

**TERVEYSSOSIAALITYÖN TOIMINTAMAHDOLLISUU-  
DET - MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN TOTEUTU-  
MINEN RINTASYÖPÄPOTILAJEN HOITOPROSESSISSA**

Mirikka Luomaranta  
Kandidaatintutkielma  
Sosiaalityö  
Avoin yliopisto  
Jyväskylän yliopisto  
Syksy 2023

# JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Jyväskylän Avoin Yliopisto
Tekijä Mirkka Luomaranta	
Työn nimi Terveyssoseaalityön mahdollisuudet: moniammatillisen yhteistyön toteutuminen rintasyöpäpotilaiden hoitoprosessissa	
Oppiaine Sosaalityö	Työn laji Kandidaatin tutkielma
Aika Syksy 2023	Sivumäärä 25
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkielman tausta juontaa vuoden 2023 alussa tapahtuneen sote-uudistuksen myötä alkaneisiin muutoskeskusteluihin terveystosiaalityön järjestämisessä eri hyvinvointialueilla. Terveystosiaalityö työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollon yhdyspinnassa tarkoituksenaan tukea sairastuneen arjen jatkuminen sairaudesta tai vammasta huolimatta. Tutkielman luo kuvan siitä, millaisena moniammatillinen työskentely rintasyöpäpotilaiden hoitoprosessissa näyttäytyy aineistossa sekä millaisia paikantumismahdollisuuksia terveystosiaalityöllä hoitoprosessissa on.</p> <p>Tutkielman ohjaavana teoriana on moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla. Tutkin analysoitavasta aineistosta moniammatillisen työn luonnetta, joka voi olla eriytynyttä tai jaettua suhteessa yhteistyön määrään. Moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttaa lisäksi mm. yhteistyötä tekevän työryhmän aiempi historia, ammatilliset roolit ja rakenteelliset sekä persoonalliset tekijät.</p> <p>Tutkielma on teoriaohjaava integroiva kirjallisuuskatsaus ja analyysimenetelmänä on sisällönanalyysi. Analysoitava aineisto koostuu kolmesta väitöskirjasta, yhdestä lisensiaattityöstä sekä kolmesta vertaisarvioidusta artikkelista, joista jokainen käsittelee rintasyöpään sairastuneiden hoitoa tai sosiaalista tukea.</p> <p>Aineiston perusteella terveystosiaalityölle nähdään olevan tarvetta, mutta potilaan ohjaaminen terveystosiaalityön palveluihin jää puutteelliseksi. Moniammatillisessa työskentelyssä terveystosiaalityö jää lääketieteen ja hoitotyön jalkoihin, eikä potilas saa tarvitsemaansa tukea ja apua, jota terveystosiaalityö voisi sekä potilaalle että hänen läheisilleen tarjota. Aineiston perusteella potilaat kaipaavat tukea sairauden aiheuttamaan kriisiin, epätietoisuuteen sekä sairauden mukanaan tuomiin muutoksiin sopeutumiseen, joihin terveystosiaalityön palveluilla voitaisiin vastata.</p>	
Asiasanat terveydenhuollon sosiaalityö, sosiaalityö, moniammatillisuus, rintasyöpä, hoitoprosessit, yhteistyö	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja	

## KUVIOT

KUVIO 1: Moniammatillisen työn luonne suhteessa yhteistyön määrään (Mönkkönen & Kekoni 2020, 232) .....	5
KUVIO 2: Moniammatillisen työskentelyn osa-alueet ja niihin vaikuttavat tekijät (Brostein 2003, Kekoni ym. 2019, 19 mukaan) .....	6

## TAULUKOT

TAULUKKO 1: Aineiston haku ja rajaukset .....	13
TAULUKKO 2: Terveyssoseaalityön paikantumismahdollisuudet.....	18

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS .....	3
2.1	Moniammatillisuus sosiaali- ja terveysalalla .....	3
2.2	Terveyssosiaalityön moniammatillisuus .....	7
2.3	Oma näkemykseni terveyssosiaalityön moniammatillisuudesta .....	9
3	METODI JA AINEISTO .....	11
3.1	Tutkimuskysymykset .....	11
3.2	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi .....	11
3.3	Analysoitava aineisto .....	13
3.4	Eettiset kysymykset .....	13
4	TULOKSET .....	15
4.1	Erillistä työtä vai yhteistyötä.....	15
4.2	Terveyssosiaalityön paikantumismahdollisuudet .....	18
4.3	Moniammatillisuutta haastavat rakenteet.....	21
5	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	23
	LÄHTEET .....	26

## LIITTEET

# 1 JOHDANTO

Terveyssosiaalityö on terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvaa sosiaalityötä, jonka avulla pyritään tukemaan sairastunutta ja hänen perhettään siten, että sairastumisen mukanaan tuomat vaikutukset tavalliseen arkeen olisivat mahdollisimman pienet. Terveyssosiaalityöllä on noin satavuotinen historia osana terveydenhuoltoa, sillä alun perin sosiaalihoitajat olivat jatkokouluttautuneita sairaanhoitajia, kunnes koulutusuudistus siirsi sosiaalityön opinnot yliopistoihin vuonna 1975. Tällöin sairaaloissa tapahtuva sosiaalityö sekä itsenäistyi että syventyi, mutta samalla se myös etääntyi hoitotyöstä (Lindén 1999, 52–55.) Ennen vuoden 2023 alussa tapahtunutta sosiaali- ja terveystalouden sote-uudistusta oli terveyssosiaalityö osana erikoissairaanhoidon terveystaloutta, mutta uudistuksen myötä terveyssosiaalityö sijoitettiin eri hyvinvointialueilla joko terveydenhuollon tai sosiaalihuollon rakenteisiin. Syyskuussa 2023 Pohjois-pohjanmaan hyvinvointialue (Pohde 2023) ilmoitti aikovansa lakkauttaa terveyssosiaalityön toimet ja siirtää sosiaalityöntekijät perhe- ja sosiaalipalveluihin, psykiatrian palveluihin, vammaispalveluihin sekä lastensuojeluun perustettaviin virkoihin. Tämä aiheutti runsaasti keskustelua sekä mediassa että ammatillisissa piireissä.

Terveyssosiaalityön tehtäväkenttä on laaja sekä monipuolinen, ja työtä tehdään sosiaali- ja terveystalouden yhdyspinnassa. Keskeisimpiä tehtäväalueita ovat potilaan sosiaalisen tilanteen arviointi, sosiaaliturvaan liittyvä ohjaus ja neuvonta, potilaan jatkohoidon selvittely sekä kotona pärjäämisen tukeminen, moniammatillinen yhteistyö sekä verkostotyö potilaan hoitoprosessissa ja potilaan sekä hänen läheistensä psykososiaalinen tukeminen (Korpela 2014, 137). Terveyssosiaalityötä tehdään pääasiassa erikoissairaanhoidossa, jossa sosiaalityö sijoittuu psykiatrian, somatiikan sekä kuntoutuksen saralle kaiken ikäisten asiakkaiden pariin (Kananoja 2017, 352–353). Tässä tutkielmassani tuon esiin, millaisia erityispiirteitä moniammatillisessa työskentelyssä ilmenee terveyssosiaalityön näkökulmasta. Koska terveyssosiaalityötä tehdään terveydenhuollossa niin laajalla alueella, rajasin tutkielmani koskemaan moniammatillista työskentelyä rintasyöpään sairastuneen hoitoprosessissa. Tutkin, millaisena moniammatillinen yhteistyö hoitoprosessissa toteutuu ja millaisena

terveyssoseaalityön rooli siinä näyttöytyy. Valitsin tutkielmani kohderyhmäksi rintasyöpöpotilaat, koska rintasyöpä on yksi Suomen yleisimmistä syövistä ja syöpöpotilaiden hoitoprosesseihin osallistuu usein eri alojen ammattilaisia. Syöpään sairastuminen luo Idmanin ja Aalbergin (2013, 860) mukaan sairastuneelle psyykkisiä haasteita sekä paranemisen että elinajanodotteen ennusteen epävarmuuden vuoksi, joihin voidaan omalta osaltaan terveyssoseaalityön palveluilla vastata.

Tutkielmani on teoriaohjaava integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Teoreettisena viitekehäksenä on moniammatillinen yhteistyö, jota tarkastelen terveyssoseaalityön näkökulmasta. Tutkin analysoitavasta aineistosta moniammatillisen työn luonnetta, joka voi olla eriytynyttä tai jaettua suhteessa yhteistyön määrään. Moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavat lisäksi mm. yhteistyötä tekevän ryhmän aiempi yhteinen historia, ammatilliset roolit ja rakenteelliset sekä persoonalliset tekijät. Analysoitava aineisto koostuu kolmesta väitöskirjasta, yhdestä liseniaattityöstä sekä kolmesta vertaisarvioidusta artikkelista, joista jokainen käsittelee rintasyöpään sairastuneiden hoitoa tai sosiaalista tukea. Aineistoa analysoin sisällönanalyysin menetelmin etsien aineistosta moniammatillisen työskentelyn teoriaan liittyviä käsitteitä ja teemoja, jotka jaoin ylä- ja pääluokkiin. Aineiston analysointivaiheessa rintasyöpöpotilaiden hoitoprosessia käsittelevästä aineistosta nousi teorian rinnalle teemoja, jotka liittyvät vahvasti terveyssoseaalityön peruseriaatteisiin ja näin ollen lunastivat paikkansa tutkielmassani. Nämä mukaan nousseet teemat ovat sairauden merkitys sairastuneen arkeen sekä sosiaalisen verkoston ja tuen merkitys. Teorian ja aineistosta nousseiden teemojen myötä aineistosta muodostui viisi pääluokkaa, jotka ovat yhteistyö, hoidon intensiivisyys, epävarmuus ja kuoleman läsnäolo, vuorovaikutus ja sosiaalinen verkosto sekä toimintaan liittyvät rakenteet, joiden pohjalta käsittelen terveyssoseaalityön moniammatillisuuden paikantumismahdollisuuksia rintasyöpöpotilaiden hoitoprosessissa.

## 2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

### 2.1 Moniammatillisuus sosiaali- ja terveysalalla

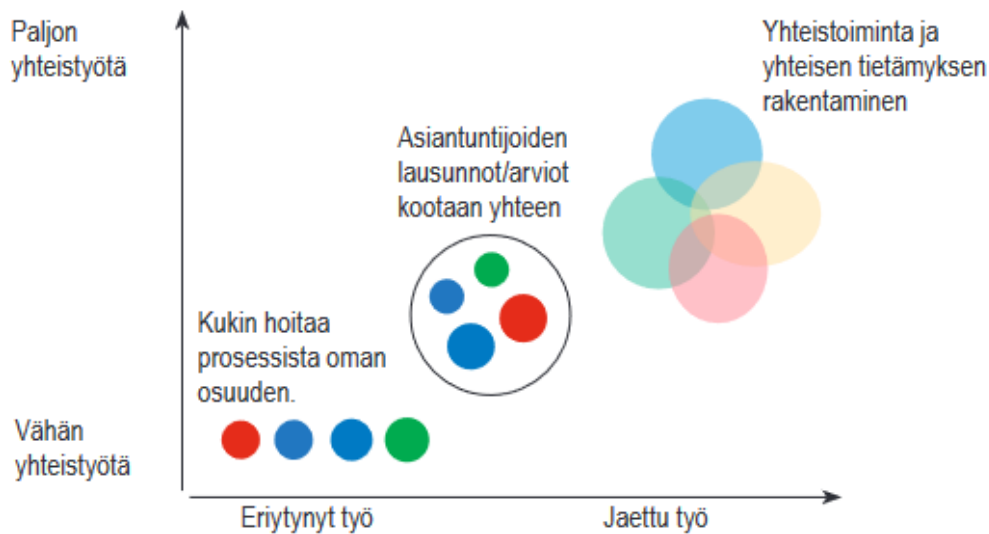
Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat vastikään kokeneet suuria muutoksia 2023 vuoden alusta voimaan tulleen sote-uudistuksen myötä, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Uudistusta silmällä pitäen Tiina Timperi (2022) laati Sosiaali- ja terveysministeriölle selvitystyön, joka kuvaa monialaista yhteistyötä ja sen vaatimia osaamistarpeita sekä keinoja yhteistyön tukemiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (ei pvm.) määrittelee moniammatillisen yhteistyön olevan palvelujärjestelmätasolla yksi keinoista vaikuttaa väestön hyvinvointi- ja terveyserojen syntyymiseen. Mönkkönen ja Kekoni (2020, 216) nostavatkin esiin sekä sote-uudistuksen että siihen liittyvien lakiuudistusten korostavan moniammatillisen yhteistyön merkitystä, joka tulee huomioida sekä palveluiden että koulutuksen suunnittelussa.

Timperi (2022, 14) kokee monialaisen yhteistyön määrittelyn haasteelliseksi, koska käsitteelle ei ole yleisesti käytössä olevaa yksiselitteistä määritelmää. Moniammatillisen yhteistyön hän kuitenkin määrittelee yhteistyöksi, jossa säilyvät eri ammattiryhmien hierarkiat, valta-asetat sekä työnjako. Moniammatillisuus -termi pitää Kekonin ym. (2019, 15–16) määritelmän mukaan sisällään hyvin moninaisia erilaisia tapoja tehdä työtä yhdessä. Heidän mukaansa sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa yhteistyötä on kuvattu vuorovaikutuksen vaihtoalueena, ammattilaisten ja asiakkaiden yhteistoiminnallisuutena, jaettuna asiakkuutena sekä jaettuna asiantuntijuutena. Ojuri (1996, 118–119) puolestaan nostaa tärkeänä elementtinä yhteiset tavoitteet, jotka määrittävät ammattilaisten yhteistyötä ja luovat pohjan yhteistyön toimivuudelle. Hän kuitenkin huomauttaa, ettei tavoitteiden tai edes perustehtävän määrittäminen aina ole helppoa, mikä johtuu työntekijöiden erilaisista tulkinnoista ja tavoitteiden

asetteluista. Niiranen (2015, 139) toteaa moniammatillisen työskentelyn olevan samassa organisaatiossa työskentelevien eri ammattiryhmien yhteistyötä tai eri ammattialojen välistä yhteistyötä joko saman organisaation sisällä tai eri organisaatioiden välillä. Moniammatillisen verkostotyön perustana on yhteisen työskentelyn tavoite sekä vuorovaikutus ja tiedon jakaminen eri ammattilaisten kesken. Kekoni ym. (2019, 17) korostavat moniammatillisessa yhteistyössä tärkeäksi toisten näkökulmien ymmärtämisen ja niistä oppimisen. Lisäksi he alleviivaavat tärkeimmäksi lähtökohdaksi asiakkaan kunnioittamisen, yksilöllisyyden sekä kuulluksi tulemisen. Isoherranen (2002, 146) toteaa, että moniammatillisuudella voidaan kuvata monenlaista yhteistyötä, eikä moniammatillisuudelle löydy yksiselitteistä määritelmää. Eri ammattialojen rinnakkain tekemä työ ei myöskään ole vielä yhteistyötä. Hän toteaa, että moniammatillisen työskentelyn erityispiirteitä on eri ammattialojen säännöllinen yhteistyö, jonka avulla tarjotaan asiakkaalle koordinoitua palvelua, ja jossa erilaiset tiedonalat yhdistyvät.

Moniammatillisessa työskentelyssä vuorovaikutus sekä vuorovaikutustaidot koetaan olennaisiksi rakennuspalikoiksi työskentelyn sujuvuudelle (Mönkkönen ym. 2019, 47; Mönkkönen 1996, 62). Mönkkönen ym. (2019, 48) mukaan vuorovaikutuksen lisäksi moniammatillisessa työskentelyssä oleellista on ammattilaisten substanssi- ja prosessiosaaminen. Substanssiosaaminen tarkoittaa oman alan tietoperustaa ja menetelmiä, jotka tulevat monialaisessa työskentelyssä vaikuttaviksi vasta, kun ne yhdistetään toisten ammattiryhmien substanssiosaamisen kanssa ja näin ollen koko työryhmän asiantuntemus laajenee. Prosessiosaaminen puolestaan on tärkeää moniammatillisen työprosessin eteenpäin viemisen vuoksi, jotta osataan tunnistaa ketkä ovat prosessin onnistumisen kannalta oleellisia asiantuntijoita ja miten prosessia viedään eteenpäin kohti yhteistä päämäärää.



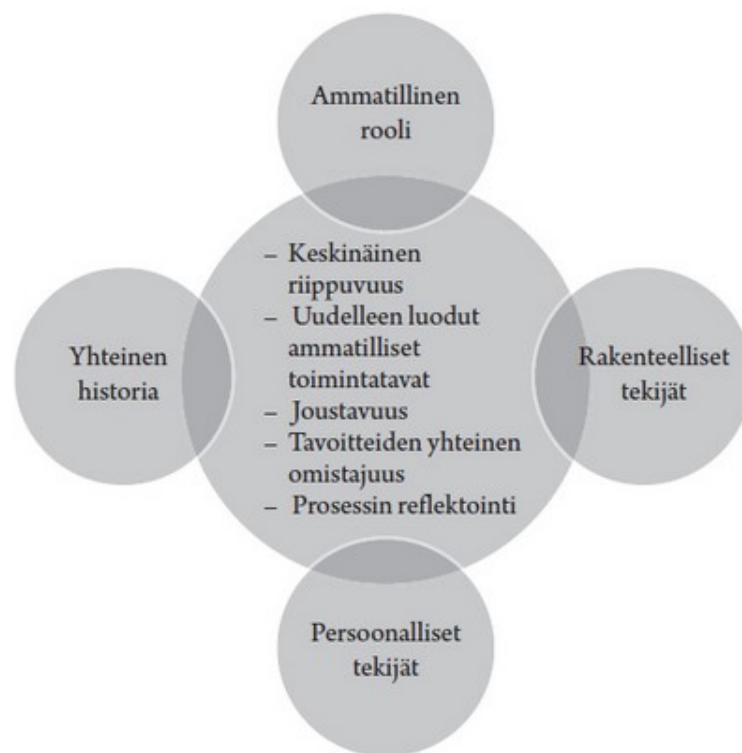


KUVIO 1: Moniammatillisen työn luonne suhteessa yhteistyön määrään (Mönkkönen & Kekoni 2020, 232)

Mönkkönen ja Kekoni (2020, 231–232) toteavat moniammatillisen työn luonteen olevan sidoksissa ryhmän yhteistyön määrään. Heidän luomansa mallin mukaan (kuvio 1) vähän yhteistyötä tehden eri ammattialojen asiakastyö on toisistaan eriytynyttä, jolloin kokonaisuus jää puutteelliseksi niin asiakkaalle kuin ammattilaisellekin. Yhteistyön kasvaessa asiantuntijoiden työ koostetaan yhteen ja moniammatillinen työ nähdään tiimityönä sekä asiakastilanteen yhteisenä pohdintana. Erikoissairaanhoidon moniammatillisen työskentelyn he kuvaavat muodostuneen tällaiseksi rinnakkaisia lausuntoja yhteen kokoavaksi. Vaikuttavinta yhteistyötä heidän mukaansa saavutetaan kuitenkin yhteistoiminnalla, jossa kaikkien ammattilaisten asiantuntijuus muodostaa yhden kokonaisuuden ja tietämyksen. Asiakkaalle tämä näkyy sujuvana palveluna sekä yhtenäisenä työskentelynä. Myös Isoherranen (2002, 147) tähdentää, että moniammatillinen yhteistyö on onnistuneimmillaan silloin, kun asiakkaan tilanteesta luodaan yhdessä kokonaistilanne sen sijaan, että kunkin ammattilaisen oman asiantuntijuus tuodaan erillisenä osiona yhteen muiden osioiden kanssa, jolloin kokonaisuus jää muodostumatta.

Mönkkönen ym. (2019, 146–147) kuvaavat moniammatillista yhteistyötä hyvin samaan tapaan, kuin se on määritelty kuviossa 1. Ketjumaisessa peräkkäin työskentelevässä mallissa eri ammattilaiset työskentelevät asiakkaan kanssa erikseen, eikä ammattilaisten välillä ole tiedonvaihtoa tai yhteistä näkemystä. Pahimmillaan tällainen tilanne voi johtaa asiakkaan saamaan ristiriitaiseen tietoon. Toisena ammatillisen työskentelyn muotona he kuvaavat asiantuntijatiedon vaihtamisen tiimissä. Tällöin

kukin ammattilainen tekee oman osuutensa asiakkaan kanssa työskentelystä, mutta kunkin ammattilaisen kokoama tieto kootaan yhdeksi kokonaisuudeksi. Heidän mukaansa tällainen työskentely on yleistä sairaaloissa, jossa eri ammattilaisten tietoa kootaan yhteen tai siitä käydään yhteistä keskustelua, mutta pääpaino asiakastyössä on kuitenkin itsenäisessä työskentelyssä. Syvimmässä asiantuntijuuden jakamisessa moniammatillinen työskentely tapahtuu jaetun työn ajatuksella, jossa tieto asiakkaan tilanteesta rakentuu vuorovaikutuksessa ammattilaisten kesken ja se tieto sulautuu yhteiseksi ymmärrykseksi asiakkaan tilanteesta. Tällöin voidaan heidän mukaansa puhua aidosta yhteistoiminnasta tai dialogisuudesta.



KUVIO 2: Moniammatillisen työskentelyn osa-alueet ja niihin vaikuttavat tekijät (Brostein 2003, Kekoni ym. 2019, 19 mukaan)

Kekoni ym. (2019, 19) nostavat esiin Laura Bronsteinin mallin (kuvio 2) moniammatillisen työskentelyn osa-alueista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Mallin mukaan moniammatillisen työskentelyn osa-alueet ovat keskinäinen riippuvuus, uudelleen luodut ammatilliset toimintatavat, joustavuus, tavoitteiden yhteinen omistajuus sekä prosessin reflektointi. Keskinäisellä riippuvuudella tarkoitetaan kunkin ammattiryhmän käsitystä omasta roolistaan ryhmässä sekä kykyä luottaa ryhmän muiden jäsenten asiantuntijuuteen. Tällöin on mahdollista luoda myös uusia toimintatapoja.

Ryhmässä työskentelyyn kuulu olennaisesti joustavuus sekä yhteisesti asetetut tavoitteet, joiden perusteella yhteinen vastuu prosessista muodostuu. Prosessin reflektoinnilla voidaan arvioida sekä ryhmän ja sen jäsenten työskentelyä, että prosessin vaikuttavuutta. Työskentelyyn vaikuttavia tekijöitä puolestaan ovat ammatillinen rooli, rakenteelliset ja persoonalliset tekijät sekä yhteinen historia. Kekoni ym. (2019, 20–21) avaavat Brosteinin mukaisesti vaikuttavaksi tekijäksi vahvan ammatillisen identiteetin, joka tukee varmaa asiantuntijuutta. Rakenteellisina vaikuttimina toimii organisaation kulttuuri, johon puolestaan vaikuttavat mm. johdon suhtautuminen moniammatillisuuteen sekä työhön liittyvät rajoitteet. Myös ammattilaisten persoonalliset tekijät, kuten asenteet ja työskentelytapa vaikuttavat vahvasti moniammatilliseen työskentelyyn. Nämä kaikki ovat oleellisia osia Bronsteinin viimeiseen vaikuttimeen, eli ryhmän yhteisen historian muodostumiseen. Ammattilaisten asiantuntijuus, organisaation myönteinen moniammatillisen työskentelyn kulttuuri sekä yhteistyöhön sitoutuneet ja toisilleen tavoiltaan tutuiksi tulleet ammattilaiset voivat muodostaa tiiviin ja yhteistyökykyisen moniammatillisen työskentelyryhmän, jossa hyvät tulokset toimivat kannustimena yhteistyön jatkuvuudelle.

## 2.2 Terveyssozialityön moniammatillisuus

Nykypäivänä sosiaalityö on olennainen osa terveydenhuoltoa erityisesti erikoissairaanhoidossa. Terveyssozialityön juuret Suomessa ulottuvat 1920-luvulle, jolloin alettiin nimetä terveydenhoidon tiettyjä työtehtäviä tekeviä ammattilaisia sosiaalihoitajiksi. Sosiaalihoitajia alettiin kouluttamaan sairaanhoitajien jatkokoulutuksella, kunnes vuonna 1975 sosiaalityön koulutuksen uudistus siirsi koulutuksen yliopistoihin ja sairaalan sosiaalityöhön hakeuduttiin sosiaalityöntekijän koulutuksella. (Kananaja 2017, 347). Sosiaalityö on näin ollen kuulunut jo kauan osaksi terveydenhuoltoa, mutta kokemukseni mukaan erityisesti asiakkaiden suuntaan terveyssozialityö on melko näkymätöntä, kunnes palvelun tarve osuu omalle kohdalle. Alun perin terveyssozialityö oli vahvasti osa terveydenhuoltoa jo koulutuksenkin puolesta, mutta opintojen eriytyminen sairaanhoitajan koulutuksesta on kenties saanut aikaan sen, ettei sosiaalityön olemassaoloa tai tarvetta välttämättä hoitotyössä tunnisteta

Terveyssozialityö on moniammatillista työskentelyä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhdyspinnassa. Lindén (1999, 115) painottaa sairaalan olevan lääketieteellisestä painopisteestään huolimatta moniammatillinen toimintaympäristö, jonka tavoitteena on eri ammattiryhmien työskentelyllä saavuttaa potilaalle mahdollisimman laadukasta hoitoa. Korpela (2014, 119) korostaa terveyssozialityön olevan moniammatillista toimintaa sekä toimintaorganisaationsa sisällä että myös ulkopuolisissa

verkostoissa. Maailman terveysjärjestö WHO on Mönkkösen ja Kekonin (2020, 22) mukaan jo vuonna 2010 todennut, että terveydenhuollon tulokset, hoito, laatu sekä turvallisuus edellyttävät moniammatillisuuden huomioimista jo koulutuksessa, jolla taataan alalle jatkossa yhteistyötaitoiset ammattilaiset. Juhila (2018, 121–122) nostaa esiin sosiaalityöntekijöiden erityistyöntekijän roolin erilaisissa laitoksissa. Hän huomauttaa, että esimerkiksi sairaalassa erityistyöntekijän rooli mielletään laitoksen perustehtävää tukevaksi tehtäväalueeksi. Osittain tämä eriytyminen perustehtävästä tukevaksi tehtäväalueeksi on jo murentunut, esimerkiksi kuntoutuksen alueella, jossa sosiaalityön asiantuntijuus on tunnustettu ja sosiaalityö on kiinteä ja oleellinen osa yhteistä työskentelyä. Korpela (2014, 130) nostaa esiin huolen siitä, että sosiaalityön saatavuuden esteeksi voi tulla hoitohenkilökunnan tietämättömyys terveysosiaalityön palveluiden saatavuudesta tai ajanpuute sosiaalityön palveluiden tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen. Mikäli terveysosiaalityö olisi kiinteä osa hoitoprosessia, voitaisiin tällaiselta ”portinvartijuudelta” kenties välttyä.

Kananoja (2017, 348–351) toteaa, että potilaan hoitoprosessi voi lyhentyä, mikäli hän saa heti hoidon alussa riittävästi tukea sairauden aiheuttamiin haasteisiin. Terveysosiaalityön keskeisimmät tavoitteet on hänen mukaansa sosiaalityöllä vaikuttaa sairastuneen sekä hänen lähipiirinsä elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta arki voisi jatkua mahdollisimman normaalisti. Hän nostaa terveysosiaalityön lähtökohdaksi kokonaisnäkömyksen sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Hänen mukaansa terveysosiaalityön tehtäväalueita potilaan ja potilaan läheisten kanssa tapahtuva potilastyö, psykososiaalinen työ sekä kriisityö. Näiden lisäksi terveysosiaalityön tehtäväalueisiin kuuluu moniammatillinen tiimityö oman alan asiantuntijana sekä verkostotyö, joka tapahtuu laajemmalla yhteistyötasolla. Korpelan (2014, 127–128) tutkimuksen mukaan terveysosiaalityön tehtävänkuvan keskeisimpiä elementtejä ovat sosiaalisen tilanteen arviointi, etuus- ja palveluohjaus, moniammatillinen yhteistyö sekä psykososiaalinen tuki. Lindén (1999, 55) puolestaan määrittelee terveydenhuollon sosiaalityön olevan terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvaa sosiaalityötä, jossa lähtökohtana on sosiaalisten tekijöiden ja sairauden kokonaisnäkemys. Lisäksi hän korostaa, että terveydenhuollon sosiaalityöllä on asiakasta vahvistava psykososiaalinen ote. Juhila (2006, 220–221) kiteyttää terveydenhuollon sosiaalityön Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sosiaalityön määritelmään viitaten kokonaisvaltaiseksi hoidon osaksi, jolla on erityistehtävinä arjessa jaksamisen ja selviytymisen tukeminen sekä yhteydenpito asiakkaalle olennaisiin verkostoihin.

Metteri (1996, 147) kritisoi sosiaalityön ja lääketieteen epätasa-arvoisuutta moniammatillisessa työskentelyssä. Hän kärjistää lääketieteen olevan arvoasteikossa ylimpänä, psykologian keskellä ja sosiaalityön puolestaan sijaitsevan arvoasteikon alimmaisena. Metteri huomauttaa, että sosiaalityön rooli nousee lääketieteen rinnalle tasaveroisesti vasta kun se on tarpeellinen tai välttämätön. Mönkkönen ym. (2019, 85)

nostavat terveyssozialityön haasteiksi rakenteiden jäykkyyden ja sosialityön määrittelyn vaikeuden. Heidän tutkimuksensa mukaan sosialityöntekijät ovat kokeneet, etteivät terveydenhuollon muut toimijat osaa asettaa sosialityötä asiakkaan kokonaishoidon kentälle, mikä on johtanut siihen, että sosialityö huomioidaan vasta, kun muiden ammattiryhmien osalta ollaan niin sanotusti ”pattitilanteessa”. Lindén (1999, 151–152) puolestaan nostaa keskusteluun lääketieteellisen vallan yhteiskunnassa. Hän huomauttaa lääkäreillä olevan Suomen sosialivakuutusjärjestelmässä suuri valta, joka heijastuu myös moniin palvelujärjestelmiin. Mönkkönen ym. (2019, 68–69) huomauttavatkin, että moniammatillisessa työskentelyssä yhden ammattialan dominanssi voi pahimmillaan johtaa siihen, ettei kaikkien ammattialojen näkökulmat tule huomioiduksi. Lisäksi hänen mukaansa haasteensa moniammatilliseen työskentelyyn tuo erityistyöntekijöiden (kuten sosialityöntekijöiden, toimintaterapeuttien tai fysioterapeuttien) ollessa työryhmässä ainoita alansa edustajia, jolloin mielikuva koko ammattikunnasta voi henkilöityä yhden työntekijän toiminnaksi. Alho (2021, 75) puolestaan viittaa John Øvretveitin huomauttaneen, että moniammatillisessa työskentelyssä koko työskentelyä saattaa ohjata erityinen tieteenala, jolloin muut tieteenalat jäävät alisteiseen asemaan. Esimerkkinä Øvretveit käyttää sairaalaa, jossa lääketieteellä on vahva asema.

### **2.3 Oma näkemykseni terveyssozialityön moniammatillisuudesta**

Olen teoria-aineiston kanssa yhtä mieltä siitä, että terveydenhuollossa on edelleen valallaan lääketieteen vahva hallinnollinen ja perinteinen lääkärijohtoinen hierakia. Potilaan hoitoprosessin eteneminen on perinteisesti vertikaalinen, jossa lääkäri tekee diagnoosin ja hoitopäätökset, joita hoitajat puolestaan toteuttavat. Erityistyöntekijät, sosialityöntekijät mukaan lukien, haastavatkin tätä perinteistä horisontaalista mallia, mikä puolestaan luo omat mausteensa moniammatilliselle työskentelylle. Hoitotyön vahvan roolin rinnalla terveyssozialityön tarve saattaa jäädä asiakasprosessissa huomioimatta sekä lääkäreiden että hoitohenkilökunnan osalta. Koen teoria-aineiston perusteella, ettei sosialityö kaikilla terveydenhuollon sektoreilla pääse tasavertaisesti mukaan moniammatilliseen työryhmään, vaan perinteisiin nojautuvan lääkärivoittoisen katsontakannan vuoksi sosialityön rooli jää helposti huomioimatta. Ammatillisella roolilla ja sosialityöntekijän vahvalla ammatillisella identiteetillä on myös oma osuutensa yhteistyön toteutumiseen. Koen, että omaa ammattitaitoa ja sosialityön tarvetta on korostettava vielä vahvemmin, jotta siitä tulee automaattisesti osa potilaan kanssa tehtävää työtä.

Mönkkönen ja Kekoni (2020, 217–218) tuovat esiin myös tiedonkulun haasteen moniammatillisessa työskentelyssä. Tiedonkulkua voi haastaa esimerkiksi suostumus tietojen vaihtamiseen eri ammattilaisten välillä. Tästä syystä ajattelenkin, terveystieteiden kirjallisuuden kirjaamisen terveydenhuollon potilastietojärjestelmään olevan ehdotonta, koska tällöin sosiaalityöntekijällä on näkemys potilaan terveydentilasta. Mikäli sosiaalityöntekijä tekisi terveystieteiden kirjallisuutta, mutta käyttäen tietojärjestelmään sosiaali-  
huollon asiakasrekisteriä, jäisi häneltä suuri osa tilanteeseen vaikuttavasta tiedosta saamatta, tai ainakin tiedonkulku olisi hitaampaa. Tiedonkulun haasteisiin ottaa kantaa Talentia-lehden (Sata vuotta terveystieteiden kirjallisuutta, 2023, 17) haastattelussa Terveystieteiden kirjallisuus ry:n puheenjohtaja Eija Tiihonen. Hän korostaa, että mikäli sosiaalityöntekijällä olisi käytössään sosiaali-  
huollon asiakastietojärjestelmä, tarvitsisi hän moniammatilliseen työskentelyyn osallistumiseen asiakkaan luvan. Kahden tietojärjestelmän käyttöä ns. ”kahden hatun mallia” ei hänen mukaansa sosiaali- ja terveysministeriö suosittelen asiakkaan oikeusturvaan vedoten. Tiihonen korostaa haastattelussaan myös, että 60 prosenttia terveystieteiden kirjallisuuden asiakkaista eivät hyödy sosiaali-  
huollon palveluista. Mielestäni tämä alleviivaa terveystieteiden kirjallisuuden ennaltaehkäisevän työtteen, sillä ennaltaehkäisevien palveluiden puuttuessa näiden 60 prosentin ongelmat voisivat pitkittyä ja kasaantua ja tällöin tarvittaisiin korjaavaa sosiaalityötä.

Moniammatillisen yhteistyön kirjavat määritelmät ja erilaiset toteuttamistavat luovat mielenkiintoisen pohjan tutkielmalleni. Tässä työssä moniammatillisella työskentelyllä tarkoitetaan terveydenhuollon organisaation eri ammattiryhmien työskentelyä yhteisen potilaan hoidon toteuttamiseksi. Koska terveystieteiden kirjallisuus toimii terveydenhuollon organisaatiossa ja käyttää terveydenhuollon potilasrekisteriä, kutsutaan terveystieteiden kirjallisuuden asiakkaita potilaiksi. Tässä tutkielmassa käytän lähdeaineiston mukaisesti joko termiä asiakas tai potilas, lisäksi analysoitavassa aineistossa on käytetty usein myös termiä sairastunut. Sosiaalityöllä tarkoitan tutkielmassani terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvaa sosiaalityötä. Tutkielmassani tarkastelen terveystieteiden kirjallisuuden roolia moniammatillisessa työskentelyssä rintasyöpäpotilaiden hoitoprosessissa sekä Mönkkösen ja Kekonin (2020, 231–232) laatiman moniammatillisen työn luonteen, että Kekonin (2019, 19) esittämään Brosteinin teorian pohjalta. Nostan aineistosta esiin, onko syöpäpotilaiden hoitoprosessissa erillistä vai jaettavaa työtä ja näkykö terveystieteiden kirjallisuuden rooli työskentelyssä. Lisäksi tarkastelen aineistoista esiin nousseita tuen tarpeita, joihin terveystieteiden kirjallisuus voisi vastata.

## **3 METODI JA AINEISTO**

### **3.1 Tutkimuskysymykset**

Vilka (2005, 44) toteaa, että tutkimuksen perustana on tarkasti määritelty tutkimusongelma, joka johtaa tutkimuskysymysten määrittelyyn. Hirsjärvi ym. (2008, 122–125) huomauttavat, että laadullisessa tutkimuksessa tutkimusongelma saattaa kuitenkin tutkimusprosessin aikana muuttua. Tutkimusongelmat heidän mukaansa esitetään tavallisesti kysymysten muodossa. Tämän tutkielman tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen rooli terveystieteillä on rintasyöpäpotilaan moniammatillisessa hoitoprosessissa.
2. Millaiset ovat terveystieteiden paikantumismahdollisuudet rintasyöpäpotilaiden hoidossa?

### **3.2 Integriivinen kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi**

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jolla tuotetaan tietoa jo tutkitusta tiedosta tavoitteena luoda aiheesta kriittisesti tarkasteltu kokonaiskuva (Vilka 2023, 10–11). Hirsjärvi ym. (2007, 252–253) toteavat, että aiheesta tehtyjen aiempien tutkimusten analyysi ja tarkastelu auttavat aiheen kokonaisvaltaisessa ymmärtämisessä sekä sen sijoittamisessa alan tutkimuskentälle. Tutkielmani on teoriaohjaava integriivinen kirjallisuuskatsaus. Integriivisellä kirjallisuuskatsauksella pyritään tunnistamaan ilmiöitä, joihin aiemmissa tutkimuksissa ei ole vielä vastattu ja sen edellytyksenä on aihe, josta on jo olemassa aiempaa tutkimusta (Vilka 2023, 25). Integriivisellä

katsauksella kootaan tutkimuksen aihetta koskeva tieto yhteen ja haetaan sen perusteella tulkintaa ja näyttöä aiheen tämänhetkisestä tilasta (Flinkman & Salanterä 2007, 85). Moniammatillisuus sosiaali- ja terveysalalla on hyvin tunnistettua ja siitä löytyy paljon kirjallisuutta sekä tutkittua tietoa. Vilkka (2023, 25–26) huomauttaa, että integratiivinen kirjallisuuskatsaus on narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna kriittisempi ja aineiston keräämistapa on järjestelmällisempi. Lisäksi hän toteaa, että integratiivinen kirjallisuuskatsaus antaa laajan kuvan tutkitusta aiheesta, koska systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna aineistonhaku ei ole yhtä tarkasti seuloittu. Integratiivisessa katsauksessa pyritäänkin löytämään vastauksia tutkimuskysymykseen aineistosta, jotka käsittelevät samankaltaisia tutkimuskysymyksiä (Flinkman & Salanterä 2007, 88). Tähän tutkielmaan valitut aineistot käsittelevät keskenään osittain myös samankaltaisia tutkimusongelmia. Tämän vuoksi katson integratiivisen kirjallisuuskatsauksen sopivan tutkielmaani parhaiten. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on Vilkan (2023, 27) mukaan tarkkaa, järjestelmällistä sekä toistettavaa tutkimusta, jossa lähdetään liikkeelle tutkimuskysymyksestä, joka ei muutu tutkimuksen edetessä. Tämä tutkielman tutkimuskysymykset ovat kuitenkin prosessin myötä eläneet ja jo tämänkin vuoksi katson, ettei systemaattinen kirjallisuuskatsaus ole tähän tutkielmaan validi katsaustyyppi. Lisäksi Vilkka (2003, 27) toteaa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytettävän kattavaa ja johdonmukaista aineiston hakuprosessia, jollaista en omassa tutkimusprosessissani täysin käyttänyt. Oma tutkielmani on narratiivista kirjallisuuskatsausta kriittisempi ja järjestelmällisempi, mutta vastaavasti systemaattista kirjallisuuskatsausta vapaampi tutkielma, joten tästä syystä valitsin tutkimusmetodiksi integratiivisen kirjallisuuskatsauksen.

Analysoin valittua aineistoa sisällönanalyysin menetelmin. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 91–108) kuvaavat sisällönanalyysin olevan perinteinen analyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Heidän mukaansa sisällönanalyysin tarkoituksena on koota hajanaisesta aineistosta selkeä ja yhtenäinen kuva tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Teoriaohjaavassa analyysissä Tuomen ja Sarajärven (2009, s. 117) mukaan aineiston tarkastelussa vaihtelee sekä teoria- että aineistolähtöisyys. Teoriaohjaavassa analyysissä teoreettiset käsitteet tuodaan mukaan aineistolähtöiseen analyysiin, joiden myötä muodostettua aineistoa luokitellaan. Tässä tutkielmassa ohjaavana teoriana on moniammatillinen yhteistyö terveyssozialiteiden näkökulmasta, johon analysointivaiheessa liittyi aineistosta nousseita teemoja. Etsin aineistosta moniammatillisen yhteistyön teoriaan liittyviä käsitteitä ja termejä, joita jaoin yläluokkiin. Lisäksi jaottelin yläluokkiin myös käsitteitä ja termejä, jotka kuvaavat terveyssozialiteiden paikantumismahdollisuuksia. Yläluokkia tiivistämällä aineistoni pääluokiksi muodostuivat yhteistyö, hoidon intensiivisyys, epävarmuus ja kuoleman läsnäolo, vuorovaikutus ja sosiaalinen verkosto sekä toimintaan liittyvät rakenteet. Esimerkki aineiston analyysistä on esitetty liitteessä 1.



### 3.3 Analysoitava aineisto

Vilka (2023, 34) toteaa vertaisarvioidun aineiston olevan useimmiten paras lähtökohta kirjallisuuskatsaukseen. Tässä tutkielmassa analysoitava aineisto koostuu kolmesta väitöskirjasta, yhdestä liseniaattityöstä sekä kolmesta vertaisarvioidusta artikkelista (Liite 2). Analysoitava aineisto käsittelee rintasyöpäpotilaiden hoitoprosessia ja heidän saamaansa sosiaalista tukea.

Etsin suomen- ja englanninkielistä aineistoa taulukon 1 mukaisesti Jyväskylän yliopiston kirjaston JYKDOK-tietokannasta, Tampereen yliopiston kirjaston Andor-tietokannasta, Etelä-Pohjanmaan yleisten kirjastojen EeposFinna-tietokannasta sekä Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjaston SeamkFinna-tietokannasta. Hain aineistoa suomenkielisiä hakusanoja yhdistelemällä, jotka on eritelty taulukossa 1. Englanninkieliset aineistot löytyivät samoilla hakusanoilla. Rajasin hakuni koskemaan verkossa saatavilla olevia väitöskirjoja, liseniaattitöitä tai artikkeleita. Taulukossa 1 esitettyjen asiasanojen kautta tehtyjen aineistohakujen lisäksi selailin tietokantoja löytyneiden aineistojen tekijöiden ja asiasanojen kautta. Tämän lisäksi selailin eri ammattilehtien sisällysluetteloita sekä artikkelitietokantoja. Selasin useita syöpää käsitteleviä artikkeleita valikoiden niistä sellaiset, jotka ovat vertaisarvioituja sekä käsittelevät rintasyöpää. Alun perin tarkoitukseni oli etsiä aineistoa, joka olisi julkaistu kymmenen vuoden sisällä, mutta laajentamalla hakua aikavälille 2011–2023, sain hyvän ja tarkoituksenmukaisen aineiston.

TAULUKKO 1: Aineiston haku ja rajaukset

<b>Hakusanat:</b>			
	rintasyöpä syöpätaudit syöpäpotilaat	hoitoprosessi hoito	sosiaali*
<b>Rajaukset:</b>			
Aineisto	Väitöskirja	Vertaisarvioitu artikkeli	Liseniaattityö
Kieli	Suomi	Englanti	
Aikaväli	2011–2023		
Saatavuus	Verkossa	Etelä-Pohjanmaalta	

### 3.4 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen hyvän tieteellisen käytännön tulee Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2023) mukaan noudattaa tiedeyhteisön toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus sekä tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä

sekä tulosten arvioinnissa. Lisäksi on otettava huomioon toisten tekemiin julkaisuihin asianmukaisesti viittaaminen sekä tutkimuksen teon avoimuus. Olen tutkielmassani huolellisesti viitannut toisten julkaisemiin teksteihin sekä välttänyt kaikenlaista plagiointia. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös ihmisten päätös siitä, haluavatko osallistua tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2008, 25). Tutkimuksen eettisyyttä arvioidessa on otettava huomioon, että tutkielman tulokset perustuvat tulkintaan jo aiemmin tehdyistä tutkimuksista ja siitä, mitä tutkimusten kirjoittajat ovat tuoneet esiin. Mahdollisesti tutkimusten tekijöiden aineistoissa olisi voinut olla omaan tutkielmaani pätevää tietoa, joka ei ole ollut alkuperäisen tutkimuksen kannalta oleellista. Vastaajat eivät myöskään ole tienneet alkuperäiseen tutkimukseen osallistuessaan, että kyseistä tutkimusta voidaan käyttää aiheen jatkotutkimiseen.

Tutkielman eettisyyttä pohtiessa on myös otettava huomioon, että tutkin moniammatillisuuden yhteistyön piirteitä aineistosta, joka käsittelee rintasyöpään sairastuneiden hoitokokemuksia tai sosiaalisia verkostoja. Aineistosta tehty tulkinta moniammatillisesta yhteistyöstä voi vääristyä esimerkiksi siksi, että yhteistyötä ei ole katsottu alkuperäisen tutkimuksen kannalta oleelliseksi tuoda esiin. Tällöin tutkimuksesta voidaan tulkita, ettei moniammatillista työskentelyä ole ollut. Lisäksi on mahdollista, että alkuperäistutkimuksien osallistujat ovat mieltäneet sosiaalityöntekijän osaksi hoitohenkilökuntaa ilman, että ovat eritelleet eri ammattialoja toisistaan. Tutkielman eettisyyttä haastaa mielestäni myös se, että analysoitava aineisto on osittain yli 10 vuotta vanhaa. Tässä ajassa toimintamallit ovat kenties kehittyneet, eikä aineistosta tehtävä analyysi välttämättä ole enää ajantasaista. Olisin tahtonut käyttää tutkielmassani uudempia aineistoja, mutta sopivuuden ja saatavuuden puitteissa jouduin joustamaan julkaisuajan rajaamisessa.

Valitsin tutkielmaani aiheen, josta minulla on jo jonkin verran tietoa etukäteen. Hirsjärvi ym. (2008, 22) korostavat tutkijan kriittisyyden merkitystä. Olen työskennellyt terveysosiaalityössä lähes vuoden ajan, minkä vuoksi minulla ei ole vuosien saatossa pinttyneitä käsityksiä, joiden osalta en kykenisi kriittiseen ajatteluun. Lisäksi valitsin tutkielmani kohderyhmäksi rintasyöpään sairastuneet, koska en itse työskentele kyseisen kohderyhmän kanssa ja näin ollen kykenen parempaan objektiivisuuteen. Tutkielman objektiivisuutta lisää myös se, ettei lähipiirissäni ole ollut rintasyöpään sairastuneita, eikä minulla näin ollen ole omakohtaisia kokemuksia rintasyöpään sairastumiseen liittyen.

## 4 TULOKSET

### 4.1 Erillistä työtä vai yhteistyötä

Leinon (2011, 249) väitöskirjan liitteenä (tässä tutkielmassa liite 3) oleva Tampereen yliopistollisen sairaalan kaavio syöpäpotilaan hoitoprosessista on mielestäni melko kuvaava kaavio siitä, miten potilaan hoidossa voidaan noudattaa tiettyä terveydenhuollossa ennakkoon sovittua mallia. Kaaviossa näkyy lukuisia eri lääketieteen ammattilaisia sekä heidän keskinäisiä hoitoneuvotteluitaan, joiden päämääränä on hoitoprosessissa tietenkin sairauden nujertaminen. Sosiaalityön roolina kaaviossa on etuusneuvonta. Tähän kaavioon voisi helposti kiteyttää koko analysoidun aineiston hoitoprosessissa näkyvät ammattiryhmät: hoitoprosessia hallitsevat lääke- ja hoitotiede, jota muut ammattialat tukevat omalla, joskin pieneltä näyttäytyvällä työpanoksellaan. Potilailla on useita erilaisia hoito- tai tutkimuskäyntejä, jotka rytmittävät sairauden muokkaamaa arkea. Aineistoissa nouseekin hyvin vahvasti esiin sairauden mukanaan tuoma kriisi ja sen sopeuttaminen sairastuneen ja hänen perheensä arkeen. Terveys- ja sosiaalityön yhtenä tehtävänä onkin arjen jatkumisen tukeminen sairaudesta huolimatta, mutta siitä huolimatta terveys- ja sosiaalityö nähdään Tampereen yliopistollisen sairaalan kaavion mukaan pelkästään sosiaalietuuksien esittelijänä. Vierimaa (2011, 89) huomauttaakin, että rintasyöpäleikkauksia suorittaviin terveydenhuollon yksiköihin tulisin perustaa moniammatilliseen tiimityöhön perustuvia psykososiaalisen tuen yksiköitä, joilla pystyttäisiin vastaamaan potilaiden tarpeisiin saada tukea sairastumisen aiheuttamaan kriisiin. Lisäksi hän (2011, 26) korostaa, ettei erikoissairaanhoidon sosiaalityön osalta ole tehty yhteistä määritelmää tai yhteisesti sovittuja toimintakäytäntöjä.

Leinon (2011, 49; 118) tutkimuksessa hoitoprosessin yhteistyö näyttäytyy lähinnä potilaan ja hoitohenkilökunnan välisenä yhteistyönä, ei niinkään

moniammatillisena eri toimijoiden välisenä yhteistyönä. Toisaalta Leinon (2011, 249) väitöskirjan jo aiemmin esiin tuodun liitteen mukaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on eri lääketieteen aloja yhdistäviä kokouksia, mutta näissä yhteistyö on lääkärin ja hoitajien välistä. Salakarın (2020, 68–69) tutkimuksessa moniammatillisuus nousee esiin kuntoutuksen näkökulmasta ja hän toteaaakin kuntoutuksen voivan edistää syövästä toipumista tai lisätä elinajanodotetta. Moniammatillisen työskentelyn periaate kuitenkin vesittyy, kun eri ammattiryhmät eivät ole keskenään samanarvoisessa asemassa. Metteri (1996, 148), Romakkaniemi ja Kilpeläinen (2013, 260–261) sekä Juhila (2008, 33) tuovat esiin sosiaalityön jäävän lääke- ja hoitotieteen jalkoihin, minkä vuoksi moniammatillinen, aitoon dialogiin ja vastavuoroisuuteen perustuva työskentely kohtaa haasteita. Tämä näkyy aineistossa siten, että terveysosiaalityö jää hoitoprosessissa melko näkymättömäksi, mutta kuitenkin terveysosiaalityön elementtien merkitys tunnistetaan. Vierimaa (2011, 83) nostaa esimerkiksi tutkimukseen osallistuneen yksinhuoltajaäidin, jonka avuntarve oli jäänyt huomaamatta, vaikka hän olisi selkeästi tarvinnut apua kotiin lapsen ja kodin hoitamiseen sytostaattihoitojen aiheuttamien sivuvaikutusten vuoksi.

Leinon (2011, 104) tutkimuksessa nousee esiin, että syöpädiagnoosin saatuaan tutkimukseen osallistujat olisivat halunneet keskustella asiasta jonkun ammattilaisen kanssa, mutta eivät osanneet itse hahmottaa kuka ammattilainen tämä voisi olla. Vierimaan (2011, 81–82) tutkimukseen vastanneista vain yhdessä tarinassa mainittiin sosiaalityöntekijä, johon potilas oli ohjautunut syöpäyhdistyksen suosituksesta. Tämä viittaa mielestäni Korpelan (2014, 130) esiin tuomaan ”portinvartijuuteen”, jossa potilas ei saa tarvitsemaansa palvelua hoitohenkilökunnan tietämättömyyden tai tarpeen tunnistamattomuuden vuoksi. Leino (2011, 156–157) huomauttaakin, että psyykkisen tuen jäätyä puutteelliseksi, tutkimukseen osallistuvat hakeutuivat omatoimisesti kriisitilanteisiin perehtyneen sosiaalityöntekijän luo. Osallistujat kokivat, etteivät lääkärit ja hoitajat osanneet kohdata sairauden aiheuttamaa henkistä painetta. Aineistosta nousee esiin vahvasti sosiaalityön tuntemattomuus terveydenhuollossa, Brosteinin kaavion (Brostein 2003, Kekoni ym. 2019, 19 mukaan) mukaan moniammatillisen työskentelyyn vaikuttavat mm. työntekijöiden ammatillinen rooli, yhteinen historia sekä persoonalliset tekijät. Sosiaalityö täytyy tehdä näkyväksi, jotta se tulee huomioiduksi jatkossakin. Tämä vaatii sosiaalityöntekijältä sekä vahvaa ammatillista roolia, että itsensä esiin nostamista tilanteissa, joissa sosiaalityötä tarvitaan. Eri sairaaloissa on todennäköisesti erilaisia käytäntöjä, mutta aineiston perusteella sosiaalityö ei ole saanut jalansijaa syöpäpotilaiden hoitoprosesseissa. Aineiston perusteella rintasyöpäpotilaiden hoitoprosessissa on rinnakkain tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä, mutta lähinnä terveydenhuollon toimijoiden kesken, ja sosiaalityö kutsutaan mukaan potilaan tätä tarvitessa, mikäli tarve tulee huomioiduksi. Yhteisen, jaetun tiedon muodostavaa moniammatillista yhteistyötä ei aineistosta käynyt ilmi, vaan yhteistyö

näyttäytyi rinnakkain tehtävänä työnä, jossa eri ammattilaisten lausunnot kootaan yhteen, ja tällaiseksi Mönkkönen ja Kekoni (2020, 231–232) erikoissairaanhoidon yhteistyötä kuvaavatkin.

Vierimaan (2011, 51) tutkimuksessa todetaan onkologian ja kirurgian välisten tiedonkulun ongelmien johtaneen potilaan leikkauksen jälkeiseen pysyvään haittaan. Tästä syystä tiedonkululla ja potilaan kokonaistilanteen kartoittamisella onkin suuri merkitys. Salosen (2011, 74) tutkimus osoittaa, että rintasyöpäpotilaiden hoitoprosessiin osallistuu useita eri lääkäreitä ja lääkärisuhteen koki erityisen tärkeäksi 36 prosenttia vastaajista. Vastaavasti tärkeitä hoitajasuhteita oli tutkimukseen vastanneista rintasyöpäpotilaista kolmanneksella. Hoitajakontakteja oli taudin alkuvaiheissa enemmän, mutta määrä pieneni taudin alkuvaiheen jälkeen. Leinon (2011, 130–132) mukaan hoitohenkilökunnan ja potilaan välille syntyi usein hyvä ja luottamuksellinen suhde, jolla oli merkitystä tuen antamiselle ja vastaanottamiselle sekä luottamuksen rakentumiselle. Hoitohenkilöstö piti tärkeänä myös potilaan sairaus- ja elämäntilanteen kartoittamista potilaan kotiapujen tarpeita tai kotona pärjäämistä ajatellen. Tutkimuksessa nousi esiin, että erityisesti pysyvä hoitosuhde syöpälääkäriin koettiin merkittävänä. Myös omahoitaja -malliin oltiin tyytyväisiä, sillä hoitajat tulivat potilaille useiden ja pitkien hoitokertojen myötä läheisiksi. Aineisto osoittaa, että syöpäpotilaan hoitoprosessiin osallistuu useita terveydenhuollon ammattilaisia lääkäreistä hoitajiin. Lisäksi terveydenhuollon työ on ympärivuorokautista ja hoitoon voi osallistua jo työvuorojenkin puitteissa useita eri työntekijöitä. Tämä voikin johtaa siihen, että sosiaalityöntekijä lukeutuu yhdeksi hoitajista. Kuten Vierimaan (2011, 81) tutkimuksessa, jossa eräs vastaajista oli tavannut ”sosiaalihoitajan”, kuulee usein terveyssosiaalityöntekijöistä puhuttavan sosiaalihoitajina. Potilas saattaakin sosiaalityöntekijän tavattuaan luulla keskustelleensa hoitajan kanssa. Tällöin terveyssosiaalityö ei nouse erilleen hoitotieteestä, vaan jää ikään kuin sen varjoon, eikä saa ansaitsemaansa arvostusta omana erillisenä tieteenalanaan. Vierimaa (2011, 82) nostaa väitöskirjassaan esiin sosiaalityön tärkeyden, mutta samalla myös sen näkymättömyyden. Hänen tutkimuksessaan sosiaalityöntekijän rooli hoitoprosessissa näkyi ainoastaan yhden vastaajan tarinassa. Kuitenkin jokaisessa analysoitavassa aineistossa tulee esiin tarpeita, joihin voisi sosiaalityöntekijän antamalla tuella vastata. Lisäksi Leinon (2011, 169) tutkimukseen osallistuneet hoitajat nostavat esiin hoitoneuvotteluiden kehittämisen siten, että mukana olisivat enenevässä määrin potilaan ja lääkärin lisäksi myös potilaan perhe sekä erityistyöntekijät, kuten sosiaalityöntekijät.

## 4.2 Terveyssozialityön paikantumismahdollisuudet

Jokaisesta aineistosta löytyi terveystieteellisen tehtävänkuvan soveltuvia paikantumismahdollisuuksia, joissa terveystieteellisyys voisi omalta osaltaan edesauttaa ja edistää rintasyöpötilaan hoitoprosessia. Kokosin terveystieteellisen tehtävänkuvan teorian määrittämisen mukaiset terveystieteellisen tehtävänkuvat ja aineistosta löytyneitä paikantumismahdollisuuksia taulukkoon 2.

TAULUKKO 2: Terveystieteellisen paikantumismahdollisuudet

Terveystieteellisen tehtävät	Terveystieteellisen paikantumismahdollisuudet
Selviytymisen tukeminen/arjen jatkuminen	Hoidon intensiivisyys ja tiedon tarve
Etuus- ja palveluohjaus	Sosiaaliturva ja tarvittavien palveluiden järjestäminen
Sosiaalisen tilanteen arviointi	Läheisten tuki ja tukeminen, tuen tarpeen arviointi.
Moniammatillinen yhteistyö/verkostotyö	Verkostotyö, vuorovaikutusosaaminen ja konsultaatio
Psykososiaalinen työ	Potilaan ja läheisten tukeminen sairauden eri vaiheissa
Kriisityö	Sairastumisen aiheuttama kriisi, kuoleman pelko

Kaikissa aineistoissa on selkeästi huomattavissa rintasyöpän hoitovaiheen intensiivisyys. Artikkeleissa ja väitöskirjoissa tuodaan esiin sekä hoitojen tiivis tahti että niistä mahdollisesti aiheutuvat sivuvaikutukset. Vierimaan (2011, 71) tutkimuksessa käy ilmi sytostaattihoidon olleen rankka kokemus sivuvaikutuksineen. Tiiviit hoitokerrat yhdistettynä rankkoihin sivuvaikutuksiin ovatkin haasteena sekä sairastuneelle itselleen että hänen perheelleen. Salakarin (2020, 65) väitöskirja tuo esiin rintasyöpään sairastuneiden tiedon tarpeen sekä hoitoprosessistaan, että sen mukanaan tuomista sivuvaikutuksista, jotka liittyvät joko itse hoitoihin tai sairauden myötä tullessiin kehon muutoksiin. Holmberg (2014, 223; 231) tuo esiin sairastuneiden kokemuksia siitä, että he ovat hoitoprosessin aikana lääketieteellisen hoidon kohteina ja arjen kulkua ohjataan terveydenhuollosta käsin. Leinon (2011, 207) tutkimus osoittaa, että rintasyöpään sairastuneet jäivät kaipaamaan yksilöllistä, helposti saavutettavaa, luotettavaa sekä ammattitaitoista hoitosuhdetta. Holmbergin (2020, 17–18) artikkeli puolestaan korostaa sairauden vaikutusta arkeen kuoleman lähestyessä. Tällöin kuolema ja sairaus ovat läsnä jokapäiväisessä elämässä niin kehossa tapahtuvien muutosten kuin avuntarpeidenkin osalta. Aineiston mukaan rintasyöpä tuo varsinkin sairauden alussa mukanaan runsaasti muutoksia sairastuneiden ja heidän perheidensä arkeen. Arjen rytmi muuttuu nopeasti ja se keskittyy sekä hoitoihin että niistä toipumiseen. Tähän yhdistettynä elämän jatkumisen epävarmuus, ei ole mikään ihme, että tällöin koetaan tuen tarvetta.

Sen lisäksi, että aktiivisten hoitojen intensiivisyys ja tiivistähtisyys korostuvat aineistossa, myös diagnoosin saamisen jälkeinen odottelu ja epätietoisuus sekä aktiivisen hoitajakson jälkeinen seurantajakso nousevat esiin lähes jokaisessa analysoidussa artikkelissa tai väitöskirjassa. Kuten Holmbergin (2014, 219) artikkelissa käy ilmi, epävarmuutta koetaan erityisesti sairastumisen alussa, jolloin tietoa haetaan internetistä, syöpäyhdistyksestä tai vertaistuelta. Vierimaan (2011, 52) tutkimuksen mukaan diagnoosin jälkeinen hoitoprosessin etenemisen odottaminen alkaa rytmittää arkea, tämä hoitojen alkamisen odottelu on Vierimaan tutkimukseen osallistujilla vaihdellut kolmesta viiteen viikkoon. Osallistujat ovat kokeneet tämän odottamisen ajan ahdistavana. Leinon (2011, 96–97) tutkimuksen mukaan tuen puute tai sen riittämättömyys voi johtaa epävarmuuteen juuttumiseen ja tämän myötä elämänhallinnan haasteisiin. Leino (2011, 103–104) kuvaakin syövän alkuvaihetta keskeytymättömäksi odottamiseksi, jolloin koetaan epävarmuutta seulontatutkimuksen löydöksestä ja sen laadusta, jonka jälkeen jäädään odottamaan mahdollisia operaatioita sekä hoitoja. Tutkimukseen osallistuneet kokivat taudin todentumisen ja leikkauksen välisen ajan kohtuuttoman pitkäksi odotukseksi. Epävarmuutta lisäsi vastaajien mielestä myös lääkärin käyttämä kieli, josta ei suoraan ilmennyt millaisesta taudin laadusta on kyse. Vastaajat arvostivat suoraa puhetta syövästä. Aineistossa nousee vahvasti esiin myös kuoleman pelko ja epävarmuus taudin parantumisesta. Holmbergin (2020, 20–21) tutkimus osoittaa, että vaikka syöpädiagnoosin jälkeen kuolemanpelosta tulee sairauden myötä osa elämää, siitä ei kuitenkaan haluta puhua ääneen läheisten kanssa. Kuitenkin Holmberg (2020, 12) toteaa, että mielikuva syöpäsairaudesta viittaa usein kuolemaan. Hän korostaakin terveyssosiaalityön roolia kuoleman pelon ja epävarmuuden käsittelyssä. Salakarin (2020, 77) tutkimus osoittaa, että pitkälle edenneen sairauden epävarmuustekijöiden kanssa tulisi keskittyä mahdollisimman hyvään elämään sille ajalle, mitä sairastuneella on vielä jäljellä. Vierimaa (2011, 88) korostaa lääkärin ja hoitajien toimenkuvaan kuuluvan saattohoitovaiheessa kivun ja oireiden lievittämisen, kun vastaavasti sosiaalityöntekijän tehtävänä on auttaa potilasta sekä hänen läheisiään esimerkiksi taloudellisen tilanteen järjestelyissä ja tarjota tukea henkiseen hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Leinon (2011, 113) tutkimuksesta käy ilmi, että rintasyöpäpotilaat kaipasivat kuolemasta ja kuolemanpelosta keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa, mutta kokivat hoitajat ja lääkärit liian kiireisiksi voidakseen avata keskustelua heidän kanssaan.

Sairauden aiheuttaman epävarmuuden lisäksi myös muutokset arjessa tuntuvat kuormittavilta. Holmberg (2014, 226) kuvaa, miten sairauden myötä arki muuttuu työnteon vaihtuessa sairauslomaksi tai työkyvyttömyyseläkkeeksi. Leinon (2011, 109) tutkimukseen osallistuvat puolestaan pohtivat työhön paluun onnistumista sairauden jälkeen. Epävarmuus ja pelko tulevasta eivät rajoitu näin ollen pelkästään sairauteen itseensä, vaan myös uudenlaisen arjen muotoutumiseen ja sairauden mukanaan

tuomiin muutoksiin. Näiden epävarmuuksien käsittelemiseen terveyssoseaalityö tarjoamat palvelut olivat kiistatta paikallaan. On myös huomioitavaa, että sosiaalityöntekijän arvio työ- ja toimintakyvystä tuo hyvin esiin ne ongelmat ja haasteet, joita potilas sairautensa vuoksi kohtaa niin arjessa kuin työssäänkin. Työ- ja toimintakyvyn arviot toimivat myös hyvänä pohjatietona lääkärille erilaisia lausuntoja tehdessään, jotta lausunnossa tulee kattavasti esiin sairauden aiheuttamat kokonaisvaikutukset.

Vuorovaikutusosaamisella on merkittävä rooli kerrottaessa ikäviä uutisia. Vierimaa (2011, 41) huomauttaa tutkimukseensa osallistuneista naisista kolmasosan kokeneen hoitohenkilöstön vähätelleen heidän oireitaan ennen syövän toteamista. Vierimaa (2011, 49) tuokin esiin, että uuden ja pelottavan tilanteen edessä negatiivisesta kohtaamisesta jää muistijälki. Salosen (2011, 110) tutkimus osoittaa, että ammattilaisen kanssa käytävän keskustelun mahdollisuus viikon ja puolen vuoden kuluttua rintasyöpäleikkauksesta vaikutti myönteisesti potilaiden elämänlaatuun. Diagnoosin kertominen tulisi Vierimaan (2011, 55) mukaan tapahtua aina lääkärin vastaanotolla ja tähän tulisi varata riittävästi aikaa, jotta potilas saa mahdollisuuden kysymyksille sekä keskustelulle. Leino (2011, 198–199) tuo esiin, että potilaan keskustelun tarpeen huomioiminen voi joissain tilanteissa olla haastavaa ja tarpeen tunnistaminen vaatii erityistä herkkyyttä havaita myös sanattomia viestejä. Lisäksi hän painottaa potilaan keskustelutarpeen huomioimisen lisäksi myös potilaan perheen tarpeiden huomioimisen.

Salakari (2020, 76) toteaa, että sosiaalisella verkostolla on tunnustettu merkitys sairastuneen hyvinvoinnille. Hänen tutkimuksensa korostaa erityisesti puolison tai kumppanin tärkeyttä sosiaalisen tuen antajana. Myös Lehto ym. (2022, 68) tuovat esiin artikkelissaan, että 86 prosentilla rintasyöpään sairastuneista vastaajista lähipiiriin kuuluu puoliso tai seurustelukumppani, jonka kanssa potilas on voinut puhua syövästä. Puoliso tärkeimpänä tukiverkostona nousi esiin myös Salosen (2011, 78) sekä Vierimaan (2011, 97) tutkimuksissa. Holmberg (2014, 221) kuvaa läheisten antamaa tuen olevan sekä henkistä tukea että konkreettista auttamista esimerkiksi koti-töissä. Potilaan sosiaalisen verkoston puuttuessa, on sosiaali- ja terveydenhuollosta saatavalla sosiaalisella tuella suuri merkitys. Tällöin myös ohjaus vertaistuen pariin on entistä tärkeämpää. Korpelan (2014, 127) tutkimuksessa terveyssoseaalityön tehtävänkuvasta nouseekin potilaan kokonaistilanteen sekä sosiaalisen tilanteen kartoitus kaiken työskentelyn lähtökohdaksi. Tähän viitaten olisikin ehdotonta, että syöpään sairastuneiden hoitopolussa terveyssoseaalityön rooli ymmärrettäisiin laajemmin, kuin pelkästään etuusneuvontana.

Vertaistuki on myös merkittävässä asemassa rintasyöpäpotilaille, mikä käykin ilmi sekä Lehdon ym. (2022, 74), Vierimaan (2011, 98) että Leinon (2011, 210) tutkimuksissa. Vertaistuen merkitys on ymmärretty myös hoitotyössä, mikä tulee esiin Leinon (2011, 137) tutkimuksessa, jossa rintasyöpäleikkaukseen saapuneet potilaat



pyrittiin sijoittamaan samaan huoneeseen vertaistuen saamisen vuoksi. Vierimaa (2011, 100–101) mainitsee vertaistuen olevan mahdollisuus peilata omaa tilannetta vertaisten tilanteeseen. Keskustelu samaa kokeneen kanssa koettiin voimaannuttavaksi sekä merkittäviksi. Leino (2011, 150) nostaa tutkimuksessaan esiin syöpäjärjestöt, joiden kautta vertaistukea on mahdollista saada. Sosiaalityöntekijän onkin hyvä Vierimaan (2011, 84) mukaan jakaa tietoa järjestötoiminnasta vertaistuen sekä sopeutumiskurssien osalta.

### 4.3 Moniammatillisuutta haastavat rakenteet

Vierimaa (2011, 65) tuo tutkimuksessaan esiin rintasyöpään sairastuneiden leikkaushoidon hajaantumisen. Hän nostaa esiin myös sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksen siitä, että rintasyöpäleikkaukset tulisi keskittää sairaaloihin, joissa rintasyöpöoperaatioiden määrä on vähintään 150 leikkausta vuodessa. Tällöin kirurgien osaaminen ja rutiinit pysyisivät jatkuvasti yllä ja suuremmissa yksiköissä olisi myös enemmän mahdollisuuksia eri ammattiryhmien väliselle yhteistyölle. Mikäli potilaan hoito hajautetaan hoitoja tuottaviin erillisiin yksiköihin, on turvattava tarvittavan tiedon siirtyminen yksiköiden välillä. Tiedon kulun merkitys nousee esiin myös silloin, kun potilaalla on syövän lisäksi muita pitkäaikaissairauksia, jotka täytyy huomioida syöpäsairauksien ohella. Lehdon ym. (2022, 68) kyselyyn vastanneista 62 prosentilla oli rintasyövän lisäksi vähintään yksi pitkäaikaissairaus. Tästä syystä eri ammattiryhmien, ei ainoastaan lääkäreiden välinen konsultaatio tulisi olla sujuvaa ja automaattisesti osa sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelyä. Rakenteellisesti tiedon kulkua kuitenkin hankaloittaa Suomen hyvin vahva tietosuojan lainsäädäntö, joka omalta osaltaan kyllä turvaa potilaan oikeuksia, mutta samalla voi tiedonvaihtolomakkeiden ja vaadittavien allekirjoitusten myötä toimia myös esteenä tai ainakin hidasteena. Vierimaa (2011, 90) nostaa lisäksi hoitajien vastauksista esiin tulleen ongelman siitä, etteivät sairastuneet välttämättä tiedä oikeuksistaan saada psykologin tai psykiatrin konsultatiota tilanteeseensa. Tällöin tuen tarve ja tarjonta eivät kohtaa. Salosen (2011, 107) tutkimus osoittaa, että terveydenhuollon ammattilaisten tulisi potilaan kuntoutumista tukien olla tietoisia potilaiden sairauden myötä kohtaamista ongelmista ja haasteista. Sairastuneille tulisikin hänen mukaansa tarjota tukea ja tietoa järjestelmällisesti eri vaihtoehtoista mm. kuntoutukseen ja vertaistukeen liittyen. Suomen sosiaaliturvan hajanaisuuden vuoksi katsonkin, ettei tällaiseen neuvontaan ole riittävää Vierimaan (2011, 82) tutkimuksessa esiin noussut esite, jonka hoitaja antoi potilaalle saatesanoin, että esitettä olisi hyvä käydä läpi sosiaalityöntekijän kanssa. Leinon (2011, 54) tutkimuksessa käy ilmi, että lääkärit koetaan liian kiireisiksi, jotta heille voisi puhua

huolistaan. Nykypäivänä puhutaan ja uutisoidaan paljon myös hoitajapulasta ja hoitotyön kiireellisyydestä, joka omalta osaltaan saattaa myös vaikuttaa siihen, paljonko potilaat ”viitsivät vaivata” hoitajia omilla murheillaan.

Syöpään sairastuneen hoitoprosessin päämääränä on syöpäsairauden paraneminen ja potilaan kuntoutuminen. Kuitenkin syöpä vaikuttaa vääjäämättä potilaan lisäksi hänen lähipiiriinsä, kuten puolisoon ja lapsiin. Terveystieteiden hoitoprosessi kuitenkin keskittyy hoidettavaan potilaaseen. Tästä syystä sosiaalityön tulisikin olla automaattisesti olennainen osa hoitoprosessia, jotta potilaan lisäksi tulisi huomioida koko sosiaalinen ympäristö, johon sairaus jollain tavalla vaikuttaa. Salosen (2011, 110) tutkimus osoittaa, että perhesuhteiden huomioiminen rintasyöpään sairastumisen kehon muutosten ja hoitojen sivuvaikutusten rinnalla ehkäisee psykososiaalisia ja perheeseen vaikuttavia ongelmia jatkossa. Läheisiltä saatava sosiaalinen tuki on Salosen (2011), Lehdon ym. (2022) sekä Salakarin (2020) tutkimusten mukaan tärkeässä asemassa sairauden eri vaiheissa. Tästäkin syystä perheen tukeminen tulisi olla sairauden hoidon rinnalla olennainen osa hoitoa ja sosiaalityö olisi tässäkin tapauksessa mahdollinen tuen tarjoaja. Salakari (2020, 76) huomauttaakin, että tukipalveluita tulisi osoittaa sekä sairastuneelle, että hänen läheisilleen, koska läheisten rooli sairastuneen tukijana on elintärkeä. Hoitojen loppumisen jälkeen terveydenhuollosta saatu tuki ja säännölliset tapaamiset vähenevät, jolloin läheisten antaman tuen merkitys korostuu entisestään, kuten Leinon (2011, 118) tutkimus osoittaa. Holmbergin (2020, 20–21) tutkimus nostaa esiin tuen tarpeet kuoleman lähestyessä. Tällöin terveystieteiden sosiaalityön tulisi antaa tilaa ja mahdollisuutta kuolemasta keskustelemiselle. Lisäksi kuoleman lähestyessä koetaan tärkeänä myös muun perheen arjen jatkumisen turvaaminen, jossa sosiaalityö voi auttaa esimerkiksi erilaisten tukitoimien järjestämisessä.

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Moniammatillista yhteistyötä peräänkuulutetaan useilta tahoilta. Kuitenkin jo sote-uudistusta suunniteltaessa nousi sosiaalihuollon puolelta huolta siitä, jääkö sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa sosiaalinen terveyden jalkoihin. Ideaalitulanteessa toimitaan molemminpuolisessa yhteistyössä keskustellen ja toisilta oppien, mutta tämän tutkielman aineiston perusteella uskallan väittää, että sosiaali tuntuu jäävän terveyden jalkoihin. Nykypäivän terveysosiaalityö toimii erikoissairaanhoidossa, jossa on vallalla edelleen hyvin lääkärijohteinen hierakia. Erityistyöntekijät, kuten sosiaalityöntekijät eivät tässä rakenteessa ole tasavertaisessa asemassa, vaan toimivat hoitoprosessissa tukemassa lääketiedettä tarvittaessa. Tutkielmani osoittaa, että sosiaalityö jää helposti lääketieteen jalkoihin siitakin huolimatta, että työskennellään samassa terveydenhuollon organisaatiossa samaa päämäärää kohden. Terveysosiaalityön historian juuret johtavat 1920-luvun sairaanhoitajakoulutukseen ja osaksi terveydenhuollon työtä, joten sote-uudistuksen tavoittelemaa moniammatillista työskentelyä on toteutettu terveysosiaalityössä jo pitkään. Satavuotisen terveysosiaalityön historian valossa onkin vaikea uskoa terveysosiaalityön näkymättömyyteen siinä määrin, miten se tämän tutkielman aineistossa näyttäytyy.

Terveysosiaalityön roolin tärkeys ja merkityksellisyys nousee esiin sekä teoria-että analyysiaineistossa. On kuitenkin yllättävää, miten analysoitavassa aineistossa terveysosiaalityö ei näkynyt syöpäsairauden hoitoprosesseissa siinä määrin, miten teoria-aineiston perusteella olisi voinut olettaa. Herääkin huoli siitä, että jääkö sosiaalityö terveydenhuollossa todellakin noin huomioimatta, vai eikö sitä osata yhdistää osaksi hoitoprosessia? Oikea-aikainen sosiaalityön interventio kuitenkin mahdollistaa avun saamisen varhaisessa vaiheessa, jolloin työn luonne on ennaltaehkäisevää. Tutkielman mukaan syöpään sairastuneet kaipaavat tukea asioiden käsittelemiseen ja sairauden ja arjen yhteensovittamiseen, mikä onkin terveysosiaalityön yksi päätehtävistä. Analysoitavasta aineistosta kumpuaa sairastuneiden tarve keskustelulle ja asioiden käsittelemiselle, mutta tätä tarvetta ei osata ohjata oikeiden palveluiden äärelle.

Terveyssosiaalityön antama psykososiaalinen tuki olisikin näissä tapauksissa paikallaan. Tuen saaminen riittävän varhaisessa vaiheessa kuitenkin ehkäisee ongelmien kriisiytymistä ja kasaantumista. Tämä huomioiden olisikin mielenkiintoista tietää onko Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen terveyssosiaalityön lakkauttamissuunnitelmissa otettu huomioon päätöksen pitkäaikaisvaikutuksia?

Rintasyöpään sairastuneet eivät ole heterogeeninen ryhmä, vaan sairastuneet voivat olla naisia tai miehiä, perheellisiä, perheettömiä, yksinhuoltajia, nuoria tai vanhoja. Kullakin potilaalla sairastumiskokemus on yksilöllinen ja näin ollen myös sosiaalityöltä odotettu tuen tarve on jokaisella erilainen. Siinä missä toinen tarvitsee ohjausta ja neuvontaa taloudellisissa asioissa, voi toinen tarvita käytännön apua lastenhoidon tai kotihoidon järjestämisessä. Lisäksi sairauden kulku vaikuttaa siihen, millaista tukea sosiaalityöltä tarvitaan: sairauden alkuvaiheessa tuen tarve on erilainen kuin sairaudesta johtuvan kuoleman lähestyessä. Omat haasteensa arkeen tuo myös syöpähoitojen intensiivisyys, joka vaatii nopeaa sopeutumista uudenlaiseen, hoitojen rytmittämään arkeen. Sosiaalityön tarpeen tunnistaminen on hoitohenkilökunnalle haasteellista, minkä vuoksi sosiaalityön ei pitäisikään olla hoitohenkilökunnan ”portinvartijuuden” takana. Sosiaalityön tarve saattaa jäädä huomioimatta myös siksi, että potilas kokee, ettei halua esimerkiksi taloudellisia haasteita ottaa puheeksi hoitajan kanssa ja näin ollen ohjaus sosiaalityöntekijän vastaanotolle jää tekemättä. Tämän tutkielman mukaan rintasyöpään sairastuneet kaipaavat tukea sairauden ja arjen yhteensovittamisessa sekä sairastumisen ja siihen liittyvien hoitojen mukanaan tuoman epävarmuuden ja kuoleman läsnäolon käsittelemisessä. Sairastuneen sosiaalisella verkostolla on suuri merkitys sairastumisen kokemuksen käsittelyssä ja toipumisessa, minkä vuoksi terveyssosiaalityön tekemä sosiaalisen tilanteen arvio onkin tärkeässä roolissa riittävien tuki- ja kotipalveluiden järjestämiseksi. Terveyssosiaalityöntekijän tekemä toimintakyvyn arvio toimii tukena myös lääkärin laatiessa lausuntoja esimerkiksi työkyvyttömyyttä tai erilaisia etuuksia varten.

Tutkielmani mukaan terveyssosiaalityöllä on tunnustettu, mutta ei välttämättä tunnustettu rooli rintasyöpäpotilaan hoitoprosessissa. Aineiston perusteella syöpään sairastuneilla on tarvetta sosiaalityölle, mutta sosiaalityö jää erilleen lääke- ja hoitotieteestä. Hoitoprosessissa moniammatillinen työskentely näyttäytyy lääke- ja hoitotieteen kesken toteutuvana yhteistyönä, johon sosiaalityö antaa oman pienen osansa, mikäli hoitohenkilökuntaa sosiaalityön tarpeellisuuden tunnistaa. Varsinaista yhteisen tiedon muodostavaa moniammatillista yhteistyötä ei tässä tutkielmassa käsitellyn aineiston myötä noussut esiin. Moniammatillisen työskentelyn haasteena ei siis analysoidavan aineiston perusteella ole se, etteikö terveyssosiaalityölle olisi tarvetta, vaan ennemminkin se, ettei tätä tarvetta osata kohdentaa terveyssosiaalityölle. Moniammatillisen työskentelyn edistämiseksi tarvitaan siis runsaasti terveyssosiaalityön esiin nostamista ja sen juurruttamista osaksi hoitoprosessia. Täytyy kuitenkin huomioida,

että osa aineistosta on yli kymmenen vuoden takaa, eikä niistä tehdyt tulkinnot välttämättä pidä täysin paikkaansa enää nykyhetkellä. Jatkossa olisikin mielenkiintoista tutkia, millaisena terveystieteiden rooli syöpäpotilaiden hoitoprosessissa eri hyvinvointialueilla tällä hetkellä näyttäytyy ja miten moniammatillinen yhteistyö terveystieteiden näkökulmasta toteutuu.

Toivon, että tutkielmani myötä terveystieteiden erityisyys osana rintasyöpäpotilaan hoitoprosessia ja hyvää hoitoa tulee esiin, jotta potilaiden etu hyvinvointialueiden organisaatiouudistusten myllerryksessä ei pääsisi unohtumaan. Terveystieteiden yhteistyö on kuitenkin toiminut jo sadan vuoden ajan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdyspinnassa tehden juuri sitä moniammatillista yhteistyötä, jota sote-uudistuksen myötä tavoitellaan. Ajattelen, että olisi viisaampaa tukea ja kehittää jo olemassa olevaa yhteistä rakennetta sen sijaan, että aletaan rakentamaan uutta yhteistyötä alusta alkaen.

## LÄHTEET

- Alho, S. (2021). Kollektiivinen asiantuntijuus ja monitoimijainen yhteistyö aikuissosiaalityössä. Teoksessa A.-L. Matthies, A.-R. Svenlin & K. Turtiainen (toim.), *Aikuissosiaalityö : tieto, käytäntö ja vaikuttavuus* (69–85). Gaudeamus.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. (2007). Integroitu katsaus : eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistämminen katsauksessa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R.L. Ääri (toim.), *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2008). *Tutki ja kirjoita* (13.–14. osin uud. painos). Tammi.
- Holmberg, S. (2014). ”Eräänlainen vedenjakaja elämässäni”: arjen muuttuva rytmi rintasyöpään sairastuneiden naisten elämässä. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen (toim.), *Terveys ja sosiaalityö* (207–241). PS-Kustannus.
- Holmberg, S. (2020) ”The first thought is death: a qualitative study of the presence of death in the everyday lives of people with cancer.”. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202005185427>
- Idman, I. & Aalberg, V. (2013). Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa H. Joensuu, P.J. Roberts, P.-L., Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & T. Lyly (toim.), *Syöpätaudit* (859–872). Duodecim.
- Isoherranen, K. (2002). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla – tutkimustuloksia ja pohdintaa. *Sosiaalipedagogiikka*, 3(2), 145–150. <https://doi.org/10.30675/sa.116251>
- Juhila, K. (2006). *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina*. (4. p.). Vastapaino.
- Juhila, K. (2008). Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa A. Jokinen & K. Juhila (toim.), *Sosiaalityö aikuisten parissa* (14–48). Vastapaino.
- Juhila, K. (2018). *Aika, paikka ja sosiaalityö*. Vastapaino.
- Kananoja, A. (2017). Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki (toim.), *Sosiaalityön käsikirja* (4. uud. laitos, 347–356). Tietosanoma.
- Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.), *Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla* (15–46). Gaudeamus.
- Korpela, R. (2014). Terveysosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen (toim.), *Terveys ja sosiaalityö* (118–141). PS-Kustannus.
- Lehto, U., Kohonen, M., Lääperi, S., Ojanen, M., Härkänen, T., Honkalampi, K., & Turpeenniemi-Hujanen, T. (2022). Syöpään sairastuneiden sosiaaliset verkostot diagnoosivaiheessa ja seuraavien kolmen vuoden aikana. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 59(1), 9. <https://doi.org/10.23990/sa.98389>

- Leino, K. (2011). *Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä: Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana*. Tampere University Press. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8555-8>
- Lindén, M. (1999). *Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä*. Stakes.
- Metteri, A. (1996). Arjen tieto ja sosiaalityö terveysthuollon moniammatillisessa työryhmässä: Tietojen yhteensovitus. Teoksessa A. Metteri (toim.), *Moniammatillisuus ja sosiaalityö* (143–157). Edita.
- Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 215–240). Tampere University Press. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Mönkkönen, K. (1996). Asiantuntijasta asiantuntijaksi. Teoksessa A. Metteri (toim.), *Moniammatillisuus ja sosiaalityö* (51–67). Edita.
- Mönkkönen, K., Leinonen, L. Arajärvi, M., Hovatta, A.-E., Tusa, N. & Salokangas, K. (2019). Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.), *Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla* (47–88). Gaudeamus.
- Niiranen, V. (2015). Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (129–144). Sanoma Pro.
- Ojuri, A. (1996). Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Teoksessa A. Metteri (toim.), *Moniammatillisuus ja sosiaalityö* (116–128). Edita.
- Pohde (29.9.2023). *Terveystsosiaalityö organisoituu uudelleen: Muutokseen liittyvät yhteistoimintaneuvottelut käynnistyvät*. <https://pohde.fi/ajankohtaista/uutiset/terveysosiaalityo-organisoituu-uudelleen-muutokseen-liittyvat-yhteistoimintaneuvottelut-kaynnistyivat/>
- Romakkaniemi, M. & Kilpeläinen, A. (2013). Asiakkuus terveysthuollon sosiaalityössä: Terveysthuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina Teoksessa: M. Laitinen & A. Niskala (toim.), *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä* (244–271). Vastapaino.
- Salakari, M. (2020). *Life satisfaction, sense of coherence and social support of Finnish breast cancer survivors: With special reference to perceived sexuality and rehabilitation*. University of Turku. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8017-8>
- Salonen, P. (2011). *Quality of life in patients with breast cancer: A prospective intervention study*. Tampere University Press. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8549-7>
- Sata vuotta terveystsosiaalityötä (14.11.2023). *Talentia-lehti*, 7(2003), 14–17.
- Terveyst ja hyvinvoinnin laitos. (ei pvm.). *Hyvinvointi- ja terveyserot: Keinot*. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/keinot>
- Timperi, T. (2022). *Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen*. Raportti ja muistio 2022:22. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5399-4>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (6. uud. laitos). Tammi.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (9.10.2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)*. <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Vierimaa, S. (2011). *"Nyt se tuli minuun, syöpä!"*: Rintasyöpä elämän mullistajana vaiko uuden elämänsenteen mahdollistajana? Helsingin yliopisto.  
<https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=fa1b7128-e043-483e-b331-b0e9a36f6359>
- Vilka, H. (2005). *Tutki ja kehittä*. Tammi.
- Vilka, H. (2023). Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Art House.



# LIITTEET

## LIITE 1

Esimerkki sisällönanalyysistä		
Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Yhteistyö	Hoitoon osallistuvat ammattilaiset Sosiaalinen verkosto Vertaistuki	Kirurgi Patologi Radiologi Onkologi Hoitajat Työterveys Terveystenhoitaja "Sosiaalihoitaja" Lääkärit muissa sairauksissa Toiset syöpään sairastuneet Puoliso Ystävät Työkaverit Sukulaiset Ystävät Suhteet hoitaviin ammattilaisiin
Intensiivisyys	Useat hoitokerrat Tiivistahtisuus	Lääkärikäynnit Laboratoriokäynnit Sytostaattihoidot Sädehoidot Leikkaukset Kontrollit Sopeutumisvalmennukset Kuntoutuskurssit Sivuvaikutukset Hoidon kohteena oleminen

## LIITE 2

Analysoitava aineisto
Holmberg, S. (2014). "Eräänlainen vedenjakaja elämässäni": arjen muuttuva rytmi rintasyöpään sairastuneiden naisten elämässä. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen (toim.), <i>Terveys ja sosiaalityö</i> (207–241). PS-Kustannus.
Holmberg, S. (2020) "The first thought is death: a qualitative study of the presence of death in the everyday lives of people with cancer." . <a href="https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202005185427">https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202005185427</a>
Lehto, U., Kohonen, M., Lääperi, S., Ojanen, M., Härkänen, T., Honkalampi, K., & Turpeenniemi-Hujanen, T. (2022). Syöpään sairastuneiden sosiaaliset verkostot diagnoosivaiheessa ja seuraavien kolmen vuoden aikana. <i>Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti</i> , 59(1), 9. <a href="https://doi.org/10.23990/sa.98389">https://doi.org/10.23990/sa.98389</a>
Leino, K. (2011). <i>Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä: Substanttiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana</i> . Tampere University Press. <a href="https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8555-8">https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8555-8</a>
Salakari, M. (2020). <i>Life satisfaction, sense of coherence and social support of Finnish breast cancer survivors: With special reference to perceived sexuality and rehabilitation</i> . University of Turku. <a href="https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8017-8">https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8017-8</a>
Salonen, P. (2011). <i>Quality of life in patients with breast cancer: A prospective intervention study</i> . Tampere University Press. <a href="https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8549-7">https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8549-7</a>
Vierimaa, S. (2011). "Nyt se tuli minuun, syöpä!": Rintasyöpä elämän mullistajana vai uuden elämänasenteen mahdollistajana? Helsingin yliopisto. <a href="https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=fa1b7128-e043-483e-b331-b0e9a36f6359">https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=fa1b7128-e043-483e-b331-b0e9a36f6359</a>

# LIITE 3

## Rintasyöpäpotilaan hoitoprosessi TAYS:ssa

