

MERKINTÖJÄ MARGINAALISSA

Terveys- ja sosiaalinen työ aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä

Mirja Pirttijärvi

Jyväskylän Yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian
laitos

Sosiaalinen työ

Lisensiaatintutkimus

Tammikuu 2013

TIIVISTELMÄ

MERKINTÖJÄ MARGINAALISSA

Terveys sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen määrittelijänä

Mirja Pirttijärvi

Kuntouttavan sosiaalityön erikoistumiskoulutus

Lisensiaattitutkimus

Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Ohjaajat: professori (ma.) Marjo Kuronen ja professori Jari Heinonen

Tammikuu 2013

Sivumäärä: 144

Tutkimus tuottaa tietoa sosiaalityön näkökulmasta niistä ilmiöistä, joita psykiatrisen sairaalahoidon aikana sosiaalityöntekijän ja potilaan kohtaamisissa esiintyy ja joihin sosiaalityö potilaskertomuksiin dokumentoitaessa keskittyy. Potilaskertomusmerkinnät edustavat työntekijän näkökulmasta koottuja keskeisiä asioita potilaan tilanteesta, joita hänen asiansaan on sosiaalityöntekijän vastaanotolla tai yhteydenotoissa käsitelty. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys käsittelee marginalisaatioon liittyviä kysymyksiä ja mielenterveyspotilaan asemaa yhteiskunnassa. Tutkimuksessa tarkastellaan terveys sosiaalityön tehtäviä, mielenterveyspotilaiden elämäntilanteiden jäsenystä terveys sosiaalityön näkökulmasta ja työn dokumentointia.

Aineisto muodostuu 153:n henkilön potilaskertomukseen tehdyistä sosiaalityöntekijöiden merkinnöistä aikuispsykiatrian osastohoitojaksoilla. Tutkimus on laadullinen, aineiston analyysi on suoritettu sisällönanalyysiä kvantifioinnilla täydentäen.

Tulokset on jäsennetty terveys sosiaalityön määriteltyjen tehtävien kautta. Terveys sosiaalityön tehtäviin kuuluvat potilaan toimeentulon turvaaminen sekä sosiaalisen suoriutumisen ja yhteiskunnallisen osallisuuden tukeminen. Tulosten mukaan sosiaalityöntekijät kirjoittavat potilaskertomuksiin eniten taloudellisista asioista. Taloudellisten kysymysten keskeinen merkitys potilaan sairaalahoidon aikana tuli esille myös muissa sosiaalityön kannalta tärkeissä asioissa, kuten asumista tai perhesuhteita käsittelevissä merkinnöissä. Omaisten tuella on keskeinen merkitys mielenterveyspotilaan selviytymisessä asumisen, talouden ja käytännön järjestelyjen haasteista.

Sosiaaliturvaan perustuvien vähimmäistulojen alhainen taso suhteessa yhteiskunnassa vallitsevaan kustannus- ja kulutustasoon näkyy pitkäaikaissairaiden mielenterveyspotilaiden köyhyysongelmina. Sosiaalityöntekijät kirjoittavat potilaiden taloudellisesta ahdingosta potilaskertomuksiin ja potilaille haetaan lainsäädännön mahdollistamia sosiaaliturvaetuuksia. Vaikeimpiin taloudellisiin ongelmiin ei aina löydy tyydyttäviä ratkaisuja. Potilaskertomuksiin dokumentoidessaan sosiaalityöntekijät pyrkivät säilyttämään neutraaliutensa sekä potilaaseen että palvelujärjestelmään nähden.

Yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja osallistumiseen tähtääviä merkintöjä on terveys sosiaalityön potilaskertomusmerkinnöissä vähän verrattuna taloudellisten kysymysten käsitteilyyn. Kuntouttavan sosiaalityön tavoitteiden ja periaatteiden toteutumiseksi tulisi työelämää, koulutusta ja mielekkään tekemisen mahdollisuuksia käsitellä enemmän ja tehdä niistä merkintöjä ja kehittää sosiaalityön dokumentointikäytäntöjä.

Avainsanat: terveys sosiaalityö, mielenterveyspotilaat, dokumentointi, köyhyys, marginalisaatio

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	4
2	PSYKKISESTI SAIRAAN ASEMA YHTEISKUNNASSA	9
2.1	Muuttuva ja monimutkainen mielenterveyspalvelujärjestelmä	9
2.2	Stigma, marginalisaatio ja syrjäytyminen	15
2.3	Pienituloisuus ja köyhyys psyykkiseen sairastamiseen liittyvänä rasitteena	20
3	TERVEYSSOSIAALITYÖ MONIAMMATILLISESSA TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ	24
3.1	Sosiaalityö terveydenhuollossa	24
3.2	Terveyssosiaalityö ja sosiaalityön perinteet	27
3.3	Osallisuus ja asiakaslähtöisyys terveyssosiaalityön arvoina ja tavoitteina	30
4	SOSIAALITYÖN DOKUMENTOINTI	35
4.1	Sosiaalityön dokumentointitutkimus Suomessa	35
4.2	Dokumentointi sosiaalityön asiakastyön osana	37
4.3	Kokonaisvaltaisuuden tavoite sosiaalityön tilannekartoituksissa	41
4.4	Ongelmien ja niiden ratkaisukeinojen määrittelyn merkitys	43
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	46
5.1	Tutkimustehtävä	46
5.2	Tutkimuksen eettiset perustelut	47
5.3	Tutkimuksen aineisto	50
5.4	Lainsäädännön velvoitteet tutkimukselle potilasasiakirja-aineistoja käytettäessä	51
5.5	Aineiston käsittely ja analyysi	53
6	TOIMEENTULON TURVAAMINEN	58
6.1	Sosiaaliturva sosiaalityön asiantuntijuusalueena	58
6.2	Toimintakyvyn ja talouden liitos	62
6.3	Virastokieltä ja sosiaalisuutta	67
6.4	Toimeentulotuki tulovajeen täydentäjänä	70
6.5	Yhteistyö aikuissosiaalityön kanssa	79
7	SOSIAALISEN SUORIUTUMISEN TUKEMINEN	82
7.1	Perhesuhteiden dokumentointi	82

7.2	Vanhemmat avustajina taloudellisissa asioissa	84
7.3	Omaisen luona asuminen	88
7.4	Asumisen taloudelliset edellytykset ja asumistaidot	91
7.5	Aikuisen mielenterveyspotilaan minimi-käteisvarat ja kasvavat rahahuolet	100
7.6	Sairaalamaksuihin liittyvät merkinnät	104
7.7	Taloudellisten ongelmien kierre ja vaikeutuminen	107
7.8	Edunvalvonta selviytymistä tukemassa	110
8	YHTEISKUNNALLISEEN OSALLISUUTEEN TUKEMINEN	116
8.1	Opiskelu ja koulutustausta potilaskertomuksissa	117
8.2	Osallisuus työelämään	121
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	126
	LÄHTEET	134

TAULUKKO:

Potilaskertomusteemojen sijoittaminen terveyssozialityön tehtäviin	57
--	----

1 JOHDANTO

Mitä potilasasiakirjoihin kirjoitetaan? Mieleeni on jäänyt vahva muisto kansakouluajaltani 1960-luvun puolivälistä, kun terveyssisar suoritti näkö tarkastusta meille ensiluokkalaisille kyläkoulun luokkahuoneessa kaikkien läsnä ollessa silloisen käytännön mukaan. Jälkikäteen olen ajatellut, ettei eräs luokkatovereistani pystynyt ehkä jännityksensä vuoksi omaksumaan mitään E-aulun katsomiseen ja näkö tarkastuksessa vastaamiseen selitetyistä ohjeista. Omalla näkö tarkastusvuorollaan hän veikkasi mitä tahansa aakkosia uudelleen ja uudelleen. Lopulta terveyssisar tuskaantui luokan edessä ja sanoi tuimana: ”Nyt minä kirjoitan tähän paperiin: Hän ei kääsitä!” Vastikään koulunkäynnin aloittaneen korvissa lausuma kuulosti kovalta tuomiolta. Että oikein papereihin piti kirjoittaa. Käytännöt ovat muuttuneet monella tavalla noitten aikojen jälkeen, jolloin terveyssisar taisi mustekynällä tehdä merkintöjään. Nykyisin asiakirjamerkintöjen tekemiseen suhtautuminen on enemmän varovaista kuin suoraviivaisten johtopäätösten esittämistä. Terveysthuollossa potilaita ja sosiaalityön palveluissa asiakkaita kohtaavilla eri alojen työntekijöillä on valtaa ja vastuuta asiakirjojen sisällön muotoilussa. Periaatteena on, että merkinnät ovat virheettömiä, asiallisia ja asianomaista henkilöä loukkaamattomia. Niiden tulee sisältää asiointitapahtumaan liittyvät tarpeelliset ja välttämättömät tiedot.

Tutkimukseni käsittelee sosiaalityöntekijöiden tekemiä potilaskertomusmerkintöjä psykiatrisessa sairaalassa. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityöstä on Suomessa vähän tutkimustietoa. Aikuispsykiatrisilla osastoilla tehtävästä terveys sosiaalityöstä tehtävä alueena ei ole juurikaan ole olemassa aiempaa tutkimustietoa eikä siitä käydä julkista keskustelua. Täten alan sosiaalityön sisällöt ja käytännöt ovat jääneet tuntemattomiksi tai etäisiksi sekä eri alojen ammattilaisille että kansalaisille. Sosiaalityön haasteet eri toimialoilla painottuvat erilaisiin asioihin, joten tiedon lisääminen on tarpeellista myös oman ammattikunnan keskuudessa tehtävä jaon ja yhteistyömuotojen selkeyttämiseksi sekä kehitystarpeiden tunnistamiseksi. On tarpeellista saada tietoa, millaisten asioiden ja kysymysten parissa sosiaalityöntekijät työskentelevät psykiatrisilla osastoilla.

Omat lähtökohtani tämän tutkimuksen tekemiseen ovat käytännönläheiset. Olen osallistunut kuntouttavan sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen, jonka osana suoritetaan lisensiaattitutkimus. Lähes koko ammatillinen työkokemukseni on kertynyt toiminnasta sosiaali-

työntekijänä aikuispsykiatrian palveluissa. Aloitin 1980-luvun puolivälissä mielenterveys-toimistossa ja vuosituhannen vaihteessa siirryin psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijäksi. Kuluneilla vuosikymmenillä on yhteiskunnassa ja palvelujärjestelmässä tapahtunut monia muutoksia, jotka ovat heijastuneet psyykkisesti sairaiden ja heidän läheistensä elämään. Psykiatrinen hoitojärjestelmä keskittyy yksilön sairauksiin ja niiden hoitamiseen, kun taas sosiaalityö suuntaa toimintansa painopisteen yksilön ja yhteiskunnan suhteeseen. Hyvinvointivaltion ideana ja periaatteena on ollut huolenpito kansalaisista sairauden vaikeuttaessa omaehtoista selviytymistä. Terveystieteiden kontekstissa sosiaalityön näkökulma ja lähestymistapa potilaan tilanteeseen sijoittuu marginaaliin, koska terveydenhuollossa lääketieteellinen lähestymistapa edustaa ongelmien tulkinnan valtavirtaa. Sairaudet ja niiden hoito ovat lääketieteellisiä kysymyksiä, joihin sosiaalityö omalta osaltaan lisää tarvittaessa oman reunahuomautuksensa; merkinnän marginaaliin. Merkintä marginaalissa viestii huomioon otettavasta asiasta. Toinen näkökulma marginaalisuuteen tässä tutkimuksessa muodostuu mielenterveyspotilaiden aseman tarkastelusta palvelujärjestelmässä ja yhteiskunnassa.

Psykiatrisissa palveluissa kohdataan pienituloisuutta, köyhyyttä, toimintakyvyn puutteita ja toimivien ihmissuhteiden vähäisyyttä. Elämäntilanteita selvitettäessä tulee esille myös erilaisia vahvuuksia ja voimavaroja, jotka ovat kannatelleet potilasta tai omaista. Sosiaalityön ydintehtävä on mielenterveyspotilaan tarpeiden joukosta helposti tunnistettavissa. Oman tieteenalansa lähtökohdista sosiaalityö toimii terveydenhuollossa lähettiläänä, jolla on oma asiantuntijuusalue. On kiinnostavaa, miten sosiaalityö muotoilee potilasasiakirjoissa potilaiden ongelmia ja omaa toimintaansa niihin potilaan tarpeisiin vastatessaan.

Tutkimukseni sijoittuu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrisissa palveluissa vuosina 2005–2010 vähennettiin sairaalapaikkoja ja siirrettiin laitoshoidon henkilöstöresursseja avohoitoon. Aikuispsykiatristen sairaansijojen määrä väheni sairaanhoitopiirin alueella 253 sairaansijasta 117 sairaansijaan. Yksi kolmesta sairaalasta suljettiin, Sisä-Suomen sairaalan toiminta Äänekoskella päättyi vuonna 2008, toimintaa jatkavat Juurikkaniemen sairaala Keuruulla ja Kangasvuoren sairaala Jyväskylässä. Näillä sairaaloilla on yhteinen potilastietojärjestelmä. (Priha 2012, 111.)

Tutkimussuunnitelmani rakentamisesta lähtien olen samalla pyrkinyt miettimään tekemieni valintojen perusteluja ja oikeutusta. Olen valinnut tutkimusaiheen omalta työkentältäni

psykiatrisen sairaalan sosiaalityön dokumentoinnista. Omassa työssäni potilaskertomuksiin kirjaaminen on ollut minulle alusta lähtien kiinnostava asia. Terveysosiaalityöntekijänä potilaskertomusmerkintöjä tehdessäni olen miettinyt, miten asioita pitäisi ilmaista tai milloin olisi parempi jättää kokonaan ilmaisematta jokin esille tullut asia. Yliopiston perusopinnoissa ei asiakastyön dokumentointia opetuksessa käsitelty. Kun työurani alkuvuosina ensimmäisen kerran sain käsiini silloisen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen sosiaalityöntekijät ry:n ohjeen potilaskertomuksiin kirjaamisesta, tuntui helpottavalta löytää ammatillista ohjenuoraa omiin kysymyksiin. Ensimmäisten työvuosien jälkeen ohjeistukset ovat uudistuneet ja kokemus on lisääntynyt, mutta käytännön sosiaalityössä dokumentointiin liittyviä pohdintoja riittää.

Sosiaalityön asiakkaiden kannalta asiakasasiakirjojen muotoilulla ja sanavalinnoilla on suuri merkitys, koska merkintöjä lukiessa luodaan mielikuvaa auttamisen mahdollisuuksista ja rajoituksista. Anneli Pohjolan mukaan tietty ongelmalähtöisyys on sosiaalityön palveluihin sisäänkirjoitettuna, koska sosiaalityön asiakkuus perustuu elämäntilanteesta koettuun vaikeuteen tai ongelmaan. Ongelman ja sen ratkaisumahdollisuuksien hahmottamisessa tarvitaan vastapainoksi voimavarojen ja vahvuuksien esille nostamista sekä asiakkaan omien toiveiden ja tavoitteiden kirjaamista, koska niiden tulisi olla suunnannäyttäjänä työskentelyprosessissa. Pohjola kuvailee onnistunutta asiakaskohtaamista tilanteena, jossa työntekijä osoittaa paneutuvansa asiakkaan tilanteeseen käyttäen tuttua ja ymmärrettävää kieltä ja lähestyy ihmistä kokonaisena arvostaen, mikä välittyy kohtaamisen vuorovaikutukseen. (Pohjola 2010, 52–53.) Tärkeää on näiden elementtien toteutuminen myös kirjallisissa jäsennyksissä, joita kohtaamistilanteista asiakas- tai potilasasiakirjoihin laaditaan.

Marjo Kuronen ja Hanna-Kaisa Isomäki ovat esittäneet informaatioteknologian käyttöä ja kehittämistä käsittelevässä artikkelissaan sosiaalityön kannalta keskeisiä dokumentoinnin sujuvuutta ja tarkoituksenmukaisuutta koskevia kysymyksiä, joita pitäisi pohtia asiakastietojärjestelmiä kehitettäessä. He painottavat tietojärjestelmien merkitystä asiakastyön keskeisenä elementtinä ja jopa vuorovaikutuksen osapuolena. Asiakkaan näkökulmasta oleellinen kysymys on, miten tietojärjestelmä palvelee hänen asiaansa, tarpeitaan ja tavoitteitaan. Artikkelissa kuvataan kansainvälisessä keskustelussa esille noussutta huolta, että asiakastietojärjestelmien kehittäminen ilman niitä käyttävien työntekijöiden mukanaoloa voi aiheuttaa työhön sisällöllisiä tai painotuksellisia muutoksia, jossa tietojärjestelmä alkaa ohjata työntekijän tapaa määritellä asiakkaan tilannetta. Sosiaalityön asiakastyöhön liittyvä

ilmiöiden monimuotoisuus ja asiakastietojärjestelmien tietojen systematisointi ja luokitte-lutapa asettavat haasteita sekä sosiaalityön dokumentoinnin kehittämiseksi sähköisissä asiakastietojärjestelmissä että sosiaalityön tarpeita näkyviin tuovalle tiedon tuotannolle tietojärjestelmien kehittämiseksi. (Kuronen & Isomäki, 2010.) Potilastietojärjestelmien kehittäminen on ajankohtaisesti voimakkaassa kehitysvaiheessa kansallisen terveysarkiston (KanTa) ollessa toteuttamisvaiheessa. Psykiatrisissa palveluissa tehtävästä sosiaalityöstä ja sen dokumentoinnista tarvitaan tutkimustietoa, jotta mahdolliset erityistarpeet voidaan ot-taa huomioon potilastietojärjestelmissä tehtävissä ratkaisuisissa ja kirjaamiskäytäntöjä kos-kevissa sopimuksissa, jotka koskevat sosiaalityötä.

Tutkimukseni aineisto muodostuu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian osas-toilla toimivien sosiaalityöntekijöiden tekemistä potilaskertomusmerkinnöistä psykiatrian sosiaalityön näkymään (PSSOSI). Tutkimus on laadullinen. Aineiston analysoinnissa olen käyttänyt menetelmänä sisällönanalyysia täydentäen sitä kvantifioinnilla.

Tutkimusraportti muodostuu yhdeksästä luvusta. Luvuissa 2–4 esitän tutkimusongelman kannalta keskeistä taustoitusta ja käsitteitä. Aluksi esittelen yhteiskunnan palvelujärjestel-mässä ja erityisesti mielenterveyspalveluissa tapahtuneita muutoksia viime vuosikymme-ninä. Tarkastelen mielenterveyspotilaan asemaa marginalisaatio-käsitteen näkökulmasta. Käsittekseni mukaan marginaaliasema, stigma, köyhyys ja syrjäytymis- tai syrjäyttämisvaa-ra ovat sosiaalityön viitekehyksestä keskeisiä vakaviin psykiatriisiin sairauksiin liittyviä käsitteitä. Palvelujärjestelmän eri konteksteissa mielenterveyspalveluja käyttävästä henki-löstä käytetään eri termejä; sairaalahoidossa puhutaan potilaista, sosiaalihuollon palveluis-sa asiakkaasta, kolmannella sektorilla ja kuntoutuspalveluissa käytetään mielenterveyskun-toutuja-termiä. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityö toimii ”monikielisesti” eli puheessa käy-tetään vaihtelevasti näitä kaikkia termejä riippuen siitä, kenen kanssa keskustellaan. Poti-laskertomuksissa sosiaalityöntekijät käyttävät potilastermiä. Tässä tutkimusraportissa käy-tän edellä mainittuja termejä asiayhteyden mukaan vaihdellen.

Luvussa 3 käsittelen terveyssosiaalityön ja kuntouttavan sosiaalityön tehtäviä liittäen nämä aikuispsykiatrian kontekstiin. Terveyssosiaalityön käsite on viime vuosina yleistynyt ja sillä tarkoitetaan terveydenhuollon sosiaalityötä. Sosiaalityö mielenterveyspalveluissa aset-tuu osaksi moniammatillista toimintakenttää, jossa sosiaalityöntekijän tehtävänä on tarkas-tella ja arvioida potilaan tilannetta sosiaalisesta näkökulmasta. Vuorovaikutus psykiatrises-

sa sairaalassa hoidettavan potilaan ja moniammatillisen henkilökunnan kanssa edellyttävät sosiaalityöntekijältä kykyä asettua kuuntelijaksi ja toisaalta valmiutta esittää oma ammatillisesti perusteltu näkemys selkeästi erilaisissa neuvottelutilanteissa tai kirjallisissa selvityksissä.

Luku 4 keskittyy sosiaalityön dokumentoinnin kysymyksiin potilas- tai asiakasasiakirjoissa. Suomessa sosiaalityön asiakastyön dokumentointia on tutkittu pääosin lastensuojelussa. Dokumentoinnin merkitys potilaan oikeuksien toteutumisen kannalta on käytännön yhteyksissä ja esimerkiksi Kelan julkaisemissa selvityksissä todettu. Yhteiskunnan oikeudellistumiskehitys vaikuttaa sosiaalityöntekijän kielenkäyttöön sekä puheessa että asiakastyön dokumentoinnissa. Kansainvälisestä sosiaalityötä käsittelevästä keskustelusta nostan esille mahdollisuudet käyttää dokumentointia työvälineenä asiakkaan kanssa merkintöjä laatien ja dokumentoinnin merkityksen näkyväksi tekemisessä.

Luvussa 5 esitän tutkimuskysymykset taustoituksineen ja kuvaan omia tutkimuseettisiä pohdintojani. Luku sisältää lyhyen yhteenvedon lainsäädännöstä tulevista mahdollisuuksista ja velvoitteista käytettäessä salassa pidettäviä henkilörekisteritietoja tutkimustarkoituksessa. Lisäksi kuvaan menettelytapojani aineiston analysoinnissa sisällönanalyysimenetelmää käyttäen.

Luvuissa 6–8 on kysymys tutkielmani empiirisistä pääjaksoista. Niissä käyn läpi analyysiprosessin ja käsittelen tutkimustuloksia sovittaen ne terveysosiaalityön tehtävämäärittelyä mukailevasti. Luvussa 9 esitän johtopäätökset ja pohdintojani mahdollisista jatkotutkimusaiheista.

2 PSYKKISESTI SAIRAAN ASEMA YHTEISKUNNASSA

2.1 Muuttuva ja monimutkainen mielenterveyspalvelujärjestelmä

Suomen mielenterveyspalvelujärjestelmä on ollut muutostilassa viimeiset neljä vuosikymmentä. Suomen psykiatristen sairaalapaikkojen määrä suhteessa väestön määrään oli suurimpia maailmassa 1980-luvun alkuun saakka, paikkoja oli tuolloin 4,2 1000 asukasta kohden (Ojanen, Nordling & Laurén 1994). Psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettavien potilaiden määrä oli huipussaan vuonna 1972, jolloin sairaalassa hoidettavia potilaita oli 4,25 1000 asukasta kohden. Sen jälkeen sairaaloiden potilasmäärä kääntyi laskuun. (Salo 1996, 55–56, 197.) Psykiatristen palveluiden rakennemuutos voimistui 1980-luvulla, kun tavoitteeksi asetettiin siirtyminen laitospainotteisesta hoitojärjestelmästä avohoitokeskeiseen malliin (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 12). Vuoteen 1991 saakka Suomessa psykiatrinen sairaanhoito (sekä avo- että laitoshoido) oli järjestetty erillisiin hallinnollisiin yksiköihin mielisairaanhoidopiireissä, kunnes vuonna 1991 psykiatria liitettiin osaksi muuta erikoissairaanhoidoa (Haarakangas 2002, 8). Psykiatrian erillään olemisen muusta lääketieteestä nähtiin epäsuotuisana ajatellen yleissairauksien puolen valmiuksia kohdata psyykkisiä ongelmia ja vastaavasti psykiatrian puutteita somaattisten ongelmien hoidossa. Yhdistämisen ajateltiin parantavan lähtökohtia kohdata ja hoitaa potilaita kokonaisvaltaisesti. Lisäksi tavoitteena oli pyrkiä lieventämään mielenterveyshäiriöihin liittyvää stigmatisoitumista ja häpeää sekä toteuttaa potilaiden tasa-arvoista kohtelua. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 17).

Valtionosuusjärjestelmän muutos vuonna 1993 siirsi erikoissairaanhoidon rahoitusvastuun sairaanhoidopiireiltä kunnille. Kunnille tuli aikaisempaa suurempi taloudellinen vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Rahoitusjärjestelmän muutos ajoittui lama-aikaan, mikä heijastui psykiatriseen palvelutuotantoon heikentyneinä resursseina. (Helén ym. 2011, 40–44.) Sairaanhoitopiiriuudistuksen alussa psykiatrian asema ja asiantuntijuus palvelutuotannon koordinoinnissa heikkeni, jolloin taloudellisten resurssien jakaminen painottui somaattisen erikoissairaanhoidon eduksi (Harjajärvi ym. 2006, 16–17 ; Mielonen 2000, 21; Murto 2003, 66).

Kustannussäästötavoitteinen psykiatrisen avohoidon siirtäminen osaksi kunnallista perusterveydenhuoltoa ajoittui myös 1990-luvulle. Lamavuosien aikana mielenterveyspalvelut

olivat säästökohde, taloudelliset leikkaukset kohdistuivat muuta terveydenhuoltoa voimakkaammin psykiatriin palveluihin. Täten alkuperäinen vuonna 1984 laadittu mielenterveyshuollon komiteamietinnön suositus ja tavoite siirtää laitoksista vapautuvaa henkilöstöresursseja avohoitoon ei toteutunut, mikä vaikeutti avopalvelujen kehittämistä uudistuneita tarpeita vastaavaksi (Manderbacka ym. 2006, 53).

Psykiatrinen avohoito ja sairaalahoito eriytyivät 1990-luvulla moniin yksiköihin, mikä on hajauttanut koko psykiatrisen hoitopalvelujärjestelmän alueellisesti ja hallinnollisesti (Haarakangas 2002, 7-9; Mielonen 2000, 40–45). Mielenterveystoimistojen ja psykiatrian poliklinikoiden toimintakäytännöt kuntien ja kuntayhtymien erilaisissa hallinnollisissa kulttuureissa ovat muotoutuneet hyvin kirjaviksi. Palveluiden määrä ja monipuolisuus riippuvat siitä, miten kunta panostaa mielenterveyspalveluihin. Kuntien panostus mielenterveyspalveluihin on ollut hyvin vaihtelevaa. Avopalveluiden muutostila on jatkuvaa; kuntaliitosten ja kuntien uusien yhteistyösopimusten kautta mielenterveyspalveluja tuottavat organisaatiot ovat muutoksissa mukana.

Mielenterveyslain mukaan avohoidon palvelut ovat ensisijaisia ja psykiatrinen sairaalahoito on tarkoituksenmukaista silloin, kun avohoidon palvelut eivät ole riittäviä. Psykiatriseen sairaalaan voidaan lähettää henkilö omasta tahdostaan tai tahdostaan riippumatta. Tahdosta riippumattoman sairaalahoidon kriteerit on määritelty mielenterveyslaissa. Sen mukaan *henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:*

- 1) *jos hänen todetaan olevan mielisairas*
- 2) *jos hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja*
- 3) *jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä (Mielenterveyslaki 8§).*

Alaikäisten tahdosta riippumattomasta hoidosta on lisäksi laissa annettu erillisiä määräyksiä.

Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö on valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti vähentynyt kuluvan vuosikymmenen ensimmäisellä vuosikymmenellä. Koko maassa vuosina

2005–2008 psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettuja potilaita oli vuosittain n. 32000, v. 2009 n. 30600 ja 2010 29127 potilasta. Sukupuolijakauma hoidossa olleiden potilaiden osalta on tasainen. Koko maan tilastossa potilaiden keski-ikä on 42 vuotta. Hoitojaksojen kesto on 2000-luvulla lyhentynyt viidellä päivällä ollen vuonna 2010 35 päivää. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettujen potilaiden määrä on laskenut vuosina 2005–2010 1520:sta 1041 potilaaseen vuodessa. Vuoden 2010 valtakunnallisen tilaston mukaan skitsofreniaa sairastavat olivat suurin diagnostinen ryhmä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Skitsofrenia-diagnoseilla oli sairaalahoidossa 9913 potilasta. Mielialahäiriöiden vuoksi hoidossa olleiden määrä oli 9390 potilasta. Kaikista hoitopäivistä yli puolet (57 %) käytettiin skitsofrenian hoitoon ja liki neljäsosa (23 %) mielialahäiriöiden hoitoon. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012.)

Laitospaikkojen vähentäminen on vaatinut asumispaikkojen ja palvelujen kehittämistä psykiatrisista sairaaloista kotiutuneille pitkäaikaipotilaille. Laitos- ja avopalveluiden rinnalle on kehittynyt asumispalvelutuotanto, joka 1980-luvun loppupuolelle saakka oli pääsääntöisesti julkista palvelutuotantoa. Yksityisen palvelutuotannon laajeneminen mahdollistui sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain tultua voimaan vuonna 1993. Sen mukaan kunta voi tuottaa järjestämisvastuullaan olevat sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta (L 3.8.1992/733 4§). Julkisen palvelutuotannon ohella asumispalveluja alkoivat tuottaa yksityiset yritykset, osakeyhtiöt, kuntayhtymät ja säätiöt sekä voittoa tavoittelemattomat yhdistykset. Monilukuisten palveluiden tuottajien toiminnan koordinointi on näyttäytynyt haasteelliseksi ja palvelujärjestelmän rakentaminen suunnitelmallisesti ei ole tältä osin toteutunut. Rakennemuutoksen keskeneräisyyttä kuvastavat tutkimustulokset, joiden mukaan sairaaloista kotiutetut pitkään skitsofreniaa sairastaneet potilaat kärsivät laitostumiseen liittyvistä ongelmista ja yksinäisyydestä. (Salo & Kallinen 2007, 336; Helén ym. 2011, 44.)

Yhteiskunnallisessa keskustelussa on nostettu esille näkökulma palveluiden yksityistämisen haitoista tai tarkoittamattomista seurauksista. Taloudellista tehokkuutta korostavat pyrkimykset ja ekonomistisen ajattelun painottuminen hyvinvointipalvelujen tuottamisessa voivat johtaa työn tekemisen ehtojen kiristymiseen ja siihen, ettei työn suorittaminen hyvin ole mahdollista ammattitaidosta riippumatta (Murto 2003, 82; Eräsaari 2006, 89). Asumis-

palvelutuotanto on merkittävässä määrin siirtynyt suurille terveystalouksille, joiden liiketoiminnallinen voitontavoittelu ei tue mielenterveyskuntoutujien voimaantumisen, itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden tavoitteita. Yhteiskuntatalouden näkökulmasta kriittistä on se, että yrityksiltä ostetaan palveluja verovarjoilla, mutta yritykset ovat ohjanneet tuottojaan Suomen verotusjärjestelmän ulkopuolelle. (Ruohonen & Wahlbeck 2012.) Siirtyminen asumispalveluista itsenäiseen asumiseen on ollut odotettua hitaampaa. Vaarana on, että asumispalveluista muodostuu entistä B-sairaalaverkostoa vastaava laitosjärjestelmä. (Tuori 2011, 49.)

Mielenterveyspalveluihin liittyy myös alueellista eriarvoisuutta johtuen mielenterveysalan asiantuntijoiden epätasaisesta alueellisesta sijoittumisesta; suuri osa psykiatreista ja psykoterapeuteista on keskittynyt yliopisto- ja keskussairaaloiden ympärille ja psykiatripalveluiden puute on vaikeuttanut hoidon ja palvelujen piiriin pääsyä erityisesti pienissä kunnissa. Rakennemuutoksen linjan mukaisesti yhä vaikeammin sairaita pyritään hoitamaan avohoidossa. Muutoksesta ovat kärsineet erityisesti heikossa sosiaalisessa asemassa olevat henkilöt, joilla mielenterveydenhäiriöt ovat muita yleisempiä ja joiden mahdollisuudet käyttää yksityisiä mielenterveyspalveluja ovat vähäiset. (Manderbacka ym. 2006, 47, 53.)

Kolmannen sektorin toimijoiden rooli mielenterveystyössä on 1990-luvulta lähtien kasvanut ja tullut täydentämään julkisen sektorin palveluja. Järjestöt ja muut itseorganisoituvat palveluntuottajat pystyvät parhaimmillaan vastaamaan sellaisiin mielenterveysongelmaisten arjessa ilmeneviin tarpeisiin, joita terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut eivät tunnista tai kohtaa (Manderbacka ym. 2006, 47). Uusia toiminta- ja palvelukokeiluja on monilla paikkakunnilla kokeiltu ensin järjestöjen kautta tuotettuna toimintana, jolloin on hyödynnetty joustavuuden ja innovatiivisuuden mahdollisuutta, jolle on kolmannella sektorilla paremmin tilaa kuin jäykemmän suunnittelumallin omaavissa julkisissa organisaatioissa (Murto 2003, 71). Järjestöjen toimesta on toteutettu paljon erilaisia määräaikaista projektiaisia palveluja, jotka sinänsä ovat olleet hyvä lisä palvelutuotannossa. Toisaalta määräaikaista projektia epävarmalla rahoitusjatkuvuudella ovat myös lisänneet sekavuutta ennestäänkin monimutkaisessa palvelujärjestelmässä. Yksityisiä palveluntuottajia on tullut lisää sekä terapiapalveluihin että eriaikaisiin psykiatriin asumispalveluihin.

2000-luvun alussa ilmestynyt sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Mielenterveyspalveluiden laatusuositus korostaa mielenterveystalouden huomioimista kuntien palvelutuotannossa laaja-alaisesti. Mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulisi sen mukaan

suunnata 1) elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen 2) ongelmien ehkäisyyn 3) psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen 4) mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen 5) tehokkaaseen hoitoon ja 6) monipuoliseen kuntoutukseen. Suosituksessa korostetaan edelleen avohoidon ensisijaisuutta sairaalahoitoon nähden. Suosituksen tehtävä oli toimia työkaluna paikallisten mielenterveys- ja hyvinvointistrategioiden suunnittelussa, kuntia sitovaa normitusta tai ohjeistusta se ei sisältänyt. (STM 2001.) Mielenterveysnäkökulman sisällyttäminen laaja-alaisesti yhteiskunnan palvelutuotannossa eri toimialoilla huomioitavana tekijänä voidaan nähdä myönteisenä ja toivottuna kehityssuuntana. Toisaalta jälkikäteen arvioituna laatusuosituksessa peruspalvelujen rooli ja asema mielenterveyspalvelujen tarpeen tunnistamisessa ja ongelmien kohtaamisessa oli liian optimistinen suhteutettuna perustason 2000-luvun alun resursseihin ja väestön palvelutarpeisiin, joita perustasolla kohdataan. Pohdittavaksi voi nostaa laatusuosituksen kolme ensimmäistä kohtaa, jotka sisällöllisesti sopivat hyvin sosiaalipalveluihin. Herää kysymys, ovatko suosituksen linjaukset joissakin kunnissa vaikuttaneet sosiaalipalveluiden resursointiin ja osaamisen vahvistamiseen.

Mieli 2009 – Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma oli 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen lopulla ministeriötasolla valmisteltu linjaus mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelma oli ensimmäinen valtakunnallisella tasolla tuotettu päihde- ja mielenterveyspalveluja yhdessä käsittelevä suositusasiakirja. Suunnitelman taustoituksessa todettiin nykyisen hajanaisen palvelujärjestelmän vaikeuttavan palveluita tarvitsevien pääsyä palveluiden piiriin tai aiheuttavan kokonaan niitä vaille jäämistä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden resursoinnissa avohoidon kehittämistä on edelleen jarruttanut laitoshoidon järjestämiseen kohdistuneet suuret kustannukset. Suunnitelman mukaan avohoidon kehittäminen ja monipuolistaminen on aloitettava ensiksi, jonka jälkeen laitospaikkoja on mahdollista vähentää. Suunnitelmassa asetetaan tavoitteeksi psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen väheneminen valtakunnallisella tasolla niin, että vuonna 2015 tarvitaan noin 3000 psykiatrasta sairaansijaa, kun niitä 2009 oli noin 4600. Suunnitelmassa esitetään psykiatrisen sairaalahoidon kehittämisen tavoitteeksi kaikkien psykiatristen sairaalaosastojen asteittainen siirtyminen yleissairaaloiden yhteyteen. Tavoitteena on vähentää psykiatrisen sairaalahoidon leimaavuutta ja laitostavaa vaikutusta. Muutosta perustellaan myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisten runsaaseen somaattiseen sairastamiseen liittyvillä tutkimus- ja hoitotarpeilla, joiden toteuttaminen samassa rakenteellisessa yksikössä olisi joustavampaa. Psykiatristen- ja yleissairaalapalveluiden keskittäminen sa-

moihin toiminnallisiin ja rakenteellisiin yksiköihin on valtakunnallisesti suuri haaste pelkästään rakentamistarpeita ajatellen. (STM 2009.)

Yhteiskunnalliset muutokset ja hallinnolliset virtaukset heijastuvat mielenterveyspalveluihin. Edellä kuvaamassani neljän vuosikymmenen prosessissa on toistuvasti ollut esillä samoina tavoitteina laitospainotteisuuden vähentämispyrkimys ja psyykkiseen sairastamiseen liittyvän stigmatisoitumisen lievittäminen. Vuonna 1996 julkaistussa väitöskirjassaan Markku Salo esittää kriittisesti, että laitoshoidon purkamista ohjaavassa muutosprosessissa Suomessa jäi huomiotta kysymys siitä, miten ihmisten väliselle kunnioitukselle ja solidaarisuudelle perustuvaa kulttuuria voitaisiin rakentaa. Hän toteaa, ettei solidaarisuuden tai vastavuoroisen kunnioituksen toteutumisesta voida säätää lailla. Jokaisen ihmisarvon tunnustaminen, erilaisuuden hyväksyminen ja yhteisvastuullisuuden toteutuminen vähempiosaisten hyväksi voimavaroja luovuttaen edistää solidaarista elämänmuotoa. (Salo 1996, 267, 307, 309–310.) Taloussuhdanteiden vaikutukset ovat olleet voimakkaita sekä palvelutuotannossa että palveluja tarvitsevien elämässä. Mielenterveyslain 4 §:n mukainen kuntien velvollisuus mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu kunnan alueella vallitsevia tarpeita vastaavasti on varsin väljä kehys, jonka sisällä poliittisella päätöksenteolla on runsaasti liikkumavaraa, jolloin myös muutokset poliittisissa voimasuhteissa vaikuttavat kuntien palvelutarjontaan.

Martti Lindqvist otti terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan puheenjohtajana jo vuonna 2000 kantaa yhteiskunnan eriarvoistumiskehitykseen ja kritisoi terveydenhuollon ammattilaisten liiallista sopeutumista ja kritiikkittömyyttä tämän kehityksen suhteen. Hän muistutti syntyneestä epätasapainosta ja ongelmasta, joka on syntynyt, kun maassamme noin kaksi kolmasosaa ihmisistä kokee pärjäävänsä hyvin ja olevansa kehityksessä mukana. Ulkopuolelle jäävä kolmannes koostuu hyvin erilaisista ihmisistä, joilla on itse asiassa hyvin vähän sananvaltaa yhteisön kehityksessä. Tyytyväinen enemmistö pitää vallan itsellään ilman suurempia omantunnon tuskia. (STM 2001, 20–21.)

Mielenterveyspalveluita tarvitsevan kansalaisen kannalta edellä kuvaamani jatkuva muutos mielenterveyspalvelukentässä ei ole pelkästään eduksi, vaikka yhteiskuntajärjestelmässä muutoksia perustellaan toiminnallisilla ja taloudellisilla syillä. Jatkuvasti muuttuvat organisaatiot ja niiden toimintamallit tekevät palvelujärjestelmästä käyttäjälle vaikeaselkoisen. Suuri ongelma edelleen on epätasapaino palvelutarpeen ja -tarjonnan välillä. Oma lukunsa

on palvelujärjestelmässä toimivien, palveluita tuottavien työntekijöiden työn sovittaminen uudistuviin rakenteisiin ja palveluohjaustehtävissä ajan tasalla pysymiseen.

2.2 Stigma, marginalisaatio ja syrjäytyminen

Vaikeisiin mielenterveydenhäiriöihin, erityisesti psykoositasoisiin sairauksiin kohdistuu pelkoja ja psyykkisesti sairastuneisiin ihmisiin suhtaudutaan ennakkoluuloisesti ja varautuneesti. Osoituksena tästä on, että mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä tavoitteeksi asetettu pyrkimys vähentää psyykkisiin sairauksiin liittyvää stigmatisoitumista on säilynyt tarpeellisenä vuosikymmenestä toiseen, vaikka tieto ja tiedottaminen mielenterveysongelmista on moninkertaistunut. Sosiaalisissa suhteissa psyykkisesti sairastuneen toistuva erilaiseksi leimautuminen ja vaikeus jakaa omia kokemuksiaan kanssaihminen kanssa, johtaa eristäytymiseen tai muiden tekona toteutuvaan syrjäyttämiseen. Suomen Mielenterveysseuran kehitysjohtaja Kristian Wahlbeck toteaa häpeäleiman eli stigman poistamisen olevan edelleen mielenterveystyön suurin haaste ja yksi keskeisimmistä tavoitteista. Mielenterveydenhäiriöihin kohdistuvan leimaamisen taustalla ovat kielteiset asenteet ja tietämättömyys. Stigma aiheuttaa alemmuudentunteita ja vetäytymistä sekä elämän mahdollisuuksien kapeutumista. Vetäytyminen ja arkuus eivät välttämättä aina ole psyykkisen sairauden oireita, vaan stigman seurausta. (Wahlbeck 2012, 30–31.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) kannanoton mukaan mielenterveyspotilaisiin ja heidän läheisiinsä kohdistuvan stigman, syrjimyksen ja sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisemisessä tarvitaan monialaista yhteistyötä, koska mainitut ongelmat vaikuttavat laaja-alaisesti tämän ihmisryhmän jokapäiväisessä elämässä. Mielenterveyshäiriöitä sairastavien osuus työvoimasta on matala ja heihin kohdistuu syrjintää työllistämistilanteissa. Terveystaloudessa mielenterveyspotilaisiin kohdistuu asenteita, jotka vaikuttavat tarjottuihin hoitomuotoihin sekä fyysisissä että psyykkisissä ongelmissa ja palvelut heille ovat tasoltaan huonompia. Mielenterveysongelmista kärsivillä on vähemmän mahdollisuuksia osallistua opiskeluun, vapaa-ajan harrastuksiin, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja urheiluun. Heidän taloudellinen asemansa on heikompi yleisesti ja mahdollisuudet saada vakuutuksia tai luottoa ovat rajoittuneet. Asumiseen liittyvät ongelmat näkyvät vaikeuksina saada vuokrasopimuksia ja mahdollisuuksien puutteena valita asuinpaikkansa. Edelleen mielenterveyspotilaille tarkoitettut asumisyksiköt ovat suuria, vaikka pyrkimys on laitospaikkien purkamiseen asumisessa. Perhe- ja läheissuhteiden ylläpitäminen ja muodostaminen on vaikeu-

tunutta stigmaan ja syrjäytymiseen liittyen. Mielenterveyspotilaiden täysivaltaista kansalaisuutta on estetty muun muassa äänioikeuden, sopimusten tekemisen ja virallisten asemien saavuttamisen rajoittamisella. Psykiatrisia potilaita ei aina oteta vakavasti, mikäli he ilmoittavat joutumisestaan fyysisen tai seksuaalisen väkivallan uhriksi. Henkilöt, joilla on mielenterveysongelmia, ovat ylliedustettu ryhmä vankiloissa. Media ruokkii syrjimistä ja stigman ylläpitämistä tuottamalla negatiivisia tietoja psyykkisesti sairaista. Usein psyykkisesti sairaisiin yhdistetään väkivalta, arvaamattomuus ja vastuuttomuus. (WHO 2008, 8–9.)

Marginalisaatiossa keskeistä on ulkopuolisuuden kokemus valtavirtaan nähden. Kyse on ”meidän” ja ”toisten” välillä vallitsevista kulttuurisista ja sosiaalisista eroista. Normaalisuutta määritellään valtakulttuurin suunnasta. Keskuksen ja marginaalin välinen ero uusiutuu sekä arkisessa ihmisten välisessä kanssakäymisessä että institutionaalisissa käytännöissä. Normaalisuus ja epänormaali vaihtuvat ajan ja paikkojen mukaan. Marginaaliin sijoittuvat ryhmät ovat keskenään erilaisia. Sama henkilö voi jollakin elämänalueella sijoittua marginaaliin ja olla jollakin toisella alueella valtavirrassa. (Jokinen, Huttunen & Kulmala 2004, 10–13.)

Eläminen marginaalissa vaikuttaa yksilön rooleihin ja identiteetteihin usein alisteista asemaa vahvistavalla tavalla. Roolit ovat vallan tuottamia ja valtasuhteiden välineitä, joiden avulla osoitetaan oma asema sosiaalisissa suhteissa. Kuka tahansa ei voi valita mitä tahansa roolia, vaan rooleista käydään kilpailua, niitä ansaitaan ja lunastetaan. Muutoksen saaminen marginaaliseen asemaan tai marginaalista murtautuminen vaatii mahdollisuutta uudenlaiseen toimintaan, mikä puolestaan edellyttää muutosta valtasuhteissa. (Hyväri 2001, 103, 136.)

Marginaaliasemaan liittyy siis kysymys vallasta. Zygmunt Baumaniin viitaten Susanna Hyväri toteaa, että henkilön asema yhteiskunnallisessa hierarkiassa on sitä korkeampi, mitä enemmän hänellä on mahdollisuuksia tehdä valintoja (Hyväri 2001, 80). Vielä nykyisin psyykkiseen sairastamiseen liittyy paljon erilaisten koulutusmahdollisuuksien ja työllistymisen ulkopuolelle jäämistä, jonka seurauksena yhteiskunnallinen osallisuus ja mahdollisuus valintoihin voi rajoittua sekä sosiaalisella että taloudellisella osa-alueella. Psyykkisesti sairaiden kompetenssien kyseenalaistamisella on yhteiskunnassa pitkä historia. Täysivaltaisen kansalaisuus on ollut rajoitettu. Esimerkiksi mielisairaalapotilaiden äänioikeutta koskevat rajoitukset purettiin Suomessa laista vasta vuonna 1972 (Harjula 2010, 15).

Psyykkisesti sairastuneille potilaan rooli tarjoutuu erilaisissa hoitokontakteissa ja sosiaalisissa suhteissa. Ammattilaiset määrittelevät sairauden ja sen käytettävissä olevat hoitomuodot, joista potilaan kanssa pyritään luomaan yhteisymmärrys. Mielenterveyskuntoutujien kykyä tehdä adekvaatteja valintoja ja päätelmiä kyseenalaistetaan edelleen yleisesti, jolloin tuotetaan kuntoutujille avuttomuuden ja kyvyttömyyden kokemuksia. Vähitellen järjestelmä alkaa ottaa vastuuta ihmisestä ja hänen valinnoistaan. (Peltomaa 2005, 37.) Kirsi Günther osoittaa analyysissään mielenterveyskuntoutujien asumisyksikössä tehtyjen kuntoutussuunnitelmien määrittävän kuntoutujan roolin hoitoa, apua, tukea ja ohjausta tarvitseväksi, arvioinnin ja kontrollin kohteena olemiseen sekä mahdollisuuteen toimia vertaistukena toisille kuntoutujille. Suunnitelmat painottuivat ammatilliseen näkemykseen kuntoutujan tilanteesta (Günther 2012, 27). Hyväri kuvailee mielenterveyskuntoutujan yhteiskunnallisen roolin ja identiteetin muovautumista käsittelevässä artikkelissaan käännettä, joka tapahtuu vakavan psyykkisen sairastumisen ja diagnoosin saamisen myötä. Hoidon piirissä oleva ihminen on ”sairaana kirjoissa” ja sairaalan hoitokäytännöt määrittävät arjen rytmittymistä. Hyväri löytää tutkimistaan mielenterveyskuntoutujien kirjoittamista elämäntarinoista psyykkisen sairastumisen seurauksena tapahtuvan aikaisemman identiteetin hylkäämisen ja alistumisen hoidollisissa suhteissa määrittyville minän määriytyksille. Hyväri haastaa psykiatrista hoitojärjestelmää pohtimaan, miten yhteiskunnallista syrjäytymistä ja leimautuneita identiteettejä tuottavia hoitokäytäntöjä voitaisiin purkaa. (Hyväri 2011, 234–239, 248–254.)

Kulttuurisesti myös paikoille ja tiloille määrittyy identiteettejä, joiden perusteella paikka asemoituu kulttuurisella kartalla. Esimerkiksi päihdehuollon palveluihin kuuluva naisten asuntola määrittyy marginaaliseksi paikaksi, koska se edustaa palveluverkostossa ja asuntomarkkinoilla viimesijaisuutta (Jokinen 2004, 76–77; Vanhala 2005, 238–249). Vastavalla logiikalla myös psykiatrinen sairaala asettuu marginaaliin. Potilas lähetetään psykiatriseen sairaalaan silloin, kun mitkään avohoidon palvelut eivät ole riittäviä potilaan tilanteen hoitamiseksi. Marginaalisen paikan kielteinen leima yhdistetään sekä palveluun että palveluiden käyttäjiin. Arkisen kielenkäytön ilmaisut hulluksi tulemisesta tai hermoromahduksesta sairaalahoitoon joutumisen yhteydessä tuottavat mielikuvia epäonnistumisesta ja häpeästä. Psykiatriset sairaalat ovat suljettuja laitoksia, joissa hoidettavat ovat erillään tavanomaisesta yhteiskunnassa vallitsevasta arjesta. Sairauteen liittyvän stigman marginalisoiva vaikutus on tärkeä tiedostaa ja siitä on tarpeellista keskustella yksilö-, yhteisö- ja

yhteiskuntatasoilla, jotta sairastuneisiin kohdistuvia alemmuutta aiheuttavia asenteita voidaan vähentää (Kaltiala-Heino, Poutanen & Välimäki 2001).

Raitakari ym. (2011) tulevat lähelle marginalisaatiokäsitettä eriarvoistumiskurssin kautta. Artikkelin perustuu vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten haastattelusta tehtyyn analyysiin. Haastatelluille oli tyypillistä kohdistaa muutos- ja kehitysodotuksia itseensä sairauden aiheuttamien rajoitteiden ylittämiseksi ja voittamiseksi eli he käsitelivät sairauden mukanaan tuomia esteitä yksilölähtöisesti. Kuitenkin he toivat esille myös kokemuksiinsa sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle sulkemisesta toisten taholta ja luopumisista, joita he olivat sairastuttuaan tehneet elämälleen asettamiensa toiveiden ja tavoitteiden suhteen. Analyysi osoittaa eriarvoisuuden ilmenevän monisyisesti ja moniulotteisesti haastateltujen arjessa. ”Tavallisen elämän” tavoittelemisen ei ole helppo tehtävä omien sairautteen liittyvien vaikeuksien ja ulkopuolelta tulevien rajoitteiden takia. Psyykkiseen sairastamiseen liittyvän eriarvoistumisen vähentämiseksi tarvitaan osallisuutta mahdollistavia asenteita ja toimintakulttuuria. (Raitakari, Kulmala, Günther, Juhila & Saario 2011.)

Mielenterveyden keskusliiton tekemän selvityksen mukaan mielenterveyskuntoutujien suurimpina ongelmina ovat yksinäisyys eli sosiaalisten kontaktien puute, mielekkään tekemisen puute ja taloudelliset ongelmat (STM 2002). Kun taloudelliseen niukkuuteen liittyy muita ongelmia tai puutteita elinolojen useissa osatekijöissä samanaikaisesti, siten että ne ovat esteenä täysimittaisen yhteiskunnan jäsenyyden saavuttamiselle, puhutaan marginalisoitumisesta. Elinolosuhdetekijöitä ovat esimerkiksi terveys, taloudelliset resurssit, perhe tai muut sosiaaliset suhteet, koulutus ja työ. Ongelmien kasautuminen monen osatekijän alueelle johtaa marginalisoitumiseen, jolla tarkoitetaan sivuun joutumista yhteiskunnan normaaliksi tulleista elinoloista. (Raunio 2003, 223.) Marginalisaation käsite sisältää liikumatilan yhteiskunnan normaalin ja sen ulkopuolelle sulkevan rajan välillä.

Syrjäytymisessä on kyse yhteiskunnan normaalin ulkopuolelle joutumisesta. Syrjäytymistä ei voi pitää yksilön valitsemana tavoitteena, vaan se tapahtuu olosuhteiden pakosta ja paikantuu useimmiten yhteiskunnan alimpiin sosiaalisiin kerrostumiin. (Raunio 2006, 54–55, 57.) Tuula Helne on esittänyt kritiikkiä syrjäytymiskäsitteen runsaasta käytöstä yhteiskunnallisessa keskustelussa. Hän korostaa syrjäytyneiden ulkopuolisuuden olevan suhteellista ja relationaalista, rajojen ollessa muuttuvia. Ihmisryhmiä syrjäytyneiksi nimeämällä voidaan tahattomasti tuottaa toiseutta. Helne pitää marginalisaatio-käsitettä syrjäytymistä pa-

rempana ja viritykseltään myönteisempänä, koska se ei viittaa täydelliseen ulossulkemiseen. Toisaalta hän epäröi, etteikö syrjäytymiskäsitteeseen liittyvät ongelmat voisi siirtyä marginalisaatio-käsitteeseen, jos sitä siirryttäisiin käyttämään yleisesti yhteiskunnallisessa keskustelussa. (Helne 2002, 185–186.)

Eri tutkijat ovat myös esittäneet näkemyksensä siitä, että marginaaliaseman ei välttämättä tarvitse olla negatiivisesti virittynyt, vaan se voi joillekin olla myös valinnainen tila, tietoinen erillään olo valtavirrasta. Esimerkiksi Suvi Krokin köyhien yksinhuoltajaäitien selviytymisstrategioita käsittelevän tutkimuksen mukaan äidit olivat hyväksyneet asemansa ja kehittivät keinoja köyhyudessa selviytymiseen. Yksinhuoltajaäidit näyttivät sopeutuneen omaan elämäntilanteeseensa taloudellisessa niukkuudessa ja olivat ylpeitä omasta selviytymisestään. (Krok 2012, 135–145.) Valinnan mahdollisuudet ja selviytymiskeinot eivät kuitenkaan ole yhteismitallisia ja kaikille mahdollisia. Susannan Hyvärin (2001) tutkimuksessa kuvatut syrjäytymisestä selviytymisen tarinat edustavat mielenterveyskuntoutujien elämässä tapahtunutta voimavarojen käyttöönottoa ja osallisuuden kasvua.

Palvelujärjestelmän haasteena on tarjota palveluja psyykkisesti sairastuneille siten, että palvelunkäyttäjän autonomia ja osallisuus kuntoutujalähtöisesti toteutuisivat mahdollisimman hyvin (STM 2002). Palvelujärjestelmän tulisi toimia syrjäytymiskehitystä estävästi. Sairastaessa ihmiselle on tärkeitä ja turvallisuutta luovaa, että itsemääräämisen ja tarvittavan tuen mahdollisuuden välinen suhde on tasapainoinen siten, että voi riittävästi päättää asioistaan, mutta tietää ja kokee samalla, että tukea on tarpeen mukaan saatavilla (Ryynänen 2005, 93). Peltomaa kiteyttää selviytymisen ehtoja nimeämällä kaksi sosiaalisen kanssakäymisen taitoa: kyky vastaanottaa tukea tuntematta häpeää tai riippuvuutta ja kyky tarjota tukea olematta liian holhoava. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutujan ja työntekijän vuorovaikutuksen tulee perustua tasavertaisuuteen ja kuntoutujaa kunnioittavaan suhtautumiseen. (Peltomaa 2005, 139). Rissanen mukaan työntekijöiden tulisi uskaltaa luopua ainakin osittain tietäjän roolistaan ja heidän pitäisi kuunnella kuntoutujan ajatuksia ja toiveita (Rissanen 2007, 186–187). Aitoon kumppanuuteen perustuva asiakassuhde lisää asiakkaan osallisuutta ja valtautumista (empowerment). Ainakin osittainen työntekijä-asiakashierarkian purkaminen edesauttaa osallisuuden vahvistumista. Olennaista on, että työntekijä ei asetu etäisenä virastopöytänsä taakse, vaan on valmis rinnalla kulkemiseen ja antamaan sen tarvittavan asiantuntijatiedon, jota asiakas asioittensa hoitamiseksi tarvitsee (Metteri 2004, 139). Sosiaalityön haasteena on yksilön voimavarojen tunnistaminen ja nii-

den käyttämisen mahdollistaminen sekä huomion kiinnittäminen taloudellisten resurssien ohella myös kulttuurisiin ja sosiaalisiin resursseihin, joita ihmisillä on. Voimavaroista lähtemällä voidaan toteuttaa yhteiskunnallista osallisuutta tai integraatiota (Raunio 2006, 44–54).

2.3 Pienituloisuus ja köyhyys psyykkiseen sairastamiseen liittyvänä rasitteena

Suuri osa psyykkisesti pitkäaikaissairaista ihmisistä on päätenyt nuorena työkyvyttömyyseläkkeelle ilman työeläkekattumaa. Sairastuminen vaikeuttaa työelämään tai koulutukseen osallistumista ja aiheuttaa siten toimeentulo-ongelmia. Pitkäaikaiset vakavat psykiatriset sairaudet voivat aiheuttaa työkyvyn ja sosiaalisten taitojen heikentymistä, mikä lisää sairastuneiden syrjäytymisriskiä työmarkkinoilta. Varsinkin vaikeat mielenterveydenhäiriöt puhkeavat nuorena, jolloin sairastuminen vaikuttaa siihen, minkälaiseen sosiaaliseen asemaan henkilö päätyy (Manderbacka ym. 2006, 47).

Euroopan unionin (2010) julkaisussa, joka käsittelee sosiaalisen osallisuuden (social inclusion) edistämistä ja stigman vastaista taistelua mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, todetaan työelämäosallisuuden keskeinen merkitys kuntoutumisessa mielenterveysongelmista. Euroopassa mielenterveysongelmat ovat yleisimpiä tai toiseksi yleisimpiä syitä työkyvyttömyyden perusteella maksettuihin tukiin. Julkaisun mukaan työelämästä syrjäytyminen aiheuttaa yksilölle köyhyyttä, sosiaalisten verkostojen pienentymistä sekä luottamuksen ja omanarvon tunteen puutetta. Työssäkäynti edistää sosiaalista osallisuutta ja voi parantaa yksilön osallistumisen mahdollisuuksia tulotason noustessa. Työllistyminen ei ole välitön ratkaisu kaikille, joilla on mielenterveysongelmia. Tällöin tulisi olla mahdollisuuksia osallistua mielekkääseen toimintaan, joka voi olla taitoja vahvistavaa ja tarjota kyvykkyyden ja osaamisen kokemuksia, jotka edistävät kuntoutumista. (EU 2010, 35.)

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton vuosittain julkaisema Sosiaalibarometri (esim. 2007 – 2010) osoittaa hyvinvoinnin eriytyvää kehitystä eri väestöryhmien välillä. Suomalaisen sosiaaliturvan matala taso suhteessa yleiseen elinkustannustasoon konkretisoituu leipäjonoissa ja EU-avustusruokakasseissa, jotka ovat arkipäiväistyneet osaksi avustusjärjestelmää kolmannen sektorin toimintana. Vuoden 2008 Sosiaalibarometrin raportin mukaan liki kolmasosassa maamme kunnista arvioidaan mielenterveysongelmaisten hyvinvoinnin taso

huonoksi. Hyvinvointimalli ei näytä toimivan tehokkaasti kaikkein huono-osaisimpien kannalta arvioituna (Eronen, Londén, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2008, 156). Anna Metterin tutkimuksen tulosten mukaan eri sairausryhmistä psyykkisesti sairaat jäivät muita useammin vaille heille kuuluvia etuuksia tai palveluja (Metteri 2004, 59).

Toimeentuloturvan vähimmäisetuuksia ovat kansaneläke, yleinen perhe-eläke, vähimmäistasoinen sairauspäiväraha ja vanhempainetuudet, työmarkkinatuki, työttömyysturvan peruspäiväraha, opintoraha, asumistuet ja toimeentulotuki. Suomessa vähimmäistoimeentuloturvan mukaisten etuuksien ongelma on niiden tason huomattava jälkeenjääneisyys suhteessa yhteiskunnan reaaliensioiden kasvuun. 1990-luvun laman jälkeiseen aikaan paikantuu polarisaatiokehitys, jossa huono-osaisuus on kohdentunut henkilöille, jotka elävät vähimmäisturvan varassa. (Särkelä & Eronen 2007, 9, 19–21.)

Sosiaaliturvan riittävyttä ja köyhyyden yleisyyttä Suomessa käsittelevässä raportissaan Olli Kangas ja Veli-Matti Ritakallio arvioivat vähimmäisetuuksien tason jälkeenjääneisyyden horjuttavan perustuslain 19 §:n edellyttämän säällisen toimeentulon tason turvaamisen periaatetta. He perustavat näkemyksensä tilastanalyysiin, jonka mukaan pelkkä kansaneläke johtaa aina köyhyteen, mikäli henkilöllä ei ole muita tuloja tai omaisuutta. Köyhyysrajan määrittelystä on ollut erimielisyyttä, nykyisin enenevässä määrin on käytetty rajana 60 prosenttia mediaanituloista. Toimeentulotuen taso on vielä alemmalla tasolla kuin kansaneläke suhteessa yleiseen köyhyysrajaan (Kangas & Ritakallio, 2008, 11–13). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman perusturvan riittävyysarviointiraportin mukaan yksin asuvan kansaneläkettä saavan tulotasoli vuosina 2005–2010 29,4 – 27,4 %:a keskituloisen tulotasosta ja sairauspäivärahaa saavan yksinäisen tulotasoli jäi vastavana aika 25,1–23,8 %:in keskituloisen tulotasosta. (THL 2011, 63, 64, 67.)

Vähimmäistoimeentuloturvan riittämättömyyttä viestii myös kansalaisten tarve hakea taloudellista apua kirkon diakoniatyöltä sen jälkeen, kun toimeentulotuen rajat ovat tulleet vastaan. Diakonian vastaanotoille hakeudutaan rästiintyneiden laskujen kanssa, jotka usein ovat terveydenhoitoon liittyviä menoja. Diakoniatyöntekijöiden mukaan lääkkeiden ostamatta jättäminen ja lääkärin määräämän lääkeannoksen puolittaminen on tavallista taloudellisista syistä johtuen. Sairausryhmittäin arvioituna diakoniamasiakkaiksi on eniten hakeutunut mielenterveyden ongelmista kärsiviä asiakkaita. (Kinnunen 2009, 66–67, 75.) Epävirallisen avun varaan turvautuminen on joissakin tilanteissa ainoa selviytymisvaiht-

toehto, mikäli avun hakija tulee pois käännetyksi julkisessa palvelujärjestelmässä. Järjestöjen työntekijät ovat toistuvasti kohdanneet tilanteita, joissa viranomaiset ovat käännettäneet avunhakijoita vapaaehtoisjärjestöjen puoleen vedoten resurssiensa niukkuuteen. Esimerkiksi toimeentulotuen myöntämiskäytännöissä pois käännättämistä on tapahtunut edelleen siitä huolimatta, että ehkäisevän toimeentulotuen käyttöä suositellaan käytettäväksi aikaisempaa selkeämmin myös ylivelkaantuneiden tilanteissa. (Hänninen & Karjalainen 2007, 182-184.)

Markku Salon ja Mari Kallisen (2007) mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita käsittelevässä tutkimuksessa kuvataan vuosia sairastaneiden ihmisten taloudellisen tilanteen rajoitteita ja vaikutuksia elämiseen. Sairaudesta aiheutuvat kustannukset kuntoutujalle itselleen tiukentavat kuntoutujan taloutta. Sairaalamaksut ja asumispalveluista perittävät omavastuuosuudet kutistavat kuntoutujan henkilökohtaiseen käyttöön jäävät varat taskurahatasolle. Kuntoutujien taloudelliset odotukset ja toiveet eivät ole mitenkään korkeita. Palvelukodissa asuvan mielenterveyskuntoutujan omaan käyttöön jäi välttämättömien maksujen jälkeen 20 euroa viikossa. Joidenkin pienituloisten tilannetta helpottaa omaisilta saatu apu. Tutkimuksen mukaan kuntoutujat ottivat harvoin oma-aloitteisesti puheeksi taloudelliseen tilanteeseen liittyvät rajoitukset (Salo & Kallinen, 2007, 273–274).

Taloudellisesta ahdingosta vaikeneminen on todettu tuoreissa suomalaisissa köyhyystutkimuksissa. Yksin elävien miesten köyhyyttä tutkinut Jari Heinonen kuvaa miesten vaikeutta tunnustaa rahattomuutensa ja sosiaalitoimistoon hakeutuminen koetaan nöyryyttävänä keräämisenä (Heinonen 2011, 51). Myös vanhuusköyhyyteen liittyy puhumattomuutta ja häpeää, joka voi näkyä kieltäytymisenä tarpeelliseksi todetuista palveluista, toimeentulotuen hakemisella on vanhuksille edelleen köyhäinhoidon leimallinen merkitys. Tulojen pienuus aiheuttaa lääkäriaikojen perumisia, lääkkeiden ostamatta jättämistä, kuljetus- tai ateriapalveluista kieltäytymistä tai jättäytymistä kotiin, koska liikkuminen julkisilla kulkuneuvoilla on liian kallista käytettäviin varoihin nähden. (Ylinen 2011, 73–75.)

Teollistuneissa maissa köyhyytenä voidaan pitää tilannetta, jossa henkilöllä ei ole mahdollisuutta elää ympäröivässä yhteiskunnassa vallitsevalla tavalla taloudellisten resurssien puutteen vuoksi. Käsitys välttämättömyyshyödykkeistä vaihtelee ajan ja paikan mukaan eri yhteiskunnissa, keskeistä on miten välttämättömyydet määritellään. Täysivaltaisen kansalaisuuden kokemus joutuu köyhyydessä koetukselle; Turun yliopiston sosiaalipolitiikan

laitoksella tehdyn tutkimuksen mukaan köyhien ja muun väestön välillä todettiin erittäin merkittävä ero itsekunnioituksessa, omanarvontunnossa ja luottamuksessa omiin vaikutusmahdollisuuksiin (Kangas & Ritakallio, 2008, 3, 16).

Köyhyys näyttäytyy siis monitasoisena haasteena mielenterveyspalveluiden puitteissa tehtävälle sosiaalityölle. Sosiaalityön tehtävänä on ohjata ja varmistaa, että asiakas saa hänelle lain mukaan kuuluvat etuudet. Vähintään yhtä tärkeätä on asiakkaan kuunteleminen ja pyrkimys aitoon vuoropuheluun ja kohtaamiseen, mihin asiakkailla liittyy odotuksia. Linaan miesten köyhyystutkimuksen haastateltavan kiteyttämää näkemystä:

”Kaikki oikeastaan liittyy siihen, ettei tule kuulluksi omassa asiassaan. Kaikkein tärkein asia olisi, että tulisi kuulluksi” (Heinonen 2012, 205).

Kuntouttavan sosiaalityön tärkeänä tehtävänä on edesauttaa aineellisessa köyhyydessä elävien asiakkaittensa täysivaltaisuuden kokemusta ja toteutumista.

3 TERVEYSSOSIAALITYÖ MONIAMMATILLISESSA TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ

3.1 Sosiaalityö terveydenhuollossa

”Terveydenhuollon sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän toimintaa, joka toteutuu terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden ja sosiaalisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Työn lähtökohtana on kokonaisnäkemyks sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi”. (Suomen kuntaliitto ja Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry. 1998.) Terveydenhuollon sosiaalityössä korostuvat sairauten ja vammaisuuteen liittyvät sosiaaliset tekijät, - syyt tai seuraukset (Holma 2007, 9).

Sosiaalityö on perustaltaan muutostyötä, jonka avulla tuetaan asiakkaiden itsenäisyyttä ja elämänhallintaa sekä estetään syrjäytymistä. Tutkimusraportissaan Kohti kuntouttavaa sosiaalityötä Matti Tuusa kuvaa suomalaisen sosiaalityön painopisteiden kehitystä. 2000-luvulle tultaessa asiakkaan osallisuuden korostaminen tilanteensa hahmottamisessa ja palvelujen suunnittelussa on voimistunut. (Tuusa 2005, 40–44.) Eeva Liukon mukaan on tärkeätä, että palveluohjausta tehdessään sosiaalityöntekijät ovat asiakkaansa kanssa kuntoutusprosessissa mukana riittävän intensiivisesti, pitkäjänteisesti ja vastuullisesti siten, että asiakas saa tukea eri toimenpiteiden ja vaiheiden aikana (Liukko 2006, 102–103).

Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkko (SOSNET) määrittelee kuntouttavan sosiaalityön käsitteen ja tehtävät seuraavasti:

”Kuntouttavan sosiaalityön tavoitteena on luoda, palauttaa ja ylläpitää omaehtoisen selviytymisen, hyvän elämänlaadun ja elämänhallinnan edellytyksiä, ehkäistä syrjäytymistä, tukea asiakkaiden itsenäisiä ja myönteisiä elämänvalintoja sekä täysivaltaista kansalaisuutta. Kuntouttava sosiaalityö pyrkii muutokseen sekä ihmisten elämässä että heidän ympäristössään ja yhteiskunnassa. Kuntouttava näkökulma on sosiaalityön työorientaatio, jota voidaan soveltaa laajasti sosiaalityössä. Kuntouttavan sosiaalityön orientaatiota tarvitaan ennen muuta kuntien sosiaalitoimistoissa, päihde-, mielenterveys-, kuntoutus-

, vammais-, vanhus- ja maahanmuuttajatyössä sekä terveys- ja kriminaalisosiaalityössä”. (SOSNET)

Kuntouttavan sosiaalityön käsite on suomalaisissa sosiaalityötä koskevissa keskusteluissa yleistynyt vuosituhannen vaihteesta lähtien. Näkemykseni mukaan edellä esitettyjä kuntouttavan sosiaalityön ja terveysosiaalityön pyrkimyksiä voi pitää yhteneväisinä. Toisaalta yhtäläisyysmerkkien laittaminen käsitteiden väliin tuntuisi vaikealta. Onko kaikki terveysosiaalityö myös kuntouttavaa sosiaalityötä? Mielestäni ei ole, mikäli nähdään asiakkaan tai potilaan voimaantuminen ja valtaistuminen asiakassuhteen keskeisinä päämäärinä. Terveysosiaalityössä toteutuu paljon kertaluontoisia potilaan ja sosiaalityöntekijän kohtaamisia, joissa keskitytään pistemäisesti tietyn asian selvittämiseen eikä elämäntilannetta kokonaisvaltaisemmin käsitellä.

”Kuntouttava”-määreen käyttäminen terveydenhuollon kontekstissa liitettynä sosiaalityön ammattiin ei ole täysin ongelmaton, koska arkikielen merkityksissä se helposti sekoittuu terveydenhuollollisiin ammatteihin. Tällä perusteella terveydenhuollon sosiaalityö tai terveysosiaalityö-käsitteiden käyttäminen on itselleni sujuvampaa. Terveysosiaalityössä havainnoitavat epäkohdat potilaan elämäntilanteessa eivät ole välttämättä ensisijaisia korjaustoimenpiteitä sairaalatoiminnassa, vaikka niiden olemassaolo haittaavina tekijöinä tiedostetaankin. Terveysosiaalityöntekijät eivät myöskään tee sosiaalityön alaan kuuluvia päätöksiä, joten sosiaalityön vaikutusmahdollisuudet potilaan olosuhteiden korjaamiseen ovat rajalliset ja välilliset. Hallinnollisessa mielessä terveysosiaalityöllä ei siis ole valtaa. Terveysosiaalityössä tavoitteena on toimia potilaan voimaantumista ja valtaistumista tukien. Mielenkiintoiseksi asetelman tekee se, että terveysosiaalityön asiantuntijuuden oma valtaistumisen ja voimaantumisen tarve palvelujärjestelmän osana on olemassa samanaikaisesti. (Vrt. Hokkanen 2009, 322).

Sosiaalityöntekijä toimii terveydenhuollon organisaatioissa moniammatillisessa työryhmässä, joka sijoittuu lääke- ja hoitotieteen hallinnoimalle alueelle. Sosiaalityön kohteena ei ole sairaus, vaan sosiaalityön asiantuntijuuteen kuuluu yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutusten selvittäminen suhteessa potilaan sairauteen ja kuntoutumismahdollisuuksiin (Peltomaa 2005, 27). Sosiaalityö kohdentuu elämänmuutostilanteisiin, elinympäristössä selviytymiseen ja ihmisten vuorovaikutussuhteisiin. Siinä jatkuvana haasteena on ihmisen ja hänen läheistensä kokemusmaailman ja merkitysten ymmärtäminen elämän muutostilanteissa

ja tähän perustuva oikea-aikainen ja oikeansisältöinen tuki tulevaisuuden rakentamisessa. (Ryynänen 2005,94.)

Psykiatriset sairaalat toimivat nykyisin rakenteellisesti erillisinä yksikköinä, vaikka hallinnollisesti ne ovat osa sairaanhoitopiirien tuottamaa erikoissairaanhoidtoa. Aikuispsykiatrian ja lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelut ovat toistaan erillään. Psykiatrisissa sairaaloissa potilaan hoito toteutetaan osastolla, jonka henkilökuntaan kuuluu työntekijöitä useista eri ammattiryhmistä. Määrällisesti osastojen henkilökunnasta suurimman osan muodostavat hoitoalan työntekijät. Lääkärit vastaavat potilaan hoidossa tehtävistä ratkaisuksista. Toiminnallisen kuntoutuksen ohjaajat, psykologi ja sosiaalityöntekijä ovat osa moniammatillista työryhmää ja osallistuvat omasta viitekehyksestään potilaan hoitoprosessiin sairaalassa.

Työskentely moniammatillisessa toimintaympäristössä edellyttää sosiaalityöntekijältä vahvaa ammatillista näkemystä ja rohkeutta osallistua keskusteluun omasta, muihin terveydenhuollon toimijoihin nähden erilaisesta viitekehyksestään. Terveystieteellisessä lääketieteellisessä tulkinnassa ja toimintamallit havaittujen ongelmien selvittämiseksi voivat jättää sosiaalisen näkökulman katvealueelle. Lasse Murron mukaan yhteiskunnallinen muutosprosessi tuottaa käsitteellisesti vaikeasti haltuun otettavia ilmiöitä, jolloin perinteisesti professionaalisesti vahvojen identiteettien näkökulmat, esimerkiksi lääketieteellinen, juridinen ja pedagoginen, helposti ohjaavat ilmiöön liittyviä selitysmalleja. Sosiaalityön käytännön ja tutkimuksen tulee hänen mukaansa olla aktiivinen sosiaalisten kysymysten esille nostamisessa niin yksilökohtaisessa työssä kuin rakenteellisessa vaikuttamisessa. (Murto 2006, 19.) Monimutkaisissa ongelmissa professionaalinen asiantuntemus ei ole yksissä käsissä, vaan eri alojen asiantuntijat toimivat rinnakkain erilaissa yhteyksissä ja kokoonpanoissa, joissa näkökulmat voivat täydentää toisiaan ja välillä olla keskenään ristikkäisiä. Jaettu asiantuntijuus muodostuu erilaisten näkökulmien kokoamisessa saatavasta yhteisestä ymmärryksestä. (Karvinen 1996, 43 ja 2000, 151; Arnkil & Seikkula 2005, 164–165.) Muiden professioiden rinnalla tasaveroisena asiantuntijana toimiminen edellyttää sosiaalityöltä vahvaa osaamista omilla alueillaan (Laitinen & Pohjola 2010, 12).

Vaikka psykiatriset potilaat yhä useammin voivat esittää tahtonsa, tarpeensa ja toiveensa, niihin suhtaudutaan epäillen. Taustalla on arvelu, etteivät he psyykkisten ongelmien perusteella ole kykeneviä ilmaisemaan todellisia tarpeitaan. Terveystieteellisessä potilaan tarpeita arvioidaan usein lääketieteellisen näkökulman asiantuntemukseen perustuen. Fröd

ym.(2003) toteavat tutkimuksessaan, että potilaalle itselleen ensisijaisia tarpeita saattavat olla muulle kuin sairauteen ja sen hoitoon liittyvälle elämänalueelle sijoittuvat tarpeet. Kyseiset tekijät voivat olla oireita ylläpitäviä. Lääketieteen ja hoidon alueen ulkopuolelle sijoittuvien olosuhteiden ja tekijöiden tunnistamisella ja niihin vaikuttamisella voi olla vaikutusta potilaan vointiin tai kokonaistilanteeseen. Tutkijat kommentoivat Ruggerin ja Tansellin 2002 psykiatrisilla potilailla tekemää tutkimusta, jossa havaittiin, että palveluja tarjoavan henkilökunnan ja palvelujen käyttäjien näkemykset sekä potilaiden tarpeista että niihin vastaamisesta poikkesivat toisistaan sitä enemmän, mitä vakavammin sairaista potilaista oli kyse. (Fröd, Laurila, Kilku & Kaltiala-Heino 2003,3–7.)

Sosiaalityön ammatillinen näkemys osallistuu potilaan kokonaistilanteesta rakentuvan käsityksen muodostamiseen yhdessä lääketieteen, hoitotyön ja psykologian asiantuntemuksen kanssa. Sosiaalityön tavoitteena on turvata potilaan hyvinvointi, varmistaa hänen toimeentulonsa ja elämisen perusedellytykset sekä edistää ja tukea potilaan selviytymisedellytyksiä ja sosiaalista toimintakykyä. (Aho 1999, 178.) Mikäli professionaaliin arvioihin perustuva kokonaisnäkemys potilaan elämäntilanteesta ja potilaan oma arvio tilanteestaan ovat tasa-painossa siten, että potilas kokee tulleen ymmärretyksi ja kuulluksi, on sairauden hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiselle rakennettu hyvä perusta. Riikosen muistutus asiantuntijavallan vääristyneestä painottumisesta on joka tapauksessa hyvin aiheellinen: ”Mitä pidemmälle kuntoutuksen kentät ovat asiantuntijoiden ja objektivistisen ajattelun hallussa, sitä vaikeampaa on nähdä asiakkaita oman elämänsä asiantuntijoina”. (Riikonen 2001, 87.) Avoin asiantuntijuus syntyy vuorovaikutuksessa eikä sitä ei ole sidottu mihinkään ammattiin, koulutukseen tai hierarkkisesti määrittyneeseen asemaan.

3.2 Terveys- ja sosiaalityön perinteet

Sosiaalityön historiaa käsittelevässä teoksessaan Timo Toikko (2005) jakaa sosiaalityön käytännön kolmeen perinteeseen: hallinnollisten toimenpiteiden perinne, henkilökohtaisen vuorovaikutuksen perinne ja yhteisöllisen muutostyön perinne. Sosiaalityön mahdollisesti tunnusomaisin piirre on sen juridis-hallinnollisessa taustassa. Ajankohtaisen sosiaalipolitiikan linjat määrittyvät lainsäädännössä, jota sosiaalityöntekijät soveltavat käytännössä ohjattaessaan asiakkaitaan erilaisissa ongelmatilanteissa. Sosiaalityöntekijään kohdistuu odotus, että hän tietää, millä ehdoilla eri sosiaaliturvaetuudet ovat saatavissa ja että hän pystyy

arvioimaan asiakkaansa palvelutarvetta. Henkilökohtaisen vuorovaikutuksen perinteessä korostuu sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välinen kontakti, jossa keskustelua tai kokemusellista menetelmää käyttäen tuetaan asiakasta elämäntilanteessaan löytämään omia voimavarojaan. Yhteisöllisen muutostyön perinteen lähtökohdat ovat yhteiskuntakriittisissä näkemyksissä, joissa kritiikki kohdistuu ongelmien yksilöllistämiseen. Yhteiskunnallisen kehityksen myötä kansalaisliikkeet (esim. vammais-, potilas- tai omaisjärjestöt) nähdään nykyisin yhteiskunnan palvelujärjestelmää täydentävänä rinnakkaistoimijana. (Toikko 2005, 222–230.)

Kaikkia Toikon nimeämiä sosiaalityön perinteiden elementtejä on tunnistettavissa terveydenhuollon sosiaalityössä. Hallinnollisen perinteen osalta terveyssosiaalityö toimii välittäjä-asemassa, koska terveydenhuollossa toimiva sosiaalityöntekijä ohjaa ja avustaa potilasta hakemusten tekemisessä Kelalle, sosiaalitoimistoon tai vakuutusyhtiöille. Sekä asiakas että koko palvelujärjestelmä hyötyvät siitä, että sosiaalityöntekijä hallitsee eri tahojen maksamien etuuksien ja korvauksien myöntämiskriteereitä ja osaa hankkia niistä ajankohtaista tietoa. Näkemykseni mukaan kysymys on monimutkaisesta, jatkuvasti osittain hahmoaan muuttavasta palapelistä, jonka kokoamisessa taito karttuu työvuosien mukana. Toisaalta terveyssosiaalityö erikoissairaanhoidon eri aloilla on asiantuntijuuskysymyksissä hyvin eriytynyttä alansa sairauksien erityiskysymyksiin liittyen eli laaja sosiaalikysymysten yleisosaaminen luo perustan erityisasiantuntijuudelle.

Mervi Riihelä käyttää lisensoitettutkimuksessaan käsitettä kuntouttava mielenterveyssosiaalityö, jota hän tutkii mielenterveystoimistoissa tehtävän sosiaalityön näkökulmasta. Riihelän mukaan kuntouttava mielenterveyssosiaalityö on ammatillista toimintaa, jota tehdään psykiatrian vaikutuspiirissä (Riihelä 2009, 4). Käsitteessä korostuu sosiaalityön erityisasiantuntijuusalue mielenterveystyössä. Toisaalta käsitteen painopisteen paikkaa joutuu miettimään; onko se mielenterveystyössä vai sosiaalityössä. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityön näkökulmasta vierastan mielenterveyssosiaalityön käsitettä kuvaamaan siellä tehtyä sosiaalityötä. Mielenterveyttä tukeva ja edistävä työote tulee aina olla käytännön sosiaalityössä läsnä, tehdäänpä sitä sairaalassa, mielenterveystoimistossa tai sosiaalitoimistossa. Toisaalta sairaalaorganisaatiossa on mielestäni epätarkoituksenmukaista eritellä sosiaalityön osamaisalueita sairausryhmittäin tai toimialoittain. Lisäksi mielenterveystyö-sanalla on ennaltaehkäisevän työn kaiku. Psykiatrisen sairaalan potilaiden kanssa tehtävä sosiaalityö on

luonteeltaan enemmän korjaavaa kuin ennaltaehkäisevää. Näkemykseni mukaan aikuispsykiatrian osastoilla on tarve kuntouttavan sosiaalityön orientaation mukaiselle työlle.

Terveystenhuollon sosiaalityön välittäjärooli voi olla jännitteinen eri suuntiin. Jännitettä voi olla potilaan ja sosiaalityöntekijän välillä tilanteissa, joissa potilaan työntekijään kohdistamat odotukset ja työntekijän ammatilliset näkemykset poikkeavat toisistaan. Jännitettä syntyy myös asianajotehtävässä, jossa sosiaalityöntekijä pyrkii hoitamaan potilaan asiaa hakemalla tämän kanssa päätöstä toisesta organisaatiosta. Sosiaalitoimistossa ja Kelassa potilaan asiaa tarkastellaan erilaisesta näkökulmasta kuin terveydenhuollossa ja ratkaisu voi olla erilainen kuin terveysosiaalityöntekijän ja potilaan näkemys optimiratkaisusta. Suhteessa sosiaalitoimistoon sosiaalityöntekijä on kahden tulen välissä, toisella puolella on potilas jonka parasta yritetään ja toisella puolella sosiaalityöntekijä-kollega, joka myös tekee ammatillisen arvionsa, mutta toimii oman organisaationsa ohjeistamana. Kuvattuja jännitteitä syntyy useimmin tilanteissa, joissa päättävällä viranomaisella on lain mukainen mahdollisuus ammatillisen harkinnan käyttöön. Kunnilla on erilaisia ohjeistuksia harkinnanvaraisen toimeentulotuen myöntämisestä (esim. Manderbacka ym. 2006, 47). Terveysosiaalityöntekijä joutuu pohtimaan, milloin on aiheellista ja järkevää kannustaa potilasta tekemään valitus saamastaan päätöksestä.

Sosiaalityön erilaisen näkökulman vuoksi jännitteitä saattaa olla suhteessa omaan terveydenhuollon taustaorganisaatioon joko hoitoon liittyvissä tai muissa ratkaisuissa. Poikkeuksellista ei myöskään ole jännitteisten tilanteiden syntyminen suhteessa potilaan lähipiiriin, joka saattaa hahmottaa potilaan parhaan aivan eri tavalla kuin tämä itse tai häntä hoitava moniammatillinen työryhmä. Toimijaverkoston eri osapuolten on siis tärkeätä keskustella erilaisista vaihtoehtoista eri näkökulmista arvioiden tilanteissa, joissa monimutkaiseen ongelmaan haetaan kaikkien kannalta tyydyttävää ratkaisua.

Henkilökohtaisen vuorovaikutuksen perinteeseen nojaava työote on terveysosiaalityössä keskeinen. Ihmissuhdetaidot suhteessa asiakkaisiin ovat työssä onnistumisen peruslähtökohtia. Sosiaalityöntekijät kohtaavat elämänhistorialtaan hyvin erilaisia ihmisiä, joiden yksilölliset tarpeet ja vahvuudet tulee osata kohdata asiakasta arvostaen ja luottamusta rakentaen. Terveystenhuollon sosiaalityön kohtaamisissa sairaus ja sen mukanaan tuomat elämänmuutokset ovat keskeisesti vuorovaikutustilanteisiin vaikuttavia tekijöitä. Psykiatrien sairaala sosiaalityön toimintaympäristönä on erityinen juuri luottamussuhteen synnytt-

tämisessä, koska merkittävä osa potilaista on hoidettavana tahdostaan riippumatta eli heidän itsemääräämisoikeutensa on hoitopäätöksellä puututtu. Alkulähtökohdaltaan haastavassa tahdosta riippumattoman hoidon tilanteessa sosiaalityöntekijän saattaa olla jopa helpompaa saavuttaa potilaan jonkinasteinen luottamus sosiaalityön tehtäväalueen ollessa hiekan erillään itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimenpiteistä. Lisäksi sosiaalityöntekijällä on avustamis- ja tiedonantotehtäviä potilaan oikeuksiin ja oikeusturvaan liittyen esimerkiksi hoitoonmääräämispäätösten käsittelyssä.

Yhteisöllisen muutostyön perinne näyttäytyy myös nykypäivän terveysosiaalityössä. Potilas- ja omaisjärjestöt tekevät korvaamatonta työtä edustamiensa ryhmien hyväksi. Koke-musiasiantuntijuuden käyttö palveluita suunniteltaessa on nostettu kansallisessa mielenterveysohjelmassa Mieli 2009 tavoitteeksi, mitä voi pitää myös merkittävänä systemaattisen potilasjärjestötyön saavutuksena. Sosiaalityön ammattieettisenä ohjeena on puolestaan käydä keskustelua palvelujärjestelmän toiminnassa havaitsemistaan kipupisteistä ja kehitystarpeista sosiaalisesta ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta.

3.3 Osallisuus ja asiakaslähtöisyys terveysosiaalityön arvoina ja tavoitteina

Sosiaalityön arvopohjan ja ideaalin mukainen työskentelytapa korostaa asiakkaan asiantuntijuutta omaan elämäänsä liittyen, jolloin vuorovaikutus asiakkaan kanssa lähtee tasavaroisen dialogin periaatteista. Paneutuvalle työotteella asiakkaan kanssa pyritään jäsentämään tilannetta ja muodostamaan tavoitteita, joihin työskentelyllä pyritään ja joihin molemmat osapuolet sitoutuvat. Sosiaalityön ihanteiden mukaista ei niinkään ole valmiiden vastausten tarjoaminen ongelmiin, kuin yhdessä sellaisten ratkaisujen etsiminen ja löytäminen, jotka tukevat asiakkaan selviytymistä ja voimavarojen vahvistumista (Karvinen-Niinikoski 2010, 248–251).

Asiakkaan osallisuuden mahdollistamisen perustana on kunnioitus häntä kohtaan tasavertaisena ja vakavasti otettavana keskustelukumppanina. Asiakkaan kunnioittaminen on sosiaalityön ammattieettinen perusarvo, joka käytännössä näyttäytyy monisyisesti asiakassuhteissa. Myös kunnioituksen puute tulee näkyville. Pakolaisten riippuvuutta ja autonomiaa käsittelevässä artikkelissaan Kati Turtiainen (2011) korostaa kunnioituksen merkitystä sosiaalityön asiakaskontakteissa. Työntekijä voi osoittaa arvostusta asiakkaan arvomaailmaa

kohtaan, hakemalla ymmärrystä siihen, mikä on hänen käsityksensä hyvästä elämästä. Tilanteissa, joissa asiakkaalla on tietojen ja taitojen puutetta käytännön asioiden hoitamisessa ja omaan elämää koskevien päätösten tekemisessä, sosiaalityöntekijän on yritettävä sensitiivisesti arvioida asiakkaansa käytännön valmiuksien kehittymistä ja toisaalta huolenpidon tarvetta ja riittävyyttä autonomian kehittymiselle tilaa antaen. Peruslähtökohtana on kuitenkin aikuisuuden tukeminen ja aikuisena kohtelevinen. Kokemus kunnioittavasta kohtelusta voi olla korjaava, joka voi vaikuttaa myös muiden vuorovaikutussuhteiden syntyyn tai luonteeseen. (Turtiainen 2011, 139–161.) Turtiaisen kuvaus pakolaisten kotouttamiseen liittyvän sosiaalityön haasteista kohdata erilaisesta kulttuurista, monenlaisilla elämäkokemuksilla tulevien ihmisten tilanteita sopii myös psykoosiin sairastuneiden kohtaamisiin. Akuuttiin psykoosiin sairastunut tarvitsee tukea ja apua oman elämänsä jokapäiväisissä asioissa, jolloin niiden hoitamiseksi tarvitaan molemminpuolisen luottamuksen rakentamista, jota Turtiainen artikkelissaan kuvaa. Joidenkin käytännön tai taloudellisten asioiden hoitamiseksi vastikään sairastunut potilas on suljetulla osastolla riippuvainen sosiaalityöntekijän avusta vastaavalla tavalla kuin pakolainen sosiaalityöntekijästä uudessa, itselleen vieraassa kulttuurissa. Kunnioittava suhtautuminen potilaaseen ja aikuisena kohtelevinen edesauttavat siinä, että työntekijä hyväksytään kumppaniksi tilannetta selvittämään.

Ihmisarvon kunnioittamista pidetään yhtenä sosiaalityön tinkimättömistä periaatteista. Itsestäänselvyytenä pidetyn arvon noudattaminen käytännön työssä voi olla vaarassa tilanteissa, joissa asiakkaan ja työntekijän arvomaailmat ovat hyvin erilaiset tai mikäli työntekijä epäilee asiakastaan vilpillisyydestä. Työntekijällä on kaikissa tilanteissa vastuu kohdella asiakastaan tämän ihmisarvoa kunnioittaen. Asiakkaan ainutlaatuisuuden kunnioittamista on pyrkimys saada ymmärrys siitä, millaisena hän oman elämänsä näkee ja osoittaa hyväksyntää häntä kohtaan ihmisenä tukien häntä jäsentämään omaa tilannettaan (Raunio 2009, 105).

Varsin tuoreiden suomalaisten köyhyyttä käsitelleiden tutkimusten mukaan sosiaalitoimiston ja Kelan asiakkailla on kokemuksia nöyryytetyksi tulemisesta ja kohtaamattomuudesta henkilökohtaisesti ja paneutuvasti. Pettymykset ovat olleet siinä mielessä lannistavia, että aikuissosiaalityön palveluiden piiriin ei ole enää hakeuduttu niihin liittyvien negatiivisten kokemusten vuoksi. (Roivainen & Heinonen & Ylinen 2011; Hakkarainen 2012, 91–97; Heinonen 2012, 203–217.) Terveys- ja sosiaalityöllä on tärkeä rooli tukea asiakkaitaan kontak-

tin luomisessa ja mahdollisuuksien avaamisessa kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kartoittamisessa yhteistyössä aikuissosiaalityön kanssa.

Asiakkaiden kohtuuttomuustilanteita ja niiden syntyä analysoivassa tutkimuksessa Anna Metteri (2012) huomasi kohtuuttomuustilanteille olevan tyypillistä, että myöskään sosiaalityössä ei asiakkaan kokonaistilanne tullut huomioiduksi. Tämä tarkoittaa, että jokin ihmisen selviytymiseen keskeisesti vaikuttava tekijä hänen elämässään on jätetty huomiotta palvelujärjestelmässä ratkaisuja tehtäessä. (Metteri 2012, 217.) Metterin havainto antaa aiheutta sosiaalityön itsekriittiselle tarkastelulle ja asettaa kyseenalaiseksi ammatillisissa keskusteluissa usein itsestäänselvyytenä esitettyä näkemystä sosiaalityöntekijöiden kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta asiakkaittensa elämäntilanteissa.

Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvat yleiset asenteet ovat usein heidän aikuisuuttaan väheksyviä. Psykykkisestä sairaudesta kuntoutumisen mahdollistamisessa tärkeä osatekijä on työntekijöiden asenne ja suhtautuminen kuntoutujiin. Salon ja Kallisen tutkimusraportissa korostetaan ammattilaisten eettistä vastuuta mielenterveyskuntoutujien täysivaltaisen, vastuullisen aikuisuuden toteutumiseksi. Kirjoittajien mukaan ikuisen alaikäisen rooli on tulosta mielenterveyskuntoutujia aikuisina ihmisinä syrjäyttävästä suhtautumisesta. Alaikäisen roolissa oleva aikuinen saa osakseen lapsenomaista kohtelua, häntä ei välttämättä vastuuteta käyttäytymisestään samoin kuin muita aikuisia ja muut voivat määritellä ratkaisuja hänen parhaakseen. (Salo & Kallinen 2007, 110, 218, 225, 302.)

Sairaalahoidossa laitoksen säännöt ja päivittäinen ohjelma rutiineineen tulevat osaksi potilaan elämää. Säännöllinen päivärytmi ja selkeä rakenne luovat turvallisuutta potilaalle. Vaarana on kuitenkin laitostuminen, jossa yksilö voi luopua aikuisuuteen kuuluvista velvollisuuksistaan. Licensiaattitutkimuksessaan omaa kuntoutumiskokemustaan tutkinut Päivi Rissanen kuvaa pitkästä sairaalahoidosta kotiutumisvaihetta vaativaksi, koska itsestään ja elämästään vastuun ottaminen tuntui vaikealta sen jälkeen, kun oli laitoksessa tottunut kokonaisvaltaiseen huolenpitoon (Rissanen 2007, 52–55).

Psykiatrisen sairaalan sosiaalityössä on tärkeätä tiedostaa potilaan tasavertaisen kohtelun merkitys, koska potilas on usein riippuvainen sosiaalityöntekijän ammatillisesta tiedosta sosiaalityön ja -palvelujen sekä niiden vaihtoehtojen suhteen. Monimutkaisessa järjestelmässä sosiaalityöntekijän tehtävä on avata olemassa olevien vaihtoehtojen merkitystä

potilaalle; saamansa tiedon perusteella potilas voi tehdä arviointia ja valintoja omasta näkökulmastaan, – mikäli valinnanmahdollisuuksia on tarjolla.

Sosiaalityöntekijän on nyky-yhteiskunnassa työskenneltävä laaja-alaisella ja aktiivisella työotteella asiakkaansa elämisen perusedellytysten varmistamiseksi. Suhteessa asiakkaaseen tulisi olla eettistä herkkyyttä ja sensitiivisyyttä tunnistaa asiakkaan elämäntilanteeseen liittyviä keskeisiä, ajankohtaisia kysymyksiä ja samalla oman arvomaailman ja elämänkokemuksen valossa peilaten omaa suhtautumista asiakkaan tilanteeseen. Vaikka taloudellisesta eriarvoistumisesta seuraavat ongelmat liitetään nykyisin kaikkein useimmin sosiaalityön tehtäväkenttään, tarvitaan sosiaalityössä osaamista myös niissä tilanteissa, joissa ongelmien painopiste on jossain muualla kuin taloudellisissa asioissa. Sosiaalityössä kohdataan ilmiöitä, jotka eivät ole moraalisesti neutraaleja. Vaikeita tilanteita, joihin liittyy esimerkiksi perheväkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä tai alaikäisen päihdeongelma, on pyrittävä selvittämään siten, että eri osapuolten oikeus asiakkaana arvokkaaseen kohtaamiseen toteutuu ilman asiakkaan ihmisenä tuomitsemista. Kaikessa auttamistyössä myönteinen perussävy on tärkeä lähtökohta. Vaikeiden asioiden esille ottaminen vaatii herkkyyttä ja sellaisen ilmapiirin luomista, joka luo toivoa tai mahdollisuuksia muutokseen eri osapuolille. (Laitinen & Kempainen 2010, 138, 153, 161–166.)

Terveystieteidenhuollossa sosiaalityön asiakastyön sisältö on usein informointia, ohjausta ja neuvontaa, palveluiden järjestämistä ja hakemusten täyttämistä yhdessä asiakkaiden kanssa (Jokinen & Juhila 2008, 32). Työ edellyttää sosiaalityöntekijältä sosiaalityön ja palveluiden tuntemusta sekä kykyä hahmottaa ja ohjata monitahoisen palvelujärjestelmän toiminnan yhteensovittamista potilaan tilanteesta. Psykososiaalinen tuki ja kuntouttava työote ovat terveydenhuollon sosiaalityön auttamistehtävän ydinaluetta; tärkeimpiä tavoitteita on yhteistyössä asiakkaan/potilaan kanssa hakea uusia keinoja tai toimintamalleja parantamaan sairastuneen tai hänen perheensä jokapäiväisessä elämässä selviytymistä ja vahvistamaan osallisuutta yhteiskunnassa (Nieminen & Anttila 2007). Sosiaalityön yhtenä perinteisenä tehtävänä on erilaisten vaihtoehtojen näkyville tuominen terveydenhuollon asiakas-/potilastyössä. Potilaan arkielämän ehtoihin perehtyminen, etuus- ja palvelujärjestelmän tuntemus sekä asiantuntemus palvelujen koordinoinnissa luovat perustaa vaihtoehtojen esittämiseen ja arviointiin (Holma 2007, 8).

Mielenterveyspalveluissa tehtävä sosiaalityö on periaatteiltaan yhteneväistä muun terveydenhuollon sosiaalityön kanssa. Psykiatriassa erityisominaisuutena voi pitää erityisen kiinteyttä moniammatilliseen työryhmään. Sairaalassa eri ammattikuntien edustajat käyvät keskustelua potilaan hoidosta ja jokapäiväisen elämän ehdoista useilla areenoilla; erilaisissa potilastapaamisissa tai vastaanottotilanteissa, hoitoneuvotteluissa, perhetapaamisissa, henkilökunnan raporteilla ja työnohjauksissa. Sosiaalityöntekijä osallistuu useimmiten ainoana oman ammattikuntansa edustajana erilaisiin neuvottelutilanteisiin. Eri ammattien ja organisaatioiden väliset keskustelut ja ajatuksenvaihto luovat laajempaa ymmärrystä käsiteltävästä asiasta tai potilaan tilanteesta, sosiaalityöntekijän keskeinen tehtävä on tuoda keskusteluun sosiaalinen näkökulma (Numminen 2005,13). Kasvokkaisen vuorovaikutuksen lisäksi institutionaalista vuorovaikutusta eri ammattiryhmien välillä tapahtuu potilaskertomusten dokumentoinnissa ja niiden käsittelyssä (Raitakari 2006). Täten sosiaalityön eettisten toimintaperiaatteiden ja arvojen tulee olla sisäänkirjoitettuna rivien väliin myös potilas- tai asiakasasiakirjoissa. Asiakirjamerkinnät voivat tulevaisuudessa vaikuttaa potilaan elämään liittyvissä asioissa ja ratkaisuissa myönteisellä tai kielteisellä tavalla, joten työntekijällä niihin liittyy huomattava ammattieettinen vastuu.

4 SOSIAALITYÖN DOKUMENTOINTI

4.1 Sosiaalityön dokumentointitutkimus Suomessa

Asiakastietoihin kohdistuvaa sosiaalityön tutkimusta on Suomessa tehty vähän. Asiakasasiakirja-aineistoja käyttäneet sosiaalityön 2000-luvulla julkaistut tutkimukset sijoittuvat sosiaalityön lastensuojelutehtävään liittyvään tiedonmuodostukseen (Kuusisto-Niemi, Rissanen & Saranto 2011, 265). Sosiaalihuollon organisaatioiden sosiaalityöllä on viranomais-tehtäviä ja niissä sosiaalityö toimii omalle hallinnonalallaan toisin kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa sosiaalityön tiedontuotantoon kohdistuvat tarpeet perustuvat toimialan kehittämistarpeisiin. Terveydenhuollon organisaatioiden tiedontuotantoa koskevat tarpeet ovat ensisijaisesti lääketieteen ja hoitotieteen alueen kysymyksiä. Tästä näkökulmasta voi ajatella, että sosiaalityön dokumentointia koskevan tieteellisen tiedon tarve näyt-täytyy erilaisena sosiaalihuollon tai terveydenhuollon toimialueilla.

Aiempaa tutkimusta koskevan tarkastelun rajaan suomalaisen asiakastyön dokumentointia koskevaan ja sosiaalityön kannalta keskeiseen tutkimukseen. Perustelen tekemäni rajauksen sillä, että asiakasasiakirjatekstien laatiminen on hyvin kontekstisidonnaista. Eri konteksteissa samasta henkilöstä laaditut asiakirjamerkinnot painottavat eri asioita. Asiakasasiakirjat ovat sekä sisällöllisesti että rakenteellisesti vaihtelevia. Täten asiakirjoihin liittyvän tiedon vertailtavuus kansainvälisesti kontekstisidonnaisuus huomioon ottaen edellyttää laajaa tietämystä eri maiden palvelujärjestelmistä.

Tarkoitukseni on esitellä lyhyesti joitakin sosiaalityön asiakastyön dokumentoinnin kannalta keskeisiä ja kiinnostavia tutkimustuloksia. Aino Kääriäinen kuvailee lastensuojeluasiakirjojen dokumentointia käsittelevässä tutkimusraportissaan sosiaalityöntekijöiden tapaa kirjoittaa moniäänistä tekstiä asiakastietoihin. Moniäänisyydellä tarkoitetaan eri osapuolten näkemysten auki kirjoittamista tekstiin, tutkimuksen mukaan lastensuojelun asiakirjoissa puhetilaa saivat asiakkaan lähipiiri ja muut viranomaiset tai yhteistyökumppanit. Kääriäisen mukaan oli havaittavissa, että joskus sosiaalityöntekijät viivyttelivät oman näkemyksensä kirjaamisessa asiakastietoihin antaen enemmän tilaa muiden näkemyksille. Hän arveli viivyttelyn mahdollisesti johtuvan sosiaalityöntekijän tavasta varjella hienovaraisesti asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa syntyvää ilmapiiriä huomioiden asiakkaan mahdollisuus tarkastaa itseään koskevat tekstit. Omia näkemyksiä ja asiakkaan tilanteen

herättämiä ajatuksia ei välttämättä kirjata muistiinpanoihin siitä syystä, että ne ovat omassa mielessä. Muiden kannanottoja merkitään muistiin. Sosiaalityöntekijät välttävät asiakirjateksteissä asiakkaita kategorisoivien ilmaisujen käyttöä ja sen tyyppiset kannanotot kirjaetaan muiden esittämiksi. Johtopäätöksissään Kääriäinen haastaa sosiaalityöntekijöitä kirjoittamaan enemmän ammatillisia arvioita näkyville asiakirjoihin. Lastensuojelun muistiinpanoasiakirjoissa sosiaalityöntekijät raportoivat muiden ammattilaisten käsityksiä tilanteesta tuomatta omaa ammatillista näkemystään ja mielipidettään keskustelun osaksi. (Kääriäinen 2004, 165–166.)

Jenni Ruotsalainen käytti sosiaalityön pro gradu-tutkielmassaan aineistona psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden kirjoittamia sosiaalisia tutkimuksia. Ruotsalaisen tutkielma liittyi pilottihankkeeseen, jonka tavoitteena oli kehittää sairaalaan yhteismitallinen ja standardoitu runko sosiaaliselle tutkimukselle potilastyössä. Ruotsalainen analysoi sosiaalisen tutkimuksen johtopäätösosuuksia, joka oli potilasasiakirjoissa dokumentoitu otsikolla ”Sosiaalityöntekijän arvio ja ehdotus jatkotoimiksi”. Analyysin kohdentaminen sosiaalityön arviointiosuuteen ja toisaalta tutkimuksen taustalla ollut kehittämishanke ovat oletettavasti vaikuttamassa tutkimustuloksissa, joiden mukaan sosiaalityöntekijöiden omat arviot ja näkemykset tulivat selkeästi teksteissä esille. Myös potilaan kannanottoja ja näkemyksiä oli kirjattu aineistoon runsaasti (Ruotsalainen 2010).

Sosiaalityön kannalta mielenkiintoinen on Ulla Tiililän lingvistinen tutkimus, jossa osan aineistosta muodosti sosiaaliviraston vammaispalvelulain mukaiset kuljetuspalvelupäätökset. Tiililän mukaan päätöksissä tuli näkyville sosiaalityöntekijöiden tulkin rooli. Sosiaalityöntekijät käänsivät asiakkaiden kokemuksia institutionaaliselle hallinnon kielelle ja toisaalta muokkasivat ja suodattivat hallinnon viitekehyksestä esitettyjä linjauksia yksittäisen asiakkaan tilanteeseen sopiviksi (Tiililä 2007, 143, 233). Tiililän mukaan institutionaalisissa kohtaamisissa kansalaisen, asiakkaan tai potilaan roolissa oleva tarkastelee käsittelyssä olevia asioita aina toisenlaisesta näkökulmasta kuin tilanteen toinen, instituutiota edustava osapuoli. Instituution edustaja tyypillisesti tarkastelee tilannetta oman toimivaltansa ja työnsä kannalta tarkoituksenmukaisesta näkökulmasta, kun taas kansalaisen, asiakkaan tai potilaan näkökulma on kokonaisvaltaisempi. Tutkimuksen kohteena olleissa kuljetuspalvelupäätösteksteissä hakija jäi näkymättömäksi, hänen ääntään ei kuulunut. Tiililä toteaa sosiaalityöntekijöiden riistäneen hakijoiden äänivallan ja antaneen sen dominoivalle lääketieteelle. Teksteissä lääketieteellisten perustelujen painoarvo näytti suuremmalta kuin asiak-

kaiden itsensä esittämät perustelut. Sosiaalityöntekijät eivät käyttäneet mahdollisuuttaan toimia asiakkaiden puheen välittäjinä päätöksissä (Tiililä 2007, 178, 228).

Tiililän ja Kääriäisen esittelemät tutkimustulokset tuovat esille haasteita sosiaalityön dokumentoinnin kehittämiseksi. Jossakin kontekstissa asiakkaan puhe saa paljon tilaa, jossa taas asiakkaan ääni peittyy asiantuntijoiden käsitysten ja ongelmanmäärittelyn taakse. Moniäänisyyden ja useiden näkökulmien kirjaaminen on tärkeää, mutta sillä ei voi korvata sosiaalityöntekijän omaan ammatilliseen kokemukseen ja osaamiseen perustuvia arviota.

4.2 Dokumentointi sosiaalityön asiakastyön osana

Sosiaalityön keskeistä sisältöä ovat erilaisissa tilanteissa, ympäristöissä ja kokoonpanoissa tapahtuvat asiakkaiden kohtaamiset ja näihin liittyvät muistiinpanot. Asiakstapaamiset ja niissä tapahtuva suora vuorovaikutus ovat ensisijaisia, kun mietitään mahdollisuuksia vaikuttaa tilanteeseen tai haetaan ratkaisuja ajankohtaisiin ongelmiin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa, joiden organisaatioissa sosiaalityöntekijät asiakkaitaan kohtaavat, on voimassa lainsäädäntöön perustuvat velvoitteet tehdä merkintöjä asiakkaiden tapaamiseen liittyvistä olennaisista asioista. Suomessa erityisesti terveydenhuollon sosiaalityössä tehtävän asiakastyön dokumentoinnin erityiskysymyksiä on käsitelty kirjallisuudessa vähän.

Erilaisten asiakirjojen laatimiseen liittyvää osaamista on pidetty luonnostaan osana sosiaalityöntekijä ammattitaitoa eikä virallisempaa opastusta siihen ei ole ollut saatavilla (Huuskonen, Korpinen & Ritala-Koskinen 2010, 331; Laaksonen, Kääriäinen, Tapola-Haapala, Sahala, Kärki, Jäppinen 2011, 53). Dokumentointiin liittyvät käytännöt ovat kirjavia ja yksilöllisiä eri työyhteisöissä, vaikka eri toimijat ovat tuottaneet materiaalia kirjaamisen yhdenmukaistamiseksi (Kääriäinen 2003, 4). Terveydenhuollon palveluissa kuntoutussuunnitelmien laatimisesta on tuotettu ohjeistusta viranomaistaholta sekä tutkimusten tuotamina kehittämis ehdotuksina. Nämä ohjeistukset ovat yleisluonteisia suosituksia eri ammattiryhmille (esimerkiksi STM: Potilasasiakirjojen laatiminen ja Kela: Hyvän kuntoutuskäytännön perusta 2011). Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksessa kuvataan mielenterveyspalveluissa tuotettuja hoitosuunnitelmia hyvin erilaisiksi sisällöllisesti eivätkä ne täysin vastanneet lainsäädännössä annettuja ohjeita. Erilaisuutta on selitetty kirjaajien erilaisilla dokumentointityyleillä, ohjeistamisen puutteella ja sillä, että suunnitelmat

ovat ”kirjaajien omassa päässä”. Niukkasisältöisen kirjaamisen arvioitiin johtuvan siitä, että organisaatiouudistusten seurauksena kirjaaja ei enää tiedä kuka potilasasiakirjaa tulee lukemaan, jonka vuoksi kirjataan vähän tietoja. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 117, 127, 130–131.)

Sosiaalityön asiakaskohtaamisissa käyty keskustelu jää sellaisenaan ainutkertaiseksi tapahtumaksi. Työntekijän laatimat muistiinpanot tapahtumasta valintoineen, tulkintoineen ja painotuksineen ovat luettavissa vuosien kuluttua kohtaamisen jälkeen. Dokumentit säilyvät nykyisin sähköisissä arkistoissa ja ovat helposti käyttöön otettavissa asiakkuuden uusiutuksessa. Muistiinpanojen laatimishetkellä ei asiakas eikä sen paremmin työntekijäkään tiedä, ketkä kaikki tulevat merkintöjä lukemalla luomaan käsitystä asiakkaan tilanteesta tai palvelujen tarpeen kehityksestä. Tekstit kuvaavat asiakkaan tilannetta, mutta samalla niissä on myös tekstin laatineen työntekijän kädenjälki. Työntekijän lähestymistapa jää tekstiin, koska hän tekee valinnat, mitä henkilörekisteriin tallennettavaan tekstiin sisällytetään ja mitä jätetään mainitsematta. Tiedon käsittely ja jäsentäminen tekevät näkyväksi sosiaalityön tiedonmuodostuksen prosessia. Huolellinen asiakastyön dokumentoiminen tekee asiakirjoista toimivan työn tekemisen ja tiedonmuodostuksen välineen. Sekä asiakkaan, että työntekijän kannalta on tärkeää, että palvelutapahtumaan liittyvät asiat ja tapahtumat kuvataan totuudenmukaisesti (Kääriäinen 2003, 26).

Pirjo Nikkanen (2010) korostaa vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentamisen käytäntöä käsittelevässä tutkimusraportissa kuntoutujan oman näkökulman tärkeyttä suunniteltaessa kuntoutusta ja elämäntavoitteita, mikä tarkoittaa riittävän ajan ja tilan antamista kuntoutujan omalle äänelle ammatillisten asiantuntijoiden joukossa. Kirjallisesti laadittavissa kuntoutussuunnitelmissa pitää siis näkyä selkeästi kuntoutujan oma mielipide ja toiveet. Kuntoutussuunnitelmia tehdään moniammatillisissa neuvotteluissa yhdessä kuntoutujan kanssa, jolloin sovitaan kunkin toimijaosapuolen tehtävistä ja vastuista. Kasvokkain käytävän neuvottelun lisäksi suuri merkitys on tehdyn suunnitelman dokumentoinnilla, koska sillä on vaikutusta kuntoutujalle myönnettäviin etuuksiin, joiden myöntäminen perustuu lääkärintodistuksiin ja muihin asiantuntijalausuntoihin hakemusten liitteenä. Dokumentoinnin puutteina on todettu olevan kuntoutujien elämäntilanteiden kapea-alainen käsittely. Tyypillistä on, että lääkärintodistukset sisältävät riittävästi tietoa terveydentilasta ja fyysisestä toimintakyvystä, kun taas kuntoutujan sosiaalisesta toimintakyvystä, kotona pärjäämiseen liittyvästä avuntarpeesta, elinoloista ja elämäntilanteesta on tietoa

niukasti. (Nikkanen 2010, 38, 41.) Kuntoutussuunnitelmien keskeisiä ongelmia ovat niissä käytetty abstrakti viranomaiskieli, jolla esitetään kuntoutustoimenpideohjelma kuntoutujan määrittyessä kohteeksi. Kuntoutujan vajavuudet ja ongelmat korostuvat suunnitelmissa. Kuntoutujan tulisi hallita lääketieteellistä, hallinnollista ja psykologista kieltä kyetäkseen täysipainoisesti osallistumaan kommentoimalla itseään koskevaa suunnitelmaa. (Somerkiivi 2000, 157, 160.)

Lastensuojelun asiakirjojen dokumentointia käsittelevän tutkimuksensa kehittämisehdotuksissa Aino Kääriäinen suosittelee asiakkaan ottamista mukaan tekstien kirjoittamiseen ja muokkaamiseen. Tekstien lukeminen asiakkaalle ja hänen muokausehdotustensa huomioon ottaminen antavat tilaa ja mahdollisuuden asiakkaan äänen ja näkökulman esille tulemiseen (Kääriäinen 2003, 180). Asianmukaiset merkinnät takaavat oikeusturvaa sekä palvelun käyttäjälle että henkilökunnalle. Kun asiakirjojen laadintaan paneudutaan asianmukaisesti ja huolellisesti, niitä on myös helppo näyttää potilaalle itselleen. (Ylipartanen 2010, 214.)

Eija Antikainen-Juntunen (2005) käsittelee lisensiaattitutkimuksessaan sosiaalityöntekijän roolia ja tehtävää psykiatrisessa työkyvynarvioinnissa. Hänen tutkimuksensa paljastaa haataruutta ja satunnaisuutta sosiaalityöntekijän roolin osuudessa työkyvynarviointiprosesseissa. Kehittämisehdotuksissaan hän suosittelee sosiaalityöntekijöille huomion kiinnittämistä dokumentointiin. Tärkeänä näkökulmana hän esittää, että sosiaalityön näkyväksi tekeminen ei tässä ole itseisarvo, vaan oleellista on tunnistaa asiakkaiden tarve saada palveluja. (mt. 2005, 28, 34, 147, 154.)

Sosiaalityön asiakastyön dokumentoinnilla on merkitystä myös siitä näkökulmasta, miten sosiaalityö toimintaympäristössään hahmotetaan. Tietojen huolellinen jäsentäminen ja keskeisten asioiden esittäminen asiakaskertomuksissa erilaisia lukijoita ajatellen on työssä opittava taito. Asiakaskertomuksia käytetään ja luetaan erilaisista ammatillisista viitekehyksistä, kaikki lukijat eivät jaa sosiaalityön ajattelutapoja. Mikäli tapahtumakulkuihin liittyviä työn prosesseja ei avata ja analysoida, vaan luotetaan ammatillisesta näkökulmasta itsestäänselvyyksinä pidettyihin motiiveihin ja tarkoituksiin työn rutiineissa, ei sisältö avaudu kaikille tietojä käyttäville. Tätä voi pitää sosiaalityön näkymättömyyden yhtenä taustatekijänä. (Pithouse 1998, 4–5, 60–61.) Mikäli dokumentoinnissa jäädytään kuvailevalle tasolle ja eikä tehdä johtopäätöksiä tai tilannearvioita sosiaalityön viitekehyksestä, on sosi-

aalinen näkökulma tilanteen käsittelyssä rajoittunut eikä merkintä välttämättä ohjaa potilaan tai asiakkaan tilanteessa tehtäviä ratkaisuja. Kuvailuva dokumentointi jättää tulkintavapauden lukijalle.

Vuonna. 2009 annettu potilasasiakirja-asetus ohjeistaa merkintöjen tekemistä seuraavasti:

”Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja.” (Potilasasiakirja-asetus 298/2009 §7.)

Terveyssoseaalityössä joutuu pohtimaan, mitä ovat laajuudeltaan riittävät ja potilaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot. Koska soseaalityö terveydenhuollossa toimiessaan on omaan tieteenalaansa nähden ”vieraskentällä”, ei määrittely ole aina yksioikoisen helppoa: millä tavalla ja missä määrin soseaaliset olosuhteet liittyvät hoitoon ja hoidon suunnitteluun? Esimerkiksi soseaalityöntekijän vastaanotolla esille tuleva taloudellisen tilanteen kuormittavuus voi vaikuttaa potilaan kuntoutumisprosessiin ja rajoittaa hänen mahdollisuuksiaan tehdä paranemista edistäviä valintoja, jolloin tieto siitä on perusteltua sisällyttää potilaskertomukseen. Perheenjäsenten keskenään tekemät taloudelliset tai käytännölliset sopimukset saattavat joskus vaikuttaa hyvinkin paljon potilaan jokapäiväiseen elämään, mutta eri osapuolten intymiteettisuojan näkökulmasta tietojen kirjaaminen vaatii harkintaa. Säilyttävätkö soseaalityöntekijät omaan ammatilliseen näkökulmaansa kuuluvan oikeutuksen arvioida soseaalisten tietojen merkitystä osana potilaan kokonaistilannetta vai suhtautuvatko soseaalityöntekijät itse soseaaliseen tietoon potilaskertomuksessa toissijaisena tehden niukkoja merkintöjä? Terveyssoseaalityössä kertyvä jatkuva potilaskohtainen tieto potilaskertomukseen dokumentoituna helpottaa soseaalisen kokonaistilanteen ja palvelutarpeen kartoittamista. Kuvattaessa puutteita ja rasioiteita potilaan elinolosuhteissa tai taloudellisessa tilanteessa on tärkeää säilyttää hienotunteisuus ja arvostus potilasta kohtaan.

Terveydenhuollon kielenkäyttöön liittyy ammatillista terminologiaa, joka ei välttämättä avaudu ulkopuolisille toimijoille tai potilaille. Tanja Vehkakosken tutkimuksessa ammatti-

ihmisten kielenkäytöstä kuvaukset vammaisen lapsen tilanteesta viipaloituivat sisällöltään ammattiryhmien painotuksia ja intressejä vastaaviksi. Medikalisoitumisen vaikutuksesta kaikkien ammattiryhmien kielenkäytössä vahvistuivat selitysmallit, joissa kasvatuksellisten ja kuntoutuksellisten interventioden perusteluna esitettiin lapsen saama diagnoosi. Diagnostisten piirteiden kuvaama häiriötila voi peittää potilaan toimijuuden. Vehkakoski luonnehtii diagnosoidun lapsen identiteettiä myöhemmin missä tahansa institutionaalisessa yhteydessä aktivoituvaksi, joka voi tuottaa lapselle sekä mahdollisuuksia että rajoituksia. Diagnoosin sisältämien vahvojen oletusten takia diagnosoidun lapsen identiteetistä voi tulla leimaava, läpitunkeva ja hallitseva identiteetti institutionaalisissa yhteyksissä. Ammatti-ihmiset voivat kielenkäytöllään tahattomasti vahvistaa erottelevia käytäntöjä tai synnyttää eriarvoistavia suhteita. (Vehkakoski 2006, 10, 53–56, 60–61.)

4.3 Kokonaisvaltaisuuden tavoite sosiaalityön tilannekartoituksissa

Sosiaalityön käytännöissä asiakassuhteessa työskentelyn keskeisenä lähtökohtana pidetään tilanteen alkukartoitusta ja pyrkimystä kokonaisvaltaisen käsityksen luomiseen asiakkaan elämäntilanteesta. Ihminen nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jossa eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Palvelujärjestelmän eri toimijoiden retoriikassa ilmenee arvoperusteinen tavoite ihmisten kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta. Kuitenkin erilliset, sektoroituneet palvelut vastaavat kukin hyvin pieneen osa-alueeseen ihmisen palvelutarpeista. Asetelma on siis ristiriitainen; kokonaisvaltaisuus on tavoitteena ja ihanteena puheissa ja julkilausumissa, mutta käytännössä toiminta painottuu ongelmakeskeisesti palvelujärjestelmän toimijoiden tunnistamien kategorioiden mukaan.

Anna Metteri (1996) luonnehtii terveydenhuollon sosiaalityön kokonaisvaltaista lähestymistapaa arjen näkökulmana, jossa pyritään ymmärtämään ihmisen omaa kokemusta ja suhteuttamaan tapahtumia hänen elämänsä ja kokonaistilanteensa huomioiden. Arjen näkökulmaan sisältyy myös yhteiskunnan instituutioiden ja rakenteiden ilmeneminen ihmisen jokapäiväisessä elämässä. Kokonaisvaltaisella lähestymistavalla ei tarkoiteta asiakkaan koko elämän ammatillista haltuunottoa eikä myöskään ylivertaisuutta muihin ammattiryhmiin nähden. (Metteri 1996, 143–145.)

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston opas aikuissosiaalityön tilannearvion tekemisestä on yksi esimerkki sosiaalityön dokumentoinnin tavoitteellisesta kehittämisestä kokonaisvaltainen näkökulma säilyttäen. Oppaassa käytetyllä tilannearvion käsitteellä tarkoitetaan yhdessä asiakkaan kanssa tehtyä hänen elämäntilanteensa ja olosuhteittensa kokonaisjäsenystä, jossa erityisesti kiinnitetään huomiota asiakkaan vahvuuksiin, ongelmiin ja toimintaympäristöihin. Tilannearviolla ei tarkoiteta pelkkää faktojen esittämistä, vaan siihen sisältyy niiden pohjalta tehtyä arviointia ja elämäntilanteen analyysiä. Oppaassa korostetaan asiakkaan osallisuutta selvitysprosessissa, jossa pyritään yhdessä asiakkaan kanssa luomaan käsitys hänen seuraavista elämänalueistaan: perhe- ja ihmissuhteet, asuminen, koulutus, työ, taloudellinen tilanne, terveys, päihteiden käyttö, arkielämä ja vapaa-aika, sekä mahdolliset muut tiedot. Näiden tietojen perusteella laaditaan yhteenveto, jossa esitetään elämäntilanteen kokonaisarvio ja johtopäätökset. Realistisen kokonaiskuvan lisäksi yhteenvedossa tulee nostaa esille asioita, joihin on mahdollista vaikuttaa sosiaalityön keinoin sekä todeta ne seikat, joihin asiakas itse pystyy vaikuttamaan. (Kuvaja, Luhtasela, Mustonen, Borg & Liukonen 2007.)

Terveydenhuollossa kuntoutujan ja ammattilaisten näkökulmat yhdistyvät kirjoitetussa kuntoutussuunnitelmassa, jolloin kokonaisnäkemys on enemmän kuin yksittäisen henkilön näkökulma tai osaamisalue. Eri osapuolten tuottama tieto ei jää pirstaleiseksi kokonaisvaltaisesti laaditussa suunnitelmassa ja toimeenpanovastuu on niissä jäljitettävissä (Peltomaa 2005, 136; Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 37–38). Kuntoutussuunnitelmien työstämisen kehittämissuosituksissa Nikkanen ehdottaa kuntoutujan tilanteen kokonaisvaltaisempaa arviointia ja käsittelyä moniammatillista tietotaitoa hyödyntäen siten, että kuntoutuja on mukana ja häntä kuullaan riittävästi (Nikkanen 2010, 41).

Kokonaisvaltaisen näkökulman kirjaamista asiakastietoihin tai potilaskertomukseen voi tarkastella myös henkilörekisterilain rajoitteista lähtien. Henkilörekisterilain mukaan henkilötietojen keruun tuleen perustua tarpeen mukaisuuteen, eli on tiedostettava tiedon sisältö suhteutettuna sen käyttötarkoitukseen. Laaksonen ym. esittävät, että tietojen tarpeellisuuden arviointi perustuu työtehtävän ja asiakassuhteen todelliseen luonteeseen. Työntekijä ei voi kirjata sellaisia tietoja asiakas- tai potilaskertomukseen, joilla ei ole merkitystä tuotettavan palvelun kannalta. (Laaksonen ym. 2011, 11.)

Henkilötietolain mukaan arkaluonteisia tietoja ovat henkilötiedot, jotka kuvaavat:

”1) rotua tai etnistä alkuperää, 2) yhteiskunnallista, poliittista tai uskonnollista vakaumusta tai ammattiliittoon kuulumista, 3) rikollista tekoa, rangaistusta tai muuta rikoksen seuraamusta, 4) terveydentilaa, sairautta, vammaisuutta tai henkilöön kohdistettuja hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia, 5) seksuaalista suuntautumista tai käyttäytymistä, 6) henkilön sosiaalihuollon tarvetta tai hänen saamiaan sosiaalihuollon palveluja, tukitoimia tai muita sosiaalihuollon etuuksia.” (Henkilötietolaki 523/1999, § 11.)

Pääsääntöisesti arkaluonteisten tietojen käsittely on kielletty. Arkaluonteisia tietoja saa kirjata potilaskertomukseen ainoastaan, mikäli se on välttämätöntä potilaan hoidon kannalta. Terveystieteiden sosiaalityön käytännössä yhteys sosiaalihuollon palvelujen käyttöön on jokapäiväistä. Sosiaalihuollon palveluiden, esimerkiksi toimeentulotuen saamisella on merkittävä vaikutus sitä tarvitsevalle terveydenhuollossa asioivalle henkilölle arkielämän sujumisen ja elämisen edellytysten kannalta. Yleinen kirjaamiskäytäntö terveys- ja sosiaalityössä on, että potilaan tarkkoja tulotietoja ei potilaskertomukseen kirjata eikä myönnettyä toimeentulotukea euromääräisenä. Eläke- tai vakuutustiedoista mainitaan maksajatahot.

Toistuvasti terveys- ja sosiaalityössä tulee tilanteita, joissa potilaan kanssa selvitetään rikokseen liittyvää asiaa joko poliisin tai oikeusviranomaisten kanssa. Sosiaalityöntekijät usein esimerkiksi avustavat ja neuvovat potilasta oikeusavustajan tai asianajajan saamisessa. Palvelutapahtumien kirjaaminen potilaskertomukseen perustuu ammatilliseen arvioon tietojen merkityksestä. Tavoitteena on, että työn peruseriaa eli potilaan hyväksi toimiminen toteutuisi.

4.4 Ongelmien ja niiden ratkaisukeinojen määrittelyn merkitys

Anni Vanhalan mukaan asiakkaiden kategorisointi institutionaalisissa käytännöissä lähtee pitkälti asiakkaan ulkopuolelta työntekijöiden, viranomaisverkoston tai organisaation tekoina. Organisaatiot osoittavat paikkojaan kategorisoimalla asiakkaita sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Asiakkuus on määriteltävä siten, että se sopii organisaation tehtäväkenttään. Puheen keskittyminen ongelmiin on auttamistyön organisaatioissa tavallista. Ongelmapuheen vastapainona toimii puhe voimavaroista ja vahvuuksista. Ongelmapuheen merkitys korostuu organisaation ylläpitämisessä; se on keskustelun muoto, jonka kautta asiakkuutta määritellään. Voimavarapuhe ei kirjaudu yhtä helposti asiakaspapereihin kuin

ongelmapuhe. Voimavarojen ja mahdollisuuksien aspekti edustaa kuitenkin vahvasti suuntaa muutokselle. (Vanhala 2000, 262–264.)

Negatiivinen kategorisointi johtaa helposti hyvin kokonaisvaltaisiin määrittelyihin; jo jonkin paikan asiakkuus voi ohjata luomaan tiettyä mielikuvaa ihmisestä. Ennakkokäsitykset voivat vaikuttaa asiakkaan saamaan palveluun ja kohteluun. Ammattilaiset saattavat olla mukana leimatun identiteetin rakentamisessa, mikäli kategorioihin liittyviä yleisiä käsityksiä tai vakiintuneita ennakkokäsityksiä ei riittävästi kyseenalaisteta. Negatiivista kategorisointia on esimerkiksi alkoholistiksi, asunnottomaksi, mielenterveysongelmaiseksi tai syrjäytyneeksi määrittelemisen. (Kulmala 2006, 62, 68, 82.) Kategorian painopisteen siirtyessä ihmisiin on vaarana, että myös ajankohtainen ongelma nähdään ihmisessä rakenteiden jäädessä taustalle.

Sosiaalisten ongelmien tulkintatyö on aina vuorovaikutuksellista ja jatkuvasti neuvottelullista. Hyvinvointiammattilaisten tulkintojen vaihtelevuus liittyy ajankohtaisten ammattikäytäntöjen painotuksiin. Samassa ammatissa toimivat kollegat voivat pienistäkin asioista ja puhetavoista tunnistaa tilanteen taustan, joka saa työntekijän toimimaan tietyllä tavalla. Pösön mukaan kysymys on ammatillisista tulkintaresursseista, joita työntekijät käyttävät myös haastatellessaan asiakkaita ja kerätessään tietoa heidän tilanteestaan. Tulkintaresursit asettuvat käsitteenä lähelle hiljaisen tiedon merkitystä. Tulkintaresurssien käytön avaaminen tarkoittaa asiantuntijoiden toiminnan ja ajatusten näkyväksi tekemistä sanoittamalla ja käsitteellistämällä sitä. (Pösö 2000, 270–274.)

Joskus muutokset asiakasuralla voivat olla vaikeita siksi, että menneisyyden ongelmatarina on ja pysyy potilas- tai asiakaskertomuksissa vaikuttavana vielä senkin jälkeen, kun ongelma on jo poistunut. Asiakkuuden kertomushistoriassa säilyvistä leimoista muodostuu pysyvyydessään tekijä, jonka asiakas valmistautuu uudelleen ja uudelleen kohtaamaan asioita puheeksi otettaessa asiointitilanteissa. Työntekijät voivat tulkita monin tavoin asiakirjojen ”faktoja” ja asiakkaan tai potilaan oman kertomuksen uskottavuutta. (Vanhala 2005, 246.)

Stefan Morénin näkemyksen mukaan sosiaalityön asiakastyön dokumentointi on kehittynyt yksipuoliseksi ja -suuntaiseksi organisaatioiden hallinnollisia tarpeita palvelevaksi toiminnaksi, jossa on pitkään ohitettu mahdollisuus ottaa asiakastyön dokumentointi käyttöön

keinona auttaa asiakasta kuvaamaan, ymmärtämään ja muuttamaan tilannettaan tai käyttää dokumentointia työn tulosten arvioinnissa. Hän korostaa asiakkaan osuuden merkitystä asioiden kirjaamisessa, koska työn tulokset ja saavutukset eivät perustu pelkästään työntekijän panokseen. Asiakkaan merkityksen tunnustaminen omien muutosmahdollisuuksiensa kuvaamisessa asiakirjoissa on voimaantumista (empowerment) tuottavaa. Dokumentoinnilla tuotetaan ja ylläpidetään sosiaalityön oma kuva; se miten työtehtävät nähdään ja millaiset normit ohjaavat toimintaa. On tärkeää tiedostaa dokumentoinnin, vallan ja sosiaalisten suhteiden välillä vallitseva purkautumaton sidos. (Morén 1999, 331–336.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimustehtävä

Psykiatrisissa sairaaloissa tehtävästä sosiaalityöstä on niukasti tutkimustietoa eikä tiedosani ole tähän mennessä yhtäkään tutkimusta, jossa olisi käytetty aineistona sairaalan sosiaalityön potilasasiakirjamerkintöjä. Potilaskertomustekstit ovat kuitenkin merkittävä elementti palvelujärjestelmässä, koska ne säilyvät sähköisen potilaskertomuksen tietokannassa ja niitä käytetään myöhemmin toteutuvissa palvelutapahtumissa yhtenä tietolähteenä sen rinnalla, mitä potilas kulloinkin ajankohtaisesta tilanteestaan kertoo.

Pyrin tutkimuksellani tuottamaan tietoa sosiaalityön näkökulmasta niistä ilmiöistä, joita psykiatrisen sairaalahoidon aikana sosiaalityöntekijän ja potilaan kohtaamisissa esiintyy ja joihin sosiaalityö potilaskertomuksiin dokumentoitaessa keskittyy. Potilaskertomusmerkinnät edustavat työntekijän näkökulmasta koottuja keskeisiä asioita potilaan tilanteesta, joita hänen asiassaan on sosiaalityöntekijän vastaanotolla tai yhteydenotoissa käsitelty.

Tutkimuskysymykseni ovat:

- Mitä tietoja sosiaalityöntekijät kirjoittavat potilaskertomukseen psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettavan henkilön asioista ja sosiaalityön keinoista toimia potilaan tilanteessa?
- Miten mielenterveyspotilaiden ongelmat yhteiskunnassa näkyvät potilaskertomuksissa?

Sosiaalityön ja dokumentoinnin kehittämisen kannalta potilaskertomusmerkintöjä on tärkeää tutkia. Pithouse nostaa esille brittiläistä lastensuojelutyötä käsittelevässä tutkimuksessaan sikäläisessä toimintakulttuurissa sosiaalityöntekijöiden itseohjautuvuuden ja yksintyöskentelyn asiakkaittensa kanssa. Hänen mukaansa nämä tekijät osaltaan ovat osatekijänä sosiaalityön näkymättömyydessä, jolla hän tarkoittaa, että ulkopuolisten on vaikea tietää mitä ja millaista sosiaalityö on. Asiakaskertomusmerkinnät ja sosiaalityön tavoitteista ja periaatteista puhuminen tekevät työtä näkyväksi. Mitä sosiaalityö on, näkyy sosiaalityöntekijöiden ammatillisissa rutiineissa ja tyypillisissä tavoissa toimia. (Pithouse 1998.) Psykiatrisessa sairaalassa sosiaalityö on itseohjautuvaa ja yksintyöskentelyä sosiaalityöntekijänä, vaikkakin toimitaan moniammatillisissa työryhmissä. Potilaskertomusmerkintöjä tehdään käytännössä päivittäin. Sosiaalityöntekijän merkinnät jäävät potilaskertomukseen kohtaamisten käyntikorttina, josta eri ammattiryhmät tekevät päätelmiään sosiaalityön on-

gelmanmäärittelyistä, pyrkimyksistä ja toiminnasta potilaiden asioissa. Laajemmasta näkökulmasta katsottuna voidaan ajatella, että potilaskertomusmerkinnöistä jää niiden käyttäjille (lukijoille) muistiin mielikuvia, joita voidaan käyttää myöhemmissä tapahtumissa ”malleina” sosiaalityön toimintatavoista. Siten sosiaalityön tehtäväkuvan määrittymisen kannalta on merkittävää, millaisia malleja dokumentoinnilla luodaan.

Ensimmäinen tutkimuskysymyksistäni lähestyy laajalla näkökulmalla potilasasiakirjoihin tehtyjä merkintöjä. Olen päätenyt siihen, että en ole rajannut kysymystä enempää, koska sosiaalityön käytäntöjen kehittämisen kannalta tarvitaan tietoja aineiston erilaisista sisällöistä. Potilaskertomusmerkintöjä ei voi pitää todellisuuden heijastumina, vaan voidaan ajatella, että tämän tutkimuksen aineistona olevat potilaskertomusmerkinnät ovat näyte sosiaalityöntekijöiden keskeisiksi arvioimista asioista, joita psykiatrisessa sairaalassa hoidettavien henkilöiden tilanteesta on sosiaalityön kohtaamisissa tullut esille. Potilaskertomuksissa esiintyvien ilmiöiden tunnistamisen kautta on mahdollista nimetä ajankohtaisina näyttäytyviä sosiaalityön haasteita ja dokumentoinnin kehittämisen kannalta voi pohtia, miten näitä ilmiöitä terveydenhuollon toimintaympäristössä käsitellään.

Miellän asettamani tutkimuskysymykset monikerroksisena kokonaisuutena. Kokonaisuuden ytimen muodostaa sosiaalityön asiakaskontakti. Sosiaalityön dokumentoinnin perustana ovat asiakaskontaktin tapahtumat ja esille tulleet asiasisällöt. Dokumentointi on osa sosiaalityötä, sen menetelmiä, toimintaperiaatteita ja toimenpiteitä. Sosiaalityö asettuu tiettyyn toimintaympäristöön, tässä tutkimuksessa sairaalaan aikuispsykiatrian osastolle. Sairaala on osa yhteiskuntaa, joka muodostaa kokonaisuuden ulkokehän. Näkemykseni mukaan ulommaisista kerroksista tulee monia vaikutuksia sisempiin kerroksiin sosiaalityön asiakaskontaktiin saakka yhteiskunnan asettamien reunaehtojen muodossa. Sosiaalityön asiakaskontaktissa taas pyritään vaikuttamaan sisimmältä kehältä ulospäin eli välittömästi moniammatillisen työryhmän ratkaisuihin potilaan tilanteessa ja mahdollisesti sairaalan ulkopuolisten toimijoiden päätöksiin.

5.2 Tutkimuksen eettiset perustelut

Pidän sosiaalityöntekijöiden potilaskertomuksiin kirjoittamia tekstejä tärkeänä tietolähteenä, kun halutaan tutkia sosiaalityön kirjaamiskäytäntöjä. Halusin tehdä valinnan valmiiden

asiakirjatekstien suuntaan, toinen linja olisi voinut olla esimerkiksi käytäntöjen kartoittaminen sosiaalityöntekijöiltä itseltään kyselemällä. Jälkimmäisessä vaihtoehdossa eniten pelkäsin ”ammatillista nostepuhetta”, millä pyritään tuomaan esille tietämys periaatteista ja ohjeista. Silloin arjen luoviminen ja hankaluudet, joilla kuitenkin on merkittävä osuus käytännöissä, saattaisivat jäädä vähemmälle huomiolle. Työkokemuksestani minulle on tuttua, miten moninaisia asioita sosiaalityöntekijät saattavat hoitaa ja selvittää psykiatrisilla osastoilla hoidossa olevien ihmisten kanssa. Tutkimuksen näkökulmasta katson, miten asioiden kirjo näyttäytyy sosiaalityöntekijöiden tekemissä potilaskertomusmerkinnöissä. Varhaisessa tutkimukseni suunnitteluvaiheessa kerroin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin psykiatrisilla osastoilla toimiville sosiaalityöntekijöille alustavasti, että aion hakea lupaa potilaskertomusmateriaalin käyttöön tutkimukseni aineistona. Oman kokemukseni mukaan sosiaalityöntekijöillä on paljon yhtenäisyyttä tavassaan kirjata asioita potilaskertomukseen, toisaalta taas kullakin on oma käsialansa, tapansa kirjoittaa. Tutkimukseni keskeinen eettinen periaate on, että suhtaudun kunnioittavasti merkintöjä tehneisiin sosiaalityöntekijöihin, enkä tutkimukseni missään vaiheessa ole käsitellyt aineistoa työntekijäkohtaisesti tai –tunnisteisesti kuvattuna.

Ehkä hankalin kysymys itselleni on ollut sen pohtiminen, millä perusteella pyysin sairaanhoitopiiriltä ihmisten potilaskertomuksista otteita kysymättä siihen lupaa heiltä itseltään? Olenko menettelylläni polkenut ja sivuuttanut mielenterveyskuntoutujien oikeuksia ja yksityisyyttä tai suhtaudunko heihin väheksyvästi? Toivoisin, että mielenterveyskuntoutujien mielipidettä kysyttäisiin aina heitä itseään koskevissa asioissa. Voi olla ristiriitaisen tuntuista, etten näkemyksestäni huolimatta kysynyt heiltä suostumusta potilaskertomustensa käyttöön tutkimukseni aineistona. Tavoitteenani oli saada mahdollisimman monipuolinen, erilaisten potilastapausten potilaskertomuksista koottu aineisto, jossa on edustettuna tapauksia eri sairaalahoidon vaiheista ja hoidon syistä. Mielestäni yleiset tutkimuseettiset periaatteet huomioiden olisi ollut hyvin kyseenalaista ja poissuljettua pyytää suostumuksia potilaskertomusten käytöstä psykoosivaiheessa olevilta sairaalan potilailta. Sairaalaan kotiutuneilta suostumusten hankkiminen olisi vaatinut huomattavan paljon voimavaroja esimerkiksi riittävän informoinnin turvaamiseksi siitä, mistä tutkimuksessa on kysymys ja mitä suostumus merkitsee (Kuula 2006, 107–108, 146–147). Olen pyrkinyt käsittelemään aineistoa ja raportoimaan tutkimustuloksia siten, että en aiheuttaisi vahinkoa psykiatrisille potilaille tai heidän läheisilleen.

Tutkimuksen analyysivaihe on suurimmalta osalta tutkijan yksin tehtävää työtä, lukuun ottamatta keskustelua ja reflektointia toisten tutkijoiden ja ohjaajien kanssa. Näissäkin yhteyksissä on noudatettava huolellisuutta, ettei niiden ihmisten, joista potilaskertomusmerkintöjä on tehty tai merkintöjen tekijöiden tai muidenkaan teksteissä mainittujen yksityisyyden suojaa loukattaisi. Keskusteluissa keskeneräisestä tutkimuksesta tai tutkimusraportin kirjoittamisesta olennaista on tapa, miten kirjoittaa niistä ihmisistä joihin tutkimus liittyy. Tutkimukseen ei kuulu minkään ryhmän mustamaalaaminen tai epäkunnioittava arvostelu (Kuula 2006, 206; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7). Koska potilaskertomustiedot sisältävät arkaluonteista aineistoa, on tutkimusraportin kirjoittamisessa kiinnitettävä erityistä huomiota tunnistettavuusriskin poistamiseen käytettäessä suoria lainauksia aineistosta. Tutkija kantaa vastuun tutkimuksensa aineistoon liittyvien henkilöiden yksityisyyden suojasta ja hänen tehtävänsä on arvioida, mitkä asiat arkaluonteisuutensa vuoksi on raportoitava erityisen varovasti. (Kuula 2006, 204.) Aineistolainaukset on tehtävä riittävän lyhyinä ja mahdolliset eris- tai paikannimet muutettuina tai poistettuina. Yksityiskohtaisten ja ainutkertaisten tapahtumien kuvailua, jotka lisäävät tunnistamisriskiä on vältettävä. (Kääriäinen 2003, 36.) Arkoihin aihepiireihin sijoittuviin tutkimuksiin sisältyy paljon sellaista eettistä pohdintaa, johon ei tutkija saa valmiita vastauksia mistään. Tärkeätä on säilyttää herkkyys ajatella mahdollisia rasitteita ja ongelmia niiden ihmisten kannalta, joiden elämään tutkimusaihe liittyy. (Honkatukia, Nyqvist & Pösö 2006, 315.)

Riitta Granfelt (2002, 127–141) kirjoittaa eettisistä kysymyksistä, joita hän pohti kirjoitessaan kodittomia naisia käsittelevää väitöskirjaansa. Artikkelissaan Granfelt käsittelee riskejä, joita liittyy syrjäytyneiden ihmisten elämän arkaluonteisista asioista kirjoittamiseen; väärä lähestymistapa kirjoittaessa saattaa leimata valmiiksi syrjäytynyttä ihmisryhmää vielä enemmän. Hän korostaa arvostavaa suhtautumista tutkimuksen kohteena oleviin ja esiin tulevien ilmiöiden kuvaamista ilman yläpuolelle asettuvaa moralisointia, toisaalta yliymmärtämistä ja kaunistelua välttämällä. Granfeltin mukaan kontekstisidonnaisuuden säilyttäminen aineiston käsittelyn yksityiskohdissa on ensiarvoisen tärkeää. ”Moraalinen vastuu, pyrkimys huolellisesti perusteltuihin tulkintoihin ja kirjoitustaito nousevat keskeiseen merkitykseen silloin, kun tavoitteena on kirjoittaa hyvä tutkimus tai mikä tahansa teksti vaikeuksissa elävistä ihmisistä ja lohduttomista olosuhteista.” (Granfelt 2002, 133). Granfeltin muotoilema ohje on puhutteleva peilattessani sitä omaan tutkimushankkeeseeni. Eettiset kysymykset eivät päästä tutkijaa helpolla, varsinkaan kun tiedostaa, että kaikkien valintojen seurauksia ei kuitenkaan voi etukäteen aavistaa tai arvioida.

5.3 Tutkimuksen aineisto

Tutkimukseni aineisto muodostuu sosiaalityöntekijöiden kirjoittamista potilasasiakirjamerkinnöistä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian osastoilla. Tutkimustani varten olen hakenut tutkimusluvan Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tutkimussuunnitelmani käsiteltiin joulukuussa 2010 sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa, jonka puoltavan lausunnon jälkeen psykiatrian tulosalueen ylilääkäri myönsi tutkimusluvan.

Aineisto muodostuu 153:n eri henkilön potilaskertomukseen tehdyistä sosiaalityöntekijöiden merkinnöistä aikuispsykiatrian osastohoitajaksoilla. Otanta on tehty tutkijasta riippumatta siten, että psykiatrian tulosalueen ylihoitaja pyynnöstäni määritteli satunnaisesti 2 päivää vuodelta 2010, joiden aikana sairaalahoidossa aikuispsykiatrian osastoilla olleiden potilaiden potilaskertomuksista kopioitiin kaikki sosiaalityöntekijöiden PSSOSI-näkymään (psykiatrian sosiaalityö) tekemät merkinnät, joita oli tehty sähköiseen potilaskertomukseen v. 2005 -2010. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä siirryttiin vaiheittain käyttämään sähköistä potilaskertomus Efficaa syksystä 2005 lähtien. PSSOSI-näkymä on toiminut sähköisessä potilaskertomuksessa aikuispsykiatrian sairaalaosastoilla toimivien sosiaalityöntekijöiden merkintäalustana potilaskertomuksessa v.2005–2010.

Kahtena otantapäivänä aikuispsykiatrian osastoilla kertyi hoitopäiviä yhteensä 207. Sama henkilö oli molempina otantapäivinä psykiatrisessa sairaalahoidossa 21 tapauksen kohdalla (Kertomukset esiintyivät sähköisessä aineistossa 2 kertaa). Täten hoidossa oli kyseisenä aikana 186 eri henkilöä. Kun merkintöjä löytyi kaikkiaan 153 eri henkilöstä, voidaan laskea, että kyseisinä päivinä oli aikuispsykiatrian osastoilla 33 (noin 18 %) potilasta, joista sosiaalityöntekijä ei ollut tehnyt merkintöjä PSSOSI-näkymään. Aikuispsykiatrian osastoilla sosiaalityöntekijät eivät välttämättä tapaa kaikkia potilaita henkilökohtaisesti lainkaan. Hoito- tai tarkkailujaksot saattavat jäädä niin lyhyiksi, ettei kontakti ole mahdollinen. Joskus merkintöjä voidaan tehdä myös hoitotyön päivittäisseurannan näkymään. Tässä tutkimuksessa en kuitenkaan pidä tarkoituksenmukaisena laajemmin paneutua kysymyksiin, jotka ovat selittävinä tai vaikuttavina tekijöinä siihen, ettei sosiaalityön merkintöjä tehdä.

Sain tutkimuksen aineiston henkilötietojen (nimi, henkilötunnus) osalta valmiiksi anonymisoituna. Täten käytettävissäni ei ole tietoja potilaina olleiden henkilöiden iästä tai sukupuolesta. Aineisto oli cd-levykkeelle tallennettuna. Henkilötietojen poistamisen, ai-

neiston kopioinnin ja tallennuksen teki Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimusavustaja. Aineisto muodostuu 15:n eri sosiaalityöntekijän tekemistä potilaskertomusmerkinnöistä. Joukossa on myös itse kirjoittamiani potilaskertomusmerkintöjä, koska päätoimeni sosiaalityöntekijänä sijoittuu aikuispsykiatrian osastoille. Tutkimukseeni liittyen ei sosiaalityöntekijöiden kanssa ole tehty sopimuksia tai suunnitelmia kirjaamistavoista. Sairaalahoidossa olevien potilaiden kanssa en ole tutkimuksesta keskustellut eikä tutkimus ole vaikuttanut siihen, mitä yksittäisistä potilaista kirjataan potilaskertomukseen.

Aineiston määrää suunnitellessani otin työkokemukseni perusteella huomioon sen, että potilaskertomusmerkinnät ovat laajuudeltaan hyvin erilaisia. Arvioin, että otanta kahtena eri päivänä hoidossa olleista potilaista varmistaisi määrällisesti riittävän aineiston analysoitavaksi. Eri potilaiden kertomukset yhdistettynä yhdeksi tiedostoksi muodostavat yli 300 täyteen kirjoitettua sivua 1-rivivälillä kirjoitettuna fonttikoolla 12. Määrällisesti aineisto on runsas.

Koska potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä ja sisältävät arkaluonteista tietoa henkilöistä, joita ne koskevat, oli tutkimuslupahakemuksessani selvitettävä aineiston hankintaan, sen käsittelyyn, säilyttämiseen ja tutkimuksen raportointiin liittyvät menettelytavat siten, että lainsäädännön edellyttämä yksityisyyden suoja ja potilaan oikeudet turvataan.

5.4 Lainsäädännön velvoitteet tutkimukselle potilasasiakirja-aineistoja käytettäessä

Henkilötietolain mukainen yleisperiaate on, että henkilörekisteriin kerättyjä ja tallennettuja tietoja saa käyttää ainoastaan siihen tarkoitukseen, jota varten ne on kerätty (L 523/1999 7 §). Laki kuitenkin mahdollistaa tietojen käytön tieteelliseen tutkimukseen määrätyillä edellytyksillä. Potilasasiakirjoihin tallennettujen tietojen antamisesta tieteelliseen tutkimuskäyttöön säädetään tarkemmin henkilötietolaissa ja –asetuksessa sekä julkisuuslaissa (L Potilaan asemasta ja oikeuksista § 13). Henkilötietolain 12 §:n mukaan myös arkaluonteisia tietoja saa käsitellä tieteellisessä tutkimustarkoituksessa. Julkisuuslain 28 §:n mukaan viranomaisen voi määrätyillä edellytyksillä antaa yksittäistapauksessa luvan tietojen saamiseen viranomaisen salassa pidettävästä asiakirjasta tieteellistä tutkimusta varten. Tietojen luovuttamista koskevaa lupaa myönnettäessä on varmistettava, että tietojen antaminen ei loukkaa niiden etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty. (L

21.5.1999/621.) Käsitykseni mukaan tutkimusluvan ja aineistojen käyttöön saamiseen liittyvä epävarmuus ja tutkimusprosessin alkuunsaamisen mahdollinen viipyminen lupamenettelyn takia voivat olla tekijöitä, mitkä selittävät asiakas- tai potilasasiakirjojen vähäisen käytön sosiaalityön tutkimuksissa ja tähänastisen puuttumisen terveydenhuollon sosiaalityön näkökulmasta tarkasteltuna

Ensisijaisesti laki ohjaa hankkimaan suostumuksen henkilöiltä, joita koskevia tietoja on tarkoitus käsitellä. Suostumuksen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja on voitava varmistaa, että suostumus perustuu tietoiseen tahtoon ja valintaan (L 523/1999 8.1§). Tieteelliseen tutkimukseen voidaan perustelluista syistä myöntää lupa henkilötietojen käsittelyyn ilman rekisteröityjen suostumusta (L 523/1999 14§). Ehtona ilman rekisteröityjen suostumusta tapahtuvalle tietojen käsittelylle on, että tutkimusta ei voi tehdä ilman yksilöityjä henkilötietoja ja että tietojen suuren määrän, tietojen iän tms. syyn takia ei ole mahdollista hankkia suostumusta rekisteröidyiltä. Tässä tutkimuksessa aineiston saaminen vaati yksilöityjen henkilötietojen käyttöä, jotka tosin eivät missään vaiheessa ole tulleet tutkijan tietoon. Tutkijalta edellytetään vastuullisuutta tietojen asianmukaisessa käsittelyssä ja tietosuojan turvaamista kaikissa olosuhteissa tutkimuksen päättymiseen saakka. On myös määriteltävä, miten ja missä syntynyttä rekisteriä säilytetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen ja missä vaiheessa tiedot hävitetään.

Olen perustellut henkilökohtaisen suostumuksen pyytämisen sivuuttamisen rekisteröityjen määrällä ja hankaluudella hankkia suostumuksia joko psykiatrisen sairaalahoidon aikana tai jälkikäteen hoidossa olleilta henkilöiltä. Tavoitteenani oli saada tiettyyn ajankohtaan sidottu aineisto, jona aikana kaikista psykiatrisessa sairaalahoidossa olleista potilaista tehdyt merkinnät muodostavat eheän kokonaisuuden. Arvioni mukaan tällaisen aineiston saaminen ei olisi ollut mahdollista suostumusmenettelyllä.

Koska itselläni on työsuhde Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin, olen jo työsopimusvaiheessa tehnyt lain edellyttämän sitoumuksen salassapidosta potilasasioissa (L 21.5.1999/621 §23). Tutkijana olen sitoutunut siihen, että en luovuta aineistoa kenenkään muun käyttöön ja säilytän sitä huolellisesti siten, ettei ulkopuolisilla henkilöillä ole mahdollisuutta sitä tarkastella. Tutkimuksen raportoinnissa olen kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, ettei kukaan yksittäinen henkilö (potilas, omainen, sosiaalityöntekijä tai muu ammattihenkilö) ole tutkimusraportissa tunnistettavissa. Varmistaakseni tietosuojan säilymisen, olen käsitellyt tutkimukseni aineistoa tietokoneella, jossa ei ole internetyhteyttä. Täten voin ehdotto-

masti todeta, että aineiston tietoja ei ole voinut tietoliikenneyhteyksien kautta päästä ulkopuolisten luettavaksi.

Kun tutkimus edellyttää henkilötietojen käsittelyä, josta muodostuu rekisteri, edellyttää henkilötietolain 10 § tieteellisen tutkimuksen rekisteriselosteen laatimista. Rekisteriseloste laaditaan ennen tutkimuksen aloittamista. Laatimani rekisteriseloste on ollut tutkimuslupahakemuksen liitteenä ja tutkimussuunnitelman ohella Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa käsiteltävänä. Tutkimuslupan saatuni olen tehnyt tutkimushankkeestani ilmoituksen tietosuojavaltuutetulle henkilötietolain 36 §:n mukaisesti, joka edellyttää ilmoituksen tekemistä silloin, kun käsitellään arkaluonteisia tietoja ja tiedot kerätään pelkästään rekisteripohjaisesti, eikä tällaisesta tutkimusrekisteristä ole säädetty laissa. Ilmoituksen liitteenä olen toimittanut tutkimuksen rekisteriselosteen.

(Tietosuojavaltuutetun toimisto.)¹

5.5 Aineiston käsittely ja analyysi

Saatuni valmiiksi anonymisoidun aineiston sähköisessä muodossa cd-levykkeelle tallennettuna, oli ensimmäinen toimenpiteeni poistaa ja muuttaa siitä kaikki toissijaiset tunnistetiedot. Alkuperäiset potilasasiakirjat sisältävät sukulaisten, paikkakuntien, työpaikkojen, koulujen ja työntekijöiden nimiä, joiden tilalle keksin peitenimiä. Pidin peitenimien käyttöä tarpeellisenä siitä syystä, että alkuperäisessä aineistossa oli esimerkiksi itselleni tuttujen yhteistyökumppaneiden nimiä, jotka poistin riittävän etäisyyden saamiseksi teksteihin. Muutin myös potilaiden ammattinimikkeitä tai koulutuslinjoja, mikäli niitä oli kertomuksissa mainittu. Anonymiteetin suojaaminen on tämän tutkimuksen ehdoton periaate, koska on kysymys arkaluontoisista, salassa pidettävistä tiedoista. Lisäksi poistin koko aineistosta potilaskertomussivutunnisteet (PSSOSI). Muodostin oman tiedoston kattavasti anonymisoidusta aineistosta ja otin sen käyttöön analyysivaiheessa. Alkuperäisen aineiston siirsin erilliseen lukittuun säilytyspaikkaan. Tutkimukseni aikana olen monta kertaa miettinyt suhtautumistani aineistossa niihin potilasasiakirjamerkintöihin, jotka muistan itse tehneeni. Olen pohtinut, olisiko minun tutkijana suhtauduttava kriittisemmin itse kirjoittamiini teksteihin ja voinko ylipäänsä käyttää niitä neutraalisti aineistoesimerkkeinä. Olen päätenyt käyttämään niitä sillä perusteella, etten ole missään vaiheessa analysoinut aineistoa sosiaalityöntekijöittäin tai potilaittain. Psykiatrisen sosiaalityön PSSOSI-näkymän merkinnät

¹ Luvussa 5.4 olen käyttänyt lähteinä tietosuojavaltuutetun toimiston oppaita.

muodostavat määrättyä aikana syntyneen aineistokokonaisuuden, jota käytän tutkimuksessani.

Anonymisointivaiheeseen liittyvä aineiston lukeminen ja tarpeelliset tekstinkäsittelytoimenpiteet olivat ensitutustumista aineistoon. Sen jälkeen luin koko aineiston vielä pariin kertaan läpi sellaisenaan muodostaakseni käsityksen, miten aineistoa voisi lähteä työstämään. Analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin, jonka on todettu soveltuvan hyvin myös jäsentymättömän aineiston analysointiin. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan taas dokumenttien analyysia, jossa tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105, 107). Näiden määrittelyjen perusteella katson soveltaneeni molempia, pääasiassa sisällönanalyysia. Tämän tutkimuksen aineistona käytetyt sosiaalityöntekijöiden kirjoittamat potilaskertomusmerkinnät ovat rakenteeltaan strukturoimattomia ja muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuskäyttöön kirjoitettuja. Alkuvaiheen vaikutelma sai minut hämmennyksiin runsaudellaan ja epämääräisyydellään. Minusta näytti, että sosiaalityön potilaskertomusmerkintöjen aiheet voivat liittyä mihin tahansa elämäntilanteeseen ja mietin, onko niistä löydettävissä järkevä ja tiivis jäsennostapa. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on luoda aineistoon selkeyttä ja kasvattaa sen informaatioarvoa sitä uudelleen järjestelemällä hukkaamatta siitä keskeisiä tietoja (Eskola & Suoranta 2005, 137). Aineistosta tuotettava tieto pyritään saamaan tiiviiseen muotoon loogiseksi kokonaisuudeksi, analyysin perustana on aineiston systemaattinen läpikäynti (Tuomi & Sarajärvi 2006, 110–115).

Aineiston jäsentämistehtävä näytti alussa todella haastavalta, jolloin kyselin ohjaajiltani neuvoja norsun paloitteluun. Metafora norsun paloittelusta kuvaa tunnettani monisäikeisen, aiherikkaan ja täysin jäsentymättömän kokonaisuuden edessä. Eri potilaista kirjoitetut tekstit sisälsivät yhtäläisyyksiä ja eroja, ne vaihtelivat laajuudeltaan n. 40 sanasta 4000:een saan. Potilaskohtaisen tietosuojan varmentamiseksi olin tutkimuksen alkuvaiheessa päättänyt, että en käsittele ja analysoi aineistoani potilaittain, vaan hajotin yksittäiset potilaskertomukset ja kokosin aineiston uudelleen teemoittain erillisiksi kokonaisuuksiksi. Ehjät potilaskertomukset olivat omana erillisenä tiedostonaan tarkistamisia varten.

Aineiston uudelleen kokoamisen teemoittain mahdollisti ja sitä helpotti sen sähköinen muoto. Muodostin uudet tiedostot seuraavista asiakokonaisuuksista: 1) asuminen ja asumisen ongelmat, 2) asumispalvelujärjestelyt, 3) taloudellinen tilanne ja taloudelliset ongelmat, 4)

edunvalvonta, 5) sosiaaliturva (Kela ja työeläkevakuutus), 6) toimeentulotuki, 7) perhe ja lastensuojelu, 8) koulutus, opiskelu ja 9) työelämä. Mainitut osa-alueet valitsin aineistolähtöisesti ja toisaalta ne vastaavat sisällöllisesti sosiaalisessa tutkimuksessa selvitettäviä asioita (vrt. Holma 2007). Keräsin asiakokonaisuuksiin kuuluvat tiedot käyden aihe kerrallaan koko aineiston läpi. Joitakin tekstiosuuksia liitin useamman teeman alle, koska potilaskertomusmerkinnöissä eri aihepiirejä oli kirjoitettu toisiinsa kietoutuneesti. Samassa kappalessa saatettiin käsitellä perhetilannetta, sosiaaliturvan kysymyksiä ja taloudellisia ongelmia; aivan kuten ne käytännön elämässä ovat yhtäikaa läsnä ja vaikuttavat toisiinsa. Tee-
moittelulla pyritään nostamaan aineistosta keskeisiä aiheita tutkimuskysymysten näkökulmasta ja sen avulla on mahdollista tehdä vertailua eri teemojen esiintymisestä aineistossa (Eskola & Suoranta 2005, 174).

Laskin valitsemieni asiakokonaisuuksien esiintymisen potilaittain, jotta sain karkean arvi-
on teemojen käsittelyn yleisyydestä aineistossa. Eri asiasisältöjen käsittelyn laajuutta ja toistuvuutta yksittäisissä kertomuksissa en ole mitannut tai laskenut, vaan olen katsonut riittäväksi, jos asiaa on kerrankin yksittäisen potilaan kertomuksessa käsitelty. Eskolan ja Suorannan (2006, 164–167) mukaan aineiston kvantifiointi saattaa helpottaa analyysissa alkuun pääsemiseen ja tekstimassan ottamisessa hallintaan. Kokemukseni tässä tutkimuksessa on samansuuntainen. Analyysivaiheen loppupuolella tein Wordin etsi-toiminnolla tarkistuksia joidenkin teemakokonaisuuksiin liittyvien sanojen esiintymismääristä, jotka mielenkiintoisella tavalla vahvistivat lukemisen perusteella muodostunutta käsitystä. Aineiston tekstit ovat kirjoitettu hieman runsaan viiden vuoden kuluessa, tekstejä on laadittu kestoltaan hyvin erilaisilla hoitajaksoilla. Mainittakoon, että aineisto ei sisällä tarkkoja tietoja hoitajaksojen kestoista, mutta merkintöihin liittyvistä päivämääristä ja asiasisällöistä on pääteltävissä hoitajaksojen vaihtumisia tai jatkumista.

Omaa työtä käsittelevä tutkimus asettaa haasteita aineiston analysointiin. Terveys-
sosiaalityöntekijän työssä potilaskertomusmerkinnät ovat jokapäiväistä luettavaa ja kirjoitettavaa. Potilaskertomuksia tutkimuksen aineistona on luettava eri näkökulmasta; tutkimuksen tavoitteena on kielellisten merkitysten kautta löytää ilmiöitä ja käsitteellistää niitä asetettujen tutkimuskysymysten valossa tiiviimpään ja informatiiviseen muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105). Sairaalan sosiaalityössä sosiaalityöntekijän roolissa ei potilaskertomuksia tarkastella toisiinsa rinnastaen, vertaillen, yhtäläisyyksiä tai eroja etsien, vaan ne ovat työ-
käytössä tapaus kerrallaan. Tässä tutkimuksessa luettavanani on ollut 153:a eri henkilöä kos-

kevat merkinnät, jolloin painopiste tarkastelussa siirtyy pois yksilönäkökulmasta. Moilanen ja Räihä ohjaavat tutkijaa selvittämään itselleen omat lähtökohtansa tutkimushankkeessa ja avaamaan omaa esiymmärrystään tutkimuskohteesta (Moilanen & Räihä 2001, 50). Terveystieteiden kontekstissa laadittujen potilaskertomustekstien merkitysten ymmärtämisessä on apua terveystieteiden työkokemuksesta. Toisaalta työkokemuksen kautta tuleva näkemys tulee tutkimuskontekstissa jättää välillä taka-alalle, koska jokapäiväinen arkinen työ usein sokeuttaa erityisten ilmiöiden havaitsemiselta. Realiteetti on, että omassa työssä muodostuneista näkemyksistä ja ajattelutavoista ei kokonaan voi päästä eroon. Pyrkimyksenäni on ollut tarkastella potilaskertomusmerkintöjä objektiivisesti. Uskon, että työkokemuksen kautta syntynyt ymmärrys aineistossa tunnistettavista ilmiöistä voi toimia lisäarvona tutkimuksessa tehtäville tulkinnoille. Kielelliset ilmaisut ja niiden merkitykset ovat kontekstisidonnaisia, mikä tutkimuksen tulkintoja tehdessä on otettava huomioon. Täysin ulkopuolinen tutkija saattaisi huomata esimerkiksi käytetyissä sanavalinnoissa sellaisia nyansseja, joita kyseisen toimintaympäristön kielenkäytön omaksunut ei pysty erottelemaan. Tutkijan tulee nähdä ja ymmärtää aineiston kulttuurinen paikka eli hahmottaa aineistosta löytämiään merkityksiä ja ilmiöitä konteksti huomioon ottaen (Alasuutari 2011, 88).

Koottuani edellisessä kappaleessa luetteleman teema-tiedostot, lähdin lukemaan niitä tutkimuskysymysteni näkökulmasta: Mitä tietoja sosiaalityöntekijät kirjoittavat potilaskertomukseen psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettavan henkilön asioista ja sosiaalityön keinoista toimia potilaan tilanteesta? Miten mielenterveyspotilaiden ongelmat yhteiskunnassa näkyvät potilaskertomuksissa? Näiden esittämieni tutkimuskysymysten lisäksi olen tarkastelussani kiinnittänyt huomiota potilaan osallisuuden ja voimavarojen tukemisen merkityksiin aineistossa. Käsitykseni mukaan nämä tekijät ovat psykiatrisen sairaalan kontekstissa tehtävän sosiaalityön peruselementtejä, jotka vastaavat myös kuntouttavan sosiaalityön (empowering social work) periaatteita (vrt. Tuusa 2005, 41).

Kokeilin analyysin syventämistä yhdistämällä teemoja ja tutkimuskysymyksiä sairaalahoidon prosessiin; hoidon alkuvaihe – suunniteltu hoitojakso – hoitojakson lopetus. Ajatuksenani oli rakentaa potilaskertomusmerkintöjen mukaisesti muotoa sille, mitä sosiaalityöntekijän ja potilaan kohtaamisista on löydettävissä potilaskertomuksista sairaalahoidon eri vaiheissa. Yritykseni johti sekavaan ja ontuvaan lopputulokseen. Merkinnöistä oli pääteltävissä, että ne saattoivat alkaa ja päättyä missä tahansa hoitojakson vaiheessa. Merkin-

nöissä ei ollut tunnistettavissa toistuvasti ja säännöllisesti sairaalahoitajakson mukaisesti etenevää prosessia. Sosiaalityön prosessit näyttivät joissakin merkinnöissä katkeilevilta eli selviteltäviksi asetettuihin kysymyksiin tai asioihin ei merkinnöissä aina palattu eikä prosesseja todettu päättyneiksi.

Päädyin tarkastelemaan aineistoa terveysosiaalityön määriteltyjen tehtävien kautta. Teemakokonaisuuksien sijoittumisen tehtävittäin olen esittänyt taulukossa 1.

Taulukko 1. Potilaskertomusteemojen sijoittaminen terveysosiaalityön tehtäviin

Terveyssosiaalityön tehtävä	Aineistossa esiintyvät teemat
Taloudelliseen toimeentulon varmistaminen	Tulot, sosiaaliturvaetuudet
Sosiaaliseen suoriutumisen edistäminen	Asuminen, perhetilanne, kulutus, taloudellinen tilanne
Yhteiskunnallisen osallisuuden ja osallistumisen vahvistaminen	Koulutus, työelämä, harrastukset, voimavarat, yhteisöt, osallistuminen

Tällä jäsennystavalla sain liitettyä terveysosiaalityön dokumentoinnin ja tehtävät toisiinsa. Koska dokumentointi on osa sosiaalityötä, tulisi siinä olla tunnistettavissa työlle asetetut tehtävät. Dokumentoinnissa tulee esille, miten toimijat ymmärtävät työtehtävänsä ja omat toimintamahdollisuutensa (Morén 1999, 335).

6 TOIMEENTULON TURVAAMINEN

6.1 Sosiaaliturva sosiaalityön asiantuntijuusalueena

Sähköisessä potilaskertomus Efficassa on ohjelmaan valmiiksi tallennettuja otsikointeja, joita käytetään potilaskertomusmerkintöjä tehtäessä. Yksi eniten aineistossa käytetyistä otsikoista on ”*Sosiaaliturva*”. Sosiaaliturva-otsikon alle on merkinnöissä yleisimmin kirjattu Kelan etuuksiin liittyvää tietoa potilaan tilanteesta. Otsikoiden käytössä on suurta vaihtelua. Sosiaalityöntekijät kirjaavat asioita potilaskertomuksiin kietoen useita aihepiirejä samaan kokonaisuuteen, jolloin Kelan etuuksiin ja sosiaaliturvaan liittyvää tietoa löytyi myös monien muiden otsikoiden alta ja vastaavasti muihin asiakokonaisuuksiin kuuluvaa tietoa sosiaaliturvaotsikon alta. Käyttämissäni aineistolainauksissa ensimmäinen lihavoidulla tekstillä kirjoitettu sana on potilaskertomuksen otsikkosana, jonka alla tekstikappale esiintyy.

Sosiaalivakuutuslainsäädäntöön perustuvat etuudet on teemana useimmin käsitelty aihepiiri potilaskertomuksittain tarkasteltuna. Sosiaalivakuutusteemaan katsoin kuuluviksi kaikki merkinnät, joissa oli tekstiä Kelan ja työeläkelaitoksien etuuksien hakemisesta, maksatuksesta tai päätösten voimassaoloajoista. Näissä merkinnöissä käsitellään myös potilaiden hakemuksissa esittämiä kuvauksia tilanteestaan tai kysymyksiä etuuksiin liittyen. Merkinnöissä oli sosiaalityöntekijöiden omia arviointeja etuuksien myöntämiskriteereiden täyttymisestä tai kirjattuja muistiinpanoja puhelinkonsultaatioista, joissa etuuksien mahdollisuutta oli selvitetty.

Sosiaaliturvaa koskevia merkintöjä löytyi 140/153 (91,5 %) potilaskertomuksesta. Aihepiirin käsittelyn kattavuus on merkki siitä, että psykiatrisessa sairaalassa sosiaalityön yleisenä käytäntönä on selvittää potilaalle kuuluvat sosiaaliturvaetuudet ja mahdollistaa niiden saaminen joko ohjauksella ja neuvonnalla tai hakemusten tekemisessä avustamalla. Taloudellisen toimeentulon turvaaminen on sosiaalityön keskeinen tehtävä ja sosiaaliturva-asioissa avustaminen on ymmärrettävissä sosiaalityön keinoksi toimia sairaalahoidossa olevan potilaan tilanteesta.

Kelan etuuksiin liittyvissä merkinnöissä merkille pantavaa oli yleisimmin neutraali, lyhyt, asiapitoinen ilmaisutapa. Merkinnöissä, joita oli tehty yhteydenotoista Kelaan, ei paria

poikkeusta lukuun ottamatta mainittu Kelan virkailijoiden nimiä, joiden kanssa potilaan tilanteesta oli keskusteltu. Teksteissä sosiaalityöntekijät muovaavat Kelan persoonattomaksi toimijaorganisaatioksi, joka tarvitsee tietyn tiedon tai joka lähettää päätöksen, siellä toimivat virkailijat eivät henkilöidy yhteistyökumppaneina samoin kuin sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijät.

Käytännössä psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijä usein selvittää potilaan toimeentulomuodon hoitojakson alkuvaiheessa, koska sen perusteella tehdään arvioita tarvittavista lääkärintodistuksista ja -lausunnoista, joita liitetään etuushakemuksiin. Mikäli potilas on työelämässä, opiskelee, toimii yrittäjänä tai on työttömänä työnhakijana, tarvitsee hän työnantajaa, Kelaa tai mahdollisesti Työ- ja elinkeinotoimistoa tai oppilaitosta varten sairauslomastodistuksen. Sairaalahoidon aikana ensisijaisia etuuksia ovat työkyvyttömyyden perusteella maksettavat etuudet. Sairaalahoitoa edeltäneen tulomuodon selvittämällä sosiaalityöntekijä ohjaa työkyvyttömyysajan toimeentuloturvan hakemista.

”Sosiaalityurva: Tulona Kelan työmarkkinatuki. Lähetetty Kelalle ilmoitus työttömyysajasta sekä sairauspäiväraahakemus liitteenään A-todistus ajalle 20.8. - 20.10.08.² Työvoimatoon soittanut sairauslomasta, mutta tuolloin ei vielä ollut tiedossa tarkemmin päivämääriä, jotka syytä myös sinne ilmoittaa.” (P8)

Katkelma kuvaa prosessia, jossa varmistetaan potilaan toimeentulon jatkuvuus sairaalahoidon ja sairausloman ajalle. Lyhyesti kirjoitetusta merkinnästä selviää, että potilas on ennen sairaalahoitoa ollut työttömänä. Työkyvyttömyyden alkaessa haetaan sairauspäivärahaa Kelalta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päivittäin käyttämässä terminologiassa esiintyvät lääkärintodistusten nimikkeet näkyvät myös potilaskertomusmerkinnöissä; A-todistus, B- ja C- lausunnot, jotka eivät vastaavalla tavalla ole kaikkien ammattiryhmien käytössä, eivätkä ole myöskään tuttuja kaikille potilaille. Lausuntonimikettä käyttämällä sosiaalityöntekijä viestittää lääkärille, millaista todistusta Kela edellyttää potilaan tilanteessa.

Jenni Ruotsalaisen mukaan asiantuntija-asemaan kiinnittyvä tiivis ja neutraali esittämistapa perustuvat oletukseen asiantuntijayleisöstä, jolle teksti osoitetaan. Tiiviissä esittämistavassa käsitteitä ei avata, vaan oletetaan lukijoiden olevan niiden sisällöstä tietoisia (Ruotsalai-

² Aineistositaateissa esiintyvät mahdolliset toissijaiset tunnistetiedot ovat muutettuja tai kokonaan poistettu (etu- ja sukunimet, paikannimet, päivämäärät). Poistetuissa tunnistetiedoissa olen käyttänyt merkintöjä (–) tai (– –) erisnimien määrästä riippuen. Katkaistu aineistolainaus on merkitty ... pistein. Muulta osin merkinnät ovat autenttisia.

nen 2010, 62–63).

”Sosiaaliturva: Potilaan luvalla selvitelty Kelalta sairauspäivärahaan liittyviä asioita. A-todistus tehty ajalle 10.10.–30.11.09. Saanut hylkäävän päätöksen sairauspäivärahasta koska ei ole tehnyt varsinaista päivärahahakemusta. Päivärahassa on neljän kuukauden takautuva hakuaika, joten tehdään osastolta käsin hakemus ja pyydetään uusi A-todistus koskien nykyistä sairaalahoitoa.”(P19)

Merkinnästä käy ilmi, että potilaalle ei ole myönnetty sairauspäivärahaa, koska hän ei ole lähettänyt Kelalle omaa hakemustaan. Etuutta ei myönnetä pelkän lääkärintodistuksen perusteella työkyvyttömyysjakson alkaessa. Katkelman lopussa esitetään suunnitelma, jolla pyritään järjestämään potilaan toimeentulo. Koska sosiaaliturvajärjestelmä on Suomessa monimutkainen ja eri etuuksia haetaan omilla hakukaavakkeillaan, tuottaa etuuksien hakeminen monille mielenterveysongelmallisille henkilöille sellaisia vaikeuksia, että he saattavat jäädä etuuksia vaille, elleivät saa apua ja ohjausta hakuprosessissa. Huomioitavaa merkinnässä on myös se, että kirjoittaja kertoo yhteydenoton Kelalle tapahtuneen potilaan antamalla suostumuksella, mikä on salassapitosäännösten ja tietoturvan mukainen menettelytapa. Käytännössä yhteydenottoja tehdään Kelalle tai muihin virastoihin hyvin paljon, mutta läheskään aina ei dokumentoida potilaan kanssa tehtyä sopimusta yhteydenotosta. Potilaan sosiaaliturvaa selvittäessään sosiaalityöntekijä ei voi oma-aloitteisesti ilman potilaan lupaa ottaa yhteyttä sairaalan ulkopuolisiin toimijoihin.

Potilaan työttömyyttä käsitellään potilaskertomuksissa osana sosiaaliturvan järjestelyä. Merkinnöissä on laitettu muistiin työttömyysilmoitusten ja sairauslomatoistusten lähettämisiä ja mainintoja asiakkuudesta työvoiman palvelukeskukseen tai työ- ja elinkeinotoimistoon. Merkinnät eivät sisällä tietoja sellaisista toimenpiteistä, joilla pyritäisiin vaikuttamaan potilaan työllistymismahdollisuuksiin. Tilanteeseen suhteutettuna on ymmärrettävää, etteivät suoraan työllistymistä edistävät toimenpiteet ole ensisijaisia psykiatrisen sairaalahoitoajan aikana. Joihinkin merkintöihin on sisällytetty tieto sovitusta vastaanottoajoista työvoimapalveluihin tai aikarajoja, milloin viimeistään potilaan pitäisi antaa tiedotusta omasta tilanteestaan.

”Etuudet: Täytetty yhdessä potilaan kanssa työttömyysetuushakemus ajalle 1.7.- 19.7.2008 ja lähetetty se Kela:lle. Peruttu yhdessä puhelimitse potilaan luvalla potilaan aika Työ- ja elinkeinotoimiston kuntoutusosastolle 16.7.2008, koska potilas nyt sairaalahoitossa ja sairauslomalla aj.4.7. -19.7.2008 mihin mennessä ilmoitettava, jos sairausloma jatkuu 19.7.2008 jälkeen. Työ- ja elinkeinotoimistosta kerrottiin, että potilas voi saada jatkossa uuden ajan Työ- ja elinkeinotoimiston kuntoutusosastolle, kun hän ei ole enää sairauslomalla.”(P153)

Seuraavassa katkelmassa sosiaalityöntekijä dokumentoinnissaan sivuaa opiskeluteemaa selvittäessään potilaan toimeentuloa ja sosiaaliturvaa:

*” **Sosiaaliturva:** Potilas on opiskelija, tehnyt keväällä opettajan sijaisuutta. Kesällä ei kesätyötä, vaan tarkoituksena oli tenttiä joka kuukausi. Opiskelijalla, joka tekee opintosuorituksia, ei oikeutta sairauspäivärahaan. Potilas aikoo edelleen elokuussa opiskella. Haki opintotuen asumislisää 2 kk. Opintosuoritukset riittävät siihen, eikä opintotukikuukausia kulu.”(P95)*

Esimerkkikatkelman merkinnässä eikä muuallakaan potilasta koskeissa sosiaalityön merkinnöissä mainita, mitä oppiaineita ja missä hän opiskelee. Kuntoutussuunnitelmia ja potilaan kuntoutumismahdollisuuksia ajatellen opiskeluun liittyvät tarkemmat tiedot voisivat olla hyödyksi. Katkelma on yksi esimerkki siitä, miten merkinnöissä nojaututaan tietoon, jota on mahdollisesti kirjattu toisaalle potilaskertomuksessa. Vaikka on perusteltua välttää päällekkäistä asioiden kirjaamista, on joidenkin sosiaalityön kannalta keskeisten tietojen merkitsemättä jättäminen puute ja kehittämistä vaativa käytäntö. Mikäli potilas myöhemmin käyttää muiden sairaanhoidon erikoisalojen sosiaalityön palveluja, on niiden puitteissa toimivien sosiaalityöntekijöiden hankala ja työläs etsiä tarvittavia tietoja muista psykiatrian merkinnöistä. Potilaan itsensä antamat tiedot ovat keskeisiä sosiaalisen kokonaistilanteen kartoitusta tehdessä, mutta hänen aiemmissa asiointiyhteyksissään antamat tiedot toimivat täydennyksenä ja tukena. Potilaat ilmaisevat usein turhautumista siihen, että samoja asioita kysytään heiltä monta kertaa ja he olettavat, että työntekijät saisivat tietoja heistä myös lukemalla potilaskertomusmerkintöjä.

*”**Sosiaaliturva:** Elänyt toimeentulotuen ja Kelan asumistuen varassa. Työttömyysetuuksia ei ilmeisesti ole saanut. Sairauspäivärahashakemus olisi syytä laittaa vireille. Ehdotin sairauspäivärahashakemuksen täyttämistä, mutta (–) [potilas] ei suostunut. Palataan asiaan myöhemmin.”(P 54)*

Merkintä sisältää tiedon sosiaalityöntekijän tekemästä kartoituksesta, mitä tuloja potilaalla on ja sosiaalityöntekijän arvion kyseeseen tulevasta etuudesta ja että hän on ehdottanut hakemuksen tekemistä potilaalle. Potilas ei ole sillä kertaa halunnut hakemusta tehdä, mikä on dokumentoituna tietona myös tärkeä molempien osapuolten oikeusturvan toteutumisen kannalta.

Kaikilla psykiatriseen sairaalahoitoon tulevilla potilailla ei ole säännöllistä toimeentuloa, vaan he elävät viimesijaisen toimeentuloturvan eli toimeentulotuen varassa. Aineistossa on kuvattu tilanteita, jossa potilas on ennen sairaalaan tuloa elänyt kokonaan sosiaaliturvajär-

jestelmän ulkopuolella joko säästöjensä tai omaistensa tarjoaman elatuksen varassa. Sairaalan sosiaalityössä yleensä selvitetään mahdollisuudet ja edellytykset sairauden perusteella maksettavien etuuksien saamiseen.

Teija Ristaniemi määritteli tutkimuksessaan sosiaaliturvan yhdeksi mielenterveyskuntoutujien selviytymiskeinoista, muiden keinojen ollessa viralliset ja epäviralliset tukiverkostot sekä yksilölliset selviytymiskeinot. Työkyvyttömyyttä aiheuttavat pitkäaikaissairaudet johtavat riippuvuuteen sosiaaliturvajärjestelmästä. Ristaniemen mukaan haastateltavat kohdistavat palvelujärjestelmälle odotuksen konkreettisesta avusta, jolla he tarkoittavat esimerkiksi taloudellisten etujen hakemista ja edunvalvojan hankkimista. (Ristaniemi 2005, 72, 74, 97–98.)

Tämän tutkimuksen perusteella voi päätyä samansuuntaisiin päätelmiin sosiaaliturvan tärkeästä ja keskeisestä merkityksestä mielenterveyspotilaan elämässä, useimmiten Kelasta maksettavat etuudet ovat elinehto. Sosiaaliturvateeman runsaan esiintyvyyden aineistossa perusteella voi päätellä, että sosiaalityö on ottanut vastuuta psykiatrisen sairaalan potilaiden taloudellisten elinehtojen turvaamisesta ja varmistamisesta. Potilaan sosiaaliturvan ajantasaistaminen on yksi terveysosiaalityön keino.

6.2 Toimintakyvyn ja talouden liitos

Sairaalahoidon aikana sosiaalityöntekijät arvioivat potilaan mahdollisuuksia saada sosiaaliturvaetuuksia niille asetettujen kriteereiden perusteella. Mikäli etuuden myöntämistä pidetään mahdollisena, esitetään hakemuksen laatimista ja pyydetään tarvittavaa lääkärinlausuntoa. Käsitys potilaan toimintakyvyn tasosta, sen vahvuusalueista ja puutteista, on sosiaalityön näkökulmasta keskeinen arvioitaessa potilaan osallistumisen ja osallisuuden mahdollisuuksia yhteiskunnassa. Kirjauksissa tulee esille, miten sosiaalityössä toimintakyky ja talous linkitetään yhteen. Alentuneesta toimintakyvystä aiheutuu potilaalle kustannuksia tai tulojen hankkiminen työllä estyy, mistä taas seuraa sosiaaliturvaetuuksien mahdollistuminen. Sosiaaliturvaetuuksilla mahdollistetaan toimeentulo ja parannetaan sitä kautta osallistumisen ja osallisuuden mahdollisuuksia.

”Sosiaaliturva: Tarkistin potilaalle maksussa olevan eläkkeensaajan hoitotuen tason puhelimitse Kelasta. Potilaalle ei vielä ole lainkaan maksettu eläkkeensaajan hoitotukea. Ohjauksen ja valvonnan tarve päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa sekä sairau-

den aiheuttamat kustannukset ovat perusteena sille, että hoitotukea kannattaa hakea. Potilaalla on mahdollisuus saada sitä taannehtivasti 1.1.2010 lähtien, mikäli tuki myönnetään.”(P58)

Sairausten vuoksi alentunut toimintakyky ja siihen liittyvät kustannukset ovat eläkkeensaajan hoitotuen myöntämisen ehto. Etuuden myöntämiseksi tarvitaan hakemus, joka sisältää hakijan näkemyksen ja lääkärintodistuksessa määritellään sairaus sekä avuntarve lääketieteellisestä näkökulmasta. Kelan etuuksien hakemisessa potilaat tarvitsevat usein apua lomakkeitten täyttämässä ja tarvittavien liitteiden hankkimisessa. Esimerkiksi tutkimusraportissa Sairas köyhyys (Kinnunen 2009) tuodaan esille vaikeutta, jota diakoniatyöntekijät kohtaavat avustaessaan asiakkaitaan Kelalle tehtävissä hakemuksissa. Diakoniatyöntekijöiden mukaan asiakkaat tarvitsisivat enemmän tukea ja apua hakemusten täyttämässä ja koska etuusjärjestelmä on vaikeaselkoinen, jää ihmisiltä hakematta sellaisia etuuksia, joihin he olisivat oikeutettuja. Diakoniatyöntekijät olivat auttaneet asiakkaitaan havaittuaan, etteivät he saa apua muulta palvelujärjestelmältä tai omaisiltaan. (Kinnunen 2009, 161–164.) Kuntoutujille hakemuskaavakkeet voivat olla haastavia täyttää yksin, kun omaan sairastamiseen liittyviä asioita pitäisi kirjoittaa pieneen tilaan mahdollisimman kattavasti ja lyhyesti.

Mahdollisuus täyttää hakemus tietokoneella helpottaa erityisesti nuoria potilaita, jotka ovat tottuneita tietokoneen käytössä.

”Sosiaaliturva: Potilas oli vastaanotolla täyttämässä kuntoutustukihakemusta. Täytti lomakkeen tietokoneella ohjatusti itse, on nopea ja näppärä etenemään lomakkeella ja osaa kuvata tilannettaan. Sairautekseen merkitsee skitsofrenian ja oireinaan kuvaa: ”Ollut jatkuva ahdistusta, kuuloharhoja sekä näköharhoja, masennusta ja kuoleman toiveita. Tällä hetkellä en jaksa edes harrastaa mitään. Huono aloite kyky. En ole jaksanut pitää hirveästi yhteyksiä kavereihin.” Kertoo hakemuksessaan myös koulujen keskenjäämisistä, numeroiden tippumisesta ja poissaoloista. Tässä vaiheessa hän ei vielä osaa arvioida mahdollisuuksiaan palata työelämään. Työelämään palaamisen edellytyksenä hän näkee jonkin koulun suorittamisen loppuun ensivaiheessa, sitten kun se on ajankohtaista voinnin puolesta.

Hakemus jää potilaalle itselleen täydennettäväksi tilinumeron osalta, sai mukaan Kelan palautuskuoren, jolla hän voi hakemuksensa postittaa.”(P20)

Merkintä välittää tietoa myös potilaan voimavaroista ja luo mielikuvaa sairautensa aiheuttamasta muutoksesta hänen elämässään. Merkintään on sisällytetty suora lainaus potilaan hakemukseensa kirjoittamasta tekstistä. Potilaan kirjoittaman tekstin lainaaminen tuo näkyville miten potilas on omin sanoin ohjatussa tilanteessa täyttänyt hakemusta ja kuvannut vointiaan. Merkinnän rivien välistä on luettavissa sosiaalityöntekijän käyttämä keino tukea

potilaan itsenäisyyttä ja aktiivisuutta omassa asiassaan. Hakemusten laatimisessa sosiaalityön tehtävänä on auttaa potilasta sanoittamaan omaa tilannettaan, koska hakemus edustaa potilaan omaa näkemystä. Hakemusten kirjoittaminen vaatii potilaalta keskittymistä, väkivannäköä ja ponnistelua, joten on tärkeää, että hakemuksiin kirjoitettua tietoa tallennetaan myös potilaskertomukseen tulevaisuudessa mahdollisesti toteutuvan palvelutapahtuman pohjatiedoksi. Kuntouttavan työn näkökulmasta edellisestä merkinnästä viestittyy potilaan kuntoutumispotentiaali; merkinnässä kerrotaan hänen taidoistaan ja omasta näkemyksestä etenemiseensä mahdollisen toipumisen myötä.

Toisinaan lomakkeitten täyttäminen potilaalle ohjattuna itsenäisesti on ylivoimainen tehtävä voimien ollessa huono. Sosiaalityön huolenpitotehtävä korostuu näissä tilanteissa. Kirsi Juhila luonnehtii huolenpitotehtävää konkreettisella tasolla auttamisena ja tukemisena silloin, kun ihmiset eivät omin voimin selviä elämässään. Huolenpitosuhteen mahdollistuminen nojaa yhteiskunnassa vallitsevaan periaatteeseen, jonka mukaan kaikilla kansalaisilla on oikeus huolenpitoon tarvittaessa. Sosiaalityön tehtävänä on varmistaa, että asiakas saa hänelle kuuluvat lakisääteiset etuudet. (Juhila 2006, 156, 165, 175, 199.)

”Sosiaaliturva: Potilaan kanssa täytettiin eläkkeensaajan hoitotukihakemus, mukana vastaanotolla myös omahoitaja (–). Lomaketta täyttäessä potilas oli melko väsyneen oloinen, oman avun ja ohjauksen tarpeen sanoiksi pukeminen oli potilaalle vaikeaa. Keskeyttämättä potilas kuitenkin jaksoi olla mukana liki 1½ tuntia kestäneen hakemuspaperin kysymyksiin vastauksia hakiessa. Sovittiin, että lähetän hakemuksen Kelaan ja annan kopion hakemuksesta potilaalle.”(P63)

Aineistoesimerkissä kerrotaan hakemuksenteosta tapahtumana, jossa potilaan vireystila ei ole ollut parhaimmillaan. Merkinnässä ei suoraan kerrota tilanteessa olleiden työntekijöiden; potilaan omahoitajan ja sosiaalityöntekijän, aktiivisuudesta hakemuksen sanoittamisessa. Merkinnässä mainitaan hakemuksen laatimiseen käytetty aika, millä osoitetaan asioiden perusteellista käsittelyä. Siinä valossa on hyvin mielenkiintoista, ettei hakemuksen sisällöstä kerrota merkinnässä ollenkaan. Annetusta sanoittamisavusta ja hakemuksessa tehdystä yhteistyöstä jää kirjallinen dokumentti potilaalle itselleen. Eläkkeensaajan hoitotukihakemukseen kirjattava toimintakyvyn ja avuntarpeen kuvaus olisi arvokasta tietoa potilaskertomuksessa arvioitaessa potilaan palvelutarvetta tai kuntoutumisen etenemistä myöhemmin toteutuvilla hoitjaksoilla tai potilaan käyttäessä usean erikoisalan sairaanhoidtopalveluita. Edellinen ja kaksi seuraavaa aineistonäytettä ovat esimerkkejä siitä, että avuntarpeesta on sosiaalityöntekijän vastaanotolla keskusteltu, mutta tiedot ovat siirtyneet ha-

kemuksen mukana Kelalle. Niukkasisältöinen merkintätapa luo mielikuvaa toimenpideorientoituneesta työn raportoinnista; hakemus on tehty sosiaaliturvaetuuden saamiseksi ja toimitettu eteenpäin.

”Etuudet: Täytetty hoitotukihakemusta yhdessä sh (– –):n [sairaanhoitajan] kanssa. Täydennän vielä hakemusta ensi viikolla potilaan palatessa lomalta mm. sairauskulutiedoilla. Kelaan on lähetetty jo aiemmin C-lausunto.”(P75)

”Sosiaaliturva: Täytimme kuntoutustukihakemuksen, ak postittaa sen Kelaan. B-lausunto toimitetaan jälkikäteen.”(P78)

Niissä tilanteissa, joissa hakemuksen kirjoittaminen on pitkälti sosiaalityöntekijän ammatitaidon ja tietämyksen varassa, on paikallaan muistaa Ulla Tiililän tutkimuksessaan havaitsema asiakkaan äänen riistäminen (Tiililä 2007). Haettavan etuuden ratkaisuvaiheessa hakijan omin sanoin ilmaistu kuvaus jokapäiväisestä selviytymisestään joko kotonaan, asuinympäristössään tai työssään ovat arvokasta tietoa.

Sairaalasta kotiutumisvaiheessa pyritään päivittämään potilaan etuudet ajan tasalle. Eläkkeensaajan hoitotukihakemuksessa tarvitaan täsmällistä tietoa hakijan avun, ohjauksen ja tuen tarpeesta. Tarkentuneet ja sovitut suunnitelmat potilaalle tulevista palveluista helpottavat hakemuksen tekemistä.

”Sosiaaliturva: Potilas on tänään kotiutumassa (–) [kotipaikkakunnan] psykiatriseen palvelukotiin, suunnitelman mukaan muutaman kuukauden päästä arvioidaan, onnistuuko omassa asunnossa asuminen avohoidon tuella. Täytettiin potilaan kanssa eläkkeensaajan hoitotukihakemus. Oma sairautta koskevat kysymykset ovat potilaalle hyvin hankalia vastata, ensimmäiseksi sairautekseen potilas nimeää sydänvaivat, mutta psyykkisestä sairastamisesta on vaikea puhua. Avuntarvetta potilas tunnistaa itsellään olevan turvattomuuden tunteisiin ja pelkoihin liittyen erilaisissa päivittäisissä toiminnoissa. Lisäksi myöntää keskittymiskykynsä olevan aika huono, jonka seurauksena tavaroita on usein kadoksissa. Hakemus lähetetään edunvalvojan kautta täydennettäksi ja edelleen kelalle toimitettavaksi. Ilmoitetaan edunvalvojalle asumistukiasian selvittämisen tarpeesta, kun potilas on menossa palvelukotiin eikä omaan asuntoonsa.”(P16)

Eläkkeensaajan hoitotukihakemuksen laatimisen lisäksi merkinnässä kuvataan potilaan suhtautumista sairauteensa. Potilaan vaikeus puhua psyykkisestä sairaudestaan kertoo edelleen psyykkiseen sairastamiseen liittyvästä stigmasta. Toisaalta avuttomuuden, turvattomuuden ja pelon kokemuksista on puhuttu. Sairaalahoidon aikana keskustellaan eri yhteyksissä potilaan hoitoon liittyen diagnooseista ja oman sairauden oireiden tunnistamisesta. Myös sosiaalityössä tulee olla tilaa ja valmiutta ottaa esille näitä kysymyksiä, mikäli ne potilasta ajatteluttavat, koska sairauteen liittyvät asiat nousevat helposti pintaan Kelan hakemusten kysymyksiä läpikäydessä. Oman toimintakyvyn vajavuuksien käsitteleminen ja

niiden kirjaaminen hakemukseen ei ole helppo tehtävä potilaalle. Sairaalassa potilaalla voi asian läpi käymiseen liittyä niitäkin pelkoja, että sairaalahoitoa jatketaan esille tulevien toimintakyvyn puutteiden vuoksi. Järjestettäessä potilaalle hänen selviytymistään tukevia palveluja tarvitaan tietoja potilaan omista näkemyksistä. Merkintä sisältää näkemyksen sosiaalityön laajemmasta intressistä potilaan avohoidossa selviytymiseen kuin taloudellisen tuen näkökulma. Mervi Riihelän mukaan yhteiskunnallisen tason ja tunnetason kytkökset ovat kuntouttavan sosiaalityön vuorovaikutuksessa samanaikaisesti läsnä ja ne kietoutuvat yhteen siten, että niiden erotteleminen on vaikeaa ja epätarkoituksenmukaista (Riihelä 2010, 103). Tutkimukseni perusteella näyttää siltä, että sosiaalityön dokumentoinnissa on tilanteittain vaihtelevaa, miten tunnetason tai yhteiskunnallisen tason kytköksiä käsitellään. Esittämäni aineistoesimerkit sisältävät myös näytteitä, joissa osoitusta tunnetason vuorovaikutuksesta ei löydy lainkaan, vaan merkintä sisältää byrokratiasta tulevia määrittelyjä tai reunaehdoja.

Sosiaalityön roolina on sosiaaliturvan mahdollisuuksien arvioiminen suhteessa käytettäviin palveluihin ja niistä potilaalle aiheutuviin kustannuksiin. Palvelujärjestelmän hajanaisuus ja etuuksien hahmottaminen ja hakeminen näyttäytyvät potilaalle haasteellisina. Sosiaalityössä rohkaistaan hakemusten itsenäiseen täyttämiseen, mikäli se suinkin on mahdollista, koska omatoiminen lomakkeen täyttäminen voi tuottaa pystyvyyden kokemusta ja voimistaa osallisuutta ja hallintaa omiin asioihin.

”Suunnitelma: Potilaan kanssa keskusteltiin iltapäivällä yhdessä omien hoitajien ja osastonlääkärin kanssa ajankohtaisista asumissuunnitelmista. Keskusteltiin avohoidon tuen järjestämisestä ja sopimisesta ennen kotiutumista sekä koeloman kautta kotiutumisesta.

Sosiaaliturva: Tulostin potilaalle eläkkeensaajan asumistukihakemus-kaavakkeet, jotka annoin hänelle itselleen täytettäväksi. Käytiin keskustelua siitä, että tämä vaihe on hankalaa, kun eri tukia haetaan eri paikoista. Potilas ääneen pariin otteeseen sanoi, että hänen on vaikea hahmottaa näitä asioita ja ahdistustakin ilmaisi. Toisaalta omassa rauhassaan potilas oli asumistukihakemukset huoneessaan näppärästi täyttänyt jo saman päivän aikana. Ennen sairaalasta kotiutumista on tarpeen vielä keskustella, kannattaisiko potilaalle tehdä eläkkeensaajan hoitotukihakemus, koska monenlaista tukea hän ainakin avohoidon alkuvaiheessa tulee tarvitsemaan, toisaalta kustannukset suoranaisesti sairaudesta johtuvina eivät välttämättä suuriksi muodostu avohoidon palvelujen ollessa maksuttomia ja toteutuksessa kotikäynteinä. Pyysin potilasta näyttämään Kela-korttiaan ja totesin, ettei siinä vielä ollut lääkkeiden erityiskorvattavuudesta merkintää. Keskusteltiin lääkäri (– –) kanssa b-lausunnon toimittamisesta Kelalle”(P155)

Merkinnästä välittyy sosiaalityön tekoina osallistuminen moniammatilliseen keskusteluun yhdessä potilaan kanssa, sosiaaliturvaa koskevien arviontien tekeminen ja potilaan kannus-

taminen. Potilaan asemaa yhteiskunnassa kuvaa hänen kokemuksensa palvelujärjestelmässä asioimisen vaikeudesta.

6.3 Virastokieltä ja sosiaalisanastoa

Potilaskertomukseen tehdään sosiaaliturvasta hoitojakson aikana paljon sellaisia kirjauksia, joiden sisällöllinen merkitys on lyhytaikainen ja palvelee lähinnä sosiaalityön käytäntöjä. Lyhyistä merkinnöistä sosiaalityöntekijät itse saavat toimenpiteiden suunnittelulle perustiedon hakemuksen tekemisestä tai vireillä olost. Muulle moniammatilliselle työryhmälle merkinnöillä ei vastaavaa käyttöä ole.

Sosiaalityöntekijät seuraavat potilaan tukena Kela-päätösten voimassaoloaikoja ja viestittävät potilaskertomuksessa uusien lääkärinlausuntojen tarpeesta. Potilaan näkökulmasta on tärkeää, että jatkohakemukset tulevat ajoissa vireille, jotta toimeentuloon ei tulisi katkoksia. Kuntoutustuki- ja eläkehakemusten käsittelyajat ovat kuukausien (3-4) mittaisia, joten hakemuksia liitteineen pyritään saamaan valmiiksi hyvissä ajoin ennen sairauspäiväraha-kauden päättymistä.

”Sosiaaliturva: Lähetetty Kelaan A-todistus sairauslomasta aj. 8.6.-7.7.09. Tarkistin Kelasta, ettei sairauspäivärahashakemusta tarvitse nyt lähettää, kun edellinen jakso loppunut 5.6.09. Tarvittaessa lähettävät potilaalle kirjeen, jos tarvitsevat hakemuksen tai B-todistuksen.”(P119)

”Sosiaaliturva: Potilaalle on kirjoitettu sairauslomaa 31.1.08 saakka ja sairauspäiväraho-oikeus päättyy 31.5.08. Mikäli on jo tässä vaiheessa arvioitavissa, että työkyvyttömyys jatkuu yli sairauspäivärahan ensisijaisuusajan, kannattaa samassa lausunnossa ottaa kantaa myös kuntoutustuen jatkoon 1.6. lähtien.”(P20)

Jenni Ruotsalainen kiinnitti pro gradu-tutkielmassaan huomiota sosiaalityöntekijöiden runsaaseen numeerisen tiedon käyttöön sosiaalisen tutkimuksen arvioteksteissä erityisesti esimerkiksi sosiaalivakuutusasioita käsittelevissä merkinnöissä. Hän arvioi asioiden mitattavuuden ja tarkkojen tietojen esittämisellä pyrittävän lukijayleisöä vakuuttavaan ilmaisuun. Kontrastisena näkökulmana hän ottaa esille mielikuvan sosiaalityön kokonaisvaltaisesta ja laadullisesta lähestymistavasta. (Ruotsalainen 2010, 57–58.)

Kuntoutusetuuksia haettaessa verkostoyhteistyö tulee näkyville myös dokumentoinnissa. Seuraavassa katkelmassa sosiaalityöntekijä hahmottelee muistiinpanotyyllillä sopimastaan työnjaosta koulukuraattorin kanssa. Kuraattorin kautta verkostoon tuodaan oppilaitos ja

opettajat. Psykiatristen palveluiden puolelta katkelmassa nimetään kolme eri toimijaryhmää, jotka potilaan kanssa jatkavat avohoidossa. Kuntoutushakemuksissa tarvitaan tietoja kuntoutujan kanssa toimivista tahoista, sen lisäksi hakemuksiin on kirjattava konkreettiselä tasolla, mikä on kunkin toimijan tehtävä ja tavoite toiminnassaan kuntoutujan kanssa.

”Tieto: Kuraattori (– –) kanssa keskusteltu. On tavannut plaan vain kerran aiemmin. Lupasi selvittää oppilaitoksen opettajilta, voisiko plas [potilas] opiskella yksilöllisen suunnitelman mukaan ja jos voi, miten. Soittaa uudestaan viikon 41 lopulla.

Hoitoneuvottelu Hokon sopimuksista kts.whoike. Koulutuksen jatkamiseksi on mahdollista räätälöidä yksilöllinen suunnitelma, jonka koulukuraattori (– –) laatii tavattuaan ensin plaan koululla 2.11. ja keskusteltuaan vielä opettajien kanssa. (– –) [kuraattori] soittaa ak:lle [allekirjoittaneelle] ennen kuin lähettää suunnitelman Kelaan, jotta suunnitelma toimii hakemuksen ja lääkärinlausunnon liitteenä. Plas jatkaa opintojaan 10.11. ja käy ko. kuuden viikon jaksolla 2-3 päivänä viikossa pari tuntia koulussa. Sisältönä yleisaineet. Suoritettavana on perustutkinto [tarkka tieto poistettu] ja mikäli sen jälkeen jatkaa AMK:ssa, (–) tutkinto.

HOJKS on kuraattorin mukaan tehty koululla. Tukiverkoston opiskelulle ja muulle selviytymiselle muodostavat kodin ohella XX (Nepa) viikottain tai joka toinen viikko, Tehko aluksi 2 krt viikossa (jatketaan mm. varomerkkityöskentelyä), poliklinikka 2 enintään kerran viikossa, tod.näk. 1 krt / 2vko, koulukuraattori. Ak täyttää plaan kanssa hakemuksen vammaistuen jatkamisesta 1.1.2011 alkaen, nuoren kuntoutusrahasta ja ammatillisesta kuntoutuksesta, kaikki hakemukset Kelaan.” (P11)

Merkintä sisältää monia sanoja tai lyhennyksiä, jotka edellyttävät tietämystä paikallisista palveluista käytettävistä ja yleisistä lyhenteistä. Nepa on Jyväskylän alueella käytössä oleva lyhennetermi Nuorten erityispalveluista, Tehko tarkoittaa Tehostetun kotihoidon työryhmää, HOJKS on lyhennys sanoista: henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma. Merkinnästä jää puuttumaan konkreettisella tasolla ilmaistu toimintojen sisältö ja tavoite. Merkinnässään sosiaalityöntekijä viittaa siihen, että tieto hoitokokouksessa (hoko) tehdyistä sopimuksista löytyy potilaskertomuksesta toisaalta hoitotyön päivittäis-seurannan merkinnöistä, whoike-näkymästä. Kirjallinen henkilökohtainen opetussuunnitelma on taas oppilaitoksessa. Kirjauksesta saa käsityksen, että potilaalla/kuntoutujalla on monilukuinen tukiverkosto, mutta heidän tehtävänsä jäävät täsmentämättä. Mahdollisesti myöhemmin toteutuissa palvelutapahtumissa sosiaalityöntekijä tai muu asiantuntija saat-taa joutua avaamaan useita näkymiä potilaskertomuksesta saadakseen riittävästi tietoa teh-dystä suunnitelmasta.

Ainoastaan ammattilaisyleisölle avautuva lyhenteiden käyttö on ongelmallista palveluiden käyttäjän kannalta. Lyhennyksiä sisältävä kielenkäyttö ei välttämättä avaa järjestelmässä toimivien työntekijöiden rooleja, jolloin maallikon tai järjestelmän ulkopuolisen on niitä

vaikea hahmottaa. Creen ja Davisin siteraaman brittiläisen omaisen kommentti kuvaa hyvin palvelujärjestelmän ulkopuolisen kokemusta: ”Alussa en edes tiennyt, keitä henkilökunta oli. Siellä oli paljon lyhennyksiä käytössä, siellä oli CPN (Community psychiatric Nurse)[kunnallinen psykiatrinen sairaanhoito], ASWs (Approved social workers) [laillistetut sosiaalityöntekijät], OTs (Occupational Therapists) [ammattiterapeutit], en tiennyt kuka kukin näistä oli ja mikä oli heidän roolinsa. Minut jätettiin yksin selvittämään omalla tavallani järjestelmä, josta tiesin vain vähän” (Cree & Davis 2007, 78 käännös MP). Suvi Raitakari havaitsi tutkimuksessaan, että nuorten tukiasumisyksikön tukisuunnitelmat oli laadittu ennakko-oletuksilla siitä, että ammatilaislukijalla on tietämystä, jonka perusteella hän ymmärtää tekstin ja pystyy siitä tekemään johtopäätöksiä (Raitakari 2006, 195, 207). Aino Kääriäinen viittaa artikkelissaan samaan ilmiöön kirjoittajan oletuksesta, että hänellä ja lukijalla on yhteinen tietopohja ja tapa ymmärtää asioita (Kääriäinen 2006, 49).

Potilaskertomusmerkintöjä ei tehdä ensisijaisesti potilasyleisölle, vaan merkinnät ovat ammatillista tiedon välittämistä. Mikäli potilas itseään koskevan merkinnän mahdollisena lukijana huomioidaan, on aiheellista kiinnittää huomiota lyhenteiden käyttöön ja niiden selventämiseen. Yleinen palvelumuotojen nimeäminen lyhennejohteisesti, mitään tarkoittamattomiksi abstrakteiksi sanoiksi liittyy oletuksen mukaan psyykkisten sairauksien stigmaan ja pyrkimykseen vähentää psykiatrisen hoidon terminologiaa palveluiden nimissä. Kun palvelujärjestelmä on todettu monine palveluntuottajineen ja rooleineen vaikeaselkoiseksi, saattaa palvelunkäyttäjän kannalta kokonaisuuden hahmottaminen olla vielä hankalampaa, jos palveluja nimetään abstrakteilla kirjainyhdistelmillä.

Sosiaaliturvaa käsittelevissä merkinnöissä sosiaalityöntekijät käyttävät paljon sosiaaliturva- ja ammattisanastoa, jonka sisällön merkitys avautuu laajimmin sosiaalityöntekijöille itselleen. Välttämätöntä ammatillista osaamista terveydenhuollon sosiaalityössä on palveluverkoston eri toimijoiden tehtävien hahmottaminen ja potilaan ohjaaminen hänen tilanteessaan tarkoituksenmukaisen palvelun piiriin. Terveydenhuollon sosiaalityö on pääsääntöisesti luonteeltaan asiantuntijatyötä, johon ei kuulu päätösten tekeminen. Aineistossa merkille pantavaa on, että sosiaalityöntekijät dokumentoivat runsaasti tietoa potilaskertomukseen Kelan tai sosiaalitoimen tekemistä päätöksistä, joita potilas on saanut hakemuksiinsa. Tieto esimerkiksi myönnettyistä sairauspäivärahajaksista on tärkeä potilaan edun kannalta, jotta on mahdollista seurata ja suunnitella etuuksien vireille laittamista potilaan edun mukaisesti.

”Etuudet: Potilaan kanssa soitettu kelalle ja tarkistettu sairauspäivärahan kesto. ...sairaalaan on lri (– –) tehty B-lausunnon sairauspäivärahaa varten ja arvioi siinä potilaan olevan toistaiseksi työkyvytön. Kela on ko. lausunnon perusteella myöntänyt sairauspäivärahan 31.12.2008 saakka. Sairauspäiväraha-oikeutta olisi vielä ajalle 1.1.-28.2.2009. Sairauspäivärahan ensi sijaisuus aika (300vrk) päättyy siis 28.2.2009.

Työkyvyttömyyseläkeeseen oikeus 1.3. alkaen. Potilas tarvitsee siis B-lausunnon 1.1.2009 alkaen sairauspäivärahaa ja työkyvyttömyyseläkettä varten. Alkuperäinen eläkehakemus annettu potilaalle, jotta voi sitä vielä puolisonsa kanssa täydentää, mikäli siihen tarvetta ilmenee.”(P119)

”Taloudellinen tilanne: Ak jutellut potilaan kanssa taloudellisesta tilanteesta 24.11. Potilas keskustelussa hyvin vähäsanainen. Potilaalla on käsitys, että on kuntoutustuella, mutta ei tiedä mihin asti etuutta saa. Potilas antoi ak:lle luvan selvittää asiaa. Kysytty asiaa sos.tt (–) 26.11. (–) [sosiaalityöntekijän]mukaan potilas kuntoutustuella. Tarkistettu asia vielä Kelalta. Potilaan sv-päivärahan enimmäisaika päättyy tammikuun 2010 loppuun. Jatkoa varten työkyvyttömyyseläkehakemus (ETK/Kela 7002). B-lausunto kirjoitettu heinäkuun 2010 loppuun saakka. Potilaalle myönnetty vammaistuki 31.12.2009 asti. Jatkoa varten uusi hakemus (EV256) ja c-lääkärinlausunto (tai B-lausunto).”(P22)

Sairauspäiväraha-oikeus ja sairauspäivärahan ensisijaisuusaika ovat sosiaalityön asiantuntijatietoa, joka tallennettuna helpottaa sosiaalityöntekijää potilaan sosiaaliturvaan liittyvien toimenpiteiden aikatauluttamisessa ja jäsentämisessä. Edellä olevat aineistoesimerkit osoittavat konkreettisesti sosiaaliturvajärjestelmän vaikeaselkoisuuden maallikolle. Sosiaaliturva-termien merkitysten avaaminen ja etuuksien saamisen ehtojen ilmaiseminen ymmärrettävällä arkikielellä on keskeinen osa terveysosiaalityötä. Kun kansalaisille tulee mahdollisuus katsoa itseään koskevia potilaskertomusmerkintöjä internetin kautta kansallisen terveysarkiston (KanTa)³ tullessa käyttöön, on sosiaalityön kirjaamisessa kiinnitettävä huomiota tekstin ymmärrettävyyteen, jotta palveluita käyttäneelle potilaalle olisi hyötyä mahdollisuudesta lukea asioinnistaan laadittu merkintä.

6.4 Toimeentulotuki tulovajeen täydentäjänä

Toimeentulotukeen liittyvistä asioista oli kirjoitettu lähes puolessa aineiston (72/153) potilaskertomuksista. Aiheen käsittely joka toisen potilaan kohdalla viittaa mielenterveyskuntoutujien yleisesti heikkoon taloudelliseen tilanteeseen. Suomen virallisen tilaston mukaan

³ Kansallinen Terveysarkisto (KanTa) on yhteinen nimitys terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille. Palvelut tulevat käyttöön vaiheittain koko Suomessa.

toimeentulotukea sai vuonna 2010 seitsemän prosenttia väestöstä; Keski-Suomessa toimeentulotuen saajia oli 7,9 % alueen väestöstä (THL 2011b). On myös huomioitava, että osa aineiston potilaskertomuksista koskee pitkäaikaishoidossa olevia potilaita, joille ei pääsääntöisesti myönnetä toimeentulotukea sairaalamaksuihin tai asumiskuluihin, koska pitkäaikaishoidossa olevalle laitos määrää tuloihin ja maksukykyyn perustuvan hoitomaksun. Täten voi päätellä, että alle 3 kuukautta sairaalahoidossa olleista potilaista toimeentulotuen tarvetta on yli 50 %:lla. Eläkkeellä olevat henkilöt, joiden tulona on ainoastaan kansaneläke, joutuvat lähes säännönmukaisesti hakemaan toimeentulotukea sairaalakuluihin ennen pitkäaikaishoidon maksun määräämistä (sairalahoidon kestänyt 3 kk), mikäli heillä ei ole säästöjä tai omaisuutta.

Psykiatrisessa sairaalahoidossa tulojen riittämättömyys ajankohtaisiin laskuihin tai tulottomuus ja varattomuus antavat aiheen sosiaalityöntekijän ja potilaan yhteistyölle. Potilaan taloudellisen tilanteen kartoittamisessa sosiaalityöntekijä pyrkii keskustelun avulla luomaan käsitystä siitä, mitä toimenpiteitä tilanteeseen vaikuttaminen edellyttää. Keskustelun sisällön kirjaaminen riippuu sosiaalityöntekijän harkinnasta ja arvioista, mitä hän katsoo tarpeellisiksi tiedoiksi kirjata.

”Sosiaalityturva: Potilas toivoi aikaa ak:n luo sosiaalityturvaansa selvitelläkseen. ...Tulona ollut koulutustuki ja työttömyysturva sekä asumistuki Kelasta. Soitin potilaan läsnäollessa Kelaan. ...

... Potilas halusi keskustella myös tulevasta sairaalalaskusta. Annoin potilaalle tietoa sairaalamaksuista ja tutustuttavaksi toimeentulotukihakemuksen. Tällä hetkellä potilaan mukaan hänellä on tilillään varoja mm. sairaalalaskuun, mutta jatkoa ajatellen tarvitsen toimeentulotukea, etenkin jos sairauspäiväraha-asian käsittely Kelassa kestää (arvio Kelasta: noin 4 viikkoa). ..”(P155)⁴

”Taloudellinen tilanne: Osallistuin potilaan hoitoneuvotteluun osasto (–), missä tuli esille, että potilas on huolissaan taloudellisista asioista nykytilanteessa; miten tulot riittävät. Tapasimme sovitusti [2kertaa, päivämäärät poistettu] ...

Tällä hetkellä elämiseen ja laskuihin on hänen mukaansa rahaa. Toimeentulotuesta annoin vielä hieman lisätietoa. (–) [potilas] kertoi, että oli jo pankkiin varannut aikaa keskustellakseen mahdollisuudesta maksaa toistaiseksi vain asuntolainan korkoja. ”(P139)

Esimerkkikatkelmissa potilas on aktiivisesti tuonut esille huolestuneisuutensa taloudellisesta tilanteestaan. Lyhyissä katkelmissa tulee näkyviin potilaasta lähtevä halu selvittää tilannetta ja toisaalta sosiaalityöntekijän tekemät toimenpiteet. Potilaan tilanne saattaa olla hyvin rasittava tulojen niukkuuden kyseenalaistaessa kohtuullisen elintason. Sairauden

⁴ Alkuperäisestä aineisto-otteesta leikatut osat osoitan ...-merkinnällä.

aiheuttama tulojen vähentyminen ja vastaavasti kulujen lisääntyminen kuormittaa myös sellaisissa tilanteissa, joissa potilaalla on varallisuutta.

Sairas köyhyys-tutkimuksessa (Kinnunen 2009) tutkittiin diakoniatyön näkökulmasta sairauden ja huono-osaisuuden yhteyksiä. Diakoniatyöntekijöiden arvion mukaan sosiaalitoimisto auttaa parhaiten sairauden aiheuttamissa kustannuksissa kaikkein pienituloisimpia sosiaalitoimiston vakioasiakkaita. Harkinnanvaraisen täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisen käytännöt näyttivät epäselviltä ja vaihtelevilta. Toimeentulotuen ulkopuolelle voi jäädä normilaskelman perusteella tilanteissa, joissa hakijataloudella on sellaisia välttämättömiä menoja, joita ei toimeentulotuen laskelmassa huomioida tai mikäli tulot juuri ylittävät normirajan. Diakoniatyöntekijöiden mukaan etuuspäätösten viipyessä myös toimeentulotuen saamiseen liittyvät vaikeudet hankaloittivat diakoniatyön palveluista apua hakeneiden asiakkaiden tilanteita. (Kinnunen 2009, 157.)

Potilaan avohoidossa itsenäisesti selviytymisen perusedellytykset saattavat olla hyvin hatarat esimerkiksi asumiseen ja kodinhoitoon liittyvien tarvikkeiden osalta. Seuraavien tekstikatkelmien mukaan sosiaalityön käytössä olevat keinot ovat rajalliset tilanteen korjaamiseen.

”Taloudellinen tilanne: *Plaan siirtäessä tavaroitaan varastosta omaan asuntoonsa selvisi että osa huonekaluista oli mennyt kosteuden/kylmyyden vuoksi pilalle. Tarvitsisi sohvan, sängyn, mattoja, verhot ja lautasia. Tehdään näistä lisäys ja selvitys jo aiemmin lähetettyyn maaliskuuta koskevaan toimeentulotukihakemukseen sos.toimeen.”...*

”Taloudellinen tilanne: *Kertoo saaneensa toimeentulotukea n. 150 euroa mutta ei muista myönnettiinkö tuki huonekalu- ym. hankintoihin vai sairaalalaskuun. Kuitenkin maksaa nyt sairaalamaksun pois (tuki näkyy nettipankin tilillä). Todetaan että rahaa tilille jää n. 120 euroa ja kun sinne tulee asumistuki huhtikuun alussa, siitä on maksettava vuokra, joten käyttörahaa ei juuri jää.*

Huhtikuussa maksuun tuleva maaliskuun hoitomaksu tulee olemaan pienempi koska siitä vähennetään vuokran omavastuuosuus. Koska ei polta, arvelee selviävänsä vaikka ei olekaan käyttörahaa.”...

”Taloudellinen tilanne: *Tehtiin toimeentulotukihakemus huhtikuulle (vuokra, sairaalamaksu ja lääkkeet). Kertoi hakemuksessa tod.näk. uk:n [uloskirjoituksen] olevan ensi vko:la. Ei muistanut enää että ed. kerralla maksoi sairaalalaskun helmikuulta, ei mielestään ollut käynyt nettipankissa, mutta tyytyi toteamukseen ettei kukaan muu ole hänen laskujaan hänen omalta tililtään maksanut. Tilillä vain muutama kymppi, kodin kalustamiesta ja kirppareista keskusteltiin.” (P26).*

Potilaan tilanteesta kerrotaan, että hänen asuinirtaimistosta on mennyt käyttökelvottomak-

si. Potilaalle on myönnetty toimeentulotukea, jonka hän käyttää sairaalalaskuun. Asunnon kalustamiseen ja perustarvikkeiden hankkimiseen on käytettävissä rahaa hyvin niukasti, sosiaalityöntekijä keskustelee potilaan kanssa kierrätysmahdollisuuksien hyödyntämisestä. Kertomuksessa ei tule esille, jääkö normaaleina pidettävien varusteiden hankkiminen kokonaan potilaan omaksi huoleksi kotiutumisen jälkeen. Merkinnöissä on kirjoitettu konkreettisesti näkyville, mitä materiaalisia puutteita itsenäiseen asumiseen siirtymistä ajatellen on tiedossa. Sosiaalityöntekijä ei kuitenkaan ilmaise suoraan omaa arviotaan tilanteesta, toisaalta hän kuvaa potilaan esittämiä arvioita avoimesti: potilas uskoo pärjäävänsä sairaalassa ilman käteistä rahaa, koska ei tupakoi. Merkinnöistä saa käsityksen, että sairaalahoitossa sosiaalityöntekijä on ollut potilaan tukena pohtimassa laskujen maksun mahdollisuuksia. Merkinnöissä ei mainita, järjestyykö potilaalle vastaavaa tukea avohoidossa, kirjalliset toimeentulotukihakemukset tehdään avohoitoon siirtymistä valmistellen. Katkelmien perusteella voi pohtia, miten yhteiskunnassamme nykyisin ymmärretään ja tulkitaan kohtuullisen elämisen edellytysten turvaaminen. Kirjauksista välittyy vaikutelma potilaan hämmästyttävän tyynestä suhtautumisesta vaikeaan tilanteeseensa. Myös sosiaalityöntekijän suhtautuminen kuvautuu neutraalina. Olisiko sosiaalityöntekijän mahdollista ottaa ammatillisesti voimakkaammin kantaa kotiutumistilanteessa vallitsevaan erittäin haastavaan asetelmaan, potilas siirtyy avohoitoon lähes rahattomana osittain kalustettuun asuntoon. Kuka tahansa tarvitsee kuvatuolaisissa olosuhteissa paljon voimavaroja järjestelläkseen elämistään halvimmin mahdollisin keinoin. Miten potilaan hoidossa tehtäviin ratkaisuihin ja hänen asioidensa hoitoon vaikuttaisi, jos sosiaalityöntekijä kirjaisi potilaskertomukseen, että taloudellisen tilanteen heikkous ja asuinolosuhteissa vallitsevat puutteet muodostavat riskin avohoidossa selviytymiselle, mikäli potilas jää vaille tukea näiden asioiden selvittelystä sairaalasta kotiutumisen jälkeen?

Sosiaalityön asianajotehtävä asettuu niihin tilanteisiin, joissa sosiaalityöntekijän asiakas tarvitsee puolestapuhujaa. Sosiaalityön eettiset perusnormit sisältävät ajatuksen heikomman puolelle asettumisen tarpeesta. Konkreettisesti heikomman puolelle asettuminen sosiaalityöntekijän toiminnassa tarkoittaa, että hän avoimesti kertoo asiakkaalle, mikäli palvelujärjestelmän toiminta on hänen kannaltaan kohtuutonta siten, että asiakas jää vaille lainsäädännön mukaista elämisen edellytysten turvaa. (Juhila 2006,179–183.) Terveys- ja sosiaalityöntekijän rooli vaatii jämäkkyyttä ja tietämystä lainsäädännön puitteissa tehtävästä harkinnan mahdollisuudesta asiakkaan hyväksi.

Kuluttajatutkimuskeskuksen vuonna 2010 julkaisemassa tutkimuksessa pyrittiin määrittelemään kohtuullista minimiä vastaava kulutustaso ja tutkimuksessa rakennettiin viitebudjetteja erilaisille talouksille. Kohtuullinen minimi määriteltiin tutkimuksessa jokapäiväisessä elämässä tarvittaviksi tavaroiksi tai palveluiksi, joita ilman arki ei suju. Välttämättömyystarvikkeiden ja -hyödykkeiden määrittely on sidoksissa aikaan, paikkaan, kulttuuriin ja eri elämänvaiheisiin, joten määrittelyä ei ole mahdollista suoraviivaisesti jakaen tehdä välttämättömyyksien ja ei-välttämättömyyksien välillä. Tutkimuksessa suomalaisten käsityksen mukaan asunnon kalustukseen kuuluvat sänky, patja, ruokapöytä tuoleineen, työtuoli, kirjoituspöytä, kirjahylly, sohva, lipasto, naulakko, tv-taso, peili ja valaisimet. Viitebudjeteissa arvioitiin yksin asuvan alle 45-vuotiaan naisen kohtuullisen minimi-kulutustason olevan 583 €/kk ilman asumis- ja liikkumiskustannuksia (liikenne) ja vastaavasti miehen kulutustason 576 €/kk. Laadituilla viitebudjeteilla ei pyritty määrittelemään köyhyysrajaa, mutta kulutuksen jäädessä budjetin alapuolelle, ovat osallistumisen mahdollisuudet vähäiset. (Lehtinen, Varjonen, Raijas, Aalto & Pakoma 2010,2,6,35,48,56.) Suhteutettaessa edellisen aineistonäytteen potilaan tilanne ja ajankohtainen Suomessa vallitseva käsitys kohtuullisesta minimistä, vaikuttavat potilaan lähtökohdat arjen sujumiseen vaativilta.

Toimeentulotukiasioiden käsittelyyn liittyvä dokumentointi potilaskertomuksissa tuo näkyville jännitettä, joka toisinaan syntyy asiointitilanteessa potilaan ja työntekijän välille, jos taloudellisten ongelmien selvittelyssä ei löydy yhteistä näkemystä tai välittömästi helpottavaa ratkaisua. Ristiriitaisuuksista sosiaalityöntekijät kirjaavat kertomuksiin harvoin, enemmän tilannetta kuvataan potilaan käyttäytymisellä tai hänen esittämillään kannanotoilla.

”Nykytilanne: Potilaan äiti ilmoittanut ettei halua potilaan postia omaan osoitteeseensa. Samalla lähettänyt potilaan postia osastolle. Lähetyksessä mm. useita kirjeitä eri perintötoimistoista haastemieheltä tullut kirje, pankin lähettämiä kirjeitä ja puhelinyhtiöiltä tulleet kirjeitä. Potilas itse haluaa hakea toimeentulotukea vuokratästä (n. neljä vuokraa maksamatta + muut kulut) ja sairaalalaskua varten. Ei kuitenkaan tunte mitään meilenkiintoa toimittaa tiliotetta hakemuksen liitteeksi tai avata äidin sairaalaan toimittamia kirjeitä. Ei kykene tai halua toimia yhteistyössä asioiden selvittämiseksi. Tässä tilanteessa näyttää, että hyötyisi edunvalvonnasta.”(P23)

Potilaan asioiden hoito on merkinnän mukaan ajautunut kriisiin erilaisten maksurästien seurauksena. Myös omainen haluaa irtisanoutua postin vastaanottamisesta kotiinsa. Omaisia rasittaa ja ahdistaa perintötoimistoilta tuleva posti, vaikka he eivät sitä avaisikaan, koska postin runsaus usein toimii konkreettisenä osoituksena velkakierteestä. Esimerkissä on-

gelmat jäävät vielä sosiaalityöntekijän ”käsiin”, kun potilas ei lähde yhteistyöhön, jota toimeentulotukihakemuksen laatiminen tilanteessa edellyttäisi. Ellei yhteistyö lähde toimimaan, sosiaalityöntekijä ennakoii edunvalvonnan tarpeellisuutta.

Sairaalahoidon aikana mahdollisesti tiukentuva rahatilanne voi hermostuttaa potilasta siinä mielessä, että sairaalassa oleminen koetaan pakkona ja vastenmielisenä. Toistuvasti tulee tilanteita, joissa potilaat kyseenalaistavat sosiaalityöntekijälle tahdosta riippumattoman hoidon laskutuksen oikeutusta.

”Taloudellinen tilanne: *Potilas ilmoittautui itse aioimaan toimeentulotukihakemuksen merkeissä. Heti vastaanoton alussa alkaa kuitenkin kiihtyä ja kysyy moneen kertaan, millä perusteella hänelle osoitetaan sairaalalasku. Potilas on sitä mieltä, että vastentahtoisessa hoidossa ollessa sitä ei tarvitse itse maksaa. Sanoo, että ellei sitä maksa sosiaalitoimi, laskulla on jokin muu merkitys, joka allekirjoittaneenkin pitäisi tietää. Kyselee, missä joulukuun Kela-rahansa ovat. Ei pysty vastaanottamaan mitään keskustelussa, vaan kiihtyneenä sanoo joka asiaan vastaan.”*(P157)

Merkinnässä kerrotaan sosiaalityöntekijän näkökulmasta vastaanotolla vallinneesta ilmapiiiristä ja selitetään tapahtumakulkua, jonka mukaan yhteistyö ei potilaan taholta toiminut ja hänen tavoitteensa hakemuksen tekemisestä ei onnistunut. Toimeentulotukiasioiden käsittelyn yleisyyteen ja määrään nähden kuvauksia erimielisyyksistä tai tilanteiden kärjistymisistä on vähän. Sairaalan sosiaalityöntekijän asema on erilainen kuin aikuissosiaalityön päätöksiä tekevien sosiaalityöntekijöiden ja etuuskäsittelijöiden tilanne. Sairaalan sosiaalityöntekijä avustaa ja ohjaa hakemuksen tekemisessä ja tarvittaessa voi tehdä lausunnon toimeentulotukihakemuksen liitteeksi; lopullinen päätös toimeentulotuen myöntämisestä tai hakemuksen hylkäämisestä tehdään aikuissosiaalityön organisaatiossa. Terveysosiaalityöntekijän asema tietojen välittäjänä aikuissosiaalityön ja potilaan välillä ilmeisesti vähentää tai lieventää avoimia konflikteja.

”Taloudellinen tilanne: *...Tulee vaikutelma, että potilas tarvitsee napakampaa ohjausta laskujensa hoitamiseen, omatoimisesti ja oma-aloitteisesti laittaa maksuun esim. puhelinlaskut ja huolehtii vuokranmaksusta, mutta ei edelleenkään kunnolla hahmota, että sairaalamaksuista tulee hänelle omavastuuosuus, vaikka jonkin verran saakin toimeentulotukea. Edellisellä hoitajaksolla tästä aiheesta potilaan kanssa keskustelu meni lähes väittelyasteelle. Elokuun loppuun mennessä potilaalle on kertynyt erääntyneitä sairaalamaksuja lähes 900 eur. Keskustelin tänään potilaan kanssa laskujen hoitamisesta ja potilas sanoo sen olevan periaatepäätös, ettei maksa sairaalalaskuja kun hänen käsityksensä mukaan sairaalamaksut pitäisi sosiaalitoimiston maksaa. Selitin potilaalle periaatteita kansalaisten yhdenvertaisesta kohtelusta ja toimeentulotukilaskelman kuukausikohtaisuudesta. Potilas vetoaa, ettei raha-tilanteensa vuoksi pysty laskuja maksamaan ja kyselee, pitääkö hänen ryöstää pankki .*

Toisaalta potilaan tiliotteen mukaan näyttää siltä, että selviytyisi esim. elokuussa eräänty-

västä laskusta kokonaisuudessaan kohtuudella. Suostuu lopulta laskun maksamaan, ak lähettää sen maksupalveluun.”(P61)

Edellä olevassa merkinnässä sosiaalityöntekijä ottaa kantaa potilaan tapaan hoitaa laskujaan ja esittää oman arvionsa rahojen riittämisestä myös sairaalalaskuun. Potilas odottaa, että hänen kuuluisi saada koko sairaalalaskun summa toimeentulotukena ja sosiaalityöntekijä selittää omavastuuosuuden määräytymistä. Tekstistä käy ilmi, että potilaan tilillä on katetta sairaalamaksun suorittamiseen, mutta potilas pitää pitkään tiukasti omasta näkökannastaan kiinni olla maksamatta. Sosiaalityöntekijän sanavalinta ”suostuu lopulta laskun maksamaan” osoittaa sosiaalityöntekijän vahvasti edustavan asetelmassa yhteiskunnan asettamia normeja. Tekstissä tulee ilmi, että sosiaalityöntekijä on ”vääntänyt kättä” potilaan kanssa toistuvasti sairaalalaskujen maksamisvelvollisuudesta.

Lähinnä neutraalissa sävyssä on kuvattu tilanteita, joissa potilas on halunnut sosiaalityöntekijältä lisäselvitystä saamansa toimeentulotukipäätökseen perusteisiin:

”Taloudellinen tilanne: *Potilas hakeutui vastaanotolle laskujen ja toimeentulotukipäätöksen kanssa. Käydään läpi päätöksen sisältö, potilas on pettynyt, ettei saanut enempää ja arvelee, ettei pysty laskuja maksamaan. Laskelman mukaan helmikuussa erääntynyt lasku maksettava kokonaan itse. Potilas kokee epävarmuutta, kun tuntuu ettei rahaa jäisi tarpeeksi esim. lomiin. Lopulta päästään siihen tulokseen, että päätyy helmikuun laskun laittamaan maksupalveluun, tekee sen itsenäisesti.”(P61)*

Merkinnässä kuvataan sosiaalityöntekijän ja potilaan keskustelua toimeentulotukipäätöksestä. Potilaan mielestä hänen olisi kuulunut saada enemmän toimeentulotukea. Sairaalahoidossa olevalla vähimmäistuloilla elävällä potilaalla taloudellinen tilanne on todella tiukka, jolloin välttämättömien laskujen jälkeen omaan käyttöön jää niukasti rahaa käytettäväksi. Katkelma kuvaa tavallista sosiaalityön ohjaamistilannetta laskujen maksamisessa, jossa pyritään ehkäisemään laskujen rästiintymistä.

”Nykytilanne: *Tavattu eilen lyhyesti potilasta ja tämän äitiä. Äiti suunnitellut jo alkavansa hoitamaan potilaan raha- ja hakemusasioita avoimella valtakirjalla mutta toivoi nyt sosiaalityöntekijän apua koska avoimellakaan valtakirjalla ei saisi kaikkea hoidettua. Heinäkuun osalta toimeentulotukipäätös tullut hylättynä. Tuloksi laskettu opintolaina vaikka potilas ei ole sitä nyt nostonut (viimeksi toukokuussa), vanhempien antama rahallinen avustus, opintotuki ja palkkatulo. Tehty nyt jatkotoimeentulotukihakemus elokuulle. Liitteeksi laitettu tk-käynnistä tullut lasku ja heinäkuun sairaalalasku. Laskujen eräpäiviä siirretty siten, että uudet eräpäivät ovat 15.9. (tk) ja 30.9. (sairaala). Lisäksi liitteeksi laitettu verkopankista tulostettu tiliote ja vuokranmaksukuitti. Sosiaalitoimi pyytänyt lisäksi tositteet viime lukuvuoden opinolainojen nostoista ja uusimman vuokrankorotusilmoituksen. Yritetään löytää nämä.”(P132)*

Merkinnässä potilaskertomukseen sosiaalityöntekijä ei suoraan ilmaise kritiikkiä hylätystä toimeentulotukihakemuksesta, vaan luettelee tekstissään toimeentulotukipäätöksestä ne tulot, joiden huomioon ottamista tuloina potilaan tilanteessa voisi ainakin kyseenalaistaa. Potilaan omainen on halunnut olla tukena, mutta pyytää ammattiapua tiukan toimeentulotukipäätöksen jälkeen. Tekstin perusteella päätöksestä ei ole suositeltu valituksen tekemistä, vaan on ryhdytty työstämään toimeentulotuen jatkohakemusta. Neutraali ilmaisutyyli on sosiaalityöntekijöiden yleisimmin valitsema linja aineistossa sellaisissakin tilanteissa, joissa ainakin rivien välistä näyttäisi, että kokonaistilanne huomioon ottaen potilaan saama päätös on kohtuuton.

Kohtuuttomuustilanteita ja niiden syntyä analysoivassa tutkimuksessaan Anna Metteri (2012) totesi, että sosiaalitoimistoissa ei aina tunnisteta psyykkisen sairauden aiheuttamaa avun tarvetta ja arjessa selviytymisen edellytysten tukemisen merkitystä. Viitaten valtiontalouden tarkastusviraston selvitykseen (2009) hän toteaa aikuissosiaalityön roolin jääneen mielenterveystyössä heikoksi. Tilanteen kohentamiseksi tarvitaan enemmän ja tiiviimpää yhteistyötä mielenterveystyön ja sosiaalityön organisaatioiden ja työntekijöiden välille, jotta löydetäisiin inhimillisiä ja taloudellisia ratkaisuja auttamistilanteissa (Metteri 2012, 106).

Morén problematisoi sosiaalityöntekijöiden ajatusta neutraalisuuden ja objektiivisuuden säilyttämisestä kaikissa yhteyksissä ja toteaa heidän lukkiutuneen sokeasti periaatteeseensa. Koska valta ja vallankäyttö ovat dokumentoinnissa läsnä, ei objektiivinen näkökulma tekstissä ole itsestäänselvyys ja neutraali kirjallinen ilmaisu on tulkittavissa palvelujärjestelmän puolelle asettumiseksi. Dokumentoinnin avulla olisi mahdollista tuoda näkyville hallinnosta tulevat työntekijän toimintaa ja asiakkaan elämää rajoittavat perusteet. (Morén 1999, 333).

Kirjausten mukaan potilaat usein näyttävät toimeentulotukipäätöksiä oma-aloitteisesti sosiaalityöntekijän vastaanotolla sairaalassa ja haluavat käydä niitä läpi työntekijän kanssa. Yleinen kirjaamistapa aineistossa on, että potilas on saanut toimeentulotukipäätöksen ja mainitaan, mihin laskuihin toimeentulotukea on myönnetty tai kerrotaan päätöksen olleen hylkäävä, toisinaan on kirjattu myös päätöksen tehneen sosiaalityöntekijän tai etuuskäsittelijän nimi. Päätökseen liittyen saatetaan merkitä potilaille kuuluvien laskujen omavastuuosuuksia, jos osa laskusta on maksettu toimeentulotukena. Sosiaalityön potilaskertomus-

merkintöihin saattaa kertyä ”kirjanpitotietoa” potilaan laskuliikenteestä, mikäli sairaalahoidto kestää kuukausia ja potilas jatkuvasti tarvitsee ohjausta taloudellisten asioittensa hoitamisessa. Aineiston tekstien perusteella on nähtävissä, että osalle sairaalan sosiaalityöntekijän asiakkaana olleista potilaista toimeentulotuen hakeminen on ennestään tuttua ja he tie-
tävät siihen liittyvät käytännöt, toisille taas annetaan tietoa etuudesta ja sen hakemisesta.

”Taloudellinen tilanne: *Potilas näytti kotiinsa tullutta toimeentulotukipäätöstä (maaliskuulle). Siinä myönnetty potilaan tilille toimeentulotukea, niin että sairaalasku huomioitu menoksi. Koska toimeentulotukea ei ollut maksettu sairaalalaskuun, potilas huolissaan miten kykenee laskun maksamaan (helmikuun lasku). Tarkistettiin sos.työn-kirjauksista, että potilas oli maksanut ko. laskun jo. 8.4. Selvitetaan laskutuksesta onko maaliskuun lasku maksettu (vai onko sitä pa-maksun vuoksi edes vielä laskutettu)[pitkäaikaishoidon maksun]. Potilas ei muistanut laskua saaneensa.”(P26)*

Muutamissa kertomuksissa on merkintöjä, joissa tuodaan esille, että sosiaalityöntekijä on tarkastanut laskelman oikeellisuuden potilaan ajankohtaista taloudellista tilannetta vastaavaksi.

”Etuudet: *Potilas saanut maaliskuulle toimeentulotukea, joka maksettu suoraan sairaalalaskuun. Huhti-toukokuulle tukea ei ollut myönnetty. Laskelmat näyttivät oikein tehdyiltä.”(P2)*

” Taloudellinen tilanne: *...Oli saanut tt-tukipäätöksen jossa tulona otettu huomioon asumistuki helmikuulle. Senhän joutuu kuitenkin palauttamaan, joten ehdotettu plaalle että tehtäisiin päätöksestä oikaisuvaatimus jotta asumistukea ei huomioitaisi tuloksi.”(P54)*

”Sosiaaliturva: *... Tarkistettava jatkossa toimeentulotuen tarve sairaalalaskuun. Jos kotiuuu ennen kuukauden vaihdetta, annetaan mukaan ttt-kaavake. Mikäli vielä osastolla. täytää täällä kaavakkeen. Etuuskäsittelijänä (– –) p. 123456.” (P109)*

Toimeentulotukiasioiden dokumentoinnissa potilaskertomuksiin sosiaalityöntekijät käyttävät lyhyttä ilmaisumuotoa ja sosiaalilainsäädännön terminologiaa, joka sairaalan muille potilaskertomuksia käyttäville ammattiryhmille on sisällöllisesti vieraampaa kuin sosiaalityöntekijöille. Lyhyeen ilmaisuun pyrkivä kirjoittamistapa on kielioppisäännöistä piittaamaton, siinä jätetään normaaliin lauserakenteeseen kuuluvia sanoja pois tai käytetään persoonatonta tai passiivimuotoista ilmaisua. Oikeinkirjoituksesta poikkeavaa tekstiä löytyy aineistosta runsaasti. Lisäksi merkinnöissä käytetään toisinaan epävirallisia lyhennyksiä, kuten edellisessä katkelmassa tt-tukipäätös tai ttt-hakemus.

6.5 Yhteistyö aikuissosiaalityön kanssa

Toimeentulotukiasioissa tehdään tarvittaessa yhteistyötä potilaan kotikunnan sosiaalitoimiston aikuissosiaalityön yksikön kanssa, useimmiten yhteistyö konkreettisella tasolla tarkoittaa puhelinkeskusteluja, joissa annetaan tietoa potilaan ajankohtaisesta tilanteesta ja neuvotellaan toimeentulotuen saamisen mahdollisuuksista. Puhelinkeskusteluissa myös sovitaan käytännön menettelytapoja hakemuksiin liittyen tai kartoitetaan potilaan asiakkuutta aikuissosiaalityön piirissä.

”Etuudet: Olin potilaan asioissa yhteyksissä puhelimitse (–) [kotipaikkakunnan] sosiaalitoimistoon sosiaalityöntekijä (–), joka kertoi, että potilaalla on varsin hyvä eläke ja ettei hänellä ole norminmukaista oikeutta toimeentulotukeen ; normilaskelma jää plussalle 300 euroa. Sitten, jos potilaalla on isompi sairaalalasku voidaan toimeentulotukea mahdollisesti myöntää jonkun verran sairaalalaskuun. Selvittelen myöhemmin (–) [sosiaalityöntekijältä] olisiko potilaan mahdollista saada toimeentulotukea (–) kuntoutusmiskodin maksuihin jatkossa ; suunnitteilla potilaan siirtyminen pääsiäisen jälkeen jatkohoitoon (–) kuntoutumiskotiin.”(P5)

Merkinnässä olevat tiedot potilaan tulotasosta kertovat sosiaalityöntekijälle toimeentulotuen saamisen mahdollisuuksista. Saamiensa tietojen perusteella sosiaalityöntekijä voi ohjata potilasta taloudellisten asiointensa suunnittelussa. Merkinnässä tulee esille myös ajatus uudesta yhteydenotosta aikuissosiaalityöhön suunniteltaessa potilaan siirtymistä avohoitoon ja siirtymisen taloudellisia vaikutuksia potilaan tilanteessa arvioitaessa.

Sairaalan sosiaalityöntekijän vastaanotolla potilas ohjataan itse soittamaan sosiaaliasemalle omalle sosiaalityöntekijälleen, mikäli se on mahdollista. Potilaan ja aluesosiaalityöntekijän keskustelusta voidaan kirjata potilaskertomukseen asioita, jotka on hyvä ottaa huomioon jatkotoimenpiteissä. Yhteydenpidon dokumentointi saattaa painottua sosiaalityön ammattikieleen, vaikka puhelinkeskustelu olisi potilaan ja aluesosiaalityöntekijä välillä tapahtuva.

”Puhelu: Potilas soitti Sosiaaliasemalle sosiaalityöntekijä (– –) tulevin kotilomien vuoksi syntyvistä matkakuluista. Ohjattu tekemään kotilomien ajankohtien selvittyä hakemus matkakuluista, joilloin sos.toimistossa tehdään tarkistulaskelma toukokulle, jolle jo tukimyönnetty liian suurella perusosalla. Sos.tt. (–) valmis tulemaan johonkin hoitoneuvotteluun, potilas itse ei ollut vielä varma haluaako aluesos.tt. mukaan neuvotteluun.”(P54)

Tarvittaessa sairaalan sosiaalityöntekijä voi mennä potilaan kanssa sosiaalitoimistoon. Merkintöjen (ja käytännön kokemuksen) perusteella käytäntö on harvinainen, mutta kuitenkin mahdollinen.

”Sosiaalipalvelut: Käyty potilaan kanssa sosiaalitoimistossa (– –) [sosiaalityöntekijän]

vastaanotolla. Sosiaalityöntekijä tehnyt toimeentulotukilaskelman maaliskuulle. Laskelmaan jäänyt jonkin verran vajetta ja sosiaalitoimesta maksetaan osa sairaalalaskusta. Päätöksen potilas saa osastolle vielä tämän viikon aikana. Sovittu myös, että potilas voi laittaa eilisestä hammaslääkärikäynnistä aiheutuvan laskun sosiaalitoimeen. Jatkoista sovittiin, että sairaalahoidon aikana toimeentulotuki voidaan hakea kirjallisesti mutta hoidon päätyttyä potilaan on hyvä varata aika sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityöntekijän mukaan potilas on tiukasta taloudellisesta tilanteesta huolimatta pyrkinyt hoitamaan rahasiansa hyvin ja tunnollisesti.”(P109)

Merkinnässä kuvataan lyhyesti sosiaalitoimistossa sovitut asiat ja esitetään aluesosiaalityöntekijän esittämä arvio potilaan tavasta hoitaa asioitaan. Kirjauksessa todetaan myös sosiaalityön palvelujen tarve sairaalahoidon päättymisen jälkeen.

Yhteydenpidosta aikuissosiaalityöhön kirjataan myös sieltä saatuja arvioita potilaan tilanteesta erityisesti silloin, jos potilas tunnetaan siellä pidemmältä ajalta. Yhteydenotto saattaa perustua potilaan pyyntöön ja joka tapauksessa suostumukseen. Työntekijän valta kirjata tarpeelliseksi katsomiaan asioita näkyy seuraavassa esimerkkikatkelmassa, jossa esiintyvät tiedot edustavat työntekijöiden näkökulmaa tilanteeseen.

”Taloudellinen tilanne: Potilaan pyynnöstä soitin (–) [kotipaikkakunnan] sosiaalitoimistoon sos.tt. (– –) vuokranmaksusta. (– –) [sosiaalityöntekijä] lupasi selvittää vran [vuokran] korotuksen suuruuden vranantajalta ja laittaa sen maksuun. Jälkihuollon kautta huolehdistu laskujen maksusta ja käyttövarat viikoittain (–) [potilaan] tilille. Sos.tt:n näkemys on, että jatkossa potilas tarvitsisi edunvalvojan.

Rahat menevät samantien, lähinnä päihteisiin. Edunvalvonnasta ei ole potilaan kanssa vielä puhuttu, syytä ottaa keskusteluun. Viikoittaiset käyttövarat menneet tähän saakka potilaan tilille. Sos.tt. (– –) mukaan jo kertyneet varat riittävä tammikuun loppuun. Sairaalahoidon jatkuessa helmikuun alusta lähtien käyttövara olisi 90 e/kk, mutta sen maksamisesta oltava vielä yhteydessä sos.toimeen, samoin kuin muista hoidon jatkumiseen ja kotiutumiseen liittyvistä asioista.”(P72)

Sosiaalityöntekijöiden keskustelun sisältöä käsittelevässä merkinnässä tulee näkyville tapa, miten kontrollia voidaan käyttää keinona tilanteen hallitsemiseksi. Sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijä esittää vahvan epäilyksensä potilaan kyvystä hallita taloudellisia asioitaan, jonka sairaalan sosiaalityöntekijä perusteluineen kirjaa potilaskertomukseen. Päihteidenkäyttö tuodaan kirjauksessa esille isona ongelmana lyhyellä toteamuksella. Sairaalan sosiaalityöntekijä jättää oman käsityksensä edunvalvonnan tarpeesta vielä mainitsematta, vaikkakin passiivimuodossa esittää asiasta keskustelemisen olevan aiheellista. Juhilan mukaan sosiaalityön lähtökohdat ja tavoitteet perustuvat lainsäädäntöön, mikä antaa työntekijöille valtaa puuttua ihmisten asioihin ja mahdollisuuden kontrollin käyttöön. Tavoitteena on varustaa sosiaalityön asiakkaita sellaisilla tiedoilla ja taidoilla, että he itse kykenisivät sel-

viytymään kansalaisuuden asettamista vaatimuksista (Juhila 2006, 89–90). Esimerkkikatkelmassa potilas on sosiaalityön kohteena ja kontrolloitavana. Sosiaalityössä kontrollin käyttöön perusteluiksi haetaan ammatillisia näkökohtia. Työntekijän vallankäytön tulisi olla asiakassuhteessa läpinäkyvää siten, että asiakas on tietoinen kontrollista ja että vuorovaikutuksessa pyritään luottamuksellisuuteen ja toimivuuteen. (Jokinen 2008, 142–143.)

Yhteydenpidolla aikuissosiaalityöhön voidaan pyrkiä myös edistämään tai nopeuttamaan potilaan asian käsittelyä. Tehdyistä sopimuksista kirjataan muistiinpanoja sosiaalityön potilaskertomukseen.

”Taloudellinen tilanne: *Monesta yhteydenotosta huolimatta potilaan toimeentulotukihakemuksen käsittely on venynyt, soitettiin [kotipaikkakunnan] sosiaaliaseman etuuskäsittelijä (– –) potilaan asiasta, siellä on vielä odotettu varmistusta siitä, palauttaako(–) [vuokrayhtiö] vuokravakuuden, jos siihen myönnetään toimeentulotuki. Todettu, että näin (–)[vuokrayhtiön] toimistosta on luvattu ja asiasta on soststoon kirjallisesti ilmoitettukin, ilmeisesti jokin väärinkäsitys tullut. Nyt etuuskäsittelijä (– –) lupasi, että potilaan hakemus helmi-maaliskuulle käsitellään tänään ja se lähetetään potilaalle postitse vanhempien osoitteeseen suoraan.”*(P75)

Potilaan asian käsittelyn pitkittymisestä seurannut asioiden selvittely on kirjattu potilaskertomukseen tarkasti ja merkinnässä korostuu näkemys etuuskäsittelijälle osoitetusta vastuusta asian etenemisessä. Kirjauksesta käy ilmi, miten palvelujärjestelmän kankeus ja sen toiminnassa tapahtuvat virheet edellyttävät useita yhteydenottoja potilaan asiassa. Esimerkin pohjalta voi arvioida millaisia seurauksia vastaava prosessi voisi aiheuttaa avohoidossa yksin asuvalle mielenterveyspotilaalle.

7 SOSIAALISEN SUORIUTUMISEN TUKEMINEN

7.1 Perhesuhteiden dokumentointi

Potilaan perhetilanteesta oli mainintoja runsaassa 2/3 potilaskertomuksista (108/153). Perheellisyyteen tai perheettömyyteen liittyvät merkinnät ovat sisällöllisesti hyvin vaihtelevia. Muutamassa kertomuksessa oli kartoitettu potilaan perhetilanne siten, että puoliso ja lapset olivat mainittuina etunimeltään sekä lasten iät tai syntymävuodet. Potilaan perhetilanteen muutoksia (erot, kuolemantapaukset, lapsen syntymä) oli myös käsitelty merkinnöissä. Lyhyitä mainintoja oli siitä, että alaikäiset lapset asuvat toisen vanhemman kanssa ja miten potilaalla on ollut mahdollista heitä tavata. Joidenkin potilaiden kertomuksissa oli lyhyt toteamus heidän perheettömyydestään ja yksin asumisesta, joillakin mainittiin vanhempien asuinpaikkakunta tai maininta vanhempien elossa olosta/kuolemasta. Kyseisten tietojen merkintätapa ja liittäminen potilaan tietoihin vaihtelee. Aineistosta voi vetää johtopäätöksen, että sosiaalityön merkinnöissä perheeseen liittyvää tietoa kirjataan epäsystemaattisesti ja kirjavasti.⁵ Potilaan rooli perheenjäsenenä kuvautuu aineiston merkinnöissä useimmiten perheen tai läheisten tukea ja apua saavana. Omaisista ja läheisistä kerrotaan pääasiassa niitä asioita, joita he tekevät potilaan asioiden hoitamisessa auttaakseen. Merkinnöissä on tyypillistä, että perhetaustaan liittyviä tietoja tuodaan esille yhteenvedoissa, joissa lyhyesti kuvataan potilaan elämäntilannetta. Sosiaalityössä keskeinen asia on luoda käsitys potilaan luonnollisesta sosiaalisesta tukiverkostosta ja perhesuhteiden merkityksestä hänen ajankohdaisessa tilanteessaan. Toimivat ihmissuhteet nähdään voimavarana. Psykiatrisen hoitojärjestelmän puitteissa kohdataan paljon yksinäistyneitä ja lähi-ihmissuhteistaan etäänntyneitä potilaita, joiden kontaktit muihin ihmisiin muodostuvat lähinnä yhteyksistä erilaisten palveluiden toimijoihin luonnollisen verkoston puuttuessa.

Annikki Pursiainen on lisensiaattitutkimuksessaan esitellyt terveydenhuollon palveluissa ilmenevää suhtautumista omaishoitajiin alun perin Julia Twiggin (1992) laatiman jaottelun pohjalta. Omaishoitajiin voidaan suhtautua resurssina, yhteistyökumppanina, kanssa-

⁵ Yhteydenotoista lastensuojelun sosiaalityöntekijöihin löytyi merkintöjä 17/153 potilaskertomuksesta. Raja tämän osan aineistosta tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksen aineistosta valtaosa sijoittuu aikuissosiaalityön kenttään, joten lastensuojelukokonaisuuden sovittaminen tähän tutkimukseen ei tunnu järkevältä. Lastensuojelu on ammatillisesti sosiaalityön ydinaluetta ja sen osuuden tarkasteleminen aikuispsykiatriassa toimintakontekstissa vaatii tilan erilliselle tutkimukselle.

asiakkaana, irrotettavana/korvattavana ja Pursiaisen mukaan myös mitätöiden. Kun omaishoitajaan suhtaudutaan resurssina terveydenhuollossa, hänen mahdollisuutensa saada tukea ehdollistuu hoidettavan potilaan tarpeiden kautta. Nähtäessä omaishoitaja yhteistyökumppanina, tarjotaan hänelle tukea potilaan tarpeiden rinnalla. Omaishoitajan asema kanssasiakkaana ensisijaistaa hänen tuen tarpeensa potilaan tarpeisiin nähden. Irrotettavaksi tai korvattavaksi määritellään omaishoitaja tilanteissa, joissa pyritään vaikuttamaan omaishoitajuuden lopettamiseen tai etäännyttämiseen. Kun omaishoitajan kannanotot sivuutetaan ja jätetään huomiotta, on kysymys mitätöinnistä. (Pursiainen 2010, 186.) Tämän tutkimuksen aineistossa ei virallisia omaishoitajuussuhteita tullut esille lainkaan. Mielenterveyspotilaiden omaisten asemaa voi kuitenkin hyvin rinnastaa omaishoitajuuteen, koska he ottavat hyvin paljon vastuuta potilaan arjessaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista. Aineistossa on yksittäisiä mainintoja omaisen tuen tarpeesta ja tuen tarjoamisesta heille. Merkinnoista ei sinänsä voi vielä tehdä johtopäätöstä, etteivät omaiset saisi tukea sosiaalityöntekijöiltä juuri lainkaan, koska muiden kuin asianomaisen potilaan asioiden kirjaaminen potilaskertomukseen on rajattua.

Vuonna 2011 ilmestyneessä ruotsalaisessa lääketieteellisessä tutkimuksessa todettiin psykoosipotilaiden omaisten läheiselleen antaman tuen ja avun vastaavan ajankäyttömäärältään puolipäivätyötä (22,5 tuntia viikossa) ja omaiset käyttivät kuukaudessa 14 % (keskimäärin 2600 kr ~293 €) bruttotuloistaan läheisensä auttamiseen. Tutkimustulokset ovat herättäneet Ruotsissa keskustelua siitä, että psyykkisen sairauden puhkeamisella on huomattavia sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia potilaan perheenjäseniin. Tutkimuksen johtaja, psykiatrian dosentti Lena Flycktin mukaan omaisten hoitotaakkaan tulisi yhteiskunnan kiinnittää enemmän huomiota ja mahdollistaa omaishoidon tuki. (Flyckt, Löthman, Jörgensen, Rylander, & Koernig 2011; Flyckt 2011.) Suomalaisessa mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointia selvittävässä tutkimuksessa toteutettiin kyselytutkimus Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n paikallisyhdistysten jäsenille 2001 ja 2004. Tulosten mukaan vuonna 2004 omaisista 40 % käytti viikossa yli 32 tuntia aikaa läheisensä huolenpitehtäviin. Omaisista 31 % ilmoitti olevansa kokopäivätyössä. (Nyman & Stengård 2005, 24, 27, 31.) Suomalaisessa yhteiskunnassa omaisten vastuutehtävä näyttää kuormittavalta näitä tutkimustuloksia vertailtaessa.

Hannele Forsberg on tutkinut sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden perhekäsityksiä 1990-luvun alkupuoliskolla. Aikuisten lasten ja heidän vanhempiensa välisissä suhteissa

sosiaalityön näkökulmasta huomion kohteeksi nousee edelleen samoja asioita kuin parikymmentä vuotta sitten, – yhteiskunnassa tapahtuneista muutoksista huolimatta. Forsbergin mukaan aikuisen lapsen ja vanhempien suhde tuli sosiaalitoimistossa useimmiten puheeksi heidän yhdessä asumisensa perusteella. Myös taloudelliset ongelmat, jotka heijastuivat aikuisen asiakkaan jokapäiväisessä elämässä erilaisina materiaalisina puutteina, virittivät keskustelun suhteessa vanhempiin. Kuvatut ongelmat nähtiin esteenä lineaarisen elämänkaarimallin toteutumiselle; aikuisen lapsen itsenäistymiselle ja vanhenevan vanhemman oikeudelle riippumattomaan, yksilölliseen elämään. (Forsberg 1994, 104–106.)

7.2 Vanhemmat avustajina taloudellisissa asioissa

Potilaskertomusmerkintöjen perusteella näyttää yleiseltä, että vanhemmat avustavat taloudellisesti sairaalahoidossa olevia aikuisia lapsiaan antamalla rahaa tai auttamalla taloudellisten asioiden hoitamisessa. Taloudellisissa asioissa avustaminen saattaa ajankohtaistua sairaalahoidon alkaessa. Aineistossa on myös esimerkkejä siitä, että vanhempi on kantanut kokonaisvastuuta potilaan taloudellisista asioista koko tämän aikuisiän.

Potilaan perheenjäsenten tai lähipiirin yhteydenotoista tehdään merkintöjä potilaskertomukseen, joilla kuvataan potilaan ja omaisen suhdetta tai omaisen toimintaa suhteessa potilaaseen.

”Puhelu: Potilaan äiti (– –) pyytänyt soittamaan. Keskusteltu potilaan raha-asioiden hoitamisesta. (–)[potilaan äiti] kertoi hoitaneensa läheisensä raha-asiat 34 vuoden ajan. Haluaa niitähoitaa jatkossakin, edunvalvojaahan potilaalla ei ole. (–)[potilaan äiti] kertoi ovelsansa melk. 90-vuotias ja näköongelmien vaivaavan. Tarvitsikin apua sairaalaskun määrän näkemiseen. Pankista pyytänyt useasti apua tähän. Siirtää potilan tililtä rahaa omalle tililleen (potilaanantamalla valtakirjalla) ja maksaa tililtään sairaalaskut. Sovittiin, että ak tarkistaa laskutuksesta maksun määrän ja soittaa 4.3. tiedot (–) [potilaan äidille].”(P32)

Merkinnässä kerrotaan omaisen pitkäkestoisesta roolista läheisensä asioiden hoitajana ja halukkuudesta tukea edelleen, vaikka omat fyysiset voimavarat aiheuttavat suuria hankaluksia hoitaa asioita.

Potilaan raha-asiat saattavat sairaalahoidon alkaessa olla sellaisessa umpisolmussa, että pärjääminen avohoidossa on vaikeutunut laskukierteen takia. Omaiset ovat joillakin merkittävänä taustatukena.

”Taloudellinen tilanne: Potilaan kanssa valmisteltiin eilen toimeentulotukihakemus ja laadin siihen liitteeksi lausunnon, jossa pyydän selvittämään, olisiko potilaan mahdollisuus saada täydentävää toimeentulotukea sairaalamaksujen hoitamiseen, ettei syntyisi velkakierrettä. Pienituloisuuteen liittyen potilas on pyrkinyt akuutteja taloudellisia ongelmia ratkomaan luottokorttilainalla ja pikavipeillä. Äitinsä suurella avustuksella hän on kuitenkin onnistunut edelleen säilyttämään luottotietonsa.”(P68)

Pikavipeillä tehdyt hankinnat ajavat pienituloisia mielenterveyskuntoutujia velkakierteeseen, niiden helppo saatavuus verrattuna esimerkiksi toimeentulotukeen on houkutteleva ratkaisumahdollisuus ostosten tekemiseen tai laskujen maksuun.

Potilaan omaiset saattavat kantaa suurta vastuuta läheisensä raha-asioiden hoidosta, joskus he saattavat hoitaa kaikki taloudelliset asiat potilaan puolesta. Kuntouttavassa hoidossa asiaa käsitellään aikuisen roolin näkökulmaa esille tuoden ja arvioidaan potilaan mahdollisuutta ottaa itse vastuuta raha-asioistaan ja toisaalta saavuttaa siten aikuisuuteen liittyvää itsenäisyyttä.

”Taloudellinen tilanne: Keskusteltu raha-asioiden hoitamisesta ja toimeentulosta / sairauslomasta. Plas haluaa oppia itse hoitamaan raha-asioitaan. Hänellä ei myöskään ole käsitystä rahavaroistaan tai tuloistaan. Ei ole maksanut laskuja itse. Nettipankkiyhteyttä ei ole, mutta pankkikortti on, jolla voinee nostamisen lisäksi maksaa (ilmeisesti Nordea).”(P6)

Katkelmassa tuodaan esille potilaan oma toive itsenäistymisestä taloudellisissa asioissa. Teksti valaisee käsitystä siitä, että on lähdettävä liikkeelle perusasioista. Hallitakseen taloudellisia asioitaan kuntoutujan tulisi olla tietoinen säännöllisistä tuloistaan ja rahavaroistaan.

”Toimintakyky: Eilen oli potilaan asioissa hoitoneuvottelu, jossa potilaan vanhemmat olivat mukana. Keskusteltiin, miten potilaan taloudelliset asiat ovat tähän saakka hoituneet. Äiti on huolehtinut laskujen maksamisen Päivin tililtä ja hakemut toimeentulotuen. Äidin arvion mukaan paperiasiat ovat Päiville olleet aina vaikeita ja hän arvelee, että laskut rästiintyisivät jos niiden hoitaminen olisi Päivin itsensä varassa. Opiskelupaikkakunnalla ollessa sosiaalitoimistoajat jäivät käyttämättä, vaikka niitä oli varattu, äiti arvelee myös ettei toimeentulotuen hakeminen onnistu Päiviltä tällä hetkellä kirjallisesti eikä sosiaalitoimintakäytön vastaantollakaan. Sovittiin, että sairaalalaskut voivat mennä Päivin omaan osoitteeseen, vanhemmat käyvät asunnolla aika ajoin ja hakevat postin. Päivi vahvistaa tuntumaansa pankkikortilla käteisvarojen nostamiseen hoitajien ohjauksessa, äiti pitää huolen siitä, että Päivillä on käyttövaroja tilillä, sen mukaan kuin Päivin omat varat sallivat.”(P68)

Katkelmassa kuvataan potilaan äidin vahvaa otetta asioiden hoitamisessa. Sosiaalitoimintakäytön on kirjannut potilaskertomukseen äidin antaman kuvauksen Päivin vaikeuksista. Tekstistä muodostuu käsitys, että ensimmäiseksi tavoitteeksi Päiville asetetaan käteisen rahan

nostaminen pankkiautomaatista hoitohenkilökunnan ohjauksessa. Vanhemmat tarkistavat asunnolta postia ja äiti hoitaa pankkitiliä. Huomion arvoista on, että sosiaalityöntekijä ei ole tässä yhteydessä kirjannut mitään potilaan kannanottoa tai omaa ammatillista näkemystään tilanteesta. Esimerkin äidin käsitystä oman roolinsa välttämättömyydestä potilaan toimeentulotukiasioiden hoitajana ei kyseenalaisteta. Sosiaalityöntekijän kirjaus on neutraali ja kantaa ottamaton.

Hannele Forsbergin tutkimuksen mukaan sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijät toisinaan hyväksyvät vanhempien puolesta tekemisen aikuisten lastensa asioissa käytännöllisen sujuvuuden vuoksi. Mikäli puolesta tekemisen tiedetään olevan perheen toimintamalli, hyväksytään se sosiaalitoimiston taholta sosiaalityön rationalisointia perusteena käyttäen, jolloin taustalla on käytettävissä olevat niukat työntekijäresurssit suhteessa työn määrällisiin vaatimuksiin. (Forsberg 1994, 70–71.) Käsitykseni mukaan käytännön syyt ovat usein taustalla myös psykiatrisen sairaalan sosiaalityössä selvitetessä vanhempien mahdollisuuksia olla avustamassa aikuisten lastensa tilanteissa joko käytännöllisesti tai taloudellisesti. Vaihtoehtoisesti voi olla kyse pyrkimyksestä muuttaa tilannetta vähitellen. Kun tetaan aikuisen henkilön vanhemmistaan itsenäistymisprosessin etenemistä, on joidenkin tilanteissa edettävä asteittain, osapuolet eivät ole valmiita kerralla tapahtuvaan suureen muutokseen, vaan tarvitaan aikaa molemmiin puolin.

Sosiaalityöntekijöiden merkinnöistä löytyy mainintoja, jossa sosiaalityöntekijä ilmaisee oman käsityksensä potilaan tavasta hoitaa taloudellisia asioitaan ja kuvaa asian käsittelyä potilaan kanssa. Vanhempien rooli taloudellisen tuen antajina näyttää merkittävältä ja toiselta käytännöltä.

”Taloudellinen tilanne: Potilas on tehnyt toimeentulotukihakemuksen huhtikuulle, kävi tänään vastaanotolla ja tulosti tiliotteen hakemukseen. Tällä hetkellä maksamatta huhtikuussa eräntynyt sairaalalasku, jonka eräpäivää potilas on siirtänyt 1.5. saakka. Eilen vastaanotolla keskusteltiin taloudellisen tilanteen hallinnasta ja suunnittelusta, vaikutelmaksi on tullut, että (–)[potilaalla] on taipumusta tehdä ostopäätöksiä spontaanisti, mikä aiheuttaa vaikeuksia rahatilanteessa. On lainannut rahaa vanhemmiltaan välillä, kun käyttövarat loppuneet. Keskustelussa (–)[potilas] on kuitenkin sitä mieltä, että voi itse saada paremman otteen raha-asioihinsa, kun yrittää.”(P75)

Monien potilaiden on vaikea rajoittaa rahankäyttöään sairaalahoidon aikana. Siitä huolimatta että sairaalassa saa täyden ylöspidon, jolloin päivittäisestä ruokailusta ei synny kuluja, on sairaalalasku menoeränä niin suuri, että talous helposti keikahtaa negatiiviseksi. Esimerkin katkelmassa esille otetut spontaanit ostopäätökset eivät ole sairaalahoidon aika-

na mahdollisia ilman että tulee maksuvaikeuksia.

Kertomuksista löytyy merkintöjä, joissa sosiaalityöntekijä ilmaisee pyrkimystään vaikuttaa tilanteeseen potilaan itsenäistymiseksi.

”Nykytilanne: ...Viime viikolla selvisi myös, että potilas oli lähettänyt omia laskujaan äidille vaikka hoitoneuvottelussa sovittiin, että laskut hoidetaan sosiaalityöntekijän avustuksella. Äiti luvannut nyt kuitenkin maksaa pikavipin, muut laskut palauttaa ilmeisesti potilaalle”(P89)

Sairaalahoidossa yritetään tukea itsenäistä aikuisuutta myös taloudellisissa asioissa. Kohutuullinen ”omillaan toimeen tuleminen” on haastavaa vähimmäistuloilla elävälle tilanteessa, jossa sairaudesta aiheutuu ylimääräisiä kuluja. Vanhemmankaan ei ole helppo seurata läheisen tiukkaa tilannetta pelkästään sivusta.

Forsbergin tutkimuksen mukaan sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijät tarttuivat vanhempien taloudelliseen tukeen nojautuvien nuorten aikuisten tilanteeseen normatiivisella ohjauksella, jonka mukaan aikuisen tulee itse vastata asioistaan. Hänen tutkimuksessaan erityisesti äitien ja aikuisten poikien välillä oli perheriippuvuutta, jota pyrittiin katkaisemaan. (Forsberg 1996, 107–108.) Tämän tutkimuksen aineistossa ohjauspyrkimykset irrottautumisessa sukupolvien välisestä taloudellisesta riippuvuudesta näyttävät hienovaraisilta, normatiivisia kannanottoja on vähän.

”Nykytilanne: ...Potilaan äiti laittanut ak:lle viestin, jossa pyytänyt auttamaan potilasta asioiden hoidossa Potilaalta saatu lupa soittaa äidille ja selvittää niukasti tilannetta. Aluksi kieltänyt yhteydenoton koska ajattelee, että äiti on häntä vastaan...” (P23)

Omilla yhteydenotoillaan omaiset yrittävät varmistella, että sekaisin menneitä asioita hoidettaisiin sairaalassa. Melko tavallista psyykkisten sairauksien yhteydessä on, että potilas ei välillä luota läheisiinsä. Omaisten kanssa keskustellaan potilaan antamalla luvalla tai potilaan läsnä ollessa. Omaiset voivat soittaa läheistään koskevista huolistaan sairaalan henkilökunnalle, mutta henkilökunta voi antaa potilasta koskevia tietoja ainoastaan, mikäli hän on siihen antanut suostumuksensa.

Nymanin ja Stengårdin mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointia käsittelevän tutkimuksen mukaan omaiset kokivat usein taloudellisen tilanteensa huonontuneen läheisen

psykkisen sairastumisen jälkeen. Taloudellisen tilanteen huonontumisen syynä pidettiin sairastuneen pieniä eläketuloja, elämänhallinnan ongelmia ja rahankäytön taitojen puutetta. Omaiset olivat joutuneet ottamaan työstä palkatonta vapaata sairastuneen läheisensä asioiden hoitoon osallistuessaan. (Nyman & Stengård 2001, 36–38, 90.) Vuosikymmenen vanhemmassa tutkimuksessa Salokangas ym. totesivat psyykkisesti sairaasta läheisestä huolehtimisen aiheuttaneen taloudellisia ongelmia 20–25%:lle omaisista. Omaiset kantoivat huolta siitä, miten sairastunut läheinen pärjää siinä vaiheessa, kun he itse eivät enää jaksaa huolenpitotehtävissä toimia. (Salokangas, Stengård & Perälä 1991, 46–49.)

Edellisiin tutkimustuloksiin viitaten potilaskertomusmerkinnöistä voi päätellä, että asetelmat potilaiden ja omaisten välillä tuen ja huolenpidon osalta ovat pysyneet ennallaan reilun kahden vuosikymmenen ajan. Kun ottaa huomioon ruotsalaistutkimuksen tulokset omaisten ajan ja taloudellisten resurssiensa käytöstä psyykkisesti sairastuneen läheisensä hyväksi, on psykiatrisen sosiaalityössä aiheellista kiinnittää huomiota myös omaisten tuen tarpeeseen sekä kasvokkaisissa kontakteissa omaisten kanssa että dokumentoinnissa. Täten psykiatrisen potilaan taloudellisen toimeentulon ja sosiaalisen selviytymisen huolellinen selvittäminen ja raportointi potilaskertomuksessa ovat tärkeitä ja vaativat sosiaalityön asiantuntemusta. Riittävän tuen ja avun järjestäminen potilaalle helpottaa omaisen tilannetta ja omaiselle tarjottu tuki voi vaikuttaa myönteisesti potilaan selviytymiseen.

7.3 Omaisen luona asuminen

Potilaskertomusmerkinnöissä sidos potilaan primaariperheeseen tuli esille kerrottaessa asumisesta vanhempien tai toisen vanhemman luona. Aikuisen mielenterveyskuntoutujan asuminen vanhempansa luona voi perustua henkilön omaan valintaan ja toiveeseen, vanhempien ohjaukseen ja joissakin tilanteissa puutteeseen sopivista asumisvaihtoehdoista.

”Perhe ja asuminen: Jarmo on asunut 1h+k (29m²)- huoneistossa yhdessä isänsä kanssa alkuvuodesta lähtien. Kesällä isä ollut paljon..., mutta syksyn tullen palaa kaupunkiasuntoon potilaan luokse. Jarmo ei kysyttäessä koe asumista isän kanssa pienessä huoneistossa ongelmalliseksi. Otan keskustelussa esille (–)asumisyksikköön hakeutumisen, mutta potilas ei pidä sitä hyvänä vaihtoehtona, sillä kokee sinne muuton ”taloudellisesti kannattamattomaksi”. Hän arvelee myös, että kylässä käyvät kaverinsa eivät voisi sopeutua (–) [asumisyksikön] järjestyssääntöihin mm. alkoholinkäytöstä pidättäytymisessä. Potilas kertoo, että lähipiiriinsä kuuluu noin 15 henkilöä, kuten isä, ystäviä ja naapuripaikkakunnalla asuva äiti sekä työelämässä oleva sisar.” (P 21)

Kertomuksen potilas asuu osan vuodesta varsin ahtaasti yhdessä isänsä kanssa pienessä yksiössä. Kirjaus sisältää hänen esittämänsä perustelut yksiössä asumisen paremmuudesta johonkin kuntoutusasumisyksikköön verrattuna; taloudelliset seikat ja asumisratkaisujen vaikutus ihmissuhteiden ylläpitämiseen. Esimerkin *Jarmolla* on laaja sosiaalinen verkosto, jonka hän mieltää lähipiiriksi. Merkinnässä mielenkiintoista on neutraalissa sävyssä kirjoitettu maininta kaveripiirin alkoholinkäytöstä ja mahdollisesta sopeutumattomuudesta sitä rajaaviin asumisyksikön sääntöihin. *Jarmon*, hänen isänsä ja mahdollisesti vierailevan kaveripiirin intressien yhteensovittaminen on varmasti pienessä asunnossa haasteellista ja vaatii osapuolilta joustoja toistensa suuntaan. Asumisyksikössä asuminen ei *Jarmoa* houkuttele, koska tuetuissa asumisyksiköissä alkoholinkäyttö ei ole sallittua. Aktiivisuus sosiaalisissa kontakteissa ja ihmissuhteiden runsaus on positiivinen asia. Usein mielenterveysongelmiin liittyy vetäytymistä ihmissuhteista, jolloin luonnollinen sosiaalinen verkosto vähitellen kuihtuu. Tekstissään potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä esittelee potilaan kertoman näkemyksen, mutta ei tuo esille omaa arviotaan, onko hänen mielestään kysymys voimavaroista vai mahdollisesta ei-toivotusta kehityssuunnasta.

Psyykkisesti sairaan läheisen kanssa asuminen vaikuttaa omaisen elämäntilanteeseen ja rajoittaa mahdollisuuksia elää täysin vapaasti, koska sairaus saattaa vaikuttaa omaisen arkeen hyvinkin paljon.

”Asuminen: ... Kertoo että välillä on äidin kanssa erimielisyyttä ruuanlaitosta eikä äiti oikein aktiivisesti aina antaisi hänen astioitaan tiskata. Kertoo äidin useimmiten laittavan ruuan, koska tämä haluaa sen oman mielensä mukaan tehdä, äiti tekee myös ruokaostokset, joista myös on ollut erimielisyyttä. Lattian pyyhkimisestä potilas sanoo säännöllisesti huolehtivansa. Sisar asuu x-paikkakunnalla, kysyttäessä arvelee sisaren olevan useimmiten samaa mieltä äidin kanssa ja epäilee siihen liittyvän jotain mielistelyä. Potilaalla ja äidillä on kuitenkin yhteinen ruokatalous, hän maksaa äidille ruokarahaa. Kertoo maksavansa ruokarahan kerran vuodessa tai kerran viidessä vuodessa. Arvionsa mukaan ruokamenoihin riittäisi 4000 markkaa vuodessa....”(P71)

Merkinnässä potilaan ja omaisen yhteisen arkielämän ongelmia on tuotu kirjauksessa esille. Kirjausten merkitys moniammatillisessa työskentelyssä toimii siten, että eri ammattiryhmät voivat nostaa omissa keskusteluistaan potilaan kanssa esille erilaisia ”kehitystehtäviä”, jotka merkitään potilaskertomukseen kuntoutumisen haasteina. Merkinnästä ei käy ilmi, onko potilaan kanssa keskustellessa selvitetty, jäsentääkö hän edelleen taloudelliset asiansa käytöstä poistuneen raha-yksikön markan mukaan vai onko hän epähuomiossa puhunut markoista. Kuntoutumishaasteita ei kuitenkaan suoraan edellisessä tekstissä todeta, vaan lukija saa sen itse päätellä.

Epävarmuus oman asunnon saamisesta ja asumismuodon vaihtoehtojen kartoittaminen on potilaan kannalta haastava ja kuormittava vaihe, jolloin hän saattaa tarvita paljon tukea. Esimerkiksi nuorille aikuisille, joiden itsenäistymisvaihe on vielä kesken, vanhempien apu käytännön asioissa on merkittävää. Sosiaalityön näkökulmasta vanhempien työ ja tuki potilaan hyväksi helpottaa asumisjärjestelyjen toteutumista ja on potilaan kannalta tutumpaa. Toisaalta vanhempien tuki saattaa vetää potilasta puoleensa kuormittavassa tilanteessa kuntoutumisen etenemistä mahdollisesti jarruttaen.

”Asuminen: Täytetty asuntohakemus (–)[paikkakunnan] vuokra-asunto Oy:lle ja lähetetty se. Rikun äiti lupasi etsiä asuntohakemuksen liitteitä Rikun tavaroista. Rikun vanhemmat tyhjentäneet Rikun asunnon. Rikun tavarat nyt suljetussa peräkärryssä vanhempien pihas-
sa. Rikun vanhemmat käyvät kauppareissulla hakemassa Rikun postit. Riku äiti ajatteli, että Rikulle parempi oma asunto kuin kotona asuminen. Riku itse olisi halukas muuttamaan kotiin. Riku ei ole halukas muuttamaan kuntoutuskodille.”(P101)

Toistuvasti tulee tilanteita, joissa potilas yrittää sairaalassa ollessaan saada itselleen vuokra-asunnon päästäkseen avohoitoon, mutta asunnon saaminen pitkittyy. Käytäntönä on, että sosiaalityöntekijät avustavat asuntohakemusten tekemisessä vuokra-asuntoyhtiöille ja potilaat itsenäisesti hakevat asuntoja yksityisiltä markkinoilta. Asunnottomuuden pitkittyessä vanhempien luokse tilapäisesti palaaminen voi olla ainoa ratkaisu.

”Asuminen: Potilas keskustellut edunvalvojan kanssa asuntotilanteesta. Edunvalvoja ohjeistanut hakemaan kohtuuhintaista asuntoa. Potilaalla on voimassa oleva asuntohakemus (–) [vuokra-asuntoyhtiölle] ja potilas soittanut [sinne] tänään. Yksiöitä ei tällä hetkellä ole vapaana. Lisäksi potilas tehnyt asuntohakemuksen netissä (–)[toiselle vuokra-asuntoyhtiölle]. Siellä olisi vapaana kaksio mutta vuokra on 672 e/kk (+ vuokravakuus 600 e) ja tähän potilaalla ei ole varaa. Keskusteltu Katulähtötyksen asunnoista mutta ne potilas kokee pelottavina. On itse sitä mieltä, että voi kotiutua hätätilanteessa vaikka isänsä tai äitinsä luokse...

. ...Viime viikkoisessa hoitoneuvottelussa varmistettu vanhemmilta, että potilas voi tarpeen vaatiessa kotiutua sairaalasta myös vanhempien luokse. Isä asuu (–) [A-paikkakunnalla] ja äiti (–) [B-paikkakunnalla].” (P19)

Asuntomarkkinoiden yleinen ongelma on pula pienistä ja kohtuuhintaisista asunnoista etenkin kaupunkien keskusta-alueiden tuntumassa. Pienituloisten taloudellisia ongelmia kasvattaa myös asuminen asutustaajamien reuna-alueilla, kilometrien päässä palveluista, koska silloin syntyy matkakuluja, joihin ei välttämättä saa taloudellista tukea mistään. Aikuisen ihmisen palaaminen vanhempien luokse asumaan välttämättömänä ratkaisuna, ei ole kuntouttavan työn itsenäistä aikuisuutta tukevan linjan mukaista.

7.4 Asumisen taloudelliset edellytykset ja asumistaidot

Arja Jokinen ja Kirsi Juhila käyttivät vuonna 1991 julkaistussa tutkimuksessaan käsitettä pohjimmaisiet asuntomarkkinat, joiden piiriin heidän mukaansa kuuluvat heikkotasoiset (kunnan) vuokra-asunnot, asunnottomien yhteismajoitusyksiköt, laitokset (psykiatriset sairaalat, huoltolat siltä osin kuin niissä asutaan asunnon puutteen vuoksi), kiertelemiseen ja ulkona majoilemiseen perustuva asunnottomuus sekä tukiasunnot. Heidän mukaansa Suomessa omistusasuntojen ja hyvätasoisien vuokra-asuntojen ulkopuolelle jääviä henkilöitä yhdisti heikko taloudellinen asema ja suojaavan sosiaalisen marginaalin (tulot, työ, perhe, ystävät) vähäisyys tai puuttuminen. Kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen määrän vähäisyys hankaloittaa näiden ihmisten asemaa asuntomarkkinoilla. Pohjimmaisille asuntomarkkinoille on tyypillistä leimaavuus eli ne poikkeavat näkyvästi normaalina pidetystä asumisesta ja asukkaisiin kohdistetaan ennakoluuloja. Yleisille asuntomarkkinoille siirtyminen ei ole helppoa, vaan samat ihmiset kiertävät tietyn asumismuodon tai eri yksiköiden välillä. (Jokinen & Juhila 1991, 7–19.)

Parikymmentä vuotta Jokisen ja Juhilan tutkimuksen julkaisun jälkeen voi todeta, että psykiatristen potilaiden asumisongelmia poistavia ratkaisuja ja toimintamalleja ei ole yhteiskunnassa löydetty, vaikka ongelma on ollut pitkään tunnistettu. Tosin pitkäaikainen psykiatrisessa sairaalahoidossa ”asuminen” siten, ettei potilaalla ole käytössään muuta asuntoa, on ilmiönä poistunut palvelukotijärjestelmän myötä. Yhteiskunnassa vallitsevien arvojen kovenemisesta kuvaa Helsingin Sanomissa keväällä 2012 julkaistu uutinen, jossa helsinkiläisen omakotitaloalueen asukkaat esiintyvät lehdessä omilla nimillään ja kasvoillaan vastustaen mielenterveyskuntoutujien asuntolan rakentamista asuinalueelleen, koska kertovat pelkäävänsä alueen turvallisuuden puolesta. Uutisartikkelissa haastateltu kaupungin virkamies kertoo vastustamisen olevan tavallista ja että vastaavia hankkeita on viety oikeuteen ja eduskunnan oikeusasiamiehelle (Helsingin Sanomat 28.4.2012). Myös Keski-Suomessa on tehty oikaisuvaatimus Jyväskylän kaupunkirakennelautakunnalle mielenterveyskuntoutujille suunnitellun palvelukodin tonttivarauksesta. Keski-suomalainen uutisoi alueen asukkaiden pelkäävän, että omakotitaloalueelle on tulossa ”raskaan luokan suljettu laitos”. Palvelun tuottajalta asukkaat olivat saaneet tietoa, etteivät palvelukotiin tulevat asukkaat ole vaarallisia ja ”heillä on lääkitys kohdallaan”. Kuitenkin pelkoa ilmaistiin siitä, että ”joku ilmestyy lääketokkurassa pihaani hortoilemaan”. (Keski-suomalainen 15.11.2012,6.) Uutisoinnit ilmentävät mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvia asenteita ja pelkoja.

Tämän tutkimuksen aineistossa taloudelliseen tilanteeseen liittyvien merkintöjen jälkeen potilaan asumista koskevat merkinnät muodostivat määrällisesti toiseksi suurimman teemallisen kokonaisuuden. Asumiseen liittyvistä ongelmista ja asumismuodon muuttumisesta oli merkintöjä runsaasti. Asumista koskevia tietoja löysin 94/153 (61 %) kertomuksesta. Asumiseen liittyvät merkinnät voi sisällöllisesti jakaa seuraavasti: 1) asuntoa ja asuinpaikkaa koskevat tiedot, 2) tiedot asunnon tai asumismuodon vaihtamisen tarpeesta, 3) asunnon hakemisprosessiin liittyvät tiedot, 4) taloudelliseen tilanteeseen liittyvät tiedot asuntoasioissa, 5) asumiskykyyn ja -taitoihin liittyvät tiedot, 6) asumispalveluiden järjestämiseen liittyvät merkinnät.

Psykykkisen sairauden paheneminen ja avohoitokontaktin puute tai siitä etääntyminen saattavat vaikuttaa haitallisesti potilaan elämässä monella osa-alueella samanaikaisesti. Vaikeudet selvitä tavanomaisesta arjesta voivat kärjistyä asumisessa, jolloin sairaalahoitoon päätyminen on lopulta väistämätöntä.

”Hoitoneuvottelu: ...Kerrattiin aluksi potilaan perustilanne. Potilaan mukaan sairaalassa olonsa on ollut tarpeetonta, ainoastaan lääkityksen kohdalleen saaminen on ollut hyvä. Kertoi ottaneensa kotona ollessaan lääkityksen säännöllisesti, annos vain ollut liian pieni. Muiden syiden sanoo olleen teennäisiä, mm. naapurit valittaneet kymmeniä kertoja musiikin soitosta. Käynyt avohoidossa alkuun kerran puolessa vuodessa. Viime keväästä saakka käyntejä ollut 2-3 viikon välein, syyksi epäilee ”salajuonen”. Kerrattiin potilaan saaneen hädän. Häädön syyksi mainitsee vuokratästit. Velkaantunut muutenkin, koska asumistuki katkennut lukuissa -09 [10 kk sitten], internet ollut pois päältä 2,5 kk ja joutunut sairaalahoitoon. Sairaalahoidon näkee täysin tarpeettomaksi, joka vain haittaa hänen opiskeluaan, talouttaan ja työntehtänsä. ...

Asumisvaihtoehtoista mieluisin olisi oma vuokra-asunto. Kerrattiin potilaan asuneen 13 vuotta itsenäisesti vuokra-asunnossa. Vuosi -98 ja sen jälkeiset muutamat vuodet olleet asumisen ja opiskelujen kannalta huonoja. Ihmetelee, miten viime keväänä on voinut saada 150 valitusta musiikin soitosta, jos aiemmin asunut ilman valituksia niin kauan. Pitää mahdollisena, että sairaus olisi tähän syytä.”(P23)

Merkinnän mukaan potilas on asunut itsenäisesti yleisten asuntomarkkinoiden vuokra-asunnossa ennen sairaalahoitoa. Tekstistä löytyy kuvaus ongelmien kierremäisestä syvenemisestä; sosiaaliturvaetuuden katkeaminen, maksuvaikeudet, asioiden hoidon vaikeutuminen nettiyhteyden katkettua, psykikkisten ongelmien paheneminen, jatkuva häiriön tuottaminen ja häätö asunnosta. Esimerkin potilaalla on ollut avohoitokontakti, joka on harvakseltaan toteutunut. Avohoidossa ulkopuolisten toimijoiden puuttuminen tilanteeseen ei aina auta, vaikka ongelmat havaittaisiinkin, mikäli potilaan kanssa ei onnistuta löytämään yhteistä näkemystä tilanteesta ja rakentamaan yhteistyötä. Häätö asunnosta merkitsee potilaan

kannalta sitä, että hänellä ei sairaalahoidon aikana ole omaa asuntoa käytettävissä, jonne pääsisi lomalle sairaalasta. Sosiaalityöntekijän ja potilaan yhteistyön haasteena on löytää uusi asunto, ellei potilasta ohjata asumispalveluiden piiriin.

Vuokrarästit tulevat merkinnöissä esille toistuvina vaikeuksina. Vuokrarästit vaikuttavat asumista koskeviin ratkaisuihin ja tuovat vahvan taloudellisen aspektin asuntoasioiden käsittelyyn sairaalassa.

”Asuminen: *Tonin vuokrasopimus (–) [vuokra-asuntoyhtiölle] päättyy elokuun loppuun. Vuokrasopimusta ei enää uusita, koska edessä pidempi kuntouttava hoito ja maksamattomia vuokria. Soitettu vuokranantajalle puh. 123-123. Maksamattomia vuokria yhteensä 742,31 euroa (tässä jo (–) [kuluvan kuun] vuokra mukana). Vuokratakuu sisällä 329,55 euroa. Sovittu, että katsotaan lyhentämissuunnitelmaa, josta ilmoittelen.*

....Taloudellinen tilanne

... Keskusteltiin jatkoasumisesta ja siitä miten plaan on vaikea saada vuokra-asuntoa kun on yhä vuokrarästejä. Plas ajattelee että voisi ensin harjoitella asumista jossain tuetussa paikassa, jos sellaiseen saa maksusitoumuksen...”(P10)

Satojen eurojen vuokrarästit ovat suuri ongelma vähimmäistuloilla elävälle kuntoutujalle, kun tulot jotenkuten riittävät välttämättömyysmenoihin, on velan lyhennysohjelman laatiminen haastava tehtävä. Asumispalvelujen käyttöä ei lähdetä vuokrarästien perusteella suunnittelemaan, vaan niiden käytön perusteena on avun ja ohjauksen tarve jokapäiväisissä toiminnoissa. Kirjauksen mukaan potilas itse ottaa esille vaihtoehdon tuetusta asumisesta ratkaisuna maksuhäiriöistä aiheutuneeseen vaikeuteensa saada vuokrasopimusta asuntomarkkinoilta.

Vuokra-asuntoa etsittäessä vuokra-asuntojen hintataso vaikuttaa oleellisesti tehtäviin asuntoratkaisuihin. Kuntien omissa, paikallisissa toimeentulotukiohjeissa on usein määritelty vuokran enimmäismäärä, mikä hyväksytään toimeentulotukea haettaessa. Sopivan vuokra-asunnon löytymistä usein hidastaa vaikeus löytää edullinen vaihtoehto.

”Nykytilanne: *Tehty potilaan kanssa netissä muutama vuokra-asuntohakemus. Potilas soittanut etuuskäsittelijälle sosiaalitoimistoon ja yrittänyt saada selville, minkä hintaiseen vuokra-asuntoon hänellä on varaa eli millaisen vuokran sosiaalitoimisto hyväksyy yksinelävälle.”(P54)*

Vuokra-asunnon saaminen saattaa joissakin tilanteissa kestää kauan ja vaatia monia puhelinsoittoja ja hakemuksia. Mikäli sairaalahoidon jatkamiselle ei enää ole lääketieteellisiä perusteluja, voi avohoitoon siirtyessä majoituksen järjestämisvaihtoehtona tulla kysymyk-

seen päihdeongelmallisille tarkoitettu ensisuoja, mikäli potilaalla on kaksoisdiagnoosi eli psyykkisen sairauden lisäksi päihdeongelma.

”Puhelu: Puhelu Katulähteyksen Ensiaskel-yksikköön, jossa asunnottomilla päihtyneillä mahdollisuus yöpyä. Paikassa eim ole ns. kuivaa päätä, ainoastaan 10 asuntoa, jossa asukkaat yrittävät "noudattaa kuivempaa elämäntapaa". Nämä asunnot ovat kaikki täynnä. Yksikön edustaja kritisoi ajatusta siirtää potilas pitkän sairaalahoidon jälkeen asumaan alhoholi-ongelmaisten joukkoon. Sopivampi paikka olisi (–) yksikkö, jossa saatavissa enemmän työntekijöiden tukea. Kerrottu potilaalle kysytyn ko. paikansta asuntoa, mutta tällä hetkellä siellä on täyttä.” (P54)

Katkelmassa sosiaalityöntekijä kuvaa olosuhteet, jotka ensisuojaan ovat tarjolla sekä ilmaisee yksikön työntekijän näkemyksen kotiuttamissuunnitelmasta ensisuojaan. Omaa näkemystään hän ei tuo suoraan esille. Maininta siitä, että yhteyttä on jo otettu toiseenkin päihdeongelmallisille tarkoitettuun yksikköön antaa vaikutelman, monelle ovelle on jo kolkuteltu ja ollaan asumisvaihtoehtojen viimeisellä luukulla. Kuvatun kaltaisia ongelmatilanteita on aineistossa muutama, sairaalahoidon jatkamiselle ei ole perusteluita, mutta asunnottomuus pitkittää kotiutumista, koska periaatteessa taivasalle ei kotiutuksia tehdä. Kysymyksessä on äärimmäinen ongelmatilanne, jossa ollaan valmiit kotiuttamaan potilas pitkän sairaalahoidon jälkeen päihdeongelmaisten ensisuojaan, ellei potilaalle pystytä järjestämään muuta paikkaa.

Sairalahoidossa tehdään arvioita potilaan asumiskyvystä ja itsenäisen asumisen edellytysten toteutumisesta. Mikäli todetaan, että potilaalla ei ole riittävää kykyä huolehtia itsestään ja pitää asuntoaan asumiskelpoisessa siisteydessä ja järjestyksessä, suuntaudutaan tuetun asumisen tai asumispalveluiden ratkaisuihin.

Jokisen ja Juhilan mukaan asumiskyvyn arviointi voi olla diagnosoivaa tai ennakoivaa. Ammatillisissa ja hoidollisissa käytännöissä diagnosoivan arvioinnin kautta pyritään selvittämään, millainen arvioinnin kohteena olevan asumiskyky on ja millainen asumismuoto katsotaan parhaiten soveltuvaksi. Diagnosoinnissa voidaan päätyä pysyvän asumiskyvyttömyyden toteamiseen tai näkemykseen, että kuntoutustoimenpiteillä voidaan tilanteeseen vaikuttaa. Ennakoivalla asumiskyvyn arvioinnin perusteena toimivat henkilön elämis- ja asumistaustasta kertovat koodit, joiden perusteella tehdään johtopäätöksiä asumiskyvystä. Asumiskyvyttömyydestä viestittäviä koodeja ovat esimerkiksi tiedot hädöistä, maksamattomista vuokrista, laitos- tai hoitotaustasta ja aikaisemmasta asunnottomuudesta. (Jokinen & Juhila 1991, 49–51.)

”Asuminen: Keskusteltiin omahoitajan (– –) kanssa potilaan asumisesta jatkossa. Sovittiin, ettei tehdä tässä vaiheessa lisää asuntohakemuksia. Potilaan voinnin vuoksi on vaikea vielä arvioida millaisessa asumismuodossa pärjäisi sairaalahoidon jälkeen. Potilaan vanhemmat ovat arvioineet esim. 7.10. pidetyssä hoitoneuvottelussa, ettei potilas välttämättä kykene itsenäiseen asumiseen. Tarvittavan tuen määrä tulee arvioitavaksi myöhemmin sairaalahoidon kuluessa.”(P123)

Esimerkissä tulee näkyville moniammatillinen työskentelytapa; sosiaalityöntekijä on kirjannut neuvottelunsa potilaan omahoitajan kanssa asuntoasiasta ja viittaa myös hoitoneuvotteluun. Hoitoneuvotteluihin osallistuvat tavallisesti potilaan omahoitaja(t), osaston lääkäri, psykologi ja sosiaalityöntekijä sekä potilas ja mahdollisesti hänen omaisiaan. Asumiskykyä arvioitaessa on läheisten kannanotoilla merkitystä.

”Asuminen: ... hoitoneuvottelussa potilaan veli kertonut (–)[potilaan] asunnon olleen erittäin sotkuinen, veli tyhjentänyt asunnon poikansa kanssa ja nyt potilaan tavarat ovat säilytyksessä veljen luona (–) [paikkakunnalla]. Hoitoneuvottelussa veli on esittänyt arviomansa, ettei potilas kykene yksin asumaan ja että hän tarvitsee asuntolatyypistä asumismuotoa, jossa huolehditaan lääkityksestä”(P52)

Sosiaalityöntekijät kuvaavat merkinnöissään toistuvasti potilaiden ilmeistä avuntarvetta kodin arkiaskareissa, erityisesti asunnon siisteyden ylläpitämisessä.

”Asuminen:...Pari viikkoa aiemmin on potilaan luo tehty hoitajien kanssa kotikäynti, jolloin on todettu, että asunnossa on perusteellisesti siivottava ja järjestettävä huonekaluja, jotta potilas voisi alkaa kotilomilla käydä. Myös potilas itse on ollut suostuvainen ajatukseseen tilata ulkopuolista siivousapua.” (P60)

”Keskustelu: Potilaan kanssa keskusuteltu yhdessä vuorohoitaja (– –) kanssa. Kerrottu hänelle hoitajien tekemistä havainnoista viime perjantain kotikäynnillä. Koti ollut sotkuinen, siivoamaton, asunnossa ollut Laponex-lääkeliuksia useassa paikassa. Asunnon yleisilme sellainen, että asukaalla ei ole ollut kykyä huolehtia itsestään ja asunnostaan ja ongelmanna psyykkisen voiminhuonouden lisäksi päihteidenkäyttöä.”(P94)

”Nykytilanne: Potilaalla jääneet monet käytännön asiat hoitamatta ja koti on (–)[palveluntuottajan] työntekijöiden mukaan siivottomassa kunnossa. Soitin yhdessä potilaan kanssa (–) sosiaaliammattilaiselle sosiaalityöntekijä (– –) ja anoin maksusitoumusta perusteellisempaan siivoukseen potilaan asunnossa. Maksusitoumus siivoukseen myönnettiin 6 tunnille (yht. 90 e) ja siivous tapahtuu (–)-projektin kautta pp.kk.vv klo. 9.00-15.00. Potilaan pitäisi tuolloin mennä päästämään siivoojat sisään asuntoonsa ja näyttämään heille siivousvälineet ja siivousaineet.”(P163)

”Asuminen: Kotikäynti tehty. Mukana potilas, sh (– –)[sairaanhoitaja], sh-opiskelija sekä ak. Potilas otti mukaansa talvivaatetusta, lääkkeitä, silmälasit, postit, käsittöitä ja osoitekirjan. Asunnosta ei löytynyt avaimia, hammasproteeseja eikä kännykkää. Asunto oli sekavassa kunnossa, märät pyykkiä jätettiin narulle parvekkeelle, sänky petaamaton, tiskiallas täynnä tiskejä, lattialla roskaa, huonekalujen päällä vaatteita "sikin sokin" ja komerot pursusivat tavaraa. Sovittiin, että käy itse ensin postin läpi, ak lähettää edelleen edunvalvojalle laskut”(P167)

Edellisten merkintöjen kautta tulevat esille vaikeudet, joita psyykkisesti sairailta henkilöil-

lä on jokapäiväisissä konkreettisissa toiminnoissa. Merkintöjen mukaan potilaan kotona vallitseva tilanne todetaan moniammatillisesti. Sosiaalityöllä on vahva perinne yhteydessä kodinhoitopalveluihin sosiaalisen selviytymisen tukitoimena. Kodinhoitopalvelut, joita näissä tilanteissa tarvittaisiin, ovat olleet sosiaalipalveluiden keskeinen tukimuoto aina 1990-luvun alkupuolelle saakka. Sittenkin kodin siivoukseen ei sosiaalipalveluiden kautta ole ollut apua saatavissa, vaan ne hankitaan pääasiassa yksityissektorilta. Sosiaalityöntekijät tuovat merkinnöissään esille käytännön avun tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan järjestävät siivousapua. Kodinhoitotoimissa esiintyvä avuntarve on kuitenkin jäänyt psykiatriksen palvelujärjestelmän ja sosiaalipalveluiden väliselle katvealueelle, johon pitäisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuutta käsittelevässä valtioneuvoston tarkastusviraston tarkastuskertomuksessa kiinnitetään myös huomiota mielenterveysongelmaisten vaikeuteen saada kotihoitopalveluja, koska useissa kunnissa kyseiset palvelut suunnataan lähinnä vanhusväestölle (Valtioneuvoston tarkastusvirasto 2009, 22, 130).

Aineistosta käy ilmi, että tuetumpaan asumismuotoon siirtyminen vaatii potilaalta kypsyttelyä ja asian työstämistä hänen kanssaan.

”Asuminen: *Potilaan määräaikainen vuokrasopimus päättyy 31.5.2010. ...Potilaan kanssa tehty tänään asuntohakemus (–) Nuoriso- ja palveluasunnoille. Potilaan edelleenkin on vaikea ymmärtää, mitä tuetulla asumisella tarkoitetaan ja vastustaa tuettua asumista vaikka onkin valmis vastaanottamaan tukea kotiinsa. Tänään tehtyyn hakemukseen halusi laittettavan, että etsii asuntoa muualtakin”* (P157)

Omasta asunnosta luopuminen tulee eteen sairaalahoidon pitkittyessä tai tehtäessä ratkaisu asumispalvelujen piiriin siirtymisestä. Käytännön asioiden selvittelyssä on tärkeä kuunnella potilaan omaa mielipidettä, kun on kysymys oman kodin purkamisesta, mikäli kaikkia tavaroita ei voi ottaa mukaan tulevaan asumisyksikköön. Myös näitä ratkaisuja haettaessa ovat taloudellisten mahdollisuuksien rajat pienituloisille ahtaat.

”Asuminen: *Potilas tehnyt hyvässä yhteistyössä vuokra-asunnon irtisanomisilmoituksen tänään. Asunto irtisanottu 1.8.2009 alkaen. Alustavasti mietitty tavaroiden varastointia ja pakkaamista Aluesosiaalityöntekijä suositellut varastointipaikasi (–)[varastovuokrausyritystä].*

Kertonut myös, että varastointikuluja voi esittää toimeentulotukihakemuksessa menona. Ehdotti myös, että koska palveluasuminen on pitkäaikainen ratkaisu, potilas voisi luopua tavaroistaan ja hakea sitten omaan asuntoon muuttaessaan toimeentulotukea kodin hankintoihin. Tähän potilas ei kuitenkaan suostunut. Selvitellään miten pakkaaminen käytännössä hoidetaan ja sitten selvitetään varastointiin liittyviä asioita (kuljetus, hinnat). Lisäk-

si selvitettävä, mitä potilas voi viedä mukanaan (–) [asumisyksikköön], jota nyt mietitään palveluasumispaikaksi.” ...

Seuraava merkintä 10 päivää myöhemmin:

”Asuminen: Keskusteltu tänään aluesosiaalityöntekijä (– –) kanssa potilaan tavaroiden säilyttämisestä. Sosiaalitoimi luvannut maksaa tavaroiden noutamisen ja ensimmäisen kuukauden varastoinnista aiheutuvan vuokran. Sosiaalityöntekijä ollut puhelimitse yhteydessä [varastovuokrausyritykseen]. (–)[Yrityksen edustaja] ollut kuitenkin huolissaan siitä, miten vuokrat jatkossa hoituvat. Yritetään nyt selvittää, huomioidaanko psykiatrisen palveluasumisen asiksmaksuissa varastointimaksut menoina”... (P109)

Sosiaalityöntekijä on kirjannut aluesosiaalityöntekijän esittämän vaihtoehdon potilaan irtaimiston hävittämisestä. Jälkimmäisessä merkinnässä selviää, että oman irtaimiston säilyttäminen ei ole potilaan mahdollisuutena itsestään selvyys. Kuvattu tilanne ravistelee käsitystä siitä, miten potilaan kotia kunnioitetaan palvelujärjestelmässä. Sosiaalityöntekijät ovat palvelujärjestelmää kohtaan hyvin hienovaraisia dokumentoidessaan potilaskertomukseen. Palvelujärjestelmässä ollaan hyvin kriittisellä alueella, mikäli palveluiden käyttäjän ulkopuolelta arvioidaan hänen henkilökohtainen irtaimistonsa vaihdettavissa olevaksi. Dokumentoitavassa tekstissä selkeä potilaan puolelle asettuminen toisi näkyville sosiaalityön arvoja ja eettistä normistoa.

Päätös asumispalveluyksikköön siirtymisestä on potilaan kannalta merkittävä muutos. Palvelukodissa asuessa yksikön päivittäinen ohjelma ja rutiinit vaikuttavat elämään ja täysin omaehtoinen, muista riippumaton asuminen ei ole palvelukodeissa mahdollista. Potilaat suhtautuvat tilanteeseen eri tavoin.

”Jatkohoito: Potilas on käynyt tutustumassa (–) [palvelukotiin] ja on ollut jopa innostunut [sinne] siirtymisestä. Ak:lle potilas arvioi, ”että se on hyvä mesta” ja olisi valmis siirtymään sinne niin pian kuin mahdollista. Potilaan mieltä paikassa hyvinä puolina ovat erilaiset pelit: biljardipöytä ja erilaiset soittimet ym..” (P94)

”Hoitoneuvottelu: Paikalla Maire, lääkäri (– –), omahoitaja (– –) ja ak. Maire oli taas kirjannut asioita joista halusi käsiteltävän. Kertoo että muutenkin kirjoittaa tuntemuksiaan paperille...Kysyessäni mielipidettä (–) [palvelukotiin] palaamisesta, Maire kuvasi että menee sinne jos muuta ei ole, kovin hyviä tuntemuksia palaaminen ei herätä. Kuvaa paikkaa päätepysäkiksi. Ympäristöltä toivoo enemmän, asunnot saisivat olla parempikuntoisia, voisi jotain harrastaakin, jos vointi sallisi. Itsenäisempää asumista toivoisi, kyseli mahdollisuuksista saada tukipalveluja kotiin. Juteltu kuitenkin siitä että sairaalasta lähdettäessä voi tuen tarve olla suurmpi, ettei omillaan pärjäisi. Haaveena Mairella on osamistusasunto.” (P57)

”Jatkohoito: Tänään pidettiin potilaan asioissa verkostopalaveri [psykiatrian] pkl:lla (–). Neuvotteluun osallistuivat potilaan lisäksi hänen vanhempansa ja sisar, [psykiatrian] pkl:lta oh (– –)[osastonhoitaja] ja osastolta omahoitaja (– –) ja ak. Käytiin keskustelua

potilaan kuntoutumisesta ja nykytilanteesta tavaoitteena selkiyttää suunnitelmaa avohoittoon siirtymisestä. Todettiin, että potilas on itse esittänyt, että haluaa palvelukotityyppiin asumismuotoon. Neuvottelussa potilas esitti omana kantanaan, että haluaa palvelukotipaikan ensisijaisesti kaupungista. Myös vanhempien mielestä kaupungissa asuminen olisi hyvä molempien sisarusten yhteydenpitomahdollisuuksien kannalta.”(P63)

Palvelukodin puitteet ja toimintamalli nousevat esimerkkikatkelmissa tekijöiksi, joilla on vaikutusta potilaan suhtautumiseen. Toiveet harrastusmahdollisuuksista tulevat esille potilaan kannanottoina kirjatusta asioista. Yhteydenpitomahdollisuudet lähisukulaisiin, perheeseen ja ystäviin ovat niitä tekijöitä, joita tulee huomioida järjestettäessä potilaalle asumispalveluja. Keskimmaisessä esimerkissä sosiaalityöntekijä on selkeästi kirjannut potilaan kriittisen arvion palvelukodista, jossa hän on aiemmin asunut. Potilaan näkemyksen kirjaamisella on merkitystä sairaalahoidon jälkeistä asumista suunniteltaessa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilaan hoitoa ja kuntoutusta koskevat suunnitelmat tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (L 17.8.1992/785, § 4a ja 6).

Asumispalveluiden järjestelyissä merkittävänä tekijöinä ovat toimijaorganisaatioiden taloudelliset ehdot ja toimintamallit. Potilaskertomuksissa ne ovat luettavissa merkinnöistä, joissa kerrotaan maksusopimusten tekemisestä suunnitelmien yhteydessä. Koska asumispalvelut tuotetaan pääasiallisesti yksityisten palveluntuottajien toimintana, on niiden käytöstä aiheutuvista kustannuksista sovittava organisaatioiden välillä. Kun potilas siirtyy sairaalasta avohoitoon asumispalveluiden, vastaa palvelun kuntaosuuslaskusta hänen kotikuntansa palvelun järjestämisvastuussa oleva yksikkö.

”Asuminen: Potilas siirtyy jatkohoitoon .. sairaalaan 12.3. Ilmoitettu siirrosta asumisohjaaja (– –), joka osallistuu mielellään hoitoneuvotteluihin siinä vaiheessa kun asumiskuvioita tarkemmin suunnitellaan. Poliklinikan sairaanhoitaja (– –) ilmoittanut tuetun asumisen maksusitoumuksesta päätettävän siinä vaiheessa kun avohoidon lääkäri tapaa potilasta ensimmäisen kerran 23.3. klo 10. Potilaan isän kanssa keskusteltu asumiseen liittyvistä suunnitelmista ja mm. maksusitoumuksesta, joka on edellytys tuettuun asumiseen. (–) [Asumisohjaajan] kanssa sovittu, että potilaan isä voi olla suoraan yhteydessä häneen ja kysellä tarkemmin asunnoista yms” (P26)

”Asuminen: Hoitoneuvottelussa 10.5. keskusteltiin lisää asumis- ja kuntoutusvaihtoehtoja jatkossa. (–) [potilas] olisi halukas asumaan (–) kuntoutumasumisyksikössä tai vastaavassa paikassa [paikkakunnalla] jatkossa. Hän oli omahoitajan kanssa käynyt tutustumassa paikkaan. Myös (–) [potilaan] äiti piti tällaista suunnitelmaa hyvänä, samoin (–) [kotikunnan] päiväkeskuksen työntekijä (– –). Vaihtoehtona tuetumpi asunto kotikunnasta ei ollut mieluisa, eikä [siellä] ole yhtä lailla mielekästä ja (–) [potilaalle] mieluisaa tekemistä tarjolla kuin [paikkakunnalla]. Olin kutsunut koordinaattori (– –) palaveriin mukaan. Koska hän ei tullut paikalle soitin hänelle ja keskustelimme tilanteesta. Hänen mukaansa ensisijaista olisi saada kunnalta myönteinen kanta maksusitoumukseen 24 h/vrk -tukeen, minkä jälkeen (–) [asumispalvelukoordinaattori] voi tarkemmin tilannetta ja vapai-

ta paikkoja selvittää ja laittaa asiaa eteenpäin. Sovittiin, että ak ja (–)[päiväkeskuksen työntekijä] selvittelevät kunnasta asiaa. (–) [Päiväkeskuksen työntekijä] ehtikin jo 10.5. soittaa ak:lle, että kunnassa maksusitoumuksista päättääkin terveydenhuollosta (– –)[ylilääkäri] eikä sosiaalijohtaja, kuten hän aiemmin sanoi (olin jo alustavasti potilaan luvalla ollut sosiaalitoimeen yhteydessä asian tiimoilta). (– –) [ylilääkäri] oli lomalla ja [päiväkeskuksen työntekijä] lupasi selvittää, kuka sinä aikana vastaa päätöksistä. Kunnasta otettiin ak:hon 11.5. yhteyttä ja pyydettiin kirjallista maksusitoumuspyyntöä osoitettavaksi lääkärin vastaanotolle/(– –) . Potilaan suullisella luvalla toimitin ak:n ja osaston lääkärin allekirjoittaman maksusitoumuspyynnön asuin- /kotikuntaan (papereissa kopio). Hoitoneuvottelussa oli myös puhetta (–) [potilaan] nykyisen vuokrayksión irtisanomisesta, kunhan jatkosuunnitelmien eteneminen selkiytyy.”(P165)

Edellä olevat aineistonäytteet ovat esimerkkinä käytännöstä kirjata potilaskertomukseen potilasta koskevan tiedon oheen järjestelmän toimintaa, joka oleellisesti vaikuttaa potilaan tilanteeseen. Jälkimmäinen esimerkki osoittaa, että neuvottelut ja toimijavastuut ovat monimutkaisia ja moniportaisia, jolloin työntekijät tahoillaan selvittelevät, kuka mistäkin asiasta vastaa. Asumispalvelupäätöksiin kuuluva taloudellisen vastuun määrittäminen tulee esille sosiaalityön merkinnöissä voimakkaasti. Esimerkeissä näkyy myös medikaaliseen tietoon perustuvan vallan ulottuminen asumiskysymyksiin. Oma lukunsa on se, kuuluuko kaikki palvelujärjestelmän toimintatapoja yksityiskohtaisesti kartoittava ja kuvaava tieto potilaskertomukseen. Myös valtiontalouden tarkastusviraston raportissa todetaan palvelujärjestelmän lääketieteellistyminen ja korostetaan sosiaali- ja terveystoimen yhdenvertaisuuden merkitystä asumispalveluiden käyttöön liittyviä kuntoutus- ja palvelusuunnitelmia tehtäessä (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 58–59).

Aineistosta löytyy merkintöjä, joissa kerrotaan potilaan itsenäisen asumisen sujumisesta. Osa potilaista asuu merkintöjen perusteella omistusasunnoissa. Elämäntilanteiden ja -piteiden moninaisuus kertoo siitä, että psyykkisiä sairauksia sairastavat ihmiset eivät ole homogeeninen joukko, johon voitaisiin kategorisesti liittää erilaisia sosiaalisia ongelmia.

”Asuminen: *Potilas asuu velattomassa 2h+k asuinto-osakkeessa X-kaupunginosassa. Yhtiövastike potilaan muistelemana noin 136 euroa/kk. Ei saa asumistukea. Poika tulossa lauantaina 8.5. käymään sairaalassa. Käy samalla potilaan asunnolla ja tuo postia, jos sitä on tullut. Kysytty potilaalta onko tarpeen tehdä sairaalaan osoitteenmuutos. Koska poika käy asunnolla, ei potilaan mukaan tähän ole syytä. Tätä voisi kysyä myös pojalta, esim. usein pääsee asunnolla käymään. Kasteltavia kukkia tms. huolehdittavaa asunnossa ei ole.”(P113)*

Pienillä eläketuloilla pärjääminen on taitolaji. Seuraavan aineistoesimerkin potilas on ryhmässä osoittanut olevansa taidokas hoitamaan omaa talouttaan. Pienet tulot eivät aina tar-

koita maksuvaikeuksia.

”Asuminen: Potilaalla on vuokra-asunto x-kaupungissa, jossa on itsenäisesti asunut. Huh-tikuussa potilas osallistui toimintaterapeutin ja sosiaalityöntekijän ohjaaman ryhmään, jossa käsiteltiin itsenäiseen asumiseen ja oman talouden hoitamiseen liittyviä asioita. Ryhmässä muodostui käsitykseksi, että potilas varsin hyvin hyvässä kunnossa ollessaan on pystynyt selviytymään itsenäisen asumisen vaatimuksista; hänellä tuntui olevan keinoja selviytyä kohtalaisen pienillä tuloilla.” (P112)

Esimerkkikatkelmassa tuodaan esille sairaalassa järjestetty ryhmätoiminta, jonka avulla voidaan tehdä arvioita potilaiden asumiskyvystä. Käytännönläheisessä toiminnassa voivat potilaan voimavarat tulla esille eri tavalla kuin ainoastaan keskusteluun perustuvassa arvioinnissa.

7.5 Aikuisen mielenterveyspotilaan minimi-käteisvarat ja kasvavat rahahuolet

Henkilökohtaisten käteisvarojen hankkiminen sairaalaan ajankohtaistuu hoidon alkuvaiheessa. Mikäli sairaalahoido on alkanut potilaan tahdosta riippumatta ja mahdollisesti hänelle itselleen yllättäen, hän ei hoitoon toimittamisvaiheessa ole varautunut tilanteeseen mitenkään käteisvarojen osalta. Pankkien Otto-automaatit sijaitsevat sairaala-alueiden ulkopuolella. Keski-Suomessa psykiatrinen sairaaloiden kanttiineissa asiointi onnistuu ainoastaan rahalla, pankkikorteilla maksaminen ei onnistu. Kanttiiniasiointi on hyvin yleistä ja useimmat tupakoivat potilaat ostavat tupakkatuotteet itselleen sairaalan kanttiinista.

Aineiston teksteissä on runsaasti merkintöjä, joissa mainitaan, paljonko potilaalla on käytettävissään rahaa henkilökohtaisiin ostoksiinsa sairaalahoidon aikana. Käyttövarojen määrä kysytään edunvalvojalta, mikäli potilaalla on sellainen. Aikuispsykiatrian osastoilla on käytössä potilastili, jonne potilas, heidän omaisensa, edunvalvojansa tai sosiaalitoimisto voi tarvittaessa siirtää sairaalahoidon ajalle tarkoitettuja käteisvaroja. Potilastiliä käytetään erityisesti niissä tilanteissa, kun potilaan vointi ei mahdollista sairaalan ulkopuolella asiointia. Sosiaalityön merkinnät sisältävät tietoa käyttövarojen siirrosta potilastilille.

”Taloudellinen tilanne: Potilastilille on tullut tänään 60 euroa. Plas voi nostaa viikottain, maanantaina, 20 euroa. Tarkistettu asia edunvalvontasihteeriltä K ja taloustoimiston kasalta.”(P25)

”Taloudellinen tilanne: Potilas siirti verkkopankin kautta käyttövaraa potilastilille 100e. Ehdotettiin, että nostaisi käyttövaraa viikottain 20e. Potilas hoitaa itse raha-asiansa, joten sinänsä rahankäytölle ei voi rajoituksia asettaa, mikäli muutenkin rahaa haluaa nos-

taa.”(P22)

Käyttövaroja koskevien tietojen kirjaamista potilaskertomukseen voi arvioida eri näkökulmista. Käsitykseni mukaan mainittu kirjaamiskäytäntö terveydenhuollossa rajoittuu lähinnä psykiatrian alueelle, jossa tahdosta riippumattoman hoidon myötä tulevat mahdolliset rajoitukset potilaan asiointiin erilaisten palvelujen käyttäjänä. Sosiaalityöntekijät ja muu henkilökunta voivat tarvita tietoa käyttövaroista ohjatessaan potilasta rahankäytössä, jonka vuoksi tieto merkitään papereihin. Toisaalta voi ajatella, ettei tieto olisi välttämätön potilaskertomuksessa tai että se ei edes kuuluisi sinne. Kyseenalaisuutta voi konkretisoida kärjistetyllä esimerkillä vertaamalla psykiatrian osastolla ja kirurgian osastolla hoidettavaa potilasta keskenään. Yleisen kokemuksen mukaan olisi hyvin harvinaista, jos kirurgisen potilaan potilaskertomukseen kirjattaisiin, millaiset rahavarat hänellä on. On mielestäni aiheellista arvioida, onko psykiatrian osaston sosiaalityön kirjaamiskäytäntö tässä asiassa tarkoituksenmukainen ja asiallinen, vai olisiko kyseisen tiedon välittämiseen etsittävä muu kanava kuin potilaskertomus. Läheskään kaikkien kohdalla ei merkintöjä käyttörahoista ole, merkintöjä on yleisimmin tilanteissa, joissa potilasta tuetaan rajoittamaan rahankäyttöään tiukan taloudellisen tilanteen vuoksi.

Käyttövarojen määrä, joka aineisto-otannan aikana on useimmiten ollut 20 €/viikko kaikkein pienituloisimmilla henkilöillä, todetaan yleensä lyhyesti. Muutamissa potilaskertomuksissa on lisäksi mainittu potilaan oma mielipide käyttörahan pienuudesta ja riittämättömyydestä. Sosiaalityöntekijät eivät määrää yleensä teksteissä kommentoi. Toistuvasti potilaskertomuksissa esiintyvänä tietona 20 € viikossa arkipäiväistyy asiantilana siten, ettei käyttövarojen pienuus havahduta henkilökuntaa, sosiaalityöntekijät mukaan luettuna.

Monet psykiatriset potilaat ovat marginaalisessa asemassa pienituloisuutensa vuoksi. Miten keski- tai suurituloiseksi luokiteltava potilaskertomuksia lukeva moniammatillinen työryhmä hahmottaa käyttövaran määrän esimerkiksi suhteessa potilaan kuntoutumisen edellytyksiin hänen taloudellisten resurssiensa osalta, kun asia näyttäytyy kertomuksissa vallitsevana tosiasiana. Suhteutettuna ajankohtaiseen yleiseen kustannustasoon Suomessa 20 € viikossa on todella pieni summa aikuiselle ihmiselle käytettäväksi, vaikka tiedetään, että henkilö saa sairaalahoidossa ollessaan täyden ylöspidon. Jos käyttövarat kuluvat lähinnä tupakkaan, miten voi käytännössä ohjata kuntoutujaa muiden virkistysmahdollisuuksien löytämiseen, jotka voisivat edistää myös kuntoutumista. Olisiko sosiaalityön potilaskertomuksessa paikallaan ottaa kantaa pienituloisuuden aiheuttamiin rajoituksiin ja miten asia

pitäisi esittää, ollakseen potilasta kunnioittava.

Potilaan taloudellista tilannetta käsitellään merkinnöissä, jotka on tehty potilaan avustamisesta tai ohjaamisesta omien laskujensa hoitamisessa. Koska psykiatrinen osastohoito usein kestää pidempään kuin muutamia päiviä, on sairaalassa selvitettävä, miten potilas saa hoitettua itselleen kuuluvat laskut. Potilaiden kanssa suunnitellaan, miten he saavat kirjeensä sairaalaan, mikäli hoidon ennakoidaan kestävän pidempään ja he ovat itse vastanneet taloudellisten asioittensa hoidosta ennen sairaalahoidon alkamista. Käytännössä joku omainen tai ystävä voi sovittaessa tuoda posteja sairaalaan, myös väliaikainen postiosoitteen muutos sairaalaan on yleistä. Potilaskertomuksista löytyy merkintöjä tilanteista, joissa sosiaalityöntekijä on potilaan kanssa yhdessä selvittänyt laskuja ja laitettu niitä maksuun.

Potilaskertomusteksteistä löytyy sosiaalityöntekijöiden esittämiä arvioita potilaan taidoista hoitaa itsenäisesti taloudellisia asioitaan. Psykkisen sairauden vaikutukset kognitiiviseen toimintaan voivat näkyä vaikeuksina hahmottaa abstrakteja asioita tai keskittyä monimutkaisiin asiakokonaisuuksiin. Kyky käyttää rahaa järkevästi ja suunnitelmallisesti omiin tuloihin suhteutettuna on asia, jota psykiatrisessa hoidossa ja kuntoutuksessa myös arvioidaan. Sosiaalityöntekijät kirjoittavat potilaskertomuksissa rahankäsittelytaidoista tilannekohtaisesti ja vaihtelevin sisällöin, mitään vakiintunutta ilmaisumuotoa asialle ei ole löydettävissä. Myös omaisten esittämiä kommentteja kirjaamalla välitetään tietoa potilaan kyvystä hoitaa raha-asioitaan. Merkintöjä löytyy sekä vahvoista taidoista että puutteista taloudellisten asioiden käsittelyssä.

”Nykytilanne: Potilas on 50-vuotias [x-paikkakuntalainen] nainen. Kertoo olevansa eläkkeellä, eläkkeen ja asumistuen maksupäivät kuukauden 1. ja 4. päivä. Asuu yksityiseltä vuokratussa asunnossa [x-kaupunginosassa]. Velkajärjestelyn kertoo päättyvän tässä kuussa. Osastolle hakenut kotoa laskunipun, jota haluaisi selvittää ja hoitaa. Kertoo olleensa jonkin aikaa ilman pankkikorttia koska halusi uuden kortin ja tunnusluvun sen vuoksi, että epäili vanhan tunnusluvun olevan kaikkien ”tiedossa”. Puhelinpankissa kertoo hoitaneensa laskuja mutta nyt jostain syystä niissäkin on jokin virhe, joka ei puhelinkeskustelussa pankkiin selvinnyt. Päädytty laittamaan laskuja maksupalveluun. Tarkistettu ensin pankista, että tilin rahat riittävät laskuihin. Yhteensä 16 laskua laitettu maksupalveluun, joukossa mm. helmikuun vuokra. Valtakirjalla nostettu sairaalan potilastilille 100 euroa käyttörahaa.”(P116)

Katkelma kuvaa potilaan tukeutumista osastolla sosiaalityöntekijän apuun ison laskunipun tutkimisessa. Hän on hakenut laskut kotoaan sairaalaan yhdessä katsottaviksi. Taloudellisten ongelmien pitkäaikaisuus tulee esille kerrottaessa velkajärjestelystä. Potilas yrittää so-

siaalityöntekijän kanssa jäljittää olettamaansa virhettä, jonka olemassaolo jää epävarmaksi. Erilaiset epävarmuustekijät voivat olla potilasta hämmentämässä, jolloin sosiaalityöntekijä toimii oikeellisuuden varmistajana tai turvaajana. Psykkisten sairauksien oireisiin kuuluvat keskittymiskyvyn ja muistitoimintojen häiriöt häiritsevät mielenterveyskuntoutujan itseenäistä asioiden hoitamista, jolloin luotettavan tuen ja ohjauksen saaminen on tarpeellista. Edellä mainitut oireet ovat täten myös huolellisen dokumentoinnin peruste; selkeään sosiaalityöntekijän ja potilaan kohtaamiseen liittyvään potilaskertomusmerkintään voi jälkikäteen tarvittaessa palata ja tarkistaa tehdyt sopimukset ja toimenpiteet.

Potilaan sairaus voi hankaloittaa taloudellisten asioiden hoitamista runsaasti ja potilaalla saattaa olla vaikeuksia hahmottaa omaa taloudellista kokonaistilannettaan ja tehdä siihen liittyviä suunnitelmia. Niissä tilanteissa psykiatrisilla osastoilla sosiaalityöntekijät joutuvat ottamaan vastuuta potilaan raha-asioiden suunnittelusta ja ohjailusta yhteistyössä hänen kanssaan. Molempien osapuolten oikeusturvan kannalta on tärkeää, että toimenpiteistä tehdään täsmällisiä merkintöjä. Potilaskertomuksen luettavuuden ja pitkäaikaisen käyttöajan kannalta on syytä rajata yksityiskohtaisen, nopeasti vanhenevan tiedon kirjaamista ja tarvittaessa käyttää muuta muistiinpanovälinettä laskuluetteloiden tallentamiseen.

”Taloudellinen tilanne: (–)[potilaalle] on tullut sairaalalasku 266e ja kännykkälasku 27e. Lisäksi joka kuukausi on maksettava liikennevakuutusmaksu n. 200e (Alla olevassa kirjauksessa korjaus liikennevakuutusmaksuun). Vakutusmaksua (–) [potilaalla] ei ole mukanaan, joten hän soitti ensin Fenniaan aikomuksenaan tilata kopio tänne. (–) [potilas] ei kuitenkaan muistanut, että on siirtänyt viime vuonna vakuutuksen If:iin. Ifistä ei vastattu, joten palaamme asiaan iltapäivällä. Soitin (–) [potilaan] puolesta pankkiin, josta saimme sen verran rahatilanteesta tietoa, ettei (–) [potilaalla]ole varaa maksaa kaikkia laskujaan. Siirsimme sairaalaskun eräpäivän maaliskuun 2008 viimeiselle päivälle. (–) [potilas] soitti myös Dna:han eräpäivän siirrosta, mutta sieltä ilmenikin, että hänellä on jo rästissä aiempi lasku, joten eräpäivää ei voida siirtää. Laitan maksupalveluun aiemman laskun, johon (–) [potilas] sai tiedot puhelimitse. Tarkoituksena olisi, että liikennevakuutusmaksu maksettaisiin (–) [potilaan] tämänhetkisistä varoista, kunhan saamme laskun sairaalaan. Mahdollisuuksien mukaan maksetaan myös toinen kännykkälasku. Tulona (–) [potilaalla] on sairaspäiväraha n. 700e. Vuokra 380e.”(P78)

Merkintä kuvastaa moninaisten yhteydenottojen tarvetta tilanteessa, jossa laskuja on kertynyt ja potilaan hallintakyky taloudellisissa asioissa ja niihin liittyvissä sopimuksissa on heikentynyt. Sosiaalityöntekijä tekee potilaan kanssa suunnitelmia laskujen maksujärjestyksestä, kun raha ei kaikkien laskujen maksamiseen riitä. Yhteydenotoilla laskuttajiin py-

ritään saamaan lisää maksuaikaa ja sopimuksia sen estämiseksi, etteivät laskut etenisi perintätoimistoille.

Sosiaalityöntekijän rooli näyttäytyy kertomuksissa ajoittain napakan ohjaavana. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijät muistuttavat potilaita laskujen maksamisesta ajoissa.

”Nykytilanne: *Patistin (–) [potilasta] käymään automaatilla, lupasi sen huomenna ”ehkä” tehdä. Hänellä oli taas uusi lasku, osoitteenmuutos 15e. Yritin selittää, että asiat muuttuvat koko ajan huonompaan suuntaan, mitä pidemmälle laskujen antaa rästytyä. Ei vaikuttanut kovin kiinnostuneelta raha-asioitaan hoitamaan.”* (P78)

Katkelmassa sosiaalityöntekijä viestittää kehottaneensa potilasta toimimaan raha-asioittensa hoitamisessa. Lyhyestä merkinnästä saa käsityksen, että potilas on sosiaalityöntekijän mielestä passiivinen.

Sosiaalityön huolenpitotehtävä näkyy teksteissä. Tarpeettomaan puolesta tekemiseen suhtaudutaan sosiaalityössä kriittisesti. Toisaalta on tärkeää tunnistaa ne tilanteet, joissa apua ja ohjausta tarvitaan enemmän.

”Taloudellinen tilanne: *Potilas oli vastaanotolla, mukana hänellä ei ollut nettipankkitunnuksia, joten ei voitu eräntyviä laskuja hoitaa. Potilas ei tarkalleen muista, missä nettipankkitunnukset ovat, pari viikkoa sitten on hoitajan kanssa täällä laskuja maksanut. ... Potilaan omat voimavarat hoitaa asioitaan tällä hetkellä ovat varsin vähäiset, tarvitsee paljon tukea ja ohjausta. Potilas yrittää tavaroistaan hoitajien avustuksella tunnuksia etsiä.”* ...

”Koska potilaan taloudellinen tilanne on varsin tiukka ja on vaarana, että mikäli asioiden hoito jää hänen itsensä vastuulle, jää asioita hoitamatta, keskusteltiin edunvalvojan hakeamisen tarpeesta.” (P56)

Tekstissä sosiaalityöntekijä tuo esille potilaan runsaan avun ja ohjauksen tarpeen sekä ajatuksensa edunvalvonnan tarpeesta. Psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän rooli on välillä lähellä edunvalvojan tehtävää silloin, kun potilaan on oireittensa vuoksi vaikea itse hoitaa asioitaan.

7.6 Sairaalamaksuihin liittyvät merkinnät

Sairaalamaksujen laskutukseen ja pitkäaikaishoidon maksun suuruuden määräytymiseen liittyviä merkintöjä esiintyy potilaskertomuksissa toistuvasti. Merkinnöistä voi päätellä, että sosiaalityöntekijät antavat tietoa potilaille sairaalamaksuista. Sairaalamaksulaskuja saatuaan potilaat pyytävät sosiaalityöntekijöiltä apua tarvittaessa, erityisesti henkilöt joilla ei ole edunvalvojaa, hakeutuvat selvittämään raha-asioitaan isompien laskujen kanssa. Pel-

kästään kansaneläkettä ja siihen mahdollisesti liittyviä tukia saavalle, yksin asuvalle henkilölle kuukauden psykiatrinen sairaalahoitajakso aiheuttaa lähes aina toimeentulotuen hakemisen tarpeen, poikkeuksena henkilöt joilla on säästöjä tai omaisuutta. Potilaan tuloihin nähden suuret sairaalalaskut huolestuttavat potilaita ja se tulee sosiaalityöntekijöiden merkinnöissä näkyville.

”Taloudellinen tilanne: Potilas hakeutui vastaanotolle, koska on huolissaan sairaalamaksujen hoitumisesta. Tarkkaa käsitystä en potilaan kertomuksesta saa, onko hän itse laskuja maksanut. Hän kertoo saaneensa toukokuusta lähtien sairauspäivärahaa, lisäksi saanut asumistukea ja Kangasvuoresta haettu toimeentulotukea. Sovittiin, että ak selvittää sairaalan laskutuksesta, mitä laskuja on vielä auki.”(P75)

Merkinnästä käy ilmi potilaan epävarmuus ja huoli sairaalalaskujen maksamisesta. Psykkisen sairauden pahenemisvaiheessa kuntoutujalla voi olla myös hankaluuksia itsensä ilmaisemisessa ja vuorovaikutuksessa. Epävarmuuden poistamiseksi sosiaalityöntekijä on lupautunut selvittämään sairaalan laskutusyksiköstä asiaa.

”Taloudellinen tilanne: Potilas on huolissaan tulevasta sairaalalaskusta, haluaisi maksaa sen pienemmissä erissä. Kertoo laskeneensa, että nykyisen maksusuunnitelman mukaan sairaalalaskuja on sovittu maksettavaksi erissä siten, että viimeisimmät erät maksetaan ensi vuoden lokakuussa[kesto: 1v2kk]. Kehotettu ottamaan yhteyttä laskutukseen siinä vaiheessa kun heinäkuun lasku on tehty. Lienee syytä myös selvittää, onko toimeentulotukioikeutta elokuussa.”(P5)

Jos potilaalla on esimerkiksi lainoja tai velan lyhennyksiä, joita ei toimeentulotukilaskelmassa huomioda, saattaa sairaalamaksuista osamaksuina kertyä maksueriä pitkäksi aikaa, kuten esimerkikikatkelma osoittaa. Tällaisissa tilanteissa terveyssosiaalityö voi vain neuvotella harkinnanvaraisen toimeentulotuen mahdollisuudesta, lupausta toimeentulotuen oikeutuksesta ei voi antaa, vaikka pitkällä tähtäimellä olisi ennakoitavissa huomattavia ongelmia avohoitoon siirtymisen jälkeen, kun niukasta tulosta on jaettava ajankohtaisiin menoihin ja takana olevan sairaalahoidon maksuihin.

”Taloudellinen tilanne: Potilas oli vastaanotolla ja laittoi laskuja maksupalveluun; sairaalalaskuja hänellä on nipussa useita ja maksanut niitä osissa, eräpäiviä on siirretty siten, etteivät laskut menisi perintätoimistolle. Jonkin verran huteralta potilaan oma taloudellisten asioiden hallinta tällä hetkelä tuntuu. Kyselen ajatusta edunvalvojasta, sitä potilas ei itse vielä tässä vaiheessa haluaisi. sovittiin, että ensi viikolla selvitetään sairaalalaskujen tilanne kokonaisuudessaan ja tehdään toimeentulotukihakemus velkaantumisen estämiseksi.

si.”(P78)

Kuukausia kestävä sairaalahoito voi aiheuttaa hankalan laskukierteen, kuten edellä oleva esimerkki osoittaa. Pitkäaikaishoidon maksua määrättäessä ei huomioida kaikkia potilaalla jo hoidon alkaessa olleita menoeriä, esimerkiksi omaan autoon liittyviä kustannuksia. Tilanne on hyvin hankala potilaan näkökulmasta ja myös sosiaalityön kannalta; esimerkiksi omaisuuden myymisen ehdottaminen ja toimeenpaneminen sairaalahoitajakson aikana on hyvin kyseenalaista. Edellisen merkinnän potilaalle on kertynyt monia laskuja, joita hän on yrittänyt maksaa vähissä erin ja samalla tehnyt sopimuksia eräpäivien siirtämisestä tuonnemmaksi. Tekstissä sosiaalityöntekijä tuo esille oman epäilyksensä maksuohjelmien onnistumisesta ja kyselee potilaan mielipidettä edunvalvojasta. Useimmat haluavat pitää taloudelliset asiat omassa hallinnassaan niin pitkään kuin se suinkin on mahdollista.

Avustaessaan potilasta taloudellisten asioittensa hoitamisessa sairaalassa sosiaalityöntekijät ennakoivat ja arvioivat potilaan taloudellisen tilanteen kehittymistä ja erilaisten ratkaisujen vaikutusta potilaan talouteen.

”Taloudellinen tilanne: ...Näyttää siltä, että mikäli hoitomaksuun tehdään korotus ½ vuoden ajaksi taannehtivasti maksetun hoitotuen perusteella, tulee potilaan taloudellinen tilanne parissa kuukaudessa kestävämmäksi.”(P56)

Pitkäaikaishoidon maksupäätökset tekee sairaanhoitopiirin talousjohtaja. Sosiaalityöntekijät voivat avustaa ja ohjata potilasta tekemään anomuksen pitkäaikaishoidon maksun tarkistamisesta määrättyä pienemmäksi. Pitkäaikaishoidon maksun määräämisperusteet perustuvat asiakasmaksulakiin. Maksun määräämiseksi potilaan on annettava tulokset, jossa tulojen lisäksi ilmoitetaan asumiskustannukset ja elatusvelvollisuus. Olemassa olevia kulutusluoton hoitokuluja ei säännönmukaisesti huomioida hoitomaksua vähentävänä tekijänä. Sosiaalityön käytännöissä tuttu ammatillinen harkinnanvaraisuus asettuu jännitteeseen asemaan suhteessa tiukasti määriteltuihin ehtoihin huomioitavista ja ei-huomioitavista menoista. Sosiaalityöntekijä joutuu punnitsemaan toimintaansa suhteessa potilaaseen ja oman organisaationsa ohjeistamiseen sairaalamaksuongelmia kohdatessaan.

”Taloudellinen tilanne: Potilas kertoi, että puolisollla on normaalit palkkatulot, joten ehkä toimeentulotukeen ei jää oikeutta. On menossa viikonloppuna kotilomalle, missä kehoitimme katsomaan lasku- ja taloustilannetta yhdessä puolison kanssa. Potilaan mukaan kaksi sairaalalaskua on tullut ja ilmeisesti ne ovat vielä maksamatta. Annoin tietoa mahdollisuudesta siirtää eräpäivää tarvittaessa ottamalla ajoissa yhteyttä sairaanhoitopiiriin laskutukseen.”(P122)

Vaikka psykiatrisen sairaalan hoitomaksu on alempi kuin yleissairauksien hoidosta perittävä maksu, aiheuttaa se suurehkona ennakoimattomana menoeränä vaikeuksia, koska usein sairastuminen aiheuttaa muita menoja ja joillakin tulojen pientymistä.

Yrjö Mattila (2011) on tutkinut Suomen terveydenhuollon kehityslinjoja ja terveystaloudellisten periaatteiden ja arvojen muutosta. 1990-luvun alussa toteutetun valtionosuusuudistuksen jälkeen on ilmennyt, että terveystaloudellisuudesta perittävät maksut vaikeuttavat erityisesti vähävaraisten vanhusten, mielenterveyskuntoutujien ja vaikeavammaisten tilannetta. Kuntien ja sairaanhoitopiirien käytäntö lähettää erääntyneet laskut ulosottoon, on aiheuttanut velka- ja ulosottokierteen syntymistä erityisesti vanhuksille ja mielenterveyspotilaille. Terveydenhuollon maksupolitiikka nykyisellään aiheuttaa eriarvoistumista, koska perittävät maksut vähimmäistuloilla eläville ovat niin suuria, ettei heillä ole varaa hankkia terveystaloudellisia palveluja. (Mattila 2011, 208,215–216.) Mattilan tekemiin päätelmiin voin tämän aineiston perusteella yhtyä.

7.7 Taloudellisten ongelmien kierre ja vaikeutuminen

Psykykkiseen sairastamiseen liittyy suuri taloudellisten ongelmien riski. Taloudellisten vaikeuksien taustalla on monenlaisia asioita; pitkäaikaista pienituloisuutta, puutteita taidoissa hoitaa raha-asioita tai sairauden aiheuttamien kustannusten suuruus epäsuhteessa tuloihin. Sosiaalityöntekijät tuovat potilaskertomuksissa esille syveneviä taloudellisia vaikeuksia, joita sairaalahoidossa olevien potilaiden kanssa vastaanotoilla yritetään selvittää. Aineistosta muodostamassani taloudellisten ongelmien teematiedostossa tuli selkeästi esille tiettyjen taloudellisia vaikeuksia kuvaavien sanojen toistuvuus. Käytin Word-tekstinkäsittelyohjelman etsi-toimintoa välineenä laskemiseen. Valitsemiani sanoja esiintyi seuraavasti: lasku 494 kertaa, velka 57 kertaa, ulosotto 50 kertaa, rästi 41 kertaa, maksamatta 34 kertaa, perintätoimisto 41 kertaa. Kyseisessä teematiedostossa oli noin 15000 sanaa. Sanojen toistuvuus teemakokonaisuudessa osoittaa mielestäni taloudellisten ongelmien vakavuutta. Poimimieni sanojen esiintymismääriä en ole potilaittain laskenut.

Teksteissä on tunnistettavissa kuvauksia potilaiden ahdistuksesta ja hädän tunteesta taloudellisiin asioihin liittyen ja toisaalta sosiaalityön hyvin rajalliset keinot lievittää ahdingossa olevan tuskaa. Maksuvaikeuksiin haettavista ratkaisuksista kirjataan perustiedot siinä laajuudessa kuin asian hahmottaminen sosiaalityön ammatillisesta näkökulmasta edellyttää.

”Puhelinkontakti: *Plas menossa parin viikon kuluttua koelomalle kotipaikkakunnalle, tarvitsee matkarahaa ja myös eläkeläiskortin jotta saisi alennukset bussiin. Soitettu edunvalvoja (–) ja sovittu että tämä lähettää srlan plastilille 100 euroa jolla voi hankkia eläkeläiskorttia varten tarvittavan passikuvan ja matkaliput. Lähettää myös eläkepääätöksen, jota tarvitaan kun haetaan kortti matkahuollosta.”*(P50)

Viikkoa myöhemmin potilaskertomus jatkuu seuraavalla tekstillä:

”Puhelinkontakti: *Edunvalvoja (–) soitti ja kertoi ulosoton vierailleen plaan edunvalvontatilillä, ulosmitattu 300 euroa joten edunvalvoja ei pysty siirtämään plaalle käyttö rahaa tai matkarahaa ennen kuin huhtikuun eläke maksussa. Sovittiin että kun plas on tehnyt koelomansa kotipaikalla, haetaan lippuja+kuittia vastaan korvaus sairaalalta ja siirretään se potilastilille. Jos miinusta kuitenkin potilastilille jää, hoidetaan se eläkepäivän jälkeen.”*(P50)

Merkinnöissä kerrotaan taloudellisessa ahdingossa olevan potilaan lomasuunnitelmien muutoksista ja uudelleenrakentamisista. Ulosottomies yllättää potilaan edunvalvojan ulosmittaamalla pankkitililtä, mikä uhkaa tehtyjen matkasuunnitelmien toteutumista. Suunnitellut kotilomat ovat potilaalle virkistävä hengähdystauko sairaalan käytännöistä ja rutineista. Niillä on merkitystä kuntoutumisen etenemisen seurannassa ja arvioinnissa. Potilaan kannalta on suuri pettymys, jos suunniteltu loma siirtyisi myöhempään ajankohtaan taloudellisista syistä. Aineistoesimerkissä sosiaalityöntekijä ja edunvalvoja sopivat erityisjärjestelyistä, joilla kotiloma pystytään toteuttamaan.

Pikavipeillä tehdyt hankinnat ajavat pienituloisia mielenterveyskuntoutujia velkakierteeseen, niiden helppo saatavuus toimeentulotukeen verrattuna on houkutteleva ratkaisumahdollisuus ostosten tekemiseen tai laskujen maksuun. Velkakierteen syntyminen ei koske ainoastaan vähimmäistuloilla eläviä potilaita. Psykykkiseen sairastamiseen voi liittyä toivotomuutta ja keinottomuutta hoitaa asioita itse tai kynnyks avun hakemiseen voi olla korkea. Kierteen syvetessä vaakalaudalla on asumisen, työn ja pahimmillaan elämän jatkuminen.

”Taloudellinen tilanne: *Reissulla käyttänyt tililtään viimeiset rahat n. 3 vkoa sitten. Mahdollisesta lopputilistä ei tietoa. Heinä-elokuun vuokrat, mahd. myös kesäkuun vuokra maksumatta. Arvelee vuokranantajan heittävän tavarat lähiaikoina pihalle. Vuokranantajan [yritysnimi poistettu] vuokranmaksuvalvontaan ei halua soittaa eikä kysyä asiaa. Syyksi sanoo, ettei jaksa kiinnostua. Ak:lle antaa kuitenkin luvan selvittää vuokranmaksutilannetta.*

Velkaantunut etenkin viimeisen vuoden aikana ja arvioi velkojen yhteismääräksi n. 40-50 te. Vielä viime syksynä järjesteli kulutusluottojaan ottamalla muutaman tuhannen euron pankkilainan ja maksamalla pois pienempiä korkeakorkoisia luottoja. Sen jälkeen ottanut

lisää pikavippejä. Syytä velkaantumiseensa ei osaa sanoa. Velkaneuvontaan ei ole ollut yhteydessä, koska sanoo itselleen olevan vaikeaa pyytää apua. Mahd. myöhemmin mieli-alan hieman kohennuttua otetaan yhteyttä velkaneuvojaan. Nyt ei jaksa mitään asioita hoi-taa tai niistä kiinnostua.”(P103)

Potilaat keskusteleivat sosiaalityöntekijöiden kanssa taloudellisista monenlaisista taloudel-lisista paineistaan. Keskusteluissa mietitään keinoja, miten taloudellista tilannetta voisi helpottaa.

”Taloudellinen tilanne: *Keskusteltu potilaan ja omahoitajan [sukunimi poistettu] kanssa potilaan taloudellisesta tilanteesta, minkä potilas kokee hyvin tiukkana. Hänellä on oma-kotitalostaan kuukausittain maksettavaa velkaa ja lisäksi elatusmaksua 4 lapsesta. Uskoo, ettei velkaeriä saa pienemmäksi neuvoteltua tai muuta helpotusta asuntolainan lyhennyk-siin; aiemmin neuvotellut maksuista pankin kanssa. Elatusasioissa oltiin Kelaan yhteydes-sä.”(P128)*

Terveysosiaalityön rooli potilaan asioissa suhteessa sosiaalihuollon aikuissosiaalityöhön näyttäytyy neutraalina ja potilasta kuuntelevana ja tukevana neuvottelijana. Terveysten-huollon organisaatioissa toimivat sosiaalityöntekijät eivät voi tehdä toimeentulotukiasiois-sa muuta kuin neuvotella potilaan eduksi tai laatia suosituslausuntoja toimeentulotukiha-kemusten liitteiksi kohdatessaan umpikujamaisia taloudellisia tilanteita.

”Sosiaalinen tilanne: *Potilas hakeutui .. [päivämäärä] ak:n luo taloudellisen tilanteen ja asumisasioiden selvittämiseksi. Potilaalla laskut ovat kasaantuneet ja hän pohti asun-tonsa irtisanomista välittömästi, koska koki ettei vuokrasta pysty selviytymään. Hakenut toimeentulotukea (–) [kotipaikkakunnan] sosiaaliasemalta, mistä marraskuun osalta tullut hylkäävä päätös, mutta ehkäisevänä toimeentulotukena maksettu osa sairaalalaskusta. Joulukuulle myönnetty toimeentulotukea. Toimeentulotukipäätöksessä harkinnalla huomi-oitu 12/10 potilaan toimeentulotuen reunaehtoihin nähden ylikallis vuokra ja kehoitettu hakeutumaan edullisempaan asuntoon. Potilaalla ei kuitenkaan ollut suunnitelmaa, mihin menisi asumaan jos asunnon irtisanoo.*

...

Potilas kertoi, että taloudellinen tilanne tuntuu toivottomalta. Hän on tottunut asiansa hoi-tamaan ja tuntuu kauhealta, kun laskut nyt kasaantuvat, eivätkä rahat riitä. Työssä (–) [yrityksessä] hän on kertomansa mukaan ollut viimeksi heinäkuussa 2010 ennen jäämis-tään sairauslomalle ja tuloja sieltä on tullut viimeksi syyskuussa. Vanhemmat ovat avusta-neet [potilasta] taloudellisesti, mutta he ovat hänen mukaansa sanoneet, etteivät enää avusta. Potilas kertoi, ettei hänellä juuri ole ylimääräisiä menoja, mistä voisi luo-pua.”(P162)

Esimerkissä mielenterveyspotilaan taloudellinen ahdinko näyttää sietämättömältä, sairaa-lahoidossa hän näkee ainoaksi vaihtoehdokseen irtisanoa asuntonsa vuokrasopimuksen, että saisi laskukierteen hallintaansa. Esimerkki kuvaa tilannetta, jossa henkilö on ollut työssä ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen tulot ovat romahtaneet. Toimeentulotu-

kipäätöksessä potilaalta edellytetään halvempaa asumisratkaisua. Edullisen hintaluokan pienen vuokra-asunnon hankkiminen ei nykyisessä asuntotilanteessa ole kaupungeissa helppo ja nopea toimenpide. Tekstissä kuvattu toimeentulotukipäätöksen sisältö paljastaa sosiaalihuollon sosiaalityön puutteellista paneutumista toimeentulotuen hakijan kokonaistilanteeseen, mikä heijastuu sairaalan sosiaalityöhön. Potilaan kannalta tilanne on kohtuuton, mikäli hänelle toimeentulotukipäätöksessä ei anneta järjestelyaikaa halvemman asunnon hankkimiseen etenkin, kun hän on sairaalahoidossa.

Lyhytaikaista ja äkillistä toimeentulotuen tarvetta syntyy erityisesti erilaisissa elämän kriisi- ja muutostilanteissa, jotka voivat horjuttaa taloudellista tilannetta. Toimeentulotukipäätöksiä tehtäessä nämä tilanteet tulisi tunnistaa riittävän hyvin ja joustaa normirajoista tarpeenmukaisesti. Kelan julkaiseman tutkimuksen mukaan kuntien käytännöissä hyväksyä tilapäisesti normit ylittävät menot on vaihtelua. Yksilöllistä tarveharkintaa edellyttävissä toimeentulotuen päätöksissä kansalaiset asettuvat täten eriarvoiseen asemaan asuinkunnasta riippuen. 2000-luvun suuntauksena on enenevässä määrin ollut siirtyminen kirjalliseen asiointiin toimeentulotukiasioissa ja suuri osa hakemuksista on siirtynyt etuuskäsittelijöiden päätettäväksi. (Heinonen 2010, 11, 40, 42.) Aikuissosiaalityötä tarvitaan edelleen laskennallisen ja mekaanisen etuuskäsittelyn lisäksi.

7.8 Edunvalvonta selviytymistä tukemassa

Noin joka toisessa aineiston kertomuksessa esiintyi edunvalvontateema. Kaikkiaan 33 potilaan kertomuksen merkinnöistä kävi ilmi, että edunvalvoja on määrätty jo aiemmin ja runsaassa neljänneksessä kertomuksista (42/153) käsiteltiin edunvalvonnan tarpeen arviointia ja edunvalvojan määräämiseen liittyvää prosessia.

Edunvalvontaa koskevat merkinnät voi jakaa seuraaviin asiakokonaisuuksiin:

- tieto siitä, että potilaalla on edunvalvoja, edunvalvojana toimivan henkilön nimi ja yhteystiedot
- arvio potilaan edunvalvonnan tarpeesta vaihtelevasti eri näkökulmista: potilaan oma näkemys, omaisen arvio, aikuissosiaalityön, lääkärin, hoitoryhmän tai sosiaalityöntekijän arvio
- edunvalvojan hakemis- ja määräämisprosessia koskevat merkinnät

- edunvalvojan kanssa käydyt neuvottelut ja tehdyt sopimukset, potilaan itsensä tai sosiaalityöntekijän yhteydenotot: käyttövarat, hankinnat, siirtymiset sairaalaan tai avohoitoon, asumiseen liittyvät ratkaisut, omaisuuden hoitoon liittyvät asiat, taloudelliseen tilanteeseen ja velkoihin liittyvät asiat

Holhoustoimilain 8 §:n mukaan täysi-ikäiselle voidaan määrätä edunvalvoja, mikäli hän sairauden, henkisen toiminnan häiriintymisen, heikentyneen terveydentilan tai muun vastaavan syyn vuoksi ei kykene valvomaan etuaan tai huolehtimaan itseään tai varallisuuttaan koskevista asioista (Holhoustoimilaki 442/1999). Holhoustoimilainsäädäntöä uudistettaessa poistettiin lain terminologiasta leimaavia käsitteitä kuten holhottava, joka korvattiin päämies-termillä. Holhoustoimilain periaatteiden mukaan päämiehen toimintakelpoisuutta rajoitetaan vain siinä määrin kuin se on välttämätöntä. Päämies saa edelleen päättää henkilökohtaisista asioistaan, vaikka hänelle on määrätty edunvalvoja taloudellisten asioiden hoitoon. (Oikeusministeriö 2002.) Aineistossa merkinnät edunvalvonnasta edustavat pääsääntöisesti taloudellisiin asioihin määrättyä tai haettavaa edunvalvontaa. Sisällöllisesti edunvalvontaa koskevat merkinnät painottuvat taloudellisiin asioihin.

Sähköisessä potilaskertomus Efficassa perustietonäkymässä⁶ on paikka edunvalvontatiedon merkitsemiselle. Kun edunvalvoja merkitään potilaan asiainhoitajaksi, lähetetään sairaalalaskut automaattisesti edunvalvojan osoitteeseen. Sosiaalityön potilaskertomusmerkinnöissä tieto edunvalvonnasta on tärkeä lähtökohta, koska edunvalvontamääräys ohjaa potilaan taloudellisten asioiden hoitoa, joista vastaa edunvalvoja päämiehensä osalta. Tähän perustuen tieto edunvalvojasta kirjataan myös sosiaalityön potilaskertomustietoihin. Jatkuvassa potilaskertomuksessa edunvalvontaa koskevan tiedon näkyvyydessä ja löydettävyydessä on kehitettävää, koska tähän mennessä ei ole yhtenäistä käytäntöä siitä, minkä otsikon alle alle tieto edunvalvojasta laitetaan.

”Sosiaaliturva: Potilas on kuntoutustuella 30.6.08 saakka ja saa lisäksi korotettua hoitotukea ja eläkkeensaajan asumistukea. ... Potilaalla on yleinen edunvalvoja (–)(puh. 999) ja edunvalvontasihteerinä (–) (puh. 888).”P25

”Nykytilanne: Potilas tullut sairaalahoitoon 2.4.07 B1-lähetteellä osastolle (–) siirtyen sieltä osastolle (–). Potilas asuu yksin (–) [paikkakunnalla] vuokra-asunnossa, johon on tullut palvelukoti (–)[B:sta] noin 1.5. vuotta sitten. Palvelulukoti (–) [B:en] muuttanut pal-

⁶ Perustietonäkymä sisältää potilaan henkilö- ja osoitetiedot, ammatti, kotipaikkakunta. Tietoihin on mahdollista merkitä lähin omainen, edunvalvoja ym.

velukoti (–) [A:sta]. Potilaalla on 9-vuotias lapsi, joka asuu isänsä luona. Viime aikoina potilas ei huonontuneen voinnin vuoksi lastaan ole juuri tavannut asunnollaan, tapaamisia olleet potilaan äidin luona naapuripaikkakunnalla. Potilas on pysyvästi työkyvyttömyyseläkkeellä. Lääkeiden erityiskorvaavuus on myönnetty toistaiseksi. Edunvalvojana toimii yleinen edunvalvoja (– –) (p. 999).

Oltu yhteydessä edunvalvontasihteeri (– –), jolle ilmoitettu sairaalahoidon alkaneen. Käyttövarat potilaan kotona ollessa maksetaan viikottain pankkitilille. Nyt sairaalahoidon aikana käyttövara 20e/viikko.” P166

Aineistonäytteet edustavat esimerkkejä sosiaalityöntekijän tekemän alkuvaiheen kartoituksen kuvauksesta. Ensimmäisessä näytteessä tieto edunvalvojasta on kirjattu sosiaaliturvatsikon alle samaan yhteyteen potilaan tulomuotoa koskevien tietojen kanssa. Toisessa esimerkissä lyhyeen yhteenvetoon on kerätty tietoa asumishistoriasta, perhetilanteesta, sosiaaliturvasta, edunvalvonnasta ja käyttövaroista. Edunvalvontaan liittyvää tietoa kirjataan monenlaisiin asiayhteyksiin, mikä voi vaikeuttaa tiedon löytämistä potilaskertomuksesta.

Käytäntönä on, että edunvalvojalle tiedotetaan potilaan sairaalahoidon alkamisesta. Yhteydenottoja tekevät joko potilas itse tai hoitajat ja sosiaalityöntekijät. Yhteydenotolla edunvalvojaan pyritään myös selvittämään huomioon otettavia käytännön asioita ja taloudellisia tekijöitä, joilla on vaikutusta hoidon aikana tehtäviin suunnitelmiin. Potilaan kannalta yhteydenotto on tärkeä myös käteisvaroista sopimiseksi sairaalahoidon aikana. Useimpien edunvalvonnassa olevien mielenterveyspotilaiden taloudellinen tilanne on tiukka ja edunvalvojalta tiedustellaan, missä määrin potilaalla on käytettävissä käteisvaroja ollessaan sairaalassa. Käteisvarojen määrän kirjaaminen potilaskertomukseen on ristiriidassa normaalisuus-periaatteen kanssa, toisaalta tietoa tarvitaan ohjattaessa potilasta rahankäytössä. Tekstit sisältävät runsaasti mainintoja erilaisista rahasummista ja muistiinpanoja potilaan henkilökohtaisesta laskuliikenteestä ja ostostarpeista. Suurin osa potilaskertomukseen kirjatuista neuvotteluista, sopimuksista ja tiedonvälityksestä edunvalvojien kanssa liittyy kiinteästi potilaan taloudellisiin resursseihin selviytyä jokapäiväisistä tarpeista.

”Nykytilanne: Potilaan edunvalvojaan otettu yhteyttä ja ilmoitettu sairaalahoidosta. Edunvalvonta määrätty määräajaksi pp.kk.vv saakka mutta potilas edunvalvojankin mielestä tarvitsee sitä myös jatkossa. Lääkärin kanssa pohdittu myös laajennetun edunvalvonnan tarpeellisuutta koska potilaan asumiseen on liittynyt vaikeuksia (jatkuva reissaaminen ja yksin asumisen vaikeus). Tehty nyt maistraatille ilmoitus edunvalvonnan tarpeen jatkumisesta ja laajennetun edunvalvonnan tarpeesta. Käyttörahaa edunvalvoja laittanut tälle viikolle 20 euroa potilastilille ja ensi viikon alussa otettava yhteyttä edunvalvontasihteeriin ja sovittava jatkosta. Edunvalvoja osallistuu mielellään hoitoneuvotteluihin.”(P167)

”Asuminen:... Siivousavun hakemista miettii vielä. Kysyttävä ensin myös edunvalvojalta, onko siihen varaa (edunvalvontaan ei nyt muuton vuoksi ole saanut soitettua tällä viikolla).”(P25)

Edunvalvonnan tarpeellisuuteen liittyviä merkintöjä on tehty eri arvioitsijoiden näkökulmasta. Potilaan itsensä esittämiä arvioita on kirjattu siinä vaiheessa, kun hänen kanssaan on keskusteltu edunvalvonnasta tai suositeltu sitä hänelle. Potilaan esittämä mielipide on kirjattu yksiselitteisesti, potilas joko hyväksyy ajatuksen edunvalvojan hakemisesta ja allekirjoittaa itse hakemuksen tai suhtautuu siihen kielteisesti. Edunvalvontaan liittyvä potilaan esittämä mielipide tulee teksteissä selkeästi näkyville.

”Taloudellinen tilanne: Potilas kertoo kuntoutustukeen sekä vuokraan tulleen pienet korotukset. Tarkistettu laskutuksesta, ettei uutta pitkäaikaismaksupäätöstä tarvitse tehdä. Potilaan kotiutumista suunnitellaan, kotikuntoutus on myönnetty aikuispsykiatrian kautta. Potilas innostunut myös klubitalon käynneistä. Keskusteltu edunvalvojan hankinnasta, tätä potilas vastustaa, koska haluaa vastuun säilyvän itsellään asioidensa hoidosta.”(P13)

Merkinnöissä on tietoja sosiaalityöntekijän tekemistä kartoituksista ja arvioinneista edunvalvonnan tarpeellisuudesta potilaan tilanteessa. Potilaan mielipide ja sosiaalityöntekijän asiasta tekemät selvitykset esitellään rinnakkain. Potilaan käsityksiä edunvalvontapalveluista on kirjattu näkyville, seuraavassa esimerkissä sosiaalityöntekijä kommentoi potilaan käsityksiä ja esittää arvion potilaan epäluuloisuudesta, jota hän todentaa kirjaamalla potilaan kertomia ajatuksia rahojen katoamisesta.

”Nykytilanne: Potilas tullut sairaalahoitoon M1⁷-läheteellä 23.3.08 [päivämäärä muutettu]. Potilaan kanssa keskusteltu mm. edunvalvojan tarpeen arvioimiseksi. Potilas katsoo ettei hänellä ei ole tarpeellista määrätä edunvalvojaa. Hoitaa raha-asiansa itse ja äidin kanssa. Kertoo maksaneensa kaikki sairaalalaskut, tämä varmistettu myös laskutuksesta, laskut maksettu aina ajallaan jopa ennen eräpäivää. Tämän vuoksi arvioin, ettei edunvalvojaa ole tarvetta hakea taloudellisten asioiden hoitamiseksi Potilaalla on epäluuloisia ajatuksia viranomaisia kohtaan esim. kertoo säästäneensä jonkin verran rahaa tililleen, rahat ovat kuitenkin katosivat kun hän haki asuntoa (–)[paikkakunnan] asuntotoimistosta. Uskoo asuntotoimiston työntekijöiden tietokoneella siirtäneen rahat pois tililtään. Myös sairaalassa on rahat kadonneet silloin kun on niitä tallettanut kanttiinikirjalle, epäilee että rahat varastettu. Muiden potilaiden on kullut kertovan edunvalvojistaan; ne vievät rahat ja myyvät omaisuudet. Tämän vuoksi ei halua edunvalvojaa.”(P37)

⁷ M1-lähete on lähete psykiatriseen arvioon (se ei ole määräys pakkotoimiin tai tahdosta riippumattomaan hoitoon). M1-lähetettä tarvitaan kun potilas ei suostu vapaaehtoisesti psykiatriseen arvioon tai potilaan mielipide arvioon menosta vaihtelee. M1-lähetteessä potilaalla epäillään psykoositasoista häiriötä, epäily riittää, varma diagnoosi ei tarvitse olla.(www.kaypahoito.fi)

Katkelmassa sosiaalityöntekijä on potilaan kanssa samaa mieltä siitä, että potilas ei tarvitse edunvalvojaa taloudellisten asioitten hoitamiseen. Yksityiskohtaisesti kuvattu potilaan epäluuloisuus viestittää lukijalle yhdestä potilaan oireesta, joka tulee osata ottaa huomioon hänen kanssaan asioitaessa.

Omaiset voivat tehdä edunvalvontailmoituksen arvioidessaan, että läheisen taloudellisten asioitten hoitaminen ei häneltä itsenäisesti onnistu. Tilanne aiheuttaa joskus ristiriitoja potilaan ja omaisten välille.

”Taloudellinen tilanne: Potilaan kanssa useaan otteeseen puhuttu raha-asioista. Kertoo poikansa tehneen edunvalvontailmoituksen potilaan ex-puolison painostuksesta. On siinä käsityksessä, että ex-puoliso on mustasukkainen ja siksi toiminut näin. Tällä hetkellä on itse tyytyväinen taloudelliseen tilanteeseensa. Tulot ovat n. 1200 e/kk ja ulosottoon menee n. 1/3 siitä. Lopuilla kertoo tulevansa hyvin toimeen. Ihmettelee sitä, mihin tarvitsee edunvalvontaa koska ulosotto ajaa saman asian. Kerrottu, ettei edunvalvonta ole ulosoton korvaava asia eikä toisinpäin. Kerrottu myös, että edunvalvonta varmistaa, että potilas saa vuokrat, terveydenhuoltomenot ja ruokakulut maksetuiksi mutta potilaan mielestä tätä ongelmaa ei ole. Kuitenkin samalla tapaamiskerralla kertoo laskeneensa, että hänellä on varaa vain noin kolmen viikon kuntoutukseen. Kertoo myös, että kirjastosta lainattuja cd-levyjä on hukassa n. 1000 euron edestä. Erittäin jyrkästi vastustaa edunvalvontaa.”(P96)

Sosiaalityöntekijät pyrkivät perustelemaan merkinnöissään edunvalvojan tarpeellisuutta jokapäiväisen elämän turvatumalla sujumisella ja toisaalta nostetaan esille potilaan edunvalvonnan vastustamisessa ilmeneviä ristiriitaisuuksia hänen ajankohtaiseen taloudelliseen tilanteeseensa suhteutettuna. Merkintöjä voidaan käyttää lähdemateriaalina, mikäli joudutaan tekemään maistraatille edunvalvontailmoitus.

Kun edunvalvontahakemus tai -ilmoitus laitetaan vireille sairaalahoidon aikana, tekevät sosiaalityöntekijät siitä merkintöjä potilaskertomukseen siinä määrin kuin ovat asian valmistelussa mukana. Holhoustoimilain mukaan edunvalvontailmoitus voidaan tehdä salassapitovelvollisuuden estämättä, mikäli on ilmeistä, että potilas tarvitsee edunvalvojan (Holhoustoimilaki 91§).

”Edunvalvonta: Eilisessä hoitoneuvottelussa otettiin Aatun kanssa puheeksi edunvalvojan hakeminen, johon hän suhtautui myönteisesti. Kerrottu Aatulle edunvalvonnan perusasioista ja tänään vastaanotolla annettu asiaa koskevat esitteet. Aatu tuonut esille, että ei itse ole muistanut hoitaa laskujaan, esim. edellisen asunnon menetti vuokrarästien perusteella, kun ei muistanut maksaa vuokrien omavastuuosuuksia. Tähän saakka isä on pääsääntöisesti avustanut Aatua laskujen maksuliikenteessä hoitamalla Aatun asioita nettipankin kautta. Hoitoneuvottelussa keskusteltu, että Aatun itsenäistymistä edesauttaisi se, että alkaisi neuvotella raha-asioitten hoitamisesta perheen ulkopuolisen henkilön kanssa. Käsitykseni mu-

kaan myös asunnon saannissa edunvalvoja on helpottava tekijä, koska Aatulla on maksuhäiriömerkintöjä. Aatu suhtautunut myönteisesti edunvalvojan hakemiseen ja täytetty hänen kanssaan hakemus maistraatille. hakemuksen liitteeksi pyydetään lääkärin lausuntoa. Potilas antaa luvan allekirjoittaneelle olla puhelinyhteydessä isäänsä em. hakemusten viireillepanon selvittämiseksi.”(P94)

Aineistoesimerkissä kuvataan potilaan ongelmia, joilla perustellaan edunvalvonnan tarpeellisuutta. Potilas on kertonut, ettei hän itse ole muistanut maksaa laskujaan, jonka seurauksena hän on joutunut asunnottomaksi. Maksuhäiriömerkinnät vaikeuttavat asian korjaantumista. Lisäksi esimerkissä otetaan kantaa potilaan itsenäistymistarpeeseen primaari-perheestä. Potilaan kanssa ollaan yhteisymmärryksessä edunvalvonnan tarpeesta ja hän on itse allekirjoittanut edunvalvontahakemuksen maistraatille.

Edunvalvontahakemuksen tai – ilmoituksen käsittelyprosessissa maistraatista järjestetään kuulemistilaisuus henkilölle, jolle haetaan edunvalvojaa. Sairaalahoidon aikana sosiaalityöntekijä on tarvittaessa potilaan kanssa kuulemistilaisuudessa tai järjestää mahdollisuuden kirjallisesti tai puhelimitse annettavaan lausumaan. Merkintöjä on tehty kuulemistilaisuuksien järjestämisestä ja niistä tiedottamisesta potilaalle.

”Tieto: *Maistraatin kuulemiskirje edunvalvonta-asissa tullut tänään. Potilas saneli vastineensa kirjeeseen ja ak kirjoitti sen tietokoneella puhtaaksi.” (P2)*

”Nykytilanne: *... Saanut maistraatista kirjeen, jossa pyydetty potilaan kirjallista tai puhelimesta tapahtuvaa kuulemista liittyen edunvalvotailmoitukseen. Potilas kuitenkin vain tarkistanut kuulemisen viimeistä päivämäärää, joka on 9.11.09. Useaan otteeseen tällä viikolla muistutettu potilasta tästä kuulemisasiasta ja tarjottu mahdollisuutta puhelinsoittoon. Potilas ei kuitenkaan ole halunnut soittaa eikä tehdä kirjallista lausumaa vaan on kertonut menevänsä maistraattiin henkilökohtaisesti vaikka useaan otteeseen ilmoitettu potilaalle ettei tämä ole mahdollista.”(P15)*

Katkelmat kuvaavat sosiaalityön pyrkimystä mahdollistaa potilaan oman kannanoton esittäminen tarpeestaan edunvalvontaan. Jälkimmäinen esimerkki osoittaa, että ajankohtaisten toimintamahdollisuuksien hahmottaminen voi olla potilaalle hyvin haasteellista. Oman oikeusturvansa näkökulmasta sosiaalityöntekijä on potilaskertomukseen kirjannut, että on tarjonnut potilaalle mahdollisuutta esittää kannanottonsa. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi potilaan oman mielipiteen näkyminen edunvalvonta-asioissa on hyvin tärkeä.

8 YHTEISKUNNALLISEEN OSALLISUUTEEN TUKEMINEN

Määritelmä terveysosiaalityön tehtävistä on laaja-alaisuudessaan ja sanamuodoltaan mielenkiintoinen. Mitä kaikkea voi sisältyä ammatillisiin tehtäviin vaikuttaessa yksilön tai perheen elämäntilanteeseen siten, että yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisi mahdollisimman häiriöttömästi sairaudesta huolimatta? Arvelen, että tavallisimmin yhteiskunnallinen osallistuminen liitetään poliittisen ryhmän jäsenyyteen tai äänestyskäyttäytymiseen. Henkilötietolain mukaan osallistumista poliittiseen toimintaan ei voi potilaskertomuksissa käsitellä, koska kyseinen tieto on arkaluonteista ja eikä ole välttämätöntä terveydenhuollon asiayhteyksissä. Terveysosiaalityössä liitän yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja osallistumiseen yhteyden ja mahdollisuuden työelämään, koulutukseen, järjestötoimintaan, harrastuksiin ja muuhun itsensä toteuttamiseen erilaisissa yhteisöissä. Näkemykseni mukaan edellä mainitut toiminnot potilaskertomuskontekstissa kuvaavat parhaiten yksittäisen ihmisen tapoja ja mahdollisuuksia liittyä yhteiskunnan toimintoihin.

Tutkimuksen alussa käsittelin mielenterveyspotilaiden asemaa marginaalissa, mikä tähän saakka on usein tarkoittanut työelämän ja koulutuksen ulkopuolelle jäämistä ja sosiaalisten kontaktien niukkuutta. Ymmärrykseni mukaan terveysosiaalityön tehtävässä on asetettu odotuksia vaikuttamiselle tällä osa-alueella.

Potilaskertomusmerkinnöissä yhteiskunnallisen osallisuuden tukemista käsittelevät merkinnät jäivät määrällisesti huomattavasti vähäisemmiksi verrattuna sosiaaliturvaan ja muihin taloudellisiin asioihin tai asumiskysymysten käsittelyyn. Tämä tutkimus ei tuota vastauksia siihen, miksi psykiatrisessa sairaalassa hoidossa olevien potilaiden työhistoriasta, koulutustaustasta tai suunnitelmista näissä kysymyksissä kirjoitetaan sosiaalityössä vähän. Harrastuksista tai osallistumisesta yhteisöjen toimintaan kirjoittaminen on vielä harvinaisempaa, niistä kerrotaan yksittäisissä kertomuksissa lyhyinä mainintoina. Mielestäni tämä on kuntouttavalle sosiaalityölle haaste ja kehittämistehtävä psykiatrisessa toimintaympäristössä. Millä tavalla voidaan pitää yllä ajatusta mahdollisuudesta käyttää erilaisia kuntoutuspolkujen vaihtoehtoja työelämään, kouluttautumiseen tai mielekkääseen toimintaan osallistumiseen, mikäli perustietoja näistä asioista kirjata potilaskertomukseen?

Valtiontalouden tarkastusviraston laatimassa Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus-tuloksellisuustarkastuskertomuksessa (2009) esitetään kriittinen näkökulma

lääketieteellisen näkökulman painottumiseen mielenterveysasioissa. Kritiikin mukaan lääketieteellisen näkökulman painottumisesta seuraa, että asumiseen, tukityöllistymiseen, oikeuksien neuvontaan ja kuntoutukseen liittyviä palveluja on vähän tai ei ollenkaan. Yhteistyökumppaneilta taas puuttuu kuntouttava näkökulma tai työote. Medikaalisen näkökulman korostumista pidettiin syynä lääkitysten ja pitkien sairauslomien aloittamiseen tilanteissa, joissa potilas saattaisi tulla autetuksi psykososiaalisella tuella. (mt. 2009,32, 72.) Sosiaalityöllä omalta osaltaan olisi luonteva rooli ottaa esille työelämään ja koulutukseen osallisuuden kysymyksiä ja täten vahvistaa mielenterveyspotilaiden yhteiskunnallista integraatiota.

8.1 Opiskelu ja koulutustausta potilaskertomuksissa

Koulutusteemaan liittyviä asioita oli käsitelty hieman runsaassa neljänneksessä (40/153) potilaskertomuksista. Aiheen käsittelyn laajuus on potilaskertomuksittain vaihtelevaa eikä siinä ole tunnistettavissa toistuvaa käsittelymallia. Maininta suoritetusta koulutuksesta tai ammattitutkinnosta löytyi 18/153 potilaskertomuksesta. Merkintöjä meneillään olevasta opiskelusta löytyi 15 henkilön kertomuksesta. Ajankohtaisesta opiskelusta ei systemaattisesti ole esimerkiksi tietoja siitä, mitä oppiaineita tai tutkintoa potilas on suorittamassa, vaan kerrotaan ainoastaan oppilaitos, missä hän on kirjoilla tai vain opiskelupaikkakunta. Merkinnoista ei aina käy ilmi, onko meneillään oleva opiskelu päätoimista. Muutamassa tapauksessa on tehty merkintä opintojen keskeytymisestä jossakin elämän vaiheessa tai kerrotaan, ettei potilaalla ole peruskoulun lisäksi muuta koulutusta. Joissakin teksteissä käsitellään potilaan toiveita ja suunnitelmia opiskeluun liittyen.

Ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien esille tuominen potilaskertomusmerkinnöissä on tärkeä sosiaalityön tehtävä, koska kouluttautumisen avulla (sen ollessa mahdollista) voidaan mielenterveyspotilaan osallisuutta yhteiskunnassa vahvistaa. Tämän aineiston perusteella on aiheellista käydä keskustelua sosiaalityön otteen terävöittämisestä kuntoutusmahdollisuuksien kartoittamisessa.

Potilaan koulutustausta saatetaan tuoda esille potilaan esitietotekstissä lyhyesti.

”Nykytilanne: Tullut sairaalaan M1-lähetteellä psykoottisuuden vuoksi. Koulutukseltaan merkonomi, tällä hetkellä työtön. Tulona kertoo olevan työmarkkinatuen, mutta ei muista, mihin saakka sitä on maksettu eikä sitä, missä te-toimistossa asioinut viimeksi. Antoi luvan selvittää asiaa Kelalta ja työvoimatstosta, sillä ei nyt vointinsa puolesta vielä itse jak-

sa.”(P89)

Merkintä on tehty sairaalahoidon alkuvaiheessa, jolloin sosiaalityöntekijä on kartoittanut potilaan tilannetta. Merkinällä sosiaalityöntekijä antaa potilaalle työttömän merkonomin profiilin. Sosiaalityön ammatillisesta näkökulmasta merkintä antaa viitteen siitä, että potilasta ei ole määritetty pitkäaikaisesti työkyvyttömäksi ja että hänen voimavaranaan on opistotasoinen koulutus. Sairalahoidon alkuvaiheessa ei ole tarkoituksenmukaista tehdä kattavia koulutushistorian selvityksiä, koska potilaan vointi ja keskittymiskyky asettavat omat rajoitteensa selvitysten tekemiselle.

Aineiston 9/153 kertomuksesta löytyi merkintä, että potilas ei ollut peruskoulun jälkeen suorittanut muuta koulutusta. Osassa näistä kertomuksista oli mainittu, että potilas oli peruskoulun jälkeen aloittanut opiskelun, mutta se oli jäänyt kesken. Potilaiden esittämiä näkemyksiä koulutuksen keskeytymiseen johtaneista tekijöistä löytyy joistakin merkinnoista.

”Koulutus: Potilas kertoo suorittaneensa peruskoulun, jonka jälkeen meni lukioon. Arviomukaan 1.luokalla vielä jaksoi lukea ja keskittyä kouluun, toisella luokalla jätti koulun kesken. Sen jälkeen aloitti ammattikoulussa [...] linjalla. Kävi ammattikoulua 1½ vuotta, mutta keskeytti opiskelun toisena vuonna, silloin kertyi paljon poissaoloja ja nyt arvioi, ettei opiskeluala vastaa omia toiveita ja odotuksia.

Yleisellä tasolla kerrotaan potilaalle, että sairastuminen ei opiskelusuunnitelmien este ole, vaan siinä vaiheessa kun vointi mahdollistaa koulutukseen osallistumisen, on ajankohtaista selvittää ammatillisen kuntoutuksen kautta järjestettävä sosiaaliturva siten, että ei opintolainaa tarvitse opiskeluihin ottaa.”(P25)

”Koulutus:... (–)[potilas] kertoi koulutustaustastaan seuraavaa. Vuonna 2006 hän valmistui lukiosta ja lähti syksyllä opiskelemaan puutarha-alaa (–) [paikkakunnalle].

Opiskelut alkoivat kyllästyttää ja ajatukset muuttuivat ja hän vaihtoi samassa oppilaitoksessa asiakaspalvelun ja markkinoinnin linjalle, josta valmistui myyjäksi keväällä 2008. Myös kavereita oli ko. linjalla. Valmistumisen jälkeen jälkeen (–) [potilas] jäi (–) [opiskelupaikkakunnalle]. Kuvasi tilannetta, ettei oikein ollut töitä ja teki ”pätkätöitä ja talkoohommia”. Kahvilassa teki sijaisuuksia tarvittaessa, missä kertoi viihtyneensä. Kesää (–) [potilas] kuvasi hankalaksi; mm. kämppäkaveri pohti elämäänsä ja ”päätoksenteon vaikeus tarttui”. Vuonna 2008 syksyllä (–) [potilas] aloitti puutarha-alan opinnot uudestaan, mistä olisi nyt valmistunut vuoden opiskelun jälkeen. (–) [potilas] kertoi, ettei jaksanut käydä koulua. Koki opinnot tylsiksi ja hankaliksi ja jäi helposti sänkyyn makaamaan. (–) [potilas] kertoi, että syyskuun puolivälissä hänen isänsä joutui hakemaan hänet pois ja hän palasi asumaan vanhempien luo. (–) [potilas] kertoi tällöin kärsineensä uniongelmistä ja itsetuhoisista ajatuksista, eikä pystynyt tekemään päätöksiä. (–) [potilas] kertoi, että kotonakin oli ”kaoottista” aikaa useita kuukausia.”(P165)

Edeltävien aineistoesimerkkien kautta välittyy kuva nuorten potilaiden opiskeluiden käyntiin lähtemiseen ja sujumiseen liittyvistä vaikeuksista. Molemmat edeltävien esimerkkien

potilaat ovat kertoneet sosiaalityöntekijälle keskittymisvaikeuksista ja jaksamattomuudesta paneutua peruskoulun tai lukion jälkeisiin opintoihin. Kirjauksiin on sisällytetty potilaiden kertomina ahdistuneisuuden, aloitekyvyttömyyden ja jaksamattomuuden kokemuksia, joilla selitetään opintojen keskeytymistä ja haetaan ymmärrystä keskeytymiselle. Merkinnöissä kuvataan potilaan epävarmuutta ammatillisen uravalinnan suhteen. Teksteistä välittyy vaikutelma vuorovaikutustilanteista, joissa potilasta on kuunneltu.

Potilaan kuntoutumismahdollisuuksien kannalta aineistoesimerkit edustavat tärkeitä tietoja, joissa kiinnitetään huomiota tekijöihin, jotka ovat olleet koulutukseen osallistumisen esteinä. Niiden perusteella voidaan arvioida, millaista tukea potilas tarvitsisi jatkossa voidakseen osallistua koulutukseen. Esimerkeissä esteet näyttävät liittyvän ennen kaikkea psyykkisiin (yksilöllisiin) ongelmiin, jälkimmäisen esimerkin potilas tosin oli ollut työttömänä ensimmäisen ammattitutkinnon suoritettuaan, jolloin hän yritti jatkaa aiemmin aloittamiaan opintoja. Kuntouttavan sosiaalityön keskeinen tavoite luoda edellytyksiä omaehtoiselle selviytymiselle tarkoittaa esimerkiksi koulutukseen osallistumisen mahdollistavien väylien hakemista ja esille tuomista asiakaskastyössä (yhteiskunnallinen näkökulma). Sairaalahoidon aikana annettu tieto mahdollisuuksista opiskella jatkossa voinnin korjaannuttua rohkaisee ja tukee säilyttämään toiveet työelämään osallistumisesta. Potilaskertomukseen dokumentoituna tieto voidaan ottaa esille mahdollisissa myöhemmissä asiointitilanteissa, mikä voi johtaa uusien mahdollisuuksien tarkasteluun.

Mikko Mäntysaari viittaa artikkelissaan Spechtin (1995) esittämään kritiikkiin sosiaalityön suuntautumisesta psykoterapian keinoihin. Sosiaalityön psykoterapiaan painottunut työskentelytapa ei ole Suomessa niin yleistä kuin Yhdysvalloissa, siitä huolimatta on Mäntysaaren mukaan paikallaan muistuttaa sosiaalityön yhteiskunnallisesta missiosta. Sosiaalityöntehtävä on luoda paremman elämän edellytyksiä tukemalla ja tietoja jakamalla auttaessaan ihmisiä suoriutumaan sosiaalisista rooleistaan. Sosiaalisten ongelmien lievittämisessä tarvitaan yhteisöllisiä keinoja, kun taas psykoterapia keskittyy yksilökeskeiseen työskentelyyn (Mäntysaari 2006, 128–129). Koulutukseen osallistumisen mahdollistamisen selvittely on keskeinen kuntouttavan sosiaalityön tehtävä, jota sosiaalityön ei pidä unohtaa myös potilaan tulevaisuuden mahdollisuuksia luotsaavana toimijana. Käytännössä tämä tarkoittaa, että sosiaalityössä pidetään tarkastelun alla yhteiskunnan palveluja, joita potilaan tilanteessa voidaan ottaa käyttöön.

Aineiston potilaista n. 10 % oli opiskelijoita. Sairaalahoidossa sosiaalityöntekijä avustaa tarvittaessa potilasta yhteydenpidossa oppilaitokseen ja tukee sairausloman ilmoittamisessa koululle. Muutamissa potilaskertomuksissa oli merkintä puhelinsoitosta kuraattorille, opettajalle tai rehtorille. Yhteydenottojen sisällöt liittyivät opintojen jatkamiseen tai keskeyttämiseen ja opiskeluajan tukiverkoston rakentamiseen.

” **Koulutus:** Olimme potilaan kanssa molemmat asian tiimoilta hänen luokanvalvojansa ohjeesta yhteydessä em. koulukuraattoriin. (–)[Kuraattori] kertoi, että keskeyttämisen voi päättää aiemmin ja palata kouluun, jos se tulee ajankohtaiseksi. Käytännön kannalta keskeyttäminen on kuitenkin hyvä ratkaisu, kun hakee sairauspäivärahaa ja on pitempään poissa (ei esim. turhaan merkitä koko ajan poissaoloja). (–) [Kuraattori] toi myös esille, että Millan tilanteessa olisi hyvä pitää yhteinen palaveri, kun tietää milloin hän mahdollisesti aikoo jatkaa opiskelua. Sairaalaan olisi hyvä tulla palaveriin mukaan. Toin esille, että Millan tulevaisuudensuunnitelmia ja jatkohoitoa pohditaan yhdessä sairaalahoidon aikana ja myöhemmin selvinnee, mihin hän päättyy ja kenen olisi järkevää tulla mahdolliseen palaveriin mukaan. (–) [Kuraattori] kertoi, että opetusta on mahdollista yksilöllistää ja esim. aluksi voisi olla lyhyempi 4–6 tunnin koulupäivä. Tukea on saatavilla ja luokassa aloittaa tai on jo aloittanut rinnakkaisopettaja juuri vastaamaan erityisen tuen tarpeeseen. vaihtoehtoja, kun jaksaa ja nyt keskittyy hoitoon”(P171).

Merkintä neuvottelusta verkostoyhteistyötä koskien kuvaa eri organisaatioiden roolien määrittelyä potilaan tilanteessa; kuraattori esittää oppilaitoksen näkökulmasta tarpeen neuvottelulle, jossa voisi opintojen jatkamista suunnitella, tätä neuvottelua järjestelisi oppilaitos. Sosiaalityöntekijä tuo esille sairaalan roolin suuremman kokonaisuuden suunnittelija-osapuolena. Opiskelun jatkamiseen liittyvät päätelmät riippuvat siitä, mitä sairaalahoidossa potilaan kanssa suunnitellaan eli medikaalisella näkökulmalla näyttää olevan voimakas painoarvo tehtävissä ratkaisuisissa.

Psyykkinen sairastuminen voi joskus olla merkittävä vaikutin ammattialan vaihtamisessa. Seuraavassa katkelmassa sosiaalityöntekijä on kirjannut muistiin potilaan ajatuksia opiskelun aloittamisesta ja työpaikastaan luopumisesta.

”**Tiedoksi:** Potilas kertoo, että haluaa vaihtaa ammattialaa ja miettinyt alan vaihtoa jo puolitoista vuotta. Potilaalla tarkoitus hakeutua opiskelemaan jatkossa sosionomiksi Ammattikorkeakouluun tai Yliopistoon kasvatustalaa. Potilas kertoo, että hän aikoo irtisanoutua nykyisestä (–)[ammattinimike] työpaikastaan (–) [palveluorganisaatio]. Potilas suunnittelee, että pitäisi vuosiloman sairausloman jälkeen, jolloin ei tarvitsisi enää lainkaan mennä nykyiseen työpaikkaan. Potilaalla suunnitelmissa etsiä joku työharjoittelupaikka esimerkiksi päiväkodista ja arvioida työharjoittelun pohjalta uuteen koulutukseen hakeutumisesta.”(P155)

Ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtojen selvittäminen ja niistä tietojen antaminen potilaalle on terveys- ja sosiaalityön keskeistä tehtävää silloin, kun asia potilaan elämäntilan-

teessa on ajankohtainen. Potilas tarvitsee selkeätä tietoa eri ratkaisuvaihtoehtojen seurauksista ja niitä tulee potilaskertomukseen kirjata myös muiden ammattiryhmien käytettäväksi, jotka mahdollisesti potilaan kanssa aiheesta keskustelevat. Nämä tilanteet edellyttävät sosiaalityöltä ajantasaista tietoa ja asiantuntijuutta.

8.2 Osallisuus työelämään

Tutkimuksen aineiston perusteella on pääteltävissä, että valtaosa psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettavista henkilöistä on pitkäaikaisesti työelämän ulkopuolella. Koska osallisuutta työelämään ei ole potilaskertomuksissa systemaattisesti dokumentoitu, on mahdollista esittää vain suuntaa antavia arvioita. Aineiston potilaista vain 7 %:n (10/153) potilaskertomusmerkinnöistä löytyi tieto voimassa olevasta työsuhteesta. Merkintöjen mukaan yrittäjinä toimivia oli 5 % potilaista (7/153). Kahden potilaan kertomuksessa oli tieto lomautettuna olemisesta. Työttömänä työnhakijana potilaista oli välittömästi ennen sairaalahoidon alkamista ollut 12 % (18/153).

Potilaskertomuksiin tehtyt merkinnät työelämään osallistumisesta ovat suppeita. Niu-kimmillaan yhteys työelämään tai sen mahdollisuuteen tuodaan esille mainitsemalla potilaan ammatti. Tieto ammatista löytyi 18/153 kertomuksesta. Sen sijaan työhistoriasta, työn sisällöstä, työolosuhteista tai työhön liittyvistä voimavara- tai kuormitustekijöistä on kirjoitettu potilaskertomuksiin vähän.

Pitkäkestoisesta työsuhteesta kerrotaan kahta potilasta koskevissa merkinnöissä.

”Koulutus ja työhistoria: Potilaan kanssa keskusteltu myös hänen koulutuksestaan ja työpaikoistaan. Kertoo valmistuneensa kauppaoppilaitoksesta merkonomiksi. Työskennellyt nykyisessä työssään noin 10-vuoden ajan. Nykyinen ammattinimike on markkinointipäällikkö, työhön sisältyy kouluttamista ja myös myyntityötä. Aiemmin toiminut myös yrittäjänä 2-vuoden ajan. Kyseessä ollut [x]-niminen yritys, jossa ollut yrittäjänä kaverinsa kanssa. Yrityksen lopetti taludellisten vaikeuksien vuoksi ja tällä hetkellä kaikki yritykstä jääneet velat on maksettu. Nykyiseen työpaikkaan palaaminen sairausloman jälkeen mietityttää potilasta kovasti, mm. mitä kertoo tilanteestaan työnantajalle ja missä vaiheessa. On myös pohtinut voiko työnantaja irtisanoa hänet sairausloman aikana.”(P70)

Aineistoesimerkissä tulee lyhyesti kuvattuna esille erilaisia paineita, joita potilaalla on työhistoriansa aikana ollut ja lisäksi välittyy hänen huolensa, miten psyykkinen sairastuminen voi vaikuttaa hänen asemaansa työpaikalla ja suhteessa työnantajaan. Psyykkiseen sairastamiseen liittyy edelleen häpeää, jonka vuoksi siitä on vaikea puhua esimerkiksi esimiehelle.

le. Vaikeuteen liittyvät myös mielenterveysongelmiin ja sairastuneisiin kohdistuvat asenteet ja ennakkoluulot. Sosiaalityöllä on tehtävä tukea potilasta työelämään palaamiseen liittyvissä kysymyksissä ja on aiheellista selvittää, miten potilas saa näissä asioissa tukea avohoidossa.

Potilaan työsuhteisiin liittyvissä kysymyksissä sosiaalityöntekijän on oltava perillä ainakin siitä, mistä voi saada tietoa potilaan työsuhdelaainsäädännön alaisissa kysymyksissä, jotta osaa neuvoa potilasta. Seuraavassa aineistoesimerkissä asiat, joita on kirjattu potilaan kertomina, ovat hänen kannaltaan taloudellisilta vaikutuksiltaan suuria. Merkintä osoittaa sosiaalityön ammattitaidon moninaisia haasteita psykiatrisessa sairaalassa. Tulee osata ottaa huomioon potilaan oman toimintakyvyn ja jaksamisen edellytykset sairauden akuutissa kriisissä ja arvioitava, mitkä toimenpiteet ovat nopealla aikataululla välttämättömiä potilaan taloudellisten etujen kannalta. Lisäksi on otettava huomioon, miten potilaan mahdollista työelämäsidosta voidaan turvata ja varmistaa.

”Työ: Työskennellyt 9 v. [ammattimiehenä] - valmistavassa yrityksessä. Työpaikassa tullut lomautuksia ja nyt elokuussa ilmoitettu lomautuksen kestävän vuoden loppuun. Irtisanoutunut itse palauttamalla työavaimet ja toteamalla, ettei enää tule takaisin töihin. Sen jälkeen ei ole ollut työnantajaansa yhteydessä. Arvelee työsuhteen irtisanomisen astuneen voimaan, mahdollisesti postitse tullut jotain tietoa. Postiaan ei ole kuitenkaan nähnyt eikä postilaatikkoo ole kukaan tyhjentänyt. Työvoimatsoon ei ole ilmoittautunut.”(P103)

Potilaan työttömyyden merkitystä ajankohtaisen elämäntilanteensa kannalta ei käsitellä merkinnöissä siitä näkökulmasta, että siihen haettaisiin muutosta työllistymisen mahdollisuuksia ja edellytyksiä pohtien. Merkintöjen sisältöihin vaikuttavat organisaatioiden institutionaaliset tehtävät, työttömyystilanteeseen vaikuttaminen ei ensisijaisesti kuulu terveydenhuollon sektorille. Toisaalta potilaan kokonaistilannetta tarkasteltaessa työttömyys voi olla osatekijänä psyykkisessä pahoinvoinnissa. Potilaan työttömyysaika kuvaavia näkökulmia on kertomuksissa vähän, useimmiten työttömyys todetaan selvitetessä potilaan tulomuotoa ja todetaan lyhyesti.

”Esitiedot: Potilas on 24-vuotias [paikkakunnalla] asuva mies. Tullut osastohoitoon 15.2.08 osastolle 37. Nyt suunnitelmissa siirtyä nuorten aikuisten kuntouttavalle osastolle 41. Koulutukseltaan potilas on [ammattillinen perustutkinto], valmistunut vuonna 2006. Asuu yksin.

Sosiaaliturva: Potilaan on ollut ammattiin valmistumisestaan lähtien työttömänä, tulona työmarkkinatuki. Nyt sairauslomaa on kirjoitettu ajalle 15.2.-30.4, ja edelleen بلاسunnolla 30.08.08 saakka. Täytettiin sairauspäiväraha hakemus sekä toimeentulotukihakemus. Potilas kertoo käyvänsä kotonaan tänään ja tuo sieltä hakemukseen tarvittavia liitteitä. Kelalle on myös kirjoitettu lausunto 31.12.10 saakka erityisklorkorvattaviin lääkkeisiin (112).”(P102)

Merkintä työttömyyden kokemuksesta voi avata näkökulman potilaan toiveisiin, millaista muutosta hän odottaa elämäntilanteeseensa. Sairaalahoidossa on arvioitava psyykkisen sairastumisen vaatimaa toipumisaikaa ja – edellytyksiä. Seuraavasta merkinnästä välittyy potilaan toivomus mahdollisuudesta osallistua työelämään.

”Käynti: ...Potilas kuvaa että kesä mennyt makoillessa ja ollut masentunut. Harrastukset eli kävely ja muu liikunta sekä lukeminen jääneet. Potilas kertoo että on ollut töissä metalli ja puualalla, viimeeksi noin 3-4vuotta sitten. Potilas toivoo että löytäisi osa-aikatöitä, toivomus vaivannut. Potilas kertoo että käynyt päiväkeskuksessa hakemassa lääkkeitä kaksi kertaa viikossa, mutta muuten ei ole osallistunut toimintaan. Potilas kertoo että ei oikein pidä paikan passiivisesta ilmapiiristä. Rohkaistu kuitenkin ottamaan selvää ja kokeilemaan millaista toimintaa järjestetään.”(P117)

Potilaan toiveet työllistymisestä ja vaihtoehtona tarjoutuva päiväkeskuksen toiminta ovat sisällöllisesti kaukana toisistaan. Katkelma kuvastaa sitä todellisuutta, että organisaatiot huolehtivat omista tehtävistään ja potilaan ongelmien selvittelyn aikataulu määrittyy organisaatiolähtöisesti. Samanaikainen oleminen työvoimatoimiston asiakkaana ja psykiatrisen sairaalan potilaana on vaikea yhtälö. Potilasta kannustetaan tutustumaan päivätoimintakeskukseen, siihen ei sosiaalityöntekijä ota tekstissään kantaa, ovatko potilaan työelämätoiveet hänen arvionsa mukaan realistisia.

Jari Heinonen kuvaa työelämän ja sosiaalisten verkostojen ulkopuolelle jääneiden tai joutuneiden miesten tilannetta nyky-yhteiskunnassa vaikeaksi, koska harrastuksiin mukaan pääseminen tai sosiaalisten suhteiden kartuttaminen ovat riippuvaisia käytettävissä olevasta rahasta. Vastentahtoinen palkkatyön ulkopuolelle joutuminen on merkittävä sosiaalisen syrjäytymisen riski. Sosiaalinen syrjäytyminen tarkoittaa perheen, naapureiden tai ystävien muodostaman tukiverkoston vähittäin tapahtuvaa menettämistä. Maksutta voi mennä istuskelemaan kirjaston lukusaleihin, puiston penkeille ja asemien odotusauloihin. Uusien sosiaalisten suhteiden muodostumisen mahdollisuus jää näissä kohteissa sattumanvaraiseksi. Toimivat lähipiirin ihmissuhteet tai vaatimatonkin tukea antava yhteisöllisyys voivat auttaa selviytymään ahtaassa tilanteessa. (Heinonen 2006, 44–45, 254-255.)

Sosiaalityön tehtäväksi on määritelty ihmisten kannatteleminen vaikeiden elämänongelmien yli omaehtoista toimintakykyä ja elämänhallintaa vahvistamalla. Asiakkaiden vaikeat elämänongelmat jäävät selvittämättä, mikäli keskitytään vain taloudelliseen avustamiseen, jolloin sosiaalityön varsinainen tehtävä jää varjoon. Sosiaalityön ammatillinen asiantuntemus voi pitemmän päälle kärsiä uskottavuusongelmista, mikäli vaikeat elämäntilanteet

tulevat pintapuolisesti ohitetuiksi. On myös esitetty, että sosiaalityöntekijä-ammattikunnan naisvaltaisuus vaikeuttaa syrjäytyneiden miesten avun saantia, koska he eivät ole oppineet puhumaan arkisista asioistaan ja ongelmistaan naisammattilaisten edellyttämällä tavalla. (Heinonen 2006, 160–169; Raunio 2003, 210, 221.)

Potilaskertomusmerkinnöissä on mainintoja potilaan yritystoiminnasta. Joissakin kertomuksissa kuvattiin toimia, joita yrittäjänä toimiva potilas oli sosiaalityöntekijän vastaanotolla tehnyt yrityksensä asioissa. Aktiivinen yritystoiminnan psykiatrisen sairaalahoidon aikana on hyvin poikkeuksellista. Potilaan yritystoimintaan liittyvien tietojen sisällyttäminen potilasasiakirjoihin on erittäin rajoitettua lainsäädännön näkökulmasta, koska potilaskertomukseen tulee kirjata vain hoidon kannalta välttämättömiä tietoja.

”Keskustelu: Keskusteltu potilaan kanssa yritystoimintaan liittyen ajankohtaisista asioista. Kertoo yksin hoitaneensa yritystä sen jälkeen, kun nuorin lapsista menehtyi. Alunperin hänen oli tarkoitus jatkaa yritystoimintaa. Huomenna erääntymässä laskuja mm. tavarantoimittajilta ja ensi viikon alussa olisi saatava kuitteja ja tiliotteita kirjanpitäjälle verotusta varten. Potilaan näkemyksen mukaan kukaan muu ei pysty näitä hoitamaan. Asiakkaat myös soittelevat päivän mittaan, joten tarvitsisi kännykän itselleen.”(P80)

Merkinnän perusteella katkelman potilas on tilanteessa, johon hän ei ole osannut varautua. Tilanne vaatii sosiaalityöntekijältä arviointikykyä toimenpiteiden ajoittamisesta. Kuvatussa tilanteessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Akuutissa sairausvaiheessa on tärkeää suojata potilasta tekemästä yhteydenottoja, joista mahdollisesti aiheutuu haittaa hänelle itselleen tai jollekin muulle.

”Puhelu: Soitin plaan luvalla pojalle (puh.) kysyäkseni hänen arviotaan tilanteesta. Pojan mielestä plas hoitanut itsenäisesti firman asioita eikä ongelmia ole ainakaan hänen tietoonsa tullut. Aiemmin ollut puhetta, että firman asioissa olisi syytä olla joku toinenkin joka voisi tehtäviä hoitaa plaan ollessa estynyt. Esim. kirjanpitäjän kanssa voisivat järjestää palaveria, jossa mietittäisi yrityksen toimintaa jatkossa.”(P80)

Edelliset potilaskertomusmerkinnät on tehty potilaan tilannetta kartoitettaessa. Merkinnät päättyvät jälkimmäiseen kappaleeseen. Tilanteessa tehdyt ratkaisut eivät tule näkyville ja katkelma jää kokonaisuudesta irralliseksi kuvaukseksi.

Aineistosta löytyi yksi laaja koulutus- ja työhistorian kartoitus. Kartoituksessa oli mainittu peruskoulutuksen suorittamisvuosi ja päättötodistuksen keskiarvo. Työpaikat ja -tehtävät oli lueteltu aikajärjestyksessä sekä työttömyysjaksot ja perhevapaat. Kertynyt työkokemus oli laskettu vuosien tarkkuudella. Kartoitus oli tehty työvoimatoimistossa asiointia suunniteltaessa ja arvioitaessa työelämään palaamisen edellytyksiä.

”Työ: ...Vuosina 2002 - 2004 tehnyt kokoonpanotyötä (–) [Toiminimellä]. Työ loppunut, koska kyseinen kokoonpanotyö lopetettu. Tuon jälkeen on ollut työttömänä työnhakijana (–)[paikkakunnan] työvoimatoimistossa. Yhteensä työkokemusta kertyy reilun 20 vuoden ajalta.

Työhistoria on ollut yhtenäinen v:n 1994, jolloin kertoo jääneensä kotiäidiksi. Kokoonpanotyöhön mennyt, koska muuta työtä ei ole ollut tarjolla. Ottaa nyt kootun työhistorian mukaansa, kun menee työvoimatoimistoon sairausloman päätyttyä. Mukana olisi hyvä olla myös koulu- ja työtodistukset sekä lääkärinlausunto, jossa otetaan kantaa työkykyyn.” (P114)

Markku Salo ja Mari Kallinen esittävät tutkimusraportissaan kriittisen näkemyksen psykiatrisesta hoitojärjestelmästä kuntoutujia työkyvyttömyyseläkkeelle johdattelevana. Tutkijoiden tekemissä mielenterveyskuntoutujien elämäntarinahaastatteluista useat heidän haastateltavistaan olivat kertoneet kokemuksestaan, ettei heidän elämäänsä oltu kunnolla paineuduttu. Tutkijoiden tulkinnan mukaan mielenterveyspalveluissa potilaan kanssa käydyt keskustelut ja haastattelut keskittyvät sairauden ympärille, sen sijaan että haettaisiin vastauksia siihen, mikä auttaisi kuntoutujaa saamaan voimavaransa paremmin käyttöönsä. Hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä mielenterveyspotilaiden mahdollisuuksia kiinnittyä vaativille työmarkkinoille pidetään usein epätodennäköisinä. Toimeentulomahdollisuuksien vaihtoehtojen puuttuessa potilaan tilanteessa etenee työkyvyttömyyseläkkeelle johtava prosessi (Salo & Kallinen 2007, 228).

Työvoimatoimistossa asioimisen suunnittelu ja siihen valmistautuminen ei ajankohtaistu läheskään kaikkien psykiatrisessa sairaalassa hoidettavien kohdalla. Edellinen aineistoesimerkki on tärkeä muistutus sosiaalityön tehtävästä edesauttaa potilaan yhteiskunnallisen osallisuuden toteutumista.

Tämän tutkimuksen aineistossa yhteiskunnallisen osallisuuden tukemiseen liittyvät merkinnät muodostavat huomattavasti ohuemman osan kuin taloudellisen tai sosiaalisen selviytymisen tukemista koskevat merkinnät. Sosiaalityön näkökulmasta on aiheellista pohtia, miten sosiaalityössä voitaisiin kehittää potilaan yhteiskunnallista osallisuutta vahvistavia käytäntöjä. Potilaan kuntoutumista ja sen mahdollistamista silmällä pitäen tulisi näissä kysymyksissä olla liikkeellä riittävän ajoissa.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Olen tutkimuksessani selvittänyt, mitä sosiaalityöntekijät kirjoittavat potilaskertomukseen psykiatrisessa sairaalassa hoidettavan henkilön asioista ja sosiaalityön keinoista toimia potilaan tilanteessa. Aineistona käyttämäni sosiaalityön potilaskertomusmerkinnät 153:sta aikuispsykiatrian osastohoidossa olleesta henkilöstä olen käynyt läpi sisällönanalyysimenetelmällä ja täydentänyt analyysia kvantifioinnilla.

Yleisesti ottaen potilaskertomusmerkinnät ovat asiallisia, neutraaleja ja potilasta kunnioittavia. Sosiaalityöntekijät pitäytyvät merkinnöissä enimmäkseen kuvailevalla tasolla ja jättävät lukijalle mahdollisuuden tehdä tekstistä omat johtopäätöksensä. Lukijan näkökulmasta ja viitekehuksesta riippuu, millaisia päätelmiä hän tekstistä tekee; – välttämättä ne eivät ole yhteneväisiä sosiaalityöntekijän kirjaamatta jääneen näkemyksen kanssa. Olen samaa mieltä Aino Kääriäisen (2004) kanssa siitä, että sosiaalityöntekijöiden tulisi rohkeammin ja enemmän kirjoittaa ammatillisia arvioitaan ja näkemyksiään asiakas- tai potilaskertomuksiin. Sosiaalityön ammatillisissa keskusteluissa on usein esitetty näkemys sosiaalityön kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta asiakkaan elämäntilanteeseen. Tutkimukseni perusteella tämä ei kuitenkaan näy sosiaalityön dokumentoinnissa psykiatrisilla osastoilla, vaan potilaan elämäntilannetta kuvataan kapeammasta näkökulmasta tiettyihin asiakokonaisuuksiin keskittyen. Psykiatrisilla osastoilla Keski-Suomessa ei ole käytäntöä potilaskohtaisesta sosiaalisen tutkimuksen tekemisestä. Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistön mukaan sosiaalisella tutkimuksella tarkoitetaan selvitystä, jossa kootaan tieto potilaan pitkäaikaisesta elämäntilanteesta työ-, opiskelu- ja perhetilanteen osalta, sekä muodostetaan käsitys sairauden tai toimintarajoitteiden vaikutuksista ja kuntoutumisen mahdollisuuksista. Potilaan voimavarat, muutosvalmius sosiaalisen tuen tarve ja hänen oma arvionsa tilanteestaan selvitetään. (Holma 2007, 28.)

Sosiaalityöntekijät ovat kirjoittaneet potilaskertomuksiin määrällisesti eniten taloudellisista asioista. Sosiaaliturvan kysymykset ovat luonteeltaan suoraan potilaiden taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavia. Sosiaalityön asiantuntemusta käytetään yksilötason taloudellisten ongelmien selvittelyssä yleisesti palvelujärjestelmän erilaisissa toiminnoissa. Sosiaaliturvaan liittyvät kysymykset ja taloudelliset asiat olivat sisältöinä ennakoitavissa suunnitellessani aineistolle esitettäviä tutkimuskysymyksiä. Taloudellisten kysymysten keskeinen merkitys

potilaan sairaalahoidon aikana tuli esille myös muissa sosiaalityön kannalta tärkeissä asioissa, kuten asumista tai perhesuhteita käsittelevissä merkinnöissä.

Terveys- ja sosiaalityön tehtävämäärittelyn mukainen potilaan taloudellisen toimeentulon turvaamiseen tähtäävä vaikuttaminen näyttää toteutuvan aikuispsykiatrian osastohoidossa varsin hyvin. Potilaskertomuksittain tarkasteltuna sosiaaliturvaa käsittelevät merkinnät olivat teemana kattavimmin kirjattu tieto. Ainoastaan vajaan 10 %:n kertomuksista ei löytynyt mitään sosiaaliturvaan liittyvää merkintää. Sosiaaliturvaa käsittelevät merkinnät ovat potilaskertomuksissa laajuudeltaan ja rakenteeltaan erilaisia, määrättyyn muotoon strukturoitua ja säännöllisesti toistuvaa esittämistapaa ei ole tunnistettavissa. Strukturoidussa dokumentointiohjeistamisessa on hyviä ja huonoja puolia; hyvänä puolena voi mainita tietojen helpomman löydettävyyden. Vaarana taas voi olla kirjattujen tietojen niukkuus sellaisten yksilöllisten tietojen osalta, joiden sijoittaminen strukturoidun ohjeen mukaan saattaa olla hankalaa.

Toimeentulotukeen liittyviä merkintöjä löytyi lähes joka toisesta potilaskertomuksesta. Teeman toistuvuus aineistossa viestii mielenterveyspotilaiden heikosta taloudellisesta asemasta. Toimeentulotuki on yhteiskunnan turvaama viimesijainen tulomuoto, jota voidaan myöntää hakijalle välttämättömiin menoihin laskelmaan perustuen, mikäli henkilön tulot ja käytettävissä olevat varat eivät riitä maksujen suorittamiseen. Sairaalan hoitomaksut aiheuttavat useimmiten toimeentulotuen tarvetta vähimmäistuloilla eläville potilaille. Potilaskertomuksiin sosiaalityöntekijät ovat kirjoittaneet potilaan taloudellisesta tilanteesta tietoja, joilla on merkitystä toimeentulotuen tarvetta arvioitaessa. Merkinnöissä käytetään sosiaalityön ammatillista terminologiaa. Kielenkäytön ymmärrettävyys potilaan näkökulmasta ja pyrkimys mahdollisimman lyhyeen ammatilliseen ilmaisutapaan asettuvat keskenään ristiriitaan. Merkintöjen hyödyntäminen sosiaalityön välineenä potilaan kanssa tehtävässä yhteistyössä edellyttää, että ne kirjoitetaan tavalliselle kansalaiselle ymmärrettävässä muodossa. Tästä näkökulmasta joudutaan pohtimaan, miten erilaiset taustat omaaville potilaskertomusmerkintöjen mahdollisille lukijoille (potilas, terveys- ja sosiaalityöntekijät, terveydenhuollon muut ammattilaiset) tuotetaan riittävät ja tarpeelliset tiedot.

Potilaiden vastuulla olevien taloudellisten asioiden selvittelyä kuvaavia merkintöjä oli paljon. Merkinnöissä käsitellään potilaan käyttövaroja, laskuliikennettä ja taloudellisia ongelmia. Potilaiden runsas tarve saada apua ja ohjausta taloudellisten asioiden hoitoon joh-

tuu käsitykseni mukaan osittain heidän psyykkiseen sairauteensa liittyvistä elämänhallinnan ongelmista, mutta myös sosiaaliturvajärjestelmän monimutkaisuudesta ja sosiaaliturvan mukaisten etuuksien matalasta tasosta suhteessa yleiseen kustannustasoon yhteiskunnassa. Terveys- ja sosiaalityön dokumentoinnissa potilaskertomuksiin on tarve paneutua siihen, miten potilaan vaikea taloudellinen tilanne kirjataan häntä arvostaen ja selkeästi niin, että se tulee huomioon otetuksi laadittavissa hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa. Tiedolla on tärkeä merkitys, koska aiempien tutkimusten mukaan lääkkeitä jätetään ostamatta ja lääkärikäyntejä perutaan taloudellisista syistä (Kinnunen 2009; Ylinen 2011). Tutkimuksen aineiston potilaskertomusmerkinnöissä sairaalahoidon aikana potilaan omaan käyttöön jäävä viikoittainen käyttöraha oli yleisesti 20 €. Suomalaisessa yhteiskunnassa ajanjakson 2005–2010 aikana kyseinen summa riitti tupakoivalla henkilöllä tupakkaan. Kuntoutumisen edellytykset ovat erittäin haasteelliset, kun taloudelliset resurssit ovat olemattomat. Niillä potilailla, jotka siirtyvät sairaalasta palvelukoteihin, tilanne jatkuu henkilökohtaisten käyttövarojen osalta jatkuvasti niukkana, vaikkakin päivittäinen ravinnonsaanti, asuminen, lämpö ja puhtauspalvelut on jatkuvasti palveluasumisessa turvattu.

Sosiaalityöntekijät pyrkivät ohjaamaan potilaita laskujen maksamisessa ajoissa eräpäivinä tai ottamaan yhteyttä laskuttajiin. Merkinnöissä näkyy myös taloudellisten asioiden luisuminen pois potilaan itsensä hallinnasta. Osalla potilaista laskut päätyvät perintätoimistojen ja ulosoton kautta perittäviksi. Viimeisenä keinona talouden hallintaan saamiseksi on edunvalvonnan hakeminen joko potilaan itsensä allekirjoittamalla hakemuksella tai tekemällä hänen tilanteestaan ilmoitus maistraatille, jolloin edunvalvoja on mahdollista määrätä käräjäoikeuden päätöksellä. Edunvalvonta tulee välttämättömäksi esimerkiksi asunnon hakemisen takia, mikäli potilaalla on maksuhäiriömerkintä. Tällöin on asunnonsaanti vaikeaa ilman edunvalvojaa, jonka avulla voi varmistaa vuokranmaksun toteutumisen. Siitä huolimatta, että potilas saa edunvalvojan, eivät tuloköyhyyteen liittyvät ongelmat poistu hänen elämästään.

Potilaan taloudellisten asioiden hallintaan ottaminen edunvalvonnan avulla voi pysäyttää laskukierteen. Toisesta näkökulmasta edunvalvonnan yleiseen käyttöön voi suhtautua kriittisesti. Yleistynyt edunvalvontapalvelujen piiriin ohjaaminen voi olla merkki muun tarpeellisen palvelun puuttumisesta palvelujärjestelmässä. Psykiatrisessa kuntoutuksessa ja sosiaalityössä tavoitteena oleva potilaan tai asiakkaan osallisuuden lisääminen ei toteudu edunvalvontapäätöksillä. Edunvalvonta on luonteeltaan lähinnä tilinhoidollista toimintaa

eikä mielenterveyskuntoutuja saa edunvalvonnasta henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa siten, että sen avulla kuntoutujan taidot lisääntyisivät taloudellisissa asioissa. Mikäli tavoitellaan mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista ja osallisuutta omiin asioihinsa, tulisi mielenterveyspalveluiden avopalveluissa olla enemmän resursseja kuntoutujan ohjaukseen omien taloudellisten asioidensa hoitamisessa. Välitystiliasiakkuus sosiaalitoimistoihin on jäänyt pois yleisestä käytännöstä. Toimeentulotukea haetaan enenevästi kirjallisilla hakemuksilla aikuissosiaalityön rajallisista vastaanottopalveluista johtuen. Ongelma on yhteiskunnallisella tasolla, koska ohjauksen tehostaminen vaatisi henkilöstöresursseja ja sosiaaliturvan tason tulisi olla korkeampi.

Potilaan perhesuhteista löytyi merkintöjä noin kahdessa kolmasosassa potilaskertomuksista. Perhesuhteita koskevat tiedot olivat sisällöllisesti kirjavia. Sosiaalityön merkinnöissä ei ole yhtenäistä käytäntöä perhetietojen kirjaamisessa. Perhetilanteiden kartoituksia ja keskeisiä suhteita perheenjäseniin tai lähisukulaisiin on dokumentoitu, samoin löytyi mainintoja potilaan perheettömyydestä. Potilaan rooli perheessä kuvautui usein muiden perheenjäsenten tukea tai apua saavana. Erityisesti potilaiden vanhempien taholta tuleva käytännöllinen apu ja taloudellinen tuki tulivat sosiaalityöntekijöiden merkinnöissä näkyville. Osa vanhemmista hoitaa aikuisten lastensa puolesta heidän taloudellisia asioitaan kokonaisvastuuta kantaen. Vastuun siirto vanhemmille oli tapahtunut osapuolten keskinäisellä sopimuksella, joka usein oli saanut alkunsa potilaan taloudellisten asioiden hoitamattomuudesta.

Vanhempien tuki on merkittävää myös asumisjärjestelyissä ja siihen liittyvissä ongelmatilanteissa. Osa aineiston potilaista asui pitkäaikaisesti vanhempiensa luona, mutta aineistossa oli kuvauksia asunnottomuustilanteista, joissa sairaalasta kotiutuessa ainoaksi vaihtoehdoksi jäi palaaminen vanhempien luo asumaan. Aikuisen mielenterveyspotilaan asuminen vanhempiensa kanssa pitkäaikaisesti ei ole kuntoutusajatteluun kuuluvan itsenäisen aikuisuuden tukemisen periaatteiden mukaista. Näyttää siltä, että palvelujärjestelmässä periaatteista voidaan tinkiä vanhempien kuormitusta huomioimatta ja heidän auttamisresurssiaan hyödyntäen. Toisaalta aineistosta löytyi myös mainintoja pyrkimyksistä vaikuttaa potilaan itsenäistymiseen ja vanhempiin tukeutumisen rajaamiseen.

Asumista käsiteltiin yli 60 %:ssa potilaskertomuksista. Merkinnöissä tuli näkyville asunnottomuusongelma ja pula pienistä kohtuuhintaisista asunnoista. Itsenäistä asumista tuke-

vien palvelujen tarve tulee aineistossa selkeästi esille. Psykkinen sairaus voi aiheuttaa toimintakyvyn alentumista siten, että tavanomaisista päivittäisistä kotiaskareista ja asioinnista selviytyminen omatoimisesti kodin ulkopuolella vaikeutuu. Hankalimmillaan sairaalaan päätyneen potilaan asunto voi olla asumiskelvottomassa kunnossa siivottomuuden ja täydellisen epäjärjestyksen takia. Mielenterveyspotilaiden käytännön kodinhoitopalveluiden tarpeeseen on palvelujärjestelmässä kiinnitetty liian vähän huomiota. Näkemykseni mukaan osa mielenterveyspotilaista tarvitsisi säännöllisesti toteutuvaa kodinhoitoapua ja ohjausta potilaan kanssa yhdessä tehden toteutettuna. Tiukka taloudellinen tilanne asettaa esteen käyttää siivouspalveluja. Julkisen sektorin tuottamana palveluna mielenterveyspotilaat eivät useimmissa kunnissa kodinhoitopalveluja saa.

Itsenäisen asumisen mahdollistavien taitojen puuttuminen on osatekijänä mielenterveyspotilaan ohjautumisessa palveluasumisen piiriin. Palvelukotiasumista koskevissa asioissa sosiaalityöntekijät kirjoittavat potilaan omista kannanotoista ja mielipiteistä ajateltaessa palvelukotia asumisvaihtoehtona. Tätä voi pitää sosiaalityön perusperiaatteiden mukaisena tapana selvittää ja kirjata asiakkaan oma näkemys tehdyistä suunnitelmista. Asumisessa tehtävien ratkaisujen merkitys on potilaan jokapäiväisen elämän kannalta hyvin keskeinen, jolloin omien toiveiden ja erityistarpeiden kirjaaminen on tärkeää.

Asumista käsittelevät potilaskertomusmerkinnät antavat aihetta pohtia, miten palvelujärjestelmä tukee psykiatristen potilaiden mahdollisuuksia säilyttää kotinsa. Potilaiden tavaroita on säilötyä erilaisissa varastoissa asuntojen tyhjentämisen jälkeen, kun potilas itse on sairaalassa tai palvelukodissa kuntoutumassa. Taloudelliset rajoitteet tulevat vastaan myös varastoinnissa; palvelujärjestelmän taholta potilaalle voidaan jopa ehdottaa tavaroitten hävittämistä varastointikustannusten välttämiseksi. Järkevät taloudelliset ratkaisuehdotukset palvelujärjestelmän taholta tulevana näyttävät kylmiltä.

Potilaskertomusdokumentoinnissa jäi ohueksi osuus, joka kuvaa terveys- ja sosiaalityön toimintaa potilaan yhteiskunnallisen osallisuuden vahvistamiseksi. Koulutukseen, työelämään, työtoimintaan ja harrastuksiin osallistumista tai niiden mahdollisuutta käsittelevät merkinnät kuvaavat jäsenyykseni mukaan yhteiskunnallisen osallisuuden tukemista. Taloudellisten asioiden käsittelyn sivumääräinen laajuus verrattuna koulutusta ja työelämää käsitteleviin merkintöihin oli moninkertainen. Kaikkiaan opiskeluun tai koulutukseen liittyviä merkintöjä oli noin neljänneksessä potilaskertomuksista. Merkintöjen vähäisyys on

hämmästyttävää suhteessa siihen, että Suomessa pitkään ollut voimassa yleinen oppivelvollisuus, joten jokaisella aikuisella on koulutukseen osallistumiseen liittyviä taustatietoja. Koulunkäynti- ja opiskeluajan elämäntilanteen ja kokemusten selvittäminen sosiaalityön näkökulmasta on osa sosiaalisen kokonaistilanteen laajempaa kartoittamista. Erityisesti nuorten potilaiden tilanteissa olisi sosiaalityössä pidettävä esillä ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoja pitkäaikaisen eläkkeelle siirtymisen välttämiseksi.

Sosiaalityön keskittyminen potilaan lyhyen tähtäimen taloudellisten asioiden selvittelyyn ei omalta osaltaan riittävästi anna tukea potilaan yhteiskunnallisen osallisuuden kasvun mahdollistamiselle pitkällä tähtäimellä. Koulutukseen ja työelämään liittyvien tietojen kartoittamatta jättämisestä voi kriittisestä näkökulmasta pitää syrjäyttämistä edistävänä ja sivuuttamisena ainakin silloin, kun kohdataan nuoria tai lyhyen aikaa sairastaneita. Toisesta näkökulmasta voi pohtia, että taloudellinen toimeentulo on perusedellytys selviytymiselle. Yhteiskunnallisella tasolla tarkasteltuna voi arvioida, että edelleen on liian vähän toimintamalleja ja mahdollistavia keinoja, miten mielenterveyskuntoutujia voidaan konkreettisesti tukea suunniteltaessa koulutukseen tai työelämään osallistumista.

Potilaskertomusmerkinnöistä voi päätellä, että suurin osa psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidetuista potilaista oli pitkäaikaisesti työelämän ulkopuolella. Vain muutamasta potilaskertomuksesta löytyi tieto voimassa olevasta työsuhteesta hoitajakson aikana (7 %) tai yrittäjänä toimimisesta (5 %). Työttömänä ennen sairaalahoidon alkamista oli ollut noin 12 % potilaista. Peruslähtökohta on, että sairaalahoidon aikana varmistetaan potilaan mahdollisuus hakea työkyvyttömyyden perusteella myönnettävä toimeentuloturva. Tyypillistä merkinnöissä on, että työttömyyttä käsitellään sosiaaliturvaan liittyen. Työttömyyden vaikutuksista potilaan elämäntilanteeseen ja mahdollisuuksista päästä työelämään kirjoitetaan psykiatrisen osastohoidon aikana vähän.

Kaikkiaan työtehtävien, työn kuormitustekijöiden ja työolosuhteiden kuvaaminen jäi vähäiseksi. Sosiaalityöntekijät käsittelevät harvoin potilaskertomuksissa sitä, millaisen merkityksen potilas antaa omassa tilanteessaan työelämään osallistumiselle menneessä, nykyisessä tai tulevassa elämäntilanteessaan. Työelämäkokemukset tai -kokemattomuus voivat olla hyvin erilaisia; ne voivat olla tärkeitä itsearvostuksen kannalta voimavaraistavina tekijöinä. Toisaalta työelämään voi liittyä traumaattisia muistoja ja epäonnistumisen kokemuksia, joiden analysoiminen ja läpikäynti potilaan kanssa voi avata uusia näkökulmia myös

kuntoutumismahdollisuuksia ajatellen. Potilaan elämäntilanteen ja -historian hahmottamisen kannalta kyseisillä tiedoilla on sosiaalityössä merkitystä tuettaessa potilasta. Tärkeitä esimerkkejä työelämään osallistumisen ajankohtaisista kysymyksistä aineistossa olivat merkinnät potilaiden esille tuomat huolet, miten sairastuminen tulee vaikuttamaan työsuhteeseen tai miten työnantajan kanssa voisi sopia uusista työjärjestelyistä tai uudelleenkoulutuksesta.

Tulosteni perusteella on todettavissa, että terveyssosiaalityön haasteet psykiatrisessa sairaalassa painottuvat köyhyyteen ja sen aiheuttamien ongelmien ratkaisumahdollisuuksien etsimiseen. Terveys sosiaalityön keinoja parantaa potilaan ajankohtaista taloudellista tilannetta ovat etuushakemusten laatiminen potilaan kanssa ja ohjaaminen raha-asoiden hoitamisessa. Terveys sosiaalityön tehtävänä on tuoda hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun ammatilliseen arvioon perustuva sosiaalinen näkökulma, mikä on kokonaisvaltaisempi näkökulma potilaan elämäntilanteeseen.

Tutkimukseni taustoituksessa esittämäni näkemys mielenterveyspotilaiden marginaalisesta asemasta yhteiskunnassa sai aineiston analyysin kautta vahvistusta. Sosiaalityön näkökulmasta sairaalahoitoon päätyneistä potilaista osalle sosiaalityön apu ja tuki tulivat selkeästi liian myöhään ajatellen syrjäytymisen estämistä. Sosiaalisten ongelmien ja psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ei ole aikuispsykiatrian avohoidon palveluissa toteutunut riittävän hyvin siinä mielessä, että joillakin sairaalahoitoon päätyneistä henkilökohtaisten asioiden hoitamattomuudesta aiheutuu pitkäaikaista haittaa. Potilaiden taloudellisten ongelmien yleisyys antaa aiheen rakenteelliselle sosiaalityön suunnittelulle; mitä tilanteen korjaamiseksi voitaisiin palvelujärjestelmässä tehdä toisin? Käsitykseni mukaan terveys sosiaalityön ja aikuissosiaalityön yhteistyötä tulisi mielenterveysongelmien kohtaamisessa lisätä, jotta kuntoutujien jokapäiväisen elämän käytännön vaikeuksiin löydetäisiin lisää ratkaisukeinoja.

Terveys sosiaalityö psykiatriassa toimii terveydenhuollon ja sosiaalihuollon rajapinnalla. Rajapinnoille asettuu kysymyksenasetteluja ja neuvotteluja siitä, mikä on kenenkin tehtävä ja rooli. Tutkimuksessani olen kommentoinut sosiaalihuollon aikuissosiaalityön toimintatapoja ja ratkaisuja terveys sosiaalityön näkökulmasta. Mielestäni olisi aiheellista myös tutkia, miten aikuissosiaalityöntekijät määrittelevät tehtävänsä mielenterveyspotilaiden asiointitilanteissa ja missä tuen ja auttamisen painopisteiden tulisi olla heidän näkökulmas-

taan.

Aikuispsykiatrian palveluissa tehtävää sosiaalityön dokumentoinnin tutkimusnäkökulmaa voi laajentaa tämän tutkimuksen pohjalta nouseviin kysymyksiin sosiaalityön keskeisistä ja välttämättömistä tiedoista. Psykiatrian osastoilla toimivilta sosiaalityöntekijöiltä kysymällä voisi selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat heidän tapaansa tehdä potilaskertomusmerkintöjä. Onko nimettävissä teemoja tai asioita, joiden kirjaamista potilaskertomuksiin sosiaalityöntekijät tietoisesti välttävät? Esimerkiksi näillä kysymyksillä voisi hakea lisävalaistusta siihen, mitä kirjaamisen reunaehtoja ja vaatimuksia aikuispsykiatriassa toimivat sosiaalityöntekijät tunnistavat ja tiedostavat, joita ei välttämättä ole luettavissa virallisista ohjeistuksista ja määräyksistä.

Tutkimukseni aineiston runsaus ja sen sisältämät moninaiset nyanssit ovat minulle osoittaneet, että tutkittavaa ja erilaisia näkökulmia on ympärillämme loppumattomiin. Näkökulmaa vaihtaen ja erilaisia tutkimuskysymyksiä esittäen aineistoni mahdollistaisi toisenlaisia tutkimusversioita. Läpikäymäni tutkimusprosessi on ollut alusta lähtien vivahteikas jännityksineen tutkimusluvan saamisesta loppuvaiheen pinnistykseen saakka. Omaan työhöni liittyvien sosiaalityön ammatillisten käytäntöjen ja tutkimusnäkökulman vuorottelu on ollut osa elämäni tämän ajan. Prosessin aikana omaan ajattelutapaani on tullut uusi piirre, huomaa usein miettiväni vaihtoehtoisia ajatusmalleja itselleni. Tutkimus on ollut minulle keino jäsentää jokapäiväisessä työssäni kohtaamiani ilmiöitä ja se on myös mahdollisuus tuoda ne näkyville laajempaan keskusteluun.

LÄHTEET

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

Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. (1. p. 1993). Tampere: Vastapaino

Antikainen-Juntunen, Eija (2005) Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lisensiaatintutkimus. www.sosnet.fi

Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko (2005) Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammi

Cree, Vivienne E. & Davis, Ann (2007) Social work. Voices from the inside. London: Routledge.

Eronen Anne & Londén Anne & Siltaniemi Aki & Särkelä Riitta (2008) Sosiaalibaro-metri 2008. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjes-telmän muutoksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2005) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Tampere: Vastapaino.

Eräsaari, Leena (2006) New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. teoksessa: Teoksessa: Tuula Helne & Markku Laatu Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutki-musosasto. 87–101

European Communities (2010) Background document for the thematic conference: "Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being". Organised by the European Commission and Portuguese Ministry of Health with the support of the Belgian Presidency of the EU. 8th –9th November 2010, Lisbon. Inter-netosoite: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf Vii-tattu 1.11.2012

Flyckt, Lena (2011) Informell vårdböra för närstående till patienter med psykosdiagnos. Julkaisematon luentomoniste. Internet-osoite: http://www.schizofreniforbundet.se/Global/1_Om_oss/Kongress_2011/N%C3%A4rst%C3%A5endestudien%20schizofrenif%C3%B6rbundet.pdf. Viitattu: 30.7.2012

Flyckt, Lena, Löthman, Anna, Jörgensen, Leif, Rylander, Anders & Koernig, Thomas (2011) Burden of informal care giving to patients with psychoses: A descriptive and meth-odological study. International Journal of Social Psychiatry Nov 17, 2011. 1-10. Internet-osoite: <http://isp.sagepub.com/content/early/2012/01/31/0020764011427239.full.pdf+html> Viitattu: 27.10.2012

Fröd, Sari & Laurila Anne-Mari & Kilkku Nina & Kaltiala-Heino Riittakerttu (2003) ARVO-mielenterveyspalveluarvio mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemusten kuvaajana. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja

Granfelt, Riitta (2002) Pahasta kirjoittaminen. Teoksessa Merja Laitinen & Johanna Hurtig (toim.) Pahan kosketus. Ihmisyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. Jyväskylä: PS-kustannus. 127-141.

Günther, Kirsi (2012) Kirjatut ammatilliset kehykset. Mielenterveyskuntoutus asiakassuunnitelmien kuvaamana. Janus 20 (1), 14-31.

Haarakangas, Kauko (toim.) (2002) Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Hakkarainen, Tyyne (2012) ”Ettei tarvitsisi roikkua milloin missäkin luukulla kerjäämässä...” –Tarveharkintainen sosiaaliturva köyhyysaiheisissa elämäntarinoissa. Teoksessa: Katja Forssén & Irene Roivainen & Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011. Kuopio: UNIpress.83-101.

Harjajärvi, Minna, Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2006 Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Stakes. Suomen Kuntaliitto. Internet-osoite: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74893/p070112120807%5B.pdf?sequence=1> Viitattu: 20.11.2011

Harjula, Minna (2010) Köyhä, kelvoton, kansalainen? Köyhäinapu yleisen äänioikeuden esteenä Suomessa. Janus 18(1), 4-19.

Heinonen, Hanna-Mari (2010) Asumismenojen huomioon ottaminen toimeentulotuessa ja yleinen toimeentulotukitilanne kunnissa ja kuntayhtymissä syksyllä 2009. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 73/2010. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Internet-osoite: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/17477/Selosteita73.pdf?sequence=1> Viitattu: 30.12.2012

Heinonen, Jari (2006) Työläismies ahdingossa? Kolme miessukupolvea rakennemuutosten Suomessa. Helsinki: Yliopistopaino.

Heinonen, Jari (2011) Köyhyys kuntalaisen kokemuksena. Yksin elävät miehet. Teoksessa: Irene Roivainen, Jari Heinonen & Satu Ylinen (2011) Köyhä byrokratian rattaissa. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 64. 36-58 Internet-osoite: http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_64_net_0.pdf Viitattu: 15.4.2012

Heinonen, Jari (2012) Miesten kokemuksia köyhyydestä ja asiakkuudesta. Teoksessa: Katja Forssén & Irene Roivainen & Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011. Kuopio: UNIpress.197-222.

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

Helsingin sanomat 28.4.2012: Kuokkanen, Katja Tukiasuntojen tulo hermostuttaa naapurit. Kaupunki.A12.

Henkilötietolaki 523/1999. Internet-osoite:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523>

Hokkanen, Liisa (2009) Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina. Teoksessa: Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola & Tarja Pösö Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus. 315–337

Holma, Tupu (toim.) (2007) Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Hyväri, Susanna (2001) Vallattomuudesta vastuuseen. Kokemuksen politiikan sankaritarinoita. Helsinki: Tietosanoma.

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

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (2007) Tarve harkinnassa. Teoksessa: Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) Pääsy kielletty. Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus Statkes. 157–191.

Jokinen Arja & Juhila Kirsi (toim.) (2008) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, Arja (2004) Asuntola kulttuurisella kartastolla. Teoksessa: Arja Jokinen & Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus. 11–69.

Jokinen, Arja (2008) Sosiaalityö tukena ja kontrollina aikuisten kohtaamisessa. Teoksessa: Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino. 110–144.

Jokinen, Arja, Huttunen, Laura & Kulmala, Anna (toim.) (2004) Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Poutanen, Outi & Välimäki, Maritta (2001) Sairauden häpeällinen leima. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2001;117(6):563–570. Internet-osoite:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00080&p_teos=onn&p_selaus= Viitattu: 15.8.2012

Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2008) Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 61. Internetosoite: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/F14309B3950187ACC225745F0034C9F9/\\$file/Selosteita61_netti.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/F14309B3950187ACC225745F0034C9F9/$file/Selosteita61_netti.pdf) Viitattu: 21.7.2012

Karjalainen, Vappu (2004): Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta - mutta miten? Teoksessa: Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes. 11–25.

Karvinen, Synnöve (1996) Hajoaako sosiaalityö? – Havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. Teoksissa: Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Edita. 32–50. Artikkelin on uudelleen julkaistu teoksessa Eija Nurminen (toim.) (2000) Sosiaalityö ristipaineissa. 2.muuttumaton painos. Helsinki: Palmeniakustannus. 141-156.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve (2010) Ongelmanratkaisuperinne ja kriittinen asiantuntijuus sosiaalityössä. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus. 247–276.

Keskisuomalainen 15.11.2012 Jyväskylän seutu. Kakkori, Satu: Palvelukotihanke herättää epäilyksiä. Ylämyllyjärvi: Aukkaat eivät halua naapuriinsa mielenterveyskuntoutujia. 6.

Kinnunen, Kaisa (toim.) (2009) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.

Krok, Suvi (2012) Yksinhuoltajaäitien köyhyydessä selviytymisen strategiat. Teoksessa: Katja Forssén & Irene Roivainen & Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011. Kuopio: Unipress

Kulmala, Anna (2006) Kertomuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipolitiikan laitos. Akateeminen väitöskirja. <http://acta.uta.fi>

Kuusisto-Niemi, Sirpa, Rissanen, Sari & Saranto, Kaija (2011) Asiakastiedon käyttö sosiaalityön tutkimuksessa – eettinen näkökulma. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kuvaja, Anne, Luhtasela, Leena, Mustonen, Tiina, Borg, Pekka & Liukonen, Ritva (2007) Aikuissosiaalityön tilannearvio-opas. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Oppaita ja työkirjoja 2007:6. Internet-osoite: <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/0d7d74804a1563bd9512f5b546fc4d01/tilannearvio-opas.pdf>. Viitattu: 30.4.2012

Kääriäinen, Aino (2003) Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Helsingin Yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2003. Helsinki.

Kääriäinen, Aino (2006) Lapset sosiaalityön asiakasdokumenteissa. Teoksessa: Hannele Forsberg & Aino Ritala-Koskinen & Marita Törrönen (2006) Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Jyväskylä: PS-kustannus. 45-67.

Laaksonen, Maarit , Kääriäinen, Aino, Penttilä, Marja, Tapola-Haapala, Marja, Sahala, Heli, Kärki, Jarmo & Jäppinen, Anu (2011) Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Raportti 54/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

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

Laitinen, Merja & Pohjola Anneli (2010) Asiakkuus – sosiaalityön ydinteema. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus. 7-15.

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

Laki holhustoimesta 442/1999. Internet-osoite: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990442>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621. Internet-osoite: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

Lehtinen, Anna-Riita, Varjonen, Johanna, Raijas, Anu, Aalto, Kristiina & Pakoma, Riepu (2010) Mitä eläminen maksaa? Kohtuullisen minimin viitebudjetit. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 4/2010. Helsinki. internet-osoite: www.kuluttajatutkimuskeskus.fi

Liukko, Eeva (2006) Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCA:n ja Heikki Waris-instituutin julkaisusarja 9/2006. Internet-osoite: http://www.socca.fi/files/78/Kuntouttavaa_sosiaalityota_paikantamassa.pdf, poimittu 20.10.2010.

Manderbacka Kristiina, Gissler Mika, Husman Kaj, Husman Päivi, Häkkinen Unto, Keskimäki Ilmo, Lien Nguyen, Pirkola Sami, Ostamo Aini, Wahlbeck Kristian & Windström Eeva (2006) Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa: Juha Teperi, Lauri Vuorenkoski, Kristiina Manderbacka, Eeva Ollila & Ilmo Keskimäki (toim) 2006 Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat – hanke. Helsinki: Stakes, 42-55.

Mattila, Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturva tutkimuksia 116. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Internet-osoite: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26343/Tutkimuksia116.pdf?sequence=1>
Viitattu: 1.10.2012

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

Metteri, Anna (toim.) (1996) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Sosiaalityöntekijäin liitto ry. Helsinki.

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampere University Press. Acta Universitatis Tamperensis 1778.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Internet-osoite:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1990/19901116>

Mielonen, Marja-Leena (2000) Psykiatrinen hoito: mistä ja mihin suuntaan? Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrisen klinikan muutoksen historia ja sen arviointi. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu 2000. Internet-osoite:
<http://herkules oulu.fi/isbn9514258460/isbn9514258460.pdf>

Moilanen, Pentti & Räihä, Pekka (2001) Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa: Juha-ni Aaltola & Raine Valli Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutki-jalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3/2001. Jyväskylä: PS-kustannus.

Morén, Stefan (1999) Dokumentationens roll i socialt arbete. Perspektiv och utvecklings-möjligheter. Socialvetenskaplig tidskrift (4),329-342.

Murto, Lasse (2003) Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvointipalvelujen tuottajina. Teok-sessa: Jorma Niemelä & Virpi Dufva (toim.) Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhanella. Jyväskylä: PS-kustannus, 64-85.

Murto, Lasse (2006) Sosiaalityössä tarvitaan monipuolista tietoa elämästä. Julkaisussa: Arja Jämsen (toim.) Uudistuva sosiaaliala – kehittyvät käytännöt. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen verkkojulkaisuja 1/2006, 16–24. Internet-osoite: http://www.isonetti.net/julkaisut/ISO_verkkojulkaisu_1_2006.pdf Viitattu: 15.4.2012

Mäntysaari, Mikko (2006) Syrjiikö sosiaalityö? Teoksessa: Tuula Helne & Markku Laatu Vääräyyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 115–132

Nieminen Marja & Anttila Seija 18.10.2007 Terveystieteiden huollon sosiaalityö potilaan hoi-dossa ja kuntoutuksessa. Internet-lähde, poimittu 9.4.08:
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat_tmp.Naytaartikkeli?p_artikkeli=fys00035.

Nikkanen, Pirjo (2010) Vaikeavammaisen henkilön kuntoutumissuunnitelman rakentumi-sen käytännöt. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 71/2010. Helsinki: Kelan tutkimusosas-to. Internet-osoite:
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/16041/Selosteita71.pdf?sequence=1> Viitat-tu: 30.11.2011

Numminen, Maaria (2005) Osasto 20. Kuntouttavan sosiaalityön kehittäminen psykiatriassa osastohoidossa. Helsingin yliopisto. Ammatillinen lisensiaattitutkielma. Internet-osoite: <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=1b048893-410e-4680-82a2-02eafe365c5b>

Nyman, Markku & Stengård, Eija (2001) Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Nyman, Markku & Stengård, Eija (2005) Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001–2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusyksikkö. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Oikeusministeriö (2002) Holhoustoimilain terminologia. Ohjeita lausunnon valmistelijalle 2002:6. Internet-osoite: <http://www.om.fi/1145624820251>. Viitattu 17.7.2012

Ojanen, Markku, Nordling, Esa & Laurén, Harri (1994) Skitsofreniapotilaiden kuntoutusprojekti. Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim 1994;110(15)1452 Internet-osoite: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo40322&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth= Viitattu: 15.7.2012

Paltamaa, Jaana, Karhula, Maarit, Suomela-Markkanen, Tiina & Autti-Rämö, Ilo-na (toim.) (2011) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela tutkimusosasto.

Peltomaa, Marjo (2005) Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lapin Yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. B Tutkimusraportteja ja selvityksiä 49. Rovaniemi.

Pithouse, Andrew (1998) Social Work: The Social Organisation of an Invisible Trade. Aldershot: Ashgate.

Pohjola, Anneli (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Laitinen, Merja & Anneli Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 19-74.

Priha, Hannu (2012) Keski-Suomen aikuispsykiatrian kehittämishanke 2005–2011 – koh-ti avohoitokeskeistä Keski-Suomea. Teoksessa: Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Esa Nordling & Viveca Bergman (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Raportti 46/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Internet-osoite: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90849/URN_ISBN_978-952-245-684-7.pdf?sequence=1 Viitattu: 30.12.2012

Pursiainen, Annikki (2010) ”Kun ne ottas meijjät tosissaan”. Omaishoitaja terveydenhuollon ja terveyssosiaalityön asiakkaana – kokemuksia ja kohtaamisia. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Internet-osoite: www.sosnet.fi

Pösö, Tarja (2000) Kun auttamistyö keskustellaan ja tutkimustulokset tiivistetään. Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino. 267-276

Raitakari, Suvi (2006) Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön verkostopalavereissa ja tukisuunnitelmissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Internet-osoite: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6753-1.pdf>

Raitakari, Suvi, Kulmala, Anna, Günther, Kirsi, Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa (2011) Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. Janus 19(4) 326–341.

Raunio, Kyösti (2003) Sosiaalityö murroksessa. 4.painos. Helsinki: Gaudeamus.

Raunio, Kyösti (2006) Syrjäytyminen. Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

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

Riihelä, Mervi (2010) "Näköalapaikka ihmisen ja yhteiskunnan välillä. Kuntouttava sosiaalityö mielenterveysosiaalityöntekijän kertomuksissa". Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Tampereen yliopisto.

Rissanen Päivi (2007) Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Ristaniemi, Teija (2005) Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”. Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Internet-osoite: www.sosnet.fi

Ruohonen, Marita & Wahlbeck, Kristian (2012) Sijoitusyhtiöt vievät pohjan mielenterveystyöltä. Helsingin Sanomat 7.9.2012. MieliPide. C8.

Ruotsalainen, Jenni (2010) Sosiaalityöntekijät sosiaalista rakentamassa. Tutkimus sosiaalityön dokumenttien retoriikasta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Internet-osoite: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04225.pdf>

Ryynänen Ulla (2005) Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 119. Väitöskirja. Internetosoite: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0070-0/

Salo, Markku & Kallinen, Mari (2007) Yhteisasumisesta yhteiskuntaan. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

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

Salokangas, Raimo K R & Stengård, Eija & Perälä, Keijo (1991) Omaisen arkipäivää. Tutkimus psykiatristen potilaiden omaista ja heidän kokemuksistaan. Psykiatristen potilaiden omaiset ry. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Mielenterveystutkimusyksikkö. Tampere

Somerkiivi, Pirjo (2000) ”Olen verkon silmässä kala”. Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Sosiaalitieteiden laitos. Vammaistutkimusyksikkö. Kuopion Yliopisto 2000.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki.
Internetosoite: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys110.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Internet-osoite: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:7 Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. Internet-osoite: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/mielentervkuntoutus/> poimittu 26.2.08

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3 Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki. Edita Oyj.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1 Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Internet-osoite: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-544.pdf
Viitattu: 20.9.2011

Sosnet Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Internet-osoite: http://www.sosnet.fi/Lisensiaatinkoulutus/Kuntouttava_sosiaalityo.iw3

Specht, Harry & Courtney, Mike (1995) Unfaithful angels: How social work has abandoned its social mission. New York: Free Press.

Suomen kuntaliitto ja Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry. 1998/
<http://www.talentia.fi/terveysosiaalityontekijat/index.php?m=1&did=1483>, poimittu 23.4.08).

Suomen perustuslaki 731/1999. Internet-osoite: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731>

Särkelä, Riitta & Eronen, Anne (toim.) (2007) Perusturvan pulmat ja uudistamisen vaihtoehtot. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Tapola, Maria (2005) Sosiaalityön asiakastyön dokumentointi. Julkaisematon. Internet-lähde, poimittu 9.4.08: <http://www.mv.helsinki.fi/home/mtapola/dokumentointi/index.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011) Perusturvan riittävyyden arviointiraportti. 4/2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011b) Toimeentulotuki 2010. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2011. Tilastoraportti 43/2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012) Tilastot ja rekisterit / Mielenterveys. Internet-osoite: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Mielenterveys/index.htm>

Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden dokumentointiohjeet, julkaisematon moniste. Internet-osoite: <http://www.epshp.fi/kotisivut/sostoim/Sosvisio2005-2007>. PDF Viitattu: 30.11.2011

Tietosuoja-valtuutetun toimisto (2010) Tietosuoja ja tieteellinen tutkimus henkilötietolain kannalta. Internet-lähde, poimittu 20.9.2010 Internet-osoite: <http://www.tietosuoja.fi/27212.htm>

Tietosuoja-valtuutetun toimisto (2010) Rekisteritutkimuksen tietosuojaopas tutkijoille ja tietopyyntöjä käsitteleville viranomaisille. Internet-osoite: <http://www.tietosuoja.fi/27212.htm> . Poimittu 15.10.2010

Tietosuoja-valtuutetun toimisto (2010) Henkilötietolain mukainen ilmoitusvelvollisuus. Internet-osoite: <http://www.tietosuoja.fi/27212.htm> . Poimittu 15.10.2010

Tiililä, Ulla (2007) Tekstit viraston työssä. Tutkimus etuuspäätösten kielestä ja konteksteista. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 1108. Helsinki

Toikko, Timo (2005) Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Tampere: Vastapaino.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuori, Timo (2011) Psykiatrinen sairaalahoito Suomessa vuosina 2004–2009. Teoksessa: Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling & Veijo Nevanlinna (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 41–50

Turtiainen, Kati (2011) Riippuvuus pakolaisia vastaanottavassa sosiaalityössä. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus. 139–161.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Internet-osoite: <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi Helsinki 2009 Internet-osoite: <http://www.tenk.fi/ennakkoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf>

Tuusa, Matti (2005) Kohti kuntouttavaa sosiaalityötä. Aktivointi ja työllistymisen tukeminen sosiaalityön ammattikäytäntönä kunnissa. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 74/2005. Helsinki.

Twigg, Julia (1992) Carers in the Service system. Teoksessa: Julia Twigg Carers. Research and Practice. London:HMSO, 59–94.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009) Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194. Helsinki.

Vanhala, Anni (2000) Ongelmapuhe ja voimavarapuhe asiakkuuden määrittymisessä. Esimerkki suojakotityön käytännöstä. Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Osuuskunta Vastapaino. 245-264.

Vanhala, Anni (2005) Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten asuntolasta. Acta Universitatis Tamperensis 1075.

Vehkakoski, Tanja (2006) Leimattu lapsuus? Vammaisuuden rakentuminen ammatti-ihmisten puheessa ja teksteissä. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 297. Internetosoite: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13305/9513926990.pdf?sequence=1>

Wahlbeck, Kristian (2012) Häpeäleima on mielenterveystyön suurin haaste. Super (59):10. 30–31

WHO (2008) Stigma: An International Briefing Paper. Tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them. Published by Health Scotland. Internet-osoite: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/stigma_paper.pdf . Viitattu: 01.11.2012

Ylinen, Satu (2011) Köyhyys kuntalaisen kokemuksena. Vanhukset. Teoksessa: Irene Roivainen, Jari Heinonen & Satu Ylinen (2011) Köyhä byrokratian rattaissa. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 64. 58–72 Internet-osoite: http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_64_net_0.pdf Viitattu: 15.4.2012

Ylipartanen, Arto (2010) Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. 3.uudistettu painos. Tietosanoma Oy.

