

SOSIAALITYÖ MONIAMMATILLISESSA YHTEISTYÖSSÄ
Tutkimus sairaalan kuntoutustyöryhmästä

PÄIVI RONIMUS-POUKKA
Tampereen yliopisto
Sosiaalityön tutkimuksen laitos
Sosiaalityö
Pro gradu –tutkielma
Huhtikuu 2009

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KUNTOUTUS	4
2.1 Kuntoutus käsitteenä ja sen perustelut	4
2.2 Tarve, tutkimus ja suunnitelma	8
2.3 Ammatillinen kuntoutus	11
3 SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLON KONTEKSTISSA	13
3.1 Terveyssozialityön ja kuntoutussozialityön määrittelyä	13
3.2 Moniammatilliset työryhmät ja tiimit	15
3.3 Asiantuntijuuden muodostuminen terveydenhuollossa	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
4.1 Tutkimustehtävä	25
4.2 Tapaustutkimus	26
4.3 Aineistonkeruu	28
4.4 Aineiston analysointi	29
4.5 Tutkimuksen merkitys ja arvioitavuus	33
5 ASiantuntijuus Kuntoutustyöryhmässä	35
5.1 Toimintatavat ja asiakasprosessi	35
5.1.1 Toimintatavat	35
5.1.2 Asiakasprosessi	41
5.2 Arvot ja eettiset periaatteet	44
5.3 Yhteistyö tiimityönä	47
6 SOSIAALITYÖN TEHTÄVÄ JA ROOLIT	52
6.1 Kokemukset sosiaalityön tehtävästä	52
6.1.1 Sosiaalinen arviointi ja suunnittelu	53
6.1.2 Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen	54
6.1.3 Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö	56
6.1.4 Asiantuntija- ja koulutustehtävät, hallinto ja kehittäminen	58
6.2 Sosiaalityöntekijän roolit	59
6.2.1 Koordinaattori	60
6.2.2 Neuvoja	61
6.2.3 Asianajaja	61
6.2.4 Voimaannuttaja	62
6.2.5 Tukija	62
6.2.6 Verkostotyöntekijä	63
6.3 Sosiaalityön tarve	64

7 PÄÄTELMÄT JA POHDINTAA	66
7.1 Kuntoutustyöryhmän yleinen asiantuntijuus	66
7.2 Sosiaalityön asiantuntijuus ja paikka kuntoutustyöryhmässä	69
LÄHTEET	73
LIITTEET	
Liite 1: Saatekirje	
Liite 2: Teemahaastattelun teemat	

TAMPEREEN YLIOPISTO
Sosiaalityön tutkimuksen laitos

RONIMUS-POUKKA, PÄIVI: Sosiaalityö moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimus sairaalan kuntoutustyöryhmästä

Pro gradu –tutkielma, 79 s., 2 liites.
Ohjaaja: Kyösti Raunio
Huhtikuu 2009

Tämän pro gradu -tutkielman aiheena on sosiaalityö sairaalan moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä. Väestön ikääntyessä ja resurssien niuketessa kuntoutuksella on katsottu olevan yhä tärkeämpi rooli yhteiskunnassa. Tässä tehtävässä kuntoutustutkimusyksiköillä ja niissä toimivilla kuntoutustyöryhmillä on oma paikkansa löytää lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen keinoin kuntoutustutkimukseen tuleville asiakkaille tarkoituksenmukaiset kuntoutusmuodot.

Tutkimuksen kohteena on erään sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustyöryhmä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuntoutustyöryhmän jäsenten käsityksiä asiantuntijuudesta sekä kokemuksia sosiaalityöntekijöiden rooleista ja tehtävästä tässä työssä. Tutkimuksessa asiantuntijuus on työryhmän jaettu ominaisuus ja sitä lähestytään toimintatapojen, asiakasprosessin, arvojen, eettisten periaatteiden ja yhteistyön kautta. Sosiaalityön tehtävät ja roolit nivoutuvat yhteen ja niitä peilataan työryhmän asiantuntijuuteen.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehys jakautuu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa tarkastellaan kuntoutuksen käsitettä sekä perehdytään, mitä tarkoitetaan kuntoutustarpeella, kuntoutustutkimuksella ja kuntoutussuunnitelmalla. Lisäksi luodaan katsaus ammatillisen kuntoutuksen muotoihin. Toisessa osassa huomio on terveydenhuollossa tehtävässä sosiaalityössä. Kysytään, mitä tarkoitetaan terveysosiaalityöllä tai kuntoutussosiaalityöllä. Selvitetään, miten sosiaalityö nivoutuu osaksi moniammatillisia tiimejä ja kuinka sosiaalityön asiantuntijuus terveydenhuollossa muodostuu.

Kyseessä on laadullinen tapaustutkimus. Empiirinen osa muodostuu kahdeksan kuntoutustutkimuspoliklinikan työntekijän haastattelusta. Tutkimuksessa on mukana kaksi lääkäriä, kaksi sosiaalityöntekijää, kaksi psykologia, yksi kuntoutusohjaaja ja yksi osastonsihtööri. Tutkimuksellisenä lähestymistapana käytetään fenomenologiaa, jolla tutkitaan ihmisten kokemuksia. Aineistoa analysoidaan teemoittelemalla.

Kuntoutustyöryhmässä eri ammattilaisten jaettu asiantuntijuus on toisen ammattilaisen osaamista ymmärtävää, kunnioittavaa ja keskustelevaa asiantuntijuutta. Sosiaalityön tehtävinä painottuvat sosiaalinen arviointi ja suunnittelu, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, koordinointi, yhteistyö ja verkostotyö. Käytännössä tämä tarkoittaa asiakkaan kokonaisvaltaisesti huomioivaa sosiaalista tutkimusta asiakkaan elämäntilanteesta, tukitoimien ja palveluiden järjestämistä sekä yhteistyöverkostojen mobilisoimista. Sosiaalityöntekijällä koetaan olevan seuraavia rooleja: koordinaattori, neuvoja, asianajaja, voimaannuttaja, tukija ja verkostotyöntekijä. Roolit kietoutuvat yhteen sosiaalityön tehtävien kanssa. Sosiaalityön asiantuntijuus kuntoutustyöryhmässä on erityisesti ”ihmisen näkemistä yhteyksissään.” Sosiaalityöllä on oma tunnustettu paikkansa kuntoutustyöryhmässä. Laajemmin tarkasteltuna sosiaalityön asemaa kuntoutustyöryhmissä voitaisiin varmentaa tuomalla asiakastyö mukaan lakiin kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

Avainsanat: terveysosiaalityö, kuntoutustyöryhmä, moniammatillisuus, asiantuntijuus, kokemus

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Social Work Research

RONIMUS-POUKKA, PÄIVI: Social Work in Multiprofessional Co-operation. The Case of One Hospital's Rehabilitation Working Group.

Master's Thesis, 79 pages, 2 appendices
Supervisor: Kyösti Raunio
April 2009

The subject of this master's thesis is social work in one hospital's multiprofessional rehabilitation working group. Rehabilitation has a significant role in today's society, when the aging of the population and the scantiness of the financial resources are real challenges. In this duty rehabilitation research clinics and rehabilitation working groups have their own positions to find out what are the appropriate rehabilitation forms for their clients.

The aim of this study is to find out about the conceptions of the members of multiprofessional rehabilitation working group of expertise as well as the experiences of the roles of the social workers and of their task in this work. In the study expertise is shared characteristic of the working group and it's approached from the viewpoint of mode of actions, client process, values, ethical principles and co-operation. Roles of social work are intertwined and they are examined through the expertise of the working group.

The theoretical framework of the study is divided into two portions. In the first portion the main focus is on defining the concepts like rehabilitation, need of rehabilitation, rehabilitation research and rehabilitation plan. Besides this the forms of professional rehabilitation are surveyed. In the second portion the focus is on social work in the health care organisations. It is asked, what does it mean, when it's talked about social work in health care or rehabilitation organisations. It is also examined, how social work becomes a part of multiprofessional working groups and how the expertise of social work is composed of.

The study is qualitative and it's a case-study. The research portion of the study is composed of individual interviews with eight members of multiprofessional rehabilitation working group. Phenomenology, which studies people's experiences, is chosen as the research approach. The analysis of the material is done by creating themes.

In the rehabilitation working group the shared expertise of the professionals is to understand and respect for other group members' expertise. It is also expertise originating from discussion. The main functions of social work are social evaluation and planning, sustaining social capacity, co-ordination, co-operation and working with all kinds of networks. In practice this means doing social research, in which one considers a client as a whole and research is focused to client's life-situation. It is also important to arrange services, benefits and resources and to mobilize co-operation networks. According to interviews, social workers have these kind of roles: co-ordinator, counsellor, advocate, enabler, supporter and network worker. The roles are intertwined with the functions of social work. The expertise of social work is to see client in his context. It can be said, that social work has its own recognized position in the rehabilitation working group. Generally speaking, position of social work could be stronger, if the law that considers rehabilitation and co-operation changed and client work included.

Key words: social work in health care, rehabilitation working group, multiprofessionalism, expertise, experience

1 JOHDANTO

Yhteiskunnallinen keskustelu kuntoutuksen tarpeellisuudesta on voimistunut 2000-luvulle tultaessa. Suomalaisen yhteiskunnan suuri haaste on pitää Euroopan vanhin työvoima työkykyisenä ja eläkeikäiset laitoshoidon ulkopuolella mahdollisimman pitkään. Kuntoutusta on täten arvioitu tarvittavan yhä enemmän tulevaisuudessa. (Pohjolainen 2006, 4.)

Valtioneuvosto antoi vuonna 2002 selonteon kuntoutuksesta. Selonteossa pidetään tulevaisuuden haasteena ikääntyvän työvoiman, pitkäaikaistyöttömien, syrjäytymisvaarassa olevien nuorten, vaikeavammaisten ihmisten ja vanhusväestön selviytymistä. Tavoitteena on kuntoutuksen avulla sekä lisätä elämänlaatua että säästää palvelujen ja sosiaaliturvan kustannuksia. Tavoitteen toteutuksessa katse on käännetty pitkälti kuntien sairaaloiden ja terveyskeskusten suuntaan: ”Kunnallisilla sairaaloilla ja terveyskeskuksilla on keskeinen tehtävä eri sairaus- ja vammaryhmien kuntoutustarpeen arvioijina, kuntoutusprosessien käynnistäjinä sekä kuntoutuksen järjestäjinä ja rahoittajina.” (Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 2002, 1-22.)

Työskennellessäni sijaisena geriatriisilla kuntoutusosastoilla kiinnostukseni kuntoutukseen heräsi. Mitä kuntoutuksella ja kuntoutussosiaalityöllä tarkoitetaan? Miten sosiaalityö nivoutuu osaksi tätä kokonaisuutta? Miten moniammatillisuus käytännössä toimii? Halusin syventää tietämystäni aihepiiristä ja hakeuduin talvella 2007 harjoitteluun suuren sairaalan neurologian vuodeosastolle ja kuntoutustutkimuspoliklinikalle. Sain samalla mahdollisuuden pro gradu –tutkielman tekemiseen.

Pro gradu –tutkielmassani *Sosiaalityö moniammatillisessa yhteistyössä – tutkimus sairaalan kuntoutustyöryhmästä* tutkin sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustyöryhmän toiminnan sisältöä ja moniammatillista yhteistyötä. Tutkin asiantuntijuuden ilmenemistä kuntoutustyöryhmän ominaisuutena suhteessa sosiaalityön omaan erityiseen asiantuntijuuteen. Kysyn myös, mikä on sosiaalityön paikka moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä.

Kyseessä olevan sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikka on yksi kahdestakymmenestä kuntoutustutkimusyksiköstä maassamme. Se on erikoistunut vaativiin työkyvynarviointeihin ja kuntoutussuunnitelmien tekemiseen. Lähetteet tulevat kuntamaksajalta (työterveyslääkäri, omalääkäri, poliklinikan lääkäri) tai esimerkiksi vakuutuslaitoksilta. Kuntoutustutkimuspoliklinikan työryhmään kuuluvat: erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, osastonsihteeri, tarvittaessa kuntoutusohjaaja tai apuvälineyksikön fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai apuvälineteknikko.

Tutkimuskohteena kuntoutustutkimuspoliklinikka on haastava ja mielenkiintoinen. Erityisen ammatilliseen kuntoutukseen painottuvan luonteensa vuoksi, se poikkeaa muista sairaalan poliklinikoista. Tutkimuksessa kysytäänkin, miten sosiaalityö asettuu tähän kontekstiin.

Susanna Palomäen (2004) pro gradu –tutkielmassa *Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa* on haettu vastauksia siihen, miten sosiaalityöntekijä sopeutuu toimimaan terveydenhuollon moniammatillisessa työympäristössä säilyttäen ammatillisen identiteettinsä (vrt. myös Petrelius 2002, 188-210). Tutkimuksessa korostuu yhteiskunnallisen koulutuksen merkitys.

Koska kuntoutusta ja sen tutkimusta on perinteisesti lähestytty lääketieteellisestä näkökulmasta, on sosiaalisen ja yhteiskunnallisen näkemyksen huomioiminen tärkeää. Kuntoutustutkimuspoliklinikan moniammatillisen työryhmän ytimen (lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä) voidaan katsoa edustavan psyyken, sooman ja sosiaalisen liittoa – sitä, mistä jokainen ihminen yhteiskunnallisena olentona muodostuu.

Kuntoutuksen ihmiskäsitys on määritelty monitieteiseksi biopsykososiaaliseksi ihmiskäsitykseksi. Ihmisen toimintakyky ja hyvinvointi syntyvät edellä mainitusta kokonaisuudesta. Kuntoutuksen käytäntöön sovellettuna tämä tarkoittaa moniammatillista yhteistyötä kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutussuunnitelman toteuttamisessa. (Talo ym. 2001, 55-57.) Tämän ihmiskäsityksen ymmärtäminen luo pohjan koko kuntoutustyölle (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 54).

Kuitenkin sosiaalityö ja lääketieteellinen lähestymistapa eroavat moniammatillisessa työkyvyn arviossa luonnontieteen ja sosiaalisen tiedon erilaisuuden kautta. Tietohierarkiassa luonnontiede on ylinnä, psykologinen tieto keskellä ja sosiaalinen tieto alinna. Tasavertainen tieteiden välinen dialogi ei toteudu helposti terveydenhuollon hierarkisessa rakenteessa. (Metteri 1996, 147.)

Tutkimuksen teoreettinen tausta muodostuu kuntoutuksen ja moniammatillisuuden määrittelyistä sekä niiden ”leikkauskohdista” terveystieteiden kanssa. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä terveystieteiden sosiaalityö synonyyminä kuntoutussosiaalityölle. Terveystieteiden sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityön ammattilaisen terveydenhuollossa tekemää työtä. Aihetta on myös mahdotonta lähestyä ilman asiantuntijuuden määrittelyä ja sosiaalityön paikantamista osana tätä keskustelua.

Tutkimus on luonteeltaan tapaustutkimus moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäsenten kokemuksista työryhmän toiminnasta ja yhteistyöstä. Tutkimus painottuu sosiaalityön näkökulmaan ja tarkastelee sosiaalityön asemaa ja asiantuntijuuden ilmenemistä yhteistyössä. Tutkimusta varten on haastateltu kahdeksaa kuntoutustyöryhmän jäsentä. Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen. Aineisto analysoidaan fenomenologian keinoin kokemusten kautta teemoittelemalla.

Tutkimuksen teoreettista taustaa avataan luvuissa 2-3. Luvussa 4 käsitellään tutkimuksen toteutusta: täsmennetään tutkimustehtävää sekä luodaan katsaus aineistonkeruuprosessiin ja aineiston analysointiin. Lisäksi pohditaan tutkimuksen merkitystä. Tutkimuksen empiriaosuus käsittää puolestaan luvut 5 ja 6. Viimeisessä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia.

2 KUNTOUTUS

2.1 Kuntoutus käsitteenä ja sen perustelut

Kuntoutus on käsitteenä monitahoinen ja sen määrittelyt ilmentävät sekä aikaansa että määrittäjänsä. Kuntoutuksen määritelmille on yhtenäistä se, että niissä on otettu kantaa sekä kuntoutuksen tavoitteisiin että toiminnan sisältöön.

Perinteisesti kuntoutus on nähty terveydenhuollon kolmantena vaiheena, joka on sairauden tai vamman jälkihoidon luonteista. Tällöin kuntoutuksen tavoitteena on potilaan saattaminen yhteiskunnan jäseneksi. Mallissa korostuu yhteiskunnallisen hyödyn näkökulma ja se painottuikin työikäisen väestön saattamiseen takaisin työhön. (Järvikoski ja Härkäpää 1995c, 16.)

Kuntoutus on täten ymmärrettynä yhteiskunnallinen sääntelyjärjestelmä, jonka avulla kansalaisten yhteiskuntakelpoisuus taataan. Kuntoutuksen yhteiskunnallisia tavoitteita ovat: autonomia (terveys, fyysinen toimintakyky), itsensä toteuttaminen (terveys, psyykinen toimintakyky), elämänhallinta (suotuisat elinolot), sosiaalinen selviytyminen (toimintamahdollisuuksien lisääntyminen) ja sosiaalinen integraatio (Järvikoski & Härkäpää 1995a, 89).

Kuntoutuksen kohderyhmiä ovat perinteisesti ymmärrettynä vammaiset, toimintarajoitteiset tai vajaakuntoiset henkilöt, mutta myös pitkäaikaistyöttömät, köyhät, huono-osaiset tai vähemmistöt. Kuntoutuksen avulla yksilö pyritään integroimaan sosiaaliseen ympäristöönsä. (Järvikoski & Härkäpää 1995c, 12.)

Kuntoutus tulee harkittavaksi tilanteessa, jossa ihminen jostain syystä joutuu uudelleen arvioimaan omia mahdollisuuksiaan ja tulevaisuuttaan. Uudelleen arvioinnin tarve voi syntyä sairauden tai vammautumisen vuoksi, työttömyyden pitkittyessä tai hankalissa elämänmuutoksen tilanteissa. (Järvikoski & Härkäpää 1995c, 22.)

Kuntoutusta on perusteltu yhteiskunnallisen hyödyn ohella myös yksilön hyvällä (Järvikoski 1994, 1). Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt kuntoutusta vuosina 1969 ja 1981. Vuoden 1969 määritelmän mukaan kuntoutus on: ”lääkinnällisten, sosiaalisten, kasvatuksellisten ja ammatillisten toimenpiteiden koordinoitu kokonaisuus, jolla pyritään kohentamaan yksilön toimintakyky

parhaalle mahdolliselle tasolle.” (WHO 1969; ref. Järvikoski & Härkäpää 1995c, 17.) Vuoden 1981 määritelmässä on huomioitu ympäristön ja yhteiskunnan merkitys kuntoutumisprosessissa:

Kuntoutus sisältää kaikki ne toimenpiteet, joilla pyritään vähentämään vammauttavien ja vajaakuntoistavien olosuhteiden vaikutuksia sekä saattamaan vammaisen ja vajaakuntoisen kykeneväksi saavuttamaan sosiaalinen integraatio. Kuntoutus ei tähtää vain vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden valmentamiseen sopeutumaan ympäristöönsä, vaan se kohdistuu myös heidän välittömään ympäristöönsä ja koko yhteiskuntaan heidän sosiaalisen integraationsa edistämiseksi. (WHO 1981; ref. Järvikoski & Härkäpää 1995c, 17.)

Järvikosken ja Härkäpään (1995c, 21) määritelmä on lähinnä nykyajan vaatimuksia. Siinä kuntoutus kytketään suomalaiseen yhteiskuntaan ja yksilön elämänhallinnan vahvistamiseen:

Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa,
- jonka yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviämiseen ja integraatioon ovat (sairauden tai muiden syiden vuoksi) uhattuina tai heikentyneet
- joka perustuu kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteistyössä laatimaan suunnitelmaan ja jatkuvaan prosessin arviointiin
- johon kuuluu yksilön voimavaroja, toimintakykyisyyttä ja hallinnan tunnetta lisääviä sekä (ympäristön tarjoamia) toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä
- joka voi perustua sekä yksilö- että ryhmäkohtaiseen työskentelymalliin ja käyttää apunaan lähiyhteisön sosiaalisia verkostoja.
(Järvikoski & Härkäpää 1995c, 21.)

Kuntoutus liitetään myös moniammatillisuuteen. Tällöin kuntoutus on moniammatilliseen työtapaan perustuvia lääkinnällisin, ammatillisin tai sosiaalisin menetelmin toteutettuja interventioita, joiden tavoitteena on edistää asiakkaan selviytymistä, toiminta- ja työkykyä sekä ehkäistä syrjäytymistä, kuten pitkittyvää työttömyyttä (Mannila & Laisola-Nuotio 2002, 57).

Kuntoutus edellyttää eri alojen asiantuntijoiden yhteistyötä. Toiminta on perinteisesti jaettu lääkinnälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa käytännössä fysio-, puhe-, psyko- ja toimintaterapiaa sekä apuvälinehuoltoa. Ammatillinen kuntoutus tarkoittaa niitä toimenpiteitä, jotka tukevat kuntoutujan mahdollisuutta saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ. Kasvatuksellinen kuntoutus puolestaan viittaa ensisijaisesti vammaisen tai vajaakuntoisen lapsen kasvatukseen ja koulutukseen liittyviin erityisjärjestelyihin. Sosiaalinen kuntoutus tavoittelee sosiaalista suoriutumista ja yhteiskunnallista osallisuutta. Sosiaalityö luetaan usein sosiaaliseksi kuntoutukseksi. (Järvikoski & Härkäpää 1995a, 72-75.)

Kuntoutusjärjestelmän perusta on lainsäädännössä, jonka pohjalta kuntoutuspalveluita tuottavat ja rahoittavat kuntien sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi, työhallinto, kansaneläkelaitos sekä vakuutus- ja työeläkelaitokset. Kuntoutuspalveluja tuottaa myös joukko erillisiä kuntoutuslaitoksia. (Rissanen & Aalto 2002, 1-3.) Kuntoutuslainsäädännössä käsite ”kuntoutus” on pitkälti määrittäjänsä näköinen. Laissa kuntoutuksesta liikennevakuutuslain perusteella (1991/626) määritellään kuntoutus seuraavasti: ”Kuntoutuksella tarkoitetaan sellaisten toimenpiteiden kokonaisuutta, jolla edistetään ja tuetaan kuntoutujan työhönpaluuta ja työstä suoriutumista, ehkäistään, poistetaan ja vähennetään työ- ja toimintakykyyn vaikuttavia haittoja sekä ylläpidetään ja parannetaan hänen itsenäistä suoriutumiskykyään (1991/626, 2§).”

Osajärjestelminä tarkasteltuna suomalainen kuntoutus voidaan jakaa terveydenhuollon kuntoutukseen (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido), sosiaalihuollon kuntoutukseen (vammaispalvelut, lastensuojelu, päihdehuolto), kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen, tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutukseen, työeläkelakien mukaiseen kuntoutukseen, työhallinnon kuntoutukseen, koulutoimen kuntoutukseen (erityisopetus), sotainvalidi- ja rintamaveteraanikuntoutukseen sekä työkykyä ylläpitävään toimintaan työpaikoilla (työterveyshuollon kuntoutus). (Järvikoski & Härkäpää 1995c, 25.) Yksinkertaisesti sanottuna kuntoutus on jaettavissa lääkinnälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen.

Lainsäädännöllä on pyritty turvaamaan edellä kuvatun monialaisen palvelujärjestelmän toimivuus. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (2003/497) velvoittaa kuntoutusasioita hoitavat viranomaiset yhteistyöhön. Lain mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen on oltava keskenään yhteistyössä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. Yhteistyötä tulee tehdä myös muiden kuntoutusta järjestävien tahojen kanssa. (2003/497, 2§.) Laki velvoittaa yhteistyöhön, mutta siitä on jäänyt pois käytännön asiakastyön taso - työ kuntoutustiimeissä. Tarvittaisiinko tähän omaa lakia? Tämän tutkimuksen aiheena ei ole ottaa kantaa asiaan, mutta se voisi olla hedelmällinen aihe uusiin tutkimuksiin. On mahdollista, että asiakastyön mukaan ottaminen voisi varmentaa sosiaalityön osuuden kuntoutustiimeissä.

Lainsäädännön kokonaisuudistus toteutettiin vuonna 1991. Kokonaisuuden jäsentämiseksi tarvittiin kolmen uuden lain säätämistä: laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä, laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta ja kuntoutusrahalaki. Lisäksi tehtiin muutoksia 22 lakiin, joiden vaikutus kuntoutustoiminnan käytäntöön on merkittävä. (Tossavainen 1992, 75.)

Kuntoutuslakiuudistus asetti suuria odotuksia kuntoutukselle. Sen tehtäväksi tuli parantaa työikäisten työkuntoa ja vähentää hakeutumista varhaiseläkkeelle. Samalla pyrittiin myös säilyttämään työelämän ulkopuolella olevan väestön toimintakyky ja mahdollisuus itsenäiseen selviytymiseen. Kriteereitä muutettiin niin, että kuntoutustarve voidaan tunnistaa jo silloin, kun pysyvää haitta ei ole vielä syntynyt. Lisäksi olennaista on yksilökohtaisten tavoitteiden korostuminen. Kuntoutustyöntekijän perimmäisenä tehtävänä on toivon, motivaation ja tahdon palauttaminen – ei pelkästään vaikuttaminen työ- ja ansaitsemiskyvyn palautumiseen. (Järvikoski 1994, 10-11; Tossavainen 1996, 15.)

Vaikka suomalainen lainsäädäntö nojaa vahvasti protestanttiseen etikkaan ja pyrkimykseen palauttaa toimeentulomahdollisuudet, on myös ryhdytty korostamaan yleisempiä tavoitteita, kuten elämänhallintaa, itsenäistä elämistä, itsensä toteuttamista ja sosiaalista selviytymistä. (Järvikoski & Härkäpää 1995a, 88-90.)

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa (2003) on nimensä mukaisesti etsitty uusia näköaloja kuntoutuksen tutkimukseen: rajoituksista selviytymiseen, järjestelmistä yksilöön sekä yksilön ja yhteiskunnan suhteisiin. WHO:n ICF-luokitus (toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) pyrkii kuvaamaan rajoitteiden ohella ihmisen selviytymistä jokapäiväisen elämän vaatimuksista. Kuntoutuksen vajavuusparadigman rinnalle on nousemassa uusi valtaistava (empowering), ekologinen toimintamalli. Uusi paradigma korostaa kuntoutujan aktiivista roolia, mutta myös ihmisen ja ympäristön suhdetta toiminnan lähtökohtana. Kehittämissuunnitelmassa on määritelty uusia tutkimuskohteita. Sen mukaan tulisi tutkia sosiaalisen ja fyysisen kontekstin sekä yhteiskunnan kehityksen merkitystä kuntoutujien elämänsäntä ja kuntoutuksen tuloksissa. Lisäksi tulisi tarkastella talouden, työelämän normien ja työmarkkinatilanteen muutoksia sekä sosiaalisia muutoksia. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma 2003, 25.)

Kun keskustellaan kuntoutuksen yhteiskunnallisesta merkityksestä on otettava huomioon myös liiketaloudelliset näkökulmat. Tosien sanoen yksilön (työntekijän) kuntoutuksesta saama hyöty näkyy myös yrityksen tai muun työnantajan hyötynä. Yritystoiminnan näkökulmasta henkilöstön sairauspoissaolojen väheneminen ja terveydentilan koheneminen vaikuttavat yrityksen tulokseen. (Järvikoski ja Härkäpää 1995c , 14.)

Onnistunut kuntoutustoiminta voi vaikuttaa myös myöhentämällä eläkkeelle siirtymistä. Lisäksi voidaan kohentaa elämänhallintaa ja toimintakykyä. Moniammatillinen kuntoutus on todettu vaikuttavaksi toimintamalliksi useissa sairaus- ja ongelmaryhmissä. Vaikutukset ovat vankimpia, kun kuntoutukseen yhdistetään työpaikkaan, työympäristöön ja työyhteisöön kohdistuvia toimenpiteitä (Rissanen & Aalto 2002, 17-18.)

2.2 Tarve, tutkimus ja suunnitelma

Kuntoutuksen ensisijaisena tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen, parantaminen tai palauttaminen. Kuntoutustarpeen havaitsemisessa terveydenhuollolla on avainasema, koska kuntoutusmahdollisuus edellyttää edelleen näyttöä ”sairastavuudesta.” Lääkärinlausunto on edellytys lähes kaikkien kuntoutuspalvelujen käytölle.

Tossavainen (1996, 63-65) jakaa kuntoutustarpeen tunnistamisen peruskriteerit kahteen ryhmään: 1. normin mukaiseen eli spesifiseen kuntoutustarpeeseen ja 2. erittelemättömään eli ei-spesifiseen kuntoutustarpeeseen. Normin mukaisen kuntoutustarpeen kriteerit perustuvat sairauden, vian tai vamman aiheuttamaan haittaan. Erittelemätön kuntoutustarve puolestaan syntyy vajaakuntoisuudesta, jonka taustalla ei ole määrättyä somaattista tai psyykkistä sairautta. Erittelemätön kuntoutustarve voi syntyä myös pitkäaikaisista stressitilanteista ja niiden seurauksista. Huomioitavaa on, että kuntoutustarve on yksilöllinen. Kuntoutuksen ydin onkin aina asiakkaan aktiivisuus ja sitoutuminen oman kuntoutumisensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Tossavainen 1996, 63-65.)

Kuntoutustutkimuksella tarkoitetaan moniammatillisessa työryhmässä suoritettua lääketieteellistä, ammatillista ja sosiaalista selvitystä kuntoutustarpeesta ja mahdollisuuksista. Kuntoutustutkimus rakentuu lääketieteellisistä, sosiaalisista ja psykologisista osatekijöistä ja se tähtää kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutustutkimuksen laajuus vaihtelee tarpeen mukaan. (Kallanranta & Repo 1995, 262; Virta & Mäki 1999, 11-15.)

Lääketieteen osalta kuntoutustutkimuksessa selvitetään tärkeimpien sairauksien tai vammojen diagnoosit sekä luodaan ennuste elämäntulon ja toimintakyvyn kannalta. Psykologian alueelta tarkastellaan somaattisen sairauden merkitystä psykologisten tutkimustulosten valossa, persoonallisuuden rakennetta, lahjakkuutta sekä mahdollisten erityistutkimustulosten (esimerkiksi neuropsykologiset tutkimukset) merkitystä käytännön elämän kannalta. Sosiaaliselta alueelta puolestaan keskitytään muutoksiin tavanomaisessa sosiaalisessa suoriutumisessa, kuntoutuksen tarpeeseen ja mahdollisuuksiin, taloudellisen tuen tarpeeseen, tukihenkilön tarpeeseen ja asiakkaan motivaatioon. (Tossavainen 1996, 66-68.)

Kuntoutustutkimuksessa määritelläänkin ne seikat, joihin tarvitaan muutosta ja yksilölliset tavoitteet muutoksen saavuttamiseksi. Tavoitteisiin pääsemiseksi laaditaan *kuntoutussuunnitelma*, joka sisältää käytännön keinot ja aikataulun. Lisäksi kuntoutussuunnitelmassa määritellään nykytilanne ja millainen kehitys on siihen johtanut. (Tossavainen 1996, 73-75.)

Kuntoutussuunnitelmalle ei ole olemassa valmista kaavaa, mutta sen rakenne voidaan pelkistää kolmeen osa-alueeseen. Ensinnäkin on huomioitava yksilö ja hänen toimintaympäristönsä (voimavarat, tilanne- ja ympäristötekijät). Toiseksi määritellään palvelut ja toimenpiteet tarpeellisen muutoksen aikaansaamiseksi. Nämä voidaan jakaa lääkinnällisiin, sosiaalisiin, ammatillisiin ja kasvatuksellisiin kuntoutuspalveluihin. Kolmanneksi määritellään taloudelliset tukimuodot (kustannukset, toimeentulo) kuntoutuksen aikana. Toisin sanoen kuntoutussuunnitelmaa rakennettaessa on oltava selvillä ongelmasta, keinoista ja kustannuksista. Kun kuntoutussuunnitelma on saatu valmiiksi, voi yksilöllinen kuntoutusprosessi alkaa. (Tossavainen 1996, 73-75.)

Kettunen on määritellyt kuntoutussuunnitelmalle 7-osaisen rakenteen. Nämä osiot ovat: 1. Kuntoutustarpeen arviointi (kliiniset tiedot, hoitosuunnitelma, aiempi kuntoutus ja tulokset, toimintakyvyn kuvaus, sairauden vaikutus toimintakykyyn, sosiaalinen tilanne), 2. Kuntoutuksen tavoitteet, 3. Toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi (toteuttaja, toteutustapa, ajoitus ja rahoitus, ohjaus ja neuvonta, terapiat, kuntoutusjaksot), 4. Erityiset tarpeet, 5. Sosiaaliturva- ja sosiaalipalvelut, 6. Kuntoutuksen seuranta, 7. Muut asiat. (Kettunen ym. 2003, 37-38.) Kettusen mallissa olennainen muutos aikaisempaan on seurannan huomioiminen omaksi kirjattavaksi asiakseen.

Kuntoutusjakson tapahtumien koordinointi tapahtuu periaatteessa kuntoutussuunnitelmassa, jossa pyritään ennakoimaan, kauanko kustannuspäätös vie aikaa, mitä palveluita odotusajalla on käytettävissä, paljonko hoitojakso vie aikaa ja mitä asioita tänä aikana voi valmistella. (Tossavainen 1996, 107.) Kuntoutussuunnitelma ja kuntoutuspäätös ovat edellytyksenä kuntoutusrahan myöntämiselle (Kuntoutusrahalaki 566/2005).

Pyrkimys suunnitelmallisuuteen on välttämätöntä kuntoutuksen luonteen vuoksi. Kuntoutus on prosessi, joka edellyttää sitoutumista ja yhteistä sopimusta kuntoutujan, asiantuntijoiden ja rahoittajien kesken. (Suikkanen & Piirainen 1995, 213.) Kuntoutus ei ole pelkästään asiantuntijatyötä, vaan kuntoutustyöntekijän tärkeänä tehtävänä on asiakkaan oman toiminnan tukeminen – aktivointi ja motivointi.

Kuntoutustyötä ei voida tarkastella ilman, että perehdytään sen taustalla olevaan ihmiskäsitykseen. Purolan malli on perinteisesti rakentanut ihmiskäsitystä terveydenhuollossa. Siinä ihminen nähdään kehollisena, tajunnallisena ja toiminnallisena kokonaisuutena. Fysiologiset tarpeet ilmentävät olemassaolon perustarpeita. Ihmisellä on myös tarve hyviin elämyksiin ja rakkauteen sekä toimimiseen. (Niemelä 1985, 34-35.) Purolan malli korostaa erityisesti ihmisen elinympäristön huomioonottamista kuntoutuksen perustekijänä. Mallia on kritisoitu siitä, ettei se ota huomioon laajempaa yhteiskunnallista toimintaympäristöä, jossa kuntoutumismahdollisuudet todentuvat. (Talo ym. 2001, 55-57.)

Nykyisin korostetaan kokonaisvaltaista (monitieteinen, laaja-alainen, biopsykososiaalinen, holistinen) ihmiskäsityksestä kuntoutuksen perustana. Rauhalan kokonaisvaltaisessa eli holistisessa ihmiskäsityksessä yhdistyvät ihmisen kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus toisiaan edellyttävinä olemassaolon puolina. Käytäntöön sovellettuna tämä tarkoittaa moniammatillista yhteistyötä toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnissa sekä kuntoutussuunnitelman toteuttamisessa. Lähtökohtana on kuitenkin asiakkaan autonomia oman tilan tunnistamisessa ja kuntoutustarpeen määrittelyssä. (Talo ym. 2001, 55-57.)

Edellä mainittu asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja oman aktiivisuuden korostaminen liittävät kuntoutuksen ihmiskäsityksen myös laajempaan kontekstiin. Järvikoski ja Härkäpää (1995c, 22-23) ovat siteeranneet Ilkka Niiniluodon eurooppalaisen ihmiskäsityksen määritelmää. Sen mukaan ihmisenä oleminen merkitsee vuorovaikutusta: yhteyttä toiseen ihmiseen, yhteisöön ja yhteiskuntaan. Yhteiskunnan arvoperusta muodostuu tiedon ja sivistyksen arvostamisesta, yksilön

ja ajattelun vapaudesta, tasa-arvosta, rauhasta, demokratiasta ja ihmisoikeuksien kunnioittamisesta. (Niiniluoto 1994, 69-71; ref. Järvikoski ja Härkäpää 1995c, 22-23.)

2.3 Ammatillinen kuntoutus

Terveystieteiden alueella toteutettava kuntoutustoiminta painottuu pääasiassa lääketieteelliseen kuntoutukseen. Terveystieteillä on myös tärkeä asema ammatilliseen kuntoutukseen liittyvien kuntoutustutkimusten tekijänä, vireille panijana sekä sosiaalisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen yhteistyötahona. (Kallanranta & Repo 1995, 250.) Ammatillinen kuntoutus on olennainen osa kuntoutustutkimusta ja kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtävää työtä. Tämän vuoksi ammatillista kuntoutusta on syytä tässä yhteydessä tarkastella omana alalukunaan.

Ammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan sitä osaa kuntoutusprosessista, jossa toteutetaan ammattiin tai työhön liittyviä toimenpiteitä: ammatinvalinnanohjausta, ammatillista koulutusta, työ- ja työpaikkakokeiluja sekä työhön valmennusta (Rissanen & Aalto 2002, 8-9). Lisäksi työhön ja opiskeluun liittyvät apuvälineet sekä erilaiset vammaisten ja vajaakuntoisten työllistämiskorvaukset voidaan lukea ammatillisen kuntoutuksen muodoiksi (Kettunen ym. 2003, 343).

Ammatinvalinnanohjauksella pyritään selvittämään kuntoutujalle sopiva ammatti. Myös kuntoutustutkimusta voidaan pitää ammatinvalinnanohjauksena. Työkokeilut, koulutuskokeilut tai työpaikkakokeilut voivat auttaa selvittämään jonkin ammatin tai koulutuksen soveltuvuutta asiakkaalle. Aina paluu entiseen ammattiin ei ole mahdollista. Tällöin yhtenä vaihtoehtona on uudelleen koulutus. Koulutus voi olla normaalia perus-, jatko- tai täydennyskoulutusta, mutta se voi myös olla oppisopimuskoulutusta. Työkokeilun tarkoituksena on selvittää, miten kuntoutuja selviytyy, jaksaa ja osaa työssä. Jos kokeilun aikana todetaan, että työhön paluu on mahdollista, voi kokeilu jatkua työhön valmennuksena. Työhön valmennuksessa laaditaan yksilöllinen ohjelma, jonka tavoitteena on oppia uusi työ työpaikan henkilöstön ohjauksessa. (Kettunen ym. 2003, 343-344.)

Tuetun työllistymisen tavoitteena on vammaisten ja vajaakuntoisten sijoittuminen palkkatyöhön tavallisille työpaikoille. Prosessiin kuuluu työkyvyn arviointi, suunnittelu, työn etsiminen, työtehtävien räätälöinti, työvalmennus sekä tuki ja seuranta. Vammaisen ja vajaakuntoisen työllistämistä voidaan maksaa työllistämiskorvauksia. (Kettunen ym. 2003, 344.)

Ammatillista kuntoutusta toteutetaan usean eri järjestelmän toimesta, jotka voidaan jakaa ammatilliseen erityisopetukseen, työeläkejärjestelmän kuntoutukseen (lakisääteinen tehtävä selvittää kuntoutuksen edellytykset eläkettä haettaessa), kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen (lakisääteinen tehtävä niille, joille ei ole järjestetty kuntoutusta muiden säännösten pohjalta), tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmän kuntoutukseen ja työhallinnon kuntoutukseen. Lisäksi yritykset hoitavat omaa työkykyä ylläpitävää toimintaa (esimerkiksi työpaikkakoulutus, työkokeilut, työolosuhteiden muutokset). Palveluja tuottavat edellä mainittujen tahojen ohella myös erilaiset aikuiskoulutuskeskukset ja kuntoutuslaitokset. Kuntoutustutkimuksia ja työkykyarvioita tehdään muun muassa joidenkin sairaaloiden kuntoutustutkimusyksiköissä ja kuntoutuslaitoksissa. (Järvikoski 2002, 46-47.)

Ammatillinen kuntoutus kohdistuu henkilöihin, joiden riski syrjäytyä työmarkkinoilta (työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikaistyöttömyyteen) on sairauden tai vajaakuntoisuuden vuoksi tavallista suurempi. Tällöin pyritään estämään syrjäytymisprosessin eteneminen ja varmistamaan paluu takaisin työelämään. (Järvikoski 2002, 45.)

Asiakkaan kannalta ammatillisen kuntoutuksen prosessissa on monia kriittisiä kohtia. Asiakkaalla tulisi olla motivaatiota. Läheisten merkitys on myöskin tärkeä. Lisäksi toimeentulon tulisi olla turvattu, ja muunkin sosiaalisen tilanteen tulisi olla vakaa. Mikäli näissä asioissa on puutteita, epäonnistumisen riski kasvaa.

3 SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLON KONTEKSTISSA

3.1 Terveyssozialityön ja kuntoutussosiaalityön määrittelyä

Terveyssozialityöllä tarkoitetaan sosialityöntekijän tekemää työtä terveydenhuollon kontekstissa. Työtä on kutsuttu terveydenhuollon sosialityöksi, mutta viime vuosina on ryhdytty puhumaan terveystotalityöstä.

Terveystotalityön perusta Suomessa ajoittuu 1920-luvun alkuun. Tällöin havaittiin henkilökohtaisten ja sosialisten vaikeuksien ehkäisevän potilaiden toipumista. Sophie Mannerheimin aloitteesta sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat aloittivat työnsä sosial- ja huoltohoitajina ilman erityistä koulutusta alalle. Vuonna 1942 aloitettiin sosialihuoltajakoulutus, josta valmistui työntekijöitä muualle sosialihuoltoon, muttei terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon tarpeisiin koulutettiin sosialihoitajia vuosina 1945-1975. Tämä koulutus liittyi sairaanhoitajan erikoistumisopintoihin. Kaikki sosialityön koulutus siirtyi hiljalleen yliopistoihin. Sosialityön opetusta varten perustettiin virat Tampereen ja Helsingin yliopistoihin vuosina 1963 ja 1970. Sosialihuoltajakoulutus loppui vuonna 1985. Nykyisin sosialityön opetusta antaa Helsingin, Jyväskylän, Kuopion, Lapin, Tampereen ja Turun yliopistot. (Terveystotalityön nimikkeistö 2007, 10-11.)

Laki (2005/272) määrittää sosialityöntekijän kelpoisuudeksi ylemmän korkeakoulututkinnon pääaineena sosialityö. Tutkintoon tulee sisältyä tai sen lisäksi on suoritettava sosialityön pääainetta vastaavat opinnot.

Yleisesti tarkasteltuna sosialityö on auttamistyötä. Terveystotalityössä korostuvat sairauden, sairastamisen ja vammaisuuden aiheuttamat sosialiset syyt ja seuraukset. Terveydenhuollon sosialityössä pyritään antamaan psykososialista tukea sekä edistämään ja tukemaan potilaan toimintakykyä. Terveydenhuoltoon, sairaalaan ja tällöin siellä tehtävään sosialityöhön vaikuttavat olennaisesti yhteiskunnallinen kehitys, lainsäädäntö ja valtion harjoittama politiikka – talouspolitiikka erityisesti. Palvelu- ja hoitoketjut määrittävät myös työn luonnetta. Potilas- ja hoitoketjut pyritään saamaan saumattomiksi ja niitä pyritään tehostamaan. Samalla yritetään saamaan palvelu mahdollisimman oikeaan aikaan oikeassa paikassa ja oikeilla resursseilla. Sosialityön sitoutuminen hoitoketjuun tapahtuu potilaan elämäntilanteen kautta. (Terveystotalityön nimikkeistö 2007, 9.)

Lindénin (1999, 110-112) mukaan terveyssozialityössä toimintaideana on sosiaalisen toimintakykyisyyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Työ on käytännössä sosiaaliturva-, palvelu-, tuki- ja kuntoutumisasioiden selvittelyä ja hoitamista. Menetelminä käytetään palveluohjausta, tiimityötä ja verkostotyötä. Ohjaus, neuvonta ja tukityö sekä palvelujärjestelmien kanssa operointi on keskeistä.

Tutkimuksen kohteena oleva sairaanhoitopiiri on julkaisemattomassa raportissaan (2006, 1-5) määritellyt sosiaalityön tehtävät ja roolin laaja-alaisesti. Terveyssozialityön keskeiseksi työmenetelmäksi on nostettu poikkihallinnollinen yhteistyö. Raportin mukaan sosiaalityö: ”huomioi asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen, tunnistaa sairauksien ja vammaisuuden erityispiirteet ja yhdistää ne saatavilla olevien palveluiden, tuen ja etuisuuksien avulla asiakasta ja hoitoketjua hyödyttäväksi osaksi.”

Terveyssozialityön nimikkeistössä (2007, 10) korostetaan asiakasnäkökulma vahvistaneen sosiaalityön palveluiden haluttavuutta terveydenhuollossa. Potilaalla on mahdollisuus saada kokonaistilanteen selvittämisessä ja tukimuotojen yksilöllisessä järjestämisessä. Kokonaisvaltainen selvittely tarkoittaa käytännössä moniammatillista tiimityöskentelyä, johon tässä tutkimuksessa palataan seuraavassa alaluvussa.

Kuntouttavasta työotteesta ja kuntouttavasta sosiaalityöstä puhutaan terveydenhuollossa paljon, mutta sen määrittelemisen jää monesti puutteelliseksi. Lindénin (1999, 20-21) mukaan sairaalan yleistavoitteena on pyrkiä kokonaisvaltaiseen kuntouttavaan hoitoon. Tällöin potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan parantavaa, lievittävää ja huolehtivaa apua. Hoitoon liittyy lääketieteen ja hoitotyön ohella sosiaalityö, jota tarvitaan sairaus-, eläkevakuutus- sekä toimeentulo-, kuntoutus- ja palveluasioden selvittämiseksi. (Lindén 1999, 20-21.)

Tutkimuksen kohteena olevan kuntoutustutkimuspoliklinikan sosiaalityöntekijä (2006, 3) on julkaisemattomassa powerpoint-esityksen handoutissa määritellyt kuntouttavan sosiaalityön yksilöidymmin. Hänen mukaansa kuntouttavassa sosiaalityössä potilaan näkökulmasta on tärkeää voimavarakeskeisyys, toimijuus, osallisuus ja yhteistoiminnallisuus. Työ on myös muutostyötä. Toisin sanoen tärkeää on toimia jokaisen asiakkaan omista lähtökohdista käsin, niin että hän itse tietää ja toimii omassa asiassaan. Voidaan kuitenkin kysyä, kuinka paljon kukin asiakas voi itse toimia omassa asiassaan terveydenhuollon säädelyssä viitekehyksessä, vaikka itsemääräämis-

oikeuden merkitystä korostetaankin. Kuntouttava sosiaalityö voidaan nähdä synonyyminä kuntoutussosiaalityölle. Yksinkertaisimmillaan sillä tarkoitetaan kuntoutuksen kontekstissa tehtävää sosiaalityötä.

Kuntoutustutkimuksessa sosiaalityön keinot liittyvät elämäntilanteen kartoittamiseen ja resurssien etsimiseen. Keskiössä ovat kuntoutuksen eri mahdollisuudet ja taloudellisten edellytysten varmistaminen. Sosiaalityöntekijä kokoaa myös verkostot toimimaan kuntoutujan hyväksi sekä koordinoi tarvittavat palvelut. (Aho 1999, 235-260; Heinonen & Spearman 2001, 88-89.)

Sosiaalityön ydintehtävä kuntoutustutkimuksessa voidaan määritellä kolmella tasolla: yhteiskunnallinen taso, organisatorinen taso ja yksilötaso. Yhteiskunnallinen tehtävä on koettaa minimoida sairastumiseen liittyviä haittoja sosiaaliturvapalveluilla. Organisaatiotasolla sosiaalityö täydentää kokonaisvaltaista hoitoa. Yksilötasolla sosiaalityö edistää kuntoutujan luottamusta ja turvallisuutta, auttaa selviämään arkielämässä ja ehkäisee väliinpuotoamistilanteita. Sosiaalityö on kuntoutujan tarpeiden ja yhteiskunnan realiteettien yhteensovittamista. (Havukainen 1997, 120-121.)

Terveyssosiaalityölle haasteita luovat asiakasvaihtuvuus, verkottuminen, moniammatillisuus, sekä yhteyksien luominen palvelujärjestelmiin ja lainsäätäjiin. Lindén (1999, 157) kysyykin, miten voitaisiin lisätä ammatillista itseluottamusta, kansalaislähtöisyyttä ja toiminnan oikeutusta. Mutkan (1998, 121) mukaan sosiaalityöntekijöiden pitäisi puolustaa aktiivisesti ja julkisesti yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden ja ihmisarvoisen elämän toteutumisen mahdollisuuksia.

3.2 Moniammatilliset työryhmät ja tiimit

Terveyssosiaalityöntekijät tarvitsevat erityistä taitoa työskennellä terveydenhuollon monimutkaisessa, moniammatillisessa yhteisössä sekä taitoa ymmärtää sairauden vaikutus yksilöön ja kykyä mobilisoida tarvittavat resurssit. (Heinonen & Spearman 2000, 89.)

Metteri (1996, 153) on lähestynyt samaa asiaa arjen näkökulmasta. Hänen mukaansa sosiaalityöntekijä on eniten hyödyksi potilaalle ja työtovereille moniammatillisessa työryhmässä, jos hän vahvistaa omaa ammatillista tulkintakehystään, ottaa selvää potilaan arjesta ja osallistuu vuoropuheluun siltä pohjalta. Tällä tarkoitetaan yhteyttä työnantajiin, paikallisiin viranomaisiin ja asiakkaan muihin sosiaalisiin verkostoihin.

Moniammatillisia työryhmiä on perusteltu sillä, että niissä voidaan katsoa asioita useasta eri näkökulmasta ja yhdistää erilaista asiantuntijätietoa. Moniammatillisuudessa on myös vaaransa. Mikäli aika ei riitä yhteiseen keskusteluun ja ongelmanmäärittelyyn, koko työ voi mennä hukkaan (Juvonen 1996, 161). Tehokas kommunikaatio on perusedellytys esimerkiksi hyvän hoitotason saavuttamiseksi (Lindén 1999, 122). Terveystieteiden moniammatillisissa työryhmissä lääketieteellisellä asiantuntijuudella on perinteisesti ollut ylivalta. Metterin (1996, 151) mukaan medikalisaatio voi ilmetä terveydenhuollon sosiaalityössä niin, että tasa-arvoiseen vuoropuheluun ei päästä.

Medikalisaatiosta eli elämän lääketieteellistymisestä on viime vuosina ja vuosikymmeninä puhuttu paljon. Sen merkitys on liitetty lääkäriprofession statukseen, sosiaalisten ilmiöiden kontrolloimiseen, elämän tarkasteluun lääketieteellisesti tai valtion harjoittamaan näkymättömään valvontaan. (Tuomainen et al. 1999, 16.)

Lindén (1999, 126-129) on tutkimuksessaan haastatellut Jyväskylän Sädesairaalan lääkäreitä ja hoitajia yhteistyön näkökulmasta. Tutkimustulosten mukaan lääkärit kokevat sosiaalityön olevan sosiaaliturva-asioiden tuntemusta ja lainsäädännön soveltamista käytännön tilanteisiin. Yhteistyö saattaa lääkäreiden mukaan olla vaikeaa, koska lääkäreillä on taipumus pitää itseään kaikenosaavina.

Sairaalan sosiaalityöntekijä liikkuu hoitohenkilökunnan ja potilaan rajapinnassa. Häneltä edellytetään innovatiivisuutta, itseohjautuvuutta ja kokonaisuuksien hallintaa. Lindén kysyy, onko sosiaalityöntekijä unohtanut oman ammatti-identiteettinsä eli sosiaalisten ongelmien tunnistamisen. Lindén kysyy myös, onko sosiaalityöntekijä sairaalakeskeistynyt ja antaako hän muiden määrätä työn sisällöstä. (Lindén 1999, 144.) Näihin kysymyksiin tullaan tässä tutkimuksessa ottamaan kantaa.

Tulpon mukaan (1991, 78) sairaalan sosiaalityöntekijät joutuivat vielä 1980-luvun lopulla osoittamaan hyödyllisyytensä samalla lailla kuin 1950-luvullakin. Sosiaalityön tarpeellisuutta on tämän jälkeen pyritty perustelemaan muun muassa *Terveystieteiden sosiaalityön luokituksen* kautta. Luokitus kuvaa asiakkaan saamia palveluita ja sosiaalityön muuta sisältöä. Luokitus laadittiin Terveystieteiden sosiaalityöntekijät ry:n ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä vuonna 1998. (Terveystieteiden sosiaalityön luokitus 1998, 3-54.)

Kuntoutustoiminnassa keskeistä on yhteistyö usealla eri toiminnan tasolla. Yhteistyö voi olla virallista tai epävirallista. Perustana kuitenkin voidaan pitää kuntoutustyöntekijän ja kuntoutujan kahdenkeskistä keskustelua. Ensimmäisen asteen moniammatillisena yhteistyön muotona ovat organisaatioiden kuntoutustiimit. Kuntatasolla asiakaspalvelun yhteistyöryhmät muodostavat seuraavan tason. Kuntien on lain mukaan huolehdittava, että terveydenhuollon, työvoimatoimiston ja Kansaneläkelaitoksen edustajista muodostetaan eri viranomaisilla täydennettyjä yhteistyöryhmiä. Sairaanhoidopiirien alueellista yhteistyötä koordinoivat yhteistyötoimikunnat. Korkeimpana yhteistyötasona valtakunnallisesti toimii kuntoutusasiain neuvottelukunta. (Tossavainen 1996, 95.)

Tiimityö merkitsee neuvonpitoa kasvotusten, kuntoutusongelman ja sen ratkaisukeinojen pohtimista työryhmän asiantuntijoiden kesken. Se eroaa tässä asiantuntijoiden konsultoinnista. Perusedellytys kuntoutustiimin toiminnalle on, että se on hyväksytty tarpeelliseksi työmuodoksi kyseisessä organisaatiossa. Toiminta voidaan nähdä menetelmänä, joka tuottaa toimintamalleja ja ratkaisuja ongelmiin, jotka edellyttävät usean eri alan asiantuntemusta. (Tossavainen 1996, 97.)

Tiimityö perustuu jäsenten tasavertaisuuteen. Henkilövalinnat perustuvat asiantuntijatehtäviin, joita kyseessä olevat henkilöt hoitavat. Lisäksi tiimin jäsenyys edellyttää yhteistyökykyä ja kiinnostusta työryhmätyöhön. Usean ammattialan työryhmän jäsenyys edellyttää oman ammatillisen tietopohjan ja normiston hallintaa sekä selkeää ammatti-identiteettiä. Jokaisella tiimin jäsenellä on yksilönä useita rooleja. Työrooleihin kohdistuvat odotukset ja arvostukset ohjaajat käytöstä niissä. Joskus on nähtävissä roolin ja persoonallisuuden ristiriita, jolloin roolin vaatimukset eivät sovi yhteen muun persoonallisuuden kanssa. Tällöin tilanne saattaa näkyä selkkauksina toiminnallisissa pienryhmissä. Tärkeää on, että jokainen tiimin jäsen on tietoinen tehtävänsä luonteesta, sisällöstä ja rajoista. Kuntoutustiimissä vuorovaikutus syntyy rooliodotusten pohjalta. Terveydenhuollon ammattiroolit ovat usein selkeitä, tunnettuja ja arvostettuja niin, että saavat määräävän aseman työryhmässä oman arvohierarkian pohjalta. Vuorovaikutus toimii sillä ehdolla, että jokainen jäsen on tärkeä ja hyväksytty. Tiimissä ei saa olla alistussuhteita. On tärkeää, että toisen tiedonala kunnioitetaan. Todellinen tiedon hyödyntäminen voi toteutua vain, jos toisen ammattitaitoon ja asiantuntemukseen luotetaan. (Tossavainen 1996, 98-99.)

Ahlgren (2008) on pro gradu –tutkielmassaan perehtynyt, miten sosiaalityötä pyydetään mukaan yhteistyöhön sairaalassa. Hänen mukaansa sosiaalityötä pyydetään tasavertaisesti mukaan työskentelyyn moniammatillisessa organisaatiossa. Tutkimus painottuu sosiaalityöntekijöiden haastatteluihin ja itsearviointiin omasta työstään. (Ahlgren 2008, 75.) Kuten tässä tutkimuksessa on aiemmin todettu, tasavertaisuus on onnistuneen tiimityöskentelyn edellytys. Koska tutkimus perustuu yksinomaan sosiaalityöntekijöiden omiin näkemyksiin omasta asemastaan, on vaarana, että tulokset ovat liiankin optimistisia. Toisaalta ei ole syytä epäillä, etteivätkö tulokset voisi olla tosia. Pääasia on, että pyritään avoimeen dialogiin eri ammattiryhmien kesken.

Tiimityö itsessään merkitsee järjestelmällistä työskentelyä. Toimintamalli rakentuu organisaatiossa asteittain. Asioiden joustava käsittely edellyttää, että jokainen on tehnyt esityöt. Tiimin jäseniltä edellytetään kuitenkin kykyä tarkistaa omia näkemyksiään, kun siihen on aihetta. Asioista tulisi voida käydä keskustelua, kunnes yksimielisyys saavutetaan. Tiimissä jokaisen jäsenen työvälineenä toimii oma persoonallisuus. Ajan mittaan roolien rajat väljenevät ja yhteisen tiedon alue kasvaa. Jäsenten ei tarvitse korvata tai edustaa toisen asiantuntemusta. Jäsenet voivat välittää ammattitietoa, mutta eivät voi tehdä siitä johtopäätöksiä. (Tossavainen 1995, 101-102.)

Launis (1994) on tarkastellut yhteistyön muotoja. Yhteistyöllä tarkoitetaan niitä toimintatapoja, joilla asiantuntijoiden keskinäinen vuorovaikutus toiminnan kulloisessakin vaiheessa toteutuu. Yhteistyön toimintatavat voivat olla erilaisia. Näitä ovat konsultointi, parityö ja tiimityö. Vuorovaikutuksen tyypit voidaan Launin mukaan jakaa koordinaatioon, ko-operaatioon ja reflektiiviseen kommunikaatioon. Launis on jäsentänyt tiimin yhteistyötä edellä mainittujen vuorovaikutuksen tyyppien mukaan. Koordinaatio-tyyppistä yhteistyötä ohjaa valmis kaava, käsikirjoitus, joka määrittää kullekin jäsenelle oman paikan yhteistyössä. Jokaisen odotetaan osallistuvan vuorovaikutukseen roolinsa mukaisesti. Kullakin tiimin jäsenellä on oman koulutuksensa, työkokemuksensa tai hierarkisen asemansa kautta syntynyt käsityksensä työn kohteesta. Yhteistyössä koordinoidaan töiden liittymistä toisiinsa. Koordinaatiotyyppinen vuorovaikutus on luonteenomaista moniammatillisille tiimeille, joissa osanottajat edustavat selvästi jotain intressialuetta kuten ammattiryhmää ja joiden kokoukset toistuvat säännöllisesti vakioimuotoisina. Ko-operaatio on edellisestä poikkeavaa. Osanottajat ylittävät vallitsevan yhteistyön käsikirjoituksen ja kohdistavat huomionsa oman työnsä sijaan yhteiseen kohteeseen. Osanottajat alkavat puhua toisilleen ja vaihtaa ajatuksia yhteisestä kohteesta. Siirtymää koordinaatiosta ko-operaatioon ilmentää vähitellen kehkeytyvä ymmärrys toiminnan kohteen

yhteisyydestä. Jos tiimi pysähtyy katsomaan itseään peilistä – yhteistyönsä tapoja, voidaan puhua reflektiivisestä kommunikaatiosta. (Launis 1994, 6-18 ja 206-210.)

3.3 Asiantuntijuuden muodostuminen terveydenhuollossa

Sosiaalityön ammatillisuus kietoutuu hyvinvointivaltion professio- ja asiantuntijuuskäsityksiin. Karvinen (1996) on väitöstutkimuksessaan perehtynyt laajasti sosiaalityön ammatillisuuden kehitykseen modernista professionaalisuudesta postmoderniin reflektiivisyyteen. Sosiaalityön asiantuntijuus on kehityksessä modernista, maailman hallittavuuteen uskovasta professionaalisuudesta epävarmuuteen, joustavuuteen, moniammatillisuuteen ja joustaviin toimintatapoihin. (Karvinen 1996, 36.)

Pylvään (2003) tavoitteena on omassa pro gradu -tutkimuksessaan ollut hahmottaa ja tuoda näkyväksi erikoissairaanhoidon alueelle sijoittuvaa sosiaalityön asiantuntijuutta. Asiantuntijuutta tarkastellaan asiakastyön, moniammatillisuuden ja sairaalan ulkopuolisten toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön näkökulmasta. (Pylväs 2003, 8.)

Asiantuntijuus käsitetään tiedon, taidon ja kokemuksen tuottamana erityisenä osaamisena. Professionilla tarkoitetaan puolestaan ammattia, joka on saavuttanut vahvan ja arvostetun yhteiskunnallisen aseman. Lääkäreiden ja juristien ammatteja on pidetty esimerkkeinä vahvoista professioista. (Pylväs 2003, 21.)

Professionaalistuminen ja sen kautta legitimoitu asiantuntijuus on mielletty etenevänä prosessina. Sen kuluessa ammattikunnat ovat pyrkineet luomaan tehtävä- ja tietomonopoleja, joilla ne ovat voineet saavuttaa yksinoikeuden ammatin harjoittamiseen. Yksi tärkeä sulkemisen strategia on ollut koulutus ja siihen liittyvät pätevyystutkinnot. Kontrolli liittyy ammatin sisäänpääsyehtoihin, koulutukseen, ammatissa tarvittaviin valmiuksiin ja siinä käytettävään kielelliseen koodiin (Mutka 1998, 121.)

Pylväs (2003, 17-18) tarkastelee asiantuntijuutta jakamalla sen yleis-, ydin- ja erityisosaamiseen. Yleisasiantuntijuus on sellaista osaamista, jota tarvitaan kaikissa ammateissa. Tätä voi olla esimerkiksi vuorovaikutustaidot. Ydinasiantuntijuus on ammattiin sidottua. Erityisasiantuntijuus on vaativaa ammatillista osaamista. Sen piirteet näkyvät tietoina, taitoina, arvoina, reflektiivisyytenä ja luovuutena.

Koulutukseen perustuva ammattihierarkiana hahmotettu asiantuntijuus on menettämässä merkitystään. Asiantuntijuus on yhä enemmän verkostojen ja organisaatioiden kykyä ratkaista yhdessä uusia, muuttuvia ongelmia. (Launis & Engeström 1999, 64.)

Oppimisen ja asiantuntijuuden tutkimuksessa korostetaan, että oppiminen, tieto ja asiantuntijuus ovat kontekstisidonnaisia. Asiantuntijoiden nähdään toimivan tietyissä sosiaalisissa konteksteissa, kuten tiimeissä ja yhteisöissä. Asiantuntijuuden oletetaan paikallistuvan erilaisiin käytännön yhteisöihin, kuten verkostoihin ja työorganisaatioihin. Asiantuntijuuden ajatellaan kehittyvän siinä prosessissa, jossa ihminen tulee yhä vahvemmin osalliseksi yhteisön käytännöistä. Yhteisöt itse määrittelevät kriteerinsä sille, mikä on asiantuntijuutta sen omalla alueella. Roolien ja asiantuntijuuden tason määritysten ajatellaan perustuvan yhteisön sisäisiin kriteereihin (omat arvot, toimintatavat, traditiot, joiden puitteissa määritellään, mikä on tavoiteltavaa ja mikä ymmärretään asiantuntijuudeksi). (Eteläpelto & Tynjälä 1999, 9-13.)

Asiantuntijayhteisöille on tyypillistä, etteivät monet sen arvoista tai normeista ole näkyviä. Yhteisön jäseneksi pääseminen merkitsee sitä, että hyväksytään ja omaksutaan nämä arvot ja normit. Asiantuntijaksi oppiminen ymmärretään usein merkitysneuvotteluiksi, joissa noviisiksi rinnastettava tulokas oppii yhteisön tavoille. (Eteläpelto & Tynjälä 1999, 9-13.)

Samalla kun asiantuntijuus mielletään yhä enemmän organisaatioiden ominaisuudeksi, asiantuntijuuden tutkiminen ekspertti-noviisi -akselilla on siirtymässä reflektiivisen asiantuntijuuden tutkimukseksi. Ekspertit ratkovat ongelmia pilkkomalla niitä osiin. Eksperttiys on teknistä asiantuntijuutta, missä ei synny ajatusta vastavuoroisessa suhteessa asiakkaisiin tai professionaalisen asiantuntijuuden kehittymisestä tämän vastavuoroisuuden kautta. Reflektiivinen asiantuntijuus on puolestaan aktiivinen tutkimus- ja löytämisprosessi, johon liittyy kysyvä asenne ja emansipatorinen suhde työhön (Mutka 1998, 46.)

Pitkään on käyty keskustelua siitä, onko sosiaalityö samanlainen professio, kuin esimerkiksi lääkäreiden ja juristien ammatit ovat. Heinosen ja Spearmanin (2000, 50-52) mukaan kysymys sosiaalityön professionaalisuudesta ei ole olennaista, vaan tulisi puhua sosiaalityön palveluiden laadusta, tehokkuudesta ja asianmukaisuudesta suhteessa vallitsevaan yhteiskuntaan. Sosiaalityölle professiona tärkeitä ovat ammatillisen kulttuurin, koulutuksen ja työskentelytavan ohella eettinen koodisto ja käytöstavat.

Pylvään (2003, 25) mukaan asiantuntijuuden määrittelyyn vaikuttaa, millaisena professionaalisuus näyttäytyy. Työtä ei voida tehdä yksin ja sen tulee vastata asiakkaiden tarpeita. Tänä päivänä on oltava valmiuksia toimia moniammatillisesti ja verkostoituneesti.

Jokainen aikakausi on myös määritellyt sosiaalityön asiantuntijuuden omista lähtökohdistaan ja omasta itseymmärryksestään käsin. Yksilöllistynyt, tilannekohtaisiin sopimuksiin pohjautuva ja oikeudellistuva elämäntapa on leviämässä keskuuteemme. Mutka (1998, 179-184) kysyykin, kumpi on parempi: tutkiva vai kirjoittava sosiaalityöntekijä. Hän ottaa itse kannan kirjoittavan sosiaalityöntekijän puolesta. Tarvitaan uudenlaista tietoa ammatillisesta arjesta ja siellä elävien ihmisten toiminnasta. Ammatillisen toimintakykyisyyden säilyttäminen ja vahvistaminen edellyttää avoimuutta, kokemusten ja luovien ratkaisujen jakamista.

Terveystieteissä sosiaalityön erityinen asiantuntijuus on sosiaalisen asiantuntijuutta. Sairaanhoidopiiriin johtoryhmän asettama työryhmä on julkaisemattomassa raportissaan (2006, 1-5) kuvannut sosiaalityötä sosiaalityöntekijöiden tekemisien työn kuvauksien kautta. Niissä painottuvat sosiaalityön oma asiantuntijuus, sosiaalisen tilanteen selvittäminen, sairaalan ulkopuolelle laajenevan yhteistyö- ja palveluverkoston kehys sekä asiakkaan sosiaalisen elämäntilanteen psykososiaalinen tukeminen. Raportin mukaan sosiaalityöntekijä on moniammatillisen tiimin tärkeä lenkki. Hyvin toimivassa yhteistyössä sosiaalityö on luonteva linkki esimerkiksi siirtää hoidon ja kuntoutuksen kannalta keskeistä sosiaaliseen ympäristöön, tilanteeseen ja palvelujärjestelmän mahdollisuuksiin liittyvää tietoa sairaanhoidon alueelta toiselle.

Korkealaakso (2005) on pro gradu –tutkielmassaan tutkinut lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia sosiaalityön tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksessa tuodaan selkeästi esiin se, että sosiaalityön asiantuntijuutta täytyy vahvistaa. Sekä uusilla että myös vanhoilla lääkäreillä olisi ollut tarvetta saada syventävää tietoa sosiaalityöstä. Tässä työssä sosiaalityöntekijöillä olisi itsellään parannettavaa. (Korkealaakso 2005, 107.) Puputti (2007) on lähestynyt sosiaalityön asiantuntijuuden problematiikkaa moniammatillisen tiimityöskentelyn näkökulmasta. Myös hänen kontekstinaan toimii psykiatrisen erikoissairaanhoito. Tulosten mukaan sosiaalityön asiantuntijuudella oli kyseisessä kontekstissa, kyseisessä tiimissä, tasavertainen asema suhteessa muihin asiantuntijoihin. (Puputti 2007, 85.) On ymmärrettävää, että case-tutkimusten tulokset vaihtelevat riippuen organisaatioista tai jopa saman organisaation sisällä.

Terveyssosiaalityön nimikkeistössä vuodelta 2007 sosiaalityön asiantuntijuus liitetään kolmeen tekijään: hyvinvoinnin turvaamiseen, suoriutumisedellytysten parantamiseen ja elämänhallinnan tukemiseen. Sosiaalityöntekijöillä on terveydenhuollossa monia rooleja, joita ovat esimerkiksi: asiantuntija, kriisityöntekijä, koordinaattori, kuntoutuksen yhdyshenkilö, konsultti, verkostotyöntekijä ja terapeutti. (Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö 2007, 9-10.)

Lindén (1999) on määritellyt sosiaalityöntekijän rooleiksi terveydenhuollossa edunvalvojan ja arkielämän asiantuntijan roolit. Sosiaalityön organisatorisena roolina on vastuun kantaja, profession asiantuntija, sosiaalisten päätösten tekijä ja oman työn sekä yhteistyön kehittäjä. (Lindén 1999, 110-112.) Sosiaalityön asiantuntijuus Suomessa on laajoihin kokonaisuuksiin keskittyvää asiantuntijuutta (Raunio 2000, 44).

Asiantuntijuus ja moniammatillisuus yhdistyvät ”muuttuvassa asiantuntijatyössä”. Asiantuntijuuden piirteinä ovat: monikontekstisuus ja rajanylitykset. Päällekkäisten ja rinnakkaisten tehtävien suorittaminen koetaan haasteeksi ja rikkaudeksi. Asiantuntija toimii eri toimintajärjestelmien rajapinnalla, osallistuu eri toimintajärjestelmiin tai siirtyy toimintajärjestelmästä toiseen lyhyenkin ajan kuluessa. Tällaisia monikontekstisia tilanteita on kuvattu verkostotyöskentelyn käsittein. Verkostossa yksilöinä, tiimeinä tai suurempina organisaatioyksikköinä hahmotetut solmut ovat melko pysyviä. Ne voivat kuitenkin purkautua. Puhutaan neuvottelevasta solmutyöskentelystä. Solmun tavoitta vain analysoimalla itse solmua, ei yksilöitä. Esimerkki pyrkimyksestä kehittää asiantuntijuutta on perusterveydenhuollon työn kehitys 1980- ja 1990-luvulla. Ammattiryhmittäin sektoroitunutta asiantuntijatyötä on kehitetty perustamalla eri ammattiryhmiä koostuvia moniammatillisia tiimejä. (Launis & Engeström 1999, 78-79.)

Sosiaalityön palvelut eivät aina ole olleet itsestäänselvyys terveydenhuollossa. Asiakasnäkökulman vahvistuminen on edistänyt myös sosiaalityön palvelujen haluttavuutta ja saatavuutta terveydenhuollossa. Asiakkaan on mahdollista saada apua kokonaistilanteen selvittämisessä ja tukimuotojen järjestämisessä. Sosiaalityön työmuotoja ovat konsultaatiot, moniammatillinen tiimityöskentely, hoitoneuvottelut, työnohjaus, koulutus ja suunnittelu. Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistössä (Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö 2007, 10) puhutaan myös vaikuttamistyön sekä tutkimus- ja kehittämistyön merkityksestä. Vaikuttamistyössä pyritään vaikuttamaan esimerkiksi lainsäädännön epäkohtiin tai palvelujärjestelmän kitkakohtiin. Asioihin voidaan vaikuttaa omassa

organisaatiossa, palvelujärjestelmän tasolla tai koko yhteiskunnassa. Tutkimus- ja kehittämistyön merkitystä omien ammatillisten valmiuksien ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi painotetaan.

Edellä on puhuttu terveystieteiden nimikkeistöstä, joka valmistui vuonna 2007. Sen edeltäjä oli nimeltään *Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus* ja se valmistui vuonna 1998. Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus tai terveystieteiden nimikkeistö, kuten sitä nyt kutsutaan, on yksi esimerkki sosiaalityön pyrkimyksestä professionaalisuuteen. Alkuperäisen teoksen esipuheessa luokituksen tarvetta perustellaan: ”halulla saada yhdenmukainen ja vertailukelpoinen pohja työn seurantaan ja tilastointiin, palvelujen tuoteistukseen, laadunhallintaan sekä käsitteistöön ja kielenkäyttöön.” Lisäksi sairaaloiden ja terveyskeskusten säästötoimet sekä tehokkuus- ja laatuvaatimukset toivat esiin tarpeen tuoda sosiaalityön sisältöä ja laatua näkyväksi. (Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus 1998, 3.)

Terveydenhuollon sosiaalityön luokituksessa vuodelta 1998 (1998, 18-19) todetaan käsitteestä ”luokitus”, että se on työkalu, jonka avulla voidaan hahmottaa jonkin asian tai ilmiön sisältö, saada vertailukelpoista tietoa jostain asiasta sekä asettaa asioita järjestykseen toisiinsa nähden. Terveydenhuollossa on käytössä lukuisia luokituksia. Työssä voidaan käyttää tautiluokitusta (ICD-10), toimintakykyä ja sen vajausta kuvaavia luokituksia (esimerkiksi Barthel, ADL-asteikot, RAI) sekä erilaisia työn sisältöluokituksia. (Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus 1998, 18-19.)

Sosiaalityön luokituksen ilmestymisen jälkeen on tietoisemmin alettu kehittää uusia strukturoituja työvälineitä terveystieteiden työhön maassamme. Tässä työssä on hyödynnetty niin BPSDC-mallia (BioPsychoSocial Dimensional Classification) kuin ICF-luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health). BPSDC-malli eli ”toimintakyvyn edellytysten biospsykososiaalinen nimikkeistö” kohdentuu erityisesti toimintakykyyn ja kuntoutukseen. WHO hyväksyi puolestaan vuonna 2001 uuden ICF-luokituksen, joka tarkoittaa ”toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta”. Tämän luokituksen oheen on Suomessa Seija Talo kehittänyt bio-, psyko- ja sosio-osuuksia. (Terveystieteiden nimikkeistö 2007, 14-16.)

Noin kymmenessä vuodessa yhteiskunnassa, samoin kuin terveydenhuollossa on tapahtunut suuri muutos. Puhutaan laadusta, tulosajattelusta ja tuottavuudesta. Palveluita on alettu tuotteistaa, ja myös sosiaalityön tuotteistaminen on yhä tärkeämpää. Tuotteistaminen on haasteellista ja siinä sosiaalityön luokituksesta voi olla tärkeää apua. Tämä on yksi niistä syistä, miksi luokituksen uudistamistyöhön ja päivittämiseen ryhdyttiin. Muita syitä ovat olleet palautteet edellisestä luokituksesta ja terveydenhuollon atk-järjestelmien kehittyminen. Luokituksen uusimistyö tehtiin Terveysosiaalityöntekijät ry:n ja Kuntaliiton toimesta vuosina 2005-2007. (Terveysosiaalityön nimikkeistö 2007, 18-20.)

Merkittävin ero vuoden 1997 luokituksen pääluokissa on aiemman *S3 Toimeentulon turvaaminen* poistuminen. Tämän paikalla uudessa luokituksessa on pääluokka *RS3 Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö*. Toimeentulon turvaaminen löytyy alaluokkana RS240 pääluokan *RS2 Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen* alta. Toki on myös huomattava, että teoksen nimi on uudistunut terveydenhuollon sosiaalityöstä terveystosiaalityöksi ja luokituksesta nimikkeistöksi. (Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus 1998; Terveystosiaalityön nimikkeistö 2007.)

Yhteistyön, koordinoinnin ja verkostotyön nouseminen omaksi pääluokakseen kuvastaa toimintaympäristön ja yhteiskunnan muutosta. Lisäksi se tuo moniammatillista työskentelyä näkyväksi, mutta myös kertoo työskentelytavan vahvistumisesta. Niissä organisaatioissa, joissa olen itse työskennellyt, luokitus oli suuressa sairaalassa käytössä tilastoinnin apuvälineenä. Kunnassa työtä ei tilastoitu lainkaan, eikä luokituksesta puhuttu. Vaikka tilastointia voidaan pitää työnantajan keinona kiristää työtahtia ja valvoa alaisiaan, on siitä mielestäni myös hyötyä työn näkyväksi tekemisessä sekä sosiaalityön asiantuntijuuden osoittamisessa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimustehtävä

Pro gradu –tutkielmassa tutkin sairaalan kuntoutustyöryhmän toimintaa ja moniammatillista yhteistyötä sosiaalityön näkökulmasta. Tutkimuksessa kysytään, miten kuntoutustyöryhmän jäsenet määrittelevät asiantuntijuuden. Sosiaalityön tutkijana olen erityisen kiinnostunut myös siitä, mikä on sosiaalityön paikka moniammatillisessa yhteistyössä. Entä mitä rooleja sosiaalityöntekijällä kuntoutustyöryhmässä on? Löytyykö luottamusta, kiinnostusta ja kunnioitusta toisen alan asiantuntijuutta kohtaan?

Tutkimuksen empiirinen osuus rakentuu kahdesta osiosta. Ensimmäisessä osiossa jäsenän asiantuntijuutta moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä. Asiantuntijuutta on perinteisesti tarkasteltu tiedon, taidon ja kokemuksen kautta. Olen halunnut lähestyä asiantuntijuutta uudesta näkökulmasta. Kuten tässä tutkimuksessa on aiemmin mainittu, asiantuntijuuden voidaan ajatella määrittävän tietyissä sosiaalisissa konteksteissa: tiimeissä, työryhmissä ja organisaatioissa. Analyysiyksikkönä on tällöin ryhmä, organisaatio tai asiantuntijaverkosto. Tarkastelun kohde siirtyy yhteisön toimintaperiaatteisiin ja sosiaalisiin käytäntöihin yksittäisen toimijan sijaan. Yhteisöt määrittelevät itse, mikä on asiantuntijuutta niiden alueella. Myös roolit ja asiantuntijuuden tasot perustuvat yhteisön sisäisiin kriteereihin.

Lähestyn asiantuntijuutta perehtymällä työyhteisön toimintaperiaatteisiin ja asiakasprosessiin sekä arvoihin. Asiantuntijatyöryhmän rinnalla punaisena lankana kulkee sosiaalityön näkökulma, jota vasten muun ryhmän toimintaa peilataan. Lopuksi tarkastelen työryhmän jäsenten kokemuksia yhteistyöstä sosiaalityöntekijöiden kanssa. Toisessa osiossa tarkastelen sosiaalityöntekijöiden rooleja kuntoutustyöryhmässä. Peilaan rooleja työryhmän asiantuntijuuden määrittäisiin.

Aiheen olen rajannut koskemaan työntekijöitä sekä heidän kokemuksiaan, joten asiakkaan ääntä ei tässä tutkimuksessa tavoiteta. Olen haastatellut kuntoutustyöryhmän jäseniä ja tulen kuvaamaan toimintaa käytännön kuntoutustyötä tekevien terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Työ on moniäänisyyden vuoksi haastava. Koska työryhmään kuuluu sosiaalityöntekijöiden ohella kiinteästi lääkäreitä ja psykologeja, on vaarana, että työ pirstaloituu. Aiemmissa tutkimuksissa sosiaalityötä moniammatillisessa työyhteisössä on pääosin tarkasteltu yhdestä näkökulmasta, esimerkiksi lääkäreiden näkökulmasta tai sosiaalityöntekijöiden omasta näkökulmasta.

Miksi olen kiinnostunut kuntoutustyöryhmän toiminnasta? Kuten johdannossa todettiin, aihe liittyy ajankohtaisiin keskusteluihin kuntoutuksen merkityksestä ja sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetistä terveydenhuollon organisaatioissa. Tavoitteenani olisi tutkimuksellani hyödyttää kuntoutustutkimuspoliikkia tekemällä sen työtä näkyväksi.

4.2. Tapaustutkimus

Luonteeltaan tämä tutkimus on tapaustutkimus. Se kohdistuu yhteen tiettyyn tapaukseen, jota tarkastellaan todellisessa elämäntilanteessa, sen omassa ympäristössä. Tapaustutkimuksiksi luetaan myös usean tapauksen tutkimukset. Tutkimuksen kohde voi olla mahdollisimman tyypillinen ja edustava. Se voi myös olla jonkinlainen rajatapaus tai ainutkertainen ja poikkeuksellinen. Tapaukseksi voidaan valita myös paljastava tai opettava tapaus. (Eskola & Suoranta 1998, 65.)

Tapaustutkimuksen taustalla on ajatus, että yksittäisen tapauksen monipuolinen erittely antaa aineksia yleistyksiin. Tapauksen kuvaaminen ja käsitteellistäminen on tehtävä huolellisesti. Eskolan ja Suorannan (1998, 66) mukaan kaikki laadulliset tutkimukset ovat oikeastaan tapaustutkimuksia. Niiden pohjalta ei ole tarkoitus tehdä samalla tavalla yleistettäviä päätelmiä kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Onkin tärkeää, että aineisto muodostaa kokonaisuuden, tapauksen.

Erikssonin ja Koistisen (2005, 1-14) mukaan kaikki laadullinen tutkimus ei ole tapaustutkimusta. Keskeistä ovat tapaus tai tapaukset, joiden määrittely, analyysi ja ratkaisu on tavoitteena. Tapaustutkimus onkin luonteeltaan pikemminkin lähestymistapa kuin aineistonkeruu- tai analyysimenetelmä. Tapaukset määrittyvät ajan, paikan tai jonkin muun kriteerin, kuten ryhmän tai ilmiön, mukaan. Tapaustutkimukset pohjautuvat tieteenalasta riippuen erilaisiin tieteenfilosofisiin lähtökohtiin ja niille ovat ominaiset erilaiset teoreettiset ja metodologiset valinnat. Myös tutkimusaineisto voi olla kerätty monin eri tavoin. Tapaustutkimuksessa kysytään kuitenkin tyypillisesti mitä-, miten- ja miksi-kysymyksiä. Lisäksi Eriksson ja Koistinen (2005) ovat Eskolan ja Suorannan (1998) kanssa yhtä mieltä siitä, että kyseessä on jokin tämän ajan ympäristössä oleva ilmiö.

Tapaustutkimuksia on tyypitelty tavoitteiden tai tieteenfilosofisten taustaoletusten mukaan. *Itsessään arvokasta tapaustutkimusta* voidaan luonnehtia sellaiseksi, jossa tutkija on kiinnostunut tietystä ainutlaatuisesta tapauksesta ja hän haluaa ymmärtää tätä perusteellisesti. *Välineellisestä tapaustutkimuksesta* voidaan puhua silloin, kun tapauksen kautta pyritään ymmärtämään jotakin muuta asiaa kuin vain kyseistä tapausta. Tällöin on usein kyse teoreettisten ideoiden havainnollistamisesta, kehittelystä tai testaamisesta tapauksen kautta. *Kollektiivisessa tapaustutkimuksessa* kysymys on useiden tapausten välisestä koordinaatiosta tai rinnasteisuudesta. Tällöin pyritään laajempaan ymmärtämiseen. (Eriksson & Koistinen 2005, 9-10.)

Tapaustutkimukset voidaan jaotella myös *intensiiviseen* (klassiseen) ja *ekstensiiviseen* (uudempi suuntaus) *tapaustutkimukseen*. Intensiivisessä tapaustutkimuksessa ollaan kiinnostuneita yhden tai muutaman tapauksen ainutlaatuisuudesta, jota yritetään tulkita ja ymmärtää. *Ekstensiivisessä tapaustutkimuksessa* on kyse monen tapauksen vertailevasta ja selittävästä tutkimuksesta. (Eriksson & Koistinen 2005, 15.)

Oleennaista tapaustutkimuksessa on, että tutkija tunnistaa omat ennakkokäsityksensä ja lähtökohtansa ja lähestyy aineistoaan ennakkoluulottomasti. On myös mahdollista, että aineistosta nousee yllättäviä uusia teemoja ja kysymyksiä. (Eriksson & Koistinen 2005, 25.)

Tämän tutkimuksen voidaan katsoa kuuluvan intensiivisiin tapaustutkimuksiin. Kyseessä on yksi tietty rajattu ilmiö – sosiaalityö sairaalan kuntoutustyöryhmässä. Kyseessä on myös itsessään arvokas tutkimus, jonka kautta ei pyritä luomaan uutta teoriaa, mutta kylläkin ymmärtämään tutkimuskohdetta itsessään, kontekstissaan.

4.3 Aineistonkeruu

Olen haastatellut kahdeksaa kuntoutustutkimuspoliklinikan työskentelyyn osallistuvaa työntekijää. Mukana on kaksi lääkäriä, kaksi sosiaalityöntekijää, kaksi psykologia, yksi osastonsihteeri ja yksi kuntoutusohjaaja. Työkokemusta heille kaikille on kertynyt omalla alallaan yli 30 vuodesta noin 10 vuoteen.

Molemmat lääkärit ovat lääketieteen tohtoreita ja heillä on erikoislääkärin pätevyys. Molemmilla sosiaalityöntekijöillä samoin kuin psykologeilla on koulutuksenaan vähintään ylempi korkeakoulututkinto sekä paljon muuta koulutusta. Kuntoutusohjaaja on koulutukseltaan sairaanhoitaja. Myös hänellä on muutakin koulutusta. Osastonsihteerillä on puolestaan merkantin tutkinto.

Valitsin aineiston keruumenetelmäksi teemahaastattelun, koska se on vaativa ja innostava tapa kerätä tietoa. Teemahaastattelussa oleellista on, että haastattelun aihepiirit eli tema-alueet (ks. Liite 2) ovat kaikille samat. Kyseessä on puolistrukturoitu menetelmä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47-48.) Haastattelun tema-alueet on valittu tutkimuksen viitekehyksen mukaan. Suunnittelin haastattelurunkoni itse, mutta kävin sitä läpi sekä harjoitteluni ohjaajan että johtavan sosiaalityöntekijän kanssa. Sain heiltä arvokkaita kommentteja, ja muokkasinkin haastattelurunkoa heiltä saamien kommenttien ja ehdotusten mukaisesti. Haastattelurunko tuli sisältämään kolme pääteemaa ja kaksi taustoittavaa tema-aluetta.

Päästäkseni käytännössä tekemään pro gradu –tutkielmaa sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikalle, jouduin käymään läpi muodollisen lupamenettelyprosessin. Tutkimuslupaa hain vastuualuejohtajalta, jolle johtava sosiaalityöntekijä teki kirjallisen esityksen hakemukseni hyväksymisestä. Hakemuslomakkeen liitteeksi vaadittiin alustava tutkimussuunnitelma, saatekirje (ks. Liite 1), haastattelurunko ja suostumuslomake. Edellä mainittujen asiakirjojen sisällöt käytiin läpi johtavan sosiaalityöntekijän kanssa, ennen kuin ne menivät vastuualuejohtajalle. Koska halusin tehdä haastattelut kolmen kuukauden harjoittelujaksoni aikana, minulle tuli kiire laatia kaikki vaadittavat asiakirjat hakemusta varten. Esittelin tutkimukseni viikkopalaverissa lupaprosessin ollessa vielä kesken. Luin saatekirjeen ja esittelin haastattelurungon. Tutkimus sai erittäin myönteisen vastaanoton henkilökunnalta.

Sain luvan tutkimuksen toteuttamiseen helmikuussa 2007. Tämän jälkeen sovin haastatteluajankohdat haastateltavien kanssa. Annoin haastateltaville vielä etukäteen haastattelurungon, koska halusin saada mahdollisimman paljon tietoa. Varsinaista koehaastattelua en tehnyt.

Haastattelut tehtiin työpaikalla maaliskuun 2007 aikana. Ne kestivät puolesta tunnista puoleentoista tuntiin. Haastattelut nauhoitin C-kasetille. Haastattelutilanteet olivat jännittäviä. Koska olin itse haastattelijana kokematon, olin aluksi riippuvaisempi etukäteen laatimistani kysymyksistä. Kysymykset olivat sekä suoria että epäsuoria. Pysin kuitenkin kysymään kaikilta samoja kysymyksiä. Viimeisiä haastatteluja tehdessäni dialogi eteni mielestäni luontevammin aihepiiristä toiseen. Haastattelurutiinin ohella myös haastateltavien persoonilla oli vaikutusta siihen, miten haastattelu sujui. Ainoastaan yhden haastateltavan kanssa tunsin, että en pystynyt saavuttamaan hänen luottamustaan kokonaan.

Haastattelujen ohella olen käyttänyt tutkimusaineistona erilaisia kirjallisia dokumentteja, joita sairaala on tuottanut. Tällä tarkoitan lähinnä esitteitä, internet-sivujen sisältöjä, powerpoint-esitysten handouteja sekä luokituksia, jotka käsittelevät sosiaalityötä tai liittyvät muutoin tutkielman aihepiiriin.

4.4 Aineiston analysointi

Laadullista aineistoa on mahdollista analysoida usealla eri tavalla. Perinteiset analyysitavat ovat olleet kuvailevia. Tämä on nykykäsityksen mukaan alku varsinaiselle tulkinnalle. Tällöin aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja samanlaisuutta. Uudemmissa analyysitavoissa paneudutaan eroihin ja moninaisuuteen. Kieli on sosiaalisen todellisuuden tuote ja samalla sosiaalisen todellisuuden rakentaja. Kielen tuottamat kuvaukset kohteestaan ovat tilanteen muodostamia ja muodostavat tilannetta. Kieli onkin sidottava kontekstiin, johon sanominen kuuluu. (Eskola & Suoranta 1998, 139-142.)

Aineiston analyysivaiheen aloitin haastattelujen litteroinnista. Olen litteroinut sanatarkasti äänittämäni kasettinauhut. Haastattelut kestivät 30 minuutista 90 minuuttiin. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä noin 70 sivua 1,5 rivivälillä kirjoitettuna. Olen lukenut aineiston läpi useita kertoja. Lukiessani aineistoa olen pyrkinyt löytämään haastattelurungon avulla teemoja, jotka vastaavat tutkimuskysymykseeni. Analyysimetodina on siis teemoittelu. Kyseessä on jo tässä vaiheessa

prosessi, jossa tehdään tulkintaa. Teemahaastattelurunkohan on rakentunut aiempien tutkimusten ja omien kokemusten valossa. Teemat on koottu niin, että ne kuvaavat haastateltujen kokemuksilleen antamia merkityksiä.

Eskolan ja Suorannan (1998, 179-180) mukaan teemoittelu on suositeltava analyysitapa jonkin käytännön ongelman ratkaisussa. Esimerkkinä on käytetty yliopiston proseminaariryhmästä saatua palautetta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin hyödyttää kuntoutustyöryhmää heidän arkisissa käytännöissään.

Teemoja lähestytään metodologisesti fenomenologian kautta. Fenomenologia tutkii jokapäiväisen elämän tilanteita kokijan näkökulmasta. Kuinka fenomenologiassa sitten määritellään kokemus? Perttulan (2005, 115-157) mukaan kokemus on suhde, jossa tajuava subjekti ja hänen tajunnallinen toimintansa suuntautuu tiettyyn kohteeseen. Kokemus on tajunnallinen tapa merkityksellistää niitä todellisuuksia (elämäntilanteita), joihin ihminen on suhteessa. Kokemus on sitä, mitä elämäntilanne ihmiselle tarkoittaa. Elämäntilanne voidaan jakaa ideaaliseen, aineelliseen, elämänmuodolliseen ja keholliseen todellisuuteen. Ideaalinen todellisuus muodostuu tajunnallisesta prosessista, jossa kuvitellaan, muistellaan ja arvioidaan. Aineellinen todellisuus puolestaan sisältää kehon ulkopuolella olevat asiat, joihin ihmisellä on aistimellinen suhde (hajut, maut, äänet). Näitä asioista voidaan tutkia kokemuksina. Elämänmuodollinen todellisuus käsittää arvot, tavat, säännöt ja käytänteet, joista yhteisöjen elämä muodostuu. Kehollinen todellisuus voidaan kuvata ihmisen elävänä ruumiina – tämä puolestaan on sekä elämän että elämäntilanteen edellytys. Juuri keho luo perusedellytykset muiden todellisuuksien toteutumiselle. Valtaosa kokemuksista on kokemuksia omasta kehosta.

Ongelmallista kokemuksen tutkimuksessa on, että tutkimuskohde on *toisen ihmisen* elävä kokemus, joka näyttäytyy tämän ihmisen *kuvauksena* kokemuksestaan. Tutkijan on myös tärkeä tiedostaa olevansa itsekin kokeva ihminen, joka ymmärtää tutkimuskohteensa tästä taustasta käsin. Tutkimus on siis luonteeltaan subjektiivista – tutkijan tulkintaa. Tutkija kokee uudelleen tutkittavien kuvaamat kokemukset ja pyrkii tunnistamaan kohteeseen liittämääns merkityssuhteita, jotka hän tietoisesti pyrkii siirtämään syrjään. Tätä kutsutaan sulkeistamiseksi, joka on fenomenologisen metodin ydin. Sulkeistamisen tarkoituksena on, että tutkija pyrkii tiedostamaan, onko kukin muodostuva kokemus peräisin aineistosta vai onko se peräisin hänen omista tulkinnoistaan tai kokemuksistaan. Seuraavaksi pyritään seulomaan esiin kokemuksen ilmenemistavat. (Perttula 2005, 115-157.)

Analyysin tavoitteena on rakentaa merkityssilta sekä tutkittavan aineiston että muun tutkimustiedon välille. Tutkijan oma panos prosessissa kiteytyy ymmärrykseksi toisten kokemuksia kohtaan. Tällä ymmärryksellä ei tarkoiteta omista elämäkokemuksista kumpuavaa ymmärrystä, vaan tulosten suhteuttamista laajempaan ymmärrykseen. (Lehtomaa 2005, 189-193.) Kokemukset muotoutuvat ihmisen vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. Se millaisena tämä todellisuus näyttäytyy, voidaan kuvata merkityssuhteiden kautta. Tulkinnalla pyritään avaamaan näitä merkityssuhteita. Merkityssuhteiden yhdistäminen laajemmiksi kokonaisuuksiksi on puolestaan ymmärtämistä. (Varto 1992, 64-72.) Tutkimuksessani pyrin tuomaan esille sekä yhteisiä että erilaisia merkityksiä, joita haastateltavat kokemuksilleen antavat.

Fenomenologia on menetelmä, jossa pyritään välttämään laadullisten tutkimuskohteiden muuttamista määrällisiksi. Samalla korostetaan sitä, että tutkijan tulisi olla ennakkoluuloton havainnoitsija, jotta ilmiön tavoittaminen kaikessa rikkaudessaan olisi mahdollista. Ennakkoluulottomasta havainnoinnista on mahdollista päästä ilmiöiden merkityksen tulkintaan eri vaiheiden kautta. Prosessi alkaa oivaltavasta havainnoinnista, jossa tutkimuskohdetta lähestytään ilman ennako-oletuksia mahdollisimman avoimesti ja se kuvataan arkikielellä. Seuraavaksi on vuorossa ilmiön käsitteellistäminen, jolloin voidaan yksityisestä haetaan vastauksia yleiseen. Kolmanneksi pyritään tavoittamaan ilmiön luonne eli sen ominaisuudet ja suhteet muihin ilmiöihin. Neljänneksi ryhdytään tutkimaan ilmiön ilmenemistä. Tällöin tutkitaan ilmiötä kokonaisuuden osana. Viidenneksi pohditaan, miten ilmiö rakentuu tutkijan tietoisuudessa – millaisia merkityssuhteita se saa. Lopuksi pyritään löytämään todelliset syvemmät merkitykset ja rakenteet. (Varto 1992, 86-90.)

Merkitykset määrittävät, millaisia kokemuksia ihminen kokee. Tämän tutkimuksen kannalta olennaisia ovat yhteisöllisen tason merkitykset. Tiedostettuina näitä ovat roolit, normit, ihanteet ja moraalit. Tiedostamattomia merkityksiä ovat rutiineiksi muodostuneet toiminnot, perusmyytit ja toiminnan piilevät säännöt. (Moilanen & Rähä 2001, 46-47; ref. Jankko 2008, 42.) Kuten tutkimustehtävän määrittelyssä on todettu, tutkimuksen empiriaosuus jakaantuu asiantuntijuuden ja sosiaalityön roolien määrittelyyn. Molemmissa teemoissa kulkee punaisena lankana yhteisön tiedostamattomat ja tiedostetut merkitykset, joista kokemukset muodostuvat.

Tämän tutkimuksen kannalta olennaista on, että tutkimuskohdetta tarkastellaan sen omista lähtökohdista käsin. Mitään ennakko-oletuksia tai hypoteeseja ei ole rakennettu. Vaikka teemahaastattelu sinällään edellyttää perehtymistä aiheesta koskevaan kirjallisuuteen ja teoriaan, olen pyrkinyt lähestymään tutkimuskohdettani omana ilmiönään ja käymään analyysivaiheessa teorian ja empirian vuoropuhelua. Tärkeää on tutkittavien kokemusten ja niille annettujen merkitysten ymmärtäminen sekä näistä tulkintojen tekeminen.

Jankko (2008, 33-34) on pro gradu –tutkielmassaan mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksistä pohtinut suhdettaan fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimukseen. Hän on kuvannut, kuinka välillä aineistosta tehdyt havainnot tuntuivat itsestäänselvyyksiltä ja kaikkien tietämältä yleiseltä tiedolta. Jankolla itsellä oli kaksoisrooli tutkimuksessa sekä tutkijana että työntekijänä. Itselläni oli vastaavia tuntemuksia. Ymmärrän tämän johtuneen pitkälti omasta kaksoisroolistani aineistonkeruun aikana – olinhan tuolloin sekä tutkijan että sosiaalityön harjoittelijan roolissa kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Kuten Jankkokin on tuonut ilmi, fenomenologisessa lähestymistavassa olennaista on yhteinen merkity maailma, joka luo pohjan ymmärtämiselle ja tulkinnalle.

Uusissa pro gradu –tutkielmissä käytetään laajasti erilaisia analyysimetodeja. Esimerkiksi diskurssianalyysistä tai keskusteluanalyysistä voidaan puhua jo muotivirtauksina. Tämän tutkimusaiheen ja valitsemani näkökulman kannalta tällaiset metodiset valinnat eivät tulleet kyseeseen. Jälkikäteen tarkasteltuna olisi ollut mielenkiintoista havainnoida kuntoutustyöryhmän toimintaa eri kokoonpanoissa ja tehdä tältä osin etnografista tutkimusta. Havainnoinnin pohjalta syntyntä aineistoa olisi ollut mahdollista analysoida esimerkiksi diskurssianalyysin keinoin.

Käytännössä tutkimusprosessi eteni niin, että litteroinnin jälkeen rakensin haastattelurungon teemoja hyväksikäyttäen aputiedoston jokaisen haastattelun vastauksista. Samalla suhteutin käsityksiä ja kokemuksia toisiinsa. Teemoittelun ja vastauksien etsimisen jälkeen etsin sitaatteja kuvaamaan aineistoa. Teemoittain järjestetyt sitaatit kuvaavat teorian ja empirian vuorovaikutusta. Sitaatteja olen käsillä olevaan tutkielmaan yksinkertaistanut niin, että olen jättänyt täytesanat pois. Lisäksi olen jättänyt pois sanojen kertauksia. Olen myös muuttanut kielen yleiskieliseen muotoon. Esimerkiksi ”mä” on sitaatissa muotoa ”minä.” Lauseen alkamisen tai jatkumisen keskeneräisenä olen ilmaissut kolmella pisteellä (...). Mikäli sitaatista puuttuu välistä kokonainen lause tai lauseita, olen ilmoittanut sen kolmella viivalla (---).

4.5 Tutkimuksen merkitys ja arvioitavuus

Tutkimuksen tulokset eivät sinällään ole yleistettäviä, vaan ne kertovat yhden kuntoutustyöryhmän toiminnasta ja sosiaalityön asemasta moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä. Tulosten merkitys on suurin tutkimuskohteelleni kuntoutustutkimuspoliklinikalle. Koska tutkimusta on perinteisesti tehty tarkastelemalla esimerkiksi sosiaalityöntekijän käsityksiä moniammatillisuudesta, uskon, että monitieteinen lähestymistapani kohdejoukon valinnassa hyödyttää tutkimuskohdettani heidän arkisissa käytännöissään. Tutkimuksessani kuuluu aidosti eri ammattiryhmien ääni. Rajasin tietoisesti työekonomisista syistä asiakkaat pois tutkimuksestani. En kuitenkaan usko, että tämä heikentää tutkimukseni luotettavuutta, vaan kyse on näkökulmaerosta. Asiakkaiden kokemukset kuntoutustutkimusprosessista ja moniammatillisesta työskentelystä ovat uuden tutkimuksen aihe.

Toive tutkimukselleni tuli kuntoutustyöryhmän sosiaalityöntekijöiltä, kun kävin ”sisäänkäy-
neuvotteluja” sosiaalityön syventävien opintojen harjoitteluun. Koko henkilökunta suhtautui innostuneesti tutkimukseeni ja ilmaisi selvästi sen, että tällaista lähestymistapaa tarvitaan.

Miten laadullista tutkimusta voidaan arvioida? Mäkelän (1992, 47-52) mukaan on tärkeää kiinnittää huomiota seuraaviin seikkoihin: aineiston merkittävyys, aineiston riittävyys, analyysin kattavuus ja analyysin arvioitavuus. Aineiston merkittävyyden arvioinnissa kysymys on pitkälti siitä, mikä on tutkimisen arvoista. Tässä vaiheessa voidaan kysyä, onko jonkin tietyn tapauksen tutkiminen tutkimuksen arvoista. Koska tätä on vaikea määritellä, riittää Mäkelän (1992, 48) mukaan se, että tutkimus pyritään suhteuttamaan yhteiskunnalliseen kontekstiinsa. Tässä tutkimuksessa yhteiskunnallinen konteksti voidaan laajasti ymmärrettynä löytää kuntoutuksen, terveydenhuollon ja sosiaalityön leikkauskohdista. Tutkimuksen pohjaväreinä kulkee keskustelu kuntoutuksen tarpeellisuudesta.

Aineiston riittävyttä voidaan tarkastella joko aineiston koon tai kylläntymisen kautta. Laadullisen tutkimuksen aineistolle ei ole olemassa mittalukuja. Tavaksi onkin tullut puhua aineiston kylläntymisestä. Aineisto on kylläinen, jos uudet tapaukset eivät tuota enää uutta tietoa. Analyysi on kattava, kun tulkinnat eivät perustu satunnaisiin poimintoihin aineistosta. Analyysin arvioitavuus puolestaan tarkoittaa sitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä. (Mäkelä 1992, 52-55.) Pyrkimyksenäni on ollut päästä mahdollisimman tarkkaan ja huolelliseen työskentelyyn. Teemoittelussa olen pyrkinyt löytämään teemat, jotka toistuvat haastateltujen puheessa.

Tutkimuksessa on huomioitu myös eettiset kysymykset. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan itse asiassa ”hyviä tieteellisiä käytäntöjä”. Itse tutkimusetiikasta ei ole olemassa lainsäädäntöä, mutta monesti tutkijat joutuvat käsittelemään aineistoa, jossa on mukana henkilötietoja tai muuta yksityisyyden suojan piiriin kuuluvaa materiaalia. Oikeus yksityisyyden suojaan on perusoikeus. Etiikassa ihmisarvon kunnioittaminen ja anonymiteetin turvaaminen on keskeistä. Lisäksi tietojen keräämistä säätelee myös henkilötietolaki. On myös tärkeää, että tutkittavat tietävät, mihin tarkoituksiin aineistoa käytetään ja kuinka salassapito, luottamuksellisuus, turvataan. (Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää 2007; Tutkittavien informointi 2007.)

Kuten aiemmin tässä tutkimuksessa on todettu, tutkimuslupamenettelyä edelsi tutkimusaiheen esittely yksikön palaverissa. Osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin, samoin anonymiteetin turvaamista. Jossain vaiheessa tutkimustyön aikana nousi esiin kysymys siitä, miten tutkittavan organisaation tuottamia papereita voidaan käyttää, koska ne kertovat yksiselitteisesti siitä, mistä sairaalasta ja mistä yksiköstä tutkimuksessa on kysymys. Keskustelin asiasta sekä kyseisen kuntoutustutkimuspoliklinikan edustajan että yliopiston professorin kanssa. Tämän pohjalta päädyin siihen ratkaisuun, että anonymiteetin turvaamiseksi kyseisen organisaation tuottamia aineistoja ei eritellä lähdeluettelossa. Lainauksissa haastateltujen henkilöiden nimet on korvattu kirjaimilla A-H. Sairaala kutsutaan ”suureksi sairaalaksi” tai vain ”sairaalaksi” ja kuntoutustutkimuspoliklinikkaa kutsutaan ”kuntoutustutkimuspoliklinikaksi”. Myöskään sitä, mistä sairaanhoitopiiristä on kyse, ei tutkimuksessa tuoda esille.

Terveystieteiden kontekstissa oman haasteensa tuo käsitteiden asiakas, potilas ja kuntoutuja käyttäminen. Tässä tutkimuksessa käytän käsitettä asiakas. Pylvään (2003, 51) tavoin totean, että se kuuluu sosiaalityön käsitteistöön selkeämmin kuin potilas tai kuntoutuja. Käsitettä ei problematisoitu tutkimusaineistoa kerätessä tai siitä ei käyty keskustelua haastattelujen yhteydessä. Merkillepantavaa kuitenkin on, että kuntoutustyöryhmässä ainakin toinen sosiaalityöntekijöistä kutsui itseään aktiivisesti kuntoutussosiaalityöntekijäksi.

5 ASiantuntijuus Kuntoutustyöryhmässä

5.1 Toimintatavat ja asiakasprosessi

Seuraavassa tarkastellaan kuntoutustutkimuspoliklinikan toimintatapoja ja asiakasprosessia ensinnäkin poliklinikasta tuotetun materiaalin kuten esitteiden ja asiakkaille lähetettävän esitietopakettin kautta. Toiseksi asiaa lähestytään haastattelujen pohjalta – millaisena toimintatavat, kuten työnjako, sekä asiakasprosessi ja yhteistyö näyttäytyvät työntekijöille.

5.1.1 Toimintatavat

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtyjen kuntoutustutkimusten yhteydessä tehdään työkyvyn arvioinnin sisältävä ammatillinen kuntoutussuunnitelma yhteistyössä muiden kuntoutustahojen kanssa. Kuntoutustutkimuksessa hyödynnetään kuntoutustutkimuspoliklinikan oman henkilöstön lisäksi sairaalan konsultaatiomahdollisuuksia ja tehdään kiinteää, vakiintunutta yhteistyötä muun muassa yleissairaalapsykiatrisen poliklinikan, päihdepoliklinikan ja kipupoliklinikan kanssa.

Kuntoutustutkimuspoliklinikan kuntoutustyöryhmä muodostuu eri ammattien edustajista. Työryhmään kuuluu 3 erikoislääkärinä, 3 sosiaalityöntekijää, 2 psykologia, 2 osastonsihteerinä sekä tarvittaessa kuntoutusohjaaja tai apuvälineyksikön fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai apuvälineteknikko.

Koska poliklinikalla on usean eri ammattiryhmän edustajia, perustuu työnjako pitkälti ammattiryhmien omiin ominaisiin tehtäviin. Kuten yksi lääkäri sanoi, että ”lääkärin työ on lääkäriä työtä.” Tehtävät eroavat tieteellisiltä lähtökohdiltaan ja metodeiltaan toisistaan. Lääketieteellinen tutkimus perustuu lääketieteellisiin tutkimusmenetelmiin, jotka pelkistettyinä ovat: anamneesi ja status. Näiden perusteella harkitaan muita tutkimuskeinoja (esimerkiksi laboratoriotutkimukset ja kuvantamistutkimukset). Yhdessä haastattelussa koetaan lääkäriä hyvän ammattitaidon olevan koko moniammatillisen kuntoutustyön perusta.

”Jos ajatellaan kuntoutuksen moniammatillista työyhteisöä, niin siinä lääkäriä toimiminen, niin kyllä se perusta siinä on lääkäriä hyvä ammattitaito. Jolloin ottaa kantaa ja ratkaisee niitä asioita, jotka kuuluvat lääkäriä ammattitaidon alueeseen.” (H, lääkäri)

Psykologinen tutkimus perustuu haastatteluun, havainnointiin, tiedon kokoamiseen sekä ennen kaikkea standardoituihin testimenetelmiin. Testit ovat olennainen osa psykologista tutkimusta. Haastatteluissa mainitaan älykkyystestit ja muistitestit tärkeimpinä työkaluina.

”No varmasti tämä nyt on se keskeinen ero sitten, että on nämä menetelmät käytössä. Juuri nämä testausmenetelmät. ---” (E, psykologi)

”... niin kuin mainitsit, on erilaisia mittareita, on kyselyitä ja niin edelleen. Mitä sinä käytät eniten?” (Haastattelija)

”No siis aina tutkitaan sitä oppimista ja aina pitäisi ... myös se päättelytoimintojen taso kartoittaa. Kyllä ... ihan yleinen älykkyystesti, vais kolmonen [WAIS-III] ... ja sitten muistitesti veeämäs [WMS] on ne ihan perustyökalut.” (G, psykologi)

”Sitten nämä ... standardoidut testimenetelmät, joissa on ... nämä viitearvot ... oman ikäryhmän suorituksiin, niin ne varmasti on yksi sellainen asia, ... jota minä pidän tärkeänä. Se että me käytämme niitä ihan oikeasti ja pyrimme ... jokaisen ihmisen kohdalla ... tekemään sellaista arviointia ... Nehän ovat periaatteessa ... kykytestejä, kognitiivisen päättelyn ja ... muistin osalta. Ja ... sitten jonkin verran on ... luonne- kautta temperamenttikyselyitä, ... joita minä sillä tavalla pitäisin tärkeinä kuitenkin, että tulisi sitä laajuutta. Ettei arvioida vaan pelkästään ... kognitiota ja näitä taitoja, vaan myöskin ... ihmisen yksilöllisyyttä ja soveltuvuuttakin sitten.---” (E, psykologi)

Metteri (1996, 146-148) on kirjoittanut eri ammattien erilaisesta tiedosta. Luonnontieteellisen ajattelun ylivalta työkyky- ja kuntoutusarviossa tulee esiin tiedossa, joka perustuu mittauksiin. puhutaan myös ”objektiivisista löydöksistä.” Kokemuksiin ja havainnointiin perustuva tieto on Metterin mukaan jopa lääketieteellisissä käytännöissä alempiarvioista suhteessa mittausmenetelmillä saatuun tietoon.

Se, että kyseessä on terveydenhuollon konteksti, määrittelee kuitenkin eri ammattiryhmien asemaa suhteessa toisiinsa. Kuten yhdessä haastattelussa todetaan, lääketieteellisen tiedon asemaa ei voi kiistää, eikä asettaa kyseenalaiseksi.

”--- jos ajattelee ammattien hierarkioita, ammatithan ovat hierarkisia, niin varsinkin täällä terveydenhuollossa kun tehdään näitä kuntoutustutkimuksia, niin on aika selkeää se, että kyllä terveydenhuollon kuntoutustutkimuksessa ... lääketieteellä ja lääketieteellisellä diagnostiikalla on se tärkein merkitys. Sitä ei ... voi kieltää mitenkään, eikä asettaa kyseenalaiseksi, koska kuitenkin tämä sosiaaliturvajärjestelmä on tehty niin, että nämä ovat alisteisia lääketieteelliselle arvioille. Joku puhuu medikalisaatiosta, joku puhuu sitten lääketieteellisestä näkökulmasta: sairaudesta, viasta ja haitasta. Täytyy olla sairaus, vika tai vamma, joka osoitetaan tällaiseksi haitaksi ja sen perusteella tulee sosiaaliturvaa ja kuntoutuksen rahoitusta.” (C, sosiaalityöntekijä)

Psykologi varaa asiakastapaamiseen enemmän aikaa kuin muut työryhmän jäsenet. Koska psykologisen tutkimuksen tarve arvioidaan erikseen, on hänellä myös muita vähemmän verkostokokouksia (loppupalavereita).

”--- yhden ihmisen kanssa istutaan tässä paljon kauemmin ... siis se ajankäyttö on ehkä vähän erilaista. Voi olla, että palavereja on vähemmän. Niitä on lääkärillä ja sosiaalityöntekijällä enemmän.” (G, psykologi)

Sosiaalityöntekijän työn perusta on sosiaalisessa tutkimuksessa. Se perustuu haastatteluun, johon kuuluvat havainnointi ja tiedon kokoaminen. Haastattelun runkona toimii strukturoitu kysymyslomakeisto, jota sosiaalityöntekijä voi hyödyntää haluamallaan tavallaan. Haastattelussa käydään läpi asiakkaan koulutus- ja työhistoria, perhetilanne, harrastukset, saadut sosiaaliturvaetuudet, aiemmat kuntoutustoimenpiteet sekä asiakkaan oma käsitys työ- ja toimintakyvystä. Puhutaan sosiaalisen diagnoosin tekemisestä sekä voimaannuttavasta työmenetelmästä, jossa pyritään löytämään kuntoutujan vahvuudet.

”Työmenetelminä ... peruslähtökohtahan on ... kuntouttavan ja vahvistavan sosiaalityön menetelmät. Eli haastattelu myös perustuu siihen asiakkaan voimavarojen hakemiseen ja ... voimaannuttavaan otteeseen. Myöskin olen käyttänyt aika paljon ratkaisukeskeistä haastattelumenetelmää, jolla määritellään yksi ongelma ja haetaan siihen ratkaisua.” (C, sosiaalityöntekijä)

Oleennaista ja samalla erityistä sosiaalityölle on ihmisen näkeminen yhteyksissään, yhteiskunnan jäsenenä. Terveystieteiden laajemminkin samoin kuin työssä kuntoutustutkimuspoliiklinikalla sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta on havaita yhteiskunnallisten asioiden vaikutus terveyteen ja sairastavuuteen sekä päinvastoin.

”Asiantuntijuus terveystieteissä on sitä, että ymmärtää terveyden tai lähinnä terveyden puutteen ja sairauksien ja toimintakykyisyyden yhteyden. On yhteiskunnallisia asioita, jotka aiheuttavat sairautta ja sitten on toisaalta myös niin päin, että sairastaminen ja vajaakuntoisuus taas aiheuttavat haittoja, jotka pitäisi ottaa huomioon toimintakyvyssä. Sosiaalityön asiantuntijuus on sitä, että näkee yhteydet näiden kahden välillä. Puhutaan että on ihminen yhteyksissään, että on ihminen yhteiskunnassa ja hänen terveytensä on yhteiskunnan toiminnassa se tärkeä, josta lähtee työkyky, hyvinvointi ja edellytykset hyvään elämään.” (C, sosiaalityöntekijä)

Samalla tavoin sosiaalityön yhteiskunnallisuuteen liittyy myös sosiaalityön suuntautuminen ehkä kaikista terveydenhuollon parissa toimivista ammattiryhmistä eniten ”kentälle” esimerkiksi rahoittajiin ja muuhun kuntoutusverkostoon.

”... sosiaalityöntekijä ammattina ehkä eniten suuntautuu kentälle ja ulos tästä organisaatiosta. Että se eroaa tavallaan ulottuvuudellaan ... juuri sosiaalityöntekijä on yhteydessä tähän kuntoutusverkostoon ... lähettäjänsä ja ... rahoittajiin, kun kuntoutussuunnitelmaa tehdään ... on sanottu, että sosiaalityö on aukko sairaalan muurissa. Se tarkoittaa sitä, että siitä aukosta katsotaan ympäröivää yhteiskuntaa ... kyllä se on sosiaalityöntekijä, joka siitä työskentelee ulospäin.” (C, sosiaalityöntekijä)

Saman havainnon on tehnyt Korkealaakso (2006, 43-44) tutkiessaan lääkärin käsityksiä sosiaalityön perustehtävästä. Hänen tutkimuksessaan sosiaalityöntekijä nähdään ulkopuolisen tiedon tuojana. Sosiaalityöntekijä tuo tiimille yhteystietoja esimerkiksi kuntoutus- ja kurssimahdollisuuksista. Tosin sanoen sosiaalityöntekijä on sairaalan muurissa sekä aukko ulos- että sisäänpäin.

”--- Kehitys kulkee siihen suuntaan, että tällaisen aputieteen sijaan sosiaalityön osaaminen, sosiaalivakuutuksen ja sosiaaliturvan merkitys ... nousee ja uskoisin, että tässä on ... iso mahdollisuus päästä eteenpäin, tässä ammatillisen osaamisen edistämässä juuri sen takia, että saadaan painoarvoa tälle meidän ammatilliselle osaamiselle.” (C, sosiaalityöntekijä)

Lääketieteellis-psykologis-sosiaalinen viitekehys muodostaa kuntoutustyöryhmän ytimen. Muiden ammattiryhmien edustajilla, kuten osastonsihteerillä ja kuntoutusohjaajalla, on myös tärkeä rooli poliklinikan työnjaossa ja siellä tehtävässä työssä. Osastonsihteerin työ perustuu atk-järjestelmien hallintaan. Käytännössä työ muodostuu potilaiden ohjauksesta ja neuvonnasta, asiakirjojen hallinnasta ja järjestelystä, saneluiden purkamisesta, postituksesta ja monenlaisesta muuta henkilökuntaa avustavasta tehtävästä.

”Tyypillinen työpäivä on sellainen, että minä otan potilaat vastaan ja sitten kun he ovat käyneet lääkärin tykönä tai jonkun työntekijän tykönä, niin minä jatko-ohjaan ne. Ja tietysti edellispäivänä pitää aina laittaa kaikki seuraavan päivän paperit kaikille työntekijöille valmiiksi ja sitten tietysti vastata puhelimeen --- Ja sitten kun tulee vastauksia postissa, niin kerätä ne oikeille työntekijöille tiedoksi ja katsoa kaikki muu posti ja hoitaa ne eteenpäin.” (A, osastonsihteerin)

”... sanelujen purkua?” (Haastattelija)

”Joo, niitä täytyy tietysti aina siinä välissä purkaa, minkä vaan kerkiää ... varata tutkimusaikoja ja varata aina ohjeet mukaan ... lähettää lausunnot eteenpäin asiakkaille.---” (A, osastonsihteerin)

Kuntoutusohjaajan työ on monessa suhteessa hyvin lähellä kuntoutussosiaalityöntekijän työtä. Se on myös varsin vähän tunnettua niin potilaiden, omaisten kuin terveydenhuollon ammattilaistenkin

keskuudessa. Kuntoutusohjauksen perusta on lainsäädännössä: erikoissairaanhoidolaissa, kansanterveyslaissa ja vammaispalvelulaissa. Se on käytännössä erikoissairaanhoidon tuottamaa palvelua. Kuntoutusohjaajan luo hakeudutaan joko sairaalan sisältä tai kotikunnan kautta. Haastattelussa korostuu vammaispalveluiden merkitys asiakkaita ohjaavana tahona. Myös kuntoutuja itse tai heidän omaisensa voivat ottaa kuntoutusohjaajaan yhteyttä. Tämä edellyttää kuitenkin, että kuntoutuja on ollut potilaana kyseisessä erikoissairaanhoidon yksikössä.

”Asiakkaat ohjautuvat minulle joltakin erikoisalalta sairaalan sisältä tai sitten kotikunnasta, vammaispalvelun kautta ... Sairaalaan joko lääkäri laittaa lähetteen tai konsultaatiopyynnön. Asiakkaita ohjautuu myös muilta erikoistyöntekijöiltä. Tosiaan kotikunnasta tulee asiakkaita vammaispalvelun kautta tai sitten asiakas itse tai omaiset voi ottaa yhteyttä.” (F, kuntoutusohjaaja)

”Kuinka hyvin kuntoutusohjaajan palvelut tiedetään?” (Haastattelija)

”Ei hyvin. Ja se, että asiakkaat eivät tiedä, johtuu siitä, että ammattihenkilöt, meidän lähimmät työtoverit eivät tiedä, mitä kuntoutusohjaaja tekee.” (F, kuntoutusohjaaja)

Kuntoutusohjausta ja kuntoutusohjaajien työtä on määritelty Suomen kuntoutusohjaajien yhdistyksen ja Suomen Kuntaliiton toimittamassa kuntoutusohjausnimikkeistössä. Kuntoutusohjaus on nimensä mukaisesti ohjausta, tukemista ja neuvontaa. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003, 7-15.)

Kuntoutusohjausnimikkeistössä (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003, 7-15.) kuntoutusohjauksen kerrotaan poikkeavan muusta erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta toiminnasta siten, että se suuntautuu hoitoyhteisön ulkopuolelle: kuntoutujan normaaliin elinympäristöön ja sosiaaliseen verkostoon. Työhön liittyy yhteiskunnallista vaikuttamista. Kuten aiemmin on todettu, myös sosiaalityöllä koetaan olevan samanlainen lähtökohta.

Erona kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtävään sosiaalityöhön voidaan nähdä, että kuntoutusohjaaja tulee mukaan potilaan elämään kuntoutussuunnitelman toteutuksen ja seurannan vaiheessa.

”--- Minä en ole sillä lailla mukana kaikissa asiakkaan asioissa. Eli ... minut pyydetään mukaan silloin, kun varsinainen ryhmä eli lääkäri ja sosiaalityöntekijä on arvioinut, että tämän asiakkaan asioita tulisi seurata. Tai sitten kun minä seuran ja kun minulle tulee eteen joku tilanne, että tämän asiakkaan asiat ei mene niin kuin on suunniteltu tai tulee joku uusi ongelma, niin silloin minä palautan asiakkaan takaisin. Ja täytyy taas arvioida uudestaan, miten täytyy edetä asiassa: onko uusi palaveri vai ohjautuuko asiakas uudestaan tänne vai minne ohjautuu.” (F, kuntoutusohjaaja)

Haastattelussa kuntoutusohjaaja määritteli kuntoutusohjauksen tarpeen liittyvän myös siihen tilanteeseen, ettei kuntoutujalla ole itsellään voimavaroja lähteä toimimaan omassa asiassaan eli käytännössä esimerkiksi täyttämään hakemuslomakkeita ja olemaan yhteydessä erilaisiin viranomaisiin. Käytännössä tämä tarkoittaa työtä kuntoutustutkimuspoliklinikan ulkopuolelta.

”Yleisesti ottaen kuntoutusohjaus tarkoittaa sitä, että ... asiakkaiden joko tilanne, sairaus tai vamma on tuonut elämänmuutokset ja siinä vaiheessa kun voimia on vähiten, pitäisi eniten hoitaa asioita. Monestikin asiakkaat on tilanteessa, etteivät he tiedä, mistä lähteä liikkeelle, kenelle asia kuuluu ja tuntuu, että häntä neuvotaan aina seuraavalle ja seuraavalle ja että kukaan ei ota hänestä vastuuta. Eli kuntoutusohjaaja tukee, ohjaa, neuvoo, selvittää näissä kysymyksissä.” (F, kuntoutusohjaaja)

”Avustatko esimerkiksi hakemuslomakkeiden täyttämässä?” (Haastattelija)

”Avustan.” (F, kuntoutusohjaaja)

”Ja teet ... kotikäyntejä ...?” (Haastattelija)

”On sekä kotikäyntejä että työpaikkakäyntejä. Sitten ... esimerkiksi lapsilla ne ovat koulukäyntejä.” (F, kuntoutusohjaaja)

Päällekkäisyyttä sosiaalityön kanssa ei kuitenkaan voida välttää. Haastattelussa kuntoutusohjaaja korostaa olevansa erityisesti koulutettu tekemään toimintakyvyn arvioita. Tässä hän tulee ikään kuin fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja sairaanhoitajan alueelle.

”Meidän työhän menee monessa asiassa päällekkäin, hoidetaan myös samoja asioita. Esimerkiksi jos sairaalassa sosiaalityöntekijä on selviteltyt sosiaalityönsä liittyviä asioita, niin vaikka olisi kyse hoitotuesta ja hän olisi laittanut asian vireille, niin kun minä menen asiakkaan kotiin, niin taas seurataan sitä samaa asiaa. --- Toinen asia on se kotona selviytyminen, jota sosiaalityöntekijä selvittää ja ohjaa nämä asiakkaat sitten minulle --- minun ... homma on sitten enemmän sitä, että minä teen toimintakyvyn arviota, mihin minulla on koulutus. --- BIM-toimintakyvyn mittari, joka on kansainvälinen mittari --- tiedän Barthelin-mittarin, Bergin tasapainotestin --- pystyn tulkitsemaan myös joitakin mittareita, vaikka niitä en itse tee.” (F, kuntoutusohjaaja)

Koska toimintakyvyn arviointi nousee haastattelussa esille, on syytä tarkastella, missä sairausryhmissä kuntoutusohjausta on tarvittu eniten. Kuntoutusohjaajien sairausryhmäkohtaisia vastuualueita on selvitetty vuonna 1993. Tällöin valtaosa kuntoutusohjauksesta kohdentui aistivammalaisille. Seuraavana ryhmänä olivat neurologisesti vammautuneet. Lisäksi pitkäaikaissairaat lapset ja hengityssairaat aikuiset muodostivat tärkeän kuntoutusohjauksen kohderyhmän. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003, 10.)

Kuntoutusohjauksella ja kuntoutussosiaalityöllä on olemassa yhtäläisyytensä: työtavoissa, suuntautumisessa kentälle samoin kuin yhteiskunnallisuudessakin. Kuitenkin alat poikkeavat toisistaan sekä lähestymistapansa, tehtäviensä kuin pätevyysvaatimuksiensa osalta. Kuntoutusohjaajilta vaaditaan soveltuva, vähintään opistotasoinen tutkinto. Pääosa kuntoutusohjaajista oli vuonna 2002 eriasteisia sairaanhoitajia. Tämän ohella kuntoutusohjaajina työskenteli muun muassa fysioterapeutteja, sosiaaliohjaajia, sosiaalikasvattajia, sosionomeja sekä erityislastentarhanopettajia ja lastentarhanopettajia. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003, 14.). Sosiaalityöntekijän kelpoisuusehto määräytyy sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetun lain (2005/272) mukaisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa ylempää korkeakoulututkintoa, johon sisältyy tai jonka ohella on suoritettu pääainetta vastaavat opinnot sosiaalityössä.

5.1.2 Asiakasprosessi

Käytännön asiakasprosessi etenee läheteestä aina kuntoutussuunnitelmaan asti. Ylilääkäri ottaa vastaan kaikki läheteet. Läheteen vastaanottamisen jälkeen ylilääkäri määrittelee sen kiireellisyyden. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin sitä, että kuntoutustutkimuspoliklinikalle ei ole asiakasvalikointia, vaan kaikki pääsevät tutkimuksiin.

”Kaikki asiakkaat otetaan vastaan, jotka lähetetään. Ettei ole sellaista asiakasvalikointia. Siitä minä tykkään.” (D, sosiaalityöntekijä)

Kun aika koittaa, asiakkaalle lähetetään kutsu poliklinikalle. Kutsu sisältää ”Esitietopaketin kuntoutustutkimukseen kutsutulle”. Tällä tarkoitetaan seuraavia papereita: kutsukirje, ”Kuntoutustutkimuspoliklinikka”-esite, ”Taustatiedot”-lomake ja sen palautuskuori sekä Eläketurvakeskuksen työeläkeotteen tilauskortti.

Esitietopaketin mukana tulevan ”Taustatiedot”-lomakkeen merkitystä pidettiin lähes kaikissa haastatteluissa tärkeänä sen vuoksi, että siinä asiakas alkaa jo kotona miettimään asioita ja prosessoimaan niitä. Lomake lähetetään palautuskuoressa Kuntoutustutkimuspoliklinikalle ennen ensimmäistä vastaanottoaikaa.

”... että ihmiset joutuu jo kotona näitä asioita miettimään ja lähtee siinä jo prosessointiin: multa kysytään, minä olen tärkeä. Ja sitten se, että kysytään vähän muutakin kuin sitä sairautta ja niitä ongelmia.” (E, psykologi)

Lääkäri ja sosiaalityöntekijä tapaavat kaikki asiakkaat. Toimintaperiaatteisiin kuuluu, että ennen ensimmäistä tapaamista lääkäri ja sosiaalityöntekijä keskustelevat asiakkaan tilanteesta. Vastaanottojen välillä vaihdetaan uudestaan käsityksiä asiakkaan tilanteesta ja suunnitellaan mahdollisia konsultaatioita. Lisäksi keskustellaan, onko asiakkaalla tarvetta psykologisiin tutkimuksiin. Psykologin tapaa kuntoutustutkimuspoliklinikan psykologin mukaan hieman yli 40 prosenttia asiakkaista.

”... kuntoutustutkimus aina yleensä alkaa niin, että sekä sosiaalityöntekijä että lääkäri tapaavat asiakkaan erikseen ja sen jälkeen vaihtavat hänestä mielipiteitä ...että kun toinen on tavannut, niin antaa raporttia toiselle ja siinä niin kun orientoidutaan asiakkaaseen ... sitten kun kumpikin on tavannut asiakkaan, niin pidetään neuvoa siitä, että miten jatketaan ... yksinkertaisimmillaan asia voi päättyä jo tässä jonkinlaisiin ratkaisuihin tai suosituksiin, mutta usein siinä tarvitaan jotain lisää ... hyvin usein se lisä on psykologin tekemät tutkimukset ja testaukset.” (H, lääkäri)

”Asiakkaat ohjautuu [psykologille] sen mukaan, mitä on lääkäri arvioinut taikka monesti sosiaalityöntekijä arvioinut --- Taikka voi olla tietysti niin, että kun niitä asiakkaita jostain lähetetään, niin siellä on toivottu että tehdään neuropsykologinen tutkimus.” (G, psykologi)

Mahdollisten konsultaatioiden ja tutkimusten jälkeen pidetään työryhmäistunto, loppupalaveri, jossa tehdään yhteenveto asiakkaan tilanteesta. Palaveriin osallistuvat kuntoutustyöryhmän ja potilaan ohella yleensä lähettävän tahon, esimerkiksi työterveyshuollon tai työvoimatoimiston edustajat sekä potilaan läheisiä. Usein mukana ovat myös työnantajan ja vakuutusyhtiön edustajat. Palaveriin henkilöt kutsutaan asiakkaan luvalla.

”... suunnitellaan verkostopalaveri, jossa tämä oma työryhmä yhdessä asiakkaan kanssa sitten kohtaa ... muita sidosryhmiä, esimerkiksi työantajan edustajia, työvoiman edustajia, silloin kun puhutaan työstä, työkyvystä. Siinä saattaa olla perheenjäsen mukana, siinä saattaa olla kuntoutumista kustantavia tahoja mukana, esimerkiksi Kelalta, tai vähintään ollaan yhteydessä näihin vakuutusyhtiöihin ja muihin.” (H, lääkäri)

”... pidetään ne työryhmäkokoukset, joissa arvioidaan se tilanne, että mitä ne tutkimukset merkitsee, joiden perusteella voidaan johtopäätöksiä tehdä ja yritetään suunnitella jotain jatkoa.” (B, lääkäri)

Palaverin pohjalta laaditaan kuntoutussuunnitelma. Lääkinnällinen kuntoutussuunnitelma laaditaan useimmiten oman työryhmän toimesta asiakkaan osallistuessa aktiivisesti prosessiin. Ammatillista kuntoutussuunnitelmaa varten kootaan usein laaja työryhmä, johon kutsutaan muiden kuntoutustahojen, työterveyshuollon ja mahdollisesti työnantajan edustajia. Kuntoutussuunnitelman

toteutumisen seurantaan varten asiakkaalle nimetään aina yhdyshenkilö. Poliklinikka seuraa myös kuntoutussuunnitelmien toteutumista.

Kuntoutustutkimus nähdään yhdessä haastatteluista synonyyminä poliklinikalla tehtävälle asiakastyölle sekä myös päinvastoin asiakastyö nähdään synonyyminä kuntoutustutkimukselle.

”Kuntoutustutkimushan on käytännössä ... termi tälle ... käytännön asiakastyölle, jossa selvitetään ihmisen kuntoutuksen tarvetta - lähinnä lääkinällisen kuntoutuksen ... ja ammatillisen kuntoutuksen edellytyksiä ja siihen liittyy olennaisesti työkyvyn tai ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien arviointi.” (H, lääkäri)

Asiakasprosessi voidaan tiivistää eräänlaisen vuokaavion muotoon. Vuokaaviossa prosessi etenee lähetteestä lääkärin, sosiaalityöntekijän ja osalla asiakkaista psykologin tutkimusten kautta yhteisneuvotteluun sekä tämän jälkeen mahdollisiin jatkotutkimuksiin ja lopulta työryhmäistuntoon, yhteispalaveriin.

”... prosessi etenee lähetteestä ... ja ... kuntoutustutkimuksen edetessä ... vuorottelee näiden yksittäisten käyntien, lääkärin, psykologin, sosiaalityöntekijän tutkimusten, jälkeen tällainen yhteisneuvottelu, jossa sitten katsotaan, mitä siihen saakka on saatu aikaiseksi. Ja sitten mahdollisesti voidaan vielä lisää tutkia ... ja sitten mietitään, kun lopullista työryhmäistuntoa, verkostokokousta kootaan ja mietitään keitä siihen kutsutaan.” (C, sosiaalityöntekijä)

Ainoastaan yhdessä haastatteluista korostetaan sitä, ettei työ pääty loppupalaveriin tai verkostokokoukseen, kuten sitä myöskin nimitetään. Olennaista haastattelun mukaan nimenomaan sosiaalityön kannalta olisi, että loppupalaveria ja siinä tehtyjä sopimuksia voisi käydä vielä kuntoutujan kanssa yhdessä läpi.

”Sitten sen palaverin jälkeen, en tiedä miten muilla on käytäntönä ollut, mutta aika usein on tehty sillä lailla, että minä olen vielä sen asiakkaan kanssa istahtanut. --- Ja vielä käyty sitä palaveria ... läpi, ja asiakas saa sanoa vielä sanottavansa ja puhua ulos mitä hän haluaisi siitä palaverista sanoa tai sitten vähän olla ja huokaista siinä. Nehän ovat usein aika raskaitakin ne palaverit. Ei ne mitään keveitä ole asiakkaille. ... vielä vähän varmennetaan ... monia asioita, että on ymmärtänyt, mitä ... olemme sopineet ja vielä sovitaan ja varmennetaan, mihin tietoja annetaan ja otetaan allekirjoituksia. Ja joskus täytetään joitakin lomakkeita ainakin alustavasti. Katsotaan yhdessä ... yhteystietoja, mihin asiakas voi olla yhteydessä. Voisiko sanoa, että sellaista jälkihoitoa vähän. Olisi hyvä, että siihen olisi aikaa. Ainahan siihen ei ole aikaa. Sosiaalityön kannalta minä näen, että se olisi aika tärkeää.” (D, sosiaalityöntekijä)

Kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtävä työ ei kuitenkaan ole pelkästään ammatillisen kuntoutuksen keinojen hyödyntämistä. On olemassa myös niitä asiakkaita, jotka ovat syrjäytyneet

ammattillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien ulkopuolelle. Tällöin pyritään selvittämään kyseisen henkilön mahdollisuudet päästä eläkkeelle.

”... toisaalta kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehdään niitä työkykyarvioita ... sitten kun meille tulee paljon ... työvoimatoimistoista asiakkaita ... joilla ei ole mitään ammatillista koulutusta ja ovat olleet työelämästä pois jo, niin että ne on ... eläkeselvityksiä. --- On näitä joita voidaan ... uudelleen kouluttaa tai sitten työpaikalla uudelleen sijoittaa tai sitten näitä selviä ihan eläkeselvityksiä.” (A, osastonsihtööri)

5.2 Arvot ja eettiset periaatteet

Arvot kertovat ilmiöiden välisistä suhteista käsitteiden tasolla. Ne ovat ohjaavat toimintaa ja määrittelevät, mitä pidetään hyväksyttävänä ja mitä taas ei. Arvot voidaan jaotella välineellisiin arvoihin ja itseisarvoihin. Välineelliset arvot, kuten ahkeruus, ohjaavat päivittäistä toimintaamme. Itseisarvot ovat puolestaan päämääriä, joita pyrimme elämässä saavuttamaan. Itseisarvoihin kuuluu esimerkiksi hyvinvointi. Organisaatioissa voidaan havaita sekä välineellisiä että itseisarvoja. (Salmela 2005, 7-8.)

Arvot kuten esimerkiksi kielikin syntyvät sosiaalisessa todellisuudessa. Arvot ovat osa kulttuuria. Arvot ovat myös olennainen osa organisaatioiden kulttuuria. Ne luovat perustan organisaation toiminnalle sekä määrittelevät ne kriteerit ja tavoitteet, joita vasten organisaation toimintaa arvioidaan. Organisaatio viestii myös valitsemillaan arvoilla sekä itselleen että ympäristölleen, mitä se pitää tärkeänä – mistä rankaisee ja mistä palkitsee. (Salmela 2005, 8-10.)

Periaatteet sitovat arvot käytännön toimintaan. Periaatteet luovat johdonmukaisuutta. Valinnat eivät koskaan ole satunnaisia. Voidaan puhua esimerkiksi rehellisyyden periaatteesta. (Virjonen, 19.) Olennainen osa terveydenhuollossa tehtävää työtä on etiikka. Eettinen tietoisuus on myös ammatillisuuden perusta. Kuitenkaan yksiselitteisiä eettisiä ohjeita ei ole olemassa. Eettiset periaatteet auttavat työntekijää ristiriitaisissa valintatilanteissa, joissa joudutaan punnitsemaan erilaisia intressejä ja ristiriitoja. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 54.) Metteri ja Haukka-Wacklin (2004, 54) puhuvat eettisistä ohjeista kompassina edellä mainituissa valintatilanteissa. Kompassina voi toimia myös kansainväliset sopimukset ja julistukset, kuten YK:n ihmisoikeuksien julistus. Koska kuntoutusjärjestelmä on pirstaloitunut moneen organisaatioon sekä toiminta- ja rahoitusjärjestelmään, onkin tärkeää tunnistaa niin yhteisöjen kuin niissä toimivien ihmisten arvot ja asenteet.

Sairaanhoitopiirin yleiset eettiset periaatteet on määritelty sen strategiassa. Periaatteet ovat: *hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja yhteiskuntavastuullisuus*. Työntekijöiden toiminnassa korostetaan *oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa* sekä *hyvää yhteistyötä*. Lisäksi työyhteisöjen edellytetään olevan uudistuvia, yhteisöllisiä ja innovatiivisuutta korostavia. Strategiassa tuodaan selkeästi esiin myös *asiakslähtöisyys* sekä asiakkaan ja läheisten *osallistumismahdollisuus*.

Mitä hyvällä hoidolla sairaanhoitopiirin strategian mukaan tarkoitetaan? Kiteytettynä kyse on asiakaslähtöisestä, hyvällä ammattitaidolla tehdystä oikea-aikaisesta, yleisesti hyväksytystä hoidosta. Lisäksi asiakkaan tietosuoja kunnioitetaan ja hän tuntee tulevansa ymmärretyksi ja hyväksytyksi. Asiakslähtöisyys kietoutuu myös strategiassa kiteytettyihin ihmisen kunnioittamisen periaatteisiin – asiakkaan (potilaan) käsityksien ja arvotuksien kunnioittamiseen ja tasa-arvoiseen kohteluun. Ihmisen kunnioittamisen periaatteet heijastuvat myös työntekijöiden välisiin suhteisiin sekä keskinäisen arvostuksen ja hyvän kohtelun ideaaliin.

Asiakslähtöisyys ja ihmisten tasa-arvoinen kohtelu heijastuvat haastatteluissa jo siinä, että kaikki kuntoutustutkimuspoliklinikalle tehdyt lähetteet hyväksytään. Mitään karsintaa ei ole. Kuntoutujan kuvataan olevan koko tutkimusprosessin keskipisteenä. Työtä tehdään yhdessä hänen parhaakseen ja yhteisen ratkaisun aikaansaamiseksi.

”Kaikki ovat varmaan samaa mieltä siitä, että ... on sama, mitä ammattikuntaa edustaa, että sen asiakkaan parhaaksi niitä asioita katsotaan ja viedään läpi ja työtä tehdään. Toki voi silti olla erilaisia näkemyksiä niistä asioista eri ammattikuntien kesken. Ja parhaimmillaanhan se silloin on, jos tulee niitä eri näkemyksiä ... joutuu neuvottelemaan ja miettimään ja tekemään ... yhteistä ratkaisua.” (D, sosiaalityöntekijä)

”--- kuntoutuja itse, potilas itse, asiakas itse, on se tärkein henkilö, jota kuvaa ilmiönä se, että kun mennään loppupalaveriin niin, asiakasta pyydetään istumaan pöydän päähän puheenjohtajan paikalle. Häntä niin kuin opetetaan siinä tilanteessa, miten hän voi käyttää asiantuntijoita omassa asiassaan. Eli toisin sanoen hänet varustetaan sellaisilla tiedoilla ... taidoilla ja paikalla, että hän voi itse tasavertaisena olla ehkä johtamassa siihen päätökseen, mikä ... syntyy kulloinkin niissä palavereissa.” (C, sosiaalityöntekijä)

Hyvää ammattitaitoa osoittaa se, että pystyy löytämään kunkin asiakkaan kohdalla sen olennaisen kysymyksen, villakoiran ytimen, mistä kunkin sairastavuudesta on kyse. Tämä ei koske vain lääkärin ammattikuntaa, vaan kaikkia kuntoutustyöryhmän ammattilaisia.

”Olenainen asia mikä tässä ... tietysti on, on että löytää sen keskeisen kysymyksen tai ne keskeiset asiat. Useinhan siinä on esimerkiksi monta sairautta tai toisiinsa vaikuttavia sairaustiloja, jotka täytyisi osata ... poimia, silloin kun arvioidaan sitä, mikä ... eniten haittaa niin arkipäiväisessä elämässä kuten työelämässä. Ja sitähan me yritämme täällä arvioida.” (B, lääkäri)

Myös omaisten ja läheisten osallistumismahdollisuutta kunnioitetaan. Työ on ensisijaisesti asiakastyötä. Asiakkaita ovat myös omaiset ja läheiset, jotka usein tulevat mukaan loppupalaveriin. Osalla asiakkaista omaiset ovat mukana alusta alkaen saattajina ensimmäisille vastaanotoille. Osa omaisista odottelee aulassa ja osa omaisista on mukana itse vastaanotoilla. Omaisilta ja läheisiltä saatu tuki on olennainen osa kuntoutusprosessin onnistumista

Sairaanhoitopiirin strategiassa esitetyt eettiset periaatteet voisivat laajemmin ajateltuna sopia mihin tahansa terveydenhuollon yksikköön tai kuntoutustyöryhmään maassamme. Tärkeää onkin se, millaisella vakavuudella eettisiin periaatteisiin kussakin organisaatiossa ja sen yksiköissä sitoudutaan, etteivät ne jää vain ”julistuksen tasolle.” Tämän tutkimuksen puitteissa tehdyissä haastatteluissa on havaittavissa aitoa kiinnostusta eettisiin kysymyksiin sekä halua sitoutua eettisiin periaatteisiin. Haastatteluista välittyy korkean työmoraalin ja ahkeruuden arvostaminen. Myös tunnustusta toisen työlle osataan antaa. Sairaanhoitopiirin tasolla korostettua osaamisen arvostamista heijastaa myös yhdessä haastattelussa mainittu mahdollisuus palkan nousuun – toisin sanoen arvostuksen heijastuminen arviointiin perustuvaan henkilökohtaiseen lisään. Palkkaushan koostuu tehtäväkohtaisesta palkasta ja henkilökohtaisesta palkasta. Lisäksi asiakkailta saatu positiivinen palaute koetaan merkityksekkäänä. Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että osaamisen arvostaminen ja myönteisen palautteen saaminen koetaan tärkeänä voimavarana työssä jaksamisessa.

”Voimahan tulee tietysti työyhteisöstä, mutta se tulee myös asiakkailta. Aikaisemmin aina sanoin, että kyllähän --- asiakkaan pienilläkin palautteilla, niillähän elää kauan. Mutta että ihan yhtä välttämätöntä on myös työyhteisöstä, työtovereilta, kollegoilta ja esimiehiltä tullut tunnustus silloin tällöin. Joko niin, että se tulee sanallisena tai sitten sen, yllätys yllätys, huomaa tilinauhassaan. Että kyllä se palaute on hyvin monenlaista ja sitä tulee aika yllätyksellisestikin joskus.” (C, sosiaalityöntekijä)

5.3 Yhteistyö tiimityönä

Yhdessä työn tekeminen eli yhteistyö on sanana usein kärsinyt inflaation. Yhteistyö mainitaan erilaisissa raporteissa, tutkimuksissa ja työpapereissa toimintatapana tai tavoitteena, mutta sen toteutuminen onkin sitten eri asia. Yhteistyösuhde on yksi sosiaalisen vuorovaikutuksen muodoista. Tämän tutkimuksen kannalta ei kuitenkaan ole olennaista paneutua syvällisemmin yhteistyökäsitteen määrittelyyn, vaan se on käsitetään väljästi yhdessä tehtävänä työnä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Mutta miten yhteistyö käytännössä kuntoutustutkimuspoliklinikalla ilmenee?

Kuten edellisessä aluvussa on todettu, hyvän yhteistyön periaate on yksi tässä tutkimuksessa käsiteltävän sairaanhoitopiirin arvoista. Kuntoutuksen alalla yhteistyötä määrittelee laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä, joka jo sinällään velvoittaa yhteistyöhön (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003/497.)

”Kuntoutuja on ... henkilö, joka tarvitsee viranomaisten ammatillista osaamista, kokemusta ja yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi, kuten laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä sanoo. Niin silloinhan se tarkoittaa sitä, että minä joka olen se yksi viranomaisen edustaja tai viranomainen, niin silloinhan se on sitä, että tämä on mitä suuremmassa määrin yhteistyöammatti.” (C, sosiaalityöntekijä)

Yhteistyö kuntoutustutkimuspoliklinikalla on moniammatillista. Tässä analyysiosiossa moniammatillisuus käsitetään moniammatillisena yhteistyönä – tiimityönä kuntoutustyöryhmässä. Launis (1994, 6-18) on määritellyt yhteistyön toimintatavoiksi, joilla asiantuntijoiden keskinäinen vuorovaikutus toiminnan kulloisessakin vaiheessa toteutuu. Toimintatapoja ovat konsultointi, parityö ja tiimityö.

Moniammatillinen lähestymistapa potilaan tilanteeseen antaa mahdollisuuden moniääniseen keskusteluun ja eri näkökulmien terävöittämiseen asiakkaan asiassa hänen parhaakseen. Kuten jo aiemmin tässä tutkimuksessa on todettu, moniammatillisuus muodostaa olennaisen osan terveydenhuollon ja kuntoutuksen kontekstia.

”Kuntoutus on moniammatillista toimintaa, jossa erilaisella ammattitaidolla pyritään samaan päämäärään. Ja jos ajatellaan kuntoutuksen moniammatillisuuden takana olevaa viitekehystä, niin se on monitieteisyys tai poikkitieteellisyys.” (H, lääkäri)

”Kun sitä toimintakykyä arvioidaan, niin ... moniammatillisuus antaa siihen ... särmiä, että aina yksi ammattikunta voi nähdä ... hyvin rajallisen sektorin siitä ihmisestä ja sen ihmisen tilanteesta. Sitten kun niitä on monta särmää, niin silloin siitä nähdään kuitenkin enemmän.

Koskaan ei koko palloa nähdä, että se on sitten kakku. Ei pidä luulla, että ... ihminen kaiken paljastaisi, kertoisi, ja ... tietäisit kaiken. --- Aina jää semmoinen musta aukko.” (E, psykologi)

Moniammatillinen tiimityö vaatii eri ammattiryhmiltä yhtenäistä näkemystä kokonaisuudesta. Haastatteluissa moniammatillisuus koettiin nimenomaan ”yhteen hiileen puhaltamisena.” Merkille pantavaa on, että yhdessä haastattelussa tuodaan esiin näkökulma, että useampi ihminen saa aikaan enemmän kuin yksi saisi.

”... nimenomaan sitä yhteen hiileen puhaltamista, jossa eri ammattiryhmät pyrkii tekemään sen oman alan työnsä mahdollisimman hyvin, mutta kaikki kantaa vastuuta myös hiukan laajemmin kokonaisuudesta.” (H, lääkäri)

”Useampi ihminen saa paljon enemmän aikaan kuin mitä yksi saa.” (G, psykologi)

Korkealaakso (2005, 61-62) on pro gradu –tutkielmassaan päätenyt samanlaiseen tulokseen yhteistyön merkityksestä moniammatillisessa tiimityöskentelyssä. Tiimiä tarvitaan siksi, että on mahdollista päästä yhteiseen näkemykseen asiakkaan tulevaisuudesta. Korkealaakson tutkimus painottuu lääkäreiden näkemyksiin ja kokemuksiin muun muassa yhteistyöstä sosiaalityöntekijöiden kanssa aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Vaikkakin tiimityöskentely koetaan tärkeänä, Korkealaakson aineistossa myönnetään, että moniammatilliselle pohdinnalle ei ole riittävästi aikaa. Yhteistyön sujuvuutta saattaa vaikeuttaa jossain määrin myös tiedonkulun ongelmat, jotka liitetään erilaisiin kirjaamiskäytäntöihin.

Tämän tutkimuksen puitteissa tämänkaltaisia haasteita ei haastatteluissa tule esiin. Useassa haastattelussa korostetaan yhteisten neuvonpitojen, keskustelujen ja puhumisen osuutta käytännön työssä.

”--- vaihtavat hänestä [asiakkaasta] mielipiteitä ... usein niin, että kun toinen on tavannut, niin hän raportoi toiselle ja siinä orientoidutaan asiakkaaseen. Ja sitten kun kumpikin on tavannut asiakkaan, niin neuvotellaan siitä, että miten jatketaan.” (H, lääkäri)

Moniammatillinen yhteistyö ja sen sujuvuus eivät siis aina ole itsestäänselvyksiä organisaatioissa, joissa usean eri ammattiryhmän edustajat tekevät työtä yhdessä. Yleisesti tarkasteltuna moniammatillisuuden juuret ovat juuri kuntoutuksen alalla. Yksi haastatelluista, jonka ura oli liki kokonaan ollut aina jollain tavoin kuntoutuksen parissa, pohtiikin, ettei voi tietää tai ymmärtää, mitä työ olisi ilman moniammatillisuutta.

”--- kun on ikänsä tehnyt sillä tavalla työtä, että siinä on ollut se työyhteisö, se moniammatillisuus läsnä, niin on kauhean vaikea tietää tai ymmärtääkään, että mitä se olisi sitten ihan ilman sitä.” (E, psykologi)

Kuitenkin jokaisessa organisaatiossa moniammatillisuutta ja moniammatillista yhteistyötä täytyy tietoisesti opetella. Ammatilliset rajat saattavat olla vahvoja, ja vanhoja käsityksiä joudutaan murtamaan. Täytyy löytyä kiinnostusta toisen henkilön osaamista ja asiantuntijuutta kohtaan. Työn punaisena lankana on asiakkaan etu. Yhteisen linjan löytyminen asiakkaan parhaaksi voi kuitenkin vaatia neuvotteluja ja ”konsensuksen” hakemista. Myös kaksi haastatelluista nostaa tämän esiin.

”Moniammatillisuushan on asia, johon täytyy tietoisesti opetella ja harjaantua. Se ei synny itsestään se moniammatillinen työ ja työskentely, asioiden yhteenpelaaminen. --- Moniammatillisuushan tarkoittaa sitä, että täytyy niin kuin tietoisesti tuoda ... oma osaamisalue esille näissä työryhmäkokouksissa ja myös muissa yhteyksissä sekä myös olla hyvin kiinnostunut toisen osaamisesta. Kysyä, pyytää perusteluja, väitellä, olla eri mieltä ja sitten hakea sellaista konsensusta, että miten tämän henkilön kohdalla tämä bio-psyko-sosiaalinen kokonaisuus nyt näyttäytyisi. Että kyllä se moniammatillisuus on usein verta, hikeä ja kyyneleitä siinä mielessä, että nämä ammatilliset rajat joskus saattavat olla hyvinkin vahvoja ja joskus joudutaan murtamaan perinteisiä käsityksiä ... omasta ammatillisesta osaamisesta.” (C, sosiaalityöntekijä)

”Kaikki on varmaan samaa mieltä siitä, että on sama mitä ammattikuntaa edustaa, että sen asiakkaan parhaaksi niitä asioita katsotaan ja viedään läpi ja työtä tehdään. Toki voi silti olla erilaisia näkemyksiä asioista eri ammattikuntien kesken. Ja parhaimmillaanhan se on, jos tulee niitä eri näkemyksiä niistä. Sitten joutuu neuvottelemaan ja miettimään ja tekemään sitä yhteistä ratkaisua. Että minä ajattelen, että se lopputulos voi olla parempi, kun se on laajemmin katsottu.” (D, sosiaalityöntekijä)

Launis ja Engeström (1999, 76-77) ovat tutkimuksessaan opettajien tiimityöskentelystä päätyneet samanlaisiin tuloksiin keskustelun merkityksestä. Puheen katsotaan olevan tärkein työväline. Tutkimuksen mukaan erityisesti kyseenalaistaminen tuottaa parhaat lähtökohdat tiimin kehittymiselle.

Pylvään (2003, 57) aineistossa yhteistyön kehittyminen ja samalla sosiaalityön arvostuksen lisääntyminen liitettiin työnkuvien selkeytymiseen ja siihen, ettei päällekkäistä työtä tehdä. Haastattelujen perusteella kuntoutustyöryhmässä tiedetään ja tunnetaan toisten työnkuva. Päällekkäisyyttä voi esiintyä, mutta sitä ei pidetä uhkana. Lähinnä tätä tapahtuu, jos esimerkiksi lääkäri neuvoo asiakasta sosiaaliturvaetuksissa. Haastateltava kokee, ettei asiasta ole haittaa, ja haluaa avoimesti jakaa omaa tietämystään myös muille ammattilaisille.

”--- että se ei ole mikään uhka, että liikutaan vähän ikään kuin toistenkin alueille ja tiedetään toistenkin työstä. Se ei ole vaarallista, vaikka meidän lääkäri neuvoo toiselle jonkun kuntoutustuen hakemisen tai --- että myös avoimesti jakaa omaa tietämystään, eikä yritä pantata omia tietoja. Minulla ei ainakaan ole mitään tarvetta, enkä ole nähnyt mitään haittaa, jos sitä omaa tietoa jakaa vaikka kuinka laajasti.” (D, sosiaalityöntekijä)

Yhdessä haastattelussa tuodaan esille paradoksi, joka mielestäni vaatii lähempää tarkastelua. Kuntoutussuunnitelmahan pyritään laatimaan asiakkaan, kuntoutustutkimuspoliklinikan eri ammattiryhmien ja asiakkaan omien verkostojen työn tuloksena. Kuitenkin jatkotoimenpiteet voivat joissakin tapauksissa olla ristiriidassa todellisten tarpeiden kanssa. Vaikka asiakas tarvitsisi todellisuudessa käytännön ohjausta arkielämästä selviytymisessä ja raha-asioiden kuntoon laittamisessa ennen kuin kuntoutus todella voidaan aloittaa, toimenpiteet määräytyvät virallisen järjestelmän mukaisesti. Toivotaan todellista moniammatillista pohdintaa.

Jatkon suunnittelussa minä näen hyvin merkittävänä, että moniammatillisesti oikeasti pohdittaisiin --- mikä on keskeinen ongelma tämän ihmisen elämässä, mihin pitäisi pystyä vaikuttamaan ja se, että --- jotenkin tasaisemmin hyväksyttäisiin --- erilaiset toimenpiteet, mitkä voivat olla niitä ihan avainasemassa. Minun mielestäni liian paljon kuitenkin määräytyy sen mukaan, mitkä ovat niin sanottuja hyväksytyjä kuntoutusmuotoja, mitkä ovat lakisääteisiä ja eri organisaatioista tulevia. Toisaalta sitä ongelmaa, kun arvioidaan moniammatillisesti, niin sieltä voi löytyä keskeisiä [asioita], että tämä on se juttu, mutta ne toimenpiteet eivät kuitenkaan tule sen mukaan, vaan ne tulevat sen mukaan, että kuka on maksaja ja mitkä ne mahdollisuudet ja mitkä organisaatiot siinä on mukana. Että joskus näyttää ihan nurinkuriselta se, mikä on jatkosuositus sen jälkeen, kun vaikka fokusointi olisi ihan oookoo. --- Jos on esimerkiksi talousasiat ja arkielämän asiat pirstaleina, niin silloin minusta ihminen tarvitsisi ihan oikeasti sellaisen ohjauksen, ei mitään terapiaa, vaan jonkun sellaisen [henkilön], joka olisi ohjaamassa ja katsoisi perään. Että saa ruokaa, että saataisiin perusasiat kuntoon. Ja sitten vasta olisi edellytykset aktiiviseen itsestä huolehtimiseen ja johonkin kuntoutukseen tai työasioiden selvittämiseen.” (E, psykologi)

Toisessa haastattelussa koetaan puolestaan päinvastoin, että kuntoutustyöryhmässä todella päästään sujuvaan moniammatilliseen yhteistyöhön, ja asiat ”oikeasti keskustellaan yhteen.” Vastaavasti tuotiin myös esille, että mikäli taloudellisissa asioissa on ongelmia, ne pyritään laittamaan kuntoutustutkimusprosessin aikana kuntoon, koska muuten kuntoutuminen ei olisi mahdollista.

”Sosiaalityön asema on tässä tällaisessa paikassa hyvä --- hyvin merkityksellinen. Se nähdään tärkeäksi. ... ehkä jossakin muilla alueilla terveydenhuollossa, vaikka puhutaan moniammatillisuudesta, niin se on vielä kaukana kuitenkin oikeasti siitä moniammatillisuudesta, sellaisesta yhteistyöstä. Että --- monta ammattiryhmää tekee työtä asiakkaan asioissa, mutta ei juurikaan hirveästi keskustele yhteen. Täällä se työ on oikeasti sitä, että joutuu keskustelemaan ne asiat yhteen.” (D, sosiaalityöntekijä)

”--- esimerkkinä jos otetaan masentunut ihminen, joka on velkakierteessä, niin [on] hirveän vaikeaa hoitaa sitä masennusta, jos ei puututa siihen velkakierteeseen. Tämä on tällainen yksityiskohtainen esimerkki. Esimerkki vaan siitä, että kaikki liittyy kaikkeen.” (H, lääkäri)

Kuntoutustyöryhmän moniammatillisessa työskentelyssä on havaittavissa verkostoitunutta asiantuntijuutta. Olennaista verkostoituneelle asiantuntijuudelle on, että yksittäisen asiantuntijan toiminta lisää yhteisön toimintaa ja kehitystä. Tiimi voi tällöin ratkaista ongelmia, joita yksittäinen henkilö ei pysty ratkaisemaan. Asiantuntijat tuntevat toistensa vahvuudet ja osaavat hyödyntää niitä. Puhutaankin jaetusta ymmärryksestä toisten osaamista kohtaan. (Verkostoitunut asiantuntijuus – asiantuntijuus sosiaalisena ilmiönä, 25.9.2008.)

6 SOSIAALITYÖN TEHTÄVÄ JA ROOLIT

6.1 Kokemukset sosiaalityön tehtävästä

Perinteisesti sosiaalityön tehtävää määriteltäessä on lähdetty lainsäätäjän näkökulmasta ja katsottu, miten sosiaalityö sosiaalihuoltolaissa määritellään. Siinä sanotaan, että sosiaalityö on ”sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheiden turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta” (Sosiaalihuoltolaki 18§).

Terveysosiaalityön nimikkeistössä (2007, 9) sosiaalityön perimmäiseksi yhteiskunnalliseksi tehtäväksi määritellään auttaminen. Tässä tehtävässä tavoitteena on *syrjäytymisen ehkäisy*. Käytännöstä työ on tällöin ohjausta, neuvontaa ja kuntouttavia toimenpiteitä. Lisäksi tavoitteena on *sosiaalisen suoriutumisen edistäminen* psykososiaalisen vaikuttamisen ja tuen avulla. Samalla edistetään asiakkaan toimintakykyä. Tietoisuus oikeuksista ja omista mahdollisuuksista edistää arkielämästä selviytymistä. Sosiaalityön tehtävänä on myös *viedä epäkohtia päättäjille tiedoksi*. Lainsäädännön kehitys asiakaslähtöisemmäksi vaikuttaa sosiaalityön tehtävään niin, että sosiaalityön asema osana hoitoa korostuu. Seuraavassa peilaankin kuntoutustyöryhmän jäsenten kokemuksia sosiaalityön tehtävästä Terveysosiaalityön nimikkeistön (2007, 26) pääluokkien kautta. Nämä luokat ovat:

1. Sosiaalinen arviointi ja suunnittelu
2. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen
3. Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö
4. Asiantuntija- ja koulutustehtävät
5. Hallinto ja kehittäminen

Haastattelujen perusteella kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtävässä sosiaalityössä painottuvat yllä mainituista pääluokista sosiaalinen arviointi ja suunnittelu, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen sekä yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö.

6.1.1 Sosiaalinen arviointi ja suunnittelu

Terveysosiaalityön nimikkeistön (2007, 22-23) mukaan sosiaalityöntekijän tekemä arviointi edellyttää selvitystyötä, jonka laajuus riippuu organisaatiosta ja sen toimintatavasta. Sosiaaliseen arviointiin ja suunnitteluun kuuluvat muun muassa arviot asiakkaan työ- ja toimintakyvystä, kuntoutuksen tarpeesta sekä sosiaalinen tutkimus.

Sosiaalityöntekijän tekemä sosiaalinen tutkimus ja kuntoutuksen suunnittelu ovat keskeinen osa sosiaalityöntekijän työtä kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Sosiaalinen tutkimus on kattava selvitys asiakkaan elämäntilanteesta sillä hetkellä, kun hän on sosiaalityöntekijän vastaanotolla.

”Tärkein on sosiaalinen arviointi ja kuntoutuksen suunnittelu. --- tehdään sosiaalinen tutkimus, sosiaalityöntekijän suorittama tutkimus, kyseisen asiakkaan elämänhistoriasta, hänen koulutuksestaan, työhistoriastaan ja selvitetään, miksi on ollut katkoksia ja mikä on hänen tilanteensa tällä hetkellä. Poikkileikkaus tästä tilanteesta on se kaikkein tärkein. Kuntoutustutkimushan on poikkileikkaus juuri sen hetkisestä tilanteesta. Ja haetaan siihen sitten sitä apua ja tukea ja suunnitelmaa tulevaisuuteen.” (C, sosiaalityöntekijä)

Yhdessä haastatteluista nostetaan esiin sosiaalityöntekijän rajalliset mahdollisuudet selvittää asiakkaan taustoja haastattelun perusteella, jossa sosiaalinen tutkimus tehdään. Haastateltava kokee, etteivät kaikki tarpeelliset taustatiedot välity haastattelussa tai läheteissä kuntoutustutkimuspoliklinikalle. Tällöin on vaarana, että jokin olennainen kuntoutumiseen tai työkykyyn liittyvä asia jää huomioimatta.

”Tietysti sosiaaliset ja psykososiaaliset tekijät merkitsevät aika paljon, ja se tausta jää kyllä täällä sosiaalityöntekijällekin vähän kapeaksi, koska ei ... niitä olosuhteita pysty ... arvioimaan sillä tavalla, että ... tieto nousisi esiin ... että täällä se perustuu haastatteluun, eikä siihen tietoon, mikä voisi olla esimerkiksi paikkakunnalla, mistä ihminen tulee. Eikä aina välity [todellinen tilanne] sitten niissä läheteissäkään, jotka tänne tulee.” (B, lääkäri)

Ratkaisuksi edellä mainittuun haasteeseen haastateltava nostaa kuntatasolla tehtävän sosiaalityön vahvistamisen. Haastateltavan mukaan olisi tärkeää, että kuntoutustarpeen ja työkyvyn arviointiin panostettaisiin aktiivisemmin kunnissa. Hän väläyttää myös idean yhteistyöryhmien perustamisesta, joissa olisi mukana muun muassa rahoittajien, kuten Kansaneläkelaitoksen edustajia.

”--- Kyllä tietysti olisi hyödyllistä, että siellä paikkakunnalla olisi vähän vahvemmin tämä sosiaalityö mukana. Siellä sitä tarvitaan erityisesti. Ja sitten käytäisiin läpi tämä terveydentila ja sitten lähdetäisiin sitä räätälöimään siellä omalla paikkakunnalla, mutta sitä ei ole vielä. Kyllä semmoista tarvittaisiin --- olisi jonkinlaisia yhteistyöryhmiä, joilla olisi todella mahdollisuus vaikuttaa. Että siellä olisi Kelan edustaja, joka voisi sanoa, mitä voidaan taloudellisesti kustantaa, saako kuntoutusjakson, saako kuntoutusrahan jollekin jaksolle, voidaanko päättää ne asiat siinä. Voidaan tehdä realistinen suunnitelma, eikä sellaista että tehdään idealistinen suunnitelma, joka ei toteudu.” (B, lääkäri)

Ajatus sinällään on mielestäni hyvä. On kuitenkin totta, että tällaisen työryhmän käytännön toteutus on haasteellista, koska asiakkaat ovat hyvin erilaisessa elämäntilanteessa ja heidän mahdollisuutensa ovat yksilölliset. Mikäli asiaa tarkastellaan rahoituksen näkökulmasta, osalla asiakkaista Kansaneläkelaitos ei tule rahoittajana kyseeseen tai kaikilla ei ole samaa työeläkeyhtiötä. Kaikilla ei ole myöskään kuntatasolla yhteyttä sosiaalityöntekijään, joka tuntisi hänen asiansa.

Kunnissa toimii tälläkin hetkellä yhteistyöryhmiä, joiden tehtävänä on koordinoida ja ohjata kuntoutuspalvelutoimintaa sekä käsitellä alueen kuntoutustoimintaan liittyviä kysymyksiä. Yhteistyöryhmässä ovat edustajat sosiaali- ja terveydenhuollosta, työvoimahallinnosta ja Kelasta. Lisäksi työryhmään voidaan kutsua asiantuntijoita kuultavaksi. Työryhmän on myös mahdollista käsitellä yksittäisiä asiakastapauksia. Käytännössä nämä tapaukset ovat hyvin monialaisia ja haasteellisia. (Tossavainen 1996, 103.)

Tossavainen (1996, 103) onkin todennut, etteivät tällaiset työryhmät korvaa organisaatioissa tehtävää tiimityötä. Hän esittää, että jatkoseuranta voisi tapahtua yhteistyöryhmässä. Mielestäni tämä ajatus on hyvä ja palvelisi haastateltavan esiin nostamaa paikallisen tietämyksen hyödyntämistä ja sitä, että olisi olemassa seurantajärjestelmä, joka pystyisi reagoimaan asiakkaan mahdollisesti kohtaamiin vaikeuksiin kuntoutusprosessin jatkuessa.

6.1.2 Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen

Terveyssosiaalityön nimikkeistön (2007, 23-24) mukaan sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen tarkoittaa käytännössä henkisten, taloudellisten ja tiedollisten alueiden lisäämistä ja vahvistamista. Työhön voidaan lukea neuvonta ja ohjaus toimeentuloon ja sosiaaliturvaan liittyvistä

mahdollisuuksista sekä saattaminen erilaisten palveluiden piiriin. Sosiaalityöntekijä voi konkreettisesti avustaa asiakasta. Lisäksi tehtävään kuuluu myös muista palveluista informoiminen.

Sosiaalityö nähdään haastatteluissa asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesti huomioivana työnä. Tällöin pyritään tukemaan asiakkaan toimintakykyä. Tässä työssä erityisesti sosiaalityö näkee asiakkaan arjessaan, omassa elin- ja toimintaympäristössään.

”Se [sosiaalityö] on hyvin keskeinen silloin, kun paneudutaan ihmisen tilanteeseen kokonaisvaltaisesti ja heitä pyritään auttamaan siinä elämäntilanteessa - otetaan huomioon perhe, toimeentulo.” (H, lääkäri)

”Tilannekartoituksia ja katsotaan, missä tilanteessa ihminen elää --- ihan sellaista palveluohjausta eli mietitään, että mitä ne resurssit on ja mitä sitten voidaan, mitä resursseja ihmisellä itsellään on ja sitten miten häntä voidaan tukea --- yhteiskunnan palveluilla ja etuisuuksilla.” (D, sosiaalityöntekijä)

”Sen tiedon tuominen, että mitkä on just tälle ihmiselle ne olemassa olevat mahdollisuudet, koska sehän on kanssa se suunnittelun pohja.” (E, psykologi)

Myös Palomäki (2004, 46) on omassa tutkimuksessaan korostanut sosiaalityön kokonaisvaltaisuutta. Tutkimuksessa löydettiin sosiaalityöntekijöille seuraavat identiteetit: kollegoiden tukija ja työnhajaaja, lääkärin alainen, moniammatillisen tiimin jäsen ja erityistyöntekijä. Palomäen tutkimus eroaa tästä tutkimuksesta siinä, että haastateltavat edustivat yhtä ammattiryhmää, sosiaalityöntekijöitä. Erityistyöntekijän identiteettiä kuvatessaan Palomäki tuo esille sosiaalityön kokonaisvaltaisen lähestymistavan. Terveystieteiden ja hoitotyön ulkopuolelle jääviä ammattilaisia, kuten sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja ja neuropsykologeja kutsutaan erityistyöntekijöiksi.

Asiakkaan kokonaisvaltaista tukemista on käytännössä myös asiakkaan avustaminen esimerkiksi erilaisten hakemusten täyttämässä ja etuisuuksien hakemisessa. Koska kyseisen sairaalan sosiaalityöntekijöillä itsellään ei ole mahdollisuutta tehdä toimeentulotukityötä, ohjaa sosiaalityöntekijä tällaisessa asiassa asiakkaan oman kunnan sosiaaliviranomaisen vastaanotolle.

”Sosiaalityöntekijä ... auttaa asiakasta hakemaan esimerkiksi netin kautta eri työvoimatoimistojen apuja, mitä sieltä saa ja sitten näissä Kelan asioissa selvittää ja ohjaa niiden monien lomakkeiden täyttämässä.” (A, osastonsihteeri)

6.1.3 Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö

Terveyssosiaalityön nimikkeistössä (2007, 24) pääryhmä *yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö* on uusi. Erilaiset yhteistyötavat ovat sosiaalityön arkipäivää terveydenhuollossa. Perinteinen sosiaalityöntekijän konsultointi on yksi yhteistyömuoto verkostopalaverien ja kuntoutustyöryhmien ohella.

Kuten edellisessä luvussa on todettu, yhteistyö on olennainen osa kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtävää työtä. Sosiaalityöntekijä koordinoi tukimuotoja, on yhteydessä yhteistyötahoihin ja tuo oman asiantuntemuksena kuntoutuksen suunnitteluun. Toisin sanoen sosiaalityöntekijä tuo esiin reunaehdot, mitä kunkin asiakkaan kohdalla on mahdollista toteuttaa esimerkiksi rahoituksen suhteen. Yksi haastateltava toteaa, että ”tuntuu, ettei asiakkaan asiat hoidu, ellei sosiaalityöntekijä ole mukana.”

”Yhteistyö, koordinointi- ja verkostotyö se on ehkä seuraavaksi tärkein [sosiaalisen arvioinnin ja suunnittelun jälkeen] --- ollaan jäsenenä, osallistutaan erilaisiin kuntoutusryhmiin, ollaan yhteistyöryhmissä, tehdään tätä moniammatillista työskentelyä. Ja koordinoidaan sitten eri tukimuotoja vähän aikajärjestyksessä: miten toimitaan ensin, toiseksi, kolmanneksi, ja ollaan yhteydessä näihin organisaatioihin ja niin edelleen. --- ” (C, sosiaalityöntekijä)

”Jokainen palaveri, missä olen, siellä on varmasti sosiaalityöntekijä mukana sairaalasta tai kotikunnasta --- Minusta tuntuu, ettei asiakkaan asiat hoidu, jollei ole sosiaalityöntekijää mukana.” (F, kuntoutusohjaaja)

”Ennen kaikkea minä ajattelen, että ... tieto näistä mahdollisuuksista ja jatkosuunnittelu, niin musta on hirveän tärkeä rooli siinä. Sen tiedon tuominen, että mitkä on just tälle ihmiselle olemassa olevat mahdollisuudet, koska sehän on kanssa suunnittelun pohja. Että turha on suunnitella, jos ei ole sitä raamitusta.” (E, psykologi)

Kuten aiemmin tässä tutkimuksessa on mainittu, sosiaalityö toimii ”aukkona sairaalan muurissa sekä sisään että ulospäin.” Tällaista työtä voidaan pitää koordinointityönä. Erityisen tärkeinä haastatteluissa mainitaan yhteydet työvoimaviranomaisiin, työterveyshuoltoon, eläkevakuutusyhtiöihin ja Vakuutus kuntoutukseen (VKK ry).

”--- monien asioiden järjestelyssä --- että saa tehdä itsellisestikin ja huolehtia asioista ja järjestellä niitä ja pitää yhteyksiä ulospäin.” (E, psykologi)

Joissakin tapauksissa sosiaalityöntekijä on myös käynyt asiakasta koskevista neuvotteluista asiakkaan kotikunnassa. Sosiaalityöntekijä pitää myös aktiivisesti yhteyttä asiakkaan viranomais- ja omaisverkostoon sekä välittää tietoja kuntoutustutkimusprosessin etenemisestä.

”Ihan yksittäisissä potilastapauksissa olen ollut jonkun verran mukana neuvotteluissa [kyseisen sairaalan ulkopuolella]. Esimerkiksi minä olen käynyt kunnassa Y ja joissakin paikoissa muuallakin. Sitten joko käytännössä olen käynyt tai etätyönä joko sähköpostitse tai kirjeitse edistänyt ihmisten uudelleen sijoittumista ja neuvotteluja kunnissa.” (C, sosiaalityöntekijä)

Millaisena sosiaalityö sitten mielletään osana moniammatillista ja monialaista yhteistyötä? Haastatteluissa ei tule Palomäen (2004, 46) tutkimuksen tavoin ilmi sitä, että sosiaalityöntekijä olisi kuntoutustutkimuspoliklinikalla jollain tavoin lääkärin alainen. Terveystieteiden organisaation ollessa kyseessä on selvää, että toiminta on lääkärivetoista. Merkille pantavaa aineistossa on sosiaalityön arvostus tärkeänä osana moniammatillista työryhmää. Yksi haastatelluista toteaa, että kuntoutustutkimuspoliklinikalla vaatimukset ja paineet sosiaalityötä kohtaan ovat kovimmillaan, mutta samalla arvostus on korkeimmillaan. Toinen haastateltava puolestaan korostaa sosiaalityön autonomiaa – vapautta tehdä työtä ja kehittää sitä. Työryhmässä on mahdollisuus laittaa itsensä likoon ja saada myös omasta työstään myönteistä palautetta.

”Kuntoutustutkimuspoliklinikka on paikka, jossa sosiaalityöntekijän vaatimukset on kovimmillaan ja paineet kovimmillaan, mutta myös arvostus korkeimmillaan.” (H, lääkäri)

”Työn tekemisen mahdollisuus on hyvä, ja se mistä minä nautin tässä työssä on, että jatkuvasti annetaan ... vapautta sosiaalityölle - ei haluta kahlita ja annetaan mahdollisuus kehittää sitä ja niistä kehittämisen askelista annetaan palautetta, annetaan kiitosta. Ja sata prosenttia voi laittaa likoon tässä työryhmässä, ettei kukaan sitä estä tai kahlitse.” (C, sosiaalityöntekijä)

Yksi haastateltavista toivoo sosiaalityöntekijältä aktiivisempaa työtettä loppupalavereissa. Hän kokee sosiaalityöntekijän olevan keskustelussa mukana liiaksi ”häntäpäin asioissa” – toisin sanoen siinä, kun on luotu yhteydet esimerkiksi työeläkeyhtiöön, ja sosiaalityöntekijä on neuvotellut sen kanssa kuntoutuksen rahoituksesta. Koska sosiaalityöntekijä kartoittaa aluksi asiakkaan työ- ja henkilöhistoriaa, haastateltava toivoo näiden seikkojen aktiivisempaa kytkemistä neuvottelussa osaksi kokonaisvaltaista arviointia.

”--- kun kokoonnutaan ja noissa palavereissa, minun mielestäni se [sosiaalityö] ei tule siinä riittävästi kyllä esille.” (E, psykologi)

”Tarkoitatko palavereilla nyt niitä asiakkaan kanssa” (Haastattelija)

”Kyllä, asiakkaan kanssa.” (E, psykologi)

”Niitä loppupalavereita” (Haastattelija)

”Niitä loppupalavereita. --- Joskus ajattelee, että jotain siitä [elämänhistoriasta] olisi hyvä nostaa esille, kun tehdään sitä loppusuunnitelmaa ja vallankin, jos siinä on muilta tahoiltakin ihmisiä kuin terveydenhuollosta ja sieltä. Ja tietysti olisi ihan hyvä, että tulisi sanottua ja nostettua esille, että on näin ja näin paljon sitä kokemusta ja sitä ammattitaitoa --- Sosiaalityöntekijäkin otetaan siihen [keskusteluun], jos tarvitaan yhteyksiä työeläkeyhtiöön --- ja onko sieltä lupauksia kuntoutukseen ja jotenkin --- liiaksi sinne häntäpäähän. Jotenkin minä kaipaaisin enemmän siihen --- arviointiin ja silloin kun tehdään sitä yhteenvetoa toimintakyvystä, että siinä tulisi enemmän sosiaalityö esille.” (E, psykologi)

6.1.4 Asiantuntija- ja koulutustehtävät, hallinto ja kehittäminen

Asiantuntija- ja koulutustehtäviä ei voi unohtaa puhuttaessa terveystieteistä. Asiantuntijuus näkyy toimintana myös oman työpaikan ulkopuolella esimerkiksi syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Lisäksi sosiaalityöntekijöitä toimii muun muassa työnohjaajina ja kouluttajina. Tässä asiantuntijuus mielletään tiedon, taidon ja kokemuksen muodostamana sosiaalityön ekspertiisinä.

Kyseisessä sairaalassa koulutustehtävät ovat merkittävässä asemassa, onhan kyseessä opetussairaala. Voidaan sanoa, että jokaisella työntekijällä on opetusvelvollisuus. Myös sosiaalityössä tämä näkyy harjoittelijoiden ja opiskelijoiden ohjauksessa. Lisäksi työhön kuuluu poliklinikan toiminnan esittely vierailijoille.

”Asiantuntija- ja koulutustehtävät ... on aika merkittävä tässä opetussairaalassa ... kun ollaan. Tämähän on koulutusvakanssi. Ainahan kun tällaiseen valitaan, niin siinä aina ilmoitetaan, että tähän kuuluu opetusvelvollisuus. Se tarkoittaa juuri tätä käytännön opetusta ja oman asiantuntijatiedon eteenpäinviemistä sitten opiskelijoille.” (C, sosiaalityöntekijä)

”Kun meillä käy ... vieraita, niin sosiaalityöntekijä tekee tästä kuntoutustutkimuspoliklinikan työstä selvitystä ---” (A, osastonsihteri)

Yhteiskunnan muutos sekä erityisesti talous- ja tulosajattelun jalkautuminen myös terveydenhuoltoon on vaikuttanut sosiaalityön tehtävään. On pitänyt käydä markkinoimassa kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtävää työtä ulkopuolisille yhteistyötahoille. Lisäksi työhön kuuluu koulutustehtäviä sairaanhoitopiirin alueella.

”... koulutus- ja työesittely ja voi sanoa että markkinointitehtäviä suorastaan on ollut tällä vuosituonnilla aika paljonkin. Että olen ollut muun muassa X kaupungin ja joidenkin kuntien tällaisissa henkilöstötilaisuuksissa kutsuttuna puhumassa tästä kuntoutustutkimus-

poliklinikasta ja sitten samoin näistä henkilöstöasioista. --- Että kyllä tämä koulutustehtävä on ollut tässä sairaanhoitopiirissä minulla – se on jalkauttanut minua.” (C, sosiaalityöntekijä)

Yhdellä haastatelluista on asiantuntijatehtävä sairaalan tyky-työryhmässä. Toinen puolestaan oli haastatteluajankohtana aloittamassa potilasasiamiehenä. Hän on muutoin esimiesasemassa, ja hänen asiakastyönsä määrä oli talvella 2007 vähenemässä.

”--- myös tähän sairaalan tyky-toimintaan osallistuminen --- tavallaan tällöinen henkilöstön työhyvinvoinnin huoli on myös minulla ja velvoite siitä, että omalta osalta sitten autetaan työterveyshuollon henkilöstöä näissä kuntoutusasioissa. Minut on ainakin virallisesti nimetty siihen ryhmään jäseneksi, kuntoutuksen asiantuntijaksi.” (C, sosiaalityöntekijä)

”--- jos on esimiesasemassa, niin ehkä niihin asiakkaiden asioihin se vaikutus on usein välillisempää ... asiakkaat, niitä on vähän enää nykyisin tai vähenee, mutta sitten tulee ne potilasasiamiestehtävät ---” (D, sosiaalityöntekijä)

Tässä yhteydessä voidaan puhua myös tutkimus-, tiedottamis- ja vaikuttamistyöstä. Tämän haastatteluaineiston perusteella käytännön asiakastyö oli kuitenkin kaikkein tärkein osa kuntoutustyöryhmässä tehtävästä sosiaalityöstä. Samanlaiseen lopputulokseen on päätyneet myös Lindén (1999, 96) tutkiessaan erikoissairaanhoidon sosiaalityötä. Lindénin mukaan sosiaalityö on arkielämän asiantuntijuutta: neuvomista, auttamista, tukemista, tiedon välittämistä sekä sosiaaliturva- ja palveluasioden hoitoa.

6.2 Sosiaalityöntekijän roolit

Sosiaalityön asiantuntijuuden määrittäjiä ja sosiaalityön rooleja on teoreettisella tasolla käsitelty tämän tutkimuksen kolmannessa luvussa. Tässä luvussa on tarkoitus tuoda esiin ne roolit, joita sosiaalityöntekijöillä tutkittavassa kuntoutustyöryhmässä on. Aluksi on paikallaan pohtia, mitä roolilla käytännössä tarkoitetaan.

Rooli muodostuu ihmisten toisiinsa kohdistamista odotuksista. Roolit alkavat ohjata ihmisen toimintaa. Rooli hankitaan omalla toiminnalla, mutta se on myös toisten luoma. Roolien muotoutumiseen ryhmässä vaikuttaa työnjako. Se, mikä rooli kenelläkin ryhmässä on, on seurausta henkilöiden henkilökohtaisista ominaisuuksista. Lisäksi siihen vaikuttaa henkilön sijoittuminen muissa suhdeverkostoissa sekä muut ryhmän ulkopuoliset roolit, joita henkilöllä on. (Jauhiainen & Eskola 1994, 118-120.)

Ryhmädynamiikka edellyttää tiettyjen normien seuraamista, jotta toiminta olisi yhdenmukaista. Normit ilmaisevat ryhmän jäseniinsä kohdistamat vaatimukset. Normit voivat olla käskyjä, kieltoja, lupia tai suosituksia – niillä on sekä ohjaava että sitova vaikutus. Normit voivat olla virallisia tai epävirallisia. Tottumukset, tavat, perinteet ja uskomukset normittavat toimintaa yhtä paljon kuin julkilausutut säännöt. (Jauhiainen & Eskola 1994, 121.)

Organisaatioon kuuluessaan ryhmä on sen ylläpitämä. Sen onkin hyväksyttävä organisaation toimintaperiaatteet, käytännöt, arvot ja normit. Organisaatiokulttuuri ja siihen sisältyvät ammattikulttuurit suodattavat ryhmän toimimiseen. (Jauhiainen & Eskola 1994, 121.)

Roolien ja asiantuntijuuden tason määritysten ajatellaan perustuvan yhteisön sisäisiin kriteereihin. Näitä ovat arvot, toimintatavat ja traditiot, joiden puitteissa määritellään, mikä on tavoiteltavaa ja mikä ymmärretään asiantuntijuudeksi. (Eteläpelto & Tynjälä 1999, 9-13.)

Tässä tutkimuksessa ryhmän vuorovaikutusta ei ole tutkittu, vaan se on tietoisesti rajattu tutkimuksen ulkopuolelle. Ei kuitenkaan voi kiistää sitä, että olisi ollut hedelmällistä havainnoida kuntoutustyöryhmän jäsenten keskinäistä vuorovaikutusta erilaisissa henkilökokoonpanoissa eri yhteispalavereissa.

Sosiaalityöntekijällä voi olla eri tilanteissa erilaisia rooleja. Roolit limittyvät sosiaalityön tehtävien kanssa. Kuten aiemmin tässä tutkimuksessa on todettu, sosiaalityöntekijöillä on tutkittu olevan seuraavia rooleja: asiantuntija, konsultti, terapeutti, kriisityöntekijä, verkostotyöntekijä, koordinaattori ja kuntoutuksen yhdyshenkilö (Terveysosiaalityön nimikkeistö 2007, 9). Heinonen ja Spearman (2000, 54) ovat puolestaan määritelleet sosiaalityöntekijöiden rooleiksi: asianajaja, mahdollistaja, opettaja, välittäjä, sosiaalinen meklari ja arvioija.

6.2.1 Koordinaattori

Sosiaalityöntekijän rooli koordinaattorina alkaa sosiaalisesta tutkimuksesta, jonka jälkeen hän koordinoi asiakaskohtaisesti tarvittavat sosiaaliturvaetuudet ja palvelut. Prosessi nivoutuu osaksi verkostotyötä ja moniammatillista työskentelyä – asiakkaan kuntoutussuunnitelman rakentamista ja yhteisen linjan etsimistä kunkin asiakkaan kohdalla jatkotoimenpiteiden suhteen.

”--- elämäntilanteen ja työhistorian ja tällaisten asioiden kartoittamisessa ja sitten toisaalta jatkojen järjestämisessä niin ja ilman muuta rahallinen asia, joka ei millään tavoin ole minun osaamistani.” (G, psykologi)

”--- kyllähän se [sosiaalityön rooli] tietysti on aika merkittävä, kun pohditaan niitä jatkotoimenpiteitä ---” (B, lääkäri)

Palveluiden koordinointi tarjolla olevista mahdollisuuksista on laajemmin tarkasteltuna olennainen osa sosiaalityön luonnetta. Se on osa yksilökohtaista palveluohjausta, jonka perustehtävät koordinoinnin ohella ovat neuvonta, tukeminen, asianajaminen ja valtaistaminen eli voimaannuttaminen. (Lindén 1999, 67.)

6.2.2 Neuvoja

Etuuksissa ja palveluissa neuvominen liittyy palveluiden koordinoinnin kanssa. Neuvontatyö ajoittuu asiakastapaamisiin, mutta sitä tapahtuu myös kuntoutustutkimusprosessin muissa vaiheissa esimerkiksi puhelimitse.

”--- sosiaalityöntekijä on se, joka osaa sen asiakkaan ... sosiaaliturva- ja muut työsuhde- ja tällaiset asiat selvittää hänelle [asiakkaalle].” (A, osastonsihtööri)

Lindén (1999, 126-129) on tutkimuksessaan käsitellyt lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä yhteistyöstä sosiaalityöntekijöiden kanssa. Lääkärit konsultoivat sosiaalityöntekijää sosiaaliturvaan ja palveluihin liittyvissä kysymyksissä. Tutkimuksessa korostuu myös sosiaalityön rooli lainsäädännön asiantuntijana. Tässä tutkimuksessa lainsäädännön asiantuntijuutta ei tullut vastaavasti esille. On oletettavaa, että lainsäädännön asiantuntemus ikään kuin sisällytettiin osaksi sosiaalityöntekijän tekemään työtä, eikä sitä huomattu erikseen korostaa.

6.2.3 Asianajaja

Auttamistyössä asianajaminen, kykeneväksi tekeminen ja tiedon välittäminen ovat kaikille ammattiryhmille yhteisiä periaatteita. Asianajajan roolissa sosiaalityöntekijä puolustaa asiakkaan etuja. (Lindén 62-63.)

Kuntoutustyöryhmässä asianajotyön tavoitteena on parantaa asiakkaan taloudellisia ja sosiaalisia edellytyksiä, jotta kuntoutuminen olisi mahdollista. Työ on mitä suuremmassa määrin asiakkaan edun puolustamista. Kahdessa haastattelussa tuodaan esiin näkökulma, että sosiaalityöntekijä ohjaa

lääkäriä esimerkiksi lausuntojen sisällössä tai pyytää muuttamaan lausuntoa asiakkaan edun mukaiseksi.

”--- kyllä se seuraavaksi vankin asema on mielestäni sosiaalityöllä tämän lääketieteen jälkeen, koska meidän tulee osata kertoa lääkärille ja asiakkaalle, mitkä sosiaaliturvan kohdat nyt täyttyvät tässä ja mitä edellytyksiä nyt olisi sitten erilaisiin sosiaaliturvaratkaisuihin, miten joistain väliinpuutamistilanteista asiakas pääsisi kuiville ja mitä täytyisi korostaa ... näissä lausunnoissa ja yhteenvedoissa.” (C, sosiaalityöntekijä)

”Kyllä meillä ainakin sosiaalityöntekijät näitä lääkäreitä ohjaa ja sanoo, että jos he yrittävät tehdä lausunnon näin, niin sitten he [sosiaalityöntekijät] sanovat, että ei se tehdään näin.” (A, osastonsihteri)

6.2.4 Voimaannuttaja

Oleellinen osa kuntoutumisprosessia on asiakkaan voimaannuttaminen ottamaan itse vastuuta omasta kuntoutumisestaan – auttaa auttamaan itseään. Yhdessä haastattelussa sosiaalityöntekijä nähtiin toimivan lääketieteellisten hoitojen vaikutusten varmistajana. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tällöin stimuloida asiakas panemaan asioitansa kuntoon.

”... terveysosiaalityö on omiaan varmistamaan ...lääketieteellisten hoitojen vaikuttavuuden, ... tulon ihmisen arkielämään. Monet lääketieteelliset hoidot yksinään tehtyinä jää ilmaan, mutta jos ne tehdään ... osana ihmisen kokonaisvaltaista ... asioiden hoitoa ja stimuloimista ... häntä itseään panemaan asioitansa kuntoon, niin siinä sosiaalityö on ihan keskeinen.” (H, lääkäri)

Sosiaalityöntekijän rooli asiakkaan voimaannuttajana eli kykeneväksi tekijänä kytkeytyy lääketieteelliseen näkökulmaan. Asvallin (Asvall 1992; ref. Lindén 1999, 62-63) mukaan terveydenhuollossa toimivia ammattilaisia yhdistää auttamistyössä kolme periaatetta: asianajaminen, kykeneväksi tekeminen ja tiedonvälittäminen.

6.2.5 Tukija

Yhdessä haastattelussa sosiaalityöntekijällä nähdään rooli asiakkaan vierelläkulkijana, joka varoittaa vaaroista ja auttaa hyppäämään ”rotkojen” yli. Tällaista roolia kutsun itse tukijaksi ja liitän sen psykososiaaliseen työhön, jonka ymmärrän rohkaisuksi sekä ymmärtäväksi ja kannustavaksi suhtautumiseksi.

”... sosiaalityöntekijähän on aina on ... kuntoutujan vierelläkulkija, joka auttaa harppaamaan ... ison rotkon yli tai varoittaa kivistä. Siis nythän on aika ... vaaroja täynnä kuntoutujan polku eli on väliinpuotoamisen mahdollisuuksia tai toisaalta on myös esteitä, jotka johtuvat yhteiskunnan muuttumisesta.” (C, sosiaalityöntekijä)

Myös Palomäen (2004, 32-39) tutkimuksessa sosiaalityöntekijä nähtiin asiakkaan lähimmäisenä ja rinnallakulkijana. Palomäen tutkimuksessa sosiaalityöntekijät nähtiin myös toistensa tukijoina. Lindén (1999, 42) on liittänyt asiakkaan tukemisen sairaalan sosiaalityön ammatillistumiskehitykseen. Hänen mukaansa sairaalan sosiaalityö on saanut alkunsa asiakasta tukevasta työotteesta.

6.2.6 Verkostotyöntekijä

Verkostoilla tarkoitetaan tässä yhteydessä oman kuntoutustyöryhmän ulkopuolisia tahoja. Voidaan puhua myös yhteistyökumppaneista. Moniammatillisen työskentelyn ohella verkostotyökin on tärkeä osa terveydenhuollossa tehtävää työtä. Haastateltava kuvaa sosiaalityöntekijän roolia verkostoyhteydenpidossa keskeiseksi sosiaalityöntekijän ammatin perusteella. Haastateltava tarkoittaa tällä mitä ilmeisimmin sosiaalityön yhteiskunnallista ja sosiaalista ulottuvuutta sekä käytännössä sitä, että sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluu esimerkiksi rahoitusmahdollisuuksien selvittäminen. Saman toteavat kaksi muuta haastateltavaa kertoessaan kuntoutustyön muuttuneen yhä enemmän verkostotyöksi ja työn olevan ”verkostoitumista”.

”...verkostoyhteydenpidossa sosiaalityöntekijän rooli on ihan keskeinen. --- keskeinen osa siitä kuuluu työjakomme mukaan sosiaalityöntekijälle hänen ammatinsa perusteella.” (H, lääkäri)

”Sosiaalityö itsessään muuttuu, koska yhteiskunta muuttuu ja lait muuttuu. Että kyllä myös kuntoutustyö on muuttunut ...mielestäni aika paljon ... verkostotyöksi. Että se on ... entistä enemmän yksityisen kuntoutujan ja kuntoutuspolun ... kuljettamista eteenpäin ... kuntoutusverkostossa kuljettamista.” (C, sosiaalityöntekijä)

”Onhan se hirveen paljon ... myös sellaista verkostoitumista.” (D, sosiaalityöntekijä)

Myös Lindén (1999, 22) on todennut, että tavoitteellinen yhteistyö edellyttää erilaisten yhteistyökumppaneiden huomioimista. Näitä ovat asiakas ja hänen sosiaalinen verkostonsa, viranomaiset ja muut auttajat sekä organisaation omat yhteistyöryhmät. Lindén näkee myös lääkärin yhteyksien luoja ja sairaanhoitajan (erityisesti omahoitajan) yhteyksien koordinoijana. Koska tässä tutkimuskohteena on poliklinikka, jossa sairaanhoidollista työtä ei tehdä, ei hoitotyön

asiantuntijan roolia voidaan arvioida. Verkostotyössä ja koordinoinnissa sosiaalityöntekijällä näyttää olevan keskeinen rooli. Samalla yhdessä haastattelussa korostetaan sosiaalityön mahdollisuutta toimia eräänlaisena stimulusena koko moniammatillisen toiminnan vahvistumiselle terveydenhuollossa.

”... terveyssosiaalityöllä ... on ihan keskeinen rooli ja mahdollisuus toimia runkona moniammatilliselle työlle niin, että terveyssosiaalityöntekijä voi olla se stimulus, joka stimuloi esimerkiksi perusterveydenhuollossa moniammatillisten tiimien ja moniammatillisen toiminnan syntymistä. Kaikkiällä terveydenhuollossa se ei ole itsestäänselvyys, kuntoutuksen alalta se on lähtöisin.” (H, lääkäri)

Haastatteluissa ilmenevät sosiaalityöntekijän roolit noudattavat yksilökohtaisen palveluohjauksen perustehtäviä, kuten Lindén (1999, 67-68) on tutkimuksessaan määritellyt. Hän on samalla esittänyt, että palveluohjausta voidaan hyödyntää organisaation tasolla asiantuntijan ja verkostotyöntekijän rooleissa sekä hallinnon tasolla vaikuttamistyössä. Palveluohjaustyö on prosessi, jossa sosiaalityöntekijä vastaa palvelupaketista koko prosessin ajan.

6.3 Sosiaalityön tarve

Haastatteluissa tuodaan pääosin esille, että sosiaalityön tarpeen määrittelee lääkäri. Tilanne on toisin kuin somaattisilla osastoilla, joissa sosiaalityöntekijä määrittelee tarpeellisuutensa yhdessä asiakkaan kanssa (vrt. Pylväs 2003, 54). Yhdessä haastattelussa sosiaalityön tarpeen ilmaisu liitetään lainsäädäntöön, asiakkaisiin ja sosiaalityöntekijöihin itseensä. Haastateltava toteaa, että sosiaalityöntekijöiden täytyy itse uskaltaa tuoda esiin sosiaalityön näkökulmaa ja sosiaalisen huomioimista. Toisessa haastattelussa tarpeen kerrotaan nousevan kuntoutustiimistä, jonka täytyy osata myös perustella sosiaalityön tarve ulkopuolisille lähettäjätahoille, jotka eivät välttämättä tarvetta ymmärrä. Oletan, että tässä on myös kyse siitä, että sosiaalityön palvelu on hinnoiteltu ja sitä myydään osana kuntoutustutkimuspakettia.

Entä miten asiakkaat suhtautuvat sosiaaliseen tutkimukseen ja sosiaalityöntekijän tekemään työhön osana kuntoutustutkimusta? Vaikka tässä tutkimuksessa asiakkaat on rajattu ulkopuolelle, voidaan asiaa tarkastella työntekijöiden haastattelujen kautta.

Pylvään (2003, 55) tutkimuksessa nousevat esiin asiakkaiden ennakkoluulot sosiaalityötä kohtaan. Asiakkaat eivät tämän vuoksi ottaneet yhteyttä sosiaalityöntekijään tai pahastuivat, jos esimerkiksi

hoitaja oli ottanut yhteyttä sosiaalityöntekijään. Tässä tutkimuksessa kaksi haastatelluista kertoo osan asiakkaista olevan yllättyneitä joutuessaan sosiaalityöntekijän vastaanotolle.

”Onhan tapauksia, voi sanoa, että kerran viikossa yksi tai kaksi: asiakas sanoo, että hän ei kyllä yhtään ymmärrä, minkä takia ... täytyy tulla sossun puheille. Ja siihen ei ole totuttu oikein, että sosiaalityöntekijä on --- kenen hyvänsä, hyvin koulutetun, akateemisen ihmisen tilanteesta kiinnostunut, tekee paljon kysymyksiä. Mutta usein sen alkuhämmästyksen jälkeen hän on ihan yhtä vakuuttunut siitä kuin muutkin, että kyllä tämä vaan oli tarpeen.” (C, sosiaalityöntekijä)

”Joskus asiakkaat ihmettelee --- siitä sosiaalityöntekijänkin vastaanotosta, kun he ovat saaneet sen ajan. He soittavat ja kysyvät, niin sitten kun me selvitetään, että mitä se [sosiaalityöntekijä] käy läpi, jos tulee työpaikalla – joudutaan uudelleensijoittamaan, uudelleenkouluttamaan tai jotain muuta hakemaan - niin tämä on just se meidän pointti, että hän [sosiaalityöntekijä] tekee sen työn asiakkaan kanssa yhdessä.” (A, osastonsihtööri)

Mielestäni haastatteluissa tuotiin yllättävän vähän esiin asiakkaiden ennakkoluuloja sosiaalityötä kohtaan. Se, että sosiaalityöntekijä terveydenhuollossa on vieläkin joillekin asiakkaille vieras tai tuntematon ajatus, on hyvin ymmärrettävää. Oletan, että sosiaalityöstä työnä tulevat ensimmäisenä mieleen ”lastensuojelutapaukset” ja ”toimeentulotukiluukku - fatta.” Samalla tavoin esimerkiksi vanhainkoti saatetaan yhä edelleen mieltää kunnalliskodiksi tai vaivaistaloksi järjestelmän historiallisen kehityksen pohjalta.

7 PÄÄTELMÄT JA POHDINTAA

Tässä tutkimuksessa tutkitaan asiantuntijuuden ilmenemistä kuntoutustyöryhmän ominaisuutena suhteessa sosiaalityön omaan erityiseen asiantuntijuuteen. Tutkimuksessa kysytään myös, mikä on sosiaalityön paikka moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä.

Asiantuntijuutta on vaikea määritellä, vaan sitä voidaan lähestyä hyvin monesta näkökulmasta ja se muuttuu kontekstista riippuen. Tässä tutkimuksessa asiantuntijuutta ei käsitellä perinteisesti tiedon, taidon ja kokemuksen kautta muodostuvana erityisosaamisena, vaan tietyn organisaation ominaisuutena. Asiantuntijuus on osa tiimin, tässä tapauksessa kuntoutustyöryhmän, toimintaa. Asiantuntijuus samoin kuin roolitkin perustuvat kuntoutustyöryhmän sisäisiin kriteereihin: toimintatapoihin (työnjako, asiakasprosessi, työvälineet), arvoihin ja eettisiin periaatteisiin. Moniammatillinen työskentely, jota tässä tutkimuksessa kuvataan myös yhteistyönä, ymmärretään myös yhtenä asiantuntijuuden kriteerinä.

Vaikka asiantuntijuus paikallistuukin kuntoutustyöryhmään, kulkee tutkimuksessa punaisena lankana sosiaalityön näkökulma. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna on haluttu käsitellä erikseen kokemuksia sosiaalityön tehtävästä, sosiaalityöntekijöiden rooleista ja sosiaalityön tarpeesta.

Kuten yllä tulee esille, tutkimustehtävää lähestytään fenomenologisesti ihmisen kokemuksina – merkityksinä todellisuudesta, johon olemme suhteessa. Tutkimuksessa kokemukset liittyvät elämänmuodolliseen ja ideaaliseen todellisuuteen. Toisin sanoen kokemuksiin arvoista, toimintatavoista, käytännöistä sekä siihen muisteluun ja arviointiin, jota haastateltavat haastattelutilanteessa tekivät. Aineelliseen todellisuuteen eli kokemuksiin hajuista, mauista ja äänistä tai kehollisiin kokemuksiin ei tässä tutkimuksessa paneuduta. Tutkimuksessa annetaan ääni sekä yhteisille että erilaisille merkityksille ja tätä kautta pyritään ymmärtämään, mistä on kysymys.

7.1 Kuntoutustyöryhmän yleinen asiantuntijuus

Kuntoutustutkimuspoliklinikan tavoitteena on tehdä ammatillisia kuntoutussuunnitelmia ja työkyvynarvioita sekä myös eläkeselvityksiä. Kaikki lähetteet hyväksytään, mitään karsintaa ei ole. Ylilääkäri arvioi läheteiden kiireellisyyden.

Haastatteluissa asiakasprosessi etenee systemaattisesti kutsusta vastaanottokäynteihin, mahdollisiin lisätutkimuksiin sekä yhteispalaveriin, jossa laaditaan kuntoutussuunnitelma. Haastatteluissa kuntoutustyöryhmän ytimeksi nousee sosiaalityöntekijä-lääkäri –työpari, koska he tapaavat kaikki asiakkaat. Lääkärin ja sosiaalityöntekijän vastaanottojen jälkeen neuvotellaan, mitä tutkimuksia ja konsultaatioita tarvitaan – olennainen kysymys on myös, tarvitaanko psykologin tutkimusta. Psykologi tapaakin noin neljäkymmentä prosenttia asiakkaista. Perinteisesti kuntoutustyöryhmistä puhuttaessa on korostettu lääkärin, sosiaalityöntekijän ja psykologin kolmiyhteyttä. Merkillepantavaa aineiston mukaan on, että psykologin tutkimuksen tarpeen voi määrittellä myös sosiaalityöntekijä, ei vain lääkäri.

Työnjako on erityisalakohtaista. Kuitenkin rajanylityksiä nähdään, vaikkakin ne aineiston perusteella koskevat lähinnä muiden ammattiryhmien tuloa sosiaalityön alueelle toisin sanoen sosiaaliturvaan tai etuisuuksiin liittyvänä neuvontana. Tätä ei kuitenkaan pidetä kielteisenä asiana, vaan omaa asiantuntemusta halutaan jakaa. Tärkein yhteinen työväline on keskustelu, vaikkakin työvälineinä korostuvat erilaiset mittauksiin ja tekniikkaan perustuvat tutkimukset samoin kuin lääketieteelliset konsultaatiot. Potilasasiakirjojen merkitystä ei hieman yllättävästikin tuotu esille. Esimerkiksi Saarelma ja Kokkinen-Jussila (1994, 153-189) ovat artikkelissaan terveyskeskuksen yhteistoimintaverkoista nostaneet tärkeimpinä työvälineinä esiin potilasasiakirjat, haastattelut, konsultoinnit sekä tutkimukset (laboratorio ja röntgen).

Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kunnioittaminen ovat aineiston perusteella kuntoutustyöryhmässä tehtävän työn kivijalka. Nämä eettiset periaatteet näkyvät siinä, että kaikki pääsevät kuntoutustutkimukseen, jonka keskiössä asiakas itse on. Myös hyvää ammattitaitoa korostetaan – tällöin voidaan löytää kunkin asiakkaan kohdalla se olennainen tekijä, mistä kunkin elämäntilanteessa ja sairastavuudessa on kysymys. Omaiset ja läheiset, mikäli asiakas niin haluaa, ovat myös aktiivisesti mukana kuntoutustutkimusprosessissa. Osaamisen arvostaminen näkyy aineistossa siinä, että työyhteisöltä ja myöskin asiakkailta saadaan kannustusta ja arvostusta. Tämä motivoi jaksamaan työssä. Kaiken kaikkiaan arvot ja eettiset periaatteet noudattelevat kyseisen sairaanhoitopiirin strategiassaan ilmoittamia yleisiä periaatteita. Usein on vaarana, että yleisesti lausutut tavoitteet tai periaatteet eivät luo sitoutumista. Haastatteluissa tulee kuitenkin ilmi aitoa kiinnostusta eettisiin kysymyksiin ja halua sitoutua niihin.

Hyvän yhteistyön –periaate oli yksi kyseisen sairaanhoitopiirin eettisistä periaatteista. Tässä tutkimuksessa huomio on juuri moniammatillisessa yhteistyössä. Kuntoutuksen alalla yhteistyön periaate on myös kirjattuna lakiin. Kuntoutustyöryhmässä yhteistyö on tiimityötä. Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että moniammatillisuus on moniäänisyyttä sekä näkökulmien terävöittämistä asiakkaan parhaaksi. Lisäksi se on ”yhteen hiileen puhaltamista”. Haastatteluissa tuodaan esille myös näkemys, että useampi ihminen saa enemmän aikaa kuin yksi ihminen saisi. Puhuttaessa yhteistyöstä korostetaan neuvottelujen, keskustelujen ja puhumisen merkitystä käytännön työssä.

Yhteistyö ei alojen ammattilaisten kanssa ei kuitenkaan suju automaattisesti, vaan se vaatii tietoista aktiivista keskustelua ja monesti myös konsensuksen hakemista. Oma näkemys täytyy pystyä perustelemaan. On mahdollista, että kuntoutustutkimuspoliklinikalla on moniammatillisessa yhteistyössä päästy todelliseen avoimeen dialogiin eri ammattiryhmien kesken – kuten yhdessä haastattelussa todetaan: ”asiat oikeasti keskustellaan yhteen”. Toisaalta toisessa haastattelussa tuodaan esille näkemys, jossa toivotaan, etteivät yhteispalaverissa esitetyt jatkotoimenpiteet menisi liikaa maksajien tai mukana olevien organisaatioiden mukaisesti. Haastateltavan mukaan asiakas saattaa tarvita ohjausta ja keinoja laittaa esimerkiksi taloutensa kuntoon ennen kuin on mahdollista aloittaa todella kuntoutusta. Suomalainen monitahoinen kuntoutusjärjestelmä sekä lainsäädännön kirjavuus ovat varmasti osatekijöitä siinä, etteivät kuntoutustoimenpiteet ole aina oikea-aikaisia. Voidaan myös kysyä, onko lähettävällä taholla aina tietoa siitä, mikä on asiakkaan todellinen elämäntilanne. Kyseessä on ”saman kolikon toinen puoli” kuin siinä asiassa, joka tuodaan toisessa haastattelussa esiin. Siinä ajatellaan kunnissa olevan enemmän tietoa asiakkaiden todellisesta elämäntilanteesta, kuin mitä kuntoutustutkimuksessa tulee esiin.

Yhteenvedona voidaan todeta, että kuntoutustyöryhmässä asiantuntijuus on toisen ammattilaisen osaamista ymmärtävää, kunnioittavaa ja keskustelemaa asiantuntijuutta, jossa toimitaan asiakkaan parhaaksi. Täydellisyyteen on kuitenkin mahdotonta päästä, joten aina on parannettavaa. Tämän tutkimuksen puitteissa ei kuitenkaan ole tarkoitus etsiä työvälineitä mahdollisiin kitkakohtiin. Näitä kohtia löytyi haastattelujen perusteella yllämainitusta kuntoutuksen ajoittamisesta sekä asiakkaan todellisen elämäntilanteen huomioimisesta.

7.2 Sosiaalityön asiantuntijuus ja paikka kuntoutustyöryhmässä

Aiemmin on käsitelty kuntoutustyöryhmän yhteistä, jaettua asiantuntijuutta. Mutta mikä on sosiaalityön asiantuntijuus ja paikka kuntoutustyöryhmässä? Heinonen ja Spearman (2000, 89) ovat todenneet, että sosiaalityöntekijöiltä vaaditaan taitoa työskennellä terveydenhuollon moniammatillisessa yhteisössä, ymmärtää sairauden vaikutus yksilöön ja mobilisoida tarvittavat resurssit. Tätä taitoa kuntoutustyöryhmän sosiaalityöntekijöillä voidaan haastattelujen perusteella todeta olevan. Sosiaalityön erityistä asiantuntijuutta on ”nähdä ihminen yhteyksissään”.

Sosiaalityön tehtävinä painottuvat sosiaalinen arviointi ja suunnittelu, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, koordinointi, yhteistyö ja verkostotyö. Käytännössä tämä tarkoittaa asiakkaan kokonaisvaltaisesti huomioivaa sosiaalista tutkimusta asiakkaan elämäntilanteesta, tukitoimien ja palveluiden järjestämisestä sekä yhteistyöverkostojen mobilisoimista. Sosiaalityöntekijällä koetaan olevan seuraavia rooleja: koordinaattori, neuvoja, asianajaja, voimaannuttaja, tukija ja verkostotyöntekijä. Roolit kietoutuvat yhteen sosiaalityön tehtävien kanssa. Roolit noudattelevat yksilökohtaisen palveluohjauksen tehtäviä. Voidaankin todeta, että kuntoutustutkimuspoliklinikalla on sisäistetty yksilökohtaisen palveluohjauksen menetelmät niin asiakastyön kuin organisaationkin tasolla. Tässä yhteydessä mielenkiintoisin rooli on asianajajan rooli, mikä käytännössä tässä työyhteisössä tarkoittaa sitä, että sosiaalityöntekijä puolustaa asiakkaan oikeuksia esimerkiksi sairasloman pituudessa.

Kokemuksia sosiaalityön tehtävästä ja rooleista voidaan tarkastella myös ammattiryhmittäin. Lääkärien ja psykologien kokemukset ovat niin tehtävän kuin roolinkin suhteen yhteneväiset keskenään. Sosiaalityön tehtäväksi koetaan asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen selvittäminen. Sekä lääkärit että psykologit kokevat sosiaalityöntekijän rooliksi palveluiden koordinoinnin. Lääkäreillä on kuitenkin psykologeja laajempi näkemys sosiaalityöntekijän rooleista, sillä he kokevat sosiaalityöntekijällä olevan myös asianajajan ja verkostotyöntekijän roolit. Sosiaalityöntekijät korostavat itse sosiaalisen arvioinnin ja suunnittelun merkitystä sekä asiantuntija- ja koulutustehtäviä. Lisäksi he kokevat omaavansa monia rooleja, kuten jo aiemmin mainitut asianajajan ja verkostotyöntekijän roolit sekä tukijan roolin.

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kuntoutustutkimuspoliklinikka on yhtenäinen kokonaisuus. Korkealaakson (2006, 107) tutkimuksessa lääkäreillä on keskenään erilaisia käsityksiä sosiaalityön tehtävästä ja asiantuntijuudesta. Korkealaakso tulkitsee tämän johtuvan eroista eri henkilöiden

välillä, mutta ei niinkään eri ammattiryhmien välillä. (Korkealaakso 2006, 107.) On luonnollista, että jokaisella henkilöllä on oma kokemuksensa jostakin asiasta. Tässä tutkimuksessa eroja ei kuitenkaan löytynyt eri ammattiryhmien sisältä, vaan niiden välillä.

Lindénin (1999, 126-136) tutkimuksessa lääkärit pitävät sosiaalityöntekijää sosiaaliturvaan ja lainsäädäntöön liittyvien kysymysten asiantuntijana. Tutkimuksessa tuodaan esiin hoitohenkilökunnan ja sosiaalityöntekijän työn limittymiseen ja päällekkäisyyteen liittyvät ongelmat. Hoitajat tekevät sosiaalisen peruskartoituksen ja lähettävät tämän pohjalta haasteellisimmat tapaukset sosiaalityöntekijän puheille. Kiireisinä aikoina sosiaalityöntekijän oletetaan etsivän itse asiakkaat, joilla on sosiaalityön tarvetta. Vaarana on sosiaalityön ja hoitotyön roolien sekoittuminen. (Lindén 1999, 126-136.) Käsillä oleva tutkimus eroaa Lindénin tutkimuksesta siinä, että kyseessä on poliklinikka, eikä vuodeosasto. Lisäksi poliklinikan henkilökuntaan ei kuulu hoitohenkilökuntaa. Työnjaon erilaisuuden vuoksi tutkimuskohteita on vaikea vertailla. Kuten jo aiemmin tässä tutkimuksessa on mainittu, aineistossa ei juurikaan tuoda esiin lainsäädäntöön liittyvää sosiaalityön asiantuntijuutta, kuten Lindénin aineistossa tehdään. Muuten sosiaaliturvaan liittyvä asiantuntijuus lääkäreiden kokemana on samanlaista molemmissa tutkimuskohteissa.

Ahlgrenin (2008, 51) tutkimuksessa sosiaalityöntekijät arvioivat, että heitä pidetään moniammatillisissa työryhmissä koordinaattoreina ja että sosiaalityön tuntemus kehittyi kokemuksen ja yhteisen työskentelyn kautta. On myös paljon sosiaalityöntekijän persoonasta kiinni, miten hän tekee työtä. Kuntoutustutkimuspoliklinikalla sosiaalityöntekijät kokevat tehtävänsä ja roolinsa huomattavan laaja-alaisesti. On myös totta, että myös sosiaalityöntekijän persoonalla on merkitystä oman työnsä esiintuojana.

Aineiston perusteella sosiaalityötä ei siis nähdä jonkinlaisena lääketieteen tai psykologian aputieteenä. Sosiaalityöllä on oma tunnustettu paikkansa kuntoutustyöryhmässä. Yhdessä haastattelussa todetaan, että kuntoutustutkimuspoliklinikalla sosiaalityön vaatimukset ovat kovimmillaan, mutta myös arvostus on korkeimmillaan. On totta, että moniammatillisuudella on perustansa juuri kuntoutuksen alalla. Tämän vuoksi voidaan olettaakin sosiaalityön paikan olevan vahva juuri kuntoutustyöryhmässä. Toisessa haastattelussa sosiaalityöntekijältä toivotaan kuitenkin aktiivisempaa otetta yhteispalavereissa. Tosin sanoen sosiaalityöntekijän toivotaan tuovan enemmän esiin kokonaisvaltaista tietämystään asiakkaan tilanteesta ja sen kytkemistä kokonaisvaltaiseen arviointiin. Tässä saattaa olla kehittämisen ja uuden tutkimuksen mahdollisuus.

Toimiminen työryhmäistunnoissa sekä millaisia rooleja ja kommunikation muotoja siinä tilanteessa esiintyy, vaatisi oman tutkimuksensa.

Sosiaalityön asemasta terveydenhuollossa on käyty vuosikymmenten ajan keskusteltua. Tulppo (1991, 78) kauhistelee 1990-luvun alussa, että sosiaalityöntekijä joutuu edelleen osoittamaan tarpeellisuutensa, mistä vaarana on joutua korvaamattomuusloukkuun. Samaan keskusteluun liittyvät teoreettisessa viitekehyksessä esiintuodut Lindénin (1999, 144) huolenaiheet. Hän kysyy, onko sosiaalityöntekijä unohtanut sairaalassa oman ammatti-identiteettinsä ja antaako hän muiden määrätä työnsä sisällöstä. Käytetyn aineiston pohjalta voidaan todeta, että näin ei tässä tutkimuskohteessa ole. Se vaatii kuitenkin keskustelutaitoa, kykyä toimia yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa, aktiivista itsensä kouluttamista ja ammattitaidon ylläpitoa. Entä onko sosiaalityöntekijä kuntoutustyöryhmässä Tulpon mainitsemassa korvaamattomuusloukussa? Asiaa voisi kysyä myös niin päin, että mitä tapahtuisi, jos sosiaalityötä kuntoutustyöryhmässä ei olisi. Tältä pohjalta voidaan todeta sosiaalityön olevan ”korvaamatonta”, vaikkakaan ei Tulpon tarkoittamassa merkityksessä. Sosiaalityön erityinen arjen asiantuntijuus ja taito nähdä ihminen yhteyksissään ovat olennainen osa kuntoutuksen viitekehystä. Puhuttaessa sosiaalityön tarpeesta ja kuka sen määrittelee, nousee haastatteluista kuitenkin esiin lääkärin rooli tässä tehtävässä. Mielestäni tämä ei sodi sosiaalityön vahvaa asemaa vastaan, vaan on osoitus toimintaympäristön luonteesta.

Yleisesti tarkasteltuna haasteen sosiaalityön pyrkimykselle saavuttaa tasavertainen asema muiden terveydenhuollossa vaikuttavien professioiden kanssa, on tuonut ammatinharjoittamislaki, jonka avaamista on ajettu niin ammattiliittotasolla (Talentia ry) kuin myös valtakunnallisen yhdistyksen toimesta. Lain mukaan terveydenhuollossa voivat työskennellä vain laillistettujen ammattien edustajat, kuten lääkärit, erilaiset terapeutit ja hoitoalan edustajat. Sosiaalityö ei ole tällä tavoin laillistettu ammatti. Tässä suhteessa voidaan kysyä, toimiiko sosiaalityö laillistettujen ammattiryhmien ehdoilla ja heidän ”luvallaan”. Tähän liittyy kysymys sosiaalityöntekijän oikeudesta tehdä kirjauksia terveystietojärjestelmään. Onko kirjaukset tehtävä laillistetun ammatin edustajan, kuten lääkärin valvonnassa?

Käytännössä SOS-lehdelle kirjaaminen on jo vakiintunut niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Tämä kirjaamisen vakiintuminen ja velvoite dokumentointiin on vankka peruste sille, että sosiaalityön on terveydenhuollossa oltava laillistettu ammatti.

Jo teoriaosuudessa on viitattu mahdollisuuteen ulottaa laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (2003/497) viranomaistoiminnan ohella myös käytännön asiakastyöhön – kuntoutustiimeihin. Tällä toimenpiteellä voitaisiin ainakin osittain varmistaa sosiaalityön osuus kuntoutustiimeissä tehtävässä työssä.

LÄHTEET

Painetut lähteet

Ahlgren, K. 2008. Sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa. Tapaustutkimus sosiaalityöntekijöiden työn mieltämisestä ja jäsentämisestä moniammatillisessa työyhteisössä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Aho, P. 1999. Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalialan ammattien vuosikirja 1999. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin Liitto.

Asvall, J. 1992. Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. 1999. Johdanto. Teoksessa A. Eteläpelto, & P. Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. Porvoo: WSOY, 9-23.

Havukainen, P. 1997. Sosiaalityöntekijä kuntoutusluotsina. Teoksessa M. Musikka-Siirtola (toim.) Kuntoutuksen haasteita ja näköaloja. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 120-128.

Heinonen, T. & Spearman, L. 2001. Social Work Practice. Problem Solving and Beyond. Toronto: Irwin Publishing.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Jankko, T. 2008. Mielenterveyden kokemusasiantuntijuuden merkityksiä kuntoutujien ja omaisten ryhmäkeskusteluissa. Me voidaan kertoa että tämmösenkin asian kanssa voi elää että mä oon hullu. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Juvonen, T. 1996. Kuntoutuksen monitoimijuus. Teoksessa A. Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin Liitto, 158-164.

Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö, Tutkimuksia 46/1994. Helsinki.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 1995a. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa A. Suikkanen, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet, Porvoo: WSOY, 49-92.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 1995b. Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessinohjaus. Teoksessa A. Suikkanen, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet, Porvoo: WSOY, 174-187.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 1995c. Mitä kuntoutus on? Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet, Porvoo: WSOY, 12-28.

Järvikoski, A. 2002. Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa A.-M., Aalto, H. Hurri, A. Järvikoski, J. Järvisalo, V. Karjalainen, H. Paatero, T. Pohjolainen & P. Rissanen (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. STAKES: Helsinki.

Kallanranta, T. & Repo, M. 1995. Terveystieteiden kuntoutuksen käytäntöjä. Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet, Porvoo: WSOY, 250-290.

Karvinen, S. 1996. Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 34. Kuopio.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2003. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Korkealaakso, R. 2005. Sosiaalityöntekijä – vieraileva tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Julkaisusarja A: Tutkimukset. Seinäjoki.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19. Helsinki.

Kuntoutusohjausnimikkeistö. Opas sisältöön ja käyttöön 2003. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Suomen kuntoutusohjaajien yhdistys ry.

Launis, K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsityksiä ja arkikäytäntöjä. STAKES, Tutkimuksia 50. Helsinki.

Launis, K. & Engeström, Y. 1999. Asiantuntijuus muuttuvassa työtoiminnassa. Teoksessa A. Eteläpelto, & P. Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. Porvoo: WSOY, 64-81.

Lehtomaa, Merja (2005) Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia, 163-194.

Lindén, M. 1999. Terveystenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. STAKES, Raportteja 234/1999. Helsinki.

Mannila, S. & Laisola-Nuotio, A. 2002. Pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa A.-M. Aalto, H. Hurri, A. Järvikoski, J. Järvisalo, V. Karjalainen, H. Paatero, T. Pohjolainen & P. Rissanen (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. STAKES: Helsinki.

Metteri, A. 1996. Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa A. Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin Liitto, 143-157.

Metteri, A. & Haukka-Wacklin, T. 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: STAKES, 53-68.

Moilanen, P. & Räihä, P. 2001. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus, 44-67.

Mutka, U. 1998. Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylän yliopisto: SoPhi.

Mäkelä, K. 1992. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42-61.

Niemelä, P. 1985. Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Empiirinen tutkimus sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksistä sosiaalityöntekijän työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta sekä kunkin ammattiryhmän näkemys omaa ammattiaan koskevista arvoista ja niiden toteutumisesta työssä. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44. Helsinki.

Niiniluoto, I. 1994. Järki, arvot ja välineet. Keuruu: Otava.

Palomäki, S. 2004. Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipoliittikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Perttula, Juha (2005) Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Dialogia: Helsinki, 115-162.

Petrelus, P. 2002. Sosiaalityöntekijänaiset – marginalisoituja toimijoita työelämässä? Teoksessa K. Juhila, H. Forsberg & I. Roivainen (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: Kopijyvä, 188-210.

Pohjolainen, T. 2006. Mitä tiedetään terveydenhuollossa käytettyjen kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta? Kuntoutus 29 (3). Helsinki: Kuntoutussäätiö, 3-14.

Puputti, E. 2007. Tiimi – moniammatillisen työn näyttämönä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Pylväs, M. 2003. Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustudkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pohjois-Suomen osaamiskeskus. Julkaisusarja 8. Oulu.

Raunio, K. 2000. Sosiaalityö murroksessa. Helsinki: Gaudeamus.

Rissanen, T. & Aalto, A.-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa A.-M. Aalto, H. Hurri, A. Järvikoski, J. Järvisalo, V. Karjalainen, H. Paatero, T. Pohjolainen & P. Rissanen (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes, Raportteja 267/2002. Helsinki, 1-26.

Saarelma, O. & Kokkinen-Jussila, M. 1994. Terveyskeskuksen yhteistoimintaverkkojen analysointi. Teoksessa R. Simoila, A. Harlamov, K. Launis, Y. Engeström, O. Saarelma & M. Kokkinen-Jussila (toim) Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin. Stakes, Raportteja 80/1994. Helsinki, 153-191.

Salmela, J. 2005. Organisaation arvot arjessa. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Yhteisöviestinnän pro gradu –tutkielma. Luettavissa:
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/12968>

Suikkanen, A. & Piirainen, K. 1995. Kuntoutus hallinnollisena ja yksilöllisenä prosessina. Teoksessa A. Suikkanen, K. Härköpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet, Porvoo: WSOY, 210-227.

Suomen säädöskokoelma

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 2005/566

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003/ 497

Laki kuntoutuksesta liikennevakuutuslain perusteella 1991/626

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista 2005/272

Laki sosiaalihuollosta ja -palveluista 1982/710

Talo, S. & Wikström, J. & Metteri, A. 2001. Kuntoutuminen monitieteisenä ja –tasoisena prosessina. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 55-71.

Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus. Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen 1998. Helsinki: Suomen Kuntaliitto & Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry.

Tossavainen, A. 1996. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Porvoo: WSOY.

Tulppo, J. 1991. Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä työnsä sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisilla osastoilla. Sosiaalipolitiikan laitos, Tutkimuksia C:2. Tampereen yliopisto.

Tuomainen, R. & Myllykangas, M. & Elo, J. & Ryyänen, O.-P. 1999. Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.

Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää 2007. Luettavissa osoitteessa:

http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html

Tutkittavien informointi 2007. Luettavissa osoitteessa:

http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/keruuhjeet.html

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

WHO 1969. WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation. Technical Report Series 419/1969. Geneva: World Health Organization.

WHO 1981. Disability prevention and rehabilitation. Report of the WHO Expert Committee on Disability prevention and rehabilitation. Geneva: World Health Organization.

Virjonen, K. Ammatillisen auttamistyön lähtökohtia sosiaali- ja terveystyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Virta, L. & Mäki, J. 1999. Työkyvyttömyyseläkehakemukset ja –ratkaisut kuntoutustutkimusten jälkeen. Turku: Kansaneläkelaitos.

Painamattomat lähteet

Eriksson, P. & Koistinen, K. 2005. Monenlainen tapaustutkimus. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus. Verkkojulkaisu luettavissa osoitteessa:

http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/4957/2005_04_verkkojulkaisu_tapaustutkimus.pdf

Viitattu 10.12.2008.

Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 2002.

Verkostoitunut asiantuntijuus – asiantuntijuus sosiaalisena ilmiönä. Luku internet-julkaisussa: Oppimisen teoriasta tukea tieto- ja viestintäteknikan pedagogiseen käyttöön. http://www.tievie oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku_4/verkostoitunut_asiantuntijuus.htm. Luettu 25.9.2008.

Lisäksi tutkimuksessa on käytetty kyseisen sairaalan esitteitä ja muuta julkaisematonta lähdeaineistoa. Tutkimuksen anonymiteetin turvaamiseksi tätä aineistoa ei ole mahdollista julkaista lähdeluettelossa.

Liite 1 Saatekirje kuntoutustutkimuspoliklinikan henkilökunnalle

Hyvä Kuntoutustutkimuspoliklinikan työntekijä,

Olen sosiaalityön opiskelija Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitokselta. Olen tekemässä yhteiskuntatieteiden maisterin tutkintooni kuuluvan pro gradu –tutkielman sosiaalityön paikasta moniammatillisessa yhteistyössä. Olisin erittäin kiitollinen, mikäli olisit halukas osallistumaan tutkimukseen.

Tutkimus tehdään yksilöhaastatteluun kuluvan vuoden maaliskuun aikana. Runko teemahaastattelun aiheista annetaan etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelu kestää noin tunnin.

Tulen käsittelemään kaiken saamani tiedon ehdottoman luottamuksellisena ja tekemään tutkimusraporttini yhteistyössä kuntoutustyöryhmän kanssa. Työtäni Tampereen yliopistossa ohjaa professori Kyösti Raunio (kyosti.raunio@uta.fi). X sairaalassa työtäni on lupautunut ohjaamaan johtava sosiaalityöntekijä Y.

Vastaa mielelläni mahdollisiin kysymyksiin aiheeseen liittyen (p. 050-5625553).

Terveisin,

Päivi Ronimus-Poukka

Yhteystiedot:

Uudenkylänkuja 2 D 40

33530 Tampere

paivi.ronimus-poukka@uta.fi

Liite 2 Teemahaastattelun teemat

YKSILÖHAASTATTELUN TEEMAT

1. Tieto ja koulutus

- Millainen peruskoulutus Teillä on?
- Millaista erityis-/lisäkoulutusta teillä on?
- Miten ymmärrätte alanne tietopohjan? Miten se näkyy työssänne?

2. Kokemus

- Kauan olette tehneet nykyistä työtänne?
- Kuinka kauan olette työskennellyt kuntoutuksen alalla?
- Onko työkokemus muuttanut käytännön työskentelyänne?

3. Työ

- Millaisia työmenetelmiä käytätte asiakastyössä?
- Millaisia taitoja tarvitsette?
- Kuvailkaa tyypillistä työpäivääänne
- Miten työnne mielestänne eroaa muiden tässä yksikössä työskentelevien työstä?

4. Kuntoutus

- Miten määrittelette kuntoutuksen?
- Mitä kuntoutus teille merkitsee?

5. Sosiaalityö osana moniammatillista työtä

- Mitä moniammatillisuus teille merkitsee ja miten se näkyy työssänne?
- Millaisena näette sosiaalityön moniammatillisessa työryhmässä?
- Mikä on sosiaalityön asema moniammatillisessa työryhmässä?
- Saako sosiaalityön asiantuntijuus tilaa moniammatillisessa työryhmässä?
- Kuka määrittelee sosiaalityön tarpeen?

Kiitos osallistumisestanne!