



# Terveyssoseaalityö ja sosiaaliset riskit psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Psykiatrisessa hoidossa olevat potilaat kohtaavat arjessaan sosiaalisia riskejä ja niiden aiheuttamaa epävarmuutta. Tässä artikkelissa tutkitaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ilmeneviä sosiaalisia riskejä ja terveyssoseaalityön roolia niihin vastaamisessa. Aineistona toimii 191 psykiatrisen potilaan potilaskertomustekstit vuosilta 2009–2019. Aineisto analysoitiin mixed methods -menetelmällä yhdistämällä aineistolähtöistä kategoria-analyysiä ja logistista regressioanalyysiä.

Tulosten mukaan psykiatriset potilaat kohtaavat laajasti sosiaalisia riskejä. Sosiaaliset riskit on jaoteltu tuloksissa yhdeksään eri kategoriaan: työkykyyn, sosiaalisiin suhteisiin, riippuvuuksiin, talouteen, väkivaltaan ja rikoksiin, arjen toimintakykyyn, ylisukupolvisuuteen, asumiseen sekä omaisen kuolemaan ja luopumiseen. Sosiaalisten riskien esiintyvyys vaihteli huomattavasti, kun terveyssoseaalityön kirjauksia verrattiin kokonaisaineistoon. Terveyssoseaalityöntekijöiden osa-aineistossa talouden ja asumisen teemat nousivat enemmän ja sosiaalisten suhteiden, riippuvuuksien sekä väkivallan ja rikosten kategoriat vähemmän esille kuin kokonaisaineistossa. Logistinen regressioanalyysi osoittaa, ettei kyse ole potilaiden ohjauksen problematiikasta.

Tutkimustulosten pohjalta vaikuttaa siltä, että sosiaalisten riskien tunnistaminen ei ole systemaattista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tutkimusaineistossa on paikannettavissa myös tilanteita, joissa sosiaalisten riskien hallinta näyttyy riittämättömänä. Tutkimuksessa terveyssoseaalityö näyttyy jäsentymättömänä toimijana, jonka hallinnan tavat suhteessa sosiaalisiin riskeihin vaihtelevat.

Sosiaalisia riskejä tarkastelemalla voidaan saada arvokasta lisätietoa psykiatrisen hoidon taustalla vaikuttavista potilaiden elämäntilanteista sekä palvelujärjestelmän katvealueista. Aiempien tutkimusten pohjalta tiedetään, että arjessa esiintyvät sosiaaliset riskit lisäävät huono-osaisuutta. Sosiaalisten riskien tunnistamisella ja niiden hallinnalla voidaan edistää psykiatristen potilaiden kuntoutumista ja elämäntilannetta.

**ASIASANAT:** Terveyssoseaalityö, riskitekijät, rekisteritutkimus, psykiatria

**ESSI ROVAMO, TIMO TOIKKO**

## YDINASIAT

- Psykiatriset potilaat kohtaavat runsaasti arjessaan erilaisia sosiaalisia riskejä.
- Sosiaalisten riskien tunnistaminen ja niiden hallinta ei näytä olevan menetelmällisesti jäsennehty erikoissairaanhoidossa.
- Terveyssoseaalityö hyötyisi systemaattisesta sosiaalisten riskien tunnistamisesta.
- Kiinnittämällä johdonmukaisesti huomioita psykiatristen potilaiden kohtaamiin sosiaalisiin riskeihin voitaisiin edistää yksilön hyvinvointia.

## JOHDANTO

Potilaiden moniulotteiset, komplisoituneet riskit ovat arkipäivää psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Mielen terveyden häiriöihin kuuluu usein työ- ja toimintakyvyn sekä elämänlaadun heikkenemistä (1). Mielen terveyden häiriöt ovat yhteydessä kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen, kuten yksilön elinoloihin, sosiaalisiin suhteisiin ja elämänhistoriaan (2). Mielen terveyden häiriöihin vaikuttavat myös yhteiskunnalliset olosuhteet ja normit (1). Kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä toimii haastavasti tilanteissa, joissa ihmisellä on tarve useammille palveluille tai etuuksille – mikä on tyypillistä moninaisissa elämäntilanteissa eläville mielen terveyspotilaille (3).

Riskillä tarkoitetaan tulevaisuudessa tapahtuvaa, ei-toteutunutta uhkaa (4,5). Riskit voivat kohdentua kehen tahansa (6). Riskit eivät ole ajallisesti, paikallisesti tai sosiaalisesti rajattavissa eivätkä ne seuraa syy-seuraussuhteita (7). Sosiaalisen riskin tarkoitetaan sosiaalisessa ympäristössä muodostunutta riskiä, joilla on laajoja yhteiskunnallisia seurauksia (6, 8).

Sosiaalisten riskien hallintaa ja hyvinvoinnin edistämistä tehdään pääosin yhteiskunnallisella tasolla – kuten asumis- ympäristö- ja opinto-olosuhteita edistämällä (1, 6). Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa potilaiden sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen on osoitettu pitkälti sosiaalityöntekijöille. Terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö on vakiintunut ammatillinen kenttä, mistä käytetään nimitystä terveysosiaalityö (9). Terveysosiaalityön keskeisimpiä tehtäviä ovat potilaan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen huomioiminen, palveluiden väliinpuotoamisen ehkäiseminen ja monialaisen tiedon lisääminen terveydenhuollossa (9,10). Sosiaalityön perusolemuksen kuuluu rakenteellinen ja yhteiskunnallinen ulottuvuus, minkä tarkoituksena on edistää potilaiden yhteiskunnallista asemaa (2). Terveysosiaalityössä rakenteellinen sosiaalityö konkretisoituu muun muassa syrjäytymisen ehkäisemisenä, ylisukupolvisuuden kierteen katkaisemisenä sekä tulo- ja terveyserojen kaventamisena (2).

Sosiaalityössä riskien hallinta on nähty luontevana osana sosiaalityön osaamista (11). Riskin käsite on muodostunut keskeiseksi sosiaalityön tieteenalalla (4,5,11,12). Sosiaalityöntekijät tunnistavat, käsittelevät ja pyrkivät ehkäisemään

asiakkaitensa sosiaalisia riskejä päivittäisessä työssään (5). Sosiaalityössä työskennellään tyypillisesti haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten parissa, jotka kokevat päivittäisessä elämässään toistuvia sosiaalisia riskejä ja elävät niiden aiheuttamassa epävarmuudessa (11). Riskit näytettyvät sosiaalityössä jatkumona, joissa ääripäässä on riskien aiheuttama epävarmuus ja toisessa riski välittömästä hengenvaarasta (12). Riskien aiheuttamien epävarmuuden lisäksi esimerkiksi akuuteissa kriisipalveluissa asiakkaiden hengenvaara on valitettavaa arkipäivää sosiaalityössä.

Riskien parissa työskentelystä huolimatta sosiaalityössä ei ole juuri käytössä virallisia riskien tunnistamisen menetelmiä (13). Sosiaalityö on perinteisesti karsastanut systemaattisia menetelmiä eettisistä ja periaatteellisista syistä, vaikka ne tukisivatkin vaikuttavampaa palveluntarjontaa (13, 14). Tilastollisin menetelmin tuotettu tieto voisi tarjota sosiaalityön päätöksentekoon valiteettia, vähentää vahinkoja ja kasvattaa ammattiryhmän tietotaitoa (14).

Tässä artikkelissa tutkitaan sosiaalisten riskien esiintyvyyttä erikoissairaanhoidossa ja terveysosiaalityön asemoitumista suhteessa niihin. Tutkimuksen aineistona on 191 potilaan potilasasiakirjat vuosilta 2009–2019. Artikkelissa esitellään kategoria-analyysillä luodut yhdeksän sosiaalisen riskin luokkaa, tarkastellaan niiden esiintyvyyttä potilaskertomusteksteissä ja verrataan eri toimijoiden yhteyttä sosiaalisiin riskeihin logistisen regressioanalyysin perusteella. Logistisen regressioanalyysin avulla kartoitetaan, miten erikoissairaanhoidon ohjaa potilaita sosiaalisten riskien kohdalla. Tutkimuskysymykset ovat: 1. Millaisia sosiaalisia riskejä erikoissairaanhoidon potilaskertomuksissa esiintyy? ja 2. Millaisissa sosiaalisissa riskeissä terveysosiaalityöntekijä toimii ja millaisissa riskeissä potilaita ohjataan terveysosiaalityöntekijälle?

Artikkelissa nojataan sosiaalisen riskin käsitteeseen. Käsitteeseen päädyttiin sillä riski terminä kuvaa sosiaalisten tilanteiden yhteiskunnallista ulottuvuutta ja vaikutuksia henkilön asemaan (vrt.7,11). Vaihtoehtoisesti sosiaalisista riskeistä voisi käyttää käsitettä sosiaalinen ongelma, mutta tämän termin voi kokea liian individualistisena ja korostavan ongelmakeskeistä ajattelutapaa (15). Lisäksi sosiaaliseen riskiin liittyy hallinnan käsite, mitä avataan teoriakirjallisuudessa kat-

tavasti (ks. esim. 11) – toisin kuin esimerkiksi sosiaalityön ammattikielessä käytettyä termiä puuttuminen, joka korostaa kontrolloivaa lähestymistapaa asiakkaisiin (16). Sosiaalisen riskin ja hallinnan käsitteen avulla saadaan avattua, millaisia vaikutuksia riskeillä voi olla henkilöiden kokemusmaailmaan, palveluissa saatuun vuorovaikutukseen ja yhteiskunnalliseen arvostukseen.

## AINEISTON KUVAUS

Rekisteritutkimuksen aineistona toimivat psykiatristen potilaiden potilaskertomusmerkinnät. Potilaskertomusmerkinnät haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) Tietoaltaasta. Aineiston sijaitessa yhdessä organisaatiossa, tutkimuksen tietolupa ja aineisto myönnettiin ja luovutettiin rekisterinpitäjän toimesta. Tutkimukselle myönnettiin HUSin tutkimus- ja tietolupa marraskuussa 2020. Aineisto luovutettiin päätutkijalle keväällä 2021.

Tutkimusaineistona toimi HUS Tietoaltaasta toimitetut 191 psykiatristen potilaan potilaskertomustekstit vuosilta 2009–2019 Oberon-potilastietojärjestelmän PSY- ja SOS-näkymistä. PSY-lehdelle olivat kirjanneet pääsääntöisesti psykiatristen lääkärit ja SOS-lehdelle terveyssozialityöntekijät, mutta joissain poikkeustapauksissa myös muut ammattiryhmät saattoivat kirjata kyseisille lehdille. Näin ollen tutkimusaineisto koostui useiden eri ammattiryhmien kirjauksista. Poinminkriteerit aineistolle olivat:

- potilaille oli kirjattu vähintään yksi merkintä PSY-näkymään psykiatristen lääkärin toimesta.
- aineiston potilailla oli terveyssozialityöntekijän kirjaamia tekstejä SOS-lehdellä ja tapaamisen toimenpiteet on kirjattu toimenpidemerkintöihin (THL:n – Psykiatristen, mielenterveyspalveluiden ja päihdetyön toimenpideluokitukseen perustuen).
- potilaat olivat koko tarkasteluajana 18–65-vuotiaita.
- päätutkija ei ollut itse työskennellyt aineistossa esiintyvien potilaiden sosiaalityöntekijänä.
- merkinnät oli tehty ajanjakson 2009–2019 sisällä.

HUS Tietoallas toimitti 200 potilaan potilaskertomustekstit alkuperäisen tietopyynnön mukaisesti. Yhdeksän potilastapausta jouduttiin karsimaan tutkimusaineistosta, sillä ne eivät täyttäneet ai-

neiston poinminkriteereitä. Näitä yhdeksää potilastapausta ei otettu huomioon aineiston analyysissä. Tutkimuksen kokonaisaineistoksi muotoutui 191 potilaan potilaskertomustekstiä, eli yhteensä 5414 yksittäistä potilaskertomusmerkintää. Näistä kirjauksista 4443 oli tehty PSY-lehdelle ja 971 SOS-lehdelle.

## MENETELMÄ

Aineiston analyysi toteutettiin mixed methods-menetelmällä, kategoria-analyysia ja logistista regressioanalyysia yhdistämällä. Kategoria-analyysin avulla tunnistettiin aineistolähtöisesti, minä sosiaalisten riskien parissa terveyssozialityö toimii. Logistisen regressioanalyysin avulla tunnistettiin, mille toimijoille sosiaalisten riskien kohdalla erikoissairaanhoito ohjaa potilaita. Aineistossa esiintyvät sosiaaliset riskit luokiteltiin laadullisella kategoria-analyysillä aineistolähtöisesti. Kategoria-analyysi on aineistolähtöinen menetelmä, sillä kategoriat muodostuvat ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (17). Kategoria-analyysi perustuu ihmisen luontaiseen taipumukseen luokitella käsitteitä ja sisällyttää niihin kulttuurisia oletuksia vakiintuneista tunnuspiirteistä (18). Esimerkiksi sosiokulttuuriseen asemaan ”köyhyys” voidaan liittää erilaisia kulttuurisia mielikuvia. Tutkimuksessa tunnistettiin aineistosta erilaisia kategorioita, joita annettiin erilaisille sosiaalisille riskeille, jotka potilaskertomustekstien kirjoittajan toimesta nostettiin esille psykiatrista statusta kuvatessa. Potilaskertomustekstin kirjoittaja oli valinnallaan nostaa esiin sosiaalisia riskejä ilmaissut, että aiheella oli hänen mielestään yhteys potilaan psyykkiseen tilanteeseen – tuottaen kulttuurisen kategorian sosiaaliselle riskille.

Analyysi toteutettiin Atlas.ti ohjelmalla (versio 9.1). Kategoria-analyysi aloitettiin lukemalla aineisto ja koodaamalla aineistossa esiintyvät 1) taustamuuttujat 2) sosiaaliset riskit ja 3) hallinnan tavat aineistolähtöisesti omiin luokkiinsa. Aineistoa koodatessa ei otettu huomioon koodin ajallista tai toimijuudellista ulottuvuutta. Koodaukseen riitti, että koodattava ilmiö – toisin sanoen sosiaalinen riski tai hallinnan tapa – oli ilmaistu potilaskertomusteksteissä. Näin ollen esimerkiksi kaukana potilaan menneisyydessä tapahtuneet riskit saivat vastaavan koodin kuin tapahtumahetkellä ilmennyt riski. Myös passiivimuotoiset tai tulevaisuuteen liittyvät ilmaisut

koodattiin samaan kategoriaan muun aineiston kanssa.

Kategoria-analyysin myötä aineistosta tunnistettiin yhteensä 247 koodia eli kategorialuokkaa. Aineiston uudelleen luennalla kategoria-analyysia jatkettiin luokittelemalla sosiaaliset riskit yhdeksään eri pääkategoriaan sisältäen 67 koodia. Aineistosta nousi esiin 105 hallinnan tapaa. Nämä hallinnan tavat jakautuivat viiden toimijan alaisuuteen. Toimijat muodostuivat palvelujärjestelmän eri tasoista: erikoissairaanhoidosta, terveyssozialityöstä, kunnan sosiaalipalveluista, kolmannelta sektorista ja muista, kuten valtiollisista, palveluista. Uudelleen luennan aikana aineistosta poistettiin virheellisiä kooditukia ja lisättiin ensimmäisellä luennalla ohitettuja lainauksia.

Atlas.ti -ohjelmisto mahdollistaa koodatun aineiston siirtämisen SPSS-ohjelmistoon, johon aineisto siirrettiin kvantitatiivista tarkastelua varten. Koodatut lainaukset muuntuivat ohjelmiston toimesta automaattisesti tilastollisiksi muuttujiksi, joissa arvo 1 tarkoittaa koodin käyttöä ja 0 käyttämättömyyttä. Aineistosta muodostetut yhdeksän sosiaalisen riskin kategoriaa ja viisi toimijuuden muotoa muuntuivat summa-  
muuttujiksi SPSS-ohjelmistoon.

Aineiston analyysia jatkettiin binaarisella logistisella regressioanalyysillä. Binaarinen logistinen regressioanalyysi sopii tilanteisiin, joissa selitettävällä muuttujalla on kaksi kategorista arvoa (19). Tuloksia tarkastellaan OR-luvun (Odds Ratio) eli vetolyöntisuhteen avulla. Vetosuhteella tarkoitetaan kahden vedon välistä suhdetta. Vetolyöntisuhte ei ole siis suoraan verrattavissa todennäköisyyteen, vaan kertoo kuinka paljon kaksi eri todennäköisyyttä poikkeavat toisistaan (20). Selitettäväksi muuttujiksi valikoitiin aineistosta viisi toimijuuden summamuuttujaa. Selittävinä muuttujina toimivat sosiaalisten riskien yhdeksän summamuuttujaa. Tällä analyysillä pyrittiin saamaan esille sosiaalisten riskien ja toimijoiden välisiä suhteita. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoksi asetettiin  $p < 0,05$ .

Tutkimuskysymykseen 1 vastattiin kategoria-analyysin avulla tuotettujen sosiaalisten riskien kategorioiden numeerisella tarkastelulla. Tarkastelussa hyödynnettiin kategorialuokkien lukumääriä, mutta myös vertailua kokonaisaineiston ja terveyssozialityön osa-aineiston välillä. Terveyssozialityön osa-aineistoon koostettiin kaikki po-

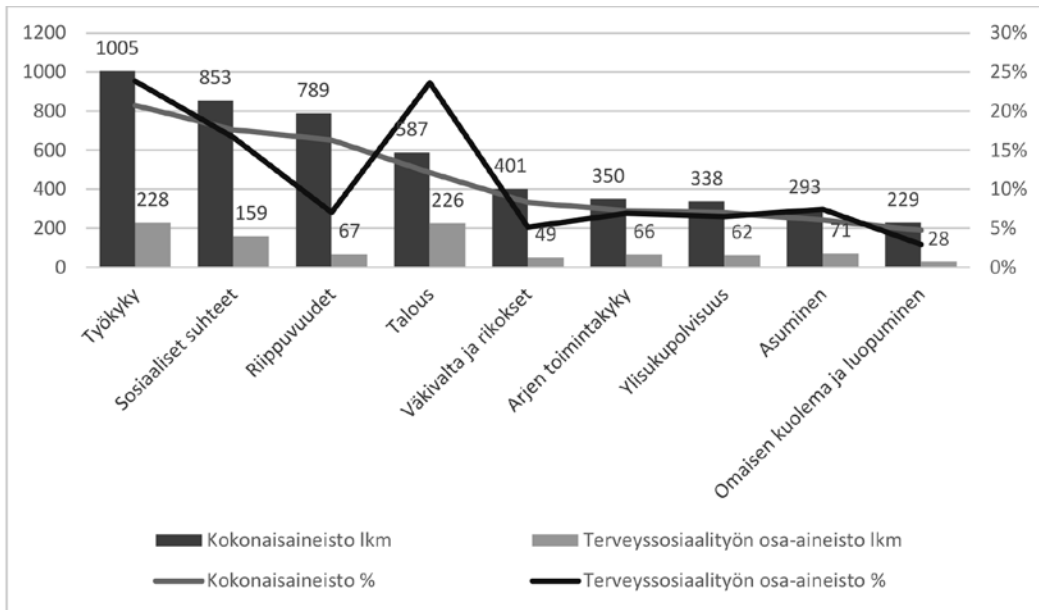
tilaskertomusmerkinnät, joissa sosiaalityöntekijä oli toiminut aktiivisena toimijana (N=1087). Näihin merkintöihin lukeutuivat kaikki SOS-lehden kirjaukset, mutta myös ne PSY-lehden kirjaukset, joissa sosiaalityöntekijä oli nimetty ajankohtaisesti aktiiviseksi hoitoryhmän jäseneksi – esimerkiksi moniammatillisissa tiimeissä. Tämä terveyssozialityön osa-aineiston määrittely tehtiin siitä syystä, että sosiaalityöntekijät eivät välttämättä itse kirjaa moniammatillisia hoitotapah-  
tumia – vaan organisaation näkökulmasta riittää, että yksi hoitoryhmän jäsen tekee kirjauksen. Tutkimuskysymykseen 2 vastattiin sosiaalisten riskien kategorioiden numeerisella tarkastelulla ja logistisen regressioanalyysin keinoilla.

Tutkimuksessa ei keskitytty yksittäisiin potilastapauksiin vaan muuttujina toimivat sosiaaliset riskit. Tutkimuksessa tarkasteltiin riskeistä koostuvaa aineistoavaruutta. Tällä menetelmällisellä ratkaisulla vahvistettiin sosiaalisten riskien painotusta aineistossa, mutta myös heikennettiin yksittäisten potilaiden tunnistamiseen viittaavia tekijöitä. Vastaavaa aineistoavaruuden muuttu-  
jiin liittyvää asetelmaa on sovellettu esimerkiksi psykopatologian verkostanalyysissä (ks. esim. 21).

## **SOSIAALISET RISKIT ERIKOISSAIRAANHOIDON POTILASKERTOMUSTEKSTEISSÄ JA TERVEYSSOSIAALITYÖSSÄ**

Aineistosta muodostettiin yhdeksän sosiaalisen riskin kategoriaa. Kuviosta 1 on tarkasteltavissa, miten sosiaaliset riskit esiintyvät kokonaisaineistossa verrattuna terveyssozialityön osa-aineistoon. Terveyssozialityön osa-aineistossa terveyssozialityöntekijä oli ollut toimijana tai kirjoittajana. Nämä tekstiosuudet eivät olleet siis pelkästään terveyssozialityöntekijöiden kirjaamia, vaan ne olivat voineet sijaita muun ammattihenkilön kirjaamassa tekstissä. Tekstiosuudesta oli kuitenkin selkeästi luettavissa, että sosiaalityöntekijä oli ollut tapaamisessa aktiivisena toimijana – esimerkiksi moniammatillisessa hoitokokouksessa. Tulokset esitellään seuraavaksi kokonaisaineiston suuruusjärjestyksessä.

Suurimpana sosiaalisen riskin kategoriana kokonaisaineistossa esiintyi työkykyyn liittyvät sosiaaliset riskit 1005 kirjauksella (21 % aineistosta). Työkykyyn kategoria sisälsi työpaikalla, opinnoissa ja armeijassa esiintyviä haasteita. Työkykyyn liittyvät riskit esiintyivät suurimpana riskikategoriana myös sosiaalityöntekijöiden



Kuvio 1: Sosiaalisten riskien esiintyvyys kokonaisaineistossa vs. terveyssozialityön osa-aineistossa.

osa-aineistossa 228 potilaskertomusmerkinnässä (24 % osa-aineistosta).

Toiseksi yleisimpänä sosiaalisten riskien kategoriana kokonaisaineistossa esiintyi erilaisiin sosiaalisiin suhteisiin liittyviä riskejä. Sosiaalisiin suhteisiin liittyviä riskejä raportoitiin 853 kirjauksessa (18 %) kokonaisaineistossa. Niihin lukeutuivat erilaiset sosiaalisiin suhteisiin liittyvät kriisit, yksinäisyyden kokemus, perhedynamiikkaan liittyvät vaikeudet, huoli omaisista sekä sosiaaliseen identiteettiin liittyvät teemat. Terveyssozialityön osa-aineistossa riskiluokka esiintyi vasta kolmanneksi yleisimpänä riskin teimana 159 kirjauksessa (17 %). Poikkeama kokonaisaineistoon nähden ei ollut valtava, mutta kuitenkin merkillepantava.

Kolmanneksi yleisin sosiaalisen riskin kategoriana kokonaisaineistossa olivat riippuvuudet, joita kokonaisaineistossa esiintyi 789 kertaa (16 %). Riippuvuuksiin sisällytettiin alkoholin käyttö, muiden laittomien päihteiden käyttö ja peliriippuvuus. Muita riippuvuustekijöitä – kuten toiminnallisia riippuvuuksia – kokonaisaineistossa ei noussut esiin. Terveyssozialityön osa-aineistossa riippuvuuksien suhde esiintyvyydessä poikkesi huomattavasti kokonaisaineistosta. Terveyssozialityö esiintyi vain 67 kirjauksessa (7 %) yhtäaikaaisesti riippuvuuden sosiaalisen riskin kanssa.

Neljäntenä kokonaisaineistossa sijaitsi taloudellisten riskien kategoria, jota aineistossa oli raportoitu 587 kertaa (12 %). Taloudellisiin riskeihin sisältyvät erilaiset taloudelliset huolet sekä velkaantumisen teemat. Näistä kirjauksista terveyssozialityö esiintyy yhtäaikaaisesti 226 kirjauksessa – siis 24 % prosentissa tapauksista. Talouden sosiaalinen riski esiintyi terveyssozialityön osa-aineistossa lähes yhtä suurena kuin työkykyihin liittyvät riskit. Tämä oli huomattava poikkeus kokonaisaineistoon verrattuna.

Viidenneksi suurimpana kategoriana kokonaisaineistossa esiintyivät erilaiset väkivaltaan ja rikollisuuteen viittaavat sosiaaliset riskit. Riskeihin sisältyivät erilaiset traumatisoitumiseen, lähisuhdeväkivaltaan, rikollisuuteen ja väkivaltaan liittyvät ilmaukset. Näitä riskejä esiintyi 401 (8 %) kokonaisaineiston kirjauksessa. Sosialityön osa-aineistossa tätä kategoriaa esiintyi vain 49 kirjauksessa (5 %), tehden riskistä toiseksi vähiten ilmaistun kategorian tässä osa-aineistossa.

Arjen toimintakykyyn ilmeneviä riskejä esiintyi 350 kirjauksessa (7 %) kokonaisaineistossa. Riskiluokkaan sisältyivät toimintakykyyn liittyvät haasteet, yhteiskunnasta syrjäytymisen, uupumisen ja maahanmuuton tuottamien haasteiden teemat. Maahanmuuton sisällymistä arjen toimintakykyyn riskiluokkaan perusteltiin sillä,

että maahanmuuton haasteet aiheuttivat aineistoryhmän potilaille jatkuvia vaikeuksia yhteiskunnan palveluissa ja arjessa pärjäämiseen. Sosiaalityön osa-aineistossa arjen toimintakyvyn riskejä esiintyi 66 kirjauksessa (7 %). Arjen toimintakyvyn teema esiintyi kuudenneksi yleisimpänä sekä kokonaisaineistossa että sosiaalityön osa-aineistossa.

Ylisukupolvisuuteen liittyvää teemaa esiintyi 338 kertaa (7 %) potilaskertomusteksteissä. Riskiin sisältyivät lastensuojelulliset toimenpiteet, ajankohtaiset lapsiin kohdistuvat huoliaiheet sekä sukupolvesta toiseen heijastuvat sosiaaliset riskit. Sosiaalityön osa-aineistossa kategorialla esiintyi 62 kirjauksessa (6 %).

Toiseksi vähiten kokonaisaineistossa esiintyi asumisen riskit, joita esiintyi 293 (6 %) kirjauksessa. Asumisen riskiryhmään luokiteltiin teemat, joissa käsiteltiin asumiseen tai muuttamiseen liittyviä haasteita sekä asunnottomuutta. Terveysosiaalityön osa-aineistossa kategorialla oli kuitenkin neljänneksi yleisin 71 kirjauksella (7 %). Tämä oli poikkeama sosiaalisten riskien esiintyvyyttä tarkastellessa.

Vähiten aineistossa esiintyi kuoleman ja luopumisen kategorialla liittyviä sosiaalisia riskejä 229 (5 %) potilaskertomusteksteissä. Myös terveysosiaalityön osa-aineistossa riskiä esiintyi vähiten – vain 28 kirjauksessa (3 %). Tähän kategoriaan sisältyi läheisten, lemmikkien ja lapsien kuolemaan tai heistä luopumiseen liittyviä teemoja.

## **SOSIAALISTEN RISKIEN SUHDE ERI TOIMIJOIHIN ERIKOISSAIRAANHOIDON POTILASKERTOMUSTEKSTEISSÄ**

Aineiston analyysia jatkettiin logistisen regressioanalyysin avulla. Logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin sosiaalisten riskien yhteyttä palvelujärjestelmän eri toimijoihin, joille erikoissairaanhoidon kirjausten mukaan ohjasi riskien hallinnan potilastapauksissa. Näitä toimijoita olivat aineistossa erikoissairaanhoidon itse, terveysosiaalityöntekijä, kunnan sosiaalipalvelut, potilas tai hänen omaisensa tai muut palvelut. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on tutkimuskysymysten kannalta terveysosiaalityön yhteys sosiaalisiin riskeihin. Tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että jaottelu pohjautui ainoastaan erikoissairaanhoidon näkökulmasta kirjattuihin potilaskertomusteksteihin, eikä palveluiden todellisesta toteutuvuudesta ole varmuutta.

Tuloksia tulkitaan vetosuhteen (Odds Ratio) avulla. Vetosuhteella tarkoitetaan kahden todennäköisyyden välistä suhdetta eli jakolaskua. Vetosuhde ei siis ilmaise suoraan todennäköisyyttä kahden ilmiön välillä, vaan ainoastaan kuvaa niiden välistä yhteyttä (19). Logistisen regressioanalyysin tulokset ovat luettavissa taulukosta 2.

Tuloksissa huomionarvoista on, että kaikkien muuttujien selitysaste oli melko alhainen. Korkeimman selitysasteen saivat muut palvelut (16 %) ja terveysosiaalityö (13 %). Pienimmät selitysarvot saivat potilas ja heidän omaisensa (4 %), kunnan sosiaalipalvelut (7 %) ja erikoissairaanhoidon (8%). Tästä voi päätellä, että sosiaaliset riskit eivät yksinomaan määritä, mihin palveluihin potilas päätyy. Mallin ennustearvot ovat yli 80 %.

Tulosten mukaan erikoissairaanhoidon puuttui itse kattavasti erilaisiin sosiaalisiin riskeihin. Suurin vetolyöntisuhde oli arjen toimintakyvyn riskeillä, joita ilmaantuessa vetosuhde kasvoi 30-kertaiseksi. Myös sosiaalisia suhteita ja ylisukupolvisuutta käsittelevien riskien vetosuhteen olivat korkeita, 15–17 kertaisia. Ainoastaan asumisen ja kuoleman sekä luopumisen sosiaaliset riskit eivät olleet tilastollisesti merkitseviä logistisen regressioanalyysin mukaan.

Tulosten mukaan terveysosiaalityölle ohjattiin vaihtelevin painotuksin. Suurimman vetosuhteen saivat sosiaalisten suhteiden riskit 130-kertaisella vetosuhteella. Työkyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen sekä kuoleman ja luopumisen sosiaaliset riskit saivat myös korkeita vetosuhteita – esimerkiksi potilasta kohdatessa työkyvyn haasteita hänellä oli 64-kertainen veto ohjautua terveysosiaalityöntekijän vastaanotolle. Talouden riskien vetosuhde oli kaikista pienin – riski tuotti vain nelinkertaisen vedon ohjautua terveysosiaalityöntekijän vastaanotolle. Terveysosiaalityöntekijöille ohjaaminen ei ollut tilastollisesti merkitsevää arjen toimintakyvyn, riippuvuuden ja väkivallan sekä rikosten parissa.

Kunnan sosiaalipalvelut olivat toimijoina lähes kaikissa sosiaalisissa riskeissä erikoissairaanhoidon kirjausten mukaan. Suurimman OR-luvun analyysissä sai työkyvyn riskit, joilla oli jopa 93-kertainen vetosuhde. Arjen toimintakyvyn, sosiaalisten suhteiden sekä väkivallan ja rikosten sosiaaliset riskit saivat n. 10-kertaisia vetoja päätyä kunnan sosiaalipalveluihin. Asumisen, talouden ja ylisukupolvisuuden teemat saivat vain

Taulukko 2. Sosiaalisten riskien suhde vastuutahoihin logistisen regressioanalyysin mukaan

Selitettävä muuttuja	Selittävä muuttuja	Odds Ratio (OR-luku)	Merkitsevyys
Erikoissairaanhoidon toimijana Nagelkerken selitysaste 0,08 Mallin ennustearvo 94,8 %	Arjen toimintakyky	30,23	,001
	Asuminen	*	,993
	Omaisien kuolema ja luopuminen	*	,993
	Riippuvuus	8,89	,000
	Sosiaaliset suhteet	17,01	,000
	Talous	4,96	,000
	Työkyky	8,72	,000
	Väkivalta ja rikokset	6,51	,000
	Ylisukupolvisuus	15,81	,000
Terveystieteiden toimijana Nagelkerken selitysaste 0,13 Mallin ennustearvo 92,5 %	Arjen toimintakyky	*	,992
	Asuminen	38,17	,000
	Omaisien kuolema ja luopuminen	32,46	,001
	Riippuvuus	*	,986
	Sosiaaliset suhteet	130,17	,000
	Talous	4,67	,000
	Työkyky	64,21	,000
	Väkivalta ja rikokset	*	,991
	Ylisukupolvisuus	49,49	,000
Kunnan sosiaalipalvelut toimijana Nagelkerken selitysaste 0,07 Mallin ennustearvo 96,0 %	Arjen toimintakyky	11,44	,001
	Asuminen	3,039	,007
	Omaisien kuolema ja luopuminen	*	,994
	Riippuvuus	8,94	,000
	Sosiaaliset suhteet	10,66	,000
	Talous	3,18	,000
	Työkyky	93,19	,000
	Väkivalta ja rikokset	10,14	,001
	Ylisukupolvisuus	4,75	,001
Potilas tai hänen omaiset toimijoina Nagelkerken selitysaste 0,04 Mallin ennustearvo 99,2 %	Arjen toimintakyky	*	,993
	Asuminen	1,21	,749
	Omaisien kuolema ja luopuminen	*	,994
	Riippuvuus	6,91	,007
	Sosiaaliset suhteet	*	,215
	Talous	0,33	,000
	Työkyky	5,42	,004
	Väkivalta ja rikokset	*	,130
	Ylisukupolvisuus	*	,993
Muut palvelut toimijoina Nagelkerken selitysaste 0,16 Mallin ennustearvo 81,5 %	Arjen toimintakyky	16,63	,000
	Asuminen	5,41	,000
	Omaisien kuolema ja luopuminen	18,31	,000
	Riippuvuus	13,00	,000
	Sosiaaliset suhteet	20,56	,000
	Talous	4,72	,000
	Työkyky	7,63	,000
	Väkivalta ja rikokset	19,17	,000
	Ylisukupolvisuus	70,54	,000

3–4 kertaisen vedon kunnan sosiaalipalveluihin, vaikka näitä voisi pitää tyypillisinä kunnan sosiaalihuollon asiakkuuden piirteinä. Kuoleman ja luopumisen sosiaaliset riskit eivät olleet tilastollisesti merkitseviä kunnan sosiaalipalveluiden toimijuudelle.

Erikoissairaanhoidon kirjausten perusteella vaikutti, että potilaat tai heidän omaisensa olivat harvoin toimijoina sosiaalisten riskien ratkaisemisessa. Poikkeuksen muodostivat riippuvuuden ja työkyvyn sosiaaliset riskit. Riippuvuuden riskien kohdalla potilas tai hänen omaisensa olivat toimijoina kuusinkertaisella vetosuhteella. Työkyvyn riskien osalta vetosuhte oli viisinkertainen. Logistisen regressioanalyysin mukaan oli tilastollisesti merkitsevää, että potilaat tai heidän omaisensa eivät toimi taloudellisten riskien kohdalla – vetosuhteen ollessa 0,33.

Muut palvelut (kuten valtiollisia, yksityisen sektorin ja 3. sektorin toimijat) olivat logistisen regressioanalyysin mukaan toimijoina kaikissa sosiaalisten riskien kategorioissa. Suurimman vetosuhteen sai ylisukupolvisuuden teema, missä riskin ilmentyessä potilaalla oli yli 70-kertainen veto olla muun palvelun parissa. Pienimmät vetosuhteet (alle 10-kertaiset) olivat talouden, asumisen ja työkyvyn teemoissa.

## YHTEENVETO

Tutkimusaineiston perusteella psykiatristen potilaiden arjesta on paikannettavissa erilaisia sosiaalisia riskejä. Tutkimuksessa tarkastellaan kategoria-analyysin keinoin luotuja yhdeksää sosiaalisten riskien luokkaa. Sosiaaliset riskit esiintyivät aineistossa seuraavassa suuruusjärjestyksessä: työkyky, sosiaaliset suhteet, riippuvuudet, talous, väkivalta ja rikokset, arjen toimintakyky, ylisukupolvisuus, asuminen sekä kuolema ja luopuminen. Sosiaaliset riskit esiintyvät laajasti psykiatristen potilaiden potilaskertomusteksteissä. Jotta tieto kulkeutuu potilaskertomustekstiin saakka, potilaan on täytynyt puhua aiheesta psykiatrisella vastaanotolla. Tästä voi päätellä, että sosiaaliset riskit vallitsevat potilaiden jokapäiväisessä elämässä.

Kuitenkin sosiaalisten riskien esiintyvyys vaihtelee huomattavasti, kun kokonaisainestoa verrataan teksteihin, joissa terveysosiaalityöntekijä on toimijana. Terveysosiaalityöntekijöiden osa-aineistossa talouden ja asumisen teemat nousivat selkeämmin esille kuin kokonaisaineistossa.

Sen sijaan sosiaalisten suhteiden, riippuvuuksien sekä väkivallan ja rikosten kategoriat pienentyvät suhteessa kokonaisaineistoon. Vaikuttaa siltä, että taloudellisten riskien kysymykset nousevat terveysosiaalityössä keskiöön, kun taas etenkin väkivallan, rikosten sekä riippuvuuksien ja sosiaalisten suhteiden teemaa kenties kierretään terveysosiaalityössä.

Erikoissairaanhoidon tekstien mukaan monet eri toimijat työskentelevät potilaiden sosiaalisten riskien parissa. Hallinnan toimijat ovat jaoteltavissa viiteen eri toimijaan: erikoissairaanhoidon itseensä, terveysosiaalityöhön, kunnan sosiaalipalveluihin, potilaaseen tai hänen omaisiinsa ja muihin – kuten valtiollisiin, yksityisiin tai kolmannen sektorin – palveluihin. Logistisen regressioanalyysin mukaan terveysosiaalityölle ohjataan potilaita sosiaalisten suhteiden, työkyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen kuoleman ja luopumisen sekä talouden riskien kohdalla.

Logistisen regressioanalyysin tulokset ovat osittain ristiriidassa kategoria-analyysin tulosten kanssa. Terveysosiaalityö ei omista tekstiosuoksissa juurikaan työskentele kuoleman ja luopumisen parissa. Sosiaalisten suhteidenkin osalla aiheen käsittely on vähäisempää terveysosiaalityössä kuin kokonaisaineistossa. Toisin sanoen, terveysosiaalityön kysyntä ja tarjonta eivät tulosten mukaan kohtaa.

## JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimustulosten mukaan psykiatriset erikoissairaanhoidon potilaat kohtaavat päivittäin laajoja sosiaalisia riskejä. Kategoria-analyysin avulla luodut yhdeksän riskiluokkaa ovat sosiaalisessa ympäristössä muodostuneita kompleksisia kokonaisuuksia, jotka vaikuttavat yksilön lisäksi laajasti koko yhteiskuntaan (vrt. 6). Sosiaaliset riskit esiintyvät laajalla yhteiskunnallisella tasolla, voiden kohdentua taustasta riippumatta keneen tahansa (6,8). Tulokset tukevat tätä näkemystä, sillä sosiaalisia riskejä esiintyi läpi aineiston. Psykiatriset erikoissairaanhoidon potilaat elävät Webbin (11) kuvaamassa haavoittuvassa asemassa kohdatessaan arjessaan moniulotteisia sosiaalisia riskejä ja niiden aiheuttamaa epävarmuutta.

Eniten psykiatriset potilaat kohtaavat potilaskertomusaineiston mukaan työkyvyn, sosiaalisiin suhteisiin ja riippuvuuksiin liittyviä sosiaalisia riskejä. Myös taloudelliset riskit ovat esiintyvyydeltään suurehko kategoria. Väkivallan ja



rikosten, arjen toimintakyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen ja kuoleman ja luopumisen riskikategoriat ovat esiintyvyydessään matalampia, mutta silti kattavia kokonaisuuksia.

Kuitenkin verratessa sosiaalisten riskien esiintyvyyttä aineistossa, terveyssozialityön osuudessa sosiaalisia riskejä esiintyy erilaisin painotuksin ja huomattavissa pienemmässä mittakaavassa. Työkyvyn ja talouden sosiaaliset riskit esiintyvät lähes yhtä laajoina – suurimpina kaikista riskikategorioista. Sosiaaliin suhteisiin liittyviä riskejä esiintyy aineistossa kolmanneksi eniten. Loput riskikategoriat esiintyvät lähes yhtä vähäisinä – n. 60–70 kertaa terveyssozialityön osuudessa. Hätkähdyttävää on, että väkivallan ja rikosten – kokonaisaineistossa neljäksi suurin ryhmä – ja kuoleman ja luopumisen kategoriat saivat erittäin pienet esiintyvyydät sosiaaliryöntein tekstiaineistossa.

Syitä sosiaalisten riskien esiintyvyyden vaihtelulle aineistossa voi olla useita. Ensinnäkin erikoissairaanhoidon ja terveyssozialityön tehtävänkuvat vaikuttavat väistämättä sosiaalisten riskien raportointiin. Hyvänä esimerkkinä on se, että työkyvyn ja arjen toimintakyvyn haasteita käsiteltiin erityisesti niillä henkilöillä, joiden työkykyä arvioitiin eläkkeen saamisen näkökulmasta. Toisekseen voi olla, että terveyssozialityö pyrkii löyhästi määritellyllä kentällä työskentelemään sille ominaisilla alueilla – työkyvyn, talouden ja asumisen teemat on perinteisissä mielikuvissa koettu sosialityön pääalueiksi (vrt. 9). Kolmanneksi voidaan pohtia, pyrkivätkö ryönteijät välttämään sensitiivisesti haastavia kokonaisuuksia. Esimerkiksi väkivaltatutkimuksen parissa on todettu, että huolimatta ryönteijöiden tiedoista lähisuhdeväkivallan esiintyvyydestä ja vaikutuksista potilaille, aiheesta vältetään keskustelua muun muassa organisatoristen paineiden vuoksi (22). Neljänneksi voi arvioida, onko kyse lainkaan terveyssozialityön asemoitumisesta vai siitä, ohjaako hoitotaho riskeissä olevia ihmisiä terveyssozialityöryönteijälle.

Logistisen regressioanalyysin perusteella vaikuttaa siltä, että kyse ei ole ohjauksen puutteesta. Esiintyvyyteen verrattuna vaikuttaa siltä, ettei terveyssozialityön kysyntä ja tarjonta vastaa toisiaan. Terveyssozialityöryönteijöille ohjataan esimerkiksi omaisen kuoleman ja luopumisen teemoissa logistisen regressioanalyysin mukaan 35 kertaisella vetosuhteella, mutta sosialityön-

ryönteijät ovat toimineet kirjausten mukaan vain harvoin kyseisen teeman parissa.

Logistisen regressioanalyysin mukaan terveyssozialityöryönteijöille ohjataan erityisesti potilaita riskeissä, missä heillä esiintyy sosiaalisten suhteiden, työkyvyn, ylisukupolvisuuden, asumisen sekä kuoleman ja luopumisen sosiaalisia riskejä. Tulosten mukaan terveyssozialityössä on tehostettava arjen toimintakykyyn, väkivallan ja rikosten sekä riippuvuuden riskien parissa työskentelyä, sillä ne eivät tämän tutkimuksen mukaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Kuitenkin nämä sosiaaliset riskit ennustavat tutkimusten mukaan terveyspalveluiden runsasta käyttöä (ks. esim. 22,23,24).

Kirjallisuuden perusteella sosialityöryönteijät tunnistavat, käsittelevät ja pyrkivät ehkäisemään asiakkaitensa sosiaalisia riskejä osana työkuvaansa (5,11). Terveyssozialityön nimikkeistössä ja alan määritelmässä sosiaalisen tilanteen arviointi on nostettu ensisijaiseksi tehtäväksi ammattikunnassa (9,23). Tämän tutkimuksen mukaan vaikuttaisi kuitenkin siltä, että riskien tunnistaminen ja aiheiden käsitteleminen ei heijastu kuitenkaan potilaskertomusteksteihin saakka. Sosialityö vaikuttaisi keskittyvän pääasiassa ratkaisukeskeisyyteen, sillä aineiston läpiluvun perusteella sosialityöryönteijöiden tekstit kattavat pääasiassa erilaisia selontekoja sopivista hallinnan tavoista riskien käsittelyn sijaan. Ratkaisukeskeisyyden merkittävyyden on vahvistanut myös Terveyssozialityö näkyväksi-tutkimushanke (10), missä kuvataan myös kattavasti erilaisia hallinnan tapoja, joita suomalaiset terveyssozialityöryönteijät työssään käyttävät.

Aineiston perusteella sosiaalisten riskien tunnistaminen ei vaikuta olevan menetelmällisesti jäsenneltyä. Sosiaaliin riskeihin reagointi ei ole systemaattista vaan vaihtelee riippuen hoitotiimistä ja yksilöistä, niiden työskentelytavoista, organisaatiokulttuurista ja tiedonkulusta – toisin kuin akateemisessa riskikeskustelussa peräänkuulutetaan (esim. 5,11). Kansainvälisesti on todettu, että sosialityössä kartetaan systemaattisia riskien tunnistamismenetelmiä (11,13,14,26). Tämä havainto voimistuu tutkimusaineiston perusteella, sillä vain muutamissa yksiköissä vaikutti olevan käytössä systemaattisia asiakkaiden haastattelupohjia kirjausten perusteella.

Terveyssozialityön rooli esiintyy potilaskertomusteksteissä vaihtelevana. Joissakin yksiköis-

sä terveyssoseaalityö aktivoidaan hoidon alkuvaiheessa mukaan, kun taas toisaalla terveyssoseaalityö hälytetään paikalle vasta kriisitilanteissa. Terveyssoseaalityön asema on nähty kirjallisuudessa organisaatioiden kulttuureissa vaihteleviksi ja häilyviksi (2,9). Arajärven ym. (27) mukaan terveyssoseaalityön työnkuvan rakentamiseen vaikuttavat moniammatillinen kulttuuri, soseaalityöntekijän ammatti-identiteetti ja kohutuuton kiire. Nämä tekijät voivat vaikuttaa siihen, että terveyssoseaalityö muotoutuu irrallisiksi interventioiksi vailla moniammatillista tukea.

Tutkimusaineistosta on paikannettavissa tilanteita, joissa soseaalisiin riskien hallinta näytetty riittämättömänä. Kuoleman ja luopumisen sekä väkivallan ja rikosten teemat jäävät varjoon muihin soseaalisiin riskeihin verrattuna. Logistisen regressioanalyysin mukaan nämä olivat useimmiten tilastollisesti ei-merkitseviä eri toimijoille ohjatessa. Kuitenkin nämä kaksi teemaa ovat potilaiden hyvinvointiin huomattavasti vaikuttavia tekijöitä. Mikäli nämä potilaiden mielenterveyteen vaikuttavat soseaaliset riskit jätetään erikoissairaanhoidossa tunnistamatta ja puuttumatta, saatetaan sivuttaa vointiin vaikuttavia juurisyytä. Esimerkiksi lähisuhdeväkivallan on todettu huonontavan uhrien terveydentilaa ja lisäävän terveystalveluiden käyttöä (22). Läheisen kuolema taas koetaan äärimmäisen stressaavana ja järkyttävänä tapahtumana – ja jossa terveydenhoidon rooli on aiemmassa tutkimuksessa koettu esiintyvän lähinnä sairauslomien kirjoittajana (28).

Tulosten validiteettia arvioitaessa on huomioitava, että potilasasiakirjat on luotu ensisijaisesti muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Potilasasiakirjat on luotu yksittäisen ammattilaisen tulkinnan pohjalta oman työn tueksi sekä edistämään potilaiden tiedonsaantia. Rekisteriaineiston käyttöä tutkimusaineistona voidaan koetella, sillä potilasasiakirjoja on pidetty alttiina virheillem, subjektiivisuudelle ja tulkinnanvaraisuudelle. Potilaskertomusmerkintöjen pituus on rajattu, sisältö määritelty ja kaikki tapaamisessa esillä olleet aihekokonaisuudet eivät välttämättä tule esille merkinnöissä (29). Voinee kuitenkin todeta, että potilaskertomustekstit toimivat hyvänä

ikkunana havainnoimaan potilaiden elämäntilanteita (30). Aineistoa tulkittaessa on kuitenkin tärkeää muistaa aineiston rajoitukset ja alkupe- räiset käyttötarkoitukset (29).

Tutkimustuloksissa on syytä kiinnittää huomiota logistisen regressioanalyysin mataliin selitysarvoihin. Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa kompleksisten soseaalisten ilmiöiden väliset suhteet ovat niin monimutkaisia, että niitä on mahdotonta typistää yksinkertaiseen lineaariseen malliin (19). Näin ollen Nagelkerken selitysarvot eivät välttämättä saa suuria arvoja ihmistieteellisessä tutkimuksessa, vaan valtaosa itse ilmiöstä voi jäädä selittymättä. Tulokset eivät siis selitä kokonaisuudessa potilaiden ohjautumista erilaisten palveluiden pariin.

Soseaalisilla riskeillä on todettu olevan potilaiden hyvinvointiin vaikuttavia mekanismeja (11). Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu soseaalisten riskien ja hyvinvoinnin yhteyksiä. Aineistossa esiintyi kuitenkin vahvoja viitteitä soseaalisten riskien ja hyvinvoinnin välisestä yhteydestä. Jatkossa rekisteri- ja haastatteluaineistojen hyödyntäminen voisi antaa merkittävää lisätietoa soseaalisten riskien vaikutuksesta potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin.

#### **RAHOITTAJAT:**

Tutkimukseen on saatu tukea Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sisäisestä yliopistotasoisesta terveyden tutkimushankerahoituksesta.

#### **KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:**

Rovamo on toiminut tutkimuksen vastuukirjoittajana ja artikkeli on osa Rovamon tulevaa artikkeliväitöskirjaa. Rovamo on suunnitellut tutkimusasetelman, analysoinut aineiston, kirjoittanut artikkelin luonnosversiot ja muokannut tekstiä kommenttien pohjalta. Toikko toimii väitöskirjan ohjaajana ja tästä roolista käsin osallistunut artikkelin kirjoittamiseen. Toikko on osallistunut aktiivisesti tutkimusasetelman ja -analyysin suunnitteluun, avustanut teoriakehyksen muodostamisessa, ohjannut logistisen regressioanalyysin toteuttamisessa sekä kommentoinut tekstiluonnosta läpi kirjoitusprosessin.

Patients in psychiatric care live in a vulnerable position in society. They confront social risks daily and live with uncertainty and threat of social risks in their everyday life. This article studies social risks among psychiatric care patients and the role of health care social workers in responding to them. The data contains the records of 191 psychiatric patients from the period of 2009–2019. The data were analyzed by mixed methods by combining category analysis with logistical regression analysis.

The results show that patients in psychiatric care face widely various complex risks. Social risks were divided into nine categories, which were abilities to work, social relations, addictions, subsistence, violence and crime, abilities to function, intergenerational transmission, housing, and death of loved one and renouncement. The prevalence of social risks varied notably while comparing the records of health social work with the whole dataset. The sub-data of health care social works highlights the risks of subsistence and housing and decreases the risks of social relations, addictions, and violence and crime compared with the whole dataset. Logistical regression anal-

ysis proves that the deviance is not related to the guidance of the patients.

According to the results, it seems that risk management is not structured by any methods in psychiatric care. There were noticeable situations where social risks were managed inadequately in the data. Neither does social work in health care seem to manage social risks structurally.

It is possible to obtain considerable further knowledge about patients' conditions by examining social risks in psychiatry. Further information is needed to study the blind spots in our services concerning certain social risks. It should be considered that each social risk can predict increasing psychiatric vulnerability and general social malaise. Identification and management of social risks can advance the rehabilitation and life management of psychiatric patients.

**Keywords:** social work in health care, risk factors, register-based data, psychiatry

Saapunut (07.12.2022)

Hyväksytty (22.06.2023)

## LÄHTEET

- (1) Lönnqvist J, Lehtonen J. Psykiatria ja mielen-terveys. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim; 2017, 18–42.
- (2) Leinonen L. Sosiaalityön ja terapian rajapinnalla. Sosiaalityön terapeuttinen orientaatio ja ammatillinen itseyemmäryys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Jyväskylä: Grano Oy; 2020.
- (3) Eronen A, Londén P, Peltosalmi, J. Sosiaalibarometri 2019. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry; 2019.
- (4) Alfandari R, Taylor B, Baginsky M, ym. Making Sense of Risk: Social Work at the Boundary between Care and Control. *Health, Risk and Society* 2021; 1–18.
- (5) Green D. Risk and social work practice. *Australian social work* 2007; 60: 395–409. doi: 10.1080/03124070701671131
- (6) Havakka P. Sosiaaliset riskit: määritelmiä ja merkitys yhteiskunnassa. Kirjassa: Ahteensivu A, Koskinen L., Kulmala J, Havakka P. (toim.) Riskienhallinnan ajankohtaisia teemoja. Tampere: Tampere University Press; 2018, 124–177
- (7) Mythen G. The critical theory of world risk society: A retrospective analysis. *Risk Anal* 2021; 41: 533–543. doi: 10.1111/risa.13159
- (8) Helne T. Sosiaalivakuuttava hyvinvointiyhteiskunta? Kirjassa: Hellsten K, Helne T. (toim.) Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kela: 2004, 222–239.
- (9) Kananoja A, Lähteinen M, Marjamäki P. Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma; 2011.
- (10) Yliruka L, Heinonen J, Satka M, ym. Terveys- ja sosiaalityö näkyväksi: Terveys- ja sosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2019
- (11) Webb S. Social work in a risk society: Social and Political perspectives. New York: Palgrave Macmillan; 2006. doi: 10.1007/978-0-230-21442-2
- (12) Kemshall H, Parton N, Walsh M, ym. Concepts of risk in relation to organizational structure and functioning within the personal social services and probation. *Social Policy & Administration* 1997; 31: 213–232. doi: 10.1111/1467-9515.00052

- (13) Littlechild B, Hawley C. Risk assessments for mental health service users – Ethical, valid and reliable? *Journal of Social Work* 2010; 10: 221–229. doi: 10.1177/1468017309342191
- (14) Søbberg L, Taylor B, Przeperskic J, ym. Using risk factor statistics in decision-making: prospects and challenges. *European Journal of Social Work* 2021; 24: 788–801. doi: 10.1080/13691457.2020.1772728
- (15) Mead R, Thurston M, Bloyce D. From public issues to personal troubles: individualising social inequalities in health within local public health partnerships. *Critical Public Health* 2022; 32:2: 168–180. doi: 10.1080/09581596.2020.1763916
- (16) Satka M. Varhainen puuttuminen, moraalinen käänne ja sosiaalisen asiantuntijat. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009; 74:1: 17–32.
- (17) Juhila K. *Kategoria-analyysi. Teoksessa Vuori J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Luettu 10.11.2022.*
- (18) Jokinen A, Juhila K, Suoninen E. Kategoriat, kulttuuri & moraalit: johdatus kategoria-analyysiin. Tampere: Vastapaino; 2012.
- (19) Metsämuuronen J. *Monimuuttujamenetelmien perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy; 2008.*
- (20) Rita H, Töttö P, Alastalo M. Ettäkö 200 % turkulaisten kirjoittamista artikkeleista on kvantitatiivisia? Vetosuhteen (odds ratio) ja vedon (odds) tulkintaa. *Janus* 2008; 16: 72–80.
- (21) Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017;16:5–13. doi: 10.1002/wps.20375
- (22) Siltala H. Family violence as a public health problem – Effects and costs in Finnish health care. Jyväskylä: Jyväskylä university printing house; 2021.
- (23) Bieler G, Paroz S, Faouzi M, ym. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med* 2012;19:63–68. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01246.
- (24) Kaattari A, Tiirinki H, Turkki L, ym. Perusterveydenhuollon palveluiden suorkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2015; 52: 191–201.
- (25) Metteri A. Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Kirjassa: Metteri A, Valokivi H, Ylinen S. (toim.) *Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus; 2014, 296–328.*
- (26) Broadhurst K, Hall C, Wastell D, ym. Risk, instrumentalism and the humane project in social work: Identifying the informal logics of risk management in children’s statutory services. *Br J Soc Work* 2010; 40: 1046–1064. doi: 10.1093/bjsw/bcq011
- (27) Arajärvi M, Mönkkönen K, Kekoni T, ym. Sosiaalityön psykososiaalisen asiantuntijuuden hyödyntämiseen vaikuttavat tekijät nuorisopsykiatrisen avohoidossa. *Sos Lääktiet Aikak.* 2021; 58: 46–60. doi: 10.23990/sa.86075
- (28) Kauppinen K. ”Työ on henkireikä” – työssäkäyvän läheisen kuolema, suru ja siitä selviäminen. Kirjassa: Kauppinen K, Slifver-Kuhalaampi M. (toim.) *Työssäkäynti ja läheis- ja omaishoiva – työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen. Helsinki: Unigrafia; 2015, 95–132.*
- (29) Kääriäinen A. Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina: Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Helsinki: Hakapaino; 2003.
- (30) Olsen J. Register-based research: Some methodological considerations. *Scand J Public Health* 2011; 39: 225–229. doi: 10.1177/1403494811402719

ESSI ROVAMO

*YTM, väitöskirjatutkija*

*Itä-Suomen yliopisto*

*Welfare, Health and management -tohtoriohjelma*

TIMO TOIKKO

*Professori*

*Itä-Suomen yliopisto*

*Yhteiskuntatieteiden laitos,  
Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta*