

ASUNNOTTOMAN JA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN
INSTITUTIONAALISET KATEGORiat ASIAKKUUDEN EHTOINA

Salla Maria Laisi

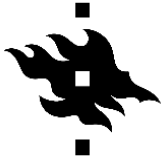
Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaalityö

Maisterintutkielma

Syyskuu 2021



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiivistelmä

Tiedekunta: Valtiotieteellinen tiedekunta

Koulutusohjelma: Sosiaalitieteiden maisteriohjelma

Opintosuunta: Sosiaalityö

Tekijä: Salla Laisi

Työn nimi: Asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaaliset kategoriat asiakkuuden ehtoina

Työn laji: Maisterintutkielma

Kuukausi ja vuosi: Syyskuu 2021

Sivumäärä: 75

Avainsanat: asunnottomuus, mielenterveys, institutionaalinen kategoria, poiskäännyttäminen, asiantuntijuus, ammatti, sosiaalityö, asumispalvelut, psykiatria

Säilytyspaikka: Helsingin yliopiston kirjasto, Helsingfors universitets bibliotek, Helsinki University Library

Ohjaaja: Kris Clarke

Tiivistelmä:

Asunnottomuus ja mielenterveysongelmat näkyvät arjessa ja vaikuttavat toimimiseen. Asunnottomuus ja mielenterveysongelmat kietoutuvat myös monin tavoin yhteen. Asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityön toimintaympäristö on moniammatillinen ja monitoimijainen. Asumisen turvaaminen, mielenterveyden tukeminen ja asiakkaan tilanteen tarkasteleminen kokonaisvaltaisesti ovat sosiaalityön lakisääteisiä ja ammattieettisten ohjeiden velvoittamia tehtäviä. Asiakkaan tuen tarpeita ei silti pirstaleisessa järjestelmässä aina tunnisteta, jos tuen tarpeita on monia yhtä aikaa.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan psykiatrian ja asumispalveluiden sosiaalityöntekijöiden puheessa muovaamia asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisia kategorioita, jotka toimivat asiakkuuden ehtojen määrittäjinä. Lisäksi tarkastellaan asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityötä asiantuntija-ammattina. Tutkielmassa on kriittisen sosiaalityön näkökulma.

Tutkielman aineisto koostuu yhteensä seitsemästä asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityöntekijän teemahaastattelusta. Aineiston analyysimenetelmänä on teoriaohjaava sisällönanalyysi, jota ohjaavat institutionaalisen kategorian ja poiskäännytyksen käsitteet ja ammattien järjestelmän teoria. Institutionaaliset kategoriat asettavat asunnottomalle ja mielenterveyskuntoutujalle asiakkuuden ehdot, jolloin kategorisoinnit mahdollistavat poiskäännytyksen. Ammattien järjestelmä on institutionaalisten kategorioiden muovaamisen toimintaympäristö asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityössä. Ammattien järjestelmässä ammatit kiistelevät toimialasta ja sosiaalityö psykiatriassa ja asumispalveluissa osana järjestelmää osallistuu toimialakiistoihin.

Analyysin tuloksena aineistosta hahmottuu vaihteleva asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityön kategorisoinnin käytäntö. Asunnottomalle ja mielenterveyskuntoutujalle on molemmille havaittavissa kaksi samankaltaista institutionaalisen kategorisoinnin tapaa: holistinen kategorisointi ja neoliberaali kategorisointi. Holistinen kategorisointi perustuu sosiaalityön kokonaisvaltaiseen tarkastelutapaan. Holistisiin kategorioihin liittyy laajan moniammatillisen yhteistyön tekeminen ja palveluiden räätälöinti asiakkaalle sopivaksi. Neoliberaaleihin kategorioihin liittyy resurssien puutteeseen keskittyvä argumentointi ja yksilön vastuun korostaminen. Yhteistyön tekeminen muiden tahojen kanssa ei näyttäyty neoliberaaleissa kategorioissa yhtä merkityksellisenä kuin holistisissa kategorioissa. Mielenterveyskuntoutujan neoliberaali kategoria nojaa lääketieteelliseen mielenterveyden tarkastelutapaan, jolloin sosiaalityön näkökulma mielenterveyteen jää pienempään rooliin. Asunnottoman neoliberaalissa kategoriassa asiakkaan tilannetta tarkastellaan palvelulähtöisesti. Neoliberaalit kategoriat määrittävät asunnottomalle ja mielenterveyskuntoutujalle asiakkuuteen ottamisen ja poiskäännyttämisen perusteet. Holistiset kategoriat voivat toimia täydentävinä kategorioina ensisijaisen neoliberaalin kategorisoinnin jälkeen. Holistisissa kategorioissa on mahdollista huomioida yhtäaikaista palvelutarpeita; neoliberaaleissa kategorioissa yhtäaikaista palvelutarpeita huomioidaan satunnaisesti. Eri kategorisointien perusteella asiakkaan toimijuuden mahdollisuudet muotoutuvat eri tavoin: holistiset kategorisoinnit antavat enemmän tilaa toimijuudelle kuin neoliberaalit kategorisoinnit. Asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityö näyttäytyy aineistossa osittain lääketieteelle ja neoliberaalille agendalle alisteisena asiantuntija-ammattina. Sosiaalityön toimialakiista lääketieteen ja neoliberaalin agendan kanssa osoittaa, että sosiaalityöllä ei ole täyttä määrittelyvaltaa toimialaansa. Nykyisessä kroonisessa resurssipulassa sosiaalityö ei voi toimia täysin periaatteidensa mukaisesti niin kauan kuin sosiaalityö ei voi täysin määrittää asiakkuuden ehtoja ja resurssien jakoa.

Sisällys

Johdanto	1
1 Mielenterveysongelmat ja asunnottomuus ilmiönä.....	3
1.1 Asunnottomuus	3
1.2 Mielenterveysongelmat	6
1.3 Asunnottomuus ja mielenterveysongelma yhtäaikaisena.....	9
1.3.1 Suomalaisia sosiaalitieteellisiä näkökulmia.....	9
1.3.2 Intersektionaalinen lähestymistapa	10
1.4 Asunto ensin -malli ja portaikkomalli	12
1.5 Toimijuus	14
1.6 Neoliberaali agenda.....	15
2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys	15
2.1 Institutionaalinen kategoria.....	16
2.2 Poiskäännyttäminen	18
2.3 Ammattien järjestelmä	19
2.4 Tutkimuskysymykset	22
3 Haastattelu ja teoriaohjaava sisällönanalyysi menetelminä	23
3.1 Aineistonkeruu	23
3.2 Teoriaohjaava sisällönanalyysi	25
3.3 Tutkimuseettiset kysymykset	28
4 Analyysin kuvaus ja tulokset	29
4.1 Tutkimuksen toimintaympäristö	30
4.1.1 Psykiatrian toimintaympäristö	30
4.1.2 Asumispalveluiden toimintaympäristö.....	31
4.2 Institutionaaliset kategoriat psykiatriassa ja asumispalveluissa.....	32
4.2.1 Mielenterveyskuntoutuja.....	32
4.2.2 Asunnottoman institutionaaliset kategoriat.....	37
4.2.3 Yhtäaikaiset palvelutarpeet	44
4.3 Kategorisoinnin seuraukset ja sosiaalityö asiantuntija-ammattina	48
4.3.1 Poiskäännytys ja yhteistyö	48
4.3.2 Sosiaalityö asiantuntija-ammattina asumispalveluissa ja psykiatriassa.....	53
5 Johtopäätökset	59
5.1 Institutionaaliset kategoriat ja kategorisoinnin seuraukset	59
5.2 Sosiaalityö asiantuntija-ammattina psykiatriassa ja asumispalveluissa.....	63

5.3 Pohdinta ja unelmointiin uskaltautuminen.....	65
5.4 Lopuksi.....	69
Lähteet.....	70
Liitteet	76
Liite 1: Haastattelukutsu	76
Liite 2: Haastattelurunko.....	77

Johdanto

Sosiaalityö on professio ja tieteenala, jolla edistetään yhteiskunnallista muutosta ja kehitystä, sosiaalista yhteenkuuluvuutta sekä ihmisten ja yhteisöjen voimaantumista ja valtaistumista. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden, ihmisoikeuksien, kollektiivisen vastuun sekä moninaisuuden kunnioittamisen periaatteet ovat keskeisiä sosiaalityössä. Sosiaalityö kiinnittyy sosiaalityön, yhteiskuntatieteiden ja humanististen tieteiden teorioihin sekä alkuperäiskansojen ja paikallisyhteisöjen tietoon. Sosiaalityössä työskennellään ihmisten ja rakenteiden parissa elämän ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. (IASSW General Assembly & IFSW General Meeting 2014, käänös Sosnet.)

Edellä oleva lainaus on sosiaalityön kansainvälinen määritelmä. Sosiaalityö on määritelmän perusteella tärkeä hyvinvointivaltion ammatti. Sosiaalityön tehtävä on siis hyvinvoinnin lisääminen ja ongelmatilanteiden ratkaiseminen. On kuitenkin tilanteita, joissa sosiaalityö ei onnistu tehtävässään. Työskennellessäni psykiatrian suljetulla osastolla havaitsin, että potilaiden sosiaaliset tuen tarpeet eivät aina tulleet mielenterveyden hoidamisessa huomioiduksi. Potilas saatettiin kotiuttaa, vaikka hänellä ei ollut asuntoa. Myöhemmin asumispalveluissa työskennellessäni havaitsin, että asiakas ei välttämättä saanut psykiatrista hoitoa, jos hänellä oli päihdeongelma tai jos hän ei esimerkiksi asunnottomuudesta johtuen pystynyt käymään säännöllisesti tapaamisilla. Näiden kokemusten pohjalta aloin pohtia, liittyykö asiakkaiden palveluihin pääsemisen hankaluudet asiakkaiden tuen tarpeiden tunnistamiseen, erityisesti kun asiakkaalla on useampia tuen tarpeita yhtä aikaa.

Oikeus asuntoon on perus- ja ihmisoikeus (Suomen perustuslaki 731/1999, 19§; YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 6/1976, 11. artikla). Vuonna 2020 Suomessa oli 4341 yksin elävää asunnottomia, joista lähes neljäsosa (963) oli maahanmuuttajia. Asunnottomia perheitä oli 201. Asunnottomuus on tilastojen perusteella vähentynyt viime vuosina, mutta asunnottomuuden ongelmat ovat aikaisempaa vaikeampia. Asunnottomiksi on ARA:n tilastoissa luokiteltu ulkona, tilapäissuojissa ja asuntoloissa elävät henkilöt. Loput kaksi kolmasosaa asunnottomiksi tilastoiduista henkilöistä ovat niin kutsuttuja piiloasunnottomia, jotka asuvat tuttavien ja sukulaisten luona. Lisäksi osalla asunnottomista on vaikea päihde- ja/tai mielenterveysongelma. (ARA 2021/1, 3–6; Raitakari & Juhila 2015.) Erityinen asun-

nottomuuteen liittyvä kysymys Suomessa etenkin pääkaupunkiseudulla on asuntojen saatavuus ja hinnat. Pääkaupunkiseudulla asunnoista on pulaa ja asuntojen vuokrat ovat jatkuvassa nousussa. Asuntomarkkinoiden kireys hankaloittaa taloudellisesti heikommassa asemassa olevien mahdollisuuksia saada asuntoja. (ARA 2021/2; Kärkkäinen 1998, 14–15).

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä Suomessa. Vuosittain 20–25 prosentilla aikuisista on jokin mielenterveyden häiriö ja mielenterveyshäiriöiden kokonaisesiintyvyys on lähes 50 prosenttia elämän aikana (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2017). Vuonna 2018 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli 196242 potilasta, eli noin 3,6 prosenttia suomalaisista. Vuodeosastoilla oli potilaista 12,7 prosenttia ja loput olivat avohoidossa. Yleisimpiä diagnooseja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olivat vuonna 2018 mielialahäiriöistä masennustila, toistuva masennus sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Yleisiä olivat myös ahdistus- ja stressihäiriöt, skitsofreniadiagnoosit ja käytös- ja tunnehäiriöt. Vuodeosastohoidossa on miehiä 47 prosenttia, kun taas naisia on avohoidossa 58 prosenttia. (THL 2019; Tilastokeskus 2019.) Mielenterveyslain (1301/2014, 25§) mukaan sosiaalipalveluissa tulee antaa mielenterveyteen liittyvää ohjausta, neuvontaa sekä psykososiaalista tukea.

Stenius-Ayoade ym. (2017) havaitsivat kolmen vuoden tutkimusjaksollaan, että 89 prosentilla ensisuojan asukkaista oli mielenterveysongelma. Asunnottomien yleisimmät mielenterveysongelmat ovat alkoholi- ja huumeriippuvuus, psykoosisairaudet sekä masennus. Myös kaksoisdiagnoosit olivat yleisiä. Yleisin syy terveyskeskukseen menemiseen asunnottomilla oli mielenterveysongelmat. (Stenius-Ayoade ym. 2017.)

Asunnottomuus ja mielenterveysongelmat ovat siis vahvasti kietoutuneet toisiinsa.

Asumisen ja mielenterveyden yhteys on havaittu tutkimuksessa ja tilastoissa. Asunto on perus- ja ihmisoikeus, joten asumisen turvaaminen on myös julkisen vallan – mukaan lukien sosiaalityöntekijä – tehtävä. Liki puolet suomalaisista kärsii elämänsä aikana mielenterveysongelmista. Mielenterveydestä huolehtiminen on siis yhteiskunnallisesti erittäin tärkeää. Asumispalveluissa ja psykiatriassa ei kuitenkaan vaikuta olevan aina mahdollista huomioida asiakkaan tarpeita tilanteissa, kun henkilö on sekä asunnoton että mielenterveyskuntoutuja. Sosiaalityön ammattieettisissä ohjeissakin kehoitetaan tarkastelemaan asiakasta ja asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti (Ammattieettinen lautakunta 2017, 18). Tämän vuoksi on hämmästyttävää, että näin tärkeitä sosiaalityön lainsäädännöllisiä ja eettisiä velvoitteita ei ole aina käytännössä mahdollista täyttää.

Tarkastelen tutkielmassani asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisia kategorioita Ulla Buchertin (2015) institutionaalisen kategorian käsitteen avulla. Tutkielmani lähtee liikkeelle siitä ajatuksesta, että institutionaaliset kategoriat muovaavat asiakkuuden edellytyksiä asumispalveluissa ja psykiatriassa tehtävässä sosiaalityössä. Kategorisointeja tehtäessä tehdään valintaa siitä, kuka voi olla asiakas ja kuka ei. Kategorisointi määrittää myös sitä, mitkä asiat asiakkaan tilanteessa tulevat huomioiduiksi. Kategorisointi liittyy siis rajanvetoon ja poiskäännyttämiseen. Kategorisointia ja poiskäännyttämistä tekevät sosiaalityön palveluissa sosiaalityöntekijät, mutta kategorisoinnin ja poiskäännyttämisen toimintaympäristöön vaikuttavat monet muutkin asiat. Tutkielmassa keskeinen asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityön kategorisoinnin ympäristö on ammattien järjestelmä, joka perustuu Andrew Abbottin (1988) teoriaan. Ammattien järjestelmässä sosiaalityö on asiantuntija-ammatti, joka yhdessä muiden ammattien kanssa kiistelee toimialoista. Sosiaalityön suhde muihin ammatteihin on merkityksellinen sosiaalityön oman toiminnan kannalta. Siksi tarkastelen tutkielmassani myös, millainen asiantuntija-ammatti sosiaalityö on aineiston perusteella psykiatriassa ja asumispalveluissa.

Lähestyn tutkimuskysymyksiäni rakenteellisesta näkökulmasta, jolloin tarkastelun kohteena ovat sosiaalityön käytännöt yksittäisten asiakastapausten arvioinnin sijaan. Tutkimusaineistoni koostuu asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityöntekijöiden haastatteluista, joita on yhteensä seitsemän kappaletta. Tutkimukseni tuottaa yhdenlaisen näkökulman sosiaalityössä tehtävästä mielenterveyskuntoutujaa ja asunnottomuutta koskevista kategorisoinneista ja kategorisointien seurauksista. Lisäksi tutkimukseni hahmottaa psykiatrian ja asumispalveluiden sosiaalityötä asiantuntija-ammattina.

1 Mielenterveysongelmat ja asunnottomuus ilmiöinä

Tässä luvussa esittelen asunnottomuutta ja mielenterveysongelmia aiemman tutkimuksen valossa. Lisäksi esittelen Asunto ensin –malliin liittyvää tutkimusta, joka liittyy asumispalveluiden järjestämisen tapaan. Lopuksi käsittelen vielä toimijuutta ja neoliberaalia agendaä asumispalveluissa ja psykiatriassa.

1.1 Asunnottomuus

Vielä 1960-luvulla Suomessa asunnottomuutta pidettiin alkoholistien, työttömien ja irtolaisten ongelmana (Kärkkäinen 1998, 17). Irtolaisuuteen, työttömyyteen ja alkoholismiin liittyi vahvaa moralisointia. Irtolaislainsäädännössä irtolaisen määritelmä on ”se,

joka ilman elatusta omista varoistaan tahi toisen huolenpidon kautta työttömänä kuljeksii harjoittaen siveetöntä ja säädytöntä elämää” (Armollinen asetus irtolaisista ja niiden kanssa menettelystä 1883). 1970-luvulla huomioita alettiin kiinnittää erityisryhmiin, joiden nähtiin tarvitsevan erityistä tukea asumisessa. 1980-luvulla asunnottomuuden tarkastelun keskiöön nousi asunnon puute, ja asunnottomuus erotettiin asuntopulasta ja irtolaisuudesta. 1980-luvulla alkoi yhteistyö sosiaali-, terveys- ja asuntoviranomaisten kesken. (Tainio 2009, 16; Kärkkäinen 1998, 17–18). Aivan viime vuosina Suomessa asumispalveluiden järjestämisessä on otettu käyttöön laajasti asunto ensin -malli, jonka myötä asunnottomien määrä on laskenut huomattavasti (Tuomaala 2018).

Suomalaisessa asunnottomuutta koskevassa kirjallisuudessa on pohdittu kodittomuuden ja asunnottomuuden käsitteiden eroja. Riitta Granfelt kuvaa asunnottomuuden ja kodittomuuden eroa siten, että asuntolassa asuvaltakin voi puuttua kodin tuntu, vaikka hänellä on asunto (Granfelt 1998, 103). Kodittomuus käsitetään siten asunnottomuutta laajemmaksi käsitteeksi. Vastaavanlaisia määritelmiä kodittomuudelle ja asunnottomuudelle on esittänyt Ilkka Taipale (1982, 47–49). Hän määrittää kodittoman juurettomaksi henkilöksi, jolla ei ole tiettyä elämänpiiriä. Asunnoton on Taipaleen mukaan puolestaan henkilö, jolla ei ole asuntoa. Asunnottomuuden ja kodittomuuden välillä ei välttämättä ole suurta eroa: kodittomuuden kokemus saattaa muuttua konkreettiseksi asunnon puutteeksi (Vanhala 2005, 78–79). Suomi eroaa muista Pohjoismaista asunnottomuuden käsitteen käytössä: muissa Pohjoismaissa käytetään kodittomuuden käsitettä, joka on määritetty Granfeltin ja Taipaleen kodittomuuden käsitteiden tavoin laajemmaksi kuin asunnottomuuden käsite. Suomalaiseen asunnottomuuskeskusteluun on toivottu uudenlaista asunnottomuuden määrittelyä tai uusien käsitteiden käyttöönottoa. (Kärkkäinen 2005, 293–318.)

Kansainvälisesti asunnottomuutta on käsitteellistetty vastaavanlaisesti kuin Suomessa. Asunnottomuus käsitetään sosiaalitieteissä moniulotteiseksi ilmiöksi, johon Taipaleen tapaan yhdistetään asunnon puutteen lisäksi sosiaalisten suhteiden vähäisyyttä, fyysisiä vaivoja, päihteidenkäyttöä, paikasta toiseen siirtymistä ja köyhyyttä. Keskiössä määritelmässä on Suomen tapaan ollut pysyvän asuinpaikan puute. Lisäksi asunnottomuudessa on havaittu eroja asunnottomuuden kestoon liittyen: asunnottomuus voi olla hyvin hetkellistä ja kertaluontoista, joillakin asunnottomuus on puolestaan jaksottaista tai kroonista. (Lee, Tyler & Wright 2010; Somerville 2013.)

Asunnottomuutta määritellään usein myös oleskelupaikan mukaan. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) tilastoissakin jaotellaan asunnottomuuden eri muotoja

oleskelupaikan mukaan. Asunnottomia ovat tilastojen mukaan ne, joilla ei ole ollenkaan asumispaikkaa sekä ne, jotka majoilevat tuttaviansa tai sukulaistensa luona. (ARA 2021/1.) Vastaavasti Australian tilastokeskus jakaa samaan tapaan oleskelupaikan perusteella asunnottomat ryhmiin. Toisaalta Australiassa on lainsäädännössä määritelty asunnottomuutta Granfeltin ja Taipaleen kodittomuuden käsitettä muistuttavalla tavalla. Asunnoton tai koditon on *Supported Accommodation Assistance Act 1994*:n mukaan henkilö, jolla ei ole pääsyä turvalliseen ja varmaan asuntoon, sekä asunnottomuusuhan alla olevat henkilöt. (Zufferey 2011.)

Asunnottomuutta on aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa tarkasteltu monella eri tavalla. Sirkka-Liisa Kärkkäinen (1998, 6–9) on jakanut näkökulmat kahteen: asunnottomuus puhtaana tutkimusongelmana ja asunnottomuuspolitiikan teon ja toimenpiteiden suunnittelun näkökulmasta. Puhtaana tutkimusongelmana asunnottomuutta tarkasteltaessa asunnottomuus nähdään taloudelliseen, sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen asemaan liittyvänä moniulotteisena ilmiönä. Poliitiikan teon ja toimenpiteiden suunnittelun näkökulmassa asunnottomuutta tarkastellaan lähinnä asunnon puutteen poistamisen näkökulmasta, jolloin asunnottomuuteen paikan puutteen lisäksi liittyviä tekijöitä on huomioitu vaihtelevasti. Riitta Granfelt (1998, 49–51) jakaa asunnottomuuden tarkastelutavat rakenteelliseen, psykososiaaliseen, rakenteellista ja psykososiaalista yhdistävään kompleksiseen, etnografiseen sekä alakulttuurien näkökulmaan. Rakenteellisessa tarkastelutavassa ovat korostuneet yhteiskuntapoliittiset seikat, psykososiaalinen tarkastelutapa puolestaan keskittyy yksilöön ja hänen tilanteeseensa. Kompleksisessa asunnottomuuden tarkastelussa on huomioitu sekä yksilöön että rakenteeseen liittyvät tekijät. Etnografisessa tutkimuksessa asunnottomuutta on pyritty tarkastelemaan asunnottomien omien tulkintojen näkökulmasta, marginaalista käsin. Asunnottomuuden tarkastelu alakulttuureissa konkretisoituvana on määrittänyt asunnottomat alaryhmäksi, joka ei halua tai voi mukautua valtakulttuuriin, tai asunnoton yksilö nähdään poikkeavana ja valtakulttuuriin sopimattomana. Asunnottomuuden tarkastelutavoissa on siis eroja, jotka merkitsevät myös eroja asunnottomuuden määrittelyssä (Kärkkäinen 1998, 7).

Peter Somerville (2013, 384–389) esittelee artikkelissaan erilaisia lähestymistapoja asunnottomuuteen. Hän esittää, että asunnottomuuden tarkasteluun on tullut uusi näkökulma, joka yhdistää rakenteellista näkökulmaa ja yksilön näkökulmaa. Tässä uudessa näkökulmassa rakenteiden nähdään muodostavan laajemman kontekstin, jossa asunnottomuutta on. Yksilölliset tekijät puolestaan vaikuttavat todennäköisyyteen jäädä asunnottomaksi tuon rakenteen piirissä. Tämä lähestymistapa muistuttaa edellä esiteltyä

kompleksista tarkastelutapaa. Asunnottomuutta on tarkasteltu myös asunnottomuuspolkujen kautta. Asunnottomuuspolkujen tarkastelun avulla on ajateltu saatavan muut asunnottomuuteen liittyvät tekijät näkyviksi. Tarkasteltuja polkuja ovat polut asunnottomuuteen ja asunnottomuudesta pois. (Somerville 2013, 389–398.) Lisäksi asunnottomuutta on tarkasteltu kulttuurinäkökulmasta. Somerville esittää, että kulttuuri on olennaisessa roolissa niin asunnottomaksi jäädessä kuin asunnottomuudesta pois pyrittäessä. Somervillen mukaan kulttuurinäkökulmalla voidaan täydentää asunnottomuuspolkujen analyysiä ja saada tällä tavalla uutta ymmärrystä asunnottomuudesta. (Somerville 2013, 398–409.)

Arja Jokinen ja Kirsi Juhila (1991, 43) ovat tutkimuksessaan kehittäneet asumiskyvyttömyyden käsitteen, joka kuvaa viranomaiskäytännöissä elävää diskurssia. Asumiskyvyttömyysdiskurssissa puutteellisen asumisen korjaamisen suurin este on ihmisen puutteellinen asumiskyky. Asumiskyvyttömyysdiskurssissa asumiskyvyttömyys määritellään kotitöistä selviytymisen hankaluutena, naapuruston häirintänä tai omina valintoina. Jokinen ja Juhila erottivat aineistossa kaksi asumiskyvyttömyyden diskurssia, joista toisessa yleisille asuntomarkkinoille pääsyn vaikeus johtuu ihmisen omista ominaisuuksista. Toisessa diskurssissa asumiskyvyttömyyttä ei pidetä pysyvänä, vaan pyrkimyksenä on asumiskyvyttömyyden poistaminen. (Jokinen & Juhila 1991, 44–47.)

Asunnottomuus on aiemman kirjallisuuden mukaan laajasti moniulotteiseksi käsitetty ilmiö, johon on paikattomuuden lisäksi liitetty muitakin sosiaalisia ongelmia. Erityisesti köyhyys, sosiaalisten suhteiden vähäisyys, päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat mainitaan toistuvasti asunnottomuustutkimuksessa. (mm. Lee ym. 2010; Granfelt 1998; Vanhala 2005; Raitakari & Juhila 2015; Günther & Juhila 2015.) Lisäksi asioiden hoitamatta jättäminen, tai asumiskyvyttömyys liitetään asunnottomuuteen (Jokinen & Juhila 1991; Vanhala 2005, 162–168).

1.2 Mielenterveysongelmat

Sosiaalityöstä mielenterveyden parissa on melko vähän suomalaista kirjallisuutta, kansainvälistä kirjallisuutta on enemmän. Suomalaisessa sosiaalityön kirjallisuudessa ja tutkimuksessa mielenterveyteen liittyvä sosiaalityö sisällytetään laajempaan terveyssozialityön kokonaisuuteen. Terveyssozialityön sisällä terveyden ja sairauden kysymysten nähdään koskettavan laajemmin koko sosiaalityön kenttää. (Metteri ym. 2014, 9.) Sosiaalityön tutkimusta mielenterveystyöstä on erilaisista aihepiireistä ja näkökulmista: monialaisessa työympäristössä toimimisesta lähtien erilaisiin ihmisen tilanteen

hahmotustapoihin saakka (mm. Heinonen & Metteri 2005; Metteri ym. 2014). Sosiaalityössä ihminen käsitetään usein holistisesta näkökulmasta fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaaliseksi kokonaisuudeksi. (Romakkaniemi 2014, 142–144; Metteri 2014, 301.) Mielenterveystyössä sosiaalinen ulottuvuus jää kuitenkin usein taka-alalle. Mielenterveysongelmia pidettiin 1970-luvulle saakka psykososiaalisena kysymyksenä, mutta 1980-luvulta lähtien mielenterveysongelmia on enenevässä määrin selitetty lääketieteellisen ja biologis-orgaanisen ajattelun kautta. Tämän muutoksen myötä sosiaalityeellinen mielenterveyden tarkastelutapa on jäänyt sivummalle mielenterveystyössä. (Romakkaniemi 2014, 142–144.) Lääketieteeseen keskittyvää tarkastelutapaa on kutsuttu kirjallisuudessa lääketieteelliseksi malliksi (Gould 2016, 14–16).

Sosiaalityön mielenterveyttä koskevissa tarkasteluissa ovat painottuneet yksilölähtöiset tarkastelutavat, kun taas rakenteellisen tason näkökulmat ovat jääneet vähemmälle (Raitakari, Kulmala, Günther, Juhila & Saario 2011). Lääketieteellisen mallin lisäksi mielenterveyttä on tarkasteltu biopsykososiaalisen mallin kautta sekä uusien sosiaalisten mallien kautta. Biopsykososiaalinen malli on systeemitteoreettinen malli, jossa mielen eri tilat tapahtuvat systeemissä. Ihminen on osa systeemiä, jonka eri osia ovat ihminen fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena sekä ihminen osana sosiaalisia kokonaisuuksia. Uusia sosiaalisia malleja on kolme: sosiaalisen pääoman malli, vammaistutkimuksen malli ja toipumismalli. Sosiaalisen pääoman mallissa kestävien sosiaalisten verkostojen ajatellaan antavan henkilölle etua myös mielenterveyden suhteen. Mallia on kritisoitu siitä, että se sekoittaa sosiaalisen ja yksilöllisen tason käyttämällä pääoman käsitettä, joka on individualistinen. Vammaistutkimuksen mallissa vammaisuuden ei nähdä liittyvän yksilön ominaisuuksiin, vaan olevan kytköksissä fyysiseen ympäristöön, joka rajoittaa henkilön mahdollisuuksia sosiaaliseen ja taloudelliseen osallistumiseen. Fyysisen ympäristön lähtökohdasta mallia on laajennettu koskemaan myös mielenterveyttä ja muutakin kuin fyysistä ympäristöä. Toipumismallista on puolestaan eri versioita, joista osa on lääketieteellisempiä oireista toipumiseen keskittyviä, kun taas osassa keskiössä on toivon ja tarkoituksen palautuminen. (Gould 2016, 14–24.)

Mielenterveyttä ja sosiaalityötä on lisäksi tarkasteltu toimintaympäristön näkökulmasta. Mielenterveyden parissa tehtävän sosiaalityön toimintaympäristönä on monialainen työyhteisö ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Monitoimijaiseen työympäristöön liittyvinä kysymyksinä on pohdittu eri tahojen erilaisten näkökulmien yhteensovittamista toimintaympäristössä, jossa ajallisia sekä rahallisia resursseja on liian vähän. (Nikander 2005; Frankenhaeuser 2014; Gould 2016, 188–190.) Palvelujärjestelmän monitoimijaisen

luonteen vuoksi mielenterveyteen ja sosiaalityöhön liittyvä keskeinen kysymys on palveluiden ja toimijoiden raja-alueilla tehtävä työ ja sitä kautta hahmottuva käsitys henkilön elinympäristöstä. Eri rajojen kanssa työskentelyyn on esitetty ekologista tarkastelutapaa, jonka avulla on mahdollista huomioida henkilön koko sosiaalinen konteksti kapean, yksiulotteisen näkökulman sijaan. Ekologisen lähestymistavan kautta voidaan paikantaa rajapintoja ja ulottaa työskentelyä rajapintojen yli, jolloin auttaminen on kokonaisvaltaisempaa. (Kerson ym. 2005). Ekologinen lähestymistapa tulee lähelle hollistista näkökulmaa ja toisaalta myös biopsykososiaalista mallia (vrt. Metteri 2014; Romakkaniemi 2014; Gould 2016).

Len Spearmanin (2005) mukaan sosiaalityössä, myös mielenterveyden parissa tehtävässä sosiaalityössä on havaittavissa kahdenlaista orientaatiota henkilön tilanteen tarkasteluun: ongelmalähtöinen tarkastelu ja vahvuusnäkökulma. Ongelmiin keskittyvä näkökulma on peräisin lääketieteellisestä mallista, joka keskittyy puutteellisuuteen ja vajavaisuuteen. Ongelmalähtöisessä näkökulmassa pyritään korjaamaan vajavuuksia, kun vahvuuksia korostavassa näkökulmassa puolestaan ajatellaan henkilön pystyvän ratkaisemaan ongelmansa vahvuuksien vahvistumisen myötä. Mielenterveystyössä työskennellään usein terveydenhuollon kontekstissa, jossa vallalla on ongelmalähtöinen näkökulma. Spearman esittää, että sosiaalityöntekijöiden olisi otettava oma, vahvuuksia korostava lähestymistapa tilanteiden tarkasteluun. (Spearman 2005; myös Gould 2016, 14–15.) Vahvuuksia korostava lähestymistapa on samankaltainen kuin toipumismalli, jossa keskitytään toivon ja tarkoituksen palautumiseen (vrt. Gould 2016, 22–24). Psykiatrian kontekstissa sosiaalityö asemoituu lääketieteelle alisteiseen asemaan, kun lääketieteen ammattilaisten näkökulmasta sosiaalityön tehtävä on edesauttaa hoidon toteutumista. Sosiaalityöntekijä ei aina voi vaikuttaa siihen, miten potilasta kohdellaan, kun lääketieteen ammattilaiset päättävät hoidosta. (Frankenhaeuser 2014.)

Aiemman kirjallisuuden perusteella mielenterveys kietoutuu kulttuurisiin käsityksiin terveydestä ja sairaudesta. Nämä kulttuuriset käsitykset liittyvät mielenterveyden lisäksi etnisyyteen, ikään, sukupuoleen ja seksuaaliseen suuntautumiseen. (Fernando 1999; O'Neill 1999; Gould 2016, 42–47.) Lisäksi taloudellisen tilanteen ja syrjinnän on esitetty olevan yhteydessä terveyteen ja mielenterveyteen (Heinonen & Metteri 2005, 416). Mielenterveys vaikuttaa kokonaisvaltaisesti koko elämäntilanteeseen: arjen kulusta ihmissuhteisiin saakka (Romakkaniemi 2014, 159.) Skotlannissa tehdyssä mielenterveyspalveluiden tutkimuksessa havaittiin, että mielenterveyspalveluissa keskitytään lähinnä mielenterveysongelmaan, eikä riittävästi huomioida palvelunkäyttäjien muita tarpeita

(Connor 1999, 64–65). Toisaalta terveyssozialityön tutkimuksessa on havaittu, että vakavia somaattisia sairauksia ei välttämättä tutkita tai seurata riittävästi, jos henkilöllä on tai on ollut päihde- tai mielenterveysongelma (Huvinen ym. 2014, 35).

Raitakari ym. (2011) esittävät artikkelissaan, että mielenterveysongelmien tarkastelussa on vallalla yksilölähtöinen tarkastelutapa. Kirjoittajat tutkivat nuorten psykoosisairauksen sairastuneiden henkilöiden kuvauksia eriarvoisuudesta arjessaan. Mielenterveysongelmia lähestytään tutkimuksessa eriarvoisuuden näkökulmasta, jolloin on mahdollista ottaa etäisyyttä yksilölähtöiseen tarkastelutapaan. Vakavaan mielen sairauteen liittyä edelleen leimaamista, joka asettaa sairastavan henkilön yhteiskunnassa eriarvoiseen asemaan. Yksi tutkimuksen päätuloksista on se, että nuoret ovat omaksuneet yksilölähtöisen tavan tarkastella omaa sairauttaan. Nuoret katsoivat, että heidän tulisi muuttua ja kyetä sopeutumaan heille asetettuihin vaatimuksiin. Toisaalta haastateltavat kuvasivat joutuvansa luopumaan monista asioista heihin kohdistettujen odotusten ja rajoitteiden vuoksi. Kirjoittajat esittävät, että yksilölähtöisen tarkastelutavan rinnalle olisi tärkeää ottaa rakenteellinen näkökulma, jotta arjen eriarvoisuutta tuottavat rakenteellisen tason tekijät huomioitaisiin. (Raitakari ym. 2011). Eriarvoisuustarkastelun lisäksi vammaistutkimuksen tarjoama sosiaalinen malli on toinen esimerkki rakenteellisesta näkökulmasta, jossa lähtökohtana on rakenteiden tarkastelu yksilön sijaan (Gould 2016).

1.3 Asunnottomuus ja mielenterveysongelma yhtäaikaista

1.3.1 Suomalaisia sosiaalitieteellisiä näkökulmia

Asunnottomuutta ja mielenterveysongelmia yhtä aikaa käsittelevää suomalaista sosiaalitieteellistä tutkimusta ja kirjallisuutta on melko vähän. Kirsti Huvinen (2002) on tutkinut asunnottomuutta Peijaksen sairaalassa ja Peijaksen alueen psykiatrian poliklinikoilla. Hän on haastatellut tutkimuksessaan sekä työntekijöitä että asunnottomia. Tutkimuksessa on käytetty Jokisen ja Juhilan (1991) asumiskyvyttömyyden käsitettä. Sosiaalityön lähestymistapa asunnottomuuteen on tutkimuksessa esitetty olevan muutosorientoitunut, eli asumiskykyä pyritään edistämään ja testaamaan esimerkiksi palveluasumisen avulla. Mielenterveyskuntoutujat ovat yksi asunnottomien erityisryhmä. Asunnottomat itse toivat toiseksi yleisimpänä asunnottomuuden syynä esiin sairauden. Vaikka kaikilla asunnottomilla ei sairauden syy ollut mielenterveysongelma, suurin osa sairaalassa olleista asunnottomista oli psykiatrian osastoilla. Suurin osa asunnottomista potilaista kotiutui sairaalasta ystävien ja sukulaisten luo, jatkohoitoon tai asumispalveluihin. Osa ei ollut

hoitohenkilökunnan ja sosiaalityöntekijän kanssa samaa mieltä asumisen tuen tarpeista ja halusivat vuokra-asuntoon asumaan. (Huvinen 2002.)

Sirkka-Liisa Kärkkäinen (2005) on käsitellyt mielenterveyskuntoutujien asunnottomuutta kirjoituksessaan ”*Minne häviää asunnoton mielenterveyskuntoutuja?*”. Kärkkäisen mukaan asunnottomien ja mielenterveyskuntoutujien palvelut ovat liian erilliset, eikä järjestelmä tunnista asunnottoman mielenterveyskuntoutujan tarpeita. Ensisuojissa ja tukiasunnoissa asuu ja asioi siten paljon asiakkaita, jotka eivät ole tarpeeksi sairaita psykiatrian asiakkaiksi, mutta joilla on jopa ympärivuorokautisen tuen tarve. Kahdesta ongelmasta kärsivistä tai kaksoisdiagnoosipotilaista ei puhuta. Kärkkäinen esittää puhumattomuuden syyksi resurssipulaa sekä sitä, että heistä voi olla suuren huolen vuoksi hankala puhua. (Kärkkäinen 2005.)

Asumiskyvyn lisäksi asunnottomuutta ja mielenterveysongelmia on lähestytty samankaltaisesta, toimijuutta tarkastelevasta näkökulmasta. Vaula Tuomaala (2018) tarkastelee tutkimuksessaan mielenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattujen asumis- ja palveluiden asukkaiden asukastoimijuutta. Tuomaala määrittää toimijuuden vuorovaikutuksessa muotoutuvaksi ja asukastoimijuuden sitä myöten asumisjärjestelyjen kautta muotoutuvaksi. Tutkimuksessa on haastateltu sekä asukkaita että asumisyksiköiden työntekijöitä. Työntekijöiden näkemyksen mukaan asukkailla on suuri vaikutusvalta siihen, miten pysyväksi asuminen muodostuu asumisyksikössä. Asukkaiden näkemykset ovat työntekijöiden kanssa samassa linjassa: myös asukkaat kokevat voivansa vaikuttaa asumisen pysyvyyteen. Toimijuutta asumisyksiköissä rajoittavat institutionaaliset käytännöt, asumisyksiköiden säännöt ja toimintaperiaatteet. Työntekijöiden puheissa asukastoimijuus on vaillinaista toimijuutta, minkä vuoksi asukkaat tarvitsevat heidän tukeaan. Asukastoimijuus määrittyy tutkimuksessa ongelmallisuuden, vajavaisuuden ja tarvitsevuuden lähtökohdista, mutta työntekijät ja asukkaat samaan aikaan korostavat valinnanvapauden merkitystä. Autonomialle ja valinnanvapaudelle annetut merkitykset riippuvat näkökulmasta, joten asukkaat ovat saattaneet sisäistää yksilön vastuu -ajattelun, vaikka valinnanvapaus on tosiasiaa rajallista. (Tuomaala 2018.)

1.3.2 Intersektionaalinen lähestymistapa

Mielenterveysongelmista ja asunnottomuudesta on jonkin verran kansainvälistä tutkimusta intersektionaalisesta näkökulmasta. Intersektionaalisuuden käsite viittaa mustasta feminismistä peräisin olevaan ajatukseen risteävistä identiteeteistä, jotka vaikuttavat toisiinsa. Useat yhtäaikaiset vähemmistöidentiteetit voivat altistaa ulossulkemiselle ja marginalisoinnille enemmän kuin yksittäinen vähemmistöidentiteetti. (Crenshaw 1991.)

Mielenterveysongelman ja asunnottomuuden yhtäaikaisella esiintymisellä on joitain erityispiirteitä, joita pelkästään mielenterveysongelmien tai pelkästään asunnottomuuden tarkastelu ei paljasta. Kanadassa tehdyn tutkimuksen perusteella asunnoton mielenterveysongelmanen kohtaa enemmän syrjintää risteävien (*intersecting*) sosiaalisten identiteettien perusteella. Asunnoton mielenterveysongelmasta kärsivä henkilö saattaa jumiutua syrjinnän kierteeseen, josta on vaikea päästä irti. Asunnottomalla ja mielenterveysongelmallisella henkilöllä on suurempia vaikeuksia palveluiden saatavuudessa ja resursseista osansa saamisessa. Sekä mielenterveysongelmiin että asunnottomuuteen liittyy stigmaa, joka vaikuttaa niistä kärsivien elämään ja kohteluun. (Benbow & Forchuk & Ray 2011.)

Yhdysvalloissa tehty tutkimus tarkastelee psykiatrian päivystykseen hakeutuneiden nuorten keskuudessa esiintyvää asunnottomuutta. Tutkimuksessa korostuu asunnottomuuden ja mielenterveysongelmien yhteenkietoutuneisuus. 66 prosentilla tutkimuksen asunnottomista nuorista on mielenterveysongelma, joka vaati hoitoa. Riittämättömien mielenterveyspalveluiden vuoksi psykiatrian päivystykseen päätyminen riski kasvaa sekä mielenterveysongelman että asunnottomuuden vuoksi. Mielenterveysongelmat ja asunnottomuus vaikuttavat siis molempiin suuntiin toisiinsa: asunnottomuus voi lisätä mielenterveysongelman riskiä ja mielenterveysongelma voi lisätä asunnottomuuden riskiä. Nuorten aikuisten asunnottomien mielenterveysongelmaisten keskuudessa ei haluta omaksua asunnottoman eikä mielenterveyskuntoutujan identiteettiä, minkä vuoksi apua ei välttämättä haeta palveluista. Monilla tutkimuksen nuorista aikuisista oli asunnottomuuden ja mielenterveysongelmien lisäksi taustalla vaikea lapsuus tai konflikteja perheessä. Asunnottomuuden ja mielenterveysongelmien intersektionaalinen tarkastelu paljastaa tutkimuksessa, että huono-osaisuus kasautuu, eikä elämän kokonaisuutta havaita riittävästi, jos palvelut ovat liian eriytyneet. (Narendorf 2017.)

Aiemmassa tutkimuksessa tulee monin paikoin esiin päihde- ja mielenterveysongelmien yhtäaikainen esiintyminen. Joidenkin arvioiden mukaan puolella niistä, joilla on päihdeongelma, on myös mielenterveysongelma; samoin puolella niistä, joilla on mielenterveysongelma, on myös päihdeongelma. (mm. Murthy & Chand 2012; Raitakari & Juhila 2015.) Esimerkiksi Stenius-Ayoade ja kollegat (2017) eivät tutkimuksessaan pystyneet erottamaan päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyviä terveyskeskuskäyntejä toisistaan, koska ne olivat niin usein päällekkäisiä.

Intersektionaalisuus avaa erityisen näkökulman mielenterveysongelmiin ja asunnottomuuteen. Intersektionaalisuudessa tarkastellaan risteäviä ulossulkemisen ja

marginalisaation kokemuksia. Mielensterveysongelmien ja asunnottomuuden intersektionaalinen tutkimus on paljastanut, että useat yhtäaikaiset vähemmistöidentiteetit asettavat ihmiset erityisen haavoittuvaan asemaan. Vasta intersektionaalisen asunnottomuuden ja mielensterveysongelmien tarkastelun kautta paljastuu niitä rakenteellisia tekijöitä, joita asunnottomalla mielensterveysongelmasta kärsivällä on, ja mitä muita mahdollisia yhtäaikaisia vähemmistöidentiteettejä henkilöllä on. (Benbow ym. 2011; Narendorf 2017.)

1.4 Asunto ensin -malli ja portaikkomalli

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan vapauksia rajoitetaan. 1960-luvulle saakka mielensterveyspotilaat käytännössä asuivat sairaalassa, eikä erillisiä asumispalveluita ollut. Koska sairaalassa asuminen pitkäkestoisesti rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, alkoi 1970-luvulla vastaliikkeenä psykiatrian sairaaloiden deinstitutionalisaatio, eli laitospaikkojen vähentäminen. Deinstitutionalisaatio on vaikuttanut sekä asumispalveluiden ja mielensterveyspalveluiden nykytilaan. 1970-luvulta lähtien ryhdyttiin rakentamaan erillisiä asumisyksiköitä, joiden oli tarkoitus olla välivaiheena kotiin siirtymiselle. Näihin asumisyksiköihin siirtyi sairaalasta suuri osa niistä potilaista, jotka olivat siihen saakka asuneet pitkäaikaisesti sairaalassa (Raitakari & Günther 2015; Gould 2016, 11–13.)

1990-luvulla New Yorkissa kehitettiin uudenlainen lähestymistapa asumispalveluiden järjestämiseen, *Housing First*, josta myöhemmin muotoutui nykyään asunto ensin -mallina tunnettu lähestymistapa asunnottomuuteen. Alkuperäinen asunto ensin -malli (AE-malli) kehitettiin erityisesti asunnottomille mielensterveyskuntoutujille ja päihderiippuvuudesta kärsiville. (Tsemberis 2010, 1–4.) AE-malli on syntynsä jälkeen saanut yhä enemmän jalansijaa keskusteluissa ja useissa maissa asumispalveluiden järjestäminen pyritään tekemään asunto ensin -mallin mukaisesti. AE-malli kulkeutui Yhdysvalloista Kanadaan, sieltä Australiaan ja lopulta Eurooppaan. Suomessa AE-malli on otettu laajasti käyttöön 2000-luvulta lähtien. Mallin pääperiaatteena on turvata ensin asunto ilman hoitoon sitoutumisen pakkoa ja kannustaa hoitoon hakeutumiseen, ilman jatkuvaa valvontaa. (Raitakari & Juhila 2015; Tuomaala 2018; Tsemberis 2010.)

Asumispalveluiden ja mielensterveyspalveluiden keskinäisestä yhteydestä kertoo laitospaikkojen ja asumispalveluiden yhtäaikainen muutos 1970-luvulta alkaen. Aiemman tutkimuksen perusteella mielensterveys ja asuminen liittyvät siis vahvasti toisiinsa. Mielensterveyttä edistää hyvä asumisympäristö ja itsemääräämisoikeus; asunnottomuus tai puutteet asumisessa puolestaan lisäävät mielensterveysongelmien riskiä. (Raitakari

& Günther 2015.) Asunnottomuuden tutkimuksessa on havaittu, että osa asunnottomista on ns. ”vaikeasti asutettavia”. Suomessa ja kansainvälisesti pitkäaikaisasunnottomuuden haastetta on pyritty ratkaisemaan kahdella rinnakkain esiintyvällä tavalla: asunto ensin -mallin avulla sekä portaikkomallilla. Portaikkomalli perustuu ajatukselle asumiskyvyn kohentamisesta, jonka kautta edetään vaihe vaiheelta kohti itsenäistä kotona asumista. Tällä hetkellä Suomessa suurimmassa suosiossa on asunto ensin -malliin (AE) perustuva asumispalveluiden järjestämistapa, mutta portaikkomallia esiintyy edelleen AE-mallin rinnalla asumispalveluissa. (Raitakari & Juhila 2015.)

Perinteinen malli asumispalveluiden järjestämisessä on portaikkomalli. Portaikkomalli perustuu siihen, että asiakas osoittaa asumiskykynsä ja liikkuu mallissa tuetummasta asumismuodosta kohti itsenäistä asumista. (Raitakari & Günther 2015.) Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa on erilaisia tukimuotoja, jotka vaihtelevat saatavilla olevan tuen mukaan. Palveluasuminen on laitosmaista asumista, jossa tukea on saatavilla ympärivuorokautisesti. Tukiasuminen on tyypillisesti ryhmämuotoista ja siinä tukea on tarjolla säännöllisesti, muttei yhtä tiiviisti kuin palveluasumisessa. Kevyin tukimuoto on kotiin tuotavat palvelut, jolloin työntekijät tulevat asiakkaan kotiin sovittuina aikoina. (Raitakari & Günther 2015.)

AE-mallin periaatteet ovat itsenäisen asumisen mahdollistaminen, valinnanvapaus ja vaikuttamismahdollisuudet, kuntoutuminen ja voimaantuminen sekä yhteiskuntaan ja yhteisöihin integroituminen. Mallia tukee se, että asunnottomat käyttävät keskimäärin enemmän sosiaali- ja terveyspalveluita. (Raitakari & Juhila 2015; Tsemberis 2010; Asunto ensin -mallin verkkosivut.) AE-malli syntyi kritiikkinä portaikkomallille. Portaikkomalli perustuu ajatukselle siitä, että palvelut ovat jatkumo, jossa edetään asteelta toiselle. Kaikki eivät kuitenkaan etene idean mukaisesti palvelusta toiseen, joten AE-mallissa lähdetään liikkeelle asumisen turvaamisesta ja itsemääräämisoikeudesta, eikä asumiskyvyn osoittamisesta. (Raitakari & Günther 2015; Raitakari & Juhila 2015.) Suvi Raitakari ja Kirsi Juhila (2015) ovat tehneet kattavan AE-mallin kirjallisuuskatsauksen, jossa he ovat tarkastelleet mallia koskevan kirjallisuuden eri lajeja ja orientaatioita. Kirjallisuudessa toistuu näkemys siitä, että AE-malli on kestävämpi ja kustannustehokkaampi ratkaisu kuin portaikkomalli tai perinteiset asumispalvelut. AE-mallin mukaisten palveluiden katsotaan vähentävän ensiapukäyntejä ja sairaalahoitoja. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen vähentää kirjallisuuden mukaan mielenterveysongelmia ja lisäävät elämänlaatua. (Raitakari & Juhila 2015.)

AE-mallille on myös esitetty sosiaalitieteissä kritiikkiä. Vaikka AE-mallin pääperiaate on itsemääräämisoikeuden tukeminen, ovat asunnottoman vaihtoehdot usein asunnottomuus tai kontrolloitu asuminen. (Tuomaala 2018.) Hyvinvointivaltion muutos kohti neoliberaalia mallia on johtanut yksilön vastuun kasvamiseen. Valinnanvapauskeskustelu voidaan nähdä pyrkimyksenä vastuuttaa ihmisiä omien valintojen seurauksista, vaikka valinnan vaihtoehdot on rajattu jo etukäteen palveluvalikoiman kautta. Asunto ensin -mallin uhkana voikin olla, että käytännössä se on Vain asunto -malli. (Tuomaala 2018; Raitakari & Juhila 2015.)

1.5 Toimijuus

Aiemman kirjallisuuden perusteella toimijuus on mielenterveysongelmille ja asunnottomuudelle yhteinen käsite. Asukastoimijuus on Vaula Tuomaalan käsite, joka liittyy päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asumispalveluyksikössä asuvien asukkaiden toimijuuteen. Tuomaala määrittää toimijuuden vuorovaikutuksessa rakentuvaksi itsemääräämisoikeuden, valinnanvapauden, ongelmallisuuden, vajavuuden ja tarpeiden näkökulmien kautta. (Tuomaala 2018.)

Jokinen ja Juhila (1991) ovat puolestaan tarkastelleet asumista diskurssianalyttisestä näkökulmasta. He havaitsivat työntekijöiden keskuudessa vallitsevan pitkäaikaisasunnottomuuteen liittyvän asumiskyvyttömyysdiskurssin, joka määrittää asunnottomuuden johtuvan puutteellisesta asumiskyvystä. Jokinen ja Juhila havaitsivat tutkimuksessaan kaksi asumiskyvyttömyysdiskurssia, joista toinen määrittäi asunnottomuuden asunnottoman pysyväisluonteisista ominaisuuksista ja toinen suhtautuu asumiskykyyn muutos-orientoituneesti. Pitkäaikaisasunnottomuuden asumiskyvyttömyysdiskurssi liittyy olennaisesti toimijuuteen. Kyvyttömyys toimia on määrittynyt diskurssissa asunnottomuuden syyksi tai ongelmaksi. (Jokinen & Juhila 1991, 43–47.) Asumiskyvyttömyysdiskurssissa ja asukastoimijuudessa tarkastelu on yksilötasolla, yksilön toiminnan ja toimintakyvyn puutteissa (Jokinen & Juhila 1991, 43–47; Tuomaala 2018). Rakenteellinen toimijuuden tarkastelu jää näissä tutkimuksissa siten vähäisempään rooliin.

Toimijuus on siis mielenterveysongelmia ja asunnottomuutta läpileikkaava käsite. Mielenterveysongelmat hankaloittavat toimimista ja vaikuttavat sitä kautta elämään vahvasti. Asumisen tukipalveluita tarjotaan mielenterveyskuntoutujille juuri siksi, että ainakaan työntekijöiden näkökulmasta he eivät pärjää itsenäisesti kotonaan (mm. Jokinen & Juhila 1991; Huvinen 2002; Raitakari & Günther 2015). Mielenterveysongelman ja asunnottomuuden on siis aiemmassa tutkimuksessa esitetty rajoittavan toimijuutta.

1.6 Neoliberaali agenda

Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa on käsitelty paljon neoliberalismia ja liberaalin agendan vaikutusta sosiaalipolitiikkaan ja sosiaalityöhön. Viimeisten kymmenen vuoden aikana liberaalista agendasta on tullut vallitseva tapa määrittää ilmiöitä ja niiden lähestymistapoja. Jopa radikaalit sosiaalityön käsitteet, kuten voimaantuminen, on valjastettu liberaalin agendan käyttöön. (Horsell 2017.) Neoliberaali agenda vaikuttaa vahvan yhteiskunnallisen asemansa vuoksi niin psykiatriseen hoitoon kuin asumispalveluihinkin. Suomessa AE-malliin perustuvia asumispalveluita tutkinut Vaula Tuomaala havaitsi, että asukastoimijuutta rajoittavat liberaalit yksilön vastuuttamiseen ja valinnanvapauteen liittyvät asukkaiden ja työntekijöiden näkökulmat (Tuomaala 2018). Vastaavanlaisia havaintoja AE-mallista ovat tehneet muutkin tutkijat (Juhila, Hall, Günther, Raitakari & Saario 2015).

Asumispalveluiden lisäksi psykiatrian kontekstissa on vallalla liberaali agenda ja siihen perustuvat käytännöt. Neoliberaali kapitalismi on tutkimusten mukaan muun muassa Suomessa ja Yhdysvalloissa heikentänyt hyvinvointivaltiota, lisännyt eriarvoisuutta ja vaikuttaa mielenterveyttä heikentävästi, kun yksilön vastuuta korostetaan ja yksilön nähdään olevan itse vastuussa esimerkiksi mielenterveydestään ja taloudellisista hankaluuksistaan. Samaan aikaan yhteisöllisyyttä ei pidetä liberaalissa kapitalismissa hyvinvoinnin kannalta merkityksellisenä. Neoliberaali kapitalismi vaikuttaa lisäksi psykiatristen diagnoosien antamiseen ja hoitoon. Diagnooseissa on siirrytty biologisempien perusteiden suuntaan. Psykiatrisen hoidon tavoitteeksi on liberaalin kapitalismin myötä tullut yksilön tuottavuuden maksimointi ja mielenterveyttä arvioidaan usein työkyvyn näkökulmasta. Mielenterveyden hoitoon pääsyyn vaikuttavat myös taloudelliset esteet, esimerkiksi psykoterapian suhteen. (Zeira 2021; Kokkinen, Muntaner, Kouvonen, Koskinen, Varje & Väänänen 2015.)

2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Tutkimukseni paikantuu aiemman suomalaisen sosiaalitieteellisen asunnottomuutta ja mielenterveysongelmia koskevan tutkimuksen jatkumoon. Aiemmassa tutkimuksessa ovat korostuneet yksilölähtöiset tarkastelutavat ja toimijuus. Tutkimuksessani tarkastelen yksilön näkökulman sijaan työntekijöiden, psykiatrisen hoidon ja asumispalveluiden instituutioiden muovaamia asiakkuuden ehtoja ja niiden kautta muotoutuvaa toimijuutta. Tutkielmani lähtökohtana on sosiaalinen konstruktionismi, eli näkemys todellisuuden ja

tiedon rakentumisesta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Berger & Luckmann 1994, 30). Tarkastelen tutkimuksessani niitä tapoja, joilla vuorovaikutuksessa luodaan ja muovataan merkityksiä ja yhteistä ymmärrystä todellisuudesta (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 9; Berger & Luckman 1994, 57, 137, 211). Tutkimuksessani on kriittisen sosiaalityön näkökulma, jossa kiinnostuksen kohteena on pikemminkin rakenteet ja yhteiskunnan järjestäytyminen kuin yksilön näkökulma (Juhila 2006, 142–146; Payne 2014, 321). Kriittinen lähtökohta sopii hyvin yhteen konstruktionistisen tieto- ja todellisuuskäsityksen kanssa, koska kriittinen teoria hahmottaa havaintomaailman ihmisen oman aktiivisuuden tuotteena (Tuomi & Sarajärvi 2018, 43).

Esittelen seuraavaksi teoreettisen viitekehitykseni. Ensimmäiseksi esittelen tutkimukseni keskeisimmän käsitteen, institutionaalisen kategorian. Tämän jälkeen esittelen poiskäännyttämisen käsitteen, joka liittyy kategorisoinnin käytäntöön. Kolmannessa aluvussa kuvaan ammattien järjestelmän teoriaa, jota käytän hyvinvointivaltion palveluiden toimintaympäristöä hahmottavana teoriana. Lopuksi esittelen tutkimuskysymykseni.

2.1 Institutionaalinen kategoria

Luokittelun tai kategorioiden merkityksestä instituutioiden ja inhimillisen toiminnan jäsentämisessä on paljon kirjallisuutta. Kategoriat ovat yleensä näkymättömiä, jopa tosiasioina pidettyjä, mutta niistä voi tulla näkyviä, jos ne särkyvät tai ne kyseenalaistetaan. Kategorian voidaan ajatella olevan ajallinen, tilallinen tai tilallis-ajallinen maailman segmentaatio, eli kategoria on aikaan ja paikkaan sidottu. (Bowker & Star 1999, 2–3, 10.) On esitetty, että instituutioiden toiminta ja ajattelu perustuu kategorioihin (Jokinen, Juhila & Suoninen 2012, 40; Buchert 2015, 39).

Michael Lipsky (1980) on kehittänyt kuuluisan teorian katutason byrokraateista, jollaisiksi hän käsittää sosiaalityöntekijätkin. Hänen teoriaansa sisältyy ajatus siitä, että olemassa olevat kategoriat ohjaavat työntekijöitä hahmottamaan asiakkaiden ongelmia kategorioiden kautta. Työntekijöiden on käytettävä stereotypioita ja rutiineja, eli kategorioita kiireisen työnsä helpottamiseksi (Lipsky 1980, 3–7, 59–60, 140–156). Kategorisoinnin jälkeen epäolennainen, kategoriaan liittymätön informaatio voidaan jättää huomioimatta (Lipsky 1980, 83–86; Vanhala 2005, 32). Kategorisointi on aina moraalista toimintaa, sillä kun yhdelle määrittelytavalle antaa tilaa, jäävät muut huomiotta. On siis tärkeää tarkastella käyttämiämme kategorisointeja ja niiden seurauksia. (Bowker & Star 1999, 319; Jokinen 2012, 228)

Ulla Buchert (2015) on tutkinut sosiaalipalveluita institutionaalisen kategorian käsitteen kautta. Buchertin käsite perustuu Bowkerin ja Starin (1999) näkemykselle kategorisoinnin tyypillisyydestä asioiden, ihmisten ja heidän toimintansa jakamisessa modernissa, byrokraattisessa valtiossa (Bowker & Star 1999, 53, 285, 319; Buchert 2015, 39).

Buchertin tutkimus koskee maahanmuuttajuuden institutionaalisia kategorioita. Institutionaalinen kategoria on Buchertin mukaan instituutioiden toiminnan perusta ja määrittää työntekijöiden toimintaa ja palveluihin pääsyä. (Buchert 2015, 13-14.) Ajan myötä kategoriat saattavat muuttua näkymättömiksi, itsestään selviksi, jolloin työntekijät alkavat automaattisesti mukauttaa toimintaansa kategorioiden mukaisesti. Institutionaalinen kategoria on Buchertin mukaan tällainen itsestään selvänä pidetty, vakiintunut kategoria. (Buchert 2015, 39.) Buchertin tutkimuksessa institutionaalisina kategorioina toimivat maahanmuuttajille suunnatut erillispalvelut (Buchert 2015, 92, 111, 128, 151).

Lähden tutkimuksessani liikkeelle Buchertin tavoin siitä oletuksesta, että instituution toiminta perustuu institutionaalisille kategorioille. Institutionaaliset kategoriat määrittävät palveluihin pääsyä, työntekijöiden toimintaa ja asiakkaiden ongelmien ratkaisutapaa. Käytän tutkimuksessani Buchertin institutionaalisen kategorian käsitettä, jolla tarkoitan sellaista kategoriaa, joka on käytössä muuttunut ikään kuin näkymättömäksi, itsestään selvänä pidetyksi (Buchert 2015, 13–14, 39.) Buchertin institutionaalisen kategorian käsitteellistyksestä hieman poiketen institutionaalinen kategoria tarkoittaa tutkimuksessani asiakkuuden ehtojen erilaisia määrittelytapoja, eikä palveluita itsessään. Toisaalta institutionaaliset kategoriat muovaavat palveluita ja niiden toimintaa, joten käsitteellinen ero on melko pieni.

Institutionaalinen kategoria on tutkimukseni kontekstissa työntekijöiden ja instituution muodostama asiakkuuden edellytysten ja palveluiden sisällä olevan asiakkaan toimintamahdollisuuksien kokonaisuus. Samantapainen lähtökohta kategorioihin on ollut myös Anni Vanhalalla (2005), joka esittää väitöskirjassaan, että asiakkuuteen liittyy sosiaalisten ongelmien tulkinnat. Nämä sosiaaliset ongelmat on määriteltävä organisaation paikkaan ja tehtävään sopivalla tavalla. (Vanhala 2005, 31.) Asiakas voi siis päättää, sopeutuuko hän hänelle asetettuihin edellytyksiin. Asiakas ei ole kuitenkaan sama asia kuin institutionaalinen kategoria. Instituutiossa asiakas asetetaan institutionaaliseen kategoriaan, mikäli hän on asiakkaana. Institutionaalinen kategoria on siten pikemminkin positio, joka asiakkaalla on palveluissa. Tarkastelen tutkimuksessani asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisia kategorioita, eli asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan määritelmiä ja paikkaa asiakkaana palveluissa. Institutionaalinen

kategoria tarkoittaa tässä tutkimuksessa työntekijöiden ja instituution asiakkuuden määrittelytapoja ja asiakkuudelle asetettuja edellytyksiä.

2.2 Poiskäännyttäminen

Mielenterveyspalveluiden ja asumispalveluiden saatavuuteen liittyy myös ulossulkemista ja poiskäännyttämistä. Palveluiden saamiseen liittyy kriteereitä, jotka henkilön on täytettävä, jotta hän voi olla palvelun asiakas tai potilas (Immonen & Kiikkala 2007, 56–57). Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kriteerit liittyvät lääketieteellisesti määriteltäviin seikkoihin. Hoitosuhteen edellytyksenä voi olla esimerkiksi kriisitilanne, psykoosi, masennus, persoonallisuushäiriö tai itsetuhoajatukset tai itsemurhayritys. Hoidon tarpeen arvioi aina lääkäri. (HUS psykiatrian hoidot ja tutkimukset.) Sairauden tai häiriön on oltava siis riittävän vakava. Lisäksi psykiatriseen hoitojärjestelmään ei helposti sovi päihteitä käyttävä asiakas, jolloin päihteiden käyttö voi olla esteenä psykiatrisen hoidon saamiselle (Törmä 2007, 107; Aalto 2021). Asumispalveluissa puolestaan asumismuodosta riippuen asumisyksikössä voi olla sääntöjä, joihin asiakkaan on sitouduttava. Sääntöjen noudattamatta jättäminen voi johtaa siihen, että asuminen ei jatku asumisyksikössä. (Tuomaala 2018.)

Poiskäännyttäminen liittyy siis institutionaalisiin käytäntöihin. Poiskäännytyksessä instituutiot luokittelevat ja erottelevat ihmisiä. (Hänninen 2007, 9–10.) Poiskäännyttämisellä on erilaisia muotoja, joista suora poiskäännyttäminen on vain yksi. Hänninen ja Karjalainen ovat jakaneet poiskäännytyksen muodot neljään: sulkeumaan, käännytykseen, siirräntään ja torjuntaan. Sulkeumassa henkilön katsotaan kuuluvan johonkin ryhmään, mutta hänelle ei tarjota sen mukaista palvelua. Käännytyksessä käännytyksen kohdetta yritetään sopeuttaa järjestelmään. Siirräntä tarkoittaa asiakkaan ohjaamista muihin palveluihin. Torjunta on puolestaan nimitys suoralle poiskäännyttämiselle. (Hänninen & Karjalainen 2007, 169–170; Nuorvala, Halmeaho & Huhtanen 2007, 149.)

Perusteena poiskäännytykselle käytetään muun muassa sitä, että ihmistä tulisi auttaa auttamaan itseään. Tällöin ihminen jää viime kädessä itse vastuuseen itsensä auttamisesta. Poiskäännyttäminen voi myös olla huomaamatonta, jos se tapahtuu esimerkiksi toiseen paikkaan ohjaamalla. (Hänninen 2007, 9–10.) Poiskäännyttämisen käytännössä tarkastellaan henkilön soveltuvuutta palveluun, jolloin huomiota ei kiinnitetä palveluiden rakenteisiin, jotka systemaattisesti jättävät kaikista huono-osaisimmat palveluiden ulkopuolelle (Törmä 2007, 110). Poiskäännyttämiseen liittyvänä huolena on myös marginaaliryhmille luotavat erityispalvelut. Erityispalveluiden luomisen uhkana on se, että

peruspalvelut vetäytyvät pois marginaaliin luokiteltujen asiakkaiden auttamisesta. (Nuorvala ym. 2007, 147.) Samankaltaisia ajatuksia on maahanmuuttajille suunnatuista erityispalveluista esittänyt Ulla Buchert (2015).

Tutkimuksessani tarkastelen poiskäännyttämistä Hännisen tavoin institutionaalisena käytäntönä (Hänninen 2007, 9). Kategorisointi ja katutason byrokraatin työ vaativat asiakastilanteiden yksinkertaistamista, jolloin seurauksena syntyy kategorisointi asiakkaiden ja asiakkaiksi syystä tai toisesta sopimattomien ryhmiin (Lipsky 1980). Tämän palveluissa tehtävän institutionaalisen kategorisoinnin perustat voivat olla näkymättömiä ja itsestään selvinä pidettyjä, mutta niiden seuraukset ovat asiakkaalle tai asiakkuuden ulkopuolelle jäävälle hyvin näkyvät. Institutionaalinen kategoria synnyttää kategoriaan sisällytettävien lisäksi kategorian ulkopuolelle jäävien ryhmän. Niinpä poiskäännyttäminen liittyy institutionaalisiin kategorioihin: poiskäännyttäminen on kategorisoinnin seuraus.

2.3 Ammattien järjestelmä

Toimintaympäristö on keskeisessä roolissa tarkasteltaessa sosiaalityön ilmiöitä. Sosiaalityön ammatillinen kehitys sekä sosiaalityön suhde muihin ammatteihin vaikuttavat sosiaalityön tapaan hahmottaa ilmiöitä ja sosiaalityön omaa asemaa. Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa on tarkasteltu ammattien roolia modernissa elämässä. Sosiaalityöstä ammattina ja sosiaalityön asiantuntijuudesta on paljon aikaisempaa tutkimusta ja kirjallisuutta. Ammatillisuuden ja asiantuntijuuden käsittely on usein keskittynyt sosiaalityöntekijän ja asiakkaan suhteen tasolle, jolloin tarkasteluissa on vähemmän pohdittu sosiaalityön suhdetta muihin ammatteihin (Juhila 2006; Dominelli 2004, 39–41). Kirsi Juhila (2006) on paikantanut erilaisia asiantuntijuusmalleja sosiaalityössä. Yksi sosiaalityön asiantuntijuuden muodoista on vuorovaikutuksessa tilanteittain rakentuva sosiaalityön asiantuntijuus, jossa tietoa tehdään, ei käytetä. Tässä asiantuntijuusmuodossa olennaista on vallalla olevien yhteiskunnallisten diskurssien havaitseminen ja niiden määrittelyyn osallistuminen (Juhila 2006, 243–255). Avauksia sosiaalityön ja muiden ammattien suhteiden pohtimiseen on tehty terveystieteellisen kirjallisuudessa, mutta kattavaa tarkastelua ei ole tehty (Metteri 2014; Frankenhaeuser 2014). Sosiologi Andrew Abbott on kirjoittanut ammattien järjestelmästä ja asiantuntijatyön jakautumisesta (1988). Abbott määrittelee ammatit ulossulkeviksi työhön liittyviksi ryhmiksi, jotka soveltavat tietyllä tavalla tietoa tiettyihin tilanteisiin (Abbott 1988, 8). Ammatillisuuteen sisältyy se, että ammatillisella on jokin taito, joka saavutetaan koulutuksen

kautta. Tätä koulutuksen kautta saavutettua tietoa sitten sovelletaan tietyissä tilanteissa tilannekohtaisen arvion perusteella. (Abbott 1988, 2,8.)

Abbottin mukaan ammattien tutkimuksessa liian vähäiseen rooliin on jäänyt ammattien väliset kamppailut ja kiistat toimialasta. (Abbott 1988, 2,8.) Julkisen sektorin ammattien välisestä kilpailusta on kirjoittanut myös Raija Julkunen, jonka mukaan ammattien kilpailu valta-asemasta on lisääntynyt julkiseen sektoriin kohdistuneen kritiikin ja ammattien kansainvälistymisen myötä (Julkunen 2004, 172–175). Ammattien järjestelmässä ammatit käyvät jatkuvaa taistelua toimialasta. Toimiala on tässä järjestelmässä sosiaalinen linkki, joka yhdistää ammatin tehtävänsä. (Abbott 1988, 33–34.) Toimialan hallussa pitäminen perustuu kulttuuriseen kontrolliin, jossa ammatin tehtävät on oikeutettava yleisesti hyväksyttäviin arvoihin perustuvalla tiedolla. Kiistoja toimialasta käydään kolmella eri kentällä: lainsäädännön, yleisen mielipiteen ja työpaikan kentillä. Lainsäädännön kentällä toimialan muutokset näkyvät hitaimmin, yleisen mielipiteen kentällä hieman nopeammin ja työpaikoilla nopeimmin. Toimialakiistoja on käytävä, koska ammattien järjestelmä on ulossulkeva, eli toimiala on joko voitettava, tai sen on oltava vapaa. Tämä tarkoittaa samalla sitä, että ammatit ovat keskinäisriippuvaisessa suhteessa toisiinsa ja muutokset yhden ammatin toimialassa vaikuttavat muihin. (Abbott 1988, 16, 86.)

Ammatit voivat ammattien järjestelmässä olla erilaisissa suhteissa toisiinsa. Usein toimialaa hallitsee kokonaan jokin ammatti, mutta toisinaan toimialat ovat myös jaettuja. Toimiala voi olla jaettu siten, että jokin ammatti on vallitsevassa asemassa ja yksi tai useampi ammatti on sille alisteisessa asemassa. Alisteisuus voi olla pelkästään tiedollista, jolloin käytännön toimiala on muiden ammattien hallinnassa. Jokin ammatti voi myös olla hallitsevassa neuvonantosuhteessa toisen ammatin joihinkin työn osa-alueisiin. Joskus toimialalla tehdään täysi työnjako, jolloin toimiala jakautuu kokonaan kahden ammatin kesken. Toimiala voidaan jakaa ammatin tehtävän sisällön sijaan asiakkaan luonteen tai laadun mukaan. (Abbott 1988, 69–71.) Asiakkaan perusteella tehtävä toimialan jakaminen voi olla ammatin sisäistä tai ammattien välistä, jolloin jakaminen tehdään neuvottelemalla. Abstrakteimmat työn sisällöt ovat alttiimpia ammatin sisäiselle erikoistumiselle. (Abbott 1988, 79, 88.)

Sosiaalityön erikoistumiskehityksestä ovat kirjoittaneet Jokinen ja Juhila (1991), joiden mukaan sosiaalityön asiakasvalintaa on hankala perustella, koska sosiaalityön vastuualueena on henkilön arki. Arki on sosiaalityön vastuualueena niin laaja, että sen kautta ei löydy perustetta asiakasvalinnan tekemiselle. Asiakasvalintaa on kuitenkin tehtävä,

jotta työtä voidaan rajata. Valikoinnissa käy toisinaan niin, että kaikki tahot valikoivat itselleen ”helpommaksi” määritellyt asiakkaat, jolloin vaikeammassa tilanteessa olevat tai ”vaikeaksi” määritellyt asiakkaat jäävät palveluiden ulkopuolelle. (Jokinen & Juhila 1991, 116–119.)

Ammattien järjestelmässä sisäiset tai ulkoiset häiriöt voivat aiheuttaa muutoksia ammattien toimialoihin ja keskinäisiin suhteisiin. Ulkoisia häiriöitä voivat olla teknologiset muutokset, organisaation muutokset tai toimialaan kohdistuvat ammattiryhmän hyökäykset. Ammattiryhmät voivat aiheuttaa häiriöitä kehittämällä uusia perusteita toimialan hallinnan oikeutukselle ja pyrkiä saamaan uusilla perusteilla toimialan hallintaansa. Sisäisiä häiriöitä voi puolestaan aiheuttaa uuden tiedon syntyminen tai sosiaalisen rakenteen muutokset. (Abbott 1988, 91–101.) Julkusen mukaan hyvinvointipalveluissa on käynnissä murros uuden politiikan suuntaan. Tämä muutos asettaa aiemmat, vakiintuneet ammattietiikat vastakkain markkinalogiikan kanssa. Hyvinvointivaltion palveluita on siis perusteltava talouden tukemisen kannalta. (Julkunen 2004, 168–184.) Toimialavaatimuksessa keskeisessä roolissa on toimialan hallinnan oikeutus. Oikeutukset perustellaan ammatillisuuteen keskeisesti liittyvällä abstraktilla tiedolla. Ammatillisen tiedon abstraktiotason on oltava riittävä. Liian vähäinen abstraktiotaso vähentää ammatin arvostusta, kun tieto on liian helposti ymmärrettävä. Liian suuri abstraktiotaso puolestaan saattaa irrottaa ammatin tehtävästään, kun ammatin tietotason yhteyttä ammatin tehtävään on vaikea tavoittaa. (Abbott 1988, 101–104.)

Sosiaalityön toimiympäristö on monitoimijainen. Etenkin terveystieteiden tutkimuksessa on havaittu, että ammattien keskinäisillä suhteilla on merkitystä myös käytännön työhön (Frankenhaeuser 2014; Korpela 2014; Metteri 2014). Tämän tutkimuksen kontekstissa määritän Abbottin teoretisoinnin mukaisesti sosiaalityön toimintaympäristöksi ammattien järjestelmän, jossa sosiaalityö on muiden ammattien kanssa toimialasta kiistelevä asiantuntija-ammatti. Sosiaalityössä on sisäisesti paljon erikoisaloja ja sosiaalityön toimintaympäristöä muovaavat eri sektoreiden väliset neuvottelut, sekä lainsäädännön ja organisaation muutokset, joita tulee säännöllisin väliajoin. Ammattien järjestelmässä sosiaalityön on oikeutettava yhteiskunnallinen tehtävänsä niin työpaikoilla, yleisen mielipiteen tasolla kuin lainsäädännössäänkin.

Institutionaaliset kategoriat syntyvät sosiaalityön piirissä, joka kuuluu ammattien järjestelmään. Kategorioilla on siis tehtävänsä ammattien tehtäväkentän rajaamisessa. Asunnottomuus ja mielenterveysongelmat ilmiöinä ulottuvat osittain ammattien järjestelmän ulkopuolelle, osittain ammattien järjestelmän sisäpuolelle. Institutionaaliset kategoriat

”näkevät” osan asunnottomuudesta ja mielenterveysongelmista, mutta osa ilmiöistä jää kategorioiden ulkopuolelle. Institutionaalisten kategorioiden ulkopuolelle jäävä alue on poiskäännetyksen alue. Ammattien järjestelmä on yksi yhteiskunnallinen järjestelmä, johon vaikuttavat työpaikka, yleinen mielipide ja lainsäädäntö. Nämä kolme kenttää muovaavat sosiaalityön ammatillista asemaa ja vaikuttavat siten institutionaalisten kategorioiden rakentumiseen. Työpaikka, yleinen mielipide ja lainsäädäntö liittyvät ammattien järjestelmään, mutta ulottuvat myös ammattien järjestelmän ulkopuolelle.

2.4 Tutkimuskysymykset

Tutkimustehtäväni on hahmottaa työntekijöiden puheesta niitä institutionaalisia kategorioita, joita asunnottomalle ja mielenterveyskuntoutujalle muotoutuu asumispalveluissa ja psykiatriassa. Olen määrittänyt institutionaalisen kategorian työntekijöiden ja institutionin muodostamiksi asiakkuuden edellytyksiksi. Aiemman tutkimuksen perusteella asunnottomien keskuudessa mielenterveysongelmat ovat todella yleisiä (Stenius-Ayoade ym. 2017). Asunnottomuus on myös huomattavasti yleisempää mielenterveysongelmista kärsivillä kuin muilla (Narendorf 2017). Niinpä tarkastelen myös asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioiden suhdetta toisiinsa.

Täydentävänä tutkimustehtäväni on tarkastella sosiaalityötä asiantuntija-ammattina ja tarkastella sosiaalityön suhdetta muihin ammatteihin asumispalveluiden ja psykiatrian kontekstissa. Olen määrittänyt sosiaalityön toimintaympäristön ammattien järjestelmäksi, jossa ammatit kilpailevat jatkuvasti toimialasta (Abbott 1988).

Varsinaisia tutkimuskysymyksiä on kolme:

1. Millaisia institutionaalisia kategorioita asunnottomalle muotoutuu työntekijöiden puheessa?

2. Millaisia institutionaalisia kategorioita mielenterveyskuntoutujalle työntekijöiden puheessa muotoutuu?

Alakysymyksinä näille kahdelle kysymykselle: Millä tavalla asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaaliset kategoriat ovat suhteessa toisiinsa? Millaisia seurauksia kategorioilla on?

Kolmas kysymys koskee sosiaalityötä asiantuntija-ammattina:

3. Millaiseksi asiantuntija-ammattiksi asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityö määrittävät työntekijöiden kuvausten perusteella?

3 Haastattelu ja teoriaohjaava sisällönanalyysi menetelminä

3.1 Aineistonkeruu

Tutkimusaineisto koostuu seitsemästä sosiaalityöntekijän yksilöhaastattelusta. Yksi haastateltavista on sijaispätevä sosiaalityöntekijä. Muut haastateltavat ovat päteviä sosiaalityöntekijöitä, joilla on työkokemusta 2–30 vuotta. Haastatteluhetkellä viisi haastateltavista työskenteli psykiatrian sosiaalityöntekijänä ja kaksi asumispalveluiden sosiaalityöntekijänä. Yhdellä psykiatrian sosiaalityössä työskentelevistä haastateltavista on useiden vuosien työkokemusta asumispalveluista. Haastateltavat työskentelivät haastattelun tekohetkellä joko sairaalan osastolla, psykiatrian poliklinikalla, tai pääkaupunkiseudun kuntien asumispalveluissa. Aineistossa on hieman painottunut psykiatrian sosiaalityön näkökulma, koska suurin osa haastateltavista on psykiatrian sosiaalityöntekijöitä.

Hain haastateltavia asumispalveluista ja psykiatriasta, jotta saisin kattavan kuvan toimintaympäristöstä. Psykiatrian sosiaalityöntekijällä on erityistä tietoa mielenterveydestä ja mielenterveyspalveluista, kun taas asumispalveluiden sosiaalityöntekijöillä tietoa asunnottomuudesta ja asumispalveluista. Lisäksi sekä psykiatrian että asumispalveluiden sosiaalityöntekijöillä on käsitystä asumisen ja mielenterveyden yhteyksistä, mutta hieman eri painotuksilla.

Käytin haastateltavien etsimisessä lumipallo-otantaa. Lumipallo-otannassa haastateltavia etsitään avainhenkilöiden avulla, mitä kautta etsitään lisää asiasta tietäviä henkilöitä. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 98–99). Psykiatrian suljetulla osastolla ja asumispalveluissa työskentelyn kautta minulla oli yhteyksiä psykiatrian ja asumispalveluiden työntekijöihin. Lähetin kontakteilleni kutsun haastatteluun sähköpostitse ja pyysin myös välittämään kutsua eteenpäin (ks. Liite 1, haastattelukutsu). Kutsuun vastasi yhteensä seitsemän sosiaalityöntekijää, kaksi asumispalveluista ja viisi psykiatriasta. Kaikki haastattelut tehtiin videovälitteisinä pandemiatilanteen vuoksi. Haastateltavat saivat valita, halusivatko he mieluummin videovälitteisen vai kasvokkaisen haastattelun. Kaikki haastateltavat valitsivat etähaastattelun.

Haastattelun suunnittelussa on pohdittava, onko tavoitteena ns. faktatiedon kerääminen vai näytenäkökulma (Tiittula & Ruusuvaori 2005, 10). Aineistoni koostuu haastatteluista. Haastatteluaineiston on tarkoitus olla tutkimuksen aihe, eikä tutkimuksen resurssi (Ten Have 2004, 8). Näkökulmani haastatteluihin on siten näytenäkökulma. Haastattelin työntekijöitä, joten aineistoni koostuu asiantuntijahaastatteluista. Asiantuntijahaastatte-

luilla tarkoitetaan yleensä ns. faktatiedon hankkimiseen, jota käytetään ulkopuolisen todellisuuden kuvaamiseen. En kuitenkaan pyri faktatiedon hankkimiseen, vaan kiinnostuksen kohteena ovat kulttuuriset jäsenyykset ja haastatteluvuorovaikutuksessa rakentuva todellisuus. Informaation totuudenmukaisuudella ei näin ollen ole merkitystä kiinnostuksen kohteen kannalta. (Alastalo & Åkerman 2010, 372–374.)

Aiheen ja analyysimenetelmän kannalta tarkoituksenmukainen haastattelumuoto on puolistrukturoitu yksilöhaastattelu. Analyysimenetelmästä kirjoitan tarkemmin luvussa 4.2. Yksilöhaastattelujen avulla on mahdollista tarkastella ammatillisuuden kautta rakentuvaa kuvaa asunnottomasta ja mielenterveyskuntoutujasta, eikä tällöin tarkastella ammattilaisten ryhmäidentiteettejä ja ammattilaisia yhdistäviä tekijöitä, jotka tulisivat ryhmähaastatteluissa paremmin esiin. (Pietilä 2010, 212–213, 222.) Haastattelutapanani on puolistrukturoitu haastattelu, teemahaastattelu. Teemahaastattelun avulla haastateltavalle jää enemmän tilaa määrittää vuorovaikutustilannetta, mikä sopii yhteen tiedonintressini kanssa. (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 11.) Määrittelin teemahaastattelujen teemat ennen haastattelujen aloittamista (ks. Liite 2, teemahaastattelurunko). Kaikissa haastatteluissa on käytetty samaa teemahaastattelurunkoa, jota ei ole muokattu alkuperäisestä muotoilusta.

Haastattelut sujuivat pääasiassa hyvin ja alun perin muotoilemani teemat tulivat käsiteltyä. Ne hetket, joissa haastatteluissa tuli epämääräinen tunnelma tai yhteisymmärryksen muotoutuminen ei tapahtunut heti, osoittautuvat analyysivaiheessa olennaisiksi solmukohdiksi. Haastattelulla on aina päämäärää ja sitä ohjaa tutkimuksen tavoite, joten valitsemani teemat määrittävät olennaisesti haastatteluissa syntynyttä aineistoa (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 23). Valitsin teemat aiemman tutkimuksen ja kirjallisuuden pohjalta, sekä oman aihepiirin hahmotukseni mukaan.

Haastattelujen kestot ovat 48 ja 87 minuutin väliltä, litteroidut tekstit ovat 11–17 sivua, Times New Roman fontilla, fonttikoolla 12, rivivälillä 1. Litteroitua tekstiä on yhteensä 100 sivua. Haastattelut on litteroitu sanatarkasti, jotta alkuperäinen sanamuoto säilyy. Haastattelut on anonymisoitu litterointivaiheessa haastateltavien anonymiteetin ja yksityisyyden suojaamiseksi.

Työntekijöiden haastattelujen avulla voidaan tarkastella työntekijöiden antamia merkityksiä asiakkaalle ja potilaalle, mielenterveysongelmalle ja asunnottomalle, jolloin saadaan tietoa työntekijöiden käytännöistä (Jokinen 2012, 230–231). Työntekijöiden käytännöt muotoutuvat vuorovaikutuksessa ja luovat kategorioita ja luokitteluja,

asiakas, potilas, asunnoton, mielenterveyskuntoutuja, ym. ja näillä on puolestaan seureauuksia henkilöille (Jokinen 2012, 228–229). Tutkimalla työntekijöiden määritelmiä työlleen saadaan lisäksi tietoa sosiaalityöstä asiantuntija-ammattina.

3.2 Teoriaohjaava sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Tutkielmani analyysimenetelmänä on teoriaohjaava sisällönanalyysi, jossa teoria toimii analyysin apuna, mutta analyysi ei perustu suoraan teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103, 109.) Puhtaan aineistolähtöinen sisällönanalyysi on liki mahdotonta, sillä tutkijan aiemmin lukema kirjallisuus ja käsitteellistykset vaikuttavat hänen tapaansa tarkastella aineistoa (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 15). Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä edetään aluksi aineiston ehdoilla, mutta myöhemmin liitetään aineisto valmiisiin teoreettisiin käsitteisiin. Aineiston hankinta voi teoriaohjaavassa analyysissä olla vapaata suhteessa teoriaosuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109–111, 133.) Teoriaohjaavan sisällönanalyysin sijaan Ulla-Maija Salo (2015, 181) esittää, että voitaisiin puhua teorian kanssa ajattelemisesta. Tällöin teoreettiset käsitteet toimivat apuvälineinä, mutta tutkijan on muodostettava linkki käsitteiden ja aineiston välille. Olen tutkimukseni analyysissä soveltanut Salon ajatuksia teoriaohjaavasta sisällönanalyysistä, tai ajattelusta teorian kanssa.

Sisällönanalyysissä kehoitetaan etenemään siten, että ensin päätetään, mikä aineistossa on kiinnostavaa, minkä jälkeen aineisto käydään tästä näkökulmasta läpi ja asiaan liittyvät seikat jätetään huomiotta. Tämän jälkeen aineisto luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104.) Tämän tutkimuksen analyysi ei ole kuitenkaan edennyt täysin edellä esitettyssä järjestyksessä. Sisällönanalyysin luokittelu tai koodaus on monesti viety numeeriselle tasolle. Luokittelu tai koodaus ei kuitenkaan itsessään vielä ole analyysin tekemistä. Sisällönanalyysin voi nähdä pikemminkin alustavan analyysin välineenä. (Salo 2015, 169, 171.) Tutkielmassani sisällönanalyysi toimii tällaisen alustavan analyysin välineenä.

Analyysini on teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä siinä mielessä, että aiemmin lukemani kirjallisuus ja käsitteellistykset ovat alusta saakka ohjanneet analyysiäni. Vaikka teoreettisen viitekehyksen osiossa esittelemäni institutionaalisen kategorian ja poiskäännyttämisen käsitteet sekä ammattien järjestelmän teoria ovat ohjanneet analyysin tekemistä, eivät ne ole suoraan määrittäneet analyysini sisältöä. Analyysissä tekemäni luokittelut ja päätelmät perustuvat osittain lukemaani aiempaan tutkimukseen ja osittain omaan

päätelyyni. Myöhemmässä analyysivaiheessa olen käyttänyt apunani aineiston jäsenyksessä institutionaalisen kategorian käsitettä ja ammattien järjestelmän teoriaa.

Lähdin aineiston analysoinnissa aluksi liikkeelle melko aineistolähtöisesti. Ensin luokittelin ja koodasin litteroitua aineistoa Atlas-ti-sovelluksen avulla ilman tarkkaa etukäteen määritettyä tausta-ajatusta. Vasta aineiston hahmotuttua tiiviimmiksi kokonaisuuksiksi tuli analyysiin mukaan teoreettiset käsitteet, joiden avulla analyysi jäsenyi selkeämmäksi. Vaikka analyysin vaiheet usein erotetaan toisistaan, limittyvät ne käytännössä usein toisiinsa (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12). Analyysini on edennyt vuoroin aineiston ehdoilla, vuoroin aiemman tutkimuksen ja teoreettisten käsitteiden avulla. Tämä vuorottelu on jatkunut analyysin alusta analyysin loppuun saakka.

Aluksi koodasin aineistosta toistuvia teemoja erityisesti työntekijän ja asiakkaan roolien näkökulmasta. Lisäksi koodasin sellaisia teemoja tai kohtia, joita en osannut nimetä tai haastattelukohtia, jotka syystä tai toisesta kiinnittivät huomioni. Pyrin koodaamaan aineistoa avoimella otteella, analysoimatta liian pitkälle sitä, mitä koodit pitävät sisällään. Muutaman koodaamiskierroksen jälkeen aineistosta esiin tulivat keskeisimpänä teemat, jotka esitän taulukossa 1.

AINEISTON KESKEISET TEEMAT KOODAUKSEN JÄLKEEN	
Asiakkaaseen liittyvät teemat	Sosiaalityöntekijän työhön liittyvät teemat
Mielenterveys / -ongelma	Monialainen yhteistyö
Asunnottomuus / kodittomuus	Palvelujen pirstaleisuus
Yhtäaikaiset tuen tarpeet (asuminen, mielenterveys, päihteet, ym.)	Poiskäännittäminen
Toimintakyky	Raha
Poiskäännittäminen	Sosiaalityöntekijän työn määrittely
Asiakas kohteena	Byrokratia
Päihteet	Asiakkaan määrittely (ehdot, luokittelu, ym.)
Raha	Sosiaalityön tuen tarpeellisuus
Byrokratia	Itsemääräämisoikeus / osallisuus
Asiakkaan määrittely (ehdot, luokittelu, ym.)	Resurssien puute
Paikan puute / paikka	Erimielisyys
Itsemääräämisoikeus / osallisuus	Puutteelliset tiedot / tiedon jakamisen ongelmat
Erimielisyys	Palvelujen kohtaamattomuus
Asiakas toimijana	Palvelutarpeen arviointi
Puutteelliset tiedot / tiedon jakamisen ongelmat	Siirtäminen / pallottelu
Palvelujen kohtaamattomuus	
Siirtäminen / pallottelu	

Taulukko 1.

Aineisto tuli koodauksen kautta yksityiskohtaisesti tutuksi. Koodaamisessa esiin tulleet teemat eivät kuitenkaan riittävällä tavalla jäsentäneet aineistoa mielenterveyden ja asunnottomuuden näkökulmasta, sillä vaikutti, että asunnottomuuteen ja mielenterveyteen

liittyvät teemat kietoutuivat monin paikoin yhteen. Lisäksi asunnottomuuden ja mielen-terveyden kannalta osittain irrallisina, mutta kokonaisuuden kannalta olennaisina tulivat esiin sosiaalityöntekijän työhön liittyvät teemat, jotka ovat taulukon vasemmassa puoliskossa. Koodaaminen ei enää alustavien teemojen paikantamisen jälkeen vaikuttanut riittävältä analyysin tekemisen apuvälineeltä. Koodaaminen on joidenkin asiantuntijoiden mukaan syytäkin lopettaa ennen saturaatiota, eli aineiston kyllästymistä. Diskursiiviset lähestymistavat ovat lisäksi osoittaneet, että sanoja ei voi irrottaa kontekstistaan ilman alkuperäisen merkityksen muuttumista. (Salo 2015, 176, 180.) Tämän vuoksi aloin tarkastella aineistoa laajemmin, haastattelu kerrallaan ja tein muistiinpanoja, jotta konteksti tulisi paremmin huomioiduksi.

Koodaamisen ja muistiinpanojen tekemisen kautta aineistosta alkoi hahmottua työntekijöiden toimintana asiakkaiden luokittelu tai asiakkuuden edellytysten arviointi. Tässä vaiheessa analyysini keskeiseksi käsitteeksi muodostui Ulla Buchertin (2015) institutionaalisen kategorian käsite, joka selkeytti aineistosta havaitsemiani kokonaisuuksia. Kävin institutionaalisen kategorian käsitteen avulla aineiston uudelleen läpi ja jäsentelin aineistoa käsitteen kautta systemaattisesti muistiinpanoihin.

Analyysini lähti siis ensin liikkeelle asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalista kategorioista. Haastatteluaineistostani tuli selvemmin esiin se, kuka ei kuulu palveluihin kuin se, kenelle palvelut kuuluvat. Lisäksi kategoriat vaikuttivat osin päällekkäisiltä. Buchertia (2015) mukaillen palveluiden rajat luovat kategorioita asiakkaalle ja näin hyväksyvät osan palveluiden asiakkaiksi ja toiset sulkevat niiden ulkopuolelle. Tämän vuoksi tarkastelun kohteeksi alkoi muodostua kategorioiden lisäksi poiskäännyttäminen ja yhteydet, joissa tämä poiskäännyttäminen tapahtuu.

Institutionaalisten kategorioiden analyysin edetessä myös toimintaympäristö alkoi kaivata selkeämpää käsitteellistystä. Toimintaympäristönä psykiatrian sosiaalityössä sekä asumispalveluiden sosiaalityössä, joissa haastateltavat työskentelevät, on pirstaleinen, vaikeaselkoinen palvelujärjestelmä. Tässä järjestelmässä palveluiden väliset työnjaot ja kriteerit ovat epäselviä jopa palveluissa itsessään työskenteleville. Käsitteellisen selkeytyksen tarpeeseen vastasi Andrew Abbottin teoria ammattien järjestelmästä ja asiantuntija-ammattien välisestä työnjaosta (1988). Teoria avaa institutionaalisten kategorioiden suhdetta työntekijöiden ja instituutioiden toimintaan. Teorian kautta sosiaalityön toimintaympäristö hahmottuu ammattien keskinäisen kilpailun kentäksi (Abbott 1988, 2). Analyysini toisessa vaiheessa tarkastelin aineistoa ammattien järjestelmän teorian

kautta. Tein jokaisesta haastattelusta muistiinpanot ammattien järjestelmän näkökulmasta, vertailin niitä toisiinsa ja kirjoitin yhteenvedon.

Näiden vaiheiden jälkeen analyysini teemoiksi muotoutuivat seuraavat teemat, joiden kautta analyysini jäsentyy: mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria, asunnottoman institutionaalinen kategoria, yhtäaikaiset palvelutarpeet, poiskäännyttäminen sekä sosiaalityö asiantuntija-ammattina.

3.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkijan on kaikissa tutkimuksen vaiheissa pohdittava valintojensa oikeutusta (Salo 2015, 183). Olen pyrkinyt tekemään tutkimukselliset valintani näkyviksi, jotta niiden osuus tutkimuksessani tulee selväksi. Valintoja tehdessäni olen pyrkinyt kunnioittamaan haastateltavieni yksityisyyttä. Haastattelut on anonymisoitu litterointivaiheessa yksityisyyden turvaamiseksi. Anonymisoinnissa on poistettu tunnistettavuuteen mahdollisesti johtavat henkilötiedot. Henkilötietolain perusteella henkilötietoja ovat nimi ja henkilötunnus sekä muun muassa sähköpostiosoite ja paikannustiedot ja muut tunnistettavuuteen johtavat tekijät (Tietosuojavaltuutetun toimisto). Videohaastatteluissa osalla haastateltavista oli kamera päällä, joten tallennuksissa näkyy haastateltavien kasvot. Aineistoni sisältää siis henkilötietoa, jonka säilyttämisestä olen informoinut haastateltavia. Aineiston tarkastelussa ja analysointivaiheessa olen käyttänyt ainoastaan anonymisoituja litterointidokumentteja, joista myös aineistokatkelmia on otettu. Haastattelutallenteet ja litteroidut haastattelut on säilytetty salasanasuojatun yhteyden takana ja tallenteet sekä litterointidokumentit hävitetään maisterintutkielman valmistuttua.

Olen noudattanut tutkimuksenteossa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä (2012). Kuvaan mahdollisimman rehellisesti ja avoimesti tutkimuksessa tekemiäni valintoja ja päätelmiä. Tutkimuksen tekemiseen liittyy aina jonkin verran tulkintaa. Olen pyrkinyt kunnioittamaan haastateltavien omia ilmaisutapoja käyttämällä suoria aineistokatkelmia analyysin tukena. Lainaukset ovat sanatarkkoja, mutta olen poistanut merkityksen kannalta epäolennaisiksi tulkitsemiani täytesanoja, kuten ”niinku” ja ”tota” (Granfelt 1998, 35). Pyrin tekemään tulkintani perustelut analyysissä mahdollisimman selväksi, jotta lukija voi arvioida tulkintojen ja aineiston yhteyttä. Viittaan asianmukaisesti alkuperäisiin lähteisiin niissä kohdissa, missä teksti perustuu kirjallisuuteen tai muuhun lähteeseen.

Tutkimukseni on väistämättä aiemman työkokemukseni ja lukemani kirjallisuuden ohjaamaa. Olen työskennellyt sekä psykiatrian sosiaalityöntekijänä että asumispalveluiden

sosiaalityöntekijänä. Tämä toimintaympäristön syvällisempi ymmärrys ohjaa väistämättä analyysiäni, mikä ei ole yksiselitteisesti hyvä tai huono asia. Toimintaympäristön tuntemus voi ohjata analyysiä keskeisiä kitkakohtia lähemmäs, mutta toisaalta se saattaa rajoittaa näkökulmaa suppeammaksi kuin millaiseksi se täysin ulkopuoliselle tarkastelijalle muodostuisi. Työkokemukseni tarjoaa myös täydentävää tietoa, joka on ohjannut analyysiäni sellaisissa tilanteissa, joissa haastateltavat eivät ole eksplisiittisesti ilmaisseet kaikkia toimintaympäristöön liittyviä seikkoja. En pyytänyt haastateltavilta kovin laajasti kuvasta toimintaympäristöstä, koska se oli minulle tuttu. Jälkikäteen ajateltuna se olisi voinut olla viisasta, koska nyt toimintaympäristö on paikoin vain oman ymmärrykseni taustoittamaa.

Osa haastateltavista oli minulle entuudestaan jonkin verran tuttuja, mikä on saattanut vaikuttaa haastattelutilanteisiin. Koin kuitenkin, että haastattelutilanteiden välillä ei ollut suuria eroja, joten tuttuus ei välttämättä ole ollut kovin merkittävässä roolissa haastatteluissa. Haastattelutilanteissa ei tullut esiin sellaisia tutkimukseen vaikuttavia seikkoja, jotka olisivat liittyneet aiempaan kontaktiin entuudestaan tietämieni haastateltavien kanssa.

Kutsuin haastateltavat sähköpostilla, joten he ilmaisivat itse kiinnostuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Olen noudattanut informoinnin tarkistuslistaa haastateltavien informoinnissa (Kuula 2006, 102). Haastattelukutsussa haastateltaville on kerrottu tutkimusaihe ja se, miten aineistoa säilytetään ja sitä käsitellään. Haastattelun aluksi kävin uudelleen haastateltavien kanssa läpi tutkimusaiheen sekä aineiston säilyttämisen ja käsittelyn. Lisäksi kerroin haastateltaville, että heillä on mahdollisuus peruuttaa osallistumisensa tutkimukseen missä tahansa tutkimusvaiheessa. Haastateltavat ovat antaneet suostumuksensa haastattelujen videotallentamiseen ja käyttämiseen tutkimuksessa.

Aihepiiri on herkkä, koska sekä asunnottomuuteen että mielenterveysongelmiin liittyy yhteiskunnallista stigmaa. Yhteiskunnallisen merkityksen vuoksi myös herkkiä aihepiirejä voi olla perusteltua tutkia (Kuula 2006, 136). Olen pyrkinyt lähestymään aihepiiriä kunnioittavasti. Tavoitteenani on tuottaa tutkimuksellani sellaista uutta ymmärrystä, josta on hyötyä asunnottomille ja mielenterveyskuntoutujille sekä heidän kanssaan työskenteleville.

4 Analyysin kuvaus ja tulokset

Tässä luvussa esittelen analyysini tuloksia. Tarkastelen analyysissäni siis mielenterveyskuntoutujalle ja asunnottomalle muotoutuvia institutionaalisia kategorioita ja niiden

seurauksia käytännön sosiaalityölle ja toisaalta asiakkaille. Lisäksi tarkastelen sosiaalityötä suhteessa muihin ammatteihin ja sosiaalityötä itseään asiantuntija-ammattina asumispalveluissa ja psykiatriassa. Esittelen aluksi tutkimuksen toimintaympäristöä luvussa 4.1. Varsinaisissa analyysiluvuissa tarkastelen ensin mielenterveyskuntoutujan institutionaalisia kategorioita, sitten asunnottoman institutionaalisia kategorioita. Tämän jälkeen tarkastelen yhtäaikaista palvelutarpeita. Analyysin seuraavat osat koskevat poiskäännytyistä ja sosiaalityötä asiantuntija-ammattina Andrew Abbottin (1988) asiantuntija-ammattia koskevaa teoriaa apuna käyttäen.

4.1 Tutkimuksen toimintaympäristö

Tutkimuksen kontekstina ovat aikuisten psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja asumispalveluiden toimintaympäristöt. Molemmat palvelut ovat moniosaisia kokonaisuuksia, joissa työskentelee monia eri ammattiryhmiä. Selkeyden vuoksi esittelen seuraavaksi lyhyesti molempien palveluiden toimintaa. Kuvaukset perustuvat osittain pääkaupunkiseudun kaupunkien verkkosivuilla kerrottuihin asioihin, osittain aineistoon ja osittain omaan työkokemukseeni asumispalveluissa ja psykiatrian osastolla.

4.1.1 Psykiatrian toimintaympäristö

Psykiatrasta hoitoa voi saada avohoidossa psykiatrian poliklinikalla tai psykiatrian osastolla sairaalassa. Osastot ja poliklinikat on jaoteltu linjoihin diagnoosin mukaan: linjoja ovat akuutti- ja konsultaatiopsykiatrian, mielialahäiriöiden, psykoosien ja oikeuspsykiatrian, gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian sekä IT-psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linjat. (HUS psykiatrian linjat.) Pääkaupunkiseudulla psykiatrasta hoitoa voi helsinkiläisenä saada Helsingin kunnan kautta tai muun pääkaupunkiseudun kunnan asukkaana HUS:n kautta. Mikäli mielenterveyden ongelmat eivät ole vakavia, voi psykiatrasta hoitoa saada omalta terveysasemalta tai kunnallisista matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluista. Tutkimuksen kontekstina on psykiatrisen erikoissairaanhoidon, jota toteutetaan sairaalassa ja poliklinikoilla, joten tarkastelun ulkopuolelle jäävät matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä terveysasemat.

Psykiatrian osastoilla ja poliklinikoilla työskennellään moniammatillisissa hoitotiimeissä. Tiimiin kuuluu aina psykiatri, sairaanhoitaja ja potilas, sekä tarpeen mukaan sosiaalityöntekijä, psykologi, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Hoitotiimi tekee yhdessä hoitosuunnitelman, jonka perusteella hoitoa lähdetään toteuttamaan. Psykiatrian sosiaalityöntekijä tekee lisäksi yhteistyötä tarpeen mukaan monien eri tahojen, kuten

Kelan, TE-toimiston, aikuissosiaalityön, asumispalveluiden, lastensuojelun, maahanmuuttopalveluiden ja vammaispalveluiden kanssa.

4.1.2 Asumispalveluiden toimintaympäristö

Asumispalveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 11§, 12§ ja 21§). Kunnan järjestämisvelvollisuudesta seuraa, että palvelut ovat kaikissa kunnissa hieman eri tavalla rakentuneet. Asumispalveluita, mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut mukaan lukien, saa Helsingissä aikuissosiaalityön ja asumisen tuen kautta. Helsingissä Selvitys, arviointi ja sijoitus -palvelu tekee päätöksen asumispalvelusta. Lisäksi asumispalveluita voi saada vammaispalveluiden kautta, kun kyseessä on vammaispalvelulain tai kehitysvammalain mukainen asumispalvelu. (Helsingin kaupunki: Asumisen tuki; Vammaisten asuminen.) Espoossa asumispalvelut ovat saatavilla aikuissosiaalityön kautta ja lisäksi asumispalveluita voi hakea mielenterveys- ja päihdepalveluiden kautta. Espoossa on myös vammaispalvelu- ja kehitysvammalain mukaista asumista erikseen vammaispalveluiden kautta. (Espoon kaupunki: Asumisneuvonta; Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asuminen; Vammaisten asuminen.) Vantaalla asumispalveluita voi saada aikuissosiaalityön kautta. Varsinaiset asumispalvelut ovat jakautuneet ennaltaehkäisevään asumisen sosiaaliohjaukseen, asunnottomien sosiaalityöhön, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin. Espoon ja Helsingin tapaan Vantaallakin vammaispalveluiden kautta on mahdollista saada vammaispalvelu- ja kehitysvammalain mukaista asumista. (Vantaan kaupunki: Asumisen tuki; Vammaisten asuminen.) Kaikissa pääkaupunkiseudun kunnissa on lisäksi tarjolla matalan kynnyksen asumisneuvontaa. Tutkimuksen kontekstissa kiinnostuksen kohteena on erityisesti asumisen tuen arviota tekevien sosiaalityöntekijöiden työ, niin mielenterveyskuntoutujille suunnattujen asumispalveluiden kuin muidenkin asumispalveluiden osalta.

Asumisen tuen arviota tekevän sosiaalityöntekijän tehtävänä kunnassa on arvioida asiakkaan palvelutarvetta asumisen näkökulmasta. Asumisen tueksi on tarjolla erilaisia vaihtoehtoja, joissa tuen määrä on eri. Kotiin vietävä tuki on tukimuodoista kevyin ja tarkoittaa sitä, että asiakas asuu vuokra-asunnossa, jossa käy sovittuina aikoina työntekijä tukikäynneillä tukemassa asiakasta esimerkiksi raha-asioiden hoitamisessa, tai muulla sovitulla tavalla. Kotiin vietävä tuki voi tulla asiakkaan omaan vuokra-asuntoon, tai asunnon voi saada tuen mukana. Tuen määrä voi vaihdella tarpeen mukaan yhdestä käynnistä viikossa jopa kahteen käyntiin päivässä. Toinen vaihtoehto on palveluasuminen, jossa asutaan pääsääntöisesti ryhmämuotoisesti niin, että asiakkaalla on oma huone ja mahdollisesti WC- ja suihkutilat, mutta muut tilat ovat yhteiskäyttöisiä. Henkilökun-

taa on paikalla arkiaikoina. Tuetuin asumisen muoto on tehostettu palveluasuminen, jossa asiakkaalla on palveluasumisen tapaan oma huone käytettävissään. Henkilökunta on tehostetussa palveluasumisessa paikalla ympärivuorokautisesti. Tarjottava tuki on melko hoidollista: lääkitykset hoidetaan valvotusti, ruoat tulevat valmiina ja raha-asioiden hoitamiseen saa tukea. Lyhytaikaisia asumisen tuen muotoja ovat lisäksi ensisuoajat, joissa on tarjolla nukkumapaikka, sekä kriisitilanteisiin tarkoitettu tilapäismajoitus, joka on maksutonta asumista kalustetussa asunnossa. Sekä ensisuoajassa että tilapäismajoituksessa on mahdollista saada sosiaalityön palveluita. Asuminen kunnan tarjoamissa asumispalveluissa on pääsääntöisesti vuokrasopimukseen perustuvaa ja määräaikaista.

Asumisen tuen tai asumispalveluiden parissa työskentelee paljon eri ammattiryhmiä. Kunnan asumispalveluissa työskentelee sosiaalityöntekijöitä ja sosiaaliohjaajia. Asumisyksiköissä puolestaan työskentelee yleensä sosiaaliohjaajia, sairaanhoitajia sekä lähihoitajia, joiden kanssa asumispalveluiden sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat tekevät tiivistä yhteistyötä.

4.2 Institutionaaliset kategoriat psykiatriassa ja asumispalveluissa

4.2.1 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutujalle muotoutuu aineiston perusteella kaksi erilaista institutionaalista kategoriaa. Toinen kategoria määrittyy vahvasti lääketieteen ja toisaalta neoliberaalien arvojen kautta, toinen puolestaan sosiaalityön omien lähtökohtien ja periaatteiden perusteella. Mielenterveyskuntoutujan lääketieteellinen liberaali institutionaalinen kategoria on aineistossa vahvempi kuin sosiaalityön muovaama holistinen kategoria. Lääketieteen vahva asema kategorian muovaajana näkyy muun muassa siten, että osa haastateltavista erikseen tarkentaa käsittävänsä mielenterveyden olevan laajempi kuin pelkästään psykiatrian alaan sisältyvä.

Mielenterveyshän on mun mielestä aika paljon laajempi käsite kuin esimerkiksi psykiatria. Psykiatriahan on lääketieteen yksi ala, mielenterveys taas on ehkä enemmän semmonen kaikkien ihmisten elämäntilante- laajemmin elämäntilanteeseen, laajemmin elämän kaareen liittyvä asia, että mielenterveys mun mielestä on läsnä jokaisen ihmisen elämässä, että ei tarvitse olla jotain diagnoosia, että, tai ei ees tarvi voida huonosti, että sun pitäis voida puhua mielenterveydestä. (H5)

Diagnoosi määrittää siis paljon sitä, miten potilaan kanssa toimitaan ja millaisia tarpeita hänellä on. Psykiatrisen sairaanhoidon edellytykset määritetään palvelujärjestelmässä

lääketieteellisin perustein, joten sosiaalityön määrittäykset voidaan tehdä vasta lääketieteellisen arvion jälkeen. Toisaalta myös mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa asiakkuuden edellytyksenä on lääkärinlausunto, mikä ylläpitää mielenterveyskuntoutujille suunnatuissa asumispalveluissa lääketieteen määrittämisen ensisijaisuutta. Lääketieteen vahvasta roolista kertoo myös se, että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevät sosiaalityöntekijät käyttävät useimmiten ”potilas”-sanaa eikä ”asiakasta”, joka on laajasti käytössä sosiaalityön omissa palveluissa. Mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria on siten ensisijaisesti lääketieteen määrittämä ja vasta toissijaisesti sosiaalityön määrittämä.

Pitää olla pitkäaikainen tarve [palvelulle], elikkä se on selkeesti todettu, että on semmonen, lääkäri on todennu sen, että nyt on tämmönen psyykkinen sairaus, joka aiheuttaa tämmösiä selkeitä toimintakyvyn, toimintakyvyssä ongelmia, että tää asiakas tulee tarvitsemaan pitkäaikaisesti tukea, mutta jos ne ei täyty, niin sillan ei voi meille ottaa. (H2)

Herkästi käy niin ehkä, että, et kun asiakas nähdään sairaana ihmisenä, että unohetaan hänen se identiteetti sitten helposti, vaan et siihen pitäis mun mielestä kiinnittää enemmän huomiota siihen, että mikä se hänen näkemys on. (H4)

Sosiaalityön muovaama mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria, jossa hahmotetaan mielenterveys ympäristöön, yhteiskuntaan ja muuhun henkilön elämän kontekstiin yhteydessä olevana ei ole siis aineistossa yhtä vahva kuin lääketieteen muovaama kategoria. Lääketieteelliseen ja neoliberaaliin mielenterveyskuntoutujan kategoriaan voi siten sisältyä henkilö, joka on asunoton, tai jolla on muita asiakkuuksia sosiaalityön palveluissa. Näitä muita henkilön elämän osa-alueita ei kuitenkaan aseteta kategoriassa mielenterveyden kanssa rinnakkaiseksi, vaan ne ovat hierarkiassa alempana. Lääketieteen vahva asema on havaittu aiemmassakin mielenterveyttä koskevassa sosiaalityön tutkimuksessa (Romakkaniemi 2014, 142–144; Gould 2016, 14).

Neoliberaaleihin arvoihin on aiemmassa kirjallisuudessa liitetty individualistiset vastuun ajatukset ja markkinavapauden tavoittelu. Markkinavapauden kautta tavoitellaan voittojen maksimointia ja hyvinvointivaltioon sovellettuna palveluiden tehostamista. Neoliberalismissa vastuu onnistumisista ja epäonnistumisista siirtyy yksilön omalle vastuulle. (Juhila 2006; Tuomaala 2018.) Neoliberaalissa lääketieteellisessä mielenterveyskuntoutujan institutionaalisessa kategoriassa tarkastelu keskittyy yksilön ominaisuuksiin. Yksilön nähdään voivan vaikuttaa omaan mielenterveyteensä ja häntä

kannustetaan hoitamaan omia asioitaan. Moni haastateltavista korostaa erikseen osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden tärkeyttä mielenterveyspalveluissa. Itsemääräämisoikeuden korostamisenkin voi osittain tulkita neoliberaaliksi argumentoinniksi, koska sen myötä vastuu toiminnasta siirtyy asiakkaalle tai potilaalle.

Mielenterveydelle, mielenterveyskuntoutujalle sekä psykiatrian asiakkaalle/potilaalle esitetään haastatteluissa monenlaisia, osittain keskenään ristiriitaisia määritelmiä. Työntekijöiden puheissa rakentuva lääketieteellinen neoliberaali mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria määrittyy puutteellisuuden ja tarvitsevuuden kautta. Mielenterveyskuntoutuja voi itse vaikuttaa mielenterveyteensä, mutta toisaalta joissain tilanteissa työntekijän on pohdittava pakkotoimia ja edunvalvonta-asioita. Mielenterveyskuntoutujan osallisuus ja toimijuus muodostuvat siten lääketieteellisessä neoliberaalissa kategoriassa vaillinaisiksi.

No asioita jää hoitamatta, eristäytyneisyys, se on aika tyypillistä. Ja sitten just tätä, että jollakin on semmosii perhesuhteita just, että vaikka on nelikymppinenkin nainen, tai mies, kellä on mielenterveyden haasteita, niin vanhemmat hoitaa asioita, et liipataan ihan laittomuuksissa, et käytetään verkkopankkitunnuksia, tai tehään hakemuksia puolesta ja on ristiriitaset suhteet perheenjäseniin. Ja just semm-, ja päihdeongelmat, päihdepsykoosit näkyy täällä paljon, että et niitä semmosii potilaita käy tos pyörähtää, et on niin huonos kunnos psyykkisesti ja ei realiteeteissa, niin sit käydään osastolla, kunnes se sitten laukeaa se psykoosi.

(H1)

Siihen vaikuttaa tosi moni asia ihmisen mielenterveyteen, että siinä on ihan nää tieteenki siis perimä ja sitten toisaalta niin kaikki ne ihan lapsuudesta lähtien ne kaikki elämän tapahtumat ja kokemukset ja olosuhteet ja se on todella laaja laajasti, mitkä siihen vaikuttaa. - - Siihen voi myös paljon tosi paljo itse vaikuttaa, et mitä, miten sä itse teet ja miten sä yrität sitä omaa mielenterveyttä sit hoitaa, ja sit taas toisaalta siihen on paljon, et jos pystyy itteensä analysoimaan ja tunnistamaan niitä juttuja, vaikka mielen järkkymistä, niin siihen voi, on paljon kanoavia, mistä voi siihenkin hakee hakea apua. (H2)

Mielenterveyskuntoutujan määrittäminen puutteellisuuden kautta on toisaalta loogista, koska palveluiden tarkoituksena on tarjota apua. Lääketieteellinen neoliberaali kategoria on kuitenkin paradoksaalinen määrittäessään yksilön osallisuutta ja toimijuutta vaillinaiseksi, mutta korostaessaan samalla itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta.

Sosiaalityön omien määrittelyjen kautta rakentuva holistinen mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria, jossa ihmistä tarkastellaan ympäristössään, jää aineistossa neoliberaalia ja lääketieteellistä institutionaalista kategoriaa vähäisempään rooliin. Tämä kategoria tulee esiin hypoteettisena kategoriana, mutta asiakastilanteiden kuvauksissa siihen ei viitata. Lääketieteellisessä neoliberaalissa mielenterveyskuntoutujan kategoriassa tarkastellaan yksilön mahdollisuuksia vaikuttaa arkeensa, eikä niinkään ympäristön vaikutusta henkilöön.

Lääketieteellisessä mielenterveyskuntoutujan institutionaalisisessa kategoriassa tarvitsevuus ja puutteellisuus tulevat esiin asioiden hoitamisen hankaluutena: mielenterveys vaikuttaa arkeen, jolloin toimintakyky tai työkyky on heikentynyt. Vuokranmaksu, asunnon kunnossapito ja tulevaisuuden suunnitteleminen ovat vaakalaudalla. Työt ja opinnot eivät onnistu. Kategoriaan määritellyn henkilön ei nähdä pärjäävän itsenäisesti. Haastateltavat vertaavat toisinaan mielenterveyskuntoutujaa normaaliin, mutta normaali ei tule määriteltyksi. Mielenterveyskuntoutuja on haastateltavien puheissa usein toiminnan kohteena, tai asetetaan toiminnan kohteeksi, etenkin, jos hän on pitkään ollut psykiatrisessa hoidossa. Yksi haastateltavista kuvaa, että mielenterveyskuntoutuja saattaa itse ottaa potilaan identiteetin, joka sisältää toiminnan kohteena olemisen. Toisaalta sama haastateltava esittää, että asiakas on mukana päätöksenteossa, mutta muut yhteistyökumppanit olettavat, että sosiaalityöntekijä tekee päätöksen.

Lääketieteellinen neoliberaali mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria sisältää moninaisen joukon ihmisiä. Kaikki eivät tarvitse sosiaalityön palveluita koskaan, vaikka olisivat psykiatrian asiakkaita. Joillekin asioiden hoitaminen on hyvin hankalaa mielenterveysongelman vuoksi, toisille ei. Vakavakaan diagnoosi ei tarkoita sitä, että olisi täysin toimintakyvytön. Mielenterveyskuntoutujan kategoriaan liittyy haastateltavien mukaan kuitenkin yhä häpeää, leimaavuutta, se on tabu ja assosioituu huonommuuteen. Toisaalta, kuten osa haastateltavista on eksplisiittisesti tuonut esiin, mielenterveys koskee kaikkia. Lääketieteelliseen mielenterveyskuntoutujan institutionaaliseen kategoriaan tutkimuksen kontekstissa sisältyvät ne henkilöt, joilla on vakavia mielenterveysongelmia, kun taas kevyemmät mielenterveyden ongelmat hoituvat toisaalla:

Psykiatrian potilas tossa julkisella puolella, niin sehän myös tarkoittaa jonkin verran sitä, että et siellä on ne hoidossa, millä se tilanne ehkä, monilla on ehkä niinkun semmonen kaikkein huonoin. Et jos ajatellaan, et paljonhan ihmisiä ohjautuu esimerkiksi Kelan psykoterapioihin, niinku työterveyshuollon kautta

ilman, että ne ihmiset koskaan tulee tohon julkisen sektorin psykiatriseen palveluun. (H7)

Monilla ihmisillä on niitä mielenterveyden haasteita ilman, että on psykiatrian asiakkuutta et, se et, missä kohdassa sitten pääsee vaikka erikoissairaanhoidon niin siinä vaiheessa ne oireet on jo pahempia. (H3)

Lääketieteelliseen mielenterveyskuntoutujan institutionaaliseen kategoriaan liittyy siten vaihtoehdottomuutta puutteellisuuden ja tarvitsevuuden lisäksi. Julkisen sektorin psykiatriseen hoitoon päätyvät ne, joilla on heikoin tilanne ja joilla ei ole mahdollisuutta saada hoitoa muualta.

Mielenterveyden yhteydessä haastateltavat nostavat toistuvasti esiin asiakkaan tai potilaan puutteellista todellisuudentajua ja eriäviä mielipiteitä. Puutteellinen todellisuudentaju yhdistyy usein psykoosisairauteen, jossa hämärtynyt todellisuudentaju on yksi sairauden oireista (THL). Eriävät näkemykset koskevat kuitenkin usein kaikilla asiakkailla samaa asiaa kuin psykoosisairaillakin haastateltavien mukaan: kokemusta tuen tarpeellisuudesta. Sosiaalityöntekijän kanssa toimittaessa sekä psykiatriassa että asumispalveluissa toiminta perustuu vapaaehtoisuudelle. Haastateltavat tuovat esiin sitä, että asiakkaan mielipiteen huomioimista on pohdittava jatkuvasti. Lääketieteellisessä neoliberaalisessa mielenterveyskuntoutujan institutionaalisessa kategoriassa asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon muodostuvat vaillinaisiksi. Haastateltavien mukaan asiakkaan osallisuuteen on erikseen kiinnitettävä huomiota: asiakkaan mielipiteen huomiointi ei siten määriyty automaattiseksi toimintatavaksi.

Sosiaalityön ja psykiatrian välisen asiantuntijuus- tai toimialakiistan seurauksena mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria hahmottuu aineistossa siis vuoroin holistisemmassa kontekstissa ja vuoroin lääketieteellisemmässä neoliberaalisessa kontekstissa, jossa henkilön elämän muut osa-alueet eivät ole yhtä keskeisessä asemassa kuin mielenterveys. Holistisessa kategoriassa mielenterveys voi olla hyvä tai huono ja koskee jokaista. Mielenterveys on yhteydessä ympäristöön ja yhteiskuntaan. Mielenterveys ei typisty lääketieteelliseen diagnoosiin, vaan on laajempi käsite.

Se, että miten siihen sais semmosen turvan, et sulla on katto pään päällä, ateriat tarjolla ja lääkitys hoituis säännöllisesti, ja et sulla on semmonen luotettava työntekijä siinä rinnalla, jonka kanssa pystyy pitkäjänteisesti sitten hoitaa näitä asioita, niin sit se on se mitä siihen ehkä tarttis. Ja sitten taas psykiatrinen osasto ei ehkä oo just sitä varten koska tää on taas tää lääketiede edellä, et

saadaan se psykoosi hoidettua tai saadaan se ihminen siihen kuntoon, että se ei mee junan alle tai tappamaan jota kuta tonne kadulle, että et se on se fokus.

(H1)

Mielenterveyden ongelma ei holistisessa institutionaalisessa kategoriassa määritä, eikä hallitse henkilön elämää psykiatrian asiakkuudessa olemisesta huolimatta. Holistinen mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria määrittyy psykiatriassa lähinnä diagnoosin saamisen kautta ja käynteinä poliklinikalla tai hoitona osastolla, mutta se ei määritä henkilön identiteettiä. Holistisessa kategoriassa psykiatrian asiakkuuden taustalla nähdään olevan mielenterveyden lääketieteellisen diagnoosin lisäksi sosiaalisia syitä, kuten asunnottomuutta, köyhyyttä tai muuta elämän kriisiä. Lääketieteen vahva rooli näkyy kuitenkin myös holistisessa kategoriassa siinä, miten vertailua tehdään jatkuvasti oletukseen siitä, että mielenterveys on yhtä kuin lääketieteellinen määritelmä tai diagnoosi. Mielenterveyskuntoutujan institutionaaliseen kategoriaan luokitellaan ne henkilöt, joilla on diagnoosi, koska diagnoosi on psykiatrian hoitosuhteen edellytys. Näin lääketieteellä on enemmän määrittelyvaltaa, minkä vuoksi aineistossa painottuu lääketieteellinen neoliberaali mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria, ja sosiaalityön holistinen institutionaalinen kategoria mielenterveyskuntoutujalle huomioidaan täydentävänä näkökulmana psykiatrian kontekstissa.

Lääketieteellinen neoliberaali mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria muistuttaa aiemmassa kirjallisuudessa paikannetun lääketieteellisen mallin tapaa tarkastella mielenterveyttä. Lääketieteellisessä mallissa pienempään rooliin ovat jääneet mielenterveyteen liittyvät psykologiset ja sosiaaliset aspektit. (Gould 2016, 14–16.) Myös aineiston perusteella muovautuvassa neoliberaalissa lääketieteellisessä mielenterveyskuntoutujan institutionaalisessa kategoriassa sosiaaliset ja psykologiset mielenterveyden osa-alueet ovat harvemmin tarkastelun kohteena. Kapea tarkastelutapa voidaan yhdistää lääketieteellisen mallin lisäksi neoliberaaleihin arvoihin, joiden mukaisesti palvelut on järjestettävä tehokkaasti, interventioiden on oltava tuloksellisia ja vastata spesifisti tarkkaan määriteltyyn tilanteeseen (Julkunen 2004; Juhila 2006, 69–75). Tehokkuusvaatimusten myötä kaikki tehtävän kannalta ylimääräiseksi määrittyvä on jätettävä huomiotta (Lipsky 1980, 59–60).

4.2.2 Asunnottoman institutionaaliset kategoriat

Asunnottomalle muotoutuu aineistossa hieman mielenterveyskuntoutujan kanssa samankaltaisesti kaksi institutionaalista kategoriaa. Toinen institutionaalinen kategoria määrittyy haastateltavien puheissa mielenterveyden kaltaisesti neoliberaalisti,

puutteellisuuden ja tarvitsevuuden kautta. Kutsun tätä neoliberaaliksi tai palveluläh-
töiseksi asunnottoman institutionaaliseksi kategoriaksi. Lisäksi aineistossa on havaitta-
vissa rinnakkainen, holistinen asunnottoman institutionaalinen kategoria. Toisin kuin
mielenterveyskuntoutujan institutionaalisisissa kategorioissa, asunnottoman institutionaa-
lisista kategorioista holistinen kategoria on yhtä hallitseva kuin neoliberaali kategoria,
joissain tilanteissa jopa hallitsevampi. Kategorioiden erot tulevat esiin niissä tilanteissa,
kun asiakkuuden aloittamista tai päättämistä pohditaan. Holistinen asunnottoman insti-
tutionaalinen kategoria ei aseta rajoja asiakkuuteen otettaville, eikä asiakkuuden päättä-
miselle. Neoliberaali kategoria on rajaamistilanteissa vallitseva, kun taas
asunnottomuuden tarkastelussa ilmiötasolla vallitsee holistinen kategoria. Kategoriat
ovat siis keskenään jonkin verran ristiriitaiset.

Holistinen asunnottoman institutionaalinen kategoria sisältää moninaisissa tilanteissa
olevat asunnottomat, joilla asunnottomuuteen liittyy hyvin erilaisia asioita. Osa hoitaa
asioitaan itsenäisesti, toisilla monet asiat jäävät hoitamatta. Sekä holistinen asunnotto-
man institutionaalinen kategoria että neoliberaali kategoria muotoutuvat mielenterveys-
kuntoutujan institutionaalisia kategorioita laajemmin monia yhtäaikaista ongelmia
sisältäviksi kategorioiksi. Molemmissa kategorioissa asunnon kuvataan olevan yksi pe-
rusasioista. Asunnon puute puolestaan hankaloittaa arkea – nukkumista, suihkussa käy-
mistä, syömistä, pyykinpesua, mutta myös työssä käymistä, opiskelua ja muuta asioiden
hoitamista. Lisäksi asunnottomuuteen liitetään turvattomuutta, tulevaisuuden suunnitte-
lun hankaluutta ja epävarmuutta. Asunnottomuuteen liitetään selkeästi muitakin sosiaa-
lisia ongelmia, toisin kuin mielenterveyden kohdalla. Asunnottomuuden yhteydessä
mainitaan usein raha-asioiden ongelmat, mielenterveysongelmat, päihteet, ihmissuhde-
ongelmat ja rikollisuus.

*Tavallaan, et sä niinku jatkuvasti, joutuu tavallaan taistelemaan siitä elämässä,
et sä saat ne perusasiat hoidettua, et jotenkin, jos on asunnoton, niin on vaikee
tehdä mitään suunnitelmia tavallaan mistä tahansa, että jos sä haluat sit mennä
töihin, koulutukseen, minne tahansa, niit kaikkii on vaikee tehdä, jos ei oo sitä
asuntoa. Ensinnäkin ihan, et postin, mihin se posti tulee, sun pitää aina jostain
Poste Restantesta käydä kattomassa. (H2)*

Asunnottomuus määrittäytyy molemmissa institutionaalisisissa kategorioissa ensisijaisesti
sosiaalityön ilmiöksi, jolloin tarkastelukohteena on ihminen ympäristössään (Forte
2014, 11–15). Sosiaalityö näyttäytyy siten asunnottomuuden asiantuntija-ammattina ai-
neiston perusteella, koska vallitseva määrittelytapa on sosiaalityön määrittelytapa

(Abbott 1988). Molemmat asunnottoman institutionaaliset kategoriat sisältävät sellaisen asunnottoman henkilön, jolla on muitakin ongelmia kuin asunnon puute. Asunnottoman institutionaalisiin kategorioihin katsotaan kuuluvan ne, joilla on lisäksi tuen tarvetta arjessaan. Asunnottoman institutionaaliset kategoriat ovat kapeampia kuin yhteiskunnallinen ymmärrys asunnottomasta. Asiakkuuden määrittely yhteiskunnallista ymmärrystä suppeammin, muistuttaa Michael Lipskyn katutason byrokraatin toimintaa, jossa kategoriaan sopimattomat seikat jätetään huomioimatta (Lipsky 1980, 59–60). Pelkkä asunnon puute ei siis mahdu kumpaankaan asunnottoman institutionaaliseen kategoriaan, jolloin asiakkaaksi ei oteta pelkästään asunnon puutteessa olevia henkilöitä.

Aiemmassa tutkimuksessa ja kirjallisuudessa on käsitelty paljon asunto ensin –mallia. Tuen tarpeen edellyttäminen asunnon puutteen lisäksi asunnottoman institutionaalisisissa kategorioissa näyttäytyy AE-malliin suhteessa hieman ristiriitaisena. Asunnottomuuden yhteydessä haastattelevat mainitsevat myös AE-mallin muutamaan otteeseen. AE-malli määrittyy haastateltavien puheessa kuitenkin osittain eri tavalla kuin mallia koskevassa kirjallisuudessa. Osa haastateltavista kuvaa AE-mallin päihteidenkäytön sallivana asumismuotona, eli siinä tuettua asumista on mahdollista saada päihteidenkäytöstä huolimatta. Toisaalta osa haastateltavista kuvaa AE-mallin sellaisena asumispalveluiden järjestämistapana, jossa ensin turvataan asuminen ja sen jälkeen pohditaan muita tuen tarpeita, jos niitä on. Tämä jälkimmäinen kuvaus AE-mallista on linjassa aiemman tutkimuksen ja mallia koskevan kirjallisuuden kanssa. Tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella tukeen sitoutumisen ei tulisi olla pakollista, vaan perustua itsemääräämisoikeuteen ja vapaaehtoisuuteen. Haastateltavien puheessa esiintyy AE-mallin ajatusten lisäksi aiempien tutkimusten lailla portaikkomallin mukaista ajattelua, jossa esimerkiksi tuettu asuminen on välivaihe ennen omaa asuntoa. (Raitakari & Juhila 2015; Raitakari & Günther 2015.) ”*Jotkut pitää [tuettua asumista] semmosena välivaiheena, mikä sen pitäski olla, että haluaa sinne omaan asuntoon ja pyrkii siihen.*” (H3.) Osa haastateltavista tuo kuitenkin esiin myös näkökulmaa, jossa kaikille itsenäinen asuminen ei välttämättä ole vaihtoehto missään vaiheessa.

Asumisen yhteydessä osa haastateltavista tuo esiin myös kodin ja asunnon eron. Joillakin asiakkailla on asunto tai asumispaikka, mutta he eivät koe sitä syystä tai toisesta kodiksi. Asunnon ja kodin välistä eroa on laajemmin käsitellyt Riitta Granfelt (1998). Koetun asunnottomuuden taustalla on H6:n mukaan toisinaan palveluiden kohtaamattomuus ja esittää, että kun kyseessä on koettu asunnottomuus, on yhteiskunnan auttamismahdollisuudet rajatummalla. Asiakkaalla ei ole yleensä mahdollisuutta säilyttää

aikaisempaa asuntoaan, jos hän siirtyy tukiasumiseen. Näin palvelujärjestelmä saattaa myös synnyttää kodittomuutta (Granfelt 1998, 103). Asunnottoman institutionaaliset kategoriat sisältävät siten koetun asunnottomuuden vain osittain ja asunnon puutteenkin vain silloin, kun se on yhdistettynä tuen tarpeeseen.

Holistisen ja palvelulähtöisen neoliberaalin institutionaalisen kategorian suurimmat erot tulevat esiin, kun tarkastellaan konkreettisia asiakastilanteita tai asiakkuuden rajaamista. Konkreettisissa tilanteissa asiakkaan tai asiakkaaksi hakevan henkilön tilanteen arviointi tapahtuu holistisen institutionaalisen kategorian kautta, jolloin huomioidaan henkilön koko tilanne. Alkuarvion jälkeen palvelulähtöinen neoliberaali asunnottoman institutionaalinen kategoria on vallitseva. Palvelulähtöisen neoliberaalin kategorian ulkopuolelle rajautuvat sellaiset henkilöt, joille ei palveluvalikosta löydy sopivaa palvelua ja palvelun ulkopuolelle rajaaminen perustellaan asiakkaan ominaisuuksiin liittyvillä tekijöillä, kuten palveluun sitoutumattomuudella tai henkilön kykenemättömyydellä ottaa tukea vastaan.

Palvelulähtöisessä neoliberaalissa institutionaalisisessa kategoriassa asumispalveluiden asiakkuuteen pääsy on tiukasti rajattua. Psykiatrian työntekijöille asumispalvelut näyttyvät monelta osin byrokraattisena, hierarkkisena ja valtaa käyttävänä instituutiona, jossa asiakas on toimenpiteiden kohteena.

Asumispalvelut itse lopulta tekee sen arvion siinä, että mihin asumiseen he laittaa sitten tän asiakkaan. (H3)

Myös asumispalveluissa työskentelevien haastateltavien mukaan asiakkuudelle on tiukat kriteerit asumispalveluissa. Asunnottomuus ei asumispalveluissa ole neoliberaalin institutionaalisen kategorian kautta määräytyvän työskentelyn kohteena, vaan työskentelyn ja arvioinnin kohteena ovat asiakkaan tuen tarpeet. Toisaalta tuen tarpeita lähestytään olemassa olevien palveluiden näkökulmasta ja pohdiskelun ydinaluetta on sopivan palvelumuodon löytäminen asiakkaalle.

Mietin, et jonkin verran on näitä mielenterveyskuntoutujia, jotka ei suostu ottaa esimerkiksi tuettua asumista tai palveluasumista vastaan, et jolle tarjotaan semmost järeitä tukea, on nähty ne tuen tarpeet ja asumisen ongelmat tai asunnottomuus, mutta ei sitten kyl se ihminen itse halua tarttua niihin tukitoimiin, mitä tarjotaan. (H1)

Ensin pitää kokeilla kotiin vietäviä palveluita, paitsi jos se on ilmeisen tarpeetonta, tai niitä on jo kokeiltu, niin sitten palvelutarpeen arvion kautta lähetään

miettiin sitten sopivaa asumismuotoa, joka voi olla tuettua asumista, palvelu- tai tehostettua asumista. (H4)

Byrokraattisuudesta esimerkkinä on se, että palveluita tarjotaan tietyssä järjestyksessä. Kotiin vietävä tuki on siis ensisijainen palvelumuoto, joskin erityistilanteessa voidaan aloittaa jollain muullakin tukimuodolla. Asumispalveluiden hierarkia näyttäytyy siinä, että asiat etenevät nopeammin, jos psykiatrian sosiaalityöntekijä soittaa asumispalveluiden työntekijälle, kuin jos asiakas soittaisi.

Palvelulähtöiseen ja neoliberaaliin kategoriaan liittyy keskeisesti resurssipulan kysymykset. Resurssipulan niin palvelutarjonnassa kuin työntekijöissä mainitsevat kaikki haastateltavat. Itsestään selvänä asiana esiin tuodaan se, että asumispalveluissa ei voida kovin paljon tehdä palveluiden räätälöintiä, eli asiakkaan toiveisiin mukautumista ja ratkaisun hakemista valmiiden vaihtoehtojen ulkopuolelta. Räätälöinnin mahdottomuutta perustellaan resurssipulalla, niin budjetin kuin työntekijöidenkin suhteen. Resurssipulargumentoinnissa käytössä on palvelulähtöinen asunnottoman institutionaalinen kategoria. Räätälöinti liittyy puolestaan holistiseen asunnottoman institutionaaliseen kategoriaan, jossa pyritään huomioimaan henkilön kokonaistilanne.

Ja itse sosiaalityöntekijänä ja julkissektorin työntekijänä ymmärrän täysin hyvin, että ne palvelut ei voi olla kauhean pitkälle räätälöityjä ja ne yksiköt ja ynnä muut palvelut e-, niin on olemassa tietyt reunaehdot, ja tietysti raha on se ihan ensimmäinen, et kuinka paljon on talousarviossa varattu tähän rahaa ja minkälaiset kilpailutukset tehään palveluntuottajille, ja sitten, et mikä on sitten se yksikön resurssi, että jos vaikka palveluita olisikin tarjolla, mutta yksikössä ei ole riittävästi resursseja että päästään organisoimaan järkevästi sitä palvelua tarvitseville niin näitä kaikkia epäkohtia tavallaan olen havainnut. (H6)

Haastateltavat kuvaavat monin paikoin palveluiden kohtaamattomuutta, jolloin syystä tai toisesta palvelut ja asiakkaan tarpeet ja toiveet eivät kohtaa. Lisäksi asiakkaalla voi olla pitkä odotusaika, ennen kuin hän pääsee palveluun, eli saa asumispaikan. Palvelulähtöinen neoliberaali asunnottoman institutionaalinen kategoria muodostuu asumispalveluissa siis monelta osin kohteena olemiseksi. Palvelut eivät usein vastaa asiakkaiden toiveita, mutta muutakaan ei ole tarjolla. Jos tarjottua palvelua ei halua ottaa vastaan, on vaihtoehtona asiakkuuden päättäminen. Osa haastateltavista kertoo, että tällainen asiakkuuden päättämisen toimintatapa on olemassa, mutta he eivät henkilökohtaisesti noudata sitä. Se on kuitenkin yksi hyväksyttävä toimintatapa. Näissä rinnakkaisissa

toimintatavoissa havainnollistuvat holistisen ja palvelulähtöisen kategorian erilaiset asiakkuuden ehdot. Holistisessa kategoriassa toimintatavaksi määrittäytyä asiakkuuden jatkaminen, vaikka asiakas jättäisi joskus tulematta tapaamiselle. Palvelulähtöisessä kategoriassa asiakkuus voidaan päättää, jos asiakas ei tule sovitulle tapaamiselle.

Mä voisin vaan lätkästä sille kirjeen, että et tullut sovitulle tapaamiselle tai vastannut puhelimeen, niin asiakkuus päättyy tähän pisteeseen, niin se, sillä tavalla en halua toimia. (H4)

Palvelulähtöinen asunnottoman institutionaalinen kategoria on siis hyvin kapea ja tuon kapean kategorian sisällä tarjotaan tiettyjä, rajattuja palveluita. Haastateltavien puheet kuvaavat ammattilaisten työtä kategoriaa ylläpitävänä toimintana palveluissa. Asiakkaat puolestaan kyseenalaistavat palvelulähtöistä kategoriaa jatkuvasti. Niinpä vain ne asiakkaat, jotka sopivat palvelun luomaan kategoriaan, saavat palvelua. Muille jää vaihtoehdoksi palveluiden ulkopuolelle jääminen, tai kyseessä on *“itse järjestettävä asia”* (H6).

Haastateltavat tuovat monin paikoin esiin sitä, että usein asiakas ei halua ottaa vastaan sellaista tukea mitä hänelle tarjotaan. Näin palvelulähtöinen neoliberaali asunnottoman institutionaalinen kategoria muodostuu välillä niin tiukkarajaiseksi, että monet asunnottomaksi määritellyt ihmiset eivät mahdu tämän institutionaalisen asunnottoman kategorian sisälle. Asumispalveluiden asiakkaalta, eli palvelulähtöiseen asunnottoman institutionaaliseen kategoriaan asetetulta, edellytetään sitoutumista tuen vastaanottamiseen, hänen edellytetään ottavan vastaan se palvelu mitä tarjotaan, muita vaihtoehtoja ei ole tarjolla. Holistisessa kategoriassa vaihtoehtona palveluun sopeutumisen edellyttämisen sijaan on palveluvalikon laajentaminen palveluita räätälöimällä asiakkaalle sopivaksi.

Neoliberaalissa asunnottoman institutionaalisisessa kategoriassa asiakkaan toimijuus näyttäytyy ristiriitaisena. Asiakkaan toimijuutta korostetaan valinnanvapauskysymyksenä samaan tapaan kuin Tuomaalan tutkimuksessa asukastoimijuuden kohdalla (Tuomaala 2018). Asiakas valitsee itse, että ei ota palvelua vastaan. Samaan aikaan neoliberaalissa kategoriassa asiakas nähdään kuitenkin kykenemättömänä hoitamaan omia asioitaan ja tuen tarpeessa olevana. Asiakas on siis toiminnan kohteena, paitsi silloin, kun hän kieltäytyy palvelusta ja siten asiakkuudesta. Holistisessa kategoriassa asiakkaan toimijuus on keskiössä. Jos asiakas pitää palvelua itselleen sopimattomana ja kieltäytyy palvelusta, pohditaan seuraavaksi palveluiden räätälöintiä. Lähtökohtana on

siis asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja toimijuuden kunnioittaminen mahdollisimman laajasti.

Asunnottomuutta käsiteltäessä osa haastateltavista halusi korostaa sitä, että he eivät ole asunnottomuuden asiantuntijoita. H4 toi esiin sitä, että mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa asunnottomuus ei näyttäyty suoraan, koska suurin osa asiakkaista on jo asumispalveluissa. Hän, kuten suurin osa muistakin haastateltavista, liittää kuitenkin mielenterveyden ja asumisen yhteen. H5 ja H6 mainitsevat suoraan, etteivät koe tietävänsä asunnottomuudesta asiantuntijatasoisesti. Haastateltavat vaikuttavat siten haluavan pysyä oman erityisosaamisensa piirissä. Samalla asunnottomuus määritellään erityistä asiantuntijuutta vaativaksi erikoisalaksi. Tällainen asiantuntijuusnäkemys liittyy neoliberaaliin tarkastelutapaan sekä asunnottoman että mielenterveyskuntoutujan institutionaalisissa kategorioissa. Aineistossa tuli esiin myös holistinen asiantuntijuusnäkemys, jossa asunnottomuus – kuten muutkin sosiaalityön toimialaan kuuluvat ilmiöt – voidaan hahmottaa sosiaalityön yleisen asiantuntijuuden kautta ihmiselämän kokonaisuuteen liittyvänä.

Neoliberaali palvelulähtöinen asunnottomuuden institutionaalinen kategoria määrittyy siis kapean asiantuntemuksen alueeksi, josta muiden palveluiden parissa työskentelevät eivät koe tietävänsä riittävästi. Haastateltavien oman asiantuntijuuden rajauksesta erityisen kiinnostavan tekee se, että he kaikki kertovat myös työskentelevänsä asunnottomien asiakkaiden kanssa. Heidän asiakkaansa eivät kuitenkaan ole olleet *pelkästään* asunnottomia, vaan heillä on ollut myös psykiatrian asiakkuus. Neoliberaali mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria voi siis toimia hallitsevana kategoriana, jonka aktivoituessa muut kategoriat jätetään huomiotta epärelevantteina. Toisaalta kyse voi olla siitä, että palvelujärjestelmä ei mahdollista päällekkäisiä kategorioita, jolloin osa kategorioista jää huomioimatta. Neoliberaali asunnottoman institutionaalinen kategoria on siten toisaalta laajempi kuin neoliberaali mielenterveyskuntoutujan kategoria, sillä järjestelmän näkökulmasta Neoliberaaliin asunnottoman kategoriaan kuuluva voi samanaikaisesti kuulua mielenterveyskuntoutujan kategoriaan. Neoliberaaliin mielenterveyskuntoutujan kategoriaan asetettu puolestaan ei vaikuta voivan kuulua kumpaankaan asunnottoman institutionaaliseen kategoriaan. Taulukossa 1 on yhteenvetoa mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman institutionaalisista kategorioista.

	Asunnottoman institutionaaliset kategoriat		Mielenterveyskuntoutujan institutionaaliset kategoriat	
	Holistinen	Palvelulähtöinen/ neoliberaali	Holistinen	Lääkietieteellinen/ neoliberaali
Asiakas	Asunnottomuus vaikuttaa kaikkeen: mm. arkeen, mielenterveyteen, ihmissuhteisiin ja työhön.	Asiakkaalla on tuetun asumisen, palveluasumisen tai tehostetun palveluasumisen tarve, koska hän on asunnoton, eikä hän kykene hoitamaan asioitaan.	Mielenterveys vaikuttaa kaikkeen: arkeen, asumiseen ja ihmissuhteisiin. Mielenterveys on vain yksi ihmiskokonaisuuden aspekti.	Henkilöllä on mielenterveysongelma, joka on hoidettava ensisijaisesti psykiatrian keinoin, lääkityksellä, osastohoidolla ja poliklinikkakäynneillä.
Yhteistyö	Monitoimijaista yhteistyötä tehdään kaikkien tarvittavien osapuolten kanssa, jotta asiakkaan tilanne huomioidaan kokonaisuutena. Tavoite on yhteinen ja tiedonmuodostus on yhteinen prosessi, johon osallistuvat kaikki osapuolet.	Tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden tahojen kanssa siten, että eri sektorien edustajia pyydetään hoitamaan oma osa-alueensa. Vaihtoehtona on asiakkuuden siirtäminen kokonaan muualle, kuten vammaispalveluihin tai päihdepalveluihin.	Toimintamallina on monitoimijainen yhteistyö, jossa tavoite on kaikilla tahoilla yhteinen ja tietoa muodostetaan yhdessä. Asiakkaan elämäntilannetta tarkastellaan kokonaisuutena, jolloin asiakkaan tarpeet ovat lähtökohtana työskentelyssä olemassa olevien palvelujen sopivuuden tarkastelun sijaan.	Tavoitteena on mielenterveyden hoitaminen. Jos muita tuen tarpeita ilmenee, pyydetään niistä vastaavia tahoja huolehtimaan omista osa-alueistaan. Vaihtoehtona on asiakkuuden siirtäminen muihin palveluihin, kuten neuropsykiatrilalle.

Taulukko 2.

Taulukko 2 havainnollistaa asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan aineiston perusteella hahmottuvia asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioiden jatkumoa, jossa toisessa ääripäässä on täysin holistinen määritelmä kategorialle ja toisessa päässä täysin neoliberali asiakkuuden kategoria. Haastateltavat käyttävät yhtä aikaa sekä holistista että neoliberalia määrittelytapaa asunnottomalle ja mielenterveyskuntoutujalle, joten taulukko ei suoraan edusta kenenkään haastateltavan näkemyksiä. Aineiston perusteella määrittyvät institutionaaliset kategoriat ovat siis hollistisesta määritelmästä johtuen osittain päällekkäiset ja asettuvat jonnekin jatkumon keskivälille, jossa kategoria ei ole täysin holistinen eikä neoliberali.

4.2.3 Yhtäaikaiset palvelutarpeet

Edellä mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman institutionaalisten kategorioiden tarkastelussa on tullut esiin se, että holistisissa kategorioissa työntekijät eivät hahmota mielenterveyttä eikä asunnottomuutta toisistaan tai muusta elämästä irrallisina aspekteina. Mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman institutionaaliset kategoriat eivät kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa yhteensovittavissa, etenkin jos kategoriana on lääketieteellinen neoliberali kategoria. Mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman institutionaalisten kategorioiden määritelmät ovat häilyviä, koska haastateltavien puheissa mielenterveyskuntoutujat ja asunnottomat eivät ole homogeenisiä ryhmiä ja kategoriat vaihtuvat tilanteesta riippuen samalla työntekijälläkin. Ilmiötasolla tarkastelu on usein hollistista: haastateltavat liittävät mielenterveyden ja asumisen yhteen niin, että

mielenterveyden ongelmat saattavat johtaa asunnottomuuteen tai asunnottomuus mielenterveysongelmiin. Konkreettisissa asiakastilanteissa asunnottomuus ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein toisiinsa.

Asunnottomuudesta ja mielenterveysongelmasta yhtäaikaista puhuttaessa haastateltavat toivat esiin myös monia muita sosiaalisia ongelmia. Kaikki haastateltavat mainitsivat päihdeongelman yhtäaikaisten palvelutarpeiden kohdalla. Tämä asunnottomuuden, mielenterveysongelmien ja päihdeongelman esiintyminen yhtä aikaa on havaittu myös aiemmassa tutkimuksessa (mm. Murthy & Chand 2012; Raitakari & Juhila 2015; Tsemberis 2010). Lisäksi mainintoja tulee velkaantumisesta, rikollisuutta ja ihmissuhdeongelmia, jotka haastateltavat liittävät aihepiiriin. Myös muihin palvelutarpeisiin esimerkiksi lastensuojelutarpeen, iän tai vammaisuuden perusteella viitataan usein.

Haastateltavat liittävät siis mielenterveyden ja asunnottomuuden yhteen, mutta institutionaalisina kategorioina mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman kategoriat eivät kuitenkaan aina sovi yhteen. Tämä yhteensopimattomuus tulee esiin palveluiden rajaamisen yhteydessä. Rajaamisen yhteydessä neoliberaali kategoria sekä asunnottomalle että mielenterveyskuntoutujalle tulee usein vallitsevaksi. Kategorisointi, luokittelu tai palvelutarpeen arviointi, eli asiakkuuden edellytysten arviointi on työntekijöiden ensisijainen tehtävä. Vasta kategorisoinnin jälkeen työntekijät alkavat työskennellä asiakkaan kanssa. Kategorisoinnissa siis arvioidaan asiakkuuden kannalta olennaisia seikkoja ja muut jätetään huomiotta (Lipsky 1980, 59–60). Yhteen kategoriaan luokiteltu henkilö saattaa joissain tilanteissa tulla ulossuljetuksi muista kategorioista, eli saattaa tulla ulossuljetuksi muista palveluista. Jos käytössä on neoliberaali kategoria, tarkoittaa yhteen kategoriaan kuuluminen sitä, että toiseen ei voi yhtä aikaa kuulua.

Et jos on paljon juttuja, niin sit ne on jotenkin hankalampia ehkä psykiatriallakin lokeroita, et mihin nää kuuluu, kenelle nää kuuluu ja selkeesti kyl psykiatriassakin, samoten ku sosiaalitoimessa, niin näkee sen et aina siellä se tietty rakennekin ohjaa sitä, et onks meillä nyt liikaa porukkaa jonossa, vai ei ja ruvetaan tiukentaa kriteerejä. (H1)

Jos asiakkaalla on, on se diagnoosi, mielenterveyshäiriön diagnoosi, niin se sulkee sitten hänet ehkä muista palveluista helposti pois. (H4)

Neoliberaali kategorisointi ei aineistossa jää pelkästään mielenterveys- ja asumispalveluihin, vaan samaa kategorisoinnin kautta ulossulkemista kuvataan tapahtuvan muissakin palveluissa, kuten vammaispalveluissa ja iäkkäiden palveluissa. Aina yhteen

katégoriaan luokittelu ei kuitenkaan tarkoita muista ulossulkemista, jos kategorisointi perustuu holistiseen katégoriaan. Holistisessa katégoriassa muihin katégorioihin kuuluminen on mahdollista. Tämä häilyvä ja vaihteleva kategorisoinnin käytäntö tekee selväksi sen, että asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten katégorioiden määritelmät eivät ole tarkkarajaisia tai pysyviä.

Mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman institutionaaliset katégoriat ovat epätasapainoisessa suhteessa toisiinsa, kuten edeltävässä luvussa kävi ilmi. Mielenterveyskuntoutujan katégoriassa on vähemmän tilaa huomioida katégoriaan asetetun henkilön elämän muita osa-alueita, tai tuen tarpeita. Näin mielenterveyskuntoutujan katégoriaan asetettu voi olla samaan aikaan asunnoton, mutta häntä ei hahmoteta mielenterveyskuntoutujille suunnatuissa palveluissa kuitenkaan asunnottomaksi. Holistinen kategorisointi on mahdollinen myös mielenterveyskuntoutujalle, mutta neoliberaali lääketieteellinen kategorisointi on huomattavasti vallitsevampi aineiston perusteella. Asunnottoman institutionaaliset katégoriat ovat puolestaan muotoutuneet holistisemmin päällekkäisten, yhtäaikaisten ongelmien ja palvelutarpeitten katégoriaksi. Asunnottoman institutionaalisisissa katégorioissa on siten mahdollista olla sekä mielenterveyskuntoutuja että asunnoton. Neoliberaali kategorisointi vaikuttaa kuitenkin yhteistyön tekemisen tapaan asunnottoman katégoriassa. Neoliberaalisissa katégoriassa tarkastelu on yksilötasolla, jolloin toisen katégorian aktivoituminen tarkoittaa siirtämistä toiseen palveluun tai rinnakkain työn tekemistä muiden palveluiden kanssa. Tilanteen määrittelystä ei tällöin tule hollistista, eri palveluille yhteistä. Asunnottoman institutionaalisisissa katégorioissa ei toisaalta ole mahdollista olla vain asunnon tarpeessa. Institutionaalisen katégorian lähtökohtana on palvelutarve, ei asunnon tarve.

No kotiinvietävä tuki on ensisijaista, koska se on tietysti paljon helpompaa ja halvempaa järjestää kuin se, että muutetaan johonkin muualle asumaan. (H3)

Asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan yleiset määritelmät ovat hollistisia: määritelmiiin liitetään henkilön elinympäristö ja historia – yleisellä tasolla ihminen käsitetään kokonaisuutena. Asiakkuutta rajattaessa mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman institutionaaliset katégoriat ovat kuitenkin neoliberaaleja ja kapeampia kuin yleiset määritelmät ilmiöistä, eikä ilmiöiden monitahoisuutta ole neoliberaaleissa katégorioissa mahdollista huomioida kovin laajasti palveluissa. Konkreettisissa asiakastilanteissa yhtäaikaiset palvelutarpeet mainitaan moneen otteeseen. Yhtäaikaiset palvelutarpeet eivät aina selkeästi erotu toisistaan. Asuminen ja mielenterveys tulevat usein esiin samoissa asiakastilanteissa:

Niin [aikuisten psykiatrian osastolla] saatto olla enemmänki se, että et tuntu, et ei meinaa saada heitä sit sinne palveluasumisen puolelle, kun ei kriteerit täyty. Toki mä nyt huomaan, että mä puhun koko ajan palveluasumisesta, et en ehkä ihan puhtaasta asunnottomuudesta. (H5)

Yhtäaikaisten palvelutarpeiden nähdään liittyvän pidempiaikaisiin ongelmiin elämässä, jolloin tuen tarve on toistuvaa ja elämäntilanne hankala. Yhtäaikaisiin palvelutarpeisiin haastateltavat yhdistävät myös asioiden hoitamisen vaikeudet ja toimintakyvyn. Mielen-terveysongelmaan ja asunnottomuuteen yhtäaikaisena liittyy haastateltavien mukaan erityinen tarvitsevuus ja asioiden hoitamista itsenäisesti pidetään hankalana, jopa mahdottomana. Yhtäaikaisten palvelutarpeiden kuvauksissa korostuvat siis neoliberaalien kategorioiden piirteet. Kategorisointia tehtäessä yhtäaikaiset palvelutarpeet eivät kuitenkaan tule arvioinnin kohteeksi, vaan kategorisointi tehdään ensin oman palvelun edellytysten suhteen.

Siin on tietysti se, että mä oon itse mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista, elikkä sitten siinä on tottakai se, että he tarvitsee sen, se sairaus tuo mukanaan semmosia juttuja, miks he ei pärjää omillaan, et siinä on usein sitten monella on se, että sit pitää sitä ainakin, sitä lääkintähoitoa pitää seurata. (H2)

Kategorisoinnin funktio vaikuttaisi siis aineiston perusteella olevan asiakkaiden määrän rajaaminen. Aiemmassa tutkimuksessa on myös pohdittu asiakasvalikointia suhteessa erityispalveluihin. Koska asiakasvalikointia on tehtävä asiakasmäärän rajaamiseksi, jäävät ”vaikeimmat” asiakkaat kategorisoinnissa helposti ulkopuolelle. (Jokinen & Juhila 1991, 116–119.) Aineistossa yhtäaikaisten palvelutarpeiden arviointi jää samaan tapaan palvelukohtaiseen arviointiin suhteessa vähäisempään rooliin. Seurauksena voi olla se, että yhtäaikaista palvelutarvetta ei huomioida ollenkaan.

Neoliberaalissa kategorisoinnissa siis vasta oman palvelun kategorisoinnin jälkeen pohditaan muita palvelutarpeita. Jos muihin kategorioihin tulee viittausta, pyritään palveluissa hankkimaan kyseisen institutionaalisen kategorian ammattilainen hoitamaan sen kategorian alaan kuuluvaa osaa. Näin neoliberaalin kategorisoinnin kautta monitoimijaisessa yhteistyössä eri kategoriat määrittyvät erillisiksi, rinnakkaisiksi, jolloin eri kategorioiden alaan liittyviä asioita hoidetaan erillään, mutta kategorioiden päällekkäistä osaa ei välttämättä tunnisteta. Kategorisointi näyttäytyy siten ristiriitaisena toimintana, jossa yhtäaikaisia palvelutarpeita pyritään eriyttämään toisistaan ja samalla kategorioiden päällekkäisyys tulee ohitetuksi. Holistinen kategorisoinnin kautta yhteistyö määrittäisi

edellä Taulukossa 1 esitetyllä tavalla niin, että tilannearvio ja tiedonmuodostus olisi yhteistä. Holistisen kategorisoinnin mukainen yhteistyö on teoriassa mahdollista, mutta aineiston perusteella holistista yhteistyötä tehdään kuitenkin vasta ensisijaisen, oman palvelun suhteen tehtävän kategorisoinnin jälkeen. Tällöin kategorisoinnissa on osa ihmisistä jo suljettu kategorian ulkopuolelle.

Joo, eihän [päihdeongelma] aina ole automaattinen este, mutta kyl hyvin usein se on, että peruspalveluissa sitten hoidetaan se päihdeongelma pois ja sitten voidaan katkoa sitä psykiatrissa puolta tarkemmin. (H5)

4.3 Kategorisoinnin seuraukset ja sosiaalityö asiantuntija-ammattina

4.3.1 Poiskäännytykset ja yhteistyö

Ne rakenteet itsessään tuo semmosia kapuloita rattaisiin ja se potilas putoo herkästi sieltä. (H1)

Kategorisoinnissa määritetään sitä, kuka on asiakas ja kuka ei. Kategorisointi on luokitelua, jonka seurauksena tehdään myös poiskäännytyksiä, kuten edellisessä analyysiluvussa kävi ilmi. (Myös Hänninen 2007, 10.) Palvelun tarjoamisessa lähdetään liikkeelle institutionaalisesta kategoriasta. Jos henkilö voidaan luokitella institutionaaliseen kategoriaan kuuluvaksi, hänelle tarjotaan palveluita, jos taas ei, hänelle ei tarjota palveluita. Palveluiden saamista määrittää siis ensisijaisesti palveluiden institutionaaliset kategoriat, eikä asiakkaan tuen tarve. Tällainen järjestelmäkeskeinen toimintatapa on havaittu aiemmassakin tutkimuksessa palveluista poiskäännyttäväksi tekijäksi (Metteri 2014, 306).

Tää nyt ehkä liittyy taas tohon palveluasumiseen, mut tietenkin, justiinsa se, esteenä on sitten ne, et onko potilas liian huonokuntonen, vai liian hyväkuntonen palveluasumiseen, niin nää on semmosia esteitä, jotka tulee ainakin vanhuspuolella, viikottainkin vähän taisteltua, et saada sopivaa paikkaa. (H5)

Päihteidenkäyttö voi olla, et jos katsotaan että on paljon liikaa päihteidenkäyttöä, eikä pystytä tavallaan, asiakas ei hyödy siitä palvelusta, vaikka psykiatrian avopuolen palvelusta, psykiatrian poliklinikan asiakkuudesta, niin se voi olla semmonen [este]. Sit, jos katsotaan, ettei oo ei tarpeeks sairastua niin sanotusti, et ei pääse erityispalveluihin. (H2)

Työntekijöiden keskeinen työskentelyalue onkin asiakkaan sovittaminen palvelukategoriaan sopivaksi. Kaikki haastateltavat mainitsivat sen olevan osa työn sisältöä.

Haastateltavat käyttävät eri nimityksiä tälle muovaamistyöskentelylle: se on keskustelua erimielisyyksistä tai motivointia tuen vastaanottamiseksi ja sitoutumiseksi palveluihin. Sovittaminen voi kohdistua muihin palveluihin tai asiakkaaseen.

Oma rooli on tuoda sitä, että keskustellaan kaikki avoimesti ja että puhutaan siitä, että mitä huolia siinä on ja monesti asiakas ymmärtää ne huolet ja päädyttään sit vaikka siihen, että asiakkuus jatkuu, mut se ei saa olla sellasta, että siinä kävellään sen asiakkaan yli. (H4)

Työntekijöiden mukaan erimielisyydet tai haluttomuus ottaa palvelua vastaan liittyvät muun muassa eri käsityksiin tuen tarpeista, ymmärtämättömyyteen omasta tilanteesta tai sairaudentunnottomuuteen; toisaalta haastateltavat kuvaavat kyseessä olevan palveluiden kohtaamattomuus. Asiakkaat eivät haastateltavien mukaan aina halua ottaa vastaan heille tarjottuja palveluita, koska he eivät hyväksy niiden sääntöjä tai edellytyksiä, tai eivät halua kenenkään puuttuvan heidän elämäänsä. Perusteluissa korostuvat neoliberaalit institutionaalisten kategorioiden määritelmät, niin asunnottoman kuin mielenterveyskuntoutujankin kohdalla. Työskentelyn tavoitteena on siis asiakkaan sovittaminen palveluun, neoliberaaliin institutionaaliseen kategoriaan, useammin kuin sovittaa palvelu asiakkaalle sopivaksi. Tämä neoliberaaliin kategoriaan sovittaminen onkin usein työntekijän ainoa tapa pyrkiä auttamaan asiakasta, kun resurssipulan vuoksi palveluiden räätälöintiin, eli holistisen kategorian käyttöön tai neoliberaalin kategorian laajentamiseen ei ole aikaa eikä rahaa. Kategoriaan sovittamista voi verrata käännytykseen, yhteen Hännisen ja Karjalaisen nimeämään poiskäännytyksen muotoon (2007, 169–170).

Sanotaan ns. uus asiakas, jolla on mielenterveyden haaste, hänhän harvemmin itse on sitä mieltä, että juu mähän tarvin palveluasumista, missä on henkilökuntaa paikalla ja muita ihmisiä ja ns. pakko osallistua talon toimintoihin ja päivätai työsalitoimintoihin, en oo törmänny. Et enemmän se on sellasta, että joku työntekijä havahtuu siihen, että on palveluasumisen tarvetta, asiat jää hoitamatta muuten ja sitten käydään semmosta pientä motivointityötä, että saadaan ylipäättään sellanen asumispalveluhakemus vireille, tai palvelutarpeen arvio vireille kuntaan. (H1)

Räätälöinnin lisäksi monitoimijainen yhteistyö kärsii aineiston perusteella resurssien puutteesta. Poiskäännyttäminen nousee toistuvasti esiin monitoimijaisen yhteistyön yhteydessä. Asiakasta “siirretään”, “pallotellaan”, “ei oteta palveluihin” ja “pompotellaan” sellaisissa tilanteissa, joissa yhtäaikaista palveluntarpeita on monia tai palveluntarvetta

vastaavaa palvelua ei ole. Pallottelu, tai siirräntä, on aiemmassakin tutkimuksessa nähty yhtenä poiskäännytyksen muotona (Hänninen & Karjalainen 2007, 170).

No tää nyt on aika tavallista, että pallotellaan. Monessakaan kunnassa on niin, että asunnottomien, tai sellasten henkilöitten, jotka tarvii jotain tukea asumiseen, niitä asumisasioita asumispalveluitahan voidaan hoitaa useammalla taholla. Ja sitten nää tahot voi, jos ne on vaikka vammaispalvelu, mielenterveyskuntoutujien asumispalvelu, ja sit vaikka päihdehuollon asumispalvelut, niin nehän voi sitten vääntää keskenään, että kuuluuks tää nyt kelle heistä, vai kuuluuks hän nyt itse asiassa kellekään. (H7)

Yhtäaikaisten palvelutarpeiden tilanteissa eri tahot käyvät siis neuvottelua siitä, mikä on asiakkaan ensisijainen tarve. Tämän neuvottelun seurauksena on toisinaan se, että asiakasta siirretään edestakaisin palveluiden välillä, toisinaan kaikki palvelut sanoutuvat irti asiakkaasta. Vähemmän mainintoja on holististen institutionaalisten kategorioiden käytöstä, eli eri tahojen toiminnan yhteensovittamisesta asiakkaan tarpeiden mukaisesti, vaikka osa haastateltavista kertoo suoraan sen olevan tavoitteena. Lipsky esittää katutason byrokratiaa koskevassa teoriassaan, että työntekijät ovat tietoisia työn ihanteista, mutta resurssien puutteen vuoksi ihanteiden mukaista työskentelyä ei ole mahdollista tehdä (Lipsky 2010, XIV). Yhteistyön tekemisen esteenä on muun muassa erilliset budjetit, joiden asettamissa rajoissa eri tahot toimivat (Metteri 2014, 317). Siirtämisen tai suoran poiskäännytyksen lisäksi haastateltavat mainitsevat toistuvasti odottamisen ja hitauden, jotka voi nähdä myös yhtenä poiskäännytyksen muotona (Hänninen & Karjalainen 2007, 188–190).

No sitten kans se, että et monestihan kestää, sitä joutuu odottaa, et jos tietää et jotain sopivaa olis mulleikki, mut sitä joutuu sit odottaa tosi pitkään se potilas.

(H7)

Se voi olla tietysti jonku pitkän prosessin tulos, että [asumispalveluihin] pääsee.

(H3)

Tulkitsen aineiston perusteella poiskäännyttämisen liittyvän institutionaalisten kategorioiden rajoihin ja resursseihin. Asiakkuuden aloittamisen ja päättämisen yhteydessä holististen kategorioiden käyttäminen ei vaikuttaisi olevan mahdollista, koska käytettävissä olevat resurssit ovat rajalliset (Lipsky 1980, 87–104). Holistiset kategoriat perustuvat rajojen ylittämislle, kokonaisuuden tarkastelulle. Neoliberaalit institutionaaliset kategoriat määrittävät siis ensin asiakkuuden rajat. Näitä neoliberaaleja

institutionaalisia kategorioita muovaavat puolestaan resurssien asettamat rajat. Asiakkuuteen ottamisen tai poiskäännyttämisen jälkeen holistiset kategoriat voivat määrittää työn tekemisen tapaa, kun asiakkuuden ehtojen on jo katsottu täytyneen.

Institutionaalisten kategorioiden ulkopuolelle sulkemisen perusteita tulee esiin monia. Neoliberaalista asunnottoman institutionaalista kategoriasta poiskäännyttämiseen voi johtaa muun muassa sitoutumattomuus palveluun tai sääntöihin asumisyksikössä, päihteidenkäyttö, vuokran maksamatta jättäminen tai häiriöt. Neoliberaalin mielenterveyskuntoutujan institutionaalisen kategorian ulkopuolelle voidaan jättää puolestaan diagnosoimattomat, aktiiviset päihteidenkäyttäjät ja sitoutumattomuus palveluihin, jos pakohoidon kriteerit eivät täyty. Holistista kategoriata asunnottomalle ja mielenterveyskuntoutujalle ei käytetä poiskäännyttämisen tilanteissa, sillä se asettuisi ristiriitaiseen asemaan poiskäännyttämisen kanssa. Asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioiden ulkopuolelle jäävät siis ne henkilöt, jotka eivät näe samalla tavalla palvelutarvettaan kuin työntekijät. Jos työntekijät eivät saa sovitettua asiakasta kategoriaan, määrittyy henkilö kategorian ulkopuolelle kuuluvaksi sillä perusteella, että hän ei sitoudu palveluun tai että palvelu ei ole hänelle sopiva. Sitoutumattomuus palveluihin kytkeytyy myös toimijuuteen ja itsemääräämisoikeuteen. Valinnan mahdollisuus näyttäytyy asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisissa kategorioissa niissä tilanteissa, kun asiakkaan vaihtoehtoina on ottaa vastaan hänelle tarjottu palvelu tai poistua palveluista (Tuomaala 2018).

Kun muuttaa meidän tukiasuntoon, niin se ei oo sellasta perus vuokra-asumista, vaan siinä tulee sitoutua siihen tukeen ja vastaanottaa sitä tukee, et jos haluaa vaan kämpän, niin sitten ei oo meidän asiakkuus, vaan sitten se on muut, muut vuokramarkkinat. (H4)

Et väkisin siinä ei kyllä voi tehdä. Sitten joittenkin potilaitten kohdalla käy niin, että sit kun ne oikeasti menettää sen asunnon, niin sit tavallaan on pakko ottaa vastaan sitä, mitä tarjotaan. On tietysti mahdollisuus olla myös asunnottomana kadulla, mut kyllä sitten tavallaan sitten yleensä käy kumminkin niin, että se potilas ottaa vastaan sen, mitä aikasemmin ei oo halunnu, mut kun ei oo oikeen muutakaan vaihtoehtoo ei ole. (H7)

Työntekijä määrittää asiakkaan palvelutarpeen, eli sen, sopiiko asiakas institutionaaliseen kategoriaan vai ei. Henkilö voi esittää toiveita, mutta viime kädessä kategorisoinnin tekee työntekijä. Institutionaalisten kategorioiden hyväksymä toimijuus ja

itse-määräämisoikeus on siis rajattu työntekijöiden ja instituution määrittämiin rajojen sisään. Haastateltavat kuvaavat resurssien puutteen aiheuttavan sitä, että kategorian laajentamisen tai räätälöinnin sijaan päädytään poiskäännyttämiseen. Holistisen kategorian käyttäminen, tai neoliberaalin kategorian laajentaminen on kuitenkin olemassa oleva vaihtoehto, kuten esimerkiksi haastateltava H1 kuvaa:

Emmä tiää onkse periaatteessa vaikee ratkasta koska mä oon aina tässä työssä aatellu että ”when there’s a will, there’s a way”, kyllä. Mutta se, että ehtiikö yksittäinen sosiaalityöntekijä kattoon niitten kilpailutettujen ja omien palveluiden ulkopuolelta, selvitellä asioita, mitä vois saada, millä hinnalla, mikä vastais tän asiakkaan tarpeita, se ei, mä en semmosta työyhteisöä tiedä, missä sellasta aikaa ois. (H1)

Byrokraatiakin perustuu kategorisointiin, kun oikeus eri palveluihin ja etuuksiin selvitetään erikoistuneissa yksiköissä tarkkojen prosessien avulla. Aineiston perusteella Lipskyn katutason byrokraatteja koskevalla teorialla on edelleen selitysvoimaa: krooninen resurssipula ja asiakaskunnan yksinkertaistaminen kategorisoinneilla näkyvät edelleen sosiaalityössä (Lipsky 1980). Haastateltavien mukaan byrokraatia toimii välillä palveluista poiskäännyttävänä tekijänä. Byrokraatiaan liittyvä eri lomakkeiden täyttäminen toimii hidasteena ensinnäkin eri palveluiden välillä. Lisäksi se saattaa käännyttää asiakkaan pois hänelle kuuluvien etuuksien piiristä. Sekä mielenterveyskuntoutujan että asunnottoman institutionaalsiin kategorioihin liittyä tarvitsevuus, muun muassa avun tarve etuusasioiden hoitamisessa. Elämäntilanne tai sairaus saattaa hankaloittaa asioiden hoitamista siinä määrin, että viimesijaisetkin etuudet jäävät hakematta. Tällöin byrokraatian vaatimukset toimivat totaalina poiskäännyttäjinä, jotka estävät henkilön toimeentulon saannin.

Byrokraatiaan kytkeytyy palvelujärjestelmän pirstaleisuus, joka sekä aiheuttaa poiskäännyttämistä eri tavoin. Työntekijöillä ja asiakkaalla ei aina ole riittävästi tietoa olemassa olevista palveluista, jolloin asiakas ei pääse palveluiden piiriin. Tällöin kategorisointi epäonnistuu, kun kategoriasta vastaava taho ei osallistu palvelutarpeen arviointiin, eli kategorisointiin ja asiakas jää ilman palvelua tai etuutta. Lipskyn teoretisoinnin mukaan tiedon saatavuuden rajoittaminen voi olla yksi keino säännöstellä palveluita (Lipsky 1980, 90–93). Lisäksi sosiaalityön tutkimuksessa on pohdittu yhteistyön tekemisen eri muotoja. Monitoimijaisesta yhteistyöstä on olemassa monta eri muotoa, jotka kulkevat täysin erillään tekemisestä yhteiseen tiedonmuodostukseen ja yhteiseen tavoitteen asettamiseen (Jeglinsky & Kukkonen 2016).

Ja asiakkaat eivät suinkaan aina tiedä, mihin he on oikeutettuja, eivätkä aina ymmärrä, että millä tavoin pitäis toimia, tää on vaan yks esimerkki, myös muut sosiaalityöt ja palvelut kuvautuu monesti hyvin hankalina erityisesti siinä tilanteessa jos joutuu potilaana ensimmäistä kertaa näitten palveluiden ja etuuk-sien piiriin ja siinä sit viel korostuu se, että kun se toimintakyky on normaalia alhaisempi, ni sit pitäis paneutua uuteen ja varsin monimutkaseen palvelujärjes-telmään ja ja selviytyä siitä. (H6)

Poiskäännyttäminen näyttäytyy aineistossa välttämättömänä toimintana, jonka avulla käytettävissä olevat resurssit pyritään saamaan riittämään palveluissa oleville asiak-kaille. Kategorisoinnin avulla osa palveluita hakevista käännytetään pois palveluiden piiristä erilaisilla poiskäännytyksen tekniikoilla, joita edellä tuli esiin. Poiskäännyttämi-nen ja kategorisointi ovat kiinnittyneet erilaisiin työn tekemisen ja asiakkuuden määrit-telyn tapoihin, jotka vaikuttavat myös yhteistyön tekemiseen eri palveluiden välillä.

4.3.2 Sosiaalityö asiantuntija-ammattina asumispalveluissa ja psykiatriassa

Analyysin edetessä psykiatrian ja asumispalveluiden sosiaalityöstä alkaa hahmottua ai-nejon perusteella kokonaisuus, jossa erilliset erikoistuneet tahot neuvottelevat institu-tionaalisten kategorioiden rajoista keskenään ja muiden hyvinvointivaltion palveluiden kanssa. Laajempaa sosiaalityön toimintaympäristön analyysiä varten on tarkasteltava lis-äksi sosiaalityötä ammattina ja sosiaalityön suhdetta muihin ammatteihin. Kuvaan seu-raavaksi sosiaalityötä ammattina sellaisena kuin se asumispalveluissa ja psykiatriassa aineiston perusteella näyttäytyy, käyttäen apuna Andrew Abbottin teoriaa ammattien järjestelmästä ja asiantuntijatyön jakautumisesta (1988).

Andrew Abbott (1988) on teoretisoinut ammattien luonteesta, ammattien välisestä työn-jaosta ja ammattien keskinäisistä suhteista. Abbott kuvaa, että ammatit ovat keskinäis-riippuvaisessa suhteessa toisiinsa, jolloin joillakin ammateilla on täysi kontrolli toimialaansa, kun taas toiset ammatit kontrolloivat toimialansa tietoa alisteisessa suh-teessa toiseen tai toisiin ammatteihin (Abbott 1988, 2). Kuten aiemmin mielenterveys-kuntoutujan institutionaalisia kategorioita käsittelevässä osiossa kävi ilmi, sosiaalityön suhde psykiatriaan on mielenterveyskuntoutujan institutionaalisen kategorian muovaa-misessa psykiatialle alisteinen. Sosiaalityön määritelmät mielenterveyskuntoutujan ins-titutionaalisille kategorioille ovat toissijaisia tai täydentäviä ja niiden sopivuutta arvioidaan vasta sen jälkeen, kun psykiatri on arvioinut asiakkaan sopivuuden institutio-naaliseen kategoriaan. Terveystieteen tietohierarkiasta, jossa sosiaalityö on lääketie-teelle alisteinen, on kirjoittanut myös Anna Metteri (2014, 303).

Toimialasta kiistellään kuitenkin jatkuvasti, mikä tulee esiin muun muassa siinä, miten osa haastateltavista haluaa erikseen määritellä mielenterveyttä lääketieteellistä, psykiatrista näkökulmaa laajempaan ilmiönä. Ammattien hierarkiassa alisteisessa asemassa olevat ammatit pyrkivät korostamaan yhteneväisyyksiä, ylemmät puolestaan eroja (Abbott 1988, 67). Sosiaalityöntekijöiden tapa määritellä mielenterveyttä lääketieteellisen määrittelyn kautta viittaa siihen, että sosiaalityö on psykiatrian kontekstissa lääketieteelle alisteisessa asemassa. Asumispalveluissa puolestaan sosiaalityö hallitsee toimialaa, jolloin sosiaalityön määrittelyjä ei kiistetä. Tämä näkyy myös aineistossa siten, että asumispalveluiden työntekijöillä ei ole tarvetta erikseen korostaa asunnottomuuden olevan sosiaalityön toimialaan kuuluva ilmiö.

Abbottin mukaan yhtenäiset tavat määritellä ongelmia lisää ammatin tehokkuutta ja auttaa ammattia kontrolloimaan toimialaansa. Sen sijaan suuret erot ongelmien määrittelyssä voivat johtaa eriytymiseen ammatin sisällä. (Abbott 1988, 56.) Sosiaalityö näyttää aineiston perusteella sektoreihin jakautuneena erikoispalveluiden joukkona, jossa kustakin erikoisalasta tietoa on vain kyseiseen alaan erikoistuneilla työntekijöillä. Erikoistuneen asiantuntijuuden rinnalla esiintyy holistisen asiantuntijuuden malli, mutta erikoistuneisuus tulee aineistossa vahvemmin esiin. Holistinen asiantuntijuus yhdistyy aineistossa holistisiin asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan kategorisointeihin. Holististen kategorisointien kautta tarkastellaan asiakkaan tilanteen kokonaisuutta, mutta lisäksi tietoa rakennetaan yhdessä eri toimijoiden kesken eriytyneen ja erillisen tiedon rakentumisen sijaan. Tulkitsemme erikoistuneen asiantuntijuuden kytkeytyvän neoliberaaliin kategorisointiin asumispalveluissa ja psykiatriassa. Erikoistumiskehitys hyvinvointipalveluissa liittyy tehokkuusvaatimuksiin, jotka ovat osa neoliberaalia ajattelua.

Sosiaalityön omien sektorien lisäksi osa sosiaalityön ulkopuolisista yhteistyötahoista, erityisesti psykiatria, hahmotetaan erikoistunutta tietoa omaaviksi. Haastateltavien kuvaama erikoistuneiden tahojen kesken tehtävä yhteistyö muistuttaa enemmän työnjakoa kuin työn tekemistä yhdessä, silloin kun asiantuntijuus ja kategorisointi on neoliberaalia. Aineiston perusteella sosiaalityöllä ei ole yhtä yhtenäistä tapaa määritellä toimialaansa kuuluvia tehtäviä ja ongelmia, kuten asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioiden tarkastelu on osoittanut (Abbott 1980). Niinpä ammattien järjestelmän näkökulmasta sosiaalityön hallinta toimialastaan on heikentynyt.

Kunnalliset palvelut on monesti niinkun “zup”, me palvellaan vaan näitä näissä tilanteissa, me ei oteta noita ja noita ton tyyppisiä vastaan, koska me ei pärjätä niiden kanssa. (H1)

Me tarvittais enemmän varmaan koulutusta näistä mielenterveyden häiriöistä ja siitä, mitä, miten, mitä sen ihmisen päässä tapahtuu. (H2)

Lääkäriyhteistyö on monesti sitä, että jos potilaalle pitää hakee vaikka jotain etuutta, niinku eläkettä, niin lääkäri tekee sen lausunnon ja sit mä saatan auttaa potilasta tekemään sen hakemuksen, et sillä tavalla tehdään yhteistyötä. (H3)

Aineiston perusteella yhteistyötä eri tahojen, kuten sosiaalityön eri palveluiden välillä on satunnaisesti. Resurssipulasta johtuen yhteistyön sijaan useammin jäädytään neuvottelemaan kussakin tilanteessa relevanteista kategorisoinneista. Tätä neuvottelua voidaan tarkastella Abbottin esittämänä ammattien välisenä kamppailuna, jossa eri ammatit taistelevat tiedon kontrollista ja toimialasta. Neuvottelut ovat yksi tapa sopia työnjaosta työpaikoilla. (Abbott 1988, 77, 84). Kun neuvottelun osapuolina on sosiaalityön eri sektorit, ei ole lainkaan selvää, minkä tahon määrittelyä pidetään ensisijaisena. Onkin ymmärrettävää, että sosiaalityön kategorisoinneilla ei ole selviä rajoja, kun määrittelystä neuvottelevat kaksi tai useampi saman ammatin erityisalaa. Sosiaalityön erikoisaloilla saattaa joissain tilanteissa olla erisuuntaiset intressit, minkä vuoksi neuvotteluja ei ole kovin yksinkertaista ratkaista. Tällaisia erisuuntaisia intressejä voi syntyä esimerkiksi erillisten budjettien vuoksi (Metteri 2014, 317). Toimialasta kiisteltäessä tai neuvoteltaessa käsittelemättä jää kuitenkin eri sektoreja ja palveluita yhdistävä alue ja etenkin kokonaan kategorisoinnin ulkopuolelle jäävä alue. Sosiaalityö ei tällöin toimi eheänä kokonaisuutena ja määrittelee yhtenäisesti tehtävänsä, vaan kiistelee muiden toimijoiden kanssa sekä sisäisesti omien erikoisalojensa kesken poiskäännynnän perusteista. Aineiston perusteella psykiatrian ja asumispalveluiden sosiaalityössä neuvotteluja käydään jatkuvasti sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon eri toimijoiden kanssa.

Tietenkin myös asiakkailta on luonnollisestikin erilaiset asiat kerrottavaksi lääkärille, tai sairaalan sosiaalityöntekijälle, tai asumispalvelun sosiaalityöntekijälle, koska meillä on kaikilla ammattimme vuoksi erilaiset asiat, joihin me, joissa me voimme auttaa. - - Ja tässä sen yhteisen tiedon jakaminen, että mitä minkälaisia taitoja, kykyjä ja toimintakyvyn rajoitteita ja esteitä potilaalla on pitkällä tähtäimellä, niin siinä on ollu haasteita saada tätä näkemystä erikoissairaanhoidosta sinne peruspalveluun, et vaikka peruspalveluis tietenki ne palvelut on räätälöity erilaisille kohderyhmille. (H6)

Aatellaan, että hänellä on joku psykiatrinen sairaus, ja sit hän on ikäihminen ja se aiheuttaa tuen tarpeita se korkea ikä ja siihen liittyvä toimintakyvyn lasku, niin siit tulee se, että juupas-eipäs -keskustelu, et niin mut sillä on toi psyykkinen sairaus, et siin joutuu sitten sosiaalityöntekijänä aikamoisen perustelun tekemään, että se psykiatrinen sairaus ei aiheuta sitä tuen tarvetta, vaan se hoi-, hän tarvii hoivan puolta ja tällasta. (H4)

On huomattava, että osalla haastateltavista on työkokemusta sekä asumispalveluiden sosiaalityöstä että psykiatrian sosiaalityöstä. Heillä on sisäpiirin tietoa molemmista palveluista. Sisäpiirin tietokaan ei ole aineiston perusteella auttanut työntekijöitä palveluiden välisten rajojen ylittämässä, koska poiskäännyttämisellä on toisaalta työtä rajaava funktio. Työtehtävien eriytyemisellä, tai työnsisäisellä erikoistumisella erikoisaloihin on muitakin seurauksia kuin konkreettinen työtehtävän muutos. Sosiaalityön erikoisaloihin jakautuminen jakaa myös asiakkaita (Abbott 1988, 77, 125). Yhteiskunnassa on erilaisia käsityksiä koskien mielenterveyskuntoutujia ja asunnottomia. Asunnottomiin yhdistetään useammin rikollisuus, päihteet ja muu turvattomuus, näin tekevät myös työntekijät aineiston perusteella. Mielenterveyteen yhdistyy puolestaan toimintakykyyn ja pystyvyyteen liittyviä oletuksia. Niinpä sosiaalityön sisäisellä eriytyemisellä voi olla seurauksia myös asiakkaille, jos yhteistyön laatu kärsii ja asiakkuutta määrittävä institutionaalinen kategoria kapeutuu. Kategoria voi kapeutumisen myötä muuttua entistä leimaavammaksi ja toisaalta sulkea entistä enemmän palveluihin sopimattomia ihmisiä ulkopuolelleen. Ulla Buchert havaitsi tutkimuksessaan, että palveluiden erikoistuminen voi nostaa muiden palveluiden kynnystä ottaa erikoistuneiden palveluiden piiriin kuuluvaksi miellettyjä henkilöitä asiakkaikseen ja toisaalta toiseuttaa erikoispalveluiden asiakkaiksi määriteltyjä henkilöitä (Buchert 2015, 154).

Mä oon ollu [asumispalveluissa ja psykiatriassa], että mä tiän ne molemmat. Psykiatrian näkökulmasta välillä toivois just enemmän tietoa ja että meitä kutsuttaisiin yhteisiin tapaamisiin. Aina ne ei muista. Sit kun on ollu [asumispalveluissa], niin mä tietysti osasin pitää sen mielessä aina, että hoitotaho mukaan, että tavallaan hyödyntää sit sitä hoitotalolta tulevaa tietoa, mutta justiinhan semmonen tiedonvaihto ja yhteiset palaverit niin niitä lisää. (H3)

Sosiaalityö on Suomessa vasta 1980-luvulla irtautunut omaksi oppiaineekseen (Mäntysaari 2006). Abbottin mukaan ammatin toimialan pitäminen liittyy myös sen

akateemisen tiedon arvoaltaan, kun uskottava abstrakti tieto liitetään tehokkaaseen ammatilliseen työhön. Akateemisen tiedon tehtävät ovat puolustaa sosiaalityön toimialaa oikeuttamalla sitä, lisäämällä tietoa tutkimuksen kautta ja ohjaamalla sosiaalityöntekijöitä. (Abbott 1988, 54–57.) Melko tuoreena asiantuntija-ammattina sosiaalityön täytyy toisinaan edelleen perustella arvokkuuttaan ja uskottavuuttaan suhteessa muihin ammatteihin. Erikoistuneisuus ja ammatillisen tiedon korkea järjestelyn taso tarkoittaa Abbottin mukaan vakavaa uhkaa ammatille, sillä kun tieto on järjestelty äärimmäisen tarkasti, kompleksiset ongelmat tulevat ohitetuiksi. Tällöin osa ongelmista hoidetaan, mutta kukaan ei enää huolehdi kokonaisuudesta. (Abbott 1988, 111.) Haastateltavat kuvaavat, että psykiatrian palveluissa ja asumispalveluissa kokonaisuus ei aina tule huomioiduksi. Osa psykiatriassa työskentelevistä haastateltavista kuvaa suoraan, että he toimivat niissä rajoissa, mitkä psykiatri asettaa.

Tärkeimmät [mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden] yhteistyökumppanit on ne palveluntuottajat ja hoitotaho, ja sillon, kun jokainen aktiivisesti osallistuu sen asiakkaan tilanteen arvioon ja siihen työhön omasta näkökulmastaan, niin se on tosi hedelmällistä. Ja sillonkin, kun jotenkin se asiakas asetetaan siihen keskiöön, niin se on tosi toimivaa. Ainahan se ei näin ole. (H4)

Lääkäri arvioi, tai useat lääkärit arvioi, niin nehän arvioi sen, et onks tää avohoidon keissi tai onks onks tässä pakkohoitokriteerit ja näin tai et se on se, ja sit mä vaan kävelen perässä, sitten niinkun en, sillä mennään. (H1)

Ammatti on dynaaminen prosessi, jossa neuvotellaan toimialasta suhteessa muihin ammatteihin (Abbott 1988; Buchert 2015, 47). Sosiaalityön ammatillisuus näyttäisi aineiston perusteella olevan asumispalveluissa vahvaa asiantuntija-ammattillisuutta.

Esimerkkinä asiantuntijaroolin vahvistumisesta on sosiaalityön tekemät uudelleenmäärittelyt asumispalveluissa: päihitteettömyyttä ei enää edellytetä kaikissa palveluissa, koska se on ristiriidassa sosiaalityön holistisen näkökulman kanssa. Tästä esimerkkinä ovat asunto ensin –mallin pohjalta kehitetyt asumisyksiköt. AE-mallin kritiikissä on kuitenkin toisaalta esitetty, että malli on neoliberaalin hallinnan muoto (Tuomaala 2018). Sosiaalityön asiantuntijuutta asumispalveluissa rajoittavat siis yhteiskunnassa vallalla olevat neoliberaalit markkinalogiikan arvot. Psykiatrian kontekstissa sosiaalityön asiantuntijuus on myös neoliberaalien arvojen rajaamaa, mutta sen lisäksi psykiatria on vahvasti lääketieteen hallinnassa oleva toimiala. Psykiatriassa päihiteidenkäyttö on selvemmin edelleen esteenä palveluihin pääsulle, toisin kuin asumispalveluissa.

Psykiatriassa sosiaalityöntekijällä ei ole yhtä suurta määrittelyvaltaa, joten kenties siksi siellä asiantuntijuuskin näyttäytyy rajatumpana kuin asumispalveluissa.

Yhteistyön tekemiseen asumispalveluiden ja psykiatrian sosiaalityössä liittyy monia eri kysymyksiä niin toimialoista kuin budjeteistakin. Isoissa organisaatioissa työn sisäinen eriytyminen johtaa väistämättä päällekkäisyyksiin toimialoissa (Abbott 1988, 67). Yksi haastateltavista kuvaa, että esimerkiksi asumispalvelut on yhdessä pääkaupunkiseudun kunnista jaettu ainakin kolmelle eri taholle. Monitoimijainen yhteistyö monissa konteksteissa saattaa kärsiä toimialaneuvotteluista, sillä toimialaneuvotteluihin liittyy neuvottelut kustannuksista. Kustannuskysymykset luovat jännitteitä näennäisesti saman asiakkaan tai palvelukokonaisuuden parissa työskenteleville (Metteri 2014, 317). Haastateltavat tuovat monin paikoin esiin eri yhteistyötahojen erisuuntaisia intressejä. Yksityiset ostopalvelut perustuvat pohjimmiltaan voiton tavoitteluun, joka voi olla sosiaalityön perustehtävän kanssa ristiriidassa. Sosiaalityön sisällä eri sektoreilla on erilliset budjetit, joista he ovat vastuussa. Yhteistyön tekemisen sijaan eri sektorit asumispalveluissa ja mielenterveyspalveluissa saattavat juuttua kiistelemään siitä, kenen vastuulla asiakkaasta aiheutuvat kustannukset ovat. Rakenteet eivät siis sosiaalityössä tee monitoimijaisen yhteistyön tekemistä helpoksi, kun eri tahot ovat konkreettisesti ja abstraktisti erillään toisistaan. Usein eri tahot kuuluvat eri organisaatioihin, joiden fyysiset toimipisteetkin ovat kaukana toisistaan. Nämä seikat luovat konkreettista välimatkaa yhteistyölle, kun yhteydenpidolle ei ole vakiintunutta väylää, eikä asioista voi helposti ja nopeasti vain käydä kysymässä. (Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 120.) Asumispalveluiden ja psykiatrian välinen yhteistyö on tällä tavalla konkreettisesti ja abstraktisti erillään toisistaan. Aineiston perusteella näiden kahden palvelukokonaisuuden välillä ei ole systemaattista yhteistyön tekemisen tapaa.

Sosiaalityön asiantuntijuus yhdistetään usein kokonaisvaltaiseen näkökulmaan, mikä tarkoittaa, että sosiaalityön selitysmallit sosiaalisille ongelmille ovat perustaltaan holistisia ja rakenteellisia (Forte 2014, 11–12; Romakkaniemi 2014, 165–166). Aineistossa sosiaalityöntekijät kuvaavat asiakkaiden tilanteita holistisesta näkökulmasta, mutta laajempaa holistista rakenteiden tasolla tehtävää tarkastelua ei tehdä asiakastilanteita kuvattaessa. Suomalaisessa yhteiskunnassa on saaneet erityisesti viime vuosina jalansijaa neoliberaalit, kapitalistiset ja individualistiset selitysmallit, joissa henkilön onnistumiset ja epäonnistumiset ovat hänen omaa ansiotaan tai syytään (mm. Juhila 2006; Tuomaala 2018; Romakkaniemi 2014). Äkilliset arvojen muutokset yhteiskunnassa vaikuttavat ammatteihin (Abbott 1988, 184). Sosiaalityölle asumispalveluissa ja

mielenterveyspalveluissa syntyy siten tästä vallalla olevasta ajattelutavasta painetta määrittellä ammatin tehtäviä ja ratkaisuja neoliberaalisti, jotta se säilyttäisi toimialansa (Abbott 1988, 134–139, 186).

Ammattietiikan ja markkinaeetoksen vastakkain asettumista on pohdittu aiemmassakin kirjallisuudessa (Julkunen 2004). Aineistossa havaittavat holismin ja liberaalin ääripäät mielenterveyskuntoutujan ja asunnottoman institutionaalisille kategorioille voidaan nähdä liberaaliin kehityskulkuun liittyväksi ilmiöksi. Sosiaalityöntekijät eivät ole irtautuneet abstraktista ammatin peruslähtökohdasta, holismista (Abbott 1988, 54). Sen sijaan yleisen mielipiteen ja ammatillisen tietoperustan välistä ristiriitaa lievennetään kehittämällä myös liberaaleja määrittelytapoja sosiaalisille ongelmille (Julkunen 2004, 180–181; Juhila 2006, 94). Liberaalien määrittelytapojen kautta on helpompi perustella myös resurssien puutteen vuoksi välttämätöntä poiskäännyttämisen käytäntöä.

5 Johtopäätökset

5.1 Institutionaaliset kategoriat ja kategorisoinnin seuraukset

Maisterintutkielmani ensimmäinen tutkimustehtävä oli tarkastella, millaisia institutionaalisia kategorioita mielenterveyskuntoutujalle muovautuu haastateltavien puheessa. Mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioihin liittyvä tutkimukseni keskeinen tulos on, että aineistossa on havaittavissa kaksi erilaista institutionaalista kategoriaa mielenterveyskuntoutujalle: lääketieteellinen liberaali kategoriat sekä holistinen kategoriat. Kategoriat esiintyvät aineistossa jatkumolla, jossa toisessa päässä on holistinen kategoriat ja toisessa liberaali lääketieteellinen kategoriat. Kumpikaan kategoriat ei siis suoraan edusta kenenkään haastateltavan esittämiä näkemyksiä, vaan kaikissa haastattelussa tuli esiin kummankin kategorian piirteitä. Tutkimukseni perusteella lääketieteelliset liberaalit perustelut ovat keskeisessä roolissa mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioiden muovaamisessa. Tutkimustulokset ovat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa sosiaalisia ja psykologisia mielenterveyden aspekteja vähemmän huomioiva lääketieteellinen malli on havaittu vallitsevana mielenterveyttä hahmottavana mallina. (Gould 2016, 14; Romakkaniemi 2014, 142–144). Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu myös liberaalien arvojen valta-asema, jonka myötä julkisten palveluiden järjestämisessä vaaditaan enenevässä määrin talousnäkökulmien huomiointia ja tehokkuutta. (Julkunen 2004; Juhila 2006; Horsell 2017; Zeira 2021.)

Holistinen tarkastelutapa on sosiaalityössä paljon käytetty tarkastelutapa, jota sovelletaan aiemman tutkimuksen mukaan usein mielenterveyden parissa tehtävässä sosiaalityössä (Romakkaniemi 2014, 142–144; Metteri 2014, 301). Tutkimuksessani neoliberaalille lääketieteelliselle kategorialle rinnakkainen holistinen institutionaalinen kategoria on täydentävä kategoria, joka on mahdollista ottaa käyttöön vasta kun asiakkuuteen ottamisesta tai ottamatta jättämisestä on päätetty lääketieteellisen neoliberaalin kategorian kautta. Holistinen mielenterveyskuntoutujan institutionaalinen kategoria määrittyy sosiaalityön omien lähtökohtien kautta ja perustuu ihmisen tarkastelemiseen psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena, joka on yhteydessä ympäristöönsä. Aineistossa holistinen määrittelytapa mielenterveyskuntoutujalle jää alisteiseen asemaan suhteessa lääketieteelliseen neoliberaaliin määrittelytapaan asumispalveluissa ja psykiatriassa. Mielenterveyskuntoutujan neoliberaalissa lääketieteellisessä institutionaalisisessa kategoriassa asiakkaan toimijuus määrittyy vaillinaiseksi. Asiakkaat määrittyvät puutteellisuuden ja vajavaisuuden kautta, jolloin asiakas asetetaan toimenpiteiden kohteeksi. Vastaavanlaisia havaintoja toimijuuden määrittymisestä vajavaiseksi on tehty aiemmassakin tutkimuksessa (Spearman 2005). Toisaalta asiakkaalla on toimijuuden mahdollisuus silloin, kun hän ei halua ottaa tarjottua palvelua vastaan. Holistisen kategorian kautta asiakkaan toimijuus määrittyy neoliberaalia ja lääketieteellistä kategoriaa laajemmaksi. Asiakkaan mielipiteen huomioiminen on holistiseen kategoriaan liittyvä toimintatapa, joten asiakkaalla on holistisessa kategoriassa enemmän mahdollisuuksia määrittellä tilannettaan. Holistista mielenterveyskuntoutujan kategoriaa ei voi aineiston perusteella kuitenkaan käyttää kaikissa tilanteissa. Sosiaalityöntekijöiden puheen perusteella holistinen toimintatapa ja kategorisointi olisi sosiaalityön omien lähtökohtien mukainen ihanne. Mielenterveyskuntoutujan kategorisoinnista vastaavat kuitenkin ensisijaisesti lääketieteen ammattilaiset, minkä vuoksi sosiaalityön oma kategorisointi ei aina ole mahdollinen.

Toinen tutkimustehtävä oli tarkastella, millaisia institutionaalisia kategorioita työntekijöiden puheet muovaavat asunnottomalle. Myös asunnottoman institutionaaliset kategoriat asettuvat jatkumolle, jossa toisessa päässä on holistinen kategoria ja toisessa neoliberaali palvelulähtöinen kategoria. Palvelulähtöinen neoliberaali asunnottoman kategoria muodostaa palvelun asiakkuuteen ottamisen tai ulossulkemisen ehdot. Neoliberaaleihin arvoihin on aiemmassa tutkimuksessa yhdistetty yksilön vastuuttaminen tilanteestaan (Juhila 2006, 65–78; Tuomaala 2018). Neoliberaalien arvojen mukaisesti aineistossa asiakkuuden kriteerinä ja kategorian rajana on asunnottomuuden lisäksi edellytys tukeen sitoutumisesta. Asunnottoman palvelukategoriaan sijoitettavalta

henkilöltä edellytetään tukeen sitoutumista, eli osoitusta vastuun kantamisesta. Palvelulähtöisessä asunnottoman kategoriassa tuen tarjoamista arvioidaan olemassa olevien palveluiden kautta, eikä asiakkaan tarpeista käsin. Sosiaalityön tutkimuksessa on aiemminkin havaittu järjestelmäkeskeinen lähestymistapa, jossa arviointia tehdään järjestelmän ehdoilla (Metteri 2014, 306). Aineistossa asunnottoman holistinen kategoria otetaan yleensä käyttöön vasta, kun asiakkuuteen ottamisesta tai ottamatta jättämisestä on päätetty neoliberaalin palvelulähtöisen kategorian kautta. Holistinen asunnottoman kategoria toimii tarkastelutapaa laajentavana kategoriassa asunnottomuuden määrittelylle: asunnottomuuteen liitetään holistisessa kategoriassa paljon muita tekijöitä asunnon puutteen lisäksi. Holistinen kategoria on asunnottoman kategoriassa vahvempi kuin mielenterveyskuntoutujan holistinen kategoria, sillä tutkimuksessa asunnoton käsitetään myös neoliberaalissa palvelulähtöisessä kategoriassa ympäristöönsä yhteydessä olevaksi, toisin kuin mielenterveyskuntoutujan neoliberaalissa kategoriassa. Aiemmassa tutkimuksen tavoin myös aineistossa asunnottomuus on hahmotettu muun muassa köyhyyteen ja mielenterveyteen kytkeytyväksi moniulotteiseksi ilmiöksi. (Granfelt 1998; Vanhala 2005; Raitakari & Juhila 2015.)

Aineistossa toimijuus määrittyy myös neoliberaalissa palvelulähtöisessä asunnottoman institutionaalisessa kategoriassa vaillinaiseksi. Neoliberaalissa palvelulähtöisessä asunnottoman kategoriassa asiakkaalla on toimijuutta sen valinnan suhteen, ottaako tarjottua palvelua vastaan vai poistuuko palveluista. Neoliberaalissa palvelulähtöisessä kategoriassa asiakkaan mielipide voidaan ottaa huomioon, mutta vain jos mielipide sopii palvelulähtöisen arvion kanssa yhteen. Holistisessa kategoriassa toimijuus on laajempaa kuin neoliberaalissa palvelulähtöisessä asunnottoman kategoriassa. Holistisen kategorian kautta on mahdollista arvioida asiakkaan tuen tarpeita asiakkaan määrittelyjen kautta. Kun asiakkaan tuen tarpeet määritellään holistisen kategorian kautta, on palveluita mahdollista räätälöidä asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Holistisessa kategoriassa toimijuudella ei siis ole yhtä tiukkoja rajoja kuin neoliberaalissa kategoriassa. Asunnottoman holistinen kategoria voi toimia asiakkuuden ehtoja laajentavana kategoriassa, mutta kuitenkin vasta neoliberaalin palvelulähtöisen kategorian ensimmäisen asiakkuuteen ottamisen tai ottamatta jättämisen arvion jälkeen.

Asunto ensin -malliin liittyvä kiinnostava tutkimustulos on se, että asunnottoman neoliberaali institutionaalinen kategoria muodostuu haastateltavien puheessa AE-mallille osittain ristiriitaiseksi. Asiakkuuden aloittamisen ja asiakkuuteen ottamatta jättämisen määrittää neoliberaali asunnottoman institutionaalinen kategoria, joka määrittää

asiakkuuden ehdoksi asunnon puutteen lisäksi tuen tarpeen ja tuen vastaanottamisen halukkuuden. Holistisen kategorian kautta olisi mahdollista toteuttaa alkuperäistä AEmallin ajatusta, jossa asumisen turvaamisen ei edellytä tukeen sitoutumista (Tsemberis 2010, 1; Raitakari & Juhila 2015). Aineiston perusteella holistista kategoriaa ei kuitenkaan ole mahdollista käyttää asiakkuuteen ottamisen tai ottamatta jättämisen määrittämisessä.

Institutionaaliset kategoriat siis määrittävät, kenet voidaan ottaa palveluihin asiakkaaksi. Aineiston perusteella yhtäaikaiset palvelutarpeet tulevat vaihtelevasti huomioitua, koska kategorisoinnin käytäntö vaihtelee. Holistiset kategorisoinnit mahdollistavat yhtäaikaisen palvelutarpeiden huomioinnin, kun taas neoliberaalit kategorisoinnit huomioivat yhtäaikaiset palvelutarpeet vain välillä. Neoliberaalin kategorian käyttäminen tarkoittaa usein sitä, että samanaikaisesti ei voi kuulua muihin kategorioihin. Toisaalta holistinen kategorisointi, joka huomioi muut palvelutarpeet, on yleensä mahdollinen vasta neoliberaalin ensisijaisen kategorisoinnin jälkeen. Neoliberaalissa mielenterveyskuntoutujan institutionaalisessa kategoriassa asunnottomuutta ei havaita, vaikka potilas olisi asunnoton, koska mielenterveyskuntoutujan kategoria nähdään poissulkevana ja ensisijaisena asunnottoman kategoriaan suhteessa. Sekä neoliberaalissa että holistisessa asunnottoman institutionaalisessa kategoriassa on kuitenkin mahdollista kuulua samanaikaisesti mielenterveyskuntoutujan institutionaaliin kategorioihin. Asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioiden lisäksi muiden palveluiden kategorisoinnit vaikuttavat aineiston perusteella siihen, miten yhtäaikaiset palvelutarpeet tulevat huomioituksi. Käytössä oleva kategoria vaikuttaisi siis määrittävän keskeisesti yhteistyön tapaa ja asiakkuuden määrittelyä.

Hännisen ja Karjalaisen esittelemät poiskäännetyksen muodot, sulkeuma, käännytys, siirräntä, torjunta ja hitaus tulivat esiin myös aineistossa (Hänninen & Karjalainen 2007, 169–170). Poiskäännetykseen liittyy olennaisesti neoliberaaleihin institutionaaliin kategorioihin ja resurssipulaan. Poiskäännetyksen argumentit ovat neoliberaaleja niin asunnottoman kuin mielenterveyskuntoutujankin kategorioissa. Sosiaalityön omaan tietoperustaan liittyvä holismi ei aseta rajoja asiakkuuteen otettaville henkilöille, joten sitä ei voida käyttää asiakkaiden rajaamiseen. Resurssien rajallisuuden myötä palveluille on kuitenkin asetettava rajat, ja kun resurssikeskusteluissa vallalla on neoliberaali agenda, määrittää neoliberaali agenda poiskäännetyksen käytäntöä (Zeira 2021; Horsell 2017). Sosiaalityön ammattietiikan on nähty olevan ristiriidassa markkinaeetoksen kanssa aiemmassakin tutkimuksessa (Julkunen 2004). Sosiaalityö ei aineiston

perusteella määrittä ammattietiikkansa kautta poiskäännytyistä ja kategorisointia, vaan sitä määrittää neoliberaali agenda. Poiskäännytyksen tekeminen neoliberaalin kategorisoinnin kautta voi johtaa siihen, että asiakkaiden kokonaistilannetta ei ole mahdollista huomioida. Tällöin ne henkilöt, joilla on useampi yhtäaikainen palvelutarve jäävät helposti palveluiden ulkopuolelle. Tätä ilmiötä on pohdittu sosiaalityössä aiemminkin (Jokinen & Juhila 1991, 116–119.)

Neoliberaalin agendan hallitsevuus näkyy aineistossa kauttaaltaan. Neoliberaalit kategorisoinnit määrittävät myös yhteistyön tekemisen tapaa sosiaalityössä. Neoliberaalien kategorioiden myötä yhteistyö voi määrittyä rinnakkain tehtäväksi työksi, jossa tiedon ja ongelman määrittely on erillistä, mutta tietoa jaetaan yhteistyötahoille. Toisaalta neoliberaali agenda voi määrittää muut tahot täysin erilliseksi, jolloin yhteistyötä ei ole lainkaan. Tällöin yhteistyön sijaan käyttöön tulevat poiskäännytyksen tekniikat, kuten asiakkaan pallottelu tai palveluihin sopimattomaksi määrittäminen (Hänninen & Karjalainen 2007, 169–170). Holistisissa kategorioissa yhteistyö määrittyy puolestaan yhteiseksi tiedonmuodostukseksi, jonka kautta muodostuu työskentelylle yhteinen tavoite kokonaisvaltaisen arvioinnin kautta. Näitä erilaisia yhteistyön tekemisen on havaittu aiemmassakin tutkimuksessa (Jeglinsky & Kukkonen 2016). Holistisen kategorian mukaista yhteistyötä on mahdollista tehdä, mutta vasta ensisijaisen asiakkuuden määrittämisen kautta, joka tehdään pääasiassa neoliberaalien kategorisointien kautta.

5.2 Sosiaalityö asiantuntija-ammattina psykiatriassa ja asumispalveluissa

Täydentävänä tutkimustehtävänä tutkielmassa oli tarkastella aineiston perusteella muotoutuvaa kuvaa sosiaalityöstä asiantuntija-ammattina asumispalveluissa ja psykiatriassa käyttäen apuna Abbottin (1988) teoriaa ammattien järjestelmästä. Poiskäännytyksen ja yhteistyön tarkastelun kautta aineistosta paikantuu sosiaalityön rajapintoja niin sosiaalityön omien sektoreiden kuin muidenkin palveluiden ja ammattien kanssa. Sosiaalityö näyttäytyy haastateltavien puheessa asiantuntija-ammattina, jolla on oma tietoperusta, holismi. Tämä tietoperusta on sosiaalityölle ensisijainen, mutta se asemoituu eri tavoin suhteessa eri ammatteihin tai sosiaalityön sektoreihin. Mielenterveyskuntoutujan kategoriaa määrittävät ensisijaisesti lääketieteelliset ja neoliberaalit perusteet, mikä osoittaa sosiaalityön olevan mielenterveyskuntoutuminen toimialan suhteen alisteisessa asemassa niin lääketieteelle kuin taloustieteellekin.

Asunnottoman institutionaalisten kategorioiden kohdalla sosiaalityö ei yhtä selkeästi näyttäydy millekään tietylle ammatille alisteisessa suhteessa olevaksi. Neoliberaali

agenda kytkeytyy kuitenkin myös palvelulähtöiseen neoliberaaliin asunnottoman institutionaaliseen kategoriaan. Tulkitsemme palvelulähtöisyyden sosiaalityön neoliberaaliksi sovellukseksi, jossa tarkastellaan neoliberaalien arvojen palveluista käsin yksilöä ja sovitetaan yksilö palveluun. Niinpä asunnottoman kategorioiden muovaamisessakaan ei ensisijaisena ole vain sosiaalityön oma tietoperusta. Aiemmassa tutkimuksessakin on havaittu järjestelmäkeskeinen lähtökohta, joten tutkimustulos on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa (Metteri 2014, 306).

Resurssien puutteellisuus on aineistossa toistuva asia, joka viittaa siihen, että sosiaalityö ei voi autonomisesti säädellä omaa toimialaansa asunnottoman institutionaalisten kategorioidenkaan suhteen. Asunnottoman institutionaalisia kategorioita rajataan useimmiten neoliberaalein perustein, joten sosiaalityö vaikuttaisi olevan jossain määrin alisteinen taloustieteelle myös asunnottomuuden kategorisoinnissa. Sosiaalityö on ammattina tiukasti sidoksissa hyvinvointivaltioon (Abbott 1988, 39). Sosiaalityön sisältö on tarkasti määritelty lainsäädännössä, lainsäädännön sisältö puolestaan määritellään politiikassa. Niinpä viimekädessä sosiaalityön toimialaa ja resursseja määritetään politiikan kentällä, joten sosiaalityössä ei ole suoraa vaikutusmahdollisuutta omiin resursseihinsa. Sosiaalityön ulkopuolella tehtävä resurssienjako vaikuttaa aineiston perusteella myös sosiaalityön omien sektorien väliseen työnjakoon ja yhteistyöhön. Sosiaalityön eri sektoreilla on erilliset budjetit, jotka luovat erisuuntaisia intressejä eri palveluille (Metteri 2014, 301). Aineiston perusteella budjettien erillisyyden aiheuttaa sosiaalityölle sisäisiä jännitteitä, jotka heikentävät sosiaalityön otetta toimialastaan. Haastateltavat määrittävät asiakkaiden pallottelun ja poiskäännyttämisen olennaisesti resurssikysymykseksi. Erilaiset poiskäännytyksen muodot kuvautuvat aineistossa resurssikysymysten ratkaisutapoina, kun sosiaalityön erikoisalut ovat kaikki resurssien puutteessa. Keskeisimmät tutkimustulokset sosiaalityön asiantuntijuuden osalta ovat siis, että sosiaalityö ei voi täysin määritellä toimintaympäristöään psykiatriassa ja asumispalveluissa, ja että holismi ei välttämättä tarjoakaan välineitä kategorioiden rajaamiseen.

Aineiston perusteella sosiaalityö näyttäytyy psykiatriassa ja asumispalveluissa osittain lääketieteelle, osittain taloustieteelle ja osittain politiikalle alisteisena asiantuntija-ammattina. Sosiaalityön erikoistumiskehitys on saattanut heikentää sosiaalityön otetta toimialastaan, kun erikoisalan mukana tulleen tehtävän erillisyyden lisäksi budjetit ovat erilliset. Sosiaalityön kategorisointikäytäntö on vaihtelevaa niin mielenterveyskuntoutujan kuin asunnottomankin institutionaalisissa kategorioissa, mikä viittaisi siihen, että sosiaalityön tehtävänmäärittely ei ole täysin selkeätä. Abbottin ammattien järjestelmässä

edellä kuvatut seikat voivat asettaa ammatin toimialan uhatuksi, kun ammatin omat perustelut tehtävilleen eivät ole yhtenäiset, eikä ammatilla ole täyttä toimivaltaa tehtäväkentällään (Abbott 1988). Sosiaalityö näyttäytyy siis asumispalveluissa ja psykiatriassa asiantuntija-ammattina, mutta asiantuntijuus ei ole toimialakentällä kiistatonta, vaan jaettua ja osittain alisteista muille ammattilaisille.

5.3 Pohdinta ja unelmointiin uskaltautuminen

Analyysin tekeminen tuotti minulle jonkin verran hankaluuksia. Aineistoni on tämän kokoiseen tutkimukseen melko suuri – seitsemän pitkä haastattelua. Suppeampi aineisto olisi voinut olla tarkoituksenmukaisempi. Kenties aineiston laajuuden vuoksi institutionaaliset kategoriat eivät hahmottuneet heti, vaan aluksi havaitsin aineistosta lähinnä poiskäännyttämisen perusteita. Näiden rajanvetokohtien kautta kategoriat alkoivat lopulta kuitenkin hahmottua. Aineiston laajuuden vuoksi analyysin tekeminen oli hieman haastavaa, kun analyysissä ei ole mahdollista käsitellä kaikkia aineistossa esiintuvia, kiinnostaviakin asioita. Koen, että teoriaohjaava lähestymistapa sopi aineiston kanssa yhteen. Muilla analyysimenetelmillä aineistosta olisi varmasti ollut tehtävissä erilaista analyysiä erilaisine johtopäätöksineen.

Olen pyrkinyt tässä tutkimuksessa tarkastelemaan psykiatrian ja asumispalveluiden sosiaalityötä rakenteellisesta näkökulmasta, koska aiemmassa tutkimuksessa on ollut usein vahvasti yksilökeskeinen tarkastelukulma (Raitakari ym. 2011). Rakenteellisen tarkastelun avulla olen pyrkinyt saamaan etäisyyttä järjestelmäkeskeisyyteen ja yksittäisten työntekijöiden ja asiakkaiden suhteiden tarkasteluun. Kuten edellä on käynyt ilmi, sosiaalityöhön vaikuttavat asiakkaan ja työntekijän suhteen lisäksi muutkin yhteiskunnalliset suhteet: eri ammattien väliset suhteet, politiikka, lainsäädäntö ja yleinen mielipide. Lääketiede, neoliberaali agenda ja politiikka vaikuttavat aineiston perusteella vahvasti sosiaalityön toimintaympäristöön, joten sosiaalityössä on tärkeä tarkastella muiden toimijoiden, ammattien ja yhteiskunnallisten suhteiden vaikutusta sosiaalityöhön itseensä.

Tämän tutkielman teoreettinen viitekehys on melko kunnianhimoinen. Näin jälkikäteen pohdin, olisiko väljempi teoreettinen lähestymistapa kunnioittanut aineistoa enemmän. Toisaalta koen, että teoreettinen lähestymistapa muotoutui monin tavoin aineiston kanssa vuorovaikutuksessa. Tutkin sosiaalityöntekijöitä sosiaalityön näkökulmasta, joten aineistossa on hyvin vahva sosiaalityöntekijän näkökulman painotus. Pyrin etäännyttämään itseäni haastateltavista nimenomaan teoreettisen ja rakenteellisen tarkastelutavan avulla, jotta tarkastelun kohteena eivät olisi yksittäisten työntekijöiden

mielipiteet. Sosiaalityöntekijöiden haastatteluaineisto ei kuitenkaan tarjoa näkökulmia asiakkaiden kokemuksista ja näkemyksistä, joten asiakkaiden näkökulma jää puuttumaan.

Tutkimuksen tulokset eivät ole täysin yleistettävissä sosiaalityöhön muissa konteksteissa. Asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaaliset kategoriat ovat hyvin kontekstisidonnaisia. Suuremmat trendit, kuten neoliberaalin agendan hallitsevuus ja toisaalta holismi on kuitenkin mahdollisesti havaittavissa myös muissa toimintaympäristöissä tehtävässä sosiaalityössä. Aineiston perusteella nykyinen sosiaalityön kehitys, joka vie kohti enemmän ja enemmän erikoistuneita palveluita, voi haurastuttaa sosiaalityön asiantuntijuutta asumispalveluissa ja psykiatriassa. Erikoistumisen myötä kategoriat muuttuvat yhä kapeammiksi, jolloin kategorian ulkopuolelle jäämisen mahdollisuus on suurempi. Tulkitsen, että sosiaalityö asumispalveluissa ja psykiatriassa on pyrkinyt erikoistumisen kautta lisäämään asiantuntijuuttaan, mutta erikoistuminen onkin aineiston perusteella irrotanut sosiaalityön eri alat toisistaan ja heikentänyt niiden välistä kommunikaatiota. Erikoisaloihin liittyvä tehtäväkohtainen tieto ja tarkastelutapa ovat tärkeitä ja hyödyllisiä. Erillisillä aloilla on kuitenkin erilliset budjetit, mikä aineiston perusteella luo erisuuntaisia intressejä eri palveluille (Metteri 2014, 301). Sosiaalityö psykiatriassa ja asumispalveluissa toimii tällä hetkellä aineiston perusteella ympäristössä, jossa asiakkuuteen ottamisesta tai ottamatta jättämisestä ei voida päättää sosiaalityön omien lähtökohdian perusteella, vaan rajanvetoa määrittää lääketiede ja liberaali agenda sekä poliittiset päätökset ja lainsäädäntö. Niinpä sosiaalityön sisäisen erikoistumisen hyödyt vaikuttavat jäävän osittain saavuttamatta resurssien puutteen hankaloittaessa yhteistyön tekemistä. Seurauksena voi tällöin olla poiskäännyttämisen lisääntyminen sosiaalityön palveluissa.

Sosiaalityön omat lähtökohdat tulevat esiin aineistossa: sosiaalityöntekijät käyttävät holismia perusteena asiantuntijuudelle ja sosiaalityön omalle tiedonmuodostukselle. Holistinen tarkastelutapa tarjoaa aineistossa vaihtoehtoisen, sosiaalityön sisältä lähtevän tavan tarkastella asiakkaiden tilanteita kokonaisvaltaisesti, jolloin myös yhteistyön tekeminen muiden tahojen kanssa näyttäytyy olennaisena osana työn tekemistä. Holistinen tarkastelu liittyy aineistossa useimmiten yleisen tason pohdintoihin, kun taas konkreettisisissa kategorisointitilanteissa holismi ei ole välttämättä vaihtoehto. Kuten edellä on käynyt ilmi, liberaalit kategorisoinnit määrittävät erityisesti asiakkuuteen ottamista tai ottamatta jättämistä. Holismin kautta ei siis vaikuttaisi olevan mahdollista perustella asiakkaiden poiskäännytyksiä, joka on kuitenkin välttämätöntä ainakin nykyisen kaltaisessa

järjestelmässä, jossa resursseja on kroonisesti liian vähän. Sosiaalityö ei voi perustella oikeutustaan neoliberalien argumentein, koska sosiaalityön tehtävänä on hyvinvoinnin lisääminen tai ylläpito – kuten tutkielman alussa esitetyssä sosiaalityön kansainvälisessä määritelmässäkin todettiin (IASSW General Assembly & IFSW General Meeting 2014). Nämä tehtävät liittyvät lainsäädännönkin perusteella ihmisarvoon, joten niille ei tulisi asettaa neoliberalia vaatimuksia (mm. YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 6/1976; Suomen perustuslaki 731/1999). Olisikin kiinnostavaa pohtia tarkemmin, millaisia institutionaalisia kategorioita sosiaalityön oman tietoperustan ja tarkastelutavan kautta muodostettaisiin.

Tutkimustulokset eivät ole yllättäviä aiempaan tutkimukseen verrattuna. Tutkimuksen kenties suurin puute on tutkimustulosten vähäinen yhteys konkretiaan. Tutkimustulokset voivat tarjota aiempaa tutkimusta täydentävää, rakenteellista näkökulmaa, mutta ne eivät anna vastauksia esimerkiksi siihen, miten palveluita kannattaisi konkreettisesti kehittää. Aivan tutkielman alussa esittämäni sosiaalityön kansainvälisen määritelmän mukaan sosiaalityön tietoperusta kiinnittyy sosiaalityön omien teorioiden lisäksi monien muiden tieteenalojen teorioihin (IASSW General Assembly & IFSW General Meeting 2014). Sosiaalityön tietoperustaa rakennetaan osittain akateemisella tasolla, mutta tietoperusta kiinnittyy ennen kaikkea sosiaalityön käytäntöön ja rakentuu myös sen kautta. Aineiston perusteella vaikuttaisi siltä, että sosiaalityön käytännössä ei voida kaikissa tilanteissa vaikuttaa sosiaalityön toimintaan. Kun toiminta perustuu sosiaalityön ulkopuolisiin tietoperustoihin ja käytäntöihin, joutuvat sosiaalityöntekijät jatkuvasti toimimaan sosiaalityön ammattieettisten periaatteiden ja jopa lainsäädännön vastaisesti. Tämän vuoksi olisi kiinnostavaa pohtia, miten sosiaalityön määrittelyvaltaa voisi lisätä, jotta sosiaalityö voisi toimia omien periaatteidensa mukaisesti.

Aineiston perusteella holismi muodostuu keskeiseksi sosiaalityön sisältä nousevaksi tarkastelutavaksi. Näen potentiaalia holistisen tarkastelun yhdistämisessä intersektionaaliin tarkasteluun, koska molemmat perustuvat kokonaisuuden huomioimiseen.

Sosiaalityön ollessa alisteisessa asemassa muihin ammatteihin nähden, jäävät intersektionaaliset, risteäviä ulossulkemisen ja marginalisaation kokemuksia tarkastelevat näkökulmat huomioimatta aineiston perusteella. Tässä tutkimuksessa intersektionaalisuuden tarkastelu jää melko pintapuoliseksi. Asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaalisten kategorioiden tarkastelukin kuitenkin paljastaa sen, että yhtäaikaisten kategorisointien tekeminen, puhumattakaan vähemmistöidentiteeteistä, ei helposti yhdisty neoliberaliin kategorisointiin.

Sosiaalityö voisi vastata asiakkaiden tarpeisiin laajemmin, jos se olisi varhaisemmassa vaiheessa osa kaikkien elämää. Nykyisessä yhteiskunnallisessa keskustelussa sosiaalityö muotoutuu usein ongelma-ammattiksi. Aineiston perusteella psykiatrian ja asumispalveluiden sosiaalityössä tilanteet asiakkailla ovat kehittyneet jo melko pitkälle siinä vaiheessa, kun he tulevat sosiaalityön asiakkaiksi. Mikäli sosiaalityö olisi esimerkiksi vauvaikäisestä saakka mukana jokaisen elämässä, voisi siitä muotoutua neutraalimpi hyvinvointityö. Tällöin sosiaalityön keinoin ei pyrittäisi ratkaisemaan kärjistyneitä ja moninkertaisesti kasautuneita ongelmia, vaan tilanteita, joissa tarvittava tuki olisi tarjolla heti pienimmänkin tilanteen syntyessä, eikä vasta kun tilanne on kestänyt vuosia. Tämä voisi vahvistaa myös sosiaalityön asemaa asiantuntija-ammattina. Mielestäni sosiaalityön vahvuus on sen tarkastelukulma, jossa nähdään ihminen kokonaisuutena, joka on yhteydessä ympäristöönsä. Pohdin, voisiko holistista asiakkaan tilanteen tarkastelutapaa laajentaa siten, että myös rakenteita tarkasteltaisiin holistisesta näkökulmasta. Kokonaisvaltaisen tarkastelutavan kautta sosiaalityössä saatettaisiin havaita tuen tarve miltei ennen sen syntymistä, jolloin sosiaalityön mukana oleminen mahdollisimman varhaisesta vaiheesta saakka olisi erittäin toimivaa. Sosiaalityön tehtävä voisi silloin olla sen varmistaminen, että kaikki on hyvin. Sosiaalityön stigma syntyy osittain siitä, että tällä hetkellä tiedetään sosiaalityön tulevan elämään mukaan, kun kaikki ei ole hyvin.

Sosiaalityöntekijät ovat jo vuosia painottaneet ennaltaehkäisevien palveluiden ja peruspalveluiden merkitystä. Tähän suuntaan on jo avauksia terveysosiaalityön kentällä (Metteri 2014, 298; Kananoja 2010, 277–278). Niin kauan kuin sosiaalityössä eletään resurssien puutteessa ilman mahdollisuutta vaikuttaa resurssien jakoon, jää käsitys palveluiden kokonaisuudesta tai asiakkaan tilanteen kokonaisuudesta helposti muodostumatta. Niin kauan kuin sosiaalityön toimiala on vain kärjistyneiden tilanteiden hoito ilman riittävää vaikutusvaltaa omaan toimiympäristöön, ei sosiaalityö toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Jos sosiaalityöllä olisi mahdollisuus ulottua koko ihmiselämän jatkumolle alusta saakka – sosiaalisesta statuksesta riippumatta – voisi sosiaalityössä löytyä tasapaino yksinkertaisten, rutiinitapausten ja kärjistyneempien tilanteiden välillä. Takasta lennähtävä kipinä on helpompi sammuttaa kuin roihuava tulipalo, mutta kuka kipinän sammuttaa, jos kukaan ei sitä näe?

5.4 Lopuksi

Olen pyrkinyt reflektoidaan tulkintojeni taustoja ja avaamaan tulkintojeni perusteita tekstissä, jotta kohtelisin mahdollisimman kunnioittavasti haastateltavia ja aineistoa. Sosiaalityöntekijä on aina vallankäyttäjä, mutta myös sosiaalityöntekijään ja sosiaalityöhön vaikuttavat monet valtarakenteet. Rakenteellisen analyysitason kautta olen pyrkinyt tekemään näkyväksi kategorisointiin liittyviä käytäntöjä, joita sosiaalityössä on, sekä kategorisoinnin seurauksia. Lisäksi olen pyrkinyt näkyväksi myös sosiaalityön toimintaympäristöön vaikuttavia muita valtarakenteita, kuten ammattien välisiä suhteita, politiikkaa ja vallalla olevaa neoliberaalia agenda. Toivon tutkimukseni tarjoavan uudenlaista näkökulmaa asunnottomuuden ja mielenterveyden parissa tehtävään sosiaalityöhön ja hyödyttävän erityisesti sosiaalityön asiakkaita.

Lähteet

- Aalto, Mauri. Päihdelinkki. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/kaksoisdiagnoosi>
- Abbott, Andrew. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Alastalo, Marja & Åkerman, Maria. (2010). *Asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä*. Teoksessa Ruusuvuori, J.; Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Ammattieettinen lautakunta. (2017). *Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalihuollon ammattieettiset ohjeet*. Helsinki: Talentia.
- ARA. (2021/1). *Asunnottomat 2020*. Selvitys 2/2021. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2020\(59753\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2020(59753))
- ARA. (2021/2). *Asuntomarkkinakatsaus 1/2021: Vuokra-asunnot*. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asuntomarkkinat/Katsaukset_2021/Asuntomarkkinakatsaus_12021_vuokraasunno\(60993\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asuntomarkkinat/Katsaukset_2021/Asuntomarkkinakatsaus_12021_vuokraasunno(60993))
- Armollinen asetus irtolaisista ja niiden kanssa menettelemisestä 2.4.1883. Suomalainen Wirallinen lehti. 10.5.1883. No 106.
- Asunto ensin -mallin verkkosivut. Tietoa asunto ensin -mallista. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://asuntoensin.fi/tietoa/asunto-ensin/>
- Benbow, S., Forchuk, C. & Ray, S. L. (2011). *Mothers with mental illness experiencing homelessness: A critical analysis*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18(8), 687–695.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1994). *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedon-sosiologinen tutkielma*. Helsinki: Gaudeamus.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge: MIT Press.
- Buchert, U. (2015). *Maahanmuuttajuuden institutionaaliset kategoriat*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Connor, A. (1999). *Community-Based Mental Health Services*. Connor, A., & Ulas, M. (toim.) Mental health and social work. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Crenshaw, K. (1991). *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. Stanford Law Review, 43(6), 1241–1299.
- Dominelli, L. (2004). *Social Work. Theory and Practice for a Changing Profession*. Cambridge: Polity Press.
- Espoon kaupunki. Asumisneuvonta. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.es-poo.fi/fi/palvelut/asumisneuvonta>

Espoon kaupunki. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asuminen. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.espoo.fi/fi/palvelut/mielenterveys-ja-paihdekuntoutujien-asumispalvelut>

Espoon kaupunki. Vammaisten asuminen. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.espoo.fi/fi/tukea-arkeen/vammaispalvelut/asumista-tukevat-palvelut>

Fernando, S. (1999). *Ethnicity and Mental Health*. Connor, A., & Ulas, M. (toim.) Mental health and social work. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Forte, James A. (2014). *An Introduction to Using Theory in Social Work Practice*. 1st ed. Lontoo: Routledge.

Gould, N. (2016). *Mental Health Social Work in Context* (Second edition). London: Routledge, Taylor & Francis Group.

Granfelt, R. (1998). *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Heinonen, T., & Metteri, A. (2005). *Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions*. Toronto: Canadian Scholar's Press.

Helsingin kaupunki. Asunnottomien tuet ja palvelut. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/sosiaalinen-tuki-ja-toimeentulo/asunnottomien-tuet-ja-palvelut/>

Helsingin kaupunki. Vammaisten asuminen. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/vammaisten-palvelut/asuminen/>

Henriksson, M.; Lönnqvist, J.; Marttunen, M. & Partonen, T. (2017). *Psykiatria* ([12. painos]). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Horsell, C. (2017). *A politics of compassion: Informing a new social policy for homelessness?* International Social Work, 60(4), 966–975.

HUS psykiatrian hoidot ja tutkimukset. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.hus.fi/hoidot-ja-tutkimukset/psykiatria>

HUS psykiatrian linjat. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/psykiatria>

Huvinen, K. (2002). *Asunnottomat asiakkaat terveydenhuollon sosiaalityön haasteena: Sosiaalinen raportointi asunnottomuudesta Peijaksen sairaalassa ja alueen psykiatrian poliklinikoilla vuonna 2000*. Helsinki: Stakes.

Huvinen, K., Joutsenlahti, R. & Metteri, A. (2014). *Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä – aikuissosiaalityön asiakkaat terveyspalveluissa*. Metteri, A., Valokivi, H., & Ylinen, S. (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Hänninen, S. (2007). *Johdanto*. Teoksessa Hänninen, S., Karjalainen, J., & Lehtelä, K.-M. (toim.) Pääsy kielletty!: poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.

Hänninen, S. & Karjalainen, J. (2007). *Tarve harkinnassa*. Teoksessa Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Hänninen, Sakari; Karjalainen, Jouko & Lehtelä, Kirsi-Marja (toim.). Helsinki: Stakes.

IASSW General Assembly & IFSW General Meeting. (2014). Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/>

Immonen, T. & Kiikkala, I. (2007). *Sopimaton systeemiin*. Teoksessa Hänninen, S., Karjalainen, J., & Lehtelä, K.-M. (toim.) Pääsy kielletty!: poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.

Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. (2016). *Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa*. Teoksessa Autti-Rämö I., Salminen, A.-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 393–401.

Jokinen, A. (2012). *Kategoriat, instituutiot ja sosiaalisen järjestyksen tuottaminen*. Teoksessa (toim.) Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen, E. Kategoriat, kulttuuri & moraali: johdatus kategoria-analyysiin. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, A. & Juhila, K. (1991). *Pohjimmaiset asuntomarkkinat: Diskurssianalyysi kuntatason viranomaiskäytännöistä*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.

Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen, E. (2012). *Kategoriat, kulttuuri & moraali: johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino.

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

Juhila, K., Hall, C., Günther, K., Raitakari, S., & Saario, S. (2015). *Accepting and Negotiating Service Users' Choices in Mental Health Transition Meetings*. *Social Policy & Administration*, 49(5), 612–630.

Julkunen, R. (2004). *Hyvinvointipalveluiden uusi politiikka*. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus.

Kananoja, A. (2010). *Sosiaalityö terveydenhuollossa*. Teoksessa Kananoja, A., Lähteenen, M., & Marjamäki, P. (toim.) Sosiaalityön käsikirja (2. uud. p.). Helsinki: Tietosanomaa, 275–285.

Kerson, T. S., McCoyd J. L. M. & Chimchirian J. M. (2005.) *Spanning Boundaries: An Enriched Ecological Perspective for Social Workers Practising in Health and Mental Health Care*. Heinonen, T., & Metteri, A. (toim.) *Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions*. Toronto: Canadian Scholar's Press.

Kokkinen, L., Muntaner, C., Kouvonon, A., Koskinen, A., Varje, P., & Väänänen, A. (2015). *Welfare state retrenchment and increasing mental health inequality by educational credentials in Finland: a multicohort study*. *BMJ Open*, 5(6).

Korpela, R. (2014). *Terveyssosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen*. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H., & Ylinen, S. (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

- Kärkkäinen, S.-L. (1998). *Asuntopolitiikka ja asunnottomuus Suomessa: Toimet asunnottomien olojen parantamiseksi asunto- ja sosiaalipolitiikan osana 1960-luvulta 1990-luvulle*. Teoksessa Hannikainen, K., & Heikkilä, I. (toim.) *Asuntoja ja palveluita asunnottomille: historiaa ja nykypäivää*. Helsinki: Stakes.
- Kärkkäinen, S. (2005). *Minne häviää asunnoton mielenterveysongelmainen?* Teoksessa Hänninen, Sakari; Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka. (toim.) *Toinen tieto: Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Helsinki: Stakes.
- Landy, D. (2013). *Talking Human Rights: How Social Movement Activists Are Constructed and Constrained by Human Rights Discourse*. *International Sociology*, 28(4), 409–428.
- Lee, B. A., Tyler, K. A., & Wright, J. D. (2010). *The New Homelessness Revisited*. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 501–521.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York. Russell Sage Foundation.
- Metteri, A. (2014). *Terveyssoseaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet*. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H., & Ylinen, S. (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. PS-Kustannus.
- Metteri, A., Valokivi, H., & Ylinen, S. (2014). *Käytännön ja tutkimuksen vuoropuhelua terveydestä ja soseaalityöstä*. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H., & Ylinen, S. (toim.) *Terveys ja soseaalityö*. PS-Kustannus.
- Mielenterveyslaki, Suomen säädöskokoelma § 1116 (1990).
- Murthy, P. & Chand, P. (2012). *Treatment of Dual Diagnosis Disorders*. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 194–200.
- Mäntysaari, M. (2006) *Nordisk nytta*. *Nordisk sosialt arbeid*, 01, 50–61.
- Narendorf, S. C. (2017). *Intersection of Homelessness and Mental Health: A Mixed Methods Study of Young Adults Who Accessed Psychiatric Emergency Services*. *Children and Youth Services Review*, 81, pp. 54–62.
- Nuorvala, Y., Halmeaho, M. & Huhtanen, P. (2007). *Verukkeiden verkossa*. Teoksessa (toim.) Hänninen, S., Karjalainen, J., & Lehtelä, K.-M. *Pääsy kielletty!: poiskäännyttämisen politiikka ja soseaaliturva*. Helsinki: Stakes.
- Oikeusministeriö. (2017). *Kansallinen perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelma 2017–2019*. Oikeusministeriön julkaisu 9/2017.
- O’Neill, M. (1999). *Depression in Old Age*. Connor, A., & Ulas, M. (toim.) *Mental health and social work*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Payne, M. (2014). *Modern Social Work Theory* (4th ed.). Lontoo: Palgrave Macmillan.
- Pietilä, Ilkka. (2010). *Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi: Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuskenttinä*. Teoksessa Ruusuvoori, J.; Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.

Poikonen, Heidi. (2017). *Perusoikeussääntelyn vaikutuksista oikeuteen saada päihdepalveluita*. Teoksessa Nykänen, E. & Kalliomaa-Puha, L. & Mattila, Y. (toim.) *Sosiaaliset oikeudet: näkökulmia perustaan ja toteutumiseen*. Helsinki: THL.

Raitakari, S., Kulmala, A., Günther, K., Juhila, K. & Saario, S. (2011). *Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa*. Janus sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, 19(4), 326–341.

Raitakari, Suvi & Günther, Kirsi. (2015). *Mielenterveysasiakkaan asema portaikkomallin ja Asunto ensin –mallin asumispoluilla*. Janus 23(1) 2015, 66–82.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi. (2015). *Housing first literature: Different Orientations and Political-Practical Arguments*. European Journal of Homelessness 9(1), 2015.

Romakkaniemi, M. (2014). *Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa*. Metteri, A., Valokivi, H., & Ylinen, S. (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Ruusuvuori, J., & Tiittula, L. (2005). *Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus*. Teoksessa Ruusuvuori, J., & Tiittula, L. (toim.) *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2010). *Haastattelun analyysin vaiheet*. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P., & Ruusuvuori, J. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.

Salo, U.-M. (2015). *Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet*. Teoksessa Aaltonen, S., & Högbacka, R. (toim.) *Umpikujasta oivallukseen: refleksiivisyys empirisessä tutkimuksessa*. Helsinki: Nuorisotutkimusseura.

Sinkkonen, S., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2011). *Sosiaali- ja terveystalouden integrointi ja johtaminen*. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Helsinki: WSOY, 105–128.

Somerville, P. (2013). *Understanding Homelessness*. Housing, Theory, and Society, 30 (4), 384–415.

Sosiaalihuoltolaki, Suomen säädöskokoelma § 1301 (2014).

Sosnet. Sosiaalityön määritelmä. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.sosnet.fi/FI/Sosnet/Sosiaalityon-maaritelma>

Spearman, L. (2005). *A Developmental Approach to Social Work Practice*. Heinonen, T., & Metteri, A. (toim.) *Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions*. Toronto: Canadian Scholar's Press.

Stenius-Ayoade, A., Haaramo, P., Erkkilä, E., Marola, N., Nousiainen, K., Wahlbeck, K. & Eriksson, J. G. (2017). *Mental disorders and the use of primary health care services among homeless shelter users in the Helsinki metropolitan area, Finland*. (Report). BMC Health Services Research, 17(1), 2017.

Suomen perustuslaki, Suomen säädöskokoelma § 731 (1999).

Tainio, H. (2009). *Kaupunkiköyhälistö asunnottomuuskierteessä: Näkökulmia pääkaupunkiseudun pitkäaikaisasunnottomuuteen*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 39. Tampere: Juvenes Print.

Taipale, I. (1982). *Asunnottomuus ja alkoholi. Sosiaalilääketieteellinen tutkimus Helsingistä 1937–1977*. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja n:o 32. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.

Ten Have, P. (2004). *Understanding Qualitative Research and Ethnomethodology*. London: Sage.

THL. (2019). *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2018*. Tilastoraportti 42/2019. Helsinki: THL.

THL:n verkkosivut. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Tiittula, L. & Ruusuvoori, J. (2005). *Johdanto*. Teoksessa Ruusuvoori, J. & Tiittula, L. (toim.) *Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino.

Tilastokeskus. (2019). *Väestörakenne 2018*. Helsinki: Tilastokeskus.

Tuomaala, V. (2018). *Vapaasti valittua elämää? Aukkaiden toimijuus Asunto ensin -palveluissa*. *Sociologia*, 55(1), 2018.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos)*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinenkaytanto>

Törmä, S. (2007). *Sopimaton hoitojärjestelmälle*. Teoksessa (toim.) Hänninen, S., Karjalainen, J., & Lehtelä, K.-M. *Pääsy kielletty!: poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva*. Helsinki: Stakes.

Vanhala, A. (2005). *Paikka ja asiakkuus: etnografia naisten Asuntolasta*. Tampere: Tampere University Press.

Vantaan kaupunki. *Asunnottomuus ja asumisen tuki*. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: https://www.vantaa.fi/terveys- ja sosiaalipalvelut/sosiaalinen_tuki_ja_toimeentulo/asumisen_tuki

Vantaan kaupunki. *Vammaisten asuminen*. Haettu 27.9.2021 osoitteesta: https://www.vantaa.fi/terveys- ja sosiaalipalvelut/vammaisten_palvelut/asuminen

YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 6/1976.

Zeira, A. (2021). *Mental Health Challenges Related to Neoliberal Capitalism in the United States*. *Community Mental Health Journal*, 1–8.

Zufferey, C. (2011). *Homelessness, Social Policy, and Social Work: A Way Forward*. *Australian Social Work*, 64(3), 241–244.

Liitteet

Liite 1: Haastattelukutsu

Haastattelukutsu asunnottomuutta ja psykiatrian asiakkuutta koskevaan maisterintutkielmaan

Olen sosiaalityön opiskelija Helsingin yliopistosta ja teen maisterintutkielmaa asunnottomuuden ja psykiatrian asiakkuuden yhteyksistä. Etsin haastateltavia yksilöhaastatteluihin psykiatrian työntekijöistä ja asumispalveluiden työntekijöistä. Kiinnostuksen kohteenani ovat nimenomaan työntekijöiden näkökulmat asunnottomuuteen ja psykiatrian asiakkuuteen liittyvistä asiakkaan ja potilaan kategorioista. Tutkielmani ohjaaja on Kris Clarke, Helsingin yliopiston sosiaalityön apulaisprofessori.

Suunnitelmani on toteuttaa haastattelut syksyn 2020 aikana pääkaupunkiseudulla, joko kasvotusten haastateltavalle mieluisassa rauhallisessa paikassa tai etäyhteyden välityksellä. Haastattelut kestävät noin tunnin ja ne äänitetään analyysiä varten. Kerättyä aineistoa käytetään vain tutkimustarkoituksiin. Aineistoa säilytetään Helsingin yliopiston palvelimella tietoturvallisesti salasanan takana ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Haastateltavien henkilöllisyys pidetään anonyyminä koko tutkimuksen ajan ja sen valmistuttua.

Jos olet kiinnostunut tulemaan haastateltavaksi tutkimukseeni, voit laittaa minulle sähköpostia osoitteeseen salla.miettunen@helsinki.fi tai soittaa tai laittaa viestiä numeroon 0409609961. Vastaan mielelläni myös kaikkiin kysymyksiin sähköpostin tai puhelimen välityksellä. Haastattelukutsua saa välittää eteenpäin kaikille tutkimukseen osallistumisesta kiinnostuneille.

Ystävällisin terveisin,

Salla Miettunen, VTK

salla.miettunen@helsinki.fi

0409609961

Liite 2: Haastattelurunko

Haastattelurunko

Aloitus

(Työskentelytausta, miten päätynyt sosiaalityöhön. Mielellään sanoittaa itsestäänselvyydeltäkin tuntuvat asiat, kuin en tietäisi asiasta mitään.)

Mielenterveysongelma ja ihminen

(Mitä liittyy mielenterveysongelmiin? Psykiatrian potilaaksi tuleminen? Potilas-/asiakastapaus?)

Asunnottomuus ja ihminen

(Mitä liittyy asunnottomuuteen? Kodittomuus? Asumispalveluiden asiakkaaksi tuleminen? Potilas-/asiakastapaus?)

Asunnottomuus ja mielenterveysongelma

(Miten liittyvät toisiinsa? Jos mielessä jokin tilanne, miten siinä näkyi?)

Toiminnan mahdollisuudet/ toimintakyky

(Miten psykiatrian asiakkuus/potiluus näkyy asumispalveluissa? Miten asunnottomuus näkyy psykiatriassa? Esimerkkejä?)

Asumisen edellytykset/ mahdollisuudet

(Miten liittyy toiminnan mahdollisuuksiin? Esimerkkejä?)

Asumispalveluiden asiakkuuden esteet

(Mitä edellytyksiä asiakkuudelle on? Mitkä sulkevat ulkopuolelle?)

Psykiatrian potilouden esteet

Yhteistyö

(Muut työntekijät, muut palvelut, muut toimijat?)

Rajat

(Muut rajat kuin edellä esiin tulleet)

Muita mieleen tulevia, asiaan liittyviä teemoja?