

Maarit Räisänen

“UUSI TERVEYSSOSIAALITYÖN AIKA”
Terveyssozialityöntekijät rakenteellisen sosiaalityön
näköalapaikalla

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2024

TIIVISTELMÄ

Maarit Räisänen: "Uusi terveyssozialityön aika" -Terveyssozialityöntekijät rakenteellisen sosialityön näköalapaikalla
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Socialityö
Ohjaajat: Tuuli Lamponen ja Leena Autonen-Vaaraniemi
Huhtikuu 2024

Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut socialityöntekijöiden tekemästä rakenteellisesta socialityöstä terveydenhuollon kontekstissa. Tutkimuksen metodologinen viitekehys koostuu terveydenhuollon socialityöstä ja moniammatillisesta työstä terveydenhuollon kontekstissa sekä rakenteellisen socialityön teoreettisista paikannuksista. Analyysimenetelminä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja teemoittelua. Tutkimuskysymyksinä ovat olleet: miten terveyssozialityöntekijät tekevät tai haluaisivat tehdä rakenteellista socialityötä terveydenhuollossa? Millaisia merkityksiä rakenteelliselle terveyssoialityölle annetaan?

Tutkimuksen aineisto kerättiin Microsoft Forms- järjestelmään luodulla kirjoituspyynnöllä kahdessa eri socialityöntekijöille suunnatussa socialisen median ryhmässä alkutalvella 2024. Kyselylomake sisälsi yhteensä 14 kysymystä, joista ensimmäiset viisi kysymystä olivat taustoittavia kysymyksiä ja loput yhdeksän olivat rakenteellista terveyssoialityön tekemistä tai rakenteellisen terveyssoialityön merkitystä kartoittavia kysymyksiä. Vastauksia kirjoituspyyntöön tuli yhteensä 13 kappaletta ympäri Suomen, eri kokoisilta hyvinvointialueilta. Kaikki vastanneet ilmoittivat tehneensä rakenteellista socialityötä terveydenhuollossa. Suurimmaksi osaksi vastaajat olivat vastanneet monirivisin vastauksin, vaikka vastauskoko ei ollut ennakoon määriteltä.

Tulosten mukaan kaikki terveyssoialityöntekijät tekivät rakenteellista socialityötä terveydenhuollossa, vaikka tekemisen tavat saattoivat vaihdella alue- ja organisaatiokohtaisesti. Tulosten mukaan terveyssoialityöntekijät näyttivät tekevän rakenteellista socialityötä tietotyön, strategisen työn, inklusiotyön ja oikeudenmukaisuustyön alueilla, vaikka työntekijät itse eivät näitä tehtäväalueita vastauksissaan nimenneetkään. Tehtäväalueet näyttivät vastausten perusteella usein limittyvän. Rakenteellista socialityötä tehtiin tuottamalla tietoa niin epäkohdista kuin toimivistakin asioista, vaikuttamalla erilaisissa moniammatillisissa verkostoissa ja kehittämissyryhmissä paikallisella kuin valtakunnallisellakin tasolla sekä vaikuttamalla poliittiseen päätöksen tekoon. Oikeudenmukaisuustyö näytti olevan tulosten pohjalta asiakkaan asianajajana ja edunvalvojana toimimista.

Rakenteellisen terveyssoialityön merkityksiksi nousi tulosten perusteella kolme pääkategoriaa, joita olivat rakenteellinen terveyssoialityö asiantuntijatyönä, rakenteellinen terveyssoialityö ennaltaehkäisevänä työnä ja terveyssoialityö rakenteellisen socialityön näköalapaikalla. Rakenteellisen terveyssoialityön asiantuntijuus hahmottui erityisesti kehittämistyönä ja vaikuttamisena erilaisissa verkostoissa omasta socialityön professiosta käsin. Ennaltaehkäisevä työ näkyi pitkälle vietyinä ammatillisena toimintana yksilöiden kanssa niin yksilöiden tilanteita helpottaen kuin ongelmien kasaantumista ehkäisten, myös toimien ja tuottaen tietoa erilaisissa verkostoissa. Tulosten pohjalta terveyssoialityö näytti toimivan rakenteellisen socialityön näköalapaikalla. Moniammatillisissa ryhmissä ja terveydenhuoltoon integroituneena sen koettiin pystyvän näkemään sellaisiin paikkoihin, joihin ei välttämättä muualla socialityössä ole aina mahdollisuus.

Haasteet, uhkat ja mahdollisuudet liittyivät meneillään oleviin hyvinvointialueiden rakenneuudistuksiin sociali- ja terveystalveissa. Tulosten pohjalta suurimpina haasteina ja uhkina pidettiin epävarmuutta terveyssoialityön tulevaisuudesta, jonka uskottiin vaikuttavan asiakkaan asemaan ja palveluihin jatkossa. Haasteena ja uhkana pidettiin vetovastuun ja selkeiden ohjeiden sekä resurssien, johdon ja kollegoiden tuen puutetta. Myös mahdollisuuksia nähtiin, sillä jossakin määrin hyvinvointialueiden rakenneuudistusten nähtiin jopa vahvistaneen rakenteellista terveyssoialityötä. Useimmat kokivat käytössään olevan riittävästi resursseja, pystyivät kehittämään työtään ja rakenteelliseen terveyssoialityöhön kannustettiin työpaikoilla. Rakenteellisen terveyssoialityön tulevaisuuteen näytti vaikuttavan keskeisesti, miten terveyssoialityö pystyy säilymään osana terveydenhuollon moniammatillisia tiimejä.

Avainsanat: terveyssoialityö, moniammatillinen työ, rakenteellinen socialityö

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

ABSTRACT

Maarit Räsänen: "A new era of Healthcare Social Work"- Healthcare Social Workers at the vantage point of structural social work

Master's Thesis

Tampere University

Social Work

April 2024

In this theses I am interested in structural social work done by healthcare social workers in the context of healthcare. The theses methodological reference framework consists of healthcare social work and multiprofessional work in the healthcare context, as well as the theoretical positions of structural social work. The research method in this theses have been used content analysis and thematization. The research questions in this theses have been: How do health social workers do or would like to do structural social work in health care? What meanings are given for structural health social work?

The data for the theses was collected by a writing request from social workers in the Microsoft Forms system and in two different social media groups aimed at social workers in the early winter of 2024. The survey contained 14 questions, of which the first five questions were background questions and the remaining nine were questions about doing structural health social work or surveying the meaning of structural health social work. There were a total of 13 responses, from all over Finland, from different welfare areas. All of the respondents stated that they had done structural social work in health care. For the most part the respondents had answered with multi-line answers, even though the answer size had not been defined in advance.

According to the results, all healthcare social workers did structural social work in health care, although the ways of doing it could vary by region and organization. According to the results, the health social workers seemed to do structural social work in the areas of knowledge work, strategic work, inclusion work and justice work, even though the workers themselves did not name these task areas in their answers. The task areas often seemed to overlap in the answers. Structural social work was done by producing information about both problems and working issues, influencing various multi-professional networks and development groups at the local and national level, and influencing political decision-making. The justice work seemed to be acting as a client's lawyer and trustee based on the results.

Based on the results, the meanings of structural healthcare social work emerged as three main categories, which were structural social work as expert work, structural health social work as preventive work, and health social work from the vantage point of structural social work. The expertise of structural healthcare social work especially took the form of development work and influence in various networks from one's social work profession. Preventive work was seen as far-reaching professional activities with individuals, both easing individuals situations and preventing the accumulation of problems, also acting and producing information in various networks. Based on the results, health social work seemed to work at the top of structural social work. In multiprofessional groups and integrated into health care, it was felt to be able to see such places that may not always be possible elsewhere in social work.

The challenges, threats and opportunities were related to the ongoing restructuring of welfare areas in social and health services. Based on the results, the biggest challenges and threats were considered to be uncertainly about the future of health social work, which was believed to affect the client's position and services in the future. The lack of leadership and clear instructions, as well as the lack of resources, management and colleagues' support was considered a challenge and a threat. Opportunities were also seen, as to some extent the structural reforms of welfare areas were even seen to have strengthened structural health social work. Many felt that they had sufficient resources at their disposal, were able to develop their work, and structural health social work was encouraged in the workplace. The future of structural health social work seemed to be mainly influenced by how healthcare social work can survive as part of multiprofessional teams in health care.

Keywords: healthcare social work, multiprofessional work, structural social work

The originality of this thesis has been checked using the Turnit's Originality Check program

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	4
2 SOSIAALITYÖNTEKIJÄNÄ TERVEYDENHUOLLON KENTILLÄ	8
2.1 Sosiaalityön paikantuminen terveydenhuollossa.....	8
2.2 Moniammatillisuus terveydenhuollon sosiaalityössä	11
3 NÄKÖKULMIA RAKENTEELLISEEN SOSIAALITYÖHÖN	16
3.1 Rakenteellisen sosiaalityön määrittelyä	16
3.2 Rakenteellisen sosiaalityön jako suomalaisessa keskustelussa	21
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset	23
4.2 Sosiaalisen konstruktionismin lähestymistapa	23
4.3 Kirjoituspyyntö aineistonkeruumenetelmänä ja aineiston kuvailu	24
4.4 Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä	27
4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	31
5 TERVEYSSOSIAALITYÖNTEKIJÄT RAKENTEELLISEN SOSIAALITYÖN NÄKÖ- ALAPAIKALLA	33
5.1 Terveysosiaalityöntekijät rakenteellisen sosiaalityön tekijöinä.....	33
5.2 Rakenteellisen terveysosiaalityön merkityksiä.....	40
5.3 Rakenteellinen terveysosiaalityö: haasteita, uhkia vai mahdollisuuksia?	47
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	50
7 POHDINTA	58
LÄHTEET	60
LIITE 1: Tiedote tutkittaville.....	68
LIITE 2: Kirjoituspyyntö pro gradu -tutkielmaa varten	70
LIITE 3: Tietosuojailmoitus Tampereen yliopisto	71
LIITE 4: Microsoft Forms-kirjoituspyyntö	73
TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä, teemoittelusta ja luokittelusta	30

1 JOHDANTO

Tutkielmani käsittelee rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollon ympäristössä. Rakenteellista sosiaalityötä, kuten ei myöskään terveystsosiaalityötä ole tutkittu Suomessa kovinkaan paljon (Kannasoja & Ruonkangas 2023, 73; Närhi ym.2022, 28). Tämän lisäksi vuoden 2023 alussa uudet hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa ja useat toimialueet tulevat kokemaan muutoksia Suomessa, jonka vuoksi rakenteellisen terveystsosiaalityön tutkimus on hyvin ajankohtaista. Tällä hetkellä terveydenhuollossa tehtävästä sosiaalityöstä käydään keskusteluja useilla hyvinvointialueilla, muun muassa useissa medioissa ja näiden tietojen mukaan terveystsosiaalityötä ollaan joissakin paikoissa vähentämässä tai siirtämässä pois jopa kokonaan terveydenhuollon kontekstistaan. Aulikki Kananoja (2017, 350) on ennustanut jo usea vuosi sitten tehtävärakenneuudistuksen ja työnjaollisten muutosten myös terveystsosiaalityön osalta olevan edessä.

Rakenteellisesta sosiaalityöstä säädetään sosiaalihuoltolaissa (1301/2014 7 §), joka velvoittaa rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen sosiaalihuollon organisaatioissa. Lisäksi sosiaalihuoltolaki (1301/2014 36 §, 8 §) velvoittaa sosiaalityöntekijän tekemään erityistä tukea tarvitsevan henkilön palvelutarpeen arvioinnin. Lisäksi sosiaalihuoltolain nojalla tulisi seurata ja arvioida kansalaisten hyvinvointia ja tiedottaa ongelmista erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden osalta. Vastaavasti terveystsosiaalityöllä ei ole samanlaista asemaa terveydenhuollon lainsäädännössä eikä terveydenhuollon ammattirekisterissä, kuin sosiaalihuollon puolella on. Metteri (2014, 298) on esimerkiksi todennut Suomen perustuslain (731/1999 19 §) velvoittavan terveystsosiaalityöntekijää kuitenkin varmistamaan ihmisten sosiaalisten ja taloudellisten oikeuksien toteutumisen sairausriskin kohdatessa. Lisäksi terveystsosiaalityössä korostuvat sosiaalityön ammatin harjoittamissäännökset ja laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015), joka tuo sosiaalityöntekijälle erityisiä velvollisuuksia riippumatta, millä julkisella sektorilla sosiaalityötä tehdään.

Pohjolan (2011, 215) mukaan sosiaalityöntekijät toimivat asiantuntijoina aitiopaikalla saaden tietoa muun muassa eriarvoisuustekijöistä, työttömyydestä, asunto-oloista, päihteistä, mielenterveydestä, köyhyydestä, väkivallasta ja huono-osaisuudesta. Metteri (2014, 302) toteaaakin, että tämä terveystsosiaalityöstä saatu tieto olisi hyödynnettävissä sosiaaliturvaa koskevassa päätöksenteossa. Terveydenhuollossa tehtävällä sosiaalityöllä on tämän vuoksi aitiopaikka tehdä rakenteellista sosiaalityötä ja edistää rakenteellisen sosiaalityön tekemistä. Pohjola (2014, 17,19) korostaakin, että rakenteellisen

sosiaalityön juuret nähdään olevan yhteiskunnallisissa rakenteissa ja yhteiskuntakriittistä muutostyötä tulisi tehdä sosiaalityöntekijän työssä ja kaikissa sosiaalityön toimintaympäristöissä. Lisäksi sosiaalityön muutostyöllä tarkoitetaan ihmisoikeuksien ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen pyrkimykseen sekä ihmisten osallisuuteen ja valtaistumiseen niissä toimintaympäristöissä, joissa sosiaalityötä tehdään (Pohjola 2014, 19).

Suomalaista rakenteellista sosiaalityötä voidaan nähdä kehystävän vahvasti kaksi erilaista toimintaympäristön muutosta, joista ensimmäinen on 1990-luvulla käynnistynyt julkista sektoria koskeva julkisjohtamisen käyttöönotto, uusi hallinnon ja johtamisen oppi NPM (New Public Management), jonka avainsanoina pidettiin normien purkua, hallinnon hajauttamista sekä päätäntävällän siirtoa. Muutoksella tavoiteltiin valtion minimaalista puuttumista markkinoiden toimintaan ja pyrittiin lisäämään tehokkuutta kilpailua edistämällä. Muun muassa edellisellä on vaikutusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteelliseen kehityskulkuun, myös uusien hyvinvointialueiden toiminnan aloittamisessa vuoden 2023 alusta ja sosiaali- ja terveystalvelujen siirtymisessä alueille. (Leppo 2013; 93; Närhi 2023, 8.)

Talentia (2023, 19) kirjoitti keväällä 2023 lehdessään, että suunnitelmina on ollut siirtää terveystalvelu sosiaalityö pois terveydenhuollon piiristä. Syynä tähän on pidetty muun muassa henkilöstöpulaa. Viimepäivien terveystalvelu sosiaalityötä koskevat uutiset ovat olleet hyvin samankaltaisia. Talentian (2023, 14,17) mukaan terveystalvelu sosiaalityön satavuotisen historian on todettu olevan vaakalaudalla, kun ainakin osa hyvinvointialueista haluaa siirtää terveystalvelu sosiaalityön sosiaalityö alaisuuteen. Myös Länsi-Uusimaan (2023) lehdessä ollaan huolestuneita Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen (Pohde) ratkaisusta siirtää terveystalvelu sosiaalityö pois sairaaloista. Tiuhonen ja Riekkinen-Tuovinen Mediuutisten (2023) mielipidekirjoituksessa toteavat, että ”Terveystalvelu sosiaalityö on joutunut hyvinvointialueiden heittopussiksi”. Sosiaalityöllä ja rakenteellisella sosiaalityöllä on lääketieteellisessä ja hoidolliseen työhön keskittyvässä terveydenhuollon ympäristössä tärkeä paikka asiakkaan kokonaisvaltaisen tuen varmistajana, mutta myös edellä kuvattujen ongelmakohtien esille tuomisessa yhteiskunnallisissa rakenteissa. Asiakkaat ovat usein hoidollisissa ja kuntoutuksellisissa ympäristöissä haavoittuvassa ja heikoimmassa asemassa olevia puolustamaan omia oikeuksiaan. Esimerkiksi päihdesosiaalityössä Pehkosen (2019,13–14) ja kumppaneiden mukaan päihdeongelmaisten asiakkaiden kohtaaminen ja auttaminen vaativat työntekijältä laaja-alaista osaamista. Terveystalvelu sosiaalityössä työntekijöiden velvollisuutena on vahvan ymmärryksen lisäksi palvelujärjestelmästä ja siellä asiakasta ohjatakseen tukea kansalaisten osallisuutta ja oikeuksia sekä toteuttaa rakenteellista muutostyötä.

Oma kiinnostukseni rakenteellisesta terveystieteellisestä sosiaalityötä kohtaan on syntynyt erityisesti sosiaalityön syventävän harjoitteluni 2022 syksyn ja 2023 kevään välisenä aikana, kun pääsin tekemään työtä psykiatristen asiakkaiden parissa sosiaalihuollosta käsin. Työ tarkoitti muun muassa asiakkaiden palvelujen järjestämistä yhteistyössä terveydenhuollon kanssa. Kiinnostukseni rakenteelliseen sosiaalityöhön on kasvanut sosiaalityön kokemuksen karttumisen myötä sijaisuuksissa työskennellessäni ja muun muassa tällä hetkellä päihdesosiaalityössä terveydenhuollon moniammatillisen tiimin jäsenenä ollessani. Terveystieteellinen ja rakenteellinen sosiaalityö näyttävät jääneen lisäksi varjoon tehtyjen aiempien tutkimusten osalta, joka on lisännyt kiinnostustani aiheita kohtaan. Myös Kannasoja ja Ruonakangas (2023, 73) ovat todennet suomalaisista rakenteellista sosiaalityön akateemista ja empiiristä tutkimusta tehdyn suhteellisen vähän ja lähinnä tutkimukset ovat olleet pro gradu tasoisia. Väitöskirjatasoisista tutkimuksista esimerkkeinä ovat Laura Tiitisen (2019) yhteiskuntatieteellinen väitöskirja, joka paikantuu rakenteellisen sosiaalityön, mediavaikuttamisen ja siinä tapahtuvien epäkohtien paljastamiseen. (Liukko ym. 2022, 10; Tiitinen 2019, 3–4.) Lisäksi Anna Metterin (2012, 9–10) yhteiskunta- ja kulttuuritieteellinen väitöskirjan voi lukea kuuluvan rakenteelliseksi sosiaalityöksi ja terveystieteellisen sosiaalityön sosiaalisiksi raportoinniksi ihmisten kohtuuttomista tilanteista palvelujärjestelmässä, joka lienee yksi laajimmista tehdyistä suomalaisista tutkimuksista. Tutkimuksessa on tuotu esille sekä 1990-luvun hyvinvointipolitiikan että hyvinvointipalvelujärjestelmän rakenteiden seurauksia palvelunkäyttäjille. Tutkimus teki näkyväksi myös sosiaalityöntekijän merkityksen asiakkaiden tarpeiden ja politiikan välissä toimijana. Minna Kivipelto (2021) on koonnut puolestaan aiemmin kirjallisuuskatsauksessaan yhteen suomalaista rakenteellista sosiaalityötä koskevaa tutkimusta, selvityksiä ja opinnäytetöitä.

Vaikka rakenteellisen terveystieteellisen sosiaalityön tutkimus vaikuttaa olevan melko vähäistä Suomessa, on rakenteellinen sosiaalityö huomioitu kuitenkin kehittämiskohteena joidenkin hankkeiden tiimoilta. Rakenteellista sosiaalityötä on tutkittu esimerkiksi “Monitoimijainen rakenteellinen sosiaalityön toimintamalli tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteellisissä” (MoRa) tutkimushankkeessa keräämällä empiiristä aineistoa muun muassa sosiaalityöntekijöiltä, johtavilta sosiaalityöntekijöiltäkin, operatiiviselta johdolta, päättäjiltä ja järjestöiltä. Edellä kuvatut tutkimukset ja hankkeet osoittavat rakenteellisen sosiaalityöllä olevan merkitystä terveydenhuollon sosiaalityössäkin. Esimerkiksi rakenteellisen sosiaalityön tuottamalla tiedolla tulisi olla merkittävä asema koko sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisenä, mutta on todettu, että rakenteellista sosiaalityötä ei sen puutteellisuuden vuoksi tehdä kuitenkaan kattavasti kaikilla sosiaalityön alueilla. (Liukko ym.2022a, 9; Liukko ym.2022b, 1–2; Närhi ym. 2023, 17–19; Rantamäki & Kokkonen 2023, 179.)

Tutkimukseni etenee siten, että luvussa kaksi tarkastelen teoreettisia käsitteitä, joihin tutkimukseni sijoittuu sekä sosiaalityöntekijän työn paikantumista terveydenhuollossa ja moniammatillisuuden merkitystä terveydenhuollon kontekstissa. Luvussa kolme määrittelen rakenteellisen sosiaalityön paikantumista niin kansainvälisesti kuin suomalaisessa kontekstissaankin. Puolestaan luvussa neljä avaan lukijalle tutkimukseen liittyviä metodologisia valintojani niin tutkimuskysymysten, aineiston keruun ja kuvailun, analyysimenetelmien kuin tutkimuksen eettisten kysymysten ja luotettavuudenkin osalta. Viides luku on omistettu tutkimukseni tuloksille, kuudes luku tiivistyy tutkielmaraporttini johtopäätöksiin ja viimeinen seitsemäs luku pohdintoihini aiheesta.

2 SOSIAALITYÖNTEKIJÄNÄ TERVEYDENHUOLLON KENTILLÄ

2.1 Sosiaalityön paikantuminen terveydenhuollossa

Kananojan (2017,347,349–350) mukaan sosiaalityöllä nähdään olevan erityinen tehtävä näinäkin päivinä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta terveydenhuollossa. Terveydenhuollon sosiaalityön tehtävänä on huomioida erilaiset sosiaaliset tekijät riittävällä tavalla hoidossa ja jatkohoidon suunnittelussa, myös yhteistyötä tekemällä muun muassa sosiaalihuollon eri sektoreiden kanssa. Sosiaalityöntekijöitä toimii eri terveydenhuollon sektoreilla aina perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja järjestöjen kuntoutuslaitoksiin saakka niin lasten, aikuisten kuin perheidenkin parissa. Perusterveydenhuollossa sosiaalityö on ollut varsin niukkaa ja yksityisen terveydenhuollon sosiaalityöntekijöistä ei ole tarkkaa tietoa, ja lienee työterveyshuollosta sosiaalityöntekijät puuttuvat vielä kokonaan. Metterin (2014, 298) mukaan laajimmat terveys- ja sosiaalityön tehtäväalueet liittyvät erikoissairaanhoidon ja sairaala- ja avohoitoon. Yliruka ja kumppanit (2019, 1) ovat arvioineet muutama vuosi sitten Suomen terveydenhuollossa työskentelevän noin 1000 sosiaalityöntekijää. Tämänhetkistä tarkkaa määrää on vaikea arvioida muun muassa hyvinvointialueilla menneillään olevien rakenneuudistusten vuoksi.

Linden (1999, 55), kuten myös Korpela (2014, 121) ovat todenneet terveydenhuollon sosiaalityöllä tarkoitettavan ”sosiaalityöntekijän toimintaa, joka toteutuu terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden ja sosiaalisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi”. Raunio (2009, 28–29) määrittelee sosiaalityön tekemisen liittyvän aina johonkin rajattuun ympäristöön, jolloin on pohdittava, kuinka paljon toimintaympäristö määrittää myös ammatillista toimintaa laajemman yhteiskunnallisen ympäristön lisäksi, joka on myös sosiaalityölle tärkeää. Lindenin (1999, 55) mukaan terveys- ja sosiaalityön lähtökohtana tulisi olla tällöin kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Sairauden kohdatessa tavoitteena tulisikin olla yksilöiden ja perheiden elämäntilanteiden turvaaminen muun muassa taloudellisen toimeentulon, sosiaalisen suoriutumisen ja yhteiskunnan osallisuuden osalta mahdollisimman häiriöttömästi sekä terveyteen vaikuttavista epäkohdista vastuutahojen informointi.

Sairaaloiden sosiaalityön alku Korpelan (2014, 120) mukaan sijoittuu 1800- luvun lopun Englantiin ja 1900-luvun alun Yhdysvaltoihin, jossa muun muassa perustettiin ensimmäinen sairaalan sosiaalityön osasto New Yorkiin. Puolestaan Suomessa terveys- ja sosiaalityön juuret ulottuvat 1921 luvun Helsinkiin ja lastensairaalaan sekä 1923 luvun kirurgiseen sairaalaan, joissa ensimmäiset

sosiaalihoitajat aloittivat toimintansa. Lienee terveystieteiden kehitykseen Suomessa kansainvälisen kehityksen ohella vaikuttanut tuolloin myös ”kansan kasvattamisen periaate”, kuten Minna Harjula (2015, 138–140, 143) kirjoittaa. Tällä Harjula (2015) tarkoittaa apua tarvitsevien perheiden kohtaamista ja läheisten vuorovaikutussuhteiden luomista, jota pidettiin parhaana keinona tiedon ja terveystieteen juurruttamiseksi kansalaisiin ja, että kansalaiset turvautuisivat ammattilaisiin tarvittaessa aikana, jolloin muun muassa kulkutautien leviäminen oli runsasta. Samaan aikaan myös terveystieteiden alueellista saatavuutta parannettiin ja palvelunkäyttöä kasvatettiin, jonka vuoksi 1920–1956 vuosien välillä säädettiin mittava joukko lakeja, muun muassa kättilölaki vuonna 1920.

Kananojan (2017, 355) mukaan sosiaalityöntekijät ovat nähneet roolinsa terveydenhuollossa eri tavoin, osa on pyrkinyt haastamaan vallitsevia organisaation rakenteita ja pyrkinyt korjaamaan havaitsemiaan puutteita, kun taas toiset ovat nähneet roolinsa enemmän hyvän potilastyön tekijöinä. Korpela (2014, 119, 121) toteaa sosiaalityöntekijän työnkuvan ja roolin muotoutuvan eri organisaatioiden tarpeiden mukaan, säilyttäen kuitenkin itsenäisen profession asemansa erityispiirteineen. Alun alkaen terveydenhuollon sosiaalityöntekijän rooli on nähty isäntäorganisaatiolle alisteisena ja tehtävät ”sekamuotoisina” avustavina tehtävinä. Avustajasta ja hoivaan keskittyvästä työntekijästä sosiaalityön rooli terveydenhuollossa on liikkunut enemmän kohti yhteiskunnallista ja sosiaalista tietoa hallitsevaa asiantuntijaa. Sosiaalityötä myös terveydenhuollossa määrittää laki sosiaalihoitoammattihenkilöistä (817/2015), kuten tähän jo alussa viitattiin.

Terveydenhuollossa tehtävää sosiaalityötä on jaettu muun muassa neljään osaan; sosiaaliseen arvioon, sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen, toimeentulon turvaamiseen ja asiantuntijatyöhön (Korpela 2014, 121; ref. Terveydenhuollon luokitusopas 1998). Savolainen (2017, 6–16) Kuntaliiton julkaisussa on täydentänyt ja jakanut terveystieteiden sosiaaliseen arvioon ja suunnitteluun, sosiaaliseen toimintakyvyn tukemiseen, yhteistyöhön koordinointiin ja verkostotyöhön, asiantuntija- ja koulutustehtäviin sekä hallintoon ja kehittämiseen. Metteri (2014, 299) lisäksi jäsentää terveystieteiden tehtäviä välittömään potilastyöhön ja työhön heidän läheistensä kanssa, psykososiaaliseen työhön niin potilaan kuin hänen perheensä kanssa, kriisityöhön, moniammatilliseen tiimityöhön ja verkostotyöhön. Burrowsin (2020, 42–43) mukaan sairaalan sosiaalityöntekijät työskentelevät eri verkostoissa niin sairaalan sisällä kuin sairaalan ulkopuolella ja toimivat usein linkkinä potilaan ja eri järjestelmien välillä.

Burrowsin (2020, 41–42) mukaan terveystieteiden tai sairaalan sosiaalityön on vaikea osoittaa tehokkuuttaan lääketieteellisessä ja ”talouskuriin” pohjautuvassa ympäristössä, vaikka on voitu osoittaa, että monimuotoisissa potilaiden tilanteissa, potilaiden paranemisessa ja kuntoutumisessa on

ollut enemmän haasteita, kun sairaalan sosiaalityö on puuttunut. Monien lääkäreiden on kuitenkin todettu tunnustavan sosiaalityöntekijöiden merkitys sairaalatiimeissä heidän tuodessaan esille tärkeitä arvoja potilaiden koko elämän sosiaalisten ulottuvuuksien ymmärtämiseksi. Esimerkiksi terveysosiaalityöllä on merkitystä terveyden eriarvoisuuden kaventamisessa, joka Metterin (2014, 298) mukaan on asetettu tavoitteeksi myös Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon politiikkaohjelmiin (mm. Kaste 2012). Rotkon ja Mandelbackan (2015, 116,118–119) mukaan terveyden eriarvoisuudella tarkoitetaan sellaista terveyden vaihtelua tai terveyseroja, joihin yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat enemmän, kuin ihmisen vapaa valinta tai väistämättömät biologiset lainalaisuudet. Terveyttä pidetään yhtenä keskeisimpänä hyvinvoinnin ulottuvuutena ja osatekijänä. Muina hyvinvoinnin osatekijöinä pidetään koulutusta, työllisyyttä, asumisoloja, asuinympäristöä, perhe- ja sosiaalisia suhteita sekä taloudellisia ja poliittisia voimavaroja. Vajeiden edellä kuvatuissa tekijöissä nähdään kasaantuvan tiettyihin väestöryhmiin, joka johtaa huono-osaisuuteen ja eri väestöryhmien välisten erojen syvenemiseen. Eri väestöryhmien terveyserojen taustalla nähdäänkin olevan aineellisten, sosiaalisten, tiedollisten ja kulttuurillisten voimavarojen epätasainen jakaantuminen yhteiskunnassa, joka osoittaa terveyserojen syiden olevan enemmän yhteiskunnan rakenteisiin kytkeytyneinä, kuten tulonjakoon, koulujärjestelmään, työ- ja asumisoloihin. Elinolojen ja työolojen nähdään olevan keskeisimpiä terveyteen vaikuttavia sosiaalisia ja rakenteellisia määrittäjiä.

Edellä kuvatut tekijät lienevät syy terveysosiaalityön synnyn varhaisille kehitysaskelille 1900-luvun vuosisadan vaihteessa. Cowlesin (2003,3–5,8–9, 12) mukaan terveysosiaalityön synty 1900-luvun taitteessa liittyy läheisesti lääkärin toimenkuvan muutoksiin, jota on kutsuttu myös lääkärin “näkökentän supistamiseksi”, jolloin lääkärin toimenkuvan ajateltiin keskittyvän enemmän vastaanotoille ja sosiaalityön paikkaavan tätä supistunutta kenttää sekä puutetta raportoimalla potilaan koti- ja työtilanteesta tarkemman diagnoosin ja tehokkaamman hoidon aikaansaamiseksi. 1900-luvun alkupuolen sairaalan sosiaalityön tehtävä oli tuoda näkyville lääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle “sairauksien sosiaalista ja psykologista näkökulmaa” sekä “ymmärtää ja hoitaa” sairauksien sosiaalisia komplikaatioita luomalla läheinen suhde sairaaloiden, sairaanhoidon ja sosiaalityön ammattilaisten sekä eri palvelujen välille. Sairaalan sosiaalityöntekijän roolina nähtiin olevan yhteyshenkilönä toimiminen tai sillan rakentaja niin sairaalan kuin potilaan sosiaalisen ympäristön ja eri palvelujen välillä sekä toimia esteiden poistajana lääkehoidon onnistumiseksi. Lisäksi tehtäviin kuului pyrkimys muuttaa kaikkia sosiaalisia, ympäristöllisiä tai emotionaalisia syitä tai vaikutuksia, jotka vaikuttivat potilaiden terveydentilaan, tarjota potilasta koskevaa tietoa sairaanhoitajille tai lääkäreille, helpottaa potilaan kotiutumista ja sen jälkeistä sopeutumista sekä selvittää potilaalle sairaalan jälkeiset avut käyttöön. Terveystieteiden sosiaalityön rooli tai

näkökulma nähtiin biopsykososiaalisena eli fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ympäristöolosuhteiden nähtiin vaikuttavan toisiinsa. Henkilön terveydentilan nähtiin heijastavan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ympäristöjärjestelmien keskinäistä riippuvuutta. Erityisesti terveydenhuollon sosiaalityö näyttäytyi aluksi psykiatrisena sosiaalityönä, johon oli perustettu muun muassa oma koulutus Yhdysvalloissa 1918 ja oma psykiatrisen sosiaalityön osasto 1922.

Kananoja (2017, 347–348) toteaaakin terveydenhuollon sosiaalityöllä olevan kansainvälisesti pitkä historia ja erityisesti psykiatrisen sosiaalityön olleen varhaisimpia sosiaalityön muotoja. Näinä päivinäkin Kananojan (2017) mukaan terveydenhuollon sosiaalityöllä on keskeinen rooli potilaan hoito- ja kuntoutusprosessissa. Potilaiden hoitoprosessit voivat vaihdella yksilö- ja yksikkökohtaisesti ja sosiaalityöllä on keskeinen rooli muun muassa hoitoon ja kuntoutumiseen liittyvien asioiden hoidossa eri tahojen kanssa niin sairauden akuuteissa vaiheissa kuin niiden jälkivaiheissakin. Myös Rauni Korpelan (2014, 118–119) mukaan sosiaalityöntekijällä on tärkeä erityisasiantuntijan rooli terveydenhuollossa, ja tämä tietämys sosiaalityön asiantuntijuudesta ja potentiaali jääkin usein käyttämättä tietämättömydessä, mitä terveysosiaalityö on. Edellä aiemmin on todettu muun muassa ympäristön huomioimisella rakenteellisessa sosiaalityössä olevan suuri merkitys, myös Korpela (2014) korostaa terveysosiaalityön asiantuntijuudesta kirjoittaessaan vuorovaikutusta ihmisen ja ympäristön välillä sekä työn perustumista kansainvälisiin yleissopimuksiin ihmisoikeuksista ja yhteiskunnallisesta oikeudenmukaisuudesta. Korpelan (2014, 122) mukaan ”lääkehoidon ohella sosiaalisen tuen ja ympäristön merkitys korostuu” terveydenhuollon sosiaalityössä.

2.2 Moniammatillisuus terveydenhuollon sosiaalityössä

Moniammatillisuutta pidetään terveydenhuollon sosiaalityössä keskeisenä, jonka avulla asiakkaan kokonaisvaltainen tuen saaminen ja oikeuksien toteutuminen voidaan varmistaa. Moniammatillisuus on keskeinen käsite myös tämän tutkimuksen osalta. Mönkkösen (2019, 7) ja kumppaneiden, kuten myös Isoherrasen (2012, 19–20) mukaan moniammatillinen yhteistyö on eräänlainen yläkäsite tai sateenvarjokäsite sosiaali- ja terveysalalla, joka on saanut useanlaisia muotoja ja merkityksiä. Moniammatillisuuden voi katsoa viittaavan viranomaisen tai ammattilaisen päävastuuseen prosesseista. Linden (1999, 119) toteaa käsitteen alkuperän olevan englannin kielestä, jossa ilmenevät sanat ”multiprofessional co-operation” ja ”interprofessional collaboration”. Jälkimmäinen viittaa vallan, tiedon ja asiantuntijuuden jakamiseen yhteistyössä ja ensimmäinen perinteisempään hierarkkiseen yhteistyöhön.

Paitsi, että niin sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) kuin terveydenhuoltolaissakin (1326/2010) kannustetaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhteistyöhön, Cowlesin (2003, 20) mukaan moniammatillinen tiimi yhdistettynä potilaan sosiaaliseen verkostoon tarjoaa potilaalle lisäksi parhaan tukijärjestelmän, jota voi kutsua hoitojärjestelmäksi. Moniammatillista tiimityötä voidaan pitää eri ammattilaisten välisenä ryhmätyönä, monenlaisten tietojen ja taitojen hyödyntämisenä sekä koordinoimisena tehokkuuden ja vaikuttavuuden maksimoimiseksi. Tehokkuudella tarkoitetaan parasta hyötyä, “mitä rahalla saa”, mutta myös onnistunutta lopputulosta suhteessa tavoitteeseen, joka pyritään saavuttamaan. Moniammatillisen tiimin tehokkuus- ja vaikuttavuus perustuvat siis kokonaisvaltaisiin ja koordinoituihin palveluihin, henkilöstöresurssien optimaaliseen käyttöön, potilaan hoitoon ja potilashoidon laadun parantamiseen sekä kustannussäästöihin vähentämällä palvelukatkoksia tai –aukkoja ja päällekkäisyyttä (mm. Isoherranen 2012, 22, 25; Mönkkönen & Kekoni 2020, 226–227, 231). Kekoni (2019, 12–13) kumppaneineen pitää moniammatillista työtä eri verkostojen ja viranomaisten yhteistoimintana sekä organisaatioiden sisäisen tai ulkoisen yhteistyön muotoina, joten moniammatillisten ryhmien tehtävät ja osanottajatkin voivat vaihdella työskentelyn tavoitteen mukaan. Puolestaan tiimi- käsitettä Isoherrasen (2012, 31–32) mukaan pidetään moniammatillisen yhteistyön ydinkäsitteenä, joka on myös rinnakkaiskäsite monialaiselle yhteistyölle. Oleellista moniammatillisessa tiimityössä on vuorovaikutus, jossa tietoa integroidaan kokonaisvaltaisesti, ylittäen roolirajoja ja tiimien kokoonpanoa voidaan vaihdella asiakas- tai potilaskohtaisesti. Moniammatillisena tiimityönä ei puolestaan pidetä perinteistä ammattien rinnakkain työskentelyä, johon moniammatillinen tiimityö usein voidaan sekoittaa.

Moniammatillisuuden lisäksi puhutaan usein myös rinnakkaiskäsitteistä, kuten monitoimijuus, jota voidaan pitää tämän tutkimuksen osalta myös yhtenä merkittävänä käsitteenä sekä monitieteisyydestä. Mönkkönen ja Kekoni (2020, 216) toteavat, että niin lainsäädännön tasolla kuin ammattikäytännössäkin monitoimijaisuuden kuvaaminen on ollut hyvin vaihtelevaa ja, jonka vuoksi käsitteet voivat sekoittua. Edellisen johdosta monitoimijaisuutta on kuvattu sekä moniammatillisuuden, monitieteisyyden että monialaisuuden käsitteillä. Närhi ynnä muut (2023, 15–16) käyttävät nimitystä monitoimijuus, joka tarkoittaa eri taustoista ja näkökulmista tulevien edustajien ja toimijoiden tavoitteellista työskentelyä päämäärien saavuttamiseksi. Keskeistä monitoimijuudessa on jaettu yhteinen käsitys työskentelyn suunnasta ja toimijan osallisuuden arvostaminen. Monitoimijuuden tai monitoimijaisuuden voidaan nähdä laajentavan moniammatillista viranomais- tai palvelujärjestelmiin keskittyvää näkökulmaa rakenteelliseen sosiaalityöhön, jossa toiminta nähdään suhteissa tapahtuvana ja laajemmin ympäristön eri toimijoihin kiinnittyvänä. Monitoimijaisuudella myös Mönkkösen ja kumppaneiden (2019, 11) mukaan tarkoitetaan ammattilaisten lisäksi laajempien verkostojen, kuten läheisten, kokemusasiantuntijoiden ja

kansalaisjärjestöjen ottamista yhteistyöhön mukaan. Monitoimijaisuuteen kuuluu lisäksi jo 1980-luvulta lähtöisin oleva rajatyön käsite (boundary work), joka viittaa arkisessa ammatillisessa käytännössä työskentelyalueiden ja toimivallan määrittelyihin sekä kaikkien niin ammattilaisten kuin asiakkaiden asiantuntijuuden huomioimiseen työskentelyssä (Mönkkönen & Kekoni 2020, 217).

Monitieteellisyydellä Isoherrasen (2012, 27, 30) mukaan tarkoitetaan puolestaan tiedon ja osaamisen kokoamista yhteen eräänlaiseksi systeemiseksi tiedoksi työn kohteesta. Isoherranen (2012, 21; ref. Payne 2000) on todennut moniammatillisen yhteistyön tai moniammatillisen tiimityön sisältävän eri määritelmässään myös vastuukysymykset, joten määritelmät moniammatillinen, monitieteinen ja monitoimijainen työ sisältävät myös eri ammattiryhmien roolit ja toisten huomioon ottamisen yhteisessä vuorovaikutuksessa sekä tietojen, taitojen ja vastuiden yhdistämisen. Sosiaalityöntekijän roolia moniammatillisesta näkökulmasta voi edellisen kuvauksen perusteella korostaa, sillä sosiaalityöntekijä toimiikin usein moniammatillisessa tiimissä tai työryhmässä oman ammattiryhmänsä ja tieteenalansa edustajana terveydenhuollossa. Toisaalta monitoimijuus ulottaa sosiaalityöntekijän työn laajemmissa verkostoissa toimimiseen yhteiskunnassa, jolla on merkitystä rakenteellisen sosiaalityön näkökulmasta.

Sosiaalityöntekijän ammatillinen osaaminen moniammatillisessa työryhmässä ja toiminnassa painottuu kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen, asiakkaan näkemiseen tasavertaisena toimijana terveydenhuollossa kuin oman elämänsä asiantuntijanakin (ks. Mönkkönen & Kekoni 2020; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2017, 244–245). Lisäksi Manderbacka ja Keskimäki (2013, 264) ovat kuvanneet sosioekonomisilla tekijöillä olleen vaikutusta esimerkiksi potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa, jolloin muun muassa potilaan tiedon saanti omaan terveyteen liittyen on saattanut olla heikompaa ja sosioekonominen tausta on voinut liittyä myös palvelujen tarjontaan. Terveydenhuollon moniammatillisessa työssä toimitaan usein jännitteisellä kentällä, terveydenhuollon isäntäorganisaation alla, jossa työ on melko perinteisesti pohjautunut ammatilliseen asiantuntijuuteen ja asiakkaan medikalisointiin sekä objektointiin, jonka vuoksi sitäkin enemmän korostuu sosiaalityön merkitys asiakkaan asianajajana ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden varmistajana, sosiaalityön oman arvopohjan mukaisesti (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2017, 245). Lisäksi Mönkkönen ja Kekoni (2020, 229) muistuttavat, että viimevuotisista resurssitehokkuusajattelusta poiketen tulisi korostaa asiakaskokemuksen parantamista ja asiakkaan tulisi saada tasalaatuaista palvelua huolimatta, kuka häntä tai hänen asiaansa hoitaa. Edellinen asettaa vaatimuksia moniammatilliselle työlle niin kehittämisen kuin yhteisten sääntöjen ja toimijaroolien suhteen kokonaisuudessaan.

Kekonin ynnä muiden (2019, 14–15) mukaan moniammatillisuutta on tutkittu varsinaisesti 1980-luvulta lähtien ja siitä on rakennettu erilaisia teoreettisia malleja. Laura Bronsteinia pidetään yhtenä kansainvälisestikin merkittävänä moniammatillisen työn tutkijana, joka on esitellyt viisi erilaista moniammatillisen työskentelyn keskeistä osa-aluetta sekä neljä moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavaa tekijää. Ensimmäisenä osa-alueena pidetään keskinäistä riippuvuutta, johon perustuu ymmärrys omasta roolista moniammatillisessa ryhmässä ja keskinäinen luottamus. Toiseksi edellä kuvatun varassa työssä on mahdollista toteuttaa uusia rakentuvia toimintatapoja ja kolmanneksi työssä on mahdollista toimia joustavasti, omaksuen uusia rooleja yhteistyössä. Lisäksi neljäntenä tavoitteiden yhteinen omistajuus jakaantuu kaikkien prosessiin osallistuvien kesken yhteisesti jaettuna vastuuna prosessien alusta loppuun saakka. Viidentenä yhteistyön prosesseissa reflektointi toimii itsearvioinnin välineenä, jota moniammatillinen tiimi hyödyntää arvioinnissaan. Lisäksi Bronstein on korostanut moniammatillisen työn perustana ammatillista roolia ja vahvaa ammatillista identiteettiä, rakenteellisia tekijöitä, kuten organisaatio kulttuuria, persoonallisia tekijöitä sekä ryhmän yhteistä historiaa.

Esimerkiksi Giles (2016, 25–27,30) on tutkinut moniammatillisuutta terveydenhuollon sosiaalityössä Uudessa Seelannissa ja painottaa tehdyn pienoistutkimuksen pohjalta moniammatillisen tiimin tärkeyttä ja vaikutuksia potilaille, joissa käsitellään ja tuodaan esille myös potilaiden ei-lääketieteellisiä näkökohtia, kuten sosiaalisia, taloudellisia, kulttuurillisia ja yhteisöllisiä näkökulmia, muun muassa asumista, köyhyyttä tai työttömyyttä. Ei-lääketieteellisillä tekijöillä on nähty olevan merkittäviä terveystaikutuksia, toisaalta terveysosiaalityöntekijöillä on nähty olevan merkittäviä taitoja toimia monialaisen yhteistyön edistäjinä lääketieteellisessä ja joskus hyvinkin hierarkkisessa ympäristössä, jonka valtasuhteet voivat hiljentää tiettyjen tieteenalojen äänen kuulumista. Lääketieteellinen, joskus kapea-alainen ja sairausprosessiin keskittyvä näkökulma voi jättää toisarvoiseksi “ei niin tärkeänä pidettyjä asioita”. Lisäksi toimimaton tiimityö voi heijastua asiakkaaseen siten, että useat ammattilaiset tekevät päällekkäistä työtä, eri suunnitelmia käyttäen, joka voi puolestaan hämmentää asiakasta ja jättää jopa kokonaan vaille tukea tai palveluita.

Terveysosiaalityöhön kohdistuvassa tutkimuksessaan myös Gehring (2022) kumppaneineen ovat todenneet huumeita käyttävien potilaiden olevan haavoittuvassa asemassa ja tuoneet esille rakenteellisia haasteita huumeiden käyttäjien sosiaalipalveluiden huomioimisessa sairaalahoidon aikana sekä jatkopalveluissa sairaalahoidon jälkeen Länsi-Kanadassa. Gehringin ja kumppanit (2022, 4–5) toivat esiin haasteita mikro- ja makrotasolla, joita olivat niin yksilö-, organisaatio-, yhteisö- kuin politiikkatasokin. Myös Spero ja Werkmeister (2022) ovat tuoneet esiin samankaltaisia rakenteellisia haasteita suunterveydenhuollossa Nepalin maaseudulla, kuten myös Cammaert (2022), jonka mukaan

syömishäiriöisiä henkilöillä on havaittu olleen useita hoidon saamisen esteitä Itä-Kanadassa. Edellisten ohella Glen Schmidt (2005, 194–195, 200–201) on tullut samoihin johtopäätöksiin, sillä rakenteellisia haasteita on todettu olleen psykiatristen palveluidenkin saatavuudessa Pohjois-Kanadassa. Terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuutta on kuvattu ”pystysuuntaiseksi”, jolla tarkoitetaan kansallisen rahoituksen ja palveluiden ohjaamista keskitetysti eteläiselle kaupunkiväestölle. Lisäksi palveluiden saatavuutta ovat rajoittaneet muut maantieteelliset ja taloudelliset elementit sekä mielenterveyden erilaisista määritelmistä johtuvat esteet. Palveluiden tulisi kuitenkin perustua integraatioon esimerkiksi työllisyyden, asumisen, koulutuksen ja asiakkaan muiden tukiverkostojen ja elinympäristöjen suhteen. Edellisen kaltaisia ”pystysuuntaisia” ja rakenteellisia haasteita voi nähdä liittyvän myös Suomeen, muun muassa maantieteellisesti, vaikka suoraan maiden välille ei voi laittaakaan yhtäläisyysmerkkiä.

Moniammatillinen rakenteellinen terveystieteellinen lähestyminen lisäksi vahvasti systeemiteoreettista mallia käytännön toiminnassaan. Muun muassa Arja Kilpeläinen (2009, 63) kirjoittaa, että Luhmannin systeemiteoreettinen ajattelu pohjautuu ihmisen ja ympäristön tarkastelemiseen laajempaan kokonaisuuteen, kokonaisvaltaiseen systeemiin, johon kuuluvat luonnon lisäksi niin sosiaalinen, fyysinen, kulttuurinen, emotionaalinen kuin historiallinenkin ympäristö. Tällöin huomio kiinnitetään enemmän yhteyksiin ja järjestelmien keskinäiseen vuorovaikutukseen ja suhteisiin, kuin pelkästään yksilöihin. Vastaavasti Viirikorpi (1990, 21–22, 58), kuten myös esimerkiksi Närhi (2023, 39) ovat todenneet kolmella erilaisella systeemiteoreettisella strategialla olevan merkitystä vuorovaikutuksen muutokseen omissa toimintaympäristöissään, joista yksi liittyy rakenteiden muuttamiseen osallistumalla systeemin toimintaan omissa työskentelyorganisaatioissaan ja moniammatillisessa yhteistyössä, luomalla muun muassa uusia kommunikaation muotoja ja valtasuhteita. Toiseksi sosiaalityöntekijät voivat tukea asiakkaita ja muita toimijoita rakenteiden muuttamisessa sekä kolmantena sosiaalityöntekijät voivat muuttaa omia toimintatapojaan. Muun muassa Rotko ja Mandelbacka (2015, 126) painottavat, että esimerkiksi terveydenhuollon palvelujärjestelmään pääsy ja sairauksien hoito tulisi järjestyä sitä tarvitseville tarpeen mukaan, eikä valikoimalla asiakkaita sosioekonomisen taustan mukaan, jota ikävä kyllä näyttää tapahtuvan. Sosiaalityöntekijöiden yhtenä keskeisenä tehtävänä monialaisessa työssä voidaankin pitää edellisen johdosta myös aktiivista vallankäyttöä suhteessa toisiin viranomaisiin ja palvelujärjestelmään, jotta asiakkaat tulevat kuulluiksi (Laitinen & Niskala, 2017, 11). Valtaa ja valtaistamista käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

3 NÄKÖKULMIA RAKENTEELLISEEN SOSIAALITYÖHÖN

3.1 Rakenteellisen sosiaalityön määrittelyä

Kuten edellä jo aiemmassa luvussa viitattiin, rakenteellisella sosiaalityöllä on keskeinen paikka terveydenhuollon sosiaalityössä moniammatillisessa toimintaympäristössä muun muassa rakenteiden muuttajana omassa systeemissään tai työorganisaatiossaan, mutta myös laajemmin paikallisella tai yhteiskunnan tasolla. Kansainvälisillä areenoilla rakenteiden määrittelyä on tehty hyvin monella tapaa ja usein rakenteiden määrittelyssä jää vaillinaisen tai selkiytymätön kuva (Pohjola 2014, 25,27). Esimerkiksi Närhi kumppaneineen (2023, 24) sekä muun muassa Anneli Pohjola (2014, 24) toteavat rakenteellisen sosiaalityön oppi-isänä olleen kanadalaisen Maurice Moreaun (1979) ja myöhemmin hänen seuraajanaan toimineen Ben Carniolin (1992) jakaneen rakenteet kahteen luokkaan, primääreihin eli ensisijaisiin rakenteisiin, joilla tarkoitetaan syrjiviä rakenteita, kuten patriarkalaisuus, rasismi, kapitalismi tai ikäsyrjintä. Sekundäärisiin eli toissijaisiin rakenteisiin tai niin kutsuttuihin neutraaleihin rakenteisiin kuuluvat muun muassa perhe, persoonallisuus, byrokratia, media, koulutus tai hallitus. Lisäksi Närhen (2023) mukaan Mullaly ja Dupre (2019) sekä Payne (2021) ovat 2020- luvulla päivittäneet yhteiskunnan rakenteiden jäsenystä edelleen neljään tasoon kattamaan sosiaaliset instituutiot, sosiaaliset prosessit, sosiaaliset käytännöt ja sosiaaliset suhteet (Närhi 2023, 25–26; ref. Mullaly & Dupre 2019; Payne 2021).

Rakenteellisen sosiaalityön nähdään perustuvan kriittisiin yhteiskuntateorioihin ja erityisesti kansainvälisessä keskustelussa rakenteellisessa sosiaalityössä (structural social work) korostetaan kriittistä ja radikaalia sosiaalityön traditiota. Suurin osa rakenteellisen lähestymistavan kehitystyöstä on tehty Kanadassa 1970- luvun puolivälistä lähtien ja kehitystyön edelläkävijänä pidetään edellä jo mainittua Maurice Moreaut. Rakenteellinen sosiaalityö pohjautuu ja yhdistää erilaisia radikaaleja teemoja, kuten marxismia, feminismiä ja radikaalia humanismia. “Rakenteellinen” terminä kuvaa yhteiskuntajärjestyksemme sisäänrakennettuja ongelmia ja näin ollen muutoksen painopisteenkin tulisi olla pääasiassa yhteiskunnan rakenteissa, ei yksilöissä. Tuomo Kokkonen (2023, 53) kuvaa kansainvälisen rakenteellisen sosiaalityön pyrkimyksenä olevan myös kapitalistisen talouden eriarvoistaviin rakenteisiin puuttumisen. Mullaly ja Dupre (2019) näkevätkin sorron eri muotojen muodostavan sortojärjestelmän, joka tulisi nähdä kokonaisuutena (mm. Payne 2014, 22). Lisäksi Närhi (2023, 25; ref. Mullaly 2007) toteaa rakenteellisella sosiaalityöllä olevan sekä lieventävä tehtävä, joka pyrkii lieventämään syrjäyttävien tai vieraannuttavien sosiaalisen järjestyksen negatiivisia vaikutuksia ihmisiin, että samalla muuttamaan kielteisiä vaikutuksia aiheuttavia olosuhteita ja rakenteita. (Kokkonen 2023, 53; Mullaly & Dupre 2019, 200–201; Närhi 2023, 25–26.)

Kriittisyydelle on sen sijaan nähty olevan kolme vaadetta tai sitoumusta, jotka liittyvät sosiaalityön käytäntöön. Nämä vaatteet liittyvät ylivallan paikantamiseen sosiaalisessa käytännössä, vaihtoehtoisten näkemysten tai ratkaisujen esittämiseen ja sorrettujen ymmärryksen lisäämiseen edellisiin liittyen. Kriittinen teoria kiinnittyy suhtautumalla kriittisesti kaikkiin olemassa oleviin sosiaalisiin, taloudellisiin ja poliittisiin instituutioihin sekä käytäntöihin ja pyrkii muuttamaan niitä. Vaikka modernissa ja postmodernissa kriittisessä teoriassa on eroja, yhdistää näitä teorioita kuitenkin herruuden ja sorron vastustaminen sekä edellä esitetyt kolme kriittisen teorian vaadetta. (Mullaly & Dupre 2019, 215, 221.) Myös Kokkonen (2023,53) toteaa Carniolin (1992) korostaneen alistavien ja syrjivien rakenteiden paljastamista ja sen myötä asiakkaiden tietoisuuden lisäämistä. Kokkonen (2023) korostaa poliittisen tietoisuuden merkitystä, joka on tie tasa-arvoisempaan ja oikeudenmukaisempaan yhteiskuntaan. Tämä mahdollistuu vain, jos tietoisuuden lisäksi epäkohdat voidaan nostaa julkisen kriittisen keskustelun kohteeksi. Edellä esitettyjen kriittisen ja radikaalien teorioiden ohella rakenteelliseen sosiaalityöhön ovat olleet vaikuttamassa lisäksi muun muassa poliittisen ja ekologisen sosiaalityön, yhdyskuntatyön ja yhteisöllisen sosiaalityön teoriat. Muotka (2013, 45–48), kuten muun muassa Pohjola (2014) toteavat suomalaisen rakenteellisen sosiaalityön mukailevan enemmän yhdyskuntatyön teoriaa, kuin radikaalimpaa kansainvälistä sosiaalityön teoriaa, vaikka Mullalyn ja Dupren (2019) mukaan sosiaalityön akateemikko ja aktivisti amerikkalainen Bertha Reynolds on jo 1940- luvulla todennut, että ollakseen hyvä sosiaalityöntekijä täytyy olla myös radikaali (Mullaly & Dupre 2019, 202).

Anneli Pohjola (2014,16–17,19) toteaa varsinaisen rakenteelliseen sosiaalityön innostuksen tapahtuneen Suomessa 1980- luvulla, vaikka historiassa on merkkejä myös sen karttamisesta. Suomessa rakenteellisen sosiaalityön käsite on nostettu esiin Jorma Sipilän (1982) ja Matti Heikkilän (1983) toimesta 1980-luvun alussa, jolloin myös rakenteelliset näkemykset kirjattiin ensimmäisen kerran sosiaalihuoltolaakiin 1982 (Pohjola 2011, 211–212; Viirikorpi 1990, 1). Närhen (2023, 37; ref. sosiaalihuoltolaki 710/1982) mukaan rakenteellinen sosiaalityön ensimmäisen kirjauksen yhteydessä sosiaalihuoltolakiin tehtäväksi asetettiin sosiaalisten olojen kehittäminen ja sosiaalisten epäkohtien poistaminen. Rakenteellisen sosiaalityön nähdään olevan myös muutostyötä ja työtä läpileikkaavana on edellä jo kuvattu kriittisyys (ks. Kokkonen 2023; Mullaly & Dupre 2019). Muutostyöllä pyritään ihmisoikeuksien ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttamiseen sekä osallisuuteen ja valtaistamiseen. Valtaistaminen on käännetty empowerment- sanasta, joka on saanut lukuisia vivahteita suomen kielessä kattaen eri toiminta- ja toimijatasoja yksilöistä ryhmiin ja yhteisöihin, ja jota pidetään keinona muutoksen aikaansaamiseksi. Tässä yhteydessä valtaistaminen viittaa yksilön tai yhteisön ohjattuun prosessiin, jossa on yhteiskunnallinen painotus. Tällöin

rakenteellisella sosiaalityöllä pyritään tukemaan kaikkein haavoittuvimmassa asemassa ja marginaalisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä, myös ymmärtämään taustalla olevia syitä, poistamaan eriarvoisuutta ja tukemaan tasa-arvon syntymistä. (Hokkanen 2009, 315, 317, 329; Närhi 2023, 26–27; Payne 2014, 294; Pohjola 2014, 16–17,19.) Närhi ynnä muut (2023, 6–7, 14) toteavatkin rakenteellisen sosiaalityötä olevan osana laajempaa sosiaalityön kenttää, jonka mukaan sen yhdeksi määritelmäksi voi antaa “Yhteiskunnallista tietoon perustuvaa yksilöitä ja yhteisöjä valtaistavaa sekä palvelujärjestelmää ja laajemmin yhteiskuntaa kehittävää muutostyötä”. Yhtenä keskeisenä tavoitteena rakenteellisessa sosiaalityössä voidaan pitää siis vaikuttamista yhteiskunnallisiin rakenteisiin, prosesseihin ja ilmiöihin vähentäen eriarvoisuutta ja lisäten eri toimijoiden välistä ja yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Edellisen perusteella rakenteellisen sosiaalityön muutostyön ja sen edistämisen voi todeta olevan sidoksissa myös poliittiseen ulottuvuuteen ja politiikan demokratian toetutumiseen.

Sosiaalihuoltolakia on uudistettu viimeksi vuonna 2014, jolloin lakiin lisättiin oma pykälänsä (7 §) määrittelemään rakenteellisen sosiaalityön tekemistä Suomessa. Rakenteellisen sosiaalityön katsotaan olevan viimeisimmän lainuudistuksen mukaan ensisijaisesti sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtimista ja tiedon välittämistä sosiaalisista ongelmista sekä sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Rakenteelliseen sosiaalityöhön katsotaan lainsäädännön näkökulmasta kuuluvan ennen kaikkea tiedon tuottamista asiakkaiden tarpeista, mutta myös tavoitteellisia toimia ja toimenpide ehdotuksia sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi (mm. Närhi 2023, 37; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 7 §). Lisäksi niin sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) kuin sosiaalihuollon ammattihenkilölaissa (817/2015 9 §) korostetaan sosiaalityön asiakas- ja asiantuntijatyön ohella vaikutusten seuranta ja arviointia sekä sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuomista osaksi muiden toimijoiden suunnittelua, yhteistyötä eri tahojen, kuten yksityisten tai järjestöjen kanssa sekä tuki- ja palveluvalikoiman kehittämistä. Närhen ja kumppaneiden (2023, 13–14) sekä sosiaalihuollon ammattihenkilölain (817/2015 4 §) mukaan sosiaalityöntekijän eettisenä ammattivelvoitteena on lisäksi muun muassa edistää hyvinvointia, ehkäistä syrjäytymistä ja omalla toiminnallaan lisätä sosiaalista toimintakykyä, yhdenvertaisuutta ja osallisuutta, jonka voi lukea laajentavan sosiaalityöntekijän vastuuta rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen myös muissa toimintaympäristöissä, kuin esimerkiksi sosiaalihuollossa tehtävänä rakenteellisena sosiaalityönä. Lisäksi laaja-alainen muu lainsäädäntö ohjaa rakenteellisen sosiaalityön tekemistä ei vain sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaan laajasti yhteiskunnallisesti ja yhteiskuntapoliittisen tehtävän mukaisesti.

Hallituksen esityksessä (2014, 14–16) on myös todettu, että kunnan tulee toimia alueellaan sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi. Edellä jo kuvatun sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalityön painopisteiden tarkoitus on tällöin alun alkaen pitänyt olla enemmän ehkäisevää ja rakenteellista sosiaalityötä, mutta painopiste on siirtynyt enemmän ongelmissa olevien yksilöiden ja perheiden tukemiseen ja auttamiseen, vaikka esimerkiksi päihdesosiaalityössä yksilöiden kanssa tehtävän työn merkitystä asiakkaan kuntoutumisen, elämänhallinnan ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi ei voi kiistää (ks. Pehkonen 2019). Hallituksen esityksessä (2014) sanotaankin, että ”Sosiaalityötä tehdään yksilöiden ja perheiden kanssa, mutta myös erityisesti yhteisöjen ja yhdyskuntien hyvinvointiin vaikuttamaan pyrkivänä rakenteellisena ja ehkäisevänä sosiaalityönä”. Päihdesosiaalityötä esimerkiksi voidaan pitää sosiaalihuoltolaissa- ja asetuksessa tarkoitettuna sosiaalityönä osana asiakkaiden ja potilaiden hoitokokonaisuutta. Sosiaalityön, missä toimintaympäristössä sitä tehdäänkin, yhtenä keskeisenä tavoitteena monien muiden tavoitteiden lisäksi on lisätä hyvinvointia yhteiskunnallista muutosta edistämällä. Esimerkiksi päihdesosiaalityössä sosiaalityöntekijät ovat tällöin avainroolissa, sillä sosiaalityön perustana ovat Sosiaalityöntekijöiden kansainvälisen liitonkin (IFSW 2024) mukaan ihmisoikeuksien ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteet. Hallituksen esityksessä (2014, 56) lisäksi todetaan, että sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluu koota asiakkuuksista ja niiden arvioinnista syntyvää tietoa rakenteellisen vaikuttamistyön pohjaksi niin korjaavasti kuin ennaltaehkäisevästi, ja välittää myös tätä syntynyttä tietoa päätöksentekoon pyrkien hankkimaan lisäksi tietoa rakenteista ja päätöksistä, joilla on merkitystä toiminnan suunnittelun kannalta.

Kuten edellä kuvataan, sosiaalityön painopiste on siirtynyt enemmän ehkäisevästä ja rakenteellisesta työstä yksilökohtaiseen ja ongelmakohtaiseen auttamiseen. Saman huomion on tehnyt muun muassa Heinonen (2014, 39), joka on kuvannut suomalaisen sosiaalityön keskittyneen yksilökohtaiseen huoltoon ja työhön, vaikka jo kauempana historiassa on viitteitä sosiaalityöllä vaikuttamisesta esimerkiksi köyhien olosuhteisiin. Esimerkiksi Mary Richmond on tehnyt merkittävää työtä sosiaalityön pioneerina niin kutsuttua ”caseworkia”, yksilöllistä työtapaa hyödyntäen, jossa työskennellään asiakkaan kanssa suorassa kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa, tapauskohtaiseen harkintaan ja räätälöintiin perustuvalla tavalla. Saman havainnon on tehnyt Pohjola (2011, 208) todeten sosiaalityön painotuksen olevan asiakas- tai yksilökohtaisessa toiminnassa ja yhä kasvavien asiakasmäärien aiheuttavan vain ”tulipalojen sammuttelua” sosiaalityössä. Vaikka sosiaalityön 1900-luvun tienoon varhaisen vaiheen kehityksessä nähtiin jo viitteitä ympäristön vaikutuksesta yksilöön ja työ suuntautui sekä yksilön kanssa tehtävään kasvokkaiseen työhön että ympäristöön vaikuttamiseen epäsuorasti, sai oikeastaan vasta 1960-luvulla alkanut systeemiteoreettinen painotus pontta sosiaalityön kehitykselle, sillä vahva kritisointi kapeaa ja tapauskohtaista työtä kohtaan johti

laajempaan yhteiskunnalliseen ongelmien tarkasteluun ja lukutaitoon. (Toikko 2009, 273–274, 280–281.) Pohjolan (2011, 209) mukaan varsinaisen rakenteellisen sosiaalityön (structural social work) käyttöönottoon 1970-luvulla on vaikuttanut juuri ekologisesti suuntautunut sosiaalityö ja laajinten käsitettä voi sanoa analysoineen Bob Mullalyn radikaalien ja rakenteellisten elementtien kautta.

Edellisten ohella Viirikorpi (1990, 20–21) on lähestynyt rakenteellista sosiaalityötä 1990-luvulla systeemiteoreettisesta näkökulmasta (ks. Viirikorpi 1990) ja nähnyt rakenteellisen sosiaalityön toteuttamisen olevan jokaisen sosiaalityöntekijän oikeus ja velvollisuus. Kuten edellä on jo todettu, systeemisyydellä voitaneen tarkoittaa niin yksilön kuin ympäristön toimintaehtojen kanssa työskentelyä, tuottaen myös asiantuntijoina tietoa muun muassa päätöksenteon pohjaksi (Närhi 2023, 38). Pohjolan ja kumppaneiden (2014, 284) mukaan rakenteellinen sosiaalityö ei näin ollen ole yksin tekemistä, vaan työtä niin rakenteissa kuin suhteissa, yhteistoimintaa, jonka vuoksi yhtenä keskeisenä rakenteellisen sosiaalityön tehtävänä Pohjola (2014, 21–22) pitääkin kykyä luoda liittoumia ja koalitioita yksin työskentelyn sijaan.

Myös Kerson ja kumppanit (2005, 8–9) toteavat Mary Richmondin ja Jane Adamsin painottaneen edellisten ohella ihmisten sosiaalisten kontekstien, kuten perheiden, työympäristöjen, erilaisten muiden yhteisöjen ja muun muassa kaupunginosien merkitystä elämäntilanteen kriittisessä ymmärtämisessä, auttaakseen ihmisiä tilanteissaan. Ajattelua ohjaa vahvasti ”ekologinen” ajattelu, joka pohjautuu biologiseen tutkimukseen ja tieteelliseen lähestymistapaan tunnistaa suhteet organismien ja kaikkien niiden osien välillä, suhteessa myös ympäristöön. Ekologiset organismit käsitetään tarkoittavan myös ihmiset ja näkevän edelliset toisistaan riippuvaisina. Ekologinen näkökulma nähdään pohjautuvan systeemiteoriaan (ks. Viirikorpi 1990; Kilpeläinen 2009), jota ohjaa kaksi keskeistä periaatetta; ”rakenne vaikuttaa käyttäytymiseen”, jonka vuoksi todellisuuteen vaikuttamiseksi tulee tunnistaa erilaisia rakenteita, jotka ohjaavat käyttäytymistä ja tapahtumia. Sosiaalityön näkökulmasta keskeisinä rakenteina nähdään muun muassa lait, perhesuhteet, taloudelliset olosuhteet ja organisaatiokäytännöt. Toinen periaate liittyy ”poliittiseen vastarintaan”, jolla viitataan erilaisten järjestelmien vastustukseen muuttaakseen järjestelmien toimintaa. Rakenteellisen työn ”punaisena lankana” voidaankin nähdä ”osien” näkemisen sijaan ”kokonaisuuksien” näkeminen, jonka vuoksi sosiaalityön painopistettä ehdotetaan siirrettäväksi laajempaan arviointiin ja interventioihin sekä asiakasta ympäröivien rakenteiden muuttamiseen yhdessä asiakkaan kanssa, myös terveydenhuollon kentillä. Edellä kuvattu systeemiteoreettinen ja ekologinen ajattelu ohjaavat rakenteellista sosiaalityötä laajempaan yksilöiden kuin ympäristön toimintaehtojen kanssa työskentelyyn.

3.2 Rakenteellisen sosiaalityön jako suomalaisessa keskustelussa

Rakenteellista sosiaalityötä suomalaisessa keskustelussa on pyritty jakamaan ja tulkitsemaan muun muassa Anneli Pohjolan (2011) sosiaalisen kestävyysnäkökulmasta neljään tehtäväalueeseen, joita ovat tietotyö, strateginen työ, inklusiotyö ja oikeudenmukaisuustyö. Lisäksi rakenteellista sosiaalityötä voidaan jakaa tai syventää myös Kivipellon (2021; ref. Mullaly & Dupre 2019; Payne 2014, 2020) lähestymistavan mukaan konventionaaliseen, reflektoiivaan ja uudistavaan sosiaalityöhön. Kaikkien edellisten voi nähdä limittyvän toisiinsa ja muihin sosiaalityön tehtäväalueisiin. (Kivipelto 2022, 14–15; ref. Mullaly & Dupre 2019; Payne 2014, 2020; mm. Närhi 2023, 41, 45; Pohjola 2011, 215–216.) Alla esitellään tehtäväalueita tarkemmin.

Rakenteellisen sosiaalityön *tietotyöllä* Pohjola (2011, 216–217) tarkoittaa tiedon tuottamista elinolosuhteista, hyvinvointi- ja pahoinvointikysymyksistä, mutta myös miten asiakkaat ja palvelut kohtaavat tai toimivat niin paikallisesti kuin alueellisestikin. Tiedontuottamisen ohella korostetaan julkisuustyötä eli tiedon välittämistä niin kansalaisille kuin päättäjillekin. Puolestaan *strategiatyöllä* tarkoitetaan suunnitelmallista hyvinvointipalveluiden ja sosiaalityön edistämistä sekä yhteiskuntapoliittisiin linjauksiin ja lainsäädäntöön vaikuttamista. Strategiatyö näkyy erilaisten hyvinvointisuunnitelmien-, strategioiden ja ohjelmien rakentamisena niin järjestöjen, kansalaisten, viranomaisten kuin muidenkin toimijoiden yhteistyönä. *Inklusiotyöllä* rakenteellisessa sosiaalityössä tarkoitetaan yhteisöllisten ja kansalaisten yhteenliittymien hyödyntämistä sosiaalisen hyvinvoinnin rakenteiden kehittämisessä. Keskeisenä inklusiotyössä on kansalaisten ja yhteisöjen osallisuuden edistäminen ja mahdollistaminen osana yhteiskunnallisten hyvinvointitoimintojen rakentamisessa. *Oikeudenmukaisuustyö* kiinnittyy puolestaan hyvinvointityössä ja yhteiskuntapolitiikassa käytäviin arvokeskusteluihin ja yhteiskunnallisen moraalin vahvistamiseen, joka yhdistää kaikkea tehtävää sosiaalityötä eettisesti, läpäisten myös kaikki muut edelliset mainitut tehtäväalueet. Sosiaalityön sosiaalipoliittisen roolin voi nähdä olevan yksi keskeisimmistä tehtäväalueista rakenteellisessa sosiaalityössä, joita yhteiskunnan kehityskulkujen todetaan tarvitsevan.

Puolestaan rakenteellisen sosiaalityön *konventionaalisella* lähestymistavalla Kivipelto (2022, 15; ref. Mullaly & Dupre 2019; Payne 2014, 2020) viittaa tiedon toimimiseen lähinnä seurannan ja arvioinnin välineenä ilman, että sosiaalisten ongelmien juurisyihin haluttaisiin puuttua, myöskään ilman asiakkaiden osallisuutta. Tuloksien tarkastelu eri ryhmien osalta, esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta jää tällöin vaillinaiseksi, lähinnä erilaisten tilastojen ja reksitereiden luomiseksi tai sosiaaliseksi raportoinniksi. *Reflektoiiva* lähestymistapa tarkoittaa asiakkaan

osallistamista ja tiedon tuottamista yhdessä asiakkaiden, työntekijöiden ja muiden toimijoiden kanssa erilaisia metodeja hyödyntäen, kuten jalkautuen asiakkaiden tai asukkaiden pariin, lisäksi yhteisesti tuotetun tiedon saattamista päätöksentekoon. Yksinään tiedon vieminen päätöksentekoa varten ei kuitenkaan takaa muutosten aikaansaamista vastuun kapea-alaisuuden vuoksi. *Uudistava lähestymistapa* puolestaan tarkastelee kriittisesti niin viranomaisten kuin asiakkaidenkin tuottamaa tietoa ja asettaa ihanteeksi epätasa-arvoa, sortoa ja syrjäytymistä aiheuttavien rakenteiden muuttamisen sekä ihmis- ja luontoarvoiltaan kestävän, oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen yhteiskunnan. Tavoitteena on aiemmin mainittuihin konventionaaliseen ja refleктоivaan lähestymistapoihin nähden saada kansalaisten erilaiset ryhmät haastamaan tiettyjä vallitsevia käsityksiä ja valtaistumaan sekä saamaan äänensä kuuluviin asiantilojen muuttamiseksi. Närhi ja Matthies (2016, 490–492) haluavatkin laajentaa rakenteellisen sosiaalityön keskustelua ekososiaalisen viitekehyksen suuntaan. Kuten edellä on jo todettu, ekososiaalinen viitekehys yhdistää sosiaalista ja ekologista, yhdistellen sosiaalityön perinteitä ja diskursseja sosiaaliin ja ekologiin näkökulmiin. Ekososiaalinen lähestymistapa yhdistää edellä muussa laajasti yhteiskunnan ja talouden rakenteita sekä luontoa ja fyysisiä elinympäristöjä. Systemiteoreettinen (ekosysteeminen lähestymistapa) juuri korostaa sosiaalisen ympäristön, kuten luonnon ja fyysisen ympäristön merkitystä liittäen ne ihmisen kasvuun ja hyvinvointiin, jonka vuoksi sosiaalityön tulisi pyrkiä aktiivisesti ottamaan kantaa, eikä vain auttamaan ihmisiä sopeutumaan ympäristöihinsä ja niiden muutoksiin (ks. Viirikorpi 1990; Pohjola 2011).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksessani olen ollut kiinnostunut siitä, miten sosiaalityöntekijät tekevät tai miten haluaisivat tehdä rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa sekä millaisia merkityksiä rakenteelliselle terveystieteelle annetaan. Rajasin tutkimukseni koskemaan vain suomalaisessa terveydenhuollossa tehtävää rakenteellista sosiaalityötä.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millä tavalla sosiaalityöntekijät tekevät tai haluaisivat tehdä rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa?
2. Millaisia merkityksiä rakenteelliselle terveystieteelle annetaan?

4.2 Sosiaalisen konstruktionismin lähestymistapa

Tutkimukseni noudattelee empiirisen laadullisen tutkimuksen sekä sosiaalisen konstruktionismin elementtejä. Laadullisena tutkimuksena voidaan pitää sellaista tutkimusta, jossa pyritään Kananen (2017, 35) mukaan "löydöksiin" ja niiden syvälliseen ymmärtämiseen, eikä tutkimusprosessi ole aina suoraviivainen prosessi tai yleistyksiin pyrkivä, kuten määrällisessä tutkimuksessa. Karkeimmillaan Eskola ja Suoranta (1998, 13) toteavat laadullisen tutkimuksen olevan aineiston muodon kuvaamista, mutta ei numeraalisesti. Pelkistetyimmillään laadullinen aineisto tarkoittaa ilmaistuja tekstejä, kuten sanoja ja lauseita, jotka voivat olla syntyneet tutkijasta riippuen tai riippumatta. Myös tutkimussuunnitelma ja tutkimuskysymykset voivat elää tutkimuksen mukana. (Eskola & Suoranta 1998, 15; Kananen 2017, 35, 71.) Laadullisen aineiston kohdalla ei voi etukäteen tietää esimerkiksi, kuinka paljon aineistoa tarvitaan, vaan aineistoa tulisi kerätä niin paljon, että tutkija pystyy ymmärtämään tutkimansa ilmiön ja vastaamaan tutkimuskysymykseen (Kananen 2017, 35, 53, 71).

Burrin (2015, 2, 4–5) mukaan sosiaalinen konstruktionismi sisältää kriittisen asenteen itsestään selvytensä pidettyihin asioihin ja tapoihin ymmärtää niin itseä kuin ympäröivää maailmaa. Sosiaalisessa konstruktionismissa tieto rakentuu ihmisten välisessä jokapäiväisessä vuorovaikutuksessa, vaihdellen historian ja kulttuurin mukaan, jonka vuoksi tieto ja sosiaaliset prosessit kulkevat käsikädessä. Vuorovaikutteisuutensa lisäksi valta kytkeytyy olennaisesti sosiaaliseen konstruktionismiin ja todellisuuden rakentumiseen. Tämä tarkoitti tutkimukseni kannalta suhtautumista mahdollisimman objektiivisesti ja puolueettomasti tietoon ja havaintoihin, joita tutkimukseni kautta sain, mutta myös jatkuvaan reflektiiviseen tutkimusotteeseen. Kirjoituspyynnöllä

tuotetut tekstit ovat toimineet tutkijan ja tutkittavien välisen vuorovaikutuksen instrumentteina ja tiedonlähteinä. Kekäle ja Puusa (2020, 46) toteavat lisäksi, että konstruktionismin yleisenä ajatuksena on kieli ja sosiaalisen todellisuuden uusintaminen ja tuottaminen puheen kautta. Tieto ei voi olla myöskään tulkitsijastaan riippumatonta. Sosiaalinen todellisuus rakentuu vuorovaikutuksessa, sosiaalisesti, kielen avulla, puolestaan sosiaalinen todellisuus muotoutuu, kun ihmiset jäsentävät ympäröivää maailmaa ja kokemusmaailmaansa kielellisesti. Alasuutari (2011, 60) toteaaakin sosiaalisessa konstruktionismissa todellisuuden rakentuvan merkitystulkintoista ja tulkintasäännöistä, suhteen kautta, joka ihmisillä on heidän elämäänsä maailmaan sillä hetkellä.

4.3 Kirjoituspyyntö aineistonkeruumenetelmänä ja aineiston kuvailu

Pro gradu -tutkielmani aineisto koostui terveydenhuollossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden eli terveysosiaalityöntekijöiden kirjoituksista. Kirjoituspyynnön ajattelin olevan hyvä tapa saada läpileikkaus rakenteellisen terveysosiaalityön tekemisestä eri hyvinvointialueilta ja saada tietoa käytännön rakenteellisesta sosiaalityöstä sekä pyrkiä ymmärtämään, millaisia merkityksiä terveysosiaalityöntekijät rakenteelliselle sosiaalityölle antaisivat. Kirjoituspyynnöllä ajattelin voivani säilyttää parhaalla mahdollisella tavalla myös objektiivisuuden ja etäisyyden tutkittaviin, ikään kuin päästä katsomaan puolueettomasta näkökulmasta asiaa, kuin esimerkiksi haastatteluja tekemällä, joissa ajattelin tutkijalla olevan enemmän vaikutusta tutkittavien mielipiteisiin ja vastauksiin (esim. Burr 2017, 2–5; Eskola & Suoranta 1998, 17). Hirsijärvi ynnä muut (2009, 217) toteavat kvalitatiivisen tutkimuksen myötä erilaisten tiedonkeruutapojen yleistyneen, joissa kirjoittajia pyritään ymmärtämään muun muassa heidän kertomustensa, tarinoidensa ja muisteloidensa kautta, kuten tässä tutkimuksessakin pyrin tekemään.

Aineisto kerättiin sosiaalityöntekijöiden suljetuissa Facebookin Terveysosiaalityön ammattilaiset- ja Rakenteellisen sosiaalityön verkosto- ryhmissä Microsoft Forms- ohjelmaan luodulla kirjoituspyynnöllä. Terveysosiaalityön ammattilaiset- ryhmässä oli tutkimuksen tekohetkellä 270 jäsentä. Ryhmä on Sosiaalityön uraverkosto- Facebook ryhmän jäsenille tarkoitettu, jossa painottuvat terveydenhuollon sosiaalityöhön liittyvät kysymykset ja ajatustenvaihto. Sosiaalityön uraverkosto on tarkoitettu sosiaalityöntekijöille tai sosiaalityön tutkintovaiheen opiskelijoille ja ”ryhmään hyväksytään sosiaalihuollon ammattihenkilölain (7 §) mukaiset sosiaalityöntekijät sekä sosiaalityön tutkinto-opiskelijat”. (Sosiaalityön uraverkosto 2024.) Rakenteellisen sosiaalityön verkostossa puolestaan rakenteellisen sosiaalityön tekijät ja kehittäjät voivat verkostoitua. Verkoston kerrotaan olevan avoin rakenteellista sosiaalityötä tekeville tai sitä kehittäville sosiaalialan ammattilaisille. Ryhmässä oli tutkimuksen tekohetkellä 351 jäsentä.

Kirjoituspyyntö tiedotteineen ja tietosuojailmoituksineen (Liite1-4) lähetettiin aluksi Terveysosiaalityön ammattilaiset -ryhmään ja muutamaa päivää myöhemmin Rakenteellisen sosiaalityön verkosto -ryhmään. Molempien ryhmien ylläpidolta oli pyydetty lupa kirjoituspyynnön lisäämiseksi ryhmien sivuille. Vastausaikaa oli annettu reilut kaksi viikkoa ajalla 12.1.-31.1.2024. Vastausajan olin pyrkinyt määrittämään lyhyeksi, ajatellen voivani pitää tutkimukseni teon tiiviinä myös ajallisesti. Aluksi vastauksia tuli niukasti, jonka vuoksi muistutin kirjoituspyynnöstä molemmissa ryhmissä puolella välissä vastausaikaa. Vielä ennen vastausajan päättymistä muistutin vastaamisesta kahdesti.

Kirjoituspyynnössä (Liite 2) terveysosiaalityötä tekeville sosiaalityöntekijöille kerrottiin lyhyesti keskeisimmät käsitteet eli rakenteellisen sosiaalityön ja terveysosiaalityön käsitteet sekä perusteltiin tutkimuksen merkitystä. Itse Microsoft Forms –kyselylomakkeessa (Liite 4) kysyttiin muutamia taustatietoja, kuten hyvinvointialuetta, tehtäväaluetta tai yksikköä sekä työkokemusta vuosina ja oliko sosiaalityöntekijä tehnyt rakenteellista sosiaalityötä vai ei. Muut kysymykset olivat vapaamuotoisempia, ohjaavia kysymyksiä, jotka liittyivät rakenteellisen sosiaalityön kuvaamiseen, mikäli sitä oli tehty tai ei, ajatuksiin rakenteellisen sosiaalityön merkityksestä, rakenteellisen terveysosiaalityön tulevaisuuden tilaan ja rakenteellisessa sosiaalityössä kaivattuun tukeen tai miten rakenteelliseen sosiaalityöhön oli suhtauduttu työyhteisössä. Viimeinen kohta sisälsi mahdollisten muiden teemaan liittyvien ajatusten kirjoittamisen. Kirjoittamiseen oli laadittu vaihtoehdoksi pitkät vastaukset ja ohjaavien kysymyksien oli tarkoitus auttaa suuntaamaan ja kohdentamaan kirjoitukset juuri terveydenhuollossa tehtävään rakenteelliseen sosiaalityöhön.

Tutkimukseen osallistuvien riittävä määrä ja siihen liittyvät riskit olivat mieleissäni jo ennen kirjoituspyynnön julkaisemista sekä myös vaihtoehdot, mikäli vastauksia ei tulisi riittävästi. Aineiston koko ja sen riittävyys onkin Tuomen ja Sarajärven (2017, 73–74) mukaan yksi tutkimuksen aineiston keruun yleisempiä kysymyksiä. Aineiston koko ei ole ainoa määräävä kriteeri, vaan pikemminkin miten sitä ymmärretään tai kuvataan ja miten syvällisiä tai teoreettisia tulkintoja siitä pystytään tekemään. Tärkeää on myös tiedon konteksti eli niiltä, joita tieto kerätään, myös tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja heillä on myös kokemusta asiasta. Esimerkiksi Haapakoski (2014, 342) kumppaneineen pitävät juuri kontekstia tutkimusprosessissa olennaisena, niin valintojen tekemisen kannalta ja, että prosessia ei ohjaisi pelkkä sattuma. Aluksi vastausmäärän ollessa pieni, päätin käyttää myös niin kutsuttua “lumipallo-otantaa” eli kerroin tutkimuksestani muutamalle avainhenkilölle, jotka voisivat puolestaan välittää tutkimustani koskevaa tietoa kirjoituspyynnöstä eteenpäin. Lumipallo-otanta liittyy avainhenkilöiden käyttöön, jotka voivat

johdattaa tutkijan toisten tiedonantajien joukkoon (Tuomi & Sarajärvi 2017, 74). Kannustin myös Facebook-ryhmissä olevia välittämään tietoa tutkimuksesta niille terveydenhuollon sosiaalityöntekijöille, jotka eivät olleet kyseisissä ryhmissä. Lisäksi lähestyin tutkimuksestani eri hyvinvointialueiden johtavia sosiaalityöntekijöitä ja esihenkilöitä sähköpostitse. Muun muassa organisaatioiden erilaisista tutkimuskäytännöistä ja tutkimusluvista johtuen päädyin kuitenkin olemaan hakematta tutkimuslupia hyvinvointialueilta, koska vastauksia oli alkanut lopulta tulla tasaisesti. Riittävän aineiston saamiseksi olin pohtinut myös triangulaatiota eli erilaisten aineistonkeruumenetelmien ja erilaisten aineistojen käyttämistä sekä yhdistelemistä samassa tutkimuksessa (Eskola & Suoranta 1998, 68–69). Eri aineistovaihtoehtoina pohdin muun muassa terveysosiaalityötä koskevien lehtiartikkeleiden, mielipidekirjoitusten tai mahdollisten haastattelujen käyttämistä tutkimuksessani. Lopulta vastausajan loppuun mennessä olin saanut kirjoituspyyntöni 13 vastausta ympäri Suomen, eri kokoisilta hyvinvointialueilta.

Kirjoituspyynnön ensimmäisissä kysymyksissä 1–5 kartoitettiin taustatietoja ja kysymykset 6 ja 7 kohdentuivat sosiaalityöntekijöiden tekemään rakenteellisen sosiaalityön käytäntöön terveydenhuollossa. Kysymyksillä 8–14 kartoitettiin rakenteellisen sosiaalityön merkitystä terveydenhuollossa niin työntekijöiden, työyhteisön kuin organisaationkin näkökulmasta. (Liite 4.)

Tulosten pohjalta voidaan todeta vastaajien pääsääntöisesti työskennelleen julkisen erikoissairaanhoidon piirissä aina “vauvasta vaariin” eli lähes kaiken ikäisten parissa, hyvin erilaisilla terveydenhuollon sektoreilla ja eri kokoisilla hyvinvointialueilla ympäri Suomen. Muutama vastaaja työskenteli julkisessa perusterveydenhuollossa. Vastausvaihtoehtoina oli myös muu mahdollinen paikka tai järjestö, mutta näissä ei kukaan vastaajista ilmoittanut työskentelevänsä. Suurin osa oli myös halunnut tarkentaa alueensa, jolla työskenteli, vaikka tämä kohta oli vapaaehtoinen. Kaikilla vastaajilla voi todeta olleen kohtalainen tai pitkä kokemus terveysosiaalityöstä, sillä suurin osa oli työskennellyt vähintään 1–5 vuotta terveysosiaalityöntekijänä ja noin puolet vastaajista sijoittui yli 5 vuoden ja yli 20 vuotta terveysosiaalityötä tehneiden joukkoon. Yksikään vastaajista ei ollut työskennellyt terveydenhuollon sosiaalityössä alle vuotta eli vastaajilla oli näkemystä myös siitä, miten uudet hyvinvointialueet ovat vaikuttaneet rakenteelliseen terveysosiaalityöhön. Kaikki vastaajat kertoivat tehneensä rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa tavalla tai toisella. Kirjoituspyynnössä ei kysytty erikseen ammattinimikettä, sillä tutkimuksen kirjoituspyynnössä (Liite 2) korostettiin sosiaalityöntekijän tekemää rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa. Keskimääräinen vastaamisaika kirjoituspyyntöön oli lopulta 36 minuuttia ja 39 sekuntia, joka johtunee vastaajien hyvin erilaisista tavoista vastata tai miten kysymykset oli ymmärretty, ehkä myös

siitä millä tavalla kirjoituspyyntöön oli haluttu paneutua tai millaiset sen hetkiset resurssit vastaamiseen olivat käytössä.

4.4 Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä

Tutkimusmetodologialtaan laadullisen empiirisen tutkimuksen analyysiin on käytettävissä monenlaisia analyysimenetelmiä. Eskolan ja Suorannan (1998, 137–138) mukaan laadullisen aineiston analyysillä on ylipäätään tarkoitus selkeyttää aineistoa ja sen myötä tuottaa uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. Laadullisen analyysin keinoin aineistoa tiivistetään, kuitenkin menettämättä siitä saatua informaatiota. Empiirisen tutkimuksen ajatuksena on ollut välittää tutkittavien vastausten kautta tietoa, mikä on totta ja välittää sitä totena tutkijalle. Lisäksi Alasuutari (2011, 38) pitää keskeisenä, että aineistoa tulisi tarkastella kokonaisuutena ja kaikki aiheeseen liittyvät seikat tulisi kyetä selvittämään siten, että ne eivät ole ristiriidassa esitetyn tulkinnan kanssa. Pääpiirteittäin Alasuutari (2011, 39) kuvaakin laadullisen analyysin koostuvan pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Puusan (2020, 144) mukaan analyysivaihetta voi kutsua myös eräänlaiseksi salapoliisityöksi.

Pro gradu -tutkielmani analyysimenetelmänä olen käyttänyt aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja teemoittelua. Teemoittelun avulla olen pyrkinyt saamaan kokonaiskuvan käsittelemästani aiheesta. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 103, 105, 107) toteavat sisällönanalyysiä pidettävän melko väljänä teoreettisena viitekehyksenä ja jolla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta (esim. Puusa 2020, 148). Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat usein tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, jolla tarkoitetaan sisällönanalyysin yhteydessä kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiä väljää teoreettista kehystä käyttäen. Laadullinen tutkimuksen analyysi voidaan jakaa karkeasti teoreettiseen analyysiin, jota ohjaa jokin teoria ja niihin analyysimuotoihin, joita ei ohjaa jokin teoria tai epistemologia, mutta niihin voidaan soveltaa kuitenkin hyvin vapaasti monenlaista niin teoreettisia kuin epistemologisiakin jäsennyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103.) Tutkimuksessani olen lisäksi teemoitellut aineistoa, jolla tarkoitetaan laadullisen aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä erilaisten aihepiirien mukaan, ja tämän vaiheen jälkeen varsinaisten teemojen eli aiheiden etsimistä. Eskolan ja Suorannan (1998, 174,178,181) mukaan tekstimassoista on pyrittävä löytämään tutkimusongelman kannalta olennainen tieto ja aiheet. Toisena vaihtoehtona teemoittelun ohella pidetään tyypittelyä eli aineiston ryhmittelyä tyypeiksi etsien aineistosta samankaltaisia tarinoita, jotka muodostuvat lopulta omiksi ryhmikseen. Alasuutari (2011, 43) kuitenkin varoittaa tiukkarajaisten erottelujen ja tyypittelyn tekemisestä, jolloin kaikki voi peittyä “loputtomaan harmauteen”. Tutkimukseni analyysimetodina olen halunnut käyttää aineistolähtöistä

sisällönanalyysiä ja teemoittelua, koska olen halunnut suhtautua aineistoon alusta saakka avoimesti, pyrkien olemaan määrittelemättä etukäteen tai vahvasti teoriaan nojautuen, millaisia teemoja tai merkityksiä aineistosta tulisi esille.

Aineistolähtöisen analyysin ongelmia Tuomen ja Sarajärven (2018, 109) mukaan voidaan ratkaista myös teoriaohjaavalla analyysillä, johon edellä on jo viitattu. Lisäksi tutkimuksen päättelylogiikkana voi olla induktiivinen, yksittäisestä yleiseen, deduktiivinen, yleisestä yksittäiseen tai näiden välimuoto abduktiivinen päättelyn logiikka, joka perustuu teorianmuodostukseen jonkin johtoajatuksen kautta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107, 110). Aiemman tiedon voi nähdä tämän tutkimuksen osalta ohjaavan ja auttavan analyysissä, vaikka teoriaa ei varsinaisesti testata. Tutkimukseni analyysin olen aloittanut aineistolähtöisesti, mutta tutkimukseni analyysin edistyessä ovat sitä ohjanneet teoria ja valmiit mallit, jotka ovat auttaneet yhdistävien pääluokkien nimeämisessä. Tutkimuksessani se on tarkoittanut muun muassa edellä kuvatun Anneli Pohjolan (2011) ja Minna Kivipellon (2022) tuomaa jaottelua tai jäsenystä rakenteellisesta sosiaalityöstä, jotka ovat olleet tutkimukseni analyysin taustalla, vaikka olen halunnut suhtautua tutkimukseni aineistoon ja analyysiin alusta saakka mahdollisimman avoimesti pyrkien reflektoimaan ennakoasetelmia tai ajatuksiani koko tutkimukseni ajan, sekä pyrkien olemaan kadottamatta vastauksista saamaani alkuperäistä tietoa (esim. Alasuutari 2011; Eskola & Suoranta 1998; Puusa 2020, 149). Tuomi ja Sarajärvi (2018, 109) muistuttavat myös niin kutsutun puhtaan aineistolähtöisen tutkimuksen tekemisen vaikeudesta, sillä muun muassa tutkimuksessa käytetyt käsitteet ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat aina tuloksiin.

Aineistoni koostui lopulta 13 terveysosiaalityöntekijän vastauksesta ja vastausten koko kysymyksittäin vaihteli, kysymyksestä riippuen, aina yhden rivin vastauksesta monirivisiin vastauksiin. Vastajaat eivät olleet saaneet vastauspituudesta suositusta, silti vastaajat olivat vastanneet pääsääntöisesti monirivisin vastauksin ja pisimmät vastaukset kysymystä kohden olivat noin puolen A4- sivun mittaisia fonttikokoa 12 ja riviväliä 1,5 käyttäen. Kirjoituspyynnön alkukysymykset (1–5) olivat taustoittavia ja kirjoituspyynnön loppuosan kysymysten (6–14) tarkoitus oli vastata itse tutkimustehtävään. Tekstisivujen määräksi tuli Word- asiakirjalle siirrettynä yhteensä 31 sivua kysymyksineen. Lyhyemmätkin vastauksista olivat hyvin informatiivisia niiden sisällön osalta.

Analyysi alkoi lukemalla useampaan kertaan huolellisesti kaikki vastaukset, jonka jälkeen siirsin lomakkeet Word- asiakirjalle One Drive- pilvipalveluun. Luin vastauksia vielä siirtämisen jälkeen tehden samalla huomioita ja lisäten merkintöjä asiakirjan reunaan kiinnostavista havainnoista. Tämän

jälkeen ryhmittelin samaa kysymystä koskevat vastaukset allakkain ja nimesin vastaajat numeroin. Kysymys ja kohta kerrallaan aloin etsiä vastauksista “tutkimusongelmaa valaisevia” tai tiettyjä teemoja kuvaavia näkemyksiä (Eskola & Suoranta 1998, 174; Tuomi & Sarajärvi 2018, 79). Lisäksi Tuomen ja Sarajärven (2018, 79) mukaan tässä vaiheessa tutkijan on hyvä pohtia, hakeeko aineistosta samanlaisuutta vai erilaisuutta tai esimerkiksi toiminnan logiikkaa vai tyypillistä kertomusta. Puusa (2020, 143–144, 146) kuitenkin muistuttaa, että laadullisen tutkimuksen analyysi ei ole mekanistista luokittelua, vaan tutkijalla on aktiivinen rooli koko tutkimuksen ajan, jolloin tutkija erittelee ja yhdistelee sekä lopulta muodostaa aineistosta synteessin lopun tulkintoja ja johtopäätöksiä varten. Vasta huolellisen tutustumisen ja aineiston jokaiseen tapaukseen perehtymisen sekä eri näkökulmien tarkastelun jälkeen tutkija voi etsiä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä sekä tehdä vertailua (Puusa 2020, 147). Näiden edellä kuvattujen pohdintojen myötä päädyin hakemaan aluksi vastauksista yhdistäviä tekijöitä, jotka merkkasin erilaisin värikoodein. Asiat, joita en osannut aluksi ryhmitellä tai joista olin epävarma, alleviivasin tai tein merkinnän asiakirjan sivuun myöhempää tarkastelua varten. Tämän jälkeen siirryin tarkastelemaan erottavia tekijöitä aineistosta merkatun niitä eri värikoodein ja kirjoittaen edelleen huomioita asiakirjan reunaan.

Analyysiprosessi on monivaiheinen, eikä yleensä suoraviivainen prosessi, sillä eri vaiheet voivat ilmetä samanaikaisesti ja tulkintoja tehdään koko prosessin ajan. Aineistosta kokonaiskuvan muodostamisen jälkeen analyysivaiheina voidaan erottaa aineiston pelkistäminen eli pilkkominen osiin tai tiivistäminen sekä aineiston ryhmittely, jota voidaan kuvata myös teemoitteluna. Teemoittelulla pyritään yhdistämään eri vastauksien yhdistäviä piirteitä, jonka jälkeen tutkimusongelman kannalta keskeiset teemat nostetaan esiin. Seuraavassa vaiheessa teemoja yhdistetään ala- ja yläkategorioiksi. (Puusa 2020, 149, 152–153; Tuomi & Sarajärvi 2018, 114, 122–124.) Pelkistämässä Tuomen ja Sarajärven (2018, 114–115) mukaan on kyse asioiden pelkistämässä yksitällisiksi ilmaisuiksi, jonka jälkeen kaikki samaa kuvaavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan. Tätä vaihetta on kuvattu myös analyysin kriittisimpänä vaiheena, jossa tutkija joutuu tulkitsemaan ja päättämään kategorioiden valinnasta. Lopulta eri kategoriat voidaan vielä yhdistää pääkategoriaksi, joiden tarkoitus on vastata tutkimuskysymykseen. Yhdistävien- tai pääkategorioiden luomista voi kutsua myös abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi tai teoreettisten käsitteiden luomiseksi ja merkityskokonaisuuksien syntetisoinniksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 116, 122, 125).

Tutkimukseni analyysi eteni huolellisen aineistoon tutustumisen jälkeen siirtämällä tutkimustehtäväni kannalta keskeiset alkuperäisilmaisut taulukkoon, jonka jälkeen pelkistin ilmaisut, teemoittelin ilmaisut eli annoin kullekin ilmaisulle parhaiten kuvaavia nimiä ja lopulta yhdistin

teemat yhdistäviksi luokiksi. Vastaukset, lyhyemmätkin niistä, olivat hyvin informatiivisia, kuten edellä on jo todettu ja vastauksista löytyi useita teemoja sekä yhdistäviä että erottavia tekijöitä. Tämä vaiheen voi todeta olleen hidas, sillä aineisto tuli käydä läpi useaan kertaan ja pyrkiä ymmärtämään vastauksista myös muita mahdollisia merkityksiä, muutakin kuin tutkimustehtävän kannalta olennaisinta. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 115) korostavat erityisesti tässä vaiheessa kriittistä asennetta ja reflektiivisyyttä, sillä tutkija käy aineistoa kehämäisen dialogin ja tulkinnan välimaastossa. Tutkimukseni ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta, jossa kysyttiin terveyssozialityöntekijöiden rakenteellisen sosiaalityön tekemisen tapoja, analyysiä on kuvattu alla olevassa esimerkissä (Taulukko 1). Analyysiin toin loppuvaiheessa mukaan Anneli Pohjolan (2011, 216–217, 219) jaottelun rakenteellisen sosiaalityön funktioista ja tehtävälouista, joita ovat tietotyö, strateginen työ, inklusiotyö ja oikeudenmukaisuustyö, joiden mukaan nimesin yhdistävät luokat. Näitä edellä kuvattuja funktioita ja tehtävälouita kuvaan tarkemmin tulososiossa luvussa viisi (ks. luku 3).

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä, teemoittelusta ja luokittelusta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Teema (t)	Alaluokka	Yhdistävä pääluokka
Rakenteellisen sosiaalityön tekemisen tavat?				
“Vienyt tietoa potilaiden/perheiden tarpeista ja kohtaamistani ilmiöistä ko. instansseille”	Potilaiden ja perheiden tarpeista ja kohdattuista ilmiöistä tiedon eteenpäin vieminen.	Potilaiden ja perheiden ilmiöt ja tarpeet Tiedon eteenpäin vieminen	Tiedon tuottaminen Tiedon välittäminen	Tietotyön tekeminen terveyssozialityössä.
“Olen ollut mukana kehittämässä osaston moniammatillista yhteistyötä sosiaalityön näkökulmasta”	Oman osaston moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sosiaalityön näkökulmasta.	Moniammatillinen yhteistyö Kehittäminen Sosiaalityön näkökulma	Kehittäminen Asiantuntijuus Yhteistyö	Strategisen työn tekeminen terveyssozialityössä.
”Tuomme tekemäämme työtä ja siinä havaittuja asioita esiin mediassa... sisäisessä viestinnässä kuin alueen mediassakin”	Työn ja havaittujen asioiden esiin tuominen mediassa, sisäisessä viestinnässä ja alueen mediassa.	Työn ja asioiden esiintuominen Sisäinen viestintä Alueen media	Vaikuttaminen Verkostoissa toimiminen	Inklusiotyön tekeminen terveyssozialityössä.
“Terveyssozialityössä sosiaalityöntekijä on ikään kuin potilaan edunvalvoja. Hän huolehtii, että potilas saa tarvittavat etuudet ja palvelut”	Terveyssozialityöntekijän toimiminen potilaan edunvalvojana ja etuuksien ja palveluiden saamisen huolehtijana.	Terveyssozialityöntekijä potilaan edunvalvojana Terveyssozialityöntekijä etuuksien ja palveluiden saamisen huolehtijana	Potilaan oikeuksien seuraaminen Eettiset arvot Potilaan etuuksien ja palveluiden turvaaminen	Oikeudenmukaisuustyön tekeminen terveyssozialityössä.

Analyysin alussa (Taulukko 1) muodostin alkuperäisilmauksesta pelkistettyjä ilmauksia, jonka jälkeen muodostin teemoja ja, joista puolestaan muodostin alaluokkia ja lopulta nimesin alaluokat yhdistäviksi pääluokiksi.

4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessani eettisyyden ja luotettavuuden arvioiminen on ollut läsnä koko tutkimusprosessin ajan, ja näkynyt muun muassa refleктоimisena työn eri vaiheissa. Hirsijärvi ynnä muut (2009, 23,25) toteavat etiikan peruskysymysten liittyvän hyvään ja pahaan sekä oikeaan ja väärään. Yleisimmät tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät niin tiedon hankintaan kuin tiedon julkistamiseenkin, joissa tutkijan odotetaan ymmärtävän ja noudattavan yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita. Tätä edellä kuvattua tutkimuksellista eettistä kokonaisuutta voi nimittää *hyväksi tieteelliseksi käytännöksi* ja sen noudattamiseksi, joka sisältää lisäksi niin ihmisarvon kunnioittamisen kuin tutkimukseen perehtyneisyydenkin tutkimuksen alusta loppuun saakka ja sen kaikissa vaiheissa, liittyen kaikkiin niin valintoihin, joita tutkija tutkimuksensa osalta tekee. Tutkimuseettiseen neuvottelukunnan (TENK 2023, 11–12) mukaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteet kiteytyvät luotettavuuteen, rehellisyyteen, arvostukseen ja vastuunkantoon, joihin tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Päädyttyäni aineistoni keräämiseen kirjoituspyynnöllä sain luvan Facebook-ryhmien ylläpidolta kirjoituspyynnön julkaisemiseksi. Kirjoituspyynnön yhteyteen liitin sekä tiedotteen että tietosuojailmoituksen ja korostin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja anonymiteettiä sekä hyvän tieteellisen ja eettisen käytännön noudattamista. Informaatio sisälsi myös tutkimukseni vastuutahon sekä yhteystietoni lisätietojen saamiseksi. Ennen kirjoituspyynnön julkaisemista varmistin Microsoft Forms- ohjelman asetuksista, että vastaajien tunnistetietoja ei voisi päätyä tutkijalle, eikä saadusta aineistosta muutoinkaan olisi tunnistettavissa kirjoittajia tai heidän henkilöllisyyttään. (TENK 2023; Liite 1–4.) Yksi keskeinen tehtävä tutkittavien informoinnilla on, mihin tarkoitukseen kerättyä aineistoa tullaan käyttämään, kuinka sitä säilytetään tai miten se hävitetään. Lisäksi tutkittavien tulee saada tietää vastuutahto ja heillä tulee olla mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä tutkijaan lisätietojen saamiseksi. (Kuula 2011, 72–73.)

Kananen (2017, 176–179) pitää laadullisen tutkimuksen tekijää tutkimuksen luottavuuden osalta “paljon vartijana”. Tähän kuuluu paljon päätöksiä, muun muassa tulkinnoista, joita tutkija joutuu tekemään. Tutkimuksen luotettavuuskriteereihin kuuluvat muun muassa saadun tiedon vertaaminen muihin lähteisiin, tutkimuksiin tai keräämällä tietoa eri lähteistä. Suuremmalla määrällä evidenssiä

on mahdollista vahvistaa saatuja tulkintoja. Riittävä dokumentaatio lisää luotettavuutta, kuten myös saturaatio, kun eri lähteet alkavat tuottaa samoja tuloksia. Puolestaan Hirsijärvi (2009, 231–233) kumppaneineen korostaa luotettavuuden arvioinnissa reliaabeliutta, joka tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, esimerkiksi laadullisessa tutkimuksessa eri arvioijien päätymistä samaan tulokseen. Validius tähtää laadullisen tutkimuksen osalta niihin tutkimusmenetelmiin, joilla kyetään mittaamaan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiutta on mahdollista lisätä käyttämällä erilaisia menetelmiä saman tutkimuksen tekemisessä (ks. Eskola & Suoranta 1998) sekä kuvaamalla tutkimuksen kulkua, perustellen mihin kulloinkin päätelmä, tulkinta tai valinta perustuu.

Tutkimukseni eettisyyden ja luotettavuuden arviointia tutkimuksessani voinee kutsua välillä eräänlaiseksi “Jaakobin painiksikin” tarkoittaen, että esimerkiksi aineiston riittävyttä on joutunut tutkijana punnitsemaan alusta saakka ja pitämään mielessä eettisyys erilaisia valintoja tehdessä, esimerkiksi aineiston keräämisen suhteen tai siirryttäessä tutkimuksen analyysiin ja tulkintoihin. Vastaajien määränä 13 vastausta tuntui aluksi vähäiseltä, mutta vastaukset osoittautuivat sitäkin rikkaammiksi ja informatiivisemmiksi, kuten edellä on jo todettu. Lisäksi esimerkiksi Tuomi ja Sarajärvi (2018, 73–74) muistuttavat tutkimukseen käytettävistä resursseista, kuten ajasta ja rahasta, ja pikemminkin kiinnittämään huomio laadullisen tutkimuksen osalta sen teoreettisiin tulkintoihin, ymmärtämiseen ja ilmiöiden kuvaamiseen sekä siihen, keneltä tieto on kerätty. Tässä tutkimuksessa huomio on haluttu kohdentaa erityisesti terveydenhuollon sosiaalityöntekijöihin ja rakenteelliseen sosiaalityöhön, joka on vaikuttanut muun muassa kirjoituspyynnön julkaisemiseen juuri edellä kuvatuissa Facebook-ryhmissä. Lisäksi terveystieteiden on ajateltu pystyvän hyvään kirjalliseen ilmaistamiseen jo ammattinsa puolesta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 74). Tuomen ja Sarajärven (2018, 75) mukaan myös saturaatio eli aineiston kylläntyminen (ks. Kananen 2017) on yksi keskeinen merkki aineiston riittävydestä, jolloin aineisto riittää tuomaan esille sen teoreettisen käsityksen, joka tutkimuskohteesta on ylipäätään mahdollista saada. Tutkimukseni aineiston riittävyttä ja saturaatiota punnitessa huomasin vastauksissa alkavan toistua tietyt asiat ja teemat, vaikka lisämäärä vastauksia olisi voinut tuoda näkyviin esimerkiksi niiden terveystieteiden näkemyksiä, jotka eivät olleet rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa tehneet.

5 TERVEYSSOSIAALITYÖNTEKIJÄT RAKENTEELLISEN SOSIAALITYÖN NÄKÖALAPAIKALLA

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni tuloksia, joissa olen pyrkinyt vastaamaan tutkimuskysymyksiini, miten terveysosiaalityöntekijät tekevät tai haluaisivat tehdä rakenteellista sosiaalityötä? Ja, millaisia merkityksiä terveydenhuollossa tehtävälle rakenteelliselle sosiaalityölle annetaan? Tuloksissa hyödynnän lyhyitä otteita saamistani vastauksista, jotka olen merkinnyt vastausten saapumisjärjestyksen mukaan (terveysosiaalityöntekijä 1–13) kirjaimin ja numeroin esimerkiksi TS1 (terveysosiaalityöntekijä 1) ja niin edelleen. Joitakin vastauksia olen lyhentänyt vastaajien anonymiteetin säilyttämisen varmistamiseksi.

5.1 Terveysosiaalityöntekijät rakenteellisen sosiaalityön tekijöinä

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessäni halusin selvittää, miten sosiaalityöntekijät tekevät tai haluaisivat tehdä rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa. Kaikki vastaajat olivat vastanneet tekevänsä rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa. Seitsemännessä kysymyksessä (Liite 4) olisi voinut kertoa myös, miten rakenteellista sosiaalityötä haluaisi tehdä, jos sitä ei ollut vielä tehnyt. Kaksi vastaajaa oli vastannut lisäksi tähänkin kysymykseen. Terveydenhuollossa tehtävää rakenteellista sosiaalityötä olen jäsentänyt Anneli Pohjolan (2011) jo edellä esitettyjen funktioiden ja tehtäväalueiden eli tietotyön, strategisen työn, inklusio- ja oikeudenmukaisuustyön kautta, jotka näyttivät tulevan vastauksissa esille ja joiden mukaan lopulta analyysissäni muodostuneet käsitteet nimesin. Sosiaalityöntekijät itse eivät suoranaisesti kertoneet tekevänsä rakenteellista sosiaalityötä edellisten kuvattujen jäsenysten kautta, eivätkä sosiaalityöntekijät osanneet aina myöskään määritellä, missä määrin olivat rakenteellista sosiaalityötä tehneet, kuten seuraava vastaaja toteaa: *”En osaa varmuudella sanoa missä määrin olen henkilökohtaisesti tehnyt rakenteellista sosiaalityötä, mutta työyksikkömme on sitä tehnyt”* (TS13). Seuraavaksi kuvaan teemoja ja tuloksia terveysosiaalityöntekijöistä tietotyön-, strategisen työn-, inklusiotyön- ja oikeudenmukaisuustyöntekijöinä.

Terveysosiaalityöntekijät tietotyön tekijöinä

Tietotyön tekeminen rakenteellisen sosiaalityön osana terveydenhuollossa tarkoitti tiedon viemistä eteenpäin ”ylemmille tahoille” terveydenhuollossa kohdatuista ilmiöistä sekä muun muassa potilaiden ja perheiden tarpeista. Epäkohtailmoituksia tehtiin myös HaiPro- tai sosiaalisen raportoinnin lomakkeilla tai olemalla yhteydessä suoraan sähköpostilla päättäviin tahoihin. HaiPro on asiakas- tai potilasturvallisuuteen kehitetty raportointityökalu, jolla voi ilmoittaa

vaaratapahtumista ja kehittää yksikön toimintaa (HaiPro 2024). Terveyssozialityöntekijät kertoivat tuoneensa esiin ”väliinputoajien tai nykyjärjestelmien haasteita” ja vieneensä tietoa tulevien suunnitelmien puutteista vastaaville tahoille. Tietotyö kattoi niin asiakkaat, esihenkilöt tai johtavassa asemassa olevat, päättäjät kuin mediankin. Lisäksi terveystoimialityöntekijät veivät tietoa asiakkaille eri palveluvaihtoehdoista, joihin heillä oli oikeus, mutta myös selvensivät asioita asiakkaille konkreettisesti esimerkiksi tekemällä ohjeita kirjalliseen muotoon. Alla olevissa esimerkkioitteissa terveystoimialityöntekijät kuvaavat tietotyön tekemistä.

”Mikäli huomaan epäkohtia, voin tehdä HaiPro -ilmoituksen tai sosiaalisen raportoinnin lomakkeen.” (TS10)

”Olen ollut yhteydessä hyvin moneen viranomaistahoon tuoden esille nykyjärjestelmän haasteita ja tulevien suunnitelmien puutteita...Tehnyt asiakkaille jaettavan esitteen.” (TS9)

Pohjola (2011, 219) kuvaa tietotyön olevan sekä tiedon välittämistä että tuottamista, johon sisältyy yhteiskuntakriittinen työote. Yhteiskuntakriittinen työotteeseen on ikään kuin ”sisään kirjoitettu” velvoite epäkohtien esille nostamisesta ja yhteiskunnan omatuntona toimimisesta. Tietotyö on samalla julkisuustyötä, joka sisältää tiedon välittämistä esimerkiksi sosiaalista raportointia tai eri viestintäkeinoja käyttämällä.

Alla terveystoimialityöntekijät kuvaavat tietotyön tekemistä, joissa on Kivipellon (2022, 14–15; ref. Mullaly & Dupre 2019; Payne 2014, 2020) edellä jo aiemmin luvussa kolme esittämien konventionaalisen, refleктоivan ja uudistavan lähestymistavan piirteitä. Refleктоivassa lähestymistavassa tiedon tuottamisessa osallisuus on keskeistä, jolloin tietoa tuotetaan yhdessä asiakkaiden, toisten ammattilaisten ja eri verkostojen kanssa ja joissa asiakkaiden ääni tuodaan esille. Tietoa viedään lisäksi päätöksentekoon. Tiedon tarkasteluun uudistavan lähestymistavan mukaan kuuluu myös kriittisyys sekä epätasa-arvoa aiheuttavien, syrjivien tai sortavien rakenteiden tunnistaminen ja muuttaminen (mm. Payne 2014, 22). Vaikka soziaalityöntekijöiden julkinen viestintä ja rakenteellinen soziaalityö Tiitisen (2019, 88) mukaan vaikuttaisivat olevan marginaalissa, tämän tutkimuksen tulosten pohjalta soziaalityöntekijät ottivat kuitenkin kantaa esimerkiksi paikallislehteen kirjoittamalla, lähettämällä suoraan sähköpostia vastaaville tai päättävälle tahoille ja nostamalla esiin eri vastuutahoille huomaamiaan ongelmakohtia tai haasteita.

”Itse olen kyllä epäkohdista myös kirjoittanut paikallislehteen...Paikallislehteen kun kirjoittaa ongelmista ja vaatii päättäjiltä vastausta... Sosiaalisia ongelmia aiheuttavien olosuhteiden ja käytäntöjen esiin nostaminen ja näihin vaikuttaminen.” (TS8)

”Olen yrittänyt viedä tietoa terveystieteiden yhteiskunnallisesta vaikutuksesta, nimenomaan säästönäkökulmasta, eteenpäin päättäjille.” (TS6)

”Tuonut esiin väliinputojien haasteita tahoille, jotka vastaavat käytännöistä (kela te tsto)” (TS9)

”Olen lähettänyt sähköpostia hyvinvointialueen päättäjille, kunnan päättäjille...johtaville toimijoille ja esimiehille.” (TS5)

Joissakin vastauksissa todettiin niin tietotyön kuin muutenkin rakenteellisen sosiaalityön tekemisen terveydenhuollossa kulkevan hierarkkisten organisaatioiden sisäänrakennettujen sääntöjen tai ohjeiden kautta, usein esihenkilöiden kautta, joiden todettiin vievän asioita eteenpäin, jos kokivat näin tarpeelliseksi tehdä. Toisaalta rakenteellisen sosiaalityön ja tietotyön tekemisen vahvuutena koettiin olevan toimivat verkostot eri aloihin ja myös päättäjiin nähden, jolloin potilaita tai asiakkaita koskevia huolenaiheita oli helpompi viedä eteenpäin. Välillä vastaajat kokivat tulleen kuulluiksi hyvin ongelmista ja järjestelmien haasteista eri tahoihin yhteydessä olleessaan, välillä puolestaan ei.

Terveystieteiden tekijät kokivat olevansa lisäksi asiakkaiden edunvalvojia, joka tarkoitti tiedon viemistä asiakkaille sekä huolehtimista eri etuuksien ja palveluiden saamisesta. Tiedon eteenpäin viemisessä auttoi asiantuntijaroolissa toimiminen ja vetoaminen esimerkiksi tutkimuksiin. Tiedon viemisen lisäksi tärkeänä pidettiin myös tiedon tulkitsemista ja tiedon viemistä asiakkaalle ymmärrettävässä tai oikeassa muodossa, kuten edellä sitaateissa kuvataan, jossa terveystieteiden tekijä kertoo tehneensä esitteen asiakkaalle ymmärrettävään muotoon, koska koki asiakkaan saaneen ”väärää tietoa” (ks. TS9).

Sosiaalityöntekijöiden vastauksissa pelkän ohjauksen ja neuvonnan todettiin usein olevan riittämätöntä sairaina tai heikommassa asemassa oleville ihmisille. Vastauksissa korostettiin erityisen tuen tarpeessa olevien auttamista, joita useampien asiakkaiden todettiin olevan ja, joka tarkoitti kykyä tunnistaa ja arvioida asiakkaiden tilannetta heti, asiakkaiden puolien pitämistä sekä konkreettisen avun antamista välittömästi esimerkiksi huolehtimalla toimeentulotuen hakemisesta. Eräs vastaaja kuvasi toimintaa työssään ”harmaaksi alueeksi”, jossa asiantuntijuuden lisäksi tarvittiin neuvottelukykyä saadakseen ratkaistua asiat hyvin asiakkaan näkökulmasta (TS3). Puolestaan toinen vastaaja korosti ” *perheiden ja potilaiden tuen saamista oikea-aikaisesti siten, että asiat eivät kasaantuisi*” (TS4). Esimerkiksi sosiaalihuoltolaissa (1301/2014 esim. 8 §, 15 §, 3 §, 36 §) korostetaan asiantuntija-avun antamista toisille viranomaisille, erityisesti, kun kyseessä on erityisen tuen tarpeessa oleva henkilö sekä huolehtimista, että kiireellinen avun tarve arvioidaan välittömästi, asiakas saa palvelutarpeenarvioinnin ja tarvitsemansa palvelut. Erityisen tuen tarpeessa olevan

henkilön palvelutarpeen arvioinnista vastaa sosiaalityöntekijä. Samaa yhteistyön velvoitetta korostetaan terveydenhuoltolaissa (1326/2010 esim. 30 §, 32 §, 33 §) eri tahojen kanssa, kuten muun muassa laissa potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta (785/1992; 812/2000) määritellään oikeus hyvään ja asianmukaiseen kohteluun niin terveydenhuollossa kuin sosiaalihuollossakin. Vastaajat pitivät usein työkenttäänsä laajana ja asiakaskuntaa usein vaativana, kuten eräs vastaaja kuvasi asiakasryhmänsä olevan ”*paljolti erityisen tuen tarpeessa olevia ja ikähaitari vauvasta vaariin*” (TS7).

Tiedon tuottamista vastauksissa ei pidetty aina vain epäkohtiin tai ongelmiin painottuvana, sillä joissakin vastauksissa korostettiin myös onnistumisten ja hyvien asioiden esiin tuomista, kuten eräs vastaaja kirjoitti rakenteellisen sosiaalityön tekemisestä: ”*Sen avulla voidaan tuoda esiin epäkohtia kuin onnistumisiakin moniammatillisessa työssä terveydenhuollon sektorilla*” (TS10).

Terveys- ja sosiaalityöntekijät strategisen työn tekijöinä

Terveys- ja sosiaalityöntekijät näyttäytyivät tämän tutkimuksen tulosten pohjalta myös strategisen työn tekijöinä. Pohjola (2011, 219) on kuvannut strategista työtä muun muassa hyvinvointipalveluiden ja sosiaalisen yhteiskuntapolitiikan edistämisenä. Rakenteellisen sosiaalityön käytännössä terveydenhuollossa tämä näkyi erilaisissa ammatillisissa tiimeissä, verkostoissa ja kehittämistyöryhmissä toimimisena niin paikallisesti kuin valtakunnallisestikin. Vastaajat kuvasivat muun muassa osallistuneensa erilaisiin kehittämistyöryhmiin, hankkeisiin sekä ”*hioneensa yhteistyötä*” eri yhteistyökumppaneidensa kanssa (TS1). Pohjola (2011, 216,219) kuvaa strategista työtä reformityönä, joka tarkoittaa verkostoitumista eri tahojen muun muassa toisten viranomaisten, kansalaisjärjestöjen tai kansalaisten kanssa sekä erilaisten suunnitelmien tai ohjelmien rakentamista. Strategisen työn tekeminen ei kulje irrallaan edellisen alueen eli tietotyön tekemisen kanssa, vaan edellyttää tietotyön vahvaa hyödyntämistä rakenteellisessa terveys- ja sosiaalityössä.

“Olen ollut mukana kehittämässä osaston moniammatillista yhteistyötä sosiaalityön näkökulmasta. Olen osallistunut myös kehittämistyöhön valtakunnallisesti ja paikallisten toimijoiden kanssa.” (TS4)

Edellä kuvatussa esimerkeissä tuodaan esille kehittämistyöhön osallistumista, jossa keskeistä voi nähdä olevan jo edellisessä osiossa kuvatulla asiantuntijuudella. Eräs sosiaalityöntekijä kuvaa asiantuntijuutta vastauksessaan muun muassa siten, että ”*sosiaalityöntekijänä tunnen etuuksien kriteerit ja koitan tuoda ne lääkäreiden tietoon*” (TS9). Asiantuntijuutta tuotiin esille kehittämissäryhmissä ja moniammatillisissa ryhmissä, joissa pyrittiin tuomaan esiin terveys- ja sosiaalityön asemaa ja merkitystä sekä kehittämään toimivia käytäntöjä ja ohjeistuksia, joilla olisi

ennaltaehkäisevä vaikutus. Terveysosiaalityöntekijät lisäksi osallistuivat perehdyttämistä parantavien käytäntöjen laatimiseen yhteistyössä moniammatillisesti sekä muun muassa opiskelijoiden töiden ideointiin ja ohjaamiseen. Pohjola (2011, 216,219) korostaakin strategisessa työssä ennakoivan työn merkitystä, jolla hän tarkoittaa sosiaalisten vaikutusten ennakointia ja arviointia, mutta myös kehittävää työtä, joka tarkoittaa erilaista yhteistyötä ja ratkaisuvaihtoehtojen hakemista yhdessä.

”Ollut mukana kehittämässä toimivia käytäntöjä, ohjeistuksia ym., jotta perheet ja potilaat saisivat tarvitsemansa tuen oikea-aikaisesti ja ennaltaehkäisevästi ilman että asiat kasaantuisivat.” (TS4)

Useammassa terveystosiaalityöntekijän vastauksessa korostui rakenteellisen sosiaalityön ja strategisen työn osa-alueena erityisesti ennaltaehkäisy, kuten edellä oleva esimerkki myös kertoo. Eräs vastaaja koki omalla toiminnallaan olevan pääsääntöisesti vaikutusta siihen, että potilaiden luisuminen erityispalveluihin voitiin estää (TS6). Kuten aiemmin edellä on myös kuvattu, osa vastaajista koki voivansa tunnistaa ajoissa ihmisten hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ja pystyvänsä näin ennakoimaan mahdollisia sairauden aiheuttamia tilanteita sekä ehkäisemään jatkossa monien ongelmien syntyä ja ehkäisemään syrjäytymistä. Ennaltaehkäisy tarkoitti myös osallistumista terveystosiaalityön näkökulmasta poliittiseen keskusteluun ja tiedon viemiseen päättäjille. Osassa vastauksissa oli tulkittavissa, että tiedon vieminen poliittiselle tasolle oli ainakin toivottavaa rakenteellisen sosiaalityön tekemisessä, kuten alla kuvataan.

”Sosiaalityön olisi tuotava sekä päättäjien että suuren yleisön tietoon, miten poliittiset päätökset vaikuttavat sosiaalipalveluita käyttävien ihmisten elämään.” (TS8)

”Olen kyennyt omalla toiminnallani pääsääntöisesti estämään potilaiden luisumisen erityispalveluihin ja sosiaalihuollon asiakkaaksi. Potilas on ollut auettavissa jo terveystosiaalityön keinoin ilman, että tarvitsee sosiaalihuollon palveluita. Olen yrittänyt viedä tietoa terveystosiaalityön yhteiskunnallisesta vaikutuksesta, nimenomaan säästönäkökulmasta, eteenpäin päättäjille.” (TS6)

Kokkonen ja Rantamäki (2023, 220) toteavat poliittisuuden kuuluvan monitoimijaisen rakenteellisen sosiaalityön yhteistyösuhteiden keskiöön. Vastauksissa ilmeni, että terveystosiaalityöntekijät haluavat pysyä tietoisina ajankohtaisista asioista, joka osaltaan ilmentää poliittista tasoa, mutta kuuluu myös ammatillisuuteen ja asiantuntijuuteen. Sosiaalityö nähtiin aina jollain tavalla poliittisena ja vaikuttamistyönä. Tärkeänä pidettiin, että ”kentän ääni tulee kuuluville” ja, että ”poliittisilla instansseilla olisi tarvittava tieto asiakkaiden ja kentän tarpeista lakimuutoksia ja päätöksiä tehdessään” (TS4). Pohjolan (2011, 216) mukaan tiedon tuottaminen yksinään ei riitä, vaan

sosiaalityöntekijät tarvitsevat juuri edellisen kaltaista julkisuustyötä, joka on tiedonvälittämistä kansalaisille ja päättäjille. Tietotyö ja strateginen työ linkittyvät usein yhteen, kuten tämänkin tutkimuksen vastausten osalta näyttää tapahtuneen ja kuten edellä kuvatut esimerkit osoittavat.

Terveyssosiaalityöntekijät inklusiotyön tekijöinä

Inklusiotyötä ja myös onnistunutta rakenteellista sosiaalityötä kuvanee parhaiten se, miten kansalaisia, eri yhteisöjä ja toimijoita onnistutaan osallistamaan hyvinvointitoimintojen- ja rakenteiden luomiseen (Pohjola 2011, 217). Tämän tutkimuksen vastauksissa terveyssosiaalityöntekijöiden inklusiotyö näyttäytyi erityisesti verkostoyhteistyönä eri toimijoiden kanssa ja moniammatillisena tiimityönä omassa terveydenhuollon organisaatiossa, myös asiakkaiden ja perheiden osallisuuden vahvistamisena. Useammassa vastauksissa korostui yhteistyön tekeminen niin yksittäisten yhteistyökumppaneiden kanssa, kuten vakuutusyhtiöt, Kansaneläkelaitos tai TE-toimistot, kuin laajemmissa moniammatillisissa verkostoissakin. Kovinkaan selkeästi asiakkaiden tai perheiden osallisuutta ei vastauksissa kuvattu, vaikka osallisuus vastauksista ilmenikin. Asiakkaiden ääni tuotiin esille erilaisissa verkostoissa ja ryhmien toiminnassa, jolloin tiedon tuottamisen prosessin voi sanoa olevan osallistava (ks. Kivipelto 2022). Esimerkiksi eräässä vastauksessa todettiin, että yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden asioista tiedotetaan sekä kerrottiin käytävän paljon keskustelua yhteiskunnan eri ilmiöistä, ja millaisia vaikutuksia niillä on kansalaisiin (TS7). Enimmäkseen terveyssosiaalityöntekijät kuvasivat vastauksissaan neuvottelevansa ja vaikuttavansa erilaisissa verkostoissa eri toimijoiden kanssa, kuten alla olevista otteistakin käy ilmi.

”Etuusasiaa (osasairauspäiväraha) olen selvittänyt neuvotellen kelan kanssa. Moniammatillisessa tiimissä olen mm vaikuttanut siihen, että...esim. neuvottelin sen...” (TS9)

”Pyrkinyt vahvistamaan myös potilaiden/perheiden osallisuutta.” (TS4)

”Meillä tiedotetaan yhteistyökumppaneita ja asiakkaita, sekä käydään paljon keskustelua yhteiskunnan eri ilmiöistä, kuten esimerkiksi tämän päivän leikkaukset ja niiden mahdollisesta vaikutuksesta väestöön ja heikompiin.” (TS7)

Pohjola (2011, 219) kuvaa inklusiotyön osa-alueina yhteisö-, osallisuus- ja verkostoituvan työn. Edellä kuvatut osa-alueet pitävät sisällään moninaista eri toimintaympäristöissä toimimista ja vaikuttamista, mutta myös osallisuuden mahdollistamista vaikuttamiseen ja valtaistamisen. Niskala (2017, 9) kumppaneineen kuvaa asiakkaiden ottamisen mukaan ja heidän kuulemisensa olevan näinä päivinä hyvin ajankohtaisia palvelupoliittisia tavoitteita. Kansalaisten palvelukokemuksia on

kartoitettava ja analysoitava, joka onnistuu vain palvelujen käyttäjien osallisuuden kautta. Lisäksi Pohjola (2017, 310–311) muistuttaa osallisuuden eri merkityksistä, esimerkiksi asiakkaan roolista puhuttaessa voidaan puhua palveluosallisuudesta. Osallisuutta olisikin hyvä laajentaa kattamaan yhteiskunnallinen osallisuus, jolla tarkoitetaan asiakkaan mukaan ottamista tai mukaan tulemistä, esimerkiksi palveluiden suunnitteluun tai kehittämiseen. Laajimmillaan osallisuus voisi tarkoittaa kansalaisten aktivoimista vaikuttamiseen, joka tarkoittaa tällöin vaikuttamista yhteiskunnalliseen päätöksentekoon tai yksinkertaisemmin päätösosallisuutta. Kivipellon (2022, 15) mukaan juuri edellä kuvattua voisi vahvistaa asiakkaiden arkeen jalkautuminen ja asioiden edistäminen yhdessä, jotka olisivat refleктоivan lähestymistavan mukaista valtaistavaa ja osallistavaa rakenteellisen sosiaalityön tekemistä. Tutkimusten tulosten pohjalta asiakas- tai yhteiskunnallinen osallisuus hahmottuivat asiakkaan äänen esiin tuomisena erilaisissa verkostoissa tai kehittämissryhmissä, kuten eräs vastaaja kuvasi: *”Olen tällä hetkellä mukana hyvinvointialueen hankkeessa, jonne tuon aktiivisesti terveysosiaalityön näkökulmaa. Nimenomaan potilaiden näkökulmasta, sos.-ja terveystalveluiden näkökulmasta, hyvinvointialueen sos.ilmiöiden näkökulmasta ja väestön näkökulmasta”* (TS12).

Valtaistamistyöksi voinee kutsua myös sitä, että asiakkaita ohjataan ja neuvotaan esimerkiksi kanteluiden ja muistutusten tekemisessä epäoikeudenmukaista kohtelua kohdatessaan (Kannasoja & Ruonakangas 2023, 110). Myös inklusiivisyys näytti vastauksien pohjalta usein limittyvän yhteen edellisten tietotyön ja strategisen työn tasojen kanssa, jonka vuoksi selkeää rajanvetoa tuloksissa eri osa-alueiden osalta oli välillä hankalaa tehdä.

Terveysosiaalityöntekijät oikeudenmukaisuustyön tekijöinä

Oikeudenmukaisuustyötä voinee pitää tutkimuksen tulosten pohjalta ikään kuin kaikkia edellä kuvattuja tasoja läpileikkaavana. Lisäksi oikeudenmukaisuustyöstä oli havaittavissa eri tasoja, joista selkeämmin tulivat esiin potilas- tai asiakastaso sekä työyhteisö- tai organisaatiotaso. Potilas- tai asiakastasoon vastausten mukaan kuului jo aiemmin edellä kuvattu asiakkaan edunvalvonta tai asianajotyö. Vastaajat kuvasivatkin usein kaikkein keskeisimmäksi työksi terveydenhuollon sosiaalityössä asiakkaan oikeuksien toteutumisen varmistamisen. Myös joissakin kuvauksissa läheisen asiassa oli vaadittu asianmukaista kohtelua. Lisäksi asiakkaiden tai potilaiden ohella vastaajat kertoivat pyrkineensä vaikuttamaan omassa organisaatiossaan, esimerkiksi työn tasapuoliseen jakautumiseen, kuten alla kuvataan.

“Koittanut vaikuttaa sosiaalityön yksikön sisällä siihen, että työt jakautuisivat tasaisemmin ja työnjako rivi- ja esimiesten välillä olisi selkeämpi.” (TS9)

”Sosiaalityöntekijän ydintehtävä terveydenhuollossakin on asiakkaiden oikeuksien toteutumisen varmistaminen.” (TS8)

”Terveyssosiaalityössä sosiaalityöntekijä on ikään kuin potilaan edunvalvoja. Hän huolehtii, että potilas saa tarvittavat etuudet ja palvelut.” (TS10)

Oikeudenmukaisuuden merkitystä korostettiin vastauksissa palvelujärjestelmän haasteiden näkökulmasta, sillä erityisesti sairastuneen etuus- ja palvelujärjestelmää pidettiin monimutkaisena ja järjestelmissä nähtiin olevan erilaisia väliinputoajia, joiden tilanne useilta taholta, kuten myös laissa ja ohjeistukissakin jää huomioimatta. Esimerkiksi lakeja ja ohjeistuksia laadittaessa nähtiin liian usein huomioitavan vain niin kutsutut ”happy bath” asiakkaat, jonka vuoksi tärkeänä koettiin eräänlaisen ”reality checkin” tarjoaminen järjestelmän toimivuudesta tai mikä ei toimi (TS9). Vastaja kuvastaa edellä, kuinka liian usein kiinnitetään huomio itsenäisesti pärjääviin ja hyvin toimeentuleviin asiakkaisiin, jonka vuoksi on hyvä aika ajoin selkeyttää kuvaa järjestelmän toimivuudesta tai toimimattomuudesta.

Vastauksissa korostettiin eri taustoista ja kulttuureista tulevien asiakkaiden tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden toteutumista, huomioiden työssä asiakkaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus. Oikeudenmukaisuustyössä korostettiin asiakkaan oikeutta saada moniammatillista apua jo sairaalassa ollessaan, sillä sairauden nähtiin vaikuttavan laajasti niin taloudelliseen tilanteeseen kuin kokonaisyhyvinvointiinkin. Keskeisenä oikeudenmukaisuustyössä pidetään sosiaalisten oikeuksien edistämistä, joka pohjaa eettiseen arvo- ja moraalipohjaan- ja keskusteluihin sekä hyvinvointivastuuseen, kuten tasa-arvon esille nostamiseen eri väestöryhmissä (Pohjola 2011, 219–220). Talentian ammattieettiset ohjeet korostavat myös epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista, jolla tarkoitetaan sellaisiin epäkohtiin puuttumista, jotka haittaavat ihmisten turvallisuutta tai hyvinvointia ja niiden tietoon saattamista niin työnantajille kuin poliittisille päättäjille sekä koko yhteiskunnalle (Talentia 2022, 22). Terveyssosiaalityötä pidettiin vahvasti ihmisoikeustyönä, kun työskennellään usein sellaisten asiakasryhmien kanssa, jotka ovat hyvin haavoittuvassa asemassa ja työskennellään heidän oikeuksiensa ja hyvinvointinsa parantamiseksi.

5.2 Rakenteellisen terveyssosiaalityön merkityksiä

Toisessa tutkimuskysymyksessäni halusin selvittää, millaisia merkityksiä terveyssosiaalityöntekijät antaisivat rakenteelliselle sosiaalityölle. Halusin saada myös kuvan, millaisia haasteita, uhkia tai mahdollisuuksia rakenteelliseen sosiaalityöhön liittyy nyt tai tulevaisuudessa, joita käsittelen seuraavassa luvussa 5.3. Esittelen seuraavaksi rakenteellisen terveyssosiaalityön merkityksiä

tekemäni analyysin kautta, jossa olen hyödyntänyt aiemmin (Taulukko 1) esittelemäni pelkistämisen, teemoittelun ja luokittelun kaavaa ja, jossa lopulta muodostui kolme pääluokkaa; rakenteellinen terveysosiaalityö asiantuntijatyönä, rakenteellinen terveysosiaalityö ennaltaehkäisevänä työnä ja terveysosiaalityö rakenteellisen sosiaalityön näköalapaikalla. Kaikkien käsitteiden osalta läpileikkaavana vastauksissa voi katsoa olevan moniammatillisuuden ja mahdollisuuden toimia moniammatillisissa tai monitoimijaisissa verkostoissa.

Rakenteellinen terveysosiaalityö asiantuntijatyönä

Yhtenä merkittävänä teemana vastauksissa korostettiin sosiaalityöntekijän asiantuntijaroolia terveydenhuollossa. Viranomaisroolissa toimittaessa vastaajat totesivat korostuvan lainsäädännön noudattamisen, joka koskee kaikkia sosiaalityöntekijöitä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Esimerkiksi viranomaisen vastuusta erityisen tuen tarpeessa olevien henkilöiden osalta muistutettiin sosiaalihuoltolaista (1301/2014 8 §), joka velvoittaa ehkäisemään ja ilmoittamaan epäkohdista sekä poistamaan niitä ja toimimaan muutoinkin yhteistyössä. Terveysosiaalityöntekijät kokivat asiantuntijuutensa merkinä olevan, että heille oli kertynyt paljon tietoa muun muassa potilaista, palveluista ja palveluiden toiminnasta, myös niiden asiakkaiden osalta, jotka eivät olleet sosiaalihuollon asiakkaina ja jota pystyi hyödyntämään esimerkiksi ammatillisissa verkostoissa, kouluttamalla tai perehdyttämällä muita sekä ohjaamalla opiskelijoita. Asiantuntijuudesta kertonee sekin, että rakenteellista sosiaalityötä pidettiin automaattisesti osana sosiaalityötä. Muun muassa Sirkka (2014, 122–123) on jäsentänyt sosiaalityön tulevaisuutta rakenteellisen asiantuntijuuden näkökulmasta, jossa yhdistyvät asiantuntijuus, kumppanuus ja rakenteellinen sosiaalityö. Keskeistä on yhteiskunnan muutoksen huomioiminen, joka tarkoittaa ongelmien monimutkaistumista ja työelämän muuttumista, jossa on tilausta muun muassa korkeatasoiselle tietämiselle, työn organisoimiselle yhä tiiviimmäksi tiimi- ja verkostotyöksi sekä monialaisen työn ja osaamisen saumattomalle yhdistämiselle. Mönkkönen ja Kekoni (2020, 233) kuvaavakin parhaimmillaan moniammatillista asiantuntijuutta yhdeksi kokoaaisuudeksi sulautuneena asiantuntijuutena.

Edellä kuvatun monialaisen asiantuntijatyön toteutumiseksi vastaajat pitivät tärkeänä, että myös sairaalaympäristössä on akateemisen koulutuksen saanut sosiaalityön asiantuntija, jolla olisi kyky vastata ja huomioida erityisen tuen tarpeessa olevien asiakkaiden palvelutarve. Samalla muistutettiin siitä, että terveysosiaalityö on asiakkaan edunvalvontaa ja asianajotyötä. Lisäksi vastauksissa korostettiin palvelujärjestelmien ja asioiden moniulotteisuutta ja usein monimutkaisuutta, erityisesti sairaiden ihmisten kohdalla, joka ylempänäkin todetaan. Terveysosiaalityön asiantuntijuudesta uskottiin myös muiden tahojen hyötyvän, kuten vakuutussektorin tai sosiaalipalveluiden, mutta ennen kaikkea asiakkaan. Vastaajat kokivat, että terveysosiaalityön ammattiosaamista ja asiantuntijuutta

voisi hyödyntää paljon enemmän esimerkiksi sosiaalipalveluiden eri palvelualueilla. Alla terveysosiaalityöntekijä kuvaa rakenteellisen terveysosiaalityön asiantuntijatyön merkitystä.

”On tärkeää, että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on akateemisen koulutuksen saanut sosiaalityön asiantuntija, jotta erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden palvelutarpeeseen voidaan vastata asianmukaisesti. Terveysosiaalityö on asiakkaan hyväksi tehtävää asianajotyötä terveydenhuoltojärjestelmän sisällä ja sen ulkopuolella.” (TS8)

Vastaajat kokivat asiantuntijuutensa näkyvän rakenteellisessa kirjaamisessa, jonka kokivat mahdollistavan valtakunnallisesti eri asioiden seuraamisen työssään. Rakenteellista kirjaamista käytettiin apuna oman työn reflektointiin ja tarkasteluun sekä kehittämiseen. Terveysosiaalityön rakenteellisen kirjaamisen koettiin lisäksi olevan edelläkävijä sosiaalihuoltoon verrattuna. Rakenteellisessa kirjaamisessa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon asioiden koettiin integroituvan samaan järjestelmään ja antavan mahdollisuuden tarkastella asioita moniulotteisesti.

Asiantuntijuuden merkinä voinee pitää myös, että vastaajat kokivat roolinsa usein arvostetuksi työssään ja moni koki voivansa toteuttaa työkuvaansa varsin itsenäisesti. Vastaajat osallistuivat erilaisiin yhteistyötapaamisiin ja kehittämissyihin, lisäksi ollen niistä vetovastuussa. Toisaalta vastaajat kokivat, että omasta terveysosiaalityön professiosta käsin joutui ja oli tarvetta perustella omaa asiantuntijuuden ja työn aluetta toisille ammattilaisille enemmän. Jotkin vastaajat kokivat kaipaavansa enemmän arvostusta työtään kohtaan, esimerkiksi sosiaalihuollon kollegoilta. Lisäksi vastaajat kokivat, että rakenteellisessa terveysosiaalityössä on aina kriittinen ote, joka koetaan joissakin paikoissa jopa negatiivisena. Muun muassa Granter (2019, 67–68), samoin Payne (2014, 78, 87) muistuttaa, että itsereflektiivisyys on keskeinen alue kriittisessä sosiaalityössä ja kriittisyys on jo itsessään työntekijän asenteissa ja arvopohjassa.

Edellä kuvattua asiantuntijuutta ja arvostusta kuvattiin muun muassa seuraavalla tavalla, kuten alla terveysosiaalityöntekijät kertovat:

”Jokainen työntekijä on ollut oman alueensa asiantuntija ja perehtynyt ko. alueeseen, joten tietoa on kertynyt hyvin...” (TS4).

”Koen, että näkemyksiäni arvostetaan, kun yhteiskunnan epäkohdista syntyy keskustelua” (TS11).

Terveysosiaalityön tai sairaalan sosiaalityötä pidettiin omana erikoisalana, jossa asiantuntijuus muodostui juuri siitä, että sosiaalityöntekijät olivat voineet erikoistua omalle terveysosiaalityön tai

sairauden alueelle. Terveyssozialityöntekijöille mahdollistui tiedon kasvattaminen ja syventäminen erilaisista sairaus- tai diagnoosiryhmistä sekä niihin liittyvästä toimintakyvystä, etuusasioista, palvelu- ja kuntoutuspoluista. Erikoistumisen ansiosta tiedon tuottaminen ja erilaisten ilmiöiden esille tuominen koettiin tällöin helpompina (ks. luku 5.1). Terveystieteiden tutkimuksessa rakenteelliselle sosiaalityölle nähtiin olevan paikka, että ruohonjuuritason näkökulma voitaisiin tuoda esille ja juuri tällä hetkellä nähtiin olevan erityinen tilaus rakenteellisen sosiaalityön tekemiselle ja asiantuntijuudelle. Monet kokivat olevansa motivoituneita kehittämään työtään siten, että resursseja työssä jäisi nykyistäkin enemmän käyttöön rakenteellisen sosiaalityön tekemiselle. Savolaisen (2017, 14) mukaan terveystieteiden asiantuntijuus koostuu monipuolisesta vaikuttamisesta yhteiskunnassa, johon kuuluu muun muassa erilaisissa hankkeissa ja kehittämissuunnitelmissa toimiminen, vaikuttaen esimerkiksi alan toimintaedellytysten ja palvelujen kehittämiseen. Kehittämissuunnitelmiin ja hankkeisiin osallistumisen lisäksi monet paransivat tietämystään ja asiantuntijuuttaan koulutuksin, johon useat saivat tukea ja joihin osallistumiseen työpaikoilla kannustettiin, lisäksi toimien myös itse kouluttajina, ohjaajina ja perehdyttäjinä. Savolaisen (2017, 15) mukaan terveystieteiden asiantuntijuuteen kuuluu myös esimerkiksi erilaisten julkaisujen, raporttien tai muun kirjallisen aineiston tuottaminen sekä selvitysten tekeminen. Alla terveystieteiden työntekijä kuvaa asiantuntijatyön tekemistä.

”Olen tehnyt selvityksen terveystieteiden sisällöistä ja osallistunut keskusteluun terveystieteiden merkityksestä. Olen tehnyt perehdytystä parantavia käytäntöjä työyhteisössä, jotta ns. hiljainen tieto siirtyisi eteenpäin vaivattomammin. Olen ideoinut opiskelijatöiden aiheita ja ohjannut töitä. Työt ovat lisänneet alan itseyttä ja ymmärrystä erilaisista terv.sos.työn erityispiirteistä kuten terveystieteiden vaikuttavuudesta.” (TS9)

Terveystieteiden työntekijät kertoivat muun muassa tehneensä esitteitä tai perehdyttämistä helpottavia ohjeita, mutta myös kirjoittaneensa esimerkiksi päättäjille ja paikallislehteen (ks. TS8; TS9).

Rakenteellinen terveystieteiden ennaltaehkäisevä työ

Toisena merkittävänä teemana edellisen asiantuntijatyön ohella terveystieteiden työntekijöiden vastauksissa korostui terveystieteiden ennaltaehkäisevä rooli, jota lähes kaikissa vastauksissa tuotiin esille. Monet korostivatkin terveystieteiden oikea-aikaisuutta, joka saattoi estää asiakkaiden ongelmien kasaantumisen. Ehkäisevällä työllä nähtiin voitavan estää myöhempiin raskaampiin palveluihin joutuminen (ks. luku 5.1). Seuraavassa otteessa vastaaja kuvaa terveystieteiden ennaltaehkäisevää merkitystä.

”Terveyssozialityö on ennakoivaa, ennaltaehkäisevää toimintaa ja auttamista, ettei ihminen pääsisi syrjäytymään vaan tulisi ajoissa autetuksi. Terveyssozialityössä ennakoidaan mahdollisia sairauden aiheuttamia tilanteita, mitkä asiakas voi kohdata kotona arjessaan. Siksi järjestellään palveluita ja tehdään tarvittavat toimenpiteet asiakkaan tilanteen auttamiseksi. Näin voidaan ehkäistä monia ongelmia.” (TS7)

Terveyssozialityön ennaltaehkäisevällä roolilla voi katsoa vastausten pohjalta olevan monta erilaista tasoa, merkitystä ja toimintamuotoa. Paitsi, että sosialityöntekijät toimivat yksilötasolla ennakoiden ja auttaen asiakkaita tai potilaita ehkäisten ongelmien kasaantumista, terveyssozialityöntekijät toimivat myös erilaisissa verkostoissa ja eri tahojen kanssa tuottaen tietoa ja tuoden omaa asiantuntijuuttaan ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Vastaajat olivat huolissaan ja jopa surullisia, että muut tahot eivät aina ymmärrä ennaltaehkäisevää ja merkityksellistä terveyssozialityötä. Joidenkin vastaajien mukaan asiakkaiden koettiin tarvitsevan kaikkein eniten apua järjestelmissä selviytyäkseen ja saadakseen asiansa järjestymään, ei niinkään palveluita ja päätöksiä. Vastaajat kokivat lisäksi, että ennaltaehkäisevä terveyssozialityö oli kustannustehokasta työtä ilman päätösten tekemistä, kuten alla otteessa kuvataan.

”Terveyssozialityössä ei tehdä päätöksiä vaan sosialityötä ilman kustannuksia ja sillä mahdollistetaan ihmisten selviytymistä arjessa monenlaisissa lähtökohdissa. Syrjäytymisen ehkäisy ja palveluiden oikea-aikainen saaminen on tärkeää ja ennaltaehkäisee suurempien ongelmien syntymistä.” (TS3)

Kustannusvaikuttavuutta vastauksissa perusteltiin sillä, että moniin ongelmiin voitiin puuttua ajoissa ja jo heti alkuvaiheessa moniammatillisesti. Terveyssozialityötä kuvattiin ennaltaehkäisevyytensä lisäksi matalan kynnyksen työnä, jossa ihmisiä voi kohdata monista eri lähtökohdista ja eri kulttuureista. Vastauksissa kuvattiinkin, että jos apua ei voida saada matalalla kynnyksellä, moniammatillisesti ja oikea-aikaisesti, tämä voi heikentää potilaan tai asiakkaan asemaa merkittävästi. Tällä arvioitiin voivan olla kauaskantoiset seuraukset koko yhteiskunnan tasolla. Avun saamisen oikea-aikaisen estymisen todettiin voivan tulla paitsi kalliiksi yhteiskunnalle myös lisäävän turvattomuutta. Lisäksi avun viivästymisen nähtiin ruuhkauttavan muita palveluita tai jättävän asiakkaat ilman apua ja palveluita. Alla terveyssozialityöntekijä kuvaa kustannusvaikutuksia, mikäli terveyssozialityö romutettaisiin.

”Sosialityössä ollaan tekemässä suuri virhe, jos terveyssozialityö romutetaan. Tällöin sairaiden ihmisten avunsaanti estyy ja apua hakevat vain ne, joilla on voimavaroja, sairaiden ihmisten ääntä ei kuulla. Ennaltaehkäisevä työ loppuu, vaikka se on yksi tavoite hyvinvointialueilla. Tämä tulee kalliiksi yhteiskunnallemme, kun avutta jääneiden ihmisten asiat saattavat tulla karusti eteemme, korjaava sosialityö lisääntyy enti-

sestään. Saattaa alkaa näkyä katukuvassa ..., turvattomuus lisääntyy. Sosiaalitoimistoissa ei ehditä tulemaan sairaalaan potilaan luo järjestelemään ihmisten asioita, niin nopeasti kuin terveyssozialityö on pystynyt tekemään tähän asti. Potilaat ehtivät kotiutua, olla kotona oman onnensa nojassa ilman ruokaa, lääkkeitä, kotiapuja, kuljetusapua ennen kuin sosiaalitoimen sosiaalityöstä tullaan käymään tai soitetaan. Sosiaalitoimen päivystykseen alkaa tulla entistä enemmän ruuhkaa ja kuormitusta.” (TS7)

Edellinen terveyssozialityöntekijän kuvaus osoittaa kustannusvaikuttavuuden lisäksi lukuisia ongelmia, joita voi seurata, mikäli sairast ihmiset jäävät sairaalassa ilman apua. Ennaltaehkäisevällä työllä nähtiin pitkällä aikavälillä olevan vaikutusta myös siihen, että yksilötyö voisi jatkossa helpottua, kun ihmiset oppivat käyttämään palveluita, esimerkiksi hakemaan etuuksia.

Terveyssozialityö rakenteellisen sosiaalityön näköalapaikalla

Vastauksien pohjalta jopa kaikkia tähän asti esitettyjä teemoja yhdistävänä ja milteipä keskeisimpänä merkityksenä pidettiin sitä, että terveyssozialityö moniammatillisissa ryhmissä ja erilaisissa verkostoissa toimiessaan pystyi olemaan näköalapaikalla ihmisten arkeen ja haasteisiin sekä palveluiden toimivuuteen. Terveyssozialityöntekijät näköalapaikalla erilaisissa tiimeissä työskennellessään kokivat saavansa sellaista tietoa asiakkaista tai potilaista, jota ei välttämättä muutoin tule esille. Alla sitaatissa kuvataan näköalapaikalla toimimista.

”Terveyssozialityöntekijät ovat näköalapaikalla ihmisten elämään. Näemme yhtä aikaa terveyspalveluiden toimintaa, ihmisten erilaisia tuentarpeita, ja sitä, miten nämä kaikki käyttäytyvät yhdessä sosiaalisten ongelmien kanssa.” (TS1)

Näköalapaikalta vastaajat kokivat voivansa helpommin tuoda näkyväksi potilaiden haasteita ja ongelmia, mutta myös saada näkyville terveyssozialityön merkitystä muille toimijoille. Vastauksissa korostettiin lisäksi sitä, että aina terveydenhuollon asiakkaat eivät ole sosiaalihuollon asiakkaita, mutta heillä saattaa olla silti avun tarvetta paljonkin sairauden kohdatessa. Ihmiset voivat olla tällöin hyvin haavoittuvassa asemassa. Lisäksi vastauksissa tuotiin esille, että usein tilanteet voivat muodostua haastaviksi ja monitulkintaisiksi, vaikka aluksi eivät siltä näyttäisikään, jolloin rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen muodostuu aitiopaikka tarkastella erilaisia tilanteita läheltä ja nähdä kattavasti myös koko palveluverkoston toimintaa. Eräs vastaaja kuvaakin, että *”terveyssozialityöllä on uniikki näkökulma moniin haavoittuvassa asemassa oleviin potilasryhmiin, jollaista ei muualla ole”* (TS13).

Näköalapaikka ja moniammatillisuus kietoutuvat vastauksissa erottamattomasti yhteen, sillä terveyssozialityötä pidettiin lähes ainoana sellaisena sosiaalityön erikoisalana, joka on integroitunut

terveydenhuoltoon ja potilaiden hoitopolkuun ja joka mahdollistaa rakenteellisen sosiaalityön tekemisen terveydenhuollossa. Taskinen ja Hujala (2020, 50) toteavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio voi toteutua monella tasolla niin järjestelmien, organisaation kuin ihmistenkin tasolla, jonka vuoksi integraation voi nimetä mikro-, meso- ja makrotasolla tapahtuvaksi ilmiöksi. Edellinen kuvastaa myös rakenteellisen terveystieteellisen sosiaalityön monitoimijaisista ulottuvuutta (ks. Mönkkönen & Kekoni 2020; Närhi 2023). Vastauksissa rakenteellisen sosiaalityön kuvattiin olevan ikään kuin sisäänkirjoitettu terveydenhuollon sosiaalityöhön ja terveydenhuollon työkenttänä tarjoavan sekä mahdollisuuden kehittää toimintoja kuin tehdä laajaa moniammatillista ja monitoimijaisista verkosto- ja yhteistyötä, kuten alla esimerkissä kuvataan.

”Terveystieteellisessä on ollut mahtava mahdollisuus kehittää toimintoja, tehdä laajaa moniammatillista verkosto- ja yhteistyötä. Jokainen työntekijä on ollut oman alueensa asiantuntija ja perehtynyt ko. alueeseen, joten tietoa on kertynyt hyvin... Meillä on hyvä mahdollisuus viedä tietoa eteenpäin, koska työskentelemme niin laajoissa verkostoissa ja moniammatillisissa tiimeissä ym.” (TS4)

Lisäksi vastaaja kuvaa näköalapaikkaa seuraavasti: *”Terveystieteellisyys näkee paikkoihin, joihin muu sosiaalityö ei niin helposti pääse käsiksi. Samalla terveystieteellisyydellä on uniikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon maailmoja yhdistävä näkökulma ja erikoistunutta tietoa”* (TS1). Erikoistunutta tietoa katsottiin syntyvän, kun työssä mahdollistui saada tietoa muun maussa eri sairauksista ja niiden vaikutuksista ihmisiin. Lisäksi vastauksissa korostettiin sitä, että kaikkia terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä näköalapaikalla toimiessaan velvoittaa yhtä lailla sosiaalialan ammattieettiset ohjeet, kuin missä tahansa muussakin sosiaalityössä. Sosiaalityöntekijöiden tulee nostaa esille esimerkiksi resurssien riittämättömyyttä tai syrjiviä ja haitallisia toimintatapoja, kuten alla vastaaja kuvaa.

”Sosiaalialan ammattieettiset säännöt velvoittavat tuomaan suuren yleisön tietoon resurssien riittämättömyyttä tai niiden jakautumisen ongelmia sekä syrjivää tai haitallista politiikkaa ja toimintatapoja.” (TS8)

Yhtenä merkittävänä tekijänä näköalapaikalla toimimisessa pidettiin mahdollisuutta potilastietojärjestelmiin kirjaamisesta, joka mahdollisti paitsi rakenteellisen kirjaamisen, mutta myös tarkastella oman työn tekemistä tai erilaisia tilastoja, esimerkiksi eteenpäin ohjatuista asiakkaista, tehdyistä lastensuojeluilmoituksista tai syntyneistä poikkeamista. Terveystieteellisen sosiaalityön kirjaamisen merkitystä potilastietojärjestelmiin korostettiin myös jatkossa, joka mahdollistaisi omalta osaltaan parhaalla mahdollisella tavalla moniammatillisen työn tekemisen muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa sekä monitoimijaisen rakenteellisen sosiaalityön tekemisen.

5.3 Rakenteellinen terveyssozialityö: haasteita, uhkia vai mahdollisuuksia?

Tässä luvussa esittelen kokoavasti kaikkia niitä haasteita, uhkia tai mahdollisuuksia, joilla on merkitystä tutkimuksen tulosten pohjalta terveydenhuollossa tehtävään rakenteelliseen sosiaalityöhön nyt tai tulevaisuudessa ja mitä vastaajat tutkimuksen vastauksissa ovat tuoneet esille.

Useammissa vastauksissa terveyssozialityöntekijät korostivat keskeisimpänä haasteena tällä hetkellä olevan oman työnsä turvaamisen ja kokivat epävarmuutta, koska useilla hyvinvointialueilla todettiin olevan menossa muutoksia. Haasteena koettiin eri hyvinvointialueiden linjaukset rakenteellisen terveyssozialityön tekemisessä ja yhteistyön vaikeutuminen hyvinvointialueiden aloittamisen jälkeen. Muun muassa yhteistyöpalavereita nähtiin olevan entistä vähemmän ja yhteistyökäytäntöjen kuvattiin olevan sekavampia, kuin ennen. Tiedonsaantia asioista kuvattiin heikommaksi ja työntekijöiden koettiin jopa jääneen oman onnensa nojaan. Kuten eräs vastaaja kuvasi: *”Niukkaa on saada vastauksia ja onko asiaa mitenkään huomioitu. Se on huutamista pohjattomaan kaivoon.”* (TS5.) Terveyssozialityöntekijät kokivat, että myös vastuukysymyksissä oli epäselvyyttä ja syntyi tunne, että kenelläkään ei ole oikeastaan tietoa siitä, kuka on vastuussa mistäkin. Näillä edellä kuvatuilla tekijöillä nähtiin olevan vaikutusta edelleen asiakkaan asemaan palvelunsaajana. Myös uusien asioiden kehittäminen tämän hetken tilanteessa nähtiin mahdottomana. Useammat kuvasivatkin terveyssozialityön tilanteen olevan ”kenttätyössä” sekaisin ja epävarma, jonka vuoksi tilannetta kuvattiin haastavaksi ja samalla kuormittavaksi.

Vastaajat kuvasivat haasteeksi, koska työntekijää koettiin velvoittavan työnantajan ja sen puolestaan rajoittavan julkisia ulostuloja ja keskustelujen mahdollisuutta. Edellisissä tapauksissa ammattiliittojen uskottiin auttavan ulostuloissa suhteessa mediaan. Toisaalta haasteena koettiin, että jos terveyssozialityö nykyisen suuntauksen mukaan vähenisi, miten saada näkyviin terveyssozialityön merkitys päättävälle taholle. Rakenteellisen terveyssozialityön koettiin olevan aina myös poliittista, jonka vuoksi terveyssozialityön sekä potilaiden tai asiakkaiden äänen kuulumista muun muassa päätösten ja lakien valmistelun pohjaksi pidettiin tärkeänä.

Haasteena rakenteellisen sosiaalityön tekemiselle koettiin lisäksi riittämätön esimiehen tuki tai kannustus, myös esimiehen ammattitaidon puute rakenteellisesta sosiaalityöstä, kuten seuraavassa vastauksessa todetaan: *”Kaipaen myös esimiehen tukea ja kannustusta, sekä sitä, että esimies tekisi itse rakenteellista sosiaalityötä.”* (TS8). Joissakin vastauksissa todettiin jopa tulleen vaikutelman, että esihenkilö ”pelkäsi rakenteellista terveyssozialityötä”. Vastauksissa toivottiin enemmän keskusteluja aiheesta ja joidenkin vastausten mukaan suhtautuminen rakenteellisen

terveyssozialityön tekemiseen on ollut puolestaan hyvin vaihtelevaa, eikä tukea ole saanut sosiaalihuollon kollegoiltakaan. Joidenkin mielestä rakenteellisen sosiaalityön tekeminen terveydenhuollossa oli jäänyt lähinnä juhlapuheiden tasolle, eikä työhön ollut osoitettu juurikaan resursseja. Muun muassa edellisen johdosta rakenteellisen työn tekeminen nähtiin jäävän monilla vapaa-ajalle ja oman aktiivisuuden varaan. Resurssien puute nähtiin vaikuttavan myös siten, että vaikka vastaajat pitivät rakenteellista sosiaalityötä merkittävänä, ei siihen jaksettu perehtyä tai jaksettu toteuttaa sitä työssä.

Rakenteellisen sosiaalityön tekemisen haasteena vastauksissa tuotiin esille lisäksi sopivien väylien puute, joiden kautta voisi viedä ajatuksiaan eteenpäin. Lisäksi toivottiin valtakunnallista yhtenäistä näkemystä ja selkeämpiä sekä yksinkertaisempia ohjeita rakenteellisen sosiaalityön tekemiselle, jotka joidenkin mukaan olisivat voineet kannustaa rakenteellisen sosiaalityön tekemisessä jo aiemmin ja enemmän. Rakenteellisen terveyssozialityön tekemiselle kaivattiin ”vahvempia hartioita”, eikä sen jäämistä vain terveyssozialityöntekijöiden omille harteille. Myös yhteistä aktiivista vaikuttamista kaivattiin, ei vain omassa organisaatiossa, vaan myös omien organisaatioiden ulkopuolella. Joissakin vastauksissa tuotiin esille haasteena ilmapiiri epäkohdista tai negatiivisista asioista ilmoittamiseen, jonka vuoksi vastaajien mukaan tulisikin huomioida, että rakenteellisen sosiaalityössä on jo sisäänrakennettuna kriittinen ote ja huomioida, miten vallalla on tällä hetkellä ajatus omillaan pärjäävistä yksilöistä.

Suurimpana uhkana ja pelkona koettiin, että jos terveyssozialityö lakkaa kokonaan ja ennaltaehkäisevästä terveyssozialityön painopisteestä siirrytään eri alueiden sosiaalityöhön, miten potilaille käy jatkossa. Vastaajia huolestutti esimerkiksi nuorten mielenterveyskuntoutujien tai mielenterveyskuntoutuja lasten asema jatkossa. Uhkana ja myös haasteena koettiin hyvinvointialueiden autonominen asema palveluiden järjestämisessä, jotka eivät välttämättä ymmärrä ja osaa huomioida eri palvelualueiden merkitystä. Esimerkiksi Mönkkönen ja Kekoni (2020, 231) toteavat ammattilaisten kokeneen autonomian menetystä liittyen sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamiseen sekä työn vaatimustason ja kiireen lisääntymistä. Vastauksissa kuvattiin, että hyvinvointialueilla uudistusten tekijöillä ei ole välttämättä ymmärrystä terveyssozialityön merkityksestä ja vaikuttavuudesta, eikä sairastuneen ihmisen avuntarpeista, jonka vuoksi resursseja halutaan siirtää sosiaalityön muille palvelualueille, kuten lastensuojeluun ja perhesosiaalityöhön. Muutoksiin ajateltiin vaikuttavan myös menneillään oleva ”trendi”, jossa lastensuojelu ja perhesosiaalityö koetaan arvokkaana ja, jonka vuoksi muuta sosiaalityötä, kuten aikuis-, mielenterveys- tai päihdesosiaalityötä ei arvosteta. Arvostuksen puutteesta ajateltiin kertovan myös se, että terveyssozialityön ajateltiin voivan korvata muilla ammattiryhmillä, esimerkiksi

sosionomeilla. Vastaajat kokivat tuleensa jopa jossain määrin painostetuksi osaksi sosiaalihuollon toimintaa. Vastauksissa perättiinkin tasa-arvoa ja eri sosiaalityön alueiden huomioimista, ei niinkään vastakkainasettelua tai luokittelua. Terveys- ja sosiaalityöntekijät totesivat joissakin vastauksissaan suoranaisesti pelkäävänsä mahdollista terveys- ja sosiaalityön siirtämistä sosiaalihuollon alle, koska uskottiin, että tämän jälkeen ei jäisi enää aikaa osallistua moniammatillisiin tiimeihin eikä rakenteellisen terveys- ja sosiaalityön tekemiselle.

Rakenteellisella terveys- ja sosiaalityöllä nähtiin olevan paljon myös mahdollisuuksia, mikäli terveys- ja sosiaalityö kyettäisiin säilyttämään ennallaan sairaaloissa ja sairaaloiden moniammatillisten tiimien osana. Vastauksissa koettiin myös terveys- ja sosiaalityöllä olevan paljon annettavaa eri palvelualueille, kuten jo aiemmin ylempänä on todettu ja joidenkin vastaajien mukaan meneillään oleva rakenneuudistus saattoi jopa lisätä rakenteellisen terveys- ja sosiaalityön tekemisen merkitystä. Haasteiden ja uhkien ohella joillakin alueilla rakenteellisen sosiaalityön koettiin vahvistuneen hyvinvointialueiden tulon myötä. Rakenteelliseen terveys- ja sosiaalityöhön koettiin useissa työyhteisöissä olevan erittäin myönteinen ja aktiivinen ote, ja työyhteisössä koettiin kannustettavan rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen. Kuten aiemmin ylempänä on jo todettu, useammat kokivat olevansa hyvin motivoituneita tekemään ja kehittämään rakenteellista terveys- ja sosiaalityötä, myös laajemmissa moniammatillisissa ryhmissä ja verkostoissa. Osassa työpaikoissa resursseja oli myös ohjattu rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen, eikä sen oletettu jäävän ainoastaan työntekijän vapaa-ajalle tai oman aktiivisuuden varaan. Lisäksi vastaajat kuvasivat, että asiakastyötä oli joissakin tapauksissa jopa vähennetty, että aikaa jäisi rakenteelliselle sosiaalityölle enemmän ja joissakin paikoissa säännöllisten kokoontumisten todettiin ohjaavan työkentällä rakenteellisen sosiaalityön tekemistä. Mahdollinen terveys- ja sosiaalityön puuttuminen tulevaisuudessa näytti joidenkin vastaajien mukaan osoittavan, miten rakenteellisen terveys- ja sosiaalityön merkitys lopulta ymmärretään tulevaisuudessa, jonka puolestaan uskottiin vaikuttavan monella tapaa asioihin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukseni kiinnostus kohdistui sosiaalityöntekijöiden tekemään rakenteelliseen sosiaalityöhön terveydenhuollossa. Tutkimukseni toteutui laadullisena tutkimuksena, jonka toteutin kirjoituspyynnöllä sosiaalisessa mediassa ja, jossa erityisesti terveystieteiden sosiaalityöntekijöille ja rakenteelliseen sosiaalityöhön suunnatuissa ryhmissä keräsin vastauksia terveystieteiden sosiaalityöntekijöiltä. Vastaukset analysoin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Kirjoituspyynnössäni ohjaavilla kysymyksillä olin kohdentanut terveystieteiden sosiaalityöntekijöitä vastaamaan rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen terveydenhuollossa. Tutkimuksellani halusin saada kuvaa, miten rakenteellista sosiaalityötä tehdään tai haluttaisiin tehdä terveydenhuollossa ja millaisia merkityksiä terveystieteiden sosiaalityöntekijät rakenteelliselle sosiaalityölle antaisivat.

Rakenteellisen sosiaalityön tekemisen tavoiksi terveydenhuollossa muodostui lopulta neljä pääkategoriaa, joita olivat *terveystieteiden sosiaalityöntekijät tietotyön tekijöinä, strategisen työn tekijöinä, inklusiivisen työn tekijöinä ja oikeudenmukaisuustyön tekijöinä*. Kategoriat nimesin lopulta Pohjolan (ks. Pohjola 2011) jo aiemmin esitettyjen tehtäväalueiden tai funktioiden kautta, vaikka terveystieteiden sosiaalityöntekijät itse eivät varsinaisesti kertoneet tekevänsä rakenteellista sosiaalityötä edellisen teoreettisen jaottelun mukaisesti. Vaikka edellä kuvatut jaottelut olivat mahdollista nostaa vastauksista, ehkä vieläkin selkeämmin rakenteellisen sosiaalityön tekemisen tapoina näkyi kaikkien edellä kuvattujen tehtäväalueiden limittyminen ja päällekkäisyys, joka teki välillä rajojen vedon eri tehtäväalueiden välille hankalaksi.

Tietotyötä terveystieteiden sosiaalityöntekijät ilmoittivat tekevänsä monella tavalla ja moneen suuntaan, pääsääntöisesti viemällä kuitenkin tietoa eteenpäin niin asiakkaille, esihenkilöille, muille vastaaville tahoille, päättäjille kuin mediallekin osallistuen muun muassa julkiseen keskusteluun. Monet kertoivat raportoivansa havaitsemistaan epäkohdista myös valmiita järjestelmiä, kuten sosiaalisen raportoinnin tai HaiPro- järjestelmää käyttäen. Pohjola (2011, 219) kuvaa tietotyön olevan sekä tiedon välittämistä että tuottamista, johon sisältyy yhteiskuntakriittinen työote. Yhteiskuntakriittinen työotteeseen on ikään kuin ”sisään kirjoitettu” velvoite epäkohtien esille nostamisesta ja yhteiskunnan omatuntona toimimisesta. Tietotyö on samalla julkisuustyötä, joka sisältää tiedon välittämistä esimerkiksi sosiaalista raportointia tai eri viestintäkeinoja käyttämällä. Healy (2000, 127) toteaa kriittisessä sosiaalityössä vallan olevan aina läsnä, eikä tavoitteena ole aina vallan minimointi, vaan ymmärtäminen, miten valtaa voidaan käyttää demokratian ja vaikutusmahdollisuuksien laajentamiseen niin paikallisesti kuin laajemmin yhteiskuntaan tasolla. Samoin Granter (2019, 67–

68) korostaa kriittisessä sosiaalityössä ympäröivän maailman tarkkailua varsinkin, kun julkisia palveluita uudistetaan. Kriittisen teorian keskeisinä teemoina ovat kulutus, markkinat ja managerialismi, jotka kääntävät helposti huomion pois kansalaisia koskevasta epäoikeudenmukaisuudesta. Terveysosiaalityöntekijöiden tietotyö vaatii tällöin kontekstuaalisuutta ja huomion kiinnittämistä kulloinkin vallalla oleviin tai meneillään oleviin prosesseihin, joiden suhteen vastaajat vaikuttivat olevan valveutuneita ja toivat vastauksissaan esille muun muassa meneillään olevan rakenneuudistusten osalta erilaisia haasteita ja uhkia, mutta myös mahdollisuuksia. Esimerkiksi Fook (2003, 124) korostaa yhteiskuntakritiikkiä kaikkea sortoa vastaan ja ”ylivallan” haastamista kaikissa rakenteissa. Samoilla linjoilla on Weinberg (2008), joka Healyn (2000) tavoin muistuttaa lisäksi vallan monista puolista, joita poststrukturalistisen teorian mukaan voi tarkastella niin tuottavana kuin tukahduttavanakin.

Sosiaalityöntekijöitä on kritisoitu muun muassa siitä, että esimerkiksi rakenteellisen sosiaalityön tietotyössä jäädään konventionaalisen lähestymistavan tasolle (mm. Kivipelto 2022, 14–15; ref. Mullaly & Dupre 2019; Payne 2014, 2020), joka tarkoittaa tiedon tuottamista ilman sosiaalisten ongelmien juurisyihin puuttumista, asiakkaita osallistamatta tai vertailematta eri asiakasryhmien intressejä. Lisäksi Weinbergin (2008) mukaan sosiaalityöntekijöitä on kritisoitu siitä, että he auttavat asiakkaita vain hyväksymään epäoikeudenmukaisia sosiaalisia rakenteita ja sopeutumaan niihin. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta vaikuttaa kuitenkin siltä, että terveysosiaalityöntekijät eivät jäisi aina niin kutsutun konventionaalisen tietotyön tasolle, esimerkiksi raportoiden havaitsemistaan epäkohdista, sillä useat korostivat tietotyön rinnalla vaikuttamista monin tavoin, esimerkiksi pyytämällä vastauksia päättäjiltä, vaikuttamalla yhteistyöverkostoissa tai moniammatillisissa ryhmissä. Sinclair (2016, 10) toteaaakin, että esimerkiksi sosiaalipolitiikan tavoitteena ei ole vain analysoida ja ymmärtää sosiaalisia olosuhteita, vaan muuttaa yhteiskunnassa vallitsevia olosuhteita monin tavoin.

Terveysosiaalityöntekijöiden vastauksissa tuli esille myös *strategisen työn* taso rakenteellisen sosiaalityön osana. Strategiseen työhön kuuluu ennakointi, visiointi, kehittävä ja reformistinen työn ote. Mikäli rakenteellinen sosiaalityö on uudistavaa, tulee työn olla ennakoivaa ja strategista siitä, miten kansalaisten hyvinvointia, elinolosuhteita ja tasa-arvoa voidaan parantaa ja tukea. Tällöin strateginen rakenteellinen sosiaalityö on toimintaa niin kansalaisten, järjestöjen ja muiden ammattilaisten kanssa. (Mm. Kannasoja 2022, 40; Kivipelto 2022, 15; Pohjola 2011.) Strategisen työn taso näkyi terveysosiaalityöntekijöiden vastauksissa erilaisissa ammatillisissa tiimeissä ja monitoimijaisissa verkostoissa, kehittämisryhmissä ja hankkeissa toimimisena niin paikallisesti kuin valtakunnallisestikin. Strateginen työ linkittyy vahvasti usein tietotyön kanssa ja ennakointi, visiointi,

kehittäminen ja reformistinen työ tarkoittivat muun muassa osallistumista terveyssofiaalityön näkökulmasta poliittiseen keskusteluun ja tiedon viemistä päättäjille. Voidaankin todeta, että tämän tutkimuksen tulosten pohjalta kritiikki sofiaalityöntekijöiden vaikenemisesta ja vetäytymisestä julkisuuskeskustelusta sekä konventionaalisen työn tasolle jäämisestä lienee ainakin osittain aiheetonta (mm. Kivipelto 2022; ref. Mullaly & Dubre 2019; Tiitinen 2019).

Politiikan tason sisällymistä rakenteelliseen terveyssofiaalityöhön voi perustella asioiden monimutkaistumisella ja, että asiat kietoutuvat sofiaalipoliittisiin päätöksiin, lainsäädäntöihin ja yhteiskunnallisiin toimintoihin. Edellisen vaikuttamistyön ohella tutkimus ja kehittäminen lisäävät myös ylemmän koulutustason tarvetta terveyssofiaalityössä, puolestaan kun käytännön terveyssofiaalityö viittaa ammatillisuuteen. (Linden 1999, 53.) Kokkosen (2023, 53, 57) mukaan yhteiskunnalliseen muutokseen ja tasa-arvoon tähtäävä rakenteellinen sofiaalityö ei ole mahdollista ilman politisointia, vaikka viranomaisroolissa toimintaa voi katsoa rajoittavan jonkin verran lainsäädäntö ja muun muassa organisaatioiden erilaiset käytännöt. Myös muun muassa Viirikorpi (1990, 76) on jo 1990- luvulla todennut samaa, että ihmisten elinoloihin voidaan vaikuttaa parhaiten poliittisen ohjauksen kautta, jonka vuoksi rakenteellinen sofiaalityö tulisi olla kiinteä osa kaikkea sofiaalityötä. Edellä kuvatut näkemykset ja terveyssofiaalityöntekijöiden vastauksissaan kuvaama strategisen työn taso viittaavat sofiaalityöllä olevan erityinen paikka terveydenhuollossa. Poliittisen tason kuuluminen keskeisenä osana kaikkea sofiaalityötä ja rakenteellista terveyssofiaalityötä nähtiin tulosten pohjalta lähes automaationa. Toisaalta joissakin vastauksissa strategisen työn ajateltiin kuuluvan enemmän johtaville sofiaalityöntekijöille, myös vaikuttamistyön kulkevan enemmän esihenkilöiden kautta ja viranomaisroolin jopa vaikeuttavan epäkohdista ulostuloja, kuten edellä Kokkonen (2023) toteaa.

Marita Sihto (2013, 18, 21–22, 31) kumppaneineen on viitannut lisäksi terveyspolitiikan tasoon ja todennut kansalaisten tai suuren yleisön huolena olevan vain terveydenhoidon järjestyminen, palveluiden piiriin pääseminen, rahoitus ja kustannukset, vaikka keskeistä kansanterveyden kehittämisen ja parantamisen näkökulmasta olisi kiinnittää huomio talouden lisäksi sofiaalisiin, poliittisiin, yhteiskunnallisiin ja rakenteellisiin tasoihin. Samoin Rautiainen (2020, 33) kumppaneineen on todennut, että esimerkiksi sote-uudistuksen (sofiaali- ja terveysuudistus) valmistelussa ovat korostuneet eri ammattialojen valtataistelut ja poliittiset painotukset, ja sofiaalipalveluiden rooli on jopa uhanut marginalisoitua palveluohjaukseksi ja neuvonnaksi. Myös Sinclairin (2016, 26) mukaan poliittiset eturyhmät voivat kuvata sofiaalisia ongelmia tavoilla, jotka ajavat heidän omia etujaan, jonka vuoksi sofiaalisen konstruktionismin kriittisyys tulee huomioida (ks. Burr 2015). Lisäksi Jaakko Kiander (2011, 46, 53) on todennut talouskasvun saaneen

korkeimman huomion yhteiskunnassamme. Vaikka talouskasvulla tietyissä rajoissa vaikutusta onkin, ei se takaa tuloerojen tasoittumista tai eriarvoisuuden vähentymistä eri väestöryhmissä, ja talouskasvun on todettu hyödyttäneen eniten varakkaita, ei köyhempiä (Sinclair 2016, 93–96, 104). Lienee kaikilla edellä kuvatuilla tekijöillä yhteys siihen, miten sosiaalityön asema tunnustetaan joskus heikkona esimerkiksi terveydenhuollon sisällä tai terveydenhuoltoon verrattuna ja miten poliittiseen tasoon sosiaalityössä suhtaudutaan. Pohjolan (2014, 288) ja kumppaneiden, kuten edellistenkin kirjoittajien mukaan rakenteellinen sosiaalityö perustuu kuitenkin aina poliittisuuteen, jonka vuoksi myös henkilökohtainen on aina poliittista, sillä henkilökohtainen elämä kietoutuu laajempiin yhteiskunnallisiin suhteisiin. Edellisen takia terveysosiaalityöntekijöiden antama kuva vaikuttamistyöstä ja osallistuminen sosiaali- ja terveyspolitiikkaan, kehittämis- ja hyvinvointiohjelmiin, strategioihin ja poliittiseen päätöksentekoon omasta terveysosiaalityön näkökulmasta käsin olisi myös jatkossa tarpeellista.

Terveysosiaalityöntekijät kuvasivat lisäksi rakenteellista sosiaalityön tekemistä *inkluusiotyön* tekemisenä. Aiemmin yläpuolella inkluusiotyön osa-alueina on kuvattu toimiminen erilaisissa verkostoissa ja sen keskeisinä osa-alueina olevan yhteisö- osallisuus ja verkostoituvan työn (ks. Pohjola 2011). Asiakkaiden ääntä pyrittiin tuomaan esille monella tavalla, erilaisissa verkostoissa ja kehittämissyryhmissä asiakkaiden osallisuus huomioiden sekä valtaistamaan asiakkaita neuvomalla, ohjaamalla ja puolustamalla, esimerkiksi omaan oikeusturvaansa liittyen. Pohjola (2014, 291) pitää valtaa erottumattomana osana rakenteellista sosiaalityötä ja valtaa sen eri puolineen tulisikin valjastaa käyttövoimaksi, eikä vain ymmärtää valtaa sen kielteisessä muodossa, kuten aiemminkin on todettu. (esim. Fook 2003; Healy 2000; Payne 2014; Weinberg 2008). Samoin, kuin tässä tutkimuksessa, myös esimerkiksi Feryn (2022, 46–49) ja kumppaneiden rakenteelliseen sosiaalityöhön perusterveydenhuollossa kohdistuvassa tutkimuksessa on kuvattu sosiaalityöntekijöiden korostaneen rooliaan ikään kuin siltana ja vuoropuhelun edistäjinä oman organisaationsa ja muiden verkostojen välillä. Yksilötyötä on pidetty rakenteellisen sosiaalityön perustana terveydenhuollossa.

Oikeudenmukaisuustyötä voi pitää kaikkia edellistä kolmea tasoa eli tieto-, strategista- ja inkluusiotyötä läpileikkaavana tässä tutkimuksessa. Terveysosiaalityöntekijät kuvasivatkin tärkeimmäksi työkseen rakenteellisen sosiaalityön näkökulmasta asiakkaan oikeuksien varmistamisen, josta välittyi vahva eettisen arvopohjan omaksuminen. Oikeudenmukaisuustyön monitasoisuudesta kertonee, että myös oman työyhteisön ja organisaation tasolla pyrittiin vaikuttamaan esimerkiksi resurssien tasapuolisempaan jakautumiseen. Pohjolan (2011, 217, 220) mukaan oikeudenmukaisuustyötä ja sen eettistä perustaa voidaan pitää kaikkia edellisiä tasoja läpileikkaavana, joka nivoutuu kaikkeen yhteiskunnalliseen toimintaan, palvelujärjestelmiin ja

poliittiseen päätöksentekoon. Eettiseen perustaan kuuluu myös moraal- ja arvokeskustelu ja eri väestöryhmien huomioiminen hyvinvointiin liittyvissä tasa-arvo keskusteluissa. Terveysosiaalityöntekijät kuvasivat olevansa usein myös asiakkaidensa asianajajia tai edunvalvojia, joka liittyy kiinteästi oikeudenmukaisuustyöhön, eettiseen perustaan ja kaikkiin edellisiin kuvattuihin tasoihin. Pohjola (2014, 291) kumppaneineen nostaakin esiin valtaistavan asianajon, joka tarkoittaa pyrkimystä parantaa heikompiensa tilanteita ja vähentää yhteiskunnallista eriarvoisuutta.

Rakenteellisen terveysosiaalityön merkityksistä tulosten pohjalta nousi esille kolme keskeistä merkitystä: *rakenteellinen terveysosiaalityö asiantuntijatyönä, rakenteellinen terveysosiaalityö ennaltaehkäisevänä työnä ja terveysosiaalityö rakenteellisen sosiaalityön näköalapaikalla.* Terveysosiaalityön asiantuntijuus tulosten pohjalta näkyi toimimisena ja vaikuttamisena erilaisissa kehittämissä ja moniammatillisissa verkostoissa, josta saatua ja muodostunutta tietoa oli vietävissä eteenpäin muun muassa päätöksentekoon ja terveysosiaalityön ja rakenteellisen sosiaalityön käytäntöjen kehittämiseen. Tulosten mukaan toimiminen kehittämissä oli laajaa mukaan lukien niin asiakas-, työyhteisö-, organisaatio-, paikallisen- kuin valtakunnankin tason. Terveysosiaalityöntekijöiden ammatillisuuden ja asiantuntijuuden erona voi juuri pitää sitä, että asiantuntijuus ei tarkoittanut ainoastaan käytännön ammatillista terveysosiaalityötä, vaan myös strategista, visioivaa, ennakoivaa ja kehittävää työtä, jonka edellytyksenä voi pitää myös ylempää koulutustasoa (ks. Linden 1999; Pohjola 2011). Pohjola (2014, 292–293) kumppaneineen toteaa, että rakenteellisen sosiaalityön asiantuntijuuden paikka on toimia niissä toimintaympäristöissä ja osallistua niihin keskusteluihin, joissa tulevat esille laajasti muun muassa talous, työllisyys, asuntopolitiikka, yhdyskuntasuunnittelu tai liikenne. Asiantuntijuus ei ole tällöin ainoastaan yksin tekemistä tai yksilöiden kanssa tekemistä, vaan toimimista yhdessä toisten toimijoiden kanssa, suhteessa ja horisontaalisesti, pyrkien dialogiin yksilötason ja rakenteellisen tason välillä, puolustaen heikompiensa ja tasa-arvon toteutumista, joihin sisältyy myös kriittinen selontekovelvollisuus.

Terveysosiaalityön *ennaltaehkäisevä* rooli tulosten pohjalta nähtiin erityisesti kauaskantoisempien kustannusvaikutusten kautta ja samalla yksilöiden tilanteiden helpottumisena tulevaisuudessa, kun asiakkaiden tilanteisiin voitiin puuttua oikea-aikaisesti ja moniammatillisesti siten, että ongelmat eivät kasaantuisi. Vaikka asiakkaiden kanssa toimitiin myös yksilötyötä tehden, tärkeänä pidettiin moniammatillisen asiantuntemuksen saamista asiakkaille tarvittaessa nopeasti. Tulosten pohjalta terveysosiaalityön ennaltaehkäisevää roolia pidettiin tärkeänä siten monessa mielessä, kuten edellä jo aiemmin todetaan. Tärkeää on välitön vaikuttaminen tilanteisiin, mutta myös pidemmän aikavälin muutostyö ja vaikuttaminen (mm. Mullaly & Dupre 2019). Muun muassa Lindenin (1999, 59) mukaan jo varhaisimmat terveydenhuollon ammatillisen sosiaalityön määritelmät painottavat yhtenä

terveys- ja sosiaalityöntekijöiden keskeisenä tehtävänä ennaltaehkäisevän työn merkitystä. Määritelmät ovat saaneet lisäksi seuraukseen asiantuntijana toimimisen, yhteiskunnallisen vaikuttamisen, tutkimuksen, tiedottamisen ja kehittämistyön. Lindenin jo aiemmin tekemä jako sisältää siis asiakastyön ohella asiantuntijana toimimisen, tutkimus- ja kehittämistyön sekä vaikuttamisen ja tiedottamisen (Linden 1999, 59–60; ref. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry:n Sostl/Akava 1994). Mielenkiintoisena sinällään voidaan pitää, että samaan aikaan, kun esimerkiksi maamme viimevuotiset hallitusohjelmat ovat korostaneet ennaltaehkäisyn ja integraation merkitystä sosiaali- ja terveyspalveluissa (mm. Hallituksen esitys 2014; Valtioneuvosto 2023, 42; Valtioneuvosto 2019, 16, 145), samaan aikaan ennaltaehkäiseviä ja jo toimivia rakenteita ajetaan alas, eikä tiedossa terveys- ja sosiaalityöntekijöiden vastausten perusteella näyttänyt olevan, miten edellä kuvattua ennaltaehkäisevää, rakenteellista vaikuttamis- tai kehittämistyötä jatkossa tehdään. Terveys- ja sosiaalityöntekijät kuvasivatkin tämän hetken tilannetta epäselvänä ja jopa terveys- ja sosiaalityön romuttamisena (ks. TS7), vaikka joissakin paikoissa rakenteellinen terveys- ja sosiaalityö näytti myös vahvistuneen meneillään olevan rakenneuudistuksen aikana.

Tutkimuksen tulokset osoittivat terveys- ja sosiaalityön toimivan *rakenteellisen sosiaalityön näköalapaikalla*, jota lähes kaikissa vastauksissa korostettiin. Näköalapaikka oli tulosten pohjalta tieto-, strategisen-, inkluusio- ja oikeudenmukaisuustyön tasoilla tapahtuvaa sisältäen poliittisuuden ja, joissa korostui asiantuntijuus ja ennaltaehkäisevä työ. Näköalapaikalla moniammatillisuus ja laajat monitoimijaiset verkostot, niin yksilötasolla kuin laajemmin organisaatio- tai yhteiskunnan tasolla toimiminen näyttivät mahdollistavan moniulotteisen rakenteellisen sosiaalityön tekemisen. Tulosten pohjalta rakenteellinen terveys- ja sosiaalityö vaikuttaa toteutuvan myös monitoimijaisena verkostotyönä (ks. Mönkkönen ym. 2019; Närhi ym. 2023). Edellä terveys- ja sosiaalityöntekijä kuvaa näköalapaikan tarjoavan mahdollisuuden nähdä sellaisiin paikkoihin terveydenhuollossa, joihin muualla sosiaalityössä ei välttämättä pääse (TS1) ja josta käsin syntyi sellaista tietoa, mitä muutoin ei olisi mahdollista saada. Yksi keskeinen tekijä tulosten pohjalta näytti olevan myös rakenteellinen kirjaaminen, jossa asiakasta koskeva sosiaali- ja terveystieto yhdistyvät samaan järjestelmään ja, joka mahdollisti moniammatillisen työn tekemisen ja moniulotteisen asioiden sekä oma työn tarkastelun. Edellinen lienee myös parasta reflektoidun tietotyön tekemistä, jossa myös asiakkaiden ääni saadaan kuuluviin (mm. Kivipelto 2022; ref. Mullaly & Dubre 2019; Payne 2014; 2020). Hujala ja Taskinen (2020, 58; ref. Ling ym. 2012; Auschra 2018; Sinervo & Keskimäki 2019) ovat puolestaan todenneet sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa asiakas- tai potilastietojärjestelmien erillisyyttä pidetyn useammassa tutkimuksessa aiemmin ongelmana.

Esimerkiksi Feryn (2022, 43, 44; esim. Burrow 2020) kumppaneineen ovat kuvanneet sosiaalityöntekijöiden tekemän rakenteellista terveystieteellistä työtä mikro-, meso- ja makrotasolla eli yksilöiden kanssa ammatillisella käytännötasolla, toisten ammattilaisten kanssa oman organisaation tasolla ja eri verkostoissa sekä eri sidosryhmien, kuten paikallispolitiikan suuntaan oman organisaation ulkopuolella. Rakenteellisella terveystieteellisellä ja asiantuntijuudella on näin keskeinen paikka tuoda esiin terveyden sosiaalisia syitä ja vastustaa vallalla olevaa sellaista biolääketieteellistä mallia, jossa terveyden sosiaalisia syitä ei nähdä. (Feryn ym.2022, 43,44; esim. Burrow 2020; Cowles 2003; Korpela 2014; Manderbacka & Keskimäki 2013; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2017.) Tutkimuksen tulosten pohjalta rakenteellista terveystieteellistä työtä näytettiin tehtävän yleisesti ottaen edellä kuvatuilla kaikilla kolmella mikro-, meso- ja makrotasolla, vaikka sosiaalityö on saanutkin aiemmin kritiikkiä rakenteellisen sosiaalityön painopisteen siirtymisestä enemmän yksilö- ja perhekeskeiseen työhön. (Ks. Hallituksen esitys 2014; Heinonen 2014.) Vaihteluakin toki vastaajien välillä eri painopisteiden välillä näytti olevan, vaikka rakenteellisen terveystieteellisen työn kannalta kaikella työllä, olisipa se miten pientä tai suurta, tai millä tasolla tahansa tapahtuvaa, voi olla muutoksia aikaan saava vaikutus välittömästi tai tulevaisuudessa.

Tutkimuksen tulosten pohjalta suurimmiksi rakenteellisen terveystieteellisen työn *haasteiksi ja uhkiksi*, toisaalta jossakin määrin myös *mahdollisuuksiksi*, näytti muodostuvan meneillään oleva hyvinvointialueiden rakennemuutos, jossa terveystieteellisen työn joidenkin vastaajien mukaan koettiin jääneen jopa ”heitteille” ja ilman selkeää vetovastuuta. Tilannetta kuvattiin epäselvänä ja kuormittavana, jolla nähtiin olevan vaikutuksia asiakkaiden asemaan ja palveluiden saantiin. Tulosten pohjalta voi todeta, että terveystieteelliset työntekijät kaipaavat selkeämpää strategista johtamista ja muutosjohtamista, mutta yleisesti ottaen myös parempaa esihenkilöiden tukea. Toisaalta tulokset viittaavat, että terveystieteellistä työtä ei aina ymmärretä omana erityisalanaan, eikä arvosteta, kuten joissakin vastauksissa todettiin. Väistämättä tulosten pohjalta syntyi ajatus, että kuinka paljon terveystieteellisen työn luomista mahdollisuuksista ja asiantuntemuksesta jää käyttämättä esimerkiksi meneillään olevan sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksen aikana (esim. Korpela 2014; Metteri 2014). Rakenteellinen terveystieteellinen työ nähtiinkin tulevaisuudessa enimmäkseen epävarmalta ja miten ylipäätään terveystieteellisessä työssä syntyneitä arvokasta tietoa tulevaisuudessa saadaan esimerkiksi päättäjille.

Haasteiksi ja uhkiksi tulosten pohjalta nähtiin lisäksi riittämättömät resurssit ja selkeämpien ohjeiden puuttuminen rakenteellisen terveystieteellisen työn tekemiselle. Tulosten pohjalta rakenteellisesta terveystieteellisestä työstä koettiin puhuttavan lähinnä ”juhlapuheissa” tai se jäi työntekijän omille harteille. Toisaalta resurssit rakenteellisen terveystieteellisen työn tekemiselle eivät näyttäneet aina

vähäisiltä, sillä useimmat ilmoittivat toimivansa erilaisissa kehittämissyöryhmissä tai voivansa järjestellä esimerkiksi työtään siten, että aikaa jäi rakenteellisen terveystsosiaalityön tekemiseen. Uhka resurssien vähäisyydestä liittyi enemmän tulevaisuuteen, sillä pelkona nähtiin olevan esimerkiksi osallistuminen jatkossa moniammatillisiin ryhmiin, joita pidettiin keskeisenä paikkana rakenteellisen terveystsosiaalityön tekemiseen. Selkeämpien ohjeiden puute näytti tulosten pohjalta olevan haaste niin organisaatioiden kuin valtakunnankin tasolla rakenteellisen terveystsosiaalityön tekemiseen.

Tulosten pohjalta asiakas- tai yhteiskunnallinen osallisuus hahmottuivat melko kapeasti, sillä vastaajat olivat tuoneet kyllä osallisuuden merkityksen esille, mutta sitä ei kuvattu tarkemmin. Osallisuudesta jäi kuitenkin vaikutelma, että se tarkoitti asiakkaan äänen tuomista esiin esimerkiksi monitoimijaisissa verkostoissa tai moniammatillisissa ryhmissä. Osallisuuden hahmottuminen kapeasti voi johtua monesta syystä, muun muassa siitä, että osallisuus koettiin automaattisesti osana rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa. Esimerkiksi siitä, miten terveystsosiaalityöntekijät tai asiakkaat toimivat kansalaisjärjestöissä, kehittäjinä tai politiikassa, tai miten asiakkaiden vaikuttamista tuettiin, ei syntynyt selkeää kuvaa. Asiakkaiden arkeen jalkautumista ja asioiden edistämistä yhdessä pidetään esimerkiksi refleктоivan lähestymistavan mukaisena valtaistavana ja osallistavana rakenteellisen sosiaalityön tekemisenä (Esim. Kivipelto 2022).

Tulosten pohjalta voi todeta yhteenvetona, että moniammatillisissa ryhmissä ja erilaisissa verkostoissa monitoimijaisesti työskentely näyttää mahdollistavan parhaalla mahdollisella tavalla rakenteellisen terveystsosiaalityön tekemisen. Tämän vuoksi väite, että terveystsosiaalityöntekijät ovat rakenteellisen sosiaalityön näköalapaikalla pitää hyvin paikkansa. Moniammatillinen, erilaisissa verkostoissa toimiva terveystsosiaalityö on aitiopaikalla myös systeemiteoreettisesta näkökulmasta, jossa ihmistä, hänen verkostoaan ja elämäntilannetta voidaan tarkastella kokonaisuutena ja näin auttaa parhaalla mahdollisella tavalla. Yksilötyötä voi pitää hyvänä peruspilarina rakenteelliselle terveystsosiaalityölle, jonka vuoksi myös karkea erottelu yksilötyön ja rakenteellisen koalitiota muodostavan yhteistyön välillä ei ole aina tarpeen. Yksilö- ja yhteisöissä toimimisen tavoitteena voi pitää valtaistavaa työtettä, jolla yksilöitä ja yhteisöjä voidaan ohjata huomaamaan epätasa-arvoisia ja syrjiviä rakenteita, unohtamatta asiakkaan näkemistä tasavertaisena toimijana terveydenhuollossa kuin oman elämänsä asiantuntijanakin. Ja, lopultahan tarkoitus on kuitenkin auttaa niin yksilöitä kuin heidän läheisiään ja saada aikaan laajempaa yhteiskunnallista vaikutusta. (Esim. Feryn 2022; Hokkanen 2009; Kerson ym.2005; Kilpeläinen 2009; Närhi 2023; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2017; Pohjola 2014; Toikko 2009; Viirikorpi 1990.)

7 POHDINTA

Tutkimusmatkaani rakenteellisen terveystieteellisen parissa voi kuvata sekä innostavana että haasteitakin sisältävänä, jotka varmasti kuuluvat enemmän tai vähemmän tutkimuksen tekemisen eri vaiheisiin. Erityinen kiinnostus kumpaakin aluetta, terveystieteellistä ja rakenteellista sosiaalityötä kohtaan sai yhdistämään alueet tutkimuksessani, joka toi juuri oman mielenkiintoisen haasteensa tutkimuksen tekemiselle. Tutkimuksen tuloksissakin todetaan, että rakenteellisen terveystieteellisen tekemistä voisi helpottaa selkeämmät organisaatiotasoiset ja valtakunnalliset ohjeet. Saman pohdinnan äärellä olin itsekin, sillä jo teoriassa rakenteellisesta sosiaalityötä käsitellään hyvin monesta ulottuvuudesta käsin ja monin teoreettisin käsittein, jonka vuoksi myös itselleni selkeän kuvan syntyminen rakenteellisesta sosiaalityöstä oli välillä vaikeaa (ks. Pohjola 2014), vaikka työ päihdesosiaalityössä ja rakenteelliseen sosiaalityöhön tutustuminen syventävän kurssin tiimoilta olivatkin avuksi tämän tutkimuksen tekemisessä.

Samanlaiset pohdinnat liittyivät moniammatilliseen terveystieteelliseen, jonka teoreettinen käsitteistö on hyvin laaja, ottaen huomioon vielä rakenteellisen sosiaalityön kannalta merkityksellisen monitoimisuuden käsitteen. Lisäksi terveystieteellisessä ei ole esimerkiksi samanlaista lainsäädännöllistä pohjaa työn tueksi, kuin esimerkiksi sosiaalihuollon sosiaalityöllä on. Rajanvetojen tekeminen oli sillä välillä hankalaa, vaikka vahva mielenkiinto kumpaakin aihetta kohtaan saikin jatkamaan tutkielman tekemistä eteenpäin haasteista huolimatta. Erityisesti terveystieteellisyöntekijöiden kirjoitusten lukeminen oli hyvin antoisaa ja mielenkiintoista, jonka vuoksi vastauksia odotti jännittynein mielin. Tutkimusmatkaani voi kuvata hyvin edestakaisena liikkeenä, joka tarkoitti palaamista välillä alkuun teoriaan ja välillä analyysiin, tuloksiin ja johtopäätöksiin, ja uudestaan alun teoriaan. Tutkimusprosessi harvoin onkaan kovin suoraviivaista, joka tekee juuri matkasta antoisamman (ks. Kananen 2017).

Tämän tutkimuksen vastaajat vaikuttivat työskentelevään pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa ”vauvasta vaariin” erikokoisilla hyvinvointialueilla. Perusterveydenhuollossa, kuten muillakin alueilla terveystieteellisyö vaikuttaisi olevan edelleen vähäisempää. Lisäksi tutkimuksen vastaajiksi on voinut valikoitua sellaiset henkilöt, jotka muutoinkin toimivat aktiivisemmin, ovat kiinnostuneita rakenteellisesta sosiaalityöstä ja haluavat vaikuttaa yhteiskunnallisesti, joka tulee huomioida tulosten luotettavuutta arvioitaessa. Myös tutkija itse vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin valintoja tehdessään. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulokset varmasti omalta osaltaan ilmentävät rakenteellisen terveystieteellisen tekemisen tapoja ja merkityksiä, ja ainakin sitä vallitsevaa tilaa ja muutosta, mikä terveystieteellisessä on tällä hetkellä Suomessa menneillään.

Tutkimuksen tekeminen on rajallista, jonka vuoksi kummatkin edellä kuvatut alueet moniammatillinen terveyssoiaalityö ja rakenteellinen soiaalityö tarvitsisivat lisää tutkimusta, joskin vuoksi, että aihealueet vaikuttavat jääneen varjoon ja liian vähäiselle huomiolle aiemman tehdyn tutkimuksen valossa. Jatkotutkimusaiheena esimerkiksi moniammatillisen rakenteellisen soiaalityön toteutuminen terveydenhuollossa, esimerkiksi systeemiteoreettisesta näkökulmasta voisi olla kiinnostavaa. Myös jo itsessään moniammatillisuuden tutkiminen systeemiteoreettisesta näkökulmasta terveydenhuollossa olisi varmasti antoisaa. Terveyssoiaalityön rooli näyttäisi monin paikoin jatkossa muuttuvan, jota tämänkin tutkimus ja viimeaikaiset keskustelut hyvinvointialueiden muutoksista osoittavat. Tämän vuoksi tutkimukselle terveyssoiaalityön uudesta roolista olisi jatkossa tilausta ja siitä, miten uusi rooli vaikuttaa moniammatilliseen rakenteelliseen terveyssoiaalityöhön. Lisäksi ennaltaehkäisyä on pidetty jo pitkään keskeisenä monesta näkökulmasta niin terveydenhuollon soiaalityössä kuin muillakin soiaali- ja terveysaloilla ja esimerkiksi perusterveydenhuollossa on erityisesti korostettu ennaltaehkäisevää roolia. Jatkotutkimuksen aiheena olisi kiintoisaa tietää rakenteellisesta terveyssoiaalityöstä perusterveydenhuollossa, sillä perusterveydenhuollossa näyttäisi olevan tämän tutkimuksen tulosten sekä aiemman tiedon valossa enemmänkin tilaa terveyssoiaalityön asiantuntemukselle ja rakenteelliselle soiaalityölle.

LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Auschra, Carolin (2018) Barriers to the Integration of Care in Inter Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated care* 18(1), 1–14.
- Burr, Vivien (2015) *Social Constructionism* (ePub-versio). Third edition. London: Routledge.
- Burrows, Daniel (2020) *Critical Hospital Social Work Practice* (ePub-versio). London: Routledge.
- Cammaert, Jenni (2022) Unmet health care needs among women at risk for developing and eating disorder in Canada: A structural perspective. *Social Work in Mental Health* 20(5), 604–624.
- Cowles, Lois A.Fort (2003) *Social Work in the Health Field: A Care Perspection*. Second edition (ePub-versio). New York: Routledge.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Feryn, Nele & De Corte, Joris & Roose, Rudi (2024) The bridging role of social work: the quest towards installing a structural approach within primary health care. *European Journal of Social Work* Vol.27(1), 43–55.
- Fook, Jan (2003) *Critical Social Work. The Current Issues*. *Qualitative Social Work*. Vol.2(2). London: SAGA Puplicaton, 123–130.
- Gehring, Nicole D & Speed, Kelsey A & Dong, Kathryn & Pauly, Bernie & Salvalaggio, Ginetta & Hyshka, Elaine (2022) Social service providers' perspectives on caring for structurally vulnerable hospital patients who use drugs: a qualitative study. Vol.22. *BMC Health Services-tutkimus*, 1–13.
- Giles, Rebecca (2016) Social workers' perceptions of multi-disciplinary teamwork: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work Volume* 28(1), 25–33.
- Granter, Edward (2019) *Critical theory and critical social work*. Teoksessa Webb Stephen A (toim.) *The Routledge Handbook of Critcal Social Work* (ePub-versio). Taylor&Francis Group.
- Haapakoski, Kaisa & Kannasoja, Sirpa & Mänttari van der Kuip, Maija (2014) Konteksti sosiaalihuollon tutkimuksessa. Teoksessa Riitta Haverinen, Marjo Kuronen & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino, 337–353.
- HaiPro (2024) *Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä*. <https://awanic.fi/haipro/> Viitattu 11.3.2024.
- Hallituksen esitys (164/2014 vp) Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. [HE 164/2014 vp \(finlex.fi\)](https://www.finlex.fi/lae/164/2014) Viitattu 29.9.2023.
- Harjula, Minna (2015) *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveystalvet Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press, 138–176.

- Healy, Karen (2000) *Social Work Practices. Contemporary Perspectives on Change* (ePub-versio). London: SAGE Publications.
- Heinonen, Jari (2014) *Rakenteellinen sosiaalityö muutoksessa ja muuttajana*. Teoksessa Anneli Pohjola & Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014*. EU: UNIpress.
- Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009) *Tutki ja kirjoita*. 15.uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, Liisa (2009) *Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina*. Teoksessa Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 315–337.
- Hujala, Anneli & Taskinen, Helena (2020) *Integraatio -sosiaali- ja terveystalvelujen uudistamisen ydintä*. Teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveystala*. Tampere: Tampere University Press, 47–75.
- IFSW (2024) International Federation of Social Workers. <https://www.ifsw.org/> Viitattu 11.1.2023.
- Isoherranen, Kaarina (2012) *Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kananen, Jorma (2017) *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja 234. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananoja, Aulikki (2017) *Sosiaalityö terveydenhuollossa*. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki. *Sosiaalityön käsikirja*. 4.uudistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma Oy, 347–356.
- Kannasoja, Sirpa & Ruonakangas, Santra (2023) *Rakenteellinen sosiaalityö kyselytutkimuksen kohteena*. Teoksessa Kati Närhi & Sirpa Kannasoja & Tuomo Kokkonen & Niina Rantamäki & Santra Ruonakangas (toim.) *Rakenteellisen sosiaalityön tila ja tulevaisuus Suomessa*. SoPHi 154. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/88884/SoPhi%20154%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 18.11.2023.
- Kaste (2012) *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kekoni, Taru & Mönkkönen, Kaarina & Hujala, Anneli & Laulainen, Sanna & Hirvonen, Jukka (2019) *Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä*. Teoksessa Kaarina Mönkkönen & Taru Kekoni & Aini Pehkonen (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveystalalla* (ePub- versio). Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Kekäle, Jouni & Puusa, Anu (2020) *Tiedesodat. Realistinen ja konstruktionistinen maailmankäsitys*. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Kerson, Toba & Schwaber, Judith L.M.McCoyd & Chimchirian M.Joanne (2005) *Spanning boundaries: An Enriched Ecological Perspective for Social Workers Practising in Health and Mental Health Care*. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) (2005) *Social Work*

in Health and Mental Health. Issues, Developments, and Actions. Toronto: Canadian Scholars' Press.

Kiander, Jaakko (2011) Voiko talouskasvu olla kestävä? Teoksessa Anneli Pohjola & Riitta Särkelä (toim.) Sosiaalisesti kestävä kehitys. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 46–60.

Kilpeläinen, Arja (2009) Luhmannin ekologinen kommunikaatio teoreettisena lähestymistapana sosiaalityössä. Teoksessa Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Kivipelto, Minna (2022) Rakenteellisen sosiaalityön ulottuvuudet. Teoksessa Eeva Liukko & Heidi Muurinen & Tuomo Kokkonen & Ville Santalahti (toim.) Vaikuttava rakenteellinen sosiaalityö. Raportti 1:2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143940/RAP2022_001_WEB_final.pdf?sequence=7&isAllowed=y Viitattu 29.10.2023.

Kivipelto, Minna (2021) Rakenteellisen sosiaalityön katsaus. Työpaperi 16:2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142735/URN_ISBN_978-952-343-685-5.pdf?sequence=1 Viitattu 18.5.2023.

Kokkonen, Tuomo (2023) Poliittisuus rakenteellisen sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Kati Närhi & Sirpa Kannasoja & Tuomo Kokkonen & Niina Rantamäki & Santra Ruonakangas (toim.) Rakenteellisen sosiaalityön tila ja tulevaisuus Suomessa. SoPHi 154. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/88884/SoPhi%20154%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 18.11.2023.

Kokkonen, Tuomo & Rantamäki, Niina (2023) Poliittiset päättäjät rakenteellisen sosiaalityön kumppaneina. Teoksessa Kati Närhi & Sirpa Kannasoja & Tuomo Kokkonen & Niina Rantamäki & Santra Ruonakangas (toim.) Rakenteellisen sosiaalityön tila ja tulevaisuus Suomessa. SoPHi 154. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/88884/SoPhi%20154%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 28.2.2024.

Korpela, Rauni (2014) Terveysosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 118–141.

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

Laitinen, Merja & Niskala, Asta (2017) Sosiaalityön suhde asiakkuuteen. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 9–16.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.

Leppo, Kimmo (2013) Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Teoksessa Marita Sihto & Hannele Palosuo & Päivi Topo & Lauri Vuorenkoski & Kimmo

- Leppo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 86–102.
- Linden, Mirja (1999) Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes raportteja 234. Helsinki: Stakes.
- Ling, Tom & Brereton, Laura & Conklin, Annalinj & Newbould, Jennifer & Roland, Martin (2012) Barriers and facilitators to integrating care: Experiences from the English integrated care. *International Journal on Integrated Care* 12(24).
- Liukko, Eeva & Muurinen, Heidi & Kokkonen, Tuomo & Santalahti, Ville (toim.) (2022a) Vaikuttava rakenteellinen sosiaalityö. Raportti 1/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143940/RAP2022_001_WEB_final.pdf?sequence=7&isAllowed=y Viitattu 7.1.2024.
- Liukko, Eeva & Muurinen, Heidi & Karjalainen, Pekka (2022b) Rakenteellisen sosiaalityön nykytila ja tulevan kehityksen suuntaviivoja. Kuntakyselyn tuloksia. Työpaperi 16/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144153/TYO2022_016_21032022.pdf?sequence=7&isAllowed=y Viitattu 7.1.2024.
- Manderbacka, Kristiina & Keskimäki, Ilmo (2013) Terveyspalvelut ja terveyserot. Teoksessa Marita Sihto & Hannele Palosuo & Päivi Topo & Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 261–266.
- Metteri, Anna (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-Kustannus, 296–328.
- Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. *Acta Universitatis Tamperensis* 1778. Tampere: Tampere University Press.
- Mullaly, Bob & Dupre, Marilyn (2019) *The New Structural Social Work. Ideology, Theory, and Practice*. 4th edition. Toronto: Oxford University Press.
- Mullaly, Bob (2007) *The New Structural Social Work*. 3rd edition. Toronto: Oxford University Press.
- Muotka, Henri (2013) Rakenteellinen sosiaalityö- joko nyt olisi aika? Käsitemallit ja kirjallisuuskatsaus rakenteelliseen sosiaalityöhön Suomessa. Yhteiskuntatieteiden laitos. Pro Gradu-tutkielma. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12158/urn_nbn_fi_uef-20130434.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 2.2.2024.
- Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru (2020) Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala (ePub-versio). Tampere: Tampere University Press, 215–240.
- Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Pehkonen, Aini. Johdanto. Teoksessa Kaarina Mönkkönen & Taru Kekoni & Aini Pehkonen (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla (ePub-versio). Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Niskala, Asta & Kairala, Maarit & Pohjola, Anneli (2017) Asiakkaan aseman ja toimijaroolin muutos. Teoksessa Anneli Pohjola & Maarit Kairala & Hannu Lyly & Asta Niskala (toim.) Asiakkaasta

kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalveissa. Tampere: Vastapaino, 7–12.

- Närhi, Kati & Kokkonen, Tuomo & Rantamäki, Niina & Kannasoja, Sirpa & Ruonkangas, Santra (2022) Monitoimijainen rakenteellinen sosiaalityö. Teoksessa Eeva Liukko & Heidi Muurinen & Tuomo Kokkonen & Ville Santalahti (toim.) Vaikuttava rakenteellinen sosiaalityö. Raportti 1/2022. Helsinki: Terveystalveiden ja hyvinvoinninlaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143940/RAP2022_001_WEB_final.pdf?sequence=7&isAllowed=y Viitattu 7.1.2024.
- Närhi, Kati (2023) Kansainvälinen ja suomalainen rakenteellisen sosiaalityön perinne. Teoksessa Kati Närhi & Sirpa Kannasoja & Tuomo Kokkonen & Niina Rantamäki & Santra Ruonkangas (toim.) Rakenteellisen sosiaalityön tila ja tulevaisuus Suomessa. SoPHi 154. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/88884/SoPhi%20154%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 10.9.2023.
- Närhi, Kati & Matthies, Aila-Leena (2018) The ecosocial approach in social work as a framework for structural social work. *International Social Work* 61(4), 490–502.
- Payne, Malcolm (2000) *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave Macmillan.
- Payne, Malcolm (2014) *Modern Social Work Theory*. 4th Edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Payne, Malcolm (2020) *How to use Social Work Theory in Practice? Essential Guide*. Bristol: Policy Press.
- Payne, Malcolm (2021) *Modern Social Work Theory*. Fifth edition. London: Macmillan International Higher Education.
- Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja (2019) Johdanto: On aika puhua päihdeongelmaisten asiakkaiden oikeudesta päihdehuoltoon. Teoksessa Aini Pehkonen & Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) *Oikeus päihdehuoltoon*. Tampere: Vastapaino.
- Pohjola, Anneli (2017) Asiakkaan pitkä tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa Anneli Pohjola & Maarit Kairala & Hannu Lyly & Asta Niskala (toim.) *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystalveissa*. Tampere: Vastapaino, 308–325.
- Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (2014) Rakenteellisen sosiaalityön jäsentyminen. Teoksessa Anneli Pohjola & Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014*. EU: UNIpress.
- Pohjola, Anneli (2014) Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa Anneli Pohjola & Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014*. EU: UNIpress.
- Pohjola, Anneli (2011) Rakenteellisen sosiaalityön aika. Teoksessa Anneli Pohjola & Riitta Särkelä (toim.) *Sosiaalisesti kestävä kehitys*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalveiden keskusliitto.
- Puusa, Anu (2020) Näkökulmia laadullisen aineiston analyysiin. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus Oy.

- Rantamäki, Niina & Kokkonen, Tuomo (2023) Tapaustutkimuksen toteutus: monitoimijainen rakenteellinen sosiaalityö. Teoksessa Kati Närhi & Sirpa Kannasoja & Tuomo Kokkonen & Niina Rantamäki & Santra Ruonakangas (toim.) Rakenteellisen sosiaalityön tila ja tulevaisuus Suomessa. SoPHi 154. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/88884/SoPhi%20154%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 18.11.2023.
- Raunio, Kyösti (2009) Olennainen sosiaalityöstä. 2. uudistettu laitos. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Rautiainen, Pauli & Taskinen, Helena & Rissanen, Sari (2020) Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen -virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 15–45.
- Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja (2017) Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä- Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 244–271.
- Rotko, Tuulia & Manderbacka, Kristiina (2015) Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveystalouden käytössä. Teoksessa Mikko Niemelä & Lauri Kokkinen & Jutta Pulkki & Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) Terveydenhuollon muutokset: Poliittika, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampere University Press, 115–129.
- Salomäki, Anne (2023) Talentia katsoo terveystalouden loppuvan Pohjois-Pohjanmaalla, hyvinvointialueen mielestä palvelu paranee. Länsi-Uusimaa. 1.10.2023. [Talentia katsoo terveystalouden loppuvan Pohjois-Pohjanmaalla, hyvinvointialueen mielestä palvelu paranee | Uutissuomalainen | Länsi-Uusimaa \(lansi-uusimaa.fi\)](#) Viitattu 19.11.2023.
- Savolainen, Tuija (toim.) (2017) Terveystalouden nimikkeistö. Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2017/1856-terveystalouden-nimikkeisto-nomenklatur-socialarbete-inom-halsovarden> Viitattu 15.3.2024.
- Schmidt, Glen (2005) Psychiatric rehabilitation in a remote community. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri (toim.) (2005) Social Work in Health and Mental Health. Issues, Developments, and Actions. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Sinclair, Stephen (2016) Introduction to Social Policy Analysis: Illuminating Welfare (ePub-versio). Bristol: Policy Press.
- Sinervo, Timo & Keskimäki, Ilmo (2019) Palveluintegraatiota käytännössä. Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? Yhteiskuntapolitiikka 84(4), 425–433.
- Sirkka, Katariina (2014) Sosiaalityön rakenteellinen asiantuntijuus. Teoksessa Anneli Pohjola & Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014. EU: UNIpress.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982.

- Spero, Laura & Werkmeister Rozas, Lisa (2022) A structural social work approach to oral health care in Nepal. *International Social Work* 65(6), 1249–1263.
- Sosiaalityön uraverkosto 2024.
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Talentia ry (2022) Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. <https://talentia.lukusali.fi/#/reader/4fb08bf6-d9e1-11ed-bdad-00155d64030a> Viitattu 28.2.2024.
- Talentia 18.4.2023. Terveysosiaalityö tukee potilasta ja koko perhettä. Numero 3. Helsinki: PunaMusta Oy, 14–19.
- Talentia 14.11.2023. Sata vuotta terveystosiaalityötä. Numero 7. Helsinki: PunaMusta Oy, 14–17.
- TENK (2023) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf Viitattu 17.1.2024.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus (1998) Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry.
- Tiihonen, Eija & Riekkinen-Tuovinen, Sointu (2023) Terveystosiaalityö on joutunut hyvinvointialueiden heittopussiksi-Eikö 100 vuotta sote-integraatiota riitä todistamaan merkityksellisyyttä ja tarpeellisuutta? *Mediuutiset* 22.11.2023. Mielipidekirjoitus. <https://www.medi uutiset.fi/debatti/terveyssosiaalityo-on-joutunut-hyvinvointialueiden-heittopussiksi-eiko-100-vuotta-sote-integraatiota-riita-todistamaan-merkityksellisyytta-ja-tarpeellisuutta/5f48f4f8-d978-4f84-a990-f4219f68fb2e?fbclid=IwAR2y0CqzvlLn7UqKbKM5Jobe6ztbMyjaXXjkXtr90SHN4GSL-cPrjeGdhc> Viitattu 25.11.2023.
- Tiitinen, Laura (2019) *Kamppailu sananvapaudesta. Sosiaalialan ammattilaisten toiminta ja valtasuhteet mediavaikuttamisen kentällä*. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63711/Tiitinen.Laura.Acta%20electronica%20Universitatis%20Laponienses%20259.pdf?sequence=17&isAllowed=y> Viitattu 7.12.2023.
- Toikko, Timo (2009) Tapauskohtainen sosiaalityö. Teoksessa Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Juva: PS-Kustannus, 273–281.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Tammi: Helsinki, 103–109.
- Valtioneuvosto (2019) Osallistava ja osaava Suomi- sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. Helsinki: Valtioneuvosto https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN_2019_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y Viitattu 13.3.2024.

- Valtioneuvosto (2023) Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. Helsinki: PunaMusta Oy <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165042/Paaministeri-Petteri-Orpon-hallituksen-ohjelma-20062023.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 13.3.2024.
- Viirikorpi, Paavo (1990) Rakenteellisen sosiaalityön pakko ja mahdollisuudet. Sosiaalihuollon julkaisuja 17/1990. Helsinki: Sosiaalihuolto.
- Yliruka, Laura & Heinonen, Jenika & Satka, Mirja & Metteri, Anna & Alatalo, Taija (2019) Terveys- ja sosiaalityö näkyväksi. Terveys- ja sosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Työpapereita 2019:1. https://www.socca.fi/files/8555/Terveys- ja sosiaalityo_nakyvaksi_terveys- ja sosiaalityon_tarve_interventiot_ ja_ ajankaytto_-raportti.pdf Viitattu 3.2.2024.
- Weinberg, Merlinda (2008) Structural Social Work: A Moral Compass for Ethics in Practice. Critical Social Work. Vol.9 Nro 1. [View of Structural Social Work | Critical Social Work \(uwindsor.ca\)](https://www.uwindsor.ca/csw/article/view/10000) Viitattu 17.2.2024.

LIITE 1. TIEDOTE TUTKITTAVILLE

TAMPEREEN YLIOPISTO/TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimus Sosiaalityöntekijän tekemä rakenteellinen sosiaalityö terveydenhuollossa

Kutsun Sinut osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkitaan *sosiaalityöntekijöiden tekemää rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa*. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen Sinulle järjestetään mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia, miten sosiaalityöntekijät tekevät rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollossa tai miten sosiaalityöntekijät haluaisivat tehdä rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollon sosiaalityössä. Tutkimuksen kautta on mahdollista saada tärkeää tietoa terveysosiaalityöntekijöiden tekemästä rakenteellisesta sosiaalityöstä eri terveydenhuollon sektoreilla ja mahdollisesti kehittää terveysosiaalityötä sekä lisätä terveysosiaalityön merkitystä osana terveydenhuoltoa.

Tutkimuksen kulku

Tutkimus toteutetaan Microsoft Forms- kyselypohjaan laaditulla kirjoituspyynnöllä. Kirjoituspyynnön aluksi kysytään muutamia taustatietoja, jonka jälkeen seuraa avoimia kysymyksiä, joissa voit kertoa vapaasti rakenteellisen sosiaalityön tekemisestä terveydenhuollossa. Vastaamiseen on laadittu ohjaavia kysymyksiä, jotka helpottavat vastaamista. Kyselyyn on mahdollista vastata 12.-31.1.2024 välisenä aikana ja vastaamiseen kuuluu aikaa noin 30 minuuttia.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimuksessa käytettäviin menetelmiin ei liity riskejä eikä tutkimuksesta aiheudu haittaa siihen osallistuville. Tutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää terveysosiaalityön ja rakenteellisen sosiaalityön kehittämiseen, sillä vastaukset voivat toimia tiedonlähteinä terveydenhuollossa tehtävän rakenteellisen sosiaalityön tilasta ja merkityksestä nykypäivän Suomessa.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen sekä yksityisyyden suoja

Vastauksien käsittelyä tullaan tekemään arvostavalla tavalla, luottamuksellisesti tietosuojalain edellyttämällä tavalla. Vastaukset annetaan anonymisti siten, että tutkittavat eivät voi paljastua vastauksiensa perusteella. Tutkimuksen tietosuojailmoitus on toimitettu Sinulle kirjoituspyynnön liitteenä.

Tutkimuksesta laaditaan kirjallinen raportti (pro gradu- tutkielma). Valmiin pro gradu- tutkielman on tarkoitus valmistua keväällä 2024 ja se on luettavissa Tampereen yliopiston tutkimusarkistossa. Tutkittavien antama tieto suojataan siten, ettei tutkittavia ja heidän antamia tietoja pysty tunnistamaan raportista.

Tällä tutkimuksella ei ole rahoittajaa, eikä tekijä saa tutkimuksesta palkkaa.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siihen osallistumisen voi keskeyttää koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mahdollisesti tutkimuksen keskeytyessä siihen asti kerättyjä tietoja on mahdollista käyttää tutkimuksessa. Tutkittava voi kuitenkin halutessaan estää antamiensa tietojen käyttämisen tutkimuksessa.

Lisätiedot

Tutkimukseen liittyviin kysymyksiin vastaa Maarit Räisänen.

Tutkijan yhteystiedot

Maarit Räisänen
maarit.raisanen@tuni.fi

Sosiaalityön tutkinto-ohjelma, Tampereen yliopisto

LIITE 2. KIRJOITUSPYYNTÖ PRO GRADU- TUTKIELMAA VARTEN

Hei terveystieteiden opiskelijat!

Terveyssosiaalityö on 100 vuotisen historiansa suurimmassa murroksessa Suomessa tällä hetkellä, kun uudet hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa vuoden 2023 alusta. Työskenteletkö terveystieteiden opiskelijänä ja **haluat olla omalta osaltasi vaikuttamassa** rakenteellisen terveystieteiden kehittämisessä Suomessa? Vastaa minulle alla olevaan anonyymiin kirjoittamispyyntöön. Vastataksesi kirjoittamispyyntöön sinulla ei tarvitse olla kokemusta rakenteellisen sosiaalityön tekemisestä, sillä kaikki näkemykset asiassa ovat tärkeitä.

Olen Tampereen yliopiston sosiaalityön tutkinto-ohjelman opiskelija ja teen maisterintutkielmani **sosiaalityöntekijän tekemästä rakenteellisesta sosiaalityöstä terveydenhuollossa**. Tutkimukseni tavoitteena on kartoittaa, että **miten sosiaalityöntekijät tekevät tai haluaisivat tehdä rakenteellista sosiaalityötä terveydenhuollon sosiaalityössä toimiessaan**. Tutkimuksen tavoitteena on tuoda näkyväksi myös terveystieteiden merkitystä ja paikkaa suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Rakenteellisesta sosiaalityöstä tai rakenteellisesta sosiaalityöstä terveydenhuollossa on tehty vähäisesti tutkimusta. Tämän vuoksi terveydenhuollossa toimivien sosiaalityöntekijöiden näkökulma ja rakenteellisen sosiaalityön kartoittaminen terveydenhuollossa on tarpeellista ja myös ajankohtaista.

Vaikka terveystieteiden työstä ei varsinaisesti säädetä lailla, kuitenkin laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) korostetaan rakenteellisen sosiaalityön tekemistä eettisenä velvollisuutena edistämään hyvinvointia, ehkäisemään syrjäytymistä ja lisäämään toimintakykyä, osallisuutta ja yhdenvertaisuutta. Lisäksi rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen on vahva lainsäädännöllinen velvoite sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) sekä muussa lainsäädännössä. Sosiaalihuoltolain mukaan rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu muun muassa tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä, tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset ongelmien korjaamiseksi ja ehkäisemiseksi, koskien myös asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen sekä sosiaalityön kehittämisen yhdessä järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Vastauksien käsittelyä tulen tekemään arvostavalla tavalla, hyvää tieteellistä ja eettistä käytäntöä noudattaen, joka tarkoittaa vastausten antamista anonyymisti siten, että tutkittavat eivät voi paljastua vastauksiensa perusteella. Kysely toteutetaan Microsoft Forms- kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen aluksi vastaajaa pyydetään kertomaan itsestään joitakin taustatietoja, jonka jälkeen vastaaja voi kertoa tekemästään rakenteellisesta sosiaalityöstä terveydenhuollossa haluamallaan tavalla.

Vastauksia toivon ajalla 12.1.-31.1.2024. Vastaaminen vie aikaa vain noin 30 minuuttia.

Kyselyyn vastaamalla annat luvan käyttää vastauksia tutkimuksessa.

Vastaan mielelläni kysymyksiin tutkimukseeni liittyen.

Parhain terveisin ja kiittäen Sinua ajastasi,

Maarit Räisänen (maarit.raisanen@tuni.fi)

LIITE 3. TIETOSUOJAILMOITUS TAMPEREEN YLIOPISTO

Rekisterin nimi	SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TEKEMÄ RAKENTEELLINEN SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA
Päiväys	12.01.2024
Rekisterinpitäjä(t)	Maarit Räisänen maarit.raisanen@tuni.fi
Ohjaaja tai oppilaitoksen yhteyshenkilö	Tuuli Lamponen, yliopistonlehtori: tuuli.lamponen@tuni.fi ja Leena Autonen-Vaaranieniemi, yliopistonlehtori: leena.autonen-vaaranieniemi@tuni.fi
Henkilötietojen käsittelytarkoitus ja käsittelyperuste	<p>Henkilötietojasi käsitellään sosiaalityöntekijän tekemä rakenteellinen sosiaalityö terveydenhuollossa liittyvässä opinnäytetutkimuksessa. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa, miten terveyssosiaalityöntekijät tekevät tai haluaisivat tehdä rakenteellista sosiaalityötä työssään.</p> <p>Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Henkilötietojen käsittelyperusteena on:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> suostumus. EU:n yleinen tietosuoja-asetus 6 artikla 1.a-kohta. Suostumuksen voi peruuttaa milloin tahansa ilmoittamalla tästä rekisterinpitäjälle. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta ennen suostumuksen peruuttamista suoritetun käsittelyn lainmukaisuuteen. TAI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yleisen edun mukainen tieteellinen tutkimus. EU:n yleinen tietosuoja-asetus 6 artikla 1 e-kohta. Ks. ohje Henkilötieto opinnäytetyössä</p>
Henkilötietojen säilytysaika	<p>Aineisto säilytetään pro gradu- tutkielman tekemistä varten ja sen arvioitu valmistumisaika on 4/2024.</p> <p>Opinnäytteen/opinnäytteiden valmistuttua aineisto ja henkilötiedot tuhoetaan.</p> <p>Siltä osin kuin ohjaajalla on pääsy aineistoon opinnäytetyön ohjaamista ja tarkastamista varten, ohjaajat ja tarkastajat käsittelevät henkilötietoja ainoastaan niin kauan kuin on tarpeellista työn hyväksymistä varten.</p>

Rekisterin tietosisältö ja tietolähteet	<p>Kuvaus rekisterissä käsiteltävistä henkilötietotyypeistä tietoryhmittäin, esim.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimintaympäristö, jossa vastaaja työskentelee (esim. nuoriso-/aikuispsykiatria, somatiikka, mielenterveys-/päihde) • Hyvinvointialue <p>Tiedot kerätään tutkittavilta itseltään anonyymilla kirjoituspyynnöllä, joka perustuu vapaaehtoisuuteen.</p>
Henkilötietojen vastsaanottajat	<p>Henkilötietojasi ei luovuteta ulkopuolisille.</p>
Rekisterin suojauksen periaatteet	<p>Manuaalinen aineisto säilytetään lukitussa tilassa/kaapissa. Digitaalinen aineisto suojataan käyttäjätunnuksella ja salasanalla tai kaksivaiheisella käyttäjän tunnistuksella (MFA). Aineistosta poistetaan suorat tunnistetiedot.</p> <p>Vastaukset tallentuvat Microsoft Forms-lomakkeelle OneDrive pilvipalveluun ja vastauksiin pääsee käsiksi vain opinnäytetyön tekijä. Opinnäytteen ohjaaja pääsee käsiksi vastauksiin vain tarvittaessa ja rajatusti. OneDrive-pilvipalveluun on kaksivaiheinen tunnistautuminen. Tarvittaessa vastauksia voidaan siirtää Word -asiakirjalle OneDrive- pilvipalveluun, joka noudattaa myös kaksi vaiheista tunnistautumista.</p>
Rekisteröidyn oikeudet	<p>Tietosuojalainsäädännön mukaisesti sinulle kuuluu oikeus saada pääsy tietoihin, oikaista tietoja, oikeus tietojen poistamiseen (oikeus tulla unohdetuksi), rajoittaa tietojen käsittelyä ja vastustaa henkilötietojen käsittelyä. Jos haluat käyttää jotain oikeuttasi, ota yhteys rekisterinpitäjään.</p>
Oikeus valittaa viranomaiselle	<p>Sinulla on oikeus tehdä valitus henkilötietojen käsittelyä valvovalle viranomaiselle, jos epäilet henkilötietojasi käsiteltävän vastoin tietosuojalainsäädäntöä: tietosuoja.fi / sähköposti: tietosuoja@om.fi</p>

LIITE 4. MICROSOFT FORMS-KIRJOITUSPYYNTÖ

Rakenteellinen terveyssoiaalityö

Anonyymi kirjoituspyyntö rakenteellisen soiaalityön tekemisestä terveydenhuollon soiaalityössä.

Olen kovasti kiitollinen, jos voit osallistua pro gradu- tutkimukseeni koskien soiaalityöntekijän tekemää rakenteellista soiaalityötä terveydenhuollossa. Terveyssoiaalityöstä ei varsinaisesti säädetä lailla terveydenhuollossa, mutta muun muassa laissa soiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) korostetaan rakenteellisen soiaalityön tekemistä eettisenä velvollisuutena edistämään hyvinvointia, ehkäisemään syrjäytymistä ja lisäämään toimintakykyä, osallisuutta ja yhdenvertaisuutta. Lisäksi rakenteellisen soiaalityön tekemiseen on vahva lainsäädännöllinen velvoite soiaalihuoltolaissa (1301/2014) sekä muussa lainsäädännössä ja yhteiskunnallisessa poliittisessä ohjauksessa. Soiaalihuoltolain mukaan rakenteelliseen soiaalityöhön kuuluu muun muassa tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä, tavoitteelliset toimet ja toimenpide- ehdotukset ongelmien korjaamiseksi ja ehkäisemiseksi, koskien myös asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen sekä soiaalityön kehittämisen yhdessä järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Vastataksesi kirjoituspyyntöön sinulla ei tarvitse olla kokemusta rakenteellisen soiaalityön tekemisestä terveyssoiaalityössä, sillä kaikki näkemyksesi asiassa ovat tärkeitä.

Pakollinen*

1.Hyvinvointialue, jolla työskentelen:

2.Terveyssoiaalityön alue, jolla työskentelen?

Julkinen perusterveydenhuolto

Julkinen erikoissairaanhoido

Järjestö

Muu

3.Haluaisitko kertoa tarkemmin terveyssoiaalityön alueesi, jolla työskentelet? (esim. somatiikka sairaalassa, sairaalan tai avohoidon aikuis- tai nuorisopsykiatria, jne.)

4.Terveyssoiaalityön työkokemuksesi vuosina?

Alle 1 vuosi

1–5 vuotta

5–10 vuotta

10–20 vuotta

Yli 20 vuotta

5.Oletko tehnyt rakenteellista soiaalityötä terveyssoiaalityössä?

Kyllä

En

6.Mikäli olet tehnyt rakenteellista soiaalityötä terveyssoiaalityössä, kertoisitko, miten olet sitä tehnyt?

Voit esimerkiksi kertoa, miten olet tehnyt rakenteellista sosiaalityötä asiakkaan, työntekijän, työyhteisön, läheisten, organisaatiosi, verkostojen, hyvinvointialueesi tai laajemmin koko yhteiskunnan näkökulmasta.

7. Mikäli et ole tehnyt rakenteellista sosiaalityötä terveystieteiden tutkimuksessa, kertoisitko, miten haluaisit sitä tehdä?

Voit esimerkiksi kertoa, miten haluaisit tehdä rakenteellista sosiaalityötä asiakkaan, työntekijän, työyhteisön, läheisten, organisaatiosi, verkostojen, laajemmin hyvinvointialueesi tai koko yhteiskunnan näkökulmasta.

8. Millä tavalla uudet hyvinvointialueet ovat vaikuttaneet rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen terveystieteiden tutkimuksessa?

9. Miksi rakenteellisen sosiaalityön tekeminen on mielestäsi tärkeää terveystieteiden tutkimuksessa?

10. Miten rakenteellisen sosiaalityön merkitys nähdään työyhteisössäsi?

11. Miten terveystieteiden tutkimuksen organisaatiosi, jossa työskentelet, tukee rakenteellisen sosiaalityön tekemistä?

12. Millaista tukea olet kaivannut rakenteellisen sosiaalityön tekemiseen terveystieteiden tutkimuksessa?

13. Millainen on mielestäsi rakenteellisen terveystieteiden tutkimuksen tila tulevaisuudessa?

14. Mitä muuta haluaisit kertoa liittyen rakenteelliseen terveystieteiden tutkimukseen?

Lähetä



Tämä on lomakkeen omistajan luomaa sisältöä. Lähettämäsi tiedot lähetetään lomakkeen omistajalle. Microsoft ei ole vastuussa asiakkaidensa suojaus- tai tietosuojakäytännöistä, mukaan lukien tämän lomakkeen omistajan käytännöistä. Älä koskaan luovuta salasanaa kenellekään.

Microsoft Forms | Luo helposti kyselyjä, tietovisoja ja tutkimuksia Luo oma lomake
[Tietosuoja ja evästeet](#) | [Käyttöehdot](#)