

# **SOSIAALITYÖ SAIRAALAORGANISAATIOSSA**

**Tapaustutkimus sosiaalityöntekijöiden työn mieltämisestä ja jäsentämisestä moniammatillisessa työyhteisössä**

AHLGRÈN KRISTIINA

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalityön pro gradu- tutkielma

Huhtikuu 2008

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

AHLGRÈN, KRISTIINA: Sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa. Tapaustutkimus sosiaalityöntekijöiden työn mieltämisestä ja jäsentämisestä moniammatillisessa työyhteisössä

Pro gradu -tutkielma, 85 sivua, 10 liitesivua.

Sosiaalityö

Huhtikuu 2008

---

Pro gradu- tutkielmani tarkoitus on selvittää miten sosiaalityö mielletään ja pyydetään mukaan sairaalaorganisaation moniammatillisessa työyhteisössä? Tarkentavina kysymyksinä esitän: minkälaisia kokemuksia ja itsearvioita sosiaalityöntekijät antavat sosiaalityön arjestaan sekä miten he kuvaavat moniammatillista yhteistyötään ja sosiaalityön merkitystä sekä asemaa sairaalaorganisaatiossa? Etsin kuvausta tapaustutkimukselleni, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sosiaalityölle, sen omassa todellisuudessa, sairaalaorganisaatiossa.

Kvalitatiivinen tutkimukseni on taustafilosofialtaan hermeneuttinen. Metodologisissa valinnoissani suuntaan laadulliseen tapaustutkimukseen hermeneutiikan, praktisen tiedon lähestymistavan kautta. Olen kiinnittynyt kulttuuri- ilmiöiden ja tradition välittäjien avulla kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavaa tapausta. Tulkinnan piirissä ovat haastateltujen sosiaalityöntekijöiden tuottama kokemustieto ja itsearvio heidän työstään sairaalaorganisaation moniammatillisessa työyhteisössä. Oma työtänsä reflektoiden he ovat tuottaneet kuvauksia ympäröivästä sosiaalisesta todellisuudestaan suhteessa työorganisaatioon.

Käytän aineistona kymmenen sosiaalityöntekijän temahaastatteluja, joiden haastattelurunkoa sekä analysointiprosessia olen lähestynyt responsiivisen evaluoinnin kautta. Responsiivinen evaluointi on arvopohjaista, herkkää ja dialektista ja sillä on tutkiva suhde todellisuuteen. Sen pohja on valitsemassani hermeneutiikassa, praktisessa tieteen intressissä. Haastatteluja olen tematisoinut sekä tyypitellyt ja näiden avulla olen saanut esitettäväksi teemoja työn sisällöstä sekä asiantuntijuuden asemasta ja kuvasta moniammatillisissa ryhmissä. Empiriassa olen tarkastellut löytyneitä kuvauksia, sosiaalityön jäsentymistä, organisaation jäsenenä suhteessa moniammatilliseen ryhmään ja yhteistyön reunaehtoihin. Olen löytänyt äärytyyppejä, vastapareja, jotka kertovat omalta osaltaan sosiaalityön jäsentymisestä. Haastattelussa olen käyttänyt myös assosioivaa, mielikuva-kysymystä, jonka tuotoksena on syntynyt metaforallisia skeemoja (malleja, kaavoja) neljä kappaletta; dynaaminen, miellyttävä, vaatimaton ja turvallinen. Haastatteluaineiston lisäksi olen tutkinut sosiaalityön jäsentymistä organisaatiossa käyttäen sisällönanalyysiä sairaalaorganisaation tuottamiin kirjalliseen ja sähköiseen esite- ja tekstidokumentteihin.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöillä on hyvä asema, heidät pyydetään mukaan tasavertaisesti sairaalaorganisaation moniammatilliseen työyhteisöön. Sosiaalityöntekijät arvioivat itse työnsä jäsentymistä osana organisaatiota tai me-henkisenä palveluita tuottavana omana yksikkönä. Sairaalaorganisaation yleisissä toiminta- ja esitemateriaaleissa sosiaalityö ei ole lainkaan tai ei- näkyvästi esillä. Näkyvyyttä ja tätä kautta sosiaalityön saatavuutta organisaatiossa tulisi lisätä. Esille tulon vaarana saattaa kuitenkin olla sosiaalityön lisääntyvä potilasmäärä, joka ei ole palveltavissa ilman henkilöstölisäyksiä. Sosiaalityöllä on tiedotusvelvollisuus ja työstä on tärkeä tiedottaa työnkuvaksina työn oikean käyttö kohdentumisen vuoksi. Sosiaalityön aktiivein tiedotuskanava organisaatiossa ovat hoitajat, jotka kertovat sosiaalityön olemassaolosta sekä ohjaavat potilaita tarvittaessa sosiaalityöntekijöille.

Haastatteluaineistosta olen tyypitellyt sosiaalityön neljään metafora- skeemaan, joista kahden kautta saa kuvan sosiaalityön asemallisesta jäsentymisestä organisaatiossa. Dynaaminen on ääripää, vastapari vaatimattomalle. Dynaamiset ovat aktiivisia sosiaalityön aseman korjaajia ja suuntautuvat organisaatioon, he ovat osa sitä. Vaatimattomat ovat keskittyneitä potilastyöhön ja tätä kautta suuntautuneita enemmän organisaatiosta ulospäin, potilaan kotiin ja ulkoisiin yhteistyökumppaneihin. Kummankin, sekä dynaamisen, että vaatimattoman skeeman ominaisuudet ovat lomittuvia miellyttävän ja turvallisen skeeman kanssa, mutta eivät toistensa kanssa. Psykiatrisen tai somaattisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöstä ei voi osoittaa paikkaa suoraan johonkin skeemaan, vaan ominaisuudet voivat esiintyä jopa niin kutsutusti sekä - että. Psykiatrisen sosiaalityön asema on Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä, haastatteluaineistoon vedoten, ollut ja on edelleen merkityksellinen. Somaattisessa erikoissairaanhoidossa sosiaalityöllä on ollut paikan rakentajan rooli, mutta suunta on kohti yhä merkityksellisempää asemaa.

Asiasanat: tapaustutkimus, terveysosiaalityö, sairaalaorganisaatio, moniammatillinen yhteistyö, itsearviointi, metafora.

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TUTKIMUKSEN TAUSTAA</b> .....	<b>5</b>
2.1	KANTA-HÄMEEN SAIRAANHOITOPUIRIN KUNTAYHTYMÄN SOSIAALIPALVELUT .....	5
2.2	TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN HISTORIAA - TERVEYSSOSIAALITYÖ KÄSITTEENÄ .....	7
2.3	AIKAISEMPIEN TUTKIMUKSIEN TARKASTELUA .....	11
<b>3</b>	<b>MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ ASIANTUNTIJAORGANISAATIOSSA</b> .....	<b>15</b>
3.1	ASIANTUNTIJUUS MONIAMMATILLISESSA SAIRAALAORGANISAATIOSSA .....	16
3.2	SAIRAALA ORGANISAATIONA .....	17
<b>4</b>	<b>ITSEARVIOINTI TYÖN KEHITTÄMISEN TYÖKALUNA</b> .....	<b>19</b>
4.1	ITSEARVIOINTI .....	19
4.2	RESPONSIIVISEN ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMINEN .....	21
<b>5</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>23</b>
5.1	METODOLOGISET VALINNAT JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	23
5.2	TUTKIMUSAINESTOT .....	27
5.3	TUTKIMUSAINESTOJEN ANALYSOINTI JA TULOSTEN PÄTEVYYS .....	31
<b>6</b>	<b>SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN TYÖN ARKI MONIAMMATILLISESSA TYÖYHTEISÖSSÄ</b> .....	<b>36</b>
6.1	KOKENEITA ASIANTUNTIJOITA – ”SELVÄT NÄKYMÄT MITEN TÄSTÄ EDETTÄÄN!” .....	36
6.2	TYÖPÄIVÄ JA TYÖMENETELMÄT - ”EI TÄTÄ KUKA VAAN HOITELISI... SE VAATHI IHAN ERIKOISOSAAMISTA: PELASTUSLIIVIT” .....	38
6.3	SAATAVUS JA NÄKYVYYS- ”...TIEDÄ MINNE NE KUULUU? NE TULEE SOSIAALITYÖNTEKIJÄLLE...” .....	43
<b>7</b>	<b>SOSIAALITYÖN ASEMA MONIAMMATILLISESSA SAIRAALAORGANISAATIOSSA</b> .....	<b>50</b>
7.1	TIIMITYÖN OLEMUS - ”Tiimeissä 1 tai 13 kertaa viikossa ” .....	50
7.2	YHTEISTYÖN TOTEUTUMINEN JA TYÖNJAKO – KIIRE JA PALJON ASIAKKAITA .....	53
7.3	SISÄLLÄ VAI ULKONA? - ”...AINA SILLOIN TÄLLÖIN KYSYTÄÄN, ETTÄ EIKÖ ME VOITASI OLLA PERUSTURVAN TYÖNTEKIJÖITÄ?” .....	56
7.4	SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN ITSEARVIO ASEMASTAAN ORGANISAATIOSSA .....	59
<b>8</b>	<b>SOSIAALITYÖN MERKITYS JA KUVA ITSEARVIOITUNA</b> .....	<b>65</b>
8.1	METAFORA TODELLISUUDEN JÄSENTÄMISEN VÄLINEENÄ .....	65
8.2	SOSIAALITYÖN KUVA .....	66
8.3	SOSIAALITYÖN MERKITYS- SKEEMAT .....	69
<b>9</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	<b>74</b>
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>79</b>

## **LIITTEET**

- LIITE 1: Kanta- Hämeen sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatio 1.1.2007
- LIITE 2: Tiedote/kutsu haastatteluun
- LIITE 3: Teemahaastattelukysymykset
- LIITE 4: Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, sosiaalityöntekijä (esite 2003, 2- 3)

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1: Sosiaalipalveluiden paikka sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatiossa .....	6
TAULUKKO 2: Sosiaalityöntekijöiden työpäivän sisällön kuvaus .....	40
TAULUKKO 3: Sosiaalityölle asetetut reunaehdot moniammatillisessa työryhmässä.....	52
TAULUKKO 4: Kuntoutusohjaajat ja sosiaalityöntekijät, työnjaon suhde.....	54
TAULUKKO 5. Asema moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa, epäsuora arvio .....	57
TAULUKKO 6: Asema moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa, epäsuora sekä suora arvio....	64

## **KUVIOT**

KUVIO 1: Annetut haastattelun teema- alueet .....	29
KUVIO 2: Sosiaalityön koettu asema - ääripari .....	62
KUVIO 3: Sosiaalityön peilin kuvajaiset.....	68
KUVIO 4: Sosiaalityön merkityksen skeema- kenttä.....	72

# 1 JOHDANTO

Terveyssozialityö on kehittynyt sairaanhoitajapohjaisesta sosiaalihoitajan työstä akateemiseksi ja moniammatilliseksi asiantuntijatyöksi. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri on keskisuuri sairaanhoitopiiri, jolla on vahvat psykiatrisen erikoisalan sosiaalityön juuret ja nykyisessä Sosiaalipalvelut - yksikössä työskentelee kaksitoista sosiaalityöntekijää. Kolme heistä työskentelee Riihimäen yksikössä ja yhdeksän Hämeenlinnan yksikössä. Sosiaalipalvelut kuuluvat Kuntoutuksen ja fysiatrian- erikoisalan alle. Olen kiinnostunut tästä tapauksesta ja haluan tutkia sitä moninaisesti muodostaen siitä kokonaisuuden, jota voin ymmärtää ja edelleen kuvata. Tutkimusasetelmani on laadullinen, kvalitatiivinen, ja tutkimustehtäväni on:

Etsin kuvausta tapaustutkimukseni sosiaalityölle, sen omassa sairaalaorganisaatiossa.

Tutkimuskysymykseni ja sitä tarkentavat kysymykset ovat:

Miten sosiaalityö mielletään ja pyydetään mukaan sairaalaorganisaation moniammatillisessa työyhteisössä?

\* Minkälaisia kokemuksia ja itsearviota sosiaalityöntekijät antavat sosiaalityön arjestaan?

\* Miten he kuvaavat moniammatillista yhteistyötään ja sosiaalityön merkitystä ja asemaa sairaalaorganisaatiossa?

Koen mielekkääksi lähestymistavaksi tapaustutkimuksen<sup>1</sup> ja valitsen tämän näkökulman siksi, että tulen tutkimaan ja kuvaamaan yhtä, valitun sairaalaorganisaation sosiaalityötä ja sen jäsentymistä työorganisaatiossaan. Olen kiinnostunut toiminnan asemallisesta, merkityksellisestä jäsentymisestä ja haen vastauksia teemahaastatteluaineistosta ja tutkimukseen valitusta kirjallisesta aineistosta. Käsitelen aineistoa moniammatillisuuden ja sosiaalityön asiantuntijuuden sekä itsearvion viitekehysessä. Hyväksikäytän aineistolähtöisesti sosiaalityöntekijöiden antamaa työn kuvausta ja arviota työnsä merkityksestä ja asemasta työorganisaatiossaan. Aikaisempaa tutkimustietoa

---

<sup>1</sup> engl. case study (ks. Robert. K. Yin , 1984, *Case Study Research. Design and Methods.*) Case- tutkimus vrt. tapaustutkimus (ks. Järvinen & Järvinen , 2004, *Tutkimustyön metodeista* )

tutkimuksen tapauksesta eli Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin sosiaalityöstä ei ole, joten tuotan tietoa aineiston avulla.

Kvalitatiivinen tutkimukseni on taustafilosofialtaan hermeneuttinen. Metodologisissa valinnoissani suuntaan laadulliseen tapaustutkimukseen hermeneutiikan, praktiseen tiedon lähestymistavan kautta. Lähestymistapa on kiinnittynyt käsitteiden, ilmausten ja tekstien eli kulttuuri-ilmiöiden ja tradition välittäjien kautta kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavaa tapausta. Tulkinnan piirissä ovat haastateltujen sosiaalityöntekijöiden tuottama kokemustieto ja itsearvio heidän työstään sairaalaorganisaation moniammatillisessa työyhteisössä. Tulkinta ulottuu henkilökohtaisesta oman työn reflektointina tuotetusta kuvaksesta ympäröivään sosiaaliseen todellisuuteensa, työorganisaatioon.

Tapaustutkimus on Yinin (1987, 23) mukaan empiiristä tutkimusta, jossa tutkitaan tapausta sen omassa ympäristössä monen eri aineiston avulla. Tapaustutkimus sopii kuvaileviin ja selittäviin tiedon intresseihin.

Tapaustutkimus on kuvailevaa ja selittävää tutkimusta. Tutkimusaineistona voidaan käyttää monipuolisesti muun muassa haastatteluja, kyselyjä, tilastoja, (arkisto)asiakirjoja, havainnointia ja osallistuvaa havainnointia. Tapauksen kuvailemisen kannalta on suositeltavaa olla nojautumatta vain yhteen aineistoon. Tutkija tarkastelee ilmiötä sen omassa todellisuudessa, tutkittavan kontekstissa. Tällä tavoin tapaustutkimuksella saadaan kerättyä arvokasta tietoa esimerkiksi yksilöstä, organisaatiosta, sosiaalisista ja yhteiskunnallisista ilmiöistä. (Yin 1987, 13–14, 78.) Tapaustutkimuksen etuna näen sen, että tutkija voi hyödyntää tapaustutkimuksen monitieteellistä olemusta, mahdollisuutta käyttää eri aineistoja sekä tarvittaessa myös eri metodeja, saavuttaakseen tutkittavastaan sitä hyvin kuvaavan tulkinnan. Tutkija on vuorovaikutuksessa tutkittavansa kanssa ja heidän välillään on luottamus. Tutkija on kiinnostunut tutkittavan tuottamista omista kokemuksista kerätäkseen tietoa tutkittavan tavasta jäsentää maailmaa. Määräviä eivät kuitenkaan ole pelkästään tutkimuksen aineistot, kuten haastattelut ja kirjalliset dokumentit, vaan tulkintaan vaikuttavat muun muassa tutkijan omat havainnot tutkittavastaan. Tapaustutkimus on siis monessa mielessä tutkimusprosessina muotoutuva ja joustava. Olennaista on se, että käsiteltävä aineisto muodostaa kokonaisuuden eli tapauksen. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 159.)

Sosiaalityön asiantuntijuus, asiakaslähtöisyys sekä työn toteuttaminen moniammatillisessa työyhteisössä ovat niitä elementtejä, jotka kiinnostavat minua sosiaalityön toiminta-arjessa. Miellän

nämä edellä mainitut, sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa tehtävään sosiaalityöhön. Etsin pro graduni aihetta vuoden vaihteessa 2005- 2006 erityisesti terveydenhuollon tai kuntoutuksen parissa tehtävästä sosiaalityöstä. Halusin etsiä lopputyöni aiheeksi sellaisen, joka valmistuessaan olisi hyödyksi tutkimuskohteelle ja motivoisi minua näin tarvelähtöisenä. Kanta-Hämeen keskussairaalan johtava sosiaalityöntekijä Tytti Rantanen tarjosi minulle mahdollisuutta tutkia sairaalaorganisaation sosiaalityötä. Tarjottuja aiheajauksia oli monia, sillä Kanta-Hämeen keskussairaala ei ollut aiempia sosiaalityön tutkimuksia

Koen, että pro graduna toteutettava tutkimukseni on luonteeltaan ”alkusoihto” ja toivon, että se avaisi osaltaan kiinnostusta varsinaiselle tutkimukselle. Uskon, että saatu tutkimustieto koituu käytännön työn hyväksi ja kehittää sairaalaorganisaatiossa sosiaalityön työprosesseja.

Tapaukseksi valitun sairaalaorganisaation sosiaalityöstä oli valittavana monia tutkimusaiheita. Aihetta rajattaessa huomasin, että suurin osa sosiaalityöntekijöiden keskuudesta nousevista kysymyksistä suuntautui työn tuloksellisuuden ja sisällön moninaiseen toteutukseen moniammatillisessa työyhteisössä. En valitettavasti voi kuitenkaan suorittaa puhdasta arviointitutkimusta, enkä halunnut lähteä pro graduni rajallisuuden vuoksi toteuttamaan laaja-alaista evaluointia, monine tutkimuskohteineen. Tutkimukseni on rajautunut tarkastelemaan empiirisesti sitä, miten sosiaalityöntekijät itsearviointin avulla arvioivat työnsä jäsentyvän ja pyydetävän mukaan sairaalaorganisaatiossa. Minkälaisin kokemuksiin ja tuntemuksiin he kuvaavat työnsä sairaalaorganisaatiossa esimerkiksi moniammatillisessa hoitoprosessissa yhteistyökumppaneiden kanssa? Sosiaalityöntekijöiltä kerätyn kokemuksen ja itsearvion avulla tulkitsean sosiaalityön merkityksellisyyden kuvaa.

## **Työn jäsenitys**

Luvussa 2 esittelen tutkimukseni tapauksen, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sosiaalipalvelut, määrittelen terveydenhuollon sosiaalityön sekä tuon esille terveysosiaalityön historiasta merkityksiä tämän päivän terveysosiaalityöhön ja luvun lopuksi tarkastelen aikaisempia tutkielmia ja tutkimuksia aihepiiristäni. Etenen teoreettisen viitekehyksen käsitteiden tarkastelussa luvussa 3 moniammatillisen yhteistyön ja asiantuntijuuden kautta sairaalaorganisaation tarkasteluun. Luvussa 4 pohjustan teoreettisen viitekehyksen itsearviointin ja responsiivisen evaluoinnin esityksellä metodologisten valintojeni ja tutkimusprosessini ymmärrettävyyttä. Metodologiset valinnat kiinnitän luvussa 5, jossa kuvaan aineistoni, teemahaastattelut ja kirjalliset



tekstidokumentit ja niissä käyttämäni analyysit; teemahaastattelun tematisoinnin, tyypittelyn sekä metaforan ja edelleen tekstien sisällönanalyysin. Empirialukuni ovat 6, 7 ja 8, joissa käyn lävitse tulkintaani kuvaamalla tulkintaan johtaneita analyysipolkuja, sekä esittämällä haastattelusitaatteja tulkinnan pohjaksi. Empirialuvuissa tulkinta- ja kuvaustekstin rinnalla kuljetan tukena teoreettisesta viitekehystä poimittuja täydennyksiä. Luvun 9 johtopäätöksissä kokoan ja pohdin yhteen tutkimustapauksesta löytyneitä kuvauksia. Työni loppuun olen liittänyt sekä lähteet että liitteet, joista löytyvät muun muassa haastattelurunkoni, sekä tutkielmassa käyttämäni sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatio.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

### 2.1 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sosiaalipalvelut

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin<sup>2</sup> kuntayhtymään kuuluu yhteensä 16 jäsenkuntaa, joissa on asukkaita yhteensä 170 000. Kuntayhtymän sairaala on Kanta- Hämeen keskussairaala, joka tuottaa erikoissairaanhoidon palveluita kahdessa toimintayksikössä, Hämeenlinnassa ja Riihimäellä. Sairaanhoitopiirille on laadittu ja hyväksytty laatupolitiikka, ja tavoitteena on tyytyväinen asiakas. Yhteistyökumppaneista tärkeimpiä ovat perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimi. Potilas, ja tarvittaessa myös omaisensa, ovat hoidon järjestämisessä tiiviisti mukana. (K-H shp, 2008a).

”Johdon tehtävä on luoda edellytykset hyvin toimivalle tuotantoprosessille ja palvelujen laadulle. Jokainen työntekijä on samanaikaisesti vastuussa oman työnsä laadusta. Erikoissairaanhoidon laatua parannetaan jatkuvasti. Terveiden edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä, diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta arvioidaan systemaattisesti, ja sen perusteella toimintaa kehitetään. Jatkuva laadun parantaminen on osa normaalia jokapäiväistä työtä ” (mt., 2008a).

Sairaanhoitopiirin arvot ovat ihmisen arvostaminen, oikeudenmukaisuus ja vastuullisuus. Sairaanhoitopiirin visiona on vuoteen 2010 mennessä tavoittaa taloudellisuudessa ja palvelujen saatavuudessa nousu valtakunnan keskitason yläpuolelle. Laatua ja vaikuttavuutta mitataan aktiivisesti ja tuloksia hyödynnetään. Sairaanhoitopiirin tavoitteena on olla haluttu työpaikka terveydenhuollon ammattilaisille. (ks. K-H shp 2003b.)

Sairaanhoitopiirin strategiaan kuuluvat henkilöstön ja sen osaamisen kehittäminen (K-H shp 2006). Osaamisen arviointia mitataan organisaatiossa kerran vuodessa. Henkilöstö arvioi omaa osaamistaan ja käy tuloksia läpi oman esimiehensä kanssa löytääkseen kehittymisalueitaan ja mahdollisia koulutustarpeitaan. Sairaanhoitopiirillä on oma atk-ohjelma osaamisen ja koulutustarpeiden kehittämiseksi sekä seurannalle, joka jakautuu neljään osaan: asiakas, henkilöstö, prosessi ja talous. Osaamiskartta on kaikille ammattiryhmille sama. (Lilli Väisänen, osastonhoitaja, henkilökohtainen tiedoksianto 29.11.2007.)

---

<sup>2</sup> Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on jäljempänä lyhennettynä K-H shp tai sairaanhoitopiiri Alueeseen kuuluvat Forssan seutu, Hämeenlinnan seutu ja Riihimäen seutu.

Sairaanhoitopiirillä on nykyisin Hämeenlinnassa yhdeksän ja Riihimäellä kolme sosiaalityöntekijää, eli yhteensä kaksitoista. Näistä sosiaalityöntekijöistä kuusi työskentelee psykiatrisella erikoisalalla. Sosiaalityöntekijöiden työ kuvataan sairaalan internet- sivuilla lauseella: ”Sosiaalityö terveydenhuollossa on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta” (K-H shp 2008a). Sosiaalityöntekijät muodostavat yhdessä yhden, Hämeenlinnan yksikköön sijoittuvan toimistotyöntekijän kanssa oman Sosiaalipalvelut - yksikön.

Sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatioon (liite 1) ei ole kirjoitettu esille sosiaalityön paikkaa. Alla oleva taulukko on kirjoitettu erikseen pyydetyn tiedoksiannon mukaisesti.

**TAULUKKO 1: Sosiaalipalveluiden paikka sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatiossa**

<b>KONSERVATIIVINEN TULOSALUE</b>		
<b>KUNTOUTUS JA FYSIATRIA</b>		
<b>Hämeenlinna</b>	<b>Riihimäki</b>	<b>Sosiaalipalvelut</b>
Fysiatria Fysioterapia Toimintaterapia Lääkinnällinen kuntoutus Alueellinen apuvälinekeskus	Ajanvarauspoliklinikka Fysiatrian poliklinikka Fysioterapia Toimintaterapia Kuntoutus neurologia	Hämeenlinna ja Riihimäki

Lähde: Piia Manninen, vs. toimistosihteeri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. (henkilökohtainen tiedoksianto 21.12.2007)

Sosiaalipalvelut ovat sijoitettuna kuntoutuksen ja fysiatrian erikoisalan alle. Tällöin sosiaalipalveluiden ylilääkäri on kuntoutuksen ylilääkäri. Sosiaalityöntekijöillä ei ole ylihoitajaa, vaan sosiaalityöntekijäryhmän vastaava on johtava sosiaalityöntekijä. (Tytti Rantanen, johtava sosiaalityöntekijä, henkilökohtainen tiedoksianto 12.6.2006.) Sosiaalipalveluiden paikka organisaatiomallissa on siinä mielessä perusteltua, että sosiaalityö kohdentuu erikoissairaanhoidossa potilaan tutkimuksen sekä hoito- ja kuntoutustyön tukemiseen terveydenhuollon ammattilaisten rinnalla. Lainsäädännössä erikoissairaanhoitolaki määrittelee: ”Jos erikoissairaanhoidon potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty sairaanhoitopiirin tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää erikoissairaanhoitona, sairaanhoitopiirin tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan tarpeen mukaan terveyskeskuksen, sosiaali-, työvoima- tai opetusviranomaisen taikka

Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa” (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, 10a§). Sosiaalityö on lähellä kuntoutustyötä, sen ohjausta, neuvontaa, tiedotusta ja viranomais- ja toimijayhteistyötä: työn asemallinen paikka on lähellä *kuntoutuksellista* näkökulmaa. Terveydenhuollon tutkimus- ja hoitotyöhön sosiaalityön palvelut eivät professionaalisesti suoraan sisälly, mutta kulkevat mukana potilastyötä täydentävinä ja sen laatua lisäävinä.

Sosiaalipalvelut ovat asiakkaalle maksuttomia palveluita. Sosiaalityöntekijä on sairaanhoitopiirin organisaatiossa erityistyöntekijä, samoin kuin esimerkiksi sairaalapastori tai potilasasiamies. Asiakas voi olla hoitosuhteessa oleva potilas, tämän läheiset ja omaiset. Sosiaalityön asiakkaana voi olla esimerkiksi koko perhe, joka on sosiaalityöntekijän työn kohteena esimerkiksi lasten psykiatrisella erikoisalalla. (Tytti Rantanen, johtava sosiaalityöntekijä, henkilökohtainen tiedoksianto 12.6.2006.)

## **2.2 Terveydenhuollon sosiaalityön historiaa - terveyssosiaalityö käsitteenä**

### **Terveydenhuollon sosiaalityön historiaa Suomessa**

Tulppo (1991) on kirjoittanut hyvin esille terveydenhuollon sosiaalityön historiallista pohjaa. Hän käyttää paljon hyväksi Mirja Aukeen vuoden 1960 Sosiaalityö- artikkelia ”Sosiaalihoitajan työn kehityksestä ja nykyisestä asemasta sairaalassa.”. Terveyssosiaalityön perustana on 1920 – luvulla lääkinnällissosiaalinen ja psykiatrisosiaalinen toiminta yksityisissä järjestöissä ja yksityishenkilöiden toimesta. Vapaaherratar Sophie Mannerheim kehitti englantilaisilla sosiaalityön vaikutteillaan somaattisella puolella alkanutta työtä vuonna 1921 lastensairaalassa ja vuonna 1923 kirurgisessa sairaalassa. Ensimmäisinä sosiaalihoitajina toimivat sairaalan sisältä valitut sairaanhoitajat ja terveyssisaret. Ensimmäiseen työnkuvaan kuuluivat potilaan auttaminen hänen käytännön ja henkilökohtaisten ongelmien hoitamisessa, olon turvamisessa sairauden aikana ja yhteydenpito omaisiin. Työ oli kiinnittynyt lähelle lääketieteellistä hoitoa ja sitä kehitettiin muun muassa ohjaussäännöillä. Työn kehitystyötä kritisoitiin sen tavoitteesta luoda oma palvelu- ja avustusmuoto. Sotien jälkeen vuonna 1934 lama helpottui ja alkoi voimakas sosiaalipoliittinen uudistamisen nousukausi. Käsitys sosiaalisten ongelmien laadusta laajeni köyhäin- ja hädänalaistyöstä myös hyvinvoinnin luomiseen ja kehittämiseen. (Mt., 3–4.)

Sosiaalityö sai nykyistä muotoaan jo 1940-luvulta. Yksilökohtainen interventio korostui ja amerikkalainen *case work* eli henkilökohtainen huolto tuli alusta lähtien keskeiseksi oppiaineeksi koulutukseen. Koulutus aloitti sosiaalihuollon peruskoulutuksella vuonna 1942 sosiaalihuoltajakoulutuksena, mutta sen ei katsottu lakisääteisen toimenpidekoulutuksena sisältöisenä olevan riittävä asiakastyöhön. Joten Lääkintöhallituksen toimesta aloitettiin Valtion Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa 1945 näljäkuukautinen sosiaalihoitajakoulutus. Vuodesta 1949 alkaen koulutus kesti lukuvuoden ja opetusta annettiin vuoteen 1975 asti, jolloin se lopetettiin Helsingin sairaanhoito- opistossa. (Tulppo 1991, 5-6; Ekman & Mikkonen & Nieminen 2006, 1.)

Terveysosiaalityön alku on siis ollut terveystieteiden, sairaanhoitajatyötä, joka vasta myöhemmässä vaiheessa avasi ovet myös sosiaalihuoltaja- tai akateemisen loppututkinnon suorittaneille. Yhteiskuntatiedon opetusta lisättiin 1950- ja 1960-luvuilla sosiaalivakuutusta ja eläkettä koskevien lakien tultua voimaan. (Mt., 2.) Viimeisen lukuvuoden opetusohjelmassa 1974 -75 on mielestäni huomioitavaa, että muun muassa verrattuna sosiaalityön luokkaopetuksen 180 tuntiin psykologia ja psykiatria ovat kolmannessuhteessa eli luento-opetusta on ollut yhteensä 60 oppituntia. Hoitotieteitä ei opetusohjelmassa ole, huolimatta koulutuksen alkuaikojen yhteydestä terveystieteiden työhön. Tämän selittänee se, että opiskelijat ovat olleet suurelta osin jo valmistuneita sairaanhoitajia. Käytännön opetuksen kautta siirryttiin sosiaalityöntekijän ammatti - identiteettiä pois hoitajatyön toimenpidekeskeisestä työstä kohti potilaan monitasoista ongelman ratkaisua. (vrt. Ekman ym. 2006, 3-4) Case workin myötä korostui potilaan ja työntekijän välinen vuorovaikutussuhde, sekä haastattelumenetelmään perustuva diagnoosin ja hoitosuunnitelmien tekeminen. Työntekijän psykologisilla taidoilla ja psykologian hyödyntämisellä oli tärkeä merkitys. (Tulppo 1991, 7.)

Terveysosiaalityön historiasta löytyvät sen jalansijat köyhäinhoitoon, huolenpitoon ja kasvatukseen. Nykypäivänä suuntana on kokonaisvaltainen potilaan hoidon tukeminen ja kuntoutuminen. Koulutuspuolella suunta on myös muuttunut terveystieteiden sosiaalihoitajia, sairaanhoitajia sosiaalihuoltajia kohti yliopistokoulutusta. Potilaan sairauden huomioiminen on ollut oleellista ja alkuaikojen sairaanhoitajapohjaisena sosiaalihuoltajat ovat voineet hyödyntää ammattipohjaansa. (ref. Ekman ym. 2006.) Yhteiskunnan muutokset, sekä muutokset terveydenhoidossa ja lääketieteessä vaikuttavat myös osaltaan. Sosiaalityössä ihmisen sisäisen elämänhallinnan tukeminen on tullut 1970 – luvun 1990 – luvun alkujen lamakausien haasteiden myötä, kun köyhyyden luonne muuttui ja syntyi syrjäytymisen problematiikka (Tulppo 1991, 11). Suunta on ollut case workin henkilökohtaisen huollon amerikkalaispohjaisesta menetelmällisyydestä kohti kansallisempaa. Esittelen empirian luvussa 6.2 tuloksien tarkastelun

tueksi Toikon määrittelemää psykososiaalista lähestymistapaa. Hän pitää kasvokkaista, vuorovaikutuksellista auttamistyötä sosiaalityön suuntana, ei menetelmänä. Vuorovaikutus- ja asiakastyössä korostuu työtapana, tapa kohdata asiakas yli menetelmällisyyden. (Toikko 2001, 192–193.)

### **Terveyssosiaalityö käsitteenä**

Terveydenhuollon sosiaalityö (vrt. terveyssosiaalityö) on:

”sosiaalityöntekijän toimintaa, joka toteutuu terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden, sekä sosiaalisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Työn lähtökohtana on kokonaiskäsitelmä sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutumisen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi ” (Lindén 1999, 55).

Potilaan (vrt. asiakkaan) on oikeus saada apua ongelmatilanteisiinsa, kokonaistilanteensa selvittämisessä ja tarvittavien tukimuotojen yksilöllisessä järjestämisessä (Holma 1998,10).

Terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sosiaalityö on haasteellista. Heinonen ja Metteri (2005) nostavat esiin terveys- ja mielenterveystyössä sosiaalityöntekijän korostuvan roolin asiakkaan voimien, kapasiteetin ja kasvutarpeiden esiintuojana. Sosiaalityön asiakastilanteet ovat vaativia, koska asiakkailta on traumasta, sairaudesta tai vammasta selviytymisen lisäksi mahdollisesti mielenterveysongelmia, vakavan sairauden kautta koettua menetystä, surua, kuolemaa, psyykkistä kyvyttömyyttä ja muita normaalia elämää uhkaavia ongelmia. Tulevaisuuden haasteena on kytkeä toisiinsa sosiaaliturvapolitiikka ja taloudellinen päätöksen valmistelu sekä valtion että paikallisalueen tasolla. Sosiaalipalveluiden tuottaminen tulee kokea myönteisenä ja edistettävänä asiana. Asiakkaiden tarpeet tulevat muuttumaan yhä vaativammiksi, joten sosiaalityöntekijöiden työarjen ja poliittisen hallinnon välillä tulee olla hyvä yhteys. (Mt., 417- 418.)

Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät työskentelevät pääasiassa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja mielenterveystyössä. Heillä on monia rooleja, esimerkiksi: asiakastyön tekijä (case worker) asiantuntija, kriisityöntekijä, koordinaattori (case manager), kuntoutuksen yhdyshenkilö, konsultti, verkostotyöntekijä, terapeutti (Holma 1998, 9). Asiakkaan suoriutumista pyritään auttamaan psykososiaalisella vaikuttamisella. Terveyssosiaalityössä korostuvat sairauden,

sairastumisen ja vammaisuuden aiheuttamat sosiaaliset syyt sekä seuraukset ja auttamistyössä eivät korostu niinkään yksittäiset menetelmät vaan työote ja työskentelytapa.(emt., 2007, 9.)

Terveyssoseaalityön asiakastyöhön tehtäviin kuluvat sosiaalinen arviointi ja suunnittelu sekä sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen. Sosiaalinen arviointi voidaan ymmärtää yleiskäsitteenä soseaalityöntekijän tekemälle eritasoiselle arvioinnille, joihin soseaalityön interventiot, väliintulot perustuvat. Sosiaalinen arviointi on osa monialaista hoito- ja kuntoutusohjelmaa. Arvioinnissa tarkastellaan muun muassa asiakkaan sosiaalista toimintakykyä, eli ”kykyä tulla toimeen ympäröivässä yhteiskunnassa vallitsevien normien ja käytettävissä olevien resurssien mukaan. Yksilöltä se vaatii yhteisöelämässä tarvittavia valmiuksia ja kykyä käyttää saatavilla olevia resursseja ja mahdollisuuksia omien tavoitteiden saavuttamiseksi ja kykyä lisätä toimintaedellytyksiä”. Sillä pyritään kartoittamaan yksilön hallinnan ulkopuolella olevat tekijät. (Holma 2007, 55, 58.) Soseaalityön yksi tehtävistä on potilaan hoitoketjun palveluiden koordinointi sen asiantuntijuuden mukaan, mikä soseaalityöntekijälle on muodostanut potilaan tilanteesta. Potilaan hoitoketjussa voi olla monia eri vaiheita ja soseaalityön palveluiden tarve vaihtelee esimerkiksi tutkimuksen, hoidon ja kotiin kuntoutumisen aikana suurestikin. Soseaalityöntekijä tarkastelee potilaan saamia palveluita ja pyrkii huomioimaan mahdollisia palveluiden päällekkäisyyksiä sekä edistää hoitoketjun saumattomuutta. (Aho 1999, 180.)

Soseaalityön metodit, asianajo, valtaistaminen (empowerment) ja välittäjänä toimiminen sisältyvät Lindénin (1999) esityksen mukaan sekä yksilökohtaiseen soseaalityöhön, jo aiemmin tekstissä mainittuun case workiin, että yksilökohtaiseen palveluohjaukseen (case management). Lindén jatkaa, että edellä mainitut ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa. Ne ovat elementtejä, joita tarvitaan terveyssoseaalityön asiantuntijuudessa ja niiden hallinta edellyttää tutkivaa ja tulkitsevaa työtettä. Oma subjektiivinen tarve kehittyä on dialektissa objektiivisten, esimerkiksi organisaatiossa vallitsevien olosuhteiden välillä. (Mt., 66.)

Metterin mielestä soseaali- ja terveydenhuollon instituutioihin on ladattu selkeä odotustarve: ”Ihminen tietää saavansa apua silloin, kun hän sitä välttämättä tarvitsee” (2003, 99). Kansalainen saa tästä luottamuksestaan turvallisuuden tunnetta. Tähän asiakkaan kokemuksesta on tärkeää huomioida myös työntekijän ammatillisuus, jonka tulee kiinnittää huomiota myös asiakkaan näkymättömien tarpeiden olemassa oloon. Sairauden tuottama epävarmuus lieventyy, kun asiakas(potilas) tietää saavansa kokonaisvaltaista tukea ja ohjausta. (Mt., 98–100.)

Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntemusta löytyy hyvinvoinnin turvaamisesta, asiakkaiden suoritusedellytysten parantamisesta sekä heidän elämänhallintansa tukemisesta. Terveydenhuollossa sosiaalityöntekijät toimivat terveystalouden puitteissa ja sen asettamien tavoitteiden mukaisesti. Asiakkaan kanssa työskentely on kokonaisvaltaista, huomioiden sekä hänen sairautensa, että sosiaalisten tekijöidensä yhteydet. Terveys- ja sosiaalityön haasteet liittyvät kuntoutukseen, yhteistyöhön avoimuuden ja omaisten kanssa, potilaan oikeuksien ohjaukseen ja neuvontaan, yhteistyöhön lähisektorien kuten esimerkiksi työvoimahallinnon kanssa, psykososiaaliseen tukemiseen, uusien hoito- ja huolenpitomuotojen kehittymiseen sekä sairauden sosiaaliturvaan, palveluihin ja yhteydenpitoihin. (Holma 1998, 16; 2007, 10–12.)

Lindén (1999, 55) tuo omassa tutkimuksessaan esiin yleisluonteisemman Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n käyttämän määritelmän terveydenhuollon sosiaalityöstä, jonka tavoitteiden pohjaksi asettuvat sekä terveys- että sosiaalipolitiikka. Määritelmän kautta terveyden edistämisen ohella työn kohteena on myös sosiaalisuuden edistäminen ja ylläpitäminen. Tarkoituksena on vaikuttaa sairastuneen yksilön ja tämän perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta ”taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi.” Työllä on myös informaation välittämisen tarve yhteiskunnan epäkohdista ja tätä kautta se vaikuttaa toteutettavaan yhteiskuntapolitiikkaan. (ks. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry.)

## 2.3 Aikaisempien tutkimuksien tarkastelua

Kanta- Hämeen keskussairaalan johtavan sosiaalityöntekijän Tytti Rantasen mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 2.2.2006) pro gradu- tutkielmia on kattavasti tehty terveydenhuollon sosiaalityöstä ja niitä on syntynyt lähes jokaiselle sairaanhoitopiirille. Heidän sosiaalityöstään ei ole vielä kirjoitettu tutkielmaa. Tampereen yliopistosta viimeisimpiä tutkielmia on Rauni Korkealaakson (2005) pro gradu ”Sosiaalityöntekijä- vieraileva tähti?” ja Susanna Palomäen pro gradu- tutkielma (2004, 4-6) TAYS: n sosiaalityöntekijöiden ammatti- identiteetin rakentumisesta ”vieraskentällä” eli terveydenhuollon moniammatillisessa yhteisössä. Hänen tutkimuksen teon inspiraationaan oli työharjoittelujakson ajalta tehty havainto, että sosiaalityöntekijöiden ammatillinen kehittyminen, aktiivisuus, yhteiskunnallinen osallistuminen ja itsensä kehittämisen halu ovat ensiluokkaista. Korkealaakso tutkielma- aiheena ovat lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijöiden tehtävästä, asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä sosiaalityöntekijöiden kanssa aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Hänen aineistonsa koostuu yhdentoista, saman



sairaalan, lähinnä aikuispsykiatrian lääkärin teemahaastatteluista. Korkealaakso, joka työskentelee itsekin sosiaalityöntekijänä, löysi aineistonsa perusteella kaksi toimintamallia; tiimin tai osaston ”vieraileva tähti” tai hoito- ja kuntoutusprosessien mukana olevana tasa-arvoisen sosiaalityöntekijän. (Mt., 2005, tiivistelmä.)

Muita terveystieteiden sosiologiaan liittyviä aihepiiriäni läheltä kulkevia tutkimuksia ovat Parviaisen ja Telilän (2005) tarkastelu hyvän asiakaspalvelun ulottuvuuksista sairaalan sosiaalityössä, sekä Ylirukan (2000) tutkimus itsearviointista ja hiljaisesta tiedosta, joka on julkaistu myös Stakesin FinSoc- sarjassa. Ylirukan pro gradu tarkastelee itsearviointikäsitettä sosiaalityön näkökulmasta ja etsii sopivia keinoja ja menetelmiä itsearviointille. Tutkimus on laaja esitys arvioinnin teoriapohjasta, sisältäen empiirien osuudessa kuuden toimeentulotuen sosiaalityöntekijän puolistrukturoitua haastattelua. Tuloksena on osoitettu kehysanalyysin ja hiljaisen tiedon ympyrän käyttökelpoisuus itsearvioinnissa. Ylirukan pro gradu on vahvalla teoreettisella, deduktiivisella lähestymistavallaan erilainen verrattuna moniin terveydenhuollon sosiaalityöstä tehtyihin tutkimuksiin.

Lukemieni pro gradu- töiden yhteenvedon olen huomannut niiden eriyvät metodologiset kehykset samasta aihepiiristä huolimatta. Suosituin lähestymistapa on ollut induktiivinen, tutkimukseen itse osallistuva joko työ- tai harjoittelusuhteiden avulla, metodologiana etnografia ja aineiston hankintamenetelmistä teemahaastattelu. Erityisesti psykiatrian sosiaalityö ja moniammatillisuus ovat olleet suosittuja aihealueita terveystieteiden sosiologiaan liittyvissä opinnäytteissä, joista ammatillisena lisensiaattitutkimuksena on valmistunut vuonna 2005 Eija Antikainen- Juntusen ”Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta”. Tutkimus on käytäntötutkimus, joka on kartoittanut sosiaalityön tavoitteita sekä tehtäviä ja aineistoa on kerätty ryhmähaastatteluna. Elina Viertolan (2007) pro gradu ”Tiimi- moniammatillisen työn näyttämönä” on käsittääkseni viimeisimpiä Tampereen yliopistosta ilmestyneitä. Tutkimuksessa on käsitelty moniammatillisten tiimien työskentelyä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, sosiaalityön roolia ja institutionaalista valtaa. Aineisto on kerätty havainnoimalla, ryhmähaastatteluilla ja tutkimusmetodologinen pohja on etnografiassa. Psykiatrian sosiaalityö esitetään molemmissa yllä mainituissa moniammatillisena työkenttänä. Psykiatrian erikoisala onkin perinteisesti ollut vahva terveystieteiden sosiologiaan liittyvä työkenttä.

Klassikkoja, eli tutkimuksia, joita löysin monesta tutkimuksesta ja tutkimuksesta materiaalina käytettynä olivat Niemelän (1987) tutkimus sosiaalityöntekijöiden, lääkärin ja sairaanhoitajien näkemyksistä ja mielikuvista sosiaalityöntekijän työnkuvasta ja asemasta. Tutkimuksen tuloksissa

aseman laatu vaihteli siten, että sairaanhoitajat näkivät sosiaalityön läheisesti hoitotyön kanssa, lääkärit käytännönläheisesti lähinnä sosiaaliturva-asioissa ja sosiaalityöntekijät itse laajasti mukana olevana. Tulppo (1991) on tutkinut sosiaalityötä ammatillisena toimintana sairaalassa. Hänen kiinnostuksen kohteensa on ollut sosiaalityöntekijöiden oman työn tarkastelu. Hänen kiinnostuksensa keskittyy työn organisatorisiin, eettisiin ja tavoitteellisten sekä tuloksellisten asioiden tarkasteluun. Hänen tutkimuksensa sisällössä on vielä ajan kulumisesta huolimatta tähänkin päivään kiinnittyviä huomioita, joita olen käyttänyt hyväksi myös tämän tutkielman tarkastelussa.

Outi Cavén julkaisi väitöskirjansa ”Sujutusta ja pyöritystä” vuonna 1999, tutkimuksen byrokratian merkityksistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä. Hän tutki mitä merkityksiä sairaalan eri asiakastyötä tekevät ammattikunnat antoivat byrokratiaksi kutsumalleen ilmiölle. Hän toteutti kaksikymmentäkuusi haastattelua ja kysyi kaksi kysymystä: byrokratian (omasanaista) määrittystä ja sen merkitystä työn arjelle. (Mt., 13.) Mielenkiintoista tutkimustuloksissa oli se, että ”sosiaalityöntekijöille byrokratialla oli selkeimmin positiivisia ja omaa työtä tukevia merkityksiä” Byrokratia oli antava, koska se auttoi luomaan ja ylläpitämään toimintamallia, jossa ”säädöksillä on keskeinen asema ammattityössä” (mt., 116). Herää ajatus: raamittavatko byrokratia ja kaavamaisuus sairaalan sosiaalityötä?

Paula Asikaisen hoitotieteen väitöskirjassa (1999) on pohjana toimintatutkimus sosiaali- ja terveystoimen työstä. Hänellä oli kehittämisohjelmansa tarkoituksena yhteisön tarpeiden ja voimavarojen tunnustaminen, yhteisön aktivointi ja moniammatillisen työn kehittäminen. Tutkimusjoukko ja vertailuryhmät olivat kattavia, yhden kaupunkiyhteisön ja kahden maaseutuyhteisön sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö. Itseäni kiinnostava tutkimuksen moniammatillinen yhteistyö esiintyi yhteisöä kehittävänä ja omaa yhteisöä ja asiakaskuntaa laajemman tietämyksen edistäjänä. Yhteisöstä tuli toimintatutkimuksen kehittymisen aikana myös kriittisempi yhteistyötä ja yhteistä työorientaatiota kohtaan.

Moniammatillisen työn merkitys on kasvanut nykyisin työn organisoitumisen muotona. Asiakkaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen kuuluu luonnollisesti se lähtökohta, miksi hän on sairaalaorganisaation potilaana tai onko hän osallisena esimerkiksi läheisensä hoitoprosessin vuoksi? Mirja Lindénin tutkimus sosiaalityön muuttuvasta roolista terveydenhuollon moniammatillisessa toimintaympäristössä ilmestyi Stakesin raportteja kirjasarjassa vuonna 1999. Hänen näkökulmansa sosiaalityön metodiikkaan on reflektiivinen, tutkiva, tulkitseva sekä edelleen

opettava. Hän tuo esille ”sairauteen liittyvää sosiaalista ongelmaa, sosiaalityön tarvetta sekä ammatti -identiteettiä ja yhteistyötä muiden professioiden kanssa” (mt., 5). Voisiko olla näin, että terveydenhuollon hoitoprosesseissa jo pitempään tehtyä, moniammatilliseen työotteeseen liittyvää sosiaalityötä on pidetty mallina myös kunnallisen sektorin sosiaalityön verkostoituvalla työotteella?

### 3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ ASiantuntijaorganisaatioissa

Isoherranen (2005) lähtee määrittelemään moniammatillisuuden käsitettä englannin kielen termien *multiprofessional* sekä *multidisciplinary* kautta. ”Sateenvarjokäsitteen” kaltaisena se pitää hänen mielestään sisällään monenlaisia ja monen tasoisia ilmiöitä (mt., 13). Käsitteellisesti moniammatillisuus yhdistää tekijät sekä yhteisesti tehtävän työn tai tehtävän ongelman ratkaisemiseksi. Ongelman ratkaisu voi olla myös yhteistä päätöksen tekoa. Moniammatillisuuden kautta saadaan yhteiseen keskusteluun monia osajia, sekä näkökulmia, joiden avulla kootaan tietoa kokonaisvaltaisen käsityksen ja ymmärryksen saavuttamiseksi. Moniammatillinen toimintayksikkö on siis ryhmä, jossa on eri ammattiryhmien ja – alojen asiantuntemusta. (Mt., 14.) Tarkoituksena on integroida eri osajien tiedot ja taidot asiakkaan hyväksi.

Eri ammattikuntien välisen yhteistyön arjesta ja toimivuudesta tiedetään suhteellisen vähän. Moniammatillisuus työväliseen on olemassa, mutta sen tehokkuudesta, mahdollisuuksista ja esteistä ei ole paljonkaan tutkimustietoa. Erityisesti ”organisaatioiden moniammatillisista arkirutiineista niiden muodoista ja käytännöistä eri työskentely- ja vuorovaikutusareenoilla” on vaikea löytää (Nikander 2002, 58). Työn arjessa on varmasti monia haasteita ja Lindén (1999, 123) nostaa esille moniammatillisen ryhmän toiminnoista: aikataulutuksen vaikeudet, asiantuntijuuksien sekoittumisen, erilaisten toimintojen yhteensovittamisen vaikeuden ja yhteistyön raskaan liikuteltavuuden. Ryhmän tulee toimiakseen kartoittaa tarkoituksensa, toimintatapansa ja arvonsa sekä pyrkiä kohti niitä

”Moniammatillisessa yhteistyössä, kahden tai useamman eri ammattiryhmän asiantuntijat tekevät yhteistyötä ja yhdessä työskentelyä työryhmissä (Paukkunen 2003, 49). Yhteistyöhön liittyy myös yhteistoiminnallista oppimista, joka voi olla yhteisten toimintojen sujumisen edellytys ja toisaalta oppimistuloksena lisätä yhteistyön sujumista. Hyödyllisiä ovat yhteiset koulutustilaisuudet, joissa tarkastellaan ”case study” – työskentelyn tyyppisesti yhteisten taitojen kertymällä tapauskohtaisia tietoja ja taitoja. (Mt., 49–51.) Sosiaali- ja terveydenhuollon työ on tulevaisuudessa yhä enemmän asiantuntijoiden välisetä yhteistyötä. Yhteistyössä asiantuntijuuden ei katsota olevan enää pelkästään yksilön ominaisuus, vaan ”yhdistelmä useamman henkilön tai ympäristön hallitsemasta osaamisesta”. (Lehtinen & Pelonen 1997, 116). Yhteistyö ei voi olla annettua, vaan sen kehittymistä täytyy edesauttaa. Yhteistyön lisäksi tulee varata aikaa yhteistyön oppimiselle,

yhteisten sääntöjen ja rajauksien hakemiselle, innovatiiviselle suunnittelulle ja ryhmän yhteisten arvojen, tavoitteiden laatimiselle.

Moniammatillisten tiimien rakentamisessa on kolme paradoksaalisuutta, joiden ”vaarat” tulee huomioida rakennettaessa tiimityötä Paynen mukaan (2000, 1).

- 1) Ryhmä rakentaa keskinäistä vuorovaikutustaan ja suhteitaan, mutta sen tulee suuntautua ulospäin, pyrkiä avoimuuteen.
- 2) Ryhmä koetaan arvokkaaksi, koska jäsenillä on toisistaan tuki ulkoisia paineita kohtaan. Samaan aikaan ryhmän jäsenet voivat kokea ahdistusta, pelkoa oman persoonansa ja ammatillisen vapauden puolesta.
- 3) Ammatillinen tiimityö auttaa oman ammatillisuuden ja vuorovaikutuksellisuuden kautta nykyaikaisen hoitotyön vaateisiin palvelun käyttäjien hyväksi. Kuitenkin liika *tiimiin* keskittyminen voi sulkeutua palvelun käyttäjistä poispäin.

Moniammatillisen työn tarkoituksena on tuoda yhteen taitoja sekä jakaa informaatiota, edesauttaa hoidon jatkuvuutta jakamalla ja takaamalla mahdollisuuksia sekä koordinoita ja suunnitella resursointia asiakkaan tarpeita vastaavaksi. (Payne 2001, 74.)

### **3.1 Asiantuntijuus moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa**

Sairaalaorganisaation moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat monet eri ryhmän muodostuksen lait. Sen toiminnan edellytykset ovat samoja kuin muidenkin työyhteisöryhmien. Moniammatillisessa asiantuntijuudessa vuorovaikutuksen laatu korostuu. Ryhmään vaikuttavat luonnollisesti ryhmädynamiikan vaiheet ja persoonien väliset ihmissuhteet. Lisäksi moniammatillinen ryhmä on omalta osaltaan työyhteisö, vaikka sillä ei olisikaan yhtenäistä työtilaa tai vaikka jäseniä johdettaisiin eri toimialojen, tulosalueiden kautta, yhteisön ohitse yksittäisinä työntekijöinä. Terveystieteiden erilaisia ryhmiä tarkasteltaessa voidaan suunnata ryhmän ominaisuus moniammatilliseksi työryhmäksi, mutta jos ryhmä on suuntautunut esimerkiksi potilaan hoidollisten tarpeiden palveluun, on siitä luontevampaa käyttää täsmennetymin nimitystä hoitotiimi. (Lehmuskoski & Kuusisto – Niemi 2007, 75.)

Asiantuntijalla on määritelty asema sairaalaorganisaatiossa, joka asetettujen tehtävien sekä vastuualueittensa kautta tuottaa osaltaan palveluita asiakkaalle. Sukula (2002, 13–15) nostaa esille vallan mekanismit asiantuntijan ja potilaan välisessä kanssakäymisessä. Terveystieteiden

resurssikysymykset ja palvelutuotannon priorisointitarpeet antavat mahdollisesti asiakkaalle, potilaalle kuvan asiantuntijasta portinvartijan roolissa, resurssien jakajana. Yleisessä keskustelussa ovat olleet esimerkiksi lääkäripulan vuoksi hoito- ja leikkausjonot julkisessa terveydenhuollossa. Osallistuvassa asiakkuudessa potilaan tulisi saada tietoa ja hänet pitäisi kohdata yksilönä. Asiakkaalla on aina subjektiivinen tarve, oli hän potilas tai omainen. Asiakkuuteen tulevat mukaan potilaan odotukset, joihin vaikuttavat Sukulan mukaan ”hoidon tarve, elämäntilanne, aikaisemmat kokemukset, omat arvot, ympäristö ja perhe” (mt., 14). Mahdollisuuksien mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa moniammatillisen tiimin mukana on hyvä olla itse potilas.

Tämän tutkielman tapauksen työkuultuurissa puhutaan yhteistyöstä monin eri sanoin, on hoitotiimiä, verkostopalaveria, osastoraporttia, kuntoutustiimiä, perhetapaamisia ja niin edelleen. Oletus on, että jokaisessa näissä on eri ammattiryhmien edustajia paikalla, eri asiantuntijoita, eli käsittääksemme kyseessä on moniammatillisuus? Tiimit ja verkostot eivät kuitenkaan ole verrattavissa *moniammatilliseen yhteistyöhön*, jossa työ tehdään asiakaslähtöisesti, huomioiden asiakas holistisena kokonaisuutena. Ryhmä ja tiimi saattaa työskennellä rinnakkain, jopa samassa työyksikössä, ilman aktiivista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö pitää sisällään synergian, eli ryhmän yhteistoiminta tuottaa paremman tuloksen, kuin ryhmän jäsenten yksittäiset suoritukset. Toiminnan ytimenä on vuorovaikutuksen löytyminen ja tiedon yhdessä prosessointi. (Seikkula & Arnkil 2005, 7–9; Isoherranen 2005, 15.) Moniammatillisuutta syntyy siis sisällön mukaan, ryhmän nimityksestä huolimatta.

Koko sairaalaorganisaation työn yhteinen tavoite on taata potilaalle laadukas hoito. Moniammatillisen työn eri asiantuntijoiden yhteistyön kautta potilas nähdään psykofyysisenä kokonaisuutena. Sosiaalityön sisällön ja asiantuntijuuden tuntemus auttaa muuta sairaalan henkilökuntaa ohjaamaan sosiaalityötä tarvitsevia potilaita sosiaalityöntekijälle oikeaan aikaan, joka helpottaa yhteistyötä. (Aho 1999, 193-195.)

### **3.2 Sairaala organisaationa**

Organisaatio on yhteistoimintajärjestelmä, jonkun yhteisen tarkoituksen toteuttamiseksi. Organisaatio rakentuu tavoitteiden saavuttamiseksi työnjaollisesti. Organisaatiolla on suunniteltu ja hyväksytty ohjaus- ja valvontaketju. Rakenteen ylläpitävät säännöt, määräykset eli toiminnan ohjaus, jolla on jonkin asteinen muodollisuuden aste. Jos se on korkea, ihmisillä on vain vähän valtaa vaikuttaa työhönsä. Tällaisissa organisaatioissa työnkuvat ovat tarkat ja yksityiskohtaiset.

Vastakkainen esimerkki on itseohjautuva tiimi, jossa jäsenet ohjaavat itse itseään. (Lämsä & Hautala 2005, 9, 157–160.) Organisaatiolla on oma kulttuurinsa, joka on rakentunut organisaation jäsenten yhteisistä arvoista ja periaatteista. Nämä ovat niitä, jotka siirretään, opastetaan uusille työntekijöille. Organisaation kulttuuri voi olla tietojen vaihtoa, tietoisesti tai tiedostamatta. (Telaranta 1997, 33.)

Sanonta, että ”mikään ei ole niin hierarkkinen laitos kuin armeija ja sairaala” juurtuu ehkä aikaan, jolloin lääkäri oli hyvin voimakas auktoriteetti ja hoitajan oletettiin sitoutuvansa kutsumuksellisesti täysin työhönsä. Ajat ovat muuttuneet ja nykyisin painotetaan kehittyvään, oppivaan organisaatioon. Organisaatio, niin myös sairaalaorganisaatio on valtarakenteinen ja jokaisella työntekijällä on organisaatiossa esimies. Tarkastelen nyt matriisirakenteista organisaatiomallia ja tapaustutkimukseni sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatiota rinnan (liite 1). Matriisirakenne tarkoittaa, että organisaation eri osat esimerkiksi tulosityksiköt, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä tulosalueet, ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Matriisirakenne on järjestetty toimintokohtaisesti, joka vastaa toiminnastaan muulle organisaatiolle. Lisäksi organisaatio on rakennettu divisioonien mukaan esimerkiksi tuotteittain. Sairaanhoitopiirissä tulosalueitten alle on sijoitettu erikoisalvoja, esimerkiksi konservatiivisen tulosalueen alle on asetettu kuntoutus ja fysioterapia, jonka ”tuotteissa” on myös sosiaalipalvelut koko organisaatiota, sairaanhoitopiiriä varten. Matriisissa jokaisella työntekijällä on kaksi esimiestä, toimintokohtainen johtaja ja alue- tai tuotekohtainen johtaja. Sosiaalipalveluiden sosiaalityöntekijöillä ei ole ylihoitajaa, vaan heillä on johtava sosiaalityöntekijä ja siitä ylöspäin toisena esimiehenä on kuntoutusylilääkäri. (Mt., 160–163.)

Matriisiorganisaation hyviä puolia ovat, että asiantuntijat ovat lähellä toisiaan, jatkuvassa vuorovaikutuksessa, mikä edesauttaa nopeaan päätöksentekoon. Organisaatiomallissa on mahdollista myös henkilöstön nopea liikkuminen tehtävästä toiseen. Kritisoitavaa mallissa on rooliristiriidat ja epäterve kilpailu. (Telaranta 1997,41.)

Sosiaali- ja terveysalalla työn ja työyhteisön kehittämistä voidaan edistää tutkimalla yksilöitä että toimintaorganisaatiota. Tutkivan kehittämistyön kohteena voi olla työyhteisön toimintajärjestelmä ja se voidaan käsittää itseohjautuvana, ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa olevana kokonaisuutena. Työyhteisön kehitys on siis väistämättömästi sosiaalinen tapahtuma, jossa yhteisön jäsenillä on mahdollisuus vaikuttaa työhönsä. Organisaation kehittämisen tarkoituksena on tehokkaan organisaation aikaansaaminen ja työn sekä ihmissuhteiden organisointi yksilön henkisen kasvun toteutumiseksi. (Juuti 1989, 273; Kaitila & Mikkonen & Rajala 1997, 130-132.)

## 4 ITSEARVIOINTI TYÖN KEHITTÄMISEN TYÖKALUNA

Arviointikysymykset ovat keskeinen osa työprosessin rakentamista ja sen kehittämistä. Usein nähdään paljon vaivaa ennen arvioinnin aloittamista, joskus tarkoituksenmukaiset kysymykset syntyvät arvioinnin aikana ja luonnollisesti kaikkia kehiteltyjä kysymyksiä ei voida käyttää. Arvioinnin tutkimussuunnitelmassa keskiössä ovat arviointikysymykset, joita tarkennetaan teorialla. Teorian pohjana voi olla suoria tai epäsuoria hypoteeseja, oletuksia, joilla tutkimusta suunnataan. Teorian rinnalla on tutkimuksen tarkoitus, joka suunnataan arvioinnissa esimerkiksi tarpeeseen, organisaatioon, toimintoon. Lisäksi valittavana ovat luonnollisesti menetelmät ja aineiston hankintastrategia. (Robson 2001, 122–123.)

Rossi ja Freemanin (1993, 34) esittävät ajatuksen, että arviointitutkimuksen on hyödyllistä avata tutkimuksen tarkoitus ”näkyväksi” johdolle ja hallinnollisille päätöksenteolle sopivien muutosohjelmien pohjaksi. Sekä kohdentaa tarvittavat interventiot selkeästi ja vastuuttaa tutkimuksen rahoittajat. Aina ei voida ennakoida arviointitutkimuksen tuloksia ja niiden kautta voi tulla taloudellisiakin muospaineita organisaatioon ja työhön. Edellä esitetyn mukaisesti voidaan sanoa, että arviointitutkimus on prosessi, joka ulottuu monelle eri tasolle.

### 4.1 Itsearviointi

Arviointi itsessään on arvosidonnaista. Arvot ohjaavat toimintaa ja tekemistä, jotka vastaavasti heijastuvat arviointiin. Arvolähtökohdat ja ihmiskäsitys eivät voi olla oireilematta, jos ne ovat ristiriidassa tavoitteiden, toteutuksen ja arvioinnin kanssa. (Svedlin & Walls 1995, 23-24.) Itsearviointilla on itseohjautuvuuden periaate, sillä arvioinnin kohteista päättää subjekti itse. Luonnollisesti sen lähtökohtana onkin usko ihmiseen, sekä yhteisön omaan ratkaisukykyyn itseään koskevissa asioissa. Teoriatietoa itsearviointista löytyy erityisesti kasvatus- ja koulutussektorilta. Itsearviointin tehtävänä on tukea oppimista, mutta se on myös kehittymisen väline. Yritysmailman kilpailun vaateet tarvitsevat monia keinoja oman työpanoksen ja saavutettavuuden tarkkailuun ja itsearviointi on yksi keino tarkastella kaupallisten ja tuotannollisten strategioiden suuntaa ja asiakasvaatimusten toteutumista. Itsearviointi on työn kehittämis- ja arviointiprosessi, joka voidaan toteuttaa yksilö- sekä ryhmäkohtaisesti. Kehityshankkeena se vaatii huomioimaan myös johtamiskäytäntöjä. (ks. Laamanen, 1997.)



Arvioinnin tulokset ovat tukena päätöksenteolle ja niiden avulla voidaan tunnistaa muutosta vaativia ongelmia. Arviointi prosessina edistää sosiaalista sitoutumista toimintaan, sekä kehittää että lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta ja ylläpitää motivaatiota. Itsearviointin kohteena ovat toiminta, teot, tekemättä jättämiset ja edellä luetellut seuraukset. (Räisänen 1995, 16-18.)

Sosiaalityöntekijän oletetaan suuntautuvan työhönsä reflektoiden, eli hänen tulee tarkkailla toimintaansa, oppiakseen kokemuksistaan ja tätä kautta kyseenalaistaa normaaleja rutiinejaan ja kehittää ammattikäytäntöjään. (ref. Karvinen 1999a.) Raunio (2003, 80–81) rajaa reflektiivisyyden tarkoittavan yleisesti: ”itsekriittistä tutkimuksellista suhdetta omaan työhön.” Työntekijän tulee olla tietoinen työstään ja tavastaan toimia ja pohtia tapaansa tehdä työtään, sillä mitään ei voi pitää annettuna, pysyvänä ja sellaisenaan sovellettavana muuttuvassa asiakastyössä ja yhteiskunnan kehityksessä. Reflektiivisyys on jatkuvaa ammatillista identiteettityötä, tietyllä tavalla voisi sanoa metaforallisesti ammatillista hengissä pysymistä.

Oman työn tehokkuuden ja vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan ottaa käyttöön itsearviointi, jonka yhdeksi funktioksi voidaan katsoa sosiaalityöntekijöiden innostaminen oman työnsä seuraamiseen ja tutkimiseen. Tässä tutkielmassani itsearvio on sosiaalityöntekijän tekemää kokemuksellista arviota omasta työstään, omassa työorganisaatiossaan sekä kertomuksia työarjestaan sairaalan moniammatillisessa työyhteisössä. Arviointi ei etene niin syvälliselle ja laajalle tasolle kuin se prosessoituna ja monivaiheisena voi edetä. Tästä kirjoitan teoreettista selvennystä seuraavassa kappaleessa.

Itsearviointi on oman työn pohtimista, pysähtymistä tarkasteluun reflektion avulla. Yliruka (2005, 126) esittääkin, että reflektointi on edellytys itsearviointille. Hän näkee itsearviointin sosiaalityöntekijän työn vahvuuksien ja heikkouksien systemaattisena arviona, jossa on käytettävissä, hyödynnettävissä oman subjektiivisen näkemyksen aste asiakastyöstä että mahdollisuuksien mukaan myös kerättyä näyttöä työn vaikutuksista. Erona kriittiseenkin oman työn reflektointiin on itsearviointin tueksi kerätty näytön aineisto ja systemaattisuus.

Tämän päivän työelämä painottuu yhä enemmän itseohjautuvuuteen ja kriittiseen oman työn tarkasteluun ja moninaiseen kehittämistyöhön kannustetaan. Yliruka painottaa, että sosiaalityön kirjallisuus painottaa luonnostaan sosiaalityöntekijää työskentelemään ”kriittisesti ja vastuullisesti tiedostaen toimintakontekstin mahdollisuudet ja rajoitukset.” Itseohjautuvuus on myös luonnollista sosiaalityössä, sillä yksilöiden, työntekijöiden työn kautta sosiaalityö hahmottuu ja muotoutuu.

(Yliruka 2005, 129.) Yliruka esittää kehittämänsä Kuvastin -mallin itse- ja vertaisarvioinnista. Systemaattisessa arviointiprosessissa on mukana oman työn dokumentointia arvioinnin tueksi kehitetyt lomakkeet, yhteiset vertaisarviointikokoukset, sekä työn edistymisen seuranta ja vaikuttavuusoletuksien teko (mt., 130).

Systemaattinen itsearviointi on prosessi, joka läpikäytyinä on kehittymistyökalu, sekä koko toimintakenttää parhaimmillaan kuvaava työn kontekstuaalinen läpileikkaus. Sosiaalityön kiireisessä arjessa se on varmasti suhteellisen raskas, sekä aikaa vievä. Kuvastin- mallia tarkastelin ja viittaan lisää Ylirukan malliin tässä tutkielmassani myöhemminkin. Itse käytän Cooleyn (1983) ajatuksesta johdettua peiliminää ja sen kautta johdettua metafora- skeemoitusta teemahaastattelun tavanomaisten analysointitekniikoiden rinnalla.

## 4.2 Responsiivisen arvioinnin hyödyntäminen

Olen käyttänyt ohjeellisesti pro gradu- tutkielmassani hyväksi responsiivisen evaluoinnin tulkitsevaa ja vuorovaikutuksellista ideaa. Responsiivinen evaluointi kuuluu neljännen polven arviointiperheeseen, sen yhtenä vaihtoehtoisena, valittavana lähestymistapana. Neljännen sukupolven evaluointi on arvioinnin muoto, joka pyrkii vaikuttamaan muutokseen arvopohjaisesti ja ongelmaan ratkaisukykyisesti. Evaluointi on tiedon tuottamista, sillä ”tieto on valtaa” ja siksi evaluointi on voimaannuttava ja vaikutukseltaan voimakasta. Vuorovaikutuksessa evaluoinnin tekijän kanssa ovat asianosaiset, jotka ovat arvioinnista saatavan tiedon käyttäjiä. (Guba & Lincoln 1990, 50–53.)

Guba ja Lincoln esittelevät responsiivisen evaluoinnin arvioinnin työkaluksi, jota he täydentävät konstruktiiivisella paradigmalla; ”responsive constructivist evaluation”. Termi kuvastaa eri tavoin suunniteltavissa olevaa arviointia, joka on reagoivaa keskustelua asiakkaan ja evaluaattorin, arvioijan välillä. Konstruktiiivinen paradigma on Guban ja Lincolnin mielestä oikeutettua, koska he pyrkivät tuomaan esiin lähestymistavan hermeneuttisen sävyn, joka pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan arvioitavaa ilmiötä. (Mt., 38–39.)

Responsiivista evaluointia voidaan hyödyntää sekä konkreettisena tutkimusmenetelmänä että käytännöllisenä arviointimenetelmänä. Minulle responsiivinen evaluointi tuntui tutkimussuunnitelmaa tehdessäni ideatyökalulta, jolla lähestyä sosiaalityöntekijöiden suorittamaa itsearviointi- prosessia. Löytämäni näkökulman avulla suunnittelin teemahaastattelurunkoa. Toivoin

onnistuvani edesauttamaan kohdejoukkoani etsimään ”tutkivaa suhdetta todellisuuteen”, kuten Rauhala (2000, 1-2) asian ilmaisee. Hän jatkaa edelleen, että responsiivisessa arvioinnissa on kyse ”konstruktivistisesta neuvottelusta, keskustelusta jossa kysytään kenen määrittelemissä olosuhteissa toiminnasta neuvotellaan, kenen näkökulmasta toiminta on tehokasta, onnistunutta ja kenen määrittelemiä ovat arvioinnissa käytettävät kriteerit?” Nämä kysymykset olivat teemahaastattelurunkoni oleellisia asetelmapohjia. Voin siis pitää responsiivista evaluointia oikeutukseni olla mukana tutkittavan tapaukseni todellisuuden rakentumisessa, eli se vaikuttaa myös hermeneuttisen luonteensa vuoksi filosofiselta pohjaltaan analyysin rakentamiseeni.

Nyqvist (2006) referoi Guban ja Lincolnin (1990) hahmotteleman osallisten ja toimijoiden (stakeholders) käsityksiin pohjautuvan responsiivisen ja metodologialtaan konstruktivistisen arvioinnin. ”Heidän mukaansa arviointitutkimuksen kehitykselle on ollut tyypillistä siirtyminen verrattain ulkokohtaisesta ja objektiivisesta efektimittauksesta kohti osallistuvampaa, vuorovaikutuksellisempaa ja moniarvoisempaa arviointia”. Konstruktivistisen lähestymistavan mukaan on olemassa useita sosiaalisesti rakentuneita todellisuuksia, jotka ovat riippumattomia kausaalisuhteista. Guba ja Lincoln (1990, 86) esittävät niiden perustuvan yksilöiden hahmottamiin omiin kokemuksiin ja olevan luonteeltaan vuorovaikutuksellisia. Yksilön kokemusmaailma muotoutuu kontekstissään. Responsiivisuudella tarkoitetaan sitä, että arvioinnin piirissä olevat ”toimijat tuovat esiin vaatimuksensa”, vuorovaikutuksensa. Vuorovaikutuksessa toimijoiden kanssa toimiva evaluoija on kokemusten esiintuoja, joka kerää tietoja esimerkiksi haastatteluiden avulla.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Metodologiset valinnat ja tutkimustehtävä

Metodologista kaksijakoisuutta on kritisoitu (ks. Töttö 2000; 2004), sillä laadullisen ja määrällisen tutkimusotteen ominaisuudet eivät suinkaan ole kilpailevia, vaan toisiaan täydentäviä. Pelkästään ”kirjoitettua” tai numeraalista tutkimusta ei ole olemassa, vaan kummankin metodologian ominaisuuksia tarvitaan ja niillä on oma paikkansa sekä tärkeytensä tutkimusprosesseissa. Tutkimusongelman kysymysten ja niihin vastaavan tutkimusaineiston jakaminen kahteen eri luokkaan on kaikesta huolimatta kuitenkin järkevää. (Mt., 2000, 10; 2004, 9-10.) Töttö esittää edelleen kärkevän väitteen, että suomalainen sosiaalityön tutkimus on pääasiallisesti kuvailevaa miten - kysymysasettelua laadullisen tutkimuksen raamissa. ”Aikaansa seuraava sosiaalityöntekijä”, kuten Töttö (2004, 84–85) ilmaisee, on kiinnostunut enemmänkin merkityksistä ja kielestä kuin syistä ja seurauksista. Huomaan, että oma tutkimuskysymykseni on samansuuntainen.

#### Tutkimusasetelmani

Tutkimustehtäväni on etsiä kuvausta tapaustutkimukseni sosiaalityölle sen omassa sairaalaorganisaatiossa. Tutkimuskysymykseni ja sitä tarkentavat kysymykset ovat:

- Miten sosiaalityö pyydetään mukaan ja mielletään sairaalaorganisaation moniammatillisessa työyhteisössä?
  - Minkälaisia kokemuksia ja itsearvioita sosiaalityöntekijät antavat sosiaalityön arjestaan?
  - Miten he kuvaavat moniammatillista yhteistyötään ja sosiaalityön merkitystä ja asemaa sairaalaorganisaatiossa?

Johtava tutkimuskysymykseni on laatuaan kvalitatiivinen ja tutkimusotteeni on ymmärtävä ja kuvaileva.

”Deskriptivismiin mukaan teoriat eivät selitä ilmiötä, vaan pyrkivät kuvaamaan ne mahdollisimman yksinkertaisella tai taloudellisella tavalla. Tieteessä ei pyritä vastaamaan kysymyksiin miten? Tai miksi? Vaan kysymykseen miten?” (Niiniluoto 1997, 216).

Metodologisissa valinnoissani suuntaan tieteenfilosofiassa hermeneutiikkaan. En suuntautunut fenomenologiaan, koska koin, että minulta puuttuu filosofian painottama oma kokemuksellinen tulkinta. En edelleenkaan hae evidenssiä ilmiön taustoihin, olemassaolon perusteisiin. Olen suuntautunut sosiaalityöntekijöiden tuottaman itsearvion ja kokemukseron kautta lähelle arviointitutkimusta. Tulkintaan olen saanut tukea ja ideapohjaa hermeneutiikkaan pohjautuvasta responsiivisesta evaluoinnista, jolla on tutkiva suhde todellisuuteen. (ks. Guba & Lincolnin 1990.) Tutkimukseni on kiinnittynyt suhteelliseen todellisuuteen, haastateltujen tuottamiin käsityksiin työnsä asemasta ja merkityksestä, jotka eri henkilöt kokevat eri tavoin. Osa todellisuudesta konstruoidaan, rakentuu eri yksilöiden välillä samaan todellisuuteen. Jokainen haastateltu on kuitenkin oman kokemuksen aktiivi, kokemustaan käsittelevä subjekti. Tulkinnan kuvaamisessa tutkittavan ja tutkijan suhde on dialektista. (Metsämuuronen 2005, 201–202.) Hermeneuttinen tiedon intressi liittyy kulttuuri-ilmiöiden merkitysten ymmärtämiseen ja ihmisten välisen kommunikaation maailmaan sekä traditioiden välitykseen. (Niiniluoto 1997, 71).

Tutkittavan tapauksen todellisuus on todennäköisesti jollakin tavalla yhteneväistä moniammatillisen työyhteisön kanssa ja organisaation työkuultuurin kautta. Tämä on minulle ennako-oletus. Hermeneutiikassa tutkija ei voi koskaan vapautua ennakkoluuloistaan Moilasan ja Rähän mukaan, (2001, 50) vaan ennakkoluuloille korostuu rakentava merkitys. Ennakkoluulojen kautta tulkinnasta tulee vaillinaista, jonka takia niitä tulee tulkinnan edetessä korjata. ne ovat välttämättömiä tulkinnan prosessoinnille. Tulkinnat perustuvat aina esiyymmärrykseen tai oletuksiin ja eri intressit, oletukset suhteuttavat tutkittavat asiat eri tavoin.

Tutkimuksen kohteena olleeseen sairaalaorganisaatioon ja sen toimintaan minun ei ollut mahdollista osallistua esimerkiksi työntekijänä. Tutkimuseettisistä ja tutkimusaiheen rajauksesta johtuvista syistä en myöskään hankkinut haastatteluaineistoa organisaation muilta jäseniltä, kuten esimerkiksi hoitohenkilökunnalta tai potilailta. Etnograafinen tai instituution toimintakulttuurien tutkiminen osallistuvan havainnoinnin keinoin olisi ollut hedelmällinen lähestymistapa kuvata toiminnallisia käytäntöjä. Asetin tutkimuksen aktiiviseen keskiöön sosiaalityöntekijät, joilla on huomattavan suuri, monivuotinen, kokemuksentä työnsä jäsentymisestä moniammatillisessa organisaatiossa. Nostin arvokkaaksi heidän näkemyksensä, kokemukserontansa ja itsearviointinsa tutkimustapauksen kuvauksessa. Tutkimuksen optiona on uusia näkökulmia tarjoava prosessi, joka on toivon mukaan myös sairaalaorganisaation sosiaalityölle kehitysfunktio. (ref. Swantz 1997; vrt. Eskola & Suoranta 2005, 20- 22 ja 98 -103.)

Anneli Pohjola (1993, 262–263) toteaa, että tutkiva ammattikäytäntö on prosessi, joka pitää sosiaalityön liikkeessä. Tutkimuksellisen toiminnan ulottuvuuksiin liittyvät muun muassa tutkiva työn kehittäminen, työpäiväkirjat, yhteistyön toteutumisen tarkastelu, samoin kuin oman työn analyysi. Kysymys on siitä, miten olemassa olevaa ammattitietoa ”jäsennetään analyttisesti työssä oppimisen materiaaliksi ja työn uudistamiseksi” (mt., 285). Työntekijän suorittaman arvioinnin ajatuksena on arviointikäytännön liittäminen sosiaalityön arkeen. Kysymys ei ole niinkään työn onnistumisen mittaamisesta, vaan työprosessiin liittyvän palvelujärjestelmän luomista, pyrkimyksestä vastata asiakkaiden tarpeisiin kehittämällä palvelua, ymmärtäen sen kehittämistarpeet. (Jokiranta 1993, 304.) Tämä vastaa tutkimukseni tapausasetelmaan, haluan motivoitua edesauttamaan tapauksenani olevan sairaalaorganisaation palveluiden kehittämistä. En hae yleiskattavaa selitystä sairaalaorganisaatioiden sosiaalityön olemuksesta yhden tapauksen kautta. Eskola ja Suoranta (2005, 65) toteavat, että tapaustudkimus voi avata mahdollisuuksia yksityisyydessäänkin yleistyksen erittelyjen ja käsitteellistämisen kautta.

## **Tapaustutkimus**

Varsinaista yhtä suurta teoriaa en käytä, mutta pyrin saamaan teorian ja käsitteiden sekä empirian tukemaan toisiaan. Kuljetan niitä tulkinassa jonkin verran rinnakkain. Kvalitatiivisen tutkimusstrategian kentässä yhtenä muotona kokeellisen ja survey-tutkimuksen ohella on Hirsjärven (2005a, 125–126) mukaan tapaustudkimus. Strategisesti tarkoituksena on hakea yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta tai jollakin tavalla toisiinsa suhteessa olevasta pienestä joukosta. Pertti Järvisen ja Anneli Järvisen (2004, 75–82) metoditeoksessa tapaustudkimus eli case-tutkimus esitellään myös tutkimusprosessina kohti teorianmuodostusta muun muassa Kathleen M. Eisenhardtin (1989) kahdeksan tutkimusaskelen avulla. Eisenhardtin prosessissa on huomioitu toimintojen perustelut ja taloudellisuus sekä tehokkuus tutkimusvaiheiden kulussa. Esimerkiksi alkuvaiheen käsitteiden priorisointi ja hypoteesien poisjätto antaa tilaa teoreettiselle joustavuudelle. Tutkimuksen kulku on tällöin iduktiolla tutkimusaineistosta, datoista teoriaan. Teoria voidaan arvottaa, jolloin käsitteitä, viitekehyksiä ja väittämiä tarkastellaan niiden käyttötärpeen mukaan. Itse olen mieltynyt ajatukseen lähestyä tutkittavaa nimenomaan erilaisin tutkimustyökaluin, metodein, ei niinkään teorian testauksen ”hurmiossa”. (Järvinen & Järvinen 2004, 76–78.)

Tutkimusaineistosta nousee monenlaisia näkökulmia sen mukaan, minkälaisen tutkimuskysymyksen itselleen on asettanut. Hyödyllisenä olen pitänyt myös J. Barton Cunninghamin neljän intensiivimetodin artikkelia (1997) *Case study principles for different types of*

*cases*, jota olen hyödyntänyt aineiston analysoinnissa. Intensiivimetoodeilla tavoitellaan ”yhden henkilön, ryhmän tai organisaation tapahtumien ja käytäntöjen hyvin intensiivistä ymmärtämistä” (Cunningham 1997 ref. Järvinen & Järvinen 2004, 75). Tuloksina voi olla tapauksen ainutlaatuinen kuvaus, kooste kertomuksia, tapahtumien tulkintaa. Kuvaus on kuitenkin tulkintaa, osta voidaan kuvata yleisempää. Haettu tulkinta voidaan saavuttaa haastatteluilla, havainnoinnilla, kyselyillä ja arkistomateriaalilla ja niiden analyysimetoodeja Cunninghamin mukaan ovat narratiivi, taulukointi eli tapahtumien ja kokemusten laskeminen, ”selittävä case” tai ”tulkitseva case”. Näistä mielenkiintoinen on narratiivimethodi, jossa kootaan yhteen kertomuksia ja kokemuksia tapahtuneesta. Samaa kohdetta voidaan tarkastella eri näkökulmilla, mutta oleellista on miten tutkija asiaa tarkastelee. (Mt., 75–76.)

Tutkimusotteeni on siis kuvaileva ja tulkitseva. Tämä on hyvä tapa lähestyä aineistoani, sillä tapauksen ymmärtämiseksi ja kuvaamiseksi tutkimus oli samalla minulle itselleni oppimisprosessi. (Eskola 2001, 137–138.) Metsämuuronen (2005, 206) ottaa esille Robert E. Stake'n ajatuksen, että tapaustutkimus on kyseisestä tapauksesta oppimista. Suuntauksena on optimoida tapauksen ymmärtäminen, enemmän kuin sen yleistettävyyttä. Tosin tutkija etsii tapauksesta myös sitä, mikä on yleistä, mikä erityistä. Stake'n pitääkin tapaustutkimusta ”pienellä askeleella kohti yleistämistä”, mutta tämä ei saa olla ymmärtämisen edellä. (Stake 2000, 236–238.)

Tapaustutkimus mahdollistaa tarvittaessa myös monistrategisen aineiston, mutta ensisijaisena tutkimusmenetelmänä käytän kvalitatiivista teemahaastattelua. Täydennän teemahaastatteluaineiston tulkintaa organisaation tuottamalla kirjallisella esite- ja tekstiaineistolla kuten sähköisillä kotisivuesittelyillä ja strategia- ja toimintaorganisaatiomateriaaleilla. Tapaustutkimus ei ole minulle pelkkä menetelmä, vaan lähestymistapa tutkittavaan kohteeseen. (Saarela- Kinnunen & Eskola 2001, 159.) Perinteisen jaon kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen tutkimukseen laajentaa Robson, joka jakaa tutkimusstrategiat kolmeen ryhmään; kokeet, survey-tutkimus ja tapaustutkimus. Hänen mukaansa tapaustutkimus tuottaa ”yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevista tapauksista” (Robson 1995,40 ref. Hirsjärvi 2005a, 125 ).

Yin (1987, 13- 17) esittää tapaustutkimuksen (case study research) empiiriseksi tutkimukseksi, jossa on monipuolista ja monin eri tavoin hankittuja tietoja, joiden avulla pystytään tutkimaan nykyistä tapahtumaa tai toimivaa ihmistä tietyssä ympäristössään. Tarkoituksena on tutkia, kuvata ja selittää tapaus kuka, mitä, missä, miten ja miksi kysymyksiä avulla. Hänen tapaustutkimuksensa

moniaineistollinen perspektiivi on kiinnostava ja haasteellinen. Koen, että tutkittaessa sosiaalityöntekijää (vrt. toimiva ihminen) työorganisaatiossaan (vrt. ympäristö ja nykyisyys) liikumme tapaustutkimuksen mahdollistavalla tutkimuskentällä. En ota kohteekseni kahta tai useampaa sairaalaorganisaation sosiaalityöntekijäryhmää, taikka sairaalaorganisaatiota.

Tapausta ei voi tulkita irrallisena, vaan sairaalan sosiaalityön ominaispiirteitä tutkiessa tulkinta edellyttää huomioimaan myös tapauksen suhteen ympäröivään organisaatioon, eli kontekstiin, joita ovat muun muassa moniammatillinen työtiimi, sekä sosiaalityön ammatillinen asiantuntijuus. Käytän tutkielmassani hyväksi tapaustutkimuksen strategiaa ottaa kohteeksi spesifi yksittäinen kohde, jolla on suhde ympäröivään todellisuuteensa ja tämän jälkeen kuvata valittu ilmiö.

## 5.2 Tutkimusaineistot

Tapaustutkimukselle on ominaista tutkia tapausta monen eri aineiston- ja analyysin avulla, sitä luonnehditaan monisyiseksi. Tapauksesta pyritään saamaan aikaiseksi kokonaisuus. Sitä on kritisoitu kurinalaisuudesta monialaisen aineiston keruun ja joustavuuden vuoksi. Tästä syystä onkin tarpeen kuvata ja perustella hyvin myös tutkimusvaiheet, prosessi. (Eskola & Suoranta 2005, 159–162.)

Tutkimukseni on kvalitatiivinen tapaustutkimus, jonka empiria perustuu puolistrukturoituun teemahaastatteluaineistoon sekä keräämääni kirjallisiin tekstidokumentteihin. Aineistoni on monistrateginen. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 28). Analysointitapani haastatteluaineistoon ovat teemoittelu eli tematisointi, tyypittely sekä metafora. Kirjalliseen tekstiaineistoon käytän hyväksi viitteellisesti sisällön analyysiä. Pyrin kuvaamaan tutkimuksen kohteena olevan tapauksen kautta sitä todellisuutta mitä haastatellut sosiaalityöntekijät kertovat sosiaalityön paikasta ja asemasta sairaalaorganisaatiossaan.

Olen lähestynyt haastatteluaineistoa ja tutkimusprosessia responsiivisen evaluoinnin näkökulmaa hyväksikäyttäen. Tämä näkökulma korostuu myös tutkielman valmistuttua, jolloin jatkan vuorovaikutusta tutkittavan kohteen kanssa. Esittelen tutkielmani sosiaalityöntekijöille ja halukkaalle joukolle sairaalaorganisaation henkilöstöä ja johtoa, jolloin tutkielmani toivon mukaan saa organisaatiota kehittävänsä funktion. Olen lupautunut tarvittaessa myös esittämään työni kirjallisena artikkelina sisäisessä tiedotelehdessä. Tarkoitukseni on tuottaa tietoa, joka on



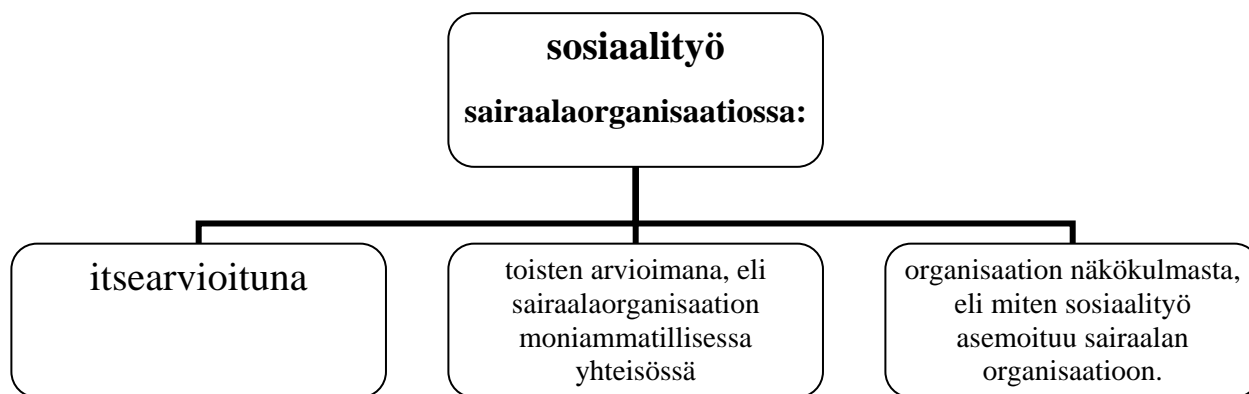
tapaustutkimuksen sosiaalityöntekijöiden ja heidän moniammatillisen työyhteisönsä työtoimintojen ja työarjen kehittämisessä hyödynnettävissä.

### **Teemahaastattelu**

Haastattelin tutkimuskohteeni sairaalaorganisaatiosta kymmenen sosiaalityöntekijää. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirillä oli haastatteluaineiston keräämisen aikaan, kesällä 2006, yksitoista sosiaalityöntekijää, mutta yksi sosiaalityöntekijöistä ei osallistunut tutkimukseeni poissaolonsa vuoksi. En suorittanut varsinaista koehaastattelutilannetta, mutta Terveysosiaalityöntekijät ry:n puheenjohtajaa Eila Sundman (HUS/ Meilahden sairaala) ja varapuheenjohtaja, tiedottaja Pirjo Havukainen (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri/ TAYS) kommentoivat haastattelurunkoa. Kummallakin heistä on pitkän linjan kokemus terveydenhuollon sosiaalityöstä ja aktiivinen rooli ammattiryhmänsä professionaalisuutta eteenpäin kuljettajina. Tästä syystä pidin heidän kommenttejaan arvokkaina ja muokkasinkin teemahaastattelurunkoa heiltä saatujen korjaus- ja täydennysehdotuksien mukaisesti. Haastattelurungon suunnitteluun vaikutti siis läpikäymäni teoriapohja sekä ammattilaisten kommentit, jotka jäsensin kolmeksi teemaksi ja kysymyksiksi, joiden avulla keskustelin haastateltavien kanssa asetetusta teema-alueesta.

Minulle myönnettiin varsinainen tutkimuslupa toukokuusta 2006 huhtikuulle 2007 ja jatkoaika joulukuun loppuun 2007. Tuona aikana minä en ollut työ- eikä harjoittelusuhteessa sairaanhoitopiiriin, mutta minulla oli lupa kerätä tarvittava aineisto pro gradu- tutkielmaani varten. Aineistoni ei saanut sisältää potilastietoja. Sosiaalityöntekijöillä oli lupa käyttää teemahaastatteluihin ja muihin tiedoksiantoihin sekä tutkimustapaamisiin työaikaansa. Tutkimusaikatauluni venyi suunnitellusta, alkuperäisestä noin puolella vuodella. Tutkielman teon aikaan minulle avautui mahdollisuus suorittaa hallintotieteen ja johtamistaidon opintoja, jotka viivästyttivät, mutta toisaalta myös tukivat pro gradun valmistumista.

Olin esittelemässä 19.5.2006 Kanta-Hämeen keskussairaalan sosiaalityöntekijöille tutkielmaani heidän tiimipalaverissaan. Sosiaalityöntekijöiden informoiminen tutkimuksesta ja tätä kautta heidän motivoimisensa haastatteluihin oli tärkeää. Sain samalla kuulla heidän ajatuksiaan ja ideoitaan pro gradu- työtäni varten. Tilaisuudessa jaoin heille tiedotteen, joka oli samalla kutsu haastatteluun (liite 2). Tässä tiedotteessa annoin heille tiedoksi kolme pääteemaani, joita käytin teemahaastatteluissa.



**KUVIO 1: Annetut haastattelun teema- alueet**

Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastateltavat eivät saa ennen haastattelua tietoonsa tarkkoja kysymyslistoja, vaan aihealueet eli teemat. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa voidaan haluttaessa edetä ilman tarkkoja kysymysjärjestyksiä ja – muotoja. Siinä ei kuitenkaan ole tarkoitus mennä täysin avoimeen haastatteluun, kuten esimerkiksi syvähaastattelussa. (Sajavaara 2005, 48; Hirsjärvi 2005b 197; Eskola & Suoranta 2005, 86.) Toivoin, että haastattelutilanteesta tulee keskustelutilanne jokaisen haastateltavan omien käsitysten ja kokemusten mukaisesti. Tästä syystä esitin haastattelutilanteessa toiveen, että haastatellut eivät keskustelisi haastattelun sisällöstä niiden kanssa, jotka eivät vielä olleet tulleet haastatelluiksi.

Pidin mielekkäänä haastatella sosiaalityöntekijöitä suunnilleen saman aikajakson aikana, jolloin heidän työorganisaatiossaan vallitsisi mahdollisimman samankaltaiset olosuhteet. Haastattelin heidät kesäkuusta elokuuhun 2006 aikana. Haastattelut toteutin nauhoittamalla C-kasetille, haastattelua varten rauhoitetuissa olosuhteissa, sairaalan työhuoneissa. Yhden haastattelun kohdalla käytin paikallisen kirjaston tutkijan huonetta.

Käytin haastattelussa sekä suoria kysymyksiä, joissa haastateltava kertoi esimerkiksi oman työpäivänsä kulkua. Lisäksi kysyin epäsuorasti haastateltavilta esimerkiksi miten heidän mielestään moniammatillinen työyhteisö tietää ja tunnistaa sosiaalityössä käytettäviä menetelmiä. Haastattelun lopuksi annoin jokaiselle sosiaalityöntekijälle myös mielikuva- eli assosiaatiokysymyksen sosiaalityön kuvaamisesta. (ks. Heikkilä 2004, 17)

Kuuntelin ensin kaikki teemahaastattelut muutaman kerran tehden niistä muistiinpanoja sekä vastaajakohtaisesti teemoitellen, että eri haastatteluista esiin tulevia mielenkiintoisia poikkeamia eli

tyypittelyn ääripäitä varten. Litteroin haastattelut sanasta sanaan, käyttäen mukana keskusteluanalyysin joitakin merkkejä saadakseni puheen ”pysymään autenttisenä sävyltään” myös paperilla. Halusin tietää vielä paperilla haastatteluja tarkastellessani, että mikä kohta oli ollut vaikea, missä haastattelun kohtaa oli huokaistu, naurettu, tauotettu, jätetty lause tai sana kesken. Varsinaiseen haastattelusitaattiversioon jätin nämä koodaukset pois. Koodauksissa käytin hyväksi sekä Silvermannin (1993) puheen lajeja, että Tainion (1998) toimittamaa keskusteluanalyysin perusteista. Luin litteroidut puheet, lisäämällä niihin edelleen samankaltaisia muistiinpanoja kuin yllä mainitsin. Käytin tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmaa avuksi ja sen kommentti-liitännä- ja värikorostusmahdollisuuksia. Lukiessani tarkastelin aineistosta yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia sekä vertasin aiempaan lukemaani teoriapohjaan yllättäviä vastauksia. Lukuisien lukukertojen jälkeen aloitin varsinaisen teemoittelun ja tyypittelyn. (ks. Eskola & Suoranta 2005, 149 –162; ks. Silverman 1993, 115-143; ks. Tainio 1998..)

Sitaatteja olen muovannut tähän raporttiin siten, että olen jättänyt pois turhia täytesanoja, sekä sisällön kannalta turhien lauseita tai lauseosia. Täytesanojen puuttuminen tai lauseen alkaminen ja jatkuminen keskeneräisenä on ilmoitettu sitaatissa kolmella pisteellä ”...” ja lauseiden puuttuminen sitaatin sisällä on ilmoitettu kahdella viivalla suluissa (--). Sitaattia on tiivistetty jättämällä pois sanan kertauksia. Vaillinaiseksi jääneitä sanoja on täydennetty: ”niinku” on kirjoitettu muotoonsa ”niin kuin”.

### **Kirjalliset dokumentit ja havainnointi**

Käytän lisäaineistona tutkimuskohteenani olevan sairaalanorganisaation kirjallisia tekstidokumentteja, lähinnä esitteitä ja työpapereita, joissa on kuvattu sairaalan sosiaalityötä. Näiden dokumenttien tulee olla perspektiiviltään samankaltaisia tutkimuksen teemahaastatteluaineiston kanssa. Huomioitavan aineiston tulee lähestyä sosiaalityötä itsearvioinnin kautta. Tekstiä sosiaalityöstä, sen kuvausta ja esittelyä on muun muassa sairaanhoitopiirin web-sivuilla.

Ulkoisella viestinnällä on sairaalaorganisaatiossa seuraavat tehtävät: ”tietoisuuden lisääminen sidosryhmissä, terveydenhuollon organisaation palveluista kertominen, tietotarpeeseen vastaaminen, kohderyhmän mukaisen tiedon tuottaminen, positiivisen mielikuvan vahvistamiseen/syntymiseen vaikuttaminen, käytännön toimenpiteiden suunnitteleminen” (Nordman 2002, 124). ”Väestöllä on oikeus saada tietoa sairaalan tarjoamista palveluista ja niiden saatavuudesta. Tietoisuus lisää myös luottamusta palveluiden laatuun.” (Nordman 2002, 124.)

### 5.3 Tutkimusaineistojen analysointi ja tulosten pätevyys

Tapaustutkimuksessa perustelujen saaminen tuloksille on tärkeää ja tästä syytä tutkimusprosessin kuvaaminen lisää luottamusta ja tulosten pätevyyttä. Yin ehdottaa tutkijalle ”pelaamista aineiston kanssa”, jolla hän tarkoittaa erilaisten luokitusten, koodauksien ja aineiston järjestelemisen kokeilemistä. Aineistoa kannattaa hänen mielestään myös järjestää numeraalisesti, taulukoida ja kokeilla tilastollisia rakenteita. (1987, 119.) Aineiston kanssa pelaaminen avaa tutkijalle uusia näkökulmia ja syvyyttä tulkintaan.

Litteroinnin suoritin purkamalla nauhoitteet tietokoneella tekstitiedostoiksi, jokaisen haastattelun omakseen, jolloin jatkotyöskentelyyn oli teknisesti hyvät mahdollisuudet. Teemahaastattelun analysoinnissa selvitän vastaavatko asettamani tutkimuskysymykset tematisointiani, mitä teemoja haastatteluaineistosta nousee vahvasti, mitä jää ”rivien väliin” hiljaiseksi tiedoksi, mitä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia teemoissa on? (ks. Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Puhtaaksikirjoitin eli litteroin teemahaastattelut parin kuukauden aikavälillä haastattelujen jälkeen. Tätä ennen olin kuunnellut ääninauhoja ja tehnyt niistä muistiinpanoja. Päätin käyttää litteroinnissa keskusteluanalyysin merkistöä saadakseni haastateltujen puheen sävyt esiin analysointiani varten. Aineisto yllätti minut runsaudellaan ja puhtaaksikirjoitusvaihe oli kieltämättä työläs. Sain kymmenestä haastattelusta 147 sivua litteroitua tekstiä rivivälillä yksi. Annoin haastateltaville luettavaksi jokaisen oman puhtaaksikirjoitetun puheen. Tämä sen vuoksi, että olin lupautunut tutkimuseettisistä syistä antamaan haastattelun nähtäväksi ennen sen analysointia ja samalla tämä mahdollisti haastateltavien lisäkommentoinnin. Monikaan ei kuitenkaan lisäkommentoanut varsinaista haastattelun sisältöä. Sitä vastoin sain kolmelta haastatellulta kommentteja heidän oman puheensa puutteesta. Puhtaaksikirjoitus sanasta sanaan ja lisämerkein esiin laitettut katkenneet sanat ja lauseet sekä erilaiset äännähdykset antoivat haastateltaville, heidän omasta mielestään, opetuksen oman puheen selkeydestä ja johdonmukaisuudesta tai pikemminkin sen puutteesta.

Aineiston litteroinnin yhteydessä annoin arpomalla jokaiselle haastatelluille tunnisteeksi kirjaimen. Tunnisteena käytin aakkosien ensimmäistä kymmentä kirjainta A – J. Ajatukseni oli käyttää näitä uusia tunnisteita aineiston esittelyn sitaateissa. Aineistoa analysoidessani huomasin, että haastateltujen kielen ja ilmaisujen käyttö, työ- ja vastualueet sekä työkokemus näytti mahdollistavan tunnistettavuuden, mikäli keräsi tunnisteiden avulla eri sitaatteja yhteen. Olen sitoutunut haastatelluille pitämään heidät anonyymeinä henkilöinä ja koska tutkielmani on

tapaustutkimus ja sairaalaorganisaation nimi on tiedossa, päädyin ratkaisuun olla käyttämättä tunnisteita sitaattien yhteydessä. Tutkielmaraportin ja analyysin esittämisen kannalta en kokenut erityisen tarpeelliseksi, että sitaattien osalta lukija seuraa sitaattien kertymiä.

Tutkimusprosessini analyysivalinnat muuttivat pariin kertaan ennen varsinaista työskentelyäni aineiston kanssa. Olin kiintynyt sisällönanalyysiin. Olin kuunnellut haastattelunauhoja ja lukenut puhtaaksikirjoitettuja haastatteluja laskien niistä jopa kevyitä frekvenssijakaumia muistiinpanoina ja hahmotellen tyypittelyn kautta pääluokituksia. Alasuutari (2001, 121) pysäytti ajattelemaan analysoinnin antia ja vastauksellisuutta, sillä hän toteaa että kulttuurisessa jäsentymisessä ”ei ole kyse tekstin jäsentämisestä eri luokkiin, vaan tekstin merkitysrakenteiden tutkimisesta”

Tutkimuksen tarkoituksena voi olla jonkin todellisuuden osan kuvaaminen tai kuvaamisen lisäksi myös sen selittäminen miksi jokin on sellainen kuin on. Arvioiva tutkimus tähtää selventämään miten jonkin asian tulisi olla. Tutkimuksen tarkoituksena voi olla myös teorian kehittäminen. (Kyrö 2004, 36–37.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi on perinteisesti ollut deskriptiivistä, eli kuvailevaa. Kuvailu ei ole kuitenkaan tulkintaa, vaikka se on edellytys tutkimusalueen hahmottumiseen ja jäsentymiseen. Litteroimani haastatteluaineisto oli laaja, joten se vaati ensimmäisenä analysointia ajatellen tiivistämistä. Käytin hyväksi perinteisiä teemahaastatteluaineiston käsittelymenetelmiä, eli etsin litteroidusta aineistosta teemoja. Samankaltaisia kommentteja ja lausemia oli pitkin yksittäisiä haastatteluja, joista kokosin ne teemoittelun eli tematisoinnin avulla. (Eskola 2001, 143). Aineistoa jäsentäessäni huomasin, että haastattelussa käytetyt teemat eivät olleet kaikilta osin samoja kuin haastattelurungossa käytetyt. Aineiston jäsentämisessä tuli esille esimerkiksi haastateltavien painotuksia, joita värittivät heidän kokemuksensa.

Mitä kaikkea tutkin, mitä tulen kuvaamaan? Tämä oli kysymys, joka nousi minulle litteroidusta aineistosta. Teemahaastattelusta saatu aineistoni oli niin laaja, 147 sivua, että sen jäsentyminen vaati analysointitekniikalta erityisesti jäsentymistä ja rajaamista. Perinteisesti laadullisesta aineistosta on etsitty samankaltaisuuksia, kun uudempi suuntaus on aineiston moninaisuuteen ja eroihin. Analyysistä tulee tällöin tarkempaa ja induktiivisempaa. (Eskola & Suoranta 2005, 139.)

Minulla ei ollut käytössäni erillisiä analysointiohjelmiä, vaan käytin hyväksi tavallista tekstinkäsittelyohjelmaa. Laadullinen aineisto vaatii tutkijalta monipuolista aineiston vertailua, luokittelua ja tulkintaa. Aineistomassaa pyritään ensin jäsentämään, koodaamaan arkielämän käsitteistöllä tai abstrakteilla teoreettisilla koodeilla. Aineisto luokitellaan koodeiksi, luokiksi, jotka

on voitu valita jo valmiiksi tai aineiston koodaamisen aikana aineiston antamien vihjeiden perusteella. ”Luokittelun sijaan voidaan puhua myös tyypittelystä, jossa aineisto ryhmitellään etsimällä samankaltaisuutta ryhmän sisällä. Tiettyyn ryhmään, esimerkiksi ihmistyyppiin, kerätään ominaisuuksia, jotka näyttäisivät kuuluvan yhteen.” (Rantala 2001, 92). Tyypittelyn voi aloittaa myös teema-alueista, jolloin teemat ovat laajoja ja tiettyihin teemoihin kuuluvat tekstit koodataan laajoihin luokkiin, jotka koodataan sitten pienemmiksi tai toisiksi toisilla ominaisuuksilla. Koodaus on pohjana tekstin syvemmälle vertailulle. Toisena vaiheena on tarkempien vertailujen tekeminen eri luokkien välillä. Vertailussa tekstejä tai tekstin osia analysoidaan niiden ominaisuuksien tai ulottuvuuksien havaitsemiseksi. Kolmas vaihe on luokitusten, tyyppien ja käsitteiden lopullinen määrittäminen vertailujen pohjalta. Tyypittelystä on kysymys aineiston ryhmittelystä, ryhmiksi samankaltaisia tarinoita, kuvauksia. Uudet määritykset ovat syntyvän tai uudelleen muotoiltavan teorian kulmakiviä. Ne kuvaavat aineistoa mielenkiintoisesti, mutta taloudellisesti verrattuna aineiston runsaaseen alkumassaan. Niihin voidaan tiivistää tutkimuksen keskeiset tulokset. Tyypittelyä voi johtaa edelleen yleiseen tyypittelyyn, jonka kautta voidaan kuvata tutkimustuloksena esimerkiksi tavanomainen tilannekulku tai työntekijä. (Rantala 2001, 93; Eskola & Suoranta 2005, 181.) Hirsjärven ja Hurmeen (2004, 175) mukaan haastattelun tyypittelystä pyritään tekemään kaksi tai useampi tyyppi keskeisten seikkojen mukaan, kun ääriyhmätarkastelussa muodostuu kaksi tai useampi, toisilleen vastakkaista ryhmää yhden tietyn keskeisen seikan tai joidenkin seikkojen yhdistelmän suhteen.

Tein tekstinkäsittelyllä eri tiedostot ensin haastatelluille, sitten kysymyskohdille, sitten valmiille teemoille, joista edelleen jatkoin rikkomalla teemarajat ja teemoitin uudelleen muistiinpanojen ja kommenttien avulla. Tämän jälkeen käytin hyväksi ääripäitä, etsin merkittäviä ominaisuuksia jonkin verran myös laskemalla ja sain ryhmiteltyä myös samankaltaisuuksia. Haastatteluaineistosta syntyi teemaryhmiä ja tyyppejä. Haastattelurungon viimeisen assosioivan mielikuvakysymyksen kohdalla käytin metaforaa. Hirsjärven ja Hurmeen (2004, 179–180) mielestä metafora on analyysikeino, jolla voidaan saada tietoa tiiviimpään ja käsiteltävämpään muotoon. Niiden avulla voidaan löytää piilomerkityksiä. Teemoittelulla, tyypittelyllä sekä edelleen yhteyksien tarkastelulla ääripareiksi ja – ryhmiksi sekä metaforalla tein haastatteluista analyysin, joka näkyy empirialuvuissa 6, 7 ja 8.

### **Sisällönanalyysi.**

Keräämäni kirjallista tekstidokumenttiaineistoa työstin sisällönanalyysia hyödyntäen. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi perusmenetelmistä on sisällönanalyysi ja se antaa mahdollisuuden

työskennellä aineiston kanssa systemaattisesti ja objektiivisesti. Aineistosta saadaan selkeitä havaintoja. Sisällönanalyysi on sekä tulkintaa että havaintoja aineistosta. Tutkimuksen tehtävä ohjaa analysointiin nostettavia pelkistyskäsitteitä aineistomassasta. Aineiston analysointia voi ohjata myös täysin teorialähtöisesti, mutta itse koin järkevämmäksi olla aineistolähtöinen sekä tukeutua tutkielman teoreettiseen viitekehykseen, eli työskennellä teoriaohjautuvasti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105 -111.) Grönfors (1982, 36) esittää, että täysin induktiivinen päättely on mahdotonta. Hän toteaa, että tutkijalla on oltava ennakkokäsityksiä ja olettamuksia tutkittavasta ilmiöstään, jotta hän ei ajautuisi vain kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä ja sen yhteyksiä. Jo tutkittavan ilmiön kuvaaminenkin tarvitsee ennako- oletuksia ja valikointia.

Strategian järjestelmällisyydestä todistavat Grönforsin kirjoitukset (1982, 160): ”Sisällönanalyysia on yleisimmin käytetty sanomalehtitekstien analysointiin”. Menetelmän tekniikasta hän jatkaa seuraavasti: ”...vertaamalla esimerkiksi sanojen, fraasien tai asioiden esiintymistiheyttä, käytettyä palstatilaa yms.” Hän toteaa sisällönanalyysin olevan ”tapa tarkastella vain tutkimusaineistoa, ei käyttäytymistä” (mt., 161). Johtopäätöksiä ei tulisi tehdä yksinomaan sisällönanalyysin varassa, vaan poimittua, pilkottua ja uudelleen järjestettyä aineistoa tulisi tarkastella myös kontekstia analysoiden. Analyysi kohdistuu aineistoon, ei käyttäytymiseen, jolloin toimivuuden takia strategiaan tulee liittää tutkijan järjellinen pohdinta. (Mt., 161.) Laadullisen sisällönanalyysin tulkinta ei synny mittauksien tai tiukan normiston avulla, mutta analysointi tarvitsee silti yksikön; tekstiaineistossa esimerkiksi sana, rivi, kappale, ajatus- tai tekstikokonaisuus. (Toivonen 1999,125.)

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 109–116) ohjeistavat aineiston pelkistyksen jälkeen aineiston ryhmittelyyn. Aineisto on ensin paloittelu, ryhmitelty pienempiin osiin, käsitteellistetty ja lopuksi se tulee järjestää uudelleen, uudeksi kokonaisuudeksi. Haastattelulausuntojen yhtäläisyydet ja samaa asiaa ilmaisevat haastatteluilmaisut ryhmitellään luokiksi. Näitä alaluokkia yhdistämällä saadaan edelleen yläluokkia. Yläluokkia voidaan edelleen tiivistää pääluokiksi aina koko aineistoa kattavaksi, yhdistäväksi luokaksi. Liian tiukka luokittelu sulkee kuitenkin osan informaatiota pois käytöstä yleistyksien alla, joten tästä syystä en lähtenyt vetämään liian tiukkaa ryhmittelyä. Eskola ja Suoranta (2005, 154–159) puhuvat aineiston koodaamisesta sen ryhmittelyn sijaan. Aineistoa käsitellään kuitenkin jäsentävästi antaen riittävästi koodeja, jotta sen sisältö ei kärsisi. Koodeihin merkitään niiden lähtöpohja, esimerkiksi haastateltava tai lausuman konteksti. Tässä tutkielmassa käytän nimitystä luokittelu, koska koin ryhmittelyä tehdessäni hakevani samankaltaisuuksille omaa paikkaa, luokkaa. Otin aineiston jäsentämiseen mukaan koodit eli merkitsin ensin vastauksia

ryhmitellessäni niille haastateltavan koodikirjaimen sekä teema-alueen ja kysymyskoodin. Näin sain vertailtua missä kohtaa haastattelua tietynlaiset vastaukset tulivat tai mikä haastattelurungon teema-alue oli ollut vastausmateriaaliltaan laajempi kuin muut.

### **Tutkielman anti ja tuloksien tuleva hyödyntäminen**

Cunninghamilla (1997) on neljä intensiivimetodia yhden henkilön, ryhmän tai organisaation tapahtumien ja käytäntöjen ymmärtämiseen. Tuloksena voi olla ainutlaatuinen, mutta kuitenkin tyypillinen kokemusten ja tapahtumien kuvaus tai tulkinta, joka taas vastaavasti voi olla perustana tai alkuna uudelle teorian muodostukselle. Tapausta voi käsitellä narratiivin, taulukoinnin, selittävän ja tulkitsevan tapauksen menetelmin. Tutkielmassani koen käyttäväni selittävää case-metodia, jossa tutkija on ikään kuin toimittaja, joka kirjaa löytyneitä tosiasioita eli haastateltujen itsearvioita ja kokemuksia. Tutkija laatii kertomuksen, jossa hän kuvaa ja antaa yksityiskohtaisempaa tietoa syistä ja yksityiskohdista. Tarkoituksena on tuottaa informaatiota, joka tukea selityksille. (Cunningham 1997 ref. Järvinen & Järvinen 2004, 75–76.) En tule tekemään narratiivia, mutta olen kiinnostunut luomaan metafora- skeemoittelua, joka on yksi mallinnus (vrt. skeema). Tätä metodia en esittele tässä vaan empiria kappaleen yhteydessä. Tuloksen tulen esittelemään kuviona.

Kuvaan tutkimusprosessini mahdollisimman tarkasti, kuten jo yllä olevan analyysivalinnan ja toivon, että se olisi riittävä tutkimuksen toistettavuuden ja tulkinnan seurannan edellytykseksi.. Tämä on yksi edellytys tuloksien uskottavuudelle. Tutkimukseni pätevyys on sidottuna myös metodologisiin valintoihin, jotka omasta mielestäni ovat kattavat. Tapaustutkimusta on luonnehdittu heikoksi, ei metodologiseen kenttään kuuluvaksi, vaan pikemminkin tutkimuksen luonnolliseksi osaksi. Tuen metodologisessa, tutkimukseni viitekehyspohjassani eri valintoja toisiinsa. Toivon, että pro graduni on sosiaalityöntekijöiden kokemustietoa ja uusia näkökulmia avartava ja osaltaan avuksi sairaalaorganisaation kehittämistyölle. Toivon myös, että pro graduni ei jää ainoaksi tutkielmakirjoitukseksi Kanta-Hämeen keskussairaalaan, vaan olisi lähtölaukaus uusille ja vaativamman tason tutkimuksille.



## 6 SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN TYÖN ARKI MONIAMMATILLISESSA TYÖYHTEISÖSSÄ

### 6.1 KOKENEITA ASIAANTUNTIJOITA – ”selvät näkymät miten tästä edetään!”

Teemahaastatteluaineiston keräämisen aikaan, kesällä 2006 Kanta- Hämeen keskussairaalassa Hämeenlinnassa työskenteli sosiaalipalveluissa kahdeksan sosiaalityöntekijää ja Riihimäen sairaalassa kolme sosiaalityöntekijää. Teemahaastatteluihin osallistui näistä kymmenen sosiaalityöntekijää, eli kaikki yhtä lukuun ottamatta. Työsuhteiden pituus vaihteli haastatelluilla kahdesta kuukaudesta 33 työvuoteen. Kahdella sosiaalityöntekijällä oli tuore työsuhte organisaatioon eli alle vuosi. Kolmella työntekijällä työkokemus organisaatiossa oli suhteellisen pitkä, neljästä vuodesta kymmeneen vuoteen ja jopa puolella sosiaalityöntekijöistä keskimäärin kaksikymmentä vuotta, tarkkaan sanottuna 17 vuodesta aina 33 vuoteen. Kaikki organisaation sosiaalityöntekijät olivat naisia ja vain kahdella haastatteluun osallistuneella ei ollut nykyistä työsuhdetta edeltäneessä työhistoriassa työkokemusta jostakin toisesta terveydenhuollon organisaatiosta. Nämä työkokemukset eivät välttämättä olleet sosiaalityöntekijän tehtävistä.

Haastatellut sosiaalityöntekijät olivat kaikki yhtä lukuun ottamatta päteviä, eli heillä oli kelpoisuusvaatimukset täyttävä ylempi korkeakoulukoulutus (vrt. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 2005 / 272). Yksi haastatelluista, sosiaalityöntekijän sijainen, opiskeli parhaillaan ylempää korkeakoulututkintoa, mutta hänellä oli entuudestaan sosiaalialan opistotason koulutus ja suhteellisen pitkä, monivuotinen työhistoria eri sijaisuuksista Kanta-Hämeen keskussairaalan sosiaalityössä. Puolet vastanneista eli viisi sosiaalityöntekijää kertoi hankkineensa lisä- ja erikoistumiskoulutusta muun muassa terapiakoulutusta, perheterapiasta ja arvioinnista. Pidän esitetyn perusteella haastateltuja sosiaalityöntekijöitä huomattavan kokeneina ja koulutettuina työhönsä. Huomattavaa on myös työsuhteuskollisuus organisaatioon, sillä seitsemän vastanneista oli ollut organisaation palveluksessa yli kuusi vuotta.

Sosiaalityöntekijät kokivat työnsä haasteelliseksi ja monipuoliseksi, sillä ”*jokainen työpäivä on erilainen*”. Kiire kuului erityisesti Riihimäen sairaalan sosiaalityöntekijöiden päivän kulkuun, sillä he kaikki kertoivat työpäivän kuvauksissaan, että ”*töitä jää kesken edelliseltä päivältä*”. Yhtenevää jokaisen Riihimäen yksikön sosiaalityöntekijän työpäivän kuvauksissa oli myös, että he tekevät toimistotehtäviä. Näitä kuvauksia ja työtehtäviä ei maininnut kukaan Hämeenlinnan yksiköstä,

mutta heillä on sosiaalipalveluissa käytettävissään toimistotyöntekijä. Jokainen Riihimäen sosiaalityöntekijä kertoi kirjoittavansa ja tilastoivansa potilastietoja päivittäin. Lisäksi he postittivat, monistivat ja hoitivat itse arkistokäyntejään. Riihimäen sosiaalityöntekijät erosivat myös sillä tavoin, että heistä jokainen kertoi suunnittelevansa työpäivänsä aikataulullista sisältöä ja töiden suoritusjärjestyksiä. Tämä täydentää vastaustauksia heidän työpäivänsä kiire-argumentoinnista.

Jokaisella sosiaalityöntekijällä oli nimetyt vastuuosastot ja poliklinikat. Neljällä Hämeenlinnan yksikön ja yhdellä Riihimäen yksikön sosiaalityöntekijällä oli vastuualueet psykiatrisesta tutkimuksesta ja hoidosta ja lopuilla viidellä sosiaalityöntekijällä somaattisesta. Somaattinen ja psykiatrinen erikoisala menivät täten siis tasan tutkimuksessa. Haastatteluissakin ilmi tullut tieto oli, että lokakuusta 2006 alkaen Hämeenlinnan yksikössä on työskennellyt myös yksi uusi nuorisopsykiatrisen<sup>3</sup> sosiaalityöntekijä. Kaksi haastatelluista kertoi myös tekevänsä potilasasiamiehen tehtäviä. Yksi hämeenlinnalainen toimi varapotilasasiamiehenä ja yksi riihimäkeläinen teki osa-aikaisesti yksikkönsä potilasasiamiehen työtä yhtenä päivänä viikossa. Loppuvuodesta 2007 Kanta- Hämeen sairaanhoitopiirillä oli haettavana potilasasiamiehen<sup>4</sup> pitkäaikainen sijaisuus sekä Hämeenlinnan että Riihimäen yksikköön. Tämä tarkoittaa työn siirtymistä pois sosiaalityöntekijöiltä.

Edellä olen esittänyt sosiaalityöntekijöistä taustatietoja haastattelujen analysoinnin tueksi. Seuraavissa luvuissa käsittelem teemoja: työn arki ja moniammatillisen työyhteisön jäsenyys. Nämä ovat nousseet haastatteluaineistosta tematisoinnin kautta. Hoito-organisaation toiminta-arjessa tarvitaan yhä enemmän oman ammatti-identiteetin tiedostamista ja moniammatillisia viestintä- ja yhteistyötaitoja (Nikander 2002, 70.) Sairaalan sosiaalityön tehtävää ja asemaa määrittävät sen yleiset tavoitteet ja toiminnan periaatteet, sekä myös organisaation tavoitteet ja toimintatapa (Tulppo 1991, 22). Ei ole siis mielestäni tarpeetonta tarkastella rinnan sekä sosiaalityöntekijän että ympäröivän organisaation moniammatillista työn arkea. Tämän pääluvun alaluvut 6.1 ja 6.2 ovat koottuja haastattelurungon teemasta yksi ja kaksi (liite 3), eli sairaalaorganisaation sosiaalityö itsearvion kautta sekä toisten arvioimana, eli sosiaalityöntekijöiden tuottamia kuvauksia kokemuksistaan yhteistyöstä moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossaan.

---

<sup>3</sup> Nuorisopsykiatrisen tulosalueen sosiaalityöntekijän avoimesta toimesta on ilmoitettu Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ja Työvoimatoimiston www-sivuilla

<sup>4</sup> Potilasasiamiehen tehtävät olivat ilmoitetut avoimeen työnhakuun kuten yllä mainitun sosiaalityöntekijän toimi.

## 6.2 TYÖPÄIVÄ JA TYÖMENETELMÄT - ”Ei tätä kuka vaan hoitelisi... se vaatii ihan erikoisosaamista: Pelastusliivit”

Terveystieteiden sosiaalityö perustuu sosiaalihuoltolakiin, aivan samalla tavalla kuin sosiaalihuollon ammatillinen sosiaalityö. Sosiaalityö on sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön antamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta (sosiaalihuoltolaki 710/1982, 18§). Sosiaalityötä toteutetaan eri organisaatioissa, eri yhteisöissä. Terveystieteiden sosiaalityöntekijät työskentelevät perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja mielenterveydytyksessä. He ovat sosiaalityön asiantuntijoina hyvinvoinnin turvaajina, suoriutumisedellytysten parantamisessa ja elämönhallinnan tukemisessa sairauden tai vammaisuuden aiheuttamien syiden sekä seurauksien heikentäessä potilaan ja tämän lähiomaisten selviytymistä. (Holma 2007, 9–10.)

Haastateltujen työn sisällön ja työpäivään kuuluvien tehtävien esityksessä käytän hyväksi juuri valmistunutta Suomen Kuntaliiton ja Terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden Terveystieteiden sosiaalityön nimikkeistöä 2007, jonka on toimittanut Tupu Holma (2007). Nimikkeistö on pää- ja alaluokiteltu sekä täsmennetty alaluokka-toimintoihin. Pääluokat ovat:

- ❖ Sosiaalinen arviointi ja suunnittelu
- ❖ Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen
- ❖ Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö
- ❖ Asiantuntija – ja koulutustehtävät
- ❖ Hallinto ja kehittäminen

(Mt., 26.)

Kysyin teemahaastattelussa sosiaalityöntekijän työpäivään ja työarkeen kuuluvia tehtäviä, työmenetelmiä sekä työskentelyä moniammatillisissa ryhmissä ja tiimeissä. Työpäivän kulkuun kuuluu potilas- omais- ja perhetapaamisia. Lähes jokaisella oli ajanvarauksella sovittuja tapaamisia tai osastolta sekä poliklinikoilta tulevia ”pyyntöjä” saapua tapaamaan potilasta. Puhelintiedusteluja vastaanotti päivittäin neljä ja yksi sosiaalityöntekijä ilmoitti hoitavansa avointa puhelinaikaansa. Kaksi sosiaalityöntekijää ilmoitti tekevänsä satunnaisesti, ei päivittäin, potilaan kanssa koti- sekä asiointitukikäyntejä esimerkiksi pankkiin tai työvoimatoimistoon. Työpäivän potilastehtävät olivat

kuvauksissa painottuneita ”sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen” ja alatäsmennyksenä: ”sosiaalityöntekijän antama ohjaus ja neuvonta” (Holma 2007, 26). Työpäivään kuuluivat seuraavat potilastehtävät, joita olen vastauksien perusteella koonnut kolmeen ryhmään:

”Potilaan sosiaaliturvaan, raha-asioiden hoitoon ja toimeentuloon liittyvät asiat: laskujen, vuokrien, sairaalamaksujen maksaminen”

”Kotipalveluasiat, tukiasuminen, lääkinnällisen kuntoutuksen asiat ja maksut, sopeutumisvalmennuskurssi- sekä vammaispalvelun jutut”

”Kela: matkakorvausasiat, ammatillisen kuntoutuksen asiat ja sairaspäiväraahajutut sekä eläkejutut, hoitotuki, vammais- sekä hoitotukijutut.”

Sosiaalityön arki on moninaista. Seuraava sitaatti kiteyttää hyvin työn tarkoituksen ja sisältöä sekä työntekijän eri roolit. Vastaaja tuo esille sosiaalityön merkitystä kokonaisvaltaisen hoidon ja potilaan kuntoutumisen ja elämänhallinnan tukemiseksi.

”Sosiaalityöllä on tärkeä tehtävä, yhtenä erityistyöntekijänä...selvittää ja vaikuttaa niihin asioihin, jotka edesauttavat potilaan kuntoutumista. Ja sairaudesta huolimatta,... niin pyrkii yhteistyössä muun henkilökunnan kanssa siihen, että potilas saisi parhaan mahdollisen hoidon, myös nämä sosiaaliset tekijät huomioiden ja myös kuntoutua kotiin tai asianmukaiseen hoitopaikkaan. Ja potilaslähtöisesti ja... tärkeänä erityistyöntekijänä, että toimii oman ammattialansa konsulttina myös henkilökunnalle ja potilaan hoitoon osallistuville.”

Yllä mainitussa sitaatissa ja haastateltujen vastauksissa työnsä arjesta korostuvat Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistön (Holma 2007, 26) seuraavat pääluokat: ”sosiaalinen arviointi ja suunnittelu” sekä ”yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö”. Nämä yhdessä jo edeltä mainitun pääluokan ”sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen” kanssa ovat haastateltujen työpäivän kuvauksien keskeiset elementit. Taulukkoon 2 olen koonnut haastatteluista syntyneitä työpäivän kuvauksia. Haastateltujen kertomasta olen saanut aikaiseksi teemat: potilaan kokonaisvaltaisen auttaminen, syrjäytymisen ennaltaehkäisy, yhteistyö/tiimityö sekä verkostotyö. Kahden viimeksi mainitun teeman ero oli yhteistyön jakautuminen sisäisiin ja ulkoisiin yhteistyökumppaneihin. Sairaalaorganisaation sisäisiä yhteistyön ammattiryhmiä olivat esimerkiksi hoitajat, lääkärit, toimintaterapeutit, fysioterapeutit ja psykologit. Ulkoisia, sairaalaorganisaation ulkopuolisia, useasti mainittuja yhteistyötahoja olivat sosiaalityöntekijät lastensuojelussa, toimeentulotuessa sekä kunnallinen kotipalvelu ja Kansaneläkelaitos.

**TAULUKKO 2: Sosiaalityöntekijöiden työpäivän sisällön kuvaus**

POTILAAN KOKONAI- VALTAINEN AUTTAMINEN	SYRJÄYTYMISEN ENNALTA- EHKÄISY	YHTEISTYÖ, TIIMITYÖ	VERKOSTO- TYÖ
toimintakyvyn arviointi: sairauden / vamman tuomasta arjen muutoksesta ja kriisistä	sosiaalisen tilanteen kartoitus	hoitoneuvottelut, osasto/poliklinikka: tiimit, kokoukset, palaverit, raportit, lääkäri- ja paperikierrot = MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ ORGANISAATIOSSA	yhteistyö organisaation ulkopuolelle
keskustelu:  selviytymään, sopeutumaan elämänmuutoksessa	potilaan tukeminen  keskustelu, empowerment. Elämänhallinnan ja elämäntilanteen muutokset ja mahdollisuudet	sosiaalityöntekijä tuo laajaa näkemystä tiimin käyttöön:  asiantuntijuus konsultointi koordinointi	viranomais- yhteistyö, esim. lastensuojelu.  Palvelujen selvitys ja koordinointi; esim. kotipalvelu, tukiasuminen, kuntoutus
lääketiedettä ja hoitotyötä täydentävä: osana hoitoa.  ASIAKAS- LÄHTÖISESTI	kuntoutus tietoa, ohjausta.  Apua mm. avustuksien haussa	potilaan arjen ja palvelujen tarvekartoitus: konsulttina potilaslähtöisesti muulle henkilökunnalle	yhteydet potilaan läheisiin ja omaisiin: omaisyhteistyö

Sosiaalityöntekijöistä kolme mainitsi työpäiväänsä liittyvän kiinteästi myös perhetapaamiset ja perheterapian. Näillä kolmella oli vastuualueenaan psykiatrinen sosiaalityö ja lisä- ja täydennyskoulutusta terapiatyöstä, yhdellä sosiaalityöntekijällä oli myös psykoterapeutin koulutus. Heidän työnkuvauksensa painottuivat konsultoivan sekä ohjaavan sosiaalityön ja kokonaisvaltaisen, hoidollisen, moniammatillisen tiimin yhteistyöhön. Psykiatrisen sosiaalityöntekijä kommentoi ”yhteen muovautunutta yhteistyötä” seuraavasti:

”Ja silleen meillä tietysti kaikki ammattiryhmät tekee samankaltaista työtä, että meillä ei ole sellaista selkeitä niin kuin työnkuvaa. Ehkä tuossa somatiikassa on ehkä selkeimmin se yksi tietty tehtävä.”

Jokainen sosiaalityöntekijä kertoi työskentelevänsä moniammatillisesti ja *jokapäiväisesti* erityisesti hoitohenkilökunnan kanssa. Suoranaisia kuntoutuksellisia työtehtäviä, kuten esimerkiksi kuntoutuksen yhdyshenkilönä toimimisen nimesi haastatelluista kaksi. Sairaalaorganisaation sosiaalityöntekijä on mukana kuntoutusasiakaskohtaisessa ryhmäyhteistyössä asiakkaan kuntoutumisen ja kuntoutuksen esteiden poistamiseksi. Sosiaali- että terveydenhuollon edustajan asemallinen paikka on määritetty. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003 2§, 6§). Kuntoutuksellisen työtteen ja varsinaisten kuntoutussuunnitelmien ja koordinoititehtävien raja on kuitenkin huomioitava. Haastatteluissa puhuttiin ”toimintakyvyn” tai ”elämännhallinnallisesta” kuntoutumisista. Erikseen mainittiin konkreettisia toimenpiteitä, kuten ohjaaminen ja avustaminen esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen vajaakuntoisen ammatilliseen kuntoutukseen<sup>5</sup>, joihin liittyvät muun muassa kuntoutusraha- ja mahdolliset apuvälinehakemukset.

### **Työmenetelmien nimeäminen**

Sosiaalityöntekijät pitivät haastattelussa vaikeana omien työmenetelmien teoreettista nimeämistä. Suurimmalla osalla vastaajista koulutusajasta oli jo hyvin pitkä aika. Sitä vastoin heistä oli helpompaa tuottaa kuvauksia työn arvoista, työtavoista ja tavoitteista eli työkokemuksellisia arvioita. Sosiaalityöntekijät pitivät tärkeänä ammatillista tieto- taito – osaamista, asiakaspalveluhenkistä asiakkaan asioiden hoitoa ja potilaan ”hyvää”, luottamuksellista kohtaamista, kuuntelemista ja hyvän yhteistyösuhteen rakentamista.

”...sitä kuuntelua, kuuntelua tarvii ... (--)...kriisin purkamista, mikä liittyy sitten niihin asioihin, kun kaikki näin muuttui ja tässä tilanteessa olen ...”

Varsinaisiksi työmenetelmiksi nimettiin haastattelutekniikat ja – menetelmät muun muassa havainnointi haastattelun aikana, perheterapia, interventio. Potilaalla on oikeus saada sosiaalityöntekijältä psykososiaalista tukea, kriisi- tai terapiapalvelua, myös perheelleen (Holma 1998, 10). Psykososiaalisella lähestymistavalla korostetaan työn yksilökohtaista ja terapeutista luonnetta. Asiakkaan elämäntilanne otetaan huomioon ainutlaatuisena ja esitettäessä ratkaisuja pyritään muutosta tukemaan vuorovaikutustaitojen avulla. Työhön liittyvät samanaikainen käytännöllinen apu, pedagoginen neuvonta ja terapeutin tuki. (Holma 2007, 57.) Haastatelluista

---

<sup>5</sup> ”Kela järjestää ja korvaa ammatillista kuntoutusta vajaakuntoiselle, jonka työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien arvioidaan sairauden tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneen tai jolle sairaus, vika tai vamma todennäköisesti aiheuttaa uhkan tulla työkyvyttömäksi” (ks. Kansaneläkelaitos 2008)

erillistä perheterapia ja perhetyön<sup>6</sup> lisäkoulutusta oli kertomansa mukaan saanut neljä sosiaalityöntekijää.

Hyvin tärkeänä pidettiin voimavara ja ratkaisukeskeisyyttä, asiakkaan motivointia sekä caseworkia, jotka ovat terveysosiaalityön omimpia menetelmiä.

”...tukea ihmistä, ihmisen itsetuntoa ja omia kykyjä ja voimavaroja. Tavallaan niin kuin asettua siinä yhdessä miettimään, että mitä voisi tehdä? Eikä niin, että ylhäältä päin ohjautuu, tuen neuvoen.”

”...caseworkiksi lähinnä, yksittäisen asiakkaan kanssa selvitetään hänen sosiaaliturvaansa, sosiaalista tilannettaan...”

Casework oli yksi johtavista sosiaalityön työtavoista Yhdysvalloissa 1900-luvun alussa mm. sairaaloissa. Sen avulla haettiin yksilöllisiä ratkaisuja asiakkaan ongelmiin ja se perustui yksilölliseen arvioon ja harkintaan. Suomalainen tapauskohtainen arviointi sai rantautumisensa Suomeen 1920-luvulla juuri terveydenhuoltoon. (Toikko 2001, 9, 25.) Richmondilaisen caseworkin perusajatuksia oli, että sosiaalinen diagnoosi muotoutui yksilön ja hänen persoonansa piirteistä sekä käsityksestä ympäristön resursseista ja vaikutuksesta. Toimenpiteet kohdistuivat suoraan, kasvokkaiseen toimintaan asiakkaan kanssa ja epäsuorasti, ympäristöön kohdistuvaan toimintaan. (Richmond 1922, 101- 102 ref. Toikon 2001, 29- 30). Työtapana case work rakentuu nimensä mukaisesti tapauksen (case) avulla, jolloin asiakastilannetta käsitellään sosiaalisten suhteiden käsittelyn, yksittäisen tapauksen arviointina. Yksilön, asiakkuuden piiriin otetaan mukana myös yksilön, tapauksen lähimmät ihmiset. Lähestymistapa on täten monisuhteinen. Työtavan kautta myös sosiaalisen diagnoosin käsite sai alkunsa. (Mt., 30.) Toikko vie amerikkalaispohjaisen caseworkin kohti määrittelemäänsä psykososiaalista lähestymistapaa. Hän pitää kasvokkaista, vuorovaikutuksellista auttamistyötä sosiaalityön suuntana, ei menetelmänä. Työntekijän osaamiskeskistöön nousevat vuorovaikutustaidot. Tämä on selkeä poikkeama esimerkiksi sosiaaliturvapoliittiseen lähestymistapaan, jossa on sosiaalihuollon ja – palveluiden järjestäminen asiakkaalle pääosassa. Lähestymistavat eivät sulje pois toisiaan, vaan työntekijä voi limittää niitä auttamistyössään. (Mt., 192- 193.)

---

<sup>6</sup> Perhetyö käsitettä käytetään laajasti ja sillä tarkoitetaan toimintoja, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattilaiset työskentelevät perheen kanssa. Yhteistyössä voivat olla esimerkiksi lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, sosionomi ja kotipalveluhenkilöstöä (Holma 2007, 57).

Haastatelluista sosiaalityöntekijöistä puolet oli työskennellyt nykyisessä työsuhteessa parista kymmenestä vuodesta kolmeen kymmeneen vuoteen. Haastelluista seitsemän oli ollut työsuhteessa yli kuusi vuotta. Nämä ovat mielestäni selkeä osoitus työnantajauskollisuudesta sekä vahvasta työkokemuksesta samassa organisaatiossa. Pitkän työhistorian aikana syntyy oma työote ja tapa tehdä työtä. Toikon esitys kasvokkaisesta vuorovaikutuksesta ja interventioista asiakkaan tilanteeseen yksilöllisesti ja monisuhteisesti vastaa hyvin saamaani käsitystä tutkittavan tapauksen sosiaalityön menetelmästä ja työotteesta.

### **6.3 SAATAVUS JA NÄKYVYYS- ”...tiedä minne ne kuuluu? Ne tulee sosiaalityöntekijälle...”**

#### **Potilaiden ohjautuminen sosiaalityöntekijälle**

Tulppo esitti tutkimuksessaan vuonna 1991, että potilaat ohjautuvat sosiaalityöntekijälle etupäässä potilaskierrojen yhteydessä, kun lääkäri pyytää osaston henkilökuntaa ilmoittamaan tarpeesta sosiaalityöntekijälle. Hoitajat ovat ottaneet potilasasioissa myös oma-aloitteisesti yhteyttä sosiaalityöntekijään, mutta omaiset, sekä potilaat harvemmin. (Mt. 62.) Melkein kymmenen vuotta myöhemmin Lindén nostaa tutkimuksessaan hoitajat aktiiviseen yhteydenottajan ja välittäjän rooliin yksilövastuisten hoitotyön kautta. Omahoitajuuden kautta hoitaja voi työskennellä kokonaisvaltaisesti myös potilaan koko hoitajakson ajan. (Mt., 1999, 129 – 130.)

Omassa haastatteluaineistossani potilaan ohjautuminen sosiaalityöntekijälle jakaantui siten, että ehdottoman yleisin tapa oli hoitajan välittämänä. Tämän mainitsi jokainen haastateltu.

”... Enimmäkseen hoitajat osastoilla soittaa tai sitten hoitaja antaa mun yhteystiedot .... (--)... mä käyn osastoilla, niin siellä sitten paljon huudellaan, että ”Hei (*haastateltavan nimi*), mulla olisi täällä yks!” (heh.) ...osastoilta harvemmin lääkärit soittaa.”

Kirjallisia käytäntöjä mainitsi puolet, mutta käytäntö esiintyi kirjavana. Ääripäät tästä ovat erään osaston hoitajien ylläpitämä ”*viestivihko*”, johon kirjoitetaan viesti sosiaalityöntekijälle potilaasta ja tämän tarpeesta. Virallisempi vastine tälle käytännölle on SOS- lehti, jolle kirjataan pyyntö.

...nyt me ollaan siihen suuntaan, vuosien varrella enemmän ja vähemmän onnistuen pyrittä, että ne tulisi SOS- lehdellä...(--)... sosiaalityön toimenkuvatehtävät ja lähetekäytäntö on niin kun pyrittä sitä parantamaan.”



Hoitajien jälkeen seuraavaksi aktiivein potilaita lähettävä ryhmä ovat lääkärit, joko läheteellä tai suoralla yhteydenotolla, esimerkiksi puhelinsoitolla potilaan poliklinikkakäynnin yhteydessä tai poliklinikka- tai osastotiimin yhteydessä. Lääkärit muodostivat myös ääripäät, sillä osa haastatelluista ilmoitti hoitajien ottavan yhteyttä ”usein” ja lääkäreiden ”harvemmin”. Potilaiden ja omaisten yhteydenotot ovat aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna lisääntyneet, sillä puolet haastatelluista kertoi potilaiden ja omaisten ottavan itse yhteyttä. Soittoja tulee myös kotoa käsin, sillä ”omaiset ja läheiset ottavat yhteyttä kun tietävät potilaan olevan hoidossa ja tarvitsevan sosiaalityön apua”. Ensimmäinen yhteydenotto potilaan sosiaalityön tarpeesta voi tulla ”joskus” organisaation ulkopuolelta, muilta viranomaisilta kahden haastatellun kertoman mukaan. Työryhmälähete esimerkiksi lastensuojelusta tai perheneuvolasta aktivoi psykiatrisen työryhmän sosiaalityöntekijän. Haastateltujen joukossa olevien pitkien työkokemusten ääni kuului pitkien potilassuhteiden ja potilaskokemusten kautta. Asiakassuhteilla oli ikää parhaimmillaan kymmenen vuotta ja potilaiden tunnistaminen oli yksi kokemuksen ominaisuus.

”... kun olen kovin pitkään ollut... ja tulee tuttuja potilaita, joista sitten syntyy heti mielikuva ja ajatus, että tämä potilas on taas täällä ja mitä hänelle kuuluu...”

Potilastyön kuvauksissa ”etsivää potilastyötä” kertoi tekevänsä kuusi kymmenestä, potilaslistoilta ja osastoilta kyselemällä. Tietoisuus sosiaalityöstä oli yksi esille nousseista organisaation ongelmista. Kiireen tai tietämättömyyden vuoksi sosiaalityöntekijät pelkäsivät, että potilaita ”menee ohi”. Oma-aloitteinen, etsivä potilastyö oli hankalaa toteuttaa monen mielestä myös sen vuoksi, että oma aika ja työmääräresurssit eivät olleet riittävät. Informaation lisääminen ja tätä kautta organisaation tietoisuuden lisääminen sosiaalityön tehtävästä oli haastateltujen kuvauksissa tarpeellista. Tätä kautta oikeat potilastarpeet kohtaisivat sosiaalityön. Sairaalan osastojen hoitajien suorittaman tulohaastattelun informaation lisääminen koettiin yhdeksi kehityspaikaksi. Tällä hetkellä potilaalle tehtävässä tulohaastattelussa sosiaalityö on kerrottu potilaalle niputettuna sairaalan muiden erityistyöntekijöiden kanssa, kuten sairaalapastorin palveluiden tiedottamisen ohessa. Haastatteluissa esiin tulleita ajatuksia oli, että yksi kehityksen paikka on miettiä, miten sosiaalityötä kuvataan ja miten tieto annettavaa potilaalle.

### **Sosiaalityö ennakkokäsitetään usein toimeentulotyöksi**

Tietoisuuden kasvattaminen työn sisällöstä laajemmaksi kuin toimeentuloneuvonta koettiin tarpeelliseksi.

”...usein ihmiset vetävät meidät just sinne toimeen ... Että ei mulla mitään raha-asioissa ole mitään selvittelemistä.”

”...yleensä asiakkaat kuvittelevat, että sosiaalityö liittyy jotenkin taloudelliseen köyhyyteen...”

Erityisesti iäkkäät potilaat käsittävät sosiaalityön kunnallisena ”köyhäin” hoitona. Yksi haastatelluista kertoi, että hänen oletettiin tulleen potilaan kotikunnasta katsomaan osastopotilaan sosiaalista arviointia. Yleistä tietämättömyyttä kuvastaa myös se, että sairaalaorganisaatiossa sosiaalityö on ”*pussin perä, jonne tulevat ne asiat, joista muut eivät tiedä minne ne kuuluvat*”. Sosiaalityö on tuottanut myös positiivista yllätystä, koska monet tiedot ja avut ovat tulleet ”*samalta luukulta*”. Kaiken kaikkiaan potilaiden tietoisuus sosiaalityöstä on vastannut oikeaa vain kahden kymmenestä vastanneen mielestä. Aikaisempi kanssakäyminen sosiaalityön kanssa on luonnollisesti lisännyt tietoisuutta, mutta toisaalta esimerkiksi lastensuojelun kanssa tekemisissä olleet ovat olleet varauksellisia tästä syystä myös terveystosiaalityötä kohtaan.

Organisaation henkilökunta ei valitettavasti tiedä aina sosiaalityön tehtävän kuvaa. Tästä esimerkki erään hoitohenkilökunnan jäsenen kommentista sosiaalityöntekijälle:

”...teilläkin on tosi rankkaa kun teidän pitää koko aika niitä toimeentulotuki hakemuksiakin vaan tehdä ... (--)...te saatte koko ajan sitä kauhean negatiivista palautetta ihmisiltä. (--)...mä vasta tajusin, että hän ei ollut ollenkaan käsittänyt, että mitä me oikeasti täällä tehdään. Et hänkin on ollut täällä aika pitkään töissä ...”

Organisaation ”*johto*” nimetään myös yhdeksi tahoksi organisaatiossa, joka ei välttämättä aina tiedä tai ymmärrä terveystosiaalityön merkitystä. Tästä on tarkemmin kuvausta luvussa 7. Oheisessa sitaatissa on esillä organisaatiossa käydyn keskustelun sävy.

”...aina välillä käydään niitä keskusteluja, että tarvitaanko terveydenhuollon sosiaalityötä ylipäätään, tai voisiko kuntien sosiaalitoimi hoitaa ja muut, muut organisaatiot niitä tehtäviä mitä sosiaalityöntekijät täällä hoitaa? Niin semmoista keskustelua on tässä meidän organisaatiossa on niin kun käyty. ”

Tietävätkö nk. ulkoiset yhteistyökumppanit mitä sairaalan sosiaalityöntekijä tekee? Pohdintaa tuli kahdelta haastatellulta.

”... En mä sitäkään tiedä kuinka hyvin esim perusturvan sosiaalityöntekijätäkään tietää mitä me täällä tehdään, en menisi yhtään takuuseen siitä. Kun tavallaan nimike on sama, se vie aina ne ajatukset sinne johonkin määrättyyn suuntaan. ”

”... jotenkin tulee sellainen olo, että esimerkiksi perusturvassa yksi, kaksi sosiaalityöntekijää ei oikein luota ... niin se, tavallaan se työ tehdään uudestaan siellä. (--) Ettei luoteta siihen, että täällä on myös saman koulutuksen saaneita sosiaalityöntekijöitä...”

### **Sosiaalityön näkyvyys kirjallisissa esitemateriaaleissa**

Käyn läpi sosiaalityön tunnistettavuutta ja merkityksellisyyttä sosiaalityön kirjallisten esite ja tekstidokumenttien sisällönanalysoinnin kautta. Esitän muutaman huomion esille tuodusta sosiaalityön informaatiosta ja sen laadusta. Tämän tutkielman liitteenä (liite 4) on Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sosiaalityöntekijä-esitteen sisäaukeama, jossa on muutamalla lauseella esitetty sosiaalityön tehtävää ja siihen ohjautumista (2003a, 2–3). Esite on tehtävänsä täyttävä ja hyvä. Esite on A5- kokoa, valkopohjainen neliväripainatus ja nelisivuinen esite. Tekstitys on lähes selkosuomea, sisältäen vain muutamia ammattisanoja, kuten ”*kokonaisvaltainen hoito*” ja ”*kuntoutus*”. Esitteen tekstitys on kuitenkin ohjaava, selkeästi neuvova, kertoen missä asioissa sosiaalityöntekijään voi ottaa yhteyttä ja mihin kaikkiin eri elämänalueisiin ja sosiaaliturvasioihin voi hakea apua. Sosiaalityö on esitteessä esiintuotu osaksi potilaan hoitoa. Sosiaalityön saanti on ilmoitettu maksuttomaksi ja luottamus sekä asioiden salassapito on esillä. Takakannessa on sairaanhoitopiirin molempien sairaalaysiköiden yleiset yhteystiedot.

Haastatelluista sosiaalityöntekijöistä esitteestä tiesi ja sitä käytti kuusi kymmenestä. Esitteestä oltiin epävarmoja, että onko se jaettuna kuinka organisaatiossa? Ilmoitustauluilla sen *oletettiin olevan esillä* ja *joidenkin sosiaalityöntekijöiden oletettiin jakavan* sitä osastoille ja poliklinikoilleen. Esitteen informaatiota epäili suoranaisesti kaksi, joista toinen ei olettanut esitteen aukeavan mielenterveysasiakkailleen kuin ”*tyhjänä paperina*” ja toinen epäilijä ei pitänyt esitteitä ylipäättään kovinkaan käyttökelpoisina.

”...en nyt tässä kauheasti itseäni halua mainostaa kun ei ole semmoista näköpiirissä, että työ ei riittäisi....(--)... jotenkin toi tuntuu musta vieraalta antaa tuommoinen esite kenellekään.”

Satunnaisesti käsiini saama Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan päiväkirurgia potilasopas–esite, yksivärinen A5- moniste on informatiivinen selonteko toimenpiteeseen tulosta ja noudatettavista hoito- ja kotiutusneuvoista. Ei minkäänlaista mainintaa sosiaalityöstä. Esite on suunnattu suoraan operatiiviseen neuvontaan. (ref. Kanta-Hämeen keskussairaala 2006a.)

Sain käsiini Hämeenlinnan yksikön vahtimestarilta sairaalan esitteen: ”Taskutietoa 2005- 2006: Palvelutarjonta, henkilöstö, kuntatiedot, talous, organisaatio”. Esite on pienen taskukalenterin kokoinen 8,5 x 13 cm, neliväripainatus, 16-sivua. Esitteessä on kuvattuna nimensä mukaisesti monta eri tilastotietoa Kanta-Hämeen keskussairaalaan ja sen yksiköistä. Esitteessä on muun muassa toimintalukuja yleissairauksien erikoisaloista, psykiatriasta, sairaanhoidollisista palveluista, henkilöstömääristä ja menoista.

Oheistettuna on toimintaorganisaatio, sama joka löytyy tämän tutkielman liitesivuilta (liite 1). Toimintaorganisaatiosta olen todennut jo tutkielmani alussa luvussa 2.1, että sosiaalipalvelut eivät näy toimintaorganisaatiossa. Ne kuuluvat kuntoutuksen ja fysioterian- erikoisalaan omana palvelukokonaisuutenaan, jota ei ole esitetty näkyväksi toimintaorganisaatiossa. Kuntayhtymän henkilöstötilastossa on esitelty suhteellisen pikkutarkasti henkilöstön jakaumaa: tutkimusta ja hoitoa avustava henkilöstö-välinehuoltajat, vahtimestarit ja vastaavat 64 henkilöä. Tai huoltohenkilöstöstä vaatehuolto 16 henkilöä, hallinto ja taloushenkilöstön materiaalityö 4 henkilöä, muu toiminta työterveyshuolto ja kahvio-myymälätoiminta 22 henkilöä. Sairaalaorganisaation tuottaman sosiaalityöntekijä-esitteessä mainittu ”*potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen*” – ammattilaiset, sosiaalityöntekijät eivät näy missään, eivätkä millään muotoa esille kirjoitettuna yllä mainitussa sairaalan esitteessä. Tämä on vähintäänkin yllättävää. (ref. Kanta-Hämeen shp. 2006.)

Tutkin vielä yhden sairaalan erikoisalan potilasesitteen: Kanta-Hämeen keskussairaalan nuorisopsykiatria. Esite on A5- yksivärimoniste, nelisivuinen. Esitteen takakannessa on yksilöidyt yhteystiedot sekä Hämeenlinnan että Riihimäen yksiköihin, sisältäen myös sosiaalityöntekijän tiedot. Sisäsivujen tekstiosioissa on kuvattuna nuorisopsykiatrian toimintaa ja työtä sekä osastoesittelyä. ”*Poliklinikoilla työskentelevät*” - otsikon alla on mainittu sosiaalityöntekijä, mutta osaston esittelyssä ja sen toimintamuodoissa ei mainintaa enää ole. (ref. Kanta-Hämeen Keskussairaala 2006b.)

### **Sosiaalityön näkyvyys sähköisissä teksteissä**

Olen tutkinut sisällöllisesti sairaanhoitopiirin web-sivuja ja sosiaalityön esiintymistä niiden sisällössä. Tulkintani on analysoitu viimeisimpien kotisivupäivityksien perusteelta. Haastatteluun vastanneista kymmenestä sosiaalityöntekijästä neljä mainitsi sosiaalityön esilläolopaikaksi sairaanhoitopiirin kotisivut. Kaksi näistä kritisoi kotisivujen sisältöä, toinen esitti kritiikkina tiedon *hankalasta löytämisestä* ja toinen epäili annetun tiedon sisältävän vain nimet ja puhelinnumerot. Tarkastelin sivuja heti haastattelun jälkeen ja nyt viimeisimmän web-sivupäivityksen (4.9.2007)

jälkeen. Sosiaalityöntekijät – informaatiota löytyy päävalikon *Potilas*-valikon *Sosiaalityöntekijä*, *potilasasiamies*, *sairaalasielunhoito*- alisivuilta, omana sivunaan. Sivulla ei ole tapahtunut mainittavia muutoksia puolentoista vuoden aikana. Sosiaalityöntekijä-sivu sisältää samat informaatiot kuin sosiaalityöntekijä-esite, jota edellisessä kappaleessa analysoin hyväksi ja toimivaksi. Potilaan ohjautumista sosiaalityöntekijälle suunnataan sivustolla mainitsemalla ensin *osastojen ja poliklinikoiden kautta*, josta löytyvät työntekijöiden yhteystiedot. Toiseksi esille tuodaan *keskussairaalan puhelinkeskus*. Kotisivujen alalaidassa on ohjeistus kotisivujen sähköisen puhelinluettelon käyttöön, josta sosiaalityöntekijät löytyvät kohdasta *erityistyöntekijät*. Lisäinformaationa on sivun alalaidassa Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen kotisivu-linkki. Mainintana on myös vihje tarkastella oman kotikunnan palveluita oman kotikunnan kotisivujen kautta. Sosiaalityöntekijä-sivu on visuaalisesti hyvin pelkistetty, eikä se tuo mielestäni oikeutta työn asiantuntijuudelle. Sivun painotuksista jää päällimmäisenä taloudelliset tuki- ja neuvontapalvelut. Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen linkit ovat varmasti paljon hyödynnetty, mutta ne yksistään tuntuvat jotenkin rajaavan sosiaalityötä vain yksisuuntaiseksi talousneuvonnaksi.

Kotisivuilta löytyy päävalikon Tutkimus- ja hoito-ohjeet *Yleistä* - aloitussivulta otsikko *Saumaton hoitoketju*- slogan ja tämän alta pääotsikko *Terveyskeskus- erikoissairaanhoidon sosiaalipalvelut*. Tämän sivun päivitys on suhteellisen tuore (5.6.2007) ja sivuilla kerrotaan muun muassa hoito-ohjelmista ja sen pohja-arvoista: hyvä suunnittelu, asiakas-potilaslähtöisyys ja terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. Sivuilla ei ole hyödynnetty tekstissä sosiaalityön tehtävävastuita tai roolia, vaan se jää ainoastaan otsikkoon. Sivun otsikosta saa käsityksen, että sivuilla käsitellään potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jossa huomioidaan myös potilaan sosiaalinen tilanne ja kuntoutuminen. Tekstissä otsikon sisältöä ei näiltä osin selvennetä lisää. (ref. Kanta-Hämeen shp 2008b; 2008c.)

Kirjallisten dokumenttien pohjalta päättelen, että organisaatio ei hyödynnä esille tuonnissa tarpeeksi sosiaalityön asiantuntemusta ja osallisuutta potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Sosiaalityön palvelut ovat tänä päivänä osa monipuolista ja laadukasta hoitoa, jonka keskiössä on potilas. Samat arvot löytyvät organisaation omasta tavoite- ja arvopohjasta (vrt. Kanta- Hämeen shp 2003b). Sosiaalityö on organisaation toimintamallin esityksissä piilossa. Sen näkyminen osana organisaatiota, eri tulosalueiden ja erikoisalojen hyödynnettävänä, lisäisi tietoisuutta sosiaalipalvelujen olemassaolosta ja hyödynnettävyydestä myös organisaation sisällä. Itse sosiaalityöntekijöille näkyvyys on kaksijakoista. Haastelluista osa piti näkyvyyttä juuri

tiedotuksellisesti ja tehtäväkuvan tunnistettavuuden vuoksi tärkeänä. Osa taas ilmoitti, että erityisesti potilaille osoitettu lisänäkyvyys lisää kysyntää, johon ei välttämättä kyetä resursoimaan vastinetta. ”*Asiakkaista kun EI ole suoranaista pulaa* ”- mentaliteetilla kiteytettynä.

## 7 SOSIAALITYÖN ASEMA MONIAMMATILLISESSA SAIRAALAORGANISAATIOSSA

### 7.1 TIIMITYÖN OLEMUS - ” Tiimeissä 1 tai 13 kertaa viikossa ”

Moniammatillisuus kuuluu terveydenhuollon organisaatioon. Moniammatillinen yhteistyö on pitkälti puhetta. Tapaamisfoorumeja ovat esimerkiksi *yhteispalaverit, tiimit jonkun aloitteesta potilaan asioissa, kokoukset, hoitopalaverit, osastoraportit, paperi- ja potilaskierrot, kuntoutustiimi ja verkostokokoukset.* ”Eri ammattikuntien edustajat kokoontuvat yhteen tuoden omat erityistaitonsa, osaamisensa ja näkemyksensä koko ryhmän yhteiseen käyttöön.” (Nikander 2002, 69). Kokoontumisia on ääriparina kerran viikossa aina kolmeentoista tapaamiseen viikossa, eli noin kahdesta neljään päivässä. Yksi haastatelluista kuvasi työnsä perustuvan lähes kokonaan moniammatilliseen työhön, sillä hänen työajastaan 80 prosenttia on tiimi- ja hoitajaparityötä. Psykiatrisella puolella moniammatillisuus korostui somatiikan puolta vahvemmin vastauksissa. Tosin ne sosiaalityöntekijät, jotka tekivät kuntoutuksellista työtä esimerkiksi neurologian tai aivohalvauspotilaiden kanssa, olivat hyvin vahvasti moniammatillisia.

”Paljon.(--) Niitä on ihan hirveästi.(--) Yhtenä viikkona oli kolmetoista erilaista tiimikokousta (--)... joutuu ihan tosi tarkasti miettimään, että mihin ... istuu, kun ne vie ihan hirveästi aikaa. Yksi kestää puolesta tunnista kahteen tuntiin. (--)... puolet päivästä hyvinkin. Joskus menee koko päivä.. .”

Ammattikuntien yhteistyössä ja kommunikaatiossa ei ole käytännössä varaa ristiriitaisuuksiin, vaan potilastyön tulisi olla ehjää sekä yhtenevää. Mahdollisissa ongelmakohtissa on syytä tarkentaa koko organisaation päätöksentekokulttuuria, käytössä olevia resursseja ja työn järjestelykysymyksiä. ”Yhteisen tehtävän läpivientiin liittyen periaatteiden, reunaehtojen ja kriteereiden käsittely onkin erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisessa työssä keskeisellä sijalla. Yhteinen keskustelu tehtävien päätösten kriteereistä, etiikasta ja arvoperusteista lisää päätöksentekotyön läpinäkyvyyttä. ” (Nikander 2002,69.)

Parhaimmillaan kuvauksissa oli mainintoja, että sosiaalityöntekijä tunsi ja tiesi olevansa ”*tasavertainen ammattilainen ryhmässä*” ja työnjako sekä potilaiden ongelmatilanteet ja työmuodot ja – tavoitteet, hoitosuunnitelmat laadittiin yhdessä. Tiimi myös kehittyi yhdessä, eli ryhmän yhteisiin koulutus- ja virkistyspäiviin osallistui myös sosiaalityöntekijä. Tämä oli huomattavan paljon yleisempää psykiatrisella kuin somaattisella erikoissairaanhoidon puolella, sillä vain yksi

somaattisen puolen sosiaalityöntekijä kertoi osallistuvansa moniammatillisen ryhmän yhteiseen TyKy- ja kehitystoimintaan.

Moniammatilliset tiimit koostuivat hyvin pitkälti sen mukaisesti, mistä vastuualueesta sosiaalityöntekijä oli. Kolme esimerkkiä:

- ❖ psykiatrisen esimerkkiryhmä: ”lasten psykiatri, psykologi, toimintaterapeutti, saattaa olla lasta tavannut sairaanhoitaja ja perhetyöntekijä”
- ❖ somaattisen esimerkkiryhmä: ”...neurologi, kirurgi, lääkäri, sairaalalääkäri, osastolääkäri, oma hoitajansa, kuntoutusohjaaja, potilaan kuntoutusohjaaja ja sitten minä. Ja sitten omaiset tietysti ja sitten potilaskin välillä mukana.”
- ❖ verkostokokouksesta esimerkki: ”...ketkä on ollut potilaan tai perheen asioissa. Siinä voi olla lastensuojelu-sosiaalityöntekijää tai toimeentulotuki-sosiaalityöntekijää, kotipalvelun ohjaaja voi olla ja jos hän (*potilas*) on ollut opiskelija, niin voi olla kuraattori sieltä koulusta tai opettaja... oppilashuoltohenkilöstöä mukana.” + *Sairaalan sisältä*. ”Mielenterveyshoitajia, lähihoitajia, toimintaterapeutti, psykiatri, erikoissairaanhoitaja, psykologi... voisi olla myös jumppari, kuntoutusohjaaja...”

Osaston henkilökunnan työskentely on myös moniammatillista työtä, tähän päätyivät asiaa haastattelussa pohtineet sosiaalityöntekijät. Osastolla voi olla yhteispalaverissa tai keskustelussa lääkäri ja hoitaja; sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, omahoitajia, kuntoutushoitajia. Yhtä lukuun ottamatta kaikki kertoivat olevansa tietoisia siitä, että moniammatillinen ryhmä tietää mikä on sosiaalityöntekijän työnkuva ja millä tavoin hän tekee työtään. Haastatelluista yksi epäili, että moniammatillisen yhteistyöryhmän jäsenet ovat tietoisia vasta kokemuksensa kautta. Jos ei ollut tehnyt yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa, ei välttämättä ollut tietoinen työn sisällöstä. Yhteistyössä sosiaalityöntekijää arveltiin pidettävän aktiivisena toimijana, koordinaattorina, samanlaisena ryhmän toimijana, konsulttina ja asiakkaan tilanteen arvioijana sekä ”*rahapuolen ja sosiaalitoimen yhteyshenkilönä*”. Yhteenvedon edellisistä on sitaatti, joka tuo esille myös työntekijän oman persoonan.

”Ehdottomasti sosiaalityöntekijä on toimija.(--) Aika pitkälle organisaattori, joo, organisoija. Paljon riippuu kyllä sosiaalityöntekijän omasta persoonastakin, miten hän tekee sitä työtä...”

Yhteistyön sujumisesta ja sujumattomuudesta annettiin tasainen arviointiliukuma: *erittäin sujuvaa – sujuvaa - ihan sujuvaa - aika sujuvaa - ei niin sujuvaa*. Erittäin sujuvassa luonnehdittiin yhteistyötä ”*paperittomaksi, jossa riittää sanominen*”, tämän ymmärtää sairaalaorganisaation kontekstissa ehkä



hyvin. Yhdessä haastatteluissa todettiin, että sairaala on työkuultuurisesti ollut *hyvin hierarkkinen*, jossa asioiden eteneminen ja vuorovaikutus on ollut *tehtävä- ja tekijäkeskeistä*, asemoitunutta. Yhteistyön sujumisen katsottiin olevan myös omasta aktiivisuudesta ja persoonasta kiinni, josta kertoo seuraava sitaatti:

”...mä olen joutunut esittämään kysymyksen, että minkä takia mulle joku työ osoitetaan? Ja se on koettu kritiikkinä.”

Nikander (2002, 67) toteaaakin, että ”useimmiten ryhmän yhteisesti jakama käsitys edessä olevasta työtehtävästä ja tavoitteesta, tehtävän reunaehdoista ja tärkeydestä kuitenkin estää suurimpien konfliktien esiintymisen. Oman ammattitaustan ja intressien esille tuominen on mahdollista, mutta vain toisten näkökantoja kunnioittaen.” Muiden asiantuntemuksen ja arviointiin osallistumisen arvostaminen ovat tärkeitä ristiriitojen välttämiseksi.

Moniammatillinen työ on kehittynyt ja kehittyy yhteisten pelisääntöjen avulla. Seuraavassa on teemoittain vastauskoontia siitä, miten reuna-ehdot ja ryhmän yhteiset säännöt on koettu.

### TAULUKKO 3: Sosiaalityölle asetetut reunaehdot moniammatillisessa työryhmässä

Reunat ovat löytyneet, mutta aina ei ole ollut näin...	Reunat ovat olemassa...	Reunoja ei ole...
Jos ei rajoja olisi, kaikki mahdollinen tulisi tehtäväksi sosiaalityöntekijälle	Hoidolliset työt ja diagnostiikka eivät kuulu sosiaalityölle	Sosiaalityöllä ei ole erillisiä reunaehtoja, kaikilla samat.

Työryhmän työ koetaan joko rajausta tarvitseväksi tai sitten toisessa ääripäässä rajoja tulisi poistaa. Esimerkiksi eri ammattilaisten kokoontumisesta kalentereiden ja puhelimien kanssa lounaalle samaan huoneeseen, ei koeta yhteneväksi, ”*reiluksi*” mikäli ainoastaan sosiaalityöntekijällä ei ole mahdollisuutta sisällyttää lounaan aikana käytävää palaveria työajaksi. Tilanteesta ulosrajautuminenkin tuntuu luonnottomalta.

”... sitä on kysytty sairaalan taholta, että ne sosiaalityöntekijät, ketkä joutuvat tekemään työtä ruokatunnilla, että se kuuluisi tavallaan siihen tiimin työn luonteeseen... niin ei se nyt sairaala siihen lähde. Sitä on tässä junnattu monta vuotta...”

## 7.2 YHTEISTYÖN TOTEUTUMINEN JA TYÖNJAKO – kiire ja paljon asiakkaita

Sosiaalityöntekijät kertoivat suurimpana ongelmana olevan isot asiakasmäärät ja epätietoisuus siitä, saavuttavatko juuri ne henkilöt sosiaalityötä, jotka sitä tarvitsevat? Asiakkaiden ohjautuminen on pitkälti kiinni moniammatillisen yhteistyön jäsenten ajasta ja taidosta ohjata asiakkaita oikea-aikaisesti sosiaalityöntekijälle. Hoitajien vaihtuvuus vuorojen välillä vaikuttaa myös siihen, että asioita voi jäädä ”*roikkumaan*”. Yhtenä esimerkkinä tästä oli eräs paperilla tullut konsultaatiopyyntö, jonka kulku sosiaalityöntekijälle oli kestänyt pari kuukautta. Kaksi työntekijää toi esille keskustelun päivystävän erikoissairaanhoidon sosiaalityön kysymyksestä, joka on keskusteluissa yleisestikin terveysosiaalityössä. Tuleeko sairaalan sosiaalityön olla käytettävissä aina eli niin kutsutusti ”24 / 7” -periaatteella?

”... se on se kaikista huolestuttavin tässä meidän työssä, se tavallaan että nämä asiat mitkä asiat jää niin kun piiloon, mitä me ei tavoiteta. Me ollaan niin riippuvia näitten muitten ammattiryhmien, tästä meidän yhteistyökumppanien huomaamisesta ja ajasta ja siitä käsityksestä, mitä heillä on niin nimenomaan sosiaalityön, mihin meitä tarvitaan.”

Kolikon vastapuolena keskustelin haastatteluissa siitä, koetaanko sosiaalityö joissakin tapauksissa tai tilanteissa turhana tai liian voimakkaasti? Keskusteluissa tuli esille muutama tarina liian innokkaista ”*varasosiaalityöntekijöistä*”. Tarinat olivat kuitenkin kiinni persoonissa, joten niitä ei voi mielestäni yleistää koko ammattikuntaan. Esimerkiksi eräs haastateltavista toi esille uusien amk- sairaanhoitajien halun hoitaa sosiaalityö itse potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ohessa.

” Siellä on todennäköisesti sairaanhoitajakoulutuksessa painotettu jotenkin aika paljon ...kokonaisvaltaista, hermeneuttista potilaan lähestymistä. (--) Osataan päihdeäidille kertoa, että missä A- klinikka sijaitsee, että se on riittävää sosiaalityötä.(--) Ihmiset jää vaille semmoista niin kokonaiskartoitusta...(--) Toisiamme täydennämme, mutta ei tulisi mieleenkään toinen toisiamme niin kun emme sulje pois.”

Haastatteluissa nousi esille myös kysymys kuntoutusohjaajista, jotka lisääntyvät sairaalaorganisaatiossa. Heidän kohdallaan, viisi haastatelluista kertoi, että työnjakokysymyksiä ja tehtävävastuita on mietitty potilasyhteistyön turvaamiseksi. Suhtautuminen kuntoutusohjaajiin oli positiivista. Yksi haastatelluista kertoi pelostaan, että kuntoutusohjaajat lisääntyvät ja

sosiaalityöntekijät vastaavasti vähenevät sairaalaorganisaation henkilökunnassa. Pelko suuntautui siis organisaation taloudellis-hallinnollisia päätöksiä kohtaan. Kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän suhteesta olen koonnut taulukon 4.

**TAULUKKO 4: Kuntoutusohjaajat ja sosiaalityöntekijät, työnjaon suhde**

kuntoutusohjaajat yhdessä sosiaalityöntekijöiden kanssa	kuntoutusohjaajien kanssa potilas = työnjako	kuntoutusohjaajat tekevät sosiaalityön
<p>Työnjako on hioutunutta ja ”toisiaan täydentävä”:</p> <p>kuntoutusohjaajat tekevät toiminnallista ohjausta ja suuntautuvat potilaan kotiin päin.</p>	<p>”potilaita riittää kaikille” eli työnjaon kysymyksiä käydään läpi tarvittaessa.</p> <p>Työskentelyssä joustoa myös potilaskohtaisesti</p>	<p>Varauksellisuutta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pelko organisaation mahd. ratkaisuja kohtaan.</li> <li>2. työnjakokysymyksissä</li> <li>3. tottuneisuutta vaikea rikkoa</li> <li>4. potilaan kokonaisvaltaisen sosiaalisen arvion syntymisestä</li> </ol>

Moniammatillisessa organisaatiossa eri ammattikuntien ja asiantuntijuuden työ on arkea ja edellytys, ”työväline”, hoitotyön toteutumiselle. Lääkäri tarvitsee hoitajaa ja samoin sosiaalityöntekijä tarvitsee kuntoutusohjaajaa ja päinvastoin. Lindén (1999) esittää tutkimuksessaan sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta roolista terveydenhuollon moniammatillisessa toimintaympäristössä samankaltaisia pohdinnan aiheita kuin haastatteluaineistostani on noussut esille. Lindén näkee ammatillisen professionaalisuuden jonkin asteisena ”siirrännäisenä”, käytännön ja tavoitteiden sopimuksena. Ammatillinen tieto-taito on siis jaettavissa ja tätä kautta hyödynnettävissä moniammatilliseksi yhteistyöksi. Seuraavana suora lainaus Lindénin pohdittavien aiheiden listasta (mt., 120).

- ❖ palvelujen yhteensovitus
- ❖ yhteyssuhteiden kehittäminen palvelujärjestelmien muutoksessa
- ❖ asiantuntijuuden muutos potilas/asiakaslähtöiseksi
- ❖ erilaisuuden tunnistaminen ja hyväksyminen yhteistyössä
- ❖ verkostoituva toimintatapa
- ❖ erityisosaamisen ja laaja-alaisen osaamisen suhde

Sukula (2002, 14) asettaa asiantuntijuudelle taustaoletuksia potilaiden kanssa käytävässä suhteessa. Potilaista saadun potilasasiakirja ja raporttitiedon lisäksi kanssakäymiseen vaikuttavat luonnolliset aikaisemmat kokemukset vastaavista potilastapauksista, omat arvot ja oman työn arvostus, mutta myös oma elämänhistoria ja ympäröivä organisaatiokulttuuri. Sosiaalityö tarkastelee asiakastaan hermeneuttisella, ymmärtävällä ja vuorovaikutuksellisella lähestymisellä, joka mahdollistaa sosiaaliset ilmiöt ja ihmiset heidän ”elämisen tarpeiden joustavaan ja monipuoliseen tarkastelun ja ymmärtämiseen” (Karvinen 1999b, 156). Sosiaalityöntekijän työn onnistumisen edellytys on ammattietiikan mukaisten arvojen noudattaminen. Maassamme noudatetaan sosiaalialan eettistä ohjeistusta, joka perustuu International Federation of Social Workersin (IFSW) kansainväliseen eettiseen ohjeistukseen (Lehmuskoski & Kuusisto- Niemi 2007, 50). Ammattietiikan kautta jokaisella hoiva- sekä sosiaalialan ammattiedustajalla on arvomaailma kiinnitettyä ihmisten tasa-arvoiseen kohteluun. Työn raskaus ja paineet sekä kenties omat henkilökohtaiset kokemukset eli niin kutsuttu ”elämän väsymys”, kuten itse nimittäisin oman kodin ja perhepiirin kokemuksellisuutta, saattavat mahdollisesti heijastua työn arkeen. Poimin sitaatiksi erään kuvauksen sosiaalityön ”*liian voimakkaasta tai turhasta esiintulosta*”. Tämän kuvauksen lisäksi sain aineistooni myös toisen kuvauksen alkoholistasiaakkuudesta. Erona kuvauksissa oli se, että oheisessa, alla olevassa sitaatissa, alkoholistasiaakkuutta ”*turhana, hukkaan heitettyinä työnä*” mieltää hoitohenkilöstö, kun vastaavasti toisessa saamassani haastattelukuvauksessa kommentoija, sosiaalityön torjuja oli asiakas itse.

”... joskus tulee semmoinen, taikka ei ihan suoraan sanottu, mutta vähän rivien välistä. Että kun on joku tämmöinen päihdeongelmainen, jotka ei ole kauhean suosittuja tälläkään niin kuin ei noissa muissakaan paikoissa, jos näitten niin kun hoitomaksuihin haetaan tukea ... (--)) että tarvitseeko tuolle nyt mitään tukea hakea? Kun on itse asiansa pilannut... jonkunlainen tuota närkästymisen aistiminen tai että autetaan liikaa kun on kännikala ...”

Tuon tähän esille vielä Kirsi Juhilan (2006) ilmaisun sosiaalialan huolenpidon etiikka<sup>7</sup>, joka johtuu naistutkimuksen hoivaetiikka – ilmauksesta. Järkei ei ole loputtomasti tehokas työväline huolenpito- ja hoitotyössä, tarvitaan myös välittämistä. Rationalisoiden, järkeillen sosiaalityöntekijän on luonnotonta ottaa hoidettavakseen yllämainitun alkoholistin asia hoidettavakseen. Välittäminen on

---

<sup>7</sup> Engl. *ethic of care* ”hoivaetiikka, hoivaettisyys” pohjautuu moraalissävyytteisenä ilmaisuna naistutkimukseen kuten Carol Gilligan, Joan Tronto ja suomalaisista Anneli Anttonen ja Päivi Petrelius. (ks. Juhila 2006, 158- 161)

eettisen perustan yksi tukipilari, jokainen asiakas on huolenpidon arvoinen, toimenpiteiden arvoinen. Jokaisesta asiakkaasta tulee välittää, jotta voi toimia asiakkaan hyväksi. (Mt., 158–161.)

### **7.3 SISÄLLÄ VAI ULKONA? - ”...aina silloin tällöin kysytään, että eikö me voitaisi olla perusturvan työntekijöitä?”**

Olen pohjustanut tätä lukua edellisissä empirialuvuissa esiin tulleilla tulkinnoilla sosiaalityön asemasta organisaatiossa. Esitän asian havainnollistamiseksi taulukon, jota tulen täydentämään vielä seuraavassa luvussa sosiaalityöntekijöiltä esiin tulleista itsearvion tuottamista käsityksistään. Kaavion peruspohjana on luvussa 5.4 esittämäni haastattelurungon, haastatelluille etukäteen annetut teema-alueet. Käytän taulukossa käsiteitä epäsuora arvio ja suora arvio. Suorassa (direct) arvioissa arvioija on suorassa arviolinjassa, ilman välittäviä tekijöitä tekemisissä arvioitavan kanssa, omassa toimintaympäristössään, sisältyen tai osallistuen itse arviointiprosessiin.. Epäsuorassa (indirectly) arvioinnissa vastaavasti ollaan arvioitavan ulkopuolella, käyttäen välivaiheita ja välineitä arvion suoritukseen. Etäännyminen voi olla tietoista ja tarkoituksenmukaista. Arvioinnin kohde, tavoite, voi olla myös tarkennettu suoraan tai epäsuorasti. Jos kohteesta halutaan saada epäsuorasti tietoa ja arviointiperustaa, tulee sitä suunnata, tarkentaa monesta eri suunnasta, keräten aineistoa systemaattisesti. Aina ei ole mahdollista kysyä tai tutkia kohdetta suoraan ja tällöin on mielestäni hyväksyttävää käyttää eri keinoja. En voinut suorittaa sosiaalityön asemointi ja jäsentymistutkimusta koko sairaalan henkilökunnalle, joten käytin hyväksi sosiaalityöntekijöiden tekemää itsearviota ja kokemusarviointia asemastaan ja työnsä jäsentymisestä. (Rossi & Freeman 1993, 88; ks. Suomen virtuaaliyliopisto 2008.)

Olen taulukossa 5 esittänyt epäsuoran arvioinnin tuloksia. Arvioinnin teemoina ovat olleet sosiaalityö sairaalaorganisaation moniammatillisen työyhteisön näkökulmasta arvioituna, sekä organisaation käsityksenä sosiaalityön asemasta ja merkityksestä. Suoran, eli sosiaalityöntekijöiden oman työn arvioinnin ja itsearvion esitän luvussa 7.4 ja taulukossa 6.

TAULUKKO 5. Asema moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa, epäsuora arvio

Sosiaalityön asema moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa	<p><b>SUORA ARVIO:</b> → → → (täydennetään jäljempänä luvussa 7.4)</p> <p><b>Sosiaalityöntekijöiden itsearviona tuottama käsitys sosiaalityön asemasta</b></p>			
	<p>EPÄSUORA ARVIO:</p> <p><b>sairaala-organisaation moniammatillisen työyhteisön käsitys sosiaalityön asemasta</b></p>	<p><u>Sosiaalityön asema on hyödynnetty:</u></p> <p>asiantuntijana ryhmässä</p> <p>tai konsulttoijana, toimijana</p> <p>hoito-henkilöstölle</p>	<p><u>Sosiaalityön tehtäväkuvaa tulee päivittää aktiivisesti henkilökunnalle:</u></p> <p>työn kuvan rajaus ja potilaiden ohjautuminen</p> <p>Ryhmän yhteistyön sujumiseksi: yhteiset toiminnan säännöt ja rajat</p>	<p><u>Yhteistyöllä sujuvuutta lisää.</u></p> <p>Kokemus sosiaalityön käytöstä lisää sosiaalityön käyttöä.</p> <p>Psykiatrinen yhteistyö on tottuneempaa, tiiviimpää kuin somaattisella.</p>
<p>EPÄSUORA ARVIO:</p> <p><b>Organisaation käsitys sosiaalityön asemasta moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa</b></p>	<p><u>Sosiaalityön yleinen asemointi tutkimus- ja hoitotyöhön:</u></p> <p>organisaation arvot ja tavoitteet: nähdäänkö sosiaalityö hoitotyön täydentävä, kokonaisvaltaisen hoidon laatutekijänä?</p> <p>= Sosiaalityön asemallista tunnustamista voi lisätä nykyisestä</p>	<p><u>Sosiaalityön paikantaminen ja näkyvyys organisaation toiminnassa ja esittelyssä</u></p> <p>= sosiaalityön näkyvyyttä &amp; tiedostamista voi lisätä nykyisestä</p> <p>= potilaiden ja henkilökunnan tietoisuuden lisääminen kohdentaisi sosiaalityötä paremmin</p> <p>= sosiaalityöntekijöiden työtyytyväisyys ja oman arvon tunne kohenee.</p>	<p>Organisaation taloudellisten resurssien (esim. lamavuosien aikana) ja tasaisin väliajoin toistuva keskustelun asettama sosiaalityön aseman uudelleen arviointi.</p> <p><u>Sosiaalipalvelut sisällä vai ulos organisaatiosta?</u></p> <p>= herättää hämmennystä sosiaalityöntekijöissä : ovatko keskustelijat täysin tietoisia työn sisällöstä ja eduista organisaatiolle?</p>	

## Saatu palaute mittarina?

Palaute työstä on tärkeää, sillä se kertoo tekijälleen miten hänen työnsä otetaan vastaan ja rakentava palaute kehittää saajaansa. Tämä on meille jokaiselle yleisesti selvää. Palautteen avulla ”*jaksaa myös tehdä työtään*”.

”Kyllä se, kyllä sitä palautetta saa tosi paljon ja se on se, joka tässä työssä tietysti kantaakin, että me jaksetaan.”

Teemahaastattelun eräs kysymyksistä koski sosiaalityöntekijöiden saamaa palautetta. Mistä palaute tulee, minkälaista se on ja kuinka usein he saavat palautetta työstään? Teemoitin saadut vastaukset ja tarkastelin, onko saaduista teemaryhmistä evidenssiksi sosiaalityön asemasta ja paikasta? Jaoin teemat palautteen antajan mukaan sekä palautteen laadun mukaan. Laadusta tuli huono teemajakauma, koska niin kovin moni oli saanut vain positiivista palautetta, vain yhden kertomus oli negatiivisesta. Teemat palautteen antajasta toimi mielestäni mittarina sille, kuinka sairaalan sosiaalityöntekijöiden työ huomioidaan moniammatillisessa yhteisössään. Potilailta saadun palautteen teemat kertoivat sosiaalityön sairaalaorganisaatiossa olevan yllättävän erilaista, kuin mihin potilaiden ennakkoon asettamat odotukset olivat heitä pohjustaneet. Heidän saamansa sosiaalityö yllätti positiivisesti ammatillisuudellaan ja monialaisuudellaan ja he olivat helpottuneita kun saivat ”*asiat hoidetuksi, josta yksin eivät olisi selvinneet*”.

Sosiaalityöntekijöiden työn kuvauksissa palautetta kuvattiin tulevan ”*usein potilailta*”. Vain yksi ilmoitti, että sai ”*aika vähän palautetta*”. Yksi positiivista palautetta saanut ilmoitti olevansa yllätynyt kuinka ”*vähään potilaat olivat kiitollisia*” ja kuinka suuri ero palautteen laadussa oli kunnalliseen sosiaalityöhön verrattuna, jota hän oli aiemmin tehnyt. Kolme sosiaalityöntekijää arveli, että potilailla on mahdollisesti sosiaalityön mielikuva muuttunut juuri terveystieteiden kautta.

”...aika monella on sosiaalityöntekijöistä aika negatiivinen kuva, että on perusturvassa tai jossain saanut tosi huonoa kohtelua. Niin sitten, jos he on kokenut, että he on saanut päinvastaista kohtelua, niin sitten he on hyvin otettuja siitä, että heitä on niin kun kuunneltu ja silleen, että ei ole heitetty kylmää vettä niskaan.”

Yhteistyökumppaneilta ja tiimiltä palautetta tulee seitsemän vastaajan mielestä ”*jonkun verran*” ja palautetta heistä antoi eniten osastojen henkilökunta, välillisesti tai suoraan myös lääkäri.

”... hyvä kun sä oot olemassa ja hyvä kun te ootte täällä töissä, et muuten nämä ei hoituisi.”

Yhtä paljon kuin henkilökunnalta, sosiaalityö saa palautetta myös omaisilta. Kuusi vastanneista kertoi kokemuksiaan. Vain yksi kertoi saaneensa potilaan omaisilta negatiivista palautetta. Ulkoisilta yhteistyökumppaneilta palautetta tulee ”*aika harvoin*”, kolmesta palautetta kuvanneesta vain kaksi nimesi ulkopuolisia palautteen antajia, jotka olivat ”*edunvalvoja*” sekä ”*sosiaalityöntekijöitä perusturvasta*”.

Haastattelujen aikana tuli esille kuvauksia ja kertomuksia tilanteista, joissa haastatellut kokivat sosiaalityön arvon tai arvostuksen olevan alennetun. Esimerkkejä ei voi tarkastella tahallisen arvostuksen alentamisen merkkeinä. Ne ovat välineellistettyjä ja kertovat mahdollisesti piilevästä sosiaalityön eriarvoisuudesta. En kuitenkaan lähde yleistämään tätä arviota heikolla evidenssillä, mutta esitän kolme esimerkkiä, joilla tuon ilmiön tarkasteluun.

*Lyhennelmä kertomuksesta 1: ”Musta- ja valkopohjaiset nimikyltit”*

Sosiaalityöntekijällä on valkopohjainen nimikyltti, kuten opistoasteisilla, sairaalan henkilökunnasta. Sairaalapastoreilla, lääkäreillä, psykologeilla ja niin edelleen on mustapohjainen nimikyltti. Kertojan oma on kirjoituslaatikossa, käyttää nykyisin pelkästään uutta kuvallista nimikylttiä. On tasa-arvoisempi, eikä mene koulutusaste väärin.

*Lyhennelmä kertomuksesta 2: ”Työtuoli”*

Organisaatiossa, omassa yksikössä vaihdettiin työtuoleja. Lääkärit saivat ensimmäisenä, sitten ja sitten ja sitten ehkä tulevaisuudessa sosiaalityöntekijäkin saa? Sairaalahierarkiassa perinteiset hoitoalan ammatit luonnollisesti menevät sosiaalityöntekijän edelle.

*Lyhennelmä kertomuksesta 3: Toimistotyöt ja lomaketäyttö*

Sosiaalityöntekijä esitti, että häneltä kysytään usein yhtä tiettyä asiaa ja hän tekee mielellään potilaalle aina sosiaalisen kartoituksen, jonka aikana voi selvittää monta muutakin asiaa ja tukea potilaan elämänhallintaa. Miksi sosiaalityöntekijä täyttää asumistukihakemuksia? Tehtävä voisi suoraan kuulua jollekin toimistotyöntekijälle tai omahoitajalle? Pieniä, suoranaisia toimistotehtäviä.

## **7.4 Sosiaalityöntekijöiden itsearvio asemastaan organisaatiossa**

Suhtautumista sosiaalityöhön ja sen asemaan on kuvattu yllä. Suoria arvioita sosiaalityöntekijöitä, heidän itsearvioitaan asemastaan ja sosiaalityön jäsentymisestä sairaalan organisaatiossa käsitellen



tässä luvussa ja kokoan epäsuorat ja suorat arviot yhteen taulukoksi ennen siirtymistä seuraavan pääluvun metaforallisiin skeemoihin.

Tutkimusta taustoittavassa luvussa (2.1) olen kuvannut sosiaalityöntekijöiden paikkaa organisaatiossa erityistyöntekijöinä ja heidän sijoittumistaan Kuntoutuksen ja fysiatrian- erikoisalan alle. Luvussa 6.3 olen käsitellyt kirjallisten esite-dokumenttien ja sähköisten tekstien sisällön analysointia, etsien näistä sosiaalityön näkyvyyttä ja tunnetuksi tekemistä. Haastattelussa sain kommentteja ja kertomuksia haastattelurungon teemaan kolme (liite 3), jossa kysyttiin sosiaalityön aseman muutosmerkkejä haastatellun työsuhteen aikana. Kaksi vastanneista ei vastannut kysymykseen, koska heidän työsuhteensa oli kestänyt niin vähän aikaa, reilusti alle vuoden. Kahdeksalta muulta sosiaalityöntekijältä sain hyvin vastauksia, koska viisi heistä oli työskennellyt organisaatiossa hyvin pitkän aikaa paristakymmenestä reiluun kolmeen kymmeneen vuoteen. Terveysosiaalityö ja sairaalan organisaatio olivat kokeneet monia muutoksia heidän työhistoriansa aikana. Niihin en tässä valittuja sitaatteja tarkemmin lähde paneutumaan, sillä se suuntaisi tutkimusta liian laajaksi ja olisi tarvinnut erilaisen tutkimusasetelman sekä -aineistoa. Haluan kuitenkin, että tutkielman lukija on tietoinen tästä kunnioitettavasta työnantajauskollisuudesta esiin tulevasta kritiikistä huolimatta.

### **Paikkaa ei ole merkitty toimintaorganisaatioon näkyville**

Sosiaalityöntekijöiden paikkaa ei ole merkitty toimintaorganisaatioon (vrt. liite 1) eikä organisaation henkilöstötilastoihin (vrt. Kanta-Hämeen shp 2006.) Haastattelussa sosiaalipalvelujen näkymättömyys oli kahden haastatellun kommentteissa esillä suoraan ja muiden välillisesti esimerkiksi haastattelun sosiaalityön näkyväksi tekemisen esite- keskusteluissa.

”...yhteenvedoissa ja jossain haamuna tilastoissa siellä kohdassa tutkimushenkilöstö.”

”...olemassaolon jatkuva kertominen on toisaalta meille mahdollisuus. Joskus se vähän tuntuu turhauttavalta ...”

Haastateltavista yksi arveli sosiaalipalvelujen paikan kuuluvan Kuntoutuksen ja fysiatrian alle, koska organisaatio on keskisuuri sairaala. Sairaanhoidopiirien listauksessa Kanta- Häme on sijalla kaksitoista ja sen alapuolelle jää kahdeksan sairaanhoidopiiriä mm. Lapin ja Etelä- Karjalan sairaanhoidopiiri. (Ks. Kanta-Hämeen shp 2006.)

Haastatelluista eräs sosiaalityöntekijä kertoi, että esimerkiksi Hämeenlinnan yksikössä sosiaalityöntekijällä on monta eri osastoa ja poliklinikkaa vastuualueenaan ja työhuone saattaa olla erillään vastuualueista. Tämä hankaloittaa yhteenkuuluvuuden tunnetta osaston väkeen ja potilaat eivät tule samalla tavalla tutuiksi kuin, että työpiste olisi vastuualueen lähetyvillä. Vastakkaisen kommentin antoi sosiaalityöntekijä, joka piti erillisiä sosiaalipalveluita tietynlaisena etuna:

”Eli tämä on niin kun luonnollinen, meidän on paljon helpompi hahmottaa meidän työ ja toimia niin kun tämmöisestä omasta yksiköstä käsin...”

Toisaalta puolesta ja vastaan, eli ajatus:

”Miksei se voisi olla sitten ihan joku oma yksikkönsä vaikka suoraan johtavan ylilääkärin alla? Ja nyt se on kuntoutusylilääkäri, että ehkä se on jotenkin ajateltu, että se voisi jotenkin olla lähempänä kuntoutusohjausta...”

Tilannetta voi kuvailtavissa paradoksaaliseksi.

”Se on vähän paradoksi. Me ollaan täällä ilman muuta, mutta silti kukaan ei oikein tiedä, että me ollaan täällä. (--) ... se on meillä olemassa oleva tämmöinen rajapinnalle kuuluva niin kun ominaisuus, joka meillä vaan on. Ja joka meidän pitää hyväksyä se ja pitää vaan aina kertoa se ihmisille, se on vähän niin kun meidän yksi tehtävä.”

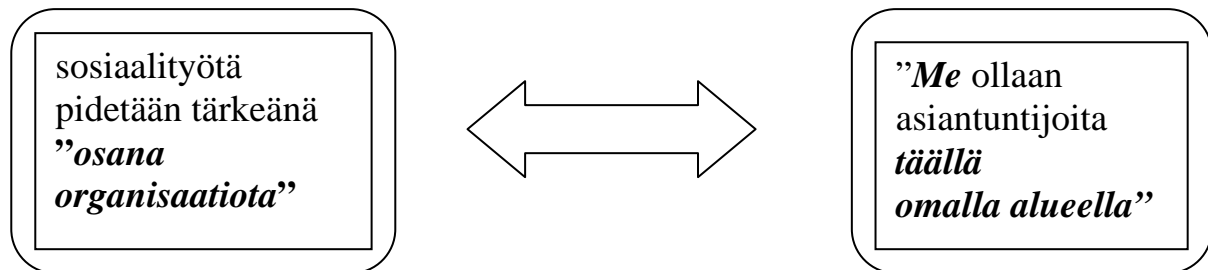
Haastatteluaineiston keräämisestä on nyt tutkielmani julkaisuun mennessä aikaa kulunut puolitoista vuotta. Organisaatiossa ei ole tapahtunut esille tuloa toimintaorganisaatiossa, johon sosiaalityöntekijät ovat esittäneet vuonna 2007 omaa yksikkönimeä näkyviin. Vankimpana perusteluna on ollut se, että sosiaalipalvelut eivät ole erikoissairaanhoidon toimintaorganisaation kaavassa esille tuotava erikoisala kuten juuri Kuntoutus ja fysiatria ovat. Edelleen on esitetty resurssien lisäämistä siten, että Riihimäen yksikköön sijoittuisi kolmen sosiaalityöntekijän rinnalle neljäs sosiaalityöntekijän toimi. Psykiatrian tutkimus- ja hoitopuoli tarvitsee lisäresursointia. Lisäystä ei ole saatu. (henkilökohtainen tiedoksianto Eeva Keskinen va. johtava sosiaalityöntekijä 20.12.2007.)

### **Sosiaalityöntekijät arvioivat sosiaalityön aseman organisaation moniammatillisessa työyhteisössä hyväksi ja tärkeäksi**

Kokemusta sosiaalityön asemasta arvioivat kaikki kymmenen haastatteluun osallistunutta ja heistä viisi, eli puolet, arvioivat sosiaalityön aseman ”hyväksi” sekä ”kohtalaisen vakiintuneeksi ja arvostetuksi” sekä ”tärkeäksi”. Aseman perusteluna ovat kysyntä, palvelujen hyödyntäminen ja

”mukaan pyytäminen”. Aseman kuvailuja teemoittaessani löysin mielenkiintoisen ääripääparin, joka muodostui kuudesta vastaajasta:

## KUVIO 2: Sosiaalityön koettu asema - ääripäri



Ääripäistä huomaa asemoitumisen, jossa toinen ryhmä kokee olevansa työyhteisössä, organisaatiossa sisällä osana sitä ja toinen omana me-ryhmänään asiantuntijoita, omalla alueellaan. Tällöin työstä tulee antaa todistuksellista ja mitattavaa tuloksellisuutta:

”...ollaan itse se käyntikortti. Kunhan vaan jaksetaan ja keritään.”

Esitän vastaparista vielä lauseen, joka kuvastaa yhteisön sisällä olevaa asiantuntemusta:

”...on oma paikka siinä työryhmässä, oma tehtävä...lastensuojelun asiantuntija...”

Tarkastelin erikseen myös somaattisen ja psykiatrisen puolen sosiaalityöntekijöitä vastapareina. Yllätyksenä ei varmaankaan tule, että psykiatrisen puolen sosiaalityöntekijät olivat tiiviimmin kiinni vastuualueensa moniammatillisessa työyhteisössään ja heidän työparinaan oli myös mielenterveyshoitajia ja sairaanhoitajia. He kokivat jonkin verran suurempaa asemallista tyytyväisyyttä kuvauksiensa perusteella verrattuna somaattisen puolen sosiaalityöntekijöihin. Tämä on kuitenkin niin tulkinnallista, että sitä ei voi pitää tuloksena vaan tuntumana aineistosta. Neljä sosiaalityöntekijää kymmenestä, ei pelkästään psykiatrisen sosiaalityöntekijää, kommentoi suoraan asemaansa paremmaksi ”*perinteisellä puolella eli psykiatrisella*” verrattuna somaattiseen..

”... erityisesti nuorisopsykiatrisella ajatellaan sosiaalityö luonnollisena osana, koska nuorilla on paljon ongelmia...”

## ”Johto ei niin perillä sosiaalityön merkityksestä”

Teemahaastattelussa herätti paljon keskustelua organisaation johdon suhtautuminen sosiaalityön asemalliseen paikkaan, mutta kukaan kommentoijista ei osannut nimetä mikä taso tai kuka ”johto” oli. Puhuttiin ”*menneestä ajasta*”, ”*taloudellisesti vaikeista ajoista*” ja ”*johdosta*” kuvauksien subjektina. Epäily ja hämmennys leimasivat kuvauksia: Onko organisaation johto perillä oman organisaation sosiaalityön tehtävästä?

... joskus tulee sellainen tunne, varsinkin tuonne johtoon päin, että siellä ei niin kun oikein tiedetä mitä me tehdään. Siellä kuvitellaan, että me tehdään suunnilleen samaa toimeentuloturvalaskelmaa mitä tehdään sosiaalitoimistossa, että aina silloin tällöin kysytään, että eikö me voitaisi olla perusturvan työntekijöitä? ”

Ja siihen miksi ei sairaalan sosiaalityötä voi ulkoistaa, on eräällä haastatelluista perusteltua rajan vetoa:

”...ei se ole mahdollista niin kuin tuolta sosiaalitoimistosta tulla antamaan palveluita tänne...Heillä ei ole siihen resursseja ja sitten siinä on kaikki salassapitosäädökset ja muut. Ja sitten se on ihan eri asia olla siellä ulkopuolella. Siinähan yhteistyökysymykset, tällaiset olisi tosi mutkikkaita ja sitten se, että kyllähän tämä on semmoinen palvelu, joka pitää olla sairaan ihmisen äärellä sairaalassa. ”

Selkeitä muutoksia haastattelussa nimettiin tapahtuneen sosiaalityöntekijöiden ammatillisessa itsetunnossa, parempaan suuntaan. Osa haastatelluista kertoi, että he ovat tehneet työn asemasta ”*arvostetun ja hyvän, oman ammatillisen osaamisen itsetunnon nostamisen kautta*”. Konkreettisesti muutoksiksi nimettiin, että he ovat ennen olleet ylihoitajan alaisia, nyt he ovat kuntoutusylilääkärin alaisia. Työn sisältö on myös muuttunut, kuntoutusohjaajien määrä on lisääntynyt organisaatiossa, joka on vaikuttanut sosiaalityön tehtäväkenttään. Työtehtäviä, joita sosiaalityöntekijä on hoitanut ennen, hoitavat nyt kuntoutusohjaajat tai sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja rinnakkain. Yksi haastatelluista kertoi, että on: ”*...tavallaan tuota vähän jalkoihin jäämisen tunne ollut*”. Sosiaalityön onnistumisen pääpaino on muuttunut jonkin verran, työ on sosiaalista arviointia, ryhmätyötä ja yhä enemmän kuntoutusasioissa avustusta sekä neuvonantoa. Lainaus erään haastatellun kommentista, miten onnistumista mitattiin ennen muutoksia, sitaatti kiteyttää hyvin yllä mainitun.

... ensimmäiseksi kun osastolle menit, niin kysyttiin, että saitko paikkoja? Että se oli tavallaan niin kuin tällainen henkilökohtaisen, tällaisen työntekotaidon osoitus, että tuliko heidän potilaille jatkohoitopaikkaa vai eikö tullut(--)... nämä lyhytaikaispaikkoja sosiaaliturvan (-) tän sosiaalihuollon puolelta, niitähän kyllä sitten

kysellään sitten kun tuntuu, että siitä voisi olla apua. Että niitä mä kyselen kyllä. Tuonne perusturvaan vanhainkoteihin ja näihin ostopalvelupaikkoihin. ”

Tämän empirialuvun yhteenvedona kokoan taulukon, jossa on mukana sekä epäsuora, että sosiaalityöntekijöiden itsearvion kautta tuotettu suora arvio asemastaan organisaatiossa.

**TAULUKKO 6: Asema moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa, epäsuora sekä suora arvio**

<b>Sosiaalityön asema moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa</b>	<p><b>SUORA ARVIO:</b></p> <p><b>Sosiaalityöntekijöiden itsearviona tuottama käsitys sosiaalityön asemasta</b></p>	<p>Asema tärkeä:</p> <p>joko osana organisaatiota tai omana ”me”-alueenaan (psykiatrinen/somaattinen)</p>	<p>Työn muutokset: sisällölliset erot, organisaation muutos, kuntoutusohjaajat</p>	<p>”käyntikortti”</p> <p>- omalla työllä paikan ansainta toistuvasti, taloudellisten säästöaikojen (vieläkin ajoittain) keskustelu siirrosta ulkoiseksi: kuntasosiaalityöhön</p>
	<p><b>EPÄSUORA ARVIO:</b></p> <p><b>sairaalaorganisaation moniammatillisen työyhteisön käsitys sosiaalityön asemasta</b></p>	<p>Sosiaalityön asemaa on hyödynnetty: asiantuntijana, konsulttoijana, toimijana</p>	<p>Sosiaalityön tehtäväkuvaa tulee päivittää aktiivisesti</p>	<p>Yhteistyöllä sujuvuutta lisää – ryhmän ja henkilökunnan kokemus sosiaalityöstä lisää sen käyttöä</p>
	<p><b>EPÄSUORA ARVIO:</b></p> <p><b>Organisaation käsitys sosiaalityön asemasta moniammatillisessa sairaalaorganisaatiossa</b></p>	<p>Sosiaalityön yleinen asemointi tutkimus- ja hoitotyöhön: Sosiaalityön asemallista tunnustamista voi lisätä nykyisestään</p>	<p>Sosiaalityön paikantaminen ja näkyvyys organisaation toiminnassa ja esittelyssä</p>	<p>Sosiaalipalvelut sisällä vai ulos organisaatiosta?</p>

## 8 SOSIAALITYÖN MERKITYS JA KUVA ITSEARVIOITUNA

### 8.1 Metafora todellisuuden jäsentämisen välineenä

Metaforaa voidaan käyttää analyysin apuna, kun on vaikea luokitella, nimetä jokin ilmiö. Metafora on itsessään vertailun väline ja käyttää analogiapäätelyä hyväkseen. Vertauskuvassa, metaforassa luokittelun apuna käytettäessä tuntematon ja vaikeasti nimettävä rinnastetaan johonkin tuttuun käyttäen hyväksi tutun ja tuntemattoman samankaltaisia ominaisuuksia. (Rantala 2001, 93.) Metafora on siis väline kuvaukselle ja tulkinnalle. Sen käyttöfunktio on esimerkiksi erittelyssä ja tämän kautta todellisuuden jäsentämisessä. (Elovaara 1992, 185.) Metaforien avulla voidaan tiivistää tietoa hallittavampaan muotoon. Hyvin usein metaforat virittävät näköaistia, eli esitetään esimerkiksi kuva portaista elämänkulun vertauksena. Tai viritetään mielikuva kertomalla elämänkulusta, jonka ominaisuuksia voidaan verrata portaiden askeltamisella. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 179.) Metaforan käyttömahdollisuus haastattelun apuvälineenä sekä analyysissä ja tulkinnassa on kokemanikin perusteella hyvin monimuotoista. Metaforaa tulkittaessa aukeaa loppumaton tehtävä, sillä vertauskuviin ei välttämättä tule yksiselitteistä vastausta. En voi ottaa avuksi symbolikirjaa, samoin kuin viihteellisesti unia tulkittaessa. Meille lienee tuttua uniemme tulkinta siten, että unessa nähdyn muistikuvan, esimerkiksi junamatkan avulla etsii vertausta unisymbolien kirjasta ja löytää kenties vastineeksi määritelmän elämän kulku. ”Junamatka on kuin elämän kulku”. Viihteellisestä kehyksestään huolimatta tässä lauseessa on kuitenkin pieni selvitys siitä miten metafora toimii. Mauno Koski (1992, 13) esittää klassisen metaforan lausekkeen, viitaten Leechin (1969) sekä Lipkan (1988) kirjoituksissa esittämään kaavaan:

#### **X on ikään kuin Y, suhteessa Z.**

X on puhujan tarkoittama yksikkö eli kuvattava, yllä olevasta esimerkistä siis junamatka, matka junassa. Y on korreloitu yksikkö eli (vertaus)kuva eli elämä. Ja Z yksiköiden välinen suhde eli peruste mihin verrataan, eli elämän suhde, laatu joka tässä tapauksessa on kulku. Kulku voidaan edelleen tulkita monenlaisiksi: kulkeeko elämä aikataulun tavoin, täsmällisesti vai onko elämän kulku rytmitettyä asemalaitureilla pysähtymistä ja jälleen aikataulun mukaan eteenpäin jatkavaa kulkua, kohti päämäärää eli pääteasemaa. Junamatka on toki tiettyjen piirteiden kannalta samanlainen kuin elämän kulku. Metaforalla tulkittaessa auttaa kontekstisidonnaisuus ja rinnakkain asettelu, jotka melkein pakottavat Elovaaran (1992, 125) mielestä huomioimaan symbolien merkitystä. Hän muistuttaa, että symboli tarkoittaa ominaisuuksia, kuvataiteissa myös tilaa. Olen

käyttänyt metaforaa tässä tutkielmassa kuvaamaan vastauksissa esille tulleita sosiaalityön saamia merkityksiä eli ominaisuuksia ja sidoksia, asemaa ympäröivään organisaatioon, eli tilaan. Esitän seuraavissa alaluvuissa tulkintaa haastattelun assosioivasta kysymyksestä, joss sosiaalityölle kuvattiin peilikuva. Esitykseni on ensin ilman rajattuja tulkintasidoksia olevat peili- heijasteet eli sosiaalityön ”kuvat” sekä vastauksista rajatut, analysoidut merkitykset eli skeemat. Peiliheijasteet ovat hyödynnettyjä alkuperäisessä muodossaan kunkin sosiaalityöntekijän haastatteluvastauksista.

Haastatteluaineiston analyysivaiheessa olen ryhmitellyt haastatelluille viimeisenä esitetyn assosiointikysymyksen tuottamia vastauksia ensin kahteen luokkaan: kuvauksiin sekä vertauskuviin. Saatujen luokkien alle olen koonnut edelleen affektiivisia, tuntemuksilla väritettyjä ja laatua ilmaisevia kuvauksia. Esimerkiksi ilmaukset ”lämmin kuva” ja ”huolehtivainen” ilmaisevat affektiivisesti turvallisuutta. Vastauksien koko sisältöä tarkasteltaessa saadaan huomioitua haastatellun tuottama ajatus.

”...lämmin kuva.. huolehtivainen...toinen ihminen, johon voi luottaa, ystävällinen, kohtelias, semmoinen kokonaisuus, se ihminen on siinä läsnä, jotenkin paikalla. Katsoo silmiin välillä, katsoo sitä ihmistä...”

Kysymys itsessään koettiin haastattelussa kenties vaikeaksi hahmottaa ja haastatellut tarkensivat kysymystä. Lähes kaikki haastatellut pitivät hiljaisen mietintätauon ennen vastaamista. Pidin tätä hyvänä merkinä, sillä se kertoi, että vastaaja työsti käsityksiään todellisuudesta ja jäseni vastauksessa muotoa ennen vastaamista. Alkuun päästyään kuvauksista tuli moninaisia ja varmasti vastaajiensa persoonankin mukaisia kuvauksia. Osa haastatelluista muotoili vastauksensa selkeästi vertauskuvaksi. Suoria luontoaiheita käytti vastauksissaan neljä sosiaalityöntekijää, eli melkein puolet. Metaforat, nk. peilin kuvajaiset olen koonnut kuvioon 2. Kaikkien viimeisen assosiointikysymyksen kuvauksien osalta olen purkanut vastauksia edelleen neljään skeemaan, jotka esittelen kuviossa 3.

## 8.2 Sosiaalityön kuva

Teemahaastattelussa viimeisen kysymyksen avulla halusin koota yhteen haastattelussa käytyä keskustelua. Pyysin haastateltavaa kuvailemaan, vapaasti assosioiden ja mielikuviansa kautta sosiaalityön kuvaa. Kuvan vastikkeena käytin peili- käsitettä, siten että kuvailtavana oli sosiaalityön peilikuva. Kysymykseni oli: ”Jos sairaalaorganisaationne sosiaalityöllä olisi edessään

peili, minkälaiselta se näyttäisi? Kuvaile, kerro, assosioi.” Tarkoitukseni oli saada käsityksiä ja jäsennyksiä sosiaalityön todellisuudesta suhteessa tilaansa, eli sairaalaorganisaatioon.

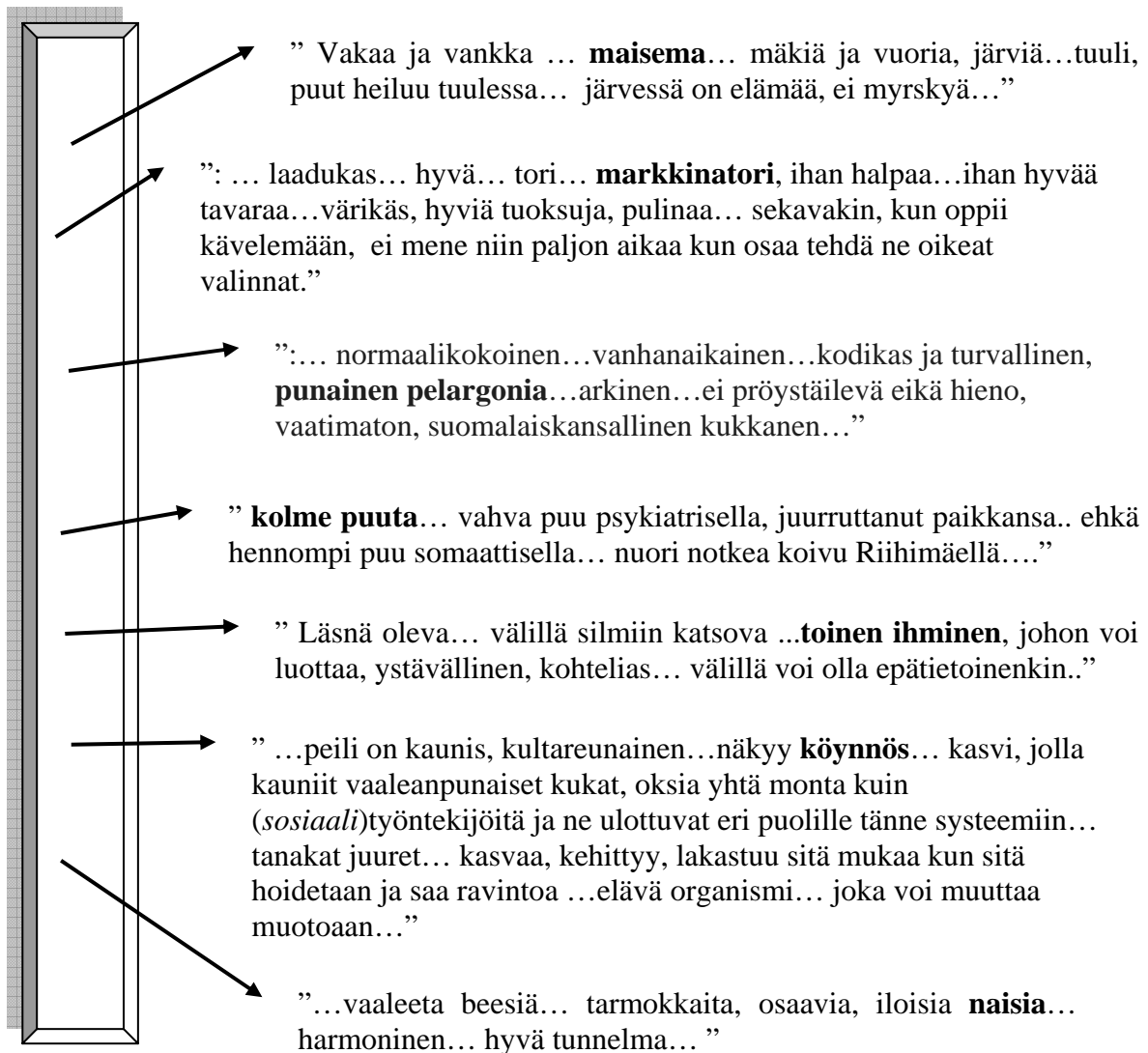
Cooley (1983) esittää, että jos jollain asialla on tietoinen yhteys toisiin, hän ei todennäköisesti ajattele sitä ja jos hänellä ei ole, hän painokkaasti ryhtyy pohtimaan, ajattelee sitä. ”Minälle” on ominaista vertailla olemustaan, ilmentymäänsä toisiin; ”Olen keskiluokkaisessa asemassa” tai leijaa lennättävä poika toteaa kenties verratessaan leijan lentoa toisen pojan leijan lennätykseen: ”Olen korkeammalla kuin sinä”. Tämän kaltainen sosiaalinen minä on Cooleyn mukaan heijastettua eli ”peiliminä”. ”Kuten kasvomme, olemuksemme ja peilistä näkyvät mekkomme ovat heijasteita, ovat sitä myös tarkoituksemme, tapamme, tekemme, luoteemme ja niin edelleen”, Cooley kirjoittaa. Toisen henkilön vaikutelma kuvitteellistuu omaan mielikuvamme. (Mt., 181, 183-184.)

Sosiaalityössä on mielestäni hyvä käyttää hyödyksi Cooleyn peiliminä-teoriaa muun muassa asiakastyössä sekä itsearviointia konkretisoivana työkaluna. Suvi Holmberg (2006, 45 - 46) on pro gradu- tutkielmassaan rintasyöpäpotilaiden minän kuvasta käyttänyt peiliminän käsitettä. Miltä näytämme toisten silmissä ja mitä mieltä he ovat? Laura Yliruka (2000) on tehnyt pro gradu- työnsä itsearvioinnista ja hänen tutkielmansa on julkaistu Stakesin FinSoc- sarjassa. Hän on edelleen jatkanut itsearvioinnin mallinnustyötä muun muassa Helsingin aikuissosiaalityössä, jossa kehittämis- ja tutkimustyössä on haettu myös sosiaalityöntekijöiden itsearvioinnin lisäksi vertaistukea ”sisäisen peilin” avulla. Vertaisryhmä antoi sisäisen peilin eli lomakkeen avulla palautetta kollegoilleen. Lomake toimi vastaajien sisäisen dialogin ja jäsenyyksen tuotoksien kenttänä. (ref. Mannerström & Mustonen & Nurhonen & Yliruka 2005.) Yliruka (2006) on kirjoittanut kehittyneestä kuvastin- menetelmästä kokemuksia. Menetelmä tukee sosiaalityön tiimin arvioivaa työtapaa ja yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittymistä.

Kuvatun käsityksen kautta on heijastettavissa reagoinnin laatu, tietoisuus siitä kuinka sosiaalityöhön suhtaudutaan, jokaisen haastatellun sosiaalityöntekijän tuottaman peilikuvan heijastekuvauksen kautta. Tutkielmassani tarkastelen sitä, miten sosiaalityöntekijöiden tuottama arvio muiden sairaalaorganisaation jäsenten käsityksestä on heijastettavissa? Heijaste on heidän arvionsa ympäristön tuottamasta sosiaalityön aseman tulkinnasta. Olen jättänyt alla olevaan kuvioon 3 näkyviin haastateltujen niitä lausumia, joissa on luonnehdittu sosiaalityön kuvaa vertauskuvallisesti. Eskola ja Suoranta (2005, 148) toteavat, että tutkittavien tulkinnat edustavat niin sanottua ensimmäisen asteen tulkintaa. Esille tulleet vertauskuvat ovat siis haastateltujen



sosiaalityöntekijöiden kuvauksia. Pidän näitä onnistuneina kuvauksina ja olen halunnut koota niistä oman havainnollistavan kuvion.



**KUVIO 3: Sosiaalityön peilin kuvajaiset**

Mielenkiintoinen havainto on se, että lähes jokaisessa metafora- kuvauksessa on esitetty sekä positiivisia, että negatiivisia, kriittisiä ominaisuuksia tai kuvauksia. Esimerkiksi maisema- metaforassa on voimakkaita, pysyviä elementtejä kuten mäkiä ja vuoria. Kuvaus jatkuu puilla, jotka ”*heiluvat tuulessa*” ja kuvajaisessa on ”elävä” järvi, joskin on erikseen mainittu, että kuvassa ei näy

myrskyä. Edelleen kuvaus sosiaalityön kuvajaisesta ”*toisena ihmisenä*”, jolla on lueteltuna monia hyviä ominaisuuksia ja viimeisenä mainitaan kriittisesti ”*välillä voi olla epätietoinenkin*”. Viimeiseksi metafora- sitaatiksi olen jättänyt peilikuvajaisen, jonka sisällöstä en poikkeuksellisesti löydä kritiikkiä. Peilikuva henkii me- ryhmähenkeä ja siinä on toimiojajoukkona ”*tarmokkaat naiset*”. Tutkimuskohteen sosiaalityöntekijöiden joukko koostuu pelkästään naisista, joille tässä ladataan positiivinen vire.

### 8.3 Sosiaalityön merkitys- skeemat

Ilmari Kortelainen (2005) on tarkastellut metaforaa filosofisesta näkökulmasta pro gradu-tutkielmassaan ja hänen tutkimuskysymyksensä on ollut ”Miten metafora tuottaa uutta ymmärrystä todellisuudesta?” Nykyisin tutkijana työskentelevä Kortelainen on tutkinut Paul Ricceurin hermeneuttista metaforateoriaa, jossa metafora käsitetään keinoksi muokata ihmisen ymmärrystä. Käsitys maailmasta syntyy ihmisen tuottaessa ja tulkitessa tekstejä. Metafora luonnostelee kuvittelukyvyn avulla kohteita sekä tilanteita ja tästä johdettuna metaforaa voidaan kutsua skeemaksi<sup>8</sup>. Metaforiset skeemat luonnostelevat uusia ”maailmoja”, mahdollisuuksia ihmisten silmien eteen. Ne toimivat uudelleen kuvauksen muotona. (Mt., 2005, 2.) Olen käyttänyt alla olevassa esityksessäni metaforisia skeemoja hyödyksi niiden kuvausominaisuuksien vuoksi. Haastateltujen luova assosiointi ja tulkinta peilikuvajaisesta on tematisoitu ja edelleen tyypitelty neljään: dynaaminen, turvallinen, miellyttävä ja vaatimaton.

#### **Dynaaminen – organisaation tasavertaiset toimijat.**

Haasteltujen käyttämät laatusanat: ”*tehokas*”, ”*kehittyvä ja muuntautuva*”, ”*järjestäytynyt, organisoitunut*” ja ”*palvelualtis*” esiintyvät haastatteluvastauksissa, joissa kuvataan toimivaa, asemansa lunastanutta sosiaalityön paikkaa. Asemaa on kommentoitu vakaaksi myös ihan suoraan. Olen nimennyt tämän ryhmän dynaamiseksi.

”...sosiaalityöllä on täällä vakaa ja vankka asema.”

Merkitys on aktiivi, tavoitteellinen ja sitä kautta kehittyvä ja tarpeen vaatiessa muuntautumiskykyinen. Asemoinnissaan tämän kuvan antaneet sosiaalityöntekijät kuvastavat

---

<sup>8</sup> Skeema = kaava, kaavio, malli, suunnitelma (Lähde: MOT Kielitoimiston sanakirja 1.0 )

itsevarmuutta ja tasavertaisuutta, suuntautuen organisaatioon päin. Oma työ koetaan haasteellisena, ”*monipuolinen palvelutori, jossa täytyy osata liikkua*” Torin hyödykkeet ovat laadukkaita, mutta halpoja eli monen eritasoisen asiakkaan saavutettavissa. ”*Tori*”, eli sosiaalityön etuuksien ja palvelujen tarjonta voi vaikuttaa sekavalta, mutta ”*reitit*”, eli avun saatuaan siellä oppii kulkemaan.

### **Turvallinen – organisaation tärkeä organismi**

Yksi haastatelluista käytti vastauksessaan sanaa ”*organismi*” viitaten sillä sanan elollinen -merkitykseen.

”...orgaaninen juttu, mikä voi muuttua, kasvaa, kehittyä. lakastua, sen mukaan mitä sitä, voi sanoa, että sen mukaan mitä sitä hoidetaan (heh.) ja saa ravintoa ja annetaanko esimerkiksi substraalia aina silloin tällöin.”

Organismi on synonyymi myös sanalle elin. Toisen skeeman olenkin nimennyt Organismiksi, jolla kuvaan me- henkisten ryhmää.

”... paljon yhdessä tekemistä... yhdessä tekeminen, suunnitteleminen, asioiden hoitaminen.”

Tällä skeemaryhmällä on ”*juuret tanakasti maassa*” ja se tarvitsee emäorgaaniaan eli sairaalaorganisaatiota, jonka palautteesta organismi ”*imee ravintoa*”. Tällä ryhmällä näyttäisi olevan asema ja suhteet ympäröivään todellisuuteen ”*harmoniassa*”, koska sitä kuvataan tunnelmaltaan hyväksi. Skeemassa kuvastuu myös olemassa olon tärkeys.

### **Miellyttävä – organisaatiosta tunnistettava**

Miellyttävä- skeema herättää edelleen pohdintaa, vaikka olen saanut asemoitua sen kuvakenttään. Analysoin kuvauksia ja huomasin yhteneväisenä piirteenä luontopohjaiset kuvaukset; köynnöskasvi, kukka, luontomaisema, kolme puuta. Kaikilla näillä oli visuaalinen kuvaus. Lisäksi mainittiin kuvajaisen määrittelyissä itse peili, jolla ”*kauniit kullan väriset kehykset*”. Kuvataanko luonto, luonnon kappaleet helposti visuaalisesti miellyttäväksi? Kukkat ovat kieltämättä kauniita, mutta toisaalta mielikuvissa voidaan skeemoittaa kukat hennoiksi tai lakastuviksi, jolloin kuvauksen luonne muuttuu hyvinkin rajusti.

Miellyttävät oli yhteisnimitykseni tälle luokalla, jolla halusin tuoda esille kuvien affektiivisuutta, tunnepitoisuutta visuaalisen miellyttävyyden lisäksi.

” Punainen pelargonia, semmoinen vanhanaikainen. kodikas ja turvallinen...(--)...  
normaalikokoinen...(--)...arkinen.”

Oheisessa kuvauksessa on esillä juuri miellyttävät - skeemaryhmän ehkä olennainen tulkintaydin. Kukapa ei pitäisi punaista pelargoniaa kauniina? Se aistii mummolaa ja kesämökkiä eli kodikkuutta ja turvallisuutta. Sen asema on tunnistettavissa juuri klassisella miellyttävyydellään ja siihen latautuvien oletustunteiden kautta. Huomioitavaa on, että miellyttävä- skeema ei halua tulla esiin, ei hyvässä eikä pahassa liikaa. Se on ”*normaalikokoinen ja arkinen*”. Miellyttävän ja seuraavan esiteltävän vaatimaton- skeeman välimaastoon sijoittuvat kuvaukset, joissa mainitaan selkeästi kontekstisidonnainen asema.

” ...tuolla somaattisella puolella tulee niinkö semmoinen hennompi puu. Se on kuitenkin juurruttanut paikkansa tänne, mutta täällä se on vahvempana psykiatrisella puolella....(*Riihimäen puu on kolmas puu kuvassa*) Se on semmoinen notkea nuori koivu.”

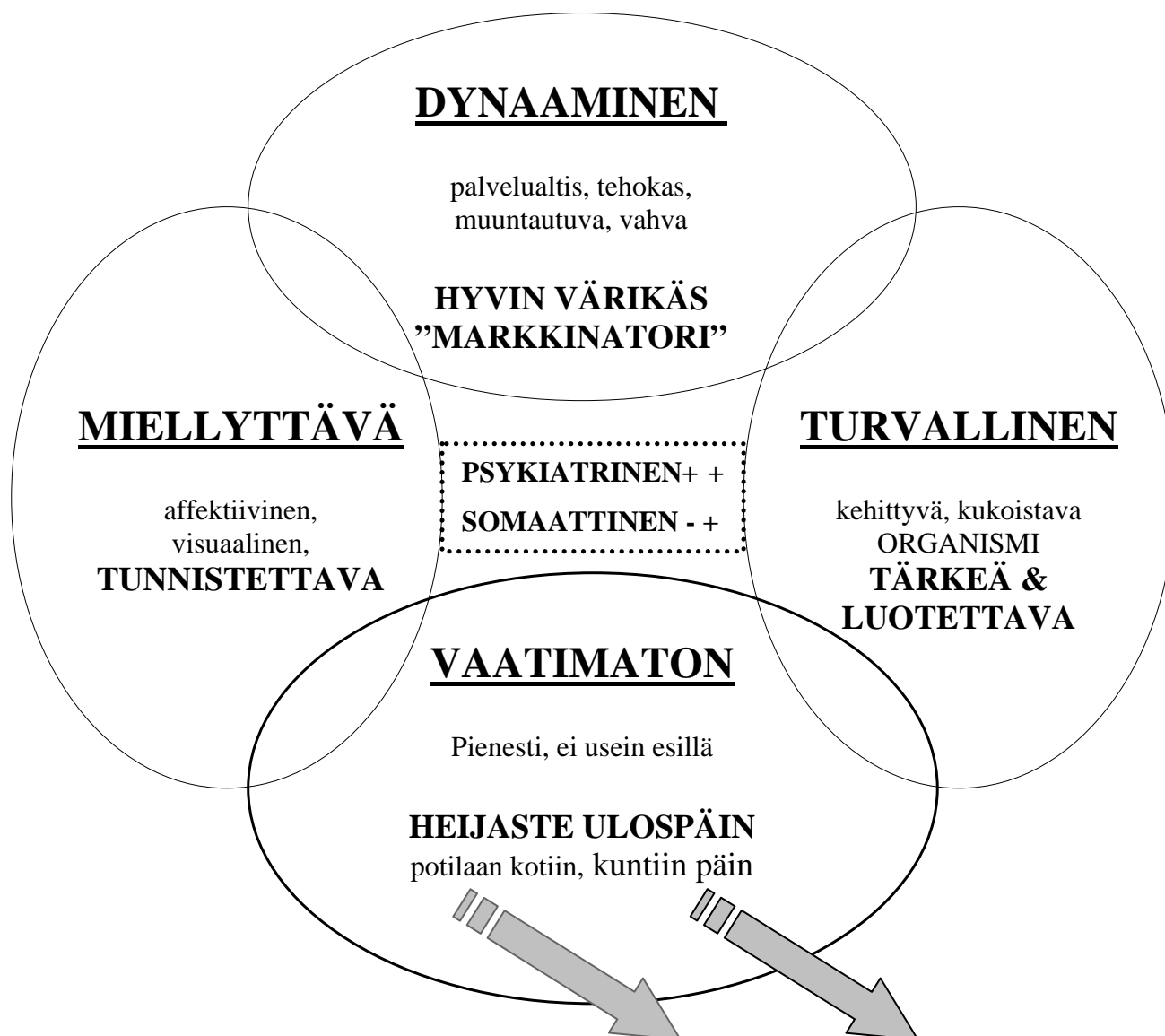
Somaattisella sairaalaorganisaation puolella on asemallinen juurtuminen ollut heikompaa kuin psykiatrisella. Tätä kuvastan kuviossa 3 keskiössä olevalla somatiikan miinusmerkillä, joka edeltää plusmerkkiä. Asema on parantunut ajan myötä ja siksi toisena merkinä on jo plussa. Riihimäen sairaalan sosiaalityö saa yllä olevasta kuvauksesta sisaruksen aseman, eli ”*kehittyvä, nuori koivu*”.

### **Vaatimaton- pienesti esillä organisaatiossa**

Skeema ei ole millään muotoa piiloutuva tai heikko itse- tai ammattituntainen. Kyseessä on pikemminkin skeema, joka on olemassa, osana organisaatiota, mutta ei koe olevansa mitenkään organisaatiolähtöinen vaan asiakas- ja työlähtöinen. Vaatimattomat eivät ole usein esillä, eivätkö halua olla usein ja näkyvästi esillä. Heidän työssään jaksaminen tulee potilaista ja ulkoisista yhteistyötahoista muun muassa kuntien suunnalta. He ovat kokeneet pettymyksiäkin omalta organisaatioltaan ja ovat siksi varauksellisia.

”...kuntoutusohjaajia tulee lisää, sosiaalityöntekijöitä ei tule lisää, vähän niin kuin samoja asioita sosiaalityöntekijät on hoitanut ennen mitä nyt hoitaa myös kuntoutusohjaajat. Elikkä tavallaan tuota vähän jalkoihin jäämisen tunne ollut.”

”... organisaation siinä peilissä ja sieltä pitäisi, sitten jostain pilkistaa sosiaalityökin niin. Kyllä se aika niin kuin pienesti sieltä pilkistaa. ”



#### KUVIO 4: Sosiaalityön merkityksen skeema- kenttä

On huomattava, että skeema- kentän neljä tyyppiä ovat peiliminän kautta syntyneitä, ei omakuvan tuotoksia. Peiliminä on heijaste siitä, miten koemme ja korreloimme ympäristön odotukset ja meihin asetetut merkitykset. Peilin kuvajainen on reagoitiamme ympäristön tuottamiin palautteisiin. Voimme tarkastella peiliminän kautta esimerkiksi minän asemaa ja paikkaa suhteessa ympäröivään todellisuuteen. (vrt.. Cooley 1983.) Mikäli kysymys olisi ollut ”minkälainen on peilissä näkyvä oma kuvasi, kun olet tämän sairaalaorganisaation sosiaalityöntekijä?”, olisi

vastauksissa näkynyt suoraan omakuvaa katsovan henkilön persoonallisia ja ammatti-identiteettinsä kokemukseen liittyviä määritelmiä sekä mielipiteitä. Yllä esitetystä skeema-kentästä ei siis voida johtaa ajatusta, että tapaustutkimuksen *sosiaalityöntekijät ovat luonteeltaan* esimerkiksi vaatimattomia tai dynaamisia. Tällöin tulkinnasta puuttuisi tulkinnassa tarpeellinen kontekstisidonnaisuus ja analyysiprosessi.

Tematisoinnin pohjalta huomasin saavani löydöksiä saman haastatellun vastauksesta kahteen, jopa kolmeenkin eri skeemaan. Seurasin näitä jälkiä rakentaessani skeema-kenttää ja poikkeama löytyi juuri dynaaminen ja vaatimaton kentän välillä. Niiden vastaajien joukosta, joilla oli dynaamisen kentän piirteitä, ei ollut juuri ollenkaan vaatimaton- skeeman ominaisuuksia ja päinvastoin. Sitä vastoin skeemakentässä voisi sientää dynaamisen ja vaatimattoman renkaita vielä tiiviimmin turvallisen ja miellyttävän skeemoihin. Dynaaminen, organisaatioon suuntautunut ja työyhteisön kanssa tasavertaisesti toimivat olivat luonteeltaan huomattavan me- henkisiä, sekä oman ammattijoukkonsa, että organisaation suuntaan. Heiltä löytyi myös miellyttävän piirteitä, sillä kuvauksissaan oli affektiivisia latauksia, työn peilikuvaa visualisoitiin ja määriteltiin. Vaatimattoman kohdalla oli dynaamisen tavoin visuaalista ”maalailua” ja korostunutta työroolin asemointia turvalliseen, tärkeään, ongelmia ratkaisevaan ja tarpeellisen merkitykseen. Vaatimaton asemoituu erityisesti juuri työn tarpeellisuuteen ja päähuomio suuntautui kohteeseen, potilaisiin ja itse työhön eli organisaation ”ulkopuolelle”. Johtopäätökset luvussa kiinnitän merkityksiä ja asemointia tematisoinnin kautta löytyneisiin tulkintoihin, jotka valaisevat löytyneiden skeemojen tulkintapohjaa vielä tarkemmin.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Laadullisen sisällön analyysin onnistumista ei voi tulkita ilman, että tulkitsee aineiston keruun onnistumista. Aineiston tulee vastata tutkimuskysymykseen ja aineiston tulee olla edustava. Olen esittänyt aineiston hankinnan, käsittelyn ja analysoinnin seikkaperäisesti. Esittelyssä olen käyttänyt sekä suoria lainauksia että tulkintaa niistä, jotta aineisto ei jäisi vain kuvailevalle tasolle.

Tapaustutkimus on monen tutkijan mielestä vain näkökulma todellisuuden tarkasteluun, se ei ole tutkimusmenetelmä, vaan lähestymistapa tutkittavan kuvaamiseen ja tulkintaan. Tutkijalla ei ole käytössä mitään erityistä tapaustutkimuksen omaa työkalua tulkinnan tuottamiseen, koska tapaustutkimuksella ei ole olemassa omaa analysointimenetelmää. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 168.) Robert K. Yin nimeää onnistuneen tapaustutkimuksen edellytykseksi täydellisen aineiston, tapauksen merkittävän esittelyn ja edellytyksen olla perusteltua, mahdollisuuden toisintoon. (1987, 140–145). Tutkimusprosessi on kuvattu mahdollisimman seikkaperäisesti. Metodipohja on ollut laaja, eripohjaisia aineistoja on käytetty, kuten tapaustutkimus tarvitsee evidenssiksi. Kriittisesti voisin todeta, että asetin tutkimussuunnitelmaani toiveen tehdä responsiivista evaluointia vielä laajemmin ja osallistuvammin työyhteisöön. Minulta jäi uupumaan tutkimuksestani kuitenkin aktiivinen läsnäolo ”kentältä”, vuorovaikutuksellisuus ja osallisuus tutkittavan ja itseni väliltä. En ollut tutkittavaani missään vaiheessa työ- tai harjoittelusuhteessa ja tutkimusaikatauluni venyi vuodella suunnitellusta eteenpäin henkilökohtaisten sekä hallinnollisten opintojen vuoksi. Yhteydenpitoon vaikutti myös se, että alkuperäinen, nimetty yhdyshenkilöni sairaalaorganisaation sosiaalityössä siirtyi virkavapaalle keväällä 2007. Mielestäni olen kuitenkin saanut hyvin esitettyä tulkintani tutkimustapauksestani, mutta toivon, että vuorovaikutuksellisuuden puute ei koidu ongelmaksi tuloksien esittelyssä sairaalaorganisaatiossa, vaan tulokset voitaisiin ottaa kehittävään keskusteluun.

Terveysosiaalityö vaatii laaja-alaista osaamista ja reflektiivaa asiantuntijuutta työtilanteista riippuen. Asiakastyössä vaaditaan vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja, sosiaalityön tulee olla voimaannuttavaa, asiakasneuvonta ja ohjaus vaativat laajaa tietopohjaa sosiaalietuuksista ja –palveluista sekä yhteistyöverkostosta. Sosiaalityöntekijän menetelmäkenttä on suuntautunut yhä enemmän reflektiivisen ammatillisuuden suuntaan. Hän ei ole työssään pelkkä suorittaja, vaan oman työnsä kehittäjä, oppien tekemästään ja heijastaen oppimansa uudelleen työnsä laadun parantamiseksi. (ks. Granfelt ym. 1993.) Sosiaalityöntekijä on oman alansa asiantuntija. Sosiaalityöntekijän valta sairaalaorganisaatiossa ei ole taloudellista valtaa, vaan asiantuntijavaltaa.

Hänen työnsä on kiinnitettyä sairaalaorganisaatioon ja moniammatilliseen yhteistyöhön. (Ekman ym. 2006, 18–19.) Ojuri (1996, 119–120) toteaa myös, että ”yhteistyön onnistuminen vaatii paitsi yhdensuuntaista tavoitemäärittystä, myös erillisyyden hallintaa”. Työryhmän jäsenten tulee oman työnsä ja osaamisensa lisäksi kyetä hyväksymään ja hyödyntämään toisten ryhmän jäsenten työn tehtävä ja merkitys moniammatillisen toiminnan kokonaisuudessa. Asiantuntijuus on vastuunottoa omasta ammatillisesta rajallisuudestaan, eli toisten yhteistyöryhmän jäsenten työn ja tavoitteiden tuntemus. Yhteistyön kannalta tämä lisää ryhmätyön laatua, karsii päällekkäisiä tehtäviä, lisää asiakkaan ohjautuvuutta sekä luottamusta tehtävään työn jakoon. Ammatillinen osaaminen ei lähde pelkästään ammattitehtävästä, vaan toimintakokonaisuuksien kehittämisestä.

### **Kaksi tarinaa, ääriyypit : sosiaalityön jäsennetty, mielletty paikka ja asema**

Sairaalaorganisaation sosiaalityöntekijät tekivät hyvin eri tavoinkin moniammatillista tiimityötä. Osa heistä oli dynaamisesti kiinni sairaalan organisaatiossa osana sen kokonaisuutta, sen moniammatillisuutta. Heille oli luonnollista olla oman ammattinsa asiantuntijoita. He kritisoivat ”toimeentuloturvaan” suuntaavasta sekatyöläisyydestä, johon Tulppo (1991) ja Lindén (1999) viittaavat omissa tutkimuksissaan. He ovat kritisoimassa ja kehittämässä, reflektioimassa työnsä puutteita.

Vastaavasti sairaalaorganisaatiossa on myös vaatimattomien joukko, joka on oman alansa asiantuntija, mutta joka haluaa tehdä työtään miellyttävien ja turvallisten me- henkisten välimaastossa. He eivät ole niinkään kiinnostuneita nousemaan vastarintaan tai kehittämään jotain yksittäistä pikkuseikkaa dynamiikalla. He tekevät työtä potilaan hyväksi ja ovat tyytyväisiä asemaansa sellaisenaan. Heillä on mielestään ansaittua hyvä asema, eivätkä he koe tarvetta vaikuttaa siihen.

Asemaltaan sosiaalityöntekijät kokevat paikkansa hyväksi ja heitä pyydetään mukaan erityisesti hoitajien kautta sekä toiseksi eniten lääkärin mukaan pyynnön kautta. Suunta on yhä enemmän potilaiden ja omaisten itsenäiseen tai ohjattuun, lähinnä hoitajien ohjaaman kautta, suuntaavaan yhteydenottoon. Potilaan rooli on rakentumassa yhä aktiivisemmaksi asiakas- näkökulman avulla. Sosiaalityö nähdään osana laadullista, kokonaisvaltaista hoitoa. Iäkkäämmät potilaat eivät kuitenkaan miellä sosiaalityötä palveluja tarjoavaksi ja potilasta kokonaisvaltaisesti tukeväksi erityistyöntekijäksi, vaan he mieltävät sosiaalityöntekijän rajatusti toimeentulon turvaajaksi, taloudelliseksi neuvojaksi.



## Arvio osallisuudesta

Rauhala (2000, 2- 3) esittelee responsiivisen evaluoinnin käytännöllisenä arviointimenetelmänä, jossa tietoa jäsenetään kokonaisuudesta ”x” (esimerkiksi sosiaalityö) sen omassa kontekstissa ”y” (esimerkiksi sairaalaorganisaatio), huomioiden toimijat ja heidän paikkansa, tarkoituksena ymmärryksen lisääminen ilmiöstä ”x”. Tarkoituksena on myös ymmärryksen lisääminen kontekstissa ”y” toimivien kesken. Olemme tarkastelleet sosiaalityöntekijöiden mieltämää kuvaa paikastaan, asemastaan sairaalaorganisaation moniammatillisessa työyhteisössä. Heidän työtään ja asiantuntemustaan pyydetään mukaan. Osa heistä kokee olevansa osana organisaatiota, osa on mehenkinen omassa ”palvelukokonaisuudessaan”.

Hermeneutiikassa tutkitaan ihmisen ja sosiaalisen maailman välistä suhdetta. Metafora on osa tätä tutkimusfilosofiaa. Se on maailman tulkintaa. (Kortelainen 2005, 2) Kielitieteessä, kirjallisuustieteessä, kognitiotieteessä, psykologiassa ja sosiologiassa on metafora esitetty skeemana eli kuvittelussa toteutuvana hahmotelmana. Kortelaisen mukaan skeemassa annetaan kuva käsitteelle, jonka avulla kohde tai tilanne jäsenetään. Kokemus on sekä näkemistä, että toimintaa. Näemme jonkin asian jonakin, jonkinlaisena ja tulkintamme siitä on toimintaa. (Mt., 76–78.) Oman aseman, paikan jäsentäminen on kyky reflektoida työtään, kehittyä. Voidakseen siirtyä kohti haluttua muutosta, on nähtävä mistä lähteä liikkeelle ja mitä muutos vaatii.

Sairaalaorganisaatio on hedelmällinen maaperä synnyttää moniammatillista yhteistyötä. Organisaatiomuotona välittömässä läheisyydessä on monia eri ammattikuntia ja yhteistyön aloittamiseksi ei tarvitse tehdä kokoavaa verkostotyötä (Payne 2000, 189). Matriisiorganisaatiomalli jakaa erikoisalajat ja tulosalueet, jolloin jokainen tietää mitä organisaatioon kuuluu. Voidakseen toimia Sosiaalipalvelu- yksikkönä organisaation hyväksi vielä paremmin, olisi toivottavaa, että se asetettaisiin näkyviin organisaatioon. Asemallista paikkaa ei välttämättä tarvitse muuttaa, mutta näkyväksi tekeminen lisää arvostusta ja esiintuu sosiaalityön osana hoidon kokonaisvaltaisuutta ja tätä kautta laatua.

Terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sosiaalityö puhuttaa yhteiskunnallisesti. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry:n puheenjohtaja Malmström (2006, 55) esittää Kuntalehdessä mielipiteensä kehystäen huolensa sosiaalityön vaarantuvasta asemasta terveydenhuollon palveluissa. Hän pohjustaa sosiaalityön ansaittua asemaa terveydenhuollon laatutekijänä, osana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokonaisvaltaista hoito- ja kuntoutusketjua. Sosiaalityön asema horjuu kuntien uudelleen rekonstruoidessa terveydenhuollon

palveluita, sillä muun muassa säästösyiden, tehtäväkenttien uudelleen tarkastelun ja ennen kaikkea pätevien sosiaalityöntekijöiden puutteen vuoksi sosiaalityöntekijöiden virkoja ja toimia muutetaan sosiaaliohjaajien paikoiksi. Sosiaalityö on erityisasiantuntijuutta, jonka asemallista sijoittumista potilaan hoitoprosessissa ei pidä heikentää. Päinvastoin sosiaalityön palveluita tulisi Malmströmin mielestä asemoida innovatiivisesti esimerkiksi ikääntyvän työväestön tueksi työterveydenhuoltoon. Vuoden 2006 alussa terveysosiaalityöntekijöille tehdyn kyselyn mukaan vain viisi sairaanhoitopiiriä kertoi antavansa sosiaalityön palveluita osana työterveydenhuoltoa. Epävirallista konsultointia annettiin tätä useammin työterveydenhuollon henkilöstölle sitä pyydettyä. Terveysosiaalityöntekijät ry:n 60-vuotisjuhlaseminaarissa haluttiin muistuttaa terveysosiaalityöntekijän työroolin olevan laajempi kuin kotiuttamisen järjestäjä tai sosiaaliturvan huolehtija. Seminaarissakin esitetyistä tulevaisuuden huomioista oli Malmströmin yllä esittämä työterveydenhuollon ikääntyvän työväestön jaksamisen tukeminen ja muut, uudet sosiaalityön tehtäväaluevaltaukset. (ks. Talentia 2007a.) Sosiaalityöntekijän roolikuvat sosiaaliturva-asioiden avustajana ja kotiutumisen koordinaattorina ovat juurtuneet voimakkaasti. Terveysosiaalityöntekijöiden 60-vuotisjuhlaseminaarin uutisoinnissa tuodaan esille sosiaalityöntekijän tehtävä potilaan etujen tukijana. Työ esitetään psyykkistä, sosiaalista ja teoreettista osaamista vaativana. (ks. Talentia ry 2007b.) Se, miten terveysosiaalityö tuo itse itsensä esiin on tärkeää. Oman roolin asemointi kertoo suhtautumisesta omaan ammatti-identiteettiin ja kykyyn tehdä työtä muiden ammattikuntien kanssa.

Tulppo (1991, 71, 81) toteaa, että sosiaalityöntekijät eivät näe omaa asemaansa samalla tavalla terveydenhuollon professionissa, kuin lääkärit. He ovat tietyllä tavalla ”muukalaisia vieraassa organisaatiossa”. Asemallisesti heidät asetetaan usein samalle tasolle hoitajien kanssa, joka on jäänne sosiaalihoitaja-historiasta. Työkentässä sosiaalityöntekijä on ”keskellä”, mutta kuitenkin osastojen toimintojen ulkopuolella, joka antaa mahdollisuuden toimia sairaalan kaikkien osien kanssa. Alkujaan sosiaalityöntekijät olivat nk. sekatyöläisiä, jolle annettiin mitä erilaisimpia tehtäviä, joita muut eivät tehneet. Sekatyöläisyys on Tulpon mukaan tavallaan edelleen olemassa, mutta sosiaalityöntekijä on asemaltaan nyt itsenäisempi. Pelko suuntauksesta entisaikoihin on varmaankin ”pelkoa” kuntoutusohjaajien määrän tai tehtäväkentän lisääntymistä kohtaan. Sosiaalityöntekijä on ollut ja tulee olla se, joka osoittaa yhteiskunnallisia epäkohtia sormella ja tekee kokoavaa yhteistyötä eri ammattikuntien kanssa.

Lindénin (1999) tutkimus terveysosiaalityöstä moniammatillisessa toimintaympäristössä päättyy tulkintaan, jossa hän toteaa terveysosiaalityön aseman ja tehtävän olevan muutosvaiheessa. Hänen

tuloksissaan sosiaalityö on erikoissairaanhoidossa syvällistä asiantuntijuutta, mutta sosiaaliturvaan ja palveluihin, sekä kuntoutukseen painottunutta asiakastyötä. Psykososiaalinen työ, johon terveysosiaalityö on alkujaan terveydenhuollossa painottunut, on siirtymässä potilaan kokonaisuhoitollista vastuuta ja potilastaan tukeville omahoitaja-järjestelmän hoitajille. Lääketiede on myös lähentynyt sosiaalityön professionaalisutta, omaksumalla työmenetelmän tuki- ja selvittelykeskustelun. Lindén toteaa, että seurauksena on kenties asiantuntijuuden hajoaminen. Kolikon toisena puolena ovat positiivisemmat muutokset, kuten toiminnan tehtäväkeskeisyys ja työn syyllistyminen. Mahdollisuuskanava on siirtyminen kokonaisvaltaisempaan työhön ja kohti yhtä, Lindénin mukaan jo unohduksissa ollutta perustehtävää, nimittäin yhteiskunnallista työtä moniammatillisissa toimintasuhteissa. (Mt., 155- 157.)

### **Lopputulema**

Muutosvaihe on olemassa, sillä se näkyy aina silloin kun on taloudellisesti yhteiskunnallinen tilanne kiristymässä. Tällä hetkellä, vuonna 2008 keväällä puhutaan tulevasta, mahdollisesta lamakaudesta, jota en lähde tässä nyt perustelemaan ja dokumentoimaan. Esitän ajatuksen. Kiristyvässä taloudellisessa tilanteessa sosiaalityön merkitys kasvaa. Miten voidaan vastata muutokseen voimavarana? Vastaus on mielestäni: uskallus astua kehitykseen.

## LÄHTEET

Alasuutari, Pertti (2001) Laadullinen tutkimus. 3.uud. painos. Tampere: Vastapaino

Antikainen- Juntunen, Eija (2005) Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Sosiaalityö, kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Ammatillinen lisensiaattitutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto.

Aho, Päivi (1999) Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Porvoo: WSOY

Asikainen, Paula (1999) Yhteisön aktivointi. Toimintatutkimus sosiaali- ja terveystoimen työssä. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistollinen sairaala. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Cavén, Outi (1999) Sujutusta ja pyöritystä. Tutkimus byrokratian merkityksistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä. Väitöskirja. Helsinki: Painosalama

Cunningham, J. Barton (1997) Case study principles for different types of cases. Quality and Quantity; International journal of methodology 31 (4), 401- 423.

Cooley, Charles Horton (1983) Human Nature and the Social Order. Transaction ed. / Original ed. 1902 Charles Scribner's Sons. New Brunswick : Transaction Books

Eisenhardt, Kathleen M. (1989) Building theories from case study research. The Academy of Management Review. 14 (4) 532 - 550

Ekman, Pirkko & Mikkonen, Arja & Nieminen, Anja (2006) Sosiaalihoitaja. Koulutus vuosina 1945 – 1975. Kokemuksia koulutuksesta ja sen merkityksestä työelämässä. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry. Hälsosocialarbete rf.

Elovaara, Raili (1992) ”Olen tyhjä huone”. Tutkielma sanataiteen metaforista ja symboleista. Helsinki: Yliopistopaino

Erikoissairaanhoitolaki 1062/ 1989

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2005) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7.painos. Tampere: Vastapaino

Eskola, Jari (2001) Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS- Kustannus, 133- 157.

Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila – Leena & Pohjola, Anneli (1993) (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. 3.painos. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto

Grönfors, Martti (1982) Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Helsinki: WSOY

Guba, Egon G. & Lincoln, Yvonna S. (1990) Fourth Generation Evaluation. 2<sup>nd</sup> ed.. Newbury Park: Sage

Heikkilä, Tarja (2004) Tilastollinen tutkimus. 5. painos. Helsinki: Edita

Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (edit.) (2005) Social work in health and mental health. Issues, developments, and actions. Toronto: Canadian Scholars' Press

Hirsjärvi, Sirkka (2005a) Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Sirkka Hirsjärvi & Pirkko Remes & Paula Sajavaara. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki: Tammi, 114- 157.

Hirsjärvi, Sirkka (2005b) Tutkimustyyppit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Sirkka Hirsjärvi & Pirkko Remes & Paula Sajavaara. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki: Tammi, 180-208.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2004) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Holma, Tupu (toim.) (2007) Terveyssozialityön nimikkeistö 2007. Terveyssozialityöntekijät ry. Helsinki: Suomen Kuntaliitto

Holma, Tupu (toim.) (1998) Terveystuollon sosiaalityön luokitus. Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen. Suomen Kuntaliitto & Terveystuollon sosiaalityöntekijät ry Helsinki: Suomen Kuntaliitto

Holmberg, Suvi (2006) Dromedaarinakin voi elää. Tutkimus rintasyöpään sairastuneiden naisten tavoista merkityksellistää sairauttaan ja arkielämäänsä rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto

Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Porvoo, Helsinki: WSOY

Jokiranta, Harri (1993) Arviointi ja sosiaalityö. Teoksessa Riitta Granfelt & Harri Jokiranta & Synnöve Karvinen & Aila – Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. 3.painos. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 287 -314.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityönyhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino

Juuti, Pauli (1989) Organisaatiokäyttäytyminen. Johtamisen ja organisaation toiminnan perusteet. Helsinki: Otava

Järvinen, Pertti & Järvinen, Anneli (2004) Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja

Kaitila, Asta & Mikkonen, Harri & Rajala, Raija (1994) Työelämä tietoa sosiaali- ja terveysalalle. Juva: WSOY

Karvinen, Synnöve (1999a) Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt & Harri Jokiranta & Synnöve Karvinen & Aila – Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. 3.painos. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 16-54.

Karvinen, Synnöve (1999b) Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana. Teoksessa Riitta Granfelt & Harri Jokiranta & Synnöve Karvinen & Aila – Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. 3.painos. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 133 -146.

Korkealaakso, Rauni (2005) Sosiaalityöntekijä - vieraileva tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu.

Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Julkaistu: Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, julkaisusarja A: Tutkimukset

Kortelainen, Ilmari (2005) Paul Ricceurin metaforateoria. Filosofian laitos. Pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto

Koski, Mauno (1992) Erilaisia metaforia. Teoksessa Lauri Harvilahti & Jyrki Kalliokoski & Urpo Nikanne & Tiina Onikki (toim.) Metafora. Ikkuna kieleen, mieleen ja kulttuuriin. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 13- 32.

Kyrö, Paula (2004) Tutkimusprosessi valintojen polkuna. Tampere: Tampereen yliopisto

Laamanen, Kai (1997) Kohti huippusuorituksia. Organisaation itsearviointi. 2. painos. Lahti: Suomen Laatu yhdistyksen Koulutus

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/ 2003

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/ 2005  
Asetus 608/ 2005

Launis, Kirsti (1997) Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa: Juhani Kirjonen & Pirkko Remes & Anneli Etäpelto (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 122- 133.

Leech, Geoffrey (1969) A linguistic guide to English poetry. London: Longman.

Lehtinen, Erno & Pelonen, Tuire (1997). Tiedon verkostoituminen - haaste asiantuntijuudelle. Teoksessa Juhani Kirjonen & Pirkko Remes & Anneli Etäpelto (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 103-122.

Lindén, Mirja (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Helsinki: Stakesin raportteja 234

Lipka, Leonhard (1988) A rose is a rose is a rose: On simple and dual categorization in natural languages. Hüllen- Schulze (toim.) 355 – 366.

Lämsä, Anna-Maija & Hautala, Taru (2005) Organisaatiokäyttämisen perusteet. 1.- 3. painos. Helsinki: Edita

Malmström, Eila (2006) Terveystieteiden asiakkaat tarvitsevat t sosiaalityön palveluja. Kuntalehti, 7, 55.

Mannerström, Kaija & Mustonen, Tiina & Nurhonen, Aili & Yliruka, Laura (2005) Itse- ja vertais- arvioinnin malli tukemaan aikuissosiaalityötä. Sosiaaliturva (7), 24- 26.

Metsämuuronen, Jari (2005) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3.painos. Helsinki: International Methelp

Moilanen, Pentti & Rähkä, Pekka (2001) Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS- Kustannus, 44 – 67.

- Niemelä, Pauli (1987) Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Tutkimusjulkaisuja 2. Helsinki: Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Niiniluoto, Ilkka (1997) Johdatus tieteenfilosofiaan: käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava
- Nikander, Pirjo (2002) Moniammatillinen viestintä: Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Helsinki: Tammi, 55- 70.
- Nordman, Tarja (2002) Viestintä terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Helsinki: Tammi, 121- 149.
- Ojuri, Auli (1996) Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Edita 116- 128.
- Palomäki, Susanna (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä: Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto
- Parviainen, Henna & Telilä, Johanna (2005) ” ...ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...” Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosiaalityössä.. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, sosiaalityö. Pro gradu. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto
- Paukkunen, Leena (2003) Sosiaali- ja terveysalan yhteisosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystalouden ja – talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 103. Väitöskirja
- Payne, Malcolm (2000) Teamwork in multiprofessional care. Basingstoke: Macmillan
- Pohjola, Anneli (1993) Tiedontuotanto sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt & Harri Jokiranta & Synnöve Karvinen & Aila – Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. 3.painos. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 255- 284.
- Puputti, Elina (2007) Tiimi- moniammatillisen työn näyttämönä. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto
- Pylväs, Maria (2003) Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa, Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiaalityön koulutusohjelma. Pro gradu. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Rantala, Irma (2001) Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS- Kustannus, 86 – 99.
- Raunio, Kyösti (2003) Sosiaalityö murroksessa. 4. painos. Helsinki: Gaudeamus
- Richmond, Mary (1922) What is Social Case Work? An Introductory Description. New York: Russel Sage Foundation
- Robson, Colin (2001) Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Alkuperäisteos ”Small- Scale Evaluation. Suom. Tuija Lindqvist & Maisa Maaniittu & Eila Niemi & Petteri Paasio & Leena Paija. Helsinki: Tammi

Robson, Colin (1995) *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner – researchers*. 5<sup>th</sup> ed.. Oxford: Blackwell

Rossi, Peter H. & Freeman, Howard E. (1993) *Evaluation a systematic approach*. 5<sup>th</sup> ed. Newbury Park: Sage

Räisänen, Anu (1995) *Itsearviointin käsite ja luonne*. Teoksessa Berit Kilpinen & Kaija Salmio & Leena Vainio & Antti Vanne (toim.) *Itsearviointin teoriaa ja käytäntöä*. Arviointi 1/95. Helsinki: Opetushallitus, 13- 22.

Saarela- Kinnunen, Maria & Eskola, Jari (2001) *Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus?* Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS- kustannus, 158- 169.

Sajavaara, Paula (2005) *Kirjoittaminen tutkimusprosessin osana*. Teoksessa Sirkka Hirsjärvi & Pirkko Remes & Paula Sajavaara. *Tutki ja kirjoita*. 11. painos. Helsinki: Tammi, 29 - 53.

Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik (2005) *Dialoginen verkostotyö*. Tampere: Tammi

Silverman, David (1993) *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage

Sosiaalihuoltolaki 710/ 1982

Stake, Robert E. (2000) *Case Studies*. Teoksessa Norman K. Denzin & YS Lincoln (eds.) (2000) *Handbook of Qualitative Research*. Sage: Thousand Oaks, 236- 247

Sukula, Seija (2002) *Osallistuva asiakas*. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 13- 23.

Svedlin, Renata & Walls, Leena (1995) *Arviointissako myös filosofiaa*. Teoksessa Berit Kilpinen & Kaija Salmio & Leena Vainio & Antti Vanne (toim.) *Itsearviointin teoriaa ja käytäntöä*. Arviointi 1/95. Helsinki: Opetushallitus, 23- 27.

Swantz, Marja-Liisa (1997) *Tutkittavat tutkijoiksi*. Teoksessa Anna Maria Viljanen & Minna Lahti (toim.) *Kaukaa haettua. Kirjoituksia antropologisesta kenttätyöstä*. Vammala: Suomen Antropologinen seura, 268- 281.

Tainio, Liisa (1998) (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet*. 2.painos. Tampere: Vastapaino

Telaranta, Seija (1997) *Hoitotyön hallinto*. Helsinki: Kirjayhtymä

Toikko, Timo (2001) *Sosiaalityön amerikkalainen oppi. Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaisen tapauskohtaisen sosiaalityöhön*. Väitöskirja. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Toivonen, Timo (1999) *Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia*. Porvoo: WSOY

Tulppo, Jaana (1991) *Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus, sarja C: nro 2*. Tampere: Tampereen yliopisto

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi



Töttö, Pertti (2000) Pirullisen positivismin paluu: laadullisen ja määrällisen tarkastelua. Tampere: Vastapaino

Töttö, Pertti (2004) Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Tampere: Vastapaino

Yin, Robert K. (1987) Case study research: Design and methods. 5<sup>th</sup> ed. London: Sage

Yliruka, Laura (2006) Kuvastin: reflektiivinen itse- ja vertaisarviointimenetelmä sosiaalityössä. Työpapereita 15/2006. Helsinki: Stakes

Yliruka, Laura (2005) Sosiaalityön itsearviointi kontekstuaalisena käytäntönä. Teoksessa Mirja Satka & Synnöve Karvinen- Niinikoski & Marianne Nylund – Susanna Hoikkala (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia kustannus, 124 - 143.

Yliruka, Laura (2000) Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen tieto. FinSoc 2/2000. Helsinki: Stakes

### **Painamattomat lähteet**

Kanta-Hämeen keskussairaala (2006a) Hämeenlinnan yksikkö. Päiväkirurgia Potilasopas. Esite. K-HKS 4403T.8.06

Kanta-Hämeen keskussairaala (2006b) Nuorisopsykiatria. Esite. K-HKS 4403.P.2.06

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2008a) [www.khshp.fi](http://www.khshp.fi) Viitattu 20.3.2008

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2008b) Sairaanhoitopiirin vakanssit 2007. <http://www.khshp.fi/default.asp?link=81.5> Viitattu 20.3.2008

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2008c) Sosiaalityöntekijät. <http://www.khshp.fi/default.asp?link=315.5> Viitattu 20.3.2008

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2007) Saumaton hoitoketju. Terveyskeskus - erikoissairaanhoito – sosiaalipalvelut <http://www.khshp.fi/default.asp?link=173.5> Viitattu 12.12.2007

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2006) Taskutietoa 2005 – 2006: palvelutarjonta, henkilöstö, kuntatiedot, talous, organisaatio. Esite. Hämeenlinna: Offset Kolmio

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2003a) Sosiaalityöntekijä. Esite. Hämeenlinna: Offset Kolmio

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2003b) Strategia 2006. Esite. Hämeenlinna: Offset Kolmio

Kansaneläkelaitos (2008) Ammatillista kuntoutusta vajaakuntoiselle. [www.kela.fi](http://www.kela.fi) viitattu 20.3.2008

Lehmuskoski, Antero & Kuusisto- Niemi, Sirpa (2007) Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Terveyshallinnon ja – talouden laitos. Kuopion yliopisto.

<http://www.sosiaaliportti.fi/File/4bb58e7e-c18a-4906-acdd-c285937ff812/Sanasto.pdf> Viitattu 20.3.2008

Nyqvist, Leo (2006) Arviointitutkimus Sosiaalityön ammatillinen liseniaattikoulutus. SosNet. <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/sosnet/ammlis/arviointitut.htm> Viitattu 28.2.2007

Rauhala, Pirkko- Liisa (2000) Responsiivinen evaluointi ja tutkijan vastuu. FinSoc news 2/2000, 1-3. [http://www.stakes.fi/palvelut/finsoc/julkaisut/news/Finsoc-lehti2\\_2000.pdf](http://www.stakes.fi/palvelut/finsoc/julkaisut/news/Finsoc-lehti2_2000.pdf) Viitattu 13.4.2006

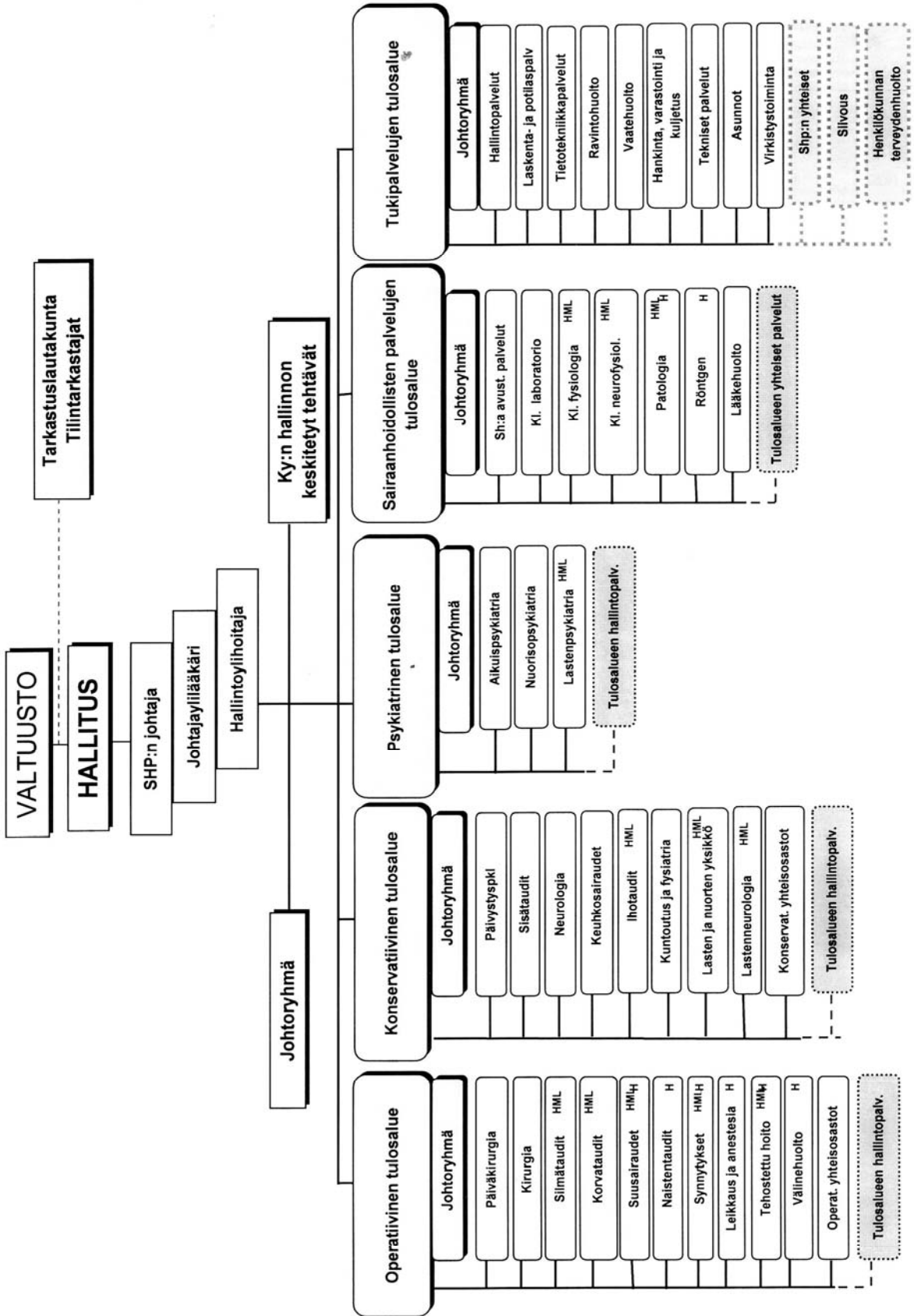
Suomen virtuaaliyliopisto (2008) TieVie- Arvioinnin ABC. Arviointisanasto. [http://tievie.oulu.fi/arvioinnin\\_abc/muut/arviointisanasto.htm](http://tievie.oulu.fi/arvioinnin_abc/muut/arviointisanasto.htm) Viitattu 20.3.2008

Talentia ry (2007a) Terveysosiaalityöntekijä rakentaa yhdessä potilaan kanssa arjen elämää sairastumisen jälkeen. Tiedote 1.11.2007. <http://image2.m-brain.fi/index.asp?ResID=663&Sel=dp%3D401#16> Viitattu 20.3.2008

Talentia ry (2007b) Sosiaalityöntekijät auttavat löytämään oikeat tukikäytävät. Tiivistelmä, Maija Pekkala, Ilkka 1.11.2007. <http://image2.m-brain.fi/index.asp?ResID=663&Sel=dp%3D401#17> Viitattu 20.3.2008

Terveysosiaalityöntekijät ry. (2006) Yhdistys. <http://www.talentia.fi/terveysosiaalityontekijat/index.php> Viitattu 13.4.2006

KANTA-HÄMEEN SAIRAANHOITOPIIRIN TOIMINTAORGANISAATIO 1.1.2007



HML=Toimintaa vain Hämeenlinnan yksikössä

## TIEDOTE / KUTSU HAASTATTELUUN

## Liite 2.

Hyvät Kanta- Hämeen keskussairaalan sosiaalityöntekijät, kutsun Teidät ystävällisesti osallistumaan pro gradu - työnä tehtävään tutkimukseen, jossa tarkoituksena on selvittää sosiaalityöntekijöiden työtä sairaalaorganisaatiossa.

Tutkin tapaustutkimuksena Kanta- Hämeen keskussairaalan kahden toimintayksikön, Hämeenlinnan ja Riihimäen sosiaalityöntekijöiden työn jäsentymistä sairaalaorganisaatiossa itsearviointi - menetelmän avulla.

Tutkimusaineistoksi toivon saavani teemahaastattelut Teiltä jokaiselta sosiaalityöntekijältä. Teemahaastattelussa on tarkoituksena kerätä kokemuksianne ja mielipiteitänne, käyttäen seuraavia teemoja:

- sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa *itse arvioituna*
- sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa, *toisten arvioimana*, eli sairaalaorganisaation moniammatillisessa yhteisössä
- sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa, *organisaation näkökulmasta*, eli miten sosiaalityö asemoituu sairaalan organisaatioon.

Tutkimus tuottaa tulkittua sekä kuvailevaa tietoa miten sosiaalityö pyydetään ja mielletään sairaalaorganisaatiossanne. Viimeistään huhtikuussa 2007 valmistuva tutkimusraporttia voidaan käyttää työnne kehittämisen hyväksi. Raportin valmistuttua tulen esittelemään Teille tutkimuksen tuloksia valitsemaanne tilaisuuteen.

Suostuessanne tutkimukseen, sovin kanssanne teemahaastattelua varten tapaamisajan, mieluiten ennen vuosilomanne aloitusta touko- kesäkuussa 2006. Haastattelu on mahdollista toteuttaa esimerkiksi työpaikallanne tai muussa sovitussa paikassa ja siihen on hyvä varata noin 1 – 1,5 tuntia aikaa. Nauhoitan teemahaastattelut ja säilytän haastattelumateriaaleja huhtikuun 2007 loppuun, jonka jälkeen hävitän nauhoitusmateriaalin. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta.

Kanta – Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on 3.5.2006 myöntänyt minulle tutkimusluvan ajalle 5/2006 – 4/2007.

Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimusetiikkaa ja huolehtimaan siitä, että tutkimuksen vastaajien henkilöllisyys pysyy anonyyminä vastauksien osalta.

Annan mielelläni lisätietoja pro gradu- tutkimusta koskevista kysymyksissä.

Hämeenlinnassa 19.5.2006

Kristiina Ahlgren

sosiaalityön opiskelija

Tampereen yliopisto

kristiina.ahlgren@uta.fi

Haastateltavan perustiedot

- työskentely- ja vastuuosasto(t)/alue(et) ja toimipiste?
- työsuhteen pituus Kanta-Hämeen keskussairaalassa?
- koulutus tähän tehtävään?
- aiempi työskentely terveydenhuollon sosiaalityössä ja sen pituus?

1. Sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa itsearvioituna

- Kuvaile nk. tavanomainen työpäiväsi?
- Minkälaisia työmenetelmiä käytät työssäsi?
- Miten potilaat/asiakkaat ohjautuvat Sinulle?
- Mikä tehtävä sosiaalityöllä on mielestäsi terveydenhuollossa?
- Minkälainen asema sosiaalityöllä on mielestäsi sairaalaorganisaatiossanne?

2. Sosiaalityö sairaalaorganisaation moniammatillisen työyhteisön arvioimana

- Kuinka paljon työskentelet yhteistyössä sairaalaorganisaationne muiden ammattiryhmien edustajien kanssa?
- Minkälaisissa sairaalaorganisaationne moniammatillisissa ryhmissä työskentelet?
- Mikä on moniammatillisen työryhmän jäsenten näkemys sosiaalityön tehtävästä ja roolista ryhmän yhteisissä tavoitteissa? (esim. potilashoidon suunnittelussa)
- Minkälaisilla työmenetelmillä moniammatillisen työryhmän jäsenet tietävät/olettavat sosiaalityötä tehtävän?
- Kuinka sujuvaa yhteistyö on moniammatillisissa työryhmissä? Kuvaile.
- Onko sosiaalityölle asetettu reunaehtoja moniammatillisessa yhteistyössä? Minkälaisia ja miten ne vaikuttavat tehtävään sosiaalityöhön?

3. Sosiaalityö sairaalaorganisaation näkökulmasta arvioituna eli sosiaalityön asema organisaatiossa

- Onko sosiaalityön tehtävää määritelty potilaille/asiakkaille näkyväksi esimerkiksi sairaalan esitteissä ja julkaisuissa? Miten? Minkälaisena?

## 2(2)

- Onko potilaiden/asiakkaiden mielipide sosiaalityön tehtävästä vastannut vai poikennut määritellystä?
- Minkälaista palautetta sosiaalityö saa? Keneltä? Minkälaista?
- Onko tiedossasi tilanteita, että sosiaalityön on toivottu olevan käytettävissä, mutta sitä ei kiireen tai muiden olosuhdetekijöiden tai resurssien vuoksi ole pyydetty/voitu ottaa avuksi?
- Onko tiedossasi käänteisiä tilanteita, joissa sosiaalityö on koettu turhana tai liian voimakkaasti mukana olevana?
- Onko sosiaalityön asema sairaalaorganisaatiossanne muuttunut työsuhteesi keston aikana?
- Jos sairaalaorganisaatiossanne sosiaalityöllä olisi edessään peili, minkälaiselta se näyttäisi? Kuvaile, kerro, assosioi.

## Sosiaalityöntekijä

Sosiaalityö terveydenhuollossa on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta.

Sairastuminen tai vammautuminen voi vaikuttaa monella tavalla perhe-elämään, kotona selviytymiseen, työhön, toimeentuloon ja harrastuksiin.

Keskustelu sairaalan tai poliklinikan sosiaalityöntekijän kanssa voi auttaa löytämään keinoja selviytymiseen ja jaksamiseen.

## Sosiaalityöntekijä

Potilas tai omainen  
Ota yhteyttä, kun haluat tietoja

\*  
sosiaaliturvasta

\*  
sosiaalipalveluista

\*  
kuntoutuksesta

\*  
palvelusunnoina

\*  
toimeentulo-, vakuutus- yms. asioista

Sosiaalityöntekijöiden yhteystiedot löytyvät poliklinikoilta ja vuodeosastoilta.

Sosiaalityöntekijän palvelut ovat luottamuksellisia ja asiakkaille maksuttomia.