



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heidi Vuorenmaa

TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN  
KOKEMUKSET SOSIAALITYÖNTEKIJÄSTÄ  
OSANA MONIAMMATILLISTA TIIMIMALLIA  
SEINÄJOEN SOTE-KESKUKSEN  
VASTAANOTTOPALVELUISSA

Sosiaali- ja terveysala YAMK  
2024

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Heidi Vuorenmaa
Opinnäytetyön nimi	Terveystenhuollon ammattilaisten kokemukset sosiaalityöntekijästä osana moniammatillista tiimimallia Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluissa
Vuosi	2024
Kieli	suomi
Sivumäärä	63 + 2 liitettä
Ohjaaja	Riku Niemistö

---

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen lähtökohtana oli tutkia Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluissa työskentelevien terveydenhuoltoalan ammattilaisten kokemuksia mallista, jossa sosiaalityöntekijä on integroitu osaksi moniammatillista tiimimallia. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka vaikuttavaksi oman työnsä ja asiakkaan asioiden hoitamisen kannalta terveydenhuollon ammattihenkilöstö kokee mallin. Samoin tarkoituksena oli selvittää, kokevatko terveydenhuollon ammattilaiset osaavansa ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle asiakkaita, jotka hyötyisivät sosiaalityöntekijän ammattitaidosta. Tutkimuksessa selvitettiin myös, onko asiakkaan ohjaamisessa käytännön haasteita. Lisäksi selvitettiin, millaisia asiakkaita terveydenhuollon ammattilaiset ovat tunnistaneet ja ohjanneet sosiaalityöntekijän vastaanotolle.

Teoreettisessa viitekehityksessä käydään läpi sosiaalityön piirteitä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, aikaisempia sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioita koskevia pilotteja ja tutkimuksia sekä asiakas- ja palveluohjausta. Tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena. Haastatteluun osallistui 43 terveydenhuollon ammattilaista Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluista. Lisäksi aineistoa saatiin myös pilotin sosiaalityöntekijän keräämästä datasta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS-tilasto-ohjelmaa.

Sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimimallia koetaan sekä asiakasta että ammattilaista palvelevana työskentelymallina. Terveydenhuoltoalan ammattilaiset kokevat tunnistavansa asiakkaat hyvin ja sosiaalityöntekijän vastaanotolle päätyi sosiaalityön tarpeessa olevia asiakkaita. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan tulevaisuudessa käyttää hyväksi muita vastaavia työmallia suunniteltaessa.

## ABSTRACT

Author	Heidi Vuorenmaa
Title	Health Care Professionals' Experiences of the Social Worker as part of a Multiprofessional Team Model in the Seinäjoki Health and Social Services Clinic
Year	2024
Language	Finnish
Pages	63 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Riku Niemistö

---

The starting point of this thesis research was to investigate the experiences of healthcare professionals working in Seinäjoki health and social services clinic about a model where a social worker is integrated as part of a multi-professional team model. The purpose was to find out how effective the model is in terms of their own work and handling of the client's affairs. Similarly, the purpose was to find out whether health care professionals feel that they know how to refer clients who would benefit from the social worker's professional skills to the social worker's office. The study also found out whether there are practical challenges in guiding the client's practice. In addition, it was found out what kind of clients the healthcare professionals have identified and referred to the social worker's reception.

In the theoretical framework, the characteristics of social work and social and health care goals, social and health care integration, previous pilots and studies concerning social and health care integration, and client and service guidance are reviewed. The research was carried out as a survey study. The interview was participated by 43 healthcare professionals from Seinäjoki health and social services clinic. In addition, the subject matter was also obtained from the data collected by the social worker of the pilot. The data was analyzed with statistical methods using the SPSS statistical program.

A social worker as part of a multiprofessional team model is perceived as a working model that serves both the client and the professional. Professionals in the health care field feel that they recognize the clients well, and clients in need of social work ended up at the reception of the social worker. The results obtained in the study can be used in the future when designing other similar work models.

---

Keywords social work, integration, service counselling, multi-professionalism

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	10
3	SOSIAALITYÖ JA TERVEYDENHOITOTYÖ LÄHELLÄ TOISIAAN .....	12
	3.1 Sosiaalityö .....	12
	3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet erikseen ja yhdessä .....	14
	3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio .....	17
	3.4 Moniammatillinen yhteistyö.....	20
	3.5 Asiakas- ja palveluohjaus .....	23
	3.6 Aikaisemmat sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota koskevat pilotit ja tutkimukset.....	25
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	28
	4.1 Aineiston hankinta .....	28
	4.2 Aineiston analyysi .....	30
5	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	32
6	TULOKSET .....	35
	6.1 Kyselytutkimus .....	35
	6.1.1 Ammattiryhmä .....	35
	6.1.2 Työkokemus .....	36
	6.1.3 Ajan säästö ja päällekkäinen työ.....	37
	6.1.4 Käytännön järjestelyt ja asiakkaan halukkuus sosiaalityöntekijän vastaanotolle.....	38
	6.1.5 Sosiaalityöntekijän hyödyntäminen.....	38
	6.1.6 Sosiaalityöntekijän työnkuvan tunteminen .....	40
	6.2 Tulokset sosiaalityöntekijän keräämästä materiaalista.....	42
	6.2.1 Asiakkaan sukupuoli ja aikaisempi asiakkuus .....	42

6.2.2	Ohjautuminen .....	43
6.2.3	Toimenpiteet vastaanotolla .....	45
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	47
8	POHDINTA.....	55
	LÄHTEET .....	59
	LIITTEET .....	64

## KUVIOLUETTELO

<b>Kuvio 1.</b> Työkokemus .....	36
<b>Kuvio 2.</b> Työskentely nykyisessä työpaikassa .....	37
<b>Kuvio 3.</b> Mallin muistaminen sairaanhoitajien kokemana. ....	39
<b>Kuvio 4.</b> Asiakkaan tunnistaminen sairaanhoitajien kokemana.....	41
<b>Kuvio 5.</b> Ohjautuminen sosiaalityöntekijän vastaanotolle .....	44
<b>Kuvio 6.</b> Vastaanotolle ohjaamisen syy. ....	46

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Kysely

**LIITE 2.** Tiedote tutkimuksesta

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuolto Suomessa elää vahvaa muutosvaihetta. Palveluiden integraatiota kaivataan ja uudenlaisia ratkaisuja asiakkaiden hoitamiseksi tehokkaasti ilman resurssien hukkaamista halutaan löytää. Uusien hyvinvointialuiden myötä organisaatorajoja on kaadettu ja toisaalta ammattilaispula sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on selkeä ongelma, jonka vuoksi vähäisiksi käyvät resurssit on syytä kohdentaa oikein ja poistaa hukkatyö. Samaan aikaan suomalaiset kokevat sosiaalipalveluiden saatavuuden heikentyneen (Aalto, Ilmarinen, Muuri & Ikonen 2022, 239).

Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluissa otettiin käyttöön moniammatillinen tiimimalli tammikuussa 2020. Tiimimallin perusajatuksena on pyrkiä minimoimaan päällekkäisen työn tekeminen ja tehostaa siis työskentelyä. Organisaatio hyötyy mallista siten, että resurssien käyttö on mahdollisimman tehokasta. Asiakas hyötyy mallista, koska hänen asiansa pyritään saada hoidettua valmiiksi asti ilman kehotuksia ottaa yhteyttä muuhun yksikköön tai ammattilaiseen. Tätä työskentelytapaa on kutsuttu niin sanotuksi yhden soiton taktiikaksi. Taktiikalla tarkoitetaan sitä, että kun asiakas on soittanut sote-keskukseen ongelmansa vuoksi, ei häntä ohjata soittamaan muualle, vaikka asia toiselle ammattilaiselle paremmin kuuluisikin. Sitä vastoin ammattilaiset yhdessä työskennellen pyrkivät ongelmaa ratkaisemaan.

Seinäjoella sote-keskuksen vastaanotoilla on neljä tiimiä, joissa kaikissa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja lääkäreitä sekä fysioterapeutti, diabeteshoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Työntekijöiltä kysyttiin, mikä ammattilainen täydentäisi moniammatillista yhteistyötä heidän kokemuksensa mukaan. Tästä kyselystä nousi esiin toive saada sosiaalityöntekijä osaksi tiimejä. Sosiaalityöntekijä tiimimalliin -pilotti saatiin konkreettisesti käyntiin maaliskuussa 2022, kun Seinäjoen kaupungin sosiaalityöstä tuli kaksi ammattilaista täydentämään tiimejä. Vuoden 2022 aikana kumpikin sosiaalityöntekijä työskenteli terveyskeskuksen vastaanottopalvelujen tiloissa yhden päivän viikossa, eli sosiaalityön ammattilainen



oli käytettävissä vastaanotoilla kahtena päivänä viikossa. Vuoden 2023 alussa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue aloitti toimintansa ja samalla pilottia muutettiin siten, että yksi sosiaalityöntekijä alkoi työskennellä vastaanottopalveluiden tiiloissa kokoaikaisesti, eli on tiimien käytettävissä virka-aikaan kaikkina arkipäivinä. Kyseessä on kuitenkin yhä pilotti, jonka tukena toimi Tulevaisuuden sote-keskus -hanke vuoden 2023 loppuun saakka.

Terveydenhuollon puolella työskennellessään sosiaalityöntekijöitä on perinteisesti työskennellyt erikoissairaanhoidossa ja vuodeosastoilla. Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa kuitenkin ei juurikaan sosiaalityöntekijöitä ole osattu hyödyntää siten, että he toimisivat saumattomassa yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Asiakkaat on ohjattu soittamaan sosiaalityön palvelunumeroon, jos heillä on ollut esimerkiksi toimeentulon kanssa ongelmia. Koska kyseessä on aivan uudenlainen toimintamalli, on tärkeää saada tietoja sen vaikuttavuudesta ja hyödyistä. Hyötyvätkö asiakkaat mallista? Entä helpottuuko ammattilaisten työskentely mallin ansiosta ja jääkö aikaa paremmin muihin tehtäviin, kun asiakkaan asiaa hoitaa ammattilainen, joka siihen parhaiten ammattinsa puolesta soveltuu? Jos mallin vaikuttavuus on hyvä kummallakin osa-alueella, on mallia järkevää jakaa eteenpäin muihin sote-keskuksiin.

## 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka vaikeuttavaksi oman työnsä ja asiakkaan asioiden hoitamisen kannalta terveydenhuollon ammattihenkilöstö kokee mallin, jossa sosiaalityöntekijä on mukana moniammatillisessa tiimityöskentelyssä. Samoin tarkoituksena on selvittää, kokevatko terveydenhuollon ammattilaiset osaavansa ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle oikeanlaisia asiakkaita ja kokevatko he tunnistavansa asiakkaat, jotka hyötyisivät sosiaalityöntekijän ammattitaidosta. Tutkimuksessa selvitetään myös, onko asiakkaan ohjaamisessa jotain käytännön haasteita, kuten että asiakas ei mielellään ota aikaa vastaan tai että ohjaaminen koetaan vaikeaksi.

Tarkoituksena on myös selvittää, millaisia asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolla on käynyt tietyn ajanjakson aikana. Eli millaisia asiakkaita eri terveydenhuollon ammattilaiset ovat tunnistaneet ja ohjanneet sosiaalityöntekijän vastaanotolle ja mihin sosiaalityöntekijä on heidät vastaanoton jälkeen ohjannut. Pilotin vaikuttavuuden kannalta on hyödyllistä tietää myös, ovatko asiakkaat olleet uusia potilaita, joilla ei ole ollut jo valmiiksi kontaktia sosiaalityön puolelle. Hyödyllistä on myös tietää, pystyykö sosiaalityöntekijä hoitamaan asiakkaiden asioita yhden käynnin aikana, vai tarvitaanko usein uutta yhteydenottoa myöhemmin joltain muulta ammattilaiselta tai sosiaalityön puolelta.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa uudenlaisesta integraatiosta, jossa sosiaalityöntekijä työskentelee osana moniammatillista tiimiä. Tutkimuksen tarkoitus on myös selvittää, tarvitaanko työpaikalla vielä koulutusta asiakkaiden tunnistamisessa ja ohjaamisessa sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Samoin tarkoitus on saada selville se, onko käytännön kannalta koettu haasteita ohjata asiakas sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kun arvioidaan, olisiko sosiaalityöntekijän tarpeellista työskennellä sote-keskuksesta käsin myös pilottijakson jälkeen ja voisiko samanlaista mallia hyödyntää myös muissa Suomen sote-keskuksissa.

**Tutkimuskysymykset ovat:**

1. Kokevatko terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavansa asiakkaat, jotka olisi hyvä ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle?
2. Miten terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat mallin käyttöä osana asiakkaan asioiden hoitamista?
3. Millaisia asiakkaita hoitotyön ammattilaiset ovat tunnistaneet ja ohjanneet sosiaalityöntekijän vastaanotolle?

### 3 SOSIAALITYÖ JA TERVEYDENHOITOTYÖ LÄHELLÄ TOISIAAN

Ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi koostuu kolmesta osa-alueesta: fyysisestä hyvinvoinnista, psyykkisestä hyvinvoinnista ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. On siis oleellista huomioida, että nämä kolme osa-aluetta vaikuttavat selvästi toisiinsa ja yhden hyvinvoinnin osa-alueen heikentyminen vaikuttaa herkästi myös muiden osa-alueiden heikentymiseen yksittäisen ihmisen elämässä. (Malmivaara 2022, 21.) Sekä sosiaalihuoltolaissa (L30.12.2014/1301) että terveydenhuoltolaissa (L30.12.2010/1326) veloitetaan moniammatilliseen yhteistyöhön asiakkaan parhaaksi siten, että palvelut muodostaisivat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden.

#### 3.1 Sosiaalityö

Sosiaalihuoltolain 14 § asettaa, että hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvina sosiaalipalveluina on järjestettävä seuraavia sosiaalipalveluja: sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus ja palvelu taloudellisen toimintakyvyn edistämiseksi, perhetyö, lapsiperheen kotipalvelu, asumisen tukipalvelut (kotihoito, tilapäinen asuminen, tuettu asuminen, yhteisöllinen asuminen, ympärivuorokautinen palveluasuminen, laitospalvelut), liikkumista tukevat palvelut, päihde- ja riippuvuustyö, mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta, lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta, omaistaan tai läheistään hoitavan henkilön vapaa ja opiskeluhuollon kuraattoripalvelut.

Suomessa sosiaalityö on pitkälti nähty erikoisalakohtaisesti. Tällaisia erikoisala-kohtaisia sosiaalityön osia ovat olleet lastensuojelu, psykiatria, muu sairaanhoito, kriminaalihuolto, vanhustenhuolto, vammaishuolto, päihdehuolto ja toimeentulotuki. Kuitenkin on nähty, etteivät asiakkaiden avuntarpeet usein noudata tällaisia jäsenyyksiä tai organisaatio- ja palvelurakenteita, vaan paikantuvat erilaisille lainsäädännön ja palvelujen rajapinnoille. Tällöin on vaarana, että kapeilla rajapinnoilla toimivat työntekijät eivät tunnista palveluntarpeita eivätkä siis onnistu vas-

taamaan niihin. Vastauksena ongelmaan on kehitetty toimintaa muun muassa kar-toittamalla asiakkaiden elämäntilannetta, tukemalla elämänhallintaa ja ylittämällä ammatillisia ja hallinnollisia rajoja. Vuoden 2023 alusta voimaan tullut sote-uudistuskin pyrkii asiaan vaikuttamaan omalta osaltaan purkamalla organisaatorajoja ja integroimalla toimintoja. (Karjalainen 2017, 193–195.)

Sosiaalityötä voidaan tarkastella myös orientaatio- ja erikoistumisalueina, joita ovat ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen, kuntouttava sosiaalityö, yhteisö-sosiaalityö ja rakenteellinen sosiaalityö. Käytännössä sosiaalityö voi edellyttää vaikkapa ikä- ja väestöryhmäperusteista lähestymistapaa. Ikäpohjaisessa työstä esimerkkejä ovat lapsi- ja perhetyö, nuorisososiaalityö, aikuissosiaalityö ja geron-tologinen sosiaalityö. Sosiaalityötä organisoidaan myös ilmiö- ja ongelmaperusteisesti. Tästä esimerkkejä ovat päihdetyö, vammaistyö, mielenterveystyö ja kulttuu-rinen sosiaalityö. Kolmanneksi sosiaalityö voi muodostua myös jonkin sektorin pohjalta, kuten terveydenhuollon tai koulujen sosiaalityön. (Karjalainen 2017, 195–197.)

Terveyssosiaalityöstä puhutaan silloin, kun sosiaalityöntekijä työskentelee terveydenhuollon yksikössä. Terveyssosiaalityöntekijän tärkeänä tehtävänä on kartoittaa potilaan sosiaalista tilannetta ja sitä kautta kiinnittää huomio toimintakyvyn tunnistamiseen sekä etuuksien, palvelujen ja tuen tarpeen arvioimiseen. Terveyssosiaalityö tarjoaa myös psykososiaalista tukea niin potilaille kuin heidän omaisil-leen. Terveydenhuollon organisaatiossa toteutuva sosiaalityö on toimintaa, jolla edistetään ja ylläpidetään terveyttä ja sosiaalista toimintakykyä terveys- ja sosiaalipoliittisten tavoitteiden mukaisesti. Terveydenhuollon yksikössä toimivalla sosi-aalityöntekijällä täytyy olla kokonaisvaltainen ymmärrys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Hänen täytyy myös hahmottaa yksilön tilanne osana hänen omaa elinympäristöään. (Linden 1999, 55.) Terveyssosiaalityö kohdistuu ongelmien ennaltaehkäisyyn, potilaskohtaiseen hoitoon sekä palvelu- ja läheisverkos-ton kokoamiseen. Työ vahvistaa terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuutta

huolehtimalla, että asiakas saa tarvitsemansa sosiaalihuollon ja palvelujärjestelmän palvelut, ja myös tukea omaisiltaan. Terveyssoseaalityössä työntekijä työskentelee itsenäisesti yhteistyössä muiden ammattiryhmien edustajien kanssa, mutta myös yhdessä muiden sosiaaliajan toimijoiden kanssa asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi. (Yliruka, Heinonen, Satka, Metteri & Alatalo 2019, 1.)

Terveydenhuollon sosiaalityö toimii vieraassa isäntäorganisaatiossa sopeutuen siihen ja tuoden oman näkökulmansa esiin. Toimintaympäristön lääketieteelliset ja hoitotieteelliset ajattelumallit ovat vahvoja. Vahvat toiminta- ja ajattelunmallit vaikuttavat siten, että eri koulutuksen saaneiden on hankalaa ymmärtää sosiaalityön lähtökohtia ja asiantuntijuutta. Organisaatioideologia saattaa ohjata toimintaa ja sitoa asiantuntijoiden ammattikäytäntöjä. On voitu huomata, että terveydenhuollon organisaatiossa sosiaalityölle ominainen kokonaisnäkömyksen tavoittelu saattaa olla vierasta. Terveydenhuollon sosiaalityöstä on paljon vääriä käsityksiä ja tietämättömyyttäkin. (Metteri 2015). Sosiaalityöntekijä tuo asiantuntijuu- tensa nojalla potilaan kokonaisvaltaiseen tarkasteluun arjen kehykset lääketieteellisten kehyksien rinnalle. Sosiaalityö näkee asiakkaan kokonaisuutena ja näkee sairauden kriisinä, joka voi koskettaa potilaan sosiaalisia suhteita, lähiyhteisöjä ja muuta elämänpiiriä. Aina sairaudesta ei ole mahdollista parantua, vaan sairauden kanssa palataan elämään arkea ja pyritään kuntoutumaan omassa elinympäristössä. (Holmberg 2014, 233.)

### **3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet erikseen ja yhdessä**

Sosiaali- ja terveydenhuollon päätavoitteet ovat sairauksien ehkäisy, sairauksien parantaminen ja samalla eliniän pidentäminen, oireiden lievittäminen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentaminen, sekä yksilöllisen ja yhteisötason hyvinvoinnin edistäminen. Kun keskustellaan sosiaali- ja terveydenhuollosta, jää sosiaalityö usein vähemmälle huomiolle kuin terveystalvet. Sosiaalihuollon tehtävänä on sosiaalisten ongelmien ehkäisy, sosiaalisen turvallisuuden ylläpitäminen sekä ihmisten omatoimisuuden tukeminen. Sosiaalipalveluissa palveluiden helppo saavu-

tettavuus ja saatavuus ovat tavoitteita, joihin tulisi panostaa. Tämä siksi, että sosiaalipalveluita tarvitaan usein pitkäkestoisesti ja siksi niiden helppo saavutettavuus vaikuttaa siihen, kuinka helposti ihminen palveluiden piiriin hakeutuu. (Malmivaara 2022, 61.)

Antti Malmivaara (2022, 25) on pohtinut, että kun mitataan hoidon vaikuttavuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa, hoidon yhdenvertainen saatavuus ja ammattilaisten laadukas toiminta ovat edellytyksiä vaikuttavuudelle. Samalla ne ovat edellytyksiä myös turvallisuudelle ja kustannusvaikuttavuudelle. Kustannusvaikuttavuus on yhdenvertaisuuden ohella koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän keskeinen tavoite.

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että tulevaisuuden sote-keskuksissa vahvistetaan perustason palveluja ja painopistettä siirretään ehkäisevään työhön. Tätä tavoitetta tukemaan sosiaali- ja terveysministeriö aloitti Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa kehitettiin sekä perustason sosiaalipalveluja että terveystalouksia. Palvelujen saatavuutta pyrittiin parantamaan ohjelman aikana ja palvelut pyrittiin yhteensovittamaan ihmisten tarpeita vastaavaksi. Ohjelma tähtäsi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistamiseen ja ihmislähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä oli tarkoitus vahvistaa, että asiakkaan tilanne voidaan arvioida kokonaisuutena ja hän saa tarvittavan avun tai tuen yhdellä yhteydenotolla. Tähän olennaisena liittyy asiakkaan tarpeen tunnistaminen. (Sote-uudistus 2023.)

Kun terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä kehitetään, on yksi ehkä suurimmista huolenaiheista se, kuinka hyvin sosiaalityön palvelut tavoittavat niitä tarvitsevat potilaat terveydenhuollossa. Tähän olennaisesti vaikuttaa se seikka, kuinka hyvin asiakkaan kanssa toimivat terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat asiakkaan sellaiset tarpeet, joihin sosiaalityöntekijä osaisi parhaiten vastata. Tähän taas olennaisesti liittyy se, että terveydenhuollon ammattilaisten täytyisi

hyvin tuntee sosiaalityön ammattilaisten osaamisalue. Jos hoitaja olettaa, että sosiaalityön kenttään kuuluu ainoastaan taloudellisten asioiden selvittäminen, hän ei ohjaa sosiaalityöntekijän luo sellaisia asiakkaita, joilla olisi tarve keskustella esimerkiksi sairastumisesta tai tuen saamisesta perheelle muulla tavoin kuin taloudellisessa mielessä. (Filppa, Hietanen, Hedemäki, Kokkonen, Malinen, Niskala, Näkkäläjärvi, & Ruotsala 2017, 471.) Terveystieteiden sosiaalityö toimii eräällä tavalla vieraassa isäntäorganisaatiossa. Tässä toimintaympäristössä ovat vallitsevia lääketieteen ja hoitotieteen ajattelumallit. Eri koulutuksen saaneiden työntekijöiden on hankala ymmärtää sosiaalityön lähtökohtia ja asiantuntijuutta, ellei heitä ole perehdytetty siihen kunnolla. (Melleri 2015).

Sosiaalinen hyvinvointi on yksilötasolla yleensä melko pysyvää. Kriisissä sosiaalinen hyvinvointi voi kuitenkin yhtäkkiä muuttua, jos sen tärkeät tukirakenteet romahtavat. Kapealla ja lyhytnäköisellä pelkkien sairauksien ehkäisyllä voi olla vakavia kielteisiä vaikutuksia sosiaaliseen hyvinvointiin, mikä puolestaan heikentää terveyttä lisäten sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän taakkaa. Sairauden ja hoidon yhteyttä ihmisen sosiaaliseen hyvinvointiin tulisi aina tarkastella osana hoitoprosessia. (Fadjukoff, Kainulainen, Pirhonen, Saaranen, Valokivi & Vauhkonen 2022, 327.)

Suomalaisten hyvinvointi 2022 -tutkimuksessa sosiaalipalveluiden käyttäjistä 38 prosenttia raportoi aukioloaikojen, 29 prosenttia hankalien matkojen ja 16 prosenttia korkeiden asiakasmaksujen haitanneen palvelun saamista vuonna 2018. Vuonna 2020 vastaavat osuudet olivat kaikissa saatavuusongelmissa 10 prosenttiyksikköä korkeammat. (Aalto, Ilmarinen, Muuri & Ikonen 2022, 234–235.) Tutkimusten valossa on siis tärkeää, että sosiaalipalveluiden käytön helppoon saatuuteen kiinnitetään huomiota tulevaisuudessa.



### 3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio

Hallitusohjelmissa on viime vuosina ollut nähtävissä vahva näkemys sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen siten, että sosiaali- ja terveystalvet olisivat helpposti ihmisten saatavilla saman katon alla. Tammikuussa 2023 toimintansa aloittaneiden hyvinvointialueiden päämääränä onkin kehittää sosiaali- ja terveystalveluiden yhdistämistä, integraatiota. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelmassa on suunniteltu, että sosiaali- ja terveystalalla työt jaettaisiin aikaisempaa enemmän eri ammattiryhmien välille. Hallitusohjelmassa on suositeltu moniammatillisten tiimien käyttöä ja toimintatapojen muutosta, joilla taattaisiin hoidon jatkuvuus ja vaikuttavuus, talvelujen sujuvuus ja kustannusten hallitseminen. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalusten kehittämishjelma on luotu tätä tavoitetta varten. Hallitusohjelmassa pidetään tärkeänä, että asiakaslähtöisyys on vaikuttamassa toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. (Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 2019, 150–155).

Uusien sote-keskusten kehittämisen lähtökohdaksi on esitetty asiakaslähtöistä talvelupolkumallia. Tämän mallin tarkoituksena on talvelujen uudistaminen, organisointi ja resursointi asiakkaiden tarpeista katsoen. Talvelupolkumallissa avainkysymyksinä ovat asiakkuussegmentointiin perustuvat talvelukategoriat ja talvelupolut, talveluintegraatio, hyvinvointivaltion inkluusiotehtävä ja siirtyminen viirastajohtamisesta verkostojen ja ekosysteemien johtamiseen. Talvelupolkumalliy myös mahdollistaa sen, että eri tahot pystyvät kohdentamaan talvelut sinne, jossa asiakkaiden tarpeet ovat. Samalla asiakkaiden monimutkaisia ongelmia pystytään ratkomaan moniammatillisesti helpommin. (Niemelä & Kivipelto, 2019.)

Sote-uudistuksella tavoitellaan talveluintegraatiota. Tällä tarkoitetaan yhtenäistä talvelukokonaisuutta, eli talveluiden yhteensovittamista. Talveluintegraatiota pidetään yleisesti hyvänä ja keskeisenä keinona parantaa hoidon laatua, tehokkuutta, asiakastytyväisyyttä ja hoitoon pääsyä (Auschra 2018). Käytännön työn integraatiossa ei ole kysymys ammattien tietopohjan eikä osaamisen yhdenmuikaistamisesta, vaan näiden yhteensovittamisesta asiakkaiden hyödyksi. Kaikkien

asiakkaiden kohdalla toki ei tarvita kummankin alan ammattilaisia, vaan suurin osa palveluista voidaan yhä toteuttaa vain toisen ammattiryhmän voimin. Yhteistyön kannalta keskeisiä ryhmiä ovat kasvun ja kehityksen riskejä sisältävissä kodeissa elävät lapset, päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset, vammaisuuden tai pitkäaikaissairauden aiheuttamia toimintarajoitteita omaavat ihmiset sekä iäkkäät ihmiset, joilla on erilaisia sairauksia tai sosiaalisia toimintarajoitteita. (Haa-visto & Kananoja 2017, 151–152.)

Käsitteenä integraatio ei kuitenkaan sote-uudistuksessa ole aina kovin yksiselitteinen. Puhutaan horisontaalisesta integraatiosta ja vertikaalisesta integraatiosta. Horisontaalisella integraatiolla tarkoitetaan rinnakkaisten perustason palveluiden liittämistä yhteen ja saumatonta yhteistyötä. Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan perustason ja erityistason palveluiden yhteen liittämistä, ja toki myös näiden tahojen osalta saumatonta yhteistyötä, yhdessä tekemistä ja työtapojen yhdistämistä. Kumpaakin integraatiota on pyritty toteuttamaan Suomessa jo kauan. Horisontaalista integraatiota on tehty kuntatasolla siirtämällä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelut saman organisaation vastuulle. Vertikaalista integraatiota on tehty julkisessa terveydenhuollossa rakentamalla perusterveydenhuololle ja erikoissairaanhoidolle yhteisiä hoitoketjuja eri sairauksien osalta. Integraatioilla pyritään parantamaan asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia ja kehittämään asiakkaan etenemistä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa. Kun palveluprosessi on asiakaslähtöinen ja sujuva, voidaan asiakkaan käyntejä vähentää ja asiakkaan ongelma voidaan ratkaista nopeammin. Henkilöstön kannalta tämä voi tarkoittaa sitä, että asiakkaiden toistuvat käynnit tai turhiksi osoittautuvat käynnit vähenevät, kun asiakas ohjataan suoraan sellainen ammattilaisen vastaanotolle, joka hänen asiastaan parhaiten tietää ja pystyy ongelmaa ratkaisemaan. (Sinervo & Keskimäki 2019, 425; Särkikangas & Tapiola 2017, 54–55.) Toimivaan palveluintegraation tavoittelemiseksi on katsottava asiakasprosessien ytimeen ja siihen, millaiset tekijät ovat toimineet asiakkaiden ongelmien ratkaisemisessa (Niemelä & Kivipelto 2019, 6–7). Vertikaalisen integraation toimintaa ohjaa peruspalvelujen ensisijaisuus, jolloin asiakas tulee autetuksi oikea-aikaisesti,

mahdollisimman varhain ja tällöin monet ongelmat tulee ennaltaehkäistyiksi. Täten vertikaalisen integraation perustehtävänä on matalan kynnyksen palvelujen osaamisen vahvistaminen, turvaaminen sekä vaikuttavien toimenpiteiden tekeminen oikea-aikaisesti. (Mertsola, Talvenkorpi, Santanen & Tapiola 2017, 40.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisella on pyritty vaikuttamaan hoidon laatuun, sillä laadukas hoito säästää niukkeneviä resursseja ja siksi tuottavuutta joudutaan lisäämään, kun resurssien lisääminen ei ole mahdollista. Palvelujärjestelmän ongelmiksi on tunnistettu sen monimutkaisuus, toimintojen päällekkäisyys ja järjestelmälähtöisyys. Järjestelmässä ei ole tarpeeksi hyvin otettu huomioon asiakkaiden tarpeita, vaan lähtökohtana on voinut olla palvelukokonaisuus. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 31.) Todellista hyötyä integraatiosta saadaan vasta silloin, kun ammattilaisten yhteistyö toimii käytännössä, eikä integraatio ole siis vain rakenteellinen muutos. Ongelmia integraation todellisen hyödyn toteutumisen matkalla ovat organisaatorakenteet, hallinnolliset tekijät ja sääntely, kuten erilaiset lainsäädännöt ja talouteen liittyvät tekijät, organisaatioiden väliset tekijät, menetelmät kuten puuttuva johtaminen tai koordinaatio. Näiden lisäksi voivat vaikuttaa myös organisaatioiden erilaiset tavoitteet ja erilaiset integraatiomallit. Organisaatiotekijöitä voivat olla kulttuuriset tekijät tai erilaiset intressit organisaation sisällä. Itse palvelutuotannon tasolla keskeisiä tekijöitä ovat muun muassa puuttuva yhteinen ymmärrys, erilaiset ammatilliset näkemykset, vuorovaikutuksen tai luottamuksen puute sekä tekniset ongelmat. Viimeisellä tasolla, eli kliinisessä tai käytännön työssä ongelmia voivat olla tietojen luottamuksellisuus tai puutteellinen tiedonvaihto. Palveluintegraatio muuttaa henkilöstön toimenkuvia ja työnjakoa. Kun tehtävät muuttuvat, myös työntekijöiden osaamistarpeet muuttuvat. Tämä tarkoittaa, että henkilöstö tarvitsee koulutusta ja ohjausta muuttuneen työnjaon vuoksi. (Sinervo & Keskimäki 2019, 425–426.)

”Poislähettämisen kulttuuri” on asia, joka on otettava huomioon sote-palveluja kehittäessä. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan tarve toisen ammattilaisen am-

mattitaidon tarpeesta tunnistetaan ja sen jälkeen asiakkaasta tehdään lähete toiselle taholle tai kehoitetaan asiakasta itse ottamaan yhteyttä esimerkiksi sosiaalihuoltoon. Tässä toimintatavassa ongelmana on se, ettei kukaan ota asiakkaan kokonaistilanteesta vastuuta. Lähetteitä palautetaan, kun kriteerit eivät täyty, jonot ovat pitkiä ja asiakas joutuu epätietoisuudessa odottelemaan kauan turhautuen tilanteeseen, asiakas ei hakeudu ohjattuun palveluun tai kyllästyy joutuessaan eri tahoille ongelmiaan avaamaan kerta toisensa jälkeen. Poislähtämisen kulttuurin sijaan sote-keskuksissa tulisikin kehittää tapoja yhdistää asiakkaan kannalta olennaisia asiantuntijatarpeita. Vertikaalisen integraation tukemiseksi tulisi palvelujärjestelmässä siirtyä poislähtämisen kulttuurista kutsumisen ja asiakkaan osallisuuden vahvistamisen kulttuuriin. Kutsumisen kulttuurissa työntekijän tulee tunnistaa ja ottaa haltuun tilanteet, joissa esimerkiksi sosiaalityöntekijän kutsuminen mukaan ratkomaan asiakkaan ongelmaa on asiakkaan edun mukaista. (Mertsola, Talvenkorpi, Santanen & Tapiola 2017, 39–42.)

### **3.4 Moniammatillinen yhteistyö**

Moniammatillisuudella tai monialaisuudella tarkoitetaan eri toimijoiden muodostamassa verkostossa rakentuvaa yhteistyötä ja yhdessä tekemistä, jossa korostuvat eri toimijoiden toisiaan täydentävien tietojen ja osaamisen integroiminen, jaettu asiantuntijuus sekä yhteiseen päämäärään sitoutuminen. Eri sektoreiden, toimijoiden ja tieteenalojen rajoja ylittämällä mahdollistetaan monipuolisten palvelukokonaisuuksien rakentaminen tai uusien palveluiden, ratkaisujen ja toimintamallien kehittäminen. Monipuolisten palveluiden kehittäminen ei ole mahdollista ilman yhteisten tavoitteiden ja päämäärien asettamista ja koordinoitua osaamisen yhteensovittamista. (Hartikainen 2022, 12.) Monialaisuutta, monitoimijuutta ja moniammatillisuutta käytetäänkin usein termeinä rinnakkain. Niissä on kuitenkin termeinä eroa. Monitoimijuudella viitataan kaikkien asianosaisten yhteiseen toimintaan yhdessä määritellyn tavoitteen saavuttamiseksi ja ongelmien ratkaisemiseksi. Tähän mukaan lasketaan niin asiakas kuin ammattilaisetkin, samoin kuin

esimerkiksi kolmannen sektorin toimijat, jotka välttämättä eivät ole ammattihenkilöitä, vaan esimerkiksi vapaaehtoisia kokemusasiantuntijoita. Moniammatillisuus käsitteenä viittaa enemmän pelkästään ammattilaisten väliseen toimintaan, eli on suppeampaa kuin monialaisuus, johon liittyy eri hallinnonalojen välistä yhteistyötä. Monialaisuus tarkoittaa eri hallinnonrajat ylittävää, kaikkia ammattiryhmiä koskettavaa yhteistä osaamista, joka syntyy työskentelyn yhdyspinnoilla uuden tiedon ja yhteisen ymmärryksen pohjaksi. (Timperi 2022, 16.)

Yksi moniammatillisen työn kehittämisen tärkeistä lähtökohdista on se, että asiakas saa parempaa palvelua, kun ammattilaiset tekevät tiivistä yhteistyötä. Samassa yhteydessä puhutaan usein asiakaslähtöisyydestä, joka tarkoittaa sitä, että viesti kulkee asianomaiselle paremmin, asiakas tulee kuulluksi ja hänet otetaan mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. Sosiaali- ja terveystieteillä usein määritetään hieman väärin ja ajatellaan että asiakaslähtöisyys on asiakkaan ehdoilla toimimista, eikä vastavuoroista yhteistyötä. Asiakaslähtöisyys kuitenkin pitää sisällään sen, että moniammatillisessa tiimissä otetaan huomioon asiakkaan mielipide ja oikeudet siten, että asiakas ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Hänelle ei kuitenkaan aseteta liian suurta vastuuta, vaan otetaan huomioon asiakkaan voimavarat ja kyky toimia. Kun asiakkaan osallisuutta kunnioitetaan, asiakas kokee, että hänen avuntarpeeseensa vastataan hänen lähtökohtiaan ymmärtäen. Asiakas on näin ollen toimija, eikä passiivinen vastaanottava kohde. Palvelua eivät enää määritä tuottajan lähtökohdat vaan palvelun käyttäjän näkökulmat. Asiakas ei ole enää objekti, toiminnan kohde, vaan tasa-arvoinen subjekti, joka osallistuu tasaveroisesti esimerkiksi häntä koskevaan päätöksentekoon (Pehkonen, Martikainen, Kinni & Mönkkönen, 2019, 89–92; Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020, 243).

Moniammatillisen yhteistyön yksi tavoite on tarjota asiakkaalle kokonaisvaltaista hyvinvointia, joka ei siis painotu pelkästään fyysiseen hyvinvointiin. On tunnistettava, että fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi kulkevat käsi kädessä toinen toistaan tukien. Sosiaalista hyvinvointia voivat heikentää paitsi sairaudet,

myös monet niiden hoitamiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi tehtävät toimet. Sosiaalisen hyvinvoinnin puutteet puolestaan aiheuttavat sairauksia ja siten kuormittavat terveydenhuoltoa. Ihmistä tulisikin siksi aika hoitaa kokonaisuutena. (Fadjukoff, Kainulainen, Pirhonen, Saaranen, Valokivi & Vauhkonen 2022, 327–329).

Yhä monitoimijaisempi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö vaatii jaettua asiantuntijuutta ja aikaisempaa tiiviimpää yhteistyötä toimijoiden välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksissa on käytetty yhteistyötä kuvaavina ilmaisuina muun muassa yhteistoiminnallisuutta ja jaettua asiakkuutta. Nämä ilmaisut kuvaavat hyvin moniammatillisen yhteistyön tavoitetta eli sitä, että asetutaan rakentamaan yhteistä tietämystä jostain asiasta. Usein moniammatillisesta yhteistyöstä puhuttaessa esiin nousee myös ilmaisu rajapinnoista. Rajapinnat kuvaavat raja-aluetta, joka jää eri työtehtävien välimaastoon. Rajapinta-käsitteen tilalle on esitetty yhdyspinta-käsitettä, joka paremmin kuvaisi yhtymäkohtia, joissa yhteistyö on tarkoituksenmukaista. Lisäksi on huomioitava asiakaslähtöinen toimintatapa, jossa asiakas on yksi tiimin jäsenistä ja aktiivisesti mukana ratkomassa omia ongelmiaan. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, 15–18.) On todettu, että jos moniammatilliselta tiimiltä puuttuu ajatus asiakaslähtöisestä toimintatavasta ja asiakkaan ottamisesta mukaan omaan hoitoonsa, pohjautuvat päätökset helposti perinteiseen malliin, jossa asiakas on objekti, jonka ongelmia ammattilaiset pyrkivät ratkomaan. Samoin hieman haastavaksi on koettu ajatusmallin muuttaminen siten, että ammattilaiset työskentelevät yhdessä moniammatillisesti, eivätkä vain peräkkäisinä palasina potilaan hoitoketjussa. (Pohjola & Korhonen 2014, 5–6).

Ehkä paras mahdollinen yhteistyön muoto sote-alalla olisi integroiva yhteistyö. Siinä yhdistyvät vahva ohjaus organisaation taholta, mutta myös toimijoiden vapaaehtoisuus. Rakenteet, hallinto ja toimintamallit tukevat yhteistyötä, mutta siihen kannustavat myös organisaatioiden ja yksittäisten ammattilaisten vapaaehtoisuus ja myönteinen asenne. Tällöin eri toimijoiden resurssit ja asiantuntijuus yh-

distyvät järkevästi, mutta tilaa jää myös uudennlaisille ratkaisuille asiakkaan parhaaksi. Työntekijät ovat motivoituneita aitoon yhteiseen toimintaan. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, 37–38.)

On havaittu, että alasta riippumatta moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi kohtaa: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkoston huomioiminen. Lähtökohtana on asiakas, joka pyritään huomioimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Usein puhutaan myös synergiasta. Synergiaa syntyy silloin, kun jonkin ryhmän yhdessä tekemä työ tuottaa suuremman hyödyn kuin ryhmän yksittäisten jäsenten työsuoritukset yhteensä. Moniammatillinen tiimityö tarkoittaa sitä, että eri ammattiryhmien edustajat sopeuttavat roolejaan ottaen huomioon toiset ammattiryhmät, joiden kanssa ovat vuorovaikutuksessa. Samalla he sopeuttavat ja yhdistävät tietojaan ja taitopohjiaan sekä toimivastuitaan. Moniammatillinen yhteistyö on dynaaminen prosessi, jonka tarkoituksena on jakaa asiakkaan asian hoitamiseen liittyviä pulmia ja saada aikaan mahdollisimman hyvä ratkaisu hyödyntäen yhteistyön voimaa. (Isoherranen 2005, 14–20.)

Terveydenhuollon maailmassa on läpi vuosien yritetty selvittää yksin potilaan parhaaksi. Henkilökunta yrittää selvittää itse potilaan sosiaalisia, sairausvakuutus- ja eläkeongelmia ilman sosiaalityöntekijän apua. Tällaisessa toimintatavassa on olemassa riski virhearvioinnille. Toisaalta sosiaalityöntekijän tehtävää on edelleen vaikea hahmottaa sairaalaorganisaation moniammatillisessa yhteistyössä. Kun toisen ammatin asiantuntijuutta ei tunneta, sitä ei osata myöskään hyödyntää työskentelyssä. Jos halutaan pyrkiä tehokkuutta korostavaan tapaan työskennellä, on tämä asia otettava huomioon. (Linden 1999, 100, 134.)

### **3.5 Asiakas- ja palveluohjaus**

Asiakas- ja palveluohjaus on nähty välineenä onnistuneeseen sote-integraatioon ja monialaisen yhteistyön kehittämiseen. Onnistunut palvelun- ja hoidontarpeen

arviointi ovat tärkeässä roolissa vaikuttavaa hoito- tai palvelupolkua suunniteltaessa. Jos ihmisen hyvinvointikin koostuu osiensa summasta, voidaan asiakkaan toimivan palvelupolun samoin nähdä koostuvan osastensa tuottamasta selkeästä ja oikea-aikaisesta kokonaisuudesta. Yhä useammin asiakkaiden asiat ovat moniulotteisia ja niiden ratkaisemiseen tarvitaan eri alojen ammattilaisia. Tarvitaan siis yhteistyötä yli sektorirajojen. Olisi tärkeää, että asiakkaan asioita koordinoisi nimetty henkilö kuten palveluohjaaja, jolla olisi ammattitaito koota yhteen asiakkaan tarvitsemat tuet ja palvelut. Kun asiakas- tai palveluohjaus käynnistyy varhaisessa vaiheessa, sillä pystytään estämään ongelmien paisuminen suuremmiksi ongelmiksi. (Hänninen 2007, 11–12).

Sote-uudistuksen suunnittelussa asiakasohjauksella on viitattu asiakkuuden ohjaamiseen ja sen avulla on myös pyritty toteuttamaan palveluiden asiakaslähtöistä integraatiota. Palveluohjaus puolestaan on mielletty yleisemmin asiakastyön menetelmäksi tai työtavaksi, mutta myös siihen on liitetty hallinnollisia elementtejä. Käsitteitä asiakasohjaus ja palveluohjaus käytetään toisinaan rinnakkaiskäsitteinä, mutta toisaalta ne nähdään myös erillisinä ja toisistaan eroavina käsitteinä. Suunnitelmallinen palveluohjaus on palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelmaan perustuvaa prosessimaista työskentelyä. Tällöin palveluohjaaja tukee asiakasta yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti koordinoimalla asiakasprosessia. Samalla hän kirjoittaa erilaisia tukimuotoja ja palveluita asiakaslähtöisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi palveluohjaus voi olla lyhytkestoista ohjausta ja neuvontaa, jolloin asiakkuus ei aina vaadi erikseen laadittua suunnitelmaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat palveluohjausta myös neuvovana ja konsultoivana työotteena muun työn ohessa. Sote-uudistuksen suunnitelmissa asiakasohjauksella on tarkoitettu nimenomaan asiakkuuden ohjaamista käytännön toiminnan tasolla. Kun aikaisemmin palveluohjausta toteutettiin pääasiassa siiloittain, asiakasohjaukselle on nyt suunniteltu sekä yleistä että erityistä roolia. Jatkossa asiakasohjaus jakautuisi kaikille suunnattuun etulinjan ohjaukseen, mutta myös eri asiakasryhmille kohdennettuun suunnitelmalliseen asiakasohjaukseen.



Etulinjan neuvonta ja ohjaus tarkoittavat matalan kynnyksen palveluohjausta, johon pääsee yhden puhelinnumeron kautta, mutta neuvontaa ja ohjausta annetaan myös muun muassa sote-keskuksissa. Asiakasohjausyksiköissä tai esimerkiksi ikääntyneiden palvelukeskuksissa toteutettava palvelutarpeen arviointiin pohjautuva suunnitelmallinen palveluohjaus puolestaan vastaa asiakaspalveluprosessin koordinoinnista. Tällöin palveluohjaus alkaa yhteydenotosta, joka voi tapahtua asiakkaan, hänen läheisensä tai esimerkiksi jonkin sosiaali- ja terveydenhuollon tahon toimesta. (Ristolainen, H., Roivas, P., Mustonen, E. & Hujala 2020, 246–247.)

### **3.6 Aikaisemmat sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota koskevat pilotit ja tutkimukset**

Tätä tutkimusta varten etsittiin aikaisempia pilotteja ja tutkimuksia, jotka ovat koskeneet sosiaalityöntekijän integroitumista perusterveydenhuollon avohoidon yksikköön. Yhtään raporttia ei löytynyt, jossa sosiaalityöntekijä olisi integroitunut nimenaan perusterveydenhuollon avopuolen vastaanottoyksikköön. Sitä vastoin löytyi kaksi pilottia koskevaa raporttia, joissa sosiaalityöntekijä oli työskennellyt pilotin aikana terveydenhuollon päivystyksessä. Toinen pilottijakso oli tehty vuonna 2015 Jyväskylässä ja toinen 2017 Porissa. Jyväskylässä pilotti oli koskenut Jyväskylän kaupungin perusterveydenhuollon päivystystä sekä Keski-Suomen keskussairaalan erikoissairaanhoidon päivystystä ja Porissa Porin kaupungin perusterveydenhuollon päivystystä ja Satakunnan keskussairaalan erikoissairaanhoidon päivystystä. (Vallinen 2018; Koikkalainen, Tuominen & Heikkilä 2016.) Jatkossa näistä puhutaan Jyväskylän yhteispäivystyksenä ja Porin yhteispäivystyksenä.

Kummassakin yhteispäivystyksessä sosiaalityöntekijä oli osana moniammatillista tiimiä päivystyksen tiloissa, eli sosiaalityöntekijän konsultointi matalalla kynnyksellä onnistui. Sosiaalityöntekijälle asiakkaat ohjautuivat pääasiassa muiden ammattiryhmien kautta, joten henkilökunnalla täytyi olla tietämystä sosiaalityöstä ja sosiaalityöntekijän toimenkuvasta. (Vallinen 2018; Koikkalainen, Tuominen & Heikkilä 2016.)

Kummassakin pilottiraportissa tuotiin esiin se, millaisiin asiakasryhmiin jakautuneita asiakkaita oli sosiaalityöntekijöiden vastaanotoille ohjautunut. Osittain nämä raportit siis osoittavat sen, millaisia asiakkaita on yhteispäivystykseen ohjautunut. Väistämättä se kertoo kuitenkin myös siitä, millaisia asiakkaita terveydenhuollon ammattilaiset ovat osanneet tunnistaa sosiaalityön asiakkaiksi. Jyväskylän yhteispäivystyksessä oli lisäksi tutkittu myös sitä, miltä ammattiryhmiltä asiakkaita tuli sosiaalityöntekijän vastaanotolle. (Vallinen 2018; Koikkalainen, Tuominen & Heikkilä 2016.) Nämä tiedot siis osoittivat mitkä ammattiryhmät toisaalta kohtasivat sosiaalisen avun tarpeessa olevia asiakkaita ja toisaalta, mitkä ammattiryhmät tarpeita osasivat tunnistaa.

Lisäksi Jaana Hämäläinen-Luukkainen oli vuonna 2018 tehnyt Jyväskylän pilotin hankemateriaaliin pohjaten Pro gradu -tutkimuksen koskien sairaalan päivystyspotilaiden sosiaalisia ongelmia ja terveysosiaalityöntekijän toimenpiteitä. Hämäläinen-Luukkainen toteaa kirjoituksessaan, että ennen pilotin alkua päivystysalueen omana toiveena oli, että sosiaalityöntekijän tulee olla näkyvä sekä kuuluva eli olla helposti lähestyttävissä oleva ja tulla myös siten osaksi muuta henkilökuntaa. Sama toive oli myös Seinäjoen sote-keskuksen henkilökunnalla jo ennen Sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimimallia -pilotin alkua. Terveydenhuollon sosiaalityössä sosiaalityöntekijät ovat osoittautuneet ammattiryhmäksi, joiden itsensä pitää olla aktiivisia, näkyvillä ja saatavilla, muutoin heidän asiantuntijuutensa jää helposti käyttämättä (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2017, 268). Hämäläinen-Luukkaisen mukaan Jyväskylässä pilotin aikana sosiaalityöntekijän tarve tunnistettiin päivystysalueella ja hänelle annettiin myönteistä palautetta. Pilotin aikana sosiaalityön konsultaatioita oli 236 kappaletta. Vastaavana ajankohtana vuosina 2012–2014 konsultaatioita oli toteutunut keskimäärin 26 kappaletta. Määrän kymmenkertaistumiseen eräänä syynä pidettiin sitä, että sosiaalityöntekijä oli paremmin saatavilla. Lisäksi pilotin aikana konsultaation koettiin olevan joustavaa ja kiinteä osa päivystysalueen työryhmää. (Hämäläinen-Luukkainen 2018, 71.)

Jyväskylän pilotin loppuraportin mukaan sosiaalityöntekijän kirjauksista enemmistö koski naisia ja alle puolet miehiä. Ikää tarkasteltaessa huomattiin, että sosiaalityöntekijän asiakastyö koski useimmin yli 66-vuotiaita ja todella harvoin alakäisiä itseään, toki perheiden ongelmien kautta myös heitä. Ammattiryhmien mukaisesti tarkasteltuna selkeästi eniten konsultaatiopyyntöjä tuli hoitajilta ja lääkäreiltä vain muutamia. Joitakin yhteydenottopyyntöjä tuli myös suoraan potilailta itseltään ja omaisilta. (Hämäläinen-Luukkainen 2018, 44–45.)

Aikuisten ongelmista suuri osa koski päihdeongelmia ja mielenterveysongelmia. Seuraavaksi yleisimmät ongelmat liittyivät sosiaalipalvelujen tarpeeseen, esimerkiksi kotihoitoon, vammaispalveluihin sekä asumiseen ja asunnottomuuteen. Mukana oli myös muutama läheisväkivaltaa koskeva kirjaus. (Hämäläinen-Luukkainen 2018, 46.)

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen suunnittelua ja toteutusta. Tutkimus piti sisällään kaksi erillistä osiota: kyselytutkimuksena tehdyn osuuden Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluiden henkilökunnalle ja pilotin sosiaalityöntekijän keräämän datan.

### 4.1 Aineiston hankinta

Tutkimus suoritettiin ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen osalta määrällisenä kyselytutkimuksena, eli survey-tutkimuksena. Kyselylomakkeella oli väittämiä ja viisiportainen Likert-asteikko. Avoimia kysymyksiä ei tutkimuksessa ollut. Taustatietoja kerätessä vastaaja valitsi itseensä parhaiten sopivan kohdan eri vaihtoehtojen joukosta. Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Tällaisessa tutkimuksessa aineisto kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietyistä perusjoukosta. Kyselytutkimuksen etuna on se, että voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 193–194.)

Survey-tutkimuksella pyritään selvittämään tutkittavan ilmiön yleisyyttä, esiintyvyyttä, vuorovaikutusta tai jakautumista kiinnostuksen kohteena olevassa joukossa. Sillä siis pyritään yleistettävyyteen edustavan satunnaisotannan keinoin. Survey-tutkimusta tarvitaan myös silloin, kun samaa ilmiötä halutaan mitata mahdollisimman luotettavasti eri aikoina (Raunio 1999, 216).

Tämän kyselytutkimuksen kohderyhmä oli Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluiden henkilökunta. Heille lähetettiin linkki tutkimukseen sähköpostin välityksellä lokakuussa 2023. (Liite 1.) Sähköposti lähti noin sadalle henkilökunnan jäsenelle. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS-tilasto-ohjelmaa.

Myös kolmannen tutkimuskysymyksen osalta tutkimus suoritettiin määrällisenä tutkimuksena. Tämän kolmannen tutkimuskysymyksen osalta oli tarkoitus avata

sitä, millaisia asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolla on käynyt. Tässä osassa tutkimusta tutkittiin pilotin sosiaalityöntekijän keräämää dataa hänen vastaanotollaan käyneistä asiakkaista aikavälillä 1.5.2023–30.9.2023. Dataa kerättiin seuraavista asioista:

- Mikä oli asiakkaiden kokonaismäärä
- Mikä oli asiakkaan syntymävuosi
- Mikä oli asiakkaan sukupuoli
- Kuka ohjannut vastaanotolle
- Minkä asian vuoksi ohjattu vastaanotolle
- Onko aikaisemmin ollut sosiaalihuollon asiakas
- Tuliko asia kerralla valmiiksi vai tarvittiinko jatkokäynti

Sosiaalityöntekijä täytti jokaisen kohtaamansa asiakkaan kohdalla sähköisen tilastointilomakkeen, johon merkitsi yllä olevat asiat. Aineistoa saatiin siis kerättyä varsin kattavasti kaikista asiakkaista. Tutkimusta varten toimitettu aineisto piti sisälleen lukumäärätiedot asiakkaista eriteltyinä. Näiden tulosten pohjalta laskettiin prosentuaaliset luvut.

Näitä saatuja tuloksia verrattiin ristiin toistensa kanssa. Käykö sosiaalityöntekijän vastaanotolla tietyn ikäisiä ihmisiä saman syyn vuoksi? Onko miesten ja naisten käyntisyissä eroa toisiinsa nähden? Ohjaavatko hoitajat asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolle eri syistä kuin lääkärit?

Näitä tuloksia pystyttiin vertaamaan myös kahden ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta tehtyyn kyselytutkimukseen mahdollisten aineistojen välisten yhteneväisyyksien varalta. Huomiota kiinnitettiin muun muassa siihen, että jos terveydenhuollon ammattilaiset kokevat hyvin tunnistavansa sosiaalihuollon asiantuntemuksen tarpeessa olevat asiakkaat, näkyykö tämä myös siinä, että asiakkaita päätyy sosiaalityöntekijän vastaanotolle monista eri syistä. Vai tunnistavatko terveydenhuollon ammattilaiset vain tietynlaiset asiakkaat?

## 4.2 Aineiston analyysi

Hanna Vilkan (2007, 14) mukaan määrällistä tutkimusmenetelmää eli kvantitatiivista menetelmää käytettäessä tietoa tarkastellaan numeerisesti, eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Määrällinen tutkimusmenetelmä pyrkii vastaamaan kysymyksiin: kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija saa tutkimustiedon numeroina tai hän ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Tutkija tällöin esittää tulokset numeroina, esimerkiksi tunnuslukuina. Tutkija myös tulkitsee ja selittää olennaisen numerotiedon sanallisesti. Määrällisessä tutkimuksessa kuvataan, millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toistensa suhteen.

Kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa on kolme tasoa: kuvaileva eli deskriptiivinen taso, yhteyksiä havainnoiva taso ja selittävä taso. Analyysi aloitetaan yleensä kuvailemalla aineistoa ja muuttujia sekä esittelemällä jakaumia ja tunnuslukuja. Seuraavalla tasolla pyritään havainnoimaan yhteyksiä muuttujien välillä ja eroja ryhmissä. Kolmannella eli selittävällä tasolla pyritään selittämään näitä todettuja eroja ja yhteyksiä. (Hirsjärvi ym. 2015, 224.) Ristiintaulukoinnin avulla pyritään löytää kahden tai useamman muuttujan välisiä riippuvuuksia. Riippuvuudella tarkoitetaan sitä, että jokin muuttuja vaikuttaa toiseen muuttujaan. Näin voidaan löytää muuttujia, jotka näyttävät selittävän toista muuttujaa. Ristiintaulukointia tehtäessä täytyy kuitenkin varoa tekemästä liian nopeita päätelmiä syy-seuraus -suhteista. (Vilka 2007, 129.)

Tämän tutkimuksen analyysivaiheessa ensin analysoitiin erikseen tulokset ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen osalta. Sen jälkeen erikseen analysoitiin sosiaalityöntekijän tuottaman datan tulokset. Viimeisessä vaiheessa verrattiin kyseilyn tuloksia sosiaalityöntekijän tuottaman datan tuloksiin ja etsittiin sieltä yhteneväisyyksiä ja eroja. Tuloksia ristiintaulukoitiin ja pyrittiin löytämään eroavai-

suuksia eri ryhmien välillä. Tämän tutkimuksen osalta pyrittiin havainnoimaan uuden toimintamallin toimivuutta ja etsimään tuloksista sellaisia piirteitä, joiden avulla toimintamallia voidaan jatkossa parantaa.

## 5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuudesta käytetään niin laadullisessa kuin määrällisessä tutkimuksessa käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset ovat toistettavissa, eikä tutkimus anna sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetilla tarkoitetaan sen sijaan sitä, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia ja sitä, että saadut tulokset vastaavat tutkittua ilmiötä myös käytännössä (Kananen 2014, 262). Tutkimuksen reliabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittauksissa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. (Vilkka 2007, 152)

Kyselytutkimukseen liittyy muutamia tunnistettuja heikkouksia. Yleensä aineistoa saatetaan pitää pinnallisena muun muassa siksi, ettei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Ei voida myöskään olla varmoja siitä, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta, eikä väärinymmärryksiä pystytä kontrolloimaan. Varmuutta ei ole myöskään siitä, kuinka hyvin vastaajat ovat perehtyneet siihen asiaan, josta kysymys on esitetty. Kato eli vastaamattomuus nousee myös joskus suureksi. (Hirsjärvi ym 2015, 195.)

Tämän tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, että kysely mittaa oikeita asioita. Kysymykset suunniteltiin siten, että ne mittasivat tutkimuskysymystä kattavaa ongelmaa. Pidettiin tärkeänä, että kysely olisi selkeä, eikä vastaaminen vie liian kauan aikaa, sillä silloin haastateltavan keskittymiskyky heikkenee. Kaikilla kyselyyn vastaavilla henkilöillä oli käytössään internet työnsä puolesta, joten internet-pohjainen kysely oli tässä tapauksessa luotettava tapa suorittaa kysely. Kyselyn perusjoukko oli tarpeeksi laaja. Seinäjoen sote-keskuksen vastaanotoilla työskentelee noin 100 ammattilaista, joista 43 vastasi kyselyyn. Kysely lähetettiin linkkinä sähköpostin kautta henkilökunnalle työntekijöiden sähköpostilistaa hyödyntäen. Näin jokainen henkilökunnan jäsen sai kyselylinkin, jonka kautta kyselyyn vastaessa ei henkilön sähköpostiosoite paljastunut kyselyn tekijälle. Kyselylinkki oli



auki kahden viikon ajan ja viikon kohdalla lähetettiin muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta.

Tutkimusetiikka määrittää tutkimustyötä koskevat pelisäännöt. Tutkimusetiikkaan kuuluvat eettiset periaatteet, kuten normit, arvot ja hyveet. On tärkeää toimia eettisesti tutkimusta tehdessä ja pitää huolta, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkimuksen ei tule vahingoittaa tutkittavaa henkilöä tai yhteisöä. Määrällisessä tutkimuksessa kohderyhmälle aiheutuneita vahinkoja ovat muun muassa aineiston keräämisen aikana aiheutettu kipu, epämiellyttävyys tai vahingon aiheuttaminen, osallistumisen aiheuttama vaiva tai harmi ja testien pitkittyminen. Aina tutkimusta tehtäessä tulee tutkimusetiikan lisäksi ottaa huomioon voimassa oleva lainsäädäntö. Kaikissa tutkimuksissa on sekä yksityisyyttä että tekijänoikeuksia koskevia asioita. Ne tutkijan tulee ratkaista voimassa olevien normien mukaan. Tutkimusryhmien ja -laitosten tutkimuksissa tulee ottaa huomioon myös henkilöstö- ja taloushallintoa ohjaavat ja säätelevät normit. Tutkimusaineiston anonymisointia edellyttävät kaksi lakia. Nämä ovat Henkilötietolaki 1999/523 ja Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621. Tietosuoja tarkoittaa sitä, että tutkija kunnioittaa ihmisten yksityisyyttä. Tämä velvoittaa tutkijaa huolehtimaan, että tutkittavien yksityisyyden suoja ei loukata ja henkilötiedot suojataan esimerkiksi muuttamalla ne tunnistamattomaksi. Sivulliset eivät saa päästä käsiksi henkilötietoihin. Henkilötiedolla tarkoitetaan luonnollista henkilöä, hänen ominaisuuksiaan ja elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voi tunnistaa häntä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi. (Vilkkä 2007, 89–95.)

Kyselyn mukana haastateltaville lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen eettisyydestä. Kyselytutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja nimetöntä ja tutkimustuloksia käsiteltiin luottamuksellisesti. Määrällisessä tutkimuksessa tutkimustuloksia ei kirjata yksilöiden, joten tunnistamisriskiä ei ollut. Kysely tehtiin

Webropol -kyselynä ja kysymysten keräämisessä käytettiin internet-linkkiä. Näin kyselyyn vastaajien sähköpostiosoitteet tai puhelinnumerot eivät missään vaiheessa tulleet tietoon. Tutkimuslupa hankittiin ennen kyselyn julkaisemista Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta.

Tutkimustulokset esitettiin eettisesti ja kunnioittavasti loukkaamatta mitään ammattiryhmää. Kielteistä ilmaisutyyliä ei käytetty. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kerätty materiaali tuhottiin oikeaoppisesti.

## 6 TULOKSET

Tämä tutkimus oli kaksiosainen. Ensimmäinen osa suoritettiin survey-kyselynä Webropol -alustaa käyttäen syyskuussa 2023 ja toiseen osaan tulokset kerättiin pilotissa työskentelevän sosiaalityöntekijän datan pohjalta aikaväliltä 1.5.2023–30.9.2023.

### 6.1 Kyselytutkimus

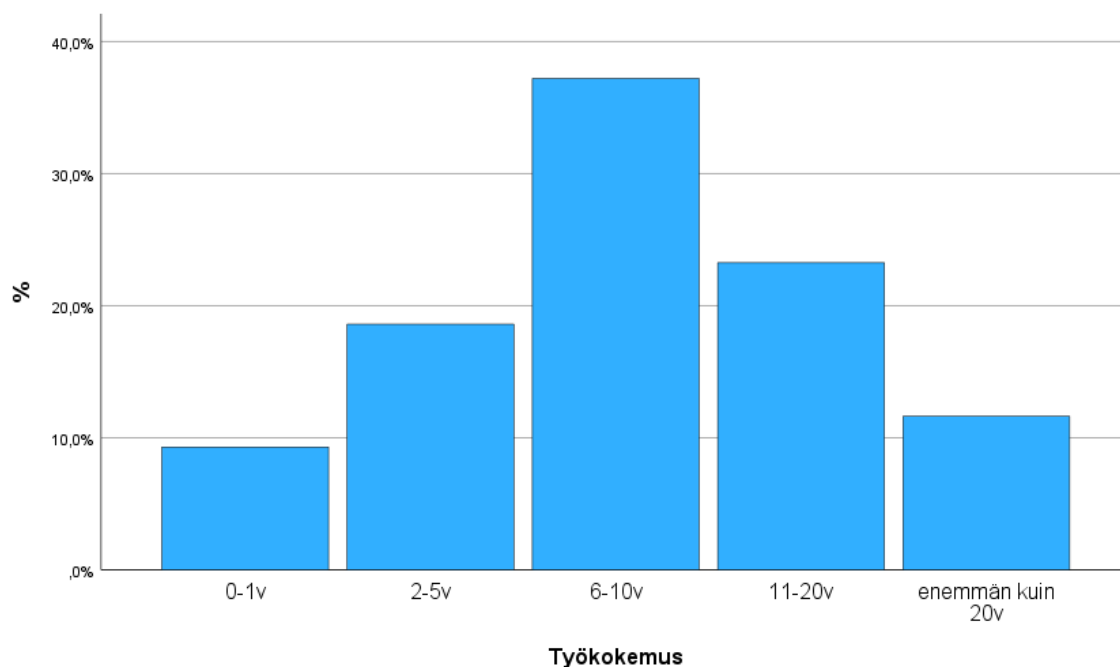
Kyselytutkimuksessa kerättiin tietoja tutkimukseen ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen osalta. Kyselytutkimuksen alussa henkilökunnalle lähetettiin linkki kyselyyn sähköpostin välityksellä ja mukana oli tiedote tutkimuksesta (Liite 2.) Kysely oli auki kahden viikon ajan ja noin puolivälissä kyselyn aukioloaika lähetettiin samalle joukolle muistutus tutkimuksesta. Muistutuksen jälkeen osallistujia tulikin selkeästi enemmän kuin tutkimuksen alussa. Alla on avattu kyselyn kautta tulleita vastauksia kysymys kerrallaan.

#### 6.1.1 Ammattiryhmä

Kyselyyn vastasi 43 terveydenhuoltoalan ammattilaista Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluista. Heistä 34 (79,1 %) oli sairaanhoitajia ja 5 (11,6 %) lääkäreitä. Lisäksi kyselyyn vastasi yksi diabeteshoitaja, yksi psykiatrinen sairaanhoitaja, yksi lähihoitaja ja yksi fysioterapeutti, näitä muihin ammattiryhmiin kuin sairaanhoitajiin tai lääkäreihin kuuluvia oli yhteensä 9,3 % vastanneista. Kyselyssä ja tuloksissa on eritelty psykiatrinen sairaanhoitaja ja diabeteshoitaja, koska näiden ammattiryhmien työskentelytapa poikkeaa muiden vastaanotolla työskentelevien sairaanhoitajien työskentelytavasta. Nähtävissä on ollut jo aikaisemmin, että varsinkin psykiatriset sairaanhoitajat ovat hyödyntäneet sosiaalityöntekijän ammattitaitoa omien asiakkaidensa ongelmien ratkaisemisessa enemmän kuin muut ammattiryhmät. Tämä johtunee ennen kaikkea työn luonteesta ja siitä, että psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla herkästi käsitellään asioita, jotka liittyvät vahvasti sosiaalityön työnkuvaan.

### 6.1.2 Työkokemus

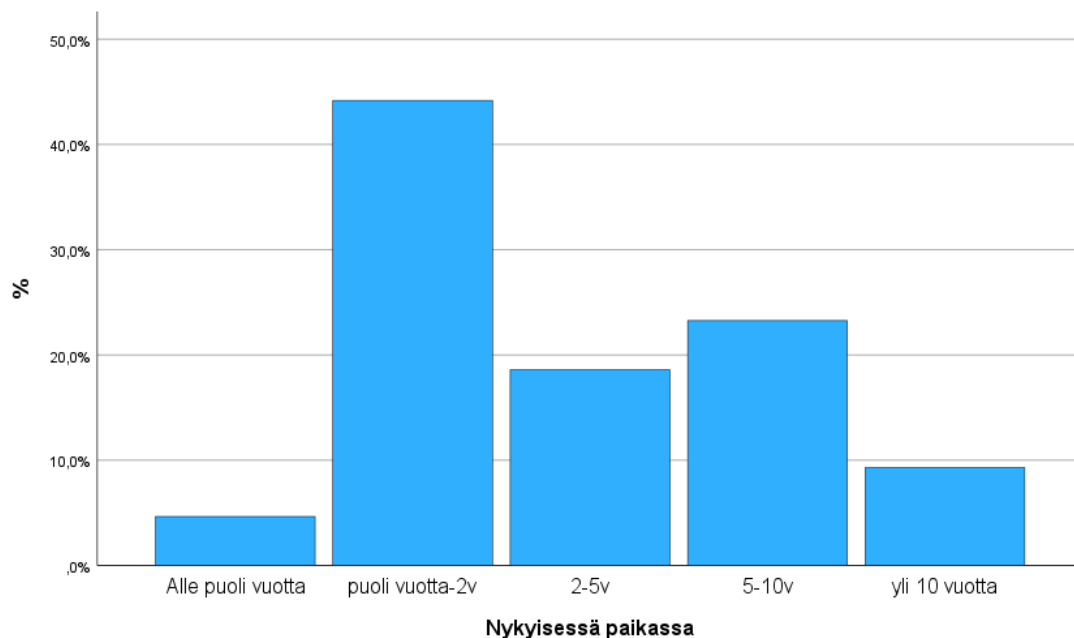
Kysyttäessä työkokemusta terveydenhuoltoalalla 9,3 % vastaajista kertoi olleensa alalla 0–1 vuotta, 18,6 % 2–5 vuotta, 37,2 % 6–10 vuotta, 23,3 % 11–20 vuotta ja 11,6 % enemmän kuin 20 vuotta. (Kuvio 1.)



**Kuvio 1.** Työkokemus

Voidaan siis havaita, että eniten kyselyyn oli vastannut henkilöitä, joiden työkokemus alalla oli 6–10 vuotta.

Kyselyyn vastanneista nykyisessä työpaikassa oli työskennellyt 4,7 % alle puoli vuotta, 44,2 % puolesta vuodesta kahteen vuoteen, 18,6 % kahdesta vuodesta viiteen vuoteen, 23,3 % viidestä vuodesta kymmeneen vuoteen ja 9,3 % yli 10 vuotta. (Kuvio 2.)



**Kuvio 2.** Työskentely nykyisessä työpaikassa

On huomioitava asia, että kyselyyn vastanneista selkeästi yli puolet on työskennellyt nykyisessä työpaikassaan alle viisi vuotta ja jopa 48,9 % alle kaksi vuotta.

### 6.1.3 Ajan säästö ja päällekkäinen työ

Kun kysyttiin vastaajilta mielipidettä siitä, säästääkö Sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimiä -malli aikaa, kun työskennellään potilaan kanssa, olivat vastaukset todella yksimielisiä. Jopa 46,5 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa, että malli säästää aikaa potilaan kanssa. Samoin 46,5 % vastanneista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä ei ollut yksikään vastaaja. 7 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa asiaan.

Myös hyvin yksimielisiä vastaajat olivat siinä, että päällekkäinen työ on vähentynyt mallin ansiosta, ja asiakkaan siis pystyy ohjaamaan helpommin sellaisen ammatti-

laisen luo, joka asiasta paremmin tietää ja pystyy asiakkaan asian hoitamista jatkamaan. Kun esitettiin väittämä, että päällekkäinen työ on vähentynyt mallin ansiota, 67,4 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltäkin oli 25,6 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli vain 4,7 % vastaajista, eikä yksikään ollut täysin eri mieltä väitteestä. Yksi vastaajista ei osannut sanoa asiaan mielipidettään.

#### **6.1.4 Käytännön järjestelyt ja asiakkaan halukkuus sosiaalityöntekijän vastaanotolle**

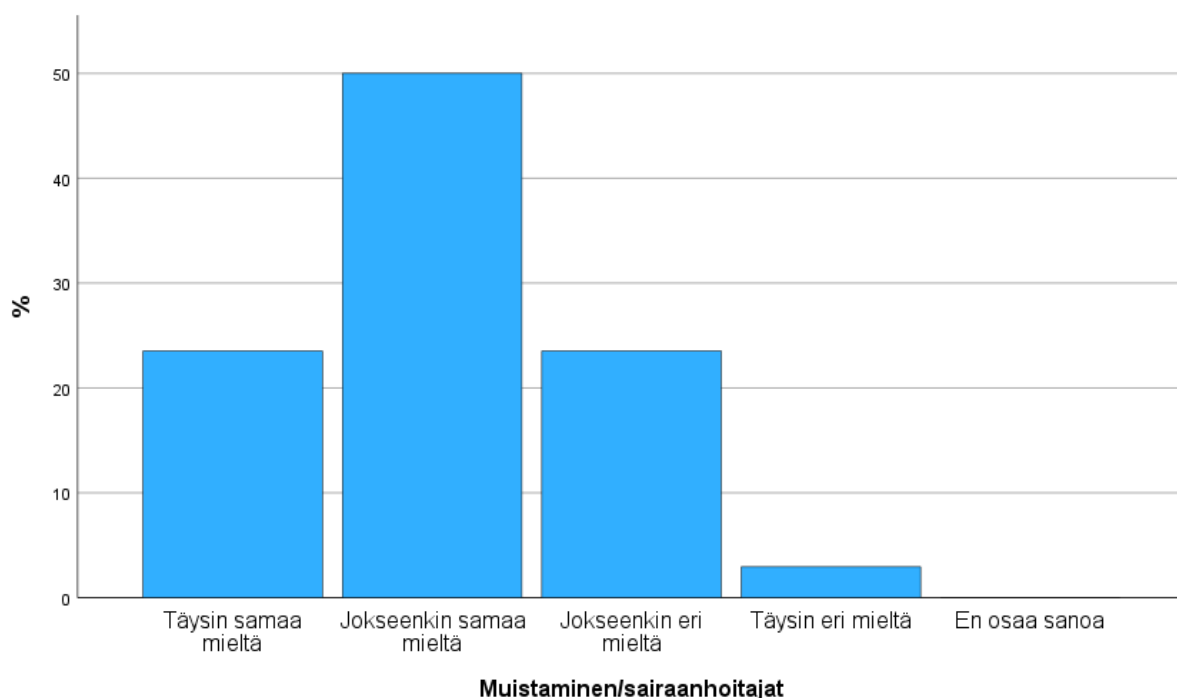
Käytännön järjestelyihin oltiin myös pääsääntöisesti tyytyväisiä. Väittämänä esitettiin, että sosiaalityöntekijän vastaanotolle on helppo ohjata asiakas käytännön järjestelyjen, kuten ajanvarauskirjojen selkeyden, sosiaalityöntekijän vastaanoton sijoituspaikan ja muiden vastaavien seikkojen näkökulmasta katsoen. Väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 51,2 % vastanneista. Jokseenkin samaa mieltä oli 39,5 % vastanneista ja jokseenkin eri mieltä 7 % vastanneista. Täysin eri mieltä ei ollut yksikään vastaajista. Kantaansa ei osannut sanoa yksi vastanneista.

Kyselyyn vastaajilta tiedusteltiin myös sitä, kuinka mielellään asiakkaat ottavat vastaan ajan sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Väittämänä oli, että asiakas ottaa mielellään vastaan ajan sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 48,8 % vastanneista ja jokseenkin samaa mieltä 39,5 % vastaajista. Terveystieteiden alan ammattilaisista ainoastaan kaksi vastaajaa oli todennut olevansa väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. Tämän kysymyksen kohdalla kolme vastaajaa ei ollut osannut sanoa kantaansa kysymykseen.

#### **6.1.5 Sosiaalityöntekijän hyödyntäminen**

Seuraava kysymys koski sitä, kuinka hyvin terveydenhuoltoalan ammattilaiset muistavat mahdollisuuden ohjata asiakas sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Väittämänä oli, että muistan hyvin mahdollisuuden ohjata asiakas sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 20,9 % vastaajista. Jok-

seenkin samaa mieltä oli 53,5 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä oli 20,9 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 4,7 % vastaajista. Tämän kysymyksen kohdalla oli siis selkeästi enemmän nähtävissä eroja mielipiteissä. Toiset vastaajat kokivat muistavansa mahdollisuuden todella hyvin, kun taas toiset kokivat muistamisen kanssa olleen ongelmia. Huomioitava asia eri ammattiryhmien välillä oli, että lääkäreistä kukaan ei kokenut olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Jokseenkin samaa mieltä oli kuitenkin 80 % vastanneista lääkäreistä ja 20 % vastaajista eli yksi lääkäri oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Jos verrataan tuloksia vastaaviin sairaanhoitajien lukuihin, niin voidaan nähdä, että täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli sairaanhoitajista 23,5 % ja jokseenkin samaa mieltä 50 %. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli 23,5 % sairaanhoitajista ja täysin eri mieltä 2,9 % eli yksi sairaanhoitajista. Alla kuvattuna asia sairaanhoitajien osalta, muut ammattiryhmät jätettiin kuvioista pois vähäisen vastausmäärän vuoksi. (Kuvio 3.)



**Kuvio 3.** Mallin muistaminen sairaanhoitajien kokemana.

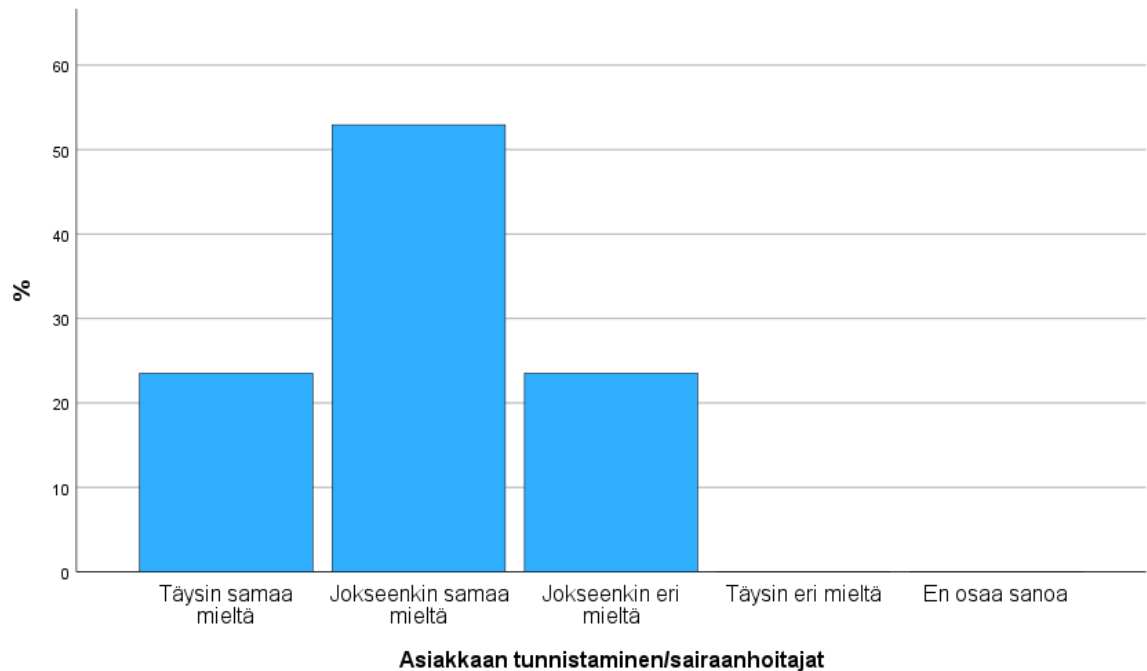
Lopulta siis täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli vastanneista sairaanhoitajista yhteensä 73,5 % ja lääkäreistä 80 %, vaikka yksikään lääkäri ei ollut

väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Tuloksista voidaan päätellä, että mahdollisuus ohjata potilas sosiaalityöntekijän vastaanotolle voi joskus unohtua sekä hoitajilta että lääkäreiltä.

#### **6.1.6 Sosiaalityöntekijän työnkuvan tunteminen**

Viimeisen kysymyksen väittäjä oli: ”tiedän millaisia asiakkaita voi ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle”. Tämä kysymys oleellisesti liittyy edelliseen, sillä jos ammattilainen ei tiedä millaisia asiakkaita voisi ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle, hän tuskin myöskään muistaa asiakkaan sinne ohjata vastaanotoltaan tai puhelinkontaktin yhteydessä. Tässä kysymyksessä täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 23,3 % vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 55,8 % vastaajista. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli 18,6 % vastaajista ja täysin eri mieltä vain 2,3 % vastaajista eli yksi vastaaja. Kun verrattiin eri ammattiryhmien vastauksia tähän kysymykseen, olikin havaittavissa että lääkäreiden tulokset olivat täysin samat tässä kysymyksessä ja edellisessä. Eli neljä viidestä lääkäristä oli vastannut olevansa väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä ja yksi lääkäri oli ilmoittanut olevansa väittämän kanssa täysin eri mieltä. Hoitajista 23,5 % oli vastannut olevansa väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja 52,9 % olevansa jokseenkin samaa mieltä. Eli 76,4 % sairaanhoitajista oli joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Alla kuviossa kuvattu tilanne sairaanhoitajien osalta. Muut ammattiryhmät jätettiin kuvioista pois vähäisen vastausmäärän vuoksi. (Kuvio 4.)





**Kuvio 4.** Asiakkaan tunnistaminen sairaanhoitajien kokemana.

Edellisessä kysymyksessä vastaava tulos oli 73,5 % vastanneista sairaanhoitajista. Voidaan siis todeta, että mallin toteutumisen kannalta on suuri merkitys sillä, osaako ammattilainen tunnistaa asiakkaiden joukosta ne asiakkaat, jotka hyötyisivät sosiaalityöntekijän vastaanotosta.

Kun vielä tarkemmin verrattiin hoitajien työkokemuksen määrän vaikutusta asiakkaan tunnistamisesta saatuihin tuloksiin, voidaan todeta, että työkokemus vaikuttaa asiakkaan tunnistamiseen jonkin verran. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 40 % hoitajista, joilla oli työkokemusta enemmän kuin 20 vuotta ja 33,3 % hoitajista, joiden työkokemus oli 11–20 vuotta. Vain yksi hoitaja, jonka työkokemus oli 6–10 vuotta, oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Sitä vastoin 75 % hoitajista, joiden työkokemus oli 2–5 vuotta oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Yksikään sellainen hoitaja, jonka työkokemus oli 0–1 vuotta, ei ollut täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 60 % hoitajista, joiden työkokemus oli enemmän kuin 20 vuotta sekä 55,6 % hoitajista, joiden työkokemus oli 11–20 vuotta. Jokseenkin samaa mieltä oli lisäksi 60 %

hoitajista, joiden työkokemus oli 6–10 vuotta. Yksi hoitaja, jonka työkokemus oli 2–5 vuotta ja yksi hoitaja, jonka työkokemus oli 0–1 vuotta olivat jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Jokseenkin eri mieltä ei ollut yksikään hoitajista, jonka työkokemus oli enemmän kuin 20 vuotta, yksi hoitaja, jonka työkokemus oli 11–20 vuotta, 33,3 % hoitajista, jonka työkokemus oli 6–10 vuotta, ei yhtään hoitajaa, jonka työkokemus oli 2–5 vuotta ja kaksi hoitajaa, joiden työkokemus oli 0–1 vuotta. Voidaan siis todeta, että alle vuoden työskennelleet eivät uskoneet tunnistavansa sosiaalityöntekijän vastaanotolle ohjattavia asiakkaita kovin hyvin, mutta 2–5 vuotta työskennelleet hoitajat paremmin kuin 6–10 vuotta työskennelleet. Kuitenkin yli 20 vuotta työskennelleet uskoivat tunnistavansa kyseiset asiakkaat hyvin.

Lisäksi asiakkaan tunnistamista tutkittiin vielä ristiin sen seikan kanssa, kauanko hoitajat olivat työskennelleet Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluissa. Näissä luvuissa ei kuitenkaan suurta eroa ollut, vaan hoitajien vastaukset olivat hyvin samanlaisia kaikissa ryhmissä. Voitiin siis todeta, että työskentelyn pituudella kyseisessä yksikössä ei ollut merkitystä sen seikan kanssa, koettiin asiakkaan tunnistamisen olevan helppoa vai ei. Työkokemus oli merkittävämpi erottaja.

## **6.2 Tulokset sosiaalityöntekijän keräämästä materiaalista**

Sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimimallia -pilotin sosiaalityöntekijä kerää jatkuvasti tilastoja siitä, millaisia asiakkaita hänen vastaanotollaan käy. Sosiaalityöntekijä täyttää jokaisen asiakkaan kohdalla sähköisen lomakkeen, jota kautta tilastot kertyvät aineistoon. Tätä tutkimusta varten aineistosta poimittiin tilastot toukokuun 2023 alusta syyskuun 2023 loppuun. Huomioitavaa on, että kyseinen ajanjakso käsitti myös sosiaalityöntekijän kesäloman, joten asiakasmäärä ilman kesälomaa olisi ollut suurempi.

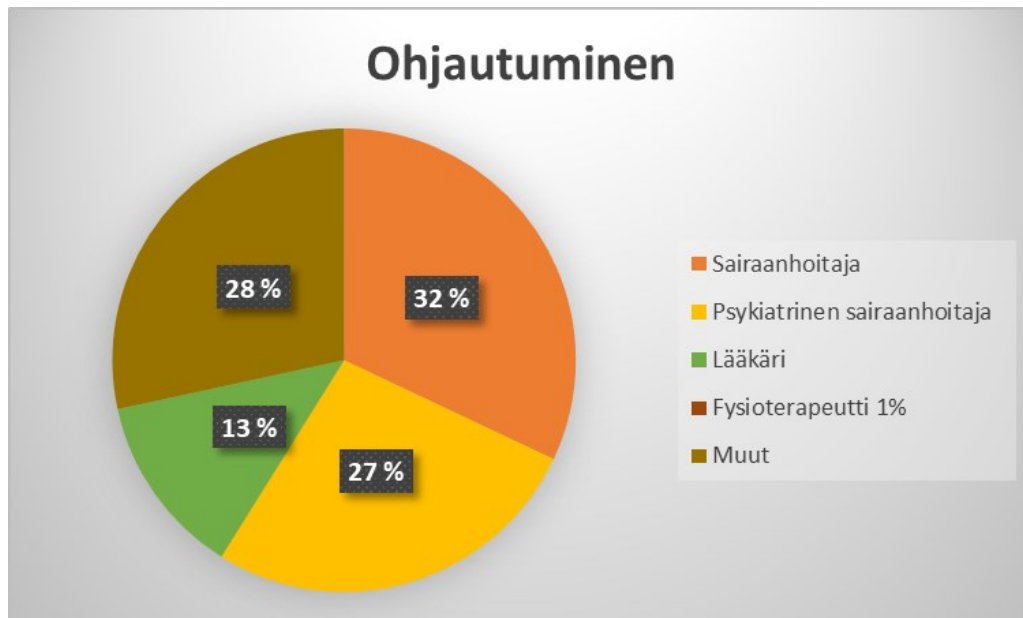
### **6.2.1 Asiakkaan sukupuoli ja aikaisempi asiakkuus**

Tuloksista nähtiin, että sosiaalityöntekijän vastaanotolla kävi kyseisellä ajanjaksolla 118 asiakasta, joilla käyntejä oli yhteensä 360. Osa vastaanottokäynneistä oli

kasvokkain tapahtuvia vastaanottokäyntejä ja osa puhelimen välityksellä tapahtuvia etäkontakteja. 62,4 % asiakkaista oli naisia ja 37,6 % miehiä. Kaikkia vastaanottokäyntejä tutkittaessa 57 % oli naisia ja 43 % miehiä, eli miesten asioiden ratkaisu tarvitsi usein useamman käynnin, kun naisten asiat ratkesivat harvemmillä käynneillä. Asiakkaista uusia asiakkaita oli 74 eli 59,2 %. Uuden toimintamallin kannalta olennaista on tieto, että jopa näin suuri osa vastaanotolle ohjatuista asiakkaista oli niin sanottuja uusia asiakkaita, eli heillä ei ollut aikaisempaa kontaktia sosiaalityöhön. Pilottia suunniteltaessa nähtiin yhtä aikaa haastavaksi ja tarpeelliseksi se, että terveydenhuollon ammattilaiset tunnistaisivat nimenomaan näitä uusia asiakkaita ja pystyisivät ohjaamaan heidät sosiaalityöntekijän vastaanotolle mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin ongelmien kasvaminen isoksi olisi mahdollista ehkäistä.

### **6.2.2 Ohjautuminen**

Kun tutkittiin tilastoja siitä, mitä kautta asiakkaat olivat päätyneet sosiaalityöntekijän vastaanotolle nähtiin, että vastaanottopalveluiden henkilökunta oli ohjannut 71,9 % sosiaalityöntekijän vastaanotolla asioineista ihmisistä. Vastaanottopalveluiden henkilökunnasta sairaanhoitajat olivat ohjanneet 31,7 % asiakkaista, psykiatriset sairaanhoitajat 26,6 % asiakkaista, lääkärit 12,6 % asiakkaista ja fysioterapeutit 1 % asiakkaista. Loput 28,1 % olivat tulleet muiden sosiaalityöntekijöiden tai muun tahon kautta. (Kuvio 5.)



**Kuvio 5.** Ohjautuminen sosiaalityöntekijän vastaanotolle

Kun ajatellaan pilotin yhtä tavoitetta, eli yhteistyötä vastaanottopalveluiden henkilökunnan kanssa, voidaan nähdä tämän toteutuneen. Jos sosiaalityöntekijän vastaanotolle ohjautuisi suurin osa asiakkaista muilta tahoilta kuin vastaanottopalveluiden henkilökunnalta, täytyisi miettiä onko malli tällaisenaan järkevä tai täytyisikö sen toimintatapoja tarkastaa.

Kun verrattiin vielä syitä, joiden vuoksi eri ammattiryhmät ohjaavat asiakkaan sosiaalityöntekijän vastaanotolle, voidaan todeta, että sairaanhoitajien, lääkäreiden ja psykiatristen sairaanhoitajien ohjaamista potilaita suurin osa on nimenomaan taloudellisista ongelmista kärsiviä asiakkaita. Sairaanhoitajien ohjaamista asiakkaista 67,5 % oli taloudellista tukea tarvitsevia, lääkäreiden ohjaamista heitä oli 75 % ja psykiatristen sairaanhoitajien ohjaamista 77,4 %. Toki kyseisillä asiakkailla on lopulta ollut muitakin ongelmia, joihin sosiaalityöntekijä ottanut kantaa. Kuitenkin taloudelliset syyt ovat yleisin tunnistettu syy terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Näiden lisäksi sairaanhoitajat ja psykiatrisen sairaanhoitajat olivat ohjanneet vastaanotolle myös palvelujen tai tuen järjestämistä tarvinneita asiak-

kaita. Sairaanhoidajien ohjaamista asiakkaista heitä oli 17,5 % ja psykiatristen sairaanhoidajien ohjaamista asiakkaista 15,1 %. Lääkärin vastaanotolta vain yksi asiakas oli ohjattu sosiaalityöntekijän vastaanotolle palvelun tai tuen järjestämistä varten.

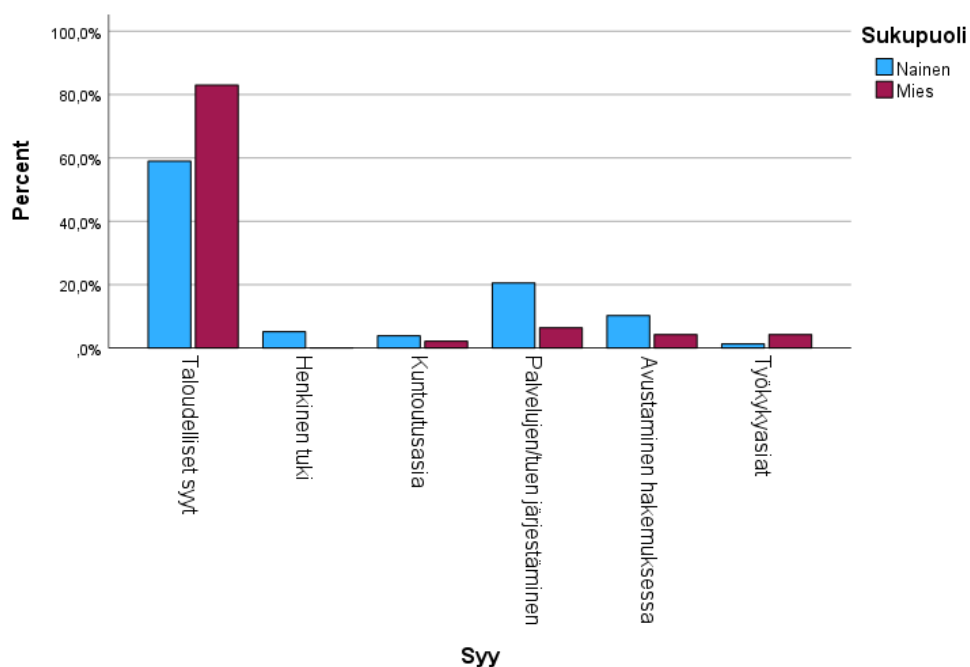
### **6.2.3 Toimenpiteet vastaanotolla**

Sosiaalityöntekijän vastaanotolla kerätystä materiaalista kävi ilmi, että vastaanotolla oli järjestelty asiakkaalle palveluita 124 kertaa ja hoidettu jokin yksittäinen asia, kuten rahoitus reseptilääkkeeseen, 145 kertaa. Täydentävää tai ehkäisevää toimeentulotukea oli järjestelty myös 75 kertaa. Neuvontaa oli annettu 93 kertaa, hakemus johonkin palveluun tai asiaan tehty 63 kertaa, etuusasioita oli hoidettu 54 kertaa. Työkykyasioita oli käsitelty 52 kertaa. Konsultoimaan toista ammattilaista oli sosiaalityöntekijä päätenyt 131 kertaa, tämä piti sisällään kaikki ammattiryhmät. Huomattavaa on, että sama asiakas on voinut saada useampaa palvelua vastaanoton aikana, eli sama vastaanottokäynti on voinut pitää sisällään useamman asian hoitamisen. Sosiaalityöntekijä oli tilastoinut saaneensa asiakkaan asian valmiiksi vastaanoton aikana 200 vastaanottoajan päätteeksi. Tämä tarkoittaa, että vastaanottoajalla on saatu asiat päätökseen, eikä ole sovittu jatkokäyntejä tai ei ole sovittu esimerkiksi puhelinajasta. Huomioitavaa on, että asiakas on toki voinut uudelleen olla yhteydessä tästä huolimatta, jos asiat eivät kuitenkaan ole edenneet toivotulla tavalla.

Kun verrattiin ikäryhmittäin syitä, joiden vuoksi asiakkaat on ohjattu sosiaalityöntekijän vastaanotolle, voidaan todeta taloudellisten ongelmien olevan yleisin tunnistettu syy, jonka vuoksi on todettu sosiaalityöntekijän ammattitaitoa tarvittavan. Kaikista ensimmäiselle käynnille tulleista asiakkaista tulossyynä olivat taloudelliset syyt 68 % asiakkaista. Palvelujen tai muun tuen järjestämistä tarvitsi 15,2 % asiakkaista ja hakemuksessa avustamista 8 % asiakkaista. Henkistä tukea esimerkiksi vaikean elämäntilanteen tuomiin muutoksiin tarvitsi 3,2 % asiakkaista ja kuntoutusasian vuoksi samoin oli tullut 3,2 % asiakkaista. Työkykyasioiden vuoksi

vastaanotolle oli ohjattu 2,4 % asiakkaista. Sama koski kaikkia ikäryhmiä, eli ikäryhmien kesken tulositytä verrattaessa ei ollut suurta hajontaa tulosityden osalta.

Verrattaessa tulositytä miesten ja naisten välillä, naisista 59 % oli ohjattu vastaanotolle taloudellisten syiden vuoksi. Sama luku miesten kohdalla oli 83 %. (Kuvio 6.)



**Kuvio 6.** Vastaanotolle ohjaamisen syy.

Naisista sitä vastoin 20,5 % oli ohjattu sosiaalityöntekijän vastaanotolle palvelun tai tuen järjestämistä varten, kun vastaava luku miesten kohdalla oli vain 6,4 %. Henkisen tuen vuoksi neljä naista oli ohjattu vastaanotolle, kun taas miehistä ei yksikään ollut vastaavan syyn takia vastaanotolle tullut. Naisista kahdeksan oli tul- lut hakemaan apua hakemuksen tekemiseen, miehistä vain kaksi.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveys ei ole ainoastaan sairauksien puuttumista, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, totesi WHO jo vuonna 1948. Tämä ajatus on yhä voimissaan. Terveyden edistämisen lähtökohtana on, että ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. (Lindström & Eriksson 2010, 35.) Ihmisen omaa aktiivisuutta vaarantaa se, että hänen hyvinvointinsa osa-alueet eivät ole kunnossa. Voidaan siis todeta, että pystyäkseen pitämään huolta omasta terveydestään, täytyy ihmisellä olla tarpeeksi fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Jos jokin näistä osa-alueista alkaa olla liian kuormittunut, kokonaisvaltainen hyvinvointi alkaa kärsiä.

On siis tarpeen, että terveydenhuollon ammattilainen pystyy tunnistamaan näitä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin vaarantavia tekijöitä muiltakin terveyden osa-alueilta kuin ainoastaan terveydenhuoltoalan saralta. Yhä liian usein terveydenhuolto keskittyy ainoastaan sairauksien parantamiseen ja riskien pienentämiseen, kun pitäisi keskittyä terveyden edistämiseen kaikilla hyvinvoinnin osa-alueilla. Lisäksi liian usein terveyden hyvinvoinnissa unohdetaan se, kuinka suurelta osin sosiaalinen hyvinvointi vaikuttaa ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Sosiaalinen hyvinvointi koostuu yksilön vuorovaikutuksessa perheen, yhteisön ja yhteiskunnan kanssa. Yksilön terveyteen vaikuttavat hänen omat ominaisuutensa ja toimintansa, mutta myös hänen ympäristönsä ominaisuudet ja toiminta. Sosiaalista hyvinvointia havainnoidessa tulee huomioida ympäröivä yhteiskunta ja se, millaiseksi henkilö näkee suhteensa toisiin ihmisiin, omaan elinympäristöönsä ja yhteisöön. Tärkeitä asioita sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta ovat sosiaalinen integraatio, sosiaalinen hyväksyminen, sosiaalinen kontribuutio, sosiaalinen toiveikkuus ja sosiaalinen koherenssi. Sosiaalinen integraatio tarkoittaa, että yksilö kuuluu sosiaaliseen yhteisöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalisella hyväksymisellä tarkoitetaan, että yksilö pystyy luottamaan muiden ihmisten hyviin tarkoituksiin. Sosiaalinen kontribuutio on sitä, että nähdään oma arvo ja merkitys osana yhteisöä ja yh-

teiskuntaa. Sosiaalinen toiveikkuus on uskoa siihen, että yhteiskunta kykenee kehittymään myönteisesti ja sosiaalinen koherenssi tarkoittaa kykyä ymmärtää yhteiskunnan ja oman elinympäristön toimintatapoja ja laatua. Hyvä sosiaalinen ympäristö siis lisää hyvinvointia. Hyvän sosiaalisen ympäristön tunnusmerkkejä ovat huolenpito, turvallisuus, avoin ja kunnioittava vuorovaikutus, yksilöllisyyden hyväksyminen, asioiden pysyvyys ja toisten kunnioittaminen. (Fadjukoff ym. 2022, 328-331.)

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, kuinka vaikuttavaksi terveydenhuoltoalan ammattilaiset kokevat uuden mallin, jossa sosiaalityöntekijä on helposti saatavissa ja tukemassa arjen työskentelyä sosiaali- ja terveyskeskuksen vastaanottopalveluissa. Tarkoituksena oli myös selvittää, osaavatko ammattilaiset mielestään ohjata asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolle, vai onko haasteita esimerkiksi asiakkaan tunnistamisessa tai käytännön järjestelyissä. Pystytäänkö siis kohdistamaan katset myös terveydenhuollon ulkopuolelle, kohti kokonaisvaltaisempaa terveyden edistämistä ja tunnistamaan sosiaalisen hyvinvoinnin merkitys osana ihmisen hyvinvointia?

Tarkoituksena oli myös selvittää, millaisia asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolla kävi sovitun ajanjakson aikana, eli ovatko terveydenhuollon ammattilaiset ohjanneet vastaanotolle sellaisia asiakkaita, jotka hyötyvät sosiaalityöntekijän ammattitaidosta. Vai tarvitaanko vielä jonkinlaista koulutusta asiakkaan tunnistamisessa ja ohjaamisessa sosiaalityöntekijän vastaanotolle tai tarvitaanko toimintatapaa jonkinlaista muutosta?

WHO:n määritelmän mukaisesti ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi koostuu psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista (WHO 2024). Tarkemmin avattuna fyysinen terveys viittaa elimistön toimintakykyyn ja mahdollisiin sairauksiin. Psyykinen terveys viittaa henkisiin voimavaroihin, älyllisiin kykyihin sekä itsetuntoon ja itseluottamukseen. Sosiaalinen terveys viittaa kykyyn solmia ja ylläpitää ihmissuhteita, sekä sosiaalisen tuen ja turvaverkoston tasoon. (Hämäläinen 2018.) Kuten Fadjukoff ym. (2022, 327) ovat todenneet, on huomioitava, että



sosiaalista hyvinvointia voivat heikentää sairaudet, mutta samoin huono sosiaalinen hyvinvointi voi aiheuttaa sairauksia. On tärkeää ottaa huomioon ihmisen hyvinvoinnin kokonaisuus hänen asioitaan hoidettaessa. Aina yksilö ei itsekään pysty hahmottamaan ongelmiansa syitä ja seurauksia, vaan ne koostavat yhdessä ison ongelmavyöhdin, jonka ratkominen vaatii aikaa ja monen ammattilaisen työpanosta. Helpompaa ja tärkeämpää olisikin ehkäistä ongelmavyöhdin kasvaminen jo hyvissä ajoin ja siis tunnistaa sellaiset asiakkaat, joiden ongelmien ratkomiseen tarvitaan moniammatillista työryhmää. Nykyisin osana sosiaalihuollon palvelurakennetta on keskitytty myös neuvontaan ja ohjaukseen ja ne on merkitty myös sosiaalihuoltolakiin osana hyvinvoinnin edistämistä. Samoin lakiin on merkitty velvoite tehdä yhteistyötä terveydenhuollon toimijoiden kanssa neuvontaa annettaessa. Näiden matalan kynnyksen palvelujen tarjoamisella on tarkoituksena ratkaista asiakkaan asioita jo varhaisessa vaiheessa ja ne voidaan sijoittaa esimerkiksi muiden palvelujen yhteyteen. Aikaisempaa enemmän on myös kiinnitettävä huomiota sosiaalihuollon saavutettavuuteen ja siihen, että palveluihin on mahdollisuus hakeutua oma-aloitteisesti riittävän aikaisessa vaiheessa. (Kananoja & Marjamäki 2017, 208–213)

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena olikin selvittää, kokevatko ammattilaiset tunnistavansa asiakkaat, jotka olisi hyvä ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että terveydenhuoltoalan ammattihenkilöt kokevat melko hyvin tunnistavansa sellaiset asiakkaat, jotka voisivat ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle. 79,1 % vastaajista koki tunnistavansa hyvin tai melko hyvin tällaiset asiakkaat. Hoitajien ja lääkäreiden tulokset olivat sinänsä samantyylliset, että sekä hoitajista että lääkäreistä noin 80 % oli vastannut olevansa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämän ”tiedän millaisia asiakkaita voi ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle” -kanssa. Toki hoitajista useampi oli vastannut olevansa väittämän kanssa täysin samaa mieltä kuin lääkäreistä.

Lisäksi todettiin, että työkokemuksella on jonkinlaista merkitystä siihen, kuinka hyvin asiakas koetaan tunnistettavan. Aivan vastavalmistuneet hoitajat eivät kokee tunnistavansa sosiaalityön tarpeessa olevaa asiakasta kovinkaan hyvin, mutta jo 2–5 vuotta työskennelleet kokivat asiakkaan hyvin tunnistavansa. Sitä vastoin 6–10 vuotta työkokemusta omaavien vastausten perusteella koettiin epävarmuutta asiakkaan tunnistamisessa. Tätä kauemmin työskennelleet kuitenkin jälleen kokivat varmuutta asiakkaan tunnistamisessa. Voidaan siis pohtia, miksi tunnistamisessa koetaan epävarmuutta juuri 6–10 vuotta työskennelleiden keskuudessa? Kauemmin työskennelleillä voidaan olettaa työkokemuksen tuovan varmuutta asiakkaan tunnistamisessa. Mutta miksi 2–5 vuotta työskennelleet uskoivat tunnistavansa asiakkaat paremmin kuin 6–10 vuotta työskennelleet? Voidaan miettiä, onko viime vuosina yhteiskunnassa paremmin nostettu esille sosiaalityön osuutta ja roolia. Onko terveydenhuoltoalan kouluissa selkeämmin otettu esiin sosiaalityön opetusta?

Mallin kannalta on tärkeää, että terveydenhuoltoalan ammattilainen tunnistaa asiakkaan, joka hyötyisi sosiaalityöntekijän vastaanotosta. Jos ammattilainen ei tällaista asiakasta tunnista, ei hän osaa ohjata asiakasta oikean ammattilaisen vastaanotolle. Sote-uudistuksen eräänä tavoitteena onkin juuri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyön vahvistaminen ja tähän olennaisena liittyvä asiakkaan tarpeiden tunnistaminen. (Sote-uudistus 2023.)

Sosiaalityöntekijän keräämän datan perusteella suurelle osalle asiakkaista oli vastaanotolla hoidettu jokin yksittäinen asia, kuten rajoitus reseptilääkkeeseen. Tämä voi kertoa siitä, että terveydenhuoltoalan ammattilainen voi nähdä tarpeen sosiaalityölle terveydenhuoltoalan kokemuksensa kautta. Kun terveyteen liittyvään asiaan tulee asiakkaan kanssa este, kuten taloudellinen este, muistetaan paremmin mahdollisuus käyttää sosiaalityöntekijän vastaanottoa avuksi. Sosiaalityöntekijän käynneistä kootusta datasta selvisi myös, että nimenomaan taloudellisten syiden vuoksi oli ohjattu eniten asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Toki taloudelliset syyt ovat yleisestikin syy, joiden vuoksi asiakkaita paljon sosiaalityön

palveluiden piiriin hakeutuu tai ohjautuu. Muistetaanko tai osataanko sosiaalityöntekijän ammattitaitoa kuitenkin käyttää hyväksi, jos asiakkaan ongelma ei ole taloudelliseen tilanteeseen liittyvä? Sosiaalityöntekijän ammattitaito on paljon muutakin kuin taloudellisten asioiden hoitamista. (Filppa, Hietanen, Hedemäki, Kokkonen, Malinen, Niskala, Näkkäläjärvi, & Ruotsala 2017, 471.) Tuloksista voisi päätellä, että olisi varmasti hyödyllistä käydä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa vielä tarkemmin läpi asioita, joihin sosiaalityöntekijän vastaanotolla voidaan puuttua. Näin mallista saataisiin irti vielä enemmän apua asiakkaiden terveyden kokonaisvaltaisempaan hoitoon.

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli selvittää, miten hyödylliseksi oman työnsä kannalta terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat mallin käytön hoitaessaan asiakkaan asioita. Tulosten valossa voidaan todeta, että terveydenhuoltoalan ammattilaiset kokevat mallin todella hyödylliseksi. Vain 7 % vastaajista ei ollut osannut sanoa kantaansa väittämään ”malli säästää aikaa potilaan kanssa”, ja loput olivat väittämän kanssa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Samoin hyvin yksimielisiä vastaajat olivat väittämän ”päällekkäinen työ on vähentynyt mallin ansiosta” kanssa. Väittämän kanssa samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 93 % vastaajista. Näiden kysymysten tulokset ovat tärkeitä huomiota, sillä perusterveydenhuollossa mietitään jatkuvasti, kuinka resursseja voidaan ohjata oikein siten, että päällekkäinen työ vähentyy ja resurssit pystytään kohdentamaan oikein. Malli siis pystyy vastaamaan tähän tämän päivän ja tulevaisuudenkin haasteeseen, jolla ihmiselle pyritään antamaan sellaista apua, mistä hän parhaiten hyötyy ja se tapahtuu tehokkaasti ja nopeasti. Kuitenkin on huomioitava, että aina nopeus ei ole sama asia kuin tehokkuus. Ajankäyttö voi joskus olla perusteltua esimerkiksi juuri tehokkaamman lopputuloksen saamiseksi asiakkaalle vaikkapa tehden yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa. Ajansäästö näissä tapauksissa näkyykin vasta myöhemmin, kun asiakkaalla ei ole tarvetta asioida saman asian vuoksi uudestaan terveydenhuollon tai sosiaalihuollon yksikössä. Ollaan siis päästy lähemmäs kutsumisen kulttuuria, eroon pois lähettämisen kulttuurista (Mertsola, Talvenkorpi, Santanen & Tapiola 2017, 39–42). On päästy lähemmäs ajatusta siitä,

että yhden yhteydenoton taktiikalla asiakkaan kokonaisvaltaisempaa tilannetta pyritään ratkomaan pitäen ihmisen hyvinvointia monen eri osion summana. Koska yksi parhaista yhteistyön muodoista sote-alalla on integroiva yhteistyö, on tärkeää, että terveysalan ammattilaiset tunnistavat hyödyn, joka moniammatillisesta yhteistyöstä saadaan. Se kannustaa käyttämään moniammatillisuutta jatkossakin hyödyksi. Integroivan yhteistyön tärkeä osa on, että toimijat toimivat vapaaehtoisesti yhdessä asiakkaan parhaaksi ja organisaation taholta saadaan vahva tuki ja ohjaus. Työntekijät ovat motivoituneita aitoon yhteiseen toimintaan. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019, 37–38.)

Kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli selvittää, millaisia asiakkaita terveydenhuollon ammattilaiset ovat tunnistaneet ja ohjanneet sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Tämä tutkimuskysymyksen kohdalla on huomioitava se seikka, että jo pilottia suunniteltaessa oli ensiarvoisen tärkeää pyrkiä saamaan sosiaalityöntekijän vastaanotolle sellaiset asiakkaat, jotka eivät aikaisemmin ole asioineet sosiaalityöntekijän kanssa. Mallia suunniteltaessa haluttiin puuttua sosiaalisiin ongelmiin jo siinä vaiheessa, kun ne vielä ovat melko pieniä ja helposti ratkaistavissa. Sosiaalityön ongelma on kuitenkin se, että ihmisten kynnys hakeutua sosiaalityöntekijän vastaanotolle on melko korkea ja sosiaalityön palvelunumeroon soitetaan vasta sitten, kun ongelma on jo kasvanut melko isoksi. Sitä vastoin terveyskeskukseen soittamisen kynnys on asiakkaille matalampi. Tällöin koettiin tärkeäksi, että hoidontarpeen arviota tekevä sairaanhoitaja tai vastaanottoa pitävä lääkäri pystyisi tunnistamaan sellaisen ihmisen, joka matalalla kynnyksellä pystyttäisiin ohjaamaan sellaisen sosiaalityöntekijän vastaanotolle, joka työskentelisi osana moniammatillista tiimimallia nykyisen sote-keskuksen sisällä. Tämän asian valossa onkin tärkeä seikka huomata, että 59,2 % sosiaalityöntekijän vastaanotolle ohjatuista asiakkaista oli niin sanottuja uusia asiakkaita, eli heillä ei ollut vielä asiakkuutta sosiaalityön puolelle. Sosiaalihuoltolaissa on maininta ”Kun tuen tarve on luonteeltaan tilapäistä, on oikea-aikaisilla ja riittäväillä tilapäisillä palveluilla pyrittävä ehkäisemään pidempiaikaisen tuen tarvetta” (L30.12.2014/1301). Jo siis lain puitteissa on tärkeää, että asiakkaan sosiaalihuollon tarve tunnistetaan ennen kuin

ongelmat paisuvat suuremmiksi. Tällöin pienemmillä toimenpiteillä voidaan ehkäistä ongelmien kasvaminen ja säästää tulevaisuuden resursseja.

Mielenkiintoista oli myös se, että sosiaalityöntekijän vastaanotolle ohjattujen miesten ja naisten tulosityissä oli eroja. Miesten kohdalla taloudelliset syyt olivat syys selkeästi useammin kuin naisilla. Naisia taas oli ohjattu vastaanotolle useammin muissa sosiaalihuollon alan kuuluissa asioissa, kuten tuen tarpeen vuoksi tai palvelujen järjestämisen vuoksi. Myös henkisen tuen tarpeen vuoksi oli käynyt enemmän naisia kuin miehiä. Ovatko naiset avoimempia kertomaan muistakin ongelmistaan kuin taloudellisista haasteistaan? Vai onko muita syitä joiden vuoksi terveydenhuoltoalan ammattilaiset tunnistavat naisilla enemmän muita kuin taloudellisia syitä, joiden vuoksi sosiaalityöntekijän vastaanotolle aika varattu?

Valitettavaa oli, että vain yksi psykiatrinen sairaanhoitaja oli kyselyyn vastannut. Psykiatria sairaanhoitajia toki työskenteleekin Seinäjoen sote-keskuksen vastaanottopalveluissa ainoastaan kuusi. Sosiaalityöntekijän keräämästä datasta kuitenkin kävi ilmi, että 27 % sosiaalityöntekijän asiakkaista oli tullut vastaanotolle psykiatrisen sairaanhoitajan ohjaamana. Kyselytutkimukseen ainoa vastannut psykiatrinen sairaanhoitaja oli kertonut tunnistavansa sosiaalityöntekijän vastaanotolle kuuluvat potilaat mielestään hyvin. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla yleensä käsitelläänkin sellaisia asioita, jotka helposti tunnistaa sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluviksi. Tämä voi olla syynä siihen, että psykiatrinen sairaanhoitaja usein turvautuu sosiaalityöntekijän ammattitaitoon asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin hoidon vuoksi. Sosiaalisten ongelmien vuoksi ihmiset kärsivät usein mielenterveyden ongelmista, mutta toisaalta myös mielenterveyden ongelmat voivat osaltaan aiheuttaa sosiaalisia ongelmia.

Jyväskylän päivystyksen pilotissa, jossa sosiaalityöntekijä oli osana päivystyksen moniammatillista työryhmää, tehtiin pilotin lopussa huomio, että hoitohenkilökunta oli ohjannut sosiaalityöntekijän vastaanotolle eniten asiakkaita. 67 % sosiaalityöntekijän vastaanotolle ohjatuista asiakkaista oli nimenomaan hoitajan lähettämä. Lääkärin lähettämiä asiakkaita oli vain 7 %. (Koikkalainen, Tuominen &

Heikkilä 2016.) Porin mallissa taas sairaanhoitajat olivat ohjanneet sosiaalityöntekijän vastaanotolle 75,9 % asiakkaista ja lääkärit vain 2,9 % asiakkaista. (Vallinen 2018.) Nyt Seinäjoen mallista kerätyistä tilastoinneista kävi ilmi, että 58,3 % asiakkaista oli sairaanhoitajan lähettämiä ja 12,6 % lääkärin lähettämiä. Seinäjoen mallissa lääkärit olivat lähettäneet hieman enemmän asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolle kuin Jyväskylän päivystyksen lääkärit ja selkeästi enemmän kuin Porin päivystyksen lääkärit. Toki täytyy ottaa huomioon, että tulosten eroavaisuudet voivat johtua työskentelytapojen eroista kyseisissä yksiköissä, eivätkä luvut siis ole täysin vertailukelpoisia. Huomioitavaa silti on, että sairaanhoitajat vaikuttavat olevan etulinjassa, kun pyritään tunnistamaan asiakkaiden ongelmia ja ohjaamaan asiakkaat oikean ammattilaisen luo apua saamaan.

Jyväskylän mallin tuloksiin verrattuna samankaltaisuutta oli myös siinä, että isompi osa asiakkaista oli naisia kuin miehiä. Seinäjoella 57 % asiakkaista oli naisia ja 43 % miehiä, kun taas Jyväskylän mallissa ympäröyoreämmin oli mainittu, että enemmistö oli naisia ja alle puolet miehiä. Kuitenkin tulokset vaikuttavat hyvinkin samanlaisilta kummassakin kaupungissa.

## 8 POHDINTA

Vuonna 2023 terveyskeskusten nimi muuttui sosiaali- ja terveyskeskuksiksi, eli sote-keskuksiksi. Jo nimen perusteella voisi päätellä, että sote-keskuksessa hoidaan perinteisten terveyshuolien lisäksi sosiaalihuollon ongelmia. Näin ei kuitenkaan suurimmassa osassa sote-keskuksia vielä ole, vaan sosiaalihuollon palvelut ovat vielä kovin erillään terveydenhuollon palveluista. Tavoitteena kuitenkin on päästä lähemmäs niin sanottua yhden luukun mallia, eli asiakkaalle tarjotaan kaikki palvelut yhden yhteydenoton perusteella. Todella usein ensimmäinen yhteydenotto asiakkaalta onkin juuri sote-keskukseen. Tämä kyselytutkimus tehtiin lokakuussa 2023, jolloin uudet hyvinvointialueet olivat olleet toiminnassa yhdeksän kuukauden ajan. Toiminta uuden organisaation sisällä oli siis vasta aluillaan, vaikka on huomioitava, että käytännön toiminnan kannalta työ ei konkreettisesti muuttunut hyvinvointialueelle siirryttäessä. Mielenkiintoista oli, että kyselyyn vastaajista suuri osa oli työskennellyt vastaanottopalveluissa alle viiden vuoden ajan. Vastaanotoilla työskentelee kyllä paljon nuoria sairaanhoitajia ja lääkäreitä, mutta työntekijöiden suhde ei aivan vastaa todellisuudessa ole tutkimukseen vastanneisiin nähden. Jostain syystä siis kyselyyn oli innostunut vastaamaan työntekijöitä, joiden työhistoria ei vielä kovin pitkä ole. Ovatko nuo työntekijät parhaiten ottaneet sosiaalityöntekijä -mallin käyttöön ja siksi vastasivatkin innokkaasti, koska malli on tuttu? Vai eivätkö kauemmin yksikössä työskennelleet jostain muusta syystä vain olleet innokkaita vastaamaan kyselyyn?

Tämän tutkimuksen aikana pilottijakso oli jo hyvässä vauhdissa Seinäjoen sote-keskuksessa, sillä pilotti oli alkanut keväällä 2022. Sosiaalityöntekijän työnkuvaa oli kehitetty pilotin aikana ja pyritty löytämään eniten asiakasta, mutta myös työyhteisöä helpottava toimintatapa yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut saman yksikön alle. Yhteistyön koettiin puolin ja toisin olleen antoisaa ja mutkatonta. Tämän tutkimuksen aikana kuitenkin nousi esiin se, että yhä terveydenhuollon ammattilaiset voisivat tunnistaa paremmin sellaiset asiakkaat, jotka hyötyisivät sosiaali-

työntekijän vastaanotolla käynnistä. Liikaa yhä keskitytään vain taloudellisten asioiden miettimiseen, kun mietitään millaisia asiakkaita sosiaalityöntekijän vastaanotolle voisi ohjata. Muista mahdollisista asiakkaista puhuminen ja työnkuvan laajuuden korostaminen onkin siis jatkossa tärkeää, että mahdollisimman moni saisi laajempaa hyötyä sekä sosiaalisiin että terveydellisiin ongelmiinsa asioidessaan sote-keskuksen vastaanottopalveluissa. Sosiaalinen ja terveydellinen hyöty usein kulkevat käsi kädessä, ja tämän asian tunnistaminen on varmasti yksi sote-keskusten avainasioista nyt ja tulevaisuudessa, kun asiakkaiden ongelmat pyritään ottamaan laajemmin haltuun. Terveystieteiden ammattilaisten olisikin hyvä saada lisää koulutusta sosiaalihuollon tehtävistä, että asiakkaiden tunnistaminen parantuisi ja asiakkaita osattaisiin ohjata sosiaalityön ammattilaisen vastaanotolle mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Samoin voisi uskoa, että terveydenhuollon parempi tuntemus auttaisi sosiaalityöntekijöitä työssään, kun he pyrkivät ymmärtämään asiakkaan hyvinvoinnin kokonaisuutta, johon aina jollain tavoin liittyy myös asiakkaan fyysinen ja psyykinen hyvinvointi sosiaalisen hyvinvoinnin lisäksi. Mahdollisuutta järjestää moniammatillinen vastaanotto asiakkaan kanssa olisi myös syytä käyttää enemmän, tällöin asiakkaan ongelmien kokonaisuus varmasti paremmin hahmottuisi ammattilaisille, mutta myös asiakas paremmin saisi oman äänensä kuuluviin osana moniammatillista tiimiä jonka päämääränä on asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin parantaminen.

Sote-keskusten palveluiden integraatio on siis tärkeää, mutta onko se riittävä tavoite? Jatkossa varmasti tarvitaan integraatiota ja yhteistyötä entistä enemmän myös muiden viranomaistahojen ja kolmannen sektorien palvelujen kanssa. Esimerkkinä näistä on Kela ja kuntien hyvinvointipalvelut, sillä hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa sote-keskukset siirtyivät hyvinvointialueiden alle, mutta hyvinvointipalvelut jäivät kuntien tehtäväksi. On siis uusi tilanne, että hyvinvointipalvelut ja sote-palvelut ovat eri organisaatioiden alla. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia, miten hyvin terveydenhuollon, ja miksei sosiaalihuollonkin, työntekijät tuntevat kolmannen sektorin toiminnan. Samoin voisi tutkia Kelan etuuksien tuntemusta terveydenhuoltoalan ammattilaisten kohdalla ja sitä, osaavatko työntekijät



ohjata asiakasta kolmannen sektorin ja Kelan palveluiden piiriin. Todella mielenkiintoista olisi myös käynnistää pilotti, jossa Kelan työntekijä työskentelisi sote-keskuksesta käsin ja ottaisi vastaan asiakkaita kuten sosiaalityöntekijäkin. Millaisia hyötyjä tästä saataisiin? Lisäksi olisi varmasti hyödyllistä toistaa tämä nyt toteutettu tutkimus uudestaan muutaman vuoden päästä, kun toivottavasti sosiaalityöntekijän työnkuva on muodostunut osaksi normaalia arkea sote-keskuksen vastaanotoilla. Onko jotain muuttunut tuloksissa? Tunnistetaanko asiakkaat entistä paremmin? Onko asiakkaiden käyntien syissä tapahtunut muutosta?

Sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimimallia -pilotin jatkuessa ja muuttuessa mahdollisesti myöhemmin vakiintuneeksi osaksi sote-keskuksen toimintaa olisi hyväksi, että mallia matkan aikana myös kehitettäisiin. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että entistä enemmän yhteistyötä tarvitaan, jotta sosiaalityöstä tulisi tutumpaa terveydenhuoltoalan ammattilaisille ja terveydenhuoltotyöstä taas tutumpaa sosiaalityöntekijälle. Lisäksi asiakaslähtöistä toimintatapaa tulisi jatkossa yhä enemmän juurruttaa osaksi päivittäistä työskentelyä. Tästä hyötyisivät sekä asiakas että sosiaali- ja terveysalan toimijat. Tulisi miettiä, miten ammattilaiset saisi paremmin tekemään töitä yhdessä asiakkaan kanssa, kun nykyisin työskentely on usein peräkkäisten prosessien toteuttamista. Asiakkaan ajatuksia omasta hyvinvoinnista toki kuunnellaan, mutta helposti kuitenkin toimitaan vanhojen mallien ja opittujen käytäntöjen mukaan organisaation vanhoja toimintatapoja noudattaen. Lisäksi voisi olla hyödyllistä kerätä vielä yksityiskohtaisempaa dataa sosiaalityöntekijän vastaanotolla käyneistä asiakkaista, kuten vielä selkeämmin syistä joiden vuoksi aika vastaanotolle varattu. Lisäksi olisi hyödyllistä tietää, tarvitseeko jo varhaisessa vaiheessa sosiaalityöntekijän vastaanotolla käynyt asiakas lähitulevaisuudessa uuden ajan sosiaalityöntekijän vastaanotolle vai parantaako käynti hänen osaltaan sosiaalista hyvinvointia vuosiksi eteenpäin. Voisi olla hyvä myös pohtia, miten sosiaalityöntekijä saisi nykyistä enemmän hyötyä asiakkaan asioiden hoitamiseen terveydenhuoltoalan ammattilaisilta.

Muiden sote-keskuksien pohtiessa vastaavan mallin käyttöönottoa, olisi heidän hyödyllistä jo valmiiksi miettiä miten sosiaalityöntekijä saataisiin vielä selkeämmin osaksi päivittäistä toimintaa. Lisäksi olisi hyvä miettiä, miten asiakaslähtöisyys saataisiin jo alussa suunniteltua niin, että asiakas olisi yksi toimija joukossa suunniteltaessa hänen hyvinvointiaan. Olisiko mahdollista suunnitella yhteisvastaanottoja jo valmiiksi osaksi toimintatapaa, kun tunnistetaan paljon palveluja tarvitseva henkilö? Tai ottaa sosiaalityöntekijä mukaan jo hoidontarpeen arvion hetkellä?

Tulevaisuudessa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijöiden yhdessä työskentely toivottavasti hiljalleen luo parempaa pohjaa ihmisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tarkastelulle ja edesauttaa mahdollisuutta luoda ihmisille terveys-  
hyötyä yhdessä. Katseiden kääntäminen ennaltaehkäisevään työhön ja terveyden edistäminen kaikki ihmisen terveyden eri osa-alueet mielessä pitäen tuo konkreettista hyötyä sekä asiakkaille että ammattilaisille ja koko yhteiskunnalle.

## LÄHTEET

Aalto A-M., Ilmarinen, K., Muuri, M. & Ikonen, J. 2022. Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2022, 226-250. Toim. Karvojen, S., Kestilä, L. & Saikkonen, P. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Auschra, C. 2018 Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings. A Literature Review. International Journal of Integrated care 18:1. Viitattu 16.4.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5887071/>

Fadjukoff, P., Kainulainen, S., Pirhonen, J., Saaranen, T., Valokivi, H. & Vauhkonen, A. 2022. Sosiaalinen hyvinvointi turvaa terveyttä. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 59: 327–335. Viitattu 16.4.2023. <https://journal.fi/sla/article/view/111453>

Filppa, V., Hietanen, S., Hedemäki, T., Kokkonen, T., Malinen, J., Niskala, A., Näkäläjärvi, A. & Ruotsala, P. 2017. Sosiaali- ja terveyspalveluiden viidakossa. Yhdessä oppiminen, yhteisesti kehittäen. Teoksessa Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä, 459-478. Toim. Laitinen M. & Niskala, A. Tampere. Vastapaino..

Haavisto K. & Kananoja, A. 2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus. Teoksessa Sosiaalityön käsikirja, 144-169. Toim. Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjaniemi, P. Helsinki. Tietosanoma Oy.

Hartikainen, K. 2022. Monialaisuus mahdollistaa ihmislähtöiset ratkaisut sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa Monialaisten ratkaisujen työkirja sosiaali- ja terveysalan asiakastyöhön, 12-18. Toim. Hartikainen, K., Vuorijärvi, A., Pakarinen S. & Elomaa-Krapu. M. Helsinki. Metropolia.

Holmberg, S. 2014. Eräänlainen vedenjakaja elämässäni. Arjen muuttuva rytmi rintasyöpään sairastuneiden naisten elämässä. Teoksessa Terveys ja sosiaalityö, 207-241. Toim. Metteri, A., Valokivi, H & Ylinen S. Jyväskylä. PS-kustannus.

Hämäläinen, E. 2018. Terveyden edistäminen eri väestöryhmissä I. Jyväskylän yliopisto.

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vauvaan. Helsinki. Stakes. Viitattu 3.2.2024. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa. WSOY.

Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä – laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananoja, A. & Marjamäki, P. 2017. Neuvonta ja ohjaus yleisinä sosiaalipalveluina. Teoksessa Sosiaalityön käsikirja, 208-215. Toim. Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjaniemi, P. Helsinki. Tietosanoma Oy.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla, 15-46. Toim. Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. Helsinki. Gaudeamus Oy.

Koikkalainen, P., Tuominen, T. & Heikkilä, M. 2016. Kokemuksia sosiaalityö päivystyksessä -pilotista. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen SOTE 2020 -hanke. Viitattu 23.4.2023. [https://www.jyvaskyla.fi/sites/default/files/atoms/files/sote2020\\_raportit\\_17\\_kokemuksiasosiaalityopaivystyksessapilotista.pdf](https://www.jyvaskyla.fi/sites/default/files/atoms/files/sote2020_raportit_17_kokemuksiasosiaalityopaivystyksessapilotista.pdf)

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Finlexin sivuilla. Viitattu 7.1.2024. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Finlex. Viitattu 7.1.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>.

Lindén, M. 1999. Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 234. Helsinki. Stakes.

Lindström, B. & Eiksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaa, 32-52. Toim. Pietilä, A-M. Helsinki. WSOYpro.

Malmivaara, A. 2022. Vaikuttavuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Duodecim.

Mertsola, J., Talvenkorpi, H., Santanen, J. & Tapiola, M. 2017. Poislähtämisen kulttuurista kohti aitoa osallisuutta! Vertikaalinen integraatio lasten, nuorten ja perheiden erityis- ja vaativan tason palvelujen LAPE-työpajoissa 2016. Työpaperi 26/2017. Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaprosessin raportit. Osana Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa, 39-52. Helsinki. THL. Viitattu 19.1.2024. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017\\_26\\_Ty%C3%B6pajaprosessit\\_19.12.17\\_web.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017_26_Ty%C3%B6pajaprosessit_19.12.17_web.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Metteri, A. 2015. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työstä ei tiedetä tarpeeksi. Talentia-lehti. Viitattu 23.4.2023. <https://www.talentia.fi/talentia-lehti/terveydenhuollon-sosiaalityontekijan-tyosta-ei-tiedeta-tarpeeksi/>

Niemelä, J. & Kivipelto, M. 2019. Asiakaslähtöinen palvelupolkumalli tulevaisuuden sote-keskusten lähtökohdaksi. Työpaperi 37/2019. Viitattu 16.4.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-426-4>

Pehkonen, A., Martikainen, K., Kinni R-L & Mönkkönen, K. 2019. Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveystieteillä, 89-111. Toim. Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. Helsinki. Gaudeamus Oy.

Pohjola, P. & Korhonen, S. 2014. Social Work as Knowledge Work: Knowledge practices and multi-professional collaboration. Viitattu 3.2.2024. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2014.926285>

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osallistava ja osaava Suomi -sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisu 2019:31. Helsinki. Viitattu 9.4.2023. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN\\_2019\\_31.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN_2019_31.pdf?sequence=1&isAllowed=)

Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Helsinki. Gaudeamus.

Rissanen, S. & Lammintakanen J. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Sosiaali- ja terveysjohtaminen, 15-38. Toim. Rissanen, S. & Lammintakanen J. Helsinki. Sanoma Pro.

Ristolainen, H., Roivas, P., Mustonen, E. & Hujala, A. 2020. Asiakslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Uudistuva sosiaali- ja terveysala. 241-266. Toim. Hujala A. & Taskinen, H. Tampere. Tampere University Press.

Rommakkaniemi, M. & Kilpeläinen, A. 2017. Asiantuntijuus terveydenhuollon sosiaalityössä. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä, 244-271. Toim. Laitinen, M. & Niskala, A. Tampere. Vastapaino.

Sinervo, T. & Keskimäki, I. 2019. Palveluintegraatio käytännössä. Mikä edistää ja mikä estää integraatiota. Yhteiskuntapolitiikka -lehti 84:4. Viitattu 16.4.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091828759>

Sote-uudistus. 2023. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. Viitattu 16.4.2023. <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma1>

STM. 2019. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma käyntiin – ”Nyt ponnostetaan peruspalveluihin”. Tiedote 15.10.2019. Viitattu 16.4.2023. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Särkikangas, U. & Tapiola, M. 2017. Horisontaalinen integraatio: lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentely erityis- ja vaativimman tason näkökulmasta. Julkaisussa Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaproessin raportit – Osana Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Työpaperi 26/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.1.2024 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017\\_26\\_Ty%C3%B6pajaproessit\\_19.12.17\\_web.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134652/TY%C3%962017_26_Ty%C3%B6pajaproessit_19.12.17_web.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Timperi, T. 2022. Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. Selvityshenkilön raportti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vallinen, E. 2018. Sosiaalista diagnosoimassa – tapaustutkimus Satakunnan keskussairaalan yhteispäivystyksen terveyssoseaalityön sisällöistä ja asiantuntijuudesta. Viitattu 23.4.2023. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/103154/gradu07428.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilkka, H. Tutki ja mittaa. 2007. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

World Health Organization. Consitution. Viitattu 11.2.2024. <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

Yliruka, L., Heinonen, J., Satka, M., Metteri A. & Alatalo, T. 2019. Terveyssoseaalityö näkyväksi. Terveyssoseaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Työpapereita 2019:1. Helsinki. Socca.

## LIITTEET

### Liite 1. Kysely.

#### Kysely

Taustatekijät:

Ammattiryhmä:

- Sairaanhoitaja
- Diabeteshoitaja
- Psykiatrinen sairaanhoitaja
- Lääkäri
- Muu, mikä \_\_\_\_\_

Työkokemus terveydenhuoltoalalla vuosina: \_\_\_\_\_

Työskentely nykyisessä työpaikassa vuosina ja kuukausina: \_\_\_\_\_

Valitse parhaiten omaa ajatustasi kuvaava kohta.

Sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimiä -malli säästää aikaa potilaan kanssa:

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
  
- En osaa sanoa

Sosiaalityöntekijä-mallin ansiosta päällekkäinen työ on vähentynyt, kun asiakkaan saa ohjattua sellaisen ammattilaisen luo, joka asiasta on parhaiten perillä.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
  
- En osaa sanoa



Sosiaalityöntekijän vastaanotolle on helppo ohjata asiakas käytännön järjestelyjen (ajanvarauskirjat, sosiaalityöntekijän vastaanoton sijoituspaikka ym.) näkökulmasta katsoen.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
  
- En osaa sanoa

Asiakas ottaa mielellään vastaan ajan sosiaalityöntekijälle.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
  
- En osaa sanoa

Muistan hyvin mahdollisuuden ohjata asiakas sosiaalityöntekijän vastaanotolle

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
  
- En osaa sanoa

Tiedän millaisia asiakkaita voi ohjata sosiaalityöntekijän vastaanotolle

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
  
- En osaa sanoa

## Liite 2. Tiedote tutkimuksesta

### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Kysely ammattilaisen käyttökokemuksista sosiaalityöntekijä osana moniammatillisessa tiimimallissa -pilotista.

#### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jolla kerätään tietoa ammattilaisten kokemuksista sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimimallia -pilotissa.

#### **Vapaaehtoisuus ja eettisyys**

Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voitte keskeyttää kyselyyn vastaamisen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Kyselyyn vastaaminen on täysin anonyymiä, eli kyselyyn vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa. Kyselylomakkeen kautta saadut tulokset tuhoetaan oikeaoppisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

#### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän kyselyn tarkoitus on tutkia ammattilaisten kokemuksia sosiaalityöntekijä osana moniammatillista tiimimallia -pilotissa. Tulosten perusteella voidaan kehittää toimintamallia Seinäjoen sote-keskuksessa. Kyselystä saatujen tietojen pohjalta voidaan myös kehittää toimintamallia, jos sitä laajennetaan koskemaan muitakin sote-keskuksia.

#### **Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet**

Kyselyyn osallistuminen kestää noin 5 minuuttia.

Kyselyyn pääsee osallistumaan linkistä \_\_\_\_\_

#### **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Kyseessä on sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen suuntautumisvaihtoehdon YAMK-opinnäytetyö. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.