

Eettisyys ja tutkimus terveyssoiaalityössä — Terveyssoiaalityön seminaari 22.–23.9. 2009 Tampereella

Terveyssoiaalityötä voi tarkastella yhtenä sosiaalilääketieteen käytännönä. Suomen terveydenhuollon soiaalityöntekijät ovat 1970- luvulta alkaen järjestäneet valtakunnallisia, työtään käsitteleviä seminaareja. 1990- luvulta seminaarit on järjestetty yhteistyössä yliopistojen soiaalityön oppiaineen kanssa ja mukaan on otettu alan tutkimus. Joka toinen vuosi toistuvat seminaarit tarjoavat yhteisen foorumin terveyssoiaalityön tutkimuksen ja käytännön vuoropuhelulle. Seminaarit pyrkivät myös vahvistamaan alan kansainvälisiä yhteyksiä, sinne kutsutaan mm. aina yksi kansainvälinen luennoitsija. Lisäksi yksi voimainponnistus terveyssoiaalityön yhdistykseltä on ollut globaalien konferenssin ”Social Work in Health and Mental Health” järjestelyihin osallistuminen Tampereella 2001.

PÄÄPUHEENVUOROT

Seminaarin ensimmäisessä yleisestelmässä soiaalityön lehtori Satu Ylinen pohti soiaalityön tutkimuksen ja käytännön eettisyyttä. Nykyisten hallinto- ja organisaatiomallien ja taloudellisten vaatimusten tuottama jännite soiaalityön ammatilliseen etiikkaan on suuri. Soiaalityön käytännöissä joudutaan toistuvasti tilanteisiin, jotka suorastaan vaativat toimimaan omaa ammatillista etiikkaa vastaan. Erilaisten asiakkaita koskevien päätösten perusteluissa painavat usein taloudelliset näkökohdat eivätkä

eettiset periaatteet. Etenkin näissä kohdissa sekä tutkijoiden että ammatillisten työntekijöiden tulee tietoisesti pyrkiä eettisesti vahvaan toimintaan ja oman toiminnan kriittiseen arviointiin.

Karoliinisen instituutin lehtori ja Karoliinisen yliopistosairaalan johtava soiaalityöntekijä Mariann Olsson Ruotsista kertoi sikäläisen terveyssoiaalityön tutkimusverkoston toiminnasta. Ruotsissa on 3000 terveydenhuollon soiaalityöntekijää, ja tutkimusverkostossa on 78 terveyssoiaalityön tutkijaa. Osana näistä soiaalityöntekijä-tutkijoista väittelee terveystieteissä ja osa soiaalityössä. He myös opettavat terveystieteiden laitoksella. Erityispiirre Ruotsin terveyssoiaalityön tutkimuksessa on evidence-based eli näyttöön perustuvan tutkimusorientaation suosiminen ja samalla laaja-alainen ymmärrys näytöstä: varteenotettavaa näyttöä eivät ole vain klassisen koeasetelman avulla saadut näytöt, vaan näyttöön sisällytetään myös esimerkiksi laadullisen tutkimuksen avulla saatu potilaiden kokemustieto. Olssonin puheelle kommenttipuheenvuoron pitänyt soiaalityön lehtori ja Terveyssoiaalityöntekijät ry:n erityisasiantuntija Anna Metteri huomautti, kuinka Suomeen verrattaessa Ruotsin terveydenhuollossa on psykososiaalisella työllä huomattavasti suurempi painotus. Terveydenhuollossa toimivia soiaalityöntekijöitä on Ruotsissa väestöön suhteutettuna yli kaksi kertaa niin paljon kuin Suomessa. Myös terveystieteiden laitosten tutkimus- ja opetushenkilöstö sisältää paljon enemmän yhteiskuntatieteilijöitä (mukaan lukien soiaalityö) kuin Suomessa.

Dosentti Timo Toikko puhui siitä, miten asiakkaiden kokemustietoa voi hyödyntää soiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä. Hän nosti esiin

kysymykset siitä, missä määrin palveluiden käyttäjiä konsultoidaan. Osallistuvatko he hallinnolliseen suunnitteluun, päätöksentekoon tai vaikka palvelujen ja ammattilaisten toiminnan arviointiin? Kokemustiedon hyödyntäminen herättää myös pohdittavaksi sen, millainen tieto on lopulta keskeistä soiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa. Toikon puheelle kommenttipuheenvuoron laatinut kokemusasiantuntija Silja Korhonen painotti terveydenhuollon soiaalityön tärkeyttä asiakkaiden pitkäkestoissa ja vaikeissa prosesseissa. Palvelujärjestelmän kokonaisuudessa tärkeää on, että joku ottaa vastuun kokonaisuudesta, on tukena rinnalla ja tavoitettavissa. Tapausesimerkinä kokemustiedon hyödyntämisestä palvelujen kehittämisessä Korhonen toi esiin osallistumisensa eduskunnan lainsäädäntötyöhön. Lain muotoilussa oli mahdollisuus tulla kuulluksi ja olla vakuuttava omien henkilökohtaisten kokemusten pohjalta.

TYÖRYHMIEN SISÄLTÖ

Mielenterveysteemasta seminaarissa oli kaksi sessiota. Niistä ensimmäinen, ”Mielenterveys ja monitoimijuus” korosti laaja-alaisen toimijuuden välttämättömyyttä. Asiaita ei voida hoitaa tiukoissa sektorirajoissa pitäytyen. Tähän monitoimijuuteen kuuluu olennaisesti se, että asiakas on yksi toimija. Kaiken ”joustavuuden ja monimuotoisuuden” pitää siis merkitä asiakkaalle todellisia valinnan mahdollisuuksia. Ei saa käydä niin, että asiakasta sovitetaan tiettyyn palveluun automaattisesti tai että asiakkaalle ei ole yksinkertaisesti osoiteta kuin yksi paikka. Myöskään taloudelliset reunaehdot eivät voi olla ainoita määrittäviä tekijöitä palvelun valinnassa.

Toisessa mielenterveysseminarissa ”Terveydenhuollon ja soiaalityön rajapinta” todettiin, että soiaali-

työtä voidaan tehdä eettisistä lähtökohdista myös yhteiskunnan vahvimmissa kontrollin instituutioissa kuten oikeuspsykiatrisessa hoidossa. Sosiaalityön tutkimus voi tuoda esiin potilaalle tärkeitä asioita ja potilaan äänen organisaatiossa ja auttaa luomaan esille tulleisiin tarpeisiin vastaavia toimintakäytäntöjä. Esimerkiksi verkostotyöllä voidaan tukea ihmissuhteiden ylläpitoa pitkän hoidon aikana, jolloin ylitetään esimerkiksi oikeuspsykiatrisen sairaalamailman ja siviilimailman rajapinta. Nuorisopsykiatrisen sosiaalityön, lastensuojelun sosiaalityön ja koulun sosiaalityön rajapinnoista syntyneessä keskustelussa tuli esiin seuraavia näkökohtia: rajapinnoilla on suunnittelemattomia toimintatiloja, jolloin rakenteiden puute muuttuu asiakastyöntekijöiden eettisen vastuun kysymykseksi. Eri organisaatioiden sosiaalityöntekijöiden yhteistyö ja työnjako vaatii muutosta työntekijöiden ”pään sisällä”, asennetta ja aloitteellisuutta. Yhteiseen vastuunkantoon ja kollektiiviseen asiantuntijuuteen on mahdollista päästä. Rajapintojen tutkimusta tarvitaan, samoin olemassa olevan tiedon ja käytännön kokemuksen hyödyntämistä menettelytapojen kehittämiseksi: session osallistujat sopivat raportoivansa kokemuksista ja hankkeista jatkossa terveyssofiaalityöntekijöiden valtakunnallisella sähköpostilistalla.

Sessiossa ”Työntekijät sosiaalisen tiedon tuottajina” todettiin, kuinka sosiaalisen tiedon tuottaminen edellyttää väistämättä dokumentointia ja asiakirjojen käyttöä. Tätä tehtävää ei tule nähdä yksinomaan erillisenä työtehtävänä, vaan huomioida se, kuinka asiakirjojen tuottaminen ohjaa myös ammatillisia työorientaatioita ja työn sisältöä. Sosiaalityöntekijän osallisuus moniammatillisessa terveydenhuollon työryhmässä edellyttää sosiaalisen tiedon tuottamista. Tämä tuotettu tieto on ensisijassa ”ihmisen näkemistä yhteyksissään”. Sosiaalisen tiedon tuottaminen voidaan

nähdä myös retorisenä toimintana: asiakkaan tilanteen arvioinneissa sosiaalityöntekijät pyrkivät aktiivisesti tekemään sosiaalityön tietoa näkyväksi ja vartenotettavaksi aspektiksi osana moniammatillista arviointia.

Seminaarin ruotsinkielisessä työryhmässä ”Perspektiv på möten i socialt arbete” käsiteltiin psykiatristen akuuttiosastojen sosiaalisten tutkimusten kautta sitä, kuinka laaja sosiaalinen tutkimus on harvoin mahdollinen näiden asiakkaiden kanssa. Sosiaalityön asiantuntijuuteen kuuluu sen tunnistaminen, milloin asiakas on ’valmis’ toimenpiteisiin laajaa sosiaalista selvitystä varten. Tätä kuvattiin *readiness*-käsitteen kautta. Tämän vuoksi sosiaalityön hiljainen tieto olisi eksplikoitava. Sessiossa analysoitiin myös biograafista työskentelymenetelmää sosiaalityössä. Se sisältää kokonaisuuden tarkastelun ja asiakkaan kokemustiedon huomioonottamisen, jolloin se on eettisesti kestävä työtapa.

”Työntekijän ja asiakasnäkökulman yhteensovittaminen” -sessiossa nähtiin ammattienvälisyys yhtenä mahdollisuutena kokonaisvaltaiseen palveluun. Näkökulmien yhteensovittamisen erityisenä haasteena tuotiin esiin rajatut työtehtävät ja palvelujen puuttuminen. Vanhuspalveluiden kohdalla tuotiin esiin, kuinka politiikkaohjelmien (esim. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma KASTE) teksteissä ei hauras vanha ihminen ole läsnä. Tämä herättää kysymään sitä, ovatko vanhuksentutkimukset näkyvämpiä myös käytännössä.

Sessio ”Työkyvynarvion ja kuntoutustarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö” muotoili koordinaation keskeisimpiä tavoitteita. Ensimmäinen on varhaisvaiheen tuki ja motivaation herättäminen asiakkaassa. Tällöin korostuu kuntoutustarveselvityksen oikea-aikainen vireille pano sekä sosiaalityön tehtävä ja sisältö tässä. Lisäksi asiakkaan sosiaaliturvan ja työhön kuntoutumisen palveluverkoston

varmentaminen prosessin eri vaiheissa on tärkeää.

Sessiossa ”Lastensuojelun käytäntöjä yliopistollisessa sairaalassa, esimerkkinä OYS” keskusteltiin lastensuojeluilmoituksesta. Jatkotoimia helpottaa, kun lastensuojeluilmoituksen tekeminen on ryhmässä sovittu. Lastensuojeluilmoitus kirjataan aina potilasasiakirjoihin. Itse lomakkeen säilytys terveydenhuollon asiakirjoissa on keskustelun alla. Sosiaalityöntekijät tekevät päihdeäitien ja päihdeperheiden kanssa yhteistyötä osana moniammatillista tiimiä lapsen turvallisen kehittymisen tukemiseksi. Menetelmänä on muun muassa videoavusteinen perhetyö vuorovaikutuksen tukemisessa. Videoiden pohjalta tehdään vuorovaikutusanalyysia. Sosiaalityöntekijä on asiantuntijan roolissa osana tiimiä lastensuojeluasioissa.

Sessiossa ”Sosiaalityön paikka terveyskeskuksissa” korostettiin potilasasiamiestoiminnan merkitystä terveyskeskussosiaalityön tehtävänä. Terveyskeskusten ulkoistettujen palvelujen lisääntyminen asettaa erityisen haasteen kehittää ja ylläpitää potilasasiamiestoimintaa. Lisäksi sitä haastaa terveyskeskustöiden tehtävien moninaisuus, jossa kriisi-työn, hoitoneuvottelujen ja työterveyshuollon yhteensovittaminen on jo haaste sinänsä.

Terveyssofiaalityön seminaari oli innokkaasti keskustelevalta ja lämmimhenkinen tilaisuus, josta mukanaolijat taas kerran saivat matkaansa paljon ideoita, kontakteja ja ajattelemisen aihetta. Sosiaalisen paikka ja merkitys sairautensa ja terveydessä ja sairauden hoitamisen osana on paitsi ammatillinen ja yhteiskunnallinen kysymys, myös sosiaalilääketieteellinen kysymys. Tässä mielessä on perusteltua nähdä terveyssofiaalityö yhtenä merkittävänä monitieteisen sosiaalilääketieteen käytäntönä.

ANNA METTERI,
SIRPA SAARIO
*Tampereen yliopisto,
Sosiaalityön tutkimuksen laitos*