



Karelia-ammattikorkeakoulu  
Geronomi (AMK)

# Sosiaaliohjaajan työnkuva Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kuntoutumiskeskuksessa

Työohje ikääntyneiden palveluiden sosiaaliohjaajan työtehtävistä ja roolista kotiutumisen suunnittelussa

Kiia Toivanen

Opinnäytetyö, helmikuu 2026

[www.karelia.fi](http://www.karelia.fi)



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Helmikuu 2026**  
**Geronomikoulutus**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
+358 13 260 600

**Tekijä**  
Kiia Toivanen

**Nimeke**  
Sosiaaliohjaajan työnkuva Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kuntoutumiskeskuksesta :  
työohje ikääntyneiden palveluiden sosiaaliohjaajan työtehtävistä ja roolista kotiutumisen  
suunnittelussa

**Toimeksiantaja**  
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue

**Tiivistelmä**

Ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen on noussut yhdeksi keskeisimmistä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteista. Samalla asiakkaiden tilanteet ovat yhä useammin sekä sosiaalisesti että terveydellisesti haastavia. Kuntoutumiskeskukseen ohjautuminen voi johtua esimerkiksi sairaudesta, tapaturmasta tai kotona pärjäämättömyydestä. Geronomin rooli näyttäytyy erityisen merkittävänä silloin, kun asiakkaan elämäntilanne edellyttää laaja-alaista palveluiden yhteensovittamista

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja määritellä geronomikoulutuksen käyneen sosiaaliohjaajan työtehtävät ikääntyneiden kotiutumisen prosessissa Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kuntoutumiskeskuksesta. Tavoitteena oli laatia konkreettinen ja selkeä sosiaaliohjaajan työnkuva, joka on sovellettavissa myös muihin kuntoutumissairaaloihin Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella.

Kehittäminen toteutettiin päiväkirjamuotoisena työelämälähtöisenä kehittämistyönä, strukturoidun mallin mukaisesti 12 viikon ajan. Kehitteillä olevan työnkuvan arviointi sekä vuorovaikutus toimeksiantajan kanssa kulkivat mukana koko kehittämisprosessin ajan.

Kehittämistyön tuloksena laadittiin sosiaaliohjaajan työnkuva, joka kuvaa työn keskeiset tehtävät, vastuut ja tavoitteet kuntoutumiskeskuksesta. Työnkuva tukee sosiaaliohjaajan ammatillista roolia, vahvistaa työn näkyvyyttä moniammatillisessa yhteistyössä ja edistää asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista kotiutusprosessissa.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 46  
Liitteet 1  
Liitesivumäärä 2

**Asiasanat**  
ikäntyminen, sosiaaliohjaajat, potilaan kotiuttaminen, monialainen yhteistyö



**THESIS**  
**February 2026**  
**Degree Programme in Applied Gerontology**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
FINLAND  
+ 358 13 260 600

Author  
Kiiä Toivanen

Title  
Job Description of a Rehabilitation Centre Social Counsellor in the Wellbeing Services County of North Karelia: Work Instructions on the Duties of a Social Counsellor in Older People Services and Role in Patient Discharge Planning

Commissioned by  
Wellbeing Services County of North Karelia, Siun Sote

**Abstract**

Supporting older people to live at home has become one of the key objectives of social and health care services. At the same time, clients' situations are increasingly complex both socially and in terms of health. Admission to a rehabilitation centre may be due to, for example, an illness, accident, or inability to cope at home. The role of a social counsellor with a bachelor's degree in applied gerontology becomes particularly significant when a client's life situation requires extensive coordination of services.

The purpose of this thesis was to develop and define the duties of a social counsellor with a bachelor's degree in applied gerontology in the discharge planning process of older adults at a rehabilitation centre within the North Karelia Wellbeing Services County. The aim was to create a concrete and explicit job description for a social counsellor that can also be applied in other rehabilitation hospitals within the North Karelia Wellbeing Services County.

The development proceeded as a diary-based thesis in accordance with the spiral model while learning and development followed a predetermined development plan lasting 12 weeks. The evaluation of the job description being developed, as well as interaction with the commissioning organisation, continued throughout the entire development process. As a result of the development activity, a job description for a social counsellor describing the key tasks, responsibilities, and objectives at the rehabilitation centre was created. The job description supports the professional role of the social counsellor, strengthens the visibility of the work in multidisciplinary collaboration, and promotes the consideration of the client's individual needs in the discharge process.

Language  
Finnish

Pages 46  
Appendices 1  
Pages of Appendices 2

Keywords  
ageing, social counsellor, patient discharge, multidisciplinary collaboration

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Ikääntyneiden turvallinen kotiutuminen ja kotona asuminen .....	6
2.1	Ikääntyneiden palvelukokonaisuus .....	6
2.2	Moniammatillinen yhteistyö kotiutumisprosessissa .....	8
2.3	Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio .....	9
3	Alkuanalyysi sosiaaliohjaajan työnkuvan tarpeesta .....	11
3.1	Toimintaympäristön kuvaus .....	11
3.2	Sosiaaliohjaus ja ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi .....	12
3.3	Geronomin osaaminen terveydenhuollon ympäristössä työskennellessä .....	14
3.4	Sosiaaliohjaajan työtä ohjaava lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	16
3.5	Aloitustilanne työtehtävän kehittämiselle .....	17
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	18
5	Sosiaaliohjaajan työnkuvan kehittämisen toteutussuunnitelma .....	19
5.1	Päiväkirjaopinnäytetyö .....	19
5.2	Työelämälähtöinen kehittäminen ja kehittämismenetelmä .....	20
5.3	Suunnitelma opinnäytetyön toteutukselle .....	21
6	Opinnäytetyön toteutus .....	23
6.1	Nykytilan kartoitus ja perehtyminen .....	23
6.2	Asiakasprosessit ja palvelutarpeen arviointi .....	25
6.3	Moniammatillinen yhteistyö kotiutumisprosessin aikana .....	26
6.4	Kotiutumisprosessi ja palveluiden jatkuvuus .....	27
6.5	Eettiset kysymykset ja ammatillinen rooli .....	29
6.6	Ammatilliset valmiudet ja kehittämistyön koonti .....	31
6.7	Sosiaaliohjaajan työnkuva .....	32
7	Pohdinta .....	33
7.1	Kehittämistyö .....	33
7.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	36
7.3	Ammatillinen kasvu .....	37
7.4	Jatkokehittäminen .....	38
	Lähteet .....	39

### Liitteet

Liite 1 Työohje: Sosiaaliohjaajan työnkuva kuntoutumiskeskuksessa

# 1 Johdanto

Väestörakenteen muutos heijastaa ikääntyneiden määrän kasvua. Sodan jälkeeseen syntyneet suuret ikäluokat ovat siirtyneet korkeampiin ikäryhmiin, joka näkyy erityisesti yli 70-vuotiaiden määrän kasvussa. Samanaikaisesti kuolleisuuden väheneminen ja eliniän pidentyminen ovat pitkällä aikavälillä vahvistaneet tätä kehitystä, sekä lisänneet ikääntyneen väestön osuutta kokonaisväestöstä. (Tilastokeskus 2025.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää ja määritellä geronomikoulutuksen käyneen sosiaaliohjaajan työnkuva ja rooli kotiutumisprosessissa kuntoutumiskeskuksessa. Opinnäytetyö toteutettiin päiväkirjamuotoisena työelämän kehittämistehtävänä. Tavoitteena on laatia Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle konkreettinen työohje, jossa määritellään työtehtävät ja jota voidaan tarvittaessa hyödyntää maakunnan muissa kuntoutussairaaloissa. Työohjeita voidaan ajatella niin sanotusti tietämyksen hallintana. Ne tukevat yksilön työn sujuvuutta ja päätöksentekoa, vahvistaa ajantasaisen tiedon hyödyntämistä sekä luo perustan koko organisaation tehokkaalle ja kehittyvälle toiminnalle (Hagman 2022, 15).

Sosiaaliohjaajan työnkuvan aloitustilanteessa kotiutumiseen liittyvät käytännöt ja vastuut olivat sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa työskentelyssä epäselvät. Kehittämistyölle asetettiin kuitenkin selkeitä odotuksia liittyen moniammatillisen yhteistyön vahvistamiseen, palveluprosessien sujuvoittamiseen ja asiakkaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen kotiutumistilanteissa. Tehtävän keskiöön nähtiin nousevan eri toimijoiden välinen yhteistyö sekä lainsäädännön mukaisen toiminnan varmistaminen. (Turunen 2026.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimiva Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, on julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden, pelastustoimen sekä ympäristöterveydenhuollon järjestäjä alueellaan. Alue vastaa muun muassa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluiden järjestämisestä. Palveluiden kehittämisessä hyvinvointialue panostaa ennaltaehkäisevään työhön

sekä palveluiden oikea-aikaisuuteen. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue.)  
Opinnäytetyössä kehitettävä työohje kohdentuu sosiaaliohjaajan työtehtäviin ikääntyneiden palveluissa. Kotona asumista tukevat palvelut kuuluvat ikääntyneiden palveluiden toimialueeseen. Konkreettinen työ toteutetaan Siililäisen kuntoutumiskeskuksessa, joka kuuluu terveyst- ja sairaanhoitopalveluiden toimialueeseen. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026a.)

Opinnäytetyön teossa käytettiin tukena Karelia Ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti ChatGPT tekoälypalvelua. Tekoälyä käytettiin opinnäytetyön otsikoiden ideointiin sekä kieliasun tarkastukseen. (Karelia Ammattikorkeakoulu 2026a.)

## **2 Ikääntyneiden turvallinen kotiutuminen ja kotona asuminen**

### **2.1 Ikääntyneiden palvelukokonaisuus**

Sosiaaliohjaaja on avainasemassa arvioimassa tuen tarvetta kotiutumisprosessin aikana. Muun muassa kotihoito kuuluu lakisääteiseen palvelukokonaisuuteen, jonka tarvetta useille ikääntyneille kartoitetaan. Valtaosa ikääntyneistä haluaa asua omassa kodissaan ja tämän tavoitteen tukemiseksi on ympäri maailmaa kehitetty erilaisia kotihoidon toimintamalleja, jotka vahvistavat itsenäistä kotona selviytymistä (Puustinen, Turjamaa & Kangasniemi 2026). Kotihoidon tarkoituksena on edesauttaa asiakkaan, terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä sekä tukea itsenäistä selviytymistä ja osallisuutta arjessa. Tavoitteena on mahdollistaa turvallinen asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Kotihoito on tarkoitettu henkilöille, joiden toimintakyky on heikentynyt korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn vuoksi. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, SHL 19 a §.) Kotihoitoon pääsy ei kuitenkaan perustu pelkästään ikään, eikä ikä yksinään oikeuta tai estä palveluiden saamista. Kotihoitoa järjestetään vuorokauden ajasta riippumatta. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2024).

lääkkäiden kotona asumista tukee monipuolisesti arjen sujuvuus ja kokonaisvaltainen hyvinvointi. Kokemukset turvallisuuden tunteesta, myönteinen mieliala, vireys sekä mahdollisuus sosiaalisiin vuorovaikutuksiin vahvistavat ikääntyneen arjessa jaksamista. Keskeistä on myös fyysisen toimintakyvyn ja itsenäisyyden säilyminen. Arjen sujuvuutta tukevat lisäksi tarvittavat apuvälineet sekä asiantunteva neuvonta. Lisäksi perheen ja läheisten huomioiminen osana sosiokulttuurista työtettä on tärkeää. (Myller & Mynttinen 2023, 327.) Kotona asumista voidaan tukea erilaisilla tukipalveluilla, jotka ovat usein ensimmäinen apu arjessa selviytymiseen. Näitä palveluja voidaan myöntää myös silloin, kun henkilöllä ei ole säännöllistä kotihoidon asiakkuutta. Tukipalveluita ovat muun muassa ateriapalvelut, siivous, asiointiapu, peseytymisessä avustaminen sekä palvelut, jotka edistävät osallisuutta ja sosiaalista vuorovaikutusta. (SHL 19 §.) Kotona asumista tukevia palveluja on myös asunnon muutostyöt, kotikuntoutus, kuljetuspalvelut, omaishoidon tuki sekä erilaiset turva- ja teknologia palvelut (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026b).

Asumispalvelut tarjoavat erilaisia palvelumuotoja asiakkaan tuen ja hoivan tarpeen mukaan. Tilapäinen asuminen on tarkoitettu lyhytaikaiseen ja kiireelliseen avun tarpeeseen, kun taas tuettu asuminen tukee itsenäistä asumista tai siihen siirtymistä sosiaaliohjauksen ja muiden palveluiden avulla. Yhteisöllinen asuminen yhdistää oman asunnon ja turvallisen asuinympäristön sosiaalista kanssakäymistä edistävään toimintaan sekä erikseen järjestettäviin tukipalveluihin. Perhehoito on kodinomainen asumisen ja hoivan muoto, joka tarjoaa yksilöllistä tukea perheympäristössä joko pitkäaikaisesti, lyhytaikaisesti tai osavuorokautisesti. Palveluasumisen muoto kartoitetaan palvelutarpeen arvioinnin tekemällä. (Laaninen, Halonen, Kiviniemi, Sjölander, Tarvainen, Vatanen, Lievonen & Nyssönen 2022, 3–5).

Sosiaalihuoltolain määrittämisen mukaan ympärivuorokautinen palveluasuminen on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat jatkuvaa sekä päivittäistä hoitoa ja huolenpitoa kaikkina vuorokauden aikoina. Ympärivuorokautista palveluasumista järjestetään, mikäli kotona asumista ei ole mahdollista tukea kotiin vietävien palveluiden turvin. Palvelu järjestetään silloin, kun se on asiakkaan edun ja tilanteen kannalta paras ratkaisu. Palveluasumista voidaan myöntää joko

pitkäaikaisena tai lyhytaikaisena tarpeen mukaan. Lyhytaikainen palveluasuminen voi olla kertaluonteista tai säännöllisesti toistuvaa. (SHL 21 §.)

## **2.2 Moniammatillinen yhteistyö kotiutumisprosessissa**

Hoitotyön tutkimussäätiön laatiman hoitosuosituksen mukaan iäkkäiden yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu voi vähentää niin sanottua pyöröoviefektiä. Moniammatillinen ja kokonaisvaltainen työskentely ovat vaikuttavia tekijöitä efektin välttämiseksi. Yksilöllinen ja moniammatillinen lähestymistapa voi lisätä ikääntyneiden tyytyväisyyttä kotiutumiseen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2025.) Moniammatillinen yhteistyö on usean eri ammattiryhmän joustavaa yhdessä toimimista. Moniammatillisen yhteistyön tärkeys korostuu, kun asiakas tarvitsee yhtäaikaisesti montaa eri terveydenhuollon palvelua. Tämä toimintamalli vahvistaa palvelun asiakaslähtöisyyttä ja parantaa sen laatua. Moniammatillinen tiimi voi koostua esimerkiksi terveydenhuollon, kuntoutuksen, sosiaalipalveluiden sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattilaisista. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on saada asiakkaalle oikea-aikaista ja sujuvaa palvelua. (Troberg 2021, 1–2.)

Moniammatillisten tiimien oikea-aikainen ja saumaton yhteistyö voi vahvistaa ikääntyneiden omatoimisuutta arjessa sekä vähentää toimintakyvyn heikentymistä. Moniammatillinen yhteistyö voi näkyä muun muassa hoitajaksojen kestojen lyhentymisenä. Kuntoutuksessa saavutettua toimintakykyä voidaan ylläpitää ja jatkaa kotona sekä muissa ympäristöissä, kun eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on toimivaa. (Rameli & Rajendran, 2022, 23.)

Moniammatillista yhteistyötä ikääntyneiden hoidon ja palveluiden yhteensovittamisessa on kehitetty myös kansainvälisesti. Yhdysvalloissa laadittu Transitional Care Model (TCM) on moniammatillinen toimintamalli, jossa ikääntyneiden ja monisairaiden asiakkaiden hoitoa koordinoidaan sairaalahoidosta kotiutumiseen saakka. TCM korostaa hoidon jatkuvuutta, eri ammattilaisten välistä työnjakoa sekä potilaan ja omaisten aktiivista osallisuutta hoitoprosessissa. (Naylor ym. 2018.) Sujuva ja ajantasainen tiedonkulku sekä yhteiset toimintatavat ovat edellytyksiä sille, että voidaan moniammatillisesti suunnitella ja toteuttaa

kotiutumisia. Digitaalisten välineiden, kuten potilastietojärjestelmien ja suojattujen viestintäkanavien hyödyntäminen tukee potilaiden hoidon kokonaisuuteen liittyvien tietojen jakamisen eri ammattiryhmien välillä sekä asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa. Erityisesti hoidon vastuutahon vaihtuessa, toimiva ja luotettava viestintä on ensisijaisen tärkeää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. (Osokpo, Hirchman, Shaid, McCauley & Naylor 2025.)

Monialainen yhteistyö muodostaa perustan terveydenhuollon työvoiman vahvistamiselle, jotta voidaan vastata väestön muuttuviin tarpeisiin ja edistää samalla laajempaa yhteiskunnallista ja taloudellista kehitystä. Keskeisiä kehittämisen painopisteitä ovat toimivan johtamisen vahvistaminen sekä sektorirajat ylittävien ja monialaisten toimintamallien luominen. (Tancred, Caffrey, Falkenbach & Raven 2024.)

### **2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio**

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tavoitteena on palveluiden yhteensovittaminen ja kokonaisuuden eheyttäminen. Nykyinen palvelujärjestelmä toimii usein hajanaisesti useiden eri toimijoiden ja organisaatioiden välillä, mikä voi johtaa epäselvyyksiin kokonaisvastuusta ja koordinaatiosta. Kun asiakkaat siirtyvät sosiaali- ja terveystalouden välillä on olennaista, että heidän tilanteestaan säilyy yhtenäinen kokonaiskuva ja tarvittavat tiedot siirtyvät sujuvasti palvelusta toiseen. (Guillèn 2021, 12.) Palvelujärjestelmän keskeisenä kehittämissaasteena on kuitenkin nähty juuri hajanaisuus, joka on johtanut asiakkaiden siirtymiseen toimijalta toiselle ilman selkeää kokonaisvastuuta (Helminen, J. 2017a).

Palveluiden käyttäjille sosiaali- ja terveydenhuollon heikko yhteensovittaminen näyttäytyy usein toistuvina ja limittäisinä toimenpiteinä, erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on laaja monimuotoinen palveluntarve. Integraation tavoitteena on vastata tähän haasteeseen kehittämällä palveluita asiakaslähtöisemmin, parantamalla eri toimijoiden välistä koordinaatiota ja uudistamalla palvelurakenteita. Samalla pyritään tukemaan hyvinvointia, ehkäisemään

raskaampien palveluiden tarvetta ja vahvistamaan sosiaalista turvallisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon tiiviimmän yhteistyön avulla. (Korhonen 2018, 18–19.)

Ruotsissa Norrtäljen kunnassa kehitetyssä mallissa uudistettiin terveys- ja sosiaalipalveluiden rahoitusta, organisointia ja johtamiskäytäntöjä. Mallin keskeisenä tavoitteena oli vahvistaa eri palvelutasojen välistä sekä sisäistä yhteistyötä, jotta sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteisiin tarpeisiin voidaan vastata kokonaisvaltaisemmin. Toiminnassa painottui entistä vahvemmin väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä yhtenäisen integroidun sosiaali- ja terveyspalvelukokonaisuuden rakentaminen, jonka tavoitteena oli parantaa asiakkaiden ja potilaiden saamaa hyötyä. Erityinen painopiste on ikääntyneissä, joilla on moninaisia ja vaativia palvelutarpeita. Tavoitteena on tukea ikääntyneiden kotona asumista pitkäaikaisesti ja ehkäistä palveluiden heikosta yhtenäisyydestä johtuvia ongelmia, jotka liittyvät eri organisaatioiden, johtamismallien, toimintakulttuurien ja käytäntöjen eroihin. (Bäck & Calltorp 2015.)

Suomeen verrattuna monissa muissa Euroopan maissa palvelut ovat hajautuneempia, kun taas suomalaiset terveyskeskukset kokoavat saman katon alle useiden eri alojen ammattilaisia. Tämä mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön ja kuvastaa ammattilaistason integraatiota, jossa asiakas voi saada eri asiantuntijoiden tukea yhdestä palvelupaikasta, esimerkiksi moniammatillisissa kuntoutustiimeissä. (Hujala & Taskinen 2020, 55.)

Maailman terveysjärjestön vuonna 2015 laatimassa katsauksessa koskien ikääntymistä ja terveyttä todetaan, että väestön ikääntyminen edellyttää kiireellisiä ja kokonaisvaltaisia toimia. Katsauksessa korostetaan tarvetta siirtyä sairauksiin keskittyvistä hoitomalleista kohti ikääntyneen ihmisen tarpeet huomioivaa, integroitua hoitoa, jossa toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tukeminen on keskiössä. Muutos vaatii terveydenhuoltojärjestelmien uudistamista, eri toimijoiden yhteistyötä sekä ajattelutavan muutosta, jossa ikääntyneiden moninaisuus tunnustetaan. (World Health Organization 2015.) Vuonna 2017 tehdyssä kansainvälisessä katsauksessa todetaan, että ikääntyneiden integroidusta hoidosta on toistaiseksi vain vähän dokumentoituja esimerkkejä. Katsauksen mukaan eri toimintamallien vertailu on haastavaa, koska tutkimustietoa integrointien

laajuudesta sekä toteutuksista on vähän saatavilla. Tutkimusnäyttö perustuu pääosin yksittäisiin tapaustutkimuksiin, joissa integroinnin toteutustavat ja arviointimenetelmät poikkeavat toisistaan merkittävästi. (Araujo de Carvalho ym. 2017, 758.)

Linnéusson & Uriarte (2023, 559) käyttävät tutkimuksensa pohjana Ruotsissa Kjellström ym. (2019) tekemää selvitystä, jossa todetaan, että ikääntyneiden asiakkaiden hoidon tarve on usein pitkäkestoista ja jatkuvaa. Tämä näkyy erityisesti päivystyspalveluiden runsaana käytönä sekä toistuvina sairaalahoitojaksoina. Selvityksen mukaan hoidon oikea-aikainen ja suunnitelmallinen toteuttaminen, esimerkiksi kotiin vietävien palveluiden avulla, voi vähentää äkillisten terveyspalveluiden tarvetta. (Linnéusson & Uriarte 2023, 559.)

### **3 Alkuanalyysi sosiaaliohjaajan työnkuvan tarpeesta**

#### **3.1 Toimintaympäristön kuvaus**

Sosiaaliohjaajan työnkuvan kehittämistyö toteutettiin Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa, jota voidaan kutsua myös kuntoutumissairaalaksi. Siilaista kutsutaan kuntoutumiskeskukseksi, sillä siellä sijaitsee vuodeosastojen lisäksi poliklinikat ja palliatiivinen keskus. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026c.) Kuntoutussairaalaan tullaan joko lääkärin läheteellä tai lääketieteellisin perustein silloin, kun riittää perusterveydenhuollon tasoinen vuodeosastohoito. Kuntoutussairaalassa kotiutumisen suunnittelu alkaa heti hoitajakson alussa, ellei asiakas ole parantumattomasti sairas. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026d.) Kuntoutumiskeskuksessa toimii viisi eri osastoa, joissa kehittämistyötä tullaan tekemään.

Akuuttikuntoutuksessa hoidetaan ja kuntoutetaan potilaita, joiden terveydentila on äkillisesti heikentynyt esimerkiksi sairauden pahenemisen, kivun, tapaturman tai yleiskunnon laskun seurauksena. Kuntoutuksen keskiössä on potilaan toimintakyvyn ja omien voimavarojen tukeminen. Turvallinen ja suunnitelmallinen

kotiutuminen mahdollistetaan yhteistyössä potilaan, omaisten ja moniammatillisen tiimin kanssa. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026e.)

Kirurgista kuntoutusta tarvitaan esimerkiksi murtuman, leikkauksen tai tapaturmassa tulleen vamman jälkeen. Kuntoutuksen tarkoituksena on edistää kuntoutujan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä. Kirurginen kuntoutusosasto vastaa vaativien kirurgisten potilaiden jatkohoidosta koko maakunnan alueella ja hoito toteutetaan moniammatillisesti. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026f.)

Neurologisen kuntoutusosaston toiminta on suunnattu esimerkiksi aivotapahtuman kohdanneille asiakkaille. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää toimintakyvyn palautumista sekä tukea uusien selviytymiskeinojen löytymistä arkeen yhdessä kuntoutujien ja heidän omaistensa kanssa. Kuntoutus toteutetaan yksilöllisesti ja siihen sisältyy useita eri terapiamuotoja. Neurologisella osastolla huomioidaan jatkoon myös laajasti omaisten ohjaus sekä palveluiden jatkuvuus. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026g.)

Palliativisella osastolla hoito on kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa, joka on tarkoitettu vakavaa ja parantumatonta sairautta sairastaville. Osastolla toteutuvan hoidon tavoitteena on lievittää oireita sekä ylläpitää mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Hoito suunnitellaan ja toteutetaan yksilöllisesti, huomioiden myös läheisten jaksaminen. Palliativinen hoito voi kestää kuukausia tai vuosia. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen vaihe elämän loppuvaiheessa, joka toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä potilaan toiveita kunnioittaen poliklinikan, kotisairaalan ja vuodeosaston muodostamana kokonaisuutena. Saattohoitoa voidaan myös asiakkaan toiveen mukaisesti toteuttaa myös kotona. (Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026h.)

### **3.2 Sosiaaliohjaus ja ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi**

Sosiaalihuoltolaki määrittää sosiaaliohjauksen perusperiaatteet. Sosiaaliohjaus tarkoittaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tukemista, neuvomista ja ohjaamista palveluiden piiriin sekä eri tukimuotojen yhteensovittamista.

Sosiaaliohjauksen tavoitteena on vahvistaa elämänhallintaa ja toimintakykyä, sekä edistää hyvinvointia ja osallisuutta. (SHL 16 §.)

Yksi sosiaaliohjaajan keskeisimmistä tehtävistä on palvelutarpeen arviointi. Se tarkoittaa ikääntyneen henkilön kokonaisvaltaista elämäntilanteen selvittämistä. Arviointi toteutetaan sosiaalihuollon viranomaisen toimesta, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Palvelutarpeen arvioinnin teossa korostuu ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, osallisuuden sekä yksilöllisyyden kunnioittaminen. Arviointitilanne on vuorovaikutusta ammattilaisen ja asiakkaan välillä. (Kallio 2019, 25–28.)

Arvioinnissa ikääntyneen näkemyksellä on keskeinen merkitys. Tarpeiden ja palveluiden välisten erojen tunnistaminen auttaa kohdentamaan palvelut oikea-aikaisesti. Kokonaisvaltainen arvio sisältää laajan kartoituksen kuinka ikääntynyt henkilö selviytyy päivittäisistä toiminnoista omassa elinympäristössään. (Kallio 2019, 29–31.) Sosiaalihuoltolaki määrittää, että palvelutarpeen arvioinnin teossa osallistetaan lisäksi tarvittaessa omaisia (SHL 36 §). Osallistamisella tarkoitetaan toimintaa, jossa toimija pyrkii ottamaan muita mukaan päätöksentekotai kehittämisprosesseihin (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2024a). Osallistamisen kannalta keskeistä on siirtyä kohti toimintamallia, jossa ikääntyneet eivät ole pelkästään hoidon kohteita, vaan toimijoita omassa hoitoprosessissaan. Omaisten osallistamisen myötä voidaan vastata yksilöllisemmin ikääntyneiden elämäntilanteisiin. (Holroyd-Leduc ym. 2026, 9–10.)

Toimintakykyä tarkastellaan keskustelun, havainnoinnin ja tarvittaessa mittareiden avulla. Arvioinnissa huomioidaan fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Fyysinen toimintakyky koskettaa arjen perustoiminnoista ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumista, psyykkinen toimintakyky mielialaan ja elämänhallintaan liittyviä asioita. Kognitiivista toimintakykyä tarkastellessa huomioidaan muistia ja mahdollisia muistin haasteita, toiminnanohjausta sekä tiedonkäsittelyyn liittyviä asioita. Sosiaalinen toimintakyky pitää sisällään vuorovaikutuksen ja ihmissuhteet. Todellinen käsitys toimintakyvystä syntyy arjen tilanteiden ja kokemusten kautta, jossa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät niin sanotusti kietoutuvat yhteen. (Kallio 2019, 29–31.)

Ammattihenkilön todetessa asiakkaan tarvitsevan säännöllisiä sosiaalipalveluja, tehdään asiakkaalle RAI-arviointi. Arviointeja tehdään kotona asumista tukevien palveluiden asiakkaille, joiden palveluntarve on pitkäaikaista. (RAIn käyttö kotona asumista tukevissa palveluissa 2025.) RAI-järjestelmä on standardoitu arviointiväline, jonka avulla asiakkaan tilannetta arvioidaan yhdenmukaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Arvioinnin tuottamaa tietoa hyödynnetään yksilöllisen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimisessa sekä palveluiden oikea-aikaisessa ja tarpeenmukaisessa kohdentamisessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2026b.)

Ikääntyneiden palveluiden sosiaaliohjauksessa työskentelevältä edellytetään laaja-alaista osaamista keskeisistä lainsäädännöistä sekä palvelujärjestelmästä. Sosiaaliohjaajan tehtävänä on tunnistaa asiakkaalle sopivat palvelu- ja tukimuodot sekä niiden myöntämisen edellytykset. Työ perustuu asiakkaan ja läheisten arvostavaan kohtaamiseen, kuulemiseen, yhteistyöhön sekä asiakastyön kokonaisvaltaiseen tarkasteluun muuttuvissa elämäntilanteissa. (Helminen 2020, 156–157.)

### **3.3 Geronomin osaaminen terveydenhuollon ympäristössä työskennellessä**

Sosiaalihuollon ammattihenkilön työn tavoitteena on vahvistaa asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä, edistää yhdenvertaisuutta ja osallisuutta sekä ehkäistä syrjäytymistä. Keskeisenä päämääränä on tukea yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia ja parantaa heidän elämänlaatuaan. (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.) Palveluiden piiriin hakeutuvat ihmiset tarvitsevat yhä useammin yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta siitä millaisia palveluja on tarjolla ja millä edellytyksillä niitä voi saada. Tämän lisäksi useimpia tulee ohjata etuuksien sekä palveluiden hakemisessa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2026b.)

Geronomilla on vahva gerontologiseen tietoon ja taitoihin pohjautuva osaaminen ikääntyneiden kanssa tehtävässä asiakas- ja kehittämistyössä. Geronomi arvioi kokonaisvaltaisesti ikäihmisten toimintakykyä, hyvinvointia ja palvelutarvetta, tunnistaa ennakoivasti riskejä sekä hyödyntää tutkittuun tietoon

perustuvia menetelmiä moniammatillisessa yhteistyössä. Geronomi toimii asiakaslähtöisesti, eettisesti ja voimavaralähtöisesti. Lisäksi tukee ikääntyneiden toimijuutta, osallisuutta ja arjessa selviytymistä. Hän hallitsee vanhuspalvelujärjestelmän, lainsäädännön, ikäpoliittiset linjaukset sekä osaa käyttää työssään hyödyksi teknologiaa. Geronomi osallistuu vanhustyön laadun, toimintatapojen, palveluiden ja johtamisen kehittämiseen. (Suomen geronomiliitto 2026a.)

Geronomikoulutus perustuu laaja-alaiseen gerontologiseen tietoperustaan. Koulutus yhdistää ikääntymisen fysiologiset, psyykkiset, sosiaaliset ja kulttuuriset ulottuvuudet. Lisäksi koulutus painottaa ikääntyneen toimijuutta, osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Opinnoissa tarkastellaan ikääntymistä yksilön, yhteisöjen ja yhteiskunnan tasoilla sekä vahvistetaan valmiuksia kohdata ikäihminen kunnioittavasti ja eettisesti erilaisissa elämäntilanteissa. Geronomin osaaminen rakentuu kokonaisvaltaisesta arviointiosaamisesta sekä asiakaslähtöisestä ohjauksesta. Moniammatillinen työskentely on tärkeä osa opintoja. (Karelia Ammattikorkeakoulu 2026b).

Geronomin työ perustuu keskeisen lainsäädännön ja vanhustyön laatusuosituksen tuntemiseen sekä soveltamiseen osana palveluiden kehittämistä. Geronomi tukee ikääntyneiden terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta hyödyntämällä laajaa ymmärrystä sosiaali- ja terveystieteiden järjestelmästä asiakkaiden hyväksi. Ammatillisessa toiminnassaan geronomi työskentelee vastuullisesti, arvioi kriittisesti omaa osaamistaan sekä kehittää asiantuntijuuttaan jatkuvasti. Työ perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa geronomi arvostaa muiden asiantuntijoiden osaamista ja toimii osana laajempaa ammatillista verkostoa. (Suomen geronomiliitto 2026b.)

Kansainvälisesti tarkasteltuna gerontologista osaamista, katsauksen perusteella gerontologinen osaaminen on laaja-alainen kokonaisuus. Osaaminen ulottuu välittömästä hoitotyöstä aina johtamiseen sekä palvelujärjestelmien rakenteiden ymmärtämiseen. (Tate ym. 2024, 5–6.) Yhdysvalloissa laaditun tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat tukea sosiaalisten riskien tunnistamiseen ja niihin liittyviin jatko-ohjauksiin. Tutkimuksessa sosiaalisilla riskeillä tarkoitettiin muun muassa taloudellista kuormitusta, ravitsemuksen

varmistamista, asumisen epävarmuutta, ihmissuhteisiin sekä eristäytymiseen liittyviä haasteita. Useat kansalliset suositukset ohjaavat nykyisin sisällyttämään sosiaalisten riskien seulonnan osaksi terveydenhuollon toimintaa. Tutkimuksessa selvitettiin, parantaako puolen vuoden mittainen tuki ja valmennus potilaiden tarvitsemiin tukipalveluihin. (Gold ym. 2023, 2–3.)

### **3.4 Sosiaaliohjaajan työtä ohjaava lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Sosiaaliohjaajan työ kuntoutumiskeskuksessa on tarkasti säädelyä lainsäädännöillä. Koska työtä tehdään julkisella sektorilla moniammatillisessa terveydenhuollon ympäristössä, keskeisiä työtä ohjaavia lakeja on useita. Sosiaaliohjaajan työssä palvelutarpeen arviointi on määritelty sosiaalihuoltolaissa (SHL 36 §). Sosiaalihuoltoasetus (607/1983) täydentää sosiaalihuoltolakia ja täsmentää palveluiden järjestämistä ja toteuttamista, mikä näkyy käytännön asiakasprosesseissa ja hallinnollisissa menettelytavoissa.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010 4:32 §) säätelee terveydenhuollon järjestämistä ja painottaa toimivaa yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Sosiaaliohjaajan työssä tämä korostuu moniammatillisessa yhteistyössä esimerkiksi kuntoutusjaksojen aikana, kotiutuksen suunnittelussa ja palveluiden yhteensovittamisessa. Erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla keskeinen säädös on vanhuspalvelulaki, jonka tavoitteena on tukea ikääntyneiden hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 1:1 §).

Laissa turvataan asiakkaan oikeus hyvään kohteluun, itsemääräämisoikeuteen, osallisuuteen ja tiedonsaantiin (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 2:4 §). Sosiaaliohjaajan työssä tämä näkyy asiakkaan kuulemisena, ymmärrettävän tiedon antamisena sekä asiakkaan aktiivisena mukaan ottamisena palveluja koskevaan päätöksentekoon. Laissa määritellään potilaan asemasta ja oikeuksista sekä itsemääräämisoikeudesta hoidon ja hoitoimenpiteiden kannalta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:6 §). Terveydenhuollossa työskennellessä sosiaaliohjaajan tulee huomioida myös

asiakkaan itsemääräämisoikeus terveydelliseltä kannalta, mikä voi vaikuttaa palveluiden tarpeeseen jatkossa.

Tietosuojalaki puolestaan täydentää EU:n tietosuoja-asetusta ja säätelee henkilötietojen käsittelyä (Tietosuojalaki 1050/2018 1:1 §). Työssä tämä edellyttää huolellisuutta asiakastietojen käsittelyssä, salassapidon noudattamista sekä tietojen luovuttamista vain lain ja asiakkaan suostumuksen mukaisesti.

Dokumentointi on olennainen osa palveluprosessin sujuvuutta sekä asiakkaan ja sosiaaliohjaajan oikeusturvaa. Laissa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä, luovuttamisesta ja yhteiskäytöstä. Lain tavoitteena on turvata asiakastietojen tietosuoja, tietoturva ja asiakastietojen tarkoituksenmukainen käyttö palveluiden toteuttamisessa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023 1:1 §.) Laki on tärkeä osa työtä varsinkin tiedon jakamisena eri toimijoiden välillä asiakkaan suostumuksen ja lainsäädännön mukaisesti. Laki tukee moniammatillista yhteistyötä ja palveluiden yhteensovittamista, mikä on keskeistä erityisesti ikääntyneiden ja kuntoutujien palveluprosesseissa.

### **3.5 Aloitustilanne työtehtävän kehittämiseksi**

Sosiaalipalveluiden kasvava tarve on tunnistettu Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa keskeisenä haasteena ikääntyneiden kotiutumiseen liittyen. Ennen sosiaaliohjaajan työnkuvan kehittämistyötä erityisesti kotihoitoon pääsy ja erilaisten kotiutumista tukevien palveluiden ja apuvälineiden järjestymisen viivästyivät, mikä näkyi asiakkaiden odottamisena osastoilla. Vuoden 2023 aikana havaittiin uutena ilmiönä myös palvelutarpeen arviointiin jonottaminen osastohoidon aikana, minkä jälkeen asiakkaat jäivät edelleen odottamaan varsinaisen palvelun käynnistymistä. Vaikka osastoilla toimivien kotiutushoitajien työpanos tuki kotiutumisen etenemistä, sosiaalihuollon prosesseihin liittyviä haasteita ei kyetty ratkaisemaan ilman erillistä sosiaaliohjauksen osaamista. Näihin tarpeisiin vastattiin aloittamalla pilotointi sosiaaliohjaajan työpanoksen sijoittamista kuntoutumiskeskukseen yhteistyössä ikääntyneiden palveluiden kanssa. Uuden työnkuvan kehittämällä tavoitellaan sosiaaliohjauksen saatavuuden parantamista,

sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä edellyttävien prosessien yhtenäistämistä sekä palveluiden jatkuvuuden vahvistamista. (Hirvonen 2025.)

Siilaisen kuntoutumiskeskuksen henkilöstö koki sosiaalialan osaamisen tarpeelliseksi erityisesti tilanteissa, joissa asiakkaan toimintakykyä tuli tarkastella palvelutarpeen sekä kotiutumisen näkökulmasta. Sosiaalialan asiantuntemusta tarvittiin myös yleisesti palveluihin ja etuuksiin liittyvissä hakemusprosesseissa sekä vastuunjaon selkeyttämisessä eri toimijoiden välille. (Turunen 2026.)

Opiskelija voi työskennellä tilapäisesti sosiaalihuollon laillistetun ammattihenkilön ammatissa. Laillistetun ammattihenkilön tehtäviä voi suorittaa määräaikaista enintään vuoden ajan. Henkilön tulee opiskella sosiaalialalle soveltuvaa korkeakoulututkintoa sekä omata tarvittavan ammattitaitoinen käytännön osaaminen. (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2017 § 12.) Olen työskennellyt Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella, ikääntyneiden palveluiden asiakas- ja sosiaaliohjauksen tiimissä vuodesta 2024 alkaen virkaa sijaistavana sosiaaliohjaajana. Työtehtäviini on kuulunut ikääntyneiden neuvonta ja ohjaus, palvelutarpeen arvioinnin tekeminen asiakkaiden kotiympäristössä, yksittäisiä kehittämistehtäviä sekä työskentely Siilaisen kuntoutumiskeskuksessa. Tarve kehittää ja määritellä geronomikoulutuksen käyneen sosiaaliohjaajan työtehtävät ikääntyneiden kotiutumisen prosessissa oli työelämän tarpeista nouseva toive.

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää ja määritellä geronomikoulutuksen käyneen sosiaaliohjaajan työnkuva ikääntyneiden kotiutumisen prosessissa Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kuntoutumiskeskuksessa. Tavoitteena on laatia konkreettinen ja selkeä sosiaaliohjaajan työohje, joka on sovellettavissa myös muihin kuntoutumissairaaloihin Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella.

## 5 Sosiaaliohjaajan työnkuvan kehittämisen toteutussuunnitelma

### 5.1 Päiväkirjaopinnäytetyö

Opinnäytetyö toteutetaan reflektiivisenä päiväkirjamuotoisena opinnäytetyönä. Päiväkirjaopinnäytetöiden erityispiirteenä muihin opinnäytetyömuotoihin verrattuna on oman ammatillisen kehittymisen tarkastelu ja reflektointi. Työt pohjautuvat käytännön työelämästä nousevaan tarpeeseen ja voivat mahdollisesti liittyä laajempiin projekteihin. Työ perustuu opiskelijan omaan työhön ja sen tavoitteena on tukea opiskelijan kasvua oman alansa asiantuntijaksi. (Partanen, Koponen & Kostamo 2025. Miksi valita päiväkirjaopinnäytetyö?.)

Työ sopii hyvin opiskelijalle, joka on jo työelämässä. Tavoitteena on kehittää ammatillista osaamista ja tarkastella omaa työtä reflektiivisesti. Työ tarjoaa mahdollisuuden syventää ymmärrystä työn vaatimuksista sekä tarkastella omaa toimintaa kehittämisen näkökulmasta. Päiväkirjaopinnäytetyö toimii esimerkkinä siitä, miten työssä hankittua osaamista voidaan tunnistaa ja hyödyntää opinnoissa. (Partanen ym. 2025. Miksi valita päiväkirjaopinnäytetyö?.) Päiväkirjamenetelmät sopivat erityisesti tilanteisiin, joissa halutaan tarkastella ihmisten kokemuksia ja asioiden merkitystä. Menetelmää käytetään usein tilanteissa, joissa kokemuksia tulkitaan yksilöllisesti päiväkirjamerkintöjen kautta ja yhteistä ymmärrystä muodostetaan näitä merkintöjä yhdessä tarkastelemalla. Päiväkirjamenetelmä voi olla ennalta jäsenneily, joka jättää mahdollisuuden reflektoida kokemuksia. (Stephens, Ottrey & Matthews 2025, 9.) Kriittinen reflektointi vie tavallista pohdintaa pidemmälle haastamalla omia ajattelutapoja ja ennako-oleuksia. Teoriaa peilataan käytännön kokemuksiin, tarkastellaan niiden välisiä ristiriitoja ja yhtäläisyyksiä. (Stirling, Kerr, Banwall, MacPherson & Heron 2024, 66-67.)

Eri ammattikorkeakoulujen päiväkirjaopinnäytetöiden ohjeistukset ja toimintamallit pohjautuvat Haaga-Helia ammattikorkeakoulun Verkkovirta – Työn opinollistamista verkostoyhteistyönä -hankkeessa vuosina 2015–2017 kehitettyyn

malliin. Hankkeessa kehitettiin uudenlainen opinnäytetyömalli, joka suunnattiin opiskelijoille, jotka olivat jo vahvasti kiinnittyneet työelämään tai aloittaneet työn ennen opinnäytetyön tekemistä. Mallin ideana oli tuoda opinnot lähemmäs käytännön työelämää ja mahdollistaa opinnäytetyön tekeminen oman työn yhteydessä. (Partanen ym. 2025. Mikä on päiväkirjaopinnäytetyö?.) Päiväkirjamuotoinen opinnäytetyö sopi hyvin työelämän ja geronomiopintojen yhteensovittamisessa sekä uudenlaisen geronomin työnkuvan kehittämiseen Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella.

## **5.2 Työelämälähtöinen kehittäminen ja kehittämismenetelmä**

Toimintaympäristön nopea ja monimutkainen muutos edellyttää kehittämistyöhön osallistuvilta epävarmuuden sietämistä, erilaisista näkemyksistä oppimista ja joustavaa päätöksentekoa. Kehittämismalleissa keskeistä on yhteinen tekeminen, osallisuus, jatkuva oppiminen ja reflektointi. Kehittämistyön perustana ovat yhteiset tavoitteet, vuorovaikutteinen johtaminen ja arvioiva työote. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 53.)

Opinnäytetyön kehittämistyössä on sovellettu konstruktivistista mallia. Konstruktivistisen mallin mukaisesti työelämälähtöinen kehittäminen perustuu aitoihin työelämän tarpeisiin, joissa oppiminen ja kehittäminen tapahtuvat samanaikaisesti. Kehittämistyössä osaamista rakennetaan tunnistamalla kehittämiskohteita, hankkimalla ja arvioimalla tietoa kriittisesti sekä kokeilemalla uusia ratkaisuja käytännössä. Vaikka kehittäminen toteutuu usein yhteistyön ja verkostoiden turvin, korostuu kehittäjän oma aktiivinen rooli tiedonhankinnassa, itsensä johtamisessa sekä toiminnan arvioinnissa. Työelämälähtöinen kehittäminen tukee jatkuvaa oppimista, kriittistä ajattelua ja asiantuntijuuden jakamista, sekä vahvistaa valmiuksia toteuttaa kehittämishankkeita osana moniammatillista ja muuttuvaa työelämää. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 14–15.)

Konstruktivistinen malli on käytännönläheinen tutkimus- ja kehittämisote, jossa tavoitteena on luoda konkreettinen ratkaisu tunnistettuun käytännön ongelmaan. Ratkaisuna muodostuu uusi rakenne, esimerkiksi malli tai toimintatapa, joka perustuu olemassa olevaan teoreettiseen tietoon sekä käytännöstä kerättyyn

empiiriseen aineistoon. Mallin ydinajatuksena on uudenlaisen ja toimivan ratkaisun rakentaminen tutkimustiedon pohjalta. Mallin tulee olla teoreettisesti perusteltu, mutta samalla osoitettava toimivuutensa käytännössä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 65.) Konstruktiivisen mallin avulla toimijoille voidaan tuottaa aiempaa konkreettisempaa ja toimintaan ohjaavaa tietoa, jonka jälkeen teoriaa voidaan edelleen kehittää käytännössä syntyneiden havaintojen pohjalta (Jones, Gold & Claxton 2022, 3065).

Työhön liittyvä itseohjautuva oppiminen tarkoittaa yksilön oma-aloitteista osaamisen kehittämistä, joka tapahtuu organisaation sisäisesti sekä ulkoisesti ja jonka tarkoituksena on kehittää työssä tarvittavaa osaamista (Beier ym. 2025, 86–87). Kun työpaikalla yhdistetään organisaation ja yksilön näkökulmat oppimiseen, voidaan edistää laajempaa osaamisen kehittämistä organisaatiossa (Beier ym. 2025, 96). Kansainvälisesti tarkasteltuna, korkeakoulujen ja työelämän välinen yhteistyö tuottaa merkittäviä hyötyjä molemmille osapuolille. Työelämää ne tukevat osaavan työvoiman saatavuudella sekä organisaatioiden osaamisen vahvistumisella. Korkeakouluille yhteistyöt mahdollistavat työelämälähtöisten innovatiivisten oppimisympäristöjen kehittämisen. (Lasrado, Dean & Eady 2024, 571–572.)

Toteutus suunnitelma laadittiin opinnäytetyön tavoitteen pohjalta. Suunnitelmana oli raportoida sosiaaliohjaajan työnkuvan kehittämistä 12 viikon ajan päiväkirjaan. Lisäksi suunnitelmaan sisältyi aineiston koostaminen tiimipalaverissa sekä moniammatillisissa arviointitilanteissa, joissa sosiaaliohjaajan rooli nousee esiin käytännön työssä. Kehittämistyön sekä opinnäytetyön tekijän reflektion tukena oli laaja edustus sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia.

### **5.3 Suunnitelma opinnäytetyön toteutukselle**

Viikot 1 ja 2

Kehittämistyön ensimmäiset viikot keskittyvät kokonaisvaltaiseen nykytilan tarkasteluun. Havainnoin sosiaaliohjaajan osaamisen tarvetta kaikilla osastoilla sekä perehdyn palveluprosesseihin, työnkuvauksiin ja yhteistyörakenteisiin.

Lisäksi havainnoin, kuinka sosiaaliohjaajan rooli ja asiantuntijuus näyttäytyy hoitohenkilökunnalle, asiakkaille ja omaisille. Tavoitteenani on muodostaa kokonaiskuva kuntoutumiskeskuksen toiminnasta.

#### Viikot 3 ja 4

Seuraavilla viikoilla havainnointini painottuu asiakasprosesseihin ja palvelutarpeen arviointiin. Päiväkirjaan havainnoin kuinka palvelutarpeen arvioinnit etenevät eri osastoilla ja millaisia asiakastilanteita työssä kohdataan. Asiakastilanteiden kartoittaminen jatkuu kaikkien viikkojen ajan. Kiinnitän huomiota asiakkaiden elämäntilanteiden moninaisuuteen, toimintakyvyn arviointiin sekä kotiutustilanteisiin liittyviin haasteisiin ja onnistumisiin. Lisäksi tarkastelen asiakkaiden ja omaisten osallisuutta palveluiden suunnittelussa. Tavoitteenani on arvioida sosiaaliohjaajan työn merkitystä asiakkaan turvallisen kotiutumisen ja oikea-aikaisten palveluiden järjestymisen tukena.

#### Viikot 5 ja 6

Viikkojen aikana havainnointini kohdistetaan moniammatilliseen yhteistyöhön kuntoutumiskeskuksessa. Päiväkirjassa kuvaan yhteistyötä hoitohenkilökunnan, lääkäreiden, kuntoutuksen ammattilaisten sekä muiden toimijoiden kanssa. Lisäksi tarkastelen sosiaaliohjaajan roolia palaverissa, tiedonkulun sujuvuutta ja mahdollisia haasteita sekä sitä, kuinka sosiaaliohjaajan asiantuntijuutta hyödynnetään osana asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. Tavoitteenani on jäsentää sosiaaliohjaajan asemaa moniammatillisessa tiimissä.

#### Viikot 7 ja 8

Seuraavilla viikoilla havainnoin asiakkaiden kotiutumisprosessia sekä palveluiden jatkuvuuden varmistamista. Päiväkirjassa tarkastelen, kuinka kotiutumista suunnitellaan osastoilla ja millainen rooli sosiaaliohjaajalla on kotiutumisprosessin koordinoinnissa. Kiinnitän huomioita, kuinka eri toimijoiden kanssa tehtävä yhteistyö tukee sujuvaa siirtymistä osastohoidosta kotiin. Lisäksi havainnoin, miten palveluketjut jatkuvat kotiutumisen jälkeen ja ilmeneekö prosessin joissain

kohdissa katkoksia tai kehittämistarpeita. Tavoitteenani on arvioida sosiaaliohjaajan työn merkitystä turvallisen kotiutumisen ja palveluiden saumattoman jatkuvuuden turvaamisessa.

#### Viikot 9 ja 10

Viikkojen aikana havainnoin eettisiä kysymyksiä ja sosiaaliohjaajan ammatillista roolia. Päiväkirjassa tarkastelen eettisesti haastavia asiakastilanteita, asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista sekä omaisten roolia palvelutarpeen arvioinnissa. Lisäksi huomioidaan sosiaaliohjaajan vastuu, työn rajat sekä työn kuormittavuus ja ammatillinen jaksaminen hoito- ja kuntoutusympäristössä. Tavoitteenani on syventää ymmärrystä sosiaaliohjaajan eettisestä osaamisesta ja ammatillisesta identiteetistä.

#### Viikot 11 ja 12

Viimeisten kahden viikon aikana havainnointini kohdistuu sosiaaliohjaajan työn edellyttämiin ammatillisiin valmiuksiin kuntoutumiskeskuksessa. Tarkastelen sosiaaliohjaajan vuorovaikutustaitoja, sensitiivisyyttä asiakkaiden ja omaisten kohtaamisessa sekä kykyä toimia rauhallisesti kuormittavissa ja emotionaalisesti vaativissa tilanteissa. Lisäksi havainnoidaan itsenäistä työtettä, päätöksentekokykyä, joustavuutta sekä kykyä sietää epävarmuutta ja keskeneräisyyttä. Tavoitteenani on kuvata, millaisia ammatillisia ominaisuuksia sosiaaliohjaajan työ kuntoutumiskeskuksessa edellyttää ja miten ne tukevat työn onnistumista.

## **6 Opinnäytetyön toteutus**

### **6.1 Nykytilan kartoitus ja perehtyminen**

Viikoilla 1 ja 2 kehittämistyö keskittyi kuntoutumiskeskuksen toimintaympäristöön perehtymiseen sekä sosiaaliohjaajan työn tarpeen ja lähtötilanteen kartoittamiseen. Kuntoutumiskeskuksessa ei ole ollut ennen kokoaikaisesti

työskentelevää ikääntyneiden palveluiden sosiaaliohjaajaa, joten alkuvaiheen työni painottui erityisesti nykyisten toimintatapojen, vastuunjaon ja prosessien havainnointiin. Tavoitteenani oli muodostaa kokonaiskuva siitä, millaisissa tilanteissa geronomitaustaisen sosiaaliohjaajan osaamista tarvitaan.

Viikkojen aikana tutustuin kaikkiin osastoihin sekä osastojen toimintatapoihin. Tutustuminen tapahtui keskustelujen, arjen seuraamisen sekä yhteisten palaverien kautta, joihin osallistuin. Kävin esittäytymässä kuntoutumiskeskuksen lääkäreille, joille kerroin aloittamastani kehittämisprosessista sekä työtehtävistäni lyhykäisyydessään. Lääkäreiden kanssa käydyissä keskusteluissa nousi esiin, että kuntoutumiskeskukselta kotiutumiseen sekä muutenkin osastolla olon ajalla tarvitaan runsaasti sosiaalialan, kuten asiakkaan kokonaisvaltaisen palvelutarpeen arviointiin liittyvää osaamista, sekä tietoa etuuksista ja taloudellisista tukimuodoista, sosiaalisista verkostoista ja asiakkaan ja tämän omaisten rinnalla kulkemista.

Ensimmäisten viikkojen aikana osallistuin useisiin erilaisiin palavereihin, joissa kävimme läpi sen hetkistä kotiutusprosessia sekä toimintatapoja. Kävimme esihenkilöni kanssa jo heti alusta läpi säännöllisiä palaveriteita, joihin osallistuisin. Näistä minulle merkittävimmäksi muodostui kahdenkeskiset palaverit joka toinen viikko oman esihenkilöni kanssa. Näissä pystyin hyvin jakamaan ajatuksiani sekä kokemuksiani kuntoutumiskeskuksessa. Koin, että esihenkilöni tuki oli huomattavan tärkeää koko kehittämisprosessin ajan.

Ensimmäisten viikkojen ajan työskentelin päivittäin kotiutushoitajien kanssa, joilla oli vahva osaaminen asiakkaiden kotiutumisesta. Kävimme yksityiskohtaisesti läpi kotiutumisprosesseja. Nojauduin paljon kotiutushoitajien tukeen, sillä he ovat terveydenhuollon ammattilaisia, joiden tietämystä tarvitsin palvelutarpeen arviointien tekemisessä.

Kehittämisteemojen osalta painopiste oli havainnoissa ja tiedon kokoamisessa. Tavoitteenani ei ollut lähteä rakentamaan toimintatapoja vielä ensimmäisillä viikoilla, vaan ymmärtää nykyisiä käytäntöjä ja tunnistaa niihin liittyviä haasteita. Oman työskentelyni suunnittelu nousi keskeiseksi osaksi alkuvaihetta, sillä työn

rajat ja vastuut olivat vasta muotoutumassa. Pohdin erityisesti sitä, että miten sosiaaliohjaajan työ rakentuisi, jotta se tukee sekä asiakkaita että osaston toimintaa ilman päällekkäisyyksiä muiden ammattiryhmien kanssa.

## **6.2 Asiakasprosessit ja palvelutarpeen arviointi**

Viikkojen 3 ja 4 painopiste siirtyi selkeämmin asiakasprosesseihin ja palvelutarpeen arviointiin. Näiden viikkojen aikana työskentely konkretisoitui asiakastyössä ja sosiaaliohjaajan rooli alkoi hahmottua käytännön tekemisen kautta. Viikkojen aikana palvelutarpeen arvioinnit kulkivat kehittämistyön rinnalla. Asiakastilanteet olivat keskenään hyvin erilaisia ja ne toivat esiin asiakkaiden elämäntilanteiden moninaisuuden. Osan asiakkaiden kanssa palvelutarpeen arviointi oli melko yksinkertainen ja avuntarpeet selkeät. Toisinaan taas keskiössä olivat pidempään jatkuneet sosiaaliset ja taloudelliset haasteet, yksinäisyys tai omaisten kuormittuminen. Sosiaaliohjaajan rooli näyttäytyi erityisesti kokonaisuuden kokoajana ja asiakkaan arjen näkökulman esiin tuojana.

Osallistuin myös osastolta käsin tehtäville kotiarviokäynneille yhdessä fysioterapeutin kanssa sekä myös kaksin asiakkaiden kanssa. Useissa tilanteissa oli selkeää ristiriitaa asiakkaan toiveiden ja todellisten avuntarpeiden välillä. Nämä tilanteet vaativat hienovaraista keskustelua sekä vaihtoehtoisten ratkaisujen läpikäyntiä. Kotikäynnit antoivat myös arviota mahdollisista kotiutumisaikatauluista. Tarkastelin erityisesti asiakkaiden ja omaisten osallisuutta palveluiden suunnittelussa. Tilanteet vaihtelivat sen mukaan, oliko asiakkailla omaisia mukana tuomassa esiin huolia ja näkemyksiä vai ei. Sosiaaliohjaajan rooli korostui erityisesti silloin, kun asiakkaan ja omaisten mielipiteet poikkesivat toisistaan.

Oman toiminnan osalta pohdin näiden viikkojen aikana erityisesti sitä, kuinka palvelutarpeen arviointi kannattaa ajoittaa osaksi asiakasprosessia. Koin ajoituksen haastavaksi, sillä palvelutarpeen arviointi tulisi tehdä silloin kun asiakas on kotikuntoinen. Tilanteissa nousi kuitenkin esiin haasteeksi se, että ajoittain palveluita joutuu jonottamaan, jolloin asiakas käytännössä vie osastopaikan odottamisen vuoksi. Näitä haasteita kuitenkin pyrittiin ratkaisemaan harkitusti myönnettävällä kotiutumisen tukemisen palvelusetelillä, joilla pystyin

mahdollistamaan asiakkaalle kotihoidon käyntejä yksityisiltä palvelutuottajilta kohtuulliseen hintaan.

### **6.3 Moniammatillinen yhteistyö kotiutumisprosessin aikana**

Viikoilla 5 ja 6 painopiste oli moniammatillisessa yhteistyössä. Näiden viikkojen aikana sosiaaliohjaajan rooli alkoi rakentumaan osaksi moniammatillista toimintaa. Asiakasprosessit toivat konkreettisesti esiin sen, että sosiaaliohjaajan työ nivoutuu tiiviisti muiden ammattiryhmien työhön ja sitä on haastavaa tarkastella erillisenä kokonaisuutena.

Osallistuin useisiin moniammatillisiin palavereihin, jotka tulevat jatkossa kulkemaan kehittämistyön rinnalla. Palavereita oli usealla eri kokoonpanolla, joissa oli mukana, hoitohenkilökuntaa, lääkäreitä, kuntoutumisen ammattilaisia sekä muita toimijoita. Palavereissa käytiin läpi asiakkaiden hoidon etenemistä, kuntoutuksen tavoitteita sekä kotiutukseen liittyviä asioita. Osa palavereista pidettiin yli toimialarajojen yhteistyössä kotihoidon ja osaston kanssa, joissa käsiteltiin muun muassa jonotilanteita sekä asiakkaiden kotiutumisia. Varsinkin kotihoidon kanssa käydyissä palavereissa sosiaaliohjaajan rooli näyttäytyi eräänlaisena yhdistävänä tekijänä terveyden- ja sosiaalihuollon rajapinnassa. Näiden viikkojen aikana aloitettiin myös säännölliset viikoittaiset yhteistyöpalaverit kotiutustieteen kanssa, joka toteuttaa Joensuun alueen kotihoidon arviointijaksot. Palavereissa käsiteltiin ajankohtaisia kotiutustilanteita. Näiden kautta tuli näkyväksi sosiaaliohjaajan tärkeys asiakastilanteiden kokonaisvaltaisessa läpikäymisessä.

Lisäksi viikkojen aikana tarkasteltiin yhteistyötä terveydenhuollon sosiaaliohjaajan kanssa, joka ei kuulu ikääntyneiden palveluihin. Terveydenhuollon sosiaaliohjaaja työskentelee työikäisten sosiaalipalveluiden piirissä, jonka myötä ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnit eivät kuulu työnkuvaan. Työnkuva painottuu etuus-, talous- ja asumisen asioiden osaamiseen. Yhteistyön myötä nousi selkeästi esiin, että sosiaaliohjauksen eri roolit täydentävät toisiaan. Käytännön työssä yhteistyö jakautui loogisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Niiden asiakkaiden kohdalla, joilla oli hyvin laaja avuntarve, teimme työnjakoa yhdessä terveydenhuollon sosiaaliohjaajan kanssa.

Nostan esimerkiksi tilanteen, jossa asiakas tarvitsee uuden asunnon ja taloustilanteen selvittelyitä eikä hänellä ollut omaisia sekä palveluntarve oli runsas kotiutuessa. Asiakkaalle selvennettiin asioiden kulku sekä työnjako. Terveystilanteen sosiaaliohjaaja alkoi työskentelemään asiakkaan kanssa ja etsimään asuntoa sekä selvittämään taloustilannetta. Kun nämä alueet olivat hoidossa, siirtyi asiakas minulle ja aloitin kartoittamaan tarvittavia palveluita sekä suunnittelemaan kotiutumista. Lopuksi varmistin palveluiden kokonaisvaltaisen jatkuvuuden jatkuu.

Moniammatillisuus näyttäytyi myös ikääntyneiden palveluiden puolelle. Viransijaisena työskennellessä en voinut tehdä asiakkaiden palvelupäätöksiä. Mikäli myönsin asiakkaalle kotihoidon arviointijakson, hyvinvointialueen ohjeistuksen mukaisesti minun kuuluisi tehdä jaksosta palvelupäätös. Näissä tilanteissa tein yhteistyötä muun muassa kotihoidon sosiaaliohjaajien kanssa, jotka tekivät tarvittavat päätökset puolestani. Yhteistyö näyttäytyi myös asumispalveluiden sosiaaliohjauksen tiimin kanssa, joiden pyynnöstä tein asumispalveluihin hakevien asiakkaiden palvelutarpeen arviointeja. Toimin työparina gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijän kanssa, erityisen tuen tarpeessa olevan asiakkaan kotiutumisosuudessa. Työnjakoa tehtiin siten, että sosiaalityöntekijä teki palvelutarpeen arvioinnin erityisen tuen tarpeesta, jonka jälkeen hoidin käytännön asiat kotiutumiseen liittyen yhteistyössä kotiutushoitajan kanssa. Sosiaaliohjaajan rooli muotoutui nopeasti osaksi moniammatillista tiimiä. Avoin lähestymistapa tukivat prosessia. Koin aktiivisen osallistumisen tukevan työn sijoittumista moniammatilliseen tiimiin.

#### **6.4 Kotiutumisosuus ja palveluiden jatkuvuus**

Viikoilla 7 ja 8 painopiste kohdistui erityisesti asiakkaiden kotiutumisosuuteen sekä palveluiden jatkuvuuden varmistamiseen. Näiden viikkojen aikana sosiaaliohjaajan rooli kotiutumisten suunnittelussa konkretisoitui entisestään. Asiakastyön myötä korostui, kuinka merkittävä vaikutus kotiutuksen suunnittelulla ja oikea-aikaisilla palveluratkaisuilla on asiakkaan turvallisuuteen ja arjessa selviytymiseen. Kotiutumisten suunnittelu tapahtui tiiviissä yhteistyössä kotiutustiimin sekä muiden tarvittavien toimijoiden kanssa. Sosiaaliohjaajan näkökulmasta oli

keskeistä, että asiakkaan kokonaistilanne tuli huomioiduksi ennen kotiutumista sekä varmistaa palveluiden jatkuvuus kotiutuessa.

Nostin tarkasteluun tehdyistä palvelutarpeen arvioinneista tilanteen, jossa asiakkaan toimintakyvyn arviointi osoittautui haastavaksi osastoympäristössä. Kotiutumista suunniteltaessa yhdessä asiakkaan ja kotiutusyhdyshenkilön kanssa, arvioimme asiakkaan voivan kotiutua ilman kotihoidon käyntejä turvapuhelimen turvin. Asiakas oli myös vahvasti samaa mieltä. Sovimme kuitenkin asiakkaan kanssa, että otan yhteyttä asiakkaaseen muutaman päivän kotona olemisen jälkeen.

Puhelun aikana kävi ilmi, että asiakkaan toimintakyky oli kuitenkin kotona heikentyneempi mitä osastolla. Päivitimme palvelutarpeen arviointia puhelimitse, jonka myötä asiakkaalle aloitettiin kiireellisesti kotihoidon käynnit kotiutumisen tukemisen setelillä. Palveluiden järjestymisen tapahtui nopealla aikataululla, jonka myötä asiakas pystyi kotona olemaan ja ehkäistiin sairaalaan joutumista uudelleen. Tämä tilanne havainnollisti konkreettisesti sen, että asiakkaan toimintakykyä on ajoittain haastavaa arvioida esteettömässä ja täysin turvallisessa ympäristössä osastolla. Kotona puolestaan arjen askareiden tekeminen voi niin sanotusti paljastaa avuntarpeen vasta kotiutumisen jälkeen. Sosiaaliohjaajan rooli näyttäytyi tässä tilanteessa siinä, että pystyin reagoimaan joustavasti ja nopeasti, joka mahdollisti palveluiden käynnistämisen nopeasti.

Viikkojen aikana tarkastelin myös palveluketjujen jatkuvuutta kotiutumisen jälkeen. Oli tilanteita, joissa palveluiden käynnistyminen oli sujuvaa ja ennakoitua, kun taas toisissa tilanteissa ilmeni viiveitä tai epäselvyyksiä vastuunjaossa. Koin myös niin sanotusti epäonnistumisia kotiutumisissa, johtuen osittain omasta arviointikyvystä. Tilanteessa minun olisi pitänyt perehtyä tarkemmin asiakkaan asumisolosuhteisiin, jotka tulivat kotiutumisen jälkeen ilmi. Asiakkaalla alkoi kuitenkin kotihoidon käynnit heti kotiutuessa, joten kotihoito pystyi reagoimaan nopeasti ja järjestämään asiakkaalle tilapäisen asumisratkaisun. Tilanne kuitenkin työllisti kotihoitoa, joka olisi voitu ehkäistä perehtymällä asiakkaan tilanteen vielä laajemmin.

Edellä kuvatut esimerkit vahvistivat käsitystä siitä, että yhteydenotto kotiutumisen jälkeen sekä palveluiden järjestäminen heti kotiutumisen yhteydessä voivat olla merkittävä osa sosiaaliohjaajan työtä. Kuluneiden viikkojen perusteella voidaan todeta, että sosiaaliohjaajan työ on keskeisessä roolissa kotiutumisprosessin ja palveluiden jatkuvuuden turvaamisessa. Palvelutarpeen arvioinnit eivät aina ole yksittäinen tehtävä vaan arviointi, joka saadaan päätökseen kotiutumisen jälkeen. Kokemuksieni mukaan kotiutumista suunnitellessa on arvioitava, onko palvelutarpeen arviointia perusteltua jatkaa kotona, jotta asiakkaan toimintakyvystä saadaan realistinen käsitys.

## **6.5 Eettiset kysymykset ja ammatillinen rooli**

Kehittämistyön loppupuolella viikoilla 9 ja 10 painopiste kohdistui päivittäisen asiakastyön rinnalla eettisiin kysymyksiin sekä ammatillisen roolin tarkasteluun kuntoutumiskeskuksessa. Viikkojen aikana korostui erityisesti sosiaaliohjaajan vastuu tilanteissa, joissa asiakkaan itsemääräämisoikeus, ammattilaisten arviot ja omaisten näkemykset eivät olleet yhteneviä.

Kiinnitin huomioni asiakastilanteisiin, joissa nousi esiin jännite eri ammattiryhmien näkemysten välillä asiakkaiden palveluita suunnitellessa. Tilanne, jossa asiakas kieltäytyi kaikista tarjotuista palveluista ja ilmaisi selkeästi halunsa kotiutua ilman kotihoitoa tai muita tukipalveluita. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakas olisi hyötynyt palveluista, mutta ne eivät olleet ehdottomia turvallisen kotiutumisen kannalta. Tätä tuki myös asiakkaan tilanne ennen sairaalaan joutumista, jolloin arki oli sujunut asiakkaan omalla tyylillä. Asiakas oli kykenevä tekemään päätöksiä ja ymmärsi realistisesti tilanteensa.

Lääkärin näkökulmasta tilanne näyttäytyi kuitenkin heitteillejättönä, mikäli asiakas kotiutuisi ilman palveluita. Tämä toi esiin selkeän eettisen ja ammatillisen ristiriidan: terveydenhuollon näkökulmasta korostui huoli asiakkaan selviytymisestä, kun taas sosiaaliohjauksen näkökulmasta keskiössä oli asiakkaan oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä. Tilannetta käytiin läpi moniammatillisesti keskustellen, sekä tarkastellen aikaa ennen osastolle joutumista. Lopuksi

muodostui yhteinen ymmärrys, että asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei tarkoita heitteillejättöä vaan tietoista ja perusteltua ratkaisua.

Toisena keskeisenä eettisenä teemana kehittämistyön aikana nousi esiin asumispalveluihin liittyvät tilanteet, joissa asiakkaan, omaisten ja ammattilaisten näkemykset eivät olleet yhteneviä. Kohdalle sattui useampi asiakastilanne, jossa omaiset toivat vahvasti esiin huolensa asiakkaan pärjäämisestä ja vaativat asumispalvelupaikkaa asiakkaalle. Asiakas puolestaan ilmaisi selkeästi toiveensa jatkaa asumista kodissaan. Palvelutarpeen arvioinnit sekä moniammatilliset näkemykset puolsivat näkemystä asiakkaan kotona asumista, eikä asumispalvelupaikan tarve ollut arvioinnin perusteella ajankohtainen.

Näissä tilanteissa sosiaaliohjaajan rooli korostui erityisesti asiakkaan toiveen ja itsemääräämisoikeuden esiin tuojana. Vaikka omaisten huoli oli usein aitoa ja perusteltua, päätöksenteon keskiössä oli asiakkaan toimintakyky, kokonaistilanne ja oma näkemys tilanteestaan. Tilanteiden käsittely edellytti sensitiivisyyttä ja vuorovaikutustaitoja, sillä omaisten näkökulmasta ratkaisut saattoivat näyttäytyä turvattomina tai riittämättöminä. Minun tehtävänäni oli avata palvelutarpeen arvioinnin johtopäätöksiä ja perustella, miksi asiakkaan kotona asumista pidettiin tässä vaiheessa tarkoituksenmukaisena ratkaisuna. Osassa tilanteissa oli myös mukana omaisten virheelliset luulot edunvalvontavaltuutuksen toimintavallasta. Näissä tilanteissa oli tärkeää, että valtuutuksien sisältö tarkastettiin digi- ja väestötietovirastolta, että asiakkaiden asiat tulevat käsitellyksi lain mukaisesti.

Asumispalveluihin liittyvä eettinen pohdinta korostui myös saattohoidossa olevien asiakkaiden kohdalla. Oli tilanteita, joissa asiakas oli jo aikaisemmin hakenut asumispalvelua mutta terveydellinen tila oli nopeasti heikentynyt merkittävästi. Pohdin paljon, kuormittaako palvelutarpeen arvioinnin tekeminen asiakasta ja omaisia jo valmiiksi voimavaroja vievässä tilanteessa. Usein päädyin siihen, että asumispalveluprosessin jatkaminen ei palvele asiakkaan etua eikä päivittänyt palvelutarpeen arviointia.

Mielestäni oli ratkaisevaa asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu. Noudatin lähtökohtaisesti ohjeistusta, että asiakkaan kotona asumista tuetaan

kotiin vietävillä palveluilla, joka on ensisijainen vaihtoehto. Koin tilanteet eettisesti perustelluiksi, sillä keskityttiin asiakkaiden hyvinvoinnin tukemiseen heille tärkeässä ympäristössä, eli omassa kodissa. Työtehtävät ovat keskittyneet paljon eettisesti kestävien ratkaisujen tekemiseen. Olen tarvinnut myös rohkeutta perustella ratkaisuja, jotka eivät aina ole vastanneet kaikkien osapuolien odotuksia.

## **6.6 Ammatilliset valmiudet ja kehittämistyön koonti**

Kehittämistyön viimeiset kaksi viikkoa painottuivat kuluneiden viikkojen kokonaisuuden tarkasteluun sekä työn arviointiin. Näiden viikkojen aikana oli mahdollista pysähtyä tarkastelemaan, kuinka kehittämistyö oli edennyt, millaisia muutoksia ja oivalluksia prosessin aikana oli syntynyt sekä miten sosiaaliohjaajan työ oli alkanut sopeutua osaksi moniammatillista kokonaisuutta. Päivittäinen asiakastyö on jatkunut koko kehittämistyön ajan, mutta painopiste siirtyi aiempaa enemmän työn koontiin ja reflektointiin.

Viikkojen aikana kävimme kehittämisprosessia läpi kotiutushoitajien sekä kotihoidon työntekijöiden kanssa. Tarkastelimme sosiaaliohjaajan roolia kotiutumisprosessissa, palvelutarpeen arviointien tekemisen aikataulua sekä yhteistyön sujuvuutta eri toimijoiden välillä. Näiden keskustelujen kautta tuli näkyväksi, että sosiaaliohjaajan työ on selkeyttänyt kotiutuksiin liittyviä käytäntöjä ja tuonut sosiaalihuollon näkökulman aiempaa systemaattisemmin osaksi kotiutumisen suunnittelua. Kuntoutuksen ammattilaisten sekä lääkäreiden kanssa käydyt keskustelut vahvistivat käsitystä siitä, että sosiaaliohjaajan työ täydentää terveydenhuollon osaamista ja tukee realistista sekä asiakaslähtöistä kotiutumista.

Noin kuukauden työskentelyn aikana ymmärsin myös geronomiopintojen hyödyllisyyden palvelutarpeen arviointeja tehdessä sekä terveydenhuollossa työskennellessä. Geronomiopinnoissa käsitellään laajasti sairauksiin, lääkehoitoon ja toimintakykyyn liittyviä asioita. Siirryessäni työskentelemään terveydenhuollon ympäristöön, huomasin kuinka hyödyllisiä opinnot ovat olleet. Työssäni joudun paljon perehtymään asiakkaiden tulosityihin, lääkehoitoon sekä sairauksista

johtuviin oireisiin. Työntekoa on helpottanut, kun on jo kyseisistä aiheista tietämystä.

## 6.7 Sosiaaliohjaajan työnkuva

Sosiaaliohjaajan työnkuva kuntoutumiskeskuksessa rakentui asiakkaan kokonaistilanteen hahmottumiseen, kotiutumisosprosessin tukemiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa toimimiseen. Työ painottui ikääntyneiden asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin, palveluiden koordinointiin ja asiakkaiden sekä omaisten ohjaamiseen palveluiden suhteen kotiutuessa.

Keskeinen osa sosiaaliohjaajan työtä on palvelutarpeen arviointi. Kuntoutumiskeskuksessa työhön kuuluu myös arvioida tilanteita, onko palvelutarpeen arviointi asiakkaan edunmukaista tehdä. Kuntoutumiskeskuksessa palvelutarpeen arviointi ei välttämättä ole yksittäinen tehtävä, joka saatetaan loppuun osastolla, vaan se voi olla prosessi, joka voidaan tehdä loppuun asiakkaan kotiutumisen jälkeen. Työssä korostui kotiutumisosprosessin koordinointi kokonaisuudessaan. Toimiminen viikoittain niin sanotusti linkkinä osastojen, kotihoidon, asumispalveluiden sekä muiden yhteistyötahojen välillä. Työhöni kuului yhteistyö moniammatillisen tiimin kanssa, osallistuminen palavereihin sekä asiakkaan tilanteen sosiaalisten ja palveluihin liittyvien näkökulmien esiin tuominen. Kotiutumiseen sekä palveluihin liittyvät päätökset tehdään realistisesti ja ennakoivasti, huomioiden palvelujärjestelmän mahdollisuudet ja asiakkaan yksilölliset tarpeet.

Asiakastyössä roolini oli ohjaava, neuvova ja koordinoiva. Sosiaaliohjaaja käy keskusteluja asiakkaan ja omaisten kanssa ja selvittää palvelukokonaisuuksia. Työssä korostuu asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä asiakkaan äänen esiin tuominen myös silloin, kun näkemykset eroavat omaisten tai muiden ammattilaisten näkemyksistä. Sosiaaliohjaaja osallistuu eettisesti vaativiin tilanteisiin, joissa joudutaan punnitsemaan asiakkaan toiveiden, turvallisuuden ja palvelutarpeen välillä.

Sosiaaliohjaajan työnkuvaan kuuluu myös kotikäyntejä sekä kotiutumisen jälkeistä seuranta. Kotikäynnit ja yhteydenotot kotiutumisen jälkeen

mahdollistavat asiakkaan todellisen toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin arkiympäristössä. Tämä tukee palveluiden joustavaa käynnistämistä tai tarkentamista tilanteissa, joissa osastoympäristössä tehty arvio ei täysin vastaa kotona nähtävää toimintakykyä.

Kuntoutumiskeskuksessa sosiaaliohjaajan työ sisältää lisäksi jatkuvaa kehittämistyötä. Työnkuvaan kuuluu toimintatapojen arviointia, yhteistyörakenteiden luomista sekä sosiaaliohjaajan työn näkyväksi tekemistä osaksi moniammatillista tiimiä. Tämä edellyttää aktiivista vuorovaikutusta, oman asiantuntijuuden esiin tuomista sekä kykyä toimia keskeneräisissä ja muotoutuvissa rakenteissa.

Kokonaisuutena sosiaaliohjaajan työnkuva kuntoutumiskeskuksessa on laaja-alainen ja vastuullinen. Työ sijoittuu sosiaalihuollon ja terveyden rajapintaan ja sen keskeisenä tavoitteena on tukea asiakkaan turvallista kotiutumista, palveluiden oikea-aikaista järjestymistä sekä asiakkaan osallisuuden toteutumista. Sosiaaliohjaaja toimii koordinoivana, eettisesti harkitsevana ja asiakaslähtöisenä ammattilaisena, joka täydentää kuntoutumiskeskuksen moniammatillista toimintaa. (Liite 1.)

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Kehittämistyö**

Työelämään suuntautuneen työn tavoitteena on kehittää asiakastyötä, toimintamalleja ja palveluita. Työelämässä tutkimuksellinen työ kytkeytyy usein konkreettisten haasteiden tunnistamiseen ja niiden ratkaisemiseen tutkimustietoon perustuen. (Vilkkä, H. 2025.) Opinnäytetyön tekeminen oli mielekästä sekä motivoivaa, sillä aihe oli ammatillisesti tuttu. Kehittämistyö kytkeytyi suoraan arjen työhön kuntoutumiskeskuksessa, mikä lisäsi sitoutumista prosessiin ja vahvisti kokemusta työn käytännön hyödyllisyydestä.

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää ja selkeyttää geronomitaustaisen sosiaaliohjaajan työnkuvaa ikääntyneiden kotiutumisosuudessa kuntoutumiskeskussa. Kehittämistyö toteutettiin päiväkirjamuotoisena, työelämälähtöisenä prosessina, joka kytkeytyy tiiviisti korkeakoulun ja työelämän väliseen yhteistyöhön. Organisaatiot ovat keskeisessä asemassa opiskelijoiden ohjauksessa. Korkeakoulujen ja organisaatioiden välinen yhteistyö tarjoaa molemminpuolisia etuja, kuten osaamisen ja tiedon jakamista sekä opiskelijoiden tuoreiden näkökulmien hyödyntämistä. (Lasrado, Dean & Eady 2023, 573.)

Päiväkirjamuotoinen menetelmä osoittautui tarkoituksenmukaiseksi, sillä se edellytti pitkäjänteistä sitoutumista kehittämistyöhön. Menetelmän myötä vuorovaikutus organisaatioiden kanssa vahvistui ja loi luottamusta eri tahojen välille. (Stephens, Ottrey & Matthews 2025, 7.) Sosiaaliohjaajan työn sisältöä tarkasteltiin käytännön työn, havainnoinnin ja jatkuvan reflektion kautta. Havainnointi on yleisesti käytetty menetelmä erityisesti palveluiden kehittämisessä, mutta sitä voidaan hyödyntää myös toimintaympäristön tarkastelussa (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 114). Kehittämistyön aikana muodostui kokonaiskuva sosiaaliohjaajan roolista osana moniammatillista toimintaympäristöä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintaa. (Liite 1.)

Yhdysvalloissa toteutettu tutkimus osoittaa, että sosiaalisten riskien huomiointi terveydenhuollossa voidaan lisätä kohdennetun tuen avulla, mutta vaikutukset jäävät usein lyhytkestoisiksi, ellei toimintaa onnistuta juurruttamaan pysyviksi käytännöiksi (Gold ym. 2023, 9–10). Tutkimuksen tulokset ovat yhdenmukaisia opinnäytetyössä esiin nousseiden tulosten kanssa, joiden perusteella sosiaaliohjaajan pysyvä rooli osana moniammatillista tiimiä edisti kotiutumiseen liittyvien sosiaalisten riskien ja kysymysten tarkastelua aiempaa varhaisemmassa vaiheessa.

Ennen sosiaaliohjaajan työn aloittamista kotiutumisosuutta hidastivat vastuunjaon epäselvyydet, viiveet sosiaalipalveluihin ohjautumisessa sekä puutteellinen kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta. Sosiaaliohjaajan aloittamisen myötä vastuut selkeytyivät ja asiakkaan tilannetta pystyttiin tarkastelemaan kokonaisvaltaisemmin, mikä tuki sujuvampaa kotiutumista. Linnéusson & Uriarte

(2023, 559) tekemän tutkimuksen mukaan päivystyskäyntien määrää voidaan vähentää kohdentamalla yksilöllisiä palvelukokonaisuuksia ikääntyneille sekä vahvistamalla kotihoidon roolia osastohoidon rinnalla.

Vastaavia havaintoja raportointiin myös kansainvälisti tutkitussa Transitional Care Model -mallissa. Malli korostaa kotiutumisien sytemaattista koordinoitua, vastuun selkeyttämistä sekä asiakkaan ja läheisten tukemista jo sairaalahoidon aikana. Mallin on todettu vähentävän hoidon viivästyksiä ja tukevan sujuvaa kotiutumista. (Naylor ym. 2018.) Kotiutumisen suunnittelu tulee aloittaa jo osastolle saapumisen yhteydessä, näin voidaan ennakoida ja hallita kotiutumiseen liittyviä haasteita kokonaisvaltaisesti sekä varhainen ja tiivis moniammatillinen yhteistyö tukee ikääntyneiden toimintakyvyn säilymistä ja vahvistumista (Rameli & Rajendran 2022).

Työn aikana korostui sosiaaliohjaajan tehtävä asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisena arvioijana ja koordinoijana. Ammatillinen toiminta edellyttää yhä enemmän moniammatillista yhteistyötä, jatkuvaa oppimista sekä kykyä rakentaa osaamista ja ajattelua uudella tavalla muuttuvissa tilanteissa (Korhonen 2018, 18). Sosiaaliohjaaja toimii linkkinä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä, varmistaen tiedonkulun sekä palveluiden jatkuvuuden. Osokpo ym. (2025, 6) kuvaavat artikkelissaan, että kotiutumisiin kohdistuva koordinoitu toimintatapa tukee hoidon kokonaisuuden hallintaa. Lisäksi korostuu, että toiminnan jatkuva seuranta ja oikea-aikainen reagointi edellyttää säännöllistä viestintää sekä tiivistä moniammatillista yhteistyötä. (Osakpo ym. 2025, 6.) Erityisesti tilanteissa, joissa asiakkaan ja omaisten näkemykset erosivat toisistaan, sosiaaliohjaajan rooli korostui.

Gerontologisen osaamisen katsauksessa tunnistetut osaamisvaatimukset korostavat, että ikääntyneiden kanssa tehtävä työ edellyttää laaja-alaista osaamista, kuten palvelujärjestelmän tuntemusta, koordinoitua ja moniammatillista yhteistyötä (Tate ym. 2025, 14-15). Kehittämistyön tulokset tukevat tätä näkemystä osoittamalla, että sosiaaliohjaajan työ ei ole irrallinen lisä kuntoutuskeskuksen toimintaan, vaan olennainen osa sujuvaa kotiutumisprosessia ja integroitua palvelukokonaisuutta. Sosiaaliohjaajan läsnäolo vahvisti

moniammatillista työnjakoa, vähensi päällekkäistä työtä ja toi rakenteellista selkeyttä kotiutumisen suunnitteluun, mikä konkretisoi kirjallisuudessa esiin nostettua tarvetta laaja-alaiselle gerontologiselle osaamiselle. Ikääntyneet ja heidän omaisensa luottavat kotiutumispäätöksissä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemukseen, minkä vuoksi ammatillinen vastuu ja moniammatillisen yhteistyön aktiivinen edistäminen ovat keskeisiä tekijöitä sujuvan kotiutumisen varmistamisessa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2025).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että geronomitaustaisella sosiaaliohjaajalla on merkittävä rooli ikääntyneiden kotiutumisprosessissa kuntoutumiskeskuksessa. Selkeästi määritelty työnkuva tukee sekä asiakaslähtöistä palvelua että moniammatillisen yhteistyön toimivuutta. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että sosiaaliohjaajan rooli kuntoutumiskeskuksessa vastasi selkeään ja aiemmin tunnistettuun tarpeeseen. Kehittämistyön tuloksena syntynyt työnkuva tarjoaa konkreettisen mallin, jota voidaan hyödyntää ja soveltaa myös muissa vastaavissa toimintaympäristöissä (Liite 1).

## **7.2 Luotettavuus ja eettisyys**

Opinnäytetyö toteutettiin noudattaen hyvän tieteellisen käytännön mukaisia periaatteita (TENK 2023). Työn kaikissa vaiheissa korostettiin avoimuutta ja huolellisuutta. Päiväkirjamuotoinen opinnäytetyö valittiin kehittämismenetelmäksi, koska se sopi toimeksiantajan ja työelämän tarpeisiin ja mahdollisti toiminnallisen ja osallistavan kehittämisen. Ennen opinnäytetyön aloittamista, on toimeksiantajalta selvitetty tutkimuslupan ja eettisen ennakoarvioinnin tarve. Hyvinvointialueen käytäntöjen mukaisesti, päiväkirjamuotoisen opinnäytetyön tekoon ei tarvittu tutkimuslupaa eikä eettistä ennakoarviointia. Yhteistyötä opinnäytetyön toteuttamisessa tehtiin toimeksiantajan edustajien kanssa koko opinnäytetyöprosessin ajan säännöllisesti viikoittain. Aineistonhallintasuunnitelmaa ei tarvittu, koska työssä kehitettiin työnkuvaa, eikä aineistoja syntynyt opiskelijan ja opinnäytetyöntekijän käyttöön. Syntynyt materiaali oli osa työnantajan eli toimeksiantajan materiaaleja. Tietosuojaoselostetta ei tarvittu, sillä työsuhteessa tehdyssä kehittämistehtävässä työntekijää koskevat tietosuoja- ja salassapitosäännökset olivat voimassa.

Opinnäytetyön sisällön luotettavuutta tukee käytetyt lähteet. Työn tietoperusta on rakennettu käyttämällä julkisen sektorin hyvinvointialueen tuottamaa ajantasaista ja virallista tietoa ikääntyneiden palveluista. Työssä on käytetty ajankohtaista tutkimustietoa, jota on tuettu kansainvälisillä tutkimustiedoilla. Kansainväliset lähteet ja tutkimukset täydentävät kotimaista tutkimustietoa. Lähdehakua on tehty luotettavista tutkimusverkostoista ja tieteellisistä julkaisuista, mikä tukee työn tietoperustaa. Lähteiden haussa on käytetty rajauksena vuosia 2016–2026, muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Tutkimuksia haettaessa on enimmäkseen tarkasteltu vertaisarvioituja artikkeleita.

Tutkimustiedon ohella lähdevalinnoissa on huomioitu käytännönläheinen näkökulma, kuten työelämän kokemuksiin ja kehittämistyöhön perustuva tieto. Toimeksiantajan edustajien tuottama tieto täydentää kirjallisia lähteitä ja vahvistavat työn luotettavuutta tuomalla esiin käytännön toimintaympäristön näkökulmia sekä tukemalla opinnäytetyön aiheen ajankohtaisuutta. Työssä on hyödynnetty laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon työtä ohjaavia lakeja ja säädöksiä, jotka muodostavat työn sisällöllisen ja toiminnallisen perustan.

Opinnäytetyössä kuvatut asiakastilanteet ovat anonymisoitu siten, ettei yksittäisiä henkilöitä voi mitenkään tunnistaa (European Data Protection Board 2026). Tapausesimerkkien käsittelyssä on huolehdittu siitä, että asiakkaiden yksityisyys säilyy eikä työ sisällä henkilötietoja. Opinnäytetyön teossa on hyödynnetty kieliasun tarkastukseen sekä otsikoiden ideointiin generatiivista ChatGPT-tekoälyä, noudattamalla Karelia-ammattikorkeakoulun tekoälyn käytöstä annettuja ohjeita (Karelia Ammattikorkeakoulu 2026a).

### **7.3 Ammatillinen kasvu**

Opinnäytetyöprosessi on tukenut ammatillista kasvuani ja syventänyt ymmärrystä kokonaisuudessaan sosiaaliohjauksesta. Työskenteleminen ikääntyneiden kotiutumisen, palveluiden yhteensovittamisen ja moniammatillisen yhteistyön parissa on edellyttänyt laaja-alaista osaamista. Geronomitaustaisen sosiaaliohjaajan työssä on korostunut erityisesti vuorovaikutustaidot, kuuntelemisen ja

dialogisuuden merkitys sekä kohtaamisen tärkeys. Työ edellyttää empatiaa, mutta myös ammatillista jämäkkyyttä ja vastuunkantoa. Sosiaaliohjaajan tehtävässä toimiminen vaatii kykyä toimia itsenäisesti, sietää keskeneräisyyttä ja muuttuvia tilanteita sekä hahmottaa samanaikaisesti useita rinnakkaisia prosesseja.

Keskeinen osa ammatillista osaamista on myös rakenteiden ja lainsäädännön tuntemus, sekä kyky soveltaa säädöksiä ja ohjeistuksia asiakkaan yksilöllisessä tilanteessa. Sosiaaliohjaajan työssä tarvitaan järjestelmällisyyttä, kokonaisuuksien hallintaa ja kykyä toimia eri toimijoiden välisenä yhteyshenkilönä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnoilla.

#### **7.4 Jatkokehittäminen**

Kehittämistyö nosti esiin sekä toimivia käytäntöjä että rakenteellisia kysymyksiä, joiden kehittäminen edellyttää pidempää sekä laajempaa tarkastelua. Kehittämistyön aikana syntyneet havainnot tarjoavat perustan jatkokehittämiselle, jonka tavoitteena on vahvistaa palveluiden jatkuvuutta, selkeyttää vastuunjakoa ja tukea sosiaali- ja terveydenhuollon integroitua toimintaa.

Yksi kehittämiskohde olisi sosiaaliohjauksen vaikuttavuuden systemaattisempi arviointi. Perusteltua olisi kehittää selkeitä mittareita, joilla sosiaaliohjaajan työn vaikutuksia voitaisi tarkastella. Käytännössä tämä voisi tarkoittaa kotiutumisen viivästymisten seurantaa, palvelutarpeen arviointien päivittämisen tarvetta tai asiakkaiden ja omaisten kokemuksia palveluprosessin sujuvuudesta. Tiedon kerääminen toisi arvokasta tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta asiakkaiden ja omaisten tasolta.

Kehittämistyön perusteella sosiaaliohjaajan rooli on usein ollut intensiivinen kuntoutusjakson aikana, mutta jatkossa olisi tärkeää tarkastella laajemmin oma-työntekijyyden tarpeellisuutta kotiutumisen jälkeen, sekä mistä yksiköstä oma-työntekijä nimettäisiin. Tämän myötä voitaisiin saada selkeämpiä käytäntöjä vastuun siirtymisestä kuntoutumiskeskuksen sosiaaliohjauksesta tulevalle vastuuyksikölle.

## Lähteet

- Beier, M., Saxena, M., Kraiger, K., Costanza, D., Rudolph, C., Cadiz, D., Perty, G. & Fisher, G. 2025. Workplace learning and the future of work. *Industrial and Organizational Psychology*, 18.  
<https://doi.org/10.1017/iop.2024.57>. 22.2.2026.
- Bäck, M.A. & Calltorp, J. 2015. The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *Pubmed*.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4628508/>. 30.12.2025.
- Carvalho I. A., Epping-Jordan J., Pot A. M., Kelley E., Toro N., Thiyagarajan J. A & Beard J. R. 2017. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11). doi:[10.2471/BLT.16.187617](https://doi.org/10.2471/BLT.16.187617). 22.2.2026.
- European Data Protection Board. 2026. Mitä eroa on pseudonymisoiduilla ja anonymisoiduilla tiedoilla? <https://www.edpb.europa.eu/sme-data-protection-guide/faq-frequently-asked-questions/answer/what-difference-between-fi>. 17.2.2026.
- Gold, R., Kaufmann, J. Cottrell, E., Mossman, N., Yosuf, N., Marino, M., Bunce, A., Sheppler, C., Hoopes, M., Krancari, M., Gottlieb, L., Bowen, M. & Bava, J. 2023. Implementation Support for a Social Risk Screening and Referral Process in Community Health Centers. *NEJM catalyst Innovations in Care Delivery*, 4(4).  
 DOI:[10.1056/CAT.23.0034](https://doi.org/10.1056/CAT.23.0034). 22.2.2026.
- Guillén, L. 2021. Terveyssoisaalityön näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon integraation sote-uudistuksessa. <http://hdl.handle.net/10138/337624>. 4.1.2026.
- Hagman, E. 2022. Hiljaisen tiedon jakamisen painotuksia – harmaan kirjallisuuden analyysi. Jyväskylän yliopisto. Informaatioteknologian tiedekunta. Pro gradu tutkielma. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-202206143297>. 20.2.2026.
- Helminen, J. 2017a. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1. painos. Helsinki: Edita. <https://www.finna.fi/Record/3amk.269475?sid=5253817219>. 11.2.2026.
- Helminen, J. 2020b. Sosiaaliohjaus: Lähtökohtia ja käytäntöjä. 1. painos. Helsinki: Edita. <https://karelia.finna.fi/Record/karelia.99754314305967>. 11.2.2026.
- Hirvonen, M. 2026. Ylihoitaja. Pohjois-Karjalan Hyvinvointialue. Nauhoitettu haastattelu. 13.2.2026.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta – Hotus-hoitosuositus. 2025. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2025/12/itks-suositus-1.pdf>. 16.2.2026.
- Holroyd-Leduc J., Resin J., Ashley L., Barwich D., Elliott J., Huras P., Légaré F., Mahoney M., Maybee A., McNeil H., Pullman D., Sawatzky R., Stolee P. & Muscedere J. 2016. Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. *Research Involvement and Engagement*.  
<https://doi.org/10.1186/s40900-016-0038-7>. 23.2.2026.

- Hujala, A. & Taskinen, H. 2020. Uudistuva sosiaali- ja terveysala. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>. 15.11.2025.
- Jones, O., Gold, J. & Claxton, J. 2023. International Journal of Organizational Analysis, 31(7). <https://doi.org/10.1108/IJOA-03-2022-3212>. 22.2.2026.
- Kallio, T. 2019. Ikääntyneiden toimijuus palvelutarpeen arvioinnissa. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20191312>. 14.11.2025.
- Karelia Ammattikorkeakoulu. 2026a. Opinnäytetyöt. <https://libguides.karelia.fi/c.php?g=679019&p=4987212>. 23.2.2026.
- Karelia Ammattikorkeakoulu. 2026b. Geronomi (AMK), monimuoto, kevät, 2026: SGAK26. Opetussuunnitelman kuvaus. <https://opintoopas.karelia.fi/48/fi/94/87095/529>. 17.2.2026.
- Korhonen, O. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio oikeudellisesta näkökulmasta. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20181137>. 14.11.2025.
- Laaninen, L., Halonen, J., Kiviniemi, T., Sjölander, M., Tarvainen, S., Vatanen, S., Lievonen, T. & Nyysönen, H. 2022. Ikäihmisten asumispalvelut. [https://www.siunsote.fi/wp-content/uploads/2025/01/siunsote\\_ikaihminen\\_palvelut\\_myontamisperusteet.pdf](https://www.siunsote.fi/wp-content/uploads/2025/01/siunsote_ikaihminen_palvelut_myontamisperusteet.pdf). 4.1.2026.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. 9.10.2025.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. 10.2.2026.
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015. 9.10.2025.
- Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015. 9.10.2025.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. 22.1.2026.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023.
- Lasardo, F., Dean, B. & Eady, M. University-Workplace Partnerships in Work-Integrated Learning: A Scoping Review. International Journal of Work-Integrated Learning, 25(4). <https://eric.ed.gov/?id=EJ1455420>. 22.2.2026.
- Linnéusson, G. & Uriarte, A. 2023. Learning from simulating with system dynamics in healthcare: evaluating closing care strategies for elderly patients 17(5). <https://doi.org/10.1080/17477778.2023.2232768>. 20.2.2026.
- Myller, T. & Mynttinen, M. 2023. Ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen – integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Gerontologia 4/2023. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.128180>. 14.2.2023.
- Naylor, M., Hirschman, K., Toles, M., Jarrín, O., Shaid, E. & Pauly, M. 2018. Adaptions of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. Social science & medicine 219. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.023>. 20.2.2026.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Ellibs library. 11.2.2026.
- Osokpo, O., Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K. & Naylor, M. 2025. Leveraging the Transitional Care Model Intervention to Identify and Mitigate Adverse Social Determinants of Health. Jamda 26(10). <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105803>. 20.2.2026.
- Partanen P., Koponen S. & Kostamo P. 2025. Päiväkirja ja portfolio: opas ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön. Helsinki: Art House. <https://karelia.finna.fi/Record/karelia.99907648605967?sid=5253917521>. 14.11.2025.

- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2022. Hyvinvointialuestrategia. <https://www.siunsote.fi/tietoa-meista/toiminta/strategia/>. 22.1.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2024. Kotihoidon myöntämisen perusteet. [https://www.siunsote.fi/wp-content/uploads/2025/01/Siunsote\\_Kotihoidon\\_myontamisen\\_perusteet.pdf](https://www.siunsote.fi/wp-content/uploads/2025/01/Siunsote_Kotihoidon_myontamisen_perusteet.pdf). 6.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026a. Organisaatiokaavio nimillä. [https://www.siunsote.fi/wp-content/uploads/2025/01/Siunsote\\_HAL\\_KAAVIO\\_Organisaatio\\_nimilla-1.1.20251.pdf](https://www.siunsote.fi/wp-content/uploads/2025/01/Siunsote_HAL_KAAVIO_Organisaatio_nimilla-1.1.20251.pdf). 6.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026b. Tukipalvelut kotiin. <https://www.siunsote.fi/palvelu/palvelut-kotona-asumisen-tueksi/>. 6.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026c. Siilaisen kuntoutumiskeskus. <https://www.siunsote.fi/asiointikanava/siilaisen-kuntoutumiskeskus/>. 9.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026d. Kuntoutussairaalat. <https://www.siunsote.fi/palvelu/kuntoutussairaala/>. 9.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026e. Akuuttikuntoutus. <https://www.siunsote.fi/palvelu/akuuttikuntoutus/>. 9.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026f. Kirurginen kuntoutus. <https://www.siunsote.fi/palvelu/kirurginen-kuntoutus/>. 9.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026g. Neurologinen kuntoutus. <https://www.siunsote.fi/palvelu/neurologinen-kuntoutus/>. 9.2.2026.
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue 2026h. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. <https://www.siunsote.fi/palvelu/palliatiivinen-hoito-ja-saattohoito/>. 9.2.2026.
- Puustinen, J., Turjamaa, M. & Kangasniemi, M. 2026. Individuality in delivering older peoples's home care and services: An integrative review. *Geriatric Nursing* 68. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2026.103833>. 16.2.2026.
- RAIn käyttö kotona asumista tukevissa palveluissa. 2025. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen henkilöstön intranet. Vain sisäiseen käyttöön. 11.2.2026.
- Rameli, M. P. & Rajendran, N. 2022. Outcomes of complex discharge planning in older adults with complex needs: a scoping review 50 (7). <https://doi.org/10.1177/03000605221110511>. 15.2.2026.
- Sandström S., Keiski-Turunen A., Hassila, L., Aunola E. & Alahuhta M. 2018. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen kuvaamana. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018081514507>. 11.2.2026.
- Salonen K., Eloranta S., Hautala T. & Kinos S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulussa. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-216-649-4>. 14.11.2025.
- Sosiaalihuoltoasetus 607/1983. 14.11.2025.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. 14.11.2025.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2025. Kansallinen ikäohjelma vahvistaa ikääntyneiden hyvinvointia ja osallisuutta. <https://stm.fi/ikaohjelma>. 9.2.2026.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2026. Sosiaalityö ja sosiaaliohjaus. <https://stm.fi/sosiaalityo>. 9.2.2026.

- Stephens, G., Ottrey, E. & Matthews, K. 2025. A practical guide to using diary methods in qualitative research. *Anatomical Sciences Education*. <https://doi.org/10.1002/ase.70102>. 21.2.2026.
- Stirling, A., Kerr, G., Banwell, J., MacPherson, E. & Heron, A. 2024. A Practical Guide for Work-integrated Learning. Higher Education Quality Council of Ontario. <https://heqco.ca/pub/a-practical-guide-for-work-integrated-learning/>. 21.2.2026.
- Suomen geronomiliitto 2026a. Geronomi AMK kompetenssit. <https://www.suomengeronomiliitto.fi/geronomi-amk/geronomi-amk-kompetenssit/>. 11.2.2026.
- Suomen geronomiliitto 2026b. Geronomin ammattieettiset ohjeet. <https://www.suomengeronomiliitto.fi/geronomi-amk/geronomin-ammattieettiset-ohjeet/>. 11.2.2026.
- Tancred, T., Caffrey, M., Falkenbach, M. & Raven, J. The pathway to health in all policies through intersectoral collaboration on the health workforce: a scoping review. *Health policy and planning* 39(2). <https://doi.org/10.1093/heapol/czae046>. 20.2.2026.
- Tate, K., Guney, S., Lai, C., Van Son, C., Kennedy, M., & Dahlke, S. Gerontological nursing competencies: A scoping review. *Nurse education today*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106034>. 21.2.2026.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2026a. Ohjeita osallistamiseen. <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen>. 21.2.2026.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2026b. Tietoa RAI-järjestelmästä. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>. 11.2.2026.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. 29.11.2025.
- Tietosuojalaki 105/2018. 29.11.2025.
- Tilastokeskus. 2025. Vähintään 70-vuotiaiden määrä Suomessa ylitti miljoonan rajan elokuussa. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/71465575/vahintaan-70-vuotiaiden-maara-suomessa-ylitti-miljoonan-rajan-elokuussa?publisherId=69818838&lang=fi>. 11.2.2026.
- Turunen, L. 2026. Akuuttikuntoutusosaston osastonhoitaja. Nauhoitettu haastattelu 11.2.2026.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö. <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>. 17.2.2026.
- Troberg, A. 2021. Moniammatillinen yhteistyöosaaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattitutkinnoissa. <http://hdl.handle.net/10138/334061>. 10.2.2026.
- Vilka, H. 2025. Tutki ja kehitä. Ammattikäytännön ja tutkimuskäytännön kohtaaminen. 6., uudistettu painos. Santalahti-kustannus. <https://www.finna.fi/Record/3amk.317549>. 18.2.2026.
- World health organisation. 2015. World report on ageing and healthy. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>. 22.2.2026.

## **Työohje: Sosiaaliohjaajan työnkuva kuntoutumiskeskuksessa**

Tässä ohjeessa kuvataan ikääntyneiden palveluiden sosiaaliohjaajan työtehtävät ja vastuut kuntoutumiskeskuksessa.

Kuntoutumiskeskuksessa työskentelee ikääntyneiden palveluiden asiakas- ja sosiaaliohjauksen tiimin sosiaaliohjaaja. Sosiaaliohjaaja toimii kuntoutumiskeskuksessa kotiutumisprosessissa sekä asiantuntija-apuna henkilöstölle ja toimii yhteyshenkilönä terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon rajapinnassa. Sosiaaliohjaaja osallistuu kuntoutumiskeskuksen moniammatillisten tiimien toimintaan.

### **Sosiaaliohjaajan tehtävät ja vastuut kuntoutumiskeskuksessa:**

- Osallistua asiakkaiden kotiutumisprosessiin sosiaalihuollon lakisääteisen palveluprosessin mukaisesti.
  - Palvelukokonaisuuksien koordinointi
  - Omaisten osallistaminen kotiutumisprosessin suunnitteluun
- Toimia yhteistyössä asumispalveluiden tiimin kanssa asumispalveluprosessin palvelutarpeen arviointien tekemisessä.
  - Arvioida moniammatillisesti asumispalveluprosessin aloittamista asiakkaille.
- Toimia yhteistyössä kotihoidon sosiaaliohjauksen sekä asiakas- ja sosiaaliohjauksen sosiaaliohjaajien kanssa palveluiden jatkuvuuden varmistamiseksi
- Osallistua kuntoutumiskeskuksen moniammatillisiin viikkopalavereihin.
- Osastolta tehtäville kotikäynneille osallistuminen moniammatillisesti kuntoutuksen ja terveydenhuollon sosiaaliohjauksen työparina.
- Tarvittaessa kotikäynnit kotiutumisen jälkeen.

**Sosiaaliohjaaja toimii omatyöntekijänä seuraavissa tilanteissa, ellei toisin sovita jatkohoitoyksikön sosiaaliohjaajan kanssa**

- Osastolta kotiutustiimiin kotiutuvien arviointijakson ajan
- Kotiutumisen tukemisen setelillä kotiutuvien asiakkaiden palvelun tarpeen keston ajan
- Pitkäaikaisen sosiaaliohjauksen tarpeessa olevat, kunnes omatyöntekijä nimetään talous- ja asumisen tiimistä

Omatyöntekijän tehtävästä säädetään sosiaalihuoltolaissa 42 § ja laissa ikään-tyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 17 §.

**Muut tehtävät tai tehtävän hoidossa huomioitavaa:**

- Tehtävä ja työvaiheet sisältää erillistä tilastointia ja raportointia, jotka hoidetaan osana dokumentointia.
- Sosiaaliohjaaja toimii tehtävässään asiakkaan edun mukaisesti.
- Osalla asiakkaista voi olla nimettynä jo omatyöntekijä, joka on huomioitava tehtävää tehdessä ja osa asiakkaista saattaa olla erityisestuen tarpeessa, jotka ohjataan sosiaalityöntekijöiden asiakkuuteen.
- Sosiaaliohjaajan tulee tehtävässään tuntea laajasti julkisen sekä yksityisen palvelutuotannon sosiaalipalvelujen tarjonta sekä erilaiset palvelujen järjestämisen tavat, jotka on huomioitava palvelujen suunnittelussa.
- Asiakasratkaisuihin on laskettava palvelujen vaikutuksia ja vaihtoehtoiskustannuksia aina kun se on mahdollista.
- Sosiaaliohjaaja sitoutuu tekemään työnantajalle tämän määrittelemiä työtehtäviä sekä noudattamaan työssään alaa koskevia lakeja, asetuksia ja ohjeita, sekä työyhteisön pelisääntöjä. Sosiaaliohjaajat ovat virkasuhteisia.
- Työhön kuuluu esihenkilön osoittamia muita tehtäviä sekä toimintojen ja prosessien kehittämistä yhteistyössä kotihoidon ja Kotapalvelun sekä muiden yhteistyökumppanien kanssa.