

**Moniammatillinen yhteistyö haitallisesti päihteitä
käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa
sosiaalityöntekijöiden kokemana**

Harjula Jonna & Tuhkunen Niina

Pro gradu –tutkielma

Sosiaalityö

Lapin yliopisto

Kevät 2025

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Moniammatillinen yhteistyö haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa sosiaalityöntekijöiden kokemana

Tekijät: Harjula, Jonna & Tuhkunen, Niina

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -tutkielma

Sivumäärä, liitteiden lukumäärä: 86 + 4

Vuosi: 2025

Tiivistelmä:

Haitallisesti päihteitä käyttävät ikääntyvät ovat kasvava asiakasryhmä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palvelujärjestelmästä puuttuu kuitenkin tälle asiakasryhmälle kohdennetut palvelupolut sekä hoitomallit, eikä moniammatillinen yhteistyö palveluiden välillä ole aina sujuvaa.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan sosiaalityöntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa. Tutkimuksessa tarkastellaan, millaisten tekijöiden sosiaalityöntekijät kokevat edistävän ja estävän moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä, ja millaisena he näkevät oman roolinsa osana yhteistyötä. Tutkimusaineisto koostuu seitsemästä sosiaalityöntekijän teemahaastattelusta, jotka analysoitiin tulkitsevaa fenomenologista analyysimenetelmää (IPA) hyödyntäen.

Moniammatillisen yhteistyön käytännöissä korostuivat palvelujärjestelmälähtöiset tekijät, työskentelyn näkökulmat ja persoonalliset tekijät sekä työkäytännöt. Näissä teemoissa ilmeni sekä yhteistyötä edistäviä että estäviä tekijöitä. Ikääntyviin liittyvät ajattelutavat olivat yhteydessä moniammatilliseen yhteistyöhön sekä järjestelmä- että yksilötasolla. Sosiaalityöntekijöiden kokemukset omasta roolistaan osana moniammatillista yhteistyötä vaihtelivat toimipaikan mukaan, mutta eroja oli myös yksittäisen toimipaikan sisällä.

Moniammatillista yhteistyötä haastavat sosiaalityöntekijöiden kokemusten mukaan palvelujärjestelmän pirstaleisuus, tiedonkulun ongelmat, epäselvät roolit sekä ikäyrjivät asenteet ja hierarkkisuus. Ikääntyvien tarpeisiin räätälöidyt palvelut, kuten kotiin vietävät päihdepalvelut, voisivat parantaa yhteistyötä. Sosiaalityöntekijät määrittelivät keskeisimmiksi rooleikseen palveluiden järjestämisen ja koordinoimisen sekä asiakkaan asianajajana toimimisen. Sosiaalityön rooli koettiin moniammatillisessa työskentelyssä aliarvostetuksi. Sujuvampi yhteistyö edellyttäisi haastateltavien mukaan rakenteiden selkeyttämistä ja ikääntyville suunnattuja palveluita.

Avainsanat: Moniammatillinen yhteistyö, ikääntyvät, haitallinen päihteidenkäyttö, sosiaalityö, kokemus

Sisällys

1	Johdanto.....	3
2	Haitallisesti päihteitä käyttävä ikääntyvä palvelujärjestelmässä.....	6
2.1	Ikääntyvät ja päihteet.....	6
2.2	Päihdepalvelut ja ikääntyvät.....	8
2.3	Auttamistyön sosiaalinen näkökulma.....	13
2.4	Toipumisprosessin erityispiirteet.....	16
3	Moniammatillinen yhteistyö.....	19
3.1	Moniammatillisuuden määrittely.....	19
3.2	Yhteistyön sosiaalinen näkökulma.....	22
3.3	Yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät.....	27
4	Tutkimuksen toteutus.....	31
4.1	Metodologiset lähtökohdat.....	31
4.2	Aineiston keruu.....	32
4.3	Aineiston analyysi.....	35
4.4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	39
5	Sosiaalityöntekijöiden kokemuksia moniammatillisen yhteistyön käytännöistä.....	42
5.1	Palvelujärjestelmälähtöiset tekijät.....	42
5.2	Työskentelyn näkökulmiin liittyvät tekijät.....	47
5.3	Henkilökohtaiset tekijät.....	51
5.4	Työkäytännöt.....	56
5.5	Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisessa yhteistyössä.....	64
6	Johtopäätökset ja pohdinta.....	75
6.1	Tutkimustulosten yhteenveto.....	75
6.2	Tutkimusprosessi.....	78
	Lähteet.....	80
	Liite 1. Tiedote tutkimukseen osallistuvalla	
	Liite 2. Tietosuojailmoitus	
	Liite 3. Teemahaastattelurunko	
	Liite 4. Suostumuslomake	

1 Johdanto

Ikääntyvien päihteiden käyttö on lisääntynyt länsimaissa ja haitallinen käyttö on kansainvälisesti kasvava haaste palvelujärjestelmälle (Klausen ym. 2020, 1; Kuussaari ym. 2021, 56). Ikääntyvien päihteiden käyttöön kiinnitetään kuitenkin edelleen varsin vähän huomiota (Johannessen ym. 2015, 329; Vesa ym. 2017, 34), tai siihen liittyviä ongelmia vähätellään esimerkiksi lyhyemmän elinajanodotteen tai alkoholin tuoman nautinnon perusteella (Klausen ym. 2020, 1). Alkoholilla on länsimaissa myös symbolisia merkityksiä esimerkiksi osana seurustelua ja sosiaalista kanssakäymistä tai itselääkityksen muotona joko tietoisesti tai tiedostamatta (mt.). Väestön ikääntyminen kansanterveydellisestä näkökulmasta edellyttää ikääntyvien haitallisen päihteidenkäytön tunnistamista ja siihen puuttumista sekä uusien moniammatillisten interventioiden kehittämistä. Ikääntyvät ovat alttiimpia päihteiden negatiivisille terveysvaikutuksille kuin nuoremmat ikäryhmät ja haitallisella päihteidenkäytöllä on terveyshaittojen lisäksi seurauksia, jotka ulottuvat kaikille elämän osa-alueille (Johannessen ym. 2015, 330).

Omien kokemustemme mukaan ikääntyneiden palvelutehtävään ei nykyisessä palvelujärjestelmässämme sisälly päihdepalveluita ja päihdehuollon palveluissa ei ole huomioitu ikääntymisen myötä tulevia erityistarpeita. Ammattilaisten välisen yhteistyön sujuvuus ja avun saaminen päihteitä haitallisesti käyttävälle asiakkaalle ei myöskään ole itsestään selvää kirjavien yhteistyökäytänteiden vuoksi. Iäkkäille henkilöille tulisi kuitenkin järjestää heidän tarpeisiinsa nähden riittävästi sosiaalityötä ja sosiaaliohjausta sekä päihde- ja mielenterveyspalveluja (EOAK/3992/2023).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut päihde- ja riippuvuusstrategian (Kotovirta ym. 2021), jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteidenkäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja. Kansallisen strategian kuvataan koskevan koko väestöä kaikissa ikäryhmissä ja siinä painotetaan yhdenmukaisuutta sekä tasa-arvoa. Tasa-arvoon liittyvät kysymykset käsittelevät lähinnä miesten ja naisten välistä tasa-arvoa, vaikka tasa-arvotyöskentelyssä huomioitavia asioita tulisi olla myös ikä. Hallituksen tasa-arvo-ohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023) ikääntyvät mainitaan ainoastaan kohdassa, jossa käsitellään omaishoitovapaan käyttöä ja mahdollisuutta tehdä osa-aikatyötä, jotta voi huolehtia ikääntyvästä omaisestaan. Kansallinen ikäohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020) puolestaan mainitsee ikääntyneiden päihteidenkäytön yhdeksi ennaltaehkäiseväksi haasteeksi, mutta aihetta ei käsitellä ikäohjelmassa sen

enempää. Näin ollen erityisesti ikääntyneille suunnattuja päihdepalveluita ei ole kansallisesti ohjattu järjestämään vaan sosiaali- ja terveystieteiden suunnitteleminen ja järjestäminen asiakkaiden tarpeita vastaaviksi kokonaisuuksiksi on hyvinvointialueiden vastuulla (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, §4). Ikääntyviä päihdeasiakkaita kohdataan eri puolilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää lisääntyvissä määrin.

Tämän pro gradu -tutkielman aiheena ovat päihteitä haitallisesti käyttävien ikääntyvien asiakkaiden parissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden kokemukset moniammatillisesta työskentelystä. Kiinnostuksemme kohteena ovat moniammatillisen yhteistyön käytännöt sosiaalityöntekijöiden kokemusnäkökulmasta tarkasteltuna. Tutkimusaineistomme koostuu seitsemän sosiaalityöntekijän haastattelusta. Aineiston analysoinnissa hyödynnämme tulkitsevaa fenomenologista analyysiä, interpretative phenomenological analysis, josta käytetään lyhennettä IPA (Smith ym. 2009; Tökkäri 2018; Squires 2023). Analyysimenetelmällä pyrimme luomaan tulkinnan moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä sosiaalityöntekijöiden kokemana.

Kiinnostus aiheeseen heräsi omista työelämäkokemuksistamme. Sosiaalityöhön tulee monenlaisia yhteydenottoja päihteitä haitallisesti käyttävistä ikääntyvistä. Sosiaalityön keinoin ei kuitenkaan yksin pystytä aina vastaamaan ikääntyvän avun tarpeeseen, vaan tarvitaan moniammatillista yhteistyötä eri ammattilaisten kesken. Jos ikääntyvä ei tule autetuksi, hänestä tulee sosiaalihuollon ”pyöröoviasiakas” toistuvien huoli-ilmoitusten myötä. Kokemustemme mukaan yhteistyö ikääntyvien asioissa ei aina ole sujuvaa ja vastuualueet ovat epäselviä. Koska ikääntyvien sosiaaliset ongelmat ovat monisyisiä, tulisi asiakkaan tilanne nähdä kokonaisuutena. Tarve yhteistyölle monien eri ammattiryhmien kanssa korostuu, kun asiakkailta on päällekkäisten palveluiden tarvetta. (Esim. Kinni ym. 2023; Johannessen ym. 2015; Tevik ym. 2024.)

Keskeisiä käsitteitä tutkielmassamme ovat ikääntyvät, haitallinen päihteidenkäyttö ja moniammatillinen yhteistyö. Ikääntyvällä tarkoitamme vanhuuseläkkeeseen oikeuttavan, 65 vuoden iän saavuttaneita henkilöitä. Ikääntyvä eroaa iäkkään tai ikääntyneen käsitteistä, joilla viitataan henkilöön, jolla on iän myötä alkaneita, lisääntyneitä tai pahentuneita sairauksia tai vammoja, heikentynyt toimintakyky tai korkeaan ikään liittyviä rappeutumia (HE 160/2012). Haluamme korostaa tätä eroa, sillä ikääntyvä väestö

kattaa varsin heterogeenisen joukon ihmisiä (esim. Lumme-Sandt ym. 2020, 359; Hoy ym. 2022).

Haitallisella päihteiden käytöllä tarkoitamme tutkimuksessamme päihteidenkäyttöä, jonka haitat ovat ammattihenkilöiden näkökulmasta selvästi tunnistettavissa ja määriteltävissä, ja jotka aiheuttavat tai ovat osasyynä palveluiden tarpeeseen. Jatkossa tarkoitamme päihdeongelmalla tämän määritelmän mukaista, haitallista päihteiden käyttöä. Päihteillä tarkoitamme tässä tutkimuksessa kaikkia ilman hoidollista tavoitetta käytettyjä, psyykkisiin toimintoihin vaikuttavia aineita, kuten alkoholi, impattavat aineet, huumeet sekä päihtymystarkoitukseen käytetyt lääkkeet. Suurin osa ikääntyvien päihteidenkäyttöön liittyvistä tutkimuksista (esim. Emiliussen ym. 2017; Heim ym. 2021; Klausen ym. 2020; Tevik ym. 2024) käsittelee pelkästään alkoholia. Emme halunneet rajata omassa tutkimuksessamme pois muita päihteitä, koska tutkimuksemme pääpaino on moniammatillisessa yhteistyössä. Olemme pyrkineet valitsemaan asiakasryhmää kuvaavat käsitteet siten, etteivät ne loukkaa tai leimaa asiakasryhmään kuuluvia, mutta kertovat kuitenkin selkeästi, mistä asiakasryhmästä on kyse.

2 Haitallisesti päihteitä käyttävä ikääntyvä palvelujärjestelmässä

Alkoholia käytetään ikääntyvien keskuudessa enemmän kuin koskaan aiemmin (esim. Tigerstedt ym. 2020; Karlsson & Gunnarsson 2018). Suomalaisen juomatapatutkimuksen (Mäkelä & Härkönen 2017, 518) mukaan alkoholin kulutus on lisääntynyt 2000-luvulta alkaen tutkimuksen vanhimpien, eli 50–69-vuotiaiden ikäryhmässä ja etenkin naisilla. Sukupuolten välisen eron jyrkästä kaventumista alkoholin riskikulutuksessa on raportoitu monissa pohjoismaisissa tutkimuksissa (esim. Tigerstedt ym. 2020; Karlsson & Gunnarsson 2018; Tevik 2024). Ikääntyvät käyttävät lisääntyvän sairastavuuden vuoksi myös enemmän reseptilääkkeitä kuin nuoremmat ikäryhmät. Ikääntyvien reseptilääkkeiden, esimerkiksi rauhoittavien ja opiaattien väärinkäyttö on jo kansanterveydellinen ongelma. (Cimarolli ym. 2018, 29).

Ikääntyvien lisääntynyt päihteiden käyttö on tunnistettu ongelma useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (esim. Heim ym. 2017, 818; Hoy ym. 2021, 816; Emiliussen ym. 2017, 974; Bahl ym. 2023a, 2) ja alkoholiin liittyvien sairaalahoitojen määrä on lisääntynyt 2000-luvulla yli 65-vuotiailla nopeammin kuin nuoremmissa ikäryhmissä (Wadd & Galvani 2014, 665; Cimarolli ym. 2018, 29). Ikääntyvien haitallinen päihteiden käyttö lisää myös kaltoinkohdelluksi tulemisen todennäköisyyttä (Wadd & Galvani 2014, 665). Silti ikääntyvien alkoholiongelmia ei tunnisteta riittävässä määrin (esim. Emiliussen ym. 2017, 974, Tevik ym. 2024, 21) ja siksi ikääntyville suunnattuja päihdepalveluita on huonosti saatavilla. Ikääntyvien alkoholin kulutusta vähentämällä voidaan myös pienentää useiden sairauksien riskiä (Tevik ym. 2024, 19; Cimarolli ym. 2018, 29) ja siksi ikääntyville suunnattuihin päihdepalveluihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

2.1 Ikääntyvät ja päihteet

Emiliussen ja kumppanit (2017, 976) jakavat haitallisesti päihteitä käyttävät ikääntyvät tutkimushaastattelujensa perusteella kolmeen ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä ovat henkilöt, joilla on todennäköisesti ollut haitallista päihteiden käyttöä jo pidempään, mutta ongelmat ovat tulleet esiin vasta iän myötä. Pitkäaikainen päihteidenkäyttö lisää terveysongelmien lisäksi elämänhallinnan ja arjessa selviytymisen haasteita ja aiheuttaa varhaisemmin palveluiden tarvetta. (Vilkko ym. 2013, 65.) Toisena ryhmänä ovat henkilöt, jotka ovat lisänneet juomistaan ikääntymisen myötä niin, että se on muuttunut

haitalliseksi. Kolmas ryhmä koostuu henkilöistä, jotka eivät ole käyttäneet päihteitä aiemmin vaan ovat aloittaneet haitallisen päihteiden käytön vasta ikääntyessään (myös Karlsson & Gunnarsson 2018, 2).

Tevik ja kumppanit (2024, 19) pitävät haitallisen päihteidenkäytön määrittämistä erilaisten menetelmien ja määritelmien vuoksi ongelmallisena. Norjassa ikääntyvien alkoholin riskikulutuksen rajaksi on määritelty 100 g alkoholia viikossa (mt., 19) kun taas Suomessa riskikäytön raja on yli 7 alkoholiannosta viikossa (Saukkonen 2023). Itseraportoidut ja objektiivisesti mitatut tulokset alkoholinkäytöstä poikkeavat usein toisistaan, kuten Norjassa tehdyssä tutkimuksessa huomattiin (Tevik ym. 2024, 19). Alkoholin ongelmalliseen käyttöön ikääntyvillä liittyy häpeää ja syyllisyyttä, jonka vuoksi sitä peitellään tai vähätellään (esim. Wadd & Galvani 2014, 662; Tevik ym. 2024, 21). Vasta vanhemmalla iällä haitallisen juomisen aloittaneet ikääntyvät, jotka ovat usein korkeasti koulutettuja, hyvätulaisia ja tyytyväisempiä elämään, kieltävät tai vähättelevät helpommin päihteiden käyttöönsä kuin nuorempina haitallisen juomisen aloittaneet henkilöt (Emiliussen ym. 2017, 975). Leimautumisen ja seuraamusten pelko, kognitiiviset häiriöt ja yhteistyöhaluttomuus on yhdistetty alkoholin käytön peittelyyn ikääntyessä ja ne ovat yleisempiä naisilla (Tevik ym. 2024, 19).

Aiemmalla päihdekäyttäytymisellä on todettu olevan yhteys ikääntyvien haitalliseksi muuttuneeseen päihteiden käyttöön (Emiliussen ym. 2017, 979). Liiallinen päihteidenkäyttö voi liittyä lisääntyneen vapaa-ajan myötä tulleeseen vapauden tunteeseen ja kykyyn nauttia alkoholia kaikkina vuorokauden aikoina, kun aiemmin elämää on rytmittänyt työelämän määrittelemä arki (mt., 978). Alkoholia on myös aiempaa helpommin saatavilla, kun myyntipaikat ovat lisääntyneet ja anniskeluravintoloiden aukioloajat pidentyneet (Tevik, ym. 2024, 17). Useissa länsimaisissa kulttuureissa alkoholin juominen liitetään osaksi sosiaalista vuorovaikutusta ja juomattomuudelle ei juurikaan jää tilaa sosiaalisissa tilanteissa (Emiliussen ym. 2017, 980). Oman osansa alkoholinkäytön lisääntymiseen tuo punaviinikulttuurin kehittyminen ja rentoutumiseen ja kotoiluun sekä omaan mielihyvään ja itsensä toteuttamiseen liittyvä retoriikka (Emiliussen ym. 2017, 980; Tevik ym. 2024, 17). Päihteidenkäyttö rentoutumistarkoituksena on tapa naamioda se itseltä ja muilta vaarattomaksi ja sosiaalisesti hyväksyttäväksi (Emiliussen ym. 2017, 980).

Eläkkeelle jäämisen myötä kokemus oman roolin ja identiteetin menettamisestä muodostaa riskin haitallisen päihteiden käytön aloittamiselle henkilöillä, joiden on vaikea käsitellä merkityksellisen toiminnan puutetta. Ihmisen perustarve on tuntee itsensä hyödylliseksi. Eksistentiaalinen pelko jäädä yksin vailla elämän merkityksellisyyden tunnetta horjuttaa ikääntyvien mielenterveyttä ja lisää alkoholinkäyttöä. (Emiliussen 2017, 978.) Ikääntyvien runsas alkoholinkäyttö on lisääntyvä kulttuurinen ilmiö, joka lisää sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja ikääntyvien ikäryhmässä (Tigerstedt ym. 2020, 471).

Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen (Heim ym. 2021, 821) mukaan päihteiden käytön motiivit kehittyvät ja muuttuvat ajan saatossa. Ne ennustavat haitallista päihteiden käyttöä vanhemmalla iällä paremmin kuin sosioekonominen asema, sukupuoli tai ikä (mt.). Ikääntyvien väestöryhmässä päihteiden käyttöön on yhdistetty erityisesti sosiaalisia ja selviytymiseen liittyviä motiiveja ja haitallinen päihteiden käyttö liittyy useimmiten jälkimmäiseen. Myös Waddin ja Galvanin tutkimuksessa (2014, 663) suurin osa ikääntyvistä kertoi käyttävänsä päihteitä selviytyäkseen stressaavasta elämäntilanteesta, tapahtumasta tai kivusta ja surusta. Emiliussen ja kumppanit (2017, 977) tunnistivat niin ikään haitallisen alkoholinkäytön selviytymisstrategiana tutkiessaan, miksi ikääntyvät alkavat juomaan alkoholia haitallisesti.

Alkoholinkäyttö muuttuu ikääntyessä helposti sosiaalisessa ja kulttuurisessa ulottuvuudessa tapahtuvasta toiminnasta henkilökohtaiseksi selviytymiskeinoksi (Heim ym. 2021, 821; Emiliussen ym. 2017, 977). Siksi ikääntyvien päihteiden käytön motiiveja koskevaa tutkimusta tarvitaan lisää. Heim ja kumppanit (2021, 822–823) suosittelevat lisätutkimusta siitä, miten päihteiden käytön motiivit muuttuvat iän myötä, kun taas Emiliussen ja kumppanit (2017, 975) painottavat ylipäätään motiivien tunnistamisen tärkeyttä interventioita kehitettäessä.

2.2 Päihdepalvelut ja ikääntyvät

Päihderiippuvuus on nykykäsityksen mukaan neurobiologinen sairaus, jolla on fyysinen, psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Nämä ulottuvuudet vaikuttavat päihdeongelman syntyyn ja sen hoitoon (Suomen lääkäriliitto 2021). Haitallisesta päihteidenkäytöstä aiheutuneessa riippuvuussairaudessa on monia vaiheita, minkä vuoksi hoidon ja palveluiden tarpeet vaihtelevat. Siksi hoidon ja palveluiden järjestäminen on haastavaa ja

edellyttää moniammatillista yhteistyötä. (Palveluvalikoima 2020, 7.) Suomessa päihde- ja riippuvuuspalvelut ovat jakautuneet osaksi sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita. Terveydenhuollon vastuualueeseen kuuluu päihde- ja riippuvuushoito, kun taas sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyön tavoitteena on vastata päihteidenkäytöstä aiheutuvaan tuen tarpeeseen (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2024).

Vuonna 2015 Suomessa kerätyn aineiston (Kuussaari ym. 2021) mukaan päihde-ehdoisista asioinneista sosiaali- ja terveystalveluissa yli kolmannes oli ikääntyviä, mutta asioinneista vain pieni osa koski päihdehuollon erityispalveluita. Yli 75-vuotiaiden asioinneista suurin osa tapahtui sosiaalipalveluissa, vaikka haitallisen päihteidenkäytön aiheuttamien ongelmien hoidossa tulisi aina tehdä terveyden- ja sosiaalihuollon välistä yhteistyötä (Palveluvalikko 2020, 7). Kuussaaren ja kumppaneiden (2021, 64) mukaan yli 75-vuotiaiden saamien palveluiden tavoitteena oli pikemminkin tilanteen ylläpito kuin kuntoutus, jolloin mahdollinen riippuvuussairaus jää hoitamatta.

Suomalainen sosiaalihuollon palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja rakentuu osittain ikäperusteisesti pitäen sisällään lasten ja nuorten, työikäisten sekä vanhusten palvelutehtävät. Sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuuspalvelut ovat oma palvelutehtäväkokonaisuutensa ja kattaa koko aikuisväestön. Ikään perustuvat palveluorganisaatiot ja päätöksenteko ovat ongelmallisia sillä silloin ei välttämättä tunnisteta ikäryhmien sisäistä moninaisuutta. Kronologisen iän perusteella tiedetään ihmisestä ja hänen toimintakyvystään sekä tarpeistaan melko vähän. Erityisesti ikääntyvä väestö on terveytensä, toimintakykynsä ja palveluiden tarpeensa puolesta hyvin heterogeeninen joukko. (Lumme-Sandt ym. 2020, 359.) Zechnerin ja kumppaneiden (2024) mukaan ikääntymistä on tarkasteltu lähinnä hoivan tarpeen näkökulmasta ja se näkyy ikääntyneiden sosiaalipalveluiden palveluvalikossa.

Ikääntyville suunnattuja päihdepalveluita ei Suomessa juurikaan ole tarjolla muualla, kuin suurimmilla paikkakunnilla. Ikääntyvien lisääntynyt päihteiden käyttö näkyy kuitenkin yhä enemmän palvelujärjestelmän eri sektoreilla (esim. Kuussaari ym. 2021). Kansallista tutkimustietoa ikääntyvien haitallisesta päihteidenkäytöstä ja siitä aiheutuvasta palveluiden käytöstä on niukasti saatavilla (mt., 56). Tähän tutkimuskatveeseen on havahduttu, kun Suomessa käynnistyi vuonna 2023 kaksivuotinen tutkimushanke IKÄPÄ, jonka tavoitteena on kehittää gerontologisen päihdesosiaalityön mallia vastaamaan ikääntyvien päihteidenkäyttäjien palveluntarpeeseen. Hankkeessa

pyritään myös tuottamaan tutkittua tietoa ikääntyvien päihteidenkäytöstä ilmiönä sekä tuomaan näkyväksi palvelujärjestelmän puutteita (Zechner ym. 2024, 93).

Käypä hoito -suositus määrittää psykososiaalisen kuntoutuksen päihdehoidon perustaksi, mutta lääkehoidolla voidaan tehostaa päihteiden ongelmakäytön hoitoa (Palveluvalikko 2020, 5). Haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien mielestä päihdehoidon keskeisiä osa-alueita ovat itsetunnon ja optimistisen tulevaisuuden kuvan kehittäminen, stressin ja haastavien tunteiden käsittely, selviytymisstrategioiden luominen sekä sosiaalisten suhteiden korjaaminen ja ylläpitäminen (Wangensteen ym. 2022, 418). Ikääntyvät hyötyvät päihdepalveluista yhtä lailla kuin nuoremmat ikäryhmät (esim. Wadd & Galvani 2014; van den Bulck ym. 2024), mutta päihteiden käytön vähentämiseen tähtäävät palvelut ovat yleensä suunniteltu aikuisväestölle, eikä niissä ole huomioitu ikääntymisen erityisyyttä (van den Bulck ym. 2024, 2). Ikääntyviin erikoistuneet päihdepalvelut tuottavat kuitenkin tutkitusti parempia hoitotuloksia ja hoitoon sitoutumista kuin kaiken ikäisille tarkoitettut päihdepalvelut. (Wadd & Galvani 2014, 657; Cimarolli ym. 2018, 30.)

Vaikka ikääntyvät käyttävät paljon terveydenhuollon palveluja, ovat haitallisen päihteiden käytön tunnistamisen ja arvioinnin käytännöt ikääntyvien parissa työskentelevillä ammattilaisilla tutkimusten (esim. Johannessen 2015, 329; Wadd & Galvani 2014, 658; Cooper 2012, 173) mukaan puutteellisia. Päihteiden käytön varhaisen tunnistamisen on todettu parantavan asiakkaan hoitoa. Ikääntyvät itse hakeutuvat avun piiriin vasta silloin, kun heidän tilansa on jo vakava (Johannessen 2015, 329; Wadd & Galvani 2014, 658). Lääkäriliiton (2021) ”Päihdeongelman hoito” -julkaisussa todetaan, että lääkärit ja hoitajat keskittyvät usein hoitamaan vain akuuttia tilannetta ja että päihteiden haitalliseen käyttöön puuttumisen katsotaan olevan ensisijaisesti sosiaalitoimen vastuualuetta. Kun järjestelmällinen, ikääntyville suunnattu päihdepalveluiden toimintakulttuuri puuttuu, saa ikääntyvä päihteidenkäyttävä asianmukaista hoitoa ja palvelua vain silloin, kun hänet kohdannut ammattilainen kysyy päihteidenkäytöstä, on perehtynyt ikääntyvien päihdeproblematiikkaan ja suhtautuu ikääntyvän tarpeisiin myönteisesti. (Gross & Haug 2013, Laapion 2014, 85, mukaan). Rossi ja kumppanit (2022) toteavat, ettei gerontologisessa sosiaalityössä ole riittävästi välineitä päihteidenkäytön tuentarpeen arvioimiseksi.

Perheenjäsenten ja ystävien menettämisestä johtuva sosiaalinen eristäytyminen tekee ikääntyvistä haavoittuvia yksinäisyyden, surun ja masennuksen aiheuttamalle

päihdeongelmalle (Cooper 2012, 174; Kuussaari 2021, 61). Kotiin eristäytymisen sekä fyysisen toimintakyvyn aiheuttamien liikkumisen vaikeuksien vuoksi ikääntyvien päihdeongelmia tunnistetaan ja hoidetaan huonosti (Cooper 2012, 174). Lisääntynyt päihteiden käyttö ikääntyvillä lisää myös terveysongelmia (van den Bulck ym. 2024, 1). Ikääntyvät eivät välttämättä itse tunnista päihderiippuvuuden merkkejä, vaan pitävät päihteiden käytöstä aiheutuvia oireita, kuten kaatumisia, huimausta ja verenpaineen vaihtelua, merkkinä vanhuudesta. (Laapio 2014, 85; Cooper 2012, 174.)

Tutkimuskirjallisuudesta ei löydy yksimielisyyttä siitä, millaiset päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen tähtäävät interventiot soveltuisivat erityisesti ikääntyville (esim. van den Bulck ym. 2024, 1). Ikääntyville suunnatuissa päihdeinterventioissa tulisi huomioida Hoyn ja kumppaneiden (2022, 822) mukaan iän myötä tulevat riskit ja haasteet, mutta myös päihteiden käytön motiiveja on tärkeää tunnistaa. Gross ja Haug (2013) suosittavat Laapion (2014, 86) mukaan, että ikääntyneiden päihdeinterventioiden tulisivat kohdistua juuri päihteiden käytön syihin ja tapoihin, sillä ikääntyville suunnatut päihdeinterventiot toimivat eritavoin erilaisissa konteksteissa (van den Bulck ym. 2024, 2). Avohoidon päihdepalvelut koetaan ikääntyville epäsopiviksi ja ikääntyville päihteiden käyttäjille tarjotaan usein vain asumispalveluita ratkaisuna vakaviin päihdeongelmiin (Cooper 2012, 174). Interventioiden taustalla on erilaisia prosesseja, joiden kautta voidaan päätyä monenlaisiin tuloksiin (van den Bulck ym. 2024, 2).

Van den Bulck ja kumppanit (2024) ovat tarkastelleet ikääntyville suunnattujen interventioiden elementtien, kontekstien ja mekanismien välistä vuorovaikutusta, jota he pitävät tärkeänä interventioiden tulosten kannalta. Päihteitä haitallisesti käyttävien ikääntyvien parissa työskentelevien ammattilaisten tulisi kiinnittää huomiota elementteihin, jotka liittyvät omaan rooliin auttamistyössä. Tämänkaltaisia kontekstikohtaisia työelementtejä tunnistettiin interventioissa olevan yksilökeskustelut ja motivoiva haastattelu ammattilaisen kanssa. (Mt., 4.) Myös Cooper (2012, 176) tunnisti motivoivan haastattelun ikääntyville hyvin soveltuvaksi työmenetelmäksi, sillä sen avulla voidaan tunnistaa ristiriitaisia ajatus- ja käyttäytymismalleja, jotka johtavat haitalliseen päihteidenkäyttöön.

Turvallinen ja luottamuksellinen suhde ammattilaiseen mahdollistaa avoimen kommunikoinnin asiakkaan ja ammattilaisen välillä (van den Bulck ym. 2024, 7, 9). Se

on edellytys vaativien kuntoutusprosessien läpiviemiselle, kuten traumojen parissa työskentelylle, yhteiskunnan normeihin sopeutumiselle, perheen yhdistämiselle, itsetunnon rakentamiselle paremman elämän etsimisessä ja hyvinvoinnin parantamiselle. Näihin prosesseihin sisältyy toipumisen ymmärtäminen ei "sisäisenä" kokemuksena, vaan muiden kanssa kehitettynä. (Wangensteen ym. 2022, 430.) Iloa ja positiivisia tunteita aiheuttavien toimintojen lisääminen arkeen voi auttaa vastustamaan päihteiden käyttöä selviytymiskeinona (Cooper 2012, 177; Wangensteen ym. 2022, 430).

Cimarollin ja kumppaneiden (2018) mukaan ikääntyvät päihdekuntoutujat toivoivat kuntoutusprosessiinsa enemmän yksilökeskusteluja päihdetyöntekijän kanssa. Yksilöllisesti räätälöidyn lähestymistavan, joka huomioi ikääntyvän tarpeet ja ikääntymiseen liittyvät haasteet on todettu edistävän interventioiden vaikuttavuutta ja vähentävän kuntoutuksen keskeyttämistä (van den Bulck ym. 2024, 9). Yksilökeskusteluissa ikääntyvät pitivät tärkeänä, että ammattilainen kuuntelee heitä. Päihteiden väärinkäyttöön liittyvä tieto koettiin myös merkitykselliseksi (Cimarolli ym. 2018, 35). Psykoedukaation merkitys korostui myös van den Bulckin ja kumppaneiden (2024, 7) tuloksissa. Ammattihenkilöt kokivat, että kun asiakas ja tämän läheiset ymmärtävät päihteiden käyttöön ja riippuvuuteen liittyvän problematiikan mekanismeja, he oppivat tunnistamaan ja käsittelemään päihdekäyttäytymistä. Läheisten ymmärryksen lisääminen auttaa asiakasta käsittelemään negatiivisia tunteita ja päihteiden ongelmakäyttöä. Se puolestaan voi johtaa päihteiden käytön vähenemiseen (van den Bulck ym. 2024, 7).

Itsehoitokeinojen ja vertaisryhmien on todettu olevan tehokkaita hoitokeinoja yleisesti päihdeongelmista kärsiville, mutta ne eivät aina vastaa ikääntyvien tarpeisiin (Cooper 2012, 174). Vertaistuen merkityksestä ikääntyvän kuntoutukseen on saatu ristiriitaisia tuloksia (van den Bulck ym. 2024, 10), joskin tutkimustulokset viittaavat siihen, että integroituminen yhteisöön ja sosiaalisiin verkostoihin vähentää ikääntyvien päihteidenkäyttöä (Farmer ym. 2020, 927). Van den Bulck ja kumppanit (2024, 10) toteavat, että vertaistuen ja ryhmäinterventioiden toimivuuteen vaikuttaa ennen kaikkea ryhmän sisältö. Ikääntyville suunnatut ryhmäinterventiot, joissa ryhmäkokoontumiskoostuu saman ikäryhmän jäsenistä voi olla edellytys myönteisille tuloksille (mt., 10). Vertaisryhmien tehokkuus perustuu samankaltaisten kokemusten jakamiseen ja ikääntyvien voi olla vaikeaa pitää huomattavasti nuorempia ihmisiä vertaisinaan (Cooper 2012, 174). Kumppanuussuhde vertaisten kanssa luo yhteenkuuluvuuden tunnetta, antaa

toivoa ja turvallisuutta käsitellä omaa päihdeongelmaa. Vertaisryhmissä voi myös saada ja antaa hyväksi todettuja vinkkejä päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen. (Mt., 8–9.)

Suomessa eräälle hyvinvointialueelle tehdyn tarkastuskäynnin (EOAK/3992/2023) yhteydessä henkilöstö toi esiin, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden liikkuvaan toimintaan ei pääse ilman mielenterveyspalveluiden asiakkuutta, mikä puolestaan edellyttää lääkärin lähetettä sekä käyntejä toimistolla. Iäkkäiden henkilöiden kohdalla tämä on usein esteenä palvelun saamiselle (ks. myös Cooper 2012, 174). Kulkemisen haasteista palveluihin raportoi myös Cimarolli ja kumppanit (2018, 34). Saavutettavat ja matalan kynnyksen osallistumisen mahdollistavat palvelut ovat tärkeitä ikääntyvien päihdeinterventioissa (van den Bulck ym. 2024, 10). Esteenä avun hakemiselle voi olla myös pelko leimautua alkoholistiksi ja siksi interventioiden tarjoaminen paikoissa, joita ei suoraan liitetä päihdeongelmiin voi madaltaa ikääntyvien osallistumiskynnystä (mt., 10).

2.3 Auttamistyön sosiaalinen näkökulma

Ikääntyvien palvelukokonaisuuksissa tarvitaan monien eri ammattiryhmien osaamista. Tutkimustulosten (Olaison & Donnelly 2022, 119; Pohjola ym. 2019, 14–15) mukaan ikääntyneiden sosiaaliset ongelmat jäävät usein tunnistamatta, koska auttamistyössä huomio kiinnittyy terveydentilan ongelmiin ja siitä aiheutuvaan hoivan ja huolenpidon järjestämiseen. Sosiaalityöntekijät työskentelevät sosiaalisten ongelmien keskiöissä ja kohtaavat haitallista päihteiden käyttöä työssään joko suoraan tai välillisesti (esim. Rossi ym. 2022). Ikääntyvien tilanteita kokonaisvaltaisesti arvioivilla sosiaalialan ammattilaisilla ei ole kuitenkaan välttämättä riittävää tietoperustaa päihteiden käyttöön liittyvistä tekijöistä (Kievišienė 2018, 78–79) tai tarvittavia työkaluja päihteiden käytön kartoittamiseen (Rossi ym. 2022; Karlsson & Gunnarsson 2018). Ikääntyvien alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat jäävätkin tutkimusten (esim. Wadd & Galvani 2014, 656) mukaan usein huomaamatta tai tunnistamatta. Interventiot sosiaalisiin ongelmiin eivät onnistu, jos auttamistyössä sivuutetaan päihteiden käyttö (Kievišienė 2018, 79). Näin ollen myös ikääntyvien mahdollisuudet saada moniammatillista apua päihteiden käytöstä aiheutuviin ongelmiin ovat vähäiset.

Monitieteellinen lähestymistapa haitalliseen päihteidenkäyttöön olettaa, että biologiset ja psykologiset prosessit ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristössä suhteellisten, sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten ja kulttuuristen elementtien kanssa (Duncan 2020). Terveystieteiden lähestymistapa korostuu järjestelmäkäsitys ja lääketieteellinen lähestymistapa, jossa päihteiden ongelmakäyttöä diagnosoidaan riippuvuussairaudeksi (Santala 2011, 28). Päihteiden ongelmakäytöstä aiheutuvia oireita hoidetaan monesti sairauslähtöisesti ja usein irrallisina ihmisen muusta elämästä (mt.), vaikka haitallinen päihteidenkäyttö on myös sosiaalinen ongelma (Galvani 2007), jota tulisi hoitaa yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Haitallisesta päihteidenkäytöstä toipumisen prosessi sisältää erilaisia yksilön elämään liittyviä elementtejä, jotka tulisi ottaa huomioon päihdehoidon kokonaisuudessa. Sosiaalisen ulottuvuuden huomiotta jättäminen päihdepalveluissa johtaa siihen, etteivät päihdepalvelut pysty vastamaan yhä monimuotoisempaan ja monimutkistuvaan syrjäytymisen haasteeseen. (Santala 2011, 27.) Ikääntyvien syrjäytyminen onkin tunnustettu yhdeksi tärkeimmäksi sosiaalipoliittiseksi haasteeksi koko Euroopassa (European Commission 2021). Sillä tarkoitetaan resurssien, oikeuksien ja palveluiden puutetta sekä samanaikaista osattomuutta niissä suhteissa ja toiminnoissa, jotka ovat enemmistön saatavilla (Kinni ym. 2023, 281–282). Santalan (2011, 27) mukaan päihdepalveluissa tulisi painottaa enemmän sosiaalista ulottuvuutta, joka on heikompiosaisten puolelle asettumista, asiakkaan osallistamista sekä asiakaslähtöisen työskentelyn korostamista.

Wangensteen ja kumppanit (2022, 428) näkevät kuntoutumisen päihteiden käytöstä ennen kaikkea suhteellisenä ja sosiaalisena prosessina. Sosiaalinen toipuminen lähestymistapana näkee yksilön tämän suhteissaan sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä ja korostaa mielekkäiden ja asiakasta tukevien suhteiden merkitystä perheen, ystävien ja ammattilaisten välillä. Sosiaalisen toipumisen malli huomioi suhteiden lisäksi myös muita sosiaalisia näkökulmia, kuten köyhyyttä, syrjintää ja yhteisöön osallistumista (mt., 418–420). Haitallisesta päihteidenkäytöstä toipuminen ei voi toteutua ainoastaan terveydenhuoltojärjestelmässä, vaan sen tulisi onnistuakseen sisältää sosiaalista osallistumista ja merkityksellistä toimintaa jokapäiväisessä elämässä (Bahl ym. 2023b, 22).

Suhteellinen toipuminen perustuu käsitykseen ihmisestä suhteellisena olentona ja keskittyy toipumiseen sosiaalisena prosessina. Suhteellisen toipumisen mallissa kuntoutuksen suunnittelussa keskitytään rakenteellisiin tekijöihin sekä yksilöllisiin näkökulmiin (Bahl ym. 2023a, 15). Toipumista ei nähdä niinkään yksilön sisäisenä prosessina, vaan toipumisen kokemukseen vaikuttavat yksilön sosiaaliset suhteet ja kontekstit (mt. 16: Wangensteen ym. 2022, 429). Työskenteleminen vaikeiden ihmissuhteiden, hylätyksi tulemisen, vihan ja surun tunteiden sekä yksinäisyyden kanssa on merkityksellistä toipumisen kannalta. Henkilökohtaisten suhteiden ja sosiaalisten taitojen uudelleenrakentaminen vaatii rohkeutta ja sopeutumista kulttuurisiin normeihin ja sääntöihin. Asiakkaan läheisten tukeminen osana kuntoutumisprosessia on myös tärkeää. (Wangensteen ym. 2022, 428–430.)

Päihteiden käyttäjien parissa tehtävässä sosiaalityössä keskeistä on arvolähtökohta kunnioittaa ja puolustaa jokaisen ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia sen sijaan, että pyrkimyksenä olisi parantaa asiakkaat sairaudesta (Santala 2011, 32). Haitallisesta päihteidenkäytöstä toipuvat asiakkaat kokevat ratkaisevaksi auttamistyössä juuri ammattilaisten asenteet. Asiakasta kunnioittava, luottamuksellinen yhteistyösuhde koettiin merkityksellisenä kuntoutumisen kannalta, kun taas ylhäältä alaspäin suuntautuvan, epäkunnioittavan asenteen koettiin vahvistavan voimattomuuden tunnetta entisestään. (Wangensteen ym. 2022, 430.) Ammattilaisten asenteet vaikuttavat palvelun eri ulottuvuuksiin ja niiden ymmärtäminen on yhtä tärkeää kuin riittävät tiedot ja taidot päihdetyöstä. Negatiiviset asenteet voivat muodostaa esteen terapeutin suhteen muodostumiselle. Vastaavasti positiiviset asenteet päihteiden käyttäjiä kohtaan johtavat intensiivisempään interventiotoimintaan ja myönteisiin hoitotuloksiin. (Kievišienė 2018, 76.)

Sosiaalisuuden tuominen osaksi päihdetyötä on tärkeää, mutta edellyttää sosiaalityöntekijöiltä selkeää oman alansa ammatti-identiteetin ymmärtämistä suhteessa muiden ammattiryhmien näkökulmiin (Santala 2011, 29). Ammatillisen roolin tunteminen ja legitimiys vaikuttaa positiivisesti sosiaalityöntekijöiden asenteisiin päihdeongelmista kärsiviä asiakkaita kohtaan (Kievišienė 2018, 86). Sosiaalityöntekijän työskentely perustuu asiakkaan elämismailman, sosiaalisten suhteiden, arjen kulttuurin tunnistamiseen ja huomioimiseen sekä asiakkaan autonomian kunnioittamiseen (myös Santala 2011, 36). Sosiaalityöntekijät, jotka sitoutuvat päihteiden vastaiseen työskentelyyn ja luovat emotionaalisen suhteen asiakkaaseen, onnistuvat luomaan

asiakkaan kanssa yhteisiä tavoitteita ja saavat asiakkaan sitoutumaan kuntoutukseensa helpommin (Kievišienė 2018, 77). Waddin ja Galvanin tutkimuksessa (2014, 665) päihdeongelmista kärsivien ikääntyvien kanssa työskentelevät sosiaalityöntekijät tunnistivat kuitenkin oikeuksien ja riskien välisen jännitteen, kun vastakkain olivat ikääntyneen oikeus käyttää päihteitä ja päihteiden käyttöön liittyvät riskit.

2.4 Toipumisprosessin erityispiirteet

Ikääntyneen toipumiseen vaikuttavia osatekijöitä Morganin ja Brosin (2011, 446–447) mukaan ovat yksilölliset ja sosiaaliset resurssit, oikea-aikaiset ja riittävät palvelut sekä mielekkäät toiminnot. Päihdeongelmasta toipuminen voidaan käsittää henkilökohtaiseksi prosessiksi, jonka tavoitteena on löytää elämän merkityksellisyys ilman haitallista päihteiden käyttöä (Bahl ym. 2023b, 22). Henkilökohtainen toipuminen keskittyy yksilölliseen näkemykseen nykytilanteesta hyvinvoinnin, yhteisöllisyyden ja positiivisen identiteetin suhteen. Painopiste on elämässä selviytymisessä sen sijaan, että toipumisen koettaisiin tarkoittavan parantumista (Wangensteen ym. 2022, 418).

Ikääntyvien kohdalla useat sosiaaliset ja terveydelliset tekijät, kuten läheisen kuolema tai toimintakyvyn heikkeneminen, voivat hidastaa toipumista (esim. Morgan & Bros 2011, 453). Päihdeongelmista kärsivillä ikääntyvillä tuen ja palveluiden tarvetta tulee aikaisemmin kuin muulla samaan ikäryhmään kuuluvilla (Vilkko 2013, 65). Haitallisesti päihteitä käyttävät ikääntyvät ovat alttiimpia useille samanaikaisille ja yhteen kietoutuneille sosiaalisille ja terveydellisille ongelmille, jotka vaikeuttavat toipumista ja aiheuttavat eristäytymistä sosiaalisesta ympäristöstä (esim. Emiliussen ym. 2017, 974).

Farmer ja kumppanit (2022, 920) tarkastelevat sosiaalista eristäytymistä moniulotteisena ongelmana, joka koostuu yksinäisyyden lisäksi koetun sosiaalisen tuen ja perhe- ja ystäväverkoston puutteesta sekä vähäisestä sosiaalisesta osallistumisesta. Erilaiset suhdeyhteisöt, kuten perhe tai ystävät, ovat tärkeitä merkityksellisyyden kokemukselle (Bahl ym. 2023a, 10). Vahvat siteet perheeseen, ystäviin ja erilaisiin yhteisöihin motivoi ikääntyviä pidättäytymään haitallisesta päihteidenkäytöstä. Henkilöillä, joilla nämä sidokset ovat heikkoja tai niitä ei ole lainkaan, on suurempi riski päihteiden haitalliseen käyttöön. (Farmer ym. 2022, 921.) Yksinäisyys ei ole kuitenkaan riittävä mittari selittämään sosiaalisten kontaktien puutetta ja vähäistä osallistumista sosiaaliseen toimintaan (mt., 920). Ihminen voi olla eristäytynyt kotiinsa, mutta ei silti tunne itseään

yksinäiseksi. Toisaalta sosiaalinen verkosto voi olla laaja, ja silti yksilö voi kokea yksinäisyyttä (Coyle & Dugan 2012, 1348).

Sosiaaliset suhteet voivat kuitenkin olla myös syynä merkityksettömyyden tunteen kokemukseen, jos ikääntyvä kokee suhteissaan epäkunnioitusta, välinpitämättömyyttä tai on menettänyt itselleen tärkeän läheisen tai puolison (Bahl ym. 2023a, 10–11). Haitallinen päihteiden käyttö kaventaa sosiaalista elämää. Pitkään haitallisesti päihteitä käyttäneillä ikääntyvillä voi olla kireät välit läheisiinsä tai välit omaisiin ja ystäviin voivat olla kokonaan katkenneet. (Vesa ym. 2017, 26; Kuussaari ym. 2021, 57.) Päihteiden käytöstä aiheutuva häpeän tunne erityisesti naisilla saa eristäytymään omaan kotiin, jolloin ihminen eriytyy yhä kauemmaksi yleisesti määritellystä normaalista elämästä (Vesa ym. 2017, 24). Sosiaalisten suhteiden ylläpidon ja sosiaalisen osallisuuden tukeminen vahvistaa ikääntyvän kokemusta omasta toimintakyvystä (mt., 26).

Bahl ja kumppanit (2023a) ovat tutkineet päihdeongelmista kärsivien ikääntyvien kokemuksia merkityksellisyydestä suhteellisen toipumisen viitekehyksessä ja korostavat merkityksellisyyden kokemuksen ymmärtämisen tärkeyttä. Elämän merkityksellisyyden menettäminen ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat ikääntymiseen liittyviä erityispiirteitä, jotka tulisi ottaa huomioon päihdeongelmaisten ikääntyvien palveluiden suunnittelussa (Cimarolli ym. 2018, 29; Johannessen ym. 2015, 330). Merkityksellisyyden tunne syntyy arvostuksen tunteesta ja arvon antamisesta muille. Se on perustavanlaatuinen tarve, johon liittyy yhteisöllisyys tai sosiaalinen konteksti ja on yhtä tärkeää kaikissa elämän vaiheissa. Sosiaaliset verkostot, joissa ihminen kokee olevansa arvokas, muuttuu kuitenkin elinkaaren aikana. (Bahl ym. 2023a, 12.) Merkityksellisyyden tunteen saavuttaminen voi olla vaikeaa, jos ikääntyessä monimutkaisia psykososiaalisia siirtymiä monimutkaistaa entisestään haitallinen päihteidenkäyttö. Näiden yhteisvaikutukset heijastuvat negatiivisesti yksilön toipumisprosessiin (mt., 13). Psykologisen yhteisöllisyyden on tunnistettu olevan tärkeä tekijä merkityksellisyyden kokemuksessa ikääntyvillä (mt., 13–15).

Cimarolli ja kumppanit (2018, 30) suosittavat, että ikääntyvien päihteiden käytön tunnistamiseksi on luotava interventiomalleja, joissa hyödynnetään moniammatillista osaamista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä omaisten kesken. Vesa ja kumppanit (2017, 32) ehdottavat, että haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien päihdetyöskentelyssä hyödynnettäisi gerontologisen sosiaalityön tietoperustaa ja asiantuntijuutta. Tutkijat

(esim. Cimarolli ym. 2018; Vesa ym. 2017; Kuussaari ym. 2021) suosittelevat, että päihdekuntoutusta koordinoivat ja toteuttavat ammattihenkilöt loisivat kumppanuussuhteita ikääntyviä asiakkaita tai potilaita kohtaavien tahojen kanssa, jotta päihteiden ongelmakäyttäjää saataisiin tunnistettua ja osallistettua kuntoutukseen. Tärkeää on myös erityisesti ikääntyville suunnatut interventiot, jotta heidät saadaan osallistumaan ja sitoutumaan kuntoutusohjelmaan (Cimarolli 2018, 36; Vesa ym. 2017, 32).

3 Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat monimuotoisia sekä kompleksisia, kuten myös sosiaalihuollon asiakkaiden ongelmat (Isoherranen 2012, 10; Kekoni ym. 2019, 15). Tietomäärä sekä tiedon ja osaamisen vaatimukset ovat kasvaneet viime vuosina niin merkittävästi, etteivät tietyn alan ammattilaiset pysty yksin hallitsemaan kokonaisuutta ja ovat näin ollen riippuvaisia toisistaan (Isoherranen 2012, 10). Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedontarve on lisääntynyt entisestään hyvinvointialueuudistuksen myötä, ja se kohdistuu erityisesti palvelujen kykyyn vastata väestön tarpeisiin (Rajala ym. 2024). Moniammatillisuus käsitetään erilaisten verkostojen keskinäisenä yhteistyönä, viranomaisten välisenä yhteistyönä tai organisaatioiden yhteistoimintana. (Kekoni ym. 2019, 17). Mönkkösen ja kumppaneiden (2019b, 138) mukaan moniammatillinen yhteistyö edellyttää avointa vuorovaikutusta, keskinäistä kunnioitusta, yhteistä tiedonmuodostusta sekä ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja tarpeista. Moniammatillinen yhteistyö vaatii toteutuakseen myös tiivistä yhteistyötä sekä jaettua asiantuntijuutta sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. (Kekoni ym. 2019, 15.)

3.1 Moniammatillisuuden määrittely

Suomessa moniammatillisuus nähdään laajana käsitteenä ja sitä käytetään kuvaamaan erilaisia asiakas- ja potilastyön vuorovaikutustilanteita (Kekoni ym. 2019, 15). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa käsittelevässä tutkimuskirjallisuudessa moniammatillista yhteistyötä on lähestytty erilaisten käsitteiden kautta, kuten vuorovaikutuksen vaihtoalueella, jaetulla asiakkuudella ja asiantuntijuudella sekä asiakkaiden sekä ammattilaisten välisellä yhteistoiminnallisuudella (mt., 16). Yhteistoiminnallisuus sekä jaettu asiakkuus tai asiantuntijuus kuvaavat hyvin moniammatillisen työskentelyn tavoitteita, jossa tarkoituksena on rakentaa tietystä asiasta yhteistä tietämystä. Vaihtoalueeseen liitettyä vaihdon näkökulmaa on kuitenkin kritisoitu siitä, ettei ihmisten välistä vuorovaikutusta tulisi kuvata liiketaloudessa käytössä olevilla termeillä. Moniammatilliseen yhteistyöhön liitetään usein rajapintojen käsite, jolla tarkoitetaan eri ammattilaisten työtehtävien välimaastoon tarkoitettua aluetta. (Mt.) Asiakkaiden monimutkaiset elämäntilanteet vaativat toisinaan ammattihenkilöiltä laaja-alaista, useamman tieteen- tai ammattikunnan alueelle ulottuvaa ymmärrystä ja tietämystä (Mönkkönen ym. 2019a, 11). Monitieteellistä, rajoja ylittävää hybridiasiantuntijuutta tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan entistä enemmän (mt.).

Englannin kielessä moniammatilliselle työskentelylle on useita ilmaisuja, joiden merkitysten ero on moniammatillisen työskentelyn tavoissa (Kekoni ym. 2019, 15). Multiprofessional co-operation termillä viitataan perinteiseen moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa työskennellään asiakkaan tavoitteiden mukaisesti yhteistyössä, mutta toisistaan erillään. Jokainen ammattiryhmä tuo mukanaan oman osa-alueensa erityisosaamisen; sosiaalityö erityisesti sosiaalisen näkökulman. Työskentelyssä korostuu eri ammattilaisten työnjako ja hierarkkiset valta-asetat. (Mt.; Kinni 2014, 22.)

Interprofessional work puolestaan käsitetään moniammatilliseksi yhteistyöksi, jossa työntekijät mukauttavat roolinsa, vastuunsa ja taitonsa tilanteisiin sopiviksi (Vaininen 2011, 75; Isoherranen 2012, 20; Kinni 2014, 22). Tahtotila on työskennellä asiakkaan eduksi tehokkaasti yli rajojen, mutta kuitenkin siten, etteivät rajapinnat sekoitu keskenään eri ammattilaisten välillä. Yhteistyön tavoitteena on kehittää käytäntöjä, muuttaa professiota sekä kollegiaalisesti välttää toimintaa haittavia hierarkioita. Interprofessionalisessa eli ammattienvälisessä työskentelyssä työntekijät ovat tietoisia sekä omistaan että toisen osapuolen taidoista ja luottavat niihin. (Isoherranen 2012, 20.)

Poikkitieteellinen työskentely, Transprofessional (transdisciplinary) work / crossdisciplinary work käsittää tiedon ja taidon siirtämistä yli asiantuntijarajojen, jolloin ammattilaiset ottavat hoitaakseen toisen ammattiryhmän rooleja ja tehtäviä. Tässä työskentelymallissa edistetään asiakkaan omaa osallisuutta palveluiden arvioinnissa, suunnittelussa ja päätöksenteossa. Työskentelymallin tavoitteena on kokeilujen kautta löytää uusia toimintamalleja. (Isoherranen 2012, 21–22; Kinni 2014, 22–23.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisia käytäntöjä on tutkittu 1960-luvulta lähtien, mutta moniammatillisuutta käsittelevä varsinainen tutkimus alkoi 1980-luvulla. Ensimmäisten vuosikymmenten ajan moniammatillisia käytäntöjä koskevia tutkimuksia julkaistiin vain joitain kymmeniä, mutta 1990–2000-luvuilta lähtien aiheeseen liittyvää tutkimustietoa on tuotettu eri tieteenaloilla entistä enemmän. Samalla moniammatillisen työskentelyn merkitys on sosiaali- ja terveysalalla kasvanut. (Isoherranen 2012, 11; Kekoni ym. 2019, 18.) Moniammatillisuutta lähestytään usein yhteistoiminnan, dialogisuuden, moniäänisyyden, yhteisen tiedon rakentamisen sekä diversiteetin kautta. Sosiaali- ja terveysalalla neuvottelu- ja vuorovaikutustaidot korostuvat, sillä moniammatilliset vuorovaikutustilanteet edellyttävät eri osapuolten näkökulmien tunnistamista ja yhteen sovittamista. (Kekoni ym. 2019, 18.)

Moniammatillisen yhteistyön ympärille on rakennettu useita erilaisia ihmisten keskinäistä vuorovaikutusta kuvaavia teoreettisia malleja. Systemiteoreettisesti suuntautunut sosiaalityö sai alkunsa 1970-luvulla, kun asiakkaista kiinnostuttiin osana laajempia systeemejä ja heidän tilanteitaan alettiin käsitellä systeemisinä kokonaisuuksina. (Arajärvi 2024, 26.) Tapani Purolan vuonna 1971 lanseeraaman ns. Purolan mallin mukaan ihmisen elämä koostuu toiminnallisesta, fyysisestä sekä henkisestä ulottuvuudesta (Kinni 2014, 21). Systeminen kokonaisuus kattaa yksilön, perheen, ryhmän, yhteisön sekä yhteiskunnan eri tasot. Systemisen ajattelun myötä asiakaskohtainen työskentely linkittyy sosiaalityössä laajempiin yhteiskunnallisiin ilmiöihin. Yhden systeemin osan muutos käynnistää muutoksen muillakin systeemin tasoilla, jolloin muodostuu suurempi sosiaalinen muutos. (Arajärvi 2024, 26.) Systemiteoria tarjoaa viitekehysten, jonka avulla voidaan jäsentää sosiaalityöntekijän roolia moniammatillisessa tiimissä sekä ymmärtää paremmin ja yksityiskohtaisemmin sosiaalisten muutosten syitä ja seurauksia. Se on edelleen käyttökelpoinen viitekehys moniammatillisessa yhteistyössä sekä sosiaalityössä (mt., 28).

Psykodynaaminen teoria keskittyy ihmismielen tiedostamattomiin prosesseihin sekä siihen, miten ne vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen, ihmissuhteisiin sekä tunteisiin. Teorian taustalla on Sigmund Freudin kehittämä psykoanalyysi. Psykodynaamisessa teoriassa ajatellaan, että tiedostamattomat, ihmisen toimintaan vaikuttavat ja alitajuntaan jääneet ajatusprosessit, tukahdutetut tunteet, halut tai jopa fobiat voivat ilmetä toistuvissa käytösmalleissa, jotka eivät tunnu tietoisella tasolla järkeviltä. (Martin 2013, 13.) Moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta on tärkeää, että tiimin jäsenet ymmärtävät tiedostamattomien prosessien vaikutuksen yhteistyöhön. Tiedostamaton prosessointi toimii melko stereotyyppisesti ja näin ollen ryhmädynamiikassa saattaa esiintyä tiedostamattomia roolituksia sekä ajattelumalleja. (Mt., 13–14.)

Biopsykososiaalisen mallin ensimmäisen version esitteli amerikkalainen psykiatri Roy Grinker vuonna 1952. Malli pohjautuu systemiteoreettiseen ajatteluun, jonka mukaan systeemiin yhteydessä olevat eri osat ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Tämä lähestymistapa antaa paremman mahdollisuuden tarkastella ja tunnistaa yksilön elämäntilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. (Arajärvi 2024, 29.) Moniammatillisen työskentelyn tueksi on kehitetty erilaisia kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin malleja, jotka kattavat erilaisia toimintakyvyn osa-alueita. Kokonaisvaltaista toimintakykyä tarkastellessa puhutaan usein sosiaalisesta, psyykkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä.

Sosiaalisen toimintakyvyn selvittämistä varten ei kuitenkaan ole olemassa yhtä hyvin saatavilla olevia mittareita kuin muiden toimintakyvyn osa-alueiden mittaamiseen. (Kinni 2014, 21–22.) Biopsykososiaalisessa mallissa ammattilaisten näkemykset asiakkaan biologisten, psykologisten sekä sosiaalisten tasojen välisistä suhteista nivotaan yhteen, jolloin muodostuu eri ammattikuntia yhdistävä kehys. Näitä tarkastellaan monitasoisina rakennelmina, jotka ovat dynaamisesti vuorovaikutuksessa keskenään. (Arajärvi ym. 2020, 360.)

Kansainvälisesti tunnettu sosiaalityön tutkija Laura Bronstein kehitti vuonna 2003 sosiaalityön kirjallisuutta painottavan kirjallisuuskatsauksen avulla moniammatillisen yhteistyön mallin, a Model for Interprofessional Collaboration (Bronstein ym. 2018, 23–24, 28; Kekoni ym. 2019, 18–19). Mallin taustalla on kysymys siitä, mitä moniammatillinen yhteistyö on ja parantaako se asiakkaan tilannetta eli mitkä ovat yhteistyön vaikutukset (Bronstein 2002, 114). Bronsteinin moniammatillisen yhteistyön malli koostuu viidestä moniammatilliseen työskentelyyn liittyvästä osa-alueesta sekä neljästä niihin vaikuttavista tekijöistä. Moniammatillisen yhteistyön ydinalueita ovat keskinäinen riippuvuus, uudistuvat ammatilliset käytännöt, joustavuus, tavoitteiden yhteinen omistajuus sekä prosessin reflektointi. Yhteistyöhön vaikuttavat keskeiset tekijät liittyvät ammatillisiin rooleihin, rakenteellisiin tekijöihin, yksilöllisiin ominaisuuksiin sekä toimijoiden yhteiseen historiaan. (Bronstein ym. 2003, 299; Kekoni ym. 2019, 18–19.)

3.2 Yhteistyön sosiaalinen näkökulma

Sosiaalityöntekijät ovat ammatin alkuajoista lähtien työskennelleet muiden ammattilaisten kanssa ympäristöissä, joita muut tieteenalat hallitsevat (Bronstein 2002, 113). Sosiaali- ja terveysalalla työskenteleviltä edellytetään moniammatillista yhteistyötä ja sosiaalihuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus tehdä moniammatillista yhteistyötä asiakkaan palveluntarvetta määritettäessä sekä palveluja annettaessa. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 41 §:n mukaan sosiaalihuoltoa on toteutettava eri toimijoiden yhteistyönä siten, että asiakkaalle muodostuu hänen etunsa mukainen, kokonaisvaltainen palvelukokonaisuus. Palvelutarpeen arvioinnista vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen vastuulla on varmistaa, että käytettävissä on asiakkaan tarpeisiin nähden riittävä asiantuntemus ja osaaminen. Asiakkaan palvelun tarvetta arvioimaan voidaan kutsua mukaan muita asiantuntijoita. Eri alojen ammattilaisten lisäksi

yhteistyötä edellytetään myös asiakkaan omaisten ja läheisten kanssa. Iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeita arvioitaessa korostetaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa asiakas sekä tarvittaessa hänen läheisensä, omaisensa tai asiakkaalle määrätty edunvalvoja otetaan mukaan arviointiin. Palvelutarpeen selvittämisestä vastuussa oleva työntekijä on velvoitettu tekemään yhteistyötä muiden asiantuntijoiden kanssa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) 15 §.) Järjestämislaki (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021) velvoittaa hyvinvointialueita ja kuntia edistämään väestön terveyttä ja hyvinvointia yhteistyössä julkisten toimijoiden, yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin kanssa.

Sosiaalityö on tutkimustietoon perustuva professio ja käytännössä vaativaa asiantuntijatyötä. Asiantuntijatyön ydintä on Toivosen (2018, 19) mukaan perinteisesti ollut perusteellinen syventyminen työhön liittyviin aiheisiin sekä uuden tiedon tuottaminen. Sosiaalityöntekijät pääsevät työssään näkemään aitiopaikalta palvelujärjestelmän toimintaa sekä kansalaisten arkea. Työnsä kautta heillä on arvokasta kokemustietoa palveluiden toimivuudesta ja yhteiskunnan heikommassa asemassa olevien ihmisten elämään vaikuttavista tekijöistä. Sosiaalityöntekijöillä olevan tiedon sekä asiakkaiden palvelujärjestelmän toimintaa koskevan tiedon hyödyntäminen ei ole aiemmin ollut kovin tehokasta (Rajala ym. 2024, 217–218), vaikka sosiaalihuoltolaki (1301/2014) korostaa rakenteellisen sosiaalityön merkitystä osana sosiaalihuoltoa sekä edellyttää kuntia ja hyvinvointialueita keräämään tietoa asiakkaiden tarpeista ja hyödyntämään sitä palvelujen kehittämisessä. Rajala ym. (2024, 222–223) ovat tarkastelleet sosiaalisen raportoinnin tuloksia, joista nousi esille erilaisia, sosiaalihuollon ammattilaisten työssään kohtaamia palveluihin liittyviä epäkohtia. Raportoinneista ilmeni eri asiakasryhmille kohdennettujen palveluiden puute, epäselvyydet palveluiden rajapinnoilla työskenneltäessä sekä asiakkaiden putoaminen palveluiden ulkopuolelle. Havainnot liittyivät myös puutteelliseen johtamiseen. Suurin osa raporttien kehittämis ehdotuksista liittyi eri ammattiryhmien välisen moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhdistävien palvelukokonaisuuksien luomiseen.

Ammattiroolin legitimitetti on erityisen tärkeää ammateissa, joiden käytäntö on laaja-alaista, kuten sosiaalityössä (Kievišienė 2024, 86–87). Kivipelto ja Matthies (2024, 8, 11) ovat tunnistanee roolinottomekanismiin yhdeksi tärkeimmistä ammatti-identiteettiä

ylläpitävistä mekanismeista sosiaalityössä. Sillä tarkoitetaan sosiaalityön roolin maksimoimista ja esiintuomista sekä aktiivista yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Oman ammattiroolin tunteminen ja legitiimiys puuttua sosiaalisia ongelmia aiheuttaviin tekijöihin vaikuttaa positiivisesti sosiaalityöntekijöiden asenteisiin (Kievišienė 2018, 86–87; Kivipelto & Matthies 2024, 11). Vastausmekanismilla tarkoitetaan sosiaalityön aktiivisessa roolissa toimimiseen vastaamista arvostuksella ja kunnioituksella asiakkaiden ja yhteistyötoimijoiden osalta. Ilman roolinotto- ja vastausmekanismeja sosiaalityön asema jää epäselväksi, eikä yhteistyöverkostoille järjesty aikaa ja resursseja. (Kivipelto & Matthies 2024, 9, 11.)

Sosiaalisen asiantuntijuuden käsitteen määrittäminen tai sen ymmärtäminen vaikuttavat sosiaalityön rooliin moniammatillisessa yhteistyössä. Eri vuosikymmenillä tehdyt suomalaiset tutkimukset (esim. Niemelä 1985; Linden 1999; Kinni 2014) osoittavat, että sosiaalityön asiantuntijuus osana terveydenhuollon moniammatillista tiimiä nähdään lähinnä sosiaaliturvaa ja lainsäädäntöä koskevana. Ikääntyneiden määrän kasvaessa sosiaalialalla tarvitaan kuitenkin entistä enemmän myös ammattilaisten gerontologista erityisosaamista (esim. Lumme-Sand ym. 2020; Myller 2024). Sosiaalityön näkökulmasta erityisosaamiseen liittyy vahvasti työntekijän arvojen kautta tapahtuva reflektointiosaaminen. Ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja siihen liittyvä eettisyys, lainsäädäntö, elämän loppuvaiheen hoitotahto, perheen sisäiset suhteet sekä edunvalvonta ovat myös osa gerontologista erityisosaamista (esim. Niemi ym. 2021; Myller 2024). Erityisosaamissisältöön liittyy vahvasti myös ikääntymisen myötä esiintyvien fyysisten, psyykkisten sekä sosiaalisten muutosten huomioiminen. (Myller 2024, 351–352.)

Sosiaalinen asiantuntijuus gerontologisessa sosiaalityössä ilmenee ikääntyneen ja hänen ympäristönsä välisen suhteen tukemisena, yhteiskunnallisten oikeuksien ja etuuksien turvaamisena sekä psykososiaalisen tuen tarjoamisena hyvinvoinnin edistämiseksi. (Kinni 2014, 22). Kansainvälisesti gerontologinen sosiaalityö kiinnittyy palvelujärjestelmässä osaksi terveydenhuoltoa sekä asumispalveluja. Yhdysvalloissa sosiaalityöntekijöitä työskentelee ikääntyneiden parissa hoivakodeissa, yhteisöllisessä asumisessa sekä erilaisissa tuetun asumisen yksiköissä (Kinni 2014, 23; Rossi ym. 2021, 19). Suomessa gerontologinen sosiaalityö on osa sosiaalihuoltolain mukaista sosiaalihuollon toimintaa, mutta se ei ole vielä vakiinnuttanut paikkaansa palvelujärjestelmässä. Alueelliset erot gerontologisen sosiaalityön palvelun

saatavuudessa ja erityisosaamisessa ovat suuria (Niemi, ym. 2021; Kinni ym. 2023, 282.)

Sosiaalityöntekijöiden gerontologista erityisosaamista ei yhteiskunnassa vielä täysin tunnisteta eikä sitä siksi myöskään hyödynnetä täysimääräisesti (esim. Niemi ym. 2021; Myller 2024, 356). Sosiaaligerontologista tietoa tulisi tuoda selkeämmin ja vakuuttavammin esille moniammatillisessa dialogissa (Lumme-Sand, ym. 2020, 360; Kinni 2014, 23–25). Gerontologista tietoa ei ole hyödynnetty riittävästi ikääntyneiden parissa tehtävässä sosiaalityössä tai sosiaalityön koulutuksessa (Myller 2024, 352), vaikka gerontologinen osaaminen vaikuttaa sosiaalityöntekijöiden omaan kokemukseen työnsä vaikuttavuudesta (Kinni 2014, 24). Osaamiseen liittyviä puutteita on havainnut myös de Graaf ja kumppanit (2023), joiden mukaan asiakaslähtöinen ja osallistava työskentely on haastavaa silloin, jos asiakas tekee hänelle itselleen epäedullisia valintoja. Käytännön sosiaalityössä onkin tunnistettu oikeuksien ja riskien välisiä jännitteitä, joista aiheutuu sosiaalityön näkökulmasta eettisesti haastavia tilanteita (Wadd & Galvani 2014, 665).

Moniammatillisten ryhmien kokoonpanot sekä työskentelyn kesto vaihtelevat suuresti työskentelyn kohteen mukaan ja moniammatillisen asiakastyön ympärille rakentuneet työryhmät voivat toimia yhdessä hyvinkin pitkään. Näissä ryhmissä asiakas sekä hänen omaisensa tai lähipiirinsä ovat merkittävässä roolissa. (Kekoni ym. 2019, 18.) Asiakaslähtöisyys, missä korostuu kunnioitus sekä yksilöllisyys, on tärkeä lähtökohta työskentelylle. Tärkeä arvopohja moniammatillisessa yhteistyössä on myös asiakkaan kuuleminen häntä itseään koskevissa asioissa. (Mt.) Mönkkösen (2007) mukaan asiakastyön ohjausta voidaan tarkastella kolmen eri vuorovaikutussuuntauksen kautta. Asiantuntijakeskeisellä orientaatiolla tarkoitetaan toimintaa, jossa työntekijät tai järjestelmän tavoitteet ja tulkinnat ohjaavat toimintatapoja ja päätöksentekoa. Asiantuntijakeskeisyys tulee esille tavassa, jolla työntekijä käyttää asiantuntijatietoaan tai valtaa sekä miten hän ilmaisee itseään. (Mt., 38–39, 44.) Asiakaskeskeinen orientaatio puolestaan lähtee liikkeelle asiakkaiden tarpeista ja nostaa asiakkaan oman käsityksen tilanteestaan asiakastyöskentelyn lähtökohdaksi (mt., 63).

Dialogisessa vuorovaikutuksessa tavoitteena on yhteisen ymmärryksen luominen. Asiakassuhteen kannalta tämä tarkoittaa, ettei toiminta perustu työntekijän tai asiakkaan ehdoilla etenemiseen, vaan asiakassuhde rakentuu molemminpuoliselle ymmärrykselle ja yhteistyölle. (Mt., 86–87.) Narratiivisen, asiakkaan kokemuksiin ja näkökulmiin

pohjautuvan metodin käyttäminen sekä dialogisuuden yleistyminen mahdollistavat neuvottelukeskeisemmän lähestymistavan asiakastyössä. Jotta ammattilainen pystyy mahdollistamaan dialogisen kohtaamisen asiakkaan kanssa, tulee hänen kuitenkin uskaltaa hypätä ns. tietämättömyyden alueelle ja välttää asiantuntijavaltaa. (Sarja, A. n.d., 93, 96.) Vuorovaikutus ei kuitenkaan voi rakentua pelkästään asiakkaan ehdoilla ja asiakkaan roolia ei tule korostaa liikaa. Asiakkaan sekä hänen läheistensä tulisi olla ammattilaisten rinnalla tasavertaisena kumppanina yhteisen ongelman ratkaisuprosessissa. (Kekoni ym. 2019, 18.)

Nykyään puhutaan paljon iäkkäiden asiakkaiden osallisuuden sekä itsemääräämisoikeuden lisäämisestä. Osallisuutta päätöksentekoon on haluttu lisätä, mutta tästä huolimatta tutkimukset osoittavat, etteivät ikääntyneet ole mukana heitä itseään koskevassa päätöksenteossa. Ikääntyvät kokevat menettäneensä oman elämänsä koskeva kontrollin ja kokevat tullessa painostetuiksi. (Kinni 2014, 25.) De Graafin ja kumppaneiden (2023, 1480) mukaan asiakkaat tulisi ottaa huomioon moniammatillisia päätöksiä tehtäessä ja heidän kanssaan tulisi käydä tietoon perustuvaa vuoropuhelua ja huomioida asiakkaiden henkilökohtainen tilanne, arvomaailma sekä taustat. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalityön välillä on tärkeää, jotta asiakaslähtöisyyttä voidaan parantaa. Asiakkaat arvostavat sosiaalityön asiantuntijuutta, palvelujärjestelmän tuntemusta sekä asiakkaiden kokonaisvaltaisten elämäntilanteiden huomioimista. (Kinni 2014, 23.)

Moniammatilliselle yhteistyölle on sosiaalityön näkökulmasta entistä enemmän kysyntää, sillä ihmisten sosiaaliset ongelmat ovat yleistyneet ja ovat yhä monimutkaisempia (esim. Niemi ym. 2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluja käyttävät ja tarvitsevat yhteisasiakkaat on tunnistettu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen näkökulmasta kriittiseksi asiakasryhmäksi, sillä he kärsivät palvelujärjestelmän pirstaleisuudesta sekä hoidon ja palveluiden jatkuvuuden puutteesta. (Hujala ym. 2019, 592.) Sosiaalityöntekijän osallistuminen moniammatilliseen työskentelyyn on ensiarvoisen tärkeää, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät välttämättä huomioi työssään asiakkaan sosiaalista ulottuvuutta eikä asiakkaiden sosiaaliset etuudet ja taloudelliset oikeudet ole moniammatillisen asiakastyön käytännöissä aina selviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta edellytetään saumatonta moniammatillista yhteistyötä, jotta asiakkaille voidaan taata heidän tarpeidensa mukaiset, toimivat ja jatkuvat palvelut. (Metteri 2012, 211–213.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisella

voidaan myös seurata paremmin palvelujärjestelmään liittyviä päällekkäisyyksiä sekä hallita niihin liittyviä kustannuksia (Hujala ym. 2019, 592).

3.3 Yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät

Ammattilaisten keskinäinen luottamus ja kunnioitus ovat onnistuneen moniammatillisen yhteistyön kulmakiviä. Parhaimmillaan moniammatillinen yhteistyö on tehokasta ja tiimin jäsenet ovat hyvin perillä asiakkaan tarpeista ja tilanteesta. Hoitoa pohditaan useista eri näkökulmista ja laaditaan varasuunnitelmia. Asiakas tietää itse, mitä seuraavaksi tapahtuu ja hänen toiveensa ja tarpeensa tulevat paremmin huomioiduiksi. Yhtenäiset roolit tukevat moniammatillista yhteistyötä ja joustava suhtautuminen työn organisointiin moniammatillisissa asiantuntijatiimeissä parantaa asiakkaiden palveluiden saatavuutta sekä palveluihin pääsyä. Tehokas tiedonkulku edesauttaa yhteistyötä ja nopeuttaa asiakkaiden palvelutarpeen arviointeja. (Cameron ym. 2014, 229–231; Giles 2016, 29.)

Cameron ja kumppanit (2014, 231) toteavat, että säännölliset tiimipalaverit sekä hyvä yhteishenki edistävät eri ammattiryhmien välistä ymmärrystä, vähentävät ammatillisia eroja sekä vahvistavat luottamusta ja lisäävät yhteenkuuluvuuden tunnetta. Säännölliset tapaamiset auttavat luomaan yhteisen päämäärän, tukevat tiimien toimivuutta sekä tarjoavat paikan käsitellä ja jakaa tietoa. Yhteiset toimitilat ovat tärkeä tekijä onnistuneen yhteistyön kannalta; samoissa tiloissa työskentely edistää epävirallista kanssakäymistä, lisää keskinäistä ymmärrystä sekä nopeuttaa ja helpottaa viestintää. Yhteiset toimitilat mahdollistavat myös ammattirajojen yli oppimisen. (Mt., 229–230.) Aiemmalla yhteistyön historialla on merkitystä, sillä aiemmat myönteiset kokemukset saattavat mahdollistaa myös tulevan yhteistyön onnistumisen. Yhteydenotto toiseen ammattilaiseen on helpompaa, jos yhteistyön kautta on jo aiemmin tultu tutuiksi ja saatu tietoa toisen asiantuntijuusalueesta. (Mt., 229–230; Hujala ym. 2019, 595.)

Moniammatillinen yhteistyö vaatii toteutuakseen hyvää johtamista (Isoherranen 2012, 106). Vahva johtaminen sekä asianmukainen ammatillinen tuki ovat onnistuneen yhteistyön keskinäisiä tekijöitä. Johtajan läsnäolo lisää uusissa tiimeissä henkilöstön itsevarmuutta, parantaa tavoitteiden ymmärtämistä sekä edesauttaa parempiin lopputuloksiin pääsemistä. (Cameron ym. 2014, 230.) Mikäli moniammatillinen yhteistyö on hyvin johdettua, toimivaa ja työryhmän jäseniä kuullaan, he kokevat voivansa

vaikuttaa yhteiseen päätöksentekoon. (Isoherranen 2012, 106.) Gilesin tutkimukseen (2016, 29) osallistuneet sosiaalityöntekijät viestivät samoin; osa heistä kertoi nauttivansa moniammatillisesta työstä, sillä työajan käyttö oli tehokasta ja he kokivat, että heidän työpanostaan arvostettiin.

Parhaimmillaan asiantuntijuuden yhdistyminen on hedelmällistä ja vaikka kaikki osapuolet eivät ymmärtäisikään toisten käyttämää ammattiterminologiaa, he ovat valmiita opettelemaan yhteistä kieltä sekä auttamaan toisiaan ilmaisun kehittämisessä avoimia kysymyksiä esittämällä. Hyvin toimiva moniammatillinen tiimi käynnistää yhteisen tiedonmuodostuksen mahdollisimman nopeasti. Terveystieteiden kontekstissa sosiaalityöntekijän osallistuminen yhteiseen tiedonmuodostukseen nähdään erittäin tärkeänä, ja myös sosiaalityöntekijät itse kokevat käytännön hyvänä ja aikaa säästävänä. (Isoherranen 2012, 123–124.) Yhteistyön onnistumisen kannalta on tärkeää varmistaa, että siihen on varattu riittävästi resursseja myös loma-ajalla sekä sairauspoissaolojen varalle. (Cameron ym. 2014, 230; Isoherranen 2012, 124.)

Moniammatillinen yhteistyö ei aina ole sujuvaa eikä se toteudu pelkästään tuomalla eri alojen ammattilaiset yhteen (mt.). Gilesin (2016, 29) tutkimuksessa sosiaalityöntekijät kuvasivat tapaamisia, jotka olivat jäsentymättömiä ja hallitsemattomia. Huonosti koordinoitussa moniammatillisessa tiimissä työnjako koettiin epäselvänä. Tiimin jäsenet eivät keskittyneet käsiteltäviin asioihin ja toivat tapaamisiin sinne kuulumattomia asioita. Kokoukset keskeytyivät, kun tiimin jäsenet saattoivat esimerkiksi vastata puhelimeen kesken kokouksen. Toisinaan tapaamisten aikana oltiin hiljaa ja kukaan ei sanonut mitään. Sosiaalityöntekijät turhautuivat ja kokivat tapaamiseen käytetyn ajan hukkaan heitetyksi. (Mt.) Hujala ja kumppanit (2019, 597–598) toteavat, että moniammatillinen yhteistyö edellyttää johdolta yhteistyön mahdollistamista. Johdon täytyy huolehtia siitä, että moniammatilliselle yhteistyölle on olemassa olevat, hyväksytyt rakenteet. Mikäli yhteiset toimintatavat puuttuvat, jää yhteistyön toteutuminen työntekijöiden oman aktiivisuuden varaan. Johtajien on myös itse henkilökohtaisesti sitouduttava yhteistyöhön ja oltava siitä kiinnostuneita. Onnistunut moniammatillisen yhteistyön johtaminen vaatii johtajilta myös keskinäistä yhteistyötä yli yksikkö- ja organisaatorajojen. (Mt.)

Operatiivisella tasolla on tärkeää, että kaikki yhteistyön osapuolet ymmärtävät sekä toisiinsa että organisaatioihin liittyvät roolit ja vastuut. Moniammatillisissa tiimeissä syntyy ongelmia, kun asioista ei keskustella riittävän syvällisesti eikä hahmoteta

työskentelyn yhteisiä tavoitteita. Ongelmaksi muodostuu myös se, että tiimin jäsenet toimivat erillisesti oman ammattikuntansa edustajana eivätkä tiimin yhtenä jäsenenä, vaikka moniammatillisen työskentelyn käsitteellisenä kehyksenä tulisi olla yhteinen arvopohja, jossa erilaisuus nähtäisiin voimavarana sekä rikkautena. (Metteri 2014, 300.) Organisaatiokulttuureissa on usein kirjoittamattomia sääntöjä ja ammatillisia kulttuureja leimaa monin paikoin edelleen defensiivinen asenne. Palvelujärjestelmän eri tasojen ja eri ammattikuntien väliset hierarkkiset suhteet voivat estää moniammatillisen yhteistyön toteutumista asiakkaan edun mukaisesti. Organisaatioiden keskinäiset kilpailevat näkemykset, sosiaali- ja terveydenhuollon erilaiset valtuudet päätöksenteossa sekä johtovastuisiin liittyvät erimielisyydet vaikeuttavat yhteistyötä sekä heikentävät sen tehokkuutta. (Cameron ym. 2014, 229–230.)

Pirstaloituneen palvelujärjestelmän vuoksi moniammatillinen yhteistyö voi olla puutteellista. Cameronin ja kumppaneiden (2014, 229–230) mukaan yhteistyötä heikentää haasteet tiedonkulussa sekä rajallinen pääsy tietojärjestelmiin. Pirstaleisen palvelurakenteen vuoksi yhteydenotto toisen ammattiryhmän edustajaan on hankalaa, kun toisten työstä ei ole tarpeeksi tietoa eikä tiedetä, mihin tahoon missäkin tilanteissa voisi olla yhteydessä (Hujala ym. 2019, 597). Metteri (2012, 211–213) on käsitellyt sosiaalityön kohtuuttomia tapauksia, joihin liittyy asiakkaiden kuvauksia huonosta kohtelusta. Eriytynyt palvelujärjestelmä tekee mahdottomaksi sen, että yksi ammattiryhmä, ala tai organisaatio voisi yksin ratkaista asiakkaan tilannetta. Tämän seurauksena asiakkaasta saattaa tulla väliinpuotoaja ja hän jää vaille tarvitsemiaan palveluja. Asiakkaan vastuulle jää luukulta toiselle kulkeminen, vaikka ammatillaiset voisivat moniammatillisen yhteistyön keinoin selvittää hänen kokonaistilanteensa ja tarkastella sitä monipuolisesti. Jos eri alojen asiantuntijat eivät tunnista toistensa ammatillista osaamista, ei sitä myöskään osata hyödyntää työskentelyssä. Tällöin ei myöskään osata konsultoida toista ammattilaista tilanteissa, joissa ulkopuolinen asiantuntijuus olisi tarpeen. (Metteri 2012, 216–217.)

Myös Hujala ja kumppanit (2014, 594–595) toteavat, että nykyinen siiloutunut palvelujärjestelmä ei vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluja tarvitsevien yhteisasiakkaiden tarpeisiin. Asiakkaiden on vaikeaa löytää oikeita palveluja ja heitä ohjataan palvelusta toiseen, usein täysin turhaan. Taustatiedot ja historia eivät ole kaikilla sote-ammattilaisilla tiedoissa, vaan asiakas joutuu toistamaan asioitaan eri ammatillisille aina uudelleen ja uudelleen. Asiakkaita ei myöskään huomioida riittävän

kokonaisvaltaisesti ja eri ammattilaisilla saattaa olla keskenään ristiriitaisia näkemyksiä asiakkaiden tuen tarpeista. (Mt.)

Monialaista yhteistyötä haastaa joidenkin tieteenalojen rajoitukset, rajallinen ymmärrys muiden ammattilaisten rooleista ja asiantuntemuksesta, lisääntyneet vastuu- ja dokumentointivaatimukset sekä monimutkaiset diagnoosit ja hoitomenetelmät (Bronstein 2003, 297). Esimerkiksi lähetekäytännöt tai palveluiden pääsyyn liittyvät kriteerit eivät ole aina kaikille osapuolille selkeitä ja tämä voi johtaa virheellisiin lähetteisiin tai hoidon saamisen viivästymiseen (Cameron ym. 2014, 229). Sairaalaympäristössä moniammatilliset työryhmät rakentuvat usein niin sanotuiksi geriatrisiksi tiimeiksi, jonka toiminnan ydin on lääketieteessä ja päätösvalta terveydenhuollon ammattilaisilla, etenkin lääkäreillä. Näissä työryhmissä sosiaalityöntekijän tiedoilla on marginaalinen rooli, ja hänen tehtävänään nähdään lähinnä sosiaaliturvaan ja palvelujärjestelmään liittyvät asiat. (Kinni 2014, 19, 24.) Cameronin ja kumppaneiden (2014, 230) mukaan terveydenhuollon moniammatillisissa tiimeissä työskentelevät sosiaalityöntekijät kokivat, ettei heidän ammatillisia perusarvojaan arvostettu. He kokivat stressiä ja rooliristiriitoja, sillä sosiaalityön ammatilliset arvot ja toimintakulttuuri jäivät terveydenhuollon hallitsemassa moniammatillisessa tiimissä taka-alalle ja sosiaalityön merkitystä aliarvioitiin.

4 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksemme on aineistolähtöinen laadullinen tutkimus, joka nojaa hermeneuttiseen fenomenologiaan. Se korostaa ihmisten henkilökohtaisten kokemusten ja merkitysten ymmärtämistä. Tavoitteenamme on selvittää, mitä sosiaalityöntekijät kertovat moniammatillisen yhteistyön sisällöstä omien kokemustensa kautta, ja miten nämä kokemukset muotoutuvat heidän toimintaympäristöissään omaan ammatilliseen taustaansa peilaten. Kiinnostuksemme kohteena ovat moniammatilliseen työskentelyyn käytännöt ja niihin vaikuttavat tekijät.

Tutkimustehtävämme on tarkastella haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien kanssa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä.

Tutkimustehtävää tarkentavat tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisten tekijöiden sosiaalityöntekijät kokevat edistävän ja estävän moniammatillista yhteistyötä?
2. Millaiseksi sosiaalityöntekijät kokevat oman roolinsa moniammatillisessa yhteistyössä?

4.1 Metodologiset lähtökohdat

Rajaamme tutkimuksemme kokemuskäsitteeseen, joka huomioi sosiaalityöntekijöiden kokemukset erilaisista työympäristöistä ja työkäytännöistä (Perttula 2011, 116). Hermeneuttis-fenomenologinen ihmiskäsitys näkee yksilön psykososiaalisena olentona, joka toimii kulttuurin ja yhteiskunnan osana ja antaa merkityksiä omille kokemuksilleen (Perttula 2011, 147; Tökkäri 2018, 66). Tällä lähestymistavalla pyrimme ymmärtämään, miten sosiaalityöntekijät tulkitsevat asiakkaidensa tilanteita ja oman roolinsa moniammatillisessa yhteistyössä.

Tutkimuksemme empiirinen osa perustuu sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisiin kokemuksiin, jotka syntyvät heidän työympäristöissään (ks. Perttula 2011, 137). Näiden kokemusten tarkasteleminen on tärkeää, sillä se antaa meille mahdollisuuden ymmärtää eri ammattiryhmien välisiä eroja ja yhteistyön edellytyksiä. Sosiaalityöntekijöiden näkemykset voivat erota muiden ammattilaisten, kuten terveydenhuollon asiantuntijoiden, tulkinnoista. Kokemuksiin yhteistyöstä vaikuttavat ammatin vaatimukset, arvoperusta sekä henkilökohtaiset, koulutuksen ja työhistorian myötä

muokkautuneet tekijät. Perttula (2011, 119) kuvaa, että kokemus syntyy ihmisen ja hänen elämäntilanteensa välisessä suhteessa.

Ihmiset ymmärtävät toisiaan sekä ympäröivää maailmaa omien kokemustensa kautta (Lehtomaa 2011, 163). Fenomenologisessa empiirisessä tutkimuksessa painotetaan tieteen teon objektiivisuutta, (Perttula 2011, 157), mutta hermeneuttisessa tutkimustavassa objektiivisuuteen ei suhtauduta yhtä tiukasti. Tutkija saa hyödyntää omaa luonnollista ymmärrystään. Tätä tutkimuksellista ymmärtämistä Perttula kutsuu subjektiiviseksi ymmärtämiseksi. Pidämme omien työelämässä syntyneiden kokemustemme tiedostamista tutkimuksemme kannalta merkityksellisenä. Kokemustemme mukaan moniammatillinen yhteistyö ikääntyvien asioissa on haastavaa eikä päihdepalvelut ole ikääntyvien saavutettavissa. Omat kokemuksemme ovat ohjanneet vahvasti tutkimusaiheemme valintaa ja kiinnittävät meidät siten tutkimuskontekstiin pyrkimyksellä tuottaa tietoa moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi.

Kokemuskäsitteellään hyödyntävällä tutkimusotteella saatua tietoa ei voida yleistää koskemaan suurempaa joukkoa, mutta joitakin yleistäviä johtopäätöksiä pystytään tekemään esimerkiksi silloin, kun tutkimukseen osallistuvien kontekstit ovat riittävän samanlaiset (Tökkäri 2018, 66). Omassa tutkimuksessamme sosiaalityön professio ja moniammatillisen työskentelyn asiakaskohderyhmä yhdistävät tutkimukseen osallistuvia. Sosiaalityöntekijöiden kokemuksiin moniammatillisesta yhteistyöstä vaikuttavat kuitenkin erilaiset tekijät, kuten oman toimipaikan organisaatiokulttuuri, koulutus ja työkokemus sekä aiemmat kokemukset yhteistyöstä. Yksilöiden kokemukset eivät koskaan vastaa täysin toisiaan ja siksi tarkkarajaisia yleistyksiä näkemyksistä ei voi johtaa (mt.).

4.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineistomme koostuu eräällä keskisuurella hyvinvointialueella työskentelevien sosiaalityöntekijöiden haastatteluista. Rekrytoimme haastateltavat hyvinvointialueen tutkimusluvista vastaavan yhteyshenkilön avustuksella. Kriteerinä oli löytää haastateltavaksi kohdennetusti sosiaalityöntekijöitä, jotka työskentelevät haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien parissa. Ehdokkaille lähetettiin sähköpostilla pyyntö osallistua tutkimushaastatteluun (liite 1) sekä tutkimuksen tietosuojailmoitus (liite 2).

Saimme tutkimukseemme seitsemän haastateltavaa, joille lähetimme ennen haastattelua sähköpostilla teemahaastattelurungon (liite 3) sekä suostumuslomakkeen (liite 4). Fenomenologisessa tutkimuksessa aineiston laatu on tärkeämpää kuin aineiston määrä (Metsämuuronen 2006, 170). Aineiston on oltava kuitenkin riittävän runsas kattavan analyysin tekemiseksi (Hakala 2024, 38) sillä liian pienellä haastattelujen määrällä ei saada kokemuksen vaihtelevuutta näkyväksi (Metsämuuronen 2006, 171).

Haastateltaviksi valikoituneista sosiaalityöntekijöistä neljä työskenteli eri terveydenhuollon yksiköissä ja kolme gerontologisessa sosiaalityössä. Terveydenhuollossa sosiaalityöntekijät toimivat osana moniammatillisia tiimejä, joissa heidän tehtävänä on tunnistaa muun kuin lääketieteellisen tuen tarpeet sekä auttaa asiakasta saamaan oikea-aikaista apua ja tukea. Tavoitteena on ehkäistä ongelmien kasautumista, sosiaaliturvan väliinpuotoamista sekä turvata hoidon ja palveluiden jatkuvuus. (Yliruka ym. 2019.) Gerontologinen sosiaalityö puolestaan on ikääntymiseen ja sen vaikutuksiin erikoistunut sosiaalityön erityisala, jonka tavoitteena on parantaa ikääntyneiden elämänlaatua ja mahdollistaa heille itsenäinen ja arvokas elämä yhteiskunnassa (Niemi ym. 2021).

Aineistonkeruu menetelmäksi valitsimme kohdennetun teemahaastattelun. Kohdennetulla viittaamme kohdennettuun joukkoon sosiaalityöntekijöitä, joilla on kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien kanssa. Teemahaastattelussa ei ole strukturoidulle haastattelulle tyypillisiä, tarkasti muotoiltuja kysymyksiä vaan väljä tukilista käsiteltävistä asioista. (Eskola ym. 2018.)

Fenomenologisessa tutkimuksessa tavoitteena on päästä tutkittavien maailmaan sellaisena kuin he sen kokevat (Huhtinen & Tuominen 2020, 297) ja siksi aineiston hankinnassa on pyrittävä siihen, että tutkija vaikuttaisi mahdollisimman vähän tutkittavien kokemusten kuvaamiseen. Haastattelussa kysymysten tulisi olla mahdollisimman avoimia ja strukturoimattomia (Metsämuuronen 2006, 170; Lehtomaa 2011, 170). Siekkinen (2010, 53) kuvaa strukturoimatonta, avointa haastattelua ammattitaitoa vaativaksi sekä aikaa vieväksi aineistonkeruumenetelmäksi, jota ei suosittelen aloitteleville tutkijoille. Tiedostamme kokemattomuutemme haastattelijoina ja toisaalta valitsemamme menetelmän rajoitukset. Olemme pyrkineet muodostamaan haastattelun teemarungon väljäksi, jottei se ohjailisi haastattelua tiettyyn suuntaan, mutta tukee meitä pysymään aiheessa. Haastattelutilanteissa sosiaalityöntekijät kokivat aiheen

tärkeäksi. Onnistuimme mielestämme luomaan haastattelutilanteista keskustelunomaisia, joissa haastateltavat kertoivat avoimesti kokemuksistaan. Tarvittaessa pyysimme kertomaan lisää meitä kiinnostaneesta aiheesta, mutta liian johdattelevia kysymyksiä ei tarvinnut esittää.

Toteutimme haastattelut Teams-tapaamisina tammi-helmikuussa 2025. Haastattelun alussa kävimme suullisesti suostumuslomakkeen sisällön läpi, jolloin henkilötietoja sisältäviä dokumentteja ei syntynyt. Haastatteluissa tulee kiinnittää huomiota käyttämäänsä kieleen. Käsitteellisellä kielellä esitetty kysymys voi ohjailla haastateltavaa vastaamaan käsitysten ja mielipiteiden tasolla. Tällöin oma, erityinen kokemuksellinen suhde todellisuuteen jää näkymättömäksi. (Laine 2015, 38.) Käsitteelliset muutokset yhteisössä monenlaisen informaation, opetuksen ja sosialisoinnin tuloksena eivätkä useinkaan ole syntyneet omista kokemuksista. Näin ollen yksilön käsityksien ja kokemusten välillä ei ole välttämättä mitään yhteyttä. (Laine 2015, 38.) Kokemuksellinen taso ja kuvailevia ja kerronnallisia vastauksia saadaan parhaiten esittämällä konkreettisia, kokemuksellisia, toiminnallisia ja todellisuuden kuvailemisen kannustavia, avoimia kysymyksiä. (Mt., 38–39.) Pyrimme välttämään haastattelutilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävää ammattikieltä, jotta haastateltavat eivät keskittyisi liikaa organisaation ohjeistuksiin vaan kuvaisivat nimenomaan omia kokemuksiaan moniammatillisesta työskentelystä. Onnistuimme mielestämme tässä pyrkimyksessä. Avoimet, strukturoimattomat kysymykset ja salliva ilmapiiri auttoi haastateltavia kertomaan kokemuksistaan siten, kun ovat ne arjessaan kokeneet. (esim. Metsämuuronen 2006, 170.)

Siekinen (2010, 55) korostaa strukturoimattomassa haastattelussa aktiivisen kuuntelun merkitystä. Haastattelijan tulee haastattelutilanteessa tunnistaa haastateltavan vastauksista merkityksiä, joiden perusteella voi ohjailla tarvittaessa haastattelua tutkimusaiheen kannalta kiinnostavaan suuntaan (Hakala 2024, 39). Vaikka päädyimme aineistonkeruussa teemahaastatteluun avoimen haastattelun sijaan, pidimme tärkeänä aktiivista kuuntelua, jotta pystyimme tunnistamaan haastateltavan puheesta vihjeitä asioista, jotka tutkimusaiheemme kannalta olivat merkityksellisiä. Aineiston keruussa on tärkeää, että tutkija vaikuttaa mahdollisimman vähän tutkittavien esiin tuomiin kokemuksiin (Metsämuuronen 2006, 170). Jaoimme haastatteluissamme omat roolimme niin, että vähemmän omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta omaava tutkija toimi aktiivisena haastattelijana, jottei omat työelämän kokemukset ja oletukset johdatelleet

keskustelua. Samalla toinen keskittyi kuuntelemaan ja tarvittaessa pyysi haastateltavaa kertomaan lisää tutkimuksen kannalta kiinnostavasta asiasta sekä kirjasi ylös haastattelujen aikana mieleen heränneitä ajatuksia.

Haastattelutilanteessa haastateltava valitsee tietoisesti tai tiedostamatta, miten hän kokemuksistaan kertoo (Tökkäri 2018, 68). Tulkintamme oikeellisuuden varmistamiseksi pyysimme haastateltavia tarvittaessa kertomaan lisää esiin nousseista asioista, joissa tulkinta olisi muuten jäänyt liikaa itsemme varaan. Tavoitteenamme oli saada haastattelemalla mahdollisimman monipuolinen kuvaus siitä, millaisia kokemuksia sosiaalityöntekijät tuottavat moniammatillisen yhteistyön käytännöistä. Kaikki haastateltavamme pitivät tutkimusaihettamme tärkeänä ja osallistujat kuvasivat kokemuksiaan moniammatillisesta yhteistyöstä oman työnsä näkökulmasta hyvin monipuolisesti.

Hyödynsimme litteroinnissa Teams-sovelluksen automaattista transkriptiotoimintoa. Tämä oli mahdollista, sillä haastattelut eivät sisältäneet erityisiksi määriteltyjä henkilötietoja, joiden käsittely olisi voinut aiheuttaa riskejä haastateltavien perusoikeuksille ja -vapauksille (Tietosuojavaltuutetun toimisto n.d.). Kunkin haastattelun jälkeen tarkastimme ja korjasimme transkriptiot vastaamaan äänitallenteita. Yhden haastattelun äänitallenne epäonnistui, ja jouduimme jättämään tulkinnanvaraisia kohtia transkriptiosta huomioimatta. Transkriptioiden tarkastamisen yhteydessä poistimme tekstitallenteesta haastateltavien nimet ja koodasimme haastattelut numeerisella koodilla jatkokäsittelyä varten. Poistimme tekstistä tässä vaiheessa myös puhekielessä esiintyviä täytesanoja kuten ”vähä niin ku” tai ”tota noin” sekä saman sanan toistoja. Korvasimme tekstissä kaikki paikannimet ja mahdolliset muut tunnistetiedot hakasulkumerkeillä [*]. Pidemmät tauot haastateltavan puheessa merkitsimme kolmella pisteellä. Haastattelut olivat kestoltaan keskimäärin tunnin mittaisia ja edellä kuvatusti litteroitua aineistoa kertyi fontilla Times New Roman, fonttikoolla 12 ja rivivälillä yksi yhteensä 111 sivua.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytimme 1990-luvulla psykologian kehitystarpeisiin kehitettyä tulkitsevaa fenomenologista analyysiä (*interpretative phenomenological analysis, IPA*), joka on tulkintaa hyödyntävistä fenomenologisista tutkimuksen

menetelmistä tunnetuin (Tökkäri 2018, 68). Vaikka menetelmää on hyödynnetty yleisimmin terveystieteissä, se soveltuu hyvin myös yhteiskunta- ja sosiaalitieteellisten tutkimusten analyysimenetelmäksi (esim. Vicary & Ferguson 2024; Tökkäri 2018.) IPA soveltuu analyysimenetelmänä tutkimuksiin, joissa halutaan tutkia, miten yksilöt ymmärtävät tietyn tilanteen ja antavat merkityksiä siinä syntyville henkilökohtaisille ja sosiaalisille kokemuksilleen. Perustelemme IPA:n valintaa analyysimenetelmäksi sillä, että se soveltuu myös inhimillisten kokemusten yhteisten piirteiden tarkasteluun eri yksilöiden kesken, kun tutkimukseen osallistujien joukko on pieni ja riittävän homogeeninen (Squires 2023, 270; Smith & Osbourn 2003, 55). IPA:ssa tutkijan tavoitteena ei ole mahdollisimman ennako-oletuksista vapaa kokemusten kuvaaminen, vaan omia ennako-oletuksia ja esitietoa voi hyödyntää heijastamalla niitä tutkittavien kokemuksiin. Analyysin tavoitteena on kuitenkin luoda tulkinta haastateltavien kokemuksista. (Tökkäri 2018, 75.)

Aloitimme analyysin teon lukemalla tekstiä useita kertoja erottaaksemme tutkimuskysymystemme näkökulmasta oleellisen tiedon. Kirjasimme samalla oikeaan marginaaliin omia ajatuksia (kts. Tökkäri 2018, 75; Smith 2009, 83). Muistiinpanojen tekoon ei ole olemassa sääntöjä, vaan ne voivat olla esimerkiksi omia ajatuksia, miellelyhtymiä tai tekstistä heränneitä huomioita (mt.) Jaoimme ensin tekstit niin, että kumpikin luki puolet aineistosta. Merkkintöjen teon jälkeen vaihdoimme aineistot ja toistimme saman. Näin varmistimme, että kaikki ja vain tutkimuksen kannalta olennaiset asiat olivat löytyneet. Muistiinpanojamme vertaillessa kävimme keskustelua ajatuksista, joita aineistoa lukiessamme oli herännyt ja kirjasimme keskeisiä ideoita marginaaliin. Samalla aloimme muuttaa aineistoa tutkimuskielelle vielä ilman varsinaista jaottelua (Tökkäri 2018, 75).

Huomasimme aineiston käsittelyn olevan haastavaa runsaan tekstimassan vuoksi. Siksi lisäsimme analyysiprosessiimme vaiheen, jossa erotimme tutkimuksen kannalta olennaiset ilmaisut ja muokkasimme tekstiä samalla helppolukuisemmaksi. Säilytimme kunkin ilmaisun aikaleiman, jotta tarvittaessa pystyimme palaamaan alkuperäiseen ilmaukseen tulkinnan oikeellisuuden varmistamiseksi. Teimme kustakin haastattelusta tiivistelmän (kuvio 1), jossa keskeisissä sarakkeissa oli alkuperäinen ja helpompi lukuiseksi muokattu ilmaus sekä aikaleima viittaamaan alkuperäiseen aineistoon. Vasempaan sarakkeeseen merkitsimme omia ajatuksia ja kommentteja, joita aineistoa lukiessa ja yhteisissä keskusteluissamme heräsi. Smith ja kumppanit (2009, 83) kuvaavat

näitä merkintöjä tutkimukselliseksi muistiinpanoiksi, joita hyödynnetään analyysiprosessin edetessä. Oikeaan sarakkeeseen hahmottelimme abstrakteja käsitteitä kuvaamaan haastateltavien ilmaisuja (ks. Squires 2023, 271). Jokainen ilmaus merkintöineen oli omalla rivillään ja näin saimme aineistosta helposti työstettävän. Tulkintamme oikeellisuuden varmistamiseksi säilytimme alkuperäisen aineiston ja palasimme siihen useasti analyysin edetessä. Käsitteistä muodostui kunkin haastattelun alustavat alateemat. Analyysin toisen vaiheen jälkeen aineistomme oli tiivistynyt 59 sivuun.

Omat muistiinpanot	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alustava alateema
Sosiaalityöntekijän käsitys omasta ammattiroolista vaikuttaa työskentelytapaan	7:59 No...Yksi varmaan on se, että jos niinku keskustellaan siitä sosiaalisesta tilanteesta ja kartoitetaan sitä elämäntilannetta, niin otetaan ne päihteet puheeksi ja kysytään siitä päihteidenkäytöstä. Keskustellaan, annetaan tilaa sille pohdinnalle... Ja semmoinen niin kuin motivointi.	Sosiaalityöntekijän työhön kuuluu sosiaalisen tilanteen kartoitus laaja-alaisesti, päihteiden käytön puheeksi otto ja asiakkaan motivointi muutokseen.	Sosiaalityön rooli: sosiaalisen tilanteen kartoitus Puheeksi ottaja Motivoija Kuuntelija
Perusterveydenhuollossa asiakkaalle ei muodostu säännöllistä asiakkuutta. Työntekijöiden vaihtuvuus ja ajanvaraamisen vaikeus haastaa moniammatillista yhteistyötä sosiaalityön näkökulmasta terveydenhuollon kanssa. Kirjoittamaton käytäntö poissulkee asiakkuuden erikoissairaanhoidon avohoidosta. Ikääntyneet asiakkaat ohjautuvat ikääntyvien sosiaalipalveluihin, missä ei ole päihde-erityisiä palveluita tarjolla. Ikä määrittää asiakkaan palveluihin ohjautumisen, ei palveluiden tarve.	9:45 Ja sitten on tavallaan erilaisia erilaisia käytäntöjä ja sitten tavallaan siinä, että minne ikääntyneiden asiakkuus ja omatyöntekijä ohjautuu, että siellä on niitä erilaisia käytäntöjä, että miten se esimerkiksi sosiaalipalveluissa menee... että kyllähän ikääntyneet aika lailla ohjataan sinne sitten ikääntyneiden palveluihin eli asiakasohjaukseen... Että se yhteistyö sitten sen terveyspuolen kanssa ei ehkä ole yhtä mutkatonta kun sitten taas se päin päihdehoito on sitä terveydenhuoltoa.	On erilaisia käytäntöjä, mihin asiakkaan asiakkuus ohjautuu sairaalahoidon jälkeen. Haitallisesti päihteitä käyttävä ikääntyvä ei kuitenkaan usein ohjaudu erikoissairaanhoidon avohuollon palveluihin, vaikka lähetteitä heillekin sairaalassa tehdään ja siksi yhteistyö terveydenhuollon toimijoiden kanssa on avohoidossa haastavaa. Ikääntyneiden asiakkuudet jatkuvat yleensä ikääntyvien sosiaalipalveluissa.	Pirstaleinen palvelujärjestelmä Ikäsyriivät käytännöt Ikäerityisten päihdepalveluiden puute

Kuvio 1. Esimerkki analyysin 2. vaiheesta

Analyysin kolmannessa vaiheessa listasimme kunkin haastattelun alustavat alateemat. Järjestelimme teemoja yhdistelemällä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdeksi alateemaksi. Tässä vaiheessa oli välttämätöntä tarkastaa ilmaisujen asiayhteyksiä alkuperäisestä aineistosta, ettei tulkintamme vääristyisi aineiston pelkistämisen yhteydessä. Näin muodostui lopulliset alateemat, jotka ryhmittelimme aiheisältöjen mukaan ja niistä muodostui kunkin haastattelun pääteemat. Vaikka teimme edellä mainitut vaiheet haastattelu kerrallaan, palasimme edellisiin haastatteluihin, jos aineistosta nousi esiin sellainen teema, jota emme olleet edellisessä haastattelussa havainneet. Laadimme kustakin haastattelusta lopuksi teemataulukon tapausten välisen analysoinnin helpottamiseksi (Smith ym. 2009, 84). Käytimme taulukoinnissa värikoodausta viittaamaan aineiston ilmaisiin, joihin teemat perustuivat (kts. Tökkäri 2018, 76).

Kun jokaisesta haastattelusta oli muodostunut oma teemataulukonsa, tulostimme taulukot aineiston kokonaistarkastelun helpottamiseksi. Käytimme värikoodausta erotellaksemme aineistosta yhteisiä ja yksittäisempiä teemoja. IPA analyysissä on keskeistä, että jokaisesta haastattelusta nousseet teemat käsitellään ja linkitetään kokonaisanalyysiin (Smith ym. 2009). Vertailemalla haastattelujen teemataulukoita ja omia merkintöjämme muodostimme yhteisen teemataulukon (kuvio 2), joka toimii tuloslukumme runkona. Teemataulukko koostuu viidestä pääteemasta ja niiden alateemoista.

Palvelujärjestelmä-lähtöiset tekijät	Työskentelyn näkökulmiin liittyvät tekijät	Henkilökohtaiset tekijät	Työkäytännöt	Sosiaalityöntekijän rooli
pirstaleisuus tiedon kulun haasteet ikäerityisyyden huomiotta jättäminen vaihtelevat yhteistyön rakenteet	yhteistyön käytännöt ammattilliset roolit työskentelyn tavoitteet osaamisen hyödyntäminen	tahtotila tehdä yhteistyötä ammattillisen osaamisen arvostaminen aiemmat kokemukset käsitykset muiden ammattilaisten työstä	ikäyrjivät käytännöt ikäerityisyyden huomioiminen asiakasryhmään liittyvät ennakkoletukset	asiakkaan elämäntilanteen kartoittaja ja asiantuntija palveluiden järjestäjä ja koordinoija asiakkaan asianajaja sosiaalisten ongelmien parissa työskentelijä kehittäjä

Kuvio 2. Teemataulukko

Haastateltavien kokemuksissa moniammatillisesta yhteistyöstä päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuuksissa oli tunnistettavissa palvelujärjestelmälähtöisiä sekä työskentelyn näkökulmiin, persoonallisiin tekijöihin ja asiakasryhmään liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttivat moniammatilliseen yhteistyöhön joko edistävästi tai estävästi. Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisessa yhteistyössä kuvautui haastateltavien kokemuksissa hyvin monenlaisena ja siihen vaikutti oma työnkuva sekä toimintayksikön toimintakulttuuri. Terveyssozialityössä ja gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevien kokemukset poikkesivat jonkin verran toisistaan, mutta myös yhtäläisyyksiä havaittiin.

4.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Puusa ja Juuti (2020, 175) kiteyttävät laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvän pohdinnan kolmeen toisiinsa kytkeytyvään pääkäsitteeseen: uskottavuuteen, luotettavuuteen ja eettisyyteen. Näihin olemme pyrkineet vaikuttamaan raportoimalla ja perustelemalla kaikki tutkimuksessa tekemämme valinnat ja kuvaamalla ne mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja läpinäkyvästi tässä tutkimusraportissa sekä huomioimalla tutkimuseettiset kysymykset läpileikkaavasti koko tutkimusproessin ajan.

Eettisesti kestävä tutkimus tulisi tuottaa hyötyä tutkimukseen osallistuville ja välttää kaikenlaista vahingontekoa osallistujille sekä kolmansille osapuolille (Puusa & Juuti 2020, 175). Tutkimuksella tuotetulla tiedolla ei saa leimata tai loukata ketään eikä tutkimus saa legitimoida asiakasryhmän “toivottomuutta” (Rauhala & Virokannas 2011, 238, 241). Sosiaalityöntekijöiden kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa kiinnittyivät erilaisissa toimintaympäristöissä toteutettuun käytännön työhön.

Olemme kiinnittäneet tutkimuksessamme huomioita siihen, ettei työskentelyn kohteena olevaa asiakasryhmää tarkastella moniammatillisen työskentelyn näkökulmasta pelkästään ongelmalähtöisesti, eikä moniammatillista yhteistyötä lähtökohtaisesti puutteellisena tai muuten ongelmallisena. Sen sijaan olemme pyrkineet tunnistamaan moniammatillista yhteistyötä edistäviä tekijöitä sosiaalityöntekijöiden kokemuskätkökulmasta tarkasteltuna ja löytämään estäviä tekijöitä kehittämistyön lähtökohdiksi. Raportoimme tutkimuksemme tulokset muita ammattiryhmiä loukkaamattomalla tavalla. Tutkimuksemme kohdistui julkiseen palveluorganisaatioon ja

tarvitsimme tutkimukselle tutkimusluvan. Tutkimuslupaa hakiessamme sitouduimme huomioimaan tutkimuseettiset näkökulmat kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimuslupa myönnettiin tutkimussuunnitelmamme perusteella joulukuussa 2024.

Tutkimukseen osallistuvien loukkaamattomuus ja koskemattomuus on tutkimuseettinen sääntö. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista (Rauhala & Virokannas 2011, 240). Tämän varmistamiseksi informoimme haastateltavat tutkimuksen tarkoituksesta, haastateltavan oikeuksista sekä niistä toimenpiteistä, joilla haastateltavien anonymiteetin ja tietoturvan toteutuminen varmistetaan. Tutkimukseen osallistuvien tietoon perustuva suostumus on yksi eettisistä periaatteista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Kävimme suostumuslomakkeen asiat suullisesti läpi tutkimushaastattelujen alussa, jolloin tunnistetietoja sisältäviä dokumentteja ei syntynyt.

Osallistujien loukkaamattomuutta ja koskemattomuutta pyrimme varmistamaan myös sillä, että haastattelukutsut eivät menneet esihenkilöiden kautta, jolloin tutkimukseen osallistumista ei voitu työyhteisössä pitää palkitsevampana tai tuomittavampana kuin siihen osallistumattomuutta (ks. Rauhala & Virokannas 2011, 240). Rekrytoimme haastateltavat hyvinvointialueen tutkimusluvista vastaavan yhteyshenkilön avustuksella. Koska päihkeitä haitallisesti käyttävien ikääntyvien kanssa työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä oli valitsemallamme hyvinvointialueella vähän, salassapidon varmistamiseksi tutkimusraportissa ei mainita, millä hyvinvointialueella tutkimus on toteutettu. Pyrimme suojaamaan haastateltavien anonymiteettiä keräämällä ainoastaan tutkimuksen kannalta välttämättömät tunnistetiedot. Haastateltavat työskentelivät gerontologisessa sosiaalityössä ja eri terveydenhuollon yksiköissä. Toimintayksikkö oli haastateltavien ainoa tunnistetieto, sillä poistimme transkriptioiden korjauksen yhteydessä haastateltavien nimikirjaimet ja hävitimme äänitallenteet. Suoria lainauksia tutkimushaastatteluista olemme käyttäneet raportin tulosluvussa niin, ettei haastateltavaa ole siitä mahdollista tunnistaa.

Oma tutkijajapositionimme edellytti eettistä pohdintaa. Tutkimuksemme aihe on syntynyt omista työelämäkokemuksistamme, joiden mukaan haitallisesti päihkeitä käyttävien ikääntyvien on haastavaa saada päihde-erityisiä palveluja ja yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa ei ole aina sujuvaa. Kokemuksemme kiinnittyy omiin sosiaalityön käytäntöihin ja työkokemukseemme ja tiedostamme, että ne voivat poiketa tutkimukseen osallistuvien sosiaalityöntekijöiden kokemuksista. Tutkija omine

kokemuksineen vaikuttaa kuitenkin vääjäämättä tutkimuksen tekoon läpi koko tutkimusprosessin ajan eikä omien kokemusten vaikutuksia voi koskaan täysin poissulkea tutkimuksesta. Tutkimuksen tekoon liittyy aina menetelmästä riippumatta myös tutkijan valintoja ja tulkintaa, jotka perustuvat tutkijan omaan ymmärrykseen. (Ronkainen ym. 2020, 70.) Tulkitsevassa kokemuksen tutkimuksessa omia kokemuksia voi hyödyntää (Tökkäri 2018, 65), mutta ne eivät saa ohjailta tutkimusta tutkijan haluamaan suuntaan tai vääristää haastateltavien kokemusten tulkintaa. Omia kokemuksia hyödyntävä tutkimus ei ole ongelmaton ja tutkijan täytyy tunnistaa omat ennakkokäsityksensä ja -luulonsa kaikissa tutkimuksen vaiheissa, eivätkä ne saa vaikuttaa tutkimustuloksiin (Ronkainen ym. 2020, 70).

Vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys tiedonkeruutilanteessa ja haastattelutilanteessa voi joutua arvioimaan omaa osaamistaan tai ammattieettisesti ongelmallisia toimintatapoja (Rauhala & Virokannas 2011, 243–244). Omissa haastatteluissamme jouduimme kiinnittämään erityistä huomiota siihen, etteivät omat mielipiteemme tai ennakkokäsityksemme työntekijöinä tulleet vuorovaikutuksessa esille tai ohjailleet keskustelua haastattelukysymyksissä tai haastateltavan vastauksiin reagoidessa. Pyysimme haastateltavia kuvailemaan avoimesti kokemuksiaan ja tarvittaessa pyysimme kertomaan lisää aiheesta, josta olimme kiinnostuneita. Omakohtaiset kokemukset haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien kanssa työskentelemisestä mahdollisti keskustelujen syvemmän tason, mitä ei välttämättä olisi saavutettu, jos päihdepalvelut ja ikääntyvien parissa työskentely olisi ollut itsellemme täysin tuntematon aihe. Koimme siksi omat kokemuksemme myös hyödyllisiksi tutkimuksemme kannalta.

Omien ennakkokäsitysten tunnistaminen oli tärkeää myös aineiston analyysivaiheessa. Ennakkokäsitysten perusteella tehtyjä tulkintoja pyrimme eliminoimaan palaamalla alkuperäisiin haastatteluaineistoihin useasti analyysin edetessä tulkinnan autenttisuuden tarkastamiseksi. Hyödynsimme myös parityöskentelyä arvioimalla kriittisesti tulkintojamme ristiin ja refleктоimalla ajatuksiamme. Tutkijalta edellytetään neutraalia ja avoimen kiinnostunutta asennoitumista kaikissa tutkimuksen vaiheissa (Laine 2015, 36). Aineiston analyysivaiheessa jouduimme refleктоimaan meissä heränneitä tunteita, jotta pystyimme varmistamaan, etteivät ne vaikuta tutkimukseemme. Tutkijapositio edellyttääkin kriittistä itseymmärrystä ja kykyä tunnistaa omia ennakkokäsityksiä, itsessä heränneitä tunteita sekä kykyä kyseenalaistaa omien tulkintojen autenttisuus. Omien asenteiden ja ennakkoluulojen huolellinen refleктоiminen auttaa antamaan tilaa uusille

oivalluksille ja lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Aaltio & Puusa 2019, 174.)

5 Sosiaalityöntekijöiden kokemuksia moniammatillisen yhteistyön käytännöistä

Sosiaalityöntekijöiden kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa liittyivät haastateltavien kertomuksissa enimmäkseen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä tehtävään yhteistyöhön, joskin muidenkin viranomaisten välillä tehtävään yhteistyöhön oli joitakin viittauksia. Haastateltavien kokemukset moniammatillisesta työskentelystä vaihtelivat sen mukaan, työskentelivätkö he gerontologisessa sosiaalityössä vai terveydenhuollon yksiköissä, mutta myös yhteisiä piirteitä löytyi runsaasti. Hahmotimme aineistosta neljä pääteemaa, jotka vaikuttavat sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa moniammatilliseen yhteistyöhön joko edistävästi tai estävästi: palvelujärjestelmälähtöiset tekijät, henkilökohtaisiin ja työskentelyn näkökulmiin liittyvät tekijät sekä työkäytännöt. Viides pääteema kuvaa sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä omasta roolistaan osana moniammatillista työskentelyä. Tuloslukumme rakenne muodostuu näistä viidestä pääteemasta.

5.1 Palvelujärjestelmälähtöiset tekijät

Moniammatillista yhteistyötä haastaa sosiaalityöntekijöiden kertoman mukaan monet palvelujärjestelmälähtöiset tekijät, kuten pirstaleisuus, tiedonkulun haasteet, ikäerityisyyden huomiotta jättäminen palveluluissa sekä puutteelliset yhteistyön rakenteet. Väestörakenteen vanhetessa palveluita tulisi haastateltavien mukaan tarkastella ja organisoida uudelleen niin, että ne palvelisivat myös ikääntyvää väestöä (myös Kuussaari 2021). Ikääntyvien palvelut nykyisellään eivät aina pysty vastaamaan päihdeongelmista kärsivien ikääntyvien tarpeisiin, ja päihdepalveluissa ei ole huomioitu ikääntymisen myötä tulevia erityispiirteitä. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus ei nykyisellään kykene vastaamaan paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tarpeeseen, mikä johtaa asiakkaan pallotteluun luukulta toiselle (esim. Hujala ym. 2014, 595).

Kaikissa seitsemässä haastattelussa nousi esiin palvelujärjestelmän pirstaleisuus, joka nähtiin esteenä moniammatillisen yhteistyön toteutumiseksi. Haastateltavat kertovat, että ikääntyneiden parissa tehtävä sosiaalityö on jakaantunut terveysosiaalityöksi, terveydenhuollon yksiköissä toteutettavaksi sosiaalihuoltolain mukaiseksi sosiaalityöksi sekä gerontologiseksi sosiaalityöksi. Terveyspalveluita tehdään sekä

perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Eri toimipaikoissa työskentelevät sosiaalityöntekijät eivät olleet aina tietoisia toistensa työnkuvista tai vastuualueista.

H1: ...sitä (yhteistyötä) varmaan vaikeuttaa myös se, että sairaaloissa ja terveysasemilla on usein terveysosiaalityöntekijät ja sitten päihdeihmisillä on vielä se päihdepalveluiden sosiaalityö niin se on hirveän epäselvää kaikille, että kuka hoitaa minkäkin asiakkaan asioita ja mitä asioita. Se on meillekin vähän epäselvää aina välillä, että mitä esimerkiksi terveysosiaalityöntekijät sairaalassa tekee, koska meille he näyttäytyy tosi vähän.

Aineisto-otteessa gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijä kuvaa pirstaleisen palvelujärjestelmän haasteita käytännön asiakastyössä. Haitallisesti päihteitä käyttäviä ikääntyviä kohdataan sosiaali- ja terveydenhuollon useissa eri palveluissa, mutta haastateltavien mukaan asiakkaan asioita hoitavat eri tahot eivät tiedä toisistaan. Yhteyden ottaminen toiseen ammattilaiseen koettiin vaikeaksi, jos toisen työstä ei ole riittävästi tietoa (myös Metteri 2012). Myös Hujalan ja kumppaneiden (2019, 597) mukaan pirstaleinen palvelurakenne on yksi syy moniammatillisen yhteistyön puutteellisuuteen.

Pirstaleisen palvelujärjestelmän vuoksi päihdepalveluiden kokonaisuus on pilkkoutunut useaan eri toimipaikkaan. Päihdepalvelut jakautuvat osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja sosiaalihuollon päihdelaitoskuntoutus edellyttää voimassa olevaa hoitosuhdetta joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Asiakkaan hoitosuhteesta riippuu, missä päihdelaitoskuntoutusta arvioidaan ja myönnetään. Ikääntyviä asiakkaita ei ole huomioitu pirstaleisessa kokonaisuudessa ja siksi he jäävät haastateltavien mukaan usein ilman päihde-erityisiä palveluita. Gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijä kuvaa tilannetta, jossa pitkään päihteitä käyttänyt ikääntyvä asiakas oli kauan jatkuneen työskentelyn tuloksena halukas lähtemään päihdelaitoskuntoutukseen oman asuinpaikkakuntansa ulkopuolelle.

H4: ...olin sitten silloin yhteydessä [terveydenhuollon omahoitaja], kun tiesin kuka hän on. No, hän sanoi sitten, että oo yhteydessä aikuissosiaalityöhön, että sieltä puolelta saa tän päätöksen mahdollisesti, että hän pääsisi johonkin sitten. No minä soitan aikuissosiaalityöhön ni ei, ne sanoo, että ei he täällä tällaisia päätöksiä ikääntyneille tee, että soita [erikoissairaanhoidon avohoidon yksikkö]. No minä soitan [**] Niin silloinhan se tuli sitten bumerangina, että ei. Se on se [asumisyksikön nimi] että ei mitään tällaisia paikkoja mihinkään muualle ja sitten hän ei nyt sitten mennyt mihinkään. Jäi sellainen olo, että asiakas on... Noh. Miten sen sanoisi... toivoton tapaus.

Sosiaalityöntekijä kertoi kokeneensa tilanteessa turhautuneisuutta, sillä hän oli työskennellyt asiakkaan kanssa pitkään motivoiden tätä muutokseen. Kun asiakas oli vihdoinkin valmis ottamaan apua vastaan, ei kuntouttavan palvelun myöntävää tahoa löytynyt. Yhteistyötä päihdepalveluita myöntävien sosiaalihuollon toimijoiden kanssa ei syntynyt, asiakasta ei tavattu eikä hänelle tehty päihdehuollon palvelutarpeen arviointia. Asumispalveluiden todettiin olevan asiakkaalle ainut vaihtoehto (ks. myös Cooper 2012, 174). Asiakkaan omatyöntekijän arvio asiakkaan tarvitsemasta palvelusta sivuutettiin ja asiakas jäi ilman palvelua, johon olisi ollut viimein motivoitunut. Rajala ja kumppanit (2024) ovat tunnistaneeet sosiaalisia raportointeja tutkiessaan palvelujärjestelmässä samankaltaisia epäkohtia. Suurin osa sosiaalisten raportointien kehittämisehdotuksista liittyi moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen ja palveluiden uudelleen organisointiin.

Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa nousi esille, että erilliset asiakas- ja potilastietojärjestelmät vaikeuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon välistä moniammatillista yhteistyötä sekä estävät tiedon kulkua (ks. myös Cameron 2014; Rajala ym. 2024). Eriävien asiakastietojärjestelmien vuoksi asiakkaan mahdolliset olemassa olevat palvelut ja niihin liittyvät yhteyshenkilöt eivät ole tiedossa ja asiakas ei aina itsekään tiedä mitä palveluita hänelle on myönnetty.

H5: ... asiakkaat saattaa vaan kuvata, että joku heillä käy, joku siellä kotona käy. Ja ei aina ole selvillä edes, että mistä palvelusta se on, mutta silloin jos saa luvan selvittää, että onko joku palvelu ja kuka se omatyöntekijä on, niin kyllähän sitten ne reitit mitä kautta se selviää. Sitten jos ei ole mitään palvelua vielä, tai ei ole mitään tämmöistä henkilöä, johon voisi ottaa yhteyttä niin sitten oon kokenut, että se on usein haastavampaa.

Yllä olevassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa tilannetta, jossa asiakas ei osaa kertoa mitä palvelua hänen kotonaan käyvä ammattilainen edustaa. Tilanne on sosiaalityöntekijän näkökulmasta kuormittava, sillä asiakkaalle myönnettyjen palveluiden selvittäminen vie aikaa ja resursseja. Työskentelyssä korostuivat myös juridiset sekä eettiset reunaehdot, sillä haastateltavien mukaan tietojen selvittäminen edellyttää asiakkaan suostumusta. Haastateltavat kertoivat, että tiedonkulun haasteet korostuvat erityisesti silloin, kun asiakkaalla ei ole vielä myönnettyjä palveluja tai nimettyä omatyöntekijää. Tällöin asiakkaan asioista tietävää vastuuhenkilöä on vaikea löytää. Tiedonkulun haasteet lisäävät työn epävarmuutta ja päällekkäisyyttä sekä saattavat hidastaa asiakkaan palveluiden saamista. Sosiaalityöntekijöiden kokemukset osoittavat, että eriävät asiakas- ja potilastietojärjestelmät eivät tue moniammatillista yhteistyötä (ks. myös Cameron ym. 2014, 229–230).

Yhteistyö terveydenhuollon sekä muiden sosiaalihuollon toimijoiden kanssa koettiin sujuvana silloin, kun asiakas oli osastohoidossa ja kotiutusta suunniteltaessa terveydenhuollon hoitohenkilöstö oli neuvotteluissa mukana. Silloin sosiaalityöntekijä saa arvokasta tietoa asiakkaan terveyteen liittyvistä asioista, jotka on hyvä huomioida palveluita suunniteltaessa. Moniammatillinen työskentely sairaalan ammattihenkilöiden kanssa loppuu, kun asiakas on uloskirjattu sairaalasta. Moniammatillisen työskentelyn toteutuminen avohoidossa on haastavampaa ja tiedonkulku sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä ei ole mutkatonta.

H1: Ehkä toimivinta moniammatillista yhteistyötä on psykiatrisen sairaalan kanssa. Siellä on tosi aktiiviset sosiaalityöntekijät. He ovat yleensä sitten yhteydessä, jos on tällainen asiakas jonka kotiutumista, vaikka pitäisi miettiä ja siinä tarvitsisi tehdä moniammatillista yhteistyötä ja siellä on sitten lääkärit ja hoitajat mukana. Semmoisiin [hoitoneuvotteluihin] meitä pyydetään mukaan ja siitä on ihan hyvä aloittaa sitten työskentelyä, mutta sekin on tavallaan sen yhden palaverin varassa, että sitten kun se asiakas on uloskirjattu sieltä sairaalasta, niin sitten me ollaan taas yksin sen ihmisen kanssa. Terveydenhuollon puolelle ei tavallaan ole mitään jatkumoa enää siinä vaiheessa, kun asiakas ulos kirjataan.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa moniammatillisen yhteistyön toimivan parhaiten psykiatrisen sairaalan kanssa, jossa sairaalan osaston sosiaalityöntekijät ovat aktiivisia ja ottavat yhteyttä, kun asiakkaan kotiutumista on tarpeen suunnitella yhdessä. Yhteistyö sairaalan kanssa jää kuitenkin usein yksittäisen palaverin varaan ja katkeaa asiakkaan siirtyessä avohoitoon, jonka jälkeen sosiaalityöntekijä jatkaa työskentelyä yksin. Sosiaali- ja terveydenhuollon välisten yhteistyön rakenteiden puutteen koettiin estävän tiedonkulkua sekä moniammatillista työskentelyä. Osastohoidon jälkeen haitallisesti päihdeitä käyttävät ikääntyvät ohjautuvat harvoin erikoissairaanhoidon avohuollon palveluihin. Tiedonkulun haasteet (ks. myös Cameron ym. 2014, 229–230; Hujala ym. 2019, 597) asiakkaan asioissa korostuvat kotiutumisen jälkeen, kun terveydenhuolto ei ole enää aktiivisesti asiakkaan asioissa mukana eikä kukaan koordinoi moniammatillista työskentelyä.

Kaikki haastateltavat kokivat, että ikäerityisyyttä ei huomioida palvelujärjestelmän päihde-erityisissä palveluissa. Ikääntyville ei juurikaan tehdä päihdehuollon palveluntarpeen arviointeja eikä ikääntyvien katsota hyötyvän päihdepalveluista (myös Karlsson & Gunnarsson 2018). Sosiaalityöntekijöiden mukaan asiakkaan ikä tuntuisi olevan pääsyyntä siihen, ettei ikääntyvä saa tarvitsemaansa apua. Moniammatillisen yhteistyön rakentaminen asiakkaan päihdeongelman helpottamiseksi on siksi haastavaa.

H4: Eihän siellä ollut mitään palaveria järjestetty tässä asiassa, kun kukaan ei ottanut tätä asiaa ollenkaan hoitaakseen. sieltä vaan tuli sitten tieto, että [asumisyksikön nimi] on se hänen paikka [***] Se jäi siihen, että sieltä ei kyllä minkään näköistä moniammatillista yhteistyöpalaveria asian tiimoilta ilmaantunut...

Aineisto-otteessa gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijä kertoo, ettei asiakkaan tilannetta arvioitu moniammatillisesti eikä asiakkaan tai omatyöntekijän näkemystä kuultu. Gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijät puolestaan kokivat, että ikäerityisten päihdepalvelujen puuttuessa ratkaisuja asiakkaiden ongelmiin täytyy usein keksiä itse. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä haitallisen päihteiden käytön aiheuttamien ongelmien hoidossa (Palveluvalikko 2020, 7). Erilaista ammattiosaamista hyödyntämällä työskentely on tehokasta ja hyödyttää sekä työntekijöitä että asiakasta (ks. Giles 2016; Cameron 2014).

Kaikki haastateltavat kokivat, että moniammatillinen työskentely tarvitsee toteutuakseen toimivat rakenteet (ks. myös Giles 2016; Hujala ym. 2019). Monille muille asiakasryhmille on olemassa moniammatillisia työryhmiä sekä erityisiä hoitopolkuja ja työmalleja, mutta päihteitä käyttäviltä ikääntyviltä tällaiset rakenteet puuttuvat. Toimiviksi rakenteiksi haastateltavat kuvasivat muun muassa moniammatillisia säännöllisiä palaverikäytäntöjä sekä vakiintuneita työskentelytapoja. Gerontologisessa sosiaalityössä haastateltavat kertoivat, että moniammatillisen tuen löytäminen terveydenhuollosta on vaikeaa.

H1: me tavataan ikääntynyt kotikäynnillä, jolla näyttäisi olevan jotain probleemaa päihteiden kanssa, niin pelkästään jo se, että ei tiedä mihin voisi olla yhteydessä. Eli rakenteet puuttuu sille yhteistyölle, että se funtsaaminen, kun pitää tavallaan itse keksii, että keneen olet yhteydessä, että saisit ammatillista tukea tai jonkun moniammatillisen työryhmän kasattuu. Se on aika pitkälti omalla vastuulla. Ja sitten useinkaan näillä meidän asiakkailla ei ole mitään hoitokontaktia mihinkään ja sehän sitten torppaa jo kaikki erikoistason sairaanhoitoasiat pois, jolloin se on perusterveydenhuolto ja se yhteyden ottaminen sinne perusterveydenhuoltoon on vaikeata, kun meillä ei ole viranomaislinjaa edes. Me jonotetaan niin kuin kuka tahansa tavan asiakas sinne ajanvaraukseen.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa moniammatillisen yhteistyön käynnistämisen haasteita, sillä selkeät rakenteet yhteistyölle puuttuvat ja ammatillisen tuen saaminen edellyttää omaa aktiivisuutta sekä pohdintaa. Työikäisten palveluissa on nimetty sosiaalityöntekijät, jotka työskentelevät perusterveydenhuollon kanssa yhteistyössä päihdeasiakkaiden asioissa ja heillä on myös mahdollisuus myöntää asiakkailleen

päihdepalveluja. Ikääntyneiden palveluissa ei ole tällaista yhteistyörakennetta. Tilannetta vaikeuttaa, ettei ikääntyvillä päihteitä käyttävillä asiakkailla ole useinkaan hoitosuhdetta perusterveydenhuoltoon. Ilman hoitokontaktia ei ole myöskään terveydenhuollossa nimettyä vastuuhenkilöä, joka tuntisi asiakkaan tilanteen.

Kun yhteistyötahoja ei ole määritelty, puuttuvat myös tarvittavat yhteystiedot. Sosiaalityöntekijä toi esille turhautumisensa siitä, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ole erillisiä viranomaiskanavia helpottamaan yhteydenottoja. Tämä hidastaa moniammatillisen yhteistyön toteutumista ja heikentää asiakkaiden oikea-aikaisen moniammatillisen tuen saamista. Sosiaalityöntekijät kertoivat, että aiemmin on ollut toiminnassa päihdelääkärivetoinen moniammatillinen työryhmä, hoivaa tarjoava vieroitushoitoyksikkö sekä kotiin jalkautuva päihdehuollon tiimi. Ennen on ollut mahdollista saada myös kotiin vietävää vieroitushoitoa, mutta organisaatiomuutosten myötä nämä ikääntyvien tarpeita palvelleet työskentelymallit ovat loppuneet.

5.2 Työskentelyn näkökulmiin liittyvät tekijät

Moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen vaikutti myös työskentelyn näkökulmiin liittyvät tekijät. Yhteistyön käytännöt, ammattilaisten väliset roolit, työskentelyn tavoitteet ja muiden ammattilaisten erityisosaamisen hyödyntäminen tunnistettiin haastateltavien kertomuksista moniammatillisen työskentelyyn vaikuttaviksi tekijöiksi. Moniammatillinen yhteistyö vaatii toimiakseen sujuvat ja ennalta sovitut yhteistyökäytännöt, ammattilaisten selkeät keskinäiset roolit sekä yhteneväiset työskentelyn tavoitteet myös Hujalan ja kumppanien (2019) mukaan.

Terveyssosiaalityötä tekevien sosiaalityöntekijöiden mukaan yhteistyön käytäntöjä kehitetään terveydenhuollon yksiköiden sisällä sekä aikuissosiaalityön kanssa, mutta ikääntyvien sosiaalipalveluiden kanssa yhteistyötä ei ole ja ikääntyvät asiakkaat on unohdettu työkäytäntöjä mietittäessä.

H6: Täällä keskitytään tähän oman työn kehittämiseen ja ohjeiden päivittämiseen. Ja sitten tehdään yhteistyötä aikuissosiaalityön kanssa, että heidän kanssa luodaan niitä yhteisiä käytäntöjä ja miten päihdekuntoutusta arvioidaan ja millä perusteella tehdään maksupäätökset.

Yllä olevassa aineisto-otteessa avohoidon yksikössä työskentelevä sosiaalityöntekijä kertoo, kuinka päihdelaitoskuntoutuksen myöntökriteereitä on yhdenmukaistettu

työikäisten päihdeasiakkaiden parissa työskentelevien sosiaalityön toimijoiden kesken. Ikääntyneiden sosiaalipalveluiden kanssa kehittämistyötä ei tehdä, eikä terveydenhuollossa työskentelevillä sosiaalityöntekijöillä ollut aina edes tietoa, ettei ikääntyvien palveluissa myönnetä päihdepalveluita. Terveydenhuollon päihdeyksiköissä ei ole haastateltavien mukaan tietoa siitä, ettei ikääntyvien palveluissa ole päihdepalveluita. Ikääntyviä asiakkaita on voitu ohjata ikääntyvien palveluihin olettamalla, että he saavat tarpeitansa vastaavat palvelut sitä kautta. Ikääntyvien palveluissa puolestaan oletetaan, että päihdepalvelut pitäisi saada avohoidon yksiköstä.

Eräs gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijä pohti, voisiko hän itsenäisesti yksittäisenä työntekijänä lähteä luomaan ja kehittämään yhteistyökäytäntöjä muiden toimijoiden kanssa, vai pitäisikö aloite asiaan tulla ylemmältä taholta. Isoherrasen (2012) mukaan moniammatillinen yhteistyö edellyttää toteutuakseen hyvää johtamista. Cameronin ja kumppanien (2014) havainto on, että johtajan läsnäolo uusissa työryhmissä edesauttaa moniammatillisen yhteistyön tavoitteiden muodostumista ja lisää henkilöstä itsevarmuutta.

Haastatteluissa nousi esiin, että moniammatillisen yhteistyön käytännöt vahvistuvat kokemuksen myötä. Hyviä kokemuksia taas syntyy tekemällä ja kokeilemalla. Erikoissairaanhoidossa työskentelevät sosiaalityöntekijät ovat sopineet yhteisistä käytännöistä ja vastuualueista silloin, kun asiakas on siirtymässä sairaalasta avohoitoon.

H6: meillä on tuon [**] sairaalan kanssa sellaisia yhteisiä palaverieita. Kun sinne ohjautuu näitä päihdeasiakkaita, niin teemme ohjeita, että miten he voi aloittaa sen selvityksen siellä ja...mitä kaikkea sieltä täytyy olla tehty ennen, kun se asiakas siirtyy meidän jatkoarvioon.

Avohuollon erikoissairaanhoidossa työskentelevät sosiaalityöntekijät koordinoivat sosiaalihuollon mukaisia palveluita asiakkaan siirryttyä avohoitoon. Yllä olevassa aineisto-otteessa avohuollon yksikössä työskentelevä sosiaalityöntekijä kertoo toimivista yhteistyön käytännöistä, joita ovat sairaalan sosiaalityöntekijöiden kanssa luoneet. Esimerkissä yhteistyöllä viitataan malliin, jossa työskennellään asiakkaan tavoitteiden mukaisesti toisistaan erillään, mutta yhteistyössä. Työskenteleminen yhteistyön näkökulmasta on vastuualueista ja työnjaosta sopimista ja siinä korostuu eri ammattilaisten roolit (esim. Kinni 2014).

Sosiaalityöntekijät toivat esille, että eri toimijoiden ammatilliset roolit ovat epäselviä. Terveystenhuollossa ja sosiaalihuollossa työskennellään erilaisista lähtökohdista ja erilaisten lainsäädäntöjen ohjaamana.

H7: on tosi tärkeää minusta ymmärtää että jos me nyt välillä sosiaalipuolella keskenään sitten papatetaan, että kun terveydenhuolto sitä ja tätä, mutta onhan se myös toisinpäin, että kyllähän siellä niissä terveydenhuollon tiimeissä sitten kuulee sitä ihmettelyä, että miksi me tehdään silleen tai tolleen... Sekin olisi tietysti aina hyvä muistaa, että kun joku toinen katsoo sieltä oman ammattinsa näkövinkkelistä niitä asioita, että jotenkin se sellainen ymmärrys ja sitten arvostuskin... että arvostaa sitten toisen ammattitaitoa siinä kohtaa, niin minusta se on hyvän yhteistyön peruspilarit.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon välisten roolien epäselvyyttä. Eri alojen ammattilaisilla voi olla keskenään ristiriitaisia näkemyksiä asiakkaan tuen ja palveluiden tarpeesta, mikä voi johtaa väärinkäsityksiin. Haastateltava tuo esille, että erilaiset näkökulmat ovat hyvä ja tärkeä tiedostaa sen sijaan, että keskityttäisiin ainoastaan oman alan asioihin. Haastateltavan mukaan vastavuoroista arvostusta sekä keskinäistä ymmärrystä tarvitaan sujuvan ja tehokkaan yhteistyön perustaksi. Ammatillisten roolien määrittäminen ja tunnistaminen sekä keskinäinen kunnioitus ovat onnistuneen moniammatillisen työskentelyn kulmakiviä myös aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan (esim. Kekoni ym. 2019; Bronstein 2018; Cameron 2014). Jokainen ammattilainen työskentelee oman työnsä näkökulmasta, mutta parhaimmillaan eri osaamista yhdistämällä yhteistyö on tehokasta ja hyvin organisoitua (Giles 2016).

Työskentelyn erilaiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollossa voivat haastaa sosiaalityöntekijöiden mukaan moniammatillista yhteistyötä. Työskentelyn päätavoitteet ovat usein yhteisiä, vaikka eri toimijoiden näkökulmat ja odotukset saattavat olla eriäviä ja ristiriidassa keskenään (myös Cameron 2014). Terveystenhuollon näkökulma asiakkaan tilanteeseen perustuu lääketieteeseen ja on aika kapea, kun taas sosiaalityössä asiakkaan tilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisemmin (ks. Metteri 2012). Eräs haastateltavista piti hyvänä käytäntönä, että moniammatillinen työskentely aloitetaan ilman virallisen verkoston kokoamista tapaamalla asiakasta ja työntekijöitä asiakkaan ollessa vielä toisessa palvelussa. Yhteinen tiedonmuodostus mahdollistaa asiakkaan tilanteen tarkastelun monesta eri näkökulmasta.

H5: Voihan sitä verkostotyötä ja sitä yhteistyötä tehdä sitten jotenkin... että eihän se aina vaadi isoa hoitoneuvottelua, jos ei se aikataulu sovi... voi tulla tapaamaan asiakasta ja sitten sieltä (sairaalasta) voi ehkä pyytää jonkun hoitajan jotka voi päästä ketterämmin semmoiseen tapaamiseen ja että vaikka ne ei aina olisi sitten semmoisia isoja virallisia hoitoneuvotteluja, että muunlaisiakin verkostoja voidaan järjestää.

Aineisto-otteessa terveystieteellisyötä tekevä sosiaalityöntekijä ehdottaa toimintamallia, jossa asiakasta tavataan ikään kuin etukäteen ennen toiseen palveluun siirtymistä. Kun palvelusta toiseen siirtyminen tapahtuu limittäin, välittyy tieto asiakkaan asioista ja varmistetaan, että asiakkaan palvelupolku jatkuu saumattomasti myös osastohoidon jälkeen. Kyseinen työskentely edellyttää haastateltavan mukaan rajapintojen ylittämistä ja sosiaalityöntekijältä omaa aktiivisuutta sekä rohkeutta. Saumattoman palvelupolun varmistaminen on tehokasta myös taloudellisesti tarkasteltuna (esim. Hujala ym. 2014).

Haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien ongelmat ovat sosiaalityöntekijöiden kuvausten mukaan hyvin monisyisiä (myös Niemi ym. 2021). Asiakkaan asumisolot edellyttävät usein yhteistyöskentelyä palo- ja terveystieteellisten kanssa. Päihteiden käytön vuoksi asuntoon on voinut kertyä palokuormaa tai se voi olla terveyttä vaarantavan likainen eritteistä ja talousjätteestä. Alla olevassa aineistoviitteessä sosiaalityöntekijä kuvaa yhteistyötä paloviranomaisten kanssa.

H4: ...liittyen tähän päihteidenkäyttöön ja asumiseen, niin ehkä sellainen ihan hyvä yhteistyötaho on paloviranomaiset, kenen kanssa on homma sujunut. He kyllä tulee avuksi ja auttaa ja yrittää keksiä yhdessä, että miten tää homma saataisiin erityisesti... niinku just nää hääkäasiat. Ikääntyneet lämmittää taloja ja laittelee liian aikaisin peltejä kiinni ja sitten on hääkäarvot tapissa.

Gerontologisen sosiaalityön paljon kotikäyntejä tekevä sosiaalityöntekijä kertoi, että vakiintuneiden yhteistyökäytäntöjen vuoksi yhteistyö paloviranomaisten kanssa on sujuvaa ja sitä kehitetään edelleen hyvässä yhteishengessä. Hyvästä ja toimivasta yhteistyöstä huolimatta sosiaalityöntekijä toi esille, että toisinaan paloviranomaisilla on epärealistinen käsitys sosiaalityön mahdollisuuksista puuttua asiakkaan tilanteeseen. Ymmärryksen lisääminen eri ammattiryhmien vastuista ja valtuuksista ja asiakkuusprossien yhteinen reflektointi edistää yhteistyön sujuvuutta (ks. Bronstein 2003).

Haastatteluissa nousi esille muiden ammattilaisten osaamisen hyödyntäminen osana moniammatillista työskentelyä. Gerontologisessa sosiaalityössä on ikääntymisen

erityispiirteisiin liittyvää erityisosaamista, kun taas terveystieteitä tekevillä sosiaalityöntekijöillä on enemmän tietoa ja osaamista päihdetyöstä ja -palveluista.

Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevät sosiaalityöntekijät kertoivat, että ikääntyneiden palveluihin tulee yhteydenottoja ja huoli-ilmoituksia päihteistä käyttävistä ikääntyneistä. Sosiaalityöntekijöillä ei ole välttämättä riittävä ymmärrystä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuudesta tai palveluihin ohjautumisesta. Haastattelussa nousi esille myös terveydenhuollon ammattilaisten puutteellinen tieto sosiaalihuollon palveluista, ja sosiaalihuoltolain mukaiset eri palvelut saattavat toisinaan mennä sekaisin.

Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että toisten ammattilaisten erityisosaamista tulisi hyödyntää enemmän ja kokivat tarvetta myös lisätä ymmärrystä eri palveluista sekä toisten työstä. Jos ammattihenkilöt eivät tunnista toistensa ammatillista osaamista, sitä ei voida hyödyntää moniammatillisessa työskentelyssä tai konsultaation tarpeessa (myös Metteri 2012, 216). Yksi sosiaalityöntekijä toi esille, että moniammatillisiin tiimeihin kaivattaisiin myös juridista osaamista erityisesti asiakkaiden itsemääräämisoikeuteen liittyvien asioiden käsittelyyn.

5.3 Henkilökohtaiset tekijät

Haastateltavien kokemusten mukaan ammattilaisten henkilökohtaisilla tekijöillä, kuten halukkuudella tehdä yhteistyötä, toisten ammattitaidon arvostamisella sekä käsityksillä ja kokemuksilla on vaikutuksia moniammatilliseen yhteistyöhön. Kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että yhteistyön sujuvuus on yksittäisistä työntekijöistä riippuvaa.

Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevät määrittivät moniammatillisen yhteistyön rakentamisen terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa enimmäkseen haastavaksi, mutta yksittäisiä hyviäkin kokemuksia oli. Positiivisia kokemuksia yhdisti terveydenhuollon ammattihenkilön aktiivisuus ja halukkuus tehdä yhteistyötä. Tahtotila tehdä yhteistyötä edellyttää haastateltavien mukaan työntekijän kiinnostusta selvittää, voisiko yhdessä tekemällä saavuttaa jotain lisäarvoa asiakkaan asioiden hoitamiseen sen sijaan, että asiakasta pallorellaan luukulta toiselle (ks. Metteri 2012, 216–217).

H4: yksittäinen tosi hyvä kokemus. Tuolta [paikan nimi] ylilääkäri kuka oli... mun tällainen hyvin vaikea päihdeongelmainen pitkältä ajalta oleva asiakas, niin hän on ollut hyvin aktiivinen lääkärinä tässä välissä. On soitellut mulle ja asiakkaalle ja ne on soittanut vastaanotolta mulle. Asiakas oli maininnut minut,

kun tää on pitkäaikainen asiakkuus, siellä vastaanotolla ja hänellä ei oikein ole ketään muuta. Ei ole omaisia, niin se varmaan on siitä lähtenyt. Hänen kohdalla on sellainen olo, että tehdään oikeasti yhteistyötä, että se on harvinaislaatuinen tapaus.

Aineisto-otteessa haastateltava kuvaa tilannetta, jossa ylilääkäri oli ottanut aktiivisen roolin ja ollut yhteydessä sosiaalityöntekijään asiakkaan asioiden eteenpäin viemiseksi. Otteessa välittyy arvostus kyseistä lääkäriä kohtaan, joka on omalla aktiivisuudellaan ja sitoutumisellaan mahdollistanut onnistuneen moniammatillisen yhteistyön kokemuksen. Yhteistyön tärkein lähtökohta on tahtotila työskennellä yhteistyössä ja ymmärtää, että erilaista ammatillista osaamista yhdistämällä työskentely on tehokasta ja asiakkaan edun mukaista (esim. Bronstein 2002, 113). Sosiaalityöntekijän kuvauksessa tahtotila tehdä yhteistyötä tulee esille molemminpuolisessa aktiivisessa viestinnässä sekä asiakkaan tarpeiden etusijalle asettamisessa.

On lähtökohtaisesti ongelmallista, jos työntekijä rajaa itsensä vain oman ammattikuntansa edustajaksi eikä koe yhteisen tiedonmuodostamisen tuovan lisäarvoa työskentelyyn tai itseään arvokkaana osana moniammatillista työryhmää (myös Metteri 2014, 300). Aineisto-otteessa kuvattu yksittäinen onnistunut moniammatillisen yhteistyön kokemus terveydenhuollon edustajan kanssa voi vahvistaa sosiaalityöntekijän uskoa moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksiin myös tulevaisuudessa.

Haastateltavat kuvasivat, että ammattihenkilöt rajaavat herkästi ikääntyviä asiakkaita oman työnsä ulkopuolelle joko iän tai päihteiden käytön vuoksi. Asiakkuuden katsotaan kuuluvan johonkin toiseen palveluun ja todetaan, ettei asiakkaan asia kuulu omalle vastuualueelle. Alla olevassa aineistoviitteessä haastateltava kuvaa ajatuksiaan moniammatillisen yhteistyön edellytyksistä.

H1: mun mielestä olisi aika tärkeätä, että kaikilla ammattilaisilla olisi ensinnäkin tahtotila tehdä sitä moniammatillista yhteistyötä, että se on hirveän vaikeata, jos ihmiset on vastentahtoisesti mukana ja tuntuu että heidän ainut tavoite on vaan päästä pois siitä. Ei varata tarpeeksi aikaa tai ei kiinnosta tai on tarve puolustella vaan sitä omaa tonttia sen sijaan että olisi se yhteinen tavoite. Niin sellaista ainakin mun mielestä tarvittaisiin. Usein se on sitä, että vastaa tulee sellaisia ”ei kuulu meille” tyyppisiä tapauksia.

Moniammatillinen yhteistyö eri ammattihenkilöiden välillä voi vaatia työntekijöiltä uudenlaisia tapoja työskennellä. Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä tuo esille näkemyksensä siitä, että tahtotila tehdä yhteistyötä on tärkeä perusedellytys

moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle. Mikäli ammattilaiset ovat sitoutuneita yhteistyön tekemiseen, he pystyvät työskentelemään asiakaslähtöisesti. Tahtotilan puuttuessa työntekijöiden asenteissa voi ilmetä vastuun välttelyä sekä omaan rooliin keskittymistä. Haastatteluissa sosiaalityöntekijät olivat yksimielisiä siitä, että onnistunut moniammatillinen yhteistyö edellyttää hyvää johtamista (ks. myös Isoherranen 2012, 106), joka mahdollistaa uusien työtapojen kokeilemisen ja jalkauttamisen käytäntöön. Parhaimmillaan erilaisten ammattiosaamisten ja asiantuntijuuksien yhdistämisellä työskentely on tehokasta ja säästää kaikkien työaika (ks. myös Giles 2016, 29).

Osa terveydenhuollon yksiköissä työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä kuvasi, että työskentely terveydenhuollon toimijoiden kanssa on hierarkkista. Sosiaalityöntekijöiden työpanosta voisi hyödyntää asiakastapaamisissa nykyisiä käytäntöjä enemmän (myös Metteri 2014). Eräs haastateltava toivoi moniammatilliseen työskentelyyn tasa-arvoisempia lähtökohtia viitaten lääkärijohtoiseen työskentelytapaan. Kaikki haastateltavat toivat esille, että onnistunut moniammatillinen työskentely edellyttää toisten työn ymmärtämistä ja erilaisten ammatillisten osaamisten arvostamista. Näiden koettiin olevan edellytys hyvälle yhteistyölle.

Terveydenhuollossa ei ole haastateltavien mukaan aina selvää, mitä sosiaalityöntekijän työhön kuuluu. Sosiaalihuollon palvelut ja prosessit voivat olla terveydenhuollon ammattilaisille vaikeaselkoisia. Ymmärtämättömyys näyttäytyi sosiaalityöntekijöille terveydenhuollon haluttomuutena työskennellä yhteistyössä. Ymmärrys toisten työstä ja asiakkuusprosesseista edistäisi moniammatillista yhteistyötä kaikkien haastateltavien mielestä. Duncan (2020) ehdottaa haitalliseen päihteidenkäyttöön monitieteellistä lähestymistapaa, koska haitallinen päihteidenkäyttö vaikuttaa kokonaisvaltaisesti yksilön elämään ja on harvoin pelkästään lääketieteellisin tai sosiaalityön keinoin ratkaistavissa.

Toisten työn arvostaminen koettiin tärkeäksi sujuvan moniammatillisen yhteistyön toteutumisen kannalta. Sosiaalityöntekijöiden kertomusten mukaan toteutunut yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa on enimmäkseen sujuvaa, vaikka vastuualueista joudutaan käymään joskus keskustelua hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Toisinaan ammattilaisten väliset vastuualueet hämärtyvät ja terveydenhuollossa pyritään tekemään päätöksiä, jotka edellyttävät sosiaalityöntekijän arviointia. Sosiaalityöntekijät, jotka työskentelivät säännöllisesti terveydenhuollon kanssa, kokivat, että heidän ammatillista osaamistaan arvostettiin moniammatillisessa työskentelyssä.

H7: itse ajattelen, että kun mä oon tehnyt niin pitkään terveydenhuollon kanssa yhteistyötä niin mulla on se tietämys siitä terveydenhuollon roolista niin vahva, niin mä osaan myös vaatia sitä, että tää on nyt teidän heiniä. Mä ymmärrän sen, että jos ei ole ollut terveydenhuollon kanssa tekemisissä niin paljon, niin ei oikein osaa edes... Että mitä noilta voi nyt pyytää ja mikä on se niiden tontti. Mulla on ollut aina sellainen olo, että mun osaamista arvostetaan ja minua kuunnellaan.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä toteaa, että oman sekä toisten roolien tunteminen on yhteydessä ammatilliseen arvostukseen. Sosiaalityön roolin vakiinnuttaminen osaksi moniammatillista työskentelyä edellyttää haastateltavan mukaan aktiivista yhteydenpitoa muihin ammattilaisiin ja tietynlaista rajapintoja ylittävää työskentelyä. Aktiivinen sosiaalityön näkyväksi tekeminen ja yhteistyöverkostoihin osallistuminen auttaa pitämään yllä sosiaalityöntekijän ammatillista identiteettiä (Kivipelto & Matthies 2024).

Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden mukaan heidän asiantuntijuuttaan ei arvosteta terveydenhuollossa eikä tarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon väliselle yhteistyölle tunnusteta. Eroja haastateltavien kokemuksissa selitti osaltaan se, että terveydenhuollon yksiköissä työskennellään samoissa tiloissa, ja työskentelyssä on lähtökohtaisesti huomioitu potilaiden tarve myös sosiaalityölle. Terveydenhuollon ammattilaiset käsittävät todennäköisesti sosiaalityön roolin omien kokemustensa kautta. Gerontologisen sosiaalityön roolia voi olla terveydenhuollossa vaikeampi hahmottaa, koska se on uudempi sosiaalityön erikoisala, joka on vasta saamassa jalansijaa palvelujärjestelmässämme (esim. Niemi ym. 2021). Haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien kanssa työskenneltäessä gerontologisen sosiaalityön tietoperustan ja asiantuntijuuden hyödyntäminen voi kuitenkin johtaa parempiin lopputuloksiin ikääntyvän asiakkaan päihdeongelman hoidossa (ks. Vesa ym. 2017, 32).

Usein yhteistyötä aletaan haastateltavien kertoman mukaan rakentamaan vasta ongelmallisten tilanteiden ympärille. Tämä on sosiaalityöntekijöiden mukaan este sujuvalle yhteistyölle, sillä ammattilaiset ovat silloin valmiiksi puolustuskannalla ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välinen vastakkainasettelu korostuu. Ilmapiiri yhteistyön rakentamisessa on silloin jo lähtökohtaisesti negatiivinen. Alla olevassa aineistoviitteessä eräs haastateltavista kertoo terveydenhuollon kanssa järjestetystä yhteistyöpalaverista, missä sosiaalityöntekijöiden ammattitaitoa vähäteltiin ja tarvetta yhteistyölle ei tunnustettu.

H4: itsellä oli lähinnä sellainen epäuskoinen fiilis sen palaverin jälkeen, että täkö on nyt oikeasti sitten, että meidän moniammatillista yhteistyötä, että se oli ehkä yhden ihmisen aikaansaama ikävä ilmapiiri siinä palaverissa. mulla jäi sellainen olo, että meidän ammattitaitoa ehkä vähän vähäteltiin, että me ei olla ihan taakillaan nyt tässä, että miten nää palvelut menee. hyvin siellä lannistettu fiilis oli, koska meillä oli aika... Veikkaan että kaikilla oli vähän kuitenkin odotuksia, että tähän asiaan saataisiin nyt parannusta.

Aineisto-otteesta välittyä sosiaalityöntekijän pettymys tilanteessa, jossa yhteistyön kehittämisen suhteen oli suuria odotuksia. Ammattihenkilöillä on usein toiseen ammattiryhmään ja eri palveluihin kohdistuvia mielikuvia, jotka voivat olla keskenään ristiriidassa. Haastateltava toi esille kokemuksen arvostuksen puutteesta. Kunnioittavalla vuorovaikutuksella on tärkeä rooli moniammatillisessa työskentelyssä, jotta osapuolten erilaiset näkökulmat saadaan näkyväksi ja voidaan ryhtyä muodostamaan yhteistä ymmärrystä tilanteesta (esim. Kekoni 2019, 16).

Aiemmat hyvät kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä vaikuttavat yhteistyön sujuvuuteen. Osa haastateltavista kertoi kokemusten myötä syntyvän hyviä yhteistyön käytäntöjä, joita voi ehdottaa myös muille. Yhteydenotot ja moniammatillinen yhteistyö koettiin helpommaksi ja saumattomammaksi tuttujen ammattilaisten kanssa. Tuttuuden kautta tiedetään, miten toinen työskentelee ja kynnys ottaa yhteyttä madaltuu. Yhteistyökumppaneihin tutustuminen ja verkostoituminen edellyttää yksittäiseltä työntekijältä erään haastateltavan mielestä ennen kaikkea omaa aktiivisuutta ja rohkeutta käydä tutustumassa eri toimipaikkoihin ja lähteä esimerkiksi työnkiertoon oman ymmärryksen lisäämiseksi.

H5: missä tahansa roolissa työskenteleekin niin sitten kun alkaa tutustumaan niihin yhteistyökumppaneihin vaikka siellä sosiaalipuolella niin sitten siellä muotoutuu semmoisia tuttuuksia, mihin on tosi helppo ottaa sitten yhteyttä ja kun on niitä hyvän yhteistyön kokemuksia case -tasolla niin ainahan se sitten helpottaa että vaikka just sinne asiakasohjauksen sosiaalityöhön tai gerontologisen sosiaalityöhön ja tavallaan, että kun sitä yhteistyötä tehdään niin tulee se sitten aina jollain tavalla sujuvammaksi. Tulee tuttuja ihmisiä sieltä ja sitten kun muotoutuu niitä hyviä käytäntöjä niin sitten on ehkä vieraammillekin helpompi ehdottaa, että meillä on ollut hyviä kokemuksia tämmöisestä yhteistyöstä, että ehdottaisin niin tai näin.

Aineisto-ote osoittaa, kuinka henkilökohtaisten tuttavuuksien ja hyvien kokemusten myötä yhteistyö muuttuu sujuvammaksi. Hyvin toimivassa yhteistyössä Gilesin (2016, 29) mukaan työryhmän jäsenet luottavat toisiinsa. Kun asiakkaan tilannetta tarkastellaan yhdessä monista näkökulmista ja mietitään erilaisia vaihtoehtoja, vähenee yksittäisen

työntekijän kuormitus. Vaikka aina ei työskenneltäisi aktiivisesti yhdessä, jo konsultaatiotuki voi haastateltavien mukaan olla työskentelyn kannalta riittävä ammatillinen apu. Haastatteluissa nousi esiin yhteystietojen tärkeys ja yhteydenottokanavat. Yhdessä työskentelyn kokemusten myötä on helpompaa ottaa suoraan yhteyttä toiseen ammattilaiseen sen sijaan, että yhteistyötä alettaisi rakentamaan keskitettyjen neuvontapalveluiden kautta. Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä toi esille, että onnistuneet yhteistyökokemukset luovat pohjaa käytännöille, joita voidaan hyödyntää myös vieraampien toimijoiden kanssa.

5.4 Työkäytännöt

Palvelujärjestelmästä sekä yksittäisten työntekijöiden ja toimintayksiköiden työkäytännöistä löytyy kaikkien haastateltavien mukaan ikäsyryjiä asenteita sekä ikääntyviin liittyviä ennako-oletuksia, jotka estivät moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Sosiaalityöntekijöiden kertomuksista kävi ilmi, että haitallisesti päihteitä käyttävän ikääntyvän on vaikeaa saada erikoissairaanhoidon tasoista apua päihdeongelmaansa. Palvelut eivät ole fyysisesti ikääntyvien saavutettavissa ja järjestelmän jäykät käytännöt voivat olla esteenä palveluiden saamiselle.

Avohoidon yksikössä työskenteleville sosiaalityöntekijöille ohjautuu haastateltavien mukaan vain harvoin ikääntyviä asiakkaita. Haasteena on kaikkien haastateltavien näkemyksen mukaan se, ettei ikääntyville tehdä erikoissairaanhoidon läheteitä avohoidon päihdeyksikköön, tai ne suljetaan avohoidon yksikössä korkean iän perusteella tapaamatta asiakasta.

H6: Yli kuusvitosia mulla on ollut ihan muutama... No niitähän yleensä tulee sitten ilmoituksella sieltä sosiaalihuollon tarpeesta, mut harvalla edes on, sanon nyt näin, sitä hoitosuhdetta, että nehän ei jo senkään puolee meille ohjaudu, kun meillä on se kriteeri, että pitää olla hoitosuhde tänne (erikoissairaanhoidon) jotta se tulee meidän pöydälle. En tiedä tehdäänkö läheteitä, kun mä en oo näissä lähete tiimeissä mukana missä ne läheteet jaetaan. Vai blokkaako lääkäri ne jo suoraan. Jos tuleekin lähetä niin blokkaako ne pois, että kun tää ikä on jo se, että eikö niihin sitten panosteta, koska nuorethan otetaan heti.

Aineisto-otteesta välittyy sosiaalityöntekijän huoli siitä, etteivät ikääntyvät ohjautu erikoissairaanhoidon asiakkuuteen. Tämä johtuu hänen mukaansa siitä, ettei ikääntyville muodostu hoitosuhdetta erikoissairaanhoidon. Haastateltava esittää, että korkea ikä voi olla syynä sille, ettei ikääntyvien päihdehoitoon kohdisteta käytössä olevia resursseja samoin kuin nuorempien asiakkaiden kohdalla. Läheteiden käsittelyprosessissa ei

hyödynnetä moniammatillista työskentelyä, mikä rajoittaa tiedonkulkua ja sosiaalityöntekijän ammattiosaamisen hyödyntämistä.

Haastateltavat nostivat esiin mahdollisuuden, että ikäsyrijivät käytännöt perustuvat stereotyyppioihin, joiden mukaan ikääntyvät eivät hyödy päihde-erityisistä palveluista tai ettei heillä ole enää kognitiivisia valmiuksia käsitellä päihdeongelmaansa (ks. Lumme-Sandt ym. 2020). Tämän kaltaiset asenteelliset lähtökohdat heikentävät sosiaalityön vaikuttavuutta ja kaventavat palveluiden saatavuutta. Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevät haastateltavat kuvasivat turhautuneisuuttaan, kun heidän arvionsa asiakkaiden palveluntarpeista sivuutettiin ikään perustuvien ennakko-oletusten vuoksi.

Haastateltavien mukaan terveydenhuollon ja erikoisterveydenhuollon hoitosuhteet ikääntyvien asiakkaiden kanssa katkeavat usein siksi, että heidän on erilaisten syiden takia vaikeaa saapua vastaanotolle. Kaksi haastateltavaa kertoi tilanteista, joissa ikääntyvälle asiakkaalle oli varattu vastaanottoaika, mutta hoitosuhde päätettiin, kun asiakas ei saapunut paikalle. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä pohtii terveydenhuollon oletusta siitä, että asiakkaan odotetaan pääsevän vastaanotolle, vaikka potilaskirjauksissa mainitaan runsas päihteiden käyttö ja liikkumiseen liittyvät haasteet. Näissä tilanteissa oli ennakoitavissa, että asiakas ei todennäköisesti kykene saapumaan vastaanotolle.

H7: Ikääntyvillä nää tilanteet on suhteellisen huonoja ollut. Eli on ollut sitten vaikka todella runsasta alkoholinkäyttöä ja kun se sitten helposti ikääntyvillä, tai kun ikää on enemmän, niin alkaa vaikuttaa sitten siihen somaattiseen puoleen ja fyysiseen toimintakykyyn. Ja sitten ehkä terveydenhuollon tapa toimia niin, että hehän lähettää kotiin kirjeellä ajan ja sitten menee vielä nää tekstiviestimuistutukset. Ja sitten asiakas ei saavu paikalle. Sitten laitetaan toinen. No ehkä jossain tilanteessa laitetaan kolmaskin, jos asiakas ei tule, mutta sittenhän se asiakkuus päättyy. Kun sieltä sitten rupeaa katsomaan tekstejä niin tosi huonokuntoinen, runsasta juomista, liikkumisessa haasteita. Niin meillä sitten ajatellaan, että se nyt sieltä näppärästi vaan köpöttelee sinne ajanvaraukselle.

Toisessa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kertoo, että asiakas ei ollut päässyt varatulle vastaanottoajalle pukeutumisen haasteiden vuoksi ja koska olisi tarvinnut apua pyörätuolilla liikkumiseen.

H6: Kävin kaks kertaa asiakkaan kotona, mutta sitten se hoitosuhde loppui, koska se ikäihminen ei päässyt tänne [avohoidon yksikkö]. Ei ollu löytänyt housuja...et mitä siinä oli tällaista... ois pitäny olla pyörätuoliin työntäjä ja näin... että sitten

tulee tuollaiset rajoitteet vastaan, kun annetaan ensikäynti tai se toinen käynti ja sitten se ei oikeasti pääse ja okei, tätä ei kiinnosta ja lähete kiinni.

Edellä olevissa aineisto-otteissa sosiaalityöntekijät kuvaavat ikääntyvien asiakkaiden haasteita saapua varatulle vastaanottokäynnille, jonka seurauksena hoitosuhteet päättyvät. Oteissa painottuu palveluiden joustamattomuus asiakkaiden tarpeisiin, vaikka haasteet tunnistettaisiin. Sosiaalityöntekijöiden näkemysten mukaan päihdepalveluihin kuuluva avohoito terveydenhuollossa ei ole ikääntyvien saavutettavissa (myös Cooper 2012; Cimarolli ym. 2018). Jälkimmäisessä aineisto-otteessa haastateltava korostaa, että varatulle vastaanottoajalle saapumatta jättäminen tulkitaan usein asiakkaan kiinnostuksen puutteeksi, vaikka sosiaalityöntekijällä on tieto asiakkaan kulkemisen esteistä.

Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että ikääntyville pitäisi olla tarjolla heidän erityistarpeensa huomioivia ja kotiin vietäviä päihdepalveluita sekä sosiaali- että terveydenhuollosta.

H7: pitäisi olla erityinen sellainen tiimi, joka ottaisi kantaa näiden ikäihmisten siihen sen (päihderiippuvuus) sairauden hoitamiseen. Sellainen just, että mitkä menisi sitten sen ihmisen luo. Vaikka tää ei ole ikäsidonnaista, mun mielestä se ikääntyminen kyllä tuo siihen sellaiset omat jutut, että heillä ehkä pitäisi olla kuitenkin sellainen ikäerityinen päihdehuollon palvelu.

Sosiaalityöntekijä kuvaa edellä, että ikääntyminen tuo päihdeongelman hoitoon omat erityispiirteensä, jotka tulisi huomioida ikääntyville suunnatuissa päihdepalveluissa.

Sekä haastateltavien että aiemman tutkimuskirjallisuuden (esim. Wadd & Galvani 2014; Vesa ym. 2017; Tevik ym. 2024) mukaan liikkumisvaikeudet, häpeä ja pelko leimautua alkoholiksi sekä ammattilaisen epäkunnioittava asenne ovat tekijöitä, jotka estävät ikääntyviä sitoutumasta päihdeavohoidon käynteihin.

Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon pääsy koettiin jäykkien lähetekäytäntöjen vuoksi haastavaksi jopa silloin, kun kyseessä oli ikääntyneille tarkoitettu geropsykiatrinen poliklinikka. Haastateltavat kertoivat, että terveydenhuollon ammattilaiset tekevät herkästi päätöksiä ilman yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa arvioimalla, ettei asiakas hyödy hoidosta. Tämä johtaa hoitosuhteen päättymiseen, vaikka sosiaalihuollon puolella hoitosuhteen käynnistämiseksi olisi tehty paljon töitä. Haastateltavien mukaan hoitosuhde saatetaan päättää ilman moniammatillista arviota asiakkaan tarpeista, jolloin sosiaalityö jää yksin asiakkaan ongelmien kanssa.

H4: Niin se reitti sinne (erikoissairaanhoidon) on ihan tosi hankala, että tarvitsee aina ensin olla lääkäreillä tai ensin hoitajalle ja sitten lääkärille ja sitten lääkäri ehkä kirjoittaa lähetteen ja sitten geropsykiatrisen poliklinikan hoitaja käy kerran. Ja sitten hän toteaa, että ei tässä nyt ole heidän avulle tarvetta ja sitten se päättyy. Tehtiin iso työ, että saatiin asiakkaalle tietty asia alkamaan ja sitten se loppui saman tien.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa järjestelmän jäykkyyttä ja monivaiheisia prosesseja, jotka vaikeuttavat ikääntyneiden asiakkaiden pääsyä erikoissairaanhoidon palveluihin. Sosiaalityöntekijän näkökulmasta reitti erikoissairaanhoidon on monimutkainen ja pitkäkestoinen, mikä voi heikentää asiakkaan mahdollisuuksia saada tarvitsemiaan palveluita oikea-aikaisesti. Hoitosuhteen päättyminen ilman perusteellista arviointia aiheuttaa turhautumista sosiaalityössä, koska asiakkaan kanssa on työskennelty pitkään ja käytetty huomattava määrä aikaa ja resursseja. Haastateltavien mukaan terveydenhuollossa usein oletetaan, että asiakkaan asiat hoituvat sosiaalihuollossa.

Kaksi haastateltavaa kertoi, että lähes jokaisella heidän asiakkaistaan on päihteiden käytöstä aiheutuvia ongelmia. Korkean iän koettiin usein olevan este palveluiden saamiselle tai moniammatilliselle työskentelylle. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä korostaa, että ikääntyneiden päihdeongelmat ovat yhtä monimuotoisia kuin muidenkin ikäryhmien.

H5: oon kohdannut ikääntyneitä päihteitä käyttäviä ja tehnyt sitä päihdetyötä, niin joskus voi olla ehkä semmoista ajatusta, että he ei jotenkin hyötyisi samalla tavalla siitä, mutta siellä voi olla kuitenkin tosi motivoituneita, jotka haluaa oikeasti apua ja haluaa muutosta ja kaipaa myös keskustelutukea ja apua siihen muutokseen siinä päihteidenkäytössä. Että se ei ole vaan sitä, että järjestetään asumispalvelu tai jotakin... Että siellä on ikääntyneenä ihan sama skaala. Siinä, että minkälaista päihdeongelmaa heillä on ja se yhtä lailla heidän kohdallaan se motivointityöskentely on tärkeätä ja silleen toivoisin, että he saisivat sitä apua ihan samalla tavalla, kun kaikenikäiset muutkin. Se on vaan ehkä pikkuisen erilaista kuin siinä pitää huomioida sitten myös ne iän myötä tulleet jutut.

Otteessa sosiaalityöntekijä pyrkii purkamaan ikääntyviin päihteidenkäyttäjiin liittyviä stereotyyppioita ja korostaa ikääntyvien motivaatiota sekä kykyä muutokseen tähtäävään työskentelyyn. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, ettei ikä saisi olla esteenä palveluiden saamiselle. Päihdepalveluiden ei tulisi myöskään rajoittua asumispalveluihin, vaan niitä tulisi mukauttaa ikääntyneille sopiviksi palvelukokonaisuuksiksi, joissa hyödynnetään erilaisia tukimuotoja ja ammattiosaamista.

Haastateltavat kuvasivat, että haitallisen päihteidenkäytön lisäksi asiakkailla on usein ongelmia myös muilla elämän osa-alueilla. Terveydellisten ongelmien lisäksi ikääntyvillä voi olla elämänhistoriassaan sukupolvien ylittäviä ongelmakertymia sekä kipeitä ja käsittelemättömiä kokemuksia, kuten seuraavassa aineisto-otteessa kuvataan.

H5: Ongelmat ja jotenkin ehkä se sellainen, että heidän elämänhistoriassa voi olla jo semmoisia... Siellä voi olla sukupolvien ylittävää ongelmien kasautumista ja siellä voi olla elämänhistoriasta tosi vaikeita kokemuksia ja niinku... Että jotenkin ikääntyneissä ehkä se, että se siellä elämänkaareissa on jo, voi olla tosi paljon monenlaista, mikä täytyisi sitten ehkä huomioida sitten myös niissä palveluissa.

Edellä sosiaalityöntekijä toteaa, että asiakkaan eletty elämä tulisi ottaa huomioon päihdepalveluiden kokonaisuudessa. Haastateltavat totesivat, että sosiaalisilla suhteilla ja päihteidenkäytöllä voi olla keskinäisiä syy-seuraussuhteita. Esimerkiksi pitkään jatkuneen päihteidenkäytön vuoksi välit perheeseen tai omaisiin ovat katkenneet ja päihteidenkäyttö on voinut alkaa yksinäisyyden lievittämiseksi (ks. myös Farmer ym. 2022). Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa tätä ilmiötä:

H6: saattaa olla, että näillä ikääntyneillä, että jos on ongelmaa ollut vuosikymmeniä, ni ei välttämättä ole enää perhettä tai omaisia, että kaikki välit on mennyt ja ne on tosi yksin.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä tuo esiin, miten pitkäaikainen päihteidenkäyttö voi johtaa asiakkaan perhesuhteiden ja sosiaalisten verkostojen katkeamiseen ja jättää asiakkaat usein täysin yksin. Sosiaalityön näkökulmasta tämä asettaa merkittäviä haasteita työn tavoitteiden saavuttamiselle, koska asiakkaan tuen tarve ei rajoitu vain päihdeongelmaan, vaan ulottuu myös laajempiin elämänhallinnan kysymyksiin. Sosiaalityöntekijät joutuvat tällöin toimimaan monissa rooleissa, kuten tukiverkoston tarjoajina, motivaation vahvistajina ja joskus ainoina ulkopuolisina tukipilareina asiakkaan elämässä.

Haastateltujen sosiaalityöntekijöiden kokemusten mukaan päihteidenkäytön puheeksi ottaminen ikääntyneiden kanssa vaatii erityistä sensitiivisyyttä ja luottamuksellisen suhteen rakentamista. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa, miten häpeä ja pelko leimautumisesta haittaa avun hakemista. Sosiaalityöntekijöille tämä tarkoittaa pitkäjänteistä ja empaattista työskentelyä, jossa asiakas saadaan vähitellen motivoitua keskustelemaan ongelmistaan.

H4: Useat näistä meidänkin asiakkaista on niitä kotona yksin tissuttelijoita, jotka ei halua, että muut tietää heidän ongelmasta mitään, niin silloinhan siihen ei tietenkään lähdetä myöskään hakemaan apua.

Asiakasryhmänä haitallisesti päihteitä käyttävät ikääntyvät näyttäytyivät haastatteluissa usein kotiinsa eristäytyneinä ja vaikeasti autettavina, ja heitä on haasteellista motivoida hakemaan kodin ulkopuolista apua. Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevät toivoivat, että asiakas saisi apua ongelmiinsa silloin, kun hänet on saatu sosiaalityön keinoin motivoitua. Motivointityö edellyttää haastateltavien mukaan pitkäjänteistä työskentelyä, jossa tarvitaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia.

Eräs haastateltavista kuvasi, että lähestulkoon kaikilla päihteitä käyttävillä asiakkailla on lisäksi mielenterveysongelmia tai muistiongelmia. Silti terveydenhuollon apua tai hoitokontaktia terveydellisiin ongelmiin akuutteja tilanteita lukuun ottamatta on haastateltavien mukaan vaikeaa saada. Haitallisen päihteidenkäytön koettiin olevan usein esteenä muiden palveluiden saamiselle. Yksi haastateltavista kertoi, ettei asiakas pääse muistiselvittelyihin, jos päihteidenkäyttö on aktiivista, sillä päihteiden käyttö vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihin (myös Strand ym. 2022, 7). Haastateltava kuvasi turhautuneisuuttaan, sillä sama asiakas jäi ilman päihdepalveluita muistiongelmien vuoksi.

Sosiaalityöntekijät toivat esiin, että ainoaksi palveluksi vastaamaan haitallisesti päihteitä käyttävän ikääntyvän palveluntarpeeseen tarjotaan usein asumispalveluita. Se on monien asiakkaiden ja myös työntekijöiden mielestä kuitenkin varsin raskas ratkaisu ihmiselle, jolla ei aiemmin ole ollut mitään sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita päihdeongelmansa hoitoon.

H1: Hirveän herkästi ollaan siirtämässä tällaista päihdeongelmaisista ikääntyneitä esimerkiksi asumispalveluihin. Se on yleensä ensimmäinen asia mistä aletaan keskustelemaan. Mikä on tietysti aika vastenmielinen ajatus sille ikääntyvälle itselleen monta kertaa.

H7: minusta jotenkin... jos ihminen on ihan järjissään, niin jotenkin minusta se asumispalvelu on sillään aika rankka ratkaisu. minusta asumispalvelu ei ole siisilleen kuntouttavaa. Kun sitten taas versus joku päihdelaitoskuntoutus parhaimmillaan on. Asumisyksiköissä ei välttämättä ole sitä ymmärrystä siihen ihan tiukkaan päihderiippuvuuden ytimeen.

Edeltävissä aineisto-otteissa sosiaalityöntekijät tuovat esiin palvelujärjestelmälähtöisiä ratkaisuja siirtää päihdeongelmaiset ikääntyvät asumispalveluihin sen sijaan, että ikääntyville olisi kehitetty asiakaslähtöisempiä ja yksilöllisempiä vaihtoehtoja. Haastateltavien kertomuksista saa käsityksen, että ikääntyvien kuntoutumista haitallisesta päihteidenkäytöstä ei pidetä realistisena tai järjestelmässä ei ole tarjota heille kuntouttavia palveluita, jotka soveltuisivat ikääntyvien tarpeisiin. Samankaltaisia havaintoja on tehnyt Cooper ja kumppanit (2012), jotka toteavat asumispalveluiden olevan ainut ikääntyville tarjottava ratkaisu päihdeongelman hoitoon.

Kaikissa haastatteluissa nousi esiin ikääntyvien heikot mahdollisuudet päästä päihdelaitoskuntoutukseen. Sosiaalityöntekijöiden mukaan yksi keskeinen este on keskitetty päätöksen teko, jossa ei ole huomioitu ikääntyvää asiakasryhmää. Erikoissairaanhoidon avohoidon yksikössä palveluita myönnetään vain asiakkaille, joilla on voimassa oleva hoitosuhde, mutta harvoilla ikääntyvillä tämä edellytys täyttyy. Mikäli hoitosuhdetta ei ole, palvelupäätös tehdään aikuissosiaalityössä. Ikääntyvät ohjataan kuitenkin iän perusteella ikääntyvien sosiaalipalveluihin, missä päihdelaitoskuntoutusta ei voida myöntää. Haastatteluissa vallitsi yhteisymmärrys siitä, ettei ikääntyville tarjoudu edes mahdollisuutta moniammatilliseen arviointiin päihdelaitoskuntoutukseen pääsemiseksi.

Osa haastateltavista koki, että haitallisesti päihteitä käyttävillä ikääntyvillä ei ole enää päihdelaitoskuntoutuksessa vaadittavaa kykyä käsitellä omaa päihteidenkäyttöään. Yksi haastateltavista kertoi, että ikääntyvien tarpeita vastaavia kuntoutuslaitoksia on olemassa, mutta oma hyvinvointialue ei osta palvelua näistä yksiköistä. Yksimielisiä haastateltavat olivat siitä, että ikääntyminen tulee huomioida palveluita suunniteltaessa ja haitallisesti päihteitä käyttäville pitäisi olla korkean iän huomioivia päihdepalveluita.

H7: Joku ihmetteli sitä, että miten ihmeessä meillä ei ole siis ikäihmiselle sellaista jotain erillistä yksikköä, joka tekisi päihteitä käyttävien ikäihmisten kanssa töitä just silleen liikkuen ihmisen kotiin. Terveystuho, sosiaalipuoli... Joku ihmetteli, että eikö meillä ole semmoista? Niin tota ei ole. Minusta se on aina tosi huonoa palvelua ja hoitoa, jos sosiaalipuoli pyörittää näitä itsekseen. Pitäisi olla joku sellainen tiimi missä olisi psykiatrinen sairaanhoitaja ja joku konsultoiva lääkäri ja sitten sosiaalipuoli.

Edellä olevassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä pohtii ikääntyville suunnattujen päihdepalveluiden katvealuetta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välisen

yhteistyön tarvetta. Sosiaalityöntekijä korostaa puheessaan ikääntyvien asiakkaiden erityistarpeiden huomioimista. Sosiaalihuollon työskentely päihdeongelmaisten kanssa ilman terveydenhuollon tukea vaikuttaa haastateltavan mukaan aina asiakastyön laatuun. Aineisto-ote vahvistaa myös gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevien yksin jäämisen kokemusta asiakkaan asiassa.

Kotiin vietävien palveluiden tarve korostui kaikkien sosiaalityöntekijöiden haastattelussa. Ikääntyvien on vaikeaa hakeutua avun piiriin terveydellisistä syistä, mutta myös taloudellisen tilanteensa vuoksi. Avohoitoyksiköt ovat keskitetty tiettyihin toimipaikkoihin, mihin ikääntyvien olisi matkustettava taksilla. Kotikäyntejä tekevän sosiaalityöntekijän apu koettiin riittämättömäksi ja tarve terveydenhuollon kanssa tehtävälle yhteistyölle mainittiin kaikissa haastatteluissa. Ikääntyvään asiakasryhmään liittyy haastattelujen perusteella paljon ennako-oletuksia, jonka vuoksi moniammatillista yhteistyötä on haastavaa alkaa rakentamaan.

H2: sanotaan että ei ole mitään ikäsyrrintää missään, mutta silti sä et pääse palveluun tai edes arvioon tai mihinkään niin onhan se aika surullista. Ehkä sen takia just pikkuisen hankala asia pureutuu, kun sitä ikärajaa ei ole mihinkään kirjoitettu, että se on vähän sellainen lausumaton sääntö.

Edellä olevassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä toteaa, että vaikka ikäsyrrinnän olemassaolo kiistetään, palveluiden saatavuudessa on tästä huolimatta ikäsyrriviä käytäntöjä. Julkilausumattomat säännöt luovat epäselvyyttä ja hankaloittavat gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijöiden työtä. Ikään liittyvät, mutta ääneen lausumattomat ennako-oletukset ovat yhteydessä siihen, että asiakkaan mahdollisuudet saada päihde-erityistä apua ovat huonot.

Oletus, että ikääntyvät eivät välttämättä hyödy hoidollisista tai terapeuttisista hoitajakeskusteluista, esiintyi haastateltavien kertomuksissa silloin, kun oli yritetty tehdä yhteistyötä terveydenhuollon kanssa. Sosiaalityöntekijät kuvasivat, että asiakkuutta pallotellaan palvelusta toiseen toimintakykyyn vetoamalla sen sijaan, että työskenneltäisiin yhteistyössä. Seuraavissa aineisto-otteissa viitataan haitallisesti päihteitä käyttäviin ikääntyviin kohdistuviin ennako-oletuksiin.

H4: Oletetaan että kaikki on muistisairaita ja geriatrian poliklinikalle yhteys, kun näinhän se ei ole missään nimessä, että se oli vähän sellainen farssi.

H6: sitten kun mieltii, että näitä ikääntyviä... niin miten niillä se kapasiteetti tai

se toimintakyky ja tällainen... että kuinka moni siihen sitten enää semmoiseen työskentelyyn jaksaa tai kykenee tai pystyy tai miten. Siellähän saattaa olla sitten jo niitä sairauksia niin paljon, ettei ole enää sellaista jaksamista ja sellaista kykyä sitten.

Ensimmäisessä aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa väärää käsitystä siitä, että kaikki päihteitä käyttävät ikääntyvät olisivat muistisairaita, vaikka todellisuus on paljon monimuotoisempi. Farssi- ilmaisu kertoo kokemuseräisestä vaikeudesta saada asiakkaille todellisia tarpeita vastaavia palveluita. Toisessa otteessa sosiaalityöntekijä pohtii ikääntyvien toimintakykyä ja jaksamista yleisesti, vaikka jokaisen asiakkaan tilannetta pitäisi arvioida yksilöllisesti. Ammattilaisten tulisi haastateltavien mukaan selvittää asiakkaan yksilölliset voimavarat ja rajoitteet ja arvioida palvelut sen mukaisesti. Molemmissa aineisto-otteissa korostuu yksilöllisen arvioinnin puute tai sen huomiotta jättäminen. Yhteistyön muodostamisessa on haastateltavien mukaan tärkeää, että osapuolet ymmärtävät toisiinsa ja organisaatioihin liittyvät roolit ja vastuut, mutta myös rajoitukset (ks. Cameron ym. 2014). Ikääntyneihin liittyvät ennako-oletukset päihdepalveluissa johtavat siihen, että asiakkaat eivät saa tarvitsemiaan palveluita.

5.5 Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisessa yhteistyössä

Tutkimukseen osallistuneista sosiaalityöntekijöistä kolme työskenteli gerontologisessa sosiaalityössä ja neljä eri terveydenhuollon yksiköissä. Kokemukset omasta roolista moniammatillisessa työskentelyssä vaihtelivat toimipaikan mukaan, mutta eroja tunnistettiin myös toimipaikan sisällä. Erotimme haastatteluista viisi alateemaa kuvaamaan sosiaalityöntekijän roolia: asiakkaan elämäntilanteen kartoittaja ja asiantuntija, palveluiden järjestäjä ja koordinoija, asiakkaan asianajaja, asiakkaan sosiaalisten ongelmien parissa työskentelijä ja kehittäjä.

Lähes kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että asiakkaan elämäntilanteen kartoitus ja asiantuntijuus kuuluivat tärkeimmiksi tehtäviksi sosiaalityöntekijän roolissa. Vaikka terveydenhuollon yksiköissä moniammatillinen työskentely kuuluu päivittäiseen työhön, sosiaalityöntekijät kuvailivat omaa rooliaan hyvin eri tavoin. Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevät sosiaalityöntekijät toivat esille, että omaa roolia moniammatillisessa yhteistyössä on vaikeaa rajata tai kuvata.

H5: Tärkein rooli varmaan on se, että kun keskustellaan siitä sosiaalisesta tilanteesta ja kartoitetaan sitä elämäntilannetta, niin otetaan ne päihteet puheeksi ja kysytään siitä päihteidenkäytöstä.

Yllä olevassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä korostaa, että sosiaalityöntekijän tärkein tehtävä moniammatillisessa tiimissä on asiakkaan sosiaalisen tilanteen kartoittaminen ja päihteidenkäytön puheeksi ottaminen. Tämä kuvastaa sosiaalityön vahvaa asiakaslähtöisyyttä.

Haastateltavien kertoman mukaan päihteitä käytetään usein itsehoitokeinona erilaisiin tunnetiloihin, kuten masennukseen ja ahdistukseen (myös Strand ym. 2022, 10). Interventioissa on siksi oleellista tunnistaa päihteidenkäytön taustalla olevat motiivit (ks. Hoy ym. 2022, 822). Asiakkaan elämäntilanteen laaja-alaisesti tunteva sosiaalityöntekijä pystyy tuomaan moniammatilliseen tiimiin arvokasta tietoa, jota lyhyet vastaanottokäynnit terveydenhuollon piirissä eivät tavoita.

Sosiaalityöntekijän rooli tiedonvälittäjänä asiakkaan ja terveydenhuollon välillä on ratkaiseva oikeanlaisen hoidon järjestämisessä. Haastateltavien mukaan asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu, jossa huomioidaan fyysisen ja psyykkisen lisäksi myös sosiaalinen elämän osa-alue, edellyttää moniammatillista osaamista. Haitallista päihteidenkäyttöä voidaan määritellä monella tapaa, mutta vääjäämättä sillä on vaikutuksia asiakkaan sosiaaliseen elämään. Siksi sosiaalisuuden integroiminen osaksi päihdetyötä on tärkeää (ks. Santala 2011, 29). Yksi haastateltavista totesi, ettei asiakas usein lyhyen terveydenhuollon käynnin aikana kerro päihteidenkäyttönsä taustoja, mutta sosiaalityöntekijä voi tuoda esiin nämä näkökohdat varmistaen, että asiakkaan tarpeet huomioidaan hoidossa. Näin sosiaalityöntekijät auttavat rakentamaan moniammatillista yhteistyötä, jossa asiakkaan tilanne ja tarpeet ymmärretään kokonaisvaltaisesti.

Gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevät sosiaalityöntekijät tunsivat suurta huolta ja vastuuta asiakkaistaan ja kuvasivat työnsä olevan monesti asiakasta kannattelevaa. Avun saaminen päihteitä haitallisesti käyttävälle ikääntyvälle on vaikeaa ja vaatii kekseliäisyyttä, sillä ikääntyville suunnattuja päihdepalveluita ei ole tarjolla.

H4: Se on niin eri asia tavata asiakas siellä terveysaseman toimistossa ja kysellään, että miten menee [***] sosiaalityö tapaa asiakkaat kotona ja näkee sen kodin ja on se roskaämpäri mihin asiakas sylkee sen pahan olon ja me nähdään se ihan eri tavalla siellä ja nähdään miten sitä alkoo kuluu ja miten se vaikuttaa mielenterveyteen ja kaikkeen... tavallaan minusta tuntuu, että liian helposti terveydenhuollon puolella lopetetaan se (hoitosuhde).

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa näkökulmien eroja oman työnsä ja terveydenhuollon välillä. Haastateltavan mukaan sosiaalityön keinoin voidaan luoda syvempi ymmärrys asiakkaan arjesta, sillä sosiaalityöntekijät tapaavat asiakkaan hänen kotonaan ja havainnoivat ympäristöä. Tämä kertoo paljon enemmän asiakkaan elämäntilanteesta, kuin terveysaseman vastaanotolla toteutuvat tapaamiset. Kodin ympäristöstä saadut havainnot auttavat ymmärtämään asiakkaan tarpeita kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisen yhteistyön kannalta tämä rooli tuo tiimiin arvokasta tietoa asiakkaan tilanteesta, jota terveydenhuollon ammattilaiset eivät välttämättä havaitse toimistokäynneillä. Sosiaalityöntekijän osallistuminen moniammatilliseen arviointiin auttaa tunnistamaan asiakkaan tarpeet laaja-alaisesti ja estämään hoitosuhteen liian varhaisen katkeamisen (ks. Metteri 2012).

Palveluiden järjestäminen ja koordinointi nousivat haastatteluissa yhdeksi keskeisimmäksi sosiaalityöntekijän rooliksi moniammatillisessa työskentelyssä. Haastateltavat kertoivat, että palvelujärjestelmän pirstaleisuus vaikeuttaa moniammatillista yhteistyötä ja palveluiden koordinointi koettiin kuuluvan sosiaalityön vastuualueeseen. Terveydenhuollon yksiköissä työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä osa teki terveysosiaalityötä, jolloin oma rooli koettiin palveluita koordinoivaksi. Osa teki sosiaalihuoltolain mukaista sosiaalityötä ja vastasi myös palveluiden järjestämisestä.

Moniammatillinen yhteistyö oli terveydenhuollon yksiköissä työskentelevien haastateltavien kertoman mukaan terveydenhuollossa tehtävää yhteistyötä hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Sairaalassa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden mukaan työ sisälsi lisäksi kartoittavaa ja tietoa välittävää yhteistyötä erikoissairaanhoidon avohoidon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden kanssa. Seuraavassa aineisto-otteessa haastateltava kuvaa omaa rooliaan:

H5: sairaalan sosiaalityössä ei ole semmoista omaa asiakkuutta siinä, että ei ole mitenkään omatyöntekijänä vaan se rooli on koordinoivampi ja silloin sitä (moniammatillista yhteistyötä) sitten tehdään esimerkiksi tuonne mielenterveyspalveluihin tai sitten tietysti ikääntyneiden kohdalla, niin aika paljon sinne kotona asumisen asiakasohjaukseen. [**] ja tuotu esiin sitten siitä esimerkiksi päihteidenkäytöstä johtuvia haittoja ja mimmoista tukea ehkä tarvitsisi ja silleen tuotu näkyville sitä.

Terveysosiaalityötä tekevä sosiaalityöntekijä korostaa edellisessä aineisto-otteessa, että sosiaalityön tehtävät sairaalassa painottuvat palveluiden koordinointiin. Sosiaalityöntekijä toimii linkkinä eri palveluiden välillä. Moniammatillisessa

työskentelyssä se tarkoittaa palveluiden jatkuvuuden varmistamista kotiutumisen yhteydessä. Otteessa painottuu sosiaalityöntekijän näkemys toimia siltana eri ammattiryhmien välillä ja päihteidenkäytöstä aiheutuvien haittojen esiintuominen erityisesti palvelutarpeen näkökulmasta. Moniammatilliseen yhteistyöhön sosiaalityöntekijä tuo näkökulman, joka yhdistää asiakkaan yksilölliset tarpeet ja palvelujärjestelmän mahdollisuudet (ks. Metteri 2012). Tämä edellyttää haastateltavien mukaan työntekijältä hyviä koordinoitaitaitoja sekä asiakkaan tilanteen syvällistä tuntemusta.

Silloin kun asiakas on ohjautunut sairaalahoitoon, hän on sosiaalityöntekijän kertoman mukaan yleensä motivoituneempi päihteettömyyteen tai päihteiden käytön vähentämiseen. Tämä on haastateltavien mukaan otollinen hetki moniammatillisen työskentelyn käynnistämiseksi avohoidossa. Kuten seuraavassa aineisto-otteesta kuvataan, välittäjän ja koordinoijan rooli on tärkeä, jotta kotiutumisen jälkeen moniammatillinen verkosto voi jatkaa asiakkaan kanssa työskentelyä.

H5: se semmoinen välittäjän tai koordinoijan rooli on siinä tosi tärkeä, että saisi jotenkin ehkä johonkin neuvotteluun kutsuttua semmoiset ihmiset, jotka sitten jatkaa ihmisen kanssa työskentelyä. Mä aina oon halunnut kannustaa, että sitä moniammatillista yhteistyötä jatkettaisiin sitten siellä avopuolella... että olisi edes jotkut harvakseltaan tapahtuvat yhteistyötapaamiset. Semmoiset, missä verkosto sitten kokoontuisi.

Kotiutumistilanteet nostettiin esiin myös gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevien haastatteluissa. Asiakkaan kotiutuessa sairaalasta tai lyhytaikaisesta asumispalvelusta sosiaalityöntekijä toivoo moniammatillista yhteistyötä kotiutumiseen liittyvien riskien, haasteiden ja tarvittavien tukitoimien suunnittelemiseksi.

H2: Välillä mä oon miettinyt, että olisi kyllä tosi hyvä, että myös itse osallistuisi niihin palaveriin, missä sitten käydään jonkun tietyn asiakkaan, vaikka kotiuttamisasiaa. Jälkikäteen tulee sellainen fiilis, että hei toi olisi ollut sellainen palaveri missä mun olisi ollut hyvä olla paikalla. Just jos siellä on jotakin... vaikka siihen kotiuttamiseen liittyvää kysymystä tai haastetta tai muuta.

Moniammatillinen työskentely asiakkaan kotiutuessa ei ole sosiaalityöntekijöiden mukaan vakiintunut käytäntö. Sosiaalihuollon palvelut eivät näy terveydenhuollon potilastietojärjestelmässä, ja sosiaalityöntekijän omalle vastuulle jää tiedottaminen omasta roolistaan. Vastaavasti kun asiakas ohjautuu sairaalahoitoon, ei tieto tavoita omatyöntekijänä toimivaa sosiaalityöntekijää. Näin ollen sairaalan ja sosiaalihuollon

väläinen tiedonkulku jää usein epäselväksi ja koordinoimattomaksi. Sairaalasta kotiutuminen tapahtuu haastateltavien kertoman mukaan usein nopealla aikataululla. Tämä voi johtaa tilanteisiin, joissa sosiaalityöntekijä saa tiedon vasta, kun asiakas on jo kotona ilman jatkosuunnitelmaa. Haastattelujen mukaan haitallisesti päihteitä käyttävän ikääntyvän kohdalla se saattaa tarkoittaa, että asiakkaan aikaikkuna ottaa apua vastaan on jo umpeutunut.

Moniammatillisen yhteistyön puute kotiutumisvaiheessa voi estää tarvittavien palveluiden järjestämisen asiakkaalle. Sosiaalityöntekijöiden mukaan vakiintuneiden käytäntöjen puute korostaa heidän rooliaan moniammatillisessa yhteistyössä. Asiantuntijuus asiakkaan sosiaaliseen tilanteeseen liittyvistä tekijöistä on välttämätöntä kotiutumisvaiheen haasteiden ja riskien arvioinnissa. Sosiaalityöntekijät toimivat myös asiakkaan puolestapuhujina ja tiedon välittäjinä eri ammattiryhmien välillä. Tämän koettiin edistävän kokonaisvaltaista kotiutumisen suunnitelmaa.

Sosiaalihuoltolain mukaisten palveluiden järjestäminen kuuluu sosiaalityöntekijöille, mutta osa sosiaalityöntekijöistä koki, ettei yhteistyö terveydenhuollon hierarkkisessa työskentelykulttuurissa ole aina tasa-arvoista. Toisinaan terveydenhuollon ammattilaiset pyrkivät tekemään ratkaisuja asiakkaan palveluiden tarpeesta oman toimintakykyarvionsa perusteella unohtaen asiakkaan elämän sosiaalisen osa-alueen ja sosiaalityön roolin ja vastuualueet moniammatillisessa työskentelyssä. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä tuo kriittisesti esiin lääkärijohteista työskentelytapaa:

H3: kuntoutuskin enimmäkseen... että sekin on sitten semmoista vähän lääkäripainotteista. Lääkäri sanoo, että nyt tää lähtee vieroitukseen, sitten kuntoutukseen ja meillä on se tehtävä sitten tehdä se palvelutarpeen arviointi. Ollaan vähän kritisoitu, että se on lääkärijohteista, että me ollaan vaan täällä kirjureita sitten... toteuttajia.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä korostaa kuntoutusprosessin lääkärikeskeisyyttä, jossa lääkäri ohjaa päätöksenteon, esimerkiksi vieroitukseen ja kuntoutukseen lähettämisen. Sosiaalityöntekijän rooli on kaventunut palvelutarpeen arvioinnin toteuttajaksi, mikä herättää turhautumista ja tunnetta siitä, että sosiaalityön asiantuntijuus ei tule riittävästi hyödynnetyksi. Sosiaalityöntekijät kokevat, että heidän työtään aliarvioidaan ja että he jäävät lähinnä kirjureiksi ja toteuttajiksi sen sijaan, että olisivat aktiivisia osapuolia moniammatillisessa päätöksenteossa. Jos päätökset tehdään yksipuolisesti lääkärin toimesta, jää sosiaalityön näkökulma huomioimatta. Tämä voi

johtaa siihen, että ratkaisut eivät aina vastaa asiakkaan yksilöllisiä tarpeita.

Sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut perustuvat aina palvelutarpeen arviointiin. Useat haastateltavista kertoivat, että lääkärit pyrkivät määräämään esimerkiksi päihdelaitoskuntoutuksesta. Osa sosiaalityöntekijöistä kuitenkin kertoi pitävänsä kiinni omasta roolistaan osana moniammatillista työskentelyä. Pitkään päihdetyötä tehneen sosiaalityöntekijän näkemyksen mukaan sosiaalityön rooli arvioida, hyötyisikö asiakas kevyemmistä päihdeettömyyteen tähtäävistä palveluista korostuu säästöpainneiden alla. Eräs sosiaalityöntekijöistä pohti työskentelyyn kohdistuvia säästöpaineita eettisestä näkökulmasta ja totesi, että työskentely sosiaalityön eettisten arvojen mukaisesti on yhä vaikeampaa.

H7: se on tavallaan huolestuttavaa, että ikäihmiset ei näy näissä hoitopaikoissa. Että just tulee semmoinen ajatus, että jääkö he sitten hoitoa vaille joltain osin? olisi aika naiivia ajatella, että sitä asiakasryhmää ei olisi...kun näitä säästöjä alkaa tulemaan... vähän hirvittää että miten tässä pystyy eettisesti työtä tekemään... niin just tää, että ikääntyvät päihdeongelmaiset on asiakasryhmä, joka ei asioistaan valita. Monesti sanotaan, että no voihan ne sitten valittaa, mutta minusta se on eettisesti väärin sanoa näin.

Edellä sosiaalityöntekijä toi esiin huolensa siitä, että ikääntyvät päihdeongelmaiset eivät näy hoitopaikoissa. Se voi tarkoittaa, että heidän tarpeensa jäävät huomiotta. Tämä kuvastaa palvelujärjestelmän puutteita, erityisesti kun kyseessä ovat vähiten vaativat asiakkaat. Sosiaalityön näkökulmasta tämä vaatii erityistä herkkyyttä tunnistaa ikääntyneiden tarpeet ja puolustaa heidän oikeuttaan palveluihin. Otteessa sosiaalityöntekijä pohtii, kuinka eettisesti kestävä on työskennellä tilanteessa, jossa säästöt vaikuttavat palveluiden saatavuuteen ja asiakkaiden asemaan. Hän tuo esiin, että vastuun siirtäminen asiakkaalle, eli odotus siitä, että asiakas itse valittaa, on eettisesti väärin. Sosiaalityöntekijöiden roolin merkitys erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakasryhmien puolustajina korostuu haastateltavan pohdinnassa.

Yhdeksi sosiaalityöntekijän rooleista määrittyi haastateltavien kokemuksissa asiakkaan asianajaja ja puolesta puhuja sekä oikeuksien puolustaja. Tämä rooli esiintyi useammin gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevien haastatteluisissa. Eräs haastateltava kuvasi työnsä laaja-alaisuutta ja vastuullisuutta asiakkaiden tukemisessa. Sosiaalityöntekijä korostaa monitasoista rooliaan asiakkaan elämäntilanteen ja hyvinvoinnin seuraajana puolestapuhujana ja käytännön avun järjestäjänä.

H4: No jotenkin mä koen, että mun rooli on vähän kaikki. Tällaisen ikääntyneen päihdekäyttäjän kelle ei ole vaikka kotihoitoa tai... Kyllä mulla on huoli siitä asiakkaasta. Tuntuu että mulla on velvollisuus kannatella ja tavata hän tietyn väliajoin, että minä tiedän, että missä kunnossa hän on, missä kunnossa koti on, missä kunnossa hänen terveys on. Ja mun rooli on... usein näitä taloudellisissa asioissa autetaan, mutta rooli on myös aina yrittää saada hänelle niitä apuja sinne kotiin, että ollaan vähän varmaan näitä asianajajia tässäkin asiassa niin sanotusti ja puolestapuhujia.

Sosiaalityöntekijä kokee roolinsa olevan ”vähän kaikki”, mikä viittaa siihen, ettei päihdeongelmaisten ikääntyvien tilanteisiin ole olemassa vakiintuneita tukimuotoja. Sosiaalityöntekijä kantaa huolta asiakkaan tilanteesta kokonaisvaltaisesti. Tämä korostaa sosiaalityön roolia moniammatillisen yhteistyön puutteiden paikkaajana sekä järjestelmän epäkohtien kompensoijana. Haastateltava korostaa rooliaan asiakkaan asianajajana, joka pyrkii järjestämään asiakkaalle kotiin tarvittavat palvelut. Tämä rooli on erityisen tärkeä ikääntyville päihdeikäyttäjille, jotka eivät välttämättä kykene itse hakemaan tai vaatimaan palveluita. Moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta sosiaalityöntekijän tehtävänä on korostaa asiakkaan tarpeita ja vaatia, että nämä tarpeet huomioidaan eri ammattiryhmien työssä.

Otteessa näkyy sosiaalityöntekijän kokemus siitä, että hänen tehtävänsä ovat laaja-alaisia, mutta rajoittuvat monesti asiakkaan tilanteen jatkuvaan selvittämiseen ja käytännön tukitoimien järjestämiseen ilman vakiintunutta tai rakenteellisesti tukevaa moniammatillista työskentelyä. Tämä korostaa tarvetta kehittää yhteistyötä, jossa sosiaalityöntekijän asiantuntemusta ja gerontologista erityisosaamista hyödynnettäisi kokonaisvaltaisemmin.

Ilmoitukset sosiaalihuollon tarpeesta herättivät keskustelua haastateltavien keskuudessa. Vanhuspalvelulain (980/2012) 25 §:n mukaan viranomaisilla on lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle ikääntyneestä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön huolehtimaan itsestään. Sosiaalityöntekijöiden kokemusten mukaan huoli-ilmoituksia tulee omatyöntekijänä toimiville sosiaalityöntekijöille eri viranomaisilta joskus ilman yhteystietoja tai että ilmoituksissa tarjottaisi yhteistyötä asiakkaan auttamiseksi. Tilanteissa, joissa ongelma on selkeästi terveydentilasta johtuva, vastuu siirretään pelkästään sosiaalihuollolle, mikä korostaa yhteistyön puutteita terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Gerontologisessa sosiaalityössä koettiin haastavaksi saada terveydenhuollosta tukea näihin ilmoituksiin, vaikka ne ovat terveydenhuollossa tehtyjä.

Gerontologisen sosiaalityöntekijän rooli on usein epäselvä yhteistyökumppaneille ja viranomaisille. Seuraavassa aineisto-otteessa gerontologisessa sosiaalityössä työskentelevä sosiaalityöntekijä kertoo, että jopa sosiaalihuollon sisällä on epäselvyyttä sosiaalityöntekijän tehtävistä ja vastuista. Se kuvastaa moniammatillisen yhteistyön haasteita ja tiedonkulun puutteita eri ammattiryhmien välillä.

H2: Esimerkki itselle ensihoidolta tulleesta huoli-ilmoituksesta, missä todetaan, että terveydenhuollolla ei tilanteessa ole pakkokeinoja, mutta oletetaan, että sosiaalihuollolla niitä on. Ja kyse on nimenomaan just haitallisesta päihteitä käyttävästä ikääntyneestä ihmisestä. Eikä kyllä sosiaalihuollon sisälläkään välttämättä ole selvyyttä sosiaalityön roolista. Itse oon joutunut perustelemaan omaishoidon työntekijälle, että mikä mun rooli sen asiakkaan tilanteessa on ja siitä huolimatta sieltä kyseenalaistettiin sitä sosiaalityön roolia ja tarvetta.

Edellisessä aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä tuo esiin, miten moniammatillisessa yhteistyössä ilmenee epäselvyyksiä sosiaalityön roolista ja vastuista. Esimerkki ensihoidon tekemästä huoli-ilmoituksesta korostaa oletusta sosiaalihuollon käytössä olevista pakkokeinoista, joita terveydenhuollolla ei ole. Tämän kaltaiset ilmoitukset asettavat sosiaalityöntekijät haastavaan tilanteeseen, sillä sosiaalityöllä ei ole käytettävissään erityisiä "pakkokeinoja". Sosiaalityö perustuu asiakkaan elämänhallinnan tukemiseen ja palvelujen koordinointiin. Etenkin gerontologisessa sosiaalityössä haastateltavat kuvasivat haasteita saada työparia tai edes konsultaatioapua terveydenhuollosta näihin ilmoituksiin.

Gerontologisessa sosiaalityössä asiakkaiden auttaminen nähtiin laaja-alaisena työnä, jota sosiaalityöntekijät eivät osanneet tarkkarajaisesti määritellä. Sosiaalityöntekijät tapaavat asiakkaita säännöllisesti kotikäynneillä ja osallistuvat tarvittaessa myös terveydenhuollon käynneille asiakkaan tukemiseksi. Joidenkin terveydenhuollossa työskentelevien haastateltavien mielestä avohoidon yksiköissä asiakkaiden säännölliset tapaamiset kuuluvat pääasiassa sairaanhoitajille, kun taas sosiaalityöntekijöiden rooli painottui haastatteluissa palveluiden järjestämiseen, taloudellisen tilanteen kartoittamiseen sekä sosiaalisten etuuksien hakemiseen.

Osa terveydenhuollossa työskentelevistä haastateltavista kokivat oman roolinsa laajemmin asiakkaan elämän ongelmissa auttamiseksi silloin, kun asiakas ei itse selviydy arjessaan eikä kykene hakemaan itselleen apua. Haastatteluissa korostui sosiaalityön viimesijainen rooli yhteiskunnassa; sosiaalityöntekijät jatkavat työskentelyä asiakkaiden kanssa silloin, kun muut toimijat ovat jo luopuneet. Seuraavassa aineisto-otteessa

todetaan, että mitä sairaampi ja toimintakyvyttömämpi asiakas on, sitä todennäköisemmin hän jää sosiaalityön vastuulle. Tämä kertoo siitä, että moniammatillisen yhteistyön puutteet johtavat usein tilanteeseen, jossa sosiaalityö järjestelmän turvaverkkona joutuu paikkaamaan järjestelmän epäkohtia yksin.

H7: mitä sairaampi ihminen on niin sitä enemmänhän se tipahtaa kaikista hoitosuhde systeemeistä pois ja sitten ne on meidän vastuulla. Kun eihän ne sitten kykene, kun on niin kipeä, että nehän ei kykene sitten yhtään mihinkään. Sosiaalityö on aina se viimesijainen yhteiskunnassa, että kun joka paikassa tippuu niin meillä ei ole niin, että me luisteltais pois.

Aineisto-ote korostaa erityisesti sairaiden ja toimintakyvyltään heikoimpien asiakkaiden haavoittuvaa asemaa. Nämä asiakasryhmät jäävät helposti näkymättömiksi tai huomiotta palvelujärjestelmässä. Sosiaalityön rooli on tunnistaa ja nostaa erityisesti heikoimmassa asemassa olevien tarpeet näkyviksi. Sosiaalityön rooliksi koettiin moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen heikommassa asemassa olevien asiakkaiden auttamisen helpottumiseksi. Edellinen aineisto-otteen sosiaalityöntekijän kuvaus tuo esiin alan vahvan eettisen perustan: sosiaalityössä ei "luistella pois," vaan kannetaan vastuuta myös silloin, kun muut toimijat ovat vetäytyneet. Tämä kertoo sosiaalityöntekijöiden sitoutumisesta asiakkaidensa oikeuksien ja hyvinvoinnin edistämiseen, vaikka resurssit olisivat rajalliset ja järjestelmän rakenteet haasteelliset.

Osa haastateltavista koki kehittämistyön tärkeäksi osaksi omaa ammatillista rooliaan. Avoimet keskusteluyhteydet yhteistyökumppaneiden kanssa ja moniammatillisen työskentelyn yhteinen reflektointi edistää hyvien työtapojen kehittymistä, kun ymmärrys toisten näkökulmista lisääntyy. Oma aktiivisuus ottaa selvää eri palveluista ja tutustua eri ammattihenkilöihin edistää hyvien yhteistyökäytäntöjen löytymistä. Eräs haastateltavista korosti myös rohkeutta kokeilla uudenlaisia tapoja työskennellä.

H5: tarvitaan myös sitä ruohonjuuritason semmoista toisaalta vähän ehkä innovoivia kokeiluja ja semmoisia että mistä löytyy sitten niitä uusia hyviä tapoja mitä voitaisiin sitten rakenteisiin ehkä vakiinnuttaa. Yksittäisen työntekijän mahdollisuudet vaikuttaa ei välttämättä ole aina niin suuret. Että voi vaatia hirveätä sinnikkyyttä pitää vaikka jotain tärkeätä asiaa, keskustelua siitä yllä toistuvasti. Ja siksi musta ne semmoiset henkilökohtaiset kontaktit ja semmoiset verkostot on tosi tärkeitä, koska ne on niitä, missä sitten voi saada sitä tsemppiä siihen, että jaksaa tehdä sitä asian esillä pitämistä ja jaksaa jotenkin silleen uskoen pienin askelin siihen kehittämiseen.

Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kuvaa sosiaalityön roolia ruohonjuuritason kehittämistyössä. Hän kuvaa kokeilujen ja uusien toimintatapojen rohkeaa kokeilemistä

tärkeänä osana moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, vaikka yksittäisen työntekijän vaikutusmahdollisuudet voivat olla rajalliset ja vaatia sinnikkyyttä. Sinnikkyuden vaatimus heijastaa sosiaalityön perusluonnetta työskennellä järjestelmien sisällä asiakkaiden oikeuksien ja tarpeiden edistämiseksi, vaikka rakenteelliset muutokset tapahtuvat monesti hitaalla aikataululla. Sosiaalityöntekijän kokemus tuo esille, että kehittämistyö alkaa usein käytännön tasolta, mutta sillä voi olla merkittäviä vaikutuksia rakenteiden uudistamiseen.

Otteessa haastateltava korostaa henkilökohtaisia kontakteja sekä verkostojen merkitystä sosiaalityön kehittämisessä. Verkostot voivat tarjota ammattilaiselle tukea ja kannustusta siinä, että sosiaalityöntekijä jaksaa nostaa asioita esille ja uskoa kehittämistyön mahdollisuuksiin pienin askelin. Sosiaalityön kehittävä rooli ei siis rajoitu yksittäiseen toimintaan, vaan edellyttää tiimityötä ja moniammatillista yhteistyötä, joka mahdollistaa uusien toimintamallien syntyminen ja niiden toteutumisen käytännössä. Verkostojen ja henkilökohtaisten kontaktien merkitys korostuu myös siinä, että sosiaalityöntekijät voivat jakaa kehittämistyön taakkaa ja saada ammatillista tukea muutosten edistämiseksi.

Haastateltavien mukaan moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä ryhdytään keskustelemaan usein vasta epäonnistuneiden prosessien jälkeen. Erään haastateltavan mielestä hyvien kokemusten reflektointi olisi epäonnistumisten rinnalla tärkeää ja hedelmällistä. Positiivisen palautteen koettiin vaikuttavan työntekijöiden asenteisiin ja työssä jaksamiseen, mutta myös ammattihenkilöiden halukkuuteen työskennellä moniammatillisesti.

Sosiaalinen raportointi on haastateltavien kertoman mukaan yksi sosiaalityön työväline tuottaa tietoa palvelujärjestelmään liittyvistä epäkohdista (ks. myös Rajala ym. 2024). Kaksi haastateltavista kertoi tehneensä sosiaalisen raportin monialaisen yhteistyön vaikeudesta sosiaalityön näkökulmasta. Alla olevassa aineistositaatissa sosiaalityöntekijä kertoo tekevänsä sosiaalisia raportointeja epäkohtien esiin tuomiseksi. Sosiaalinen raportointi mainittiin kehittäjän rooliin kuuluvana myös gerontologisessa sosiaalityössä.

H7: just nääkin, että kun sosiaalipuolella tulee näitä huoli-ilmoituksia silleen, että joku on aivan psykoosissa jossain ja sitten tulee meille huoli-ilmoitus...No mä oon laittanut varmaan kaksi kertaa sinne sosiaaliseen raportointiin, että tehkää nyt tälle asialle jotain. No munhan on helppo, jos ne tulee mun asiakkaasta, jolla on poliklinikan hoitosuhde. Mä vaan laitan hoitajalle viestin.

Sosiaalityöntekijä kuvaa edellä sosiaalisten raporttien tekemistä keinona nostaa rakenteellisia ongelmia esiin. Sosiaalityöntekijä tuo esiin, että hänen työssään ilmoituksen käsittely on huomattavasti helpompaa, jos kyseessä on asiakas, jolla on jo hoitosuhde ja omahoitaja, johon voi olla yhteydessä. Kuitenkin tilanteissa, joissa hoitosuhdetta ei ole, vastuu jää sosiaalihuollolle ilman selkeää yhteistyötä terveydenhuollon kanssa. Tämä kuvastaa tiedonkulun ja vastuunjaon haasteita, jotka voivat hidastaa asiakkaan tilanteen ratkaisemista (myös Rajala ym. 2024). Sosiaalityöntekijä näkee oman roolinsa paitsi asiakkaiden auttajana myös rakenteellisten epäkohtien esille tuojana, vaikka vaikutusmahdollisuudet tuntuisivat vähäisiltä.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkielmamme tavoitteena on ollut selvittää, millaisten tekijöiden sosiaalityöntekijät kokivat vaikuttavan moniammatilliseen yhteistyöhön joko edistävästi tai estävästi haitallisesti päihteitä käyttävän ikääntyvän asiakkuusprosesseissa ja millaiseksi sosiaalityöntekijät kokivat oman roolinsa osana yhteistyötä. Haastattelimme tutkielmaamme varten seitsemää sosiaalityöntekijää, joista osa työskentelee terveydenhuollon yksiköissä ja osa gerontologisessa sosiaalityössä. Sosiaalityöntekijöiden näkemykset moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä sekä omasta roolistaan vaihtelivat toimintayksikön sekä omien käsitysten ja kokemusten mukaan, mutta myös yhteneväisiä näkemyksiä tunnistettiin.

6.1 Tutkimustulosten yhteenveto

Haastateltavien kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä painottuivat sosiaali- ja terveydenhuollon välisiin käytäntöihin, vaikka sosiaalityöntekijät kuvasivat haastatteluissa moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä myös muiden sidosryhmien kanssa. Haastateltavien kokemukset yhteistyöstä vaihtelivat sen mukaan, missä toimipisteissä he työskentelivät. Tunnistimme sosiaalityöntekijöiden haastatteluista palvelujärjestelmään, työskentelyn näkökulmiin, persoonallisiin tekijöihin sekä työkäytäntöihin liittyviä tekijöitä, joiden määriteltiin joko edistävän tai estävän moniammatillista yhteistyötä.

Ikääntyvät asiakkaat käyttävät paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, ja päihdeongelmista kärsiviä ikääntyviä kohdataan palvelujärjestelmän eri osissa (esim. Emiliussen ym. 2017). Sosiaalityöntekijöiden mukaan ikääntyvät jäävät usein ilman moniammatillista osaamista vaativia päihdepalveluita. Palveluiden pirstaleisuus ja asiakkaiden monimuotoiset ongelmat vaikeuttavat moniammatillista yhteistyötä. Ikääntyvät asiakkaat ohjautuvat yleensä ikääntyvien palveluihin, ja yhteistyön rakenteet organisaatorajojen yli koettiin puutteellisiksi. Sosiaalityöntekijät toivoivat sujuvampaa yhteistyötä terveydenhuollon kanssa sekä kotiin vietäviä päihdepalveluita ikääntyville. Moniammatillisen yhteistyön haasteet näyttäisivät liittyvän myös tiedon hallintaan ja puutteelliseen tietoon toisten työstä. Asiakkaan ”pallottelu luukulta toiselle” ja oman vastualueen ulkopuolelle rajaaminen voivat liittyä oletukseen, jonka mukaan asiakkaan asia hoituu toisessa toimintayksikössä.

Päihteiden käyttö on lisääntynyt ikääntyvän väestön keskuudessa ja ikääntyvien määrä kasvaa suurten ikäluokkien vanhetessa (esim. Hoy ym. 2021; Tigerstedt ym. 2020). Oma tutkimuksemme vahvisti aiempia tutkimustuloksia (esim. Tevik 2024; Emiliussen ym. 2017) siitä, että ikääntyvät päihteitä käyttävät ovat päihdepalveluissa näkymätön asiakasryhmä. Sosiaalityöntekijöiden mukaan palveluissa on edelleen ikäsyryviä käytäntöjä. Aiempi tutkimuskirjallisuus (esim. Karlsson & Gunnarsson 2018) tukee haastateltavien käsitystä siitä, että yleisesti ajatellaan, etteivät ikääntyneet hyödy päihdepalveluista.

Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että ikääntymisen myötä tulevat erityistarpeet ja asiakkaan elämänhistoria pitäisi huomioida palveluissa. Ikääntyvien päihteidenkäyttö voi olla seuraus jostakin hyvinvointia horjuttavasta tekijästä, johon puuttumalla päihdeongelman pahenemista voitaisiin ehkäistä. Juomisen motiivina on usein selviytyminen vaikeasta elämäntilanteesta, kivusta tai surusta (esim. Wadd & Galvani 2014; Emiliussen ym. 2017), jotka aiheuttavat ikääntyvälle inhimillistä kärsimystä. Ikääntyvillä voi olla runsaasta päihteidenkäytöstä aiheutuneita ongelmia monella elämän osa-alueella, ja ongelmien pahenemiselta olisi voitu välttyä varhaisemmilla interventioilla. Riippumatta siitä, onko päihteidenkäyttö syy ongelmiin vai niiden seuraus, ikääntyvillä tulisi sosiaalityöntekijöiden mukaan olla oikeus saada tarpeitaan vastaavaa apua.

Sosiaalityöntekijöiden kokemusten perusteella moniammatillista yhteistyötä haastaa sekä yksilö- että yhteiskunnan tasolla ikääntyviin liittyvät asenteet ja ennako-oletukset. Ikääntyvät ovat asiakasryhmänä tässä ajassa hyvin erilainen, kuin mitä se on ollut muutamia vuosikymmeniä taaksepäin. Ikääntyvien palveluissa painopiste on kuitenkin edelleen hoivan järjestämisessä ja itsenäisen asumisen mahdollistamisessa (Olaison & Donnelly 2022; Pohjola ym. 2019.)

Ikääntyvien päihdeongelmat ovat lisääntyneet, kun päihteidenkäytöstä on tullut osa normaalimpaa elämää myös ikääntyvien keskuudessa (esim. Tigerstedt ym. 2020; Karlsson & Gunnarsson 2018). Tätä ei kuitenkaan ole ikääntyvien palveluissa huomioitu. Sosiaalityöntekijät toivat haastatteluissa esiin, että gerontologisen sosiaalityön asiakkaista valtaosalla on vakavaksi luokiteltava päihdeongelma, mutta pelkästään gerontologisen sosiaalityön keinoin he eivät saa tarpeitaan vastaavaa apua. Haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien parissa työskentelyssä tarvitaan usean eri

ammattiryhmän erityisosaamista. Haastateltavat korostivat, ettei päihdeongelmaa voida hoitaa irrallisena asiakkaan muusta elämästä.

Sosiaalityöntekijät kuvasivat olevansa asiakkaan elämän asiantuntijoita. Sosiaalisten ongelmien synnyssä ja päihteiden käytön motiivien ymmärtämisessä voidaan hyödyntää tätä tietoperustaa, mutta päihdeongelman hoidossa tarvitaan kaikkien haastateltavien mielestä lisäksi päihteidenkäyttöön liittyvää erityisosaamista sekä sosiaali- että terveydenhuollon osalta. Sosiaalityöntekijät eivät koe pystyvänsä yksin auttamaan päihdeongelmaista asiakasta ilman terveydenhuoltoa. Kun ikääntyvät eivät saa apua päihdeongelmaansa, vaan asiakasta yritetään kannatella kotiin annettavilla hoivapalveluilla ja sosiaalityön tuella, mahdollistetaan asiakkaan päihteiden käytön jatkuminen ja kotiinsa eristäytyminen. Kotiin vietävien palveluiden sijaan tai lisäksi asiakkaan päihteiden käytön lopettamiseen tai vähentämiseen tähtäävissä palveluissa tulisi kiinnittää huomiota elämän merkityksellisyyttä lisääviin tekijöihin sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitoon (ks. Bahl ym. 2023b; Wangensteen ym. 2022). Ikääntyvillä tulisi olla oikeus haastateltavien näkemyksen mukaan myös lääketieteelliseen ja terapeutiseen apuun päihteiden käytön lopettamisen tukena.

Tutkimuksellamme tuotettu tieto ei ole sellaisenaan yleistettävissä, vaan se esittelee valitsemamme hyvinvointialueen sosiaalityöntekijöiden kokemuskäsitteitä moniammatillisesta yhteistyöstä päihdeongelmista kärsivien ikääntyvien parissa työskentelyyn. Tuloksemme moniammatillisen yhteistyön edistävästä tai estävästä tekijöistä tukevat aiempia tutkimustuloksia (esim. Isoherranen 2012; Cameron ym. 2014; Giles 2016) yhteistyön käytännöistä. Näin ollen niistä voidaan tehdä joitakin yleistäviä päätelmiä, joita pystytään hyödyntämään haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosessien kehittämisessä.

Ikäerityisyyden huomiotta jättäminen päihdepalveluissa kertoo yhteiskuntamme asenteista ikääntyviä kohtaan. Mielensterveys- ja päihdepalvelut ovat saaneet viime vuosina paljon kritiikkiä osakseen, eikä keskusteluissa ole edes mainittu ikääntyviä. Hallituksen tekemien, järjestötoimintaan kohdistuvien leikkausten myötä mielensterveys- ja päihdepalveluiden kriisi tulee todennäköisesti laajenemaan entisestään. Olisi kaikesta huolimatta tärkeää huomioida keskustelussa myös ikääntynyt väestö, joka tulee kuormittamaan yhä enemmän sairaalan päivystys- ja akuuttiosastoja, mikäli he eivät saa varhaisempaa tukea päihdeongelmansa hoitoon.

6.2 Tutkimusprosessi

Sosiaalityön tutkimukselle on tyypillistä valita aiheita, joilla tuodaan esille yhteiskunnan heikommassa asemassa olevien tilanteita tai tiettyjä ilmiöitä. Tämä toteutui myös omalla kohdallamme, ja tutkimusaiheemme valikoitui työelämäkokemustemme pohjalta. Teimme pro gradu -tutkielman parityönä. Tämä vaikutti tutkimusprosessin kulkuun eri tavoin ja toi mukanaan sekä mahdollisuuksia että haasteita. Ennen tutkielmanprosessin aloittamista kävimme paljon keskustelua aiheen valinnasta. Halusimme löytää tutkimusaiheen, jonka molemmat kokisivat kiinnostavana ja mielekkäänä. Aiheen rajaamiseen liittyen vaihdoimme ajatuksia, jotta saimme uusia näkökulmia tutkimuksen kohdentamiseen. Koska teimme tutkimusta päivätyön ohessa, olivat aikatauluttaminen sekä työnjako keskeisiä tekijöitä prosessin onnistumiselle. Laadimme jo alkuvaiheessa aikataulusuunnitelman, jota pyrimme noudattamaan läpi tutkimusprosessin. Pidimme säännöllisiä viikoittaisia tapaamisia, joiden välillä kumpikin sai itsenäisesti työstää ennalta sovittuja teemoja omien aikataulujensa puitteissa. Tutkimusprosessi ei aina edennyt tasaisesti ja välille osui myös ajanjaksoja, jolloin työ ei tuntunut edistyvän juuri lainkaan. Näissä tilanteissa parityöskentelystä oli huomattavaa etua, sillä saimme kannustettua toisiamme jatkamaan työskentelyä ja pitäytymään suunnitellussa aikataulussa.

Haastateltavien rekrytoiminen osoittautui melko helpoksi, ja haastateltavat kokivat tutkimusaiheemme tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Haastattelujen sovittaminen omiin sekä haastateltavien aikatauluihin työelämän kiireiden keskellä oli haasteellista. Hyödynsimme parityöskentelyä aineiston keräämisessä jakamalla vastuuta haastattelujen toteuttamisessa sekä niiden litteroimisessa. Aineiston analyysivaiheessa reflektioimme aineistosta heränneitä ajatuksiamme palvelujärjestelmän puutteista ja palveluiden saavutettavuuden epätasa-arvoisuudesta. Näin pystyimme varmistamaan, etteivät meissä heränneet tunteet vaikuttaneet tutkimukseemme. Hyödynsimme aktiivista parityöskentelyä myös tulosten jäsentämisessä, jonka koimme paikoittain haastavaksi teemojen linkittyessä toisiinsa. Kahden tutkijan näkökulmien hyödyntäminen rikastutti aineiston analyysiä ja auttoi välttämään omien oletusten ohjaamaa tulkintaa. Parityöskentely antoi myös mahdollisuuden reflektoida aihetta monipuolisesti tutkimuksen eri vaiheissa.

Tutkimusprosessimme on ollut antoisa ja opettavainen matka, jossa olemme syventäneet ymmärrystämme moniammatillisen yhteistyön merkityksestä sekä tutkijan roolista ilmiöiden jäsentäjänä. Tutkimustulokset vahvistivat ennakkokäsityksiämme, mutta siitä huolimatta gerontologisen sosiaalityön suuri päihdeongelmaisten asiakkaiden määrä yllätti. Onnistuimme mielestämme vastaamaan tutkimuskysymyksiimme sekä tuomaan esille palvelujärjestelmään sekä asiakasryhmän tuen tarpeisiin vastaamiseen liittyviä puutteita ja kehittämiskohteita.

Moniammatillisen yhteistyön tarve korostuu entisestään, kun työskentelyä pitää tehostaa nykyisillä tai entistä pienemmillä resursseilla. Palveluiden uudelleen organisointi tarjoaa mahdollisuuden löytää uusia ja tehokkaampia yhteistyöskentelyn malleja, jotka pystyvät paremmin vastaamaan koko väestön palvelun tarpeeseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön kehittämiseksi on välttämätöntä saada lisää tutkimustietoa erilaisista moniammatillisen yhteistyön muodoista ja niiden vaikuttavuudesta käytännön työssä.

Helsingin ja Lapin yliopistoilla on käynnissä yhteinen tutkimushanke IKÄPÄ (Zechner ym. 2024), joka tarkastelee ikääntyvien päihteiden käyttöä ja palvelutarpeita. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tutkimustietoa päihdeinterventioista, jotka huomioivat erityisesti ikääntyvien tarpeet. Moniammatillisuuden näkökulmasta jatkotutkimukset voisivat keskittyä tarkastelemaan, miten ja millaisilla yhteistyön työskentelymalleilla voitaisiin lisätä synergiaa ja millaiset moniammatilliset interventiot ovat vaikuttavimpia tukemaan ikääntyvien päihteidenkäyttäjien hyvinvointia. Lisäksi tutkimustieto ikääntyvien omista kokemuksista ja mielipiteistä päihdepalveluista tarjoaisi arvokasta tietoa palveluiden kehittämisen lähtökohdiksi. Asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä tarkasteleva tutkimus auttaisi luomaan asiakaslähtöisiä ja tehokkaita toimintamalleja, joilla pystyttäisiin parantamaan ikääntyneiden palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta.

Lähteet

- Aaltio, I. & Puusa, A. 2020. Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. 169–180.
- Arajärvi, M., Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Toikko, T. 2020. Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus nuorisopsykiatrian moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä. *Janus*, 28(4). 357–373.
- Arajärvi, M. 2024. Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus moniammatillisessa yhteistyössä psykiatrian avohoidossa. Artikkeliväitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Joensuu: Punamusta Oy. <https://erepo.uef.fi/server/api/core/bitstreams/565bfd7f-6ef6-444b-ab39-7724672014af/content>.
- Bahl, N. K., Nafstad, H. E., Blakar, R. M., Øversveen, E., Brodahl, M., Ness, O. & Prillertensky, I. 2023a. How older adults recovering from substance use problems experience mattering. *Health Services Research*, 23:1453. 1–18. doi: 10.1080/17482631.2023.2190200.
- Bahl, N. K., Øversveen, E., Brodahl, M., Nafstad, H. E., Blakar, R. M., Landheim, A. S. & Tømmervik, K. 2023b. Multiple psychological senses of community and community influences on personal recovery processes from substance use problems in later life: a collaborative and deductive reflexive thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 18(1). 1–23. doi: 10.1186/s12913-023-10413-x.
- Bronstein, L. 2002. Index of interdisciplinary collaboration. *Social work research*, 26(2). 113 – 126. <https://doi.org/10.1093/swr/26.2.113>.
- Bronstein, L. 2003. A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3). 297 – 306. doi:10.1093/sw/48.3.297
- Bronstein, L. & Mellin, E. & Iachini, A. 2018. A Model for Interprofessional Collaboration. Teoksessa Iachini, A. & Bronstein, L. & Mellin, E. (toim.) A guide for interprofessional collaboration. Alexandria, Virginia: CSWE Press. 23–32.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L. & Coomber, C. 2014. Factors that promote and hinder joint and integrated work between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the Community*, 22(3). 255–233. doi:10.1111/hsc.12057
- Cimarolli, V., Burack, O., Poole-Dayana, G., Liu, I., Samaroo, S. & Bondy, M. 2018. An evaluation of a Geriatric Substance Abuse Recovery Program in post-acute care of a skilled nursing facility. *Educational Gerontology*, 44(1). 28–39. doi: 10.1080/03601277.2017.1388961.
- Cooper, L. 2012. Combined Motivational Interviewing and Cognitive–Behavioral Therapy with Older Adult Drug and Alcohol Abusers. *Health & social work*, 37(3). 173 – 179. doi: 10.1093/hsw/hls023.
- Coyle, C. E., & Dugan, E. 2012. Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8). 1346–1363.
- De Graaf, L., Janssen, M., Roelofs, T., Luijkx, K. 2023. Substance use and misuse of older adults living in residential care facilities: a scoping review from a person-centred care approach. *Ageing and society*, 43(6). 1457–1483. doi:10.1017/S0144686X21001215.

- Duncan, P. M. 2020. Substance use disorders: A biopsychosocial perspective. Cambridge: University Press. doi:10.1017/9781139025515.
- Emiliussen, J., Andersen, K. & Nielsen, A. S. 2017. Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an Interpretative Phenomenological Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4). 974–983. doi: 10.1111/scs.12421.
- EOAK/3992/2023. Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen ratkaisu Etelä-Karjalan hyvinvointialueen tarkastuskäynnistä 16.4.2024.
- Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. 2018. Teemahaastattelu: Lyhyt selviytymisopas. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 26–44.
- European Commission. 2021. Green Paper on Ageing. Fostering solidary and responsibility between generations. https://commission.europa.eu/system/files/202106/green_paper_ageing_2021_en.pdf. (viitattu 3.10.2024)
- Farmer, A., Wang, Y., Borys, S. & Hallcom, D. 2022. Social Isolation Profiles and Older Adult Substance Use: A Latent Profile Analysis. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 77(5). 919 – 929. doi:10.1093/geronb/gbab078.
- Galvani, S. 2007. Refusing to listen: Are we failing the needs of people with alcohol and drug problems? *Social Work Education*, 26(7). 697–707. doi:10.1080/02615470601129891.
- Giles, R. 2016. Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 28(1), 25-33. doi:10.11157/anzswj-vol28iss1id113.
- Hakala, J. 2024. Laadullisen tutkimuksen ABC: Menetelmäopas opinnäytteen tekijälle. Helsinki: Gaudeamus.
- HE160/2012. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista sekä laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kumoamisesta.
- Heim, D., Monk, R. L. & Quereshi, A W. 2021. An examination of the extend to which drinking motives and problem alcohol consumption vary as a function of deprivation, gender and age. *Drug and Alcohol Review*, 40(5). 817 – 825. doi: 10.1111/dar.13221.
- Hoy, N., Newton, N., Kochan, N. Sunderland, M., Baillie, A. Chapman, C. Winter, V. Sachdev, P., Teesson, M. & Mewton, L. 2022. Rethinking My Drink: study protocol for a 12-month randomised controlled tria comparing a brief internet-delivered intervention to an online patient information booklet in reducing risky alcohol consumption among older adults in Australia. *Addiction* ,117(3). 815–825. doi:10.1111/add.15672.
- Huhtinen, A.-M. & Tuominen, J. 2020. Fenomenologia. Ihmisten kokemukset tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus. 296–307.
- Hujala, A. & Taskinen, H. & Oksman, E. & Kuronen, R. & Karttunen, A. & Lammintakanen, J. 2019. Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(5–6). 592–600.

- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Unigrafia. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bdb96457-8b02-4488-bd0a-2a08a3d20a03/content>.
- Johannessen, A., Engedal, K. & Helvik, A-S. 2015. Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015:29. 325–332. doi: 10.1111/scs.12166.
- Karlsson L. B. & Gunnarsson E. 2018. Squalor, chaos and feelings of disgust: care workers talk about older people with alcohol problems. *Ageing & society*, 38(8). 1624–1644. doi:10.1017/S0144686X17000228.
- Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus, 15–46.
- Kievišienė, J. 2024. Exploring Lithuanian social workers' attitudes towards individuals with alcohol usage problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 41(1). 75–96. doi: 10.1177/14550725231202070.
- Kinni, R.-L. 2014. Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen. Kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 92. <https://erepo.uef.fi/server/api/core/bitstreams/a957cac1-3d70-4b0a-baaf-f08b2948e04d/content>.
- Kinni, R.-L., Rossi, E., Zechner, M., Tiilikainen, E., Seppänen, M., Skaffari, P., Soukiala, T., Ruotsalainen, S., Peiponen, J., Pietilä, I., Niemi, M. & Korpelainen, A. 2023. Gerontologisen sosiaalityön osaamista tarvitaan – tuloksia GERIT-hankkeesta. *Gerontologia*, 37(3). 281–288.
- Kivipelto, M. & Matthies, A.-L. 2024. What enables 'real social work' in adult social work? Examining mechanism-based explanations. *European Social Work Research*. doi:10.1332/27551768Y2024D000000009.
- Klausen S. H., Engelsen, S., Christiansen, R. & Emiliussen, J. 2020. Elderly Well-Being and Alcohol: A Tricky Cocktail. *International Journal of Qualitative Methods*, 2020 (19). 1–8. doi: 10.1177/1609406920931687.
- Kotovirta, E., Markkula, J., Pajula, M., Paavola, M., Honkanen, R. & Tuominen, I. Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17.
- Kuussaari, K., Tigerstedt, C. & Vilko, A. 2021. 55 vuotta täyttäneet päihteiden käyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Teoksessa Kaukonen, O. & Kuussaari, K. (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 56–71.
- Laapio, M.-L. 2014. Ikääntynyt päihteidenkäyttäjä aktiivisen ikääntymispolitiikan Euroopassa *SuchtMagazin* -lehden artikkeleissa. Teoksessa Laapio, M.-L. & Hänninen, K. Kaikki hyvin kotona? Ikääntyneiden arjen hallinta tuetun asumisen yksiköissä. *Sininauha-julkaisut*. Sininauhaliitto. 68–100.
- Laine, T. 2015. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli, R. & Aaltola J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä. 29–51.

- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 29.6.2021/612.
- Lehtomaa, M. 2011. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärrys. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 163–194.
- Linden, M. 1999. Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Helsinki. Stakes.
- Lumme-Sandt, K. & Nikander P. & Pietilä, I. & Vakimo, S. 2020. Ikäkäsitykset päätöksenteon taustalla. *Gerontologia*, 34 (4). 358–361.
- Martin, R. 2013. *Teamworking skills for social workers*. Maidenhead: McGraw-Hill education.
- Metsämuuronen, J. 2006. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 149–213.
- Metteri, A. 2012. Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Tampere university press. Tampere. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66973/978-951-44-8956-3.pdf>.
- Metteri, A. 2014. Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.). *Terveys ja sosiaalityö*. PS-kustannus. Juva. 296–328.
- Morgan, M. & Brosi, M. W. 2011. Restorying Older Adults' Narratives About Self and Substance Abuse. *American Journal of Family Therapy*, 35(5). 444–455. doi: 10.1080/01926187.2011.560784.
- Myller, T. 2024. Geronomien ja gerontologisten sosiaalityöntekijöiden osaamiskäsityksiä: ”Molempia tarvitaan”. *Gerontologia*, 38(4). 350–357. doi:10.23989/gerontologia.147785.
- Mäkelä, P. & Härkönen, J. 2017. Suomalaisten alkoholinkulutus on vähentynyt. Keiden ja millainen kulutus. *Yhteiskuntapolitiikka*, 82(5). 513–526.
- Mönkkönen, K. 2007. *Vuorovaikutus Dialoginen asiakastyö*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019a. Johdanto. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Tallinna: Gaudeamus. 7–14.
- Mönkkönen, K., Kekoni, T., Jaakola, A-M., Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen, A. 2019b. Kohti monitoimijaista kehittämistä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Tallinna: Gaudeamus. 112–148.
- Niemelä, P. 1985. Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Sosiaalityöntekijän liitto ry.
- Niemi, M., Soukiala, T., Rossi, E., Hirvonen, J., Ruotsalainen, S., Korpelainen, A., Kinni, R-L., Skaffari, P., Pietilä, I., Tiilikainen, E., Zechner, M. & Seppänen, M. 2021. Gerontologinen sosiaalityö erityisen tuen tarpeisiin vastaamassa. *Gerontologia*, 35(2). 204–209.

- Olaison, A. & Donnelly, S. 2022. Assessment, care planning and decision making. Teoksessa Torres, S. & Donnelly, S. (toim.) *Critical Gerontology for Social Workers*. Bristol: Policy Press. 115–129.
- Palveluvalikoima. 2020. Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. Osa 1: alkoholiriippuvuus. <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus>.
- Perttula, J. 2011. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa: Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. 4. painos. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 115–162.
- Pohjola, A. 2014. Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa Pohjola, A., Laitinen, M. & Seppänen, M. (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014*. EU: UNIpress, 16–36.
- Pohjola, A., Kemppainen, T., Niskala, A. & Peronius, N. 2019. Murroksen ajan sosiaalityö paikkaansa jäsentämässä. Teoksessa Pohjola, A., Kemppainen, T., Niskala, A. & Peronius, N. (toim.) *Yhteiskunnallisen asemansa ottava sosiaalityö*. Tampere: Vastapaino. 11–20.
- Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus. 173–202.
- Rajala, T., Lähteenmäki, L. & Kallio J. 2024. Sosiaalinen raportointi rakenteellisen sosiaalityön tiedon tuottajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 89(3). 217–229.
- Rauhala, L. 1993. Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rauhala, P.-L. & Virokannas, E. 2011. Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Pehkonen, A. & Väänänen-Fomin, M. (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Jyväskylä: PS-kustannus. 235–255.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2020. *Tutkimuksen voimasanat*. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Rossi, E. 2021. Osista muodostuva kokonaisuus – kuvaus gerontologisesta sosiaalityöstä, sen käytännöistä ja niiden tutkimisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto. Rovaniemi: Acta electronica Universitatis Lapponiensis nro 310.
- Rossi, E., Zechner, M., Tiilikainen, E., Pietilä, I., Seppänen, M. Kinni, R., Skaffari, P., Ruotsalainen, S., Soukiala, T., Hirvonen, J., Niemi, M. & Korpelainen, A. 2022. Gerontologinen sosiaalityö etsii paikkaansa muuttuvassa palvelujärjestelmässä. *Yhteiskuntapolitiikka*, 87(5–6). 579–584. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145549/YP22056_Rossiym.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santala, J. 2011. Sosiaalipedagoginen sosiaalityö päihdetyössä. *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja* 12: 27–41. doi:10.30675/sa.121781.
- Sarja, A. n.d. Jaettu asiantuntijuus vuorovaikutustyössä. Jyväskylän yliopisto. 91–98.
- Saukkonen, A. 2023. *Alkoholinkäytön riskirajat*. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholinkayton-riskirajat/>.
- Siekinen, K. 2010. Syvähaastattelu. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* 1. 3.uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus. 45–60.

- Smith, J. A. & Osborn, M. 2003. Interpretative phenomenological analysis. Teoksessa J. A. Smith (toim.) *Qualitative psychology: A Practical guide to research methods*. London. Sage Publications. 51–80.
- Smith, J. A., Flower, P., & Larkin, M. 2009. *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Lontoo: SAGE.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf?sequence=4&isAllowed=y. (viitattu 29.11.2024.)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023. Hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2020–2023. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:9. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164660/STM_2023_9.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (viitattu 30.9.2024.)
- Squires, V. 2023. *Interpretative Phenomenological Analysis*. Teoksessa Walker, K. D., Tunison, S. & Mola Okoko, J. (toim.) *Varieties of qualitative reserch methods: selected contextual perspectives*. Cham, Switzerland: Springer. 269–274.
- Strand, T., Aho, K. & Rapeli, S. 2022. Puheeksiotto on ajan antamista ikääntyvälle. Miten puhua ikääntyneen kanssa päihteiden käytöstä, tupakka- tai nikotiinituotteista ja rahapelaamisesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 1/2022. Helsinki: PunaMusta Oy.
- Suomen lääkäriliitto. 2021. Potilaan päihdeongelma. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/mielenterveys-paihde-ja-muistisairaat-potilaat/potilaan-paihdeongelma/>. (viitattu 3.2.2025.)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2024. Päihde- ja riippuvuuspalvelut. <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/>. (viitattu 29.10.2024.)
- Tevik, K., Skråstad R. B., Benth J. S., Selbæk G., Bergh S, Eldholm R. S., Krokstad, S. & Helvik A.-S. 2024. Prevalence and change in alcohol consumption in older adults over time, assessed with self-report and Phosphatidylethanol 16:0/18:1 — The HUNT Study. *PLoS ONE*, 19(5). doi:10.1371/0304714.
- Tietosuojavaltuutetun toimisto. n.d. Erityisten henkilötietoryhmien käsittely. <https://tietosuoja.fi/erityisten-henkilotietoryhmien-kasittely>. (viitattu 6.1.2025)
- Tigerstedt, C., Härkönen, J., Mäkelä, P., Parikka, S. & Vilkkö A. 2020. Drinking patterns among Finns aged 60 years and over from the 1990s onwards. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(5). 470–480. doi: 10.1177/1455072520954334.
- Toivonen, M. 2018. Asiantuntijatyötä vai toisarvoista puuhastelua? Ei-legitiimi työ ja sen yhteydet hyvinvointiin asiantuntijatyössä. *Työelämän tutkimus*, 16(1). 19–32.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja* 3/2019.
- Tökkäri, V. 2018. Fenomenologisen, Hermeneuttis-fenomenologisen ja narratiivisen kokemuksen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Toikkanen, J. & Virtanen, I A. (toim.) *Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö*. Rovaniemi: Lapland university press. 64–84.

- Vaininen, S. 2011. Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66803/978-951-44-8591-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Van den Bulck, F. A. E., Knijff, R., Crutzen, R., van de Mhen, D., Bovens, R., Stutterheim, S., van de Goor, I. & Rozema, A. D. 2024. Professionals' perspectives on interventions to reduce problematic alcohol use in older adults: a realist evaluation of working elements. *BJM open*, 14(4). 1–12. doi:10.1136/bmjopen-2023-077851.
- Vesa, E., Orjasniemi, T. & Skaffari, P. 2017. Ikääntyvien päihdeongelmaisten naisten tuen tarpeet ja kotiin jalkautuvan päihdetyön mallin kehittäminen. *Gerontologia*, 31(1). 23 – 37.
- Vicary, S. & Ferguson, G. 2024. Social work using interpretative phenomenological analysis: a methodological approach for practice and research. Maidenhead. Open University Press.
- Vilkko, A., Finne-Soveri, H., Sohlman, B., Noro, A. & Jokinen S. 2013. Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö ja omaisen hoitovastuu. Teoksessa Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 63–77.
- Wadd, S. & Galvani S. 2014. Working with Older People with Alcohol Problems: Insight from Specialist Substance Misuse Professionals and their Service Users. *Social Work Education*, 33(5). 656 – 669. doi: 10.1080/02615479.2014.919076.
- Wangensteen, T. & Hystad, J. 2022. Trust and collaboration between patients and staff in SUD treatment: A qualitative study of patients' reflections on inpatient SUD treatment four years after discharge. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 39(4) 418–436. doi: 10.1177/14550725221082366.
- Yliruka, L., Heinonen, J., Satka, M., Metteri, A. & Alatalo, T. 2019. Terveys- ja sosiaalityö näkyväksi. Terveys- ja sosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca. Soccan työpapereita 2019:1. Helsingin yliopisto.
- Zechner, M., Virokannas, E., Kankkonen, H., Härkönen, J., Kaitala, I., Karttunen, T., Rossi, E. & Leppo, A. 2024. Päihteiden käyttö ja palvelutarpeet vanhuudessa – Kohti gerontologisen päihdesosiaalityön mallia (IKÄPÄ). *Gerontologia*, 38(1). 92–96.

Liite 1.

PYYNTÖ OSALLISTUA PRO GRADU -TUTKIMUKSEEN

Moniammatillinen yhteistyö haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa sosiaalityöntekijöiden kokemana

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tarkastella sosiaalityöntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa. Pyydämme sinua osallistumaan tutkimukseen, koska työskentelet sosiaalityöntekijänä ja kohtaat työssäsi mahdollisesti haitallisesti päihteitä käyttäviä ikääntyviä asiakkaita. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää tai perua osallistumisesi koska tahansa ilmoittamalla siitä allekirjoittaneille.

Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluna joko etäyhteydellä tai lähitapaamisella alkuvuoden 2025 aikana. Haastattelussa käytetään apuna haastattelua ohjaavaa kysymysrunkoa, mutta jätämme tilaa myös vapaammalle keskustelulle. Kysymysrunko lähetetään myöhemmin haastatteluun osallistuville. Haastatteluun on hyvä varata aikaa 1—1,5 h. Haastattelu tallennetaan, jonka jälkeen se litteroidaan analyysiä varten. Kaikki aineisto tuhoetaan heti tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Haastatteluaineistoa käsitellään anonyyminä niin, ettei yksittäisiä henkilöitä eikä tutkimusympäristöä tunnisteta.

Tarvittaessa voit olla meihin yhteydessä tutkimukseen liittyvissä asioissa.

Ystävällisin terveisin,
Lapin yliopiston sosiaalityön opiskelijat

Jonna Harjula
xxxxxxxx@ulapland.fi
puh. xxxx xxx xxx

Niina Tuhkunen
xxxxxxxx@ulapland.fi
puh. xxx xxx xxxx

Liite 2.

PRO GRADU -TUTKIMUKSEN TIETOSUOJAILMOITUS

Moniammatillinen yhteistyö haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa sosiaalityöntekijöiden kokemana

Tässä tietosuojailmoituksessa sinulle kerrotaan henkilötietojesi käsittelystä osana tutkimusta.

Rekisterinpitäjät

Rekisterinpitäjinä sekä yhteyshenkilöinä toimivat pro gradu- tutkielman suorittajat, Lapin yliopiston sosiaalityön maisteriopiskelijat Jonna Harjula (xxxxxxx@ulapland.fi) sekä Niina Tuhkunen (xxxxxxx@ulapland.fi). Tutkimuksen ohjaajana toimii Lapin yliopiston sosiaalityön professori Elina Virokannas.

Henkilötietojen muu luovuttaminen tutkimuksen aikana

Tietojasi käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille.

Henkilötietojen siirto EU/ETA ulkopuolelle

Tutkimuksessa tietojasi ei siirretä EU/ETA-alueen ulkopuolelle.

Tutkimuksessa käsiteltävät henkilötiedot

Henkilötietojasi käsitellään tiedotteessa kuvattua tutkimustarkoitusta varten.

Tutkimuksessa sinusta kerätään seuraavia henkilötietoja: Sähköpostiosoite, äänitallenne sekä haastattelumuistiinpanot. Tietojen kerääminen perustuu tutkimussuunnitelmaan.

Henkilötietojen suojaaminen

Henkilötietojen käsittely tässä tutkimuksessa perustuu asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan. Tutkimuksessa toimitaan niin, etteivät sinua koskevat tiedot paljastu ulkopuolisille. Tutkimustulosten (pro gradu -tutkielma) osalta varmistetaan, ettei sinua voida tunnistaa suoraan taikka välillisesti tutkimustuloksista. Tutkimustuloksista ei ilmene, minkä organisaation työntekijää on haastateltu. Osana pro gradu -tutkielmaa voidaan käyttää suoria lainauksia haastattelusta.

Haastattelun tallenne sekä litteraatti tallennetaan tutkijoiden omille henkilökohtaisille tietokoneille. Tietokoneet ovat salasanoilla suojatut eikä muilla henkilöillä ole pääsyä laitteisiin. Sähköpostiosoitteet osallistumispyyntöjä ja haastattelukutsuja varten säilytetään tutkijoiden tietokoneilla niin kauan kuin haastattelu on tehty, jonka jälkeen ne poistetaan. Tutkijat eivät lähetä tutkittaville sähköpostia siten, että muiden tutkimuksiin osallistuvien tiedot näkyisivät vastaanottajakentässä, eikä muutoinkaan toimi niin, että ulkopuolisilla olisi pääsy tutkittavan tietoihin. Tutkijat vastaavat aineiston hallinnasta sen elinkaaren aikana ja tietojen hävittämisestä tutkimuksen päätyttyä. Tutkimuksen valmistuttua haastatteluaineisto laitteilta tuhoataan ja mahdolliset paperiset muistiinpanot hävitetään silppuriin. Tutkimuksen arvioitu valmistusaika on 31.05.2025.

Rekisteröidyn oikeudet

Tietoturvaloukkauksesta tai sen epäilystä ilmoittaminen Lapin yliopistolle <https://www.ulapland.fi/FI/Yliopisto/Nain-toimimme/Opiskelu--ja-tyoymparisto/Tietosuoja>.

Sinulla on oikeus tehdä valitus erityisesti vakinaisen asuin- tai työpaikkasi sijainnin mukaiselle valvontaviranomaiselle, mikäli katsot, että henkilötietojen käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

Tietosuojavaltuutetun toimiston ajantasaiset yhteystiedot: <https://tietosuoja.fi/etusivu>.

Liite 3.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Moniammatillinen yhteistyö haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa sosiaalityöntekijöiden kokemana.

1. MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN KÄYTÄNNÖT

- Millaisia moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä organisaatiossasi on?
- Miten moniammatillinen yhteistyö on alkanut ja kenen aloitteesta?
- Millaisissa moniammatillisissa työryhmissä olet ollut mukana?
- Millaista työskentelyä on ollut (tapaamiset, yhteydenpito)?
- Keitä työryhmään on kuulunut?

2. MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ EDISTÄVÄT JA ESTÄVÄT TEKIJÄT

- Millaisten tekijöiden koet tukevan/estävän moniammatillista yhteistyötä?
- Miten moniammatillisessa työskentelyssä arvostetaan eri ammattilaisten asiantuntijuutta?
- Miten eri ammattiryhmien osaamista hyödynnetään moniammatillisessa työskentelyssä?
- Miten moniammatillisessa työskentelyssä määritellään työskentelyn tavoitteet?
- Mitä sosiaalityöntekijänä odotat moniammatilliselta yhteistyöltä?

3. SOSIAALITYÖNTEKIJÄN ROOLI MONIAMMATILLISESSA TYÖSKENTELYSSÄ

- Millainen työnjako yhteistyöskentelyssä on?
- Millaisena koet oman roolisi yhteistyöskentelyssä?
- Millaiseksi muut ammattihenkilöt määrittelevät sosiaalityöntekijän työnkuvan moniammatillisessa yhteistyössä?
- Millaista ammattiroolien välinen työskentely on?
- Millainen ilmapiiri moniammatillisessa työskentelyssä vallitsee?

Liite 4.

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Moniammatillinen yhteistyö haitallisesti päihteitä käyttävien ikääntyvien asiakkuusprosesseissa sosiaalityöntekijöiden kokemana

Minulle on kerrottu tutkimuksesta sekä siihen liittyvän aineiston keruun tavoitteista, haastattelujen toteuttamisesta ja siitä, mihin tarkoitukseen aineistoa tullaan käyttämään. Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti ja annan luvan käyttää haastatteluaineistoa tutkimukselliseen tarkoitukseen. Minulle on annettu mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimuksesta. Olen tietoinen mahdollisuudestani perua tutkimukseen osallistuminen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa, jolloin itseäni koskeva aineisto poistetaan tutkimuksesta.

Tutkijoiden velvollisuuksiin kuuluu käsitellä haastateltavien, haastatteluaineistossa esiin tulevien henkilöiden, organisaatioiden ja paikkakuntien nimiä siten, ettei yksittäisiä henkilöitä tunnisteta, tutkimusympäristöä mainita eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille. Analysoitua aineistoa käytetään pro gradu -tutkielman raportissa. Annan tässä suostumuslomakkeessa suostumukseni osallistua pro gradu -tutkielman aineiston keräykseen haastattelulla sekä analysoitujen haastattelutietojen hyödyntämiseen tutkimuksen julkaisussa.

Aika ja paikka

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

Jonna Harjula
xxxxxxxx@ulapland.fi
puh. xxxx xxx xxx

Niina Tuhkunen
xxxxxxxx@ulapland.fi
puh. xxx xxx xxxx