

”Sosiaalityö sairaalassa on ihmisen kohtaamista kokonaisuutena.”

Ohjelmateoria Kainuun uuden keskussairaalan sosiaalityöstä

Tiina Kanniainen
Pro gradu-tutkielma
Sosiaalityö
Jyväskylän yliopisto
Kokkolan yliopisto-
keskus Chydenius
Syksy 2014

TIIVISTELMÄ

”Sosiaalityö sairaalassa on ihmisen kohtaamista kokonaisuutena.” Ohjelmateoria Kainuun uuden keskussairaalan sosiaalityöstä

Tiina Kannainen

Sosiaalityön pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Ohjaajat: professori Aila-Leena Matthies ja yliopistonopettaja Anu-Riina Svenlin

Syksy 2014

Sivumäärä: 90 sivua + 8 liitettä

Avainsanat: terveydenhuollon sosiaalityö, asiantuntijuus, ohjelmateoria

Tutkimukseni kohteena ovat Kainuussa työskentelevät terveydenhuollon sosiaalityön ammattilaiset ja heidän käsityksensä sairaalan sosiaalityön sisällöstä ja asemasta uudessa suunnitteilla olevassa sairaalassa. Tutkimukseni tavoitteena on tarkastella, millaista asiantuntijuutta nykyiset sosiaalialan ammattilaiset tuovat Kainuuseen rakennettavaan uuteen keskussairaalaan. Tutkimukseni toisena tavoitteena on muodostaa ohjelmateorian keinoin ehdotus siitä, millaista sosiaalityö uudessa sairaalassa voisi olla.

Tutkimukseni on kvalitatiivinen kehittämistutkimus, jonka lopputuloksena olen laatinut ohjelmateoriaehdotuksen Kainuun uuden sairaalan sosiaalityöstä. Tutkimuksessani käsittelem myös sosiaalityötä professiona ja sen asemaa terveydenhuollon ympäristössä. Tutkimukseni aineisto muodostuu Suomen keskussairaaloitten (n=13) sosiaalityön yksiköihin lähetetystä kyselyistä sekä Kainuun keskussairaalan sosiaalityön kolmesta fokusryhmähaastattelusta Tällä hetkellä Kainuun keskussairaalassa sekä Kajaanin pääterveysasemalla työskentelee yhteensä 6 sosiaalialan ammattilaista, jotka muodostavat tutkimukseni fokusryhmän. Aineiston analysoinnissa olen käyttänyt sisällön analyysiä. Tutkimusprosessin kulkua havainnollistamaan olen käyttänyt Daniel Gredigin (2005) Practice Optimization Circle (POC) -mallia.

Tutkimuksessa tuotetun ohjelmateorian perusteella Kainuun keskussairaalan sosiaalityön tavoitteena on tarjota sairaalan asiakkaille ja heidän läheisilleen oikea-aikainen, tasalaatuinen ja tarpeenmukainen sairaalan sosiaalityö. Nykyinen terveydenhuollon sosiaalityön malli Kainuussa tuo haasteita etenkin sijaistettavuuteen, sosiaalityön esiintuomiseen hoitollisessa ympäristössä, yhteistyöhön muun kunnallisen sosiaalityön kanssa sekä yhteisiin työmenetelmiin. Tämä on myös johtanut siihen, että kaikki sosiaalityötä tarvitsevat asiakkaat eivät välttämättä ole ohjautuneet sairaalan sosiaalityön palvelujen piiriin.

Tutkimukseni mukaan oma asiantuntijuus on terveydenhuollon sosiaalityön ammattilaisilla omalla toiminta-alueellaan vahva, mutta toisaalta kapea-alainen. Jaettu asiantuntijuus, keskinäisen yhteistyön lisääminen sekä työtilojen konkreettinen sijoittaminen ovat uuden sairaalan tuomia mahdollisuuksia vaikuttaa tutkimustulosten esittämiin haasteisiin.

SISÄLLYS:

1	JOHDANTO	5
2	TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖ	8
2.1	Mitä sosiaalityö on?	8
2.2	Sosiaalityö professiona	9
2.3	Asiantuntijuus sosiaalityössä	12
2.4	Terveydenhuollon sosiaalityön historia	14
2.5	Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa ympäristössä.....	16
2.6	Aiemmat tutkimukset	22
3	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	29
3.1	Tutkimuksen konteksti	29
3.2	Oma positioni tutkijana.....	31
3.3	Tutkimuksen tavoite	32
3.4	Tutkimuskysymykset.....	33
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	34
4.1	Kehittämistutkimuksen viitekehys	34
4.2	Ohjelmateoria.....	36
4.3	POC (Practice Optimisation Cycle)	38
4.4	Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa	41
4.4.1	Fokusryhmähaastattelu	42
4.4.2	Analysointimenetelmä ja analyysiprosessi	44
4.5	Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka	46
4.6	Tutkimusaineiston kokoaminen	48
4.6.1	Muiden Suomen keskussairaaloiden kartoitus	49
4.6.2	Fokusryhmän tuottama tieto	50
5	AINEISTON ANALYYSI	55
5.1	Asiantuntijuus ja hyvät työkäytännöt	55
5.2	Esitys uuden sairaalan ohjelmateoriaksi	57
5.3	Tavoitteena oikea-aikainen sosiaalityö	61

5.4	Tavoitteena tasalaatuinen palvelu	63
5.5	Tavoitteena tarpeenmukainen sosiaalityö	64
5.6	Muiden keskussairaaloiden sosiaalityö	67
5.7	Sairaalan sosiaalityön organisointimalli	71
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO	74
7	POHDINTA	80
	LÄHTEET	83

LIITTEET

- Liite 1: Tutkimuslupa
- Liite 2: Muiden Suomen keskussairaaloiden sosiaalityö
- Liite 3: SWOT
- Liite 4: Mitä tuon tiimiin/mitä odotan tiimiltä, oma asiantuntijuus
- Liite 5: Sairaalan sosiaalityö
- Liite 6: Sosiaalityön organisointi uudessa sairaalassa
- Liite 7: Millaista uuden sairaalan sosiaalityö on?
- Liite 8: Hyvät käytännöt ja kehittämistarpeet

KUVIOT

- Kuvio 1: Terveystieteiden sosiaalityö monitieteellisessä ympäristössä
- Kuvio 2: Yhteistyöverkosto sairaalan sosiaalityössä
- Kuvio 3: Kainuun terveydenhuollon sosiaalityö
- Kuvio 4: POC-malli
- Kuvio 5: Tutkimusprosessin kulku
- Kuvio 6: Asiantuntijuus ja tiimityöskentely
- Kuvio 7: Toimintamalli
- Kuvio 8: Muutosmalli
- Kuvio 9: Muiden Suomen keskussairaaloiden sosiaalityön malleja
- Kuvio 10: Kainuun uuden sairaalan ohjelmateoria

1 JOHDANTO

Peruspalveluministeri Susanna Huovisen (2013) johtamaan sote-uudistukseen on linjattu sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen, niiden integroiminen ja palvelujen ennaltaehkäisevän vaikutuksen korostaminen. Uudistuksen tavoitteena on turvata kuntalaisille peruspalvelut mahdollisimman lähellä asiakasta. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen keskitettäisiin vastuukunnille, jolloin pyrittäisiin takaamaan tasaveritaiset palvelut kaikille alueen kuntalaisille. Maahamme perustettaisiin viisi erityisvastuu- aluetta (erva), joiden tehtävänä ”on ohjata ja sovittaa yhteen perustason alueiden sekä sosiaali- ja terveysalueiden toimintaa siten, että vältetään päällekkäisyyksiä ja palveluvajeita sekä edistetään voimavarojen tehokasta käyttöä”. (Kunnat.net 2013; Stm 2013, 2-5.)

Tutkimusprofessori Ismo Linnosmaa (2014) THL:n Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESS:stä mainitsee sote-uudistuksen tavoitteena olevan muun muassa toimivien palveluketjujen syntyminen, varhaisen puuttuminen sekä oikea-aikaisten palvelujen takaaminen asiakkaalle (Linnosmaa 2014). Kun palvelut viedään siihen ympäristöön, jossa ihmiset muutoinkin asioivat, on myös parempi mahdollisuus toteuttaa ennaltaehkäisevää ja oikea-aikaista sosiaalityötä. Näihin sote-uudistukselle asetettuihin tavoitteisiin on mielestäni mahdollista vastata myös terveydenhuollon sosiaalityöllä ja sen tarpeenmukaisella kehittämisellä.

Kainuun maakuntavaltuusto on hyväksynyt kesäkuussa 2013 Kainuun uuden keskussairaalan konseptisuunnitelman. Maakuntavaltuuston linjauksen mukaan Kainuussa tarvitaan edelleen oma erikoissairaanhoido sekä ympärivuorokautinen päivystys, joka turvaa terveyspalvelut kaikille kainuulaisille. Nämä linjaukset vaativat toteutuakseen myös uusia taloudellisia investointeja, sillä nykyiset keskussairaalan tilat eivät vastaa tulevaisuuden tarpeisiin. Kyse ei kuitenkaan ole pelkistä rakennuksista, vaan myös kokonaisvaltaisesta toiminnan kehittämisestä, joka vastaa niin asiakkaiden kuin henkilöstönkin tarpeisiin. Erikoissairaanhoidon tulevaisuuden rakentaminen vaatii myös yhteistä kehittämistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluiden kanssa. Uuden keskussairaalan suunnittelua varten Kainuun maakunta on nimittänyt erikoissairaanhoidon tulevaisuus -työryhmän vuonna 2011. Tämän työryhmän tehtävänä oli laatia hankesuunnitelma Kainuun uusi sai-

raala -projektia varten. Työryhmään ovat projektipäällikön lisäksi kuuluneet muun muassa sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja, hallintojohtaja, perhepalvelujohtaja sekä lääketieteen eri alojen ylilääkäreitä ja hallintoylihoitaja. (Kainuu 2013.)

Yhteiskunnan jatkuviin muutoksiin ja niistä aiheutuviin palvelutarpeisiin on suorastaan mahdotonta varautua. Sosiaalityön asiantuntijuuden käyttäminen palvelujen kehittämis-työssä olisi hyvin luontevaa, koska sosiaalityö toimii lähellä kuntalaisia. (Heinonen 2007, 15.) Kun luodaan konkreettisesti jotakin uutta, kuten nyt Kainuussa uutta keskussairaala, on siinä kohtaa mielestäni hyvä hetki pysähtyä tarkastelemaan myös sosiaalityön palveluita ja niiden tarjoamista nykyisessä ja uudessa sairaalassa. Millaista uuden sairaalan sosiaalityö voisi olla, jotta se hyödyntäisi parhaiten asiakkaita, työntekijöitä sekä toimintaympäristöä? Lisäksi on hyvä pohtia, onko nykyisessä sairaalan sosiaalityössä käytäntöjä tai menetelmiä, joita voidaan siirtää uuteen organisaatioon, ja mitä pitäisi mahdollisesti kehittää.

Tutkimukseni kohdistuu Kainuun nykyisen keskussairaalan sosiaalityöhön. Tutkimukseni ovat tarkastelussa sosiaalityöntekijöiden työkäytännöt, heidän oma käsityksensä asiantuntijuudestaan sekä uuden sairaalan tuomista haasteista ja mahdollisuuksista heidän työhönsä. Tutkijana olen kiinnostunut terveydenhuollon sosiaalityön mahdollisuuksista tukea asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä siitä, mitä asiantuntijuus terveydenhuollon sosiaalityössä on. Tutkimukseni kautta työntekijät pohtivat omia työmenetelmiään sekä omaa osuuttaan sairaalan sosiaalityössä. Toivon näistä pohdinnoista olevan hyötyä myös uuden sairaalan sosiaalityön suunnittelussa.

Tutkimukseni tarkoituksena on luoda ohjelmateoriaehdotus Kainuun uuden keskussairaalan sosiaalityöstä. Ohjelmateoria tarkoittaa perusteltuja käsityksiä jonkin intervention eli toimintatavan vaikutuksista (Dahler-Larsen 2005, 25). Ohjelmateoria kokoo ne tarvittavat toimenpiteet, jotta voidaan tuottaa mahdollisimman tarkoituksenmukaista sosiaalityötä asiakkaille ja heidän läheisilleen.

Tarja Kemppaisen ja Pekka Ojaniemen (2012) mukaan tieteellisellä tutkimuksella tuotetaan tietoa, joka täydentää muiden toimijoiden tietoa. Sen takia tutkimuksen on lähdettävä käytännöstä, vaikka tutkimuksella saadun tiedon hyödyntäminen käytännössä on vielä verrattain vähäistä sosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Sosiaalityön näkyväksi tekeminen sekä muuttuvat palvelujärjestelmät edellyttävät oman työn tutkimista sekä tietoon ja näyttöön

perustuvia käytäntöjä. Tavoitteena on, että tutkimuksella tuotettu tieto palvelisi käytännön työtä siten, että sen pohjalta voitaisiin kehittää entistä toimivampia sosiaalityön käytänteitä. (Kemppainen & Ojaniemi 2012, 49–51.) Rakenteiden ja asiakaskunnan muuttuminen vaatii muutoksia myös sosiaalityöltä, ja sitä kehittämistyötä haluaisin osaltani olla tekemässä tutkimukseni myötä.

Tutkimukseni koostuu seitsemästä luvusta. Luvussa kaksi tarkastelen sosiaalityötä, avaan sosiaalityön määritelmää ja sitä, mitä sosiaalityö on professiona. Luku kaksi sisältää myös katsauksen aiempiin tutkimuksiin, mitkä liittyvät terveydenhuollon sosiaalityöhön tai oman työn kehittämiseen. Kolmannessa luvussa esittelen tutkimukseni tavoitteen ja tutkimuskysymykset. Neljännessä luvussa kuvaan tutkimuksen toteuttamiseen liittyvät vaiheet, viidennessä luvussa esittelen analyysin tulokset ja ohjelmateorian. Kuudenteen lukuun olen koonnut johtopäätökset ja yhteenvedon. Tutkimus päättyy pohdintalukuun, jossa tarkastelen tutkimustuloksia eri kontekstissa sekä omaa polkuani tutkijana.

2 TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖ

Tässä luvussa tarkastelen sosiaalityötä ammattina ja professiona, sosiaalityön asiantuntijuutta sekä erikseen terveydenhuollon sosiaalityötä, sen historiaa ja sijoittumista sosiaalityön kentälle. Lisäksi analysoin aiempia tutkimuksia, luodakseni käsityksen terveydenhuollon sosiaalityöstä professiona ja sen asiantuntijuudesta. Terveydenhuollon sosiaalityö on oma professionsa, se on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitamista. Tutkimukseni ohjelmateorian tavoitteisiin liittyy hyvin vahvasti terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuus. Asiantuntijuudella vahvistetaan sosiaalityön tarvetta siinä moniammatillisessa tiimissä, joka on mukana potilaan hoitamisessa.

2.1 Mitä sosiaalityö on?

Kansainvälisen sosiaalityöntekijä järjestön (IFSW) ja sosiaalityön koulujen maailmanjärjestön (IASSW) vuodelta 2000 olevan virallisen sosiaalityön määritelmän mukaan: *”Sosiaalityön tavoitteena on lisätä hyvinvointia edistämällä yhteiskunnallista muutosta sekä ihmissuhdeongelmien ratkaisua, elämänhallintaa ja itsenäistymistä. Sosiaalityön kohteena ovat vuorovaikutustilanteet ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä. Välineenä sosiaalityö käyttää sosiaali- ja käyttäytymisteoreettista sekä yhteiskunnan järjestelmiä koskevaa tietoa. Sosiaalityön perustana ovat ihmisoikeuksien ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteet.”* (Talentia 2014.)

Kyösti Raunion (2000) mukaan sosiaalityö Suomessa jaetaan asiakastyöhön ja yhteiskunnalliseen toimintaan. Ympäristömme ja hyvinvointivaltio määrittelevät pitkälti sosiaalityön menettelytavat, sosiaaliturvan ja palvelut. Sosiaalialan työtä voivat tehdä sekä ammattikorkeakoulutuksen saaneet sosionomit että yliopistokoulutuksen saaneet sosiaalityöntekijät. Sosiaalityön tekemisestä puhutaan silloin, kun työntekijänä on yliopistokoulutuksen saanut, sosiaalityön pätevyyden omaava henkilö. Sosiaalialan ammattilainen on jatkuvassa kontaktissa arkeen ja asiakkaisiin. Näin ollen hän kykenee tuomaan ajankohtaista, kokemusperäistä tietoa päättäjille sekä julkiseen keskusteluun. Sosiaalityön perustana on teorian ja kokemuksen hyödyntäminen asiakkaan kanssa tehtävässä yhteistyössä. Sosiaalialan

ammattilaisen rooli muodostuu työskentely-ympäristön, ammattitaidon sekä sosiaalisten ongelmien mukaan. (Raunio 2000, 11; Santala 2008, 84; Haverinen 2012, 73; Laine 2014, 29.)

Mirja Lindénin (1999) mukaan sosiaalityö terveydenhuollossa on asiakkaan edun mukaista reflektiivistä ja dialogista toimintaa. Asiakastyö terveydenhuollossa merkitsee muun muassa asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen selvittämistä, tarvittavien yksilöllisten tukimuotojen järjestämistä, psykososiaalisen tarjoamista asiakkaalle ja hänen läheisilleen sekä kuntoutukseen liittyvien selvittelyjen tekemistä. Sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä muiden viranomaistahojen sekä vapaaehtoistyön kanssa, toimii asiantuntijana konsultoiden ja neuvon esimerkiksi moniammatillisissa työryhmissä. (Lindén 1999, 59.)

Terveydenhuollon sosiaalityön eettisenä perustana on potilaan kunnioittaminen, terveyden ja hyvän hoidon korostaminen, omaehtoisuuden, toimintakyvyn ja arvokkaan kuoleman korostaminen. Terveydenhuollon sosiaalityön perustehtäviin kuuluu asiakkaan tilanteen sosiaalinen arviointi sekä sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen. Sosiaalityö terveydenhuollossa edellyttää sosiaalityöntekijältä sosiaaliturvan, palvelujärjestelmän ja kuntoutusjärjestelmän tuntemusta. Sosiaalityöntekijät myös auttavat asiakasta erilaisten hakemusten tekemisessä ja selvitysten laatimisessa. Yksilökohtaisen asiakastyön keinoin huolehditaan potilaan ja hänen läheistensä toimintakykyisyyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. (Lindén 1999, 110; Kunnat.net 2014.)

Tänä päivänä sosiaalityölle on annettu julkisuuden ja median kautta paljon negatiivista leimaa. Media hehkuttaa ikävällä julkisuudella kertomatta usein kuitenkaan kaikkia taustatekijöitä. Mielestäni sosiaalityön perusajatus on edelleen pysynyt samana kautta vuosien. Tärkeimpänä näen ihmisten hätään ja avuntarpeeseen vastaamisen, vaikka ne edellyttäisivätkin voimakkaita ja myös tunteita nostattavia interventioita.

2.2 Sosiaalityö professiona

Esa Konttisen (1997) mukaan professiot ovat ammattikuntia, joiden edustajat soveltavat oman alan erikoistunutta tietoa työtehtäviinsä viemällä teoriaa käytäntöön. Tällaisia ammattikuntia ovat muun muassa lääkärit, lakimiehet, terveydenhoitajat ja sosiaalityöntekijät.

Sosiaalityö professiona on mielletty naisvaltaiseksi, tietoa enemmän soveltavaksi kuin tuottavaksi ammattikunnaksi. (Kontinen 1997, 48, 51, 57.)

Ulla Mutka (1998) on käyttänyt tutkimuksessaan profession määritteenä muun muassa koulutuksen pituutta ja sen suomaa pätevyyttä. Kaikissa ammateissa toimimiseen ei riitä pelkkä yleiskoulutus. Lisäksi tarvitaan paikallista osaamista, kuten esimerkiksi sairaalan sosiaalityössä. Sairaalan sosiaalityön hoidollisuuteen painottunut ympäristö vaatii erilaista asiantuntemusta kuin esimerkiksi kunnallinen sosiaalityö. (Mutka 1998, 32.)

Sosiaalityötä professiona on myös kyseenalaistettu, koska sillä ei ole katsottu olevan omaa tieteellistä teoriapohjaa. Sosiaalityö perustuu monen muun tieteenalan teoriaan, esimerkiksi psykologiaan, sosiologiaan, sosiaalipolitiikkaan ja oikeustieteisiin. Sosiaalityöllä on kuitenkin oma erityinen tietopohjansa eettisyyden, sosiaalisen tasa-arvon, oikeudenmukaisen ja yhteiskunnan huono-osaisten aseman edistämisen kautta. (Burt & Worsley 2008, 28.)

Ulla Mutkan (1998) mukaan eri ammattikunnat ovat pyrkineet luomaan omaan professioonsa omia erityispiirteitä sekä tehtävä- ja tietomonopoleja. Näin on pystytty sulkemaan muut ammatinharjoittajat ja kilpailijat pois omalta toiminta-alueelta. Yksi tärkeä sulkemist strategia on ollut koulutus ja siihen liittyvät ammatilliset pätevydet. Suomessa tämä on merkinnyt sosiaalityön koulutuksen akatemisoitumista sekä kelpoisuusehtojen määrittelemistä. Kelpoisuusvaatimuksia määriteltiin ensimmäisen kerran vuoden 1950 sosiaalihuollon hallintolaissa, jolloin yli 4000 asukkaan kuntia vaadittiin palkkaamaan sosiaalijohtaja tai sosiaalisihteri. Koulutukseksi riitti sosiaalihuoltajan tutkinto, tai käytännössä mikä tahansa tutkinto, jos työntekijällä oli kokemusta sosiaalihuollon tehtävistä. Kelpoisuusehtoja on vuosien saatossa tarkennettu ja muutettu. 1980 – luvun alussa kelpoisuusvaatimuksina oli sosiaalihuoltajatutkinto tai yliopistossa suoritettu ylempi kandidaattitutkinto, pääaineenaan sosiaali- ja yhteiskuntapolitiikka. Vuoden 1984 alusta alkaen sosiaalityöntekijän pätevyyteen on vaadittu ylempi korkeakoulututkinto. Viimeisimmät ja voimassaolevat kelpoisuusehdot määrittää 1.8.2005 voimaan astunut laki (L272/2005) ja sitä tarkentava asetus (608/2005). (Mutka 1998, 133–139; Ammatit ja kelpoisuudet 2014.)

Suomalaisen sosiaalityön koulutus aloitettiin 1800 -luvun loppupuolella, jolloin alkoi diakoniatyön koulutus Helsingissä. Vuonna 1918 alkoi sosiaalikasvattajakoulutus ja 1928 Kansalaiskorkeakoulussa käynnistynyt lastensuojelututkinto. Ensimmäinen varsinaisesti

sosiaalityöhön painottuva koulutus aloitettiin vuonna 1942, jolloin tutkinnon nimeksi tuli sosiaalihuoltajatutkinto. Yliopistollisena korkeakoulututkintona sosiaalityön koulutus alkoi 1970 Tampereella. (Sosiaalityön korkeakoulutuksen suunta 2007, 18.) Tänä päivänä sosiaalityön opintoja tarjoaa 6 yliopistoa. Sosiaalityötä voi opiskella Helsingin, Itä-Suomen, Jyväskylän, Lapin, Tampereen ja Turun yliopistojen alaisuudessa.

Vielä 1950-luvulla puhuttiin yleisesti kunnallisesta sosiaalityöstä huoltotyönä. Asiakkaista käytettiin nimitystä ”huollettava”, mikä kuvasti hyvin silloista työntekijän ja asiakkaan suhdetta. Nykyään sosiaalityö on monimuotoista palvelutoimintaa, ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä. Sosiaalityössä on myös vahvasti mukana ne tukitoimet, joilla ylläpidetään ja edistetään asiakkaiden ja heidän perheidensä turvallisuutta, toimeentuloa ja toimintakykyä. Yksi sosiaalityön tehtävistä on saada marginaalisessa asemassa olevat henkilöt aktivoitua mukaan yhteiskuntaan ja sen toimintaan. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on toimia kansalaisyhteiskunnan sosiaalisten verkostojen, sekä hyvinvointivaltion viranomaisverkostojen välisenä välittäjänä. Lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja toiveet. (Satka 2007, 125; Raunio 2000, 13–14, 16.)

Ammatillisella pätevyydellä käsitetään usein koulutuksella hankittuja tietoja ja taitoja, tehtäväkohtaisten työtilanteiden hallitsemista sekä kokeneempien työntekijöiden ja asiantuntijoiden toimintamallien omaksumista. Nämä kaikki ovat hyvä perusta ammatilliselle pätevyydelle, mutta sosiaalityössä tarvitaan lisäksi kykyä kohdata monimutkaisia tilanteita sekä kykyä toimia muuttuvissa ja epävarmoissa olosuhteissa. Lisäksi toimiminen monisäikeisissä verkostoissa ja yhteistyössä monien eri ammattilaisten kanssa kuuluu ammatilliseen pätevyyteen. Ammatillinen pätevyys ei ole pysyvä, ammattitutkinnon suorituksella saavutettu ominaisuus tai valmiutta, vaan enemmänkin kyse on jatkuvasta, muutokseen suuntaavasta oppimisprosessista. (Karvinen 1996, 18.)

Profession vahvistuminen vaatii jatkuvaa kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 julkaisemassa Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelmassa (Karjalainen & Sarvimäki 2005) linjataan sosiaalityön kehittämisen pääsuunnat vuoteen 2015 saakka. Julkaisussa tiivistetään sosiaalityön lähitulevaisuuden haasteet neljään strategiseen kehittämislinjaukseen;

- *sosiaalityön työorientaatioiden kehittäminen osaamisperustaksi*
- *sosiaalityön rakenteiden ja organisoinnin muuttaminen sosiaalityön osaamis-
ta ja asiakkaiden tarpeita vastaaviksi*
- *asiakkaiden osallisuuden ja sosiaalityön eettisyyden vahvistaminen sekä*
- *sosiaalityön koulutuksen ja tutkimuksen suuntaaminen alan perustutkimuk-
seen sekä vastaamaan nopeasti kehittyviin yhteiskunnallisiin muutoksiin*

Näiden linjausten avulla on tavoitteena luoda uudenmuotoinen sosiaalityön professio, joka pyrkii siirtymään reaktiivisesta, korjaavasta, hyvinvointivaltion järjestelmissä toimivan sosiaalityön profiilista kohti ehkäisevää, vahvistavaa, vaikuttavaa ja kumppanuusperusteista sosiaalityötä (Karjalainen & Sarvimäki 2005, 35).

2.3 Asiantuntijuus sosiaalityössä

Arja Laakkosen (2004) mukaan professionaalisuuden ja asiantuntijuuden ero on häilyvä. Professionaalista työtä tekevä omaa työssään tarvittavaa asiantuntijuutta, mutta toisaalta taas kaikkien asiantuntijoiden työtä ei voida pitää professionaalisena työnä. Anita Sipilä (2011) taas toteaa tutkimuksessaan professionaalille työlle olevan ominaista teoriaperusteisen tiedon hyödyntäminen, ammatilliset taidot ja yliopistollinen koulutus. Ammatillisiin taitoihin liittyy myös kyky hankkia ja tuottaa tutkimustietoa. Tutkimustiedon hyödyntäminen laajentaa sitä asiantuntijuutta, jota sosiaalityöntekijät työssään tarvitsevat. ((Laakkonen 2004, 29; Sipilä 2011, 136–139.)

Asiantuntijuus on muuttuvaa, prosessinomaisesti kehittyvää, aikaan ja paikkaan sidottua toimintaa. Se muodostuu moninaisesta tietämisen, osaamisen ja valmiuksien vuorovaikutuksesta. Asiantuntijuus koostuu oman alan ammatillisesta osaamisesta ja siitä, että osaa esimerkiksi asiakastilanteissa soveltaa teoreettista tietämystä ja älyllisiä tekniikoita tavalisten ihmisten jokapäiväisiin ongelmiin. Asiantuntijoilla on hallussaan sellaisia kompetensseja, joita muilla ei ole. Koska tieto on usein situationaalista, pelkkä koulusta saatu oppi ei riitä täyttämään asiantuntijuuden vaatimuksia, lisäksi tarvitaan oman alan työkokemusta. Asiantuntijakoulutuksissa tavoitellaan usein erikoistunutta tietoa, jolloin vaarana

on kokonaisuuden katoaminen ja tiedon pirstaloituminen. (Karvinen-Niinikoski 2007, 77–81; Pirttilä 1997, 73, 77; Lehtinen & Palonen 1997, 118–119.)

Synnöve Karvinen-Niinikosken ja Tero Meltin (2003) mukaan sosiaalityön asiantuntijuus perustuu avoimeen keskusteluun. Sosiaalityön asiantuntijuuden perustana nähdään muun muassa vahva monimuotoinen ja joustava ammatillinen osaaminen. Sosiaalityön asiantuntijuuteen liitetään myös kriittinen ja refleктоiva tapa kehittää toimintaa ja vaikuttaa yhteiskunnallisesti. Asiantuntijuutta ei kuitenkaan voida vahvistaa pelkästään oman profession sisällä. Sosiaalityön perusta on kansalaisista lähtevät tarpeet, joten voidakseen toimia niiden tarpeiden mukaan, sosiaalityö tarvitsee laaja-alaista yhteistyöverkostoa eri ammattiryhmien ja kansalaisten välillä. (Karvinen-Niinikoski & Meltti 2003, 45.)

Asiantuntijuus sosiaalityössä tarkoittaa myös asiakkaan voimaannuttamista, jotta hänen toimintakykynsä laajentuisi. Se tarkoittaa asiakkaan kannalta mielekkäiden toimintojen hahmottamista sekä toimijoiden välisen yhteistyön kokoamista. Sosiaalityön asiantuntijuutta on myös se, että työntekijä ymmärtää ympäristön suomat mahdollisuudet asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi. Lisäksi sosiaalityön asiantuntijuus tarkoittaa taitoa turvata asiakkaan sosiaalisten oikeuksien toteutuminen. (Romakkaniemi 2014, 167.)

Kyösti Raunion (2000) mukaan naisvaltaisena alana sosiaalityö on jäänyt toissijaiseksi hyvinvointivaltioon ja sosiaalipolitiikkaan nähden. Tämä on vaikuttanut sosiaalityön asemaan ja sisältöön. Sosiaalityön asiantuntijuuden arvostaminen on sivuutettu, kenties uskoen sen jäävän sosiaalipoliittisten uudistusten myötä tarpeettomaksi. Näin ei kuitenkaan ole tapahtunut, sillä taloudelliset säästöt ovat supistaneet hyvinvointivaltion palveluja ja sosiaaliturvaa. Tämä on sen sijaan lisännyt sosiaalialan asiantuntemuksen kysyntää.. (Raunio 2000, 16–17.)

Sairaalamaailman asiantuntijuus voi sairaalan ulkopuolelta katsottuna määrittyä lähinnä terveydenhuollon asiantuntijuudeksi, hoitohenkilökunnan vahvasta läsnäolosta johtuen. Juhilan (2008, 33) mukaan sosiaalityöntekijän asiantuntijuus terveydenhuollossa korostuu erityisesti asiakkaan kokonaistilanteen tuntemuksena hoidollisessa ympäristössä. Sosiaalialan asiantuntijuus perustuu asiakkaan kohtaamiseen ja hänen tarpeidensa tunnistamiseen. Tuodakseen omaa asiantuntijuuttaan paremmin esille, työntekijän on vahvistettava omaa toimintaansa, lisättävä tiedotusta potilaan kannalta tärkeistä sosiaalisista asioista. Lisäksi

terveydenhuollon sosiaalityöntekijän on pyrittävä tuomaan epäkohtia esiin myös yhteiskunnallisella tasolla. (Juhila 2008, 33.)

2.4 Terveysthuollon sosiaalityön historia

Sairaalamailmassa on tehty sosiaalityötä jo vuodesta 1920 saakka, aluksi sairaanhoitajien toimeen kuuluvana ja myöhemmin 1950-luvulta alkaen sosiaalialan ammattilaisten tekemänä. Sairaalasosiaalityön koulutuksen alullepanijoina olivat niin lääkärit kuin hoitajatkin. Terveysthuollon ensimmäiset sosiaalityöntekijät olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia, koska sairaanhoitajilla katsottiin olevan kokonaisvaltainen näkemys potilaiden elämään tautien ehkäisyyn ja hoidon kannalta. Mirja Lindénin (1999, 45) mukaan on alusta saakka ollut tärkeää, että sosiaalityö sairaalassa on tunnustettu tarpeelliseksi. Sairaalan lääkäreiden ja etenkin johtavassa asemassa olevien lääkäreiden tuli ja tulee edelleenkin olla selvillä sosiaalityön kuvasta, mitä sairaalan sosiaalityöntekijä tekee. Näin saadaan se arvostus ja tuki, mitä sosiaalityö sairaalassakin tarvitsee hyödyttääkseen potilaita ja heidän läheisiään. (Lehtinen 1986, 82–84; Lindén 1999, 45.)

Gail Auslander (2001) käsittelee artikkelissaan terveydenhuollon sosiaalityön toimintatapoja kansainvälisestä näkökulmasta. Hänen mukaansa terveydenhuollon sosiaalityön merkittävä kehittäjä Englannissa ja myöhemmin Yhdysvalloissa on ollut Charity Organization Societies (COS) -järjestö. Vuonna 1891 Lontoon COS -organisaatiossa toiminut Charles Loch ehdotti sosiaalityöntekijöitä (almoners) kouluttavalle House of Lords -organisaatiolle, että sairaaloihin pitäisi palkata omia sosiaalityöntekijöitä. Ensimmäiset terveydenhuollon sosiaalityöntekijän aloittivat työskentelyn vuonna 1894, paikkana London's Royal Free Hospital. (Auslander 2001, 202.)

Suomessa 1900 -luvun alkupuolella sosiaalihoitajan tehtävänkuvaan kuului maksukyvyttömiä potilaiden hoitoon pääsyn varmistaminen, potilaan kotiuttamiseen liittyvät asiat sekä huolehtiminen siitä, että potilas noudatti lääkärin määräyksiä. Sosiaalihoitajan tehtävänä oli myös potilaiden sekä heidän läheistensä auttamisen lisäksi valistustyö. Valistustyöllä pyrittiin ennaltaehkäisemään sairauksia, joten sairaanhoitajatausta oli sosiaalihoitajalle myös tärkeä. Vuonna 1935 sairaalan sosiaalihoitajan työtehtäviin määriteltiin kuulu-

vaksi; 1) asiakastyö, 2) lääkärin avustaminen sairaalassa, 3) kotisosaalityö, 4) sairaalan ja kodin välinen yhteistyö sekä 5) yhteydenpito muihin yhteiskunnallisiin laitoksiin. Sosiaalihoitajan tärkeimmät yhteistyökumppanit olivat lääkärin ja potilaan lisäksi potilaan läheiset, yhdistykset sekä sairaalan ulkopuoliset laitokset. Varsinaista pitkää sosiaalityön koulutusta häneltä ei vaadittu, koska yhteistyö terveydenhuollon kanssa oli tiivistä. Sosiaalihoitajalta vaadittiin kuitenkin jonkin verran yliopisto-opintoja sekä tutustumista vapaaehtoistyön kenttään. (Karisto 1986, 22; Lindén 1999, 34, 43.)

Moniammatilliseen työryhmään sairaalan sosiaalihoitajat pääsivät mukaan kun sairaaloissa alettiin käyttää Yhdysvalloista rantautuneita työmenetelmiä. Sosiaalihoitajat olivat mukana lääkärinkierroilla ja antoivat tarpeen mukaan potilaasta lisätietoja lääkäreille. Varsinaiseen hoitotyöhön sosiaalihoitaja ei osallistunut. Hän huolehti potilaan toimintakyvyn lisääntymisestä sekä siitä, että potilas otti vastuuta omasta toipumisestaan. Sosiaalihoitajien mukanaolo herätti myös lääkäreiden ja hoitajien yhteiskunnallista ajattelutapaa ja sai heidät huomaamaan potilaan kokonaisuutena. Sairaalamäärästä puuttui mahdollisuus nähdä kodin ja potilaan ympäristön merkitys sairauden syntyyn tai hoidettavuuteen. Tähän tarpeeseen perustettiin sairaaloihin sosiaalihoitajia, työskentelemään yhteistyössä terveydenhuollon toimijoiden kanssa. (Lindén 1999, 41–43.)

Sairaalan sosiaalityön historiaan kuuluu myös henkilökohtainen huolto eli yksilökohtainen sosiaalityö, joka syntyi 1800-luvun lopun Amerikassa perustetussa settlementiliikkeessä. Jane Addams perusti vuonna 1893 Hull Housen, joka oli eräänlainen sosiaalipalvelukeskus. Hull Housen perustaminen on vaikuttanut myös terveysosiaalityön kehittämiseen. Terveysisaret, jotka työskentelivät kentällä ja näkivät asiakkaidensa kotioloissa olevia puutteita, raportoivat niistä henkilökohtaisen huollon sosiaalityöntekijöille. Sosiaalityöntekijä auttoi asiakasta paitsi etsimään sopivia palveluja, myös ymmärtämään omaa elämäntilannettaan sekä purkamaan omia tuntojaan. Näin sosiaalityöntekijän työ oli myös psykososiaalista auttamista. (Lindén 1999, 36; Auslander 2001, 203.)

Suomessa sairaalassosiaalityötä tekivät aluksi koulutetut sairaanhoitajat, joille annettiin myös sosiaalityön opetusta. Nämä sosiaalisairaanhoitajat tekivät kotikäyntejä, jolloin heille avautui mahdollisuus nähdä asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuus ja puuttua varhaisessa vaiheessa ongelmakohtiin. Vaikutteita suomalaisen sairaalan sosiaalityöhön saatiin Englannista ja Yhdysvalloista. Työnkuva oli paljolti samankaltainen kuin 1800-luvun lopun

Englannissa: asiakkaiden ohjaamista ja auttamista sairaalassa sekä asiakkaan läheisten ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa tehtävää yhteistyötä. (Lindén 1999, 37–39.)

Jo varhaisessa vaiheessa huomattiin sairaalan sosiaalityön kehittymisen olevan riippuvainen omasta sosiaalialan ammattikunnasta. Sairaalan sosiaalityön kehittäminen aloitettiin terveystisartille suunnatulla 4 kuukauden mittaisella sosiaalihuollon jatkokurssilla. Kurssilla vahvistettiin terveystisarten yhteiskunnallista osaamista sekä pyrittiin luomaan heille avara sosiaalinen näkökulma. Kun sosiaalityön koulutus siirtyi yliopistoon vuonna 1975, myös käsite terveydenhuollon sosiaalityöstä laajeni. Sosiaalialan yliopistokoulutuksen saaneita sosiaalityöntekijöitä alkoi sijoittua myös sairaaloihin, aivan kuten muuallekin kunnan sosiaalityöhön. (Lindén 1999, 49–52.)

Sairaalan sosiaalityön haaste on sen suhde terveydenhuoltoon ja medikalisoitumiseen. Medikalisoituminen tarkoittaa laajassa käsityksessä koko elämän lääketieteellistymistä. Diagnostiikka ja terapeutinen toimintatapa on yleistynyt myös sairaalan sosiaalityössä. Sosiaalityön historiassa sosiaalihuolto on nähty ”alkuperäisenä” toimintana, josta terveydenhuolto on eriytynyt. Terveydenhuollon historia taas näkee terveydenhuollon hoitaneen aiemmin sosiaalityölle kuuluvia tehtäviä. Tätä eroa on muodostettu sen mukaan, ovatko asiakkaiden ongelmat olleet lääketieteellisin keinoin parannettavia vai jotain muuta. (Lindqvist 1986, 70–74.)

Tänä päivänä terveydenhuollon sosiaalityötä tekevien ammattilaisten työtehtävät ovat puhtaasti sosiaalialan työtä. Mielestäni työntekijöiden on kuitenkin hyvä tietää, miten asiakkaiden sairaudet vaikuttavat sosiaaliseen toimintakykyyn. Tämä on myös tärkeää asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen hahmottamisessa.

2.5 Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa ympäristössä

Sosiaalitoimistojen lisäksi sosiaalialan osaajia työskentelee myös erityistoimipisteissä kuten kasvatusneuvoloissa, A-klinikalla, mielenterveystoimistoissa, kouluissa sekä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Nämä erityistoimipisteet ovat olleet kuntien sosiaalityössä toissijaisia ja niiden tunnettuus kunnissa on paikoin jopa olematonta. Sosiaalityön toimintaym-

päristönä sairaala edustaa moniammatillista työympäristöä, jossa fyysisen, lääketieteellisen hoidon lisäksi kiinnitetään yhä enemmän huomiota myös potilaan psyykkiseen, sosiaali- seen ja henkiseen hyvinvointiin. Sairaaloissa työskentelevät sosiaalialan ammattilaiset ovat osa moniammatillista työryhmää ja usein oman alansa ainoita edustajia. Omalla asiantun- temuksellaan sosiaalialan työntekijä vahvistaa moniammatillista ryhmää. Moniammatilli- nen työryhmä on kokonaisuus, jonka tarkoituksena on asiakkaan asioiden ja joskus myös elämän kokonaisvaltainen hoitaminen. Terveystieteiden sosiaalityön erityisosaaminen liittyy asiakkaiden ja heidän läheistensä yhteiskunnallisen osallisuuden ja yhteenkuuluvuu- den tukemiseen sekä yhteisöllisyyden lisäämiseen. (Raunio 2000, 42–43, 115; Lappalainen 2014, 90.)

Suomen perustuslakiin on kirjattu Suomessa asuville ihmisille oikeus terveystieteisiin ja sosiaaliturvaan. Potilaiden sosiaaliturvaa koskevien asioiden hoitamisesta vastaa ensisijai- sesti terveystieteiden sosiaalityöntekijä. Muusta sosiaalityöstä terveystieteiden sosiaali- työ erottuu lähinnä toimintaympäristönsä vuoksi. Terveystieteiden sosiaalityön lähtökoh- tana on kokonaisnäkemys sairauksien ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Työn tavoit- teena on vaikuttaa yksilön ja hänen perheensä tilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta he kykenisivät selviytymään jokapäiväisessä elämässä. Terveystieteiden sosiaalityöhön kuuluu myös muiden avaintahojen informoiminen epäkohdista, joilla on mahdollisia yh- teiskunnallisia vaikutuksia. Etenkin erikoissairaanhoidon terveystieteiden sosiaalityössä voidaan havaita kuntien välisten hyvinvointierojen lisääntyminen. (Metteri 2014, 298, 302–303; Lindén 1999, 55.)

Terveystieteiden toimii pitkälti diagnoosi- ja lääketieteellisesti. Toiminnan resurssit painottuvat lääkäreihin ja hoitohenkilökuntaan. Sosiaalityön tehtävien määrittely on ollut terveystieteiden puolella kunkin yksikön johtajan tehtävänä eikä terveystieteiden sosiaalityössä toimiville sosiaalityöntekijöille ei ole muodostunut yhteneväistä tehtäväkuvaa. Etenkin alkuvuosina sosiaalityöntekijöiden tehtävät vaihtelivat potilaiden toimeentuloasioista poti- laskortiston pitämiseen sekä jonotuslistojen hoitoon. Terveystieteiden sosiaalityö toimii lääketieteellisessä ympäristössä tukien ja avustuen terveystieteiden muiden toimijoiden työtä. Varhaisessa vaiheessa sairaalassa tehtävällä sosiaalityöllä on ollut vahvempi psy- kososiaalinen lähtökohta. 1980-luvulla casework eli henkilökohtainen asiakastyö lisääntyi. Tämä toi terveystieteiden sosiaalityöhön enemmän yhteiskunnallista painotusta. Sosiaali-

työntekijältä on vaadittu sekä psykososiaalista että yhteiskunnallista ajattelumallia työn onnistumisen perustaksi. (Lindén 1999, 32–33; Lehtinen 1986, 83–87, 95.)

Kuvio 1 havainnollistaa terveydenhuollon sosiaalityön eri alueita ja lähtökohtia. Olen lisännyt Mirja Lindénin (1999) kuvioon lääke- ja hoitotieteen lisäksi myös sosiaalitieteen, koska sen merkitys terveydenhuollon sosiaalityöhön on mielestäni hyvin suuri. Sosiaalityön asettuminen lääke- ja hoitotieteen kanssa osaksi terveydenhuollon palveluja on asiakkaan edun mukaista. Sosiaalityöntekijä tuo moniammatilliseen työskentelyyn mukaan palvelujärjestelmän asiantuntijuutta, jossa lähtökohtana on sairauden ja sosiaalisten tekijöiden välisen yhteyden ymmärtäminen. Mirja Lindénin mukaan (1999) terveydenhuollon sosiaalityö voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: asiakastyöksi, organisatoriseksi asiantuntijatyöksi ja yhteiskunnalliseksi kehittämistyöksi. Pohjois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskuksen (POSKE) verkkosivuilla on samankaltaisesti terveydenhuollon sosiaalityön toimintamodeiksi määritelty asiakastyö, asiantuntijana toimiminen, tutkimus- ja kehittämistyö sekä vaikuttaminen ja tiedottaminen. Kansalaisten terveydenhuolto on yhteiskunnallisesti merkittävää. Sairaalamailmalla on näin ollen hyvin tärkeä yhteiskunnallinen merkitys, kuten myös terveydenhuollon sosiaalityöllä. (Linden 1999, 25,55; Terveydenhuollon sosiaalityö 2012; Niemelä 1985, 80.)



KUVIO 1. Terveysterveystyön sosiaalityö monitieteellisessä ympäristössä
(mukaillen Lindén 1999, 175)

Terveysterveystyötä ohjaavat muun muassa Sosiaalihoitolaki, Terveysterveystyölaki, Kansanterveyslaki (66/1972) ja Mielenterveyslaki (1116/1990). Sosiaalihoitolain mukaan sosiaalityö on ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä. Lisäksi sosiaalityön odotetaan tuovan esiin tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheiden turvallisuutta ja suoriutumista. Terveysterveystyölaki edellyttää sairaanhoitopiirien huolehtivan siitä, että potilas saa oman sairaanhoitopiirin palvelujen lisäksi tietoa myös muista kuntoutus- ja hoitovaihtoehdoista. (Sosiaalihoitolaki 1982/710 18§; Terveysterveystyölaki 30.12.2010/1326 30§).

Terveysterveystyön sosiaalityö on verkostotyötä. Verkostot koostuvat autonomisista yksilöistä tai organisaatioista. Ne ovat keino säilyttää ja jakaa taloudellisia, tiedollisia tai poliittisia resursseja. Verkostotyön tärkein periaate on tiedonsiirto eri osapuolten välillä, näin saadaan eri toimijoiden asiantuntijuus parhaiten käyttöön. Pelkät työtiimit ja työryhmät eivät kuitenkaan takaa moniammatillisuutta, mukana täytyy olla rajat ylittävää vuoropuhe-

lua eri toimialojen kesken. Moniammatillisessa ryhmässä kukin tieteenalansa edustaja puhuu omasta näkökulmastaan, jolloin yhteistyön aikaansaaminen voi olla haastavaa. Usein myös vähemmän koulutusta saaneet työntekijät kuuntelevat pidemmälle koulutettujen käsityksiä ja mielipiteitä, vaikka heilläkin olisi paljon kokemusta asiakasasioissa. (Lehtinen & Palonen 1997, 105, 110; Launis 1997, 129–130.)

Alla oleva kuvio numero 2 havainnollistaa sairaalan sosiaalityön moniulotteista yhteistyöverkostoa.



KUVIO 2. Yhteistyöverkosto sairaalan sosiaalityössä mukaillen Linden (1999. 88)

Sairaalan sosiaalityö on aina ollut pääasiassa yksilökohtaista asiakastyötä. Toimenkuva on kuitenkin kaventunut siitä, mitä se oli 1900-luvun puolivälissä. Aiemmin toimenkuvassa olleet potilasjonojen hoidot sekä sairaalan tulo- ja lähtöselvittelyt ovat siirtyneet muille ammattiryhmille. Sen sijaan terveydenhuollon sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuuluvat edelleen yhteydenotot kotiapuun, vammaispalveluihin, vakuutusyhtiöihin sekä moniin

muihin eri toimijoihin. Psykososiaalinen keskusteluapu on siirtynyt kriisi-, päihde- ja perhetyöntekijöille. Työnkuva vaihtelee paljon eri yksiköiden välillä, mutta painopiste on asiakastyössä. (Lindén 1999, 99, 111.)

Nykyinen suuntaus terveydenhuollon sosiaalityössä (kuten muussakin sosiaalityössä) painottuu asiakkaan yksilökohtaiseen ohjaukseen ja neuvontaan. Aiemmin työnkuvaan kuulunut psykososiaalinen tukeminen on väistynyt ja tilalle on tullut asiakkaan tarvitsemien palvelujen koordinointi. Sosiaalityöntekijä on yhä enemmän asiakkaan tuki ja asianajaja, koska hänellä on laaja tietämys lainopillisista asioista sekä yhteiskunnan palvelurakenteista ja niiden suomista palveluista. Potilaan ja hänen läheisensä tarpeet voivat olla niin laaja-alaisia, että niiden selville saamiseksi tarvitaan sosiaalityöntekijän tekemiä kartoituksia. (Lindén 1999, 64,87.)

Rauni Korkealaakso (2006) on pro gradu -tutkimuksessaan määritellyt tutkimustulostensa perusteella terveydenhuollon sosiaalityölle kolme perustehtävää; potilaan taloudellisen selviämisen turvaaminen, asioiden selvittely ja yhteistyö, sekä moniammatillinen tiimityö. Selvittely- ja yhteistyötehtävällä tarkoitetaan potilaan arjen ja arjesta selviytymiseen mahdollisesti tarvittavien tukitoimien kokoamista sekä yhteistyötä niiden tiimoilta muun muassa sairaalan ulkopuolisten toimijoiden kanssa. (Korkealaakso 2006, 38–44.)

1990-luvun lopulla Kuntaliiton ja terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry:n yhteisessä hankkeessa kuvattiin sosiaalityöntekijöiden työn sisältöä. Työn tuloksena tehdyssä julkaisussa terveydenhuollon sosiaalityön tehtävät jaetaan sosiaaliseen arvioon, sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen, toimeentulon turvaamiseen, asiantuntijatyöhön sekä sosiaalityön hallintoon. (Holma 2001, 17–18.)

Sosiaalityö ja sosiaalityön asiantuntijuus terveydenhuollossa on sekä ohjausta ja neuvontaa, että laaja-alaista asiakkaan sosiaalipalvelutarpeiden kartoittamista. Niillä sairaalan vastualueilla, jossa potilaat käyvät lyhyitä hoitojaksoja, painottuu tarve ohjaukseen ja neuvontaan. Pitkäaikaisissa hoitosuhteissa sosiaalityön tarve on enemmän kokonaisvaltaista asiakkaan tilanteen kartoittamista. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijä on hyvä linkki sairaalan ja ”ulkopuolisen elämän” välillä, silloin kun asiakas tarvitsee. Asiakkaiden ohjautuvuus terveydenhuollon sosiaalityöhön on haasteellista silloin, jos sosiaalityön palveluja ei tunneta riittävästi.

Terveydenhuollon sosiaalityö on oma professio, jolla on oma mielenkiintoinen historiansa sekä asemansa. Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuus on mielestäni asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen hahmottamista sekä asiakkaan tarvitsemien sosiaaliturvan ja -palvelujen kytkemistä asiakkaan hoitamiseen. Tutkimukseni lähtökohtana on oma mielenkiintoni terveydenhuollon sosiaalityöhön muun muassa sen asiantuntijuuden ja profession kautta.

Terveydenhuollon sosiaalityön muotoutuminen omaksi professiokseen on mielestäni hyödyttänyt paitsi asiakkaita, myös hoitohenkilökuntaa. Tehtäväjaon selkiyttäminen helpottaa asiakkaiden ohjautuvuutta sosiaalityön palvelujen piiriin. Hoitohenkilökunta voi ohjata sosiaalityön palveluja tarvitsevia asiakkaita sosiaalityöntekijöiden luo, sen sijaan että heidän itsensä tarvitsisi tietää kaikista sosiaalipalveluista. Terveydenhuollon sosiaalityön profession vahvistamisella on näin ollen mielestäni tärkeä tehtävä terveydenhuollon asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

2.6 Aiemmat tutkimukset

Terveys- ja sosiaalityöhön liittyviä tutkimuksia on tehty Suomessa useita. Hakusanoilla ”terveydenhuollon sosiaalityö” sekä ”sairaalan sosiaalityö” löytyy noin kolmekymmentä pro gradu -tutkimusta ja väitöskirjaa. Tutkimusten aihealueet käsittelevät useimmiten sosiaalityön ammatti-identiteettiä, asiantuntijuutta terveydenhuollossa, erilaisia toimintatapoja ja moniammatillista yhteistyötä. Omaan tutkimukseeni valitsin tutkimukset, jotka käsittelevät terveydenhuollon sosiaalityön ammatillisuutta ja asiantuntijuutta. Näistä suurin osa oli pro gradu -tutkimuksia.

Mirja Lindénin (1999) väitöskirja tarkastelee terveydenhuollon sosiaalityötä moniammatillisessa ympäristössä. Tutkimuksen kohteena ovat sairauteen liittyvät sosiaaliset ongelmat ja terveydenhuollon asiakkaiden tarve sosiaalityöhön. Tutkimukseen on haastateltu somaattisen terveydenhuollon potilaita ja eri organisaatioissa toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Tutkimus kuvaa terveydenhuollon sosiaalityön historiaa laajasti. Tutkimuksessa on tarkasteltu myös sosiaalityön ammatti-identiteettiä sekä muiden professioiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidon sosiaali-

työn asiantuntijuus painottuu sosiaaliturvaan ja -palveluihin, asiantuntijana toimimiseen, muun henkilökunnan ohjaamiseen sosiaalityön asiantuntemukseen liittyvissä asioissa sekä yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Tämä on johtanut Lindénin (1999, 119–120) mukaan sosiaalityön asiantuntijuuden hajautumiseen, mikä ei tutkimuksen mukaan kuitenkaan ole vain negatiivinen asia.

Tuula Kyyhkysen (2012) liseniaattityö ”Johtava sosiaalityöntekijä terveystieteellisen sosiaalityön toimijana” tarkastelee terveydenhuollon johtavien sosiaalityöntekijöiden työn sisältöä, roolia ja sosiaalityön kehittämistoimintaa sairaanhoitopiireissä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitä on terveystieteellinen sosiaalityö ja millaisena se näyttäytyy sairaalassa johtavien sosiaalityöntekijöiden työn kautta. Tutkimuksessa sosiaalityöntekijät korostivat moniammatillisen yhteistyön merkitystä sekä kehittämistyön laaja-alaisuutta ja monipuolisuutta. Kehittämiskohteiksi nimettiin muun muassa kokemustiedon näkyväksi tuominen sekä toimivien käytäntöjen kehittäminen. Tulevaisuuden haasteita etenkin johtamisen kannalta olivat tutkimuksen mukaan syrjäytymisen ehkäisy sekä terveyserojen kaventaminen. (Kyyhkynen 2012, 2, 6, 72.)

Monitieteellisessä ympäristössä työskentelemisestä on sosiaalityön alalla tehty myös kansainvälisiä tutkimuksia. Kristel Driessens, Erja Saurama ja Silvia Fargion (2011) esittelevät Helsingissä, Trentossa ja Antwerpenissä yhdessä sosiaalityöntekijöiden kanssa tehtyjä tutkimushankkeita, joissa tutkimusmenetelminä on käytetty poikkitieteellisiä menetelmiä moniammatillisessa ympäristössä. Antwerpenissä tutkimuksen kenttänä oli projekti sosiaalityön kehittämisestä köyhyysrajan alapuolella elävien parissa. Tutkimuksessa hyödynnettiin kokemusasiakkuutta sosiaalityön palvelujen kehittämisessä. Helsingissä tutkimuksessa pohdittiin sosiaalityön opetuksen merkitystä käytännön työhön. Mukana oli Heikki Waris -instituutti sekä eriasteisia oppilaitoksia Helsingistä. Trentossa tutkimustiimiin kuului sosiaalityön ammattilaisia sekä opiskelijoita. Tavoitteena oli luoda toimiva koulutusmalli sosiaalityöhön. Tällaiset tutkimusmenetelmät, joissa mukana oli useamman eri alan edustajia, koettiin mielekkäiksi ja hyväksi tavaksi kehittää toimivaa sosiaalityön koulutusta ja työmenetelmiä. (Driessens ym. 2011, 71–88.)

Eija Antikainen-Juntusen (2005) käytäntöpohjaisen arviointitutkimuksen tavoitteena on kartoittaa sosiaalityön tavoitteet ja tehtävät, toteutumisperusteet, toimenpiteet ja kehittämistarpeet. Tutkimuksen ympäristönä on psykiatrinen sairaanhoito kahdessa kaupungissa,

jotka tarjoavat sekä osastohoitoa että avopalveluja. Vaikka tutkimus on lähinnä selvitys sosiaalityöntekijöiden käsityksestä sosiaalityön osuudesta psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa, korostuu siinä sosiaalityön osuus terveydenhuollon ympäristössä. Sosiaalityöllä on psyykkisen työkyvyn arvioinnissa vastuu asiakkaan kokonaistilanteesta sekä tulevaisuuden vaihtoehtojen realistisuudesta. (Antikainen-Juntunen 2005, 1, 151–153.)

Anita Sipilä (2011) käsittelee väitöskirjassaan sosiaalityön asiantuntijuutta kunnallisesta näkökulmasta. Tutkimus on tehty kyselytutkimuksena Kaakkois-Suomen kuntien sosiaalityöntekijöille, ja heidän esimiehilleen. Tutkimukseen osallistui myös terveydenhuollossa työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä. Tutkimuksessa selvitettiin, mistä sosiaalityön asiantuntijuus koostuu ja mikä on sosiaalityön perinteiden ja sosiaalityön asiantuntijuuden suhde. Tutkimuksen mukaan sosiaalityön asiantuntijuus koostuu ammattitiedosta, -taidosta ja eettisistä toimintaperiaatteista. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöillä ei nähty olevan yhtä suurta valtaa ja mahdollisuutta vaikuttaa asiakkaan asioihin, kuin kunnissa toimivilla sosiaalityöntekijöillä. Vastaajilla oli tietoa yhteiskunnallista asioista sekä psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Asiantuntijuutta ilmeni psykososiaalisista ja sekä oikeudellisista asioista. Vastaajien mielestä tärkeitä taitoja ovat taito toimia neutraalina, ongelmatilanteita jäsentävänä asiantuntijana sekä palveluohjauksen taidot. Tärkeää on myös asiakkaan ihmisarvoinen kohtaaminen ja kohtelu, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Sosiaalityön kehittämiskohteita tutkimuksessa esiintyi niin eettisen osaamisen, sosiaalityön strategisen kehittämisen, yhteiskunnallisen vaikuttamisaamisen kuin sosiaalityön tiedeperustan alueilta. (Sipilä 2011, 6.)

Olen tutkimuksessani hyödyntänyt myös Anna Metterin vuonna 2012 valmistunutta väitöskirjaa ”Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö”. Väitöskirjassa paneudutaan suomalaiseen hyvinvointivaltioon ja sen antamiin lupauksiin sosiaaliturvasta ja huolenpidosta. Tutkimuksessa analysoidaan yksittäisten tapausten valossa sitä, miten lakien, asetusten ja poliittisten ohjelmien säätämät lupaukset sosiaaliturvasta toteutuvat. Tutkimus ajoittuu vuosituhaten vaihteeseen ja sen aineistona on 303 terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden raportoimaa tapausta. Tutkimuksen mukaan kohtuuttomia tilanteita syntyy asiakkaalle silloin, kun hän ei osaa tai ei halua hakea tarvitsemaansa tukea tai kun säädökset eivät sovi asiakkaan tilanteeseen. Asiakkaalle kohtuuttomia tilanteita syntyy, jos työntekijän ajattelutapa on liian organisaatiokeskeinen, eikä työntekijä kykene toimimaan asiakkaan edun mukaisesti. Näistä tilanteista aiheutuu asiakkaalle taloudellisia

ja henkisiä menetyksiä. (Metteri 2012, 9-11.) Väitöskirjan tulokset kuvaavat hyvin terveydenhuollon sosiaalityön merkitystä osana ennaltaehkäisevää sosiaalityötä. Silloin kun asiakkaan terveydentila ei mahdollista tarvittavien sosiaalityön palvelujen hakemista, on tärkeää, että on olemassa ammattihenkilö sitä varten.

Liz Beddoe (2011) tarkastelee artikkelissaan terveydenhuollon sosiaalityötä Uudessa-Seelannissa. Tutkimuksessa valotettiin terveydenhuollon sosiaalityön ammattilaisten ammatti-identiteettiä ja sen muodostumista. Artikkelin mukaan ammatti-identiteetin muodostumiseen vaikuttivat sekä työympäristön että yhteiskunnan antama arvostus. Artikkelissa kuvataan myös terveydenhuollon sosiaalityön merkitystä terveysuhkien torjumisessa ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta. Artikkelin mukaan sosiaalityön koulutuksella on merkitystä paitsi tiedonsaannin, myös tutkimuksellisen tiedon hyödyntämisen kannalta. (Beddoe 2011, 2, 18.)

Maria Pylvään (2003) Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskukselle vuonna 2003 tekemä pro gradu käsittelee sosiaalityön asiantuntijuutta erikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimuksen kohteena on Oulun yliopistollisen sairaalan sosiaalityö. Tutkimuksessa sosiaalityön asiantuntijuus jaetaan yleis- ja ydinasantuntijuuteen. Yleisasantuntijuus pitää sisällään yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, jotka kehittyvät työn myötä. Ydinasantuntijuus erikoissairaanhoidon sosiaalityössä määritellään tutkimuksessa sairauksien sosiaalisen luonteen ymmärtämiseksi, lastensuojelukonsultaatioiksi, sosiaaliturvaetuuksien selvittämiseksi ja erilaisten käsitteiden selkeyttämiseksi niin muille sairaalan ammattiryhmille kuin asiakkaillekin. (Pylväs 2003, 8-9.)

Niina Haaken (2003) pro gradu -tutkielma käsittelee akuuttisosiaalityötä sairaalassa. Tutkimuksessa kuvataan asiakastyön haasteita, odotuksia ja onnistumisia Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa, somaattisten aikuispotilaiden sosiaalityössä. Tutkimuksen mukaan sosiaalityö vaatii onnistuakseen laajaa yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Lisäksi tutkimuksen perusteella erikoissairaanhoidon sosiaalityötä tulisi kehittää vastaamaan lyhentyneiden hoitoaikojen ja terveydenhuollon toiminnan tehostamisen aiheuttamiin haasteisiin. Tutkimuksessa sosiaalityön asiantuntijuuden yhdeksi ulottuvuudeksi määrittyi työntekijän taito tunnistaa asiakkaan sosiaalityön tarve hoidollisessa ympäristössä. Asiantuntijuutta on myös kyky hahmottaa potilaan kokonaistilanne sekä kyky poimia olennainen

asiakkaan tarpeista, koska hoito-ajat ovat lyhentyneet ja mahdollisuudet asiakkaan tapamiseen useaan kertaan ovat pienentyneet. (Haake 2003, 2.)

Susanna Palomäki (2004) tutki pro gradu – tutkielmassa sairaalan sosiaalityöntekijöiden identiteettiä. Palomäen tutkimuksessa selvitettiin, millainen ammatti-identiteetti sairaalassa työskentelevillä sosiaalityöntekijöillä on. Tutkimuksen mukaan sairaalan organisaation sisällä sosiaalityöntekijä nähdään asiakkaan lähimmäisenä ja rinnallakulkijana sekä yhtenä ammattiryhmänä muiden ammattiryhmien ohella. Sosiaalityöntekijää pidettiin myös kollegojensa tukijana ja työnohjaajana, lääkärin alaisena, moniammatillisen tiimin jäsenenä sekä erityistyöntekijänä. Organisaation ulkopuolella sosiaalityöntekijä näyttäytyy tutkimuksen mukaan korkeasti koulutettuna, näkyvänä yhteiskunnallisena vaikuttajana, joka toimii asiakkaan asianajajana toimiminen sekä opiskelijoiden ohjaajana. (Palomäki 2004 61–67.)

Terveydenhuollon sosiaalityön työmenetelmiä on kuvattu muutamissa tuoreissa kansainvälisissä artikkeleissa. Hanne Synnøve Skedsmo ja Amy Østertun Geirdal (2013) tarkastelevat artikkelissaan sairaalassosiaalityöntekijöiden hallussa olevaa tietoa. Tutkijat ovat kirjoittaneet yhdessä sosiaalityöntekijöiden kanssa kirjan ‘The book of methods for the everyday practice of social work in somatic hospitals’. Tutkijat käyttävät kirjasta nimitystä ‘knowledge tool’, jonka voi suomentaa osaamistiedon työkaluksi ja jonka tarkoituksena on opastaa sosiaalityöntekijöitä tutkimustiedon hyödyntämisessä käytännön työssä. Kirjanen sisältää muun muassa käytännön työmenetelmiä asiakastyöhön, ohjeita asiakkaan kohtaamiseen, tietoja etuuksista sekä yhteiskuntatieteiden ja psykologian teorioita. (Skedsmo & Geirdal 2013. 141,144.)

Vuosina 2003–2004 Israelissa ja vuonna 2008 Australiassa tehtiin sairaaloista kotituvuille potilaille tutkimus, jonka aiheena oli sairaalan sosiaalityö ja kotiuttamisvaiheessa tehdyt suunnitelmat. Vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä suunnitelmiin ja kokivat saaneensa olla mukana niiden tekemisessä. Tutkimuksissa todettiin, että suunnitelmilla oli paljon vaikutusta potilaan kotiuttamiseen. Sosiaalityöntekijällä oli suunnitelmien ansiosta enemmän näkemystä asiakkaan ja perheen tilanteeseen, mikä vaikutti hoidon hyödyllisyyteen sekä siihen, että potilaiden paluu takaisin hoitoon (muun muassa mielenterveyspalveluissa) oli vähäistä. Potilaat ja heidän läheisensä olivat sitä mieltä, että sosiaalityöntekijät voisivat

ottaa enemmänkin vastuuta potilaita suunnitelmien tekemisessä sekä niiden toteuttamisessa. (Soskolne & Kaplan & Ben-Shahar & Stanger & Auslander 2010; Roberts & Stiller & Dichiera 2012.)

Ongelmat liittyvät sekä Israelissa että Australiassa työntekijöiden vähäiseen määrään ja suuriin asiakasmääriin. Kotiuttamissuunnitelmien tarpeellisuus on tiedostettu, mutta niiden tekemiseen on liian vähän aikaa. Ongelmaan on pyritty vastaamaan lisäämällä sosiaalityön näkyvyyttä. Työntekijöiden tiedot pyritään pitämään ajan tasalla, lisäksi poliklinikoilla ja osastoilla jaetaan sosiaalityön esitteitä. Myös palvelujen keskittäminen saman katon alle on yksi keino saada potilaat ja heidän läheisensä paremmin mukaan sairaalan sosiaalityön piiriin. (Soskolne ym. 2010, 377; Roberts ym. 2012, 154.)

Terveydenhuollon sosiaalityötä tehdään moniammatillisessa ympäristössä erilaisten asiakasryhmien kanssa. Työmenetelmät vaihtelevat työtehtävien ja työntekijöiden mukaan. Anita Sipilän (2011) tutkimuksessa mainitaan, ettei terveydenhuollon sosiaalityöllä ole yhtä suurta mahdollisuutta vaikuttaa asiakkaan asioihin kuin muilla alueilla tehtävässä sosiaalityössä. Tämä on mielenkiintoinen näkökulma, joka mielestäni liittyy sosiaalityön asiantuntijuuteen terveydenhuollossa ja näin ollen myös omaan tutkimukseeni.

Terveydenhuollon sosiaalityön tutkimukset liittyvät usein ammatti-identiteettiin, moniammatillisuuteen ja asiantuntijuuteen. Tutkimuksissa havainnollistetaan yhden erikoisalnan sijoittumista hoidolliseen ympäristöön, yhtä professiota monen muun profession keskellä. Monessa tutkimuksessa sosiaalityölle annetaan rooli asiakkaan edustajana, linkkinä sairaalan ja muun maailman välillä. Joissain tutkimuksissa oli haastateltu hoitohenkilökuntaa tai pelkästään lääkäreitä. Näistä tutkimuksista tuli selkeästi ilmi sosiaalityön tarve asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, mutta tutkimuksia lukiessani minulle jäi usein käsitys, ettei tieto sosiaalityöntekijän tarpeesta välttämättä edennyt sosiaalityöntekijöille saakka.

Mielestäni tutkimuksista kuultaa läpi arvostus terveydenhuollon sosiaalityöhön, sen merkitykseen ja asemaan sairaalassa. Kun terveydenhuollon sosiaalityö nähdään tarpeellisenä, on myös sen kehittäminen tärkeää. Oman työn kehittämiseen kohdistuvissa tutkimuksissa ei aina tullut esiin se, annetaanko kehittämiselle aikaa ja mahdollisuuksia. Organisaatiot ovat yleensä kehittämismyönteisiä, mutta työntekijöiltä vaaditaan tiettyä aktiivisuutta kehittämistyön alulle saamiseen.

Oma tutkimukseni liittyy sekä oman työn kehittämiseen että sosiaalityön asiantuntijuuteen ja sen todentamiseen. Tutkimuksessani terveydenhuollon sosiaalialan ammattilaiset pohtivat omia työtapojaan, omaa asemaansa sosiaalityön edustajina sairaalassa. Lisäksi he miettivät uuden sairaalan tuomia mahdollisuuksia käytännön työhön. Tutkimukseni ei ole suoraan verrattavissa muihin tässä kappaleessa esittämiini tutkimuksiin, vaan se tuo uutta näkökulmaa työntekijöiden omista pohdinnoista oman työnsä kehittäjinä. Lisäksi tutkimustulokset tulevat ohjelmateorian keinoin uudella tavalla esitettynä.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä luvussa kuvaan tutkimuksen kontekstia, ja omaa kiinnostustani tutkimuksen tekemiseen. Tutkimukseni tavoitteena on myös tarkastella terveydenhuollon sosiaalityön kokonaisuutta Kainuussa, millaista sen on tällä hetkellä ja millaiseksi se voisi muodostua uuden sairaalan rakentamisen myötä. Lisäksi asetan tutkimuksen tavoitteet ja sitä tarkentavat tutkimuskysymykset.

3.1 Tutkimuksen konteksti

Tutkimukseni kontekstina on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, tarkemmin Kainuun keskussairaala ja siellä tehtävä sosiaalityö. Alla olevaan kuvioon numero 3 olen laatinut nykyistä terveydenhuollon sosiaalityötä kuvaavan mallin. Kainuussa sairaalan sosiaalityö muodostuu potilaiden neuvonnasta ja ohjauksesta eri etuuksien hakemisessa. Lasten- ja nuorten osastoilla tehtävä sosiaalityö sisältää myös paljon perheiden kanssa tehtävää asiantuntijatyötä. Kainuun keskussairaalassa ei myönnetä mitään toimeentuloa turvaavia etuuksia, vaan etuusasiat hoitaa Kajaanissa sosiaalipalvelukeskus sekä muualla Kainuussa kuntien sosiaalityö.

Kainuun terveydenhuollon sosiaalityö



KUVIO 3: Kainuun terveydenhuollon sosiaalityö

Kainuun keskussairaalan eri vastuualueilla työskentelee tällä hetkellä viisi sosiaalityön ammattilaista, joista kaksi on sosiaalihoaja ja kolme sosiaalityöntekijää. Yksi sosiaalihoaja työskentelee operatiivisella (pehmyt- ja luukirurgia) vastuualueella, toinen sosiaalihoaja aikuisten mielenterveyspalvelujen ja riippuvuuksien vastuualueella. Sosiaalityöntekijöistä yksi työskentelee lasten- ja naistentautien sekä synnyttäneiden vastuualueella, yksi konservatiivisella (mm. sydäntaudit, neurologia, ihotaudit) ja yksi lasten- ja nuorten psykiatrian vastuualueella. Lisäksi Kajaanin pääterveysasemalla työskentelee yksi sosiaalihoaja. Hänen työhönsä kuuluu terveyskeskuksen vuodeosastolla olevien potilaiden sosiaalityöhön liittyvät tarpeet, niiden kartoittaminen ja niissä auttaminen. Vaikka hänen työpiirensä on erillään muusta sairaalan sosiaalityöstä, hän tekee paljon yhteistyötä keskussairaalassa työskentelevien sosiaalialan ammattilaisten kanssa.

Ennen kuin aloitin varsinaisen tutkimukseni, pyysin ryhmäläisiltä taustatietoja heidän työnkuvastaan. Eräs vastaaja kertoi työtehtävistään näin: *”Työtäni on erityisesti ikääntyneiden ja kuntoutuspotilaiden jatkohoitoon ja kotiutukseen liittyvän ohjauksen ja järjeste-*

lyiden lisäksi potilaiden ja omaisten psykososiaalinen tuki, erilaiset korvaus- ja etuusasiat..”. Myös asiakkaan sairaudet määrittävät työtehtäviä, erään vastaajan työtä on muun muassa ”Diabetekseen, epilepsiaan, reumaan jne. sairastuneen lapsen vanhempien tukeminen ja neuvonta... Syöpään sairastuneen tukeminen ja neuvonta (kiteytyy pitkään sairaaneilla toimeentuloasioihin, uusilla Kelan korvauksiin ja henkiseen tukemiseen sokissa)” Sairaalan sosiaalityö määrittyy ryhmäläisten mielestä enimmäkseen asiakkaiden ja heidän sairauden mukaan. Työtehtävät voivat olla samankaltaisia kuin muussakin kunnallisessa sosiaalityössä, kuten etuisuuksien hakeminen ja palveluihin ohjaaminen. Lähtökohtaisesti sairaalan sosiaalityössä tehdään työtä sellaisten potilaiden kanssa, jotka tarvitsevat ensisijaisesti terveydenhuollon palveluja, mutta joille sairauden seurauksena on tarve myös sosiaalipalveluihin.

Työtehtävät vaihtelevat eri vastuualueilla, mutta kaikkien työhön sisältyy ohjausta ja neuvontaa etuuksien ja palvelujen hakemiseen. Toisilla vastuualueilla työhön sisältyy paljon perheiden kanssa tehtävää verkostotyötä sekä päihde- ja lastensuojelutyötä. Toisaalla taas työ painottuu yksittäisiin potilaiden neuvontatilanteisiin, vakuutusasioihin, erilaisten asioiden selvittelyyn.

Uusi sairaala -projektin työryhmässä on tarkasteltu myös sairaalan sosiaalityön tarvetta, sen asemaa organisaatiossa ja sen hyötyä potilaille. Uuden sairaalan mallissa potilaiden hoito tullaan eriyttämään kolmeen kokonaisuuteen: akuutti, eli kiireellinen hoito, kiireetön hoito ja kuntoutus. Sosiaalityö on tällä hetkellä jakautunut keskussairaalan osastojen mukaan, mutta tulevaisuuden osalta on vielä epäselvää, mihin sosiaalityö sijoittuu.

3.2 Oma positioni tutkijana

Oma intressini terveydenhuollon sosiaalityötä kohtaan heräsi sosionomi (AMK) -opintojeni aikana, jolloin suoritin useampia harjoitteluja Kainuun keskussairaalassa. Olin harjoittelussa sekä operatiivisella että aikuisten psykiatrian vastuualueella, myöhemmin myös töissä konservatiivisella vastuualueella sosiaalityöntekijän sijaisena. Olin mukana kaikkien keskussairaalan sosiaalityötä tekevien kanssa pidetyissä kuukausipalavereissa, joten sain myös hyvän käsityksen muiden työnkuvasta. Opiskelijana kiinnitin huomioita

siihen, että työntekijöillä ei tuntunut olevan sosiaalityön lisäksi muuta yhteistä nimittäjää, vaikka he työskentelivät saman katon alla, saman ammattinimekkeen alla. Kaikki tekivät töitä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa, mutta paljon muuta yhteistä ei ollut. Lisäksi tuntui haastavalta, että jos yksi sosiaalityöntekijöistä sairastui, sijaistaminen oli haasteellista koska tieto sijaistettavan työntekijän vastuulla olevan osaston potilaiden asioista oli vähäistä.

Kun aloitin sosiaalityön opinnot ja eteeni tuli pro gradu- aiheen valinta, nousivat terveys-sosiaalityötä koskevat kysymykset uudelleen mieleeni. Halusin tehdä tutkimukseni nimenomaan terveydenhuollon sosiaalityön työmenetelmien- ja käytäntöjen kehittämistä ja tarkastella sosiaalityön asiantuntijuuden näkökulmaa sairaalakontekstissa. Kainuun terveydenhuollon sosiaalityö oli minulle entuudestaan tuttua, samoin suurin osa keskussairaalassa työskentelevistä sosiaali-alan ammattilaisista. Näin ollen koin mielekkääksi lähteä tekemään tutkimusta heidän kanssaan. Lisäksi Kainuuseen rakennettava uusi sairaala antaa mahdollisuudet luoda uusia menetelmiä sosiaalityön toteuttamiseen. Tutkimukseni tuloksia on näin ollen mahdollista hyödyntää uuden sairaalan sosiaalityön organisoinnissa.

Olen tehnyt 2,5 vuotta töitä Valtakunnallisessa vammaispalvelujen kehittämishankkeessa, jota Kainuun osahankkeen osalta hallinnoin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Hankkeessa olen selvittänyt erilaisia palvelurakenteita ja tutustunut erilaisiin työmenetelmiin. Koen, että minulle on työni kautta muotoutunut jonkinlainen kehittämiseen taipuvainen ajattelumaailma, joka voi myös vaikuttaa tutkimukseeni. Minun on kuitenkin oltava huolellinen siinä, etten itse etsimällä etsi kehittämiskohteita nykyisestä sairaalan sosiaalityön mallista ja näin ollen vaikuta ryhmäläisten mielipiteisiin.

3.3 Tutkimuksen tavoite

Tutkimukseni kohteena on Kainuun keskussairaalan sosiaalityö ja sen määrittäminen uudessa Kainuuseen tulevaisuudessa rakennettavassa sairaalassa. Olen tutkimuksessani kiinnostunut siitä, miten Kainuun sairaalan sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat määrittelevät oman työnkuvansa, millaisia kehittämiskohteita he näkevät työssään ja miten he kuvaavat omaa terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuttaan.

Tutkimuksessani pyrin luomaan nykyisten sairaalan sosiaalityötä tekevien ammattilaisten kanssa yhteistyössä ehdotuksen uuden sairaalan sosiaalityön toimintamalliksi, josta käy ilmi toiminnan lähtökohdat, tavoitteet, sisältö ja erityisasiantunntisuus. Tutkimuksen on yhdessä sairaalan sosiaalityötä tekevien ammattilaisten kanssa identifioida kehittämistä vaativat kohteet, ja niiden pohjalta laatia ehdotus uudeksi toimintamalliksi. Nimitän tätä toimintamallia tutkimuksessa ohjelmateoriaksi.

Ohjelmateoria kokoa yhteen ehdotuksen Kainuun keskussairaalan sosiaalityön tavoitteista, sisällöstä ja asiantunntijuudesta. Tutkimus pyrkii tuottamaan tietoa siitä, mikä on sairaalan sosiaalityön asiantunntijuuden ydin ja sosiaalityöntekijöiden toiminnan keskiössä. Tutkimukseni tavoitteena on myös tunnistaa niitä elementtejä, joista sairaalan sosiaalityöntekijöiden asiantunntisuus muodostuu sekä tunnistaa mahdollisia hyviä työtapoja ja -käytänteitä.

3.4 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksessani pyrin vastaamaan kysymyksiin:

1. Millaiseksi Kainuun uuden sairaalan sosiaalityön ohjelmateoria voisi muodostua?
2. Millaista asiantunntijuutta sairaalan sosiaalialan ammattilaisilla on?
3. Miten terveydenhuollon sosiaalityön profession vahvistuminen sairaalassa tukee asiakastyötä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimukseni on kehittämistutkimus, jonka tavoitteena on muodostaa ohjelmateoria, joka sisältää ehdotuksen Kainuun uuden sairaalan sosiaalityön toimintamalliksi. Ohjelmateorian keinoin on mahdollista koota yhteen ne tekijät, jotka muodostavat sairaalan sosiaalityön: sen tavoitteet, sisällön ja vaikutukset. Tässä luvussa tarkastelen kehittämistutkimuksen traditiota, josta käytetään myös nimeä toimintatutkimus. Määrittelen myös tarkemmin ohjelmateorian käsitteenä ja kuvaan ohjelmateorian rakentamisen prosessia. Lisäksi esittelen Daniel Gredigin (2005) POC-mallin, jota hyödynnän tutkimusprosessini toteuttamisessa ja sen havainnollistamisessa.

4.1 Kehittämistutkimuksen viitekehys

Kehittäminen ja tutkimus liittyvät toisiinsa monella eri tavalla. Tutkimuksella voidaan etsiä hyviä työkäytänteitä ja siirtää niitä eteenpäin, tai esimerkiksi aiempia tutkimustuloksia hyödyntäen voidaan hahmotella uusia kehittämiskohteita. Tutkimuksellinen kehittäminen voi lähteä organisaation kehittämistarpeista tai halusta saada aikaan muutoksia. Sosiaalityön käytännön tutkiminen ja kehittäminen edellyttää avoimuutta, vuoropuhelua, vastavuoroisuutta ja toisten kunnioitusta. Kehittämistutkimukseen keskiössä on aina jokin kehittämistä vaativa kohde, esimerkiksi jokin prosessi, tuote tai toimintatapa. Ehtona on, että siihen voidaan vaikuttaa jollakin keinolla eli interventiolla. (Kananen 2012, 21; Alasoini 2006, 42–43; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 18.)

Lars Uggerhøj (2011, 45) esittelee artikkelissaan ” What is Practice Research in Social Work - Definitions, Barriers and Possibilities” käytännön tutkimukseen liittyviä määritelmiä ja menetelmiä. Kirjoittajan mukaan esimerkiksi sosiaalityön tutkimuksessa saadaan parhaimmat lopputulokset yhdistämällä tutkimuksen metodologia, kentältä saadut tutkimustulokset ja asiakkaiden sekä työntekijöiden käytännön kokemukset. (Uggerhøj 2011, 45.)

Kristel Driessensin, Erja Sauraman ja Silvia Fargionin (2011) mukaan kehittämistutkimus on käytännönläheinen tapa yhdistää kehittäminen ja tutkimus. Tutkimus lähtee yleensä tarpeesta kehittää jotakin, ja sen tuloksena on jokin tuotos. Kehittämistutkimuksessa yhdistyy tutkimuksen teoreettinen kehittäminen ja kokeelliset vaiheet, eli käytännön toteutus. Kehittämistutkimuksessa kartoitetaan tarpeet ja määritellään tavoitteet. Tutkimuksen loppuvaiheessa hahmotellaan tavoitteiden mukainen kehittämistuotos, omassa tutkimuksessa ni se on ohjelmateoriaehdotus Kainuun uuden keskussairaalan sosiaalityöhön. Englannin kielessä kehittämistutkimuksesta käytetään nimitystä ”action research”, joka on suomennettu toimintatutkimukseksi. Kehittämistutkimuksen ja toimintatutkimuksen välillä on Jorma Kanasen (2012) mukaan hienoinen ero, joka liittyy lähinnä tutkimuksen kohteeseen. Kehittämistutkimuksessa kohteena ovat lähinnä ei-sosiaaliset ilmiöt (tuotteet, palvelut, prosessit), kun taas toimintatutkimuksen katsotaan soveltuvan parhaiten inhimilliseen toimintaan. Nämä erot ovat kuitenkin niin vähäisiä, että tutkimuksesta voidaan käyttää molempia nimityksiä. Molempien tutkimusten pyrkimyksenä on muutos tai parannus tutkittavaan asiaan. (Driessens ym. 2011; Edelson 2002; Kananen 2012, 19, 41.)

Tarkastelen seuraavaksi lähemmin toimintatutkimusta ja sen lähestymistapaa muutoksen aikaansaamiseen. Toimintatutkimuksen on kehittänyt 1800–1900 -lukujen taitteessa elänyt amerikkalais-saksalainen sosiaalipsykologi Kurt Lewin. Toimintatutkimuksen lähtökohtana on yhtä aikaa sekä tutkia että muuttaa olemassa olevia käytäntöjä. Se sopii erittäin hyvin työmenetelmien ja -käytänteiden tutkimiseen, koska tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä uudenlaisen toiminnan ja työn ymmärtämisen kehittämiseen sekä uuden tiedon tuottamiseen. Tutkimuksessa mukana olevat henkilöt ovat konkreettisesti käytännön toimijoita. Kurt Lewinin ryhmäteoria tukee ryhmässä toimimista ja ryhmän merkitystä päätöksenteossa. Hänen mukaansa toimintatutkimukselle on tyypillistä käytäntöön suuntautuminen, ongelmakeskeisyys, tutkittavien ja tutkijoiden aktiivinen rooli sekä tutkittavan ja tutkijan suhteen perusteena oleva yhteistyö. (Ojasalo ym. 2009, 60; Kuula 1999, 11; Lewin, ryhmä- ja toimintatutkimus 2013; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Toimintatutkimuksessa tutkijalla on erityinen asema, koska tutkija vaikuttaa meneillään olevaan prosessiin. Nykyajatuksen mukaan tutkija on toimintatutkimuksessa tasavertainen osallistuja, ei niinkään muutosta ulkopuolelta ohjaava ammattilainen. Lindholmin (2006, 16) mukaan tutkijalla on mahdollisuus intervention toteuttajana rikkoa vakiintuneita ja opittuja työkäytänteitä. Toimintatutkimuksen aineistoa voidaan kerätä esimerkiksi kyselyil-

lä, ryhmähaastatteluilla tai havainnoinnilla. Hyödyllistä aineistoa ovat myös kaikki kirjalliset materiaalit, mitä esimerkiksi ryhmässä tuotetaan, esimerkiksi osallistujien tehtäväksi annettu päiväkirjan pitäminen tutkimusprosessin vaiheista. (Lindholm 2006, 16.; Kuula 1999, 116 - 117; Ojasalo ym. 2009, 62.)

Tutkimuksessani on toimintatutkimuksen piirteitä. Ensinnäkin tutkimukseni lähtökohtana on tutkia ja muuttaa olemassa olevia käytäntöjä. Tutkimuksessani minulla on tavoitteena luoda ehdotus uuden sairaalan sosiaalityön mallista. Toimintatutkimuksen tavoin tutkimukseni osallistajat ovat aktiivisesti mukana ohjelmateorian luomisprosessissa. Oma asemäni tutkimuksessa perustuu kiinnostukseeni terveydenhuollon sosiaalityöhön, sen sisältöön ja toimintatapoihin. Toimin myös tutkijana, fokusryhmien kokoajana sekä tutkimuksen kirjallisena toteuttajana. Omassa tutkimuksessani tutkimus- ja kehittämiskohteen on sairaalan sosiaalityö. Tutkimuksessani laadin ohjelmateorian fokusryhmäkeskusteluista saatujen aineistojen avulla.

4.2 Ohjelmateoria

Ohjelmateorian käsitteen on tehnyt tunnetuksi Alabaman yliopiston arviointitutkimuksen professori Huey-Tsyh Chen (2005). Hänen mukaansa ohjelmateoriaa voidaan hyödyntää paitsi arviointitutkimuksissa, myös käytänteiden jäsentämisessä konkreettiseksi. Ohjelmateoria kuvaa, mitä toivottujen tulosten saavuttamiseksi on tehtävä, miten tärkeitä vaikutuksia voidaan ennakoida ja miten nämä tulokset ja vaikutukset syntyvät. Ohjelmateorian avulla kuvataan toteutettavien interventioiden, niihin liittyvien prosessien ja asiakkaille koituvien hyötyjen ja vaikutusten välisiä yhteyksiä ja niiden muuttamista arvioitaviksi asioiksi. Prosessiin osallistuvien oletukset siitä, mitä toimenpiteitä tarvitaan ongelmien ratkaisemiseksi ja miksi juuri tämä kyseinen toimenpide vaikuttaa ongelman ratkaisemiseen ovat myös kuvattuna ohjelmateoriassa. (Chen 2005, 20-25; Dahler-Larsen 2005,23-25.)

Chenin (2005) jakaa ohjelmateorian kahteen malliin. Muutosmallissa (change model) tarkastellaan kausaalisuuteen perustuvia oletuksia siitä, mitkä tekijät ja interventiot vaikuttavat lopputulokseen. Toinen malli on toimintamalli (action model), jossa kuvataan intervention suunnittelijoiden ja muiden sidosryhmien oletuksia tarpeellisista käytännön toi-

menpiteistä intervention toteuttamiseksi. Toimintamallissa osatekijöinä ovat palvelujen aikaansaamiseksi ja parhaiten hyödynnettäväksi tarvittavat henkilöstöt, resurssit, puitteet. (Chen 2005, 26–28.) Tutkimuksessani tuotettava ohjelmateoria on lähempänä ohjelmateoriaa toimintamallina, eli niitä keinoja, joilla päästään toivottuun lopputulokseen.

Ohjelmateoria sisältää tarkan intervention eli toimintatavan kuvauksen, mitä itse asiassa tehdään. Lisäksi tulee kuvata kaikki välivaiheet, mitä intervention ja lopputuloksen välillä tapahtuu, olivatpahan ne toivottuja, tai ei-toivottuja tapahtumia. Ohjelmateoriassa tulee kuvata myös toivotut tulokset yksityiskohdiksi pilkottuna, intervention mahdolliset tahattomat vaikutukset sekä myös kuvaus niistä edellytyksistä, jotka ovat ratkaisevia siirryttäessä intervention eri vaiheisiin. Jotta ohjelmateorian avulla voidaan kehittää ja/tai parantaa tarkasteltavia interventioita, tulee interventioiden olla arvioitavissa. Tämä tarkoittaa sitä, että interventioiden kohderyhmät, toimenpiteet ja tulokset tulee olla selkeästi määritellyt. (Sosiaaliportti 2013.)

Ohjelmateorian muodostamisessa on otettava huomioon useita seikkoja, esimerkiksi tutkijan oma rooli. Borgin (2008) mukaan ohjelmateorian tekemiseen on hyvä ottaa organisaation ulkopuolelta tuleva arvioija. Omassa tutkimuksessani tämä tarkoittaa minua, tutkijaa. Tutkijan rooli on olla fasilitoija, joka pohjustaa ryhmälle keskusteluteemat ja johdattelee ryhmän jäseniä tuomaan esille omia kokemuksiaan, ajatuksiaan ja asiantuntemustaan. Fasilitoijan rooli kuvaa hyvin myös omaa rooliani suhteessa tutkimuksen osallistujiin. Tutkija voi olla myös konsultin roolissa, jolloin hän itse käyttää asiantuntemustaan. Ryhmäläisten tarvitessa neuvontaa, tutkija esittää erilaisia vaihtoehtoja keskusteluun, mutta ei tarjoa omia arvojaan. (Borg 2008, 24; Hänninen 2007, dia 33.)

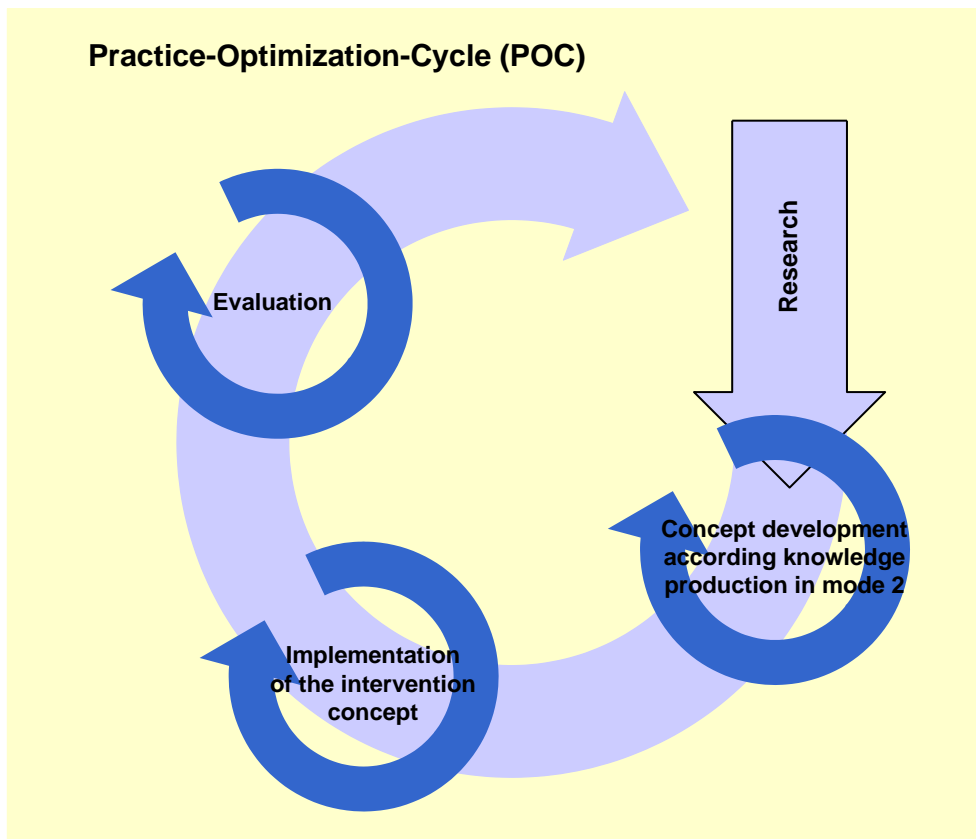
Omassa tutkimuksessani kuvaan ohjelmateorian avulla Kainuuseen rakennettavan uuden sairaalan sosiaalityön toimintamallin: millaista sosiaalityö parhaimmillaan on, mistä tekijöistä se rakentuu on ja miten siihen päästään. Kyse on sairaalan sosiaalityön ammattilaisten näkökulmasta tuotetusta toimintamallista. Tämä on tärkeää, koska nimenomaan heillä on paras käytännön tieto sairaalan sosiaalityöstä. Mielestäni tutkimuksen luonne ja laajuus muuttuisi huomattavasti, mikäli mukana olisi ollut esimerkiksi muiden työntekijöiden, kuten hoitohenkilöstön, ja/tai potilaiden näkökulma.

Kehittämistutkimuksessa, missä puhutaan ohjelmateoriasta, puhutaan usein myös vaikuttavuuden arvioinnista. Ohjelmateorialla selitetään ne keinot, joilla interventio muutetaan tuloksiksi. Vaikuttavuuden arvioinnissa on selkeät käsitykset siitä, miten nämä ohjelmateorialla kuvatut interventiot onnistuivat ja miten ne vaikuttavat. Vaikutukset voivat olla sekä negatiivisia että positiivisia. (Dahler-Larsen 2005, 23; Kananen 2012, 156.) Omassa tutkimuksessani kuvaan ohjelmateorialla niitä sairaalan sosiaalityön työmenetelmiä/-käytäntöjä, joita kehittämällä päästään ideaaliseen lopputulokseen. Vaikuttavuuden arvioinnilla voidaan miettiä näiden työmenetelmien ja -käytäntöjen merkitystä sairaalan asiakastyössä. Näin saadaan käsitys siitä, onko työmenetelmissä parantamista, vai ovatko ne jo asiakkaan ja yhteisön edun kannalta parhaat mahdolliset.

Vaikuttavuuden arviointi perustuu ohjelmateorian muodostamisella, se on arvioinnin jäsentämisessä tärkein väline. Tutkimuksessani ohjelmateorian aineistona ovat Kainuussa toimivien terveysosiaalityötä tekevien henkilöiden fokusryhmähaastattelussa esiinnousseet työmenetelmät ja -käytännöt.

4.3 POC (Practice Optimisation Cycle)

Tutkimusprosessin toteuttamisessa ja havainnollistamisessa hyödynnän Daniel Gredigin (2011) kehittämää POC (Practice Optimisation Cycle) – mallia, joka sisältää kuviossa 4 esitellyt vaiheet: ongelman hahmottaminen ja tutkiminen, interventiokonseptin kehittäminen, intervention toteutus ja arviointi. POC-malli on luotu kuvaamaan ja arvioimaan tutkimusprosessin eri vaiheita. (Gredig 2011, 58–59.)



KUVIO 4: POC-malli (Gredig 2005)

POC -mallissa tutkimusongelman tunnistaminen nousee käytännöstä, organisaation rakenteista tai ammattikäytännöistä. Kyseessä voi olla myös jokin kriisitilanne, jonka seurauksena työntekijät huomaavat jonkin kehittämistä vaativan ongelman. (Gredig 2005.) Omassa tutkimuksessani kyseessä ei ole varsinaisesti kriisitilanne, mutta uuden sairaalan sosiaalitiön organisointi on tilanne, jossa työntekijät joutuvat miettimään omia työkäytänteitään hyvinkin tarkkaan. Heidän on pohdittava esimerkiksi sitä, onko oma tämänhetkinen työtapo toimiva, miten asiakkaat huomioidaan parhaiten ja onko työtapo kustannustehokas.

Gredigin (2005) mallin mukaan tutkimusprosessiin osallistuvat henkilöt määrittelevät aiemmista omista ammattikäytännöistään ja hyvistä toimintamalleistaan käsin tavoitteet ja interventiokonseptin uusille toimintatavoille. Ongelman hahmottaminen voi olla vaikeaa. Esimerkiksi omassa tutkimuksessani sairaalan sosiaalialan ammattilaiset eivät välttämättä näe omassa työssään mitään kehitettävää. Tavoitteiden ja kehittämistarpeiden tunnistaminen on kuitenkin välttämätöntä, jotta voidaan toteuttaa kolmas vaihe eli mahdollisesti tar-

vittavat uudistukset. Omaan tutkimukseeni soveltaen tämä tarkoittaa niiden keinojen kuvaamista, miten tutkimuksessa todettuja ongelmakohtia voidaan kehittää vastaamaan lopputulosta ja miten muutosten pohjalta muotoutuva ohjelmateoria voidaan esittää. Neljäs vaihe on toiminnan arviointi, joka tarkoittaa myös toiminnan juurruttamista.

Tutkimuksessani POC-mallin eri vaiheet Gredigiä (2005) mukaillen rakentuvat seuraavasti:

- 1) Tutkimusongelman todistaminen tieteellisellä tai muutoin dokumentoidulla menetelmällä:
 - Fokusryhmähaastattelut ryhmäläisten kanssa.
 - Sairaalan sosiaalialan ammattilaisille lähetetty sähköpostikartoitus tämän hetkisen sairaalan sosiaalityön kehittämiskohteista.
- 2) Interventiosuunnitelman kuvaaminen:

Kuvataan ohjelmateorian avulla ehdotus uuden sairaalan sosiaalityön toimintamalliksi.
- 3) Kuvatun intervention täytäntöönpano:

Kuvataan ne keinot ja menetelmät, joilla intervention lopputulokseen päästään.
- 4) Arviointi:

Arviointivaiheeseen pystytään tässä tapauksessa siirtymään vasta sitten, kun uusi sairaala on toiminut jonkin aikaa.

Saadakseni lisätietoa POC-mallista, olin sähköpostitse yhteydessä mallin kehittäjään, sosiaalityön professoriin Daniel Gredigiin. Hän kertoi, ettei POC-mallia ole Suomessa aiemmin käytetty. Sain häneltä ”From research to practice: Research-based Intervention Development in social work: developing practice through cooperative knowledge production” -artikkelin, joka on julkaistu European Journal of Social Work –lehdessä (2005).

Koska suomenkielistä materiaalia ei ollut saatavilla, sovelsin POC -mallia omaan tutkimukseeni sillä käsityksellä, jonka sain käännettyäni englanninkieliset tekstit suomeksi. POC -mallin hyödyntäminen tutkimusprosessin kuvaajana auttoi minua selkiyttämään pro-

sessin eri vaiheita. Tutkimusprosessin eri vaiheiden avaaminen tekstiksi auttoi tekemään koko tutkimusprosessin konkreettisemmaksi ja ymmärrettävämmäksi.

4.4 Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa

Esittelen seuraavaksi tarkemmin tutkimukseni aineistonkeruumenetelmän sekä aineiston analysointimenetelmän. Kuvaan myös tutkimuksen luotettavuuteen ja tutkimusetiikkaan liittyviä seikkoja. Lopuksi olen kuvannut tähän lukuun tutkimusprosessini jokaisen aineistonkeruuvaiheen omina erillisinä lukuina.

Metodologia, menetelmäoppi, kuvaa paitsi tutkimuksen tekemiseen käytettyjä menetelmiä, myös tutkijan itsensä ymmärrystä tieteellisen tutkimuksen tekemisestä. Tutkijan tulee kyetä perustelemaan ratkaisunsa, ymmärtää käsitteitä ja niiden merkitystä tutkimuksen tekemiseen. Tieteellisten lähestymistapojen merkityksen ymmärtäminen on tärkeää tutkimusta tehtäessä, samoin kyky käyttää tutkimuksen tuottamaa tietoa yhteiskunnallisessa toiminnassa ja sen kehittämisessä. (Raunio 1999, 13–14.)

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullinen tutkimus voi olla sekä empiirinen että teoriaan pohjautuva, samaa ilmiötä voidaan tutkia molemmilla lähtötavoilla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan suhde tutkittavaan on läheinen, aineisto on usein rikasta ja syvää, mutta haasteellisemmin tulkittavaa kuin määrällisen tutkimuksen aineisto. Vaikka Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven (2009) mukaan kvalitatiivinen tutkimus on kvantitatiiviseen tutkimukseen verrattuna enemmän teoriaa luovaa kuin sitä koettelevaa, on näiden tutkimussuuntien erottaminen toisistaan vaikeaa. Kvalitatiivinen tutkimus yhdistetään usein tiedonkeruutapansa mukaisesti haastattelu- tai havainnointitutkimuksiin. Tämä antaa liian kapea-alaisen näkökulman laadulliseen tutkimukseen, joka on enemmän kuin pelkkäaineistonkeruutapa. Laajassa merkityksessä metodologia tarkoittaa maailmankatso- musta, tiedon peruslähtökohtaa ja tieteellistä perusnäkemystä. Metodologian suppeampi käsitys merkitsee juuri metodia, menetelmää jolla tutkimuksessa tarvittava tieto kootaan. Metodologia kuuluu joka tapauksessa tutkimukseen ja sen tekemiseen. (Hirsjärvi ym. 2003, 124–125; Tuomi & Sarajärvi 2009, 12–13.)

Laadullinen tutkimus ei pyri tilastollisiin yleistyksiin, vaan kuvaamaan jotakin tiettyä toimintaa tai tapahtumaa tai antamaan teoreettinen käsitys jollekin ilmiölle. Näin ollen riittävä määrä vastaajia on suhteellinen käsite, tärkeämpää on vastaajien asiantuntemus ja kokemus tutkittavasta asiasta. Vastaajien valinta ei siten voi olla satunnainen otos vaan hyvin harkittu ja tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Tutkimusraportissa tulee kuvata, miten tutkittava joukko on valikoitunut. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Tutkimukseni olisi voinut toteuttaa myös määrällisenä tutkimuksena, esimerkiksi tekemällä kyselyn sairaalan muulle henkilöstölle tai potilaille. Koska tunnen entuudestaan suurimman osan sairaalassa työskentelevistä sosiaalialan ammattilaisista, tiesin heidät keskustelevalleksi ja kommentoivaksi ryhmäksi. Siksi ajattelin saavani työntekijöiden näkökulman omasta toimijuudesta ja asiantuntijuudesta laadullisen tutkimuksen kautta.

4.4.1 Fokusryhmähaastattelu

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, kysely ja valmiit aineistot. Etenkin laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on yleinen tiedonkeruumuoto, vaikka se on myös aikaa vievä menetelmä. Ryhmähaastattelun etuna on, että tutkija saa samalla kertaa usealta haastateltavalta tietoa. Toisaalta taas ryhmähaastattelussa on vaarana se, että ryhmässä voi olla dominoiva henkilö, joka puhuu jatkuvasti tuoden esiin vain omia mielipiteitään. Tämä voi johtaa siihen, etteivät ryhmän hiljaisemmat tuo esiin omia näkökulmiaan. Ryhmähaastattelu tuo parhaimmillaan uusia ideoita ja oivalluksia, jotka syntyvät ryhmäläisten käymästä vuorovaikutuksesta, ideoista ja ajatuksista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71 - 73; Hirsjärvi ym. 2003, 191–193; Saaranen-Kauppinen & Puusniikka 2006; Robson 2001, 142.)

Tutkimukseni keskeinen lähtökohta oli, että siihen voisivat osallistua kaikki sairaalan sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat. Fokusryhmähaastattelu tarjosi tähän hyvän kehyksen, koska työntekijät muodostivat luonnollisen olemassa olevan fokusryhmän. Dahler-Larsenin (2005, 28) mukaan yksi hyvä keino ohjelmateorian laatimiseen on käyttää työpaikkoja. Tutkimuksessani työpajatyöskentely toteutettiin fokusryhmähaastatteluina. Fokusryhmän muodostivat Kajaanin sairaalassa sosiaalityötä tekevät henkilöt. Keskussairaalassa työskentelee viisi sosiaalialan ammattilaista, lisäksi tutkimuksessani mukana oli yksi sosi-

aalialan työntekijä Kajaanin pääterveysasemalta. Fokusryhmässä tapahtuvia keskusteluja puolsi se, että ne tarjosivat osallistujille yhteisen areenan omasta työstä keskustelemiselle ja reflektoinnille. Valitsin haastattelumuodoksi fokusryhmän myös siksi, että halusin saada ryhmäkeskustelun avulla selville, millainen on sairaalan sosiaalityön tämän hetkinen tilanne, mitä mahdolliset ongelmakohdat ovat ja millaista sosiaalityötä ryhmäläisten mielestä sairaalassa tullaan tarvitsemaan jatkossakin.

Tutkimuksessani toteutin kolme fokusryhmähaastattelua samalle ryhmälle. Ensimmäisessä fokusryhmätapaamisessa keskustelun virittäjänä toimi SWOT-analyysi, koska halusin tietää, mitä mieltä fokusryhmäläiset ovat sairaalan sosiaalityön tämän hetkisestä tilanteesta sekä millaisia mahdollisuuksia uusi sairaala mahdollisesti tuo. Halusin myös tietää, onko mahdollista jäsentää SWOT-analyysin kautta sairaalan sosiaalityön tavoitteita ohjelmateorian toimintamalliin. Piirsin fläppipaperille nelikenttäruudukon, johon kirjasin ylös keskustelusta poimitut asiat. Ennen seuraavaa tapaamista kirjoitin keskustelun puhtaaksi ja poimin sieltä eniten puhuttaneet asiat.

Seuraavan tapaamisen aiheena olivat hyvät työkäytännöt ja kehittämistarpeet. Kolmannen varsinaisen tapaamiskerran aiheena oli asiantuntijuus, koska tämä oli korostunut niin ensimmäisen tapaamisen SWOT-analyysin kautta kuin myös toisella tapaamiskerralla nimeytyissä kehittämistarpeissa. Näiden konkreettisten tapaamisten lisäksi kävimme tapaamisten välillä useita sähköpostikeskusteluja kehittämistarpeista sekä myös tulevaisuuden visioista, millaista sosiaalityötä Kainuun keskussairaalassa tarvitaan.

Kainuun terveydenhuollon sosiaalityön nykyisistä ammattilaisista koostuva ryhmän tavoitteena oli kokoontua niin monta kertaa kuin se pystyi tuottamaan tutkimuksen kannalta oleellista uutta tietoa. Alustavasti ajattelin, että neljä - viisi kertaa olisi ehkä riittävä määrä tapaamisia. Kuitenkin jo kolmannen tapaamisen jälkeen uuden tiedon tuottaminen oli haasteellista, joten kasvokkain tehdyt tapaamiset jäivät kolmeen. Täydensin ryhmätapaamisten antia myöhemmin kolmella lyhyellä sähköpostikyselyllä (Liitteet 2 ja 3). Kananen (2012) mukaan saturaatiomenetelmässä uutta aineistoa kerätään niin kauan, kunnes aineistolla ei ole mitään uutta annettavaa. Saturaation saavuttamiseksi tiedonkeruun ja aineiston tulkinnan täytyy olla jatkuvassa vuoropuhelussa keskenään. (Kananen 2012, 71–72, 101.) Jokaisen fokusryhmätapaamisen ja sähköpostikyselyn jälkeen vertasin saamaani aineistoa tutkimuskysymyksiin. Kun pystyin vastaamaan kootun aineiston perusteella kaikkiin tutki-

muskysymyksiini, eikä aineistolla ollut mitään uutta annettavaa, katsoin aineiston saturaat-ion riittäväksi.

Oma roolini fokusryhmäkeskusteluissa oli lähinnä palauttaa keskustelu koskemaan ydin-asiaa. Ryhmäkeskustelut tuntuivat välillä toimivan myös työnohjauksellisina tapahtumina mikä ei mielestäni ollut huono asia. Ryhmäläisillä oli mahdollista tuoda keskustelun kautta esiin heitä askarruttaneita asioita, joita he pohtivat tapaamisessamme yhdessä. Pääsääntöisesti ryhmä keskusteli oma-aloitteisesti, toisiaan kuunnellen ja kommentoiden.

4.4.2 Analysointimenetelmä ja analyysiprosessi

Aineiston analysointitapaa kannattaa miettiä jo ennen kuin aloittaa aineiston keräämisen. Näin vältetään siltä, että tutkijalla on kasapäin materiaalia, mutta ei ajatustakaan siitä, miten aineistosta tehdään havaintoja ja miten aineisto muutetaan tiedoksi. Miettimällä analysointitapa valmiiksi ennen haastattelujen aloittamista saadaan haastattelulle ohjenuora, jonka avulla haastattelumateriaali on helpompaa työstää. Laadullisessa tutkimuksessa analysointitapaa voidaan myös vaihtaa, mikäli analysointi ei tuota tulosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 69–70; Kananen 2012, 116.)

Fokusryhmähaastatteluja voidaan analysoida esimerkiksi sisällön analyysillä tai analysoimalla varsinaista keskustelua eli osallistujien välistä vuorovaikutusta. Sisällön analyysillä pyritään luomaan tiivistetty kuvaus tutkimusmateriaalista. Litteroiduista haastatteluista poimitaan tärkeät teemat, suorat lainaukset sekä teoreettiset käsitykset. Aineiston litterointi tarkoittaa puhutun kirjoittamista, litteroidusta aineistosta etsitään toistuvat aihepiirit, joiden mukaan aineisto voidaan jakaa teemoihin. (Mäntyranta & Kaila 2008; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.) en nauhoittanut ryhmätapaamistemme keskusteluja. Tähän päädyin siksi, ettei minulla ollut mahdollista saada nauhoittamiseen tarvittavia välineitä. Kirjoitin tapaamisten pääasiat isolle fläppipaperille, josta puhtaaksikirjoitin ne tietokoneelle ennen seuraavaa tapaamistamme. Eniten puhuttaneista asioista muodostui aiheet seuraavaan tapaamiseen. Halusin fokusryhmäläisten miettivän näitä aiheita etukäteen, joten lähetin ne sähköpostitse tutustuttavaksi. Viimeisen tapaamiskerran jälkeen palasin vielä tarkastelemaan aiempien ryhmäkeskustelujen puhtaaksikirjoitettua materiaalia. Huomasin tiettyjen teemo-

jen nousevan läpi kaikkien tapaamiskertojen: asiantuntijuus, sijaistettavuus, oman työn tunnetuksi tekeminen, yhteistyö kuntien kanssa sekä yhteiset toimintakäytänteet.

Tutkimuksessani käytän analyysimenetelmänä sisällön analyysiä. Timo Laineen (2009) mukaan laadullisen aineiston analyysissa voidaan väljästi luonnehtia seuraavalla tavalla. Ensin pitää tehdä päätös siitä, mikä aineistossa kiinnostaa, sen jälkeen aineisto käydään systemaattisesti läpi ja merkitään ne asiat, jotka kuvastavat tutkimuksen kohdetta, jolloin muu materiaali voidaan jättää pois tutkimuksesta. Tämän jälkeen merkityt asiat kerätään yhteen, niitä luokitellaan, teemoitellaan ja tyypitellään ja lopuksi kirjoitetaan yhteenveto analyysin tuloksista. Laineen kuvaus on haastava, koska laadullisen tutkimuksen aineisto voi sisältää paljon mielenkiintoista, minkä tutkimukseen voisi sisällyttää. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu myös aineiston monimuotoisuus, samasta aineistosta voi saada useita erilaisia tuloksia ja tulkintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92; Kananen 2012, 117.)

Analyysin aluksi on hyvä miettiä, etsitäänkö aineistosta samankaltaisuuksia vai eriävyyksiä. Sisällön analyysi lähtee aina aineiston rajaamisesta siihen, mikä kiinnostaa. Kiinnostavuus näkyy yleensä tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimustehtävästä, niiden täytyy olla linjassa tutkimusraportissa esiintyvien kiinnostusten kanssa. Tutkija kuvaa teemojen rakentumista ja havainnollistaa niitä esittelemällä aineisto-otteita, jotka kuvaavat kyseistä teemaa erityisen hyvin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.)

Riie Heikkilän (2009) mukaan ryhmähaastatteluja analysoitaessa on pyrittävä välttämään suoraa referointia. Ryhmäläisten diskurssi ja referointi ovat usein moniselitteisiä, niiden luoma sisäinen maailma voi antaa monenlaisia merkityksiä. Yhden ryhmäläisen lause voi kuvastaa koko ryhmän ajatuksia. (Heikkilä 2009, 294.)

Omaa tutkimusta aloittaessani mietin, miten saisin kenties hyvinkin rönsyilevän keskustelun käsiteltyä hyödyllisesti. Keskustelussa tulee esiin paljon asioita, eikä keskustelu välttämättä pysy aina käsiteltävässä asiassa. Päätin poimia esille tulevista asioista ensinnäkin usein toistuvimmat seikat sekä myös ne, joita hyödynsin ohjelmateorian tavoiteosiossa. Tällaisia olivat muun muassa ne kohteet, jotka ryhmäläiset nimesivät kehittämistä vaativiksi kohteiksi. Nämä asiat myös herättivät eniten kommentteja ja keskusteluja muissa ryhmäläisissä. Kommenteista kokosin seuraavien tapaamisten keskusteluaiheet.

4.5 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka

Mika Kiikerin ja Petri Ylikosken (2004) mukaan tieteen etiikka on yksi tieteenfilosofian osa-alueista ja se tarkastelee tieteentutkijoiden toiminnan normatiivisuutta arvioiden sitä eettisten ja yhteiskuntafilosofisten näkemysten ja arvojen perusteella. Tieteen etiikkaan kuuluu pohtia, millainen on hyvä tutkimus, onko tutkimukselle perusteita, mitä ja millaisin keinoin tutkitaan, millaisia tutkimustuloksia saa tavoitella ja ovatko ne yleisesti ottaen vaarallisia. Tieteen etiikkaan kuuluu myös se, että tutkimustulokset ovat puolueettomia ja kaikkien saatavilla. (Kiikeri & Ylikoski 2004, 12; Tuomi & Sarajärvi 2009, 126.)

Kehittämistutkimus lähtee usein organisaation sisältä, usein vielä sellaisen henkilön tekemänä, joka on jollain tavalla sidoksissa organisaatioon. Tämä koskee myös minun tutkimustani, olen ollut harjoitteluissa ja töissä Kainuun keskussairaалassa ja tutkimusta tehdessäni saman organisaation palveluksessa, mutta eri tehtävässä kuin tutkimukseen osallistuneet. Kun tutkija on tutkimuksen kohteena olevan organisaation jäsen, siinä on etunsa ja haittansa. Etuna on se, että tutkija tuntee organisaation ja sen tavat. Haittana taas on, että tutkija on liian lähellä tutkittavaa kohdetta eikä kenties kykene olemaan täysin objektiivinen tutkittavaa asiaa kohtaan. (Kananen 2012, 182.)

Olen tuntenut useimmat Kainuun keskussairaalan sosiaalityötä tekevät henkilöt eri yhteyksistä jo vuosia. Usein olemme myös keskustelleet keskussairaalan sosiaalityön nykytilanteesta. Tämän hetkistä työtä hankaloittavat useimpien mielestä resurssipula, sosiaalityön huono näkyvyys sairaalassa ja myös sen ulkopuolella. Lisäksi rajattu asiantuntijuus asettaa haasteita työntekijöiden sijaistettavuudelle. Mielestäni tutkimukselleni on tarvetta nimenomaan kehittämisnäkökulman kautta. Tutkimukseni avulla on mahdollista pyrkiä etsimään kehittämistä vaativiin asioihin ratkaisuja.

Kaikkiin Kainuussa tehtäviin sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksiin on oltava tutkimuslupa. Tutkimusluvan (liite 1) hain Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän terveysjohtajalta, Mauno Saarelta. Vaikka tutkimukseni liittyykin Kainuuseen rakennettavaan uuteen sairaalaan ja sen toiminnalliseen sisältöön, tutkimukseni lähtökohtana oli ensisijaisesti oma kiinnostukseni terveydenhuollon sosiaalityöhön Kainuussa. Tutkimukseni

pohdintavaiheessa esitin ideani kahdelle uuden sairaalan suunnitteluprojektissa mukana olevalle henkilölle. Heidän mielestään tutkimukseni aihe oli ajankohtainen ja kiinnostava.

Luotettavuuden yhteydessä mainitaan validiteetti (tutkitaan sitä mitä on luvattu) ja reliabiliteetti (tutkimustulosten toistettavuus), jotka kuuluvat enemmänkin määrälliseen tutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus perustuu hyvään suunnitelmaan sekä toimivan mittariston luomiseen, huolelliseen aineiston keruuvaiheeseen, hyvin havainnollistettuun analyysiprosessiin sekä siitä nouseviin johtopäätöksien tekoon. Tutkimusraportissa tulee kuvata selkeästi se, mitä tutkitaan ja miksi, sekä oma sitoutuneisuus tutkimuksen tekemiseen. Luotettavuutta lisää myös aineiston keruun ja analysoinnin tarkka kuvaus, tutkimuksen kohteena olevan ryhmän kuvaus, tutkimuksen kesto sekä tutkimustulokset. Kehittämistutkimuksessa luotettavuutta lisää myös se, että kehittämiseen otetaan mukaan kaikki ne, joita asia koskettaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009,136, 141; Kananen 2012, 169.)

Tutkimuksen tekemiseen liittyy monta eettistä valintaa, alkaen tutkimuskohteen valinnasta, tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelusta varsinaiseen tutkimuksen työstämiseen. Laadullisessa tutkimuksessa materiaali kootaan yleensä luonnollisissa tilanteissa tutkimuksessa mukana olevia kuunnellen. Laadullisen tutkimuksen eräänlaisena ongelmakohdaksi voidaan pitää havaintojen luotettavuutta ja puolueettomuutta. On tärkeää, että tutkijalla ja ryhmäläisillä on samanlainen käsitys haastateltavasta asiasta. Näin ollen tutkija ei käsittele saatuja tuloksia sillä ajattelumallilla, mikä hänellä itsellään on alun perin ollut. Kun ajatusmalli on yhteinen, tuloksia voidaan pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2003, 26–27,216–217; Tuomi & Sarajärvi 2009,136.)

Oman tutkimukseni ryhmähaastattelujen alussa kävimme läpi termit, joita tulemme tapaamisten aikana käsittelemään. Kerroin ryhmäläisille, mitä tarkoitetaan ohjelmateorialla ja hyvillä käytännöillä. Kävimme myös yhdessä läpi muiden sairaaloiden sosiaalityön malleja, joita olin kerännyt kevään 2013 aikana. Näin varmistin, että kaikilla on sama käsitys sekä käytettävistä termeistä että myös tarkastelun alla olevista muiden sairaaloiden sosiaalityön malleista.

Kun olin kirjoittanut puhtaaksi tapaamistemme keskusteluja, lähetin ne ryhmäläisille sähköpostitse tarkasteltavaksi. Halusin varmistaa heiltä, että kirjoittamani asiat olivat samoja,

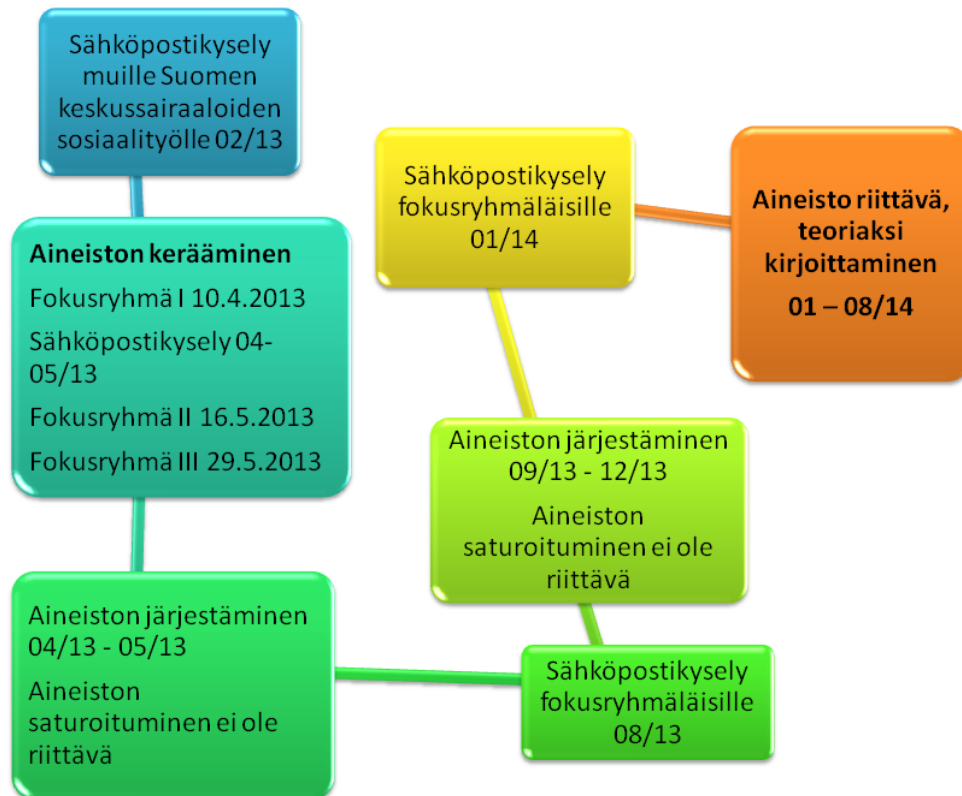
mistä olimme puhuneet ryhmässä. Tämä tapa on yksinkertaisin keino varmistaa aineiston luotettavuus (Kananen 2012, 174).

Vaikka tutkimuksessani fokusryhmän koko on pieni, tutkimustuloksista ei käy kenenkään yksittäisen henkilön vastaus ilmi. Käsittelen vastauksia koko ryhmän vastauksina, vastajille ei ole annettu heitä yksilöiviä merkintöjä. Näin vastaajien anonymiteetti on turvattu.

4.6 Tutkimusaineiston kokoaminen

Alla olevassa kuviossa numero 5 olen jäsentänyt tutkimusprosessin kulkua. Kuviossa näkyy tapaamisten ajankohdat, lähetettyjen sähköpostien ajankohdat sekä aineiston käsittely. Avaan jokaisen tapaamisen ja sähköpostiviestien sisältöä enemmän kappaleen alaluvuissa.

Tutkimuksessani käytän Kainuun terveysosiaalityötä tekevästä ammattilaisista yleistä nimeä ”sosiaalialan ammattilainen”. Tämä johtuu siitä, että yhdellä heistä on ammattikorkeakoulun sosionomin (AMK) tutkinto, yhdellä sosionomi Ylempi (AMK) tutkinto ja kolmella maisterintutkinto pääaineena sosiaalityö.



KUVIO 5: Tutkimusprosessin kulku

Käytin muiden Suomen keskussairaaloiden sosiaalityöltä saamiani vastauksia hyödyksi suunnitellessani fokusryhmätapaamisten sisältöä. Heille lähettämäni kysymykset koskivat sairaalan sosiaalityön konkreettista organisointia, sekä sairaalan sosiaalityön sisältöä. Näitä samoja asioita käsitelimme sekä fokusryhmätapaamisissamme että sähköpostiviesteissä. Ryhmätapaamisten sisällöt muotoutuivat paljolti edellisen tapaamisen tai sähköpostien sisällöistä. Eniten puhuttavimmat asiat nousivat seuraavien tapaamisten keskeisiksi puheenaiheiksi.

4.6.1 Muiden Suomen keskussairaaloiden kartoitus

Ennen fokusryhmähaasteluiden toteuttamista, lähetin kaikkien Suomessa toimivien keskussairaaloiden (yhteensä 16) sosiaalityön yksiköihin sähköpostia. Tarkoitukseni oli saada selville, miten sairaalan sosiaalityö on järjestetty heidän alueellaan ja millaista sairaalan sosiaalityö vastaajien mielestä on. Valitsin kohteekseni keskussairaalat siksi, että ne vas-

taavat toimintaperiaatteeltaan tutkimukseni kohteena olevaa Kainuun keskussairaalaan ja sen sosiaalityötä. Vastauksia sain 11 ympäri Suomen, vastaajina olivat lähinnä johtavat sosiaalityöntekijät tai esimiehinä toimivat lääkärit. Sekä sosiaalityöntekijät että lääkärit vastasivat kysymykseen, miten sosiaalityö heidän sairaalassaan on järjestetty. Sosiaalityön sisältöä koskevaan kysymykseen vastasivat vain sosiaalityöntekijät (N=8). Kokosin vastauksista yhteenvedon, jonka kävimme läpi kolmannessa fokusryhmätapaamisessa. (liite 2)

4.6.2 Fokusryhmän tuottama tieto

Ensimmäisessä tapaamisessamme, ennen varsinaisen fokusryhmähaastattelun aloittamista kerroin osallistujille tutkimukseni aiheen ja sekä keskeisiä termejä. Tällaisia termejä olivat muun muassa fokusryhmä, hyvät käytännöt, SWOT ja Practise Optimization Circle. Ryhmäläiset vaikuttivat olevan innostuneita osallistumaan tutkimukseeni. Ensimmäisellä tapaamiskerralla 10.4. pohdimme SWOT -analyysin (liite 3) avulla Kainuun keskussairaalan sosiaalityön haasteita ja mahdollisuuksia. Lisäksi pohdimme niitä haasteita ja mahdollisuuksia, joita uusi sairaala tuo sosiaalityöhön. Tapaamisen kesto oli noin 1,5 tuntia.

SWOT

Tim Friesnerin (2012) mukaan Albert Humphrey kehitti 1970 -luvulla lähinnä markkinointiin SWOT – eli nelikenttäanalyysin. SWOT-analyysissä selvitetään analysoitavan kohteen sisäiset vahvuudet (Strength) ja heikkoudet (Weakness), sekä ulkopuoliset mahdollisuudet (Opportunities) ja uhat (Threat). Vahvuudet ja mahdollisuudet ovat positiivisia asioita, heikkoudet ja uhat negatiivisia. Vahvuudet ja heikkoudet kuvastavat nykytilannetta, mahdollisuudet ja uhat taas tulevaisuutta. (Friesner 2012.)

Työmenetelmänä SWOT oli entuudestaan tuttu, jokainen oli käyttänyt sitä jossain vaiheessa. Piirsin isolle paperille ruudukon, johon merkitsin S (vahvuudet), W (heikkoudet), O (mahdollisuudet) ja T (uhat). Ryhmäläiset lähtivät pohtimaan ensin vahvuuksia, jotka kirjasin S ruudukkoon. Pian ryhmäläiset huomasivat, että useampi heidän mainitsemansa kohta voi sijoittua myös toisen ruudukon alueeseen. Sen jälkeen jatkoin merkitsemistä sitä mukaan, mihin heidän mielestään maininta kuului. Pian ryhmäläiset huomasivat että aiemmin heidän pelkkänä vahvuutena ja positiivisena pitämänsä asia oli samalla myös heik-

kous (esim. oman alan vahva osaaminen). SWOT ryhmätapaamisten alustajana oli mielestäni erittäin onnistunut, koska sen seurauksena ryhmäläisten ajattelutapa laajentui. (Liite 3)

SWOT -analyysi (liite 3) nykyisestä ja uuden sairaalan sosiaalityöstä tiivistettynä:

S = vahvuudet	W = heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> * Itsenäinen työ * Asiantuntijana toimiminen * Yhteistyö usean eri tahon kanssa Asiakaslähtöinen työ 	<ul style="list-style-type: none"> * Asiakkaiden vähäinen ohjautuvuus sosiaalityöhön * Kapea-alainen asiantuntijuus → Sijaistamisongelmat * Yhteistyö kuntien sosiaalityön kanssa * Resurssipula
O = mahdollisuudet	T = uhat
<ul style="list-style-type: none"> * Uuden sairaalan tuomat mahdollisuudet * Omannäköinen työ * Oman työn kehittämismahdollisuus (mm. jalkautuvat palvelut) 	<ul style="list-style-type: none"> * Oman työn näkyvyys * Oman työn tulevaisuus * Ammattitaitoisen työvoiman saatavuus * Tiedonkulku

SWOT-analyysi käsitteli ryhmäläisten nykyisen työn ja uuden sairaalan tuomia haasteita ja mahdollisuuksia. Analyysin työstäminen eteni vapaan keskustelun pohjalta. Kirjasin ryhmäläisten esittämät asiat fläppipaperille piirtämäni taulukkoon. Tapaamisen jälkeen kirjoitin taulukon puhtaaksi, ja tiivistin samankaltaiset ilmaisut alla olevaan kuvioon. Suurin osa kirjatuista asioista liittyi ryhmäläisten omaan työhön, esimerkiksi oman työn näkyvyyteen, oman työympäristön vaatimaan erikoisosaamiseen. Analyysissä nousi esiin myös asioita, joihin työntekijät eivät voi itse vaikuttaa. Tällaisia ovat esimerkiksi resurssipula ja oman työn tulevaisuus.

Ensimmäinen tapaamiskertamme jälkeen minulle heräsi kysymyksiä koskien ryhmäläisten omaa asiantuntijuutta ja tiimityöskentelyä. Tämän vuoksi lähetin kaikille sähköpostia, jossa pyysin heitä miettimään omia tiimityöskentelyn vahvuuksiaan ja omaa terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuuttaan. Vastaukset sai joko tuoda seuraavaan tapaamiskertaan, tai palauttaa minulle sähköpostilla. Kaksi toi vastauksensa seuraavaan tapaamiseen, kaksi palautti vastauksensa minulle sähköpostitse. Tässä vaiheessa aikuisten psykiatrian vastuualu-

een sosiaaliohjaaja oli vaihtanut työpaikkaa, ja yhdeltä jäljelle jääneistä ryhmäläisistä en saanut vastausta, joten kaikkien vastualueiden omaa näkemystä asiantuntijuudestaan minulla ei ole. (Liite 4)

Hyvät käytännöt

Toisen kerran tapasimme kasvokkain toukokuussa, 16.5. Ensimmäisen tapaamiskerran aikana tehdyn SWOT-analyysistä minulle jäi käsitys, että ryhmäläiset kaipaavat kokemuksia toisten työntekijöiden työmenetelmistä. Oma ammattitaito ja erityisosaaminen näkyivät analyysissä sekä vahvuutena että heikkoutena, jokainen ryhmäläisistä on muokannut työnsä kuvaansa omien kokemusten kautta.

Jokaisella työntekijällä on todennäköisesti hyväksi koettuja toimintatapoja, joita voitaisiin hyödyntää myös toisilla vastualueilla. Pohtimalla yhdessä näitä käytänteitä oli mielestäni mahdollista tuoda ne konkreettiseksi. Hyvät käytännöt eivät käsitteenä olleet ryhmäläisille entuudestaan tuttu. Kerroin ryhmäläisille aiemmin Sosiaaliportin sivuilla esitellystä Hyvien käytäntöjen prosessikuvauksesta (Sosiaaliportti 2012). Tässä vaiheessa Hyvät käytännöt -sivut on siirretty Innokylään, ja sieltä en suoraan samanlaista kuvausta löytänyt.

Riitta Haverisen (2012) mukaan Hyvät käytännöt on kehitelty toimivien interventioiden kuvaamiseen ja arviointiin. Hyvissä käytännöissä etsitään muun muassa arjen hyviä toimintamalleja sekä kehitetään ja vahvistetaan omaa ja työyhteisön toimintaa. Olennaisia seikkoja ovat olemassa olevat hyvät toimintatavat, mikä on hyvää, mitä toimintoja tulee vahvistaa, missä halutaan kehittyä. Tärkeää on paitsi asiakastyön kehittäminen, myös yhteisön toiminnan kehittäminen ja vahvistaminen. Hyvien käytäntöjen levittämistä hankaloittaa usein se, että suurin osa ”hyvyydestä” on muilta piilossa, hiljaisena tietona. Hyvien käytäntöjen dialogilla tuodaan esiin hiljaista tietoa sekä kehitetään yhdessä hyviä käytäntöjä. Hyviä käytäntöjä voidaan siirtää toiseen toimintaympäristöön edellyttäen aina soveltamista toimintaympäristön ehtoihin. (Haverinen 2012, 77; Arnkil 2006, 65; Koskimies, Pyhäjoki & Arnkil 2012, 3, 7.)

Fokusryhmäläisten oli aluksi vaikea hahmottaa, mitä ovat heidän hyvät työkäytänteet. Jokainen piti itsestään selvinä omia kirjausmenetelmiään ja asiakastapaamisiin liittyviä työtapoja. Pohdinnan jälkeen hyviksi käytännöiksi nimettiin juuri asiakastapaamisiin liittyvät

käytännöt, sekä omasta työstä tiedottaminen niin asiakkaille kuin henkilökunnallekin. Ryhmässä keskusteltiin myös siitä, että kaikilla työntekijöillä on paljon hyviä käytänteitä sekä tietoa monesta omaan toimintaympäristöön liittyvistä asioista. Näitä ei kuitenkaan osata välttämättä konkretisoida, vaan kyseessä on lähinnä niin sanottua hiljaista tietoa.

Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan sitä tietoa, jota työntekijälle on kertynyt oman työkokemuksensa kautta. Hiljainen tieto on henkilökohtaista, puhumatonta, kokemuksellista ja tilannesidonnaista tietoa, jota on hyvin vaikea jakaa toisille. Tiedon jakamiseen on muinoin käytetty mestari - kisälli -menetelmää, mutta nykyaikainen työyhteisö kiireineen ja suurine henkilökunnan vaihteluineen ei mahdollista tällaista. Hiljaisen tiedon jakaminen vaatii aikaa ja kasvokkain tapahtuvaa kohtaamista, josta yhtenä esimerkkinä ovat tutkimuksessani järjestämäni ryhmätapaamiset. (Koskimies ym. 2012, 9.)

Toisille siirrettäväksi hyvän käytännön tiivistelmän pitää olla tarpeeksi konkreettinen, selkeä ja yksinkertainen. Tiivistelmän muoto voi olla tekstiä, kuvia, äänitteitä ja siinä tulee käydä ilmi myös ne toimimattomat asiat. Hyvien käytäntöjen levittäminen ja juurruttaminen vaatii monen eri tason toimijuutta sekä voi viedä aikaa ja resursseja. Uusien työtapojen käyttöönottoa helpottaa kuitenkin se, että jo kehittämissä vaiheissa työntekijöiden tarpeet ja ajatukset on otettu huomioon. Hyvien käytäntöjen juurtuminen on suuressa määrin kiinni organisaation johdosta. Johtaja- ja esimiestason sitoutuminen ja rakenteiden muutokset käytäntöä ja toimintaa tukeviksi vahvistavat hyvien käytäntöjen juurruttamisessa. (Koskimies ym. 2012, 14–15.). Tutkimuksessani tavoitteena oli myös tunnistaa hyviä työkäytänteitä. Hyvien työkäytänteiden jakaminen toisten työntekijöiden kanssa mahdollistaisi työtapojen yhtenäistämisen sekä asiakkaan kannalta parhaan mahdollisen palvelun.

Toisen fokusryhmän tapaamisen aiheena oli myös SWOT-analyysissä esiin nousseet kehittämistarpeet. Ryhmäläiset olivat selkeästi kiinnostuneita oman työn kehittämisestä, joten ajankohta kehittämiselle oli mielestäni hyvä. Ryhmäläiset keskustelivat kehittämistarpeista, mitä he itse voisivat mahdollisesti asioille tehdä ja mitä se heiltä vaatisi. Osa kehittämistarpeista kohdistui sellaisiin asioihin, joihin he itse eivät kykene vaikuttamaan. Tällaisia ovat esimerkiksi riittävät resurssit.

Kolmas tapaamiskerta oli toukokuun lopulla, 29.5. Tapaamista varten annoin edellisen keskustelukerran innoittamana aiheeksi sairaalan sosiaalityön, mitä se on ja mitä se ei ole

(liite 5). Tämä aihe nousi molempien edellisten tapaamiskertojen keskusteluista. Olin myös lähettänyt sähköpostitse yhteenvedon muiden sairaaloiden sosiaalityön malleista (kuvio 9) johon pyysin ryhmäläisiltä näkemyksiä siitä, toimisiko joku malli myös Kainuun keskussairaalassa.

Kun olin kirjoittanut puhtaaksi muistiinpanoni ryhmätapaamisten keskusteluista, minulle nousi mieleen kysymyksiä koskien aiemmin kuvaamiani muiden sairaaloiden sosiaalityön malleja. Lisäksi halusin tarkentaa ryhmäläisten käsitystä siitä, millaista asiantuntijuutta he tuovat uuteen sairaalaan. Siksi laitoin vielä elokuussa 2013 ryhmäläisille sähköpostiviestin, koska ryhmän kokoaminen ei enää tässä vaiheessa onnistunut, koska olin muuttanut pois paikkakunnalta. Lähetin postia kaikille viidelle alun perin mukana olleille sosiaalityön ammattilaisille, heistä neljä vastasi minulle. (Liite 4)

Vuoden 2014 alussa lähetin ryhmäläisille vielä kerran sähköpostia. Pyysin heiltä ajatuksia siitä, millaista sosiaalityö uudessa sairaalassa parhaimmillaan on ja miten sellaiseen tulokseen päästään. Lähetin postia kaikille viidelle alusta saakka mukana olleille, neljä heistä vastasi. (Liite 7)

5 AINEISTON ANALYYSI

Tässä luvussa analysoin fokusryhmätapaamisten keskustelut ja sähköpostiviestien sisällön. Käsittelem ensin ryhmäläisten vastauksia asiantuntijuudesta sekä hyvistä työkäytännöistä, molemmat liittyvät myös uuden sairaalan ohjelmateoriaesitykseen. Analyysin tavoitteena on tuottaa ehdotus Kainuun uuden sairaalan sosiaalityön ohjelmateoriaksi. Sitä lähdin hahmottamaan analysoimalla aineistoa ohjelmateoriakehikkoa hyödyntäen.

5.1 Asiantuntijuus ja hyvät työkäytännöt

Pyysin ensimmäisen tapaamisen jälkeen ryhmäläisiltä sähköpostilla miettimään, millaista asiantuntijuutta ja vahvuutta he itse kokevat tuovansa sairaalan sosiaalityön tiimiin ja mitä he odottavat tiimiltä. Alla olevaan kuvioon numero 6 olen koonnut yhteen sähköpostitse saamani vastaukset.



KUVIO 6: Asiantuntijuus ja tiimityöskentely

Terveydenhuollon sosiaalityö on fokusryhmäläisten mielestä oma erikoisalansa ympäristöstään johtuen. Asiantuntijuus vaatii sosiaalityön asiantuntemuksen lisäksi tietoa sairauksista ja niiden hoidosta. Asiakkaiden sairauksiin voi liittyä toimintakykyä tukevia apuvälineitä tai sosiaalisia etuuksia ja palveluja. Niistä tiedottaminen ja niihin ohjaaminen ovat osa terveydenhuollon sosiaalityön arkea. Lisäksi sosiaalityön täytyy ottaa asiakas kokonaisuutena huomioon. Asiakkaalla voi olla yhteyksiä useampaan sosiaalityön kenttään, jolloin yhteistyö niiden tahojen kanssa on tarpeen. Terveydenhuollon sosiaalityö antaa omaa asiantuntijuuttaan asiakkaan asioissa työskentelevään moniammatilliseen ryhmään. Ryhmäläiset kokivat kuitenkin omaavansa melko kapea-alaisen asiantuntijuuden, koska työn hoitamiseen tarvittavaa tietoa on hankittu vain oman työn vastuualueelta.

Kapea-alainen asiantuntijuus tuo ryhmäläisten mielestä ongelmia muun muassa silloin, kun on tarve sijaistaa toisia työntekijöitä. Tietämys toisten vastuualueiden toiminnasta ja työtaavoista oli vähäistä. Ainoastaan somaattisen ja konservatiivisen vastuualueen sijaistettavuudessa ei nähty tämänkaltaista ongelmaa. Toisten sosiaalityöntekijöiden sijaistamista vaikeuttaa myös resurssipula, toisilla vastuualueilla asiakasmäärät ovat suuria, eikä aika toisten sijaistamiseen tahdo riittää.

Asiantuntijuuteen ja asiantuntijana toimimiseen liitettiin työkäytänteitä, jotka ovat osoittautuneet hyviksi ja toimiviksi. Näitä pohdittiin Hyvien käytäntöjen prosessin mukaan (liite 8). Hyvä käytäntö voi olla esimerkiksi jokin asiakastyössä käytettävä eettinen työmenetelmä, joka on sekä toimiva että asiakkaalle hyvää tuottava. Hyvän käytännön löytämiseen voidaan käyttää tutkittua tai arvioitua tietoa, tai asiakkaiden kokemusten kautta saatua tietoa. Hyvien käytäntöjen lähteenä voi olla myös työntekijän oma hiljainen tieto. Käytäntöjen arvioinnin mittareina voidaan käyttää esimerkiksi vaikuttavuutta, tuottavuutta, toimivuutta, taloudellisuutta ja tarpeellisuutta. (Hyvä käytäntö – lähtökohtia 2012)

Ryhmäläisten oli aluksi vaikeaa nimetä esimerkkejä hyvistä työkäytännöistä. Heidän mielestään omat työkäytännöt olivat arkipäiväisiä: kuten asiakastapaamisten kirjaamiskäytännöt tai asiakkaan tapaamiseen liittyvät käytännöt. Pohdinnan jälkeen he nimesivät hyviksi käytännöiksi asiakkaan henkilökohtaisen tapaamisen osastolla. Asiakkaalle lähtevässä kutsukirjeessä mukana oleva esite sosiaalityön palveluista oli myös ryhmäläisten mielestä hyvä työkäytäntö. Hyväksi käytännöksi mainittiin myös viikkopalaverit muun henkilöstön

kanssa, potilaan kotiuttamisvaiheessa tehtävä yhteydenotto kotikunnan sosiaalityöhön sekä oman ammatillisuuden kehittäminen uutta tietoa etsimällä.

Hyvien käytäntöjen prosessissa esiintyvät käsitteet 'käytännön arviointi, tiivistäminen ja siirtäminen' eivät saaneet konkreettista muotoa, eikä prosessista laadittu mitään kirjallista kuvausta. Käytännöistä keskusteltiin ja ryhmäläisten mielestä ne olivat sovellettavissa jokaiselle vastuualueelle. Mahdollinen jatkotyöskentely käytänteiden viemisestä kaikille vastuualueille siirtyy ryhmäläisille, tutkimukseni puitteissa tämä ei ollut mahdollista toteuttaa.

Yhtenevien työkäytänteiden puuttuminen johtui osin työntekijöiden mukaan muutosvastarinnasta, osin myös resurssipulasta. Käytänteiden luomiselle ei ole joko ollut aikaa, halua tai tarvetta. Toki kaikkia työkäytänteitä ei voi yhtenäistää juuri erityyppisten toiminta-alueiden vuoksi, mutta peruskäytänteitä asiakkaan kohtaamisessa, tiedottamisessa ja yhteistyössä voitaisiin laatia. Yhteneväiset työkäytänteiden myötä myös oman työn tunnetuksi tekeminen ja yhteistyö ulkopuolisten tahojen kanssa olisi vaivattomampaa.

Työtapojen yhtenäistäminen vaatii jatkotyöskentelyä ja kaikkien työntekijöiden panosta. Yhteisen ajan löytäminen voi olla haastavaa johtuen työntekijöiden kiireestä. Kuitenkin se on ainoa mahdollisuus luoda yhteisiä käytäntöjä sekä jakaa omaa asiantuntijuutta. Kun ryhmäläiset tuottavat yhdessä uutta tietoa, se on kollektiivista, eikä kenenkään omaa. Syntynyt tieto on uutta asiantuntijuutta, kaikkien yhdessä käytettävissä olevaa tietoa. (Karjalainen 2006, 265.) Jaettu asiantuntijuus on mielestäni hyvä käytäntö. Sillä on mahdollisuus vahvistaa kaikkien osaamista ja samalla myös kehittää asiakastyön menetelmiä.

5.2 Esitys uuden sairaalan ohjelmateoriaksi

Kun etsin konkreettisia tavoitteita ohjelmateorialle, kävin vielä läpi kaikki fokusryhmätapaamisista kirjaamani asiat sekä sähköpostiviestien sisällöt. Ryhmäläiset olivat maininneet sairaalan sosiaalityöstä (liite 5) seuraavaa: *"kaikille potilaille tasaista palvelua riippumatta työntekijästä tai sijaisesta", " Ei temppuja eikä lääketieteellisiä toimenpiteitä vaan tarpeellista sosiaalityötä", Palvelut silloin kun potilas niitä tarvitsee sekä "ihmisille saataisiin riittävät ja tarvittavat palvelut"*. Kun nämä asiat tiivistetään, voidaan sairaalan sosiaa-

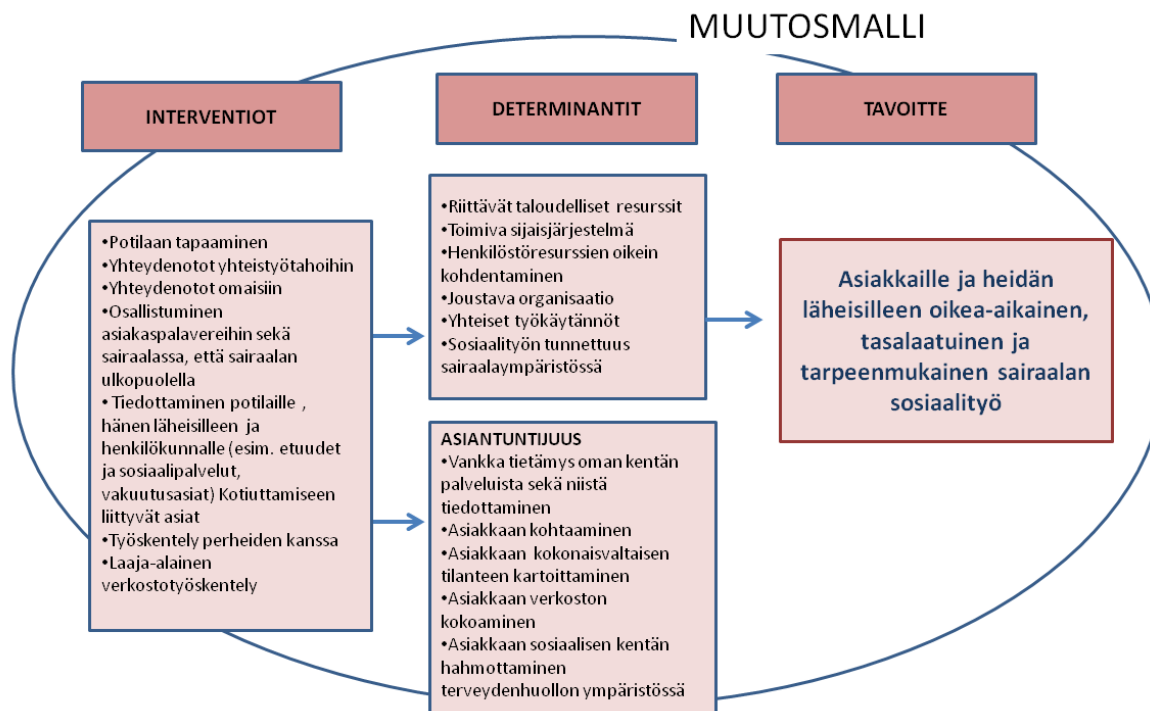
Ohjelmateorian toimintamallissa (kuvio 7) kaksisuuntaiset nuolet kuvastavat molemminpuolista vaikutusta. Ohjelmateorian toimeenpanosta vastaava organisaatio on omassa tutkimuksessani Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Ohjelmateorian toimeenpanijoita ovat sairaalassa työskentelevät sosiaalialan ammattilaiset sekä muu henkilökunta.

Ympäristökontekstiin on kirjattu ne ulkoiset ja sisäiset organisaatiotekijät, joilla voi olla vaikutusta ohjelman toteuttamiselle. Omassa tutkimuksessani fokusryhmäkeskusteluista nousivat usein esiin sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän taloudelliset resurssit, sosiaalityön tunnetuksi tekeminen sekä toisen sosiaalityöntekijän sijaistaminen. Myös henkilöstöresurssien oikein kohdentaminen nähtiin haastavana erilaiselle sairaalan sosiaalityön toimintamallille.

Yhteistyökumppaneiksi nimettiin sairaalan sosiaalityön asiakkaat ja heidän läheisensä. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat myös sairaalan muu henkilökunta sekä kunnallinen sosiaalityö. Muita yhteistyökumppaneita ovat muun muassa KELA, vakuutusyhtiöt, seurakunta ja useat eri järjestöt.

Toimintamallissa keskeisenä tekijänä ovat sosiaalialan ammattilaiset. Heillä on mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä näkyvyyteen ja omiin toimintatapoihinsa. Suuri merkitys toimintamallin toteutumiseen on myös organisaation taloudellisilla resursseilla sekä henkilöstöresurssien oikein kohdentamisella. Organisaation taloudellisten resurssien niukkuudesta johtuen ulkopuolisten sijaisten ottaminen ei ole mahdollista, vaan työntekijät sijaistavat toisiaan.

Muutosmalli



KUVIO 8: Muutosmalli

Muutosmallissa nimetään ensiksi ne interventiot, joita sairaalan sosiaalityöntekijät käyttävät – käytännössä nämä tarkoittavat sosiaalityöntekijöille osoitettuja työtehtäviä ja sosiaalityöntekijöiden käyttämiä työmenetelmiä. Muutosmalliin kuvataan myös interventioiden determinantit, eli muutosta edistävät tai estävät tekijät sekä ohjelmateorian toivottu lopputulos.

Tutkimuksessani sosiaalialan ammattilaisten keskeisiä työtehtäviä ovat asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa tehtävä työ. Siihen sisältyy paljon moniammatillista ja laaja-alaista verkostotyötä, sosiaalipalvelujen tarpeen tunnistamista sekä niihin ohjaamista. Työtä tehdään enimmäkseen sairaalan seinien sisäpuolella, mutta myös ulkopuoliset tahot ovat vahvasti mukana asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Muutosmallin determinanteja, eli muutosta edistäviä tai estäviä tekijöitä olen kuvannut kahteen eri laatikkoon. Determinanteista sellaisia, joihin työntekijät eivät voi itse vaikuttaa, ovat lähinnä organisaatiosta johtuvia. Tällaisia ovat esimerkiksi taloudelliset haasteet, joka

vaikeuttaa esimerkiksi sijaistamisjärjestelmää ja henkilöresurssien oikein kohdentamista. Työntekijät itse voivat sen sijaan kehittää yhteisiä työkäytänteitä sekä oman alansa tunnettavuutta.

Asiantuntijuus on muutosta edistävästä tekijöistä mielestäni hyvin olennainen. Asiakkaan sosiaalipalvelujen tarpeen tunnistaminen sekä niihin vastaaminen ovat sellaista asiantuntijuutta, jota sosiaalityötä tekevät voivat tuoda mukaan potilaan hoidosta vastaavaan moniammatilliseen tiimiin. Omalla asiantuntijuudellaan sosiaalialan ammattilaiset mahdollistavat parhaiten muutospöytäkirjan tavoitteiden toteutumisen.

5.3 Tavoitteena oikea-aikainen sosiaalityö

Yksi toimintamallin tavoitteista on terveydenhuollon sosiaalityön oikea-aikaisuus. Oikea-aikaisuudella työntekijät tarkoittavat sitä, että asiakas saa tarvitsemiaan sosiaalityön palveluja juuri silloin kun hän niitä tarvitsee. Tämän tarpeen voi asiakkaan ja hänen läheistensä lisäksi huomata myös hoitohenkilökunta. Sosiaalityön oikea-aikaisuuden toteutumisen kannalta on tärkeää se, että asiakkaat ohjataan sosiaalityön palvelujen piiriin. SWOT-analyysissä työstettäessä määriteltiin heikkoudet -kenttään muun muassa se, että kaikki sosiaalityötä tarvitsevat asiakkaat eivät ohjaudu sosiaalityöhön, vaan ohjautuminen riippuu paljon hoitajista ja lääkäreistä ja siitä, kertovatko he talossa olevien sosiaalialan työntekijöiden palveluista.

Sosiaalityön oikea-aikaisuuden toteutumiseen vaikuttaa myös sosiaalityön näkyvyys hoidollisessa sairaalaympäristössä. Ryhmäläiset ovat ylpeitä omasta ammattitaidostaan ja omasta erityisosaamisestaan, joka on täysin erilaista verrattuna hoitoalan ammattilaisiin. Kuitenkin ryhmäläisten mukaan sosiaalityön tarve ja tarkoitus eivät aina ole itsestäänselvyys sairaalan hoidollisessa ympäristössä. Sosiaalityöntekijän palvelut tiedetään nykyisin kohtuullisen hyvin, mihin on osaltaan vaikuttanut sosiaalityöntekijöiden osallistuminen viikkopalaveriin ja uusille työntekijöille esittäytyminen.

Sosiaalityön näkyvyyttä voidaan lisätä työntekijöiden sijoittumisella asiakkaiden keskuuteen. Tällä hetkellä työntekijät ovat sijoittuneet hajalleen, osa poliklinikan yhteyteen, osa

erilleen toisten erityistyöntekijöiden (esim. puheterapeutti, ravintoterapeutti) kanssa. Uuden sairaalan tuomiksi mahdollisuuksiksi nimettiin työpisteiden sijoittuminen asiakkaiden keskuuteen. Tämä toisi sosiaalityölle näkyvyyttä ja helpottaisi palvelujen saavutettavuutta. Myös työpisteiden sijoittuminen ”saman katon alle” mainittiin, mikä mahdollistaisi tiiviimmän yhteistyön toisten sosiaalialan ammattilaisten kanssa.

SWOT-analyysiin kirjattiin yhdeksi uhkaksi sosiaalialan työn näkymättömyys hoitopainotetun sairaalamaailman sisällä. Sosiaalityön oikea-aikaisuuteen vaikuttaa paljon se, osataanko sosiaalialan työntekijöiden ammattitaitoa hyödyntää riittävästi jatkossa, löytävätkö asiakkaat sosiaalityöntekijät sairaalan sisältä, ja kuinka paljon muulla henkilökunnalla on tietoa heidän palveluistaan. Sosiaalityön näkyvyyden lisääminen osastoilla ja poliklinikoilla on kaikilla vastuualueilla tarpeellista. Työntekijöiden oma aktiivisuuden lisääminen muun muassa osastokierroilla ja esittäytymällä uusille henkilökunnan jäsenille on yksi keino lisätä näkyvyyttä. Lisäksi näkyvyyttä saadaan esitteellä, johon on koottu sosiaalityötä tekevien yhteystiedot sekä toiminta-alueet. Tällainen esite oli valmisteilla keväällä 2013.

Sosiaalialan ammattilaisena toimiminen vaatii työntekijältä mielestäni asiantuntijuutta ja laajoja yhteistyöverkostoja. Terveystieteiden sosiaalityön asiantuntijuus, yhteistyö eri sektorien kanssa sekä sairaalamaailman sisäpuolella että ulkopuolella olevien toimijoiden kanssa mainittiin SWOT-analyysissä vahvuudeksi. Samoin se, että useimmat sosiaalialan ammattilaiset työskentelevät konkreettisesti keskellä omaa vastuualuettaan. Osalla työntekijöistä työhuone on sijoitettuna poliklinikalle, jolloin asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan on mahdollista tavoittaa sosiaalityöntekijä ”hihasta nykäisemällä”. Esilläolo ja helposti lähestyttävyyys vahvistaa myös sosiaalityön identiteettiä sairaalan hoidollisessa ympäristössä. Sosiaalityön näkyvyyden kannalta on haastateltavien mukaan hyötyä oman työpisteen sijainnista, esimerkiksi huoneen sijaitessa asiakkaiden keskuudessa poliklinikalla.

Asiakkaan sosiaalityön palvelutarpeen oikea-aikaiseen vastaaminen vaatii laajaa näkemystä asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta, jotta mahdollinen sosiaalipalvelujen tarve huomataan. Osa ryhmäläisistä mainitsi omaa asiantuntijuuttaan olevan se, että kykenee ymmärtämään yhteiskunnallisten muutosten ja tapahtumien kontekstia ja kytkentöjä eri tavalla kuin hoitohenkilökunta. Asiantuntijuudeksi mainittiin sosiaalityön näkökulman tuominen asioihin ja keskusteluun. Terveystieteiden henkilökunnan huomion kiinnittäminen asiakkaan kokonaistilanteeseen sekä niihin seikkoihin, jotka eivät vaikuta kiinnostavan

muita, on vastaajien mielestä sosiaalityön asiantuntijuutta. Osa vastaajista totesi, että voidakseen vastata asiakkaan oikea-aikaiseen sosiaalityön palvelun tarpeeseen, tarvitaan sosiaalityötä linkiksi potilaan ja terveydenhuoltojärjestelmän välille esimerkiksi hoidon priorisointitilanteissa.

”Sosiaalialan asiantuntijuutta tuon mielestäni esille laajalla näkemyksellä sosiaalityöstä. Käsitän asioiden ja ilmiöiden kontekstin/kytkennät erilaisiin yhteiskunnallisiin muutoksiin ja tapahtumiin eri tavalla kuin esimerkiksi puheterapeutti tai lääkäri jne. Tuon tavallaan erilaisen ”variaation” asioihin/keskusteluun tuomalla sosiaalityön näkökulma esiin. Joissakin asioissa koen olevani terveydenhuoltojärjestelmän ja potilaan välinen linkki, esim. hoidon priorisointitilanteissa.”

5.4 Tavoitteena tasalaatuinen palvelu

Toinen toimintamallin tavoitteista on, että sairaalan sosiaalityön asiakkaat ja hänen läheisensä saavat tasalaatuista palvelua. Tasalaatuisella palvelulla työntekijät tarkoittavat sitä, että asiakkaan tai hänen läheisensä saama sosiaalityön palvelu on aina yhtä laadukasta riippumatta siitä, kenen työntekijän kanssa hän asioi. SWOT -analyysissä tämän hetkisen työn vahvuuksiksi luettiin työn itsenäisyys ja oman työn asiantuntijuus sekä omalle sektorille erikoistuminen. Itsenäistä työtä voi tehdä omalla persoonallaan ja omilla työmenetelmillä. Tällaisia työmenetelmiä ovat esimerkiksi asiakkaiden tapaamisiin liittyvät käytännöt sekä omasta työstä tiedottaminen. Valmiita malleja terveydenhuollon sosiaalityön toteuttamiselle Kainuussa ei ole annettu, mikä antaa mahdollisuuden omanlaisen työnkuvan laatimiselle.

Kun fokusryhmissä pohdittiin sitä, millaisia vaikutuksia on liiallisella omalle sektorille erikoistumisella, tuli esille asiakkaalle tarjottavat palvelujen tasalaatuisuus. Jokaisella työntekijällä on vahva tuntemus omasta toiminta-alueestaan, mutta ei välttämättä muiden sairaalan sosiaalityön alueista. Toisia sijaistettaessa tästä voi olla seurauksena se, ettei oma tietämys riitä asiakkaan sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseen.

Toisaalta oma kapea-alainen erikoistuntemus pelkää oman vastualueen sisällöstä koettiin SWOT-analyysissä heikkoudeksi. Kun tietämystä on lähinnä vain oman vastualueen erityispiirteistä ja etuisuuksista, on toisten sijaistaminen haastavaa. Tämä taas aiheuttaa sen, että asiakkaille ei voida taata tasalaatuista palvelua. Somaattisten osastojen asiakkaiden sosiaaliset tarpeet ovat lähellä toisiaan, joten myös toisten sijaistaminen on helpompaa. Esimerkiksi lasten psykiatrian vastualueella vaaditaan kokonaisvaltaista perehtyneisyyttä perheiden asioihin, laaja-alaista verkostotuntemusta sekä kuntouttavaa työtettä, mikä vaatii työntekijältä asiakkaiden kanssa työskentelyä pitkällä aikavälillä.

Tasalaatuiseen palveluun liittyen SWOT-analyysissä heikkoutena mainittiin työn liiallinen itsenäisyys, mikä voi johtaa omalle työlle ”sokeutumiseen”. Tällöin omat toimintatavat eivät välttämättä ole kaikkein tehokkaimmat resurssien tai asiakkaan kannalta. Itsenäinen työ on myös hyvin haavoittuvaa, koska muiden vastualueiden työntekijöiden on haastavaa sijaistaa toisiaan, kun työn sisällöt ovat täysin erilaiset. Mahdotonta sijaistaminen ei ole, mutta asiakkaalle tästä voi aiheutua epätasaista palvelua. Yhteneväsillä työtavoilla ja toisten vastualueiden tuntemisella palvelun laatu asiakkaalle voisi parantua

5.5 Tavoitteena tarpeenmukainen sosiaalityö

Kolmantena toimintamallin tavoitteena on tarpeenmukainen sosiaalityö asiakkaan ja hänen läheistensä kannalta. Asiakkaan sosiaalityön tarpeen tunnistaminen vaatii monipuolista asiantuntijuutta. Asiantuntijuuden merkitys korostuu paitsi asiakkaan sairaalassaoloaikana, myös kotiuttamistilanteessa.

Tarpeenmukaiseen sosiaalityöhön kuuluu esimerkiksi asiakkaan palvelutarpeen tunnistaminen. Vankka tietämys kotihoidon ja tukipalvelujen kentästä, vakuutusasioista sekä niistä tiedottaminen ovat useimpien ryhmäläisten jokapäiväistä työtä ja edistävät tarpeenmukaisen sosiaalityön toteutumista. Vaikka eri vastualueilla asiakkaiden tarvitsemat sosiaaliset etuudet ovat erilaisia, jokaisella työntekijällä on perustietämys eri etuuksista. Tällaisia ovat esimerkiksi vammaispalvelujen, kotihoidon tai kotisairaanhoidon palvelut. Tavoitteena kaikilla on, että asiakkaan kotiutuminen sujuisi vaivattomasti ja että tarvittavat jatkotoi-

menpiteet olisivat selvillä. Sosiaalityö sairaalassa on enemmän kuin etuuskien neuvontaa ja hakemusten täyttämistä:

”Mielestäni tämä työ ei ole Kela-asiaa tai vakuutusasioita, ne pystyy kuka tahansa tekemään. Sosiaalityö on ongelmanratkaisua ja uskallusta puuttua todellisiin ongelmiin senkin ”uhalla”, että potilas loukkaantuu tai suuttuu (näin käy harvoin). Se on uskallusta ottaa asioita puheeksi ja sanoa kantansa (tämähän pitää tietenkin yleensä olla ”yhteiskunnan kanta” eikä mikään oma mielipide) potilaalle. Tarvitaan pelottomuutta seistä sanojensa takana.”

Fokusryhmän keskusteluissa ja sähköpostiviesteissä mainittiin asiantuntijuudeksi myös taito hahmottaa asiakkaan kokonaistilanne, myös laajemmin yhteiskunnallisessa kontekstissa. Sosiaalialan työ sairaalassa perustuu asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen hahmottamiseen.

”Omaa asiantuntijuuttani on ehkä hahmottaa laajemmin sen yhteiskunnallisen/sosiaalisen/psykkisen tilanteen jossa ihminen elää. En siis ole pelkästään kiinnostunut täyttämään hänen kanssaan etuisuuslomaketta, vaan tämän lisäksi hahmottamaan laajemmin asiakkaan elämänpiiriä ja mahdollisia tuen tarpeita (jos hän niin haluaa). Sosaalityö täällä sairaalassa nähdään usein vain tällaisena kapeana etuisuuksiin ja palveluiden järjestämiseen liittyvinä toimenpiteinä, eikä nähdä sitä mahdollisuutta mitä sosiaalityö voisi tuoda sairauksien hoitoon juuri tämän kokonaisuuksien hahmottamisen ja yhteiskunnallisen linkittämisen kautta.”

Useamman ryhmäläisen mukaan asiantuntijuus kiinnittyy asiakkaan kohtaamiseen, kokonaisvaltaiseen asiakkaan tilanteen kartoittamiseen sekä kuntouttavaan työotteeseen. Osa vastaajista toi esiin omaan työympäristöönsä liittyvää erikoisosaamistaan, työskentelyä perheiden ja laajojen verkostojen kanssa. Muutama vastaaja mainitsi asiantuntijuudekseen keskustelutuen tarjoamisen sekä lapsien ja perheiden näkökulman esillä pitämisen.

Asiakkaan tarpeenmukainen sosiaalityö vaatii usein monen eri toimijan yhteistyötä. Ryhmäläisten vastauksista nousi esiin eri toimijoiden huomioonottamisen taito ja kyky hahmottaa laajempia kokonaisuuksia. Lisäksi taito koota tarvittavat yhteen yhteistyökumppa-

nit ja asiakkaan tarvitsemat palvelut nähtiin tärkeänä. Toimiminen moniammatillisen työryhmän jäsenenä edellyttää myös oman sosiaalityön asiantuntijuuden tuomista ryhmään. Oman asiantuntijuuden katsottiin lisäävän moniammatillisen työryhmän merkitystä asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa.

”Täällä pyritään potilasta hoitamaan kokonaisvaltaisesti. Usein nousee sosiaaliseen, taloudelliseen tai itsenäiseen selviytymiseen liittyviä asiakastarpeita joihin ei pelkästään hoitohenkilöstö pysty vastaamaan. Erityisesti ikääntyneiden ja kuntoutuspotilaiden jatkohoitoon ja kotiutukseen liittyvän ohjauksen ja järjestelyiden lisäksi potilaiden ja omaisten psykososiaalinen tuki, erilaiset korvaus- ja etuusasiat edellyttävät usein moniammatillista panosta.”

Asiakkaan kannalta tarpeenmukainen sosiaalityö ei välttämättä pääty siihen, kun hän poistuu sairaalasta. Yhtenä huolenaiheena ryhmäläiset näkivätkin potilaan kotiutumisen, ja mitä sen jälkeen tapahtuu. Yhteistyö kuntien sosiaalityön kanssa ei aina ole toimivaa eikä pienissä kunnissa aina ole terveystieteiden asiantuntemusta. Ryhmäläiset olivat huolissaan siitä, että keskussairaalassa kartoitetusta sosiaalityön tarpeesta tieto ei siirry mihinkään, vaan se jää potilaan omaksi huoleksi. Ryhmässä ehdotettiin, että yksi mahdollisuus varmistaa tiedon kulku kuntien sosiaalityöhön tai kotihoitoon voisi olla ns. kotiutumissuunnitelmat, joka laadittaisiin yhdessä moniammatillisessa työryhmässä.

Ryhmissä esitettiin myös muita kehittämisajatuksia liittyen tarpeenmukaiseen sosiaalityöhön. Yksi mahdollisuus olisi jalkautuvaa työtapa. Jalkautuvassa työtavassa esimerkiksi sairaalan sosiaalialan ammattilainen lähtisi kotikäynnille kotisairaanhoidajan mukaan, kun sosiaalityön asiakkaana ollut potilas on kotiutettu. Näin varmistettaisiin jatkuvuus asiakkaan palveluissa. Tämä voisi olla tulevaisuudessa mahdollista, koska tällä hetkellä sosiaalityötä tekevien työnkuvaa ei ole sairaalamaailmassa tarkoin määritelty ja uusille toimintatavoille olisi hyvin tilaa.

Kehittämisideana ryhmässä keskusteltiin myös vertaistukiryhmistä ja niiden merkityksestä potilaalle ja hänen läheisilleen. Osallistujien mielestä ryhmät olisivat usein hyödyllisiä ja tarpeellisia kuten esimerkiksi vakavan sairauden kohdatessa. Ongelmaksi nähtiin ryhmän muodostaminen ja ryhmätapaamisten alkuun saattaminen. Ryhmät voisivat myöhemmin

olla itseohjautuvia, mutta todennäköisesti tarvittaisiin joku, joka kokoaa ryhmän, etsii tilat ja miettii ryhmien sisältöä ja sitä, miten ryhmän tarpeisiin voitaisiin vastata.

Sairaalan sosiaalityön pitää kyetä vastaamaan nopeasti tarpeeseen, koska potilaat tulevat ja menevät. Eräs ryhmäläisistä totesi sähköpostitse antamassaan vastauksessa näin; ” *Parhaaseen sosiaalityöhön päästään tässä sairaalassa mielestäni sillä, että ihmiset ihan oikeasti muuttavat asennettaan työhönsä.* ”

5.6 Muiden keskussairaaloiden sosiaalityö

Muille keskussairaaloille lähettämiäni kyselyjen vastauksista identifioin yhteneväisyyksien perusteella neljä erilaista sosiaalityön järjestämistapaa, jotka on esitelty kuviossa 9. Kuvioista käy ilmi, että kaikkialla muualla Suomessa keskussairaaloissa sosiaalityö on organisoitu joko omaan sosiaalityön yksikköön tai johtavan sosiaalityöntekijän alle, sosiaalityöntiimiksi. Suoraan lääkärin alaisuudessa toimii kahdessa mallissa lasten ja nuorten psykiatrian sosiaalipalvelut, yhdessä mallissa myös maakunnissa sijaitsevat psykiatrian poliklinikat ja niiden sosiaalityö toimivat lääkärin alaisuudessa.



KUVIO 9: Suomen keskussairaaloiden (N=11) sosiaalityön organisoimisen malleja

Kainuun keskussairaalan sekä Kajaanin pääterveysaseman sosiaalityön malli on erilainen muualla Suomessa käytössä olevista malleista. Jokaisella työntekijällä on oma vastuualueensa ja kaikkien esimiehenä on oman vastualueen lääkäri. Yhteistyötä tehdään sairaalan sisällä olevien sosiaalialan ammattilaisten kesken, mutta varsinaista omaa tiimiä sosiaalityöntekijät eivät muodosta.

Lähetin myöhemmin lisäkysymyksiä (liite 2) kaikille Suomessa keskussairaaloissa työskenteleville sosiaalityöntekijöille, jotka olivat aiemmin sähköpostilla vastanneet sähköpostiini. Kysyin heidän työnkuvaansa sekä sitä, millaista tai mitä sairaalan sosiaalityö heidän mielestään on. Näin halusin saada pohjatietoa ennen varsinaista omaa tutkimustani. Pyyttämällä vastauksia muualta Suomesta halusin saada enemmän tietoa siitä, miten sosiaalityö on muualla Suomessa organisoitunut ja mitä se sisältää.

Sain vastauksia kattavasti ympäri Suomen, vaikka määrällisesti niitä oli vain muutama (n=7). Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä siihen, että heillä on oma sosiaalityön tiimi tai yksikkö ja pääsääntöisesti esimiehenä oman alan ammattilainen. Seuraavassa on suora lainaus erään sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöiltä. Heidän toimintamallinsa oli aiemmin ollut vastaava kuin Kainuussa, jossa lääkärit toimivat esimiehenä. Nyt kyseisessä sairaalassa on oma sosiaalityön tiimi:

”Olemme olleet tyytyväisiä omaan yksikköön, joka on mahdollistanut kehittämistyön ja tietyn itsenäisyyden sekä tuonut näkyvyyttä sosiaalityölle. Sijainten ja uusien työntekijöiden ottamisesta päättää tulosalueen johtaja, mutta valinnat käytännössä tehdään omassa yksikössä, muu kaikki henkilöstöhallinto ja budjetin seuraaminen jne. on yksikössä. Tyytyväisiä olemme tähän emmekä tällä erää muutoksia haluaisi.”

Toisessa sairaanhoitopiirissä tilanne oli samankaltainen kuin Kainuussa. Esimiehenä toimii lääkäri ja siinä nähtiin sekä hyviä että huonoja puolia.

”Puutteena meillä on se, että esimiestyöskentely ei ole kovin vankkaa. Tähän vaikuttaa se, että esimiehemme on kuntoutuspuolen lääkäri, ei sosiaalialan ammattilainen. Joskus olisi hyvä saada esimieheltä selkeämpiä kannanottoja tilanteisiin. Toisaalta saamme hyvin vapaasti tehdä omaa työtämme ja käyt-

tää itsenäistä harkintaa ja "päättänytävaltaa". Koemme että esimies sillä tavoin luottaa meihin eikä "valvo" työntekoamme."

Sosiaalityön tehtävänkuvat ovat varsin samankaltaisia niissä keskussairaaloissa, joista sain vastauksia. Yhdessäkään sairaaloista ei myönnetä taloudellisia etuuksia. Kaikkien toimenkuvaan kuuluu ohjaus ja neuvonta, yhteistyö eri tahojen kanssa ja erilaisten asioiden selvitys. Eräs vastaajista kertoi, että sosiaalityö sairaalassa on paljolti työntekijöistä itsestään kiinni, toimenkuvan saa juuri niin laajaksi tai suppeaksi, kuin itse haluaa.

"Työmme toki usein liittyy sosiaaliturvaan; neuvontaan siinä ja yhteistyöhön eläkeyhtiöiden, kuntien jne kanssa. Kehitysvammatyössä, lasten ja nuorisopkl:lla painopiste on perhekeskeisellä/ vanhemmulla tukevalla työllä ja tietenkin kuntoutussuunnitelmien laadinnassa olemme mukana. Aikuisen sairastuessa tai vammautuessa työssä painottuu tuen antaminen potilaille ja läheisille akuutissa tilanteessa, joskus painottuu potilaan "asianajajan" rooli, joskus riittää tarvittavan informaation antaminen ja joskus taas tarvitaan kaoksen selvittäjää. Esimerkiksi psykiatrian osastoillehan tulee potilaita joiden elämäntilanne on kaikilla tavoin hajallaan."

Vastaajat kertoivat tekevänsä paljon yhteistyötä kuntien sosiaalityöntekijöiden kanssa. Terveystuon sosiaalityön asiantuntijuutta vastaajat painottivat nimenomaan terveydenhuollon näkökulman kannalta. Vastaajat totesivat omaavansa erityistä tietoa asiakkaiden toimintakykyyn vaikuttavista sairauksista ja niiden hoitamisesta. Kuntien sosiaalityöhön verrattuna asiantuntijuus ja näkökulma on väistämättä erilainen, koska kyseessä on ensisijaisesti asiakas, joka on tullut sairaalaan potilaaksi.

"Olen hahmottanut työmme erilaisuutta suhteessa kuntien työhön niin, että meidän työmme liittyy sairastamiseen ja sen myötä "avautuvaan" sosiaaliturvaan. Sitähän ei kunnissa voida tehdä, koska diagnoosit ja toimintakyvyn kuvaukset ym sairaskertomustekstit ovat niin olennaisia."

Kaikki vastaukset luettuani minulle tuli käsitys siitä, että sosiaalityön asiantuntijuuden vahvistaminen terveydenhuollon ympäristössä vaatii sosiaalityön näkyvyyden lisäämistä. Vastaajat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että oma sosiaalityön yksikkö on vahvistanut

heidän ammatti-identiteettiään, tuonut lisää näkyvyyttä ja näin ollen hyödyttänyt myös potilaita, heidän läheisiään sekä sosiaalityön yhteistyökumppaneita.

Kun olimme käyneet tutkimukseni fokusryhmäläisten kanssa keskusteluita koskien heidän toimenkuvaansa ja asiantuntijuuttaan, palasin vielä uudelleen näihin muiden sairaaloiden sosiaalityön antamiin vastauksiin. Huomasin, että keskusteluissamme on käsitelty samoja asioita asiantuntijuudesta, organisaatiosta sekä kehittämistarpeista mitä muuallakin Suomessa.

5.7 Sairaalan sosiaalityön organisointimalli

Olimme jo keväällä 2013 käydyissä ryhmätapaamisissa keskustelleet jonkin verran kuviossa 9 esittelemistäni keskussairaaloiden sosiaalityön malleista. Palasin elokuussa tähän kysymykseen sähköpostitse (liite 6) ja pyysin ryhmäläisiä miettimään, olisiko joku malleista Kainuuseen sopiva, ja mikäli ei, millainen malli olisi heidän mielestään paras. Halusin saada ryhmäläisten mielipiteen siitä, kokivatko he oman sosiaalityön tiimin tarpeelliseksi, vai onko nykyinen malli toimivampi. Kevään fokusryhmäkeskusteluissa oli selkeästi tullut esiin sosiaalityön heikko näkyvyys, sijaistettavuusongelmat ja yhtenäisten työtapojen puute. Muiden Suomen keskussairaaloiden sosiaalityössä ei tällaisia ongelmia vastausten perusteella ilmennyt.

Vastaajat olivat sitä mieltä, että yksikään esitetyistä malleista ei suoranaisesti olisi toimiva Kainuussa. Kainuun keskussairaalassa ja Kajaanin pääterveysasemalla sosiaalityötä tekee yhteensä 6 henkilöä. Ryhmää pidetään liian pienenä, jotta siitä kannattaisi muodostaa oma yksikkö. Nykyisessä mallissa kaikilla on eri esimies, joka on yleensä lääkäri. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että voisi olla hyvä, jos sairaalan sosiaalityöntekijät olisivat saman esimiehen alaisuudessa. Tällöin paras esimies olisi vastaajien mukaan ylilääkäri. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että sosiaalityöntekijät kuuluvat samaan erityistyöntekijäryhmään kuin esimerkiksi psykologit tai puheterapeutit, joiden esimies on ylilääkäri.

Muutamit vastaajista miettivät myös sitä, että erillisen sosiaalityön yksikön myötä muu työyhteisö voisi kokea vaikeaksi ottaa yhteyttä sosiaalityöhön. Voisi tulla tilanteita, jossa

hoitohenkilökunta pitäisi sosiaalityön tarvetta vähäisenä, ja jättäisi yhteydenoton sosiaalityöhön tekemättä. Toisaalta taas oma yksikkö vahvistaisi ammatti-identiteettiä sekä toisi mukaan kollegiaalista tukea. Samoin toisten sijaistaminen olisi helpompaa, jolloin asiakkaat saisivat aina tasalaatuista palvelua.

Eräs ryhmäläisistä kertoi, että uuden sairaalan myötä sosiaalityön ammattilaisten työtiloja tullaan todennäköisesti kokoamaan jollain tavalla yhteen. Vaikka varsinaista omaa sosiaalityön yksikköä ei perustettaisikaan, toisten sosiaalialan ammattilaisten läheisyys helpottaisi yhteistyötä. Päivittäinen kommunikointi toisten työntekijöiden kanssa tuo muiden työnkuva tutummaksi. Tästä on hyötyä myös silloin kun sijaistetaan toisia. Myös mahdolliset haasteet asiakastilanteissa voitaisiin käydä läpi työkavereiden kanssa sekä jakaa omaa asiantuntijuuttaan muiden hyödynnettäväksi.

Toisten sosiaalialan ammattilaisten läheisyys vahvistaisi myös omaa professiota ja asiantuntijuutta:

”Mutta ehdottomasti siitä olisi synergia etua meille kaikille, voisimme oppia paljon toisiltamme ja jakaa tietoa kun olisimme lähekkäin ja tekemisissä toistemme kanssa päivittäin.”

”Uuden sairaalan visiossa näen suurena mahdollisuutena sen että sosiaaliohjaajat/sosiaalityöntekijät toimivat lähekkäin ja temmeltävät samalla kentällä. Uskon että potilaat saavat entistä parempaa palvelua ja ohjausta. Lisäksi koen itse että saan paremmin tukea omaan työhöni muilta sos ohjaajilta/stt:tä. Toinen toistamme tukien.”

Uusi sairaala -projektilla on ollut vaikutusta työntekijöiden omaan työhön, koska se on ohjannut tutkimaan omia työtapoja ja asennetta omaan työhön, mitä seuraava sitaatti havainnollistaa

”Parhaaseen sosiaalityöhön päästään mielestäni sillä, että ihmiset ihan oikeasti muuttavat asennettaan työhönsä. Uusi sairaala-hanke on hyväksi, koska siinä ovat ihmiset ihan oikeasti joutuneet miettimään miten työaikaansa käyttävät. Monet asiat ovat ratkaistavissa työtapojen uudistamisella, välttämättä

*ei uusia työntekijöitä aina tarvita. Tässä työssä tarvitaan myös hyvää tahtoa-
halua ihan oikeasti tehdä potilaan puolesta jotain.”*

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

Olemme fokusryhmähaastatteluprosessin aikana yhdessä nykyisten sairaalan sosiaalityöntekijöiden kanssa miettineet, millaista asiakaskuntaa sairaalassa on, ja millaisia palveluja sosiaalityöntekijät tarjoavat. Miten sosiaalityö tulisi organisoida uudessa sairaalassa? Millaisia muutoksia työtäpoihin ja työn sisältöön voidaan tavoitella ja millaisilla toiminnoilla halutut muutokset saadaan aikaan? Ryhmätapaamisissa sekä myöhemmin sähköpostitse saamissani viesteissä hahmotettiin, millaista sairaalan sosiaalityö tulevaisuudessa olisi parhaimmillaan, jotta se saavuttaisi kaikki sitä tarvitsevat oikea-aikaisesti ja tarpeenmukaisesti. Näiden aineistojen analyysin pohjalta muodostui ohjelmateorian keinoin laadittu esitys siitä, millaista sosiaalityö Kainuuseen rakennettavassa uudessa sairaalassa voisi olla.

Kehittämistutkimus on mielestäni hyvä mahdollisuus selvittää organisaation tai työyhteisön kehittämistarpeita ja reflektoida nykyisiä toimintatapoja. Olemassa olevien käytäntöjen analysointi yhdessä työntekijöiden kanssa antoi minulle tutkijana hyvän kuvan siitä, mitä Kainuun terveydenhuollon sosiaalityö on ja miten se toimii. Kun työntekijät pohtivat omia työmenetelmiään ja -käytäntöjään yhdessä muiden terveydenhuollon sosiaalialan ammattilaisten kanssa, he arvioivat samalla omien työkäytänteiden toimivuutta.

Kehittämistutkimuksessa tiedontuottajien, eli informanttien valinta on tärkeää. Kun mukaan otetaan ne henkilöt, joita kehittäminen koskee, saadaan paitsi hyvin käytännönläheistä tietoa, hälvennetään myös muutosvastarintaa. (Kananen 2012, 70.) Tutkimukseni informantit oli helppo valita, parhaan tiedon Kainuun terveystieteistä omaavat ne henkilöt, jotka sitä tekevät päivittäin. Heidän avullaan sain tutkimukseeni tarvittavaa käytännön tietoa sairaalan sosiaalialan työstä ja sen haasteista.

Synnöve Karvinen-Niinikosken (2005, 77) mukaan sosiaalityön sisältä nousevan tutkimuksellisen ja kehittävän työotteen kautta voidaan parhaiten kehittää ammattikäytäntöjä ja vahvistaa sosiaalityön asiantuntijuutta. Muiden ammattikuntien tuottamien menetelmien ja toimintamallien käyttöönotto ei mahdollista käytännön työmenetelmien kehittämistä samalla tavalla. (Karvinen-Niinikoski 2005, 77, 83; Granfelt 2005, 242.) Käytännön työntekijöinä ryhmäläisillä oli hyvä näkemys siitä, mikä toimii ja mikä ei. Ryhmässä oli muka-

na työntekijöitä, joilla oli pitkä kokemus terveydenhuollon sosiaalityöstä. Mukana oli myös sellaisia, joiden työura terveydenhuollon sosiaalityössä oli lyhyempi. Kaikki toivat hyvin esille omia näkemyksiään, kehittämisajatukset olivat samankaltaisia riippumatta työuran pituudesta.

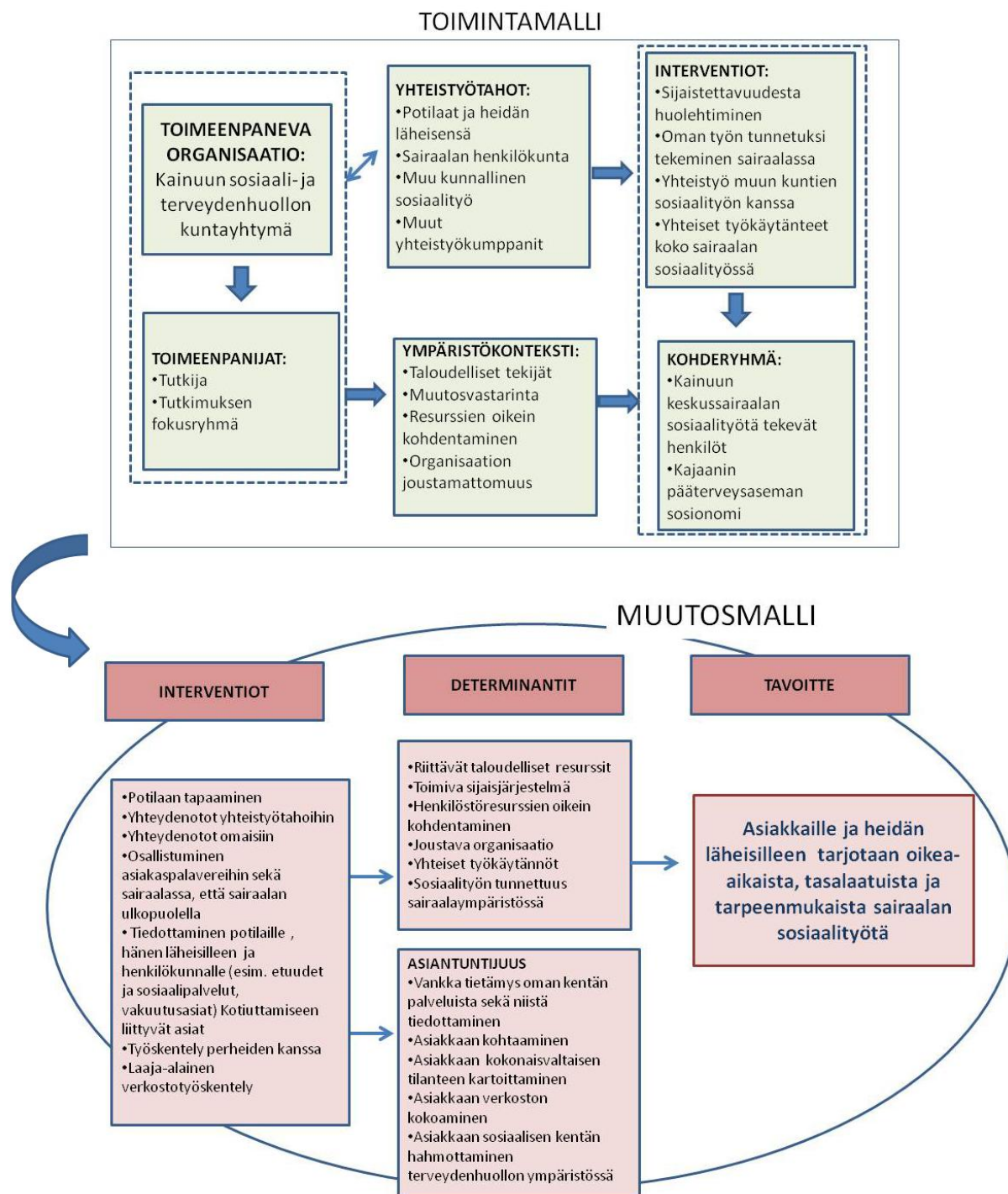
Ensimmäinen tutkimuskysymykseni liittyi ohjelmateoriaan; millainen on Kainuun uuden sairaalan sosiaalityön ohjelmateoria?

Tähän kysymykseen hain vastausta keräämällä fokusryhmä tapaamisista sekä sähköpostiviesteistä niitä asioita, jotka voisin sisällyttää toimintamalliin. Ohjelmateorian tavoitteeksi määrittyi ”Asiakkaille ja heidän läheisilleen tarjotaan oikea-aikaista, tasalaatuista ja tarpeenmukaista sairaalan sosiaalityötä.” Ohjelmateoria -kuvion laatiminen oli siinä mielessä havainnollistavaa, että sitä kautta konkretisoituivat tavoitteen toteuttamiseen vaikuttavat tekijät. Tavoitteeseen pääsemistä estävät tai edistävät tekijät selkiytyivät hyvin identifioimalla kehittämistarpeet sairaalan sosiaalityössä.

Alla olevassa kuviossa numero 10 olen kuvannut sekä ohjelmateorian toimintamallin että muutosmallin. Ohjelmateoria on koottu Chenin (2005) mallia mukaillen ja Borgin (2008 22–26) tekstiä hyödyntäen.

Toimintamalliin on koottu olettamuksia niistä tarpeellisista käytännön toimenpiteistä, jotka mahdollistavat muutosmallin toteutumisen. Muutosmalliin sisältyvät interventiot kuvaavat sairaalan sosiaalityöntekijöiden työtehtäviä ja työkäytäntöjä, ympäristökontekstissa taas kuvataan niitä asioita, joilla sairaalan sosiaalityö mahdollistetaan.

Muutosmallissa kuvataan myös sosiaalialan työtehtäviin positiivisesti tai negatiivisesti vaikuttavia seikkoja, determinanteja. Osa näistä determinanteista on sellaisia, joihin voidaan vaikuttaa vain organisaatiotasolla, esimerkiksi taloudelliset resurssit ja organisaation joustavuus. Työntekijät itse voivat vaikuttaa lähinnä oman työnsä toimintaan, yhteisiin työkäytänteisiin ja tunnetuksi tekemiseen.



KUVIO 10: Kainuun uuden sairaalan ohjelmateoria

Toinen tutkimuskysymykseni oli; millaista asiantuntijuutta työntekijöillä on?

Asiantuntijuus vaihteli työtehtävien ja vastualueiden mukaan. Joillakin alueilla asiantuntijuuden painopiste on kotiuttamiseen ja etuisuuksiin liittyvissä asioissa, toisaalla taas sosiaaliryöön asiantuntijuus korostui perheiden ja laaja-alaisten verkostojen kanssa työskentelynä.

Asiantuntija on omaan alaansa erikoistunut työntekijä. Tällöin on kuitenkin vaarana se, että asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen heikentyy. Oma asiantuntijuus antaa heikoimmillaan hyvän näkymän vain oman erityisalueen näkökulmasta, vaikka yhteiskunnan monimutkaistuminen kenties vaatisi laajemman kokonaisuuden hahmottamista. Ratkaisuna voitaisiin pitää moniammatillisuutta, jossa eri asiantuntemusta ja monitieteellisyyttä yhdistämällä saadaan laaja-alaista asiantuntijuutta. Vaikka olisikin oman alansa asiantuntija, työelämän ongelmien ratkaisemiseen tarvittavaa tietoa joutuu hakemaan myös muualta. Yksilön tehtävänä ei ole tietyn kokonaisuuden saavuttaminen vaan muiden osaamisen täydentäminen, olla osa kokonaisuutta. (Launis 1997, 125; Lehtinen & Palonen 1997, 117–118.)

Sosiaalityö on asiantuntija-ammatti, professio, joka liittyy vahvasti hyvinvointiin, arjen toimivuuteen ja sosiaalisen toimijuuden edistämiseen. Jatkuvat yhteiskunnalliset muutokset pakottavat sosiaalityötä kehittymään. Samoin sosiaalityön asiantuntijuus joutuu muuttumaan ja rakentumaan uudelleen, muuttuvien tilanteiden ja ongelmanasettelujen mukaan. Vaikka sosiaalityön perusajatus säilyy edelleenkin ihmisen hyvinvoinnin ympärillä, joutuu sosiaalityön asiantuntijuus mukautumaan yhteiskunnan ja arkielämän uusissa rakenteissa ja prosesseissa. (Karvinen-Niinikoski 2007, 77–80.)

Oman vastualueen työympäristössä toimiminen edellytti vastaajien mielestä laaja-alaista sosiaalityön kentän tuntemusta. Hoitohenkilökunnalla voi olla tietoa sosiaalityöksiin liittyvistä asioista, mutta ei kuitenkaan sellaista laaja-alaista näkemystä kuin sosiaalialan ammattilaisilla. Sen takia moniammatillista työskentelytapaa pidettiin tärkeänä. Vastauksissa korostui sosiaalityön toimiminen asiakkaan edustajana, eräänlaisena linkkinä oleminen sairaalan ympärille. Moniammatilliseen työryhmään tuodaan omaa sosiaalityön asiantuntijuutta, näin mahdollistetaan asiakkaan kokonaisvaltainen hoitaminen. Sosiaalityö on mukana asiakkaan kotiuttamisessa tarpeen mukaan.

Karvinen-Niinikosken (2005) mukaan asiantuntijuus koostuu tieteellisestä tiedosta, ammatillisuudesta ja käytännön työn kokemuksesta. Se on jatkuvaa oppimista, monien eri ammattikuntien kohtaamista ja yhteistoiminnoista rakentuvaa, rajoja ylittävää toimintaa. Asiantuntijuus voi olla joko suljettua tai avointa. Sosiaalityössä avoin asiantuntijuus on haasteellista, koska sosiaalityö on vaitiolo- ja salassapitovelvollisuuden takia tiukasti lakeihin ja säädöksiin sidottua. Sosiaalityössä täytyisi kuitenkin olla tiettyä avoimuutta, koska työtä tehdään asiakkaiden, heidän läheistensä ja yhteistyöverkostojen kanssa. (Karvinen-Niinikoski 2005, 79.)

Kolmas tutkimuskysymykseni oli; miten sosiaalityön profession vahvistuminen tukee asiakastyötä?

Uuden sairaalan suunnitelmissa on mietitty yhteisiä työtiloja sosiaalityölle, jotka sijoittuisivat mahdollisimman lähelle poliklinikoita. Jokaisen sosiaalialan ammattilaisen työ tapahtuisi kuitenkin pääsääntöisesti omalla poliklinikalla ja osastolla, ainoastaan toimistotöille olisi yhteiset tilat. Poliklinikkojen ja osastojen yhteydessä tapahtuva työ lisää näkyvyyttä ja vahvistaa sosiaalityön professiota. Oman työn näkyvyyden lisääminen tarjoaisi mahdollisuuden myös spontaaneihin yhteydenottoihin sekä hoitohenkilökunnan että asiakkaiden taholta. Tällä mahdollistettaisiin myös sosiaalityötä tarvitsevien asiakkaiden helpompi ohjautuvuus sosiaalityön piiriin.

Sairaalassa potilaalle on tarkoituksenmukaista tarjota kokonaisvaltaista, kuntouttavaa hoitoa. Fyysisten tarpeiden lisäksi tulee kiinnittää huomiota psyykkiseen, sosiaaliseen ja myös hengelliseen hyvinvointiin. Siksi sosiaalityön mukana olo on perusteltua yhdessä lääketieteen ja hoitotyön ohella potilaan hoidossa. Sosiaalityön ja hoitotyön yhteistyötä tulisi vahvistaa luomalla yhteisiä tavoitteita; ajattelutapoja, ideologioita, yhteisiä työmenetelmiä ja käyttäytymisnormeja. (Lindén 1999, 20, 22.)

Terveystieteiden sosiaalityölle on ominaista monenlaisissa verkostoissa toimiminen. Yhteistyöverkostoihin kuuluvat sekä eri viranomaistahot että asiakkaan sosiaaliset verkostot. Terveystieteiden sosiaalityö toimii hyvin hoidollisessa ja lääketieteellisessä ympäristössä. Tämä lisää tarvetta tehdä omaa sosiaalityön osaamista, pätevyyttä sekä ammatti-identiteettiä näkyvämmäksi. (Metteri 2014, 300–301.) Näkyvyyden lisääminen vahvistaa sosiaalityön professiota ja helpottaa asiakkaiden ohjautuvuutta sosiaalityön palvelujen pariin.

Kainuun terveydenhuollon sosiaalialan ammattilaisilla on vahva ammatti-identiteetti. He tietävät oman kenttensä ja tuovat asiantuntijuuttaan esille tarpeen mukaan. Oman työn näkyvyyden lisääminen vahvistaa omaa professiota. Lisää näkyvyyttä voidaan saada konkreettisella sijoittumisella asiakkaiden läheisyyteen. Kainuuseen rakennettavaan uuteen sairaalaan on mahdollista saada myös yhteisiä tiloja, jolloin mahdollisuus toisten työntekijöiden konsultaatioon lisääntyy. Kyseessä ei ole välttämättä varsinaisesta sosiaalityön tiimistä. Sijoittuminen hoidollisen ympäristön keskuuteen voi kuitenkin vahvistaa sosiaalityötä omana professionaan.

Kappaleessa 4.6.1 esittelin muiden Suomen keskussairaaloitten sosiaalityötä, sen organisoitua ja sisältöä. Tutkimukseni tässä vaiheessa voin todeta, että terveydenhuollon sosiaalityön sisältö on samankaltaista kaikkialla maassamme. Ongelmat ovat samankaltaisia, etenkin sosiaalityön näkyvyyteen ja ammatti-identiteetin vahvistamiseen liittyen. Vastaajat ympäri Suomen arvostavat omaa työpanostaan terveydenhuollon moniammatillisessa ympäristössä ja ovat ylpeitä omasta sosiaalityön asiantuntijuudesta. Eräs vastaaja totesi näin:

” Meillä on täällä meidän keskussairaalassa selkeä oma paikkamme sosiaalityön asiantuntijoina. Hoitajat ja lääkärit arvostavat työtämme. Toimenkuvamme on laaja ja hoidamme monenlaisia potilaan elämään liittyviä asioita. Olemme mielestäni edustamassa aika kokonaisvaltaista näkemystä potilaan arjesta ja hoidamme siis kaikenlaisia ei-lääketieteellisiä pulmia potilaiden elämässä.”

7 POHDINTA

Ennen tutkimuksen aloittamista minulla oli jonkinlainen käsitys siitä, mitä sairaalan sosiaalityö on. Näitä kokemuksia ja käsityksiä olin hankkinut aiempien opintojeni yhteydessä, ollessani harjoittelussa ja töissä sairaalan sosiaalityössä. Tutkimuksen myötä tietoisuuteni sairaalan sosiaalityöstä on lisääntynyt. Etenkin lasten- ja naistentautien sekä lastenpsykiatrian vastuualueen työtehtävien laajuus oli minulle uutta. Myös muiden vastuualueiden työnkuva tarkentui minulle tutkimukseni myötä paremmin. Työntekijät kohtaavat monia haasteita toimiessaan sosiaalialan ammattilaisina hoidollisessa ympäristössä. Tutkimukseni myötä ymmärrän myös työntekijöiden huolen oman työ näkyvyydestä ja säilymisestä ja asemasta uudessa sairaalassa.

Tutkijana koin haasteelliseksi sen, että, että tunsin lähes kaikki sosiaalialan ammattilaiset entuudestaan. Se oli toisaalta vahvuus, koska keskustelujen eteneminen oli luontevampaa ”tuttujen kesken”. Toisaalta taas pohdin, olinko tutkijana uskottava, koska olin ryhmäläisille ennestään tuttu? Kananen (2012) mainitsee kirjassaan tutkijan ja toimijoiden välisestä suhteesta sen, että molempien tulee asennoitua tutkimukseen oikein. Toimijoilla on hallussaan se tieto, mitä tutkija tarvitsee, tutkija taas omaa prosessin kuvaamiseen tarvittavat tiedot ja taidot. Kun molemmat kunnioittavat toisiaan ja toistensa mielipiteitä, saadaan hyvä lopputulos. (Kananen 2012, 87.) Tähän mielestäni pääsimme hyvin. Etenkin sähköpostitse sain paljon sellaista tietoa, jota tutkijana tarvitsin voidakseni työstää tutkimusta eteenpäin.

Aloittaessani tutkimuksen tekemisen työskentelin kehittämishankkeessa. Työssäni olin tottunut ajattelemaan asioita kehittämisenäkökulmasta, ikään kuin kaikissa asioissa olisi mahdollisesti jotain kehitettävää. En halunnut tämän ajattelumallin olevan automaatio ryhmätapaamisissamme, joten välttelin tietoisesti johdattelemasta keskustelua haluamaani suuntaan. Halusin ryhmäläisten itsensä miettivän, onko heidän työmenetelmissään tai tehtävissään kehitettävää. Alun pohdintojen jälkeen ryhmäläiset onnistuivat mielestäni hyvin tuomaan esiin ne seikat, joita he halusivat kehittää. Suurin osa on tulkintani mukaan sellaisia, joihin he itse pystyvät vaikuttamaan omalla aktiivisuudellaan ja toiminnallaan. Sitä varten heillä pitäisi kuitenkin olla mahdollisuus kokoontua yhdessä pohtimaan asioita. Oli-

si hyvä, jos työnantaja järjestäisi siihen mahdollisuuden esimerkiksi tarjoamalla aikaa ja ohjausta kehittämistyöhön.

Kehittämistutkimukseen voi liittyä myös aiemmin asetetun tavoitteen saavuttaminen. Tämä tavoitteen saavuttaminen ei ole tieteen kannalta luotettavuuden mittari, kehittymisen kannalta tietenkin toivottava tulos. Tutkimuksen kannalta validiteetti ja reliabiliteetti voi olla toteutunut, mutta kehittämisprosessin loppuun vieminen ei ole onnistunut. (Kananen 2012, 176.) Kainuun uuden sairaalan valmistuminen ei ole vielä tiedossa, joten ohjelmateorian tuloksen vieminen käytäntöön ei ole mahdollista.

Muutokseen pyrkivässä kehittämistutkimuksessa on tärkeää kuvata lähtötilanne, kehittämisprosessin vaiheet sekä lopputulos (Kananen 2012, 164). Tutkimuksen luotettavuuden varmentamiseksi olen kuvannut tutkimuksessani Kainuun terveydenhuollon sosiaalityön tämän hetkisen tilanteen ja resurssit sekä perustellut omat valintani koskien tutkimusaiheen rajaamista, tutkimustiedon keräämistä ja analysointia. Olen myös kuvannut kaikki tutkimukseen liittyvät vaiheet lukijoille sekä pyrkinyt hyödyntämään POC -mallia tutkimusprosessin kuvauksessa.

POC-malliin kuuluvista vaiheista tutkimusongelman todistaminen tapahtui dokumentoimalla tarkasti ryhmäkeskustelut ja sähköpostien sisällöt. Interventiosuunnitelman kuvaaminen tarkoittaa tutkimuksessani ohjelmateorian kuvaamista. Intervention täytäntöönpano kuvaa ohjelmateoriaehdotuksen tavoitteiden saavuttamiseksi tarvittavia keinoja. Näitä kehittämistä vaativia kohtia olisi sosiaalityötä tekevien henkilöiden hyvä tarkastella yhdessä organisaation edustajien kanssa, koska osa on sellaisia, joihin voidaan vaikuttaa vain organisaatiossa. POC-mallin arviointivaihe jää omassa tutkimuksessani toteuttamatta, koska uusi sairaala on vielä suunnitteluvaiheessa. Jatkotutkimuksena voisikin olla arviointitutkimus sosiaalityön palveluista uudessa sairaalassa. Tämä voitaisiin tehdä asiakkaille ja hoitohenkilöstölle.

Vaikka tutkimuksen aihepiiri oli minulla selvillä jo hyvin varhaisessa vaiheessa, varsinaisen tutkimusaiheen muodostuminen vaati paljon pohtimista. Asiakaskysely kaikkien sairaalan vastuualueiden asiakkaille oli yksi vaihtoehto. Kuitenkin aiheen laajuus ja jäsentelämättömyys huolestutti minua siinä määrin, että ohjaajiltani saatujen vinkkien avulla lähdin suuntaamaan tutkimustani kehittämistutkimuksen suuntaan. Tämä osoittautui hyväksi

valinnaksi, koska tutkimukseni kautta työntekijät joutuivat miettimään sekä omia työmenetelmiään, että uuden sairaalan sosiaalityön laajempaa kokonaisuutta.

Tutkijana koen saaneeni paljon uutta tietoa tutkimusmenetelmistä, tutkittavasta aiheesta ja koko tutkimusprosessin dokumentoinnista. Myös käsitykseni terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuudesta laajeni. Tutkimuksen kirjoittaminen on ollut kuin vuoristorata. Yhtenä hetkenä se eteni helposti ja vauhdilla, toisia asioita piti miettiä pitkään. Olen lukenut kymmeniä väitöskirjoja, pro gradu -tutkielmia, teoriakirjallisuutta ja monenlaisia julkaisuja aiheeseen liittyen. Terveydenhuollon sosiaalityö historiaan perehtyminen on ollut mielenkiintoinen katsaus myös yhteen sosiaalityön kentän kehittymiseen. Vaikka sosiaalityön työmenetelmät ovat kehittyneet paljon siitä, mitä ne olivat vuosituhaten alussa, on asioita, jotka ovat pysyneet vuosikymmeniä samoina. Tällainen on esimerkiksi sosiaalityön näkökulman tarve hoidollisessa ympäristössä.

Tutkimukseni myötä minulle on syntynyt kokonaisvaltainen käsitys sairaalan sosiaalityön tarpeellisuudesta ja sen mahdollisuuksista. Sosiaalityötä ei välttämättä mielletä lääketieteen ohella yhtä tärkeäksi osaksi potilaan hoidossa, mutta mielestäni sairaalan sosiaalityöllä on hyvin suuri merkitys asiakkaan ennaltaehkäisevässä, kokonaisvaltaisessa hoidossa. Sairastuminen voi tuoda monia muitakin, jopa piilossa olleita ongelmia esiin. Näitä ongelmia ei kenties olisi edes muutoin huomattu.

Ohjelmateorian käyttäminen tutkimukseni tulosten kuvaamisessa oli haasteellista, mutta toisaalta taas kuvio selkiyttää prosessin kulkua. Ohjelmateorian tavoitteita olisi mielestäni hyvä esitellä ja avata uuden sairaalan suunnitteluryhmälle ja kenties myös muulle Kainuun sosiaalityön henkilöstölle.

Mielestäni ohjelmateoriassa asetetut tavoitteet on mahdollista toteuttaa jo ennen uuden sairaalan valmistumista. Sote-uudistuksessa korostetaan asiakkaan palveluketjun sujuvuutta ja ennaltaehkäiseviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tämän takia on mielestäni tärkeää turvata sairaalan asiakkaille mahdollisuus saada myös sosiaalityön palveluja. Ohjelmateoriaehdotukseni tavoitteiden mukainen terveydenhuollon sosiaalityö pystyy osaltaan vahvistamaan asiakkaan palveluketjua. Oikea-aikaisuus, tarpeenmukaisuus ja tasalaa-tuisuus ei kuitenkaan tulisi olla yksin terveydenhuollon sosiaalityön tavoite, vaan kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tavoite.

LÄHTEET:

Alasoini, Tuomo (2006) Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta. & Karjalainen, Vappu. (toim.) Kehittämistyön risteysksiä. Vaajakoski: Gummerus Oy, 35–52.

Arnkil, Robert (2006) Hyvien käytäntöjen levittäminen EU:n strategiana teoksessa: Seppänen-Järvelä, Riitta. & Karjalainen, Vappu. (toim.). Kehittämistyön risteysksiä. (2006). Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 55–72.

Antikainen-Juntunen, Eija (2005) SOSIAALITYÖ PSYKIATRISISSA TYÖKYVYN ARVIOINNISSA Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. [Viitattu 2.12.2013.] Saatavissa:

<http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=650938b8-c532-4d0a-a9c8-6c0cc1441c18>

Auslander, Gail (2001) Social Work in Health Care: What Have We Achieved? Journal Of Social Work 2001 1, 201 – 222. [Viitattu 2.3.2014.] Saatavissa:

<http://jsw.sagepub.com.ezproxy.jyu.fi/content/1/2/201.full.pdf+html>

Beddoe, Liz. (2011) Health social work: Professional identity and knowledge, Qualitative Social Work 2013 12: 24–40.

Borg, Pekka (2008) Ohjelmateoria. Teoksessa Borg, Pekka & Högnabba, Stina. & Kilponen, Marja-Riitta. & Kopisto, Kaisa. & Korteniemi, Pertti. & Paananen, Ilkka. & Pietilä, Niina. 2008. Arviointi työtavaksi – kokemuksia asiakastyön arvioinnin kehittämisestä Helsingin sosiaalivirastossa. Helsingin kaupungin Sosiaalivirasto, oppaita ja työkirjoja 2008: 22-27. [Viitattu 22.1.2014.] Saatavissa:

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/44ec21004a1563bd9516f5b546fc4d01/arviointi_tyotavaksi.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=44ec21004a1563bd9516f5b546fc4d01

Burt, Mike & Worsley, Aidan (2008) Social work, professionalism and the regulatory framework. Teoksessa Sandy Fraser & Sarah Matthews (ed.) The critical practitioner in social work and health care. London: Sage Publications, 27–42.

Chen, Huey-Tsyh (2005) Practical Program Evaluation. Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness. London: Thousand Oaks, Sage.

Dahler-Larsen, Peter. (2005) Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät käytännöt menetelmä - käsikirja. FinSoc Arviointiraportteja / Stakes, ISSN 1458-1833 ; 3/2005.

Driessens, Kristel. Saurama, Erja & Fargion, Silvia (2011) Research with social workers to improve their social interventions, European Journal of Social Work, 14: 1, 71 – 88.

Edelson, Daniel (2002) Design Research: What We Learn When We Engage in Design. [Viitattu 22.2.2013.] Saatavissa: <http://www.cs.uic.edu/~i523/edelson.pdf>

Finlex; Terveystieteiden lakien 1326/2010. [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Friesner, Tim (2012) History of SWOT Analysis. [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.marketingteacher.com/swot/history-of-swot.html>

Granfelt, Riitta (2005) Marginaalitarinat ammattikäytäntöjen kehittämisen aineksina. Teoksessa Satka Mirja, Karvinen-Niinikoski Synnöve, Nylynd Marianne, Hoikkala Susanna (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia kustannus Oy, 240–258.

Gredig, Daniel (2011) From research to practice: Research-based Intervention Development in social work: developing practice through cooperative knowledge production, European Journal of Social Work, 14: 1, 53–70.

Gredig, Daniel (2005) The Co-evolution of Knowledge Production and Transfer: Evidence-based Intervention Development as an approach to improve the impact of evidence on social work practice. Teoksessa Sommerfeld, Peter (ed.): Evidence-Based Social Work - Towards a New Professionalism? Bern, Berlin u.a.: Huber, pp, 175–200.

Haake, Niina (2013) ”Potilas kotiutumassa tänään” Erikoissairaanhoidon akuuttisosaalityö. Pro gradu tutkielma Tampereen yliopisto. [Viitattu 22.1.2014.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82085/gradu04685.pdf?sequence=1>

Haverinen, Riitta (2012) Vaikuttavuus ja näyttö tavoitteena sekä sosiaalityön asiakastyön tutkimuksen kohteena. Teoksessa Pohjola, Anneli; Kemppainen, Tarja; Väyrynen, Sanna (toim). Sosiaalityön vaikuttavuus. Tampere: Juvenes Print, 65–85.

Heikkilä, Riie (2008) ”Puhuva ryhmä, esimerkkitapaus ryhmähaastattelun käytöstä sosiaalilieteellisessä tutkimusasetelmassa”. Sosiologia -lehti 4/2008, 292–305.

Heinonen Hanna (2007) Kohti syvempää ymmärrystä sosiaalityössä -Tutkiva ja arvioiva työote sosiaalityöntekijöiden jäsentämänä. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja nro 16 , 2007. [Viitattu 22.7.2014.] Saatavissa: http://www.socca.fi/files/72/Tutkiva_arvioiva_tyoote_sosiaalityontekijoiden_jasentamana.pdf

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2003) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holma, Tupu (2001) Terveysthuollon sosiaalityön luokitus -väline työn kehittämiseen. Teoksessa: Kallinen-Kräkin, Salme (toim.) Sosiaalityö näkyväksi. Sosiaalityön luokitusseminaarin julkaisu. [Viitattu 22.2.2013.] Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76402/aiheita3-2001.pdf?sequence=1#page=15>

Hänninen, Katri (2007) Palveluohjauksen mallit ja hyvät käytännöt. [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ksshp.fi%2FPublic%2Fdownload.aspx%3FID%3D15081%26GUID%3D%257B4BACC23D-C492-4DB5-8547-B5D442321F20%257D&ei=SxoNUYr5JMnV4QTNhYD4AQ&usg=AFQjCNF-Waqq0VjqkEwpAk3KGc0OpTEHAQ&bvm=bv.41867550.d.bGE>

Juhila, Kirsi (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat teoksessa. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi. (2008) Sosiaalityö aikuisten parissa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 14–47.

Kainuun uusi sairaala -Konseptisuunnitelma (2013) [Viitattu 16.9.2013.] Saatavissa: <http://maakunta.kainuu.fi/paatokset>

Kananen, Jorma (2012) Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes Print.

Kansanterveyslaki, Finlex (2013) [Viitattu 16.9.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Karisto, Antti (1986) Sosiaaliset ongelmat ja sosiaalityö teoksessa; Teoksessa Karisto, Antti & Purola, Tapani. (toim.) Sosiaalityön kehittäminen. Helsingin yliopisto: Yliopistopaino, 21–41.

Karjalainen, Pekka & Sarvimäki, Pirjo (toim.) (2005) Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13. [Viitattu 16.2.2014.] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4056.pdf&title=Sosiaalityo_hyvinvointipolitiikan_valineena_2015_toimenpideohjelma_fi.pdf

Karjalainen, Vappu (2006) Verkostokehittäminen. Palveluparadigman muutosvoima. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (2006) Kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski: Gummerus Oy, 251– 268.

Karvinen, Synnöve (1996) Ammatillinen pätevyys ja vastuullisuus teoksessa; teoksessa Granfelt Riitta & Jokiranta Harri & Karvinen Synnöve & Matthies Aila-Leena & Pohjola Anneli Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 15–51.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve (2005) Sosiaalityön opetus, tutkimus ja kehittyvä asiantuntijuus teoksessa: Satka Mirja, Karvinen-Niinikoski Synnöve, Nylynd Marianne, Hoikkala Susanna (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia kustannus Oy, 73–98.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Meltti Tero (2003) Muutosprosesseissa ristiriitautuva sosiaalityö: teoksessa Satka, Mirja & Pohjola, Anneli & Rajavaara, Marketta 2003: Sosiaalityö ja vaikuttaminen. Jyväskylän yliopisto, 31–53.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve (2007) Muuttuva ja toiminnassa rakentuva asiantuntijuus: teoksessa Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Rantalaiho, Ulla-Maija & Salonen, Jari (2007). Työnohjaus sosiaalityössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 77–92.

Kempainen, Tarja & Ojaniemi, Pekka (2012) Tieto ja vaikuttavuuden arviointi käytännön sosiaalityössä. Teoksessa: Pohjola, Anneli, Kempainen, Tarja, Väyrynen, Sanna (2012). Sosiaalityön vaikuttavuus. Tampere: Juvenes Print, 43–64.

Kiikeri, Mika & Ylikoski, Petri (2004) Tiede tutkimuskohteena, filosofinen johdatus tietentutkimukseen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Konttinen, Esa (1997) Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernismissä teoksessa: Kirjonen Juhani, Remes Pirkko, Eteläpelto Anneli (toim.) (1997). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 48–61.

Korkealaakso, Rauni (2006) Sosiaalityöntekijä-vieraileva tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Julkaisusarja A: TUTKIMUKSET. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Koskimies Mimosa, Pyhäjärvi Jukka & Arnkil Tom-Erik (2012) Hyvien käytäntöjen dialogit, Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy.

Kunnat.net (2013) Sote-palvelurakenneuudistus, Ehdotus uudeksi sote-rakenteeksi valmistui. [Viitattu 2.7.2014.] Saatavissa:

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-palvelurakenneuudistus/Sivut/default.aspx>

Kuula, Arja (1999) Toimintatutkimus, kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kyyhkynen, Tuula (2012) Johtava sosiaalityöntekijä terveyssosiaalityön toimijana. Itä-Suomen yliopiston Kuopion laitokseen tehty lisensiaattityö. [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=8264d0ed-ab49-4b20-846c-a54e20a4981f>

Laakkonen, Arja (2004) Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto. [Viitattu 2.8.2014.] Saatavissa: <http://uta17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1>

Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua, teoksessa: Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Juva: Bookwell Oy, 26–32.

Lappalainen, Tiina (2014) Asiakkaiden osallistumisen edellytykset - yhteistä ymmärrystä etsimässä. teoksessa: Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Juva: Bookwell Oy, 83–95.

Launis, Kirsti (1997) Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä teoksessa: Kirjonen Juhani, Remes Pirkko, Eteläpelto Anneli (toim.) (1997). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 125, 122–133.

Lehtinen, Erno & Palonen, Tuija (1997) Tiedon verkostoituminen - haaste asiantuntijuudelle teoksessa: Kirjonen Juhani, Remes Pirkko, Eteläpelto Anneli (toim.) (1997). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 103–121.

Lehtinen, Marjaana (1986) Sosiaalityön ammatin kehityksestä terveydenhuollossa teoksessa; Karisto, Antti & Purola, Tapani (toim.) Sosiaalityön kehittäminen. Helsingin yliopisto: Yliopistopaino, 81–108.

Lehtinen, Tuula (2000) Pienen kunnan sosiaalityöntekijä valtasuhteiden verkostossa - omakohtaisen kokemuksen analyysi. Lisensiaattitutkimus, Tampereen yliopisto, Sosiaalipoliitiikan laitos.

Lindén, Mirja (1999) Terveystenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Saarijärvi: Gummerus OY.

Lindqvist, Tuija (1986) Sosiaali- ja terveydenhuollon rajankäynnistä ja medikalisoitumisesta teoksessa; Karisto, Antti & Purola, Tapani (toim.) Sosiaalityön kehittäminen. Helsingin yliopisto: Yliopistopaino, 69–80.

Lindholm, Arto (2006) Toiminta, tutkimus ja toimintatutkimus Humanistisen ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. [Viitattu 2.12.2013.] Saatavissa: http://portal.hamk.fi/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show? docname=1287664.PDF

Linnosmaa Ismo (2014) THL, Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESS, OPTIMI – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje 2014; Kannattaako palvelujen rahoituksen integraatio? [Viitattu 12.7.2014.] Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/thl/rakenne/yksikot/terveys-ja-sosiaalitalous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2014/kannattaako-palvelujen-rahoituksen-integraatio->

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66973/978-951-44-8956-3.pdf?sequence=1>

Metteri, Anna (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipoliittikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet, teoksessa: Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Juva: Bookwell Oy, 298–303.

Mielenterveyslaki, Finlex. (2013) [Viitattu 2.12.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>

Mäntyranta, Taina & Kaila, Minna (2008) Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2008;124(13):1507-13 [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97349.pdf>

Mutka, Ulla (1998) Sosiaalityön neljäs käänne. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Niemelä, Pauli (1985) Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Helsinki: Sosiaalityöntekijän Liitto ry.

Ojasalo Katri, Moilanen Teemu & Ritalahti Jarmo (2009) Kehittämistyön menetelmät - uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.

Palomäki, Susanna (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä, Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. [Viitattu 26.1.2013.] Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00318.pdf>

Pirttilä, Ilkka (1997) Teoria, markkina-analyysi ja futurologinen silmä eksperttiyden ehtona teoksessa: Kirjonen Juhani, Remes Pirkko, Eteläpelto Anneli (toim.) (1997). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 73–82.

Pylväs, Maria (2003) SOSIAALITYÖN ASiantuntijuus ERIKOISSAIRAANHOI-DOSSA, Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Julkaisija: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.

Raunio, Kyösti (1999) Positivismi ja ihmistiede sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus, Helsinki.

Raunio, Kyösti. (2000). Sosiaalityö murroksessa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Roberts, Kate, Kathy Stiller & Belinda Dichiera. (2012) Australian Social Work: A Survey Evaluating Patients' Satisfaction with the Social Work, 145–155.

Robson, Colin (2001) Käytännön arvioinnin perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Romakkaniemi, Marjo (2014) Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa, teoksessa: Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Juva: Bookwell Oy, 142–174.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) (2010) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [Viitattu 26.1.2013.] Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Santala, Juha (2008) Sosiaalityö sosionomien (AMK) kodiksi – Sosionomien (AMK) ja sosiaalityöntekijöiden välisestä työnjaosta kunnallisessa sosiaalityössä, Teoksessa Viinamäki Leena(toim.) 14 puheenvuoroa sosionomien (AMK) asemasta Suomen hyvinvointiasiantuntijajärjestelmässä. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 2/2008. [Viitattu 2.2.2014.] Saatavissa: http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Hakutoimisto/Kev%C3%A4t_2011_NUKO/sote/Viinamaki_A_2_2008.pdf

Satka, Mirja (2007) Ammatillistuminen ja sosiaalityöntekijän uudet urat, teoksessa: Satka Mirja, Auvinen Anja, Aho Sulo, Jaakkola Helena (toim.): Huolenkantajat – Kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. Juva: Ws Bookwell Oy, 123–126.

Sellergren, Hanna (2007) Nuorisopsykiatrian poliklinikan asiakasyhteistyö. Metodina työntekijöiden fokusryhmähaastattelu. [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.nuortenkeskus.fi/binary/file/-/fid/381>

Seppänen-Järvelä, Riitta (2006) Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin - kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muutos teoksessa: Seppänen-Järvelä, Riitta. & Karjalainen, Vappu (toim.). Kehittämistyön risteyskiä. (2006). Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 17–33.

Sipilä, Anita (2011) Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet - Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. [Viitattu 2.12.2013.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0537-6/urn_isbn_978-952-61-0537-6.pdf

Skedsmo, Hanne & Geirdal, Amy (2011) The development of knowledge for somatic hospital social workers in Norway: Implementation of a knowledge tool, *Nordic Social Work Research*, 1:2, 141-157. [Viitattu 2.1.2014.] Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1080/2156857X.2011.613576>

Sosiaalialan korkeakoulutuksen suunta (2007) Työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:43. Opetusministeriö. Helsinki. [Viitattu 2.2.2014.] Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2007/liitteet/tr43.pdf?lang=fi>

Sosiaalihuoltolaki, Finlex (2013) [Viitattu 2.12.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sosiaaliportti. Hyvä käytäntö (2012) [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/prosessi/>

Sosiaaliportti. Hyvä käytäntö –lähtökohtia (2012) [Viitattu 2.2.2013.] Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/lahtokohtia/>

Sosiaaliportti. Ohjelmateoria (2013) [Viitattu 19.11.2013.] Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/Page/c9d3b6b4-788d-4d98-b404-800df92f4494.aspx>

Sosiaalipsykologian peruskurssi, Kurt Lewin - ryhmä- ja toimintatutkimus (2013) [Viitattu 22.2.2013.] Saatavissa: <http://www.uta.fi/avoinyliopisto/arkisto/sosiaalipsykologia/lewin2.html>

Soskolne, Varda, Giora Kaplan, Ilana Ben-Shahar, Varda Stanger & Gail. K. Auslander (2010) Social Work Discharge Planning in Acute Care Hospitals in Israel: Clients' Evaluation of the Discharge Planning Process and Adequacy. *Research on Social Work Practice* 20(4). 368–379.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) Sote -uudistus, järjestämislain valmistelu. [Viitattu 19.6.2014.] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1447910&name=DLFE-28181.pdf

Talentia; Ammatit ja kelpoisuudet (2014) [Viitattu 19.2.2014.] Saatavissa: http://www.talentia.fi/tyoelamassa/sosiaaliala/ammattit_ja_kelpoisuudet

Talentia; Sosiaalityön virallinen määritelmä (2014) [Viitattu 19.7.2014.] Saatavissa: http://www.talentia.fi/files/251/Sosiaalityon_maaritelma.pdf

Terveydenhuoltolaki, Finlex (2013) [Viitattu 19.11.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveydenhuollon sosiaalityö, Pohjois-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus. (2012) [Viitattu 22.1.2014.] Saatavissa:

<http://www.sosiaalikallega.fi/aluetietoa/alueellista%20tietoa/terveysairhyv/thsosiaalityo>

Terveyssosiaalityö, Kunnat.net (2014) [Viitattu 22.7.2014.] Saatavissa:

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/sosiaalityo/Sivut/default.aspx>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Uggerhøj, Lars (2011) Social Work & Society, Volume 9, Issue 1, 2011. ISSN 1613-8953 [Viitattu 22.2.2013.] Saatavissa: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0009-11-29269>

Valkama, Hannu (2003) Tieteen standardit ja kehittämisen intentiot – kehittämistutkimus lähestymistapana. Verkkodokumentti. [Viitattu 22.2.2013.] Saatavissa:

<http://www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/view/707/556>

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

KOKKOLAN YLIOPISTOKESKUS
CHYDENIUS

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

TUTKIMUKSEN TEKIJÄ

Sukunimi	Etinimet
Kanniainen	Tiina Anne Kristiina
Osoite Kielentie 5 c 1B 67500 KAJAANI	
Puhelin 0407189154	Sähköpostiosoite tiina.kanniainen@kajaani.fi
Muut tekijät	
Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö, nimi	Ko. tutkimusohjelmakoulu ja arviointi- ja kehittämiskeskus
Kokkolan yliopistokeskus Chydenius	Yhteiskuntatieteet / Sosiaalityö

TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) OPPILAITOKSESSA

Nimi	
Aila-Laana Matthias	
Toimipaikka ja osoite	
Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius	
Puhelin 040-7422100	Sähköpostiosoite aila.laana.matthias@chydenius.fi
Oppiaine ja ammatti YTI, professori	
Sitoudun ohjaamaan tutkimusta	<i>Aila-Laana Matthias</i>
Päiväys 14.3.2013	Alkijöytä

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi
JUTTA VALLIA SAIRAALAN SOSIAALITYÖN - Kehittämistutkimus Kainuun uuden keskussairaalan sosiaalityötä
Tutkimuksen taso Maisteriopintojen pro gradu -tutkielma (40op)
Pääasiallinen tutkimuslupa-merkintä
Tutkimusryhmähaastattelu Kainuun keskussairaalan sosiaalityötä tekville työntekijöille
Selvitys siitä, miten tutkimusaineistoa säilytetään ja hävitetään tutkimuksen jälkeen Lisähaastattelut säilytetään tutkimuksen ajan tutkijan hallussa, tutkimuksen valmistuttua materiaali hävitetään silloin kun on mahdollista.

Helmikuussa 2013 lähetin muualle Suomen keskussairaaloiden sosiaalityölle kysymyksiä koskien heidän käsitystään terveydenhuollon sosiaalityöstä:

Millainen on teidän sosiaalityön identiteettinne keskellä hyvinkin lääkäri-hoitaja - painotteista maailmaa?

Onko teidän mielestänne jotakin erityishuomioitavaa, kun teette työtä sairaalamaailmassa verrattuna muuhun aikuissosiaalityöhön, jota kunnissa/kuntayhtymissä järjestetään? Mitä sairaalan sosiaalityö ylipäätään on?

SWOT-analyysi

S = vahvuudet	W = heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> * Oman työn kehittämismahdollisuus * Oman työn asiantuntijuus * Omalle sektorille erikoistuminen * ”oma kontrolli” * Terveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuus * Paikan päällä oleminen -> saavutettavuus * Yhteistyö eri sektorien kanssa (sisäinen-ulkoinen) * Esimies on aina läsnä * Pitkäaikaisen asiakkuudet (vaikka ei olisi akuutissa ”suhteessa”) * Tiivis ja sopuisa keskinäinen yhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> * Kehityskeskustelujen puutteellisuus * Kaikki asiakkaat eivät ohjaudu sosiaalityöhön, riippuu hoitajista ja lääkäreistä * ”oma kontrolli” * Oman alan erikoistuntemus * Sijaistaminen erityisesti psykiatrisella vastuualueella * ”epätasainen” palvelu sijaistamistapauksissa, osaaminen ei riittävää? * Väärin kohdistetut resurssit * Yksinäistä työtä, työpari puuttuu * Effican jäykkyys sosiaalityön tarkoituksiin * Tiedonkulun puute * Asiakkaiden joustava siirtyminen kuntiin puuttuu
O = mahdollisuudet	T = uhat
<ul style="list-style-type: none"> * Mihin sijoitutaan uudessa sairaalassa? * Oman persoonan käyttö * Oman työn kehittäminen * Somatiikan puolella toisten sijaistaminen * Sosiaalityön näkyväksi tekeminen uudessa sairaalassa * Jalkautuva työparitoiminta -> jatkuvuus asiakkaan palveluissa * Vaikuttaminen potilaan ja hänen läheistensä elämään 	<ul style="list-style-type: none"> * Näkymättömyys * Mihin sijoitutaan uudessa sairaalassa? * Tarvitaanko uudessa sairaalassa sosiaalityötä? * Työpiste muualla? * Tiedonkulun puute (asiakastapauksissa puuttuu kunnista vastaanottava taho) * Pätevien työntekijöiden puute (sosiaalityö) * Osataanko työntekijöitä hyödyntää tarpeeksi?

Sähköpostikysely ryhmäläisille toukokuussa 2013

MITÄ MINÄ TUON/ANNAN OMALLE TIIMILLE?

MITÄ MINÄ ODOTAN SAAVANI TOISILTA TIIMIN TYÖNTEKIJÖILTÄ?

OMA ASIANTUNTIJUUTENI UUTEEN SAIRAALAAN

Mitä on sairaalan sosiaalityö ja mitä se ei ole?

Tapaaminen 29.5.2013

Sairaalan sosiaalityö:

- *Sosiaalityön tiimi sairaalassa on työnohjausta, tukea antavaa, verkostoitumista, jatkuvuutta potilaan asioissa, toimiva vastaanotto kunnissa olisi taattava*
- *Sairaalan sosiaalityötä tehdään persoonalla, yhteistyö sujuu pääsääntöisesti hyvin huolimatta puuttuvista resursseista jotka vaikeuttavat työn tekoa*
- *Päätösten teko ja taloudellisten asioiden käsittely ei ole kokonaisuudessaan hyvä ajatus*
- *Ei temppuja eikä lääketieteellisiä toimenpiteitä vaan tarpeellista sosiaalityötä*
- *Ei reseptimääräyksiä*
- *Ei päätöksiä hoidon suhteen, lääkäri kantaa vastuun*
- *Palvelut silloin kun potilas niitä tarvitsee*
- *Pidetään yllä työyhteisössäkkin ajattelua, että potilas on muutakin kuin oireet ja lääketieteellisyys*
- *Kaikille potilaille tasainen palvelu riippumatta työntekijästä tai sijaisesta*
- *ihmisille saataisiin riittävät ja tarvittavat palvelut*

Sähköpostikysely ryhmäläisille koskien uuden sairaalan sosiaalityön organisointia 08/13

Lähetin kaikille ryhmäläisille koosteen muiden Suomen keskussairaaloiden sosiaalityön organisoinnista (kuvio 9) ja pyysin heitä kommentoimaan, olisiko jokin malleista sovellettavissa myös Kainuuseen:

”Kuvassa on muiden sairaalojen sosiaalityön mallit. Voisitteko katsoa kuvaa ja kertoa, onko joku noista malleista sellainen, mitä Kainuussa voitaisiin hyödyntää? Tai jos ei ole, millainen malli olisi kaikkein paras ja antoisin?”

Sähköpostikysely ryhmäläisille tammi-helmikuussa 2014

Hei!

Graduni ohjelmateoriaa varten minua kiinnostaisi myös teidän näkemyksenne siitä, millaista sairaalan sosiaalityö parhaimmillaan on ja miten siihen päästäisiin (resurssit, osaaminen(pätevyysvaatimukset?), talous jne...).

Hyvät käytännöt

Tapaaminen 16.5.2013

Millaisia hyviä työkäytänteitä sinulla on?

- *Henkilökohtainen tapaaminen potilaan kanssa hänen omassa ympäristössään, esimerkiksi kotona tai osastolla -> omassa ympäristössä potilas vapautuu ja on enemmän tilanteen herra, yhdenvertainen työntekijän kanssa*
- *Omaiset mukaan tapaamisiin!*
- *Tiedon aktiivinen etsiminen ja päivittäminen*
- *Omat ohjeet ja lomakkeet asiakastapaamisiin*
- *Yhteydenpito sairaalan sosiaalityön tiimiin sekä hoitohenkilökuntaan*
- *Yhteys potilaan kotikuntaan tai vastaanottavaan kuntaan ja hoitohenkilöihin tietojen saamiseksi, kotiuttamisvaiheessa potilas saattaen vaihdettava*
- *Osaston ytimessä olo tuo läheisyyttä asiakkaisiin ja muuhun henkilökuntaan*

Mikä on kehittämisen tarve?

- *Toisten sijaistettavuus, nyt onnistuu vain somatiikan puolella*
- *Nopeat kotiuttamiset, esimerkiksi synnyttäneiden kotiutus viikonloppuisin, sos.tt ei ehdi tavata, ja esimerkiksi päihdeäitien jatkot jää selvittelemättä*
- *Sosiaalityön näkökulman esiintuominen lääketieteeseen, sosiaalityö ulottuu myös sairaalan seinien ulkopuolelle, ettei lääkärit jyrää pelkän oman näkökulman kautta*
- *Osastolla olevat potilaat eivät välttämättä tiedä sosiaalityön olemassa olostsa, esitteitä, asiakasohjeita, omaa aktiivisuutta lisää?*
- *Lyhyillä sairaalajaksoilla potilas usein kipeä, ei osaa/jaksa etsiä sosiaalityötä käsiin, kotiutuu ilman tietoa ja ehkä ottaa yhteyttä?*
- *Resurssit ei riitä, työntekijöitä vähän*