

# ”POTILAS KOTIUTUMASSA TÄNÄÄN”

Erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö

NIINA HAAKE  
Tampereen yliopisto  
Sosaalityön tutkimuksen laitos  
Sosaalityön pro gradu -tutkielma  
Marraskuu 2010

Tampereen yliopisto  
Sosiaalityön tutkimuksen laitos

HAAKE, NIINA: ”Potilas kotiutumassa tänään”. Erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityö.

Pro gradu –tutkielma, 90 s., 9 liites.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Arja Jokinen

Marraskuu 2010

---

Tämän käytäntötutkimuksellisen tutkielman aiheena on erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityö. Erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityö on vielä määrittymässä oleva käsite ja vähän tutkittu aihe. Tutkimuksessa tarkastellaan akuuttisosiaalityötä kuvailemalla asiakastyötä sekä työhön liittyvien odotusten, onnistumisten ja haasteiden kautta. Tapausesimerkkinä tutkimuksessa toimii Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa (TAYS) somaattisten aikuispotilaiden keskuudessa toteutettava akuuttisosiaalityö.

Tutkimus koostuu kahdesta eri aineistosta. Määrällisen asiakkuusaineiston kautta kuvataan akuuttisosiaalityön sisältöä asiakkaiden taustatietojen sekä akuuttisosiaalityön työmuotojen, yhteistyökumppaneiden ja palvelujen sisällön kautta. Määrällinen aineisto koostuu 79 akuutin sosiaalityön asiakkuustiedosta, jotka TAYS:n sosiaalityöntekijät dokumentoivat sähköiselle lomakkeelle asiakastapaamisten jälkeen. Tutkimuksen laadullinen osuus koostuu sosiaalityöntekijöiden reflektiivisestä arvioinnista, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Aineiston avulla kuvataan akuuttisosiaalityön prosessia siihen liittyvien määritysten ja merkitysten kannalta sekä tilanteita, joissa työ onnistuu tai epäonnistuu. Laadullista aineistoa tarkastellaan sekä sosiaalityön ja asiakkaan että moniammatillisen työyhteisön, organisaation ja palvelujärjestelmän tasolla.

Tutkimuksen perusteella akuuttisosiaalityö vaatii toteutuakseen onnistunutta yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa sillä akuutin sosiaalityön tarpeen havaitsee ensisijaisesti jokin muu ammattikunta kuin sosiaalityöntekijät. Sosiaalityöntekijä kartoittaa asiakkaan tilanteen ja hakee yhteistyössä asiakkaan kanssa ratkaisuja asiakkaan tilanteen kannalta olennaisimpiin asioihin. Asiakastyö jää yhteen tapaamiskertaan noin puolessa asiakkuuksista. Suurin osa akuutin sosiaalityön asiakkaista on joko jonkin eläkkeen varassa toimeentulevia pitkäaikaissairaita tai palkkatyössä olleita tapaturmaan joutuneita. Pääasiassa asiakkaille järjestetään kotihoidon palveluja, ja työtä tehdään liittyen hoitotukeen, sairaspäivärahaan ja vakuutuksiin. Työn toteutumiseen vaikuttavat myös ne odotukset, joita muulla henkilökunnalla ja asiakkailta on sairaalan sosiaalityötä kohtaan. Akuuttisosiaalityö on myös prosessien sujuvuuden mahdollistamista. Työtä ei voida dokumentoida yksiselitteisesti akuuttisosiaalityöksi, eikä tehtyä työtä tunnisteta palvelujärjestelmätasolla.

Erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityötä tulisi kehittää, jotta hoitoaikojen lyhentyessä ja terveydenhuollon toimintaa tehostettaessa terveydenhuollossa toteutettava sosiaalityö voi vastata kohtaamiinsa haasteisiin. Työtä on mahdollista kehittää moniammatillisen yhteistyön ja sosiaalityön omien välineiden, kuten koulutuksen ja dokumentoinnin avulla. Asiakkaan prosessien jatkuvuuden varmistaminen on yksi suurimmista haasteista akuuttisosiaalityölle, sekä työn mielekkyyden että sen tuloksellisuuden kannalta.

Asiasanat: akuutti, erikoissairaanhoido, käytäntö, monimenetelmällisyys, sosiaalityö

University of Tampere  
Department of Social Work Research

HAAKE, NIINA: "The patient is discharged today". Single session social work in special health care.

Master's Thesis, 90 pages, 9 appendix pages

Social Work

Supervisor: Arja Jokinen

November 2010

---

The aim of this practice research study is to define what is so-called single session social work in a special health care context. Single session social work is a term obtained from research done by Jill Gibbons and Debbie Plath (2005; 2009; 2010) but it defines itself slightly differently in the Finnish context. Despite the term single session social work can include more than one face-to-face contact with a patient and relates strongly to the tacit and practical knowledge of the single session social workers. The study has been conducted in collaboration with the health care social workers working at the Central Hospital of the Tampere University Hospital.

The multi-method study comprises of two data: a quantitative data was collected by social workers after each single session contact in a period of six weeks in the winter 2010. The quantitative data consists of 79 client cases and provides information on the causes and needs for single session work, basic background information of the clients met and the work done with the clients. The client sample was defined to adult patients with somatic diagnoses. The qualitative part of the study was carried out as a group interview taken part by three social workers. The qualitative data consist of a reflective evaluation on the single session work, its outcomes, successes and possible failures. Interviewees were also asked to depict the expectations and images given to the single contact work by clients and multiprofessional team and the outcomes of the single session work from the viewpoint of the health care organisation and the service system.

To be conducted in a proper way it is essential that the need for social work intervention is identified by staff working with the patients and that the multiprofessional collaboration serves the needs of the clients. The most often a client of the single session work came under the age group of 25-65 years, had a long-term illness and had some sort of retirement allowance as a main income. In 54% of the cases the client was met only once. The work conducted with the clients consisted of primary assessment of the client's needs and then focusing to the most essential needs at that moment. The interventions could include e.g. service coordination, psychosocial work and counseling. Services and benefits concerned included organising home care services, sickness allowances, care allowances and insurances.

Single session social work enhances the fluency of the processes of both the health care and social security system from the perspectives of a single client, the health care organization and its members and the service system as well. The impact of the single session work is still unseen and the outcomes of the work remain undefined as the work cannot be clearly documented with the coding and register systems available. Definitions of the outcomes are needed in order to develop health care social work further on.

Keywords: multi-method, practice research, single session social work, special health care

# Sisällysluettelo

<b>JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN KONTEKSTI JA KÄSITTEET</b> .....	<b>4</b>
2.1 TUTKIMUKSEN SUHDE AIEMPAAN TERVEYSSOSIAALITYÖN TUTKIMUKSEEN .....	4
2.2 TERVEYS, TERVEYSPALVELUT JA SOSIAALITYÖ .....	6
2.2.1 Terveyden ja hyvinvoinnin yhteys.....	6
2.2.2 Miten terveyttä ylläpidetään?.....	8
2.2.3 Terveydenhuollossa toteutettava sosiaalityö.....	10
2.3 KESKEISET KÄSITTEET JA LÄHTÖKOHDAT .....	13
2.3.1 Lähtökohtia akuuttisosiaalityön määrittelyyn.....	13
2.3.2 Akuuttisosiaalityöntekijät asiantuntijoina ja tiedontuottajina.....	14
2.3.3 Käytännön tiedon ulottuvuudet.....	16
<b>3 TUTKIMUSASETELMA</b> .....	<b>18</b>
3.1 TEOREETTINEN TAUSTA JA METODOLOGIA.....	18
3.1.1 Pragmatismi tieteenteoreettisena lähtökohtana.....	18
3.1.2 Sosiaalityön tutkimusperinne: käytäntötutkimus .....	19
3.1.3 Monen menetelmän soveltamisesta yhdessä tutkimuksessa .....	20
3.2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA MENETELMÄT .....	22
3.2.1 Akuutin sosiaalityön asiakkuus ja työn sisältö .....	25
3.2.2 Akuutin sosiaalityön reflektiivinen arviointi .....	28
3.3 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	31
<b>4 AKUUTTISOSIAALITYÖN ASIAKKUUS JA TYÖN SISÄLTÖ</b> .....	<b>35</b>
4.1 ASIAKKUUDEN SYNTY JA TAUSTATIEDOT .....	35
4.2 SOSIAALISEN TILANTEEN KARTOITUS .....	39
4.2.1 Perhetilanne ja asuminen .....	39
4.2.2 Toimeentulo .....	39
4.2.3 Verkostot.....	41
4.3 AKUUTIN SOSIAALITYÖN TOIMET.....	44
4.3.1 Työmuodot.....	44
4.3.2 Etuuksiin liittyvä selvittely .....	45
4.3.3 Palveluihin liittyvä selvittely .....	48
4.4 AKUUTIN SOSIAALITYÖN ASIAKKUUS, HUOLI JA TILANTEISIIN VASTAAMINEN .....	50
4.4.1 Yleisimmät tekijät akuuttisosiaalityön asiakkuudessa.....	50
4.4.2 Huolestuttavat ja ei-huolestuttavat tilanteet ja niihin vastaaminen.....	52
4.4.3 Erittäin huolestuttavat tilanteet ja niihin vastaaminen .....	56
4.5 YHTEENVETO.....	57
<b>5 REFLEKTIIVINEN ARVIO AKUUTTISOSIAALITYÖSTÄ</b> .....	<b>59</b>
5.1 AKUUTIN SOSIAALITYÖN TARPEEN TUNNISTAMINEN .....	59
5.2 AKUUTIN SOSIAALITYÖN TOTEUTUMINEN.....	62
5.3 AKUUTTISOSIAALITYÖN TULOS.....	64
5.4 KEINOJA VASTATA AKUUTTIEN TILANTEIDEN TUOMIIN HAASTEISIIN .....	67
5.5 YHTEENVETO .....	70
<b>6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	<b>74</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>81</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>91</b>

## Kuvioluettelo

Kuvio 1 Palveluohjauksen tasot ja palvelujärjestelmä.....	12
Kuvio 2 Tutkimusasetelma ja sen paikannus.....	23
Kuvio 3 Eri tahojen yhteydenottojen määrät sosiaalityöntekijään.*.....	35
Kuvio 4 Akuuttisosaalityön asiakaspotilaiden sairaalaan joutuminen syittäin.*.....	36
Kuvio 5 Asiakkuuden kiireellisyyden syyt*.....	38
Kuvio 6 Akuuttisosaalityön asiakkaiden toimeentulo tulonlähteittäin.*.....	40
Kuvio 7 Tulomuotojen määrät per asiakas, n=77.....	41
Kuvio 8 Akuuttisosaalityön asiakkaiden verkostot ja kontaktit määrittäin.*.....	42
Kuvio 9 Verkostojen ja kontaktien asiakaskohtaisten määrien vaihtelu, n=66.....	43
Kuvio 10 Akuuttisosaalityön työskentelykumppanit selvittelyssä.*.....	44
Kuvio 11 Asiakkaiden kanssa toteutetut työmuodot.*.....	45
Kuvio 12 Selvittelyt ja vireillepanot eri tukimuodoittain.*.....	46
Kuvio 13 Tukiin ja etuuksiin liittyvät vireillepanot ja selvittelyt per asiakas, n=79.....	47
Kuvio 14 Palveluihin ja asumiseen liittyvien selvittelyjen määrät.*.....	49
Kuvio 15 Palveluihin ja asumiseen liittyvien selvittelyjen ja vireillepanojen määrä per asiakas, n=79.....	50

## Taulukkoluetelo

Taulukko 1 Tutkimuskysymys ja siihen vastaaminen.....	25
Taulukko 2 Yleisimmin asiakasaineistossa esiintyneet tekijät.....	51
Taulukko 3 Yleisimmät vaihtoehdot arvioitaessa asiakkaan tilanteen huolestuttavuutta ja palvelujen sekä etuuksien riittävyttä ja sopivuutta.....	53
Taulukko 4 Huolestuttavat ja ei-huolestuttavat tilanteet sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta.....	55
Taulukko 5 Asiakkaan, moniammatillisen työyhteisön sekä organisaation ja palvelujärjestelmän näyttäytyminen akuutin sosiaalityön prosessissa sosiaalityön näkökulmasta.....	71
Taulukko 6 Akuutin sosiaalityön näyttäytyminen, onnistumiset ja ongelmat asiakkaan, työyhteisön ja organisaation ja palvelujärjestelmän näkökulmista.....	72

# JOHDANTO

Tämän Pro gradu –tutkielman aiheena on erikoissairaanhoidon *akuuttisosaalityö*. Tarkastelen kahden aineiston avulla sitä, minkälainen kuva erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityöstä sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta syntyy. Tapausesimerkkinä ja akuuttisosaalityön määrittelijänä tässä tutkimuksessa toimii Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa (TAYS) tehtävä kiireellinen sosiaalityö somaattisten aikuispotilaiden kanssa. Tutkimuksen aihe on syntynyt Tampereen yliopiston sosiaalityön tutkimuksen laitoksen ja TAYS:n sosiaalityön yksikön yhteisen opetus- ja tutkimuslinikkatoiminnan kehittämisen myötä. Kiinnostus akuutin työ tutkimiseen on kasvanut myös tutkielman kirjoittajan omasta akuuttisosaalityön työkokemuksesta.

Sanalla *akuutti* voidaan sosiaalityössä tarkoittaa kiireellistä sosiaalityötä, esimerkiksi toimeentulotuen tai lastensuojelun piirissä tai sosiaalityötä erilaisissa muissa elämän kriisitilanteissa. Akuutti tarkoittaa siis lähtökohtaisesti tarvetta toimia kiireellisesti. Sairaalaolosuhteissa akuuttiudella tarkoitetaan puolestaan kiireellistä hoitoa, yleensä äkillisessä tilanteessa (MOT Lääketiede 2.0. 2009). Akuutti voi merkitä myös lyhytaikaista tai muuttuvaa. Sairaalan sosiaalityössä ovat läsnä sekä sosiaalityön että terveydenhuollon ymmärrys kiireellisyydestä.

Sosiaalityötä terveydenhuollossa on tutkittu jonkin verran, lähinnä moniammatillisen työn ja sosiaalityön aseman näkökulmasta (Ks. esim. Niemelä 1985; Tulppo 1991; Lindén 1999; Ahlgrén 2008; Palomäki 2004; Parviainen & Telilä 2005; Pylväs 2003; myös Aho 1999). Siitä, minkälaisia asiakkaita terveydenhuollon sosiaalityöllä on tai ketkä palveluja käyttävät on hyvin vähän tutkimusta (Ks. esim. Lindén 1999, 70–85; Metteri 2004). Eri asiakasryhmistä on tuotettu jonkin verran julkaisemattomia selvityksiä ja tutkimuksia, koska eri terveydenhuollon organisaatioissa tehdään selvityksiä tai ainakin tilastointeja asiakkuudesta. Terveysosaalityön nimikkeistön (2007) avulla voidaan myös määrittää, minkälaista työtä asiakkaiden kanssa tehdään. Nimikkeistön avulla ei kuitenkaan voida kuvata asiakasprosessin sisältöä tai pituutta kovin tarkasti. Siitä, minkälaista erityisesti kiireellinen, eli akuutti sosiaalityö suomalaisissa sairaalaolosuhteissa on, ei ole tehty aiempaa tutkimusta. Lisäksi terveydenhuollon akuuttisosaalityötä tai akuuttisosaalityön kaltaista työtä on tutkittu kansainvälisestikin niukasti (Ks. Gibbons & Plath 2010; Gibbons & Plath 2009;

Gibbons & Plath 2005). Tässä tutkimuksessa keskitytään siis tarkastelemaan vasta vähän huomiota saanutta aihetta ja löytämään sisältöä akuuttisosaaliryöön käsitteelle.

Tutkimuksen tavoitteena on löytää vastaus kysymykseen, millaista on erikoissairaanhoidon akuuttisosaaliryö. Tutkimusta voisi luonnehtia parhaiten sosaaliryöön käytäntötutkimukseksi, jossa pyritään määrittämään tietyn käytännön sisältöä ja tarkastelemaan myös sen toimintaympäristöä. Tutkimus on pyritty toteuttamaan mahdollisimman pitkälle yhteistyössä akuuttia sosaaliryötä tekevien sosaaliryöntekijöiden kanssa jo aineistonkeruun suunnittelusta alkaen. Tutkimus koostuu kahdesta toisiaan täydentävästä osasta. Määrällisen asiakkuusaineiston avulla selvitetään akuuttisosaaliryöön sisältöä lähtien asiakkuuden syistä ja asiakkaiden taustatiedoista ja kuvaten akuuttisosaaliryöön eri työmuodot, asiakkaiden saamat palvelut sekä etuudet ja yhteistyöverkoston laajuus. Määrällinen aineisto koostuu 79 akuuttisosaaliryöön asiakkuustiedosta, jotka TAYS:n sosaaliryöntekijät dokumentoivat asiakastapaamisten jälkeen. Määrällinen aineisto analysoitiin erilaisten tunnuslukujen avulla laskemalla muuttujien frekvenssejä, ristiintaulukoimalla relevantit muuttujat ja arvioimalla muuttujien välistä yhteyttä. Tutkimuksen laadullinen osuus koostuu sosaaliryöntekijöiden reflektiivisestä arvioinnista, joka toteutettiin kolmen sosaaliryöntekijän ryhmähaastatteluna ja analysoitiin teemoittelemalla. Aineiston avulla kuvataan akuuttisosaaliryöön prosessia siihen liittyvien määritysten ja merkitysten kannalta sekä arvioidaan työn onnistumisia ja haasteita. Akuuttia työtä tarkastellaan sekä sosaaliryöön ja asiakkaan että moniammatillisen työyhteisön, organisaation ja koko palvelujärjestelmän tasolla.

Tutkimukseni perusteella akuuttisosaaliryö vaatii toteutuakseen onnistunutta yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Sosaaliryöön tarpeen havaitsee ensisijaisesti jokin muu ammattikunta kuin sosaaliryö, useimmiten hoitohenkilökunta. Sosaaliryöntekijä kartoittaa asiakkaan tilanteen ja hakee yhteistyössä asiakkaan kanssa ratkaisuja asiakkaan tilanteen kannalta olennaisimpiin ja keskeisimpiin asioihin ja ongelmiin. Asiakastyö jää yhteen tapaamiskertaan noin puolessa asiakkuuksista, joten työn tuloksellisuuden arviointi on vaikeaa. Suurin osa akuutin sosaaliryöön asiakkaista on joko jonkin eläkkeen varassa toimeentulevia pitkäaikaissairaita tai palkkatyössä olleita ja tapaturmaan joutuneita henkilöitä. Useimmiten asiakkaille järjestetään kotihoidon palveluja ja etuuksiin liittyen työtä tehdään eniten liittyen hoitotukeen, sairaspäivärahaan ja vakuutuksiin. Työn toteutumiseen vaikuttavat myös ne odotukset, joita muulla henkilökunnalla ja asiakkailta on sairaalan sosaaliryötä kohtaan.

Tutkimukseni pyrkii osaltaan antamaan vastauksia siihen, miksi kiireellistä sosiaalityötä tehdään erikoissairaanhoidossa, ja millaisiin ongelmiin ja tarpeisiin työllä vastataan. Tutkimukseni pyrkii valottamaan siivua terveydenhuollon sosiaalityöstä sekä konkreettisesta ja sisällöllisestä että tulkinnallisesta näkökulmasta. Samalla tulen kuvanneeksi sitä, minkälaista tietoa sosiaalityöntekijöillä on asiakkaista ja heidän kiireellistä apua vaativista tilanteistaan. Tutkimuksen tarkoitus ei ole kuitenkaan toimia kiistattomaan todistusaineistoon perustuvana kannanottona terveydenhuollon sosiaalityön puolesta, vaan Tom Erik Arnkilin ja Jaakko Seikkulan ajatuksia soveltaen: tarkoitukseni on sitoutua tutkimuksen *kontekstiin* parhaan kykyni mukaan, ja pyrkiä toimimaan avoimessa vuorovaikutuksessa tutkittavan kohteen, eli erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityön ja –työntekijöiden kanssa (Arnkil & Seikkula 2005, 71–74). Tutkielman käytäntötutkimuksellisenä tavoitteena on saattaa käytännöstä nousevaa tietoa teorian avulla yleistettävään muotoon. Erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityötä tulisi kehittää, jotta hoitoaikojen lyhentyessä ja terveydenhuollon toimintaa tehostettaessa terveydenhuollossa toteuttava sosiaalityö voi vastata kohtaamiinsa haasteisiin. Sosiaalityö on vuosikymmenten aikana joutunut perustelemaan tehtävänsä terveydenhuollon kentällä, ja kun sosiaali- ja terveystalvetauja priorisoidaan ja tehostetaan, on kaiken sen, mikä ei ole todistettavasti vaikuttavaa, tarpeellisuus kyseenalaistettu. (Auslander 2001, 207–208; Lindén 1999, 41, 54; Niemelä 1985, 5–6; Silverman 1986, 311. Ks. priorisoinnista: Ryynänen & Myllykangas 2000, 236–239, 258–263.)

Tutkielmani jakaantuu johdannon lisäksi viiteen päälukuun. Luvussa kaksi kuvataan sitä kontekstia ja niitä käsitteitä, jotka ovat olennaisia akuuttisosiaalityön sisällön kannalta. Lisäksi luvussa määritellään tässä tutkimuksessa käytetyt käsitteet tietämisestä ja tiedosta, määrittelytyön perustasta. Luku kolme käsittelee työn tutkimusasetelmaa teoreettisista lähtökohdista tutkimuksen tavoitteisiin, menetelmiin, rakenteeseen ja luotettavuuteen. Luvut neljä ja viisi käsittävät aineistojen analysoinnin ja viimeiseen lukuun kuusi on koottu analyysien tulokset ja tutkimuksen johtopäätökset.



## 2 TUTKIMUKSEN KONTEKSTI JA KÄSITTEET

### 2.1 Tutkimuksen suhde aiempaan terveystieteelliseen tutkimukseen

Kotimaista tutkimusta terveydenhuollossa tehtävästä sosiaalityöstä ja erityisesti työn sisällöstä on melko vähän pro gradu –tutkielmia lukuun ottamatta (Ks. esim. Ahlgrén 2008; Palomäki 2004; Parviainen & Telilä 2005; Pylväs 2003; Torvinen 2007). Henna Parviainen ja Johanna Telilä (2005) ovat selvittäneet pro gradu –työssään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden palvelun laatua sosiaalityöntekijöille suunnatun kyselyn avulla. Osana kyselyä selvitettiin myös sosiaalityön asiakkaaksi ohjautumista ja palvelun saavutettavuutta. (Parviainen & Telilä 2005, 78–86.) TAYS:n terveystieteellisten sosiaalityöntekijöiden käsityksiä työn kehittymisestä on tutkinut pro gradu –työssään Susanna Palomäki (2004). Myös Kristiina Ahlgrén (2008) on tutkinut pro gradu –työssään sosiaalityöntekijöiden käsityksiä oman työnsä asemasta Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Olen hyödyntänyt näitä pro gradu –tutkielmia paikantaessani terveystieteellisen piirissä käytävää keskustelua työstä ja sen asemasta, minkä oletan heijastuvan myös opinnäytetöiden aihevalintoihin. Tutkielmien tuloksia voisi tulkita siten, että sairaaloiden sosiaalityöntekijät ovat pääosin kohtalaisen tyytyväisiä työhönsä ja sen tuloksiin, mutta ammattikunnan tulevaisuus nähdään epävarmana (Palomäki 46–48, 70–71; Ahlgrén 2008, 57–64; Parviainen & Telilä 2005, 97–102).

Epävarmaan murrosvaiheeseen viittaa myös Mirja Lindén (1999) tutkimuksessaan terveydenhuollon sosiaalityöstä. Hän päätelee, että tilanteessa, jossa sosiaalityön tehtäväsisältöjä on siirtynyt yhä enemmän muulle henkilökunnalle, ja jossa myös sosiaalityön tarve on muuttumassa, profession tulevaisuus näyttäytyy epävarmana. Jos terveydenhuollon sosiaalityö ei pysty uudistumaan ja kehittymään, voidaan katsoa, ettei ammattikunnan palveluja välttämättä tarvita. Työtä pitäisikin kyetä jäsentämään entistä paremmin, ja työmenetelmiä monipuolistaa. Käytännöstä nousevalla tiedolla on tässä tehtävässä olennainen rooli. (Lindén 1999, 155–158.) Tässä mielessä oma tutkielmani on osa ammatillista kehittämistyötä.

Maria Pylväs (2003) on tutkinut erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuuden rakentumista yleis-, ydin- ja erityisasiantuntijuutena. Olen hyödyntänyt asiantuntijuuden lajeja pohtiessani sitä, minkälaisia taitoja akuuttisosiaalityön tekeminen vaatii työntekijältä ja mitä asiantuntijuudella tarkoitetaan tiedon tuottamisessa. Jaana Tulppo (1991) kuvaa tutkimuksessaan

osuvasti terveydenhuollon sosiaalityön asemaa ja näkemystä. Anna Metterin (1996) artikkeli tarkastelee sosiaalityön ja sosiaalityön tiedon asemaa moniammatillisesta työyhteisöstä palvelujärjestelmän tasolle. Tutkimusaiheita sivuavat myös Pauli Niemelän (1985) ja Outi Cavénin (1999) tutkimukset sosiaalityöstä ammattina moniammatillisen työyhteisön jäsenten ja ammatillistumisen näkökulmasta. Lisäksi Lindén on tutkinut terveydenhuollon sosiaalityön asiakkuutta syöpään sairastuneiden potilaiden kautta. Tutkimuksessaan hän ei kuitenkaan tarkastele tarkemmin asiakkuuden syntyprosessia. (Lindén 1999, 70–75.)

Kansainvälistä tutkimusta sosiaalityöstä terveydenhuollossa on tehty hieman laajemmin. Terveydenhuollon sosiaalityötä käsitellään mm. *Social Work in Health Care*<sup>1</sup> ja *Social work in Public Health*<sup>2</sup> -lehdissä. Terveydenhuollon sosiaalityö on esillä myös sosiaalityön muissa tieteellisissä julkaisuissa erityisesti moniammatillisuuden ja eri potilasryhmien kanssa työskentelyn näkökulmasta. Terveydenhuollon sosiaalityön asemaa ja tämänhetkisiä haasteita käsittelevät muun muassa Cindy Davis, Biljana Milosevic, Eileen Baldry ja Anne Walsh (2005) sekä Joanne Sulman, Diane Savage ja Suesan Way (2001). Varsinaisesti akuutin sosiaalityön tyypistä työtä käsitteleviä artikkeleja löysin vain kolme (Gibbons & Plath 2010; 2009; 2005). Australiassa toteutetuissa tutkimuksissaan Jill Gibbons ja Debbie Plath tarkastelevat sekä terveysosiaalityöntekijöiden (2005) että asiakkaiden (2009) käsityksiä ja kokemuksia tilanteista, joissa asiakasta ehditään tapaamaan vain kerran.<sup>3</sup> Heidän mukaansa sosiaalityöntekijät pitivät itse akuuttia sosiaalityötä vaativana ja hyvin intensiivisenä työmuotona, jonka tarkoitusta jouduttiin kuitenkin selittämään asiakkaille, koska suuri osa heistä ei tiennyt, miksi heidät oli ohjattu tapaamaan sosiaalityöntekijää. Asiakkaat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamaansa palveluun. (Gibbons & Plath 2005, 22–24; Gibbons & Plath 2009, 727–734.) Asiakkaiden näkemyksiä koskeva tutkimus oli kuitenkin otokseltaan melko suppea. Syyskuussa 2010 julkaistussa tutkimuksessaan Gibbons ja Plath ovat hyödyntäneet potilasrekisteriaineistoja kartoittaakseen, kuinka paljon ja millaisissa tilanteissa akuuttia työtä tehdään, ja mitä työ sisältää. Tutkimus oli rajattu tilanteisiin, jossa asiakas sairaalassa vuoden aikana vain kerran, ja tietoja kerättiin yli 2200 asiakkaasta useasta sairaalasta. Tulosten mukaan sairaalan sosiaalityöstä akuuttia työtä oli noin 10 prosenttia asiakastyöstä, joskin määrä vaihteli sairaaloittain ja erityisaloittain. (Gibbons & Plath 2010, 708–714.)

---

<sup>1</sup> Julkaisija Haworth Press Inc., Routledge. ISSN 1541-034X.

<sup>2</sup> Julkaisija Haworth Press Inc., Routledge. ISSN 1937-190X.

<sup>3</sup> Jill Gibbons ja Debbie Plath käyttävät akuutista sosiaalityöstä käsitettä *single session contact [in health care]*. Gibbons & Plath 2005, 17.

Koska akuuttisosaalityön käsite on uusi ja aihetta käsittelevää kirjallisuutta on niukasti, olen pyrkinyt käsittelemään sitä useammasta kuin yhdestä näkökulmasta. Tavoitteenani on ollut kuvata akuuttia sosiaalityötä sekä konkreettisina toimina että ammatillisina kokemuksina. Menetelmällisesti tutkielmani on lähimpänä Gibbonsin ja Plathin (2005; 2010) tutkimuksia ja Lindénin (1999) tutkimusta, joskin omassa tutkimuksessani asiakkaan sairauden diagnoosilla ei ole yhtä suurta painoarvoa.

## **2.2 Terveys, terveystalvet ja sosiaalityö**

### **2.2.1 Terveiden ja hyvinvoinnin yhteys**

*Terveys* voidaan määritellä monella tavalla. Terveys voidaan nähdä kapeimmillaan sairauden vastakohtana. Laajemmin ajateltuna terveys on yhteydessä sekä fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden ”täydelliseksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinniksi” (WHO 1998, 1). Terveys on muuttuva ja moniulotteinen tila. Yksilön tasolla terveys voi olla voimavara, joka voi heiketä arjen olojen, vuoro vaikutuksen, elintapojen tai valintojen muuttuessa. Terveysteen vaikuttavat sekä ihmisen aineelliset että henkiset voimavarat. Yhteiskunnallisella tasolla terveys on merkittävä tekijä jo kansantalouden tuottavuuden kannalta. Vaikka terveyttä voidaan edistää myös julkisen sektorin toimilla, ei terveydenhuolto ja muut terveyteen vaikuttavat palvelut yksinään kykene ulottumaan kaikkiin terveyden osa-alueisiin. (Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2008, 32.) Kansanterveystyön rinnalle onkin kehitetty käsite *terveyden edistäminen*, jonka avulla korostetaan myös yksilön vastuuta terveydestä huolehtimisessa (WHO 1998, 1-2).

*Hyvinvointi* voidaan nähdä sekä yhtenä terveyden määrittäjistä että subjektiivisena kokemuksena omasta elämänhallinnasta. Hyvinvoinnin määritelmiä on monia, mutta yhteiskuntatieteissä klassisin yksilön hyvinvoinnin määritelmä on kenties Erik Allardtin having-loving-being –jako aineellisiin voimavaroihin, ystävyysuhteisiin ja itsensä toteuttamiseen (1993, 88–93). Palvelujärjestelmätasolla hyvinvoinnin voidaan nähdä nousevan riittävästä palveluista ja panostuksista koulutukseen, terveys- ja sosiaalipalveluihin sekä työvoimapalveluihin (Sulkunen 2003 ref. Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2008, 34). Sekä terveyttä että hyvinvointia voidaan siis tarkastella sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla.

Terveyden ja hyvinvoinnin yhteyttä on pyritty mallintamaan erilaisilla yhtälöillä. Myös sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 sekä Hyvinvointi 2015 –ohjelmissa hyvinvointi ja terveys ovat toisiinsa tiivisti sidoksissa (Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2008, 33). Jussi Simpura havainnollistaa hyvinvointia kaaviolla, jossa hyvinvointi määrittyy työn, terveyden, toimeentulon, inhimillisen pääoman, turvallisuuden sekä toimintamahdollisuuksien kokonaisuutena. Sosiaaliset suhteet ja verkostot kytkevät hyvinvoinnin tekijät toisiinsa. (Simpura 2008, 187.) Pirjo Koskinen-Ollonqvist ja Päivi Rouvinen-Wilenius määrittävät hyvinvoinnin yhtälön seuraavasti:

Hyvinvointi = T (S, TU, TY, K, P), jossa

T= Terveys

S= Sosiaaliset olot

TU= Tulot

TY= Työllisyys

K= Koulutus

P= Palvelut

Mallissa terveys toimii välittäjänä hyvinvoinnin tekijöiden välillä, ja sisältää myös voimaantumisen ja sosiaalisen pääoman. (Em. 2008, 34). Molemmissa malleissa yksilön terveys on osa hänen hyvinvointiaan, mutta hyvinvoinnin saavuttamisessa palvelujärjestelmällä on vahva rooli.

Hyvinvoinnin ja terveyden määritelmiä on siis lukuisia (Simpura 2008, 187). Yksilöillä itsellään voi olla hyvin erilaiset käsitykset siitä, mitkä juuri hänen hyvinvointinsa tekijät ja komponentit ovat ja siitä, minkälaisen painoarvon yksittäinen tekijä saa. Toisaalta yksilö ei voi aina vaikuttaa siihen, minkälaiseksi hänen hyvinvointinsa muodostuu. Amartya Senin (1987) mukaan olennaista yksilön hyvinvoinnin kannalta onkin, minkälaiset ovat hänen kykynsä ja mahdollisuutensa saavuttaa käsityksensä mukaiset hyvinvoinnin tekijät. Hyvinvointi koostuu siis myös vapaudesta toteuttaa itseään. (Sen 1987; ks. myös Anand, Hunter & Smith 2005, 10, 44–45.)

Sairastaminen voi merkitä hyvinvoinnin heikkenemistä, esimerkiksi terveyden menettämistä, tulojen pienentymistä ja työllistymismahdollisuuksien vähenemistä. Jos jokin hyvinvoinnin osatekijä heikkenee, voidaan sitä kompensoida jollakin muulla tai löytää uusia mahdollisuuksia hyvinvointiin. Toisaalta voi käydä niin, ettei ”hyvinvointivajetta” kyetäkään tasaamaan. Sosiaalityön tehtävänä on nähdä sekä yksilön hyvinvoinnin kokonaisuus että osata tukea ja auttaa

”yhtälön” kokoamisessa eli tukea ihmistä elämänhallinnassaan ja hyvinvoinnin tavoittelussaan. Yhteiskunnan tasolla sosiaalityön pyrkimykset ja hyvinvoinnin tasapuolinen jakaantuminen sekä hyvinvoinnin maksimointi ovat itsessään tavoiteltavia arvoja, mutta samalla myös merkittäviä tekijöitä yhteiskunnan toimivuuden ja tuottavuuden kannalta.

### **2.2.2 Miten terveyttä ylläpidetään?**

Viime vuosina on puhuttu paljon ehkäisevän työn merkityksestä väestön terveyden ylläpitäjänä, ja kokonaisuudessaan kansalaisten kokemus terveydentilastaan onkin muuttunut myönteisemmäksi (Klavus, Kapiainen, Ngyen & Pekurinen 2008, 190). Toisaalta kansalaisen omaa vastuuta tilanteestaan on nostettu esiin (ks. esim. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008, 29–32). On todettu, että terveys on yhteydessä sosioekonomiseen asemaan ja että huono-osaiset kärsivät eniten palvelujen supistamisesta. Terveyserot heijastavat eroja myös hyvinvoinnin jakautumisessa. Esimerkiksi sekä yksilön koettu terveys että pitkäaikaissairastaminen vaihtelevat ihmisten sosioekonomisen aseman mukaan. Vähemmän koulutetut ja pienituloisemmat sekä kokevat terveytensä huonoksi että sairastavat enemmän. Työttömyys on riskitekijä myös terveyden kannalta. (Rahkonen ym. 2007, 65–74; Koskinen ym. 2007, 74–76; ks. myös Metteri 1996, 145.)

Tutkimusten mukaan terveystalvelujen tehostaminen on toisaalta tasapuolistanut eri tuloryhmien hoitoa, mutta myös hankaloittanut kaikkein huono-osaisimpien hoitopääsyä esimerkiksi mielenterveystalvelujen osalta. Kohonneet hoitomaksut saattavat estää hoitoon hakeutumisen kokonaan. Korkeasti koulutetut käyvät enemmän terveystarkastuksissa ja käyttävät myös enemmän lääkäri- ja hammaslääkäritalveluja. Työterveystalveluun piiriin kuulumisen helpottaa lääkärin talvelujen saantia kun taas perusterveystalveluissa lääkäriin pääsy on hankaloitunut. (Keskimäki 18.7.2005; Terveystalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot 2006 90–91.) Samalla terveystalvelujen käyttö on jatkuvassa kasvussa (Jäntti 2008, 67). Talveluja tulisi kehittää niin, että myös terveydellinen tasa-arvoisuus kasvaisi. Muuten ne, jotka jo tilastollisesti sairastavat enemmän ja kokevat itsensä sairaammaksi, voivat jäädä ilman hoitoa tai heidän hoitoon pääsy viivästyy. Ilman ennaltaehkäisyä ja riittävän ajoissa alkanutta hoitoa sairastamisen kustannukset voivat myös nousta, niin yksilön kuin yhteiskunnan osalta. Talvelujen uudistaminen on kuitenkin hyvin haasteellinen tehtävä. (Koskinen ym. 2006; THL:n asiantuntijatyöryhmä 17.11.2010, 77-79.)

Julkiset terveystalot voidaan jakaa perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirien tuottamiin palveluihin. Kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit ovat vastuussa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon on nimensä mukaisesti lääketieteen erityisalojen mukaan säädettyä sairaanhoitoa, ja lisäksi erityistä hoitoa vaativien tai harvinaisten sairauksien sairaanhoitoa hoidetaan *erityisvastuualueittain*. Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin ja viiteen erityisvastuualueeseen. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja TAYS:ssa hoidetaan sekä sen 24 jäsenkunnan asukkaita että TAYS:n erityisvastuualuetta, jonka viidessä sairaanhoitopiirissä asukkaita on yhteensä noin 1,2 miljoonaa. (Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062, 1§, 7§, 10§; Sjöholm (Suomen Kuntaliitto) 27.4.2010; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 20.8.2010.) Myös erikoissairaanhoidon sosiaalityön palvelualue ulottuu siis laajalle.

1990-luvun talouslaman myötä valtiojohtoinen kansanterveystyön kehittäminen lakkasi, ja kunnat jäivät yksin toteuttamaan, miten kykenivät, sairastamista ehkäisevää työtä (Rimpelä 2004, 133–138). 2000-luvulle tultaessa kansanterveystyön rinnalla ryhdyttiin käyttämään yhä enemmän kansainvälistä käsitettä terveyden edistäminen. Vaikka kansanterveystyö ja terveyden edistäminen voidaan nähdä nimenomaan perusterveydenhuollon tehtävänä, on erikoissairaanhoidolla terveyden edistämässä myös tehtävänsä, joskin tehtävä on ollut epäselvä. Erikoissairaanhoidon voi olla mukana kehittämässä mm. elämäntapasairauksien ehkäisyä ja hoitoketjujen suunnittelua. (Herrala & Aalto 2010, 172–174.) Pitkäaikaissairaiden hyvinvoinnin edistäminen ja palveluketjun sujuvuuden kehittäminen koskettavat myös erikoissairaanhoidossa tehtävää sosiaalityötä.

Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitoajat ovat lyhentyneet, ja maan keskiarvo oli vuonna 2008 noin 3,6 päivää. Hoitoaika on lyhentynyt kymmenessä vuodessa 16,5 prosenttia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä somaattisen erikoissairaanhoidon potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli vuonna 2007 neljä<sup>4</sup> päivää ja vuonna 2008 3,7 päivää. Sairauksia pyritään hoitamaan yhä enemmän perusterveydenhuollossa, ja hoitajaksojen pituus on kasvanut ainoastaan neurokirurgian ja silmätautien osalta. Samalla hoidettavien potilaiden määrä on pienentynyt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 3.8.2010; Somaattinen erikoissairaanhoidon 2008, 1-2, liites. 29; Somaattinen erikoissairaanhoidon 2007, 1-2, liites. 24.) Tämä kehitys vaikuttaa myös erikoissairaanhoidossa tehtävään sosiaalityöhön.

---

<sup>4</sup> Tässä luvussa on mukana myös terveyskeskusten erikoisalavuodeosastoja ja yksityisiä sairaaloita/lääkäriasemia. (Somaattinen erikoissairaanhoidon 2007, 1).

Tietoa siitä, miten eri ryhmät sairastavat ja käyttävät terveystalvveluja on siis melko kattavasti tarjolla. Sairauksien hoito kehittyy jatkuvasti, ja yhä vaikeampia sairauksia voidaan hoitaa nopeammin ja tehokkaammin. Tutkimusta siitä, miten sairauden hoito tai hoitamattomuus vaikuttaa eri sosioekonomisia ryhmiä edustavien ihmisten arkeen, ei kuitenkaan ole juuri tehty. Terveysterot syntyvät monimutkaisten prosessien tuloksena, eikä terveydestä huolehtiminen ole pelkästään sairastamisen vähentämistä. (Hiilamo & Hänninen 2009, 33–34.) Tässä mielessä akuutin sosiaalityön palvelut, joiden avulla hyvinvointiyhtälöä voi muuttaa, voivat olla yksilön kannalta hyvin merkittävässä, mutta vielä tunnistamattomassa asemassa.

### **2.2.3 Terveydenhuollossa toteutettava sosiaalityö**

Terveydenhuollon sosiaalityöllä tai terveysosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän toimintaa, jota toteutetaan terveydenhuollon organisaatiossa. Työn lähtökohtana on käsitys terveyden ja sosiaalisen yhteydestä. Työn sisältö määräytyy sen mukaan, minkälaisessa organisaatiossa sosiaalityötä tehdään. Myös potilaiden saama hoito ja sairauden vaihe vaikuttavat siihen, minkälaiseksi terveysosiaalityö muodostuu. Lakimuutokset ja niin sanotun hoitotakuun voimaantulo vaikuttavat myös sairaalassa tehtävään sosiaalityöhön. (Hoitotakuusta ks. Kansanterveyslaki 28.1.1972/66; Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062; Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004).

Terveydenhuollon sosiaalityön tehtävänä on huomioida sairastamisen vaikutukset ihmisen elämäntilanteeseen. Sosiaalityöntekijällä tulee olla laaja-alainen tietopohja sekä sosiaaliturvasta ja sosiaalipalveluista. Työ on paljolti yksilötyötä, asiakkaan tilanteen arvioimista, informoimista ja tiedottamista ja palveluohjausta, mutta myös kriisityötä, kuntoutustarpeen arviointiin osallistumista, verkostotyötä ja potilaan oikeusturvasta huolehtimista. Toimiva moniammatillinen yhteistyö on edellytys sosiaalityöntekijän tehtävien toteutumiselle. (Pohjois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus 24.1.2007; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 18.5.2010.)

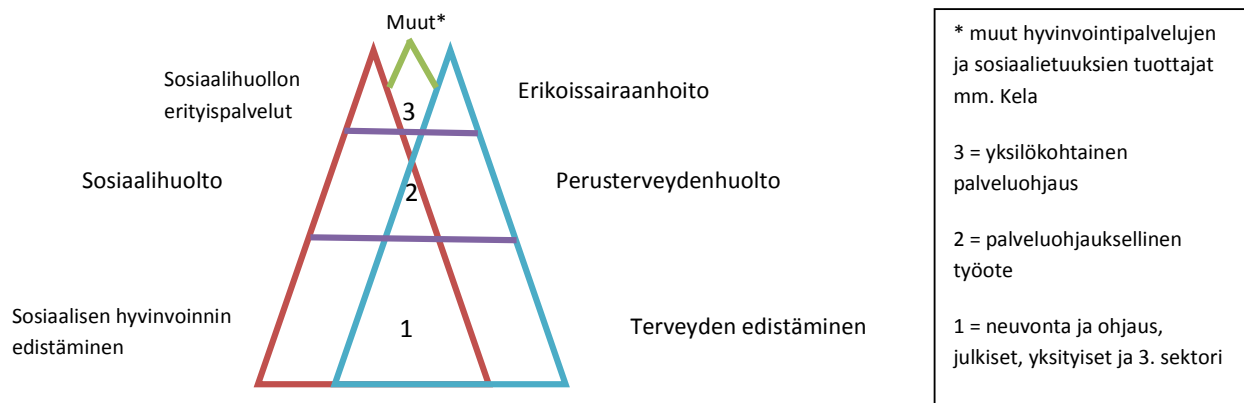
Mirja Lindén (1999) on kuvannut erikoissairaanhoidon sosiaalityön sisältöä ja tavoitteita Keski-Suomen keskussairaalassa tehtävän työn kautta. Erikoissairaanhoidon sosiaalityön tärkein tehtävä on potilaiden ja heidän läheistensä ”elämäntalvinnan ja työ- ja toimintakyvyn edistäminen”. Käytännössä tämä tarkoittaa pääasiassa asiakastyötä, jota rajoittaa organisaation toiminnan luonne. Lindénin mukaan työ on usein *välilneellistä* eli ohjaavaa ja pienimuotoista. Toimenkuva on kapeutunut sitä mukaa, kun sosiaalityön tehtäviä on siirtynyt muille ammattiryhmille.

Moniammatillisena työnä sairaalan sosiaalityö on asiakkaan palvelujen organisointiin liittyvää selvittelyä, potilaan sosiaalisen tilanteen kartoittamista moniammatillisia tavoitteita palvellen, ja siihen sisältyy sekä ryhmätyötä, suunnitelmien tekoa ja konsultointia. (Lindén 1999, 95–100, 119–124.) Vaikka terveydenhuollon sosiaalityö onkin paljon yhdessä työskentelyä muiden ammattiryhmien kanssa, on sosiaalityön asema moniammatillisessa työyhteisössä ollut alisteinen lääketieteelle (Lindén 1999, 119; Payne 2000, 182; Metteri 1996, 147). Toisaalta sosiaalityöllä on ollut enemmän hierarkkista liikkumavaraa. Toisaalta tämä on voinut johtaa siihen, että työn ammatillisesta kuvasta joudutaan neuvottelemaan. (Tulppo 1991, 79–81.)

Erikoissairaanhoidon sosiaalityön laajaa yhteistyökenttää kuvastaa Kaija Hännisen laatima kuvio (ks. kuvio 1) palvelujärjestelmän tasoista ja palveluohjauksesta (Hänninen 2009, 5-7). Erikoissairaanhoidon sosiaalityö sijoittuu tässä kuviossa palvelujärjestelmäpyramidin huipulle osaksi terveydenhuoltoa ja kattaa kaikki palveluohjauksen muodot yksilökohtaisesta, hyvin intensiivisestä ohjauksesta neuvontaan. Neuvonta voi toteutua esimerkiksi esitteiden tai yleisluentoisten informaatiopäivien muodossa.

Sosiaali- ja terveystalvet risteävät Hännisen kuviossa vasta perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kohdalla, ja kärkien väliin asettuvat muut hyvinvointipalvelujen ja sosiaalietuuksien tuottajat, muun muassa valtio, Kansaneläkelaitos ja eläke- sekä vakuutuslaitokset. Vaikkei kuvio ole kaikenkattava, kuvaa se hyvin erikoissairaanhoidon sosiaalityön asemaa erillisenä, pienenä kärkenä verrattuna vaikkapa sosiaalihuoltoon kokonaisuutena. Kun kunnissa yhdistetään sosiaali- ja terveystalvet erilaisiksi hyvinvointi- ja perustalvetkokonaisuuksiksi, lähenevät pyramidit toivottavasti toisiaan yhä enemmän. Tällöin erikoissairaanhoidon sosiaalityön verkosto-osaamiselle ja palvelujärjestelmän tuntemukselle voi olla yhä enemmän tarvetta, mikäli osaamista kyetään hyödyntämään.





**Kuvio 1 Palveluohjauksen tasot ja palvelujärjestelmä**

(Lähde: Hänninen 2009, 6.)

Suomalaisen terveyssofiaalityön toisaalta toimenkuvaltaan kapenevana ja toisaalta asiantuntijana sofiiaalityön, sofiiaalityön ja sofiiaalityön osalta terveydenhuollon kentällä ei ole ainutlaatuinen. Esimerkiksi lyhenevien hoitoaikojen vaikutus työn sisältöön on havaittu muuallakin maailmassa. Organisaation toimintatapa voi olla ristiriidassa sofiiaalityön periaatteiden kanssa, jolloin sofiiaalityöntekijä joutuu ammatillisesti haastavaan asemaan. (Davis ym. 2005, 296–298.) Yhdysvalloissa hoitoaikojen lyheneminen on vaikuttanut sofiiaalityöntekijöiden työhön jo 1980-luvulta saakka. Työn laadun ja eettisten periaatteiden toteutumisen turvaamiseksi on ehdotettu muun muassa sofiiaalityöntekijöiden roolin määrittämistä ja vahvistamista moniammatillisessa työyhteisössä. Lisäksi on ehdotettu ”potilasaineksen” tarkempaa ja tehokkaampaa läpikäyntiä, jotta sofiiaalityö löytäisi ne asiakkaat, jotka ovat sofiiaalityön palvelujen tarpeessa. Menetelmällisiä kehittämistapoja voisivat olla sofiiaalityön entistä tarkempi kirjaaminen ja dokumentointi, ratkaisukeskeinen lähestymistapa asiakastyöhön sekä verkostotyön tehostaminen. (Sulman, Savage & Way 2001, 315–328.)

Sosiaalityön roolin ja osuuden määrittämisellä voi olla vaikutusta myös hoidon ja hoitoketjujen kokonaistulokseen. Varda Soskolnen, Giora Kaplanin, Ilana Ben-Shaharin, Varda Stangerin ja Gail K. Auslanderin tutkimuksessa todettiin, että mitä paremmin sofiiaalityöntekijä kykeni osallistumaan potilaan kotiuttamisen suunnitteluun, sitä tyytyväisempiä potilaat ja heidän omaisensa kotiutusprosessiin olivat. Ratkaisuksi kiireen ja ristiriitojen alla työskentelyyn tutkimuksessa ehdotettiin muun muassa hoitoketjujen parempaa suunnittelua, potilaan oikeuksista tiedottamista sekä tiedon kulun helpottamista sairaalan sofiiaalityöntekijöiden ja kunnallisten palvelujen välillä. (Soskolne ym. 2010, 368–378.) Edellä mainittujen kaltaisia ratkaisuja haettaneen myös suomalaisessa terveyssofiiaalityössä (Ks. Lindén 1999, 157–158).

## 2.3 Keskeiset käsitteet ja lähtökohdat

### 2.3.1 Lähtökohtia akuuttisosaalityön määrittelyyn

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on määrittää empiirisen tutkimuksen keinoin akuuttisosaalityön käsitteen sisältöä. Tutkimuksessa ei lähdetä liikkeelle valmiista käsitteestä, sillä akuuttisosaalityö on käytännöstä nousemassa oleva uusi käsite, jonka tarkkaa määritelmää on ollut vaikea eksplisiittisesti muotoilla. Tässä tutkimuksessa keskitytään erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden määrittelyihin siitä, mitä akuutti sosiaalityö on.

TAYS:n sosiaalityössä kiinnostus akuuttia terveydenhuollon sosiaalityötä kohtaan oli noussut jo ennen tutkimuksen aloittamista ja akuuttisosaalityötä kuvataankin seuraavasti:

*”Akuuttisosaalityö on terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä äkillisissä sairastumisen, vammautumisen, läheisen kuoleman, raskauden, lapsen syntymän, väkivallan tai päihteidenkäytön hallitsemattomuuden aiheuttamissa kriisi- tai muutostilanteissa.” (Vanhala 14.9.2009).*

Määritelmässä korostuvat akuuttiuden syyt ja se on vielä varsin laaja (Vrt. Gibbons & Plath 2010, 709–710). Toteutettavan sosiaalityön sisällöstä tai keinoista se ei vielä kerro. Koska tutkimuskohteenani on akuuttisosaalityö nimenomaan erikoissairaanhoidossa, tuo tämä määrittelyyn vielä lisävivahteensa: akuuttisosaalityö voi tulla määritellyksi toisella tapaa esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Akuuttia sosiaalityötä voidaan tehdä myös muunlaisissa ympäristöissä, esimerkiksi lastensuojelussa tai mielenterveystyössä, jolloin sen sisältökin määrittyy toisenlaiseksi (Gibbons & Plath 2005, 17–19).

Koska erikoissairaanhoidon sosiaalityötä tehdään pääosin sairaalaympäristössä ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa, sopii termi *akuutti* toimintaympäristöönsä ja on siellä ymmärrettävissä laajemmin kuin muilla sosiaalityön kentillä työskenneltäessä. Toisaalta määritelmän käsitteet *kriisi* tai *muutos*, ovat ymmärrettävissä sosiaalityön näkökulmasta. Asiakas on tilanteessa, jossa hän tarvitsee apua. Toimintaympäristössään akuutin sosiaalityön on reagoitava tilanteeseen nopeasti sillä kustannustietoinen erikoissairaanhoido on kallista ja potilaita pyritään pitämään sen piirissä vain tarpeelliseksi katsotun ajan. Voi myös olla, että asiakkaan paranemis- tai kuntoutusprosessi ei voi alkaa ilman, että myös sosiaalisista asioista ja esimerkiksi erilaisten tukien tai kotiavun

järjestämisestä on huolehdittu, tai että asiakas on tietoinen vaihtoehtoistaan ja hänelle kuuluvista palveluista. Kolmanneksi termillä *äkillinen* voidaan viitata tilanteen yllätyksellisyyteen – ihminen joutuu sairaalaan yllättäen, ja tarve sosiaalityön palveluille syntyy nopeasti. Tämä merkitsee myös heikkoa ennakoitavuutta itse sosiaalityön kannalta, jolloin asiantuntijan tilannearvio ja oikeiden palvelujen ja toimenpiteiden löytäminen on ensiarvoisen tärkeää. Toki sosiaalityön kiireellisyyteen vaikuttaa myös sen asema osana moniammatillista työyhteisöä, jolloin myös muun henkilökunnan taito nähdä sosiaalityön tarve asiakkaiden tilanteissa voi nousta olennaiseen asemaan.

### ***2.3.2 Akuuttisosiaalityöntekijät asiantuntijoina ja tiedontuottajina***

Anneli Pohjola kirjoittaa sosiaalityön asiantuntijuudesta ja tiedosta ja toteaa, että käsitteellistäminen on ensiarvoisen tärkeää sekä profession itsensä että tiedonvälityksen kannalta. Samalla kun omaa työtä ja jo olemassaolevaa tietoa tehdään näkyväksi, tuodaan esille sekä tietoa eri ihmisryhmistä että mahdollistetaan oman työn ja työprosessien analysointi. (2000, 89–94.) Moniammatillisessa verkostossa tiedonvälityksen tarve on olennaista jo työn sujuvuuden kannalta, mutta sosiaalityön tehtävä terveydenhuollossa on muistuttaa organisaatiotaan myös sosiaalisen ja yhteiskunnallisen yhteydestä terveyteen.

Toisaalta asiantuntijuus on itsessään arvolatautunut käsite (Fook 2001, 117). Jos hyväksymme ajatuksen asiantuntijuudesta avoimena, kehittyvänä ja muuttuvana käsitteenä, voidaan asiantuntijan tietoakin tarkastella muuttuvana ja monitasoisena elementtinä. Ammatillinen asiantuntijuus ei ole staattinen tila. Ammattiryhmien tieto on yhä enemmän jaettava, esimerkiksi ammattiryhmien tai asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Toisaalta osa asiantuntijuutta on kyky havaita ja soveltaa tätä muuttuvaa tietoa. Lisäksi ammatilliseen asiantuntijuuteen kuuluu, että ammatissa kehittyntä usein varsin kontekstisidonnaista tietoa on mahdollista kuvata yleisemmin ja saattaa teorian muotoon. Tiedon synnyttäminen ja tiedon teoretisointi vaativat kuitenkin taitoa *reflektoida* omaa työtään ja tunnistaa kontekstin merkitys tiedon synnyssä. (Fook 2000, 105–114, 117.)

Reflektiivisellä ajattelulla tarkoitetaan kykyä heijastaa ja arvioida omaa ammatillista toimintaansa. Toimintaa voidaan tarkastella joko välittömästi toiminnan yhteydessä tai jälkikäteen. *Refleksiivisyydellä* tarkoitetaan sitä prosessia, jossa reflektoidut kokemukset saavat aikaan muutoksen toiminnassa, joka taas tuottaa uusia kokemuksia. Jotta prosessi onnistuisi, on kompleksiseen ajatteluun kykenevän ammattilaisen osattava hyödyntää myös taitoaan kriittiseen

ajatteluun ja oman työn tarkasteluun. (Payne 2005a, 32–35; Adams, Dominelli & Payne 2005, 5-7; ks. myös Pylväs 2003, 77–78.) Refleksiivisyys on väline, jonka avulla käytäntöjä voidaan myös muuttaa.

Osana tätä työtä olen pyytänyt akuuttisosaalityöntekijöitä arvioimaan *huoltaan* asiakkaan tilanteesta. Esimerkiksi lastensuojelussa huolella ja sen vyöhykkeillä on haluttu kuvata toimijan käsitystä tilanteen huolestuttavuudesta objektiivian ongelma- tai riskipuheen sijaan. Toisaalta käsitteenä ja käsityksenä huoli on aina subjektiivinen, ja koettuun huoleen voi puuttua oman toiminnan kautta. Huoli ja huolipuhe ovat sosiaalityölle ominaisia termejä ja ne ovat tuoneet esimerkiksi lastensuojeluun keskustelua ja reflektiota helpottavan välineen, joskin nämä termit ovat myös väärinymmärrettyjä ja kritisoituja. (Arnkil & Alhanen 2009; Arnkil & Eriksson 2008; Roos 2009; Kaukoluoto 2010.) Huolella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sosiaalityöntekijän arviota asiakkaan tilanteen huolestuttavuudesta ja siihen vaikuttamisesta. Samalla sen on tarkoitus kuvata akuuttia sosiaalityötä ja sitä, millainen ymmärtämys asiakkaan tilanteesta työntekijöille syntyy, ja sitä, kuinka haastavien kysymysten piirissä akuuttia työtä tehdään. Huolen kokeminen ja määrittelyn sanallistaminen ovat osa asiantuntijuutta.

Johanna Björkenheim (2007) on vertaillut suomalaisten terveystieteiden ja kunnallisissa sosiaalipalveluissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden työoloja ja tiedonhankinnan tapoja. Suomalaiset terveystieteiden työntekijät ovat keskimäärin hieman iäkkäämpiä kuin kunnallisissa sosiaalipalveluissa työskentelevät kollegansa ja heidän työuransa on keskimäärin pidempi, mutta koulutustaso matalampi. Terveystieteiden työntekijät perustavat asiantuntijuutensa enemmän työ- ja elämäkokemukseen ja muilta professioneilta omaksuttuun tietoon kuin sosiaalipalveluissa työskentelevät sosiaalityöntekijät, ja terveydenhuollossa työskentely koetaan itsenäisemmäksi. Vaikkeivät terveystieteiden työntekijät kokeneet kykenevänsä hyödyntämään tutkimustietoa suoraan omassa työssään, tutkimustyöhön osallistuminen koettiin tärkeäksi. Erikoissairaanhoidon moniammatillinen ja tutkimusorientoitunut työympäristö luo paineita myös terveystieteiden tutkimuksen kehittämiseen ja moniammatillisiin tutkimuksiin osallistumiseen. (Björkenheim 2007, 261–277.)

Terveystieteiden tutkimuksen tulisi siis palvella sekä professiota itseään että olla muiden ammattiryhmien hyödynnettävissä. Juuri asiantuntijan tiedon sovellettavuus, teoretisoimisen avustuksella, on olennaista käytännön kehittämisessä. Tieto on yhä enemmän myös ammatilliset rajat ylittävää. Tiedon soveltaminen käytäntöön parhaalla mahdollisella tavalla vaatii sekä

teoreettista tietoa ja käytännön ymmärrystä että käytännön (välineellistä) osaamista. (Kjørstad 2008, 146–148.) Jotta akuuttia sosiaalityötä voisi toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla, on sen sisältöä ja ammatillisia lähtökohtia kyettävä refleктоimaan ja arvioimaan, ja asettamaan ne myös muiden arvioitavaksi.

### 2.3.3 Käytännön tiedon ulottuvuudet

Kaikki asiantuntijatieto ei ole suoraan eksplisiittisesti muotoiltua. Hiljainen tieto on tunnistettu osaksi sosiaalityön professiota. Sitä on pyritty määrittämään sekä määritelmää voimakkaasti tieteellistään että vastaavasti pitämällä termi eräänlaisen epämääräisyyden verhon takana (Chu & Tsui 2008, 47–48). Michael Polanyi (1966) tarkoitti kehittämällään termillä *tacit knowledge* alun perin käsitteiden perustaa, joka ei kuitenkaan voi ilmetä käsitteinä (ref. Arnkil 2005, 185–186). Toisaalta hiljainen tieto voidaan määritellä esimerkiksi kokemustiedoksi tai käytännön tiedoksi, jotka ovat luonteeltaan kasautuvia. Hiljainen tieto voidaan määritellä myös intuitioksi – kasvavaksi varmuudeksi jostakin asiasta. Hiljainen tieto onkin Laura Ylirukan mukaan sekä tietoa itsessään, että jonkinlaista tiedon esiastetta, *tunnetta*, joka saa toimimaan. (Yliruka 2000, 30–35.) Hiljainen tieto elää toiminnassa ja vuorovaikutustilanteessa, ja on usein varsin kontekstisidonnaista (Chu & Tsui 2008, 48). Lisäksi Björn Blom toteaa sosiaalityön professio-osaamisen koostuvan eksplisiittisen tietämisen lisäksi myös *ei-tietämisestä*. Sosiaalityöhön liittyy väistämättä epävarmuutta, eikä uutta asiakastilannetta voi ennakoida tai määrittää täydellisesti edeltäkäsän. *Tuttuus* yhtenä profession tiedon osana koostuu sekä eksplisiittisestä että implisiittisestä, hiljaisesta tiedosta. (Blom 2009, 158–170.) Tuttuus on osa intuitiota, mutta myös kokemustietoa.

Sirpa Kuusisto-Niemi ja Aino Kääriäinen kritisoivat vetoamista hiljaiseen tietoon puhuttaessa sosiaalityön kuvaamisen mahdottomuudesta. Heidänkään näkemyksensä mukaan tietoa ei voi reflektoida ja professio ei voi kehittyä, ellei tietoa tehdä näkyväksi. Toisaalta hiljainen tieto, jolla heidän mukaansa tarkoitetaan intuitioon, vaistoon tai aisteihin perustuvaa tietämystä, ei kasaudu, eikä siirry. (Kuusisto-Niemi & Kääriäinen 2005, 452–460; Hiljaisen tiedon intuitiivisesta määritelmästä ks. myös Koivunen 1997, 75–85, 90–91.) Varsinkin näyttöön perustuvassa terveydenhuollon maailmassa hiljaiselle ja epämääräiselle on vaikea löytää tilaa. Toisaalta hiljaista tietoa on tutkittu myös esimerkiksi hoitotieteen alalla (Nurminen 2000).

Kuten William Chu ja Ming-sum Tsui toteavat, pimeässä norsun todellisesta olemuksesta voi saada vain osakäsityksen (Chu & Tsui 2008, 47). Yliruka toteaa kuitenkin, että *reflektion* avulla ainakin

osa hiljaisesta tiedosta voidaan ulkoistaa. Mielestäni määrittämällä tietoaan asiakasprosessin sisällöstä ja sen kehittämisestä akuuttisosaalityö tekee tietoaan näkyväksi, vaikkei kaikkea vielä näkymätöntä voidakaan kuvata täydellisesti. Tietoon akuuttiudesta liittyvät sekä eksplisiittinen että implisiittinen, hiljainen puoli. Hiljaiset merkit esimerkiksi työn luonteen muuttumisesta voivat olla merkittäviä seikkoja työn kehittämisen kannalta.

Peter L. Berger ja Thomas Luckmann (2009) käyttävät arkitiedon perustaa määritellessään käsitettä ”reseptitieto” kuvatessaan sitä käytännönläheistä tietoa, jota tarvitsemme tavanomaisiin toimiimme (Em. 2009, 52–57, 32–33). Pragmatistisesta näkökulmasta tarkastellen tavanomaisen toiminnan taustalla on kuitenkin myös tiedostamatonta tietoa (Heiskala 2000, 97–98, 108–111). Ammatillisesti ajateltuna hiljainen tieto voisi olla sitä ammatillista ”reseptitietoa”, jota tarvitaan asiantuntijatehtävässä toimimiseen, ja jota subjektin itsensä on vaikea kuvata. Reseptitieto voi olla osin tiedostamatonta, mutta silti tuttua. Akuuttisosaalityön sisällössä on sekä eksplisiittistä että käytännön työstä nousevaa, tuttua tietoa, joka on kuitenkin vielä tarkemmin määrittämättä ja käsitteellistämättä.

### 3 Tutkimusasetelma

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sitä, millaista on erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta kuvattuna. Tutkimus on rajattu koskemaan erikoissairaanhoidossa tehtävää akuuttisosaalityötä siksi, että perusterveydenhuollon sosiaalityön sisällöt voivat erota erikoissairaanhoidossa tehtävästä akuutista työstä. Lisäksi erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityötä edustaa tässä tutkimuksessa somaattisten<sup>5</sup> aikuispotilaiden parissa tehtävä sosiaalityö. Koska aihe on sosiaalityön tutkimuksen näkökulmasta vielä varsin marginaalinen, koetan työssäni määritellä sekä sitä, mitä akuuttisosaalityöllä erikoissairaanhoidossa tarkoitetaan että sitä, mitä työ itsessään sisältää. Tutkimus siis sisältää kaksi osaa – akuuttisosaalityön sisällön määrittelyn ja sen reflektiivisen arvioinnin. Koska tutkimus on käytäntösuuntautunut, määrittelyt ovat pitkälti akuuttisosaalityön itsensä synnyttämiä ja muotoutuvat tutkimuksen edetessä. Toisaalta tämä vaatii myös tutkijan oman näkökulman ja tutkimuksen tietoperustan, käsitteiden ja teoreettisen viitekehyksen, huolellista määrittelyä sillä ilman teoreettista viitekehystä tutkimuksen tulokset eivät ole perusteltavissa. Määrällisen aineiston avulla voidaan kuvata akuutin sosiaalityön sisältöä ja tehtäväkenttää. Tiedon kerääminen perustuu sosiaalityöntekijöiden käytännön asiantuntijatietoon. Reflektiivisen arvioinnin päätavoitteena on käytännöstä nousevan, osin hiljaisen tiedon ”ulkoistaminen” havaittavaksi tutkimustiedon ja kontekstin kuvaamisen avulla (Ks. Yliruka 2000, 35).

#### 3.1 Teoreettinen tausta ja metodologia

##### 3.1.1 Pragmatismi tieteenteoreettisena lähtökohtana

*Pragmatismia* on filosofisena suuntauksena hankala tiivistää sillä pragmatismien suuntauksia on useita (Kilpinen, Kivinen & Pihlström 2008, 7). Pragmatistisessa ajattelussa tiedon totuusarvo riippuu sen käyttökelpoisuudesta, eikä koskaan voida saavuttaa täyttä ”realistista” totuutta. Käyttökelpoisuudella ymmärretään sitä, kuinka onnistuneesti käsityksiä voidaan jakaa eli tietoa yhteisesti ymmärtää, ja mitä ymmärryksen kautta saadaan aikaan. Toisaalta kaikki tieto ja *oppiminen* syntyvät käytännön kautta, eikä tietoa ja taitoa (toimintaa) voida täysin erottaa toisistaan (Pihlström, ei päiväystä; Morgan 2007, 65–67.) Sekä sosiaalityön käytäntötutkimuksen että niin

---

<sup>5</sup> Somaattisella tarkoitetaan, henkisen tai sielullisen vastakohtana, ruumiillista tai elimellistä (MOT Lääketiede 2.0., 2009).

kutsutun *monimenetelmällisyyden* voidaan sanoa, ainakin osan tutkijoiden mielestä, nojaavan pragmatismiin (Saurama & Julkunen 2009, 296–300; Johnson, Onwuegbuzie & Turner 2007, 125–126; Greene 2008, 8-9).

Pragmatistisessa ajattelussa tutkimus voidaan nähdä kontrolloituna tiedonhankintana, jonka päämääränä on joko kehittää toimintaa tai etsiä ja kumota toiminnan perusteluja. Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa tai tulkintoja ilmiöistä, joita emme vielä ymmärrä ja mahdollistaa toiminnan muuttaminen. Tutkimus ei kuitenkaan synny ilman kokemustietoa tutkittavista ilmiöistä. (Kivinen & Ristelä 2001, 251–257.) Tämäkin tutkimus voidaan nähdä tulkinnan tuottamisena ilmiöstä. Sen arvo ja merkitys riippuvat lopulta tulkinnan vastaanottajista ja synnytetyn tiedon käyttäjistä.

Pragmatistisessa ajattelussa uusi tieto voi syntyä abduktiivisen päättelyn kautta. Abduktiivisessa päättelyssä etsitään ilmiöille selittäviä hypoteeseja. Sami Paavola ja Kai Hakkarainen (2008) kuvaavatkin abduktiivista päättelyä eräänlaiseksi salapoliisityöksi tai sellaiseksi havaintojen tekemiseksi, joka jo itsessään sisältää tulkintaa. Toisaalta abduktiivisuuden heikko puoli on, että sen avulla voidaan esittää vain mahdollisia selitysmalleja. Pragmatistisessa ajattelussa tiedon totuusarvo syntyy käytännön kautta – uskomuksen totuusarvoa voidaan testata kokemuksen kautta. Hyödyntämällä sekä induktion että deduktion keinoja voidaan ”löydetyille” hypoteeseille saada vahvistusta. Hiljaisen tiedon näkyväksi tekemisessä on ymmärryksen mukaan myös kyse tästä havaintojen tulkinnasta. Vahvistusta löydetylle tiedolle voidaan hakea pohtimalla, mitä seurauksia havainnoilla on. Lopuksi tietoa ja sen merkitystä voidaan arvioida laajemmassa kontekstissa. Tiedon tulee olla sellaista, että sitä voidaan hyödyntää käytäntöä kehitettäessä. (Paavola & Hakkarainen 2008, 163–167; Pihlström 2008, 32.) Tällöin hiljainen tieto voi nousta ”parhaaksi mahdolliseksi tiedoksi” (Haverinen 2005, 100–101).

### **3.1.2 Sosiaalityön tutkimusperinne: käytäntötutkimus**

Sosiaalityön käytäntötutkimuksella (*practice research*) tarkoitetaan soveltavaa tutkimusta, joka liittyy sosiaalialan käytäntöihin. Käytäntötutkimuksen käsite ei ole yksiselitteinen, ja termin käytäntötutkimus rinnalla onkin käytetty myös termejä käytäntölähtöinen tutkimus sekä käytännöntyöntekijätutkimus. Käytäntötutkimus pyrkii luomaan yhteyttä käytäntöjen ja teorian välille ja samalla käsitteellistämään käytännön työtä. Ajatuksena on tehdä arjen työssä olemassa olevaa niin sanottua hiljaista tietoa näkyväksi. Tiedon tuottajina kaikki ovat tasa-arvoisia



asemastaan huolimatta ja tavoitteena onkin, että tutkimusprosessi on hyvin interaktiivinen. (Saurama & Julkunen 2009, 294; Satka, Karvinen-Niinikoski & Nylund 2005, 10–12.)

Eräs tärkeä käytäntötutkimuksen piirre liittyy marginaalisuuteen: tavoitteena on tuoda niiden ryhmien ja ihmisten ääni kuuluviin, joiden kokemukset jäisivät muutoin piiloon (Satka ym. 2005, 10–12). Myös tässä tutkimuksessa pyritään vastaamaan tähän tarpeeseen selvittämällä, keitä terveydenhuollon akuuttisosaalityö palvelee. Toisaalta tutkimuskohteena eivät ole asiakkaiden kokemukset, eikä asiakkaita tässä tutkimuksessa kyetä osallistamaan tutkimuksen tekoon, joten tässä mielessä tutkimus ei täytä kaikkia valtaistavan käytäntötutkimuksen piirteitä. Enemmänkin on kyse käytännön määrittämisestä. Toisaalta itse käytäntötutkimuksen määritelmäkin on edelleen muotoutumisvaiheessa. (Saurama & Julkunen 2009, 292–295.)

Eräs käytäntötutkimuksen kriteeri liittyy tutkijan ja käytännön suhteeseen. Tiukimpien määritelmien mukaan tutkijan olisi itsensä työskenneltävä käytännön työssä. (Saurama & Julkunen 2009, 294; Shaw 1999, 43–44.) Aloitin tutkimuksen rakentamisen tietäen vain hyvin vähän terveystieteiden arjesta. Samaan aikaan tutkimuksen edetessä olen päässyt työskentelemään erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijänä, mikä luultavasti lisää ymmärtämystäni tutkittavasta kohteesta, akuuttisosaalityöstä. Toisaalta se, etten työskentele juuri TAYS:n sosiaalityöntekijänä, luo tutkimuksen kohteeseen etäisyyttä. Ei voida sanoa, että minulla olisi ollut niin sanottua esitietoa aiheesta, mutta oma kokemustietoni on kasvanut tutkimuksen edetessä sekä tutkimuksen että käytännön kautta.

Tutkimuksen kohteen ja terveystieteiden kannalta käytäntötutkimuksen hengessä toteutettu käytännöstä nousevan tiedon määrittäminen lisää toivottavasti työntekijöiden itseymmärrystä omasta työstään. Käsitteellistämisen, työn kuvaamisen ja kontekstiinsa kiinnittämisen avulla voidaan työtä myös kehittää eteenpäin. Rakenteita tarkastelemalla kehittäminen voidaan myös nostaa paikallista yleisemmälle tasolle.

### **3.1.3 Monen menetelmän soveltamisesta yhdessä tutkimuksessa**

Monimenetelmällisyydellä (eng. *mixed method research, multi method research*) voidaan tarkoittaa tutkimusasetelmaa, metodia tai kokonaista metodologiaa (Creswell & Plano Clark 2007, 4-6; Tashakkori & Teddlie 2009, 7). Monimenetelmällisyydellä voidaan tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa yhdistellään useampaa tutkimusmenetelmää tai useampaa aineistoa tai yhdistellään

sekä eri aineistoja että menetelmiä. Yhdistelemällä ja *triangulaatiolla*<sup>6</sup> voidaan ajatella saavutettavan laajempaa tai perusteellisempaa tietoa tutkimuskohteesta. Kahta eri menetelmää voidaan käyttää samaan aineistoon yhtäaikaan tai peräkkäin. Myös aineistoja voidaan yhdistää, joko niin, että (1) toinen aineisto on ”pääroolissa” ja toinen tukee pääaineistoa, tai niin, että (2) toinen aineisto rakentuu toisesta saatujen tulosten ”päälle” eli aineistot yhdistetään, tai niin, että (3) kahta aineistoa käsitellään yhdessä, sulautettuina. (Creswell & Plano Clark 2007, 4-10.)

Monimenetelmällisyyttä on sovellettu paljonkin sosiaalityöissä ja esimerkiksi kasvatus- ja hoitotieteissä. Sosiaalityön saralla termillä monimenetelmällisyys en ole alustavien hakujen perusteella löytänyt vielä yhtään viittausta tutkimusmetodiin. Terminä ja suomennoksena monimenetelmällisyys on kuitenkin vielä nuori, eikä kahden menetelmän tai aineiston hyödyntämistä ole välttämättä kutsuttu monimenetelmällisyydeksi.<sup>7</sup> (Creswell & Plano Clark 2007, 5-6; Mamia 23.9.2010.) Haaste ei olekaan vain useamman menetelmän soveltaminen, vaan myös niiden luonteva yhdistäminen sosiaalityön käsitteisiin ja tietoperustaan (Mäntysaari, Pohjola & Pösö 2009, 8-12).

Morsen (2003) mukaan olennaista monimenetelmällisyydessä on osata kuvata tutkimusasetelmassa menetelmien suhde ja se, testetaanko jotakin hypoteesia (deduktiivisuus), vai halutaanko etsiä yleisiä perusteita mahdollisille väitteille (induktiivisuus). Tässä Morse ei kuitenkaan mainitse mitään abduktiivisesta päättelystä. (Morse 2003, 196–200.) Omassa tutkimuksessani ei ole kyse niinkään hypoteesien testauksesta vaan enemmänkin todennäköisimpien (ja käytännöllisimpien) selitysten etsimisestä. Menetelmät olen pyrkinyt valitsemaan aineistojen analysointia parhaalla mahdollisella tavalla palveleviksi. Molemmat tutkimusosiot ovat tutkimuksen kannalta yhtä tärkeitä, joskin eli määrällinen tieto oli laadullista tietoa kerättyä jo olemassa.

Monimenetelmällisyydestä on hyötyä erityisesti tilanteessa, jossa tutkimuskohde tai -näkökulma on uusi. Tutkimuskysymykset voivat olla joko erilliset eri aineistoille ja menetelmille, tai voidaan pitäytyä yhdessä tutkimuskysymyksessä. (Tashakkori & Teddlie 2009, 126–134.) Mielestäni kahden menetelmän avulla kerättyjen aineistojen analysointi sekä päätelmien tekeminen jo ”matkan varrella” rikastaa lopullista analyysia ja johtopäätösten tekoa. Näin voidaan toivottavasti myös

---

<sup>6</sup> Triangulaatio arkoittaa erilaisten aineistojen, tutkijoiden, teorioiden, tutkimusmenetelmien, analyysien tai tieteenalojen yhdistämistä samassa tutkimuksessa (Yleinen suomalainen asiasanasto 19.11.2009; Eskola & Suoranta 1998, 69-71).

<sup>7</sup> John Creswell ja Vicki L. Plano Clark ovat monimenetelmällisyyden taustaa tutkiessaan nostaneet esiin esimerkiksi seuraavat termit, joilla heidän mukaansa on tarkoitettu monimenetelmällisyyttä: moniominaisuksinen (multitrait) tutkimus, integroitu tai yhdistetty (integrated, combined) tutkimus tai aineiston käyttö, määrälliset ja laadulliset menetelmät, hybriditutkimus sekä metodologinen triangulaatio. (Creswell & Plano Clark 2007, 5-6.)

paremmin hyödyntää tutkimuksen tuloksia käytännön työssä. Kolmanneksi, vaikka kahden aineiston kerääminen on työläämpää, voidaan sen ajatella olevan myös tutkimusekonomian kannalta kannattavampaa – päätelmiä voidaan kenties tehdä nopeammin pidemmälle kuin yhden aineiston turvin.

Useamman menetelmän soveltamisessa ei välttämättä jouduta tieteenteoreettisten lähtökohtien väistämättömään ristiriitaan. Monen menetelmän soveltamisessa kyse on käytännöllisyydestä, ja useat tutkijat keskittyvät enemmänkin menetelmien ja aineistojen yhdistämiseen, kuin tieteenteoreettisten viitekehysten pohtimiseen (Esim. Creswell & Plano Clark 2009; Ks. myös Eskola & Suoranta 1998, 72). Tässä tutkimuksessa pragmatistinen lähestymistapa nivoutuu sekä sosiaalityön tutkimusperinteeseen että useamman menetelmän soveltamiseen yhdessä tutkimuksessa. Tutkimus on sosiaalityön käytäntötutkimusta, käsitteenmäärittelyä käytännöstä nousevan tiedon avulla. Tutkimus toteutetaan monimenetelmällisesti kahden aineiston ja kahden analyysin turvin ja johtopäätökset perustuvat kummankin analyysin vuoropuhelulle.

### **3.2 Tutkimuksen tavoitteet, tutkimuskysymykset ja menetelmät**

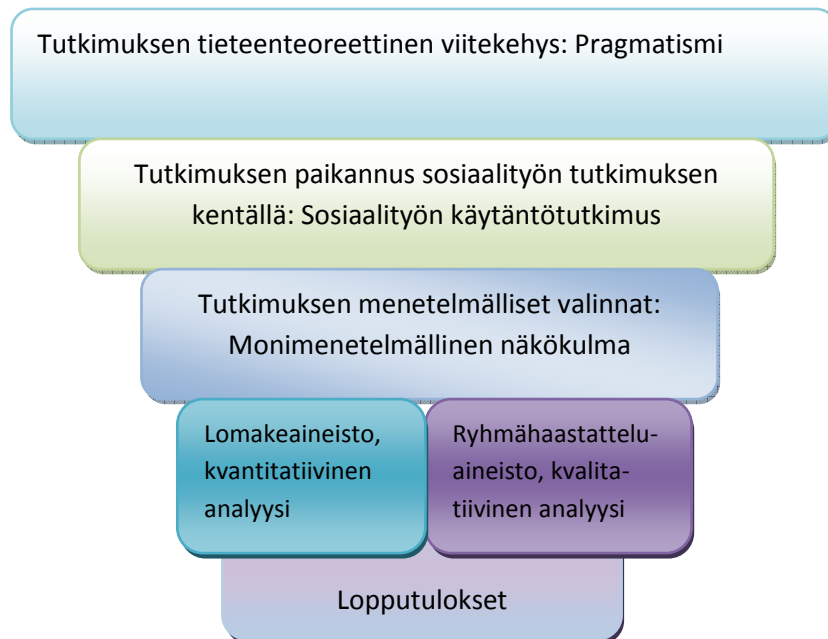
Tutkimuksessa erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityön käsitettä eli tutkimuksen kohdetta tarkastellaan määrällisen asiakkuusaineiston ja laadullisen haastatteluaineiston avulla. Tutkimuksen tavoitteena on toisaalta kuvata akuutin sosiaalityön sisältöä ja tehtäviä ja toisaalta määrittää akuutin sosiaalityön merkitystä sekä haasteita ja onnistumisia ammatillisina kokemuksina. Tavoitteena on kuvata akuuttia työtä ammatillisesta näkökulmasta huomioiden akuutin sosiaalityön kontekstin asiakas-, organisaatio ja palvelujärjestelmätasolla.

Tutkimuskysymyksiä kaksiosaisessa työssä on yksi:

*Mitä on erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityö?*

Tutkimuskysymykseen vastataan sekä sisällöllisesti ja konkreettisesti määrällisen lomakeaineiston avulla että sisältöä tulkiten laadullisen reflektiivisen vertaishaastattelun avulla. Yhden kysymyksen, kahden aineiston ja kahden analyysin avulla kuvataan tutkittavaa kohdetta ja tulkitaan sitä

kontekstissaan. Näkökulma on molemmissa osioissa sosiaalityöntekijöiden, mutta menetelmällisesti ne poikkeavat toisistaan. Tutkimusasetelmaa voidaan kuvata seuraavan kuvion avulla:



**Kuvio 2 Tutkimusasetelma ja sen paikannus.**

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa sosiaalityöntekijät täyttivät lomaketta akuuttisosiaalityön *asiakasprosessista* eli tietoja asiakkuuden alkamisesta, asiakkaan taustoista ja siitä, mitä asiakkaan kanssa on tehty. Sosiaalityöntekijät valitsivat ne asiakkaat, joiden kanssa tehtävän työn he mielsivät akuutiksi ja kirjasivat näistä tilanteista tiedot sähköiselle lomakkeelle kunkin asiakastapauksen jälkeen. Itse lomake koottiin yhdessä TAYS:n sosiaalityöntekijöiden kanssa kuvaamaan akuutin sosiaalityön sisältöä. Koska lomake muotoiltiin mahdollisimman suljetuksi jo lomakkeen täyttämisen helpottamiseksi, on akuutin sosiaalityön sisällön epäsuora määritelmä kirjattu jo itse lomakkeeseen. Voidaan siis sanoa, että akuuttia sosiaalityötä tekevillä sosiaalityöntekijöillä on tietoa eli eräänlainen hypoteesi siitä, millaista akuuttisosiaalityö on jo ennen aineiston keräämisen aloittamista. Tietojen kerääminen oli sekä havaintojen tekemistä ja niistä päätelmien tekemistä että myös niiden testausta.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa TAYS:n akuuttia sosiaalityötä tekevät sosiaalityöntekijät saivat itse tarkentaa akuuttisosiaalityön sisältöä ja työn hyviä ja huonoja puolia. Ryhmähaastatteluna toteutetun reflektiivisen vertaisarvioinnin kautta sosiaalityöntekijät kuvasivat akuuttisosiaalityön asemaa ja siihen kohdistettuja odotuksia ja oletuksia. Lisäksi työntekijöillä oli mahdollisuus

kommentoida kerätyn lomakeaineiston tuloksia. Haastattelun avulla voitiin sekä arvioida akuuttia työtä että testata lomakeaineistosta tehtyjen päätelmien ja muiden tutkimusten johtopäätösten toimivuutta. Tutkimuksen lopuksi arvioitiin sitä, mitä merkitystä syntyneellä tiedolla on, ja kuinka sitä voitaisiin hyödyntää käytännön työssä.

Tutkimusasetelmissani on kyse kahden erilaisen aineiston ja analyysin yhdistämisestä ja molempia analyyseja tarkastellaan suhteessa toisiinsa. Lisäksi ryhmähaastattelussa hyödynnettiin lomakeaineiston tuloksia, koska haastattelu tehtiin lomakeaineiston keräämisen jälkeen. On myös hyvä huomata, että määrällinen aineisto ei syntynyt ”puhtaan objektiivisesti”, sillä otanta perustui sosiaalityöntekijän asiantuntemukseen ja intuitioon perustuvaan käsitykseen akuuttiudesta ja kiireellisyydestä. Tässä suhteessa analyysien lähtökohdat ovat siis samankaltaiset. Määrällistä aineistoa analysoitiin myös laadullisesti, ja aineistosta voitiin nostaa esiin myös poikkeuksia. Toisaalta haastattelun teemoittelu vaatii toiston, yleisyyksien etsimistä. Lisäksi molemmat aineistot perustuvat sosiaalityön kokemukseen akuutista työstä. Myös tutkielman tekijän omalla työkokemuksella erikoissairaanhoidon sosiaalityössä on merkitystä aineistojen analysoinnissa.

Lopullisessa analysointivaiheessa voitiin vielä tarvittaessa palata kumpaankin aineistoon ja niistä tehtyihin päätelmiin, ja arvioida niiden keskinäistä suhdetta. Loppuanalyysissa tarkastellaan akuuttia sosiaalityötä niin sosiaalityön sisällön, sairaalaorganisaation, palveluketjujen sekä lopulta yhteiskunnallisen merkityksen tasolla. Seuraavissa alaluvuissa on kuvattu tarkemmin kahdessa tutkimusosiossa käytetyt menetelmät, tiedon analysointitavat ja tutkimusosioiden kulku. Seuraavaan taulukkoon 1 on vielä tiivistetty tutkimuskysymys, käytetty menetelmä ja tutkimusosion tavoite.

## Taulukko 1 Tutkimuskysymys ja siihen vastaaminen

Tutkimuskysymys	Menetelmä	Tavoite
<i>Mitä on erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö?</i>	Määrällisen aineiston kerääminen kyselylomakkeella, määrällisen aineiston analysointi tilastollisin menetelmin	Saada kuva akuutin sosiaalityön sisällöstä ja asiakasprosessista
<i>Mitä on erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö?</i>	Reflektiivinen haastattelu ja haastattelun analysointi teemoittelemalla	Saada kuva akuutin sosiaalityön prosessista, kehittämiskohdista ja onnistumisista
	Kahden aineiston yhteenveto ja päätelmät	Kuvata akuuttia sosiaalityötä sisällöllisesti, määrittää työn kannalta merkittävät seikat yksilötyön, organisaation, palvelujärjestelmän sekä yhteiskunnan tasolla

### 3.2.1 Akuutin sosiaalityön asiakkuus ja työn sisältö

Tutkimuksen ensimmäinen vaihe koostuu siis määrällisestä, kysymyslomakkeeseen perustuvasta tiedosta. Määrällistä lomaketta työstettiin alkukahmotelman perusteella yhdessä TAYS:n sosiaalityöntekijöiden kanssa.<sup>8</sup> Lisäksi lomakkeen kokoamisessa hyödynnettiin terveystieteiden sosiaalityön luokitusta, sekä TAYS:n aikuispsykiatrian asiakkaista koottua lomaketta (Terveystieteiden sosiaalityön nimikkeistö 2007). Lomaketta ja sen täyttämistä esiteltiin tutkimukseen osallistuville työntekijöille joulukuussa 2009 ja sitä sai myös kommentoida, halutessaan myös nimettömänä.

Akuutin sosiaalityön asiakkuuslomake (liite 1) kuvaa asiakasprosessia sosiaalityön näkökulmasta melko yksityiskohtaisesti. Tutkimusvaiheen tavoitteena oli kuvata mahdollisimman tarkasti, mutta samalla myös yleistettävissä olevalla laajuudella, akuutin sosiaalityön sisältöä. Asiakasprosessin sisällön kuvaamisen lisäksi työntekijä saattoi arvioida lomakkeella huoltaan asiakkaan tilanteesta. Operationalisoin asiakkuuteen liittyvän sosiaalityöntekijän huolen asiakkaan kokonaistilanteeseen, asumiseen, toimeentuloon, tukiverkoston, toimintakykyyn, palvelujärjestelmän riittämättömyyteen ja muuhun huoleen, jonka sosiaalityöntekijä halutessaan määritteli itse. Huolta mitattiin järjestysasteikolla ja työntekijä saattoi jättää huolen myös arvioimatta.

<sup>8</sup> Lomaketta työstettiin sosiaalityöntekijä Paula Loukon, Anne Vainion sekä johtavan sosiaalityöntekijän Anni Vanhalan kanssa. Tämän jälkeen lomake lähetettiin kaikkien TAYS:n sosiaalityöntekijöiden kommentoitavaksi. Lomaketta saattoi kommentoida myös nimettömänä. Korjausehdotuksia lomakkeeseen tuli hyvin vähän.

Käsitettä huoli ei ole lomakkeella avattu tarkemmin, koska halusin luottaa ammattilaisen kokemustietoon huolen tunteen syntymisessä. Se, millaisen tulkinnan, merkityksen, sisällön ja tiedon sosiaalityöntekijät antavat akuuttiudelle, akuutille asiakkuudelle ja huolelle, määrittävät tutkimuksen myötä, mutta on hyväksyttävä, että ne voivat myös muuttaa muotoaan (Heiskala 2000, 110–113). Toisaalta käsitteiden avoimuus on myös käytännöllinen valinta, sillä tutkimuksen resurssit olivat rajalliset ja pääpaino oli työn sisällön kuvaamisessa. Kenties näin voidaan, ainakin kontekstisidonnaisesti, kuvata huolta, joka on ominainen akuuttisosiaalityölle.

Huolipuheen vastapainoksi sosiaalityöntekijät saivat halutessaan arvioida myös asiakkaiden saamien palvelujen ja haettujen etuuskien riittävyttä ja sopivuutta. Kuten huoli, on riittävyden ja sopivuuden kokemus myös subjektiivinen. Riittävyys ja sopivuus yhdistetään käsitteenä kenties enemmänkin arviointi- ja vaikuttavuustutkimukseen, toisin kuin huolipuhe. Riittävyden ja sopivuuden avulla voidaan arvioida kuitenkin sitä, miten akuutilla sosiaalityöllä kyetään vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja missä olosuhteissa akuuttisosiaalityötä tehdään.

Lomake (ks. liite 1) on rakennettu asiakastyön kaaren mukaan. Aluksi määriteltiin, miksi asiakas on nimenomaan akuuttisosiaalityön asiakas, toisin sanoen, miksi tilanteessa piti toimia kiireellisesti. Lisäksi määriteltiin taho, joka sosiaalityöntekijään oli ottanut yhteyttä. Asiakkaan taustatiedoista kerättiin tietoja sairaalaan joutumisen syistä, sairaalassa olon kestosta, iästä, sukupuolesta, kotitalouden ja perheen muodosta sekä kotikunnasta. Tilannearvio-osuudessa täytettiin tietoja asumisesta, toimeentulosta ja asiakkaan verkostoista, mikäli seikat tulivat ilmi asiakastapaamisessa. Osuuden jälkeen sosiaalityöntekijät arvioivat sitä, kuinka huolestuttavaksi he asiakkaan tilanteen kokivat. Asteikko vaihteli Likert-asteikkoa mukaillen välillä 1-5, missä arvo 1 tarkoitti ”ei lainkaan huolestuttava” ja arvo 5 ”erittäin huolestuttava”. Jos työntekijä ei osannut mielestään arvioida huolta, valitsi hän vaihtoehdon 0 ”en osaa sanoa”.

Sosiaalityön interventio-osuudessa määriteltiin se, kenen kanssa sosiaalityöntekijä asiakkaan asioita pääasiassa on hoitanut, ja mitä toimeentuloon liittyviä selvittelyjä ja vireillepanoja tehtiin. Lisäksi, koska työ sisältää paljon ”sekalaista” selvittelyä, määriteltiin vielä tarvetta palveluihin ja asumiseen tai yleisluontoiseen selvittelyyn. Lopuksi määriteltiin, mitä työmuotoja asiakkaan kanssa oli toteutettu, ja oliko häntä tarkoitus tavata vielä uudelleen. Tämän jälkeen sosiaalityöntekijät arvioivat omasta näkökulmastaan, kuinka hyvin palvelut ja etuudet asiakkaalle sopivat ja riittävät. Tässä arviointiasteikko oli myös välillä 1-5.

Aineiston keruu toteutettiin Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa neljällä eri toimialueella.<sup>9</sup> Asiakkuusaineistoa keräsi yhteensä kahdeksan sosiaalityöntekijää, ja aineistoa kerättiin kuuden viikon ajan kevättalvella 2010. Niiden potilaiden, joiden kohdalla tietoa kerättiin, ryhmä rajattiin aikuispotilaisiin, joilla on pääasiassa niin sanottuja somaattisia oireita. Tämä tarkoittaa, että TAYS:n lapsiasiakkaat ja päädiagnoosiltaan psykiatrisiksi luokitellut potilaat, jotka tarvitsevat sosiaalityön palveluja, on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle. Akuuttisosiaalityön sisältö voi muodostua sisällöltään toisenlaiseksi työskenneltäessä esimerkiksi lapsiperheiden kanssa. Tutkimukseen ei kuitenkaan ollut mahdollista ottaa mukaan koko sosiaalityön asiakaskuntaa sekä TAYS:n sosiaalityön organisoimista että tutkimuksen toteuttamiskelpoisuuden vuoksi.

Aineistoa kertyi yhteensä 79 asiakkaasta, eli keskimäärin asiakkuustietoja tallennettiin noin 16 asiakkaasta viikossa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa riittävä datan määrä lasketaan suhteessa perusjoukkoon. Koska perusjoukon määrä ei ollut ennakolta tiedossa, on tulosten yleistettävyyden suhteen oltava varovaisia. Toisaalta voidaan sanoa, että näyte kuvaa todennäköisesti melko hyvin ainakin TAYS:n akuuttisosiaalityön asiakkuutta, eli näkökulmaa, joka on tämän tutkimuksen kannalta olennaisin. Tarkkuus toki parani, jos aineistoa kerättäisiin systemaattisesti useampana ajanjaksona, mutta se ei ollut tämän tutkimuksen puitteissa mahdollista. Toinen tapa on määrittää otoskoko suhteessa aikaan. Tässä mielessä 6 viikon aineistonkeruujakso on yhtä vuotta kohden ajateltuna kohtuullisen pitkä.

Analysoin aineistoa kahden tilasto-ohjelman turvin.<sup>10</sup> Poimin aineistosta sekä yleisyyksiä että hain poikkeavuuksia, esimerkiksi tilanteita, joissa etuuksia on pantu vireille selkeästi enemmän kuin keskimäärin. Lisäksi tarkastelin korrelaatioita eri muuttujien välillä. Koska osassa kysymyksistä vastausvaihtoehtojen määrää ei rajoitettu jotta aineiston vivahteita ei kadotettaisi, muodostin näistä muuttujista summamuuttujia sen mukaan, kuinka paljon eri asiat toistuivat. Niiden kysymysten kohdalla, joista summamuuttujien muodostaminen ei ollut loogista (esimerkkinä asuminen), tarkastelin prosentiosuuksia vaihtoehto kerrallaan. Ristiintaulukoin kaikki relevantit muuttujat kartoittaakseni yleiskuvan ja löytääkseni mahdollisia poikkeavuuksia. Tuloksissa on raportoitu korrelaatioista vain niiden muuttujien välillä, joiden kohdalla epälineaarinen korrelaatio eli Spearmanin korrelaatiokerroin oli tilastollisesti merkitsevä tasolla 0,05 tai alle. Koska aineisto oli melko pieni, ei tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä eri muuttujien välillä juurikaan syntynyt.

---

<sup>9</sup> Tarkemmin keuhko- ja iho- ja allergiasairauksien, sisätautiin, kirurgian, gastroenterologian, syövänhoidon, neuroalojen ja kuntoutuksen, silmä-, korva- ja suusairauksien, TULES- ja ensiavun (Acuta) vastuualueilla.

<sup>10</sup> Käytössäni oli sekä PASW Statistics 18.0.0. (ent. SPSS-ohjelma) ja Microsoft Office Excel 2007.



### 3.2.2 *Akuutin sosiaalityön reflektiivinen arviointi*

Tutkimuksen toisen osion tavoitteena on tuottaa laadullisen tutkimuksen keinoin tietoa siitä, miten sosiaalityöntekijät määrittävät akuuttisosiaalityötä käytännössä tekemänsä työn kautta. Hyvin löyhästi strukturoidun ryhmähaastattelun avulla kuvataan akuuttisosiaalityön sisältöä sosiaalityöntekijöiden omin sanoin ja arvioidaan sen merkitystä eri näkökulmista. Akuuttia sosiaalityötä tekevät sosiaalityöntekijät saattoivat näin *reflektiivisen*<sup>11</sup> *vertaisarvioinnin* avulla tuoda esiin mahdollisesti piilossa olevia akuuttisosiaalityöhön liittyviä käytäntöjä ja toimintasääntöjä. (Shaw 1999, 28–30.)

Reflektiivisen vertaisarvioinnin tarkoitus ei ole arvioida työn onnistuneisuutta sinänsä, vaan tuoda esiin työkäytäntöjä ja jakaa kokemuksia. Kokemuksia jakamalla käytäntöjä voidaan myös kehittää eteenpäin. Luottamuksellisuus on tärkeä osa vertaisarviointia ja kokemustiedon keräämistä yleensäkin. (Shaw 1999, 29–30.) Sama periaate pätee myös haastattelututkimuksen toteuttamiseen. Anna-Leena Välimäen kehittämässä *vertaishaastattelussa* vertaisarviointia on toteutettu kahden vertaisen ammattilaisen välisenä melko vapaamuotoisena teemahaastatteluna. Haastattelussa ei välttämättä ole tarvittu lainkaan haastattelijaa, vaan keskustelijat ovat saaneet tutkimuksen toteuttajalta valmiin aiheen sekä nauhurin haastattelun nauhoittamista varten. Ulkopuolinen tutkija on koonnut keskustelun pääasiat yhteen, ja vertaishaastatteluun osallistuneet ovat keskustelleen pääasioista vielä uudelleen. (Välimäki & Järvi 2005, 17–18.) Tässä mielessä vertaishaastattelu- ja arviointi muistuttavat struktuuriltaan teemahaastattelua (Eskola & Suoranta 1998, 86–88).

Tutkimuksessani toteuttamani reflektiivinen arviointi toteutettiin ryhmäkeskusteluna siten, että kaikki osallistujat saivat arvioida toisten esiin tuomia näkemyksiä ja erityisesti työn onnistumisia ja varjopuolia. Valinta oli tutkimusekonominen, mutta pyrkimyksenä oli myös testata vertaisarviointia ryhmätilanteessa eli laajentaa sitä kahden työntekijän välisestä keskustelusta ryhmäkeskusteluksi. Keskustelun kautta on mahdollista löytää nopeammin uusia näkökulmia, joskin näkökulmien kerääminen yhteen jo haastattelun aikana vaatii haastattelijalta taitoa analysoida kuulemaansa melko nopeasti (Eskola & Suoranta 1998, 96–99). Akuutin sosiaalityön sisältöä ja sen hyviä ja huonoja puolia reflektoitiin yhdessä. Haastattelun avulla pyrittiin löytämään myös niitä mekanismeja, jotka synnyttävät onnistunutta akuuttia työtä, sekä niitä kehittämiskohtia, joihin tulisi puuttua.

---

<sup>11</sup> Shaw (1999) puhuu arvioinnista reflektiivisenä. Laura Yliruka (2006) käyttää käsitettä refleksiivinen arviointi. Tässä arvioinnista käytetään käsitettä reflektiivinen, eli merkitysten ilmaiseminen, joskin ilmaistut asiat ovat yksilötasolla myös sisäistettyjä, koska tutkielman puitteissa ei kyetä muuttamaan itse toimintaa tai käytäntöjä. Toisaalta tutkielman tekeminen on tutkijalle itselleen refleksiivinen prosessi.

Ryhmäkeskustelua voidaan käyttää menetelmänä silloin, kun tarvitaan monitasoista, vuorovaikutukseen perustuvaa tietoa. Ryhmäkeskustelua on voitu käyttää erityisesti muutoksen välineenä tai jonkin asian konkretisoimiseksi keskustelun avulla. Ryhmässä haastattelija toimii keskustelun ohjailijana ja fasilitoijana. Ryhmäkeskustelussa voidaan tuottaa myös vastapuhetta esitetyille näkemyksille. (Valtonen 2005, 223–237.) Toisaalta, jos haastateltavat identifioituvat samaan ryhmään, esimerkiksi samaan työtiimiin, voidaan sekä löytää yksilöiden yhtäläisiä näkemyksiä ja pohtia niiden merkitystä yleisemmällä tasolla.

Haastatteluun osallistui kolme sosiaalityöntekijää TAYS:sta. Haastateltavat olivat työskennelleet sosiaalityöntekijöinä kolmesta vuodesta 15 vuoteen, terveysosiaalityön piirissä alle kolmesta vuodesta 11 vuoteen ja TAYS:ssa 1-10 vuotta. Haastateltavat olivat osallistuneet myös määrällisen aineiston keräämiseen. Hieman yli tunnin mittainen haastattelu toteutettiin lokakuussa 2010 TAYS:ssa ja sana sanalta litteroitua tekstiä syntyi 29 sivua. Kirjasin ylös myös puheessa esiintyneitä painotuksia ja esimerkiksi naurahduksia.

Haastattelun aluksi pyysin sosiaalityöntekijöitä kuvaamaan akuuttia sosiaalityötä omin sanoin ja antamaan myös käytännön esimerkkejä. Haastateltavat saivat myös kuvata sitä, mistä onnistunut työ koostuu, ja miten onnistumista voi arvioida. Vastapainoksi he saivat myös kuvata tilannetta, jossa työ ei onnistu. Pyysin haastateltavia myös arvioimaan onnistumista asiakkaan, organisaation ja yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Reflektiivisessä arvioinnissa tärkeä kysymys onkin: ”Mistä tiesit, että...”. Kaikkia kysymyksiä ei tarvinnut esittää suoraan sillä osa näkökulmista tuli esiin keskustelun yhteydessä itsestään. Pyysin työntekijöitä arvioimaan akuuttia työtä myös dokumentoinnin ja työssä jaksamisen kannalta. Laajentaakseni haastattelussa kuvattua akuutin sosiaalityön sisältöä kerroin haastateltaville lyhyesti myös akuutista työstä tehdyn kahden tutkimuksen tuloksista (Gibbons & Plath 2005; Gibbons & Plath 2009) ja pyysin heitä vertaamaan omaa työtään artikkeleissa esitettyihin näkemyksiin. Kokonaisuudessaan haastattelu oli hyvin keskustelunomainen ja eteni yhteisymmärryksessä, mikä oli sen tavoitekin.

Analysoin ryhmäkeskustelun tulokset niiden teemojen kautta, joita haastateltavat toivat esiin haastattelussa ja joihin koetin haastattelun avulla saada lisävalaistusta. Teemoittelulla tarkoitetaan esimerkiksi tutkimusongelman kannalta olennaisten tai aineistosta voimakkaasti esiin nousevien teemojen analysointia. Teemojen analysoinnin tulee olla yhteydessä tutkijan valitsemaan teoriapohjaan eikä vain pelkkä raportti haastateltavien näkemyksistä. (Eskola & Suoranta 1998,

175–182.) Omassa teema-analyysissäni nojauduin sekä tutkimuskysymykseni pohjalta hahmottelemiini haastattelun sisällöllisiin teemoihin, että luvussa kaksi esittämiini ajatuksiin erikoissairaanhoidon sosiaalityön kontekstista ja käsitteistä. Tarkoitukseni ei kuitenkaan ollut valmiiden hypoteesien testaaminen vaan abduktiivinen päättely, jossa teoria voi tukea ja ohjata tulkintaa ja avata uudenlaisia ajatuksia (Alasuutari 1993, 228–235).

Teema-analyysissä hyödynsin relevanttia tutkimuskirjallisuutta terveydenhuollon sosiaalityöstä. Väistämättä myös omasta työkokemuksestani erikoissairaanhoidon sosiaalityössä oli hyötyä analysoinnissa. Toisaalta on todettava, että näin ollen myös peilasin haastateltavien vastauksia omiin kokemuksiini sosiaalityöntekijänä. Käytössäni olivat myös keväällä 2010 tekemäni sosiaalityöntekijöiden ryhmähaastattelun muistiinpanot.<sup>12</sup> Muistiinpanojen avulla haastattelusta tuli enemmän itsenäinen aineistonsa eikä se nojannut kovin paljon määrällisen aineiston johtopäätöksiin niin kuin alun perin olin suunnitellut. Teema-analyysin tavoitteena oli löytää niitä määrityksiä, joita sosiaalityöntekijät antavat akuutille työlle sekä työstä ammatillisena toimintana itsessään että vuorovaikutusprosessina muiden tahojen kanssa. Analyysissä oli mahdollista verrata omia tuloksiani kirjallisuudessa esitettyihin ja hakea yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (Rubin & Rubin 2005, 230–240).

Reflektiivinen arviointi pohjaa ajatukseen erilaisten tietojen tasa-arvoisuudesta. Kun asiantuntijuutta avataan, mahdollistaa se keskustelun myös profession ulkopuolelle. Toisaalta on katsottu, että avautuminen voi myös kyseenalaistaa profession ja profession tiedon arvon. Moniammatillisessa työyhteisössä kykeneminen reflektiivisyyteen on kuitenkin välttämätöntä työn toimivuuden kannalta. Reflektiivisyys mahdollistaa myös asiantuntijuuden jakamisen ja asiantuntijoiden verkottumisen. Asiantuntijoita voivat olla kaikki tiedon tuottamiseen ja jakamiseen osallistuvat. Muutoksessa elävässä erikoissairaanhoidossa tiedon jakaminen ja työn kehittäminen on erityisen tärkeää. (Yliruka 2006, 8-10.) Reflektiivisen arvioinnin avulla voidaan toivottavasti lähestyä refleksiivisyyttä eli arvioidun tiedon avulla voidaan muuttaa toimintaa tai käytäntöjä. Tutkimuksen refleksiivisyyden arviointi jää kuitenkin lukijalle ja tiedon käyttäjälle itselleen.

---

<sup>12</sup> Toteutin puolistrukturoidun ryhmähaastattelun TAYS:n sosiaalityöntekijöille toukokuussa 2010. Haastattelunauha kuitenkin tuhoutui tallennusvaiheessa, joten haastattelusta jäivät jäljelle vain kirjalliset muistiinpanot. Syksyllä 2010 päätin toteuttaa haastattelun uudestaan hieman toisella tavalla.

### 3.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Reliabiliteetilla voidaan arvioida tulosten täsmällisyyttä, pysyvyyttä ja johdonmukaisuutta, ja validiteetilla tutkimuksen pätevyyttä. Olennaista tutkimuksen luotettavuuden kannalta on käyttää tutkimukseen ja tutkimuskysymysten selvittämiseen hyvin soveltuvia menetelmiä. Tutkimuksessani on hyödynnetty kahta menetelmää ja aineistoa, minkä voidaan ajatella parantavan tutkimuksen luotettavuutta ja erityisesti sisäistä validiteettia. Toisaalta kahden menetelmän soveltamisen päätarkoitus ei ollut pelkkä tutkimuksen validiteetin kasvattaminen. Kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimustulosten validiteettia voidaan kuitenkin arvioida samalla tavalla. (Tschudi 1989, 119–120, 130.) Tutkimuksessa on pyritty käyttämään selkeästi kuvattuja ja hyväksi havaittuja menetelmiä. Lisäksi tutkimuksen kontekstisidonnaisuus ja yleistämisen rajallisuus on pyritty tuomaan esiin. Tutkimuksen vaiheet ja toteutus on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti reliabiliteetin kasvattamiseksi. Tutkimuksessa käytetyt keskeiset käsitteet on pyritty määrittelemään palvelemaan tutkimusongelman ratkaisemista (Kakkuri-Knuutila 2007, 345-347).

Koska määrällisen aineiston aineistonkeruulomake ei perustunut mihinkään standardoituun kyselymuotoon vaan on voimakkaasti TAYS:n sosiaalityön itsensä tuottama, voidaan arvioida myös kyselyn luotettavuutta. Toisaalta, jos luotamme ammattilaisen käsitykseen oman työnsä sisällöstä ja kokemustiedon merkityksellisyyteen, voidaan lomakkeen arvella antavan kysymystensä rajoissa olennaista tietoa asiakkuudesta. Koska sosiaalityöntekijät osallistuivat lomakkeen sisällön määrittelyyn ja lomaketta sai kommentoida sekä suunnittelu- että aineistonkeruuvaiheessa myös nimettömänä, voidaan olettaa, ettei lomake sisältänyt sosiaalityön itsensä kannalta epäolellisuuksia, mikä heikentää myös vastauskadon mahdollisuutta.

Suurin osa lomakkeen kysymyksistä oli dikotomisia kyllä-ei –vaihtoehtoja. Vaikka tieto on sosiaalityöntekijän tietoa asiakasprosessista, voidaan tuloksia pitää melko luotettavina. Mielestäni suoraan asiakkaaseen liittyvissä kysymyksissä sosiaalityöntekijän oman mielipiteen vaikutus (esimerkiksi sukupuolen, iän tai sairaalaan joutumisen syyn kohdalla) on hyvin vähäinen, jollei olematon. Asteikko- ja arviointikysymykset kohdistuivat suoraan sosiaalityöntekijän omaan näkemykseen, eivät asiakkaaseen. Lisäksi vastausvaihtoehtoista oli useimmiten tarjolla myös ”en osaa sanoa” –vaihtoehto, jolloin tyhjien vastausten määrä vähenee. Toisaalta, koska tietoja täytettiin vain niiltä osin kuin ne tulivat ilmi normaalissa asiakastilanteessa, voi olla, että osa ”faktasta” jää näkymättömiin. Aineiston on kuitenkin tarkoitus kuvata sosiaalityön tietoa, eli sitä tietoa, mikä

asiakastyössä syntyy, jolloin tiedon poisjäänti ei ole olennaista. Toki mahdolliset näppäilyvirheet, ja se, että lomake täytettiin vasta asiakkaan tapaamisen jälkeen, jolloin unohduksen mahdollisuus luonnollisesti kasvaa, voivat vaikuttaa tietojen luotettavuuteen. Kysymysten muotoilu- ja tulkintaongelmat pyrittiin minimoimaan siten, että vastaajia pyydettiin aina ottamaan yhteyttä tutkielman tekijään tai tarkentamaan asiaa lomakkeen lopussa olevaan avovastaukseen, mikäli epäselvyyksiä esiintyi. Vastaajat saivat lomakkeen täyttämistä varten kirjalliset ohjeet (ks. liite 1) ja ohjeita tarkennettiin vielä tietojen keräämisvaiheessa.

Aineiston keruu pyrittiin ajoittamaan aikaan, jolloin mahdollisimman moni sosiaalityöntekijä voisi halutessaan osallistua tutkimukseen. Aineiston keruu haluttiin myös tehdä aikana, jolloin tavallisesta voimakkaasti poikkeavat olosuhteet eivät vaikuttaisi aineistoon.<sup>13</sup> Aineiston keruuajana toteutettiin TAYS:ssa tietojärjestelmäuudistus<sup>14</sup>, mikä on saattanut vaikuttaa vastaajien innokkuuteen ja mahdollisuuksiin kerätä tietoja. Tavoitteena oli kerätä tiedot noin sadasta asiakkuudesta. Toisaalta, koska osallistuminen aineiston keruuseen oli vapaaehtoista, ei vastauskadon voida olettaa olevan kovin suuri. Lisäksi, koska akuutin sosiaalityön asiakkaista ei aiemmin ole kerätty systemaattisesti määrällistä tietoa, syntyvän aineiston määrää oli vaikea ennakoita.

Pragmatistisesta näkökulmasta kokemustiedon totuudenmukaisuutta ei ole syytä asettaa kyseenalaiseksi, mikäli tieto toimii käytännössä. Toisaalta kokemustiedon avulla luodaan myös tulkintaa tutkittavasta kohteesta, eikä totuutta täydellisen objektiivisessä mielessä pyritäkään tavoittamaan. Jokainen kokemus on yhtä todellinen ja yhtä validi. (Kvale 1989, 75–76.) Reliabiliteetin kannalta olennaista on arvioida sitä, kuinka pysyviä tutkimustulokset ovat. Tutkimuksen huolellisen kuvaamisen avulla tutkimus on mahdollista toistaa. Lisäksi tutkijan toiveena on, että tutkimus herättää ammatillista keskustelua ja synnyttää myös lisätutkimusta. Tutkimuksen pragmatistisen lähestymistavan ja käytäntötutkimuksellisen otteen kannalta tämä on olennaista sillä tutkimuksen ja sen tulosten merkitystä voidaan arvioida sen perusteella, miten niitä voidaan käytännössä hyödyntää. Tutkimus kuvaa erikoissairaanhoidon akuuttisosiaalityötä yhden esimerkin kautta, mutta johtopäätökset on pyritty esittämään mahdollisimman yleisellä, tiedon siirrettävyyteen tähtäävällä tasolla. (Eskola & Suoranta 1998, 66–68.)

---

<sup>13</sup> Alkuperäisen suunnitelman mukaan aineiston keruu olisi voitu aloittaa jo marraskuussa 2009, mutta aloitusajankohta siirrettiin lopulta vuodenvaihteen yli.

<sup>14</sup> Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Kansallinen tutkimuskeskus) ja reseptirekisterejä ollaan yhtenäistämässä valtakunnalliseksi Kansalliseksi Terveysarkistoksi (KanTa) (KanTa 2010). Osana työtä myös erikoissairaanhoidon potilasrekisterit muuttuvat vähitellen kokonaan sähköisiksi ja kirjaamistapoja saatetaan joutua muuttamaan.

Kaikkea TAYS:ssa tehtävää tieteellistä tutkimusta varten tarvitaan organisaation tutkimuslupa. Tässä tapauksessa tutkimusluvan hyväksyivät sekä vastualuejohtajat että johtajaylilääkäri. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 10.9.2009.) Tutkimuslupa-anomukset liitteineen toimitettiin TAYS:an 25.11.2009 eikä tutkimuslupaa tarvinnut anoa erikseen TAYS:n tutkimuseettisistä lautakunnasta. TAYS:ssa sosiaalityön toiveena oli saada määrällistä tietoa asiakkuudesta, vaikkakin minulle annettiin vapaat kädet työni toteuttamiseen.

Määrällisen tiedon keräsivät ja kokosivat TAYS:n sosiaalityöntekijät asiakkaan tapaamisen jälkeen. Pohdin pitkään, onko eettisesti ongelmallista, ettei potilaalle kerrota, että sosiaalityöntekijä kirjaa tietoja akuutista asiakkuudesta hänen tilanteensa perusteella. Toisaalta lomaketta ei käyty systemaattisesti läpi asiakastilanteessa, vaan tiedot täytettiin niiltä osin, kuin ne tulivat ilmi potilasta ja/tai hänen läheisiään tavattaessa. Tieto asiakkuudesta on sosiaalityöntekijän tietoa, osittain objektiivisiin ”tosiasioihin” perustuvaa (tietoa esimerkiksi siitä, onko asiakas mies vai nainen) ja osittain hänen arvioonsa perustuvaa. Kohteena oleva tieto on siis *sosiaalityöntekijän tietoa*. Asiakkuutta ei siis kuvata asiakkaan näkökulmasta, vaikka se onkin syntynyt asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutustilanteessa. Tutkimuseetiikan kannalta on kuitenkin tärkeä ilmaista mahdolliset kysymyksiä herättävät seikat tutkimuksen sisällössä (Kimmel 1988, 30–36).

Asiakkuusaineisto ei sisällä yhdenkään asiakkaan henkilötietoja, eikä tutkija itse tahi ulkopuoliset voi tunnistaa yksittäistä asiakasta tutkimuksesta. Asiakkuuslomake on sähköinen e-lomake, jonka tietoihin on pääsy vain tutkijalla. Linkki täytettävään lomakkeeseen oli aineiston keräämisvaiheessa julkinen, koska tietoa ei olisi voinut muuten kerätä, mutta lomakkeen osoite oli vain tutkimukseen osallistuvien sosiaalityöntekijöiden tiedossa. Tallentuneet tiedot luovutettiin yhtenä tiedostona TAYS:n sosiaalityön yksikköön kun tutkimus oli valmis. Sosiaalityöntekijät kirjasivat lisäksi TAYS:a varten tiedot niistä asiakkaista, joiden perusteella tietoa oli kerätty.

Tutkimukseen kuuluvan ryhmähaastattelun kohdalla ei mielestäni toteuttamiseen liittyviä eettisiä ongelmia synny. Akuuttisosiaalityön onnistumisia ja heikkoja kohtia käytiin läpi esimerkkien kautta, mutta näitä esimerkkitapauksia ei käsitellä itse tutkimusraportissa. Esimerkkitapaukset voivat lisäksi olla joko keksittyjä tai pohjata todellisiin asiakastilanteisiin. Haastattelun analysointivaiheessa ei kuitenkaan tuoda esiin asiakkaiden tunnistamista mahdollistavia tietoja. Pyrkimykseni on ollut, ettei analyysissa esitettyjä lainauksia ei voida yhdistää yksittäiseen työntekijään. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin lupa haastattelutietojen julkaisuun.

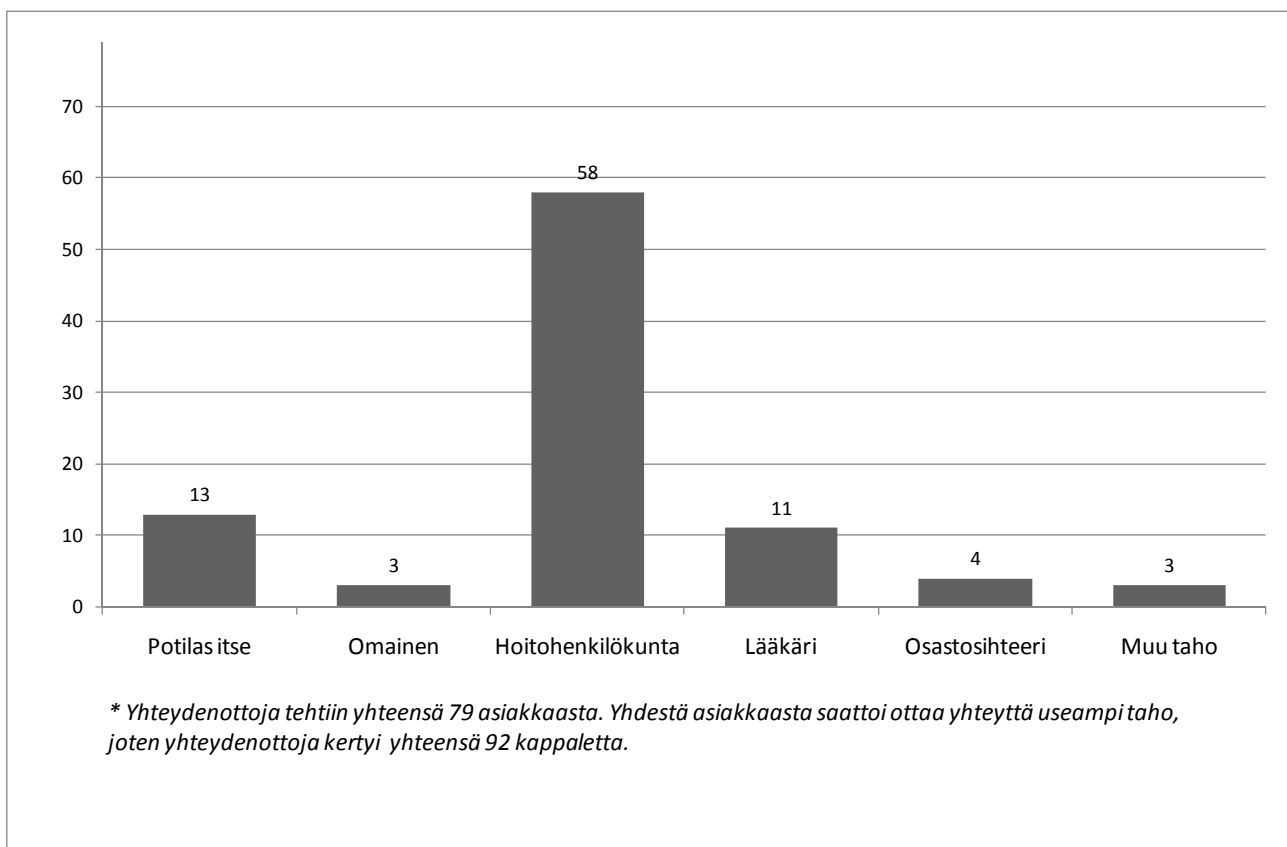
Tutkijan positioita ajatellen asettaisin itseni sekä tulkitsijan että asianajajan rooliin. Tutkimus on empiirinen ja nojaa vahvasti aineistosta esiin nouseviin teemoihin. Toisaalta tutkimuksella on myös käytäntötutkimuksellinen hyötynäkökulma: mitä voisimme tehdä toisin. Kolmanneksi tutkimuksen aihepiiri on hyvin lähellä tutkijan omaa työkenttää. (Juhila 1999, 207–219.) Tutkijana ja työntekijänä tulkitseen aineistoa omista, subjektiivisista lähtökohdistani, mutta pyrkien neutraalisuuteen ja riittävään etäisyyteen tutkimuskohteesta.

## 4 Akuuttisosaalityön asiakkuus ja työn sisältö

### 4.1 Asiakkuuden synty ja taustatiedot

Akuutin sosiaalityön asiakkuus voi alkaa usealla tavalla. Potilas voi itse ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään, tai yhteydenottaja voi olla joku henkilökunnasta, omainen tai muu henkilö. Yhteydenotto tapahtuu tavallisesti puhelimitse sairaalahoidon aikana.

Aineistoni perusteella suurimassa osassa akuuttisosaalityön asiakastilanteita yhteyttä sosiaalityöntekijään otti joku hoitohenkilökunnasta. Potilas itse tai lääkäri ottivat yhteyttä sosiaalityöntekijään harvemmin. Kahdessatoista tapauksessa yhteydenottajatahoksi oli valittu sekä potilas että hoitohenkilökunta tai hoitohenkilökunta ja lääkäri.

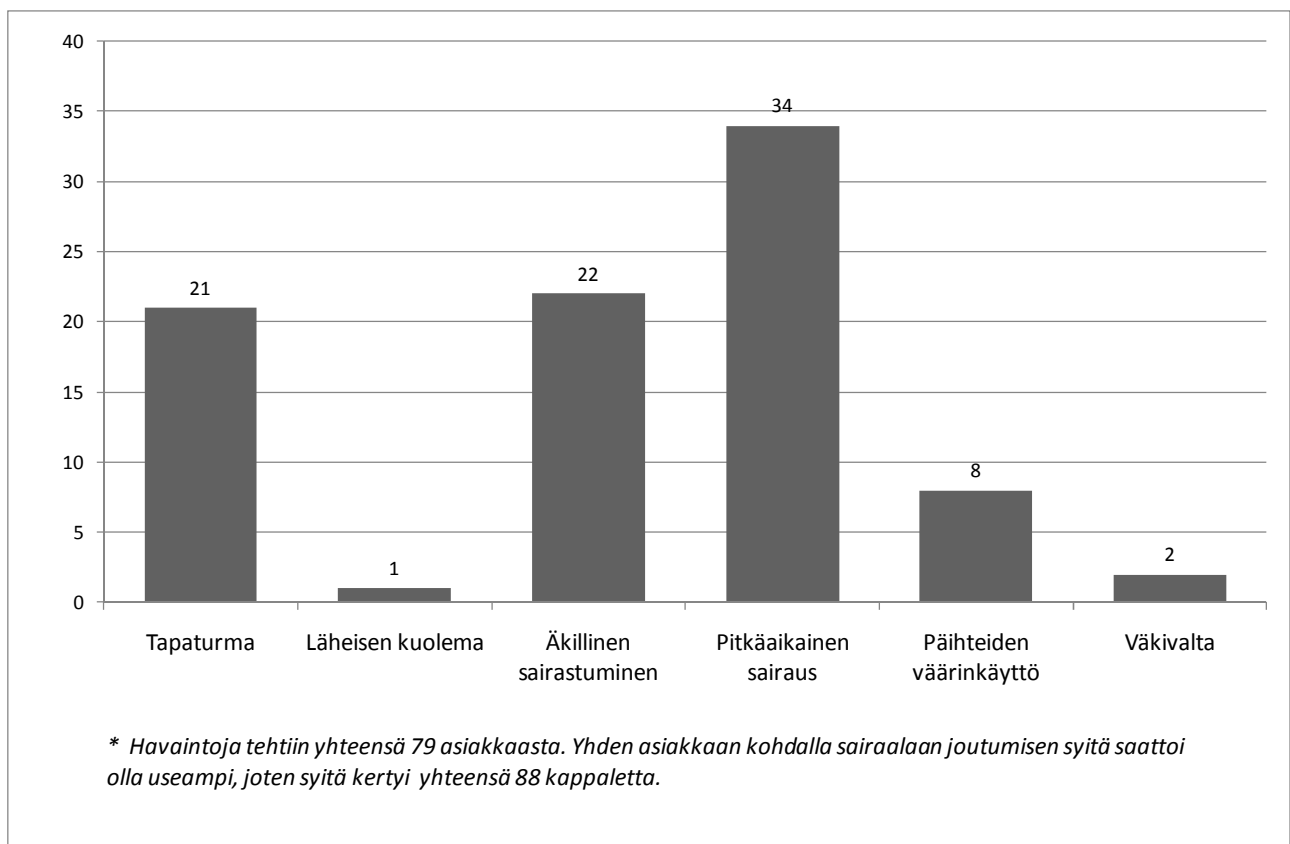


**Kuvio 3 Eri tahojen yhteydenottojen määrät sosiaalityöntekijään.\***



Hoitohenkilökunnan ymmärrys sosiaalityön tarpeesta on siis merkittävä tekijä akuuttisomiaalityön asiakkuuden alkamiseksi. Jos tarvetta ei osata havaita, eikä sosiaalityön sisällöstä ja mahdollisuuksista ole riittävästi tietoa, ei asiakkuutta synny. Toisaalta yhteydenottomäärät eivät kerro siitä, miksi juuri hoitohenkilökunta on ottanut sosiaalityöntekijään yhteyttä, toisin sanoen, onko potilas esimerkiksi pyytänyt yhteydenottoa puolestaan vai onko hoitohenkilökunta itse arvioinut sosiaalityön intervention olevan tarpeen.

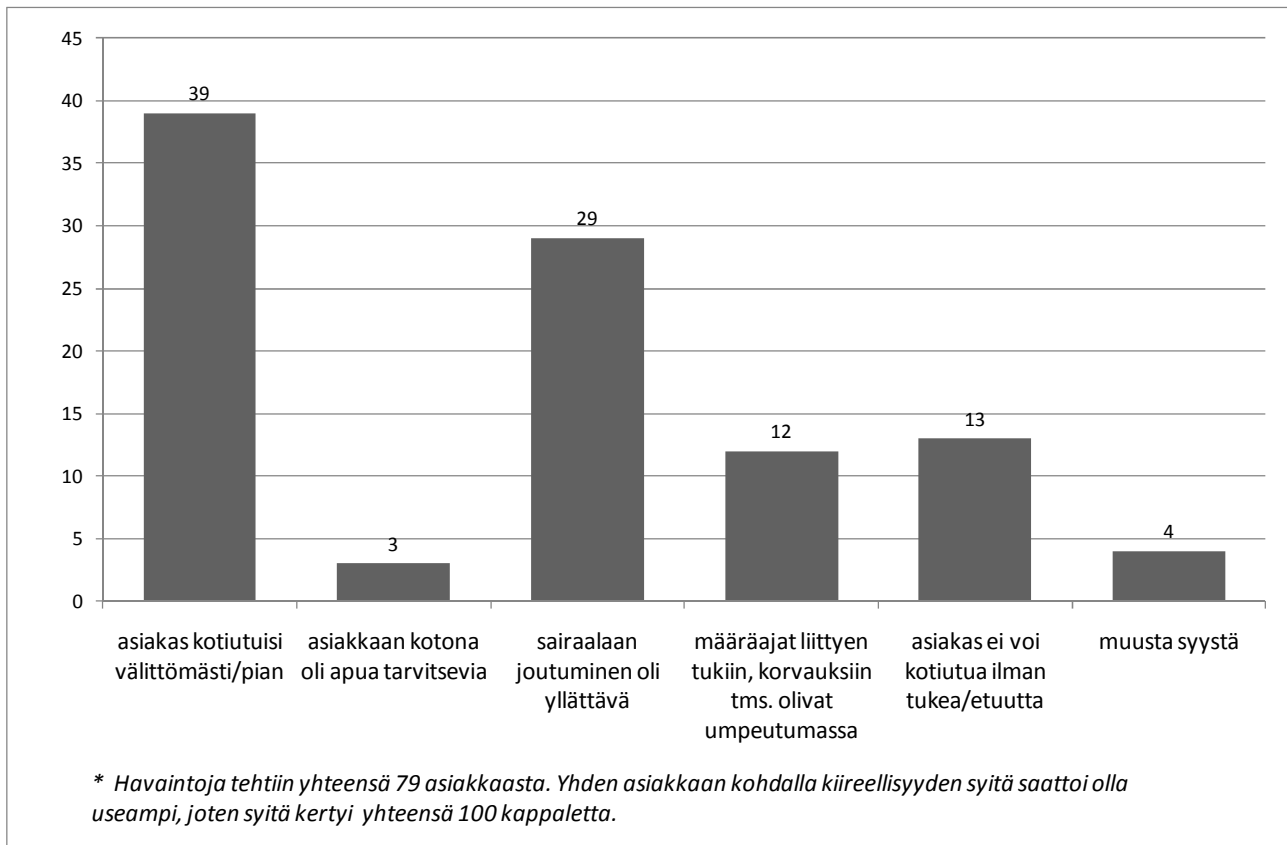
Somiaalityöntekijät määrittivät tarkemmin akuutin sosiaalityön taustatekijöitä myös sen mukaan, miksi potilas oli joutunut sairaalaan. Yleisin sairaalaan joutumisen syy oli pitkäaikainen sairaus (mainittiin 34 asiakastapauksessa eli 43 % asiakkuuksista) tai äkillinen sairastuminen (22). Noin viidesosassa mainittiin syyksi tapaturma. Suurimmassa osassa asiakkuuksista oli valittu syyksi vain yksi vaihtoehto, ja näistä joko pitkäaikainen sairaus tai äkillinen sairastuminen, mutta yhdeksässä tapauksessa vaihtoehtoja oli valittu useampi kuin yksi. Yleisimmin vaihtoehtoparit olivat sekä pitkäaikainen sairaus että äkillinen sairastuminen, tai äkillinen sairastuminen ja päihteiden väärinkäyttö.



**Kuvio 4** Akuuttisomiaalityön asiakaspotilaiden sairaalaan joutuminen syittäin.\*

Erikoissairaanhoidossa hoidettavat sairaudet ja vammat ovat vakavia. Hoidon avulla potilaat joko pääsevät kotiutumaan tai heidän hoitonsa jatkuu alemman tason sairaaloissa tai muissa laitoksissa. Lisäksi osalle potilaista sairastuminen tai tapaturmaan joutuminen merkitsee myös pysyvää tai pitkäaikaista sairaalassa asioimista erikoissairaanhoidossa, esimerkiksi poliklinikalla tehtävien tutkimusten, annettavien hoitojen, näytteenottojen tai kontrollikäyntien muodossa. Akuuttisosaalityö tukee potilaan *akuutista tilanteesta selviytymistä*, mutta akuutin sosiaalityön asiakkuus voi myös myöhemmin muuttua vähemmän akuutiksi ja pidempiaikaiseksi. Pitkäaikaisuuden ja äkillisyyden yhteys voi siis kertoa sairauksien vaikutuksista elämänhallintaan: oman elämän kontrollointi voi muuttua vaikeammaksi vaikean ja muuttuvan sairauden äärellä. Pitkäaikainen sairastaminen ei ole hyvinvoinninkaan kannalta staattinen tila.

Sosiaalityöntekijät määrittivät asiakkuuden alkamista myös sen mukaan, minkälainen akuuttia puuttumista vaativa asiakkaan tilanne oli. Asiakkuuden kiireellisyyden ja akuuttiuden määrittäviä vaihtoehtoja asiakastietolomakkeella oli viisi. Lisäksi sosiaalityöntekijä pystyi määrittämään myös muun syyn akuuttiudelle. Muut syyt liittyivät esimerkiksi hoidon järjestämiseen omaishoidettavalle tilanteessa, jossa omaishoitaja oli itse joutunut sairaalaan, karjan tai lemmikkien hoidon järjestämiseen sairaalassaolon aikana, potilasasiamiestoimintaan tai tiettyihin diagnooseihin liittyvään ensitiedon antamiseen.



**Kuvio 5 Asiakkuuden kiireellisyden syyt\*.**

Kiireellisyden eli akuutin sosiaalityön tarpeen syyksi mainittiin useimmin se, että asiakas oli kotiutumassa pian (39 asiakkaan osalta) tai että sairaalan joutuminen oli ollut yllättävää (29). Osassa asiakkuuksia akuuttuus liittyi erilaisiin tukiin ja etuuksiin, ne olivat joko kotiutumisen ehtoja tai niihin liittyvät määräajat olivat umpeutumassa. Asiakastapauksista 22 prosentissa eli 17 asiakkaan kohdalla syynä olivat sekä nopea kotiutuminen, että sairaalaan joutumisen yllättävyys. Kiireellisyys syntyy siis sekä lyhyistä hoitoajoista, että ennakoimisen mahdottomuudesta: ei voida tietää, kuka sairaalaan joutuu. Toisaalta kiireellisyttä voi myös synnyttää se, etteivät asiakkaan sosiaaliset tarpeet tai ongelmatilanteet tule välttämättä esiin lainkaan tai tulevat esiin vasta esimerkiksi kotiuttamisvaiheessa. Kotiuttamistilanteessa sairaanhoito myös kohtaa yksilön elämäntilanteen sairaalan ulkopuolella. Merkittävä osuus akuuttisossiaalityöstä on siis tällaisissa tilanteissa tukemista.

Verrattaessa yhteydenottajatahoa ja akuuttiuden syytä toisiinsa ei suuria eroja ole havaittavissa sen suhteen, minkälaisessa alkutilanteessa esimerkiksi potilas itse tai hoitohenkilökunta erityisesti ottavat yhteyttä; tosin silloin, kun tukien tai etuuskien määräajat ovat menossa umpeen, on yhteydenottajataho useimmin potilas itse. Eroja ei syntynyt myöskään kiireellisyden syiden ja

sairaalaan joutumisen syiden välillä. Akuuttisosaalityön asiakkuus voi siis alkaa monenlaisissa tilanteissa.

## **4.2 Sosiaalisen tilanteen kartoitus**

### ***4.2.1 Perhetilanne ja asuminen***

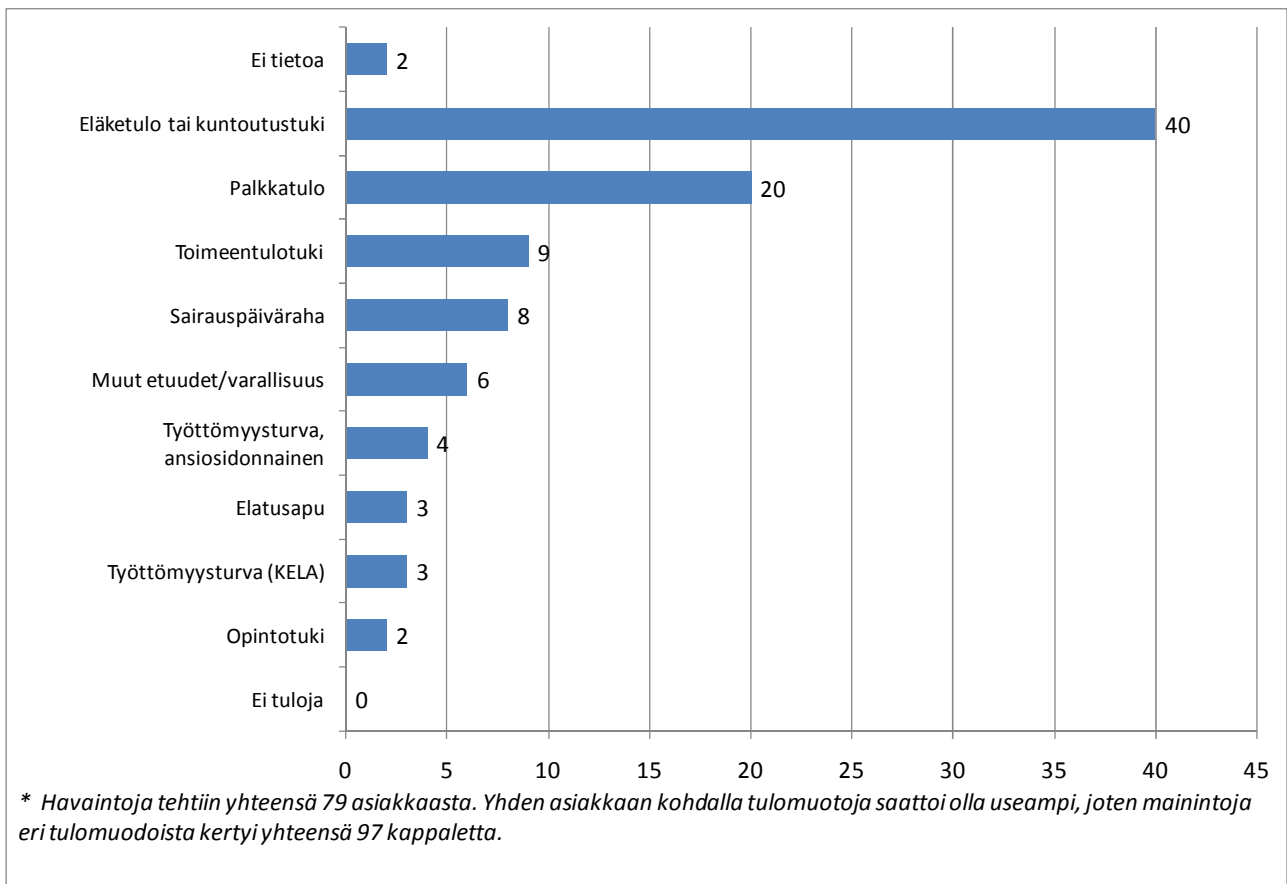
Suurin osa akuutin sosiaalityön asiakkaista oli työikäisiä yli 25-vuotiaita (53 asiakasta eli 67 %). Yli 65-vuotiaiden määrä (22 eli 28 %) oli yliedustettuna suhteessa heidän osuuteensa väestöstä, mutta toisaalta iän myötä pitkäaikaisten sairauksien ja tietyntyyppisten tapaturmien, kuten kaatumisten, riski kasvaa (Kansanterveyslaitos 22.4.2010). Toisaalta tässä aineistossa yli 65-vuotiaiden kohdalla sairaalaan joutumisen syyksi oli määritetty tapaturma vain yhdessä asiakastapauksessa. Sen sijaan pitkäaikaissairaita tai äkillisesti sairastuneita eläkeikäisistä oli suhteellisesti saman verran kuin heidän määränsä aineistossa. Naisten osuus (59,5 %) aineistossa oli hieman suurempi kuin miesten (40,5 %), eikä suurimmalla osalla asiakkaista ollut huollettavaan lapsia. Suurin osa asiakkaista asui joko yksin (28 eli 35 %) tai eli parisuhteessa ilman lapsia (27 eli 34 %). Taustamuuttajat on kuvattu tarkemmin liitteessä 2.

Asumismuodoista yleisin oli omistusasunto (30 asiakasta) ja toiseksi yleisin vuokra-asunto (15), mutta 29 asiakkaan kohdalla asumismuodosta ei ollut tietoa, toisin sanoen aihe ei ollut tullut (riittävällä tarkkuudella) ilmi asiakastapaamisessa. Kuuden asiakkaan (7,6 % asiakkaiden määrästä) kohdalla asumisen kanssa oli hankaluuksia, he olivat joko asunnottomia, mutta asuivat jonkin toisen henkilön luona (2), häätöuhan alla (2) tai täysin asunnottomia (2).

### ***4.2.2 Toimeentulo***

Suurin osa asiakkaista sai eläketuloa tai kuntoutustukea (40 eli 51 %), mutta palkkatulon varassa eläviä oli silti neljäsosa asiakkaista. Eläketulojen kohdalla kysymys voi olla sekä työ- ja kansaneläkkeestä, tai työkyvyttömyyseläkkeistä, mutta eläkkeen tyyppiä voi tarkentaa asiakkaan iän mukaan. Työikäisistä kolmasosa tuli toimeen eläkkeen tai kuntoutustuen turvin eli todennäköisesti ainakin osan työ- ja toimintakyky oli ainakin määräaikaaisesti alentunut. Palkkatuloa saavilla akuutin sosiaalityön asiakkailla ei ollut muita tuloja, mutta eläkettä tai kuntoutustukea saavista seitsemällä oli myös muita toimeentulon lähteitä.

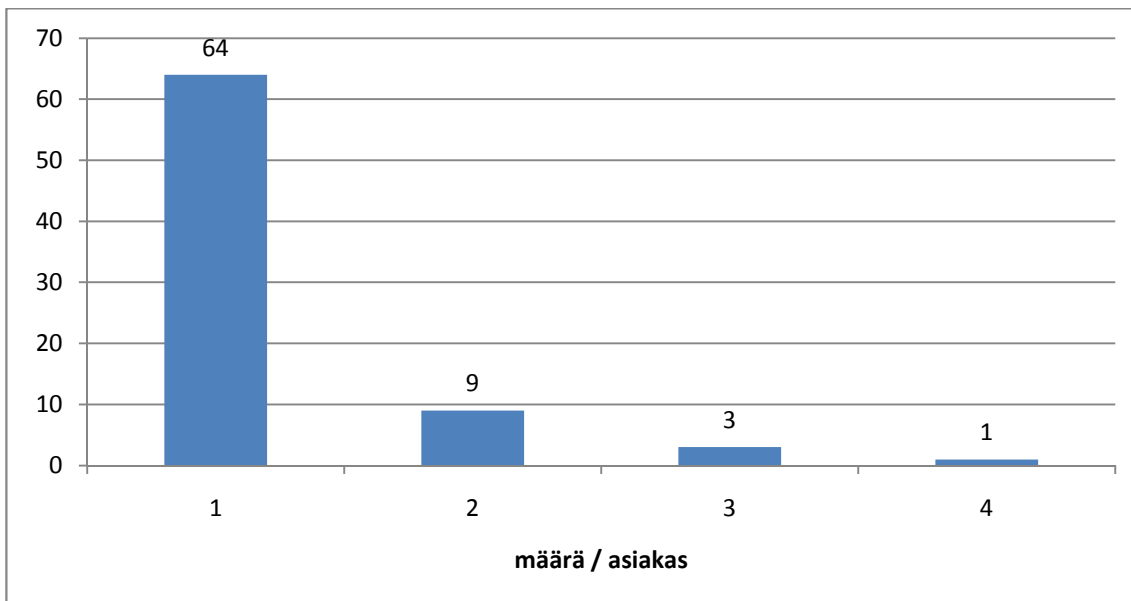
Kukaan asiakkaista ei elänyt pelkän toimeentulotuen varassa, toisin sanoen vaihtoehto esiintyi aina jonkin muun tulonlähteen kanssa. Viimesijaista toimeentuloa sai yhteensä 9 asiakasta, jotka olivat pääasiassa työikäisiä miehiä. Yksinasuvia toimeentulotuen saajista oli neljä, kuten yksinhuoltajiakin. Kaiken kaikkiaan toimeentuloasioista oli keskusteltu lähes kaikkien (77) asiakkaiden kanssa eli se on keskeinen tieto ajatellen akuuttisosaalityön prosessia.



**Kuvio 6 Akuuttisosaalityön asiakkaiden toimeentulo tulonlähteittäin.\***

Seuraavaan kuvioon 7 on hahmotettu tulomuotojen määrää niiden asiakkaiden osalta, joiden tuloista oli tieto. Pääasiassa asiakkailla oli vain yksi tulomuoto, mutta useammasta lähteestä tuloja oli 13 asiakkaalla. Tulomuotojen määrä voi kertoa myös toimeentulon haasteellisuudesta ja pienuudesta. Myös pelkän eläketulon tai kuntoutustuen varassa eläminen voi kertoa pienituloisuudesta, jos työtulot ovat olleet pienet. Pitkäaikainen sairastaminen unohdetaan helposti köyhyyttä aiheuttavana tekijänä. Toki eläketuloa saavien ryhmään kuuluu myös työeläkkeellä olevia, mutta erilaisten työttömyys- ja työkyvyttömyyseläkeläisten tulot tai kansaneläkkeellä elävien voivat jäädä hyvinkin pieniksi. Keskimääräinen työkyvyttömyyseläke vuonna 2008 oli 965 euroa kuukaudessa. Luku sisältää eläkkeen lisäksi myös eläkkeensaajan asumistuen ja sairastamisen kuluihin myönnetyn

hoitotuen. Vaikka työkyvytön työskentelisikin, jäävät tulot silti hyvin pieniksi. Työkyvyttömyyseläkettä sai vuonna 2008 yli 270 000 henkilöä, joista suurin ryhmä olivat yli 60-vuotiaat. (Eläketurvakeskus ja Kansanterveyslaitos 2010, 63–64, 76; Kansaneläkelaitos 4.6.1020.) Omassa aineistossani pitkäaikaissairaista (34 asiakasta) vain kolmella oli palkkatuloja, sen sijaan pääasiassa eläkkeen tai kuntoutustuen avulla eli 24 asiakasta. Sairauspäivärahaa sai viisi pitkäaikaissairasta.<sup>15</sup>



**Kuvio 7 Tulomuotojen määrät per asiakas, n=77.**

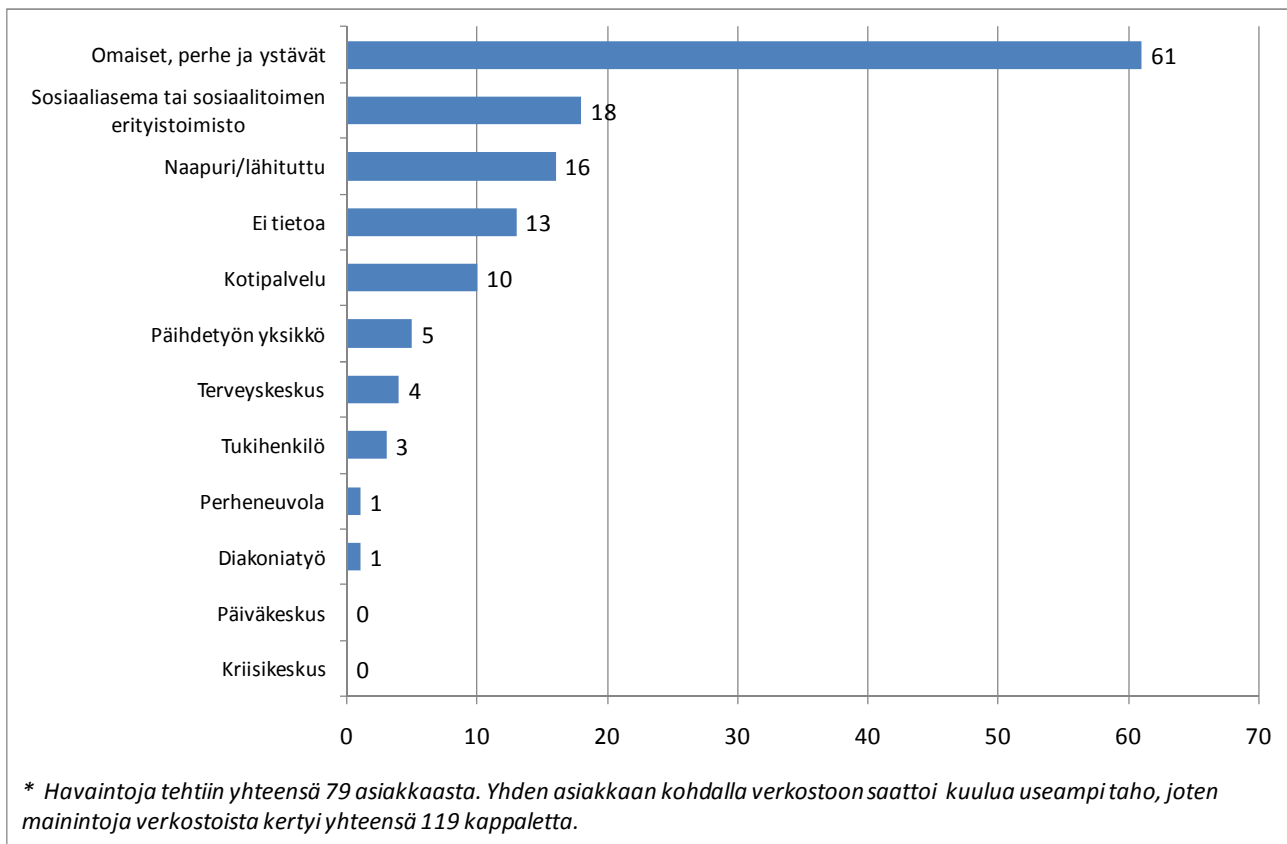
Ilmo Keskimäen ja Pirkko Alhan tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairastaminen oli yleisempää alemmissa koulutus- ja tuloryhmissä ja eronneiden tai naimattomien parissa, myös sellaisten sairauksien kohdalla, jotka vaativat hoitoa. (Keskimäki & Alha 2006, 86–87.) Omassa aineistossani pitkäaikaissairastamisella ja kotitalouden muodolla ei ollut tilastollista yhteyttä, joskin yksinasuvia eläkettä saavista oli enemmän (17 asiakasta) kuin lasten kanssa (7) tai kumppanin kanssa (16) asuvia.

#### **4.2.3 Verkostot**

Akuutin sosiaalityön tehtäviin voi tarvittaessa kuulua myös kartoittaa asiakkaiden sosiaalista verkostoa. Yleisin kontakti akuutin sosiaalityön asiakkaiden kohdalla olivat omaiset ja ystävät (61 asiakasta), sekä tutut ja naapurit (16). Yleisimmistä kontakteista sosiaaliasema tai sosiaalitoimen

<sup>15</sup> Sairauspäivärahaa voi saada yhtäjaksoisesti 300 arkipäivää. Tämän jälkeen on oltava joko työssä tai työttömänä työnhakijana vuoden ajan, jotta sairauspäivärahaa voi anoa uudelleen. (Kansaneläkelaitos 9.12.2009.)

erityistoimisto mainittiin 18 asiakkaan kohdalla, ja kotipalvelu kymmenen asiakkaan kohdalla. Päihdetyön yksikköön yhteys oli seitsemällä asiakkaalla.

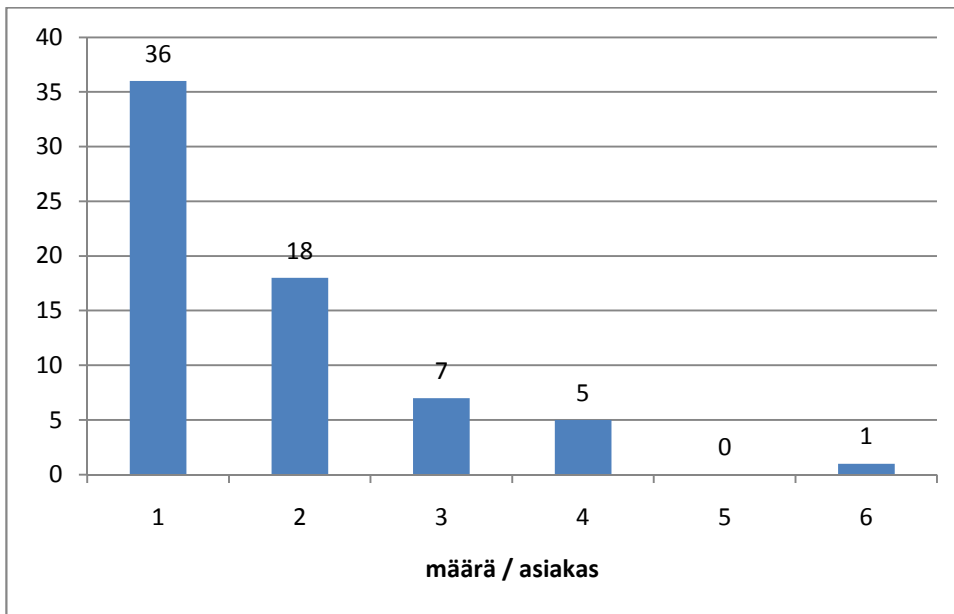


**Kuvio 8 Akuuttisosaalityön asiakkaiden verkostot ja kontaktit määrittäin.\***

Suurimman osan kohdalla verkostoa ja kontakteja oli merkitty vain yksi, näistä yleisimpänä omaiset. Niillä, joille oli merkitty useampia kontakteja (ks. kuvio 8), oli yleensä yhteys sekä omaisiin että naapureihin (14 asiakkaan kohdalla). Huomattava osa (25 asiakasta) oli sellaisia, joiden kontaktina mainittiin muu taho kuin naapurit tai perhe ja omaiset. Asiakkaista 13 oli sellaisia, joiden verkostoon kuului ainoastaan sosiaaliasema tai kotipalvelu, ja yhdellä pelkkä terveyskeskus. Näistä asiakkaista suurin osa oli yksinasuvia.

Esimerkiksi pitkäaikaissairastaminen voi lisätä tarvetta kotihoitoon tai vammaispalveluihin. Aineiston perusteella näyttää kuitenkin siltä, että pitkäaikaissairastaminen tai ikä ei ollut yhteydessä verkostojen määrään, lähinnä heidän osaltaan esimerkiksi perheen ja ystävien verkostoa kartoitettiin useammin kuin esimerkiksi tapaturmiin joutuneiden kohdalla. Taustalla voi olla oletus, että pitkäaikaisesti sairastavien ja esimerkiksi iäkkäiden kohdalla myös omaisten apu nousee tärkeään

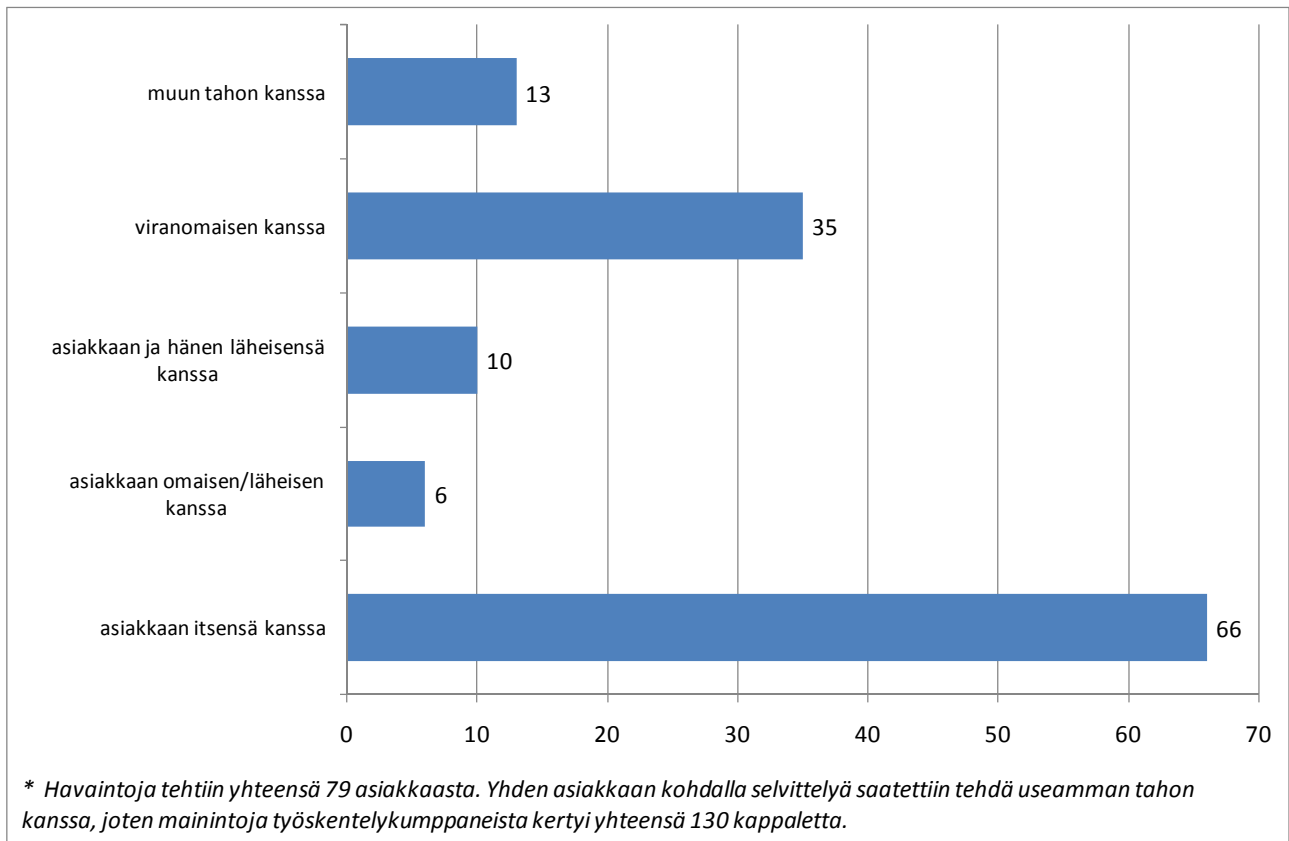
asemaan. Tuloksia tulkittaessa tulee muistaa, että verkostoa on kirjattu sitä mukaa, kun se on tullut ilmi asiakastilanteessa eli 66 asiakkaan osalta.



**Kuvio 9 Verkostojen ja kontaktien asiakaskohtaisten määrien vaihtelu, n=66.**

Asiakkaan tilannetta selvitettiin pääasiassa pelkästään asiakkaan itsensä kanssa (kuvio 10). Yhdessä tapauksessa yhteystahona olivat pelkästään viranomaiset, muuten sosiaalityöntekijän kontaktitahoihin kuuluivat joko asiakas itse tai asiakas ja hänen läheisensä, sekä viranomaiset (35 asiakkaan kohdalla). Muut tahot voivat olla esimerkiksi sairaalan muu henkilökunta, työ- ja opiskelupaikat, vakuutusyhtiöt sekä potilas- tai muut kansalaisjärjestöt. Omaisten kanssa tilannetta selvitettiin lähinnä yli 65-vuotiaiden asiakkaiden kanssa.



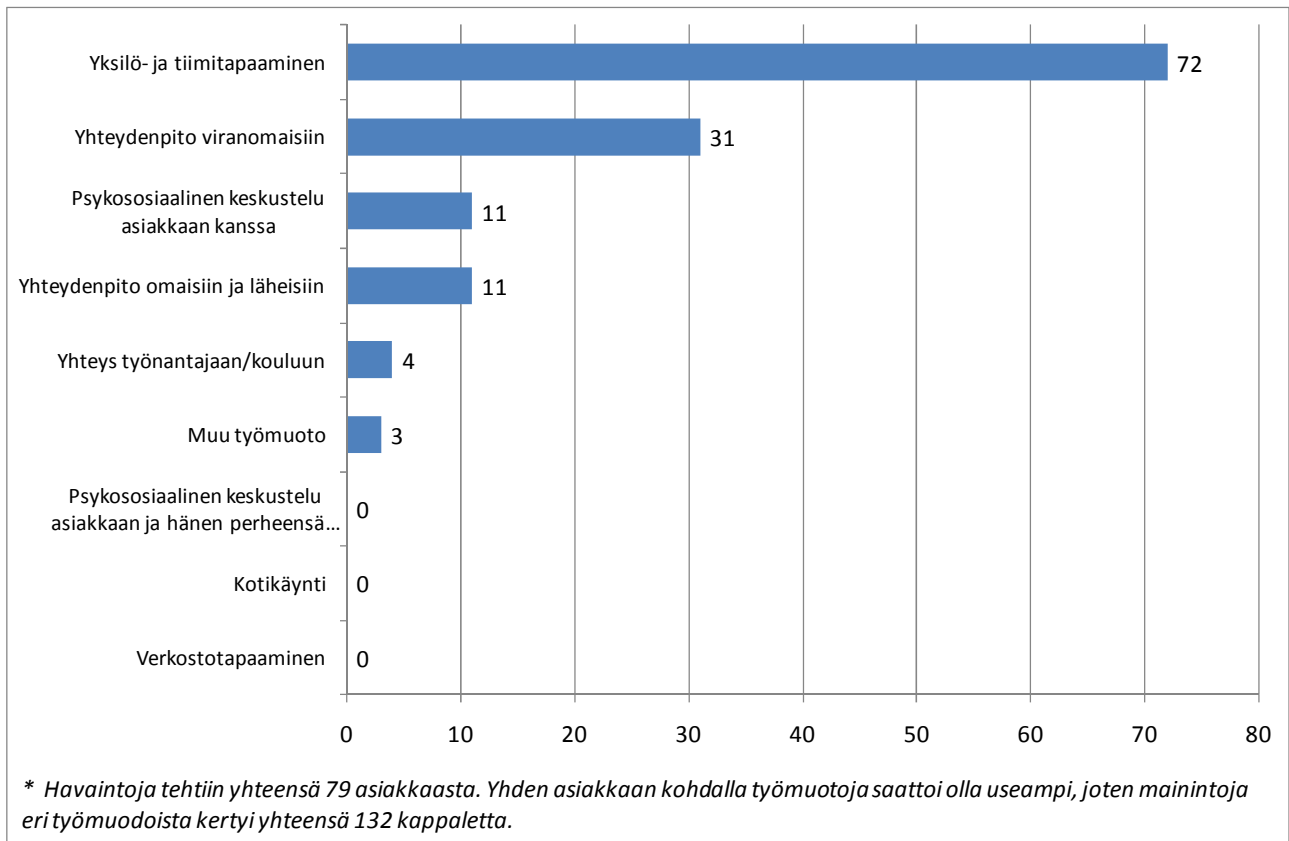


**Kuvio 10** Akuuttisosaalityön työskentelykumppanit selvittelyssä.\*

## 4.3 Akuutin sosiaalityön toimet

### 4.3.1 Työmuodot

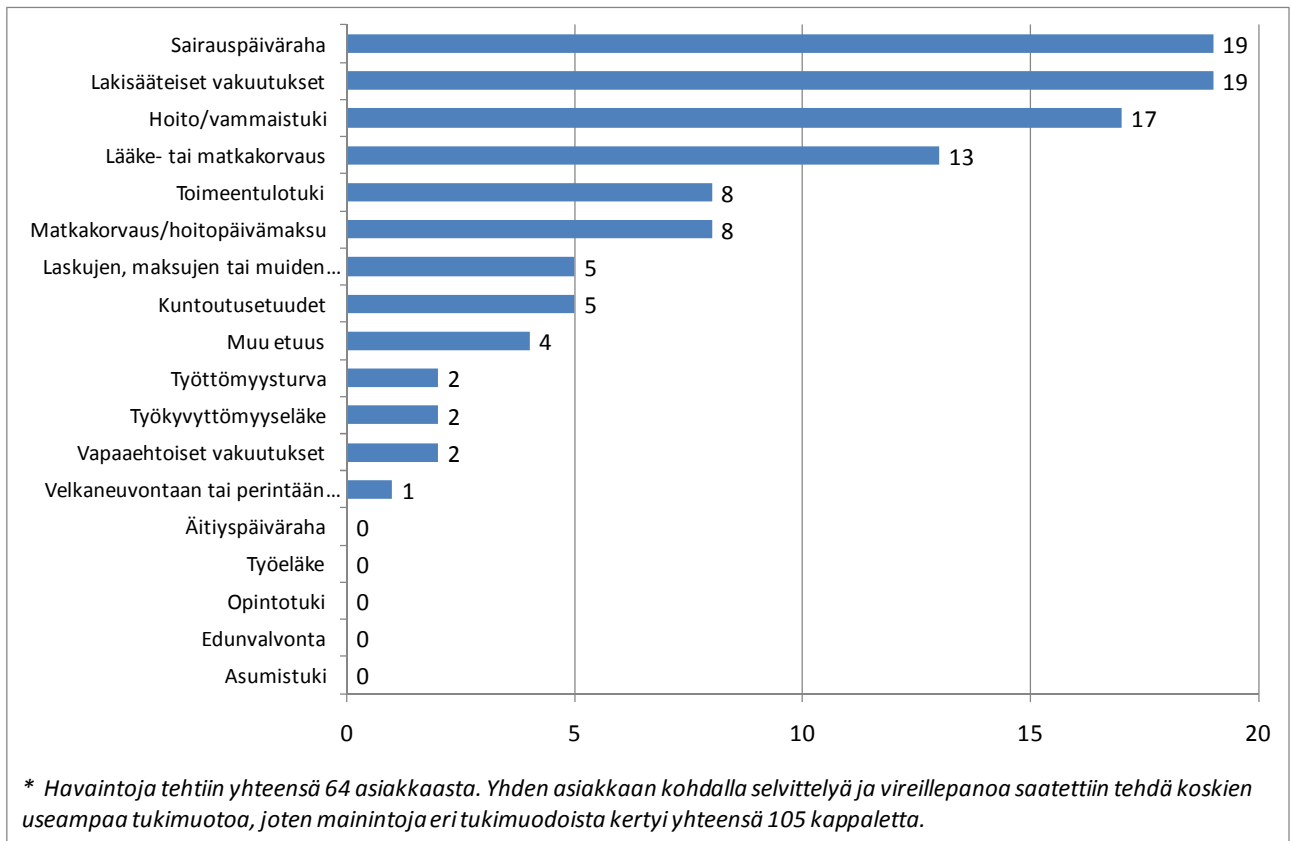
Akuutin sosiaalityön asiakkaiden kanssa tehtiin pääasiassa yksilötyötä, ja selvittelyä ja vireillepanoa erilaisten tukien, etuisuuksien ja palvelujen suhteen. Kuten verkostotyön sisällöstä voi päätellä, akuuttisosaalityö sisälsi pääasiassa yksilö- ja tiimitapaamisia (72 asiakkaan tilanteessa), joissa läsnä oli asiakas ja/tai hänen omaisiaan ja mahdollisesti myös muuta henkilökuntaa. Lisäksi oltiin yhteydessä viranomaisiin (31 asiakkaan osalta). Psykososiaalinen tuki ja keskustelu oli merkitty työmuodoksi 11 asiakkaan kohdalla. Näistä asiakkaista viidellä oli taustalla päihteiden käyttöä, jolloin tehtiin selvittelyä myös ensisuojiin ja muihin tilapäisasumismuotoihin liittyen. Tämä työmuoto ei kuitenkaan korreloinut sairaalaan joutumisen äkillisyyden tai sairastumisen äkillisyyden kanssa vaan pikemminkin elämäntilanteen vaikeuden (asunnottomuus, päihteidenkäyttö, pienituloisuus) kanssa.



**Kuvio 11 Asiakkaiden kanssa toteutetut työmuodot.\***

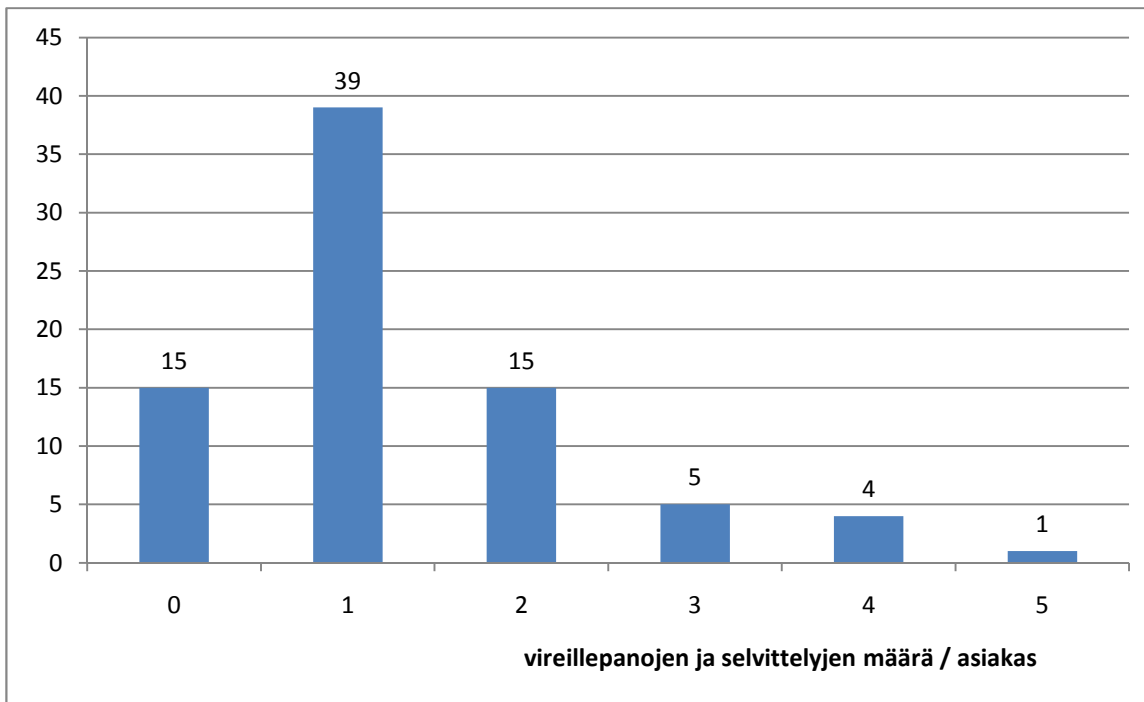
#### 4.3.2 Etuuksiin liittyvä selvittely

Sosiaalityöntekijät saivat myös määritellä, minkälaisia tukia ja etuuksia asiakkaiden kanssa pantiin vireille tai minkäläisten etuuksien osalta tehtiin selvittelyjä tai annettiin neuvontaa. Yleisimmin selvittelyä ja vireillepanoa tehtiin liittyen sairauspäivärahaan (19), lakisääteisiin vakuutuksiin (19) tai hoito- tai vammaistukiin (17 asiakasta). Myös lääke- ja matkakorvauksiin, hoitopäivämaksuihin sekä toimeentulotukeen liittyen tehtiin joko vireillepanoja tai muuta selvittelyä. Lakisääteisten vakuutuksien osalta selvittelyä tehtiin enemmän työikäisten naisten (16) kuin miesten (3) kanssa. Näihin vakuutuksiin voivat kuulua mm. työeläkevakuutukset, työnantajan tapaturmavakuutukset sekä liikenne- ja potilasvakuutukset. Hoitotukea haettiin eniten eläketuloa tai kuntoutustukea saaville (16), eli niille asiakkaille, jotka eivät olleet enää pääasiassa työelämässä ja joiden sairastamisen kustannukset olivat nousseet. Muina tukina haettiin mm. kuljetustukea. Jos etuisuuksien hakemista tarkastellaan sosiaaliturvajärjestelmän tasolla, havaitaan, että suurin osa toimeentuloon liittyvästä työstä liittyy Kansaneläkelaitoksen myöntämiin etuuksiin ja korvauksiin.



**Kuvio 12 Selvittelyt ja vireillepanot eri tukimuodoittain.\***

Suurimmassa osassa asiakkuuksista vireillepano koski yhtä tukea (39), toiseksi suurimmat ryhmät olivat kaksi tukimuotoa tai ei mitään mainituista. Kymmenen asiakkaan kohdalla käsiteltiin kolmea tai useampaa tukimuotoa. Niiden, joiden kanssa selviteltiin useampaa kuin yhtä tukea tai etuutta, selvittely liittyi pääasiassa sairauspäivärahaan (8 asiakasta), hoitotukeen (7 asiakasta) ja lääke- ja matkakorvauksiin (5). Seuraavaan kuvioon on hahmoteltu selvittelyjen määrät asiakaskohtaisesti.



**Kuvio 13 Tukiin ja etuuksiin liittyvät vireillepanot ja selvittelyt per asiakas, n=79.**

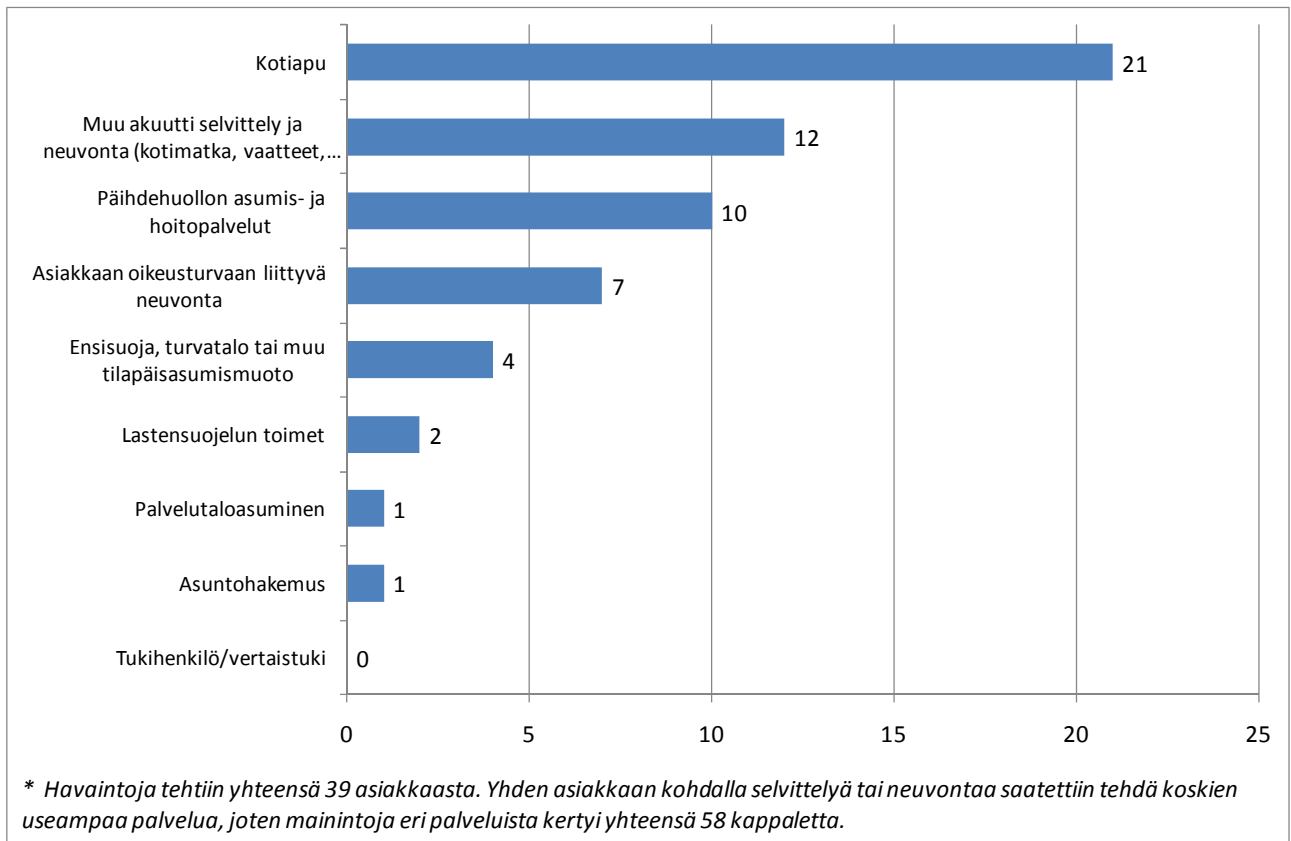
Akuutin sosiaalityön etuus- ja selvittelytyöhön liittyy paljon työtä esimerkiksi hoitotuen ja lakisääteisten vakuutusten kanssa. Näiden tukien käsittelyprosessi itsessään on hidas ja vaatii myös moniammatillista työskentelyä liittyen hakemusten liitteeksi tarvittaviin lääkärinlausuntoihin. Kiireellisyys voikin syntyä tilanteessa, jossa sairaalaan joutumisesta on informoitava esimerkiksi vakuutusyhtiötä tai työnantajaa. Toisaalta tukiin ja etuuksiin liittyvä sosiaalityö voi olla luonteeltaan myös enemmän informatiivista – sosiaalityöntekijä voi kertoa asiakkaille terveydenhuollon maksukatosta, matka- ja lääkekorvauksista ja esimerkiksi hoitotuesta. Koska erikoissairaanhoidossa hakemuksiin liitettävä lääkärinlausunto on yleensä maksullinen, jos kyseessä ei ole jatkohakemus, voi asiakkaalle olla edullisempaa hakea etuutta myöhemmin perusterveydenhuollon kautta. Tässäkin mielessä akuuttisosiaalityön yksilötyö voi jäädä enemmän neuvonnan kuin palveluohjauksen tasolle.

Terveydenhuollon sosiaalityön erityisyys näkyy selvästi tuki- ja etuusselvittelyjen kohdalla. Ainoastaan toimeentulotuki, mahdollisesti velkaneuvonta ja tietyt vammaispalvelulain mukaiset etuudet ovat taloudellisia tukimuotoja, joista päätetään kunnan sosiaalitoimessa. Suurin osa tuista ja etuuksista vaatii ymmärtämystä myös sosiaaliturvasta yleensä, ja tietoa muun muassa Kansaneläkelaitoksen, työeläkelaitosten ja vakuutuslaitosten toiminnasta. Tällaista

kokonaisvaltaista, asiakkaan kokonaistilanteen hahmottavaa palvelua ei välttämättä voi saada asioimalla esimerkiksi vain sosiaalitoimen aikuissosiaalityön palveluissa tai Kansaneläkelaitoksessa. Etuisuuksia haettaessa on kyettävä myös näkemään asiakkaan yksilökohtainen tilanne – sairastuessa esimerkiksi sairauspäivärahan hakeminen ei aina ole kannattavaa. Kuvioista 12 ja 13 näkyvät työssä vaadittava laaja tietämys, mutta myös työn pirstaleisuus: tietoa on hallittava monesta asiasta, ja sitä on osattava tarvittaessa myös etsiä.

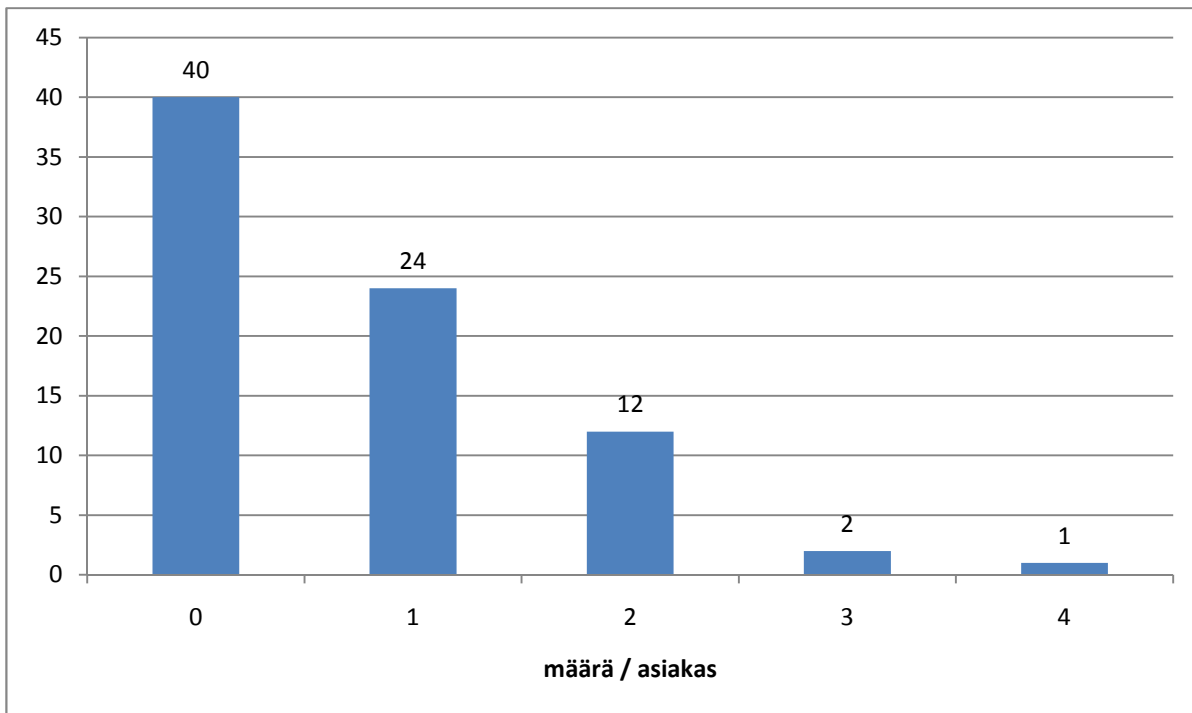
#### ***4.3.3 Palveluihin liittyvä selvittely***

Jos tarkastellaan akuutin sosiaalityön tekemiä palveluihin ja asumiseen liittyviä selvittelyjä (ks. kuvio 14), tehtiin selvittelyä selvästi eniten liittyen kotiapuun (21 asiakasta). Näistä asiakkaista suurimman osan toimeentulona oli joko eläke tai kuntoutustuki (18) mikä on yhteydessä pitkäaikaissairastamiseen. Kotiapua tarvitsivat eniten työkäiset (12) ja yli 65-vuotiaat (9). Lisäksi tehtiin jonkin verran muuta akuuttia selvittelyä liittyen kotiutumiseen, laskujen maksuun ja vaatetukseen sekä järjestettiin päihdehuollon asumis- ja hoitopalveluja. Jonkin verran annettiin myös asiakkaan oikeusturvaan liittyvää neuvontaa. Näistä asiakkaista suurin osa oli kotiutumassa pian tai välittömästi. Lastensuojelun toimiin ryhdyttiin kahdessa asiakastapauksessa. Huomattavaa on, että noin puolen asiakkaista (40) kanssa ei tehty mitään selvittelyjä tai vireillepanoja palveluihin liittyen. Akuuttisosiaalityö painottuu siis enemmän etuisuuksiin ja korvauksiin kuin palveluihin.



**Kuvio 14 Palveluihin ja asumiseen liittyvien selvittelyjen määrät.\***

Seuraavassa kuviossa 15 on kuvattuna palveluihin ja asumiseen liittyvien selvittelyjen määrät asiakaskohtaisesti. Ne, joilla oli palkkatuloja, tehtiin hyvin vähän mitään selvittelyjä tai vireillepanoja palveluihin liittyen. Kotiapu esiintyi yleisesti myös kahta useamman palveluselvittelyn kohdalla. Niiden, joiden kanssa tehtiin enemmän kuin kaksi selvittelyä (15 asiakasta), palvelut liittyivät päihdehuollon neuvontaan, asumiseen ja muuhun akuuttiin selvittelyyn. Akuuttia selvittelyä tehtiin sekä työikäisten että yli 65-vuotiaiden kanssa ja pääasiassa asiakkuus oli näiden henkilöiden osalta alkanut hoitohenkilökunnan aloitteesta.



**Kuvio 15** Palveluihin ja asumiseen liittyvien selvittelyjen ja vireillepanojen määrä per asiakas, n=79.

Hieman alle puolen asiakkaista (35 asiakasta eli 44 %) kanssa oli lopuksi vielä sovittu vielä jatkotapaamisesta tai yhteydenotosta. Jatkotapaamisten osalta ei ollut eroa ikä- tai sukupoliryhmittäin, tuloittain tai työmuodoittain.

#### **4.4 Akuutin sosiaalityön asiakkuus, huoli ja tilanteisiin vastaaminen**

##### **4.4.1 Yleisimmät tekijät akuuttisosiaalityön asiakkuudessa**

Jos aineistosta halutaan etsiä tyypillisyyksiä, voidaan näitä kuvata kootusti seuraavan sivun taulukon avulla. Taulukkoon on koottu kaikki ne seikat, jotka ovat esiintyneet yli viidenneksessä aineiston tapauksista. Taulukosta ei kuitenkaan voi tehdä täydellisiä päätelmiä niin sanotusta tyypillisestä asiakkaasta, sillä osa muuttujista esiintyy vain osalla asiakkaista (esimerkkinä asumistiedot). Taulukosta saa kuitenkin kokonaiskuvan yleisimmin esiintyneistä vaihtoehdoista.

## Taulukko 2 Yleisimmän asiakasaineistossa esiintyneet tekijät.

Muuttuja	Yleisimmät vaihtoehdot	Prosenttia
Sosiaalityön tarpeen kiireellisyyden syy	Asiakas kotiutuisi välittömästi tai pian	49 %
	Sairaalaan joutuminen oli yllättävää	37 %
Sairaalaan joutumisen pääasiallinen syy	Pitkäaikainen sairaus	43 %
	Äkillinen sairastuminen	28 %
	Tapaturma	27 %
Yhteydenottajataho	Hoitohenkilökunta	73 %
Hoitoaika	Alle viikko	87 %
Sukupuoli	Nainen	59,5 %
	Mies	40,5 %
Ikä	25–64 v.	53 %
Perhetilanne	Yksinasuva	35 %
	Elää parisuhteessa, ei lapsia	34 %
Kotikunta	Muu kuin Tampere	49 %
	Tampere	46 %
Asumismuoto	Omistusasunto	38 %
	Ei tietoa*	37 %
Pääasiallinen tulomuoto	Eläketulo	51 %
	Palkkatulo	25 %
Lähin sosiaalinen verkosto	Perhe ja omaiset	77 %
	Sosiaaliasema	23 %
Selvittelyä ja tilannekartoitusta tehty pääasiassa	Asiakkaan itsensä kanssa	84 %
	Viranomaisten kanssa	44 %
Tuet ja etuudet: selvittely ja vireillepano koski useimmin	Sairauspäivärahaa	24 %
	Lakisääteisiä vakuutuksia	24 %
	Hoito/vammaistukea	22 %
Palvelut: selvittely ja vireillepano koski useimmin	Kotiapua	27 %
	Yksilötapaaminen	91 %
Yleisin sosiaalityön työmuoto	Yhteydenpito viranomaisiin	39 %
	Asiakkaan kanssa sovittu jatkotapaamisesta	Ei
* Tieto ei ole käynyt ilmi asiakastapaamisessa		

Suurimassa osassa akuutin sosiaalityön asiakkuus alkoi hoitohenkilökunnan yhteydenotolla. Asiakkaat olivat joutuneet sairaalaan yllättäen ja olivat mahdollisesti myös kotiutumassa pian. Sairaalaan joutumisen taustalla oli joko pitkäaikainen sairaus ja mahdollinen äkillinen sairastuminen tai tapaturma. Lähes kaikkien asiakkaiden hoitoaika sairaalassa oli ollut alle viikon. Akuuttia sosiaalityötä tehdään siis erikoissairaanhoidon hoitoaikojen rajoissa.

Suurimmalla osalla asiakkaista ei ollut lapsia, ja potilaista noin puolet asui Tampereella, puolet muualla. Asumismuodosta ei välttämättä ole keskusteltu potilaan kanssa sen tarkemmin, suuri osa asui kuitenkin omistusasunnossa. Pääasiassa sosiaaliseen verkostoon kuului perhettä ja omaisia,



mutta 23 prosentilla asiakkaista oli asiakassuhde myös sosiaalitoimiston kanssa. Lomakkeella ei tarkemmin määritelty, minkälaisesta sosiaalityöstä oli kyse.

Akuuttia sosiaalityötä toteutettiin pääasiassa yksilötyönä, mutta viranomaisiin oltiin yhteydessä lähes puolessa asiakkuuksista. Asiakkaat tarvitsivat lähinnä kotipalveluita, sekä apua hoitotuen, sairauspäivärahojen sekä vakuutusten kanssa. Noin 50 prosenttia asiakkaista ei tavattu enää yhden tapaamiskerran jälkeen. Jatkotapaamisista sovittiin useimmin pitkäaikaissairaiden, hoito- tai kuntoutustukea tarvitsevien kanssa. Iällä tai sosiaalisella verkostolla ei ollut merkitystä jatkotapaamisten suhteen. Niitä asiakkaita, joilla oli asiakassuhde esimerkiksi päihdehuollon palveluiden kanssa, ei tavattu uudelleen. Myöskään asiakkaan tilanteen huolestuttavuudella tai palveluiden riittämättömyydellä ei ollut yhteyttä siihen, tavattiinko asiakasta uudelleen.

#### ***4.4.2 Huolestuttavat ja ei-huolestuttavat tilanteet ja niihin vastaaminen***

Sosiaalityöntekijät arvioivat sosiaalisen tilanteen kartoituksen yhteydessä asiakkaiden tilanteiden mahdollista huolestuttavuutta kuudesta eri näkökulmasta. Näiden lisäksi sai halutessaan kirjata myös muun huolenaiheen asiakkaan tilanteessa. Näkökulmat olivat: asiakkaan kokonaistilanne, asuminen, toimeentulo, tukiverkosto, oma toimintakyky ja selviäminen sekä palvelujärjestelmän toimivuus/toimimattomuus. Sosiaalityöntekijät kirjasiivat huolensa suurimmassa osassa asiakkuuksia. Vaikeinta huolen arviointi oli suhteessa asiakkaan verkostojen toimimattomuuteen, jossa ”en osaa sanoa” –vaihtoehto oli valittu 17 asiakkaan kohdalla. Voi olla, ettei asiakkaan verkostoja ehditty kartoittaa tarpeeksi, jotta niiden toimivuutta tai toimimattomuutta olisi voinut arvioida.

Suurimmaksi osaksi sosiaalityöntekijät eivät kokeneet suurta huolta asiakkaiden hyvinvoinnista. Huolta koettiin kuitenkin melko tai erittäin paljon asiakkaan kokonaistilanteesta (28 tapauksessa) ja asiakkaan omasta toimintakyvystä (23). Toisaalta näissä asioissa vain vähäistä huolta koettiin yhtä monissa tapauksissa. Myös palvelujärjestelmä toimimattomuus koettiin huolenaiheeksi joko melko paljon tai erittäin paljon 18 asiakastilanteessa. Vähiten huolta koettiin asiakkaan toimeentulosta ja asumisesta.

Jos tilanteiden huolestuttavuutta tarkastellaan suhteessa palvelujärjestelmän toimivuuteen, niin kokonaisuudessaan sekä etuuskien että palvelujen riittävyys koettiin melko hyväksi. Myös palvelujen ja avun sopivuus koettiin keskimäärin melko hyväksi. Huolinäkökulmien ja palvelujen ja

etuuksien riittävyyden ja sopivuuden keskimääräiset arvot ja prosenttimäärät on kuvattuna alla olevassa taulukossa 2.

**Taulukko 3 Yleisimmät vaihtoehdot arvioitaessa asiakkaan tilanteen huolestuttavuutta ja palvelujen sekä etuuksien riittävyyttä ja sopivuutta.**

Muuttuja	Yleisimmät vaihtoehdot	Prosenttia
Asiakkaan tilanteen huolestuttavuus	Melko vähän huolestuttava	23 %
Palvelujen riittävyys ja sopivuus	Jonkin verran	22 %

Verrattaessa huolta ja sosiaalityöntekijöiden arviota palvelujen ja etuuksien riittävyydestä ja sopivuudesta voidaan todeta, että mitä vähemmän sosiaalityöntekijät tunsivat huolta asiakkaan tilanteesta, sitä paremmin he kokivat palvelujen ja etuuksien palvelevan asiakkaan tarpeita. Korrelaatiot huolen määrän ja etuuksien sekä palvelujen sopivuuden ja riittävyyden välillä vaihtelivat vähäisestä voimakkaaseen negatiiviseen, mutta pääasiassa huolen ja palvelujen riittävyyden ja sopivuuden välillä oli vain jonkin verran yhteyttä, tosin useimmiten tilastollisesti merkitsevää. Korrelaatioparien korrelaation tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin Spearmanin korrelaatiokertoimella merkitsevyytensä ollessa 95 %. Voimakkaimmin negatiivista korrelaatiota oli verrattaessa palvelujen riittävyyttä eri huolinäkökulmiin. Tämä voi kertoa siitä, että huolestuttavissa tilanteissa asiakkaalle ei joko löydy sopivia palveluita tai palveluita on hankala saada, esimerkiksi määrärahojen niukkuuden vuoksi. Vaikea sairaus tai esimerkiksi liikuntarajoitteisuus voi hankaloittaa joidenkin palvelujen, kuten päihdehuollon palvelujen saantia.

Jos huolestuttavuuden lähtökohdaksi ottaa kokonaistilanteen huolestuttavuuden, erittäin tai melko huolestuttavaksi asiakkaan kokonaistilanne koettiin 28 asiakkaan kohdalla. Näissä tilanteissa sosiaalityöntekijät olivat vähintään jonkin verran huolissaan myös asiakkaiden omasta selviämisestä lukuun ottamatta yhtä asiakasta. Näistä viiden kohdalla kaikkien eri huolinäkökulmien keskiarvo<sup>16</sup> oli neljä eli tilanne koettiin jo melko huolestuttavaksi. Mikäli vaihtoehto Muu huoli jätetään pois, nousee melko huolestuttavien tai erittäin huolestuttavien tilanteiden määrä yhteentoista (14 prosenttia kaikista asiakastilanteista).

<sup>16</sup> Eli huolikysymyksiä vastauksien keskiarvo.

Ne, joiden tilanteen sosiaalityöntekijät kokivat huolestuttavaksi, olivat tulleet sairaalan joko pitkäaikaisen sairauden (14 tapauksessa), tapaturman (8) ja/tai päihteiden väärinkäytön (7) vuoksi. He olivat pääasiassa työikäisiä ja hieman useammin miehiä kuin naisia. Päihdeongelmaisten kohdalla sosiaalityöntekijät olivat huolissaan myös asumisesta sekä tukiverkostosta ja toimintakyvystä. Yleisin syy huolestuttavien asiakkuuksien kiireellisyydelle oli, että asiakas oli kotiutumassa pian (19), sairaalaan joutuminen oli ollut yllättävää (11) ja/tai asiakas ei voinut kotiutua ilman tiettyä tukimuotoa tai etuutta (8). Suurimmalla osalla tuloina oli eläketulo tai kuntoutustuki (17), jokin muu etuus (4) tai sairauspäiväraha (4). Toimeentulotukea sai tässä ryhmässä 7 asiakasta. Suurimmalla osalla oli yhteys perheeseen ja sukulaisiin, mutta sosiaaliasema mainittiin verkostona 14 asiakkaan kohdalla. Lisäksi kotipalvelu mainittiin 7 asiakastapauksessa. Asiakkaiden kanssa tehtiin vireillepanoja tai selvittelyjä yleisimmin liittyen hoitotukeen (8), toimeentulotukeen (7), sairauspäivärahaan (6) ja kuntoutusetuuksiin (5). Palveluista selvittelyä tehtiin liittyen kotiapuun (10) ja päihdehuollon palveluihin (7). Lisäksi tehtiin muuta akuuttia selvittelyä (6). Yli puolessa tapauksista (15) oltiin yhteydessä myös viranomaisiin. Suurimman osan kohdalla sosiaalityöntekijät kokivat, että palvelut ja etuudet olivat jonkin verran riittävät ja sopivat asiakkaille.

Pientä tai olematonta huolta koettiin 28 asiakkaan tilanteesta. He olivat joutuneet sairaalaan yllättäen (12) tai olivat kotiutumassa pian (11). Yleensä sairaalaan oli jouduttu joko tapaturman (14) tai pitkäaikaisen sairauden (11) vuoksi. Suurimmalla osalla tuloina oli joko palkkatulo (11) tai eläke (11), ja suurimman osan kanssa ei keskusteltu asumiseen liittyvistä asioista (17). Suurimmalla osalla verkostoon kuuluivat omaiset (21) tai naapurit (3). Vireillepanoja tai selvittelyjä tehtiin pääasiassa lakisääteisiin vakuutuksiin (12) tai lääke- ja matkakorvauksiin (7) liittyen, sekä myös sairauspäivärahaan (4) ja hoitotukeen (3) liittyen. Palveluista tarvittiin lähinnä kotiapua (7). Viranomaisiin oltiin yhteydessä neljäsosassa (7) tapauksista. Suurimman osan kohdalla sosiaalityöntekijät kokivat, että palvelut ja etuudet olivat vähintään melko riittävät ja sopivat asiakkaille.

Alla olevaan taulukkoon on koottu yhteenvedon kaikkien yleisimmät vaihtoehdot sekä ei-huolestuttavien ja huolestuttavien asiakastilanteiden kohdalla. Taulukkoa tulkitessa on muistettava, että esimerkiksi tulomuotojen kohdalla vaihtoehtoja oli useita. Taulukosta voidaan kuitenkin erottaa pitkäaikaissairaat, joiden pääasiallinen tulo on eläke, ja tapaturmaan joutuneet vielä työelämässä olevat henkilöt karkeana jakona huolestuttavien ja ei-huolestuttavien tilanteiden kohdalla. Eläkkeensaajien kanssa on käsitelty hoitotukea, jota voi saada, kun sairastamisesta aiheutuvat kulut

ovat jatkuvia, henkilön toimintakyky on alentunut ja hän saattaa tarvita jatkuvasti tukea ja apua. Molemmassa ryhmässä kotiutumisen voidaan tarvita kotiapua, joko pitkä- tai lyhytaikaisesti.

**Taulukko 4 Huolestuttavat ja ei-huolestuttavat tilanteet sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta.**

Muuttuja	Ei-huolestuttavat tilanteet	Huolestuttavat tilanteet
Sosiaalityön tarpeen kiireellisyyden syy	Yllättävä sairaalaan joutuminen	Asiakas kotiutuisi pian
Sairaalaan joutumisen pääasiallinen syy	Tapaturma	Pitkäaikainen sairaus
Yhteydenottajataho	Hoitohenkilökunta	Hoitohenkilökunta
Hoitoaika	Alle viikko	Alle viikko
Sukupuoli	Nainen	Mies
Ikä	25-64 v.	25-64 v.
Perhetilanne	Parisuhde, ei huollettavia lapsia	Parisuhde, ei huollettavia lapsia
Kotikunta	Muu kuin Tampere	Tampere
Asumismuoto	Ei tietoa*	Omistus- tai vuokra-asunto
Pääasiallinen tulomuoto	Palkkatulo	Eläketulo**
Lähin sosiaalinen verkosto	Perhe ja omaiset	Perhe ja omaiset
Selvittelyä ja tilannekartoitusta tehty pääasiassa	Asiakkaan itsensä kanssa	Asiakkaan itsensä kanssa
Tuet ja etuudet: selvittely ja vireillepano koski useimmin	Lakisääteisiä vakuutuksia	Hoitotukea***
Palvelut: selvittely ja vireillepano koski useimmin	Kotiapua	Kotiapua
Yleisin sosiaalityön työmuoto	Yksilötapaaminen	Yksilötapaaminen
Asiakkaan kanssa sovittu jatkotapaamisesta	Ei	Kyllä
Palvelujen riittävyys ja sopivuus	4, Melko hyvin	3, Jonkin verran

\* Tieto asumismuodosta ei käynyt asiakastapaamisessa ilmi

\*\* Eläketulona voi olla mm. työeläke, kansaneläke, työkyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki

\*\*\* Hoitotukea voivat saada 16-vuotiaat vammaiset tai eläkkeensaajat riittävien kriteerien täytyessä

Sosiaalityöntekijöiden huolestuneisuus näkyy pitkäaikaissairaiden kohdalla, joiden tulot voivat olla pienet, ja jotka tarvitsevat apua arkipäivässä selviämiseen. Usein etuisuuksia ja palveluja joudutaan selvittämään tai hakemaan nopeasti, koska potilas on kotiutumassa. Näissä tilanteissa sosiaalityöntekijöiden huoli kohdistuu nimenomaan asiakkaan kokonaistilanteeseen. Voi olla, ettei kaikkia etuisuuksia ja palveluja ehditä saattamaan vireille, vaan tukien hakeminen jää asiakkaan itsensä harteille.

#### ***4.4.3 Erittäin huolestuttavat tilanteet ja niihin vastaaminen***

Määrällistä tutkimusaineistoa voidaan tarkastella tutkimalla aineistosta sekä säännönmukaisuuksia, että satunnaisia piirteitä. Aineistosta voidaan nostaa esiin se, mikä on keskimääräistä tai tyyppillistä (Mellin 2006; 71, 89). Toisaalta voidaan tarkastella mahdollisia erityisryhmiä tai aineiston ääripäitä.

Jos akuutin sosiaalityön asiakkuutta tarkastellaan vielä niiden asiakkaiden tilanteiden valossa, joista sosiaalityöntekijät olivat erityisen huolissaan, ovat asiakkuuksista seitsemässä eri huolestuttavuusnäkökulmien yhteenlasketut summat joko 24 tai yli. Tämä tarkoittaa, että näiden asiakkaiden osalta keskimäärin jokaisen huolinäkökulman kohdalla sosiaalityöntekijät ovat arvioineet huolensa määrän vähintään melko suureksi. Summat vaihtelevat välillä 24–28. Erittäin huolestuttavien eivät juuri eroa huolestuttavien joukosta, tosin kiireellisyyden syy on useammin se, ettei asiakas voi kotiutua ilman tiettyä tukea tai etuutta, ja hoitotuen lisäksi selvittelyä on tehty myös kuntoutusetuuksiin liittyen. Tämä merkitsee sitä, että asiakkaat ovat sekä pitkäaikaissairaita että työkyvyttömyyseläkkeellä. Lisäksi he tarvitsevat paljon apua arjessa selviämiseen ja toimintakykynsä ylläpitoon. Näiden henkilöiden kohdalla sosiaalityöntekijät kokivat, että tuet ja etuudet riittävät asiakkaille keskimäärin jonkin verran, mutta palvelut melko huonosti.

Jos huolestuneisuutta tarkastellaan lähtien korkeasta huolesta ja asumis- ja tulotiedoista, asiakkaista neljä (5 prosenttia asiakkaista) oli joko asunnottomia tai vaarassa joutua asunnottomiksi. Näistä kaksi henkilöä eli pääasiassa eläketulon turvin; yksi työttömyyskorvauksen ja toimeentulotuen, ja yksi toimeentulotuen, työttömyyskorvauksen ja sairauspäivärahan turvin. Kolmella oli yhteys päihdetyön yksikköön, ja kaikilla verkostoon kuului joko omaisia tai naapureita. Kaikissa tapauksissa yhteyttä sosiaalityöntekijään oli ottanut joku hoitohenkilökunnasta, ja jokaisen kohdalla yhteyttä oli ottanut myös joku muu (lääkäri, omainen tai henkilö itse). Kaikkien kohdalla sairaalaan joutuminen oli ollut yllättävää, kolmen kohdalla taustalla oli päihteiden väärinkäyttöä, ja kahden taustalla äkillinen sairastuminen.

Työntekijät kokivat huolta näiden asiakkaiden kokonaistilanteesta, asumisesta, verkoston riittävydestä ja omasta selviytymiskyvystä pääasiassa erittäin paljon tai melko paljon, ja kolmen kohdalla myös huolta koettiin myös toimeentulosta. Palvelujärjestelmän ei nähty toimivan neljän asiakkaan kohdalla. Pääasiassa näiden asiakkaiden kanssa hoidettiin toimeentuloon liittyviä akuutteja asioita: laskunmaksua ja toimeentulotuen hakemista. Psykososiaalinen tuki oli merkitty työmuodoksi 11 asiakkaan kanssa. Näistä viidellä oli taustalla päihteiden käyttöä, jolloin tehtiin selvittelyä myös liittyen ensisuojiin ja muihin tilapäisasumismuotoihin ja tehtiin muuta selvittelyä.

Näiden asiakkaiden kohdalla sosiaalityöntekijät olivat pääasiassa vain jonkin verran huolissaan asiakkaan tilanteesta, tosin kokonaistilanne huolestutti tätä enemmän. Asiakkaan asumisongelmia ratkaistiin joko pyrkimällä järjestämään asiakkaalle ensisuoja tai muu tilapäisasuminen, tekemällä asuntohakemus tai selvittämällä mahdollisuutta päihdehuollon asumispalveluihin. Työntekijät kokivat, että näiden neljän kohdalla etuudet olivat kenties riittävät, mutta palvelujen riittävydestä ja sopivuudesta oli kolmen asiakkaan kohdalla epävarmuutta: vaihtoehtoista valittiin joko vaihtoehto ei lainkaan riittävät ja sopivat tai vaihtoehto melko vähän riittävät ja sopivat.

#### **4.5 Yhteenveto**

Aineiston perusteella akuuttisosaalityö näyttäytyy moninaisena työnä huolimatta tilanteiden kiireellisyydestä. Lyhyessä ajassa on kartoitettava olennaiset seikat asiakkaan elämäntilanteesta ja osattava löytää ongelmiin ratkaisuja. Akuuttisosaalityöntekijät kykenivät lyhyessäkin ajassa luomaan luottamuksellisen asiakassuhteen, jos arvioidaan kerättyjen tietojen yksityisyyttä ja yksityiskohtaisuutta. Aineiston perusteella sosiaalityöntekijät huolehtivat varsin laaja-alaisesti eri elämäntilanteisiin liittyvistä kysymyksistä, työmuotojen, kontaktien sekä selvittelyjen määrät yhtä asiakasta kohden olivat melko suuret eli muutamalla tapaamiskerralla voitiin saada paljonkin aikaa. Akuuttisosaalityö palvelee sekä työssäkäyviä, palkkatuloillaan toimeentulleita että pienituloisia pääasiassa erilaisten etuisuuksien varassa eläviä ja pitkään työelämän ulkopuolella olleita. Vaikka terveyserot ovat kasvaneet, palvelee erikoissairaanhoidon sosiaalityö aineiston perusteella kaikkia tulo- ja ikäluokkia (Vrt. Payne 2000, 180).

Hännisen kuvaama palvelupyramidi (kuvio 1) sopii aineiston perusteella kuvaamaan myös akuuttisosaalityön kenttää sillä pyramidin verkosto tuli aineistossa hyvin katetuksi. Akuutin työn välineet ja tietopohja ovat terveysosaalityön perustyökaluja, mutta niitä käytetään tilanteessa, jossa järjestelmän pitää vastata yksilön tilanteesta aiheutuneeseen muutokseen (Vrt. Tulppo 1991, 64–66). Akuuttisosaalityön tehtävä on arvioida, mikä palveluohjauksellinen työmuoto asiakkaalle on sopiva, mutta työ on myös paljon muutakin kuin palveluohjausta (Vrt. Lindén 1999, 95–100). Sairastamisella on aineiston perusteella vaikutusta tulojen lisäksi myös ihmisen verkostoihin. Kun tilanteen pitkittyessä oma verkosto on mahdollisesti heikentynyt, tarvitaan ulkopuolista tukea. Myös ikääntyminen on tekijä, joka näkyy ulkopuolisten palvelujen tarpeessa. Pitkäaikaisesti sairastavat olivat myös ryhmä, josta akuuttisosaalityöntekijät olivat useimmin ja eniten huolissaan.

Jill Gibbons ja Debbie Plath keräsivät akuuttisosaalityön asiakkuustietoja yhdeksästä julkisesta sairaalasta yhden vuoden ajan. Sairaaloiden koko, alueellinen sijoittuminen ja erikoistumistaso vaihtelivat ja eniten akuuttia työtä tehtiin suuressa opetussairaalassa. Aineistossa akuutin sosiaalityön kriteeriksi määriteltiin se, että asiakasta tapasi hänen sairaalassaolonsa aikana vain yksi sosiaalityöntekijä ja vain yhtenä päivänä. Sosiaalityöntekijät saattoivat kuitenkin hoitaa asiakkuuteen liittyviä asioita useampana päivänä. Akuuttisosaalityö rajattiin yksilökohtaiseksi asiakastyöksi (*casework intervention*), johon kuului yhteistyötä asiakkaan ja mahdollisesti hänen omaistensa kanssa, suoraa tai epäsuoraa asiakkaan asioiden hoitamista, muiden työntekijöiden konsultointia tai palveluohjausta. (Gibbons & Plath 2010, 708–710.)

Sosiaalityön ”diagnoosiksi” eli tarpeeksi määritettiin hyvin pienessä osassa taloudelliset huolet tai esimerkiksi lapsen hyväksikäyttö. Suurin osa sosiaalityön tarpeesta koski joko terveydelliseen tilanteeseen sopeutumista tai sairaalassaoloon sopeutumista. Tätä voidaan verrata oman tutkimukseni äkilliseen sairastumiseen (25 %) tai sairaalaan joutumisen yllättävyyteen (29 %). Keskimäärin yhteen asiakasprosessiin käytettiin 32 minuuttia ja keskimäärin yhden asiakkaan kohdalla käytettiin 2,5 työmuotoa. Suurin osa työstä oli tilanteen arviointia (30 % asiakastyöstä) tai palvelujen koordinoitua (22 %). Tilannearvioista suurin osa sisälsi psykososiaalista työtä. Potilaan oikeuksiin liittyvää neuvontaa tehtiin 11 % asiakastyöstä. Ohjaukseen (11 %) käytettiin työaika keskimääräistä enemmän. (Gibbons & Plath 2010, 709–712.) Verrattuna suomalaiseen akuuttiin työhön aika tuntuu lyhyeltä. Lisäksi akuutin työn perustana on aina tilanteen kartoittaminen, ja suurimassa osassa akuuttia työtä tehtiin selvittelyä ja vireillepanoja sekä neuvontaa ja palveluohjausta. Toisaalta kahden akuutin sosiaalityön sisältöjä ei voida täysin verrata sillä työn sisältöä ei ole kuvattu Gibbonsin ja Plathin tutkimuksessa riittävässä laajuudessa. Lisäksi oman tutkimukseni lähtökohdat olivat erilaiset: akuutti työ määritettiin kokemustietoon ja osin intuitionkin perustuen, ei työn ulkopuolelta ja kertaluonteisuuteen rajoittuen.

Kuten Gibbons ja Plath toteavat, määrällisten aineistojen keräämisen ja analysoinnin osatavoite on myös työn näkyväksi tekeminen ja työn dokumentoinnin tärkeyden tiedostaminen. Tietoa voidaan hyödyntää sekä työn organisoinnissa että esimerkiksi työntekijöiden koulutuksessa. Näkyväksi tekeminen mahdollistaa myös työn olemassaolon tunnistamisen ja työn merkityksen tunnustamisen. (Gibbons & Plath 2010, 714.)

## 5 Reflektiivinen arvio akuuttisosaaliryöstä

Tarkastelen akuuttisosaaliryöstä sosiaalityöntekijöiden itsensä kuvaamana ja arvioimana sekä sosiaalityön sisällön kannalta että sen onnistumisten, ongelmakohtien ja haasteiden osalta reflektiivistä arviointia analysoimalla. Lisäksi tarkastelen sitä, millaisena akuuttisosaaliryöstä näyttäytyy asiakkaiden, moniammatillisen työyhteisön sekä organisaation ja koko palvelujärjestelmän tasolla. Olen jakanut analyysini näiden teemojen ja tekijöiden mukaisesti ja kuvaan akuuttia sosiaaliryöstä eräänlaisena prosessina, jossa sosiaalityön toteutumisen edellytykset joko täyttyvät tai jäävät toteutumatta (Payne 2005b, 28–29). Olen havainnollistanut prosessia tarpeen tunnistamisesta dokumentointiin saakka kuvion (liite 3) avulla. Pyrin avaamaan erityisesti prosessin risteyskohtia seuraavissa alaluvuissa. Lukuun kursiiivilla merkityt sanat ja lauseet ovat lainauksia haastateltavilta.

### 5.1 Akuutin sosiaalityön tarpeen tunnistaminen

Perusedellytykseksi akuutin sosiaalityön alkamiselle sosiaalityöntekijät nimesivät aina jonkun muun yhteydenoton. Sosiaalityöntekijät eivät ehdi tavata jokaista potilasta arvioidakseen heidän palvelutarvettaan, eikä se ole tarkoituksenmukaistakaan. Jollakin muulla moniammatillisen tiimin jäsenellä on siis herättävä ajatus siitä, että potilas tarvitsisi sosiaalityön palveluja. Tämä edellyttää sekä toimivaa yhteistyötä sosiaalityön ja muiden ammattikuntien välillä, että taitoa tunnistaa potilaiden tarpeita (Payne 2000, 182–186). Hoitohenkilökunnalla tai esimerkiksi lääkäriillä on herättävä sosiaalityöntekijöiden sanoin *huoli* potilaan tilanteesta. Tämä voi olla hyvin epämääräinenkin tunne siitä, ettei potilaalla ole kaikki hyvin. Vasta tämän jälkeen sosiaalityöntekijä voi aloittaa työnsä:

*”niin että se tarvii ensin että se huoli nousee sillä hoitajalla ja sitte määhän tuun siihen”*

Toisaalta potilaat voivat ilmaista itsekin palvelutarpeensa. Lisäksi osa potilaiden tarpeista on helpommin havaittavissa. Toisaalta sosiaalityöntekijät myönsivät, että joskus hoitohenkilökunta voi arvioida tarpeen väärin, mitä ei kuitenkaan pidetty ongelmana. Sosiaalityöntekijä tekee potilaan tavatessaan uudelleen oman arvionsa tilanteesta – usein tilanteesta voi paljastua myös muitakin,



johon sosiaalityön on mahdollisuus puuttua. Vääriä hälytyksiä suuremmaksi ongelmaksi sosiaalityöntekijät kokivat sen, ettei sosiaalityö tavoita kaikkia avun tarvitsijoita. Piilossa oleva tarve tiedostettiin, mutta tarpeeseen ei kyetä vastaamaan.

Myös muilla sosiaalityön areenoilla piilotarve tiedostettu ongelma, mutta erityisen haastavaa se on nopeatempoisessa akuuttisosiaalityössä: Mahdollinen asiakaskunta ainakin hetkellisesti rajattu ryhmä, joka on sosiaalityöntekijän ulottuvilla sairaalan seinien sisäpuolella. Jos moniammatillinen yhteistyö ei toimi täydellisesti, ei kaikkia potentiaalisia asiakkaita tavoiteta. (Payne 2000, 189–191; Pylväs 2003, 77–80.) Lisäksi erikoissairaanhoidossa potilaita sisään- ja uloskirjataan päivittäin valtavat määrät, jolloin potentiaalisten asiakkaiden määrä on jatkuvassa muutoksessa – kaikkia ei ehditä tapaamaan vaikka yhteistyö toimisikin. Piilotarpeen olemassaololla on kuitenkin yhteiskunnallinen ulottuvuutensa: etuudet jäävät hakematta ja palveluita alikäytetään (Ks. Salmelainen, Stenholm & Kehusmaa 2005, 1703–1706).

Sosiaalityöntekijät määrittävät työnsä sisällöllisiä rajoja jatkuvasti työtä tehdessään. Sosiaalityöntekijät kohtaavat akuutissa työssä monenlaisia odotuksia, joista osa on joko liian yksinkertaistettuja tai liian suuria, tai jotka eivät kuulu sosiaalityöntekijöiden tehtävänkuvaan. Moniammatillinen työyhteisö ja asiakkaat voivat esittää sosiaalityöntekijöille pyyntöjä, joihin on *mahdoton vastata*. Tämä voi kertoa siitä, että sosiaalityön ydintehtävä on sekä asiakkaille että moniammatilliselle työyhteisölle edelleen epäselvä. Asiakkaat eivät välttämättä tiedä, mitä sairaalan sosiaalityöntekijä tekee. Epäselvyyttä voi luoda akuutin työn ja organisaation luonne: asiakkaita saatetaan tavata vain kertaalleen ja henkilökunnan vaihtuvuus on suuri. (Vrt. Lindén 1999, 98, 134–135, 157; Pylväs 2003, 33; Tulppo 1991, 73; Gibbons & Plath 2005, 22–24.)

Liian suuret odotukset tai pyynnöt, joissa sosiaalityöntekijät eivät voi auttaa, aiheuttavat turhautumista, sekä sosiaalityöntekijöissä että yhteistyökumppaneissa. Turhautuminen voi toteutua sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden pyyntöjen kohdalla ja sosiaalityöntekijät saattavat kokea joutuneensa tilanteissa sijaiskärsijöiksi. Tiedonpuutteen lisäksi myös potilaiden haastavat elämäntilanteet saattavat olla syynä niin sanottuihin mahdottomiin pyyntöihin.

*”sitte kun ei kukaan osaa sit asialle mitään tehdä tai sille ei ehkä mitään voi tehdä, niin silti on aina sosiaalityöntekijä, joka voidaan kutsua paikalle jolta voidaan sitte pyytää ja kysyä.”*

*”sitte vaikka se vastapuolikin tietäis sen että tää on ollu niinkun ihan mahdoton pyyntö, niin se voi silti olla tyytymätön et ’ei toi sossu hoida tätä.’”*

Edellisten kaltaiset odotukset luovat sosiaalityöntekijöissä sekä riittämättömyyden että turhautumisen tunnetta: pyyntöön ei kyetä vastaamaan, eikä vastaaminen välttämättä kuulu sosiaalityöntekijän tehtävänkuvaan. Toisaalta tämä voi aiheuttaa myös sen, että sosiaalityöntekijät pyrkivät vastaamaan sosiaalityölle kuuluviin pyyntöihin liiankin tunnollisesti (Tulppo 1991, 78–80).

*”Mä luulen et se parhaansa tekeminen kyllä niinku koskee varmaan kaikkia meitä koska sosiaalityön asema on kuitenkin vähän semmonen että täytyy pystyä jotenkin niinku näyttään, näyttämään se paikka.”*

Mielikuvien varassa toimivassa moniammatillisessa yhteistyössä sosiaalityö saattaa myös leimaantua vain tietynlaisiin tilanteisiin, esimerkiksi päihteiden väärinkäyttäjien kanssa toimimiseen (Ks. Pylväs 2003, 80-81). Yksinkertaistetut odotukset pohjautuivat tarpeen havaitsijan mielikuviin siitä, mitä sosiaalityöntekijän tehtävänkuvaan sairaalassa kuuluu.

*” ... ja sitten ehkä nimenomaan joku tietty osasto, missä on kovasti ollu nimenomaan päihdetapauksia ja missä on totuttu niinkun käyttämään sosiaalityöntekijää nimenomaan vaan niissä tilanteissa selvittämään jotakin tämmöstä niinku päihdeohjausta...”*

*”et se tulee jotenki siinä että no, kutsutaan sitte taas sosiaalihoitaja, et se hoitaa vaan niinku tuon.”*

Leimaantumisen sosiaalityöntekijät hyväksyivät sosiaalityöhön liittyvänä *taakkana*, joka on osa työtä, mihin liittyy myös yllä mainittu turhautuminen asiakkaiden vaikeisiin tilanteisiin ja sen heijastuminen paikalle pyydettyyn sosiaalityöntekijään. Toisaalta leimaantumista pidettiin joskus myös hyvänä asiana – työ oli vähintään *tunnistettu* ja se koettiin selkeäksi osaksi tiimityöskentelyä (Ks. myös Tulppo 1991, 70–71).

*”Se oli hauska kun [naurahtaa] ku yks kirurgi oli noteerannu, --- että mä saatan tulla niinku lennosta sinne kierrolle --- niin se sano et: ’Jaa, sosiaalityöntekijä tulee, et se on niinku korpin merkki --- [naurua] että siellä on joku vaikee ulkomaansiirto siinä kohalla.’”*

Akuuttisosaalityön kuva tarkentuu ja sosiaalityön tehtävää määritellään toteutettavan työn kautta jatkuvasti. Koska opetussairaalan henkilökunnan vaihtuvuus on suuri, suurta osaa asiakkaista tavataan vain kerran tai kaksi ja asiakkaiden tilanteet voivat muuttua, määrittystehtävä on osa päivittäistä työtä. Työn määrittystehtävä on siis sisällä itse käytännössä. Jos eri ammattiryhmien tavoitteet ovat kovin erilaiset asiakkaan tilanteen edistämisen suhteen eikä yhteistä ymmärrystä löydy eikä tieto kulje, ei sosiaalityön rooli ulospäin ole kovin selkeä (Payne 2006, 147–148). Toimivassa yhteistyössä työryhmän jäsenet tuntevat riittävästi toistensa työkenttää, hoitavat kukin tehtävänsä ja voivat myös luottaa toisten tekevän samoin (Bronstein 2003, 300; Parviainen & Telilä 2005, 90–91).

## 5.2 Akuutin sosiaalityön toteutuminen

Vasta tarpeen havaitsemisen ja yhteydenoton jälkeen sosiaalityöntekijä voi tehdä oman arvionsa tilanteesta ja luoda asiakassuhteen. Akuutti työ määrittyy työtehtävän akuutin luonteen mukaan – työ on nopeaa reagoitua löytyneeseen tarpeeseen. Työtehtävä voi sinänsä liittyä moneen asiaan kuten määrällisestä aineistosta voidaan havaita. Olennaista akuutin sosiaalityön toteuttamisessa on sosiaalityöntekijän arvio siitä, mitä asiakas tarvitsee juuri *siinä tilanteessaan*. Tarpeet voivat olla hyvin monenlaisia, mutta akuutissa työssä tärkeintä on määritellä se, mikä on keskeisintä ja olennaisinta asiakkaan kannalta:

*” mut ihan akuuttitilanteessa niin niin just se semmonen kelaaminen päässä et mikä täs on tärkeintä”*

*”Tavallaan tietysti siel voi jäädä jotain ihan huomaamatta mutta tietyllä tavalla niinku hahmottaa se tilanne.”*

Keskeisimmän määrittämiseksi sosiaalityöntekijän pitää hahmottaa riittävästi asiakkaan kokonaistilannetta ja samaan aikaan priorisoida mielessään se, mikä on tärkeintä ja välttämättömintä ja mitä on mahdollista toteuttaa akuutissa tilanteessa. Asiakasta on osattava kuunnella ja hänen tarpeensa ja tahtonsa on työn lähtökohta. Keskeisimmän löytämistä asiakasta haastatteleamalla ja asiakkaan kanssa keskustelemalla sosiaalityöntekijät pitivät melko rutiininomaisena osaamisena. Olennaisen määrittämisen sosiaalityöntekijät näkivät ammatillisena taitona, joka karttuu työkokemuksen myötä.

Tärkeää on arvioida esimerkiksi sitä, kuinka *kiireellisesti* tai *välttämättömästi* asiakas tarvitsee tiettyjä asioita, esimerkiksi kotiutumiseen tai taloudelliseen selviämiseen liittyen. Olennaista akuutissa työssä on myös arvioida sitä, mitä asiakas on kykenevä omaksumaan ja muistamaan joskus hyvin kriittisessä tilanteessaan. (Ks. Gibbons & Plath 2010, 709; Gibbons & Plath 2009; Gibbons & Plath 2005.) Selvitys-, järjestely- ja ohjaustyön lisäksi asiakassuhdetta voidaan ”venyttää” mahdollisuuksien mukaan: potilaalle annetaan sosiaalityöntekijän yhteystiedot ja kirjallista materiaalia, sekä pyydetään olemaan tarvittaessa yhteydessä. Yhteydenottoja tulee kuitenkin harvemmin (Vrt. Gibbons & Plath 2005, 29). Toisaalta osa akuutin sosiaalityön asiakkaista on pitkäaikaissairaita, joiden kanssa asiakassuhteesta tulee pidempiaikainen. Tieto jatkuvuudesta luo myös sosiaalityöntekijöille tunteen tilanteen hallinnasta:

*”--- se on mukava tilanne... et sen akuutinkin ollessa voidaan jotakin pitkäaikasempaakin asiaa sopia.”*

Olennaiseen tarttuminen saattaa palvella asiakkaan lisäksi myös työyhteisöä ja organisaatiota itseään. Nopeatempoisessa ja kustannustietoisessa erikoissairaanhoidossa jokainen käytetty sairaalavuode on kustannuserä. Olennainen ja keskeinen saattavat määrittäytyä myös organisaation tavoitteena:

*”--- että joskus tulee niinku se että osastolta se pyyntö sitä varten että tää asia pitää hoitaa, että tää potilas saadaan täältä pois.”*

Näissäkin tilanteissa sosiaalityöntekijä tekee toki uudelleen oman arvionsa asiakkaan tarpeista. Joskus organisaation tai palvelujärjestelmän ja asiakkaan tarpeet voivat olla ristiriidassa tai asiakas ei kykene hoitamaan itse asiaansa. Tällöin akuuttisosiaalityö pyrkii mahdollisuuksiensa mukaan toimimaan sekä välittäjänä että potilaan asianajajana tilanteessa (Gibbons & Plath 2005, 24–25; Lindén 1999, 64–65, 97; Tulppo 1991, 80–81). Akuuttisosiaalityö toimii siis eräänlaisena kitkanpoistajana järjestelmän ja asiakkaan välissä, ja on varmistamassa, että prosessit sujuvat ja asiat menevät eteenpäin, sekä järjestelmän että asiakkaan näkökulmasta:

*”Et mä oon niinku vähän asioiden varmistaja ja kitkanpoistaja tän... jos mä otan nää tapaturmapotilaat, et siin on se tietty systeemi... mikä täällä pitäis olla. --- Et ohjeet on olemassa, mut ku tää on niin iso järjestelmä. Se ei toimi aina. --- Et joitteki kohalta se toimii, mutta että sit siin on heikkoja kohtia.”*

*”--- siihenhän tää systeemi on rakennettu et se hoidetaan: soitetaan, täytetään ne hakemukset ja näin, et näin sen pitäis kaikkien kohdalla toimia... Mutta kun näin ei erinäisistä syistä oo... [Ei] oo sitä kykyä tai jotenki se homma ei toimi, tai että ihan suoranaisesti siin joku... kyllähän näit tilanteita tulee, että potilas sanoo: ’Mä oon sinne sossuun, sosiaalitoimistoon, soittanu ja puhunu tän asiani ja mulle sanotaan ei.’”*

Kitkatilanteessa sosiaalityöntekijät pyrkivät tekemään parhaansa asiakkaan auttamiseksi, ja usein sosiaalityön väliintulosta voi olla hyötyä. Sosiaalityön näkökulmasta väliintulo kertoo kuitenkin järjestelmän toimimattomuudesta, ja eräänlaisena ”voiteluaineena” toimiminen voi myös turhauttaa. Sosiaalityöntekijät näkevät toistuvasti palvelujärjestelmän puutteet, mutteivät välttämättä koe voivansa puuttua niihin (Tulppo 1991, 79). Kitkanpoisto saattaa liittyä esimerkiksi joko asiakkaan kannalta uuteen tilanteeseen ja muutokseen tai asiakkaan jo tiedostamaan ongelmaan, johon hän tarvitsee sosiaalityön apua.

### **5.3 Akuuttisosiaalityön tulos**

Optimaalisessa tilanteessa asiakas tulee autetuksi ja työ dokumentoiduksi. Akuuttisosiaalityön tulosta voi kuitenkin olla vaikea määrittellä sillä sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta oikein tehty työ ei välttämättä näy organisaatio- ja järjestelmätasolla mitenkään, koska yhteistyökumppaneiden verkosto on suuri ja hajanainen, eikä esimerkiksi yhden viranomaisen kanssa välttämättä tehdä yhteistyötä kovin usein. Sosiaalityöntekijät määrittävätkin sekä organisaatio- että palvelujärjestelmätasolla tuloksen lähinnä sujuvuudeksi:

*”Se toimii siinä, se homma pyörii eteenpäin, ei niinku tuu kenenkään silmille sit, et hei, nyt tässä tökkäsee, niin varmaan siinä on sosiaalityöntekijä tehnyt työnsä, se sujuu.”*

Ulospäin, yhteistyökumppaneille, asiakkaille ja moniammatilliselle työyhteisölle näkyvä tulos voi olla hyvin toisenlainen kuin sosiaalityöntekijöiden kokema ammatillinen tuloksellisuus. Erilaisia tuloksellisuuskäsityksiä ei voi välttämättä yhdistää ja ne voivat olla jopa ristiriidassa keskenään.

Sosiaalityöntekijät kuvaavat moniammatillisen työyhteisön näkökulmasta tulosta varsin välittömäksi ja selvästi näkyväksi hyödyksi.

*”--- on varmaan sitte helppo jos se on joku konkreettinen toimi, joka tehdään siinä.”*

*” --- tai joku muu näkyvä tämmönen että se on kans semmonen kyllä siitä saa arvostusta ja kiitosta.”*

Sosiaalityön käynnistämät prosessit voivat viedä aikaa, eivätkä prosessien tulokset näy organisaatiossa lainkaan, ellei potilas joudu sairaalaan uudelleen. Hitaiden prosessien tuloksia on vaikea mieltää akuutin sosiaalityön tuloksellisuudeksi (Gibbons & Plath 2005, 29). Sosiaalityöntekijät arvelivat, että suurin osa tehdystä työstä jää työyhteisölle näkymättömäksi, mikä vaikuttaa myös työyhteisön toimivuuteen ja myös asemaan yhteisössä (Vrt. Tulppo 1991, 78–81). Tieto, jota ei ole olemassa ei voi myöskään siirtyä eteenpäin. Toki myös muiden ammattiryhmien näkökulma tiedon käyttöarvoon voi olla toisenlainen kuin sosiaalityön (Metteri 1996, 146–148, 151–152).

Omaa sisäistä tunnettaan onnistuneesta ja tuloksellisesta työstä sosiaalityöntekijät kuvaavat *hyvänä mielenä*. Hyvä mieli näkyy myös asiakkaassa, työyhteisössä tai joskus myös yhteistyökumppanin kohdalla. Tällainen kokemus tuloksellisuudesta ei välttämättä toteudu yhtä aikaa kaikkien osapuolten kohdalla ja olennaisimpana koetaan onnistuminen asiakkaan näkökulmasta. (Tulppo 1991, 78; Davis ym. 2005, 292). Onnistuminen merkitsee siis paljolti sitä, että asiakas on hyötynyt sosiaalityön väliintulosta: hän on esimerkiksi saanut uutta tietoa, hän on saanut palveluja tai etuuksia tai hän on tullut kuulluksi. Onnistuminen koetaan enemmän intuitiivisena kokemuksena kuin mittaamiseen perustuvana tietona (Ks. Ronnby 2010, 24–25).

Onnistumisessa työyhteisön suuntaan yhdistyi sekä konkreettinen, ulospäin näkyvä, että sisäinen hyvän mielen kokemus hyvin tehdystä työstä, jossa kaikki ovat tehneet osansa:

*”--- sen voi huomata ja tuntee ja kuulla, että siellä osastolla niinkun se yhteys sossuun otetaan ja mä meen sinne ja hoidan sitä asian niin semmonen niinkun kiitollisuus tai semmonen tai tyytyväisyys että hyvä homma.”*

Onnistuminen ei ole riippuvainen työmuodosta: oma tuloksellisuus saattaa toteutua niin palveluohjauksen, psykososiaalisen työn tai neuvonnan ja asiantuntijatyön kohdalla. Myös onnistunut työskentely moniammatillisessa tiimissä koetaan yhtä lailla tulokselliseksi.

Kun akuuttisosaalityö ei onnistu eikä asiakas tule autetuksi, johtuu se sosiaalityöntekijöiden mukaan useimmiten muusta kuin sosiaalityöstä itsestään. Kaikki akuuttisosaalityöntekijän luo ohjatut eivät halua sosiaalityön palveluja, jolloin asiakassuhdetta ei synny. Toisaalta asiakkailta voi olla jo edellä mainittuja kohtuuttomia odotuksia sosiaalityötä kohtaan. Gibbonsin ja Plathin tutkimuksen mukaan asiakkaat kokevat työntekijät luotettaviksi, avuliaksi ja asiantunteviksi, mutta osa asiakkaista oli kokenut, ettei sosiaalityöntekijä ollut tosiasiallisesti kiinnostunut hänen tilanteestaan tai että hän ei ollut kyennyt järjestämään niitä palveluita, joita asiakas olisi tarvinnut. Lisäksi sosiaalityöntekijän antamaa informaatiota oli vaikea muistaa. (Gibbons & Plath 2009, 727–734.) Tiedon konkreettisuus ja selkeys on asiakkaiden oikeusturvan ja tasa-arvoisen aseman kannalta keskeistä.

Epäonnistumista sosiaalityöntekijät kokevat myös silloin, kun eivät pystyneet täyttämään muun henkilökunnan odotuksia. Tällöin sosiaalityö näyttäytyy ikään kuin syntipukkina, jolla ei myöskään ollut mahdollisuutta tulla kuulluksi:

*”--- se jää jotenki niinku sillai epäreilulla tavalla niinku mun kontolle. --- [Sitä] ei pysty selittään, et se vaatis se tilanne sen, et mun täytys niinku et hei, täs menee näin ja näin ja mä voin tehdä tässä tätä ja tätä. --- Mut tätä ja tätä mää en voi. --- Ja tää johtuu taas siitä ja siitä. [naurahdus]”*

Odotusten täyttymättömyyden lisäksi epäonnistumisen syynä saattaa olla se, ettei yhteistyö toiminut joko moniammatillisen työyhteisön tai yhteistyökumppaneiden kanssa. Moniammatillinen tiimi ei välttämättä kykene palvelemaan sosiaalityön ja sitä kautta myöskään asiakkaan tarpeita. Toistuessaan yhteistyön puute tai toimimattomuus aiheuttaa sekä turhaa työtä että turhautumista:

*”Et ehkä noi lausunnot, lääkärinlausunnot on semmonen konkreettinen, et jos niitä ei kirjoiteta tai tehdään huonoja lausuntoja liian vähillä tiedoilla. Niin se voi sitte johtaa jossain tilanteessa siihen että sitten se potilas ei saa sitä etuutta tai viivästyy niin kohtuuttomasti se ---”*

Yhteistyökumppaneiden kohdalla akuuttisosaalityö saattaa törmätä sekä sääntöihin tai erilaiseen näkemykseen asiakkaan tilanteesta, jolloin sujuvuus ei enää onnistukaan. (Ks. Metteri 1996, 153–154.) Palveluiden sektoroituminen saattaa estää palvelujen toteutumisen tai hidastaa niiden saamista. Erityisen turhauttavaksi sosiaalityöntekijät kokevat tilanteen, jossa he näkevät asiakkaan sosiaalipalvelujen tarpeen ja tietävät kuinka asiakasta voisi auttaa, mutta kunnalliset sosiaalipalvelut ja sosiaalityö ammattiryhmänä eivät kykene auttamaan asiakasta (Vrt. Mäntysaari 2006, 115, 129–132).

*”Kylmää ja semmosta että kantti kertaa kantti, että hänen, asiakkaan, velvollisuus on toimittaa nämä ja nämä liput ja laput ja sillä selvä. Et he ei niinku he ei kato sitä sinne sen asiakkaan tilanteeseen et pystyyks se siihen, se ei o mitään, aina se ei o mitään sellasta niinku sellasta jumpittelua tai tai asioiden laiminlyöntiä sen asiakkaan kohdalta et se ei vaan niinku kykene. Ja se tarttis siihen apua. Eikä sillä oo ketään. Mä aattelen, et sitte kuitenkin se päätöksentekevä instanssi, et voisko se niinku mitenkään olla siinä... et vaik joku ihan siis tämmönen että monen ihmisen pitäis päästä henkilökohtasesti sinne sen [sosiaali]työntekijän vastaanotolle.”*

Rakenteelliset epäonnistumiset ovat yhteydessä myös akuuttisosaalityön piilotarpeeseen: havaitsematon tai tarve, johon ei voida vastata, ei katoa vaan jää olemaan ja huonoimmillaan kertautuu ja kasvaa. Tarve voidaan toki havaita uudelleen mutta siihen voi olla vaikeampi hakea ratkaisua. Toisaalta osa jää silti ilman apua.

#### **5.4 Keinoja vastata akuuttien tilanteiden tuomiin haasteisiin**

Akuuttisosaalityötä voidaan pitää vaativana työnä sen intensiivisyyden ja työssä vaadittavan kokemuksen ja laajan tietoperustan hallinnan vuoksi (Gibbons & Plath 2005, 31). Haastatteleman sosiaalityöntekijät pitivät akuutissa työssä haasteellisimpana sitä, että hyvin lyhyessä ajassa on sekä hahmotettava asiakkaan kokonaistilanne että tilanteen kannalta olennaisin eli tavoite, ja joko hallittava tai hankittava tarvittavat tiedot ja keinot tilanteen ratkaisemiseksi. Sosiaalityöntekijät hyödyntävät kokonaistilanteen hahmottamisessa sekä muiden työntekijöiden tuottamaa tietoa asiakkaista että omaa kokemustaan. Lisäksi asiakastapaamisessa on, varsinkin palveluohjaustilanteessa, aistittava, mitä asiakas kykenee omaksumaan ja mitä asioita hän kykenee hoitamaan itsenäisesti, ja missä asioissa hän vastaavasti tarvitsee tukea:



*”Kyl siinä tietyllä tavalla on niinku tuntosarvet auki että siinä siin paljon niinku havainnoi sitä ihmistä, tietämättäänkin, tavallaan niinku semmosta että mitä se ottaa vastaan ja mitä se antaa.”*

Koska akuuttisosaalityö perustuu muiden tahojen yhteydenottoon, liittyy työhön myös suunnittelemattomuus ja ennakoimattomuus. Lyhyet hoitoajat merkitsevät sitä, että työ on tehtävä nopeasti, siinä ajassa, kun asiakas on sairaalassa. Gibbons ja Plath (2009) toteava, että asiakkaiden voi olla vaikea muistaa asioineensa sosiaalityöntekijän kanssa. Heidän haastattelemansa asiakkaat olivat tavanneet sosiaalityöntekijää noin 15–20 minuutin ajan. (Em. 2009, 727–734.) Haastattelemani sosiaalityöntekijät myönsivät, että välillä kiire on kova, mutta kiirettä ei saa näyttää asiakkaalle:

*”Se on, joskus on vaikeeta, et päästä repii, että ittellä on mielessä koko ajan että pitäs mennä jo ja sitte samaan aikaan, että mä oon nyt tän ihmisen kanssa tässä ja hänen asiansa on hänelle hyvin tärkeä --- ja ehkä se juttu vähän rönstyilee siinä ja itte aattelee että ’Mene asiaan!’ [naurua]”*

Kiireen hallitsemiseksi asiakkaiden tapaamisia voi yrittää aikatauluttaa. Lisäksi on selvitettävä ennakkoon, kuinka paljon aikaa on käytettävissä eli toisin sanoen kuinka kauan potilas on vielä sairaalassa. Sosiaalityöntekijät pyrkivät päättelemään kiireellisestä pyynnöstä, *miksi* se on kiireellinen sillä usein kiire voi olla sosiaalityön kannalta näennäistä:

*”Että semmonen kelaaminen heti että mitä tässä on se kiire, et onks se ton ihmisen vaan et se haluaa tän pois kynsistään vai onks sillä potilaalla joku niinku hätä päässä ---”*

Ennakoimattomuus voi johtaa myös siihen, ettei kaikkia potentiaalisia asiakkaita ehditä tapaamaan. Tällöin on priorisoitava ne, joilla on sosiaalityöntekijän arvion mukaan suurin tarve sosiaalityön palveluille. Haasteellisia tilanteita ovat ne, joissa asiakas on sairaanhoidon näkökulmasta kotiuttamiskuntoinen, mutta sosiaalityön näkökulmasta tukipalveluita ei saada järjestymään riittävän nopeasti tai riittävässä laajuudessa (Gibbons & Plath 2005, 29–30). Tällöin sosiaalityö on estämässä organisaation toiminnan sujuvuutta mutta toimii asiakkaansa asianajajana.

Akuuttisosaalityö ei näy suoraan terveystieteiden luokituksessa eikä välttämättä työn tilastoinnissa potilasjärjestelmissä. Esimerkiksi Gibbonsin ja Plathin tutkimuksessa akuutille työlle määritettiin kolme sääntöä, jonka perusteella aineisto kerättiin. Tällä tavoin saatiin kuitenkin vielä

melko niukka kuva työn sisällöstä. (Gibbons & Plath 2010, erit. 710–713.) Potilaskertomuksessa akuutti työ voi näkyä esimerkiksi kotiutumisanalyysin ylöskirjaamisena tai työmuodon erittelyinä. Sosiaalityöntekijät pystyvät kuitenkin kirjaamaan akuuttia työtä eri ilmaisuin. Sosiaalityöntekijät saattavat kirjata akuuttia työtä esimerkiksi lauseella: ”potilas kotiutumassa tänään” tai ”[potilas] tavattu osastolla” tai ”potilas soittaa”. Kirjauksista ei kuitenkaan voi aina päätellä, onko kyseessä ollut nimenomaan akuutti työ eli erityistä akuutin työn dokumentointitapaa ei ole.

Sosiaalityöntekijöiden oli osittain vaikea arvioida akuutin työn määrää sillä se vaihtelee osastoittain. Joillain osastoilla tehtiin pääasiassa pelkkää akuuttia työtä, toisaalla se muodosti vain osan työstä. (Ks. myös Gibbons & Plath 2010, 710.) Lisäksi osasta akuuttityötä tulee myöhemmin pitkäaikaista, ja pitkäaikaisenkin asiakkaan elämäntilanteessa voi tapahtua muutoksia, jotka vaativat akuuttia interventiota. Akuuttisosiaalityö nähdään vastakohtana kuntouttavalle sosiaalityölle, mutta sen määrittäminen, mikä oli juuri akuuttia ja mikä vähemmän tai ei-akuuttia, on vaikeampaa. Tilastointijärjestelmään voidaan merkitä tapaamisajat mutta ei työhön kulunutta kokonaisaikaa. Dokumentointia ei aina hyödynnetä moniammatillisesti, ja osa työstä jää myös dokumentoimatta, mikä vaikuttaa myös akuutin sosiaalityön tarpeen havaitsemiseen. Jotta prosesseista, onnistuneista ja epäonnistuneista, opittaisiin, tulisi myös epäonnistuneet tilanteet dokumentoida ja arvioida (liite 2).

Haastavia akuutteja asiakastilanteita puretaan helpoimmin yhdessä muiden sosiaalityöntekijöiden kanssa heti akuutin tilanteen jälkeen tai jo sen aikana. Sosiaalityöntekijät hyödyntävät muun muassa paljon toistensa tietotaitoa tilanteiden ratkaisemisessa ja tämä koetaankin tärkeimmäksi tavaksi jaksaa muuten hyvin ennakoimatonta työtä. Erityistä akuutteihin tilanteisiin liittyvää työhönohjausta sosiaalityöntekijät eivät osanneet kaivata tai ainakaan kuvata, eroaisiko se ”tavallisesta” työhönohjauksesta. Akuutteja tilanteita voidaan purkaa myös moniammatillisessa työyhteisössä. Toisaalta myös muun henkilökunnan kiire ja työn kuormittavuus heijastuvat sosiaalityöntekijöihin, joilta löytyi ymmärtämystä myös muita ammattiryhmiä kohtaan:

*”Toisaalta joskus et hoitajatkin on niin kovilla, et sielt tulee joskus semmonen olo, mä en tiedä mistä se tulee itelle, et mä pääsen niinku, et ne ajattelee, et mä pääsen tässä helpommalla... siisti sisätyö.”*

*”Ja ne on kyllä semmosia aika hienovarasia niinku tilanteita, että et ettet sä vaan taas tökkäse sitä toista.”*

Vahva ammatti-identiteetti koetaan keinoksi selvitä kiireen ja ennakoimattomuuden ja erilaisten odotusten keskellä (Payne 2000, 183). Sinänsä työ koetaan mielekkääksi, vaikka vaikutusmahdollisuudet työn sisältöön koetaan vähäisiksi. Toisaalta työn itsenäisyys ja ammatillisen identiteetin vahvistuminen lisäävät tunnetta työn vapaudesta (Vrt. Tulppo 1991, 78–80; Cavén 1999, 142–144; Pylväs 2003, 79-80).

## 5.5 Yhteenveto

Akuutin sosiaalityön prosessi (liite 3) alkaa siis tarpeesta, joka joko havaitaan tai ei havaita. Jos tarvetta ei havaita, jää se myös dokumentoimatta. Jos taas tarve tunnistetaan ja sosiaalityöntekijään osataan ottaa yhteyttä, sosiaalityö voi tehdä arvion potilaan tilanteesta ja varsinaisen asiakkuus voi alkaa. Toisaalta joskus prosessi ei käynnisty, jos työlle ei ole tarvetta tai asiakas ei halua palvelua. Tällaisetkin tilanteet olisi hyvä kirjata tai arvioida, jotta prosessista voidaan oppia.

Jos prosessi jatkuu, kartoittaa sosiaalityöntekijä asiakkaan kokonaistilanteen ja tilanteen kannalta olennaisimman, johon sosiaalityön toimissa keskitytään. Asiakas tulee autetuksi ja työ todennetuksi. Jos moniammatillinen tai muu yhteistyö tai palvelujärjestelmä itsessään ei toimi, akuutti työ voi jäädä kesken, eikä asiakas tule autetuksi. Asiakkaan tarve jää kuitenkin olemaan. Jos asiakasta ei voida ohjata eteenpäin, painuu näkyville tullut tarve takaisin piiloon, ja nousee mahdollisesti esiin uudelleen.

Kuva siitä, mitä on sairaalan sosiaalityö ja akuuttisosiaalityö, on analyysini perusteella sosiaalityön yhteistyökumppaneille asiakkaasta järjestelmätasolle saakka osin epäselvä, mikä näkyy myös vaihtelevissa odotuksissa. Akuutin työn määritelmä yksiselitteinen myöskään sosiaalityöntekijöille itselleen. Akuutin sosiaalityön kohtaamat odotukset vaikuttavat myös siihen, kuinka akuutin työn tulosta määritetään. Lisäksi akuuttisosiaalityön onnistuminen tai epäonnistuminen voi merkitä hyvin erilaisia asioita järjestelmän eri tasoilla. Se, mikä määritetään akuuttisosiaalityön tavoitteeksi, on kuitenkin työn tuloksellisuuden arvioinnissa keskeisintä.

Akuuttisosiaalityön toteutumisen ehdot ovat riippuvaisia asiakkaan tarpeen määrittelystä, moniammatillisesta yhteistyöstä ja organisaation ja palvelujärjestelmän ehdoista. Seuraaviin

taulukoihin on koottu tiivistetysti sosiaalityön näkökulmasta asiakkaan, moniammatillisen työyhteisön sekä organisaation ja palvelujärjestelmän näyttäytyminen onnistumisineen ja epäonnistumisineen, sekä vastaavasti sosiaalityön näyttäytyminen näiden eri yhteistyökumppaneiden näkökulmasta sosiaalityöntekijöiden arvioimana. Olen siis pyrkinyt kuvaamaan akuuttisosaalityön prosessia yhteenvedonomaaisesti siihen osallistujien näkökulmasta.

**Taulukko 5 Asiakkaan, moniammatillisen työyhteisön sekä organisaation ja palvelujärjestelmän näyttäytyminen akuutin sosiaalityön prosessissa sosiaalityön näkökulmasta**

Sosiaalityön näkökulmasta	Näyttäytyminen	Onnistumiset	Ongelmat
<b>Asiakas</b>	Vaihtuva mutta hetkellisesti intensiivisyyttä vaativa	Olellaisen hahmottaminen ja ratkaisun löytäminen: Hyvä mieli	- Piilotarve - Ei olemassa olevaa ratkaisua - Syntipukkius
<b>Moniammatillinen työyhteisö, organisaatio</b>	Yhteistyökumppani, jonka kanssa voi joutua neuvottelemaan oman profession identiteetistä	Hyvä yhteistyö, tasavertaisena osana työryhmää, sujuvuus	Tilanteet, joissa tavoitteet ristiriidassa tai joissa yhteistyö ei toimi
<b>Palvelujärjestelmä</b>	Sirpaleinen, laaja, hajanainen	Silloin, kun järjestelmä toimii kuten pitääkin	- Järjestelmä ei toimi tai ei jousta - Järjestelmä luo piilotarvetta

Sosiaalityön näkökulmasta asiakas tai potentiaalinen asiakas tavataan useimmiten vain muutaman kerran. Asiakaskunta on siis vaihtuva, mutta asiakastyö on lyhyessäkin hetkessä intensiivistä. Olellaisinta on hahmottaa asiakkaan kokonaistilanne ja kokonaisuudesta olellaisin, ja löytää tilanteeseen sopivat ratkaisut. Hyvän mielen vastakohtana on huonoimmassa tapauksessa syntipukin rooli, kun tilanteeseen ei löydy ratkaisua. Toisaalta myös akuutin sosiaalityön piilotarve on tiedostettu ongelma.

Moniammatillinen yhteistyö vaatii sekä oman ammatillisen identiteetin ja tehtävänkuvien määrittelyä, ja toisaalta myös sopeutumista työyhteisöön ja yhteisön kuuntelua. Onnistuneimmillaan yhteistyö toimii, ja sosiaalityö on tasavertainen ja selkeä osa työyhteisöä. Tällöin sosiaalityö kykenee myös palvelemaan yhteisöään niin, että prosessien sujuvuus taataan. Huonoimmillaan työyhteisö ei palvele sosiaalityön tai myöskään asiakkaan muita kuin hoidollisia tarpeita. Organisaatio- ja palvelujärjestelmätasolla tämä voi tarkoittaa sitä, että akuuttisosaalityö palvelee vain järjestelmän tavoitetta. Palvelujärjestelmä näyttäytyy sosiaalityön näkökulmasta sirpaleisena, joskus jäykkänäkin järjestelmänä, joka joko toimii odotusten mukaan tai ei toimi. Järjestelmää ei

kyetä sosiaalityön voimin muuttamaan, se otetaan annettuna, mutta se on myös jatkuvasti muutoksessa.

Asiakkaan ja työyhteisön näkökulma sosiaalityöhön on jatkuvasti määrittyvä (taulukko 6). Sosiaalityön tulee kuitenkin huolehtia määritystehtävästä itse eli selittää, mitä sosiaalityö terveydenhuollossa on. Moniammatillisessa työyhteisössä sosiaalityön kuva saattaa olla vaihteleva ja joskus myös leimaava. Onnistuessaan akuuttisosiaalityö tuo asiakkaalle uutta tietoa, ratkaisuja ongelmiin tai uusia mahdollisuuksia. Hankalimmillaan yksilön ongelmaan ei kuitenkaan löydetä ratkaisua tai asiakasta ei ole edes tavoitettu.

Myös moniammatillisen työyhteisön kannalta yhteistyön toimivuus on onnistumista eli tässä kohdin näkökulmat ovat sosiaalityön kanssa yhteneväiset. Ongelmatilanteissa sosiaalityön tavoitteita ei kenties tunneta eikä sosiaalityö kykene ratkaisemaan tilanteita, tai tavoitteet ovat erilaiset. Palvelujärjestelmätasolla akuuttisosiaalityö näyttäytyy tällä hetkellä vain hyvin vähän tai ei lainkaan, sillä dokumentoitua tietoa sen merkityksestä järjestelmän mittakaavassa ei ole. Työtä ei siis tunnisteta. Toisaalta onnistuessaan sosiaalityö merkitsee myös järjestelmän kitkattomuutta ja sujuvuutta ja voi paikata järjestelmässä olevia puutteita. Epäonnistuessaan akuuttisosiaalityön tehtävät siirtyvät jollekulle muulle, tilanteet voivat hankaloitua ja kustannukset kasvaa.

**Taulukko 6 Akuutin sosiaalityön näyttäytyminen, onnistumiset ja ongelmat asiakkaan, työyhteisön ja organisaation ja palvelujärjestelmän näkökulmista**

Näkökulma akuuttiin sosiaalityöhön eri tasoilla	Näyttäytyminen	Onnistumiset	Ongelmat
Asiakas	Selitettävä	Uusi tieto Ratkaisujen löytyminen Ohjaus	- Yksilön ongelmaan ei löydy ratkaisua - Kaikkia apua tarvitsevia ei tavoiteta
Moniammatillinen työyhteisö, organisaatio	- Selitettävä - Yksilöittäin ja osastoittain vaihteleva - Leimautunut	- Yhteistyö toimii - Yhteinen ymmärrys ja tavoite - Sujuvuus ja konkreettisuus	Sosiaalityön tavoite toisenlainen tai ei ole tiedossa, tilanteita ei voida ratkaista
Palvelujärjestelmä	Ei näyttäydy	Kitkattomuus, sujuvuus Paikkaaminen	Palvelu ja tarve eivät kohtaa: Työ jää muille tahoille tai tekemättä; tilanteet voivat hankaloitua ja kustannukset kasvaa

On muistettava, että edellä esitetyt näkökulmat perustuvat sosiaalityöntekijöiden arvioon akuuttisosaalityön merkityksestä. Jatkossa olisikin tärkeä selvittää, ei vain sosiaalityön näkemystä vaan myös asiakkaiden ja työyhteisön näkemyksiä akuuttisosaalityöstä. Tällöin voisi tarkentua myös työn yhteiskunnallinen tuloksellisuus.

## 6 Pohdinta ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa akuutti työ määrittyi kahta kautta. Määrällinen aineisto kuvaa akuuttia sosiaalityötä konkreettisina toimina ja työn taustatietoina. Määrällinen aineisto kuvaa työtä ulospäin ja on myös ulkopuolisten näkökulmasta helppo hahmottaa toimenpiteinä, määrinä ja tapahtumina. Lisäksi se kertoo asiakkaiden sairastamisen ja sairaalaan joutumisen vaikutuksista hyvinvoinnin eri tekijöihin. Toisaalta aineisto kuvaa myös työn vaativuutta: siinä vaadittavien tietojen ja taitojen määrää. Laadullinen aineisto kuvaa työtä enemmän sisältäpäin, kokemuksina, suhteina ja suhtautumisina. Määrällisen aineiston perusteella akuutti työ näyttyy moninaisena ja laajana sosiaaliturvaan ja sosiaalipalveluihin erikoistuneena sosiaalityönä, joka palvelee tarvittaessa kaikkia sairaalan potilaita. Molempien aineistojen perusteella työ näyttyy kiireellisenä, lyhytaikaisena työnä. Työtä tehtiin paljon liittyen potilaan kotiutumiseen, yksilötyönä ja yhteistyössä viranomaisten kanssa. Akuuttia työtä on vaikea ennakoita.

Vaikka työ on ennakoimatonta, on akuutin sosiaalityön suurin asiakasryhmä pitkäaikaissairaat, joista suurin elää eläketulojen ja muiden etuuksien varassa. Kun pitkäaikaissairaalan elämäntilanne muuttuu, voi hyvinvointiyhtälöä olla hankala koota uudelleen. Suuren avuntarpeen keskellä asiakkaan kannalta olennaisen määrittäminen voi olla haasteellista. Toisaalta esimerkiksi tapaturmaan joutuneiden, pääasiassa palkkatöissä käyvien asiakkaiden osalta työ on enemmän prosessien varmistamista. Heidän kohdallaan sosiaaliturva- ja terveydenhuoltojärjestelmä toimii. Mitä haasteellisempi elämäntilanne asiakkaalla on, sitä vaikeammaksi sosiaalityöntekijät näkevät asiakkaan auttamisen sirpaleisella järjestelmätasolla. Kaikki eivät osaa luovia sosiaaliturvajärjestelmässä, ja järjestelmässä on puutteensa. Erityisesti palvelujen riittämättömyys ja toimimattomuus näkyvät sekä määrällisessä että laadullisessa aineistossa. Sosiaalityöntekijät näkevät työssään tilanteita, joissa järjestelmä ei toimi asiakkaan asemaa edistäen.

Malcolm Payne muodostaa sosiaalityön kolmenlaisista osatekijöistä: (1) tekijöistä, jotka määrittävät sosiaalityötä ammattina, (2) tekijöistä, jotka määrittävät asiakkuutta, ja (3) tekijöistä, jotka määrittävät sitä sosiaalista kontekstia, jossa sosiaalityötä tehdään (Lindén 1999, 58). Akuuttisosiaalityö koostuu ammatillisesti katsottuna hyvin pitkälle samoista tekijöistä kuin terveysosiaalityö ylipäätään eli laajasta sosiaaliturvan asiantuntemuksesta, asiakkaan sosiaalisen tilanteen kartoittamisesta, sopivien tukimuotojen etsimisestä ja palveluohjauksesta sekä tarvittaessa

psykososiaalisesta tuesta asiakkaalle ja hänen omaisilleen (Ks. Lindén 1999, 58–60). Konteksti vaikuttaa kuitenkin siihen, miten paljon eri metodeja ehditään ja voidaan soveltaa. Akuutin sosiaalityön kannalta olennaisimmaksi osatekijäksi nousee mielestäni erikoissairaanhoidollinen konteksti, joka määrittää, mitä asiakkaan kanssa on mahdollista tehdä. Akuutti työ on muokkautunut terveydenhuollon muutoksissa ja tehostumisessa omanlaisekseen työmuodoksi. Aineiston perusteella ei voida sanoa, että akuutin sosiaalityön asiakkaat olisivat erityisen haastavia tai moniongelmaisia: akuutti työ palvelee kaikkia, jotka ovat sairaalahoidossa, ja joiden tarve on havaittu. Kiireellisyydestä huolimatta asiakkaiden vaikeisiin tilanteisiin kyetään suhtautumaan empaattisesti, huoltakin kokien.

Akuuttisosiaalityön luonnetta määrittää pitkälti myös se, miten ja missä tilanteessa asiakkaaksi ohjaudutaan. Hoitohenkilökunnalla on suuri vastuu asiakkuuden tunnistamisessa. Jotta avun tarvitsijan voi tunnistaa, tarvitaan tietoa sosiaalityön palveluista ja sisällöstä, eli moniammatillisen yhteistyön tulee toimia. Osa sosiaalityölle aiemmin kuuluneista tehtävistä on jo siirtynyt enemmän muun henkilökunnan vastuulle (Sulman ym. 2002, 319–320). Näin ollen osaamisen ja tiedon jakamisen voisi ajatella olevan varsin luontevaa. Toisaalta sosiaaliset tarpeet eivät aina tule ilmi, varsinkin, jos hoidon kohteena on enemmän sairaus tai vamma kuin yksilö. Myös hoitoajan pituudella on merkitystä – jos jatkotapaamisista sovitaan noin 50 prosentissa asiakkuuksista, on asiakassuhde erittäin lyhyt. Kun akuutin työn asiakkaaksi ohjaamisesta huolehtii pääasiassa hoitohenkilökunta, voi akuutin työn ”akuuttius” tai piilotarve kasvaa entisestään, jos tarpeet havaitaan liian myöhään. Jos yhteistyö ei toimi, on vastuu sen kehittämistä kaikilla osapuolilla.

Akuutissa työssä on olennaista määrittää mahdollisimman nopeasti asiakkaan tarpeet ja työn keskeisin tavoite, jotta vähäinen tapaamisaika ei kuluisi hukkaan. Työ oli paljolti myös neuvottelua yksilön tarpeiden ja instituutioiden (sairaalan ja muiden organisaatioiden) sääntöjen kanssa ja asiakkaan nopeaa voimaannuttamista sairaalaympäristössä, jossa potilaiden oma identiteetti hukkuu helposti. Koska työssä pyritään keskittymään asiakkaaseen ja hänen juuri tähänhetkisiin olennaisimpiin tarpeisiinsa, on huolellinen dokumentointi tärkeä osa asiakastyötä, vaikka asiakkaita ei välttämättä tavata uudelleen ja asiakkaat harvemmin ottavat jälkeensä sosiaalityöntekijään yhteyttä. Haasteelliseksi akuutin työn tekee se, ettei sosiaalityön palveluketju jatku saumattomana, kunnallisia palveluja voi joutua odottamaan viikkoja, ja äkillisesti sairaalaan joutuessaan asiakkaan voi olla vaikea omaksua uutta tietoa. Akuutti työ voi katketa, kun järjestelmä ei palvele työn ja asiakkaan tarpeita. Nopeampaisen sairaalatyön kontekstia on vaikea yhdistää sosiaalipalveluihin, jotka toimivat hitaammin ja vaativat käynnistykseen usein tietynlaisten sääntöjen noudattamista ja



esimerkiksi viranomaispäätöksiä. Sosiaalivakuutusjärjestelmään akuuttisosaalityöllä ei ole vaikutusmahdollisuuksia, olennaisinta onnistumisen kannalta on noudattaa järjestelmän sääntöjä niin, että asiakkaan tarve vastaa järjestelmän tarjoamia ratkaisuja.

Erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö voidaan nähdä myös terveydenhuollon organisaatioiden muutoksen aiheuttama ilmiönä. Kun hoitoaika lyhenee ja hoitoa tehostetaan, jää oman terveyden edistäminen myös enemmän yksilön vastuulle. Kun sosiaalityö muuttuu tätä kautta enemmän ohjaukseksi ja neuvonnaksi, siirtää se yksilölle yhä enemmän vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Sosiaalityö voi ohjata asiakasta palvelujärjestelmässä, mutta mahdollisuudet tukimuotojen järjestämisestä huolehtimiseen ja etuisuuksien ja palvelujen varmistamiseen heikkenevät. Akuuttisosaalityössä sosiaalityöntekijän ammattitaitoon kuuluu siis edelleen yksilön hyvinvointiyhtälön muutoksen näkeminen, mutta työntekijällä ei välttämättä ole enää mahdollisuuksia vaikuttaa sen ratkaisemiseen, varsinkaan jos asiakkaan tilanne on vaikea. Asiakkaan voimaannuttaminenkaan ei välttämättä onnistu, jos asiakas ei kykene sairaalassa ollessaan omaksumaan tarvitsemaansa tietoa. Varsinkin paljon palveluja ja tukea tarvitsevien kannalta tilanne on huolestuttava. Heikoimmassa asemassa olevien asema voi heiketä entisestään, ja tilanteet vaikeutua. Vaikka huoli havaittaisiin, moniammatillisestikin, voi ratkaisujen löytäminen hankaloitua.

Sosiaalityön profession kannalta jatkumon puuttuminen merkitsee kenties ammatillisen vastuun vähenemistä ja työn muuttumista yhä lyhytjänteisemmäksi ja päivystysluonteisemmaksi. Toisaalta vastuun väheneminen voi merkitä myös ammatillista turhautumista – etuus- ja palveluprosesseja voidaan saada alkuun, mutta työntekijä ei voi koskaan todentaa asiakkaan myös saaneen hänelle kuuluvia palveluja. Jos moniammatillinen yhteistyö ei toimi, niin akuutin sosiaalityön toimintamahdollisuudet kapenevat entisestään. Akuutin sosiaalityön tuloksen määrittäminen asiakkaan ja sosiaalityön näkökulmasta voi vaikeutua entisestään. (Vrt. Gibbons & Plath 2005, 31.)

Akuuttisosaalityöntekijät määrittivät sosiaalityön tuloksen välittömäksi tunteeksi onnistumisesta, hyväksi mieleksi, kun työn kokee saaneensa valmiiksi. Asiakas saa vähintään hetkellisen avun ja organisaatio voi jatkaa toimintaansa. Toisaalta työn jatkumoa on vaikea nähdä, jolloin helpointa on rajata työ sairaalan ovien sisäpuolelle. Tämä voi tarkoittaa, että organisaation omat tavoitteet menevät tärkeysjärjestyksessä yhä helpommin ohi sosiaalityön tavoitteista. Sisäänpäin kääntyminen ei ole kuitenkaan kovin kauaskantoinen ratkaisu työlle, jonka tarkoitus on myös tuoda yhteiskuntatieteilijän näkemystä esiin terveydenhuollon kentällä.

Sulman, Savage ja Way (2001) tarjoavat hoitoaikojen lyhenemisen luomaan tilanteeseen ratkaisuksi sekä moniammatillisen työskentelyn kehittämistä, tarkempaa sosiaalityön tehtävien määrittämistä, ratkaisukeskeisyyttä, sekä dokumentoinnin ja verkostotyön kehittämistä. Myös sosiaalityön oman osaamisen tulee olla korkealaatuista, jotta sen rooli huomioidaan osana hoitoketjua. (Em. 2001, 315–328.) Tämän näkemyksen mukaan sosiaalityön palvelujen tulee siis muodostua organisaation päätavoitteiden mukaisesti ja lunastaa tehtävänsä osallistumalla tehokkaaseen hoitoon, säilyttäen kuitenkin sosiaalityön arvot ja etiikan. Tutkimukseni mukaan tämä oli palkitsevin tilanne myös sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Yhtälö voi olla vaikea, mutta onko erikoissairaanhoidon sosiaalityöllä vaihtoehtoa? Toisaalta, jos sosiaalityön tulos määritelläänkin pääasiassa hoitoketjujen tehokkuuden kautta, tarkoittaako hyvä tulos entistä lyhempiä hoitoaikoja ja entistä akuutimpaa sosiaalityötä?

Gibbons ja Plath toteavat, että kun sosiaalityön rooli kapenee, vaarana on, että se myös katoaa terveydenhuollosta. Toisaalta akuuttisosiaalityössä tiivistyy sosiaalityön osaamisen ydin, vaikka akuuttia työtä ja sen merkitystä helposti aliarvioidaan. (Gibbons & Plath 2005, 17, 30.) Osa Gibbonsin ja Plathin haastattelemista akuutin sosiaalityön asiakkaista oli esimerkiksi keskustellut sairauteensa liittyvistä hoidollisista asioista myös sosiaalityöntekijän kanssa, ja ymmärtäneensä asiat näin paremmin kuin lääkärin esittämänä (Gibbons & Plath 2009, 727–734). Toisaalta tämä kertoo myös työn rajaamisen vaikeudesta.

Akuuttisosiaalityötä voi kehittää niillä välineillä, jotka terveystieteillä on jo hallussa. Dokumentointi, moniammatillinen työote ja oman roolin tarkempi määrittäminen voidaan toteuttaa organisaatioiden sisällä kehittämistyön kautta. Akuuttisosiaalityö voi toimia osana hoitoketjua, mutta verkostojen kehittäminen mahdollistaisi akuuttisosiaalityön tuloksen ja vaikutusten tarkemman määrittämisen. Jos kapeneva sosiaalityö ei voi ”leventyä” eikä ”pidentyä”, voisiko akuuttisosiaalityö hakea jatkuvuutta kehittämällä omia ”hoitoketjujaan”?

Haasteelliseksi sosiaalityön hoitoketjujen kehittämisen tekee se, että suomalainen sosiaaliturva on pirstaloitunut kuntien, valtion ja vakuutuslaitosten verkoksi. Työkyvyttömyyseläkkeellä oleva pitkäaikaissairas voi samaan aikaan saada vammaispalvelulain mukaisia palveluja kotikunnastaan, Kansaneläkelaitoksen tarjoamaa tukea sairastamisen kustannuksiin esimerkiksi hoitotuen ja lääke- ja matkakorvausten muodossa, työeläkelaitoksensa myöntämää työkyvyttömyyseläkettä sekä yksityisesti ostamiaan siivouspalveluja. Lisäksi hänellä voi olla oikeus verovähennyksiin ja

invalidipysäköintiin ja potilasjärjestön myöntämään hoitopäivämaksun alennukseen. Akuutissa tilanteessa asiakassuhteita voi syntyä lisää muun muassa kunnallisiin sosiaalipalveluihin. Asiakkaan tulisi silti olla tämän monisyisen verkoston keskiössä ja tietoinen oikeuksistaan. Asiakkaalle annettavan informaation tulisi olla selkeää, konkreettista mutta myös riittävän yksityiskohtaista.

Akuuttia työtä tekevät sosiaalityöntekijät olivat pääasiassa sitä mieltä, että palvelujärjestelmä on riittävä, mikä kertoo sekä järjestelmän toiminnan tuntemisesta ja tiedon soveltamistaidosta. Akuuttisosiaalityön tuloksellisuuden kannalta on olennaista, että myös asiakas ymmärtää, mistä palvelujärjestelmässä on kyse, ja että sosiaalityön palveluja saavat ne, jotka niitä tarvitsevat. Akuutin sosiaalityön asiakkaista vain osalla oli kunnallisten sosiaalipalvelujen asiakkuus tai heidän ongelmansa olivat sekä akuutteja että erittäin huolestuttavia. Näidenkin ihmisten kohdalla sosiaalityön interventio oli tärkeä.

Yhteistyön kehittäminen sosiaaliturvan eri tahojen kanssa vaatisi myös yhteistyökumppaneilta tahtoa kehittää palveluja joustavampaan ja vähemmän sektoroituneeseen suuntaan. Tämä lienee vielä varsin haasteellinen tehtävä, varsinkin, kun rakenteellisella tasolla akuutin työn merkitystä on vaikea nähdä (Sosiaaliturvan uudistamiskomitea 2009, liite 3, 30–34; liite 4, 4). Jatkuvuusajattelun lisäksi akuuttisosiaalityötä voidaan toki kehittää esimerkiksi kouluttamalla sosiaalityöntekijöitä kartoittamaan potilaan kokonaistilanne ja tunnistamaan keskeisimmät seikat entistä paremmin. Työn kehittäminen moniammatillisesti on välttämätöntä – professio ei voi menestyä ilman muita ammattiryhmiä. Piilotarpeen tehokkaampi havainnointi ja moniammatillisen yhteistyön toimivuus erityisesti hoitohenkilökunnan kanssa ovat akuuttisosiaalityön elinehtoja.

Candyce Berger, Charles Robbins, Michael Lewis, Terry Mizrahi ja Shelley Fleit (2003) tutkivat sairaalaorganisaatioiden muutosten vaikutusta sosiaalityön asemaan. Organisaatiomuutokset heijastuvat toki myös sosiaalityöhön, mutta tehostaminen ei välttämättä konkretisoidu suoraan esimerkiksi henkilöstömäärien vähentämisenä. Sosiaalityön asemaan vaikuttavat eniten sairaalan johdon näkemys sosiaalityön tärkeydestä ja sairaalaorganisaatioiden yhdistäminen ja verkottuminen. (Em. 15–17.) Toisaalta tutkimatta on, miten sosiaalityö on vastannut organisaatiomuutoksiin. Erikoissairaanhoidon sosiaalityön asemaa muutoksissa voitaneen vahvistaa toimimalla muutoksissa proaktiivisesti. Akuutin työn tunnistaminen voi olla yksi keino työn kehittämisessä.

Kahden erilaisen aineiston tulokset olivat toisiaan tukevat ja täydensivät päätelmiä. Toisaalta, mikäli kahden aineiston tulokset olisivat olleet keskenään ristiriitaiset, olisi tämäkin ollut yksi tutkimuksen tulos. Toisaalta vain yhden aineiston varassa olisi akuuttisosaaliryöstä piirtynyt tutkijalle vähemmän vivahteikas kuva. Tässä mielessä kaksi aineistoa myös kasvatti tutkimuksen luotettavuutta. Monimenetelmällisyyden kriteereihin kuitenkin kuuluu, että aineistojen analyysien pitää olla erillisinäkin toimivia ja sisäisesti valideja. Kahden aineiston tarkoitus ei ole vain paikata toisiensa heikkouksia, vaan niiden tulee tuoda analyysiin jotakin lisäarvoa. (Morse 2003, 205–208.) Tutkimuksen voisi toki aina tehdä paremmin, syvemmin ja huolellisemmin. Asiakkuuslomakkeen olisi voinut rakentaa tiiviimmäksi ja selkeämmäksi ja sosiaalityöntekijät olisivat voineet esimerkiksi arvioida myös yhteen asiakkuuteen käyttämänsä aikaa. Seikka on toki kiinnostava kustannusten näkökulmasta, mutta toisaalta tällä tiedolla ei välttämättä ole kovin paljon merkitystä työn sisäisen kehittämisen kannalta. Haastatteluja olisi voinut toteuttaa useamman, ja analyysin voi aina suorittaa paremmin (Vrt. Eskola & Suoranta 1998, 253).

Mikä sitten on vastaus tutkimuskysymykseeni? Voidaanko akuuttisosaaliryöstä kuvata käytäntönä ja miten se määritellään? Tutkimukseni valossa aiemmin esitetyt määritelmät akuuttisosaaliryöstä ovat edelleen päteviä (Vanhala 14.9.2009; Gibbons & Plath 2010, 709–710). Jos lähdetään liikkeelle käytännöstä prosessina, joka sisältää erilaisia vaiheita ja erilaisten työmenetelmien käyttöä, voidaan akuuttisosaaliryösten määritelmää tarkentaa esimerkiksi näin:

*Akuuttisosaaliryöstä on erikoissairaanhoidossa toteutettavaa kiireellistä sosiaalityöstä, joka palvelee sairaalan potilaita heidän kohtaamisissaan muutos- tai kriisitilanteissa. Akuutin sosiaalityönsä tehtävänä on kartoittaa asiakkaan kokonaistilanne ja löytää yhdessä asiakkaan kanssa ratkaisuja hänen tilanteensa kannalta kaikkein keskeisimpiin ongelmiin palvelu- ja etuusohjauksen, psykososiaalisen tuen ja yhteistyön kautta. Olennaista akuutin sosiaalityönsä toteutumisen kannalta on hyvä moniammatillinen yhteistyö. Akuuttisosaaliryöstäntekijöillä on laaja sosiaalityönsäjärjestelmän tuntemus ja kykyä työskennellä intensiivisesti mutta ripeästi kaikkien asiakkaiden parhaaksi. Akuuttisosaaliryöstä näkyy sujuvuutena sekä asiakkaan, moniammatillisen työn että sairaalaorganisaation tasolla.*

Jatkotutkimusta ajatellen tutkimisen arvoinen aihe voisi liittyä akuuttisosaaliryösten onnistumisiin ja näiden tilanteiden kehittämiseen. Onnistuessaan akuuttisosaaliryöstä on erilaisten prosessien sujuvuuden mahdollistamista niin palvelujärjestelmän kuin sairaalaorganisaation tasolla. Miten prosesseja voisi kehittää niin, että akuuttisosaaliryösten intervention tarve osattaisiin tunnistaa

luontevaksi osaksi esimerkiksi kotiuttamista tai sairastamisen aiheuttamia elämäntilanteiden muutoksia? Toisaalta asiakkaan prosessien jatkuvuuden varmistaminen on yksi suurimmista haasteista akuuttisosaalityölle, sekä työn mielekkyyden että sen tuloksellisuuden kannalta. Tässä mielessä jatkotutkimusta voisi tehdä nimenomaan asiakkaan polkujen kautta ja asiakkaan näkökulmasta selvittäen, kuinka akuuttisosaalityön interventio on auttanut asiakasta.

# LÄHTEET

## Painetut lähteet

Adams, Robert; Dominelli, Lena & Payne, Malcolm (2005) *Transformational Social Work*. In Robert Adams, Lena Dominelli & Malcolm Payne (eds.) *Social Work Futures. Crossing Boundaries, Transforming Practice*. Palgrave Macmillan. 1-18.

Ahlgrén, Kristiina (2008) *Sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa. Tapaustutkimus sosiaalityöntekijöiden työn mieltämisestä ja jäsentämisestä moniammatillisessa työyhteisössä*. Pro gradu. Tampereen yliopiston Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Aho, Päivi (1999) *Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä*. WSOY. Porvoo.

Alasuutari, Pertti (1993) *Laadullinen tutkimus*. Tampere, Vastapaino.

Allardt, Erik (1976) (1993) *Having, Loving, Being: An alternative to Swedish Model of Welfare Research* in *The Quality of Life* ed. by Martha C. Nussbaum & Amartya Sen. 88-94.

Anand, Paul; Hunter, Graham & Smith, Ron (2005) *Capabilities And Well-Being: Evidence Based On The Sen-Nussbaum Approach To Welfare*. *Social Indicators Research*, 74: 9–55

Arnkil, Tom Erik (2005) *Metaforat, dialogisuus ja käytäntötutkimus*. Teoksessa Satka, Mirja; Karvinen-Niinikoski, Synnöve; Nylund, Marianne; Hoikkala, Susanna (toim.): *Sosiaalityön käytäntötutkimus*. Palmenia-kustannus. Helsinki. 173–200.

Arnkil, Tom Erik & Alhanen, Kai (2009) ”Älkää ottako tätä karkkia pois!” *Käsitteitä yhteiskunnallisen kokeen tutkimiseksi*. *Yhteiskuntapolitiikka* vol. 74 nro 3/2009. 316-329.

Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (2008) *Älkää leimatko lapsia huolten vyöhykkeistöllä!* Puheenvuoro Tesso-lehdessä. Tesso 8/2008.

<http://dialogi.stakes.fi/FI/dialogin+arkisto/2008/8/sivu/20.htm#1> [viitattu 26.1.2010]

Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko (2005) *Tuomariksi houkuteltu tiede*. Teoksessa Hänninen, Sakari, Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) *Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Auslander, Gail (2001) *Social Work in Health Care: What Have We Achieved?* *Journal of Social Work*, 1/2001. 201–222.

Berger, Candyce S.; Robbins, Charles; Lewis, Michael; Mizrahi, Terry & Fleit, Shelley (2003) *The Impact of Organizational Change on Social Work Staffing in a Hospital Setting*. *Social Work in Health Care*, 37:1. 1-18.

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (2009) (1966) *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma*. Helsinki, Gaudeamus.

Björkenheim, Johanna (2007) *Knowledge and Social Work in Health Care – the Case of Finland*. *Social Work in Health Care*, 44:3. 261-278.

Blom, Björn (2009) *Knowing or Un-knowing? That is the Question: In the Era of Evidence-Based Social Work Practice*. *Journal of Social Work* 2009; 9. 158-178.

Bronstein, Laura R (2003) *A Model for Interdisciplinary Collaboration*. In *Social Work*. Jul 2003, vol 48:3. 297-306.

Cavén, Outi (1999) *Sujutusta ja pyöritystä: tutkimus byrokratian merkityksistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampere.

Chu, William C.K. & Tsui, Ming-sum (2008) *The nature of practice wisdom in social work revisited*. *International Social Work* 2008; 51. 47-54.

Creswell, John W. & Plano Clark, Vicki L. (2007) *Designing and Conducting Mixed Method Research*. Sage Publications.

Davis, Cindy; Milosevic, Biljana; Baldry, Eileen & Walsh, Anne (2005) *Defining the role of the hospital social worker in Australia: Part 2. A qualitative approach*. *International Social Work* 48(3). 289–299.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere, Vastapaino.

Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos (2010) *Tilasto Suomen eläkkeensaajista*. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2010. Helsinki.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>  
[viitattu 25.9.2010]

Fook, Jan (2000) *Identifying Expert Social Work: Qualitative Practitioner Research*. In Ian Shaw & Nick Gould: *Qualitative Research in Social Work*. Sage Publications.

Fook, Jan (2001) *Deconstructing and Reconstructing the Professional Experience*. In Barbara Fawcett, Brid Featherstone, Jan Fook & Amy Rossiter (eds.) *Practice and research in social work: postmodern feminist perspectives*. Routledge.

Greene, Jennifer (2008) *Is Mixed Methods Social Inquiry a Distinctive Methodology?* *Journal of Mixed Methods Research* 2008:2. 7-22.

Gibbons, Jill & Plath, Debbie (2005) "Everybody Puts a Lot into It!" *Single Session Contacts in Hospital Social Work*. *Social Work in Health Care*, 42:1. 17-34.

Gibbons, Jill & Plath, Debbie (2009) *Single Contacts with Hospital Social Workers: The Clients' Experiences*. *Social Work in Health Care*, 48. 721–735.

Gibbons, Jill & Plath, Debbie (2010): *Discoveries on a Data-Mining Expedition: Single Session Social Work in Hospitals*. *Social Work in Health Care*, 49:8. 703-717.

Haverinen, Riitta (2005) *Toimintaympäristöt sosiaalityön käytäntötutkimuksen haasteena*. Teoksessa Satka, Mirja; Karvinen-Niinikoski, Synnöve; Nylund, Marianne; Hoikkala, Susanna (toim.) *Sosiaalityön käytäntötutkimus*. Palmenia-kustannus. Helsinki. 99-123.

Heiskala, Risto (2000) *Toiminta, tapa ja rakenne. Kohti konstruktivistista synteesiä yhteiskuntateoriassa*. Helsinki. Gaudeamus.

Herrala, Jaakko & Aalto, Pirjo (2010) *Terveyden edistäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä -strategiasta toimeenpanoon*. Teoksessa Anne-Marie Rigoff & Jaakko Herrala (toim.) *Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 26/2010. Helsinki. 172-174.

Hiilamo, Heikki & Hänninen, Sakari (2009) *Sosioekonomiset terveyserot ja huono-osaisuus Suomessa*. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) *Sairas köyhyys*. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009: 7

Hänninen, Kaija (2009) *Neuvonta- ja palveluohjausmalli kuntoutussosiaalityön työkäytäntöjen jäsentäjänä*. Tutkiva sosiaalityö. Teoksessa Katja Forssén, Leo Nyqvist & Annina Raitanen (toim.) *Moniammatillisuus sosiaalityön mahdollisuutena*. Talentia-lehti, Sosiaalityön tutkimuksen seura. 5-9.

Johnson, Burke R; Onwuegbuzie, Anthony J; Turner, Lisa A (2007) *Toward a Definition of Mixed Methods Research*. *Journal of Mixed Method Research*, 2007:1. 112-133.

Juhila, Kirsi (1999) *Tutkijan positiot*. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1999) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino, Tampere. 201–232.

Jäntti, Satu (2008) *Kansalainen terveystalvija valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa*. Akateeminen väitöskirja. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kakkuri-Knuuttila, Marja-Liisa (2007) *Käsittömuodostus*. Teoksessa Marja-Liisa Kakkuri-Knuuttila (toim.) *Argumentti ja kritiikki*. Lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot. Gaudeamus. Helsinki.



Kansanterveyslaitos (22.4.2010): *Sairaalahoitajaksot vuosina 1987-2008*.

<http://www.ktl.fi/portal/16537> [viitattu 1.5.2010]

Kansaneläkelaitos (4.6.2010) *Työnteko eläkkeellä*.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/110110133501HN?OpenDocument> [viitattu 1.10.2010]

Kansaneläkelaitos (9.12.2009) *Sairauden pitkittyessä*.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/150801112722EH?OpenDocument> [viitattu 1.5.2010]

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> [viitattu 25.9.2010]

KanTa (2010) *Kansallinen terveysarkisto KanTa*. <https://www.kanta.fi/web/fi/kansallinen-terveysarkisto> [viitattu 1.5.2010]

Kaukoluoto, Eeva (2010) *Varhainen puuttuminen vs. varhainen tuki*. Kommentti Tom Erik Arnkilin ja Kai Alhasen analyysiin (YP 3/2009). Yhteiskuntapolitiikka-lehden Keskustelua-palsta, 11.1.2010. <http://yp.stakes.fi/FI/keskustelu/100110kaukoluoto.htm> [viitattu 26.1.2010]

Keskimäki, Ilmo (18.7.2005) *Terveyspalvelujen käyttö eri sosiaaliryhmissä*. Terveyskirjasto, Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00062](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00062) [viitattu 5.9.2010]

Keskimäki, Ilmo & Alha, Pirkko (2006) *Koettu hoidontarve ja sen tyydyttyminen*. Teoksessa Häkkinen, Unto & Alha Pirkko (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Helsinki.

Kilpinen, Erkki; Kivinen, Osmo & Pihlström, Sami (2008) *Johdanto*. Teoksessa Erkki Kilpinen, Osmo Kivinen & Sami Pihlström (toim.) Pragmatismi filosofiassa ja yhteiskuntatieteissä. Gaudeamus, Helsinki. 7-20.

Kimmel, Alan J (1989) *Ethics and Values in Applied Social Research*. Applied Social Research Methods Series vol. 12. Sage Publications.

Kivinen, Osmo & Ristelä, Pekka (2001) *Pragmatistisia näkökulmia tiedonhankintaan ja toimintaan. Metodologinen relationalismi käytännön toiminnassa*. Sosiologia 4/2001. 249-259.

Kjørstad, Monica (2008) *Opening the Black Box –Mobilizing Practical Knowledge: Methodological Reflections based on a Study of Social Work Practice*. Social Research Qualitative Social Work 2008:7. 143-162.

Klavus, Jan; Kapiainen, Satu; Ngyen, Lien & Pekurinen, Markku (2008) *Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset*. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura ja Matti Heikkilä (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes.

Koivunen, Hannele (1997) *Hiljainen tieto*. Otava. Helsinki.

Koskinen, Seppo; Keskimäki, Ilmo; Linnanmäki, Eila; Palosuo, Hannele; Prättälä, Ritva; Rotko, Tuulia; Sihto, Marita & Tuomi, Kaija (2006) *Sosioekonomiset terveyserot – Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma*. *Kansanterveys-lehti* 1/2006.

Koskinen, Seppo; Martelin, Tuija; Sainio, Päivi; Heliövaara, Markku; Reunanen, Antti & Lahelma, Eero (2007) *3.3 Pitkäaikaissairastavuus*. Teoksessa Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.) *Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. 74–86.

Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius (2008): *Terveiden edistäminen ja hyvinvointivajeet*. *Promo* 57. 32–37.

Kuusisto-Niemi, Sirpa & Kääriäinen, Aino (2005) *Hiljaisen tiedon vallasta näkyvän tiedon valtaan – puheenvuoro tiedon näkyväksi tekemisen puolesta*. *Janus Vol 13* (4/2005). 452–460.

Kvale, Steinar (1989) *To Validate is to Question*. Teoksessa Steinar Kvale (ed.) *Issues of Validity in Qualitative Research*. Studentlitteratur, Lund.

Lindén, Mirja (1999) *Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä*. Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus, raportteja 234.

Mellin, Ilkka (2006) *Johdatus tilastotieteeseen. 1. kirja*. Helsingin yliopisto. Matematiikan tilastotieteen ja laitos. Helsinki.

Metteri, Anna (1996) *Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus*. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityöntekijöiden Liitto. Helsinki.

Metteri, Anna (2004) *Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset*. Helsinki. Edita.

Morgan, David L (2007) *Paradigms Lost and Pragmatism Regained. Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods*. *Journal of Mixed Methods Research*. Vol 1:1 2007. 48–76.

Morse, Janice M (2003) *Principles of Mixed Methods and Multimethod Design*. In Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles (edit.) *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Sage Publications. 189–205.

*MOT Lääketiede 2.0.* (2009) MOT Kielitoimiston sanakirja 2.0. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Kielikone Oy. 2009. <http://helios.uta.fi:2068/mot/uta/netmot.exe> [viitattu 19.11.2009]

Mäntysaari, Mikko (2006) *Syrjiikö sosiaalityö?* Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) *Vääryyskirja*. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. 115-132.

Mäntysaari, Mikko; Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (2009) *Johdanto*. Teoksessa Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli & Pösö Tarja (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. PS-Kustannus. Jyväskylä. 7-14.

Niemelä, Pauli (1985) *Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa*. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Sosiaalityöntekijän Liitto ry. Helsinki.

Nurminen, Raija (2000) *Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä*. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Paavola, Sami & Hakkarainen, Kai (2008) *Pragmatistinen välittyneisyys uuden luomisen perustana*. Teoksessa Erkki Kilpinen, Osmo Kivinen & Sami Pihlström (toim.) *Pragmatismi filosofiassa ja yhteiskuntatieteissä*. Gaudeamus, Helsinki. 162-184.

Palomäki, Susanna (2004) *Sosiaalityön paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa*. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopiston Sosiaalipoliitiikan ja sosiaalityön laitos.

Parviainen, Henna & Telilä, Johanna (2005) ”... ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...”. *Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosiaalityössä*. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopiston Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

Payne, Malcolm (2000) *Teamwork in Multiprofessional Care*. Palgrave Macmillan.

Payne, Malcolm (2005a) *Modern Social Work Theory*. Palgrave Macmillan.

Payne, Malcolm (2005b) *Social Work Process*. In Robert Adams, Lena Dominelli & Malcolm Payne (eds.) *Social Work Futures. Crossing Boundaries, Transforming Practice*. Palgrave Macmillan. 19-35.

Payne, Malcolm (2006) *Identity Politics in Multiprofessional Teams: Palliative Care Social Work*. *Journal of Social Work* 2006:6. 137-150.

Pihlström, Sami (2008) *Pragmatismi filosofisena perinteenä*. Teoksessa Erkki Kilpinen, Osmo Kivinen & Sami Pihlström (toim.) *Pragmatismi filosofiassa ja yhteiskuntatieteissä*. Gaudeamus, Helsinki. 21–51.

Pihlström, Sami: *Pragmatismi*. Filosofia.fi, Logos-Ensyklopedia (Eurooppalaisen filosofian seura ry). <http://filosofia.fi/node/2409> [viitattu 29.11.2009]

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (10.9.2009) *Tutkimuksen käynnistäminen*.  
<http://www.tays.fi/default.aspx?nodeid=11707&contentlan=1> [viitattu 27.11.2009]

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (18.5.2010) *Sosiaalityö*.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10016&contentlan=1> [viitattu 26.9.2010]

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (20.8.2010) *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio*.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10109&contentlan=1> [viitattu 25.9.2010]

Pohjois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus (24.1.2007) *Terveystuollon sosiaalityö*.  
<http://www.sosiaalikallega.fi/aluuetieto/alueellista%20tietoa/terveysairhyv/thsosiaalityo> [viitattu 26.9.2010]

Pohjola, Anneli (2000) *Tiedontuotanto sosiaalityössä*. Teoksessa Eija Nurminen (toim.) *Sosiaalityö ristipaineissa*. Palmenia-kustannus. Helsinki. 87-107.

Polanyi, Michael (1966) *The Tacit Dimension*. London, Routledge.

Pylväs, Maria (2003) *Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä*. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 8. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulu.

Rahkonen, Ossi; Talala, Kirsi; Sulander, Tommi; Laaksonen, Mikko; Lahelma, Eero; Uutela, Antti & Prättälä, Ritva (2007) *3.2 Koettu terveys*. Teoksessa Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. 65-73.

Rimpelä, Matti (2004) *Ehkäisevä työ terveyskeskuksissa. Mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämisessä?* Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Ronnby, Alf (2010) *Vaatimus näyttöön perustuvista menetelmistä tukahduttaa sosiaalityötä*. *Sosiaalitieto* 6-7/2010. 25–26.

Roos, J. P. (2009) *Huolen vyöhykemenetelmän todelliset vaikutukset on arvioitava heti!* Kommentti Tom Erik Arnkilin ja Kai Alhasen analyysiin (YP 3/2009). *Yhteiskuntapolitiikka-lehden Keskustelua-palsta*, 27.7.2009. [http://yp.stakes.fi/FI/keskustelu/090727\\_2.htm](http://yp.stakes.fi/FI/keskustelu/090727_2.htm) [viitattu 26.1.2010]

Rubin, Herbert J. & Rubin, Irene S. (2005) *Qualitative Interviewing: the Art of Hearing Data*. Sage Publications. 2<sup>nd</sup> edition.

- Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku (2000) *Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa*. WSOY. Juva.
- Salmelainen, Ulla; Stenholm, Sari & Kehusmaa, Sari (2005) *Ongelmia eläkkeensaajan hoitotuen tiedonkulussa*. Suomen Lääkärilehti 15/2005 vsk 60. 1703–1706.
- Satka, Mirja; Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne (2005) *Johdanto*. Teoksessa Satka, Mirja; Karvinen-Niinikoski, Synnöve; Nylund, Marianne; Hoikkala, Susanna (toim.) *Sosiaalityön käytäntötutkimus*. Palmenia-kustannus. Helsinki. 9-22.
- Saurama, Erja & Julkunen, Ilse (2009) *Lähestymistapana käytäntötutkimus*. Teoksessa Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli ja Pösö Tarja (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: Ps-kustannus, 293–314.
- Sen, Amartya K. (1987) *Commodities and Capabilities*. Oxford University Press. Oxford.
- Shaw, Ian (1999) *Evaluoi omaa työtäsi. Reflektiivisen ja valtuuttavan evaluoinnin opas*. Stakes Työpapereita 4/99.
- Silverman, Ed (1986) *The Social Worker's Role in Shock-Trauma Units*. Social Work, Jul-Aug 1986. 311-313.
- Simpura, Jussi (2008) *Hyvinvoinnin ja terveyden tietopyramidi*. Yhteiskuntapolitiikka 73:2. 185-190.
- Sjöholm, Mari (Suomen Kuntaliitto) (27.4.2010) *Sairaanhoitopiirien ja erityisvastuualueiden (erva) asukasluvut*. [http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;353;553;10347](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;553;10347) [viitattu 25.9.2010]
- Somaattinen erikoissairaanhoito 2007*. Tilastotiedote 35/2008. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2008. Stakes. 19.12.2008. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt35\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt35_08.pdf) [viitattu 19.11.2009]
- Somaattinen erikoissairaanhoito 2008*. Tilastoraportti 5/2010. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. 17.2.2010. Raportti ladattavissa osoitteesta <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/somaattinenerikoissairaanhoito.htm> [viitattu 24.10.2010]
- Sosiaali- ja terveysalan kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008–2011*. (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki.

Sosiaaliturvan uudistamiskomitea (SATA-komitea) (2009) *Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA-komitean) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.

Soskolne, Varda; Kaplan, Giora; Ben-Shahar, Ilana; Stanger, Varda & Auslander, Gail. K. (2010) *Social Work Discharge Planning in Acute Care Hospitals in Israel: Clients' Evaluation of the Discharge Planning Process and Adequacy*. *Research on Social Work Practice* 20(4). 368-379.

Sulkunen, Pekka (2003) *Johdatus sosiologiaan – käsitteitä ja näkökulmia*. WSOY, Helsinki.

Sulman, Joanne; Savage, Diane & Way, Suesan (2001) *Retooling Social Work Practice for High Volume, Short Stay*. *Social Work in Health Care*, 34: 3. 315–332.

Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles (2009) *Foundations of Mixed Methods Research. Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. SAGE Publications.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (3.8.2010) *Somaattinen erikoissairaanhoido 2008*.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/somaattinenerikoissairaanhoido.htm>

[viitattu 4.10.2010]

*Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000-tutkimus*. Toimittaneet Unto Häkkinen & Pirkko Alha. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Helsinki.

*Terveyssoseaalityön nimikkeistö 2007*. Holma, Tupu (toim.) (2007). Terveyssoseaalityöntekijät ry., Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

THL:n asiantuntijatyöryhmä (Pekurinen, Markku; Erhola, Marina; Häkkinen, Unto; Jonsson, Pia Maria; Keskimäki, Ilmo; Kokko, Simo; Kärkkäinen, Jukka; Widström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri) (17.11.2010) *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Torvinen, Tiina (2007) *Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisen tiimin jäsenenä neurologisella kuntoutusosastolla*. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipolitiikan laitos, sosiaalityö.

Tschudi, Finn (1989) *Do Qualitative and Quantitative Methods Require Different Approaches to Validity?* In Steinar Kvale (ed.) *Issues of Validity in Qualitative Research*. Studentlitteratur, Lund. 109-134.

Tulppo, Jaana (1991) *Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä työnsä sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisilla osastoilla*. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia nro 2, Tampereen yliopisto. Tampere.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019> [viitattu 25.9.2010]

Valtonen, Anu (2005) *Ryhmäkeskustelut – millainen metodi?* Teoksessa . L. Tiittula ja J. Ruusuvoori (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 223-241.

Välimäki, Anna-Leena & Järvi, Seija (2005) *Vertaishaastattelu ja dialoginen vertaisprosessi*. Teoksessa Riitta Seppänen-Järvelä (toim.) Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineenä. Hyvät käytännöt menetelmäkäsikirja. Stakes.

World Health Organization WHO (1998) *Health Promoting Glossary*. WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva. 1.

*Yleinen suomalainen asiasanasto*. Ontologiapalvelu ONKI.  
[http://www.yso.fi/onki/ysa/?c=http://www.yso.fi/onto/ysa/ysa\\_juuri](http://www.yso.fi/onki/ysa/?c=http://www.yso.fi/onto/ysa/ysa_juuri) [viitattu 19.11.2009]

Yliruka, Laura (2000) *Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen tieto*. Helsinki: Stakes, FinSoc työpapereita 2/2000.

Yliruka, Laura (2006) *Kuvastin. Refleksiivinen itse- ja vertaisarviointimenetelmä sosiaalityössä*. Stakes Työpapereita 15/2006.

## **Painamattomat lähteet**

Mamia, Tero (23.9.2010) *Voikkaa-tutkimus ja sen esikuva Marienthal-tutkimus*. Luento Allianssi-IHMEen, YTI:n ja Tampereen yliopiston Sosiaalitutkimuksen laitoksen ”Mixed Methods – tutkimuskysymyksestä tutkimusasetelmaan” –kurssilla 23.9.2010.

Vanhala, Anni (14.9.2009) *Luonnostelua. Sosiaalityö tehtävänä sairaalassa*. Julkaisematon käsikirjoitus.

Sosiaalityöntekijöiden Anne Vainio, Riitta Björninen ja Elina Lehmuskoski haastattelu Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa 26.10.2010, haastattelijana Niina Haake. Tekijän hallussa.

# LIITTEET

## LIITE 1

Asiakkuuslomake täyttöohjeineen

16.12.2009

## **TAYS:n akuuttisosaalityön asiakkuuslomake – lomakkeen täyttöohjeet**

### **Lomakkeen tarkoitus ja tavoite**

TAYS:n akuutin sosaalityön asiakastietolomake sijaitsee www-osoitteessa, jonka olet saanut sähköpostiisi. Lomakkeen otsikko on "Akuuttisosaalityön asiakkuuslomake", eikä se tietosuojan vuoksi sisällä itsessään mitään täyttöohjeita. Lomake ja sen tuottamat tiedot akuutista sosaalityöstä ovat osa pro gradu -työtäni Tampereen yliopiston sosaalityön tutkimuksen laitokselle. Työ valmistuu vuoden 2010 aikana.

Lomakkeen tarkoituksena on kuvata sitä, mitä tarkoitetaan *akuutilla sosaalityöllä TAYS:ssa*, aikuisten somatiikan puolen potilaiden kanssa. Lomakkeella kerättyjen tietojen avulla pyrin kuvaamaan, mitä on akuutin sosaalityön asiakkuus TAYS:ssa, minkälaisia tarpeita, ongelmia jne asiakkailla on; ja hieman myös sitä, minkälaista työtä heidän kanssaan tehdään. Lomakkeella sosaalityöntekijä voi myös antaa oman arvionsa asiakkaan tilanteesta ja hänen kanssaan tehtävästä työstä. Tarkoitus on kartoittaa nimenomaan sosaalityöntekijälle syntyvää tietoa asiakkuudesta.

Lomakkeella kerätään tietoja akuutista sosaalityöstä tarkemmin ilmoitettavana ajankohtana, kuitenkin vasta tammikuussa 2010. Tätä lomakkeella kerättävää määrällistä tietoa syvennetään myöhemmin keväällä ryhmähaastattelussa, johon osallistuu TAYS:n sosaalityöntekijöitä.

### **Lomakkeen käyttö- ja täyttöohjeet**

1. Lomake on tarkoitettu täyttää asiakastapaamisen jälkeen niiltä osin, kun tiedot tulevat esiin tai ovat tiedossasi. Asiakkaalta ei siis erikseen tarvitse tiedustella lomakkeella kysyttäviä tietoja. (ks. kohta 3.). Tarkoitus on täyttää lomake myöhemmin ilmoitettavana ajankohtana kaikkien niiden asiakkaiden kohdalla, jotka koet nimenomaan *akuutin sosaalityön* asiakkaiksi, eli heidän tilanteensa vaatii kiireellisiä toimia tai on mielestäsi muuten akuutti.
2. Lomake on jaettu neljään osaan. Ensimmäisessä (I) kartoitetaan asiakkuuden syntyä, toisessa (II) asiakkuuden taustatietoja, kolmannessa (III) tapaamisessa syntyneitä tilanearvioita, ja neljännessä (IV) asiakkaan kanssa tehtyä työtä. Lomakkeen lopussa on laatikko, johon voit vielä lisätä jotakin olennaiseksi katsomaasi tietoa tai muuta, mikä ei tule ilmi lomakkeen valintavaihtoehdoista. Älä kuitenkaan kirjaa siihen asiakkaan henkilötietoja tai muuta arkaluontoista.
3. Lomake koostuu pääasiassa monivalintakysymyksistä. Näitä monivalintoja ei ole rajattu, joten kunkin kysymyksen kohdalla voit valita niin monta vaihtoehtoa, kuin koet olennaiseksi. Mikäli jotakin kysymystä (esim. 6. Asuminen) ei asiakkaan kohdalla käsitellä ollenkaan tai siitä ei asiakastapaamisessa synny tietoa, valitse kohta "Ei tietoa". Niissä kohdin, joissa tätä vaihtoehtoa ei ole, eikä asia ole tiedossasi, jätä kohta tyhjäksi.
4. Vastaukset tallentuvat nimettömänä ja ilman tunnistetietoja painettuasi Tallenna-nappulaa. Tallentamisen jälkeen sivusto neuvoa tyhjentämään koneen välimuistin (mikä ei ole välttämätöntä, jos työskentelet omalla päätteelläsi tai koneella, johon ulkopuoliset eivät pääse).
5. Lomakkeella ei tietosuojajäsenistä mainita TAYSia organisaationa. Kohdassa 14. "Asiakkaan kanssa on sovittu jatkotapaamisesta omassa organisaatiossasi" tarkoitetaan omalla organisaatiolla nimenomaan TAYSia.
6. Mikäli sinulla on mitä tahansa kysyttävää tai huomautettavaa liittyen tutkimukseen tai lomakkeeseen ja sen täyttöön, tai lomakkeen kanssa tulee mitä tahansa ongelmia, otathan yhteyttä!

*Kiitos vaivannäöstä ja arvokkaista tiedoista!*

Niina Haake

VTM, sosaalityön pääaineopiskelija

email: [niina.haake@uta.fi](mailto:niina.haake@uta.fi)

puh. 044 xxx xxxx



# Akuuttisosaalityön asiakkuuslomake

## I Asiakkuuden syntyminen

1. Asiakkuus oli **kiireellinen**, koska

- asiakas kotiutuisi välittömästi/pian
- asiakkaan kotona oli apua tarvitsevia
- sairaalaan joutuminen oli yllättävä
- määräjät liittyen tukiin, korvauksiin tms. olivat umpeutumassa
- asiakas ei voi kotiutua ilman tukea/etuutta
- muusta syystä

1.1. Jos valitsit *asiakkaan kotona oli apua tarvitsevia*, voit tarkentaa tähän, kuka apua tarvitsi (esim. lapsi/lapset, omainen, omaishoitaja, lemmikki):

1.2. Jos valitsit *muun syyn*, voit tarkentaa sitä tähän:

2. Yhteydenottajataho asiakkuuden alussa

- Potilas itse
- Omainen
- Hoitohenkilökunta
- Lääkäri
- Sosiaalitoimisto
- Osastosihteeri
- Potilastoimisto
- Muu taho

2.1. Jos valitsit *muun tahon*, voit tarkentaa sitä tähän:

## II Asiakkaan taustatiedot

3. Hoitoaika kyselyhetkellä a) 1-7 vrk b) 8-14 vrk c) yli 14 vrk

4. Asiakkuuden taustatilanne

- Tapaturma
- Läheisen kuolema
- Äkillinen sairastuminen
- Pitkäaikainen sairaus
- Päihteiden väärinkäyttö
- Väkivalta
- Raskaus
- Lapsen syntymä

## 5. Muut tiedot

	<b>mies</b>	<b>nainen</b>
<b>Sukupuoli</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	
	Alle 18 v	
	<input type="checkbox"/>	
<b>Ikäryhmä</b>	18-24 v.	
	<input type="checkbox"/>	
	25-64 v.	
	<input type="checkbox"/>	
	yli 65 v.	
	<b>Kyllä</b>	<b>Ei</b>
<b>Asiakkaalla on huollettavia lapsia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	
	Yksinasuva	
<b>Asiakkaan kotitalouden muoto</b>	<input type="checkbox"/>	Elää parisuhteessa ilman lapsia
	<input type="checkbox"/>	Elää parisuhteessa, lapsia
	<input type="checkbox"/>	Yksinhuoltaja
	<input type="checkbox"/>	
	Tampere	
<b>Kotikunta</b>	<input type="checkbox"/>	Muu kunta
	<input type="checkbox"/>	Ei kotipaikkaa Suomessa

## III Tilannearvio: tietoon tulleet tiedot asumisesta, toimeentulosta ja verkostoista

### 6. Asuminen

- Omistusasunto
- Vuokra-asunto
- Tuettu asuminen (esim. tehostettu asuminen palvelutalossa)
- Kuntoutuskoti/hoitolaitos
- Asunnoton, mutta asuu toisen hlön asunnossa
- Ensisuoja/turvakoti
- Häätöuhan alla
- Täysin asunnoton
- Asuu vanhempansa/sukulaisensa/huoltajansa kanssa
- Asuu sijoitettuna perheensä ulkopuolelle
- Ei tietoa

### 7. Toimeentulo

- Palkkatulo
- Eläketulo tai kuntoutustuki
- Sairauspäiväraha
- Työttömyysturva (KELA)

- Työttömyysturva, ansiosidonnainen
- Opintotuki
- Toimeentulotuki
- Elatusapu
- Muut etuudet/varallisuus
- Ei tuloja
- Ei tietoa

**8. Asiakkaan verkostot ja kontaktit viimeisen puolen vuoden aikana**

- Omaiset, perhe ja ystävät
- Naapuri/lähituttu
- Tukihenkilö
- Diakoniatyö
- Kotipalvelu
- Kriisikeskus
- Perheneuvola
- Terveyskeskus
- Sosiaaliasema tai sosiaalitoimen erityistoimisto
- Päiväkeskus
- Päihdetyön yksikkö
- Ei tietoa

**9. Arvioi työntekijänä seuraavien seikkojen huolestuttavuutta asiakkaan kohdalla asteikolla 1-5.**  
(1=ei lainkaan huolestuttava ... 5=erittäin huolestuttava )

	en osaa sanoa	1	2	3	4	5
<b>Asiakkaan kokonaistilanteen huolestuttavuus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asiakkaan asumistilanteen huolestuttavuus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asiakkaan toimeentulon ongelmallisuus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asiakkaan tukiverkoston niukkuus tai toimimattomuus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asiakkaan oma toimintakyky ja selviäminen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Palvelujärjestelmän toimimattomuus tai riittämättömyys asiakkaan kohdalla</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mahdollinen muu huoli</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.1. Jos valitsit muun huolen, voit tarkentaa sitä tähän:

**IV Akuutin sosiaalityön interventio - etuudet, palvelut, työmuodot**

**10. Asiakkaan etuuksien ja palvelujen osalta teen yhteistyötä pääasiassa**

- asiakkaan itsensä kanssa
- asiakkaan omaisen/läheisen kanssa
- asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa
- viranomaisen kanssa
- muun tahon kanssa

10.1. Jos valitsit *muun tahon*, voit tarkentaa sitä tähän:

**11. Asiakkaan kanssa vireille pantavat etuudet ja muu toimeentuloon liittyvä selvittely**

- Asumistuki
- Edunvalvonta
- Hoito/vammaistuki
- Kuntoutusetuudet
- Laskujen, maksujen tai muiden akuuttien raha-asioiden hoito
- Lakisääteiset vakuutukset
- Vapaaehtoiset vakuutukset
- Lääke- tai matkakorvaus
- Matkakorvaus/hoitopäivämaksu
- Opintotuki
- Sairauspäiväraha
- Toimeentulotuki
- Työeläke
- Työkyvyttömyyseläke
- Työttömyysturva
- Velkaneuvontaan tai perintään liittyvän asian hoito
- Äitiyspäiväraha
- Muu etuus

11.1. Jos valitsit muun etuuden, voit tarkentaa sitä tähän:

**12. Palveluihin, asumiseen, kotiutumiseen, oikeusturvaan tai psykososiaaliseen tukeen liittyvät selvittelyt, neuvonta ja vireillepano**

- Asuntohakemus
- Ensisuoja, turvatalo tai muu tilapäisasumismuoto
- Tukihenkilö/vertaistuki
- Kotiapu
- Lastensuojelun toimet
- Palvelutaloasuminen

- Päihdehuollon asumis- ja hoitopalvelut
- Asiakkaan oikeusturvaan liittyvä neuvonta
- Muu akuutti selvittely ja neuvonta (kotimatka, vaatteet, omaisten etsintä tms)

**13.** Asiakkaan kohdalla olen toteuttaanut / tullaan toteuttamaan seuraavia työmuotoja

- Yksilö- ja tiimitapaaminen
- Verkostotapaaminen
- Yhteydenpito omaisiin ja läheisiin
- Yhteydenpito viranomaisiin
- Yhteys työnantajaan/kouluun
- Kotikäynti
- Psykososiaalinen keskustelu asiakkaan kanssa
- Psykososiaalinen keskustelu asiakkaan ja hänen perheensä kanssa
- Muu työmuoto

13.1. Jos valitsit *muun työmuodon*, voit tarkentaa sitä tähän:

**14.** Asiakkaan kanssa on sovittu jatkotapaamisesta omassa organisaatiossasi

- Kyllä
- Ei

**15.** Arvioi työntekijänä, kuinka riittävät ja sopivat vireillä olevat etuudet, palvelut ja apu ovat asiakkaalle asteikolla 1-5.  
(1=*ei lainkaan riittävät/sopivat* ... 5=*hyvin riittävät ja sopivat*)

	en osaa sanoa	1	2	3	4	5
<b>Asiakkaan etuuksien riittävyys</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asiakkaan saamien palvelujen riittävyys</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Asiakkaan saamien palvelujen ja avun sopivuus asiakkaalle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16.** Huomautuksia, lisättävää, tarkennettavaa, muuta

Liite 2 Taustamuuttujien frekvenssitaulut

Sukupuoli, ikäryhmä, asiakkaalla huollettavia lapsia, asiakkaan kotitalouden muoto, kotikunta

**Sukupuoli**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mies	32	40,5	40,5	40,5
	nainen	47	59,5	59,5	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

**Ikäryhmä**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-24v.	4	5,1	5,1	5,1
	25-64v	53	67,1	67,1	72,2
	yli 65v	22	27,8	27,8	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

**Asiakkaalla on huollettavia lapsia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ei	67	84,8	84,8	84,8
	Kyllä	12	15,2	15,2	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

**Asiakkaan kotitalouden muoto**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ei tietoa	7	8,9	8,9	8,9
	yksinasuva	28	35,4	35,4	44,3
	elää parisuhteessa, ei lapsia	27	34,2	34,2	78,5
	elää parisuhteessa, lapsia	13	16,5	16,5	94,9
	yksinhuoltaja	4	5,1	5,1	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

Liite 2 Taustamuuttujien frekvenssitaulut

**Kotikunta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ei tietoa	1	1,3	1,3	1,3
	Tampere	37	46,8	46,8	48,1
	Muu kunta	39	49,4	49,4	97,5
	Ei kotipaikkaa Suomessa	2	2,5	2,5	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

Liite 3

Akuuttisosaalityön prosessin pelkistetty malli

