



## 芬蘭健康照顧社會工作者 締造的新境界



Riikka Niemi · Anna Metteri · 簡家欣

在這篇文章中我們要討論芬蘭健康照顧中的社會工作，並且聚焦在我們從九十年的芬蘭健康社會工作(health social work) (註 1) 歷史中所學習到的經驗。我們要試著回答下列問題：為何健康照顧需要社會工作者？社會工作者對芬蘭的健康照顧以及有健康問題、生病及障礙的民眾的福祉之貢獻為何？在呈現芬蘭福利國家的脈絡之後，我們將描述社會工作在芬蘭健康照顧體系中的位置與地位，並且簡短地概述芬蘭健康社會工作的歷史。然後我們要討論健康社會工作者的目標與任務。最後，我們要討論芬蘭健康社會工作者的現況與未來的視野及挑戰，並且為這篇文章作結論。我們的書寫是根據對芬蘭健康社會工作相關文獻的閱讀，第一作者近來從事健康社會工作的經驗，以及第二作者長期以來從事健康實務、研究與教學的社會工作，及其與健康社會工作實踐者持續合作的生涯經驗。

芬蘭是北歐福利國家之一，而北歐福利國家素來以其完善的社會福利體系，如

社會福利給付(social benefits)、社會服務及免費教育等等而聞名。北歐福利國家的標準傳統(normative tradition)包括公民的平權、福利提供的普及主義(universalism)，以及必須供給每一位公民最低生計及基礎的社會與健康服務的公共責任。這些價值至今都被其公民所支持，並且從 1995 年開始社會與經濟權也在憲法中被保障。然而，批判的時事評論者認為芬蘭從 1990 年代初就已經從福利國家轉型為競爭國家(a competition state)，國際的競爭力，而非公民的需求，被當作政策的主要訴求。政策的脈絡是重要的，因為健康社會工作實務在許多方面都和健康政策及社會政策相關。當我們討論芬蘭健康社會工作的現況以及未來的視野與挑戰時，我們要進一步檢視這些相關政策的發展。

芬蘭是個人口稀少的國家。在 2010 年年底芬蘭的總人口數是 5,375,276 人(芬蘭 2010 年官方統計)。芬蘭健康照顧的組織層級由下而上依序為：健康中心、地區醫院、中央醫院、以及大學醫院。主要的

健康照顧是由地區醫療中心所提供，而地區醫療中心是由一個或多個地方政府（municipality，等同臺灣的鄉鎮層級）所聯合運作的。21 個健康照顧的行政區在地區醫院、中央醫院以及大學醫院的門診提供專科的照顧。除了醫院以外，精神科的院外診所(psychiatric outpatient clinics)也提供專科的心理健康照顧(specialized mental health care)。最大的健康照顧行政區是赫爾辛基(Helsinki)和烏西瑪(Uusimma)，提供的專業服務量有一百五十萬人（HUS 2010 年年度報告）。除了公共健康照顧服務之外，私人的健康照顧服務也逐漸增加，而這主要是在專科照顧和職業健康照顧(occupational health care)。

由上述這些組織所僱用的社會工作者就稱為健康社會工作者（a health social worker，以下簡稱健康社工）。健康社工意指在服膺健康照顧組織的目標之健康政策的架構下工作的社會工作者。然而，在所有組織中的工作人員都有可能從事與身體健康、心理健康與民眾福祉有關的工作，並且也都有可能關注與民眾生活情境相關的社會健康決定因素與面向(social health determinants and dimensions)(Heinonen et al, 2009)。健康社工參與病人的治療、復健與出院計畫，並且在與病人生活情境相關的各種社會和金錢等問題上做諮詢。健康社工在他們的工作中根據法律和法規來執行社會政策，進行社會保護和預防。健康社工有一個重要的角色在於確保病人能夠得到所有在他們的處境中依法應得的福利給付與服務。由於擁有多面向且複雜的福

利給付架構的完善社會福利體系，這樣的任務要求是嚴格的。在發展一個健康與福祉的全方位觀點上社會工作者可以說是位於最前線，而這個特點也突顯了他們和其他照顧專業工作者的不同。他們的目的是要影響個人或家庭或群體的生活情境與社會情境，並且協助去維繫或改善它們。無論如何，日常生活取向(everyday life orientation)而非診斷的重要性被突顯。在醫院的照顧當中，病人接受到社會工作者的社會心理支持，而在出院的情境中他們也接受到社會工作者在社會安全方面的工作(Tuomanen, 1995)。

就我們的經驗所知，以及就許多作者所提及的（如 Lajunen, 2011; Lindén, 1999; Tuomanen, 1995; Sipilä, 1989），芬蘭的健康社工在直接服務的社會心理工作中特別被視為專家，在這個領域當中他們參與到民眾生活多面向且獨特的情境當中，給予民眾支持，幫助民眾發展他們的功能性能力(functional ability)，進而復健。健康社工與病人系統、其它社會及健康組織，以及任何利害關係人的網絡的連結攸關著這種情境。健康社工是跨越邊界(boundary spanning)的專家，他們的工作跨越不同系統、組織及專業領域的邊界(Matteri, 2010)。他們作為個案經理(case managers)，協調個別個案的服務(Ala-Nikkola & Sipilä, 1996)，卻沒有經費預算上的責任。健康社工開始處理一個案主時都會包括評量(assessment)這種生活情境。評量的寬度則視病人的生活情境和需求以及健康照顧團隊的需求而定。在評量的末了健康社工會

做出其對於病人生活情境的結論，並且在病人的檔案中記錄其陳述以傳遞必要的資訊並說服(Ruotsalainen, 2010)其他處理這個個案的專業工作者。

好幾個研究者的結論均指出關於芬蘭健康社會工作的實證研究很少（如 Björkenheim, 2007; Heinonen, Metteri, Mackey & Pajula, 2001, 73 頁）。而已經進行的研究主要是針對社會工作的多重專業工作、位置與觀點（參見如 Niemelä, 1985; Tulppo, 1991; Lindèn, 1999; Pylväs, 2003; Aho, 1999）。而很少有研究是關於健康社工有什麼樣的案主，以及誰來使用服務（如 Lindèn, 1999; Metteri, 2003, 2004）。有些尚未出版的研究則是關於不同的病人團體，這是因為不同的健康照顧組織針對其病人進行了研究報告，或至少做了統計。因此健康社會工作術語表 (*Health Social Work Nomenclature*) (Holma, 2007) 可以被用來決定該對病人做什麼樣的工作。

## 芬蘭社會工作的歷史－從社會護士(social nurse)到社會工作者

社會工作者的任務是做為病人日常生活與系統之間的媒介。社工對於病人在每日生活架構中的情境的詮釋是一種專業的詮釋，在此意義下它與病人自己的詮釋不同。在健康照顧的不同時期，社會工作對於詮釋病人每日生活的判定必須和病人自己的詮釋取得共識。以下前提一直適用於健康社會工作：社工是文化詮釋者也是工作夥伴 (Pylväs, 2003, 26 頁; Metteri, 1996,

144 頁)。我們可以發現它和 1900 年代初期美國醫院社會工作早期歷史的相似性，當時社工受僱於醫院是做為病患個人需求的詮釋者，而這些病患主要又是來自移民人口 (Stuart, 2004)。社會工作的設計是用以為病人及其家人的處境在醫護科學的觀點之外帶入社會及全方位的觀點，並且將病人的社會情境及其挑戰納入考慮，用以促進病人的復健。

芬蘭社會工作的歷史可以追溯到 1920 年代，當時醫療社會工作 (medical social work) 以及精神社會工作 (psychiatric social work) 在私人醫院中才剛剛開始。在一開始，芬蘭醫院中的醫療社會工作並不互相連結，而是依照每個醫院自己的個別需求來發展。一直到 1950 年代醫院的最高層管理者仍然根據他們自己的利益來定義護士的位置以及她們工作的品質和目標 (Lajunen, 2011; Tulppo, 1991; Aukee, 1960)。做為一個小型社會，醫院的組織以及病人的需求進一步地發展著，醫院被要求去考慮一些既有的醫療無法回應的新的社會面向與需求。於是便需要有能符合這些新要求的相關訓練的工作者。一方面，社會護士發展了健康社會工作。另一方面，社會工作的目標是去協助醫生進行他們的任務，以及展現相關的醫院社會角色 (Lajunen, 2011, 11 頁; Lindèn, 1999, 40-41 頁)。

在 1940 年代開始發展出定義健康照顧社會工作內容的嘗試，當時社會護士開始要求由她們自己來發展她們的工作，以及由她們自己來決定什麼任務該屬於她們

而什麼任務不是的自由權 (Lindèn, 1999, 44-45 頁)。社會護士的數目開始增加，但是並沒有與她們的工作相關的官方認可的品質判準(Boman, 1946)。1946 年 Boman 定義社會工作是專業的社會服務工作，聚焦於病人的協助與支持。其目的如同今日一樣是爲了消除與不同疾病相關的差異，而提供能符合並適用於不同疾病的支持 (Boman, 1946, 45 頁)。個人的、組織的及社會的脈絡在當時都被強調。當醫院增加了它自身對於其工作的要求，它便在醫療科學之外開始利用更具有社會適合性者。在疾病的發病與治療結果當中社會處境於是被納入考慮 (Tulppo, 1991, 9 頁)。

護理教育是醫療社會工作的必修課程，用以讓社會護士瞭解病人的整體情況 (Lindèn, 1999; Lehtinen, 1986; Aukee, 1960)。在 1945 到 1975 年間芬蘭的社會護士是由赫爾辛基護士機構(Helsinki Institute of Nursing)所訓練出來的。在一開始，具備資格的護士接受四個月的訓練以成爲社會護士，而從 1949 年開始這訓練變成爲期一年。這個教育聚焦在臨床工作以及個案工作方法而並不包括許多社會科學。而在社會護士教育和地方政府社會福利單位的社會福利工作者兩者的社會工作方法之間存在著張力和爭論，這爭論一直到 1970 年代都還影響著社會工作(Satka, 1994)。臨床社會工作方法主要是由社會護士的訓練者以及拿獎學金到美國的社會工作者所引入芬蘭(Toikko, 2003)。社會個案工作的重點並不在強化社會工作做爲健康照顧的獨立角色，而是逐漸增加的護理導向 (

Lajunen, 2011, 12-13 頁; Kananoja 2010, 277 頁; Pylväs, 2003, 26 頁; Lindèn, 1999, 30-31 頁; Lehtinen, 1986, 84-86 頁)。

從 1975 年開始所有的社會工作教育都是由大學所授予，有學士學位和碩士學位。Niemi(1987)在他的研究中發現在 1980 年代社會工作者在他們的教育與訓練中所採用的架構有助於他們給予他們的工作任務優先權。社會護士和大學所教育出來的社會工作者都將社會情境(social situation)的評量視爲他們最重要的社會任務。社會護士將治療的討論(therapeutic discussions)視爲第二重要的任務，而大學所教育出來的社會工作者則將復健(rehabilitation)視爲他們第二重要的任務。在教育之外，組織的角色定義也影響了任務的層級。社會工作教育和社會工作的概念在芬蘭只有在 1980 年代是穩定的 (Raunio, 2004, 23 頁)。在那之後大學裏的社會工作教育便以社會科學爲基礎。

在今天，「社會工作者」在健康社會工作中被當做是職位的頭銜，就像在其它社會工作實務的領域一樣。健康社會工作崗位的資格是主修社會工作的社會科學碩士。學術的社會工作課程是以通識的實務(generalist practice)爲目標，但學生可以透過選擇領域及學士和碩士論文的主題而獲致專科的訓練。資格的判準，寫在社會福利專業資格法(*the Law of Social Welfare Professional Qualifications*) (272/2005) 裏面，在所有有社會工作的部門都一樣。以術語言之，朝向健康社會工作的健康照顧社會工作發展之專業階段可以被視爲是：

護理社會工作(nursing-social work)，護理的社會議題(social issues in nursing)，臨床社會工作(clinical social work)，醫療社會工作，健康照顧社會工作(health care social work)以及健康社會工作(Ekman et al., 2006, 2 頁; Holma, 2007)。健康社會工作的歷史仍然型塑著許多工作場所的現況。

## 健康社會工作在組織中的內涵與地位

根據芬蘭的社會福利法(*Social Welfare Act*)(710/1982, SHL)，社會工作所指涉的是社會福利專業的指導、社會問題的解決，以及能夠維繫與提升個人及家庭安全及表現暨社區功能性的其它支持措施(SHL, 710/1982, 18§)(註2)。很重要的是要注意到健康社會工作即是根據社會福利法，並且它是地方政府社會服務中的專業社會工作。

根據 Kananoja (2010, 278-279 頁)，同樣的基本任務也在所有健康社會工作的定義中被重複。第一，針對病人及其親朋好友的治療相關工作；第二，針對病人及其家庭的社會心理工作；第三是危機的工作；第四是專業團隊之間的工作，社會工作者在此是其自身領域的專家並且提供諮詢給其他的健康照顧專業工作者；第五是網絡串連，包括病人的工作以及與健康照顧工作者第三方更廣泛的協調。健康照顧工作者視他們自身為民眾日常生活與不同服務系統之間的媒介，也是與社會之間的連結。他們的目的也在於報告給決策者他

們的案主所面對的問題，並且去呈現疾病對日常生活與如何活下來的影響(社會報告的一個例子，參見 Metteri, 2003)。

為了回應新的管理主義者的管理要求，芬蘭健康與心理健康的社會工作者協會產出了一個社會工作任務的全國分類，也就是所謂的健康社會工作術語表(*Nomenclature of Health Social Work 2007*)。健康社會工作術語表的目的是要為監督與統計報告獲取一個一致且可比較的基礎，以管理服務和概念的品質。它將社會工作者任務的主要範疇定義如下：

社會評量與計畫(*Social assessment and planning*)指涉的是對病人社會情境的評量。它包括對生活情境中能力與風險的指認，以及評量對福利給付、服務、支持及復健必須性的需求。它也包括啟動必須的追蹤與活動。複雜的、長期的生活情境，以及由疾病或傷害所帶來的社會後果，對職業重建以及重建機會的需求，都在社會評量中被檢視。

對社會功能性能力的支持(*Support for functioning ability*)是心理及社會的(社會心理的)支持，提供資訊與工具來處理疾病或傷害的社會與經濟後果。在實務上，支持是透過社會心理的討論來協助其組織生活情境，比如給予心理的支持以處理疾病或傷害的後果，激發病人自己的動機以改善其情境，以及強化對復健的努力以及能夠改善它的方法。和病人的親朋好友一起工作，以及和其他專業工作者及相關政府單位的網絡串連，在協助病人維持其社會功能性能力時是必需的(如 Ruotsalainen,

2003)。病人被給予關於經濟安全系統、社會的、健康及復健的服務的資訊，以及病人的權利和社會安全的資訊。在實務上幫助病人也是支持其社會功能性能力的一個整合的部份，因為很多社會支持體系都相當複雜，而在申請福利給付時都會需要來自專家的資訊。

專業的連繫、協調與網絡串連 (*Professional liaison, coordination and networking*) 將能確保病人所需要的福利給付與服務的資訊能夠傳遞到所有需要的夥伴那裏。協調工作是必需的，以使不同專業工作者和組織的措施能夠互相支持。這需要對疾病、社會服務和社會安全立法有良好的瞭解。連繫和網絡串連在直接服務以外也是必需的，舉例來說，當健康社工指出服務與福利給付系統的落差，或是妨礙復健、讓服務難以被全體病人所取得的政策。在健康社工的實務工作中累積了許多日常生活的經驗是關於協調不同的幫助體系的問題，以及關於民眾落在不同福利給付系統之間的問題。

紙本記錄 (*Documentation*) 是健康社會工作不可或缺的一個部份。健康社會工作是在多重專業組織中被完成的，在其中對病人整體情境的認知乃是由不同專家的檢視與評量所構成的，在此不同專業工作者的專長與任務被放在一起。這需要每一個專業工作者都能夠提供清楚可信的紙本記錄。社會工作的貢獻通常是健康照顧病人電子檔案的一個部份。除了上述直接與服務相關的實務任務的描述，術語表也包括諮詢、訓練任務、行政及發展工作等主要

的範疇。

對於整個服務體系的認知，以及分配資源以支持病人活下來，都被認為是一個健康社工所具備的力量。Lindén (1999, 17 頁) 總結說在健康照顧中社會工作者將必須去管理年金 (*pension*)、健康保險、社會福利與服務網絡以提供病人必須的協助措施。此外，在芬蘭就像在其它國家一樣，醫院的允許出院計畫 (如 Hotari & Matteri, 2010; Haake, 2010) 以及病人所倡議 (*advocacy*) 的議題 (如 Rönberg, 2010) 都變成是健康照顧社會工作者的重要任務。在芬蘭，健康社工在日常的實務中對擁護病人的權利非常重視 (Havukainen, 2000)，而病人的人權擁護者 (*ombudspersons*) (參見如 Metteri & Nieminen, 2005) 也多半出身自社會工作者。病人的人權擁護者透過直接實務、連繫與在職教育 (*staff education*) 保護病人的權益。他們的服務被法律所規範，並且對健康照顧組織而言是被規定要執行的。

在地方政府的社會服務、在網絡的串連、對相關政府單位的請益、以及尋找與關於病人的相關資訊上，健康照顧社會工作是比社會工作更具獨立性的。在健康照顧中，社會工作者並不像社會服務中的社會工作者的特色一樣地具有威權權力，因此社會工作的根基是非常不同的 (Björkenheim, 2007, 275 頁)。這差異也表現在其它方面像是健康照顧的社會工作者是不做金錢援助方面的決定的。

有效的多重專業 (*multi-professional*) 或跨專業 (*inter-professional*) 的合作對於具體

實踐健康社工任務是不可或缺的。可惜的是，因為不被納入跨專業教育當中，因此我們不可能去保證會有一個好的跨專業合作模式。健康社工的位置以及跨專業合作的品質有賴於社會工作者以什麼樣的方式去說服其他人他的貢獻、能力與技巧為何。同時，個別的醫生也建構了他們自己對於社會工作任務與專長的知識與瞭解，並且在他們的工作生涯中以他們先前對於社會工作的個人經驗做為依據(Korkealaakso, 2006)。

健康照顧的社會工作向來被描述成是一個在外人做主的組織(a foreign host organization)中的職業，對於組織的核心活動而言，社會工作是處於一個從屬的(subordinate)位置。健康社工是在一個外人做主的機構當中工作，這機構的目的與運作都被醫護專業與意識型態所決定，而這對社會工作者的專業認同與專業資格產生了挑戰(Björkenheim, 2007, 275-276 頁)。如何有效能且有效率地使用社會工作的專長仰賴其他專業工作者，主要是醫生和護士如何看待社會工作的實務與專長。而在不同的專業工作者能對他們所參與的合作達到相互的瞭解以前，有必要去發展一個共通的基礎。為了這樣的目的，社會工作者自身有機會主動採取行動，而芬蘭的社會工作者則能說出很好的故事，關於他們如何主動採取行動(如 Niemi et al., 2007)。

Richmond (1917, 1922)已經注意到各種的專業體系和醫院的專業工作兩者之間的關係。醫院的工作是以醫療為依據而權力則是掌握在舊有的、被高度尊敬的專業

手中，這專業有它自己的傳統、慣例與術語，並且也相當地知覺它在組織中所扮演的角色。因而，醫院中的社會工作者和醫生比較起來是較為不利的，也因此依照Richmond的看法，社會工作者必須盡力在社會工作原則與工作方法的周密管理之中求得一席之地。醫療(medicine)在芬蘭占有一個奇怪的地位而很少被公開地批評或質疑，即使當前的健康照顧體系的發展是受到批評的。而組織的工作人員主要包括健康照顧的專業工作者。社會工作的領域和健康的領域性質不同，而社會工作者既不能從組織整體的功能運作得到支持，也不能從專業結構得到支持。這所造成的挑戰性結果可能是社會工作對組織而言的重要性變得模糊。接著而來的便是健康社會工作被其它專業團體(特別是醫生)所定義，被照顧組織功能的意識型態所定義(Lajunen, 2011, 18 頁; Kananoja, 2010, 283 頁; Raunio, 2004, 47-48 頁)。健康社工必須和其它握有較強權力的專業團體協商其任務的重要性。這樣的挑戰與問題會持續存在，只要社工專長是被以個人主義式的方法所理解、被當做是個別社工的特色與能力。然而今天有很多很好的例子可以說明在健康照顧的領域這是個集體的專長、公開的專長、對話式的實務工作(如 Seikkula & Arnkil, 2006)。在這些實務工作當中不同型態的專長與知識被用來追求共同的目標，而專業工作者公開地和其他專業工作者及服務使用者分享其專長。芬蘭許多已經發展了好長一段專業生涯的社會工作者並不會因專業認同模糊不清而受困

擾。他們經驗到他們的工作是有意義的，他們的工作是重要的，他們也覺得他們找到了屬於他們工作的個人哲學（如 Palomäki, 2004）。在芬蘭大部份的健康社工都超過 45 歲，並且已在他們的專業領域上工作超過 15 年（Lajunen, 2011, 17 頁 Björkenheim, 2007, 265-266 頁, 271 頁）。地方政府社會福利單位員工的流動率一直是個問題，而健康社會工作相對沒有這個問題。

Metteri (1996, 147 頁, 151-152 頁) 注意到醫療取向和社會工作取向兩者之間 (between the approaches of the medical and the social work) 的不同。問題是伴隨著健康照顧的知識層級而產生的，自然科學居上位而社會科學居下位，心理學知識則位居中間。知識的層級在於社會與心理科學是隨著自然科學而存在的，社會科學只有當來自自然科學的知識無法做出迫切需要的決定時才被看見。除此之外，芬蘭的社會保險體系，比如對於工作能力 (capacity for work) 的評量，在保險組織最後的決策當中只有醫療專長才會被呈現出來，而社會工作模式對於人們日常生活的知識的呈現，則從屬於醫療模式。社會工作者有官方的專業責任是要支持個人因應其日常生活並利用不同的安排，然而醫師卻對用以解決社會安全的報告負有最終的責任 (Metteri, 1999)。

## 芬蘭健康社會工作的現況與未來挑戰

芬蘭健康照顧系統中的社會工作者人數大約為 1000 人。社會工作者並不包括在有登記的健康照顧工作者 (the register of health care workers) 當中，所以我們無法估算準確的人數。健康社工通常會堅持登記為健康工作者以獲得專業上較安全的位置以保護他們的病人。然而這是個未解決的議題，偶爾也會引發問題，諸如在解釋社會工作者是否能拿到某些組織的健康照顧檔案時。大部份的健康社工都受僱於專科的照顧。在 1970 年代初期國家社區健康中心網絡建立的時候，根據國家的計畫，初級的健康照顧 (primary health care) 是要變成健康社工的核心領域，然而地方健康中心的主管並非是醫生，並未僱用社會工作者，而最起初跨專業的健康工作的想法也沒有落實。顯然地，健康社工的概念並沒有被地方政府所接受，這是由於近來對於社會工作方法的爭論，以及地方的相關政府單位與政治人物並沒由對社工專業有一個清楚的願景。地方健康中心對社會工作任務的定義長期以來一直不清楚，一直到社會工作者自己開始去串連、合作並且討論他們的工作。直到今日，並非所有的地方健康中心都僱用社會工作者，即使是在健康照顧的結構改變之後，對社工的需求已經很迫切。今日的重點是在社區照顧，而民眾通常很早就從專科照顧的醫院出院。一些地方政府則讓其相關服務單位的社會工作者兼任當地的健康中心。如果一個社會工作者仍然不是健康照顧團隊的一員，並且她也未出現在健康中心，那麼這樣的安排並未回應健康社會工作的概念。

為使地方健康中心的社會工作者的角色能夠顯明，需要使社會工作者能夠參與到健康社會改革的計畫與討論當中。舉例來說，帕卡瑪(Pirkanmaa)健康照顧行政區的先導計畫，該計畫在專科的健康照顧復健評量單位與地方健康中心之間發展出社會工作者與醫師的聯合工作(joint working)，更可有效幫助病人解決喪失工作能力的困境(Palomäki et al., 2009)。

許多復健領域的 NGO 團體都在它們的機構當中僱用健康社工。這些從事私人健康服務的健康社工人數有多少並不清楚。健康與心理健康社會工作者協會(The Association of Social Workers in Health and Mental Health) (Kananoja, 2010, 277-278 頁) 也已注意到現今，職業健康服務並不僱用社會工作者，儘管職業健康服務的目的在維持受僱者的功能性與工作能力上、預防喪失工作能力上以及復健上，都扮演著不可或缺的角色。在這個脈絡之下社會工作的介入將能對整體情況做出很好的貢獻。

芬蘭從 1990 年代初期開始，比許多西方國家為時更晚地，經濟的效能被重視，而住院時間也縮短了。健康專業的所有團隊的任務持續地改變以符合經濟效能與效率的要求。健康照顧改革的影響不只是健康社工的角色，還有他們實際上的實務工作。隨之而來的是在專科的健康照顧中可以增加更多的社會工作介入(Haake, 2010)。為了擴大更廣泛的服務系統及網絡、確保在短期醫院照顧之後的病人照顧、復健與因應日常生活能力的持續性，社會工作技

巧與知識的需求相對增加了。如果病人太快被允許出院而缺乏必須的支持與服務，那麼服務系統的運作就可能與社會工作者的倫理和專業原則產生衝突(也參見 Davis et al., 2005, 296-298 頁)。由於芬蘭的社會與復健服務快速地私有化(並且外包)，因而芬蘭的社會與健康照顧體系在 2010 年代比以前更難再去維持一個與時俱進的服務體系圖像。政策的目標是要節省公共的開銷以及地方政府的成本支出，因而產生了如下的情況：前線的健康工作者包括社會工作者無法確定在專科照顧中的聯合照顧計畫能夠在地方層級上被實行。此一新的情況對健康照顧的前線工作者而言產生了倫理上的挫敗與壓力。特別是社會工作者對此更感到有負擔，因為他們的專業責任涵蓋了病人日常生活的脈絡。在組織和專業網絡中額外的結構與安排是必須的，以能集體地分擔這結構性的困境以及倫理的責任，從而能使結構性的問題不會成為個別專業工作者的問題(Metteri & Hotari, 2011)。因此新的挑戰是如何促使健康社工必須為此發聲並影響地方政策。

在美國從 1980 年代開始縮短住院期限就已影響了健康社工的工作。而被提出來的一些解決方法(Sulman, Savage & Way, 2001, 315-328 頁)也適用於芬蘭的情況。為了確保社會工作倫理原則的品質和使用，社會工作者的角色應該在多重專業的環境中被定義與強化。根據我們的經驗，社會工作者他們自己可以也應該負起責任，以使他們專長廣被知曉，比如透過執行發展方案，透過與大學的合作教學與研

究，透過在學術專業工作中扮演真正的角色。此外也建議去發展較好的策略以發現那些迫切需要社會工作服務的病人。在芬蘭的健康照顧當中，社會工作者教育了護士與醫生關於社會工作諮詢的判準(*the criteria for social work consultations*)，由於工作人員的流動率高，這樣的教育必須被安排得夠多才可以。給病人和家屬的傳單已經被印製出來，在健康照顧場所或網路上都可以拿得到。關於社會工作者的任務描述也已經被生產出來分享給許多工作場所的管理者和其他專業工作者。社會工作的紙本記錄同時也是社會工作者相關的職稱與專長，它需要被小心地撰寫。其次的建議則是要去檢視社會工作的取徑(*approaches*)與方法(*methods*)。以優勢觀為導向的取徑(*strength-based approach*)以及增加對網絡的使用是一個可能的答案。以優勢觀為導向的取徑能夠幫助病人及其環境使用優勢與資源。在芬蘭，健康社會工作的社會倡議已經發展出來，並且當社會及政策的改變已經俾利於更多與邊緣化和貧困有關的不健康狀況時，它更被迫切需要著。

目前芬蘭的社會與健康政策乃是以積極性公民(*an active citizen*)的概念為基礎，積極性公民意指她必須為她個人的健康提升與經濟負起責任，並且她是理性的，能對不同的刺激做出回應(如 Hänninen, 2009)。然而這個概念與現實並不相容，許多民眾因為不健康而受苦，也蒙受社會與經濟上的劣勢，而不能做出技術上理性的選擇。不同的人民團體在使用服務及福利

給付的資訊上也有差距。部份民眾能夠得到充份的資訊，其他民眾則不知道該從何處何人取得資訊。對因為不健康或有損傷而有特別需求的民眾而言，更多的輸送社會福利給付與服務的個別指導與資訊應該更為可及(Metteri, 2011)。

在困難的生活情境當中，密集的社會工作介入是必需的，比如對於職業重建的評量與規劃。健康社工的任務是要確保參與的民眾都能規劃並履行他們自己的治療、照顧與復健過程，換言之，能夠在民眾自己的問題和過程上賦權(*empowering*)給他們，並分擔他們所處情境中的責任。如同 Paul Stuart (1986)的結論所指出，在別人做主的組織當中社會工作的任務是要將病人個別化並將機構社會化。芬蘭的社會工作實踐者專科研究生教育之一叫做「賦權社會工作」(*empowering social work*)，而許多健康社工都加入此一教育的行列。

自從 1990 年代以來全球化的市場對於型塑芬蘭健康政策的影響力漸增。全球競爭變成主要的訴求(Rasimus & Alasuu-tari, 2009; Pelkonen, 2008)，針對著所謂的節約政策、縮減公共開銷以及社會安全福利給付的降低。自 1990 年代末期開始，由於收入差異逐漸增加，國家境內的貧富差距也逐漸增加。健康和社會服務變成部份私有化，準市場被引入公共部門。健康政策從屬於經濟政策(Koivusalo et al., 2009; Hänninen, 2009)。由於上述這些以及其它部份的平行發展，健康的不平等顯著地增加(Palosuo et al., 2007)。比起受僱者，失業者和窮人使用較少的健康服務，而前者乃

是使用免費的職業健康服務。這樣的改變影響了健康社會工作服務對象的處境，也影響了社會工作的內涵與條件。

健康社會工作服務之案主的金錢問題在 1990 年代逐漸增加(Metteri, 2004)，此狀況一直維持著。有心理健康問題的民眾就像許多有嚴重身體問題的民眾一樣，由於政策改變而蒙受其害，因為新的政策強調公民自身的活動與責任。而對於那些本身條件會傷害其行動能力的人們，並不能在申請福利給付和服務的時候履行他們的科層制責任，因而他們陷入了泥沼當中(Metteri, 2004)。根據在唐普大學醫院(Tampere University hospital)急性精神病房所進行的一項小型調查指出，在 2009 年初的一週當中，有 29% (N=79)的病人沒有適足的居住條件，而 40% (N=77)的病人沒有足夠的收入來維持生活(TAUH,

2009)。在北歐福利國家這樣的情況是一種警訊，然而在今日的政治氣候當中，這已不再是一個公共的議題。這就是為什麼倡議的技巧在保護有疾病、損傷或障礙的人們是必需的，這些人是處於非常脆弱的情境。愈來愈多的貧窮以及健康的不平等，藥物和酒精的問題，心理健康的問題，高風險的小孩，來自不同族裔背景的人們以及高齡化的人口，這些都可以列為健康社會工作實務發展中的挑戰。

(本文作者：Riikka Niemi 現為專案經理，JAMK 應用科學大學，健康與社會研究學院；Anna Metteri 現為資深講師，唐普大學，社會科學與人文學院／社會工作學系；簡家欣現為譯者，國立臺灣大學社會學研究所碩士)

(校對：周月清現為國立陽明大學衛生福利研究所教授)

## 註釋

註 1：周月清備註：在芬蘭不用 medical social work/worker (醫療社工)，而是 health social work/worker (健康社工)，避免調入醫療模式觀點；另，health social work 是不是要翻譯成「健康社工」，倒是大家可以討論。

註 2：此筆引註 SHL 指的是芬蘭的社會福利法，1982 年，18 章，第 710 條。

## 參考文獻

- Aho, Päivi (1999). Challenges and expertise in social work. Porvoo: WSOY. (In Finnish)
- Ala-Nikkola, Päivi & Sipilä, Jorma (1996). Case management – A new solution to never ending problems of coordination in social services. In Anna Metteri (eds.) Multiprofessionalism and Social Work. Helsinki: Edita, 16-31. (In Finnish)
- Rasmus, Ari & Alasuutari, Pertti (2009). OECD and the transformation of the Finnish public

- sector. In Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko (eds.) From citizen to consumer. Markets and transformation in health care. Helsinki: Gaudeamus, Helsinki University Press.
- Aukee, Mirja (1960). On the development of the work and the present position of social nurse in the hospital. *Social Work* 3:1960, 78-80. (In Finnish)
- Björkenheim, Johanna (2007). Knowledge and Social Work in Health Care – The Case of Finland. *Social Work in Health Care*, vol. 44 (3), 261-278.
- Boman, Märta (1946). Social work in a hospital. *Journal for Nurses* 3/1946, 45-46. (In Finnish)
- Davis, Cindy & Milosevic, Biljana & baldry, Eileen & Walsh, Anne (2005). Defining the role of the hospital social worker in Australia: Part 2. A qualitative approach. *International Social Work* 48(3), 289-299.
- Ekman, Pirkko; Mikkonen, Arja & Nieminen, Anja (2006). Social Nurse. Education between 1945-1975. Experiences from an education and its meaning in working life. Helsinki: Health Social Workers registered association. (In Finnish)
- Haake, Niina (2010). The patient is discharged today. Single session social work in specialized health care. Master Thesis. Tampere: University of Tampere, Department of Social Work Research.
- Havukainen, Pirjo (Finnish Association of Social Workers in Health and Mental Health.) (2000). Patients' rights in the the practice of social workers in health care. In Eila Sundman (eds.) The position and the rights of the patient. Helsinki: Tammi, 145-151. (In Finnish)
- Heinonen, Tuula; McKay, Irma; Metteri, Anna & Pajula, Marja-Liisa (2001). Social Work and Health Restructuring in Canada and Finland. *Social Work in Health Care*, vol. 34 (1-2), 71-87.
- Holma, Tupu (eds.) (2007). Nomenclature of Health Social Work 2007. Health Social Workers registered association. Helsinki: Finnish Local Government. (In Finnish)
- Hotari, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2010). Collaboration and division of work in youth services between social workers and organizations. Tampere: Publications of Pirkanmaa Health District 4. (In Finnish)
- HUS – Annual Report 2010 [e-publication]. Access method:  
<http://www.dpaper.eu/HUS/HUS-vuosikertomus2010/> (referred 12.7.2011). (In Finnish)
- Hänninen, Sakari (2009). This is market – Inequity in Finnish health policy. In Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (2009). *Kansalaisesta kuluttajaksi*. Helsinki: Gaudeamus, Helsinki University Press, 48-78 (In Finnish)
- Kananoja, Aulikki (2010). Social Work in Health Care. In Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen

- & Pirjo Marjamäki (eds.) Handbook of Social Work. Helsinki: Tietosanoma, 275-285. (In Finnish)
- Korkealaakso, Rauni (2006). Social worker – A visiting star? The perceptions and experiences of the task and expertise of social worker and of collaboration in specialized psychiatric care for adults. Seinäjoki: Southern Ostrobothnia Health District. Publication Series A. (In Finnish)
- Lajunen, Helena (2011). There is a place for everyone – Views of the traditional professional groups and social workers of health care on the position of social work in the health care organization of Kuopio University Hospital. Master's thesis, University of Eastern Finland. (In Finnish)
- Lehtinen, Marjaana (1986). On the hindrances of improving social work profession in health care. In Antti Karisto & Tapani Purola (eds.) Developing Social Work – Backgrounds, boundary conditions, perspectives. Helsinki: University of Helsinki, 81-108. (In Finnish)
- Lindén, Mirja (1999). Health Social Work in multiprofessional operational environment. Reports 234. Helsinki: Stakes. (In Finnish)
- Metteri, Anna (ed.) (2003). Listening to the voice of the client. From pitfalls to practice developments. Helsinki: Edita. (In Finnish)
- Metteri, Anna (2004). Promises of the welfare state and inequitable cases. Helsinki: Edita. (In Finnish)
- Metteri, Anna (1996). Everyday knowledge and social work in an inter-professional health care team – Coordination of different types of knowledge. In Anna Metteri (eds.) Inter-professional work and Social Work. Helsinki: Edita, 16-31. (In Finnish)
- Metteri, Anna (1999). Researching Difficult Situations in Social Work. Moral and Politics in Expert Work. In Synnöve Karvinen & Tarja Pösö & Mirja Satka (eds.) Reconstructing Social Work Research. Finnish Methodological Adaptations. Jyväskylä: SopHi, 242-273.
- Metteri, Anna (2010). Boundary Spanning. INIC Conference, seminar for doctoral students 16.06.2010. Tampere, Suomi. (Keynote)
- Metteri, Anna (2011). Welfare state promises, inequity and social work. Unpublished manuscript.
- Metteri, Anna & Hotari, Kaisa-Elina (2011). Ethical stress and work environment in the services for youth. In Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (eds.) Social work values and ethics. Jyväskylä: PS-kustannus, 67-92. (In Finnish)
- Metteri, Anna & Nieminen, Marja (2005). Social Worker and Conflict Resolution–Patient

- Ombudsperson's Work at a Hospital. In Tuula Heinonen & Anna Metteri (eds.) *Social Work Practice in Health and Mental Health: Issues, Developments and Actions*. Toronto: Canadian Scholars' Press, 221-240.
- Mutka, Ulla (1998). Fourth turn of social work. Chances of professionalism after the strong welfare state. Jyväskylä: SoPhi. (In Finnish)
- Niemelä, Pauli (1987). Job description of social work in health care. Research publications of Helsinki University Hospital 2/1987. Helsinki: Helsinki University Hospital. (In Finnish)
- Niemi Eliisa, Pajula, Maija-Liisa & Rönqvist Maj-Lis (2007). Sosvisio – A collaborative project of health social work. Southern Ostrobothnia Health District, Publications C. (In Finnish)
- Official Statistics of Finland (OSF): Population structure [e-publication]. ISSN=1797-5395. 2010. Helsinki: Statistics Finland [referred: 13.7.2011]. Access method: [http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak\\_2010\\_2011-03-18\\_tie\\_001\\_en.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tie_001_en.html)
- Palomäki, Susanna (2004). The position of social worker in a foreign host organization. Social worker identities based on professional position at the University Hospital of Tampere. Master thesis. Tampere: University of Tampere, Department of Social Policy and Social Work. (In Finnish)
- Palomäki, Susanna, Havukainen, Pirjo, Vanhala, Anni & Apponen, Eevi (2009). Coordination of estimation of ability to work and need of rehabilitation – Social work as connection. Tampere: Pirkanmaa Hospital District. (In Finnish)
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä; Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (2007). (Eds.) *Health inequalities in Finland. Changes of socioeconomic differences in health 1980-2005*. Ministry for Social Welfare and health Publications 23. (In Finnish)
- Pelkonen, Antti (2008). *The Finnish Competition State and Entrepreneurial Policies in Helsinki Region*. Academic Dissertation. Helsinki: University of Helsinki.
- Pylväs, Maria (2003). Expertise of social work in special health care. Case study on a social work of the University Hospital. Northern Finland's social work center of excellence's publication series 8. Oulu: Northern Finland's social work center of excellence. (In Finnish)
- Raunio, Kyösti (2004). *Essential in social work*. Helsinki: Gaudeamus. (In Finnish)
- Raunio, Kyösti (2000). *Social work in transition*. Helsinki: Gaudeamus. (In Finnish)
- Rönberg, Marja-Terttu (2010). *A process on special care allowance*. Social work description

- of a process of group advocacy to correct a pitfall in the social security system. Tampere: University of Tampere, Centre for Extension Studies. (In Finnish)
- Richmond, Mary (1922). *What is Social Case Work? An Introductory Description*. New York: Russell Sage Foundation.
- Richmond, Mary (1917). *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Ruotsalainen, Hannele (2003). Information, guidance and support. Stroke patient and his closest relative in local social services. In Anna Metteri (eds.) *Listening client's voice – From resistance to proposal suggestions*. Helsinki: Edita, 107-130. (In Finnish)
- Ruotsalainen, Jenni (2003). *Social workers constructing the social. Research on the rhetoric of social work documents in specialized psychiatric care*. Master thesis. Tampere, University of Tampere, Department of Social Work Research.
- Satka, Mirja (1995). *Making Social Citizenship. Conceptual practices from the Finnish poor law to professional social work*. Jyväskylä: SoPhi.
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London, New York: Karnac.
- Sipilä, Jorma (1989). *In the footsteps of social work*. Helsinki: Tammi. (In Finnish)
- Stuart, Paul H. (2004). Individualization and prevention. Richard C. Cabot and early medical social work. In Anna Metteri & Teppo Kröger & Anneli Pohjola & Pirkko-Liisa Rauhala (eds.) *Social Work Approaches in Health and Mental Health from Around the Globe*. New York: Haworth Press, 7-20. Published simultaneously in the journal *Social Work in Mental Health*, Volume 2(2/3).
- Stuart, Paul (1986). School social work as a professional segment: Continuity in transitional times. *Social Work education* 8(3), 141-153.
- TAUH 2009. *Clientships in the acute psychiatric wards*. Unpublished report.
- Toikko, Timo (1997). Psychosocial approach in social work. *Janus* 1997 (5), 169-188. (Finnish)
- Toikko, Timo (2003). The Dispute on social work method. *Janus* 11, 276-296. (In Finnish)
- Tulppo, Jaana (1991). *Social work as a professional activity in a hospital*. Studies of a department of Social Policy, University of Tampere. Series C, no. 2. Tampere: University of Tampere. (In Finnish)
- Tuomanen, Else (1995). *Patients' expectations and experiences of hospital social work. Patients' problems, fears and social threats as a challenge for hospital social work*. Licentiate thesis. Kuopio: University of Kuopio, Department of Social Sciences. (In Finnish)