

**LÄÄKÄRIOPISEKELIJOIDEN KÄSITYKSIÄ SOSIAALITYÖN  
ASiantuntijuudesta ja yhteistyöstä  
Kontekstina perusterveydenhuollon osastotyö**

**Saini Saarinen**

**Maisterintutkielma**

**Sosiaalityö**

**Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos**

**Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiede-  
kunta**

**Jyväskylän yliopisto**

**Kevät 2021**

## TIIVISTELMÄ

### LÄÄKÄRIOPISKELIJOIDEN KÄSITYKSIÄ SOSIAALITYÖN ASiantuntijuudesta ja yhteistyöstä

#### Kontekstina perusterveydenhuollon osastotyö

Saini Saarinen

Sosiaalityö

Maisterintutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Ohjaajat: Heli Valokivi, Maritta Itäpuisto ja Maija Mänttari-van der Kuip

Kevät 2021

Sivumäärä: 71 sivua + 3 liitettä

Pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan käytännön kentällä työskennelleiden tai harjoittelussa olleiden lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa. Tutkielma on fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen pohjautuva laadullinen tutkimus. Aineisto on kerätty eläytymismenetelmän avulla ja aineisto koostuu 28 kuvauksesta. Lääkäriopiskelijoiden käsityksiä on selvitetty kuvitteellisen potilastapauksen ja kahden kehyskertomuksen variaatiolla, jossa toisessa moniammatillisen tiimin vetovastuussa on lääkäri ja toisessa sosiaalityöntekijä. Tutkielman analyysimenetelmänä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja analysoitu kehyskertomusten variaation vaikutusta.

Lääkäriopiskelijat käsittivät sosiaalityön asiantuntijuuden perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa terveysosiaalityön substanssiosaamisen ja tehtäväalueiden kautta. Asiantuntijuus näyttäytyi asumisen tukemisena, taloudellisen tilanteen selvittämisenä ja tukemisena, yhteistyönä verkostojen ja omaisten kanssa, sosiaalisena arviointina ja sosiaalisena toimintakyvyn tukemisena sekä palveluiden järjestämisenä ja potilaan tilanteen koordinoimiseksi. Nämä tehtäväalueet linkittyivät yhteen ja kokonaisuudessaan sosiaalityön asiantuntijuus muotoutui tehtäväalueiden mukaisesti kokonaisvaltaisena potilaan tilanteen kartoittamisena, koordinoimisena ja tukemisena. Tehtäväalueista korostui eniten asumisen tukeminen ja taloudellisen tilanteen selvittäminen ja tukeminen. Tehtäväalueet käsitettiin pääpiirteissään realistisina.

Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa käsitettiin monin eri tavoin. Yhteistyön muotoja olivat eriytynyt ja toimimaton yhteistyö, vuorovaikutuksellinen ja toimiva yhteistyö ja sosiaalityön ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoituminen toisiinsa nähden. Yhteistyön sujumisen esteenä korostuivat organisatoriset ja hallinnolliset asiat. Vuorovaikutuksellisessa ja toimivassa yhteistyössä korostui potilaan kokonaistilanteen selvittäminen asiakaslähtöisesti moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Eniten korostui se, että potilaan sosiaalinen tilanne jarruttaa kotiuttamisprosessia, jolloin korostuu sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien erot. Sosiaalityöntekijän vetovastuuta moniammatillisessa tiimissä ei kyseenalaistettu. Sosiaalityön asiantuntijuutta arvostettiin ja se nähtiin tarpeellisena potilaan tilanteen ja lääkärin työn sujumisen kannalta. Tulosten kautta voidaan rikkoa ennakkokäsityksiä ja kehittää yhteistyötä, huomioiden organisatoriset ja hallinnolliset lähtökohdat yhteistyön sujumisen mahdollistajana.

**Avainsanat:** Asiantuntijuus, moniammatillinen yhteistyö, lääkäriopiskelija, sosiaalityö, perusterveydenhuollon osastotyö, eläytymismenetelmä

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 ASIANTUNTIJUUS JA SOSIAALITYÖN JA LÄÄKETIETEEN ASIANTUNTIJUUKSIEN JUURET .....	4
2.1 Professioteoriat ja professiokeskustelu asiantuntijuuksien taustalla .....	4
2.2 Asiantuntijuuden perusta, rakentuminen ja toimintaympäristöt .....	6
2.3 Sosiaalityön asiantuntijuuden lähtökohdat .....	9
2.4 Sosiaalityön asiantuntijuus terveydenhuollossa.....	12
2.5 Lääkärin asiantuntijuuden lähtökohdat .....	16
3 SOSIAALITYÖN JA LÄÄKETIETEEN ASIANTUNTIJUUKSIEN KOHTAAMINEN .....	19
3.1 Yhteistyö moniammatillisessa työskentelyssä.....	19
3.2 Yhteistyö perusterveydenhuollon osastotyössä .....	24
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
4.1 Tieteenfilosofiset ja metodologiset lähtökohdat .....	27
4.2 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset.....	29
4.3 Tutkimusaineisto ja aineistonkeruu eläytymismenetelmällä .....	31
4.4 Tutkimusaineiston analyysi .....	34
4.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset .....	39
5 SOSIAALITYÖN ASIANTUNTIJUUS JA YHTEISTYÖ .....	42
5.1 Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveysosiaalityön substanssiosaaminen.....	42
5.1.1 Asumisen tukeminen .....	43
5.1.2 Taloudellisen tilanteen selvittäminen ja tukeminen .....	44
5.1.3 Yhteistyö verkostojen ja omaisten kanssa.....	45
5.1.4 Sosiaalinen arviointi ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen .....	46
5.1.5 Palveluiden järjestäminen ja potilaan tilanteen koordinointi .....	47
5.2 Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa .....	49
5.2.1 Eriytynyt ja toimimaton yhteistyö.....	50
5.2.2 Vuorovaikutuksellinen ja toimiva yhteistyö .....	52
5.2.3 Sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoituminen toisiinsa nähdessä .....	54
5.3 Kehyskertomusten varioinnin vaikutus .....	58
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	60

LÄHTEET .....	65
LIITE 1 Kirjoituspyyntö.....	72
LIITE 2 Kehyskertomuksiin A ja B ohjautuminen .....	72
LIITE 3 Kehyskertomukset A ja B.....	73

## TAULUKOT

TAULUKKO 1 Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä .....	35
TAULUKKO 2 Esimerkki alateemojen, yläteemojen ja pääteemojen muodostamisesta ...	36
TAULUKKO 3 Lopulliset alateemat, yläteemat ja pääteema sosiaalityön asiantuntijuudesta .....	37
TAULUKKO 4 Lopulliset alateemat, yläteemat ja pääteema yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa.....	38

# 1 JOHDANTO

Pro gradu - tutkielmani käsittelee lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa. Asiantuntijuus (*expertise*) on linkittynyt profession, ja asiantuntija nähdään luotettavan tiedon ja pätevyyden kantajana, jonka perustan muodostavat profession lisäksi tiede ja instituutiot (Eräsaari 2002, 21; Pohjola 2007, 13). Professionilla tarkoitetaan yhteiskunnallisesti vakiintunutta ja sulkeutunutta ammattikuntaa omine toimintaympäristöineen. (Pirttilä 2002, 12). Professionia voidaan tarkastella myös väljemmin (ks. Haapakoski 2015, 47). Asiantuntijuutta on tutkittu esimerkiksi sosiologiassa professioniteorioiden näkökulmasta ja psykologiassa lähinnä eksperttityden näkökulmasta (Lehtinen & Palonen 1997). Asiantuntijuudella on siis erilaisia taustoittavia juuria. Tässä tutkielmassa sosiologiset professioniteoriat ja professionikeskustelu ovat lähinnä taustoittamassa asiantuntijuutta sosiaalityön ja lääketieteen osalta. Asiantuntijuus on monitahoinen käsite, pitäen sisällään tiedon, ammatillisen osaamisen, organisaation, vallan, vastuun, yhteiskunta- ja ihmiskäsityksen punnitsemisen, eettiset velvoitteet ja yhteistyösuhteet (Pohjola 2007, 13). Sosiaalityön ja tarkemmin terveysosiaalityön asiantuntijuus muotoutuu yleisesti asiantuntijuuden lähtökohdista. Terveysosiaalityö on osa vaikuttavaa terveydenhuoltoa kohdistuen sosiaalisiin ja yhteisöllisiin tekijöihin (Yliruka ym. 2019).

Tarkastelen tutkielmassani asiantuntijuuden lisäksi myös lääkäriopiskelijoiden käsityksiä yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa. Yhteistyötä kuvaavia käsitteitä on esimerkiksi *multi-*, *inter-*, ja *cross-*, tai *transprofessional* (Isoherranen 2008, 33). *Multiprofessional* kuvaa useita eri professionia työskentelemässä keskenään, keskittyen yhteistyöhön pikemmin kuin rajojen ylitykseen. (Payne 2000, 9). Moniammatillisen yhteistyön käsite on suomen kielessä sateenvarjokäsite, jonka alle sijoittuu monenlaisia ja -tasoisia ilmiöitä (Isoherranen 2006, 13). Moniammatillinen yhteistyö on siis väljä käsite, minkä vuoksi tarkastelen sitä tutkielmassani eri näkökulmista sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa. Tarkastelen myös lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityön ja lääketieteen asiantuntijuuksien aseitoimisesta toisiinsa nähden yhteistyöhön linkittyen, jolloin korostuu se, että koostetaanko yhteistä näkemystä vai korostuuko hierarkkinen kulttuuri (ks. Isoherranen 2008, 41).

Anneli Pohjolan (2017, 174–175; 2021) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksessa kaikkina tuotantokausina sosiaalihuolto- ja palvelut ovat olleet sivuraiteilla. Sosiaalisen käsite on kadotettu ja sen on korvannut hyvinvoinnin käsite. Sosiaaliset tekijät vaikuttavat keskeisesti terveyteen, kuten heikko sosioekonominen asema, syrjäytyminen, puutteelliset asumisolot, yksinäisyys ja pitkäaikaistyöttömyys kuormittavat terveyttä. Miten sosiaalinen ja tervehdellinen voisivat integroitua, mikäli sosiaalista ei tunnisteta yhteiskunnallisena kysymyksenä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuleva vahvempi integraatio luo tarpeen tiivistää yhteistyötä ja moniammatillista työskentelyä. (mt. 2017; 2021.) Yhteistyötä ja sosiaalityön asiantuntijuutta on mielekästä tarkastella käsityksien kautta, jolloin esiin voivat tulla mahdolliset esteet yhteistyön sujumiselle ja yhteistyön onnistumista siivittävät asiat lääkäriopiskelijoiden asiantuntijuudesta käsin. Tiedetäänkö mitä sosiaalityöntekijän asiantuntijuuteen kuuluu, jotta ylipäätään voidaan rakentaa toimivaa yhteistyötä ja millaisena yhteistyö kuvautuu käsitysten pohjalta. Käsitysten tarkastelu on tärkeää myös sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation vuoksi. Tietämättömyys muiden ammattiryhmien tai organisaation tehtävistä ja toiminnasta aiheuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan työn päällekkäisyyttä (Kangasniemi ym. 2017). Pro gradu -tutkielmassani haluan tuoda mahdolliset tietämisen puutteet ja haasteet esille lääkäriopiskelijoiden käsitysten kautta.

Lääkäreiden käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä on tutkittu aiemminkin. Sosiaalityön asiantuntijuutta on tarkasteltu moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä (Arajärvi ym. 2020) ja lääkäreiden käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta pro gradu -tutkielmissa erikoissairaanhoidon osalta (mm. Korkealaakso 2005; Toiminen 2016). Lääkäreiden käsityksiä moniammatillisesta tiimityöstä on myös tarkasteltu (esim. Rydenfält, Borell & Erlingsdottir 2018). Tutkimusta on tehty sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijoidenkin näkökulmasta, myös sosiaalityön ja lääketieteen yhteistyön sujuvuudesta (esim. West, Miller & Leitch 2016; Anderson ym. 2010). Suomessa opiskelijoiden näkökulmaa on tutkittu erinäisten opintojaksojen kautta, joissa on toteutettu monialaista yhteisopiskelua (esim. Virtanen 2003; Saaranen ym. 2020). Pro gradu -tutkielma täydentää näitä edellä mainittuja tutkimuksia lääkäriopiskelijoiden näkökulmasta. Opiskelijoiden käsityksiä on mielekästä tarkastella, sillä jo opiskeluvaiheessa rakennetaan omaa ammatti-identiteettiä ja asiantuntijuutta, sekä tarkastellaan sitä suhteessa muiden ammattilaisten asiantuntijuuksiin. Käsityksiä yhteistyöstä luodaan jo opiskeluvaiheessa (esim. Nurminen 2008).

Tiivistetysti tutkielmani tarkoituksena on selvittää lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta perusterveydenhuollon kontekstissa ja millaiseksi lääkäriopiskelijat käsittävät yhteistyön sosiaalityöntekijän kanssa. Tarkastelen yhteistyön osalta myös sosiaalityön ja lääketieteen asiantuntijuuksien asemoitumista toisiinsa nähden. Tutkimusaiheeni idea syntyi käytännön työelämästä, toimiessani perusterveydenhuollossa avo- ja osastotyössä sosiaalityöntekijän sijaisuudessa opiskeluaikana. Jäin pohtimaan sosiaalityön roolia terveydenhuollossa, sosiaalityön asiantuntijuuden tunnistamista ja tunnustamista sekä paikkaa lääketieteen rinnalla. Osastotyön näkökulma kiinnosti itseäni, sillä pohdin sitä, että miten osastotyön kautta erilaiset ammatilliset roolit ja asiantuntijuudet tulevat esiin ja miten ne asemoituvat toisiinsa nähden, kun lääketieteen ja sosiaalityön asiantuntijuutta tarvitaan asiakkaan tilanteessa juuri kyseisessä hetkessä yhtä aikaa ja samanlaisessa toimintaympäristössä. Rajasin tutkielmani koskemaan lääkäriopiskelijoita, jotka ovat työskennelleet käytännön kentällä. Käytännön kentällä olleet lääkäriopiskelijat ovat hahmottaneet jo omaa asemaansa suhteessa moniammatillisessa tiimissä ja kohdanneet potilaiden monimuotoisia tilanteita. Heillä on kuitenkin kertynyt silloin todennäköisesti vain vähäisesti tai ei ollenkaan kokemusta sosiaalityöntekijän kanssa työskentelystä, jolloin nimenomaan käsitykset korostuvat tosiasiallista kokemusta enemmän.

Tutkielmani teoreettinen viitekehys muodostuu asiantuntijuudesta professioteorioiden ja professiokeskustelun ollessa taustalla, erityisesti sosiaalityön ja lääketieteen näkökulmasta sekä sosiaalityön ja lääketieteen asiantuntijuuksien kohtaamisesta ja yhteistyöstä. Käsittelen myös terveysosiaalityötä ja perusterveydenhuollon osastotyötä sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuden näkökulmasta. Tutkielmani tieteenfilosofisena lähtökohtana on fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusperinne ja metodologisena lähtökohtana on eläytymismenetelmä, jota hyödynsin aineistonkeruussa. Analysoin tutkielmani tuloksia aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja analysoin kehyskertomusten variaatioita.



## 2 ASIANTUNTIJUUS JA SOSIAALITYÖN JA LÄÄKETIETEEN ASIANTUNTIJUUKSIEN JUURET

### 2.1 Professioteoriat ja professiokeskustelu asiantuntijuuksien taustalla

Ammattien tutkimuksen osalta voidaan hyödyntää teorioita, jotka pohjautuvat professiososiologian menneisyyteen (Haapakoski 2013, 1). Professiososiologian eri suuntaukset ovat siis asiantuntijuuden käsittämisen taustalla. Sosiologisessa asiantuntijatyön tutkimuksessa professiot määriteltiin yhteiskunnallisesti vakiintuneiksi ja sulkeutuneiksi asiantuntijakunniksi, joilla on tarkat toimintaympäristönsä. (Pirttilä 2002). Professio näyttäytyy symbolina halutulle käsitykselle omasta työstä ja se on yhteydessä myös minuuteen (Wrede 2010, 57). Alan Cribb & Sharon Gewirtz (2015, 136) ovat ehdottaneet, että professionalismi, joka ilmenee asiantuntemukseen perustuvana sosiaalisen vallan käyttämisenä, on edelleen tärkeä sosiaalinen arvo.

Kaisa Haapakoski (2015, 47) on tuonut esille, että professiotutkimuksen parissa on teorioita, jotka pitävät sisällään oletuksen, että ammatit kyetään erottamaan aidoiksi professioiksi ja ei-professioiksi. Professionalismiteoriat eivät taas luokittele ja erottele ammatteja tai kiinnitä huomioita ammattien kehittymiseen täydellisiksi professioiksi, vaan professionalismi kiinnittää erityisesti huomiota ammattien ideologiseen sisältöön (mt., 2015.) Professiotutkimuksen lähtökohtia on siis erilaisia, eli tarkastellaanko professioita rajaavina vai väljemmin, jolloin ei erotella niin sanottuja aitoja professioita. Esimerkiksi Eliot Freidson on nivonut yhteen professioiden sosiologian perinteiset dilemmat ja asiantuntemuksen yhteiskunnallisen dynamiikan modernin näkemyksen. (Pirttilä 2002, 16.) Freidson muodosti teoreettisen professionalismin ideaalityypin, mikä koostuu erityisstatuksesta, harkinnanvaraisesta tietotaidosta, erikoistuneesta työstä, teoreettisesta pohjasta ja pätevöittävästä korkeakoulutuksesta, neuvottelun kautta luodusta harkintavallasta työnjaon sisällä, suojatusta asemasta pätevyyskriteerein, sitoutumisesta hyvän työn tekemiseen, taloudellisen varallisuuden keräämisestä ja laadukkaasta kustannustehokkaasta työstä. (Freidson 2001, 180; ks. Haapakoski 2013, 5-6; ks. Rostila ym. 2011, 145.) Tutkielmassani professiokeskustelu on taustoittavana kokonaisuutena asiantuntijuuden taustalla, ja asiantuntijuutta tarkastelen lähemmin sosiologisesta näkökulmasta, sosiaalityön ja lääketieteen asiantuntijuuksiin puretuen. Sosiaalityön ja

lääketieteen osalta on käyty keskustelua rajaavista professioista, joista lääketiede on nähty selkeänä professiona ja sosiaalityö semiprofessiona (esim. Konttinen 1991; Etzioni 1969).

Amitai Etzioni (1969) näki sosiaalityön semiprofessiona, sillä sosiaalityöltä puuttuu organisaatioautonomia ja on byrokraattisten sääntöjen alainen. Pohjolan (2007) mukaan sosiaalityön historiassa on nähty, ettei sosiaalityö olisi professio, jolla on työn kohteensa, tietoperustansa ja menetelmänsä. Sosiaalityön näkymätön ja hiljainen asiantuntemus ei ole näyttäytynyt kovin vakuuttavana, ja täten sosiaalityön asiantuntijuutta on myös kyseenalaistettu. (mt. 2007, 7–8.) Epäilyä sosiaalityön legitimizeettiin professionaalisenä toimintana on ollut niin sosiaalityön ulkopuolella kuin sosiaalityön sisällä (Rostila ym. 2011, 147).

Sosiaalityössä tavoitteena professionaalistumisen näkökulmasta on ollut ammatillisen toiminnan perustaminen tieteellisen tutkimuksen pohjalle, mutta sosiaalityössä ammatillinen käytäntö kuitenkin muodostaa perustan sosiaalityön ymmärtämiselle. Sosiaalityössä ammatillistumiseen on kuulunut myös koulutustason nosto ja pyrkiminen irti järjestelmälähtöisestä viranhaltijan roolista. Sosiaalityön toiminnallinen perusta on professionaalille ammatille ominainen, sillä se koostuu yliopistokoulutuksesta, nimikesuojauksesta, tieteellisestä tiedosta, ammatillistieteellisestä osaamisesta ja eettisistä periaatteista. (Raunio 2004.) Malcolm Payne (2006) korostaa myös sosiaalityötä professiona, sillä se on edellä mainittujen asioiden lisäksi laajalti tunnustettu erilaisissa yhteiskunnissa. Sosiaalityöntekijöiden ammatikunnalla on myös oma ideologiansa, mikä määrittää toiminnan (Sipilä 1989, 63; Payne 2006, 161). Kyösti Raunio (2004) on painottanut, että professioasema ja ammatillisuus sosiaalityössä ovat vahvasti riippuvaisia julkisen vallan tuesta ja yhteiskunnallisesta tehtävästä.

Lääkäriprofessio on nähty tyypillisesti vahvana professiona, ja profession niin sanottuna arkikityyppinä, johon on yhdistetty riippumaton asiantuntemus, yhteiskunnallinen tehtävä ja ammatillinen kuri. (Carr-Saunders & Wilson 1933; Parsons 1939, 1951, Wreden 2010, 45 mukaan). Lääkäriprofessio on kuulunut arvostetuimpien ammattien huippuryhmään (Konttinen 1991). Professionaalisuuden merkitys lääkärin työn perustana on keskeinen ja sen keskiössä on kollegiaalisuus (Pasternack 2017). Professionalismin keskeiset piirteet lääkäreiden osalta ovat erinomaisuus, vastuullisuus, humanismi ja altruismi (Arnold & Stern 2006). Lääkäriprofessiolle tunnusomaisia piirteitä ovat kliininen osaaminen, hyvät vuorovaikutustaidot sekä eettiset ja juridiset velvoitteet ja oikeudet. (Pasternack 2017; Arnold & Stern 2006).

## 2.2 Asiantuntijuuden perusta, rakentuminen ja toimintaympäristöt

Tiede, instituutio ja professio muodostavat asiantuntijuuden perustan (Eräsaari 2002, 21; Pohjola 2007, 13). Asiantuntijuuden perustasta (tiede, instituutio ja professio) puuttuvat kuitenkin dynaamiset tekijät, kuten neuvoteltavuus ja kompromissit, politiikka ja julkiset areenat. Asiantuntijuuden perusta klassisessa mielessä ei tuo esiin pätevyyttä, kokemusta ja taitoa. (Eräsaari 2002, 21–22.) Suomen kielessä asiantuntija -käsitteellä viitataan tietämiseen, ennakkointiin tai arviointiin liittyviin asioihin, kun taas englannin kielessä (*expertise*) viitataan tekemiseen tai suorittamiseen (Palonen & Gruber 2010, 41).

Anneli Pohjola (2007, 13–17) korostaa, että asiantuntijuus on monitahoinen käsite, sillä se on liikkuva ja siinä on monia ulottuvuuksia. Asiantuntijuus kytkeytyy osaamiseen ja ammatitaitoon. Asiantuntijuudessa työn tekeminen pohjautuu ammatillisen osaamisen, tiedon ja organisaation toimintayhteyksiin. Valta, vastuu, yhteiskunta- ja ihmiskäsityksen punnitseminen, eettiset velvoitteet ja yhteistyösuhteet kytkeytyvät myös työn tekemiseen. Juhani Kirjonen (1997, 13) on tuonut esiin, että asiantuntijuudessa osaamisen laatuun liittyy arvovallintoja, jotka liittyvät eettisesti kestäviin ratkaisuihin ja toimintaan.

Päivi Tynjälä (2010) korostaa asiantuntijuuden osalta tietoa, mikä muodostuu teoreettisesta ja käsitteellisestä tiedosta, toiminnan säätelyä koskevasta tiedosta, käytännöllisestä ja kokemuksellisesta tiedosta, itsesäätelytiedosta ja sosiokulttuurisesta tiedosta koostuvasta integroidusta kokonaisuudesta. Asiantuntijuudessa keskeistä on myös asteittain etenevä ongelmanratkaisu. (mt. 2010.) Tuire Palosen ja Hans Gruberin (2010, 42–43) mukaan osaaminen vakiintuu taidon korostumisen myötä. Taito on tietoa siitä, mitä pitää tehdä, se on kokemuksen tuottamaa ja hiljaisen tiedon ilmentymä. Osaaminen syntyy taas asiantuntijakulttuurien ja ryhmien yhteisen työn tuloksena. Tietorakenteiden perustan muodostavat rutiinit, erikoistieto ja käytännön pohjalta vakiintunut ymmärrys asioiden kytkeytymisestä monimutkaisesti toisiinsa. (mt. 2010.) Asiantuntija yhdistää ymmärryksen ympäristön monimutkaisuudesta ja osaamisensa hallita tätä monimutkaisuutta. Tällöin asiantuntijalla on kykyä havaita toistuvasti uutta, analysoida, tulkita ja tarjota toimintavaihtoehtoja tuloksellisesti muuttuvissa toimintaympäristöissä. (Kirjonen 1997, 13.)

Palonen ja Gruber (2010, 42–43, 55) painottavat, että asiantuntijuus on alakohtaista ja kollektiivista. Eri aloilla taitava toiminta on alakohtaista, mutta eri aloittelijoiden kehittämisessä on huomattu olevan yhteneväisiä piirteitä osaamisen, taidon ja tiedon rakentamisessa. Yhteinen kulttuuri muodostuu siitä, kun asiantuntijat jakavat tietyn yhteisen tietopohjan. Tällöin myös osaaminen ja asiantuntijuus ovat ryhmän tai ympäristön ominaisuus. (mt. 2010.) Tynjälä (2010, 85) korostaa myös asiantuntijuuden kollektiivista ja uutta luovaa luonnetta ja että, asiantuntijuuden kehittyminen edellyttää asiantuntijatyön sosiaaliin käytäntöihin osallistumista. Leena Tikkanen (2019, 307) mukaan asiantuntijuus onkin nykyään väistämättä yhdessä tehtyä ja rakennettua, neuvoteltua ja jaettua osaamista.

Sosiologiassa asiantuntijuutta on tutkittu professioteorioiden näkökulmasta, psykologiassa kognitiivisen asiantuntijuustutkimusperinteen kautta lähinnä eksperttityden näkökulmasta ja kasvatustieteessä on tukeuduttu kumpaankin paradigmaan. Psykologiassa eksperttityden tutkimus korostaa noviisien ja eksperttien ongelmanratkaisun vertailua, jossa tiedon merkitys nähtiin korostuvan monimutkaisessa ongelmanratkaisussa. Myöhemmin korostettiin yksilöllisten ominaisuuksien rinnalla yhä enemmän osaamisen siirtymistä kontekstista toiseen sekä sosiaaliin ja kulttuuriin tekijöihin. (Lehtinen & Palonen 1997, 113–116.) Harry Collins ja Robert Evans (2018, 27) ovat tarkastelleet asiantuntijuutta sosialisoinnin kautta ja he täsmentävät asiantuntijuuden olevan muotoutunut sosiologisesta näkökulmasta tarkasteltuna kolmesta eri ulottuvuudesta, eli asiantuntijuus näyttäytyy henkilökohtaisena saavutuksena, tietyn ryhmän muodostamana ja hiljaisena vuorovaikutuksellisenä tietona.

Sosiologisen näkökulman mukaan asiantuntemus ei ole yksittäisen ihmisen ajattelusta, valinnoista ja toiminnoista lähtöisin, vaan siinä korostuu kollektiivinen luonne rakenteiden ja perinteiden kautta, kuten ammattieettisten ja sääntöjen tai kirjattujen pätevyysvaatimusten osalta. Kiinnostuksen kohteena on se, miten asiantuntemus ja asiantuntijakäytännöt rakentuvat ja miten niitä rakennetaan sosiaalisesti. (Pirttilä 2002, 11–12.) Sosiologiseen tutkimukseen on liittynyt valtanäkökulman huomioiminen. Ammatit muodostavat itsessään kulttuurisia konteksteja, ja ammattien välillä on löydetty yhteisiksi havaittuja piirteitä, mutta myös eroavaisuuksia. (Lehtinen & Palonen 1997, 116.) Tutkielmassani korostuu asiantuntijuuden sosiologinen näkökulma, sillä tarkastelen asiantuntijuuden rakentumista sosiaalisesti erilaisista asiantuntijuuksista käsin, eli miten toinen asiantuntijuus, yhteistyö ja erilaisten asiantuntijuuksien kohtaaminen käsitetään omasta ammattiryhmästä käsin.

Asiantuntijuuden aseman rakentumista on tarkastellut muun muassa Arja Haapakorpi (2009) väitöskirjassaan, jossa tuli esiin, että asiantuntija-aseman rakentamista tukevat edelleen asiantuntijajärjestelmään liittyvät sulkeutumiset, mutta asiantuntijoiden on kuitenkin käytävä koko ajan neuvotteluja asemastaan asiantuntijakentällä yhteiskunnan ja työmarkkinoiden muutoksessa. Lainsäädäntö järjestee organisaatioiden keskinäistä työnjakoa ja lokeroita, ja vahvistaa julkisen sektorin asiantuntijatyötä organisaatioiden asiantuntija-aseman määrittelyiden kautta. (mt. 2009.) Tutkielmassani tarkastelen julkisen sektorin asiantuntijatyötä, jossa lainsäädäntö ja organisaatiot muovaavat asiantuntijoiden asemaa.

Asiantuntijuudessa on kyse aina toiminnallisesta suhteesta, jota kuvaa asiantuntijuuden etuliitteenä eri yhteyksissä käytettävät ”avoin” tai ”suljettu”, ”tiedostava”, ”tulkitseva” tai ”tutkiva”, ”ammattillinen” ja ”erityinen”, ”dialoginen” ja ”jaettu” asiantuntijuus (Pohjola 2007, 13–14). Tutkielmassani asiantuntijuuden toiminnallinen suhde tulee erityisesti esiin eri asiantuntijuuksien kohtaamisessa. Avoimen ja kriittisen asiantuntijuuden ulottuvuudet ja yleisesti tiedontuottaminen ovat nousseet professionaalisessa kehityksessä, sillä tieto ymmärretään sosiaalisesti rakentuvana, kontekstuaalisena ja yhteiskunnalliseen muutokseen kiinnittyvänä (Karvinen-Niinikoski 2005, 78). Avoimeen asiantuntijuuteen kietoutuu myös yhteiskunnan asiantuntijavaltaistuminen ja tiedollistuminen. (Pirttilä 2002, 12).

Sosiaalityön ja lääketieteen asiantuntijuuksia tarkasteltaessa keskustelussa on korostunut avoin ja suljettu asiantuntijuus. Suljetussa asiantuntijuudessa asiantuntija on tieteelliseen rationaalisuuteen perustuva luotettavan instituution tai profession edustaja, kuten lääketiede. Avoimessa asiantuntijuudessa taas konteksti jätetään kommunikaation varaan, kuten sosiaalityössä. (Eräsaari 2002, 30–33.) Sosiaalityö voidaan nähdä kuitenkin myös suljettuna asiantuntijuutena lakisääteisen viranhaltijanroolin kautta, mutta toisaalta avoimena asiantuntijuutena, kun se pyrkii olemaan ihmisten arjessa neuvottelevana ja muutosta tuottavana (Karvinen-Niinikoski 2005, 79). Sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuudessa voidaan siis nähdä olevan suljetun asiantuntijuuden piirteitä, vaikka lääketiede liitetään siihen vahvemmin vahvan profession vuoksi (ks. Eräsaari 2002; Karvinen-Niinikoski 2005). Avoin asiantuntijuus on kuitenkin saanut yleisesti enemmän jalansijaa (esim. Karvinen-Niinikoski 2005). Seuraavaksi tarkastelen sosiaalityön ja lääketieteen asiantuntijuuksia tarkemmin, mistä ne rakentuvat ja mitä ne pitävät sisällään. Miten erilaiset ja toisaalta samankaltaisetkin asiantuntijuuden lähtökohdat näkyvät sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden osalta.

## 2.3 Sosiaalityön asiantuntijuuden lähtökohdat

Sosiaalityön ammatillisen käytännön kuvaaminen ulkopuolisille on vaativaa, sillä sosiaalityö -käsitteen taustalla on erilaiset lähtökohdat ja monet merkitykset. Ammatin tieteellinen perusta on myös moniulotteinen. (Kananoja 2017, 28.) Sosiaalityön asiantuntijuutta on kuvattu useilla teoreettisilla malleilla, jotka eivät ole tarkkaan rajattuja. Sosiaalityössä asiantuntijuus rakentuu vuorovaikutuksessa asiakkaan ja sosiaalisen tiedon kanssa, minkä vuoksi sosiaalityö on kompleksinen kokonaisuus. (Tikkala 2019, 309.) Sosiaalityön sisältöön vaikuttavat myös koulutusrakenteet ja ajallisesti ja toiminnallisesti muuttuvat osa-alueet (Kananoja 2017, 28).

Yhteiskunnallinen kehitys eri maissa ja kansainvälinen kehitys vaikuttavat sosiaalityön kysymyksiin. Sosiaalityöllä on silti olemassa kansainvälisestikin tietyt ydinpiirteet alkuperäisistä lähtökohdista ja yhteiskunnasta riippumatta ja se on tunnustettu ammattiala. *International Federation of Social Workers*, sosiaalityön kansainvälinen järjestö, pyrkii vahvistamaan ydinsisältöjä ja yhteistä etiikkaa sosiaalityön sisällä. (Kananoja 2017, 29.) *International Federation of Social Workers* määrittelee sosiaalityön, vuoden 2014 määritelmän mukaisesti niin, että sosiaalityö on tieteenala ja professio, joka edistää yhteiskunnallista muutosta, sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja yhteisöjen ja ihmisten valtaistumista ja voimaantumista. Sosiaalityössä keskeisiä ovat yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus, ihmisoikeudet, kollektiivinen vastuu ja moninaisuuden kunnioittamisen periaatteet. Sosiaalityössä työskennellään rakenteiden ja ihmisten ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja myös hyvinvoinnin edistämiseksi. Teoria ja tietopohja koostuu sosiaalityön, yhteiskuntatieteiden ja humanististen tieteiden teorioista ja alkuperäiskansojen ja paikallisyhteisöjen tiedosta. (IFSW 2021; Sosnet yliopistoverkosto 2021a.)

Paynen (2006, 21) mukaan sosiaalityön ammatillinen rooli yhdistää sosiaalisen ja yksilöllisen muutoksen ihmissuhteiden kautta. Ainoa pätevä lähestymistapa sosiaalityön ymmärtämiseen on tutkia sen sosiaalista rakennetta, sillä sosiaalinen maailma ja ihmiskunta ovat jatkuvassa muutoksessa ja ovat vaihtelevia. Sosiaalityössä on kuitenkin monia jatkuvuuksia, jotka on rakennettu yhteiselle käsitteelliselle kielelle, jossa tulevat esiin kolme näkemystä: terapeutin, sosiaalinen järjestys ja muutosnäkökulmat. Sosiaalityöntekijät rakentavat oman sosiaalityön käytäntönsä, mutta silti nämä kolme näkemystä ovat jatkuvasti läsnä, oli

sosiaalityön rooli tai yhteiskunnassa vallitseva hyvinvointijärjestelmä millainen tahansa. (mt. 2006.)

Suomessa sosiaalityö oli aiemmin liitetty sosiaalipolitiikkaan, ja sosiaalityön olikin tarkoitus tehdä eroa sosiaalipolitiikkaan, irtaantua sosiaalipolitiikan järjestelmäkeskeisyydestä ja keskittyä ammatillisen toiminnan kannalta merkitykselliselle tiedolle ja osaamiselle. (Raunio 2004.) Jorma Sipilä (1989, 58) on korostanut, että sosiaalityöllä on kaksi merkitystä, eli puhutaanko sosiaalityön käytännöstä vai sosiaalityöstä tieteenalana tai oppialana (mt. 1989). Vaikka sosiaalityön pyrkimys oli irtaantua sosiaalipolitiikan järjestelmäkeskeisyydestä, sosiaalityössä ammatillisen toiminnan kannalta tärkeää on yhteiskunnallista ympäristöä koskeva ymmärrys. Se ei itsessään riitä välineeksi asiakkaan ongelmien ratkaisemiseen. Sosiaalityöntekijöillä tulee olla valmiuksia yhteiskunnalliseen muutostyöhön asiakastyön lisäksi eli valmiuksia laaja-alaiseen ammatilliseen toimintaan. (Raunio 2004.) Tähän linkittyy myös sosiaalityön akateemisen tutkimustiedon käyttö ja sen tuottaminen, sekä sen mahdollistama kriittinen moninäkökulmainen ajattelu (Lähteinen ym. 2017, 13).

Suomessa sosiaalityön yliopistoverkosto määrittelee sosiaalityön olevan sosiaalityöntekijän eli yliopistokoulutuksen saaneen ammattihenkilön toimintaa. Sosiaalityö perustuu eettisiin periaatteisiin, tieteelliseen tietoon ja ammatillis-tieteelliseen osaamiseen. Sosiaalityö on yhteisöjen, ryhmien, perheiden ja yksilöiden sosiaalisten ongelmien tilanearviointia ja ratkaisuprosesseja. Työ on kokonaisvaltaista muutostyötä, jolla vahvistetaan ihmisten selviytymistä, hyvinvoinnin olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta ja yksilöiden toimintakykyisyyttä. (Sosnet yliopistoverkosto 2021b.) Laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (2015/817) 9§:ssä säädetään sosiaalityöntekijän erityiset velvollisuudet eli sosiaalityöntekijä vastaa sosiaalityön ammatillisesta johtamisesta, yhteisöjen, perheiden ja yksilöiden sosiaalisen tuen ja palvelujen tarpeeseen vastaamisesta sosiaalityön asiakas- ja asiantuntijatyön avulla sekä vaikutusten arvioinnista ja seurannasta. Sosiaalityöntekijän vastuulla on sosiaalihuollon palvelujen antaminen ja päätöksenteko lainsäädännön mukaisesti.

Sipilän (1989, 58–60) mukaan sosiaalityötä voidaan määritellä myös yhteiskunnallisen käytännön, yhteiskunnan osajärjestelmän, hallinnollisen osajärjestelmän, liikkeen, ideologian, ammatin ja ammatillisen käytännön kautta. Kananoja (2017, 29) tiivistää, että sosiaalityö näyttäytyy yhteiskunnallisena tehtävänä, jonka pohjalle rakennetaan tieto, osaaminen, etiikka, erilaiset tehtävät ja käytännöt. Sosiaalityön käytännössä nivoutuvat yhteen

yhteiskunnalliset, yhteisölliset ja yksilölliset tekijät. (mt. 2019.) Asiantuntemus koostuu arkielämän sujuvuudesta, ihmisen kehityksestä, perheiden hyvinvoinnista, yhteisöllisyyden muodoista, yksinäisyydestä ja syrjäytymisestä. Sosiaalityössä tarvitaan yhteiskunnallista tietoa rakenteiden, toimintajärjestelmien ja instituutioiden muotoutumisesta sekä tulee hallita sosiaaliturva, palvelujärjestelmän kokonaisuus ja sosiaalilainsäädäntöä. (Pohjola 2007, 6.) Tarkemmin työskennellään siis sosiaalisten ongelmien, vaikeiden yksilöllisten tilanteiden ja yhteiskunnallisten rakenteiden rajapinnoilla, ja pyritään jäsentämään ongelmia sekä edistämään ennaltaehkäiseviä ja vaikuttavia ratkaisuja yksilö-, perhe-, yhteisö-, ja yhteiskuntatasoisesti. Asiantuntijuus ja käytännön työ keskittyy erityistä tukea tarvitsevien ja vaikeissa elämäntilanteissa olevien kanssa työskentelyyn ja vaikuttamistyöhön asiakkaiden elinolojen ja aseman parantamiseksi. (Lähteinen ym. 2017, 13.)

Sosiaalityö on eettistä työtä, jossa pitää huomioida yksilölliset ja yhteiskunnalliset intressit. Eettisyyteen linkittyy vahvasti myös sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen, ihmisoikeuksien puolustaminen, hyvinvoinnin ja yhdenvertaisuuden lisääminen. (Lähteinen ym. 2017, 13.) Laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (2015/817) 4§:ssä säädetään myös ammattieettisistä velvollisuuksista, jossa tuodaan esiin, että sosiaalihuollon ammattihenkilön ammatillisen toiminnan päämääränä on yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen sekä hyvinvoinnin lisääminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Sosiaalihuollon ammattihenkilön velvollisuutena on noudattaa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä asiakastietojen käsittelystä säädettyjä lakeja.

Laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (2015/817) 7§:ssä säädetään siitä, että sosiaalityöntekijänä voi toimia vain laillistettu sosiaalityöntekijä, joka on suorittanut Suomessa ylemmän korkeakoulututkinnon, johon sisältyy pääaineopinnot tai jonka lisäksi on suoritettu pääaineopinnot tai pääainetta vastaavat yliopisto-opinnot sosiaalityössä. Sanna Lähteisen ym. (2017, 14–16) mukaan koulutuksen tuottama osaaminen sosiaalityössä kiteytyy yhteiskuntatieteelliseen ja eettiseen osaamiseen, tutkimusosaamiseen, vuorovaikutus- ja työmenetelmäosaamiseen, oikeudelliseen osaamiseen, palvelujärjestelmäosaamiseen, kehittämis- ja muutososaamiseen, johtamisosaamiseen ja rakenteellisen sosiaalityön osaamiseen. Näistä osa-alueista tulee olla riittävän syvälinen osaaminen, jotta sosiaalityön lainsäädännöllisiä ja käytännön pohjalta tulevia tehtäviä voidaan toteuttaa, kuten asiakasprosessien ja sosiaalityön johtamista, monitoimijaista yhteistyötä, palvelutarpeen arviointia, perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumisen varmistamista ja rakenteellista sosiaalityötä. (mt. 2017.)



Anneli Pohjola (2018, 281) täsmentää, että lait antavat uudistuessaan tarpeellisen tuen sosiaalityön asiantuntijuuden kehittymiselle, vaikka ne toimivat raameina ja työvälineinä käytännön työlle (mt., 2018). Viranomaisrooli ja laaja harkintavalta päätöksenteossa sekä julkisen vallan käyttö korostuvat sosiaalityössä (Lähteinen ym. 2017, 5). Sosiaalityötä raamittaa eri konteksteissa hallinnon ja organisaation tarpeet, jossa keskiössä on lakisääteisen sosiaalityön toteuttaminen eri järjestelmissä ja eri palveluiden avulla (Tikkala 2019, 309). Toimintaympäristön raameista ja laajuudesta kertoo se, että sosiaalityöntekijät työskentelevät yhteistyössä eri ammattilaisten kanssa, sosiaalihuollon, terveydenhuollon, sivistystoimen ja järjestösektorin osalta (Lähteinen ym. 2017, 5). Raameista huolimatta, kuten aiemmin olen tuonut esiin, sosiaalityön asiantuntijuus sijaitsee muualla kuin palveluissa ja järjestelmässä, sillä sosiaalityön toteutuminen vaatii muun muassa asiakkaan ja ammattihenkilön yhteistyötä ja aktiivisuutta muutoksen toteuttamiseksi (esim. Tikkala 2019, 309).

Satu Vaininen (2011) väitöskirjassaan tutki sosiaalityön identiteettiä, rooleja ja ammatillista toimintaa kuntien sosiaalitoimistojen osalta, uudistuvassa toimintaympäristössä ja yhteistyösuhteissa. Tulosten mukaan sosiaalityöntekijät pystyvät toimimaan vahvemmin sosiaalisen ammattilaisina ja asiantuntijoina, kun organisaatiot, toimintaympäristöt ja toimintaroolit muuttuvat ja moninaistuvat. Toimintaympäristöt, työnjaolliset ja ammattiryhmien väliset yhteistyösuhteet vaikuttavat siihen, supistavatko vai laajentavatko sosiaalityöntekijät sosiaaliseen liittyviä toimintarooleja. Sosiaalisesta osaamisesta sosiaalityöntekijät kilpailevat erityisesti terveydenhoitajien kanssa. Sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetti sisältää alaidentiteettejä, joiden puitteissa toimitaan vaihtelevasti, kuten hyvinvoinnin katalysaattorin, perheneuvojan / asiakasneuvojan, sosiaalisen resursoijan, sosiaalisen kriisityön, erityisosaajan ja kehittäjän identiteetin kautta. (mt. 2011.)

## **2.4 Sosiaalityön asiantuntijuus terveydenhuollossa**

Terveydenhuollossa sosiaalityö on nykyään olennainen osa moniammatillisessa työryhmässä potilaan hoito- ja kuntoutusprosessissa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Terveyssosiaalityöntekijä on yhdyshenkilönä eri tahojen rajapinnoilla. (Kananaja 2017, 347.) Sosiaalityöntekijä toimii terveydenhuollossa sosiaalihuollon ammattilaisena, mutta sen lisäksi hänellä tulee olla terveydenhuollon erityisosaamista moniammatillisen yhteistyön osana, ja sosiaalihuoltolain ja siihen liittyvien asiakaslakien lisäksi

terveydenhuollon lainsäädännön tuntemista. Sosiaalityön rooli on erilainen terveydenhuollossa kuin sosiaalihuollossa, sillä sosiaalihuollossa sosiaalityöntekijä vastaa palveluprosessista ja terveydenhuollossa taas lääkäri vastaa potilaan hoidosta. (Mönkkönen ym. 2019, 83–84.) Sosiaalityön ammatillinen rooli näyttyy terveydenhuollossa tärkeänä, sillä sosiaalisen tilanteen arviointi voi vähentää kuormitusta ja lyhentää aikaa hoidossa ja kuntoutuksessa, ja täten vaikuttaa myös kustannussäästöihin. (Kananoja 2017, 348; Burrows 2020, 45).

Terveyssosiaalityö on monimuotoista, kohderyhmänä ovat kaikki ikäryhmät somatiikassa ja psykiatriassa (Yliruka ym. 2019; Kananoja 2017, 347). Daniel Burrows (2020, 45) painottaa, että sairaalahoito merkitsee usein suurta muutosta ihmisen elämässä, esimerkiksi vammautumisen, pitkäaikaisen sairauden tai lopullisen terveydentilan heikkenemisen osalta. Sosiaalityöllä on potentiaalia auttaa ihmisiä kyseisen siirtymävaiheen aikana, jolloin tuetaan yksilön psyykkistä selviytymistä ja puututaan laajempiin sosiaalisiin järjestelmiin. (mt. 2020.) Keskeisimpinä tavoitteina terveyssosiaalityössä on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen niin, että sosiaalinen suoriutuminen ja osallistuminen ja taloudellinen tilanne ei häiriintyisi sairaudesta huolimatta (Kananoja 2017, 348). Tarjotaan emotionaalista tukea ja tietoa kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin vahvistamiseen elämäntilanteen ja sairauden tuomissa muutoksissa (Yliruka ym. 2019).

Terveyssosiaalityön tehtäviä ja kohdealueita ovat välitön potilastyö potilaan ja läheisten kanssa, psykososiaalinen työ, kriisityö, moniammatillinen tiimityö ja verkostotyö (Kananoja 2017, 351; Metteri 2014, 299). Terveyssosiaalityöllä on myös erikoisalakohtaisia ja tehtäväkohtaisia erikoispiirteitä, sekä korostetaan potilaan elämäntilannetta ja diagnostiikkaan liittyvää ajattelua yleisten sisältöjen ohella. Terveyssosiaalityössä korostuvat aikuisten somaattisten sairauksien erityiskysymykset, lasten ja nuorten sairaanhoito, psyykkisten sairauksien kysymykset, päihdehoito, kuntoutus ja ikäihmisten tilanteiden kysymykset. Terveyssosiaalityössä kuitenkin korostuvat samanaikaisesti erilaiset tehtäväalueet. (Kananoja 2017, 353–354.) Tarkennettuna terveyssosiaalityöntekijä varmistaa terveysperusteisten etuuksien saamisen, tekee tilannearvioita, tarjoaa ja järjestää psykososiaalisen tuen. Työ kohdistuu potilaiden oikea-aikaisten palveluiden ja hoidon koordinointiin, palveluiden ja yhteisöjen integrointiin ja potilaan ja läheistensä potilas- ja hoitoturvallisuuden varmistamiseen. Terveydenhuollon tavoitteiden ja toimenpiteiden vaikuttavuuden suuntaisesti terveyssosiaalityö huolehtii, että potilas saa tarvitsemansa palvelut ja avun omaisiltaan. Terveyssosiaalityö toimii

linkkinä alueellisiin palveluihin ja varmistaa potilaan hyvää kokemusta terveydenhuollossa. (Yliruka ym. 2019.)

Sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluvat terveystieteiden nimikkeistön eli valtakunnallisen luokittelun mukaisesti sosiaalinen arviointi ja suunnittelu, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö, asiantuntija- ja koulutustehtävät ja hallinto ja kehittäminen (Savolainen 2017). Dokumentointi kuuluu myös osaksi terveystieteiden tehtävää (Kananoja 2017, 351–352). Terveystieteiden nimikkeistö yhtenäistää termistöä ja käsitteiden käyttöä ja se on myös tarkoitettu palveluiden dokumentoinnin, tilastoinnin ja potilaskertomusten rakenteisen kirjaamisen välineeksi (Savolainen 2017, 4; Metteri 2014, 302).

Sosiaalinen arviointi on joko laajaa tai suppeaa arviointia, johon sosiaalityön interventiot pohjautuvat ja se tehdään tavoitteellisesti vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Aloitteen arviointiin tekee asiakas, hoitohenkilökunta tai monialaisen tiimin jäsen. (Savolainen 2017, 6.) Arviointiin kuuluu potilaan elämäntilanteen selvittely ja toimintakyvyn riskien tunnistaminen, sairauden tai vammautumisen sosiaalisten seurausten selvittely, palvelujen ja tuen tarpeen, etuuksien ja kuntoutuksen ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia ja mahdollisuuksien selvittelyä. Arvioinnissa ja suunnittelussa käynnistetään tarvittavat jatkoselvittelyt ja toimenpiteet. (Kananoja 2017, 351.) Sosiaalinen arviointi on moniammatillista ja se on osa hoito- ja kuntoutusohjelmaa, ja se kirjataan johtopäätöksineen ja suosituksineen potilaskertomukseen tai omaksi lausunnokseen. (Savolainen 2017, 6–8; Kananoja 2017, 351.)

Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen pitää sisällään asiakkaan psykososiaalista tukemista, jolloin työskennellään myös usein potilaan läheisten kanssa. Keskitytään myös aineellisen hyvinvoinnin tukemiseen ja voimavarojen lisäämiseen, tarjotaan tietoa ja välineitä sairauden tai vammautumisen taloudellisten ja sosiaalisten seurausten käsittelyyn ja käytännön apua arjessa selviytymiseen sekä ratkaisujen ja valintojen tekemiseen yhteistyössä muiden ammattilaisten ja viranomaisten kanssa. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen pitää sisällään asiakkaan motivoimista oman tilanteen edistämiseen ja kuntoutumiseen. Annetaan ohjausta ja neuvontaa sosiaaliturvajärjestelmästä, sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluista sekä potilaan oikeuksista ja oikeusturvasta. Autetaan tarvittaessa myös käytännön asioissa, esimerkiksi hakemusten teossa. (Savolainen 2017, 9–11; Kananoja 2017, 351–352.) Yhteistyön,

koordinoinnin ja verkostotyön kautta varmistetaan, että yhteistyötahot saavat tiedon potilaan tarvitsemista palveluista ja etuuksista. Verkostotyössä erilaiset toimijat yhdistyvät asiakkaan asioiden hoitamiseksi, sisältäen myös lakiin perustuvien ilmoitusten tekemisen. Havaittujen palvelu- ja etuusjärjestelmän puutteiden tai palvelujensaannin vaikuttavien käytänteiden osalta tarvitaan yhteistyötä ja verkostoja tilanteen parantamiseksi. (Savolainen 2017, 12–13; Kananoja 2017, 352.) Dokumentointi kuuluu olennaisesti terveyssozialityöntekijän työhön. Moniammatillisessa organisaatiossa, jossa asiakkaan kokonaistilanne koostuu eri asiantuntijoiden tutkimuksista ja arvioista, on ammattilaisten asiantuntemus ja tehtävät sovitettava yhteen. Tällöin dokumentoinnin tulee olla selkeää ja luotettavaa. Sosiaalityön dokumentointi on yleensä osa terveydenhuollon potilaskertomusta. (Kananoja 2017, 352.)

Terveyssozialityöllä ei yleensä ole viranomaisvaltaa, ja tällöin terveyssozialityössä ei tehdä muun muassa taloudellista tukea koskevia päätöksiä (Metteri 2014, 302; Syrjä, Parvainen & Niemi 2020, 4). Terveyssozialityössä tehdään sosiaalista asianajoa potilaan taloudellisten ja sosiaalisten oikeuksien toteutumiseksi (Metteri 2014, 302). Joissakin organisaatioissa terveyssozialityöntekijällä voi olla viranomaisvaltaa ja tehdään muun muassa taloudellista tukea koskevia päätöksiä. Esimerkiksi Helsingin kaupungin päihde- ja psykiatriapalveluissa aikuis- ja terveyssozialityön vastualueet yhdistettiin, eli sosialityöntekijät työskentelevät osana terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon moniammatillista organisaatiota ja asiakas saa aikuissosiaalityön palvelut ja päätökset samalta sosialityöntekijältä myös terveydenhuollossa (ks. Kouhi 2019).

Sosialityöntekijöiden monitieteisissä yhteyksissä ilmaisema yleinen huolenaihe on, että he kokevat, että muut ammattilaiset ymmärtävät huonosti heidän työtään (Burrows 2020, 43). Terveydenhuollossa toteutuvassa sosialityössä tulee nostaa esille oma osaaminen selkeästi muille ammattikunnille ja koko terveydenhuollon organisaatiolle, täten terveyssozialityössä vaaditaan myös vankkaa ammatti-identiteettiä. Sosialityön asema terveydenhuollon organisaatioissa vaihtelee, ja erot saattavat johtua erikoisalasta, mutta myös eri organisaatioiden johdon näkemyksistä ja nähdäänkö sosialityö osana terveydenhuoltoa. (Kananoja 2017, 354–355.) Terveyssozialityötä ei ole tunnustettu terveydenhuollon lainsäädännössä, jolloin virallisen paikan puuttuminen johtaa siihen, että sosialityöntekijän paikka on erilainen johdon ja hoito-organisaation henkilökunnan määrittämän mukaisesti (Metteri 2014, 300). Terveyssozialityön paikan muotoutumiseen tällä hetkellä vaikuttaa muutokset

perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon integroitumisessa. (Kana-noja 2017, 350, 356.)

Miina Arajärvi ym. (2020) ovat tarkastelleet tutkimuksessaan sosiaalityön psykososiaalista asiantuntijuutta moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä nuorisopsykiatrian kontekstissa, jossa oli myös lääkäreiden näkemykset mukana. Lääkärit arvostivat sosiaalityöntekijän osaamista Kelan etuuksien ja palveluverkoston osalta. He toivoivat sosiaalityöntekijän työnkuvan tarkentamista interventiomenetelmien ja hoidollisen työn osalta ja korostivat, etteivät sosiaalityöntekijät saisi unohtaa ammatti-identiteettiään moniammatillisen tiimin työskentelyssä. Yleisesti sosiaalityön rooli nähtiin sosiaalisen toimintakyvyn ja perheen kokonaistilanteen arvioimisesta, palveluverkostojen koordinoinnista ja terapeuttisesta työstä koostuvana. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuudelle nähtiin olevan lähtökohtana ymmärrys psyykkisten oireiden vaikutuksesta sosiaaliseen toimintakykyyn. Rauni Korkealaakso (2005) pro gradu - tutkielmassaan tarkasteli lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia sosiaalityöstä ja yhteistyöstä sairaalan aikuispsykiatrian osastoilla ja poliklinikoilla. Sosiaalityöntekijän tehtävä näyttäytyi potilaan taloudellisen selviytymisen turvaajana ja raamien luojana potilaan kanssa tehtävälle hoito- ja kuntoutussuunnitelmalle. (mt. 2005.) Tiina Toiminen (2016) pro gradu - tutkielmassaan tarkasteli monialaista näkemystä sosiaalityön asiantuntijuudesta sairaalan yhteistyön kontekstissa. Sosiaalityöllä näytti olevan selkeät tehtävät ja vahva rooli moniammatillisessa yhteistyössä. Sosiaalityöntekijä on asiakkaita varten, mutta myös tukee terveydenhuollon henkilöstön toimintaa. (mt. 2016.) Tutkielmassani tarkastelen myös sosiaalityön asiantuntijuutta lääkärin asiantuntijuudesta käsin, eli miten lääkärin asiantuntijuudesta käsin sosiaalityön asiantuntijuus ja yhteistyö hahmotetaan.

## **2.5 Lääkärin asiantuntijuuden lähtökohdat**

Lääkäreiden asiantuntijuudessa korostuu selkeä rooli kansanterveyden edistäjänä ja tiedon jakajana väestön kaikille tasoille, erityisesti hyvinvoinnin ulkopuolella ja vaikeimmin tavoitettavissa olevien valistamisen ja auttamisen osalta (Pasternack 2017; Patja ym. 2009). Sirpa Wrede ym. (2016) tarkastelivat autonomiaa ja ammatillisuutta lääkäreiden näkökulmasta. Parantajuus nähtiin olevan lääkäriyden ytimessä. Parantajuutta tarkennettiin terveysvalmentajan position kautta, joka nousi tärkeäksi potilaskeskeisyyden myötä. Parantajuus ja terveysvalmentajan ulottuvuudet ovat jossain määrin läsnä melkein kaikkien lääkäreiden

työssä, kuitenkin toimintaympäristö huomioiden. (mt. 2016.) Lääkäriys on myös ammatti-identiteetti, eikä pelkästään asiantuntijuutta, jolloin arvioinnin kohteena on osaamisen lisäksi henkilökohtaiset toimintatavat ja ominaisuudet (Patja ym. 2009).

Lääkärin käytännön työtä määrittävät asiantuntijuus, potilastilanteet, työyksikkö ja yhteiskunta. Asiantuntijuuteen lääkäreillä kuuluu aina vaikuttaminen yhteiskuntaan, tiedeyhteisöön, työyhteisöön, kollegoihin ja potilaisiin. Lääkärin osaamiseen sisältyy potilastyö, lääketieteellinen tieto, vuorovaikutustaidot, terveydenhuollon toimintaprosessien hallinta, tietotekniset taidot ja moniammatillinen yhteistyö. Viestintätaidot ovat olennaisessa osassa lääkärin asiantuntijuutta, sillä työn tulos riippuu potilaan kanssa ja toisten ammattilaisten kanssa tehdystä työstä. Lääkäri tarvitsee yhteistyötaitoja, johon kuuluu myös tieto muiden ammattilaisten osaamisesta, tavoitteista, toimintamalleista ja professionalismista, Toimintaympäristön tuntemus ja taito ohjata toimintaympäristön toimintaa on myös tärkeässä osassa asiantuntijuutta. Asiantuntijuus näyttäytyy ammatillisena osaamisena ja potilastilanteisiin vaikuttavat asenteet, osaaminen ja tieto, työyksikkö pitää sisällään osaamisen, resurssit ja työkuulttuurin ja yhteiskunta linjaa lait ja resurssit. Lääkärin työhön haasteita tuo monimutkaiset ja vaihtelevat tilanteet ja ympäristöt sekä yhteiskunta luo myös omat haasteensa. Tietomäärän kasvu, viestintä- ja vuorovaikutustaitoihin kohdistuvat paineet tuovat haastetta työhön. (Patja ym. 2009.)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), määritellään terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeudet ja velvollisuudet, kuten 22§:ssä lääkärin asiantuntijuuteen vahvasti kuuluvan taudinmäärityksen ja oikeudesta määrätä lääkkeitä ja 15§:ssä lääkärinkin asiantuntijuuteen kuuluvan ammattieettiset velvollisuudet. Terveydenhuollon ammattihenkilön päämääränä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien parantaminen ja ehkäiseminen ja kärsimysten lievittäminen. Ammattitoiminnassa on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksen pohjalta, jota on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon toiminnasta potilaalle koituva hyöty ja mahdolliset haitat. Ammattihenkilön on velvollisuus ottaa huomioon potilaan oikeudet ja tulee antaa aina kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 3:15§.)

Lääkärin koulutuksen osaamistavoitteet ovat kaikille Suomen lääketieteellisille tiedekunnille yhteiset tavoitteet. Osaamistavoitteet pitävät sisällään ammatilliset arvot ja toiminnan,

ammattilliset taidot ja ammatillisen tiedon. Ammatilliset arvot ja toiminta pitävät sisällään lääkärin ammatillisen ja eettisen vastuun, vastuun omasta hyvinvoinnista, juridisen vastuun, potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan, epävarmuuden sietämisen ja mutkikkaat työtilanteet, haavoittuvassa asemassa olevien potilaiden hoidon, johtamisen, tiimityön ja ammattien välisen yhteistyön ja elinikäisen oppimisen. Ammatilliset taidot pitävät sisällään vuorovaikutustaidot, diagnostiikan ja hoidon, lääkkeiden turvallisen määräämisen, potilastietojen tehokkaan ja turvallisen käytön. Ammatillinen tieto koostuu tiedosta terveyspalveluista eri puolilla maata, biolääketieteellisten periaatteiden soveltamisesta, psykologisten periaatteiden soveltamisesta, yhteiskuntatieteiden periaatteiden soveltamisesta, terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä, kliinisestä tutkimuksesta ja tieteellisyydestä. (Merenmies ym. 2020.)

Sosiaalityöntekijän ja lääkärin työtä määrittävät hyvin samat asiat, kuten yhteiskunta, asiakas/potilastilanteet, toimintaympäristö, yhteistyö ja eettisyys ja kummassakin asiantuntijuudessa korostetaan vuorovaikutustaitoja (esim. Merenmies ym. 2020 vrt. Lähteinen ym. 2017). Näissä suhteissa lääkärin ja sosiaalityöntekijän asiantuntijuus tulevat lähelle toisiaan ja jakavat samoja lähtökohtia, vaikka professionaaliset juuret ovat erilaiset (esim. Konttinen 1991 vrt. Etzioni 1969). Tutkielmassani tarkastelen näitä erilaisia ja samanlaisia lähtökohtia, mitä asiantuntijuuksien kohtaamisessa tulee esiin, kun työskennellään samassa toimintaympäristössä. Leena Rekola (2008, 145) korostaa, että sosiaali- ja terveydenhuollossa asiantuntijuus nähdään asiakaslähtöisenä ja dynaamisena toimintana. Asiantuntijuus syntyy yhdessä toimimalla moniammatillisesti ja se on osa asiantuntijaorganisaatiota.

## 3 SOSIAALITYÖN JA LÄÄKETIETEEN ASiantuntijuuksien kohtaaminen

### 3.1 Yhteistyö moniammatillisessa työskentelyssä

Moniammatillisen yhteistyön käsite on sateenvarjokäsite, jonka alle sijoittuu monenlaisia ja -tasoisia ilmiöitä (Isoherranen 2006, 13). Yhteistyötä kuvaavia käsitteitä on useita, esimerkiksi *multi-*, *inter-*, ja *cross-*, tai *transprofessional* (Isoherranen 2008, 33). *Multi* -käsite kuvaa useita eri professioita työskentelemässä keskenään. Siinä keskitytään yhteistyöhön pikemmin kuin etsitään rajojen ylityksiä. (Payne 2000, 9.) *Transprofessional/-disciplinary* -käsite kuvaa tarkoituksenmukaista ammattiroolijaon rikkomista, jolloin ammattilaiset sallivat muiden ammattilaisten astua toistensa asiantuntemuksen alueille asiakaslähtöisesti (Isoherranen 2006, 16–17; Payne 2000, 9). *Interprofessional* -käsite pitää myös sisällään sen, että professioryhmit tekevät muutoksia heidän rooleihinsa ja ovat vuorovaikutuksessa muiden kanssa, säätävät tieto- ja taitopohjaansa ja vaihtavat vastuita (Payne 2000, 9; Reeves ym. 2010). Käsite korostaa yhteisesti sovitun tavan, paikan ja ajan merkitystä tiedon käsittelyssä ja vaihdossa (Isoherranen 2008, 38).

Ammattienvälinen tiimityö (*interprofessional teamwork*) kuvaa sitä, että siihen osallistuu esimerkiksi erilaisia terveys- ja/tai sosiaalialan ammattilaisia, joilla on yhteinen tiimi-identiteetti ja tekevät tiivistä yhteistyötä integroidusti ongelmien ratkaisemiseksi. Monitieteinen tiimityö (*multidisciplinary teamwork*) eroaa ammattien välisestä tiimityöstä siten, että tiimin jäsenet koostuvat eri akateemisista tieteenaloista. (Reeves ym. 2010.) Tarkennettuna suomen kielessä moniammatillinen tiimi on organisoitu tapa tehdä yhteistyötä. Moniammatillinen tiimi -käsitettä voidaan kuitenkin käyttää myös samassa työpisteessä työskentelevistä henkilöistä, joilla ei ole varsinaisia tiimikokouksia tai yhteisen tiedon prosessointiin ei ole mahdollisuutta. (Isoherranen 2006, 16.) Erilaisia moniammatillisuuden tasoja kuvaavia käsitteitä ei siis ole suomen kielessä. Suomen kielen moniammatillinen yhteistyö käsittää rinnakkain tapahtuvan työskentelyn asiakkaan kanssa, sovittuja tapaamisia ja tiedonvaihtoa (*inter-*) ja asiantuntijoiden sovitusti rikottuja roolirajoja asiakaslähtöisesti työskenneltäessä (*trans-*). (Isoherranen 2008, 39.)



Moniammatillisuuden ja monitieteisyyden tavoitteena on kokonaisuuksien huomioiminen. Ihmisen kanssa työskenneltäessä tulee huomioida holistinen eli kokonaisvaltainen näkökulma. On enenevässä määrin ongelmia, joita ratkaistaessa tarvitaan holistista toimintatapaa osittavan ja pirstaleisen ajattelun ja toiminnan sijaan myös sosiaali- ja terveysalalla. (Isoherranen 2006, 31.) Moniammatillinen yhteistyö toteutuu strategisessa suunnittelussa, hallinnollisissa ratkaisuissa ja asiakastasolla. Yhteistyöhön moniammatillisuus tuo mukanaan eri näkökulmia, tiedon ja osaamisen lähtökohdista. Yhteistyön tärkeä kysymys on se, miten tieto ja osaaminen voidaan koota yhteen mahdollisimman kokonaisvaltaisen käsityksen ja ymmärryksen saavuttamiseksi. (Mt. 2006, 13–14.)

Moniammatillisessa työskentelyssä vuorovaikutusosaaminen on tärkeää ja yhteistyön edellytys (Mönkkönen ym. 2019, 48; Nurminen 2018, 182). Vuorovaikutusosaamiseen kuuluvat kommunikoinnin ja suhteiden luomisen taidot, kietoutuen substanssi- ja prosessiosaamiseen. Vastavuoroista kohtaamista määrittävä käsite on dialogisuus, siinä ei ole kilpailuasetelmaa tai vastakkainasettelua. (Mönkkönen ym. 2019.) Dialogisuus moniammatillisessa kohtaamisessa tarkoittaa pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen. Jokaisen kokemukset ja tiedot ovat tärkeitä ongelmia ratkottaessa, sillä inhimillinen tieto näyttäytyy aina puutteellisenä. Vuoropuhelu onnistuu, kun yhteisöllinen keskustelu on tärkeämpää kuin pelkästään oman roolin ylläpitäminen. (Isoherranen 2006, 25–26.) Kollektiivisessa tiedonmuodostuksessa toimijoilla tulee olla yhteinen ongelma ja aikomus ratkaista se. Tiedonmuodostus vaatii jotakin yhteistä ja jaettua taustaa. Olennaista yhteisessä tiedonmuodostuksessa on liittää oma tieto toisen tietoon. Asiantuntijan tulee olla perillä käsitteiden käytöstä ja siitä, millaiseen teoriapohjaan hän rakentaa tietonsa, jotta voisi ymmärtää muiden käsiteellisiä järjestelmiä. (Parviainen 2006, 176.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillinen yhteistyö on asiakastyössä eri asiantuntijoiden työskentelyä, jossa keskiössä on huomioida asiakkaan tilanteen kokonaisuus. Tiedon prosessoinnissa asiantuntijoiden tiedot ja taidot limitetään asiakaslähtöisesti yhteen. Yhteinen tavoite ja käsitys pyritään luomaan vuorovaikutusprosessissa. Asiakas, omainen, läheinen tai vapaaehtoinen auttaja voi olla myös mukana yhteisessä keskustelussa. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat työympäristöstä riippumatta asiakaslähtöisyys, tiedon kokoaminen yhteen erilaisten näkökulmien osalta, vuorovaikutteinen yhteistyö, verkostot ja rajojen ylitykset. (Isoherranen 2006, 14.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa on välttämätöntä rakentaa kollektiivista asiantuntijuutta, sillä sairaus ei ole pelkästään lääketieteellinen

ongelma, vaan se rakentuu arjessa myös sosiaalisesti ja psyykkisesti (Metteri, Valokivi & Ylinen 2014, 330–331). Moniammatillisen yhteistyön vaikutuksesta kertoo se, että sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisesta hyötyvät erityisesti paljon palveluja käyttävät asiakkaat (Koivisto ym. 2020). Tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen työn kehittämisessä on, että ammattilaisten tehdessä yhteistyötä asiakas saisi parempaa palvelua, asiakas huomioitaisiin asiakaslähtöisesti eli asiakas tulee kuulluksi ja on mukana hoitonsa ja palvelunsa suunnittelussa (Pehkonen ym. 2019, 89).

Taru Kekonin ym. (2019, 16) mukaan sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä kuvaavina käsitteinä tutkimuksissa on käytetty, jaettua asiakkuutta, jaettua asiantuntijuutta, ammattilaisten ja asiakkaiden yhteistoiminnallisuutta tai vuorovaikutuksen vaihtoaluetta. Moniammatillisessa työskentelyssä tavoitteena on rakentaa yhteistä käsitystä jostakin asiasta, jota yhteistoiminnallisuus ja jaettu asiakkuus kuvaavat. Vaihtoalue kuvaa sosiaalisen vaihdon näkökulmaa, jossa olennaista on osapuolien vastavuoroinen hyöty. Moniammatillisessa työskentelyssä on yleistynyt rajapintojen käsite, se kuvaa raja-aluetta, joka jää eri työtehtävien välille. Yhdyspinnan käsitettä on ehdotettu rajapintojen tilalle, sillä se korostaisi erilaisia yhtymäkohtia, joissa yhteistyö on tärkeää, eikä rajoja. Moniammatillisuudessa toimitaan kulttuuristen, asenteellisten, rakenteellisten ja asiantuntijuuden osa-alueiden rajapinnoilla. Näiden rajojen ylitykset edistävät moniammatillisuutta. (mt. 2019.) Omassa tutkielmassani tarkastelen sosiaalityön ja lääketieteen moniammatillista yhteistyötä aineistolähtöisesti ja tällöin juuri laajasta moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta enkä tiettyjen käsitteiden kautta, eli ylipäätään sitä miten yhteistyö käsitetään tiettyjen ammattiryhmien välillä ja tietyssä kontekstissa.

Työnjako sosiaali- ja terveydenhuollossa on Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan selvityksen mukaan eriytynyttä, minkä vuoksi asiakaslähtöisyyden toteuttaminen vaatii työn uudelleenjakoa. Ammattilaisten rajatyö tulee korostumaan, jolloin organisaatioiden rajat tunnustetaan ja ylitetään. Täten on tunnistettava myös päällekkäinen työ ja palveluaukot. Työnjakoa tulisi kehittää niin, että ammattiryhmien limittynyt työ mahdollistetaan. (Kangasniemi ym. 2017.) Haasteita moniammatilliseen toimintaan tuottaa ammattien väliset valtakysymykset (Reeves ym. 2010, 22). Asiantuntijoiden välisessä tiedonmuodostuksessa käytännön esteitä voivat olla hierarkkisten asemien ja valtapositioiden lisäksi myös organisaatiokulttuuri, tavat ja tottumukset, kognitiivinen heterogeenisuus eli eri asiantuntija-alat eivät ymmärrä toistensa asiantuntijuusaloja, kieli ja terminologia, ikä, sukupuoli, etninen tausta,

emootiot, luottamuksen puute, liiallinen luottamus, yksilölliset intressit, kilpailu, kiire ja aikapolitiikka sekä organisaatiotilojen rajoitukset. (Parviainen 2006, 167–174.) Reeves ym. (2010) korostavat myös resurssien, kuten juuri ajan puutetta tiimityön haasteena (mt. 2010). Kekoni ym. (2019, 23) tuovat esiin, että ammattikuntien välillä saattaa vallita virheellisiä oletuksia toisista ammattikunnista. Sosiaali- ja terveysalalla useat ammattilaiset ovat kokeneet ajoittain, että muut ammattilaiset eivät moniammatillisessa tiimissä hahmota toisten ammattikuntien tekemää työtä riittävästi. Epäselvyydet hälvenevät yleensä yhteisen työskentelyn kautta. Ammattilaisten ymmärtäessä toisen ammattikunnan työtä, on helpompaa rakentaa yhteistä ymmärrystä.

Integroiva yhteistyö, eli eri asiantuntijuuksien ja palvelujen toisiinsa kytkeytyminen, on ideaalimalli sosiaali- ja terveysalalla, jossa yhdistyvät vahva ohjaus eli rakenteet, toimintamallit ja hallinto ja ammattilaisten vapaaehtoisuus. Tällä tavoin saadaan tehtyä uudenlaisia ratkaisuja. Erityisesti integroidun yhteistyön tarve tulee esiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden osalta. (Kekoni ym. 2019, 37.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiossa on painotettu, että asiakas saa palvelut oikea-aikaisesti ja tällöin pyritään saavuttamaan myös kustannussäästöjä. Palveluintegraation onnistuminen edellyttää yhteensopivia tietojärjestelmiä, sitoutunutta johtamista, järjestämisen ja rahoituksen integraatiota, monialaista yhteistoimintaa, asiakasta osallistavaa ja tarvelähtöistä työtettä, jaettua tietoa, palveluprosessin etenemisen ja vaikutusten seuranta. (Koivisto ym. 2020.)

Christofer Rydenfält, Jonas Borell ja Gudbjörg Erlingsdottir (2018) tarkastelivat Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessaan lääkäreiden käsityksiä tiimityöstä, ja mikä on tärkeää hyvässä tiimityössä. Lääkärit käsittivät tiimityön eri tavoin. Moniammatillisen työskentelyn arvostus ja miten toimitaan, on yhteydessä siihen, miten tiimityö käsitetään. Lääkärit toivat esiin, että yhteistyö moniammatillisissa tiimeissä on tärkeää. Yhteinen asia, jonka lääkärit toivat esiin, oli että tiimin jäsenillä tulee olla selkeät roolit. Lääkärit korostivat myös, että hyvässä tiimityössä tärkeää on psykologinen turvallisuus ja yhteiset tavoitteet, joiden suhteen erityisesti johtajuus korostuu. Hyvän tiimityön saavuttamiseksi tärkeät tekijät olivat lääkäreiden mukaan viestintätaidot ja ammattienvälisen tiimityön harjoittelu. Lääkärien koulutuksessa tulisi korostua enemmän kommunikointitaidot ja yhteistyötaidot eli niin sanotut ei-tekniset taidot. (mt. 2018.)

Raija Nurminen (2008, 174) on tuonut esiin, että yhteisen koulutuksen aloittaminen eri ammattiryhmien ja -alojen välillä mahdollisimman varhain ehkäisee stereotyyppisten näkemysten ja kielteisten asenteiden syntymistä toisesta ammattikuntaryhmästä (mt. 2008). Esimerkiksi Allison West, Shari Miller ja Judith Leitch (2016) tarkastelivat tutkimuksessaan sosiaalityön ja terveydenhuollon jatko-opiskelijoiden asenteita ja käsityksiä yhteistyön sujumisesta. Ensimmäisen vuoden opiskelijoilla oli enemmän myönteisiä käsityksiä ja asenteita ammattienvälisestä yhteistyöstä kuin edistyneemmällä opiskelijoilla. Sosiaalityön opiskelijat näkivät heidän professiollaan olevan vähemmän arvovaltaa moniammatillisissa käytännöissä suhteessa muihin terveydenhuollon ammattialoihin. Sosiaalityössä tulisi kiinnittää huomiota ammatilliseen sosiaalistamisen rooliin, erityisesti opetussuunnitelman osalta. Lääketieteenopiskelijat kokivat, että heidän professionsa vaalii taas vähemmän vaikuttavia yhteistyötaitoja. (mt. 2016.) Isoherranen (2008, 174) tuokin esiin, että moniammatillisen koulutuksen kautta vahvistuu ammatillinen itseluottamus, yhteistyön luonteen ymmärtäminen, vuorovaikutuksen arvostus, ammattiryhmien ja -alojen kulttuurillisten asioiden ymmärrys.

Suomessa moniammatillisia opintojaksoja on toteutettu jo 2000-luvun alussa, esimerkiksi Pekka Virtasen (2003) artikkelissa on tarkasteltu Tampereen yliopistossa lääketieteellisen tiedekunnan toteuttamaa monialaista Kuntoutus -opintojaksoa, johon osallistuivat lääketieteen lisäksi muun muassa sosiaalityön opiskelijat. Oppimisen konstruktivisuus ja kollektiivisuus korostuivat monialaisessa yhteisopiskelussa, yksilön sisäinen prosessi koostui osallistumisesta, tiedon jakamisesta ja asiantuntijakulttuuriin kasvamisesta. Monialaisten oppimistilanteiden organisointi vaatii laitospettaja- ja opiskelijatason yhteistoimintaa ja avauksia käytännön työkentille. Yleisesti käytännönläheinen moniammatillinen opintojakso koettiin hyvänä ja tarpeellisena ja niitä toivottiin olevan yliopistossa enemmän. (mt. 2003.) Helsingin yliopistossa on vuonna 2019 käynnistynyt ensimmäinen lääke- ja valtiotieteellisten tiedekuntien rajat ylittävä sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelma, jonka tarkoituksena on kouluttaa asiantuntijoita, johtajia ja kehittäjiä muuttuvalle sosiaali- ja terveysalalle. Opiskelu tapahtuu tiiviissä monialaisessa yhteisössä, jonka avulla pyritään laajentamaan ammatti-identiteettiä ja sisältöosaamista. (Helsingin yliopisto 2021.)

Moniammatillisia opintoja lääketieteen ja sosiaalityön osalta on toteutettu Itä-Suomen yliopistossa, esimerkiksi moniammatillisen suursimulaation kautta, johon on osallistunut eri sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita ja ammattilaisia. (ks. University of Eastern Finland

2020). Suuryhmäsimulaatio on osoittautunut päteväksi opetus- ja oppimismenetelmäksi, tapahtuen eri ammattilaisten ja asiakkaiden kanssa vuorovaikutuksessa (Saaranen ym. 2020).

Asiakassimulaatiosta ammattienvälisessä opiskelussa sosiaalityön ja lääketieteen opiskelijoiden osalta on osoittautunut myös Saksassa onnistuneeksi, ja myös käytännölliseksi ja motivoivaksi tavaksi parantaa kommunikointitaitoja (Neuderth ym. 2019). E.S. Andersonin ym. (2010) Iso-Britannialaisessa tutkimuksessa arvioitiin ammattikuntien, sosiaalityön ja lääketieteen, välistä yhteisöllistä oppimistapahtumaa, joka keskittyi vammaisuuteen. Asiakkaita oli myös mukana tässä oppimistapahtumassa. Tulosten mukaan sosiaalityön ja lääketieteen näkökulmien yhdistäminen tuotti jännitteitä, vaikka muutoin opiskelukokemus koettiin hyödylliseksi. Asiakkaat arvostivat ammattien välistä moniammatillista prosessia.

### **3.2 Yhteistyö perusterveydenhuollon osastotyössä**

Terveyskeskuksessa toteutetaan kunnan terveydenhuollon palveluita ja seurataan sekä edistetään väestön terveyttä. Terveyskeskuksessa on avohuollon toimintaa ja usein myös vuodeosasto sairaalahoitoa tarvitseville. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a.) Terveyskeskuksen vuodeosastolle päätyminen yleisin syy on ollut esimerkiksi vuosien 2015–2016 tarkastelussa verenkiertoelinsairaus, jonka jälkeen hengityselinten sairaudet, psykiatriset sairaudet sekä vammat ja myrkytykset. Terveyskeskusten vuodeosastoilla potilaat olivat keskimäärin 77-vuotiaita. Hoitokausien pituus oli keskimäärin 18 päivää, ja yli 75-vuotiaiden keskimäärin 21 päivää. Hoitopäivien määrä suhteutettuna potilasmäärään on kuitenkin laskenut tasaisesti yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä vuodesta 2006 alkaen. Vuodeosastohoidossa on kuitenkin alueellisesti suuria eroja niin hoitokausien ja -päivien pituudessa kuin potilaiden määrässä. Tämä johtuu siitä, että joissakin kunnissa hoidetaan potilaita aluesairaالاتasolla erikoissairaanhoidossa, jotka taas toisessa kunnassa olisivat kunnan terveyskeskussairaalassa. (Saukonen & Vuorio 2017.)

Terveyskeskuksessa lääkärin työ on moniammatillisesta näkökulmasta usein konsultaatiotai koordinaatiotyöskentelyä ja työparityöskentelyä. Hoitoneuvottelut, joissa on useita ammattilaisia, on harvinaisia. Työtiimin merkitys lääkärin työssä korostuu vuodeosastolla. Olennainen tieto terveydenhuollossa vaihtuu potilastietojärjestelmien avulla eri ammattilaisten välillä. Lääkärillä on kokonaisvastuu potilaan hoidosta, jolloin hän koordinoi

erityispalveluiden hyödyntämistä ja lääkärille yleensä lankeaa hoitokokousten verovastuu. (Mönkkönen ym. 2019, 79–80.) Sirpa Wreden ym. (2016) tutkimuksessa tuli esiin, että terveystieteissä lääkärin työssä korostetaan toisinaan potilaan kokonaisvaltaista näkökulmaa, jossa huomioidaan sairauksien lisäksi sosiaaliset tekijät (mt. 2016, 88). Uran alkuvaiheen terveystieteiden näyttöön ammattinvalinnan koetteluksi, jolloin se koetaan yksinäisenä tasapainoiluna omien vasta muotoutuvien taitojen ja osaamisen, niukkojen resurssien, suuren vastuun ja potilaspaineen kanssa. (Mt. 2016, 80).

Sosiaalityöntekijöitä on perusterveydenhuollossa niukka määrä verrattuna erikoissairaanhoidon, vaikka 1970-luvun alussa kansanterveystyön suunnitelmassa perusterveydenhuollosta ennakoitiin tulevan sosiaalityön keskeinen toiminta-alue ja tärkeä monialaisessa työskentelyssä (Kananaja 2017, 349; Yliruka ym. 2019, 1). Sosiaalityöntekijä tai -ohjaaja työskentelee joka kolmannella terveystieteiden säännöllisesti. (Syrjä ym. 2020). Kunnan sosiaalihuollon alainen sosiaalityöntekijä toimii joissain kunnissa myös terveystieteiden sosiaalityöntekijänä (Kananaja 2017, 349). Esimerkiksi Sanna Keskikylän (2020, 11) selvityksessä terveystieteiden sosiaalityöstä Päijät-Hämeen osalta esiin tuli, ettei alueella ole tarjolla sosiaalityötä perusterveydenhuollossa paitsi perusterveydenhuollon kuntoutusosastoilla (mt. 2020). Tutkielmassani osastokonteksti tulee laajasti esille, enkä tarkastele vain tiettyjen osastojen toimintaa.

Sosiaalityöntekijän palvelua on potilaalla oikeus saada kaikilla terveydenhuollon alueilla. Terveystieteiden sosiaalityöllä näyttäisi olevan tärkeä rooli terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisemisen, työurien pidentämisen ja avohuollon lisääntymisen näkökulmasta. (Kananaja 2017, 350, 356.) Perusterveydenhuollossa sosiaalityön rooli näyttäisi olevan tärkeä esimerkiksi ongelmien ennaltaehkäisyssä ja kasautumisessa. Perusterveydenhuollossa sosiaalityön toimiessa, olisi se myös tällöin asiakkaiden tarpeiden näkökulmasta hajautunut eri palvelualueille eli sinne, missä asiakas palvelua tarvitsee. (Keskikylä 2020, 12.) Laura Yliruka ym. (2019) tuovat esiin, että mikäli sosiaalityöntekijä tapaa asiakkaan ensimmäistä kertaa vasta erikoissairaanhoidossa, eikä perusterveydenhuollossa, sosiaaliset ongelmat ovat voineet jatkua pitkään, kasautua ja monimutkaistua (mt. 2019). Anna Metteri (2014, 320) korostaa, että perusterveydenhuoltoon tarvitaan terveystieteiden sosiaalityön palveluita ja moniammatillista yhteistyötä lisää. Perusterveydenhuolto tarvitsee eriarvoisuuden vähentämiseksi laajempaa orientaatiota kuin lääketieteen asiantuntijuuden. (mt. 2014.)

Vesa Syrjä ym. (2020) tarkastelivat tutkimuksessaan terveyskeskusten avosairaanhoidon yhteistyötä sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa. Terveysasemien tyytyväisyyttä moniammatilliseen tiimityöhön lisää huomattavasti sosiaalityöntekijä tai -ohjaajan työskentely paikan päällä terveysasemalla, parantaen myös asiakkaiden saamaa palvelua. Terveysasemalla asiakkaat tarvitsevat sosiaalityötä ja -ohjaus taloudellisissa kysymyksissä, päihdeongelmissa ja ikäihmisten tuen tarpeisiin liittyvissä kysymyksissä. (mt. 2020). Tutkielmani pohjautuu avohuollon sijaan perusterveydenhuollon osastotyöhön, jossa sosiaalityön tarve kohdistuu osastotyön potilasryhmän mukaisesti. Tulevaisuudessa sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyskeskuksista saa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut samasta paikasta (Niemi & Muuri 2021).

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Tieteenfilosofiset ja metodologiset lähtökohdat

Tutkielmani tieteenfilosofiset lähtökohdat pohjautuvat fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen. Fenomenologiassa ja hermeneutiikassa on tutkimuksen tekemisen kannalta tärkeää kokemuksellisuus, merkityksellisyys ja yhteisöllisyys. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 39–40). Fenomenologis-hermeneuttisella tutkimuksella pyritään saamaan jo tunnettu tiedetyksi, yritetään nostaa esiin tottumuksen häivyttämiä huomaamattomuuksia ja itsestäänselvyksiä tai mikä on koettu, mutta ei tietoisesti ajateltu (Tuomi & Sarajärvi 2018, 41). Tämä näkyy tutkielmassani siten, että tarkastelen lääkäriopiskelijoiden käsityksiä, joilla on kokemusta käytännön työskentelystä osastotyön ympäristössä, josta voi nousta esiin niin sanottuja itsestäänselvyksiä, ilman että niitä on aiemmin tietoisesti ajateltu. Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa tarkastellaan yhden ihmisen tai tutkittavan ihmisjoukon merkitysmailmaa kyseisestä hetkestä käsin (Laine 2015, 32), jolloin en pyrikään tutkielmassani saamaan kattavia tuloksia yleisesti lääkäriopiskelijoiden käsityksistä.

Tutkielmani on laadullinen tutkimus, jonka vahvuutena kvantitatiiviseen tutkimukseen nähden on, että kvantitatiivinen tutkimus ei kykene kuvailemaan, miten ilmiö on paikallisesti muodostettu (Silverman 2006, 43). Laadullista tutkimusta toteutan induktiivisella otteella, eli aineistolähtöisesti, mutta se ei tarkoita kuitenkaan samaa kuin täysin teoriattomuus (ks. Juhila 2021). Fenomenologiassakin tietyt lähestymiskehykset ohjaavat tutkimusta ja niitä pitää arvioida kriittisesti, vaikka fenomenologisessa tutkimuksessa ei käytetä tiettyä ennalta määrittävää teoreettista mallia. Tämän olen huomionut tutkielmassani, että linkittyviä teoriaan on löydettävissä, myös hermeneutiikan mukaisesti esiymmärryksen kautta eli tutkimuskohde ymmärretään tietynlaisena jo ennen tutkimusta (Laine 2015, 34, 36–37).

Tutkielmassani tarkastelen lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityöstä perusterveydenhuollon kontekstissa käyttämäni eläytymismenetelmän mukaisesti, mutta käsityksiin liitän myös fenomenologis-hermeneuttisen tieteenfilosofisen lähtökohdan mukaisesti kokemuksellisuuden. Jari Eskolan ym. (2018, 64, 74) mukaan eläytymismenetelmätarinat eivät aina kerro vastaajan omista näkemyksistä ja kokemuksista. Menetelmää käytetään, kun tavoitteena on selvittää ihmisten ajattelun logiikkaa jostakin ilmiöstä. Anita Saaranen-Kauppinen



ja Anna Puusniekan (2006a) mukaan menetelmä sopii tutkimuksiin, joissa tarkastellaan ajattelun logiikan ja asenteiden lisäksi representaatioita. Tarkastelen tutkielmassani käytännön kentällä työskennelleiden lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityöstä ja yhteistyöstä, jolloin osalla saattaa olla myös kokemusta terveystieteiden kanssa työskentelystä, muttei välttämättä kaikilla. En hakenutkaan tietoisesti kokemuksellista tietoa, vaan eläytymismenetelmä voi tuoda esiin käsityksiä ilmiöstä, mikä saattaa toteutua, ennakoasenteita ja sitä mitä eri asiat merkitsevät (ks. Eskola, Virtanen & Wallin 2018; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a).

Fenomenologiassa vastavuoroista suhdetta tarkastellaan yksilön perspektiivistä käsin, eli jokaisella on omat kehukset, joiden kautta elää ja kokee ja joka on rakentunut elämän historian kautta koostuen aiemmista kokemuksista, käsityksistä, tuntemisen tavoista ja arvoista. (Laine 2015, 30.) Tämän vuoksi näen käsitysten ja kokemusten nivoutuvan yhteen. Fenomenologisessa tutkimuksessa tarkastellaan kokemusta, ja kokemus muotoutuu merkityksen mukaan eli merkityssisällön ja sen rakenteen mukaan. Merkitysten lähteenä on yhteisö, johon jokainen kasvaa ja kasvatetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 40; Laine 2015, 31.) Tarkastelen tutkielmassani nimenomaan yhteisöä ja tiettyä ryhmää, antavatko asiantuntijuustalteen homogeeninen ryhmä samanlaisia merkityksiä eli onko heillä samanlaisia käsityksiä.

Tutkimusaineistonkeruun toteutin eläytymismenetelmällä, jossa keinona tarkoitetaan lyhyehköjen tarinoiden tai esseiden kirjoittamista tutkijan antamien ohjeiden mukaan. Kehyskertomus toimii orientaationa, jonka pohjalta tutkimukseen osallistujien tulee kirjoittaa pieni tarina, jossa vievät kehyskertomuksessa esitettyä tilannetta eteenpäin tai kuvaa, mitä on tapahtunut kehyskertomuksen tilannetta ennen. Vastaukset eivät välttämättä ole todellisia, mutta ainakin vähintään mahdollisia. Osa vastauksista on stereotyyppisiä, mutta kyseisten käsitysten perusteella ihmiset suuntaavat omia valintojaan. (Eskola ym. 2018, 63–64, 75.) Tutkielmassani vastauksista käytän nimitystä kuvaus, tätä avaan aineistonkeruun kohdalla (luvussa 4.3) enemmän. Eläytymismenetelmää on käytetty laajasti eri tieteenaloilla ja monenlaisissa tutkimustarkoituksissa, esimerkiksi kyselylomakkeen tai haastattelun rinnalla (Eskola ym. 2018, 74). Tutkielmassani käytän ainoastaan eläytymismenetelmää. Teorialähtöistä tutkimusta on tehty hyvin vähän eläytymismenetelmällä (Eskola ym. 2018, 74). Eläytymismenetelmä soveltuu metodologisenä valintana tutkimustehtävääni, sillä tutkielmani logiikka ja analyysi on aineistolähtöinen. Eläytymismenetelmän valitsin myös kohderyhmästä käsin, sillä ajattelin, että kehyskertomusten ja potilastapauksen kautta sosiaalityön

asiantuntijuutta ja yhteistyötä on lääkäriopiskelijoiden helpompi sanoittaa. Eläytymismenetelmän avulla vastaajat saivat myös vapaasti rakentaa kuvaustaan omista käsityksistään.

## 4.2 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkielmassani tutkin käytännön kentällä työskennelleiden tai harjoittelussa olleiden lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa. Tutkimustehtävä ja -kysymykset muotoutuivat ja hioutuivat tutkielman edetessä. Tutkimukseni kohderyhmäksi valitsin lääkäriopiskelijat, joilla on käytännön työkokemusta kentältä vähintään harjoittelujen muodossa, jolloin he ovat vähitellen hahmottaneet oman asiantuntijuutensa ja potilaiden tilanteita käytännön kautta kokonaisvaltaisesti. Osalla saattaa olla jo myös kokemusta sosiaalityöntekijän kanssa toimimisesta, mutta sinällään kokemuksia en tutkielmassani tarkastele, vaan käsityksiä, kuten edellisessä luvussa toin esiin.

Alun perin tarkoitukseni oli tutkia lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityöntekijän asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa laaja-alaisemmin ja häivyttämällä toimintaympäristö. Asiantuntijuuteen ja asiantuntijana toimimiseen kuitenkin liittyy aina vahvasti toimintaympäristö (esim. Kirjonen 1997; Pohjola 2007), minkä vuoksi otin toimintaympäristön eli perusterveydenhuollon osastotyön yhtenä osa-alueena mukaan. Perusterveydenhuollon osastotyön valitsin toimintaympäristöksi sen vuoksi, sillä ajattelin käytännön kentällä työskennelleillä lääkäriopiskelijoilla olevan enemmän tarttumapintaa juuri perusterveydenhuollon osastotyöhön, jolloin he ovat jo hahmottaneet omaa asiantuntijuuttaan kyseisessä toimintaympäristössä. Yleisesti lääkäriopiskelijat ovat harjoittelussa tai työskentelevät aluksi perusterveydenhuollon puolella ja näin ollen ensimmäinen kontakti sosiaalityöntekijän kanssa toimimiseen saattaa olla sillä sektorilla. Lähestyn aihetta osastotyön kautta, sillä mielestäni sitä kautta asiantuntijuuksien eri roolit ja ammatillinen toiminta tulevat selvemmin esiin, kun toimitaan tietyssä tarkkarajaisessa toimintaympäristössä. Haasteensa perusterveydenhuollon osastotyön toimintaympäristön tarkastelulle antaa se, että sosiaalityöntekijöitä on ylipäättään perusterveydenhuollon puolella niukka määrä ja eri kunnissa painottuvat erilaiset tehtävät, avohuolto tai osastotyö enemmän. (esim. Kananoja 2017; Syrjä ym. 2020; Keskikylä 2020.)

Tutkimustehtäväni jakautuu kolmeen tutkimuskysymykseen:

1. Millaisia käsityksiä lääkäriopiskelijoilla on sosiaalityön asiantuntijuudesta perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa?
2. Millaisena lääkäriopiskelijat käsittävät yhteistyön sosiaalityöntekijän kanssa perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa?
3. Millainen on kehyskertomuksen variaation vaikutus, eli mikä vastauksissa muuttuu, kun moniammatillisen tiimin vetovastuu on joko lääkäriellä tai sosiaalityöntekijällä?

Tutkimuskysymykseni ovat muotoutuneet tutkimustehtävän mukaisesti ja käytettävän tutkimusmenetelmän eli eläytymismenetelmän pohjalta, jolloin tarkastellaan käsityksiä ja mahdollisesti ennakoasenteita sekä kehyskertomuksen variaation vaikutusta. Käsityksien tarkastelu on tärkeää, jotta saadaan tietoa, millaiseksi sosiaalityön asiantuntijuus ja yhteistyö sosiaalityöntekijöiden kanssa lääkäriopiskelijoiden tarkastelusta käsin rakentuu perusterveydenhuollon kontekstissa. Täten myös sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä on mahdollista rakentaa näiden käsitysten pohjalta, mahdollisesti myös jo opiskeluvaiheessa. Tarkastelen nimenomaan käsityksiä, sillä mikäli ei tiedetä mitä toinen asiantuntija tekee, ei kyetä työskentelemään aukottomasti (esim. Kangasniemi ym. 2017). Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkastelen yhteistyöhön linkittyen lääkärin ja sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden asemoitumista toisiinsa nähden sisällönanalyysin kautta ja asiantuntijuuden asemoitumista toisiinsa nähden tarkastelen myös variaation vaikutuksen osalta, sillä variaoin lääkärin ja sosiaalityöntekijän asemaa moniammatillisen tiimin vetovastuun osalta (ks. Liite 3).

Fenomenologis-hermeneuttisen perinteen mukaan tutkijan tulisi tuoda esiin omat ennakkokäsitykset ilmiöstä ja analyysin aikana ne tulisi tiedostaa (Tuomi & Sarajarvi 2018, 109). Tutkimustehtävän ja tutkimuskysymysten osalta ennako-olettamuksena minulla oli, että lääkärin asiantuntijuus näkyy sosiaalityöhön nähden vahvana. Pohdin, että sosiaalityö näyttäytyisi lähinnä sosiaaliturvan ja etuusasioiden asiantuntijuuden kautta (esim. Korkealaakso 2005). Yhteistyön ajattelin myös olevan irrallista ja eriytynyttä, mikäli sosiaalityöntekijän asiantuntijuus käsitetään kapea-alaisesti. Laatimani kehyskertomusten (Liite 3) osalta, jossa sosiaalityöntekijä oli toisessa kertomuksessa moniammatillisen tiiminvetäjä. Ajattelin, että sosiaalityöntekijän moniammatillisen tiimin vetovastuu kyseenalaistetaan, sillä perinteisesti lääkäri on terveydenhuollossa moniammatillisen tiimissä vetäjänä (ks. Mökkönen ym. 2019,

80). Nämä ennako-olettamukset tunnistin tutkimusaineistoa analysoidessani, kun pyrin aineistolähtöiseen otteeseen. Kuten Eskola ym. (2018, 74) ovat tuoneet esiin, eläytymismenetelmän aineiston tehtävä ei ole välttämättä hypoteesien todentamista, vaan niiden keksimistä. Pyritään löytämään uusia näkökulmia, eikä vain jo ennalta tiedettyä tai epäiltyä. Vastaajat tuottavat kuitenkin vapaasti käsityksensä tutkittavasta asiasta (mt. 2018.) Tämän vuoksi tutkimuskysymykseni olivat melko väljiä korostaen tutkittavien käsityksiä.

### 4.3 Tutkimusaineisto ja aineistonkeruu eläytymismenetelmällä

Tutkimusaineiston keräsin eläytymismenetelmää hyödyntäen. Eläytymismenetelmällä aineisto kerättiin niin, että vastaajat saivat kehyskertomuksen, jonka pohjalta heidän tuli kirjoittaa pieni tarina tai kuvaus omien mielikuviansa ja käsitystensä mukaisesti. Kirjoittaja vie kehyskertomuksessa esitettyä tilannetta eteenpäin tai kuvaa tapahtumia, jotka ovat tapahtuneet ennen kehyskertomuksessa olevaa tilannetta. Kehyskertomusten versioita tutkielmasani oli kaksi. Tärkeää menetelmän käytössä on vaihtelun vaikutuksen selvittäminen eli mikä vastauksissa muuttuu, kun varioidaan yhtä seikkaa, vaikka vastaukset sinänsä itsessään ovat usein myös mielenkiintoisia ja näin myös omassa tutkielmassanikin on. Kehyskertomusversiot tyypillisesti sekoitetaan, eli vastaajat saavat vastattavaksi yhden kehyskertomusversion sattumanvaraisesti. (Eskola ym. 2018, 63–64, 67.)

Kehyskertomusten laadinta on eläytymismenetelmän käytössä olennaisinta, jolloin versioiston avulla pyritään saavuttamaan hyvin tavoiteltava tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Kehyskertomukset pyrin pitämään mahdollisimman lyhyinä. Eläytymismenetelmää voi käyttää perinteisesti niin, että varioidaan jonkun tilanteen onnistumista, mutta monipuolisemmin esimerkiksi varioimalla tarinan aikajännettä, sukupuolta tai tarinan kertojaa. Kehyskertomuksen vihjeet vastaajalle mietin tarkasti, mikä on olennaista tilanteen toimivuuden kannalta. Tätä peilasin tutkimusaiheeseen ja vastaajiin. (Eskola ym. 2018.) Kehyskertomusten versiot koostuivat samasta potilastapauksesta, mutta erovaisuutena kehyskertomusten osalta oli, että toisessa kertomuksessa lääkäri oli vetovastuussa moniammatillisessa tiimissä ja toisessa sosiaalityöntekijä.

Kehyskertomusten pohjalta pyysin kirjoittamaan mielikuviin ja ajatuksiin pohjautuvan kuvauksen tai tarinan kyseisen tilanteen etenemisestä (ks. Liite 3):

*Työskentelet lääkärinä vuodeosastolla perusterveydenhuollossa. Osaston moniammatilliseen tiimiin kuuluu myös sosiaalityöntekijä. Osastolla on potilas, jolla on ollut lyhyitä osastopaksoja säännöllisesti tätä ennen. Lääkärinä olet arvioinut potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti. Päädyt siihen, että potilas tulisi kotiuttaa pian. Ensihoidolta on tullut tieto, että potilaan kotona on sähköt katkaistu ja asunto on huomattavan epäsiisti. Potilaalla on ollut runsasta alkoholin käyttöä. Potilas kertoo, että hänellä on ollut ahdistuneisuutta.*

*(A) Olet lääkärinä vetovastuussa moniammatillisessa tiimissä. Miten toimit tilanteessa, ja miten sinun ja sosiaalityöntekijän yhteistyö potilaan asiassa etenee?*

*(B) Sosiaalityöntekijä on vetovastuussa moniammatillisessa tiimissä. Miten sosiaalityöntekijä toimii tilanteessa, ja miten sinun ja sosiaalityöntekijän yhteistyö potilaan asiassa etenee?*

Kehyskertomuksessa johdattelin vastaajia potilastapauksen kautta potilaan moninaiseen ja kokonaisvaltaiseen tilanteeseen. Tietoisesti toin esille sosiaalisia haasteita potilaan tilanteesta, jotta näihin olisi helpompi tarttua, ymmärtää kokonaisuutta ja jatkojalostaa eteenpäin. Pohdin, että käytännön potilastapauksen kautta lääkäriopiskelijoiden on helpompi tuoda esiin sosiaalityön asiantuntijuutta ja yhteistyötä, sillä sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden työtä määrittävät olennaisesti asiakas- ja potilastilanteet (esim. Lähteinen ym. 2017; Merenmies ym. 2020).

Eskolan ym. (2018, 72) mukaan kehyskertomuksia tulisi testata etukäteen, mieluummin lopullisen vastaajajoukon edustajalle. Tällöin nähdään toimivatko laaditut kehyskertomukset odotetulla tavalla. (mt. 2018.) Testasin kehyskertomuksiani yhdellä vastaajajoukon edustajalla eli lääkäriopiskelijalla. Kehyskertomuksia hiottiin ja käytiin läpi myös maisteriseminaarissa pro gradu - tutkielmani ohjaajan ja muiden seminaariryhmään kuuluneiden opiskelijoiden kanssa. Sain muokkausehdotuksia ja niiden pohjalta toteutin valmiit kehyskertomukset.

Eläytymismenetelmää on käytetty perinteisesti niin, että kehyskertomus on A4-arkin ylälaidassa ja vastaukset on kerätty jonkin tilaisuuden alussa paperille kirjoitettuna. Menetelmää on käytetty myös modernimmin, ja vastauksia on kerätty mm. sähköpostin, Facebookin tai Google Docsin kautta. Sähköisellä vastaamisella pystytään tavoittamaan uudella tavalla

tutkimukseen sopivia vastaajia. Sähköinen vastaaminen nopeuttaa analysointia, kun aikaa ei kulu litterointiin. Haasteena on kuitenkin vastaajien löytäminen ja houkuttelu, vastaajien kyky eläytyä tilanteeseen ja riittävä edustavuus. (Eskola ym. 2018, 66.) Toteutin aineistonkeruun sähköisesti aineistonkeruulomakkeella, sillä uskoin, että kohderyhmään kuuluvien olisi helpompi vastata sähköisesti ja se tavoittaa paremmin kohderyhmän. Sähköisen aineistonkeruulomakkeen loin Webropol -ohjelmalla, joka on paljon käytetty sähköisten kyselylomakkeiden osalta. Sähköisen lomakkeen osalta tein niin, että vastaajat ohjattiin valitsemaan kehyskertomus sukunimen aakkosten alkukirjaimen mukaan. Sukunimet luokiteltiin alkukirjaimilla seuraavasti: A-L, jotka saivat kehyskertomuksen A vastattavaksi ja M-Ö, jotka saivat vastaavasti vastattavaksi kehyskertomuksen B. (Mäenpää ym. 2017, 49.) Informoin tutkittavia aineistonkeruulomakkeella (ks. Liite 1), jolloin varmistuin siitä, että informointi tulee jokaiselle linkin saaneelle. Webropol -ohjelmassa laitoin asetukset niin, ettei aineistonkeruulomakkeen vastauksissa näkynyt itselleni mitään tunnistetietoja, jolloin aineistonkeruu toteutui täysin anonymina.

Lähetin tammikuussa 2020 aineistonkeruulomakepyynnön kaikkiin Suomen yliopistoihin, joissa opiskellaan lääketiedettä eli Helsingin, Tampereen, Turun, Oulun ja Itä-Suomen yliopistoon. Aineistonkeruulomakepyynnön lähetin lääketieteen opiskelijajärjestöjen tiedottajille, jotka lähettivät aineistonkeruulomakkeen eteenpäin lääkäriopiskelijoiden sähköpostilistalle ja Itä-Suomen yliopiston osalta Yammer -alustalle. Pyysin tiedotusvastaavia ja myös paria omaa lääkäriopiskelijakontaktia jakamaan ja tiedottamaan laaja-alaisesti aineistonkeruupyynnöstä. Täten aineistonkeruu toteutui lumipallo-otannalla, jolloin tutkija on alkuun yhteydessä tiettyyn pieneen ryhmää ja käyttää näitä kontakteja luomaan yhteyksiä muiden kanssa (Bryman 2016, 188). Lumipallo-otanta sopi tutkielmani aineistonkeruuseen, sillä tutkittavat olivat homogeeninen ryhmä ja koin, että lääkäriopiskelijat saisivat innostettua toisiinsa vastaamaan aineistonkeruulomakkeeseen.

Vastauksia kehyskertomuksiin tuli yhteensä 29, mutta yhden vastauksen jätin analyysin ulkopuolelle, sillä se ei vastannut tehtävänantoa ja oli epäasiallinen. Aineisto koostui siis yhteensä 28 vastauksesta, joista 13 oli kirjoitettu kehyskertomus A:n pohjalta ja 15 kehyskertomus B:n pohjalta, eli vastaukset jakautuivat melko tasaisesti. Eskolan ym. (2018, 69) mukaan vastauksia tulisi olla 15–20 per kehyskertomus, jolloin saadaan toistuvuutta vastauksiin ja vastausten peruslogiikka alkaa toistaa itseään, eikä enempää ole tarpeellista kerätä yhden versioiston osalta. Vastausten laajuus voi toki vaihdella. Eläytymismenetelmään pätee myös

elämäkertatutkimuksen osalta kehitetty saturaatio eli aineiston kylläntyminen. (mt. 2018.) Aineistoni jäi hieman alle tuon eläytymismenetelmän mukaisesti niin sanotusti vaaditun vastausmäärän, mutta aineiston analyysin pystyin hyvin toteuttamaan ja siinä oli huomattavissa vastausten peruslogiikan toistuminen ja saturaatio. Vastaukset olivat eri pituisia ja vastaukset myös erosivat toisistaan, vaikka peruslogiikka oli havaittavissa.

#### 4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Eläytymismenetelmäaineistoa analysoin kaksi kertaa. Ensimmäisellä kerralla analysoin laadullisen aineiston lähestymistavan mukaisesti aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä. (ks. Eskola ym. 2018, 64.) Sisällönanalyysi pohjautuu siihen, mistä aiheista, asioista ja teemoista aineisto koostuu (Vuori 2021), eli mitä vastaajat ovat kirjoittaneet. Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven (2018, 108–109) mukaan aineistolähtöisen analyysin tavoite on luoda teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta, jolloin analyysiyksiköt eivät ole etukäteen harkittuja. Pyritään siihen, että aineiston analyysiin ei vaikuttaisi aiempi tutkimuksellinen tieto tai tieto ilmiöstä. Aineistolähtöisessä analyysissä haasteena on, että tutkimusasetelmat ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja täysin objektiivisia havaintoja ei ole olemassa. Nämä olen analyysissäni ottanut huomioon. (mt. 2018.) Toisella analyysikerralla keskityin variaatioon ja sen tuomiin muutoksiin (Eskola ym. 2018, 64–65).

Pohdin myös narratiivisen analyysin vaihtoehtoa, mutta päädyin sisällönanalyysiin, sillä kehyskertomusten vastauksissa ei oikeastaan ollut tarinallisuutta tai juonellisuutta (ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b), vaan ne olivat lähinnä kuvauksia. Pyysinkin kehyskertomusten osalta vastaajia joko kuvaamaan tai kirjoittamaan tarinan tilanteen etenemisestä. Seuraavaksi kuvaan miten käytännössä toteutin analyysin.

Webropol -ohjelmasta ajoin raportin Word-tiedostoksi ja ohjelma jaotteli automaattisesti kehyskertomusvariaatiot (A ja B) omiksi osa-alueiksi. Aineiston analyysissä lähdin liikkeelle aineistoon perehtymisellä. Silmäilin aluksi aineiston läpi, erotin ja merkitsin kiinnostavat asiat ja maininnat aineistosta tutkimusongelman ja -kysymysteni mukaisesti eli sosiaalityön asiantuntijuuden ja yhteistyön osalta kuitenkin aineistolähtöisesti. Laitoin jokaisen vastauksen perään numeroinnin, jotta pystyin yksilöimään vastaukset. Värikoodasin samaa kuvaavat ilmaisut keskenään ja hahmottelin itselleni, mitä ne pitävät sisällään ja keräsin merkityt asiat

yhteen. Tein siis aineiston pelkistämistä eli redusointia. Karsin aineistosta kaiken epäolennaisen pois ja etsin aineistosta kaikki tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäisilmaukset ja niistä muodostin pelkistetyt ilmaukset (ks. Taulukko 1), jotka erittelin omaksi listakseen ja Word-tiedostoksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–124.)

TAULUKKO 1 Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
”Ensinnäkin vau jos on oma sosiaalityöntekijä! Ottaisin tästä luksuksesta kaiken irti...”	Sosiaalityön tarpeellisuus
”Oliko se meidän sosiaalityöntekijä ihan fyysisesti täällä vai pitikö tästä nyt taas tehdä joku konsultaatiopyyntö jollekin random-lehdelle?”	Tietämättömyys, miten sosiaalityöntekijän tavoittaa
”Yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa mietimme, miten saisimme potilaan pärjäämään kotona.”	Sosiaalityöntekijä ja lääkäri pohtivat potilaan tilannetta yhdessä
”Olettais, että sosiaalityöntekijä käy läpi potilaan kanssa tämän taloudellisen tilanteen ja sen, mihin tukiin potilas on oikeutettu ja miten tukia haetaan.”	Sosiaalityöntekijä kartoittaa taloudellisen tilanteen, etuudet/tuet ja niiden hakemisen
”Sos-tt on mahdollista selvittää ongelmien syitä eri tavoin kuin lääkäriellä ja hoitajalla, hän saa selville mm taloudellisen tilanteen ja maksamattomat laskut.”	Sosiaalityöntekijällä on erilaista osaamista kuin lääkäriellä
”Sovitetaan, että sostyöntekijä ottaa vetovastuun ja järjestää tilannearvion potilaan kanssa, mahdollisesti myös potilaan kotiin.”	Sosiaalityöntekijällä vetovastuu

Pelkistämisen jälkeen ryhmittelin eli klusteroin aineiston, jolloin kävin aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset läpi ja etsin pääasiassa samankaltaisuuksia ja osin eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, kun aineistosta tuli esiin jotain poikkeavaa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Tämän jälkeen teemoittelin pelkistetyt ilmaukset, painottaen sitä, mitä kustakin teemasta on sanottu eli etsin tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. (Mt. 105–106.) Pelkistettyjen ilmausten pohjalta muodostin alateemoja samaa ilmiötä kuvaavista käsitteistä. Yhdistin alateemat ja muodostin niistä yläteemoja. Yläteemat yhdistin myöhemmässä vaiheessa pääteemoiksi. Pääteemat jakautuivat sosiaalityön asiantuntijuuden ja yhteistyön alle tutkimustehtävän ja tutkimuskysymysten mukaisesti (ks. Taulukko 2). (Mt. 124–127.) Taulukko 2 on esimerkki



pelkistettyjen ilmausten, ala-, ylä- ja pääteemojen muodostamisesta. Pelkistettyjä ilmauksia aineiston osalta oli todellisuudessa enemmän, mutta esimerkkitaulukkoon laitoin yhtä samaa alateemaa kuvaavan pelkistetyn ilmauksen. Yläteemoista esimerkkitaulukkoon valitsin vain kaksi.

TAULUKKO 2 Esimerkki alateemojen, yläteemojen ja pääteemojen muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alateema	Yläteema	Pääteema
Sosiaalityöntekijä pyytää lääkäriltä tarvittavia lausuntoja liitteiksi	Lausuntoasiat		
Sosiaalityöntekijän kanta ja tilanneselvittely	Potilaan kokonaisvaltainen tilanteen selvittäminen		
Sosiaalityöntekijä järjestää palvelutarpeen arvion	Palvelutarpeen arviointi	Sosiaalinen arviointi ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen	Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveys-sosiaalityön substanssiosaaminen
Sosiaalityöntekijä puuttuu arjen ongelmiin	Arjen ongelmiin puuttuminen		
Sosiaalityöntekijä arvioi tarpeen edunvalvontaan	Edunvalvonta		
Sosiaalityöntekijä tukee potilasta asioidensa järjestämisessä	Potilaan tukeminen		
Sosiaalityöntekijöitä ei ole tarpeeksi	Resurssien puute sosiaalityön osalta		
Asiat välitetään sosiaalityöntekijälle hoitajareportin tai kirjauksen kautta	Yhteistyö kirjausten kautta	Eriytynyt ja toimimaton yhteistyö	Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa
Tietämättömyys, miten toimia yhteydenottotilanteissa	Tietämättömyys miten yhteistyö toimii		

Teemoittelun osalta ryhmittelyn jälkeen tein abstrahointia eli käsitteellistämistä, jolloin muodostin aineistolähtöisesti teoreettisia käsitteitä, joista muotoutuivat lopulliset ala-, ylä-

ja pääteemat tutkimustehtävän ja -kysymysten mukaisesti sosiaalityön asiantuntijuuden ja yhteistyön osalta (ks. Taulukko 3 ja Taulukko 4). Pyrin siis rakentamaan tutkimuskohteesta kuvauksen muodostamieni käsitteiden avulla. (Mt. 125–127.) Taulukossa 3 ovat lopulliset alateemat, yläteemat ja pääteemat lääkäriopiskelijoiden käsityksistä sosiaalityön asiantuntijuuden osalta. Pääteemana on siis tutkimuskysymyksen mukaisesti sosiaalityön asiantuntijuus ja terveystieteiden substanssiosaaminen tuli analyysin kautta sosiaalityön asiantuntijuuden rinnalle pääteemaksi. Kyseisiä teemoja avaan tarkemmin luvussa 5.1.

TAULUKKO 3 Lopulliset alateemat, yläteemat ja pääteema sosiaalityön asiantuntijuudesta

Alateema	Yläteema	Pääteema
Raivaussiivous / siivous Sähköt Kotikäynti Lyhytaikaishoito / kriisi- paikka Tuettu asuminen / Palvelu- asuminen	Asumisen tukeminen	Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveystieteiden sub- stanssiosaaminen
Etuudet, tuet ja hakemukset Toimeentulo Raha-asiat ja laskut Maksusitoumus	Taloudellisen tilanteen sel- vittäminen ja tukeminen	Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveystieteiden sub- stanssiosaaminen
Yhteistyö kunnan sosiaali- toimen kanssa Yhteys muihin tahoihin Yhteys omaisiin	Yhteistyö verkostojen ja omaisten kanssa	Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveystieteiden sub- stanssiosaaminen
Potilaan tilanteen kokonais- valtainen selvittäminen Edunvalvonta Lausuntoasiat Palvelutarpeen arviointi Potilaan tukeminen Arjen ongelmiin puuttumi- nen	Sosiaalinen arviointi ja so- siaalisen toimintakyvyn tu- keminen	Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveystieteiden sub- stanssiosaaminen
Potilaan tilanteen seuranta Kotiin annettavat palvelut Kotipalvelu, kotisaira- hoito ja kotihoito Päihdepalvelut, -kuntoutus ja -katkaisu	Palveluiden järjestäminen ja potilaan tilanteen koordi- nointi	Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveystieteiden sub- stanssiosaaminen

Taulukossa 4 on lopulliset alateemat, yläteemat ja pääteemat lääkäriopiskelijoiden käsityksistä yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa. Pääteemana on tutkimuskysymyksen mukaisesti yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa. Kyseisiä teemoja avaan tarkemmin luvussa 5.2.

TAULUKKO 4 Lopulliset alateemat, yläteemat ja pääteema yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa

Alateema	Yläteema	Pääteema
Resurssien puute sosiaalityön osalta Yhteistyö kirjausten kautta Tietämättömyys miten yhteistyö toimii	Eriytynyt ja toimimaton yhteistyö	Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa
Lääkäri ja sosiaalityöntekijä pohtivat yhdessä potilaan tilannetta Asiakas/potilaslähtöisyys Moniammatillisesti selvitetään tilannetta Kokonaisvaltainen työskentely Yhteydenotto sosiaalityöntekijään	Vuorovaikutuksellinen ja toimiva yhteistyö	Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa
Sosiaalityön asiantuntijuuden tunnustaminen Sosiaalityöntekijällä tärkeä rooli potilaan tilanteen kokonaisuudessa Epävarmuus mitä sosiaalityön asiantuntijuuteen kuuluu Lääkärijohtoinen yhteistyö Sosiaalityöntekijä vastuussa potilaan tilanteesta Toive sosiaalityöntekijän avusta potilaan tilanteessa Sosiaalinen tilanne jarruttaa kotiuttamisprosessia	Sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoituminen toisiinsa nähden	Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa

Variaation osalta keskityin sen tuomiin muutoksiin eli miten kehyskertomusversioiden vastaukset poikkesivat toisistaan, ja mikä oli vastausten ilmiön logiikka. Vastauksia tarkastelin myös siten, mikä vastauksista puuttuu. (Eskola ym. 2018, 64–65.)

Aineistolähtöisestä analyysistä huolimatta yhdeksi yläteemaksi muodostin käsitteellistämisen jälkeen sosiaalisen arvioinnin ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen, jotka on nostettu myös terveysosiaalityön käsitteistössä isoina kokonaisuuksina esiin (ks. Savolainen 2017). Teemoittelemani yläteemat löytyvät myös terveysosiaalityön tehtäväalueista (esim. Savolainen 2017; Kananoja 2017). Yhteistyön osalta yläteemat linkittyivät myös osin

aineistolähtöisesti aiempaan teoriaan, mutta eivät muotoutuneet teorian pohjalle tai teoria-ohjautuvasti. Tuloslukujen rakenne koostuu pää- ja yläteemojen mukaisesti pitäen sisällään alateemat. Tulosluvut 5.1 ja 5.2 olen siis analysoinut sisällönanalyysillä. Keskityin tulosluvussa 5.3 kehyskertomuksen variaation vaikutukseen. Tulosluvuissa merkitsin aineistositaatit niin, että katkoviivojen avulla jätin pois tiettyjä aiheeseen liittymättömiä kohtia. Aineistositaatteja muokkasinkin niin, että korjasin vastauksista kirjoitusvirheet ja vaihdoin yhden alkuperäisessä vastauksessa olevan sanan neutraalimmaksi.

## 4.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimusprosessin aikana pitää toimia hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Olen pyrkinyt toimimaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusten mukaisesti, eli olen noudattanut rehellisyyttä, avoimuutta, huolellisuutta, tarkkuutta ja käyttänyt eettisesti kestäviä menetelmiä tutkimusprosessin aikana. (Kuula 2011, 34–35.) Olen koko tutkimusprosessin aikana pyrkinyt tuomaan tutkimusprosessin etenemisen tarkasti esiin ja olen pyrkinyt selkeästi avaamaan, miksi olen päätenyt tietynlaisiin, esimerkiksi metodologisiin valintoihin tutkielmassani.

Laadullinen tutkimus tuottaa haasteita siltä osin, että siinä on siedettävä monimutkaisuutta. Tutkittavat asiat eivät ole yleensä suoraviivaisesti esitettävissä ja analysoitavissa. Laadullisen aineiston osalta ei voida yleensä tunnistaa syy-seuraussuhteita, vaan asiat liittyvät toisiinsa moninaisesti. Tutkittavien asioille antamat merkitykset ovat useasti monimutkaisia ja ristiriitaisiakin. Tutkimuksessa kuitenkin yksinkertaistetaan ja tiivistetään, sillä kaikkea on mahdotonta kirjoittaa auki. Monimutkaisuus tulee kuitenkin pitää mielessä, jotta tulokset ovat tarpeeksi perusteltuja, eikä liian pelkistettyjä. (Juhila 2020.) Monimutkaisuus näkyy myös siinä, että tutkimustehtävä, aineistonkeruu ja analyysi täsmentyvät tutkimusprosessin edetessä. Tutkijan tulee tiedostaa täten myös oma kehittyminen tutkimuksen kuluessa ja tutkijalla tulee olla valmiuksia tehdä tutkimuksen osalta uudelleenlinjauksia. (Kiviniemi 2015, 74–75.) Tutkielmassani erityisesti aineistolähtöisen analyysin mukaisesti tutkimuksen teoreettinen viitekehys muotoutui hieman uudelleen. Peilasin koko ajan teoreettista viitekehystä, tutkimustehtävää ja -kysymyksiä, metodologisia valintoja ja analyysia suhteessa toisiinsa ja ne muokkautuivatkin tutkielman edetessä.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy aineistonkeruun osalta se, että tutkittaville tulee antaa tietoa tutkimusaineistonkäytöstä. Tutkimuksesta annettava informaatio on tärkeä, sillä se saattaa ratkaista haluavatko ihmiset osallistua tutkimukseen. Informoinnissa mainitsin tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen tavoitteen, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden ja aineistonkeruun toteutustavan, tietojen suojaamisen, kerättävien tietojen käyttötarkoituksen, käyttäjät ja käyttöajan. (Kuula 2011.) Eskola ym. (2018, 68) korostavat, että vastaajien vapaaehtoisuus toteutuu sähköisesti kerätyllä tavalla hyvin, kun muistutetaan vapaaehtoisuudesta vastaajille annettavissa ohjeissa.

Informoin tutkittavia aineistonkeruulomakkeen osallistumispyynnössä, sillä en lähestynyt tutkittavia itse (ks. Kuula 2011). Näin varmistuin siitä, että informointi tulee jokaiselle linkin saaneelle. En kerännyt aineistosta minkäänlaisia tunnistetietoja. Informoin tutkittavia siitä, ja myös aineiston käyttötarkoituksesta, käsittelystä ja säilyttämisestä, tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja tutkimuksen tavoitteesta. (ks. Liite 1.) Aineistonkeruussa minun piti ottaa huomioon se, etten voinut täysin varmistua siitä, että vastaajat ovat kohderyhmääni, sillä minulla ei ollut vastaajien osalta minkäänlaisia tunnistetietoja (sähköpostia, nimiä tms.). Aineistonkeruun kohderyhmän eli käytännön kentällä työskennelleet tai harjoittelussa olleet lääkäriopiskelijat toin selvästi esiin tutkielman aineistonkeruulomakkeen osallistumispyynnössä ja täten luotin vastaajiin. Tutkimusaineistoa säilytin erillisellä muistitikulla tietosuojasta huolehtien, aineisto oli täysin anonyymi ja huolehdin sen hävittämisestä pro gradu - tutkielmani valmistuttua.

Tutkimusprosessin aikana tulee ottaa oma tutkijan positio huomioon. Laadullisessa tutkimuksessa ei voi ottaa mitään annettuna. Tutkimusta tehtäessä tulee etäännyttää itsensä arkipöytä ja itsestään selvästi tietämisestä. Laadullisessa tutkimuksessa korostuu tutkijan reflektiivisyys, eli tutkijan tulee arvioida omia tutkimukseen ja tutkittavaan asiaan liittyviä ennakkokäsityksiään ja -sitoumuksiaan ja kyetä tuomaan ne muille esille. Tutkimuksessa reflektiivisyys on koko tutkimusprosessin ajan läsnä eli tutkijan tulee tunnistaa oman toiminnan merkitys aineistoa kerätessä, aineistoa analysoidessa ja tulkittaessa sekä tutkimuksesta kirjoittaessa. (Juhila 2020.) Tutkimusaiheeni on itselleni läheinen, sillä olen työskennellyt sosiaalityöntekijän sijaisuuksissa perusterveydenhuollossa. Tämän vuoksi jouduin reflektimaan tutkijan rooliani niin, etteivät aiemmat omat käytännön kokemukseni tulisi vallitsevasti esiin tutkimusprosessin aikana ja analyysia tehdessäni sekä niin, etten pitäisi tutkittavaa asiaa itsestään selvänä. Ennakkokäsityksiini kiinnitin tutkielman prosessin aikana erityistä

huomiota ja luvussa 4.2 toinkin esiin omat ennakkokäsitykset. Toki ennakkokäsitykseni muotoutuivat sosiaalityöntekijän näkökulmasta, eikä tutkittavan kohderyhmän.

Tutkielmani aineistonkeruuta ja analyysia kehystäneellä eläytymismenetelmällä on omat vahvuutensa ja haasteensa. Eläytymismenetelmän vahvuus on se, että se on kehitetty nimenomaan tutkimukseen liittyvien eettisten ongelmien ratkaisemiseksi. Eläytymismenetelmässä on säilytetty kokeellinen logiikka, jossa varioidaan yhtä asiaa, mutta kunnioitetaan tutkittavia. (Eskola ym. 2018, 65.) Haasteena on, että vastaajat eivät tiedä varsinaista tutkimustettavaa, vaikka tutkimusaiheesta tuleekin kertoa. Tällöin vastaaja ei kuitenkaan vastaa tiettyyn tarkkaan kysymykseen. Haasteita eläytymismenetelmässä voi tuottaa myös se, että kehyskertomusten variointi voi epäonnistua ja kertomukset voivat toimia huonosti. Vastaukset voivat jäädä pintapuolisiksi, analyysi voi jäädä kevyeksi tai siitä saadaan irti enemmän ennakko-oletusten vuoksi kuin siinä todellisuudessa on. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Tiedostin nämä eläytymismenetelmän tuottamat haasteet ja pyrin ottamaan ne mahdollisimman hyvin huomioon. Kehyskertomusten rakentaminen osoittautui haastavaksi ja hioin niitä useampaan kertaan. Kehyskertomukset asettivat omat raaminsa analyysille ja tämän otin huomioon analyysia ja johtopäätöksiä tehdessäni. Pyrin erityisesti välttämään sitä, että ennakko-oletusten vuoksi saisin enemmän irti analyysista, sillä tiedostin omat ennakkolettamukset ja pyrin niitä tietoisesti häivyttämään.

## 5 SOSIAALITYÖN ASiantuntijuus JA Yhteistyö

### 5.1 Sosiaalityön asiantuntijuus ja terveystosiaalityön substanssiosaaminen

Tarkastelen tätä tulososiota ensimmäisen tutkimuskysymykseni mukaisesti eli ” Millaisia käsityksiä lääkäriopiskelijoilla on sosiaalityön asiantuntijuudesta perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa?”.

Lääkäriopiskelijat käsittivät tulkintani mukaan sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden perusterveydenhuollon kontekstissa lähinnä substanssiosaamisen eli alan peruslähtökohtien kautta, sillä asiantuntijuutta kuvailtiin sosiaalityön käytännön tehtäväalueiden kautta muotoutuvana asiakasnäkökulmaan pohjautuen. Tämän vuoksi yhdistin pääteemaan sosiaalityön asiantuntijuuden lisäksi terveystosiaalityön substanssiosaamisen. Kuvailuissa ei myöskään tuotu esiin asiantuntijuutta laaja-alaisemmin tai syvemmin, esimerkiksi laajemmin osaamisalueiden osalta, jotka edistävät tehtäväalueiden hyvää ammattitaitoista hoitamista (ks. Lähteinen ym. 2017, 16). Osaamisalueista kuvauksissa korostuivat lähinnä palvelujärjestelmäosaaminen asiakastyössä, työmenetelmäosaaminen tilannearvion tekemisen osalta ja johtamisosaaminen asiakasprosessin vetovastuun osalta (ks. Lähteinen ym. 2017). Tällöin myös substanssiosaaminen jäi tehtäväalueiden kautta muotoutuvaksi asiantuntijuudeksi. Kyösti Raunion (2004) mukaan sosiaalityössä tulee kuitenkin lähteä liikkeelle ammatillisesta käytännöstä, sillä se muodostaa perustan sosiaalityön ymmärtämiselle (mt. 2004). Tällöin sosiaalityön asiantuntijuuden näyttäytyminen substanssiosaamisen ja käytännön työn kautta on myös olennaista. Lääkäriopiskelijat tunnistivat sosiaalityön asiantuntijuuden ja sosiaalityöllä nähtiin olevan tärkeä rooli potilaan tilanteen kokonaisuudessa, näihin syvennyn lisää yhteistyön osalta.

Sosiaalityön asiantuntijuus näyttäytyi siis pääasiassa substanssiosaamisena ja eri tehtäväalueiden eli asumisen tukemisen, taloudellisen tilanteen selvittämisen ja tukemisen, yhteistyön verkostojen ja omaisten kanssa, sosiaalisen arvioinnin ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen, palveluiden järjestämisen ja koordinoinnin kautta. Asumiseen liittyvät asiat ja taloudellisen tilanteen selvittäminen ja tukeminen korostuivat yläteemoista eniten. Jotkin tehtäväalueet, joita lääkäriopiskelijat toivat esiin, kuuluisivat enemmän kunnan sosiaalitoimen tehtäviin, mutta siitä ei voida tehdä selkeää rajanvetoa, sillä terveystosiaalityö on kunnissa

toteutettu eri tavoin. Terveyssoseaalityöllä voi täten olla myös viranomaisvaltaa, jolloin tehdään muun muassa taloudellista tukea koskevia päätöksiä (esim. Kouhi 2019). Terveyssoseaalityön osalta kuvauksissa tuotiin esiin myös yhteistyö kunnan soseaalitoimen kanssa, jolloin nämä kaksi eri toimijaa erotettiin toisistaan ja hahmotettiin terveyssoseaalityön ja kunnan soseaalitoimen ero. Tulkintani mukaan lääkäriopiskelijoiden käsitykset soseaalityön substanssiosaamisesta ja tehtäväalueista näyttäytyivät pääpiirteissään realistisilta (ks. Savolainen 2017; Lähteinen ym. 2017, 16).

Seuraavaksi tulkitsen tarkemmin soseaalityön asiantuntijuuden ja terveyssoseaalityön substanssiosaamisen näyttäytymisen asumisen tukemisen, taloudellisen tilanteen selvittämisen ja tukemisen, yhteistyön verkostojen ja omaisten kanssa, soseaalisen arvioinnin ja soseaalisen toimintakyvyn tukemisen sekä palveluiden järjestämisen ja potilaan tilanteen koordinoinnin osalta.

### 5.1.1 Asumisen tukeminen

Sosiaalityöntekijän osaamiseen ja tehtäväalueisiin käsitettiin kuuluvan asumisen tukeminen, mikä korostui aineistossa. Asumisen tukemisen yläteeman alle alateemoiksi muodostin raivaussivouksen/siivouksen, sähköt, kotikäynnin, lyhytaikaishoidon/kriisipaikan ja tuetun asumisen/palveluasumisen selvittelyn.

Sovitaan, että sosityöntekijä - - järjestää tilannearvion potilaan kanssa, mahdollisesti myös potilaan kotiin. (A10)

Raivaussivous voisi tulla kyseeseen ja tässä sos-tt voi auttaa ja sitä järjestää. Jos hoitajakso pitkittyy soseaalisten syiden vuoksi voisi miettiä myös kriisipaikan mahdollisuutta. (B1)

Sosiaalityöntekijä kuvattiin potilaan asumiseen ja asumisoloihin vaikuttajana. Sanna Lähteinen ym. (2017, 13) korostavatkin, että yleisesti soseaalityön asiantuntijuus keskittyy muun muassa asiakkaiden elinolojen parantamiseen. Sosiaalityöntekijä varmistaa potilaan kotitalanteen kotikäynnin avulla, mutta kuvailuissa tuli esiin myös se, että kotikäynnin voisi suorittaa joku muukin ammattilainen tilanteesta riippuen, esimerkiksi hoitaja. Asunnon raivaussivous/siivous tulivat kuvailuissa esiin ja sen painotettiin olevan soseaalityöntekijän vastuulla järjestää ennen potilaan kotiutumista osastolta. Lyhytaikaishoidon/kriisipaikan



selvittely tuotiin esiin, mikäli sosiaalisten syiden vuoksi tilanne pitkittyy, ja potilas ei kykene osastolta kotiutumaan.

Sosiaalityöntekijä on todennäköisesti kartalla ja osaa - - ehdottaa sopivaa esim. tuettua asumisen muotoa tai muuta soveltuvaa ratkaisua potilaalle. (B11)

- - tulee kuitenkin järjestää sos.tt aika, jolla järjestetään asumiskuvioita ja mm. selvitetään, miksi sähköt ovat poikki. (A8)

Asumisen tukeminen liitetään vahvasti nimenomaan sosiaalityöntekijän osaamiseen ja tuettun asumisen tai palveluasumisen ratkaisut kuuluvat sosiaalityöntekijän vastuulle. Sosiaalityöntekijä arvioi asiakkaan asumisen tilannetta ja pärjäämistä, ja pyrkii löytämään soveltuvan ratkaisun. Sähköjen katkaisun tilanteen selvittely kuuluu osin myös taloudellisen tilanteen selvittämiseen ja tukemiseen.

### **5.1.2 Taloudellisen tilanteen selvittäminen ja tukeminen**

Sosiaalityöntekijän osaamiseen ja tehtäviin käsitettiin kuuluvan vahvasti taloudellisen tilanteen selvittäminen ja tukeminen. Se piti sisällään arvion etuuksien ja tukien tarpeesta, etuuksien, tukien ja hakemusten varmistamisen, toimeentulon selvittämisen, raha-asiat ja laskut sekä maksusitoumusasiat.

Sosiaalityöntekijä haastattelee potilasta liittyen hänen taloudelliseen tilanteeseensa. Potilaalta kysytään, onko hän saanut laskuja maksettua viime aikoina ja jos ei, niin mitkä tekijät siihen ennen kaikkea vaikuttavat, eikö rahaa kerta kaikkiaan ole vai estääkö ahdistuneisuus ja päihdeongelma asioiden hoitamista. Sosiaalityöntekijä informoi potilasta rahallisista tukimahdollisuuksista, ja tiedustelee tietenkin samalla, minkälaisia tukia potilas mahdollisesti jo nyt saa, tai käykö hän mahdollisesti töissä. (B7)

Sosiaalityöntekijä kartoittaa kuvausten mukaan kokonaisvaltaisesti potilaan taloudellisen tilanteen. Edeltävässä kuvauksessa on tuotu esiin, että sosiaalityöntekijä tarkastelee myös sitä, miksi rahat eivät riitä. Se viittaa kokonaisvaltaiseen taloudellisen tilanteen ja potilaan tilanteen kartoittamiseen. Sosiaalityöntekijä kartoittaa potilaan etuudet ja tuet ja informoi tuista, joihin potilas on oikeutettu. Taloudellisen tilanteen tukeminen varmistamalla etuuksien saaminen ja ohjaus sosiaaliturvajärjestelmän osalta, on tuotu vahvasti esiin myös

terveyssozialityön tehtävälueissa (mm. Yliruka 2019; Savolainen 2017; Kananoja 2017). Kananoja (2017, 348) painottaa, että terveyssozialityön keskeisimpiä tavoitteita on, ettei taloudellinen tilanne häiriintyisi sairaudesta huolimatta. Tämä korostuu kuvausten osalta myös yhtenä tärkeimpänä sosialityöntekijän tehtävänkuvaaan liittyvänä asiana.

Kuvauksissa tuet ja etuudet mainittiin yleisesti, eikä niitä tarkennettu tai eritelty. Ainoastaan tuista tuotiin yleisesti esiin Kelan tuet. Kuvauksissa tuli esiin, että sosialityöntekijä voi auttaa myös hakemusten täyttämässä. Terveyssozialityön nimikkeistössä korostetaan, että asiakasta voidaan auttaa hakemusten tai muutoshakemusten teossa, asuntohakemusten viireille laittamisessa tai muussa tilanteessa, vaikka ensisijaisesti hakemusten viireille saattamisessa vastuussa on asiakas itse, hänen omaisensa tai edunvalvojansa (Savolainen 2017, 11). Kuvauksissa ei tullut esiin, että sosialityöntekijä tekisi hakemuksia asiakkaan puolesta, vaan korostettiin sitä, että sosialityöntekijä voi auttaa hakemusten teossa.

- - sosti tarkistaa onko vuokrat rästissä ja tarkistaa toimeentulon. (A11)

Taloudellisen tilanteen kartoittamisen osalta mahdollisten vuokratästien tilanteen selvittämisen ja yleisesti myös mahdollisesti maksamattomien laskujen selvittely kuvattiin kuuluvan sosialityöntekijän tehtäviin. Mahdollisten vuokratästien tilanteen selvittely linkittyy myös asumisen tukemiseen. Kuvauksissa talouteen ja asumiseen liittyvät asiat linkittyivätkin yhteen korostaen kummassakin tehtävälueessa sosialityön osaamista. Kuvauksissa tuotiin esiin myös maksusitoumusasioiden selvittelyä esimerkiksi päihdepaikkojen osalta, ja korostettiin myös kotikunnan roolia maksusitoumusasioissa.

### **5.1.3 Yhteistyö verkostojen ja omaisten kanssa**

Yhteistyö verkostojen ja omaisten kanssa terveyssozialityöntekijän osalta kuvauksissa tuotiin esiin yhteistyö kunnan sosialitoimen kanssa, yhteys omaisiin ja yhteys muihin tahoihin. Muita tahoja ei kuvauksissa määritelty tarkemmin. Terveyssozialityöllä ei yleensä ole viranomaisvaltaa tai ei tehdä taloudellista tukea koskevia päätöksiä (Metteri 2014; Syrjä ym. 2020). Tämä näyttäytyi kuvauksissa, joissa korostui kotikunnan sosialitoimen vastuu taloudellisesta tuesta ja viranomaistyöskentelystä, johon terveyssozialityöntekijä oli yhteydessä.

Sen jälkeen sosiaalityöntekijä on yhteydessä potilaan kotikunnan sosiaalitoimeen, josta tulee ehdotuksia tilanteen ratkaisemiseksi ja mahdollisesti lisätietoa tilanteesta. (A3)

- - sos-tt voi auttaa - - tai olemalla yhteydessä muihin tahoihin, jotka voisivat auttaa. (B1)

Kuvauksissa korostettiin, ettei terveystieteiden sosiaalityöntekijä ei kykene ratkaisemaan yksin tilannetta, vaan tarvitaan kotikunnan sosiaalitoimen kanssa tiivistä yhteistyötä, jotta asiakkaan tilanne tulee kokonaisvaltaisesti hoidetuksi. Verkostotyön tärkeys tulkintani mukaan korostui kuvailuissa. Muita tahoja ei kuvailussa määritelty tarkemmin, mutta sosiaalityöntekijä on yhteydessä näihin muihin tahoihin, jotta potilas saisi avun, mitä sosiaalityöntekijä ei yksin tai itse pysty järjestämään tai edistämään. Yhdessä kuvauksessa tuotiin esiin, että sosiaalityöntekijä työskentelee tarvittaessa sosionomien kanssa. Tällöin myös sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien välistä työnjakoa ja erilaista osaamista hahmotettiin.

Potilaan luvalla hän voi olla yhteydessä omaisiin. (B1)

Sosiaalityöntekijän tehtäviin kuvattiin kuuluvan omaisten kanssa työskentely. Terveystieteiden sosiaalityöhön kuuluu olennaisesti potilastyötä potilaan ja hänen läheistensä parissa sekä psykososiaalinen työ potilaan ja hänen perheensä parissa (Metteri 2014). Psykososiaalista työtä ei mainittu omaisten yhteydessä, vaan tuotiin esiin, että sosiaalityöntekijä on yhteydessä omaisiin.

#### **5.1.4 Sosiaalinen arviointi ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen**

Sosiaalisen arvioinnin ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen yläteeman alateemoiksi muodostin potilaan tilanteen kokonaisvaltaisen selvittämisen, edunvalvonnan, lausuntoasiat, arjen ongelmiin puuttumisen, potilaan tukemisen ja palvelutarpeen arvioinnin.

Sosiaalityöntekijän ehdotuksesta voisin tehdä tarvittavia lausuntoja. (A5)

Sosiaalityöntekijä kuvausten mukaan kartoittaa potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti, johon linkittyy lausuntojen pyytäminen lääkäriltä. Tähän tulkituin linkittyvän erityisesti etuuksiin ja tukiin liittyvien lausunnon tarve, ja lausunnon tarpeen mahdollisesti edunvalvonta-asiassa.

Edunvalvonta mainittiin yhtenä asiana, jota sosiaalityöntekijä myös arvioi. Sosiaalityöntekijä tekee siis oman arvionsa potilaan kokonaistilanteesta ja pyytää lääkäriltä tarvittavat lausunnot.

Kaiken kaikkiaan sosiaalityöntekijän tehtävä on puuttua arjen ongelmiin, etenkin taloudellisiin, ja tukea potilasta näiden asioiden järjestämisessä. (B7)

Sosiaalityöntekijän nähtiin puuttuvan yleisesti asiakkaan elämäntilanteesta ja arjessa oleviin haasteisiin. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuus nähtiin yleisesti potilasta tukevana vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tulkitsin tämän sosiaalityöntekijän työmenetelmällisen osaamisen mukaisesti psykososiaaliseksi tueksi (esim. Lähteinen ym. 2017, 15). Metodista osaamista edellytetäänkin erityisesti tilannearvion tekemiseen (Lähteinen ym. 2017, 15). Terveysosiaalityön nimikkeistössä psykososiaalinen keskustelu kuvautuu tavoitteellisena keskusteluna vahvistaa asiakkaan elämänhallintaa (Savolainen 2017, 9), ja täten puuttua arjen haasteisiin.

Sosiaalityöntekijä järjestää kotikäynnin ja palvelutarpeen arvion asiakkaalle. (B9)

Sosiaalityöntekijä kuvausten mukaan selvittää potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja tekee palvelutarpeen arviota. Palvelutarpeen arviointi kuuluu kunnallisen viranomaisen tehtäväksi (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 36§). Terveysosiaalityöntekijä tekee myös osaltaan tietynlaista palvelutarpeen arviota, etuuksien, palvelujen ja tuen saannin edellytyksiä tuodessa esiin ja koordinooidessaan niiden osalta yhteistyötä eri verkostojen ja palvelujärjestelmän osalta. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta käytetään myös hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Hoitosuunnitelma on siis kokonaisvaltainen potilaan hoitoon ja kotiutukseen liittyvä suunnitelma, ja palvelusuunnitelma on yleensä perusterveydenhuollossa tehty, joka painottuu sosiaalisen selviytymisen palveluihin, kuten vanhus- ja vammaispalveluihin. (Savolainen 2017, 8.)

### **5.1.5 Palveluiden järjestäminen ja potilaan tilanteen koordinointi**

Sosiaalityöntekijän tehtäviin kuvausten mukaan kuului palveluiden järjestäminen ja potilaan tilanteen koordinointi, minkä alle alateemoiksi muodostin potilaan tilanteen seurannan,

kotiin annettavat palvelut, kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon sekä päihdepalvelut, -kuntoutuksen ja -katkaisun.

Sosiaalityöntekijä kokoaa havaintonsa ja järjestää tarvittavat toimet. (A10)

Sosiaalityöntekijä olisi myös järjestänyt jonkinlaisen seurannan, koska selaista minä en tulenpalavalla hopulla aina saa, ellei potilas ollut kotisairaanhoidon asiakas. (B10)

Näissä kuvauksissa tuli esiin, että sosiaalityöntekijä järjestää arvionsa pohjalta tarvittavat toimet tai seurannan. Osassa kuvauksissa tätä ei avattu tarkemmin ja osassa tuotiin esiin, että palvelut järjestetään kotikunnasta, johon terveysosiaalityöntekijä on yhteydessä. Sosiaalityöntekijä nähtiin palveluiden koordinoijana ja potilaan tilanteen seuraajana. Palveluista, joita sosiaalityöntekijä järjestää, tuotiin esiin pääasiassa päihdepalvelut. Kuvauksissa tuli myös esiin, että terveysosiaalityöntekijä viestittää kotikunnan sosiaalitoimelle tiedon potilaan tilanteesta, mistä mahdolliset jatkotoimenpiteet tapahtuvat. Tulkintani mukaan koordinaatio linkittyi myös vahvasti yhteistyöhön verkostojen kanssa. Yliruka ym. (2019) tuovatkin esiin, että terveysosiaalityö kohdistuu oikea-aikaisten palveluiden ja hoidon koordinointiin sekä palveluiden ja yhteisöjen integrointiin toimien linkkinä alueellisiin palveluihin (mt. 2019).

Sosiaalityöntekijä on todennäköisesti kartalla ja osaa kuvailla kunnan päihdepalveluja (B11)

Sosiaalityöntekijä varmaan pystyisi selvittämään päihdekuntoutuksen paikka-tilannetta, jos potilas olisi sellaiseen motivoitunut. (A6)

Sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluu kuvausten mukaisesti päihdepalveluihin ohjaaminen. Sosiaalityöntekijän tekemä kuntoutuksen ja erityisesti sosiaalisen kuntoutuksen tarpeen arviointi sisältääkin muun muassa päihdekuntoutuksen (Savolainen 2017, 7). Kuvauksissa tuotiin esiin yleisesti päihdepalveluiden osalta päihdekuntoutus ja päihdekatkaisu, mutta näiden osalta tuotiin esiin myös yhteistyö lääkärin kanssa. Lääkärin asiantuntijuutta korostettiin siis sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden ohella päihdeongelmiin puuttumisen osalta.

- - kotipalvelun, kotihoidon tai kotisairaanhoidon asiakkuus, joiden tarpeen arvio sosiaalityöntekijä. (B9)

Parissa kuvauksessa tuli esiin, että sosiaalityöntekijä arvioi kotipalvelun, kotihoidon tai kotisairaanhoidon tarpeen. Kotipalvelu on sosiaalihuoltolakiin perustuva ja kotisairaanhoidon terveydenhuoltolakiin perustava, jotka kunta voi yhdistää kotihoidoksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b). Muita palveluita, joita sosiaalityöntekijä järjestää tai koordinoi mainittiin kotiin annettavat palvelut, esimerkiksi siivouspalvelu, ateriapalvelu, jotka ovat tukipalveluita. Kotihoito ja tukipalvelut ovat kunnan vastuulla, ja kotipalvelun esimies päättää kotipalvelujen saannista. (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b.) Tässä suhteessa käsityksissä on hieman ristiriitaa sosiaalityöntekijän todellisesta tehtävästä. Tulkitsen, että nämä nähdään yleisesti sosiaalihuollon asiana, jolloin sosiaalihuolto nähdään yhtenä kokonaisuutena, ja sosiaalityöntekijä siihen linkittyväksi.

## 5.2 Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa

Tarkastelen tätä tulososiota toisen tutkimuskysymyksen mukaisesti eli ” Millaisena lääkäriopiskelijat käsittävät yhteistyön sosiaalityöntekijän kanssa perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa?”

Pääteemana tässä tulososiossa on yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa. Yläteemoiksi muodostin eriytyneen ja toimimattoman yhteistyön, vuorovaikutuksellisen ja toimivan yhteistyön ja sosiaalityön ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoitumisen toisiinsa nähden. Muodostin nimenomaan vuorovaikutuksellisen ja toimivan yhteistyön samaksi yläteemaksi, koska vuorovaikutusosaaminen on tärkeää moniammatillisen yhteistyön sujumisessa (esim. Mönkönen ym. 2019, 48). Vastaavasti muodostin eriytyneen ja toimimattoman yhteistyön yhteiseksi yläteemaksi, sillä ammatillaiset työskentelevät enintään rinnakkain (ks. Isoherranen 2006, 17). Tällöin yhteistyössä ei ole vuorovaikutusta tai se on hyvinkin pirstaleista. Sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoitumista toisiinsa nähden tarkastelen tässä tulososiossa ja myös kehyskertomusten variaation tulosluvussa (5.3 Kehyskertomusten varioinnin vaikutus).

Lääkäriopiskelijat käsittivät yhteistyön sosiaalityöntekijän kanssa eri tavoin, kuten myös Rydenfältin ym. (2018) tutkimuksessa lääkärit käsittivät tiimityön eri tavoin. Myös Scott Reevesin ym. (2010) mukaan ammattilaisten näkemykset onnistuneesta tiimistyöstä vaihtelivat. Kuvauksissa ei erikseen mainittu onnistunutta tai epäonnistunutta yhteistyötä, vaan yhteistyötä kuvailtiin tietyllä tavalla eteneväksi, joko eriytyneen yhteistyön tai

vuorovaikutuksellisen yhteistyön kautta. Ainoastaan yhdessä kuvauksista mainittiin suoraan mikä olisi unelmatilanne yhteistyön etenemiseksi, jollaista ei ole aiemmin oikeasti käytännön työssä ollut. Kyseissä kuvauksessa korostui sosiaalityön vahva rooli lääkärin asiantuntijuuden rinnalla. Lääkäriopiskelijoiden kuvauksissa yhteistyön osalta ei selvästi korostunut tietty yläteema. Eriytyneessä ja toimimattomassa yhteistyössä korostui alateemojen kautta organisatorinen ja hallinnollinen näkökulma.

Seuraavaksi tulkitsen tarkemmin yläteemoja eli eriytynyttä ja toimimatonta yhteistyötä, vuorovaikutuksellista ja toimivaa yhteistyötä sekä sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoitumisen toisiinsa nähden, pitäen sisällään alateemat.

### 5.2.1 Eriytynyt ja toimimaton yhteistyö

Sosiaalityöntekijän ja lääkärin yhteistyö käsitettiin tulkintani mukaan eriytyneen ja toimimattoman yhteistyön kautta, minkä alle alateemoiksi muodostin resurssien puutteen sosiaalityön osalta, yhteistyön kirjausten kautta ja tietämättömyyden miten yhteistyö toimii.

Oikeassa elämässä, kun tarvitsen sosiaalityöntekijän miettimään potilaan kotioloja ja pärjäämistä, potilas laitetaan jonottamaan jotain palaveria, joka kai tulee sitten joskus, koska ei ole tarpeeksi sosiaalityöntekijöitä. (B10)

Resurssien puute tuli esiin yhdessä kuvauksessa, jossa korostettiin sitä, että sosiaalityöntekijöitä ei ole tarpeeksi. Kuten Syrjä ym. (2020) ovat todenneet, sosiaalityöntekijä tai -ohjaaja työskentelee joka kolmannella terveysasemalla säännöllisesti. Tämä voi näyttäytyä sosiaalityön osalta resurssipulana. Yleisestikin kuntien työvoimaennusteen mukaan sosiaalityöntekijöistä on huomattavasti pulaa tällä hetkellä ja tulevaisuudessakin (Keva 2021). Kuvauksessa korostettiin myös sitä, kuinka sosiaalityöntekijäresurssit vaikuttavat potilaan tilanteeseen ja lääkärin työn sujumiseen. Kekoni ym. (2019, 21–22) tuovatkin esiin, että tutkimusten mukaan resurssien puute on tavallinen moniammatillisen työskentelyn este. Organisaatio voi ohjeistaa milloin moniammatilliseen työskentelyyn on ryhdyttävä ja milloin ei, resurssipulaan vedoten. Resurssipula vaikuttaa myös asiakkaan tilanteeseen ja ratkaisujen löytämiseen. (mt. 2019.) Kuvauksessa tuodaankin esiin, että potilaan tilanteen selvittäminen viivästyy.

Miten yhteistyö toimii; sosiaalityöntekijä sanoo minulle, jos en voi vielä koituttaa olosuhteiden takia, mieluiten potilastietojärjestelmän kautta kulkevalla

viestillä. Sosiaalityöntekijä kertoo, kun olosuhteet ovat asuttavat potilaan kotona. (B10)

Kuvauksissa tuli esiin, että yhteistyö toteutuu kirjausten kautta. Kuvauksissa tuli esiin, että yhteistyön lisäksi myös yhteydenottotapana toimisi konsultaatiopyyntö tai lähete sosiaalityöntekijälle. Edellä olevassa kuvauksessa tuotiin esiin, että yhteistyö sujuisi mieluiten potilastietojärjestelmän kautta. Tulkitsen tämän kuitenkin eriytyneeksi yhteistyöksi, sillä moniammatillinen yhteistyö nähdään tällöin kapea-alaisesti ja työskentely tapahtuu rinnakkain (ks. Isoherranen 2006, 17). Moniammatillisen yhteistyön ideaalitalanne olisi se, että yhteiselle keskustelulle on sovittu mahdollisuus, aika ja paikka (Isoherranen 2006, 17). Kuitenkin olennainen tieto terveydenhuollossa vaihtuu potilastietojärjestelmien avulla eri ammattilaisien välillä ja arjessa yhteiset hoitoneuvottelut ovat harvinaisempia (Mönkkönen ym. 2019, 79). Potilastietojärjestelmän kautta tapahtuva yhteistyö kuitenkin usein helpottaa ja nopeuttaa tiedon kulkemista.

Oliko se meidän sosiaalityöntekijä ihan fyysisesti täällä vai pitikö tästä nyt taas tehdä joku konsultaatiopyyntö jollekin random-lehdelle? Alkaa jälleen ärsyttää, että sosiaalityön järjestelmiä ja kirjauksia ei pääse lukemaan. Lyhyt kirjaus jonnekin sosiaalityöntekijä konsultaation tarpeesta, tai hoitajan saa nakitettua soittamaan asiasta "jonnekin". En todennäköisesti tapaa sosiaalityöntekijää itse tai näen naaman käytävällä, vaan asiat välittyvät hoitajaraportin tai jonkun kirjauksen kautta. (A7)

Kyseisestä kuvauksesta esiin tuli se, että järjestelmistä ei pääse näkemään sosiaalityöntekijän kirjauksia. Taina Jokinen ym. (2021, 31) korostavat, että terveysosiaalityössä kirjaukset ovat potilastietoja, vaikka terveysosiaalityöntekijän toiminta on sosiaalihuollon ammattihenkilön toimintaa. Sosiaalityölle terveydenhuollossa on määritelty erillinen näkymä kuitenkin osana potilaskertomusta. (mt. 2021.) Tässä kuvauksessa korostuu tulkintani mukaan myös se, että yleisesti sosiaali- ja terveydenhuolto ovat eriytyneet ja toivottaisiin tiiviimpää ja vuorovaikutuksellista yhteistyötä. Wreden ym. (2016, 88) tutkimuksen mukaisesti terveyskeskuksessa lääkärin työssä korostetaan toisinaan potilaan kokonaisvaltaista näkökulmaa ja huomioidaan myös sosiaalisia tekijöitä. Edeltävään kuvaukseen linkittyy tietämättömyys, miten yhteistyö toimii ja esimerkiksi millaiset toimintatavat ovat yhteistyön osalta organisaatiossa. Tietämättömyys, miten yhteistyö toimii, tuli esille myös muissa kuvauksissa, esimerkiksi niin, ettei tiedetä, miten käytännön asiat järjestetään. Tulkitsen, että tähän tietämättömyyteen, miten yhteistyö toimii, linkittyy hallinto- ja organisaatiotaso. Kuten Isoherranen (2006, 14) korostaa, että moniammatillinen yhteistyö toteutuu strategisessa



suunnittelussa, hallinnollisissa ratkaisuissa ja asiakastasolla. Organisaatiokulttuuri voi olla myös asiantuntijoiden välisessä tiedonmuodostuksessa käytännön esteenä (Parviainen 2006).

### 5.2.2 Vuorovaikutuksellinen ja toimiva yhteistyö

Sosiaalityöntekijän ja lääkärin yhteistyö käsitettiin myös vuorovaikutukselliseksi ja toimivaksi yhteistyöksi. Vuorovaikutuksellisen ja toimivan yhteistyön yläteeman alle muodostin alateemoiksi yhteydenoton sosiaalityöntekijään, lääkäri ja sosiaalityöntekijä pohtivat yhdessä potilaan tilannetta, asiakas/potilaslähtöisyyden, tilanteen selvittelyn moniammatillisesti ja kokonaisvaltaisen työskentelyn.

Pyydetään sosiaalityöntekijän kantaa tilanteeseen, pyydetään selvittämään - - (A4)

Kerron sosiaalityöntekijälle potilaan tilanteen ja löydökset - - (B8)

Pyytäisin sosiaalityöntekijää tapaamaan potilasta. (A6)

Kuvauksissa painotettiin, että lääkäri ottaa yhteyttä potilaan asiassa sosiaalityöntekijään, esimerkiksi kirjallisesti lähetteen kautta, puhelinsoitolla tai keskustellen kasvokkain. Lääkäri kertoo sosiaalityöntekijälle potilaan tilanteesta. Parissa kuvauksessa tuotiin esiin, että hoitaja voisi mahdollisesti ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään. Yhdessä kuvauksessa tuotiin esiin, että lääkäri informoi potilasta mahdollisuudesta tavata sosiaalityöntekijä, mutta kuvauksessa painotettiin myös sitä, että lääkäri informoi sosiaalityöntekijää potilaasta ja lääketieteellisistä tarpeista. Yhteydenotto käynnisti siis yhteistyön ja tulkitsin tämän toimivaksi yhteistyöksi, sillä sosiaalityöntekijän tarve hahmotettiin potilaan tilanteessa, vaikka yhteistyö olisi lopulta ollut eriytynyttä.

Eniten alateemoista korostui, että sosiaalityöntekijä ja lääkäri pohtivat yhdessä potilaan tilannetta ja siihen linkittyi osassa kuvauksista asiakas/potilaslähtöisyys.

Yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa mietimme muita keinoja, miten voisimme potilasta auttaa hänen selviytymisessään. Potilaan kanssa yhdessä mietimme myös jatkohoitoa päihdeongelmiin ja psyykkiseen tilaan liittyen. (B7)

- - Myös potilaan omat toiveet huomioitaisiin. (B14)

Monissa kuvauksissa lääkäri ja sosiaalityöntekijä pohtivat yhdessä potilaan tilannetta ja miten potilasta voidaan auttaa. Tähän linkittyy myös asiakas/potilaslähtöisyys, jolloin yhdessä potilaan kanssa pohditaan potilaan tilannetta, eli mitä potilas itse ajattelee esimerkiksi jatkohoidosta. Kuvauksissa tuli esiin potilaan kanssa hänen tilanteestaan keskusteleminen, niin sosiaalityöntekijän kuin lääkärin osalta. Potilas nähtiin aktiivisena toimijana, mutta kuvauksissa tuli esiin myös niin sanotusti asiantuntijavalta, josta käsin potilaan tilannetta käsitetään ja selvitetään. Moniammatillisen yhteistyön tärkeänä lähtökohtana onkin asiakaslähtöisyys (Isoherranen 2006, 14; Pehkonen 2019, 89), joka osana yhteistyötä tuli kuvauksissa esiin.

Moniammatillisen tiimin kanssa pyrittäisiin tilanteeseen, jossa toistuvat osastojaksot saataisiin loppumaan ja löydetäisiin potilaalle turvallinen paikka asua ja toivottavasti myös hoito päihdehäiriöön sekä ahdistukseen. (B6)

Jos osastojaksoja ollut nyt useasti tulisi asian äärelle pysähtyä hetkeksi ja tehdä huolellinen kartoitus tilanteesta niin elinympäristön, mielialan, alkon käytön kuin yleisen elämänhallinnan suhteen. Tämän pohjalta suunnitelma. (A9)

Kuvauksissa tuli esille, että potilaan tilannetta selvitetään moniammatillisesti, jolloin voitaisiin puuttua potilaan tilanteeseen mahdollisimman hyvin. Moniammatilliseen työskentelyyn linkittyy myös kokonaisvaltainen työskentely, jolloin kuvausten mukaisesti pysähdytään potilaan tilanteen äärelle. Moniammatillisesti pyritään saamaan terveydenhuoltoa paljon käyttävän potilaan haastavaa tilannetta paremmaksi, ettei osastojaksoja tulisi koko ajan lisää. Sosiaali- ja terveystalvelujen yhteensovittamisesta hyötyvätkin erityisesti paljon palveluja käyttävät asiakkaat (esim. Koivisto ym. 2020). Moniammatillisessa yhteistyössä kuvausten mukaan paneudutaan potilaan sosiaalisiin, lääketieteellisiin ja psyykkisiin asioihin, eli otetaan huomioon edellä mainitun kuvauksen mukaisesti muun muassa elinympäristö, asuminen, päihdehäiriö, mieliala ja yleinen elämänhallinta. Moniammatillisessa yhteistyössä huomioidaankin asiakkaan tilanteen kokonaisuus ja asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan asiakaslähtöisesti yhteen (Isoherranen 2006, 14).

Otan asian puheeksi viikoittaisessa yhteistyöpalaverissa, jossa läsnä ak, hoitaja, sostyöntekijä, fysioterapeutti ja yhteyshoitaja. (A10)

Yhteistyöpalaverin pitäminen tai tiimipalaveri tuli myös esiin parissa kuvauksessa. Kyseisessä kuvauksessa kuvailtiin yhteistyöpalaverin toteutuvan viikoittain, jossa on mukana lääkäri, hoitaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja yhteishoitaja. Sosiaalityöntekijä nähtiin yhtenä moniammatillisen tiimin jäsenenä muiden terveydenhuollon ammattilaisten rinnalla. Yhteistyöpalavereiden ollessa viikoittaisia, tulee tällöin organisaation tukea moniammatillista toimintaa. Kuten Isoherranen (2008, 33) korostaakin, että moniammatillisessa yhteistyössä tulee olla mahdollista yhteisen tavoitteen rakentamiselle, tiedon kokoamiselle ja prosessoinnille.

### **5.2.3 Sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoituminen toisiinsa nähden**

Sosiaalityöntekijän ja lääkärin yhteistyötä kuvauksissa tuotiin esiin myös muutoin kuin eriytyneen ja toimimattoman sekä vuorovaikutuksellisen ja toimivan yhteistyön kautta. Tulkitsin nämä muut alateemat linkittyvän sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoitumiseen toisiinsa nähden, lääkärin asiantuntijuudesta käsin tarkasteltuna. Syvennyn vielä asiantuntijuuksien asemoitumiseen toisiinsa nähden myös kehyskertomusten variaation vaikutuksen tarkastelussa (luvussa 5.3), jolloin painotan kehyskertomusten eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia, silloin kun sosiaalityöntekijä on moniammatillisen tiimin vetäjänä tai vastaavasti kun lääkäri on. Tällöin tarkastelu asiantuntijuuksien asemoitumisesta toisiinsa nähden rikastuu.

Asiantuntijuuksien asemoituminen toisiinsa nähden ja yhteistyö kulkevat tulkintani mukaan limittäin. Reeves ym. (2010, 22) ovat tuoneetkin esiin, että moniammatilliseen toimintaan tuo haasteita ammattilaisten asemat tiimeissä ja ammattien väliset valtakysymykset. Asiantuntijuuksien ja ammattilaisten asemoituminen toisiinsa nähden vaikuttaa siis yhteistyöhön. Asiantuntijuuksien asemoitumisen yläteeman alle alateemoiksi muodostin sosiaalityön asiantuntijuuden tunnustamisen, sosiaalityöntekijän tärkeän roolin potilaan tilanteen kokonaisuudessa, toive sosiaalityöntekijän avusta potilaan tilanteesta, epävarmuus mitä sosiaalityön asiantuntijuuteen kuuluu, sosiaalityöntekijä on vastuussa potilaan tilanteesta, lääkärijohtoinen yhteistyö ja sosiaalinen tilanne jarruttaa kotiuttamisprosessia. Alateemoista kuvauksissa korostui selvästi se, että potilaan sosiaalisen tilanteen kuvattiin jarruttavan kotiuttamisprosessia ja näin ollen haastavan terveydenhuollon prosessia ja lääkärin työn sujumista.

Sos-tt on mahdollista selvittää ongelmien syitä eri tavoin kuin lääkäriellä ja hoitajalla, - - (B1)

Minulla ei ole koulutusta yhteiskunnan tukiverkostosta juurikaan eikä ihan rehellisesti sanoen mielenkiintoakaan, ihan kaikkea ei pitäisi yhden ihmisen tarvita hallita. (B10)

Oma tietämykseni ja osaamiseni potilaiden sosiaaliasioiden hoidosta on hyvin rajallinen - - (A5)

Yleisesti kuvauksissa sosiaalityöntekijän asiantuntijuus tunnustettiin ja tiedostettiin omat lääkärin asiantuntijuuden rajat potilaan kokonaisvaltaisen asian hoitamisessa. Sosiaalityöntekijällä nähtiin olevan erilaista osaamista kuin lääkäriellä. Tuotiin esiin, että lääkäriellä ei ole tietoutta ja koulutusta esimerkiksi yhteiskunnan tukiverkostosta tai koulutusta arvioida kokonaan pärjäämistä nimenomaan sosiaalisesta näkökulmasta, vaikka kotikuntoisuutta lääkärin tulee arvioida terveydentilan perusteella. Kuvauksissa tuotiin myös esille sitä, että kaikkea ei tarvitse lääkärin hallita. Näissä kuvauksissa korostuivat asiantuntijuuksien rajojen tiedostaminen ja, että sosiaalityön erilaista asiantuntijuutta kunnioitettiin.

Ensinnäkin vau, jos on oma sosiaalityöntekijä! Ottaisin tästä luksuksesta kaiken irti - - (A9)

Sosiaalityöntekijä on vastuussa käytännön asioiden hoitamisesta kuntoon, jotta kotiutus onnistuu - - (B5)

Sosiaalityötä kuvailtiin tarpeellisena potilaan kokonaistilanteen kannalta. Tähän linkittyi myös se, että sosiaalityöntekijän tarpeellisuus nähtiin myös lääkärin työn sujumisen kannalta tärkeänä ja sosiaalityöntekijää pidettiin osana moniammatillista tiimiä. Sosiaalityöntekijä nähtiin myös aktiivisena toimijana. Vaikka sosiaalityön asiantuntijuutta pidettiin tärkeänä, niin silti parissa kuvauksessa koettiin epävarmuutta siitä, mitä muut ammattilaiset tekevät. Tämä tuli esille pohdintoina siitä, kuka moniammatillisen tiimin ammattilainen hoitaa mitään.

- - muut ammattilaiset järjestävät käytännön toteutuksen, eikä minulla ole käsitystä sen tarkemmasta kulusta. (B4)

Kuvauksen tulkitsin siis epävarmuudeksi siitä, mitä myös sosiaalityön asiantuntijuuteen ja substanssiosaamiseen kuuluu. Lääkärillä ei ole käsitystä käytännön asioista, vaan ne hoituvat muun tiimin ammattilaisten kesken jollain tavalla ilman, että lääkäri siihen puuttuu. Esimerkiksi Vainisen (2011) väitöskirjassa tuli esiin, että toimintaympäristöt, työnjaolliset ja ammattiryhmien väliset yhteistyösuhteet vaikuttavat siihen, supistavatko vai laajentavatko sosiaalityöntekijät sosiaaliseen liittyviä toimintarooleja (mt. 2011). Toimintaroolit voivat näyttäytyä siis erilaisina eri asiantuntijoille ja miten sosiaalisen rooli käsitetään. Vainisen (2011) tutkimuksen mukaan sosiaalisesta osaamisesta sosiaalityöntekijät kilpailevat erityisesti terveydenhoitajien kanssa. Tällaista ei aineistossani tullut esiin, vaan osastotyön kontekstissa sosiaalityön ja hoitajan erilaiset asiantuntijuudet tunnistettiin.

Tulkintani mukaan asiantuntijuuden asemoituminen toisiinsa nähden korostui, kun kuvauksissa tuotiin esille, että yksi ammattilainen johtaa potilaan tilannetta tai yhteistyötä. Nämä tulivat kuvauksissa esiin lääkärijohtoisena yhteistyönä tai että sosiaalityöntekijä on vastuussa potilaan tilanteesta. Kun vastuu potilaan tilanteesta on vain toisella ammattilaisella, linkittyy se tulkintani mukaan osin myös eriytyneeseen yhteistyöhön.

Ei ole lääketieteellinen ongelma, pyydän sosiaalityöntekijää arvioimaan tilannetta ennen kotiuttamista. (A1)

Muutamissa kuvauksissa sosiaalityöntekijän vetovastuu korostui potilaan tilanteen osalta ja potilaan tilanne nähtiin sosiaalityöntekijälle ensisijaisesti kuuluvaksi. Näihin kuvauksiin saattoi vaikuttaa myös se, että kehyskertomuksen osalta toin esiin lääkärin jo kartoittaneen potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti. Lääkärijohtoinen yhteistyö ja lääkärin koordinoituvastuu osastotyön osalta korostui siinä, kun kuvauksissa tuotiin esiin, että lääkäri pyytää sosiaalityöntekijää selvittämään potilaan asioita. Tulkitsin tämän niin, että lääkäriellä on terveydenhuollon organisaation näkökulmasta tarkasteltuna kokonaisvastuu potilaan hoidosta ja hän koordinoi erityispalveluiden hyödyntämistä (ks. Mönkkönen ym. 2019, 79).

Toivottavasti sosiaalityöntekijällä olisi antaa jonkinlaisia vaihtoehtoja siitä, miten potilas voisi jatkaa. (A5)

Yhdessä kuvauksessa tuli esiin, että toivottiin sosiaalityöntekijän toiminnalla olevan potilaan tilanteeseen apua ja, että sosiaalityöntekijällä olisi mahdollisuus auttaa potilasta. Tulkintani mukaan tässä näkyy sosiaalityön kompleksisuus eli sosiaalityön asiantuntijuuden

rakentuminen vuorovaikutuksessa asiakkaan ja sosiaalisen tiedon kanssa (Tikkala 2019, 309), sillä sosiaalityöntekijällä ei ole suoraan tiettyä vaihtoehtoa antaa potilaan tilanteeseen, mutta sitä toivotaan. Tulkintani mukaan sosiaalityön asiantuntijuuden rajat tiedostetaan, mutta on myös epävarmuutta siitä, mihin sosiaalityöntekijä pystyy todella vaikuttamaan.

Lääkäri päättää kotiutumispäivän, kun sos.tilanne huomioitu. (A11)

Jotakin ruvetaan selvittämään ja tämän jonkin selvittely viivästyttää potilaan kotiuttamista parilla päivällä, mikä ärsyttää. Hyvin mahdollista ja todennäköistäkin on, että sosiaalinen tilanne tulee esille/agendalle/mieleen vasta siinä kohtaa, kun potilasta ollaan kotouttamassa, se ei yllättäen onnistukaan ja kaikki em. tehdään pikakelauksella ja vielä vahvemmallalla "tää paikka olisi pitänyt saada tyhjäksi jo eilen" -asenteella. (A7)

Useassa kuvauksessa tuli esiin ja täten alateemoista korostui eniten se, että potilaan sosiaalinen tilanne jarruttaa kotiuttamisprosessia. Sosiaaliset asiat käsitetään negatiivisina suhteissa terveydenhuollon osastotyön prosessin sujuvuuteen. Esimerkiksi Metteri (2014, 300) on tuonut esiin, että moniammatilliseen työskentelyyn sosiaalinen näkökulma voi aiheuttaa epämukavuutta, sillä yksinomaan lääketieteellisten ratkaisujen varaan ei voida jättää elämän moninaisuutta ja arjen tosiasioita. Lääketieteellisen hoidon päätyttyä ei voida kotiuttaa osastolta ihmistä, joka tarvitsee toisen apua, ellei olosuhteita järjestetä niin, että perustuslaillinen huolenpito toteutuu. Lääketieteellisesti kaventuneessa terveydenhuollossa ei sosiaaliselle tarkastelulle välttämättä löydy tilaa. (mt. 2014.) Tässä tulkintani mukaan korostuvat sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien erot, kun lääketieteellistä näkökulmasta hoidon tarvetta ei enää ole, mutta potilaan sosiaalinen tilanne on haasteellinen ja hidastaa kotiutusta. Tämä saattaa tuottaa asiantuntijuuksien asemoitumiseen ja yhteistyön sujumiseen tietynlaista haastetta ja jännitettä.

Ensihoidon tieto tulee usein siinä vaiheessa, kun potilas otetaan ensimmäisen kerran arvioitavaksi. Viimeistään potilaan tullessa osastolle käynnistetään selvittelyt potilaan asumisjärjestelyistä, ei vasta kotiutuessa. (A12)

Yhdessä kuvauksessa korostettiin kuitenkin sitä, että asumisasiat on huomioitu jo heti osastolle tullessa, jolloin kotiuttamisprosessi saadaan sujuvasti hoidettua ja edellä mainitut haasteet kotiutumisen viivästyttämisestä ei tule esille.

### 5.3 Kehyskertomusten varioinnin vaikutus

Tässä tulososiossa tarkastelen kehyskertomusten (ks. Liite 3) varioinnin vaikutusta, eli mikä vastauksissa muuttuu, kun kehyskertomuksissa on varioitu yhtä tekijää (Eskola ym. 2017, 6). Tarkastelen siis edellä olevan tulososion tavoin, miten lääkäriopiskelijat käsittävät sosiaalityöntekijän ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoitumisen toisiinsa nähden, mutta kehyskertomuksen varioinnin kautta. Kehyskertomuksen osalta varioin sosiaalityöntekijän ja lääkärin vetovastuuta moniammatillisessa tiimissä, jolloin kehyskertomus A:n osalta lääkäri oli moniammatillisen tiimin vetovastuussa ja kehyskertomus B:n sosiaalityöntekijä.

Mönkkönen ym. (2019, 80) tuovat esiin, että lääkärit ovat yleensä ammattien välisten hoitokokousten vetovastuussa, vaikkei lääkäriillä olisikaan välttämättä parasta kokemusta kyseiseen tehtävään. Kehyskertomus B:n vastauksissa, jossa sosiaalityöntekijä oli moniammatillisen tiimin vetovastuussa, ei tartuttu kuitenkaan ollenkaan siihen, etteikö sosiaalityöntekijä voisi olla moniammatillisen tiimin vetovastuuta.

- - ja jätän pallon sosiaalityöntekijälle (A2)

Sovitetaan, että sostiöntekijä ottaa vetovastuun - - (A10)

Kehyskertomus A:n osalta, tuotiin muutamissa vastauksissa esiin, että sosiaalityöntekijällä on vastuu potilaan tilanteen hoitamisesta, vaikka lääkäri on ollut moniammatillisen tiimin vetovastuussa. Kummankin kehyskertomuksen vastausten osalta sosiaalityöntekijän rooli korostui erityisesti kyseisen potilaan kohdalla ja useassa kuvauksessa tuotiin esiin, että kyseinen potilas on sosiaalityön asiakas.

Kehyskertomusten varioinnilla ei ollut suurta vaikutusta asiantuntijuuksien asemoitumiseen toisiinsa nähden ja asemaan moniammatillisessa tiimissä. Variaation osalta kehyskertomus B:ssä oli hieman enemmän kuvailtu sitä, mitä sosiaalityöntekijä tekee ja sosiaalityöntekijän vastuuta potilaan asiassa. Kehyskertomus B:n vastaukset painottivat enemmän sosiaalityöntekijän aktiivista toimijuutta. Tämä oli loogista, sillä kehyskertomus B:ssä kysyin, miten sosiaalityöntekijä toimii tilanteessa. Vastaavasti kehyskertomus A:n vastaukset korostivat hieman enemmän lääkärin asiantuntijuutta. Kehyskertomus A:n vastausten osalta korostui se,

että lääkäri ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään tai sosiaalityöntekijä on osaston tiimipalaverissa mukana. Tämän osalta lääkärijohtoisuus korostui hieman.

Mönkkönen ym. (2019, 80–81) korostavat, että aloittelevalle lääkärille hoitokokousten vetovastuu voi olla myös raskas. Wreden ym. (2016, 80) tutkimuksessa terveyskeskustyö uran alkuvaiheessa näyttäytyi monille lääkäriopiskelijoille ammatinvalinnan koetteluna ja se koettiin yksinäiseksi tasapainoiluksi omien muotoutuvien taitojen, osaamisen, niukkojen resurssien, suuren vastuun ja potilaspaineen kanssa. Nämä haasteet näkyivät tulkintani mukaan myös aineistossani lääkäriopiskelijoiden kuvauksissa, sillä esimerkiksi resurssien niukkuus tuli esiin ja kotiuttamistilanteissa tuotiin esiin epävarmuutta erityisesti sosiaalisten asioiden vuoksi, mikä saattoi vaikuttaa siihen, että sosiaalityön ja lääkärin vetovastuu näyttäytyi melko samanlaiselta.

Jos epäilen, ja minä en ole nähnyt potilaan kotia, ettei hän siellä pärjää, minkä arviointiin minulla ei ole koulutusta, ei ole oikein muuta vaihtoehtoa kuin jättää majoilemaan osastolle, mikä ilmiselvästi ei ole kenenkään etu, tai kotiuttaa kotisairaanhoidon turvin, mikä ajoittain tuntuu pelottavalta. Pärjääköhän hän nyt siellä?” (B10)

Kuten olen edellä tuonut esiin, sosiaalityöntekijä nähtiin muutamissa kuvauksissa olevan vastuussa kyseisen potilaan tilanteesta ja useassa kuvauksessa kyseinen potilas nähtiin sosiaalityön asiakkaana, jolloin sosiaalityöntekijän moniammatillisen tiimin vetovastuuta ei myöskään kyseenalaistettu.



## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkielmassani tarkastelin eläytymismenetelmän avulla millaisia käsityksiä käytännön kentällä työskennelleillä tai harjoittelussa olleilla lääkäriopiskelijoilla on sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa. Näiden lisäksi tarkastelin, millainen kehyskertomuksen varioinnin vaikutus on, eli mikä vastauksissa muuttuu, kun monimammatillisen tiimin vetovastuu on joko lääkäriellä tai sosiaalityöntekijällä. Tarkoitukseni oli selvittää lääkäriopiskelijoiden käsityksiä siitä näkökulmasta, tiedetäänkö mitä sosiaalityö on ja mahdollisia yhteistyön haasteita, jotta yhteistyötä olisi mahdollista näiden käsitysten pohjalta kehittää sosiaali- ja terveyspalveluiden integraationkin näkökulmasta.

Tulosteni perusteella lääkäriopiskelijat käsittivät sosiaalityön asiantuntijuuden perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa terveysosiaalityön substanssiosaamisen ja tehtäväluiden kautta. Sosiaalityön substanssiosaaminen ja sitä kautta asiantuntijuus näyttäytyi asumisen tukemisen, taloudellisen tilanteen selvittämisen ja tukemisen, yhteistyön verkostojen ja omaisten kanssa, sosiaalisen arvioinnin ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen sekä palveluiden järjestämisen ja potilaan tilanteen koordinoinnin osalta. Nämä osa-alueet linkittyivät kuvauksissa vahvasti myöskin yhteen, kuten Kananoja (2017, 354) on tuonut esille terveysosiaalityössä korostuvan samanaikaisesti erilaiset tehtävälueet. Lääkäriopiskelijoiden kuvauksissa sosiaalityön asiantuntijuus näyttäytyi, kun nämä kaikki tehtävälueet yhdistetään, tulkintani mukaan muotoutuvan kokonaisvaltaisena potilaan tilanteen kartoittamisena, koordinoimisena ja tukemisena. Tulokseni olivat samansuuntaisia kuin Arajärven ym. (2020) tutkimuksessa, jossa sosiaalityöntekijän psykososiaalinen rooli korostui nuorisopsykiatrialla kokonaistilanteen arvioinnin ja palveluiden koordinoinnin kautta. Tosin terapeuttinen tai hoidollinen työ ei tullut tutkimustuloksissani esiin. Tuloksissani tehtävälueista korostui kuitenkin eniten asumisen tukeminen ja esimerkiksi Korkealaakson (2005) pro gradu - tutkielman tulosten tavoin taloudellisen tilanteen selvittäminen ja tukeminen.

Sosiaalityön ja terveysosiaalityön asiantuntijuuden sekä tehtäväluiden määrittely on monimuotoista (esim. Kananoja 2017). Tuloksia peilattaessa sosiaalityön monimuotoisuuteen, pohdin, kuinka haastavaa lähtökohtaisesti lääkäriopiskelijoilla on määrittää sosiaalityön asiantuntijuutta. Tuloksissa tulikin esiin haasteita asiantuntijuuden ja tehtäväluiden

määrittämisessä, mutta pääpiireissään sosiaalityön asiantuntijuus käsitettiin realistisena substanssiosaamisen ja tehtäväalueiden kautta. Käsitys sosiaalityön asiantuntijuudesta saattoi korostua perusterveydenhuollossa olevan sosiaalisen näkökulman tarpeen kautta, sillä korostettiin sitä, ettei lääkärillä ole samanlaista osaamista. Tulosten osalta jäin pohtimaan, olisiko osa tehtäväalueista enemmän sosiaaliohjausta, vaikka terveysosiaalityön asiantuntijuuteen kuuluu myös antaa ohjausta ja neuvontaa sosiaaliturvajärjestelmästä, sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluista sekä potilaan oikeuksista ja oikeusturvasta (ks. Savolainen 2017; Kananoja 2017). Yhdessä kuvauksessa tosin tuotiin esiin, että sosiaalityöntekijä työskentelee tarvittaessa sosionomien kanssa ja tällöin kyseisten ammattilaisten työnjako ja erilainen osaaminen hahmotettiin. Kananoja (2017, 350) painottaa, että sosiaaliohjauksen tilanne ja mahdolliset tehtävät tulisi jatkossa kartoittaa terveysosiaalityön rinnalla erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon integroitua.

Yhteistyö sosiaalityöntekijän kanssa käsitettiin monin eri tavoin, eikä täten tiettyä yhteistyön mallia ollut kuvauksissa havaittavissa. Rydenfältin ym. (2018) tutkimuksessa on tullut myös esiin, että lääkärit ovat käsittäneet tiimityön eri tavoin. Tulosteni mukaan yhteistyön muotoja olivat eriytynyt ja toimimaton yhteistyö, vuorovaikutuksellisen ja toimiva yhteistyö ja sosiaalityön ja lääkärin asiantuntijuuksien asemoituminen toisiinsa nähden. Yhteistyön muodot eivät olleet kuvauksissa tarkkarajaisia, vaan limittyivät yhteen.

Tulokseni pitivät sisällään eriytyneen ja toimimattoman yhteistyön, vaikka kehyskertomuksessa sosiaalityöntekijä oli moniammatillisessa tiimissä. Eriytynyt ja toimimattoman yhteistyö piti sisällään resurssien puutteen sosiaalityön osalta, yhteistyön kirjausten kautta ja tietämättömyyden miten yhteistyö toimii, jolloin korostui erityisesti organisatorinen ja hallinnollinen näkökulma yhteistyön sujumisen esteenä. Tämän vuoksi hallinnollisiin ja organisatorisiin lähtökohtiin yhteistyön sujumisen mahdollistajana tulisi kiinnittää huomiota. Westin ym. (2016) tutkimuksessa korostui, että sosiaalityön ja terveydenhuollon jatko-opiskelijoista ensimmäisen vuoden opiskelijoilla oli enemmän myönteisiä käsityksiä ja asenteita ammattienvälisestä yhteistyöstä kuin edistyneemmällä opiskelijoilla. Tuloksissani oli kriittistä kuvausta yhteistyön sujumiseen, ja pohdin että olisiko kriittistä kuvausta tullut enemmän lääkäriopiskelijoilta, joilla on ollut jo käytännön kokemusta yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa toimimisesta. Rajasin aineistonkeruuni koskemaan lääkäriopiskelijoita, jotka ovat olleet käytännön kentällä töissä tai harjoittelussa. Voisi ajatella, että loppuvaiheen opiskelijoilla tulee myös kriittisiä käsityksiä käytännön tilanteiden sujumisen kautta.

Vuorovaikutuksellisessa ja toimivassa yhteistyön osalta kuvauksissa korostui potilaan kokonaistilanteen selvittäminen asiakaslähtöisesti moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Yhteistyön toteutumisessa korostui se, että lääkäri ja sosiaalityöntekijä pohtivat yhdessä potilaan tilannetta ja miten potilasta voidaan auttaa, johon linkittyi myös, potilaan näkemyksen huomioinen.

Tulosten osalta moniammatillisessa tiimissä sosiaalityön ja lääkärin asiantuntijuudet asemoituivat toisiinsa nähden monin eri tavoin. Kananoja (2017, 355) on saman suuntaisesti painottanut, että eri selvitysten mukaisesti sosiaalityön asiantuntijuuden asema on erilainen eri terveydenhuollon organisaatioissa, mikä saattaa todennäköisesti johtua organisaation johdon näkemyksistä ja nähdäänkö sosiaalityö osaksi terveydenhuoltoa. Tuloksissani lääkärin asiantuntijuudesta käsin sosiaalityöntekijän asiantuntijuus tunnustettiin esimerkiksi niin, että sosiaalityöntekijällä on erilaista osaamista kuin lääkärillä ja sosiaalityön rooli näyttäytyi tärkeänä potilaan tilanteen kokonaisuuden ja lääkärin työn kannalta. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuuteen liittyen oltiin kuitenkin hieman epävarmoja sen suhteen, mitä substanssiosaamiseen kuuluu. Sosiaalityöntekijän toiminnalla toivottiin olevan potilaan tilanteeseen apua. Kuvauksissa yhtä lailla sosiaalityöntekijän vastuu potilaan tilanteesta ja lääkärijohtoinen yhteistyö korostuivat. Eniten aineistosta korostui, että potilaan sosiaalinen tilanne jarruttaa kotiuttamisprosessia. Tässä näkyy esimerkiksi Andersonin ym. (2010) tutkimuksen mukaisesti se, että sosiaalityön ja lääketieteen näkökulmien yhdistäminen voi myös tuottaa jännitteitä.

Lääkärin ja sosiaalityöntekijän asiantuntijuuksien asemoitumista tarkastelin kehyskertomusten variaation osalta eli, kun sosiaalityöntekijä tai vastaavasti lääkäri oli moniammatillisen tiimin vetovastuussa. Variaation osalta ei ollut havaittavissa suuria eroja. Sosiaalityöntekijän vetovastuuta moniammatillisessa tiimissä ei kyseenalaistettu ja sosiaalityöntekijän vastuu potilaan tilanteesta näkyi myös kehyskertomuksen vastauksissa, jossa lääkäri oli vetovastuussa. Potilas nähtiin kummankin kehyskertomuksen osalta sosiaalityön asiakkaana. Lääkärijohtoisuus ja lääkärin asiantuntijuus korostui hieman enemmän lääkärin ollessa moniammatillisesta tiimistä vetovastuussa. Variaation osalta ei siis näkynyt vahva tyypillinen lääkärijohtoisuus.

Tulokset rikkoivat omia ennakkokäsityksiä lääkäriopiskelijoiden käsityksistä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä, sillä sosiaalityön asiantuntijuus käsitettiin laajemmin kuin

olin ajatellut. Tulosten pohjalta käsitysten kautta voidaan kehittää yhteistyötä, huomioiden myös organisatoriset ja hallinnolliset lähtökohdat yhteistyön sujumisen mahdollistajana. Tutkielman tuloksista ei voida kuitenkaan vetää suoraa johtopäätöstä siitä, miten lääkäriopiskelijat käsittävät sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden ja yhteistyön sosiaalityöntekijän kanssa, sillä vastaajamäärä oli pieni. Vastausinnokkuuteen saattoi vaikuttaa se, että esimerkiksi sosiaalityön asiantuntijuudesta ei ole välttämättä ollut tietoutta ja sen vuoksi ei haluttu vastata tai kehyskertomuksiin vastaaminen ei koettu omaksi tavaksi vastata. Jäin tämän osalta pohtimaan myös kehyskertomusten toimivuutta, olisiko erilaisilla kehyskertomuksilla saanut laajempia vastauksia. Vastaukset erosivat jonkun verran toisistaan, missä saattoi näkyä myös se, että joillakin lääkäriopiskelijoilla saattoi olla omakohtaista kokemusta sosiaalityöntekijän kanssa toimimiseen ja osalla ei. Tätä en aineistostani saanut selvitettyä, eikä se myöskään ollut tarkoitukseni. Osa vastaajista oli kuitenkin kommentoinut, että heillä on ollut vastaavia potilastilanteita käytännön kentällä. Kuten Eskola ym. (2018, 75) toteavat, eläytymismenetelmävastaukset eivät ole välttämättä todellisia kuvauksia, mutta vähintäänkin usein mahdollisia.

Lääkäriopiskelijoiden käsitykset sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä sosiaalityöntekijän kanssa saattavat tulevaisuudessa olla erilaisia tulevien sotekeskusten myötä. Eriytyneeseen ja toimimattomaan yhteistyöhön ja osin asiantuntijuuksien asemoitumiseen liittyneet käsitykset voivat muuttua jatkossa erilaisiksi sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ja tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusten kautta (ks. Niemi & Muuri 2021) ja esimerkiksi mikäli opintojen aikana olisi tulevaisuudessa enemmän moniammatillisia opintojaksoja tai suursimulaatioita (esim. Saaranen ym. 2020). Tämä toki vaatii myös sosiaalityön vahvaa asemaa jatkossa terveydenhuollon rinnalla. Pohjola (2021) on painottanut, että sosiaalihuolto ja -palvelut ovat edelleen jääneet terveydenhuollon varjoon sote-valmisteluissa. Sosiaalityön rooli uudistuksessa tulee kuitenkin olemaan merkittävä, vaikka sen toteutumisen vaatii edelleen töitä. Kananoja (2017, 356) korostaa, että terveysosiaalityö on strategisessa asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation osalta. Terveysosiaalityön asiantuntijuus korostuu, kun tarvitaan tietoa sosiaalisten ja terveydellisten tekijöiden suhteesta hyvinvoinnin edistämisessä ja sosiaali- ja terveystalouden yhteensovittamisessa erilaisten potilas- ja asiakasryhmien osalta. (mt. 2017.) Ainakin tämän tutkielman tuloksista voidaan päätellä, että sosiaalityön asiantuntijuutta arvostetaan ja sosiaalityö nähdään tarpeellisenä perusterveydenhuollon osastotyön kontekstissa.

Tässä tutkielmassa tarkastelin ainoastaan lääkäriopiskelijoiden käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä. Jatkotutkimuksen aiheena voisi yhteistyötä tarkastella myös laajemmasta näkökulmasta, eli tuoda lääkäriopiskelijoiden käsitysten rinnalle sosiaalityön opiskelijoiden käsityksiä lääkäreiden asiantuntijuudesta. Näin ollen käsityksiä yhteistyöstä voisi laajentaa. Käsityksistä voisi myös edetä käytännön työssä saatuihin kokemuksiin erilaisella aineistonkeruumenetelmällä, esimerkiksi haastattelujen kautta. Jatkossa voisi olla mielekäästä tarkastella perusterveydenhuollon sosiaalityön paikkaa laajemmin nyt muotoutuvien sote-keskustenkin osalta.

## LÄHTEET

Anderson, E.S., R. Smith & L.N Thorpe (2010): Learning from lives together: medical and social work students' experiences of learning from people with disabilities in the community. *Health and Social Care in the Community* 18:3, 229–240.

Arajärvi, Miina, Kaarina Mönkkönen, Taru Kekoni & Timo Toikko (2020): Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus nuorisopsykiatrian moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä. *Janus* 28:4, 357–373.

Arnold, Louise & David Thomas Stern. What Is Medical Professionalism? Teoksessa Stern, David Thomas (toim.): *Measuring Medical Professionalism*. Oxford University Press, 2006, 15–37.

Bryman, Alan (2016): *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.

Burrows, Daniel (2020): *Critical Hospital Social Work Practice*. Lontoo: Routledge.

Carr-Saunders, Alexander & P.A. Wilson (1933): *The Professions*. Lontoo: Oxford University.

Collins, Harry & Robert Evans. A Sociological/Philosophical Perspective on Expertise: The Acquisition of Expertise through Socialization. Teoksessa Ericsson, K. Anders, Robert R. Hoffman, Aaron Kozbelt & A. Mark Williams (toim.): *The Cambridge handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge University Press 2018, 21–32.

Cribb, Alan & Sharon Gewirtz (2015): *Professionalism – Key Themes in Health and Social Care series*. Polity Press.

Eräsaari, Risto: Avoimen asiantuntijuuden analytiikka. Teoksessa Pirttilä, Ilkka ja Susan Eriksson (toim.): *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2002, 21–40.

Eskola, Jari, Tiina Mäenpää & Anna Wallin. Digitalisoituva ja monikielistyvä eläytymismenetelmä aikamme muutosten tutkimusvälineenä. Teoksessa Eskola, Jari, Tiina Mäenpää & Anna Wallin (toim.): *Eläytymismenetelmä 2017: Perusteema ja 11 muunnelmaa*. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2017, 6–14.

Eskola, Jari, Satu Virtanen & Anna Wallin. Tiedettä tarinoista: eläytymismenetelmän käyttö ja soveltaminen. Teoksessa Valli, Raine (toim.): *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. PS-kustannus, Jyväskylä 2018, 63–77

Etzioni, Amitai (1969): *The Semi-Professions and Their Organization*. New York: The Free Press.

Freidson, Eliot (2001): *Professionalism – The Third Logic*. Chicago: The University of Chicago Press.

Haapakorpi, Arja (2009): Sulkeuman ja neuvottelun ehdoilla – asiantuntija-aseman rakentuminen työelämässä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Haapakoski, Kaisa (2015): Hyvä kuntoutustutkimustyössä – Abduktiivinen tutkimus kuntoutustutkimustyön hyväksytyksellisistä ristiriidoista. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Haapakoski, Kaisa (2013): Eliot Freidsonin professioteoreettinen lähestymistapa – Profesiokritiikin ja professionalismin puolustuksen välissä. *Sosiologia* 50:1, 1–14.

Helsingin yliopisto (2021): Monialaisuus motivoi sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelman opiskelijoita ja opettajia.

<https://www2.helsinki.fi/fi/uutiset/opetus-ja-opiskelu-yliopistossa/monialaisuus-motivoi-sosiaali-ja-terveystutkimuksen-ja-johtamisen-maisteriohjelman-opiskelijoita-ja-opettajia>  
Luettu 30.3.2021

International Federation of Social Work (IFSW) (2021): Global Definition of Social Work. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>  
Luettu 17.1.2021

Isoherranen, Kaarina (2006): Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

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

Jokinen, Taina, Antero Lehmuskoski, Hanna Lohijoki & Anne Ålander (2021): Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULMOKI> Luettu 25.4.2021

Juhila, Kirsi. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Vuori, Jaana (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Luettu 7.4.2021

Kananoja, Aulikki. Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Kananoja, Aulikki, Martti Lähteinen, Pirjo Marjamäki ja Kristiina Aho (toim.): Sosiaalityön käsikirja. Tietosanoma, Helsinki 2017, 347–356.

Kananoja, Aulikki. Sosiaalityö ammattina. Teoksessa Kananoja, Aulikki, Martti Lähteinen, Pirjo Marjamäki ja Kristiina Aho (toim.): Sosiaalityön käsikirja. Tietosanoma, Helsinki 2017, 27–32.

Kangasniemi, Mari, Ari Voutilainen, Sari Kapanen, Annika Tolmala, Johannes Koponen, Mirja Hämäläinen & Marko Elovainio (2017): Työn uusjako – Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 66/2017. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80699/66\\_Tyon%20uusjako.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80699/66_Tyon%20uusjako.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 20.4.2020.

Karvinen-Niinikoski, Syvönne. Sosiaalityön opetus, tutkimus ja kehittyvä asiantuntijuus. Teoksessa Satka, Mirja, Syvönne Karvinen-Niinikoski, Marianne Nylund & Susanna Hoikkala (toim.): Sosiaalityön käytäntötutkimus. Gaudeamus, Helsinki 2005, 73–96.

Kekoni, Taru, Kaarina Mönkkönen, Anneli Hujala, Sanna Laulainen & Jukka Hirvonen. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina, Taru Kekoni & Aini Pehkonen (toim.): Moniammatillinen yhteistyö – Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Tallinna 2019, 15–46.

Keskikylä, Sanna (2020): Terveysosiaalityön selvitys Päijät-Hämeessä – Selvitystyön raportti ja kehittämissuunnitelma. Sosiaalialan osaamiskeskus Verso -liikelaitos: Verson työpapereita 2/2020.

[https://www.phhyky.fi/assets/files/2020/03/Terveysosiaality%C3%B6n\\_selvitys\\_2020.pdf](https://www.phhyky.fi/assets/files/2020/03/Terveysosiaality%C3%B6n_selvitys_2020.pdf) Luettu 14.12.2020

Keva (2021): Kuntien työvoimaennuste 2030 – Analyysi kuntien työvoima- ja osaamistarpeesta.

[https://www.keva.fi/contentassets/9034ce5888f14123996a6b41b9c315ea/kevan\\_kuntien\\_tyovoimaennuste\\_2030\\_esitys\\_180221.pdf](https://www.keva.fi/contentassets/9034ce5888f14123996a6b41b9c315ea/kevan_kuntien_tyovoimaennuste_2030_esitys_180221.pdf) Luettu 18.2.2021

Kirjonen, Juhani. Johdanto. Teoksessa Kirjonen, Juhani, Pirkko Remes & Anneli Eteläpelto (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997, 11–27.

Kiviniemi, Kari. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Valli, Raine & Juhani Aaltola (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus, Jyväskylä 2015, 74–88.

Koivisto, Juha, Eeva Liukko & Hanna Tiirinki (2020): Sote-palvelujen integraatio. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio> Luettu 1.5.2021

Konttinen, Esa (1991): Perinteisesti moderniin – Professionien yhteiskunnallinen synty Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Korkealaakso, Rauni (2005): Sosiaalityöntekijä - vieraileva tähti? – Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu - tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kouhi, Sanna (2019): Integroidun sosiaalityön alkutahteja psykiatria- ja päihdepalveluissa. Blogi. Sosiaalisia ilmiöitä. <http://sosiaalisiailmioita.blogspot.com/2019/02/integroidun-sosiaalityon-alkutahteja.html> Luettu 13.11.2020.

Kuula, Arja (2011): Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laine, Timo. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli, Raine & Juhani Aaltola (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus, Jyväskylä 2015, 29–51.



Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (2015/817)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559)

Lehtinen, Erno & Tuire Palonen. Tiedon verkostoituminen - haaste asiantuntijuudelle. Teoksessa Kirjonen, Juhani, Pirkko Remes & Anneli Eteläpelto (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997, 103–121.

Lähteinen, Sanna, Suvi Raitakari, Kaija Hänninen, Anniina Kaittila, Taru Kekoni & Suvi Krok & Pia Skaffari (2017): Sosiaalityön koulutuksen tuottama osaaminen. Rovaniemi: Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet, SOSNET julkaisu 7.

Merenmies, Jussi ym. (2020): Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet. [https://www2.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/valmistuvan\\_laakarin\\_osaamistavoitteet\\_0.pdf](https://www2.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/valmistuvan_laakarin_osaamistavoitteet_0.pdf) Luettu 26.2.2021

Metteri, Anna. Terveysosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Metteri, Anna, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.): Terveys ja sosiaalityö. PS-Kustannus, Jyväskylä 2014, 296–328.

Metteri, Anna, Heli Valokivi & Satu Ylinen. Lopuksi: Kohti monialaista keskustelua terveydestä ja sosiaalityöstä. Teoksessa Metteri, Anna, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.): Terveys ja sosiaalityö. PS-Kustannus, Jyväskylä 2014, 329–331.

Mäenpää, Tiina, Johanna Annala, Marita Mäkinen, Anna Wallin & Jari Eskola. Opettajat sanoittamassa suhdettaan uuteen yliopistoon – Mitä eläytymismenetelmällä kerätty aineisto kertoo opettajan ammatillisen toimijuuden raameista uudessa yliopistossa? Teoksessa Eskola, Jari, Tiina Mäenpää & Anna Wallin (toim.): Eläytymismenetelmä 2017: Perusteema ja 11 muunnelmaa. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2017, 43–67.

Mönkkönen, Kaarina, Leena Leinonen, Miina Arajärvi, Anna-Elina Hovatta, Nina Tusa & Katri Salokangas. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina, Taru Kekoni & Aini Pehkonen (toim.): Moniammatillinen yhteistyö – Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Tallinna 2019, 47–88.

Neuderth, Silke, Matthias Lukaszikb, Antje Thierolfb, Hans-Dieter Wolfb, Birgitt van Oorschotc, Sarah Königd, Dagmar Unza & Tanja Henking (2019): Use of standardized client simulations in an interprofessional teaching concept for social work and medical students: first results of a pilot study. *Social work education* 38:1, 75–88.

Niemi, Anu & Anu Muuri (2021): Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus> Luettu 2.5.2021

Nurminen, Raija. Erilaisia näkökulmia moniammatilliseen yhteistyöhön. Teoksessa Isoheranen, Kaarina, Leena Rekola & Raija Nurminen (toim.): Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Helsinki 2008, 173–199.

Palonen, Tuire & Hans Gruber. Satunnainen, rutiininomainen ja tietoinen osaaminen. Teoksessa Kaija Collin, Susanna Paloniemi, Helena Rasku-Puttonen & Päivi Tynjälä (toim.): Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. WSOYpro Oy, Helsinki 2010, 41–56.

Parsons, Talcott (1939): The professions and social structure. *Social Forces* 17:4, 457–467.

Parviainen, Jaana. Kollektiivinen tiedon rakentaminen asiantuntijatyössä. Teoksessa Parviainen, Jaana (toim.): Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere 2006, 155–187.

Pasternack, Amos. Lääkäriprofessioni ja professionalismi lääkärin työssä – ihanne ja ongelmat. Teoksessa Pasternack, Amos, Raimo Puustinen & Jaana Hallamaa (toim.): Lääkäriprofessioni – professionaalisuus lääkärin työssä. Duodecim, Helsinki 2017, 9–26.

Patja, Kristiina, Topi Litmanen, Arja Helin-Salmivaara & Amos Paternack (2009): Lääkärin ammatillisen osaamisen laajentaminen. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125:21, 2365–72.

Payne, Malcolm (2000): *Teamwork in multiprofessional care*. UK: Macmillan Press.

Payne, Malcolm (2006): *What is professional social work?* The Policy Press.

Pehkonen, Aini, Kaisa Martikainen, Riitta-Liisa Kinni & Kaarina Mönkkönen. Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina, Taru Kekoni & Aini Pehkonen (toim.): Moniammatillinen yhteistyö – Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveystalalla. Gaudeamus, Tallinna 2019, 89–111.

Pirttilä, Ilkka. Mistä asiantuntemuksen sosiologiassa on kyse? Teoksessa Pirttilä Ilkka ja Susan Eriksson (toim.): *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2002, 11–20.

Pohjola, Anneli. Merkintöjä sosiaalityön asiantuntijuudesta. Teoksessa Vesterinen, Kerttu (toim.) *Kiitos kysymyksestä*. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus julkaisusarja 27, Rovaniemi 2007, 6–18.

Pohjola, Anneli (2017): Sote-uudistus muuttuvan yhteiskuntapolitiikan puristuksessa. *Janus* 25:2, 171–175.

Pohjola, Anneli (2021): Sosiaalinen soten sivuraiteella. Sosiaalityön tiedeblogi – tutkitusti sosiaalityöstä. <https://sosiaalityontiedeblogi.home.blog/2021/03/03/sosiaalinen-soten-sivuraiteella/> Luettu 6.3.2021.

Raunio, Kyösti (2004): *Olellainen sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus.

Reeves, Scott, Simon Lewin, Sherry Espin & Merrick Zwarenstein (2010): *Interprofessional Teamwork for Health and Social care*. UK: Wiley-Blackwell.

Rekola, Leena. Asiantuntijoiden yhteistyön johtaminen. Teoksessa Isoherranen, Kaarina, Leena Rekola & Raija Nurminen (toim.): *Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö*. WSOY, Helsinki 2008, 9–25.

Rostila, Ilmari, Mikko Mäntysaari, Tarja Suominen & Paula Asikainen (2011): Sosiaalityön professionaalisuuden erot kuntaorganisaatioissa – Organisaatiokulttuurien ja organisaatioilmapiirien kirjo. *Janus* 19:2, 143–157.

Rydenfält, Christofer, Jonas Borell & Gudbjörg Erlingsdottir (2018): What do doctors mean when they talk about teamwork? Possible implications for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care* 33, 714–723.

Saaranen, Terhi, Marja Silen-Lipponen, Maria Palkolahti, Kaarina Mökkönen, Miia Tiisonen & Marjorita Sormunen (2020): Interprofessional learning in social and healthcare – Learning experiences from large-group simulation in Finland. *Nursing Open* 7, 1978–1987.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Anna Puusniekka (2006a): Eläytymismenetelmä. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_5.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_5.html) Luettu 30.10.2020

Saaranen-Kauppinen, Anita & Anna Puusniekka (2006b): Narratiiviset tarkastelutavat. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_6\\_4.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_6_4.html) Luettu 14.12.2020.

Saukkonen, Sanna-Mari & Satu Vuorio (2017): Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016. Tilastoraportti 13, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Savolainen, Tuija (toim.) (2017): Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö. Nimikkeistöt ja luokitukset. Helsinki: Kuntaliitto.

Silverman, David (2006): *Interpreting qualitative data*. Lontoo: Sage Publications.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö (2021a): Terveyskeskukset. <https://stm.fi/terveyskeskukset> Luettu 2.4.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2021b): Kotihoito ja kotipalvelut. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> 2.4.2021.

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Sosnet yliopistoverkosto (2021a): Sosiaalityön kansainvälisen määritelmän suomennos. <https://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Kv-maaritelma> Luettu 16.12.2020.

Sosnet yliopistoverkosto (2021b): Sosnetin sosiaalityön määritelmä. <https://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Sosnetin-maaritelma> Luettu 16.12.2020.

Syrjä, Vesa, Laura Parviainen & Anu Niemi (2020): Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Yhteistyö sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Tikkala, Leena. Sosiaalityön asiantuntijuuden silloittava orientaatio. Teoksessa Pohjola, Anneli, Tarja Kemppainen, Asta Niskala & Nina Peronius (toim.): Yhteiskunnallisen asemansa ottava sosiaalityö, Vastapaino, Tampere 2019, 303–319.

Toiminen, Tiina (2016): Sosiaalityö sairaalan yhteistyössä – Monialainen näkemys sosiaalityön asiantuntijuudesta. Pro gradu - tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2018): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tynjälä, Päivi. Asiantuntijuuden kehittämisen pedagogiikkaa. Teoksessa Kaija Collin, Susanna Paloniemi, Helena Rasku-Puttonen & Päivi Tynjälä (toim.): Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. WSOYpro Oy, Helsinki 2010, 79–95.

University of Eastern Finland (2020): Moniammatillista vuorovaikutusopetusta yhdessä ammattilaisten kanssa. <https://www.uef.fi/fi/artikkeli/moniammatillista-vuorovaikutusopetusta-yhdessa-ammattilaisten-kanssa> Luettu 5.2.2021

Vaininen, Satu (2011): Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina – Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Virtanen, Pekka. Monialainen opiskelu ja moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Poikela, Esa ja Satu Öystilä. (toim.): Yliopistopedagogiikkaa kehittämässä – kokeiluja ja kokemuksia. Tampereen yliopisto, Tampere 2003, 345–370.

Vuori, Jaana. Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Vuori, Jaana (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/palvelut/menetelmaopetus/> Luettu 7.4.2021

West, Allison, Shari Miller & Judith Leitch (2016): Professional socialization and attitudes towards interprofessional collaboration among graduate social work and health professions students. *Advances in social work* 17:2, 134–150.

Wrede, Sirpa. Evertt C. Hughesin ammattiensosiologia ja professiotutkimuksen perinne. Teoksessa Ashorn, Ulla, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja terveys – Klassisia teoreettisia näkökulmia. Gaudeamus, Helsinki 2010, 28–60.

Wrede, Sirpa, Antero Olakivi, Noora Fischer & Anton Sigfrids (2016): Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Yliruka, Laura, Jenika Heinonen, Mirja Satka, Anna Metteri & Taija Alatalo (2019): Terveysosiaalityö näkyväksi – Terveysosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Socca: Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus, Työpapereita 2019:1.

## LIITE 1 Kirjoituspyyntö

### Pro gradu - tutkielman aineistonkeruulomake

Hei,

Pyytäisin sinua käytännön kentällä harjoittelussa ollut tai työskennellyt lääketieteen opiskelija mukaan vastaajaksi pro gradu - tutkielmani aineistoon. Aineiston kerään tällä lomakkeella.

Olen sosiaalityön maisterivaiheen opiskelija Jyväskylän yliopistosta. Teen pro gradu - tutkielmaa siitä, miten lääkäriopiskelijat käsittävät sosiaalityön asiantuntijuuden ja yhteistyön sosiaalityöntekijöiden kanssa.

Kerään aineistoa eläytymismenetelmällä, jonka tarkoituksena on, että vastaaja kirjoittaa pienen tarinan tai kuvauksen kehyskertomuksen pohjalta. Saat vastattavaksi toisen kahdesta erilaisesta kehyskertomuksesta. Kehyskertomuksen tilanteesta ei tarvitse olla omia kokemuksia, voit vastata omien ajatusten mukaan. Kirjoitus on hyvin vapaamuotoinen ja voit vastata haluamallasi tavalla. Kirjoituksella ei ole vähimmäis- tai enimmäispituutta, mutta toivon monipuolisia vastauksia. Vastausaika on n. 5-20 min riippuen vastauksien laajuudesta.

Aineisto on anonyymi, jolloin siitä ei voida tunnistaa yksittäistä henkilöä. En kerää sinulta henkilötietoja (sähköpostiosoitetta, yhteystietoja, nimeä ym.). Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusjulkaisussa saatetaan käyttää suoria sitaatteja. Hävitän aineiston tutkielmani valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkielma laajentaa tietoisuutta lääkäriopiskelijoiden käsityksistä sosiaalityön asiantuntijuudesta ja yhteistyöstä sosiaalityöntekijöiden kanssa, jonka pohjalta yhteistyöhön voidaan kiinnittää huomiota.

Voit olla minuun yhteydessä, mikäli sinulle tulee kysyttävää tutkielmaani liittyen. Vastaan mielelläni kysymyksiisi!

Pro gradu - tutkielmani ohjaajana toimii Heli Valokivi (YTT) ( heli.valokivi@jyu.fi).

Vastausaikaa on 23.2.2020 asti. Kiitos jo etukäteen!

Saini Saarinen  
 sosiaalityön opiskelija  
 Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta  
 Jyväskylän yliopisto  
 saini.a.saarinen@student.jyu.fi

## LIITE 2 Kehyskertomuksiin A ja B ohjautuminen

### 1. Sukunimesi alkukirjain

Sinut ohjataan kehyskertomukseen A tai B, valitse kumpaan sukunimesi alkukirjaimen (kehyskertomus A: A-L, kehyskertomus B: M-Ö) perusteella kuulut

\*

- A-L \*
- M-Ö

## LIITE 3 Kehykertomukset A ja B

### 2. KEHYSKERTOMUS A

Työskentelet lääkärinä vuodeosastolla perusterveydenhuollossa. Osaston moniammatilliseen tiimiin kuuluu myös sosiaalityöntekijä. Osastolla on potilas, jolla on ollut lyhyitä osastojaksoja säännöllisesti tätä ennen. Lääkärinä olet arvioinut potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti. Päädyt siihen, että potilas tulisi kotiuttaa pian. Ensihoidolta on tullut tieto, että potilaan kotona on sähköt katkaistu ja asunto on huomattavan epäsiisti. Potilaalla on ollut runsasta alkoholin käyttöä. Potilas kertoo, että hänellä on ollut ahdistuneisuutta.

Olet lääkärinä vetovastuussa moniammatillisessa tiimissä. Miten toimit tilanteessa ja miten sinun ja sosiaalityöntekijän yhteistyö potilaan asiassa etenee? Kirjoita mielikuviisi ja ajatuksiisi pohjautuva kuvaus tai tarina tilanteen etenemisestä.

\*

### 3. KEHYSKERTOMUS B

Työskentelet lääkärinä vuodeosastolla perusterveydenhuollossa. Osaston moniammatilliseen tiimiin kuuluu myös sosiaalityöntekijä. Osastolla on potilas, jolla on ollut lyhyitä osastojaksoja säännöllisesti tätä ennen. Lääkärinä olet arvioinut potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti. Päädyt siihen, että potilas tulisi kotiuttaa pian. Ensihoidolta on tullut tieto, että potilaan kotona on sähköt katkaistu ja asunto on huomattavan epäsiisti. Potilaalla on ollut runsasta alkoholin käyttöä. Potilas kertoo, että hänellä on ollut ahdistuneisuutta.

Sosiaalityöntekijä on vetovastuussa moniammatillisessa tiimissä. Miten sosiaalityöntekijä toimii tilanteessa ja miten sinun ja sosiaalityöntekijän yhteistyö potilaan asiassa etenee? Kirjoita mielikuviisi ja ajatuksiisi pohjautuva kuvaus tai tarina tilanteen etenemisestä.

\*