

MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN JÄNNITTEITÄ JA MAHDOLLISUUKSIA

Sosiaalityö terveydenhuollon yhteispäivystyksissä ja päivystyspoliklinikoilla

Maria Mäkinen

Kandidaatin tutkielma

Sosiaalityö

Avoin yliopisto

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2020

TIIVISTELMÄ

Moniammatillisen yhteistyön jännitteitä ja mahdollisuuksia

Sosiaalityö terveydenhuollon yhteispäivystyksissä ja päivystyspoliklinikoilla

Maria Mäkinen

Kandidaatin tutkielma

Avoin yliopisto

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2020

Sivumäärä: 21

Tutkielmani lähtökohtana oli terveydenhuollon yhteispäivystyksiin ja päivystyspoliklinikoille toistuvasti hakeutuvat paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat, joita usein voisi lääketieteellisen avun sijasta tai lisäksi auttaa sosiaalityön keinoin. Vuoden 2016 sosiaalihoitolakia (1301/2014) ja terveydenhuoltolakia (1326/2010) koskevissa uudistuksissa sosiaalipäivystystä veloitettiin tarjoamaan sekä ympärivuorokautisissa terveydenhuollon päivystysyksiköissä että erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksissä.

Tässä tutkielmassa tarkoitukseni on tarkastella sosiaalityön ja lääketieteen välille muodostuvia jännitteitä päivystysten moniammatillisessa yhteistyössä. Lisäksi selvitän moniammatillisen työskentelyn mahdollisuuksia sekä pohdin päivystysorganisaation roolia yhteistyön rakentumisessa. Käyttämäni tutkimusmenetelmä on kuvaileva, kommentoiva kirjallisuuskatsaus. Aineistoni koostuu neljästä sosiaali- ja terveydenhoitoalan moniammatillisuutta käsittelevästä ja yhdestä terveysosiaalityötä käsittelevästä tutkimuksesta (yhteensä 5 kpl), kahdesta sosiaalityötä ja moniammatillisuutta käsittävästä oppikirjasta (2 kpl) sekä terveydenhuoltolain ja sosiaalihoitolain muutostyön ympärille syntyneestä raportista, kannanotosta ja arvioinnista (3 kpl). Analyysimenetelmänäni oli sisällönanalyysi.

Käyttämässäni tutkimusaineistossa sosiaalipäivystäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen yhteistyön jännitteet näyttävät johtuvan professioiden välisistä eroista ja valtasuhteista, arjen käytäntöjen ja verkostojen eroista sekä ulkoisesta ohjauksesta ja organisaation yhteistyötä rajoittavista valinnoista. Sosiaalityön asiakkaille ja moniammatilliselle asiakastyölle tuoma lisäarvo perustuu pitkälti sosiaalityön erityiselle tietopohjalle, sen mukaiselle tavoitteen asettelulle sekä monipuolisille yhteistyöverkostoille, jotka poikkeavat terveydenhuollon ammattilaisten vastaavista. Lisäarvon hyödyntäminen moniammatillisessa työskentelyssä vaatii kuitenkin ammattilaisten keskinäistä neuvottelua ja ohjausta sekä organisaation tukea ja resursseja moniammatillista yhteistyötä hankaloittavien jännitteiden purkamiseksi.

Asiasanat: Sosiaalipäivystys, yhteispäivystys, moniammatillinen yhteistyö

Sisällys

1. Johdanto	4
2. Terveystenhoito ja sosiaalityö yhteispäivystyksissä ja päivystyspoliklinikoilla	5
3. Moniammatillinen yhteistyö – mitä se on?	8
4. Tutkielman tavoite ja toteutus.....	11
5. Moniammatillisen yhteistyön jännitteitä ja mahdollisuuksia päivystyksissä	14
5.1. Jännitteet professioiden välillä	15
5.2. Käytännön yhteistyön rajoitteet.....	17
5.3. Ulkoinen ohjaus yhteisen työn määrittäjänä	20
5.4. Sosiaalityön lisäarvo päivystyksen asiakkaille.....	21
6. Pohdinta	23
Lähteet.....	26

1. Johdanto

Terveydenhuollon päivystyksiin hakeudutaan usein myös tilanteissa, joissa palvelujärjestelmän näkökulmasta siihen ei olisi tarvetta. Helsingin Sanomien (Riikonen, HS 5.11.2019) artikkelissa viime vuodelta lääkäri Anna Rajala kuvaa ruuhkaista päivystystyötä Jorvin sairaalan päivystyspoliklinikalla todeten potilaissa olevan paljon sellaisia, jotka terveydenhuollon näkökulmasta voisivat hyvin hakeutua kiireettömän hoidon palveluihin (ks. myös Haapiainen, Kaila & Salomaa 2019, s. 12). Tutkimusten perusteella terveystieteiden käyttäytymisen ja fyysisten oireiden lisäksi aiempi päihdeneuvonnan, psykiatristen hoitojen sekä sosiaalipalvelujen tarve ennustaa hakeutumista päivystykseen silloinkin, kun hoidon tarve on kiireetöntä (Byrne, Murphy, Plunkett, McGee, Murray & Bury 2003; vrt. Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson-Holm & Adami 2008, 185). Näillä asiakkaila on usein myös katkonainen työura ja taloudellisia vaikeuksia; sosiaalisista suhteista syrjäytymistä sekä vakavia ja monimuotoisia ihmissuhdevaikeuksia; sekä asunnottomuuteen liittyvää avun tarvetta. (Gill & Sharpe 1999, s. 127; Jyväskylä, Keinänen-Kiukaanniemi, Väisänen, Larivaara & Kivelä 1998, s. 143; Suikkala & Laine 2010, s. 201; Vallinen 2018, s. 44–45.) Suikkala ja Laine (2010, s. 200) tulkitsevat ainakin osan potilaista tarvitsevan ensisijaisesti sosiaalitoimen palveluja sen sijaan, että he, usein iltaisin tai viikonloppuisin, hakeutuvat päivystykseen fyysisten oireiden ja yksinäisyyden ajamina. Asiakkaan tarpeen ja palvelujärjestelmän välillä näyttäisikin olevan ristiriita.

Ratkaisuna kiireellisen hoidon ylikuormitukseen toteutettiin osana Sipilän hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon reformia päivystyspalveluiden ja sairaalaverkon uudistus, ja sosiaalipäivystysten ja terveydenhuollon yhteistyötä vahvistettiin muun muassa sosiaali- ja terveydenhuoltolakeja uudistamalla. (Haapiainen, Kaila & Salomaa 2019, s. 13, 15.) Lakimuutokset velvoittavat työntekijöitä arvioimaan sekä kiireettömän että kiireellisen hoidon yhteydessä asiakkaan mahdollisen sosiaalihuollon tarpeen. Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on mahdollistaa sosiaalihuollon yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus terveydenhuollon rinnalla, mutta myös vahvistaa asiakaslähtöisyyttä, vastata asiakkaan tarpeisiin kokonaisvaltaisemmin, arkiselviytyminen huomioon ottaen, erillisten toimenpiteiden sijaan. Monialainen yhteistyö ja erityisesti sosiaalihuollon toimintaedellytysten turvaaminen terveydenhuollon päivystystoiminnan yhteydessä nähtiin keinoksi poistaa laadullisia eroja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen välillä sekä siten mahdollistaa taroituksenmukaisten ja oikea-aikaisten palvelujen saatavuus niitä tarvitseville. (HE 224/2016.)

Integraatio on harvoin kivutonta. Organisaatioita, toimialoja ja palveluja yhdistettäessä työntekijät kohtaavat yksilöinä erilaiset toimintakulttuurit, jolloin myös erilaiset työtavat kohtaavat. Oman

ammattillisuuden perusta vertautuu toisen ammattikunnan erilaisiin näkökantoihin ja rajoihin, jotka voivat olla niin kulttuurisia, asenteellisia, asiakkaan asemaan liittyviä kuin rakenteellisiakin. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s. 21.) Tässä tutkielmassa tarkastelen sosiaalityön ja lääketieteen välille muodostuvia jännitteitä perus- ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksissä sekä päivystyspoliklinikoilla. Etsin myös moniammatillisen yhteistyön tarjoamia mahdollisuuksia huomioiden päivystysorganisaation rakenteena sekä sen erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat.

Tutkielmani kontekstina on terveydenhuollon kiireellistä hoitoa tarjoavat yhteispäivystykset ja päivystyspoliklinikat, joissa terveydenhuoltolain vuoden 2016 uudistuksesta lähtien on työskennelty myös sosiaalipäivystäjiä. Esittelen lyhyesti päivystysten nykytilannetta sekä eri ammattihenkilöiden vastuita päivystyskontekstissa. Luvussa kolme käyn läpi sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välistä moniammatillista yhteistyötä määrittäviä teorioita.

Tutkielma on toteutettu narratiivisena, kommentoivana kirjallisuuskatsauksena, joka pohjautuu tutkimusten lisäksi lainvalmistelua ja sen arviointia varten tuotettuihin raportteihin ja kannanottoihin. Heterogeenisen aineiston käyttö mahdollistaa reformin tavoitteiden ja toteutuneen toiminnan välisten ristiriitojen ja jännitteiden tarkastelun. Toisaalta tutkielma kuitenkin rajautuu heterogeenisen ja osittain poliittisesti värittyneen tutkimusaineistonsa vuoksi vahvasti yhden ilmiön ajallisestikin melko suppeaan tarkasteluun, eikä sen tuloksia voi siksi yleistää.

Tutkielmani tulokset olen lajitellut luvussa viisi professioiden välisiin jännitteisiin, arjen käytäntöjen aikaansaamiin rajoitteisiin, ulkoisen ohjeuksen vaikutuksiin sekä sosiaalityön moniammatilliseen yhteistyöhön tuomien mahdollisuuksien mukaan. Luvussa kuusi peilaan näitä teemoja aikaisempaan tutkimukseen.

2. Terveydenhoito ja sosiaalityö yhteispäivystyksissä ja päivystyspoliklinikoilla

Päivystyksellinen hoito on kiireellistä hoitoa, joka terveydenhuoltolain (1326/2010) 50.1 §:n mukaan vastaa äkillisen sairastumisen, äkillisen vamman, kroonisen sairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämiin välittömän arvioinnin ja hoidon tarpeisiin. Kiireellisen hoidon saamisen kriteerinä on, ettei hoitoa voida sairauden pahenematta tai vamman vaikeutumatta siirtää seuraavaan päivään. Kiireellistä hoitoa tarjotaan ensisijaisesti lähellä asiakasta joko terveyskeskusten toimipisteissä tai yhteispäivystysten kanssa samoissa tiloissa. Terveydenhuoltolain 50 a.1 §:ssä terveydenhuollon ammattihenkilöä velvoitetaan kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä arvioimaan myös potilaan sosiaalihuollon tarve ja sen kiireellisyys sekä ohjaamaan hänet tarvittaessa sosiaalipalveluiden piiriin.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystykset ovat laajan ympärivuokautisen päivystyksen yksiköitä. Niillä on valmiudet tarjota laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ja valmius erityistilanteiden hoitamiseen. Keskussairaaloissa Kotkassa, Mikkelissä, Savonlinnassa, Hämeenlinnassa, Vaasassa, Kokkolassa, Kajaanissa ja Kemissä on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, joka sisältää sekä terveydenhuollon erikoisalojen päivystyksen että sosiaalipäivystyksen. Laajan päivystyksen keskussairaalat sijaitsevat Lahdessa, Lappeenrannassa, Porissa, Seinäjoella, Jyväskylässä, Joensuussa ja Rovaniemellä. Yliopistoliset sairaalat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa tarjoavat kaikkein vaativinta kiireellistä hoitoa. Kaikkien näiden päivystysten yhteydessä tulee tarjota myös sosiaalipäivystystä. (Haapiainen, Kaila & Salomaa 2019, s. 16–17.)

Sosiaalipäivystyksen tarjoamisesta laajoissa ympärivuorokautisissa päivystysyksiköissä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksissä säädetään terveydenhuoltolain 50 a.3 §:ssä. Sosiaalipäivystyksen tehtävänä on vastata potilaan kiireelliseen ja välttämättömään avuntarpeeseen sosiaalityön keinoin sekä tarvittaessa tarjota psykososiaalista tukea erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa. Kiireellinen apu voi sisältää myös kiireellisen toimeentulotuen myöntämisen. Sosiaalipäivystyksen palveluja on sosiaalihuoltolain 12 §:n perusteella tarjottava kiireellisen terveydenhoidon tavoin jokaiselle kunnassa oleskelevalle henkilölle kotikunnasta riippumatta. Potilaan tilanteen arviointiin on yleensä käytettävissä vain vähän aikaa ja usein myös vain niukasti informaatiota. Vaikka asiakkuudet ovat lyhytkestoisia, sosiaalipäivystyksessä tulee arvioida aina myös asiakkaan jatkopalvelujen tarve ja varmistaa sekä asiakkaan että tiedon saumaton siirtyminen esimerkiksi kunnan yleisten sosiaalipalvelujen, kuten lastensuojelun tai toimeentulotuen, piiriin. (Hujala 2017, s. 332.)

Sosiaalipäivystyksen työnkuvassa painottuvat perheiden lastensuojelutilanteet: päihtyneiden aikuisten hoidossa olevien lasten tilanteiden selvittäminen, lähisuhde- ja perheväkivaltatilanteet sekä päihtyneiden tai itsetuhoisten alaikäisten avuntarve. Myös yksinäiset aikuiset ja välittömän huolenpidon tarpeessa olevat vanhukset ovat merkittävä asiakasryhmä. Lisäksi esimerkiksi tulipalot, liikenneonnettomuudet, äkilliset läheisen kuolemat, katoamiset, heitteillejätöt, rikoksen uhriksi joutuminen sekä laajat, suuria ihmisryhmiä koskevat kriisitilanteet vaativat sosiaalipäivystyksen palveluja ja akuutin kriisityön osaamista. (Reissell, Kokko, Milen, Pekurinen, Pitkänen, Blomgren & Erhola 2012, s. 115–116; Hujala 2017, s. 331–332.)

Kriisitilanteissa tarjottava psykososiaalinen tuki koostuu psyykkisestä tuesta ja sosiaalityön viranomaistehtävistä, sekä käytännön auttamistoimista, joilla varmistetaan muun muassa tiedon kulku

esimerkiksi asiakkaan ja tämän läheis- ja viranomaisverkostojen välillä sekä huolehditaan perustarpeista kuten majoituksesta, ruokahuollosta ja vaatetuksesta. (Reissell, Kokko, Milen, Pekurinen, Pitkänen, Blomgren & Erhola 2012, s. 116–117; HE 224/2016; Hujala 2017, s. 331; Ollila, Holopainen, Juurikkala & Rapeli 2019, s. 57.) Sosiaali- ja terveydenhuoltolakiuudistusten taustalla olleen sosiaalipäivystyselvityksen perusteella osa suurimmista sosiaalipäivystyksiköistä tarjosi jo ennen lakiuudistusta kriisiapua sosiaalipäivystyksellisten tehtävien ohella osana työnkuvaa, ja se näyttäytyi ammatillisena. Kuitenkin suurimmassa osassa kunnista psykososiaalisen tuen palvelut oli järjestetty vaihtelevasti julkisten, yksityisten tai järjestöjen tuottamana, jolloin toimijoita saattoi alueilla lukuisia ja niiden laatu vaihteli. Tilanteeseen oli kuitenkin vuoden 2019 selvitykseen mennessä jo saatu selkeyttä. (Ollila, Holopainen, Juurikkala & Rapeli 2019, s. 20.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkohoidon turvaamiseksi terveydenhuoltolain (1326/2010) vuonna 2016 lisättyyn 50 a.5 §:än tuli vaatimus mielenterveys- ja päihdetyön päivystyksen sisällyttämisestä terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteispalveluihin. Psykkisten häiriöiden ensiapuna varhainen tunnistaminen sekä riittävän hoidon ja kuntoutuksen varmistaminen usein ehkäisevät häiriöiden pitkittymistä. Psykkisen ensiavun lisäksi haluttiin taata asiakkaan mahdollisuus laaja-alaisiin sosiaalityön palveluihin: elämisen fyysisten ja materiaalistien edellytysten turvaaminen on myös psykkistä ensihoitoa. (ks. Korpela 2014, s. 122; HE 224/2016.) Sekä psykiatrian työntekijöiden ja sosiaalityöntekijöiden parityöskentelystä että päihdetyöntekijöistä yhteispäivystyksissä on saatu hyviä ensikokemuksia. Suuresta palvelutarpeesta huolimatta päihdehuollon palvelua oli vuonna 2019 tarjolla kuitenkin vasta muutamalla paikkakunnalla. (Haapiainen, Kaila & Salomaa 2019, s. 12.)

Äkillinen sairastuminen tai kroonisen sairauden vaikeutuminen saattaa vaatia hyvinkin erilaisia hoitollisia toimenpiteitä sekä usein myös erilaisia interventioita tai auttamistoimenpiteitä potilaan sosiaalisessa ympäristössä. Terveydenhuollon toimenpiteet näyttäytyvät potilaan hoidossa uusina lääkkeinä, tarkempina hoitosuosituksina ja jatkotutkimuksina; sosiaalityö tarjoaa materiaalista tukea, psykososiaalisen tuen menetelmiä ja asiakkaan sosiaalisten verkostojen tuntemusta ja tukea. (Laine 2014, s. 27.)

Sekä lääketieteen että esimerkiksi etuusjärjestelmien jatkuva muutos edellyttää erikoistumista ja osaamisen kehittämistä ja keskittämistä. Lisäksi asiakkaiden kompleksit tilanteet ja toimijoiden asemoituminen erikoisaloittain vaatii usein asiakkaan ja asiakastiedon liikkumista erikoistuneiden yksiköiden ja eri alojen asiantuntijoiden välillä. Moniammatillinen, yhteispalvelupisteissä toteutettu yhteistyö, jollaista yhteispäivystysten sosiaalipäivystyksen edustaa, nähdään asiakaslähtöisempänä ratkaisuna kasvavaan toimijoiden ja prosessien määrään. Erityisesti sosiaalihuoltolaissa määritettyjen

erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin aloitus tai sen tekeminen kokonaisuudessaan terveydenhuollossa toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation perimmäistä tavoitetta: mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tarjottu tuki ehkäisee lisähaittoja ja pidempiaikaisen tuen tarvetta sekä terveydenhuollossa että sosiaalityössä. (ks. Saaren-Seppälä 2006, 309; ks. Porter 2010; Isoherranen 2012, s. 10; Laine 2014, s. 27; Hujala 2017, s. 329.)

3. Moniammatillinen yhteistyö – mitä se on?

Englannin kielessä moniammatillista yhteistyötä kuvaavia käsitteitä on useita, kuten multi-, inter-, ja cross- tai transprofessional. Moniammatillisuus voi olla niin moninaisten ammattilaisten rinnakkaista työtä, professioiden välistä, professionaaliset rajat ylittävää kuin moniprofessionaalistakin eli totutun ammattiroolijaon tarkoituksellista rikkomista, joka sallii muiden ammattilaisten astumisen toisten asiantuntemuksen alueelle. Suomen kielessä vastaavaa määritelmällistä erottelua ei löydy vaan termiä moniammatillisuus käytetään laveasti. (ks. Leathard 1994, s. 6; Isoherranen 2012; Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, s. 12.)

Saaren-Seppälä (2006, s. 319, 330 - 332) kuvaa moniammatillista yhteistyötä Kollektiivinen tietovaranto potilastyössä - artikkelissaan potilaan kokonaistilanteen ja hoidon vaatimana kollektiivisena tietovarantona sekä kollektiivisena vastuuna potilaan hoidosta. Kollektiivisella tietovarannolla Saaren-Seppälä tarkoittaa eri asiantuntijoiden omilla tahoillaan tuottaman tiedon sekä potilaan näkökulman yhdistämistä kokonaiskuvaksi. Kollektiivinen kokonaisvastuu taas koostuu asiantuntijan ammatillisesta yksilövastuusta, asiantuntijoiden yhteistoiminnan yhteisövastuusta, organisaation vastuusta sekä potilaan omasta vastuusta. Oleellista yhteiselle toiminnalle on, että potilas voi luottaa myös ammattilaisten keskinäisiin suhteisiin.

Eri alojen ammattilaisten välistä yhteistyötä on kuvattu myös rajapintojen käsitteellä, jolla tarkoitetaan eri työtehtävien välimaastoon jäävää raja-alueita, sekä yhdyspintojen käsitteellä, joka puolestaan korostaa yhteyden ja yhdessä tekemisen mahdollisuutta tilanteissa, joissa se on tarkoituksenmukaista. (Reina 2017; ks. Suikkala & Laine 2010, s. 203-204). Moniammatillinen yhteistyö on myös ajallisesti monenlaista: se voi olla niin konsultaatiotyypistä, akuuttia ongelmanratkaisua kuin pidempikestoista asioiden yhteistä kehittelyäkin (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, s. 12, 19).

Sosiaali- ja terveysalalla asiakas luetaan enenevässä määrin tavoitteen kannalta oleellista tietoa omaavaksi, aktiiviseksi toimijaksi omassa toipumisessaan. (Saaren-Seppälä 2006, s. 309; Isoherranen 2012, s. 30, 54.) Asiakkaan ja asiantuntijan yhteistyötä on käsitteellistetty vuorovaikutuksen vaihtoalueen, asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistoiminnallisuuden, jaetun asiakkuuden sekä jaetun

asiantuntijuuden termein. Yhteistoiminnallisuuden ja jaetun asiakkuuden käsitteiden on nähty kuvaavan moniammatillisen työskentelyn tavoitetta asettua yhdessä rakentamaan tietämystä, kun taas vaihtoalueen voi mieltää sosiaalisen vaihdon näkökulmasta eri osapuolten vastavuoroiseksi hyötymiseksi tilanteesta. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, s. 12.)

Asiakaslähtöisyys on myös arvoperustaisen (value-based) palvelujen organisoinnin ja työskentelyn lähtökohta. Arvolla viitataan teoriassa asiakasta konkreettisesti hyödyttävään, ja siksi arvokkaaseen lopputulokseen, ja tämä konkreettinen hyöty on ainoa merkityksellinen mittari läpi koko palveluketjun. Yksittäisten toimenpiteiden edut ovat riippuvaisia muiden hoitoon osallistuvien onnistumisista; komplekseissa ongelmissa moniammatillinen ja moniorganisatorinen yhteistyö on välttämättömyys. (Porter 2010, s. 2; Blomgren, Karjalainen, Karjalainen, Kivipelto, Saikkonen & Saikku 2016, s. 73.) Tiedon lisääntyessä ongelmat näyttävät yhä monimutkaisempina, ja ammattilaiset ovat niiden ratkaisemisessa väistämättä entistä riippuvaisempia toisistaan. Tästä huolimatta asiakaslähtöisen, moniammatillisen yhteistyön todellinen kehittyminen on käytännössä osoittautunut varsin hitaasti eteneväksi ja yllättävän vaikeaksi prosessiksi. (Isoherranen 2012, s. 10, 30.)

Politiikkapuheessa moniammatillisuutta käsitteenä luonnehtii positiivisuus; se edustaa yhteistyötä, rajojen ylittämistä ja dynaamisuutta. Käytännössä moniammatillinen työskentely toteutuu kuitenkin laadullisesti varsin heterogeenisina toimina, joihin monesti sisältyy myös jännittyneisyyttä, kilpailua ja haluttomuutta ymmärtää toisen näkökulmaa. Moniammatillisuus ei olekaan itsessään ratkaisu, vaan väline, jonka toimiessa hyvin saatetaan saavuttaa uusia etuja tai välttää turhia virheitä. (ks. Laine 2014, s. 27; Collin, s. 32; Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, s. 8; ks. Isoherranen 2012, s. 20.)

Leathardin (2001, s. 8) mukaan moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavat tekijät johtuvat sekä professionaalisista että rakenteellisista eroista: erilaiset ideologiat, arvot ja ammatilliset intressit, valtakilpailu ja erikoistumisalojen välinen kilpailu sekä erilaiset menettelytavat; eri syklit suunnittelussa ja budjeteissa, statuskysymykset ja ajan riittämättömyys yhteistyöhön - kaikki osaltaan hankaloittavat yhteistä tavoitteen asettelua ja toimintaa. (ks. Tolmala, Koponen, Hämäläinen, Korhonen, Koskinen, Asikainen & Kangasniemi 2019, s. 381.) Lisäksi sosiaali- ja terveystalalla yhteistyötä kehitettäessä esimerkiksi vastuukysymykset sekä potilastiedon jakamiseen ja riskien hallintaan liittyvät kysymykset vaativat erityishuomiota (Isoherranen 2012, s. 31; Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s. 17, 21).

Sosiaali- ja terveystalvveluissa erilaiset lainsäädännöt sekä ammattilaisten heikko tietämys toistensa asiantuntemuksesta ja rooleista asiakkaan palveluprosessissa vaikeuttavat tiedonkulkua. Koulutuksesta ammennettu terminologia ei välttämättä avaudu toisen ammattikunnan edustajalle, ja erilaiset tietoperustat, arvot ja kulttuurit voivat heikentää yhteistyötä tiimeissä. Organisaatiotason integraation, professioiden välisen yhteistyön ja asiakkaan hoidon yhteisen koordinoinnin ja toteutuksen lisäksi voidaan integraatiolla ajatella olevan myös normatiivinen ulottuvuus, jolla viitataan jaetun normatiivisen viitekehyksen, kuten yhteisten arvojen, kulttuurin ja tavoitteiden luomiseen (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels 2015, s. 6-7). Moniammatillisen työskentelyn jatkuessa tiimin toimintakulttuurin on mahdollista kehittyä ja tiimin jäsenet pystyvät paremmin refleктоimaan omaa työskentelytapansa ja muokkaamaan sitä (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s. 17).

Laura Bronstein (2003, s. 299, 303) on jakanut moniammatillisen työskentelyn viiteen osa-alueeseen, joiden varaan työskentelyn hyödyt rakentuvat: keskinäiseen riippuvuuteen, uudelleen rakentuviin toimintatapoihin, joustavuuteen, tavoitteiden yhteiseen omistajuuteen sekä prosessin refleктоintiin. Keskinäinen riippuvuus sisältää ammatillaisen kyvyn ymmärtää oma roolinsa moniammatillisessa ryhmässä, mutta myös jokaiseen ammatillaiseen kohdistuvan vaatimuksen luottaa toisiin ryhmän jäseniin ja heidän asiantuntemukseensa osana ryhmää. Keskinäisen riippuvuuden toteutuessa on mahdollista hyödyntää uudelleen rakentuvia ammatillisia toimintatapoja. Joustavuudella Bronstein tarkoittaa mahdollisuutta omaksua uudenlaisia rooleja yhteistyössä, ja tavoitteiden yhteinen omistajuus on ammatillaisten, asiakkaan ja mahdollisesti tämän perheen jaettua vastuuta tavoitteiden asettamisesta aina niiden saavuttamiseen saakka. Prosessin refleктоinti on kykyä käsitellä tapahtuvaa ja oppia siitä.

Lisäksi Bronstein (2003, s. 299, 303) nimeää neljä moniammatillisen työskentelyn onnistumiseen vaikuttaa tekijää: Selkeällä ja myönteisellä ammatillisella roolilla hän viittaa vahvaan ammatilliseen identiteettiin; Rakenteelliset tekijät sisältävät organisaatiokulttuurin ja johdon suhtautumisen moniammatilliseen työskentelyyn, työskentelyn ajalliset ja paikalliset rajoitteet sekä taloudelliset ja ajalliset resurssit. Persoonallisiin tekijöihin kuuluvat yksilön asenteet ja hänen tapansa olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Ryhmän yhteinen historia taas osaltaan määrittää tulevan työskentelyn mahdollisuuksia: myönteinen historia luo myönteisyyttä, kielteinen tuo kielteisyyttä.

Toimiakseen moniammatillinen työskentely vaatii riittävästä yhteisymmärrystä työprosessin tavoitteista, keinoista ja työnjaosta (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s.23). Neuvottelua tarvitaan, koska lähtökohtaisesti eri ammattiryhmät eivät miellä tavoitetta samalla tavoin. Moniammatillinen työskentely haastaa väistämättä asiantuntijuuden ja tiedon olemuksen, koska jokainen tuo asiakkaan tilanteeseen oman tulkintansa, tietonsa ja arvopohjansa. Lisäksi haasteena on,

että päätöksentekotilanteessa jätetään tyypillisesti huomiotta informaatio, joka ei ole yhteistä. Siten työryhmä tulee helposti ilman neuvottelua keskittyneeksi informaatioon, jonka kaikki jo tietävät, eikä moniammatillisuuden tietovarantoa saadakaan hyödynnettyä. (Isoherranen 2012, s. 45.)

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen voidaan myös nähdä pyrkimyksenä systeemiseen lähestymistapaan, joka tuo päätöksentekoon moninäkökulmaisuutta ja holistisuutta (ks. Payne 2014). Klein (1990, s. 141 – 150, Isoherranen 2012, s. 19 mukaan) toteaa moniammatillisen yhteistyön pohjautuvan systeemisesti käsitettyyn biopsykososiaaliseen terveystieteeseen. Parhaimmillaan moniammatillisessa tiimityössä potilas kohdataan biopsykososiaalisena kokonaisuutena, hoidossa huomioidaan joustavasti kohdatut muutokset ja tiimi itsessään pyrkii toimimaan vuorovaikutteisena kokonaisuutena vastatessaan potilaan tarpeisiin. (Isoherranen 2012, s. 19.)

4. Tutkielman tavoite ja toteutus

Tämän tutkielman tarkoituksena on tarkastella sosiaalityön ja terveydenhuollon välille yhteispäivystyksissä sekä päivystyspoliklinikoilla muodostuvia jännitteitä sekä moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksia.

Tutkimuskysymykseni ovat:

Millaisia jännitteitä ja lisäarvoa muodostuu sosiaalipäivystäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä yhteistyössä yhteispäivystyksissä ja päivystyspoliklinikoilla?

Miten päivystysorganisaatio vaikuttaa sosiaalipäivystäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten moniammatilliseen yhteistyöhön?

Tutkimusmenetelmänäni on Jyväskylän avoimen yliopiston tehtävänannon mukaisesti kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Se on tutkimusmenetelmänä kvalitatiivinen, melko väljästi määritelty menetelmä, jolla ikään kuin tutkitaan aiemmin tutkittua tietoa rajatulta alueelta vastauksena tutkimusongelmaan. Kuvailevan katsauksen kolmesta toteutustavasta - toimituksellisesta, kommentoivasta ja yleiskatsauksesta - tämä tutkielma edustanee selvimmin kommentoivaa katsausta, jonka yhtenä tavoitteena on herättää keskustelua. Rakentamani synteesi muodostui monilta osin varsin puolueelliseksi alkaen kirjallisuusvalinnoistani, mutta myös sisällön analyysissä tekemiäni näkökulmavalintojen vuoksi. (Johansson 2007, s. 3-4; Salminen 2011, s. 4, 6-7.)

Kirjallisuuskatsauksessani en ole kehittänyt teoriaa, arvioinut olemassa olevaa teoriaa enkä kuvannut minkään teorian historiallista kehitystä. Sen sijaan tutkielmassani pyrin rakentamaan kokonaiskuvaa sosiaalipäivystäjien ja päivystysten terveydenhuollon henkilökunnan yhteistyön kokonaisuudesta ja

tunnistamaan heterogeenisen kirjallisuuden kautta yhteistyöhön liittyviä ongelmia. (ks. Salminen 2011, s. 3.)

Aineiston etsimiseen käytin Helsingin yliopiston Helka -tietokantaa, Google Scholaria sekä jo löytämiäni lähteiden lähdeluetteloita. Suomessa yhteispäivystysten ja päivystyspoliklinikoiden sosiaalityötä on tutkittu vielä varsin vähän, mikä aiheutti lähdekirjallisuuden valinnalle laadullisia haasteita. Kirjallisuus koostuukin sekä tutkimuskirjallisuudesta että terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muutostyön taustaksi syntyneistä raporteista ja kannanotoista. Lainvalmisteluun liittyviä asiakirjoja ja raportteja käytin saadakseni mukaan erilaisia kannanottoja ja keskustelua mahdollisimman moniäänisen tutkielman luomiseksi. Tuloksia tarkastellessa on kuitenkin otettava huomioon nämä valittu heikentävinä valintoina.

Aineistoa jäi lopulliseen työhön melko vähän; alun perin lähteitä oli enemmän, mutta sekä tutkielman sivumäärä että henkilökohtaisen ajan riittämättömyys rajasivat aineistoa. Aihe on lisäksi jossain määrin maaspesifi ja Suomeen liittyvää tutkimusta oli saatavilla niukasti. Tästä syystä jotkin väittämät voivat kulttuurillisen värityneisyyden vuoksi olla myös reliabiliteetiltaan heikkoja. Esimerkiksi tutkimukset paljon päivystyspalveluita käyttävien asiakkaiden taustoista olivat osittain ristiriitaisia. Lisäksi osa tutkimusaineistosta käsittelee sosiaalipäivystystyön sijaan terveydenhuollon sosiaalityötä. Olen kuitenkin pyrkinyt käyttämään tietoa niiltä osin kuin koin sen sosiaalipäivystyksellistä työtä vastaavaksi.

Lainvalmisteluasiakirjat ja arvioinnit	Tutkimukset
Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta (HE 224/2016)	Metteri 2012: Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö.
Stähle, M. (2016). HE 224/2016. 01.12.2016 Terveysosasto. Asiantuntijalausunto.	Isoherranen 2012: Uhka vai mahdollisuus. Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä.
Puustinen-Korhonen 2018: Maakunnallistuva sosiaalipäivystys. Sosiaalipäivystyksen pilottien kuvausta ja kehitysnäkymiä tulevaan sote-uudistukseen.	Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljestrom 2012: Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystyksen hoitoprosessissa.
Oppikirjat	Vallinen 2018: Sosiaalista diagnosoimassa. Tapaustutkimus Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen terveystieteiden osastosta ja asiantuntijuudesta.
Hujala 2017: Sosiaalityö päivystystilanteissa ja varautuminen häiriötilanteisiin.	Tolmala, Koponen, Hämäläinen, Korhonen, Koskinen, Asikainen & Kangasniemi 2019: Asiantuntijoiden näkemyksiä työn uusjaosta tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla. Delfoi-tutkimus.
Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019: Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä.	

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta sisältää esitykset erikoissairaanhoidon keskittämisestä, ensihoitoa ja kiireellistä hoitoa koskevista

säännöksistä sekä sosiaalihuoltolain sosiaalipäivystystä ja sosiaalihuollon saatavuutta ja saavutettavuutta koskevista säännöksistä. Esitykseen on tiivistetty taustatutkimukseksi tehtyjen raporttien ja pyydettyjen kannanottojen lainvalmistelun intressien mukaisesti valikoitunut anti.

Terveyssosiaalityöntekijät ry:n asiantuntijalausunnossa (Stähle 2016) Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle Terveyssosiaalityöntekijät ry julkistaa oman näkökulmansa eri käsitteiden selventämiseen (SHL 29§), sosiaalipäivystyksen keskittämiseen laajan päivystyksen yksiköihin, terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyöhön sekä sosiaalihuollon palveluiden järjestämiseen päivystysluonteisesti. Asiakirja valikoitui tutkielmani aineistoksi sen empiirisen otteen vuoksi.

Puustinen-Korhosen Maakunnallistuva sosiaalipäivystys - Sosiaalipäivystyksen pilottien kuvausta ja kehitysnäkymiä tulevaan sote-uudistukseen on Kuntaliiton raportti sairaaloiden yhteispäivystyksissä toteutetuista sosiaalipäivystyksen piloteista ajalla 2016-2018. Raportin taustalla ollut kysely toteutettiin sairaanhoitopiirien keskuskaupungeissa maaliskuussa 2018. Sosiaalipäivystyksen pilotteja oli toteutettu Etelä-Savossa, Päijät-Hämeessä, Satakunnassa, Pohjois-Savossa, Varsinais-Suomessa, Kanta-Hämeessä, Kainuussa ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Hujalan Sosiaalityö päivystystilanteissa ja varautuminen häiriötilanteisiin on luku Sosiaalityön käsikirjasta. Teoksen voi kokonaisuudessaan nähdä oppimateriaalina. Hujala on työskennellyt pitkään sosiaali- ja terveysministeriössä vastaten muun muassa sosiaalipäivystyksen laajentamisesta koko maahan sekä sosiaalihuollon valmiussuunnitelman ohjeistamisesta.

Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen kartoittavat kirjassa Moniammatillinen yhteistyö moniammatillisuuden käsitteitä ja käytänteitä sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristössä. Lähteen käyttö kirjallisuuskatsauksen aineistona voi olla epävalidia, koska samaista lukua käytetään myös moniammatillisuuden teoriaa esittelevässä luvussa kolme. Olen kuitenkin pyrkinyt erottamaan käsitteiden määrittelyn ja käytänteet eri puolille tutkimusasetelmaa. Kirjoittajat toimivat Itä-Suomen yliopistossa tutkijoina ja yliopistonlehtoreina/professorina.

Metteri on tutkinut väitöskirjassaan vuosina 1998 ja 2000 terveyssosiaalityöntekijöiden raporttoimia omassa työssään asiakkaille kohtuuttomiksi arvioimiaan tilanteita. Kysely oli valtakunnallinen ja sisälsi 303 raportoitua tapausta. Tutkimus paikantuu terveyssosiaalityöhön, mutta sen esittelemät epäkohdat ovat mahdollisia myös sosiaalipäivystäjien ja terveydenhuollon henkilökunnan yhteistyössä ja yhä ajankohtaisia.

Isoherranen kartoittaa väitöstutkimuksessaan Uhka vai mahdollisuus eri asiantuntijoiden kohtaamia haasteita ja ilmiöitä moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä. Laadullisen tutkimuksen aineisto on kerätty akuuttihoitoa antavassa suuressa sairaalassa fokusryhmähaastatteluina, joihin osallistui lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia, toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja sekä sosiaalityöntekijöitä, yhteensä 81 henkilöä.

Collinin, Vallealan, Herrasen, Paloniemen ja Pyhälä-Liljeströmin tutkimus oli osa ryhmätoiminnan ja moniammatillisuuden tutkimus- ja kehittämishanketta (RYMY), joka toteutettiin Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueella vuosina 2010–2012. Moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita sairaalan päivystysalueen päivystyspolinikalla tutkittiin etnografista tutkimusstrategiaa hyödyntäen. Aineisto kerättiin havainnoimalla, äänitallenteilla ja haastatteleamalla.

Vallisen sosiaalityön pro gradu -tutkielma on osa Satakunnan keskussairaalan ja Porin kaupungin Perusturvakeskuksen vuonna 2017 alkanutta pilottia, jossa terveysosiaalityöntekijän toimeen yhdistettiin viranomaisoikeudet sisältävä määräaikainen virka. Kvalitatiivisen tapaustutkimuksen aineistona käytettiin 18:sta sosiaalityöntekijän Satakunnan sairaanhoitopiiriin yhteispäivystyksessä sekä Porin kaupungin Perusturvassa kirjaamaa potilasdokumenttia.

Tolmala, Koponen, Hämäläinen, Korhonen, Koskinen, Asikainen ja Kangasniemi tekivät Delfoi-tutkimuksen tarkoituksenaan kuvata asiantuntijoiden käsityksiä sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmien työnjaosta tulevaisuudessa. Aineiston hankinta toteutettiin kahdessa kierroksessa syksyllä 2016 ja keväällä 2017. Delfoin ensimmäinen kierros toteutettiin yksilöhaastatteluina, ja toinen verkkokyselyinä; tutkimukseen osallistui 16 sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijaa.

5. Moniammatillisen yhteistyön jännitteitä ja mahdollisuuksia päivystyksissä

Tutkielmani aineistossa sosiaalipäivystäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen yhteistyön jännitteet näyttäytyvät professioiden välisinä, arjen käytännöissä ja verkoissa syntyvinä sekä ulkoisesta ohjauksesta ja organisaation valinnoista johtuvina. Sosiaalityön asiakkaille ja moniammatilliselle asiakastyölle tuoma lisäarvo perustuu pitkälti sosiaalityön tietopohjalle, tavoitteen asettelulle sekä yhteistyöverkostoille, jotka poikkeavat terveydenhuollon ammattilaisten vastaavista. Tuon lisäarvon hyödyntäminen moniammatillisessa organisaatiossa vaatii kuitenkin ammattilaisten keskinäistä neuvottelua ja ohjausta sekä organisaation tukea ja resursseja moniammatillista yhteistyötä hankaloittavien jännitteiden purkamiseksi.

5.1. Jännitteet professioiden välillä

Sekä sosiaali- että terveydenhuoltoaloilla työnjako on vahvasti ammattitehtävälähtöistä, ja rajat ammattiryhmien ja työroolien välillä virallisesti määriteltyjä. Ammattilähtöisen työnjaon taustalla vaikuttavat ammattinimikkeet ja koulutus, sekä niihin kytkeytyvät erilaiset työmenetelmät, toimintamallit ja tekninen suorittaminen. Ammattiryhmien rajoja pidetään yllä valtasuhteilla, ammattien välisillä hierarkioilla, sekä professioihin perustuvalla vallankäytöllä, joihin vaikuttavat sekä kansainväliset linjaukset että kansallinen lainsäädäntö ja kansallinen politiikka. Myös ammattijärjestöillä, alan koulutuksella sekä palveluiden tuottajilla ja asiakkailta on oma osuutensa ammattien määrittelyssä. Organisaatiotasolla organisaation kulttuuri sekä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat työnkuviin ja henkilöstön tapaan toimia. (Tolmala, Koponen, Hämäläinen, Korhonen, Koskinen, Asikainen & Kangasniemi 2019.)

Vastatessaan äkillisen sairastumisen tai vamman edellyttämään välittömän arvioinnin ja hoidon tarpeeseen terveydenhuollon päivystysyksiköt ovat lähtökohtaisesti terveydenhuollon ja lääketieteellisen tiedon ympärille rakentuneita yksiköitä. Lukkarinen (2016, s. 2400) näkee päivystykset vieläpä hoitohenkilökunnasta käsin ohjautuviksi yksiköiksi sairaanhoitajien ollessa päivystyksen vakainaista henkilökuntaa, kun taas lääkärit tulevat muualta tekemään työvuoroja päivystykseen. Toisaalta terveydenhuollon toimintaympäristössä lääketieteen edustajan rooliin liittyvä valta-asema mielletään edelleen muiden ammattiryhmien statusta korkeammaksi. Lääkärien tapa nähdä potilaan tilanne nimenomaan terveyden edistämisen näkökulmasta ottamatta huomioon potilaan elämään vaikuttavia muita tekijöitä, kuten asuinympäristöä ja lähiverkostoa, saattaakin osaltaan rajata myös hoitohenkilökunnan yhteistyötä sosiaalityön kanssa. rajata hoitohenkilökuntaa enemmän sosiaalityön toimintamahdollisuuksia päivystystyössä. (ks. Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s.16; ks. Isoherranen 2012, s. 48.)

Päivystystyö on kuitenkin terveydenhuollon toiminnan osaltakin murroksessa. Vaihtuvaa lääkäritilannetta pyritään korjaamaan luomalla päivystyksiin omia erikoistuvien ja erikoislääkäreiden virkapoljia, mutta myös sairaanhoitajien vastuualuetta pyritään laajentamaan sopimalla selkeästi sairaanhoitajien vastuulle kuuluvista potilasryhmistä. Lukkarisen mukaan päivystyksen alkuvaiheen arvioinnissa korostuu kriittisesti sairaiden mahdollisimman luotettava tunnistaminen odottamaan kykenevistä, jonka jälkeen valitaan hoitolinja sekä määritellään ammattihenkilö tai hoitotiimi potilaan kotiuttamiseen tai osastolle siirtämiseen. Avun voi antaa niin lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä kuin moniammatillinen tiimikin. (Lukkarinen 2016, s. 2400-2401; ks. Stähle 2016, s. 4.)

Päivystyksen sosiaalityötä tehdään terveydenhuollon ja lääketieteen määrittämässä kehyksessä, ja sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyden ymmärtämisen lisäksi sosiaalityöntekijän onkin huomioitava myös terveydenhuollon potilaan hoidolle ja kuntoutukselle asettamat tavoitteet (Kananoja 2016, 350; Keefe & Evans 2013, 13; ks. Gåfväls, Rane, Wajngot & Wändell 2014). Siinä missä sairaanhoito on terveydenhuoltolain (1326/2010) 24 §:n mukaan sairauksien ehkäisemistä, parantamista ja kärsimysten lievittämistä hoidon ja ohjauksen keinoin, määritellään sosiaalityön tavoitteeksi sosiaalihuoltolain (1301/2014) 15 §:ssä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen elämäntilanteen vaikeuksien lieventäminen, yksilöiden ja perheiden omien toimintaedellytysten ja osallisuuden vahvistaminen sekä yhteisöjen sosiaalisen eheyden edistäminen.

Työ päivystyksissä on vuorotyötä, ja jatkuvat muutokset potilaita hoitavissa työryhmissä vaikeuttavat moniammatillista toimintaa. Suuret potilasmäärät yhdessä nopean päätöksenteon vaatimusten ja hoitosuunnitelmien monimutkaisuuden kanssa kaventavat eri ammattilaisten välisen kommunikaation ja keskinäisen luottamuksen rakentamisen mahdollisuuksia. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, s. 32.) Useimmissa yhteispäivystyksistä työskentelee työvuorossa yhdestä kolmeen työntekijää, joista sosiaalipäivystyksen aukioloaikoina ainakin yhdellä on kuntaan virkasuhde ja sen antamat oikeudet tehdä sosiaalihuollon viranomaispäätöksiä. Joka kolmannessa sairaaloista sosiaalipäivystystoiminta on ympärivuorokautista, ja suurimmassa osassa sosiaalipäivystäjä on sairaalassa fyysisesti tavoitettavissa, joskin yöaikana vain harvoin. (Ollila, Holopainen, Juurikkala & Rapeli 2019, s. 54.)

Moniammatillisuus ei päivystyksissä kuitenkaan tiivisty yksinomaan sosiaalipäivystäjien ja hoitohenkilökunnan yhteistoimintaan vaan molemmilla ammattikunnilla on lukuisia muitakin ammattilaisten välisiä yhdyspintoja. Terveydenhuollon toimijoista tärkein kumppani sosiaalipäivystykselle on ensihoito, jonka kanssa sosiaalipäivystäjät tekevät nykyään myös liikkuvaa työtä. Akuutteja tilanteita ratkaistaan yhä enemmän tapahtumapaikalla ilman asiakkaan kuljettamista päivystykseen. Eniten yhteistyötä sosiaalipäivystäjät tekevät poliisin ja hätäkeskuksen kanssa. (Puustinen-Korhonen 2018, s.23.)

Sosiaalipäivystyksen lisäksi terveydenhuollon yksiköissä sosiaalityötä edustavat myös terveydenhuollon sosiaalityöntekijät. Sekä sosiaalipäivystyksen että terveysosastotyön sosiaalityöntekijöiden työtehtävät ovat osittain päällekkäisiä ja osittain molemmilla omaa erityisosaamista vaativia. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä työskentelee sairaanhoitopiireissä usein sekä somaattisista että mielenterveyden sairauksista kärsivien potilaiden hoidon avustamisessa. Vaikka terveysosastotyössä työ painottuu pääosin ennalta ehkäisevään ja sosiaaliohjaukselliseen tukeen, on terveydenhuollon

sosiaalityöllä oma roolinsa myös päivystyksellisessä työssä ja kiireellisessä psykososiaalisessa työssä. (Stähle 2016, s. 3.)

Terveyssosiaalityöntekijät ry tuo asiantuntijalausunnossaan lakimuutoksen valmistelutyölle esiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden vaikeuden erottaa sosiaalipäivystyksen vastuualueet terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden työnkuvasta. Samoin terveydenhuollon päivystyksen tarvitseman sosiaalityön, terveyssosiaalityön päivystyksellisen luonteen sekä sosiaalihuoltolain 29§:n mukaisen sosiaalipäivystystyön sisällöllisiä eroja voi olla hankalaa ymmärtää. Kaikissa näistä sektoreista sosiaalityöntekijät tekevät päivystyksellislousteista työtä. Terveydenhuollon henkilöstölle kuuluva sosiaalihuollon tarpeen tunnistamisen tarve ei myöskään rajoitu ainoastaan terveydenhuollon päivystysyksiköihin. (Stähle 2016, s. 3; ks. HE 224/2016.)

5.2. Käytännön yhteistyön rajoitteet

Moniammatillista yhteistyötä potilaan hoitoprosessissa vaikeuttavat erityisesti tiedonkulun ongelmat, epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Kiireen ja henkilökunnan vaihtuvuuden lisäksi epäselvyyksiä aiheutuu yksilöiden asenteista, organisaatiomuutoksista ja organisaation toimintaohjeiden erilaisista tulkinnoista. Myös tilasuunnittelulla ja aikataulullisilla haasteilla on oma osuutensa yhteistyön mahdollistajina. Rakenteellisia syitä työn kuormitukselle ovat muun muassa päivystystä ruuhkauttavat jatkohoitopaikkojen niukkuus, henkilökuntavaje sekä yllättävät piikit potilasmäärissä tai tapausten lääketieteellinen vaikeus. (Collin, Valleala, Herranen, Piloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, s.37.)

Päivystyksessä terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi potilaan tilanteen ensimmäiseksi. Lyhyellä päivystyskohtaamisella asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen vaatii terveydenhoidon työntekijältä psykososiaalisten tekijöiden huomioimista fyysisten oireiden hoitamisen ohessa. Puheeksi pitää ymmärtää ottaa potilaan kokonaisyhyvinvoinnin kannalta merkittäviä asioita, jotka eivät suoraan liity hoitotilanteeseen ja saattavat pitkittää muutoinkin aikarajattua kohtaamista. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s.16.) Toisaalta päihtynyt, sekava tai aggressiivinen asiakas haastaa kokonaisvaltaisen elämäntilanteen selvittelyä (ks. Suikkala & Laine 2010, s. 201–203).

Sosiaalipäivystyksen asiakkuudet ovat myös ajallisesti lyhytkestoisia. Asiakastilanteet tulevat yllättäen ja palvelujen tarve on välitön; asiakkaan tilanne arvioidaan ripeästi ja usein perustuen niukkaan informaatioon. Erityisen tuen ja erityisen vaativan elämäntilanteen piirteiden tunnistaminen on kuitenkin sosiaalityöntekijän ominta osaamisaluetta. Työskentelyssä keskeistä on kiireellisen tarpeen arvioiminen, neuvonta sekä tilanteessa tarvittavien kiireellisten toimenpiteiden toteuttaminen ja delegointi. Sosiaalipäivystäjien päätöksenteko-oikeudet ovat syystäkin laajat. (Hujala 2017, s. 329.)

Hallituksen esityksessä eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta (HE 224/2016) päivystyksen terveydenhuollon sekä sosiaalipäivystyksen yhteistyön puutteeksi nähtiin yhteisen asiakaslähtöisen prosessin toteutumattomuus. Terveydenhuollon ammattihenkilöiltä puuttuu yhä rohkeutta ja osaamista sosiaalihuoltolain mukaisten potilaiden sosiaalihuollon tarvetta koskevien ilmoitusten tekemiseen, ja he tarvitsivat lisää tietoa esimerkiksi terveystyö-, aikuis- ja perhesosiaalityöstä sekä sosiaalipäivystyksestä tunnistaakseen paremmin sosiaalityön ja lastensuojelun tarpeita (Stähle 2016, s. 3; Puustinen-Korhonen 2018, s. 24, 29; ks. Vallinen 2019, s. 43).

Terveydenhuollon henkilökunnan epävarmuutta on omiaan lisäämään organisaatiossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden asettuminen hallinnollisesti eri sektoreihin: Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ovat työskennelleet terveydenhuollon toimintaympäristöissä osana terveydenhuollon organisaatiota ja siksi vailla sosiaalihuollon viranomaisoikeuksia tai oikeuksia sosiaalihuollon asiakastietoihin. Heillä on kuitenkin käytössään terveydenhuollon asiakastietojärjestelmä kirjaamis- ja katseluoikeuksin. (Puustinen-Korhonen 2018, s. 4, 24.) Tästä huolimatta he eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilöitä vaan sosiaalihuollon ammattihenkilöiden mukaisesti laillistettuja sosiaalityöntekijöitä (Stähle 2016, s. 3). Sosiaalipäivystyksen työntekijät sen sijaan ovat hallinnollisesti sosiaalihuollon henkilökuntaa, ja heidän on mahdollista tehdä viranomaispäätöksiä. Sosiaalipäivystyksen sosiaalityöntekijöillä ei tietosuojan ja salassapidon vuoksi ole oikeuksia terveydenhuollon tiedostoihin eikä vastaavasti terveydenhuollolla sosiaalihuollon asiakastiedostoihin, joihin sosiaalipäivystys kirjaa toimintansa sosiaalihuollon asiakaslain ja sosiaalihuoltolain edellyttämästi. (Puustinen-Korhonen 2018, s. 4, 23–24.)

Sosiaalityöntekijät kokevat yhteisen palvelutarpeen arvioinnin puutteen johtavan toisinaan tilanteisiin, joissa sosiaalipalvelujen edellytetään korvaavan toimimatonta terveydenhuoltoa. Terveydenhuollon henkilöstö puolestaan kokee erikoissairaanhoidon joutuvan käyttämään kalliita vuodepaikkoja tilanteissa, joissa potilaan mahdollisuutta sosiaalipalvelujen käyttämiseen ei arvioida. (HE 224/2016.) Usein katkokset hoidon yhteisessä suunnittelussa palautuvat vuorovaikutuksen haasteisiin. Päivystysympäristön tehokkuus ja pyrkimys toiminnan tarkoituksenmukaisuuteen on muokannut hoitajien ja lääkäreiden vuorovaikutuksen mahdollisimman lyhyeksi ja nopeaksi, joka päivystyksen kiiressä on järkeenkäypä kehityskulku. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, s. 38.) Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyön kokemukset kriisityössä, akuuttien päihdepalvelujen yhteistyössä, sekä ensisuoja palveluissa tai mielenterveystyössä on koettu kuitenkin toimiviksi ja vanhusten kotona asumisen korostuminen on lisää yhteisen päivystystyön kehittämisen paikkoja entisestään (HE 224/2016).

Yleisen käsityksen mukaan päivystyksen sosiaalityöntekijän mahdollisuus tehdä sosiaalihoitoa koskevia päätöksiä jo terveydenhuollon päivystyksessä nopeuttaa asiakkaan pääsyä palvelujen piiriin (vrt. Stähle 2016, s. 3). Sosiaalipäivystyksen pitäminen terveydenhuollon päivystyksen tavoin hätäluonteisena vaatii sosiaalipäivystäjiltä toimivaa yhteistyötä myös terveydenhuollon sosiaalityöntekijöihin sekä muihin sosiaalipalveluihin. Täten on mahdollista ehkäistä sekä asiakkaiden putoamista palveluiden väliin että päällekkäistä työtä. (ks. Puustinen-Korhonen 2018, s. 5, 26.)

Ongelmana sujuvien palveluketjujen järjestämisessä on kuitenkin sosiaalihoitoon palveluiden virastoaikaisuus, hakemuksiin ja päätöksiin perustuvan toiminnan jäykkyys sekä sosiaalityön eri sektoreiden kykenemättömyys ketjuttaa palveluja ilman palvelukohtaisesti uudelleen tehtävää palvelutarpeen arviota. Sosiaalihoito ei ole epähierarkkista, vaan sosiaalityön eri yksiköt ylläpitävät vahvoja organisaatioiden välisiä rajoja ja niihin liittyviä valtasuhteita. Aikuisen asiakkaan siirtäminen suoraan terveydenhuollosta esimerkiksi palveluasumiseen tai päihdekuntoutukseen ei ole mahdollista, vaikka tarve tunnistettaisiin terveydenhuollossa työskentelevän sosiaalityöntekijän taholta asianmukaisesti. Palveluissa on myös isoja paikkakuntaeroja eivätkä ne ole tasapuolisesti kaikille saatavilla. (Metteri 2012, s. 6; Stähle 2016, s. 4.) Terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen vaatii myös sosiaalihoitolta työtehtävien ja vastuiden määrittämistä uudelleen. (Puustinen-Korhonen 2018, s. 4.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tueksi kerätään nykyisin varsin kattavasti tietoa, mutta se sijaitsee hajautettuna erilaisiin tietokantoihin sekä eri ammattihenkilöiden käyttöön. Tietojen rajatulla käytöllä varmistetaan erityisesti asiakkaan tietosuojaa. Johtuen eri ammattiryhmien ja taustaorganisaatioiden erilaisista tietosuojaa koskevan sääntelyn tulkinnoista, käytännöt potilas- ja asiakastietojen luovuttamisesta ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä vaihtelevat. (Puustinen-Korhonen 2018, s. 22.) Arkisen työskentelyn monimutkaistumisen ohella jaetun tiedon riittämättömyys voi estää asianmukaisella tietopohjalla perusteltua päätöksentekoa ja estää asiakasta saamasta tarvitsemaansa tukea tai asettaa hänet jopa vaaraan. (ks. Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s.19.) Yhtenä tällaisena esimerkkinä on esimerkiksi mielenterveyden ongelmista kärsivän vanhemman hoidon ja lastensuojelun välisten tietokatkosten lapselle aiheuttamat vaaratilanteet.

Sosiaali- ja terveystieteen kirjaamiskulttuurien erilaisuus eristää omalta osaltaan tiedon hyödynnettävyyttä ammattiryhmien keskinäisessä yhteistyössä ja tiedonkulussa. Rakenteisen kirjaamisen kautta sosiaalityön kvalitatiivinen tiedon tuottamisen tapa koetetaan muokata esimerkiksi Apotin tai vaikkapa ICF-luokituksen kautta vastaamaan terveydenhuollon tiedonkäsittelylle tyypillisempää mittamisen kulttuuria. (Vallinen, 2018, s.18.)

5.3. Ulkoinen ohjaus yhteisen työn määrittäjänä

Sosiaalipäivystyksen keskittäminen laajan päivystyksen yksiköihin on osa valtakunnallista tulos- ja tehostamisstrategiaa, joka sosiaalipäivystyksellisellä työlläkin laajennettuna edelleen tavoittelee palveluiden kohdentamista tarkkaan määritellylle asiakasryhmälle. Tavoitteena on päivystyksen ruuhkautumisen helpottuminen kiireettömän avun tarpeen siirtyessä niitä tarjoaviin palveluihin. Päivystys näyttäytyy kuitenkin monille avun tarvitsijoille edelleen saatavuudeltaan ja saavutettavuudeltaan helpoimmin lähestyttävä paikkana, jopa ainoana asiakkaan tietämänä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluna tai asiakkaan mielestä palveluista parhaiten toimivana. Asiakasryhmälähtöisesti tarkasteltaessa kehittämistyön keskiöön nousevatkin palveluiden suurkuluttajien tarpeet. (Suikkala & Laine 2010, s.198.)

Terveydenhoidolla ja sosiaalityöllä onkin lukemattomia yhtäaikaista, usein keskenään ristiriitaisia tavoitteita, kuten palvelujen saatavuus, toiminnan kannattavuus, palveluiden korkea laatu, kustannusten hillitseminen, turvallisuus, asiakaslähtöisyys tai asiakastyytyväisyys. Porterin (2010) arvoperustainen näkökulma ratkaisee monen muuttajan yhtälön kuitenkin asettamalla palvelutuotannon arvolähtökohdaksi nimenomaan asiakkaalle tuotetun hyödyn ja kompleksien ongelmien ratkaisuksi verkostotyön. Koska työn arvo riippuu aikaansaaduista tuloksista, ei panoksista, on terveydenhuollon ja sosiaalityön arvo mitattava saavutetuilla tuloksilla, ei tarjottujen palvelujen määrällä. Kustannusten vähentämiseksi on usein toimivinta panostaa niihin palveluihin, jotka ratkaisevasti vähentävät muita palvelutarpeita. (Porter 2010, s.1; Isoherranen 2012, s.10.)

Toistaiseksi päivystykseen hakeutuvia potilaita on kohdeltu kunnissa eri tavoin. Organisaatiotasolla on joissain tapauksissa tehty resursseihin vedoten ohjeistuksia asiakastapauksista, joissa moniammattilliseen työskentelyyn ryhdytään ja niistä, joissa ei. Kekoni ynnä muut (2019, s.13) ovat kuitenkin sitä mieltä, että yhden toimijan näkökulmasta lukkoon lyödyt toimintaohjeet hankaloittavat työskentelyä muiden toimijoiden näkökulmasta, vaikka tarkoituksena olisikin säästämisen ohella työn organisointi. Myös vaillinaisen resurssointi puute vaikeuttaa ratkaisujen löytymistä asiakkaan tilanteeseen. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen ja Hirvonen 2019, s.13.) Ammattihenkilölle asetetut toimintaehdot ovat lisäksi omiaan rajaamaan sosiaali- ja terveystyöpalvelujen ammattilaisten työn kaksoisluonnetta sekä organisaation että asiakkaan työntekijänä ja työhön kuuluvaa jatkuvaa moraalista puntaointia. Organisaatiolähtöisessä toimintatavassa asiakkaan tilanteen psykososiaalinen ulottuvuus voi jäädä tunnistamatta ja hänen tietonsa ja kokemuksensa huomioimatta tilanteen arvioinnissa. (Metteri 2012, s. 127-129, 137.)

Päivystysuudistuksessa on lähtökohtaisesti pyritty kuitenkin huomioimaan paljon palveluja tarvitsevien konkreettiset tarpeet. Esimerkiksi monien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kyky hakeutua palveluihin on heikentynyt, jolloin päivystyksessä terveydenhuoltolain (1301/2014) 50 a.5 §:n mukaisesti tulee huolehtia sekä terveydenhuollollisen hoidon että akuutin sosiaalityön tarpeen arvioinnista, jatkohoidon turvaamisesta ja tuesta silloinkin, kun asiakas ei ole välittömän erikoissairaanhoidon tarpeessa. (ks. Metteri 2012, s. 107; ks. Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, s.39; HE 224/2016.) Yhä alueittain ilmenevä vaje esimerkiksi päihdetyön päivystyksessä onkin siten enemmän organisaatiotason ongelma kuin puute lainsäätäjän tahtotilassa.

5.4. Sosiaalityön lisäarvo päivystyksen asiakkaille

Asiakkaita ja asiakkaiden huolia valikoivat ammattilaisten käytännöt ovat sekä sosiaali- että terveyspalveluissa yleisiä. Blomgrenin ynnä muiden (2016, s.59) tutkimuksessa asiakkaat toivat esiin palveluissa käytännöiksi muodostuneita tapoja sekä työntekijöiden asenteita, jotka olivat aiheuttaneet asiakkaissa poiskäännynnän kokemuksiä (ks. myös Määttä & Keskitalo 2014). Työntekijän voi olla vaikea irrottautua asiakkaasta aiemmin tekemästään kielteisestä arviosta, johon on vaikuttanut vaikkapa alkoholinkäyttöhistoria, asiakkaan tarpeiden kompleksisuus tai asiakkaan toistuvat, suuria kuluja aiheuttavat tarpeet. Työntekijän turhautumisen syynä voi olla myös esimerkiksi asiakkaan haluttomuus tai kyvyttömyys edistää itse omaa kuntoutumistaan. (Metteri 2012, s. 151.) Monissa palveluissa toimii erityisiä portinvartijoita, esimerkiksi päivystyksen triage-hoitaja, jotka määrittävät kennellä on mahdollisuus päästä avun äärelle (ks. Blomgren, Karjalainen, Karjalainen, Kivipelto, Saikkonen & Saikku 2016, s.59).

Metteri (2012, s. 11, 129) korostaa sosiaalityöntekijän professionsa antamaa mahdollisuutta ja velvoitetta ehkäistä organisaatiolähtöistä asiakasvalintaa yhdistämällä suhdeperustainen asiakastyö ja rakenteellinen sosiaalityö. Koska sosiaalityöntekijät työskentelevät poikkeuksesta laajassa monialaisessa verkostossa, on heillä laajat mahdollisuudet myös sosiaaliseen asianajoon niin halutessaan. Asiakastyön ohella päivystyksen sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluukin toiminta sosiaalialan asiantuntijana terveydenhuollossa sekä yhteistyö sairaalan ulkopuolisten viranomaisten kanssa (Kananoja 2016, s. 348 – 350; Vallinen 2018, s. 12). Laine (2014, s. 26) nimeää yhdeksi sosiaalityöntekijän rooliksi nimenomaan ammattiryhmien välisten rajojen madaltajan roolin. Samalla sosiaalityöntekijä pitää sosiaalialan asiantuntemusta esillä terveydenhuollossa, sekä johdon että työryhmien tietoisuudessa (Vallinen, 2018, s.20). Ollilan ynnä muiden (2019, s. 56) Sosiaali- ja terveysministeriölle tekemän raportin mukaan sosiaalipäivystyksen edustus terveydenhuollon päivystyksen johto- ja kehittämistyöryhmissä on edelleen vähäistä tai sitä ei ole lainkaan. Sosiaalityölle vieraassa terveydenhuollon

ympäristössä sosiaalityötä määrittääkin yhä eräänlainen toissijaisuus suhteessa organisaation ydintoinnille ensisijaisempiin ammattikuntiin (Laine 2014, s. 29).

Moniammatillisissa toimintaympäristöissä eri ammattilaisten ymmärrys toistensa erityisalasta on väistämättä vaillinaista, ja kiireessä asiakas voi saada asiantuntijalta riittämättömiä tai virheellisiä neuvoja osaamatta kyseenalaistaa niitä. Huolestuneelle tai kriisiytyneelle asiakkaalle vastaamatta jättäminenkin voi toimia myöntävänä vastauksena. Sairastuneena asiakkaalla ei välttämättä ole myöskään valmiuksia hakea vaihtoehtoja informaatiota. (Metteri 2012, s. 122-124; ks. Blomgren, Karjalainen, Karjalainen, Kivipelto, Saikkonen & Saikku 2016, s.61.) Sosiaaliturvavastuun kantamisen puutteet näyttäytyvät esimerkiksi lääkäreiden vajavaisina tai viivästyneinä lausuntoina tai kokonaistilanteen puutteellisena huomioonottamisena. On olemassa lukemattomia etuuksia, jotka mahdollistuvat vain lääkärin oikealla tavalla perustelemilla ja oikea-aikaisilla lausunnoilla. (Metteri 2012, s. 152, 155.) Myös lääkärin välisen yhteistyön puute saattaa viivästyttää asiakkaiden pääsyä muihin palveluihin tai etuuksiin.

Parhaimmillaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyö voi toimia asiakkaalle tarkoituksenmukaisimman lopputuloksen moottorina, mutta se edellyttää asiakkaan tilanteen riittävää kokonaisarviota sekä asiakkaan ohjaamista toiselle työntekijälle tai viranomaiselle tilanteissa, joissa oma osaaminen ei riitä (Blomgren, Karjalainen, Karjalainen, Kivipelto, Saikkonen & Saikku 2016, s.70). Toisen ammattilaisen opastaminen ei ole vierasta terveydenhuollon konteksteissa, mutta se liittyy yleensä tilanteisiin, jossa kokenut neuvoo kokemattomampaa ja on yleisempää ammattiryhmittäin kuin ammattien välillä. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012, s.40.) Terveydenhuollon päivystyksissä olisi kuitenkin hedelmällistä mieltää järjestelmällinen ja toistuva opastaminen enenevässä määrin myös ammattikuntien väliseksi itsestään selvyudeksi. Siten eri ammattikunnan edustajien on mahdollista myös toimia tulkkeina toisilleen asiakkaan erityistarpeista (Metteri 2012, s. 141).

Blomgren ynnä muut (2016, s. 68) näkevät hyvän palvelukokemuksen tuottamisen totuttujen toimintatapojen muuttamisena: helpotettuna saavutettavuutena ja saatavuutena, asiakaslähtöisyytenä ja asiakkaan tasavertaisuutena sekä viranomaisten että muiden asiakkaiden ja asiakasryhmien kanssa. Lisäksi Blomgren ynnä muut korostavat päätöksenteon avoimuutta ja läpinäkyvyyttä sekä yksinkertaisia ja helposti ymmärrettäviä asioiden etenemis- ja käsittelyprosesseja. Keski-Suomen SOTE 2020 -hankkeessa tavoiteltiin päivystysasiakkaiden saaman palvelun kokonaisvaltaisuuden ja laadun parantamista lisäämällä konkreettisilla työmalleilla terveydenhuollon ja sosiaalityön ammattilaisten tiimityötä. Pilotin aikana sosiaalityön konsultaatioiden määrä kymmenkertaistui, johon tärkeimpänä syynä pidettiin sosiaalityöntekijöiden parempaa tavoitettavuutta ja työskentelyä paikan päällä

päivystysryhmän jäsenenä. Sosiaalityöntekijä pystyi näin selvittämään asiakkaiden tilanteen terveydenhuollon tutkimusten ja hoitojen ohella. (HE 224/2016)

6. Pohdinta

Yhteispäivestyksissä ja päivystyspoliklinikoilla kompleksit asiakastilanteet voivat osoittautua sosiaalipäivystäjille ja terveydenhuollon ammattilaisille hedelmällisiksi yhdyspinnoiksi, joissa kollektiivista tietovarantoa sekä luodaan että hyödynnetään. Vastuu potilaan toipumisesta ja hyvinvoinnista jakautuu kuitenkin yksittäisten ammattihenkilöiden ja yhdessä toimivien tiimien lisäksi organisaatiolle mahdollistajana ja työkultuurin luojana sekä potilaalle oman toipumisen aktiivisena osallistujana ja oman tilanteen ja kykyjen tietovarantona. Lisäisin tähän listaan kuitenkin vielä laajemman poliittisen vastuun sekä kaikkien meidän kansalaisten vastuun diskurssien luomisesta ja ylläpitämisestä.

Aineiston perusteella sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä hiertivät samat elementit, joille professiot rakentuvat: Koulutukselle ja siitä kumpuaville erilaisille työtavoille, arvoille ja asenteille sekä professioihin tiivistyvälle historian kerrostamalle hierarkian painolastille. Tässä mielessä on ymmärrettävää, että havahtuminen palveluiden integroimisen välttämättömyyteen on pikkuhiljaa tuottamassa myös koulutuksellista yhteistyötä ja poikkitieteellisiä opintoja. Yhteyden virittäminen työelämässä on helpompaa, kun sitä voi rakentaa opiskeluaikana saadulle ymmärrykselle.

Nykyisissä päivestyksissä eri ammattilaiset vaikuttavat yhä hakevan tukea ensisijaisesti oman ammattikuntansa edustajilta. Yhteinen työ näyttäytyy rinnakkaisena, ja työtapa ja palvelupolkuja neuvotaan ensisijaisesti uusille oman ammattiryhmän edustajille. Samalla tuskailaan sitä, etteivät toiset ammattiryhmät toimi toivotusti tai jäävät vieraiksi. Professionien rajat ylittävää yhteistyötä saadaan vielä odottaa. Sosiaalityön näkyväksi tekeminen terveydenhuollon yksiköissä on edelleen tarpeen. Terveysosiaalityön juuret ovat 1920-luvulla ja silti se yhä monissa yksiköissä jää herkästi 'toisen' asemaan. Sosiaalityöntekijän on yhä terveydenhuollon kontekstissa pidettävä ääntä itsestään, kerrottava kuka on ja mitä tekee, ja toistettava sanomaansa säännöllisesti.

Toki myös tiimit ja verkostot, joissa eri alojen ammattilaiset toimivat, ovat myös erilaisia huolimatta siitä, että päivystysorganisaatio on yhteinen. Jo lähtökohtaisesti erilainen tavoitteenasettelu ja erilaiset vastuut suhteessa asiakkaaseen kiinnittävät eri alojen ammattilaisia erilaisiin verkostoihin ja palvelukokonaisuuksiin. Terveydenhuolto ja sosiaalityö eivät ole toistensa ensisijaiset yhteistyökumppanit päivystyksessäkään. Asiakastietojärjestelmien ja kirjaamiskulttuurien erilaisuus johtuu osittain

samasta tarpeesta kommunikoida enemmän omaan verkostoon kuuluvien toimijoiden kanssa, vaikka lainsäädännöllinen ohjaus vaikuttaa toki myös vahvasti taustalla.

Olisiko päivystyksissä tästä huolimatta mahdollista sopia yhteisistä työmenetelmistä ja toimintamalleista? Jos triage-hoitaja tunnistaisi asiakkaan sosiaalityön tarpeen ja vastaanottava tiimi valmistautuisi kohtaamaan yhdessä asiakkaan, katkoksia ja väärinymmärryksiä luultavasti syntyisi vähemmän. Tiuhaan vaihtuva, kiireinen henkilökunta hyötyisi selkeistä, myös sosiaalityön huomioon ottavista hoitopoluista. Erilaisen lainsäädännön ja erilaisten työkuultuurien joitakin piirteitä voisi olla siten helppompaa vain sietää. Toisaalta kompleksit ja yksilölliset asiakastilanteet vaativat yksilöllistä työtettä, eikä yksityiskohtaisia palvelupolkuja voi luoda.

Bronsteinin moniammatillisen työskentelyn osa-alueet: keskinäinen riippuvuus, uudelleen rakentuvat toimintatavat, joustavuus, tavoitteiden yhteinen omistajuus sekä prosessin reflektointi näyttävät aineiston perusteellakin yhteistyön puuttuvilta paloilta, mutta vastuuttavatko ne yksittäistä työntekijää jo liikaa? Entä miten on johdon tuen laita; mukautuvatko rakenteet ja resurssit uusiin toimintamalleihin?

Entä kuinka paljon konsensusta voi olla eri professioiden välillä, jotta integraation normatiivinen ulottuvuus vielä toteutuu, mutta profession omintakeiselle tietopohjalle, tavoitteen asettelulle sekä yhteistyöverkostoille rakentuva lisäarvo säilyy. Paljonko sosiaalityö on valmis joustamaan tilanteisesti omasta normatiivisesta taustastaan yhteisen työskentelyn, toimien yhteensovittamisen ja läpinäkyvyyden hyväksi? Aineistossa tämä kysymys kohdistuu vahvimmin yhteistyöhön sosiaalityön kunnallisten toimijoiden kanssa, mutta myös organisaation säästösyistä antamiin ohjeistuksiin, jotka samalla rajaavat laadukasta asiakastyötä.

Rakenteelliset tekijät sisältävät organisaatiokulttuurin ja johdon suhtautumisen moniammatilliseen työskentelyyn, työskentelyn ajalliset ja paikalliset rajoitteet sekä taloudelliset ja ajalliset resurssit. Organisaatioiden toiminnan taustalla vaikuttaa kansainvälinen ja kansallinen ohjaus, mutta myös poliittiset sekä organisaation sisäiset intressit. Organisaatioiden kulttuuri ja sisäinen linjanveto sisältää ristiriitoja, ja ristiriitoja syntyy väistämättä myös organisaation tavoitteiden ja asiakastyön välille. Sosiaalityössä tällainen tasapainoilu kahden välillä on kirjattu jo sekä lakiin että eettisiin ohjeisiin. Sosiaalityö on aina myös asianajotyötä ja rakenteellista sosiaalityötä.

Sosiaalityön läsnäolo mahdollistaa päivystyksen piilevän sosiaalisen avun tarpeen tunnistamisen paikkana. Uudistuksen myötä päivystyksestä tulee oikea paikka ahdistuneiden, ja yksinäisten ikään-
tyneiden löytämiseen, jos vain organisaatio resursoi ja mahdollistaa sen.

Lähteet

- Backman A, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-holm E & Adami J. (2008). Characteristics of non-urgent patients: Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3), 181–187. <https://doi.org/10.1080/02813430802095838> [viitattu 5.12.2020]
- Blomgren S, Karjalainen J, Karjalainen P, Kivipelto M, Saikkonen P, Saikku P. (2016). *Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130515/URN_ISBN_978-952-302-648-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 7.12.2020]
- Bronstein LR. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social work*, 48(3), 297-306. <http://web.ebscohost.com.libproxy.helsinki.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=07477917-6984-475e-b85b-9c24fb8e2d5a%40sessionmgr103> [viitattu 7.12.2020]
- Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A & Bury G. (2003). Frequent attenders to an emergency department: A study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of Emergency Medicine*, 41(3), 309–318. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.68> [viitattu 5.12.2020]
- Collin K, Valleala U, Herranen S, Paloniemi S & Pyhälä-Liljeström P. (2012). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012: 49 31–43. [file:///C:/Users/mailr/Downloads/9343-Kirjoi-tus%20\(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat\)-23994-1-10-20131217%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/mailr/Downloads/9343-Kirjoi-tus%20(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat)-23994-1-10-20131217%20(1).pdf) [viitattu 7.12.2020]
- Gill S & Sharpe M. (1999). Frequent consulters in general practice: A systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 115–130. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00118-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00118-4) [viitattu 12.10.2020]
- Gåfväls C, Rane K, Wajngot A & Wändell PE. (2014). Follow-Up Two Years After Diagnosis of Diabetes in Patients With Psychosocial Problems Receiving an Intervention by a Medical Social Worker. *Social Work in Health Care*, 53(6), 584–600. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.909916> [viitattu 12.10.2020]
- Haapiainen R, Kaila M & Salomaa E. (2019). *Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen toteutuminen kansallisessa kokonaisuudessa*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2019:3. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap_3_2019_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf [viitattu 7.12.2020]
- HE 224/2016. *Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta*. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_224+2016.aspx [viitattu 7.12.2020]
- Helsingin Sanomat 5.11.2019. Riikonen, J. *Etulinjassa*.
- Hujala A. (2017). Sosiaalityö päivystystilanteissa ja varautuminen häiriötilanteisiin. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen ja P. Marjamäki. (toim.). *Sosiaalityön käsikirja* (4., uudistettu laitos.). Helsinki: Tietosanoma. ss. 329 -335. <https://www.elibslibrary.com/reader/9789518854213> [viitattu 13.6.2020]

Isoherranen K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsingin yliopisto. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf [viitattu 12.10.2020]

Johansson K. (2007). *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A. Tutkimuksia ja raportteja, 51. Turun yliopisto.

Jyväskylä S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Väisänen E, Larivaara P & Kivelä S. (1998). Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16(3), 141–148. <https://doi.org/10.1080/028134398750003089> [viitattu 5.12.2020]

Kananoja A. (2016) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma, 347 - 356.

Keefe HR & Evans TA. (2013). Introduction to Public Health Social Work. Teoksessa E. Jurkowski & R. Keefe (2013). *Handbook for public health social work*. Springer Publishing Company. ss. 3-20. [viitattu 5.12.2020]

Kekoni T, Mönkkönen K, Hujala A, Laulainen S & Hirvonen J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa T. Kekoni, K. Mönkkönen & A. Pehkonen (2019). *Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus; 2019:1 verkkoaineisto. <https://helka.finna.fi/Record/helka.3309917>, ss. 12-32.

Korpela R. (2014) Terveysosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa A. Metteri, H. Valokivi & S. Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: Ps-Kustannus, ss. 118 - 139.

Laine H. (2014). Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä. Ps-kustannus. ss. 26-31.

Leathard A. (2001). Inter-professional developments in Britain. Teoksessa A. Leathard (toim.) *Going Interprofessional: Working Together for Health and Welfare*. Taylor & Francis e-Library. <https://doi.org/10.4324/9780203137796> [viitattu 5.12.2020]

Lukkarinen T, Janhunen H & Harjola, V. (2016). Nykyaikainen päivystys. *Duodecim* 2016;132:2399–403. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/231616/duo13468.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 15.11.2020]

Metteri A. (2012) *Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö*. Acta Universitatis Tamperensis 1778. (<http://tampub.uta.fi/handle/10024/66973>) [viitattu 13.6.2020]

Ollila P, Holopainen L, Juurikkala V & Rapeli M. (2019). Sosiaalipäivystys Suomessa. Kartoitus sosiaalipäivystystoiminnan järjestämisestä ja toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:37. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161623/37_2019_Sospaivraportti_netti.pdf [viitattu 7.12.2020]

Payne M. (2014). *Modern social work theory* (4th ed.). Palgrave Macmillan.

Porter M. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/nejmp1011024> [viitattu 13.6.2020]

- Puustinen-Korhonen A. (2018). *Maakunnallistuva sosiaalipäivystys. Sosiaalipäivystyksen pilottien kuvausta ja kehitysnäkymiä tulevaan sote-uudistukseen*. Helsinki: Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Maakunnallistuva-sosiaalipaivystys.pdf> [viitattu 30.4.2020]
- Reina T. (2017). *Rajapinnoista yhdyspintoihin*. Kuntaliiton yhdyspintaseminaari 30.3.2017, Kuntatalo. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/reina.pdf> [viitattu 30.4.2020]
- Reissell E, Kokko S, Milen A, Pekurinen M, Pitkänen N, Blomgren S & Erhola M. (2012). *Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 30/2012. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80245> [viitattu 7.12.2020]
- Saaren-Seppälä T. (2006). Kollektiivinen tietovaranto potilastyössä. Teoksessa J. Parviainen. *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampere University Press. ss. 309-336 https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/65372/kollektiivinen_asiantuntijuus_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 7.12.2020]
- Salminen A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus?: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopiston julkaisuja, opetusjulkaisuja 62, julkisjohtaminen 4. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 7.12.2020]
- Suikkala A & Laine T. (2010). Terveyskeskuspäivystys. Osa matalan kynnyksen palvelujärjestelmää? Teoksessa T. Laine, S. Hyväri & P. Vuokila-Oikkonen (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Riika: Livonia Print. ss. 195-208.
- Stähle M. (2016). *HE 224/2016 vp StV Asiantuntijalausunto*. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry. 01.12.2016. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaistuMetatieto/Documents/EDK-2016-AK-95633.pdf> [viitattu 7.12.2020]
- Tolmala A, Koponen J, Hämäläinen M, Korhonen S, Koskinen M, Asikainen N & Kangasniemi M. (2019). Asiantuntijoiden näkemyksiä työn uusjaosta tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla – Delfoi-tutkimus. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 2019: 56: 27–41. [file:///C:/Users/mailr/Downloads/69797-Kirjoitus%20\(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat\)-112055-1-10-20190201.pdf](file:///C:/Users/mailr/Downloads/69797-Kirjoitus%20(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat)-112055-1-10-20190201.pdf) [viitattu 7.12.2020]
- Valentijn P, Schepman S, Opheij W & Bruijnzeels M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1), e010–e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886> [viitattu 5.12.2020]
- Vallinen E. (2018). *Sosiaalista diagnosoimassa. Tapaustutkimus Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen terveys- ja sosiaalityön sisällöstä ja asiantuntijuudesta*. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/103154/gradu07428.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 6.6.2020]