

SOSIAALISTA DIAGNOSOIMASSA –

tapaustutkimus Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen terveyssoiaalityön  
sisällöistä ja asiantuntijuudesta

ELISA VALLINEN

Tampereen yliopisto, Pori

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

Helmikuu 2018

Tampereen yliopisto Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Pori  
VALLINEN, ELISA:

SOSIAALISTA DIAGNOSOIMASSA -

Pro gradu -tutkielma, 91 s.

Sosiaalityö

Ohjaajat: Tuija Eronen ja Lasse Rautniemi

---

Tässä tutkielmassa tarkastellaan terveysosiaalityön sisältöjä ja niiden kautta määrittävää asiantuntijuutta Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Satakunnan keskussairaala ja Porin kaupungin Perusturvakeskus ovat aloittaneet 18.3.2017 pilotin, jossa terveysosiaalityöntekijän toimeen on yhdistetty määräaikainen virka, johon sisältyy viranomaisoikeudet. Hankkeen tarkoituksena on pilotoida sosiaalihuoltolain mukaista sosiaalityötä terveysosiaalityöhön ja arvioida sen vaikutuksia potilaalle. Tutkielmani tutkimuskysymykset ovat: Mitä ovat yhteispäivystyksen terveysosiaalityön sisällöt ja asiantuntijuus? Muuttaako sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi terveysosiaalityön sisältöjä ja asiantuntijuutta? Mitä vaikutuksia palvelutarpeen arvioinnin aloittamisella on asiakkaiden palveluprosesseihin?

Tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu terveysosiaalityön käytäntöjen tutkimuksesta ja tämän tutkimuksen tuottamasta tiedosta terveysosiaalityön tehtäväkuvista ja asiantuntijuudesta. Tiedonkäsitys tutkielmassa on realistinen. Tutkielmassa käytetään terveysosiaalityön nimikkeistön mukaista jakoa työn sisältöjä tarkasteltaessa ja terveysosiaalityötä moniammatillisen työskentelyn ja psykososiaalisen sosiaalityön orientaation viitekehyksessä, joka on tunnusomaista terveysosiaalityön lisäksi etenkin päihde- ja mielenterveytyksessä. Tutkimusta taustoittaa myös tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos, jonka hengessä myös Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Porin kaupungin Perusturvakeskuksen pilottia toteutetaan.

Tutkimusstrategiana on tapaustutkimus, joka toteutetaan laadullisin menetelmin. Tutkielman aineiston muodostavat sosiaalityöntekijän kirjaamat potilasdokumentit pilotin aikana 18.3.–24.9.2017. Aineisto koostuu 150 Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen potilaan terveys-Effican dokumenteista sekä Porin kaupungin Perusturvan sosiaali-Effican asiakaskirjauksista, joita oli 18 kpl. Analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelevaa ja erittelevää sisällönanalyysia.

Yhteispäivystyksen sosiaalityö näyttäytyy tutkielman perusteella laaja-alaisena asiantuntijatyönä. Se voidaan jakaa sisällöiltään erilaisten potilasryhmien kohtaamiseen, sosiaaliseen tilanearvioon, sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen, moniammatilliseen työskentelyyn ja yhteistyöhön sekä koordinointiin ja verkostotyöhön. Näiden sisältöjen perusteella yhteispäivystyksen sosiaalityön asiantuntijuus rakentuu tiedolliseen, menetelmälliseen ja eettiseen asiantuntijuuteen. Tutkielman tulosten perusteella

pilotin tuomat viranomaisoikeudet terveyssozialityössä ja sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin aloittaminen yhteispäivystyksessä eivät muuta merkittävästi terveyssozialityön sisältöjä. Sen vaikutuksia potilaalle ei tutkielman tulosten perusteella voi arvioida, koska tutkielman ajanjaksona niitä aloitettiin viisi kappaletta.

Asiasanat: terveyssozialityö, moniammatillisuus, psykososiaalinen sosialityö, dokumentaatio, palvelurakennemuudistus

University of Tampere School of Social Sciences and Humanities  
VALLINEN, ELISA:

## DIAGNOSING SOCIAL

Master's Thesis, 91 pages

Social Work

Supervisors: Tuija Eronen & Lasse Rautniemi

February 2018

---

This thesis examines the content of the health social work and the expertise determined by it in the Satakunta Central Hospital's joint on call services. The Satakunta Central Hospital and the Social Services and Healthcare Centre of Pori have initiated a pilot project on 18th March 2017. In the pilot project, the position of a health social worker has been combined with a fixed-term post including government rights. The purpose of the project is to pilot the integration of social work done under the Social Welfare Act into the health social work and to assess the impact on the patient. Research questions are: What are contents and expertise in health social work on call services? Does beginning the assessment of the need for social services change the contents and expertise of health social work? What effects do those have for service processes on patients?

The theoretical framework of this thesis is based on an earlier practice research on health social work and on the information it has produced pertaining to job descriptions and expertise in the health social work. The contents of the study are structured according to the nomenclature for health social work and examined in the frame of reference of multi-professional work and psychosocial orientation of social work. This frame of reference is characteristic not only of health social work but also of substance abuse work and mental health work in particular. The coming social welfare and healthcare reform, in the spirit of which the pilot project of the Satakunta Central Hospital and the Social Services and Healthcare Centre of Pori is being carried out, also provides a background for this study.

The method of research used in this thesis is a qualitative case study method. The material is comprised by patient records documented by a social worker during the pilot project from 18th March to 24th September 2017. The material consists of the documentation in *terveys-Effica* of 150 Satakunta Hospital District's joint on call services' patients as well as 18 client entries made in *sosiaali-Effica*, the information system of the Social Services and Healthcare Centre of Pori. Content analysis with themes and categorisation was used as the method of analysis.

The study shows that the social work in the joint on call services is wide-ranging expert work. The contents of this expert work can be divided into encountering different patient groups, assessing social circumstances, supporting social functioning, multi-

professional work and cooperation, coordination and networking. Based on these contents, the expertise in the social work in the joint on call services comprises of intellectual, procedural and ethical expertise. The study concludes that by including government rights in the social work in healthcare and by beginning the assessment of the need for social services as stated in the Social Welfare Act doesn't change significantly contents and expertise in health social work. Impact for patients cannot be assessed, as they were began five during the research.

Key words: health social work, multi-professionalism, psychosocial orientation of social work, documentation, social welfare and healthcare reform

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 SOSIAALI- JA PERHEPALVELUT</b> .....	<b>3</b>
2.1 Sosiaalihuollon käsitteitä .....	3
2.2 Sosiaalihuoltolaki.....	4
2.3 Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arvio.....	6
2.4 Sosiaalipäivystys.....	7
<b>3 SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA</b> .....	<b>9</b>
3.1 Terveyssozialityön tausta ja historia .....	9
3.2 Terveyssozialityö .....	11
3.3 Terveyssozialityön sisällöt.....	13
3.4 Dokumentointi terveyssozialityössä .....	15
3.5 Moniammatillinen asiantuntijuus .....	17
3.6 Psykososiaalisen sosialityön orientaatio .....	19
3.7 Ammattietiikka .....	21
<b>4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON REFORMI</b> .....	<b>23</b>
4.1 Sosiaali- ja terveydenhuoltolain muutokset .....	23
4.2 Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyö lakiuudistuksessa.....	25
<b>5 SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPHIRIN JA PORIN KAUPUNGIN PERUSTURVAKESKUKSEN PILOTTI</b> .....	<b>26</b>
5.1 Terveyssozialityö Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä .....	27
<b>6 TUTKIELMAN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>29</b>
6.1 Tapaustutkimus .....	29
6.2 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset.....	32
6.3 Tutkielman aineisto .....	33
6.4 Aineiston sisällönanalyysi.....	34
6.5 Tutkimusetiikka .....	38

<b>7 TERVEYSSOSIAALITYÖ YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ.....</b>	<b>42</b>
7.1 ERILAISET POTILASRYHMÄT .....	43
7.2 SOSIAALITYÖN PROSESSI YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ.....	51
7.3 SOSIAALISEN TILANTEEN ARVIOINTI.....	52
7.4 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN .....	57
7.5 YHTEISPÄIVYSTYKSEN MONIAMMATILLINEN TYÖSKENTELY .....	63
7.6 KOORDINOINTI, YHTEISTYÖ JA VERKOSTOTYÖ .....	66
<b>8 TERVEYSSOSIAALITYÖN ASiantuntijuus YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ..</b>	<b>70</b>
8.1 TIEDOLLINEN ASiantuntijuus .....	70
8.2 MENETELMÄLLINEN ASiantuntijuus .....	71
8.3 EETTINEN ASiantuntijuus.....	73
<b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....</b>	<b>76</b>
Lähteet.....	82

## KUVIOT

<b>Kuvio 1.</b> Analyysin alustavat teemat ja koodit.	35
<b>Kuvio 2.</b> Lopulliset teemat ja koodatut sisällöt.	36
<b>Kuvio 3.</b> Yhteydenotto sosiaalityöntekijään.	43
<b>Kuvio 4.</b> Sosiaalityöntekijälle ohjautuneet potilaat ikäryhmittäin.	44
<b>Kuvio 5.</b> Ohjautuminen sos.työntekijälle asiointiperusteen mukaan ikäryhmittäin.	45
<b>Kuvio 6.</b> Sosiaalityön prosessi yhteispäivystyksessä.	51
<b>Kuvio 7.</b> Palvelutarpeen aloittaminen sosiaalityön prosessissa.	52
<b>Kuvio 8.</b> Sosiaalihuoltolain mukaisen ilmoituksen tekeminen potilaan kotikuntaan.	55
<b>Kuvio 9.</b> Sosiaalihuollon tarpeessa oleva Porin Yta -alueella asuvan potilaan SHL-ilmoituksen prosessi.	56
<b>Kuvio 10.</b> Sosiaalihuoltolain ja lastensuojelulain mukaisten ilmoitusten määrä aineistossa.	57
<b>Kuvio 11.</b> Moniammatillisuus yhteispäivystyksessä.	64
<b>Kuvio 12.</b> Terveysosiaalityössä vaadittava asiantuntijuus.	75



## 1 JOHDANTO

Suomessa eletään tällä hetkellä sote-uudistuksen alla. Poliittinen tahtotila on integroida sosiaali- ja terveyspalvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi, jotka vastaavat oikea-aikaisesti, tehokkaasti ja vaikuttavasti asiakkaan tarpeisiin. Uudistuksen on koettu etenevän terveyspainotteisesti ja sosiaaliala joutuu uudistumaan, perustelemaan itseään ja luomaan uusia yhteistyökumppaneita. Siksi kysymykset sosiaalihuollosta, sen sisällöistä ja toteuttajista sekä siitä, keitä ovat asiakkaat ja toimintaympäristöt, ovat erittäin ajankohtaisia. Uudistuksessa myös kunnallinen sosiaalihuolto ja terveydenhuollon sosiaalityö tulee sovittaa asiakaslähtöisiksi ja katkeamattomiksi palveluketjuiksi. Tarkastelen tutkielmassani terveysosiaalityön sisältöjä ja asiantuntijuutta Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä, jonka myötä nostan sosiaalityötä esille Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

Tulevan palvelurakennemuutoksen hengessä Satakunnan sairaanhoitopiiri ja Porin kaupungin perusturvakeskus ovat aloittaneet pilotin, jossa Satakunnan keskussairaalan terveysosiaalityöntekijän toimeen on liitetty kunnallisen sosiaalihuollon tehtäviä ja viranomaisoikeudet, jotta hän voi aloittaa sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin jo päivystyksessä. Pilotoinnin tavoitteena on selvittää sosiaalihuoltolain mukaisen sosiaalityön ja päätöksenteon soveltuvuutta päivystyksen terveysosiaalityöhön, sekä toiminnan integroinnin hyötyjä asiakkaalle. Tämä tutkielmani aikana toteutunut pilottihanke luo mielenkiintoisen näköalan tarkastella terveysosiaalityötä palvelurakennemuutoksen alla.

Yliopisto-opintojeni ajan olen työskennellyt terveysosiaalityöntekijän sijaisuudessa. Terveydenhuollossa sosiaalityöllä on haasteensa, koska toimitaan sosiaalialan ulkopuolella ja sosiaalityön asiantuntijuutta ei välttämättä osata arvostaa ja hyödyntää lääke- ja hoitotieteen ajattelutapojen ollessa keskiössä (Juhila 2008, 26). Myös omassa työyhteisössäni on todettu, että sosiaalityön asiantuntijuutta tulisi saada vahvemmin esille. Rauni Korpela (2014) kuvaa sosiaalityön sisällön tuomisen lääke- ja hoitotieteen keskiöön olevan haastavaa, jonka

vuoksi terveystieteiden tulee pyrkiä itse lisäämään muiden ammattiryhmien tietämystä sosiaalityöstä. Ajatus oman tutkielman tekemisestä sairaalan kontekstissa tuntui houkuttevalta edellä mainitun professionaalisuuden esille tuomiseksi ja se on lisäksi erittäin ajankohtaista valtakunnallisesti. Sosiaalityön näkyväksi tuominen omassa organisaatiossa ja laajemmassa kontekstissa terveystieteiden mahdollisuudet tulevaisuudessa yhteistyössä palveluissa ovat tutkielmani tavoitteet. Teoreettinen viitekehys tutkielmalleni rakentuu aiempaan tutkimukseen terveystieteistä, sen sisällöistä ja tehtäväkuvista sekä asiantuntijuudesta osana moniammatillista yhteistyötä terveydenhuollossa. Psykososiaalisen sosiaalityön orientaatio on ominaista terveystieteille, jossa korostuu asiakaslähtöisyys, dialogisuus ja kumppanuus.

Koska tutkielmani toteutuu terveydenhuollon kontekstissa, koen tärkeäksi luoda ensin yleisen käsityksen sosiaalityöstä osana hyvinvointivaltion palvelujärjestelmää, siksi aloitan tutkielmani tarkastelemalla yleisiä sosiaali- ja perhepalveluita. Luvussa kolme keskityn terveystieteiden ja sen sisältöihin ja erilaisiin jäsenyyksiin tehtäväkuvasta ja asiantuntijuudesta. Terveystieteiden sisällöt, psykososiaalisen sosiaalityön orientaatio ja moniammatillinen asiantuntijuus muodostavat käsitteistön, jolle tutkielmani rakentuu. Luvussa 3.4. tarkastelen moniammatillista yhteistyötä ja terveystieteiden dokumentointia tarkastelen omassa luvussaan, koska se on merkittävässä roolissa tutkielmani aineistona.

Tuleva palvelurakennemuutos rakentaa tutkielmani viitekehystä. Luvussa neljä käsittelem sosiaali- ja terveydenhuollon reformia, koska se tuo merkittäviä muutoksia, jotka vaikuttavat jo tutkielmani teon aikana. Viidennessä luvussa esittelen Satakunnan sairaanhoitopiiriin ja Porin kaupungin Perusturvakeskuksen pilottia ja tarkastelen sen jälkeen yhteispäivystystien terveystieteiden pilotin aikana. Tutkielmani tekemiseen keskityn kappaleessa kuusi. Ensimmäisen kerran tutkimuskysymykset, jonka jälkeen tarkastelen tutkielman tekoprosessia, ja aineiston keräämistä sekä säilyttämistä. Esittelen aineistoni ja käyttämäni analyysimenetelmän luvuissa 6.3. ja 6.4. Sen jälkeen pohdin tutkielman teossa esiin nousseita eettisiä kysymyksiä. Tutkielman tulokset esittelen luvuissa seitsemän ja kahdeksan. Yhteenveto ja pohdinta päättävät tutkielmani raportin luvussa yhdeksän.

## 2 SOSIAALI- JA PERHEPALVELUT

Sosiaalipalvelut kuuluvat olennaisena osana suomalaisen hyvinvointivaltion palvelurakennearjestelmään, jonka kehittämisessä valtion ja kuntien suhteet ovat olleet määrittävässä asemassa (Möttönen & Pekkanen 2014, 110 - 111). Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta keskeisin perustuslaillinen oikeus on sosiaaliturva (19 §). Se säättää välttämättömästä toimeentulosta ja huolenpidosta, perustoimeentuloturvasta, riittävästä sosiaali- ja terveystalveluista, ehkäisevästä terveydenhuollosta, lapsiperheiden tukemisesta ja asumisen järjestämisestä.

Tarkastelen seuraavaksi sosiaalihuollon käsitteitä, jonka jälkeen luon katsauksen sosiaalihuoltolakiin, jonka uudistus vuonna 2015 on tuonut mukanaan vaihtelevia käytäntöjä kunnissa. Tämä käytäntöjen muutos liittyy osaltaan myös pilottiin, jota esittelen luvussa viisi. Koen tärkeäksi tehdä lyhyen katsauksen sosiaalihuoltoon, koska tutkielma toteutuu terveydenhuollon ympäristössä. Tämän kautta myös terveystalveluosaalisuus jäsentyy osaksi sosiaalihuoltoa.

### 2.1 Sosiaalihuollon käsitteitä

Käsitteenä sosiaalihuolto ei ole yksinkertainen. Sosiaalihuollon ytimeen kuuluvat yksilökohtaiset ja tarpeenmukaiset palvelut psykososiaalisesti ja taloudellisesti kuormittavissa tilanteissa. Sosiaalihuollon historia ja yhteiskunnan muutokset näkyvät käsitteen määrittelyssä. (Kananoja, Niiranen & Jokiranta, 2008.)

Sosiaalihuollon voidaan katsoa syntyneen eri aikakausien ja eri lähtökohdista tehtyjen valmistelujen tuloksista sekä eritasoisista säädöksistä. Sosiaalihuoltolaki on sosiaalihuollon varsinainen yleislaki, johon kuitenkin vuosikymmenien aikana kohdistui niin paljon

poistoja ja lisäyksiä, että sen selkeä rakenne rikkoutui ja uusi sosiaalihuoltolaki tuli välttämättömäksi. (Lähteinen & Hämeen-Anttila 2017, 48 - 58.)

Sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalihuoltoon sisältyvät sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen, sekä yleis- ja erityislainsäädännön mukaiset sosiaalihuollon tehtävät ja palvelut. Sosiaalipalveluja ovat palvelut, jotka tuottavat sosiaalihuollon ammattihenkilöt yhdessä muiden asiakastyöhön osallistuvien kanssa. Sosiaalihuoltolaissa toimintakyvyllä tarkoitetaan sekä sosiaalista että fyysistä toimintakykyä. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen on keskeinen tavoite sosiaalihuollossa.

Hyvinvoinnin edistäminen voi kohdistua yksilöihin, perheisiin, yhteisöihin tai koko väestöön. Tässä tulee huomioida myös elinympäristöt ja niiden vaikutus hyvinvointiin. Rakenteellisella sosiaalityöllä tuotetaan asiakastyöhön perustuvaa tietoa, joka koskee asiakkaiden tarpeita ja niiden yhteiskunnallisia yhteyksiä sekä näkyväksi asiakkaiden ongelmien suhteutumista ympäröivään yhteiskuntaan. Lähteinen ja Hämeen-Anttila (2017, 76) muistuttavat rakenteellisen sosiaalityön olevan tärkeä osa ehkäisevää sosiaalihuoltoa.

## 2.2 Sosiaalihuoltolaki

Uusi sosiaalihuoltolaki tuli voimaan vuonna 2015. Se korostaa asiakaskeskeisyyttä, asiakaskeskeistä suunnittelua, tarpeenmukaisuutta, voimavarakeskeisyyttä, osallisuutta ja osallistumista (Hämäläinen & Niemelä 2014, 80). Sosiaalihuoltolain 36 § määrittää asiakkaan oikeutta saada palvelutarpeen arviointi ilman viivytystä. Kiireellisissä ja välttämättömissä tilanteissa asiakkaan on saatava yhteys sosiaalipäivystykseen (SHL 29 §). Sosiaalihuoltolain mukaisella sosiaalityöllä tarkoitetaan asiakas- ja asiantuntijatyötä, jossa rakennetaan yksilön, perheen tai yhteisön tarpeita vastaava sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuus, sovietaan se yhteen muiden tarjoaman tuen kanssa, sekä ohjataan ja seurataan sen toteutumista ja vaikuttavuutta (Sosiaalihuoltolaki 15 §).

Sosiaalihuoltolain 14 § asettaa kunnalle velvollisuuden huolehtia seuraavista sosiaalipalveluista:

1. sosiaalityö
2. sosiaaliohjaus
3. sosiaalinen kuntoutus
4. perhetyö
5. kotipalvelu
6. kotihoito
7. asumispalvelut
8. laitospalvelut
9. liikkumista tukevat palvelut
10. päihdetyö
11. mielenterveystyö
12. kasvatus- ja perheneuvonta
13. lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta
14. omaistaan ja läheistään hoitavan vapaa
15. vammaisten henkilöiden työllisyyttä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta

Sosiaalihuoltolain muutos merkitsi suurta muutosta lapsiperheiden palvelujen järjestämiselle. Kunnat ovat joutuneet organisoimaan toimintaansa uudelleen, koska laissa peruspalveluja vahvistettiin ja monia sosiaalipalveluita järjestetään peruspalvelujen yhteydessä. Lain ydintä on uusi toimintamalli: Asiakkaan ja hänen perheensä kokonaistilanne kartoitetaan jo heti asiakkuuden alkaessa. Palvelut tulee järjestää asiakaslähtöisesti, ei organisaation mukaan (Lähteinen & Hämeen-Anttila 2017, 65 - 67). Asiakkaan tulee saada tietoa omista oikeuksistaan ja yksilöllinen tilanne tulee huomioida. Niemelä (2014, 13) kuvaa sosiaalityöntekijää kansalaisten sosiaalisiin oikeuksiin kuuluvan oikeusturvan varmistajaksi.

Suuri muutos lapsiperheiden palveluissa on herättänyt kiinnostusta myös tutkimuksen saralla. Käytäntöjen muotoutuessa kunnissa hitaasti, tutkimustuloksia ei vielä ole. Yliopistopiskelijoita aihe kiinnostaa sen ajankohtaisuuden vuoksi ja Pro gradu -tutkielmia on jo joitakin olemassa. Mirka Mäkipää (2016) on tarkastellut uudistusta lastensuojeluasiakkuuden arvioimisen näkökulmasta. Omassa graduryhmässäni Anne Hakkarainen (2017) käsitteli

omassa tutkielmassaan kuntien eri käytäntöjä toteutettaessa palvelutarpeen arviointia aikuissosiaalityössä.

### 2.3 Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arvio

Sosiaalihuoltolain (2014, 36 §) mukaan asiakkaalla on oikeus saada palvelutarpeen arviointi, mikäli se ei ole ilmeisen tarpeetonta. Arviointi tulee tehdä asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa. Arviointi tehdään yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa muiden toimijoiden kanssa. Sen tulee pohjautua ammattihenkilön ja asiakkaan yhteiseen suunnitteluun. Tarkoitus on arvioida asiakkaan ja hänen perheensä tilanne sekä turvata riittävät palvelut ja tukitoimet. Palvelutarpeen arviointi on sosiaalihuoltoon kuuluva, ja sen tekemisestä vastaa virkasuhteinen sosiaalialan ammattihenkilö. Tässä tutkielmassa palvelutarpeen arviointia suorittaa pilotissa työskentelevä terveysosiaalityöntekijä. Terveysosiaalityössä sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arvio ei ainakaan toistaiseksi kuulu tehtäväkuvaan.

Palvelutarpeen arviointi sisältää yhteenvedon asiakkaan tilanteesta ja sosiaalipalvelujen sekä erityisen tuen tarpeesta. Siitä ilmenee sekä asiakkaan että sosiaalihuollon ammattihenkilön näkemykset palvelutarpeesta. Sosiaalihuoltolaki (35 §) velvoittaa terveydenhuollon työntekijää ohjaamaan potilas, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, hakemaan sosiaalipalveluja tai potilaan antaessa suostumuksensa, on otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioidaan. Mikäli suostumusta ei voida saada, mutta sosiaalihuollon palveluiden tarve on ilmeinen, on ilmoitus tehtävä kunnan sosiaalihuoltoon.

## 2.4 Sosiaalipäivystys

Sosiaalipäivystys vastaa välttämättömien ja kiireellisten sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien järjestämisestä siten, että henkilön tarvitsema turva ja huolenpito voidaan antaa erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa mihin vuorokauden aikaan tahansa (SHL 1301/2014, 25 §).

Sosiaalipäivystyksen työtehtävissä asiakkuudet ovat lyhytkestoisia, vaikka työ määrittyykin yksilöllisesti ja yhteiskunnallisesti laaja-alaiseksi. Keskeistä työssä on kiireellisen tarpeen arviointi ja asiakkaan neuvonta sekä tilanteen vaativat toimenpiteet. Jatkopalvelujen tarpeen arviointi ja niiden järjestäminen ovat myös keskeisiä työtehtäviä.

Sosiaalipäivystyksestä säädetään sosiaalihuoltolaissa, kuten terveydenhuoltolaissa säädetään terveydenhuollon osalta. Laki velvoittaa kunnat järjestämään sosiaalipäivystystä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi (2014, 25 §). Sosiaalipäivystystä järjestetään kaikenikäisille asiakasryhmille. Sosiaalipäivystys työskentelee kriisitilanteissa, jolloin työntekijällä on oltava myös riittävä kriisityön osaaminen. Päivystäjän on päästävä tarvittaessa myös kiireellisesti kotikäynnille.

Sosiaalipäivystysjärjestelmä on saatu luotua Suomeen asteittain vuoteen 2007 mennessä. Senkin jälkeen sosiaalipäivystyksen asema sosiaalihuollossa vaihtelee alueittain, jonka vuoksi suomalaiset saavat vaihtelevaa kiireellistä sosiaalipalvelua. (Riski 2008, 20.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus on pirstaloituneiksi, mikä hankaloittaa asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista. Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt yhteistyössä Valviran kanssa sosiaalipäivystyselvityksen (2016), jonka pohjalta päivystysuudistusta on lähdetty toteuttamaan. Tarkoituksena on varmistaa sosiaalihuollon asiantuntijuus yhteispäivystyksessä ja psykososiaalisen tuen saaminen silloin, kun tarve vaatii.

Niemi (2014, 259 - 260) muistuttaa, että sosiaalipäivystystyössä ei reagoida ainoastaan kansalaisen yksilöllisiin vaikeuksiin, vaan myös yhteiskuntarakenteiden ongelmiin ja esiin nousseiden ongelmakohtien ratkaisuun.



## 3 SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA

Terveyssosiaalityö on sosiaalityötä terveystalouden kehyksessä toimien ja terveydenhuollon tavoitteiden mukaista potilaan hoidon ja kuntoutuksen tehtäväalueella tehtävää työtä (Kananaja 2010, 275). Työn lähtökohtana on ymmärrys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä (esim. Kananaja 2016, 350; Gåfvels 2014, 51; Keefe & Jurkowski 2013, 13). Niemelä (2009, 209 - 210) nimeää sosiaalityön kokonaisvaltaiseksi hyvinvointityöksi, siinä missä lääketiede voidaan nähdä terveystaloutena. Sosiaalityössä pyritään auttamaan asiakkaan selviytymistä arkipäivän toiminnoissa sekä lisäämään yksilön, perheen, yhteisön tai yhteiskunnan hyvinvointia. Tarkastelen tässä kappaleessa terveyssosiaalityön historiaa ja taustaa, sen sisältöjä ja dokumentointia. Tärkeänä osana terveyssosiaalityössä näyttäytyy moniammatillisuus, jota kuvaan luvussa 3.4. Sen jälkeen kuvaan psykososiaalisen orientaation näkymistä terveyssosiaalityössä ja ammatin eettisiä lähtökohtia.

### 3.1 Terveyssosiaalityön tausta ja historia

Terveydenhuollon sosiaalityön alkuvaiheet sijoittuvat 1900-luvun alkupuolelle sosiaalityön professionalistumisen aikaan. Sosiaalityön klassikkona pidetty Mary Richmond (1861 – 1931) oli suuntautunut ”case workiin”, jonka voi nähdä etenkin terveyssosiaalityössä vallalla olevien asiakaskeskeisten työmetodien kehittymisessä. Sairaaloitten sosiaalityö alkoi Englannissa jo 1800-luvun lopulla, kun ”Lady Almoner” aloitti työnsä sosiaalihoitajana Lontoossa. Amerikan sairaalan sosiaalityö sai alkunsa vuonna 1905 New Yorkissa, jossa perustettiin ensimmäinen sosiaalityön osasto. Jo tuolloin työn kohteena olivat potilaiden arkielämän ehdot ja arjen sujuvuuden turvaaminen. Saksassa sosiaalityö sairaaloissa alkoi hiekkman ennen ensimmäistä maailmansotaa. Lindenin (1999, 34) mukaan jo vuonna 1914 sekä Ranskassa että Ruotsissa toimi sairaaloissa sosiaalihoitajia. Suomessa terveyssosiaalityö sai

alkunsa vapaaherratar Sophie Mannerheimin aloitteesta Helsingissä vuonna 1921 lastensairaalassa ja vuonna 1923 kirurgisessa sairaalassa. Mannerheim näki tarpeelliseksi kiinnittää huomiota potilaiden elämäntilanteisiin ja sairaalasta kotiutumisen jälkeiseen selviytymiseen. (Linden 1999, 35 - 36). Vuonna 1945 alkoi sosiaalihoitajien koulutus ja heidän tehtäväkuvansa sairaalassa määrittyi johdon intressien mukaisesti (Korpela 2014, 120 - 121).

Vasta 1970-luvulla sairaalan sosiaalityö alettiin nähdä omana ammattina, jonka vuoksi sosiaalihoitajakoulutus päättyi vuonna 1975 sen muuttuessa yliopistokoulutukseksi ja yhdistyessä sosiaalihoitajakoulutukseen. Silloin nimike sosiaalihoitaja jäi historiaan ja nimike vaihtui sosiaalityöntekijäksi. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry perustettiin vuonna 1947, jonka jälkeen se on kehittänyt terveystieteellistä sosiaalityötä paikkaansa etsivänä professiona potilaan parhaaksi. Sundman (2014, 7) kuvaa odotusten vaihdelleen terveystieteellistä sosiaalityötä kohtaan ja jälleen sote-uudistuksen toteutuessa terveystieteellistä sosiaalityötä kohtaa uusia haasteita.

Terveydenhuollossa työskentelee arviolta tuhat sosiaalityöntekijää. Määrällisesti heistä suurin osa työskentelee erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa sosiaalityön asiantuntijuutta on edelleen niukasti. Järjestöjen ylläpitämissä kuntoutuslaitoksissa on myös sosiaalityöntekijöitä. (Kananoja 2010, 347.) Nykyisin sairaalan sosiaalityöntekijän rooli on muuttunut avustavasta "sekätyöntekijästä" yhteiskunnalliseksi asiantuntijaksi, jonka koulutuksellista pätevyyttä määrittää laki sosiaalihoollon ammattihenkilöistä (817/2015). Terveystieteellisellä sosiaalityöllä on vahva oikeusperusta. Suomen perustuslaki (19 §) määrittää ihmisen oikeudesta sosiaaliturvaan ja oikea-aikaiseen tukeen, ohjaukseen ja neuvontaan sairauden kohdatessa.

Terveystieteelliseen sosiaalityöhön on vaikuttanut ICF-luokitus. ICF:n käsitelmä on maailman terveysjärjestö WHO:n hyväksymä, monitasoinen lähestymistapa ja sillä voi kuvata ihmisen toimintakykyä ja toimintarajoitteita. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisestä luokituksista on ilmestynyt vuonna 2004 käänös. Luokituksen mukaan toimintakyky koostuu biopsykososiaalisesta kokonaisuudesta, jonka ulottuvuuksiin kuuluvat kehon toiminnot, aktiivisuus ja osallistuminen. Näiden lisäksi suorituksia voidaan tarkastella bio-, psyko- ja sosio-osuuksissa. Tämä luokitus pyrkii saamaan esille myös

toimintakyvyn edellytykset, ei pelkästään rajoitteet. Tämä luokitus kuvataan teoreettiseksi, välineitä ja yhteistä orientaatiota tarjoavaksi kokonaisuudeksi sosiaalisen toimintakyvyn kuvaamiseen. (Havukainen & Holma 2007, 15 - 16.)

Teoria- ja tutkimuskirjallisuudessa käytetään vaihdellen kontekstista riippuen käsitteitä terveysosiaalityö, terveydenhuollon sosiaalityö ja sairaalan sosiaalityö. Tutkielmassani olen päättänyt käyttämään käsitettä terveysosiaalityö. Käsite on yhteneväinen esimerkiksi Metterin (2014) ja Korpelan (2014) käyttämän käsitteen kanssa, kun taas Laine (2014) käyttää terveydenhuollon sosiaalityö -käsitettä.

### 3.2 Terveysosiaalityö

Terveysosiaalityö vaatii laaja-alaista osaamista työtilanteista riippuen. Sosiaalityössä yksi pyrkimys on luoda asiakastyössä vuorovaikutuksellinen suhde asiakkaaseen ja kartoittaa tämän yksilöllinen elämäntilanne, sekä arvioida sen pohjalta erilaisten sosiaalipalvelujen tarve. (Leppälahti 2014, 46.) Vuorovaikutus- ja potilaan kohtaamistaidot korostuvat asiakastyössä. Tehtävän sosiaalityön tulee olla voimaannuttavaa, ja potilaan ohjaus vaatii palvelujärjestelmän tuntemusta, sekä laajaa tietopohjaa sosiaalietuuksista ja -palveluista. Uutena haasteena terveysosiaalityöhön on noussut vaatimus ymmärtää enenevässä määrin vieraita kulttuureita ja uskontoja toteutettaessa sosiaalihuoltoa ja punnitessa eri vaihtoehtoja. (Lähteinen & Hämeen-Anttila 2017, 73; Morén ym. 2014, 238.) Vuoden 2015 turvapaikanhakijoiden saapumisen suuri määrä näkyy terveysosiaalityössä lisääntyneenä työskentelynä ulkomaalaispotilaiden kanssa.

Sairastuminen tai vammautuminen aiheuttaa muutoksia elämänkulkuun. Samanaikaisesti saattaa olla esimerkiksi työhön, perheeseen, asumiseen ja toimeentuloon liittyviä kysymyksiä. Kotona selviytyminen voi mietityttää. Sosiaalityöntekijä on potilaan apuna muuttuneen elämäntilanteen jäsentämisessä. Sosiaalityöntekijä informoi potilasta tilanteeseen

soveltuvista tukimuodoista ja mahdollisuuksista sekä antaa tietoa mm. sosiaaliturvasta, sosiaali- ja vammaispalveluista, jatkohoidosta, tukiasumismuodoista, kuntoutuksesta, vakuutuksesta, oikeusturvasta sekä potilas- ja vapaaehtoisjärjestöistä. Sosiaalityöntekijä toimii asiakastyön lisäksi sosiaalialan asiantuntijana terveydenhuollossa ja tekee yhteistyötä sairaalan ulkopuolisten viranomaisten kanssa. Hän liikkuu sosiaalityön asiantuntijana rajapinnoilla joustavasti potilaan tilanteen mukaan (Kananaja 2016, 348 - 350). Laine (214, 26) kuvaa sosiaalityöntekijän roolia yhteistyön tekijän roolina, jonka tehtävä on madaltaa rajoja. Hänen tehtävänsä on pitää sosiaalialan asiantuntemusta esillä terveydenhuollossa sekä johdon että työryhmien tietoisuudessa.

Sosiaalityöntekijä työskentelee erikoissairaanhoidossa aina osana moniammatillista tiimiä, mikä osaltaan tekee työstä vaativaa. Hänellä on paljon yhteistyötahoja sekä terveydenhuollossa että sen ulkopuolella. Työn lähtökohta on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä ja työn tavoite on vaikuttaa potilaan ja hänen perheensä elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuudelle on ominaista psykososiaalinen lähestymistapa, joka auttaa ymmärtämään monimutkaisia sosiaalisia suhteita (Korpela 2014, 121 - 122). Työn kohteena on vuorovaikutus ihmisen ja ympäristön välillä, ja välineenä sosiaalityöntekijä käyttää sosiaali- ja käyttäytymisteoreettista tietoa ja yhteiskunnan järjestelmiä koskevaa tietoa (Mt., 119). Terveys- ja sosiaalityölle ominaista on muutos. Ammatin vastuullisuus rakentuu sitoutumisesta ammatin eettisiin lähtökohtiin. Linden (1999, 55) korostaa jatkuvan muutoksen vaatimaa reflektiota, jota terveys- ja sosiaalityö sisältää tänäkin päivänä.

Potilaalla on oikeus saada apua kokonaistilanteensa selvittämiseen ja tarvittavien tukimuotojen järjestämiseen. Sairaalan sosiaalityössä on erityisen tärkeää ymmärtää sairauden aiheuttama vaikutus potilaan ja koko perheen elämään ja arkeen. Näin ollen sosiaalityöntekijän tulee omata ymmärrys potilaan sairaudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Potilaan sosiaalisen tilanteen arviointi ja apu potilaalle heti hoidon alussa voi vähentää potilaan

kuormitusta ja parhaimmillaan lyhentää potilaan hoito- ja kuntoutusaikaa (Kananaja 2016, 349), kuten myös Craig, Bejan ja Muskat (2013) ovat todenneet.

Elämäntapa ja psykososiaaliset tekijät luovat myös sairaanhoidon tarvetta. Näissä tilanteissa sosiaalityöntekijän panosta kaivataan lääkinnällisen ja psykologisen asiantuntemuksen ohella. Sosiaalityö tuo terveydenhuoltoon inhimillisyyttä ja potilaan hoitoon yksilöllisyyttä (Metteri 2015, 34).

### 3.3 Terveysosiaalityön sisällöt

Terveysosiaalityön sisältöä voidaan luokitella yleisten jäsennysten, prosessien eri vaiheiden tai tehtävien mukaan. Kananajan (2010, 278 - 279) mukaan tehtävien määrittelyssä mainitaan samansisältöiset perustehtävät. Rauni Korpela (2014) on selvittänyt terveystyöntekijöiden tehtäväkuvia. Hän jakaa ne kokonaistilanteen arviointiin, auttamiseen ja ohjaukseen, jatkohoidon suunnitteluun, moniammatilliseen työskentelemiseen ja verkostotyöhön, sekä psykososiaaliseen tukeen. Sipilä (2011) jakaa sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden ulottuvuudet ammattitietoon ja -taitoon sekä etiikkaan. Kansainvälisesti tarkastellen asiantuntijuus sisältää samankaltaisia kompetensseja. Esim. Keefen ja Jurkowskin (2013, 365 - 368) asiantuntijuuden jaottelussa on mm. teoreettinen perusta, metodiosaaminen sekä etiikka ja arvot. Työnkuvan ollessa moninainen, terveystyöntekijät ovat aktiivisesti tuottaneet terveydenhuollon vaatimaa tuotteistusta ja nimikkeistöä (Havukainen & Holma 2007). Suomen Kuntaliitto ja Terveystyöntekijät ry ovat jakaneet sosiaalityön tehtävien pääluokat seuraavasti:

1. Sosiaalinen arviointi ja suunnittelu
2. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen
3. Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö

Näiden asiakastyön tehtävien lisäksi työryhmä on sisällyttänyt pääluokkiin myös asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä hallinnon ja kehittämisen (Havukainen & Holma 2007, 26). Seuraavaksi esittelen asiakastyön pääluokkien sisällöt pääpiirteissään:

**Sosiaalinen arviointi ja suunnittelu** Sosiaalinen arviointi on yleiskäsite sosiaalityöntekijän tekemille arvioinnille, joihin sosiaalityön interventiot perustuvat. Rostilan (2001, 56) mukaan se on koko sosiaalityön perusta. Sosiaalinen arviointi tehdään tarvittavassa laajuudessa ja se on osa monialaista hoitoa. Arviointiin kuuluu potilaan elämäntilanteen ja toimintakyvyn arviointia, riskien tunnistamista sekä palvelujen, tuen tarpeen ja etuuksien tarpeen arviointia. Se sisältää myös tarvittavien jatkoselvitysten ja toimenpiteiden käynnistämisen. Johtopäätökset ja suositukset sosiaalisesta arvioinnista kirjataan potilaskertomukseen tai erilliseksi lausunnoksi. (Havukainen & Holma 2007, 27 & Kananoja 2017, 351.)

**Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen** on asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemista ja voimavarojen lisäämistä psykososiaalisen keskustelun avulla. Potilaalle tarjotaan tietoa ja välineitä sairauden tai vammautumisen sosiaalisten ja taloudellisten seurausten käsittelyyn sekä avustamista käytännössä yhteistyössä muiden apua antavien viranomaisten kanssa. Sosiaalityöntekijä auttaa potilasta jäsentämään elämäntilannettaan erilaisin psykososiaalisin keinoin, antaa psyykkistä tukea sairastumisen tai vammautumisen seurausten käsittelyssä sekä motivointia ja sitouttamista tuleviin suunnitelmiin. Usein tarvitaan myös työskentelyä potilaan läheisten sekä muiden ammattilaisten ja viranomaisten kanssa. Ohjaus ja neuvonta ovat tärkeässä roolissa potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa. Potilaalle annetaan tietoa yksilöllisesti hänelle ajankohtaisissa taloudellisissa kysymyksissä sosiaaliturvan ja sosiaalivakuutuksen osalta, sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluista sekä potilaan oikeuksista ja oikeusturvasta. Potilaan auttaminen käytännön asioissa on oleellista, sillä palvelujärjestelmä näyttäytyy monelle hyvin vaikeaselkoisena ja asiantuntijan apu on tarpeen. (Holma 2007, 29 - 30 & Kananoja 2017, 351 - 352.)

**Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö** ovat keskeisiä sosiaalityöntekijän tehtäviä. Ne yhdistävät eri toimijat potilaan asioiden hoitamiseksi. Koordinointi on tärkeää, jotta eri organisaatioiden toimenpiteet ovat toisiaan tukevia. Tämä edellyttää tuntemusta sairauksista,

vammaisuudesta sekä sosiaali- ja terveysalan lainsäädännöstä. Tähän pääluokkaan sisältyvät myös lakiin perustuvien ilmoitusten tekeminen potilaan tilanteen sitä edellyttäessä (Holma 2007, 31 & Kananoja 2017, 352.) Näitä ilmoituksia ovat lastensuojeluilmoitus (Lsl 25 §) ja ilmoitus sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä (SHL 35 §). Työryhmä sijoittaa myös dokumentoinnin tähän luokkaan, mutta käsittelen sitä omana lukunaan, koska dokumentit muodostivat myös tutkielmani aineiston.

### **3.4 Dokumentointi terveystieteissä**

Terveydenhuollossa asiakirjojen laatimista ja käyttöä säätelevät potilaslaki (785/1992) ja potilasasiakirja-asetus. Erityistyöntekijöiden, tässä sosiaalityöntekijän, palvelujen kirjaaminen on sidoksissa kansalliseen lainsäädäntöön, kansallisiin tietosisältömäärityksiin ja muihin kaikkia ammattiryhmiä koskeviin kansallisiin määräyksiin. Käsiteltävän tiedon yhdenmukaisuus on tärkeää sähköisen Kansallisen terveystietokannan eli Kanta-palvelun toimivuuden vuoksi. Terveystieteiden palvelujen kirjaaminen perustuu ammattialan tietoperustaan ja tehtävään. Kirjaamisessa noudatetaan kaikkia ammattiryhmiä velvoittavia yhteisiä ohjeita sekä erityistyöntekijöitä koskevia ohjeistuksia. Rakenteinen ja suunnitelmallinen kirjaaminen tekee sosiaalityön näkyväksi sekä antaa mahdollisuuden sosiaalityön vaikuttavuuden arvioimisen. Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa etukäteen sovittujen rakenteiden mukaista tiedon kirjaamista otsikoiden, näkymien ja hoitoprosessin eri vaiheiden mukaisesti sekä käyttäen kirjaamiseen tarkoitettuja luokituksia ja koodistoja (Virkkunen, Mäkelä-Bengs, Vuokko 2015, 15 - 16.)

Sosiaalityön prosessi ei noudata aina potilaan hoitoprosessia. Se saattaa jatkua vielä potilaan hoidon päättymisen jälkeen tai alkaa vasta potilaan päivystyskäynnin jälkeen. Terveystieteiden jatkuvuuden ero terveydenhuollon hoitoon on huomionarvoista. Sähköiseen potilaskertomukseen tallennetaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen

seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkinnät tulee tehdä potilasasiakirjojen laatimisesta annettujen ohjeiden mukaisesti. Potilasasiakirja-asetuksen 8 §:n mukaan potilasasiakirjamerkinnät on tehtävä viivytyksettä. Terveyssozialityöntekijät kirjaavat ammatilliselle SOSI -näkyhälle rakenteisesti kansallisten otsikoiden ja nimikkeistön nimikkeiden avulla. Ammatilliselle, palvelukohtaiselle tai erityisnäkyhälle kirjattu tieto on pysyväisluonteista tietoa ja tuo näkyviin asiakkaan koko palveluprosessin. (Terveyssozialityön palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilasjärjestelmissä 2014, 6.)

Dokumentin sisältö on aina kirjoittajan valinta. Viranomaisen velvollisuus on käyttää selkeää, asiallista ja ymmärrettävää kieltä. Tästä huolimatta viranomaisen joutuu tekemään valintoja kirjoittaessaan dokumenttia ja nämä valinnat näkyvät asiakirjojen laadussa. Monitulkintaisia ilmaisuja tulisi välttää ja tekstin tulisi olla arkista ja ymmärrettävää. Tämä siitä syystä, että dokumentin lukija on useimmiten joku muu kuin sosiaalialan ammattilainen. (Laaksonen, Kääriäinen, Penttilä, Tapola-Haapala, Sahala, Kärki & Jäppinen 2011, 37 - 38.) Kääriäinen (2003, 23) huomauttaa kirjaamisen olevan asioiden kirjaamisen ja tiedon taltiointiin lisäksi myös prosessi, mikä saattaa vaikuttaa asiakkaiden saamaan palveluun.

Asiakasdokumenttien perusteella voi luoda kuvan siitä, millaisissa tilanteissa ja millaisten asioiden parissa sosiaalityöntekijä on potilaan kanssa työskennellyt. Se on yhdenlainen todellisuus tilanteesta, mikä on kirjoitettu kirjoittajan näkökulmasta, jolloin se on kirjoittajan valinta (Kuusisto-Niemi, Rissanen & Saranto 2011, 269). Kirjoittamistilanteeseen vaikuttavat monet eri tekijät. Ne voidaan jakaa institutionaalsiin käytäntöihin ja laajempaan sosio-kulttuuriseen kontekstiin liittyviin tekijöihin. (Kääriäinen 2003, 131 - 132.) Institutionaalisia käytäntöjä ja tilannesidonnaisia tekijöitä ovat esimerkiksi kirjaamista ohjaava lainsäädäntö, työkulttuurin sisäiset toimintaohjeet ja mallit, työntekijän omat kielelliset valmiudet, kirjoittamisen välineet ja ympäristö, asiakassuhde, kirjoittajan oma mielentila, työmotivaatio, kiire ja kiireettömyys. (Mt.,133.) Tutkielmani tarkoituksena ei ole arvostella



sosiaalityöntekijöiden kirjoittamisen tapoja, vaikka tämäkin aineisto sisältää selkeästi toisistaan eroavia tyylejä kirjoittaa dokumentaatiota.

### 3.5 Moniammatillinen asiantuntijuus

Asiakaslähtöistä yhteistyötä, jossa on mukana useita asiantuntijoita ja mahdollisesti eri organisaatioita, kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Kaarina Isoherranen (2005, 14) on tutkinut sairaalamaailmassa asiantuntijoiden kokemia haasteita ja ilmiöitä, kun moniammatillista yhteistyötä lähdetään kehittämään. Hän kiteyttää moniammatillisen yhteistyön viiteen osaan. Näitä ovat tiedon ja näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset, verkostojen huomioiminen ja asiakaslähtöisyys.

Moniammatillinen yhteistyö käsittää erilaisia yhteistyömuotoja, joita kuvaa rinnakkain työskentely. Käsitteenä se on suomen kielessä hyvin laaja, mikäli verrataan englanninkielisiin käsitteisiin, joilla päästään moniammatillisen yhteistyön eri tasoille. Multiprofessional, interprofessional ja transprofessional kuvaavat näitä tasoja. Suomen kielen moniammatillisuus ja yhteistyö yhdessä tavoittelevat mahdollisimman laajaa käsitystä jostakin asiasta (Isoherranen 2005, 16 - 17). Sosiaalityö voidaan nähdä tärkeänä osana moniammatillisen hoitoketjun ja kuntoutussuunnitelman toteutumista sairaanhoidossa. Sosiaalityöntekijän palvelu- ja etuusjärjestelmän tuntemus, asiantuntemus palvelujen koordinoimisessa sekä potilaan arkielämän ehtojen tuntemus merkitsevät valmiuksia vaihtoehtojen esittämiseen ja arviointiin. Kyseessä on sosiaalityön tuottama lisäarvo moniammatilliseen työhön. (Havukainen, Hiljanen, Holma & Sundman 2007, 8.) Moniammatillisessa työskentelyssä ammattilaiset tuovat oman ammattinsa osaamisen yhteiseen käyttöön, asiakkaiden parhaaksi (Pärnä 2012, 86).

Moniammatillinen yhteistyö saa nykyisessä sairaalaorganisaatiossa hyvin erilaisia, virallisia tai epävirallisia muotoja. Myös moniammatillisissa yhteistyötilanteissa pohditaan erilaisia

asiakokonaisuuksia. Näitä voivat olla yksittäisten potilaiden kohdalla hoidon, auttamisen, pärjäämisen ja kuntouttamisen pohtimista tai suurempia hallinnollisia kokonaisuuksia. Yhteistyön muodot voivat vaihdella epävirallisista käytävä- ja puhelinkeskusteluista virallisiin yhteistyöneuvotteluihin. (Nikander 2003, 281.)

Koska terveydenhuollon toimintaympäristössä vallitsevat lääketieteen ja hoitotieteen ajattelumallit, sosiaalityöntekijällä on suuri vastuu perehdyttäessään muita työntekijöitä työhönsä (Metteri 2015). Moniammatillinen yhteistyö on poikkitieteellisesti tuotettua asiantuntijuutta, joka yhdistää eri tieteenalojen tietämystä. Moniammatillista yhteistyötä toteutettaessa on huomioitava asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien yhteen kokoaminen, vuorovaikutustaitoinen yhteistyö, roolirajojen ylitykset ja asiakkaan verkostojen huomioinen. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 34.) Isoherranen (2012) peräänkuuluttaa luottamuksen ja yhteisten toimintamallien kehittämisen roolia tehokkaaseen moniammatilliseen toimintaan pyrittäessä. Hyvin toimivassa tiimissä ammattilaisten kesken vallitsee yhteenkuuluvuuden tunne, luottamus ja vastavuoroisuus. Resurssit tulevat käyttöön tehokkaasti, kun asiantuntijat käyvät avointa dialogia. Myös Metteri (2012, 14) näkee tärkeäksi asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä toistensa näkemisen tasavertaisena kumppanina asemasta riippumatta. Ideaalitulanteessa yhteistyö on osallistujien välistä vallan, tiedon ja asiantuntijuuden jakamista. Isoherranen (2011, 156) näkee ongelmalliseksi sen, että eri ammattikunnat eivät tunne toisten ammattilaisten osaamista. Näin ollen jokaisen ammattilaisen vastuulla on tuoda osaamisensa työryhmässä esiin. Tällöin eri ammattiryhmien osaaminen saadaan yhteiseen käyttöön, potilaan hyväksi.

Tämän lisäksi asiakaslähtöisen yhteistyön tarpeen tunnistaminen on tärkeää. Kommunikatiotaidot ovat moniammatillisen työn kannalta ydintaitoja. Vuorovaikutus on yhteistyöside, jonka tavoite on voimaannuttaa asiakasta. Moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana on potilaan tilanteen kartoitus ja eri vaihtoehtojen pohtiminen eri asiantuntijoiden ja potilaan kanssa.

Asiakaslähtöiseen palveluprosessiin sisältyy asiakkaan tarpeiden ja odotusten selvittäminen, oman työn ydinprosessien tunnistaminen, kriittisten kohtien pohtiminen ja prosessin

dokumentointi. Asiakkaan tulee saada osallistua päätöksentekoon, jossa tulee myös huomioida hänen tavoitteensa. Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä eettisesti kestävän sosiaalityön tunnuspiirteenä. (Juhila 2006, 249.)

### 3.6 Psykososiaalisen sosiaalityön orientaatio

Tarkastelen tässä tutkimuksessa terveysosiaalityön sisältöjä suhteessa aiempaan tutkimukseen. Sen sisältöjä ja tehtäväkuvia jaotellaan monin eri tavoin. Metterin mukaan (2014, 299) näissä eri jaotteluissa mainitaan samat perustehtävät. Korpela (2009, 122) jakaa terveysosiaalityön sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen ja arviointiin, toimeentuloon ja etuuksiin liittyvään neuvontaan, jatkohoidon selvittelyyn, moniammatilliseen verkosto- ja yhteistyöhön sekä psykososiaaliseen tukeen. Ylinen (2008) ja Sipilä (2011) ovat tarkastelleet sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuuksia ja jakaneet ne hieman toisistaan eroten. Lisäksi lähestyn terveysosiaalityötä psykososiaalisen sosiaalityön viitekehyksessä, jonka vahvuutena Sipilä (2011) näkee humanistisen ja positiivisen ihmiskuvan, joka näkee yksilön mahdollisuuden muutokseen.

Toikon (1997, 180 - 181) mukaan psykososiaalinen sosiaalityö on kasvokkain tapahtuvaan vuorovaikutukseen perustuvaa auttamistyötä, joka asettaa työlle erityiset ammattitaitovaatimukset. Erityisesti vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä asemassa. Muutostyössä dialogin pääpaino on uusien näkökulmien nostaminen esiin ongelmiin takertumisen sijaan. Särkelän (2001, 76 - 79) mukaan potilaalle muodostuvat uudet näkökulmat auttavat ymmärtämään asiakkaan tilannetta paremmin kuin työntekijän antamat neuvot tai valmiit ratkaisuvaihtoehdot. Nämä ohjaavat asiakasta uusille poluille, joiden avulla asiakas saa välineitä elämäntilanteensa erittelyyn. Sosiaalityössä on tärkeää saada asiakas luottamaan itseensä, jonka Linden (1999, 55) näkee potilaan vahvistamisena.

Psykodynaamisella tiedolla on merkitystä ihmisen persoonallisuuden ymmärtämisessä. Sen avulla asiakkaiden ajattelu, tunteet ja toiveet tulevat ymmärrettäviksi. Psykososiaalinen työ vaatii työntekijältä empatiataitoja ja kykyä kuunnella. Kumppanuus, asiakaskeskeisyys ja dialogisuus ovat keskeisiä elementtejä psykososiaalisessa orientaatioissa (Sipilä 2011, 57 - 58). Jo Mary Richmond (1917) piti ihmisten erilaisuutta tärkeänä asiana, jolle "case workin" ajatus rakentuu. Hän näki sosiaalisen tapaustyön prosessina, jonka tarkoitus on vaikuttaa asiakkaan ja hänen sosiaalisen ympäristönsä väliseen suhteeseen. Sosiaalisella ympäristöllä hän tarkoittaa kaikkea sitä, mikä vaikuttaa ihmisen emotionaaliseen, psyykkiseen ja henkiseen elämään. Toikko (2001) näkee Richmondin korostaneen yksilön tilanteen selvittelyä, jota myös hän pitää sosiaalityön keskiössä.

Sipilä (2011, 54 - 55) kuvaa psykososiaalisen sosiaalityön sisältävän hyvin erilaisia määriteltyjä, eli se voidaan nähdä perussuuntauksena, johon yhdistetään erilaisia näkökulmia. Lindén (1999, 152) kokee psykososiaalisen orientaatian olevan nimenomaan ymmärtämisen käsite. Granfelt (1993, 188) näkee psykososiaalisen työn merkityksen nykyajassa siinä, että psykososiaalinen teoria voi ylläpitää sosiaalisen ja inhimillisen eetosta sosiaalityössä. Näen sen olevan myös tärkeä osa terveydenhuollon kenttää, jotta potilaan kokonaistilanne tulee riittävästi huomioitua kokonaisvaltaisesti potilaan elämäntilanteen ja yksilön ja ympäristön vaikutuksen huomioon ottaen. Sosiaalityön erityistaitoa on käyttää vuorovaikutusprosessia asiakkaan kanssa niin, että tämä osaa tehdä ratkaisuja ja valintoja, ja samalla kehittyä persoonallisuutena (Lindén 1999, 152).

Rostila (2001, 10 - 15) pitää tärkeänä asiakkaan osallisuutta tilannearvioon. Asiakkaan voimavarat ja toiveet pyritään löytämään yhteistyössä asiakkaan kanssa. Psykososiaalisessa työssä korostuvat dialogisuus, kumppanuus ja asiakaslähtöisyys. Siinä edellytetään empatiataitoja ja kykyä kuunnella. On myös huomattava, että kaikki asiakkaat eivät selviä kaikissa tilanteissa itsenäisesti, jolloin Juhilan (2006, 180) mukaan asiakkuussuhde muuttuu huolenpitosuhteeksi. Huolenpito haavoittuvimmillaan olevista asiakkaista vaatii erityistä kunnioitusta ja sensitiivisyyttä.

### 3.7 Ammattietiikka

*”Sosiaalityö yhteiskuntapoliittisena toimintana ei ole paljonkaan arvoista ellei sen tekijöillä ole rohkeutta asettua niiden ihmisten puolelle, jotka eivät voi puolustaa elämisoikeuttaan suorituksilla, selviytymisellä tai kunniallisella elämäntavalla.”*

(Granfelt 1998,177)

Psykososiaalisen työn ammattietiikan perustana on ihmisen kunnioitus, usko ihmiseen ja hänen kasvuunsa ja itsearvoiseen arvokkuuteensa. Sosiaalityö nojautuu eettisiin lähtökohtiin. Keskeiset eettiset periaatteet ovat ihmisarvo, ihmisoikeudet ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Ammattieettiset valmiudet, kypsyyt ja harkinta ovat tärkeä osa työntekijän ammattitaitoa. Eettiset periaatteet ilmentävät arvoja, joka muuntuvat teoiksi käytännön toiminnassa. Eettinen keskustelu, päätöksenteko ja harkinta on yksittäisen työntekijän lisäksi yhteisöä vastuuttavaa. (Talentian ammattieettinen lautakunta 2017)

Ammattieettinen ohjeisto jaottelee eettiset periaatteet seuraavasti:

- ihmisen oikeus ilmaista tunteitaan ja kielteisiä kokemuksia
- arvostava vuorovaikutus ja luottamus
- itsemääräämisoikeus ja osallisuus
- jokaisen ihmisen ainutlaatuisen kokonaisuuden huomioon ottaminen
- ihmisen voimavarojen ja vahvuuksien huomioiminen
- oikeus osuuteen voimavaroista
- yhdenvertaisuus
- epäoikeudenmukaisten toimintatapojen ja käytäntöjen vastustaminen
- syrjinnän vastustaminen ja erilaisuuden hyväksyminen

Ammattietiikan merkitys on entisestään korostunut vahvassa yhteiskunnallisessa muutoksessa. Sosiaalityöntekijän tulee kunnioittaa potilaan oikeutta tehdä omia valintoja, edellyttäen etteivät nämä ole uhka muille. Sosiaalityöntekijän on puolustettava potilaansa ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa. Sipilä (2011, 51) nostaa esille myös hoivan ja etiikan yhteyden. Hän tarkentaa luottamuksen syntymisen hoivan vastaanottajan ja antajan välillä tarvitsevan eettisen suhteen syntymisen.

Ihmisen tulee saada tuntee itsensä arvokkaaksi. Eettisyys ihmisyydessä perustuu siihen, että kaikki ei ole otettavissa haltuun ja toisen ihmisen aito kohtaaminen vaatii hetkellisesti omien rajojen murtumista ja sen ymmärtämistä, että jokaisen hyvä elämä sisältää eri asioita. Täten esimerkiksi kulttuurinen sensitiivisyys on tärkeää terveyssoaalityössä. (Sipilä, 2011, 53.)

## 4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON REFORMI

Suomessa on meneillään merkittävä sote- ja maakuntauudistus, jonka on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2020. Hallinto jakautuu sen jälkeen valtion, kunnan ja maakunnan tasoilla. Suomen 18 maakuntaa tulevat jatkossa järjestämään alueensa sosiaali- ja terveyspalvelut. Myös muita tehtäviä siirtyy kunnista maakuntiin, mutta keskityn tässä tutkielmassa uudistukseen ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Uudistuksen tavoitteena on asiakaslähtöiset, vaikuttavat ja kustannustehokkaat palvelut.

Reformissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteet tulevat muuttumaan merkittävästi. Poliittinen tahtotila on integroida sosiaali- ja terveyspalvelut yhteiseen organisaatioon asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi, jotka vastaavat oikea-aikaisesti, tehokkaasti ja vaikuttavasti asiakkaan tarpeisiin. Tavoitteena ovat myös säästöt. (Sote- ja maakuntauudistuksen [www-sivut](#).)

### 4.1 Sosiaali- ja terveydenhuoltolain muutokset

Terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen rakenteita muutettiin 1.1.2017 voimaantulleilla laeilla sote-uudistuksessa tavoiteltujen rakenteiden suuntaan sairaalaverkkoa ja yhteispäivystyspalveluja uudistaen. Silloin on tullut voimaan sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muutokset, joiden tavoitteena on yhteensovittaa sosiaali- ja terveyspalvelut. Muutokset sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa koskevat ensi vaiheessa terveydenhuollon päivystyksessä tehtävää sosiaalityötä ja sosiaalipäivystystä. Päivystysuudistuksen lähtökohtana on huomioida koko sosiaalityön kokonaisuus (kunnissa tehtävä sosiaalityö, sosiaalipäivystyksiköissä tehtävä sosiaalityö ja terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö) asiakkaiden tarpeisiin vastaavaksi ja kustannustehokkaaksi. Sen on tarkoitus myös varmistaa, ettei päällekkäistä työtä enää synny järjestelmän sisällä. Siitä syystä terveydenhuollossa

tehtävä sosiaalityö ja -ohjaus sovitettaisiin nykyistä paremmin sekä päivystykselliseen työskentelyyn, sekä kunnan sosiaalitoimessa toteutettavaan sosiaalityöhön. Tämän kautta palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja potilas- ja asiakasturvallisuuden parantuminen riittävän osaamisen varmistamisella ovat myös uudistuksen tavoitteita. (Sote- ja maakuntakuntauudistuksen www-sivut.)

Näiden muutosten tavoitteena on edistää sosiaalihuollon yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta terveydenhuollon rinnalla. Monialaista yhteistyötä on tarkoitus vahvistaa ja edistää. Jatkossa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen järjestävät kaksitoista sairaalaa, joista Satakunnan keskussairaala on yksi. Yhteispäivystys mahdollistaa kiireellisen palvelujen sekä osaamisen keskittämisen paikkaan, joka on väestön tiedossa ja joka on toiminnallisesti tehokas. Palvelut pyritään saamaan saumattomiksi ketjuiksi. Näissä päivystysyksiköissä on oltava niin sosiaali- kuin terveydenhuollon moniammatillinen henkilökunta, joilla on riittävä osaaminen ja oman alueen palvelukokonaisuuden tuntemus. (Sote- ja maakuntauudistuksen www-sivut.) Koskimäen, Koskisen ja Teperin (2002, 283) mukaan jokaiselle palvelun käyttäjälle tulee tarjota samanlaiset palvelut riippumatta sosiaalisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä tai muista tekijöistä. Alueiden eriarvoisuus palvelujen saatavuudessa on noussut esiin huolen aiheena useissa tutkimuksissa (kts. esim. Haverinen ym., 2014, Riski 2008, Reissel ym. 2011).

Myös sosiaalihuollon käytännön ja tutkimuksen piireissä on noussut huolta siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämissuunnitelmat jättävät sosiaalisia kysymyksiä pimentoon ja kehittäminen etenee terveyden ja talouden ehdoilla. Metterin mukaan terveys- ja sosiaalityöstä on paljon vääriä uskomuksia vallalla ja myös tietämättömyyttä (2015, 3).



## 4.2 Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyö lakiuudistuksessa

Lakimuutosten jälkeen sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitetun laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön yhteydessä 1.1.2018 alkaen. Kesällä 2017 siitä annettiin myös asetus kiireellisen hoidon perusteista ja erikoisala-kohtaisista perusteista (583/2017). Terveydenhuollon päivystyksessä tulee olla sosiaalihuollon asiantuntemusta saatavissa helposti, jotta myös sairaalaan tuleva potilas saa tarvittaessa kiireelliset ja välttämättömät sosiaalipalvelut. Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaan (2017, 90) mukaan päivystystyön luonteesta johtuen jokaisen päivystysyksikön käytettävissä tulee olla virkasuhteinen sosiaalityöntekijä, jolla on laajat oikeudet tehdä päätöksiä. Päivystysuudistuksen taustalla on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2011 tekemä päivystystutkimus, jonka mukaan sosiaalipäivystyksen toimintamallien kehittämisen, palvelujen riittävän resursoinnin ja moniammatillisten yhteistyökäytäntöjen tilaa tulisi kehittää (Reissel, Kokko, Milen, Pekurinen, Pitkänen, Blomgren & Erhola 2011).

Nikander (2003, 279) on perännyt jo vuonna 2003 moniammatillisen työskentelytavan näkymistä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaideologiaa koskevissa teksteissä. Vasta nyt vuonna 2017 voidaan se löytää lainsäädännöstä.

## 5 SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIIRIN JA PORIN KAUPUNGIN PERUSTURVAKESKUKSEN PILOTTI

Satakunnan sairaanhoitopiiri on aloittanut 1.3.2017 pilottihankkeen yhdessä Porin Perusturvakeskuksen kanssa, joka jatkuu 28.2.2018 saakka. Pilotin taustalla ovat sosiaali- ja terveydenhuoltolakien muutokset, jotka koskevat kiireellisen ja kiireettömän hoidon järjestämisestä sekä terveydenhuollon yhteistyöstä sosiaalihuollon kanssa. Pilotin tavoitteena on selvittää sosiaalihuoltolain mukaisen sosiaalihuollon palvelutarpeen arvion ja päätöksenteon soveltuvuutta terveystieteiden yhteispäivästyksessä sekä toiminnan integroinnin hyötyjä asiakkaille. Kivelä (2015, 25) kannustaa integraatioon palveluiden tuottamisen parantamisessa. Pilotissa sosiaalityöntekijä työskentelee terveystieteiden yhteispäivästyksen tehtävissä, joihin yhdistetään kunnallisen sosiaalihuollon päätöksentekooikeutta sosiaalihuollosta terveydenhuollon sosiaalityöntekijälle siten, että terveystieteiden yhteispäivästyksen arviota sosiaalihuollon tarpeesta käytetään virallisena palvelutarpeen arviona, kun palvelusta tehdään päätös. Hän tekee sosiaalihuoltolain palvelutarpeen arvion sekä päätöksen niissä tilanteissa, kuin päätöksenteko on tarkoituksenmukaista tehdä asiakkaille, jotka terveystieteiden yhteispäivästyksen kautta ohjautuvat. Toisinaan sosiaalihuollon palveluiden myöntäminen vaatii tarkempia selvityksiä tai kotikäynnin. Näissä tilanteissa päätös palveluista tehdään potilaan kotiuduttua kunnan sosiaalityöntekijän toimesta, koska terveystieteiden yhteispäivästyksen yhteispäivästyksen ei tee kotikäyntejä.

Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arvio ja päätöksenteko edellyttävät terveystieteiden yhteispäivästyksen yhteispäivästyksen työstä virkasuhteessa. Terveystieteiden yhteispäivästyksen toimi on muutettu pilotin ajaksi määräaikaiseksi virkasuhteeksi. Nämä sosiaalihuoltolain mukaiset palvelutarpeen arviot ja niiden kirjaukset tehdään sosiaali-Efficaan, joka on Porin kaupungin Perusturvakeskuksen potilastietojärjestelmä. Pilotointi on vaatinut Satakunnan sairaanhoitopiiriin ja Porin kaupungin Perusturvakeskuksen välistä kirjallista sopimusta asiasta.

Terveyssosiaalityöntekijä on koulutautunut sosiaalihoitolaisten mukaiseen palvelutarpeen arvioon ja päätöksentekoon sekä tietojärjestelmän käyttöön. Pilotille on perustettu myös ohjausryhmä sen tukemiseksi. (Raikisto 2017, 1-3.)

## 5.1 Terveys- ja sosiaalityöntekijä Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä

Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystys tarjoaa potilailleen kiireellistä hoitoa. Päivystyksessä potilaita hoidetaan ympärivuorokautisesti. Päivystyksessä työskentelee moniammatillisia tiimejä. Moniammatillisiin tiimeihin kuuluu lääkäreitä, sairaanhoitajia, lääkintävahtimestareita, perushoitajia, sosiaalityöntekijä, psykiatrisia sairaanhoitajia, geronomi, fysioterapeutti, sihteereitä ja laitoshuoltajia. (Satakunnan shp:n www-sivut.)

Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä työskentelee virka-aikainen sosiaalityöntekijä. Sairaanhoidon palvelujen piiriin tulee ihmisiä, joilla saattaa olla jo sairastuessaan monenlaisia sosiaalisia ongelmia ja he saattavat olla jo kunnallisen sosiaalihoollon asiakkaita. Joillakin potilasryhmillä voi olla sosiaalisten ongelmien ohella vakavia hoitointerventioita vaativia sairauksia. Näissä tilanteissa terveys- ja sosiaalityöntekijän tehtävä on huolehtia siitä, että sosiaaliset tekijät tulevat riittävästi huomioiduiksi potilaan hoidon suunnittelussa. (Kannanoja 2016, 349.)

Terveys on ihmisoikeus. Terveydellä on myös sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ulottuvuus. Sosiaalityöntekijä on kontaktissa suoraan kunnan sosiaalihooltoon tarvittaessa, mutta se ei vähennä terveydenhuollon sosiaalityön tarvetta. Kaikki potilaat eivät ole sosiaalitoimen asiakkaita, muistuttaa Metteri (2015, 6). Sosiaalityöntekijä tunnistaa koulutuksensa ansiosta psykososiaaliset ongelmat muita ammattiryhmiä paremmin ja kykenee tukemaan potilasta paremmin ollessaan lähempänä ja koordinoimaan potilaan palveluja. Terveys- ja sosiaalityössä kartoitetaan potilaan tilanne tarvittavassa laajuudessa, suunnitellaan toimenpiteet sosiaalityön osalta ja laitetaan ne vireille.

Päivystyksessä terveystieteiden työntekijä kohtaa hyvin erilaisia potilasryhmiä ja työskentelee erilaisten sisältöjen parissa. On todettu, että erikoissairaanhoidossa sosioekonomiset erot korostuvat erikoissairaanhoidon palvelujen käytössä (Koskimäki ym. 2002, 287). Seuraavaksi luettelen potilasryhmiä tai tilanteita, joissa sosiaalityöntekijä työskentelee potilaan/ tai perheen kanssa:

- Lapsiperheet, joissa vanhempi joutuu sairaalaan
- Lastensuojelun tarve
- Väkivalta- ja lähisuhdeväkivaltapotilaat
- Tapaturmapotilaat
- Kotitilanteen ja kotona selviytymisen arviointi
- Päihteiden ongelmakäyttö
- Omaishoitajatilanteet
- Toistuvat päivystyskäynnit
- Sosiaalietuuksien ja -palveluiden tarve, ohjaus ja neuvonta
- Psykososiaalinen tuki ja keskustelu

Yhteispäivystyksessä potilaat ohjautuvat sosiaalityöntekijälle muiden ammattiryhmien ohjaamana, jonka vuoksi henkilökunnalla tulee olla tietämystä sosiaalityöstä. Yhtä lailla potilaat ja heidän omaisensa voivat olla itse suoraan yhteydessä sosiaalityöntekijään. Terveystieteiden työntekijä tapaa eniten päivystysten potilaita virka-aikana, mikä on sovittujen käytäntöjen mukaista. Potilaan tarpeen vaatiessa hän on yhteydessä sosiaalipäivystykseen, kuntien sosiaalityöntekijöihin ja muihin yhteistyötahoihin.

## 6 TUTKIELMAN TOTEUTTAMINEN

Tämä tutkielma on Satakunnan sairaanhoitopiirin hyvän hoidon ja palvelun ja kehittymisen arvojen mukaista. Tutkielma nivoutuu Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirien muodostaman erityisvastuualueen tutkimusohjelman 2016–2018 mukaisiin potilaslähtöisten palveluiden ja palvelujärjestelmän painopistealueisiin. Erityisvastuualueen tutkimus on monitieteistä ja tieteiden välistä yhteistyötä. (Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen hoitotieteellinen tutkimusohjelma vuosille 2016–2018.) Olen aloittanut tutkielmani tekemisen tammikuussa 2017 graduseminaareissa. Tarkastelen tässä kappaleessa tutkimukseni toteuttamista. Ensin käsittelen tapaustutkimuksen metodologiaa, jonka jälkeen esittelen tutkimuskysymykseni. Tutkimuksen aineistoa käsittelen luvussa 6.3. Sen jälkeen esittelen aineistoni ja suorittamani sisällönanalyysin. Tutkielmani eettisiä lähtökohtia avaan luvussa 6.5.

### 6.1 Tapaustutkimus

Tutkimusstrategiani tässä tutkielmassa on tapaustutkimus (case study), jonka toteutan laadullisin menetelmin. Tapaustutkimukselle on tyypillistä tarkastella yksittäistä tilannetta, tapahtumaa tai rajattua kokonaisuutta. Hirsjärvi, Sajavaara ja Remes (2014, 125) kuvaavat tapaustutkimuksen usein pyrkivän tutkimuskohteen ominaispiirteiden systemaattiseen, tarkkaan ja totuudenmukaiseen kuvailuun. Tapaustutkimus voi sisältää kvalitatiivisten menetelmien lisäksi kvantitatiivisten menetelmiä ja siinä voidaan käyttää erilaisia aineiston keruuta ja analyysimenetelmiä (Saaranen & Kauppinen 2006). Yin (2014, 2-3) esittää tapaustutkimuksen soveltuvan erinomaisesti tilanteeseen, jossa tutkimus fokuoituu tietyn ilmiön tutkimiseen erityisessä kontekstissa. Toisaalta on esitetty, että tapaustutkimuksen tekijää

vie eteenpäin alustava tieto siitä, että tapaus on tärkeä. Kuitenkin sen merkitys avautuu toden teolla vasta tutkimuksen kuluessa. (Laine, Bamberg & Jalonen 2007, 16.)

Tapaustutkimuksellinen lähestymistapa on ollut sosiaalitieteissä suosittua ennen survey-tutkimuksen yleistymistä. 1900-luvun alussa tapaustutkimuksellista kenttätyöskentelyä on monipuolistettu aktiivisesti ja keskeisiä tutkimusmenetelmiä ovat olleet havainnointi, haastattelut ja erilaisten dokumenttien keräys ja analysointi. (Eriksson & Koistinen 2005, 2.) Laine, Bamberg ja Jokinen (2007, 12 - 13) mainitsevat Chicagon koulukunnan olleen hyvin vaikutusvaltainen amerikkalaisessa sosiologiassa, joka on vaikuttanut tapaustutkimuksen kehitykseen voimakkaasti. Suomalaisen sosiaalitieteellisen tutkimuksen historiasta löytyy myös tutkimussuuntia, joissa tehtiin tapaustutkimuksen mukaista tutkimusta. Tapaustutkimuksen oppikirjoista osa on perusoppikirjoja, jotka kertovat kuinka tapaustutkimus tehdään yksinkertaisen kaavan mukaan. Menetelmää kehittävät kirjat ovat vaativampia, sillä ne keskittyvät koko prosessiin, käsittelevät teoriaa ja yleistämisen ongelmaa sekä keskittyvät tiettyihin metodeihin, joita käytetään tapaustutkimuksen sisällä. (Eriksson 2005, 16 - 17.)

Tutkimus on Malmstenin (2007, 72 - 73) mukaan valintojen tekemistä. Tutkimusprosessin alusta alkaen tunnistan pohtineeni erilaisia mahdollisia jäsennyksiä. Jokainen valitsemani näkökulma rajasi jonkin toisen pois. Temaattiset, alueelliset ja ajalliset rajaukset ovat niitä, joiden parissa tutkija joutuu punnitsemaan valintojaan. Eriksson (2005, 22) vertaa tapaustutkimuksen tuloksia valokuvaan. Valokuvaaja valitsee kohteen ja taustan elementit, jotta saa ideansa välitettyä. Kuvassa kohde on terävä ja taustahahmot vähemmän teräviä. Kehys on tarkkaan valittu, jotakin jää ulkopuolelle, vaikka maailma jatkuu kuvan ympärillä äärettömiin. Kehys rajaa myös konteksteja. Tutkijana näkemykseni perustuu aineistooni ja analyttinen kehys ja konteksti tarjoavat tulkintakehyksen, jolla voin ymmärtää tutkimuskohdettani.

Tapaustutkimuksen peruslähtökohtana on tuottaa tietoa erityisistä paikkaan ja aikaan sidotuista ilmiöistä tai prosesseista. Konteksti rakentuu tapauksen laajemmasta ympäristöstä, kuten toimialasta tai poliittisesta tilanteesta, johon tapaus liittyy. Tapauksen kontekstin kuvaaminen on tärkeää, sillä juuri konteksti muovaa tapausta. Erikssonin (2005, 7) sanoin

*tapaus muovaa kontekstia ja konteksti tapausta.* Tämä Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Porin perusturvan pilotti on erityisen ajankohtainen integraatiokokeilu päivystysuudistuksen aikana, kun palvelurakenteita muokataan parhaillaan kohti sote- ja maakuntauudistuksen suuntaan. Tutkielmani tavoite on myös tuoda terveystieteellisiä näkökulmia näkyviin organisaatiossa, jossa työskentelen.

Tutkielmani täyttää ekstensiivisen tapaustutkimuksen tunnusmerkit. Tavoitteena ekstensiivisessä tapaustutkimuksessa on joko aiempien teoreettisten käsitteiden testaus ja täydentäminen uudessa ympäristössä, uusien teoreettisten ideoiden tai käsitteiden kehittäminen ja kokeilu tai uuden teoreettisen selitysmallin luominen. Päähuomio on teoreettisissa käsitteissä. (Eriksson & Koistinen 2005, 34.) Tutkijan on hyvä pysähtyä miettimään tutkimuksen eri vaiheissa, mitkä ovat ne teoreettiset keskustelut, joihin tutkija haluaa osallistua omalla tutkimuksellaan. Omassa tutkielmassani haluan tuoda terveystieteellisiä näkökulmia näkyväksi, jotta se ei jää huomiotta palvelurakennemuutoksessa.

Triangulaatiolla on mahdollista parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Tapaustutkimuksellekin on tyypillistä, että käytetään eri menetelmiä, jotka voivat tarjota toisistaan poikkeavia tuloksia. Triangulaatio jaetaan yleisimmin neljään eri päätyyppiin, jotka ovat: tutkija-, teoria-, menetelmä- ja aineistotriangulaatio. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141.) Teoriatriangulaatio tarkoittaa sitä, että samaan kohteeseen sovelletaan toisiaan täydentäviä käsitteellisiä näkökulmia. Tässä tutkielmassani olen nojautunut aikaisemmin esittelemiini erilaisiin teorioihin ja jäsenyyksiin, joista rakentuu se tulkintakehys, jonka kautta jäsenän ja pyrin ymmärtämään omaa aineistoani.

## 6.2 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Satakunnan sairaanhoitopiiri ja Porin kaupungin Perusturvakeskus ovat aloittaneet maaliskuussa 2017 pilotin, jossa kokeillaan sosiaalihuoltolain mukaisen sosiaalihuollon soveltumista terveystieteiden alaan. Satakunnan sairaanhoitopiirin terveystieteiden johtajan toimeen on liitetty pilotin ajaksi Porin kaupungin Perusturvakeskuksen viranomaisoikeudet. Näin ollen hän voi tarkoituksenmukaisissa tilanteissa aloittaa sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin jo yhteispäivystyksessä. Tutkin pro gradu -tutkielmassani Satakunnan keskussairaalan laajassa yhteispäivystyksessä tehtävän terveystieteiden sisällöt, sekä sisältöjen perusteella siinä vaadittavaa asiantuntijuutta.

Tutkimusstrategiani on tapaustutkimus, jonka tuotan laadullisin menetelmin. Tämä Satakunnan keskussairaalan ja Porin kaupungin Perusturvakeskuksen yhteinen pilotti on osaltaan ”SOTE-hengen” mukaista toimintaa integroiden kunnallisen sosiaalihuollon sosiaalityötä terveydenhuoltoon kohti potilaslähtöisempää, kustannustehokkaampaa ja vaikuttavampaa palvelua. Lisäksi sen taustalla on 1.1.2017 voimaan astunut päivystysuudistus, jossa sosiaalityön ja psykososiaalisen tuen saatavuutta laajan päivystyksen sairaalassa vahvistetaan. Tarkastelen tutkielmassani pilotin vaikutuksia terveystieteiden sisältöihin.

Tutkimuskysymykseni ovat:

Mitä ovat terveystieteiden sisällöt ja asiantuntijuus Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä?

Muuttaako sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi terveystieteiden sisältöjä ja asiantuntijuutta?

Mitä vaikutuksia palvelutarpeen arvioinnin aloittamisella yhteispäivystyksessä on asiakkaiden palveluprosesseihin?



### 6.3 Tutkielman aineisto

Aineistoni koostuu asiakasdokumentaatiosta. Asiakasdokumentaation tutkimuskäyttö ei ole kovin yleistä sosiaali- ja terveystieteissä, vaikka se onkin viime vuosina lisääntynyt. Kirsi Günther (2015) on tutkinut ammatillista kirjaamista mielenterveystyön arjessa väitöskirjassaan. Pro gradu -tutkielmissa on tutkittu dokumenttien perusteella sosiaalityön retoriikkaa esim. kunnioituksen näkökulmasta (kts. Ruotsalainen 2010) ja sosiaalisen rakentamisessa (kts. Kaasalainen 2016). Johnson ja Bullock (2009, 222 - 223) nimittävät sitä uinuvaksi (sleepers) aineistoksi, jolla olisi merkittävä arvo tutkimuksessa. Sosiaalityötä tehdään asiakkaita varten ja sosiaalityön dokumentaatio olisi yksi mahdollisuus tehdä näkyväksi sosiaalityön menetelmiä. Olen ollut ammatillisesti kiinnostunut dokumentaatiosta ja sen tutkimisesta aikaisemmin, joten oli luonnollista valita myös aineistonkeruumenetelmäksi dokumenttien kerääminen.

Aineisto koostuu pilotin aikaisista sosiaalityöntekijän kirjaamista potilasdokumenteista, jotka ovat kirjoitettu kahteen eri potilastietojärjestelmään. Osa näistä on Satakunnan sairaanhoitopiirin potilastietojärjestelmä ESH-Effican SOSI-lehtien kirjauksia ajanjaksolla 18.3.2017–24.9.2017. Osa aineistosta on Porin kaupungin Perusturvakeskuksen asiakastietojärjestelmä sosiaali-Effican kirjauksia samalla ajanjaksolla. Aineiston keruun aikajana määrittyi tutkielman aikataulun etenemisen ja käymäni keskustelun Satakunnan sairaanhoitopiirin johtavan sosiaalityöntekijän kanssa. Aineisto koostuu kahden eri sosiaalityöntekijän potilaskirjauksista. Valtaosan aineiston dokumentaatiosta on kirjannut pilotissa työskentelevä terveysosiaalityöntekijä. Loppuosan dokumentoinnista on kirjannut hänen vuosilomasijaisensa. Huomionarvoista on, että hänen sijaisensa työskennellessä ei ole muodostunut sosiaalihuollon kirjauksia.

Yksi potilasdokumentti muodostaa yhden aineistoyksikön, mutta tapaamisia tai yhteydenottoja joista dokumentit koostuvat, voi olla useita. ESH-Effican dokumentteja on yhteensä 150 kpl. Olen numeroinut nämä kirjaukset potilasdokumenttien mukaan numeroin 1–150 aineiston hallinnan helpottumiseksi. Paperille tulostettuna tämä oli 138 sivua

potilasdokumentointia. Sosiaali-Effican dokumentit koostuivat 18 asiakkaan kirjauksista, jotka numeroin myös niitä käsitellessäni numeroin 1–18.

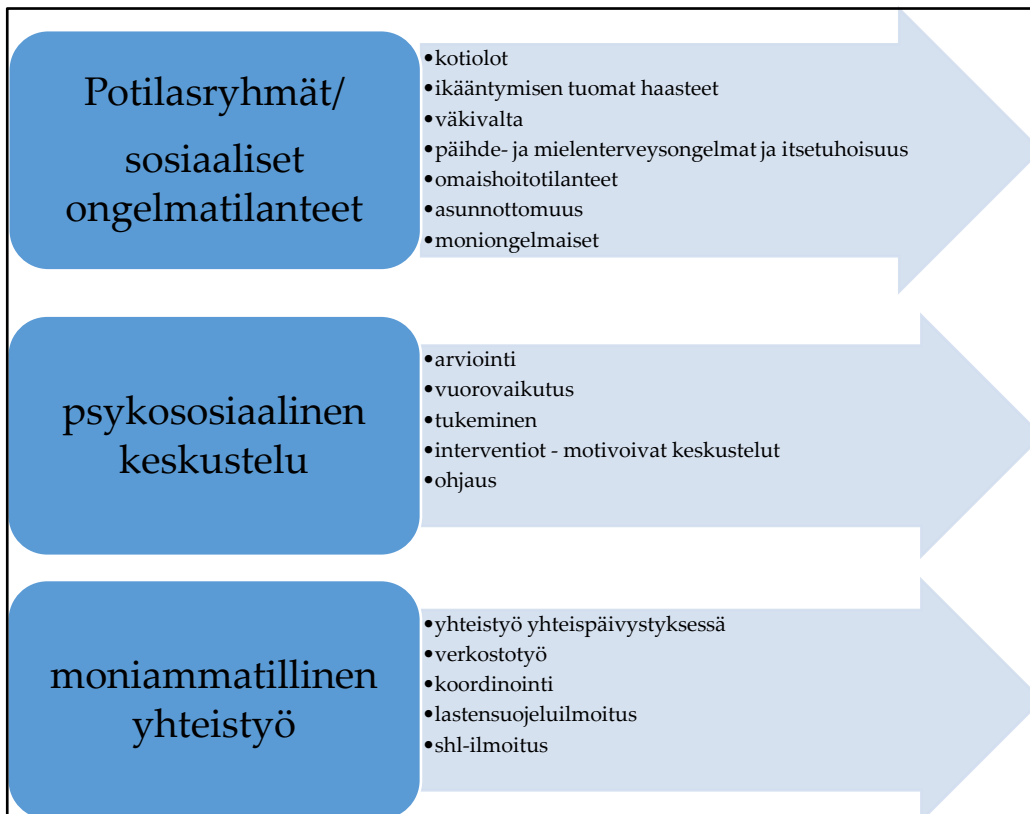
#### 6.4 Aineiston sisällönanalyysi

Analyysin aloitin tutustumalla dokumentteihin lukien niitä useita kertoja uudelleen saadakseni tarkan kokonaiskuvan aineistosta. Tässä vaiheessa sain huomata aineiston sisältävän jatkuvasti uusia ja yllättäviäkin puolia riippuen mistä näkökulmasta niitä katsoi. Alasuutarikin (2007, 86) kuvaa aineistoa rikkauksiltaan lähes ehtymättömäksi. Sen jälkeen jatkoin lukemista kirkastaen teoreettisen viitekehyksen ajatuksissani ja keskityin ainoastaan sosiaalityöntekijän tekemän työn sisältöön ja asiantuntijuuteen psykososiaalisen sosiaalityön orientaation viitekehyyksessä osana moniammatillista potilaan hoitoa.

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tuloksen laajempaan kontekstiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Sisällönerittelystä puhuttaessa tarkoitetaan kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa kuvataan määrällisesti aineiston sisältöä. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 107 - 108) kuvaavat sitä esimerkiksi tietyn asian esiintymistiheyden laskemisena tutkimusongelmasta riippuen. Tutkimuskysymyksen luonteen vuoksi näin tarkoituksenmukaisena käyttäen analyysissani molempia tapoja, jotta voisin vastata tutkimuskysymyksiini mahdollisimman tarkasti. Kuitenkin raporttiin olen päätenyt tuomaan vain joitakin tarkoituksenmukaisia aineiston määrällisiä kuvauksia. Aineiston analyysissä käytin teoriasidonnaista, abduktiiviseen päättelyyn perustuvaa sisällönanalyysia, jossa ajattelua ohjasivat sekä aineistolähtöisyys että valmiit teoreettiset mallit (Tuomi & Sarajärvi 2006, 99). Psykososiaalisen sosiaalityön orientaatio ja moniammatillisuus toimivat sisältöjen tulkintakehyksinä, joiden avulla tein aineistosta poimintoja ja havaintoja. Siitä huolimatta pyrin säilyttämään uteliaisuuden ja sensitiivisyyden aineistolle,

koska tutkimusasetelmassa olin päätyneet teoriaohjaavaan analyysiin, en teorialähtöiseen. Pyrin irrottautumaan ennakkoluuloistani ja pidättäytymään ryntäämisestä johtopäätöksiin, jota Eriksson ja Koistinen (2005, 35) pitävät yleisenä tutkijan kompastuskivenä.

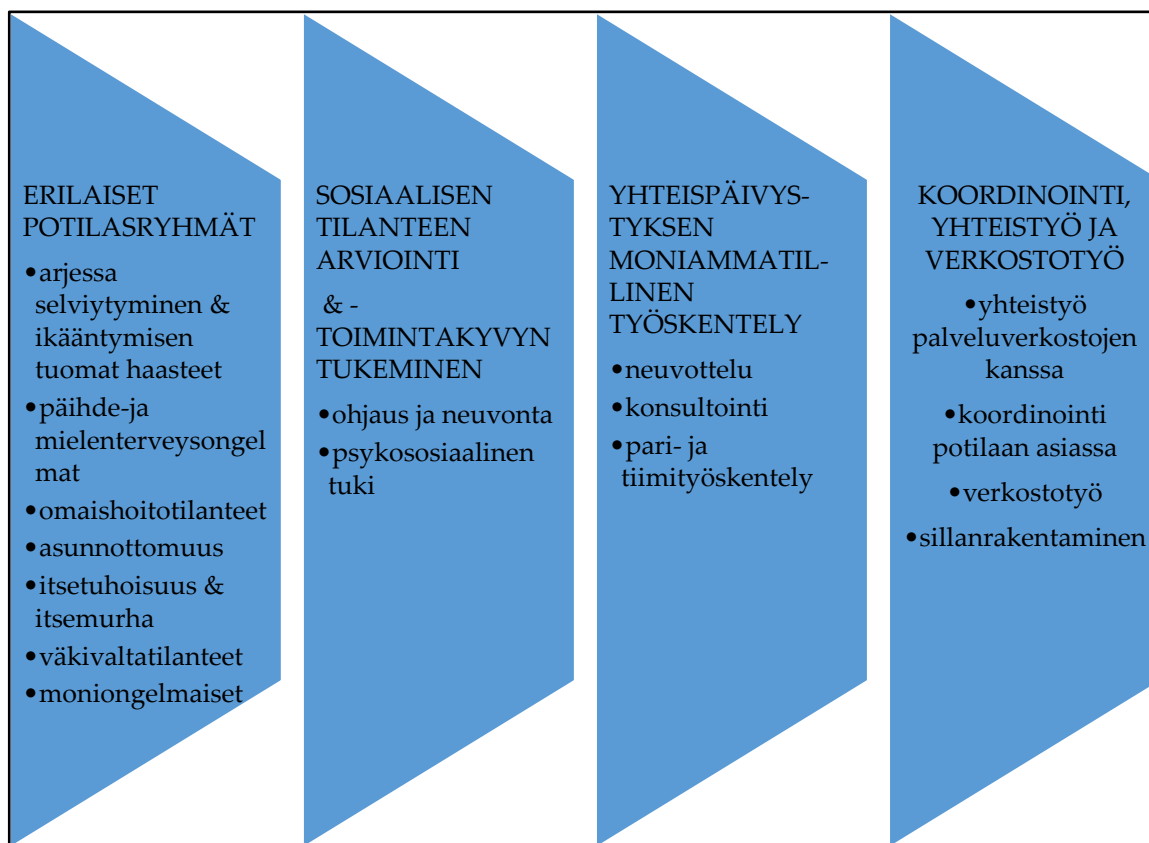
Saatuani syvällisen käsityksen aineistosta, aloin etsimään yhtäläisyyksiä. Teemoittelin sisällöt käyttäen eri värejä, joilla väritin samat teemat. Sen jälkeen luin teemoittain niitä uudelleen läpi ja etsin yhtäläisyyksiä ja eroja. Aineistoa analysoidessa aluksi teemoiksi nousivat erilaiset potilasryhmät, psykososiaalinen keskustelu ja yhteistyö. Teemojen väriytyksen jälkeen aloin koodata niistä löytyviä sisältöjä. Koodit voivat perustua teoriaan ja aikaisempaan tutkimukseen, jolloin käytetään teorialähtöisen koodin käsitettä (Eriksson & Koistinen 2005, 35). Seuraavassa kuviossa näkyvät alustavat teemat ja koodit, joita käytin analyysissä.



Kuvio 1. Analyysin alustavat teemat ja koodit.

Yritin pitää mielessäni Thomasin (2011, 193) neuvon kirkkaana mielessäni siitä, että analyysiä tehdessäni voin sekä käyttää, että rakentaa omaa teoriaa käyttäen sosiologista mielikuvitusta. Näin analyysissä kävikin. Tulokset rakentuivat pikkuhiljaa muotoonsa. Aineiston

sisällöllisille asioille muotoutui neljä teemaa ja ne saivat alaluokkia, jotka koodasin. Teemoiksi muotoutuivat erilaiset potilasryhmät, arviointi, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, moniammatillinen toiminta ja yhteistyö. Tausta-ajatukseni oli, että analyysi tulee rakentumaan luokittelun pääluokkien pohjalta, kuten esittelin luvussa 3.3, mutta aineisto ohjasi minua päätymään hieman erilaiseen tulosten esittämiseen. Tätä aluksi epäröin, mutta päädyin kuitenkin rakentamaan tutkielmasta juuri sen näköisen, kuin se aloittelevalla tutkijalle näyttäytyy. Tapaustutkimusta tehdessä oman teorian rakentaminen tuntuu sallitulta. Olen kuitenkin esittänyt avoimesti ja huolellisesti valintani. Seuraavaksi esittelen teemat ja koodit, joihin lopulta päädyin.



Kuvio 2. Lopulliset teemat ja koodatut sisällöt.

Tämän jälkeen siirryin käsittelemään aineistoa, jonka olen saanut sosiaalihuollon sosiaali-Effican asiakastietojärjestelmästä. Luin ensin useaan kertaan aineiston läpi. Nämä kirjaukset tuntuivat jo tutuilta, olinhan tutustunut jo aikaisemmin potilaiden elämäntilanteisiin

päivystykseen joutuessa. Nämä dokumentit eivät sisällöllisesti juuri eronneet terveystieteellisen dokumentaation dokumenteista. Suurin ero oli kirjoitusmuoto, dokumentissa käytetään käsitettä "asiakas", kun terveystieteellisyössä kirjoitetaan "potilaasta". Myös asiakkaan etunimeä käytetään kirjauksissa. Tämä aineisto oli teemoiteltavissa ja koodattavissa juuri samoin, kuin ESH-Effican dokumenttiaineisto. Molempien aineistojen terveystieteellisen sisällön näyttö näyttäytyi samankaltaisena. Eroa sisällössä ei ollut löydettävissä, mutta palvelutarpeen arvioon aloittaminen eroaa kuitenkin terveystieteellisyöstä. Käytyäni pitkään pohdintaa asian esittämiseksi, päädyin esittämään nämä eri aineistojen tuottamat sisällöt prosessin omaisesti, joissa ero tulee nähtäväksi. Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arvio näyttö teknisesti lisäosana terveystieteellisyöhön. Asiakkaiden ongelmat ja elämäntilanteet ovat muutosten paineessa sekä moniongelmaistuneet (kts. Metteri 2012), joka näkyy aineistossa. Terveystieteellisyö voidaan nähdä aineiston perusteella prosessina, jonka sisältö ja järjestys vaihtelevat potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan. Prosessi alkaa siitä, kun sosiaalisyöntekijä saa tiedon potilaasta. Useimmiten sosiaalisyöntekijään on yhteydessä päivystyksen moniammatillisen työryhmän jäsen.

Terveystieteellisyössä tehdään tarvittaessa sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitus (35§) kunnan sosiaalihuoltoon, kun potilas tai hänen perheensä tarvitsevat arvioinnin mukaan sosiaalihuollon palveluita. Tämä ilmoitus tehdään yleisesti ensin puhelimitse ja sen jälkeen myös aina kirjallisesti. Näiden tekemisen, joita aineistossani esiintyi 12, olen sisällyttänyt yhteistyön, koordinoinnin ja verkostotyön luokkaan. Tutkielmani aineistossa Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Porin kaupungin Perusturvan pilottiin liittyen terveystieteellisyöntekijä on voinut aloittaa sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioon teon jo päivystyksessä, mikäli se on tarkoituksenmukaista. Näihin liittyvät dokumentit ovat siis sosiaali-Effican asiakaskirjausten dokumentteja pilotin ajalta.

Suurin ero dokumentoinnissa näkyy siinä, että henkilöistä kirjoitetaan asiakas – käsitteellä, ei potilaana. Myös asiakkaan etunimi näkyy kirjauksissa. Yhdeksän asiakkaan teksteissä ei ole juurikaan eroa päivystyksen SOSI-lehden kirjauksiin. Viiden asiakkaan kohdalla sosiaalisyöntekijä on aloittanut palvelutarpeen arvioinnin jo potilaan ollessa päivystyksessä. Tätä

tarkastelen tarkemmin tulosluvuissa. Tutkimuskysymykseeni sosiaalityön sisällöistä vastaan tulosluvussa seitsemän (7). Tulosluku sisältää aineiston analyysissa jäsentämäni sisällöt molemmista aineistosta.

Saatuani yhteispäivystyksen terveystieteiden sisällöt analysoitua siirryin miettimään tutkimuskysymystäni asiantuntijuudesta. Tähän mennessä olen lukenut jo teoria- ja tutkimuskirjallisuutta runsaasti, joka tulkintakehyksenä tarkastelin aineistoni sisältöjä. Päädyin sisällyttämään aineiston analyysini perusteella jäsentämäni sisällöt kolmeen eri asiantuntijuuden luokkaan, jotka ovat tiedollinen, menetelmällinen ja eettinen asiantuntijuus. Tarkastelen näitä tulosluvussa kahdeksan.

## 6.5 Tutkimusetiikka

Etiikka kulkee moraalisisinä valintoina ja päätösinä koko tutkimusprosessin ajan. Se alkaa aiheen valinnasta ja jatkuu aina tutkimusten tulosten vaikuttavuuteen saakka. Tutkija joutuu tapauskohtaisesti etsimään tilanteeseen sopivat ratkaisut, sillä kaikkiin tilanteisiin ei voi olla etukäteen laadittuja eettisiä sääntöjä. Myös lainsäädäntö määrittää tutkimusta ja antaa sille reunaehdot. (Kuula 2006,13 - 14.) Tutkielman alusta alkaen olen joutunut miettimään tekemiäni valintoja ja huomannut eettisten kysymysten olevan erityisen vaativia. Useassa tilanteessa olen joutunut reflektoimaan jo tekemiäni valintoja uudelleen varmistaakseni niiden olleen eettisesti kestäviä. Raportissani olen huolellinen, tarkka ja pyrin kuvaamaan avoimesti kaikki tekemäni ratkaisevat valinnat koko tutkimusprosessin ajan.

Oman ammatillisen kiinnostukseni pohjalta dokumentointiin, sekä tutkimuskysymysten luonteen vuoksi päädyin keräämään aineiston potilastietorekisterin merkinnöistä, jotka ovat salassa pidettäviä henkilötietoja. Tämän vuoksi olen tutustunut hyvin tarkasti jo ennen tutkimuslupien hakemista rekisteriaineistojen koskevaan lainsäädäntöön. Julkisuuslain 28 § antaa mahdollisuuden saada rekisteriä hallitsevalta organisaatiolta salassa pidettäviin

tietoihin käyttöluvan tieteellistä tutkimusta varten. Henkilötietolaki (523/99) sääntelee henkilötietojen käsittelyn yleisistä edellytyksistä; myös niistä edellytyksistä, joilla henkilötietoja voidaan kerätä ja tallettaa tai muutoin käsitellä tieteellistä tutkimustarkoitusta varten.

Tutkimusluvut olen hakenut Satakunnan sairaanhoitopiiriltä ja Porin kaupungin Perusturvakeskuksesta, joiden potilastieto- ja asiakasrekistereistä tutkielman aineisto kerätään. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää potilasasiakirjat (13 §) salassa pidettäviksi. Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi olen pyytänyt Porin kaupungin Perusturvakeskuksen pyynnöstä Satakunnan korkeakoululaitoksen yhteisen ihmistieteiden tutkimuseettisen toimikunnan lausunnon tutkimussuunnitelmasta. Arvioinnin ohjeellisena lähtökohtana ovat ihmistieteiden eettiset periaatteet: tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuojat. (Satakorkean tutkimuseettinen toimikunta.)

Työskentelen itse samassa organisaatiossa, jossa osa aineistonkeruusta tapahtuu. Saan potilasdokumentit valmiiksi ilman henkilön tunnistetietoja. Eettisten ongelmien käsittely yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa on ollut vähäistä yleisessä tutkimuskeskustelussa. Kuusisto-Niemi, Rissanen ja Saranto (2014, 259) esittävät yhdeksi syyksi sen, että eettiset kysymykset kuuluvat kiinteästi sosiaalityön olemukseen ja eettisen näkymän erottaminen tutkimuksen eettisistä kysymyksistä on haasteellista. Suoritan tutkimuksen hyvän tieteellisen tutkimuksen edellyttämällä tavalla. Tiedostan oman työkokemukseni samassa organisaatiossa terveys- ja sosiaalityöntekijänä väistämättä vaikuttavan dokumenttien lukemiseen. Omassa työssäni dokumentaatiota kirjoittaessa olen tiedostanut siihen vaikuttavia asioita. Käsitelin sitä tarkemmin luvussa 3.4. Olen pyrkinyt lukemaan aineistoa ilman ennakkokajatuksia ja säilyttämään sensitiivisyyden sen tarjoamalle sisällölle, vaikka olenkin analyysin toteuttanut teoriaohjaavasti.

En käsitellyt henkilötietoja tutkielmassa, vaan tarkastelen terveys- ja sosiaalityöntekijän tekemän työn sisältöä. Tutkimukseni ei vahingoita potilaita ja kunnioitan potilaiden yksityisyyden suojaa ja käsitelin aineistoa ehdottoman luottamuksellisesti. Raportissani kiinnitin

erityistä huomiota kirjoittamisasuun. Kirjoitin arkaluonteisistakin asioista potilaan yksityisyyttä kunnioittaen. Raportissani kukaan potilas ei ole tunnistettavissa. (Kuula 2006, 62 - 64.) Tämän vuoksi jouduin raporttia kirjoittaessa pohtimaan tapaani kirjoittaa. Tämä osoitautui yllättävän vaativaksi tehtäväksi. Sosiaalityön kontekstissa ihminen saattaa jakaa erityisen arkaluontoisempia tietoja elämästään. Olen joutunut tekemään tietoisia valintoja, että joitakin yksityiskohtaisia asioita olen jättänyt raportistani pois juuri potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi. Olen kuitenkin pyrkinyt kuvaamaan aineistoa ja peilaamaan sitä tutkimuskysymyksiin mahdollisimman avoimesti, jotta tutkimuksen luotettavuus säilyy. Tutkielmani törmää laadullisen tutkimusperinteen ongelmiin sen reliaabeliutta ja validiteettia arvioitaessa. Tutkielma ei ole yleistettävissä, vaikka varmasti samansuuntaisia tuloksia olisi saatavissa samanlaisesta tutkimuksesta eri sairaaloiden yhteispäivystyksissä. Yleistykseen tosin en tässä tutkielmassa pyrikään. Tapaustutkimus pyrkii tuottamaan paikallisesti tietystä ilmiöstä tietoa. Tässä tutkielmassa se on Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen terveystieteiden ja pilotissa tehty sosiaalityö sisältöineen.

Sosiaalityön asiakastyössä näyttäytyvät eettisesti hankalat tilanteet, jonka vuoksi alan tutkimusaineiston saaminen on eettisesti haastavaa. Asiakasdokumentaatiota syntyy jokaisessa sosiaalityötä tekevässä instituutiossa. Sen hyödyntäminen tutkimuskäyttöön ei ole kovin yleistä sosiaalityössä edelleenkään, vaikka se viime vuosina on lisääntynyt. Tutkimuksessa tulee huomioida se, että asiakasdokumentaatiota ei ole luotu tutkimuskäytön näkökulmasta. Näin eettisiä kysymyksiä nousee jo siitä, mitä dokumentit sisältävät ja mitä niihin on jätetty kirjaamatta. (Kuusisto ym. 2014, 258.)

Aineistoni koostuu kahden eri rekisterin potilasdokumenteista. Analyysissäni en yhdistä näiden rekisterien tietoja, vaan käsittelen jokaista potilasdokumenttia omana aineistoyksikkönä. Analyysissä käytän käsitettä potilas, kun kuvaan aineistoyksikön sisältöä. Tutkimuskysymykseni määrittävät aineistojen käyttöä, ja nämä eri rekistereistä saatavat dokumentit vastaavat kysymyksiin joko samalla tai toisistaan eroavalla tavalla. Potilasdokumenttien suuren määrän vuoksi henkilökohtaisen suostumuksen pyytäminen potilailta ei ollut mahdollista. Tässä jouduin käymään pitkään eettistä pohdintaa, koska suostumuksen



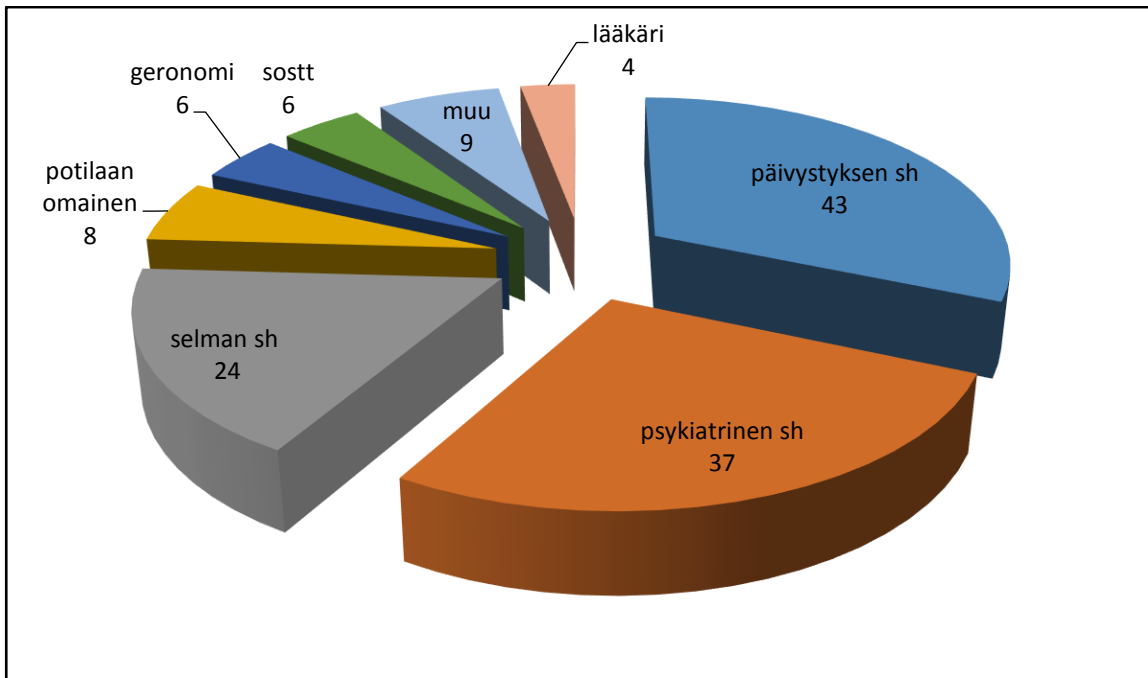
pyytäminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. En kuitenkaan löytänyt tarkoituksenmukaista ratkaisua asiaan, jonka vuoksi päädyin anomaan tutkimuslupaa ilman tutkittavien suostumusta. Tästä syystä päädyin kiinnittämään erityistä huomiota raportin kirjoittamisasuun.

Sain potilasdokumentit molemmista organisaatioista valmiiksi Medbitin, potilastietojärjestelmän ylläpitäjän toimittamana ilman henkilöiden tunnistetietoja. Ennen aineiston analysointia anonymisoin vielä dokumentit arkaluontoisten tietojen osalta, jotta kukaan ei ole tunnistettavissa. Mäkelä (2008, 292) huomauttaa myös vahvojen tunnisteiden poistamisen olevan tärkeää kategorisoinnin välttämiseksi. Itselleni tutkijana on erityisen tärkeää säilyttää potilastiedot huolellisesti kenenkään yksityisyydensuojaa loukkaamatta. Tutkimusaineisto säilytetään lukollisessa Satakunnan keskussairaalassa työhuoneessani E2 kaapissa. Vasta työvaiheessa olevaa raporttia siirsin myös kotiin työn sujumuuden vuoksi. Tunnistettavuuden estäminen on yksi tärkeimmistä tutkimuseettisistä normeista ihmistieteissä. Varmistan, että raportissani kukaan ei ole tunnistettavissa. Tuhoan aineiston heti kun pro gradu -tutkielmani on hyväksytty. Työskennellessäni itse samassa organisaatiossa, jossa aineiston dokumentit on kirjoitettu, koin tärkeäksi pitäytyä keskustelemasta aineistosta ja tutkielman etenemisestä työyhteisössä analyysivaiheessa, jotta se ei vaikuttaisi tekemiini ratkaisuihin.

## 7 TERVEYSSOSIAALITYÖ YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Siirryn tässä luvussa esittelemään tutkielmani tuloksia. Esittelen analyysini kautta jäsentämiäni yhteispäivystyksen sosiaalityön prosesseja ja sisältöjä. Yhteispäivystyksessä potilaiden terveydentila ja/tai toimintakyky ovat alentuneet erilaisista syistä. Terveys- ja sosiaalityössä korostuu sosiaalityöntekijän ymmärrys ymmärtää sairauksien yhteys potilaan toimintakykyyn (esim. Gåfväls 2014; Kananoja 2016; Keefe & Jurkowski 2013; Korpela 2014; Leppälahti 2014 & Metteri 2015). Sosiaalityössä tarvitaan yhteiskunnallista tietopohjaa, joka sisältää ihmisten elämää sisältävää olosuhdetietoa ja eri ilmiöiden tulkintatietoa, jonka Sipilä (2011, 96) näkee erityisen tärkeänä yhteiskunnallisena kompetenssina. Luvussa 7.1 esittelen potilasryhmiä ja sosiaalisia ongelmia, joiden hoitoon sosiaalityöntekijä kutsutaan mukaan. Yhteispäivystyksen terveys- ja sosiaalityö etenee prosessina, jota avaan luvussa 7.2. Sosiaalisen tilanteen arvio on sosiaalityön perusta, jonka ohjaamana sosiaalityöntekijä tekee tarvittavan intervention. Sitä tarkastelen luvussa 7.3. Potilaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen sisältää erilaisia elementtejä, joita käsittelem luvussa 7.4. Yhteispäivystyksen moniammatillista yhteistoimintaa tarkastelen luvussa 7.5, jonka jälkeen potilaan asiaa edistään usein myös sairaalaorganisaation ulkopuolella yhteistyön, koordinoinnin ja verkostotyön keinoin luvussa 7.6.

Päivystyksen toimintaympäristössä lääketieteen ja hoitotieteen ajattelumallien ollessa valitsevia, sosiaalityöntekijän vastuulla on perehdyttää muut työntekijät työhönsä (Metteri, 2015). Tässä perehdytyksessä tulee onnistua, koska muiden alojen työntekijöiden kautta potilaat ohjautuvat sosiaalityöntekijän tietoon, vaikka potilas voi olla suoraan itsekin yhteydessä sosiaalityöntekijään. Henkilökunnan on todettu tietävän liian vähän sosiaalityöstä (esim. Keefe & Jurkowski 2013; Korpela 2014; Korkealaakso 2014). Päivystyksessä sosiaalityöntekijä on kehittänyt yhteistyötä viime vuosina muiden ammattiryhmien kanssa osallistumalla osastotunneille, lähettämällä sähköisiä tiedotteita ja jalkautumalla päivystykseen. Seuraavaksi esittelen taulukon, josta näkyy yhteydenottojen lukumäärät ammattikunnittain.



Kuvio 3. Yhteydenotto sosiaalityöntekijään.

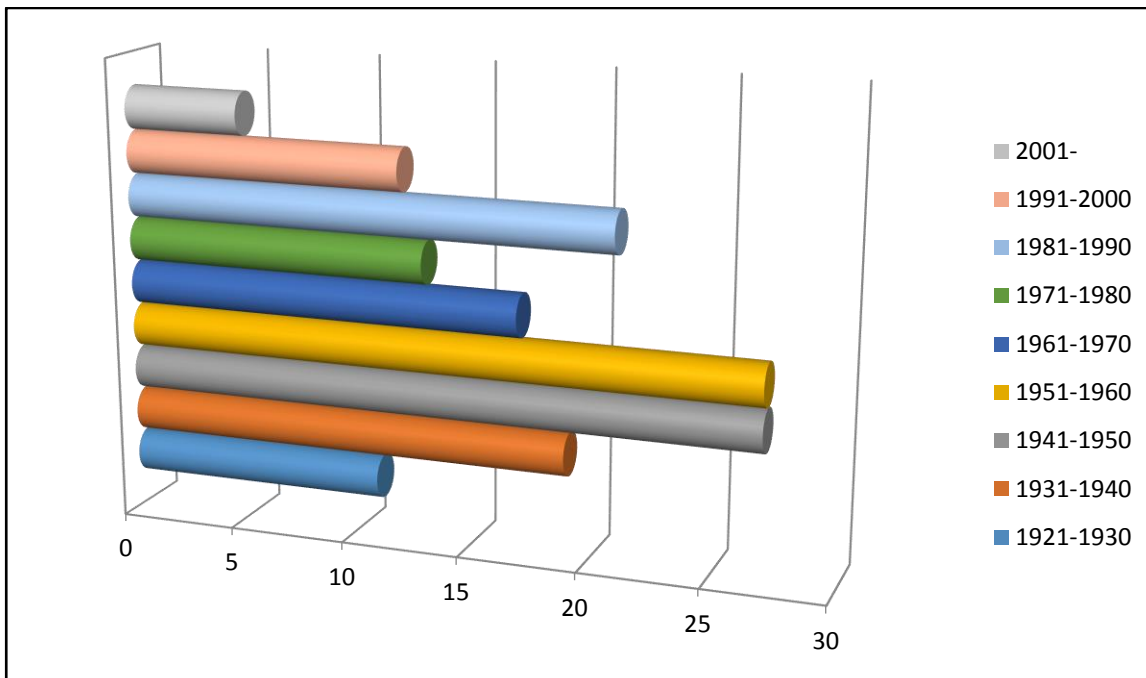
Tutkimusjakson aikana sosiaalityöntekijään otettiin yhteyttä potilaan asiassa 137 kertaa. Päivystyksen sairaanhoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat ovat ottaneet useimmin yhteyttä. Myös selviämishoitoyksikkö Selman sairaanhoitajat ovat säännöllisesti sosiaalityöntekijään yhteydessä. Aineiston perusteella yhteistyö yhteispäivystyksessä on arkipäivää. Päivystyksen suuri ja vaihtuva henkilökunta aiheuttaa vaatimuksia sosiaalityön esillä pitämisessä. Potilaat ja omaiset ovat vähäisesti suoraan yhteydessä sosiaalityöntekijään, joka yhteispäivystyksen luonteesta johtuen on luonnollista.

## 7.1 ERILAISET POTILASRYHMÄT

Yhteispäivystyksen terveysosiaalityöntekijä kohtaa erilaisia potilasryhmiä, jonka vuoksi hänellä tulee olla tietoa erilaisten elämäntilanteiden aiheuttamista haasteista ja kyky

työskennellä erilaisten potilasryhmien kanssa ja ymmärtää näihin liittyviä erityispiirteitä. Sairastuminen aiheuttaa muutoksia elämään ja toimintakykyyn arjessa.

Esittelen seuraavaksi kuvion, jossa kuvaan yhteispäivystyksen sosiaalityöntekijälle ohjautuneet potilaat ikäryhmittäin. Siitä näkyy selkeästi potilaiden ikäjakauma.

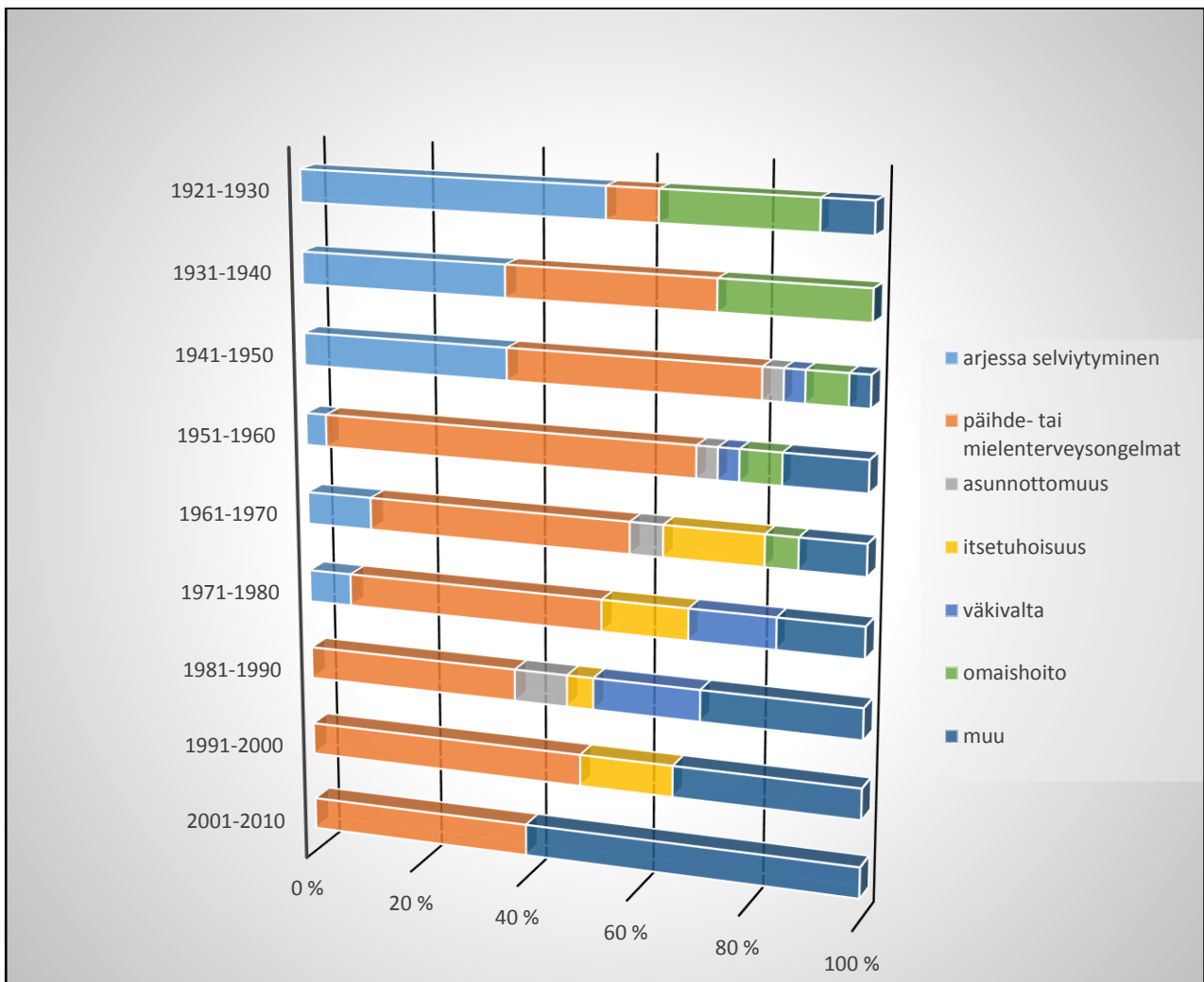


Kuvio 4. Sosiaalityöntekijälle ohjautuneet potilaat ikäryhmittäin.

Seuraavassa kuviossa esittelen ohjautumisen sosiaalityöntekijälle aineistossa esiintyvien asiointiperusteiden mukaan. Se tulee nähdä kuitenkin vain suuntaa antavana, koska eri sisällöt saattavat näyttäytyä samassa potilasdokumentissa. Esimerkiksi päihdeongelman mukaan tuomat haasteet arjessa selviämässä voisivat olla luokiteltu asiointiperusteen mukaan vain toisen tai molempien mukaan. Olen päätenyt esittämään ne kuviossa sen perusteella, joka näyttäytyy aineistossa ensisijaisena haasteena, jonka vuoksi sosiaalityöntekijä on pyydetty potilaan hoitoon mukaan.

Kuviosta näkyy selkeästi ikäryhmittäin yleisimmät asiointiperusteet. Iäkkäillä ihmisillä ne ovat arjessa selviämisen haasteita ja omaishoitotilanteet. Suurilla ikäluokilla päihde- ja

mielenterveysongelmat näyttävät suurimpana haasteena. Nuorempien kohdalla päihde- ja mielenterveysongelmat, itsetuhoisuus ja väkivaltatilanteet näyttävät keskiössä. Muu sisältö – asiointiperusteena aineistossa näyttää mm. hoito-oikeuksien ja maksusitoumusten selvittämisenä.



Kuvio 5. Ohjautuminen sos.työntekijälle asiointiperusteen mukaan ikäryhmittäin.

### ARJESSA SELVIITYMINEN JA IKÄÄNTYMISEN TUOMAT HAASTEET

Aineistoni perusteella arjessa selviytymisen haasteet korostuvat erityisesti ikäihmisillä. Kuvio 5:stä on nähtävissä ikäryhmien vuosina 1921–1940 syntyneiden potilaiden arjessa selviytymisen haasteet olevan suurin syy sosiaalityöntekijälle ohjautumiseen. Ikäihmiset

muodostavat yhteispäivystyksessä merkittävän potilasryhmän. Sosiaalityöntekijälle tutkimusajanjaksona oli ohjautunut 32 yli 75-vuotiasta potilasta. Suomalaisen väestön keski-ikä on noussut huimaa vauhtia, jonka vuoksi vanhushuolteen määrä kasvaa koko ajan. Seppänen (2017, 261) mukaan ikääntymiseen ja fyysisen toimintakyvyn laskuun sisältyy arkielämän sujumattomuus. Aineiston perusteella potilaan toimintakyvyn alentuessa hänen mahdollisuutensa huolehtia kodin siivouksesta, ruokahuollosta, pyykkihuollosta ja asiointikäynneistä heikkenevät ja potilas tarvitsee niissä apua. Ikäihmiset muodostavat selkeästi ryhmän, joilla jo korkea ikä alkaa laskea toimintakykyä. Sen lisäksi sairaudet alentavat sitä entisestään. Myös mieliala alkaa laskea. Ikäihmisen muistisairaudet voivat muuttaa potilaan persoonallisuutta. Seppänen (2017, 261) kuvaa muistiongelmien olevan hyvin yleisiä gerontologisen sosiaalityön piirissä. Tämä näkyi aineistossakin mainintoina muistista. *”Potilaan muistia olisi tärkeä tutkia. Suositellaan geriatriasta arviointiyksikköä.”* (4) *”Geronomi ehdottaa potilaalle, että muisti voitaisiin tutkia samalla käynnillä ja hän sai paikan PKS:n muistipotilaan kuntoutusosastolle, jonne ollut suostuvainen lähtemään”* (138).

#### PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSONGELMAT

Aineistossa 22 dokumenttia sisälsi selkeitä mielenterveyden haasteisiin liittyviä sisältöjä. Potilaan heikon psyykkisen voinnin vuoksi kotona olo voi ahdistaa niin kovin, että potilas hakeutuu päivystykseen. Seitsemän potilasta on hakeutunut itse ahdistuksen ja paniikkioireilun vuoksi hoitoon. Nämä oireilevat aineistossa fyysisinä oireina kuten unettomuutena, vapinana, hikoiluna, tykyttelynä. *”Potilas on soittanut itselleen ambulanssin paniikkioireilun vuoksi”* (133). Potilaat on voitu toimittaa mielentila-arvioon muiden ihmisten toimesta, esimerkiksi aggressiivisen ja sekavan käyttäytymisen vuoksi. *”Potilaasta on tehty virka-apu-pyyntö psykoosiepäilyn ja omaisten kertoman aggressiivisuuden vuoksi”* (24). *”Potilas on tuotu putkasta päivystykseen mt-arvioon”* (120). Mielenterveyden ongelmat aiheuttavat yksilön elämään monialaisia ongelmia ja kärsimystä. *”Potilas kertoo, ettei masennuksen ja ahdistuksen vuoksi pysty poistumaan kodistaan; makaa pimeässä verhot kiinni tai juo. . . ”* (94). Öjehagen (2014, 91) nimeää ne yhdeksi suurimmista terveysongelmista, joilla on lähes aina vaikutuksia

sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalityössä yksilö ja tämän voimavarat suhteessa ympäristöön nähdään kokonaisvaltaisesti. Perspektiivi on paljon psykiatria laajempi. Monenlaiset haasteet, esimerkiksi rahanpuute, työttömyys, vaikeat perhe- ja ihmissuhteet, asunnottomuus ja arkipäivän erilaiset huolet voivat aiheuttaa psyykkisiä ongelmia tai olla niiden seurauksia. Mielenterveysongelmissa sosiaalityöntekijä voi mahdollistaa ja valtaistaa asiakasta hänen toipumisprosessissaan saavuttamaan omia tavoitteitaan. (Frankenhaueser 2014, 64; Öjehagen 2014, 93.)

Päihteiden käyttö ja sen tuomat laaja-alaiset ongelmat näkyvät päivystyksessä. Näistä potilaista 21 ilmoitettiin selviämishoitoyksiköstä joko sairaanhoitajan tai lääkärin toimesta. Potilaat ovat hakeutuneet itse hoitoon tai heidät on tuotu päivystykseen. Päihdekuntoutuksen instituutioon luetaan kuuluvaksi akuutit hoitotoimet, aktiiviset kuntoutusohjelmat ja nk. avokuntoutus (Holopainen 2008, 212 - 213). Alkoholin riski- ja liikakäyttöön nivoutuu usein muita ongelmia; kuten mielenterveysongelmia ja muita sosiaalisia ongelmia. Päihteiden käyttö saattaa joissain tapauksissa johtaa myös päihteiden riippuvuuskäyttöön, joka syntyy yksilöllisesti. (Holmberg 2010, 13–14; Öjehagen 2014, 115 - 116.) Alkoholiriippuvuutta voidaan tarkastella eri näkökulmista niin lääke- kuin sosiaalitieteellisistä näkökulmista, joihin en kuitenkaan tässä yhteydessä näe tarvetta syventyä. Pitkäaikaisen alkoholin käytön seuraukset näkyvät aineistossa päivystykseen hakeutumisessa. Päihderiippuvuus aiheuttaa somaattisia, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia (Öjehagen, 2014,116). Alkoholin pitkäaikainen käyttö on aiheuttanut psyykkisiä ja fyysisiä oireita, jotka ovat johtaneet päivystykseen. Näitä ovat aineistossa esiintyvät jalkojen kantamattomuus, krampit, sekavuus, verioksentus, ahdistus, harhat, aggressiivisuus ja itsetuhoisuus. *"Potilas on tullut päivystykseen verioksentelun ja näön hämärtyamisen vuoksi"* (54). Osa potilaista on kaatunut humalassa, jonka vuoksi ovat joutuneet päivystykseen. *"Kaatunut humalassa, eikä jalat kantaneet. Maannut paikallaan 5 vuorokautta."* (96.)

Päihde- ja mielenterveysongelmat esiintyvät usein yhdessä, ja aihepiiriä on tutkittu runsaasti. (kts. esim. Aalto 2007; Laitila 2010; Holmberg 2010.) Tämän tutkielman aineistossa ne näyttäytyvät myös yhdessä. *"Potilaan pääasiallinen ongelma on akuutti päihdeongelma sekä*

*mielenterveysongelmat, jotka heikentäneet potilaan toimintakykyä.” (48.) ”Keskusteltu myös päih-teiden käytöstä ja potilas kokee tämän entisestään lisäävän ahdistusta” (49).*

### ITSETUHOISUUS JA ITSEMURHAYRITYKSET

Aineistossa kymmenen potilasta oli hoidossa joko intoksikaation tai itsemurhayrityksen vuoksi. ”[ ] tullut lääkkeiden yliannostuksen vuoksi ambulanssilla” (28). Itsetuhoisuus ja itse-murhat ovat useimmiten seurausta kasaantuvista ongelmista, kuten mielenterveysongel-mista ja sosiaalisen verkoston heikkenemisestä. THL:n tekemän tutkimuksen mukaan joka kuudennella ihmisellä on ollut itsetuhoisia ajatuksia. Itsemurhia pyritään ehkäisemään kan-sallisen ohjelman mukaisesti. (THL:n www-sivut.) Itsemurha on sitä yrittäneen tai sen teh-neen lähipiirille iso kriisi ja he tarvitsevat kriisitukea. ”Psykiatrinen sairaanhoitaja ottaa yh-teyttä allekirjoittaneeseen puolison ja lasten kriisiapuun liittyen” (146). ”[ ] pyytännyt puhelimesta apua ja kertonut tappavan itsensä”(137).”Diagnosoitu vakava masennus ja taustalla kaksi itsemur-hayritystä. Eilen jättänyt hyvästelykirjeen. (108.) ”Huoli nousee lasten pärjäämisestä ja tuen tarpeesta tilanteen vakavuus huomioiden” (28).

### OMAISHOITOTILANTEET

Aineistossa 11 dokumenttia sisältää omaishoitotilanteen. Potilas voi olla virallisesti puoli-son tai läheisen omaishoitaja (Laki omaishoidon tuesta 937/2005), mutta myös ilman viral-lista omaishoitajan statusta kotona oleva henkilö voi olla riippuvainen saamastaan tuesta. Potilaan tullessa päivystykseen nousee huoli hänen omaisensa pärjäämisestä kotona. Akuu-teissa tilanteissa ensihoito on huomionut tilanteen: ” Ambulanssi kuljettanut puolison potilaan mukana, koska ei muistisairautensa vuoksi pärjää yksin kotona. ”Potilas toimii omaishoitajana ja on huolissaan kotona olevasta puolisoista” (81). Omaishoito on kuormittavaa, joka saattaa aiheuttaa sosiaalityön tarpeen. ”Potilas on selvästi voimaton toimimaan omaishoitajan tehtävässä ja tarvitsee lepoa kuormittavasta kotitilanteesta. Järjestetty [ ].” (87.)



## ASUNNOTTOMUUS

Asunnottomia potilaita aineistossa on seitsemän (7) kpl. Kolme heistä on monipäihderiippuvaisia ja elämänhistorian vuoksi asuntoa on vaikea hankkia. Yksi potilaista on joutunut lähisuhdeväkivallan vuoksi lähtemään kotoaan, jonka vuoksi on tilapäisesti asunnoton. *"Potilas on kertonut olevansa koditon"* (27). *"Potilas on yöpynyt [...]kuusta saakka ensisuojojassa"* (21). *"Potilaalla on useampi kassi tavaraa mukana, eikä hänellä ole paikkaa minne mennä"* (18). Asunnottomuus on ongelma, jonka taustalla voi olla hyvin monimuotoisia ongelmia. Usein asunnottomien; erityisesti pitkäaikaisasunnottomien psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat heikentyneet. (Erkkilä 2014, 310.) Tämän monitahoisen ongelman kanssa työskennellessä sosiaalityöntekijältä vaaditaan monenlaista tietoperustaa. Tilanteessa sosiaalityöntekijällä tulee olla ainakin yhteiskunnallista, kunnallispoliittista ja oikeudellista tietoa ymmärtää ongelmaa. Potilaan kohtaamisessa tarvitaan psykososiaalista- ja teoreettista tietoa ja kykyä ymmärtää psyykkisen ja fyysisen terveyden vaikutuksia potilaan tilanteeseen. (Sipilä 2011, 136.)

## VÄKIVALTATILANTEET

Väkivaltatilanteita, jotka ovat johtaneet potilaan päivystykseen hakeutumiseen, oli aineistossa kahdeksan. Osa tapauksista sisälsi lähisuhdeväkivaltaa. Lähisuhdeväkivallaksi katsotaan, kun henkilö on väkivaltainen nykyistä tai entistä kumppaniaan, lastaan, lähisukulaisiaan tai muuta läheistään kohtaan. *"Potilas kertoo olevansa hyvin järkyttynyt pahoinpitelystä"* (18). Terveys- ja hyvinvoinnin laitos ohjeistaa, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee systemaattisesti kartoittaa perhe- ja lähisuhdeväkivallan riskiä. Näin ollen sosiaalityöntekijä tulee aina kutsua potilasta hoitavaan työryhmään, kun kyseessä on vähäinkin epäily lähisuhdeväkivallasta. Mackay ja de Mello (2005, 203 - 204) näkevät terveysosiaalityöntekijöiden olevan avainasemassa lähisuhdeväkivallan kokijoiden hoitoprosessissa, koska heillä on ymmärrys siitä ilmiönä, kyky haastatella ja arvioida tilanteen vakavuutta, johon perustuen suunnitella ja toteuttaa tarvittavaa interventiota.

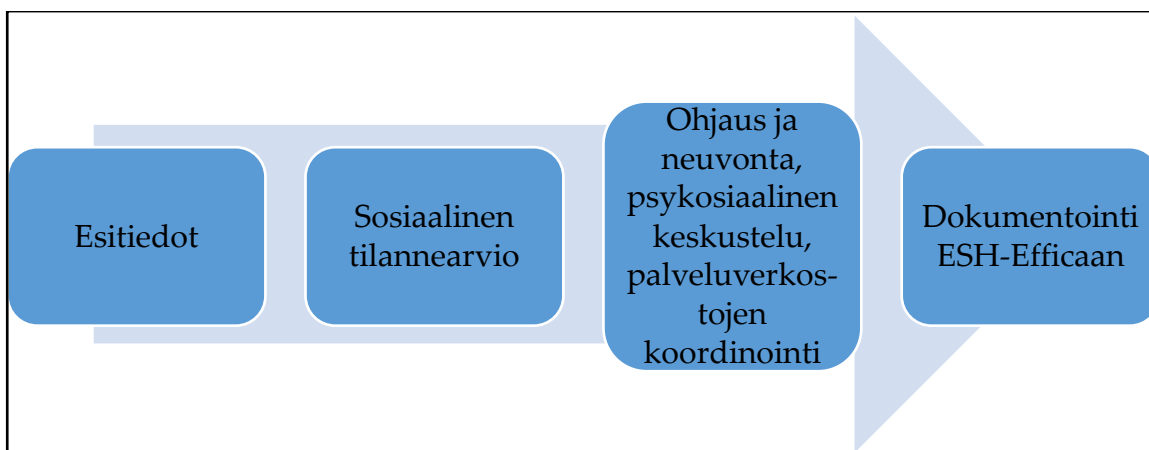
## MONIONGELMAISET JA PALJON PALVELUITA KÄYTTÄVÄT

Olen kuvannut aineiston jaottelemalla päihde- ja mielenterveysongelmat erikseen, mutta ne näkyvät monessa dokumentissa myös samanaikaisesti. 25:ssä dokumentissa sekä päihteen käyttö, että mielenterveysongelmat aiheuttivat haasteita potilaiden arkeen. Öjehagen (2014, 112) kuvaa joka viidennellä mielenterveysongelmista kärsivällä esiintyvän samanaikaisesti päihdeongelma. Paljon palveluita käyttäviksi dokumentoidaan potilaista 11. Tutkimuksen mukaan 10–25 % sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista käyttää suurimman osan, jopa 80 % käytetyistä palveluista. (Leskelä ym. 2013.) Paljon palveluita käyttävien potilaiden osalta Satakunnan sairaanhoitopiirissä on toteutettu selvitys, jonka perusteella 11–14,5 % potilaista oli paljon palveluita käyttäviä. Selvityksen mukaan mielenterveys- ja päihdepotilailla vaikuttaisi olevan eniten käyntejä erikoissairaanhoidossa. Tämä näkyy myös tämän tutkielman aineistossa. Myös 1.9.2016 käyttöön otettu toimintaohje, jonka mukaan potilaan asiassa tehdään erityistyöntekijän (sosiaalityöntekijä tai geronomi) konsultatio kun päivystyksessä huomataan toistuvia käyntejä, näkyy aineistossa yhteydenottoina. *Potilaalla on tänä vuonna 11 päivystyskäyntiä (19). ”Potilaalla useita päivystyskäyntejä. ”Päivystyksen hoitajat ilmoittavat potilaasta, jonka palveluiden tarvetta olisi syytä arvioida” (92.)* Sosiaalityöntekijä aloittaa laajan potilaan tilanteen selvityksen, jotta potilaan tarpeiden ja hänen saamansa tuen kohtaaminen tulee arvioitua.

Selvityksen perusteella haastavimpia ovat päihdeongelmista kärsivät potilaat, ja mielenterveydenhäiriöitä alkoholilla lääkitsevät potilaat ja kaksoisdiagnoosipotilaat. Näiden potilaiden kohdalla tarkoituksenmukaiseen hoitoon pääsyssä on haasteita. (Leino-Holm & Raikisto, 2016, 23 - 29.) Näiden potilaiden kohdalla korostuu moniammatillinen yhteistyö yli rajojen. *”Potilaalla on monipäihderiippuvuus, somaattisia sairauksia, ajoittaista psykoottista oireilua, ahdistusta, mielialaongelmia sekä ajoittaista itsetuhoisuutta” (131).*

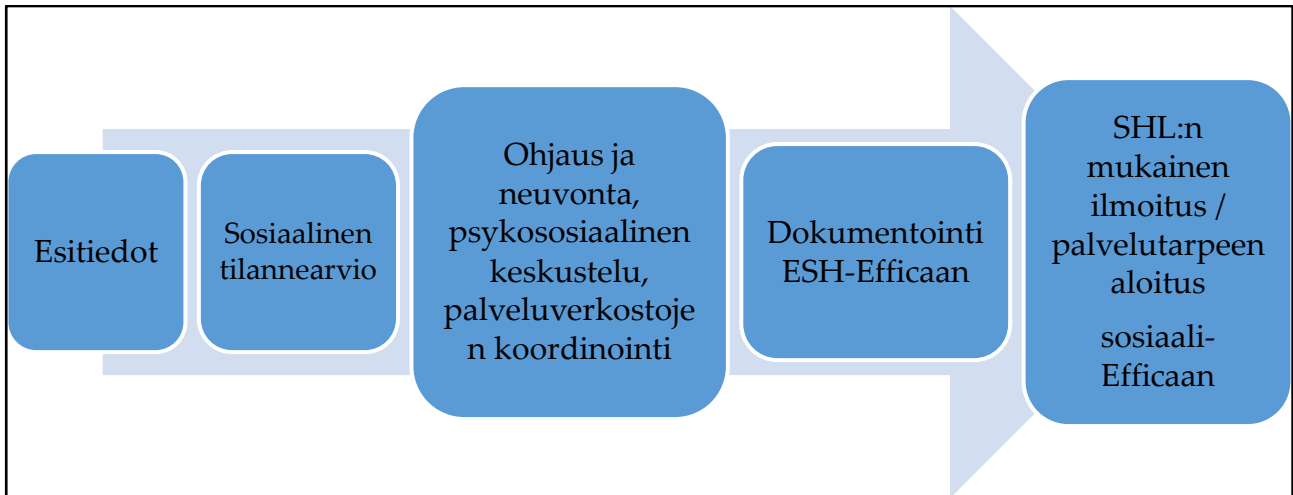
## 7.2 SOSIAALITYÖN PROSESSI YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Sosiaalityö etenee dokumenttien perusteella prosessina, joka etenee terveystieteiden luokittelun mukaan, jota olen kuvannut luvussa viisi. Sen laajuus ja sisällöt vaihtelevat potilas-kohtaisesti ja se voi koostua hyvin eripituisista yhteistyösuhteista. Aineiston asiakkuudet kestivät lyhyestä yksittäisestä tapaamisesta tai yhteydenotosta monta viikkoa kestäväan selvitykseen. Tämän aineiston valossa SHL:n mukaisen palvelutarpeen arvioon aloittaminen terveystieteiden prosessissa tuottaa sosiaalityön prosessiin teknisen lisäosan, kun sen dokumentointi tapahtuu toisaalla. Eriksson ja Koistinen (2005, 36) kuvaavat tapaustutkimukselle olevan tyypillistä selityksen rakentaminen, joka voi koostua myös prosessin kuvauksesta. Pyrin selventämään tätä seuraavissa prosessikaavioissa, joissa näkyvä työ sisältää samankaltaiset elementit, mutta prosessi etenee eri tavalla.



Kuvio 6. Sosiaalityön prosessi yhteispäivystyksessä.

Prosessimuotoisena SHL:n mukaisen palvelutarpeen arvioon aloittaminen lisää prosessiin yhden kokonaisuuden, jota havainnollistan vielä seuraavassa prosessikaaviossa:



Kuvio 7. Palvelutarpeen aloittaminen sosiaalityön prosessissa.

### 7.3 SOSIAALISEN TILANTEEN ARVIOINTI

Sosiaalityöntekijä tekee sosiaalisen tilanteen arvion tarvittavassa laajuudessa osana monialaista potilaan hoitoa. Sosiaalityön interventiot perustuvat tälle arvioinnille, jonka vuoksi arviointi voidaan nähdä olevan koko sosiaalityön suunnittelun perusta. (Holma, 2007, 27; Rostila 2001, 64; Craig & Muskat 2013, 7). Aineistossa sosiaalisen tilanteen arvioiminen eri laajuudessa näyttäytyy potilastyön keskiössä. Aineiston sisältämät 89 potilasdokumenttia sisälsivät jokainen sosiaalisen tilanteen arvioinnin eri laajuudessa, joiden lisäksi sosiaalisen tilanteen arviota suoritettiin 30 dokumentissa keskustelemalla eri tahojen, kuten potilaan omaisten tai palveluverkoston kanssa. Yhteensä 119 dokumenttia sisältää sosiaalisen tilanteen arvioinnin. Yhteispäivystyksen muut ammattiryhmät ottavat yhteyttä sosiaalityöntekijään potilaan toimintakyvyn, elämäntilanteen, kotiohjelmien ja arjessa selviämisen kartoittamiseksi sairaalan ulkopuolella ja mahdollisten palvelutarpeiden arvioimiseksi sekä elämäntilanteeseen liittyvien riskien tunnistamiseksi. *”Lääkäri ottaa yhteyttä . . . [ ] ja pyytää arvioimaan potilaan tilannetta ja palveluiden tarvetta” (11).*

Sosiaalityöntekijä arvioi potilaan toimintakykyä arjessa haastatteleamalla potilasta ja tarvittaessa tämän omaisia tarvittaessa saadakseen käsityksen potilaan arjesta. Asiakastyössä

tulee saavuttaa vuorovaikutuksellinen suhde potilaaseen (Leppälahti 2014, 46). Tämän perusteella potilaan erilaisten sosiaalipalvelujen tarve arvioidaan yhdessä potilaan kanssa, joka näkyy aineistossa. Sosiaalisen tilanteen arviointi on vuorovaikutusta, potilaan haastattelua ja asioiden esille ottamista. *”Keskusteltu potilaan psyykkisestä jaksamisesta, elämäntilanteesta, ja asioista mitkä ajavat päihteidenkäyttöön. Potilas kaipaa kertomansa mukaan kokonaisvaltaista muutosta ja katkaisua juomiseen.”* (95.) Laajoista ja kokonaisvaltaisista arvioista ei ole tarkoituksenmukaista tuoda aineistoesimerkkejä. Ne voivat olla laajoja, sekä sisältävät arkaluonteista tietoa potilaan sosiaalisesta tilanteesta ja -ympäristöstä.

Korpela (2014, 127) näkee arviointiin kuuluvaksi myös luottamuksellisen suhteen luomisen potilaaseen. Alkutilanteen arviointi saattaa auttaa myös potilasta näkemään tilannettaan eri näkökulmista. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä on keskustellut myös omaisten ja palveluverkoston eri työntekijöiden kanssa tämänhetkisen tilanteen arvioimiseksi. *”Keskusteltu omaisten ja potilaan asioissa toimivien henkilöiden kanssa viikon päästä tulossa olevasta kotiuttamiskokeilusta, jota on syytä arvioida uudelleen ottaen huomioon potilaan tämän hetkisen voinnin”* (103). Sosiaalisen tilanteen arvion voi nähdä olevan perusta tilanteen jatkosuunnittelun kannalta. Vaikka arviointia ei voi erottaa irralliseksi osioksi, sen sisältö on löydettävissä jokaisesta potilasdokumentista, kuten seuraavassa aineistokatkelmassa näkyy: *”Potilaan kaikki rahat ovat menneet hoitokustannuksiin, joita ollut paljon lähiaikoina. Rahaa ei ole ruokaan, eikä lääkeostoihin”* (61). Arviointiin perustuen sosiaalityöntekijä jatkaa työskentelyä potilaan kanssa erilaisin interventioin. Näissä tilanteissa Erkkilä (2014, 311) pitää ensisijaisena avointa keskustelua, tuen tarpeiden ja voimavarojen syväluotaavaa kartoittamista, kuten aineiston dokumenteistakin käy ilmi. *”Asiakas vaikuttaa olevan erityisen tuen tarpeessa oleva henkilö”* (145).

Potilaan ongelmat voivat olla hyvin monisyisiä ja niiden taustalla vaikuttavat monet eri tekijät. Tällaisessa tilanteessa sosiaalisen tilanteen arviointi sisältää laajan kokonaisuuden potilaan elämäntilanteen selvittelyä eri osa-alueilla, joihin sisältyy esimerkiksi asumiseen, ihmissuhteisiin, opiskeluun, työntekoon, työkykyisyyteen, kuntoutukseen, taloudelliseen tilanteeseen, päihteiden käyttöön, psyykkiseen hyvinvointiin ja arjessa selviytymiseen liittyviä asioita. (Öjehagen 2014, 95) kuvaa laaja-alaista arviointia psykososiaalisiksi

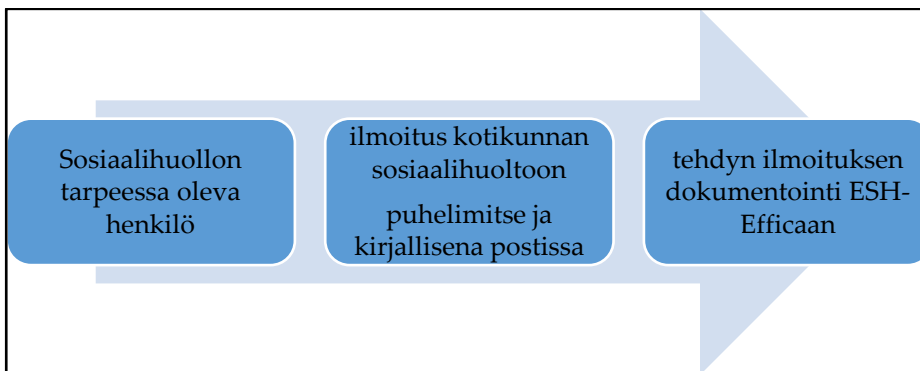
tutkimuksen teoksi, joka löytyy myös sosiaalityön luokittelusta Suomessa. (Havukainen & Holma 2007.)

Sosiaalisen tilanteen arvioiminen vaatii tietoa ja ymmärrystä erilaisista ilmiöistä, jotta sosiaalityöntekijä kykenee arvioimaan tilanteen vaatimaa interventiota. Riskien arviointi esimerkiksi lähisuhdeväkivallan uhasta näyttäytyy arvioinnissa tärkeässä roolissa. *”Keskusteltu pitkään potilaan ja puolison parisuhteesta ja siinä esiintyvistä väkivallasta. Väkivallan uhka on selvästi kasvanut ja väkivalta itsessään on raaistunut.”* (85.) Kuudessa potilastapauksessa kyseessä oli lähisuhdeväkivalta, joka sisälsi fyysistä väkivaltaa. Sosiaalityöntekijän tekemissä kaikissa elämäntilanteen selvittelyissä nousee esille se, että väkivalta on raaistunut pikkuhiljaa. Lähisuhdeväkivallan luonteeseen kuuluu prosessinomaisuus ja sen raaistuminen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos), jonka vuoksi on oleellista arvioida intervention tarve. *”Puoliso oli tullut humalassa mustasukkaiseksi ja muutamaan kertaan lyönyt nyrkein, potkinut ja repinyt käsistä. Keskusteltu asian vakavuudesta ja ohjattu potilasta mistä saa halutessaan apua, sekä hän, että väkivallantekijä.”* (84).

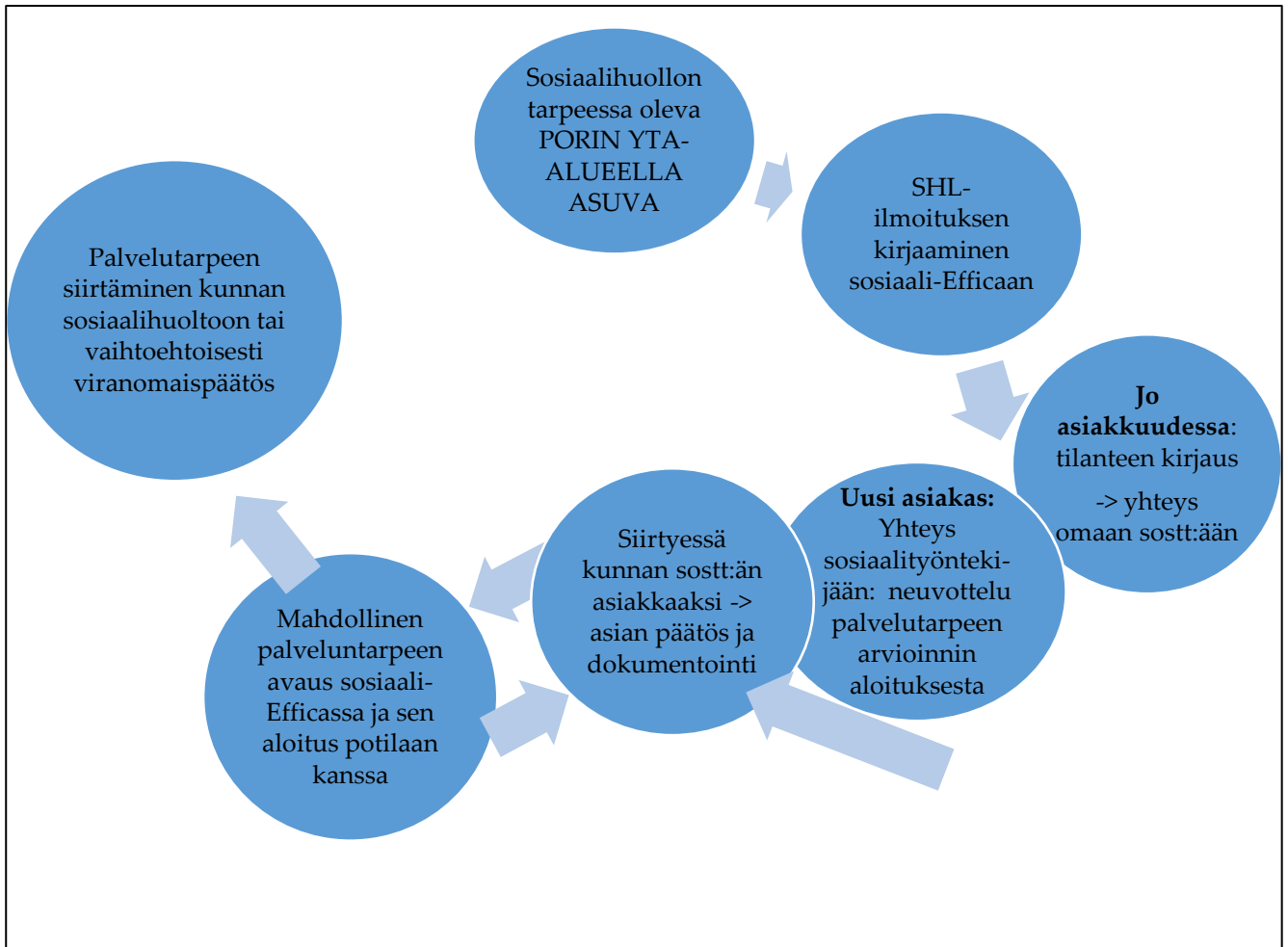
Arviointiin pohjautuen työskentelyä jatketaan potilaan kanssa tai vaihtoehtoisesti työskentely päättyy, mikäli arvioinnin perusteella tarvetta sosiaalityölle tai erilaisille sosiaalipalveluille ei ole. *”Kehotettu potilasta seuraamaan vointiaan ja ottamaan tarvittaessa yhteyttä niin häntä voidaan ohjata saamaan oikeanlaista apua jaksamiseen. Annettu potilaalle yhteystiedot, mikäli haluaa keskustella uudelleen jaksamisestaan ja kotiapujen tarpeesta.”* (64.) Yhteispäivystyksessä arviointia suoritetaan moniammatillisesti yhteistoiminnassa, jolloin potilaan tilanteesta rakennetaan moniulotteista kuvaa eri alojen asiantuntemuksen näkemyksen ja potilaan oman näkemyksen pohjalta.

Potilaan ollessa sosiaalihuollon tarpeessa, häntä ohjataan sosiaalihuoltoon tai tehdään sosiaalihuoltolain (35 §) mukainen ilmoitus kuntaan, mikäli vuorovaikutuksessa potilaan kanssa konsensukseen ei päästä ja sosiaalityöntekijälle jää huoli potilaan tilanteesta, tulee hänen tehdä ilmoitus. Lasten ja perheen tilanteessa huolen noustessa, sosiaalityöntekijän tulee tehdä lastensuojeluilmoitus kuntaan. Pilotin johdosta myös yhteispäivystyksen sosiaalityöntekijällä on mahdollisuus kirjata ilmoitus ja aloittaa sosiaalihuoltolain mukaisen

palvelutarpeen arvion tekeminen. Samoin lastensuojeluilmoituksen hän voi kirjata suoraan sosiaali-Efficaan. ”Kirjattu ls-ilmoitus sosiaali-efficaan”(150).”Potilaan kanssa ei pystytty kunnolla keskustelmaan asioista. Hänen tilanteestaan ja edunvalvonnasta jää huoli. Päädytty tekemään potilaan kotikuntaan sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitus palvelutarpeen arvioinnista. ” (65.) Seuraavaksi esitän ilmoituksen etenemisen tavanomaisesti terveysosiaalityössä kuviossa kuusi (6). Sen jälkeen esitän pilottiin liittyen ilmoituksen etenemisen Porin YTA-alueella asuvilla potilailla kuviossa 7.



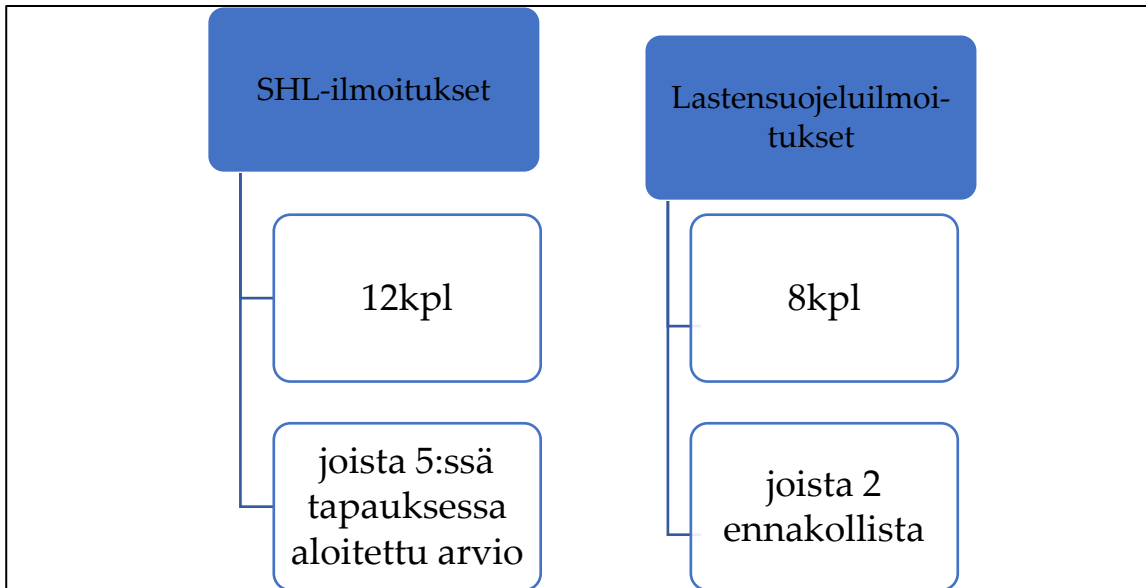
Kuvio 8. Sosiaalihuoltolain mukaisen ilmoituksen tekeminen potilaan kotikuntaan.



Kuvio 9. Sosiaalihuollon tarpeessa oleva Porin Yta -alueella asuvan potilaan SHL-ilmoituksen prosessi.

Aineistossa on tehty yhteensä 12 kpl SHL-ilmoituksia, joista viidessä (5) potilasdokumentissa sosiaalityöntekijä on aloittanut palvelutarpeen arvion selvityksen. "[ ] uutta SHL-ilmoitusta ei kuitenkaan nyt tehdä, sillä asiakkaalla on jo palvelutarpeen arviointi vireillä. [ ] Välitetään asiakkaan tilanne tiedoksi palvelutarpeen arviointia tekeväille." (108.) "Tehty potilaasta SHL-ilmoitus palvelutarpeen arvioinnista ja aloitettu arviointi Sosiaali-Efficassa" Välitetään asiakkaan tilanne tiedoksi aikuissosiaalityöntekijälle, joka jatkaa pt -selvitystä. (145.) Lastensuojeluilmoituksia aineistossa on tehty kahdeksan (8) kpl, joista yksi on kirjattu suoraan sosiaali-Efficaan. Kaksi lastensuojeluilmoitusta ovat ennakkollisia ilmoituksia. Ennakollinen ilmoitus tehdään ennen lapsen syntymää.





Kuvio 10. Sosiaalihoitolaian ja lastensuojelulain mukaisten ilmoitusten määrä aineistossa.

#### 7.4 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN

Potilaan sosiaalisen tilanteen arvioinnin jälkeen dokumenteissa korostuvat erilaiset menetelmälliset otteet, jotka muodostuvat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Aineistossa 105 dokumenttia sisältää potilaan psyykkistä ja sosiaalista tukemista eri keinoin sekä potilaan elämäntilanteen jäsentämistä auttavaa psykososiaalista keskustelua ja motivointia oman tilanteensa edistämiseksi. Olen jakanut nämä aineiston dokumenteissa toistuvien teemojen mukaan ohjaukseen ja neuvontaan sekä psykososiaaliseen tukeen, josta on löydettävissä erilaisia elementtejä. Psykososiaalinen tuki kulkee aineistoni dokumenteissa kaikkien tehtävien ohella ja työorientaationa, mutta olen jakanut sen omaksi luvukseksi. Tähän valintaan olen päätenyt siitä syystä, että se korostuu aineistossa vahvasti. Psykososiaalinen tuki esiintyy 76 dokumentissa. Tämä on huomionarvoinen asia verrattessani aineistoa aiempaan tutkimuskirjallisuuteen. (vrt. esim. Korpela 2014, 132) Nämä sisällöt Ylinen (2012, 72), samoin kuin Craig ym. (2013, 365 - 366) sijoittavat menetelmälliseen asiantuntijuuteen, joissa

Leppälahti (2014, 46), Rostila (2001,10 - 15) ja Sipilä (2011, 57) korostavat sosiaalityöntekijän vuorovaikutustaitoja.

## OHJAUS JA NEUVONTA

Ohjaus ja neuvonta erilaisissa sosiaaliturvaan ja -palveluihin liittyvissä asioissa kuuluu kiinteästi sosiaalityön sisältöihin yhteispäivystyksessä. Aineistossa 29:stä dokumentista löytyy ohjauksen ja neuvonnan elementtejä. Ohjauksessa korostuvat kumppanuus, asiakaskeskeisyys ja työntekijän empatiataidot (Rostila 2001, 10 - 12). Potilas saa yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta omaan elämäntilanteeseensa ja palvelutarpeisiinsa kohdistettua tietoa erilaisista palvelu- ja tukimahdollisuuksista. *"Keskusteltu eri vaihtoehtoista katkaisun ja kuntoutuksen suhteen. annettu yhteystietoja potilaalle yhteydenottoa varten."* (90) Ohjauksen ja tuen tarve näytetään potilaan tilanteesta riippuen hyvin monenlaisissa asioissa. Potilaan tilanteen mukaan sosiaalityöntekijä ohjaa potilasta jatkohoitoon liittyvissä asioissa, joka voi olla esimerkiksi terveys- tai sosiaalihuollon toteuttamaa päihde- tai mielenterveyskuntoutusta. *"Ohjattu potilasta päihdepalveluihin"* (29). Hän antaa tietoa potilaalle soveltuviissa eri vaihtoehtoissa. Sipilän (2011,98) mukaan sosiaalityöntekijän taitoon sisältyy suorittaa interventio oikea-aikaisesti ja oikein. *"Potilaan kanssa käyty keskustelua, tehty päihdeinterventio ja motivoitu häntä päihdeettömyyteen ja ohjattu päihdepalveluihin"* (105).

Sosiaaliturva ja -palvelut näyttävät monesti potilaalle hankalina ja vaikeaselkoisina. Potilaat tarvitsevat Kelan sairausvakuutukseen, toimeentulotuen hakemiseen, ja eri etuisuuksiin liittyvää ohjausta. *"Potilas tuonut rahahuolia esiin"* (12). *"Neuvottu matkakorvausten hakemisessa"* (61). *" Ohjattu vielä vakuutusasioissa"* (112).

Sosiaalihuollon palvelut, kuten kotihoitoon, päihdehuoltoon, lapsiperheiden kotipalveluun, asumispalveluihin liittyvät kysymykset toistuvat dokumenteissa. *"annettu potilaalle tietoa kotihoidosta, kotiuttamistiimistä ja laitoshoidon tarpeen selvittämisestä"* (74). Tarvittaessa sosiaalityöntekijä ohjaa potilasta tarpeen mukaan myös seurakunnan, diakoniatyön ja

vapaaehtoisjärjestöjen pariin. Tällaisia asioita nousee mm. yksinäisyyden kokemisessa. Akuuteissa tilanteissa potilaita on ohjattu myös sosiaalipäivystykseen.

Ylinen (2008,72) katsoo ohjauksen ja neuvonnan kuuluvan menetelmälliseen asiantuntijuuteen. Taloudellisen tilanteen arviointi ja ohjaaminen siihen liittyvissä asioissa on yleistä terveysosiaalityössä, mutta tässä aineistossa se näyttäytyy vain seitsemässä dokumentissa. *"Ohjattu toimeentulotuen hakemisessa"* (61). Sairauspäivärahan, kuntoutusetuuksien ja toimeentulotuen hakeminen tai siinä ohjaaminen näyttäytyy dokumenteissa. *"Avustettu potilasta täyttämään sairauspäiväraha hakemus, postitettu Kelaan liitteenään svB/ [lääkäri xx.xx.-xx.xx].2017 ajalle"* (94). Huomionarvoista on, että tutkielman tekovuonna perustoimeentulotuen maksaminen siirtyi kunnilta Kelalle, joka käytännön muutoksineen arvioni mukaan näyttäytyi lisääntyneenä ohjauksen tarpeena, kuten seuraavat aineistokatkkelmat osoittavat. *"Potilaan tämänhetkinen murhe on, ettei hänellä ole lääkkeitä. Kela on hylännyt hänen toimeentulotukihakemuksensa."* (47). *"Kielteisen tt-tukipäätöksen jälkeen ...Potilas kertoo, ettei hänellä ole rahaa ja lääkkeitä. Soitettu sosiaalipäivystykseen..."* (120. *"Käyty läpi toimeentulotuen käytäntöä takaisinperinnän suhteen"* (94). Eläkevakuutukseen ja leskeneläkkeisiin kohdistuvaa ohjausta aineistossa esiintyi myös kolmessa dokumentissa. Käytännössä sosiaalityöntekijä ohjaa myös ulkopaikkakuntalaisia löytämään tarvittavat palvelut. Aineistossa potilaat ovat tarvinneet ohjausta löytääkseen linja-autoaseman ja sosiaalipäivystyksen tilat.

Lapsiperheiden kohdalla ohjaus ja neuvonta näyttäytyvät kunnallisissa ennaltaehkäisevissä palveluissa, kuten lapsiperheiden kotipalvelussa. *"Tavattu potilasta ja keskusteltu sosiaaliturva-asioista sekä lastenhoidon ja perheen tuen tarpeesta"* (62). Lähisuhdeväkivaltatilanteissa potilaat saavat ohjausta turvakotipalveluihin. *"Annettu potilaalle esite turvakodista sekä avokriisityöstä pahoinpitelyn uhreille"*. (84)

## PSYKOSOSIAALINEN TUKI

Psykososiaalinen työskentely ja potilaan tukeminen näyttäytyvät vahvasti aineiston dokumenteissa. Jopa 76 dokumenttia sisältää selkeästi psykososiaalisen tuen/ keskustelun

elementtejä. Sosiaalityöntekijän dokumenteissa käytetään käsitettä psykososiaalinen tuki, jonka lisäksi sen voidaan nähdä kulkevan useissa dokumenteissa, vaikka sitä ei suoraan käsitteenä ole kirjoitettukaan. *”Potilas kokee sairauden tuoman pelon aiheuttavan hänelle ahdistusta. Keskusteltu potilaan tuntemuksista ja sairastumisesta. Ehdotettu potilaalle. . . ”* (53). Tämä oli yllätys itselleni, koska aikaisemmissa tutkimuksissa psykososiaalinen tuki on jäänyt vähiin, vaikka sosiaalityöntekijät ovat kokeneet itse sen tärkeäksi (Korpela 2014; Ylinen 2008; Seppänen 2011).

Aineiston perusteella tapaamisissa sosiaalityöntekijä on etsinyt dialogissa potilaan kanssa tämän vahvuuksia ja voimavaroja, joiden kautta potilasta on tuettu muutostyössä. Dokumenteissa näkyy potilaan tunteiden, kokemusten ja emotionaalisten tarpeiden kuuntelu, joita myös Sipilä (2014, 56) pitää tärkeänä. Myös Seppänen (2014, 265) esittelee voimavara- lähtöisen lähestymistavan viime vuosina korostuneen. Tämä tulee ilmi myös aineiston dokumenttien voimavarakeskeisissä kirjauksissa. Tämä näyttäytyy psyykkistä vointia tukevissa keskusteluissa ja motivoinnissa päihteettömyyteen. *”Keskusteltu potilaan päihteiden käytöstä ja sosiaalisesta verkostosta. Pohdittu yhdessä keinoja päihteettömyyden tukemiseksi.”* (29.)

Potilasta on voinut kohdata suuri kriisi, äkillinen läheisen ihmisen menetykset, jolloin sosiaalityöntekijä tarjoaa kriisiapua tai varmistaa koko perheen kriisiavun saamisen. Psykososiaalinen tuki ja surun käsittely nousevat esiin. *”Potilas on tullut päivystykseen puolison kuolemaan liittyvän ahdistuksen vuoksi”* (111). Potilaan kokiessa elämäntilanteensa raskaana tai ahdistavana, psykososiaalinen tuki näyttäytyy tärkeänä osana sosiaalityössä. *”Puoliso on huolissaan potilaan voinnista ja oma jaksaminen on koetuksella monen vuorokauden valvomisen jälkeen tapaturman johdosta”* (113). Tämänkaltaiset tilanteet voivat olla seurausta erilaisista odottamattomista tapaturmista tai onnettomuuksista.

Erilaisissa muutokseen tähtäävissä tilanteissa sosiaalityöntekijä käyttää ammattitaitoonsa perustuen erilaisia menetelmiä. Päihdeinterventiot ovat esimerkki sosiaalityön arjesta, jotka näyttäytyvät aineistossa psykososiaaliseen vuorovaikutukseen perustuvana työskentelyinä. Niiden tarkoituksena on saada potilasta oivaltamaan päihteiden käytön haittoja elämässä. *”Keskusteltu alkoholin haitoista psyykkiseen hyvinvointiin sekä liikkumiskykyyn ja muuhun*

*terveyteen liittyen. Potilas ei näe alkoholin negatiivisia yhteyksiä ongelmiinsa, eikä ole motivoitunut päihteiden käytön lopettamiseen.” (119.)*

Sosiaalityöntekijä motivoi ja ohjaa potilasta päihdekuntoutukseen potilaan oman motivaation mukaisesti. Psykososiaalinen lähestymistapa korostuu dokumenteissa, asiakas ja hänen voimavaransa näyttäytyvät merkittävässä roolissa osana sosiaalityön arviota. Keskustelussa etsitään potilaan voimavaroja, ja päihteettömyyttä tukevia asioita. Mäkelä & Aalto (2013, 48 - 51) todentavat psykososiaalisen lähestymistavan olevan myös A-klinikan toiminnan keskiössä. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on saada potilasta tietoiseksi omasta tilanteestaan ja saada oivaltamaan alkoholin käytön vaikutukset siihen. (Laitila-Ukkola 2005, 93.) Aineiston dokumenteissa sosiaalityöntekijä käyttää keskustelun tukena erilaisia kyselyjä ja mittareita kuten esim. audit-testi alkoholin käytön riskien arvioinnissa. Tämä näyttäytyy myös aineiston potilasdokumenteissa.

*”Keskusteltu potilaan alkoholin käytöstä, mistä myös potilas on itse huolissaan. Audit-testin mukaan potilaan alkoholin käytön riskit ovat suuret (18p). Potilas kertoo alkoholin käytön lisääntyneen viimeisen kuukauden aikana, sillä yrittänyt sillä purkaa stressiään [.....] Keskusteltu myös arjen sisällön merkityksistä. Kerrottu, että ulkopuolisen henkilön kanssa keskustelu voisi auttaa jäsentämään ajatuksia ja tukemaan päihteettömyydessä”. (11.)*

Sipilä (2011) kuvaa ongelmatilanteiden jäsentämisen, asiakaslähtöisen palveluohjauksen, tunnetaitojen ja palvelutarpeisiin vastaamiseen olevan sosiaalityön asiantuntijuuden ammattitaidon keskeistä osaamista. Lähisuhdeväkivallan arvioinnissa käytetään THL:n riskinarviointikaavaketta. *”Täytetty potilaasta haastatteleamalla THL:n väkivallan riskienarviointilomake, josta potilas saa 14 pistettä (korkea riski). Ehdotettu MARAK-työryhmän tapaamista...” (85.)*

Satakunnassa toimii moniammatillinen MARAK-työryhmä, joka perustuu moniammatilliseen riskinarviointiin. Sen tarkoituksena on auttaa vakavaa parisuhdeväkivaltaa kokeneita uhreja tai sen uhan alla eläviä henkilöitä. Ideana on laatia moniammatillisessa työryhmässä

väkivallan uhrille tai uhan alla elävälle henkilölle turvasuunnitelma ja tätä kautta parantaa tämän turvallisuutta.

Asiakaslähtöisyys näkyy aineistossa. Päihdeinterventioita on suoritettu potilaan itsensä ollessa halukas siihen. Halukkuuden arviointi vaatii sosiaalityöntekijältä herkkyyttä ja vuorovaikutustaitoja. Sosiaalityöntekijän tulee kaikissa tilanteissa kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, joka kytkeytyy auttamisprosessiin. Työssä on tarkoitus auttaa potilasta näkemään omat lähtökohtansa ja tavoitteensa, ei antaa valmiita ratkaisuvaihtoehtoja. *”Hän ei koe tarvitsevänsä palveluita ja tietää mistä niitä tarvittaessa saa”* (50). Rostila (2011, 32) muistuttaa, että ainoastaan potilaan vaarantaessa itsensä tai muiden turvallisuuden, voidaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta luopua. Potilas ei välttämättä ole halukas ottamaan apua ja tukea vastaan. *”Painotettu potilaalle vastuunottamista omasta tilanteestaan”* (137).

Aineiston tapaamisissa sosiaalityöntekijä on käynyt keskustelua potilaan voinnista ja elämäntilanteesta, ja potilaita on dokumenttien mukaan koetettu löytämään voimavaroja ja rentouttavia asioita elämästä, sekä tarpeen mukaan ohjattu eteenpäin saadakseen vahvempaa psyykkistä tukea.

*”Potilasta pelottaa paniikkikohtauksen uusiutuminen. Keskusteltu paniikkikohtauksen oireista ja hänen keinoistaan selvitä niistä. Annettu kirjallista tietoa johon voi tutustua.* (140.)

*”Ehdotettu potilaalle syöpäsairaanhoitajan kotikäyntiä, jolta saa tukea ja ohjausta sairauteen. Potilas pitää tätä hyvänä ajatuksena. Soitettu [...] toimivalle syöpäsairaanhoitajalle.”* (53.)

*”Potilas kokee hyötyvänsä tukihenkilöstä, joten soitettu Rikosuhripäivöystykseen”* (85).

Spearman (2005, 45) vakuuttaa jokaisella potilaalla olevan omia vahvuuksia, kykyjä, rohkeutta ja voimaa, kunhan ne vain tulevat löydettyiksi. *”Potilas kertoo olleensa itkuinen ja ahdistunut. . . Keskusteltu keinoista, joilla potilas rauhoittuu ja rentoutuu kotonaan.”* (35.)

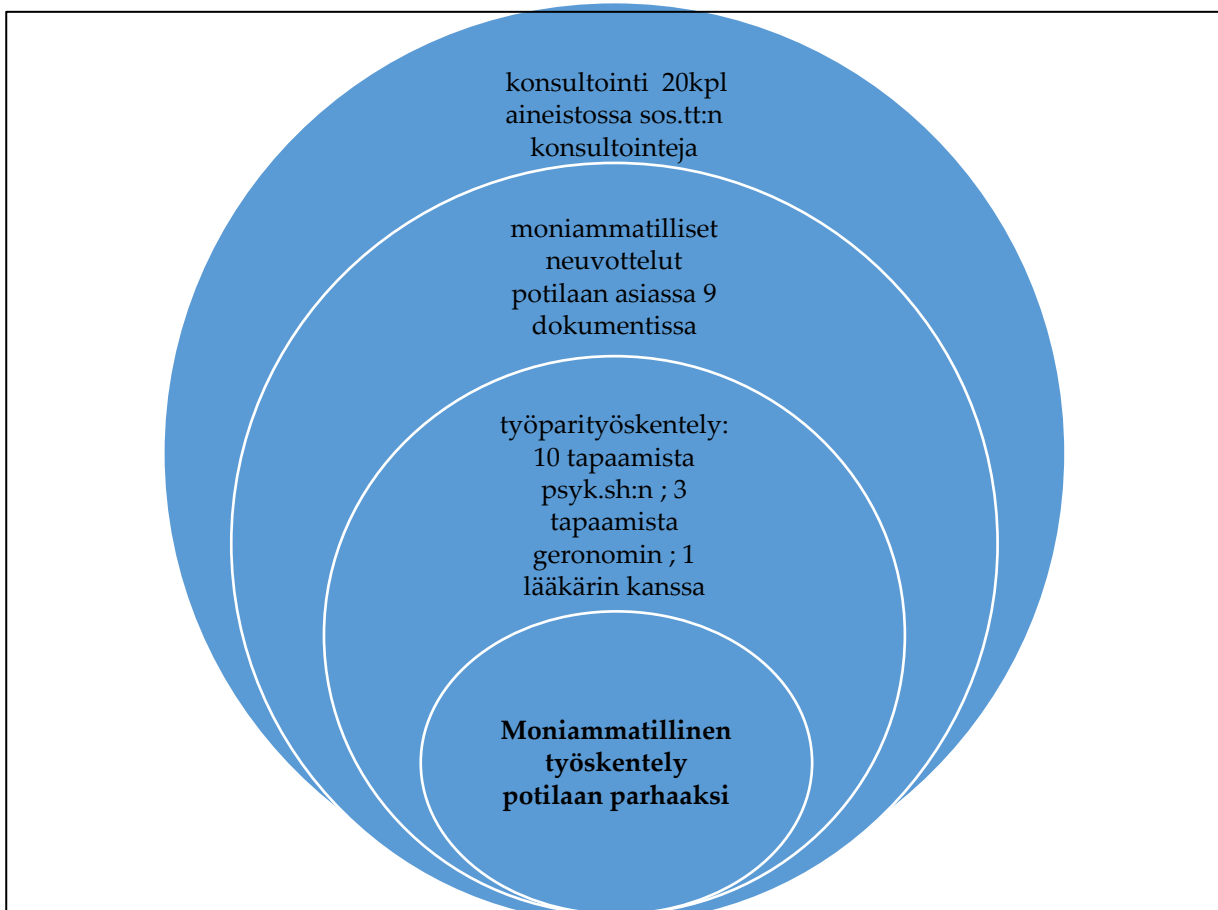
Myös Juhila (2001, 121) nimeää sosiaalityöntekijän tehtäväksi tunnistaa potilaan vahvuuksia. Potilaiden valtautuminen (empowerment) nähdään keskeisenä intervention tavoitteena (esim. Öjehagen 2014, 104). Rostila (2001, 40) määrittelee empowermentin kasvattavan potilaan toimintavoimaa niin, että yksilön valintojen ja ympäristön välillä vallitsee ihannetilä. Tämän periaatteen takana on näkemys siitä, että yksilö ei ole koskaan ympäristöstään irrallinen. Potilaiden psykososiaalinen tukeminen näyttäytyy myös omaishoitotilanteissa, jotka voivat olla hyvin raskaita ja kuormittavia. *"Keskusteltu potilaan jaksamisesta omaishoitajana. Hän kertoo keskustelun helpottavan oloaan."* (30.)

## 7.5 YHTEISPÄIVYSTYKSEN MONIAMMATILLINEN TYÖSKENTELY

Yhteispäivystyksessä työskentelee moniammatillinen työryhmä, joka dokumenttien perusteella työskentelee ja neuvottelee yhdessä potilaan asioissa. *"Keskusteltu hoitavan lääkärin ja hoitajan kanssa, jotka tavanneet potilasta"* (42). Dokumenteissa työparityöskentelyä toteuttavat sosiaalityöntekijä yhdessä psykiatrisen sairaanhoitajan, geronomin ja/tai lääkärin kanssa. *"Keskusteltu psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa ja sovittu, että potilas tavataan yhteisvastaanotolla"* (78).

Aineistossa kymmenen potilastapaamista on suoritettu yhdessä psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Potilastapaamisten lisäksi psykiatriset sairaanhoitajat voivat konsultoida sosiaalityöntekijää tai vaihtoehtoisesti toisinpäin. Geronomi ja sosiaalityöntekijä tekevät tiimityötä iäkkäiden potilaiden kohdalla. Tämä näyttäytyy aineistossa asiakaslähtöisenä moniammatillisena toimintana, jonka myös Isoherranen (2005, 14) ja Pärnä (2012, 86) näkevät asiakkaan parhaaksi. Yhdessä geronomin kanssa on tavattu kolme potilasta. Neuvottelua potilaiden asiassa on käyty useammassa tilanteessa. Ainoastaan yhdessä tilanteessa sosiaalityöntekijä on tavannut potilasta yhdessä lääkärin kanssa. Kuudessa dokumentissa on neuvoteltu potilaan tilanteesta hoitavan lääkärin kanssa tai välitetty esim. omaisten huolta

lääkärille. Kolmessa dokumentissa on myös maininta moniammatillisesta neuvottelusta lääkärin ja sairaanhoitajan tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. *”Sovittu hoitokokous, ti xx.xx.17, johon osallistuu osaston lääkäri, psyk.sh ja sosiaalityöntekijä”* (131).



Kuvio 11. Moniammatillisuus yhteispäivystyksessä.

Sosiaalityöntekijä käy aineiston perusteella keskustelua moniammatillisessa työryhmässä ja tuo oman, potilaan ja omaisten näkökulman jatkohoidon suunnittelussa. *”Suositellaan potilaalle geriatria arviointiyksikköä”* (4). Lääkäri on kuitenkin vastuussa potilaan hoitoprosessista, joten on huomattava, että sosiaalityöntekijä ei tee päätöstä jatkohoidosta. Havukainen ym. (2007, 8) näkevät sosiaalityöntekijän palvelujärjestelmän tuntemuksen ja asiantunteumuksen palvelujen koordinoimisessa yhdessä arkielämän ehtojen tuntemisen kanssa



antavan valmiuksia vaihtoehtojen esittämiseen, joka voidaan nähdä lisäarvona moniammatilliseen työhön. *"Moniammatillinen neuvottelu potilaan ja äidin tilanteesta"* (70).

Päivystyksen selviämishoitoyksikkö Selma hoitaa päihtyneitä potilaita, jotka tarvitsevat päivystyshoitoa joko somaattisten tai psyykkisten syiden vuoksi. Selviämishoitoyksiköstä otetaan yhteyttä sosiaalityöntekijään useissa tilanteissa. Pitkäaikainen päihteiden käyttö aiheuttaa yksilön elämässä monenlaisia ongelmia niin fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Eri ammattiryhmien yhteistyön merkitys korostuu Selmassa pyrittäessä asiakaslähtöiseen ja kokonaisvaltaiseen työotteeseen. Kahdessa dokumentissa potilaan somaattisen sairauden hoito on näyttäytynyt ensisijaisena, jonka jälkeen potilaan kanssa on tarkoitus jatkaa päihdeinterventioita. Tulkitseen tämän näyttäytyneen moniammatillisen yhteistyön tuloksena, jonka päämääränä on potilaan saama tarkoituksenmukaisin hoito.

Sosiaalityöntekijää konsultoidaan ulkomaalaisen potilaan hoito-oikeuksiin ja valinnanvapautteen liittyvissä asioissa terveydenhuollossa sekä sosiaalipalveluihin liittyvissä kysymyksissä. Aineistossa esiintyi tällaisia dokumentointeja 20 kappaletta. Näistä neljässä tapauksessa kyse oli potilaan hoito-oikeuden selvittämisestä. Yhden potilaan kohdalla sairaanhoitaja konsultoi sosiaalityöntekijää liittyen potilaan puolison kuolemaan ja vainajan asioiden hoitoon liittyvissä asioissa. Oikeudellinen tieto ja lakien soveltamisosaaminen kuuluvat Sipilän (2011, 136) mukaan sosiaalityöntekijän tiedolliseen asiantuntijuuteen. Ulkomaalaispotilaiden asioissa sosiaalityöntekijän konsultointi on tavanomaista. Potilaiden hoito-oikeus, sen laajuus ja suomalainen sairausvakuutus kuuluvat osaksi sosiaalityön asiantuntijuutta. Näissä tapauksissa tarpeen mukaan sosiaalityöntekijä konsultoi myös Kelan kv-yksikköä. *"Potilaalla olisi tietojen mukaan sairausvakuutus-oikeus Suomessa? Luvattu, että ak selvittää asiaa."* (129.) Aineistossa oli myös yksi dokumentaatio, jossa potilas siirrettiin kotimaahansa jatkohoitoon. Siirtotilanne on ollut erityisen työllistävä kaikkine selvityksineen, jonka sosiaalityöntekijä ja lääkäri ovat yhteistyössä neuvottelemalla järjestäneet. Turvapaikanhakijoiden tilanteen selvittely ja oikeus hoitoon ovat myös sosiaalityöhön kuuluvia asioita. Tässä aineistossa näitä tilanteita esiintyi kaksi (2) kappaletta. Kulttuurisen osaamisen vaatimus korostuu nykyisin sosiaalityössä. Turvapaikanhakijoiden saapuminen vuodesta

2015 alkaen on näkynyt työssä ulkomaalaisten potilaiden määrän kasvuna. Myös ulkomalaisia opiskelijoita, työntekijöitä ja muista syistä Suomessa oleskelevia kohtaa työssä säännöllisesti.

Lastensuojeluun liittyvissä tilanteissa on luontevaa, että hoitohenkilökunta ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään, koska hän edustaa terveydenhuollossa sosiaalihuollon ja sosiaalityön asiantuntijuutta. Virka-aikana näissä tilanteissa sosiaalityöntekijä olisi osa palveluprosessia, mutta aineistossa esiintyi kaksi tapausta, joissa sairaanhoitaja oli yhteydessä pyhien jälkeen sosiaalityöntekijään ja konsultoi tilanteesta jälkikäteen. Kiireellisissä tilanteissa virka-ajan ulkopuolella henkilökunta on yhteydessä sosiaalipäivystykseen.

## 7.6 KOORDINOINTI, YHTEISTYÖ JA VERKOSTOTYÖ

Koordinointi, yhteistyö ja verkostotyö ovat merkittävä osa sosiaalityön sisältöä terveyssoosiaalityössä. Tähän luokkaan sisällytän myös sairaalaorganisaation sisällä tehtävän yhteistyön päivystyksen ulkopuolella. *"Selvitetty potilaan asioita potilaslaskutuksessa [ ] kanssa"* (113). *"Selvitetty sihteerin pyynnöstä potilaan kotipaikkakuntaa maksusitoumukseen liittyen"* (43). 71 potilasdokumenttia sisältävät koordinointia, yhteistyötä tai verkostotyötä. Tämän perusteella sosiaalityöntekijä on potilaan hoidon ja palveluketjujen toimivuuden kannalta on merkittävässä roolissa. *"Sovittu potilaan ja varikon työntekijän kanssa, että potilas lähtee päivystyksestä varikolle täyttämään asuntohakemusta"* (147). Aineistossa näitä yhteistyötahoja ovat: Sosiaalipäivystys, eri kuntien sosiaalitoimet, niin aikuis- vanhus- ja lapsiperheiden, lastensuojelun palvelujen viranomaiset, päihdehuollon, psykososiaalisten palvelujen työntekijät, psykiatrian henkilökunta, eri terveydenhuollon organisaatioiden sosiaalityöntekijät, asumispalveluiden työntekijät, asumisneuvoja, Kela, eläinsuojelu, Sininauha ja Ankkuritiimi. Yhteistyötä tehdään myös potilaan omaisten ja läheisten kanssa.

Koordinointi on tarpeen, jotta eri ammattiryhmien ja organisaatioiden toiminta on toisiaan tukevaa potilaan tilanteen edistämiseksi. Joissakin tilanteissa potilaan tilanne vaatii useiden eri tahojen kanssa tehtävää yhteistyötä, kuten seuraavassa tilanteessa: *"Potilas on siirretty pohjoismaisena sairaalasiirtona jatkohoitoon"* (113). Tämä edellyttää sairauksien tuntemisen lisäksi sosiaalipalvelujen ja sosiaaliturvalainsäädännön tuntemusta. Potilaskohtaisesti tehdyn arvion perusteella joissakin tilanteissa riittää potilaan saama palveluohjaus, mutta usein sosiaalityöntekijä on itse yhteydessä suoraan eri yhteistyötahoihin. *"Potilas siirtynyt jatkohoitoon PKS T3, keskusteltu asiasta T3 sostt [xxx] kanssa"* (38).

Näitä yhteistyötahoja sosiaalityössä on hyvin erilaisia potilaan tilanteesta ja tarpeesta riippuen. *"Keskusteltu potilaan päihteiden käytöstä ja katkaisuhoidon tarpeesta. Potilas kokee saaneensa katkaisuhoidosta apua aikaisemminkin, joten olisi valmis sinne lähtemään. Varattu paikka potilaalle katkaisuhoidosta, . . ."* (56.) Sosiaalityöntekijän tulee olla tietoinen alueensa sosiaalihuollon ja -palveluiden kokonaisuudesta potilaiden tukemiseksi ja ohjaamiseksi. *"Soitettu potilaan luvalla aikuisten vastaanottoryhmän ajanvaraukseen. Kerrottu potilaan tilanteesta ja annettu yhteystiedot. VOR:sta soitetaan hänelle ensi viikolla ja sovitaan tapaamisaika"*. (11.) Haavisto (2014, 298) peräänkuuluttaa myös sosiaalipalveluiden saumattomuutta ja hyvin toimivuutta, jolloin voidaan nähdä sosiaalityöntekijän verkosto-osaaminen tärkeässä roolissa potilaan jatkohoitoon ohjautumisessa *"Järjestetty potilaalle aika asumisen yhteistyöryhmään.."* (97). Yhteistyö näyttäytyy esimerkiksi omaisten haastatteluna potilaan tilanteessa, tai esimerkiksi potilaan asioiden hoitamisen varmistamisena tai kotiin jääneen puolison voinnin tarkastamisena. Omaiset voivat myös ottaa yhteyttä suoraan sosiaalityöntekijään, jota kautta potilaan asia on tullut vireille. Myös potilaiden omaiset ja läheiset voivat olla sosiaalityön asiakkaana ja tarvita psykososiaalista tukea. Tämä eroaa terveydenhuollosta, koska myös potilaan lähipiiri voi ohjautua ja olla sosiaalityön tarpeessa.

Sosiaalityöntekijä toimii myös potilaiden asianajajana erilaisissa tilanteissa. (Craig & Muskat 2013, 17). Esimerkkinä tällaisesta asianajajasta (advocacy) Kerson, McCoyd ja Chimciran (2005, 21) näkevät sosiaalityöntekijän tekemän viranomaisyhteistyön päihdepalveluiden kanssa potilaan hoitoon ohjautumiseksi. Olen päätenyt sisällyttämään tämän asianajon

yhteistyön, koordinoinnin ja verkostotyön alaisuuteen, koska se pääsääntöisesti vaatii sosiaalityöntekijän yhteydenoton potilaan asian edistämiseksi. Yhteydenoton on tehnyt sosiaalityöntekijä niissä tapauksissa, joissa potilas on ollut halukas siihen ja sosiaalityöntekijän arvioon perustuen yhteydenotto tulee tehdä. *”Keskusteltu palveluohjaajan kanssa tilanteesta ja välitetty omaisten huoli”* (103).

Seuraavaan hoitavaan tahoon sosiaalityöntekijä oli potilaan luvalla yhteydessä palveluketjun katkeamattomuuden jatkumiseksi. Suurin osa näistä on päihdepalveluihin ohjaamisen yhteydessä päädytty sosiaalityöntekijän yhteydenottoon ajan varaamiseksi potilaalle. Kahden potilaan tilanteessa potilaan pääsemiseksi katkaisuhoidon sosiaalityöntekijä on joutunut neuvottelemaan, jolloin se todella on asianajoa. Osassa tapauksia ne olivat psykiatrian hoitotahoja, avo- tai laitospuolen työntekijöitä, joissa sosiaalityöntekijä on potilaan toiveesta ollut yhteydessä ja informoinut tilanteesta tai sopinut tai aikaistanut potilaan tulevaa ajanvarausta. Niissä, joissa yhteyttä ei otettu, potilaat halusivat olla itse yhteydessä tai eivät kokeneet tarvetta palveluille sillä hetkellä.

Yhteydenotot potilaan kuntaan sosiaalihuollon palvelujen tarpeen arvioimiseksi kuuluvat myös yhteistyöhön. *”Potilas tarvitsee tällä hetkellä tukea arjessaan ja asioiden hoitamisessa. Päädytty tekemään potilaasta sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitus”* (26). Osalla potilaista saattaa olla jo sosiaalihuollon asiakkuus, jolloin sosiaalityöntekijä välittää tiedon potilaan tilanteesta. *”Välitetty potilaan jatkohoitosuunnitelma tiedoksi potilaan sosiaalityöntekijälle, joka jatkaa asian hoitoa”* (104). Aikaisemmin luvussa viisi esittelemäni pilotti mahdollistaa myös sosiaalityöntekijän yhteispäivystyksessä aloittavan palvelutarpeen arvioinnin. Aineistossa ilmenee yhteistyönä neuvottelut kuntien sosiaalityöntekijöiden kanssa siitä, kenen on tarkoituksenmukaista potilaan aloittaa palvelutarpeen selvitys. *”Potilaasta on tehty sosiaalipäivystyksen kautta SHL-ilmoitus, jossa tullut esiin huoli potilaan kotona selviytymisestä. Sovittu, että allekirjoittanut aloittaa päivystyksestä käsin potilaan tilanteen kartoittamisen ja palvelutarpeen arvioinnin.”* (71.)

Mikäli asiakkuutta ei ole, sosiaalityöntekijä on ensin puhelimitse kuntaan, jonka lisäksi tekee vielä kirjallisen ilmoituksen postitse. Näitä sosiaalihuoltolain mukaisia ilmoituksia (35 §) sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä on tehty liittyvissä tilanteissa 12kpl. Näistä

neljä kappaletta on tehty vanhuspalveluihin ja kahdeksan aikuissosiaalityöhön. Terveystieteiden ammattihenkilön ilmoitusvelvollisuutta olen kuvannut tarkemmin luvussa 2.3. Huomionarvoista on, että ainoastaan kahdessa tapauksessa ei ole potilaan suostumusta ei ole ollut mahdollista saada. Hätäsiirtopaikan saamiseksi sosiaalityöntekijä on ollut yhteydessä kuntaan kolmessa tilanteessa. Psykososiaalisen asumisen työryhmään on varattu kahdelle potilaalle aika potilaan tilanteen laaja-alaiseksi selvittämiseksi.

Lastensuojeluilmoituksia aineistossa sosiaalityöntekijä on tehnyt kahdeksan (8) kpl ja kaksi (2) ennakoivaa lastensuojeluilmoitusta syntymättömän lapsen asioissa. Dokumentteissa esiintyy myös mainintoja lääkärin tai ensihoidon tekemistä lastensuojeluilmoituksesta, mutta sisällytän tähän ainoastaan sosiaalityöntekijän tekemät lastensuojeluilmoitukset. Näissä tilanteissa vanhemmille kerrotaan aina heränneestä huolesta ja ilmoituksen tekemisestä. Ennaltaehkäisevään perhetyöhön on myös oltu yhteydessä potilaan asiassa.

Sosiaalipäivystys, kuntien sosiaalipalvelut, päihdehuollon ja psykiatrian hoitotahot ovat selkeästi useimmiten niitä, joihin sosiaalityöntekijä on yhteydessä.

## 8 TERVEYSSOSIAALITYÖN ASiantuntijuus Yhteispäivystyksessä

Olen edellä kuvannut terveysosiaalityön eri sisältöjä potilaiden moninaisissa ja haastavissa elämäntilanteissa osana potilaan moniammatillista hoitoa yhteispäivystykseen hakeutuessa. Olen kuvannut näitä perustehtäviä, joita Metterin (2014, 299) mukaan jäsennetään eri tavoin, päivystyksen terveysosiaalityön kontekstissa sisältöinä jotka jaoin erilaisiin potilasryhmiin, sosiaalisen tilanteen arvioon, sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön, koordinointiin, yhteistyöhön ja verkostotyöhön. Aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nojautuen terveysosiaalityön sisällöistä ja sosiaalityön asiantuntijuuden erilaisista jaoista, joita olen aikaisemmissa luvuissa käsitellyt, ja edellä esittelemieni sisältöjen perusteella olen päätenyt jaottelemaan päivystyksen terveysosiaalityössä vaadittavan asiantuntijuuden kolmeen eri luokkaan. (kts. esim. Keefe & Jurkowski 2013; Korpela 2009; Sipilä 2011; Ylinen 2008.) Yhteispäivystyksen terveysosiaalityössä vaaditaan tiedollista, menetelmällistä ja eettistä asiantuntijuutta.

### 8.1 TIEDOLLINEN ASiantuntijuus

Terveysosiaalityöntekijältä odotetaan laajaa tiedollista asiantuntijuutta työssään, kuten edellä on jo käynyt ilmi. Hänellä tulee olla monialaista teoreettista ja tutkimusperustaista tietoa, jota hän voi soveltaa potilaan parhaaksi. Aineiston perusteella nostan terveysosiaalityössä tärkeimmäksi ymmärryksen yksilön fyysisen ja psyykkiseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä, koska työskennellään sairaalaympäristössä. Terveysosiaalityöntekijä tarvitsee yhteiskunnallista osaamista, joka näkyy kykyinä ymmärtää yhteiskunnan merkitystä potilaiden elämään, sekä ympäristön ja yksilön välistä suhdetta. Rostilan (2001, 56 - 57)

mukaan sosiaalityöntekijällä on monialaista teoreettista sekä tutkimustietoa potilaan elämäntodellisuuden kannalta tärkeistä järjestelmistä. Näitä ovat muun muassa psykologinen tieto yksilöstä, sosiaalipsykologinen tieto yksilön toiminnasta ryhmän jäsenenä ja perheessä, sekä sosiologista tietoa organisaatioista ja kulttuureista. Terveysosiaalityö on vahvasti oikeusperustainen professio, jonka seurauksena työssä tulee omata oikeustietoa potilaan asemasta ja oikeuksista. Sosiaalityöntekijä tarvitsee tietoa hyvinvointiyhteiskunnan etuusjärjestelmistä, ja niiden toimintaa säätelevästä oikeusjärjestelmästä. Lakien soveltaminen kuuluu osana terveysosiaalityöhön. Sosiaali- ja terveystieteelliset etu- ja palvelujärjestelmät ovat alati muutoksessa, joista sosiaalityöntekijällä tulee olla ajantasaisin tieto. Sosiaaali-oikeutta opiskellaan yliopistossa, jonka lisäksi työntekijällä on vastuu kehittää itseään ja päivittää tietonsa.

Yhteiskunnallista osaamista tarvitaan ymmärtääkseen yhteiskunnan eri tasoilla esiintyviä ilmiöitä, jota Sipilä (2008, 96) nimittää systeemiteoreettiseksi tulkintatiedoksi. Hän pitää yhteiskunnallista osaamista tärkeässä asemassa, koska se on tieteellisen ja toiminnallisen perustan hahmottamisessa tarpeen. Sosiaalipalveluiden rakenteellinen moninaisuus julkisine, yksityisine, virallisine ja epävirallisine palveluineen vaativat jatkuvaa tiedon päivittämistä. Ilman tätä yhteiskunnallista tietoa Sipilä (2008, 72) pitää ”*sosiaalityöntekijää yhtä avuttomana kuin potilas*”.

## 8.2 MENETELMÄLLINEN ASIAANTUNTIJUUS

Terveysosiaalityöntekijän asiakaslähtöinen työ perustuu vuorovaikutukseen. Menetelmällisen osaamisen perustana voi nähdä dialogisen vuorovaikutussuhteen luomisen, jonka terveysosiaalityöntekijä aloittaa haastattelemalla potilasta ja kartoittamalla hänen tilannettaan. Hän käyttää vuorovaikutussuhdetta edistäviä haastattelumenetelmiä. Terveysosiaalityössä näkyy vahva psykososiaalinen orientaatio, joka välittyy vahvasti osana aineiston

dokumentaatiota. Korpelan (2014) ja Ylisen (2008) jaottelusta poiketen liitän psykososiaalisen asiantuntijuuden sisältyväksi menetelmälliseen asiantuntijuuteen, koska se toteutuu vuorovaikutuksessa. Kohtaamis-, vuorovaikutus- ja tunnetaidot ovat läsnä dokumenttien perusteella potilastapaamisissa, ja niissä heijastuu myös potilaan voimaannuttaminen, jonka Sipilä (2011, 98) näkee yhdeksi tämän päivän osaamisvaateista. Sosiaalityöntekijällä tulee olla tiedollisen asiantuntijuuden lisäksi kyky tehdä interventioita erilaisissa tilanteissa ja käydä motivoivaa keskustelua esimerkiksi potilaan päihteiden käytöstä, kuten aineistosta kävi ilmi.

Metteri (2014) jaottelee moniammatillisen yhteistyön ja verkostotyön olevan erillisiä tehtäviä terveysosiaalityössä, kuten olen myös tutkielmassani ne erikseen jaotellut. On kuitenkin luontevaa sisällyttää ne molemmat osaksi menetelmällistä asiantuntijuutta. Seudullinen ja alueellinen yhteistyö potilaiden eri palveluntuottajien kanssa näyttäytyy aineiston perusteella merkittävänä osana terveysosiaalityössä. Myös Sipilä (2011, 146) kuvaa yhteistyöodotusten olevan kasvamassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vuorovaikutustaitoja vaaditaan myös yhteistyössä, koordinoinnissa ja verkostotyössä, joka muodostaa tärkeän osan terveysosiaalityötä, joka näkyy myös aineistossa. Jopa 72 potilasdokumentissa sosiaalityöntekijä on ollut potilaan asiassa yhteydessä yhteistyötahoihin. *"Päädytty järjestämään verkostopalaveri...johon allekirjoittanut on kutsunut.."* (92).

Palveluohjaus näyttäytyy osana terveysosiaalityötä. Potilaat omaisineen ovat hukassa monimutkaisessa palveluverkostossa, johon he tarvitsevat neuvontaa ja ohjausta. Tähän liittyen Sipilän (2011, 144) mukaan ammattitaidon tärkein osatekijä on taito toimia neutraalina erilaisissa ongelmatilanteissa; jäsentää ja tulkita tilanne omaan ja potilaan tietoperustaan pohjautuen, jonka perusteella arvioida jatkotoimenpiteitä ratkaisematta tilanteita potilaan puolesta. Potilaiden asianajo heidän oikeuksiensa puolustamiseksi ja heille kuuluvien etuuksien saamisen varmistamiseksi sisältyy myös menetelmälliseen osaamiseen.



### 8.3 EETTINEN ASiantuntijuus

Terveyssosiaalityötä, kuten sosiaalityötä yleensä ohjeistavat sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestön Talentian (2017) antamat eettiset ohjeet. Niiden mukaan sosiaalityöntekijöiden eettinen velvollisuus on toimia sekä yksilön että yhteiskunnan suuntaan. Hänen on ymmärrettävä ja hyväksyttävä ihmisoikeudet ja puolustettava kaikissa tilanteissa potilaiden oikeutta itsemääräämiseen, osallistumiseen, kokonaisvaltaiseen kohteluun sekä yksityisyyteen. Sosiaalialan ammattilaisten tulee myös edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta asiakkaidensa elämässä ja koko yhteiskunnassa estämällä negatiivista syrjintää, tunnistamalla erilaisuutta, jakamalla voimavaroja tasapuolisesti sekä vastustamalla epäoikeudenmukaista politiikkaa. Eettistä harkintaa tarvitaan terveyssosiaalityössä ja erityisesti vaikeissa potilaan tilanteissa, joita voivat olla esimerkiksi lähisuhdeväkivaltatilanteet.

Rostila (2011, 24 - 25) näkee ammatillisen sosiaalityön tärkeimmäksi lähtökohdaksi erilaisien arvojen ja normien tiedostamisen, tietoisuuden omista arvoista sekä eettisen vastuun ottamisen. Sosiaalityö perustuu ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittamiseen, ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden puolustamiseen. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen aiheuttaa eettistä pohdintaa vaativia tilanteita.

*"Potilas lähtenyt omalla vastuulla kotiin ja ilmoittanut päätöksestään tyttärelle" (45).*

*"Potilaan kanssa on yritetty käydä keskustelua ja tarjota palveluita mutta hän on niistä kieltäytynyt, joten tilanne on hyvin haastava " (47.)*

*"Nyt potilas on viimeisen kuukauden ajan kieltäytynyt tuesta, eikä ole halunnut vastaanottaa psykiatrian eikä diakonian kotikäyntejä" (92).*

Aineistossa etiikka tulee vastaan selkeänä tasapainoiluna tuen ja kontrollin välillä potilaiden vaikeissa tilanteissa. Lisääntyvä työskentely vieraiden kulttuurien parissa nostaa eettisiä kysymyksiä. Sosiaalityö sisältää myös erityisen eettisen velvoitteen hyvinvointityönä. (Pehkonen, Fomin & Väänänen 2014, 7) Eettinen pohdinta kulkee terveyssosiaalityössä jatkuvasti mukana.

Aineistossa nousevat esille esimerkiksi potilaan, hoitavan työryhmän ja verkoston väliset ristiriitaiset näkemykset, jotka vaativat eettistä pohdintaa niiden välillä tasapainoillessa. Myös tilanteet, joissa potilaalle ei järjesty tavoitellut palvelut nostavat eettisiä kysymyksiä esiin. Myös Ylinen (2008, 78) on nostanut esille tämän eettisen ristiriidan tarjolla olevien palvelujen niukkuuden ikääntyneen ihmisen palveluntarpeen ja palvelun saamisen välillä. Ikääntyneiden ihmisten kohdalla sama näyttäytyi tämän tutkielman aineistossa. Myös päihdepalvelujen piirissä tavoiteltu palvelu ei kahdessa tilanteessa järjestynyt toivotulla tavalla. Ylinen (2008, 79) on sisällyttänyt eettiseen asiantuntijuuteen myös *sillanrakentamisen* potilaan ja ympäristön välillä. Tässä aineistossa näyttäytyy samankaltaisia tilanteita kolmessa dokumentissa, jossa sosiaalityöntekijä on toiminut *sillanrakentajana* potilaan ja vanhemman, sosiaalityöntekijän ja asumisyksikön työntekijän kanssa. Kaikissa näissä tilanteissa potilas käyttäytyi niin uhkaavasti ja aggressiivisesti, että lähi-ihmiset eivät löytäneet ratkaisua ristiriitatilanteeseen ilman ulkopuolista *sillanrakentajaa*.



Kuvio 12. Terveyssoaalityössä vaadittava asiantuntijuus.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä tutkielmassa tarkastelin terveyssozialityön sisältöjä Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksessä ja näiden sisältöjen kautta määrittyvää terveyssozialityössä vaadittavaa ammatillista asiantuntijuutta ja pilotin tuoman palvelutarpeen arvioinnin vaikutusta niihin. Tutkimuskysymyksinäni olivat: Mitä ovat terveyssozialityön sisällöt ja asiantuntijuus yhteispäivystyksessä? Muuttaako sosiaalihoitolain mukainen palvelutarpeen arviointi terveyssozialityön sisältöjä ja asiantuntijuutta? Mitä vaikutuksia palvelutarpeen arvioinnin aloittamisella yhteispäivystyksessä on asiakkaiden palveluprosesseihin? Tutkielman teoreettinen viitekehys rakentui terveyssozialityön käytäntöjen tutkimuksesta, ja tämän tutkimuksen tuottamasta tiedosta terveyssozialityön tehtäväkuvista ja asiantuntijuudesta. Käytin terveyssozialityön nimikkeistön mukaista jakoa työn sisältöjä tarkastellessa ja terveyssozialityötä moniammatillisen työskentelyn ja psykososiaalisen sosialityön orientaation viitekehyksessä. Tutkielmaani taustoitti myös tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos, jonka hengessä myös Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Porin kaupungin Perusturvakeskuksen pilottia on toteutettu. Tuleva SOTE-uudistus puhututtaa paljon ja terveyssozialityön paikka ja rooli tulevaisuudessa on uusien haasteiden edessä, kuten Sundmankin (2014, 7) toteaa.

Tutkielman aineiston muodostivat sosialityöntekijän kirjaamat potilasdokumentit pilotin aikana ajalta 18.3.–24.9.2017. Aineisto koostui 150 Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen potilaan ESH-Effican dokumenteista sekä Porin kaupungin Perusturvakeskuksen sosiaali-Effican asiakaskirjauksista, joita oli 18 kpl. Analyysimenetelmänä käytin teemoittelevaa ja erittelevää sisällönanalyysia.

Tutkielmani päätuloksena yhteispäivystyksen sosialityö on laaja-alaista asiantuntijatyötä, jossa vaaditaan monenlaista tietoa ja taitoa. Sen sisällöt voidaan jakaa erilaisten potilasryhmien kohtaamiseen, sosiaaliseen tilannearvioon, sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen, moniammatilliseen toimintaan yhteispäivystyksessä ja yhteistyöhön, koordinointiin ja verkostotyöhön. Yhteispäivystyksen sosialityöntekijä kohtaa moninaisia potilasryhmiä.

Vaikka sosiaalityö määrittyy psykososiaalisen orientaation viitekehyksessä yksilökohtaisesti ja yksilön tarpeista käsin, on kuitenkin oleellista huomioida potilasryhmien moninaisuus päivystyksen työssä, joka asettaa omat vaatimuksensa sosiaalityöntekijän tiedollisellekin asiantuntijuudelle. Työympäristönä se eroaa sairaalan muista yksiköistä, joissa hoidetaan rajattuja potilasryhmiä. Siitä syystä terveydenhuollon kontekstissa koen erityisen tärkeäksi ymmärtää työn moninaisuutta. Sosiaalinen tilannearvio ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ovat työskentelyn ydinsisällöt. Sosiaalityö ja mahdollinen interventio perustuvat sosiaalisen tilanteen arviointiin. Psykososiaalinen orientaatio näyttäytyy vahvasti yhteispäivystyksen terveystieteissä tämän tutkielman perusteella. Potilaan psykososiaalinen tukeminen hänen elämäntilanteessaan on sosiaalityöntekijän vahvaa osaamista, joka vaatii yhteiskunnallista osaamista ja ymmärrystä eri yhteiskunnallisten ilmiöiden vaikutuksesta yksilön tilanteeseen. Koordinointi, yhteistyö ja verkosto-osaaminen näyttäytyvät tulosten perusteella erityisen tärkeinä sosiaalityössä. Yhteistyötahoja on runsaasti, joka vaatii verkostotyön osaamista. Moniammatillista yhteistyötä yhteispäivystyksessä tulosten mukaan sosiaalityöntekijä tekee etenkin psykiatristen sairaanhoitajien kanssa. Myös neuvotte-luja hoitajien ja lääkärien kanssa käydään potilaan asiassa. Säännöllinen kehitystyö on tuottanut tulosta, ja sosiaalityöntekijän tulee pitää vaihtuva henkilökunta tietoisena sosiaalityöstä. Yhteispäivystyksen terveystieteissä voidaan nähdä etenevän prosessimuotoisesti. Potilaan sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin aloittaminen jo yhteispäivystyksessä tuo prosessiin teknisen lisäosan, kun sen dokumentointi tapahtuu toisessa tietojärjestelmässä. Sen sijaan sosiaalihuoltolain mukaisten tehtävien integroiminen osaksi terveystieteissä ei kuitenkaan muuta terveystieteiden sisältöjä ja asiantuntijuutta merkittävästi.

Näiden sisältöjen perusteella yhteispäivystyksen sosiaalityön asiantuntijuus voidaan jakaa tiedolliseen, menetelmälliseen ja eettiseen asiantuntijuuteen. Päivystyksen potilaiden sosiaaliset tilanteet voivat olla monilaisia ja monimutkaisia ja sosiaalityöntekijällä tulee olla yhteiskunnallista osaamista. Sosiaalityö on vuorovaikutusta, joten menetelmälliset taidot ovat sosiaalityössä välttämättömät. Vaikka toimitaan terveydenhuollossa

erikoissairaanhoidossa, aineiston perusteella on selvää, että sosiaalialan asiantuntijuutta tarvitaan useissa tilanteissa. Tämän tutkielman teon aikana on astunut useita lakimuutoksia kohti tulevaa palvelurakenneuudistusta jo voimaan. Satakunnan keskussairaala on yksi kahdestatoista sairaalasta, jotka tulevat tarjoamaan laajaa päivystystä. Vuoden 2018 alusta alkaen sosiaalipäivystystä tarjotaan myös näissä päivystyksissä. On mielenkiintoista seurata terveysosiaalityön tulevaisuuden kehitystä palvelurakennemuutoksen yhteydessä. Terveysosiaalityön ja sosiaalipäivystyksen yhteistyön merkitys kasvaa entisestään, koska ne työskentelevät 1.1.2018 alkaen fyysisesti samoissa tiloissa. Aineistossa sosiaalityöntekijä ja sosiaalipäivystys tekevät jo yhteistyötä, mutta toimintaympäristön ollessa sama, korostuu yhteistyön vaatimus entisestään. Työnjako päivystyksessä on herättänyt kysymyksiä, mutta on selvää, että terveysosiaalityöllä on paikkansa siellä. Kaikki sosiaalihuoltoa tarvitsevat potilaat eivät tarvitse sitä akuutisti, vaan siihen voidaan vastata terveysosiaalityön keinoin, jonka työskentelyssä näyttäytyy ennaltaehkäisevä näkökulma. Terveysosiaalityön jatkuvuus on poikkeuksellista terveydenhuollossa. Potilas on saattanut jo poistua päivystyksessä ennen työskentelyn aloitusta. Asiakkuus terveysosiaalityössä kestää potilaan tarpeen mukaan yhteydenotosta useaan yhteydenottoon.

Tutkielmani perusteella en voi arvioida sosiaalihuoltolain palvelutarpeen arvion vaikutuksia potilaalle, jota pilotissa on tarkoitus arvioida. Onko se tehokkaampaa ja asiakaslähtöisempää kuin siinä tapauksessa, että terveysosiaalityöntekijä vain ohjaa potilaan asian kunnallisen sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioon? Tässä tutkielmassa terveysosiaalityöntekijän viranomaisoikeudet eivät johtaneet tutkimusajanjaksolla viranomaispäätöksiin. Palvelutarpeen arviointeja avattiin viisi kappaletta. Työn sisältö ei dokumenttien perusteella eroa merkittävästi terveysosiaalityöstä. Dokumentoinnin perusteella viranomaisoikeudet asettuvat terveysosiaalityöhön luontevasti potilaan parhaaksi. Tulevaa palvelurakenneuudistusta ajatellen näen sen olevan tulevaisuutta. Potilaslähtöisyyttä on arvioni mukaan juuri se, että potilaan asia etenee tarpeen mukaan heti hänen saavuttuaan päivystykseen, tai muualle erikoissairaanhoidon, tuleviin erityispalveluihin. Terveysosiaalityöntekijän nähdessä potilaan sosiaalihuollon mahdollisen asiakkuuden sosiaali-Efficasta, voidaan välttyä

päällekkäiseltä työltä ja yhteistyössä voidaan neuvotella potilaalle tarkoituksenmukaisesta yhteistyöstä, joka ilmeni aineiston jokaisessa sosiaali-Effican kirjauksessa. Työntekijän pysyvyys olisi potilaan etu. Eräässä dokumentissa, *”hän kertoo, ettei jaksa selittää asioitaan aina uusille ihmisille,”* (56) tuo asiaan potilasnäkökulmaa. Palvelurakenneuudistuksen on koettu etenevän kovin terveystaloudellisesti. Tässä on tutkimus- ja kehittämiskohde, joka nousee todellisista tarpeista terveysosiaalityössä ja johon oma tutkielmanikin ohjaa. Myös Korpela (2014, 136) osoittaa kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön kehittämisen tarpeita. Kuntien sosiaalihuollossa kaivataan myös enemmän tietoa terveysosiaalityöstä.

Tutkielmani sai alkunsa kevättalvella 2017 ja nyt vihdoin noin vuotta myöhemmin kirjoitan päätesanoja. Kulkemani matka tutkielmani parissa on ollut mielenkiintoinen ja antoisa. Graduateseminareissa olen saanut opponenteilta ja ohjaavalta opettajalta oivalluksia herättäviä kysymyksiä ja kulkemani suunta on tarkentunut alun etsivistä askeleista tutkielman teon polulla. Tämän tutkielman teko on ollut oppimisprosessi, jonka aikana olen syventänyt omaa tietoa terveysosiaalityöstä ja sen kehityksestä, jonka myötä koen myös ammatti-identiteettini selkeytyneen. Sen lisäksi koen ymmärtäväni terveysosiaalityötä myös uudella tavalla. Kulunut vuosi on kasvattanut itseäni myös tutkielman tekijänä. Olen syventänyt tietoa tutkimusmenetelmistä ja metodologisista kysymyksistä. Sen myötä kynnykseni tieteellisen tutkimuksen tekemiseen on laskenut ja uskon sen myös antavan eväitä kriittiseen työn kehittämiseen jatkossa. Tulevana sosiaalityön ammattilaisena uskon sosiologisen mielikuvituksen heräämisen antavan rohkeutta tarttua epäkohtiin tulevaisuudessa myös tutkimuksen muodossa. Terveystaloudellisyöntekijät ovat itse vastuussa oman asiantuntijuutensa esillä pitämisessä, koska terveydenhuollossa on todettu olevan tietämättömyyttä terveysosiaalityötä kohtaan (Metteri 2015, 3). Näen tämän tutkielman osaltaan tärkeässä roolissa paikallisena sosiaalityön tietoisuuden lisäämisenä. Olen sen myötä myös oivaltanut vastuun ammattimme näkyväksi tekemisestä. Kuten Metterikin (2014, 300) pohtii terveysosiaalityöntekijöiden oman tehtävänsä kehittämisen olleen osaltaan seurausta siitä, että työskennellään vieraassa isäntäorganisaatiossa, jonka tarkoitus ja toimintatavat määrittyvät lääke- ja hoitotieteestä. Siitä syystä sosiaalityöntekijä joutuu käymään jatkuvaa keskustelua lääkäreiden ja

muiden ammattikuntien kanssa oman työn sisällöistä ja sen rajoista, mikä voi olla henkisesti hyvin kuluttavaa, mikä on myös omassa työyhteisössäni tunnustettu. Terveysosiaalityön historia sairaanhoitajasta erkautuneena ammattina vaikuttaa vahvasti ja näkyy vielä tänä päivänäkin. Sairaalassa työskennellessä vähintään viikoittain saa kuulla nimikkeen sosiaalihoitaja. Vaikka viimeiset sosiaalihoitajat ovat koulutettu vuonna 1975, nimikkeen käyttö on vahvasti juurtunut. Tutkielmani myötä ymmärrän entistä paremmin, että sairaalaorganisaatiossa oma pieni ammattikuntamme on vastuussa muiden ammattikuntien perehdyttämisestä tekemäämme työhön. Tämä on erityisen tärkeää siitä syystä, että muut ammattikunnat ovat henkilöitä, jotka ohjaavat potilaat pääsääntöisesti sosiaalityöntekijälle. Tämän vuoksi koen, että omassakin organisaatiossa tätä perehdytystä tulee entistä innokkaammin jatkaa. Potilaan parhaaksi kuitenkin yhdessä työskentelemme ja tuomme omaa asiantuntijuuttamme moniammatillisen työryhmän käyttöön. Tutkielman pohjalta julkaistaan artikkeli Satakunnan sairaanhoitopiirin sisäisessä lehdessä. Toivoisin sen myötä taas jonkun muun ammattikunnan edustajan saavan uusia oivalluksia asiantuntijuudestamme ja sitä kautta uuden sosiaalityön tarpeessa olevan potilaan ohjautuvan sosiaalityöntekijälle.

Terveysosiaalityöntekijöiden tulee nostaa esiin kohtaamiaan epäkohtia yhteiskunnassa. Pocket ja Beddoe (2017, 131) toteavat ammattikunnalla olevan erinomainen mahdollisuus vaikuttaa maan sosiaalipolitiikkaan, mikäli se toisi epäkohtia esiin näkyvämmällä toiminnalla ja tutkimusjulkaisuilla. Tämä on tärkeää myös, koska sosiaalityöllä on heikko hallinnollinen asema terveydenhuollon organisaatioiden johdossa (Kettunen 2015, 42). Viime aikoina paljon puhuttanut asiakkaan valinnanvapauslaki korostaa nähdäkseni terveystosiaalityöntekijän roolia tulevaisuudessa. Anttonen, Häikiö & Raitakari (2013, 294 - 295) toteavat että, asiakkaat nähdään palveluiden kuluttajina, johon vastataan valinnanvapauden lisäämisellä. Tämä näkemys vaatii kuitenkin asiakkailta tiedollisia, taidollisia ja taloudellisia resursseja, jotka voivat puuttua heikoimmassa asemassa olevilta kansalaisilta. Tämä aiheuttaa palveluiden väliin putoamista, joka näkyy myös terveystosiaalityön arjessa.

Granfelt (1993, 188) toteaa, että psykososiaalisen työn merkitys voidaan nähdä ennen kaikkea siinä, että psykososiaalinen teoria voi ylläpitää sosiaalista ja inhimillistä sosiaalityön



eetosta yllä. Tämä sopii terveystieteiden erityisen hyvin, joten tulevaisuudessa työtä, kehittämis- ja tutkimustoimintaa tulee jatkaa entistä näkyvämmiin. Tutkielmani perusteella terveystieteiden asiantuntijuus tulisi hyödyntää potilaan parhaaksi tulevan palvelurakennemuutoksen myötä. Sosiaalihuoltolain mukaisten tehtävien integrointi asetetaan terveystieteiden työhön, eikä se muuta terveystieteiden sisältöjä ja asiantuntijuutta merkittävästi. Arvioin sosiaalihuollon tarpeessa olevan henkilön saavan tarvitsemansa avun ja tuen asiakaslähtöisemmin, kun se voi alkaa jo tarpeen mukaan terveydenhuollossa. Terveystieteiden ja kunnallisen sosiaalihuollon yhteistyön sujuvuus olisi potilaan etu, sillä palvelut toteutuisivat joustavammin ja vaikuttavammin.

## Lähteet

Aalto, Mauri (2007) Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveydenhäiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123 (11), 1293 - 1298.

Alasuutari Pertti (2007) *Laadullinen tutkimus*. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Anttonen, Anneli, Häikiö, Liisa & Raitakari, Suvi (2013) Matkalla muutokseen ja hyvinvointiareenoille. *Janus* 21 (4), 290 - 313.

Craig, Shelley, Bejan, Raluca & Muskat, Barbara (2013) Making the Invisible Visible: Are Health Social Workers Addressing the Social Determinants of Health? *Social Work in Health Care* 52 (4).

Craig, Shelley & Muskat, Barbara (2013) Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health and social work*. (38) 1, 7 - 16.

Eriksson, Päivi & Koistinen, Katri (2005) Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisuja 4:2005. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.  
[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152279/Monenlainen\\_tapaustutkimus.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152279/Monenlainen_tapaustutkimus.pdf?sequence=1) Viitattu 13.1.2018

Erkkilä, Elisabet (2014) Asunnottomuus ja sosiaalityö. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen, Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanomama, 307 - 312

Frankenhausser, Beata (2014) Terveysosiaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristöissä. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: Ps-Kustannus, 64 - 72.

Granfelt, Riitta (1998) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt, Synnöve Karvinen, Harri Jokiranta, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 177 - 227.

Günther, Kirsi (2015) Asiakasdokumentaatio arviointina mielenterveystyön arjessa: tutkimus ammatillisesta kirjaamisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampere University Press. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98096/978-951-44-9950-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 7.12.2017

Gåfvels, Catharina (2014) Socialt arbete i en medicinsk kontext. Teoksessa Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (toim.) Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar. Stockholm: Kultur och Natur, 50 - 73.

Haavisto, Kari (2014) Päihdeongelmat ja sosiaalityö. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen, Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanomaa, 290 - 298.

Hakkarainen Anne (2017) Palvelutarpeen arviointi aikuissosiaalityössä. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Haverinen, Riitta, Kuronen, Marjo & Pösö, Tarja (2014) Sosiaalihuoltoa haastetaan. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 9 - 21.

Havukainen, Pirjo & Hiljanen, Sinikka & Holma Tupu & Sundman Eila (2007) Terveysosiaalityön nimikkeistö. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Hirsjärvi, Sirpa & Sajavaara, Paula & Remes, Pirkko (2014) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, Jan (2010) Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Holopainen, Antti (2008) Alkoholiongelmät. Teoksessa Paavo Rissanen, Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 210 - 225.

Hämäläinen, Juha & Niemelä, Pauli (2014) Uudistuvan sosiaalihuoltolain arvoperiaatteet. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 80 - 107.

Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.  
Isoherranen, Kaarina 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Kaarina Isoherranen, Leena Rekola & Raija Nurminen (toim.) Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26 - 48.

Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen Raija (2008) Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY.

Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus -moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf) Viitattu 18.8.2017

Itsemurhien ehkäiseminen. THL:n internet-sivut. <https://www.thl.fi/fi/web/mielen-terveys/mielen-terveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy> Viitattu 5.12.2017

Johnson, David & Bullock, Merry (2009) The ethics of data archiving: Issues from for perspectives. Teoksessa Donna Mertens & Pauline Ginsberg (toim.) The handbook of social research ethics. Lontoo: Sage, 214 - 228.

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

Kaasalainen, Johanna (2016) Kunnioituksen retoriikka aikuissosiaalityön päihdeasiakkaan dokumenteissa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kananoja, Aulikki, Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008) Kunnallinen sosiaalipolitiikka: Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Kananoja, Aulikki (2010) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 275 - 284.

Kananoja, Aulikki (2016) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 347 - 356.

Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki Pirjo (toim.) (2011) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma.

Keefe, Robert & Jurkowski, Elaine (2013) Handbook for public health social work. New York: Public Health Social Work section of the American Public Health Association.

Kerson, Toba, McCoyd, Judith & Chimchirian, Joanne (2005) Spanning Boundaries: An Enriched Ecological Perspective for Social Workers Practising in Health and Mental Health Care. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri. Social work in Health and Mental health. Issues, Developments and Actions. Ontario: Canadian Scholar`s Press, 8 - 25.

Kettunen, Iita (2015) Terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työstä ei tiedetä tarpeeksi. Talentia. (8).

Kivelä, Antti (2015) SOTE-UUDISTUS. Tesso 7(3), 22 - 25.

Korkealaakso, Rauni (2006) Sosiaalityöntekijä - vieraileva tähti? : lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Korpela, Rauni (2014) Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: Ps-Kustannus, 118 - 139.

Koskimäki, Ilmo, Koskinen, Seppo & Teperi Juha (2002) Teoksessa Ilka Kangas, Koskimäki Ilmo, Eero Lahdelma, Ritva Prättälä, Marie Sinto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa Helsinki: Edita, 281 - 296.

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

Kuusisto-Niemi, Sirpa & Rissanen, Sari & Saranto, Kaija (2014) Asiakastiedon käyttö sosiaalityön tutkimuksessa – eettinen näkökulma. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-Kustannus, 257 - 274

Kääriäinen, Aino (2003) Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos.

Laaksonen, Maarit & Kääriäinen, Aino & Penttilä, Marja & Tapola-Haapala & Sahala, Heli & Kärki, Jarmo & Jäppinen, Anu. (2011) Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79866/d68ab232-88fc-4478-8c21-91164a177a1a.pdf?sequence=1> Viitattu. 3.8.2017

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

Laine, Markus, Bamberg Jarkko & Jalonen, Pekka (2007) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus.

Laitila, Minna (2010) Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirjatutkimus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5> Viitattu 8.12.2017

Laitila-Ukkola, Merja (2005) Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? - Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Leino-Holm, Minka (2016) PPPRH2 SATSHP – Tavoitteet, työ ja tulokset. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille II eli PPR2-hanke. Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämissosion loppuraportti. <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevat-hankkeet/palvelumuotoilulla-parempia-palveluita-riskiryhmille-II%E2%80%93hanke/Documents/PPPR2%20SATSHP%20Loppuraportti%20Tavoitteet%20ty%C3%B6%20ja%20tulokset%202016.pdf> Viitattu 14.11.2017

Leppälahti, Raija (2014) Asiakas- ja perhekeskeinen työ perusterveydenhuollossa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 44 - 51.

Leskelä, Riikka-Leena & Komssi, Vesa & Sandström, Saana & Pikkujämsä, Sirkku & Haverinen, Anna & Olli, Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto Kirsti (2013) Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 68 (48), 3163 - 3169.

Linden Mirja (1999) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Helsinki. Stakes. Raportteja 234.

Lähteinen, Martti & Hämeen-Anttila, Lotta (2017) Sosiaalihuollon lainsäädäntö. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki. Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 48 - 81.

Mackay, Kathleen & de Mello, Stan (2005) Broken hearts, shattered spirits: Social work, domestic violence and health care. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri. Social work in Health and Mental health. Issues, Developments and Actions. Ontario: Canadian Scholar`s Press, 203 - 220.

Malmsten, Annukka (2007) Rajaaminen. Teoksessa: Markus Laine, Jarkko Bamberg & Pekka Jokinen (2007) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus, 57 - 92.

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Acta Universitatis Tamperensis 1778. (<http://tampub.uta.fi/handle/10024/66973>) Viitattu 4.4.2017

- Metteri, Anna (2014) Terveyssoseaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi, Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 296 - 320.
- Metteri, Anna (2015) Terveystenhuollon sosiaalityöntekijän työstä ei tiedetä tarpeeksi. Talentia-lehti. <https://www.talentia-lehti.fi/terveydenhuollon-sosiaalityontekija-tyosta-ei-tiedeta-tarpeeksi/> Viitattu 12.2.2017
- Morén, Stefan, Blom, Björn Lalos, Ann & Olsson, Marianne (2014) Socialt arbete I hälso- och sjukvård – vilkor och utmaningar. Teoksessa Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (toim.) Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar. Stockholm: Kultur och Natur, 237 - 254.
- Mäkelä, Klaus (2008) Tutkittavien suostumuksen ala, henkilötietojen tunnistettavuus ja yhteiskuntatieteellisten aineistojen elinkaari. Teoksessa: Samuli Hurri (toim.) Demokraattisen oikeuden ehdot. Helsinki: Tutkijaliitto. 291 - 322.
- Mäkelä, Rauno & Aalto, Mauri (2013) Alkoholiongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus Helsinki: Duodecim, 44 - 54.
- Mäkipää, Mirka (2016) Tätä pitää pohtia: Sosiaalihuoltolain uudistus sossun silmin. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Möttönen, Sakari & Kettunen, Pekka. Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 109 - 124.
- Nikander, Pirjo (2003) Moniammatillinen työ sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 40 (4), 279 - 290.
- Niemi, Minna (2014) Päivystävien sosiaalityöntekijöiden tilannearviot ja päätökset osana sosiaalihuoltoa. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino, 241 - 260.
- Niemelä, Pauli (2009) Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-Kustannus, 209 - 236.

Niemelä, Pauli (2014) Sosiaalityön hyvinvointietiikan toteuttajana. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) (2014) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-Kustannus, 13 - 43.

Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin (2014) Arvojen ja etiikan dilemma sosiaalityössä. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) (2014) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-Kustannus, 7 - 28.

Pocket, Rosalie & Beddoe, Lizz (2017) Social work in health care: An international perspective. *International Social Work: SAGE* 60 (1), 126 -139.

Pärnä, Katariina (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto.

Raikisto, Kaisu-Leena (2017) PÄIVYSTYKSEN SOSIAALITYÖN PILOTTI JA TERVEYDENHUOLTOLAIN SEKÄ SOSIAALIHUOLTOLAIN MUUTOKSET. Esitys. Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Reissell, Eeva & Kokko, Simo & Milen, Anneli & Pekurinen, Markku & Pitkänen, Niina & Blomgren, Sanna & Erhola, Marina (2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 30/2012 2011. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80245> Viitattu 26.1.2016.

Richmond, Mary (1917) Social diagnosis. New York: Russel Sage Foundation.

Riski, Anneli (2008) Mikä sosiaalipäivystys?: tekstianalyttinen tutkimus seutukunnallisen sosiaalipäivystyksen puhunnasta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Rostila, Ilmari (2001) Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Ruotsalainen, Jenni (2010) Sosiaalityöntekijät sosiaalista rakentamassa –tutkimus sosiaalityön dokumenttien retoriikasta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81483/gradu04225.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 13.12.2017

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. (Viitattu 2.3.2017.)



Satakunnan sairaanhoitopiiri. Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimusluvut-ja-ohjeet/Sivut/default.aspx> Viitattu 16.1.2017.

Schwaber Kerson, Toba & McCoyd, Judith & Chimchirian, Joanne (2005) Spanning boundaries: An enriched ecological Perspective for Social Workers Practising in Health and Mental Health Care. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri. Social work in Health and Mental health. Issues, Developments and Actions. Ontario: Canadian Scholar`s Press, 8 - 25.

Seppänen Marjaana (2017) Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen, Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanomama, 260 - 267.

Sipilä, Anita (2011) Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet - Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0537-6/urn\\_isbn\\_978-952-61-0537-6.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0537-6/urn_isbn_978-952-61-0537-6.pdf) Viitattu 3.12. 2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017) Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5: Helsinki.

Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. (2017) Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet.

SOTE- JA MAAKUNTAUUDISTUKSEN www-sivut <http://alueuudistus.fi/erikois-sairaanhoito-ja-paivystys> Viitattu 24.2.2017.

Spearman, Len (2005) A Developmental Approach to social work practice in Mental health: Building on Strengths. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri. Social work in Health and Mental health. Issues, Developments and Actions. Ontario: Canadian Scholar`s Press, 45 - 64.

Sundman, Eila (2014) Esipuhe. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: Ps-Kustannus, 7 - 8.

Särkelä, Antti (2001) Välittäminen ammattina: Tampere: Vastapaino.

Thomas, Gary (2011) How to do your case study. A guide for students and researchers. SAGE: Lontoo.

Terveys- ja sosiaalityöntekijät (2014) Terveys- ja sosiaalityön palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteeseen kirjaamiseen sähköisissä potilasjärjestelmissä.

[https://asiakas.kotisivukone.com/files/terveyssozialityontekijat.auttaa.fi/terveyssozialityon\\_palvelujen\\_dokumentointi.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/terveyssozialityontekijat.auttaa.fi/terveyssozialityon_palvelujen_dokumentointi.pdf) Viitattu 8.8.2017.

Tietosuojasivuston ohje. ReTKi –Rekisteritutkimuksen tukikeskus.

[http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaaltuutettu/tietosuojavaaltuutetuntoimisto/oppaat/6JfqDAzGZ/Salassapidettävien\\_henkilötietojen\\_luovuttaminen\\_viranomaisen\\_henkilörekisteristä\\_viranomaisen\\_luvalla.pdf](http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaaltuutettu/tietosuojavaaltuutetuntoimisto/oppaat/6JfqDAzGZ/Salassapidettävien_henkilötietojen_luovuttaminen_viranomaisen_henkilörekisteristä_viranomaisen_luvalla.pdf) Viitattu 26.1.2017

Toikko, Timo (2001) Sosiaalityön amerikkalainen oppi : yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön: Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turun yliopistollisen keskussairaalan ERVA-alueen hoitotieteellinen tutkimusohjelma vuosille 2016-2018. <http://www.vsshp.fi/fi/tutkijoille/tiede-ja-tutkimusstrategia/Documents/Hoitotieteellinen%20tutkimusohjelma.pdf> Viitattu 24.2.2017.

Tutkimusetiikka ja tutkimuksen hyvien käytäntöjen edistäminen Satakunnassa – Satakorkea tutkimuseettisen toimikunnan www-sivut <http://www.satakorkea.fi/tutkimusetiikka> Viitattu 2.3.17.

Virkkunen, Heikki & Mäkelä-Bengs, Päivi & Vuokko, Riikka (2015) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN\\_ISBN\\_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1) Viitattu 14.10.2017

Vuori-Kemilä, Anne & Stengård, Eija & Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula (2010) Mielenterveys ja päihdetyö. Helsinki: WSOY.

Yin, Robert (2014) Case study research. Design and methods. 5.painos. SAGE: Lontoo.

Ylinen, Satu (2008) Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1065-2/urn\\_isbn\\_978-951-27-1065-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1065-2/urn_isbn_978-951-27-1065-2.pdf) Viitattu 12.12.2017.

Öjehagen, Agneta (2014) Socialt arbete och psykisk ohälsa. Teoksessa Ann Lalos (toim.) Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Stockholm: Natur & Kultur, 91 - 111.

Suomen säädöskokoelma:

Sosiaalihuollon ammattihenkilölaki 817/2015

Henkilötietolaki 523/1999

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999

Lastensuojelulaki 417/2007

Perustuslaki 731/1999

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/ 2009

Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-  
kohtaisista edellytyksistä. 583/2017

Laki omaishoidon tuesta 937/2005