsykiatrista sosiaalityötä, kun taas seuraavassa kuviossa (kuvio 2) kuntoutuspsykiatrisessa sosiaalityössä lastensuojelua ei ole. Lisäksi psykoedukaation ja terapeuttisuuden merkitys korostuvat kuntoutuspsykiatriassa, koska akuutti vaiheessa potilas ei välttämättä pysty vastaanottamaan psykoedukaatiota. Käsite psykoedukaatio on määritelty jäljempänä tutkimuksessa. Kuntoutuspsykiatrian puolella työ on pitkäjänteisempää. Seuraavassa kuviossa kuntoutuspsykiatrisen sosiaalityön työnkuva on selvästi esitelty.

## Kuntoutuspsykiatrian sosiaalityön työnkuva

### KUNTOUTUSPSYKIATRIAN SOSIAALITYÖ



(Kuvio 2)

(Pyörre & Penttinen)

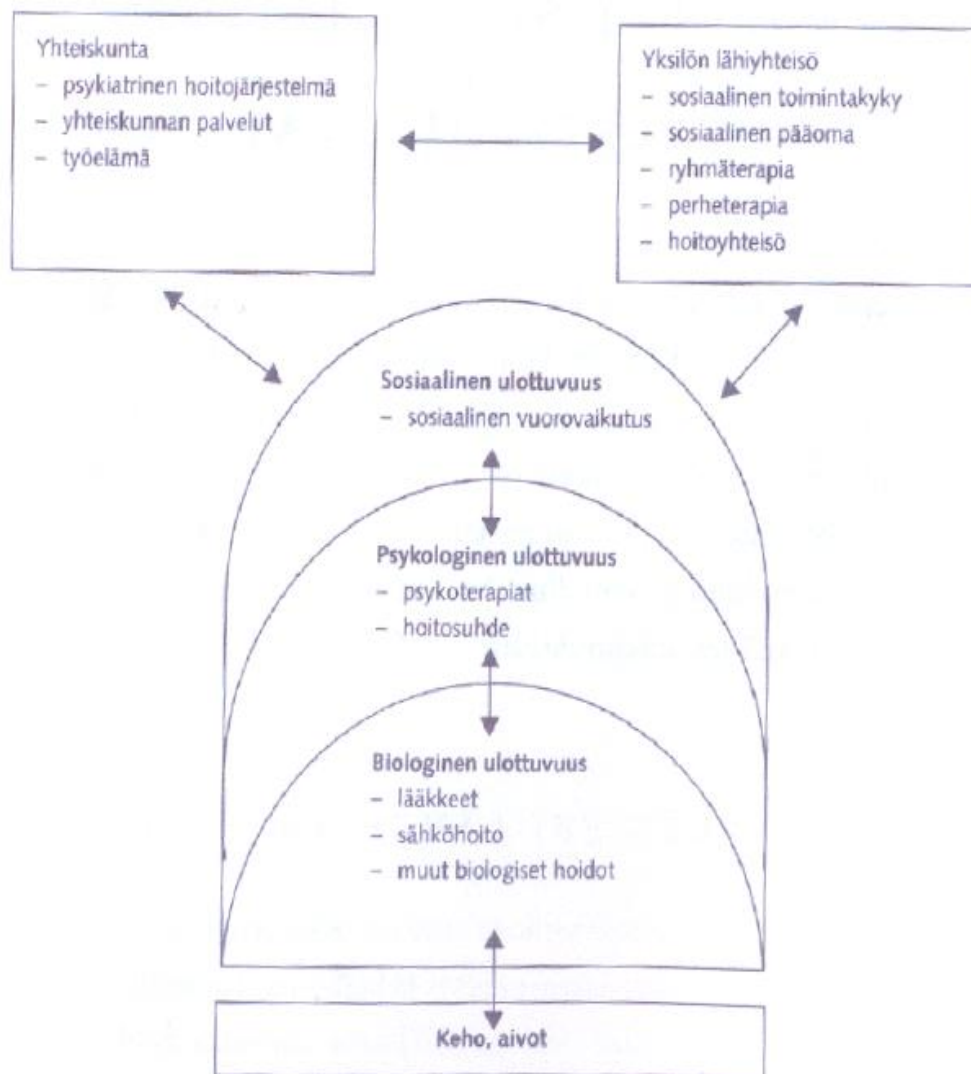
Kuvioissa (kuvio 2) on lueteltu eri työtehtäviä, mitä sosiaalityön työnkuvaan kuuluu.

Kuten kuntoutuspsykiatrinen sosiaalityö kuviosta (kuvio 2) näkyy, psykososiaalinen työ ja terapiataidot kuuluvat osaksi sosiaalityön työnkuvaa psykiatriassa. Kuntoutus puolella työ on enemmän terapeuttisempaa ja psykososiaalista, kuin akuuttipuolella. Akuuttipuolella pyritään selvittämään akuutit asiat, kuten lastensuojelu tarve ja toimeentuloon liittyvät asiat. Toki kuntoutus puolellakin käsitellään talous asioita, mutta lastensuojelun tarvetta on harvemmin kuntoutuksessa. Kuntoutuspsykiatrisessa sosiaalityössä on myös hoitoneuvotteluihin osallistumista, vaikka kuviosta (kuvio 2) sitä ei näy.

### **Biopsykososiaalinen malli**

Luonnontieteellisen näkemyksen mukaan ihminen nähdään korostuneesti kehollisena, ruumiillisena, somaattisena, biologisena olentona, mutkikkaana kemiallis-fysikaalisena kokonaisuutena, jota voidaan tutkia ja ymmärtää luonnontieteen menetelmin. Ihmisen mielessä ja ihmissuhteissa on kuitenkin myös jotain tajunnallista, ainutlaatuista, sielullista, jota luonnontieteen menetelmin ei pystytä ymmärtämään ja kuvaamaan. Biologia voi selittää osan, mutta ei kokonaisuutta, tämän vuoksi sitä on täydennetty käyttäytymistieteisiin, psykologiaan ja psykiatriaan nojautuvilla teoreettisilla malleilla. Kaikilla näillä näkökulmilla on merkityksensä ihmismielen ja ihmissuhteiden ymmärtämisessä ja hoidossa. Eri lähestymistapoja on viime aikoina pyritty yhdistämään ja sovittamaan yhteen biopsykososiaalisen mallin avulla. Seuraavassa kuvassa (kuvio 3) yhdistyy biologinen, psykologinen ja sosiaalinen näkökulma. Lisäksi kuvassa on esitetty kunkin ulottuvuuden keskeiset hoidolliset lähestymistavat. (Lepola ym. 2002, 21–22.)

## Biopsykososiaalinen malli



KUVA 2.1 Biopsykososiaalinen malli ihmisestä.

(Kuvio 3)

(Lepola ym. 2002, 22.)

Kuten kuviossa (kuvio 3) hahmottuu, biopsykososiaalisessa mallissa yksilön terveyttä ja sairautta tarkastellaan monitasoisen järjestelmän toimintana, jossa ruumiilliset

toiminnot, motivaatio, tunteet, ajatukset ja sosiaaliset suhteet ovat koko ajan vuorovaikutuksessa keskenään muuttuen jatkuvasti ja muodostaen näin dynaamisen kokonaisuuden. Jokaisella ihmisellä on "psykye plus", niin kuin eräs lääkäri kirjoitti potilaansa sairauskertomukseen. Toisin sanoen tämä tarkoittaa sitä, että jokin elimellinen sairaus, ei tarkoita sitä, ettei henkilöllä voisi samanaikaisesti olla myös psyykkisiä tai tunne-elämä ongelmia ja ihmissuhdeongelmia, jotka voivat ylläpitää kipua ja masennusta sekä hidastaa paranemista. Tai ettei mielenterveyshäiriöistä kärsivällä tai tunne-elämän kannalta umpikujassa olevalla yksilöllä voisi samanaikaisesti olla esimerkiksi välilevyn luiskahdus. Toisin sanoen ihmisellä voi olla yhtä aikaa niin psyykkisiä kuin fyysisiäkin oireita ja sairauksia. (Vainio 2009.)

Biopsykososiaalinen malli on tieteiden välinen areena ja se mahdollistaa tieteiden välisen vuoropuhelun. (Topo 2006, 2). George Engel, yhdysvaltalainen psykiatri kehitti työryhmänsä kanssa systeemiteorian nojautuvan biopsykososiaalisen diagnosointi- ja hoitomallin. Engel toi psykosomaattiseen ajatteluun sosiaalisen ulottuvuuden. Engelin ansiona voidaan pitää sitä, että hän toi psyykkiset ja sosiaaliset tekijät fyysisten rinnalle. Biopsykososiaalinen malli on myös tehokas moniongelmaisten potilaiden hoidossa. (Turunen ym. 2004, 2063, katso myös Larivaara) Sosiaalityöntekijä pyrkii näkemään yksilön kokonaisuutena ja ottamaan huomioon potilaan fyysis-psykkis-sosiaalisena olentona. Etenkin psykiatrisessa sosiaalityössä psyykinen ja sosiaalinen puoli korostuvat potilaan hoidossa. Fyysinen puoli kuuluu lähinnä lääkärin työkuvaan, mutta potilaan fyysiset rajoitteet kuuluvat myös sosiaalityöntekijän työkuvaan. Esimerkiksi joillekin potilaille tulee järjestää kodin muutostöitä tai kuljetuspalvelu.

Biopsykososiaalinen malli ei näe psyykkisen kehityksen ja häiriöiden taustalla vain yhtä lähestymistapaa vaan niiden yhteisvaikutuksen ja summautumisen. Tämä malli korostaa monitasoisten lähestymistapojen hyödyllisyyttä sairauden syiden ymmärtämisessä ja hoidon toteutuksessa. Tätä mallia käytetään monissa hoitomalleissa ja tiimityöskentelyssä. Pitkäaikaisten mielenterveys häiriöisten potilaiden kanssa käytetään yleensä yhdistettynä biologisia, psykologisia ja sosiaalisia hoitomuotoja, esimerkiksi skitsofrenia, psykoottisten tai vakavasti masentuneiden potilaiden kanssa. Tämä voi käytännössä tarkoittaa esimerkiksi lääkehoidon, yksilöterapian ja perheen tuen sekä ohjauksen yhdistämistä. Tämä parantaa yleensä hoitotuloksia. (Lepola ym. 2002, 25.)



### 3 PSYKOSOSIAALINEN ORIENTAATIO SOSIAALITYÖSSÄ

Vuorovaikutus ja dialogisuus ovat tärkeä osa terveydenhuollon moniammatillista työtä sekä psykiatrian sosiaalityötä. Vuorovaikutus ja dialogisuus liittyvät myös oleellisesti psykososiaaliseen orientaatioon. Tässä luvussa on avattu vuorovaikutuksen, dialogisuuden ja dialogisen vuorovaikutuksen käsitteitä sekä esitelty laajemmin psykososiaalista orientaatiota. Nämä käsitteet kietoutuvat toinen toisiinsa ja muodostavat yhdessä pohjan terapeuttille työskentelyotteelle. Lisäksi tässä luvussa olen esitellyt myös intensiivisempää reflektiivis-terapeutista lähestymistapaa, joka on vielä spesifimpi lähestymistapa kuin psykososiaalinen orientaatio. Viimeisenä olen nähnyt tärkeäksi tuoda esiin psykososiaalisen hoidon ja psykoedukaation, koska ne ovat oleellinen osa työnkuvaa psykiatrisessa sosiaalityössä.

#### 3.1 Vuorovaikutus ja dialogisuus

Dialogi sana tulee sanoista: 'dia' ja 'logos'. Nämä sanat yhteen kerättynä tarkoittavat väliin kerättyä. 'Dia' tarkoittaa kautta ja läpi, kun 'logos' puolestaan viittaa merkitykseen tai sanaan. Dialogin käsitteellä tarkoitetaan yleisessä kielenkäytössä kaksinpuhelua, keskustelua tai vuoropuhelua. Dialogin tavoitteena on saavuttaa yhteinen uusi ymmärrys, jota ei yksin voi saavuttaa. (Isaacs 2001, 40.) Sana dialogi on kuitenkin syytä muistaa erottaa sanasta dialogisuus, nimittäin dialogi voi olla luonteeltaan myös monologista, vaikka kyseessä olisikin kasvokkain vuorovaikutus. (Markova & Foppa 1990, 7).

Dialogisuudella tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentumiseen sekä taitoa edesauttaa vuorovaikutuksen kulkua siihen suuntaan. Yksi dialogisuuden tärkeä elementti on vastavuoroisuus, jossa kaikki osapuolet pääsevät luomaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteisiin askeliin. Asiakassuhteessa tämä tarkoittaa sitä, että suhde nähdään molemminpuolisen ymmärryksen rakentamisena, jossa mennään molempien ehdoilla eteenpäin. Luottamussuhteen luominen on tärkeää asiakkaan kanssa, koska ilman luottamussuhdetta ei yleensä synny oikeutusta dialogiselle vuorovaikutukselle, koska asiakas saattaa kokea työntekijän esittämät asiat uhkana. Täydellistä yhteistä ymmärrystä on kuitenkin lähes mahdotonta saavuttaa vuorovaikutuksessa, koska henkilöt tulkitsevat tilannetta aina omien kokemustensa, henkilöhistoriansa ja tilanteen

luomien edellytysten kautta. Asiakastyössä ja moniammatillisessa vuorovaikutuksessa tulisikin pyrkiä *riittävän* yhteisymmärryksen syntymiseen. Työntekijän tulee uskaltautua astua niin sanotulle tuntemattomalle alueelle, jotta uutta yhteistä tietoa voisi syntyä. Dialogisen työskentelyn mahdollisuus juuri on kohdata asiakas avoimesti erilaisine näkemyksineen ja kaikkine tulevaisuuden mahdollisuuksineen, jotka eivät ole työntekijän hallinnassa. (Mönkkönen 2007, 86–87, 94–95.)

Laajassa mielessä dialogin käsitteellä voidaan tarkoittaa yleensä ihmisten välistä sosiaalista kommunikaatiota, jolle on luonteenomaista vastavuoroisuus, sosiaalisuus, intentionaalisuus ja sosiokulttuurisesti välittyneet symboliset merkitykset. Kommunikaatiotavat ovat vahvasti historiaan ja kulttuurin sidonnaisia, vaikka monia dialogin muotoja voidaan pitää universaaleina kommunikaatiomuotoina. Tasavertaisuutta voidaan pitää dialogin ominaisuutena eli dialogisuus ei ole epäsymmetrinen tai dominoiva keskustelumuoto. Tulee kuitenkin muistaa, että kaikki keskustelu ei ole dialogista. (Mönkkönen 2002, 12, 33.)

### 3.1.1 Vuorovaikutus

Yhteiskunnan eri instituutioiden muuttuessa muuttuu myös vuorovaikutuskulttuuri. Jälkmodernissa kulttuurissa korostetaan yksilöllisten valintojen mahdollisuutta, moniäänisyyttä ja tiedon suhteellisuutta. Vuorovaikutuskulttuurin muutos merkitsee ihmissuhdealojen asiakastyössä siirtymistä asiantuntijakeskeisestä vuorovaikutusnäkökulmasta näkökulmaan, joka huomioi asiakkaan tarpeet paremmin. (Mönkkönen 2002, 11.)

Ihmisten välinen vuorovaikutus on keskeinen tutkimus aihe sosiaalipsykologiassa. Käsite vuorovaikutus on kuitenkin laaja käsite ja se voi olla monimuotoista. Vuorovaikutus käsittää alleen niin yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien väliset vuorovaikutukset. Vuorovaikutukseen liittyviä käsitteitä on paljon, yksin niistä on dialogisuus. Muita siihen liitettäviä käsitteitä ovat moniammatillisuus, yhteistyö, verkostoituminen ja voimaantuminen jne. Ammatillisen vuorovaikutuksen tutkimus onkin lisääntynyt sosiaalipsykologiassa. Vuorovaikutuksesta puhutaankin monesti asiakastyön yhteydessä positiiviseen sävyyn. Välillä kuitenkin unohdetaan vuorovaikutuksen negatiiviset puolet, kuten vallankäyttö, ihmisen ignorointi,

vuorovaikutuksesta pois jättäminen ja laajemmat kulttuuriset sekä yhteiskunnalliset kysymykset. (Mönkkönen 2002, 19–20.)

### 3.1.2 Dialoginen vuorovaikutus

Dialoginen vuorovaikutus liittyy laajempaan jälkimodernia yhteiskuntaa liittyvään keskusteluun, jossa on alettu korostaa yhä enemmän tiedon ja vuorovaikutuksen sosiaalista sidonnaisuutta. Maailma on muuttunut ja monimuotoistunut. Perhe käsite on kokenut murroksen ja maailma on globalisoitunut. Ihmisten on tehtävä enemmän henkilökohtaisia valintoja. Yhteiskunnasta on tullut paljon yksilökeskeisempi ja yhteisökeskeisyys on vähentynyt. Yhteisöt eivät enää sido samalla tavalla yksilöä ja yksilön toimintaa, kuten ennen. Alettiinkin puhua postmodernista ajanjaksosta, jossa moderni ajan ymmärrys suhteellisen pysyvään ja ennalta määrättyyn identiteettiin tai tiedon pysyvyyteen alkoi murtua. (Kuusela & Saastamoinen 2000, 8–9.) Keskeistä dialogisessa vuorovaikutuksessa on kuitenkin erilaisten asioiden liittäminen yhteen sisäisesti eli saattaminen merkityssuhteeseen. Tämä tarkoittaa asiakastyön kannalta sitä, että moni- ja eriäänisyys mahdollistavat uusien, kaikille osapuolille tuntemattomien asioiden saamista yhteisön tai ryhmän resursseiksi. (Mönkkönen 2002, 47.) Eli eri ammattiryhmät voivat luoda yhteistä tietoa, jota voidaan hyödyntää paremmin, kun yhdistetään erialojen asiantuntemus. Maailma muuttuu ja ongelmat sen myötä, joten dialoginen vuorovaikutus on moniammatillisuuden edellytys, jotta ongelmiin pystyttäisiin vastaamaan tulevaisuudessakin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisessa työssä dialogisuutta tulisi tarkastella, jotta työtapa olisi ajan henkeen kuuluvaa ja yhteistyö sekä toiminta sujuisivat paremmin. Dialogisuuden näkökulmasta katsottuna asiantuntijuus kehittyy parhaiten eri näkökulmien keskellä, eli eri erityisosaamisen alueiden suhde toisiinsa on keskeistä. Kehitystä voidaan nähdä siinä, että asiantuntijan on pysähdyttävä miettimään omia ajatustapojaan eikä pitää niitä ainoina oikeina tietoina. (Metteri 1996, 53–54.) Tämä on erityisten tärkeää, että ajattelee asiakkaan tai potilaan tilannetta monesta eri näkökulmasta, jottei juutu omaan mielipiteeseensä. Ammatillinen työskentelyote vaatii ajatustyötä ja yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa.

Henkilökohtaisten suhteiden luominen on myös välttämätöntä, tällöin muihin tiimin

jäseniin on matalampi kynnys ottaa yhteyttä. Jokaisen työpanos on kuitenkin yhtä tärkeä asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaasta ollaan yhdessä vastuussa asiakkaista ja tiimityön eteen tulee nähdä vaivaa. Pikkuhiljaa yhteistyön muodot kehittyvät luottamuksen lisääntyessä. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Kling & Viialainen 1997, 195–196.) Parhaimmillaan ammattilaiset täydentävät toisensa työtä ja eri asiantuntijoiden ammattitaidolla päästään parhaisiin tuloksiin. Pahimmillaan moniammatillinen työ on epätietoisuutta vastuista, yrityksiä saada muut tekemään osansa asiakkaan auttamiseksi. Tämä voi johtaa loputtomiin verkostokokouksiin ja asiakkaan tilanne voi lopulta päätyä umpikujaan tai kriisiin. Asiakas voi kokea, ettei häntä kuulla ja hän joutuu sekaviin toimenpiteisiin, jotka vetävät asiakasta eri suuntiin. Tämä voi tuntua asiakkaasta, ettei hänen asiaa oteta vakavasti ja vastuun siirtämiseltä työntekijältä työntekijälle. Tämän takia, dialogisuus olisi tärkeää moniammatillisessa työssä, jotta kaikki osapuolet tietäisivät oman vastuunsa ja toisten asiantuntijoiden osaamisen. Mikäli moniammatillinen tiimi toimii, parhaassa tapauksessa asiakkaat saavat asiantuntevaa apua ja palveluksia kokonaisvaltaisesti ammattilaisilta, jotka hallitsevat asiansa. (Seikkula, Arnkil 2005, 9–10.) Mielestäni ei tule kuitenkaan unohtaa poliittista päätöksen tekoa. On tärkeää tietää minkä palvelun piiriin avuntarvitsija kuuluu, jottei vastuun siirtämistä tapahtuisi. Yksittäisten työntekijöiden taas tulisi saada tarpeeksi hyvä perehdytys, mistä ja mitä palveluita hän voi tarjota asiakkaalle. Lisäksi työntekijän tietämyksellä muiden ammattilaisten ammattitaidosta ja erikoisaloista on tärkeää, jotta muiden ammattitaitoa voidaan hyödyntää.

Mönkkösen (2002, 51–52) mukaan työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on dialogista. Kuitenkin joskus suhde voi olla asiantuntijanäkökulmainen, etenkin sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla asiakassuhteissa tämä on ollut edelleen vallitsevaa, vaikka työtä ohjaavissa tavoitteissa asiakaslähtöisyyttä ja potilaslähtöisyyttä korostetaan. Vuorovaikutus tulisi ymmärtää vastavuoroisena kehityksenä, eli molemmat osapuolet kehittyvät toistensa kautta. Kuitenkin vaarana on, että asiantuntijoiden valmiit luokitukset tai oletukset voivat jäädä dialogisen liikkeen paikoilleen. Työntekijän asiantuntemukseen liittyvä valta ja tietoa tulkita asiakkaan toiminnan tarkoituksellisuutta ja tarkoituksettomuutta. Eli tieto ja valta kytkeytyvät tiukasti toisiinsa asiantuntijuudessa. Tämän takia vuorovaikutuksesta saattaa tulla helposti yksisuuntainen monologi eikä dialogi. Asiantuntijan näkemyksellä tai tulkinnalla on myös vaikutus asiakkaiden näkemyksiin.

Nykyisin on alettu korostaa asiakaslähtöisyyttä ja sitä, että asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija. Eli asiantuntija on kiinnostunut aidosti asiakkaan itsensä elämänyhteyksistä ja asioille antamista merkityksistään. Asiantuntijoiden on myös luovuttava vallasta, joka monesti toimii suojana asiakkaan ongelmia vastaan. Asiantuntijoiden tulisi asettua tasavertaiseen vuorovaikutukseen, sen edellytyksenä on, että asiantuntija on dialogisessa suhteessa myös ongelmien kanssa. Näin ongelmat tulevat uudelleen määritellyksi ja eletyksi yhteisessä vuorovaikutuksessa. (Metteri 1996, 51–53.) Asiakastilanteessa asiantuntijoita on siis kaksi: työntekijä ja asiakas. Työntekijä edustaa oman alansa taitoja ja tietoja ja asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Tätä tilannetta tulee johtaa kuitenkin työntekijä, asiakastilanne on työntekijän vastuulla. (Pirttilä & Eriksson 2002, 42.) Monesti asiakastapaamisiin kutsutaan mukaan läheisiä, heitä ei pyydetä mukaan autettavaksi tai asiakkaiksi vaan asiantuntijoiksi. Verkostojen kokoontuessa voi muodostua jaettua asiantuntemusta, josta on enemmän hyötyä kuin yksittäisten toimijoiden on mahdollista saada. Tämä voi edes auttaa sitä, että läheisistä tulee hoidon voimavara ja hoitoprosessin subjekteja. Eri osapuolten voimavarojen yhdistämisellä voidaan saada parempia tuloksia kuin yksilökeskeisellä työllä. (Seikkula, Arnkil 2005,10.)

### 3.2 Psykososiaalisuus sosiaalityön terapeutisena orientaationa

Yksilökohtaisen sosiaalityön kehitysvaiheita ja lähtökohtia on vaikea erottaa sosiaalityön kehityksestä. Lisäksi se on sidonnainen yhteiskunnallisen ja sosiaalilainsäädännön kehityksen kanssa. Englanti ja Yhdysvallat ovat yksilökohtaisen sosiaalityön edelläkävijöitä, ne ovat olleet systemaattisempia ja syvällisempiä kehittämään yksilökohtaista sosiaalityötä kuin muut maat. Englanti ja Yhdysvallat ovat kehittäneet niin teoriapohjaa kuin sen soveltuvuutta käytäntöön. Yhdysvalloissa kehitys on kuitenkin ollut dynaamisempaa ja siellä luotu käytäntö on vaikuttanut eniten yksilökohtaisen sosiaalityön kehitykseen Suomessa. Ratkaisevin merkitys yksilökohtaisen sosiaalityön historiassa, on kuitenkin Mary Richmond'in teoksella *Social Diagnosis*, teos julkaistiin vuonna 1917. Teoksessa Richmond pyrki systemaattisella tavalla jäsentämään sosiaalisen tutkimuksen menetelmiä ja ohjaamaan sosiaalisen diagnoosin laatimista sekä hoitosuunnitelman tekemistä. (Kananoja & Pentinmäki 1977, 27, 29.)

Mary Richmondia voidaan pitää lisäksi psykososiaalisen työtavan edelläkävijänä, myös psykososiaalisen työn perusidea on luettavissa hänen teoksestaan *Social Diagnosis*. Hän korosti sitä, kuinka sosiaalityöntekijän tulee muodostaa mahdollisimman monipuolinen kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta ja työskennellä systemaattisesti sen pohjalta. Richmond pyrki yhdistämään psykologisen ja sosiologisen tiedon tapausanalyysissa ja muodostaa tältä pohjalta sosiaalisen diagnoosin, mikä loi pohjaa psykososiaalisen työn tavoitteille. Richmond on siis metodisen työtavan kehittäjä. (Granfelt 1993, 179.) Ei tule kuitenkaan unohtaa Richmondin kehittämään case workia. Yhdysvaltalainen hoitotyö, case work hallitsi sosiaalityön työmenetelmiä pitkälle 1980-luvulle asti. Case workissa kietoutuivat yhteen vaikutteet psykologiasta ja sosiaalitieteellinen ymmärrys yhteiskunnasta. Myöhemmin case work menetelmästä on alettu keskustella psykososiaalisena sosiaalityönä. (Granfelt 1993, 175–227.)

Social case workin keskeinen päämäärä oli Mary Richmondin mukaan persoonallisuuden tietoinen ja kokonaisvaltainen kehittäminen sosiaalisten suhteiden kautta. Richmond uskoi, että persoonallisuutemme kautta saamme ihmisyytemme. Persoonallisuus muodostaa yhteyden yhteisöihin ja instituutioihin. Richmond sosiaalityöntekijän käsitys ei lähde siitä, onko yksilö tai yhteiskunta paha, vaan hän käsitteli jokaisen yksilön yksilönä ja yrittää ymmärtää mikä tämän suhteen merkitys on ihmisten toiminnalle. Sosiaalityöntekijän tehtävä oli löytää yksilön omat mielenkiinnon kohteet sekä auttaa yksilöä löytämään elämänilo ja motivaatio niiden kautta. (Richmond 1922, 90–98, 134.)

Case workia on kritisoitu, ensinnäkin yksilö-yhteiskuntasuhteen käsittämisestä. Case workia on moitittu sosiaalisten ongelmien yksilöllistämisestä, yksilöpatologisuudesta, psykologisoimisesta ja medikalisoimisesta. Toiseksi sitä on kritisoitu tiedeuskosta, pyrkimyksestä tieteellistä ammatti ammatillisen edun tavoittelun takia ja kolmanneksi sitä on kritisoitu myyttisestä, kuvitellusta ammatillisuudesta. Kuitenkin kaikki nämä kritisoinnit voidaan kyseenalaistaa jo klassisen case workin ajatusten kautta. Kritiikin tulisi kohdistua oppirakenteen muunnoksiin, esimerkiksi tulee muistaa, että case work – traditio omaksuttiin Suomeen psykiatrisessa muodossa. (Karvinen 1993a, 145.)

Psykososiaalisen työn teoriaperusta on edelleen melko täsmentymätöntä ja sen taustalla on monenlaisia eri teorioita. Yksi tärkeimmistä psykososiaalisen työn teoriaperustasta pohjautuu kuitenkin case work- traditioon. Bernerin ja Johnssonin mukaan Ruotsissa on nähtävissä kaksi eri sosiaalityön suuntautumista: psykososiaalinen työ ja yleinen, rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityö on kaivannut selkeää omaa yksilökohtaisen ja terapeutin työn metodia, joten psykososiaalinen lähestymistapa on paikannut tämän menetelmällisen aukon. (Berner & Johnsson 1988, 9, 34.)

Psykososiaalisen työn teoriaperustan määritelmään vaikuttaa myös se miten suppeasti tai laajasti käsite määritellään. Bernerin näkemyksen mukaan on kaksi erilaista tapaa määritellä psykososiaalinen työ: Suppeammassa määritelmässä se voidaan nähdä sosiaalityön erikoisalueeksi, subspecialiteetiksi. Laajassa määritelmässä taas psykososiaalinen työ on kokoava nimike ylipäänsä ihmisten kanssa tehtävälle työlle, jossa työskentelyn kohteena on sekä asiakkaan ulkoinen että sisäinen todellisuus. (Bernler 1987, 3.) Ruotsalaisessa sosiaalityön keskustelun yhteydessä on pyritty klassisen case workin rehabilitointiin, ainakin yleisellä tasolla. Keskustelussa on myös aktiivisesti pyritty psykologisen ja sosiaalisen tietämyksen vuorovaikutukseen. Keskustelu ei ole kuitenkaan johtanut yhteen ja yhtenäiseen teoreettis-metodisen yhdistelmän kehittämiseen. Psykososiaalisuus on pikemminkin korostunut keskustelussa yleisenä lähestymistapana ja sosiaalityön suuntautumisena. (Toikko 1997, 173.)

Psykososiaalisen työn teoriaperustaa olisi syytä edelleen siis kehittää. Esimerkiksi sosiologisella kulttuuritutkimuksella, elämäntutkimuksella tai metodologisesti ja teoreettisesti, jottei psykososiaalista työtä nähtäisi vain yksilökeskeisenä, psykologisena työskentelytapana, jolloin ainoastaan psykodynaamisen teorian merkitys korostuu. Suomalainen sosiaalityön koulutus on sosiaalipoliittisesti painottunutta ja yhteiskuntatieteellistä. Suomalaisessa mallissa täytyisi löytää sosiaalitieteellinen orientaatio, johon liitettäisiin psykologista tietoa ja terapeutin osaamista. (Granfelt 1993, 188.) Sosiaalisuuden ja psykologisen välinen kysymys sosiaalityössä on ollut sosiaalityölle vaikea, koska terapeutin ja yksilökohtaisuus ovat ainakin osin johtaneet vahvoihin psykologisiin painotuksiin. Psykososiaaliselle lähestymistavalle on tunnusomaista pyrkimys sosiaalisen ja psykologisen tietämyksen vuorovaikutukseen eli tässä lähestymistavassa pyritään ottamaan kantaa sosiaalisen ja psykologisen suhteeseen

keskenään. Tästä näkökulmasta tarkasteltaessa psykososiaalinen lähestymistapa ei kuvaa ainoastaan yksilökeskeistä ja terapeutista työtä, vaan käsite sisältää myös sosiaalityön teoreettis-metodisen perustelun. (Toikko 1997, 171.) Sosiaalityön terapeutisuutta metodina on tutkittu vasta vähän ja psykososiaalinen lähestymistapa onkin vielä hieman epäselvä käsite kirjallisuudessa. Psykososiaalisuudesta on hieman vaihtelevia määritelmiä, joka kertoo toisaalta mielestäni käsitteen laaja-alaisuudesta.

### 3.2.1 Psykososiaaliset ja terapeutiset elementit

Granfeltin mukaan psykososiaalinen työ on yksi sosiaalityön osa-alue, siihen kuuluu sekä ennalta ehkäisevä että korjaava työ. Psykososiaalisessa työssä työskennellään yksittäisten ihmisten tai ryhmien kanssa ja heidän sisäisen ja ulkoisen todellisuuteensa kanssa. Psykososiaalisen työn tavoitteeksi voidaan määritellä mm. myönteisen kehityksen edistäminen ihmisten elinehdoissa ja elämäntilanteessa. (Granfelt 1993, 204.) Jorma Sipilä (1989, 237) määrittelee psykososiaalisen työn yhdeksi sosiaalityön orientaatioksi, jossa terapeutin keskustelu on keskeinen tunnuspiirre. Käytännössä sitä voidaan soveltaa Sipilän mukaan monella eri sosiaalityön alueella, kuten laitoksissa (esim. päihdetyön laitokset), terapiayksiköissä (esim. kasvatusneuvola), avopalveluissa ja muissa terapeutiseen orientaatioon perustuvissa tehtävissä (esim. koulukuraattorin työ) Muita sosiaalityön orientaatioita Sipilän mukaan ovat byrokratiatyö, palvelutyö ja neuvonta sekä ohjaus. Sipilän ja Granfeltin näkemykset psykososiaalisesta työstä ovat melko samankaltaiset, molemmat näkevät psykososiaalisen työn osana sosiaalityötä, yhtenä orientaationa. Monet psykososiaalisen työn määritelmistä ovat määritelty ns. suppean määritelmän mukaan eli psykososiaalinen työ nähdään sosiaalityön yhtenä erityisalueena.

Soswebin määritelmän mukaan psykososiaalinen työ koskee kaikkea sosiaalityötä, se kohdistuu yksilöön, perheeseen tai ryhmään, ei niinkään yhteiskuntaan. Psykososiaalinen sosiaalityö on yksi sosiaalityön lähestymistapa, jolla työntekijä kohtaa asiakkaan. Ennen kaikkea psykososiaalinen sosiaalityö on muutostyötä, se sisältää eriulotteista muutostyötä kuten asiakkaasta itsestään lähtevä muutos ja työntekijän suora ja epäsuora vaikuttaminen asiakkaan päätöksiin. Lähtökohtina lähestymistavassa ovat ihminen ja hänen ympäristö, sekä ihminen ja yhteiskunta. Lisäksi psykososiaalisessa sosiaalityössä keskitytään niin psykososiaalisiin ongelmiin kuin persoonalliseen



identiteettiin. Psykososiaalisen orientaation mukaan yksilö on aina käsiteltävä omassa yhteydessään, niin sisäisten kuin ulkoisten tekijöiden kokonaisuudessa. Psykososiaalisen sosiaalityön teorian pääajatuksia ovat päämääräsuuntautuneisuus ja systemaattisuus. (Sosweb.) Psykososiaalista työtä on myös kritisoitu ja sille ei olekaan haluttu suoda asemaa sosiaalityön osana. Varsinkin yhteiskuntatieteilijät ovat antaneet kritiikkiä tälle terapeuttille orientaatiolle. Kaikki kritiikki ei kuitenkaan ole ollut tukevalla pohjalla, koska myös sosiaalipoliittisella orientaatiolla on rajansa. Psykososiaalista työtä on kritisoitu esimerkiksi siitä, että se menee sosiaalityöntekijöiden pätevyysalueen ulkopuolelle. Kuitenkin tähänkin väittämään on hyviä vasta argumentteja. (Sipilä 1989, 224, 226.) Monilla sosiaalityöntekijöillä on sivuaineena psykologiaa, joten on perusteetonta sanoa, että kaikilla sosiaalityöntekijöillä psykososiaalinen työ menisi sosiaalityöntekijöiden pätevyysalueen ulkopuolelle. Etenkin psykiatrisessa sosiaalityössä psyyke ja sosiaalinen näkökulma ovat avain asemassa autettaessa potilasta. Nähtäväksi jää, miten psykososiaalinen sosiaalityö tulevaisuudessa kehittyy ja millaisen roolin se saa sosiaalityössä.

### 3.2.2 Psykososiaalinen hoito ja psykoedukaatio psykiatrian sosiaalityössä

Psykoedukaatio on oleellinen osa psykiatrista sosiaalityötä. Monica Johansson kertoo tutkimusraportissaan (2009, 13.) Kemm & Close:n mukaan, että psykoedukaatio termille ei toistaiseksi ole vakiintunutta suomenkielistä vastinetta. Termistä on varsin vähän esitettyjä määritelmiä, vaikka sitä käytetään nykyisin paljon. Käsite on suoran käänös englanninkielisestä termistä ”psychoeducation”. Lisäksi Johansson kertoo tutkimusraportissaan Bernier:n mukaan, että psykoedukaatio on osa yleistä terveystieteistä, jonka tavoitteena on joko psyykkisesti tai somaattisesti sairaiden potilaiden terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen. (Johansson 2009, 13, 14.) Lisäksi psykososiaalinen hoito on noussut keskeiseen osaan lääkehoidon rinnalle esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitovaiheen hoitoa. Tässä psykososiaalisella hoidolla tarkoitetaan eritasoisia interventioita. Psykososiaalinen hoito ja psykoedukaatio voidaan nähdä ikään kuin synonyymeina. Hoidon tarkoituksena on tukea potilasta, potilaan perheenjäseniä ja opettaa sairauden itsehallintataitoja sekä parantaa hoitoyhteistyötä. Psykososiaalista hoitoa on siis mahdollista tehdä yksilö-, ryhmä- tai perhehoitona. Ryhmähoidoissa vertaistuki on suuri etu. Psykososiaalisen hoidon toteuttamista varten on kehitetty erilaisia spesifejä ohjelmia kuten esimerkiksi

ryhmäpsykoedukaatio ja kognitiivis-bahavioraalinen terapia. Nämä hoidot auttavat potilasta ja parantavat mm. lääkehoidon myöntyvyyttä sekä parantaa potilaan sopeutumista sairauteensa. Lisäksi psykososiaaliset hoidot auttavat havaitsemaan varhaiset oireet ja tunnistamaan ne ja vähentävät perheen emotionaalista stressiä sekä auttavat säännöllistämään arkirytmää. (Oksanen 2010, 371–373.)

Psykososiaalinen hoito on yksinkertainen, mutta kuitenkin tehokas hoito. Opetuksellinen työskentelytapa sopiikin kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin saaneen, normaaliin mielialan vaiheeseen toipuneelle hyvin ja hänet tulisi ohjata 5-7 potilaan psykoedukaatioryhmään. Psykoedukaatio on spesifimpi psykososiaalisen hoidon alakäsite. Psykoedukaatio toimii niin yksilöille, ryhmille kuin perheille. Kroonistuneet potilaat tulisi ohjata yksilö psykoterapiaan. Psykososiaalisessa hoidossa perheen merkitys ja tuki korostuvat. Psykoedukaatiossa potilaiden perheet tulisi tavata ja ohjata mahdollisesti eniten oireilevat perheenjäsenet tuen piiriin. On mahdollista järjestää niin sanottua moniperhetyötä. Vaikeammin oireilevat perheet työntekijä tapaa kuitenkin erikseen, heidän kanssaan työntekijä voi harjoitella perheen ongelmaratkaisukykyä, perheen toimintakykyä ja kommunikaatiotaitojen harjoittelua. (Oksanen 2010, 371–373.)

Oman työni puolesta tiedän, että psykososiaalisella hoidolla on hyviä tuloksia potilaan toimintakykyyn psyykkisesti ja sosiaalisesti. Ongelmana usein kuitenkin on, kuinka opittuja keinoja voitaisiin siirtää tehokkaammin potilaan arkeen ja käytäntöön ettei opitut keinot jäisi vain irralliseksi. Osallistun työni puolesta psykoedukaatio ryhmän vetämiseen sosiaalityön osalta. Psykoedukaatiota ja psykososiaalista hoitoa tulisikin toteuttaa sosiaalityön osalta enemmän, koska se tukisi potilasta selviytymään laitoshoidon ulkopuolella itsenäisesti yhteiskunnassa. Hoito voi olla luonteeltaan ennaltaehkäisevää tai korjaavaa, riippuen potilaan tilanteesta.

### 3.3 Reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa

Reflektio voidaan määritellä monella eri tavalla ja lisäksi se on käsitteenä vaikeaselkoinen. Sanan eri johdokset reflektiivinen ja refleksiivinen voivat jo keskenään aiheuttaa sekaannusta. Reflektio on ammatillisen tiedon ja pätevyyden kehittymisen kannalta keskeinen käsite. Käsite pohjaa mm. pragmaattisen koulukunnan (esimerkiksi

Jane Addams, John Dewey ja G. H. Mead) ajatteluun tämän vuosisadan alussa. Lisäksi käsite pohjautuu Jürgen Habermasin tiedon intressien tarkasteluun ja emanssipatoriseen oppimiseen. (Karvinen 1993b, 26–27.) Samoin reflektion käsite ja ammatillinen reflektiivisyys voidaan määritellä monella eri tavalla. Reflektiivisyys on liitetty eri määritelmässä aktiiviseen, kokeilevaan toimintaan. Reflektiossa voidaan myös korostaa tunnepitoisten, affektiivisten, tekijöiden analyysia ja reflektion käynnistymistä. (Karvinen 1996, 58.) Reflektiota on moitittu usein turhaksi vierasperäiseksi lainaksi. Sana reflektio on kuitenkin parempi ja laajempi käsite, kuin esimerkiksi ajattelu, pohtiminen, kriittinen arviointi tai läpikotainen ajattelu. Reflektio ei kuvaa pelkästään ajatustyötä sen eri muodoissa, vaan siihen liittyvät oleellisesti toimintaan perustuva kokemus ja kokemuksesta oppiminen sekä toisin toimimisen mahdollisuuden oivaltaminen. (Karvinen 1996, 28.) Reflektiivis-terapeuttisuus on määritelty Raunion (2009,186) mukaan suomenkielellä ”terapeuttinen” ja sen toiminnan perustana on vuorovaikutus. Tämän vuoksi olen nähnyt tärkeäksi käsitellä terapeuttisuutta hieman tarkemmin myöhemmin tässä kappaleessa. Lisäksi Ehrling Leena (2011) totesi luennollaan, että reflektio on kaiken terapeuttisen työskentelyn edellytys.

Sosiaalityön kohteet ja tehtävät ovat alati muuttuvia ja monimutkaisia. Sosiaalityöntekijän ammatillinen vastuullisuus rakentuu ammattietiikkaan, johon työntekijä joutuu sitoutumaan. Toiminnan muuttuva luonne ja vastuullisuus edellyttävät sosiaalityöntekijältä reflektiivisyyttä. Reflektiivisyys tarkoittaa sitä, että tiedostaa ja arvioi ammatillisten ja henkilökohtaisten sekä työn kehittämisen lähtökohtia. (Karvinen 1993b, 17.) Vuorovaikutussuhteessa rakentuvan sosiaalityön näkökulmasta reflektiivisyys on tiedon tekemisen huomaamista ja tiedon erittelyä sekä mitä seurauksia tuolla tekemisellä on. Reflektiivisyyden välineitä sosiaalityöhön kehiteltäessä onkin usein hyödynnetty ideoita, jotka ovat syntyneet vuorovaikutuksen tutkimuksen suuntauksissa esim. etnografiasta ja diskurssianalyysista. Reflektiivisyys onkin tärkeää sosiaalityön vuorovaikutuksessa rakentuvien menetelmien näkökulmasta. Olennaisia menetelmiä sosiaalityön vuorovaikutuksessa ovat identiteettien ja narratiivien rakentaminen sekä sosiaalisten ongelmien tulkintatyö. Nämä asiat ovat sosiaalityössä läsnä aina, vaikka niihin ei kiinnitettäisikään huomiota. Menetelmällisinä välineinä niitä voidaan käyttää silloin, kun ne tehdään näkyviksi, sosiaalityöntekijät osaavatkin reflektiivisesti jäsentää sitä, millaisia narratiiveja, identiteettejä ja ongelmatulkintoja kohtaamisissa tuotetaan. Lisäksi reflektiivisyyteen kuuluu sen ymmärtäminen, millaisia

aineksia vallitsevat kulttuuriset diskurssit ja institutionaaliset ehdot tuovat asiakassuhteeseen. Katso liite 1. (Juhila 2006, 246, 254–255.)

Yip (1995, 245) mukaan reflektiivisyys on sosiaalityön käytännön työssä elintärkeää, etenkin työskenneltäessä mielenterveysongelmaisten potilaiden kanssa. Reflektiivisyys antaa mahdollisuuden toteuttaa ja nostaa esille sosiaalityön arvoja myös medikalisoituneissa ja institutionalisoituneissa mielenterveyspalveluissa. Lisäksi reflektiivisyys mahdollistaa sosiaalityöntekijän olemaan herkkä huomaamaan mielenterveys potilaan tarpeita, ilman tätä sosiaalityöntekijästä saattaa tulla institutionalisoitunut ja byrokraattinen.

Yip (1995) artikkeli tutkii sosiaalityön koulutusta ja opettajien kokemuksia kehittää sosiaalityön opiskelijoiden reflektiivisyyttä sosiaalityön käytännön työssä asiakkaiden kanssa, joilla on mielenterveysongelmia. Tutkija kuvaa artikkelissaan yhdeksän vuoden kokemuksiin, opettaa sosiaalityön opiskelijoita reflektiivisyyteen sosiaalityön käytännön työssä. Ennen koulutusta, jotkut opiskelijat eivät ymmärtäneet sosiaalityön arvoja ja keinoja medikalisoituneissa mielenterveyspalveluissa, vaan luulivat, että mielenterveysongelmia voitiin ymmärtää vain lääketieteellisin keinoin. Opetuksen ja erilaisten harjoittelujen myötä opiskelijat alkoivat oppia kriittisen reflektoinnin idean. Artikkelissa kerrotaan selkeästi, millaista reflektio prosessin tulisi olla sosiaalityön intervention aikana. Artikkelin mukaan sosiaalityöntekijän tulisi olla empaattinen ja aistia potilaan tunteet ja tarpeet, jotka ovat oireiden ja mielenterveysongelman takana. Sosiaalityöntekijän tulisi myös olla tietoinen potilaan leimaantumisen pelosta ja mielenterveyspotilaiden vaarasta syrjäytyä yhteiskunnasta. Sosiaalityöntekijän tulee myös olla tietoinen omista asenteistaan, rajoistaan, vahvuuksistaan, tunteistaan, tunnetiloistaan, uskomuksistaan, koska nämä kaikki voivat vaikuttaa interventioon mielenterveys potilaan kanssa. Lisäksi työntekijän tulee olla tietoinen omista päätöksistään ja tuomitsemisistaan, tehdessä töitä mielenterveyspalveluissa. (Yip 2006, 245, 248–249.) Työntekijä tekee siis työtä omalla persoonallaan ja työntekijän itsetuntemus sekä itsehallinta tulee olevat olla vahvoja, jotta pystyy tekemään reflektiivistä sosiaalityötä mielenterveys potilaiden kanssa.

Perusreflektiossa sosiaalityöntekijä reflektoi ainoastaan potilaan tarpeita ja tunteita sosiaalisessa kontekstissa. Aktiivisessa kriittisessä reflektoinnissa työntekijä reflektoi

omia arvoja, uskomuksia ja taustaansa sekä niiden vaikutusta itse interventioon käytännön työssä. Kriittisessä reflektointi prosessissa työntekijä reflektoi itseään, asiakasta ja interventio prosessia, kaikkia yhtä aikaa. Tässä vaiheessa työntekijä ymmärtää, miten potilaan tunteet ja toiveet vaikuttavat interventio prosessiin eli työntekijä on tietoinen kuinka potilas reagoi hänen interventioonsa ja odotuksiinsa. Artikkelin lopussa todettiin, että opiskelijat kehittivät eri vauhtia ja opetus strategioista tarvitaan lisää tutkimusta. (Yip 2006, 250, 254.)

Dominelli (2002) näkee *reflektiivis-terapeuttisessa lähestymistavassa* sosiaalityön tehtävänä etsiä parasta mahdollista hyvinvointia yksilölle, ryhmille ja yhteisöille yhteiskunnassa, edistäen ja helpottaen asiakkaiden henkistä kasvua ja omien toiveiden toteutumista. Työntekijän ja asiakkaan välinen jatkuva kiertävä vuorovaikutus muuttaa näkökulmia ja tämä mahdollistaa sen, että työntekijä voi vaikuttaa vuorovaikutus tilanteeseen. Samalla tavalla myös asiakas vaikuttaa työntekijään. Molemmat ymmärtävät omaa maailmaansa niin kuin he kokevat sen. Tämä vastavuoroinen prosessi tekee sosiaalityöstä reflektiivistä, sosiaalityöntekijät pyrkivät reflektiivisyyteen käytännön työssään. Tämän avulla asiakkaat löytävät voimia omista tuntemuksistaan ja elämäntavoistaan. Tämän omakohtaisen voiman avulla asiakkaat aktivoituvat ja ovat mahdollistettuja selviämään ja pääsemään yli vastoinkäymisistä ja elämän huonoista puolista. Tämä lähestymistapa sosiaalityössä edustaa sosiaalidemokraattista periaatetta. Talous asiat ja sosiaalinen kehitys tulisi kulkea käsi kädessä, jotta saavutettaisiin yksilöllistä ja sosiaalista kehitystä. Tämä näkemys on yksi perusajatuksista, jotka kuuluvat sosiaalityön luonteeseen, kuitenkin sosiaalis-kollektiivinen ja individuaalis-reformistinen näkökulmat riitelevät reflektiivis-terapeuttisen lähestymistavan kanssa. (Dominelli 2002, 3–19.)

*Sosialistis-kollektivistinen lähestymistapa* näkee sosiaalityön yhteiskunnan ja yksilön välillä ja pyrkii saamaan ne sopuun keskenään. Sorretut ja heikko-osaiset ihmiset saavat voimaa oman elämänsä kautta. Sosiaalityön rooli on siis voimaannuttaa heikko-osaiset ihmiset ottamaan itse osaa omaan elämäänsä ja oppia toimimaan yhteiskunnassa, jonka he itse yksilöinä rakentavat ja osallistuvat sekä vaikuttavat omalla toiminnallaan. Parhaimmisto kerää ja kasvattaa valtaa ja resursseja yhteiskunnassa heidän omaksi parhaakseen, näin he luovat sortoa ja haittaa, jonka vuoksi sosiaalityö yrittää kehittää tasa-arvoisempia suhteita yhteiskuntaan. *Individualistis-reformistinen lähestymistapa*

näkee sosiaalityön hyvinvointipalveluina yksilölle yhteiskunnassa. Sosiaalityö kohtaa yksilöiden tarpeita ja kehittää sosiaalipalveluita, jotta palvelut voisivat toimia tehokkaammin yksilön hyväksi. (Payne 2005, 9.)

Kaikki kolme lähestymistapaa eroavat toisistaan, kuitenkin niissä on myös joitain yhteisiä piirteitä, lähestymistavat siis kritisoivat ja muokkaavat toinen toisiaan. Esimerkiksi yksilöllisten ja yhteiskunnallisten toiveiden toteutumista kuten reflektiivis-terapeuttisessa lähestymistavassa, on mahdotonta sosialistis-kollektivistiselle lähestymistavalle, koska yhteiskunnassa pärjäävät ihmiset estävät monia mahdollisuuksia huono-osaisilta, ellemmme saa aikaan merkittävää sosiaalista muutosta. (Payne 2005, 9.)

Sosiaalityön tapaukset ovat paikallisesti rakentuvia ja ainutlaatuisia, vaikka molemmat osapuolet tuovatkin jokaiseen tilanteeseen aiemmista kohtaamisista, tietoa vanhoista tapauksista, kirjoista oppimastaan ja niin edelleen. Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän kohdatessa tiedot kuitenkin asettuvat uusiin yhteyksiin ja suhteisiin toistensa kanssa, ne saavat erilaisia merkityksiä, joita ei pysty etukäteen varmuudella ennustamaan. (Juhila 2006, 141.) Paynen (1997, 48–50) mukaan tavoitteena onkin problematisoida yksipuolista ja yhdensuuntaista toiminta-kohde-ajattelua ja tuoda asiantuntijatyö näkyviin refleksiivisenä prosessina, jossa myös kohde eli asiakas voi muuttaa asiantuntijatyötä ja yhtä aikaa olla mukana tuottamassa työstä uutta ymmärrystä ja teoriaa. Vastavuoroisuus tarkoittaa asiantuntijatyössä asiakkaan kumppanuutta, ammattiauttaja neuvottelee ongelmasta eikä ainoastaan auta. (Payne 1997, 48–50.)

### **Terapeuttinen perspektiivi**

Terapeuttisessa perspektiivissä sosiaalityöntekijä auttaa yksilöä, ryhmää tai yhteisöä, käyttämään heillä itsellään olevia mahdollisuuksia henkiseen kasvuun, elämänhallintaan ja itsensä toteuttamiseen. Sosiaalityöntekijän tehtävä on auttaa asiakasta löytämään omat persoonalliset voimavaransa sekä löytämään keinot, kuinka niitä hyödynnetään. Työntekijän tulee olla tasavertainen asiakkaan kanssa, eikä asettua asiakkaan yläpuolelle. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Työntekijä voi myös työskennellä omalla persoonallaan, mutta täytyy tiedostaa oman persoonan käyttäminen niin hyvin, ettei ammatillisuus kärsi. (Payne 1996, 2, 31–32, 59–62.) Työntekijä ei saa pitää

asiakasta ongelmana vaan työntekijän tulee selvittää asiakkaan ongelma ja selvittää sitä yhdessä asiakkaan kanssa.

Yksi tärkeänä osana yksilökohtaista sosiaalityötä terapeutisesta perspektiivistä katsottuna on haastattelu. Haastattelussa lähtökohtana on, että työntekijä hyväksyy asiakkaan sellaisenaan. Haastattelijan tulee pyrkiä ymmärtämään ihmisen, myös itsensä, psykodynaamikkaa; sen tietoista ja tiedostamatonta puolta eli transferenssi ja puolustusmekanismit. Haastattelu pohjautuu vuorovaikutustilanteeseen, josta työntekijä voi tehdä huomioita ja päätelmiä. Tiedonkeruun lisäksi keskustelussa on tavoitteena viestittää asiakkaalle, että sosiaalityöntekijä on kiinnostunut hänen asiastaan ja varannut aikaa asioiden käsittelyyn. Jo pelkällä haastattelulla voi olla terapeutista vaikutusta. Monelle asiakkaalle riittä se, että pääsee kertomaan kokemuksistaan ja tunteistaan jollekulle. (Kananoja & Penttinen 1977, 121–133.)

Palvelujen tarjoaminen ja sosiaalinen muutos ovat vähemmän tärkeitä tehtäviä terapeutisesta perspektiivistä katsottuna. Terapeutisessa perspektiivissä painotetaan yksilön halua kasvaa ja muuttua. Ihminen tulee ymmärtää tietoisena ja tahtovana olentona. Palvelujärjestelmä lähtökohtainen sosiaalityön perspektiivi taas näkee ratkaisujen löytyvän yhteiskunnallisesta ja sosiaalisesta ympäristöstä, jotka antavat mahdollisuudet muutokseen ja elämän hallitsemiseen. Tässä perspektiivissä hyvinvointipalvelut ovat suuressa roolissa. Terapeutisesta perspektiivistä katsottuna palvelujen neutraali välittäminen ei mahdollista näkemään ihmisten ongelmia syvällisemmällä tasolla. Terapeuttinen perspektiivi ei tarkoita perinteistä ja rajoitettua terapia istuntoa. Terapeuttisen perspektiivin ihmiskäsityksellä ja asiakassuhteen laadun korostamisella on merkitystä myös työskennellessä sellaisten asiakkaiden kanssa, joiden ongelmat ovat ratkaistavissa etuuksia ja palveluita järjestämällä. Työntekijän tulisi kohdata jokainen asiakas kokonaisvaltaisesti ja ottaa huomioon heidän henkinen jakamisensa. Monesti palvelujen tarvitsijat ovat yhteiskunnallisesti syrjäytyneitä. Syrjäytyneisyys taas voi vaikuttaa asiakkaan itsetuntoon ja aiheuttaa identiteetti-ongelmia. Tämä taas voi vaikuttaa asiakassuhteeseen ja yhteistyön mahdollisuuksiin. Tulee muistaa, että syrjäytymisestä huolimatta ihmiset ovat aina tuntevia, tietoisia ja toimivia olentoja. (Raunio 2009, 189–191.) Terapeuttinen perspektiivi toteutuu parhaiten psykiatristen potilaiden hoidossa, esimerkiksi mielenterveystoimistoissa, psykiatrisissa sairaaloissa, perheneuvoloissa ja A-klinikoilla.

Sosiaalityöntekijän toiminta tapahtuu kuitenkin medikaalisen kontrollin alaisuudessa, etenkin sairaaloissa. (Eräsaari 1991, 193–194.)



## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimusaiheen kannalta kvalitatiivinen tutkimus oli selvä valinta, koska sen avulla saadaan syvällisempää tietoa aiheesta, jota ei ole vielä aiemmin paljoa tutkittu. Aihealuetta olisi ollut lähes mahdotonta tutkia kvantitatiivisin menetelmin, koska tutkin psykiatrian sosiaalityön työnkuvaa laatua ja psykososiaalista orientaatiota sekä miten se ilmenee psykiatrisessa sosiaalityössä. Mäkelän (1990, 44) mukaan on olemassa erittäin tärkeitä kysymyksiä, mitä voidaan tutkia vain kvalitatiivisesti. Esimerkiksi psykoanalyttista terapiaa tai vuorovaikutuksen sosiolingvistiikkaa ei voidan tutkia kvantitatiivisesti, sosiaalisen toiminnan eräitä ydinpiirteitä voidaan tutkia vain kvalitatiivisesti. Tiedonkeruumenetelmäksi valitsin laadullisen teemahaastattelun, koska päämääränäni oli saada kuvailevaa tietoa psykiatrian sosiaalityön työnkuvasta, työn lähestymistavoista, työn terapeuttisuudesta sekä osasto- ja poliklinikkatyön työnkuvan eroavaisuuksista. Tässä luvussa käsittelen metodisia valintojani, aineiston hankintaa, aineiston analyysia ja lisäksi pohdin tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta.

### 4.1 Aineisto ja aineiston hankinta

Aineiston hankinta alkoi pohtimalla, mikä olisi tutkimuksen kohderyhmä, kuinka se rajattaisiin ja kuinka monta tutkimuskohdetta tulisi valita. Pro gradu –tutkielman tutkimusaiheen kannalta oli relevanteinta valita tutkimuskohteeksi psykiatrian puolen sosiaalityöntekijöitä, koska he pystyvät tuottamaan hyödyllisintä tutkimusaineistoa tutkimuskysymyksen kannalta. Tutkimukseni kohderyhmäksi valikoitui psykiatrian sosiaalityöntekijöitä Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon alueelta. Haastattelut on tehty kesän ja syksyn aikana vuonna 2010.

Aineiston hankinta menetelmänä on käytetty puolistrukturoitua teemahaastattelua. Hirsjärven & Hurmeen (1988, 36) mukaan teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska haastattelun aihealueet, teema-alueet ovat tutkijan tiedossa, menetelmässä ei kuitenkaan ole strukturoidulle haastattelulle luonteenomaisia eksakteja kysymyksiä. Alustava suunnitelma oli, että haastattelin 5-10 sosiaalityöntekijää. Kuudennen haastattelun jälkeen päätin tehdä vielä yhden haastattelun lisää tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Haastattelin yhteensä seitsemän sosiaalityöntekijää. Kuusi

haastateltavaa olisi ollut liian vähän, koska tavoitteena oli saada hieman vertailua osaston- ja poliklinikan työntekijöiden työnkuvan välillä.

Tutkimukseen osallistuvat työntekijät jakautuivat siten, että kuusi heistä työskentelee sairaalassa ja yksi työntekijä muussa työyksikössä. Haastattelin neljää poliklinikan- ja kaksi osaston työntekijää. Ensimmäinen haastattelu on tehty toukokuussa ja viimeinen lokakuussa vuonna 2010. Käytin harkinnanvaraista otantaa, kun valitsin tutkimukseen osallistuvia henkilöitä, joka mahdollisti sen, että tutkimukseen valikoitui laadultaan tarkoituksenmukaisia haastateltavia. Eskolan ja Suorannan (2005, 18) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään monesti varsin pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti. Tieteellisenä kriteerinä ei tällöin olekaan määrä vaan laatu. Tutkija pyrkii rakentamaan vahvat teoreettiset perusteet tutkimukselle ja liittämään sen yhteiskunnallisiin yhteyksiin.

Haastatteluja varten laadin teemahaastattelurungon (liite 1), jotta kaikki valitsemani teemat tulisivat käsitellyiksi. Teemarungon hahmottelu alkoi siitä, että luin kirjallisuutta haastattelun tekemisestä ja metodeista. Selasin vanhoja pro gradu -tutkielmia ja katsoin miten muut ovat tehneet haastattelurunkoja, niistä sain ideoita ja aloin ymmärtää miten runko kannattaisi tehdä. Haastattelurunkoon valitsin teemoja, jotka olivat oleellisia tutkimusongelmieni kannalta. Haastattelu kysymykset eivät suinkaan olleet samat kuin tutkimuskysymykset vaan kysymykset olivat laajempia ja kartoittavia. Teemat nousivat teoriaosuuden sisällöstä. Aluksi koin tärkeäksi kartoittaa työntekijän koulutus- ja työhistoriaa sekä mahdollisia terapiakoulutuksia. Lisäksi halusin tietää työntekijöiden omasta näkökulmasta, miksi he olivat valinneet psykiatrian sosiaalityön ja millaisessa asemassa he omasta mielestään ovat työyhteisössään. Halusin myös tietää työnkuvasta ja tiedustelin, tiesivätkö he miten poliklinikka- ja osasto työskentely eroavat sosiaalityön osalta toisistaan. Tärkeä kysymys oli myös vuorovaikutus ja dialogisuus, koska se liittyy olennaisesti tutkimusaiheeseen ja psykososiaalisuuteen sekä psykiatrian sosiaalityöhön. Tämän jälkeen koin tärkeäksi ottaa teemaksi psykososiaalisuuden laajemmin käsiteltäväksi, koska se on tärkeä teema tutkimusongelmien kannalta. Lopuksi halusin vielä tutkia työn terapeuttisuutta ja miten hyvin työntekijät tuntevat reflektiivis-terapeuttisen lähestymistavan. Teemat nousivat siis teoriasta ja pääkäsitteistä, joista muokkasin teemoittain kysymysrunгон. Hirsjärvi & Hurme (1988, 41, 42) painottavat, että suunniteltaessa teemahaastattelua on tärkeää suunnitella

haastatteluteemat hyvin. Haastattelurunkoa laatiessa ei tule laatia yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-alueuettelo. Nämä teema-alueet edustavat pääkäsiteiden spesifioituja alakäsitteitä tai -luokkia. Haastattelukysymykset kohdistuvat näihin käsitteisiin ja alakäsitteisiin sekä luokkiin. Haastattelurunko toimii haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. Teema-alueiden tulisi olla riittävän väljiä, että tutkittavan ilmiön todellisuus paljastuu ja tulee mahdollisimman hyvin ilmi. Tämän takia tutkijan tulee tarkkaan harkita, millaiset teema-alueet valitsee.

Testasin haastattelurunkoani opiskelijakollegani kanssa tekemällä esihaastattelun. Hän luki rungon läpi ja ymmärsi kysymykset, mutta tarkensi joitain kysymyksiä ”mitä tarkoitat tällä...”. Hän työskentelee psykiatrian sosiaalityöntekijänä, joten haastattelurungon esitarkastuksesta oli hyötyä. Toisaalta tämä ei haitannut, vaikka jotkut kysymykset jättivät arvailujen varaan. Tulkinnanvaraiset kysymykset mahdollistavat sen, että tutkittava voi itse tulkita kysymyksen oman käsityksensä mukaan ja näin paljastaa mielenkiintoisia näkökulmia tutkimuskysymysten kannalta. Muokkasinkin runkoa vielä tämän jälkeen ja lisäsin kaksi kysymystä. Esihaastattelut ovat tärkeitä haastattelurungon muotoutumisen kannalta ja niiden avulla saadaan tietää keskimääräinen haastattelujen pituus (Hirsjärvi & Hurme 1988, 57).

Aluksi ajattelin, että otoksen rajaus olisi hyvä tehdä KYS:iin psykiatrian sosiaalityöntekijöihin, mutta tutkimuksen edetessä halusin laajentaa otosta tutkimuksen pätevyuden kannalta. Tutkimuksesta ei tullutkaan tapaustutkimusta, vaan hieman laajempi. Lähetin KYS:n vastaavalle sosiaalityöntekijälle saatekirjeen, jossa tiedustelin tutkimusluvasta. Vastaavan sosiaalityöntekijän mukaan tutkimuslupaa ei tarvitse, koska haastattelen työntekijöitä heidän työnkuvastaan. Sovimme, että lähetän saatekirjeen ja hän ottaa työkokouksessa 19.4.2010 asian esille ja kertoo pro gradu -tutkielmastani sosiaalityöntekijöille. Tämän jälkeen pyydän heitä itse henkilökohtaisesti sähköpostilla haastateltaviksi. Vastaava sosiaalityöntekijä lähetti saatekirjeen kaikille KYS:n psykiatrian sosiaalityöntekijöille. Pohjois-Karjalan alueen psykiatrian sosiaalityöntekijöihin otin itse suoraan yhteyttä, koska he ovat työni kautta minulle tuttuja ennestään. Soitin heille, kerroin pro gradu -tutkielmastani ja pyysin heitä haastateltaviksi. Työntekijät suostuivat ja sovimme haastattelu ajan puhelimitse.

Aluksi vain kaksi sosiaalityöntekijää vastasi saatekirjeeseen ja sain kaksi haastateltavaa.

Tämän jälkeen lähetin saatekirjeen uudelleen otsikolla ”tarvitaan kiireellisesti haastateltavia graduuni”. Tämän jälkeen sain useita vastauksia, osa työntekijöistä ei olleet relevantteja tutkimukseni kannalta spesifin työvastuualueensa takia, joten valikoin työntekijöistä aikuis- ja nuorisopsykiatrian osaston ja poliklinikan työntekijöitä. Tutkimus kohteena tutkimuksessani on jo kuitenkin psykiatrian osaston- ja poliklinikan sosiaalityöntekijän työnkuvan eroavaisuudet työn terapeuttisesta näkökulmasta. Poikkeuksena haastattelin myös yhden yleispsykiatrian sosiaalityöntekijän, koska tiesin hänen työskennelleen aiemmin aikuispsykiatrian osastolla, joten hänellä oli monipuolinen kuva psykiatrisesta sosiaalityöstä. Haastatteluun osallistui kaksi miestä ja viisi naista, joten sukupuoli jakauma ei ollut aivan tasainen.

Käytin haastatteluissa digisanelinta, joka oli erittäin helppo käyttöinen. Äänenlaatu oli lähes kaikissa haastatteluissa hyvä, paitsi yhdessä, koska työntekijä puhui hiljaa ja matalalla äänellä. Äänen voimakkuutta pystyy säätämään laitteesta, silti yksi haastattelu oli hieman epäselvä paikoittain äänenlaadultaan. Pystyin kuitenkin käyttämään kyseistä haastattelua aineistona, eikä äänenlaadun heikkous vaikuttanut tutkimustuloksiin. Sanelimesta pystyi laittamaan ”slow play” toiminnon, joka helpotti litterointia.

Vaatimukseni oli, että haastateltavilla oli sosiaalityöntekijän nimike ja heidän tuli olla päteviä sosiaalityöntekijöitä. Haastattelin niin terapiakoulutuksen saaneita työntekijöitä kuin ei terapiakoulutuksen saaneita työntekijöitä. Suurin osa työntekijöistä on jo kokeneita psykiatrian puolen sosiaalityöntekijöitä. Vain kaksi heistä oli melko vasta valmistuneita nuoria työntekijöitä.

Ennen haastattelua keskustelimme vapaamuotoisesti ja kävimme läpi haastatteluun liittyviä asioita. Työntekijät saattoivat kysellä jotain haastattelusta ja kertoa kuinka pitkään ovat työssään olleet. Tunnelma oli rento jokaisessa haastattelussa. Nauhurin käynnistäminen jännitti hieman joitakin haastateltavia aluksi, mutta keskustelu vapautui, kun he huomasivat, että kysymykset ovat helppoja aluksi. Haastattelut kestivät noin 35–60 minuuttia. Haastattelun pituus riippui paljon työntekijän työkokemuksesta ja koulutuksesta sekä persoonallisuudesta. Haastattelu saattoi myös venyä, mikäli pääsimme mielenkiintoiseen aiheeseen, joka oli aiheellista tutkimukseni kannalta. Tein lisäkysymyksiä, mutta pysyttäydyin kuitenkin teemoissa ja palasin haastattelurunkoon hetken päästä, jottei keskustelusta tulisi epärelevanttia tutkimus aiheen kannalta.

Työntekijät saattoivat ymmärtää kysymykset hieman eritavalla, mutta ohjailin keskustelua, mikäli työntekijä ymmärsi kysymyksen täysin väärin. Joihinkin kysymyksiin saattoi tulla täysin erilaisia vastauksia ja annoin välillä haastateltavalle vapauden vastata omasta näkökulmastaan, joka antoi mahdollisuuden uuden tiedon syntymiseen. Tarkoitushan ei ole vain vahvistaa teoriapohjaa tai omia hypoteesejani vaan tuottaa lisää tietoa aiheesta. Lähes kaikki työntekijät kertoivat työnkuvastaan innostuneesti ja luontevasti. Heistä huomasin, että he pitivät työstään, mikä oli ilo huomata pian valmistuvana sosiaalityöntekijänä. Kaksi haastateltavista oli melko vasta valmistuneita, he olivat vielä hieman epävarmoja ammatillisesta osaamisestaan ja pitivät työtään melko vaativana.

Litterointi oli aikaa vievää ja yllätti, kuinka työläs työvaihe se oli. Yhden haastattelun purkamiseen meni noin yksi työpäivä. Pyrin purkamaan haastattelut melko tarkasti sanasta sanaan, joitakin epäselviä kohtia lukuun ottamatta. Epäselvät kohdat olivat kuitenkin hyvin lyhyitä ja merkityksettömiä tutkimuksen kannalta, joten ne eivät haitanneet analysointia. En merkinnyt taukoja, änkytystä tai äänenpainoja, koska niillä ei ole merkitystä tutkimukseni kannalta. Litteroin haastattelut kuitenkin kokonaan. Aineiston keräämisen jälkeen alkaa siis litterointi eli nauhoilta purkaminen tietokoneelle, vaihe, joka tylsyys ja työläys yllättää monen (Aaltola & Valli 2007, 159). Kovin yksityiskohtainen litterointi ei ole tarpeen, mikäli kiinnostus koskee asiasisältöjä. Litteroinnin tarkkuus määräytyy tutkittavan ilmiön, tutkimuskysymysten ja metodisen lähestymistavan mukaan. (Ruusuvaori 2010, 425–427.)

## 4.2 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisen aineiston analyysin on tarkoitus luoda aineistoon selkeyttä ja sitä kautta tuoda uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. Analyysin tarkoitus on tiivistää aineisto kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Analyysillä pyritään siis informaatioarvon kasvattamiseen kokoamalla yhteen selkeästi hajanainen aineisto. (Eskola & Suoranta 2005, 137.) Kvalitatiivinen aineisto, esimerkiksi temahaastattelulla kertynyt aineisto, voidaan analysoida useammalla eritavalla. Ongelmanasettelusta, tutkittavasta ilmiöstä ja aineiston laajuudesta riippuu, mikä ratkaisu on kulloinkin adekvaatein. Analyysimenetelmän valinta riippuu myös paljon siitä, mikä on tutkimuksen tavoite. Mikäli tulokinnan tulee olla vain pintapuolinen, analyysin ei tarvitse

olla intensiivinen. Useimmiten kuitenkin pyritään mittavampaan tavoitteeseen. (Hirsjärvi & Hurme 1988, 116.) Mikä on tutkijan suhde teoriaan? Vaihtoehtoja on monta, voidaan puhua aineistolähtöisestä, teoriasidonnaisesta tai teorialähtöisestä tutkimuksesta. Aineistolähtöinen analyysi tarkoittaa sitä, että teoria pyritään konstruimaan aineistosta. Teoriasidonnainen analyysi taas tarkoittaa sitä, että analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei kuitenkaa suoraan nouse teoriasta tai pohjautu teoriaan. Teorialähtöinen analyysi tarkoittaa sitä, että lähdetään teoriasta ja palataan siihen empiriassa käynnin jälkeen takaisin. (Aaltola & Valli 2007, 162–163.) Tämä tutkimus on aineistolähtöinen, koska teoria nousee aineiston pohjalta. Empiirisessä osiossa ei ole teoreettisia yläkäsitteitä vaan teoria on tehty aineistoa konstruomalla. Aineistolähtöinen analysointi tapa on tässä tutkimuksessa perusteltua myös siksi, että aiheesta ei ole paljon aiempaa tutkimusta. Psykiatrian työnkuvaa ja psykososiaalista orientaatiota ei ole tutkittu paljoa, joten teoriasidonnaista analysointia olisi ollut melko hankala tehdä.

Ensimmäisenä tehtävänä on laadullisessa analyysissä aineiston järjestäminen, kun kerätty aineisto on purettu tekstiksi käsiteltävään muotoon. Analyysissä tulisi edetä vaiheittain ja systemaattisesti. Ensimmäinen tulkinta ei välttämättä ole lopullinen tulos. Teemaahaastatteluissa teemat muodostavat jo itsessään eräänlaisen aineiston jäsenyyksen, josta on helppo lähteä liikkeelle. Joka tapauksessa aineisto tulee lukea useampaan kertaan ja tuntea läpikotaisin, jotta se avautuu tutkijalle. Tämä vaihe voi tuoda paineita, mutta tämän vaiheen tarkoitus on vain tutustua aineistoon ja päästä alustavasti perille siitä, mitä aineisto pitää sisällään. Mikäli aineisto on kerätty teemaahaastattelulla, on teemaahaastattelurunko oivallinen apuväline aineiston koodaukseen. (Eskola & Suoranta 2005, 150–152.)

Teemaahaastatteluaineisto tulee ensin järjestää teemoittain. Koodauksen voi tehdä eritavoin, joko uudelleen järjestelemällä aineiston tai alleviivaamalla. Tämä ei aina kuitenkaan ole yksinkertaista, aineisto tulee tuntea hyvin, koska yksittäisiä kohtia johonkin kysymykseen voi löytyä erikohdista haastattelua. Keskustelu ei aina etene loogisesti. Aineiston analyysi tapahtuu käytännössä siten, että leikkaat/kopioit ja liimaat kaksi tiedostoa auki yhtä aikaa. Aineistoa ei tässä vaiheessa karsita, vaan se järjestetään uudestaan. (Aaltola & Valli 2007, 169–170.) Aloitinkin aineistoin analyysin sillä, että luin litteroidut haastattelut useasti läpi, kunnes aloin tuntea aineistoa paremmin. Tämän

jälkeen aloin luokitella aineistoa siten, että tein kustakin kysymyksestä/teemasta erillisen word tiedoston ja kopioimalla liitin jokaisesta haastattelusta osan tähän tiedostoon. Välillä vastauksia löytyi pitkin haastattelua yhteen teemaan, joten aineisto tuli tuntea hyvin. Näin sain koottua eri haastateltavien vastaukset yhteen tiedostoon teemoittain. Yhdestä tiedostosta oli mielenkiintoista katsoa mitä aineistosta nousee esiin tutkimuskysymyksiä ajatellen. Aloin tehdä ranskalaisilla viivoilla havaintoja ja pelkistettyjä ilmaisuja, joita löysin. Löysin niin yhteneviä ajatuksia kuin eriäviä ajatuksia. Eri haastateltavat olivat ajatelleet eri näkökulmista ja tämä tuotti uutta tietoa aiheesta.

Teemoittelun jälkeen seuraa varsinainen analyysivaihe. Tutkijan tulee lukea aineisto useaan otteeseen läpi ja kannattaa tehdä muistiinpanoja esimerkiksi tekstin sivuun. Merkittävät kohdat kannattaa alleviivata. Tässä vaiheessa aineistoon kannattaa liittää muitakin huomioita, kuten kytkentöjä teoriasta, ideoita, ihmettelyjä ja pohdintoja. Tässä vaiheessa aineisto ei ole supistunut, mutta tutkijan tarkoitus on kasvattaa informaatioarvoa ja supistaa aineistoa. Tämän tavoitteen hyväksi on kaksi tyypillistä tapaa toimia: aineiston tyypittely ja tematisointi. Teemoittelussa ja tematisoinnissa aineisto olisi tavoitteena ryhmitellä teemoittain tai nostamalla mielenkiintoisia sitaatteja ajatellen tutkimusongelmaa. (Eskola & Suoranta 1995, 175–186.)

Valitsin tematisoinnin menetelmäksi tutkimukseen, koska se on yleisesti käytetty menetelmä. Teemoittelu sopii teemahaastatteluun hyvin. Alleviivasin aineistosta tärkeitä sitaatteja tutkimuskysymysten kannalta ja kopion ne sitaateiksi. Tämän jälkeen aloin avata ja analysoida aineistoa ja sitaatteja. Tein yhteenvetoja ja huomautuksia aineiston pohjalta. Lisäksi aineistosta löysin myös näkemyseroja. Jotkut haastateltavat eivät välttämättä osanneet vastata kaikkiin kysymyksiin, se on jo sinänsä tutkimus tulos. Sehän ilmentää sitä, ettei tutkittava aihe ole vielä täsmentynyt käytännön työssäkään. Pyrin huomioimaan aineistosta kaikki tärkeät seikat tutkimus ongelmien näkökulmasta. Liitin teoriaa empirian sekaan, jotta ne keskustelisivat keskenään, ettei empiria jäisi liian irralliseksi. Tavoitteeni oli kuitenkin tehdä havaintoja tämän tutkimuksen perusteella tutkittavasta ilmiöstä. Laajempia yleistyksiä pyrin välttämään, koska aineisto ei ole kovin kattava, että yleistyksiä voisi tehdä. Tutkimus tulokset onkin esitetty tämän tutkimuksen perusteella, mitä havaintoja tutkimus aiheesta löysin.

### 4.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkijan tehtävänä on aineiston analyysissä analysoida ja tulkita aineistonsa tekstimassaa. Aineisto tyypistä riippumatta on paikallaan kiinnittää huomiota seuraaviin seikkoihin: aineiston yhteiskunnallinen paikka, kulttuurinen paikka, merkittävyys, riittävyys, analyysin kattavuus sekä analyysin arvioitavuus ja toistettavuus. (Mäkelä 1990, 42.) Omassa tutkimuksessani on huomioitu aineiston yhteiskunnallinen paikka. Terveyssozialityötä ei ole tutkittu paljoa, joten tutkimuksen tekeminen on ajankohtaista ja laadullisella tutkimuksella saadaan tietoa työnkuvan laadusta ja kehittämiskohteista. Tutkimuksen avulla terveyssozialityö saa myös näkyvyyttä, joten sen merkitys on tärkeä työn sisällöllisen kehittymisen kannalta. Aineistoa on yhteensä 7 haastattelua, joten laadulliseen tutkimukseen tämä määrä on riittävä. Haastatteluissa alkoi toistua samat asiat viimeisten haastatteluiden joukossa, joten saturaatiopiste täytyi. Aineisto on käyty kokonaan läpi ja siitä on tehty ensin pelkistetety lauseet ja sen jälkeen rakennettu tekstiksi. Olen laittanut analyysiin sitaatteja havainnollistamaan aineistoa lukijalle. Lukija voi itse lukea aineistosta pätkiä ja tehdä omat johtopäätökset sekä arvioida, miltä pohjalta tutkija on tehnyt johtopäätöksiä. Analyysi on kattava, koska se on tehty perusteellisesti ja järjestelmällisesti. Analyysissä on pyritty ottamaan huomioon eri haastateltavien mielipiteet ja näkökulmat. Lisäksi analyysissä on eritelty eroavaisuuksia ja samanlaisuuksia haastateltavien vastauksissa.

Teemahaastattelurunkoni avulla haastattelut voisi tehdä uudestaan saman kaavan mukaan, joten tämä lisää tutkimuksen validia. Jotkut haastattelu kysymykset olivat melko laajoja ja jokainen haastateltava saattoi käsittää kysymyksen hieman eri tavalla tai näkökulmasta. Toisaalta tämä mahdollistaa sen, että informantti voi vapaasti vastata teoria tietämyksensä ja käytännön kokemuksensa perusteella kysymykseen. Kysymykset jättivät tilaa uuden informaation syntymiselle. Vahvan teoria tietämyksen omaavat työntekijät pystyivät heti kertomaan teoreettista tietoa sekä yhdistämään teorian ja käytännön sulavasti yhteen. Kun taas työntekijät, joilla oli vähemmän koulutusta tai vähemmän työkokemusta, he saattoivat vastata kysymykseen ainoastaan käytännön perusteella. Esimerkiksi tällaiset kysymykset saattoivat tuottaa paljon erilaisia vastauksia: Miten työsi painottuu, millainen suhde yksilökeskeisellä työllä ja yhteiskunnalla on? Integroituvatko ne keskenään? Tunnetteko reflektiivis-terapeuttisen lähestymistavan ja mitä se on psykiatrian sosiaalityössä?



Valitsin tutkimukseeni useita eri paikkoja, joissa työskentelee psykiatrian puolen sosiaalityöntekijöitä, koska en halunnut tehdä tapaustutkimusta vain yhdestä paikasta. Tämä lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksessa ja he osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Heillä oli mahdollisuus jättää vastaamatta sähköpostiini. Saatekirjeessä en maininnut, että haastattelut nauhoitetaan, mutta tästä ei kuitenkaan muodostunut ongelmaa kenenkään haastateltavan kohdalla.

Erillistä tutkimuslupaa tutkimukselleni ei tarvittu, koska haastattelin työntekijöitä ja aihealueena oli heidän työnkuva, joten arkaluontoisia asioita ei tarvinnut käsitellä tässä tutkimuksessa. Toki haastateltavat saattoivat käyttää potilas tapauksia esimerkkeinä, mutta ne olivat nimettömiä ja tunnistamattomia tietoja, joita ei ole eritelty tutkimuksessa. Tarvitsin tutkimuksen tekemiseen ainoastaan johtavan sosiaalityöntekijän ja sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaiset suostumukset. Haastateltavat osallistuivat vapaa-ehtoisesti tutkimukseen. Valitsin haastateltaviksi ainoastaan valmistuneita ja muodollisesti päteviä sosiaalityöntekijöitä. Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä olisi lisännyt suurempi otos, mutta pro- gradu tutkimukseen tämä otos on sopiva.

## 5 TULOKSET

Tässä luvussa käsitelen tarkemmin tutkimuksen tuloksia. Ongelmallisin vaihe laadullisessa tutkimuksessa on tulkintojen tekeminen. Tähän vaiheeseen ei ole tarkkoja ohjeita vaan tulkintojen hedelmällisyys ja osuvuus on paljon kiinni tutkijan omasta tieteellisestä mielikuvituksesta. Ensiasteisille tulkinnoille ei kannata tyytyä, vaan aineistoa kannattaa tutkia syvällisemmin. (Eskola & Suoranta 2005, 145.)

### 5.1 Psykiatrisen sosiaalityön työnkuva

Psykiatrisen sosiaalityöntekijä voi työskennellä monessa erilaisessa psykiatrisessa yksikössä. Psykiatrisen yksiköt on jaettu avo- ja laitoshoitoon eli poliklinikoihin ja osastoihin sekä avo-osastoihin. Lisäksi on kolmannen sektorin mielenterveyspalveluita. Laitoshoidon on jaettu akuutti-psykiatrisiin ja kuntoutuspsykiatrisiin. Tutkimuksessani olen haastatellut sosiaalityöntekijöitä, jotka työskentelevät muun muassa vaikeahoitoisten osastolla, nuoriso-, aikuis- ja päihdepsykiatrialla sekä yleissairaalan psykiatrialla niin poliklinikalla kuin osastoilla. Tutkimuksesta selviää, että työnkuva riippuu pitkälti siitä, missä työskentelee. Esimerkiksi yleissairaalan psykiatrialla psyykkisen oireen syynä on monesti somaattinen sairaus.

*”Minusta tuntuu että sosiaalityö psykiatrialla sitä on yhtä monen näköistä kuin on sosiaalityöntekijääkin...” (Haastateltava 4)*

Tämä sitaatti kuvaa hyvin, miten laaja ja moninainen työnkuva on psykiatrisessa sosiaalityössä. Työnkuvaan muokkautumiseen vaikuttavat useat asiat, esimerkiksi organisaatio, työnantaja, työntekijän koulutus, aiempi työkokemus, orientaatio ja työntekijän omat intressit. Tutkimuksessani näen tarpeelliseksi analysoida työnkuvaa melko laajasti, koska siitä selviää, millaisen roolin psykososiaalinen orientaatio saa psykiatrisen sosiaalityössä.

*”...karuimmillaan se sosiaalityöntekijä on vaan tämmönen raha-asioiden hoitaja eli se tyypistyy se työnkuva pelkästään niin ku taloudelliseen toimeentuloon tai sen kartoittamiseksi tai sen asian järjestämiseksi jollain tavalla ja se on musta niinko*

*äärimmäisen tympee työnkuva ja koulutuksen tuhlausta, että minusta paljon laajemmallakin työotteella voi tehdä töitä. No sitten toinen ääripää minusta on just tämä työpaikka missä nyt oon täällä polilla. Täällä on taas mielettömän laaja työnkuva...sosaalityöntekijä voi tehdä kaikkee ja siinä kohtaa mä taas aattelen, että vaikka mullakin on kohta 7 vuotta työkokemusta, niin mä en millään tavalla koe, että kokemus ja koulutus niin ku riittäis täällä tehtävään työhön. Mä oon puol vuotta ollu täällä töissä eli täällä pitäis varmaan olla vuosia töissä että kokis olevansa riittävän ammattitaitoinen näiden tehtävien hoitamiseen eli tää on hirveen vaativaa työtä.”*  
(Haastateltava 4)

Tämän haastateltavan mukaan työnkuva voi olla kahdenlainen, joko suppea tai laaja riippuen työpaikasta. Moni sosaalityöntekijä mainitsi, että työ on monipuolista, vaativaa ja haastavaa. Lisäksi täytyy olla moni osaaja. Toinen ääripää taas on suppea työnkuva, kuten tässä edellisessä sitaatissa on kuvattu. Haastateltavan mukaan liian suppea byrokraatiatyö taas on sosaalityön koulutuksen tuhlausta. Seuraava sitaatti kuvaa hyvin sitä, miten laaja sosaalityöntekijän osaaminen tulee olla psykiatrian sosaalityössä. Ainakin laajasta osaamisesta on hyötyä, jotta potilasta voi auttaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tällaista kahtiajakoa työkuvassa ei teoriassa ilmennyt. Todellisuudessa työnkuva ja teoria voivat erota paljonkin. Välttämättä työnkuva ei ole niin laaja kuin esimerkiksi kuvioissa 1 ja 2 on esitetty teoriaosiossa.

*”Täällä tosiaan on hyvä olla lakimiehentaidot, psykologin taidot yms. mitä enemmän tiiät, sen enemmän voit auttaa.”* (Haastateltava 7)

Työnkuvasta nousi yläkäsitteiksi byrokraatiatyö, palveluohjaus ja neuvonta, psykososiaalinen työ sekä terapia/terapeuttinen työ. Nämä kaikki yläkäsitteet ovat linjassa teoriaosuudessa esitettyjen Jorma Sipilän jaottelujen kanssa. Yksi haastateltava kertoi, että byrokraatiatyö on lomakkeiden täyttämistä ja paperityötä. Byrokratia työ ja palvelutyö näyttivät saavan suuren roolin joidenkin sosaalityöntekijöiden työssä, terapeuttista työtä ei ehditty tekemään resurssi puutteiden vuoksi. Byrokratia työ ikään kuin priorisoitiin, mikäli työ oli kiireistä. Psykiatrisen sosaalityön työmenetelminä tuli kirkkaimmin esiin ratkaisukeskeisyys, psykososialisuus ja terapeuttisuus. Tärkeä osa työtä on myös dokumentointi. Tutkimuksesta tuli ilmi, että psykiatrian sosaalityössä on paljon hyviä puolia. Sosaalityöntekijä on itsenäinen asiantuntija, jolla ei kuitenkaan ole

virravastuuta. Psykiatrian sosiaalityöntekijän ei tarvitse tehdä esimerkiksi ikäviä kielteisiä toimeentulotukipäätöksiä, jotka voivat vaikuttaa kielteisesti asiakassuhteeseen ja luottamussuhteeseen.

Psykiatrisen sosiaalityön työnkuvaan kuuluu oleellisena osana moniammatillisuus ja tiimit. Moniammatillisia kokouksia on monen erilaisia esimerkiksi raportit, lähetetiimit, verkostopalaverit, hoitoneuvottelut, työpari työskentely ja konsultaatiotiimi. Lisäksi omahoitaja on avainasemassa, etenkin osaston psykiatrisessa sosiaalityössä. Lääkäri hoitaa lääkehoidon. Kaikki haastateltavat sanoivat tekevänsä moniammatillista työtä ja osallistuvansa viikoittain erilaisiin moniammatillisiin tiimeihin. Aineistosta ilmeni, että Itä-Suomessa on aloitettu kotisairaaloiminta uutena kokeiluna eli työntekijät, hoitajat ja sosiaalityöntekijä, sekä mahdollisesti lääkäri menevät potilaan kotiin tekemään töitä. Haastateltava kertoi, että tästä kokeilusta on tullut alustavasti hyvä tuloksia käytännön tasolla. Potilaat ovat pitäneet tällaisesta hoitomuodosta. Aineistosta ilmeni, että työnkuva voi olla hyvinkin laajaa ja monimuotoista, esimerkiksi kotisairaaloiminnasta ei teoriassa ole mainittu mitään. Moniammatillinen työskentely ja sen kuvaus on yhtenevää teorian kanssa.

*”...ja sitten on tuo 56 avo-osasto, joka sisältää tän uuden kotisairaaloiminnan eli mennään ihmisten kotiin silleen mikä on tosiaan alkanut tänä vuonna 11. päivä tammikuuta. Tämmöistä hyvin modernia erikoissairaanhoidontyötä, sitä ei oikeastaan muualla olekaan, et se on ollut hyvin pidettyä. Mennään niin ku, potilaat on kotona ja tuodaan ne palvelut kotiin.”* (Haastateltava 7)

Psykiatrisessa sosiaalityössä tarvitaan paljon yhteistyökumppaneita ja verkostoja, jotta potilaan tilannetta voidaan huomioida ja hoitaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksessa tuli esille seuraavanlaisia tahoja: lastensuojelu, sosiaalitoimi, Kela, työvoimatoimisto, perhe, läheiset ja edunvalvoja. Yksi haastateltava painotti, että suhteiden luominen yhteistyökumppaneihin helpottaa yhteistyötä. Ennen kaikkea sosiaalityö on vuorovaikutusta asiakkaiden ja potilaiden sekä verkostojen kanssa. Sosiaalityöhön kuuluu paljon puhumista ja selittämistä sekä neuvottelemista. Sosiaalityöntekijä toimii monen eri verkoston kanssa ja hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeä ominaisuus työnkuvassa.

Aineistosta nousi esiin selkeästi työn kehittäminen. Sosiaalityöntekijät olivat tyytyväisiä, että he saivat kehittää työtään esimerkiksi käymällä koulutuksissa ja järjestämällä koulutuksia. Sosiaalityöntekijöillä on myös kollegoiden välisiä palavereita sekä henkilöstöpalavereita, joissa on mahdollista yhdessä pohtia asioita ja kehittää työtä. Monien haastateltavien mielestä oman työn kehittäminen lisää työssä jaksamista. Lisäksi työssä jaksamiseen liittyen nousi muistakin asioita ilmi aineistosta, kuten joustavat työajat, työnohjaus, kollegiaalinen tuki, työntekijän turvallisuus ja työ ajan itsenäinen suunnittelu. Nämä ovat tärkeitä tekijöitä, jotka auttavat jaksamaan paremmin työssä.

Yksi sosiaalityöntekijöistä kertoi, että sosiaalityön työnkuvaan kuuluu juridinen vastuu. Sosiaalityöntekijä toimii ikään kuin potilaan asianajajana. Potilaan kuuluu saada tietää hänen oikeutensa ja velvollisuutensa, nämä laki asiat tulee huomioida terveystieteissä. Vaikka varsinaisia viranomaispäätöksiä terveystieteissä sosiaalityöntekijät eivät tee samalla tavalla kuin sosiaalitoimiston tai lastensuojelun sosiaalityöntekijät. Terveystieteissä sosiaalityöntekijöiden tulee kuitenkin huomioida potilaan oikeudet, velvollisuudet ja lait, mitkä vaikuttavat potilaan tilanteeseen. Tämä on linjassa teoriaosuudessa esitetyn kanssa, sosiaalityö pohjautuu sosiaalihuoltolakiin.

Työnkuvaan konkreettisesti kuuluu monenlaisia työtehtäviä. Aineistosta ilmeni, että sosiaalityöntekijä etsii ja antaa tietoa potilaille erinäisistä asioista esimerkiksi palveluista, lakiasioista tai tuista eli näiden yläkäsite on palvelutyö. Lisäksi työnkuvaan kuuluvat alkukartoitukset, sosiaalisen tilanteen kartoitukset, taloudellinen tukeminen, toimintasuunnitelman tekeminen ja tavoitteen määrittäminen. Sosiaalityöntekijöillä voi olla puhelinaika, jolloin asiakkaat soittavat sosiaalityöntekijälle. Tämä taas on byrokratiatyötä. Sosiaalityöntekijä tekee myös selvittelytyötä ja avustaa sekä tukee potilasta. Lisäksi työnkuvaan kuuluvat potilaiden yksilötapaamiset, perhetyö, perheen jäsenten tukikäynnit ja kotikäynnit. Jotkut sosiaalityöntekijät tekevät myös sosiaalista kuntoutusta ja nuorisopsykiatrista tutkimusta sekä työkyvyn selvittelyjä ja sen seurauksena esimerkiksi ohjausta ammatilliseen kuntoutukseen. Nämä taas kuuluvat psykososiaaliseen ja terapeuttiseen työhön.

Hoitohenkilökunnan tiedon puute sosiaalityön osaamisalueesta on joskus heikkoa, joka heikentää sosiaalityön laatua ja ennaltaehkäisevää työtettä. Toki toimiviakin

työyhteisöjä on. Työ on ajoittain kiireistä, mikä taas johtuu resurssipulasta. Sosiaalityöntekijälle konsultaatiopyynnot tulevat eritavoin riippuen työyksiköstä. Konsultaatiopyynnot tulevat yleensä konsultaatiopyyntöinä sähköisenä tai puhelimitse, lähetteet tai hoitajilta. Joskus myös lääkäri jakaa potilaat työntekijöille, mikä kellekin sopii, koska ihmisten koulutukset, orientaatiot, työnkuvat ja työhistoria ovat erilaisia. Omassa työssä olen huomannut, että pyyntöjä voi tulla myös suoraan potilailta itseltään, yhteistyökumppaneilta tai läheisiltä. Luulen, että näin on myös muiden sosiaalityöntekijöiden kohdalla, mutta kukaan heistä ei maininnut haastattelussa näitä vaihtoehtoja.

### **Sosiaalityöntekijöiden motivaatio psykiatriseen sosiaalityöhön**

Haastateltavilla oli erilaisia motiiveja ja syitä, miksi he ovat hakeutuneet tai päätyneet psykiatriseen sosiaalityöhön. Kolmelle työntekijälle oli alun perin, ainakin osittain, sattumaa hakeutua psykiatrian puolelle töihin. Neljälle työntekijälle oli selvää, että he haluavat mielenterveystyöhön tai ainakin heillä oli näkemys omasta mielenkiinnon kohteesta. Esimerkiksi yksi työntekijä halusi ehdottomasti tehdä perhetyötä ja psykiatrista sosiaalityötä nuortenpsykiatrialla. Monilla työntekijöillä suuntautuminen psykiatriaan oli jo selkeää opiskelujen aikana. Yksi työntekijä päätyi psykiatriseen sosiaalityöhön, koska hänen sukulaisista useat ovat olleet mielenterveysalalla. Kiinnostuksen kohde, aiemmat kokemukset, kuten koulutus, työkokemus ja työharjoittelut vaikuttivat työntekijöiden valintaan hakeutua psykiatriseen sosiaalityöhön. Yleisimpiä motivaation lähteitä olivat kiinnostus mielenterveystyöhön, psykologiaan ja/tai psykiatriaan sekä kiinnostus ihmisten kanssa tehtävään työhön. Seuraavassa sitaatissa tämä työntekijä oli kiinnostunut psykiatrisesta sosiaalityöstä työharjoittelun perusteella.

*”...aikuispsykiatrian osastolla 6 viikon työharjoittelussa ja silloin niin kuin sitten koin sen työharjoittelun aikana, että tää vois olla oma juttu, et ei oo niin semmoista niin kuin hoitotyöhön perustuvaa täällä työskentely vaan täällä otetaan kuitenkin se huomioon se ihmisen kokonaiselämäntilanne eritavalla huomioon, et sit aattelin, et siellä sosiaalityöntekijälläkin on varmasti erilainen rooli kun muualla...”* (Haastateltava 1)

Tämän haastateltavan mukaan sosiaalityöntekijöillä on erilainen rooli psykiatrisessa sosiaalityössä kuin muualla tehtävässä sosiaalityössä. Tässä sosiaalityöntekijä oletettavasti vertasi psykiatrista sosiaalityötä somatikan sosiaalityöhön. Työntekijät kertoivat olevansa kiinnostuneita ihmissuhdetyöstä, perhetyöstä ja yksilötyöstä. Työntekijöitä kiinnosti lisäksi ihmisen mieli, psyyke, psykiatria ja lastensuojelu. Yksi työntekijä piti sitä tärkeänä asiana, että psykiatrisessa sosiaalityössä otetaan huomioon ihmisen kokonaistilanne huomioon monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti. Lisäksi motivaatiota psykiatrista työtä kohtaan lisäävät hyvät mahdollisuudet kehittää omaa työtänsä, yhden työntekijän kertoman mukaan. Lähes kaikkien sosiaalityöntekijöiden mielestä sosiaalityöntekijöitä arvostetaan psykiatrisessa sosiaalityössä.

Edellä olen esittänyt niitä asioita, mitä haastatteluissa tuli ilmi kysyttäessä ”miksi hakeuduin psykiatriseen sosiaalityöhön”. Yksi työntekijä toi esille psykiatrisen työn kehittämisen tarpeen. Tämä työntekijä oli pätevä terapeutti ja oli mukana osana työyhteisönsä kehittämistyössä.

*”...-82 ku tulín Harjulan sairaalaan niin samoihin aikoihin siellä oli tämmöinen voimakas psykiatrisen sairaalahoidon kehittäminen, oli erilaisia kehittämisprojekteja.”*  
(Haastateltava 2)

Tämä oli kiinnostanut työntekijää niin paljon, että hänen motivaationsa on riittänyt pitkään uraan psykiatrisessa sosiaalityössä. Yhteiskunnassa ja organisaatiossa valloillaan olevat ilmiöt ja kehitys voivat vaikuttavat myös yksilöllisiin valintoihin. Työn kehittäminen on osa psykiatrisen sosiaalityön työnkuvaa, tämä on linjassa teoria osuudessa esitetyn kuvioiden (kuvio 1 ja 2) kanssa, jossa eriteltiin akuuttipsykiatrian sosiaalityön osaamiskarttaa ja kuntoutuspsykiatrian sosiaalityötä.

## 5.2 Osaston ja poliklinikan eroavaisuudet psykiatrisessa sosiaalityössä

Psykiatrisen sosiaalityön työnkuva ei ole yksiselitteinen vaan se on moniulotteinen ja laaja-alainen työ. Työnkuvaan vaikuttaa moni eri tekijä muuan muassa siihen vaikuttaa paljon, missä työskentelee. Olen nähnyt tärkeäksi tuoda esiin tutkimuksessa psykiatrisen osasto- ja poliklinikkatyön eroavaisuuksia sosiaalityön työnkuvan näkökulmasta. Olen tarkastellut tutkimuksessani eroavaisuuksia myös psykososiaalisen orientaation ja

terapeuttisen orientaation näkökulmasta. Haastateltavien mielestä osasto- ja poliklinikka työskentelyn välillä, on suuria eroja psykiatrisessa sosiaalityössä. Tässä kaksi sitaattia esimerkiksi, mitä aineistosta ilmeni.

*”psykiatrian puolellakin on isoja eroja riippuen siitä oletko sä osastolla vai poliklinikaalla. Et osastolla ihan toinenlainen työnkuva sosiaalityöntekijällä ku täällä mut ehkä sillai puhun nyt polikliniikan puolesta et täällä se eroaa silleen et semmoset mitä on kuvattu et perinteiset sosiaalityöntekijän työt eli jotka liittyy sosiaaliturvaan ja tämmösiin niin täällä on huomattavasti vähemmän kun et jos nyt aatellaan jossakin sosiaalitoimistossa tai...” (Haastateltava 3)*

*”tää työ on sitten enempi just ehkä eli psykososiaalista eli just perheitten kanssa työskentelyä ja nuorten kanssakin se terapia on semmoista et siinä tulee kuitenkin tää sosiaalinen puoli koko ajan...” (Haastateltava 3)*

Poliklinikalla sosiaalityön työnkuva on vähemmän byrokratiatyötä ja enemmän psykososiaalista sekä terapeuttista kuin osastolla. Tämä tuli aineistosta ilmi useaan kertaan. Sosiaalityöntekijät käyttävät siis psykososiaalista orientaatiota poliklinikka ja osastotyössä, mutta poliklinikalla sitä käytetään hieman enemmän. Lisäksi poliklinikalla työote on terapeuttisempi kuin osastotyössä. Työ on myös vuorovaikutuksellista perheisiin keskittyvää työtä, yhteistyötä ja koordinointia poliklinikalla. Poliklinikalla työ on suunnitelmallisempaa ja siellä käytetään enemmän ajanvarausta, koska potilaat ovat avohoidossa. Osastolla potilaat ovat lähes koko ajan osastolla, joten ajanvarausta ei tarvitse tehdä niin usein. Aineistosta nousi useasti esiin prosessiluonteisuus ja pidemmät asiakaskontaktit, puhuttaessa poliklinikkatyöstä.

Osastolla tapahtuvassa sosiaalityössä on lyhyemmät hoitoajat, kuin poliklinikalla. Tämä johtuu siitä, että poliklinikalla hoitokontaktit ovat usein pitkäkestoisia. Mielestäni tätä ei kuitenkaan voi yleistää tämän tutkimuksen perusteella, koska on myös pitkäaikaisia kuntoutuspsykiatrisia potilaita osastohoidossa. Lisäksi jotkut potilaat saattavat käydä poliklinikalla vain muutaman kerran.



Aineistosta tuli ilmi, että osasto työskentely on monesti akuutimpaa kuin poliklinikalla. Osastolla hoidetaan akuuttitilannetta ja poliklinikalla käydään kontrolleissa. Monen työntekijän mielestä sosiaaliturvaan liittyviä asioita on yleensä osastotyössä enemmän, koska potilaan asiat voivat olla aivan sekaisin esimerkiksi psykoottiset potilaat. Potilaan raha-asiat voivat olla aivan sekaisin ja sosiaalityöntekijän täytyy tarkastella mikä potilaan kertomasta on totta ja mikä ei. Kuitenkin työ on myös luonteeltaan terapeutista. Vaikka ei ehkä niin terapeuttipainotteista kuin poliklinikalla, koska osastolla hoidetaan akuuttia tilannetta ja tarkistellaan potilaan lääkitystä. Poliklinikalla potilas on jo siinä kunnossa yleensä, että hän hyötyy enemmän terapiasta ja terapeutisesta työotteesta. Kuntoutuspsykiatria on luonteeltaan ehkä enemmän terapeutista luonteeltaan kuin akuuttipsykiatria.

Osastolla potilaita myös tavataan intensiivisemmin, koska he ovat useasti akuutisti sosiaalityön tarpeessa. Osastolle tullessa potilas on huonommassa kunnossa kuin poliklinikalle tullessa. Tämän vuoksi taloudelliset asiat ja koko elämä saattaa olla sekaisin. Siksi osastolla tulee ottaa huomioon myös lastensuojelullinen näkökulma. Avohuollossa ei aina näe potilaan kokonaistilannetta ja sen vakavuutta, kun taas osastolla tulee ilmi potilaan todellinen tilanne. Psykiatrisessa osastotyössä sosiaalityöntekijät tekevät myös perhetyötä. Hoidossa on tärkeää ottaa potilaan läheiset huomioon, jotta hoito olisi mahdollisimman tehokasta potilaan kannalta. Perhe myös auttaa potilasta pärjäämään osastojakson jälkeen tulevaisuudessa paremmin. Potilaalle on aina tärkeää, että läheiset auttavat, koska muuten potilas voi olla täysin yksin viranomaisten ja yhteiskunnan autettavissa. Aineistossa ilmeni, että sosiaalityö kulkee potilaan prosessin mukana osastolla.

Eroavaisuuksia arvioitaessa tulee ottaa huomioon, että kaikki haastateltavat eivät ole työskennelleet molemmissa, osastolla ja poliklinikalla, joten joillekin vertailu ei ollut täysin faktatietoihin perustuvaa, nämä ovat heidän omia tulkintojaan työnkuvasta ja niiden eroavaisuuksista. Tutkimus otos on kuitenkin sen verran pieni, ettei tuloksia voi yleistää laajassa mittakaavassa, mutta tiettyjä suuntaviivoja tutkimus voi kuitenkin osoittaa työnkuvan mahdollisista eroavaisuuksista. Työnkuvaan muotoutumiseen vaikuttavat monet tekijät.

Psykiatrisen sosiaalityön työnkuvaan ja sen sisältöön vaikuttaa moni asia. Esimerkiksi

missä työskentelee, työskenteleekö nuoriso- vai aikuispsykiatrialla, kun vertaillaan osaston ja poliklinikan työnkuvan eroavaisuuksia. Tärkeimmäksi eroksi näytti nousevan lastensuojelulaki. Nuorten puolella suurin osa potilaista on alaikäisiä, joten lastensuojelulaki on huomioitava. Tämän takia myös vanhemmat/huoltajat ovat oleellinen osa nuoren hoitoa. Kolme haastateltavaa kertoi lähes saman asian, mutta eri sanoin.

*”...nuorisopsykiatrian osastolla on paljon semmoisia nuoria joitten asioissa tehdään yhteistyötä lastensuojelun kanssa, että aikuispuolella se yhteistyö keskittyy paljon niin kun toimeentulotuki asioihin, sosiaalitoimistoon, kun taas nuorisopuolella se on paljon sitä lastensuojelun kanssa tehtävää yhteistyötä.”* (Haastateltava 1)

*”...keskeinen asia tieysti tää nuoret kuitenkin valtaosa näistä meidän asiakkaista on alaikäisiä, että se tuo sen oman ulottuvuuden siihen että he eivät ole täysvaltaisia et heidän asioissaan täytyy huomioida tää lastensuojelulaki.”* (Haastateltava 2)

*”Nuorten kanssa tehdään ihan eritavalla perhetyötä elikkä...otetaan perhe huomioon... elikkä vanhemmat on osa nuoren hoitoa. Aikuispsykiatrialla se on paljon harvinaisempaa huomattavasti harvinaisempaa, että sitä perhettä otetaan sinne hoitoon et sitä rajausta saatetaan tehdä sitä siinä et joku muu hoitaa sit sitä perhettä.”* (Haastateltava 4)

Aineistosta tuli ilmi, että aikuispsykiatriassa keskitytään enemmän toimeentuloon liittyviin ongelmiin ja tehdään paljon yhteistyötä sosiaalitoimiston kanssa. Aikuispsykiatriassa tehdään harvemmin potilaan perheen kanssa työtä verrattuna nuorten- ja lastenpsykiatriaan, vaikka välillä se olisikin tarpeen, koska psyykinen sairaus vaikuttaa aina koko perheeseen ja lähiomaisiin. Luulen, että läheisten hoitoon mukaan ottaminen riippuu myös paljon hoitopaikasta ja työntekijän työotteesta sekä aikatauluista. Omassa työssäni otamme läheiset verkostopalaveriiniin mukaan aina kun mahdollista. Haastateltava tarkoitti tässä luultavasti sitä, että nuorten puolelle huoltajat ja lähiomaiset otetaan hoitoon mukaan automaattisesti, koska on kyse alaikäisistä, joista huoltajilla on juridinen vastuu ja velvollisuus huolehtia heistä.

Nuorisopsykiatrinen sosiaalityön on perhetyötä, vanhemmat otetaan aina mukaan. Lastensuojelulaki tulee ottaa huomioon ja vanhemmille tulee tarvittaessa järjestää tukikäyntejä ja omia tapaamisia työntekijöiden kanssa. Työ vaatii siis vuorovaikutusta perheen kanssa. Työn on psykososiaalista työtä ja on tärkeää ottaa huomioon nuoren terapian/terapeuttisen työskentelyotteen lisäksi sosiaaliset asiat, huomautti yksi haastateltavista. Nuorisopsykiatrin puolella yhteiskunnan trendit ja ilmiöt näkyvät selvemmin kuin aikuispuolella. Nuorilla on myös tunnepurkauksia enemmän kuin aikuisilla, koska nuoret ovat kehitysvaiheessa elämässään. Nuorisopsykiatrinen sosiaalityö on vaativaa ja monipuolista. Aineistosta tuli ilmi, että nuoriso- ja lapsipsykiatrinen sosiaalityö vaatisi enemmän erikoiskoulutusta, koska siinä otetaan huomioon myös vanhemmat eli tehdään perhetyötä eikä pelkästään yksilötyötä. Nuorisopuolella perheiden tapaamiset vaativat poikkeuksetta työparityöskentelyä. Tämä auttaa työntekijöitä ja perheitä näkemään asiat monesta eri näkökulmasta ja työntekijä saa ammatillista vahvistusta perheen kanssa työskentelyyn.

### 5.3 Psykiatrisen sosiaalityön ominaispiirteet verrattuna muualla tehtävään sosiaalityöhön

Yhden haastateltavan sosiaalityöntekijän mielestä kaikelle sosiaalityölle yhteistä on ratkaisukeskeisyys. Kaikelle psykiatriselle sosiaalityölle taas on yhteistä se, että heillä ei ole virkavastuuta, mikä vaikuttaa potilas-työntekijä suhteeseen ehkä positiivisella tavalla. Psykiatrisessa sosiaalityössä osaamisen tulee olla laajaa, sitä ei voi rajata esimerkiksi vain toimeentulo asioihin tai lastensuojeluun. Psykiatrian sosiaalityö on terapeuttista lähes kaikkien työkuvaan kuvauksen mukaan, paitsi yhden sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluu vain vähän terapeuttisia elementtejä. Terapeuttista sosiaalityötä tehdään myös muualla esim. A-klinikalla, lastensuojelussa sekä kasvatus- ja perheneuvolan puolellakin. Kuitenkin psykiatrian sosiaalityö on luonteeltaan terapeuttisempaa kuin sosiaalityö esimerkiksi sosiaalitoimiston sosiaalityö. Lisäksi yhden haastateltavan mukaan psykiatrian työ on monipuolisempaa kuin esimerkiksi kunnan sosiaalityö sosiaalitoimistossa. Sosiaalityöntekijän rooli on haastateltavan 7 mukaan erilainen sairaalassa kuin muualla tehtävä sosiaalityö.

*"Täällä ku tultiin sairaalaan siinä on iso ero, lääkäri ja sairaanhoitaja rajoittaa potilaita, et saa lupia yms. Sosiaalityöntekijän rooli on erilainen tällä, koska me*

*autetaan täällä potilasta. Täällä potilaat tulevat meille ja he on hyvin avoimia meille, koska me vaan niin ku autetaan, et se rooli niin ku muuttuu heti silleen paljon erilaisemmaks. Potilaat niin ku avautuu paljon enemmän niin siinä sitten pystyy päästä aika paljon syvällisiin asioihin, niin sehän tarkoittaa sitten sitä, että vuorovaikutus toimii hyvin ja se tarkoittaa sitä, pystyy aika hyvin keskustelemaan,...*” (Haastateltava 7)

Psykiatrian puolella pääsee perehtymään syvemmälle ja laajemmin potilaan tilanteeseen, koska potilaat ovat osastolla yleensä pitkään. Psykiatrisessa sosiaalityössä hoitokontaktit ovat yleensä pitkäkestoisia, etenkin kuntoutus osastohoidossa. Psykiatrisessa sosiaalityössä näkyvät myös yhteiskunnan ilmiöt ja trendit. Kaksi haastateltavaa mainitsi esimerkkinä maksuvaikeudet, jotka ovat kasvaneet sekä sen myötä edunvalvonnan ja välitystilien tarve.

#### 5.4 Psykososiaalisen orientaation rooli psykiatrisessa sosiaalityössä

Kysymys, miten ymmärrät psykososiaalisuuden, oli hankala lähes kaikille sosiaalityöntekijöille. Vastaukset olivat erilaisia, mutta niissä oli samoja piirteitä. Työntekijät selittivät kysymyksen hankaluutta sillä, että psykososiaalinen orientaatio on niin ”sisäänrakennettua”, että sitä on vaikea pukea sanoiksi. Psykososiaalisuus on aineiston mukaan keskustelua, vaikuttamista potilaaseen, ei välttämättä terapeutista, tukemista potilaan prosessissa, ohjeiden/neuvojen antamista, kokonaistilanteen huomioon ottamista, laaja-alaista työskentelyä ja se on osa psykiatrista sosiaalityötä. Suuriosa näistä on linjassa teoriaosuudessa esitetyn kanssa, mutta psykososiaalisuus yleensä mielletään terapeutiksi sosiaalityössä. Terapeutisuuden ymmärtäminen psykososiaalisuuden yhteydessä erosi teoriassa esitetyn kanssa. Tulosta ei voi kuitenkaan yleistää, koska vain yksi työntekijä oli tätä mieltä.

*”tää ei ihan yksinkertainen kysymys oo tää psykososiaalisuus.”* (Haastateltava 2)

*”psykososiaalinenhan on semmoinen, et se vaikuttaa sekä siihen psyykkiseen hyvin vointiin mutta myöskin sosiaaliseen toimintakykyyn, et sillä tavalla jotenkin ehkä niin ku ne nivoutuu toisiinsa, mutta minun on hirmu vaikea itse selittää miten minä ite omassa päässä ajattelen, koska se on minun semmoiseen omaan niin ku toimintatapaan ja työskentelytapaan sisään ajettua.”* (Haastateltava 1)

Kaksi haastateltavista kommentoi psykososiaalisuutta näin. Lähes kaikki sosiaalityöntekijät ajattelivat, että psykososiaalisessa lähestymistavassa otetaan huomioon niin psyykinen kuin sosiaalinenkin tilanne. Käsite psykososiaalisuus on laaja. Haastateltavat tulkitsivatkin ja määrittivät käsitettä hieman eri tavoin. Joillekin työntekijöille oli vaikea määritellä sanallisesti, mitä psykososiaalinen orientaatio tarkoittaa. Asia vaikutti aluksi itsestään selvältä, mutta hetken ajateltua käsite on voinut tuntua niin laajalta ja monimuotoiselta, että työntekijöiden täytyi hetki miettiä, mitä psykososiaalisuus on. Haastatteluista tuli myös ilmi, että joillekin työntekijöille teoria on niin syvällä työntekijän ammattitaidossa, että se tulee käytäntöön automaattisesti. Tarkemmin ajateltuna teoriaa on vaikea yhtä äkkiä alkaa niin sanotusti pukemaan sanoiksi. Monet liittivätkin käsitteen määrittelyn käytäntöön. Teoria ja käytäntö sulautuvat yhteen saumattomasti, joten teoria tietoa on vaikea muistaa yksityiskohtaisesti monen vuoden käytännön työskentelyn jälkeen. Oli kuitenkin hyvä, että työntekijät oivalsivat hetken miettimisen jälkeen kertoa käytännön tasolla, mitä psykososiaalisuus on ja millaisen roolin se saa psykiatrisessa sosiaalityössä.

*”...ajattelen sen liittyvään laajempaan näkemykseen sosiaalityöstä, ...et se on aina se kokonaistilanne.”*(Haastateltava 6)

Kuten tämä haastateltava näkee psykososiaalisen orientaation, moni muukin oli sitä mieltä, että se on laaja-alaista työskentelyä ja laaja käsite. Aineiston mukaan psykososiaalista orientaatiota ei voi ohittaa sosiaalityössä ja se on osa psykiatrista sosiaalityötä. Yksi haastateltavista huomautti, että on tiedettävä psyykkisistä sairauksista ja miten ne vaikuttavat elämään ja toimintakykyyn, jotta pystyy auttamaan ja tukemaan potilasta kokonaisvaltaisesti. Tämän tutkimuksen perusteella psykososiaalisuus on suurimman osan sosiaalityöntekijöiden mukaan mielestä laajempi näkemys sosiaalityöstä. Sitä ei voi irrottaa mistään yhteydestä, potilaan tilanne on otettava aina kokonaisvaltaisesti huomioon riippumatta potilaan asiasta. Kuitenkin teoriassa Granfeld (1993, 204) ja Sipilä (1989, 237) ajattelivat psykososiaalisen orientaation olevan yksi sosiaalityön lähestymistapa eli he näkivät sen suppeana käsitteenä. Sipilä sanoi psykososiaalisen orientaation olevan lähinnä terapeutista keskustelua. Haastatteluista tuli kuitenkin ilmi myös ristiriitaisia kommentteja. Joidenkin työntekijöiden mielestä psykososiaalista orientaatiota ei tarvitse lomakkeiden

täyttämässä, mutta toisten mielestä tarvitsee, eikä sitä voi kahden sosiaalityöntekijän mielestä sivuuttaa missään vaiheessa tehdessä sosiaalityötä. Eli jotkut työntekijät näkivät psykososiaalisuuden laajemmassa merkityksessä ja jotkut suppeammassa merkityksessä, kuten myös Bernerin näkemyksen mukaan on kaksi erilaista tapaa määritellä psykososiaalinen työ: Suppeammassa määritelmässä se voidaan nähdä sosiaalityön erikoisalueeksi, subspecialiteetiksi. Laajassa määritelmässä taas psykososiaalinen työ on kokoava nimike ylipäänsä ihmisten kanssa tehtävälle työlle, jossa työskentelyn kohteena on sekä asiakkaan ulkoinen että sisäinen todellisuus. (Bernler 1987, 3.) Sosiaalityön koulutus on Suomessa yhteiskuntapainotteista, joten ei ihme, että haastateltavat ajattelivat psykososiaalisuuden laajana käsitteenä eikä suppeana yksilökeskeisenä terapeuttisena työskentelynä.

*”...pyritään ottamaan se sisäinen maailma, psyyke ja sitten myöskin ulkopuolinen maailma elikkä se sosiaalinen yhtäläillä huomioon ja niillä on vaikutusta toisiinsa...”*  
(Haastateltava 5)

Psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimintakyky ja ympäristö nivoutuvat toisiinsa ja ne tulee ottaa huomioon yksilön tilanteessa, jotta yksilö selviää yhteiskunnassa. Eli yhtä asiaa korjaamalla ei päästä hyviin tuloksiin. Elämä täytyy nähdä kokonaisuutena ja kaikki elämän osa-alueet tulee saada jollain tavalla kuntoon. Vaikka psyyke olisi kunnossa, mutta sosiaalinen elämä ei, niin se voi järkyttää psyykettä tai päinvastoin. Siksi tulee huomioida molemmat puolet tasavertaisesti. Eli vaikka psyykkisestä sairaudesta olisi toipunut, tulee tarkastaa, että arki on turvattua. Tärkeää on huomioida myös potilaan läheiset ja perhe, myös yhteisö otetaan huomioon. Läheisistä on hyötyä myös hoidon aikana, koska vuorovaikutuksessa voi syntyä uusia näkökulmia, merkityksiä ja asioita potilaan tilanteesta, huomautti yksi haastateltavista.

Psykososiaalisuus on aineiston mukaan myös keskustelua, vaikuttamista potilaaseen, ohjeiden ja neuvojen antamista sekä potilaan tukemista prosessissa. Tärkeää on kuitenkin aineiston mukaan olla samalla tasolla potilaan kanssa ja olla aidosti kiinnostunut potilaan edusta ja tarpeista. Yksi työntekijöistä sanoi haastattelussa, ettei psykososiaalisen orientaation tarvitse välttämättä olla terapeuttista.

Psykososiaaliselle lähestymistavalle on tunnusomaista pyrkimys sosiaalisen ja psykologisen tietämyksen vuorovaikutukseen eli tässä lähestymistavassa pyritään ottamaan kantaa sosiaalisen ja psykologisen suhteeseen keskenään. (Toikko 1997, 171.) Tämä oli yhtenevää myös aineistossa teoriaan kanssa. Vaikka suoranaisesti näillä sanoilla asia ei ilmennyt, mutta erinäisistä kommentteista pystyi lukemaan, että käsitteestä kysyttäessä ajateltiin nimenomaan sosiaalisen ja psykologisen tietämyksen vuorovaikutusta. Esimerkiksi jotkut työntekijät mainitsivat, että siitä on hyötyä etenkin ensikontakteissa ja vaaratilanteissa. Näissä tilanteissahan tarvitaan niin psykologisia kuin sosiaalsiakin taitoja. Psykososiaalisesta lähestymistavasta on hyötyä joidenkin haastateltavien työntekijöiden mielestä aina ja kaikkialla. Lisäksi yksi työntekijä mainitsi, että masennus- ja skitsofrenia potilaiden hoidossa on hyödyllistä käyttää psykososiaalista orientaatiota. Psykososiaalisuudesta on hyötyä potilaan elämäntilanteen tukemisessa ylipäättänsä.

Haastateltavat eivät maininneet psykososiaalisen orientaation ennaltaehkäisevää ja korjaavaa työtä, mitä taas teoria osuudessa oli mainittu Granfeldin mukaan. Sipilän mukaan psykososiaalinen työ on orientaatio, jossa terapeutin keskustelu on keskeinen tunnuspiirre. Tätäkään ei aineistosta ilmennyt. Lisäksi teoria osuudessa kerrottiin, että psykososiaalinen työ on muutostyötä ja asiakkaan päätöksiin vaikuttamista, myöskään tätä sosiaalityöntekijät eivät maininneet haastattelussa. Näin ollen teoria osuudessa ja aineistossa oli hieman eroavaisuuksiakin.

### 5.5 Terapia, terapeutisuus ja reflektiivis-terapeutisuus psykiatrisessa sosiaalityössä

Edellä on tullut ilmi, että psykososiaalisuus on esimerkiksi keskustelua, vaikuttamista tai prosessissa tukemista potilaan elämäntilanteessa. Psykososiaalisuus on osa psykiatrista työtä sekä laaja-alaista työskentelyä. Psykososiaalista työtettä kuvataan yleisesti sosiaalityön terapeutiseksi orientaatioksi. Suoraa yhteyttä terapeutisuuteen työntekijät eivät kuitenkaan maininneet haastatteluissa. Terapeutisuus on kuitenkin oleellinen osa psykososiaalista orientaatiota.

Terapeutisuus ja terapia olivat melko selkeitä käsitteitä sosiaalityöntekijöille. Jotkut työntekijät eivät kuitenkaan selkeästi tuoneet esille, miten terapia ja terapeutisuus eroavat toisistaan. Työntekijät, jotka erottivat terapeutisuuden ja terapian, ilmaisivat

sen selkeästi. Eroavuuksia on paljon, mutta tärkeintä oli tuoda esille terapeutin muodollinen pätevyys, koska terapiaa tekevällä työntekijällähän tulee olla terapeutin pätevyys, kun taas terapeutista työtä voi tehdä kaikki sosiaalityöntekijät. Aineistosta nousi kuitenkin hienoja oivalluksia kuten: terapiakin on terapeutista ja työ voi olla terapeutista vaikka ei ole terapiaa.

*”Terapeutisuus on sitä että osaa ja pystyy kuuntelemaan mitä asiakas sanoo ja tuota siinä pystyy löytämään jotain punaista lankaa niistä sanomisista ja sitten päästä siihen mistä aiemminkin puhuttiin vaikuttamaan siihen että, että hän sais mitä omia halujaan toiveitaan jotenkin niin ku auttaa tiedostamaan niitä ja yhdessä asiakkaan kanssa näkemään niitä tulevaisuuden näkökulmia, että visioita mitä että nyt näyttää huonolta tilanne et ei oo vaikka pystyny käymään vuoteen koulussa...”* (Haastateltava 2)

Tämän haastateltavan mukaan terapeutisuus on tavoitteellista vuorovaikutusta ja vaikuttamista ihmiseen ja hänen ajatteluunsa sekä hänen päämääriinsä. Tämä työntekijä on pätevyydeltään terapeutti ja tekee paljon terapiaa sekä terapeutista työtä. Hänen vastauksestaan huomasin, että hän on erikoistunut terapia työskentelyyn sekä hänellä on terapeutin pätevyys.

*”No terapeutisuus on sellainen yleinen termi että työote voi olla terapeutinen vaikka se työ ei sinällään olis terapiaa. Eli terapeutisuutta on se, että kuunnellaan ihmistä sillä tavalla aidosti, sillä tavalla, että se ihminen kokee tulleensa kuulluksi, ja että sen kokemukset ja ajatukset otetaan todesta eikä niitä lähdetä millään tavalla kieltämään tai realisoimaan vaan se ihminen kuunnellaan niin ku annetaan sen puhua mitä se niin ku aattelee ja miten se asiat kokee ja minusta niin ku toiminta on monesti terapeutista”* (Haastateltava 4)

Terapeutisuus voi tämän haastattelun perusteella olla monenlaista, niin toiminnallista kuin sanallista. Yksi työntekijöistä huomautti, että terapeutisuus toiminnallisena muotona, tulee ajoittaa oikein potilaan prosessissa, jotta potilas hyötyisi mahdollisimman paljon. Potilaalle kuulluksi tulemisen tunne, voi olla terapeutista. Potilas saa purkaa omaa ajatusmaailmaa luottamuksella. Jotkut asiat voivat olla erittäin



vaikeita potilaille, jolloin luottamussuhteen toimiminen ja terapeutin kohtaaminen korostuvat, kertoo yksi haastateltavista.

Työntekijät korostivat ”pitkäkestoisuus” -sanaa puhuttaessa terapeutisuudesta. Terapeutisuus on työntekijöiden mielestä vuorovaikutuksellinen luottamussuhde, prosessi tai hoitosuhde asiakkaan ja työntekijän välillä. Terapeutisuus on potilaan tukemista, jota tekee myös monesti psykiatrian puolella potilaan oma vastuuhoidtaja. Terapeutisuus on aineistossa monen työntekijän mukaan ennen kaikkea aitoa kuuntelemista ja vastaanottamista. On tärkeää, että osaa ja pystyy kuuntelemaan, mitä asiakas sanoo. Potilas saa kertoa asiat niin kuin hän itse ymmärtää ja kokee. Työntekijä on ikään kuin peili asiakkaalle. Monet työntekijät korostivat näkökulmien etsimistä. Yhdessä mietitään tietystä viitekehystä tai eri näkökulmia ja pyritään näkemään erilaisia visioita esimerkiksi, millaisena näet tulevaisuuden 5 vuoden päästä. Työntekijä ei anna suoria vastauksia vaan antaa erilaisia näkökulmia potilaalle pohdittavaksi ja punnittavaksi. Työntekijä voi kuitenkin antaa käytännön vinkkejä. Työntekijän tehtävä on etsiä punaista lankaa vuorovaikutuksesta ja pyrkiä vahvistamaan potilaan omaa tahtoa, silloin kuin se on myönteistä tavoitteen saavuttamisen kannalta. Potilaalle tulee kuitenkin antaa omaa tilaa kuvaannollisesti, muistuttaa yksi haastateltavista. Potilaan omat halut ja toiveet tulisi saada tiedostamattomasta tiedostetuiksi, jotta tavoitteisiin päästäisiin. Työntekijän tulee siis tukea potilaan omaa aktiivisuutta ja omaan tavoitteeseen pääsemistä. Jotakin asioita voidaan käsitellä pitkäänkin, mutta tavoitteellisuus tulee muistaa koko ajan. Tavoitteellisuus erottaa terapeutin keskustelun normaalista keskustelusta. Vuorovaikutus voi siis olla terapeutista, se riippuu siitä, miten potilaan kohtaa.

Tämän tutkimuksen perusteella psykiatrian osastolla sosiaalityöntekijät eivät tee niin terapeutista työtä kuin poliklinikan työntekijät. Poliklinikalla lähes kaikki tapaamiset ovat terapeutisia ja suurin osa työstä onkin terapeutista. Yksi työntekijöistä sanoi, että 60 % työstä on terapia/terapeutista työtä poliklinikalla.

### **Reflektiivis-terapeutisuus psykiatrisessa sosiaalityössä**

Termi reflektiivis-terapeutisuus oli monelle työntekijälle hieman vieras tai jopa kokonaan tuntematon käsite. Osa työntekijöistä saattoi kysyä ennen haastattelua tai

haastattelun aikana, ”tarkoitatko tällä termillä sitä että...” Yksi työntekijöistä ymmärsi kysymyksen ”itse reflektiona” eli millainen olen työntekijänä. Termi oli tälle työntekijälle aivan tuntematon. Kolme haastateltavista kertoi tuntevansa reflektiivis-terapeuttisen lähestymistapa ja kolme ei tuntenut sitä lainkaan, kun taas yksi haastateltavista tunsu lähestymistavan jotenkin osittain. Jotkut työntekijöistä ajattelivat, että reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa on lähes koko ajan sosiaalityön vuorovaikutustilanteissa taustalla. Vuorovaikutustilannetta tavallaan reflektoi koko ajan ja etenkin polikliinisessa psykiatrisessa sosiaalityössä terapeuttisuus on paljon läsnä. Termi reflektiivis-terapeuttisuus on siis melko huonosti tunnettu, kun taas termi reflektiivisyys tunnettiin paremmin haastateltavien keskuudessa. Monessa haastattelussa kuitenkin ilmeni lopuksi, että monet työntekijät käyttävät reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa työssään paljon vaikeivätkä tietneet termiä. Tämänkin termin kohdalla ilmeni, että monien työntekijöiden kohdalla teoria ja käytäntö sulautuivat yhteen. Työntekijän saattoi olla vaikea eritellä eri teorioita ja muistaa tätä spesifiä reflektiivis-terapeuttisuutta.

*”...teoriat on niin ku semmoisia jotka vaikuttaa semmoisena tausta vireenä, et aika vaikeeta on ajatella et milloin nyt käytän tämmöistä terapeuttisesti-reflektiivistä vuorovaikutusta et se on sisäänrakennettuna tämmöisessä psykiatrisessa avohoitotyössä, et niihin tilanteisiin mennään niin ku nimenomaan sillä otteella että niitä analysoidaan sekä siinä tilanteessa ja jälkeinpäin ja niin ku mietitään sitä omaa ja toisten toimintaa.”* (Haastateltava 4)

Kaksi työntekijää kertoi käyttävänsä reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa työssään ja kaksi työntekijää taas ei. Yksi työntekijä kertoi käyttävänsä sitä jonkin verran. Kaksi työntekijää ei osannut sanoa. Toinen heistä kertoi, että lähestymistavat ovat niin ”sisään ajettuja” ettei pysty erittelemään, mikä on reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa. Kaksi työntekijää korosti, että reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa käytetään etenkin perheterapiassa, työpari työskentelyssä perheen kanssa. Läheiset ja verkosto on tärkeä ottaa mukaan potilaan hoitoon ja vuorovaikutukseen, jotta hoidosta tulee mahdollisimman laadukasta, tehokasta ja tuloksellista. Yhteiseen tavoitteeseen päästään siis helpommin, kun läheiset ovat mukana hoidossa. Perheterapiassa vaihdetaan kollegan kanssa näkemyksiä ja kysytään perheeltä, ovatko he ymmärtäneet asian oikein, heidän mielestään, kaksi työntekijöistä antoi tällaisen esimerkin reflektiivis-

terapeuttisuudesta. Aineistosta ilmeni myös, että tämä lähestymistapa on tavallaan pohtimista asiakkaan kuullen ja työntekijä voi tehdä tarkentavia kysymyksiä. Työntekijä on tavallaan ohjaamassa vuorovaikutusta ja huomioimassa tärkeitä asioita, mitä vuorovaikutuksessa tulee ilmi. Tämä on linjassa teoriassa esitetyn reflektiivis-terapeuttisen lähestymistavan kuvaavassa osion kanssa. Kaksi työntekijöistä osasi kertoa tarkasti, mitä kyseinen lähestymistapa tarkoittaa. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että aineistosta ilmeni, että kaikki työntekijöiden vastaukset eivät olleet linjassa teoria osuudessa esitetyn reflektiivis-terapeuttisen lähestymistavan kanssa.

*”No ainakin se tekee sen että mä uskon ja luulen että asiakkaan ja työntekijän välinen kuilu kapenee et siinä on ollaan vähän niin ku samassa veneessä ja sen antaa työntekijälleenkin semmoista tai kun se uskaltaa ottaa vastaa semmoista rohkeutta omaa näkemystään jota asiakas kunnioittaa ja sit asiakkaan kannalta voisinkin kuvitella et asiakas kokee et pyritään samaan maaliin.”* (Haastateltava 2)

Edellisessä sitaatissa sosiaalityöntekijä kuvaa reflektiivis-terapeuttiista lähestymistapaa. Hänen mielestään työntekijällä ja asiakkaalla tulee olla sama tavoite, jotta päästään hyvään lopputulokseen. Reflektiivis-terapeuttisessa lähestymistavassa työntekijän ja asiakkaan välinen kuilu pienenee. Tällä työntekijä tarkoittaa sitä, että työntekijän ei tule asettua asiakkaan yläpuolelle vaan ratkaista asioita yhdessä asiakkaan kanssa. Silloin asiakkaan on helpompi uskoutua työntekijälle. Yksi työntekijöistä oli sitä mieltä, että reflektiivis-terapeuttisuus on pohtimista asiakkaan kuullen. Lisäksi yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että reflektiivis-terapeuttinen työskentely on antoisaa. Työntekijä ei maininnut onko se antoisaa työntekijälle vai asiakkaalle, mutta luulen, että tässä hän tarkoitti molemmille.

Psykiatrisen osaston sosiaalityöntekijä kertoi, että hänen työkuvansa on laajemmin ratkaisukeskeistä kuin reflektiivis-terapeuttista tai terapeuttista ylipäättänsä. Tähänkin asiaan vaikuttaa moni tekijä, kuten työntekijän omat intressit, koulutus ja työpaikka, kuten jo aiemmin mainitsin kohdassa työnkuva. Yksi haastateltavista totesi, että reflektiivis-terapeuttisuus on lähestymistapa eikä mikään tietty metodi. Eli on hyvä

huomata, että ratkaisukeskeisyys on sosiaalityön metodi tehdä työtä, kun taas reflektiivis-terapeuttisuus on lähestymistapa eikä niinkään tietty metodi. Tämä voi olla syy, miksi kaikki työntekijät eivät tienneet termiä.

*”...potilaan rooli on vahva ja omaisten sen verkoston, et kaikki asiat pyritään tuomaan esiin semmoisina ku ne on ja niistä voidaan keskustella ja sitä kautta miettiä niihin ratkaisuja. Et ei viedä sitä potilaan asiaa jonnekin kauemmas, jossa se päätetään ja tota ilmoitetaan asioita annettuna vaan ne mahdollisimman pitkälle päätökset ja ratkaisut tehtäis yhdessä niistä koko ajan niin ku keskustelua käyden...”* (Haastateltava 6)

Reflektiivis-terapeuttisuudessa korostuu aineiston mukaan läheiset ja verkostot potilaan ympärillä prosessin aikana. Vuorovaikutuksesta tulee moni näkökulmaisempaa, kun läheiset ovat mukana. Läheiset voivat tukea potilasta olemalla läsnä ja osana hoitoa. Esimerkiksi hoitoneuvotteluissa läheiset voivat miettiä ratkaisuja ihan eri tavalla ja tuoda hyviä ideoita, koska he tuntevat ihmisen ja tilanteen monesti paremmin. Reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa on myös pysähtymistä tiettyihin tärkeisiin asioihin. Työntekijä voi toistaa potilaalle tai läheisille, että hei sinähän sanoit näin ja näin. Ammatilaisen on hyvä olla ohjaamassa vuorovaikutusta ja kiinnittää huomion tärkeisiin asioihin tavoitteen kannalta. Reflektiivis-terapeuttisesta lähestymistavasta on hyötyä esimerkiksi perheristiriita tilanteissa. Seuraavaksi esimerkki aineistosta.

*”I: Et me kun puhutaan reflektiivisestä tämmöisestä työstä niin me aatellaan silloin sitä, se tarkoittaa sitä että me työntekijät reflektoidaan toinen toisillemme sen perheen kuullen.*

*H: Joo. Et se varmaan se perhe on siinä yhdessä ja sitten ku he kuulee toistensa niin ku mielipiteen niin ku ammattilaisten kuullen ammattilaiset ohjaa sitä vuorovaikutusta niin se voi aukaista niitä ongelmia ja...*

*I: Niin, niin se voi monesti aukaista ja sillä lailla tuota semmoista uutta näkövinkkeliä, koska monestihan on niin että vanhemmat kuvittelevat mitä se heidän nuori haluaa, mikä se on meidän nuoren hyväks ja mitä se nuori ajattelee, et siinä tulee monesti yllätyksiä, vanhemmatkin joutuvat toteamaan että ei todellakaan voi tietää mitä sen nuoren päässä on vaikka he luulee tietävänsä.* (Haastateltava 3)

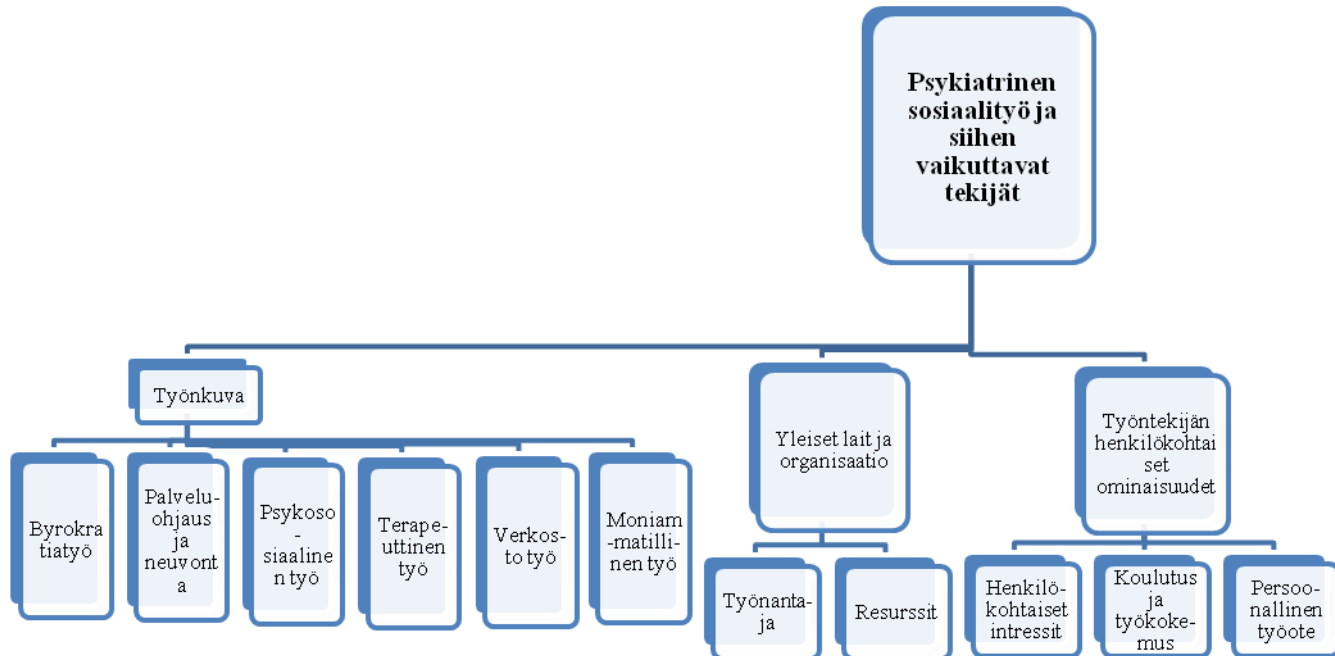
Työntekijä on ikään kuin avaamassa solmukohtia ja helpottamassa perheen kommunikointia puolueettomana ohjaajana. Työntekijän läsnä ollessa perheen on helpompi kertoa oma näkökulma tavallaan ulkopuoliselle ihmiselle oman perheen kuullen. Joskus läheisille ihmisille on vaikea puhua suoraan. Työntekijä oikaisee väärinkäsityksiä ja ohjaa keskustelua erilaisilla näkökulmilla. Perhe itse luo vuorovaikutusta, mutta työntekijä vain ohjaa sitä oikeaan suuntaan eli tavoitteeseen. Reflektiivis-terapeuttisessa lähestymistavassa pyritään aina kuitenkin johonkin tavoitteeseen.

## 5.6 Yhteenveto

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että psykiatrinen sosiaalityö ja sen työnkuva on vielä melko monimuotoista eikä siihen ole yhtä ainoaa oikeaa kaavaa vaan siihen vaikuttavat monet tekijät millaiseksi työnkuva muodostuu. Tämä on linjassa teoriaosiossa esitetyn kanssa. Berner & Johnsson (1988, 9, 34.) ovat samaa mieltä, että psykososiaalisen työn teoriaperusta on edelleen melko täsmentymätöntä ja sen taustalla on monenlaisia eri teorioita. Sosiaalityö on kaivannut selkeää omaa yksilökohtaisen ja terapeuttisen työn metodia, joten psykososiaalinen lähestymistapa on paikannut tämän menetelmällisen aukon. Psykososiaalinen työ on siis tärkeä osa psykiatrista sosiaalityötä.

Psykiatrisen sosiaalityön työnkuvan muotoutumiseen vaikuttaa ensinnäkin se, missä sosiaalityöntekijä työskentelee. Työskenteleekö osastolla vai poliklinikalla, akuutti- vai kuntoutuspuolella, aikuis-, nuoriso- lapsi- vai päihde psykiatrian puolella. Lisäksi työnkuvaan vaikuttaa työskenteleekö avo- vai suljetulla osastolla. Työntekijän yksilölliset tekijät vaikuttavat, esim. työkokemus, koulutus ja omat intressit. Lisäksi työnantajan antamat mahdollisuudet ja rajoitteet, vaikuttavat työnkuvan muodostumiseen. Muita tekijöitä ovat työnantaja, työyhteisö, organisaation säännöt ja yleiset lait. Kaikkien sosiaalityöntekijöiden työnkuvassa ilmeni samankaltaisuuksia, kuten verkostotyö, byrokratiatyö, palveluohjaus, neuvonta, psykososiaalinen työ ja terapeuttinen työ. Lisäksi kaikkien tähän tutkimukseen osallistuvien psykiatristen sosiaalityöntekijöiden työhön kuului moniammatillisuus. Seuraavassa kuviossa (kuviokuva 4) on selkeytetty psykiatrisen sosiaalityön työnkuvan sisältöä ja mitkä asiat sen muodostumiseen vaikuttavat.

## Psykiatrinen sosiaalityö ja siihen vaikuttavat tekijät



(Kuvio 4)

Kuviosta voi huomata, että psykososiaalinen työ on yksi osa työnkuvaa. Lisäksi terapeuttinen työ kuuluu psykiatriseen sosiaalityöhön. Kaikki työnkuvan alapuolella olevat palkit eivät välttämättä ole yhtä suuret todellisuudessa käytännön työssä. Tämän lisäksi käytettävät menetelmät vaikuttavat, miltä työmuotoa käytetään sekä minkä verran. Työnkuvan muodostumiseen vaikuttavat monet eri seikat.

Sosiaalityöntekijän työnkuva ja psykososiaalisen orientaation rooli psykiatrisessa sosiaalityössä vaihtelee siis monien eri tekijöiden myötä. Tutkimuksen perusteella kaikki työntekijät käyttävät psykososiaalista orientaatiota psykiatrisessa sosiaalityössä ja pitävät sitä oleellisena asiana, jota ei voi irrottaa sosiaalityöstä. Sosiaalityöntekijät laittavat psykososiaalisen orientaation tärkeään rooliin psykiatrisessa sosiaalityössä.

Yksi työntekijä teki ansiokkaan yhteenvedon haastattelussa. Hänen mielestään psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimintakyky nivoutuvat toisiinsa. Mielestäni nämä asiat ovat oleellinen osa sosiaalityötä.

Yksi selkeimmistä tutkimus tuloksista oli koulutuksen ja teoreettisen tiedon välinen yhteys. Työntekijät, joilla oli enemmän terapiakoulutusta, he tiesivät psykososiaalisesta orientaatiosta ja reflektiivis-terapeutisuudesta. Osa sosiaalityöntekijöistä käsitti psykososiaalisen orientaation yhdeksi sosiaalityön lähestymistavaksi, kun taas suurin osa sosiaalityöntekijöistä käsitti sen laajempänä käsitteenä, mitä ei voi irrottaa sosiaalityöstä. Lisäksi osa työntekijöistä tiesi käyttävänsä myös reflektiivis-terapeutista lähestymistapaa. Teoreettinen osaaminen vaikuttaa tietysti myös käytännön osaamiseen, koska työskentely välineitä on silloin enemmän.

Sosiaalityön teoria eksakti tietämys on ehkä joillekin työntekijöille hieman epäselvää tai epäoleennaista käytännön työn näkökulmasta. Tämä voi johtua työn ja ammatin luonteesta. Haastattelu tilanne voi jännittää ja teoreettisen tiedon erittely voi olla siksi hankalaa. Yhteiskuntatieteilijöille suurten kokonaisuuksien hallinta on ehkä tärkeämpää, kuin eksaktin tiedon opetteleminen ulkoa. Teorian hallitseminen tukisi kuitenkin myös käytännön työtä, joten koulutuksen merkitys korostuu tästä näkökulmasta. Sosiaalityöntekijä voi kuitenkin työskennellä monessa eri työympäristössä, joten erikoistumiskoulutukset ja lisäkoulutukset tukevat käytännön työtä.

Yksi vaikuttava tekijä työöteeseen, on työntekijän persoonallisuus. Sosiaalityöntekijä valitsee tiedostamattomasti, millä otteella työtä haluaa tehdä. Jotkut haluavat tehdä byrokratia ja palveluohjauspainotteista työtä kun taas toiset haluavat tehdä työtä laajalaisesti sekä käydä psykososiaalisia ja terapeutisia keskusteluita. Tämä määräytyy tutkimuksen perusteella työntekijöiden omista intresseistä, koulutuksesta ja työkokemuksesta. Sosiaalityöntekijät nostivat myös yhteiskunnallisen näkemyksen esille, mikä oli erinomainen huomio. Kaksi haastateltavista puhui yhteiskunnan trendeistä ja ilmiöistä, jotka näkyvät psykiatrisessa sosiaalityössä selkeästi. Trendeiksi mainittiin muun muassa 24/7 kulttuuri ja maksuvaikeudet. Yhteiskunta ja yhteisöt vaikuttavat yksilöön kuin myös toisinpäin.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esittelen johtopäätöksiä. Tutkimustulokset herättivät ajatuksia ja niiden pohjalta on tehty päätelmiä. Johtopäätöksissä pohditaan muun muassa yhteiskuntatieteellisen koulutuksen merkitystä sosiaalityön työnkuvan muodostumiseen sekä mitkä muut asiat vaikuttavat psykiatriseen sosiaalityöhön. Lisäksi johtopäätöksissä on mietitty yhteiskunnan vaikutusta sosiaalityön työnkuvaan ja sen muodostumiseen.

### 6.1 Psykiatrisen sosiaalityön moninaisuus

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan sanoa, että psykiatrian sosiaalityöntekijöiden työnkuva on melko täsmentymätöntä ja jopa epäselvää. Kuitenkin työnkuvaan kuului enemmän byrokratiatyötä kuin terapeutista työskentelyä pääpiirteittäin. Työnkuva saattaa olla hyvin erilainen riippuen organisaatiosta, työpaikasta, työnantajasta, lääkäreistä, työntekijän koulutuksesta, työkokemuksesta, orientaatiosta, omista intresseistä ja persoonasta riippuen. Jotkut työntekijät voivat muokata ja kehittää työnkuvaa omalla aktiivisuudellaan työnantajan sekä resurssien antamissa puitteissa. Osa työntekijöistä on käynyt terapiakoulutuksia ja tämän myötä työnkuva on saattanut muokkautua. Tulosten perusteella psykiatrisen sosiaalityön työnkuva on paljon kiinni työntekijän omasta panostuksesta ja mielenkiinnosta työtään kohtaan, etenkin työpaikoissa, joissa työnkuva on melko täsmentymätöntä. Psykiatrisen sosiaalityön työnkuva on laaja, moninainen, vaativa, haastava ja työntekijän tulee olla moni osaaja. Työnkuva voi myös olla hyvin suppea ja byrokratia keskeinen. Kuitenkin työssä on paljon hyviä puolia, kuten työajan joustavuus, koulutus mahdollisuudet, työntekijä on itsenäinen asiantuntija, työssä ei ole virkavastuuta, työn kehittämismahdollisuudet, kollegiaalinen tuki, työntekijän turvallisuudesta on yleensä huolehdittu hyvin ja oman työajan itsenäinen suunnittelu.

Psykiatrian sosiaalityön työnkuva osastolla ja poliklinikalla eroavat myös sen suhteen, onko työntekijä töissä aikuis-, nuoriso-, lapsi- vai päihdepsykiatrialla. Lisäksi työnkuva eroaa sen mukaan onko poliklinikalla, osastolla, akuuttipuolella, kuntoutuspuolella tai avopuolella töissä. Yhtenäistä näyttäisi kuitenkin olevan byrokratiatyö, palveluohjaus, neuvonta ja psykososiaalisuus. Kaikki tutkimukseen osallistuneet psykiatrian sosiaalityöntekijät käyttävät psykososiaalista lähestymistapaa. Poliklinikalla



työskentelevät sosiaalityöntekijät käyttävät enemmän terapeutista työtettä psykososiaalisen orientaation lisäksi. Osastolla tapaamiset keskittyvät enemmän käytännön asioiden hoitoon. Poliklinikalla työnkuvaan kuuluu enemmän terapeutinen orientaatio.

Työnkuva vastaa teoriassa esitettyjä osaamiskarttoja. Tulokset psykiatrisen sosiaalityön työnkuvasta ovat linjassa teoriassa esitetyn psykiatrian sosiaalityön kuvauksen kanssa. Työnkuva osoittautui kuitenkin hieman laajemmaksi, mitä kirjallisuudessa ja artikkeleista ilmeni. Esimerkiksi teoria osuudessa ei mainittu mitään siitä, että sosiaalityöntekijät olisivat osana potilaiden nuorisopsykiatrista hoitoa. Aineistossa ilmeni, että jotkut sosiaalityöntekijät tekevät jopa nuorisopsykiatrista hoitoa ja hoitosuunnitelmia lääkärin rinnalla. Haastattelusta ei selvinnyt, mitä nuorisopsykiatrisella hoidolla ja tarkoitettiin. Hoitosuunnitelmien teko ei ole mitenkään erikoista sosiaalityön työnkuvassa, mutta se tehdään yleensä moniammatillisessa tiimissä lääkäri johteisesti.

Johtopäätöksenä voidaan sanoa tämän tutkimuksen perusteella, teoria ja käytäntö sulautuvat yhteen saumattomasti. Teorioita ei ajatella jokapäiväisessä työssä. Terapeutin pätevyyden käyneet työntekijät taas tiedostivat vahvasti millä metodilla ja lähestymistavalla tekevät työtään. Jotkut erikoiskoulutukset saattoivat jäädä joiden työntekijöiden mieleen, joissa oli konkreettisia esimerkkejä, miten sitä sovellettaisiin käytäntöön. Esimerkiksi yksi työntekijä mainitsi dialogisuus koulutuksen, jossa konkreettisesti neuvottiin, että tulee toistaa potilaan sanominen, jotta potilas itse kuulee ja ajattelisi uudestaan mitä on sanonut. Työntekijä on ikään kuin peilinä. Tästä koulutuksesta ei saanut terapeutin pätevyyttä. Teorioihin ja tiettyihin metodeihin pohjautuva työ tekee sosiaalityöstä tavoitteellista työtä. Mitään yhtenäistä yksiselitteistä työnkuvaa psykiatrisesta sosiaalityöstä ei ole.

## 6.2 Psykososiaalinen orientaatio psykiatrisen sosiaalityön työnkuvassa

Psykososiaalista orientaatiota käytetään niin osastolla kuin poliklinikalla sekä aikuis- ja nuorisopsykiatrialla. Sosiaalityöntekijät käsittivät psykososiaalisuuden niin, että ihminen otetaan huomioon niin psyykkisesti kuin sosiaalisestikin kokonaisuutena. Eli potilaan kokonaistilanne ja sen huomioon ottaminen oli tärkein asia, mikä nousi esiin

aineisosta puhuttaessa psykososiaalisesta orientaatiosta.

Psykososiaalisen työn teoriaperustan määritelmään vaikuttaa myös se miten suppeasti tai laajasti käsite määritellään. Bernerin näkemyksen mukaan on kaksi erilaista tapaa määritellä psykososiaalinen työ: Suppeammassa määritelmässä se voidaan nähdä sosiaalityön erikoisalueeksi, subspecialiteetiksi. Laajassa määritelmässä taas psykososiaalinen työ on kokoava nimike ylipäänsä ihmisten kanssa tehtävälle työlle, jossa työskentelyn kohteena on sekä asiakkaan ulkoinen että sisäinen todellisuus. (Bernler 1987, 3.) Suurin osa haastateltavista ajatteli psykososiaalisuuden olevan laaja-alainen käsite ja että se on koko ajan työn taustalla vaikuttamassa. Pienempi osa haastateltavista tosin ajattelin psykososiaalisen orientaation olevan vain yksi osa sosiaalityötä, ikään kuin yksi lähestymistapa. Johtopäätöksenä voidaan kuitenkin sanoa, että psykososiaalinen orientaatio kuuluu psykiatriseen sosiaalityöhön ja saa tärkeän roolin työntekijöiden näkökulmasta.

Tutkimuksesta ilmeni, että psykososiaalisuus nähdään eräänlaisena toimintatapana, mitä ei voida suoraan nähdä, vaan se kietoutuu vuorovaikutukseen ja työntekijän työotteeseen. Monikaan työntekijä ei liittänyt psykososiaalista orientaatiota terapeutin orientaatioon, vaikka yleensä sosiaalityössä näin mielletään. Voi olla, että työntekijät olivat haastattelussa keskittyneitä yhteen kysymykseen kerrallaan, eivätkä ajatelleet asiaa laajasti asiayhteyksiä mieltien. Kysyttäessä terapeutin suhteesta kuitenkin ilmeni samoja piirteitä ja ajatuksia kuin psykososiaalisesta orientaatiosta oli ilmennyt haastattelun aikana. Johtopäätöksenä koulutus ja työkokemus lisäävät psykososiaalista ja teoreettista osaamista sekä työn metodien hahmottamista.

Bernerin ja Johnssonin ajattelevatkin, että Ruotsissa on nähtävissä kaksi eri sosiaalityön suuntautumista: psykososiaalinen työ ja yleinen, rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityö on kaivannut selkeää omaa yksilökohtaisen ja terapeutin työn metodologiaa, joten psykososiaalinen lähestymistapa on paikannut tämän menetelmällisen aukon. (Bernier & Johnsson 1988, 9, 34.) Tutkimuksen mukaan tällaista kahta jakoa rakenteellisen ja psykososiaalisen työn välillä ei ilmennyt. Suomessa tämän tutkimuksen perusteella sosiaalityö on sekä että rakenteellista ja psykososiaalista yksilötyötä. Tutkimuksesta selvisi, että poliklinikalla työskentelevät sosiaalityöntekijät käyttivät terapeutin työtä enemmän kuin rakenteellista työtä, mutta tekevät myös rakenteellista

yhteiskuntapainotteista työtä. Suomessa sosiaalityöntekijät tekevät niin palveluohjausta ja byrokratia työtä kuin yksilökeskeistä työtä.

### 6.3. Terapeuttisuus ja reflektiivis-terapeuttisuus Suomalaisessa psykiatrisessa sosiaalityössä

Terapeuttisuus on tämän tutkimuksen perusteella hyvin laaja-alaista ja moninaista. Kaikilla työntekijöillä oli erilaisia ajatuksia siitä, mitä terapeuttisuus on. Yhteneviä mielipiteitäkin oli. Kysymys oli kuitenkin avoin ja kaikki työntekijät toivatkin oman subjektiivisen näkemyksen siitä, mitä terapeuttisuus tarkoittaa heille. Suurin osa työntekijöistä tiedosti, että terapeuttisuus tarkoittaa eri asiaa kuin terapia, mutta kaikki haastateltavat eivät tätä kuitenkaan tuoneet ilmi tai tienneet eroa.

Koulutuksella ja teoreettisella tietämyksellä oli selvä yhteys kysyttäessä reflektiivis-terapeuttisuudesta. Mitä enemmän terapia opintoja työntekijällä oli, sitä enemmän työntekijä tiesi reflektiivis-terapeuttisuudesta. Reflektiivis-terapeuttisuutta tutkittaessa aineistosta nousi yhteneviä tuloksia teoriaan verrattuna, etenkin lisäkoulutettujen sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa. Reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa ei kuitenkaan tunnettu kovinkaan hyvin. Muutama työntekijä ei tiennyt tätä lainkaan. Aineistosta selvisi, että reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa käytetään etenkin perheterapiassa, työpari työskentelyssä ja moniammatillisissa tiimeissä esimerkiksi hoitoneuvotteluissa. Todennäköisesti kaikki sosiaalityöntekijät käyttävät reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa tietämättään.

Kuten tutkimuksessa on aiemmin huomioitu, Suomesta on puuttunut yksilökohtainen terapeuttinen sosiaalityön muoto. Suomessa ei ole kahtiajakoa rakenteellisen ja psykososiaalisen yksilötyön välillä. Sosiaalityön koulutuksessa ei käydä yksilökohtaisia terapeuttisia sosiaalityön metodeja läpi niin voimakkaasti kuin yhteiskuntapainotteisia asioita. Sosiaalityön koulutuksesta voi johtua, etteivät kaikki sosiaalityöntekijät tieneet tai tunnistanee reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa.

Lopuksi vielä on tärkeää mainita, että aineistossa oli myös kohtia, jotka eivät välttämättä aina pidä paikkaansa ja ne olivat lähinnä työntekijöiden subjektiivisia kokemuksia. Uskallan sanoa näin, koska työskentelen itse psykiatrisessa sosiaalityössä

ja olin hieman eri mieltä joidenkin haastateltavien kanssa. Kuitenkin pyrin objektiiviseen näkökulmaan, analysoidessani ja tehdessäni tuloksia. Esimerkkinä aineistosta kohta, joka ei mielestäni pidä paikkaansa oli tällainen: Yhden haastateltavan mukaan potilaiden vaihtuvuus on suurempaa osastolla kuin poliklinikalla. Tämä kuitenkin riippuu siitä, millä osastolla potilas on ja myös poliklinikalla vaihtuvuus voi olla nopeaa, mikäli potilas käy vain muutamalla käynnillä. On olemassa myös pitkäaikaisosastoja, joten tätä ei voi mielestäni yleistää, koska hoitoajat ovat yksilöllisiä. Yksi työntekijöistä näki, että osastolla työnkuva on selkeämpää ja sitovampaa kuin poliklinikalla. Tätäkään ei mielestäni voi yleistää, koska työnkuva vaihtelee työpaikasta riippuen. Voi olla, että potilas joutuu kyllä sitoutumaan osastohoidossa sosiaalityöntekijän kanssa tehtävään työhön enemmän kuin poliklinikalla. Työntekijä ehtii luoda potilaaseen luottamussuhteen osastolla. Tämä kuitenkin riippuu siitä, onko potilas akuutti- vai kuntoutuspsykiatrialla sekä kuinka pitkään. Poliklinikallakin voi ja tulee luoda luottamussuhde potilaaseen, muuten hoitokontakti ei toimi.

Suomessa psykiatrisessa sosiaalityössä käytetään terapeutista lähestymistapaa lähes poikkeuksetta ja se on osa työnkuvaa. Etenkin työpari työskentelyssä ja perhetyössä käytetään paljon reflektiivis-terapeutista lähestymistapaa. Työnkuvat vaihtelevat ja joissain työpaikoissa terapeutista työskentelyä on vähemmän ja joissain enemmän. Mielestäni kaikki terapeutista työtä tekevät työntekijät tarvitsevat työnohjausta, jottei synny sijaistraumatisoitumista ja myötätuntouupumista. Nämä aiheet olisivat mielenkiintoisia tutkimuksen aiheita. Työnkuvan muokkaamiseen on onneksi mahdollista vaikuttaa työntekijä tasolla tutkimuksen perusteella, mikä on hyvä työssä jaksamisen näkökulmasta.

## 7 POHDINTA

Terveyssosiaalityötä on tutkittu melko vähän ja tutkimukset ovat lähinnä pro gradu - tutkielma tasoisia. Terveyssosiaalityöstä ja sen työnkuvasta olisi hyödyllistä tehdä lisää tutkimusta, jotta sitä voitaisiin kehittää oikean suuntaan. Uskon, että terveyssosiaalityön lisätutkimusten tekeminen herättäisi mielenkiintoa psykiatrian sosiaalityötä kohtaan käytännöntyössä työntekijöiden tasolla. Sosiaalityön käytännön tutkimus olisi oiva keino kehittää psykiatrista sosiaalityötä. Tutkimuksen avulla pystyttäisiin tuomaan esille tärkeitä asioita myös poliittiselle tasolle. Poliittinen päätöksenteko vaikuttaa resursseihin ja organisaatioiden mahdollisuuksiin. Jotta poliittisesti voitaisiin tehdä oikeansuuntaisia päätöksiä, tulisi käytännöntyöstä olla enemmän tietoa. Lisäksi tulisi tiedostaa, mitä puutteita psykiatrisessa sosiaalityössä on, jotta niihin pystyttäisiin vaikuttamaan yhteiskunnan tasolla. Laadulliset tutkimukset tulisi myös huomioida entistä paremmin, koska ne tuottavat sisällöllistä ja syvällisempää tietoa. Tämän takia näen tutkimukseni tarpeellisena ja ajankohtaisena. Tutkimuksen aihealue on myös ajankohtainen, koska terveyssosiaalityötä on tutkittu vain vähän.

Työskentelen tällä hetkellä kuntoutuspsykiatrian puolella sosiaalityöntekijänä ja ajoittain käytännöntyössäni kaipaisin työnkuvalleni täsmennystä. Joustava organisaatio, kollegiaalinen tuki ja oma tutkimukseni ovat oleet minulle erittäin tärkeitä ja antaneet minulle mahdollisuuksia kehittää työnkuvaani. Toisaalta työnkehittäminen on yksilötasolla mielenkiintoista ja haastavaa. Yksi esimerkki on etsivä sosiaalityö, mitä tulisi mielestäni kehittää terveyssosiaalityössä, etenkin psykiatrian puolella. Etsivä sosiaalityö on ennaltaehkäisevää ja kartoittavaa luonteeltaan, mikä monesti jää, mikäli työ on kiireistä. Hyvin organisoitu työnkuva mahdollistaa etsivän sosiaalityön tekemistä. Yksi ratkaisu voisi olla sosionomien palkkaaminen sosiaalityöntekijöiden työpariksi tai avuksi. Sosiaalityöntekijälle jäisi enemmän aikaa tehdä niin sanottua ”oikeaa” sosiaalityötä eikä pelkästään byrokratia työtä. Tähän tulisi puuttua ylempää, yhteiskunnan tasolla, jotta terveyssosiaalityöhön saataisiin lisää resursseja. Tämä kuitenkin vaatii laajempaa organisointia. Kuntatasoilla on myös suuria eroja siinä, miten työt ja työnkuva on jaettu työntekijöille. Edistyksenä näen kuitenkin sosiaalityöntekijöiden uuden lain (laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuus vaatimuksista) Laki 29.4.2005/272. Jonka mukaan sosiaalityöntekijöiden tulee olla muodollisesti päteviä, jotta voi tehdä vakituisesti sosiaalityöntekijän töitä.

Tämä nostaa sosiaalityön profession asemaa.

Sosiaalityön mahdollisuudet ovat laajat ja luulen, että niitä pystyttäisiin hyödyntämään tehokkaammin tiedon lisäämisellä, niin sosiaalityöntekijöiden kuin moniammattillisen tiimin keskuudessa. Psykiatrinen sosiaalityö on ainakin Suomessa mielestäni lähinnä korjaavaa ja kuntouttavaa. Ennaltaehkäisevää psykiatrista sosiaalityötä voisikin kehittää. Uskon, että siihen suuntaa ollaan menossa. Kehittäminen riippuu monesti mielenkiinnon kohteista, aktiivisuudesta ja resursseista. Kehittämistä tehdään yleensä, kun löydetään epäkohtia. Kuitenkin kehitystä tulisi tehdä jo toimiviinkin menetelmiin, jotta ne olivat entistä toimivampia ja nykyaikaisia. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että sosiaalityö on melko uusi tieteenala.

Uskon, että psykiatrian sosiaalityötä voisi kehittää myös käytännön tasolla yksilönä, yksittäisenä työntekijänä, työryhmän tai kolegoiden kanssa. Psykiatrisen sosiaalityön kehittäminen lähtee kuitenkin myös yksilötasolta. Aktiivinen kiinnostus asiantuntijuutta ja ammatillisuutta kohtaan lisäävät työn hyvää laatua ja osallistumista koulutuksiin, jotka tuovat uutta tietoa teoriasta käytäntöön. Uusista tutkimuksista ei ole käytännön hyötyä, mikäli ne jäävät teorian tasolle, ne pitää myös tuoda käytäntöön. Työntekijöiden koulutuksiin tulisi siis panostaa, että työntekijät pystyvät toimimaan oman alansa asiantuntijoina. Tieto ja maailma muuttuvat jatkuvasti, työntekijöiden pitäisi pystyä pysymään mukana kehityksessä, jotta potilaita voitaisiin hoitaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja ennaltaehkäisevästi. Tämä tutkimus on herättänyt mielenkiintoa työyhteisössäni Auroran psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksestani on hyötyä myös käytännön tasolla yksittäisille sosiaalityöntekijöille. Toivon, että sosiaalityöntekijät saavat inspiraatioita ja ajateltavaa tästä tutkimuksesta oman työn kehittämiseen sekä voivat käyttää tuloksia käytännön työssä hyödykseen jäsentäessään työnsä metodista perustaa sekä teorian ja käytännön yhteensovittamista.

Sosiaalityön tarkoitus on tehdä sosiaalityö tarpeettomaksi, että yksilöt kykenisivät toimimaan itsenäisesti yhteiskunnassa. Terveystieteiden sosiaalityössä tulisikin panostaa työmenetelminä psykososiaaliseen orientaatioon, psykososiaaliseen hoitoon ja psykoedukaatioon sekä empowermentiin eli potilaan valtaistamiseen ja omatoimisuuteen. Kuntoutuspsykiatrialla hoidon luonne on, ettei tehdä liikaa puolesta. Tarkoitushan on kuntouttaa potilaat mahdollisimman omatoimisiksi.

Lääkekeskeisyyden rinnalla terapeutisuus ja terapia ovat tärkeää, etenkin sellaisten psyykkisten sairauksien yhteydessä, joissa potilas on kokenut traumoja tai on masentunut. Kroonistuneet potilaat eivät välttämättä hyödy terapiasta, etenkin akuuttivaiheessa. Psykososiaaliset hoidot tosin on nähty hyödylliseksi myös kroonisille potilaille. Psykoedukaation avulla potilaita voitaisiin opastaa selviämään itsenäisesti tai edes itsenäisemmin arjessa. Potilaille puolesta tekeminen ei edistä heidän omatoimisuuttaan ja toimintakykyä. Psykoedukaatiota voitaisiin edistää käytännössä sosiaalityön pienryhmä koulutuksilla. Empowermentia voi tehdä jokapäiväisessä työssä.

Tutkimuksesta selvisi, että reflektiivis-terapeutista lähestymistapaa ei tunnettu kovin hyvin, noin puolet sosiaalityöntekijöistä tunsivat sen. Vain terapiaa tekevät sosiaalityöntekijät kertoivat käyttävänsä sitä. Työntekijät, jotka käyttivät kyseistä lähestymistapaa, kertoivat siitä olevan hyötyä perheiden kanssa. Suomessa sosiaalityö ei ole niin terapia ja terapeuttieskeistä, kuin esimerkiksi Amerikassa. Reflektiivis-terapeutista lähestymistapaa käytiin vain lyhyesti läpi yhdellä sosiaalityön kurssilla sosiaalityön opinnoissa. Tämä voi olla yksi syy, miksi kyseinen lähestymistapa oli melko tuntematon. Sosiaalityön tehtävä on yhteiskunnallisestikin riippuvaista. Suomessa on keskitytty ratkaisukeskeisyyteen, byrokratia työhön sekä palvelu ja ohjaustyöhön eikä niinkään terapiapainotteiseen työskentelyyn sosiaalityössä. Suomessa terapiaa tekevät lähinnä psykoterapeutit ja psykologit sekä psykiatrit. Sosiaalityön koulutus on yhteiskuntapainotteista.

Lopuksi haluan vielä sanoa, että tulosten ja teorian vuoropuhelua oli haastavaa tehdä, koska aihealuetta on tutkittu aiemmin niin vähän. Vertailua ei tämän vuoksi syntynyt kovinkaan huomattavasti. Toivon sen sijaan, että tutkimus on tuottanut uutta laadullista tietoa psykiatrisesta sosiaalityöstä ja psykososiaalisesta orientaatiosta.

## LÄHTEET

Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: WS Bookwell Oy.

Auslander, Gail (toim.) 1997. International perspectives on social work in health care: Past, present and future (Special issue). *Social work in Health Care* 25 (1/2). Teoksessa Aviram, Uri (toim.) 1997. *Social work in Mental Health: Trends and issues*. The Havorth Press, Inc. p. 31–55.

Aviram, Uri (toim.) 1997. *Social work in Mental Health: Trends and issues*. The Havorth Press, Inc.

Bernler, Gunnar 1987. Till det psykosociala arbetets metateori. Rapport 3. Göteborg: Institutionen för socialt arbete forskningsavdelningen Göteborgs universitet.

Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth 1988. *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dominelli, Lena 2002. 'Anti-oppressive practice in context'. Teoksessa Adams, Robert, Dominelli, Lena & Payne Malcom (eds.) *Social work: Themes, Issues and Critical Debates* (2 painos) Basigstoke: Palgrave Macmillan, p. 3–19.

Ehrling Leena 2011. Motivoiva haastattelu ja sitoutuminen hoitoon I ja II. Mielen avain- Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. Luento 10.10.2011 Helsingissä.

Eräsaari, Leena 1991. Yksilöllistävä sosiaalityö. Historian tarkastelua. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia A7. Jyväskylä.

Eräsaari, Risto & Haapakoski, Arja 2002. Teoksessa Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson toim. *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä: Kopinjyvä.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 7. painos. Alkuperäinen julkaisuvuosi 1998. Tampere: Vastapaino.

Granfelt, Riitta 1993. Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli 1993. *Monisärmäinen sosiaalityö*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, s. 177–229.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1988. *Teemahaastattelu*. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

<http://www.ifsw.org/p38000408.html?print=true>

Isaacs, William 2001. *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. Helsinki: Kauppakaari.

Isoherranen, Kaarina 2005. *Moniammatillinen yhteistyö*. Vantaa: Dark Oy.



Johansson Monica 2009. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymisen kliiniseen työhön. Psykiatrian ammattilaisten kokemuksia menetelmä koulutuksen jälkeen. Tutkimusraportti. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Espoo: Oriental xPress Oy. Saatavilla www- muodossa: <http://www.otu.fi/cms/images/otupdf/tutkimusraportti.pdf> Haettu 10.10.2011.

Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kananoja, Aulikki & Pentinmäki, Anni 1977. Yksilökohtainen sosiaalityö. Teoria ja käytäntö. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Kananoja, Aulikki 2007. Sosiaalityön tulevaisuuden innovaatiot. Teoksessa Laitinen, Merja & Kempainen, Tarja toim. Tutkiva sosiaalityö. Forssa: Painotalo Auranen Oy, s. 30–35.

Kantola, Hannu 1997. Sosiaalityö ja mielenterveysongelmat – mahdollisuuksia ja kehittämideoita. Teoksessa Viialainen, Riitta & Maaniittu, Maisa (toim.) ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?” Sosiaalityö 1990-luvulla. Stakes raportteja 213. Helsinki: Stakes, s. 199–207.

Karvinen, Synnöve 1993a. Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana. Teoksessa Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri; Karvinen, Synnöve; Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli 1993. Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, s.131–173.

Karvinen, Synnöve 1993b. Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt. Jokiranta, Harri; Karvinen, Synnöve; Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli 1993. Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, s. 15–51.

Karvinen, Synnöve 1996. Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Sosiaalityöiden laitos, Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Kuusela, Pekka & Saastamoinen, Mikko (toim.) 2000. Ruumis, minä ja yhteisö. Sosiaalisen konstruktionismin näkökulma. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 21.

Larivaara, Pekka. Potilas-lääkärisuhde terveydenedistämässä. Saatavilla www- muodossa: [http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/Pekka\\_L\\_Potilas\\_laakarishde\\_terveyden\\_edistamises.pdf](http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/Pekka_L_Potilas_laakarishde_terveyden_edistamises.pdf) Haettu 28.10.2010.

Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti & Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Lindén, Mirja 1999. Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes. Raportteja 234. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Markova, Ivana & Foppa, Klaus (eds.) 1990. The dynamics of dialogue. London: Harvester Wheatsheaf.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Saatavilla www- muodossa:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> Haettu 28.10.2010.

Mutka, Ulla 1998. Sosiaalityön neljäs käänne. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Mäkelä, Kalus (toim.) 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Painokaari Oy. s. 42–61.

Mönkkönen, Kaarina 2002. Asiantuntijasta asiantuntijaksi. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) 1996. Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: OY EDITA AB. s. 51–66.

Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Oksanen Jorma 2010. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito. Duodecim 2010; 126 s. 371–377.

Payne, Malcolm 1996. What is professional social work? Birmingham: Venture Press.

Payne, Malcolm 1997. Modern social work theory. Basigstoke: Palgrave Macmillan.

Payne, Malcolm 2005. Modern social work theory. Thirth edition. Houndmills: Palgrave Macmillan.

Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan toim. 2002. Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: SoPhi.

PKSSK. 2003. Psykiatrin sosiaalityö Tikkamäen mielenterveyspoliklinikalla. Saatavilla www- muodossa:  
[www.pkssk.fi/soap/downloader.asp?id=2718&type=3&user\\_id=1](http://www.pkssk.fi/soap/downloader.asp?id=2718&type=3&user_id=1) Haettu 13.9.2010.

Pyörre Riitta & Teppo Heikkinen 2006. Osaamiskartta: Kuntoutuspsykiatrian sosiaalityö. Auroran sairaala.

Raunio, Kyösti 2009. Olennainen sosiaalityössä. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki: Hakapaino.

Richmond, Ellen Mary 1917/1964. Social Diagnosis. New York: Russel Sage Foundation.

Richmond, Ellen Mary 1922/1971. What is social case work? New York: Arno Press & The New York Times.

Ruulio, Tiina 2009. Mihin katosivat innovaatiot? Suomalaista tutkimus- ja innovaatiojärjestelmää ravistellaan tätä nykyä useammastakin nurkasta. Systemeemi on remontin tarpeessa. Saimaa Itä-Suomen yliopistolehti. 2/2009. Kuopio: Suomen

Graafiset Palvelut Oy Ltd.

Ruusuvuori, Johanna 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna, Nikander Pirjo, Hyvärinen, Matti (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, s. 424–431.

Savolainen, Katri 2008. Yhteisösosiaalityön tehtävä mielenterveyden edistämässä. Licensiaatintutkimus. Sosiaalityö. Kuopion yliopisto.

Seikkula, Jaakko & Arnkil Tom Erik 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sholman, Britta 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. STAKES. Tutkimuksia 137. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Saarijärvi.

Sipilä, Jorma 1989. Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Painokaari Oy Tammi.

Sosiaalihuoltolaki (1989).

Sosweb. Sosiaalityön työmenetelmät. Teoriat. Psykososiaalinen sosiaalityö. Saatavilla www- muodossa: <http://www.valt.helsinki.fi/yhpo/sosweb/sivut/psyksostapa.htm>. Haettu 7.10.2008.

Taipale, Vappu, Lehto, Juhani, Mäkelä, Marjukka, Kokko, Simo, Kling, Tellervo, Viialainen, Riitta toim. 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Toikko, Timo 1997. Psykososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä. Janus 5 (2) 169–188. Forssa: Sosiaalipoliittinen yhdistys.

Topo, Päivi. 2006. Toimintakyky on biopsykososiaalinen kysymys. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti/Journal of social medicine. 1/2006. 43. vuosikerta. Sosiaalilääketieteellinen yhdistys Ry. Saatavilla www-muodossa: <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/viewFile/2355/2194> Haettu 28.10.2010.

Tulppo, Jaana 1991. Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipoliittikan laitoksen tutkimuksia, Sosiaalipoliittikan käytäntö ja opetus. Sarja C: Nro 2. Tampere: Jäljennepalvelu.

Turunen, Jari, Piikivi, Leena, Mäkitalo, Jorma 2004. Sosiosomatiikka – uusi näkökulma laaja-alaisten oirekuvien hallintaan. 120(17):2063–71. Duodecim. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_spape=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo94488&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94488&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero)

Haettu 28.10.2010.

Vainio Anneli, 2009. Biopsykososiaalinen viitekehys. Duodecim: Kivunhallinta. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla www-muodossa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00013](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00013) Haettu 28.10.2010.

Virjonen, Kaija 1996. Ammatillisen auttamistyön lähtökohtia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Vähäaho Tarja. Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa Pirttilä, Ilkka & Eriksson, Susan toim. 2002. Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: SoPhi. s. 59-80.

WHO 2004. Promoting Mental Health. Concepts – Emerging Evidence – Practise. Summary Report. WHO, France.

Yip, Kam-shing 2006. Reflectivity in social work practice with clients with mental-health illness: Promise and challenge in social work education. International Social work. 49 (2) 245-255. London, Thousand Oaks, CA and Delhi: Sage Publications. Saatavilla www- muodossa: <http://isw.sagepub.com/cgi/content/abstract/49/2/245> Haettu 14.12.2009.

## LIITTEET

## Liite 1: Teemahaastattelurunko

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

## 1. Alustusta (Työhistoria ja työnkuva)

- Millainen on sinun koulutus- ja työhistoria?
- Onko sinulla ammatillista täydennyskoulutusta tai terapia koulutusta?
- Miksi hakeuduit psykiatriselle puolelle sosiaalityöntekijäksi?
- Kuinka pitkään olet toiminut sosiaalityöntekijänä, entä psykiatrian puolella?
- Miten psykiatrian sosiaalityö eroaa muualla tehtävästä sosiaalityöstä?
- Millainen on työnkuvasi? Millaisia ovat työtehtäväsi ja työpäivärakenne? Millaista on työajan käyttö, mihin työ painottuu?
- Miten määrittelet sosiaalityön aseman psykiatrian sosiaalityössä sairaalan moniammatillisessa ympäristössä?
- Miten psykiatrisen osaston- ja poliklinikan työnkuvat eroavat toisistaan?
- Mitä erityispiirteitä nuoriso-/aikuispsykiatriassa on?

## 2. Psykososiaalinen lähestymistapa

- Miten ymmärrät psykososiaalisuuden?
- Mitä psykososiaalisuus tarkoittaa psykiatrian sosiaalityössä?
- Milloin ja missä tilanteessa psykososiaalista lähestymistapaa voisi käyttää ja milloin siitä on hyötyä?

## 3. Reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa

- Miten työsi painottuu, millainen suhde yksilökeskeisellä työllä ja yhteiskunnalla on? Integroituvatko ne keskenään?
- Miten ymmärrät terapeuttisuuden? Mikä on terapeuttisuuden osuus työssä?
- Voisitko kertoa työntekijän ja asiakkaan välisestä vuorovaikutusprosessista/suhteesta? Millaista se on ja onko se asiakas vai työntekijälähtöistä? Millainen on onnistunut ja epäonnistunut vuorovaikutus tapaus, voisitko antaa esimerkin?
- Tunnetteko reflektiivis-terapeuttisen lähestymistavan? Mitä se on psykiatrian sosiaalityössä?

- Milloin ja missä tilanteessa reflektiivis- terapeutista lähestymistapaa tulisi käyttää? Milloin siitä on hyötyä ja onko siitä hyötyä?
- Omia havaintoja ja näkökulmia reflektiivis-terapeuttisesta lähestymistavasta?

## Liite 2: Saatekirje

Hei!

Olen Itä-Suomen yliopiston, Kuopion kampuksen sosiaalityön viidennen vuoden opiskelija ja teen gradua tällä hetkellä. Katri Savolainen lähettikin teille sähköpostia tulevasta gradu-tutkimuksestani. Haluasinkin haastatella Kys:n psykiatrian sosiaalityöntekijöitä aiheesta psykososiaalinen sosiaalityö ja reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa. Haastattelut on suunniteltu melko käytännön läheisiksi, kysymykset eivät siis ole pelkästään teoreettisia. Toivoisinkin saavani kuusi haastattelua. Haastatteluun aikaa kuluu noin tunti tai alle tunti ja voin sopia samalle päivälle mielelläni vaikka 2 tai 3 haastattelua. Halukkaat voivat ilmoittaa minulle milloin teille sopisi haastattelu aika. Minulle itselleni parhaiten sopisi 24.5.–26.5. maanantai, tiistai ja keskiviikko, mutta muutkin päivät käyvät kunhan sovitaan ajoissa. Olen itsekkin terveysosiaalityössä somatiikan puolella P-K. keskussairaalassa kuntoutuskliniikan ryhmässä.

Ystävällisin

Nina

nsilvenn@hytti.uku.fi

p.0503650064

(Mikäli haluatte soittaa minulle työaikana, työpuhelinnumeroni heinäkuun puoleen väliin asti on 013- 1712085).

terveisin

Silvennoinen

Kuopion yliopisto

Sosiaalityö

Pro-gradu

Saatekirje

Nina Silvennoinen

St5

[nsilvenn@hytti.uku.fi](mailto:nsilvenn@hytti.uku.fi)

6.5.2010

Sosiaalityö kohtaa niin yksilöä kuin yhteisöämme kohtaavia vastoinkäymisiä. Ihmisten arkielämän rakenteelliset muutokset nostavat ja tuovat esille uusia sosiaalisia ongelmia, joihin sosiaalityön pitäisi pystyä vastaamaan myös tulevaisuudessa. Yhteiskuntamme on melko yksilökeskeinen valtio. Yhteiskunnan muutokset saattavat tuoda epävarmuutta ihmisten arkeen. Yhteiskunnallisen ja hyvinvointivaltion murroksen myötä sosiaalityöhön kohdistuukin monia muutospaineita. (Karvinen 1993b, 17). Sosiaalityöntekijä saattaakin olla ainoa ihminen, joka ehtii kuunnella yksilöä, siksi sosiaalityöntekijän olisi tärkeää nähdä yksilön tilanne kokonaisvaltaisesti. Yhteiskunnallemme tehtävää työtä tehdäänkin yksilöiden kautta. Todennäköisesti jokaiselle ihmiselle on tärkeää, että tuntee tulevansa kuulluksi, etenkin, jos elämässä on vastoinkäymisiä. Onko ongelma siis yksilössä vai yhteiskunnassa - on ikuisuus

kysymys, johon tuskin koskaan kukaan pystyy vastaamaan tyhjentävästi. Sosiaaliset ongelmat johtuvat yleensä monien asioiden summasta.

Sosiaalityöntekijä on suurien kysymysten ja haasteiden äärellä tehdessään sosiaalityötä yksilön ja yhteiskunnan välillä. Selvitäkseen haasteista, sosiaalityö tarvitsee hyviä välineitä eli metodeja, jolla korjata ja ennen kaikkea ennaltaehkäistä sosiaalisia ongelmia. Näitä haasteita ajatelleen sosiaalityön tutkimuksen kannalta on tärkeää kehittää sosiaalityötä. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan psykososiaalista sosiaalityötä ja reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa, joka on yksi sosiaalityön lähestymistapa. Psykososiaalista sosiaalityötä määritän tässä tutkimuksessa yhtenä sosiaalityön osa-alueena eli ns. suppean määritelmän mukaan.

Kansainvälisen tutkimuksen lokakuussa julkistetun arvion mukaan Suomen kansainvälinen asema tieteessä, tutkimuksessa ja innovaatioissa on alkanut heikentyä 2000-luvulla (Ruulio 2009, 5). Myös sosiaalityö tarvitsee uusia innovaatioita kehittyäkseen. Sosiaalityöhön tulisi siis kehittää uusia keksintöjä, uusia menetelmiä ja lähestymistapoja sellaisiin ongelmiin ja tilanteisiin, joihin ei ole aikaisemmin ollut käytettävissä soveltuvia ja vaikuttavia interventioita. Näitä uudistuksia tarvitaan vaikeaksi koettuihin ongelmiin ja uusiin ongelmiin. Nyky-yhteiskunnassa ihmiset ovat suuremmissa määrin omien valintojen ja esimerkiksi mediasta tulevien impulssien varassa. Elämää ohjaavien arvojen merkitys saattaa vähentyä ja näin sosiaalityö joutuu työskentelemään kirjavassa arververkossa. Tällaisessa maailmassa sosiaalityö ei voi turvautua pelkästään järjestelmien turvaan vaan sosiaalityön on mentävä lähemmäksi ihmisen elämää. Eteen tulevat ongelmat ja mahdollisuudet tulisi siis muuntaa uusiksi lähestymistavoiksi ja menetelmiksi. (Kananoja 2007, 30–35.) Tästä johtuen psykososiaalista sosiaalityötä ja reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa tulisi tutkia. Koulutuksen ja tutkimuksen tiivis yhteys, sekä ihmisten elämään ja käytännön työkenttään on erittäin tärkeä osa alan uudistumiseen tähtäävä työtä (mt. 35). Tämä tutkimus voi nostaa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisen vastavuoroisen vuorovaikutuksen keskustelun aiheeksi. Teorialla ja käytännöllä on paljon annettavaa toisilleen, ne voivat kehittyä yhdessä esimerkiksi tämän tutkimuksen avulla. Täytyy kuitenkin muistaa, että työelämässä tilanteet ovat kontekstisidonnaisia ja teoria kietoutuu käytäntöön välillä huomaamattomasti; teoria toimii työntekijöiden käytännöntyön taustalla.



Psykososiaalisen työn teoriaperusta on edelleen melko täsmentymätöntä ja sen taustalla on monenlaisia eri teorioita. (Berner & Johnsson 1988, 9). Tämä on myös yksi syy miksi aihetta tulisi tutkia enemmän. Psykososiaalinen lähestymistapa on mielestäni hyvin olennainen ja tärkeä osa sosiaalityötä. Valitettavasti psykososiaaliselle työlle ei käytännön työssä aina jää aikaa yhtä paljon kuin niin sanotulle mekaaniselle työlle eli taloudellisten ja formaalien asioiden selvittelyyn. Aikapula johtuu resurssien puutteesta, joka vaikuttaa työn lopputulokseen. Ajankäyttö ja työnkuva ovat tietysti työyksikkökohtaisia. Yksilön tilannetta ei aina välttämättä ehdi nähdä kokonaisvaltaisesti sekä syventyä ja kuulla asiakasta tarpeeksi. Sosiaalityöntekijän tulisi kuitenkin nähdä yksilön tilanne kokonaisvaltaisesti. Psykososiaalinen työote on yhtä tärkeää kuin sosiaalityön muut osa-alueet.

Tutkimus on tarpeellinen, koska ensinnäkin tämä tutkimus tuo sosiaalityön psykososiaalista puolta esiin ja muistuttaa yhteiskuntaa ja työntekijöitä, kuinka tärkeää dialoginen vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä on sosiaalityölle tämän päivän yhteiskunnassa ja muuttuvassa maailmassa. Toiseksi tutkimus pyrkii tuomaan esille reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa, joka on mielestäni jäänyt vähäiselle huomiolle sosiaalityössä. Kolmanneksi tutkimus on tärkeä uusien innovaatioiden kehittämisen kannalta, kuten reflektiivis-terapeuttisen lähestymistavan kehittämisen kannalta. Lähestymistapa tulisi ottaa huomioon sosiaalityön tutkimuksessa, koska tämä lähestymistapa vastaanottaa rakenteellisia muutoksia suoraan yksilöiltä ja muokkautuu näin nykypäivälle sopivaksi lähestymistavaksi, koska se ei ole työntekijä keskeinen vaan avoin vuorovaikutukselle. Uskon tämän tutkimuksen tuovan sosiaalityötä lähemmäksi ihmisten elämää ja ongelmia, koska reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa on nimenomaan dialogista vuorovaikutusta sosiaalityön ja asiakkaan välillä, jossa asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Asiakas pääsee itse luomaan ja vaikuttamaan vuorovaikutus prosessiin työnantajan kanssa sekä luomaan uutta ymmärrystä ja teoriaa.

Tutkimukseni aiheena ovat psykososiaalinen sosiaalityö ja reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa psykiatrian sosiaalityön kontekstissa. Aluksi esittelen tutkimuksessani terveydenhuollon sosiaalityötä, psykiatrian sosiaalityötä ja vuorovaikutusta sekä dialogisuutta. Tämän jälkeen käsitelen tutkimuksessa lyhyesti Mary Richmondin case

work:n –tradition historiaa, koska psykososiaalinen sosiaalityö on pohjautunut hyvin pitkälti Richmondin case workista. Tutkimuksessa käsittelen pääasiassa psykososiaalista sosiaalityötä ja sen teoriataustaa sekä vielä spesifimpää reflektiivis-terapeuttista lähestymistapaa ja tutkin millaisen roolin ne saavat sairaalan psykiatrian sosiaalityöntekijän käytännön työssä. Tutkimuskysymyksenäni on:

- 1. Millaisen roolin psykososiaalinen sosiaalityö ja reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapaa saavat psykiatrian sosiaalityössä potilaiden kohtaamisessa?*
- 2. Miten työnkuva/työmenetelmät osastolla ja poliklinikalla eroavat toisistaan, millaisen roolin psykososiaalinen sosiaalityö ja reflektiivis-terapeuttinen lähestymistapa saavat osastolla ja poliklinikalla?*

Tutkimusmetodiksi on valittu kvalitatiivinen puolistrukturoitu temahaastattelu, koska psykososiaalinen sosiaalityö ja reflektiivis-terapeuttisuus ovat aihealueita, jotka ovat jääneet vähäiselle huomiolle sosiaalityössä. Kysymyksessä on Suomessa vähän kartoitettu, melko tuntematon sosiaalityö aihealue. Tutkimus on luonteeltaan kartoittava ja ymmärtämiseen pyrkivä. Haastattelen terveydenhuollon psykiatrian aikuissosiaalityön sosiaalityöntekijöitä Kys:ssä ja pyrin selvittämään heidän työnkuvaansa ja kuinka paljon siihen kuuluu psykososiaalista sosiaalityötä. Haastattelut tulevat olemaan käytännönläheisiä, eivätkä pelkästään teoreettisia. Lisäksi vertailen osastojen ja poliklinikoiden työkuvan eroavaisuuksia psykiatrian sosiaalityössä. Haastattelen niin terapeuttista työtä tekeviä sosiaalityöntekijöitä kuin ei terapeuttista työtä tekeviä sosiaalityöntekijöitä. Haastattelut tulevat tutkimuskäyttöön. Analysointi menetelmäksi on valittu sisällön analyysi.