

Pirjo Ojanen

SAIRAALAN SOSIAALITYÖSSÄ TEHTY PSYKOSOSIAALINEN TYÖ JA DOKUMENTOINTI

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityön tutkinto-ohjelma
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Maaliskuu 2021

TIIVISTELMÄ

PIRJO OJANEN: Sairaalan sosiaalityössä tehty psykososiaalinen työ ja dokumentointi

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Sosiaalityö

Ohjaaja: Jenni-Mari Räsänen

Maaliskuu 2021

Tässä tutkielmassa tarkastellaan sairaalassa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden tekemää psykososiaalista työtä, sen määrittelyä sekä kirjaamista potilasasiakirjoihin. Lisäksi tarkastelun kohteena on sairaalan sosiaalityön dokumentointi yleisellä tasolla. Tutkimuskysymykset ovat: mitä tietoja ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät yleisesti kirjaavat potilasasiakirjoihin? Miten sairaalan sosiaalityöntekijät määrittelevät psykososiaalisen työn omassa työssään ja miten he kirjaavat psykososiaalista työtä potilasasiakirjoihin? Tutkielman alussa määrittelen keskeiset käsitteet, jotka taustoittavat tutkimustani.

Tutkielman aineisto on kerätty erään suuren sairaalan sosiaalityöntekijöille (64) osoitetun laadullisen kyselyn avulla. Kyselylomakkeessa oli kaiken kaikkiaan 12 kysymystä, joista avoimia kysymyksiä oli 10. Kyselyyn vastasi lopulta yhteensä 14 sosiaalityöntekijää. Vaikka kyselyyn vastanneiden määrä jäi suhteellisen niukaksi, tuli aineistosta laadullisesti rikas ja monipuolinen. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin keskeiset tulokset on tiivistetty kahteen kuvioon.

Yleisellä tasolla sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat työssään tiivistetysti, keskittyen potilaan kokonaiselämäntilanteeseen, tehdyn työn sekä hoidon kannalta olennaisen tiedon kirjaamiseen. Tulokset osoittavat, että tutkimani sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat sekä rakenteisesti että vapaata kirjaamistapaa hyödyntäen. Jotkut sosiaalityöntekijät ovat kehittäneet omia kirjaamisrakenteita ja -tyylejä. Jotkut sosiaalityöntekijät yhdistelevät rakenteista ja vapaampaa kirjaamistapaa. Tulosten perusteella sosiaalityöntekijät tiedostavat, että rakenteiseen kirjaamistapaan pitäisi pääsääntöisesti pyrkiä, mutta siihen perehtymiseen tai sen lopulliseen hyödyntämiseen ei välttämättä ole aikaa tai jaksamista. Kirjausten tekemiseen ja niiden laajuuteen vaikuttavat ennen kaikkea yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt ja kirjaamiseen käytettävissä oleva aika sekä kirjausten laaja näkyvyys muille mahdollisille yhteistyötahoille.

Tulosten perusteella sairaalan sosiaalityöntekijät tietävät, mitä psykososiaalinen työ on ja he määrittelevät sen hyvin yhtäläisesti. Sosiaalityöntekijät näkevät psykososiaalisen työn hyvin samankaltaisena kuin sitä on määritelty myös aiemmissa tutkimuksissa. Psykososiaalinen työ on heidän mukaansa potilaan kohtaamista ja dialogia, terapeutista tukemista, kokonaistilanteen huomioimista sekä konkreettista auttamista. Sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat psykososiaalista työtä vaihtelevasti. Sosiaalityöntekijöiden antamissa vastauksissa korostuu kuitenkin, että psykososiaalisen työn kirjaamattomuus ei tarkoita, etteikö sitä olisi tehty. Sosiaalityöntekijät saattavat tehdä paljonkin psykososiaalista työtä, mutta se kirjataan vain lyhyesti. Virallinen, potilastietojärjestelmään kirjattu tieto on siis vain pieni osa sairaalassa tapahtuvan sosiaalityön tietoa eikä kaikkea tietoa voi tallentaa potilastietojärjestelmään. Psykososiaalisen työn kirjaamiseen vaikuttavat ennen kaikkea yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt, kirjaamiseen käytettävä aika tai sen puute sekä potilaan yksityisyydensuojaan liittyvät tekijät.

Psykososiaalisen työn näkyväksi tekeminen on tärkeää, jotta sen merkitys voidaan tunnustaa ja nostaa keskustelun kohteeksi. Terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden kannustaminen pohtimaan psykososiaalisen työn sisältöä ja sen kirjaamista voi saada heidät refleктоimaan omaa työtään ja pohtimaan, millaisena psykososiaalinen työ heidän työssään toteutuu ja kirjataanko sitä näkyviin. Tutkielmani aihe nostaa pohdinnan aiheeksi myös sen, että sosiaalityön dokumentoinnissa tulisi kiinnittää huomiota sekä siihen, mitä kirjataan, että siihen, miten kirjataan. Tutkielmani nostaa esiin myös pohdinnan siitä, kuinka hyvin potilastietojärjestelmä mahdollistaa sosiaalityön kannalta olennaisen tiedon kirjaamisen sekä toisaalta sen, miten kirjaamisen rajoitukset mahdollisesti vaikuttavat siihen, miten sosiaalityö pystyy tekemään itseään näkyväksi terveydenhuollon kontekstissa.

Avainsanat: psykososiaalinen työ, terveystieteiden sosiaalityö, kirjaaminen, dokumentointi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

PIRJO OJANEN Psychosocial work and documentation in hospital social work

Master's Thesis

Tampere University

Social work

March 2021

This thesis examines the psychosocial work conducted by social workers in hospitals, how psychosocial work is defined, and how it is recorded in medical records. Furthermore, documentation of information in patient record systems is examined on a general level. This general viewpoint was included because the social work conducted in hospitals differs from other types of social work both in terms of what it includes and how it is documented. The research questions in this thesis are: What information do hospital social workers commonly record into patient medical records, and how do they do it? How do hospital social workers define psychosocial work in their work? How do they record psychosocial work in medical records?

The data for the thesis was gathered by sending a qualitative survey to the social workers (64) at a large hospital. The survey consisted of a total of 12 questions, 10 of which were open-ended questions. Of the 64 recipients of the survey, 14 submitted a response. Despite the relatively small number of responses, the data is rich and diverse in quality. The research method in this thesis is content analysis. Essential results of the analysis are summarized in two figures.

In general, when hospital social workers document information in medical records, they summarize the information focusing on the patient's holistic situation in life and information that is relevant to previous work and the patient's treatment. The results of this study indicate that the social workers in the hospital record information using both structured and free writing. Some social workers have developed their own structural frameworks for and methods of recording information. Some social workers combine structured documentation and free writing. The results of this thesis suggest that social workers acknowledge that they should favor structured documentation but they do not necessarily have the time or the energy to acquaint themselves with the method or eventually utilize it. The most significant factors affecting documentation and its scope are work community practices, the time available for documentation or the lack thereof, and the wide visibility of the records for potential collaborators. Therefore, the greatest problem does not lie with deficiencies in or limitations of the patient record system.

The results demonstrate that the hospital social workers know what psychosocial work entails. Their definitions of the concept were highly congruent. Their views are also very similar to the definitions of psychosocial work in existing research on the subject. According to the research subjects, psychosocial work involves genuine interaction with the patients, dialogue, therapeutic support, holistic consideration of the patient's situation, and providing them with concrete help. There is variation in how much the hospital social workers record psychosocial work. However, the respondents emphasize that no documentation of psychosocial work does not mean that it was not conducted. Even if social workers conduct extensive psychosocial work, only a short summary of it is documented. Therefore, the official information recorded in the patient record system is only a fraction of the information on social work conducted in hospitals. Not all information can be recorded in the patient record system. The most significant factors affecting documentation and its scope are workplace practices for recording information, the time that can be used on documentation or the lack thereof, and patient privacy considerations.

Making psychosocial work visible is important in order to recognize its significance and stimulate discussion about the subject. If social workers are encouraged to contemplate on the content of psychosocial work and how they record it, it may motivate them to reflect on how psychosocial work is realized in their work and whether it is visible in medical records. This thesis underscores that it is important to heed both what is recorded and how it is recorded. This thesis also discusses the extent to which patient record systems enable documenting information that is essential to social work and how the limitations of documentation may affect the ability to make social work visible in the context of the healthcare system.

Keywords: psychosocial work, healthcare social work, recording, documentation

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	1
2 SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA	4
2.1 Terveysthuollon sosiaalityön keskeiset piirteet	4
2.2 Sosiaalityön dokumentointi yleisesti ja osana terveydenhuollon sosiaalityötä	7
3 PSYKOSOSIAALISEN KÄSITE	12
3.1 "Psykososiaalisen" monet merkitykset	12
3.2 Psykososiaalinen työ terveydenhuollon sosiaalityössä	14
4 TUTKIMUSASETELMA	18
4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset	18
4.2 Aineiston kuvaus ja keruu	19
4.3 Analyysimenetelmä ja analyysin toteutus	21
4.4 Tutkimuksen eettisyys	23
5 KIRJAAMINEN JA PSYKOSOSIAALINEN TYÖ SAIRAALAN SOSIAALITYÖSSÄ	25
5.1 Rakenteisesti tai vapaammin, mutta ytimekkäästi	25
5.2 Psykososiaalinen työ on kohtaamista, tukemista ja konkreettista auttamista	32
5.3 Psykososiaalisen työn kirjaaminen	41
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	47
Lähdeluettelo	54
Liite 1 Kyselylomake	65
Liite 2 Tietosuojailmoitus	67
KUVIOT	
Kuvio 1: Mitä kirjataan?	31
Kuvio 2: Miten psykososiaalinen työ määritellään?	33

1 JOHDANTO

Tämän tutkielman aiheena on sairaalan sosiaalityöntekijöiden tekemä psykososiaalinen työ, sen määrittelyminen ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Lisäksi tarkastelun kohteena on sairaalan sosiaalityön dokumentointi yleisesti. Kysyn, mitä tietoja ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät yleisellä tasolla kirjaavat potilasasiakirjoihin, miten he määrittelevät psykososiaalisen työn omassa työssään sekä miten he kirjaavat psykososiaalista työtä potilasasiakirjoihin. Koska sairaalan sosiaalityö poikkeaa sisällöllisesti, kirjaamiskäytännöiltään sekä tietojärjestelmätasolla kunnallisesta sosiaalityöstä, on mielestäni tärkeää ja kiinnostavaa tarkastella sairaalan sosiaalityön dokumentointia sekä sairaalassa tehtävän psykososiaalisen työn kirjaamista rinnakkain. Sairaalan sosiaalityön dokumentoinnin näkökulmasta olen kiinnostunut siitä, mitä tietoja ja miten, rakenteisesti vai vapaamuotoisemmin, sosiaalityöntekijät kirjaavat potilasasiakirjoihin. Vaikka (rakenteinen) kirjaaminen on kansallisesti ohjeistettua, voi kirjausten sisältö vaihdella kirjaajasta riippuen. Kun terveydenhuollon sosiaalityöntekijät kuvaavat yleisellä tasolla kirjaamistapojaan ja kirjaamisen sisältöä, voi niitä peilata myös siihen, miten psykososiaalista työtä kirjataan tai ei kirjata ja onko psykososiaalisen työn kirjaamiseen liittyen havaittavissa joitakin estäviä tai vastaavasti mahdollistavia tekijöitä. Pyrkimys rakenteiseen kirjaamistapaan saattaa aiheuttaa sen, että psykososiaalinen työ kaikessa moninaisuudessaan saattaa tulla kirjatuksi hyvin lyhyesti, jos lainkaan, koska kirjaamista ohjaavat ja rajaavat muun muassa sairaalassa yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt.

Terveyssosiaalityö on mielenkiintoinen ja tärkeä sosiaalityön osa-alue, joka on aina kiinnostanut minua sen kunnallisesta sosiaalityöstä poikkeavan luonteen ja organisaatioympäristön vuoksi. Terveydenhuollon sosiaalityötä tehdään organisaatioissa, joiden pääasiallinen tehtävä liittyy terveyden ja sairauden kysymyksiin, ei niinkään ihmisten elämän sosiaaliseen ulottuvuuteen (Kananoja 2017b, 354). Vaikka sosiaalityön opinnoissa on oman näkemykseni mukaan puhuttu terveydenhuollossa tehtävästä sosiaalityöstä vain vähän, on tämä riittänyt herättämään kiinnostukseni aiheeseen. Terveydenhuollon sosiaalityö valikoitui tutkielmani aihepiiriksi osittain juuri sen vuoksi, että se on minulle suhteellisen vieras sosiaalityön osa-alue, josta halusin oppia lisää. Terveyssosiaalityössä pyritään ennen kaikkea ihmisten terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen, mutta samalla myös syrjäytymisen ennaltaehkäisemiseen ja vähentämiseen (Linden 1999, 55; Havukainen ym. 2007, 9), mikä on mielenkiintoinen asetelma. Terveydenhuollon sosiaalityö sisältää potilastyötä, kriisityötä, moniammatillista verkostotyötä sekä psykososiaalista työtä, jota tehdään potilaan ja hänen läheistensä kanssa (Kananoja 2017b, 351).

Sosiaalityössä psykososiaalinen tarkoittaa yksinkertaisesti asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa tapahtuvaa kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jolla etsitään asiakkaan monimutkaiseen tilanteeseen ratkaisuja (ks. Granfelt 1993; Raunio 2009; Sipilä 1989, 225; Toikko 1997). Psykososiaalinen lähestymistapa on terveydenhuollon sosiaalityön punainen lanka (Linden 1999, 55; Howe 2002, 177). Tässä tutkielmassa kiinnostukseni kohteena on terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden tekemä psykososiaalinen työ ja sen kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Psykososiaalinen työ voidaan nähdä asiakkaan sosiaaliset ja psyykkiset tarpeet huomioivana ihmissuhdetyön suuntauksena (Granfelt 1993, 177; Linden 1999, 152). Potilaan toimintakyvyn tukeminen terveysosiaalityössä on psykososiaalista tukemista. Psykososiaalisella tukemisella tarkoitetaan sellaista psyykkisen tuen tarjoamista ja psykososiaalista keskustelua, joka tukee potilaan elämäntilanteen jäsentämistä ja lisää potilaan motivaatiota oman tilanteensa edistämiseksi (Kananoja 2017b, 351–352). Psykososiaalisen työn vaikutukset ovat hyvin monimuotoisia: erityisesti terveydelliset vaikutukset korostuvat, mutta myös yksilötason taloudelliset ja sosiaaliset vaikutukset ovat huomionarvoisia, yhteiskuntataloudellisia vaikutuksia unohtamatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 26–27.)

Psykososiaalisen työn näkyväksi tekeminen on tärkeää, jotta sen merkitys voidaan tunnistaa ja nostaa keskustelun kohteeksi. Psykososiaalinen näkökulma terveyteen onkin nykyään paremmin tiedostettu (Keefe & Evans 2013, 4). Ajattelen, että terveydenhuollossa toimivien sosiaalityöntekijöiden kannustaminen pohtimaan psykososiaalisen työn sisältöjä ja sen kirjaamista voi saada terveydenhuollossa työskentelevät sosiaalityöntekijät itse havahtumaan siihen, millaisena psykososiaalinen työ toteutuu ja onko sitä riittävästi. Dokumentoinnin keskeinen tehtävä, lainmukaisten ja hallinnollisten tarpeiden palveleminen, saattaa aiheuttaa sen, että sosiaalityöntekijät keskittyvät helpommin siihen, mitä kirjataan, eikä niinkään siihen, miten (ks. Morén 1999, 330–331). Tämän vuoksi haluan nostaa tutkimuksessani esille myös kysymyksen, miten asioita kirjataan.

Yhteiskunnalliset haasteet ja ongelmat, kuten työttömyys, köyhyys ja erilaisten tukipalvelujen riittämättömyys lisäävät nykyään ihmisten elämän kuormitusta ja samalla riskiä sairastua (Kananoja 2017b, 348; ks. Pocket & Beddoe 2017, 127–128). Näin ollen perinteisen sosiaalitoimistoissa tehtävän sosiaalityön ohella myös terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön merkitys ihmisten hyvinvoinnin turvaajana kasvaa. Terveysosiaalityöllä pyritään potilaan sosiaalisen toimintakyvyn ja yhteiskunnallisen osallisuuden vahvistamiseen (Terveysosiaalityöntekijät ry 2018, 5). Samalla kun terveyspalvelulainsäädäntöä on muutettu potilasystävällisemmäksi, on alettu korostaa käsitystä kokonaisvaltaisesta ja moniulotteisesta ihmisestä, jonka hyvinvointi ja terveys rakentuvat useista

tekijöistä, eivät pelkästään fyysisistä oireista. Tällainen lähestymistapa korostaa eri tavalla myös sosiaalityön asemaa ja merkitystä osana terveydenhuollon organisaatiota ja potilaan hoitoa. (Havukainen ym. 2007, 9.) Esimerkiksi Aulikki Kananojan (2017b, 348) mukaan potilaan sosiaalisen tilanteen arviointi ja heti hoidon alussa annettu tarvittava apu voivat vähentää potilaan kokemaa kuormitusta, poistaa hoidon tiellä olevia esteitä sekä lyhentää potilaan hoidon ja kuntoutuksen kestoa. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät voivat myös työnsä kautta tarvittaessa paikata oman organisaationsa tai muun palvelujärjestelmän puutteita ja aukkokohtia (Metteri 1993, 92).

Kirjaaminen potilastietojärjestelmään on keskeinen osa terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työtä. Sosiaalityöntekijä kirjaa tietoja asiakaskohtamisesta ja asiakkaan kanssa tehdystä työstä pääsääntöisesti sosiaalityön ammatilliseen näkymään (SOS), joka on dokumentti sähköisessä potilaskertomuksessa (Havukainen ym. 2007, 11; Jokinen & Virkkunen 2018, 29). Potilastietojärjestelmään tallennetuista potilaskirjauksista voi lukea siitä, mitä asiakkaan kanssa on tehty (ks. esim. Laaksonen ym. 2011). Toisin sanoen sosiaalityöntekijöiden kirjauksista voi myös luoda kuvaa siitä, miten sosiaalityöntekijät tekevät psykososiaalista työtä ja mitä siihen sisältyy.

Tämän tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu keskeisten käsitteiden määrittämisen varaan. Keskeiset käsitteet ohjasivat myös aineiston käsittelyä ja analysointia. Tämän tutkielman aineisto on kerätty erään suuren suomalaisen sairaalan sosiaalityöntekijöille (64) osoitetun laadullisen kyselyn avulla. Kyselylomakkeessa oli kaiken kaikkiaan 12 kysymystä, joista avoimia kysymyksiä oli 10. Kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 14 sosiaalityöntekijää. Vaikka kyselyyn vastanneiden määrä jäi suhteellisen pieneksi, tuli aineistosta laadullisesti rikas ja monipuolinen. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on tässä tutkielmassa teoriaohjaava (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.6).

Aluksi määrittelen keskeiset käsitteet, jotka taustoittavat ja ohjaavat tutkimustani. Tutkielman toisessa luvussa kerron terveydenhuollon sosiaalityöstä ja sosiaalityön dokumentoinnista sekä yleisesti että terveydenhuollon kontekstissa. Luvussa kolme määrittelen psykososiaalisen käsitteen ensin yleisellä tasolla ja myöhemmin terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön näkökulmasta. Luvussa neljä kerron tutkimusasetelmasta: avaan tutkimuskysymykset, aineiston ja sen keruun kuvauksen sekä analyysimenetelmän. Neljännen luvun lopussa pohdin myös tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Luvussa viisi avaan tutkimustuloksia. Viimeisessä luvussa (6) esitän johtopäätökset ja oman pohdintani tutkimustuloksista.

2 SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Terveydenhuollon sosiaalityön keskeiset piirteet

Sosiaalihuoltolain (1301/2014, 15§) mukaan sosiaalityö on sekä yksilökohtaista että moniammatillista asiakas- ja asiantuntijatyötä, jonka avulla muodostetaan sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuus yksilölle, perheelle tai yhteisölle tarpeiden mukaisesti. Sosiaalityö on sosiaalihuoltolain 15§:n mukaan ”muutosta tukevaa työtä”: tavoitteena on lieventää asiakkaan elämäntilanteeseen liittyviä haasteita, parantaa hänen omia toimintaedellytyksiään ja osallisuuttaan sekä edistää yhteisöjen sosiaalista eheyttä. Lisäksi sosiaalityöhön sisältyy tuen ja palvelujen toteutumisen ja vaikuttavuuden ohjaus ja seuranta. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 15§.)

Terveydenhuollon sosiaalityö, kuten kunnallinenkin sosiaalityö, perustuu edellä mainittuun sosiaalihuoltolakiin (30.12.2014/1301). Terveysosiaalityötä tehdään monenlaisten ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvien kysymysten parissa (Ryynänen 2006, 194). Kansainvälisessä kirjallisuudessa terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö jaetaan usein terveydenhuollon sosiaalityöhön (public health social work) sekä sairaalassa tehtävään sosiaalityöhön (medical social work) (ks. esim. Keefe & Evans 2013), mutta tässä tutkielmassa käytän sekä terveydenhuollon sosiaalityön että sairaalan sosiaalityön käsitteitä viitaten niillä sairaalassa tehtävään sosiaalityöhön. Potilasnäkökulman korostaminen terveydenhuollossa on johtanut siihen, että sosiaalityön palvelut ovat halutumpia ja paremmin saatavilla myös terveydenhuollon kentällä. Potilaalla on mahdollisuus saada apua kokonaistilanteensa selvittämiseen, tarvittavien tukimuotojen järjestämiseen yksilöllisesti sekä ongelmatilanteen ratkaisemiseen. Potilaalle voidaan tarjota esimerkiksi ohjausta ja neuvontaa hänen tarvitsemistaan sosiaaliturvasta ja -palveluista, psykososiaalista tukea sekä apua hoidon ja kuntoutuksen esteiden poistamiseksi. (Havukainen ym. 2007, 10.)

Jaana Tulppo (1991, 12–13) on todennut jo vuonna 1991, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijän rooli on ajan saatossa muuttunut hoivaan keskittyvästä ”sekatyöläisestä” itsenäiseksi asiantuntijaksi, joka hallitsee yhteiskunnallisen ja sosiaalisen tiedon ja jonka koulutuksellisen pätevyyden laki määrittää. Terveydenhuollossa työskentelevät sosiaalityöntekijät ovat erityistyöntekijöitä ja sosiaalityö toimii niin sanotusti vieraskentällä; terveydenhuolto ei pääasiallisesti edusta sosiaalityön tavoitteita ja arvoja (Palomäki 2004). Terveydenhuollon sosiaalityössä oleellisinta onkin sosiaalisen ulottuvuuden esillä pitäminen osana ihmisen tervehtymis- ja kuntoutumisprosessia (Havukainen ym.

2007, 8, 10). Terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö tiivistyy ongelmien ennaltaehkäisyyn, pyrkimykseen potilaskohtaiseen hoitoon sekä palvelu- ja läheisverkoston kokoamiseen (Yliruka ym. 2019). Vaikka terveydenhuollon ja sosiaalityön asiantuntijuudet eroavat sisällöllisesti, on niiden lopullinen tavoite sama: ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin sekä yhteiskuntatasoisen sosiaalisen hyvinvoinnin lisääminen (Keefe & Evans 2013, 5).

Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä työskentelee pääosin perusterveydenhuollossa, mielenterveytyössä ja erikoissairaanhoidossa somatiikalla ja psykiatrialla (Björkenheim 2007, 262; Havukainen ym. 2007, 9; Yliruka ym. 2019). Terveys- ja sosiaalityön palveluprosessit voivat olla lyhyitä tai pitkiä ja ne voivat tapahtua poliklinikalla tai osastolla osana potilaan hoitoa, kuntoutusta tai palveluketjua. Sosiaalityön palveluprosessi saattaa jatkua myös potilaan hoidon päättymisen jälkeen. (Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry 2018, 5.) Informointi, neuvonta ja ohjaus, hakemusten täyttäminen sekä palveluiden järjestäminen yhdessä potilaan kanssa ovat osa terveys- ja sosiaalityön asiakastyötä (Jokinen & Juhila 2008, 32). Terveydenhuollon sosiaalityö pitää sisällään potilastyötä, moniammatillista verkostotyötä, kriisityötä sekä psykososiaalista työtä, jota tehdään potilaan ja hänen läheistensä kanssa (Metteri 2014; Kananoja 2017b, 351). Terveys- ja sosiaalityöntekijöillä voidaan katsoa olevan monenlaisia rooleja, kuten asiantuntija, konsultti, terapeutti ja koordinaattori (Havukainen ym. 2007, 9, 21–34). Terveydenhuollon sosiaalityössä isossa roolissa ovat sellaiset sosiaaliset, taloudelliset ja teknologiset kysymykset, jotka liittyvät sairauteen, vammaisuuteen tai kuntoutumiseen. Lisäksi potilaan toimintakykyisyyden sosiaaliset edellytykset korostuvat terveys- ja sosiaalityössä. (Havukainen ym. 2007, 9; Kananoja 2017a, 31.) Oleellista on siis paitsi potilaan toimeentulon turvaaminen, myös hänen sosiaalisen toimintakykynsä ja yhteiskunnallisen osallisuutensa vahvistaminen (Pirttijärvi 2013, 58–125; Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry 2018, 5). Terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö voi omalta osaltaan vähentää sairastamiseen liittyviä syrjäyttäviä tekijöitä ja mekanismeja ja siten ennaltaehkäistä asiakkaiden marginalisointiprosesseja (Ryynänen 2006, 194).

Terveydenhuollon toiminta perustuu moniammatillisuuteen. Sosiaalityön asiantuntijuus terveydenhuollossa luo edellytyksiä moniammatillisen kannanoton, hoitoketjun tai kuntoutussuunnitelman toteutumiselle: sosiaalityöntekijän palvelu- ja etuusjärjestelmätuntemus, palvelujen koordinointi sekä tieto potilaan arkielämän osatekijöistä mahdollistavat vaihtoehtojen esittämisen ja niiden arvioinnin. Sosiaalityö tuottaa siis lisäarvoa moniammatilliseen työhön. (Havukainen ym. 1998, 8.) Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät toimivat yhteyshenkilöinä ja välittäjinä, ”sosiaalisina tulkkeina” potilaan, sairaalaorganisaation sekä muun yhteiskunnan välillä

(Metteri 1993, 91; Metteri 2014; Pocket & Beddoe 2017, 132). Ottaessaan vastuuta tällaisista välityksistä ja selvittämistehtävistä, terveydenhuollon sosiaalityöntekijä edistää omalla toiminnallaan paitsi organisaation ”pyörittämistä”, myös asiakkaan osallistamis- ja itsehallintapyrkimystä (Metteri 1993, 92). Terveydenhuollossa toimivien sosiaalityöntekijöiden käytännön työ linkittyy yhteisöllisiin ja sosiaalisiin tekijöihin osana vaikuttavaa terveydenhuoltoa: he huolehtivat, että potilaat saavat tarvitsemansa palvelut ja tuen eikä terveydenhuollon ammattilaisten tekemä työ valu hukkaan (Yliruka ym. 2019; Jaakkola & Koskiluoma 2020).

Potilaan elämäntilanne sekä kokonaisnäkemys siitä, miten sairastuminen ja sosiaaliset tekijät ovat yhteydessä toisiinsa ovat terveysosiaalityön peruslähtökohtia (Linden 1999, 55; Havukainen ym. 2007, 8–9; Gåfvels 2014, 51; Yliruka ym. 2019, 1). Terveysosiaalityön perustana on lisäksi niin sanottu sosiaalinen diagnoosi (Jaakkola & Koskiluoma 2020). Gail Auslanderin (2001, 211) mukaan terveydenhuollon sosiaalityö on jo pitkään hyödyntänyt sairauden sosiaalista mallia, joka huomioi sairauden ja sairastumisen sosiaaliset, psykologiset, hengelliset, kulttuuriset ja ekologiset tekijät. Anna Metteri (1996, 143–145) taas kuvaa terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön kokonaisvaltaista lähestymistapaa ”arjen näkökulmana”, jossa tavoitteena on ymmärtää ihmisen omaa kokemusta ja suhteuttaa tapahtumia tämän kokonaistilanteeseen. Terveydenhuollon sosiaalityössä pyrkimyksenä on siis tarkastella asioita monipuolisemmin ja kokonaisvaltaisemmin kuin vain sairauden ja sen lääketieteellisen hoidon näkökulmasta (Metteri 1996; Bland & Renouf 2001, 238). Terveysosiaalityön kautta pyritään vaikuttamaan yksilön (tai perheen) elämäntilanteeseen siten, että tämän sosiaalinen vuorovaikutus ja yhteiskunnallinen osallistuminen voivat jatkua mahdollisimman häiriöttömästi ja taloudellinen toimeentulo säilyy sairaudesta huolimatta. (Linden 1999, 55.) Terveysosiaalityöntekijät pyrkivät voimaannuttamaan potilaitaan ja edistämään näiden pääsyä tarvitsemiinsa palveluihin (Sapey 2002, 182). Osaksi terveydenhuollon sosiaalityötä kuuluu myös vaikuttamistyö, jota tehdään kolmella tasolla: omassa organisaatiossa ja työyhteisössä, palvelu- ja etuusjärjestelmissä sekä laajemmin koko yhteiskunnassa (Havukainen ym. 2007, 10). Terveydenhuollon sosiaalityölle on ominaista psykososiaalinen lähestymistapa (Linden 1999, 55; Howe 2002, 177), jota käsittelem myöhemmin tässä tutkielmassa.

Terveydenhuollon sosiaalityö kaikessa moninaisuudessaan on kiinnostanut tutkijoita ja tutkielmien tekijöitä. Esimerkiksi Gail Auslander on tutkinut terveydenhuollon sosiaalityön vaikutuksia (Auslander 2001), ja Johanna Björkenheim (2007) terveydenhuollon sosiaalityön tietoa. Tutkimuksia on tehty erityisesti moniammatillisen työn ja sosiaalityön asiantuntijuuden näkökulmista (ks. esim.; Bland & Renouf 2001; Pylväs 2003, Krook 2006; Torvinen 2007; Kanto 2014; Vallinen 2018).

Lisäksi Laura Yliruka ja kumppanit (2019) ovat tehneet vastikään tutkimuksen terveystieteiden sosiaalityön tarpeesta, interventioista ja ajankäytöstä. Leena Leinosen (2020) väitöstutkimus tarkastelee sosiaalityön terapeutista orientaatiota ja ammatillista itseyttä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

2.2 Sosiaalityön dokumentointi yleisesti ja osana terveydenhuollon sosiaalityötä

Tässä luvussa kerron sosiaalityön dokumentoinnista ensin yleisellä tasolla ja myöhemmin terveydenhuollon sosiaalityön näkökulmasta. Dokumentointi on tärkeä osa kaikkea sosiaalityötä, mutta sen tyyli ja sisältö voivat vaihdella eri sosiaalityön toimintaympäristöjen ja organisaatioiden välillä. Terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön dokumentointi poikkeaa muusta sosiaalityön dokumentoinnista tietojärjestelmän ja kirjaamiskäytäntöjen osalta sekä lainsäädännöllisesti. Tämän vuoksi koin tarpeelliseksi avata terveydenhuollon sosiaalityötä koskevaa dokumentointia erikseen.

Sosiaalityö on tietointensiivistä työtä, jossa asiakkaan tuen tarpeen määrittämiseksi tarvitaan moninaista tietoa asiakkaasta ja tämän tilanteesta (Lehmuskoski 2017, 417). Asiakkaiden kohtaamiset ja näitä kohtaamisia koskevat muistiinpanot ovat sosiaalityön keskeistä sisältöä (Pirttijärvi 2013, 35). Kun asiakasta koskeva tietomäärä kasvaa, sosiaalityön dokumentoinnin tärkeys korostuu: sillä paitsi tuetaan asiakasta ja huolehditaan eri osapuolten oikeusturvasta, myös tuetaan tärkeää ammatillista tietoa (Lehmuskoski 2017, 417–419). Dokumentaatio on lyhyesti ilmaistuna tiedon keräämistä, luokittelua ja levittämistä, mutta sosiaalityössä sen merkitys on spesifimpi: dokumentaatio liittyy muun muassa asiakastapausten hallintaan, tehdyn työn raportointiin (Sidell 2011, 3; Kääriäinen 2016) sekä eri osapuolten näkemysten tallentamiseen (Laaksonen ym. 2011, 10). Kirsi Güntherin (2015, 42) mukaan sosiaalityöntekijät voivat dokumentoinnin avulla myös luoda ja ylläpitää ”yhteistä ammatillista ymmärrystä”.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) velvoittaa sosiaalihuollon ammattilaisia dokumentoimaan asiakkaan virallisiin asiakirjoihin asiakastyössä esiin nousseet tiedot. Työntekijä on velvollinen dokumentoimaan, mikäli hän osallistuu asiakastyöhön, suunnitteluun, toimenpiteiden järjestämiseen, valvontaan tai seurantaan. (Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015, 4§.) Dokumentaatio on myös yksi kansainvälisen sosiaalityön liiton (NASW) määrittelemä käytännön sosiaalityön standardi (National Association of Social Workers 2016, 34–37). Asiakirjojen laatiminen

on työntekijän vastuulla (Laaksonen ym. 2011, 10). Asiakastyöstä kirjataan tietoja aina asiakkuuden alusta lähtien sen päättymiseen asti. Nämä asiakastiedot ovat salassa pidettävää tietoa. Dokumentoidun tekstin tulee olla neutraalia, selkeää, ymmärrettävää sekä tosiasioihin perustuvaa. Lisäksi työntekijän on käytettävä ammatillista harkintaa kirjauksia tehdessään. (Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015, 4§; Laaksonen ym. 2011, 14–18.) Asiakirjan laatijan on pystyttävä osoittamaan, että kerätyt tiedot ovat virheettömiä ja tarpeellisia. Asiakkaalla tai potilaalla on oikeus tarkistaa tiedot, jotka hänestä on kirjoitettu virallisiin asiakirjoihin sekä oikeus vaatia virheellisen tiedon korjaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 10, 20–22; Pahlman 2007, 78–79; Kääriäinen 2014, 162.)

Lainsäädännön ja muun ohjeistuksen lisäksi sosiaalityön dokumentointiin vaikuttavat useat muut tekijät, kuten sosiaalityön teoreettiset näkemykset, eettiset periaatteet sekä yksilölliset ja yhteisön jakamat kirjaamistavat. Lisäksi asiakastietojärjestelmät itsessään vaikuttavat kirjaamiseen eri tavoin. (Vierula 2012, 151.) Lisäksi instituutio ja organisaatio vaikuttavat siihen, mitä ja miten sosiaalityöntekijät potilastietojärjestelmään kirjoittavat (Günther 2015). Myös aika ja paikka vaikuttavat aina teksteihin (Kääriäinen 2014, 160). Dokumentit tekevät organisaatiosta näkyvän: ne ovat totuusina pidettäviä institutionaalisia tekstejä, joilla voi olla suuri vaikutus asiakkaan elämään (Kääriäinen, 2003, 17; Vierula 2012, 149; Günther 2015, 40–41). Sosiaalihuollon tietojärjestelmät tuottavat laajasti tietoa, joka antaa kuvan asiakkaista ja heidän palvelutarpeistaan sekä tehdyistä toimenpiteistä ja niiden kustannuksista. Tämä tieto on tärkeää palvelujen suunnittelun ja arvioinnin kannalta. (Kananaja & Lähteinen 2017, 495.)

Dokumentoinnin kritiikki kohdistuu ensinnäkin siihen, että sen katsotaan tekevän asiakkaasta objektin subjektin sijaan (Parton 2008, 263; Bradt ym. 2011, 1373). Lisäksi sosiaalityöntekijät ovat kokeneet dokumentoinnin vievän liikaa aikaa varsinaiselta asiakastyöltä (O'Rourke 2010, 39; Sidell 2011, 9). Dokumentointia ei kuitenkaan voi erottaa sosiaalityön käytännöistä, koska vaikuttava kirjaaminen ja vaikuttava asiakastyö linkittyvät toisiinsa (Wilson 1980, 3). Sosiaalityön dokumentoinnilla on tärkeä tiedonmuodostuksellinen rooli asiakas-työntekijä-suhteessa ja näiden osapuolten välisessä työskentelyssä (Kääriäinen 2014, 159). Sähköisiin tietojärjestelmiin jo tallennettuja tietoja voi hyödyntää asiakaskohtamisessa ja ne voivat ohjata vuorovaikutusta (ks. Räsänen 2015, 2119). Sosiaalityöntekijän laatimat kirjaukset voivat toimia kokonaisvaltaisen psykososiaalisen tuen välineinä, sillä ne voivat vahvistaa potilaan identiteetin rakentumista, tarjota ratkaisuja ongelmiin ja olla siten osa toimintakyvyn parantumisen prosessia (Lehmuskoski 2017, 418). Lisäksi dokumentoinnilla on sosiaalityössä tärkeä vaikuttamistehtävä (Kääriäinen 2016).

Dokumentointi on työväline, kun pyritään hyvään hallinnolliseen työprosessiin ja/tai halutaan suunnitella, toteuttaa, seurata ja arvioida työtä. Aiemmin dokumentoidut tiedot toimivat myös tukena päätöksenteossa. (Reamer 2005, 326–327; Laaksonen ym. 2011, 10–18; Kääriäinen 2016.) Lisäksi ajantasaisilla kirjauksilla turvataan työn jatkuvuutta (Ames 1999, 228; Vierula 2015, 135). Dokumentointi tuottaa oikeusturvaa sekä toimii suojavälineenä riskienhallinnassa työntekijän, asiakkaan sekä organisaation näkökulmasta: asiakirjan tehtävä on siis auttaa ja suojata kaikkia osapuolia (Reamer 2005, 325).

Sähköisten tietojärjestelmien kehittyminen on aiheuttanut sen, että sosiaalityön arjessa korostuvat yhä enemmän asiakkaita koskevan tiedon käsittely, kerääminen ja valvonta. Tämän myötä myös viranomaisten selontekovelvollisuus suhteessa omiin päätöksiinsä ja interventioihinsa sekä yhteistyötahoihin on korostunut. (Parton 2008, 254; Günther 2015, 40.) Partonin (em.) mukaan tämä muutos voi vaikuttaa sosiaalityön tiedon (knowledge) luonteeseen, jolloin ”sosiaalinen” tieto muuttuu helpommin säilöttäväksi, siirrettäväksi ja muokattavaksi informaatioksi (information). Terveystieteiden sosiaalityöntekijät, kuten sosiaalityöntekijät muissakin organisaatioissa, ovat selontekovelvollisia käymistään keskusteluista, tekemistään päätöksistä ja muualta keräämästään tiedosta sekä yhteenvedoistaan esimerkiksi asiakkaalle tai potilaalle, kollegoilleen, esimiehilleen ja muille viranomaisille sekä päätöksentekijöille (Banks 2004, 150–151; Juhila 2009, 296–297). Selontekovelvollisuus linkittyy vahvasti ammattietiikkaan ja lainsäädäntöön (Juhila 2009, 297). Selontekovelvollisuus on ennen kaikkea työn läpinäkyväksi tekemistä: sen avulla on mahdollista seurata, miten sosiaalityötä tehdään ja millaisia tuloksia sosiaalityöllä saavutetaan. Niin sanottu uusi selontekovelvollisuus (new accountability) korostaa tehdyn työn määrällistä raportointia ja arviointia. (Banks 2004, 151.) Selontekovelvollisuuden kautta sosiaalityöntekijät siis osoittavat työnsä vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta (Juhila 2009, 296–297; Satka 2011, 4–5). Selontekovelvollisuuden positiivisina puolina voidaan Sarah Banksin (2004, 158–160) mukaan pitää esimerkiksi sitä, että palvelujen käyttäjien oikeudet saada tietoa käyttämistään palveluista ja heitä koskevista päätöksistä paranevat. Lisäksi palvelujen saatavuuden ja niiden laadun ja sisällön tasa-arvoisuutta voidaan tarkkailla ja parantaa. Asiakastyön asianmukainen dokumentointi on tärkeää myös sosiaalityön käytäntöjen kehittämisen näkökulmasta. (Banks 2004, 158–160.)

Sosiaalityöntekijöiden asenteita ja käsityksiä liittyen kirjaamiseen on tarkasteltu useissa tutkimuksissa. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä potilaskirjaamisesta on tutkittu ainakin hoitotyötä tekevien kohdalla (ks. esim. Lätti 2012). Sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä ja kirjaamiselle antamia merkityksiä on tutkittu jonkin verran

(esim. Räsänen 2012; Huuskonen 2014; Saario 2014). Sosiaalityön dokumentit ja dokumentointi ovat olleet esillä sosiaalityön tutkimuksissa myös kansainvälisesti (esim. Cumming ym. 2007; Lillis, Leedham & Twiner 2020).

Tähän asti olen tarkastellut yleisellä tasolla sosiaalityön dokumentointia ja selontekovelvollisuutta. Terveystieteiden toimintaympäristö tuo tiettyjä muutoksia ja rajoitteita sosiaalityön kirjaamiseen. Ensinnäkin terveydenhuollon sosiaalityön kirjaaminen on rakenteista (Jokinen & Virkkunen 2018) ja kirjaukset tehdään terveydenhuollossa käytettävään potilastietojärjestelmään. Yhteisesti sovitut rakenteisen kirjaamisen käytännöt ovat kaikkien julkisten terveydenhuollon toimijoiden potilastietojärjestelmien perustana. Lainsäädäntö sekä erilaiset kansalliset ohjeistukset ja tietorakenteet määrittävät erityistyöntekijöiden, kuten terveydenhuollossa toimivien sosiaalityöntekijöiden, palveluiden kirjaamista. (Terveyssosiaalityöntekijät ry 2018, 7.) Terveystieteiden tehtävän sosiaalityön kirjaamista ohjaa terveyssosiaalityön nimikkeistö, jolla pyritään luomaan terveydenhuollon sosiaalityölle valtakunnallisesti yhdenmukainen luokittelu ja vertailukelpoinen perusta muun muassa työn seurantaan, käsitteistöön sekä työn laadunhallintaan. Potilastietojärjestelmä antaa kirjaamisen vaihtoehdoksi mallipohjia ja tällä tavoin se yhtenäistää kaikkien sairaalan työntekijöiden kirjaamista. (Savolainen 2017.) Potilaan hoidon kannalta oleellisten tietojen saaminen tiivistetyssä ja yhdenmukaisessa muodossa potilaskertomukseen on rakenteisen kirjaamisen päätavoite (Terveyssosiaalityöntekijät ry 2018, 9).

Potilaslain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) 2§:n mukaan potilasasiakirjat ovat ”potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja” tai teknisiä tallenteita, jotka pitävät sisällään potilaan terveydentilatietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoja ovat ”potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot” sekä ”lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat”. Näiden lisäksi potilasasiakirjoihin kuuluvat ”muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat”. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 2§.) Potilasasiakirjat muodostavat henkilökortin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 28). Sähköiseen potilaskertomukseen tallennetaan sellaiset tiedot, jotka ovat hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan kannalta olennaisia. Tietojen pitää myös olla laajuudeltaan riittäviä. (Terveyssosiaalityöntekijät ry 2018, 6.) Terveyssosiaalityöntekijät kirjaavat potilastapaamiset sekä potilaan tai tämän omaisen kanssa käydyt keskustelut sähköisen potilastietojärjestelmän potilaskertomuksen sosiaalityön näkymään (SOS) tai joissakin tilanteissa palvelukohtaiseen KUN-näkymään. Terveystieteiden sosiaalityöntekijän kirjaamista tukevat

seuraavat kansalliset otsikot: esitiedot, etäkontakti, hoidon syy, konsultaatio/lähetä, kuntoutus, lausunto, loppuarvio, muu merkintä, nykytila, suunnitelma, toimintakyky, tulosy ja väliarvio. (Terveyssoaalityöntekijät ry 2018, 8, 12.)

Terveydenhuollon sähköiset tietojärjestelmät tuottavat käytäntöjä, joissa korostuu raportointi tehdystä työstä, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä asiakkaan kanssa sovituista asioista. Ne vaikuttavat myös siihen, millaisina palvelut toteutuvat asiakkaan näkökulmasta. (Sidell 2011, 9; Günther 2015, 39; Räsänen & Günther 2018, 73–74.) Asiakastyön dokumentoinnilla on merkitystä myös sen kannalta, miten soiaalityö hahmotetaan terveydenhuollon toimintaympäristössä, jossa muu henkilökunta ei välttämättä jaa soiaalityön ajattelutapoja (Pithouse 1998, Pirttijärven 2013 muk.). Sähköiset tietojärjestelmät ja niiden hyödyntäminen soiaalityössä ovat saaneet kuitenkin osakseen myös kritiikkiä. Esimerkiksi Christopher Hall ja kumppanit (Hall ym. 2006, 106) väittävät, että soiaalityöntekijöiden ja soiaalityön ammatin ”persoonalliset puolet” saattavat kadota, jos soiaalityössä siirrytään tiivistämistä vaativiin, sähköisiin kirjaamismuotoihin. Soiaalityön käytännöissä syntyvä tieto on usein moniulotteista ja vaikeasti sanallistettavaa, mikä saattaa olla ristiriidassa asiakastietojärjestelmien asettamien standardien, vaatimusten ja ohjeiden kanssa (Parton 2008). Ennalta määritellyt kirjaamista ohjaavat koodit sisältävät paitsi tiedollista valtaa, myös moraalisia haasteita ja ristiriitaisuuksia. Lisäksi ne poistavat mahdollisuuden tilannekohtaisiin tulkintoihin. (Regan 2003, 106.) Tietojärjestelmien usein kapea-alaiset ”one size fits all” -ratkaisut jättävät helposti pois olennaista asiakkaaseen ja tämän tilanteeseen liittyvää tietoa (Shaw ym. 2009 Räsänen 2014 muk.).

Asiakirjojen salassapidosta, viranomaisen vaitiolo velvollisuudesta ja asiakirjojen luovuttamisesta säädetään muun muassa julkisuuslaissa (621/1999) sekä tietosuojalaissa (1050/2018). Näiden lisäksi soiaalityön asiakastietojen kirjaamista, tietojen käyttöä, tiedonsaantia ja tietojen luovuttamista ohjaavat useat muut lait, joista keskeisimpiä ovat soiaali huoltolaki (1301/2014), laki soiaali huollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), hallintolaki (434/2003) sekä laki soiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Erityisesti terveydenhuollon kontekstissa tärkeitä dokumentointia koskevia lakeja ja asetuksia ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), soiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta (99/2001), soiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

3 PSYKOSOSIAALISEN KÄSITE

3.1 ”Psykososiaalisen” monet merkitykset

Francis Turner (1986, 484) on todennut, että psykososiaalisuus erottaa sosiaalityön muista auttamisammateista paremmin kuin mikään muu käsite. Sanalla ”psykososiaalinen” viitataan yleisellä tasolla yksilön ja sosiaalisen ympäristön väliseen vuorovaikutukseen (Raunio 2009, 178; Blom ym. 2014, 21). Sosiaalityön tutkimuksissa psykososiaalisen käsitettä on määritelty vain vähän ja se on saanut vaihtelevia sisältöjä ja merkityksiä (Weckroth 2007). Psykososiaalisuutta voidaan ensinnäkin lähestyä psykososiaalisten tarpeiden kautta: muun muassa kuulluksi tuleminen ja yhteys, turvallisuus ja ryhmään kuuluminen ovat psykososiaalisia tarpeita (Vilén ym. 2008, 58–68).

Sosiaalityön termistössä sana ”psykososiaalinen” on yleistynyt 1990-luvun alusta alkaen. Psykososiaalisen sosiaalityön alkuperä on amerikkalaisessa Case work -traditiossa ja yksilökohtaisen sosiaalityön menetelmissä (Toikko 1997, 170–174; 2001; Raunio 2009 18–22; Weckroth 2007, 428–429) sekä henkilökohtaiseen huoltoon perustuvassa sosiaalityön ideassa (Toikko 2005, 174–175). Psykososiaalisen käsite on sosiaalityössä keskeinen ja sen ymmärretään kuvaavan sosiaalityön keskeistä ydintä (Kemmo 2016, 3). Näkökulmana psykososiaalinen painottaa sosiaalityön asiakastai tapauskohtaisuutta sekä asiakas-työntekijä-vuorovaikutussuhteen merkitystä (Hamilton 1941 ref. Toikko 1997, 169; Raunio 2009, 140–143). Tyypillistä psykososiaaliselle lähestymistavalle on pyrkimys sosiaalisen ja psykologisen tiedon vuorovaikutukseen ja siihen kantaa ottamiseen (Toikko 1997, 169, 171). Bernlerin ja Johnssonin (1988, 9, 34) näkemyksen mukaan sosiaalityössä on voitu havaita selkeän terapeutin ja yksilökohtaisen työn metodin tarve, ja psykososiaalinen lähestymistapa on täyttänyt tämän menetelmällisen puutteen.

Tutkimukseni kannalta keskeinen käsite on psykososiaalinen työ. Gunnar Bernlerin (1987, 3) näkemyksen mukaan psykososiaalinen työ voidaan määritellä kahdella tavalla. Kapeammassa määritelmässä se voidaan kuvata sosiaalityön erikoisalueeksi. Laajassa määritelmässä psykososiaalinen työ taas viittaa yleisellä tasolla ihmisten kanssa tehtävään muutostyöhön, jossa työskentelyn kohteena on sekä asiakkaan sisäinen kokemusmaailma että hänen ulkoinen todellisuutensa (Bernler 1987, 3; Granfelt 1990, 89). Psykososiaalisessa työssä keskeistä on se, että ihminen nähdään kehityskykyisenä ja -haluisena, ei ”viallisena” (Granfelt 1990, 91). Jorma Sipilä (1989, 237) näkee psykososiaalisen työn yhtenä sosiaalityön orientaationa, jota voidaan soveltaa monilla eri sosiaalityön osa-alueilla ja jonka keskeinen tunnuspiirre on terapeutin keskustelu.

Myös Timo Toikko (1997, 180) korostaa psykososiaalisen työn terapeutista luonnetta. Psykososiaalista orientaatiota voidaan tarkastella edellä mainittujen näkökulmien lisäksi myös psykososiaalisen ihmiskäsityksen kautta. Psykososiaalinen ihmiskäsitys liittyy psykososiaalisiin tarpeisiin ja sen perusulottuvuuksia ovat muun muassa yhteys muihin ihmisiin, osallistuminen ja vaikuttaminen. (Niemelä 1993, 24–25.)

Riitta Granfeltin (1993, 204) mukaan psykososiaalinen työ on yksi sosiaalityön osa-alue, johon kuuluu sekä ennaltaehkäisevä että korjaava työ. Jorma Sipilä (1989, 196–197) taas näkee psykososiaalisen työn olevan ennen kaikkea korjaavaa, ei ennaltaehkäisevää työtä, koska psykososiaalinen työ kohdistuu pitkälti huono-osaisiin ja marginalisoituneisiin ihmisiin. Psykososiaalista työtä voidaan tehdä yksilö-, perhe- tai ryhmätasolla, psyykkisten ja sosiaalisten kysymysten kanssa. Sen kohteena on aina yksilö, ihminen sosiaalisissa suhteissaan. Psykososiaalisen työn tavoitteeksi voidaan nähdä muun muassa positiivisen kehityksen edistäminen ihmisten elämäntilanteessa. (Granfelt 1990, 90–93; Granfelt 1993, 204; Toikko 1997, 170, 174.) Sipilän (1989, 237) mukaan psykososiaalinen työ sijoittuu terapian ja rakenteellisen sosiaalityön, eli yhteiskunnallisiin rakenteisiin vaikuttamisen väliin. Granfelt (1993, 222) tiivistää psykososiaalisen työn sellaiseksi sosiaalityön orientaatioksi, jossa terapeutin ulottuvuus on tietoisesti tunnustettu osa-alue, mutta työskentelyn ulkopuolelle ei rajata psyykkisiä, taloudellisia tai sosiaalisia ongelmia. Psykososiaalinen työ on ensisijaisesti sosiaalipoliittista toimintaa ja ihmisten kanssa tehtävää ruohonjuuritason työtä, jossa on läsnä yhteiskunnallinen vaikuttamistyön ulottuvuus. (Granfelt 1993, 222.) Koska psykososiaalinen työ kohdistuu huono-osaisiin ihmisiin, ei siinä voida unohtaa sosiaalisten oikeuksien valvontaa ja yhteiskunnallista vaikuttamista (Sipilä 1989, 211).

Kyösti Raunion (2009, 178) mukaan psykososiaalinen työ on sosiaalityöntekijälle muuta sosiaalityötä haasteellisempaa, koska siinä huomio on asiakkaan yksilöllisessä tilanteessa ja tarpeissa sekä asiakastyöntekijä-vuorovaikutussuhteessa. Dialogisen vuorovaikutussuhteen rakentaminen vaatii sosiaalityöntekijältä enemmän kuin muut sosiaalityön työmuodot. (Raunio 2009, 178, 183.) Psykososiaalinen lähestymistapa edellyttää asiakkaiden elämäntilanteiden yksilöllisten piirteiden huomioimista sekä kykyä tavoittaa ja ymmärtää heidän subjektiivisia kokemuksiaan (Toikko 1997, 170, 174, 180–184). Sipilän (1989, 226) mukaan psykososiaaliselle työlle on vuorovaikutuksellisuuden ja kumppanuuden ohella ominaista myös kontrollin ja tuen yhteen linkittyminen. Kaarina Mönkkönen (2007, 100) näkee psykososiaalisessa työssä oleellisina osa-alueina kumppanuuden, asiakaskeskeisyyden ja dialogisuuden sekä näkemyksen asiakkaiden aktiivisesta toimijuudesta.

Kansainvälisesti psykososiaalista näkökulmaa on tutkittu erityisesti potilaiden psykososiaalisten tarpeiden ja (stressi)tekijöiden kautta (esim. Van Hook 2004; Parrish ym. 2012; Kaye ym. 2018). Myös psykososiaaliset interventiot ja psykososiaaliset vaikutukset ovat olleet tarkastelun kohteena (esim. Roberts ym. 1998; Preyde & Synnot 2009). Psykososiaalisen käsite tulee melko paljon esiin suomalaisissa opinnäytetöissä (ks. esim. Syrjälä 2015), mutta sosiaalityön pro gradu -tutkielmissa termi näyttäisi jääneen vähemmälle huomiolle tai sitä on käsitelty osana erikoissairaanhoidossa tai päihdehoidossa tehtävää sosiaalityötä, kuten esimerkiksi Nina Silvennoinen (2011) tutkielmassaan *Psykososiaalinen orientaatio psykiatrisessa sosiaalityössä*. Psykososiaalisen käsite tulee esiin useamminkin sosiaalityön tutkimuksissa, vaikkei se olekaan varsinaisesti niiden aiheena (ks. esim. Kantola 2009, 155; Forsström 2011, 27; Pirinen 2016, 15). Miina Arajärvi ja kumppanit (Arajärvi, Mönkkönen, Kekoni & Toikko 2020) ovat tarkastelleet sosiaalityön psykososiaalista asiantuntijuutta moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä nuorisopsykiatrian kontekstissa. Katja Kuusisto ja Johanna Ranta (2020) taas ovat käsitelleet psykososiaalisen päihdetyön asemaa 1990-luvulta tähän päivään.

3.2 Psykososiaalinen työ terveydenhuollon sosiaalityössä

Tässä luvussa kerron psykososiaalisesta työstä erityisesti terveydenhuollon sosiaalityön näkökulmasta. Psykososiaalisen työn pääsisältö ja merkitys säilyvät hyvin samanlaisina tarkastelukontekstista riippumatta. Terveydenhuollon toimintaympäristö vaatii psykososiaalista työtä tarkasteltaessa mielestäni kuitenkin suurempaa huomiota esimerkiksi siihen, miten sosiaalinen näkökulma otetaan huomioon terveystarkastuksissa. Olennaista on myös psykososiaaliselle työlle tyypillisen kokonaisvaltaisen ja terapeutin lähestymistavan huomioon ottaminen. Terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön punainen lanka onkin psykososiaalinen tuki. Yksittäisen menetelmän sijaan korostetaan laajempaa työskentelytapaa tai työtettä. (Holma 2007, 9.)

Laura Ylirukan ja kumppaneiden (2019, 11) mukaan terveyssosiaalityön tarve näkyy elämäntilanteissa, joissa korostuu sosiaalityön psykososiaalinen puoli, kuten vanhemmuuteen liittyvät kysymykset tai työkyvyn selvittäminen. Asiakkaan sosiaalisuuden vahvistaminen ja hänen toimintakykynsä ylläpitäminen ovat sosiaalityön tärkeimpiä tehtäviä, kun tehdään psykososiaalista työtä (Grönfors 2012). Sosiaalityön perimmäinen yhteiskunnallinen tehtävä, auttaminen, sisältää tavoitteet tasa-arvon ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä syrjäytymisen ehkäisemisestä. Näiden

tavoitteiden toteutumiseksi tarvitaan neuvontaa, ohjausta ja kuntouttavia toimenpiteitä ihmisten arkielämän selviytymisen tueksi. Tavoitteet pyritään saavuttamaan edistämällä ihmisen sosiaalista suoriutumista psykososiaalisen tuen ja vaikuttamisen kautta. Psykososiaalinen tuki ja vaikuttaminen edistävät ihmisen kasvua ja hänen tietoisuuttaan oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan, mikä edistää ihmisen selviytymistä arjessa. (Havukainen ym. 2007, 9.)

Björn Blom ja kumppanit (2014) ovat todenneet, että ”psyko”-sana liitetään ”sosiaalisen” eteen erityisesti terveydenhuollon kontekstissa muun muassa siksi, että käsiteyhdistelmällä voidaan vahvistaa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden tekemän työn legitimitettä ja statusta (Blom ym. 2014, 20–21). Lindenin (1999, 152–153) mukaan psykososiaalinen työ on ongelmanratkaisumenetelmä, jonka avulla pyritään ratkaisemaan se, miten psyykkinen pahoinvointi ja sosiaaliset ongelmat kietoutuvat toisiinsa. Psykososiaalisen työn avulla yritetään vaikuttaa näihin ongelmiin psykoterapeuttisen otteen ja tukikeskusteluiden kautta. Lindenin (em.) haastattelemat terveystieteiden sosiaalityöntekijät kuvaavat psykososiaalisen sosiaalityön olevan sekä potilaan tukemista että varsinaista sosiaalityötä: psykososiaalinen tuki on laajempaa henkistä tukitoimintaa ja tietynlainen työote, mutta psykososiaalinen työ taas nähdään kapeammin moniammatillisena työnä, jolla vahvistetaan potilaan kokonaiselviytymistä ja elämänhallintaa. Lori Wiener ja kumppanit (2015) ovat laatineet 15 psykososiaalisen hoidon standardia, joihin kuuluvat muun muassa psykososiaalisten tarpeiden arviointi, psykoedukaatio, sisarusten ja vanhempien tuki ja tarpeiden huomioiminen sekä kuolemaan ja suruun liittyvä tuki (Wiener ym. 2015; Jones ym. 2018). Michéle Preyden ja Emily Synnot’n (2009, 342) tutkimuksen mukaan vahvaa näyttöä jonkun tietyn psykososiaalisen intervention toimivuudesta ei ole, mutta syöpäpotilaita eniten hyödyttäneitä psykososiaalisia interventioita olivat heidän kognitiivisen sopeutumisen ja selviytymiskeinojensa hallinnan tukeminen sekä potilaiden rohkaiseminen stressinhallintakeinojen käyttöön.

Miina Arajärven ja kumppaneiden (2020) mukaan erityisesti nuorisopsykiatriassa psykososiaalinen sosiaalityö voidaan ymmärtää ”kaksoisroolina”, johon sisältyy muun muassa potilaan sosiaalisen toimintakyvyn ja tämän perheen kokonaistilanteen arvioiminen ja terapeuttinen työ. Ymmärrys siitä, miten potilaan psyykkiset oireet vaikuttavat hänen sosiaaliseen toimintakykyynsä, on sosiaalityöntekijän psykososiaalisen asiantuntijuuden lähtökohta. (Arajärvi ym. 2020, 357.) Psykososiaalisen työn tavoitteena on muuttaa asiakkaan, tai terveydenhuollon kontekstissa potilaan, ajatuksia, toimintatapoja ja sosiaalista tilannetta positiiviseen suuntaan sekä edistää psyykkistä selviytymistä (Raunio 2009, 179–180). Sipilän (1989, 224) mukaan psyykkisen selviytymisen edistäminen vaatii asiakkaan toiminta- ja ajattelutapojen muuttumista, kommunikaatiokyvyn

kehittämistä sekä uudenlaisen ymmärryksen luomista omasta elämäntilanteestaan. Granfelt (1993, 177) taas näkee psykososiaalisen työn tavoitteiksi potilaiden tarpeita ymmärtävän otteen ja psyykkisen hyvinvoinnin kohenemisen. Vaikka terapeutisuus tulee esiin monissa psykososiaalisen käsitteen määrittelyissä, Kyösti Raunio (2009, 178–184) erottaa kuitenkin psykososiaalisen ja terapeutin sosiaalityön toisistaan: psykososiaalisen lähestymistapa on hänen mukaansa marginaaliasemassa elävien parissa ja vaativissa asiakastilanteissa työskentelyä, jossa vuorovaikutussuhteen lisäksi keskeistä on yhteistyö eri palveluiden välillä. Psykososiaalisen lähestymistavan toteuttaminen on haastavaa: työntekijän tulisi paitsi ymmärtää asiakkaan tai potilaan vaativia ja monimutkaisia ongelmia, myös tuntea palvelujärjestelmää ja osata soveltaa vuorovaikutustyön menetelmiä. Oman lisähaasteensa psykososiaalisen työn toteuttamiseen tuo taustaorganisaatio, joka määrittää, miten psykososiaalista lähestymistapaa voi soveltaa käytännössä. (Raunio 2009, 178–184; Kuusisto & Ranta 2020, 114.)

Rasmus Hujanen (2018, 15) on todennut, että niin sanotusta psykososiaalisesta sosiaalityöstä puhuttaessa sosiaalityön voidaan nähdä lähestyvän terapeutisia elementtejä ja tavoitteita sisältävää toimintaa. Sosiaalityö voi psykososiaalisen kautta olla parhaimmillaan myös terapeutista. (Hujanen 2018, 15.) Sana ”terapeutisuus” liittyy vahvasti sekä psykososiaaliseen työhön että terveysosiaalityöhön. ”Terapeutisella työllä” voidaan viitata esimerkiksi terapeutiseen lopputulokseen tähtäävään maallikkotoimintaan tai teoreettiseen näkökulmaan pohjautuvaan, ammatilliseen auttamistyöhön (Leinonen 2020, 69). Leena Leinonen (2020, 70) tiivistää terapeutisuuden ”vuorovaikutuksessa tapahtuvaksi, asiakkaan psyykkis-fyysis-sosiaalisen tilan huomioivaksi tukemiseksi”. Tämän tukemisen tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn aktivoituminen siten, että asiakkaan ongelmanratkaisu ja elämänhallinta mahdollistuvat. (Leinonen 2020, 70.) Leinosen (2020, 151) mukaan terapeutisuus kuuluu jo lähtökohtaisesti osaksi sosiaalityötä. Terapeutisuuden kuuluu ymmärtävä ja empaattinen suhtautumistapa asiakkaaseen sekä tämän perhe- ja elämäntilanteen kokonaisvaltaisen huomioiminen osana sitä sosiaalista todellisuutta, jossa asiakas elää. (em.) Psykososiaalisen työn terapeutin ulottuvuus kiinnittää huomion asiakkaaseen itseensä; tavoitteena on ennen kaikkea muuttaa asiakkaan tilannetta, ei niinkään asiakasta itseään (Clark & Asquith 1985, 89). Asiakkaan tilanteeseen vaikuttamalla voidaan vaikuttaa myös hänen ajatteluunsa ja toimintaansa. Psykososiaalisessa työssä painopiste siirtyy asiakkaan tilanteesta ja sitä määrittävistä tekijöistä asiakkaan ymmärrykseen omasta tilanteestaan ja toiminnastaan. Psykososiaalisen työn tavoitteena on, että asiakas saa luotua uutta ymmärrystä tilanteestaan ja ongelmistaan ja siten luomaan hänelle mahdollisuuksia muuttaa tilannettaan. (Lymbery 1998, 202, 208.)

Tutkielmassani määrittelen psykososiaalisen työn psykologisen ja sosiaalityhteellisen tiedon yhdistämisenä (Toikko 1997, 169, 171) sekä ihmisen elämäntilanteen kokonaisvaltaisena tarkasteluna suhteessa sairaalassa tehtävän työn lääketieteelliseen painotukseen. Ajattelen, että psykososiaaliseen työhön kuuluvat vahvasti terapeutin orientaatio (Sipilä 1989, 237; Toikko 1997, 180) sekä asiakkaan (henkinen) tukeminen, osallistaminen ja voimaannuttaminen. Koska psykososiaalinen työ on hyvin moniulotteinen käsite, olen jakanut sen osa-alueet sosiaalityön työmenetelmien ja käytäntöjen näkökulmaan sekä asiakkaan näkökulmaan. Sosiaalityön työmenetelmien ja käytäntöjen näkökulmasta psykososiaalinen työ tarkoittaa tapauskohtaista (Raunio 2009), terapeutista ja holistista muutostyötä (Bernler 1987, 3), jossa on sekä ennaltaehkäisevän että korjaavan työn aspektit (Granfelt 1993, 204). Sosiaalityön näkökulmasta psykososiaaliseen työhön kuuluu kumppanuus ja dialogisuus (Mönkkönen 2007, 100), psykologisen ja sosiaalisen tiedon yhdistäminen ja asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen sekä rakenteellinen työ (Granfelt 1993, 222). Psykososiaalisen työn tavoitteena on näin ollen asiakkaan kokonaisuus selviytymisen ja elämäntilanteen vahvistaminen sekä yhteiskunnallisiin tai organisationaalisiin rakenteisiin ja epäkohtiin vaikuttaminen. Asiakasnäkökulmasta psykososiaalinen työ liittyy ennen kaikkea psykososiaalisiin tarpeisiin ja psykososiaaliseen ihmiskäsitykseen (Niemelä 1993, 24–25). Lisäksi se tarkoittaa asiakkaan sisäisen ja ulkoisen todellisuuden (Bernler 1987, 3) näkemistä: asiakas tulee nähdä aktiivisena toimijana suhteessa ympäristöönsä. Asiakasnäkökulmasta psykososiaalisen työn tavoitteena on asiakkaan elinolojen ja elämäntilanteen positiivinen muutos sekä sosiaalisuuden ja psyykkisen selviytymisen edistäminen (Granfelt 1993; 204; Toikko 1997, 170, 174; Raunio 2009, 140–143, 198; Grönfors 2012).

4 TUTKIMUSASETELMA

Tässä luvussa kuvaan, miten tutkimus on toteutettu, mitkä ovat tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmä sekä aineisto. Kerron myös aineiston analyysimenetelmästä, sisällönanalyysistä. Luvun lopussa esitän tutkimustani koskevia eettisiä pohdintoja.

4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkielmassa kiinnostuksen kohteena on sairaalan sosiaalityöntekijöiden tekemä psykososiaalinen työ ja sairaalan sosiaalityön dokumentointi. Tarkastelu kohdentuu psykososiaalisen työn määrittelyyn ja sen kirjaamiseen sairaalassa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi kiinnostuksen kohteena on sairaalassa tehtävän sosiaalityön dokumentointi yleisellä tasolla. Kuten edellä on kuvattu, psykososiaalinen työ on laaja ja moniulotteinen käsite ja se voi kattaa monenlaisia sosiaalityöksi miellettäviä työmenetelmiä ja -tehtäviä. Hypoteesina on, että sairaalan sosiaalityöntekijöillä saattaa olla hyvinkin erilaiset käsitykset siitä, mitä psykososiaalinen työ on. Näin ollen psykososiaalisen työn kirjaaminenkaan ei välttämättä ole yksinkertaista. Psykososiaalinen työ kaikessa moninaisuudessaan saattaa tulla kirjatuksi hyvin lyhyesti, jos lainkaan, koska kirjaamista ohjaavat ja rajoittavat sosiaalityön nimikkeistö sekä sairaalassa yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt. Koska sairaalassa tehtävän sosiaalityön dokumentointi poikkeaa muun muassa kirjaamiskäytännöiltään ja tietojärjestelmätasolla kunnallisen sosiaalityön dokumentoinnista, koin tätä tutkimusta tehdessäni oleelliseksi tarkastella psykososiaalisen työn kirjaamisen lisäksi sairaalan sosiaalityön kirjaamista yleisellä tasolla. Sairaalan sosiaalityön dokumentoinnin näkökulmasta olen kiinnostunut siitä, mitä tietoja ja miten, rakenteisesti vai vapaamuotoisemmin, sosiaalityöntekijät kirjaavat potilasasiakirjoihin.

Tutkimuskysymykseni ovat:

Mitä tietoja ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät yleisesti kirjaavat potilasasiakirjoihin?

Miten sairaalan sosiaalityöntekijät määrittelevät tekemäänsä psykososiaalista työtä ja miten he kirjaavat sitä potilasasiakirjoihin?

4.2 Aineiston kuvaus ja keruu

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu erään suuren suomalaisen sairaalan sosiaalityöntekijöiden (14) täyttämistä sähköisistä kyselylomakevastauksista. Kyselytutkimusten avulla kerätään yleensä tietoa muun muassa ihmisten toiminnasta, mielipiteistä ja asenteista (Vehkalahti 2014, 11). Kyselytutkimusten otokset ovat yleensä suuria ja ne on luotu satunnaisotannalla. Kyselytutkimukset voivat antaa tietoa esimerkiksi sosiaalisten ongelmien esiintyvyydestä, yleisyydestä ja/tai korrelaatioista. Ne ovat suhteellisen helppo tapa hyödyntää potentiaalisten tai mahdollisten palvelunkäyttäjien tai -tuottajien näkökulmia. Ne voivat siksi tarjota tietoa, joka auttaa muokkaamaan ja kehittämään interventioita ja palveluja. (Gilgun 2009, 287, 289.) Lomakekyselynä toteutettu kyselytutkimus, jossa oli paljolti avoimia kysymyksiä, sopi tavoitteeseeni saada tutkittavalta joukolta tutkimuskysymykseeni vastaavaa, laadullista ja yksityiskohtaista tietoa (esim. Vehkalahti 2014, 13). Kyselyni ei kuitenkaan tuota tilastollisesti merkittävää tai yleistettävää tietoa. Analysoin kyselyn avulla saatavan tiedon laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Tutkimuksessani kartoitan sairaalan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä liittyen psykososiaalisen työn määrittelyyn ja sen kirjaamiseen. Lisäksi olen kiinnostunut siitä, mitä tietoja ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät yleisellä tasolla kirjaavat potilaistaan. Rakenteisen kirjaamisen yleismalli on tutkimassani sairaalassa yhteisesti hyväksytty ja se on sama kaikille erityistyöntekijöille (ks. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry 2018).

Laadin kyselylomakkeen (Liite 1) Microsoft Forms-ohjelmalla. Kyselylomakkeen huolellisen suunnittelun ja laatimisen merkitys korostuu, koska esimerkiksi tarkentavien kysymysten esittäminen kyselyn lähettämisen jälkeen ei ole mahdollista. Vastaaajaa ei myöskään voida auttaa tulkitsemaan kysymystä halutulla tavalla. (Vehkalahti 2014, 20.) Jo kyselylomaketta laatiessa minun oli siis pohdittava sitä, kysyttäisiinkö siinä asioita riittävän selkeästi ja ymmärrettävästi ja tulkitisiko vastaaja kysymyksen samoin kuin minä kyselyn tekijänä. Pyysin kommentteja kyselylomakkeesta eräältä terveydenhuollon sosiaalityöstä työkokemusta omaavalta ystävältäni ennen sen virallista lähettämistä vastaajille, jotta sain varmistettua, onko kyselylomake tarpeeksi selkeä ja tarkoituksenmukainen. Pyysin myös tutkimani sairaalan johtavalta sosiaalityöntekijältä kommentteja ja parannusehdotuksia kyselylomakkeesta. Kun kyselylomake oli valmis, lähetin lomakkeen tutkimani sairaalan johtavalle sosiaalityöntekijälle, joka välitti lomakkeen edelleen eteenpäin yhteensä 64:lle kyseisessä sairaalassa työskentelevälle sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityöntekijät saivat sähköpostitse linkin, jonka kautta pääsivät vastaamaan kyselyyn. Kyselylomake lähetettiin sekä lasten että aikuisten kanssa työskenteleville sosiaalityöntekijöille psykiatrian ja somatiikan alueilla.

Kyselylomakkeeseen liitettiin mukaan myös tietosuojailmoituslomake (Liite 2). Kyselylomakkeen alussa oli mukana saateteksti, jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksen sisältö ja tavoitteet.

Tutkimukseni kannalta keskeiset käsitteet, kuten psykososiaalinen työ ja sosiaalityön dokumentointi, toimivat pohjana kyselylomakkeen laatimiselle ja kyselyssä esitetyt kysymykset liittyivät vahvasti näihin käsitteisiin. Tein kyselylomakkeesta melko laajan ja moniulotteisen aineiston analyysimahdollisuuksien maksimoimiseksi. Kyselylomakkeeni lopullinen versio sisälsi 12 kysymystä, joista 10 oli avoimia kysymyksiä. Lisäksi kyselylomakkeessa oli yksi vapaa vastauskohta, johon vastaajalla oli mahdollisuus antaa lisätietoja vastauksiinsa tai tarkentaa vastauksia ja/tai kommentoida aihetta tai kyselyä. Kysymykset 1–4 kartoittivat sairaalan sosiaalityön kirjaamiseen liittyviä taustatietoja, kuten tyypillisen työpäivän sisältöä ja yksittäisen työntekijän potilasmäärää viikon aikana. Psykososiaalisen työn määrittelyä, sen tekemistä ja sen reunaehtoja kartoitettiin kysymyksissä seitsemän ja kahdeksan. Kysymykset viisi ja kuusi kohdistuivat yleisesti kirjaamiseen ja kysymykset 9–12 taas keskittyivät nimenomaan psykososiaalisen näkökulman kirjaamiseen.

Kyselyssä oli vastausaikaa kuukauden verran ja vastauksia sain lopulta yhteensä 14 kappaletta. Sain lopullisia vastauksia monipuolisesti tutkimani sairaalan eri osastoilta ja eri-ikäisten potilaiden kanssa työskenteleviltä sosiaalityöntekijöiltä. Kyselyyn vastanneet sosiaalityöntekijät työskentelevät muun muassa sisätautien vastuualueella ja naisten- ja lastentautien vastuualueella sekä yleissairaalapysykiatrialla ja lasten- ja nuorisopsykiatrialla. Sosiaalityöntekijät kirjaavat potilastapaamiset sekä potilaan tai tämän omaisen kanssa käydyt keskustelut sähköisen potilastietojärjestelmän potilaskertomukselle, tarkemmin sosiaalityön näkymään (SOS) tai joissakin tilanteissa palvelukohtaiseen KUN-näkymään (ks. Terveysosiaalityöntekijät ry 2018, 8). Lähes kaikki kyselyyn vastanneet sosiaalityöntekijät arvioivat tyypilliseksi viikoittaiseksi potilasmääräkseen 10–30 potilasta. Kysymys potilasmäärästä viikossa liittyi mielenkiintoni saada tietoa siitä, vaikuttaako potilasmäärä siihen, miten psykososiaalista näkökulmaa huomioidaan käytännön työssä ja kirjaamisessa. Neljäs kysymys koski sosiaalityöntekijöiden tyypillistä työpäivää: vastauksissa korostuivat moniammatilliset tiimipalaverit, yhteydenpito potilaaseen ja tämän omaisiin, potilaan elämäntilanteen ja toimintakyvyn kartoitukset sekä konsultointi-, palveluohjaus- ja neuvontatyö. Osalla työntekijöistä työ oli päivystysluonteista, mutta suurimmalla osalla ajanvarausperusteista.

Vastaukset oli täytetty kattavasti ja huolellisesti, joten 14 vastausta 64:stä oli riittävä tämän tutkimuksen aineistoksi. Aineisto oli laadullisesti rikas, vaikka vastauksia tuli suhteellisen vähän.

Aineiston kokonaispituudeksi kertyi 15 sivua. Vastausten pituus vaihteli kysymysten aiheiden ja laajuuden mukaan, lyhimät vastaukset olivat vain yhden rivin mittaisia, kun taas pisin vastaus oli 29 riviä. Taustatietokysymyksillä (keskimääräinen potilasmäärä, potilaiden ikä, osasto/vastuualue) halusin monipuolistaa aineiston analysointimahdollisuuksia ja johtopäätöksiä. Nämä tiedot eivät lopulta olleet kovinkaan merkittäviä analyysini kannalta, mutta ne tuottivat kuitenkin tärkeää tietoa vastaajajoukosta kuvaamalla esimerkiksi tämän taustoja ja tehtävänkuvia.

4.3 Analyysimenetelmä ja analyysin toteutus

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään todellisen elämän ja tutkimuksen kohteen kuvaamiseen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on tyypillisesti aineiston yksityiskohtainen tarkastelu ja kiinnostuksen kohteena ovat ennen kaikkea asioiden merkitykset. (Hirsjärvi 2009, 161, 164.) Kvalitatiivisen aineiston analyysin avulla pyritään luomaan selkeyttä aineistoon ja sitä kautta tuottamaan uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. Analyysin avulla on tarkoitus tiivistää aineisto niin, ettei sen sisältämä informaatio katoa. Analyysillä siis kootaan yhteen hajanainen aineisto ja pyritään siten informaatioarvon kasvattamiseen. (Eskola & Suoranta 1998, luku 4.) Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti tutkittavia tapauksia eli tässä tapauksessa sairaalan sosiaalityöntekijöiden antamia kyselylomakevastauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti (ks. Hirsjärvi 2009, 164).

Analyysimenetelmänäni on laadullinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin avulla avoimia kyselyvastauksia voidaan analysoida objektiivisesti ja systemaattisesti: menetelmällä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä muodossa, yleisellä tasolla. Sisällönanalyysissa etsitään tekstivastausten merkityksiä ja pyritään kuvaamaan kyselyvastausten sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.) Tässä tutkielmassa teoreettinen viitekehys rakentuu keskeisten käsitteiden määrittelemisen varaan. Sisällönanalyysi on tässä tutkielmassa teoriaohjaava: käsitteitä ei luoda aineiston perusteella, vaan ne tuodaan ”valmiina” osaksi analyysia. Analyysini ei pohjaudu suoraan teoriaan, mutta teoria toimii analyysin apuna. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.2). Keskeiset käsitteet ohjasivat aineiston käsittelyä ja analysointia ja tarjosivat tietyn fokuksen aineiston lukemiseen. Esimerkiksi psykososiaalisen työn määritelmä auttoi poimimaan laajasta ja monipuolisesta aineistosta olennaisimmat asiat. Tulosten pohdinnassa peilasin havaintojani suhteessa tutkielmani alussa määrittelemiini pääkäsitteisiin ja aiempiin tutkimuksiin.

Sisällönanalyysi alkaa alkuperäisdatan pelkistämällä (redusoinnilla). Havaintojen pelkistämisessä aineistoa ensinnäkin tarkastellaan vain tietyistä näkökulmasta ja kiinnitetään huomiota vain siihen, mikä on tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymyksen kannalta olennaista. Tällä tavoin epäolennainen tieto karsiutuu pois ja aineisto pelkistyy ja tiivistyy. (Alasuutari 2011, luku 2; Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.1.) Pelkistämisen jälkeen seuraava vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi: havaintomäärää karsitaan edelleen yhdistämällä havaintoja joukoiksi esimerkiksi niiden yhteisten piirteiden perusteella. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet jaotellaan ryhmiin ja yhdistetään eri luokiksi, joista muodostuu alaluokkia. Alaluokat nimetään käsitteellä, joka kuvaa niiden sisältöä. Klusteroinnin jälkeen seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa valikoidun ja tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointivaiheessa luokituksia yhdistellään niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, ”arvoituksen ratkaisemiseen”, jolloin aineistosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari 2011, luku 2; Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.1.)

Aineistoa analysoidessani keskityin pääosin kysymyksiin viisi, kuusi, seitsemän ja yhdeksän, koska niiden vastaukset tarjosivat parhaiten tutkimuskysymyksiini vastaavaa tietoa. Viides kysymys kartoitti, suosivatko vastaajat rakenteista kirjaamista vai ”vapaata tyyliä” ja miksi. Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin, mitä tietoja tai asioita vastaajat yleensä kirjaavat potilaista. Kysymys numero seitsemän kysyi, miten vastaaja määrittelee psykososiaalisen työn omassa työssään ja mitä tämä ajattelee psykososiaalisen työn olevan. Yhdeksäs kysymys kartoitti, miten vastaajat kirjaavat tekemäänsä psykososiaalista työtä. Kysymykset 8, 10, 11 ja 12 olivat täydentäviä, lisätietoa antavia kysymyksiä: ”*Onko psykososiaalisen työn tekemiselle aikaa ja tilaa työssäsi? Miksi on/ei ole?*”, ”*Miten käyttämäsi potilastietojärjestelmä mahdollistaa psykososiaalisen työn kirjaamisen?*”, ”*Mikä mahdollisesti estää psykososiaalisen työn kirjaamista?*” sekä ”*Mikä edistää psykososiaalisen työn kirjaamista?*”

Aluksi kävin vastaukset läpi yleisluontoisesti ja merkitsin vastauksista esiin nousseita yleisimpiä asioita ja teemoja eri värein. Jo tässä vaiheessa aineistosta oli löydettävissä psykososiaalisen työn eri elementtejä sekä yhteneväisiä käytäntöjä psykososiaalisen työn kirjaamisessa. Aluksi pelkistin (redusoin) vastaukset luotteloimalla ne sivun vasempaan laitaan. Seuraavaksi ryhmittelin (klusteroin) vastaukset kahteen eri laatikkoon. Lopuksi tiivistin vastaukset käsitteiksi (abstrahointi). Kuviot yksi (s. 31) ja kaksi (s.33) havainnollistavat aineiston analysointiprosessia ja esittävät aineistosta saadut keskeiset tulokset siitä, mitä tietoja sairaalan sosiaalityöntekijät yleensä kirjaavat potilaista sekä siitä,

miten he määrittelevät psykososiaalisen työn. Tulosluvuissa kerron myös, miten sosiaalityöntekijät kirjaavat tekemäänsä psykososiaalista työtä. Lisäksi avaan psykososiaalisen työn kirjaamiseen liittyviä mahdollisia esteitä sekä psykososiaalisen työn kirjaamista edistäviä tekijöitä. Näistä en kuitenkaan laatinut kuvioita, koska vastaukset näihin kysymyksiin olivat hyvin samankaltaisia ja yhteneväisiä keskenään eikä vastauksissa jäänyt juuri tulkinnanvaraa.

4.4 Tutkimuksen eettisyys

Arvot ja etiikka muodostavat sosiaali- ja terveysalan ytimen. Eettinen pohdinta on osa kaikkia tutkimuskäytäntöjä ja se on läsnä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa aina tutkimuksen suunnittelusta tulosten raportointiin. (Granholm 2016, 43.) Perinteisinä tutkimuksen eettisinä periaatteina näen tutkittavan suostumuksen ja itsemääräämisoikeuden, luottamuksellisuuden ja yksityisyydensuojan.

Käsittelin aineistoa tutkimuksen eettisten periaatteiden ja tutkimusorganisaatiolta saamieni ohjeiden mukaisesti. Tutkimuseettiset periaatteet voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, yksityisyyteen ja tietosuojaan liittyviin kysymyksiin sekä vahingon välttämiseen (TENK 2009, 4; Littlechild 2014, 15). Vahingon välttämisen lisäksi eettisesti kestävä sosiaalityön tutkimus pyrkii olemaan hyödyllistä ja rakentavaa tutkimukseen osallistuville henkilöille (Bloor 2010, 19; Virokannas 2010, 7). Tutkimukseeni osallistuneille sosiaalityöntekijöille ei aiheutunut tutkimuksestani terveydellistä tai muuta uhkaa tai haittaa. Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen keskeinen eettinen periaate on tietoon perustuva suostumus (TENK 2019). Tutkimukseen osallistuminen oli sairaalan sosiaalityöntekijöille vapaaehtoista ja he vastasivat kyselyyn anonymisti. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä vastaajien yksityisyyden suojeleminen on erityisen tärkeää huomioida, koska tutkimukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät kertoivat kyselyvastauksissaan omasta työstään ja työkäytännöistään työsuhteessa ollessaan. Kyselylomaketta suunnitellessani pyrin vähentämään vastaajien tunnistettavuutta poistamalla tutkimuksen kannalta epäolennaisia demografisia kysymyksiä, kuten esimerkiksi vastaajan iän. Analysoidessani aineistoa yksilöin kyselyyn vastanneet sosiaalityöntekijät omin tunnuksin, ja käytin näitä tunnuksia myös tulosten raportointivaiheessa.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2012) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu esimerkiksi tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi yksityiskohtaisesti sekä siten, että se

täyttää tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset. Sain apua tutkimuksen toteuttamisen ja aineistonkeruun suunnittelemiseen sekä tutkielmaseminaariohjaajaltani että tutkimani sairaalan johtavalta sosiaalityöntekijältä. Hain tutkimuksessani mukana olleelta sairaalalta asianmukaista tutkimuslupaa aineiston keräämiseksi.

Tutkittavien suojaan sisältyy tutkimustietojen luottamuksellisuus, salassapito sekä tutkimustietojen käyttäminen ainoastaan luvattuun tarkoitukseen (TENK 2012; Tuomi & Sarajärvi 2018). On selvää, että olen vaitiolovelvollinen mahdollisista vastaajien ja heidän työhönsä liittyvistä tunnistettavista sisällöistä tutkimuksentekohetkellä ja myös sen jälkeen. Käytin aineistosta saamiani tietoja vain tutkimukseni tavoitteiden mukaisesti ja raportoin tutkimuksen tekoa mahdollisimman avoimesti. Aineistoa kerätessäni kerroin kyselylomakkeen vastaanottaneille sairaalan sosiaalityöntekijöille, että kyselylomakkeella kerättyjä tuloksia on tarkoitus käyttää ainoastaan pro gradu -tutkielman tekemisessä. Sosiaalityöntekijät saivat kyselylomakkeen mukana lyhyen saatetekstin, jossa kerroin lyhyesti tutkimuksestani ja sen tavoitteista. Saatetekstissä annoin sosiaalityöntekijöille tiedoksi myös yhteystietoni siltä varalta, että sosiaalityöntekijät haluavat lisätietoa tutkimuksestani, kysyä tarkentavia kysymyksiä tai esimerkiksi peruuttaa osallistumisensa tutkimukseeni pyytämällä antamiensa vastausten poistamista. Lisäksi lähetin kyselylomakkeen mukana tutkimusta koskevan tietosuojailmoituksen (liite 2). Tutkielman tekemisen jälkeen hävitän kyselylomakkeella kerätyn aineiston asianmukaisesti.

5 KIRJAAMINEN JA PSYKOSOSIAALINEN TYÖ SAIRAALAN SOSIAALITYÖSSÄ

Tässä luvussa tuon esiin keskeiset tulokset siitä, mitä ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat potilasasiakirjoihin sekä siitä, miten he määrittelevät psykososiaalisen työn omassa työssään ja kirjaavat sitä. Hyödynnän tulosten esittämisessä kyselyvastauksista poimittuja lainauksia, jotka olen merkinnyt tunnuksilla V1 (Vastaja 1), V2 (Vastaja 2) ja niin edelleen. Tunnukset on annettu tutkimukseen osallistuneille sosiaalityöntekijöille kyselyyn vastaamisjärjestyksessä.

5.1 Rakenteisesti tai vapaammin, mutta ytimekkäästi

Kysymykset siitä, mitä ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat potilasasiakirjoihin, ovat analyysini kannalta olennaisia. Tämän luvun alussa avaan ensin tuloksia siitä, hyödyntävätkö sairaalan sosiaalityöntekijät pääosin rakenteista vai vapaampaa kirjaamistapaa tai näiden yhdistelmää. Tämän jälkeen siirryn tarkastelemaan sitä, mitä tietoja sairaalan sosiaalityöntekijät pääsääntöisesti kirjaavat potilaista potilastietojärjestelmään. Sivulla 31 nähtävissä oleva kuvio 1 havainnollistaa aineistoni analysointiprosessia ja esittää keskeiset tulokset siitä, mitä tutkimani sosiaalityöntekijät pääsääntöisesti kirjaavat potilasasiakirjoihin.

Noin puolet vastaajista kertoo kirjaavansa pääosin rakenteisesti ja puolet kertoo käyttävänsä sekä rakenteista että vapaata kirjaamistapaa. Jotkut sosiaalityöntekijät ovat kehittäneet omia kirjaamisrakenteita, -tyylejä ja -rutiineja. Joidenkin vastausten perusteella rakenteisen kirjaamisen ohella tai sen ”sisällä” kirjataan vapaamuotoisia kuvauksia esimerkiksi potilaan toimintakykyyn tai elämäntilanteeseen liittyen. Osassa vastauksia tuodaan esiin, etteivät rakenteisen kirjaamisen otsikointi ja ääriviivat vastaa työntekijän kirjaamistarpeita: otsikot ovat liian kapea-alaisia ja niitä pitäisi täydentää, jotta niihin voisi kirjata tarvittavia asioita. Tähän liittyen myös Sarah Banks (2004, 163) on todennut, että sosiaalityössä käytettävät lomakkeet ja muut tiedonkeruutavat ovat usein liian ohjailevia ja kapea-alaisia.

Osa kyselyyn vastanneista sosiaalityöntekijöistä vaikuttaisi suosivan rakenteista kirjaamista, koska ”sitä täytyy käyttää” ja toisaalta koska he ovat saaneet työhön perehtymisen myötä ohjeet siihen (ks. esim. Terveysosiaalityöntekijät ry 2018). Esimerkiksi Terveysosiaalityöntekijät ry:n (2018) rakenteisen kirjaamisen ohjeessa kehoitetaan kirjaamaan rakenteisesti, ammattialalle suositeltuja

kansallisia otsikoita ja terveystieteiden nimikkeistön nimikkeitä käyttäen. Joissakin vastauksissa nostetaan esiin, että potilasasiakirjoihin kirjaaminen on paitsi kansallisesti ohjeistettua, myös lainsäädännöllä säädeltyä, eikä ”vapaa tyyli” siksi ole suositeltavaa. Edellä mainituista asioista esimerkkeinä toimivat seuraavat sitaattit:

”Rakenteinen kirjaaminen. Sitä täytyy käyttää.” (V3)

”Rakenteinen kirjaaminen ohjaa dokumentointia. Sosiaalityön näkymällä kirjataan vapaasti kansallisten otsikoiden alle kansallisten ohjeiden mukaisesti. Ns. ”vapaa tyyli” ei ole suositeltavaa, koska potilasasiakirjoihin kirjaaminen on ohjeistettua ja myös lainsäädännöllä säädeltyä.” (V10)

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi vastauksista tulee melko selkeästi esiin, että yhteisesti sovitut, kaikkien työntekijöiden yhteisesti jakamat kirjaamistavat ja -käytännöt muun muassa helpottavat seuraavan työntekijän työtä ja olennaisen tiedon löytämistä dokumenteista. Lisäksi yhteiset kirjaamistavat ja -käytännöt sekä yhteisesti jaettu nimikkeistö ja ”kirjaamisen kieli” helpottavat ja nopeuttavat eri työntekijöiden välistä tiedonvaihtoa moniammatillisessa organisaatiossa. Vastausten perusteella ne myös selkeyttävät ja jakavat työtä otsikoihin sekä rytmittävät kirjaamista. Nämä seikat tulevat esiin esimerkiksi seuraavissa vastauksissa:

*”(Käytän) rakenteista, koska seuraavan työntekijän on helpompi löytää tekstistä etsimänsä asia.”
(V7)*

”--Kirjaan osin rakenteisesti, sillä niin minut on opetettu. Kirjaan eri otsikoiden alle, koska se selkeyttää tekemääni työtä ja muiden työntekijöiden on helpompi löytää sieltä oikeat asiat.

Rakenteinen kirjaaminen myös jakaa työtä eri osioihin.” (V11)

”Suosin väliotsikkoja, jotka rytmittävät kirjaamista -- Nämä otsikot ovat riittäneet selkeyttämään kirjausta.” (V12)

Ne vastaajat, jotka kertovat käyttävänsä pääosin rakenteista kirjaamistapaa, käyttävät vastausten perusteella rakenteisen kirjaamisen otsikoita valikoiden. Potilastietojärjestelmän antamien valmiiden otsikoiden alle voidaan kirjata vapaammin tietoja potilaasta. Osassa vastauksista kirjaamisen kerrotaan olevan lyhyttä ja ytimekästä, koska kirjaamiselle ei ole aikaa ja/tai ”lehdellä” ei ole tilaa pitkille kirjauksille. Ytimekkäämpää kirjaamista on perusteltu vastauksissa muun muassa seuraavasti:

”Käytän otsikoita ”säästeliäästi”. -- Kirjaamisessa on aina tavoitteena ytimekkyys, selkeys ja se, että kirjataan vain potilaan hoidon kannalta olennaiset asiat. Hyvin tiivistä tekstiä tulee.” (V6)

”(Kirjaan) hyvin lyhyesti: ei ole aikaa sekä koska yhdistelmäepikriisi menee moneen paikkaan, -- ei sos. lehdelle voi kaikkea laittaa. Yleensä kirjaan sosiaaliturvaetuudet ja mitä todistuksia tarvitaan jne.” (V3)

Yllä oleva vastaus (V3) tuo esiin seikan, joka esiintyy myös muissa vastauksissa: kirjaamiseen vaikuttaa se, kuinka isolle ”yleisölle” kirjattu tieto näkyy. Kirjattujen tekstien laaja näkyvyys nousee esiin myös muissa vastauksissa ”laveamman” kirjaamisen ongelmakohtana ja rajoitteena. Useammassa vastauksessa kerrotaan, että sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat potilastietojärjestelmään vain kaikkein olennaisimmat asiat potilaasta ja tämän tilanteesta, koska yhteistyökumppaneita, joille tieto voi kulkeutua, on useita. Sosiaalityöntekijä toimii näissä tilanteissa niin sanotusti portinvartijana, joka valitsee, mitä, miten ja keille yhteistyökumppaneille hän jakaa asiakkaan tai potilaan tietyissä olosuhteissa sosiaalityöntekijälle antamaa tietoa. Kun sosiaalityön sisäinen ja ulkoinen yhteistyö- ja viranomaisverkosto hyödyntää asiakkaan henkilökohtaista tietoa, tulee siitä entistä jaetumpaa. Asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisesta tiedosta tulee siis instituutioiden hallitsemaa ja toisaalta asiakkaasta sekä tiedon haltija että tietämisen kohde. (ks. McGhee & Clark 2008, 10–11.) Koska kaikkia asioita ei ole mahdollista kirjata, osa asiakkaiden tiedosta jää dokumentoimatta sosiaalityöntekijän tehdessä valintoja siitä, mitä nostaa esiin ja millä tavoin. Lähes kaikissa vastauksissa kerrotaan, että potilastietojärjestelmään kirjataan ainakin sosiaaliturvaan liittyvät asiat, lyhyt kuvaus potilaan tilanteesta sekä annettu ohjaus. Muu, hoidon kannalta epäolennainen tieto jää pois kirjauksista. Sosiaalityöntekijän vastuulle jää valintojen tekeminen: mikä on olennaista tietoa ja kuinka paljon ja mitä tietoa potilaasta voi toisaalta jakaa eteenpäin.

Vastauksissa, joissa kirjaamisen kuvataan olevan ytimekkäämpää, korostuu sosiaaliturvaetuuksien ja potilaan tarvitsemien todistusten ja lausuntojen kirjaaminen. Lähes kaikki vastaajat korostavat potilaan elämäntilanteen (tausta- ja nykytilanne) ja toimintakyvyn sekä potilaan kanssa tehdyn työn kirjaamista. Tämän lisäksi potilaan diagnoosin, ”hoidon kannalta olennaisen tiedon” ja kuntoutukseen liittyvän tiedon sekä (jatko)suunnitelmien kirjaamisen merkitys korostuu vastauksissa. Lähes kaikissa vastauksissa mainitaan potilaan sosiaalisen verkoston ja/tai perhetilanteen kirjaaminen, mikä on mielestäni merkittävää, koska potilaan tilanteen sosiaaliset tekijät eivät muutoin ole pääasiallisena huomion kohteena muiden terveydenhuollon ammattilaisten työssä.

Kuten olen jo todennut, noin puolet kyselyyn vastanneista sosiaalityöntekijöistä kertoo käyttävänsä rakenteisen kirjaamisen käytäntöjen hyödyntämisen lisäksi ”vapaampaa tyyliä” kirjausten tekemisessä. Vastajat kuvaavat vapaamman kirjaamistavan käyttöään muun muassa seuraavasti:

”(Käytän) Vapaata tyyliä. Ei ole aikaa eikä jaksamista perehtyä asiaan tarkemmin tällä hetkellä.”
(V1)

”Minulla on omia rakenteita, joita käytän -- Järjestelmässä olevan rakenteisen kirjaamisen otsikointi ja ääriiviivat eivät vastaa omia tarpeitani. --” (V4)

”Sekä että. Rakenteista kirjaamista edellytetään käytettävän, mutta sen sisällä on vapaamuotoisia kuvauksia esim. toimintakykyyn liittyen.” (V8)

Useimmista ”vapaata tyyliä” suosivista vastauksista on tulkittavissa, että sosiaalityöntekijöiden kohtaamat ja käsittelemät potilaan tilanteeseen ja palvelutarpeisiin liittyvät asiat poikkeavat siitä, millaisen tiedon kirjaamiseen potilastietojärjestelmä on alun perin suunniteltu. Potilaan tilanteeseen ja palvelutarpeisiin liittyvä tieto on sairaalan sosiaalityön kannalta erittäin olennaista tietoa. Sairaalan sosiaalityöntekijöiden työssään saama ja käsittelemä tieto saattaa kuitenkin olla vaikeaa tiivistää tiettyjen otsikoiden alle, minkä vuoksi sosiaalityöntekijät ovat kehittäneet omia kirjaamisrakenteita ja -tyylejä. Vastauksista voi tulkita, että rakenteiseen kirjaamistapaan pitäisi pääsääntöisesti pyrkiä, mutta siihen perehtymiseen tai sen lopulliseen hyödyntämiseen ei välttämättä ole aikaa tai jaksamista. Rakenteet ja otsikot eivät myöskään välttämättä vastaa sosiaalityöntekijöiden kirjaamistarpeita.

Alla näkyvän vastauksen (V13) perusteella tehdyn työn kirjaamisen tyyli vaihtelee sen mukaan, millaisella kokoonpanolla työtä on tehty. Muiden vastausten perusteella voidaan tulkita, että moniammatillisesti työskenneltäessä kirjaukset ovat lyhyitä ja ytimekkäitä tiedonvaihdon sujuvoittamiseksi, kun taas yksintyöskentelyä kuvataan vapaamuotoisemmin. Alla näkyvä sitaatti (V13) kuitenkin osoittaa toisin:

”Hyödynnän molempia. Kun työskentelen ”yksin” vastaanottokäynnillä käytän rakenteellista muotoa useimmiten. Kun kirjaan hoitoneuvottelua/verkostoa tai perhekäyntiä, jossa on myös muiden alojen edustajia, teksti on usein vapaampaa.” (V13)

Vastausten perusteella kirjausten pituus ja niiden määrä vaihtelevat tilanteen mukaan, mutta pääosin potilastietojärjestelmään kirjataan vain keskeisimmät asiat ja hoidon kannalta olennaiset tiedot. Vain yhdessä vastauksessa kerrotaan kirjaamista tehtävän paljon. Sairastumisen moninaiset vaikutukset potilaan elämäntilanteeseen ja pärjäämiseen tulevat hyvin esille seuraavassa vastauksessa:

”(Kirjaan) esitietoihin historiatiedot; mitä on tapahtunut, sosiaalinen verkosto, asumismuoto, sosiaaliturva. Nykytila: sosiaaliturva, asuminen, sairauden vaikutus pärjäämiseen, onko tarvetta muuttaa asumismuotoa --” (V10)

Vastausten perusteella kirjausten pituus ja laajuus sekä kirjaamiseen käytetyt aika- ja voimavararesurssit vaikuttaisivat olevan työntekijäkohtaisia sekä työn sisällöstä ja työtahdista riippuvaisia, eivät niinkään suoraan osasto- tai toimialuekohtaisia. Joidenkin osastojen välillä on vastausten perusteella kuitenkin havaittavissa yhteneväisyyksiä: esimerkiksi kuntoutusosastojen sosiaalityöntekijät vaikuttaisivat kirjaavan hyvin monipuolisesti potilaan entistä ja nykyistä toimintakykyä ja elämäntilannetta sekä mahdollisia sairastumisen tai vammautumisen myötä tapahtuneita palvelutarvemutoksia. Näitä samoja asioita kirjataan kuitenkin myös muilla osastoilla.

Kysymykseen siitä, mitä tietoja sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat yleisellä tasolla potilastietojärjestelmään, vastaajat antoivat laajahkoja mutta suhteellisen yhteneväisiä vastauksia, joista esimerkkeinä toimivat seuraavat sitaatit:

”Tulosy, perhe, asuminen, koulutus ja työ, sosiaaliturva, taloudellinen tilanne, palvelut, toimintakyky, lausuntojen tarve, jatkosuunnitelma.” (V8)

”Ajankohtaiset kuulumiset, huolenaiheet, vointi (hoidon syy/tulosy), käyntiajalla käsitellyt asiat/teemat pääpiirteiltään (käynnin sisältö), suunnitelma.” (V13)

Vastausten perusteella sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat potilaasta paljon yleis- ja taustatietoja, kuten sosiaalisen tilanteen, taloudellisen tilanteen, iän ja sukupuolen sekä työ- ja koulutushistorian. Myös potilaan tämänhetkiset palvelut, ajankohtainen tilanne sekä potilaan vahvuudet, voimavarat ja huolenaiheet kirjataan. Lisäksi potilaan vointi ja toimintakyky huomioidaan kirjauksissa. Potilaaseen liittyvien tietojen lisäksi sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat näkyviin tekemäänsä työtä, muun muassa antamansa ohjauksen ja neuvonnan, tekemänsä yhteydenotot ja järjestelyt sekä jatkosuunnitelman ja loppuyhteenvedon.

Sosiaalityöntekijät vastasivat kirjaamistapaa ja sisältöjä koskeviin kysymyksiin melko pitkästi ja laajasti, ja vastauksia läpikäydessäni huomasin, että vastausyksikköjä kertyi paljon. Aluksi pelkistin vastausten keskeiset sisällöt luetteloimalla ne pitkäksi listaksi, johon tuli lopulta useita kymmeniä vastausyksikköjä. Tehtyäni luettelon yhdistin samankaltaiset vastaukset keskenään ja ryhmittelin ne kahteen eri laatikkoon: toiseen laatikkoon valikoin potilaaseen sekä tämän tilanteeseen liittyvät asiat ja toiseen sosiaalityöntekijän tekemään työhön liittyvät asiat. Tämä jako tapahtui luonnostaan käydessäni vastauksia läpi. Ensimmäiseen laatikkoon valikoituivat potilaaseen ja tämän tilanteeseen liittyvät teemat *sosiaalinen tilanne; taloudellinen tilanne; ikä ja sukupuoli; työ- ja koulutushistoria; palvelut; mitä on tapahtunut ja ajankohtainen tilanne; (potilaan) vahvuudet; voimavarat ja huolenaiheet* sekä *(potilaan) vointi ja toimintakyky*. Sosiaalityöntekijät huomioivat ja kirjaavat siis potilaiden perustiedot sekä elämänhistorian ja nykytilanteen. Potilaan voimavarat, vointi ja toimintakyky sekä huolenaiheet ovat sosiaalityön näkökulmasta huomionarvoisia kirjattavia asioita. Potilaan kokonaiselämäntilanteeseen liittyen kirjataan siis tiivistetysti potilaan tilanne ja (palvelu)tarpeet ennen sairastumista ja erityisesti sen jälkeen. Toiseen laatikkoon ryhmittelin sosiaalityöntekijöiden tekemään työhön liittyvät asiat, joita ovat *tehty työ ja toimenpiteet (ohjaus ja neuvonta), lausuntojen tarve, yhteydenotot ja järjestelyt; loppuarvio, johtopäätökset, yhteenveto, suunnitelma jatkolle; sairauden vaikutus pärjäämiseen; tulosyys, toimintakyky, diagnoosit, havainnot potilaasta*. Vastausten perusteella sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat tekemäänsä työtä aina hoitoprosessin alusta sen päättymiseen asti. Sosiaalityöntekijöiden vastaukset ovat yhteneväisiä kirjaamista tukevien kansallisten otsikkojen, kuten esimerkiksi ”esitiedot”, ”nykytila” ja ”hoidon syy” (ks. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry 2018, 12) kanssa. Potilaasta tehdään kirjauksia aina perustiedoista ja lähtötilanteesta tehtyihin toimenpiteisiin sekä loppuarvioon ja jatkosuunnitelmiin saakka:

”Lyhyt kuvaus asiakastilanteesta, koulutus, työhistoria, perhesuhteita ja asumista koskevat tiedot -- toimintakyky ICF-pohjaisesti, elämänlaatukyselyn tulokset, kuntoutusta koskevat tiedot -- sekä em. pohjalta koostettu loppuarvio/johtopäätökset.” (V2)

Hoidon kannalta olennaisiksi tiedoiksi tiivistin kuvion 1 toisen laatikon sisältöjen pohjalta potilaan voinnin ja toimintakyvyn sekä sairauden kanssa pärjäämisen arvioinnin kirjaamisen, tulosyyn ja diagnoosi(e)n kirjaamisen sekä potilaasta ja tämän käytöksestä tehtyjen havaintojen kirjaamisen. Toisaalta voidaan myös ajatella, että kaikki sosiaalityöntekijän tekemä työ on omalla tavallaan potilaan hoidon kannalta olennaista ja siten kirjaamisen arvoista, kuten seuraavasta vastauksesta voi lukea:

” (Kirjaan) paljon, sillä liki kaikki puhutut asiat ovat hoidon kannalta oleellisia asioita --.” (V14)

Kysymykseen siitä, mitä kyselyyn vastanneet sairaalan sosiaalityöntekijät yleensä kirjaavat potilaista, voidaan tiivistetysti vastata, että sosiaalityöntekijät kirjaavat potilastietojärjestelmään tietoja potilaan kokonaiselämäntilanteesta ja tehdystä työstä sekä hoidon kannalta olennaisen tiedon.

Lopuksi tiivistin vastaukset kolmeksi teemaksi, jotka esitän alla nähtävässä kuviossa 1: kokonaistilanne, hoidon kannalta olennainen tieto sekä sosiaalityöntekijän tekemä työ.

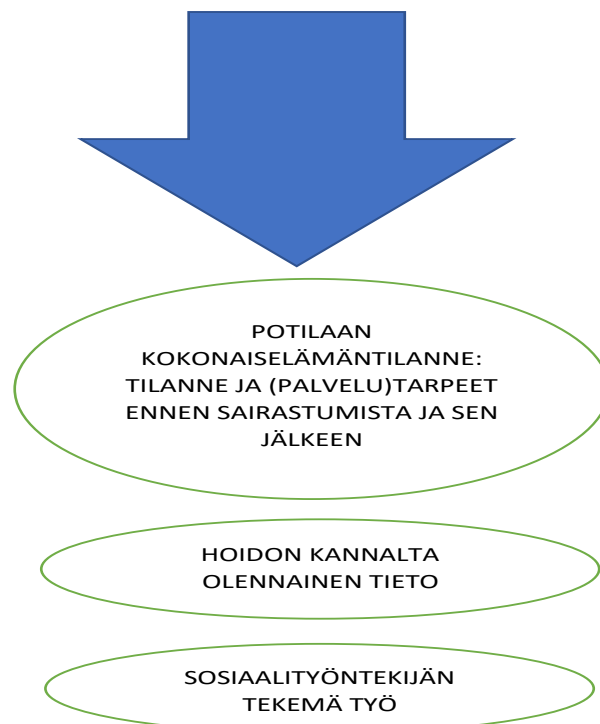
KUVIO 1: MITÄ KIRJATAAN?

Potilaaseen liittyvät asiat

sosiaalinen tilanne (asuminen, sosiaaliset verkostot, perhe)
taloudellinen tilanne
ikä ja sukupuoli
työ- ja koulutushistoria
palvelut
mitä on tapahtunut ja ajankohtaiset kuulumiset
vahvuudet, voimavarat, huolenaiheet
vointi ja toimintakyky

Sosiaalityöntekijän työhön liittyvät asiat

Tulosy, toimintakyky, diagnoosit, havainnot potilaasta
Sairauden vaikutus pärjäämiseen
Tehty työ ja toimenpiteet: ohjaus ja neuvonta (esim. palveluista ja etuuksista), lausuntojen tarve, yhteydenotot ja järjestelyt
Loppuarvio, johtopäätökset, yhteenveto, suunnitelma jatkolle



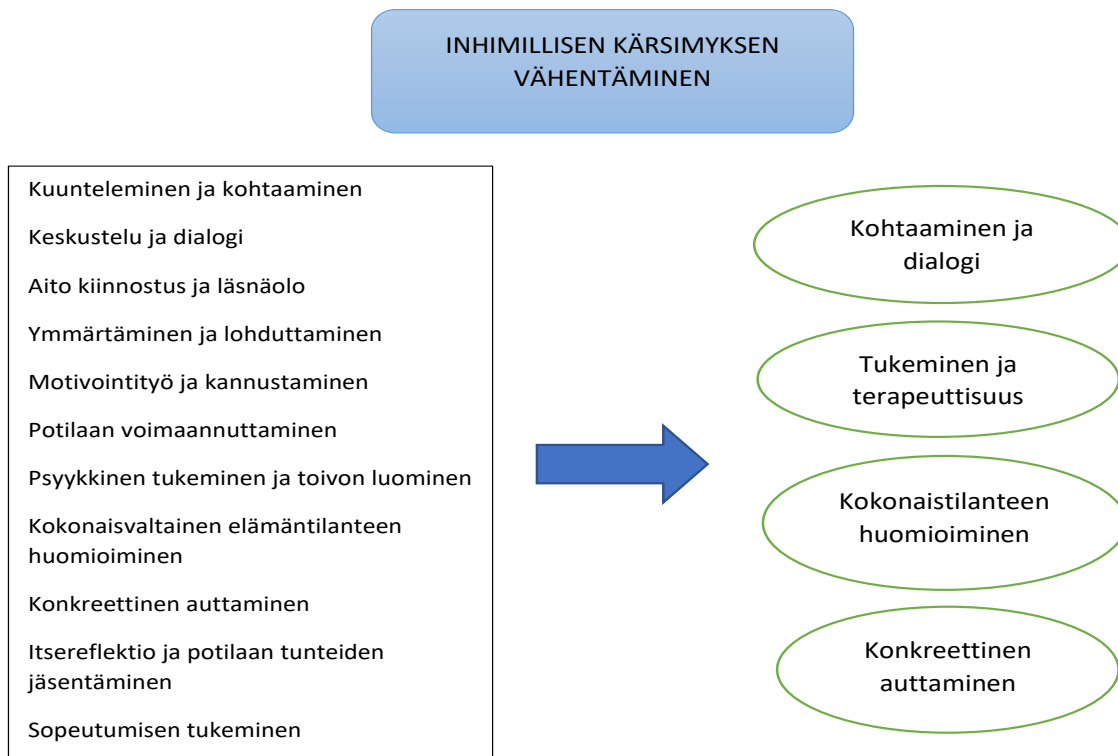
5.2 Psykososiaalinen työ on kohtaamista, tukemista ja konkreettista auttamista

Kysymys siitä, miten sairaalan sosiaalityöntekijät itse määrittelevät psykososiaalisen työn (kysymys 7) kirvoitti pitkiä ja monipuolisia, laadullisesti merkittäviä vastauksia. Kaikki vastaajat määrittelivät psykososiaalisen työn hyvin samankaltaisesti, eikä sosiaalityöntekijöiden antamien määritelmien välillä löytynyt merkittäviä eroavaisuuksia. Olen koonnut vastauksista löytämäni psykososiaalisen työn määrittelyä koskevat asiat ja käsitteet seuraavalla sivulla olevan kuvion 2 vasemmassa reunassa näkyvään laatikkoon. Luetteloa tehdessäni yhdistin samat ja samankaltaiset sanat yhdeksi käsitteeksi luetteloon. Jotkut asiat ja sanat, esimerkiksi sanat ”kuuntelu” ja ”kuunteleminen” toistuivat yli kymmenessä vastauksista. Vastausyksiköiden yhdistämistä ja tiivistämistä piti tehdä runsaasti.

Psykososiaalinen työ on vastausten perusteella muun muassa potilaan *empaattista kuuntelua*, *vastavuoroista dialogia* ja *luottamuksen rakentamista*. Se on *läsnäoloa*, *inhimillistä ja kokonaisvaltaista kohtaamista* sekä *potilaan elämäntilanteeseen paneutumista ja sen huomioimista*. Siinä *etsitään ratkaisuja yhdessä*, *tuetaan ja kannustetaan* ja pyritään *inhimillisen kärsimyksen vähentämiseen*. Myös *toivon luominen ja ylläpitäminen* tuli esiin monissa vastauksissa. Psykososiaalinen työ voi olla myös *kriisityötä* ja sen avulla voidaan *jäsentää asioita ja tunteita*. Psykososiaalisen työn kautta asiakkaalle syntyy kokemus *kuulluksi tulemisesta* sekä siitä, että hänet ja hänen tilanteensa *otetaan tosissaan*. Useissa vastauksissa tuli esiin, että psykososiaalinen näkökulma on perustavanlaatuinen lähtökohta terveydenhuollon sosiaalityössä. Vastauksista nousi esiin myös *konkreettinen auttaminen*, *psykkisen ja sosiaalisen tilanteen huomioiminen* sekä *läsnäoleva ohjaus ja neuvonta*.

Ryhmittelin ja yhdistelin edellä luetteloimani käsitteet seuraavalla sivulla nähtävän kuvion 2 laatikkoon, jonka jälkeen tiivistin ne edelleen neljään käsittekokonaisuuteen: *kohtaaminen ja dialogi*, *tukeminen ja terapeuttisuus*, *kokonaistilanteen huomioiminen* sekä *konkreettinen auttaminen*. Kuvion 2 yläreunassa on mainittu erillisenä osionaan *inhimillisen kärsimyksen vähentäminen*, koska se toimii kuvaavana yläkäsitteenä sille, miten sosiaalityöntekijät itse määrittelevät psykososiaalisen työn omassa työssään. Vastauksista on tulkittavissa, että inhimillisen kärsimyksen vähentäminen toimii taustapyrkimyksenä lähes kaikessa psykososiaalisessa työskentelyssä.

KUVIO 2: MITEN PSYKOSOSIAALINEN TYÖ MÄÄRITELLÄÄN?



Kohtaaminen ja dialogi sekä tukeminen ja terapeuttisuus

Psykososiaalisen työn määrittelyä koskevissa kyselyvastauksissa korostuu erityisesti kuuntelemisen, kuulluksi tulemisen ja vastavuoroisen dialogin merkitys. Nämä mainitaan lähes kaikissa vastauksissa, ja ne kuuluvat myös viralliseen määritelmään psykososiaalisesta työstä (esim. Mönkkönen 2007, 100). Kuulluksi tuleminen on yksi psykososiaalinen tarve (ks. Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 58–68), joka voi siis täytyä psykososiaalisen työn tekemisen kautta. Kuulluksi tulemisen tarve koskee sekä potilasta että tämän läheisiä. Myös kohtaaminen, tukeminen ja läsnäolo saavat paljon tilaa vastauksissa. Potilaan tukeminen voi vastausten perusteella kohdistua sekä potilaaseen että tämän läheisiin, ja se voi sisältää läsnäoloa tässä hetkessä, sairauden ja sen merkityksen ymmärtämistä, (tulevaisuuden) sopeutumisen tukemista tai psyykkistä tukena olemista ja purkamista. Joskus psykososiaalinen työ pitää vastausten perusteella sisällään myös kriisityötä. Vastauksista on tulkittavissa, että aito dialogi, tukeminen ja terapeuttisuus vaativat sosiaalityöntekijältä luottamuksen rakentamista potilaaseen. Vastausten perusteella ainakin osalla sosiaalityöntekijöistä osa potilaista on pitkäaikaisia, tuttuja asiakkaita, joiden kanssa vuorovaikutus- ja luottamussuhde on jo muodostunut.

Tukemiseen liittyy myös ”toivon luominen”, jota kuvattiin muutamassa vastauksessa, kuten esimerkiksi:

”Laaja-alaista keskustelua ja kuuntelua, jossa potilaan tilannetta yritetään jäsentää yhdessä hänen kanssaan huomioiden sekä sosiaaliset että psyykkiset tekijät. Se on toivon luomista toipumisen suhteen --” (V8)

”-- Siinä voi luoda toivoa. Joillekin asiakkaille on tärkeää, että he pääsevät puhumaan jostakin asiasta paikassa, jossa ilmiötä tunnetaan. --” (V9)

Toivon herääminen ja sen yllä pysyminen ovat tärkeitä tekijöitä potilaan tilanteen parantumisen, muutosmotivaation ja psyykkisen palautumiskyvyn kannalta (Collins 2015; Ekqvist 2021). Tällainen toivon herättely ja ylläpitäminen vaativat sosiaalityöntekijältä tasapainoilevaa potilaan yksilöllisen tilanteen realiteettien ja reunaehtojen sekä tämän elämänehänneiden välillä (Boddy ym. 2018, 590). Vastauksista on tulkittavissa, että potilaan kuunteleminen, kohtaaminen ja tukeminen kuuluvat useimmilla sairaalan sosiaalityöntekijöillä jokapäiväiseen perustyöhön, ja niille on tehtävä aikaa kiireenkin keskellä. Muilla potilasta tapaavilla sairaalan työntekijöillä ei välttämättä ole resursseja kohdata potilasta samalla intensiteetillä, joten se jää sosiaalityöntekijöiden vastuulle. Kohtaaminen ja tukeminen mainitaan esimerkiksi seuraavissa vastauksissa:

”(Psykososiaalinen työ on) keskustelua ja tukemista niissä tilanteissa, joissa ihmisen on vaikea hyväksyä tilannetta/olosuhteita/hänen on vaikea ymmärtää tai vain on paha olo. – Ajattelen että se on läsnäoloa ja tukemista, -- kehumista ja kannustusta, mutta myös tietyllä tapaa sääntöjen selventämistä ja niihin sopeutumisen työstämistä. --”(V4)

”Ajattelen, että terveydenhuollon sosiaalityössä on työn perustavanlaatuinen lähtökohta potilaan psykososiaalinen kohtaaminen ja tukeminen. -- Simppelimpikin ohjaustilanne -- on aina myös potilaan kohtaamista ja psykososiaalista kannattelua. -- ” (V6)

”Kuntoutujien sekä omaisten kokonaisvaltaista kohtaamista ja vuorovaikutusta heidän kanssaan. Voimavarojen huomioimista ja voimaannuttamista kuntoutusjakson aikana. -- Psykososiaalisuus on myös sitä, että näkee "pintaa syvemmälle" asioita kuntoutujien/potilaita kohdatessa.” (V11)

Vastausten perusteella sairaalan sosiaalityöntekijät pyrkivät löytämään potilaan vahvuudet ja voimavarat käymällä refleктоivaa dialogia potilaan kanssa. Vastauksista välittyy tavoite potilaan voimaannuttamisesta sekä hänen kuntoutumisensa ja sopeutumisen tukemisesta. Potilaan kanssa tehdään myös motivointityötä. Potilaan voimaannuttamisen kautta sosiaalityöntekijät voivat auttaa potilasta ottamaan itse vastuuta omasta terveydentilastaan (ks. Congress 2013, 34). Tällainen motivointi- ja aktivointityö sekä potilaan voimaannuttamiseen ja itseapuun tähtäävä työskentely osoittaa sosiaalityöspesifiä ”sosiaalisen erityisasiantuntijuutta” (Leinonen 2020, 158). Kuten jo aiemmin on todettu, ”psykososiaalinen” ei ole määriteltävissä kovin yksinkertaisesti, ja tämä tulee esiin myös seuraavassa vastauksessa:

”--(Psykososiaalinen työ on) empaattista kuuntelemista ja ymmärtämistä sekä sen pohjalta tilanteen jäsentämistä, analysointia ja yhdessä hänen kanssaan tavoitteiden/ratkaisujen pohtimista -- Tavoitteena on, että asiakkaalle syntyy kuulluksi tulemisen kokemus ja hänelle jää tunne, että hänen asiansa otetaan tosissaan sekä se, että inhimillinen kohtaaminen johtaa johonkin konkreettiseen ja vähentää inhimillistä kärsimystä.--” (V2)

Yllä olevassa esimerkissä mainitut tilanteen jäsentäminen sekä ymmärryksen luominen potilaan kanssa tulevat esiin useammassa vastauksessa. Yksi sairaalan sosiaalityöntekijän tärkeä tehtävä on auttaa potilasta ja tämän omaisia ymmärtämään lääketieteellisen tiedon merkitys tärkeiden (hoito)päätösten kannalta (Congress 2013, 29; Clark & Bolte 2015, 51–53). Useista vastauksista voi tulkita sairastumisen tai vammautumisen olevan potilaalle usein yllättävä ja järkyttäväkin tapahtuma ja kriisi, johon hän tarvitsee ulkopuolista tukea. Sosiaalityöntekijät pyrkivät itse osoittamaan ymmärrystä potilaan tilanteeseen, mutta toisaalta he myös auttavat potilasta ymmärtämään omaa tilannettaan: mitä on tapahtunut ja miten se vaikuttaa potilaan elämään ja tulevaisuuteen. Luottamuksellinen keskustelu sellaisessa paikassa, jossa sairastumista ja sen mukanaan tuomia ilmiöitä ymmärretään, voi vastausten perusteella olla potilaan jaksamisen ja toipumisen kannalta hyvin merkittävää. Aineistosta on löydettävissä yhtymäkohtia esimerkiksi Granfeltin (1990, 91) ajatukseen ihmisen näkemisestä kehityskykyisenä ja -haluisena yksilönä, jonka kanssa tehdään motivointi- ja muutostyötä. Lisäksi muun muassa Jorma Sipilän (1989, 237) ja Miina Arajärven ja kumppaneiden (2020) ajatus psykososiaalisesta työstä terapeuttisena työnä on löydettävissä aineistosta. Vastauksista nousee esiin myös psykososiaalisen työn pyrkimys potilaan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja tukemiseen, jotka Mönkkösen (2007, 100) mukaan ovat osa psykososiaalisen työn määritelmää.

Kokonaistilanteen huomioiminen

Kyselyyn vastanneiden sosiaalityöntekijöiden määritelmässä psykososiaalisesta työstä nousivat esiin potilaan kokonaiselämäntilanteen sekä yksilöllisten piirteiden huomioiminen. Lisäksi vastauksissa korostuivat potilaiden tilanteiden ja tarpeiden huomioiminen ja ymmärtäminen. Näitä on kuvattu psykososiaalisen työn tunnusmerkeiksi myös aiemmissa psykososiaalista työtä käsittelevissä teksteissä (esim. Granfelt 1993; Toikko 1997) sekä tämän tutkielman kolmannessa luvussa. Potilaan kokonaiselämäntilanne ja sen huomioiminen mainitaan lähes kaikissa vastauksissa jollakin tapaa, kuten esimerkiksi seuraavissa sitaateissa:

”Kyse on asiakkaan elämäntilanteeseen paneutumisesta --” (V2)

”--Pyrin olemaan tukena ja ymmärtämään, millaisesta elämäntilanteesta hän on joutunut häntä järkyttävään tilanteeseen. Ja mahdollisuuksien mukaan etsimään keinoja mennä elämässä eteenpäin.” (V7)

”-- Ajattelen sen (psykososiaalisen työn) olevan potilaan kokonaistilanteen ja voinnin kartoittamista. Tehdään sosiaalityötä hoitavalla otteella. Omassa työssäni koko ajan työote on psykososiaalinen. --” (V12)

Vastausten perusteella potilaan elämäntilanteen kartoittamisessa otetaan huomioon menneisyys, nykytila ja tulevaisuus. Tällaisella lähestymistavalla varmistetaan parhaiten potilaan tilanteen ja palvelutarpeiden kokonaisvaltainen huomioiminen ja siten oikea-aikaisen ja oikeanlaisen avun antaminen. Potilaan elämäntilanteen kuormittavuuden huomioiminen on mielestäni huomionarvoinen vastauksista esiin noussut seikka, koska kuormittava elämäntilanne voi vaikuttaa merkittävästikin potilaan sairaudesta parantumiseen tai kuntoutumiseen. Lisäksi kuormittava elämäntilanne voi lisätä riskiä sairastua (ks. Kananoja 2017b, 348; Pocket & Beddoe 2017, 127–128; Huttunen 2018). Elämäntilanteen kuormittavuus on mainittu esimerkiksi seuraavassa alla näkyvässä vastauksessa:

”Terveystieteiden sosiaalityössä potilas on aina jollain tavalla uudessa tilanteessa sairautensa takia ja pitkäaikaissairaiden kohdalla sairauden pysyvyys kuormittaa potilasta ja estää eri tavoin häntä osallistumasta ns. normaaliin elämään. -- aina on oltava herkkänä kuulemaan potilaan psyykkistä tilannetta ja arvioitava elämäntilanteen kuormittavuutta juuri tämän ihmisen ja hänen tilanteensa kohdalla.--” (V6)

Kuten olen jo todennut, sairaalan sosiaalityöntekijät pyrkivät työssään huomioimaan ja ymmärtämään potilaan aiempaa elämänhistoriaa, nykyistä elämäntilannetta sekä tulevaisuuden mahdollisuuksia. Tällainen lähestymistapa tuo moniulotteisempaa näkemystä perinteiseen sairaus- ja diagnoosikeskeiseen terveydenhuollon näkökulmaan. Se, että kokonaistilanteen huomioiminen tulee esille sosiaalityöntekijöiden antamissa psykososiaalisen työn määrittelyissä, on mielenkiintoista myös sen vuoksi, että potilaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen on yksi terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön peruslähtökohdista (ks. esim. Yliruka ym. 2019). ”Yleinen” terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö ja psykososiaalinen työ linkittyvät siis vahvasti yhteen myös tämän tutkimuksen tulosten perusteella.

Yksi vastaaja kuvasi yleisesti työtään käyttämällä käsitettä ”sosiaalinen tutkimus”, jonka hän määrittelee potilaan elämäntilanteen ja toimintakyvyn kartoitukseksi ja sen pohjalta kannan ottamiseksi esimerkiksi sosiaaliturvakysymyksiin. ”Tavallisen arjen” huomioimisen merkitys on suuri: tämän kokonaiskuvan perusteella suunnitellaan jatkotyöskentelyä. Vastauksissa tulee myös hyvin esiin se, kuinka potilailla on usein monitahoisia haasteita tilanteita, ja kasautuneita sosiaalisia ongelmia. Potilaan kokonaistilanteen kartoittaminen ja huomioiminen mahdollistavat myös rakenteellisen sosiaalityön näkökulman huomioimisen: esimerkiksi potilaan elämänhistorialla ja hänen aiemmassa elämässään vallinneilla taloudellisilla, sosiaalisilla, psyykkisillä ja fyysisillä reunaehdoilla on voinut olla vaikutusta sairastumiseen, ja sairastuminen taas saattaa vaikuttaa potilaan tulevaisuuden pärjäämiseen, hänen taloudelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseensa jatkossa ja niin edelleen. Yhteiskunnallisen vaikuttamistyön ulottuvuutta ei Granfeltin (1993, 222) mukaan voi unohtaa psykososiaalisesta työstä. Kokonaiskuvan luominen potilaan elämäntilanteesta ja toimintakyvystä toimii pohjana sosiaalityöntekijän kannan ottamiselle esimerkiksi potilaan sosiaaliturvaan tai kuntoutukseen liittyvissä kysymyksissä. Kokonaiskuvan pohjalta tehdään myös suunnitelmia jatkoa varten. Näin ollen tämä kokonaistilanteen huomioiminen linkittyy yhteen myös potilaan konkreettisen auttamisen kanssa.

Konkreettinen auttaminen

Vastauksista voi havaita myös sen, että sairaalassa tehtävä sosiaalityö sisältää kaiken edellä mainitun lisäksi paljon ”konkreettista auttamista”, kuten esimerkiksi potilaan etuusasioiden tai asumistilanteen selvittämistä tai konkreettisten välineiden ja neuvojen antamista siitä, miten potilas voi itse edistää toipumistaan. Konkreettista auttamista kuvataan sosiaalityöntekijöiden vastauksissa muun muassa seuraavasti:

”--Konkreettinen auttaminen voi olla toivon ylläpitämistä ja arjessa mahdollisimman itsenäisen pärjäämiseen tukemista sekä mahdollisuuksien (palvelut, tuet, avut) kartoittamista ja niihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa, tarvittaessa myös lomakkeiden täyttämistä ja viranomaisiin kontaktien luomista ym.” (V2)

”--konkreettisten välineiden antamista/neuvomista siihen, miten toipumista voi edistää. Esim. Kelan psykoterapia, sosiaalitoimen tukitoimet arkeen. Sosiaaliturvaohjausta ja palveluneuvontaa ei voi harrastaa tyhjiössä. Mitä laajemmin hahmotat potilaan tilannetta, sitä paremmin osaat tarjota ratkaisumahdollisuuksia, joihin potilas voi tarttua.” (V8)

”--tavoitteeni on, että kun asiakas lähtee vastaanotolta, hän on saanut jotakin merkityksellistä, joka auttaa sopeutumisessa tai muutoksen tekemisessä.” (V9)

Konkreettinen auttaminen sisältää paitsi neuvojen ja muun avun antamista, myös ”näkömätöntä” tukemista kuten Vastajaan 2 (V2) mainitsemaa toivon ylläpitämistä. Vastauksista välittyi mielestäni hyvin se, kuinka psykososiaalinen työ on pitkälti niin sanotusti näkömätöntä työtä, jolla saattaa kuitenkin olla potilaan kuntoutumiselle hyvin suuri merkitys. Tämä ”näkömätön työ” tuottaa konkreettisia tuloksia, kuten potilaan voimaantumista, muutosmotivaation kasvamista ja kuntoutumisessa edistymistä. Potilaalla, joka on mahdollisesti kuormittunut muuttuneesta elämäntilanteestaan sairastumisen tai vammautumisen vuoksi, ei välttämättä ole tarvittavaa tietoa hänelle kuuluvista palveluista ja etuuksista eikä voimavaroja selvittää ja edistää asioita itse. Esimerkiksi vammautuminen voi vaikuttaa ihmisen kognitiiviseen suoriutumiseen niin, että erilaisten lomakkeiden täyttäminen itsenäisesti on vaikeaa. Sosiaalityöntekijä on tässä tärkeässä roolissa varmistamassa, että potilas saa tarvitsemansa palvelut ja etuudet eikä jää sairautensa tai vammansa kanssa selviytymään yksin. Psykososiaalinen työ vaatii vastausten perusteella sosiaalityöntekijältä empatiaa, ymmärrystä ja hienotunteisuutta sekä ”hoitavaa otetta” sosiaalityöhön. Sosiaalityöntekijän täytyy hahmottaa ja ymmärtää potilaan kokonaiselämäntilannetta, hallita palvelu- ja etuusjärjestelmä sekä osata soveltaa tietoaan erilaisiin potilaiden tilanteisiin ja tarpeisiin. Monessa vastauksessa tuodaan esiin psykososiaalisen työn merkitys terveydenhuollon sosiaalityön peruslähtökohtana, ja tämä on todettu myös sosiaalityön kirjallisuudessa (esim. Linden 1999, 55; Howe 2002, 177).

Halusin yhdellä kysymyksellä kartoittaa myös sitä, onko sairaalan sosiaalityöntekijöillä aikaa psykososiaalisen työn tekemiselle. Suurimmassa osassa vastauksista psykososiaaliselle työlle on tarpeeksi aikaa ja tilaa sosiaalityöntekijöiden päivittäisessä työssä. Jotkut vastaukset korostavat sitä,

että tarve psykososiaalisen työn tekemiselle tulee potilailta itseltään. Yli puolessa vastauksista tulee esiin, että psykososiaalista työtä tehdään jatkuvasti muun työn rinnalla, jolloin se on useimmiten luontevaa ja helppoa, kuten esimerkiksi seuraavista sitaateista voi lukea:

”Psykososiaalinen työ kulkee muun työn ohessa jokapäiväisessä työssä. On myös tilanteita, joissa psykososiaalista työtä on tehtävä siksi, kun ei ole saatavilla esim. psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja.” (V1)

”Minusta kaikki mitä teen on psykososiaalista työtä ja näin ollen siihen on aikaa --” (V2)

”Monet päätökset vaativat monipuolista tietoa ihmisen elämäntilanteesta. Psykososiaalinen työ tuntuu tulevan luonnostaan, kun elämäntilannetta ja historiaa käydään läpi. --” (V9)

Joissakin vastauksissa tulee esiin, ettei sosiaalityöntekijöillä välttämättä ole psykososiaalisen työn tekemiselle aikaa, tilaa tai jaksamista. Psykososiaalisen työn tekemättömyyden syiksi mainitaan vastauksissa esimerkiksi kiire ja vaatimukset potilastilanteiden priorisoinnista. Toisaalta joissakin vastauksissa tulee myös esiin, että psykososiaalisen työn tekeminen ei aina välttämättä vaadi paljoa aikaa, vaan lyhytkin puhelu saattaa toimia potilaalle häntä kannattelevana asiana. Psykososiaalisen työn tekemiseen liittyviä aika- ja voimavararesursseja ja niiden niukkuutta kuvataan joissakin vastauksissa esimerkiksi seuraavasti:

”Aina ei ole aikaa, tilaa eikä ehkä jaksamistaakaan. Usein on myös tilanteita, että on nopeasti arvioitava, että kenen potilaan tilanne ja asia on kiireellisimmin ja panostettava sitten siihen. Joskus kiireenkin keskellä on annettava jollekin potilaalle aikaa laajempaan ja syvällisempään keskusteluun – Ainahan se (psykososiaalinen työ) ei ole edes konkreettisen kovin aikaa vievää.” (V6)

”Aina on aikaa, mutta aina siihen ei jaksaa käyttää niin paljon omia voimavaroja. --. Psykososiaalinen työote vaatii osaamista ja halun tehdä työtä sillä otteella.” (V11)

Näistäkin vastauksista, joissa mainitaan aika- ja/tai voimavararesurssien vähyys psykososiaalisen työn tekemisessä, on kuitenkin tulkittavissa, että psykososiaaliselle työlle pyritään kiireestä ja muista vastaavista tekijöistä huolimatta tekemään aikaa. Muutama vastaus kuvaa psykososiaalisen työn tekemisen olevan riippuvainen työntekijän persoonasta ja työn tekemisen tavasta. Se vaatii

sosiaalityöntekijältä paitsi osaamista, myös oman halun tehdä työtä kyseisellä otteella. Sosiaalityön kirjallisuudessakin on todettu psykososiaalisen työn olevan haastavaa ja vaativan työntekijältä monenlaista osaamista (ks. Raunio 2009; Kuusisto & Ranta 2020). Lähes kaikissa vastauksissa psykososiaalisen työn kerrotaan kuitenkin olevan työn olennainen perusta, minkä vuoksi sille on tehtävä aikaa:

”Se aika on otettava. Kuntoutumisen prosessi ei etene, jos tämä sivuutetaan.” (V5)

”On (aikaa). Minusta sen on oltava perustyöote sosiaalityössä. Toki perehtymisen syvyydelle työpaineet asettavat omat rajansa. Sairastaminen on aina bio-psyko-sosiaalista ja ilman sen tiedostamista potilaan tilanne ei hahmotu eikä potilaalle tule kokemusta kuulluksi tulemisesta.”

(V8)

Edellä mainitussa vastauksessa (V8) sanotaan sairastamisen olevan aina bio-psyko-sosiaalista, jolloin sairastamisen eri ulottuvuudet, fyysinen (biologinen), psyykinen ja sosiaalinen, täytyy ottaa huomioon potilasta kohdatessa ja autettaessa. Aineisto kokonaisuutena tuo esiin hyvin sen, että sairastumisessa on fyysisten oireiden ja muutosten lisäksi olemassa aina myös esimerkiksi sosiaalinen puoli. Potilaan sosiaalisia verkostoja ja niiden merkitystä esimerkiksi potilaan kuntoutumisessa tai kotona pärjäämisessä ei voi jättää huomiotta. Huomionarvoista on myös se, että yksi sosiaalityön eettinen periaate on ihmissuhteiden tärkeyden tunnustaminen (National Association of Social Workers 2008). Gail Auslander (2001, 211) on todennut biopsykososiaalisen mallin huomioivan sairauten ja sairastumiseen vaikuttavat ympäristölliset, fyysiset, psykologiset, sosiaaliset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Biopsykososiaalisen mallin mukaan epäsuhta ihmisen terveyden ja hänen elämäntilanteensa vaatimusten välillä luo hänelle toimintarajoitteita. Tämän epäsuhdan ja näiden toimintarajoitteiden minimoimiseksi ihmisen ympäristö- ja yksilötekijät täytyy huomioida terveydentilan rinnalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.) Ajattelen, että erityisesti vastauksissa mainittu potilaan sopeutumisen tukeminen osana psykososiaalista työtä sekä yleisesti sairaalassa tehtävä sosiaalityö ovat keskeisessä asemassa biopsykososiaalisen mallin toteuttamisessa. Potilaiden aito kohtaaminen, heidän elämäntilanteidensa ja tarpeidensa kokonaisvaltainen huomioiminen sekä heidän kuntoutumisensa ja itsenäisen selviytymisen tukeminen ovat avainasemassa biopsykososiaalisen mallin mukaisten toimintarajoitteiden minimoimisessa.

Christine Monterion ja kumppaneiden (2016, 200–201) artikkelissa nousee esiin myötätuntoisen hoidon (compassionate care, käänös P.O) käsite, joka tulee lähelle psykososiaalisen työn määritelmää. Myötätuntoinen hoito pyrkii ottamaan huomioon potilaan kokemusten emotionaaliset ja psykososiaaliset aspektit sekä potilaan tarpeen ihmissuhteisiin. Lyhyesti ilmaistuna se tarkoittaa potilaiden ja heidän perheidensä huolenaiheiden ja kärsimyksen tunnistamista ja toimia niiden lievittämiseksi. Se perustuu aktiiviseen kuuntelemiseen, empatiaan, kommunikaatioon ja ihmissuhdetaitoihin sekä potilaan tuntemiseen kokonaisvaltaisesti. (Monterio ym. 2016, 200–201, 203.) Myötätuntoisen hoidon käsitteenmäärittelyssä nousee esiin potilaiden ja heidän läheistensä kärsimyksen tunnistaminen ja sen lievittäminen. Kuviossa 2 (s. 33) olen nimennyt psykososiaalisen työn määritelmän yläkäsitteeksi termin *inhimillisen kärsimyksen vähentäminen*, joka on mielestäni olennainen osa psykososiaalisen työn määritelmää ja toisaalta myös yksi sen tavoitteista. Isommassa kuvassa psykososiaalisella työllä pyritään ennen kaikkea inhimillisen kärsimyksen vähentämiseen ja toisaalta psykososiaalinen työ itsessään on jo sitä.

5.3 Psykososiaalisen työn kirjaaminen

Kyselyyn vastanneet sosiaalityöntekijät kuvasivat psykososiaalisen työn kirjaamista vaihtelevasti: jotkut vastaukset psykososiaalisen työn kirjaamisesta ovat laajempia ja monitulkintaisempia, kun toisissa vastauksissa taas kerrotaan vain lyhyesti, että psykososiaalinen työ kirjataan silloin, kun sitä on tehty. Yli puolessa vastastauksista tulee esiin, että psykososiaalista työtä kirjataan ”epäsuorasti”, esimerkiksi elämäntilanteesta keskustelun kautta. Työtä kirjataan myös mahdollisten huolenaiheiden tai palvelutarpeiden kuvaamisen kautta. Osastojen tai vastualueiden välillä ei ollut juurikaan eroja siinä, miten paljon psykososiaalinen työ saa tilaa kirjauksissa.

Vastausten perusteella varsinaista ”psykososiaalinen työ” -nimikettä ei käytetä kirjauksissa juuri lainkaan tai sitä käytetään valikoiden. Joidenkin vastaajien kohdalla näin oli sovittu työryhmätasolla. Joissakin vastauksissa psykososiaalinen työ kuvataan lähinnä yläkäsitteeksi tai työotteeksi, jota ei itseisarvoisesti kirjata. Tämän voi nähdä esimerkiksi seuraavasta sitaatista:

”Teen pitkän tekstin, mutten nimenomaisesti käytä tuota nimikettä --. Katson, että psykososiaalinen työ on eräässä mielessä oman työni kannalta yläkäsite tai työote -- käytännössä kirjataan psykososiaalisen työn tulokset, mitä selvitettiin, miten päätettiin toimia, mitä suunniteltiin, mitä ohjausta annettiin --” (V2)

”Psykososiaalinen työ” -termin käyttämättömyys kirjauksissa voi johtua paitsi potilastietojärjestelmän osin rajallisista kirjaamismahdollisuuksista ja rakenteisen kirjaamisen ääriärsityksistä, mutta myös siitä, että psykososiaalinen työ on niin laaja ja monipuolinen käsite, josta eri työntekijöillä voi olla erilaisia käsityksiä ja määritelmiä. Tässä tutkimuksessa tosin sosiaalityöntekijät määrittivät psykososiaalisen työn hyvin yhteneväisesti, joten eri käsitykset psykososiaalisen työn sisällöstä eivät todennäköisesti juurikaan vaikuta sen kirjaamiseen. Vastauksista on tulkittavissa, että psykososiaalinen työ, sen tekeminen tai tekemättömyys, ei välttämättä ole potilaan hoidon kannalta olennaista tietoa. Sen sijaan psykososiaalisen työn tulokset tai ”lopputulema”, esimerkiksi jatkosuunnitelma, vaikuttaa vastausten perusteella olennaiselta kertoa kirjauksissa. Tästä toimivat esimerkkeinä seuraavat sitaatit:

”Monesti kirjaan, että keskusteltu potilaan elämäntilanteesta. Keskustellut asiat ovat monesti potilaille arkaluonteisia ja mikäli niillä ei ole hoidon kannalta olennaista merkitystä, niin kirjaan sisällön yleisluonteisesti. -- Mikäli keskustelluilla asioilla on vaikutusta hoitoon, niin sitten kirjaan tarkemmin.” (V1)

”Kirjaan sitä aina kun olen sitä tehnyt -- Kirjaan sen yleensä niin, että pääpiireissään näkyy, että olen tukenut kuntoutujia näissä asioissa. Yleensä en kirjaa tarkasti, koska keskustelut ovat laajoja/sensitiivisiä.” (V11)

Vaikka psykososiaalisen työn tekemistä itsessään ei välttämättä varsinaisesti kirjata näkyviin, psykososiaalisen työn ”tulokset” vaikuttavat kuitenkin vastausten perusteella olennaisemmilta asioilta. Tästä voidaan tulkita, että se, miten esimerkiksi potilaan kuntoutus jatkuu tulevaisuudessa, on potilaan hoidon kannalta olennaisempaa tietoa. Psykososiaalisen työn kirjaamiseen liittyen vastauksissa mainitaan myös annettu ohjaus ja neuvonta sekä tärkeimmät keskustelunaiheet ja potilaan oma pohdinta pärjäämisestään. Vastausten perusteella keskustelut potilaan kanssa kirjataan lähinnä yleisluonteisesti ja melko tiiviisti. Yhdessä vastauksessa on kuvattu muita tarkemmin potilaan läheisten tapaamisen, tuki- ja perhekäyntien, kirjaaminen. Kahdessa vastauksessa kerrotaan myös tarkemmin potilastietojärjestelmän näkymät ja koodit, joiden alle työntekijät kirjaavat tekemäänsä psykososiaalista työtä. Isossa osassa vastauksia tulee esiin, että psykososiaalista työtä kirjataan epäsuorasti, kuten esimerkiksi seuraavassa otteessa:

”Se (psykososiaalinen työ) sisältyy kirjaukseen asiakkaan elämäntilanteesta. --”(V9)

Mielenkiintoista on se, kuinka psykososiaalinen työ vastausten perusteella tiivistetään ja naamioidaan kirjauksissa esimerkiksi elämäntilanteesta keskustelemiseksi. Yksinkertaisten ja yleiskielisten sanojen ja käsitteiden käyttäminen varmistaa parhaiten sen, että mahdollisimman moni muu kirjauksia lukeva yhteistyötaho ymmärtää, mitä potilaan kanssa on hoitojakson aikana tehty ja esimerkiksi väärinymmärryksen riski pienenee. Tiivis kirjaaminen myös säästää sekä kirjaajan itsensä että kirjauksia lukevan henkilön aikaa.

Viisi vastausta 14:sta toi esiin, että sairaalan sosiaalityössä tehtyä psykososiaalista työtä kirjataan vain niukasti tai ei lainkaan. Kirjausten kerrottiin jäävän usein tehtäväkeskeisiksi ja niukoiksi sen vuoksi, että kirjaamiselle on vain vähän aikaa ja kaikki potilaan hoidon kannalta olennainen tieto tulee mahtua kirjauksiin:

”(Kirjaan) valitettavan niukasti. Oma kirjaukseni jää usein tehtävä-/suorituskeskeiseksi. Johtuu osin siitä, että ei ole aikaa pitkien kirjauksien kirjaamiseen, pitää kirjata keskeisimmät asiat selkeästi.”

(V5)

”(Kirjaan) huonosti tai en ollenkaan. Jos on ollut pitkä keskustelu, niin tekstissä saattaa näkyä, että keskusteltu pitkään tilanteesta tai vain keskusteltu tilanteesta.” (V7)

Kirjaamiseen liittyvät aika- ja voimavararesurssit sekä toisaalta potilastietojärjestelmän rajoitteet ovat siis läsnä niin kirjaamisessa ylipäänsä kuin myös psykososiaalisen työn kirjaamisessa. Tehtyä psykososiaalista työtä ei välttämättä nähdä hoidon kannalta olennaiseksi, konkreettiseksi tiedoksi, jolloin sitä ei kirjata. Mikäli potilaan kanssa keskustelluilla asioilla on vaikutusta hoitoon, keskustelun sisältöä voidaan kirjata tarkemmin; muutoin keskustelun sisältö kirjataan yleisluontoisesti. Kuten olen jo aiemmin tässä tutkielmassa todennut, potilastietojärjestelmään kirjatut merkinnät näkyvät useille eri yhteistyötahoille, mikä tuo omat haasteensa ja rajoituksensa kirjaamiseen salassapitovelvollisuuden ja potilaan yksityisyydensuojan kautta. Nämä haasteet ja rajoitteet koskevat paitsi yleisen tason kirjaamista, myös psykososiaalisen työn kirjaamista. Vähäistä psykososiaalisen työn kirjaamista tai sen kokonaan kirjaamatta jättämistä on perusteltu vastauksissa esimerkiksi seuraavalla tavalla:

”Psykososiaalinen työ ei taida saada kovinkaan paljon tilaa kirjauksissani. Jo maininta ”keskusteltu potilaan elämäntilanteesta” voi tarkoittaa, että potilaan kanssa on puhuttu pitkäänkin ja kuunneltu ehkä hyvinkin vaikeita asioita potilaan ja perheensä, lähipiirinsä tilanteesta. Mutta,

kun kirjauksen tavoitteena on keskittyä lääketieteellisen hoidon kannalta olennaisiin asioihin, niin sen perusteella ei useinkaan ole tarpeen eikä potilaan kannalta oikeinkaan (salassapitovelvollisuus) lähteä potilaskertomuskirjauksessa avaamaan keskustelun sisältöä sen tarkemmin. Toisinaan on tietysti hoidon kannalta oleellista laittaa kirjaukseen maininta potilaan elämäntilannetta kuormittavasta asiasta, jotta se voidaan ottaa huomioon esim. potilaan hoitoa suunniteltaessa.”

(V6)

Yllä näkyvä vastaus (V6) tuo hyvin esiin sen, että sairaalan sosiaalityöntekijöiden tekemä kokonaisvaltainen psykososiaalinen työ saattaa jäädä etenkin muille sairaalassa työskenteleville työntekijöille näkymättömäksi: psykososiaalista työtä on saatettu tehdä paljon ja monipuolisesti, mutta sitä ei kirjata, tai se kirjataan esimerkiksi ”vain” puheluksi. Erityisesti tämä vastaus saa pohtimaan sosiaalityön selontekovelvollisuutta ja sen merkitystä. Kuten olen aiemmin tässä tutkielmassa todennut, kyselyyn vastanneet sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat kyllä tekemäänsä sosiaalityötä, mutta eivät useinkaan nimenomaan tekemäänsä psykososiaalista työtä, tai ainakaan he eivät käytä psykososiaalisen työn käsitettä kirjauksissa. Tehty psykososiaalinen työ saattaa kuitenkin olla hyvinkin merkittävä tekijä potilaan kuntoutumisen kannalta, minkä vuoksi sen tarkempi kirjaaminen voisi olla perusteltua tiedon eteenpäin välittämisen kannalta.

Kysymykseen siitä, mikä mahdollisesti estää psykososiaalisen työn kirjaamista, tuli melko paljon yhteneväisiä vastauksia. Psykososiaalisen työn kirjaamisen esteiksi tai haasteiksi nimettiin vastauksissa hyvin samankaltaisia asioita, kuin kirjaamiseen yleisestikin: vastauksissa nousee esiin muun muassa potilasasiakirjojen sisältämien tietojen näkyvyys laajasti sekä kirjaamiseen käytettävän ajan niukkuus. Kirjausten näkyminen laajasti eri ammattiryhmien edustajille tulee selkeästi esiin neljässä vastauksessa. Sairaalan sosiaalityöntekijät joutuvat pohtimaan, mitä kaikkea luottamuksellista ja yksityistä tietoa he tallentavat ja jakavat eteenpäin; toisaalta heillä on oikeus saada tietoja asiakkaasta tai potilaasta. Koska potilas voi itse myöhemmin tarkistaa hänestä tehdyt kirjaukset, pyrkivät sosiaalityöntekijät kirjaamaan tapaamisten sisällöt niin, ettei potilaille tai heille itselleen koidu niistä myöhemmin ongelmia. Edellä kuvattuja tulkintoja psykososiaalisen työn kirjaamisen esteistä ja haasteista havainnollistavat esimerkiksi seuraavat otteet:

”Kirjauksien näkyvyys laajasti. Joskus on ollut myös tilanteita liittyen potilaan ja läheisten keskinäisiin suhteisiin, että esim. omainen hoitaessa potilaan pankkiasioita hän periaatteessa pääsisi myös terveydenhuollon kirjaukset näkemään. Tästä voisi olla potilaalle myöhemmin hankaluutta.” (V1)

”Se, että tieto jää pysyväksi tiedoksi potilastietojärjestelmään. Pysin kirjaamaan harkinnalla niin, että kirjauksistani ei myöhemmin koidu harmia.” (V9)

Muutamassa vastauksessa korostetaan potilasnäkökulmaa ja potilaan mahdollista toivetta siitä, ettei kaikkia hänen asioitaan kirjattaisi näkyviin. Parissa vastauksessa pohdittiin myös kirjausten vaikutusta asiakassuhteeseen ja potilaan ja sosiaalityöntekijän väliseen luottamukseen. Tämä on huomionarvoista, koska kaikki vastaajat toivat psykososiaalisen työn määrittelyissään esiin sen, että psykososiaalisen työn tai keskustelun sisällöt ovat usein arkaluontoisia ja herkkiä. Sensitiivisyys on siis läsnä sekä potilaan kohtaamisessa että potilastapaamisessa käsiteltyjen asioiden kirjaamisessa. Potilaan toiveiden huomioiminen sekä pohdinta kirjausten vaikutuksesta asiakas-työntekijä-suhteeseen tulevat esiin esimerkiksi seuraavissa sitaateissa:

”Suurimmat esteet itsessä. --. Välillä ajattelen myös, ettei potilas toivo kovin yksityiskohtaista kirjausta kipeistä asioistaan, jotka ovat nousseet esiin. Pidän myös arvokkaana tiivistä tekstiä, enkä ajattele, että psykososiaalisten keskustelujen sisältöjen kirjaamisesta olisi moniammatillisesti kovin paljon hyötyä.--” (V8)

”Joskus on hankalaa päättää minne asian kirjaisi tai kehtaako asian kirjata potilasjärjestelmään -- ja kuinka kirjaus vaikuttaa esim. seuraavaan käyntiin.” (V12)

Yli puolessa vastauksista mainitaan psykososiaalisen työn kirjaamisen esteeksi kirjaamisen ytimekkyys ja kirjaamiskäytännöt. Useissa vastauksissa tulee esiin myös moniammatillinen näkökulma ja ajatus siitä, että muut terveydenhuollossa työskentelevät työntekijät arvostavat lyhyitä ja konkreettisia kirjauksia. Lyhyet kirjaukset, jotka kertovat nopeasti ja helposti tarvittavat tiedot, ovat hyödyllisimpiä moniammatillisen yhteistyön kannalta, mikä tulee esiin esimerkiksi seuraavassa vastauksessa:

”-- kirjauksella tavoitellaan sitä, että muulle hoitohenkilökunnalle tulee tietoon esim. -- että miten potilaan etuusasiat ovat ja/tai palvelut on järjestetty. -- Itsellä on myös ajatus, että muut potilaan kanssa työskentelevät eivät jaksakaan lukea pitkiä sepustuksia vaan arvostavat ytimekkyyttä ja selkeyttä. Psykososiaalinen työ on kuitenkin oleellinen osa terveydenhuollon sosiaalityötä eikä sen mittarina voi pitää potilaskertomuskirjauksia -- psykososiaalisen työn näkymättömyys kirjaamisessa ei vähennä sen arvoa!” (V6)

Kuten edellä kuvatussa vastauksessa (V6) on todettu, se, että psykososiaalinen työ ei näy kirjauksissa, ei tarkoita, etteikö sitä todellisuudessa olisi tehty. Psykososiaalinen työ on tärkeä ja arvokas osa terveydenhuollon sosiaalityötä, vaikka se ei tulisi esiin kirjauksissa. Psykososiaalisen työn kirjaamisen esteenä mainitaan joissakin vastauksissa työn luonne ja kiire. Kuten olen jo aiemmin todennut, psykososiaalinen työ on laaja ja moniulotteinen käsite, eikä sen auki kirjaaminen ole helppoa, vaikka kirjaamiseen olisi muutoin aikaa ja tilaa. Tämä tulee esiin myös alla näkyvässä vastauksessa (V11):

”Kiire, vaikka se on huono tekosyy. Ei ehdi kirjata kaikkea tai asiat joita on käsitelty ovat huonosti kirjattavissa.” (V11)

Kaksi vastaajista kertoo, ettei psykososiaalisen työn kirjaamiselle ole lainkaan esteitä, mikä on mielenkiintoinen havainto. Toinen näistä vastaajista ei avaa vastaustaan enempää, kun taas toinen kertoo, että hänen työnsä luonteeseen kuuluu potilaan elämäntilanteen laaja kartoitus, joka tulee kirjata ja jonka hän laskee psykososiaalisen työn kirjaamiseksi. Kysyttäessä, miten itse potilastietojärjestelmä mahdollistaa psykososiaalisen työn kirjaamisen, lähes kaikissa vastauksissa kerrotaan, että psykososiaalisen työn kirjaaminen on teknisesti mahdollista. Vastausten mukaan potilastietojärjestelmä tarjoaa useampiakin otsikoita, joiden alle psykososiaalista työtä voisi periaatteessa kirjata, ja se mahdollistaa myös vapaamuotoisemman kirjaamisen. Tästä voidaan päätellä, että syyt psykososiaalisen työn kirjaamatta jättämiseen ovat muualla kuin itse potilastietojärjestelmässä.

Psykososiaalisen työn kirjaamista edistäisi vastausten mukaan se, että kirjaamiselle olisi enemmän aikaa työssä. Myös yhteinen keskustelu kirjaamiseen liittyen sekä yhteisesti sovitut käytännöt kirjaamisen laadun ja sisältöjen suhteen edistäisivät vastausten perusteella psykososiaalisen työn kirjaamista. Kirjaamista edistäisi vastausten mukaan myös se, että sosiaalityöntekijät olisivat itse tietoisia siitä, mitä psykososiaalinen työ käytännössä on.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimukseni tarkoituksena oli tarkastella, mitä tietoja ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat potilasasiakirjoihin. Lisäksi halusin selvittää, miten sairaalan sosiaalityöntekijät määrittelevät psykososiaalisen työn ja miten he kirjaavat tekemäänsä psykososiaalista työtä. Vaikka yleisen tason dokumentointi ja psykososiaalisen työn dokumentointi ovat melko päällekkäisiä aiheita, koin silti mielenkiintoiseksi tarkastella niitä rinnakkain, koska sairaalassa tehtävän sosiaalityön ja kunnallisen sosiaalityön dokumentointi eroavat toisistaan niin sisällöllisesti, kirjaamiskäytännöiltään kuin tietojärjestelmätasollakin. Kirjaamiskäytännöt ja -ympäristöt vaikuttavat paitsi yleisen tason kirjaamiseen, myös psykososiaalisen työn kirjaamiseen, minkä vuoksi halusin tarkastella näitä molempia.

Yleisellä tasolla tutkimani sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat työssään tiivistetysti, keskittyen potilaan kokonaiselämäntilanteen, tehdyn työn sekä hoidon kannalta olennaisen tiedon kirjaamiseen. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että tutkimani sairaalan sosiaalityöntekijät dokumentoivat tarkoituksenmukaisesti tekemäänsä työtä esimerkiksi erilaisin arvioin ja suunnitelmin. Tulokset osoittavat, että tutkimani sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat sekä rakenteisesti että vapaampaa kirjaamistapaa hyödyntäen ja näitä kirjaamismuotoja yhdistellen. Valmiita otsikoita ja koodeja käytetään harkiten ja säästeliäästi. Jotkut sosiaalityöntekijät ovat kehittäneet omia kirjaamisrakenteita ja -tyylejä. Joidenkin vastausten perusteella rakenteisen kirjaamisen ohella tai sen ”sisällä” kirjataan vapaamuotoisia kuvauksia, eli rakenteista ja vapaampaa kirjaamistapaa yhdistellään. Osa sosiaalityöntekijöistä vaikuttaisi suosivan rakenteista kirjaamista, koska siihen on ohjeistettu organisaatiotasolla ja koska sitä tulisi käyttää lainsäädännöllisin perustein. Tuloksista voi tulkita, että sosiaalityöntekijät tiedostavat, että rakenteiseen kirjaamistapaan pitäisi pääsääntöisesti pyrkiä, mutta siihen perehtymiseen tai sen lopulliseen hyödyntämiseen ei välttämättä ole aikaa tai jaksamista. Rakenteet ja otsikot eivät myöskään välttämättä vastaa sosiaalityöntekijöiden kirjaamistarpeita. Toisaalta yhteisesti sovitut, kaikkien työntekijöiden yhteisesti jakamat kirjaamistavat ja -käytännöt muun muassa helpottavat seuraavan potilaan asioita hoitavan työntekijän työtä ja olennaisen tiedon löytymistä. Lisäksi ne selkeyttävät ja jakavat työtä otsikoihin ja rytmittävät kirjaamista. Tutkimukseni perusteella sairaalan sosiaalityöntekijöiden kohdalla kirjausten tekemiseen ja niiden laajuuteen vaikuttavat ennen kaikkea yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt ja kirjaamiseen käytettävissä oleva aika tai sen puute sekä kirjausten näkyvyys muille mahdollisille yhteistyötahoille.

Tuloksista on tulkittavissa, että sairaalassa tehtävän sosiaalityön näkökulmasta olennaisempi tieto on usein moniulotteista ja vaikeasti tiivistettävää; sen sijaan hoidon kannalta olennainen tieto pitäisi saada kirjattua mahdollisimman lyhyesti ja selkeästi. Sähköisten tietojärjestelmien kehittyminen sekä lisääntyneet selontekovelvollisuuden vaatimukset voivat vaikuttaa sosiaalityön tiedon luonteeseen, jolloin tieto muuttuu ja siitä tulee helpommin säilöttävää, siirrettävää ja muokattavaa informaatiota (ks. esim. Parton 2008, 254). Sosiaalityöntekijät joutuvat tekemään harkintaa siinä, mitkä tiedot he laskevat olennaisiksi kirjata ja mitkä eivät. Sosiaalityön kannalta olennaisempi tieto, kuten esimerkiksi se, että potilaalle on annettu psykososiaalista tukea, muokkautuu ja tiivistyy potilastietojärjestelmään kirjattaessa esimerkiksi ”keskusteluksi tilanteesta”. (Potilas)asiakirjat ovat siis vahvasti muokattuja, tiivistettyjä ja valikoituja versioita siitä, mitä tietyssä tilanteessa todellisuudessa tapahtui tai mitä siinä koettiin (Taylor 2008, 39; Günther 2012). Virallinen, asiakas- tai potilastietojärjestelmään kirjattu tieto on vain osa sosiaalityön tietoa eikä kaikkea tietoa ole mahdollista tallentaa järjestelmiin (ks. Huuskonen ym. 2010, 651).

Kuten olen jo luvussa kolme tuonut esiin, ”psykososiaalinen” ja ”psykososiaalinen työ” ovat moninaisia ja vaikeasti määriteltäviä käsitteitä. Joissakin psykososiaalisen työn määrittelyä koskevissa kyselyvastauksissa nousi esiin, että tehdäkseen psykososiaalista työtä, sosiaalityöntekijän tulee itse ymmärtää, mitä se pitää sisällään ja mikä sen merkitys on. Tutkimukseni perusteella sairaalan sosiaalityöntekijät tietävät, mitä psykososiaalinen työ on ja he määrittelevät sen hyvin yhtäläisesti. Kyselyvastauksissaan sosiaalityöntekijät kuvaavat psykososiaalista työtä hyvin samankaltaisesti kuin sitä jäsentävissä aiemmissa tutkimuksissa. Psykososiaalinen työ on kyselyvastausten perusteella yksinkertaistettuna potilaan kohtaamista ja dialogia, terapeutista tukemista, kokonaistilanteen huomioimista sekä konkreettista auttamista. Kyselyyn vastanneet sosiaalityöntekijät hallitsevat paitsi sosiaalityöhön kuuluvan perustyön ja siihen liittyvät tiedot, kuten esimerkiksi sosiaalipalveluihin ja etuuksiin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan, myös terapeuttisemmän tavan tehdä työtä. Kuten Toikko (1997) on todennut, psykososiaalinen työ on yksinkertaistettuna psykologisen ja sosiaalitieteellisen tiedon yhdistämistä. Psykososiaalisen työn muut tunnusmerkit, kuten terapeutisuus ja dialogisuus sekä asiakkaan henkinen tukeminen ja voimaannuttaminen (ks. Sipilä 1989; Toikko 1997; Mönkkönen 2007; Arajärvi ym. 2020) nousevat vahvasti esiin sosiaalityöntekijöiden määrittelyissä. Yksilöllinen huomioiminen, tapauskohtaisuus ja holistinen näkökulma asiakkaan elämäntilanteeseen ovat myös esillä vastauksissa (Ks. Bernler 1987; Raunio 2009). Vastauksista on tulkittavissa, että psykososiaalisen työn tavoitteena on potilaan kokonaisselviytymisen ja elämönhallinnan vahvistaminen, jotka esiintyvät myös psykososiaalisen työn määritelmässä (ks. esim. Linden 1999; Raunio 2009; Grönfors 2012).

Sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat psykososiaalista työtä tutkimukseni perusteella vaihtelevasti. Useissa vastauksissa kuitenkin painotetaan, että psykososiaalisen työn kirjaamattomuus ei tarkoita, etteikö sitä olisi tehty: psykososiaalista työtä tehdään paljonkin, mutta se kirjataan lyhyesti ja ytimekkäästi tai ei välttämättä lainkaan. Tämä johtuu vastausten perusteella pitkälti siitä, että psykososiaalinen työ on niin laaja ja monipuolinen käsite, että sen sanoittaminen ja tiivistäminen kirjauksiin on haastavaa. Eri työntekijöillä voi myös olla poikkeavat käsitykset siitä, mitä psykososiaalinen työ pitää sisällään, vaikka tässä tutkimuksessa vastaajat ovatkin määritelleet psykososiaalisen työn hyvin samankaltaisesti. Tehdyn psykososiaalisen työn kirjaamisessa tai kirjaamatta jättämisessä sosiaalityöntekijät saattavat joutua vielä enemmän pohtimaan sitä, mikä on olennaista tietoa ja mikä ei. Yhdessä vastauksessa (V1, s. 39) tulee hyvin esiin, että joissakin tilanteissa psykososiaalista työtä on tehtävä senkin vuoksi, ettei ole saatavilla psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja. Tällöin psykososiaalisen työn kirjaamisen voisi ajatella olevan olennaista tietoa, mutta harkinta siitä, onko tieto olennaista, jää sosiaalityöntekijälle.

Terapeuttisuus tulee aineistossani esiin osana sairaalan sosiaalityöntekijöiden jokapäiväistä työtä ja se liittyykin vahvasti sekä psykososiaaliseen työhön että terveystieteelliseen työhön. Leinosen (2020, 70) mukaan terapeuttisuus on asiakkaan empaattista tukemista, joka huomioi tämän ”psykkis-fyysis-sosiaalisen tilan” sekä kokonaisvaltaisen tilanteen osana asiakkaan sosiaalista todellisuutta. Tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn aktivoituminen. (emt.) Terapeuttisuus liitetään usein lähinnä mielenterveystyöhön kuuluvaksi. Leinosen (2018, 135) esiin nostama näkökulma sekä tutkimustulokseni mahdollistavat kuitenkin mielestäni terapeuttisen asiantuntijuuden laajentamisen kuulumaan myös osaksi sairaalassa tehtävää sosiaalityötä. Terapeuttinen asiantuntijuus sosiaalityössä näkyy arkielämän viitekehyksessä sellaisena erityisosaamisena, joka luo edellytyksiä potilaan kokonaisvaltaiselle kuntoutumiselle ja lisää tämän hyvinvointia (Leinonen 2018, 135). Aineistosta saamieni tulosten perusteella voidaan todeta, että tutkimani sairaalan sosiaalityöntekijät tarkastelevat potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja huomioivat kuntoutumiseen vaikuttavat ja sitä edistävät tekijät sekä potilaan hyvinvoinnin eri osa-alueet jokapäiväisessä työssään. Sosiaalityöntekijät tekevät siis terapeuttista auttamistyötä psykososiaalisella otteella (ks. Kaplan 1963, Leinosen 2020 muk.). On perusteltua nähdä terapeuttisuus myös muuhun kuin mielenterveys- ja/tai päihdetyöhön kuuluvana sosiaalityön osaamisena ja osa-alueena. Sosiaalityö ja erityisesti psykososiaalinen työ vaativat tekijältään usein paljon terapeuttisia ja vuorovaikutuksellisia kykyjä ja taitoja, jotka ovat tärkeitä myös varsinaisessa terapiatyössä (ks. Healy 2014, 67–68; Leppälahti 2014, 47; Sudbery 2002, 149).

Kirjaamista koskevissa vastauksissa osa sosiaalityöntekijöistä antoi tiedoksi potilastietojärjestelmässä olevia valmiita koodeja tai otsikoita, joiden alle he kirjaavat tiettyjä tietoja potilaista. Sosiaalityön käytännöissä syntyvä tieto, käsitteet ja ilmiöt ovat usein moniulotteisia ja vaikeasti sanallistettavia – kuten esimerkiksi psykososiaalinen työ – mikä saattaa olla ristiriidassa asiakastietojärjestelmien asettamien standardien, vaatimusten ja ohjeiden kanssa (ks. Parton 2008). Tämä työn vaikeasti sanallistettavuus nousi esiin myös aineistossani. Erityisesti rakenteiseen kirjaamiseen liittyen voidaan pohtia, onko sairaalassa tehtyä sosiaalityötä tai psykososiaalista työtä mahdollista kirjata riittävästi ja tarkoituksenmukaisesti erilaisin koodein tai pelkästään lyhyesti tiettyjen teemojen ja otsikoiden alle (ks. esim. Saario & Hämäläinen 2007, 154, 156). Ennalta määritellyt kirjaamista ohjaavat koodit sisältävät paitsi tiedollista valtaa. Lisäksi ne saattavat esimerkiksi jättää pois asiakkaaseen ja tämän tilanteeseen liittyvää tärkeää tietoa ja toisaalta poistaa mahdollisuuden tilannekohtaisten tulkintojen tekemiseen (Regan 2003, 106; Shaw ym. 2009, 623). Tiivistämistä vaativa kirjaamistapa saattaa myös piilottaa sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalityön ammatin ”persoonalliset puolet” (Hall ym. 2006, 106). Tulosten perusteella voidaan sanoa, että tämä kritiikki ei täysin päde; tutkimani sairaalan sosiaalityöntekijät osaavat hyödyntää potilastietojärjestelmää luovasti niin, että kirjaukset eivät jää pelkkien koodien tai valmiiden otsikoiden varaan. Kuten Eileen Munro (2005) on todennutkin, organisaatioiden välisessä tiedon vaihdossa keskeisintä on työntekijöiden kyky olennaisen tiedon keräämiseen, sen tulkitsemiseen sekä kommunikoimiseen eteenpäin; eivät niinkään tiedon vaihtoon liittyvät tekniset välineet ja mahdollisuudet. Tietojärjestelmien tekninen toimivuus ei tiedon vaihdon näkökulmasta yksinään riitä, koska tietojärjestelmä itsessään ei tee mitään näkyväksi, vaan sosiaalityöntekijät (Räsänen 2014, 73).

Rakenteinen kirjaaminen ei siis välttämättä ole negatiivinen asia: osasta kyselyvastauksistani on tulkittavissa, että selkeä ja tietyt raamit sisältävä kirjaaminen nähdään positiivisessa valossa. Tietyt kirjaamiselle annetut raamit antavat ”luvan” kirjata lyhyemmin ja ytimekkäämmin, jolloin kirjaaminen ei välttämättä vie niin paljon sosiaalityöntekijän aikaa tämän jokapäiväisessä työssä. Kuten Kirsi Juhilakin (2006, 245) on todennut, erilaiset luokittelut ja standardit tuovat sosiaalityöhön yhteisiä pelisääntöjä, toiminnan kriteereitä ja työvälineitä. Toisaalta rakenteisen kirjaamisen säännönmukaisuuksien oppiminen vaatii perehtymistä, ja pohdinta siitä, mitä tietoja kirjataan minkäkin otsikon tai koodin alle, voi tuottaa lisähaastetta ja -kuormitusta kirjauksia tekeväälle sosiaalityöntekijälle. Voidaankin siis kysyä, kuinka hyvin potilastietojärjestelmä palvelee sairaalassa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden tai vastaavasti potilaiden tarpeita. Toisaalta näissä pohdinnoissa on huomioitava ja hyväksyttävä se, että terveydenhuollossa olennaisin tieto liittyy

potilaiden terveydentilaan ja siten potilastietojärjestelmän on palveltava ensisijaisesti terveydenhuollon tarpeita. Virallisten asiakirjojen sisältämät kirjaukset voivat kuitenkin toimia kokonaisvaltaisen psykososiaalisen tuen välineinä muun muassa vahvistaen potilaan identiteetin rakentumista (esim. Lehmuskoski 2017, 417–419). Ne voivat siis olla osa parantumisen prosessia, eikä näin ollen ole yhdentekevää, miten ja millaisia kirjauksia sairaalan sosiaalityöstä tehdään.

Sähköisten asiakastietojärjestelmien käyttöönoton myötä selontekovelvollisuus on tullut aiempaa näkyvämmäksi ja tehdyn työn seuranta on lisääntynyt (Günther 2015, 40). Vaikka tietojärjestelmien käytöllä tavoitellaan hyödyllisiä asioita, kuten esimerkiksi toiminnan vaikuttavuutta ja seurattavuutta, saattaa se samaan aikaan luoda moninaisia ja keskenään ristiriitaisia vaikutuksia käytännön työhön, kun käytäntö täytyy sovittaa tietojärjestelmän asettamiin ”kehyksiin”. Tietojärjestelmät esimerkiksi lisäävät suoritusten määrällistä arviointia sekä muokkaavat käsityksiä siitä, millainen työ on ”hyvää työtä”. (ks. Saario & Stepney 2009.) Luulen, että psykososiaalisen työn tarpeellisuutta ja ”hyödyllisyyttä” tuskin kukaan terveydenhuollossa työskentelevä haluaa varsinaisesti kyseenalaistaa, mutta sen näkymättömyys kirjauksissa voi – ainakin sitä vähemmän ymmärtäville – luoda kuvaa, ettei psykososiaalista työtä tehdä tai ettei se ole tarpeeksi ”hyvää työtä” kirjattavaksi näkyviin. Asiakastyön prosessien huolellinen dokumentointi on tärkeää työn läpinäkyvyyden, vaikuttavuuden seuraamisen sekä toisaalta myös sosiaalityön käytäntöjen kehittämisen kannalta (ks. Banks 2004, 151). Selontekovelvollisuuden korostamisen positiivisina puolina voidaan pitää myös muun muassa sitä, että palvelujen laatua ja sisältöä voidaan tarkkailla ja parantaa. (Banks 2004, 158–160.) Sairaalan sosiaalityössä asiakkuudet ovat usein lyhyitä, eikä toiminnan tuloksia pystytä välttämättä samalla tavoin seuraamaan kuin jossakin muussa sosiaalityön toimintaympäristössä; toisaalta tavoiteltavat tulokset voidaan määritellä hyvin eri tavoin ja erilaisten intressien ohjaamana. Jos sairaalan sosiaalityötä koskevat kirjaukset ovat niukkoja, saattaa osoittautua haastavaksi tehdä niiden pohjalta johtopäätöksiä palvelun sisällöstä, laadusta ja sen tuloksista. Toisaalta sairaalan sosiaalityö ei toimi tyhjiössä, eikä sen oleteta yksin saavan aikaan mullistavia muutoksia potilaan elämässä tai terveydentilassa.

Terveydenhuollon kontekstissa, sosiaalityön ollessa oma erityisalansa, sen täytyy perustella oma olemassaolonsa ja tehdä omaa merkitystään näkyväksi esimerkiksi selontekojen antamisen kautta. Ammatillisen itsemäärittelyn prosessista on tullut pysyvä osa työtä (ks. Beddoe 2011, 25). Kuten Kirsi Juhila (2009, 299) on todennut, selontekojen antamiseen tuo kuitenkin omat haasteensa esimerkiksi erilaiset salassapitosäädökset, joiden vuoksi annetut selonteot jäävät usein puutteellisiksi. Salassapitosäädöksiin liittyvät haasteet ja rajoitteet kirjaamiseen liittyen tulevat esiin myös

aineistossani. Terveyssozialityöntekijät työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon leikkauspisteessä, jossa heidän tulisi saada vakuutettua terveydenhuollon muut toimijat sosiaalityön tarpeellisuudesta hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuudessa (ks. Leinonen 2020, 44–45). Terveys­huollon kontekstissa sosiaalityöntekijöiden voi olla vaikeampi tehdä kirjaamisen kautta omaa työtään näkyväksi, koska potilastietojärjestelmään kirjaamiseen liittyy rajoitteita. Toisaalta kyselyni perusteella suurin osa vastanneista sosiaalityöntekijöistä kokee, että heidän käyttämänsä potilastietojärjestelmä mahdollistaa kohtalaisesti tai hyvin myös laajempien teemojen, kuten psykososiaalisen työn, kirjaamisen. Kirjaamiseen tai kirjaamattomuuteen näyttäisi tutkimukseni perusteella vaikuttavan enemmän muut syyt kuin itse potilastietojärjestelmään liittyvät puutteet tai rajoitteet, esimerkiksi kirjaamiseen käytettävissä oleva aika ja yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt. Näitä syitä olisi mielestäni hyvä pohtia enemmänkin, koska asiakastyön dokumentoinnilla on merkitystä myös sen kannalta, miten sosiaalityö hahmotetaan terveydenhuollon toimintaympäristössä.

Tämän tutkielman tekeminen on ollut pitkä prosessi, johon on mahtunut monia käänteitä. Alkuperäisen suunnitelmani mukaan aineistonani piti toimia potilasasiakirjat ja niiden SOS-lehden sisällöt. Vuoden 2020 keväällä ja kesällä vallinnut koronatilanne kuitenkin aiheutti suuren epävarmuuden aineiston saatavuuden ja siihen käsiksi pääsemisen suhteen, joten aineistonkeruutapa vaihtui kyselylomakkeeksi. Kysely sai lopulta kiitosta siitä, että se herätti sosiaalityöntekijöitä pohtimaan omia kirjaamiskäytäntöjään ja -tottumuksiaan ja olin myös itse todella tyytyväinen kyselyn avulla saamiini tuloksiin. Potilasasiakirjatekstien analysointi olisi ollut todella mielenkiintoista ja se olisi varmasti tarjonnut erilaisen aineiston verrattuna kyselylomakkeella saatuun aineistoon. Se olisi varmasti myös opettanut minulle vielä paljon enemmän siitä, mitä ja miten sairaalan sosiaalityöntekijät kirjauksiaan tekevät. Pidin kuitenkin tärkeänä ja mielenkiintoisena kartoittaa nimenomaan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä psykososiaalisesta työstä ja kirjaamisesta ja näin saada heidän ääntään kuuluviin. Jatkossa olisi tosin mielenkiintoista tutkia psykososiaalista työtä tai sairaalan sosiaalityöntekijöiden kirjaamiskäytäntöjä esimerkiksi potilasasiakirjojen sisältöjä analysoimalla. Toisaalta olisi myös mielenkiintoista kartoittaa potilaiden kokemuksia sairaalan sosiaalityöstä ja heidän mahdollisesti siitä saamistaan hyödyistä esimerkiksi haastatteluin. Kiinnostavia tutkimusteemoja olisivat myös sosiaalityön asiantuntijuuteen, ammatilliseen autonomiaan (ks. Banks 2004, 155), ammatilliseen identiteettiin ja erityistyöntekijyyteen terveydenhuollon moniammatillisessa toimintaympäristössä liittyvät kysymykset, joita kuitenkin on jo jonkin verran tutkittu myös aiemmin (ks. esim. Pylväs 2003; Selkee 2015; Vallinen 2018; Leinonen 2020).

Tutkimukseni valottaa hieman sitä, miten sairaalan sosiaalityöntekijät kirjaavat tekemäänsä sosiaalityötä sekä miten he määrittelevät psykososiaalisen työn ja kirjaavat sitä. Tutkimustulokseni voivat saada sairaalassa työskentelevät sosiaalityöntekijät pohtimaan tekemäänsä työtä ja sen kirjaamista sekä psykososiaalisen työn toteutumista ja sen dokumentointia työssään. Sosiaalityön opetuksen kannalta on mielestäni hyödyllistä ja tarpeellista nostaa esiin psykososiaalisen työn sisältöjä ja merkityksiä paitsi terveydenhuollossa myös muilla työkentillä tehtävälle sosiaalityölle. Toivon, että kun terveydenhuollon sosiaalityötä lähestytään yhä useammassa tutkimuksessa eri näkökulmista, se saa uudenlaista painoarvoa tullakseen paremmin esille myös sosiaalityön opinnoissa. Psykososiaalinen työ taas on laaja ja monitulkintainen käsite, joka saattaa jäädä sosiaalityön teksteissä näkymättömiin, mutta jonka arvo käytännön sosiaalityössä ja asiakaskohtaamisissa on kuitenkin suuri. Myös kirjaamisen ja selontekovelvollisuuden merkitys sosiaalityön käytännöissä ovat mielestäni tärkeitä teemoja, joita pitäisi nostaa nykyistä enemmän esille jo sosiaalityön opintojen aikana. Sekä terveydenhuollon sosiaalityö että psykososiaalinen työ ovat kumpikin aihealueita, jotka oman näkemykseni mukaan ovat liian vähäisen huomion kohteena sosiaalityön opinnoissa. Tutkimukseni nostaa esiin tarpeen tutkia lisää sosiaalityön selontekovelvollisuuden ja sen myötä lisääntyneen dokumentoinnin vaatimusten vaikutuksia sosiaalityön käytännön asiakastyöhön sekä sosiaalityöntekijöiden aika- ja voimavararessurssien priorisointiin.

Lähteet

- Alasuutari, Pertti (2011) *Laadullinen tutkimus*. 2.0, 4. uudistettu painos. E-kirja. Tampere: Vastapaino.
- Ames, Natalie (1999) Social Work Recording: A New Look at an Old Issue. *Journal of Social Work Education* 35(2), 227–238.
- Arajärvi, Miina & Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Toikko, Timo (2020) Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus nuorisopsykiatrian moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä. *Janus* 28(4), 357–373.
- Auslander, Gail (2001) Social Work in Health Care: What Have We Achieved? *Journal of Social Work* 1(2), 201–222.
- Banks, Sarah (2004) *Ethics, Accountability and the Social Professions*. Palgrave MacMillan.
- Beddoe, Liz (2011) Health Social Work: Professional Identity and Knowledge. *Qualitative social work* 12(1), 24–40.
- Bernler, Gunnar (1987) *Till det psykosociala arbetets metateori. Rapport 3*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete forskningsavdelningen Göteborgs universitet.
- Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (1988) *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bland, Robert & Renouf, Noel (2001) Social Work and the Mental Health Team. *Australasian psychiatry* 9(3), 238–241.
- Blom, Björn & Lalos, Ann & Morén, Stefan & Olsson, Mariann (2014) Hälso- och sjukvården – en central arena för socialt arbete. Teoksessa Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (toim.) *Socialt arbete I hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur och Kultur. 17–31.
- Bloor, Michael (2010) The Researcher's Obligation to bring about Good. *Qualitative Social Work* 9(1), 17–20.
- Björkenheim, Johanna (2007) Knowledge and Social Work in Health Care – The Case of Finland. *Social Work in Health Care* 44(3), 261–278.
- Boddy, Jennifer & O'Leary, Patrick & Tsui, Ming-sum & Pak, Chui-man & Wang, Duu-Chiang (2018) Inspiring hope through social work practice. *International social work* 61(4), 587–599.
- Bradt, Lieve & Roose, Rudi & Bouverne-De Bie, Maria & Maarten De Schryver (2011) Data Recording and Social Work: From the Relational to the Social. *British Journal of Social Work* 41(7), 1372–1382.
- Clark, Chris L. & Asquith Stewart (1985) *Social Work and Social Philosophy. A Guide for Practice*. London: Routledge & Kegan Paul.

Clark, Paul G. & Bolte, Sage (2015) Sense Making in Living With Cancer as a Chronic Illness. Teoksessa Grace Christ, Lynn Behar & Carolyn Messner (toim.) Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer. Oxford: Oxford University Press, Incorporated, 2015.

Collins, Stewart (2015) Hope and Helping in Social Work. Practice 27(3), 197–213.

Congress, Elaine (2013) Ethics for Public Health Social Workers. Teoksessa Robert H. Keefe & Elaine Theresa Jurkowski (2013) Handbook for Public Health Social Work. American Public Health Association. Public Health Social Work Section. New York: Springer. 21–37.

Cumming, Sue & Fitzpatrick, Eileen & McAuliffe, Donna & McKain, Silvana & Martin, Catherine & Tonge, Angela (2007) Raising the Titanic: Rescuing Social Work Documentation from the Sea of Ethical Risk. Australian social work 60 (2), 239–257.

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

Ekqvist, Eeva (2021) Kuntoutujien hyvinvoinnin ja toivon kokemukset sekä näkemykset tulevaisuudesta laitospäihdekuntoutuksen aikana. Tampereen yliopiston väitöskirjat 363. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto.

Forsström, Kirsi Johanna (2011) Sosiaalityön asiantuntijuus moniammatillisessa psykiatrisessa avohoitotyössä. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Gilgun, Jane F. (2009) Methods for Enhancing Theory and Knowledge about Problems, Policies, and Practice. Teoksessa Ian Shawn, Katharine Briar-Lawson, Joan Orme & Roy Ruckdeschel (toim.) The SAGE Handbook of Social Work Research . Los Angeles: SAGE, 2010, 281–297. E-kirja: https://andor.tuni.fi/permalink/358FIN_TAMPO/1hf871a/alma999381804205973.

Granfelt, Riitta (1990) Psykososiaalinen työ – asiakastyön kehittämisen eräs suunta. Teoksessa Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies, Mikko Mäntysaari (päätoim.), Anneli Pohjola, Pekka Saarnio ja Heikki Suhonen (toim.) Suomalainen sosiaalityö. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja. Sosiaalipoliittikka 1990:2. Helsinki: Sosiaalipoliittinen yhdistys. 89–93.

Granfelt, Riitta (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. 175–227.

Granholt, Camilla (2016) Social work in digital transfer – blending services for the next generation. Mathilda Wrede Institute Research Reports 1/2016. University of Helsinki.

Grönfors, Terhi (2012) Sosiaalityötä lastensairaalassa. Teoksessa Minna Strömberg-Jakka & Teija Karttunen (toim.): Sosiaalityön haasteet: tukea ammattilaisten arkeen. Jyväskylä: PS-kustannus, 195–211.

Günther, Kirsi (2012) Kirjatut ammatilliset kehukset: Mielenterveyskuntoutus asiakassuunnitelmien kuvaamana. Janus 20(1), 15–31.

Günther, Kirsi (2015) Asiakasdokumentaatio arviointina mielenterveystyön arjessa: Tutkimus ammatillisesta kirjaamisesta. Acta Universitatis Tamperensis 2108. Tampere: Tampere University Press.

Gåfväls, Catharina (2014) Socialt arbete I en medicinsk kontext. Teoksessa Ann Lalos, Björn Blom, Stefan Morén & Mariann Olsson (toim.) Socialt arbete I hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar. Stockholm: Natur och Kultur, 50–68.

Hall, Christopher & Slembrouk, Stef & Sarangi, Srikant (2006) Language Practices in Social Work. Categorisation and Accountability in Child Welfare. London: Routledge.

Hamilton, Gordon (1941) The underlying philosophy of social casework. The Family 23 (July 1941), 139–148.

Havukainen, Pirjo & Hiljanen, Sinikka & Passoja, Irma & Sundman, Eila & Holma, Tupu (toim.) (1998) Terveysthuollon sosiaalityön luokitus. Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 8.

Havukainen, Pirjo & Hiljanen, Sinikka & Holma, Tupu (toim.) & Sundman, Eila (2007) Terveysthuollon sosiaalityön nimikkeistö 2007. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Healy, Karen (2014) Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice. 2nd edition. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2014.

Hirsjärvi, Sirkka (2009) Luku 5: Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Sirkka Hirsjärvi, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (toim.) Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi. 123–166.

Howe, David (2002) Psychosocial Work. Teoksessa Robert Adams, Lena Dominelli & Malcolm Payne (toim.) Social Work Themes, Issues and Critical Debates. New York: Palgrave, 171–179.

Hujanen, Rasmus (2018) Sosiaalityö, terapia ja muutos: Kuvailuva kirjallisuuskatsaus terapia -käsitteen esiintymisestä suomalaisessa sosiaalityön tutkimuskirjallisuudessa 2000-luvulla. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto.

Huttunen, Matti (2018) Elämäntilanteeseen liittyvät reaktiiviset häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00367. Viitattu 15.2.2021.

Huuskonen, Saira & Korpinen, Johanna & Pösö, Tarja & Ritala-Koskinen, Aino (2010) Kolme polkua lastensuojelun avohuollon organisatorisessa muistissa. Yhteiskuntapolitiikka 75(6), 650–658.

Huuskonen, Saira (2014) Recording and use of information in a client information system in child protection work. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1387. Tampere: Tampere University Press.

Jaakkola, Helena & Koskiluoma, Kristiina (2020) Monipuolinen terveysthuolto. Talentia-lehti 6/2020, s. 22–23.

Jones, Barbara & Currin-McCulloch, Jennifer & Pelletier, Wendy & SardiBrown, Vicki & Brown, Peter & Wiener, Lori (2018) Psychosocial standards of care for children with cancer and their

families: A national survey of pediatric oncology social workers. *Social Work in Health Care* 57 (4), 221–249.

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

Jokinen, Taina & Virkkunen Heikki (toim.) (2018) *Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas*. Osa 1, versio 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

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

Juhila, Kirsi (2009) *Sosiaalityön selontekovelvollisuus*. *Janus* 17(4), 296–312.

Kaye, Alison & Lybrand, Sandra & Chew, William (2018) *Assessment and Management of Psychosocial Needs: Social Work Utilization in Comprehensive Cleft Team Care*. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 2018, 55(8) 1081–1091.

Kananoja, Aulikki (2017a) *Sosiaalityö ammattina*. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy. 27–32.

Kananoja, Aulikki (2017b) *Sosiaalityö terveydenhuollossa*. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy. 347–356.

Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Sanna (2017) *Tutkiminen ja kehittäminen sosiaalialalla*. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy, 487–501.

Kanto, Päivi (2014) *Tarvitaanko tässä sossua? : sosiaalityön asiantuntijuuden käyttäminen lastenpsykiatristen osastojen työskentelyssä*. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto.

Kantola, Heli (2009) *Vakavan sairastumisen merkitys elämäkulussa – Esimerkkinä SLE*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 180. Kuopion yliopisto, Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.

Kaplan, Alex H. (1963) *Social work therapy and psychiatric psychotherapy: An attempt at differentiation*. *Archives of General Psychiatry* 9 (November), 95–101.

Keefe, Robert H. & Evans, Theora A. (2013) *Introduction to Public Health Social Work*. Teoksessa Robert H. Keefe & Elaine Theresa Jurkowski (2013) *Handbook for Public Health Social Work*. American Public Health Association. Public Health Social Work Section. New York: Springer. 3–20.

Kemmo, Jussi (2016) *Kohti psykososiaalisen sosiaalityön itseymmärrystä*. Vuorovaikutus menetelmänä ja käytäntönä suomalaisessa psykososiaalisen sosiaalityön diskurssissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

- Krook, Päivi (2006) Moniammatillinen asiantuntija. Sosiaalityöntekijöiden käsityksiä asiantuntijuudesta ja moniammatillisuudesta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.
- Kuusisto, Katja & Ranta, Johanna (2020) Psykososiaalisen päihdetyön asema Suomessa 1900-luvulta nykypäivään. Teoksessa Johanna Moilanen, Johanna Annola & Mirja Satka (toim.) Sosiaalityön käänneet. Jyväskylä: SoPhi, 112–141.
- Kääriäinen, Aino (2003) Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2003. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kääriäinen, Aino (2014) Dokumentointi tiedonmuodostuksena. Teoksessa Mirja Satka, Synnöve Karvinen-Niinikoski, Marianne Nylund & Susanna Hoikkala (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia-kustannus. 159–171.
- Kääriäinen, Aino (2016) Sosiaalityön dokumentointi: suhde tietoon ja toimintaan. Teoksessa Maritta Törrönen, Kaija Hänninen, Päivi Jouttimäki, Tiina Lehto-Lundén, Petra Salovaara & Minna Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus.
- Laaksonen, Maarit & Kääriäinen, Aino & Penttilä, Marja & Tapola-Haapala, Maria & Sahala, Heli & Kärki, Jarmo & Jäppinen, Anu (2011) Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa, Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Helsinki: THL.
- Lehmuskoski, Antero (2017) Tiedonhallinta sosiaalityössä. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy. 417–437.
- Leinonen, Leena (2018) Sosiaalityön terapeutin asiantuntijuus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Tarja Juvonen, Jari Lindh, Anneli Pohjola & Marjo Romakkaniemi (toim.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2018. Helsinki: UNIpress, 134–153.
- Leinonen, Leena (2020) Sosiaalityön ja terapian rajapinnalla. Sosiaalityön terapeutin orientaatio ja ammatillinen itseymmärrys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 227.
- Leppälahti, Raija (2014) Asiakas- ja perhekeskeinen työikäntö perusterveydenhuollossa. Teoksessa Anna Metter. Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PSkustannus.
- Lillis, Theresa & Leedham, Maria & Twiner, Alison (2020) Time, the Written Record, and Professional Practice: The Case of Contemporary Social Work. *Written communication* 37(4), 431–486.
- Littlechild, Brian (2014) Ethics in social work research. Teoksessa Anne-Mari Jaakola, Leena Leinonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Tutkiva sosiaalityö: eettisyys ihmistyössä. *Talentia-lehti, Sosiaalityön tutkimuksen seura*. 15–18

Linden, Mirja (1999) Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes raportteja 234. Helsinki: Stakes.

Lymbery, Mark (1998) The Development of Social Work in Britain 1869–1996. Teoksessa Anna Kwak & Robert Dingwall (toim.) Social Change, Social Policy and Social Work in the New Europe. Aldershot: Ashgate, 199–212.

Lätti, Marjaana (2012) Sähköinen rakenteinen kirjaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu, ylempi AMK-opinnäytetyö.

McGhee, Janice & Clark, Chris (2008) Introduction. Teoksessa Clark, Chris & McGhee, Janice (2008) Private and Confidential? : Handling Personal Information in the Social and Health Services . Bristol: Policy Press

Metteri, Anna (1993) Terveysthuollon moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja 1993. Sosiaalityöntekijäin Liitto. Helsinki: Painatuskeskus. 88–102.

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

Metteri, Anna (2014) Terveysthuollon sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Monterio, Christine & Arnold, Janis & Locke, Susanna & Steinhorn, Lena & Shanske, Susan (2016) Social workers as care coordinators: Leaders in ensuring effective, compassionate care. Social work in Health Care 55(3), 195–213.

Morén, Stefan (1999) Dokumentationens roll i socialt arbete. Perspektiv och utvecklingsmöjligheter. Socialvetenskaplig tidskrift 6(4), 329–342.

Munro, Eileen (2005) What Tools do We Need to Improve Identification of Child Abuse. Child Abuse Review 14(6), 374–388.

Mönkkönen, Kaarina (2007) Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

National Association of Social Workers (2008) Code of the Ethics. Washington DC.

National Association of Social Workers (2016) NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings.

Niemelä, Pauli (1993) Moraali- ja sosiaaliteoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: Niemelä, Pauli & Hämäläinen, Juha. Sosiaalialan etiikka. Juva: WSOY. 10–34.

O'Rourke, Liz (2010) Recording in social work: not just an administrative task. Bristol: Policy Press, 2010.

Pahlman, Irma (2007) Asiakirjajulkisuus ja tietosuojat sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Palomäki, Susanna (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto: Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Parton, Nigel (2008) Changes in the Form of Knowledge in Social Work: From the 'Social' to the 'Informational'?. *British Journal of Social Work* 38(2), 253–269.

Parrish, Monique & Cárdenas, Yvette & Epperhart, Regina & Hernandez, Jose & Ruiz, Susana & Russel, Linda & Soriano, Karolina & Thornberry, Kathryn (2012) Public Hospital Palliative Social Work: Addressing Patient Cultural Diversity and Psychosocial Needs. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 8(3), 214–228.

Pithouse, Andrew (1998) *Social Work: The Social Organisation of an Invisible Trade*. 1st edition. London: Routledge.

Pirinen, Sanna (2016) ”Kyllä se sitä on, että sä oot ihmisenä ja asiantuntijana läsnä just siinä hetkessä” Terveystieteiden sosiaalityöntekijä lapsensa perinataalivaiheessa menettänyttä perhettä tukemassa. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Pirttijärvi, Mirja (2013) Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto.

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

Preyde, Michéle & Synnot, Emily (2009) Psychosocial Intervention for Adults With Cancer: A Meta-Analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(4), 321–347.

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

Raunio, Kyösti (2009) *Olellainen sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus.

Reamer, Frederic (2005) Documentation in Social Work: Evolving Ethical and Risk-Management Standards. *Social Work* 50(4), 325–334.

Regan, Suzanne (2003) Technology and Systems of Referral Taking in Social Services: From Narrative to Code. Teoksessa Elisabeth Harlow & Stephen A. Webb (toim.) *Information and Communication Technologies in the Welfare Services*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publications, 83–110.

Roberts, Cleora & Turney, Mary & Knowles Anette (1998) Psychosocial Issues of Adolescents with Cancer. *Social Work in Health Care*, 27(4), 3–18.

Ryynänen, Ulla (2006) Terveyskysymykset sosiaalityössä. Teoksessa Juha Hämäläinen, Riitta Vornanen & Juhani Laurinkari (toim.) *Hyvinvointi ja turvallisuus 2000-luvulla*. Kuopio: Kuopion yliopisto. 185–201.

Räsänen, Jenni-Mari (2012) Producing Norm-Talk of Fact-Based Case Recording in Interviews with Emergency Social Workers. *Qualitative Social Work* 11(1).

Räsänen, Jenni-Mari (2014) Tietotekniikkaan pohjautuva asiakastiedon käyttö sosiaalipäivystyksessä: Etnometodologinen puheen ja vuorovaikutuksen tutkimus. Tampere University Press, *Acta Universitatis Tamperensis* 1932.

Räsänen, Jenni-Mari (2015) Emergency Social Workers Navigating Between Computer and Client. *The British journal of social work* 45(7), 2106–2123.

Räsänen, Jenni-Mari & Günther, Kirsi (2018) Inter-organisational use of the electronic health record in mental health. *Communication & Medicine* 15(1): 65–76.

Saario, Sirpa (2014) Audit Techniques in Mental Health. Practitioners' responses to electronic health records and service purchasing agreements. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 1391. Tampere: Tampere University Press.

Saario, Sirpa & Hämäläinen, Pentti (2007) Mielenterveystoimistojen käytäntöjen muotoutuminen tietojärjestelmän välittämänä. *Janus* 5(2), 149–164.

Saario, Sirpa & Stepney, Paul (2009) Managerial audit and community mental health: a study of rationalising practices in Finnish psychiatric outpatient clinics. *European Journal of Social Work*, 12(1), 41–56.

Sapey, Bob (2002) Physical Disability. Teoksessa Robert Adams (toim.), Lena Dominelli (toim.) & Malcom Payne (toim.) (2002) *Critical Practice in Social Work*. Basingstoke: Palgrave, 2002. 181–189.

Satka, Mirja (2011) Kvalitatiivinen arviointi ja sosiaalipalvelutyön vaikuttavuuden osoittaminen. Teoksessa Camilla Granholm, Tarja Juvonen & Maija Jäppinen (toim.) *Sosiaalityön paikka tieteessä ja yhteiskunnassa*. Helsinki: Sosiaalityön tutkimuksen seura.

Savolainen, Tuija (toim.) (2017) *Terveyssosiaalityön nimikkeistö. Nimikkeistöt ja luokitukset*. Helsinki: Kuntaliitto.

Selkee, Heli (2015) *Sosiaalityön asiantuntijuus terveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto*.

Shaw, Ian & Margaret, Bell & Sinclair, Ian & Sloper, Patricia & Mitchell, Wendy & Dyson, Paul & Clayden, Jasmine & Rafferty, Jackie (2009) An Exemplary Scheme? An Evaluation of the Integrated Children's System. *British Journal of Social Work* 39(4), 613–626.

Sidell, Nancy (2011) *Social Work Documentation. A Guide to Strengthening Your Case Recording*. Washington (D.C.): NASW Press, 2011.

Silvennoinen, Nina (2011) *Psykososiaalinen orientaatio psykiatrisessa sosiaalityössä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Yhteiskuntatieteiden laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma*.

Sipilä, Jorma (1989) *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Tammi.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilökunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2019) Äkillisten traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen kehittämisen työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 46. Helsinki: STM.

Sudbery, John (2002) Key features of therapeutic social work: the use of relationship. *Journal of Social Work Practice* 16(2), 149–162.

Syrjälä, Eeva (2015) Lapsen äkillinen traumaattinen kuolema – psykososiaalisen tuen järjestäminen satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Taylor, Carolyn (2008) *Traficking in Facts: Writing Practices in Social Work*. *Qualitative Social Work* 7(1), 25–42.

TENK (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mietintö. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

TENK (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

TENK (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019 (tekstiversio). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje#3>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020) ICF-luokitus. Päivitetty 17.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>. Viitattu 1.2.2021.

Terveyssosiaalityöntekijät ry (2018) TERVEYSSOSIAALITYÖN PALVELUJEN DOKUMENTOINTI - Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilastietojärjestelmissä.

Toikko, Timo (1997) Psykososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä. *Janus* 5(2): 169–188.

Toikko, Timo (2005) Sosiaalityön ideat: johdatus sosiaalityön historiaan. Tampere: Vastapaino. 174–175.

Torvinen, Tiina (2007) Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisen tiimin jäsenenä neurologisella kuntoutusosastolla. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipolitiikan laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

- Tulppo, Jaana (1991) Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus, sarja C: nro 2. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Helsinki: Tammi.
- Turner, Francis J. (1986) Psychosocial theory. Teoksessa Francis J. Turner (toim.) Social work treatment. Interlocking theoretical approaches. New York: The Free Press, 484–513.
- Vallinen, Elisa (2018) Sosiaalista diagnosoimassa – tapaustutkimus Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen terveystieteiden sisällöistä ja asiantuntijuudesta. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto, Pori.
- Van Hook, Mary (2004) Psychosocial Issues Within Primary Health Care Settings. *Social Work in Health Care*, 38(1), 63–80
- Vehkalahti, Kimmo (2014) Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura
- Vierula, Tarja (2012) Asiakkaiden ja asiakirjojen väliset suhteet lastensuojelussa. Vanhempien näkökulma. *Janus* vol. 20(2), 2012, 149–167.
- Vierula, Tarja (2015) Lastensuojelun asiakirjojen lukutavat vanhempien kuvaamina. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(2), 134–146.
- Vilén, Marika & Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena (2008) Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.
- Virokannas, Elina (2010) Sosiaalityön tutkimuksen eettinen ennakoarviointi. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Tieteiden talo 2.11.2010. Diaesitys.
- Weckroth, Antti (2007) Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 72(4), 426–436.
- Wiener, Lori & Kazak, Anne E. & Noll, Robert B & Patenaude, Andrea Farkas & Kupst, Mary Jo (2015) Standards for the psychosocial care of children with cancer and their families: An introduction to the special issue. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(5), 419–424.
- Wilson, Suanna Janet (1980) Recording Guidelines for Social Workers. New York: Free Press.
- Yliruka, Laura & Heinonen, Jenika & Satka, Mirja & Metteri, Anna & Alatalo, Taija (2019) Terveystieteiden näkyväksi – Terveystieteiden tarve, interventiot ja ajankäyttö. Työpapereita 2019: 1. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca. Helsingin yliopisto.

Lait ja asetukset:

- Hallintolaki 6.6.2003/434. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>. Viitattu 4.3.2020.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P12>. Viitattu 4.3.2020.
- Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150254> . Viitattu 4.3.2020.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Viitattu 4.3.2020.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. Viitattu 4.3.2020.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P16>. Viitattu 4.3.2020.
- Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>. Viitattu 4.3.2020.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>. Viitattu 4.3.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Finlex: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>. Viitattu 4.3.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099#Pidp446548464>. Viitattu 4.3.2020.
- Tietosuojalaki 5.12.2018/1050. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>. Viitattu 4.3.2020

Liite 1: Kyselylomake

Sairaalan sosiaalityöntekijöiden näkemykset psykososiaalisen työn kirjaamisesta

Hyvä tutkimukseen osallistuja!

Kerään tällä kyselylomakkeella aineistoa Tampereen yliopiston sosiaalityön tutkinto-ohjelman pro gradu -tutkielmaa varten. Tutkimukseni tavoitteena on tarkastella sairaalan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä psykososiaalisesta työstä ja sen kirjaamisesta. Tutkimuskysymykseni on: miten sosiaalityöntekijät kirjaavat psykososiaalista työtä potilasasiakirjoihin? Avoimia kysymyksiä sisältävällä lomakkeella saan teiltä tärkeää käytännön tietoa sairaalan sosiaalityön dokumentoinnista erityisesti psykososiaalisen työn näkökulmasta. Saatua tutkimustietoa voidaan käyttää psykososiaalisen työn kehittämistä koskevassa keskustelussa.

Kyselylomake täytetään anonymisti ja palautetaan sähköisesti takaisin minulle. Täytetyt kyselylomakkeet säilytän tietokoneellani siten, ettei kukaan ulkopuolinen pääse niihin käsiksi. Yksilöin lomakkeen vastaukset anonymimein tunnuksin. Näitä tunnuksia käytän myös myöhemmin tutkielmassani avatessani tuloksia ja johtopäätöksiä. Vastaaja ei siis ole tunnistettavissa lomakevastauksista missään tutkimuksen vaiheessa. Hävitän kyselylomakkeet ja kyselyn vastaukset asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Pyydän teitä kaikkia käyttämään hetken tämän kyselylomakkeen täyttämiseen. Vastauksenne ovat erittäin tärkeitä tutkimukselleni. Kyselyssä on vastausaikaa perjantaihin 12.6. klo 20 saakka.

Kiitos kaikille osallistumisesta!

Kysymykset:

1. Millä osastolla/vastuualueella työskentelet?

2. Minkä ikäisiä potilaasi pääsääntöisesti ovat?

3. Kuinka monta potilasta sinulla keskimäärin on vastuullasi kerrallaan tyypillisen työviikon aikana?

4. Kuvaile lyhyesti työsi sisältöä (esim. kerro tavallisesta työpäivästä)
5. Suositko rakenteista kirjaamista vai "vapaata tyyliä"? Miksi?
6. Mitä tietoja/asioita yleensä kirjaat potilaista?
7. Miten määrittelet psykososiaalisen työn omassa työssäsi potilaiden kanssa? Mitä ajattelet psykososiaalisen työn olevan?
8. Onko psykososiaalisen työn tekemiselle aikaa ja tilaa työssäsi? Miksi on/ei ole?
9. Miten kirjaat tekemääsi psykososiaalista työtä?
10. Miten käyttämäsi potilastietojärjestelmä mahdollistaa psykososiaalisen työn kirjaamisen?
11. Mikä mahdollisesti estää psykososiaalisen työn kirjaamista?
12. Mikä edistää psykososiaalisen työn kirjaamista?
13. Tähän voit kirjoittaa lisätietoja, tarkennuksia tai kommentteja aiheesta tai kyselystä:

Liite 2: Tietosuojailmoitus

Tietosuojailmoitus

3.5.2020

1. Rekisterinpitäjä ja henkilö, johon voi olla yhteydessä tietosuojaan liittyvissä kysymyksissä

Pirjo Ojanen

2. Tutkielman ohjaaja

Jenni-Mari Räsänen, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiaalityön tutkinto-ohjelma, Tampereen yliopisto

3. Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma, jonka tavoitteena on tarkastella sairaalan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä psykososiaalisesta työstä ja sen kirjaamisesta.

4. Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste:

Tutkielmassa henkilötietoja käsitellään EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan e alakohdassa tarkoitetun yleisen edun ja tietosuojalain 4 §:n 3 kohdan perusteella.

5. Erityisiin henkilötietoryhmiin kuuluvien tietojen käsittelykiellosta (EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen 9 artiklan 1 kohta) poikkeamisen peruste, kaksi vaihtoehtoa:

Erityisiin henkilötietoryhmiin kuuluvia tietoja käsitellään tutkielmassa EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen 9 artiklan 2 kohdan j-alakohdan ja tietosuojalain 6.1 §:n 7-kohdan perusteella.

6. Tietojen antamisen muut vaikutukset

Henkilötietojasi ei käytetä automaattiseen päätöksentekoon tai profilointiin. Henkilötietojen antamiseen ei ole lakiin tai sopimukseen perustuvaa velvollisuutta. Tutkimukseen osallistuminen ja tietojen luovutus sitä varten on täysin vapaaehtoista.

7. Henkilötietojen vastaanottajat ja vastaanottajaryhmät

Henkilötietojasi ei luovuteta ulkopuolisille, eikä niitä näin ollen myöskään siirretä EU-ETA:n ulkopuolelle. Henkilötietoja sisältävää aineistoa käsittelevät vain tutkielman tekijä ja tarvittaessa hänen ohjaajansa.

8. Henkilötietojen säilyttämisaika

Henkilötietojasi käsitellään vain niin kauan kuin tutkielma on saatu valmiiksi.

9. Tutkittavan tietosuojalainsäädännön mukaiset oikeudet

Henkilötietojesi käsittelyn ajan sinulla on rekisteröitynä seuraavia tietosuojalainsäädäntöön kuuluvia oikeuksia, joista tutkimuksen yhteydessä voidaan poiketa vain lainsäädännön mukaisesti:

- o Oikeus saada pääsy tietoihin
- o Oikeus saada virheelliset tiedot oikaistua
- o Oikeus tietojen poistamiseen ("oikeus tulla unohdetuksi") tietyissä tilanteissa