

**”Kyllä se sitä on, että sä oot ihmisenä ja asiantuntijana läsnä
just siinä hetkessä”**
Terveysthuollon sosiaalityöntekijä lapsensa perinataalivaiheessa
menettänyttä perhettä tukemassa

Sanna Pirinen
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos
Marraskuu 2016

TIIVISTELMÄ

PIRINEN, SANNA: ”Kyllä se sitä on, että sä oot ihmisenä ja asiantuntijana läsnä just siinä hetkessä” Terveydenhuollon sosiaalityöntekijä lapsensa perinataalivaiheessa menettänyttä perhettä tukemassa.

Pro gradu -tutkielma, 75 sivua, 3 liitettä (3 sivua)

Tutkielman ohjaajat: Yliopistonlehtori Kaarina Mönkkönen

Yliopisto-opettaja, sosiaalityön tutoropettaja Leena Leinonen

Marraskuu 2016

Avainsanat: Terveydenhuollon sosiaalityö, Asiantuntijuus, Perinataalikuolleisuus, Suru

Tämän pro gradu tutkielman aiheena on terveydenhuollon sosiaalityö lapsensa perinataalivaiheessa menettäneiden perheiden tukemisessa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden työkäytännöistä sekä kartoittaa niitä osaamisen alueita, joilla terveydenhuollon sosiaalityöntekijä voi vastata lapsensa menettäneiden perheen tarpeisiin. Tutkimuksessa pyritään hahmottamaan myös terveydenhuollon sosiaalityössä vaadittavaa asiantuntijuutta.

Tutkimus on toteutettu haastattelututkimuksena ja haastattelumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Tutkimusta varten on haastateltu seitsemän työssään lapsensa perinataalivaiheessa menettäneitä perheitä kohtaavaa sosiaalityöntekijää eripuolilla Suomea.

Aineiston analyysi on toteutettu aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Analyysi noudataa pääpiirteissään fenomenologista haastatteluaineiston analyysiä.

Tutkimus osoittaa, että terveydenhuollon sosiaalityössä lapsensa menettäneiden perheiden kanssa vaaditaan monitahoista asiantuntijuutta. Sosiaalityöntekijän tulee työssään hallita laajalti sosiaaliturvaan ja palvelujärjestelmään liittyviä asioita. Sosiaalityöntekijöiden työn keskeinen osa-alue on sairaalasta ulospäin tehtävä yhteistyö. Sosiaalityöntekijät tarvitsevat työssään kriisiosaamista. Sosiaalityöntekijät kokevat erityisesti ammatitaidokseen perheen arjen sujumisen tukemisen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kohtaamisen taidot ja kyky empaattiseen työskentelyyn, ammatillisuus säilyttäen, ovat asiantuntijuuden keskeisiä elementtejä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että terveydenhuollon moniammatillisen työskentelyn hyödyntäminen, sosiaalityöntekijöiden kriisiosaaminen ja vertaistuen hyödyntäminen ovat asioita, joihin jatkossa tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Konkreettisinä toimenpiteinä esitän, että sosiaalityöntekijöille järjestettäisiin mahdollisuuksia työn ohessa lisätä kriisiosaamistaan, erityisesti psykososiaalisen kriisityön osalta sekä ETRIKäytännön laajentamista koko Suomen alueelle. Myös Käpy ry:n kokemuskouluttajat -hanke tarjoaa terveydenhuollon kentälle mahdollisuutta oppia kokemusasiantuntijoilta.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business
Studies

Department of Social Sciences

ABSTRACT

PIRINEN, SANNA: "I think it is just about it that you are present as a human and as an expert in just that moment" Health care social worker supporting a family who has lost their child during the perinatal period.

Master's thesis, 75 pages, 3 appendices (3 pages)

Advisors: University Lecturer Kaarina Mönkkönen,
University teacher Leena Leinonen

November 2016

Keywords: Health social work, expertise, perinatal mortality, grief

The purpose of this study is to explore what is the expertise of health social worker when they are working with a family who has lost their child during the perinatal period. The aim is to gain knowledge about health social workers' current expertise and work practices.

This study is qualitative and was carried out by interviewing health social workers. The special method used in these interviews was theme interview. For this study, seven health social workers all over Finland were interviewed. The analysis is inductive and was made by phenomenological interview analysis method.

The results of this study show that social workers need notably diverse expertise when working with families that have lost their child. A social worker needs a thorough understanding of matters related to social security and the social service system. The central aspect of health social work is the collaboration done from the hospital outwards. Crisis intervention skills are also necessary. Social workers feel that their special expertise is in supporting families in their own environment, after they have left the hospital. Ability to work empathetically is also very important part of health social workers' expertise.

In the future, multiprofessional co-operation, social workers' skills in crisis intervention and peer support should be given more consideration. I suggest that we expand the ETRI-method to be used everywhere in Finland. Also, the ongoing *Experience Educator* project by KÄPY ry offers lots of potential to healthcare field to learn from people who have lost their child.

Kiitokset

Tämän gradun tekeminen on ollut pitkä matka niin ajallisesti, kuin matkana itseeni. Kaikkia matkalla tukeneita ei ole mahdollista kiittää erikseen, siksi tässä mainitsen teistä vain muutamia. Muille: KIITOS ♥

Kiitos ohjaajilleni Kaarina Mönkköselle ja Leena Leinoselle asiantuntevista neuvoistanne.

Kiitos haastatelluille luottamuksesta, kokemustenne jakamisesta kanssani ja asiantunteuksenne antamisesta käyttööni.

Kiitos Minttu Kuronen-Ojala niin ammatillisista kuin vertaistuellisista keskusteluista.

Työkavereilleni kiitos kollegiaalisuudesta ja kannustuksesta. Ja uskosta siihen, että vielä jonain päivänä minäkin olisin muodollisesti pätevä.

B.G. Kuosmaselle erityiskiitos kaikesta, etenkin kohtaamisesta.

Kiitos Könkölle ystävydestä, kannustuksesta, haastattelumatkaseurasta ja kirjastopalveluista!

Kiitos Sarille ja Jarkolle Löllöpallopuulaakista ja sisarusjäynistä. Ja Sarille kiitos kärkeistä!

Kiitos Liisa-Mummille elämäntieteistä, kannustuksestasi sekä siitä levollisuudesta ja turvallisuudesta, mikä minut täyttää jokaisen keskustelumme myötä.

Kiitos Satulle sielunsisaruudesta, ikuisesta ystävydestä ja uskostasi minuun. Kiitos tuhansista puheluista ja maailman taitavimmasta kotipsykologiasta.

Kiitos Äitille ja Isille, elämästä ja rakkaudesta. Ja lapsenhoitoavusta! ☺

Kiitos Mikolle rakkaudesta, kannustuksestasi, tuestasi ja hermoistasi! Ilman sinua tämä ei olisi koskaan valmistunut.

Kiitos Topille ja Siirille pyyteettömästä rakkaudestanne, olemassaolostanne ja joka ikisestä suukosta, halauksesta, hymystä, itkusta, kiukusta, ärrimurrusta, kolttosesta ja kepposesta. Kiitos jokaisesta ”Ääiiiii”-huudosta!

Kiitos Iitaliisalle elämästäsi ja siitä että saan olla äitisi.

Kuopiossa marraskuussa 2016.

Sanna Pirinen

”Häntä, jota rakastamme emme menetä milloinkaan.

Häntä, jota olemme rakastaneet kaipaamme aina.

Me emme menetä koskaan häntä, jota olemme rakastaneet.

Häntä, jota olemme rakastaneet rakastamme aina.”

Claes Andersson, 1997.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN ASiantuntijuus SURUN KOHTAAMISESSA.....	7
2.1 Terveydenhuollon sosiaalityö Suomessa	7
2.2 Terveydenhuollon sosiaalityön tehtävät surevan kohtaamisessa	9
2.3 Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuden määrittely	12
2.4 Terveydenhuollon sosiaalityön psykososiaalinen ulottuvuus.....	15
3 SURU TERVEYDENHUOLLON KOHDEILMIÖNÄ	18
3.1 Suru ja traumaattinen suru	18
3.2 Traumaattinen kriisi.....	20
3.3 Vanhempien suru	20
3.4 Surun vaikutukset ihmissuhteisiin ja vanhemmuuteen.....	23
3.5 Vanhempien odotukset terveydenhuollon henkilökunnan toiminnasta ..	24
3.6 Esimerkkejä toimista surevan perheen tukemiseksi.....	25
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA METODOLOGINEN PERUSTA.....	28
4.1 Tutkimustehtävä	28
4.2 Tutkimuksen tieteenfilosofinen perusta.....	28
4.3 Aineiston analyysi	33
4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka	37
4.5 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi omakohtaisuuden näkökulmasta	39
5 TULOKSET	43
5.1 Asiantuntijuus on ymmärtävää kohtaamista	43
5.2 Asiantuntijuus on ammatillista yhteistoimintaa	51
5.3 Asiantuntijuus on konkretiaa	53
5.4 Asiantuntijuus on sairaalan arkea.....	56
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	60
6.1 Johtopäätökset terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvasta	60
6.2 Johtopäätökset terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuudesta	62
7 POHDINTA.....	67
LÄHTEET.....	71
LIITTEET	78

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvat	11
TAULUKKO 2 Surun ja trauman erot	19
TAULUKKO 3 Fenomenologinen haastatteluaineiston analysointi	36
TAULUKKO 4 Terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvat lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen tukemisessa	61
TAULUKKO 5 Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuus työskenneltäessä lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen kanssa	65

LIITTEET

LIITE 1 SAATEKIRJE	78
LIITE 2 HAASTATTELUSOPIMUS	79
LIITE 3 HAASTATTELUTEEMAT	80

1 JOHDANTO

Vuonna 2015 Suomessa menehtyi perinataalivaiheessa 226 vauvaa. Perinataalivaiheella tarkoitetaan aikaa joka alkaa, kun raskaus on kestänyt 22+0 raskausviikkoa ja jatkuu siihen saakka, kun lapsi on enintään seitsemän vuorokauden ikäinen. Vuonna 2015 perinataalivaiheessa menehtyneistä vauvoista 16 syntyi monikkoraskauksista, joten vuonna 2015 lapsen kuoleman perinataalivaiheessa joutui kohtaamaan 210 perhettä. Vuosina 2010–2015 Suomessa on perinataalivaiheessa menehtynyt keskimäärin 230 vauvaa vuodessa. Keskimääräinen luku tuhatta syntyvää kohden on vuosina 2010–2015 ollut 3,9/ 1000 syntyvää. (Suomen virallinen tilasto 2015.) Kun vauva kuolee perinataalivaiheessa, tarkoittaa se perheelle aina joutumista traumaattiseen kriisiin. Kuolemaa seuraa luonnollisesti myös suru. Suru ja trauma eroavat toisistaan ja myös surevan ja traumaattisessa kriisissä olevan ihmisen tukeminen on erilaista.

Traumaattisen kriisin kohdanneita pyritään tukemaan akuutin kriisityön keinoin. Saaren (2011, 27) mukaan akuutilla kriisityöllä on myös yhteiskunnallisia tavoitteita. Näitä ovat inhimillisen kärsimyksen vähentäminen, työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja sairauspoissaolojen vähentäminen, lääkkeiden käytön ja lääkekulujen vähentäminen, terveydenhuoltopalvelujen käytön vähentäminen sekä väliaikaisen ja pysyvän työkyvyttömyyden vähentäminen. Suomen Psykologiliitto on yhdessä Suomen psykologisen seuran tieteellisen neuvottelukunnan (2010) kanssa laatinut suosituksen hyvistä käytännöistä psykologisessa työssä akuuteissa kriiseissä. Suosituksessa todetaan, että kaikkien läheisensä äkillisesti menettäneiden ihmisten tulee olla mahdollista saada psyykkistä ensiapua. Psyykkistä ensiapua tulee tarjota aktiivisesti ja mahdollisimman pian tapah-tuman jälkeen.

Myös Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) on laatinut kunnille ja kuntayhtymille oppaan koskien psykosiaalisen tuen ja palveluiden järjestämistä. Tuossa oppaassa on laajalti esitelty terveydenhuollon, pelastustoimen ja sosiaalitoimen tehtävänkuvia psykososiaalisen tuen järjestämisessä. Tuossa oppaassa huomiota herättää se, että ”psykososiaalista” ei ole tarkasti määritelty sekä se, että terveydenhuollon sosiaalityötä ei oppaassa erikseen huomioida. On huomattava, että Terveyssozialityön nimikkeistössä (2007)

terveydenhuollon sosiaalityön tehtäviin nimetään otsikon ”RS210 Asiakkaan tukeminen elämäntilanteessaan” alla kuuluvaksi sekä ”RS211 Psykososiaalinen keskustelu” että ”RS212 Kriisikeskustelu”. Oman kokemukseni ja lukuisten lapsensa menettäneiden perheiden kokemuksen kuulleena uskallan todeta, että lapsensa perinataalivaiheessa menettäneille perheille ei tarjota psyykkistä ensiapua aktiivisesti, ei edes pääsääntöisesti. Psyykkistä ensiapua ei ole psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa käytävä yksittäinen keskustelu potilashuoneessa. Oman kokemukseni kautta koin, että lähimpänä kriisityön palveluita oli terveydenhuollon sosiaalityöntekijältä saamani tuki.

Tästä näkökulmasta lähdin tekemään tätä pro gradu-tutkielmaani. Tutkielmani on laadullinen haastattelututkimus, joka tuottaa tietoa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden työn sisällöistä ja asiantuntijuudesta työskenneltäessä lapsensa perinataalivaiheessa menettäneiden perheiden kanssa. Tutkimuksen aineisto koostuu seitsemän terveydenhuollon sosiaalityöntekijän teemahaastattelusta. Painopisteenä tutkimuksessa on nimenomaan terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden oma kokemus mahdollisuuksistaan ja keinoistaan tukea lapsensa menettänyttä perhettä. Toivon, että opinnäytetyölläni on hyötyarvoa myös lapsensa menettäneille perheille.

Terveydenhuollon sosiaalityöllä on Suomessa lähes satavuotinen historia. Verrattuna esimerkiksi lääkäreihin ja hoitohenkilöstöön ovat terveydenhuollon sosiaalityöntekijät siis varsin nuori ammattikunta. Terveydenhuollon sosiaalityön perustehtävänä on huolehtia potilaiden sosiaalisen tilanteen kartoituksesta ja vastata potilaan tuentarpeisiin yhteiskunnan palvelujärjestelmän keinoin. Terveydenhuollon sosiaalityötä on edelleen tutkittu suhteellisen vähän. Sen sijaan opinnäytetöiden aiheena se on ollut ilahduttavan usein. Perinataalivaiheessa lapsensa menettäneiden perheiden kanssa tehtävää terveys-sosiaalityötä ei ole tutkittu aiemmin, joten omalta osaltaan tämä tutkimus pyrkii täyttämään tuota tutkimuksellista aukkoa.

Terveydenhuollon sosiaalityön tulevaisuuteen tulee vaikuttamaan suuresti käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus, SOTE-hanke. SOTEn tarkoituksena on siirtää sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu kunnilta 18 maakunnalle (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b). Uudistuksen tavoitteena on ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisuuden ja

saatavuuden parantaminen sekä kustannuksien hillitseminen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Näin ollen näen tämän tutkimuksen olevan myös ajankohtaisesti perusteltu, sillä se avaa terveydenhuollon sosiaalityön merkitystä tietyn asiakasryhmän kohdalla ja näin ollen lisää omalta osaltaan avointa tietoisuutta terveydenhuollon sosiaalityöstä.

Haarukoidessani tähän tutkimukseen sopivaa teoreettista lähestymisväylää, tuntui useamman kerran, että tehtävä on mahdoton. Yhtäältä puhutaan terveydenhuollon sosiaalityöstä ja toisaalta asiantuntijuudesta, mutta myös surututkimus ja yhteiskuntamme tarjoamat kriisipalvelut ovat oleellisia seikkoja tutkimukseni kannalta. Rajauksessani olen lopulta päättänyt keskittymään terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden työn sisältöön ja tarkoituksena on hahmottaa myös perheiden tukemisessa tarvittavan asiantuntijuuden muotoja. Erityisesti tutkimuksessani korostuu sekä surun, että surevan kohtaamisen merkitys, jotka edustavat sosiaalityön psykososiaalista orientaatiota.

Luvussa 2 keskitytään asiantuntijuuteen. Asiantuntijuutta käsittelen sekä yleisemmällä, asiantuntijuuden määrittelyyn pyrkivällä tasolla kuin myös keskittyen erityisesti terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuteen. Terveydenhuollon sosiaalityön näkökulmasta keskityn erityisesti Maria Pylvään (2003) ja Satu Ylisen (2008) määritelmiin terveydenhuollon asiantuntijuudesta. Terveydenhuollon sosiaalityö keskittyy sairauden ympärille ja korostaa kuntouttavan työn merkitystä. Nämä perheet, joiden tilanteita tässä tutkimuksessa kartoitetaan, eivät kuitenkaan ole sairaita. He odottavat lasta. Vielä lapsen menehdyttyäkään he eivät ole sairaita, vaan surullisia ja kohdanneet trauman. He elävät traumaattisen kriisin alkuvaiheita. Tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta on mielestäni tärkeää ymmärtää lapsen kuolemaa seuraavan surun erityisyyttä. Luvussa 3 keskitytäänkin kuvaamaan surua aiemman tutkimuksen perusteella. Luvussa 4 keskitytään tarkemmin tutkimuskysymyksiin sekä tutkimuksen tieteenfilosofisiin ja metodologisiin seikkoihin. Pohdin myös aran aiheen tutkimiseen sekä tutkijan omakohtaisuuteen liittyviä teemoja tutkimuseettisestä näkökulmasta. Luvussa 5 esittelen tutkimukseni tulokset, joiden perusteella esitän johtopäätökset luvussa 6. Johtopäätösteni tulkintakehikkona terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvan osalta toimii Rauni Korpelan (2014) jaottelu terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvasta ja terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuden osalta Maria Pylvään (2003) ja Satu Ylisen (2008) jaottelut terveydenhuollon

sosiaalityön asiantuntijuudesta. Luvussa 6 pohdin myös omakohtaisen kokemuksen vaikutusta tutkimuksen tekemiseen ja tutkimuksen luotettavuuteen. Luvussa 7 keskitytään tutkimukseeni ja johtopäätösten kirvoittamaan pohdintaan, sekä tulevaisuuden visiointiin.

Tutkimukseni teoriaosuus on varsin kaksiosainen. Tutkimusteni tulosten kanssa keskustelevalle teorialle löytyy luvusta 2. Surua olen kuvaillut varsin laajasti luvussa 3. Surun aiemman tutkimuksen kartoitus ei tutkimuksessani ole missään nimessä systemaattisesti toteutettu, mutta se on laaja ja kattava. Perustelen surun laajaa mukanaoloa tutkimustani ja terveydenhuollon sosiaalityötä läpileikkaavalla psykososiaalisella orientaatiolla. Psykososiaalinen orientaatio terveydenhuollon sosiaalityössä perustuu hermeneuttiseen käsitykseen. Potilaan tilannetta pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisesti. Lapsen kuoleman aiheuttama suru on niin erityislaatuista, ettei ole mielekästä tutkia terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvaa ja asiantuntijuuden muotoja kuvailematta perusteellisesti tuota tunnetilannetta, jossa terveydenhuollon sosiaalityöntekijän asiakkaat ovat. On oleellista, että pystymme hahmottamaan myös surun psykososiaalisia vaikutuksia lapsensa menettäneeseen perheeseen.

2 TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN ASiantuntijuus SURUN KOHTAAMISESSA

Terveydenhuollon sosiaalityön juuret ovat paikannettavissa 1800- ja 1900-lukujen taitteen Englantiin ja Yhdysvaltoihin. Suomessa terveydenhuollon sosiaalityöllä on noin satavuotinen historia ja nykyisellään sosiaalityö on vakiinnuttanut asemansa terveydenhuollossa. Tässä luvussa keskityn avaamaan sekä sosiaalityön, että erityisesti terveydenhuollon sosiaalityön määritelmiä, pätevyysvaatimuksia ja lakiperustaa. Pyrin nostaman esille myös ne terveydenhuollon sosiaalityölle ominaiset työtehtävät, jotka erityisesti korostuvat toteutettaessa terveydenhuollon sosiaalityötä lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen kanssa. Kuvaan myös aiempaan tutkimustietoon perustuen erityisesti terveydenhuollon sosiaalityöhön liitettyä asiantuntijuuskeskustelua.

2.1 Terveydenhuollon sosiaalityö Suomessa

Sosiaalityön määrittely on koettu hankalaksi, jopa ikuisuuskysymykseksi, niin tutkimuksen kuin käytännönkin kentällä. Sosiaalityöstä on olemassa kansainvälinen määritelmä (Sosnet), joka on suomennettu ja jota on täsmennetty vastaamaan suomalaista sosiaalityötä. Kaikissa sosiaalityön eri määritelmässä korostuu sosiaalityöntekijän rooli välittäjänä asiakkaan ja yhteiskunnan välissä, asiakkaan tukeminen ja voimaannuttaminen sekä asiakkaan asianajo suhteessa yhteiskuntaan ja palvelujärjestelmään. Määritelmät korostavat myös sosiaalityön sidonnaisuutta aikaan ja paikkaan. Sosiaalityötä tarkasteltaessa voidaan selkeästi nähdä, että sosiaalityöntekijä ei yleensä toimi yksin vaan onnistuakseen sosiaalityö tarvitsee lukuisia asiakkaan elämäntilanteen kannalta relevantteja yhteistyökumppaneita. Sosiaalityö toteutuu usein myös yhteistyössä asiakkaan läheisverkoston kanssa ja usein sosiaalityöntekijän asiakkaana voi olla esimerkiksi kokonainen perhe. (Ks. esim. Satka 2001, 5; Eskola 1993, 11; Sipilä 1989,57; Sipilä 1993,135.)

Suomessa kaikkea sosiaalityötä ohjaa Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Sosiaalityöntekijän pätevyysvaatimukset puolestaan säättää Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä

(278/2016). Kaikkien sosiaalityöntekijöinä toimivien tulee hakea lupaa ammatissa toimimiseen Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvonta virastolta, joka myös ylläpitää rekisteriä pätevyysvaatimukset täyttävistä sosiaalityöntekijöistä (Valvira 2016). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/200) säättää nimensä mukaisesti asiakkaiden asemasta ja oikeuksista. Terveysdenhuollossa sosiaalityötä määrittävät myös terveydenhuollon alueen lait, kuten Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Kansanterveyslaki (66/1972) sekä Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Tiivistäen voitaneen siis todeta, että sosiaalityö on asiakastyötä, jossa sosiaalityöntekijä toimii välittäjänä, auttajana ja tulkkina suhteessa asiakkaan elinympäristöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalityö on lakeihin perustuvaa toimintaa ja myös se, kuka voi toimia sosiaalityöntekijänä on lailla säädetty.

Terveydenhuollon sosiaalityön alku paikantuu kansainvälisesti 1800-luvun lopun Englantiin ja 1900-luvun alun USA: n. Suomessa terveydenhuollon sosiaalityö alkoi 1920-luvulla Helsingissä lastensairaalassa ja kirurgisessa sairaalassa. Ensimmäisiä terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä kutsuttiin sosiaalihoitajiksi ja heidän keskeisimpiin työtehtäviinsä kuuluivat varattomien potilaiden hoitoon pääsyn varmistaminen, lääkehoidon järjestäminen sekä tiivis yhteistyö kodin ja sairaalan välillä. Sosiaalihoitajat palkattiin sairaalan sisältä ja pitkään heidän pohjakoulutuksenaan oli sairaanhoitajan koulutus. (Korpela 2014, 120; Tulppo 1991, 5-8; Aukee 1960, 78.) Sosiaalihoitaja-koulutus aloitettiin vuonna 1945 ja ajan mittaan se on erilaisten vaiheiden jälkeen muuttunut sairaanhoidollisesta koulutuksesta yhteiskuntatieteelliseksi yliopistokoulutukseksi (Pylväs 2003, 24). Terveydenhuollon sosiaalityön menetelminä on painotettu niin Mary Richmondin kehittämää case work-menetelmää kuin myös yksilökohtaista palveluohjausta. Nykyisessä terveydenhuollon sosiaalityössä on havaittavissa piirteitä molemmista, eivätkä nämä menetelmät olekaan toisensa pois sulkevia. (Lindén 1999, 32, 34; Satka 2001, 5.)

Kuten Korpela (2014, 121) toteaa, on terveydenhuollon sosiaalityö alusta saakka ollut alisteisessa asemassa isäntäorganisaatioonsa nähden. Näin ollen sairaalaorganisaation kehitys on vaikuttanut myös terveydenhuollon sosiaalityön kehitykseen. Esimerkiksi potilaiden hoitoaikojen radikaali lyheneminen vaikuttaa suuresti sosiaalityöhön. Kaikinensa voidaan todeta, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijän rooli on aluksi ollut

avustava ja hoivaan keskittyvä. Liki satavuotisen historian aikana se on kuitenkin muuttunut ja nykyään terveydenhuollon sosiaalityöntekijän rooli on olla yhteiskunnallista ja sosiaalista tietoa hallitseva itsenäinen asiantuntija.

2.2 Terveydenhuollon sosiaalityön tehtävät surevan kohtaamisessa

Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry ja Suomen kuntaliitto ovat yhdessä laatineet terveydenhuollon sosiaalityötä kuvaavan luokituksen, jonka ensimmäinen versio on valmistunut vuonna 1998 ja päivitetty versio Terveydenhuollon sosiaalityön nimikkeistö on julkaistu vuonna 2007. Nimikkeistön tarkoituksena on kuvata terveydenhuollon asiakkaan sosiaalityöntekijältä saamaa asiantuntijapalvelua. Työskenneltäessä lapsensa menettäneiden perheiden kanssa korostuu terveydenhuollon sosiaalityössä niin sanotun aineettoman tuen merkitys. Avaan seuraavaksi tutkimuskysymysteni kannalta merkityksellisiä sosiaalityön tehtäviä perustuen mainitsemaani Terveydenhuollon sosiaalityön nimikkeistöön. Seuraavat luvut siis perustuvat ainoastaan yhteen lähteeseen vain siksi, että tuo nimikkeistö on nimenomaan Kuntaliiton julkaisema, eikä aiheesta ole olemassa toisia luokituksia/nimikkeistöjä.

Työskentely lapsensa menettäneen perheen kanssa edellyttää asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvittelyä. Sosiaalityöntekijä kartoittaa perheen elämäntilannetta ottaen huomioon kaikkien perheen jäsenten tilanteen. Tämän kartoituksen perusteella sosiaalityöntekijälle muodostuu kuva tarvittavista toimista esimerkiksi taloudellisen ja psykososiaalisen tuen järjestämiseksi. Tässä vaiheessa tulee usein esille myös yhteistyötahoja, joihin sosiaalityöntekijän on tarve olla yhteydessä. Tällaisia yhteistyötahoja voivat olla esimerkiksi KELA, työnantaja, neuvola ja koulu. Yhteistyötahot perustuvat perheenjäsenen elämäntilanteessa mukana oleviin tahoihin. Sosiaalisen tilanteen arvioinnin tehtyään sosiaalityöntekijä pystyy esimerkiksi hahmottamaan etuudet, joiden hakemisessa hän voi ohjata ja avustaa perhettä. Sosiaalityöntekijä myös arvioi mahdollisten tukitoimien tarvetta sosiaalisen tilanteen selvittelyn perusteella. Kun sosiaalityöntekijän asiakkaana on sureva perhe, on tarpeellista myös kartoittaa perheen luonnollinen tukiverkosto ja arvioida sen perheelle tarjoamaa tukea. Sosiaalisen tilanteen selvittelyssä kartoitetaan myös asiakkaan omia voimavaroja suhteessa sen hetkiseen tilanteeseen. (Suomen Kuntaliitto 2007, 27–28.)

Sosiaalityöntekijän tehtävänä on myös tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä. Tämä tapahtuu tarjoamalla asiakkaalle tietoa, välineitä ja käytännön apua sen hetkisen elämäntilanteen suunnitteluun, ratkaisuihin ja arkielämässä selviytymiseen. Sosiaalityöntekijä auttaa asiakasta jäsentämään elämäntilannettaan. Kun asiakkaana on lapsensa menettänyt perhe, tapahtuu sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen pitkälti psykososiaalisen keskustelun ja kriisikeskustelun, sekä erilaisen terapeuttisen tukemisen kautta. Tukea järjestetään kaikille perheen jäsenille. Psykososiaalinen keskustelu perustuu vuorovaikutukseen ja tavoitteena on asiakkaan elämänhallinnan vahvistaminen. Keskustelu sisältää erityisesti asiakkaan tilanteeseen liittyvien tunteiden läpikäyntiä. Kriisikeskustelu puolestaan on yllättävän tilanteen läpityöstämistä. Kriisikeskustelu voidaan käydä niin asiakkaan kuin myös hänen perheensä tai läheistensä kanssa. Myös sosiaalityöntekijän antama ohjaus ja neuvonta on tärkeää perheen sosiaalisen tukemisen kannalta. Ohjaus ja neuvonta voi liittyä esimerkiksi toimeentuloon, sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluihin sekä asiakkaan oikeusturvaan ja potilaan oikeuksiin. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä myös avustaa potilasta esimerkiksi hakemusten täyttämässä ja tarvittavissa yhteydenotoissa. (Suomen Kuntaliitto 2007, 2930.)

Hoitoajat sairaalassa ovat nykyään varsin lyhyet. Terveystieteiden sosiaalityön yhtenä keskeisenä tehtävänä on tukea asiakkaan selviytymistä sairaalasta lähtemisen jälkeen, omassa arkisessa elinympäristössään. Surevan perheen kohdalla on huomioitava, että perhe on vasta surunsa ja toipumisensa alkumetreillä lähtiessään sairaalasta ja näin ollen tuen järjestäminen sairaalajakson jälkeiseen aikaan nousee merkittävään rooliin. Sosiaalityöntekijä on mukana käynnistämässä ja kokoamassa perheen tarvitsemia palveluja ja tukimuotoja. Palvelujen ja tukimuotojen koordinointi tehdään yhdessä moniammatillisen tiimin ja asiakkaan sekä hänen läheistensä kanssa. Perheen ja läheisten kanssa tehdään yhteistyötä asiakkaan tilanteen tukemiseksi. Yhteistyö sairaalan sisällä ja sairaalasta ulospäin toteutuu moniammatillisesti. (Suomen Kuntaliitto 2007, 31.)

Korpela (2014, 126–128) on tutkinut terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuutta, sekä kartoittanut terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvia. Korpela toteaa, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijän tehtäväkuvat vaihtelevat jonkin verran riippuen siitä, millaisessa yksikössä sosiaalityöntekijä työskentelee. Korpela on tutkimuksessaan löy-

tänyt viisi (5) erilaista tehtäväkuvaa, jotka toistuivat kaikkien hänen haastattelemiensa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden vastauksissa. Esittelen Korpelan jaottelun terveydenhuollon sosiaalityön tehtäväkuvasta taulukossa 1. (TAULUKKO 1) Luvussa 6 esittämissäni johtopäätöksissä peilaan oman tutkimukseni tuloksia Korpelan jaotteluun.

TAULUKKO 1 Terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvat

I työnkuva	Potilaan kokonaistilanteen kartoittaminen, eli sosiaalisen tilanteen selvittäminen ja arviointi.	Toimii kaiken työn lähtökohtana.
II työnkuva	Etuuksien hakemisessa ohjaaminen, auttaminen ja neuvominen.	Toteutuu, mikäli potilaan taloudellinen tilanne edellyttää.
III työnkuva	Potilaan jatkohoidon selvittely ja järjestely.	Toteutuu yhdessä hoitavan tiimin kanssa, sosiaalityöntekijällä vahva rooli ja erityistehtävä vaihtoehtojen kartoituksessa.
IV työnkuva	Moniammatillinen työ ja verkostoissa toimiminen.	Osallistumista hoitosuunnitelmiin, hoitoneuvotteluihin, osastokokouksiin ja henkilöstöpalaveriin sekä laajaa yhteistyötä potilaan verkostoon kuuluvien tahojen kanssa.
V työnkuva	Psykososiaalinen tuki.	”Huolen ottamista pois potilaalta.” Voidaan nähdä paitsi omana työalueenaan, myös muiden tehtävien ohella toteutuvana työorientaationa.

(Korpela 2014, 127–128.)

Nämä viisi erilaista työnkuvaa toteutuvat kaikessa terveydenhuollon sosiaalityössä, riippumatta alueesta, jolla sosiaalityöntekijä työskentelee. Painotukset työnkuvien välillä vaihtelevat yksiköittäin, mutta kaiken terveydenhuollossa tehtävän sosiaalityön lähtökohtana on potilaan sosiaalisen tilanteen selvittäminen. Psykososiaalinen orientaatio kulkee mukana kaikessa terveydenhuollon sosiaalityössä. Terveydenhuollon sosiaalityö toteutuu moniammatillisessa yhteistyössä, niin sairaalan sisällä kuin sairaalasta ulospäin. Potilaan verkostot ja läheiset ovat tarpeen mukaan sosiaalityöntekijän yhteistyötahoina.

2.3 Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuden määrittely

Eräsaaren (2002, 26) mukaan asiantuntijuus on jotain sellaista, joka auttaa suunnistamaan, kyseenalaistamaan, ottamaan tuntumaa tai tuomaan helpotusta tukalaan tilanteeseen. Asiantuntijuus ei tarjoa valmiita reseptejä. Tynjälä (2004, 176) ja Isopahkala-Bourdet (2005, 45) liittävät asiantuntijuuteen kuuluvaksi myös oletuksen taitavasta suorituksesta. Sosiaalityön asiantuntijuuteen voidaan nähdä kuuluvan paljon yleistä asiantuntijuutta, mutta on tärkeää huomata, että sosiaalityön asiantuntijuus on erityistä suhteessa muihin, esimerkiksi lääke- ja hoitotieteen, asiantuntijuuksiin (Filppa 2002, 26).

Asiantuntijuutta voidaan lähestyä myös kokemuksen näkökulmasta. Kokemus asiantuntijuudesta rakentuu vuorovaikutteisesti, ajassa ja paikassa. Asiantuntijuuden kokemuksen syntyminen edellyttää osallistumista ja muilta saatua sosiaalista tunnustusta. Käytännössä tuo tunnustus on esimerkiksi sitä, että henkilöltä tullaan pyytämään neuvoa tai häntä pyydetään selittämään jokin asia. (Hakkarainen, Palonen & Paavola 2002, 456.) Sosiaalinen tunnustus saa henkilön ottamaan älyllistä vastuuta tietystä aihealueesta, syventämään omaa osaamistaan ja vähitellen kokemaan itsensä asiantuntijaksi (emt.). Kokemusta asiantuntijuudesta vahvistaa yhteisöllinen mukaanottaminen, esimerkiksi päätöksentekoon osallistuminen (Isopahkala-Bourdet 2008, 85). Saadakseen sosiaalista tunnustusta omalle työlleen, tulee asiantuntijan suostua kontekstin asettamiin asiantuntijamaisen toimintatavan ehtoihin. Vain toimiessaan kulloisenkin kulttuurin määäämien käytänteiden mukaisesti voi tulla tunnistetuksi ja tunnustetuksi asiantuntijana. Kokemus asiantuntijuudesta on siis alisteinen kulttuurisille merkityksenannoille. (Isopahkala-Bourdet 2008, 85.)

Nimenomaan asiantuntijuuden kontekstisidonnaisuudesta johtuen ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa määrittää asiantuntijuutta. Henkilö voi olla asiantuntija yhdessä kontekstissa ja toisessa ei. Asiantuntijuus ei ole henkilökohtainen ominaisuus tai pysyvä tila. (Isopahkala-Bourdet 2008, 85.) Työelämän asiantuntijuutta ei voida määrittellä vain yksilön mielensisäisenä prosessina, vaan asiantuntijuuden ehtona on myös se, että osaa suhteuttaa oman osaamisensa yhteisön muiden jäsenten osaamiseen sekä muiden yhteisöjen osaamiseen (Hakkarainen ym. 2002, 461.)

Ylinen (2008) on väitöskirjassaan tutkinut gerontologisessa sosiaalityössä ilmenevää asiantuntijuutta. Ylinen kuvaa tutkimuksessaan sosiaalityön asiantuntijuuden muodostuvan muodollisesta, menetelmällisestä ja eettisestä asiantuntijuudesta. Kun tutkimuksen kohteena on gerontologinen sosiaalityö, löytää Ylinen myös erityisesti gerontologisessa sosiaalityössä ilmenevää muodollista, menetelmällistä ja eettistä asiantuntijuutta. Mielestäni Ylisen jaottelu sosiaalityön asiantuntijuudesta on kattava ja mielenkiintoinen. Näen myös, että tuo jaottelu on sovellettavissa myös lapsikuolemaperheiden kanssa tehtävään sosiaalityöhön, niin että myös tältä alueelta löytyy juuri lapsikuolemaperheiden kanssa tehtävän sosiaalityön vaatimaa erityistä asiantuntijuutta. Pylväs (2003) on tutkinut sosiaalityön asiantuntijuutta erikoissairaanhoidossa. Pylväs tulee tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että asiantuntijuus jakautuu yleis-, ydin- ja erityisasiantuntijuuteen. Vastatakseni asettamiini tutkimuskysymyksiin terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuden osalta peilaan omia havaintojani nimenomaan Ylisen ja Pylvään esittämiin asiantuntijuuden jaotteluihin. Pylvään ja Ylisen asiantuntijuuden mallit siis toimivat tutkimukseni tulkintakehikkona.

Yleisasiantuntijuuteen kuuluvat Pylvään (2003, 32–64) mukaan sellaiset henkilökohtaiset taidot, jotka liittyvät oman persoonan käyttämiseen työssä. Tällaisia henkilökohtaisia taitoja ovat Pylvään mukaan esimerkiksi empaattisuus, hienotunteisuus, neuvottelutaito ja huumorin käyttäminen työssä sekä myös käytöstavat. Yleisasiantuntijuuteen kuuluvat taidot ovat siirrettävissä mihin tahansa työympäristöön. Pylväs toteaa, että ihmissuhde-työssä työntekijän oma persoona on yksi tärkeimmistä työvälineistä. Työnohjaus nousi Pylvään tutkimuksessa tärkeään rooliin oman persoonan käyttämisen kehittämiseksi. Pylväs näkee, että yleisasiantuntijuutta kartuttaa ylipäänsä kaikki työkokemus sekä elämäkokemus. Erityisesti terveydenhuollon sosiaalityön moniammatillisessa toimintaympäristössä yleisasiantuntijuus sisältää välttämättömät vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot. Nämä taidot ovat tärkeitä niin toimittaessa sairaalan sisällä kuin verkostoiduttaessa sairaalasta ulospäin. Pylvään mukaan yleisasiantuntijuuden kautta sosiaalityöntekijä pääsee tuomaan esille ydin- ja erityisasiantuntijuutensa.

Ylisen (2008, 71–72) mukaan sosiaalityön yleinen (muodollinen, formaali) asiantuntijuus muodostuu yleiseen tietoon liittyvästä asiantuntijuudesta. Näillä yleisillä tiedoilla

Ylinen tarkoittaa esimerkiksi ajantasaista tietoa sosiaaliturvajärjestelmästä sekä asiakkaiden oikeuksista heille kuuluviin etuuksiin. Ylinen toteaa, että sosiaaliturvajärjestelmä on moninainen ja alati muuttuva, joten yleinen asiantuntijuus vaatii jatkuvaa päivitystä. Ylisen määrittelemän sosiaalityön yleisen asiantuntijuuden sisällöllinen vastine Pylvään (2003, 64-68) jaottelussa on ydinasiantuntijuus. Pylvään mukaan ydinasiantuntijuus muodostuu nimenomaan sosiaalityöstä saadun työkokemuksen kautta. Ydinasiantuntijuuteen sisältyy myös koulutuksen kautta omaksuttu oma tiedeperusta. Terveystieteiden sosiaalityössä ydinasiantuntijuuden keskeisiä elementtejä ovat sosiaaliturvaan liittyvien asioiden hallinta, potilaan kokonaistilanteen selvittämisen osaaminen, yhteiskunnallisen tilanteen huomioiminen sekä lainsäädännön tuntemus. Sairaalassa juuri sosiaaliturvaan liittyvä asiantuntemus erottaa sosiaalityöntekijän selkeimmin muista ammattiryhmistä. Terveystieteiden sosiaalityössä ydinasiantuntijuuteen nähdään kuuluvan myös tieto eri sairauksista ja sairauksien sosiaalisen luonteen ymmärrys.

Menetelmällinen asiantuntijuus puolestaan tarkoittaa Ylisen (2008, 72–73) mukaan tietoisuutta käytettävistä menetelmistä. Sosiaalityössä tyypillisesti käytettäviä menetelmiä ovat esimerkiksi vuorovaikutussuhteen luomista edistävät haastattelumenetelmät, asianajo, voimaannuttaminen ja verkostotyö. Asianajolla tarkoitetaan Ylisen mukaan asiakkaiden oikeuksien puolustamista ja asiakkaille kuuluvien erilaisten etuuksien saamisen varmistamista. Kuten Korpela (2014, 126) totesi, vaihtelevat sosiaalityöntekijöiden työnkuvat sen mukaan millä alueella sosiaalityöntekijä sairaalassa työskentelee. Näin ollen menetelmällisen asiantuntijuuden voidaan nähdä terveystieteiden sosiaalityössä tulevan esille Pylvään (2003, 71-74) kuvaamana erityisasiantuntijuutena. Erityisasiantuntijuus on sitä, mikä erottaa yhden sosiaalityöntekijän muista sosiaalityöntekijöistä. Erityisasiantuntijuus rakentuu tehtäväkohtaisen työkokemuksen ja lisäkoulutuksen kautta. Erityisasiantuntijuudella tarkoitetaan jonkin erityisen osa-alueen hallintaa. Terveystieteidenhuollossa tämä tarkoittaa oman työalueen kautta muodostuvaa erityistä osaamista, esimerkiksi neurologiset potilaat, syöpätautien potilaat, äitiyspoliklinikan/synnytysosaston asiakkaat ja niin edelleen. Pylvään tutkimuksessa selvisi, että lasten somatiikan osastoiden sosiaalityöntekijöillä oli erityisiä osaamisalueita, kuten kriisi-työn, perhetyön ja kuntoutuksen tuntemusta. Erityisasiantuntijuus hyödyttää myös koko työyhteisöä, kun työntekijät voivat konsultoida kollegoitaan. Pylväs toteaa, että erityisasiantuntijuus syntyy spesifioidun tiedon, pitkän työkokemuksen ja luovan soveltamis-

kyvyn kautta. Erityisasiantuntijaksi tullakseen täytyy työntekijällä olla halu kehittää itseään ja viedä kokemus ja tieto käytäntöön. Myös oman työalueen asiakkaiden tarpeet asettavat omat vaatimuksensa sosiaalityön erityisasiantuntijuudelle ja luovat sosiaalityön sisältöä.

Ylisen (2008, 74) mukaan sosiaalityön ammattieettisistä ohjeista ei löydy selkeää apua kaikkiin eettisesti hankaliin tilanteisiin ja niiden ratkaisuihin. Näissä tilanteissa tuleekin esille sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuuden moraalinen komponentti, työntekijän oma eettinen asiantuntijuus, johon hän ratkaisuisaan nojaa.

2.4 Terveydenhuollon sosiaalityön psykososiaalinen ulottuvuus

Laajimmillaan psykososiaalinen orientaatio voidaan ymmärtää kaiken ihmissuhdetyön perussuuntaukseksi. Tällöin psykososiaalisella viitataan kaikkeen yksilöiden, perheiden ja ryhmien kanssa tehtävään sosiaalialan ja terveydenhuollon työhön, jossa työn kohteena ovat sekä sosiaaliset että psyykkiset kysymykset. Laajimmillaan nähtynä psykososiaalinen orientaatio siis yhdistää suurta joukkoa eri ammatteja. (Granfelt 1993, 177.) Psykososiaalisen työn kohteena on elämäntilanne, kun esimerkiksi psykoterapian kohteena on ihmisen persoonallisuus (emt., 200). Psykososiaalisuutta voidaan lähestyä myös kartoittamalla sen todentumista jonkin tietyn ammatin, tässä tapauksessa sosiaalityön, työssä.

Psykososiaalisen sosiaalityön keskeisimmät ajatukset ovat luettavissa jo Mary Richmondin (1861-1928) tuotannossa. Richmond pyrki yhdistämään sosiologisen ja psykologisen tiedon tapausanalyysissa. Hän korosti, kuinka tärkeää sosiaalityöntekijälle on muodostaa mahdollisimman monopuolinen kuva asiakkaan tilanteesta, ja työskennellä systemaattisesti sen pohjalta. Tämän opin katsotaan luoneen pohjan psykososiaalisen työn tavoitteille. Sittemmin psykososiaalisen työn kehitykseen on vaikuttanut voimakkaasti Gordon Hamiltonin teos *Theory and Practice of Social Case Work* (1940). Hamilton sitoutui psykoanalyttiseen traditioon, mutta oli samanaikaisesti yhteiskunnallisesti suuntautunut ajattelija. Hamiltonin hahmotelmissa on voimakkaasti esillä myös sosiaalityössä korostuva kontekstisidonnaisuus. Richmondin tapaan myös Hamilton korosti kokonaisuuden ymmärtämisen tärkeyttä. Hänen mukaansa kokonaisuuden muo-

dostaa ihminen, tilanne ja näiden välinen vuorovaikutus. Hamilton näki, ettei kokonaisuutta voi ymmärtää analysoimatta osia ja niiden välisiä suhteita ja toisaalta, ettei osia voi ymmärtää, ellei hahmota kokonaisuutta. (Granfelt 1993, 179-180.)

Nykyään nähdään, että psykososiaalinen sosiaalityö ei ole tiukka metodikeskeinen menetelmä, vaan enemmänkin yleinen lähestymistapa sosiaalityön tekemiseen. Psykososiaalinen lähestymistapa painottaa asiakkaan ja työntekijän välisen vuorovaikutussuhteen merkitystä ja ylittää läpi koko sosiaalityön. Psykososiaalinen sosiaalityö pyrkii ymmärtämään asiakkaan tarpeita ja sen tavoitteissa korostetaan psyykkistä selviytymistä. Psykososiaalisen sosiaalityön tekijältä vaaditaan erityistä kykyä paneutua asiakkaan tilanteeseen ja myös kykyä ymmärtää hänen subjektiivista kokemusmaailmaansa. (Raunio 2004, 140–143; Payne 2013, 84–85.) Psykososiaalinen sosiaalityö on yksilökohtaista työtä. Sosiaalityössä on aina kiinnitetty huomiota myös perheen merkitykseen, joten yksilökohtaisuus voidaan nähdä myös perhekohtaisuutena. Tärkeää on hahmottaa, että psykososiaalisen työn kohteena on aina tapaus, ihminen sosiaalisissa suhteissaan. (Toikko 1997, 170, 174.) Psykososiaalinen työ on yksilökohtaista tapaustyötä ja edellyttää henkilökohtaista kontaktia sekä asiakkaiden elämäntilanteiden yksilöllisten ja ainutkertaisten piirteiden huomioimista. Terapeuttinen keskustelu muodostaa psykososiaalisen lähestymistavan keskeisen tunnuspiirteen. Terapeuttisen keskustelun keskeinen onnistumisen ehto ovat vuorovaikutustaidot. Terapeuttinen keskustelu voi pitää sisällään myös käytännöllisten asioiden ja ongelmien ratkaisemiseen liittyviä tehtäviä. (Toikko 1997, 180-181.) Psykososiaalisen työn toteuttamiselle luo tiettyjä reunaehtoja myös organisaatio, jossa työtä toteutetaan (Raunio 2004, 145). Terveystieteiden kentällä tämä näyttäytyy erityisen selvästi, kun isäntäorganisaation toiminnan tieteelliset lähtökohdat poikkeavat merkittävästi sosiaalityön tieteellisistä lähtökohdista.

Weckroth (2007, 432) toteaa psykososiaalisen olevan hankalasti määriteltävä termi, etenkin sosiaalityössä. Hän toteaa, että psykososiaaliselle sosiaalityössä annetut määritelmät saattavat jopa niputtaa sosiaalityön työtapoja tavalla, joka selkeyttämisen sijaan jopa hämää niitä. Weckroth toteaa, että psykososiaalisen käsitteen alla sosiaalityön työmuodot eivät yksilöidä tavalla, joka edistäisi niiden tutkimusta ja kehittämistä. Toikko (1997, 181) toteaa psykososiaalisen sosiaalityön olevan kasvokkaiseen vuorovaikutukseen perustuvaa auttamistyötä ja haluankin uskoa, että ainakin jokainen sosiaalityötä

tunteva ymmärtää myös psykosiaalisen merkityksen sosiaalityössä sekä osaa omalta osaltaan rakentaa psykososiaalisen työskentelyn kannalta olennaista vuorovaikutussuhdetta. Kuten Korpela (2014, 128) toteaa, psykososiaalinen tuki on merkittävä osa terveysosiaalityöntekijän työtä ja se voidaan nähdä sekä omana alueenaan, että muiden tehtävien ohella mukana kulkevana työorientaationa.

3 SURU TERVEYDENHUOLLON KOHDEILMIÖNÄ

Lapsen menettämiseen liittyvää tutkimusta on etenkin kansainvälisesti saatavilla hyvin runsaasti ja tutkimusta on tehty useista erilaisista näkökulmista. Myös Suomessa lapsikuolemia on tutkittu muun muassa äidin (Laakso 2000), perheen (Väisänen 1996) ja isän (Aho 2010) näkökulmasta. Lisäksi aihepiiriin liittyen on valmistunut lukuisia opinnäytetöitä niin ammattikorkeakouluissa kuin yliopistoissakin. Lapsen kuolema on perheelle aina järkytys ja menetyksestä toipumiseen sekä surun työstämiseen osaksi omaa elämäntarinaa liittyy monia vaihteita, tunteita, oireita ja vaikutuksia. Kun tutkimuksen aiheena on lapsen kuolema, on huomioitava, että kaikki perheen jäsenet ovat kohdanneet myös trauman ja käyvät surun lisäksi läpi traumaattista kriisiä. Niin sanottu normaali suru ja traumaattinen suru eroavat toisistaan merkittävästi. Tässä luvussa kuvaan aluksi surua ja traumaattista surua sekä traumaattista kriisiä. Sen jälkeen keskityn aiemman tutkimuksen perusteella kuvaamaan lapsen menettämiseen liittyvän surun erityislaatuisuutta.

3.1 Suru ja traumaattinen suru

Suru on luonnollinen seuraus menetyksestä. Suruun vaikuttaa ihmisen persoonallisuus, mahdolliset aiemmat menetykset, surun aiheuttaneen menetyksen luonne sekä suhde menetettyyn läheiseen. Suru on henkilökohtaista, joskin usein oletetaan ihmisten ilmaisevan surua tietyllä tavalla, esimerkiksi itkemällä ja puhumalla tapahtuneesta. Suremisen muodot ovat hyvin yksilöllisiä. Siinä missä toinen voi olla lamaantunut ja shokissa, voi toinen purkaa suruaan toimintaan. Suruun liittyy monenlaisia tunteita, myös kielteiset tunteet ovat mahdollisia. Suru voi oireilla myös kehollisesti, esimerkiksi erilaisina kipuina tai vatsaoireina, muistikatkoksina, väsymyksenä ja jopa paniikkihäiriön oireina. Surulle tyypillistä on tunteiden aaltomaisuus. Yleensä suru alkaa pikkuhiljaa tasaantua ja ihminen oppii elämään menetyksen kanssa. (Suomen mielenterveysseura 2016 A; Saari 2012, 84–88; Poijula 2002, 74–78.)

Traumaattinen suru sen sijaan seuraa tyypillisimmin läheisen ihmisen äkillisestä tai väkivaltaisesta kuolemasta. Traumaattiseen suruun tyypillisesti liittyviä tunteita ovat voimakkaat ja tuskalliset muistot kuolleesta läheisestä, kyvyttömyys hyväksyä tapahtumaa todeksi sekä vaikeus uskoa elämän jatkuvan ilman kuollutta. Myös sekoamisen tunteet kuuluvat traumaattiseen suruun. Traumaattisesta surusta toipumista edesauttaa se, että surusta kärsivä saa halutessaan puhua uudelleen ja uudelleen tapahtumasta. Puhuminen auttaa surevaa ymmärtämään tapahtuneen todeksi. Myös tapahtuman kytkeytyminen hiljalleen surevan omaan elämäntarinaa helpottuu puhumisen kautta. Traumaattista surua kokevan on työstettävä ensin traumaattista tapahtumaa ja vasta sen jälkeen toipumista edistävä suru pääsee kunnolla alkamaan. Kun sureva on käsitellyt tapahtumaa tarpeeksi, muuttuu traumaattinen suru pikkuhiljaa tavalliseksi suruksi. (Suomen mielen-terveysseura 2016 B; Saari 2012, 84-88; Poijula 2002, 74-78.) Surun ja trauman erot on alla esitetty taulukossa. (TAULUKKO 2)

TAULUKKO 2 Surun ja trauman erot

Suru	Trauma
Muistikuvat menetetystä henkilöstä	Jatkuvasti mieleen tulevat muistikuvat järkyttävästä tapahtumasta
Etsitään lohduttavia muistoja	Vältetään järkyttävästä tapahtumasta muistuttavia tilanteita ja asioita.
Halutaan puhua menetetystä henkilöstä	Tapahtumasta puhuminen on vaikeaa
Suru, kaipaus, masennus	Ahdistus, pelko, masennus
Lohduttavia unia menetetystä henkilöstä	Painajaiset, järkyttävien hetkien kokeminen uudelleen

(Suomen mielen-terveysseura 2016 B.)

Surun ja trauman erot ovat siis merkittävät ja kaikkien lapsensa perinataalivaiheessa menettäneiden perheiden kanssa työskentelevien ammattilaisten olisi hyvä tiedostaa tämä. Surun ja trauman erot huomioiden voi ammattilainen sekä ymmärtää perheen reagoimista paremmin, että rakentaa omaa työskentelyään paremmin asiakkaan tilannetta vastaavaksi.

3.2 Traumaattinen kriisi

Äkillisellä kriisillä tarkoitetaan järkyttävän tapahtuman käynnistämää psyykkistä sopeutumisprosessia. Ominaista äkilliselle kriisille on se, että se tulee täysin yllättäen. Tapahtunut on jo tapahtunut, eikä ihminen omalla päätöksenteollaan voi vaikuttaa tapahtuneeseen. Arkikielessä äkillisestä kriisistä käytetään nimitystä traumaattinen kriisi (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 11). Myös tässä tutkimuksessa käytän nimitystä traumaattinen kriisi ja sillä tarkoitan lapsen kuoleman käynnistämää psyykkistä sopeutumisprosessia.

Kriisissä oleva ihminen kokee avuttomuuden tunnetta, hätää. Perusturvallisuuden tunne heikkenee ja ote elämästä tuntuu katoavan. Kriisissä oleva ihminen voi kokea hyvin monenlaisia oireita ja tunteita. Täysin normaaleja tunteita ja oireita kriisissä ovat ahdistus, masentuneisuus, unettomuus, ärtyneisyys ja erilaiset fyysiset kivut. Ihmiset sietävät vaikeita tilanteita hyvin eri tavalla. Siinä missä toinen voi selvitä hyvinkin vähällä oirehdinnalla, voi toinen tarvita huomattavasti enemmän apua ja aikaa toipuakseen. Kriisiin joutuminen voi palauttaa mieleen myös aiemmin elämässä kohdattuja vaikeita tilanteita ja tämä saattaa osaltaan lisätä tilanteen raskautta. Kriisi voi myös mahdollistaa asioiden uudelleenarvioimisen ja johtaa henkiseen vahvistumiseen. (Saari 2012, 52–60; Saari ym. 2009, 13–20.)

3.3 Vanhempien suru

Siinä, missä lapsen kuolema ilmiönä koskettaa kaikkia äitejä samalla tavalla, on jokaisen suru hyvin yksilöllistä. Ilmiönä äitien surusta löytyy hyvin paljon samankaltaisuutta, lähinnä surun käsittelemisen tavat ovat yksilöllisiä. Surun käsittelemisen tapaan vaikuttaa voimakkaasti äidin ja perheen kulttuuri, surijan persoonallisuus, elintavat ja ihmis-suhteet. Sen sijaan koulutus ja sosioekonominen asema eivät näytä aiheuttavan eroja surun tuntemiseen. Useissa tutkimuksissa todetaan, että on olemassa tiettyjä, yleensä ilmeneviä, eroavaisuuksia sukupuolten suruissa. (Laakso 2000, 96.) Näiden tiedostaminen on tärkeää niin ammattilaisille, jotta voisivat keskustella asiasta surevien vanhempien kanssa, kuin myös sureville vanhemmille, että osaisivat suhtautua toistensa erilaisiin suremisen tapoihin ja välttää turhat ristiriidat suremiseen liittyen sekä kannustaa ja

tukea toisiaan henkilökohtaisissa suruprosesseissa. (Bendt 2000,75; Laakso 2000, 74–75.) Lapsensa menettäminen ja sitä seuraava suru on raskaimpia kokemuksia, mitä elämässä voi tulla ihmiselle vastaan. Näin on todettu jokaisessa aiheesta lukemassani tutkimuksessa ja artikkelissa. (Ks. esim. Laakso 2000; Cacciatore & Bushfield 2007.)

Äideillä ilmenee kaikkia tutkittuja surun ilmenemismuotoja: epätoivoa, paniikkia, syytelyä, vihaa, irrallisuutta, hajanaisuutta ja lopulta myös persoonallista kasvua. Äitien suru ilmenee niin fyysisenä, psyykkisenä kuin sosiaalisenakin. Fyysisesti suru ilmenee etenkin akuutisti lapsen kuoleman jälkeen erilaisina kipuina ja tuskana. Myös pahoinvointi ja väsymys ovat surun ilmenemisen fyysisiä muotoja. Epätodelliset keholliset tuntemukset, vauvan liikkeiden tunteminen mahassa tai lapsen itkun kuuleminen, ovat myös mahdollisia (Väisänen 1996, 79.) Surun psyykkiset ilmenemismuodot ovat masennus, epäonnistumisen tunne, syyllisyys ja viha. Surun sosiaalisia ulottuvuuksia puolestaan ovat yksinäisyyden tunne, yksinäisyyden tarve ja tyhjyyden tunne. (Laakso 2000, 96; Dyregrov & Dyregrov 1999, 635–636.) Epätoivo ja paniikkikäyttäytyminen ovat voimakkaimmillaan ensimmäisen kolmen vuoden aikana lapsen kuoleman jälkeen. Paniikkikäyttäytyminen liittyy myös perheen muihin lapsiin, äidit ovat heistä tavallista enemmän huolissaan. Liiallinen huolehtiminen yleensä helpottuu surun edetessä. (Laakso 2000, 96.)

Äitien suru lapsen kuoleman jälkeen on pitkäkestoista, jopa vuosia kestävää (Cacciatore ym. 2007, 59). Surun ja trauman oireistot voivat olla voimakkaita vielä puolentoista vuoden kuluttua menetyksestä (Dyregrov ym. 2014, 567). Surun kestoa ei voida määrittellä. Useat vanhemmat ovat kuvanneet surun kulkevan heidän mukanaan koko elämän ajan. Ajan mittaan suru ja kaipaus muuttavat muotoaan, eivätkä ne enää hallitse jokapäiväistä elämää tai ole häiritseviä. Suru ja kaipaus ovat läsnä taustalla, joskin vanhemmat ovat kuvanneet, että vanhat haavat avautuvat helposti. 12–15 vuoden kuluttua lapsen kuolemasta vanhempien psyykinen oireilu ei eronnut ns. ”normaalista” väestöstä. (mt. 648.) Surun vaikeinta aikaa kestää yleensä muutamasta viikosta useisiin vuosiin (Laakso 2004, 97.)

Isien surua lapsen kuoleman jälkeen on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin äitien surua. On kuitenkin syytä olettaa, että myös isälle lapsen kuolema on erittäin vaikea

kokemus. (Erjanti ym. 2004, 102.) Perinteisen sukupuolimallin mukaisesti miehiltä odotetaan vahvuutta. Tämä ajattelumalli saatetaan liittää myös henkiseen vahvuuteen. Näin ollen isien suru jää helposti vaille huomiota. (Erjanti ym. 2004, 102; Dyregrov ym. 1999, 650.) Miehet voivat tuntea itsensä voimattomiksi ja turhautuneiksi, myös eriste-tyiksi ja yksinäisiksi, koska niin paljon tapahtuu äidin ympärillä (Bendt 2000, 77).

Äidit kokevat, että parhaiten heitä auttaa selviytymään surusta ja kuolemasta puhuminen ja kuuntelijoina sekä keskustelukumppaneina tärkeimpiä ovat puoliso, oma äiti, ystävät, työtoverit ja ammattiauttajat (Laakso 2004, 97; Dyregrov & Dyregrov 1999, 648). Surun alkumetreillä hautajaiset auttavat äitejä selviytymään. Hautajaisten järjestäminen tarjoaa äideille konkreettista puuhaa. Myös itkeminen on äideille surua helpottava asia. Toisinaan äidit kuitenkin kokevat, että kyneleet on loppu tai että itkua ei saa tulemaan. Tämä koetaan hankalaksi asiaksi. (Laakso 2004, 98.) Myös vertaistuen merkityksestä surussa selviytymiseen on raportoitu hyviä tuloksia (ks. esim. Savolainen ym. 2013; Parviainen ym. 2012; Cacciatore 2007; Aho ym. 2013). Seurantatutkimuksessaan Dyregrov & Dyregrov (1999, 648) totesivat, että elävien lapsien kuuluminen/saaminen perheeseen auttoi molempia vanhempia.

Myös isovanhemmat surevat perheen mukana. Isovanhempien suru on kaksinkertaista. He surevat kuollutta lastenlastaan ja samalla oman lapsensa kohtaloa. Isovanhemmilta saatava tuki on lapsensa menettäneille perheille usein ensiarvoisen tärkeää. Isovanhemmat ovat jo eläneet kuolleen lapsen vanhempia pidemmän elämän ja kuolleen lapsen vanhemmat etsivät omista vanhemmistaan turvaa ja lohtua kaottisessa tilanteessaan. Isovanhemmat tarjoavat yleensä lapsensa menettäneille perheille myös tärkeää konkreettista ja käytännöllistä apua, esimerkiksi huolehtimalla perheen muista lapsista. (Väisänen 1996, 89–91; Laakso 2000, 76–78; Bendt 2000, 116–118.)

Lapsen kuoleman aiheuttama suru koskettaa luonnollisesti myös menehtyneen lapsen sisaruksia ja sekä vanhempien, että isovanhempien tulee huomioida myös sisarusten suru. Lapsilla on aivan pienestä saakka kyky tuntea surua ja tarve ilmaista sitä. Lapsen suru on voimakkaasti sidoksissa hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa. Lapsen surussa ilme-nevät pääpiirteittäin samat elementit, kuin aikuistenkin surussa, mutta ikään kuin lapsen maailmaan sovitettuna. Tärkein tuki surevalle lapselle on luonnollisesti omat vanhem-

mat ja turvallinen ilmapiiri, joka antaa tilaa myös lapsen surulle. Tämän tutkimuksen keskiössä on lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen akuutti tukeminen sairaalassa. Näin ollen sisaruksen surua ei tässä käsitellä laajemmin. Aiheesta ovat kirjoittaneet mm. Uittomäki ym. 2011; Dyregrov ym. 2015; Bendt 2000; Price 2007; Erjanti 2004; Laakso 2000.

Vaikka usein puhutaan sukupuolten välisen surun erilaisuudesta, ovat äitien ja isien surut kuitenkin varsin samankaltaisia. Myös isät kokevat voimakkaita ja pitkäkestoisia emotionaalisia tuntemuksia sekä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia oireita. Ehkä onkin niin, että kulttuuriset seikat ovat ne, jotka ajavat meidät näkemään sukupuolten surut erilaisina? Sukupuolten surut ilmenevät ulospäin usein erilaisina toimintoina, mutta myös yksilölliset erot surun ilmenemismuodoissa ovat merkittäviä. Tietyt reaktiot, esimerkiksi itkeminen, ovat meillä kulttuurisesti naisille sallitumpia. (Aho 2010, 49–51; Dyregrov ym. 1999, 657.)

3.4 Surun vaikutukset ihmissuhteisiin ja vanhemmuuteen

Suru tekee ihmisistä selvänäköisiä, sureva näkee helposti teeskentelyn ja sanahelinän läpi, vain aito kohtaaminen ja empatia käyvät surevalle. Surevana on tärkeää tehdä juuri niin kuin itsestä tuntuu hyvälle ja se on jokaisen kohdalla erilaista. Tämä aiheuttaa haasteita myös parisuhteelle, mikäli puolisoiden suremisen tavat kovasti eroavat toisistaan. Se kestääkö parisuhde lapsen kuoleman, on varmasti riippuvainen hyvin monesta asiasta. Yleensä se, että pariskunnalla on niin sanottu yhteinen sävel ja he pääsevät lähelle toisiaan, ymmärtäen mahdollisesti erilaiset tapansa surra, on nähty tekijänä, joka vaikuttaa pariskuntaa lähentävästi ja jopa parisuhdetta vahvistavasti. Kaiken kaikkiaan lapsen kuoleman voidaan sanoa joko lähentävän tai erottavan puolisoita. (Bendt 2000, 74–75, 83; Laakso 2000, 101; Dyregrov & Dyregrov 1999, 651.)

Vanhemmilla on lapsiinsa liittyviä toiveita ja unelmia, jotka romuttuvat lapsen kuoleman myötä. Kuolema ei kuitenkaan pysty katkaisemaan lapsen ja vanhemman välistä kiintymyssuhdetta. Sekä äiti, että isä kamppailevat lapsen kuoleman jälkeen luopumattomuuden ja luopumisen välillä. He joutuvat rakentamaan pala palalta uutta arkea ja perhemallia. (Erjanti 2004, 102–104.) Lapsen kuolemaa seuraavalla surulla on pitkäkes-

toisia vaikutuksia myös vanhemmuuteen. Vaikutukset äidin ja isän ja muiden läheisten suhteisiin voivat olla sekä kielteisiä, että myönteisiä (mt. 103). Nämä vaikutukset ovat terveydenhuollon henkilökunnan kannalta merkittäviä etenkin ajateltuna vanhempien esittämiä kysymyksiä uuteen raskauteen liittyen sekä perheen kohtaamiseen terveydenhuollon palveluissa mahdollisen uuden raskauden aikana. Mahdollisten seuraavien raskauksien myötä vanhempien suru yleensä aktivoituu ja kokevat turvattomuutta. Näin ollen heillä on terveydenhuollon asiakkaina erityisiä tuentarpeita. (Bendt 2000, 199.)

Mikäli lapsensa menettäneet vanhemmat saavat seuraavan lapsen, helpottaa tämä kokemus yleensä heidän suruaan. Tietynasteisena suru kuitenkin seuraa vanhempien mukana aina. Suru voi mahdollisesti vaikuttaa myös vanhemmuuteen, jopa niin pitkäkestoisesti, että kuolleen lapsen sisarukset voivat omassa aikuisuudessaan ja odotuksissaan pelätä vauvan menettämistä. Menetyks voi vaikuttaa myös vanhempien kiintymyssuhteisiin seuraavien lasten kohdalla. Vanhemmat saattavat tiedostamattaan pysytellä etäämmällä lapsestaan. Vanhemmat pelkäävät, etteivät huomaa lapsensa terveydellistä ongelmaa, joka johtaa kuolemaan. Vanhemmat voivat olla ylisuojelevia, he esimerkiksi tarkastavat yöllä, että lapsi hengittää. Myös lapsen elämän tarkka suunnittelu ja kaikkien osaluokkien kontrollointi voi olla ominaista käytöstä lapsensa menettäneille vanhemmille. Pelko ei liity ainoastaan vauvaikään, vaan jatkuu lapsen kasvaessa. Terveydenhuollon henkilöstön tehtävänä on auttaa vanhempia jo odotuksen aikana opettelemaan taas luotamaan elämään. (Warland ym. 2011, 167–168.)

3.5 Vanhempien odotukset terveydenhuollon henkilökunnan toiminnasta

Vanhemmat kokevat parhaimmiksi sellaiset terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamiset, joissa ammattilaisella oli aikaa kuunnella vanhempia ja heidän juuri sen hetkisiä tarpeitaan. Vanhempien kokemukset terveydenhuollon henkilökunnan kanssa jakautuvat kahtia, on vain hyviä ja huonoja, ei mitään siltä väliltä. (Väisänen 1996, 60.) Tämän saman havainnon olen itse tehnyt kuullessani lukuisten perheiden kokemuksia vertaistuen piirissä. Vanhemmat arvostavat terveydenhuollon henkilökunnalta saamaansa rehellistä ja avointa tietoa lapsen (mahdollisesta sairaudesta ja) kuolemasta. Terveydenhuollon henkilöstöltä odotetaan toivon ylläpitämistä, yksilöllistä kohtelua sekä yhteydenottoja lapsen kuoleman jälkeen. (Laakso 2000, 104.) On tärkeää, että perheille tarjotaan

tukea aktiivisesti ja konkreettisesti, ei vain kerrota mahdollisuuksista tukeen (Pulkkinen 2016, 358.)

Terveydenhuollon henkilöstön on autettava vanhempia ottamaan lapsi omakseen. Käytännössä he voivat rohkaista vanhempia katsomaan vauvaa, pitämään tätä sylissä. Ottamaan talteen muistoja ja valokuvia. Vanhemmat eivät saa tuota hetkeä takaisin koskaan ja muistot voivat olla myöhemmin todella tärkeitä, vaikeivat vanhemmat niitä kuollutta lasta hyvästellessään osaisikaan ajatella. Tärkeitä elementtejä vanhempien näkökulmasta ovat aika ja jatkuvuus. Vanhempien ajantaju ei ole normaalitilassa, työntekijän mielestä pitkältikin tuntuva aika perheen kanssa voi vanhemmista tuntua lyhyeltä hetkeltä. Olisi hyvä pyrkiä jatkuvuuteen siinä mielessä, että samat ammattilaiset olisivat mahdollisimman paljon perheen tukena, tämä toki sairaalassa on haasteellista etenkin vuorotyötä tekevien ammattilaisten osalta. (Bendt 2000, 187–193.)

Vanhempien kokemuksilla sairaalasta saamastaan tuesta ja kohtelusta on pitkäkestoiset vaikutukset. Hyvä kokemus auttaa perhettä surussa etenemisessä ja se muistetaan aina. Mikäli vanhemmat puolestaan kokevat saaneensa huonosti tukea ja tullessa kohdelluiksi huonosti, saattaa se pahimmillaan estää suruprosessin luonnollista etenemistä tai ainakin lisätä turhia kielteisiä tunteita. Myös huonon kokemuksen vanhemmat muistavat pitkään. (Cacciatore ym. 2007, 76.) Onnistuakseen vanhempien tukemisessa sairaalan henkilökunta tarvitsee vanhempien ja perheenjäsenten tukemisesta ja kohtaamisesta tietoa ja koulutusta. Tieto lisää henkilökunnan sisäistä turvallisuutta ja antaa heille varmuutta surevia vanhempia kohdatessa (Bendt 2000, 189–190).

3.6 Esimerkkejä toimista surevan perheen tukemiseksi

Suomessa on järjestetty sururyhmiä lapsensa menettäneille perheille vuodesta 1989 lähtien (Minkkinen 2005:85). Ryhmiä järjestävät useat tahot, esimerkiksi seurakunnat, jotkut sairaalat ja erilaiset järjestöt. Mikäli ryhmää on ohjaamassa ammattilainen, kutsutaan ryhmää ammatillisesti ohjatuksi vertaistukiryhmäksi. Seurakuntien järjestämät sururyhmät voivat olla myös niin sanottuja yleisiä sururyhmiä, eli ryhmään voi osallistua myös muun läheisen, kuin lapsen menettänyt surija. Toteuttamissani haastatteluissa ilmeni, että sairaaloiden välillä sururyhmien järjestämisen käytänteet vaihtelevat. Toisissa

sairaaloissa ryhmiä ei järjestetä ollenkaan, toisissa ryhmät järjestetään säännönmukaisesti kerran vuodessa alkavina ja joissakin sairaaloissa ryhmiä on aiemmin järjestetty, mutta niiden toiminta on lakkautettu, kun osallistujia ei ole ollut. Niillä paikkakunnilla, joilla ryhmätoiminta on lopetettu, on haastateltavien mukaan selkeästi tarjolla myös muun tahon kuin sairaalan järjestämiä vertaistukiryhmiä.

Käpy lapsikuolemaperheet ry on lapsikuolemaperheiden valtakunnallinen vertaistukijärjestö. Käpy tarjoaa vertaistukea vanhemmille, sisaruksille ja isovanhemmille, riippumatta menehtyneen lapsen iästä tai kuoleman syystä. Käpy ry tarjoaa sekä yksilö- että ryhmävertaistukea. Vertaistukea on mahdollista saada myös koko perheelle suunnatuissa perheviikonlopuissa ja isovanhemmille tarjotaan omia vertaistukitapaamisia. Yhdistys järjestää myös erilaisia kohdennettuja vertaistukitapaamisia. Käpy ry:n toiminta on vertaistukea, eli ryhmien ohjaajina ja henkilökohtaisina tukihenkilöinä toimivat yhdistyksen kouluttamat vertaiset. Vanhemmat ovat kokeneet vertaistuen merkittäväksi tukimuodoksi. Erityisesti vertaistuen on tutkimuksissa nähty tukevan vanhempia avoimeen tunteiden ilmaisemiseen, joka on vertaistuen erityistä hyötyä todentava ulottuvuus. Yksittäisissä lapsen kuolemissa suru vanhempien suru ja siitä selviytyminen jää varsin yksityiseksi. Selviytyäkseen vanhemmat kuitenkin tarvitsevat mahdollisuuksia tunteiden avoimeen esittämiseen sekä kuolleesta lapsesta puhumiseen vielä pitkään menehtymisen jälkeen. Tähän tarpeeseen vertaistuki pystyy vastaamaan. (Aho ym. 2013, 31.)

Yksi toimintamuoto surevan perheen tukemiseksi on Etri-toiminta. Vaativan erityistason perheterapeutti Esa Nyman kehitti Etri-istunnot alun perin vastatakseen niiden perheiden tarpeisiin, joille on syntymässä tai syntynyt vammaisen lapsi. Vammaisten lasten perheille istuntoja on järjestetty HUSissa jo 1990-luvun lopulla. Vuodesta 2012 alkaen Etri-istuntoja on järjestetty HUSin kolmessa sairaalassa (HYKS Naistenklinikka, Kätilöopiston sairaala ja Jorvin sairaala) myös perheille, joiden lapsi on kuollut joko kohtuun tai hyvin pian synnytyksen jälkeen. Istuntojen järjestämiseksi HUS tekee yhteistyötä Käpy – Lapsikuolemaperheet ry:n kanssa.

Etri-istunnoissa on aina paikalla sairaalan henkilökunnan lisäksi vapaaehtoinen tukihenkilö. Hoitajat tarjoavat istuntoa perheelle ja antavat asiasta perheelle infokirjeen. Istunnot järjestetään yleensä sairaalan tiloissa, arki-iltana. Aikaa istuntoon vara-

taan kaksi tuntia. Istunnon vetäjänä toimii Etri-koulutettu hoitaja. Lisäksi istuntoon osallistuu lääkäri, joskin lääkäri on mukana istunnossa vain osan aikaa, mahdollisesti toinen Etri-koulutettu hoitaja, vertaistukihenkilö ja lapsensa menettänyt perhe. On syytä huomata, että vanhempien lisäksi paikalla voi olla laajempi perhepiiri; kuolleen vauvan sisarusia, isovanhemmat ja/tai muita sukulaisia ja ystäviä.

Etri-istuntoon osallistuu aina nimenomaan Etri-koulutuksen saaneet hoitajat. Kyseessä ei siis välttämättä ole perhettä hoitanut hoitaja. Etri-koulutetut hoitajat ovat perehtyneet vaikeassa elämäntilanteessa olevan perheen kohtaamiseen. Paikalle tulevan lääkärin tehtävänä on vastata perheen mieltä askarruttaviin lääketieteellisiin kysymyksiin. Myöskään lääkäri ei välttämättä ole perhettä hoitanut lääkäri.

Etrissä ei ole kyse terapiaistunnosta. Lapsen kuoleman kohdannut perhe saa istunnossa lapsen kuolemaan liittyvää tietoa ja tilaisuuden keskustella aiheesta henkilökunnan ja vertaistukihenkilön kanssa. Istunnossa vertaistukihenkilön tehtävänä on herättää perheessä toivon näkökulmaa. Olla esimerkkinä siitä, että surun kanssa voi oppia elämään. Vertaistukihenkilö myös edustaa Käpy ry:tä ja antaa perheille tietoa yhdistyksen toiminnasta. Tämän toivotaan helpottavan perheen hakeutumista vertaistuen piiriin. Vaikka sosiaalityöntekijän osallistuminen näihin istuntoihin ei ole säännönmukaista, jän pohtimaan, että kenties sairaalan koulutettu Etri-henkilö voisi olla myös sosiaalityöntekijä? Joka tapauksessa Etri on mainio esimerkki niin moniammatillisesta yhteistyöstä, kuin asiantuntija- ja kokemustiedon toisiaan tukevasta roolista. Menetelmän toivoisi laajenevan toimivaksi käytännöksi kaikkiin niihin sairaaloihin, joissa synnytetään. (Oulasvirta 2016¹.) Etri:n kaltaisen toiminnan yleistymiselle tarjoaa tukensa jopa Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelma, jossa hyvinvoinnin ja terveyden alueella yhdeksi hallituksen kärkihankkeista listataan palveluiden muokkaaminen asiakaslähtöisiksi ja keinoina tavoitteen saavuttamiseksi nähdään muun muassa varhaisen tuen painotus ja kokemusasiantuntemuksen käytön vahvistaminen (Ratkaisujen Suomi 2015, 20).

¹ Etri-istunnosta saadut tiedot pohjautuvat Taru Oulasvirralta saatuun tiedonantoon, sillä aiheesta ei ole saatavilla kirjallista informaatiota.

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA METODOLOGINEN PERUSTA

Tässä luvussa määrittelen tarkemmin tutkimustehtäväni ja tutkimuskysymykseni. Avaan tarkemmin myös tutkimukseni tieteenfilosofisia lähtökohtia sekä tutkimuksen metodologiaa. Tutkimuksen luotettavuuteen ja tutkimuseettisiinseikkoihin liittyen avaan myös omakohtaisuuttani suhteessa tutkimukseeni.

4.1 Tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa terveydenhuollon sosiaalityön työn sisällöistä, toimintakäytännöistä ja asiantuntijuudesta tilanteessa, jossa asiakkaana on lapsensa perinataalivaiheessa menettänyt perhe.

Tutkimuksen pääkysymys on

Mitä on terveydenhuollon sosiaalityöntekijän asiantuntijuus työntekijän itsensä kokemana tilanteessa, jossa asiakkaana on lapsensa perinataalivaiheessa menettänyt perhe?

Tutkimuksen alakysymyksinä voidaan esittää seuraavat kysymykset

Millaisia työkäytäntöjä terveydenhuollon sosiaalityöntekijöillä on tilanteessa, jossa asiakkaana on lapsensa perinataalivaiheessa menettänyt perhe?

Millaisena näyttäytyy lapsen kuoleman aiheuttama suru aiemman tutkimuksen perusteella?

4.2 Tutkimuksen tieteenfilosofinen perusta

Tutkimus on perinteisesti totuttu luokittelemaan joko laadulliseksi tai määrälliseksi. Määrällisenä pidetään tutkimusta, jossa tutkimusaineisto on muutettavissa numeeriseen muotoon ja siitä pystytään määrittelemään erilaisia aineistoa tilastollisesti kuvaavia tunnuslukuja ja muuttujia. Määrällisen, eli kvantitatiivisen, tutkimuksen alkujuuret ovat

luonnontieteissä. Määrällisessä tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja ja todellisuuden ajatellaan rakentuvan objektiivisesti todettavissa olevista tosiasioista. Määrällisen tutkimuksen ontologian taustalla on positivismi, filosofinen suuntaus, joka korostaa kaiken tiedon olevan peräsin suorista aistihavainnoista ja niihin perustuvasta loogisesta päättelystä. (Ks. esim. Hirsjärvi ym. 2007, 135; Metsämuuronen 2009, 92.)

Laadulliseksi tutkimukseksi puolestaan on määritelty sellainen tutkimus, jossa aineisto on sanallista, joko tutkijan tai tutkittavien tuottamaa, informaatiota tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoon suhtaudutaan kokonaisuutena ja aineiston ajatellaan kuvaavan jonkin sisäisesti loogisen kokonaisuuden rakennetta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä ei niinkään pyritä selittämään vaan pyrkimys on tutkittavan ilmiön ymmärtäminen. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu, toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, jossa lähtökohtana usein on teorian tai hypoteesien testaaminen. (Ks. esim. Hirsjärvi 2007, 160; Alasuutari 2011, 21). Tässä tutkielmassa tuo sisäisesti looginen kokonaisuus on tutkittavan tuottama todellisuus tutkimuksen kohteena olevan asiakasryhmän tapaamisesta työssään. Tässä tutkimuksessa aineisto on tutkittavien sanallisesti tuottamaa. Haastattelutilanteessa tuotettu puhe on nauhoitettu ja tutkija on litteroinut nauhoitetut haastattelut kirjalliseen muotoon. Litteroinnin olen toteuttanut sanatarkasti, mutta painotuksia ja taukoja en ole litteroituun tekstiin eritellyt. Perustelen tämän litteroinnin tason riittävyttä sillä, että suhtaudun tekstiin naiivin kielikäsitteiden mukaisesti, eli ajattelen tekstien heijastavan suoraan sitä, mitä tutkittavat todella ajattelevat tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta (Eskola 2003, 139).

Kuten Metsämuuronen (2009, 213) toteaa, on tutkimusta tehtäessä aina tarkoituksen mukaista esittää Pilatuksen kysymys: ”mikä on totuus?” Avaan seuraavaksi niitä tutkimuksen tekemisen valintoja, joiden avulla pyrin omassa tutkielmassani pääsemään mahdollisimman lähelle totuutta.

Tieteenfilosofisesti tutkielmani edustaa konstruktivismia. Konstruktivismissa todellisuuden ajatellaan olevan suhteellista, jokaiselle henkilölle omaansa. Konstruktivismi kuitenkin tunnustaa, että yksilöt voivat jakaa myös yhteistä todellisuutta. Konstruktivis-

tisen ajatusmallin mukaan tietoa tuosta suhteellisesta todellisuudesta voidaan saada tutkijan ja tutkittavan vuorovaikutuksen kautta (Metsämuuronen 2009, 218). Konstruktivistisessa tiedonmuodostuksessa tutkija tulkitsee tutkittavaa. Metodologia perustuu tulkintaan. Tutkija pyrkii etsimään ja luomaan tulkintoja todellisuudesta. Konstruktivistisesti ajatellaankin, että tieteellinen tieto on tietyn tieteellisen yhteisön luoma ajatuksellinen konstruktio, jonka avulla pyritään luomaan järjestystä kokemuksen maailmaan. (Metsämuuronen 2009, 218; Puolimatka 2002, 39.) Konstruktivismin mukaisesti syntyneiden tiedollisten rakennelmien pätevyyttä ei arvioida sen perusteella kuinka hyvin ne kuvaavat oletettua totuutta, vaan sen mukaan, kuinka hyvin syntyneet tiedolliset rakennelmat palvelevat luojiansa tarkoituspäätä (Puolimatka 2002, 47). Metsämuuronen (2009, 218) toteaa, että konstruktivistista tieteenfilosofiaa voitaisiin hyvin nimittää myös eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttiseksi tieteenfilosofiaksi.

Tutkimukseni metodologiset lähtökohdat perustuvat fenomenologiaan. Fenomenologia on alun perin filosofinen suuntaus, josta sittemmin on kehitetty fenomenologinen metodologia (Metsämuuronen 2009, 224.) Fenomenologisen tutkimuksen keskeisin tutkimuskohde on ihmisen kokemus. Erityisesti tutkimukseni metodologia perustuu Heideggerin fenomenologiaan ja käsitykseen totuudesta. Tätä Heideggerin suuntausta kutsutaan hermeneuttiseksi fenomenologiaksi. Heideggerin näkemys on, että tieto muodostuu ihmisen ja ulkoisen todellisuuden suhteessa ja näin ollen niitä ei tule erottaa toisistaan. (Virtanen 2009, 156–160.) Latomaa (2005, 42) on jatkanut Heideggerin ajatusten kehittelyä erityisesti ymmärtävän psykologian näkökulmasta. Latomaa näkee, että kun tutkimuskohde on osa symbolista todellisuutta, on kyseessä silloin rekonstruktiivinen, eli ymmärtävä, tieteenperinne. Edelleen Latomaa jatkaa jaottelua erittelemällä toisistaan subjektiivisen (persoonallisen) ja jaetun (sosiaalisen) symbolisen todellisuuden. Latomaa toteaa jaottelussaan, että jaettu (sosiaalinen) symbolinen todellisuus on erityisesti sosiaalitieteisiin kuuluva tutkimuskohde. Sekä Latomaa, että Perttula ovat keskittyneet kuvaamaan hermeneuttista fenomenologiaa nimenomaan psykologian alalla. Perttula (2005, 116) puhuu kuitenkin mieluummin fenomenologisesta erityistieteestä, kuin fenomenologisesta psykologiasta. Perttula perustelee tätä toteamalla, että fenomenologinen erityistiede kattaa kaikki tieteenalat, joissa tutkitaan subjektiivista kokemusta. Perttula toteaa, että käyttämällä fenomenologinen erityistiede-nimitystä voidaan myös eri tieteenalojen reviirikiistat ja päästä lähemmäs monitieteistä kokemuksen tutkimusta. Tässä

tutkimuksessani pyritään ymmärtämään terveydenhuollon sosiaalityön asemaa ja asiantuntijuutta työskenneltäessä lapsensa perinataalivaiheessa menettäneiden perheiden kanssa. Tuohon ymmärrykseen pyrin pääsemään terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kokemusten tutkimisen kautta.

Perttula (2005, 136–137) jakaa kokemuksen tutkimuksen vaiheet neljään osaan. Ensimmäistä osaa Perttula nimittää eläväksi kokemukseksi. Tässä vaiheessa muotoutuu tutkijan kiinnostus toisten kokemuksia kohtaan, sekä tarkentuu sen aiheen valinta, jota merkityksellistäviä kokemuksia tutkija haluaa tutkia. Tässä tutkimuksessa siis minulla tutkijana on herännyt kiinnostus tutkia terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kokemuksia asiantuntijuudestaan. Tarkempana aihepiirinä ovat terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kokemukset asiantuntijuudestaan nimenomaan työskenneltäessä lapsensa menettäneiden perheiden kanssa. Toista vaihetta Perttula nimittää kuvatuksi kokemukseksi (mt. 140–143). Tässä vaiheessa tutkija siis kerää empiirisen aineistonsa. Empiirisen aineiston, eli tutkittavien kokemusten kuvauksen, muoto voi olla hyvinkin moninainen, esimerkiksi puhe, teksti, piirrookset tai valokuvat. Tässä tutkimuksessani tutkittavat ovat kuvanneet kokemuksiaan sanallisesti haastattelutilanteissa, joissa tuotettu puhe on tallennettu. Kokemuksen tutkimukselle ominaisesti olen haastattelutilanteissa pyrkinyt olemaan paikalla hyvin neutraalisti, välttäen tutkija-tutkittava-asetelmaa ja pyrkien saamaan tallennettua tutkittavien mahdollisimman luonnollisia kuvauksia kokemuksistaan. Kaksi jäljelle jäävää Perttulan kuvaamaa kokemuksen tutkimisen vaihetta käsittelevät aineiston analyysia ja esittelen ne tuonnempana, kuvattuani ensin aineistonhankintaani.

Olen hankkinut tutkimukseni aineiston haastattelemalla terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä. Sosiaalityöntekijät, jotka työssään tapaavat lapsensa menettäneitä perheitä, ovat luontevasti valikoituneet tutkimuksessani haastateltaviksi henkilöiksi, sillä oletan, että heillä on tietoa, jota keräämällä ja analysoimalla pystyn vastaamaan asettamiini tutkimuskysymyksiin. Näin ollen sosiaalityöntekijät on kutsuttu haastateltaviksi asiantuntijoina. Alastalo & Åkerman (2010, 373) valottavat asiantuntijahaastatteluihin liittyvää tematiikkaa. He tähdentävät, että asiantuntijahaastattelussa ei olla kiinnostuneita asiantuntijasta henkilönä, vaan hän on valikoitunut haastateltavaksi sen tiedon vuoksi, jota hänellä oletetaan olevan. Kuten Alastalo ja Åkerman toteavat, perustuu haastatelta-

vien valinta esimerkiksi heidän institutionaaliseen asemaansa ja näin on ollut tässäkin tutkimuksessa.

Haastateltavat tutkimustani varten tavoitin ottamalla selvää ensin sairaaloista, joissa nykyään synnytetään. Seuraavaksi selvitin noiden sairaaloiden tai sairaaloita hallitsevien sairaanhoitopiirien käytänteet tutkimuslupien suhteen. Lupahakemuksissa käytänteet ovat hyvin kirjavia. Pääsääntöisesti kuitenkin löytyi valmis lomake, jolla tutkimuslupia haettiin ja liitteeksi pyydettiin tutkimussuunnitelmaa. Tässä tutkimuksessa lupa tarvittiin siis työntekijän ajan ja tietämyksen hyödyntämiseen, potilasrekistereiden ja potilaskertomusten tietoihin ei tässä tutkimuksessa tarvittu pääsyä. Tutkimusluvat sain kaikkiin yksiköihin, joihin niitä hain. Tutkimusluvan yhteydessä minulle toimitettiin sosiaalityön esimiehen yhteystiedot ja hänen kauttaan sain sitten yhteyden haastateltaviin haastatteluajankohdan sopimiseksi. Käytännössä sairaaloissa sosiaalityöntekijöiden vastuualueet oli jaettu niin, että tutkimuksen kohteena olevat tilanteet koskettivat yhtä tai kahta sosiaalityöntekijää per sairaala.

Tieteellisen hyväksyttävän tiedon tuottamiseksi avaan seuravaksi toteuttamiini tutkimushaastatteluihin liittyviä käytäntöjä ja valintoja. Tässä tutkimuksessa käyttämäni haastattelutapa on teemahaastattelu. Teemahaastattelun katsotaan olevan puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Kysymysten muoto ja järjestys voivat vaihdella haastattelusta toiseen, mutta aina käydään läpi samat aihepiirit (Tiittula & Ruusuvoori 2009, 11). Hirsjärvi ja Hurme (2015, 47) pitävät teemahaastattelun yhtenä vaikuttajana Mertonin, Fisksen ja Kendallin kehittämää kohdennettua haastattelua. Kohdennetussa haastattelussa he pitävät tärkeänä neljää ominaisuutta: 1. Haastattelun tulisi olla niin laaja, että haastateltava saa tuoda esille kaikki haluamansa näkökulmat. 2. Haastateltavien reaktioiden tulisi olla heille ominaisia. 3. Haastattelun tulisi olla syvyydeltään sellainen, että haastateltavan on mahdollista kuvata tutkittavan ilmiön affektiivisia, kognitiivisia ja evaluatiivisia merkityksiä. Tutkijan on tärkeää myös selvittää missä määrin haastateltava on paneutunut ilmiöön. 4. Tutkijan tulee ottaa huomioon myös henkilökohtainen konteksti, eli huomioida haastateltavien ominaisuuksien ja aiempien kokemusten vaikutukset niihin merkityksiin, joita he antavat tutkimuksen kohteena olevalle aiheelle. Pyrin haastatteluissani luomaan haastateltaville tilaa tuoda esille kaikki heidän mielestään tärkeät tutkimusaiheesta esille nostettavat seikat. Henkilökohtaisen kontekstin huomi-

oiminen sen sijaan oli hieman haasteellista, onhan haastateltavat kutsuttu haastateltaviksi nimenomaan ammattiasemansa vuoksi. Haastatteluja toteuttaessani kuitenkin havaittiin, että haastateltavat itse toivat esille tiettyjä henkilökohtaisia kokemuksiaan, joiden kokivat vaikuttavan heidän suhtautumiseensa tutkimuksen kohteena olevaan aiheeseen.

Tutkimuksessani haastattelu on perusteltu aineistonhankintamenetelmä, koska tutkimuksen kohteena on intiimi ja emotionaalinen asia ja koska tutkittavasta asiasta ei ole olemassa objektiivisia testejä (Metsämuuronen 2009, 245; Hirsjärvi & Hurme 2015, 36). Haastattelutilanteissa olen pyrkinyt avoimeen, jopa keskustelemaan vuorovaikutukseen, jossa saadaan syvää tietoa aiheesta. Saadun tiedon syvyys sekä pro gradu-tutkielman laajuus rajaavat toteutettujen haastattelujen määrää.

Kaikki haastattelut toteutettiin kasvokkain haastateltavien työhuoneissa. Koin tärkeänä, että haastattelut tapahtuivat kasvotusten. Tätä kasvokkaisen kohtaamisen tärkeyttä perustelen erityisesti tutkimusaiheen herkkyydellä. Tutkijana koen, että esimerkiksi puhe-
linhaastatteluina toteutettuna haastattelujen syvyys olisi ollut vähäisempi. Haastatteluja toteutui seitsemän kappaletta, eri puolilla Suomea, keväällä ja kesällä 2015. Haastatteluiden keskimääräinen kesto oli 40 minuuttia per haastattelu. Haastattelut äänitettiin ja litteroitua aineistoa kertyi 44 a4-arkin verran. Haastattelukysymykset oli jaettu kolmeen eri ryhmään. Aluksi keskityttiin haastateltavan taustatietojen, eli koulutus- ja työhistorian, kartoittamiseen. Seuraavana teemana oli käytännön toiminta tutkimuksen kohteena olevassa tilanteessa ja kolmantena näkemykset sosiaalityön asiantuntijuudesta.

4.3 Aineiston analyysi

Perttula (2005, 143–147) mukaillen tutkimuksen kolmatta vaihetta nimitetään uudelleen eletyksi kokemukseksi. Tässä vaiheessa päästään siis käsiksi aineiston analyysiin ja tutkija kokee uudelleen tutkittavan kuvaaman kokemuksen. Kokemuksen tutkimuksessa tehdään analyysia, jossa tutkija asettuu suhteeseen tutkimusaineistonsa kanssa ankaran tieteellisen asenteen ohjaamana. Kokemuksen tutkimisen erityisenä metodina on reduktio, joka koostuu sulkeistamisesta ja mielikuvatasolla tapahtuvasta muuntelusta. Sulkeistamisella tarkoitetaan sitä, että tutkija tietoisesti tunnistaa tutkittavaan ilmiöön etukäteen liittämääns merkityssuhteita ja pyrkii siirtämään ne sivuun tutkimuksen ajaksi.

Sulkeistamista on syytä pitää yllä koko tutkimuksen ajan. Tutkijan on siis analyysia tehdessään mietittävä, onko kukin hänelle nyt nouseva kokemus lähtöisin tästä nimenomaisesta tutkimusaineistosta vai onko se hänen rakentamaansa tulkintaa. Tässä tutkimuksessa, jossa minulla tutkijana on omakohtainen kokemus sekä lapsen menettämistä perinataalivaiheessa, että toimimisesta terveydenhuollon sosiaalityöntekijänä, on minun tutkijana täytynyt kiinnittää erityistä huomiota sulkeistamiseen. Käytännössä analyysini edetessä se on tarkoittanut sitä, että olen joutunut useita kertoja pysähtymään aineistoni äärelle ja tietoisesti tarkastelemaan analyysiani suhteessa nimenomaan aineistoon. Omien käsitysten ja ennakkotietojen sulkeminen analyysin ulkopuolelle on vaatinut järjestelmällistä ja tietoista työskentelyä analyysin edetessä. Mielikuvatasolla tapahtuva muuntelu tarkoittaa reduktiossa tutkijan rajatumpaa toimintaa. Siinä tutkija on pakotettu seulomaan esiin nimenomaan ne tavat, joihin toisen kokemus ilmenee. Tässä vaiheessa analyysissa systemaattisuus ja johtaa objektiivisuuteen. Mitä systemaattisemmin tutkija toteuttaa mielikuvatasolla tapahtuvaa muuntelua, sitä objektiivisempaa tutkimus on. Mielikuvatasolla tapahtuvalla muuntelulla tarkoitetaan tutkijan mielessä tapahtuvaa toimintaa, jossa tutkija etsii erilaisia merkitysyhdistelmiä muunnellen kokemusten ja koko tutkittavan ilmiö välttämättä edellyttämiä merkityksiä. Fenomenologista erityistiedettä toteutettaessa on syytä huomioida, että vaikka pyritään objektiivisuuteen, on tutkija subjekti ja ymmärrys tutkimuskohteesta muodostuu hänen tajunnalleen. Tämä huomioiden voidaan fenomenologiaa pitää subjektiivisena tutkimuksena. Objektiivisuus saavutetaan kuitenkin käyttämällä metodia, joka pakottaa tutkijan sellaiseen suhteeseen tutkimuskohteen kanssa, että se ilmenee tutkijalle olennaisella tavalla itsenään. Perttula (2005, 147) toteaa, että ”pakottavuus on keskittyvää kokevaa ymmärtämistä, kohdennettuna aiheenaan tutkittava ilmiö.”

Viimeinen Perttulan (2005, 147–149) kuvaamista tutkimuksen vaiheista on nimetty uudelleen kuvatuksi kokemukseksi. Tämä vaihe on siis käytännössä tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten kirjoittamisen vaihe, eli tutkija tuottaa ymmärtämänsä kirjalliseen muotoon. Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkijan tuottama kuvaus on tutkittavan ilmaiseman kokemuksen mahdollisimman tarkkaa ymmärtämistä. Kuvaan seuraavaksi tässä tutkimuksessa toteuttamaani analyysia vaiheittain. Pyrin tällä kuvauksella tekemään tutkimuksestani avointa. Lopuksi esittelen taulukon muodossa Merja Lehtomaan (2005, 181–182) esittämän fenomenologisen analyysimenetelmän (TAULUKKO 3).

Menetelmän on alun perin kehittänyt Amedeo Giorgi. Hänen menetelmäänsä on laajentanut ja tarkentanut haastatteluaineistoon sopivammaksi Juha Perttula. Lehtomaan esittämä analyysirunko pohjaa Perttulan esittämään, mutta sisältää pieniä muutoksia analyysin toisessa vaiheessa perustuen siihen, että Lehtomaa suoritti kaikki tutkimuksensa vaiheet itse ja siten tutkimusaineisto oli hänelle jo hyvin jäsentynyttä analyysin toiseen vaiheeseen edetessä. Oma analyysini tässä tutkimuksessa on mukailnut Lehtomaan esittämää.

Litteroituani haastattelut tekstiaineistoksi oli aika aloittaa aineiston analysointi. Analyysin tarkoituksena on luoda tutkimusaineistoon sellaista selkeyttä, että aineistosta saatavan informaation perusteella on mahdollista tehdä perusteltuja johtopäätöksiä (Hämäläinen 1987, 33). Jari Eskola (2003, 146) toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla ei ole välttämätöntä olla yhtä suurta teoriaa tutkimuksensa pohjana, vaan tutkija voi käyttää analyysinsä perustana myös useita pieniä teorioita. Eri teoriat mahdollistavat analyysissä erilaisia lähestymistapoja aineistoon ja tarjoavat erilaisia selityksiä tutkittavaan ilmiöön. Näin on ollut tässä tutkimuksessa, jossa erityisen tärkeäksi olen kokenut sen, että analyysia on tuotettu niin suhteessa sosiaalityön asiantuntijuuteen, lapsikuolematutkimukseen kuin kriisityöhönkin.

Analyysitapani on induktiivinen, eli liikun analyysissäni yksittäisestä yleiseen. Näin ollen siis pyrin yksittäisten haastateltavien tuottaman informaation varassa luomaan informaatiota, joka kuvaa toimintaa tutkimuksen kohteena olevissa tilanteissa yleensä. On huomioitava, että kun tutkitaan ihmisten toimintaa, ei voida kuitenkaan tuottaa absoluuttisia totuuksia, toiminta ei aina toteudu niin kuin se yleensä toteutuu. Induktiiviselle päättelylle ominaisesti pyrin analyysissäni muodostamaan sekä deskriptiivisiä, että empiirisiä johtopäätöksiä, eli pyrin sekä kuvailemaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä, että luomaan aineistokohtaisia selityksiä, analyttisiä johtopäätöksiä. Pyrin siis analyysissäni vastaamaan sekä kysymykseen ”millainen” että ”miksi”. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95; Grönfors 2011, 16.)

Käytännössä analyysi on alkanut jo ennen litterointia, kun haastattelumatkoilta palatesani kuuntelin haastattelut ensimmäiseen kertaan läpi. Näin sain heti painettua haastatelussa ilmenneitä tunnelmia ja yksityiskohtia paremmin mieleeni. Toiseen kertaan haas-

tattelut tulivat kuunnelluksi litterointia tehdessä. Jo litteroinnin edetessä mielessäni alkoi yhdistyä tiettyjä teemoja eri haastatteluiden välillä, pystyin karkeasti hahmottelemaan alustavaa jakoa siitä, missä haastateltavat puhuivat samasta asiasta. Litteroinnin jälkeen luin koko tekstiaineiston kahteen kertaan läpi. Tässä kohtaa aineistosta tuntui nousevan tärkeitä havaintoja todella nopeasti, mutta samalla koko aineisto pyöri päässäni valtavana sekamelskana. Päätin ottaa aineistoon hieman etäisyyttä ja palasin sen pariin muutaman päivän jälkeen. Tuolloin luin aineiston vielä kertaalleen läpi ja huomasin, että alan jo muistaa mitä seuraavaksi tulee vastaan, sekä aloin luoda entistä selkeämpiä kytköksiä eri haastatteluiden välille. Seuraavaksi aloitin aineiston karkean teemoittelun, hyödyntäen tässä eri värejä. Käytyäni aineiston läpi värikoodein, aloin niputtaa teemoja yhteen, miettien laajempia otsikoita, joiden alle asettuisi useampikin värikoodi. Teemoittelu osoittautui yllättävän hankalaksi, kokonaiset värikartastot vaihtoivat paikkaa välillä useankin kertaan ja jakautuivat yhä useampiin osioihin. Lopulta tulostettu aineisto oli melkoinen sateenkaari ja kirjoitin sen uudelleen puhtaaksi, jotta pystyin järjestämään havaintoni lopulliseksi muodostuneet teemarungon mukaisesti.

TAULUKKO 3 Fenomenologinen haastatteluaineiston analysointi

I vaihe	Yksilökohtaisen merkitysverkoston muodostaminen
1.	Tutkimusaineistoon perehtyminen avoimin mielin, kokonaisuuden hahmottaminen.
2.	Tutkimusaineistoa jäsentävien keskeisten sisältöalueiden muodostaminen.
3.	Merkityssuhteiden erottaminen toisistaan.
4.	Merkityssuhteiden muuntaminen tutkijan kielelle.
5.	Merkityssuhteiden ja niistä tehtyjen muunnosten sijoittaminen sisältöalueisiin.
6.	Sisältöalueittaisten yksilökohtaisten merkitysverkostojen muodostaminen.
7.	Sisältöalueista riippumattomien yksilökohtaisten merkitysverkostojen muodostaminen.
II vaihe	Yleisen merkitysverkoston muodostaminen
1.	Tutkimusasenteen omaksuminen: yksilökohtaiset merkitysverkostot ehdotelmienä yleisestä tiedosta.
2.	Merkityssuhteiden erottaminen ja muuttaminen merkityssuhde-ehdotelmiksi.
3.	Muodostetaan ehdotelmat yleiseksi merkitysverkostoksi.
4.	Yleisen merkitysverkoston muodostaminen.

(Lehtomaa 2005, 181–182.)

Omassa tutkimuksessani fenomenologisen analyysin eteneminen on tarkoittanut sitä, että aineistoa analysoidessani olen vuoroin pilkkonut sitä pienemmiksi palasiksi ja vuoroin yhdistellyt laajemmiksi kokonaisuuksiksi huomattessani pienempien palasten kuuluvan saman, laajemman käsitteen alle. Myös nuo pieneksi pilkotut pelkistykset ovat siirtyneet useasti kokonaisuudesta toiseen, kun olen esimerkiksi huomannut käytettyyn käsitteistöön liittyviä eroja tai yhteneväisyyksiä, eli tilanteita, joissa haastateltavat ovat puhuneet samasta asiasta eri termejä käyttäen tai puolestaan käyttäneet samaa termiä aivan eri merkityksessä. Erityistä huomiota olen saanut kiinnittää sulkeistamiseen, sillä omat mielipiteet, kokemukset ja kokemustieto, varmasti myös tunteet, ovat pyrkineet mukaan aineiston analyysiin. Tärkeää on siis ollut aika-ajoin pysähtyä analyysin äärelle ja keskittyä tarkkailemaan sitä, että kaikki analyysini osat nousevat nimenomaan aineistostani.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka

Pro gradu- tutkielmani aihe on hyvin herkkä. Lapsen kuolema on yhteiskunnassamme edelleen tietynlaisessa tabu-asemassa. Siitä ei puhuta. Maassamme lainsäädäntö määrittelee arkaluonteisiksi tietyt asiat. Henkilötietolain mukaan arkaluonteisia asioita ovat ”1) rotua tai etnistä alkuperää; 2) henkilön yhteiskunnallista, poliittista tai uskonnollista vakaumusta tai ammattiliittoon kuulumista; 3) rikollista tekoa, rangaistusta tai muuta rikoksen seuraamusta; 4) henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta taikka hänen kohdistettuja hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia; 5) henkilön seksuaalista suuntautumista tai käyttäytymistä; taikka 6) henkilön sosiaalihuollon tarvetta tai hänen saamiaan sosiaalihuollon palveluja, tukitoimia ja muita sosiaalihuollon etuuksia” koskevat asiat. Tässä tutkielmassa liikutaan hyvin lähellä terveydentilaan ja elämän rajallisuuteen liittyviä kysymyksiä.

Puusniekka, Eskola, Itäpuisto, Launonen ja Rautsiala (2003, 45) esittävät viiden kohdan luokituksen arkaluontoisista tutkimusaiheista. He nostavat lapsikuolemia koskevan tutkimuksen listansa ensimmäiseksi. Miksi sitten tutkia arkaa aihetta? Kuten Puusniekka ym. (emt., 69) toteavat, ovat arat aiheet yleensä yhteiskunnallisessa keskustelussa varsin vaiettua. Niinpä niiden tutkiminen on tärkeää muun muassa yhteiskunnallisen keskuste-

lun herättämiseksi. Arkaluonteisista aiheista tuotettu tutkimustieto voi osaltaan myös vähentää niiden ihmisten taakkaa, jotka henkilökohtaisessa elämässään ovat aihepiirin kanssa tekemisissä. Tutkimustieto tarjoaa ihmisille mahdollisuuden tietää, etteivät he ole tilanteensa kanssa yksin. Puusniekka ym. (2003, 69–70) toteavat, että tutkimuksen kautta virinnyt yhteiskunnallinen keskustelu voi parhaimmillaan johtaa uusien tutkimustojen syntymiseen.

Kari Dyregrov (2004) on tutkinut lapsensa menettäneiden vanhempien kokemuksia osallistumisesta lapsen kuolemaa käsitteleviin tutkimuksiin. On totuttu ajattelemaan, että tutkimukseen osallistuminen olisi vanhemmille harmillista ja avaavan vanhoja haavoja. Dyregrov totesi kuitenkin, että huolimatta siitä, että oman tarinan kertominen on kivuliasta, vanhemmat kuitenkin alleviivasivat sen kertomisen tärkeyttä. Vanhemmat kokivat tärkeäksi, että tutkija on kunnioittava ja empaattinen sekä tietoinen lapsen menettämiseen liittyvästä tematiikasta. Vanhemmat pitivät tärkeänä tarinansa jakamista tutkimuskäyttöön myös siksi, että kokivat näin kuolleen lapsensa tarinan jatkuvan myös nykyisyydessä. Vanhemmat myös toivoivat, että heidän tarinoistaan olisi jatkossa apua toisille lapsensa kuolevan kohtaaville. (emt., 398–399.) Näin ollen perustelen omaa tutkimustani edelleen sillä, että toivon terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuden ja toimintakäytäntöjen tulevan entistä toimivammiksi lapsikuolemaperheiden tukemisessa ja edelleen toivon tutkimuksellani olevan hyötyarvoa myös lapsensa menettäneille perheille. Dyregrovn toteama tarinoiden kertomisen tärkeys voi olla mielestäni täysin siirrettävissä myös koskemaan ammattilaisia. Vaikka tutkittaisiin sitä työn kenties vaikeinta aluetta, toivoisin myös sosiaalityöntekijöiden kokevan, että jakamalla asiantuntijuutensa tutkimuskäyttöön, myös he voivat olla rakentamassa uutta tietoa, joka tulevaisuudessa helpottaa asian eteen joutuvia terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä ja sitä kautta myös lapsensa menettäviä perheitä.

Tutkimuseettisiä seikkoja arvioidessani minun on tutkijana toki nostettava esille myös omakohtainen kokemukseni suhteessa tutkittavaan aiheeseen. Ajattelin, että joudun käymään tuota pohdintaa omakohtaisuuden vaikutuksista yksin, ilman lähteitä joihin peilata omia ajatuksiani. Ajatellessaan olevansa ainut, joka jotain asiaa joutuu/pääsee miettimään, ihminen on jo mennyt harhaan. Niinpä tälläkin kertaa, lukiessani aineistoa arkojen aiheiden tutkimisesta, törmäsin Maritta Itäpuistoon ja hänen kokemuksiinsa

tutkijana. Itäpuisto (2001; 2005) on tutkinut alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa lapsuutensa eläneiden lasten kokemuksia ja hänellä on aiheesta omakohtainen kokemus. Itäpuisto (2005, 58) toteaa, että omakohtainen kokemus ja sitä kautta syntynyt kiinnostunut tutkittavaa aihetta kohtaan on nähty tutkimuksen tekemistä edesauttavana seikkana ja sen on nähty myös motivoivan tutkijaa tekemään tutkimustaan. On helppo yhtyä tähän näkemykseen. Toisaalta Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007, 80) varoittavat tutkijaa valitsemasta aihetta, johon hän on tunnetasolla hyvin sitoutunut. He arvelevat, että tutkijan on mahdotonta tarkastella aihettaan riittävän objektiivisesti ja kriittisesti. Itäpuiston tavoin uskon, että omakohtainen kokemukseni tutkittavasta aiheesta on pakottanut minut tarkastelemaan omia taustojani, arvojani ja ennako-oletuksiani erittäin tarkasti. Itäpuisto on tehnyt myös lisensointityönsä samasta aiheesta (Itäpuisto, 2001). Mielestäni varsin perustellusti Itäpuisto (emt., 13) pohtiikin, onko omakohtaisuus ainoa tai pahin riskitekijä vai voiko omakohtaisen kokemuksen puute jopa altistaa vielä suuremmille virhetulkinnoille, kun tutkija luulee tietävänsä asiasta jotain sellaista, jonka todellisuudessa voikin ymmärtää vain omakohtaisen kokemuksen kautta?

Tutkimusaineistoni siis on litteroitua tekstiä. Tekstistä on hyvän tutkimustavan mukaisesti ja tutkimusetiikka noudattaen poistettu kaikki tunnistetiedot heti litteroinnin alkuvaiheessa. Tässä tutkimuksessa en myöskään näe tarpeellisena paljastaa niitä sairaaloita, joissa haastattelut on toteutettu. Tätä perustelen sillä, että sairaaloiden nimeäminen ei tuo tutkimukseen oleellista lisäinformaatiota, sekä sillä, että sairaaloiden nimeäminen mielestäni tekisi haastateltujen työntekijöiden yksilöimisen mahdolliseksi, jopa helpoksi. Tutkijana olen pitänyt itselläni oikeuden poistaa aineistosta arkaluonteisena pitämiäni asioita omaan harkintaani perustuen (Kuula 2011, 214).

4.5 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi omakohtaisuuden näkökulmasta

Yksi merkittävimmistä seikoista tutkimukseni luotettavuutta ja eettisyyttä ajatellen on nostaa esille se havainto, että tieto tutkijan omakohtaisesta kokemuksesta vaikutti haastateltavien puheeseen. Ennen haastattelujen tekemistä omakohtaisen kokemuksen ja siitä kertomisen merkitystä pohdittiin yhdessä niin gradun ohjaajien kuin opponentin ja graduseminaariryhmän jäsenten kanssa. Toiset ajattelivat, ettei ole merkitystä, sillä tuonko tutkijana haastattelutilanteessa esille omakohtaista kokemustani lapsen menet-

tämisestä, niin kauan kuin vain kirjoitan omakohtaisuuteni auki lopullisessa tutkimusraportissa. Toiset taas olivat sillä kannalla, että mikäli omakohtaisuuteni tulee ilmi, ohjaa se haastateltavia vastaamaan tietyllä tavalla, kenties sen ideaalisimman toimintatavan mukaisesti. Itselläni tutkijana ja myös lapsensa menettäneenä äitinä oli vahvasti se olo, että jossain kohtaa haastattelua haluan ehdottomasti tuoda omakohtaisen kokemukseni esille. Ajattelin, että aihe on niin herkkä ja vaikea, että jos haastateltavat olettavat minun kyselevän sitä vain tutkimuksen vuoksi, he jättävät tietyn syvimmän totuuden kertomatta. Useimmilla haastateltavilla ei ollut tietoa omakohtaisesta kokemuksestani. Paljastin sen heille haastattelun loppupuolella, yleensä ennen viimeistä kysymystäni, joka antoi haastateltaville vapauden kertoa aiheesta sen mitä he kokivat tarpeelliseksi tuoda ilmi. Oli hämmentävää huomata, että ennakko-oletukseni piti paikkaansa. Haastateltavien puhe muuttui merkittävästi vapaammaksi ja kuvailevammaksi, kun he saivat tietää omakohtaisesta kokemuksestani. Tätä ilmiötä kuvaa hyvin seuraava lainaus eräästä haastattelusta:

Tutkija: ...tossa äsken sä kysyitkin, että mikä mua ohjaa tän aiheen pariin, niin kyllä se pohjimmiltaan on mun omakohtainen kokemus lapsen menettämisestä...

Haastateltava: ...mä vähä mietin tossa jossain kohtaa, että uskallanko sulle puhua nyt kaikista näistä...

Tutkimuksessa, jossa aineiston keräämiseen käytetään teemahaastattelua, tutkijan tehtävänä on haastattelun aikana motivoida haastateltavaa tuottamaan aineistoa tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi & Hurme 2015, 46). Koen, että tämä omakohtaisuuden kertominen toimi myös haastateltavia motivoivana seikkana.

Janne Tienari, Eero Vaara ja Susan Meriläinen (2009, 103–104) pohtivat, kuinka haastattelutilanteissa syntyy yhteisyys haastateltavan ja haastattelijan välille. Haastattelutilanteessa yhteisyys näkyy esimerkiksi ”me ja muut” asetelman ilmenemisenä puheessa. Tässä tutkimuksessa koin omakohtaisuuden kertomisen seikkana, joka johti oleellisen yhteisyyden rakentumiseen. Jonkinlaista yhteisyyttä rakensi toki myös se tietoisuus, että kerroin työskenteleväni terveydenhuollon sosiaalityöntekijänä. Tämä mahdollisti sen, että haastateltavat tiesivät minun jakavan tietyn ymmärryksen heidän työstään. Omakohtainen kokemus lapsen menettämisestä loi kuitenkin selvästi toisenlaisen yhteisyyden haastattelutilanteisiin, minun omakohtaisen kokemukseni kautta jaoin tietoisuu-

den tuosta todellisuudesta, mitä lapsen kuoleman kohtaaminen perheelle tarkoittaa. Koen että yhteisyyden muodostuminen oli tässä tutkimuksessa erittäin tärkeää. Se tarjosi minulle mahdollisuuden tuohon tärkeään havaintoon, että vauvan kuolemaan liittyvistä asioista ei mielellään edes puhuta sellaisten ihmisten kanssa, joille asia on täysin vieras ja tuntematon. Ja lisäksi koen, että tuon yhteisyyden kautta muodostunut rehellinen puhuminen aiheesta tekee tutkimusaineistostani rikkaamman. Toisaalta voimakas kokemukseni yhteisyyden muodostumisesta ja sen positiivisista vaikutuksista saa minut miettimään, että onko todella niin, että tiettyjä ihmiselämään liittyviä asioita ja aiheita voi tutkia vain omakohtaisen kokemuksen tai pitkän ammatillisen kokemuksen omaava?

Maritta Itäpuisto (Puusniekka ym. 2003, 55) on todennut, että hänen tutkimuksensa tuloksia ja aihepiiriä enemmän huomiota herätti se, että hän tutki aihetta, josta hänellä on omakohtainen kokemus. Koen näkemyksen erittäin tutuksi. Pitkin tutkimusprosessia, etenkin tutkimuksen alkumetreillä, kuulin valtavasti, itseasiassa kyllästymiseen ja ärtymiseen saakka, pohdinta sekä siitä kuinka rankka tutkimani aihe on, että siitä onko järkevää alkaa tutkia itselle niin läheistä ja tunteisiin menevää aihetta. Aikani jaksoin puolustella asemiani järkevästi ja kohteliaasti argumentoiden, mutta lopulta päädyin vastaamaan ihmettelijöille, ettei mikään tähän tutkimukseen liittyvä ole kuitenkaan ranskempaa kuin oman lapsen laskeminen hautaan. Ja siitäkin olen selvinnyt.

Tiukille tämän pro gradun valmistuminen kuitenkin otti. Kuten Itäpuistokin (emt.) toteaa, ei ole ollenkaan harvinaista, että tutkijat rakastuvat aiheeseensa ja juuttuvat työhönsä vuosiksi tai vuosikymmeniksi. Tutkijalle syntyy halu sanoa aiheestaan kaikki ja etenkin se ainoa oikea totuus, mikä ei tietenkään ole mahdollista. Tutkimukseen saatetaan lähteä myös sillä oletuksella, että vastaukset tiedetään etukäteen ja tästä taas tutkimuksen luotettavuus kärsii hurjasti.

Itäpuisto (emt.) toteaa, että omakohtainen kokemus voi parhaimmillaan tarkoittaa tutkijan mahdollisuutta aiheen syvempään ymmärtämiseen ja se voi myös auttaa tutkijaa, olla jonkinlaista itsensä terapointia. En ehkä koe rakastuneeni aiheeseen. Minulta ei kysytty, haluanko kokea lapsen menetyksen ja sitä kautta saavuttaa tuon syvemmän ymmärryksen. Niin kuitenkin on tapahtunut ja koen että minulla tutkijana on tähän aiheeseen ennemminkin viha-rakkaussuhde. Tuloksia en uskonut ennalta tietäväni. Tähän

vaikutti toki suuresti se seikka, että kohtaamisissa vertaisten kanssa en luonnollisesti-kaan ole keskittynyt heidän kohtaamiinsa sosiaalityöntekijöiden kanssa. Joskus aihetta toki on sivuttu, mutta tuolloinkin on keskustelussa ollut vanhempien näkökulma, ei sosiaalityöntekijöiden. Myös Aho (2010, 65) toteaa, että tutkijan omakohtainen kokemus voi lisätä surun ymmärtämisen edellytyksiä. Aho kuitenkin toteaa, että omasta kokemuksesta tulee olla kulunut tarpeeksi pitkä aika, jotta tutkija voi lähestyä tutkittavaa aihetta objektiivisesti. Pulkkinen (2016, 81) näkee Ahon ajatuksen viittaavan siihen, että objektiivisuus suruaiheen osalta on mahdollista, mutta kyky objektiivisuuteen syntyisi ajallisen etäisyyden turvin. Omasta menetyksestäni on kulunut aikaa liki seitsemän vuotta. En koe objektiivisuuden, edes sillä tasolla mikä ylipäänsä on mahdollinen, syntyvän ajan kulumisen myötä. Mahdollisimman objektiivinen tutkimusote vaatii mielestäni enemmänkin hyvin toteutunutta sopeutumista omaan menetykseen sekä aktiivista ja tietoista keskittymistä kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

Itäpuisto toteaa, että lukemalla läpi toisten tarinoita, hän löysi itsekkin omia vastauksiaan (Puusniekka ym. 2003, 55) Itsekin olen selkeästi työstänyt tämän graduprosessin aikana omaa kokemustani. Olen kuvaillut prosessia niin, että olen käännellyt niitä viimeisiä kiviä, joita on vielä ollut kääntämättä. Ja erityisen totta on tuo, että aiheesta haluaisi sanoa kaiken ja sen oikean totuuden. Tutkimuksen rajaaminen tuotti välillä liki fyysistä tuskaa! Omakohtaisuus tutkittavasta aiheesta olisi kuitenkin varmasti noussut huomattavasti suurempaan rooliin, mikäli olisin tutkinut vanhempien kokemuksia, esimerkiksi kääntämällä tutkimusasetelman toisin päin ja tutkimalla vanhempien kokemuksia terveydenhuollon sosiaalityöntekijän tapaamisesta.

5 TULOKSET

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni aineistosta nousseet tulokset oman analyysini perusteella muodostuneiden neljän teeman mukaisesti. Nämä neljä teemaa nousivat selvästi haastatteluja määrittäviksi, kaikki pelkistetyt havainnot voitiin yhdistää näiden teemojen alle. Pyrin myös luomaan keskustelua aiemman tutkimustiedon sekä omien tulosteni välille. Tulokset on esitetty siinä järjestyksessä, missä ne aineistoni analyysissa painottuivat, aloittaen eniten painottuneesta.

5.1 Asiantuntijuus on ymmärtävää kohtaamista

Psykososiaalista työtä tehtäessä asiakasta pyritään ymmärtämään kokonaisuutena. Työskentely on siis hermeneuttista. Hermeneuttisen työtteen toteuttamiselle voi muodostua myös esteitä. Tällainen este voi olla esimerkiksi työntekijän asemasta johtuva vaikeus ymmärtää asiakasta. Toisen ihmisen ymmärtämisen ehtoja ovat yhteinen kohtaaminen ajassa ja tilassa, yhteiset kokemukset ja yhteinen kieli. (Raunio 2004, 143–144.) Terveystieteiden sosiaalityöntekijä kohtaa työssään hyvin erilaisia lapsensa menettäneitä perheitä, joten ymmärryksen syntyminen voi olla haastavaa. Ymmärtämisen ensimmäinen ehto toteutuu asiakastapaamisessa. Sen sijaan toisen ja kolmannen ymmärtämisen ehdon täytyminen voi olla huomattavasti ensimmäistä haastavampaa. Yhteisiä kokemuksia arvioitaessa ei liene keskeistä se onko työntekijän kokemus omakohtaista vai työn kautta kerrytettyä. Tärkeintä on se, että sosiaalityöntekijällä on kokemusta aiheesta ja että hän on työstänyt omat kokemuksensa niin, että voi käyttää kokemuksiaan asiakkaan ymmärtämisen välineinä. Tärkeää on saada asiakkaalle kokemus siitä, että hän on tullut kuulluksi ja ymmärretyksi. Jo kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta helpottaa osaltaan surevan taakkaa. Saavuttaakseen tasapainon elämässään, tarvitsevat lapsensa perinataalivaiheessa menettäneet perheet psykososiaalista tukea ammattilaisilta. (Cacciatore ym. 2007, 75.)

Kaikki haastatellut sosiaalityöntekijät korostivat perheen tapaamisen ensimmäisten hetkien merkityksellisyyttä. Sosiaalityöntekijät kokivat, että ensimmäisten hetkien aikana

luodaan perusta koko asiakassuhteelle. Työntekijät kuvasivat, että menevät tilanteisiin kuulostellen perheen tunnelmia ja sitä, mitä perhe itse odottaa sosiaalityöntekijän tapaamiselta. Granfelt (1993) kuvaa psykososiaalista työtä sosiaalityön terapeutiksi orientaatioksi. Tällaisesta terapeutisesta sosiaalityön ulottuvuudesta on kyse myös näissä terveydenhuollon sosiaalityöntekijän ja lapsensa perinataalivaiheessa menettäneiden perheiden tapaamisissa.

Haastateltava: ...että tärkeintä siinä on olla sillai herkkillä korvilla kuulolla. Että mikä se on sen perheen fiilis, että mikä heillä on päällimmäisenä mielessä...

Haastateltava: ...että ne ensimmäiset hetket siinä on kyllä tosi tärkeitä, että miten saat niinkun kontaktin siihen perheeseen...

Haastateltava: ...että se alku siinä, niin se on niin haavoittuvainen ja se on niin herkkä hetki...

Case Workin, johon psykososiaalinen orientaatio perustuu, oppien mukaan asiakassuhde onkin työskentelyn käynnistävä ja sitä kantava voima. Asiakassuhde ymmärretään terapeutiksi. Onnistuneen asiakassuhteen keskeinen elementti on se, että asiakas kokee tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi. Kokemus ymmärretyksi tulemisesta on vahvin emotionaalinen side niin henkilökohtaisissa kuin ammatillisissakin ihmissuhteissa. (Granfelt 1993, 182.) Sosiaalityöntekijät kertoivat, että tapaaminen lähtee aina perheen tarpeista. Toikko (1997, 180-181) toteaa, että psykososiaaliseen keskusteluun voi kuulua myös käytännöllisten asioiden läpikäymistä. Tämä havainto vahvistui toteuttamissani haastatteluissa ja haastateltavat kuvasivatkin, että tuskin koskaan tapaaminen koostui pelkästään käytännön asioiden järjestämisestä ja läpikäymisestä, vaan useimmiten perheet halusivat käydä läpi koko tarinansa, kertoa jo raskausajasta alkaen, että mitä heille on tapahtunut, kuinka raskaus on sujunut ja miten lapsen kuolema on tullut ilmi tai tapahtunut.

Haastateltava: ... että eihän se koskaan se keskustelu mene niin että minä vaan luettelen että sulla on tähän ja tähän oikeus ja sit on tarjolla tämmönen ja tämmönen...vaan kyllähän niinkun suurin osa vanhemmista on aikailloilla halukkaita kertomaan ihan raskausajasta jo...

Sosiaalityöntekijältä edellytetään siis näissä tilanteissa myös aktiivista, tavanomaista eläytyvämpää ja keskittyneempää, kuuntelua. Tarkkaavainen ja eläytyvä kuuntelu on

terapeuttisesti orientoituneen, psykososiaalisen sosiaalityön välttämätön ehto. Eläytyessään asiakkaan elämäntilanteeseen, tulee sosiaalityöntekijä hyvin lähelle asiakkaan maailmaa. Eläytyminen tapahtuu käyttämällä apuna omaa elämäkokemusta, eikä se edellytä asiakkaan ja sosiaalityöntekijän kokemusten identtisyttä. (Granfelt 1993, 214.) Elämäkokemukseen perustuvana aktiivisen kuuntelun voidaan nähdä edustavan terveydenhuollon sosiaalityössä yleisiasiantuntijuutta (Pylväs 2003, 62).

Sosiaalityöntekijät kuvasivat, että on tärkeää pystyä tunnistamaan myös se, mihin perheet sillä hetkellä pystyvät. Toiset eivät vielä ole lainkaan halukkaita puhumaan tapahtuneesta ja toiset kokevat, että eivät voi antaa tunteilleen valtaa tilanteessa. Tästä on tunnistettavissa perheen, jopa perheenjäsenten tilanne-ero, toiset ovat tilanteessa syvässä kriisissä ja välttävät vielä menetyksestä puhumista, kun taas toiset reagoivat surulle tyypillisesti ja haluavat puhua kokemuksestaan hyvinkin avoimesti. (Saari 2012, 84-88; Poijula 2002, 74-78.)

Haastateltava: ...et niinkun kaikista hankalimpiahan on ehkä ne perheet, jotka ei niinkun puhu mitään...joko niinkun luonteensa vuoksi tai sitten ovat niin siinä surussaan, ettei sieltä tule mitään...että mä oon sit opetellu istumaan hiljaa, antamaan sen tilan...koska mä tiedän että siellä päässä kyllä pauhaa koko ajan jotain...ja kyllä se sieltä sitten kohta tulee uloskin kun on siinä sille vaan se tila...

Haastateltava: ...joskus on joku, joka sanoo, että mä en halua mitään nyt niinkun semmosta tunnepitosta, että mä haluan nyt vaan kuulla, että mitä nyt pitää tehdä...

Tyypillisesti haastatellut kuvasivat juuri isän olevan se, joka haluaa tilanteessa keskittyä konkreettiseen tekemiseen. Tämä seikka osoittaa mielestäni maskuliiniseen ja feminiiniseen suruun perinteisesti liitettyjä eroavaisuuksia. Isät kokevat tärkeäksi konkreettisen tekemisen ja pyrkivät sitä kautta helpottamaan tilannetta. Äidit taas tyypillisemmin haluavat puhua kokemuksestaan, kertoa tarinaansa ja sitä kautta pyrkiä sovittamaan tapahtunutta osaksi omaa elämäntarinaansa. (Aho 2010, 49-51; Laakso 2004, 98.) Tässä tilanteessa korostuu sosiaalityöntekijältä vaadittavan asiantuntijuuden vuorovaikutuksellinen ulottuvuus. Sosiaalityöntekijän on osattava sekä tunnistaa vanhempien erilaiset reagoitavat sekä tarvittaessa kyettävä luomaan tilaa myös hiljaisemman vanhemman mahdol-

lisuudelle keskusteluun. Keskustelussa surevan/kriisissä olevan ihmisen kanssa tämä vaatii onnistuakseen erittäin hienovaraista vuorovaikutusta. Onnistuneeseen vuorovaikutukseen tarvitaan myös onnistunutta dialogia. Sosiaalityöntekijältä vaaditaankin kykyä mukauttaa omaa vuorovaikutustaan perheen vuorovaikutuskulttuurin mukaiseksi. Granfelt (1997, 219) kuvaa tätä onnistunutta vuorovaikutussuhdetta yhteisen sävelen löytymisenä. Aiemmassa tutkimuksessa todettiin, että lapsikuolemaperheillä on terveydenhuollon kohtaamisistaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa vain joko hyviä tai huonoja kokemuksia. Jäin pohtimaan voiko tässä olla mukana elementtejä myös onnistuneen vuorovaikutuksen puuttumisesta? Kuten Granfelt (emt.) toteaa, on tuskallista olla pakotettuna yhdessäoloon ja henkilökohtaisten asioiden käsittelyyn jonkun kanssa, josta ei pidä.

Sosiaalityöntekijöille oli tullut vastaan myös tilanteita, joissa perinteisesti sosiaalityöhön liitetyt ennako-oletukset olivat hankaloittamassa perheen kohtaamista. Useat perheet olivat jopa ihmetelleet, että miksi heidän tulisi tavata sosiaalityöntekijä. Tämä kertoo mielestäni varsin hyvin siitä, että sosiaalityö on yleisesti tunnettua, mutta terveydenhuollon kentällä vielä etenkin potilaille varsin tuntematonta.

Haastateltava: ...yks pariskunta kieltäytyy tapaamasta...että se kommentti kätilölle oli ollu, että mitä se sosiaalityöntekijä täällä tekee, kun eihän meillä enää edes ole lasta, joka ottaa huostaan...

Haastateltava: ...että jokuhan voi ihmetellä että miksi se sosiaalityöntekijä tulee...mutta että kun sitten on se tapaaminen ollu, niin eipä kukaan oo kyl sanonu että no ihan turhaanpa tulit...että kyllä se yleensä on ollu että onpa hyvä kun tulit ja olipa hyvä jutella ja näitä asioita tässä selvittää...

Haastatellut kokivat tärkeäksi myös pysyvyyden. Haastatellut kuvasivat, että vaikka perheillä usein aluksi onkin valtava puhumisen tarve, kokivat he joskus vaikeaksi sen, että kätilöt vaihtuvat työvuorosta toiseen.

Haastateltava: ...että se sosiaalityöntekijä on aina se yks ja sama. Että se tulee sinne ja tulee tarvittaessa vielä toistekin ja mahdollisesti vielä soittaakin sitten perään...

Kaikissa haastatteluissa tuli esille se, että lapsensa menettäneen perheen tapaaminen vaatii myös sosiaalityöntekijältä erityistä paneutumista ja keskittymistä.

Haastateltava: ...että kyllä mä niinku aina pysähdyn siinä oven takana ja huokasen ja tsemppaan itteäni. Että mentävä vaan on, vaikka et yhtään tiedä mitä siellä on sulla vastassa...

Tilanteet koetaan myös ammatillisesti haastavina ja raskaina. Haastatellut kertoivat myös, että usein myös heidän sijaistensa kanssa tulee näistä asioista puhuttua ja usein sijaiset näitä jännittävät. Sosiaalityöntekijät kokivat usein myös riittämättömyyden tunnetta tukiessaan perhettä.

Haastateltava: ...että ne on raskaita tapaamisia...

Haastateltava: ...että kyllä ne varmaan on niinkun yks niitä raskaimpia tilanteita mihinkä joutuu menemään...

Haastateltava: ...että kyllä he (sijaiset) on olleet aika pelokkaita sitten, että kun nyt vaan ei tulis yhtään sellasta perhettä...

Haastateltava: ...kyllähän sitä itekin välillä puree hammasta ja on että mitä nyt pitäis sanoa...mutta pitää tyytyä vaan siihen, että sanoja ei nyt oo tähän tilanteeseen. Et kyllähän näihin pitää sillai nöyränä mennä...

Haastateltava: ...koska kyllä se on niin, että vaikka olis 50 vuotta tehny sitä työtä nii siinä on aina niinkun että miten mä hoidan tän...että siinä kokee ittensä niinkun miten sitä sanois, että yhtä kyvyttömäks aina, että mitä mulla on niinkun annettavaa tässä...

Toteuttamieni haastattelujen valossa terveydenhuollon sosiaalityö lapsensa menettäneiden perheiden tukemiseksi on myös paljon tunnettyötä. Kun asiakkaana on lapsensa perinataalivaiheessa menettänyt perhe, näyttäytyy terveydenhuollon sosiaalityöntekijältä vaadittava asiantuntijuus myös tunnettyön osaamisena. Tunteet ovat aina olleet osa työtä, mutta nykyään niihin kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota. Tunnettyössä ei ole kyse vain tunteiden sallimisesta työssä, vaan pyrkimys on tehdä tunteita ja tunteellisuutta hyödyntävää työtä. Tunteita hyödyntävän työn on nähty tuovan työlle lisää hyötyarvoa. (Nikkola & Harni 2015, 245.) Tunnettyö ei ole vain hoivaamista ja rakastamista, vaan vaatii kompetenssia, sopeutuvuutta, reaktiokykyä, sosiaalisuutta ja vuorovaikutustaitoja (Jokinen 2010, 46.) Sosiaalityöntekijät korostivat, että on tärkeää lähestyä perhettä rehellisesti ja avoimesti. He halusivat olla läsnä ihmisenä ihmiselle. Sosiaalityöntekijät toivat ilmi, että on tärkeää ottaa osaa vanhempien suruun. Kuolleesta lapsesta puhutaan kunnioittavasti ja hänet pidetään keskustelussa mukana. Monet haastateltavista

kokivat tärkeäksi kysyä lapsen nimeä ja käyttää sitä keskustelussa. Kunnioituksen osoittaminen kuollutta lasta kohtaan on vanhempien selviytymistä tukevaa (Aho ym. 2012, 5). Sosiaalityöntekijät kertoivat myös miettivänsä tarkkaan puhettaan perheen kanssa keskustellessaan, he tiedostivat, että lohduttavaksikin tarkoitetut kommentit saattavat helposti tulla väärinymmärretyiksi ja tuntua surevien mielestä loukkaavilta. Koska lapsen kuolema on myös sosiaalityöntekijän tunteisiin vaikuttava tilanne, on tärkeää säilyttää tilanteessa ammatillisuus. Haastattelemani sosiaalityöntekijät totesivat usein rohkaisevansa perheitä tuomaan kaikki tilanteeseen liittyvät tunteensa esille, myös negatiiviset tunteet. Sosiaalityöntekijät kokivat, että usein perheiden on helpompi tuoda tunteensa esille juuri sosiaalityöntekijälle, sillä hänet mielletään osaston henkilökunnasta erilliseksi, eikä hän myöskään edusta hoito-/lääketiedettä, eikä ole terapeutti. Tunteiden käsittelyn voidaankin nähdä konkretisoituvan siinä henkilökohtaisessa työtavassa, jolla terveydenhuollon sosiaalityöntekijä rakentaa ammatillisen, mutta arjenläheisen, suhteen asiakkaaseen. Tässä konkretisoituu myös sosiaalityöntekijän oman persoonallisuuden käyttö työvälineenä. (Granfelt 1993, 213.)

Haastateltava: ...että ei siinä tartte olla kylmä ja tunteeton. Että tottakai se tarina saa koskettaa ja liikuttaa minuakin. Mutta että ei siitä oo kellekään mitään hyötyä, jos me yhdessä itketään siellä...

Haastateltava: ...että sanottasko nyt että mä haluun siinä tilanteessa olla niinkun semmonen tavallinen turvallinen ihminen, jolle voi niinkun olla vihanen, jolle voi itkee. Jolle voi niinkun tuoda esille just niitä tunteita mitä sillä hetkellä on niinkun kokenu...

Tunnetyön tekemiselle erityisiä haasteita aiheuttaa se, että lapsen kuoleman aiheuttama suru on niin erityislaatuista, että sosiaalityöntekijät kokivat hankalaksi perheiden tukemisen, kun he eivät kuitenkaan lopulta pysty ymmärtämään, henkilökohtaisella tasolla, mitä lapsen kuolema perheelle tarkoittaa. Kuten Granfelt (1993, 212) toteaa, on toisen ihmisen ymmärtäminen sosiaalityön keskeinen alue. Teoreettinen tieto itsessään on sosiaalityössä riittämätöntä ja muodostaakseen asiakkaan tilanteesta kokonaiskuvan, tarvitsee sosiaalityöntekijä myös intuitiota, jonka avulla hän liittää asiakkaan tilanteen eri osa-alueet toisiinsa. Myös aiemmissa lapsikuolemia käsittelevissä tutkimuksissa on todettu, että henkilökunnan ymmärrys vanhempien kokemuksesta on vanhempien selviytymistä tukeva tekijä (Aho ym. 2012, 5).

Haastateltava: ...tai siis että lopulta mä aina mietin, että vaikka mullakin on jo tätä elämäkokemusta ja on monia menetyksiäkin, mutta että enhän mä niinkun pohjimmiltaan oikeasti ite tiedä että mitä se on kun oma lapsi kuolee...

Granfelt (1997, 214) toteaa, että tunteet tulevat tietoisesti työn kohteeksi vasta, jos ne ovat poikkeuksellisen voimakkaita. Näin voidaan lapsikuolemaperheiden kohdalla olettaa olevan. Eläytyessään asiakkaidensa kertomuksiin ja myötäeläessään niitä heidän kanssa sosiaalityöntekijä auttaa perheitä jäsentämän asioitaan. Tässä sosiaalityöntekijä tekee työtä tunteillaan, jotka perustuvat hänen omiin elämäkokemuksiinsa. Sosiaalityöntekijän onkin oltava tietoinen omista tunteistaan, sillä hän tuo ne väistämättä mukaan asiakastilanteisiin. Granfelt (emt., 216) kuvaa myös sosiaalityöntekijältä vaadittavaa taitoa tulla riittävästi ulos asiantuntijaroolistaan. Mikäli sosiaalityöntekijä pitäytyy liikaa etäisessä asiantuntijan roolissa, voi asiakkaalle muodostua tunne siitä, että häntä ei ole kuultu ja ymmärretty ja yleensä tämä johtaa asiakkaan vetäytymiseen tilanteesta. Asiakassuhteessa lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen kanssa terveydenhuollon sosiaalityöntekijältä vaaditaankin taitoa jatkuvasti tasapainotella asiantuntijan ja myötäeläjän rooleissa.

Terveydenhuollon henkilökunta voi vaistota empaattisesti vanhempien surukokemukset ja tuskan silloinkin, kun heillä ei ole omakohtaista kokemusta lapsen menettämisestä. Empatian tulee kuitenkin pysyä ammatillisissa rajoissa, henkilökunnan on kyettävä auttamaan ja tukemaan surevia vanhempia. Tämä vaatii onnistuakseen tietoperustaa perheen ja sen jäsenten surukokemuksista sekä ja tietoperustalle rakentuvaa taitoa perheenjäsenten tukemiseksi ja auttamiseksi. (Erjanti ym. 2004, 141–142.) Empaattinen työskentely toteutuu vuorottelemalla omassa ja toisen ihmisen roolissa ja se edellyttää oman persoonallisuuden tietoista työvälineenä käyttämistä (Granfelt 1993, 213). Psykososiaaliselle työlle ominainen tiivis vuorovaikutus voi muodostua raskaaksi niin työntekijälle kuin asiakkaallekin. Liiallinen rasitus on vältettävissä ylläpitämällä ammatillista etäisyyttä. Vaikka ammatillisen etäisyyden ylläpitäminen onkin ristiriidassa asiakkaan hermeneuttisen ymmärtämisen kanssa, voi se kuitenkin olla edellytys sille, että työntekijä suoriutuu työstään. On ymmärrettävä, että sosiaalityöntekijällä tulee olla mahdollisuus asettaa ja säilyttää oman persoonansa käyttämiselle asettamansa rajat. Näin työntekijä

myös suojelee itseään uupumukselta. (Raunio 2004, 145.) Useimmat tutkimukseen osallistuneet haastateltavat mainitsivat ammatillisuuden säilyttämisen olevan keskeinen taito tuettaessa lapsensa menettänyttä perhettä.

Haastateltava: ...että mä oon niinkun töissä. Että mä voin niinkun kuunnella ja elää sitä niinkun mukana. Mutta mä en ihan sinne syövereihin voi kuitenkaan mennä. Että jos ajatellaan, että se perhe on siellä kuopassa, niin mun pitää olla sen kuopan reunalla...

Myös perheet odottavat ammattilaiselta kykyä osata asettua sopivalle etäisyydelle niin henkisessä, fyysisessä kuin symbolisessakin mielessä. Perheille on tärkeää, että ammatillainen suoriutuu moitteettomasti asiantuntijaroolistaan, mutta kykenee samanaikaisesti ylittämään ammatillisen roolinsa ja asettumaan aitoon, yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen. (Pulkinen 2016, 358.)

Ehkä tärkeimmäksi sosiaalityön elementiksi haastateltavat nostivat yleisestikin terveydenhuollon sosiaalityötä määrittävän piirteen, sosiaalityön linkittymisen sairaalan ulkopuolelle, kotiutumisen jälkeiseen arkeen.

Haastateltava: ...minun ammattitaitoa tämmösessä tilanteessa on ehkä sitten erityisesti se, että miten tän perheen arki järjestyy tämmösen tapahtuman jälkeen...

Haastateltava: ...meillä on kuitenkin se tieto, että missä niinkun hoidetaan mitäkin. Että miten saadaan niinku kaikki nivottua yhteen sen perheen hyväksi...

Tärkeää osa kotiutumisen jälkeisen arjen sujuvuutta järjesteltäessä on perheen sosiaalisen tilanteen kartoitus. Sosiaalityöntekijät selvittävät perheen luonnolliset verkostot ja huomioivat myös kaikki perheenjäsenet, esimerkiksi kartoittamalla perheen jäsenten tilanteet, tarvitaanko esimerkiksi yhteydenottoja kouluun tai päiväkotiin, onko tarvetta kotiavulle ja niin edelleen. Sosiaalityöntekijät kokivat, että heidän roolinsa perheen tukemisessa on käytännöllinen, verrattuna esimerkiksi hoito- ja lääketieteen edustajiin, jotka työssään keskittyvät fyysisten asioiden hoitamiseen. Sosiaalityöntekijän käytännöllinen, arkinen osaaminen näkyy myös perheiden sosiaalityöntekijälle esittämissä kysymyksissä.

Haastateltava: ...että multa kysytään kyllä ihan käytännön juttuja. Että miten sille äitiyspakkaukselle nyt käy, että pitääkö se palauttaa. Tai että

mitä mä sanon ihmisille, jotka tulee kysymään, että kumpi meille tuli. Tai että saanko mä ikinä enää nauraa...

Haastattelujen perusteella sosiaalityöntekijät kokivat, että heiltä vaaditaan lapsensa menettäneen perheen kohtaamisessa ja tukemisessa myös erityistä kriisiosaamista. Muutama haastateltava koki, että tätä osa-aluetta tulisi huomioida enemmän koulutuksessa, etenkin niin, että työn ohessa saisi lisää koulutusta kriisityöhön. Terveysthuollon sosiaalityö ei lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen kanssa voi olla kuitenkaan pelkästään kriisityötä. Kriisityön osaamisen voidaan nähdä olevan terveysthuollon sosiaalityön asiantuntijuutta täydentävää. Psykososiaalisen työn taustalla vaikuttaa psykodynaaminen teoriaperinne, joka on hyvin merkityksellinen, kun pyritään ymmärtämään asiakkaiden ahdistavia kokemuksia ja läpikäymään psyykkistä hätää (Granfelt 1993, 192). Terveysthuollon sosiaalityöntekijän tarjoama kriisiapu näissä tilanteissa on tutkimukseni mukaan juuri tuota asiakkaiden kokemusten ymmärtämistä ja psyykkisen hädän läpikäymistä.

Haastateltava: ...minusta meillä on ja pitää niinku olla ne taidot niinku semmoseen ihmisen kohtaamiseen hyvin monenlaisissa elämän kriisitilanteissa...

Haastateltava: ...että kyllähän siinä se kriisityön momentti on ja siitä (kriisityöstä) vois kyllä olla enemmänkin ihan tietoo ja osaamista...

Kriisityön osaaminen ja erityisesti kriisissä olevan ihmisen tukeminen ja kohtaaminen näyttävät tutkimukseni valossa olevan juuri lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen kanssa tehtävässä terveysthuollon sosiaalityössä vaadittavaa erityistä menetelmällistä asiantuntijuutta (vrt. Ylinen 2008, 72). Sosiaalityöntekijöiden kriisiosaamiseen tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota.

5.2 Asiantuntijuus on ammatillista yhteistoimintaa

Terveysthuollossa työskennellessä ei voida sivuuttaa yhteistyötä. Aineistossani eri ammattiryhmien välinen yhteistyö tulee esille voimakkaasti. Sairaalan sisällä sosiaalityöntekijät tekevät yhteistyötä useiden eri ammattiryhmien kanssa. Eniten yhteistyötä sosiaalityöntekijät kuvaavat tekevänsä hoitohenkilökunnan (tarkoitan tässä hoitohenkilökunnalla niin kättilöitä, sairaanhoitajia kuin lähihoitajiaakin) kanssa. Heiltä sosiaali-

työntekijät saavat tiedon perheestä joka on joutunut menetyksen kohtaamaan. Sosiaalityöntekijät kertoivat, että aina ennen perheen tapaamista sosiaalityöntekijä keskustelee hoitajan kanssa. Hoitajan kanssa käydään pääpiirteittäin läpi millainen perhe sosiaalityöntekijää odottaa ja mitä on tapahtunut.

Haastateltava: ...osaston henkilökunnan kanssa käydään sitä tilannetta siinä läpi..vähän niitä taustatietoja, mitä siinä on ollu, mitä on tapahtunu...

Sosiaalityöntekijät kertoivat, että toisinaan hoitaja on myös ollut mukana esimerkiksi tapaamisen aluksi, ikään kuin esitelläkseen sosiaalityöntekijän.

Haastateltava: ...joskus hoitaja on siinä hetken ollu, tai niinku lähteny esittelemään että tässä on meidän sosiaalityöntekijä...

Osa haastateltavista koki hyvänä käytäntönä myös käydä perheen tapaamisen jälkeen lyhyen keskustelun hoitajan kanssa, siitä kuinka tapaaminen sujui ja erityisesti jos sosiaalityöntekijälle nousi jotain huolenaiheita, koettiin niistä olevan hyvä välittää viestiä myös hoitohenkilökunnalle.

Aineiston valossa sosiaalityöntekijät eivät juuri tee yhteistyötä lääkäreiden kanssa. Mikäli lääkäriltä tarvitaan esimerkiksi jotain lausuntoja, menee viesti joko hoitohenkilökunnan kautta tai sairaalan potilasjärjestelmiä pitkin. Kasvokkaista yhteistyötä sosiaalityöntekijät kuvasivat toteutuvan äärimmäisen harvoin. Yhteistyölle ei myöskään koettu olevan nykyistä suurempaa tarvetta. Mahdollisuus yhteistyöhön on olemassa ja yhteistyö toteutuu tapauskohtaisesti ja tarpeen mukaan.

Haastateltava: ...että eipä lääkäreiden kanssa juurikaan (yhteistyötä). Että ei oikeen oo semmosta mitä tarteis...

Muita yhteistyökumppaneita sairaalan sisällä ovat sairaalapastori ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Sosiaalityöntekijät tekevät näiden ammattilaisten kanssa yhteistyötä aina tarvittaessa. Jokaiselle perheelle tarjotaan mahdollisuutta sekä sairaalapastorin, että psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamiseen.

Haastateltava: ...että meitähän saattaa olla siinä kolme jo jonossa: minä, psykiatrinen sairaanhoitaja ja sairaalapappi...

Sairaalapastorille sosiaalityöntekijät voivat henkilökohtaisesti soittaa ja kertoa perheen toiveesta tavata. Psykiatrisen sairaanhoitajan tapaaminen järjestyy lääkärin tekemän

konsultaatiopyynnön perusteella. Eräs haastateltava kuvasi, että jossain kohtaa hänen työurallaan heidän sairaalassaan kehiteltiin käytäntöä, jossa sosiaalityöntekijä ja psykiatrinen sairaanhoitaja sekä tarvittaessa sairaalapastori olisivat tehneet tiiviimpää yhteistyötä, esimerkiksi tavanneet perheitä ainakin osittain yhdessä. Tämän käytänteen kehittäminen kuitenkin oli lopahtanut, kun osa työntekijöistä siirtyi muihin tehtäviin. Sosiaalityöntekijän kuvaus osoittaa hyvin sen, kuinka riippuvaista työntekijöiden henkilökohdaisesta tuttuudesta, moniammatillinen yhteistyö voi olla.

Yhteistyötä sairaalan ulkopuolelle sosiaalityöntekijät tekevät todella aktiivisesti. Moniammatillisuus siis toteutuu suurimmaksi osaksi sairaalasta ulospäin tehtävässä sosiaalityössä, ei niinkään sairaalan sisällä. Perheiden tarpeiden mukaan sosiaalityöntekijät ovat yhteydessä esimerkiksi seurakuntiin, hautaustoimistoihin, Käpy ry:n, sosiaalitoimeen, perheen mahdollisiin olemassa oleviin psykiatrisen puolen hoitokontakteihin ja kriisikeskuksiin. Tarvittaessa sosiaalityöntekijä on ollut yhteydessä myös neuvolaan, KELAn ja joskus jopa perheen aikuisten työnantajiin. Toisinaan raskauden seuranta on tapahtunut useammassa sairaalassa ja toki myös sairaaloiden välillä sosiaalityöntekijät tekevät yhteistyötä tarpeen mukaan. Ammatillisen tuen tarjoaminen ja vertaistuen järjestäminen on nähty vanhempien selviytymistä tukevaksi työskentelyksi (Aho ym. 2012, 5).

Haastateltava: ...tietysti seurakunnalle hirmu usein, että se on varmaan se yleisin...ja esimerkiks jos on jotain taloudellista ongelmaa niin sitten sosiaalitoimeen kanssa on oltu jo yhteydessä...ja joskus kotipalveluun...

Haastateltava: ...Käpy-yhdistykseen, jos vanhemmat jo siinä vaiheessa on halukkaita siihen niin sitten oon perheen yhteystietoja sitten heille välittänyt...

5.3 Asiantuntijuus on konkretiaa

Käytännöt perheille jaettavan kirjallisen informaation suhteen vaihtelivat haastattelemiini sosiaalityöntekijöiden työssä melkoisesti. Kaikki haastateltavat antoivat perheille omat yhteystietonsa kirjallisessa muodossa. Osa haastatelluista kuvasi kirjallisen informaation antamisen olevan hyvin tapauskohtaista. Perheelle annettiin niitä tietoja, mitä

he pyysivät ja tarvittaessa etsittiin esimerkiksi oman paikkakunnan yhteistyötahojen yhteystietoja perheille valmiiksi.

Useissa sairaaloissa oli olemassa oma kirjallinen esite lapsensa menettäneille vanhemmille. Nämä esitteet olivat joko opiskelijoiden tuottamia tai sairaalan moniammatillisen tiimin yhteistyössä tuottamia. Yhdessä sairaalassa esite oli pääasiallisesti sosiaalityöntekijän tuottama, jota sitten oli muokattu hoitohenkilökunnan kommenttien perusteella.

Haastateltava: ...meil on kehitelty tällöinen vihkonen lapsensa menettäneille perheille. Että tän annan aina. Ja nää samat asiat mitä tässä on niin yleensä nää kaikki käydään sitten läpi myös siinä tapaamisella...

Yksi haastateltavista kertoi, että heidän sairaalallaan on kerätty myös ammattilaisia varten materiaalipankki, jota päivitetään ahkerasti. Sinne päivittävät tietojaan ja kokemuksiaan sosiaalityöntekijän lisäksi myös sairaalapastori, psykiatrinen sairaanhoitaja ja hoitohenkilökunta. Tuo materiaalipankki sisältää niin ajantasaista faktatietoa, kuin myös työntekijöille kertynyttä kokemustietoa.

Haastateltava: ...meillä on kirjallinen ohje myös henkilökunnalle näihin tilanteisiin. Että me ollaan koottu siihen kaikki perheiltä opitut uudet jutut. Että sinne kertyy sitten sitä hiljaistakin tietoa. Että ei oo niin paljon sitten sitä että menee niinkun sormi suuhun siinä sen perheen kanssa...

Haastattelussa tuli ilmi, että esimerkiksi sijaiset arvostavat materiaalipankkia suuresti ja hyötyvät etenkin niin sanotun hiljaisen tiedon saannista, kun joutuvat työssään ensimmäistä kertaa kohtaamaan lapsensa menettäneen perheen.

Yhdeksi tärkeimmistä sairaalan ulkopuolisista yhteistyötahoista useimmat haastateltavat nimesivät Käpy lapsikuolemaperheet ry: n. Käpy ry on lapsikuolemaperheiden vertaistukiyhdistys, joka tarjoaa vertaistukea suruun lapsensa menettäneille perheille ja iso-vanhemmille sekä tietoa työssään lapsen kuolemaa kohtaaville. Käpy ry: n materiaalit olivat kaikille haastateltaville tuttuja. Useimmissa sairaaloissa niitä jaetaan perheille automaattisesti aina menetyksen yhteydessä. Yksi haastateltavista koki, että Käpy ry: n nettisivuista tiedottaminen oli tärkeämpää, kuin kirjallisen materiaalin jakaminen. Ihmisille on nykyään haastateltavien kokemuksen mukaan luontevaa etsiä tietoa verkosta.

Kirjallisen materiaalin käyttöön liittyen on tärkeää nostaa aineistosta esille sellainen havainto, että sosiaalityöntekijät voivat kokea kirjallisen materiaalin jakamisen lapsikuolematilanteessa myös ristiriitaisena toimintatapana. Yksi haastateltavista pohti, olisiko esimerkiksi sosiaaliturva-asiaa sisältävä opas jopa epäkohteliasta annettavaa perheille. Pääsääntöisesti kuitenkin haastateltavat kokivat, että kirjallinen materiaali on tarpeellista. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että kaikki askarruttavat asiat harvoin tulevat mieleen juuri silloin, kun on paikalla työntekijä, jolta niitä voisi kysyä.

Haastateltava: ...että kyllä tää on ihan toiminu. Että kun siinä on niin paljon sitä asiaa, jota pitää muistaa. Ja sit kun ollaan sellasessa shokissa niin eihän siinä jää mieleen että keneen minä tässä seuraavaksi otan yhteyttä...Nii siitä vihkosesta löytyy ne kaikki...että ei tartte sitten siinä kun juttelee nii ettiä mitään paperia ja alkaa kirjetella ylös. Että helpompi on ku se on siinä valmiina.

Toisaalta myös tunnistettiin myös se seikka, että akuutissa vaiheessa tieto ei jää perheiden mieleen. Haastateltavat kokivat myös hyvänä, että on olemassa valmis esite, johon perheet voivat tarpeen mukaan palata. Näin ollen keskustelun lomassa ei tarvitse alkaa etsiä kynää ja paperia ja tekemään muistiinpanoja. Kirjallisen tukimateriaalin hyödyntäminen asettuu Pylvään (2003, 64–70) kuvaaman ydinasiantuntijuuden alueelle. Ylinen (2008, 71–74) puolestaan kutsuu tätä asiantuntijuuden osa-aluetta muodolliseksi asiantuntijuudeksi.

Huomioimisen arvoinen seikka tutkimukseni tulosten kannalta on se, että muistojen kerääminen tuli esille vain yhdessä haastattelussa ja siinäkin sosiaalityöntekijä totesi varmistavansa kätilöiltä, että vanhemmille on kerätty talteen muistoja vauvasta. Vanhempien selviytymistä edistävän suremisen kannalta muistot lapsesta ovat erittäin tärkeitä (Aho ym. 2012, 9). Perinataalivaiheessa menehtyneestä lapsesta ei voi saada konkreettisia muistoja enää hautaamisen jälkeen. Näin ollen valokuvat (sekä vauvasta itseltään, että vauvasta vanhempien, sisarusten ja muiden läheisten kanssa), käden- ja jalanjälkien tallentaminen ja esimerkiksi hiustupsun leikkaaminen talteen ovat vanhemmille todella tärkeitä asioita. Kaikki vanhemmat eivät surun akuutissa vaiheessa koe näitä asioita tärkeiksi, he voivat jopa kieltäytyä muistojen keräämisestä. Myöhemmässä surun vaiheessa nämä muistot voivat kuitenkin nousta erittäin tärkeään rooliin. Kokemuksesta tiedän, että useimmissa synnytyssairaaloissa on olemassa vapaaehtoisten kokoamia niin

sanottuja ”Fetus mortuus”-laatikoita, jotka sisältävät materiaalia ja ohjeita muistojen tallentamiseen. Noissa laatikoissa on usein myös vertaisten tarinoita omista menetyskemuksistaan sekä Käpy ry:n materiaalia. Toivottavaa olisi, että myös terveydenhuollon sosiaalityöntekijöillä olisi tieto näistä laatikoista ja kyky hyödyntää niitä surevien perheiden tukemiseksi.

5.4 Asiantuntijuus on sairaalan arkea

Toimiakseen asiantuntijana sairaalassa on sosiaalityöntekijän hallittava myös sairaalaorganisaation toimintakulttuuri ja toimintatavat. Sosiaalityöntekijä saa tiedon lapsensa menettäneestä perheestä hoitohenkilökunnalta. Tapaamisen tarve pyritään ilmoittamaan sosiaalityöntekijälle jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, niin että sosiaalityöntekijä pystyy järjestämään oman aikataulunsa tilanteeseen sopivaksi. Haastatellut sosiaalityöntekijät korostivat sitä, että haluavat varata tapaamiseen sellaisen ajankohdan, ettei perheen luota tarvitse kiirehtiä pois. Vanhemmat ovat kokeneet kiireettömän ilmapiirin ja terveydenhuollon henkilökunnalta saamansa ajan tukevan surussa selviytymistä (Aho ym. 2012, 5).

Haastateltava: ...kättilöiltä sitten tulee se yhteydenotto, että lapsi on kuollu. Tai tiedetään että tulee syntymään kuolleena. On siis sovittu, että mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ottavat minuun yhteyttä, että osaan suunnitella aikataulut silleen että ehdin tavata ennen kotiutumista...

Haastateltava: ...no hoitaja yleensä soittaa minulle, että nyt in tällöinen tapahtuma ollu ja pyytää käymään...

Pääsääntöisesti perheet tavataan äidille varatussa potilashuoneessa. Lapsen kuoleman kohdanneille perheille järjestetään aina yhden hengen potilashuone, jossa myös isällä on mahdollisuus yöpyä. Nykyään sairaaloissa pyritään mahdollisimman lyhyihin hoitoaikoihin ja lapsen kuoleman kohdanneella perheellä on usein halu kotiutua mahdollisimman nopeasti. Näin ollen aina ei sosiaalityöntekijä ehdi tapaamaan perhettä osastolla. Näissä tapauksissa tapaaminen pyritään järjestämään myöhemmin. Perhettä tavoitellaan puhelimitse, mutta sosiaalityöntekijät kuvaavat, ettei näin merkittävistä asioista mielellään keskustella puhelimitse.

Haastateltava: ...siel (osastolla) on yks yhden hengen huone, niin heidät on sijoitettu aina kun mahdollista niin sinne tai jonnekin muuhun huoneeseen missä potilas on yksin. Ja jossa mies voi yöpyä...

Kuten Korpela (2014, 126) toteaa, vaihtelevat työnkuvan painotukset pitkälti sen perusteella, millaisella osastolla terveydenhuollon sosiaalityöntekijä työskentelee. Korpelan tutkimustuloksissa kaikessa terveydenhuollon sosiaalityössä painottui asiakkaan sosiaalisen tilanteen kartoitus. Tutkimukseni mukaan näin on myös lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen kanssa tehtävässä terveystieteessä. Tuo kartoitus muodostaa koko työskentelyn perustan. Tutkimukseni mukaan surevan perheen tukemiseksi tehdään yleensä hyvin laaja selvitys esimerkiksi perheen luonnollisen tukiverkoston suhteen. Sosiaalityöntekijät tapaavat perheitä pääsääntöisesti kerran. Usein kuitenkin tapaamisella tulee esille erilaisia selviteltäviä asioita, jolloin sosiaalityöntekijät etsivät tapaamisen jälkeen vastaukset perheen kysymyksiin ja tapaavat siten perhettä vielä toisen kerran tuodakseen vastaukset avoimeksi jääneisiin kysymyksiin. Puhelinkontakteja perheen kanssa järjestetään tarpeen mukaan. Pääsääntö näyttäisi havaintojeni varassa olevan, että perheelle annetaan aina sosiaalityöntekijän yhteystiedot ja korostetaan, että koska vain voi ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään.

Haastatteleman sosiaalityöntekijät pitivät tärkeänä sen korostamista perheille, että tarve yhteydenottoon voi tulla hyvinkin pitkän ajan jälkeen. Sosiaalityöntekijät halusivat korostaa perheille, että se on aivan normaalia ja sallittua. Yhdellä haastattelemistani sosiaalityöntekijöistä oli käytäntönä sopia puhelinkontakti perheen kanssa noin viikon päähen kotiutumisen jälkeen.

Haastateltava: ...mä saatan sitten soittaa heille, sanotaanko nyt vaikka että viikon päästä siitä meidän tapaamisesta. Että niinku semmonen jälkikontakti...ja korostan sitä että mulle päin saa kans soittaa...

Vauvan menettäminen on aina perheelle traumaattinen kokemus. Perheet myös kokivat, että toipuminen vaatii kriisiterapeuttista tukea. Välittömästi kuoleman jälkeen vanhemmat ovat kriisissä ja taantuvat psykologisesti 3-4 -vuotiaan tasolle, jolloin tärkein tarve on saada suojaa ja turvallisuutta. (Väisänen 1996, 60.) Tämä on mielestäni erittäin tärkeä havainto, joka on syytä huomioida kaikessa toiminnassa juuri lapsensa menettänei-

den perheiden kanssa. Perheen selviytymisprosessi käynnistyy välittömästi menetyksen jälkeen. Aluksi se koostuu toisiinsa kietoutuneista trauman, surun ja selviytymisen pala-sista. Jokaisella perheellä on oma kulttuurinsa, joka määrittää myös toipumisen proses-sia. Perheiden käsitys elämän ja kuoleman järjestyksestä on järkkynyt ja perheiden on elettävä aluksi päivä kerrallaan rakentaakseen elämänsä järjestys ja luottamus elämää kohtaan uudelleen. Akuutisti menetyksen jälkeen kaikissa perheissä ilmenee posttrau-maattisia oireita. Akuutissa vaiheessa ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöksiä perheen kriisin suunnasta. Kun vanhemmat kotiutuvat sairaalasta, alkaa tilanne pikkuhiljaa näyt-täytyä todellisempaan. Tässä vaiheessa kuitenkin perheet eivät kenties vielä osaa ha-keutua ammattiavun piiriin, vaan avunpyyntö tehdään vasta kuukausien päästä. (Väisä-nen 1996, 138.)

Tämä havainto tukee haastattelemieni sosiaalityöntekijöiden pohdintaa systemaattisen jälkikontaktin tärkeydestä. Jälkikontaktina voi toimia esimerkiksi sovittu puhelinkon-takti perheeseen muutaman viikon kuluttua kotiutumisesta. Vaikka systemaattinen jäl-kikontakti perheeseen ei ollut haastattelemieni sosiaalityöntekijöiden käytänteenä tällä hetkellä, useimmat haastateltavat kuitenkin kokivat, että automaattisesti sovittava sys-temaattinen puhelinkontakti tietyn ajan kuluttua kotiutumisesta voisi olla perusteltu ja toimiva käytäntö. Useat haastateltavat totesivat, että jäävät jatkossa miettimään ottaisi-vatko tämän vakituiseksi tavaksi työskentelyssään.

Haastateltava: ...sekin on varmaan niinkun, että olis hyvä pohtia että olis-ko se hyvä juttu. Ja niinku perhettä tukevaa, että sitten vielä jälkikäteen soittais...

Yksi haastateltava kertoi, että eräs perhe ei ollut halunnut tavata sosiaalityöntekijää sai-raalassa, mutta saivat hänen yhteystietonsa. Äiti soitti sosiaalityöntekijälle noin vuoden kuluttua lapsen menettämisestä ja kertoi, että kokee ettei nyt pärjää kokemuksensa kans-sa ja muisti saaneensa sosiaalityöntekijän yhteystiedot ja päätti soittaa, koska ei tiennyt minne olisi yhteydessä saadakseen apua. Yhteystietojen antaminen perheelle on osa selviytymistä edistävää perheen tarpeiden ymmärtämistä (Aho ym. 2012, 6).

Haastateltava: ...ja joskus joku on soittanu tosi pitkänki ajan päästä, että sillon on sitten tullu se tunne että ei pärjää enää sen asian kanssa...että tossahan näkee sen miten tärkeä se on se ensikontakti, että saattaa vielä

pitkänki ajan jälkeen tulla mieleen, että silloin sain ne yhteystiedot ja sit soittaa...

Tämä sosiaalityöntekijän kertoma tapaus osoittaa mielestäni selkeästi sen, kuinka merkityksellisiä ovat nuo ensimmäiset päivät menetyksen jälkeen. Vaikka sosiaalityöntekijä ei ollut tavannut perhettä muuten kuin antaakseen yhteystiedot, onnistui hän luomaan perheen kanssa luottamuksellisen kontaktin niin, että äiti muisti vielä vuoden kuluttua saaneensa yhteystiedot ja luvan soittaa koska vaan, pitkänkin ajan jälkeen. Puhuttaessa terveydenhuollon sosiaalityöstä korostetaan usein, että sosiaalityöntekijä on linkki sairaalasta ulospäin. Tämä esimerkki mielestäni kuvaa myös asian kääntopuolta, sosiaalityöntekijä oli tälle äidille tarpeellinen kontakti sairaalaan päin ja avun piiriin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esittelen ensin tutkimukseni johtopäätökset koskien terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvaa ja seuraavaksi koskien terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuutta. Lopuksi keskityn tutkimuksen luotettavuuden pohdintaan tutkijan omakohtaisen kokemuksen näkökulmasta.

6.1 Johtopäätökset terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvasta

Tutkimukseni tulokset terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvasta ovat yhteneväisiä Rauni Korpelan (2014) esittämän jaottelun kanssa. Tutkimuksessani pienemmän painoarvon saivat etuusasiat ja jatkohoidon järjestely. Haastatteluissa tuli ilmi, että sosiaalityöntekijät ohjaavat perheitä etuusasioissa tarpeen mukaan, eikä tarve etuuksiin liittyvään ohjaukseen ole mitenkään pääsääntöistä. Perheen tilanteen niin edellyttäessä sosiaalityöntekijät kuvasivat olevana yhteyksissä lähinnä sosiaalitoimeen toimeentulotukiasian järjestelemiseksi sekä tarvittaessa KELAn vanhempainetuksiin liittyvissä asioissa. Jatkohoidon järjestely kuvautui haastatteluissa myös varsin vähäisenä, lähinnä satunnaisina yhteydenottoina perheen kotipaikkakunnan palveluihin.

Sen sijaan moniammatillinen yhteistyö ja verkostoissa toimiminen painottuvat tutkimani terveysosiaalityön työnkuvassa. Moniammatillisuus sairaalan sisällä on tutkimuksen mukaan vähäisempää, lähinnä informointiin liittyvää. Pääosin sosiaalityöntekijät eivät kaivanneetkaan enempää sairaalan sisällä toteutuvaa yhteistyötä, valmiudet siihen on olemassa ja sosiaalityöntekijät kokivat, että tarvittaessa moniammatillinen yhteistyö toteutuu. Sairaalasta ulospäin tehtävä moniammatillinen yhteistyö ja kontaktit erilaisiin verkostoihin sen sijaan kuvautuvat tutkimukseni perusteella varsin merkittävänä osana terveydenhuollon työtä. Yleisimpiä yhteistyötahoja sairaalan ulkopuolella ovat seurakunnat, etenkin seurakuntien hautaustoimet ja Käpy lapsikuolemaperheet ry. Muita yleisiä yhteistyötahoja ovat sosiaalitoimi, koulut, päiväkodit ja jopa vanhempien työnantajat. Tämä sairaalan ulkopuolisten yhteistyötahojen kirjo kuvaa mielestäni hyvin sitä, kuinka laajalti perheen elämää lapsen kuolema koskettaa. Tutkimukseni osoittaa, että

perheet tarvitsevat tilanteessaan terveydenhuollon sosiaalityöntekijältä konkreettista apua, esimerkiksi ilmoitusta tapahtuneesta työnantajille tai menehtyneen lapsen sisarus-ten päiväkotii/kouluun.

Kuten Korpela (2014, 128) toteaa, voidaan psykososiaalinen tuki nähdä omana erillisenä työnkuvanaan tai laajempaan, kaikessa työssä mukana kulkevana työorientaationa. Tutkimukseni valossa lapsensa menettäneen perheen psykososiaalinen tukeminen on sekä erillinen työtehtävä että yleinen työorientaatio. Psykososiaalinen tukeminen näyttäytyy tutkimukseni valossa erillisenä työtehtävänä nimenomaan perheen kanssa käytävänä intensiivisenä ja ajallisestikin pitkänä keskusteluna. Työorientaationa psykososiaalinen tukeminen on läsnä kaikessa terveydenhuollon sosiaalityöntekijän tekemässä työssä. Erityisesti se tutkimuksessani näkyy lapsen kuolemasta aiheutuvan erityisen surun ja perheen akuutin kriisitilanteen huomioimisena.

Alla esitän johtopäätökseni terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työnkuvasta taulukon muodossa. (TAULUKKO 4)

TAULUKKO 4 Terveydenhuollon sosiaalityön työnkuvat lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen tukemisessa

Työnkuva	I Sosiaalisen tilanteen kartoitust	II Etuuksien hakemisessa ohjaaminen, auttaminen ja neuvominen	III Potilaan jatkohoidon selvittely ja järjestely	IV Moniammatillinen yhteistyö ja verkostoissa toimiminen	V Psykososiaalinen tuki
Painottuuko tässä tutkimuksessa	painottuu paljon	ei juuri painotu	ei juuri painotu	painottuu	painottuu eniten
Miten ilmenee tässä tutkimuksessa	* käynnistyy kättilön yhteydenoton perusteella * pyritään tapaamaan molemmat vanhemmat * muodostaa koko työskentelyn perustan	* tarvittaessa avustetaan * toimeentulotuki, vanhempainetudet, sairauspäiväraha, hautausavustus	* tarvittaessa yhteys perheen kotipaikkakunnan palveluntuottajiin * kotipalvelu, keskusteluapu	* toteutuu erityisesti sairaalasta ulospäin * seurakunnat, hautaustoimi, Käpy ry, koulut, päiväkodit, neuvola	* toteutuu erillisenä työnkuvana intensiivisinä, pitkäkestoisina keskusteluinä perheen kanssa * toteutuu myös yleisenä työorientaationa, näkyy erityisesti surun huomioimisena

Mitä siis tutkimukseni perusteella vastaan tutkimuskysymykseen terveydenhuollon sosiaalityön työkäytännöistä? Vastaan että terveydenhuollon sosiaalityö lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen tukemiseksi toteutuu intensiivisenä keskusteluna perheen kanssa. Työskentely perustuu perheen sosiaalisen tilanteen selvittämiseen ja luottamukselliseen asiakassuhteeseen. Työn sisällöt (esimerkiksi etuudet, jatkohoito) vaihtelevat tapauskohtaisesti, perustuen perheen tilanteeseen ja tarpeisiin. Työkäytännöissä painottuu yhteydenotot sairaalan ulkopuolisiin yhteistyötahoihin.

6.2 Johtopäätökset terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuudesta

Asiantuntijuuden tutkimus näyttää tekemäni tiedonhaun perusteella olevan suhteellisen aktiivista, mutta hajanaista. Kukin tieteenala tutkii asiantuntijuutta omista näkökulmistaan lähtien. Tässä esittämissäni johtopäätöksissä perustan oman tulkintani asiantuntijuudesta Maria Pylvään (2003) ja Satu Ylisen (2008) esittämiin terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuutta kuvaaviin jaotelmiin. Otan johtopäätöksiini mukaan myös psykososiaalisen ulottuvuuden sekä pohdin oman aineistoni varassa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kokemusta omasta asiantuntijuudestaan.

Tutkimukseni perusteella terveydenhuollon sosiaalityö lapsensa perinataalivaiheessa menettäneiden perheiden kanssa vaatii monitahoista asiantuntijuutta. Haastatteleman sosiaalityöntekijät kuvasivat, että ensimmäiset hetket perheen tapaamisella ovat merkittäviä luottamuksellisen suhteen luomiseksi. Tämä havainto kuvaa, että terveydenhuollon sosiaalityössä tarvitaan empatian osoittamisen kykyä, taitoa ottaa osaa suruun sekä vuorovaikutustaitoja. Maria Pylväs (2003, 62–64) kuvaa näiden taitojen kuuluvan sosiaalityön yleisiantuntijuuteen. Nämä taidot ovat myös psykososiaalisen sosiaalityön peruselementtejä (ks. esim. Granfelt 1993).

Tutkimukseni valossa terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuus näyttäytyy myös kirjallisen tukimateriaalin hyödyntämisenä, sosiaaliturvan, vanhemmuuteen liittyvien lakien ja palvelujärjestelmän yleisenä tuntemuksena. Tämän asiantuntijuuden voidaan katsoa olevan sekä muodollista että ydinasiantuntijuutta. Sairaala on isäntäorganisaationa sosiaalityölle siinä mielessä vieras, että sosiaalityöntekijät ovat ainut sosiaalista edustava erityistyöntekijöiden ryhmä. Näin ollen näen myös sairaalaorganisaation tuntemuk-

sen ja terveydenhuollon sosiaalityön tuntemuksen olevan merkityksellinen osa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden muodollista/ ydinasiantuntijuutta.

Pylväs on todennut erityisasiantuntijuuden olevan sitä, mikä erottaa yhden sosiaalityöntekijän toisesta. Lapsensa menettäneiden perheiden kohdalla tuota erityistä asiantuntijuutta tämän asiakasryhmän kohdalla on erityisesti lapsen kuoleman aiheuttaman surun tuntemus. Haastattelemistani sosiaalityöntekijöistä yhdellä oli omakohtainen kokemus lapsen menettämisestä. Emme tietenkään voi vaatia sosiaalityöntekijöiltä omakohtaista kokemusta aiheesta, mutta tutkimukseni ja kokemukseni perusteella uskallan väittää, että lapsen kuoleman merkitystä perheelle ei voi ymmärtää kuin oman kokemuksen kautta. Pitkän työuran tehneet, ammatissaan lapsensa menettäneitä kohtaavat, voivat kuitenkin tehtäväkohtaisen kokemuksensa myötä saada hyvin paikkansapitävän ja kattavan ymmärryksen lapsen kuoleman merkityksestä koko perheen loppuelämään vaikuttavana asiana. Tässä kohtaa toivoisin terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden olevan myös armollisempia itselleen, eihän muillakaan terveydenhuollon alueilla sosiaalityöntekijöillä ole omakohtaista kokemusta sairauksista, joiden parissa työskentelevät ja silti he voivat onnistuneesti ja merkittävästi tukea asiakasta tämän vaikeassa elämäntilanteessa ja sopeutumisessa sairauteen.

Halusin tutkimuksessani tavoittaa terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden oman kokemuksen työssään tarvittavasta asiantuntijuudesta. Hämmästyttävää on se, että kukaan haastateltavistani ei käyttänyt itsestään nimitystä 'asiantuntija'. Luvussa 2, määrittellessäni asiantuntijuutta, esitin Hakkaraisen ym. (2002 sekä Isopahkala-Bourdetin (2008) näkemyksiä asiantuntijuuden kokemukseen liittyen. Tutkimusaineistoni varassa näen terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kohdalla täyttyvän ainakin sosiaalisen tunnustuksen kriteerit, jo sillä perusteella, että sosiaalityöntekijä pyydetään tapaamaan perhettä. Jäin miettimään johtuuko tämä ”asiantuntija”-termin puuttuminen haastateltavien puheesta esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden omasta vaatimattomuudesta? Pauli Niemelä on vuonna 1985 vuonna julkaistussa tutkimuksessaan terveydenhuollon sosiaalityöstä todennut, että lääkärit ja hoitajat pitävät terveydenhuollon sosiaalityöntekijän tärkeimpänä ominaisuutena ”käytännönläheistä, nurkumatonta auttamisenhalua”. Niemelän tutkimus tulee huomioida omaan aikaansa sijoitettuna, ajan tiettyyn keskusteluun vastaavana tutkimuksena, mutta väkisinkin jäin miettimään, että onko tässä omassa tutki-

muksessani nyt kyse siitä, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijät itse ovat nurkumattomia ja turhan vaatimattomia? Laaja-alaista, joustavaa ja täsmällistä asiantuntijuutta näyttää terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiltä löytyvän. Korpela (2014, 138–139) toteaa, että terveydenhuollossa sosiaalityön asiantuntijuutta arvostetaan hyvin paljon, mutta sosiaalityölle terveydenhuollon organisaatiossa halutaan lisää arvostusta. On tärkeää pitää todellinen arvostus ja toive korkeammasta arvostuksesta erillään. Korpelan (emt.) mukaan näyttäisi siltä, että sosiaalityön arvostuksessa koetut puutteet eivät liity sosiaalityön asiantuntijuuteen, vaan sosiaalityön professionaaliseen asemaan terveydenhuollon organisaatiossa. Haluankin kysyä, onko tässä selän suoristamisen paikka ja asiantuntijanimikkeen käyttöön ottamisen aika? Myös Filppa (2002, 58) pitää osaamisen esiin nostamista ja näkyväksi tekemistä organisaation, tehtävien ja tehtävänimikkeiden kautta tärkeänä. Sen lisäksi että se toimii viestinä sekä sosiaalialan sisällä, että alan ulkopuolella, se paikantaa ammatillisen työn ja palvelupisteen kansalaisille ja yhteistyökumppaneille.

Seuraavaksi esitän johtopäätökseni terveydenhuollon sosiaalityöntekijältä vaadittavasta asiantuntijuudesta taulukon muodossa. (TAULUKKO 5)

TAULUKKO 5 Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuus työskenneltäessä lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen kanssa

Asiantuntijuus on...	ymmärtävää kohtaamista	moniammatillista yhteistoimintaa	konkretiaa	sairaalan arkea
	<ul style="list-style-type: none"> * vuorovaikutustaitoja * surun ymmärtämistä * kriisiosaamista * ilmenee oman persoonan ja omien tunteiden käyttämisenä työskentelyssä * rakentuu elämäkokemuksen ja erityisesti tehtäväkohtaisen työkokemuksen kautta * ilmentää sosiaalityön terapeutista orientaatiota 	<ul style="list-style-type: none"> * yhteistyötoimien tuntemus * näyttäytyy perheiden puolesta tehtävinä yhteydenottoina tarvittaviin yhteistyötoimiin * toteutuu sairaalasta ulospäin 	<ul style="list-style-type: none"> * vaatii ymmärrystä siitä, että kriisissä oleva henkilö ei kykene painamaan sanallista informaatiota mieleensä * ilmenee erilaisen tukikirjallisuuden hyödyntämisenä * näyttäytyy myös sosiaalityöntekijöiden työstämänä perheille jaettavana kirjallisena informaationa (sairalakohtaiset ”oppaat”) 	<ul style="list-style-type: none"> * sairaalaorganisaation toimintakulttuurin ja toimintatapojen tuntemusta * näyttäytyy yhteistyönä eri ammattiryhmien välillä sairaalan sisällä
	psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä			
Suhteessa aiempaan tutkimustietoon	<ul style="list-style-type: none"> * sisältää sekä yleis- että erityisasiantuntijuuden, ja muodollisen asiantuntijuuden elementtejä * menetelmällisenä asiantuntijuutena todentuu intensiivisenä keskusteluna perheen kanssa * todentaa sosiaalityön psykososiaalista orientaatiota. 	<ul style="list-style-type: none"> * muodollista asiantuntijuutta, vaihtelee terveydenhuollon sosiaalityössä sosiaalityöntekijän sijainnista mukaan 	<ul style="list-style-type: none"> * menetelmällistä asiantuntijuutta 	<ul style="list-style-type: none"> * sosiaalityön laajaan kenttään suhteutettuna terveydenhuollon sosiaalityön voidaan ajatella olevan omaa erityisasiantuntijuuttaan vaativa osa-alue *terveydenhuollon sosiaalityön kentän sisällä puolestaan kuuluu ydinasiantuntijuuteen

Hahmoteltaessa terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuutta vahvistan Granfeltin (1993, 213) esittämän näkemyksen siitä, että asiantuntijan työssä tietäminen on kehittynyt viisaudeksi ja taitaminen osaamiseksi, ja ne todellistuvat työskentelytilanteissa sa-

manaikaisesti tietoisien ja spontaanin henkilökohtaisen työtteen kautta. Terveystieteiden sosiaalityöntekijät ovat kerryttäneet tietoa niin sosiaalityön työnsisällöllisistä asioista kuin lapsen kuolemaa seuraavasta surustakin ja he osaavat jokaisessa yksilöllisessä tilanteessa asiakkaana hyödyntämään tietojaan ja taitojaan toimien osaavasti jokaisen perheen yksilöllisiin tarpeisiin vastaten. Mitä siis vastaan asettamaani asiantuntijuutta koskevaan tutkimuskysymykseen? Vastaan, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiltä vaaditaan lapsensa perinataalivaiheessa menettäneiden perheiden tukemiseksi laaja-alaista asiantuntijuutta. Vaadittu asiantuntijuus sisältää elementtejä kaikista esitetyistä asiantuntijuuden ilmenemismuodoista, mutta siinä korostuu erityisesti sosiaalityön terapeutin orientaatio (intensiivisinä, perhettä tukevana keskusteluna) ja erityisasiantuntijuus (lapsen kuoleman aiheuttaman surun ymmärtämisenä). Psykososiaalinen orientaatio leikkaa läpi kaiken työskentelyn. Uskallan tutkimukseni perusteella todeta, että erityisasiantuntijuutta ei ole helppoa saavuttaa. Sen saavuttaminen ei kuitenkaan ole mahdollista ja niiltä terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiltä, joilla tätä erityistä asiantuntijuutta on, toivoisin omaa asiantuntijuuttaan korostavampaa otetta, asiantuntijuuden tunnustamista ääneen.

Vastatakseni kaikkiin asettamiini tutkimuskysymyksiin minun on syytä vastata vielä surua koskevaan kysymykseen. Lapsen kuoleman aiheuttama suru on kaiken lukemani sekä kaiken kokemani ja kuulemani perusteella jotain aivan erityislaatuista. Se poikkeaa voimakkuudessaan niin sanotusta normaalista kuolemansurusta. Suru vaikuttaa surijan elämän jokaiseen osa-alueeseen koko loppuelämän ajan. Surusta ei voi, eikä tarvitse, päästä yli. Sen kanssa voi oppia elämään. Menetyksellä voi pitkällä aikajänteellä tuoda elämään myös myönteisiä vaikutuksia. Surevia kohtaaville ammattilaisille tärkeintä lienee se ymmärrys, että suru ja lapsen menetys todella vaikuttavat surevan elämässä kaikkeen ja koko loppuelämän ajan.

7 POHDINTA

Liki satavuotisen historiansa aikana sosiaalityö on vakiinnuttanut paikkansa terveydenhuollon kentällä. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät kohtaavat lapsensa menettäneitä perheitä sairaalassa ja sairaala on aina kiistatta moniammatillinen työyhteisö. Eri ammattilaiset työskentelevät potilaan parhaaksi omista ammatillisista ja tieteellisistä opeistaan, näkemyksistään ja käsityksistään lähtien. Moniammatillisuuden syvempi ja monipuolisempi, voisiko sanoa jopa tehokkaampi, toteutuminen olisi niin kokemusteni kuin tutkimustulostenikin valossa tarpeellista ja palvelisi sekä potilaan, omaisten, sairaalan että yhteiskunnan etua. Terveydenhuollon sosiaalityö rakentuu potilaan sairauden ympärille ja työssä korostetaan kuntouttavaa työtettä. Kun terveydenhuollon sosiaalityöntekijä tuossa akuutissa kriisissä ja surun alkuvaiheessa pystyy vastaamaan perheen sen hetkisiin tarpeisiin, voidaan terveydenhuollon sosiaalityön nähdä tukevan lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen selviytymistä ja kuntoutumista.

Kuten useissa tutkimuksissa on todettu, on lapsen kuolema vanhemmille ja perheelle trauma ja kriisi. Näin ollen jatkossa olisikin syytä kiinnittää huomiota niihin käytänteisiin, joilla kriisiauttamista perheille tarjotaan. Terveydenhuollon henkilöstö, myös terveydenhuollon sosiaalityöntekijä, tapaavat perheen kriisin akuutissa vaiheessa. En usko, että mahdollisimman hyvän varhaisen tuen järjestäminen ja mahdollistaminen vaatisi jokaiselta toimijalta kriisityön eksperttiyttä, mutta olisi suotavaa, että joku ammattilainen, miksi ei sosiaalityöntekijä, olisi saanut kriisityön koulutusta ja osaisi kartoittaa ja havaita perheen tarpeita, nimenomaan kriisistä selviytymisen näkökulmasta, ja vastata niihin. Mielestäni sosiaalityöntekijän kouluttaminen yksikkönsä kriisiosajaksi olisi perusteltua myös siksi, että hän tapaa kaikki lapsensa menettäneet perheet joka tapauksessa, kun taas hoitohenkilöstöstä perheen kohdalle osuvat ne, jotka sattuvat olemaan vuorossa. Toki onnistuakseen kriisityössään terveydenhuollon sosiaalityöntekijä tarvitsisi ympäröivään yhteiskuntaan koko maan kattavan ja toimivan kriisityön verkoston, jonne asiakkaitaan ohjata saamaan jatkotukea.

Anna-Liisa Aho (2010) toteaa väitöskirjassaan, että kansainvälisesti lapsikuolematutkimusta on tehty melko paljon, mutta kotimainen tutkimus aiheesta on huomattavasti vä-

häisempää. Rauni Korpela (2014) toteaa myös terveydenhuollon sosiaalityötä koskevan tutkimuksen olevan edelleen melko vähäistä. Molempien aiheiden tutkimuskenttää kartoittaessani tein havainnon, että opinnäytetöiden aiheina sekä lapsikuolematutkimus, että terveydenhuollon sosiaalityötä koskeva tutkimus ovat olleet ilahduttavan monilla. Myös Korpela on tämän havainnut terveydenhuollon sosiaalityön osalta (Korpela 2014, 123.) Myös terveydenhuollon sosiaalityön ja lapsen kuoleman yhdistäviä pro graduja tiedän tällä hetkellä omani lisäksi olevan tekeillä ainakin kolme. Lapsikuolemien vaikutusten tutkiminen sosiaalityön näkökulmasta tarjoaa lukemattomia aiheita jatkotutkimukselle. Erityisen mielenkiintoista ja käytäntöä hyödyttävää olisi varmasti esimerkiksi vanhempien terveydenhuollon sosiaalityöhön liittyvien kokemusten tutkiminen sekä ETRIn pilotointi HUSn lisäksi jossain toisessa sairaanhoitopiirissä. Myös terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kriisiosaamisen kartoittaminen ja kehittäminen olisi varmasti antoisa tutkimusaihe. Erityisesti itselleni jäi mieleen tuo erään haastateltavan kuvaus siitä, että sosiaalityöntekijä on turvallinen ammattilainen, jolle voi puhtaasti näyttää kaikki tunteensa. Tämä kuvaus antaa mielestäni selkeää viestiä siitä, että sosiaalityön tutkiminen tunnetyön näkökulmasta olisi myös lapsikuolemaperheiden kohdalla erittäin mielenkiintoista, antoisaa ja hyödyllistä, niin tutkijalle, tutkittaville kuin kaikille niille perheille, jotka jatkossakin valitettavasti joutuvat lapsensa menettämään.

Pohdittaessa erityisesti asiantuntijuuteen liittyvää tutkimusta, on syytä huomioida, että asiantuntijuutta voidaan tarkastella myös toimintatapana, ei ominaisuutena. Toimintatapana nähtävää asiantuntijuutta voidaan katsoa myös kollektiivisen asiantuntijuuden näkökulmasta. Tällöin kiinnostus on kohdistunut verkostomaisiin toimintaprosesseihin. (Isopahkala-Bourdet 2008, 84.) Tämänkaltainen kollektiivisen asiantuntijuuden näkökulmasta tehtävä tutkimus olisi tervetullutta myös terveydenhuollossa. Olisi erittäin mielenkiintoista ja varmasti myös hyödyllistä nähdä miten esimerkiksi juuri perinataalivaiheessa lapsensa menettäneiden perheiden asiakkuuden kohdalla vaadittava asiantuntijuus näyttäytyisi koko moniammatillisen työyhteisön yhteisenä asiantuntijuutena.

Yksi sosiaalityön tiedonmuodostuksen muoto on sosiaalityön dokumentointi. Dokumentoinnin avulla muodostetaan ymmärrystä, kerätään ja tallennetaan tietoa sekä suunnitellaan toimintaa. Sosiaalityön tekstien nähdään sekä ylläpitävän että uusintavan työkultuuria. (Kääriäinen 2003, 171.) Dokumentointi ei noussut haastatteluissani esille varsi-

naisena potilastapauksiin liittyvänä kirjaamisena. On toki huomioitava, ettei sitä ollut sisällytetty haastattelun teemoihin. Terveysthuollon sosiaalityössä noudatetaan rakenteisen kirjaamisen käytäntöä, joka perustuu Kuntaliiton (2014) ohjeeseen. Rakenteisen kirjaamisen tavoitteena on kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen. Jatkossa voisikin olla mielenkiintoista tutkia tarkemmin myös perinataalivaiheessa lapsensa menettäneiden kanssa toteutetusta tervetysthuollon sosiaalityöstä kirjattuja tekstejä. Tervetysthuollon sosiaalityöstä kertyneen työkokemukseni perusteella jän pohtimaan, onko kirjatuissa potilasteksteissä ja niiden lukemisessa olemassa yksi piiloon jäänyt moniammatillisuuden muoto? Sairaaloissakin pyritään nykyään hyödyntämään LEAN-ajattelua ja esimerkiksi lääkärintkiertoja ja hoitajien raportointia toteutetaan entistä laajemmin vain kirjauksien lukemisen kautta. Voi siis olla, että moniammatillisuus toteutuu tekstejä lukemalla, piilossa varsinaiselta vuorovaikutukselta.

Tästä pro gradusta ei pitänyt tulla surututkimusta. Siitä piti tulla tiukasti asiantuntijuu-teen keskittyvä tutkimus. Miksi siitä sitten kuitenkin tuli myös surua laajalti käsittelevä tutkimus? Perustelen tätä edelleen tervetysthuollon sosiaalityötä läpileikkaavalla psykososiaalisella, hermeneuttiseen ymmärtämiseen perustuvalla, työotteella sekä tuoreimmalla surututkimukseen liittyvällä tiedolla. Yhteiskunnassamme on sitkeästi elänyt vanhaan surututkimukseen perustuvat mallit, joiden mukaan suru nähdään poikkeamana normaalista. Suru mielletään vaiheittain eteneväksi työksi, jonka suorittamisen jälkeen on mahdollista palata normaaliin. (ks. Erjanti 2004; Kübler-Ross & Kessler 2005; Pulkkinen 2016.) Viimeisinä vuosina surututkimukseen on kuitenkin syntynyt uusi, aiempaan tutkimusperinteeseen kriittisesti suhtautuva suuntaus, joka ottaa surun tutkimuksessa huomioon myös surevan sosiaaliseen ympäristöön (Pulkkinen 2016, 52). Suru ei ole ainoastaan abstrakteja käsitysmalleja tai teoreettisia käsityksiä. Siitä ei tarvitse selviytyä tai päästä yli. Suru jättää aina elämänmittaisen jäljen, toisinaan höyhenen kevyen, useimmiten viiltävän syvän. (emt. 381; Pulkkinen 2016b.) Tutkimustani lukevalta minun tekisikin melkein mieli edellyttää, etenkin surun kuvaamisen osalta, tuota samaa keskittyvää ymmärtämistä, jota itse olen noudattanut kautta koko tutkimusprosessin. Ymmärtääkseen vanhempien surua edes hieman, on keskityttävä siihen kylmään tosi-asiaan, että pieni vauva on kuollut.

Minulle tutkijana, mutta erityisesti lapsensa menettäneenä äitinä, on hämmentävää se, että omakohtaisuudesta huolimatta piti kulkea pitkä tutkimuksellinen matka ennen sitä ymmärrystä, että lapsen kuoleman aiheuttama suru on jotain niin erityislaatuista, ettei sitä voi mainita tutkimuksessani vain sivulauseessa. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden ja työnkuvan tutkiminen irrallaan surusta on toki mahdollista, mutta en koe sen olevan mielekästä. Surusta irrotettu terveydenhuollon sosiaalityön tutkiminen ei lapsikuolemaperheiden osalta ole mielekästä eikä palvele etenään käytännön sosiaalityön tarpeita. Tämä ymmärrys johtaa lopulta tutkimukseni tärkeimpään johtopäätökseen: toteuttaakseen onnistuneesti terveydenhuollon sosiaalityötä lapsensa perinataalivaiheessa menettäneen perheen tukemiseksi, tulee terveydenhuollon sosiaalityöntekijän sekä hallita kaikki yleisesti terveydenhuollon sosiaalityöhön liitetyt tiedot, taidot ja asiantuntijuuden ulottuvuudet, että ymmärtää lapsen kuoleman aiheuttaman surun erityislaatuisuus. Vain siten hän voi olla onnistuneesti ihmisenä ihmiselle ja aukkona sairaalan muurissa.

LÄHTEET

Aho, Anna-Liisa, Tiina Kuismin & Marja Kaunonen. 2013. ”Vertaistuen vaikutukset lapsen kuoleman kokeneiden vanhempien surureaktioihin”. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. vol. 50, 21–37.

Aho, Anna-Liisa & Sirkku Savolainen. 2012. ”Kirjallisuuskatsaus: vanhempien selviytymistä edistävät ja estävät tekijät lapsen kuoleman jälkeen”. *Thanatos*. vol. 1 2/2012. Saatavissa: <https://thanatos-journal.com/2012/12/23/thanatos-vol-1-22012/>. Luettu 19.11.2016.

Aho, Anna-Liisa. 2010. *Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

Alasuutari, Pertti. 2011. *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.

Alastalo, Marja & Maria Åkerman. 2010. ”Asiantuntijahaastattelun analyysi: Faktojen jäljellä”. Teoksessa *Haastattelun analyysi*. toim. Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen. Tampere: Vastapaino, 372–394.

Aukee, Mirja. 1960. ”Sosiaalihoitajan työn kehityksestä ja nykyisestä asemasta sairaalassa”. *Sosiaalityö*. (3), 78-80.

Aviram, Uri. 2002. ”The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System”. *Social Work in Health Care*. vol. 35 (1-2), 617-634.

Bendt, Ingela. 2000. *Kun pieni lapsi kuolee*. Helsinki: Lasten Keskus.

Cacciatore, Joanne. 2007. ”Effects of Support Groups on Post Traumatic Stress Responses in Women Experiencing Stillbirth”. *Omega*. Vol. 55(1), 71-90.

Cacciatore, Joanne & Suzanne Bushfield. 2007. ”Stillbirth: The Mother’s Experience and Implications for Improving Care”. *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care*. Vol. 3(3), 59-79.

Dyregrov, Atle & Kari Dyregrov. 1999. ”Long-term Impact of Sudden Infant Death: a 12- to 15-year Follow-up”. *Death Studies*. Vol. 23(7), 635-661.

Dyregrov, Kari, Atle Dyregrov & Pål Kristensen. 2015. ”Traumatic Bereavement and Terror: The Psychosocial Impact on Parents and Siblings 1, 5 Years After the July 2011 Terror Killings in Norway”. *Journal of Loss and Trauma*. vol. 20, issue 6, 556-576.

Dyregrov, Kari. 2004. ”Bereaved parents’ experience of research participation”. *Social Science & Medicine*. vol. 58(2), 391–400.

Erjanti, Helena & Marita Paunonen-Ilmonen. 2004. *Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet*. Helsinki: WSOY.

Eräsaari, Risto. 2002. ”Avoimen asiantuntijuuden analytiikka”. Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*, toim. Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson. Jyväskylä: SoPhi, 21–38.

Eskola, Jari. 2003. ”Tutkijan monet valinnat”. Teoksessa *Ihmistä tutkimassa. Yhteiskuntatieteiden metodologian ajankohtaisia kysymyksiä*, toim. Jari Eskola & Sami Philström. Kuopio: Kuopio University Press, 137–180.

Eskola, Marjatta. 1993. ”Sosiaalityö elää muutoksessa”. Teoksessa *Monisärmäinen sosiaalityö*, toim. Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 11–12.

Filppa, Virpi. 2002. *Kansalaisten tarpeista sosiaalialan erityisosaamiseen. Osaamisen monimuotoisuutta jäsentämässä*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:9.

Granfelt, Riitta. 1993. ”Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä”. Teoksessa *Monisärmäinen sosiaalityö*, toim. Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 177–227.

Grönfors, Martti. 2011. *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. Toim. Hanna Vilkkka. Saatavissa: http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf. Luettu 19.11.2016.

Hakkarainen, Kai, Tuire Palonen & Sami Paavola. 2002. ”Kolme näkökulmaa asiantuntijuuden tutkimiseen”. *Psykologia*. vol. 37(6), 448–464.

Henkilötietolaki. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki>. Luettu: 23.4.2016.

Hirsjärvi Sirkka & Helena Hurme. 2015. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hämäläinen, Juha. 1987. *Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen ”käsityötaitoon”*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2/1987.

Isopahkala-Bourdet, Ulpukka. 2005. *Joy and Struggle for Renewal. A Narrative Inquiry into Expertise in Job Transitions*. Helsinki: University Press.

Isopahkala-Bourdet, Ulpukka. 2008. ”Asiantuntijuus kokemuksena”. *Aikuiskasvatus*. vol. 28 (2), 84–93.

Itäpuisto, Maritta. 2001. *Pullon varjosta valoon. Vanhempiensa alkoholinkäytöstä kärsineiden selviytymistarinoita*. Kuopio: Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 22.

Itäpuisto, Maritta. 2005. *Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124.

Jokinen, Eeva. 2010. "Affektiivinen työ ja sukupuoli". *Kulttuurintutkimus*. vol. 27 (2), 44–49.

Kitchen, Alice & Jody Brook. 2005. "Social Work at the Heart of the Medical Team". *Social Work in Health Care*. vol. 40 (4), 1-18.

Korpela, Rauni. 2014. "Terveyssosiaalityön asiantuntijuus ja kehittyminen". Teoksessa *Terveys ja sosiaalityö*. Toim. Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen. Jyväskylä: PS-kustannus. 118–141.

Kuula, Arja. 2011. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Kübler-Ross, Elisabeth & David Kessler. 2005. *Suru ja surutyö*. Helsinki: Basam Books Oy.

Kääriäinen, Aino. 2003. *Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2003.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817#Pidp1786544>. Luettu: 23.4.2016.

Latomaa, Timo. 2005. "Ymmärtävä psykologia: Psykologia rekonstruktivisena tieteenä". Teoksessa: *Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen*. Toim. Juha Perttula & Timo Latomaa. Helsinki: Dialogia Oy. 17–88.

Lehtomaa, Merja. 2005. "Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: Haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen". Teoksessa: *Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen*. Toim. Juha Perttula & Timo Latomaa. Helsinki: Dialogia Oy. 163–194.

Lindén, Mirja. 1999. *Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä*. Helsinki: Stakes. Raportteja 234.

Metsämuuronen, Jari. 2009. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp Oy.

Metteri, Anna. 1996. "Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus". Teoksessa *Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996*. Helsinki: Oy Edita Ab.

Minkkinen, Leena. 2005. "Jaettu suru". Teoksessa *Lapseni on kuollut -jää jälkeen kaipuu, jää sanaton suru*. Helsinki: Sylva ry.

Niemelä Pauli. 1985. *Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa*. Helsinki: Helsingin yliopistollinen keskussairaala.

Nikkola, Tiina & Esko Harni. 2015. ”Sisäistyneet ristiriidat, tunnettyö ja tietotyöläissubjektiviteetin rakentuminen”. *Aikuiskasvatus* vol. 35(4), 244–253.

Oulasvirta, Taru. 2016. Käpy ry. Kokemuskouluttajat-hanke. Projektipäällikkö. Tiedoksianto sähköpostilla 8.2.2016.

Palosaari, Eija. 2015. ”Ajatuksia akuutin kriisityön tekijöille. Voisiko traumateoria tarjota lisää työvälaineitä akuuttityölle?”. Teoksessa *Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen*, toim. Anne Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapia-keskus ry, 23–43.

Parviainen, Kaisa, Anna-Liisa Aho & Marja Kaunonen. 2012. ”Vanhempien kokemuk- sia yksilövertaistuesta lapsen kuoleman jälkeen”. *Hoitotiede* vol. 24(2), 150-162.

Payne, Malcolm. 2013. *Modern social work theory. 4. edition*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Perttula, Juha. 2005. ”Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistie- teen tieteenteoria”. Teoksessa *Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen*. Toim. Juha Perttula & Timo Latomaa. Helsinki: Dialogia Oy. 115-162.

Price, Sarah Kye. 2007. ”Social Work, Siblings, and SIDS: Conceptual and Case-Based Guidance for Family System Intervention”. *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care*. Vol. 3(3), 81-101.

Pulkkinen, Mari. 2016. *Salattu, suoritettu ja sanaton suru. Läheisen menettäminen ko- konaisvaltaisena kokemuksena*. Helsinki: Unigrafia.

Pulkkinen, Mari. 2016b. Jälki jää. Saatavissa: <http://www.jalkijaa.fi/>. Luettu 6.11.2016.

Puolimatka, Tapio. 2002. *Opetuksen teoria: konstruktionismista realismiin*. Helsinki: Tammi.

Puusniekka, Anna, Jari Eskola, Maritta Itäpuisto, Mirka Launonen & Tarja Rautsiala, 2003. ”Arka aihe = arka paikka? Tutkija ja arkojen aiheiden tutkiminen”. Teoksessa *Tut- kimusmenetelmällisiä reflektioita*, toim. Jari Eskola, Anja Koski-Jännes, Eija Lammin- luoto, Anita Saaranen, Mikko Saastamoinen & Katja Valtanen. Kuopio: Kuopio Univer- sity Press.

Pylväs, Maria. 2003. *Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustutki- mus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä*. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan julkai- susarja 8.

Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Saatavissa: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTET TY_netiti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82. Luettu 15.9.2016.

Raunio, Kyösti. 2004. *Olellainen sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus.

Saari, Salli. 2012. *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Helsinki: Otava.

Saari, Salli. 2011. Kriisityön koulutuspäivät. Power point -esitys. Saatavissa: https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjnt-n64LQAhXM2ywKHcJOA5oQFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fkoskeverkko.fi%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F02%2FKriisityon_koulutuspaivat_21.-22.9.11_Salli-Saari.ppt&usg=AFQjCNH2FeDDHKBb-C1On0G_9eh9NXSniA&bvm=bv.136811127,d.bGg. Luettu 30.10.2016.

Saari, Salli, Irja Kantanen, Leena Kämäräinen, Kaisa Parviainen, Sari Valoaho ja Pia Yli-Pirttilä (toim.) *Hädän hetkellä -psykkisen ensiavun opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Savolainen, Sirku, Anna-Liisa Aho & Marja Kaunonen. 2013. ”Vanhempien selviytymisessä auttavat tekijät lapsen kuoleman jälkeen”. *Hoitotiede*. vol. 25(3), 222–235.

Sarajärvi, Anneli & Jouni, Tuomi. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Satka, Mirja. 2001. ”Ajatuksia kunniajäsenten avaamalta näköalapaikalta”. Teoksessa *Tutkiva sosiaalityö*, toim. Ulla Ryyänen & Riitta Vornanen. Sosiaalityöntekijä –lehti/ Sosiaalityön tutkimuksen seura. Saatavissa: <http://docplayer.fi/1955344-Sosiaalityontekija-lehti-sosiaalityon-tutkimuksen-seura-tutkiva-sosiaalityo-ulla-ryynanen-riitta-vornanen-toim.html>. Luettu: 20.4.2016.

Sosiaalihuoltolaki. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Luettu: 23.4.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112426/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226656.pdf?sequence=1>. Luettu 30.10.2016.

Sosnet yliopistoverkosto. Sosnetin sosiaalityön määritelmä. Saatavissa: <http://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Sosnetin-maaritelma>. Luettu 20.4.2016.

Sosnet yliopistoverkosto. Sosiaalityön kansainvälisen määritelmän suomennos. Saatavissa: <http://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Kv-maaritelma>. Luettu 20.4.2016.

Sipilä, Jorma. 1989. *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sipilä, Jorma. 1993. ”Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana”. Teoksessa *Monisärmäinen sosiaalityö*, toim. Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 133–176.

Suomen Kuntaliitto. 2007. *Terveyssozialityön nimikkeistö 2007*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto. 2014. Erityistyöntekijöiden palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteeseen kirjaamiseen sähköisissä potilastietojärjestelmissä Versio 1.2 /10.2.2014. Saatavissa: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/aiempia/a-erityistyontekijoiden_palvelujen_dokumentointi_1_2.pdf. Luettu 6.11.2016.

Suomen mielenterveysseura. 2016 A. Suru seuraa usein menetystä. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/suru-seuraa-usein-menetyst%C3%A4>. Luettu: 26.9.2016.

Suomen mielenterveysseura. 2016 B. Järkyttävän tapahtuman jälkeen. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/suru/j%C3%A4rkytt%C3%A4v%C3%A4n-tapahtuman-j%C3%A4lkeen>. Luettu: 26.9.2016.

Suomen Psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran Tieteellinen neuvottelukunta. 2010. ”Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä”. *Psykologia*. vol. 45 (01), 41–83.

Suomen virallinen tilasto. 2015. Perinataalitalasto: synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. SOTE-uudistus. Ajankohtaista. (Päivitetty 31.8.2016). Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista>. Luettu 2.10.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. SOTE-uudistus. Palvelujen järjestäminen. (Päivitetty 26.5.2016). Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen>. Luettu 2.10.2016.

Terveyskirjasto. Lääketieteen sanasto. 2016. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03497&p_haku=trauma. Luettu 13.9.2016.

Terveyssozialityöntekijät ry. Saatavissa: <http://www.terveyssozialityontekijat.auttaa.fi/14>. Luettu 18.9.2016.

Tiittula, Liisa & Johanna Ruusuvuori. 2009. ”Johdanto”. Teoksessa *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*, toim. Johanna Ruusuvuori, Liisa Tiittula & Tarja Aaltonen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 9-21.

Toikko, Timo. 1997. ”Psykososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä”. *Janus*. vol. (5)2, 169-188.

Tynjälä, Päivi. 2004. "Asiantuntijuus ja työkulttuurit opettajan työssä". *Kasvatus*. 2/2004, 174–190.

Uittomäki, Susanna, Sirpa Mynttinen & Anne Laimio. 2011. *Miten tukea lasta, kun läheinen on kuollut? Opas läheisille sekä lasten ja nuorten parissa työskenteleville*. Saatavissa: https://www.nuoretlesket.fi/wp-content/uploads/2010/06/lapsiopaskirja_2013.pdf. Luettu 22.10.2016.

Valvira. 2016. Sosiaalihuollon ammattioikeudet. (Päivitetty 14.10.2016). Saatavissa: <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-ammattioikeudet>. Luettu 19.10.2016.

Virtanen, Juha. 2009. "Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana". Teoksessa *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*, toim. Jari Metsämuuronen. Helsinki: International Methelp Oy, 154-217.

Väisänen, Leena. 1996. *Family grief and recovery process when a baby dies. A qualitative study of family grief and healing processes after a fetal or baby loss*. Oulu: Oulu university press.

Ward, Adrian. 2010. "The Use of self in Relationship-Based Practice". Teoksessa *Relationship-Based Social Work: Getting to the heart of Practice*, toim. Gillian Ruch, Danielle Turney & Adrian Ward. Lontoo ja Pihadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 46-65.

Warland, Jane, Joann O'Leary, Helen McCutcheon & Victoria Williamson. "Parentin paradox: Parenting after infant loss". *Midwifery*. vol. 27, 163-169.

Weckroth, Antti. 2007. "Mitä merkitsee "Psykosiaalinen" päihdehoidossa?". *Yhteiskuntapolitiikka*. vol. 72:4.

Ylinen, Satu. 2008. *Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 155.

LIITTEET

LIITE 1 SAATEKIRJE

Hyvä terveydenhuollon sosiaalityön ammattilainen

Lapsen kuolemaan liittyvää tutkimusta on tehty kansainvälisesti paljon, sen sijaan kotimaista tutkimustietoa on tarjolla vähemmän. Sosiaalityön näkökulmasta lapsen kuolemaan liittyvää tutkimusta ei ole tehty. Tässä pro gradu tutkielmassani tutkin sitä, millaisena sosiaalityön asiantuntijuus näyttäytyy terveydenhuollon sosiaalityön kentällä sosiaalityöntekijöiden itsensä tuottamana tilanteissa, joissa asiakkaana on perinataalivaiheessa* lapsensa menettänyt perhe. Kerään tutkimusaineiston haastattelemalla terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä, jotka työssään kohtaavat näitä perheitä.

Pyydän Sinua osallistumaan tähän haastatteluun, jossa ollaan kiinnostuneita sinun näkemyksistäsi terveydenhuollon sosiaalityöntekijästä asiantuntijana. Haastatteluaineistoa käsitellään luottamuksellisesti, henkilöllisyytesi ei paljastu tutkijaa lukuun ottamatta muille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimusaineisto hävitetään tutkijan toimesta analyysin valmistuttua. Mikäli haluat tarkempia tietoja tutkimuksesta, voit ottaa yhteyttä minuun (yhteystietoni alla).

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltavalla on oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa.

Mikäli haluat osallistua tutkimukseen, ottaisitko minuun yhteyttä lähiaikoina, joko puhelimitse tai sähköpostilla, niin voimme sopia haastattelun ajankohdan. Tämä tutkimus on osa sosiaalityön maisteriopintojani Itä-Suomen yliopistossa Yhteiskuntatieteiden laitoksella. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua vuoden 2015 loppuun mennessä. Tutkimusta ohjaavat Yhteiskuntatieteiden tohtori Kaarina Mönkkönen Itä-Suomen yliopistolta sekä YtM, yliopisto-opettaja Leena Leinonen Itä-Suomen yliopistolta.

Ystävällisin terveisin:

Sanna Pirinen

puhelinnumero: *piilotettu julkaisussa*

e-mail: savoutil@student.uef.fi

* Perinataalivaiheella tarkoitetaan aikaa raskausviikosta 22+0 alkaen siihen saakka, kun lapsi on enintään 7 vuorokauden ikäinen.

LIITE 2 HAASTATTELUSOPIMUS

Tämä sopimus koskee Sanna Pirisen pro gradu – tutkielmaa varten nauhoitettavaa ja litteroitavaa haastattelua. Tutkielman aihe on ”Terveystieteiden sosiaalityöntekijän asiantuntijuus, kun asiakkaana on lapsensa perinataalivaiheessa menettänyt perhe”. Tutkielma on osa tutkijan sosiaalityön maisteriopintoja Itä-Suomen yliopistossa. Tutkielman ohjaajat ovat YtT Kaarina Mönkkönen ja YtM Leena Leinonen Itä-Suomen yliopistosta. Haastattelun kesto on noin 1 tunti. Alkuperäisiä nauhoja kuuntelee vain haastattelija ja nauhoitus tuhoetaan litteroinnin jälkeen. Aineistosta tullaan esittämään näytteitä valmiissa tutkielmassa, mutta haastateltavan nimi ei tule missään esille ja mahdolliset tunnistetiedot häivytetään aineistosta. Haastattelija sitoutuu säilyttämään haastattelun aineiston niin, ettei luovuta sitä ulkopuolisille.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltavalla on oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa.

Allekirjoittamalla tämän sopimuksen suostun siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja haastattelumateriaalia voidaan käyttää yllä mainitussa pro gradu – tutkielmassa.

Paikka ja aika:

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Haastattelijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Sopimuksesta on tehty kaksi saman sisältöistä kappaletta, joista toinen jää haastattelijalle ja toinen haastateltavalle.

LIITE 3 HAASTATTELUKÄYNNIT**1. Tilanteessa toimiminen**

- Missä järjestät perheen tapaamisen? (esim. oma työhuone, potilashuone osastolla, hiljentymishuone.)
- Tapaatko perheen yksin vai yhdessä jonkun toisen sairaalan henkilökuntaan kuuluvan kanssa? Kenen?
- Mitä asioita käyt läpi perheen kanssa tapaamisella?
- Annettaanko perheelle jotain kirjallista materiaalia?

2. Yhteistyötahot

- Kenen kanssa teet tapauksessa yhteistyötä sairaalan sisällä? (esim. hoitajat, kätilöt, lääkärit, sairaalapastori...)
- Ketä ovat yhteistyökumppanisi sairaalan ulkopuolella? (omaiset, järjestöt, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, kriisityöntekijät...)

3. Tapaamiset sairaalassa

- Kuinka monta kertaa tapaavat perheen?
- Mitä erilaisia sisältöjä eri tapaamisilla on?

4. Yhteydenotot perheen kotiuduttua

- Onko sinulla käytäntönä ottaa vielä perheeseen yhteyttä heidän kotiuduttuaan sairaalasta?
- Mitä asioita käsittelet perheen kanssa kotiutumisen jälkeen?

5. Ammatillisuus

- Mikä mielestäsi on sosiaalityöntekijän erityistä osaamista tilanteessa?
- Käytätkö perheiden kanssa jotain työmenetelmää? Kertoisitko esimerkin?

6. Taustatiedot

- Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaalityöntekijänä?
- Kuinka kauan olet työskennellyt tässä työssäsi, jossa kohtaat perinataalivaiheessa lapsensa menettäneitä perheitä?
- Milloin olet valmistunut sosiaalityöntekijäksi?
- Onko sinulla jokin lisäkoulutus tai erityisosaaminen josta koet olevan hyötyä tilanteissa, joissa asiakkaasi on perinataalivaiheessa lapsensa menettänyt perhe?