



Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
Vanda och Kervo välfärdsområde

Asunnottomuuden ehkäisyhanke 2020–2023

Intensiivisen palvelutarpeen ja hoitosuunnitelman arviointi – tausta, viitekehys ja mallinnus

Sosiaalityöntekijä Jussi Kaijala
Sairaanhoitaja Teija Rajala
Sosiaalityöntekijä Salla Laisi

Sisällys

1 Tausta.....	1
1.1 Intensiivisen arvioinnin tarve.....	2
1.2 Kohderyhmä.....	3
1.3 Tarkoitus ja tavoitteet.....	5
2 Viitekehys.....	5
2.1 Institutionaalinen viitekehys.....	6
2.2 Relationaalinen asiantuntijuus	9
2.3 Moniammatillisuus	10
2.4 Osallisuus	10
2.5 Voimavaratyöskentely	11
2.6 Toipumisorientaatio.....	12
3 IPHA:a tukevat toimintatavat ja työkalut.....	13
3.1 Kokemusasiantuntija arvioinnissa.....	13
3.2 Mittarit ja kartoitukset.....	14
4 IPHA-malli.....	14
4.1 IPHA-prosessin aloitus	15
4.2 Aloitustapaaminen.....	15
4.3 Teematapaamiset	16
4.4 Lopputapaaminen	18
4.5 Kokemusasiantuntija asiakastyön tukena.....	18
4.6 Työskentelyn tuotokset ja tulokset.....	19
5 Mallin sovellettavuus asumissosiaalisen työn ulkopuolella.....	20
6 Lopuksi	21

Intensiivisen palvelutarpeen ja hoitosuunnitelman arvioinnin malli – tausta, viitekehys ja mallinnus

1 Tausta

STM:n rahoittama Asunnottomuuden ehkäisyhanke aloitti toimintansa vuonna 2021. Hankkeen kohderyhmänä ovat asunnottomat ja asunnottomuusuhan alla olevat henkilöt sekä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät. Vuodesta 2023 lähtien Asunnottomuuden ehkäisyhanke on toiminut Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella.

Asunnottomuuden ehkäisyhankkeen yhtenä tavoitteena on ollut moniammatillisen laaja-alaisen palvelutarpeen arvioinnin mallintaminen. Olemme käyttäneet myös termiä ”moniammatillinen laaja-alainen palvelutarpeen ja hoitosuunnitelman arviointi” ja kattoterminä kaikista hankkeen työskentelyn alla olevista vaihtoehtoisista malleista ”laajennettu palvelutarpeen arviointi”. Päädyimme lopulta termiin ”Intensiivinen palvelutarpeen ja hoitosuunnitelman arviointi” ja lyhenteeseen ”IPHA”. Totesimme IPHA:n olevan kuvaavin, koska työskentely on mallissa hyvin tiivistä. Asiakasta tavataan lähes viikoittain ja työskentely kestää pääasiassa kaksi–kolme kuukautta. Samalla termi sisältää, mutta toisaalta myös erittelee sekä palvelutarpeen että hoitosuunnitelman arvioinnin.

Mallia kehitettiin yhteensopivaksi aikuissosiaalityön palvelutarpeen arvioinnin, asiakkuuden vaativuuden tason arvioinnin ja asiakkuussegmentoinnin –mallien kanssa. Tavoitteena oli mahdollisimman kattava ja asiakasta tukeva tapa tehdä palvelutarpeen ja hoitosuunnitelman arviointi. IPHA toimii myös varhaisen puuttumisen periaatteen näkökulmasta. Palvelut aloitetaan mahdollisuuksien mukaan jo arviointivaiheessa ja luottamussuhdetta asiakkaaseen rakennetaan alusta alkaen tiiviisti. Varhaisella puuttumisella pystytään estämään asiakkaan elämäntilanteen heikkeneminen, rakentamaan asiakkaan tarpeita vastaava palvelupaketti ja vähentämään kustannuksia.

Asunnottomuuden ehkäisyhankkeen kohderyhmänä on ollut elämäntilanteensa kannalta vaikeassa asemassa olevat asunnottomat tai asunnottomuusuhan alla olevat asiakkaat, jotka eivät olleet palveluiden piirissä. Vaikka IPHA-mallia pilotoitiin hankkeen aikana kyseiselle kohderyhmälle, IPHA sopii myös laajemman asiakasryhmän kanssa työskentelyyn. Asunnottomuustaustaa ei siis välttämättä tarvita. Hankkeen aikana IPHA asiakkaita oli yhteensä 20, joiden IPHA arviointi saatiin tehtyä kokonaisuudessaan. Vuonna 2023 käynnissä oli neljä IPHA-mallin mukaista prosessia, jotka ovat vielä kesken.

Pilotoinnin ensimmäisessä vaiheessa arviointia tekivät hankkeen kehittäjätiimi, eli sosiaalityöntekijä-sairaanhoitaja-työpari. He tekivät IPHA:n yhteensä yhdeksän asiakkaan kanssa. Pilotin seuraavassa vaiheessa arviointia tekivät hankkeen sosiaalityöntekijä yhdessä terveysaseman sairaanhoitajan kanssa ja hankkeen sairaanhoitaja yhdessä sosiaalihuollon sosiaalityöntekijän kanssa. Näitä arviointeja on tehty yhteensä 11 asiakkaan kanssa. Näistä hankkeen sairaanhoitaja toimi viiden eri sosiaalityöntekijän kanssa seitsemän asiakkaan IPHA-prosessissa. Hankkeen sosiaalityöntekijä työskenteli yhden sairaanhoitajan kanssa kolmen IPHA-asiakkaan prosessissa. Tämän jälkeen IPHA:a ovat tehneet sosiaalihuollon sosiaalityöntekijä ja terveysaseman sairaanhoitaja yhdessä.

Yhteensä 20 loppuun saatetusta IPHA asiakkaasta 12 henkilöä sai asunnon, joista neljä henkilöä tuettuun asumiseen. Asiakkuussegmentti aleni neljällä asiakkaalla, eli 20%:lla. Asiakkaista kolme ei sitoutunut arviointiin ja yksi henkilö kuoli.

Keskimääräinen käyntimäärä oli 9,3 kertaa 1–6 kuukauden aikana.

1.1 Intensiivisen arvioinnin tarve

Asunnottomilla ja asunnottomuusuhan alla olevilla asiakkailla on usein monia yhtäaikaista tuen ja palvelun tarpeita. Vaikeassa elämäntilanteessa olevan asiakkaan ei voi olettaa itsenäisesti pitävän kasassa monitahoista ja mutkikasta palveluverkkoa. Asiakas tarvitsee tähän ammattimaista, hyvin suunniteltua ja laadukkaasti kirjattua tukea.

Hallikainen ja Paavola (2019, 59) nostavat esiin sen epäkohdan, että asiakkaan tulisi tuntea palveluverkosto ja lainsäädäntö, jotta hän osaisi hakea oikeaa palvelua. Erityisen tuen tarve ei aina nouse esiin ennakoarvioinnissa eikä välttämättä vielä palvelutarpeen arvioinnissakaan (Kuorelahti ja Volanto 2019, 81). Tähän voi olla syynä välttämättömämpien asioiden hoitamisen - kuten yöpaikan löytämisen tai ravinnonsaannin - laittaminen palvelujen hakemisen edelle tai luottamuksen puute viranomaisiin.

Asunnottomuutta ja asunnottomuusuhan alla olemista voidaan pitää niin voimakkaasti elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä, että sen ratkaiseminen on ensisijaista muiden ongelmien käsittelyyn nähden. Suurella osalla asiakkaista on kuitenkin taustalla riippuvuuteen tai rikollisuuteen liittyviä vaikeuksia, neuropsykiatrisia haasteita, syrjäytymistä, luottamuspulaa viranomaistahoihin, vaikeuksia itsenäisessä asioiden hoidossa ja mielenterveyden ongelmia. Suurella osalla talous on viimesijaisten etuuksien varassa. Haasteena saattaa olla myös omien ongelmien vähättely ja vaikeassa elämäntilanteessa oleva henkilö voi olla näköalaton. Haasteena usein on myös palvelujärjestelmän toimintatavat, esimerkiksi asiakkaan tilanteen diagnostinen tai ongelmalähtöinen määrittely. Usein asiakkaalla ei ole sellaista tukiverkkoa tai tahoja, jonka kanssa keskustella elämäntilanteesta, jolloin myös keskustelumuotoinen psykososiaalisen tuen tarve korostuu.

Etenkin erityisen tuen tarpeessa ja haavoittuvimmassa asemassa olevilla henkilöillä hatara luottamussuhde saattaa vaikeuttaa olennaisesti palveluihin hakeutumista. Tällöin henkilöt jäävät usein täysin palveluiden ulkopuolelle, elleivät palvelut löydä heitä (Kuorelahti ja Volanto 2019, 87). Kaikkien tulee saada tarvitsemansa perustarpeet tyydytetyksi ja ihmisarvoa tukevat palvelut matalalla kynnyksellä. Palvelujen ulkopuolelle jäävistä henkilöistä harvemmin syntyy kustannussäästöjä. Päinvastoin kustannukset tulevat usein moninkertaisina ja kasaantuvina esiin muissa palveluissa ja yhteyksissä.

Jos luottamus viranomaistahoihin, yhteiskuntaan tai ihmisiin on alentunut, on luottamuksen luominen asiakkaaseen ensiarvoisen tärkeää. Luottamukseen liittyvä tapa kohdata asiakas. Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen ja hänen näkemisensä inhimillisenä kokonaisuutena parantaa mahdollisuuksia kehittää luottamusta, mutta myös luo hyvän pohjan asiakkaan kokonaisvaltaisen palveluverkon rakentamiselle. Luottamus rakentuu usein vasta pitkällisen työskentelyn tuloksena. Usein asiakas ei ota palveluja vastaan luottamuksen ollessa vajavaista. (Kuorelahti ja Volanto 2019, 81, 85, 88–89).

Pitkäkestoinen ja hitaasti etenevä palvelutarpeen arvio onkin luottamuksen rakentamisen näkökulmasta perusteltu: luottamussuhteen syntymiselle on aikaa ja palvelutarpeen arvio on mahdollisimman todenmukainen. Mikäli asiakasta pyritään sovittamaan ongelma- tai diagnoosilähtöisesti olemassa olevaan palvelurakenteeseen, on riskinä palveluiden eriytyminen ja kokonaisvaltaisen kohtaamisen puute.

IPHA-mallilla vastataan vahvan ja laajan tuen tarpeessa olevan kuntalaisen tilanteen kokonaisvaltaiseen kartoittamiseen. IPHA-mallin käyttäminen päivittäisessä työssä lisää ammattilaisen sitoutuneisuutta työhön asiakkaan kanssa. Luottamuksen rakentaminen ja tiivis

yhteydenpito ammattilaisen ja asiakkaan välillä luo pohjan, jossa asiakas saa hänelle kuuluvat palvelut oikein kohdennettuna.

Kyse ei ole erillisestä arvioinnista, jonka perusteella palveluja kohdennetaan, vaan asiakasprosessin jatkumosta, joka sisältää asiakkaan lähtökohdista määritellyt tavoitteet. Tavoitteisiin pyritään yhdessä asiakkaan kanssa määritellyillä palveluilla, sekä asiakkaan voimavarojen vahvistamiseen keskittyvillä menetelmillä. Keskiössä on pyrkiä vähentämään palvelujärjestelmän pirstaleisuudesta muodostuvaa hankaluutta asiakkaalle. Ammattilaisten yhteistoiminta ja keskitetty koordinaatio vähentää asiakkaan palvelujärjestelmässä toimimisen vaikeutta ja helpottaa palvelujen hakemista.

IPHA-mallin pohjaksi on kehitetty kahden henkilön muodostama moniammatillinen arviointitiimi. Toinen tiiminjäsen on sosiaalialalta ja toinen terveydenhuollosta. Tavoitteena on riittävän kevyt malli, johon asiakas pystyy sitoutumaan, mutta riittävän intensiivinen, jotta kokonaisvaltainen palveluiden järjestely on mahdollista. Muut arvioinnin kannalta oleelliset tahot otetaan mukaan IPHA:an, mutta kokonaiskuva ja koordinointi on koko ajan arviointia tekevän työparin vastuulla.

Asiakas ei välttämättä pysty itse kuvaamaan tai hahmottamaan omaa ongelmakenttäänsä kokonaisuutena tai näkemään itse syy-yhteyksiä, juurisyytä tai asioiden kietoutumista toisiinsa. On myös mahdollista, että asiakas jumiutuu joihinkin asioihin, tai ongelmien ilmentymiin ilman, että juurisyyt tulevat esille. Tällöin arvioinnin rakenne on tärkeä. Jos rakenne on liian jäykkä, se ohjaa itsessään työtä, eikä jätä asiakkaan omalle näkemykselle ja kokemukselle riittävästi tilaa. Mikäli taas rakennetta ei ole, on vaarana, ettei palvelutarvetta ja hoitosuunnitelmaa tule selvitettyä riittävässä laajuudessa. IPHA:ssa asiakkaan kanssa pyritään arvioimaan, onko juurisyihin mahdollista saada muutoksia, jotta myös ongelmien ilmentymät voitaisiin hallita paremmin. Etenkään sosiaalihuollossa ”oireen mukainen hoito” ei usein ole riittävä ratkaisu. Esimerkiksi, jos ratkaistaan vain asiakkaan vuokravetkatilannetta, ei tilanteeseen tule muutosta, jos taustalla olevaan peliongelmaan ei haeta ratkaisuja. Myös peliongelman taustalla saattaa olla vielä toinen tekijä.

Asiakkaalla saattaa myös olla tieto ja taito toimia itsenäisesti, mutta jokin tekijä estää sen tilapäisesti. Kyseessä voi esimerkiksi olla eron myötä asunnottomaksi jäänyt henkilö, jolle kriisi on laukaissut päihdeongelman. Kun päihdeongelmaan saadaan ratkaisu, alkavat asiakkaan omat voimavarat parantua ja hän pystyy itsenäisesti ratkaisemaan muita haasteitaan. Tämä on prosessissa erityisen merkittävä tekijä – tarkoitus on ennen kaikkea palauttaa asiakkaan omaa toimintakykyä, uskoa itseensä toimijana ja tarjota työkaluja tilanteiden ratkaisemiseen.

1.2 Kohderyhmä

IPHA-malli on tarkoitettu vahvan ja laajan tuen tarpeessa oleville asiakkaille. Tuen tarpeiden ollessa laajat asiakkaan tilanne tulee selvittää niin ikään laajasti ja arviointi tulee tehdä *”asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa”* (SHL/Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 36§). Tässä luvussa määrittelemme IPHA-mallia suhteessa asiakkuuden vaatavuustason määrittelyyn sekä asiakkuussegmentointiin.

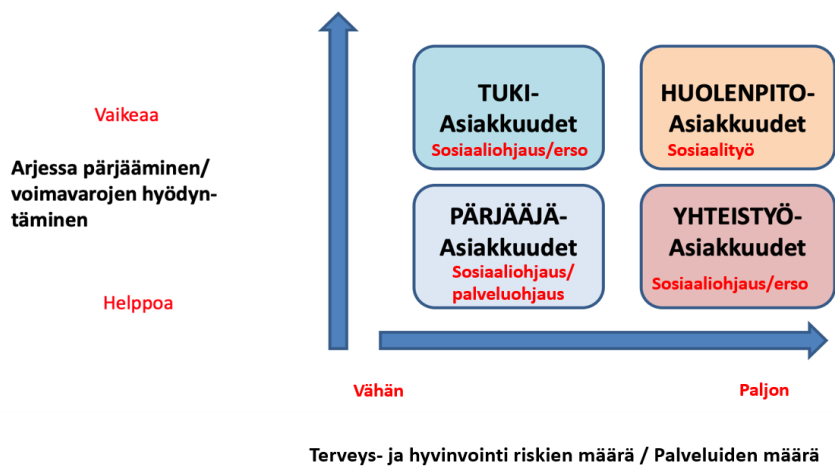
Tikkurilan aikuissosiaalityössä on tehty keväällä 2021 neliosainen asiakkuuden vaatavuustason luokittelu. Päivystys- ja ensiarviointi -työpari luokittelee uudet asiakkuudet esitietojen pohjalta. Johtava sosiaalityöntekijä käy luokittelut läpi ja jakaa asiakkaat tiimille. Vaatavuustason määrittelyn perusteella asiakkuus jaetaan sosiaaliohjaajalle tai sosiaalityöntekijälle. Luokittelu on alustava ja vaatavuustaso voi muuttua tai tarkentua palvelutarpeen arvioinnin aikana tai asiakkaan tilanteen muuttuessa. Vaatavuustasot kuvastavat asiakkuuteen liittyviä tuen tarpeita. (Tikkurilan aikuissosiaalityö, 2021.)

Vaativuustaso 1: Pärjääjäasiakkuus: Arjessa pärjääminen helppoa, hyvät voimavarat, vähän palveluita, vähän terveys- ja hyvinvointiriskejä

Vaativuustaso 2 Tukiasiakkuus: Arjessa pärjääminen ja voimavarojen hyödyntäminen on vaikeaa, vähän palveluita, vähän terveys- ja hyvinvointiriskejä

Vaativuustaso 3: Yhteistyöasiakkuus: Useita huolenaiheita, palvelutarpeen arvioinnin aikana useita tapaamisia. Sisältää usein verkostotapaamisia. Useilla asiakkailla tarve päätöksellä haettavaan palveluun. Työntekijänä erityissosiaalihojaaja tai sosiaalityöntekijä.

Vaativuustaso 4: Huolenpitoasiakkuus: Sosiaalihuoltolain mukaisesti erityisen tuen tarpeessa oleva aikuinen. Palvelutarpeen arvioinnin aikana on useita tapaamisia. Sisältää usein verkostotapaamisia. Useilla asiakkailla tarve päätöksellä haettavaan palveluun. Esimerkkinä vaativuustason neljä asiakkaasta on lapsiperhehäättö tai asiakas, jolla on riippuvuussairaus kuten peliongelma. Työntekijänä aina sosiaalityöntekijä. (Tikkurilan aikuissosiaalityö, 2021.)



Kuva 1: Asiakkuussegmentit

IPHA-malli on tarkoitettu pääasiassa yhteistyö- ja huolenpitoasiakkuuksille. Koska IPHA on palvelutarpeen arvioinnin ja hoitosuunnitelman arvioinnin yhdistelmä, tulee asiakkaalla olla sosiaalihuollon tarpeen lisäksi terveydentilaan liittyviä huolia tai tarve terveydenhuollon kontakteille. Lähtökohtana IPHA-mallin työskentelylle on erityisen tuen tarve, selkeä puute palveluissa ja kontakteissa sekä suuria vaikeuksia palvelujen hakemisessa tai saamisessa.

Raja vaatimustasojen välillä on häilyvä ja taso saattaa muuttua arvioinnin aikana. Syitä muutokseen saattaa olla esimerkiksi uusi tieto asiakkaan tilanteesta, asiakkaan tilanteen kehittyminen tai uusien vaikeuksien syntyminen. IPHA mallissa pyritään siihen, että asiakkaan tilanne kehittyy positiivisesti ja asiakkuuden vaativuustaso madaltuu jo arvioinnin aikana tai sen jälkeisessä suunnitelmallisessa työssä.

Tukiasiakkuussegmentin määritelmä on lähellä yhteistyö- ja huolenpitoasiakkuuksia ja siten IPHA-mallin asiakkuuksia. Kuvauksessa mainittu moniammatillisen työskentelyn tarve, integroiva suunnitelma ja asiakkaan osallisuuden lisääminen vastaavat suoraan IPHA-mallin tavoitteita.

Tukiasiakkuudet kuitenkin painottuvat pitkälti lyhytaikaisiin suunnitelmiin, kun taas IPHA:ssa ja yhteistyö- ja huolenpitoasiakkuuksissa suunnitelmat ovat pidempiaikaisia.

1.3 Tarkoitus ja tavoitteet

IPHA:n tarkoituksena on täyttää sosiaalihuoltolain velvoite monialaisesta yhteistyöstä ja kartoittaa palvelujen tarve ja hoitosuunnitelma perusteellisesti, jotta asiakas saa heti tarvitsemansa avun.

IPHA:n tavoitteena on kerätä tarvittava tieto sosiaalityön ja terveydenhuollon toimenpiteitä varten sekä tehdä sosiaalityön ja terveydenhuollon mukaisia toimenpiteitä, joiden avulla asiakkaan elämäntilanne paranee.

IPHA auttaa niin asiakasta kuin työntekijöitäkin hahmottamaan asiakkaan kokonaistilanteen ja palvelutarpeen. Lisäksi arvioinnin aikana luodaan tarvittavat kontaktit, joiden kautta asiakas saa tarvitsemansa avun. Yhtäaikaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon arvioinnissa asiakkaan ei tarvitse itse etsiä tarvitsemiaan palveluita, vaan sosiaalityöntekijä-sairaanhoitaja-työpari tukee asiakasta palvelujen selvittämisessä ja aloittamisessa kokonaisvaltaisesti asiakkaan rinnalla kulkien.

Sosiaali- ja terveyshuollossa tehdään osittain päällekkäisiä tehtäviä ja arvioidaan samoja asioita asiakkaan tilanteessa. Sosiaalityöntekijä-sairaanhoitaja-työparin koordinoitua työskentelyä, tieto siirtyy joustavasti ammattilaiselta toiselle, eikä asiakkaan tarvitse kerrata koko tilannettaan jokaisen uuden ammattilaisen kanssa. Yhteydenpito asiakkaan kanssa myös tapaamisten välissä vahvistaa asiakkaan ja ammattilaisen välistä luottamusta, tuntemusta aidosta kohtaamisesta ja tukee asiakkaan asioiden hoitoa. Vaikeassa tilanteessa olevan asiakkaan kohdalla on tärkeää, että asiakas saa kontaktin työntekijöihin silloin, kun asiat ovat hänelle akuutteja. Palveluiden aloittaminen jo arvioinnin aikana lisää tuntemusta konkreettisen avun saamisesta ja lisää asiakkaan uskoa työskentelyn merkityksellisyyteen.

2 Viitekehys

IPHA-malli perustuu kuuteen toisiinsa kietoutuvaan viitekehykseen, jotka ovat institutionaalinen viitekehys, relationaalinen asiantuntijuus, moniammatillisuus, osallisuus, voimavaratyöskentely ja toipumisorientaatio. Nämä viitekehykset esitellään omissa alaluvuissaan.

Institutionaalinen viitekehys perustuu palvelutarpeen arviota koskevaan lainsäädäntöön sekä aihetta koskevaan sosiaalityön kirjallisuuteen. Institutionaalinen viitekehys on se teoreettinen perusta, jolle IPHA:n palvelutarpeen arvioinnin prosessi rakentuu.

Relationaalinen asiantuntijuus tarkoittaa konteksti- ja suhdesidonnaista asiantuntijuutta, jossa asiantuntijuus saa erilaisia muotoja tilanteesta ja toimijoista riippuen. Relationaalinen asiantuntijuus on olennainen osa IPHA-mallia, koska arviointia tekevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset yhdessä, molempien asiantuntijuutta hyödyntäen. Lisäksi arviointia tehdään asiakkaan kanssa tilannekohtaisesti.

Moniammatillisuus tarkoittaa tässä taustoituksessa asiakkaan palveluverkon ammattilaisten yhteistoimijuutta. Ammattilaiset tarjoavat asiakkaalle palvelut, joiden tehtävänä on parantaa asiakkaan elämänlaatua kokonaisuudessaan ja vahvistaa asiakkaan toimijuutta.

Osallisuus IPHA:n viitekehyksenä tarkoittaa asiakaslähtöistä tapaa arvioida asiakkaan tilannetta, tarvittavia palveluja ja tavoitteita. Asiakkaan osallisuuden huomioivassa arvioinnissa asiakkaan kokemukset, tarpeet ja toiveet ovat tavoitteiden asettamisen ja tarvittavien palvelujen määrittämisen lähtökohtana.

Voimavaratyöskentelyssä keskitytään asiakkaan vahvuuksiin ja voimavaroihin. Vahvuuksiin keskittymällä asiakasta autetaan vahvistamaan toimijuuttaan, löytämään hyvinvointiaan tukevia asioita ja tuetaan asiakasta vahvuuksien ja voimavarojen hyödyntämisessä ja vahvistamisessa. Voimavaratyöskentely tuo vastapainoa asiakkaan tilanteen tarkastelemiselle ongelmalähtöisestä näkökulmasta.

Toipumisorientaatiota voidaan pitää ajattelun ja toiminnan viitekehyksenä. Toipumisorientaation teoriatausta on moninainen, mutta keskeisinä käsitteinä ovat toivo ja positiivinen mielenterveys. Toipumisorientaatio linkittyy vahvasti sekä relationaaliseen asiantuntijuuteen että osallisuuteen. Toipumisorientaatiossa asiakkaan asiantuntijuus tunnustetaan ja tunnustetaan ja asiakkaan toimijuus on lähtökohtana kaikessa toiminnassa. Tällöin myös asiakkaan osallisuus toiminnassa vahvistuu.

2.1 Institutionaalinen viitekehys

IPHA etenee monin paikoin samankaltaisesti kuin perusmuotoinen palvelutarpeen arviointi. IPHA:n institutionaalinen viitekehys perustuukin lainsäädäntöön ja palvelutarpeen arviointia koskevaan sosiaalityön kirjallisuuteen.

Palvelutarpeen arviointi alkaa tiedon antamisesta asiakkaalle ja luottamussuhteen rakentamisesta (Hytti 2019, 159–161). Prosessin alussa on sovittava monialaisen työn toteuttamisesta, tietojen luovuttamisesta, aikaisemman tiedon hyödyntämisestä, liittyvien tahojen ja läheisten osallistumisesta, tietosuojasta, vastuista ja rooleista sekä kirjaamisesta (Heikkilä 2019, 195). Asiakkaan tulee olla tietoinen siitä, mitä ja mihin järjestelmiin hänestä kirjataan. Tämä korostuu etenkin monialaisessa työskentelyssä, jossa työntekijät ovat eri organisaatioista. (Tiuhonen, Raikisto ja Ritsilä 2019, 217). Asiakkaan ja ammattilaisen näkemyksien yhteen punominen alkaa palvelutarpeen arvioinnin aloittamisesta. (Paavola ja Hallikainen 2019, 70–71, 72; Kuorelahti ja Valanto 2019, 93).

Asiakkaalla on oikeus palvelutarpeen arviointiin, vaikka se olisi viranomaisen näkökulmasta tarpeetonta. Soveltuvien palvelujen puute ei voi olla syynä palvelutarpeen arvioinnin tekemättä jättämiselle tai keskeyttämiselle. (Paavola ja Hallikainen 2019, 72). Palvelutarpeen arviointi on usein asiakkaan ensimmäinen mahdollisuus selvittää kokonaistilannettaan sosiaalihuollon ammattilaiselle (Hytti 2019, 159). Pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä kenelläkään ei välttämättä ole riittävää kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta eikä asiakkaan asioiden hoitamisen kokonaisvastuu kuulu kenellekään.

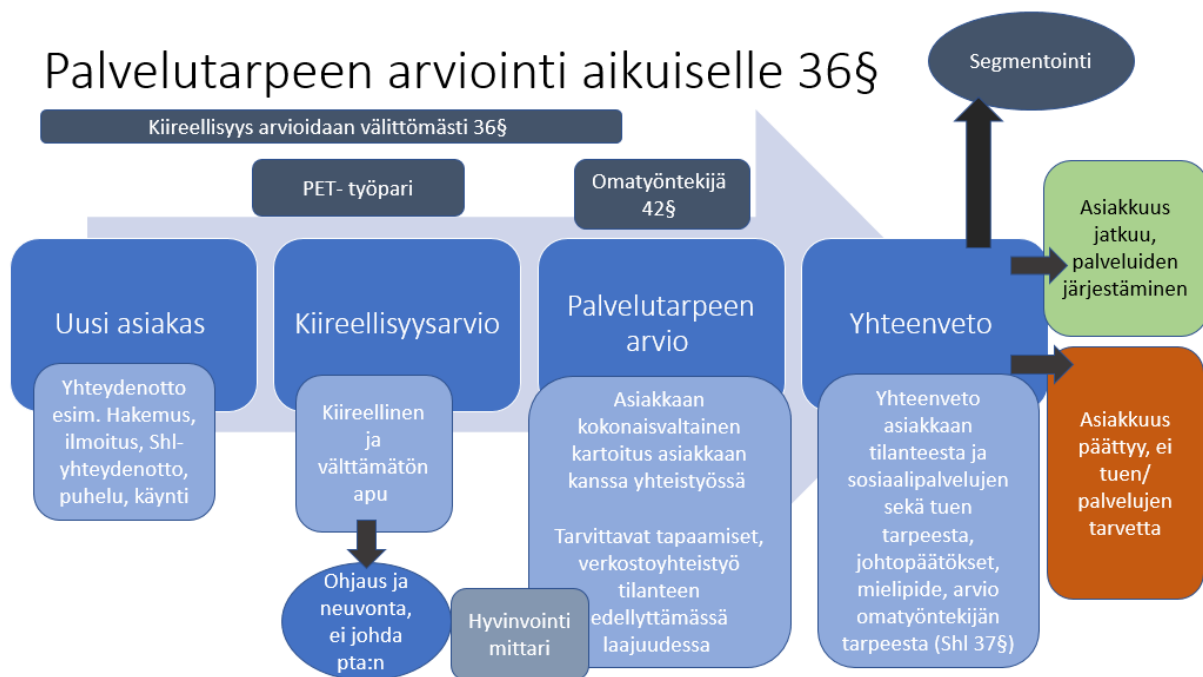
Palvelutarpeen arviointi tehdään asiakkaan tarpeen mukaan, joten sen sisältö, järjestys ja laajuus määräytyvät kunkin asiakkaan yksilöllisen tilanteen perusteella. Palvelutarpeen arvioon sisältyy verkostotahojen kartoitus ja mahdollisesti esiin nousevien tahojen kanssa sovitaan osallistamisesta. Mikäli yhteydenotto palvelutarpeen arvioimiseksi on tullut sosiaalihuollon ulkopuolelta, on tämä taho keskeisessä roolissa palvelutarpeen arvioinnin suunnitelmaa tehtäessä. (Paavola ja Hallikainen 2019, 66, 70–74).

Paavola (2019) on hahmotellut toimivaa palvelutarpeen arvioinnin rakennetta. Hän katsoo, että palvelutarpeen arvio tulisi koostua vähintään yhdestä alkutapaamisesta, joka voi olla puhelu tai kasvokkain tapaaminen, vähintään yhdestä käsittelykerrasta ja yhdestä yhteenvetokerrasta. Lisäksi palvelutarpeen arvioinnissa tulisi käsitellä asiakkaan tilanteeseen liittyviä teemoja riittävässä laajuudessa. Ihanteellisessa tilanteessa jokaista teemaa varten olisi oma tapaamisensa. Tapaamisten määrä on riittävä, kun tarvittavat tiedot on saatu kerättyä.

Arviota siitä, milloin tietoa on kerätty tarvittava määrä, ei välttämättä ole kovin helppo tehdä. Apotin rakenne ohjaa tiedon kirjaamista, koska sitä määrittää lakisääteiset vaatimukset. Rakenne ei kuitenkaan saa ohjata liikaa palvelutarpeen arvioinnin tekemistä ja vuorovaikutusta, vaan asiakkaan

oman näkemyksen pitää tulla esiin. Asiakkaan tilanteessa saattaa nousta esiin sellaisia asioita, jotka eivät tule esille vain rakennetta seurattaessa. Riittävän ajan varaaminen ja erityinen huolellisuus ennakkovalmisteluissa on tärkeää, mikäli mallia supistetaan tai aikaa on käytössä vain vähän teematapaamiseen. (Paavola 2019, 111–113, 115).

Teemat tukevat kirjaamista, mutta dialogisuus on avain onnistuneeseen arviointiprosessiin. Teemojen järjestyksellä ei ole sinänsä väliä, mutta helpommin käsiteltävien asioiden on hyvä olla prosessin alussa. Tämän vuoksi elämän kriisien läpikäyminen voi olla hyvä jättää prosessin loppuvaiheeseen. Toisaalta prosessin tulee edetä sen mukaan, mitä asiakas itse nostaa esille. Prosessin aika- ja paikkasidonnaisuus myös on hyvä huomioida. Asiakasta voidaan tavata pääasiassa toimistolla, mutta yksi tapaamisista olisi hyvä järjestää asiakkaan omassa ympäristössä, esim. asiakkaan kotona, mutta päätös on asiakkaan. (Paavola 2019, 111; Kinnunen 2018, 188).



Kuva 2: Palvelutarpeen arviointi aikuiselle 36§, Vantaan aikuissosiaalityö 2021

Aikuissosiaalityön palvelutarpeen arvioinnin perusajatus on, että arviointi tehdään tarvittavassa laajuudessa. Vantaan ja Keravan aikuissosiaalityössä on esitetty suositus kolmesta tapaamisesta, mikä on sama määrä kuin Paavolan (2019) esittämän palvelutarpeen arvioinnin mallin minimimäärä. Aikuissosiaalityön palvelutarpeen arvioinnin malli (yllä) kuvaa palvelutarpeen arvioinnin osana asiakkuusprosessia. Palvelutarpeen arvioinnin prosessi on kuvattu kiireellisyysarvion, palvelutarpeen arvion ja yhteenvedon summana.

Palvelutarpeen arvio tulee nähdä palveluna, jossa pyritään muutokseen, valtaistamiseen ja osallisuuden lisäämiseen (Hytti 2019, 159–163). Asiakkaan sosiaalihuollon tuen tarpeet voivat liittyä sekä asiakkaan omaan että hänen läheisensä haasteisiin (Sosiaalialan tiedonhallinnan sanasto 2019, 16). Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014; 15§) todetaankin, että kyse on yksilön, perheen ja yhteisön tarpeisiin vastaavasta eri palvelutasoista ja -tahoista yhdistävästä sekä arvioivasta palvelusta. Aikuisasiakkaan kohdalla tulee aina selvittää myös se, onko hänellä lapsia ja arvioida lasten tuen tarve sekä aikuisen tuen tarvetta liittyen lapsiinsa (Kuorelahti ja Volanto 2019, 80).

Palvelutarpeen arvioinnin sisältö määritellään sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) seuraavasti:

Palvelutarpeen selvittämisen perusteella arvioidaan, onko henkilöllä tuen tarvetta. Jos henkilö tarvitsee tukea, arvioidaan, onko tuen tarve luonteeltaan tilapäistä, toistuvaa tai pitkäaikaista. Palvelutarpeen arviointi sisältää:

- 1) yhteenvedon asiakkaan tilanteesta sekä sosiaalipalvelujen ja erityisen tuen tarpeesta;*
- 2) sosiaalihuollon ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä;*
- 3) asiakkaan mielipiteen ja näkemyksen palvelutarpeestaan, ellei palvelutarpeen arvioimiseen yhteistyössä asiakkaan kanssa ole ilmeistä estettä;*
- 4) asiakkaan ja sosiaalihuollon ammattihenkilön arvion 42 §:n mukaisen omatyöntekijän tarpeesta. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 37§)*

Palvelut ja tuki pyritään rakentamaan pääasiassa palveluiden ja kolmannen sektorin verkostojen avulla, jolloin läheissuhteiden huomioiminen jää pääasiassa kysymyksiksi paperilla tai järjestelmässä. Palvelutarpeen arvioinnin mallin haasteeksi onkin todettu perheen ja läheisten liian vähäinen huomioiminen. Palvelutarpeen arvioinnissa ja etenkin arvioinnista suunnitelmalliseen sosiaalityöhön siirtymisessä tarvitaan raja-aitoja rikkovaa työskentelytapaa. (Paavola 2019, 119.) Raja-aitoja rikkovaa työskentelytapaa tarvitaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.

Sosiaalihuollon ammattilaisen tehtävänä on huolehtia, että asiakkaalla on käytettävissään kaikki se asiantuntijuus ja osaaminen, mikä on tarpeen ja asiakkaan eduksi (Heikkilä 2019, 188–189). Monialaisessa työskentelyssä muilta tahoilta saadaan arvokasta tietoa ja näkemystä. Monialaisessa palvelutarpeen arvioinnissa toinen taho voi olla myös tiedon osatuottaja. Yhteinen palvelutarpeen arviointi voi tuottaa lisäarvoa toiselle palveluja tuottavalle taholle. (Paavola ja Hallikainen 2019, 74–75; Grundischi 2019, 228). Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta on pitkälti vielä puutteellista siitä huolimatta, että yhteistoiminta on kirjattu lakiin ja sen tarve on ilmeinen. Sosiaalityön tarve näkyy etenkin paljon terveystalvuuksia käyttävillä, päihteiden käyttäjillä ja päivystyspotilailla. (Tiihonen, Raikisto ja Ritsilä 2019, 203–205, 216). Viranomaisten välinen asiointi perustuu lähtökohtaisesti asiakkaan kirjalliseen suostumukseen (Heikkilä 2019, 190).

Muiden viranomaisten tulee osallistua palvelutarpeen arvioimiseen vastuutyöntekijän pyynnöstä ja näin viranomaiset muodostavat yhdessä monilaisen palvelutarpeen arvioinnin. (Hallikainen 2019, 40; SHL 1301/2014: 41§). Asiakkailta voi olla paljon tarpeita, jotka jäävät näkymättömiksi ensisijaisen tarpeen ollessa keskiössä. Laaja-alaisella selvittämisellä voidaan kuitenkin tuoda esiin muut asiakkaan tilanteeseen vaikuttavat haasteet, sekä haasteiden taustalla olevat tekijät. Mikäli tarpeita aiheuttavia taustatekijöitä ei tunnusteta, voi toiminta jäädä pintapuoliseksi oireiden hoidoksi. Tällöin tilanne saattaa uusiutua nopeastikin taustalla olevien tarpeiden jäädessä edelleen ratkaisematta. Tarpeet, jotka eivät kohdistu suoraan sosiaalihuoltoon, saattavat jäädä näkymättömiin ja aiheuttaa kuitenkin palvelutarpeen. Kolmannen sektorin mukaan ottaminen avaa asiakkaan tilannetta vielä paremmin ja tukee asiakkaan haasteisiin vastaamista. Moniammatillinen yhteistyö ja systemaattinen toimintatapa voi tehostaa toimintaa ja vähentää tarvittavaa aikaa (Paavola 2019, 118). Olennaista on tarjota asiakkaalle työkaluja ongelmien havaitsemiseen, arvioimiseen ja ratkaisemiseen sekä toiminnan muutokseen. (Zechner ja Hytti 2019, 48–50).

Palvelutarpeen arviointi ei ole sama asia, kuin palvelutarpeen arvioinnin dokumentti. Asiakirjan sekä asiakastietojärjestelmissä oleva palvelutarpeen arvion rakenne kuitenkin asettavat tiettyjä reunaehdoja. (Paavola ja Viitasalo 2019, 27). Juridinen kehys, tässä tapauksessa etenkin sosiaalihuoltolaki (1301/2014), määrittelee palvelutarpeen arvioinnin tavoitteiksi asiakkaan hyvinvoinnin edistämisen (3§ 1 ja 15§), oikea-aikaisuuden ja vaikuttavuuden (4§), rajallisen julkisen talouden resurssin käytön perustelun (2§) ja määrämutoisen kirjaamisen (sosiaalihuoltolaki 1301/2014; 15§ ja laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015; 9§). Palvelutarpeen arvioinnissa on pohdittava resurssien näkökulmasta sitä, mikä on mahdollista ja kuinka laajoja arvioita aikuissosiaalityössä

voidaan tehdä työmäärään nähden (Paavola 2019, 118). Laaja-alaisen, moniammatillisen ja intensiivisen arvioinnin on siis oltava realistinen käytössä olevien resurssien suhteen. Vaikka arviointi voi olla resursseja vahvasti varaava, sen kokonaishyöty voi tehdä siitä kustannusten näkökulmasta kannattavan.

Asiakkaan tulee saada palvelutarpeen arvioinnin dokumentaatio selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa. Sama koskee kaikkia muitakin viranomaisasiakirjoja ja niihin liittyvää informaatiota. Arviointiprosessin merkitys ja välttämättömyys tulee myös muotoilla ymmärrettävään muotoon. Asiakkaan tulee saada ilmaista mielipiteensä ja mahdollinen eriävä mielipide tulee kirjata osaksi palvelutarpeen arvioinnin dokumenttia. (Hallikainen 2019, 40; Paavola ja Hallikainen 76).

Yleisimmät syyt aikuissosiaalityön palveluihin hakeutumiselle ovat asuminen, toimeentulo ja talous sekä työllisyysasiat. (Paavola ja Hallikainen 2019, 64). Yhteydenotoissa ja arvioissa määritellään usein ensisijainen tarve. Mikäli käytetään vain yhden ensisijaisen tarpeen mukaista luokittelua, se voi asettaa haasteita asiakasprosessille. Se, minkä ensisijaisen syyn asiakas ja työntekijä määrittelevät, saattaa vaikuttaa koko asiakasprosessiin ja haettaviin sekä saataviin palveluihin. Usealla ensisijaisella syyllä tai toissijaisten syiden käytöllä tilanne voidaan kuvata laajemmin. (Paavola & Viitasalo 2019, 29). Tämän vuoksi asiakkaan oikeus laaja-alaiseen moniammatilliseen palvelutarpeen arvioon on tärkeä: asiakkaan kokonaistilanne ja tuen tarpeet voidaan hahmottaa ja tuoda esille riittävässä laajuudessa. Tällaista kokonaisvaltaisuutta korostetaan myös sosiaalihuoltolain soveltamisoppaassa (2017, 100–111).

Toistuvat kohtaamiset ja luottamusta rakentava sosiaalityö voivat tuottaa kestävämpiä tuloksia. Näiden toteuttaminen voi vaatia resursseja ja jonkinasteista palveluiden uudelleenorganisointia sekä asiakkaan motivaation tunnistamista ja vahvistamista. (Saari, Eskelinen & Björklund, 2020, 249–250). Tästä syystä palvelutarpeen arviointi on syytä rakentaa hitaasti asiakkaan ehdoilla eteneväksi prosessiksi, jossa ensin kuullaan asiakasta ja tutustutaan, jonka jälkeen syvennyttään ja perehdyttään tilanteeseen paremmin ja aletaan etsiä yhteisiä ratkaisumalleja. Palvelutarpeen arviointia ei voi eikä saa systematisoida ja yhtenäistää liiaksi. Kyseessä on yksilöllinen, asiakaskohtainen arviointi, jossa huomioidaan nimenomaan asiakkaan yksilölliset tarpeet. Samanlainen menettely ei sovi kaikille ja prosessin tulee olla niin sisällöltään kuin menetelmiltään sovellettavissa tilannekohtaisesti. Prosessinomaisuus ja dynaamisuus ovat olennaisia piirteitä palvelutarpeen arvioinnissa. (Paavola ja Hallikainen 2019, 73; Grundischi 2019, 233; Tuusa ym. 2018, 142).

2.2 Relationaalinen asiantuntijuus

Relationaalisesta näkökulmasta sosiaalityö on monitoimijaista yhteistoimintaa, joka on tilannekohtaisesti suhteessa muihin toimijoihin ja materiaalsiin resursseihin. Asiakkaasta, ajasta, paikasta ja kytköksissä olevista toimijoista riippuen sosiaalityö muotoutuu aina omanlaiseensa muotoon. Sosiaalityötä tulee tarkastella siis sen suhteiden kautta, oli kyse sitten asiakkaan tilanteen muutoksesta tai palvelujärjestelmän toiminnasta. (Lindh 2019, 16–18)

Relationaalisessa teoriassa sosiaalityö ei asemoidu tiukasti tiettyyn kehykseen suhteiden ja toimijoiden verkossa, joten sosiaalityön kontekstit ja suhteet voivat olla laajoja ja monenlaisia. Asiakas ja yhteiskunta, jossa asiakas elää, ovat suhteessa poliittiseen, sosiaaliseen, taloudelliseen, juridiseen, kulttuurilliseen, ekologiseen ja globalisaation kehyksiin. (Lindh 2019, 19–20). Sosiaalityötä ei siis voi tarkastella staattisena osana instituutiota tai yhtenä tiettyinä palveluna, vaan yhdistelmänä erilaisia suhteita (Lindh 2019, 13–19).

Sosiaalityö on olennaista hahmottaa kussakin toimintatilanteessa välittäjänä, joka muodostaa suhdeverkoston asiakkaan ja eri toimijoiden välille. (Lindh 2019, 16–18). Sosiaalityössä on siis huomioitava konteksti sekä asiakkaan elämän eri toimijat ja tuoda nämä toimijat yhteen. Asiakkaan

tilanteesta saadaan kokonaisvaltainen käsitys, kun asiakkaan ja ammattilaisten näkemykset yhdistetään dialogin avulla. Dialogisuus on useiden toimijoiden kanssa työskenneltäessä merkityksellistä ja eriävienkin näkemysten esiin tuominen on tärkeää, jotta prosessin osapuolet hahmottavat toistensa näkemykset, tavoitteet ja työskentelyn reunaehdot.

2.3 Moniammatillisuus

Monitoimijaisuuden ja monialaisuuden keskiössä on eri ammattiryhmien ja organisaatioiden yhteistyö. Tämä osa-alue on nimetty moniammatilliseksi toimijuudeksi. Tämä kiteytyy hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon, joka on vahvasti käynnissä. Niin työotteet kuin yhteistyökäytännötkin ovat kehittymässä yhteisemmiksi ja aiemmin kovinkin jyrkät raja-aidat ovat murenemassa. (Lindh 2019, 21–22).

Verkostoyhteistyössä palvelut ja toimijat toimivat pitkälti yhtäaikaaisesti ja osin päällekkäin. Yhteistoiminta on enemmän reaaliaikaista ja palvelut täydentävät toisiaan. (Tuusa ym. 2018, 133). Näin moniammatillisuus muodostaa yhtäaikaisen dynaamisen kokonaisuuden, jossa asiakkaan tilanne pyritään huomioimaan kokonaisuutena ja asioiden yhteydet hahmotetaan toisiinsa vaikuttavina, eikä vain irtonaisina tekijöinä, joita voidaan hoitaa yksi kerrallaan.

Asiakas, sosiaalityöntekijä ja muut toimijat ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään ja asiakkaan kanssa työskennellään näissä vuorovaikutussuhteissa. Sosiaalityö on siis monialaista ja monitoimijaista yhteistoimintaa. Monialainen, suunnitelmallinen, tavoitteellinen ja yksilöllisesti ohjattu yhteistoiminta on merkittävästi kuntoutumisen onnistumiseen vaikuttava tekijä. (Tuusa ym. 2018, 125, 141). Yhteistyösuhteiden ja niissä tapahtuvan vuorovaikutuksen onnistumisen on havaittu olevan toipumisen kannalta hyvin merkityksellistä riippumatta siitä, missä rooleissa vuorovaikutus tapahtuu. Roolit vaikuttavat prosessissa mukana olevien odotuksiin ja tavoitteisiin sekä vuorovaikutuksen luonteeseen. (Tuusa ym. 2018, 128–130).

Yksiä moniammatillisuuden haasteista on laajan verkoston koossapitäminen, organisointi ja tiedon välittäminen. Asiakkaan kannalta on haastavaa, mikäli on useita toimijoita, joista jokainen hoitaa vain omaa kenttäänsä, eikä tiedä tarkalleen, mitä muut toimijat tekevät. Tällöin on riski myös siihen, että toimijat tekevät päällekkäistä työtä, tai että osaset eivät hitsaudu toisiinsa tiiviisti. Yhteistyön toimimattomuus muodostuu nopeasti asiakkaan omatoimijuuden estäväksi tekijäksi. Toimijoiden tulisi pystyä joustavaan, roolien rajoja venyttävään ja aitoja yhteistyötapoja kehittävään työtapaan. Näin aito dialogisuus on mahdollista eivätkä vanhahtavat, liian tiukat roolitukset luo kuiluja toimijoiden väliin estäen kokonaispalvelun onnistumista. (Tuusa ym. 2018).

Moniammatillisuudessa on myös käänteinen puolensa. Ammatilliset ja organisaatiot saattavat lähestyä asiakkaan tilannetta liiaksi omista näkökulmistaan huomioimatta asiakkaan omaa toimijuutta, oikea-aikaisuutta ja motivaatiota. Palveluja saatetaan rakentaa palvelu- ja organisaatiolähtöisesti. Tällöin on mahdollista, että ammatilliset ja organisaatiot sivuuttavat tai syrjäyttävät asiakkaan oman toimijuuden sekä yksilölliset tarpeet ja tehdä näin ollen haittaa koko toipumisprosessille. Asiakas saattaa helposti jäädä syrjään jo sen takia, että instituutioilla on omat siteensä jo valmiiksi ja ne ovat tottuneet toimimaan organisaatiolähtöisesti. (Tuusa ym. 2018, 138–139; Kinnunen 2018, 188).

2.4 Osallisuus

Palvelutarpeen arviointi on Markku Hallikaista (2019, 34) lainaten *”asiakkaan sosiaalisen hyvinvoinnin ongelmien ratkaisujen etsimistä ja perusteltujen päätösten alustamista, mikä tehdään vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa”*. Hallikaisen määritelmä on melko tyhjentävä ja korostaa asiakkaan osallisuutta.

Osallisuuden kokemukset voivat kannatella etenkin silloin, kun voimakas taustatekijä, kuten vaikka sairaus tai riippuvuus pitkäaikaisesti heikentää asiakkaan toimintakykyä ja luottamusta itseensä toimijana. Osallistaminen tai osallisuus tulee suunnitella tarkkaan, ettei muodostu näennäisosallisuutta, jolla ei saada useinkaan todellisia vaikutuksia. (Hietala 2018b, 118–120). Palvelun on oltava myös oikea-aikaista ja asiakaslähtöistä (Tuusa ym 2018, 131).

Mikäli asiakkaalle ei muodostu aktiivista roolia oman palvelunsa suunnittelussa ja toteutuksessa, hyödyt jäävät usein vähäisiksi (Tuusa ym. 2018, 141–143). Asiakkaan osallisuus on niin merkittävä tekijä, että sen voidaan katsoa olevan kuntoutumisen ehto (Hietala 2018a, 118). Yhteistoimijuus ammattilaisten kanssa voi palauttaa asiakkaan toimintakykyä ja lisätä resilienssiä. Tästä syystä varmistava tuki ja hyvä suunnitelmallisuus ovat merkittävässä asemassa.

Sosiaalityöllä ja -ohjauksella on velvoite vaikuttaa asiakkaan osallisuuteen. Osallisuuden edistäminen on mainittu sosiaalihuoltolaissa peräti kahdeksan kertaa (1301/2014; 1§, 3§, 4§, 11§, 15§, 16§, 17§ ja 21§ sekä 26.06.2015/817; 4§). Tämä on hyvä osoitus siitä, kuinka asiakas- eikä palvelulähtöiseksi laki on suunniteltu. Palveluiden tulisikin olla selkeästi asiakasta varten ja sovitettu asiakkaan tarpeeseen, eikä niin, että asiakas yritetään saada sopimaan olemassa olevaan palveluverkkoon. Asiakas on uuden sosiaalihuoltolain silmissä paremmassa asemassa kuin aikaisemmin, mutta käytäntöjä tulee kehittää edelleen (Hallikainen 2019, 38; Saari, Eskelinen & Björklund 2020, 186, 249–250).

Osallisuus ja osallistaminen sisältää aina jännitteitä, koska valta-asetelma on väistämätön. Valta-asetelmaa voidaan monella tavalla pehmentää ja kaventaa, mutta yksilö on aina alisteisessa asemassa viranomaisorganisaatiolle (Hietala 2018b, 125–126). Pahimmillaan muodostuu ristiriita, jossa asiakkaalta odotetaan aloitteellisuutta ja osallistumista, mutta aktiivisuus katsotaankin ”hankaluudeksi”. Asiakkaan pitäisi siis yhtä aikaa osallistua ja ajaa omaa asiaansa, mutta alistua ammattilastahon määrittelyihin ja ohjaukseen. (Kinnunen 2018, 179).

Vaikka asiakkaan tukeminen ja tarpeisiin vastaaminen on sekä tavoite, että asiakasta vahvistava toimintatapa, voi liiallinen tuki myös heikentää asiakkaan itseluottamusta. Itsenäisesti toimiminen vahvistaa asiakkaan toimijuutta, osallisuutta ja itseluottamusta. Näin ollen ylipalvelemista ja puolesta tekemistä tulisi välttää. Ammattilaisten ei tulisi määrittää tavoitteita ennen arvioinnin aloittamista. Arvioinnin lähtökohdaksi tulisi ottaa yksilöiden ja ryhmien sosiaalisen luottamuksen ja siihen liittyvien sosiaalisten taitojen vahvistaminen. Tämän vuoksi myös sosiaalisen verkoston kartoittaminen ja sen mahdollisen hyödyntämisen arvioiminen on tärkeää. (Hietala 2018b, 119–123.)

2.5 Voimavaratyöskentely

Voimavaratyöskentelyssä ajatus suunnataan tulevaisuuteen ja voimavarojen hyödyntämiseen. Voimavaroja hyödynnetään tavoitteiden, unelmien ja haaveiden toteutumista ajatellen sekä haasteiden poistamiseksi. Voimavarylähtöisyys voidaan nähdä vastakkaisena mallina ongelmien tunnistamisesta lähtevään työotteeseen. (Keskitalo ja Vuokila-Oikkonen 2018, 85–86, 167). Oleellista on, että asiakasta tuetaan sanoittamaan hänen omat toiveensa, haaveet ja unelmat. Asiakasta tuetaan löytämään sellaiset tekijät, sosiaaliset suhteet ja rakenteet, joiden avulla tulevaisuus voidaan rakentaa vähemmän ongelmalliseksi. (Keskitalo ja Vuokila-Oikkonen 2018, 86–87, 90–92). Keskitalo ja Vuokila-Oikkonen (2018, 87, 91–92) korostavatkin, että ihmisen ongelmat pyritään näkemään laajemmassa, yhteiskunnallisessa perspektiivissä, eikä vain yksilön ongelmakenttänä.

Voimavaratyöskentelyssä lähtökohtana on selvittää asiakkaan elämässä olevat tekijät, jotka ovat asiakkaan tukipilareita; osallisuus, aktiivinen toimijuus ja läheisverkosto. Voimavarat liittyvät asiakkaan läheisverkostoon ja toimintaympäristöön sekä niistä kumpuaviin toiminnan mahdollisuuksiin ja esteisiin. Voimavara on tunne sisäisestä voimasta ja se ilmenee kykynä toimia vaativissa tilanteissa.

Voimavarat eivät aina ole selkeitä tai voimavaroiksi tunnistettuja tekijöitä. Joskus asiakkaalla saattaa olla runsaastikin voimavaroja, joiden merkitystä joko vähätellään tai ei tunnisteta. Tällaisia voimavaroja voivat olla erilaiset fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet, esimerkiksi: energia, sosiaaliset suhteet, tunteiden näyttäminen, omien rajojen pitäminen, positiivisuus ja omista asioista päättäminen. On siis tärkeää kartoittaa asiakkaan voimavaroja keskustelun kautta. Voimavaratyöskentely on olennainen osa palvelutarpeen arviota ja sen avulla pyritään vahvistamaan asiakkaan minuutta, käsitystä itsestä ja omista kyvyistä sekä lisäämään asiakkaan toimijuutta. (Kettunen 2012.)

Voimavarojen tunnistaminen voi vahvistaa asiakkaan toimintakykyä ja auttaa voimavarojen käyttöön saamisessa. Tämän vuoksi työntekijän on tärkeää tutustua asiakkaaseen, hänen elämäntapaansa ja tavoitteisiinsa. Työntekijä voi näin nostaa asiakkaan tilanteesta esille voimavaroja, joiden avulla asiakas on aiemmin selviytynyt vaikeista tilanteista. (Kettunen 2012 s. 96–97.) Myös uusien tai aiemmin tunnistamattomien voimavarojen esiin nostaminen on tärkeää.

Asiakkaan sosiaaliset suhteet – mm. rikollisuuden tai päihteidenkäytön vuoksi – eivät aina ole yhteiskunnan määritelmien mukaan voimaannuttavia. Työntekijän on hyvä tunnistaa, että haitallinenkin sosiaalinen ympäristö voi olla merkityksellinen asiakkaalle. Yksi keino hahmottaa asiakkaan sosiaalisia suhteita on verkostokartta, joka auttaa niin asiakasta kuin työntekijääkin oivaltamaan sosiaalisiin suhteisiin liittyvät voimavarat ja haasteet. Verkostokartta tekee asiakkaalle näkyväksi, keitä hänen elämäänsä kuuluvat ihmiset ovat ja antaa samalla työntekijälle laajempaa ymmärrystä asiakkaan tilanteesta.

2.6 Toipumisorientaatio

Toipumisorientaatio jalkautui Suomeen 2010-luvulla ja on enenevässä määrin käytössä mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelussa ja toteuttamisessa. Toipumisorientaatiolla tarkoitetaan ajattelun ja toiminnan viitekehystä, jossa painottuvat osallisuus, voimavarat, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys.

Toipumisorientaatio on tässä viitekehyksessä huomattavasti laaja-alaisempi kuin pelkkä kliininen toipuminen. Toipuminen on henkilön ainutlaatuinen ja henkilökohtainen asenteiden, arvojen, tunteiden, päämäärien, taitojen ja roolien muutosprosessi. (Nordling 2018) Se on jokaisen oma tapa elää tyydyttävää ja toiveikasta elämää rajoituksista huolimatta.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella on hahmotettu toipumisessa olevan viisi prosessia, jotka kuuluvat henkilökohtaisen toipumisen kulkuun. Nämä ovat: yhteys toisiin ihmisiin, toivo, elämän tarkoitus, identiteetti ja voimaantuminen. Työntekijän tehtävänä on edistää asiakkaan toipumista näissä prosesseissa. Toipumisprosessi näkyy yksilön kokemusmaailman positiivisena muutoksena, jota palvelut edistävät ja jonka järjestelmä mahdollistaa. Palvelut eivät itsessään johda toipumiseen, mutta niiden avulla voidaan luoda edellytyksiä siihen. Palveluntuottajien ja ammattihenkilöiden on mietittävä uudelleen roolia, joka heillä on asiakkaiden toipumisen tukijoina, sekä sitä, minkälaisia taitoja ja mitä osaamista se heiltä edellyttää. Tämä vaatii muutakin kuin diagnosoidun sairauden hoitoa. (Nordling 2018.)

1. *Yhteys toisiin ihmisiin mahdollistaa toipumisen alkamisen.*
2. *Toivo tuo ihmiselle tunteen sisäisestä voimasta ja vahvistaa ihmisen elämänhalua ja –laatua, motivoi suuntaamaan katsetta eteenpäin elämässä*
3. *Elämäntarkoitus auttaa ihmistä löytämään elämälleen suunnan ja näin vahvistaa toipumista.*
4. *Toipumisen edistyessä ihminen rakentaa itselleen selkeämmän ja vahvemman identiteetin, joka auttaa voittamaan stigman, joka liittyy erilaisiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Ihminen näkee itsensä kokonaisuutena, joka koostuu monista eri tekijöistä ja sosiaalisista rooleista.*

5. *Voimaantumisen auttaa löytämään itsestään piilossa olleita voimavaroja. Ihmisen voimaantuessa hän lisää omaa vastuutaan ja vahvistaa oman elämänsä hallintaa.*
(Paula Ristolainen 2021.)

Toipuminen asiakkaan elämässä saattaa käynnistyä miltä elämän osa-alueelta tahansa, eikä se usein etene suoraviivaisesti. Näiden tekijöiden vuoksi monialainen, useita menetelmiä hyödyntävä ja monipuolisia tarttumapintoja tarjoava työote on tärkeä. Toipumisorientaation työkaluina voidaan pitää asiakkaalle tarjottavia monialaisia tukimuotoja ja palveluita, joilla on selkeä tavoite ja jotka tukevat asiakasta voimaantumisessa ja asiakkaan oman toimijuuden vahvistumisessa.

Dialogisuus ja luottamuksen rakentaminen ovat avainasemassa asiakkaan kuntoutumisessa. Asiakkaan toimijuuden toteutumisen kannalta on tärkeää, että asiakas tietää työskentelyn tavoitteet ja toiminnan raamit. Lisäksi tavoitteiden tulisi lähteä henkilön omasta näkemyksestä. (Tuusa ym. 2018, 134–135, 142; Kinnunen 2018, 179–181, 188). Asiakkaan luottamus itseensä saattaa myös osin perustua ammattilaisten luottamukseen asiakkaan toimijuuteen. Liiallinen ongelmakeskeinen tai diagnostinen lähestymistapa voi korostaa asiakkaan ongelmia voimavarojen sijaan ja vähentää asiakkaan uskoa itseensä toimijana sekä heikentää toimintakykyä. (Hietala 2018a, 119–122).

Asiakkaan kuntoutumisesta on hyötyä eri aikoina eri toimijoille. Eri toimijoiden ristiriidat ja eroavaisuudet näkökulmissa on hahmotettava, jotta kuntoutuminen onnistuu – muuten eri tavoitteiden yhteensovittaminen voi käydä mahdottomaksi (Tuusa ym. 2018, 136, 143; Kinnunen 2018, 179). Esimerkiksi: asiakas saattaa määrittellä tavoitteeksi vaikkapa taloustilanteensa paranemisen, yhteiskunta kulujen vähenemisen ja tuottavuuden lisääntymisen, sosiaalityö voimaantumisen ja integraation yhteiskuntaan itsenäisenä toimijana, terveydenhuolto asiakkaan psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn palautumisen ja työvoimapalvelut asiakkaan työllistymisen. Kaikkien toimijoiden tavoitteissa on yhdistäviä tekijöitä, mutta näkökulmissa on merkittäviä eroja. Toipumisorientaation mukaisessa työotteessa nämä tekijät yhteensovitetaan asiakaslähtöisesti.

3 IPHA:a tukevat toimintatavat ja työkalut

3.1 Kokemusasiantuntija arvioinnissa

Arvioinnin onnistumisen kannalta on olennaista, että asiakkaan ja työntekijän välille muodostuu luottamussuhde. Kokemusasiantuntija ja kolmannen sektorin toimijat voivat edesauttaa luottamuksen syntymistä. (Hietala 2018a, 2; Hietala 2018b, 118). Luottamuksen merkitys korostuu etenkin heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla, koska heillä voi olla valmiiksi voimakkaasti madaltunut luottamus palveluiden saamiseen, ammattilaisiin, päättäjiin ja järjestelmään. Tämä piirre voi olla hyvin korostunut etenkin, jos asiakas on kokenut vahvoja pettymyksiä aiemmin ja asiakas on kohdannut jatkuvaa niukkuutta. Asiakkaalla saattaa olla myös kokemuksia tai uskomuksia siitä, ettei palvelujärjestelmä pysty tarjoamaan hänelle ratkaisuita tai ulospääsytietä tilanteestaan. (Hietala 2018a, 2; Hietala 2018b, 119–122; Hietala ym. 2018, 24).

Luottamuksellisen suhteen korostamisen tulee alkaa jo haastavassa asemassa olevien asiakkaiden tavoitteluvaiheessa. Asiakkaan kanssa työskentelevän työntekijän tulisi pystyä rakentamaan luottamusta palvelujärjestelmään oman työskentelynsä ja persoonansa kautta pitkäjänteisellä ja tiiviillä työskentelyllä. (Hietala 2018b, 119–122; Hietala ym. 2018, 24). Luottamussuhteen tulisi olla sellainen, että erimielisyyteen ja siitä kumpuavaan keskusteluun on aito mahdollisuus (Hietala 2018b, 130–131). Luottamus itsessään muovaa kommunikaatiosuhdetta positiivisesti, kuten vähentää itsekkyyttä ja lisää toisten kuulemistä. Asiakkaan asemaa palveluissa voidaan vahvistaa esimerkiksi vertaisen myötä. (Hietala ym. 2018, 2, 23–24, 42–43.)

Alun perin kokemusasiantuntijuus on ollut vahvasti ammattilaisten osaamisen lisäämiseksi suunnattua työtä. Toiseksi suuntaukseksi on noussut kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen asiakastyön tukena

eli vertaisen toimimisena ja oman kokemustarinan jakamisena asiakkaan toipumisen tueksi. Hyvä tapa purkaa valta-asetelman luomaa jännitettä on kutsua kokemusasiantuntijat tai vertaiset ammattilaisten rinnalle (ks. Hietala 2018b, 118–120, 131; Hirschovits-Gerz ym. 2019, 40; Kinnunen 2018, 179). Kokemusasiantuntijan rooli voi olla hyvin monenlainen. Mitä itsenäisempi työote kokemusasiantuntijalla on, sen lähemmäksi hänen roolinsa muodostuu muun ammattilaisen roolia. Palkkasuhteisen kokemusasiantuntijan työtä määrittelee myös vastaavat tekijät, kuin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaista. Näitä asioita ovat muun muassa sosiaali- ja terveysalan eettinen koodisto ja vaitiolovelvollisuus. (Hirschovits-Gerz ym. 2019, 43).

Oleellista on, että kokemusasiantuntija on kuntoutunut itse niin, että vertaisena toimiminen on mahdollista. Osa kokemusasiantuntijoiden taustatekijöistä on elinikäisiä, kuten jotkut sairaudet. Kokemusasiantuntijan kunto voi vaihdella elämän varrella ja kokemusasiantuntijan voinnin tulee olla sellainen, että hän selviytyy työtehtävistään. (Hirschovits-Gerz ym. 2019, 43–44).

3.2 Mittarit ja kartoitukset

Tarvittavan tiedon tuottamisessa ja laajan kuvan saamiseksi IPHA:ssa hyödynnetään eri mittareita suunnitelmallisesti. Aikuisväestön hyvinvointimittaria osana palvelutarpeen arviointia ja se on integroitu Apottiin. Hyvinvointimittari on riittävän lyhyt, antaa informaatiota useasta asiakkaan elämän osa-alueesta ja on helposti toistettavissa. Mittarin avulla pystytään arvioimaan melko vaivattomasti asiakkaan lähtötilanne ja tilanne arvioinnin loppupuolella, lisäksi arviointeja voi vertailla keskenään. Näin asiakkaan tilanteesta tapahtunut kehitys saadaan näkyväksi. Hyvinvointimittari ei kuitenkaan ole vaikuttavuuden arvioinnin mittari.

Terveyteen liittyvinä mittareina IPHA:ssa käytetään masennusmittari PHQ-9:ää, ahdistuneisuusmittari GAD-7:ää sekä alkoholin käyttöä mittaava AUDIT:ia, jotka sisältyvät Terapianavigaattoriin. Terapianavigaattoria käytetään terveydenhuollossa psykososiaaliseen hoitoon ohjaamisen apuvälineenä. Mittareiden käyttö IPHA:ssa on siis perusteltua, kun hoitoon ohjaamisessa käytetään samoja mittareita.

Lisäksi IPHA:ssa käytetään sosiaalihuollon lähisuhdeväkivallan kartoitusta, joka on osana Apotti-järjestelmää. Lähisuhdeväkivalta on sekä asiakkaan sosiaaliseen tilanteeseen että terveydentilaan vakavasti vaikuttava tekijä. Lähisuhdeväkivallan puheeksi ottaminen voi olla myös hankalaa. Sen sisällyttäminen kiinteänä osana malliin voi tehdä puheeksiottoa helpommaksi. Kartoituksen säännönmukainen käyttö voi auttaa tuomaan näkyväksi lähisuhdeväkivallan yleisyyttä. Mikäli lähisuhdeväkivallan kartoituksessa pisteet ovat korkeat tai siitä nousee esiin muuten huolestuttavia tekijöitä, tehdään asiakkaalle myös MARAK-arvio. Mikäli MARAK-arvio antaa viitteet työskentelyn aloittamiselle ja asiakas on siihen halukas, aloitetaan MARAK-työskentely.

4 IPHA-malli

IPHA-malli etenee hyvin samankaltaisesti kuin palvelutarpeen arviointi ylipäätään. Mallissa korostetaan muutamaa osa-aluetta, jotka ovat nousseet kohderyhmän tarpeista.

IPHA:n sisältö

- Informointi, suostumus ja kiireellisyysarvio
- Sisällölliset teemat:
 - Läheis- ja perhesuhteet
 - Terveysosio
 - Elämän kriisit
 - Voimavaratyöskentely
 - Menneet, olemassa olevat ja suunnitellut palvelut

- Kokemusasiantuntijat asiakastyössä mukana asiakkaan niin halutessa
- Mittarit ja arviointi

IPHA:n käytäntöjä

- Asiakkaan toiveesta tavataan hänen toimintaympäristössään
- Jalkautuminen asiakkaan tarpeen mukaan
- Tiivis työparityöskentely
 - sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä
 - sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja sosiaaliohjaaja
- Yhteistyötahojen ja muiden palveluja tuottavien tahojen välinen yhteistyö (TYP, Krits, Kela, 3.sektori jne.)
- Yhteiset suunnitelmat ja työnjaon suunnittelu osallistuvien viranomaisten ja muiden tahojen kanssa
- Tiivis yhteys asiakkaaseen, myös tapaamisten välissä
- Työntekijät ovat tavoitettavissa helposti
- Aloitetaan palvelut mahdollisuuksien mukaan arvioinnin aikana

4.1 IPHA-prosessin aloitus

IPHA-prosessin alussa asiakkaalle kerrotaan IPHA:n sisällöstä ja etenemisestä. Asiakkaalta pyydetään suostumus tietojen vaihtoon sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ja hänelle kerrotaan, miten hänen tietojensa käsitellään ja mitä asioita tullaan kirjaamaan mihinkin rekisteriin. IPHA:an osallistuu aina sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon ammattilaiset työparina. Asiakkaan annettua suostumuksensa tiedonvaihtoon, ottaa arvioinnin aloittanut sosiaalihuollon työntekijä yhteyttä terveydenhuoltoon tai terveydenhuollon työntekijä sosiaalihuoltoon.

Päätös IPHA:n aloittamisesta ja työsuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja kirjataan asiakastietojärjestelmään. Tässä vaiheessa prosessia on syytä tunnistaa asiakkaan itse esille tuomat asiat ja tarpeet, hakemuksen ja/tai yhteydenoton sisältö ja määrittellä, minkälaisiin ongelmiin tai asioihin haetaan ratkaisuja. Yhteistä tiedonmuodostusta työntekijöiden ja asiakkaan kanssa tehdään IPHA-prosessin alusta saakka. Luottamussuhdetta pyritään rakentamaan ratkaisemalla aluksi jokin konkreettinen asia, jos se vain on mahdollista. Tällainen voi olla esimerkiksi matkalipun myöntäminen arviointikäytien tukemiseksi, tai jonkin etuasian selvittäminen.

IPHA-prosessi etenee asiakkaan tilanteen vaatimassa järjestyksessä, asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaan. Ammattilaisten tulee huolehtia siitä, että kaikki asiakkaan tilanteessa tarvittavat kontaktit ja palvelut kartoitetaan arviointia tehtäessä. Prosessissa keskitytään kontakteihin, jotka ovat asiakkaalle merkityksellisimpiä ja joihin asiakkaan on helpointa sitoutua.

Arvioinnin alussa tulee selvittää asiakkaan tilanteeseen liittyvät mahdollisesti kiireelliset asiat. Asiakkaalla saattaa olla asioita, joiden hoitaminen ei voi odottaa IPHA:n valmistumista ja sosiaali- tai terveyspalvelut on käynnistettävä välittömästi. Varsinaista palvelutarpeen arviointia tärkeämmäksi muodostuu toisinaan välitöntä huomiota vaativien asioiden selvittäminen ja hoitaminen.

Moniammatillisessa IPHA-työskentelyssä olevien asiakkaiden elämäntilanteet ovat usein hankalia, jolloin akuutisti hoidattavia asioita voi olla paljonkin.

4.2 Aloitustapaaminen

Aloitustapaamisella on sosiaalihuollon työntekijästä ja terveydenhuollosta koostuva työpari. Jos työparin yhteistapaaminen ei heti onnistu, voi vastuutyöntekijä tavata asiakkaan yksin. Tällöin työparin on tärkeä välittää riittävän kattavasti tietoa toiselle työntekijälle.

Aloitustapaamisella kartoitetaan asiakkaan tilanne pintapuolisesti ja paikannetaan keskeisimmät huomiota vaativat asiat. Asiakasta informoidaan IPHA:n etenemisestä ja kirjataan asiakkaan suostumus tiedonvaihtoon Apottiin.

Ensimmäisellä tapaamisella ratkaistaan mahdollisuuksien mukaan jokin konkreettinen asia, esimerkiksi tehdään ehkäisevän toimeentulotuen päätös matkalippuun. Konkreettisen asian ratkaisemisella pyritään muodostamaan luottamussuhde asiakkaan ja työntekijöiden välille osoittamalla, että työskentelyn avulla saadaan konkreettisia asioita edistettyä.

Aloitustapaamisella tutustutaan lisäksi asiakkaan kanssa aikuisväestön hyvinvointimittariin, jonka asiakas täyttää ennen seuraavaa tapaamista. Jos asiakas ei voi toimintakykynsä vuoksi täyttää hyvinvointimittaria itsenäisesti, voi asiakas täyttää sen ohjattuna toisella tapaamiskerralla tai esimerkiksi kokemusasiantuntijan kanssa.

4.3 Teematapaamiset

IPHA-malli sisältää teematapaamisia, joissa keskitytään asiakkaan tilanteeseen liittyviin keskeisiin osa-alueisiin. IPHA-mallin teematapaamiset mukailevat kappaleessa 2.1 kuvattua ajatusta siitä, että jokaiselle asiakkaan tilanteessa olennaiselle teemalle varataan oma tapaamisensa. Asiakkaan tilanteeseen soveltuen IPHA:ssa käydään läpi viisi teemaa: 1. läheis- ja perhesuhteet, 2. terveys, 3. elämän kriisit, 4. voimavarat ja 5. aiemmat, olemassa olevat ja suunniteltavat palvelut. IPHA-tapaamisilla käsiteltävien teemojen lisäksi olennaista on pohtia tapaamisten toteuttamispaikkaa. Asiakkaan tuottama puhe saattaa vaihdella sen mukaan, onko tapaaminen toteutettu puhelimesta, toimistolla vai asiakkaan toimintaympäristöön jalkautuen.

Sairaanhoitajan tapaamiset IPHA:ssa ovat terveyteen liittyviä teematapaamisia, joita asiakkaan tarpeen mukaan on 1–2.

Teematapaamiset muodostuvat asiakkaan esille tuomista asioista, asiakastietojärjestelmässä olevan palvelutarpeen arvioinnin rakenteellisesta sisällöstä ja hyvinvointimittarin ohjaamista teemoista. Asiakkaan tilanne määrittää teemojen painotusta, järjestystä ja teemaan käytettävää aikaa. Jos asiakkaalla on tarvetta keskustella jostain teemasta laajemmin, on työntekijän tehtävänä selvittää teemaa riittävästi palvelutarpeen arvioinnin ja palveluiden järjestämisen kannalta. Työntekijän tulee ohjata arviointia eteenpäin siinä vaiheessa, kun teemasta ei synny enää uutta tietoa tai ratkaistavia haasteita. Asiakkaan tarve keskittyä johonkin teemaan voi liittyä asiakkaan elämän kriiseihin, jolloin työntekijän on huomioitava tämä.

Asiakas ei välttämättä halua puhua kaikkien teemojen sisällöistä. Työntekijällä on tällöin haastavaa selvittää palveluiden järjestämisen kannalta oleelliset asiat aihepiiristä. Asiakkaan näkemyksen ja toimijuuden tulee olla työtä ohjaava periaate. Työntekijän tulee huolehtia siitä, että kaikki teemat tulevat käsitellyiksi ja palveluiden järjestämistä varten tarvittava tieto on mahdollisimman täsmällistä ja kattavaa.

Läheis- ja perhesuhteet

Yhtenä teematapaamisen aiheena IPHA:ssa on läheis- ja perhesuhteet. Asiakas on tärkeä kohdata henkilönä, joka on osa yhteisöjä ja perhettä. Läheisverkosto on asiakkaan elämässä tukirakenne ja henkisen hyvinvoinnin ja konkreettisen avun saamisen lähde. Läheisverkoston puute voi aiheuttaa syrjäytymistä ja psyykkisiä ongelmia. Läheisten haasteet voivat vaikuttaa asiakkaan hyvinvointiin ja asiakkaan haasteet puolestaan hänen läheistensä hyvinvointiin. Läheisverkostoon voi liittyä myös lähisuhdeväkiä, jonka kartoitus on osana IPHA:a.

Terveys

Terveyteen liittyvä teematapaaminen on asiakkaan ja sairaanhoitajan yksilötapaaminen. Tapaamisella kartoitetaan asiakkaan perussairaudet, sairauksien hoitotilanne, lääkitykset, asiakkaan senhetkinen vointi sekä aiemmat ja nykyiset hoitokontaktit. Lisäksi tehdään perusverikokeet, mitataan verenpaineet ja käydään läpi asiakkaalle tarpeelliset seulontalomakkeet (Audit, PHQ9, BAI/GAD7, 15D).

Yksilötapaamisen perusteella sairaanhoitaja varaa tarvittaessa ajan lääkärille ja päivittää tapaamisen perusteella asiakkaan hoitosuunnitelman. IPHA:n terveysteeman tarkoituksena on asiakkaan tukeminen terveydestä huolehtimisessa ja siihen sitoutumisessa.

Elämän kriisit

Elämän kriiseihin liittyvä teematapaaminen tarkoittaa yksinkertaistettuna asiakkaan elämässä taustalla olevien haasteiden läpikäymistä. Taustalla olevat haasteet aiheuttavat usein muita haasteita nykyhetken asiakkaan elämässä.

Elämän kriisien käsittelyn ei ole tarkoitus olla terapiatyöskentelyä. Teematapaamisen tarkoitus on arvioida, millaisilla palveluilla asiakkaan elämään haasteita tuottaviin taustasyihin voidaan vaikuttaa ja miten estää haasteiden syntymistä. Elämän kriisejä teemana voi lähestyä asiakkaan kanssa elämänjanan laatimisen kautta. Lisäksi hyvinvointimittarin kriiseihin liittyvän osion vastauksia voi hyödyntää teeman käsittelyssä. Tapaamisen jälkeen on tärkeää varmistaa asiakkaan vointi sekä tarve purkukeskustelulle.

Voimavarat

Voimavaratyöskentely on IPHA-mallissa työote sekä erillinen teema. Voimavaratyöskentely on IPHA-mallissa omana osionaan voimavarojen yhteenvetoon ja vahvistamiseen liittyvänä tapaamiskertana. Voimavaratyöskentely kytkeytyy vahvasti toipumisorientaatioon sekä luottamuksen vahvistamiseen palvelujärjestelmään. On tärkeää huomioida myös liiallisen tukemisen mahdolliset negatiiviset vaikutukset. Asiakkaan aktiivisen toimijuuden tulee olla arvioinnissa lähtökohtana. Luottamus palvelujärjestelmään on merkittävässä roolissa palveluiden saamisessa, kun asiakas uskoo, että palvelujärjestelmä tukee nimenomaan hänen tarpeissaan ja elämänmuutoksessaan.

Voimavarateeman käsittelyssä selvitetään keskustelun kautta asiakkaan elämässä olevat, häntä tukevat tekijät. Näitä voivat olla osallisuus eri yhteisöissä tai toiminnoissa, asiakkaan toiminta eri muodoissaan sekä asiakkaan läheisverkosto. Voimavaroihin keskittyminen ja niiden korostaminen voi auttaa asiakasta hahmottamaan, mitkä asiat auttavat häntä vaikeissa tilanteissa. Lisäksi voimavaratyöskentely voi vahvistaa asiakkaan itseluottamusta.

Aiemmat, olemassa olevat ja suunniteltavat palvelut

Yksi IPHA:n teema on aiempien, olemassa olevien ja suunniteltavien palvelujen kartoittaminen. Palveluja käsiteltäessä on tarkoituksenmukaista kartoittaa asiakkaan sosiaalinen verkosto, koska vuorovaikutussuhteet voivat joko vahvistaa tai heikentää arjessa selviytymistä. Kartoitusta varten asiakkaan kanssa voi laatia verkostokartan. Verkostokartan on hyvä olla mahdollisimman laaja kuvaus henkilön elämän ihmisistä. Jokaisen henkilön sosiaalinen verkosto on väistämättä omanlainen ja kuvaa juuri hänen elämäänsä. Koska verkostokartta on kuvaus hyvinkin henkilökohtaisesta asiasta, on tärkeää, että henkilö itse päättää keitä siihen kuvataan. Asiakas voi kuvata siihen hänelle merkityksellisen henkilön (naapuri, kaupan kassa), joka työntekijälle ei tulisi edes mieleen. Ulkoa päin emme voi arvottaa tai puuttua asiakkaan ihmissuhteiden merkityksellisyyteen.

Verkostokartan avulla voidaan yhdessä asiakkaan kanssa pohtia, millainen rooli kullakin ihmisellä on henkilön elämässä. Sosiaalisen verkoston kartoittaminen auttaa käymään keskustelua ja virittää pohdintaa: mitkä ihmissuhteet vievät voimia, mitkä voimaannuttavat, mitä ihmissuhteita voisi elvyttää ja mistä jopa luopua kokonaan. Verkostokartan avulla voidaan koota henkilön kanssa tukirinkiä, joka tukee häntä päätöksenteossa. IPHA-prosessissa verkostokartta toimii hyvin palvelusuunnitelman tukena, kun pohditaan mahdollisia palveluja ja sitä, mihin henkilö tarvitsee palvelujärjestelmän tukea ja mitkä asiat hoituvat olemassa olevan verkoston turvin. Tässä yhteydessä verkostokartta voidaan muuntaa palvelukartaksi kuvaamalla siihen, esim. henkilön arjen tuen, kuntoutuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita.

4.4 Lopputapaaminen

Arvioinnin päätteeksi järjestetään lopputapaaminen. Lopputapaamista varten on hyvä varata aikaa 90–120 min. Lopputapaamiseen osallistuu molemmat asiakkaan arvioinnista vastanneet työntekijät, eli sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Sairaanhoitajan voi olla tapaamisella mukana 45–60 min, esimerkiksi tapaamisen alussa.

Tapaamisella käydään asiakkaan kanssa läpi sekä palvelutarpeen arviointi että hoitosuunnitelman sisältö. Ennen lopputapaamista asiakas täyttää joko itse tai yhdessä työntekijän kanssa hyvinvointimittarin. Lopputapaamisella verrataan hyvinvointimittarin tuloksia arvioinnin alkuvaiheessa täytetyn mittarin tuloksiin.

Lopputapaamisella käydään läpi jatkosuunnitelma sekä siihen liittyvä työnjako ja ne työntekijät, jotka vastaavat kustakin osa-alueesta. Lisäksi varmistetaan asiakkaan ohjautuminen palveluihin, tarvittaessa saattaen vaihtaen niin, että ensimmäisellä tapaamisella on mukana jompikumpi arvioinnista vastannut työntekijä.

4.5 Kokemusasiantuntija asiakastyön tukena

Kokemusasiantuntijalla on IPHA:ssa monia arviointia tukevia rooleja. Ensimmäkin kokemusasiantuntijan arviointityöskentelyyn mukaan ottaminen voi auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon hierarkkisuuden jännitteen purkamisessa. Toiseksi kokemusasiantuntija voi toimia palvelujärjestelmän tulkkina asiakkaan ja ammattilaisten välillä.

Kokemusasiantuntijan rooli IPHA-työskentelyssä koostuu seuraavista osa-alueista:

- Oman kokemustarinan jakaminen
- Keskustelutuki asiakkaalle
- Rohkaiseminen ja kannustaminen
- Luottamuksen rakentaminen
- Kulttuuritulkkaukset asiakkaan ja työntekijöiden välillä
- Palveluihin saattaminen
- Tiedon välittäminen

Kokemusasiantuntija osallistuu arvioinnissa arviointitiedon tuottamiseen, mutta ei ole arviointivastuussa. Tämä tarkoittaa sitä, että kokemusasiantuntija tuottaa asiakastapaamisista tietoa arvioivalle ammattilaiselle, kuten havaintoja asiakkaan asiointitaidoista, asiakkaan esille tuomista vahvuuksista ja haasteista, kokemuksista ja niin edelleen. Ammattilainen on kuitenkin vastuussa arvioinnista ja kokemusasiantuntijan jakamien tietojen vaikutuksista asiakkaalle myönnettäviin palveluihin.

Kokemusasiantuntijoiden käytöstä sovitaan yhdessä sosiaalityön kanssa sekä sen tahon kanssa, jolta kokemusasiantuntija tilataan. Kokemusasiantuntija tilataan ensin tutustumaan asiakkaaseen. Tutustumisprosessi sisältää kolmikantatapaamisen, asiakkaan ja kokemusasiantuntijan yhteisen ajan sekä palautekeskustelun. Asiakas päättää tämän jälkeen, haluaako jatkaa työskentelyä kyseisen kokemusasiantuntijan kanssa. Mikäli asiakas haluaa jatkaa, sovitaan kokemusasiantuntijan tapaamisista. Kokemusasiantuntija ja sosiaalityöntekijä sopivat tapaamisista ja palautekeskusteluista. Palautekeskusteluissa kokemusasiantuntija selvittää ammattilaiselle asiakkaan kanssa tehdyt toimenpiteet ja välittää arviointia varten annettavan tiedon. Tapaamisia voidaan tilata lisää tarpeen mukaan. Mikäli asiakas haluaa tutustumisen jälkeen kokeilla toisen kokemusasiantuntijan kanssa, sovitaan uusi tutustuminen uuden kokemusasiantuntijan kanssa.

Kokemusasiantuntija on salassapitovelvollinen kolmansia osapuolia kohtaan, mutta on tiedonvälitysvelvollinen tilaavalle, arviointia tekeväälle työntekijälle. Salassapitoasiat käydään asiakkaan kanssa läpi työskentelyn alkaessa. Tilaava työntekijä ohjaa kokemusasiantuntijan työskentelyä: mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota arviointitietoa tuottaessa ja mitä toimenpiteitä asiakkaan kanssa tulisi tehdä tapaamisilla.

Joskus kokemusasiantuntija voi joutua kohtaamaan niin lähelle omia kokemuksia meneviä vaikeita tilanteita, että toimiminen tilanteessa saattaa muodostua liian haastavaksi. Tällaiset tekijät tulee arvioida aina asiakas-, kokemusasiantuntija- ja tilannekohtaisesti. Kokemusasiantuntijoiden ammattitaidon vaatimus korostuu IPHA-työskentelyssä, koska asiakkaiden tilanteet ovat hyvin haastavia ja moninaisia.

4.6 Työskentelyn tuotokset ja tulokset

IPHA:n tuotoksena on palvelutarpeen arvion asiakirja. Asiakirja sisältää sosiaalihuoltolain määrittämän sisällön ja kaiken muun arvioinnin kannalta olennainen tiedon. Asiakirja on jaoteltu kolmeen osaan:

1. Asiakkaan tilannekuvaus:

- asiakkaan historia, joka vaikuttaa palveluihin ja niiden tarpeeseen
- läheisverkoston kartoitus
- voimavarojen kuvaus
- terveydentilan kuvaus
- palveluntarvetta aiheuttavat taustahaasteet

2. Palveluiden ja palvelutahojen määrittely:

- arvioinnin aikana olleiden palveluiden sekä sitä edeltäneiden palveluiden kuvaus ja vaikuttavuuden kuvaus
- arvioinnin aikana aloitettujen palveluiden kirjaaminen
- tavoitteet
- ehdotetut toimenpiteet
- ehdotetut palvelut
- palveluiden porrastus ja järjestys, mikäli ne eivät ole yhtäaikaisia
- muut asiakkaan palveluja tuottavat tahot
- yhteiset suunnitelmat ja muu yhteistyön kuvaus palveluja tuottavien tahojen kanssa

3. Asiakkuuden määrittely:

- kuvaus asiakkuuden oletetusta kestosta

- erityisen tuen tarpeen määrittely
- omatyöntekijyyden tarve ja sen määrittely
- asiakkaan mahdollisesti arvioinnista poikkeava oma näkemys

Arviointiasiakirjan tulee olla sellaisessa muodossa, että se on ymmärrettävä asiakkaalle ja kuvaa tilanteen niin, että työntekijä pystyy muodostamaan selkeän asiakassuunnitelman palvelutarpeen arvion pohjalta. Asiakkaan yhteistyölupaan perustuen arvioinnin tulee sisältää myös sellainen tieto, joka on olennaista asiakkaan muiden palveluiden järjestämisen kannalta. On tärkeää varmistaa, että sosiaalipalvelujen järjestämiseen vaikuttavat arvioinnissa esiin tulevat tiedot kirjataan sosiaalihuollon asiakastietorekisteriin. Terveystietorekisteriin ammattilainen puolestaan kirjaa varsinaisen terveys- ja hoitosuunnitelman terveydenhuollon rekisteriin. Asiakkaan kannalta on olennaista, että tieto liikkuu saumattomasti arviointia tekevien sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi tulee huomioida muut asiakkaan palveluja järjestävät tahot.

Asiakkaalle arvioinnin tuotoksilla on erilainen merkitys kuin viranomaisille. Vaikka kirjattu palvelutarpeen arvio on sekä asiakkaan että työntekijän dokumentti, asiakkaalle usein on tärkeämpää kaikki muu kuin kirjallinen materiaali. Asiakkaan näkökulmasta IPHA:n tuotokset voidaan kuvata muun muassa palveluina, tukitahoina, konkreettisena apuna ja elämän tilanteen paranemisena. Palvelut voivat olla myös muilla tahoilla, kuten työvoimapalveluissa, rikosseuraamusalalla, erikoissairaanhoidossa tai kolmannella sektorilla. Asiakkaan saama konkreettinen apu asioiden hoidossa on IPHA-mallin mukaista toimintaa ja työskentelyn tuotos. Konkreettista apua voi saada arviointia tekeviltä työntekijöiltä ja asiakkaan tarpeen sekä halun mukaan käytettävältä kokemusasiantuntijalta. Asiakas voidaan ohjata tai saattaa myös muuhun tarvitsemaansa palveluun. Lisäksi taloudellisen tuen palvelut, kuten Kelan etuudet ja täydentävä toimeentulotuki voivat olla tuotoksia.

Viranomaisen kannalta merkittäviä tuloksia voi olla asiakkuussegmentin tai erityisen tuen tarpeen asiakkaan statuksen muuttuminen. Tämä vaikuttaa työnjakoon yksikössä, koska laki määrittää sosiaalityöntekijän erityisen tuen tarpeen asiakkaan työntekijäksi. Asiakkaan tuen tarpeiden väheneminen ja statuksen muuttuminen voi olla tällä tavalla työnjaollisesti merkitsevää. IPHA-työskentely yhdistelee arviointia ja suunnitelmallista työtä.

Yksi IPHA-mallin tavoitteista on tarjota jo arvioinnin aikana konkreettista tukea sekä aloittaa palveluja, joiden avulla asiakkaan elämäntilanne paranee. Tämä tilanteen paraneminen on tulos, joka voidaan saavuttaa mallin mukaisin tukikeinoin. Tilanteen paranemista arvioidaan muun muassa aikuisväestön hyvinvointimittarin avulla, sosiaalityöntekijän arviolla asiakkaan asiakkuussegmentistä ja erityisen tuen tarpeesta. Ensisijainen tavoite on, että asiakkaan elämäntilanne paranisi niin, ettei hän olisi IPHA-jakson jälkeen enää erityisen tuen tarpeen asiakas. Asiakkaiden tilanteet ovat kuitenkin hyvin vaihtelevia ja erityisen haastavassa asemassa olevan asiakkaan kohdalla tämä tavoite on kunnianhimoinen. Asiakkaan elämäntilanteen, elämänhallinnan, itsenäisen toimijuuden paraneminen on asiakkaan kannalta tuloksia, vaikkei arvioinnista seuraisikaan asiakkuussegmentin alenemista tai erityisen tuen tarpeen poistumista.

5 Mallin sovellettavuus asumissosiaalisen työn ulkopuolella

IPHA on kehitetty alun perin asunnottomuustyöhön, mutta malli on sovellettavissa laajemminkin. Arvioinnin kohderyhmän asunnottomat asiakkaat ovat usein hyvin haastavassa asemassa ja kontaktit palveluihin ovat usein vähäisiä. Myös asumisen vaikeuksista kärsivillä asiakkailla on usein muita haasteita, jotka voivat olla joko asumisvaikeuksien syynä tai niistä johtuvia. Mallin sisällöllisessä puolessa ei ole sellaisia tekijöitä, joiden vuoksi asiakkaan tulisi olla asunnoton tai asumisvaikeuksissa.

IPHA-työskentelyä kannattaa pohtia sellaisille asiakkaille, joilla on yhtäaikaista tuen tarpeita ja jotka ovat alustavasti arvioituna erityisen tuen tarpeessa. Jos asiakkaan tilannetta ei ole aiemmin kartoitettu laajasti ja asiakas tarvitsee intensiivistä työskentelytapaa ja on valmis sitoutumaan siihen, on IPHA:sta varmasti hyötyä asiakkaalle ja työntekijöille.

Malli on lähtökohtaisesti suunnattu työikäisten palveluiden sosiaalityön yksiköihin. Mallin mukaiseen työskentelyyn soveltuvia asiakkaita on oletettavasti kaikissa aikuisten kanssa tehtävän sosiaalityön yksiköissä. Lastensuojelun osalta malli ei ole suoraan sovellettavissa, koska työskentelyn keskiössä on lapsi. IPHA:n sisällön muokkaamista on harkittava, jos arviota tehdään erityisryhmien kanssa.

6 Lopuksi

IPHA-malli syntyi laajan pohjatyon, sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän kokemustiedon, asiakaskunnan tarpeiden ja erityispiirteiden havainnoinnin sekä pilotointikokemusten kautta. Oli mielenkiintoista huomata, että omat havaintomme ja kokemuksemme olivat hyvin linjassa taustatyössä käytetyn materiaalin kanssa. Olemme mallin kehittämisen aikana olleet yhteydessä ja tehneet yhteistyötä usean moniammatillista työtä tekevän tahon kanssa. Vastaavanlainen työskentely on ollut agendalla monella yhteistyötahollamme, vaikka ei välttämättä samalla tavalla mallinnettuna. Keskustelut yhteistyötahojemme kanssa ovat tuoneet näkyväksi, että tämän kaltaiselle työskentelylle ja mallille on tarvetta muuallakin kuin asunnottomuuden ehkäisyhankkeessa.

Malli on saanut hyvän vastaanoton yhteistyöhenkilöidemme taholta sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Kokemukset pilotoinnista ovat olleet niin ikään hyviä. Saatu asiakaspalaute on jäänyt vähäiseksi, mutta kokemukset asiakastyöstä ovat olleet hyviä. Usean asiakkaan tilanne on parantunut merkittävästi pilottiasiakkuuden aikana. Esimerkiksi 20 prosentilla pilottiasiakkaista asiakkuussegmentti madaltui huolenpitoasiakkuussegmentistä tukiasiakkuussegmenttiin. Asiakkaat siis tarvitsivat ammatillaisen arvion mukaan vähemmän tukea IPHA:n jälkeen.

Asiakkaiden tilanne pystytään IPHA:ssa kartoittamaan paremmin kuin perusmuotoisessa palvelutarpeen arvioinnissa. Asiakkaille ja työntekijöille lähetetyn palautekyselyn mukaan IPHA:n asiakkaat sitoutuvat arviointiin sekä palveluihin ja palvelut näyttävät asiakkaille myönteisempinä.

Perusteellinen arviointi sosiaalityön asiakkuuden alkuvaiheessa säästää työntekijältä merkittävästi aikaa jatkossa, minkä jo alustavat IPHA-mallin kokeilut ovat osoittaneet. Ja mikä tärkeintä, asiakkaan elämäntilanne on parantunut ja itsenäinen toimijuus vahvistunut. Suurin haaste mallin juurruttamisessa ovat henkilöstöresurssit. Mallin mukainen työskentely varaa aikaresursseja etenkin työskentelyn alkupäässä. Tulokset kuitenkin ovat osoittaneet asiakkaan tuen tarpeiden vähentyneen työskentelyn aikana ja näin ollen resurssitarve on myöhemmin ollut vähäisempi.

Kiitos, kun tutustuit IPHA-malliin. Toivottavasti otat mallin käyttöön omassa työskentelyssäsi tai pystyt muovaamaan sitä omaan työskentelyysi sopivaksi.

LÄHDELUETTELO

Grundischi, Daniela (2019): Arvoverkkomenetelmä monialaisuuden kesyttäjänä aikuissosiaalityössä. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Hallikainen, Markku (2019): Palvelutarpeen arviointi aikuissosiaalityössä. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Heikkilä, Marjukka (2019): Monialaisuus palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelman laatimisessa. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Hietala, Outi (2018a). Eriarvoisuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa - Tutkimuksesta tiiviisti 22, elokuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Hietala, Outi (2018b). Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittämisessä osallisuus avautuu kaikille. Teoksessa: Kostilainen, Harri; Nieminen, Ari (Toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia, sivut 118-138. Viitattu 25.01.2022. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-307-0>

Hietala, Outi; Kinnunen, Seija; Kauppila, Reijo & Karjalainen, Jarno (2018): Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittäminen työntekijöiden ja johdon näkökulmasta – Osallisuuden, oppimisen ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere.

Hirschovits-Gerz, Tanja, Sihvo, Sinikka, Karjalainen, Jarno & Nurmela, Anna (2019): Kokemusasiantuntijuus Suomessa. Selvitys kokemusasiantuntijakoulutuksen ja -toiminnan käytännöistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 17/2019. 52 sivua. Helsinki 2019.

Hytti, Tytti (2019): Miten pelillisuus ja toiminnallisuus voivat edistää asiakkaan osallisuutta palvelutarpeen arvioinnissa? Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Keskitalo, Elsa & Päivi Vuokila-Oikkonen (2018): Sosiaalisen kuntoutuksen voimavara- ja ratkaisukeskeiset menetelmät. Teoksessa Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Harri Kostilainen ja Ari Nieminen (Toim.), 164–176. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.

Kettunen, Terttu (2012). Teoksessa Turvaverkko Vai Trampoliini: Sosiaaliturvan Mahdollisuudet. Ihalainen, Jarmo, Terttu Kettunen, ja Krista Partti. 6.–7. painos. Sanoma Pro, Helsinki.

Kinnunen, Seija (2018): Osaksi yhteisöjä kehittämällä – Aikuissosiaalityön uusi suunta. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Teoksessa Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Harri Kostilainen & Ari Nieminen (toim.), 164–176. Juvenes Print Oy, Tampere.

Kuorelahti, Marianne & Volanto, Sinikka (2019): Näkökulmia erityisen tuen tarpeen määrittelyyn. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.

Lindh, Jari (2019): Monitoimijainen sosiaalityö relationaalisen teorian näkökulmasta. Julkaisussa Tutkiva sosiaalityö - Muuttuvat rajat ja vastuut – globaali ja lokaali sosiaalityössä (toim. Tarja Orjasniemi, Marjo Romakkaniemi & Tanja-Maria Tauro). Talentia-lehti, Sosiaalityön, tutkimuksen seura 2019. Viitattu: 21.02.2022. Saatavissa: <https://talentia.e-julkaisu.com/2019/tutkivasosiaalityo/docs/tutkivasosiaalityo2019.pdf>

Nordling, Esa (2018): Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2018 (15), 1476–83.

Paavola, Jutta ja Hallikainen, Markku (2019): Palvelutarpeen arvioinnin prosessi. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Paavola, Jutta ja Viitasalo, Katri (2019): Mistä aikuisen tuen tarve syntyy? Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Paavola, Jutta (2019): Aikuisen palvelutarpeen arvioinnin työskentelymalli. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Palukka, Tiilikka ja Auvinen (2019): Kokemusasiantuntija mielenterveys- ja päihdepalveluissa – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan väline? Janus vol. 27 (1) 2019, 21–37. Viitattu 24.01.2022. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061921259>

Ristolainen, Paula (2021): Toipumisorientoitunut työote asiakastyössä, Vantaan kaupunki.

Saari, J., Eskelinen, N. ja Björklund, L. (2020). Raskas perintö. Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2015.

Sosiaalihuoltolain soveltamisopas (2017). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Tiihonen, Eija, Raikisto, Kaisu-Leena & Ritsilä, Anu (2019): Monialainen palvelutarpeen arviointi terveysosiaalityössä. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>

Tikkurilan aikuissosiaalityö, 2021.

Tuusa, Matti, Seppänen-Järvelä, Riitta, Henriksson, Mikko, Juvonen-Posti, Pirjo, Pesonen, Sanna, Syrjä, Vesa ja Savinainen, Minna (2018): Yhteistoiminta ja toimijuus kuntoutumista edistävinä vaikutusmekanismeina. Teoksessa Toim. Lindh, Jari, Härkäpää, Kristiina ja Kostamo-Pääkkö Kaisa: Sosiaalinen kuntoutuksessa, Lapland university press 2018. Viitattu 11.03.2022. Saatavilla <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-310-947-6>

Zechner, Minna & Hytti, Tytti (2019): Sosiaalisesta diagnosoinnista palvelutarpeen arviointiin. Teoksessa Toim. Zechner, Minna: Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin, Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2019. Viitattu 25.05.2021. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061320426>