

SAIRAALAN SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TYÖNKUVAN
TARKASTELUA 1980-LUVULTA NYKYPÄIVÄÄN

Hanna-Kaisa Pentikäinen
Pro gradu-tutkielma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian
laitos
Jyväskylän yliopisto
Tammikuu 2011

Sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan tarkastelua 1980-luvulta nykypäivään
Hanna-Kaisa Pentikäinen
Pro gradu-tutkielma
Sosiaalityö/Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Tammikuu 2011
91 sivua + liite

Tutkimuksessani tarkastelen sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan muotoutumista 1980-luvulta nykypäivään ja sitä, millaisia muutoksia sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvassa on tapahtunut kolmen vuosikymmenen aikana.

Keräsin tutkimusaineistoni kirjoituspyynnön avulla keväällä 2010. Kirjoituspyyntöni tavoitti 15 pitkään sairaalassa työskennellyttä sosiaalityöntekijää eri puolilta Suomea. Kirjoitusten lisäksi tutkimusaineistoni oli erään päiväsairalan ja erään syöpäosaston sosiaalityön dokumentoitua aineistoa. Kirjoituksia olen tulkinnut kirjoitettuina muistoina ja teemoitellut ne kolmen ydinteeman mukaan, jotka ovat työtehtävistä, asiakkaista ja keskeisistä muutoksista kertovat muistot. Dokumentoitua aineistoa olen esitellyt muistojen rinnalla.

Tulosten perusteella näyttää siltä, että osa aiemmista työtehtävistä on joko kokonaan rajautunut pois sosiaalityöntekijän työnkuvasta tai sitten niiden toteuttaminen on muuttunut, kun uusia ammattiryhmiä on tullut terveydenhuollon kentälle ja moniammatillisuuteen alettu kiinnittää enemmän huomiota. Informaatioteknologian nopea kasvu on muuttanut sosiaalityössä manuaalisen kirjaamisen sähköiseksi vuosien varrella. Asiakkaisiin liittyvissä muistoissa tuli esiin asiakkaiden ongelmien monimutkaistuminen ja moninaistuminen vuosien saatossa. Keskeinen muutos on myös se, että hoitajaksot ovat nykyään paljon lyhyempiä kuin aiemmin. Huumeidenkäyttäjät, maahanmuuttajat sekä vanhusten, asunnottomien ja perheellisten potilaiden kasvava määrä tuovat uusia haasteita sosiaalityöntekijän työhön.

Keskeisimpinä sosiaalityöntekijän työhön ja työnkuvaan vaikuttavista vuosien aikana tapahtuneista muutoksista mainittiin oman ammattitaidon kasvu työkokemuksen, koulutusvaatimusten ja terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden verkostoitumisen, työnohjauksen sekä täydennyskoulutuksen myötä. Muita muutoksia olivat moniammatillisuuden kehittyminen ja yhteistyökumppaneiden määrän kasvu sekä työhön kohdistuneet tehokkuusvaatimukset. Lisäksi vuosien aikana tulleet uudet lait ja lakimuutokset ovat vaikuttaneet työhön ja edellyttäneet sosiaalityöntekijöiltä jatkuvaa tietojen päivittämistä ja ajan tasalla pysymistä. Asiakkaat ovat myös tulleet vuosien saatossa tietoisemmiksi oikeuksistaan.

Avainsanat: sairaalan sosiaalityö, terveydenhuollon sosiaalityö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, potilas, asiakas, sosiaalityöntekijä

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	3
2	SOSIAALITYÖ SAIRAALAORGANISAATIOSSA.....	7
2.1	Sairaanhoitajasta sosiaalialan asiantuntijaksi.....	7
2.2	Sosiaalityö perusterveydenhuollossa.....	10
2.3	Sosiaalityö erikoissairanhoidossa.....	12
2.4	Terveysthuollon sosiaalityön luokitus.....	14
3	SOSIAALITYÖNTEKIJÄNÄ SAIRAALASSA.....	17
3.1	Sairaalasosiaalityön lainsäädännöllinen perusta.....	17
3.2	Sosiaalityöntekijän laaja tietovaranto.....	19
3.3	Moniammatillisuus sairaalan sosiaalityössä.....	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	26
4.1	Tutkimusongelma.....	26
4.2	Aineisto ja aineistonkeruu.....	27
4.3	Kirjoittajat.....	29
4.4	Kirjoitetut muistot aineistona.....	30
4.5	Dokumentoitu aineisto.....	33
4.6	Aineiston analyysi.....	34
4.7	Tutkimuksen luotettavuus.....	38
5	TYÖTEHTÄVIIN LIITTYVÄT MUISTOT.....	40
5.1	Sosiaalityöntekijät kotiutuksen ja jatkohoidon järjestäjinä.....	40
5.2	Sosiaalityöntekijät apuvälineiden järjestäjinä.....	43
5.3	Manuaalisesta kirjaamisesta sähköisiin sairauskertomuksiin.....	45
6	ASIAKKAISIIN LIITTYVÄT MUISTOT.....	48
6.1	Asiakkaat yhteiskunnan epäkohtien peileinä.....	48
6.2	Monikulttuurisuus uutena haasteena.....	54
6.3	Yhä enemmän vanhuksia ja asunnottomia.....	56
7	MUUTOKSIIN LIITTYVÄT MUISTOT.....	61
7.1	Oma ammattitaito kehittyy.....	61
7.2	Ajan hermolla pysyminen entistä tärkeämpää.....	63
7.3	Yhteistyökumppaneiden määrä sairaalan sisällä ja ulkopuolella kasvaa.....	64
7.4	Kovat arvot pinnalla myös sosiaalityössä.....	69
8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	72
	LÄHTEET:.....	78
	LIITE 1: Kirjoituspyyntö.....	92

1 JOHDANTO

Sosiaalityö nivoutuu muuhun sairaalan toimintaan yhdeksi palvelumuodoksi: muiden sairaalan tarjoamien palvelujen rinnalle. Se ei ole vain lääketiedettä ”avustavaa toimintaa”. Sosiaalityö voidaan kokea muiden sairaalassa työskentelevien ammattilaisten taholta jopa ”vaikeuttavaksi toiminnaksi”, sillä se vaatii laajempaa näkemystä, kuin mihin on kenties totuttu. Näin kuvaa Jaana Tulppo (1991, 81) sairaalan sosiaalityötä tutkimuksessaan sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä työn sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisilla osastoilla.

Sosiaalityö on hyvinvoinnin asiantuntija-ammatti, jonka haasteena on rakentaa arjen toimivuutta ja hyvinvointia sekä edistää sosiaalista toimijuutta (Karvinen-Niinikoski ym.2007, 77). Sosiaalityö ei kohdennu ainoastaan ihmisen toimintaan hänen elämäntilanteessaan, vaan myös ihmisen selviytymiseen elinympäristössään ja siihen vaikuttamiseen sekä ihmisen vuorovaikutussuhteisiin. Sosiaalityö on eräänlainen väliintulo apua tarvitsevan ihmisen jokapäiväiseen elämään. Väliintuloa tarvitaan erityisesti silloin, kun ihmisen elämässä tai hänen, yhteisön ja yhteiskunnan suhteissa tapahtuu muutoksia tai menetyksiä, kuten tapahtuu esimerkiksi ihmisen sairastuessa. (Dominelli 2004, 5; Havukainen ym.1998, 13.) Sosiaalityön ensisijainen tavoite onkin vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa löytää uusia tulkinta- ja toimintamahdollisuuksia juuri näissä yhteyksissä (Havukainen ym.1998, 13).

Vakava sairastuminen ja siitä kuntoutuminen on prosessi, joka koskettaa aina monia elämänalueita - asumista, arkiselviytymistä, perhesuhteita, toimeentuloa, fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja. Sairastumisen aiheuttamat muutokset edellyttävät näiden monien asioiden uudelleen järjestelyä ja uudelleen muotoutumista tai sopeutumista pysyviin muutoksiin. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on asiakkaan sosiaalisen elämäntilanteen kartoittaminen yhdessä asiakkaan ja erityisesti hänen lähiomaistensa kanssa. Sosiaalisen tilanteen selvittämisen perusteella sosiaalityöntekijä voi arvioida ja ennakoida tarvittavia tukitoimia ja laittaa vireille välttämättömät sosiaalivakuutusasiat sekä kotiutukseen ja kotona asumiseen tarvittavat tukipalvelut. Tällainen selvittelyprosessi antaa hyvän mahdollisuuden myös psykososiaalisen tuen antamiseen sairauden muutosvaiheiden aikana. Oikea-aikainen asiakaslähtöinen, ammatillinen ja sujuva asioiden hoito voi ehkäistä vakavan sairastumisen tuottamaa kaaoksen

tunnetta ja auttaa perhettä hallitsemaan sitä. Psykososiaalinen tuki auttaa asiakasta ja omaista saamaan käyttöön omat voimavarat, sopeutumaan sairauteen ja selviytymään muuttuneessa elämäntilanteessa. (Ruotsalainen 2003, 111-113, 120.) Vaikeassa tilanteessa oleva ei tarvitse vaikeuksien pois selittämistä, vaan kuuntelevaa asennetta ja tukea juuri siihen tilanteeseen, jossa on (Metteri 2003, 18). ”On pystyttävä kuuntelemaan ihmisen asiaa, olemaan ihminen ihmiselle ilman että ammattitaitoinen asioiden hahmottaminen sitä rajoittaa”, kuten Hautamäki (2007, 95) asian kiteyttää.

Sairaus rajoittaa monella tavalla sosiaalista kanssakäymistä ja ylipäänsä henkilön toimintaa. Haitallisuus ilmenee voimattomuutena, hyvin voimisen vajeena, heikkoutena. Tämä saattaa aiheuttaa monenlaisia jännitteitä, turhautumista ja pettymystä. Sosiaalityön paradigma lieneekin olla ”silta” sosiaaliseen todellisuuteen, jotta yksilö voisi säilyttää sosiaalista kuntoaan, autonomiaansa. Sosiaalityö on siis asiakkaan sosiaalisen kuntoisuuden hoitamista, ja sen perimmäisenä tehtävänä on minimoida sairastumiseen liittyvää toimintahaittaa, epäautonomisuutta. (Niemelä 1985, 39.)

Sairaalassa tehtävää sosiaalityötä on tutkittu melko vähän. Oma kiinnostukseni sairaalamaailmaan ja sosiaalityöntekijän työhön siellä juontaa juurensa sosiaalityön opintoihin kuuluvaan työharjoitteluun, jonka suoritin Lahden kaupunginsairaalassa keväällä 2004. Jo tuolloin minua kiehtoi sosiaalityöntekijän työnkuva ja asema yhtenä erityistyöntekijänä niinkin isossa organisaatiossa kuin sairaalassa ja moniammatillisten tiimien jäsenenä.

Tämän tutkielman tavoitteena on tarkastella sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan muotoutumista 1980-luvulta nykypäivään. Ne ongelmat, joita sosiaalialan työntekijät päivittäin työssään kohtaavat, ovat jatkuvassa muutoksen tilassa, koska yhteiskunta, jossa elämme, muuttuu koko ajan (Aho 1999, 12). Mirja Satkan (2007, 216) sanoin: ”toimijoiden on aina rakennettava sosiaalinen työ oman aikansa lähtökohdista käsin.” Kolmekymmentä vuotta on pitkä aika, jonka aikana yhteiskunnassa on ehtinyt tapahtua yhtä ja toista. Samoin myös terveydenhuollon kehitys on ollut jatkuvan muutoksen alla (Lindén 1999, 29). Tämä kaikki on luonnollisesti vaikuttanut myös terveydenhuollossa tehtävään sosiaalityöhön. Näiden muutosten sekä sairaalassosiaalityöntekijän sijaisena ollessani vanhempien työntekijöiden

kanssa käymieni keskustelujen perusteella lähtöoletuksenani onkin, että sosiaalityöntekijöiden työnkuvassa on tapahtunut muutoksia vuosikymmenten aikana. Tutkimuksen informantteina ovat eri puolella Suomea työskentelevät sairaaloiden sosiaalityöntekijät. Tutkielma on kvalitatiivinen tutkimus, jonka aineistona ovat sairaaloiden sosiaalityöntekijöiden omakohtaiset kirjoitukset, joissa he ovat saaneet muutamiin kysymyksiin nojaten hyvin vapaamuotoisesti tarkastella työnsä muotoutumista 1980-luvulta nykypäivään. Lisäksi käytössäni on ollut erään päiväsairaalan ja erään syöpäosaston sosiaalityön dokumentoitua aineistoa; tilastotietoja, toimintakertomuksia ja yhteenvedoja vuosien 1980 ja 1998 väliltä.

Suurin osa kirjoituspyyntöni vastanneista sosiaalityöntekijöistä työskenteli tai oli ennen eläkkeelle jäämistä työskennellyt erikoissairaanhoidossa. Oma työkokemukseni sairaalan sosiaalityöstä perustuu vain perusterveydenhuollon puolelle. Erikoissairaanhoidossa tehtävä sosiaalityö on itsellenikin melko vierasta. Jari Eskolan ja Juha Suorannan (1998, 20) mielestä laadullisessa analyysissä tutkijan pitäisi yllättyä tai oppia tutkimuksensa kuluessa. Tämän tavoitteen toteutumiselle avautui loistava tilaisuus tutkielmani teon myötä.

Sosiaalihuollossa palvelujen käyttäjää nimitetään asiakkaaksi, terveydenhuollossa taas potilaaksi (Taipale ym.1997, 184). Monissa tutkielmassani käyttämistäni lähteistä puhutaan asiakkaasta. Monet tutkittavat puolestaan puhuvat kirjoituksissaan potilaasta. Näin ollen työssäni risteilevät molemmat käsitteet. Sosiaalityöntekijän työ sairaalassa sai alkunsa sairaanhoidosta, mutta laajeni myöhemmin käsittämään koko terveydenhuollon. Tämä kehitys ilmenee terminologian muutoksissa: sairaanhoidollissosiaalinen työ, sosiaaliset kysymykset sairaanhuollossa, kliininen sosiaalityö, lääkinnällis-sosiaalinen työ, terveydenhuollon sosiaalityö. (Havanto ym.1989, 100.) Käytän työssäni suurimmaksi osaksi käsitettä sairaalan sosiaalityö, koska suurin osa tutkittavista työskentelee tai on aiemmin työskennellyt sairaalassa ja tarkastelukulmana on nimenomaan sairaaloissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden työnkuvan muotoutuminen. Lähteissä toki puhutaan myös terveydenhuollon sosiaalityöstä.

Tutkimukseni lähtee liikkeelle teoreettisesta viitekehyksestä, jossa kuvaan lyhyesti sairaalasosiaalityön historiaa, esittelen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

tehtävää sosiaalityötä sekä kerron 1990-luvun lopulla valmistuneesta terveydenhuollon sosiaalityön luokituksesta. Näiden lisäksi tuon esille keskeisimpiä lakeja, joiden ympärille sosiaalityö sairaalassa kietoutuu, kuvaan sitä laajaa asiantuntemusta, jota sosiaalityöntekijältä sairaalaorganisaatiossa edellytetään sekä tarkastelen moniammatillisen työtavan haasteita terveydenhuollossa. Esittelen teoriaosuudessa myös tutkimusongelmani kannalta keskeisiä aikaisempia tutkimuksia. Teoriaosuuden jälkeen kerron tutkimusprosessini etenemisestä; mikä on tutkimusongelmani, millä tavalla olen aineistoni hankkinut sekä mitä tutkimusmenetelmiä olen käyttänyt. Samalla myös pohdin tutkimukseni luotettavuutta. Tutkimustulokset tuon esille kolmen keskeisen teeman avulla ja peilaan niitä aikaisempiin tutkimuksiin sekä teoriaan. Lopuksi kokoan yhteen tutkimukseni keskeiset johtopäätökset.

2 SOSIAALITYÖ SAIRAALAORGANISAATIOSSA

2.1 Sairaanhoidajasta sosiaalialan asiantuntijaksi

Suomessa terveydenhuollon sosiaalityön alku kytkeytyy 1920-luvun alkuun. Sairaanhoidajat ja terveystyöntekijät toimivat sosiaalihoitajina ja huoltohoitajina 1920-luvulta lähtien ilman erityiskoulutusta. Ainoastaan muutamilla oli ollut mahdollisuus opiskella Englannissa tai Amerikassa. Jo tuolloin terveydenhuollossa oli todettu potilaan tervehtymistä ehkäiseviksi tekijöiksi henkilökohtaiset ja sosiaaliset vaikeudet. Näiden selvittäminen edellytti työntekijältä laajempaa yhteiskunnallista tietoa. Sophie Mannerheimin aloitteesta ryhdyttiin 1920-luvulla kehittämään sosiaalityötä ensin Helsingin Yleisen sairaalan Lastenkliniikassa ja Kirurgisessa sairaalassa sekä sittemmin myös muissa sairaaloissa. (Havanto ym.1989, 99.) Aluksi sosiaalihoitajan päätehtävänä oli huolehtia ruumishuoneen järjestyksestä, ottaa vastaan kuolleiden omaisia, ilmoittaa heille suru ja lohduttaa heitä. Myös ruumiiden saattaminen ja arkun ostaminen kuului sosiaalihoitajan tehtäviin. (Liskola 1988, 1095-1096.)

Ensimmäisiä Amerikassa sosiaalityötä opiskelleita suomalaisia olivat Helvi Boothe, Margit Borg-Sundman ja Märta Bohman, joilla kaikilla oli tärkeä merkityksensä suomalaisen sosiaalityön koulutuksen kehitykselle (Vuorikoski 1999, 82). Yhdysvaltojen lisäksi esikuvia työn kehittämiseksi oli hankittu Pohjoismaista ja Keski-Euroopasta. Näissä maissa oli aloitettu 1900-luvulla yliopistollinen sosiaalityhteellinen koulutus ja yksilökohtaisen työmenetelmän kehittäminen ja toteutus käytännön työssä. Yhdysvaltalaisen Mary Richmondin luomalla käsitteellä ”social diagnosis” oli avainasema yksilökohtaisessa sosiaalityössä. (Lääkintöhallitus 1982, 4.) Rajavaara (1986, 60) on myöhemmin kritisoinut sosiaalityössä käytettyjä lääketieteellisen mallin kaltaisia ”sosiaalisia diagnooseja”, joiden pohjalta asiakkaiden elämää ja tulevaisuutta voitaisiin suunnitella. Diagnoosit ovat hänen mukaansa sosiaalityössä pulmallisia, koska ne leimaavat ja passivoivat asiakkaan (tai vaikkapa asuinalueen) ja saattavat jopa vahvistaa asiakkaan ei-toivotuksi määriteltyä käyttäytymistä. Vaikkei diagnooseja ääneen lausuttaisiinkaan, voi Rajavaaran mukaan yksilö päätellä muiden käyttäytymisestä, miten hänet on luokiteltu.

Ennen ensimmäistä maailmansotaa tehtiin sairaaloissa henkilökohtaiseen huoltoon perustuvaa sosiaalityötä. Ensimmäisen maailmansodan vaihe ja aika sen jälkeen merkitsi psykiatrisen suuntauksen korostamista sosiaalityössä. Toisen maailmansodan jälkeisenä nousukautena yksilökohtainen sosiaalityö pääsi jälleen voimakkaaseen kehitysvaiheeseen. (Lääkintöhallitus 1982, 4.) Yhteistä kaikille yksilökohtaisen työn, caseworkin määrittelyille ja nimityksille on, että ne tarkoittavat toimintaa, jossa sosiaalityöntekijä työskentelee kohteenaan yksilö. Yksilöä ei kuitenkaan nähdä irrallisena ympäristöstään, vaan nimenomaan ympäristöönsä kuuluvana, erityisesti perheensä jäsenenä. Keskeistä yksilötyössä on sosiaalityöntekijän ja yksilön välinen suhde. (Mäki 2006, 35-36.) Tässä vuorovaikutussuhteessa työntekijän psykologisella tiedolla ja sen hyödyntämisellä on suuri merkitys. Suomalaiseen sosiaalityöhön nämä periaatteet tulivat vuonna 1959 ilmestyneen ensimmäisen suomalaisen sosiaalityön oppikirjan ”Henkilökohtainen huolto” myötä. Vaikka oppikirja käsitteli vain henkilökohtaista huoltoa, korostettiin siinä, että sosiaalityössä tarvitaan muitakin menettelytapoja, muun muassa sosiaalipoliittisia uudistuksia ja ryhmädynamiikan hyväksikäyttöä. (Vuorikoski 1999, 99.)

Margit Borg-Sundmanin toiveena oli jo 1920-luvulla saada sosiaalityöntekijöiden koulutuksesta korkea-asteinen. Hän kertoo muistelmateoksessaan, kuinka oli vuonna 1928 marssinut yliopistolle ja esittänyt rehtorille vaatimuksen siitä, että Helsingin yliopistoon olisi perustettava sosiaalipoliittinen tiedekunta, jossa valmistettaisiin sosiaalityöntekijöitä. Silloin ajatusta pidettiin täysin mahdottomana. (Borg-Sundman 1969, 49-50.)

Terveydenhuollon (kansanterveys) ja sosiaaliturvan palvelujen kehittyessä 1930- ja 1940-luvuilla lukuisten uusien lakien tullessa voimaan joutui työntekijöiden koulutus uuteen vaiheeseen (Havanto ym.1989, 99). Vuonna 1942 aloitettiin 2-vuotinen sosiaalihuoltajakoulutus Yhteiskunnallisessa Korkeakoulussa. Jo tätä ennen oli Yhteiskunnallisessa Korkeakoulussa ollut mahdollista suorittaa lastensuojelututkinto. (Kananoja & Pentinmäki 1977, 35.) Sosiaalihuoltajakoulutus valmisti työntekijöitä sosiaalihuollon eri sektoreille, mutta ei terveydenhuoltoon, missä katsottiin tarvittavan erityisesti lääkinnällis-sosiaalisia ja psykiatris-sosiaalisia valmiuksia. Tilanteesta johtuen koulutettiin terveydenhuollon tarpeisiin sosiaaliohittajia vuosina 1945–1975 Valtion Terveydenhuolto-opistossa. (Havanto ym.1989, 99; Havukainen ym.1998, 10; Toikko 2005, 149.) Sosiaalityöntekijöiden kouluttamista varten perustettiin kaikkiaan kolme koulutusväylää;

sekä suomen- että ruotsinkielinen sosiaalihuoltajakoulutus ja sairaanhoidon piirissä toimiville sosiaalityöntekijöille tarkoitettu sosiaalihoitajakoulutus (Vuorikoski 1999, 94). Oppilaiksi sosiaalihoitajakoulutukseen hyväksyttiin aluksi terveystieteiden, vuodesta 1949 lähtien sairaanhoitajia ja myöhemmässä vaiheessa myös sosiaalihuoltaja- tai akateemisen loppututkinnon suorittaneita. Aluksi sosiaalihoitajakoulutus kesti neljä kuukautta, pidentyen vuonna 1949 yhden lukuvuoden kestäväksi. (Havanto ym.1989, 99.) Aloitettu koulutus oli luonteeltaan toimintakeskeistä. Tärkeimpänä oppiaineena oli sosiaalityön menetelmäoppi, jonka sisältöön vaikuttivat voimakkaasti amerikkalaisesta sosiaalityön koulutuksesta saadut kokemukset. Erityisesti korostettiin henkilökohtaisen huollon ja sen kliinisten sovellutusten opettamista. (Lehtinen 1986, 85.) Rinteen ja Jauhaisen (1988, 284) mukaan case work-ideologian avulla oli tarkoitus luoda uuden ajan sosiaalityöntekijöistä psykologia-tieteen soveltamisen asiantuntijoita. Korostettiin kykyä kuunnella ja ymmärtää asiakasta sekä vaikuttaa häneen terapeuttisen suhteen avulla. Koska menetelmäopetusta oli runsaasti ja koulutusaika oli lyhyt, jäi yhteiskuntatieteellinen opetus tuohon aikaan puutteelliseksi (Lehtinen 1986, 85).

Sosiaalityöntekijöiden koulutuksen aloittaminen oli merkittävä askel sosiaalityön professiokehityksessä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden koulutusväylien eriytyneisyys lisäsi kuitenkin ammattikunnan hajanaisuutta, mikä näkyi myös ammatillisen järjestäytymisen alueella. Kun sekä suomen- että ruotsinkielisessä sosiaalihuoltajakoulutuksessa korostui lainsäädännön osuus, oli sosiaalihoitajakoulutuksessa keskeinen sija anglosaksisista maista peräisin olevien sosiaalityön menetelmien opetuksella. (Vuorikoski 1999, 106-107.) Myöhemmin sosiaalityöntekijöiden koulutusta on pyritty yhtenäistämään. Sosiaalityöntekijästä on tullut vähitellen sosiaalialan asiantuntija, eikä pelkästään sosiaalialaan ”erikoistunut sairaanhoitaja”. (Niemelä 1985, 5-6.)

Koulutuksen yhtenäistämisen kannalta keskeistä oli se, että yhteiskunnallisten aineiden osuutta alettiin lisätä koko ajan 1950-luvulta lähtien, koska sosiaalilainsäädäntö ja sosiaalipalvelut kehittyivät nopeaan tahtiin (Havukainen ym.1998, 10-11). Korkea-asteinen sosiaalityön koulutus aloitettiin 1960-luvun puolivälissä Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteellisessä tiedekunnassa sosiaalipolitiikkaan kytkettynä. Vuonna 1970 tuli mahdolliseksi suorittaa

ylempi korkeakoulututkinto pääaineena sosiaalipolitiikka sosiaalihuollon linjalla. (Sosiaalihalitus 1989, 8.) Lähtökohtana oli, että sosiaalityöntekijöiden peruskoulutuksesta tulisi luoda yhtenäinen ja koulutusohjelman olla niin laaja-alainen, että se soveltuisi eri aloilla toimiville sosiaalityöntekijöille (Vuorikoski 1999, 140). Pian havaittiinkin, että kaiken sosiaalityön koulutuksen tulee tapahtua yliopistossa, joten sosiaalihoitajakoulutus sairaanhoitajan erikoistumisopinoväylänä keskeytettiin (Havukainen ym.1998, 11). Myös sisäänotto sosiaalihuollon sosiaalityön alempaan koulutukseen, sosiaalihoitajatutkintoon, päättyi vuonna 1985 (Sosiaalihalitus 1989, 8). Samalla kun vuonna 1975 sosiaalihoitajakoulutus lopetettiin, alettiin sosiaalihoitajanimikkeestä luopua ja puhua sosiaalityöntekijästä. Alettiin myös puhua enemmän terveydenhuollon sosiaalityöstä, sillä sosiaalityöntekijöitä tuli yhä useampiin terveydenhuollon toimipaikkoihin. (Lindén 1999, 52.) Nykyään sosiaalityöntekijöiden ylempään korkeakoulututkintoon johtavaa koulutusta järjestetään kuudessa yliopistossa (Sosnet).

2.2 Sosiaalityö perusterveydenhuollossa

Sosiaalityö on monipuolista toimintaa, jota tehdään muun muassa erilaisissa palvelupisteissä ja laitoksissa. Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihoitolaian mukaan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheiden turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta. Sosiaalityön tehtävänä on osaltaan edistää ihmisten toimintakykyä, toimeentulon edellytyksiä ja sosiaalista kasvua sekä ylläpitää ja lisätä sosiaalista turvallisuutta, viihtyvyyttä ja parantaa elämän laatua. (Taipale ym.2004, 107.)

Terveydenhuollossa palvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Ero perus- ja erityispalvelujen välillä on siinä, kuinka yleinen ongelma on ja minkälaisia välineitä ja osaamista sen hoitaminen vaatii. (Taipale ym.2004, 86.) Perusterveydenhuolto vastaa sairauksien ennaltaehkäisystä ja väestön terveyden edistämisestä sekä hoitaa yleiset terveysongelmat, tarjoaa ensiapua vaikeissakin sairauksissa ja lähettää tarvittaessa potilaat jatkotutkimuksiin ja -hoitoon (Taipale ym.1997, 130).

Kunta järjestää asukkailleen perusterveydenhuollon palvelut terveyskeskuksessa. Terveyskeskuksella voi olla monta toimipistettä, esimerkiksi erillisiä neuvoloita, terveysasemia ja sairaaloita. (Sosiaali- ja terveysministeriö1999, 10-11; Taipale ym.2004, 141.) Myös koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä kotisairaanhoido ovat perusterveydenhuollon vastuulla. Työterveyshuolto voidaan järjestää joko terveyskeskuksessa, työpaikkojen omilla terveysasemilla tai yksityisillä lääkäriasemilla. (Taipale ym. 2004, 146.) Useimmilla terveyskeskuksilla on oma vuodeosasto eli terveyskeskuksen sairaala tavallisten sairauksien ja pitkäaikaissairaiden hoitoa ja hoivaa varten. Terveyskeskuksen sairaalan vuodepaikat on joillakin paikkakunnilla varattu lähes kokonaan pitkäaikaissairaille. Useimmiten kuitenkin osa paikoista on tarkoitettu äkillistä hoitoa vaativille potilaille. Monissa suurissa kaupungeissa terveyskeskuksen alaisina toimii kirurgian, sisätautien ja naistentautien osastoja, jotka kuuluvat valmiuksiltaan jo selvästi erikoissairaanhoidon. Raja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on siis liukuva. (Taipale ym.1997, 130, 136.)

Perusterveydenhuollossa terveydenhuollon sosiaalityön tavoitteena on poistaa sairautta aiheuttavia ja terveyden edistämisen sekä kuntoutumisen tiellä olevia sosiaalisia esteitä. Sosiaalityöntekijän toiminta liittyy kaikkiin terveyskeskustoimintoihin ja kohderyhmänä on koko terveyskeskusalueen väestö. Sosiaalityö painottuu eri tavoin terveyskeskuksissa riippuen väestöpohjan ikä-, ammatti- ja asumisrakenteesta ja alueen yleisistä terveydenhuolto- ja muista palveluista sekä sosiaalityöntekijöiden määrästä terveyskeskuksessa. (Lääkintöhallitus 1982, 13-14.) Esimerkiksi vanhussosiaalityön rooli korostuu terveyskeskusten ja sairaaloiden sosiaalityöntekijöiden työssä etenkin niillä paikkakunnilla, joissa ei ole erikseen vanhuussosiaalityöhön nimettyä sosiaalityöntekijää (Pajunen ym.2009, 21). Kriisityö saattaa olla myös olennainen osa terveyskeskuksen sosiaalityöntekijän työtä, kuten Pirkkalan terveyskeskuksen ensimmäisestä sosiaalityöntekijästä, Irma Passojasta kertovasta artikkelista käy ilmi. Näin oli ainakin kyseisessä terveyskeskuksessa vielä 1980- ja 1990-luvulla. Sosiaalityöntekijä ja psykologi muodostivat työparin ja antoivat kriisiapua esimerkiksi avioerotilanteissa. (Suoninen 1995, 23.)

Sosiaalityöntekijä on perusterveydenhuollossa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välisen yhteistyön kehittäjä ja ylläpitäjä peruskuntien tasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisillä tehtävä- ja vastuualueilla sosiaalityöntekijä osallistuu voimavarojen tarkoituksenmukaisen käytön suunnitteluun. Keskeisimpiä yhteisiä alueita ovat pitkäaikaissairaiden hoito, vanhusten ja vammaisten huolto, päihdyttäviä aineita käyttävien huolto, lastensuojelu ja niin kutsutut moniongelmaperheet sekä ehkäisevässä työssä lasten päivähoitotoiminta. (Lääkintöhallitus 1982, 14.)

Hämeenkyrön terveyskeskuksen ensimmäisestä sosiaalityöntekijästä, Sinikka Hakkaraisesta kertovassa artikkelissa käy ilmi, että terveyskeskus on vuosien saatossa muuttunut avoimemmaksi yksiköksi. Hakkaraisen mielestä aiemmin, 1980-luvulla, terveyskeskus oli vielä hyvin suljettu yksikkö: sosiaalityöntekijä ja kotisairaanhoido olivat lähes ainoat linkit ulkomaailmaan. 1990-luvulle tultaessa terveyskeskus on tullut hänen mielestään avoimeksi joka suuntaan: asiakkaiden ja potilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa on vahva sosiaalinen ulottuvuus. (Suoninen 1995, 22.)

Viime vuosina terveyskeskusten sosiaalityöntekijöiden virkoja on säästösyistä lakkautettu kunnissa. Samalla heidän tehtäviään on siirtynyt erikoissairaanhoidon sosiaalityölle, mikä on luonnollisesti lisännyt työmäärää sillä puolella. (Aho 1999, 194.) Pylvään (2003, 38-39, 64) tutkimuksessa, jossa selvitettiin ryhmähaastattelun avulla Oulun yliopistollisen sairaalan sosiaalitoimen tulosityksikön 20 sosiaalityöntekijän kokemuksia ja käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta erikoissairaanhoidossa, kävi ilmi, että yhteistyötä perusterveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kanssa ei juuri ollut. Tähän syyksi mainittiin se, että perusterveydenhuollossa ei ole tarpeeksi tai ei ollenkaan sosiaalityöntekijöitä.

2.3 Sosiaalityö erikoissairaanhoidossa

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 16). Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja

lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15). Erikoissairaanhoidon varten maa on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin. Lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Jokaisessa piirissä on keskussairaala, näistä viisi on erityistason sairaanhoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 16.)

Suomen sairaalalaitoksessa on sosiaalityöntekijöiden työllä pidemmät perinteet kuin avohoidossa (Lääkintöhallitus 1982, 1). Sairaalassa sosiaalityötä tarvitaan olennaisesti asiakkaiden sairaus- ja eläkevakuutus- sekä toimeentulo-, kuntoutus- ja palveluasoiden selvittämiseksi. Sosiaalityöntekijä vastaa asiakaskohtaisesti työstä yksiköittäin erilaistuvassa toimintaympäristössä, mutta hän toimii yhteiskunnallisen sosiaalityön tekijänä. Työnsä asiantuntijana ja kehittäjänä sosiaalityöntekijä palvelee asiakkaita erinäisissä tarpeissa ja toimii yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa, jolloin sosiaalityötä on tarkasteltava lisäksi moniammatillisesti. Työtä tehdään yhteistyössä lääketieteen ja hoitotieteen kanssa, mikä asettaa omat vaatimuksensa ja rajoituksensa toiminnalle. Sosiaalityöntekijä osallistuu henkilökunnan ohjaukseen sosiaalityön ymmärtämisen ja sosiaalisten ongelmien havaitsemisen lisäämiseksi. Hän toimii myös yhteiskunnan palvelujärjestelmien asiantuntijana ja näiden palvelujen välittäjänä asiakkaiden tarpeisiin nähden. (Lindén 1999, 20, 25.)

Erikoissairaanhoidon sosiaalityö on vaativa erikoistumisen alue, jonka vuoksi sosiaalityöntekijän työhön kohdistuu joitakin erityisasiantuntijuuden vaatimuksia. Esimerkiksi Oulussa erikoissairaanhoidon on keskitetty seksuaalisen hyväksikäytön tutkimukset, jotka tehdään lastenpsykiatrian klinikalla, ja joihin myös sosiaalityöntekijät osallistuvat. (Aho 1999, 197; Pylväs 2003, 75.)

Kun erikoissairaanhoidon järjestelmän näkökulmasta tehostettu, saattaa vakavankin sairastumisen jälkeinen sairaalahoitovaihe jäädä lyhytkestoiseksi. Mikäli diagnoosiin perustuva hoito on selvä, asiakas kävelee ja omaishoitoapua löytyy, kotiutuminen sairaalasta tapahtuu nopeasti. Terveydenhuollon palvelurakenteen muutoksesta on seurannut se, että

asiakkaat siirtyvät kesken hoidon yhä useammin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon hoito- ja kuntoutusvastuulle. Nykyisen hoidon porrastuksen seurauksena terveystieteiden jatko- ja kuntoutusvastuulle. Nykyisen hoidon porrastuksen seurauksena terveystieteiden jatko- ja kuntoutukseen siirretään myös sellaisia potilaita, jotka tarvitsevat keskussairaaloista seuranta. Lyhyen sairaalahoitojakson aikana asiakas tai hänen omaisensa eivät aina ehdi tavata eri ammattiryhmien asiantuntijoita. Sairauden aiheuttamassa kriisivaiheessa he eivät myöskään kykene vastaanottamaan tai ymmärtämään kaikkea sairauden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää tietoa tai palveluita koskevaa ohjausta. (Ruotsalainen 2003, 109, 111-112.) Terveystieteiden sosiaalisuudessa olisikin hyvin tärkeää jatkuvasti etsiä keinoja, joilla tavoitetaan apua tarvitsevat. Yhä lyhyemmäksi muuttuvien sairaalahoitoaikojen takia ei ole mahdollista tavata kaikkia potilaita. Olisi siis tärkeää miettiä työnjakoa sosiaalisuuden tekijöiden ja terveystieteiden muun henkilöstön kanssa. (Narkilahti 2003, 97.)

2.4 Terveystieteiden sosiaalisuuden luokitus

Monilla ammatti- ja tieteenaloilla luokitusten rakentamisella ja kehittämisellä on pitkät perinteet. Luokituksia on kehitetty erityisesti luonnontieteissä, kirjastotieteessä, informatiikassa, lääketieteessä ja hoitotieteessä. Tietoteknologian laajentuva käyttöönotto ja hyödyntäminen sosiaalisuuden kirjaamisessa ovat lisänneet luokituksen tarvetta myös sosiaalisuudessa. Luokitukset tukevat ja edistävät sosiaalisuuden dokumentointia, vertailukelpoisen tiedon tuottamista ja arviointia. Luokitusten kehittäminen liittyy tärkeänä osana laajempaan kansalliseen sosiaali- ja terveystieteiden tietojärjestelmien kehittämistyöhön, jolla luodaan entistä toimivampia asiakastietojärjestelmiä ja edistetään tietojärjestelmien keskinäistä yhteistoiminnallisuutta. Suomessa on hajanaisesti käytössä muutamia paikallisia tai sosiaalisuuden erityisalakohtaisia luokituksia, joita on tehty muuan muassa palvelujen sisältöjen kuvaamistarkoitukseseen. Ensimmäinen ja huomattavin suomalaisen sosiaalisuuden erityisalaluokitus on terveystieteiden sosiaalisuuden luokitus vuodelta 1998. (Kärki 2007, 3, 13-14.)

Sosiaalisuuden luokittelemisessa on kysymys samanaikaisesti sekä yhtenäisen (ammattillisen) sisällön rakentamisesta sosiaalisuudelle että sosiaalisuutta koskevan tiedon hallinnasta ja

systematisoinnista (Juhila 2000, 152). Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus on Suomen Kuntaliiton ja Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ry:n (nykyinen Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry) yhteistyönä syntynyt ensimmäinen yritys luoda yhtenäistä sosiaalityön käsitteistöä suomalaiseen käytäntöön. Se on numeeriseen muotoon muutettua asiakastyötä ja ammatillista asiantuntijatyötä. Sosiaalityön tilastointi on jäänyt pitkään erilaisten teknisten sovellutusten ulkopuolelle. Osasyynä on ollut se, että sosiaalityötä ei ole voinut käsitellä samanlaisina toimenpiteinä kuin terveydenhuollon muuta toimintaa. Palveluketjujen kehittäminen ja palvelujen tuotteistaminen on tuonut myös uusia laajempia näkökulmia palvelukokonaisuuksiin ja lähentänyt sosiaalityön ja muun terveydenhuollon näkökulmia. Tähän asti sosiaalityöntekijät ovat tilastoineet manuaalisesti tai atk:n avulla omaan ohjelmaansa, joka on erillään muusta potilashallinnosta. Luokituksen käyttöönoton jälkeen on tullut mahdolliseksi kirjata sosiaalityötä S-koodein atk-pohjaisiin tiedostoihin. (Havukainen ym. 1998, 3, 42.)

Kaikilla yliopistollisilla keskussairaaloilla ja monella muulla sairaalalla tai toimintayksiköllä on erilaisia atk-pohjaisia tilastointijärjestelmiä. Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus kuvaa potilaiden saamia sosiaalityön palveluja ja sosiaalityön muuta sisältöä. Luokituksen tarkoituksena on eritellä sosiaalityön sisältö riittävän laajasti, niin että se kattaa kaiken sosiaalityön alueella tehtävän työn kuitenkin niin yleisellä tasolla, että jokainen alalla toimiva sosiaalityöntekijä pystyy sijoittamaan siihen oman työnsä. Eri työpaikoilla ja eri tehtävissä painottuvat eri asiat. Ei ole ajateltavissakaan, että jokainen sosiaalityöntekijä tekisi kaikkea luokituksessa kuvattua omassa työtehtävässään. Luokitus antaa kuitenkin hyvän yleiskuvan siitä, mitä sosiaalityö sisältää ja mitä palveluja voi liittää potilaan hoito- tai palvelusuunnitelmaan. Sen avulla voidaan löytää yhdenmukainen ja yhteismitallinen tapa ilmaista työn sisältö. (Havukainen ym.1998, 21, 23.)

Luokitus muodostuu viidestä pääluokasta, jotka jakautuvat tarkempiin alaluokkiin. Pääluokat ovat: S1 Sosiaalinen arvio, S2 Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, S3 Toimeentulon turvaaminen, S4 Asiantuntija- ja koulutustehtävät sekä S9 Hallinto ja kehittäminen. Kolme ensimmäistä pääluokkaa (S1, S2 ja S3) ovat liitettävissä yksittäiseen potilaaseen suorana asiakaskohtaisena työnä. Pääluokan 4 kuvaama asiantuntijatyö (S4) on epäsuoraa työtä, joka ei

kohdistu suoraan asiakkaaseen. Pääluokan 9 (S9) kuvaama hallinto ja kehittäminen ovat sosiaalityön tekemisen edellytyksiä varmistavaa työtä. (Havukainen ym.1998, 26.)

Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus on päivitetty vuonna 2007, jolloin syntyi Terveyssosiaalityön nimikkeistö 2007. Päivitetyssä luokituksessa muut luokituksen pääluokat näyttäisivät olevan samat kuin aiemmin, mutta kolmas pääluokka S3 Toimeentulon turvaaminen on vaihtunut luokaksi RS3 Yhteistyö, koordinointi ja verkostotyö. Lisäksi S-kirjainten eteen on tullut R-kirjain uudessa versiossa. (Suomen Kuntaliitto & Terveyssosiaalityöntekijät ry 2007.) Kansainvälisistä sosiaalityön luokituksista mainittavimmat ovat yhdysvaltalaisen 1990-luvulla psykiatriseen sosiaalityöhön kehittämä Person in Environment-luokitus (PIE) sekä 2000-luvulla valmistunut australialainen terveydenhuollon sosiaalityön luokitus (casemix). Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä luokituksista mainittavin on kansainvälinen ja sisällöltään laaja-alainen WHO:n Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen ja terveyden kansainvälinen ICF-luokitus. 2000-luvun alkupuolella valmistunut asiakaskohtaisen sosiaalityön luokitukset muodostavat ensimmäisen, ja toistaiseksi ainoan suomalaisen sosiaalityön yleisluokitusjärjestelmän. (Kärki 2007, 3, 14, 29.)

Salme Kallinen-Kräkin muistuttaa, että luokituksen tulee aina elää ajassa sosiaalityön mukana, ja sitä tulee päivittää. Jos jokin keskeinen tehtävä tai työn kohdeilmiö ei ole luokituksessa, pitää se lisätä sinne. Vastaavasti ajan saatossa käytöstä poistuneet toiminnot ja sosiaalityön kohdeilmiöt tulee tietenkin poistaa. (Moilanen 2004, 17.) Luokituksen tulee siis elää ajassa ja kyetä mukautumaan kunkin ajankohdan sosiaalityön tekemisen tapoihin. Työn luokitteluun itsessään on yksi sosiaalityöhön vuosien saatossa tullut muutos ja sitä kautta myös oman tutkimukseni kannalta kiinnostava seikka. Palaan sosiaalityön luokitteluun ja terveydenhuollon sosiaalityön luokitukseen vielä tuonnempana tutkimuksessani.

3 SOSIAALITYÖNTEKIJÄNÄ SAIRAALASSA

3.1 Sairaalasosiaalityön lainsäädännöllinen perusta

Sosiaalityöntekijältä vaaditaan nykyään ylempi korkeakoulututkinto, johon sisältyy tai jonka lisäksi on suoritettu pääaineopinnot tai pääainetta vastaavat yliopistolliset opinnot sosiaalityössä (Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista). Sairaalassa sosiaalityöntekijän työtä ohjaavat sosiaalihuollon puolella vuonna 1984 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki sekä vuonna 2001 valmistunut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Terveyspalvelujen puolella vuonna 1972 voimaan astunut kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidon laki ja terveyspalvelujen käyttäjän asemaa säätelevä laki potilaan asemasta ja oikeuksista muodostavat sairaalasosiaalityön laillisen perustan.

Kansanterveislain tavoitteena oli vaikuttaa suoraan palveluiden tarjontaan. Kuntien tuli järjestää terveyskeskuspalvelut. (Urponen 1994, 239.) Lain voimaantulon jälkeen perustettiin terveyskeskuksiin sosiaalityöntekijän virkoja siten, että niitä vuoden 1981 päättyessä oli noin 180 (Lääkintöhallitus 1982, 1). Sosiaalihuoltolaki korvasi aiemman huoltoapulain ja sosiaalihallintolain (Urponen 1994, 255). Siinä säädetään kunnalle velvollisuus huolehtia yleisten sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Näitä ovat sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut, asumispalvelut, laitoshuolto, perhehoito ja omaishoidon tuki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 7, 9.) Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain tavoitteena on turvata asiakkaan asema ja oikeudet sosiaalihuollon palvelujen käyttäjänä sekä selkiinnyttää ja yhtenäistää asiakkaan ja sosiaalihuollon toteuttajan yhteistyötä ja vuorovaikutusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 13). Asiakkaalla tulee olla oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihoitoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakkaan vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava eikä hänen ihmisarvoaan saa loukata. Erityistä huomiota on kiinnitettävä asiakkaan mahdollisuuksiin osallistua ja vaikuttaa hänelle annettavaan sosiaalihoitoon sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 17.)

Suomi on ensimmäinen maa, jossa on säädetty erillinen potilaan oikeuksia koskeva laki (Kokkonen 1997, 70). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vuonna 1993. Sen mukaan potilaalle annettavan terveyden- ja sairaanhoidon on oltava laadultaan hyvää. Hänen ihmisarvoaan ei saa loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. Jollei hoitoa voida heti järjestää, on asiakas joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle. Syy viivytykseen on aina ilmoitettava ja myös sen arvioitu kesto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 17.) Laki koskee sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa. Tarkoituksena on paitsi selkiinnyttää ja vahvistaa potilaan oikeusturvaa, myös edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä moniulotteisessa ja teknistyvässä terveydenhuollossa. (Kokkonen 1997, 70.)

Hautamäki (1997, 97) kritisoi suomalaisia hyvinvointipalveluja siitä, että niissä on hänen mukaansa laiminlyöty asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukahdutettu asiakkaan ääntä. Laki potilaan oikeuksista ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta korostavat potilaan ja asiakkaan oikeutta vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Monet tutkimukset kuitenkin osoittavat, että käytännössä asiakkaan ja potilaan asema ja vaikutusmahdollisuudet eivät ole yhtä hyvät kuin niiden periaatteessa tulisi olla. Asiakkaalla tai potilaalla ei useinkaan ole muuta vaihtoehtoa kuin ottaa vastaan tarjottu palvelu tai olla kokonaan vailla palvelua. Asiantuntijan sanaan luottavat usein sekä asiantuntija itse että hänen asiakkaansa, jolloin muut vaihtoehdot eivät tule edes keskustelun alaiseksi. Työntekijän kiire ja kyvyttömyys kuunnella asiakasta saattavat nekin vähentää asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia. (Taipale ym.2004, 81.) Hautamäen (1997, 103) mukaan terveydenhuoltomme on täynnä lääkärikeskeistä asennoitumista. Potilaita ei kuunnella kunnolla, diagnoosit esitetään lakonisesti ja hoito-ohjeet mumistaan vastaanoton loppuminuuteilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut myös suunnitellaan pääasiassa ilman asiakkaiden osallistumista, vaikka parhaan tuloksen palvelun osuvuuden ja tehokkuuden näkökulmasta turvaa asiakkaiden osallistuminen palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen (Särkelä 1997, 155-156).

Sosiaalityössä asiakaslähtöisyys on totuttu näkemään eettisesti kestävän työn tunnuspiirteenä. Asiakaslähtöisyyttä voidaan luonnehtia esimerkiksi asiakkaiden tarpeista ja tilanteista liikkeelle lähtemiseksi sekä asiakkaan osallisuuden ja oman asiantuntijuuden

kunnioittamiseksi. (Juhila 2006, 249-250.) Asiakaskeskeisyyttä on alettu kehittää sosiaalityössä uusista lähtökohdista menetelmämuutosten avulla. Yhä enemmän puhutaan yksilöllisesti räätälöitävistä ratkaisuista, psykososiaalisesta työstä ja verkostojen rakentamisesta asiakkaiden tueksi. Samalla tunnustetaan, että viime kädessä kaikki sosiaalityön lähtökohdat, tehtävät, tavoitteet, sisällöt, tuloksellisuus, määrittyvät asiakkaiden työlle asettaman tilauksen pohjalta. (Kemppainen ym. 1998, 49.) Yksilökohtainen palveluohjaus, asiakkaiden asioiden ajo ja heikomman puolelle asettuminen vaativat sosiaalityöntekijältä vahvaa asiantuntemusta hyvinvointivaltion toiminnasta, sen tarjoamista mahdollisuuksista ja heikoista kohdista, yhteiskunnallisen vaikuttamistoiminnan taitoja unohtamatta. Asioiden ajo käsitteenä liittyy oikeudelliseen kieleen ja prosesseihin. Sosiaalityössä se usein myös konkreettisesti kytkeytyy oikeuksiin ja niiden toteutumiseen, vaikka sosiaalityöntekijä ei koulutukseltaan lainoppinut olekaan. Tällaista asioiden ajoa tarvitaan silloin, kun näyttää siltä, että asiakkaiden sosiaaliset oikeuden kansalaisina eivät toteudu, toisin sanoen kun he eivät saa sitä apua ja tukea, jonka heille voidaan kansalaisina lain perusteella katsoa kuuluvan. (Juhila 2006, 181, 187.) Yleisenä ohjenuorana kaikille terveydenhuollossa toimiville ammattilaisille tulisi olla pyrkimys siihen, että asiakkaat jatkossa yhä enemmän istuisivat tiskin kummallakin puolella, kuten Kananoja (1997, 115) kuvainnollisesti asian ilmaisee.

3.2 Sosiaalityöntekijän laaja tietovaranto

Sosiaalityössä ollaan tekemisissä monimutkaisten ja laajojen elämisen ongelmien kanssa, vaikka lähtökohtana ovatkin yksittäisen ihmisen arkiset ongelmat (Karvinen-Niinikoski ym. 2007, 214). Sairaalan sosiaalityöntekijä tarvitsee työssään sekä yleistä tietoperustaa sosiaalityön käytännöistä että yksityiskohtaisempaa tietoa muun muassa sairauksista, oireista ja eri tautien vaikutuksista ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin (Carr & Parsons 1990, 22). Sosiaalityöntekijän on ymmärrettävä ihmisen psykologiseen kasvuun ja kehitykseen liittyviä asioita ja hallittava tietoa yhteiskunnasta ja yhteiskunnallisten tekijöiden merkityksestä ihmisen elämään. Sosiaalityöntekijältä edellytetäänkin monitieteistä tietoperustaa, joka voidaan karkeasti jakaa yhteiskunta- ja käyttäytymistieteisiin. Teoreettisen tiedon ja oman työn tutkimustaitojen lisäksi tarvitaan käytännöllisiä taitoja. Monet työssä toimivat

sosiaalityöntekijät ovatkin hankkineet peruskoulutuksensa lisäksi erilaisia terapia-, erikoistumis-, työmenetelmä- ja työnohjauskoulutuksia. (Havukainen ym.1998, 17.)

Niemelä (1985, 153-154) on tutkinut 1980-luvun puolivälissä kyselyn avulla sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä sairaalan sosiaalityöstä ja sosiaalityöntekijöistä. Kyseisessä tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikki ammattiryhmät pitivät sosiaalipoliittista tietoa tärkeimpänä sosiaalityöntekijän perustietona. Sosiaalityöntekijät pitivät toiseksi tärkeimpänä tietona työtään koskevaa tietoa. Muut ammattiryhmät – ennen muuta lääkärit – pitivät puolestaan toiseksi tärkeimpänä tietona sosiaalityössä terveydenhuollon tietoa. Tuolloin puolet lääkäreistä ja sairaanhoitajista olisivat nähneet sairaanhoidollisen pohjakoulutuksen soveltuvan parhaiten sosiaalityön peruskoulutukseksi. Sosiaalityöntekijät itse pitivät yhteiskunnallisammattillista tai tieteellispainotteista yliopistokoulutusta sopivampana koulutuksena.

Jaana Peltonen (1992, 1, 57, 140) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan teemahaastattelun avulla professionaalisten ehtojen toteutumista terveydenhuollon sosiaalityössä. Tutkittavina ovat olleet 17 Keski-Suomen keskussairaalan toimialueella työskentelevää sosiaalityöntekijää. Tutkittavista suurin osa totesi koulutuksensa vastanneen nykyistä työtään. Kuitenkin käytännönläheisempi koulutus (sosiaalihuoltaja tai -hoitaja-koulutus) antoi tutkittavien mielestä paremmat valmiudet käytännön työskentelyyn kuin korkeakoulututkinto. Sairaalan sosiaalityöntekijä toimii parhaiten ja tehokkaimmin silloin, kun hän on sekä henkilökohtaisesti että ammatillisesti varma (Stevenson & Unwin 1990, 41). Pylvään (2003, 65) tutkimuksessa selvisi, ettei haastateltavien mielestä sosiaalityön koulutuksessa aina oltu huomioitu oman persoonan käyttöä työssä. Sairaanhoitajapainotteisen koulutuksen käyneet sosiaalityöntekijät korostivat saaneensa koulutuksesta tukea juuri asiakkaan kohtaamiseen. Sosiaalihuoltajakoulutuksen saaneet puolestaan kokivat, että koulutuksessa pidettiin oman persoonan käyttöä lähes ”kielletynä”. Yhteiskuntatieteellisessä tiedekunnassa opiskelleilla tulivat esiin ristiriitaiset kokemukset koulutuksen annista, aiemmin valmistuneet kokivat, ettei asiakkaan kohtaamiseen ollut saanut valmiuksia, kun taas vasta opiskelemissa olleet kokivat saaneensa koulutuksesta valmiudet asiakkaan kohtaamiseen.

3.3 Moniammatillisuus sairaalan sosiaalityössä

Eila Tiirinen (2007, 143) kuvaa Huolenkantajat-kirjassa sosiaalihoitajan työtään aluesairaalassa 1970-luvun alussa näin: ”Harvoin onnistuin tekemään yhteistyötä lääkärikunnan kanssa. Tiimityötä ei tuolloin tunnettu. Kun sellainenkin ihme joskus tapahtui, että lääkäri tuli kysymään neuvoa tai käsitystäni potilaan asioista, tunsin oloni ihmisarvoiseksi.”

Satkan (2007, 124) mukaan sairaaloiden ja koulun sosiaalityöllä oli nähtävissä 1970-luvulla sama ongelma: vieraassa isäntäorganisaatiossa, terveydenhuollossa tai koululaitoksessa, ei ulkopuolista asiantuntemusta edustavan ammattialan osaamista aina ymmärretty tai osattu hyödyntää. Siksi etenkin niissä toimineiden ensimmäisten sosiaalityöntekijöiden piti olla aktiivisia oman toimenkuvansa rakentajia ja näkyviä työstä tiedottajia.

1970-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaa selvitelleissä raporteissa havaittiin, että yhteistoiminta sairaalassa on erilaisten koulutustaustojen vuoksi suuri haaste. Kuitenkin väestön tarpeista seuraa laaja-alaisen näkemyksen vaatimus sosiaali- ja terveydenhuollolle. Toiminnassa tarvitaan eri tieteenaloja ja näkemyksiä edustavia ammattiryhmiä. (Sosiaalihalitus 1989, 1, 7.) Satkan (2007, 123) mielestä sosiaalityöntekijöille jonkinlainen ongelma yhteiseen työtiimiin osallistumisessa on ollut se, että sosiaalityön tietoperusta ja käsitys siitä, mitä sosiaalinen on, on ollut aiemmin varsin kehittymätöntä – sitä on etsitty milloin psykiatriasta, milloin psykologiasta tai sosiologiasta. Lisäksi alan koulutus oli aikoinaan lyhyempi ja koulutustaso alempi kuin muilla asiantuntijatiimien akateemisilla ammattiryhmillä.

Terveydenhuollon sosiaalityön sisältöä ja ongelmia on selvitetty 1980-luvulla eräissä hallinnollisissa työryhmissä ja selvityksissä. Aineistona olivat kesällä 1987 kerätyt sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden näkemykset terveydenhuollon sosiaalityön ongelmista. Selvityksen mukaan keskeisimmät ongelmat olivat sosiaalityön epäitsenäinen asema, epäselvä rooli ja sosiaalityön erilaisesta orientaatiosta ja ”kielestä” suhteessa terveydenhuoltoon aiheutuvat yhteistyöongelmat. (Sosiaalihalitus 1989, 9.)

Sosiaalialan työ ei ole selkeää, sitä ei voi luonnehtia yksinkertaisina tekoina tai toimenpiteinä. Jos sittenkin yrittää kuvata sitä, mitä tekee, tuntuu että työ ikään kuin häviää, ikään kuin ei tekisikään mitään... Oleellisin on usein näkymätöntä. (Aho 1999, 7.) Raunion (2004, 5) mukaan sosiaalityötä luonnehditaan usein moninaiseksi, epämääräiseksi ja vaikeaselkoiseksi. Ikään kuin sosiaalityöstä olisi mahdollista tavoittaa vain erilaisia puolia tai särmiä, mutta sillä ei näyttäisi olevan mitään johdonmukaista perustaa, josta käsin eri särmät voisivat saada merkityksensä. Sosiaalityön määrittelystä tekee osaltaan vaikean myös se, että sosiaalityössä on vaikea kuvata muutosta asiakkaan asenteissa ja turvallisuuden tunteessa. Ei ole mahdollista todeta muutosta ennen ja jälkeen palveluprosessin, vaan muutosta pyritään saamaan aikaan asiakkaan suhteessa ympäristöön. Tällöin muutos voi tapahtua ajallisesti hoitajakson jälkeenkin. (Havukainen ym.1998, 19.)

Mikään ammattiryhmä ei kykene hallitsemaan ja monopolisoimaan niin suurta määrää tietoa, että se voisi suorittaa yksinään laajentuvat tehtävät sairaalassa. Sosiaalisen funktion eriytyminen on tapahtunut sairaalassa hoito- ja parantamisfunktioihin verrattuna melko myöhään. Näin ollen ei ole ihme, että sosiaalityöntekijöiden ammattikuva oli vielä 1980-luvulla osin selkiintymätön sairaanhoitajien ja lääkäreiden ammattikuviin verrattuna. (Niemelä 1985, 8.) Moniammatillisessa tiimityössä eri ammattialojen edustajat keskustelevat keskenään ja muodostavat yhdessä kokonaiskäsitystä (Havukainen ym.1998, 8). Moniammatillinen työryhmytyöskentely on yleistynyt niillä toiminta-alueilla, joilla asiakkaiden tarpeisiin ei ole ollut helppo vastata yhden näkökulman tai yhdenlaisen tietämisen varassa. Ihmisten ongelmien monimutkaisuus on tehnyt tarpeelliseksi monitieteisen ja moniammatillisen arvioinnin ja ongelmanratkaisun. (Metteri 1996, 146.)

Haasteita moniammatilliselle työskentelylle luo Metterin (1996, 147) kuvaama terveydenhuollon sisällä oleva tietohierarkia, jossa luonnontiede on ylinnä ja sosiaalinen tieto alinna, psykologisen ollessa keskellä. Hänen mukaansa sosiaalinen ja psykologinen tieto nousevat luonnontieteen rinnalle vain niissä tilanteissa, joissa ne auttavat täsmentämään lääketieteellistä johtopäätöstä tai tilanteissa, joissa kiireistä ratkaisua vaativat asiat sijoittuvat selkeästi luonnontieteellisen kehyksen ulkopuolelle eli kun määrittelykiistalle tai kehystenväliselle tulkintakiistalle ei ole edellytyksiä. Tästä johtuen tasaveroinen

tieteidenvälinen dialogi ei helposti toteudu terveydenhuollon hierarkkisessa rakenteessa ja se edellyttääkin moniammatilliseen työhön osallistuvilta toistensa tarkastelutapojen tunnistamista ja tunnustamista. Myös Peltosen (1992, 139) tutkimuksessa tunnistettiin organisaation hierarkkinen rakenne ja etenkin lääkäreiden kiistaton ykkösasema. Sosiaalityön ammattikunta sijoitettiin hierarkian eri tasoille tai ulkopuolelle, kuitenkin aina lääkäreiden alapuolelle. Tulpon (1991, 79-80) tutkimuksessa kävi niin ikään ilmi, että sosiaalityöntekijän asema sairaalassa ei ole tasavertainen muiden ammattiryhmien kanssa. Sosiaalityöntekijöillä ei ole lääkäreiden kaltaista profession asemaa, mutta heillä on kuitenkin eräänlainen ”jokerin” asema, sillä heillä on mahdollisuus liikkua hierarkian portailla melko vapaasti. Vanha sosiaalihoitaja-ajattelu näkyy siinä, että sosiaalityöntekijöitä pidetään jonkinlaisina erikoissairaanhoitajina. Petreliuksen (2005, 12, 79-81) hierarkkisia sukupuolieroja sosiaalityössä tarkastelevassa väitöskirjassa sosiaalityön asema professionaalista asemaa tavoittelevana naisammattina tuli näkyviin erityisen selkeästi kertomuksissa sairaalan sosiaalityöstä. Sosiaalityöntekijät pyrkivät ottamaan autonomisen asiantuntijaposition lääkäreiden rinnalla. Sairaaloihin sijoittuvien kertomusten keskeiseksi teemaksi nousi kuitenkin sekä lääkäreiden että sairaanhoitajien pyrkimys pitää sosiaalityöntekijänaiset entisellä paikallaan lääkäreiden alaisuudessa. Petreliuksen tulkinnan mukaan kyse on perinteisesti naisvaltaisen ja kulttuurisesti mielletyn sosiaalityön ammattikunnan pyrkimyksistä ”nousta” naisisesta, sairaanhoitajiin rinnasteisesta ammatillisesta asemasta professionaalista monopolia pitävän miehisen lääkärinkunnan rinnalle.

Pylvään (2003, 58-59) tutkimuksessa huomattiin, että moniammatillisuutta pidetään sairaalan toiminnan ehtona, mutta sen aito toteutuminen vaihtelee. Tähän vaikuttavat sekä kulttuuriset että persoonalliset tekijät. Joillakin osastoilla on totuttu toimimaan yhdessä, kun taas toisilla osastoilla yhteistoiminta on vasta muotoutumassa. Myös henkilösuhteet vaikuttavat yhteistyön toteutumiseen. Yhtenä vaikeutena yhteistyön toteutumisessa havaittiin myös organisaation luonteesta johtuvat seikat: sairaanhoitajat tekevät usein vuorotyötä, jolloin potilaan omahoitajan tavoittaminen voi olla vaikeaa, toisaalta sairaalalääkärit voivat vaihtua erittäin usein esimerkiksi erikoistumisen takia. Vaikeutena on myös se, etteivät muut ammattiryhmät tunne sosiaalityötä tarpeeksi.

Lindénin (1999, 20) mukaan laadukkaan hoidon tavoitteena sairaalassa on pyrkiä kokonaisvaltaiseen kuntouttavaan hoitoon: antaa parantavaa, lievittävää ja huolehtivaa apua potilaalle sekä hänen läheisilleen, jolloin fyysisten tarpeiden lisäksi psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen hyvinvointiin tulisi kiinnittää huomiota. Tällöin hänen mukaansa lääketieteen ja hoitotyön lisäksi myös sosiaalityön tulisi liittyä kiinteästi hoitoon. Sosiaalisen ulottuvuuden pitäminen esillä terveyhtymisprosessin osatekijänä kuuluu laadukkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen. Sosiaalityöntekijän palvelu- ja etuusjärjestelmän tuntemus, asiantuntemus palvelujen koordinoimisessa sekä tieto potilaan arkielämän ehdoista merkitsevät valmiuksia vaihtoehtojen esittämiseen ja niiden arviointiin. (Havukainen ym.1998, 8, 10.)

Sosiaalityöntekijän asema moniammatillisessa työryhmässä ja monia eri tahoja edellyttävässä auttamisessa hahmottuu lähtien sosiaalityön tavasta tarkastella ihmisen elämäntilannetta kokonaisuutena. Näin sosiaalityöntekijälle muodostuu luontevasti rooli verkostoja kokoavana ja palveluita koordinoivana toimijana. (Aho 1999, 200.) Sosiaalityössä joutuu vastatusten paitsi yhteiskunnallisen eriarvoisuuden myös elämän perustavanlaatuisen epäoikeudenmukaisuuden kanssa, joka ei ole selitettävissä sen enempää yhteiskuntateorioilla kuin psykologiallaakaan. Tärkeämpää on kyetä luomaan ja ylläpitämään toivoa sekä etsimään uutta merkitystä elämälle myös niissäkin tilanteissa, joissa mahdollisuudet mielekkääseen toimintaan ja vuorovaikutukseen ovat erittäin rajoittuneet. On myös oltava rohkeutta tukea asiakastaan luopumaan mahdottomista unelmista. (Granfelt 1998, 177.)

Ammatillisuus- ja asiantuntijamuutokset ovat terveydenhuollon alueella arkipäivää. Toimintoja joudutaan arvioimaan, yhdistämään ja hajauttamaan. Tässä medikaalisen alueen reflektoitumisessa hoitotyö ja lääketieteellinen työ saattavat vahvistaa professiotaan sulauttamalla muiden alueiden tehtäviä itseensä (sosiaalityö, fysioterapia, psykologinen työ, hengellinen työ jne.). Tämä on osittain välttämätöntä joustavuuden ja sujuvuuden tähden, mutta jonkin verran asiantuntijuusrajoja täytyisi selkiyttää ja tehtävänjakoa luoda, sillä vaarana on ammattien ja asiantuntijuuksien sekoittuminen. Tällöin hoidon laatu kärsii ja virhemahdollisuudet lisääntyvät, hoito eriytyy, ammattiryhmien välinen viestintä vaikeutuu ja kontaktit potilaisiin tulevat välineellisiksi ja ulkokohtaisiksi. Työpaine sinänsä lisääntyy ja asiantuntemattomuus kasvaa. Toisaalta erityisryhmät saattavat saada vain yksinkertaisia ja

tarkoin rajattuja työtehtäviä ilman yhteyttä kokonaisneuvotteluihin. Tosi asia on, että eri ammattiryhmien tieto ja tehtäväperusta ovatkin osittain päällekkäisiä ja hyödyllistä on ollut potilaskeskeisen työtavan kehittyminen lääkäri- ja hoitotyössä. Mutta tämä ei yksin riitä, vaan tarvitaan myös spesifiä asiantuntijatietoa ja yhteistoimintasuhteita, jolloin toimintalinjoja joudutaan uudelleen määrittämään. (Lindén 1999, 15.)

Moniammatillisissa tiimeissä työnjakoa on aktiivisesti tarkastettava. Ei ole tarkoituksenmukaista, että eri ammattiryhmät hoitavat päällekkäisesti samoja asioita. Moniammatillisissa työkäytännöissä täytyy keskustella aika ajoin yhteisistä pelisäännöistä ja jakaa vastuita. On varmistettava, etteivät vanhat toimintakäytännöt jää voimaan, vaikka asiakkaiden tarpeet ja ongelmat muuttuvat. (Narkilahti 2003, 101.)

Paitsi moniammatillinen työryhmätyöskentely, myös asiakkaan osallistuminen asiansa hoitamiseen voidaan nähdä voimavarana työssä. Asiakkaan hyvä kohtelu merkitsee, että hänet otetaan hyvin vastaan – kunnioittavasti, tilaa antaen, kuunnellen. (Madedivi 2003, 89.) Päätöksentekotilanteisiin tulisi nykyistä säännönmukaisemmin kutsua myös asiakkaan omaisia ja läheisiä ja käydä aitoa vuoropuhelua suunnitelmista. Asiakas-asiantuntijan ehdotukset voivat usein olla varteenotettavia ja ne voivat helpottaa ammattilaisten työtä sekä säästää yhteiskunnan varoja. (Havukainen 2003, 62.) Tärkeää on tunnustaa asiantuntemus, joka perustuu koulutukseen ja työkokemukseen, mutta yhtä tärkeää on tunnustaa se asiantuntemus, joka perustuu asiakkuuteen ja omakohtaiseen kokemukseen (Särkelä 1997, 165). Asiakas ei tuo tilanteisiin pelkästään asiantuntemusta, vaan voi myös auttaa työntekijää määrittämään rooleja ja olemaan herkkä muutoksille ja parannuksille (Hafford-Letchfield 2006, 58). Asiakkaan ja hänen arkeaan tuntevien ihmisten osallistuminen hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen suunnitteluun antaa realistiset edellytykset suunnitelmien toteuttamiselle. Yhteen kokoontumisen jälkeenkin riippuu vielä mukana olevien ammattilaisten asenteista, miten jaettu asiantuntijuus toteutuu, toisin sanoen onko asiakkaan ja hänen läheistensä mukana olo vain muodollista osallistumista vai kuullaanko heitä todella ja annetaanko heille riittävästi aikaa omassa asiassaan. (Metteri 2003, 160.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusongelma

Tässä tutkielmassa on tarkoituksena selvittää sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan muotoutumista 1980-luvulta nykypäivään. Työnkuvan käsite rinnastetaan usein toimenkuvan käsitteeseen. Toimenkuvalla tarkoitetaan viran tai toimen tyyppiä ja siihen kuuluvia tehtäviä. (Vornanen 1982, 192; Haarala 1994, 318, 392.) Käytän itse kuitenkin työnkuvan käsitettä, koska koen sen suoranaistemmin liittyvän itse työhön. *Tutkielmassa haetaan vastausta siihen, millaisia muutoksia sosiaalityöntekijän työnkuvassa on tapahtunut viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana.*

Eskolan ja Suorannan (1998, 35) mukaan ihanteellinen tutkielman aihe on sellainen, joka on kiinnostava, mutta ei liian läheinen, jotta siihen saa riittävää etäisyyttä ja mahdollisimman monipuolisen tarkastelukulman. Kiinnostavuuden ihanne toteutuu tässä tutkielmassa erittäin hyvin, onhan tutkielmani aihe noussut puhtaasti omasta mielenkiinnostani. Sen sijaan riittävän etäisyyden saaminen aiheen tarkasteluun on ollut kysymysmerkkinä mielessäni pitkään. Tutkielman aihepiiri, sairaalan sosiaalityö, on itselleni osittain tuttua, olenhan työskennellyt välillä pitempiä, välillä lyhyempiä aikoja sairaalan sosiaalityöntekijän sijaisena vuodesta 2004 lähtien. Tutkielman aiheen valintaa pohtiessani mielessäni oli vaakakuppi, jonka toisella puolella olivat omakohtaiset kokemukset, tuttuus ja vahvatkot ennakko-oletukset, toisella puolella taas aiheen kiinnostavuus, uuden oppimisen halu sekä sairaalassosiaalityön laajempi hahmottaminen.

Laadullisessa tutkimuksessa hypoteesittomuus tarkoittaa sitä, että tutkijalla ei ole lukkuonlyötyjä ennakko-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen tuloksista. Tietenkin on otettava huomioon, että havaintomme ovat aina latautuneet aikaisemmilla kokemuksillamme. Näistä kokemuksista ei kuitenkaan muodosteta sellaisia asetelmia, jotka rajaisivat tutkimuksellisia toimenpiteitä. (Eskola & Suoranta 1998, 19-20.) Toisin sanoen subjektiiviset ennakkokäsitykset eivät saa muuttaa sitä aineistoa, jota olemme analysoimassa

(Metsämuuronen 2001, 50). Tutkimuskohteesta muodostetut ennakko-oletukset tulisikin aina tiedostaa ja ottaa huomioon esioletuksina (Eskola & Suoranta 1998, 20).

Oma ennakko-oletukseni on, että sairaalan sosiaalityöntekijöiden työnkuvassa on tapahtunut muutoksia kolmenkymmenen vuoden aikana. Kuten olen jo johdannossa todennut, tämän perustan siihen, että yhteiskunnassa tapahtuvat asiat vaikuttavat sosiaalityöhön. Suomalainen yhteiskunta ei ole pysynyt stabiilina kolmeakymmentä viimeistä vuotta, onhan siitä todisteena esimerkiksi kaksi taloudellista lamaa, jotka eivät ole voineet olla jättämättä jälkiään myös sosiaalityöhön, tehtiinpä sitä sitten missä toimipisteessä tahansa. Terveystieteiden tutkimus on vuosien varrella kokenut monenlaisia muutoksia. Lisäksi olen saanut tavata vuosien aikana kokeneita sairaalan sosiaalityöntekijöitä, jotka ovat välillä innostuneet ääneen muistelemaan, millaista työ sairaalassa on joskus ollut. Tältä pohjalta oletan, että jotain muutoksia on tapahtunut. Se, mitä muutokset ovat tarkasti ottaen olleet, on minulle arvoitus, jonka pyrin tutkielmassani ratkaisemaan.

Vaikka Eskola ja Suoranta (1998, 35) korostavatkin tietynlaisen etäisyyden säilyttämistä tutkimusaiheeseen, myöntävät he, että hyvää – objektiivistakin - tutkimusta voi tehdä tuiki läheisestäkin aiheesta. Saarenheimo (1997, 23) ohjeistaa, että tuttua aihetta tutkiessa etäisyyttä täytyy vaihdella siten, että ilmiö välillä näkyy kaukana ja ikään kuin hämärämmin ja välillä taas hyvin läheltä ja yksityiskohta kerrallaan. Näiden ajatusten viitoittamana uskalsin lähteä tutkimaan minulle läheistä, mutta varmasti paljon arvokasta tietoa tarjoavaa ja oman mielenkiintoni säilyttävää aihetta.

4.2 Aineisto ja aineistonkeruu

Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan pelkistetyimmillään aineistoa, joka on ilmiönsuhteen tekstiä. Teksti voi olla syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta. Esimerkkejä jälkimmäisestä ovat henkilökohtaiset päiväkirjat, omaelämäkerrat ja kirjeet sekä muuta tarkoitusta varten tuotettu kirjallinen ja kuvallinen aineisto tai äänimateriaali. (Eskola & Suoranta 1998, 15.)

Tutkielmani aineiston muodostavat eripuolella Suomea työskentelevien sairaalan sosiaalityöntekijöiden kirjoitukset. Aineisto kerättiin helmi- ja huhtikuun 2010 välisenä aikana. Alkuvuodesta 2010 otin yhteyttä Terveysosiaalityöntekijät ry:hyn ja kyselin sieltä neuvoa sairaaloissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden tavoittamiseen. Terveysosiaalityöntekijät ry on terveyden ja kuntoutuksen parissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden oma yhdistys. Vuosien varrella yhdistyksen nimi on vaihdellut useaan otteeseen vakiintuen vuonna 2003 Terveysosiaalityöntekijät ry:ksi. (Terveysosiaalityöntekijät ry.) Terveysosiaalityöntekijät ry:stä luvattiin laittaa kirjoituspyyntöni heidän omaan jäsenkirjeeseensä. Lisäksi sain heiltä Tampereen yliopiston kautta toimivan sähköpostilistan osoitteen, joka tavoittaa noin 450 terveydenhuollossa työskentelevää sosiaalityöntekijää ja yliopiston opettajaa Suomessa. Kirjoituspyyntö julkaistiin siis Terveysosiaalityöntekijät ry:n Jäsenkirjeessä 1/2010 sekä kahteen otteeseen terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden ja opettajien sähköpostilistalla.

Pyysin laatimassani kirjoituspyynnössä sairaalan sosiaalityöntekijöitä kuvaamaan kohtalaisen vapaamuotoisesti ja omannäköisesti työnsä kulkua 1980-luvulta nykypäivään. Kirjoitustyön helpottamiseksi olin laatinut seuraavia apukysymyksiä (kts. Liite 1):

1. Millaisia työtehtäviä sairaalan sosiaalityöntekijän työhön on sisällynyt eri vuosikymmeninä? Onko niissä tapahtunut muutoksia?
2. Onko keskeisissä asiakasryhmissä tapahtunut muutoksia vuosikymmenten aikana?
3. Mitkä ovat niitä tekijöitä, jotka työn kehittymiseen/muuttumiseen ovat vaikuttaneet? Miten sosiaalityöntekijät ovat itse kokeneet muutokset?
4. Kokevatko sosiaalityöntekijät työnkuvansa olevan nykyään laajempi/suppeampi kuin aiemmin?

Tutkielman taustatiedoiksi pyysin tutkittavia kertomaan, kuinka pitkään, minkä tyyppisillä osastoilla sekä missä päin Suomea he ovat työskennelleet sekä oman iän ja koulutuksen.

Kirjoitusten lisäksi aineistonani oli kahden eri sairaalan, yhden perusterveydenhuollon ja yhden erikoissairaanhoidon puolen sosiaalityön dokumentoitua aineistoa. Erikoissairaanhoidon puolelta minulla oli erään syöpäosaston sosiaalityön tilastotietoja vuosien 1980 ja 1986 väliltä sekä samaisen osaston toimintakertomuksia vuosien 1990 ja 1995 väliltä sekä vuodelta 1998. Perussairaanhoidon puolelta minulla oli erään päiväsairaalan sosiaalityön tilastotietoja ja yhteenvetoja vuosien 1986 ja 1988 väliltä. Pääpaino

tutkielmassani on kirjoitusaineistolla. Dokumentoitu aineisto on enemmänkin täydentävässä roolissa.

4.3 Kirjoittajat

Koska tutkielmani aiheeseen liittyy vahva historiallinen näkökulma, kolmenkymmenen vuoden pituinen ajanjakso, on selvää, että osa sairaaloissa työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä karsiutui jo sen takia potentiaalisten tutkittavien joukosta. Tavoitteenani olikin löytää sellaisia konkarisosiaalityöntekijöitä, joilla olisi pitkä kokemus sairaalan sosiaalityöstä ja jotka sen ansiosta pystyisivät luotettavasti tarkastelemaan työuraansa 1980-luvulta lähtien.

Kirjoituspyyntöni tavoitti 15 sairaaloissa työskentelevää tai aiemmin työskennellyttä sosiaalityöntekijää. 14 sosiaalityöntekijää vastasi sähköpostin kautta ja yksi kirjeitse. Kirjoitukset olivat pituudeltaan 1-4-sivun pituisia. Aineiston kokonaislaajuus oli noin 28 sivua.

Tutkittavat olivat iältään 43-69-vuotiaita naisia. Ikähaarukka oli melko laaja, mutta nuoremmillakin kirjoittajilla oli vähintään 19 vuotta kokemusta sairaalassosiaalityöstä, joten tarkastelukulmaa aiheeni kannalta relevantteihin asioihin löytyi. Keskimääräinen sairaalassa työskentelyaika oli 29 vuotta. Voi siis sanoa, että tavoitteeni löytää sairaalassosiaalityön konkareita, onnistui paremmin kuin hyvin. 11 kirjoittajalla oli suoritettuna ylempi korkeakoulututkinto, useimmiten yhteiskuntatieteiden maisterin tutkinto. Lopuilla koulutuksena oli sosiaalihoitajan tai sosiaalihuoltajan tutkinto. Lisäksi monet olivat hankkineet tutkintonsa lisäksi monenlaista lisäkoulutusta.

14 kirjoittajaa työskenteli tällä hetkellä tai oli aiemmin työskennellyt erikoissairaanhoidossa ja yksi perusterveydenhuollon puolella. Kuitenkin monet erikoissairaanhoidossa työskentelevät olivat työskennelleet työuransa jossain vaiheessa myös perusterveydenhuollon puolella. Useimmille kirjoittajille oli siis sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoito tuttua.

Kirjoittajat asuivat eri puolilla Suomea ja työskentelivät sairaalan eri osastoilla, muun muassa psykiatrian, sisätautien, kuntoutuksen, naistentautien ja neurologian osastoilla.

4.4 Kirjoitetut muistot aineistona

Käyttämäni aineistonkeruumenetelmää en ole onnistunut löytämään sellaisenaan mistään metodioppaasta. Toki kirjoitusaineistoja käytetään paljonkin tutkimuksissa. Näyttäisi kuitenkin siltä, että useimmiten teksti on syntynyt eläytymismenetelmien, (oma)elämäkertojen tai muistelutyön kautta. Näistä mikään ei suoranaisesti istu omaan aineistonkeruutapaani, toisaalta taas jokaisesta näistä voi löytää joitakin yhtymäkohtia aineistoni kanssa, erityisesti (oma)elämäkertojen kirjoittamisesta sekä muistelutyöstä. Sosiaalityöntekijöiden kirjoitukset eivät kuitenkaan ole puhtaasti tarinoita eivätkä kertomuksia, en myöskään ole kirjoituspyynnössäni pyytänyt sosiaalityöntekijöitä suoranaisesti muistelemaan työvuosiaan sairaalassa. Koen kuitenkin, että kirjoituksia voi verrata muistoihin, onhan kyse pitkän ajan takaisista tapahtumista, joita sosiaalityöntekijät ovat nykyisyydestä käsin kaivaneet mielestään. Koska sosiaalityöntekijät ovat pukeneet työvuosiinsa liittyneet merkitykselliset asiat kirjalliseen muotoon, voisi aineistostani käyttää nimitystä kirjoitetut muistot (vrt. Petrelius 2005). Muistot määritellään tiettyjä sosiaalisia sijainteja saaneiden yksilöiden kuvauksiksi tietyissä aika-tiloissa eleyistä tapahtumista ja kokemuksista. Olennaista niissä on, että ne ovat erityisillä, vaihtelevilla tavoilla sosiaalisiin järjestyksiin, aikaan ja paikkaan sijoittuneiden kokijoiden ja toimijoiden kertomuksia itseen liittyvistä merkittävistä hetkistä. (Petrelius 2005, 22.) Kososen (1998, 32) mukaan on hyvin harvinaista, jos muisto ei sijoitu johonkin paikkaan. Hänen mukaansa muisto voi koskea paikkaa itseään tai tapahtumia ja ihmisiä paikassa. Tässä tutkimuksessa muistot liittyvät sairaalaan. Muistelu voi risteillä kollektiivisten ja kulttuurisesti yhteisesti jaettujen sekä henkilökohtaisten tuntemusten ja muistojen välillä (Korkiakangas 1996, 36). Nykyhetkeen ja tulevaisuuteen liittyvät pyrkimykset ohjaavat sitä, millainen tarinaversio menneisyydestä – ja samalla itsestä menneiden tapahtumien kokijana ja tulkitsijana – muisto on (Petrelius 2005, 22).

Lähtökohtana tämän tyyppisen aineiston käytössä on, että tutkittavia pyritään ymmärtämään heidän itsensä tuottamien kertomusten, tarinoiden ja muistelujen avulla. Puhutaan

elämäkerrallisista lähestymistavoista ja persoonallisiin dokumentteihin perustuvasta tutkimuksesta. (Hirsjärvi ym.2007, 212.) Aineistona kirjoitetut muistot kohtaavat muillekin kirjallisesti tuotetuille aineistoille tyypillisen subjektiivisen dokumentin ongelman: kirjoittajan henkilökohtainen tuotos ei ole koskaan tapahtuneen suora heijastus (Vilkko 1990, 82). Esimerkiksi historialliset tapahtumat voivat jossain tilanteessa määrittäjä omaa elämää koskeviksi ja toisessa tilanteessa taas jäädä omalle elämälle marginaalisiksi. Samakin asia voi siten olla joskus kokemisen kohteena ja toisinaan pysyä kokemuksellisesti vieraana tai kokemuksen kannalta epärelevanttina. (Saarenheimo 1997, 73.) Toisin sanoen muistot eivät valehtele, mutta muisti sen sijaan on valikoiva (Koskijoki 1997, 283). Muisti vääntää ja kääntää, unohtaa ja kaunistelee/kauhistelee, kuten Kosonen (1998, 261) asian ilmaisee. Se, mitä olemme joskus kokeneet, värityy muistoissamme yhä uudelleen ja saa uusia merkitysulottuvuuksia ajan mittaan (Hovi 1997, 318). Vaikka yksittäisten tapahtumien muistaminen historiallisen totuuden mielessä voikin olla kiistanalaista, eivät kaikki muistot suinkaan ole virheellisiä, vaan yksittäisissäkin muistoissa on paljon sellaista, josta olemme yhtä mieltä ja joka kuvaa hyvinkin onnistuneesti sitä, mitä uskomme todella tapahtuneen tai mitä pidämme mahdollisena (Korkiakangas 1996, 17).

Kun ihminen tuottaa menneistä elämäkokemuksistaan kertomuksia ja antaa niille erilaisissa tilanteissa erilaisia merkityksiä, niiden tuottamiseen vaikuttavat kertojan arvot ja pyrkimykset sekä se yhteiskuntahistoriallinen ja kulttuurinen konteksti, jossa hän elää (Peltonen 1996, 31). Kertoja, niin suullinen kuin kirjallinenkin, ilmaisee oman käsityksensä kertomastaan monin eri tavoin esimerkiksi asiaa kuvaavien sanojen valinnoilla, tiettyjen tapahtumiin sisältyvien ilmiöiden painotuksella jne. (Siikala 1984, 30). Kolmekymmentä vuotta on pitkä aika, eikä kaikkea voi muistaa, saati sitten kirjoittaa ylös. Kirjoituksiin valikoituukin aina aineksia omien tärkeyskriteereiden mukaisesti (Vilkko 1990, 84). Parhaiten mieleen jäävät erityistapahtumat (Kosonen 1998, 51). Lisäksi laatimassani kirjoituspyynnössä esitetyt kysymykset ovat nekin ohjanneet kirjoitettavaa ainesta melko paljon.

Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi kirjoitusaineiston, koska uskoin, että kirjoituspyynnön avulla olisi mahdollista tavoittaa eri puolella Suomea työskentelevät, pitkän työkokemuksen ja laajan asiantuntemuksen sairaalასosiaalityöstä omaavat sosiaalityöntekijät. Saamani

sähköpostilistan osoite mahdollisesti hyvin laajan joukon tavoittamisen. Uskoin myös, että etenkin sähköisessä muodossa julkaistu kirjoituspyyntö olisi helppo välittää myös niille sosiaalityöntekijöille, jotka olisivat esimerkiksi hiljattain jääneet eläkkeelle. Mielessäni kävi ajatus siitä, että lähivuosina eläkkeelle jääneet saattaisivat kokea mielekkäänä työuransa muistelun. Tähän kun ei välttämättä ole ollut tilaisuutta kiireisten työvuosien aikana. Ehkä myös hieman etäämmältä on helpompi katsoa koettuja asioita. Toivoinkin sähköisen kirjoituspyyntöni lopussa, että sosiaalityöntekijät välittäisivät kirjoituspyyntöni myös sellaisille henkilöille, jotka eivät välttämättä olisi tuolla kyseisellä listalla esimerkiksi eläkkeelle jäämisen takia tai muusta syystä. Kirjoituspyyntöni tavoitti lopulta myös kaksi eläkkeelle jäänyttä sosiaalityöntekijää. Kolmas eläkkeelle jäänyt sosiaalityöntekijä ei itse innostunut kirjoittamaan, mutta sen sijaan lähetti minulle työvuosiensa aikana dokumentoitua aineistoa, jota olen hyödyntänyt tutkimuksessani.

Sähköisessä muodossa välitetty kirjoituspyyntö osoittautui myöhemmin erittäin käyttökelpoiseksi aineistonkeruutavaksi. Suurin osa kirjoittajista vastasi sähköpostin kautta. Kaikille vastanneille lähetin vastausviestin, jossa kiitin saamastani kirjoituksesta ja kysyin myös mahdollisuutta ottaa heihin uudestaan yhteyttä, mikäli haluaisin tarkentaa jotakin kirjoituksessa esille tullutta asiaa aineiston analyysivaiheessa. Kaikki kirjoittajat lupautuivat tähän. Voisi siis sanoa, että minulla oli jonkinlainen kontakti tutkittaviini koko tutkielmani ajan. Tämän tyyppisessä aineistonkeruutavassahan usein tutkija ja tutkittavat jäävät toisilleen melko etäisiksi ja persoonattomiksi. Itse koen kuitenkin, että meillä oli jonkinlaista vuorovaikutusta. Tietenkin niissä rajoissa kuin se sähköisessä yhteydenpidossa on ylipäätään mahdollista. Samanlaiseksihan vuorovaikutus ei tietenkään pääse muodostumaan kuin esimerkiksi haastattelussa, jossa tutkija ja tutkittava ovat samassa tilassa kasvokkain eleineen ja ilmeineen. Toisaalta myöskään samanlaista hierarkkista asetelmaa kuin kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa ei tämän kaltaisessa aineistonkeruutavassa pääse syntymään. Haastatteliija kun yleensä on hierarkkisesti ylempänä esittämässä kysymyksiä ja haastateltava puolestaan vastaamassa ennalta määritelyihin kysymyksiin, joiden muotoilemiseen tai tulkintaan hän ei millään tavalla voi osallistua. (Granfelt 1998, 37-38.) Kirjoitettu aineisto on ainutlaatuista haastatteluaineistoihin verrattuna siinäkin mielessä, että haastatteluissa tutkija

itse valikoi kertojat, kirjoituspyynnöissä taas aloite annetaan niille, jotka haluavat kertoa (Peltonen 1996, 286).

Kirjoitusaineiston keräämisessä lähtökohtana oli antaa sosiaalityöntekijöille mahdollisimman vapaat kädet työuransa tarkastelussa ja sen kirjalliseen muotoon saattamisessa. Halusin saada omannäköisiä, jokaisen työntekijän ainutlaatuisia tuotoksia, joissa he olisivat nostaneet esille heille itselleen mieleen painuneita tapahtumia ja kokemuksia. Ajatuksenani oli ensiksi pyytää sosiaalityöntekijöitä avoimesti tarkastelemaan työnsä muotoutumista 1980-luvulta nykypäivään. Päädyin kuitenkin liittämään kirjoituspyyntöni muutamia apukysymyksiä, koska muuten olisi voinut käydä niin, ettei kukaan olisi tarttunut kirjoituspyyntöni sen laajuuden vuoksi tai vastaavasti kirjoitukset olisivat voineet rönsyillä ties kuinka paljon. Kysymysten avulla sain kirjoituksiini niitä asioita, jotka olivat oman mielenkiintoni kohteena ja jotka ennen kaikkea olivat tutkimusongelmani kannalta relevantteja.

4.5 Dokumentoitu aineisto

Muistitiedon tarkentamisen ja varmentamisen käyttökelpoisina apukeinoina ovat esimerkiksi historiallisia asioita eri puolilta valaisevat dokumenttiaineistot. Näin käsitettynä ja käytettynä muistitieto ymmärretään yksilöllisenä muisteluna, joka on luonteeltaan kollektiivista ja yhteistä muistia ylläpitävää. (Korkiakangas 1996, 12.) Sain yhdeltä kirjoituspyyntöni reagoineelta sosiaalityöntekijältä erään syöpäosaston sosiaalityön tilastotietoja vuosilta 1980-1986 ja toimintakertomuksia vuosilta 1990-1995 sekä vuodelta 1998. Tilastotiedoissa oli manuaalisesti luokiteltu, kuinka usein tietyt työtehtävät näyttäytyvät sosiaalityöntekijän työssä. Toimintakertomuksissa oli puolestaan tehty yhteenvetoa vuoden aikana tehdyistä työtehtävistä, koulutusmahdollisuuksista sekä yleisestä yhteiskunnallisesti tilanteesta ja sen heijastumisesta työhön. Lisäksi sain eräältä aiemmin tapaamaltani sosiaalityöntekijältä tilastotietoja erään päiväsairaalan sosiaalityöntekijän keskeisistä työtehtävistä sekä yhteenvetoja vuosilta 1986-1988.

Alasuutari (1999, 47-48) vertaa tutkimusongelmaa arvoitukseksi, joka tutkijan tulee ratkaista. Mitä enemmän arvoituksen ratkaisemisessa on käytettävissä ratkaistavana olevaan mysteeriiin

liittyviä vihjeitä, sitä paremmin tutkija ja lukija voivat luottaa siihen, että ratkaisu on mielekäs. Omassa tutkielmassani pyrin ratkaisemaan arvoituksen pitkään sairaalassa työskennelleiden sosiaalityöntekijöiden tuottamalla muistitiedolla, jota täydennän tarpeen mukaan dokumentoidulla aineistolla.

4.6 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysin on tarkoitus luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysin tarkoituksena on tiivistää aineisto kadottamatta sen sisältämää informaatiota; päinvastoin tarkoituksena on kasvattaa informaatioarvoa luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Eskola & Suoranta 1998, 138.) Analyysia ei voi erottaa omaksi erilliseksi vaiheekseen, vaan sitä tapahtuu kaikissa vaiheissa esilukemisesta alkaen (Syrjälä ym.1994, 166).

Aloitin aineistoni analysoinnin lukemalla sosiaalityöntekijöiden kirjoituksia useita kertoja läpi. Samalla pyrin muodostamaan kirjoituksista jonkinlaista yleiskuvaa, selkiyttämään itselleni, mitä käsilläni oleva tekstimassa oikein on. Tässä kohtaa oli ratkaistava, mitä sosiaalityöntekijöiden kirjoitukset konkreettisesti olivat, voitaisiinko niitä luokitella kertomuksiksi, tarinoiksi, muistoiksi vai ei kenties miksikään edellä mainituista. Toin jo aiemmin esille, että tulkitsen kirjoituksia kirjoitettuin muistoina. Muutamien lukukertojen jälkeen poimin jokaisesta kirjoituksesta kyseisen kirjoittajan taustatiedot: kuinka pitkään työntekijä on sairaalassa työskennellyt, missä päin Suomea ja minkä tyyppisillä osastoilla on työskennellyt sekä iän ja koulutuksen. Tämän jälkeen laadin taulukon ja syötin kirjoittajien taustatiedot siihen. Vaikka taulukko toimi hyvänä apuvälineenä taustatietojen jäsentämisessä ja niiden raportoinnissa, en esittele sitä tässä, koska haluan taata tutkittaville mahdollisimman suuren yksityisyyden.

Kun alkukatsaus aineistoon oli luotu ja kirjoittajien taustatiedot poimittu, seuraavana tehtävänä oli miettiä, miten alkaisin käsitellä aineistoani niin, etten kadottaisi siitä mitään olennaista ja arvokasta. Alasuutari (1999, 87-88) rinnastaa kvalitatiivisen aineiston palaksi tutkittavaa maailmaa, jota voidaan käänellä, mittailta ja tutkia, mutta tutkailun tuloksilla ei

ole virkaa niin kauan kuin ei tiedetä, miltä kulmalta kyseinen pala on lohkaistu. Tämän tyyppisen aineiston käytössä tutkija tekee ikään kuin toisen tason tulkintoja, sillä myös muistelija, tässä kohtaa kirjoituspyyntöni vastannut sosiaalityöntekijä, tulkitsee ja arvioi omaa muistiainestaan suhteessa yhteiseen ja yleiseen (Korkiakangas 1996, 22). Muistelussa olennaista ei olekaan itse tapahtuma, vaan sen merkitys kertojalle itselleen (Peltonen 1996, 46). Minulle toisen tason tulkitsijana ei jää muuta vaihtoehtoa kuin olla erittäin kuuliainen aineistolleni ja pyrkiä kuvaamaan sitä mahdollisimman tarkasti, jotta minun ja kirjoittajien tulkinnat edes jossain määrin kohtaisivat. Kovala (1997, 147-148) käyttää tekstin ja lukijan horisonttien kohtaamisesta käsitettä reseptio. Hänen mukaansa lukijan tulkintaa ja tekstien vastaanottoa ohjaa tietynlainen tekstuaalisia, kognitiivisia ja kokemuksellisia elementtejä ja muodostumia sisältävä kehys. Reseptiossa tämä vaikuttava kehys ohjaa lukijaa valikoimaan tiettyjä tekstin elementtejä ja aspekteja toisten sijasta ja nostaa ne näkyvämmiksi, etualaistaa ne.

Aineistoa voi lähteä koodaamaan aineistolähtöisesti ilman teoreettisia etukäteisolettamuksia. Tällöin tutkijalla on kyllä olemassa etukäteistietoa ja ennakko-olettamuksia tutkittavasta kohteesta, mutta niiden ei anneta häiritä aineistosta itsestään nousevia teemoja. (Eskola & Suoranta 1998, 153.) Peltosen (1997, 97) mukaan ymmärtäminen ja tulkinta voivat olla eräänlaista dialogia silloinkin, kun tulkittava puhe tai teksti ei ole tulkitsijan ja tulkittavien keskinäisen, välittömän tai välillisen vuorovaikutuksen tulosta. Tällöin dialogi edellyttää tutkija-lukijalta valmiutta arvioida uudelleen myös oman ajattelunsa perusteita, omia lähtökohtiaan, omia ennakko-olettamuksiaan ja-luulojaan. Toinen tapa koodata aineistoa on pitää sitä tutkijan teoreettisen ajattelun lähtökohtana, apuvälineenä tai lähtökohtana tulkinnoille (Eskola & Suoranta 1998, 146). Minulla on olemassa etukäteistietoa ja esioletuksiakin tutkimusongelmastani. Pyrin kuitenkin siihen, etteivät omat oletukseni häiritse tutkielmassani esiintyvien sairaalassosiaalityön asiantuntijoiden ääntä kertoa heille itselleen merkittävistä tapahtumista kolmenkymmenen vuoden pituiselta työuraltaan. Sosiaalityöntekijät ovat siis tutkielmani asiantuntijat ja minä noviisi, joka pyrin parhaani mukaan välittämään lukijoille nämä ainutlaatuiset monen vuosikymmenen pituiset kokemukset. Kyseessä on enemmän aineistolähtöinen, kuin puhtaasti teorialähtöinen lähestymistapa.

Paljon käytetty menetelmä tekstiaineistojen analysoinnissa on sisällönanalyysi, joka perustuu pitkälti erilaisten asioiden laskemiselle tekstiaineistosta (Ritala-Koskinen 1991, 97). Itse koin sisällönanalyysin liian tekniseksi ja kylmäksi tavaksi järjestää sosiaalityöntekijöiden kirjoituksia raportoitavaan muotoon. Aineistooni enemmän tutustuttuani sieltä alkoi selvästi nousta esiin tiettyjä teemoja, jotka toistuivat kirjoituksesta toiseen. Alkoi tuntua luontevalta valita teemoittelu aineistoni analyysitavaksi. Eskolan ja Suorannan (1998, 179) mukaan teemoittelu on suositeltava aineiston analysointitapa jonkun käytännöllisen ongelman ratkaisemisessa. Teemoja muodostetaan useimmiten aineistolähtöisesti etsimällä tekstimassasta sen eri vastauksia tai kirjoitelmia yhdistäviä (tai erottavia) seikkoja, tutkimusongelmaa valaisevia teemoja (Eskola & Suoranta 1998, 175; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 1). Teemoittelun avulla aineistosta saadaan esille kokoelma erilaisia vastauksia tai tuloksia esitettyihin kysymyksiin. Tällöin tutkimustulokset palvelevat parhaiten juuri erilaisia käytännön intressejä. (Eskola & Suoranta 1998, 180.)

Analysoinnin helpottamiseksi laadin teemakortiston, joka noudatti pitkälti kirjoituspyynnössäni esitettyjen apukysymysten runkoa. Teksti kerrallaan poimin kirjoituksista ne kohdat, joissa sosiaalityöntekijät puhuivat työtehtävistä, asiakkaista ja muutoksista ja merkitsin ne eri numeroilla tekstin reunaan. Lopullisen teemakortiston laadin tekstinkäsittelyohjelman avulla. Teemakortiston laatimista helpotti huomattavasti se, että suurin osa kirjoituksista oli välitetty sähköisesti, jolloin oli helppo leikata ja liittää tekstiä tietyn teeman alle. Tutkimusaineistoni lopullisen analyysin olen keskittänyt myös näiden kolmen ydinteeman ympärille. Kyseiset teemat olen nimennyt työtehtävistä, asiakkaista ja muutoksista kertoviksi muistoiksi. Näistä kukin sisältää omia alateemojaan. Kososen (1998, 260) mukaan muistojen kerronta on yritys tehdä itselleen elämänsä ymmärrettäväksi. Minä sosiaalityöntekijöiden muistojen tulkitsijana pyrin jäsentämään sosiaalityöntekijöiden työhön liittyvät merkitykselliset kokemukset myös muille ymmärrettävään muotoon. Käytän omien tulkintojeni tukena sosiaalityöntekijöiden muistoista poimittuja suoria sitaatteja. Tutkimuksen tuloksien peilaaminen teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin sekä kahden eri osaston sosiaalityön dokumentoitujen tietojen esittely pyrkivät niin ikään tekemään tulkinnastani ymmärrettävää.

Muistoja järjestetään kirjoitettavaan muotoon tavallisimmin aikajärjestyksessä (Peltonen 1996, 61). Omassa aineistossanikin sosiaalityöntekijät ovat edenneet kirjoituksiinsa aikajärjestyksessä aloittaen 1980-luvulta ja lopettaen nykypäivään. Saarenheimon (1997, 58) mielestä omaelämäkerrallisia muistoja ei kannata pakottaa lineaariseen muotoon, koska silloin tutkija menettää tilaisuuden tarkastella spontaanin elämänjäsennyksen yksilöllisiä ja sosiaalisia funktioita ja seuraamuksia. Oma aineistoani ei voi täysin verrata elämäkerrallisiin muistoihin, koska kyseessä on vain työhön liittyvät muistot eikä koko elämän tarkastelu sivuraiteinen. Tutkimuksessani pyrin korostamaan historiallista näkökulmaa. Koska tutkimuksessani on kyse myös muutoksen tarkastelusta, on vaikea erottaa vuosikymmeniä omiksi erillisiksi kokonaisuuksiksi, koska menneen peilaaminen tapahtuu nykyhetkestä käsin. Tämän vuoksi suoran lineaarisen jatkumon kuvaaminen ei onnistu. Keskeistä on enemminkin, miltä aikaisempien vuosikymmenten toiminnot, käytännöt ja sosiaalityön tekemisen tavat näyttävät tänä päivänä.

Tutkimuksen yhtenä eettisenä ohjenuorana on, että tutkimustuloksia voi käyttää vain tarkoituksiin, joihin on saatu kohteen suostumus (Uusitalo 1995, 31). Olen tuonut kirjoituspyynnössäni esiin, mihin tarkoitukseen sosiaalityöntekijöiden kirjoituksia etsin sekä taannut kirjoittajille tunnistamattomuuden sekä kirjoitusten luottamuksellisen käsittelyn. Olen pyrkinyt takaamaan tutkittavien anonymiteetin jättämällä pois kaikki sellaiset tiedot, joista heidät voisi tunnistaa. Tämän vuoksi en ole kertonut tutkimuksessani edes paikkakuntia, joilla tutkittavat työskentelevät, vaikka pyysin heitä kertomaan sen tutkimukseni taustatiedoksi. Eräs tutkittava myös toivoi, etten siteeraisi hänen kirjoitustaan tutkimuksessani. Tätä toivetta luonnollisesti kunnioitan esitellessäni tutkimukseni tuloksia. Usein kvalitatiivisissa aineistoissa korvataan tutkittavan oikea nimi niin kutsutulla pseudonyymillä eli peitenimellä (Soininen 1995, 131). Aineiston käsittelyn yhteydessä olen numeroinut kirjoittajat sen mukaan, missä järjestyksessä he ovat lähettäneet kirjoituksensa minulle. Tulosten raportoinnissa en ole kuitenkaan käyttänyt kirjoittajista numerotunnistinta tai keksimääni peitenimeä, vaan puhun heistä kaikista sosiaalityöntekijöinä.

4.7 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimukselta edellytetään paitsi pätevyyttä, myös luotettavuutta. Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, jossa tutkimuksen tulos vastaa hyvin tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta. Luotettavuudella puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulisi olla vapaa satunnaisista ja epäolennaisista tekijöistä. (Varto 1992, 103-104.) Tutkimusta tehdessä tulisi olla aina mahdollisimman objektiivinen, tutkijan ei tulisi sekoittaa omia uskomuksiaan, asenteitaan ja arvostuksiaan tutkimuskohteeseen. Objektiivisuus syntyy oman subjektiivisuutensa tunnistamisesta. (Eskola & Suoranta 1998, 17.) Koska oman tutkimukseni aihepiiri on itselleni osittain tuttua, objektiivisuusvaatimuksen noudattaminen on lähtenyt omalta kohdaltani siitä, että olen pyrkinyt tunnistamaan omat ennakko-oletukseni tutkittavasta ongelmasta sekä tekemään ne mahdollisimman hyvin näkyviksi myös muille.

Ritala-Koskinen (1991, 106) tuo esille samoja asioita puhuessaan aineiston analyysin yhteydessä omien käsitysten ja tutkimuskohteeseen liittyvien tietojen sulkeistamisesta. Sulkeistaminen onnistuessaan poikii hänen mielestään sen, että tutkija pystyy keskittymään vain siihen, mitä analysoitava aineisto tuottaa. Olen pyrkinyt olemaan mahdollisimman uskollinen aineistolleni, kunnioittamaan pitkän linjan sairaalan sosiaalityöntekijöiden lausumia ilman, että oma suuntautumiseni ohjaisi niitä tiettyyn suuntaan tai ilman, että olettais in jotain sellaista, jolle ei todellisuudessa löydy mitään perusteita aineistostani. Eskolan ja Suorannan (1998, 18) mukaan kaiken subjektiivisuuden tiedostaminen on ideaali tavoite. Lisäksi on muistettava, että kun käsitellään tekstiaineistoa, tekstien ymmärtämisen prosessiin kuuluvat aina tulkitsijan arvot, tunteet ja subjektiiviset kytkennät (Kovala 1997, 145). Sosiaalityöntekijöiden muistojen ymmärtämisessä on siis jopa toivottavaa, ettei täydellistä sulkeistamista ja objektiivisuusvaatimusta edes pyritä noudattamaan. Muistojen lukeminen ja sosiaalityöntekijöiden merkitysmaailmaan mahdollisimman lähelle pääseminen on siis tapahtunut sen elämäkokemuksen varassa, joka minulle on tähän mennessä kertynyt. Muistojen lukemiseen on myös liittynyt ja muistot itsessään ovat herättäneet monenlaisia tunteita ja ihmetyksen aiheita. Lukemisvaiheessa olen antanut näille tilaa, mutta analysointivaiheessa pyrkinyt toteuttamaan Ritala-Koskisen sulkeistamisvaatimusta mahdollisimman tarkasti.

Grönfors (1982, 127) kehottaa päiväkirjoja aineistonaan käyttävää tutkijaa suhtautumaan niihin kaikella sillä kunnioituksella ja hienotunteisuudella, jolla hän suhtautuu henkilökohtaiseen kosketukseen tutkittavien kanssa. Grönfors kuvaa henkilökohtaisia asiakirjoja ihmisen persoonallisuuden jatkeena. Samoja ohjeita olen pyrkinyt noudattamaan myös oman aineistoni kanssa. Työ on keskeinen osa ihmisen elämää ja työuran muistelussa kohtaavat monet merkitykselliset ja tunnerikkaat kokemukset, joihin minun tutkijan roolissa tulee suhtautua suurella kunnioituksella.

Laadullisen aineiston ja siitä tulkinnan avulla löydettyjen merkitysten luotettavuus riippuu kahdesta asiasta: siitä miten ne vastaavat tutkimushenkilöiden ilmaisuissaan tarkoittamia merkityksiä ja toiseksi missä määrin ne vastaavat teoreettisia lähtökohtia. Aineiston kohdalla validiteetti merkitsee ensinnäkin aitoutta: aineisto on aitoa, kun tutkimushenkilöt ilmaisivat itseään samasta asiasta kuin tutkija oletti. Toiseksi aineiston on oltava relevanttia ongelmanasettelun taustana olevien teoreettisten käsitteiden suhteen. Johtopäätökset ovat puolestaan valideja silloin, kun ne vastaavat sitä mitä tutkittavatkin tarkoittivat. (Syrjälä ym.1995, 129.) Toivon, että tutkimukseni tulosten raportointi ja siitä johdetut johtopäätökset ovat mahdollisimman yhteneväisiä sosiaalityöntekijöiden muistoissaan tarkoittamien asioiden kanssa.

5 TYÖTEHTÄVIIN LIITTYVÄT MUISTOT

Sosiaalityöntekijän työhön kuuluvat keskeisenä osana sosiaaliturva-asioista tiedottaminen, laaja-alainen ohjaus ja neuvonta sekä yhteistyö niin oman organisaation sisällä kuin sen ulkopuolellakin. Terveystuon sosiaalityön erityispiirteenä korostuu näiden lisäksi asiakkaan tukeminen ja kanssaeläminen sairauden muutosvaiheessa sekä tarvittavien hakemusten vireille laittaminen ja sitä kautta asiakkaan arjen helpottaminen sairaalajakson jälkeen. Yhteistyössä oman organisaation sisällä ja ulkopuolella on tapahtunut joitakin muutoksia vuosikymmenten aikana. Sen sijaan sosiaaliturva-asiat ja kattava neuvonta, ohjaus ja tiedottaminen sekä asiakkaan tukeminen ovat aina olleet hyvin suuressa roolissa terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työssä. Nämä tulevat esiin kaikissa sosiaalityöntekijöiden muistoissa. Tässä kohtaa jätän kuitenkin nämä ”perustehtävät” vähemmälle huomiolle ja keskityn niihin työtehtäviin, joissa on tapahtunut muutoksia vuosikymmenten aikana.

5.1 Sosiaalityöntekijät kotiutuksen ja jatkohoidon järjestäjinä

Vuosikymmenien ajan Suomessa totuttiin pitämään laitoshoidon ratkaisuna moniin pulmiin. Niin vanhuksat, vammaiset kuin sairaat sijoitettiin laitoksiin, kun muita hoitovaihtoehtoja ei juuri kehitetty. (Taipale ym.2004, 129.) Laitoshoidon suosittiin sen vuoksi, että niissä voitiin kontrolloida elämäntapaa ja huolehtia itsensä elättämisen vaatimuksen toteutumisesta (Urponen 1994, 180). 1970-luvulta lähtien yleistynyt laitostavastaisuus, pyrkimys humanisoida sosiaalialan toimintatapoja sekä 1980-luvulla alkanut julkisen sektorin kustannuksia leikkaava talouspolitiikka yhdessä muuttuneen yhteiskuntapolitiittisen ajattelun kanssa herättivät kunnat etsimään vaihtoehtoja ja toden teolla purkamaan laitospaikkojaan. Laitoshoidosta tuli vähitellen 1980-luvun lopulle tultaessa viimesijainen julkisen avun antamisen vaihtoehto etenkin siksi, että se oli taloudellisesti kalliimpaa kuin vanhuksen tai vammaisen kotiin annettu kotisairaanhoidon. (Satka 2007, 101.)

Sosiaalityöntekijöiden muistoissa näkyy selvästi edellä mainitun avohoidon painottaminen, toisin sanoen kotiutuksen mahdollisimman nopea ja saumaton järjestäminen, tai vaihtoehtoisesti sopivan jatkohoitopaikan etsiminen, mikäli edellytyksiä kotiutukselle ei ole.

Keskeistä on aina ollut potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairauden tai vammautumisen kohdatessa. Työtehtävät ovat kuitenkin vuosikymmenten kuluessa muuttuneet. Ensimmäisinä vuosina sosiaalityöntekijän tehtäviksi ohjautui lähinnä potilaiden jatkohoitajärjestelyihin ja kotiutukseen liittyviä tehtäviä, suuri osa työpäivästä kului soitellessa jatkohoitopaikkoja vanhainkoteihin ja terveystieteiden vuodeosastoille tai tilatessa kotipalveluja ja kotisairaanhoidoa. Tunsimme olevamme ”potilaat ulos automaatteja”.

Näin muistelee eräs sairaalan sosiaalityöntekijä työtehtäviään 1980-luvulta. Jatkohoitoon ja kotiutukseen liittyvät järjestelyt tulevat esiin lähes jokaisen sosiaalityöntekijän muistoissa, niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidonkin puolen sosiaalityössä. Syöpäosaston tilastotiedoista käy ilmi, että vuosien 1980 ja 1986 välisenä aikana tilastoiduista sosiaalityöntekijän toimenpiteistä keskimäärin 115 vuosittain kohdistui jatkohoitoon. Nämä ovat kaikista sosiaalityön tilastoiduista toimenpiteistä noin yhdeksän prosenttia. Tilastotiedoista ei valitettavasti käy tarkemmin ilmi, mitä nämä jatkohoitoon liittyvät toimenpiteet olivat, mutta mikäli ne ovat yhteneväisiä sosiaalityöntekijöiden muistoissaan tuomiin asioihin, liittyvät ne ihan konkreettisiin toimenpiteisiin jatkohoidon järjestämiseksi. Päiväsairaalan tilastotiedoista vuosien 1986 ja 1988 väliseltä ajalta käy ilmi, että päiväsairaalassa sosiaalityöntekijän työtehtävistä vieläkin suurempi osa kului jatkohoitotapausten parissa, keskimäärin 415 toimenpidettä vuosittain. Päiväsairaalan yhteenvedoissa on kerrottu, että nämä koskivat nimenomaan keskusteluja jatkohoidosta. Yhteenvetojen mukaan jatkohoitotapaust ovat olleet keskeisin keskustelunaihe sosiaalityössä. Kaikista käydyistä keskustelunaiheista ne ovat muodostaneet reilun kolmanneksen (n. 37 %). Saarikalle ja Sokoli (1985, 1-2, 44, 91) ovat tutkineet pro gradu-tutkielmassaan sairaskotipaikkaa jonottavien helsinkiläisten vanhusten avohuollon järjestämistä jonotusaikana ja sitä, millaisena vanhukset itse kokevat elämäntilanteensa ja tulevatko he toimeen yhteiskunnan järjestämän avohoidon turvin. Oman tutkimukseni kannalta kiinnostavaa kyseisessä tutkimuksessa on päiväsairaalan toiminta-ajatuksen esittely. Kyseessä on siis sairaala, jossa nimensä mukaisesti käydään päivisin ja samalla tuetaan potilaiden kotona asumista. Tutkimuksessa on todettu omaisten myönteinen suhtautuminen päiväsairaalan toimintaan ja sen edelleen kehittämiseen. Päiväsairaalan luonne huomioiden ei siis ole ihme,

että oman tutkimukseni päiväsairalan tilastotiedoissa monet keskustelut kietoutuivat juuri jatkohoitoasioiden ympärille.

Muistojen perusteella sosiaalityöntekijöiden yksinä keskeisinä työtehtävinä ovat siis olleet 1980-luvulla jatkohoitoon ja kotiutukseen liittyvät järjestelyt. Sosiaalityöntekijä on paitsi soitellut eri jatkohoitopaikkoja läpi ja tilannut tarvittavat kotiavut, ollut myös tarvittaessa se henkilö, joka saattaa asiakkaan uuteen jatkopaikkaan tai varmistaa, että asiakkaan arki kotona sujuu sairaalasta pääsyn jälkeen, kuten seuraavasta muistosta käy ilmi:

Paljon oli jatkohoidon järjestelyä ja toimeentulotukea. Uutena viranhaltijana vein myös yhden mummon kotiin ja ostin ruuat, kun ketään muuta ei saatu. Samoin olin talon autonkuljettajan kanssa viemässä potilaan jatkohoitoon mielisairaalaan. Tällaista ei enää kyllä tapahtuisi.

Jatkohoidon ja kotiutuksen järjestelemistä koskevissa muistoissa huokuu rivien välistä tietynlaista kritiikkiä. Kritiikki ei kohdistu niinkään kyseisiin työtehtäviin, vaan enemmänkin siihen toimintatapaan, jolla asiat ennen hoidettiin. Kirjoittajan ilmaisu siitä, että sosiaalityöntekijät tunsivat olevansa ”potilaat ulos automaatteja” kuvaa hyvin sitä suurta vastuuta, joka jatkohoidon ja kotiutuksen järjestämisen osalta jätettiin sosiaalityöntekijälle. Ilmaus kertoo hyvin myös siitä, miten muut terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuivat sosiaalityöntekijälle langetettuun vastuuseen. Seuraava kirjoittaja kuvaa hyvin, millaista toiminta muiden terveydenhuollon ammattilaisten taholta saattoi pahimmillaan olla:

Kaikki, mikä hiukankin liittyi kotipalveluun ja kotiutukseen tai maksuasioihin katsottiin kuuluvan minulle. Osastot eivät paljon keskustelleet niihin liittyvistä asioista kanssani. Sain helposti kuulla: ”Se on kokonaan sinun hommiasi – hoida sinä itse se.” Mitään yhteisiä palavereja ei pidetty, missä sosiaalityöntekijä olisi ollut mukana. Jos istuin kansliassa tutkimassa paperisia sairaskertomuksia, sain kohta kuulla: ”Mitä sinä täällä teet?” Olin kokonaan tietämätön potilaan tilanteesta – kuinka vakava sairaus on, milloin pitäisi kotiutusta miettiä jne. Jatkopaikat olivat jo silloin kiven alla ja se oli

kokonaan minun vikani, jos paikkaa ei ollut löytynyt. Lääkärinkierrolla minua katsottiin kuin halpaa makkaraa ja tivattiin: ”Mitä tämä potilas tekee vielä täällä?”

Eila Tiirinen (2007, 143) on kuvannut Huolenkantajat-kirjassa tuntemuksiaan sosiaalihoitajan työstään aluesairaalassa 1970-luvun alussa näin: ”Monesti koin olevani ulosheittäjä, kun kärsimättömiltä lääkäreiltä sateli kotiutusmääräyksiä. Kotiuttaminen ei aina ollut yksinkertaista ja palaute omaisilta oli joskus tyrmäävää.” Näyttäisi siis siltä, että 1970- ja 1980-luvuilla toimintakäytännöt kotiutuksen ja potilaan jatkohoidon järjestämisen suhteen olivat hyvin samanlaisia. Sosiaalityöntekijällä oli suuri vastuu niin kotiapujen kuin jatkohoidonkin järjestämisessä. Vielä nykyäänkin sosiaalityöntekijän työhön kuuluvat kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat. Näyttäisi kuitenkin siltä, että toimintatavat kotiutuksen ja jatkohoidon järjestämisen suhteen ovat vuosien saatossa muuttuneet. Muutos on oikeastaan tullut siinä vaiheessa, kun moniammatillisuuteen on alettu kiinnittää enemmän huomiota. Kerron tästä tarkemmin kohdassa, jossa sosiaalityöntekijät muistelevat, millaisia muutoksia heidän työvuosiinsa on sisältynyt. Seuraavaksi esittelen työtehtävää, jonka toteuttaminen on niin ikään muuttunut, kun uusia ammattiryhmiä on tullut terveydenhuoltoon.

5.2 Sosiaalityöntekijät apuvälineiden järjestäjinä

Eräs vanhempi kollegani kertoi minulle kerran, että sosiaalityöntekijän työtehtäviin kuului entisaikaan mitata potilaan kävelykepin oikea pituus ja hakea sitten sopivanpituisen keppi invakeskuksesta. Näin tapahtui eräässä perusterveydenhuollon puolen sairaalassa vielä 1980-luvun alussa. Lääkintöhallituksen (1982, 17) mietinnössä vuodelta 1982 on mainittu sosiaalityöntekijän yhdeksi keskeiseksi työtehtäväksi avustaa apuvälineiden hankinnassa. Omassa aineistossani löytyy myös muistoja apuvälineiden hankinnasta. Eräs sosiaalityöntekijä kertoo 1970-luvun alun ja 1980-luvun lopun välillä tapahtuneesta työskentelystä keuhkohtaumasta kärsivien potilaiden kanssa näin:

Usein kotiin järjestettiin happihoito pulloineen tai happirikastin. Tämä tehtävä siirtyi myöhemmin kuntoutusohjaajalle.

Toinen sosiaalityöntekijä jatkaa työstään keuhko-osastolla 1980-luvulla näin:

Tehtiin kokonaistilanteen selvityksiä, hoidettiin jatkohoitoasioita= siirtoja vanhainkoteihin ja vuodeosastoille tai kotiin palveluiden turvin. Myös apuvälineasioita= happihoitoasioita hoidin tuolloin ennen kuin sairaalaan saatiin apuvälineohjaaja.

Päiväsairaalan tilastotiedoista ja yhteenvedoista vuosilta 1986-1988 näkyy, että kuntoutukseen liittyvien asioiden hoito ja apuvälineiden anominen kuuluivat yksinä keskeisinä tehtävinä sosiaalityöntekijän työhön. Apuvälineiden tiimoilta käydyistä keskusteluista ei ole tilastotietoja, mutta kuntoutukseen liittyviä keskusteluja on käyty vuonna 1987 52 ja vuonna 1988 90. Åkerman (Niemelän 1985, 14 mukaan) on tarkastellut seminaarityössään vuodelta 1977 sosiaalihoitajan työtä yliopistollisessa keskussairaalassa ja kartoittanut erityisesti apulaislääkäreiden ja osastonhoitajien näkemyksiä sosiaalihoitajan työstä somaattisia sairauksia hoitavilla vuodeosastoilla. Työstä käy ilmi, että lääkärit ja osastonhoitajat katsoivat sairaalan sosiaalityöntekijän tärkeimmiksi työalueiksi tuohon aikaan potilaan sosiaaliturvasasioiden lisäksi jälkihoidon ja kuntoutusasiat.

Muita muistoissa esiin tuotuja työtehtäviä olivat etenkin vielä 1970- ja 1980-luvuilla muun muassa maatalouslomittajan järjestäminen isännän tai emännän joutuessa sairaalaan, lääkinnällisen kuntoutuksen maksusitoumusasioiden ja laskujen hoito, ammattitautiin sairastuneiden korvausasioiden vireillepano ja selvittäminen yhä enenevässä määrin sekä opetustehtävät, jotka luultavasti kuuluvat yhä edelleenkin jollain tasolla monen sosiaalityöntekijän työnkuvaan. Dokumentoidun aineiston perusteella muita työtehtäviä, jotka liittyivät keskeisesti vielä 1980-luvulla tehtävään sosiaalityöhön, oli potilaiden virkistystoimintaan osallistuminen. Päiväsairaalan yhteenvedoissa vuosilta 1986-1988 käy ilmi, että sosiaalityöntekijä osallistui potilaiden kanssa erilaisille retkille ja tutustumiskäynneille. Potilaiden kanssa käytiin esimerkiksi kirkossa, museossa, kahvilassa tai tutustumassa toisen sairaalan toimintaan. Samaisessa sairaalassa sosiaalityöntekijä järjesti syksystä 1986 lähtien toimintaterapeutin kanssa keskustelutilaisuuksia, joissa ”aihe nousi potilaiden senhetkisten tarpeiden pohjalta” sekä laulutilaisuuksia. Yhdessä toimintaterapeutin

kanssa sosiaalityöntekijä järjesti myös joulujuhlat, hankki esiintyjät ja toimi tilaisuuden vetäjänä.

Muistojen ja dokumentoidun aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että sosiaalityöntekijän työhön sairaalassa on sisältynyt aiemmin hyvin monenlaisia tehtäviä. Vuosien saatossa osa työtehtävistä on kuitenkin rajautunut pois ja siirtynyt niille sairaalassa työskenteleville ammattilaisille, jotka koulutuksensa puolesta pystyvät niihin parhaiten vastaamaan. Palaan tähänkin vielä tarkemmin tuonnempana tutkimuksessani.

5.3 Manuaalisesta kirjaamisesta sähköisiin sairauskertomuksiin

Vuonna 1946 otettiin sosiaalityössä käyttöön sosiaalikortti, johon huollettavan henkilötietojen lisäksi merkittiin lyhyesti huollon tarve ja huoltotoimenpiteet. Pari vuotta myöhemmin alettiin kirjoittaa huoltokertomuksia ja jo seuraavana vuonna tehtiin yhteenvetoja sairauskertomuksiin. Vuonna 1947 jäi uusien potilaiden sisäänkirjoitus pois sosiaalihoitajilta, mikä antoi heille enemmän aikaa omistautua varsinaiseen työhönsä. (Liskola 1988, 1097.) Näin on lyhykäisyydessään kuvattu sosiaalityöntekijöiden kirjaamisen alkutaipaleita. Lähivuosikymmenien aikanakin on kirjaamisessa ehtinyt tapahtua monenlaisia muutoksia. Näitä valottavat hyvin kahden sosiaalityöntekijän muistot:

1980-luvulla ei ollut vielä käytössä sähköisiä sairauskertomuksia, vaan lääkärinkierrolla sosiaalityöntekijällä oli mukana mappi, jossa oli kaikista potilaista pahvikortti. Siinä oli henkilötiedot ja sosiaalityöntekijä kirjoitti siihen sitten omat merkintänsä käsin ja säilytti näitä kortteja lukitussa kaapissa.

ATK-järjestelmä tuli 1980-luvun lopulla, näki esimerkiksi potilaiden sijaintitietoja. Sosiaalityöntekijöiden oma atk-ohjelma, joka näkyi ainoastaan sosiaalityöntekijöille ja kuntoutusohjaajille tuli 1990-luvun alussa, tuolloin myös muun muassa laskutustietoja, maksusitoumustietoja ym. tuli näkyviin. 2000-luvulla sairauskertomus on viety lähes kokonaan atk:n piiriin, vuosikymmen puolivälissä tuli muille ammattiryhmille näkyvä SOS-lehti kertomukseen, nyt se näkyy myös perusterveydenhuollossa.

Vuosikymmenten aikana on kirjaamisen apuvälineenä ensin ollut kynä, myöhemmin kirjoituskone ja nytemmin tietokone. Informaatioteknologian käyttöönotto, sekä siihen liittyvän osaamisen vahvistaminen ja tehokkaampi hyödyntäminen kytkeytyvät sosiaalityöhön ja koko sosiaalialan palvelujärjestelmän muutosvaatimukseen liittyviin keskusteluihin ja kehittämistyöhön. Niissä on ollut viime aikoina vahvasti esillä asiakastyön systematisointi, luokittelun, näkyvyyden, avoimuuden ja perusteltavuuden lisääminen sekä sitä kautta palveluiden laadun parantaminen. Näitä tavoitteita perustellaan sekä sosiaalityön asiantuntijuuden vahvistamisella että asiakaslähtöisyydellä, asiakkaiden tiedonsaannin, oikeusturvan ja osallisuuden lisäämisellä. (Kuronen & Isomäki 2010, 185-186.) Salme Kallinen-Kräkinin mukaan tiedon kirjaaminen voi tuntua sosiaalityössä toisarvoiselta silloin, kun asiakkaita on paljon ja jokaista haluaisi auttaa. Kirjaaminen ei kuitenkaan itsessään vie paljon aikaa, kun on käytössä toimiva tietokoneohjelma. Sen sijaan eniten aikaa vie hänen mielestään ajatusprosessi, jossa sosiaalityöntekijä pyrkii hahmottamaan, mistä asiakkaan tilanteesta on kysymys. (Moilanen 2004, 18.)

Sosiaalityöntekijöiden muistoista käy ilmi, että vuosien saatossa sähköiseksi muuttunut kirjaaminen on tuonut helpotusta työhön ja se on koettu hyvin mieleisenä. Syöpäosaston toimintakertomuksissa on mainintoja siitä, kuinka atk ylipäänsä on helpottanut työtä. ”Potilastiedot ovat aina ajan tasalla - niin tulijat, olijat kuin myös lähtijät.” Kallinen-Kräkin toteaa, että jos työtä ei ymmärrettävästi ja johdonmukaisesti dokumentoida, se voi jäädä epämääräiseksi sekä asiakkaille että ammattilaisille (Moilanen 2004, 18). Yhdessä syöpäosaston toimintakertomuksessa onkin tuotu esiin sitä, kuinka asiakkaiden kanssa käytyjen keskustelujen kirjaaminen on lisännyt myös oman työn arviointia. Kuronen ja Isomäki (2010, 186-187, 191) ovat tarkastelleet sosiaalityön ja informaatioteknologian tutkimuksen välillä käytyä kansainvälistä keskustelua artikkelissaan Parempaa sosiaalityötä vai teknologian orjuutta? Kyseisessä artikkelissa käy ilmi, että kansainvälisen kirjallisuuden valossa eniten kritiikkiä osakseen on saanut sähköisten asiakastietojärjestelmien kehittäminen ja tapa, jolla ne on otettu käyttöön sosiaalityössä. Tulos on osittain ristiriidassa oman tutkimukseni kanssa. Ne sosiaalityöntekijät, jotka kertoivat muistoissaan kirjaamisesta, suhtautuivat siihen joko myönteisesti tai neutraalisti, eivät kuitenkaan kielteisesti. Ainoa asia, joka nähtiin hieman kielteisenä ja ennen kaikkea työläänä, oli sosiaalityön tilastointi.

Oman työn selkiinnyttämisen ja arvioinnin lisäksi potilasasiakirjat tai muut merkinnät asiakkaan hoidosta ja kuntoutuksesta toimivat juridisena dokumenttina. Potilaan ja henkilökunnan oikeusturva paranee, kun asiakirjoista voidaan vaikkapa jälkikäteen tarkistaa annetun hoidon, informaation ja palvelun sisältö. Potilaalla itsellään on myös oikeus saada nähdä omat potilasasiakirjansa ja todeta, mitä sinne on kirjattu. Sosiaalityöntekijä kirjaa SOS-lehdelle tekstin ja sen, miten potilas on ohjautunut sosiaalityöntekijän asiakkaaksi. SOS-lehden avulla viestitetään hoitotiimille potilaan elämäntilanteesta niitä seikkoja, jotka ovat merkityksellisiä hoidon kokonaisuutta suunniteltaessa ja toteuttaessa. Pääsääntönä on pidettävä, että potilaan saamat sosiaalityöntekijän palvelut kirjataan aina: mitä asioita on selvitetty ja mitä toimenpiteitä on suoritettu. (Havukainen ym. 1998, 28-29.)

Sosiaalityöntekijöiden muistojen perusteella sähköinen viestintä on tuonut muutenkin helpotusta työhön. Sähköpostit ovat helppo tapa olla yhteydessä yhteistyökumppaneihin ja omaisiin paitsi oman maan sisällä, myös sen ulkopuolella. Kurosen ja Isomäen (2010, 191) artikkelissa kävi niin ikään ilmi, että informaatioteknologian hyödyntäminen koettiin kaikkein myönteisimmän asiakkaiden ja työntekijöiden tiedonsaannin ja keskinäisen kommunikoinnin parantamisessa. Mielenkiintoinen on myös ensimmäisessä muistossa maininta siitä, että sosiaalityöntekijä on osallistunut lääkärintierolle. Ne sosiaalityöntekijät, jotka kertoivat muistoissaan lääkärintierolle osallistumisesta, toivat esiin myös sen, että vuosien varrella lääkärintierolle osallistumisesta on luovuttu useimmiten omahoitajajärjestelmään siirtymisen myötä. Sosiaalityöntekijät saavat siis nykyään tiedon sosiaalityöntekijän palvelua kaipaavasta potilaasta hoitajan välityksellä eikä enää tarvitse kiertää lääkärin mukana osaston kaikkia potilaita läpi. Näyttäisi siis siltä, että muunkinlainen viestintä on vuosien varrella parantunut ja samalla säästänyt sosiaalityöntekijän kallisarvoista työaika.

6 ASIAKKAISIIN LIITTYVÄT MUISTOT

6.1 Asiakkaat yhteiskunnan epäkohtien peileinä

Nuorten ikäluokkien kohdalla on lisääntynyt moniongelmaisuus, työttömyys, asunnottomuus, päihteet eri psykiatristen diagnoosien lisäksi. Verrattuna 1980-lukuun, potilaat ovat sairaampia ja heidän ongelmansa monimutkaisempia kuin silloin. Varsinkin huumeet, sekakäyttö ja velkaantuminen ovat tuoneet aivan uusia asioita tähän työhön.

Näin kertoo eräs psykiatrian puolella työskentelevä sosiaalityöntekijä tämän päivän sosiaalityön haasteista. Samoilla linjoilla on toinenkin psykiatrian osastolla työskentelevä sosiaalityöntekijä:

Kun ”ulkona” on lisääntynyt päihteiden käyttö ja sekakäyttö ja väkivalta, se on myös osastoilla lisääntynyt. Asiakkaiden ongelmat ovat lisääntyneet siten, että samalla asiakkaalla on kasa ongelmia, jotka tulevat sosiaalityöntekijän selvitettäväksi hänen kanssaan. Ongelmat ovat myös haasteellisempia kuin esimerkiksi kymmenen vuotta sitten. Sosiaalityöntekijälle ei edes pääse enää maksamattomien laskujen vuoksi tai opettelemaan budjetin laatimista, kuten vielä 5-10 vuotta sitten oli tavallista. Psykiatrian osastoilla oli vielä kymmenen vuotta sitten ihmisiä, joilla oli esimerkiksi aviokriisi tai läheisen kuolema, joka oli aiheuttanut kriisin ja he tulivat lepäämään ja purkamaan pahaa oloaan osastolle. Nykyään osastolle pääsee, jos on psykoottinen tai itsetuhoinen. Ennen kuin ihminen on itsetuhoinen tai psykoottinen, hänellä on ehtinyt jo kasautua paljon ongelmia (yleensä).

Sosiaalityöltä ammatillisena toimintana odotetaan nopeaa reagointia yhteiskunnassa lisääntyviin sosiaalisiin ongelmiin ja ihmisten vaikeutuviin elämäntilanteisiin (Kemppainen ym.1998, 9). Edellä kuvattujen muistojen perusteella näyttäisi siltä, että asiakkaiden ongelmat ovat vuosien saatossa muuttuneet paljon haastavammiksi. Vaikka molemmat muistot ovat poimittu psykiatrian osastoilla työskentelevien sosiaalityöntekijöiden muistoista, näkyy

ihmisten elämäntilanteiden vaikeutuminen ja ongelmien monimutkaistuminen myös muilla osastoilla työskentelevien sosiaalityöntekijöiden muistoissa. Ongelmat ovat nykyään paljon monimutkaisempia kuin aiemmin ja ne heijastavat suoraan niitä epäkohtia, joita yhteiskunnassa on kulloinkin vallalla. Samalla asiakkaalla on myös useampia ongelmia selvitettävänä. Sosiaalityöntekijän työtä tekee myös haastavammaksi ja kuormittavammaksi erityisesti psykiatrian puolella se, että jo osastolle pääsy on tehty niin vaikeaksi, että etenkin psyykkisten ongelmien täytyy olla jo erittäin mittavia ennen kuin potilas edes sisäänkirjataan osastolle.

1990-luvun alun talouslama jätti jälkeensä työttömyyden, joka ei vielä useiden vuosien talouskasvun jälkeenkään palautunut lamaa edeltäneelle tasolle. Työttömyys on myös muuttunut pääsääntöisesti rakenteelliseksi eli työvoiman kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa toisiaan. (Keränen ym. 2001, 18.) Pirkkalan terveyskeskuksessa työskennelleen sosiaalityöntekijän Irma Passojan mukaan lama jätti jälkensä myös terveyskeskuksen asiakaskuntaan. Pähdeongelmien lisäksi työttömyys ja taloudelliset vaikeudet alkoivat näkyä nuorten ihmisten ja nuorten perheiden tuskana. Nuoret olivatkin Passojan mukaan selvästi laman seurauksena syntynyt uusi asiakasryhmä. (Suoninen 1995, 24.) Omassa aineistossanikin näkyy selvästi laman vaikutukset asiakaskunnassa. Kaksi sosiaalityöntekijää on kuvannut muistoissaan sitä, kuinka monet 1990-luvulla lapsuuttaan vanhempiensa ahdingon alla eläneet lapset oireilevat itse tänä päivänä psyykkisesti.

Monissa muistoissa mainittiin velkaantuminen erääksi keskeiseksi asiakkaiden ongelmaksi. Eräs sosiaalityöntekijä on maininnut, kuinka 1990-luvun laman myötä velka-asioissa ohjaus ja neuvonta ovat lisääntyneet huomattavasti. ”On autettava maksusuunnitelmien sopimisessa, otettava potilaan kanssa yhteyttä perintätoimistoihin ja velkaneuvontaan ja tarvittaessa laitettava edunvalvonta vireille.” Velkaantuminen on Ritakallion (2005, 19) mukaan sosiaalinen riski, joka realisoitui mitattavassa määrin 1990-luvulla. Lama tuhosi kymmenien tuhansien suomalaisten talouden ja jätti heidät kamppailemaan vuosikausiksi ylivoimaisten velkojen kanssa. Tänä päivänä on sosiaalialalla näkyvissä samat hälytysmerkit: työttömyys lisääntyy, yhä useampi hakee toimeentulotukea ja samaan aikaan kunnat pyrkivät säästöihin.

Pelkona on, että uusi lama vie jälleen tuhannet suomalaiset velkahelvettiin. (Hiilamo 2010, 22.)

Taloudellinen ahdinko johtaa usein pikku lainoihin kavereilta ja omaisilta. Tämä taasen johtaa kierteeseen, kun vipit pitää hoitaa. (Ritakallio 2005, 20.) Jos sairaalahoito pitkittyy, on edessä lukuisia pulmia, jotka johtavat pahimmassa tapauksessa velkaantumiseen ja jopa maksuhäiriömerkintään. Erityisen huonossa asemassa ovat psyykkisesti sairaat nuoret, jotka ovat usein pienituloisia, opiskelijoita tai työttömiä. Tämän vuoksi heidän sosiaaliturvaetuutensa jäävät pieniksi. Kaikkein huonoin tilanne on niillä nuorilla, joilla on maksamattomia laskuja jo sairaalaan tullessa. Maksusuunnitelmaa esimerkiksi rästivuokran tai suuren kännykkälaskun suhteen on ehkä kotona ollessaan pystynyt toteuttamaan, mutta jos sairaalahoito kestää niin pitkään, että nuorelle tehdään pitkäaikaismaksupäätös, ei velan lyhentäminen onnistu enää käteen jäävällä pienellä käyttörahalla. Pikavippien päätyminen luottohäiriömerkinnäksi onkin lähes sääntö. (Tirkkonen 2007, 18-19.)

Sosiaaliturva-lehdessä on vuodelta 2007 artikkeli Turun psykiatrian akuuttiosastojen sosiaalityöntekijästä Jaana Karimäestä. Karimäki kritisoi kyseisessä artikkelissa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan mielenterveyskuntoutujan käyttörahan suuruutta. Hänen mielestään vuodepotilas sekä nuori ja fyysisesti toimintakykyinen mielenterveyskuntoutuja eivät ole täysin vertailukelpoisia käyttörahan suuruuden suhteen. Vuodepotilaalle alle sadan euron suuruinen käyttöraha on useimmiten kohtuullinen, mutta nuoren yhteyksiä tavalliseen elämään tulisi voida ylläpitää myös sairaalahoidon aikana, jotta hyppäys arkeen pitkän hoitajakson jälkeen onnistuisi. Kännykkälaskujen, bussilippujen, parturimaksujen ja vaatehankintojen kustantaminen eivät valitettavasti kuitenkaan pienellä käyttörahalla onnistu ja usein rahatilanteen sanelema vaihtoehdottomuus johtaakin helposti laitostumiseen. (Tirkkonen 2007, 18-19.)

Syöpöosaston toimintakertomuksista käy ilmi, että kurjin tilanne rahallisesti potilailta on ollut vuosina 1992, 1993 ja 1998. Vuodelta 1992 löytyy mainintoja siitä, kuinka yhteiskunnan heikko taloudellinen tilanne on heijastunut suoraan syöpään sairastuneiden elämään. ”Kun perhe on toteuttanut esim. asunnon hankinnan muutama vuosi sitten ja tämän jälkeen on tullut

yllättävää työttömyyttä, luottojen korkojen nousua ja tämän lisäksi pitkäaikaista hoitoa vaativa syöpäsairaus, niin monen talous on romahtamassa”. Vuoden 1993 toimintakertomuksessa puolestaan mainitaan, kuinka työkyvyttömyyden aikainen sosiaaliturva on heikentynyt, Kelan matka- ja lääkeomavastuuosuudet sekä hoitomaksut nousseet sekä lisäksi verotus kiristynyt. Vuodelta 1993 löytyy myös maininta siitä, että ensimmäisen kerran useamman kuolleen lähiomaiset ovat olleet epätietoisia hautajaisten rahoituksesta ja kysyneet sosiaalityöntekijältä neuvoa siihen. Vuonna 1998 on niin ikään mainintoja yhteiskunnan tiukasta ajasta taloudenpidossa sekä sen heijastumisesta pitkäaikaissairaana elämään. Ilmaus siitä, että ”kaikki tarjolla oleva sosiaaliturva pitää osata käyttää”, ilmaisee hyvin kyseisen vuoden taloudellista ahdinkoa.

Edellä on kuvattu sitä, millaisia taloudellisia ongelmia potilaalle voi tulla, jos hoitajakso sairaalassa venyy. Sosiaalityöntekijöiden kirjoittamien muistojen perusteella hoitajaksojen pituus ei näyttäisi olevan nykyään enää niin todennäköinen taloudellisten ongelmien aiheuttaja kuin joskus aiemmin. Päinvastoin, sosiaalityöntekijät ovat tuoneet muistoissaan esiin sitä, kuinka hoitajakset ovat vuosien varrella selvästi lyhentyneet. Nykyaikana potilas pyritään kotiuttamaan niin pian kuin mahdollista, jos siihen vain on tarvittavat edellytykset. Tämä luonnollisesti vaatii sosiaalityöntekijältä nopeaa reagointia ja ratkaisuja. Eräs sosiaalityöntekijä kertoo, että usein ei ole aikaa kuin hoitaa se kaikkein akuutein ongelma.

Metteri (2003, 159) on kritisoinut 1990-luvulta alkanutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän tehokkuuden kehittämistä. Hänen mielestään kyseinen muutos ei välttämättä ole tehokasta asiakkaan kannalta. Se, että asiakkaiden asiat käsitellään nopeasti ja päivää kohden syntyy paljon käyntejä tai muita suoritteita, voi tarkoittaa asiakkaan näkökulmasta myös sitä, että hän ei koe tulevansa kuulluksi eikä autetuksi. Kukaan ei ehkä ehdi kohdata ihmistä ja hänen kysymyksiään. Tällöin Metterin mielestä liukuhihnamalli toimii hyvin, mutta asian kääntopuolena on se, että ihmiset sekä asiakkaan että työntekijän rooleissa voivat huonosti. Salmela (1997, 11-12) nimittää 1990-lukua pakkosäästöjen aikakaudeksi, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät ovat joutuneet ottamaan tavoitteekseen tehdä kaksinkertainen työ puolitoista kertaa nopeammin olemassa olevat resurssit puolittaen. Salmela ihmettelee, miten kuluttajanäkökulma ja asiakaslähtöisyys voivat toteutua näissä olosuhteissa.

Kun tehokkuusvaatimukset voimistuvat ja hoitajakset lyhenevät, on suuri vaara, ettei kaikkia avuntarvitsijoita ehditä tapaamaan. Kun asiakkaat kulkevat terveydenhuollon liukuhinamallin läpi eikä kukaan ehdi liukuhinnaa ajoissa pysäyttää, on taas yksi seula ohitettu ja seuraavassa mahdollisessa pysähdyspaikassa ongelmat ovat voineet yhä enemmän paisua, monimutkaistua ja moninaistua. Turun yliopistollisen keskussairaalan pitkäaikaisin sosiaalityöntekijä Terttu Hannila on kritisoinut lyhyitä hoitajaksoja. Hänen mielestään lyhyiden hoitajaksojen takia potilaalle ei enää riitä kylliksi aikaa ja henkilökunta uupuu työtaakkansa alle, kun tehokkuus revitään selkänahasta. (Näveri 2007, 4.)

Aina ei kuitenkaan hoitajakson lyhyys ole syynä siihen, etteivät auttaja ja avuntarvitsija kohtaa. Esimerkiksi Pylvään (2003, 56) tutkimuksessa huomattiin, että tarvetta sosiaalityölle olisi paljon enemmän kuin mitä pystytään tarjoamaan ja jatkuvasti tulee esiin tapauksia, joissa asiakkaat ovat olleet hoidettavana sekä perusterveydenhuollossa että sairaalassa pitkään saamatta sosiaalityöntekijän palveluja, vaikka olisivat niitä tarvinneet. Parviainen ja Telilä (2005, 3, 77) ovat tutkineet pro gradu-tutkielmassaan kyselyn avulla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöiden asiakaspalvelun laatua ja laadun ulottuvuuksien toteutumista käytännön asiakastyössä. Tutkimuksessa 59 % sairaalan sosiaalityöntekijöistä oli sitä mieltä, että sosiaalityöntekijän palvelua on odotettava jonkin aikaa sairaalassa. 38 % sosiaalityöntekijöistä suhtautui optimistisemmin ja koki, että palvelua on saatavilla heti. Vain 1 % sosiaalityöntekijöistä oli sitä mieltä, että palvelua on odotettava melko kauan.

Kemppaisen, Koskisen, Pohjolan ja Urposen (1998, 9, 94) tutkimuksessa, jossa selvitettiin, miten pohjoisessa eri toimipisteissä työskentelevät sosiaalityöntekijät kokevat tilanteensa ja jäsentävät työtään taloudellisen laman oloissa, kävi ilmi, että tutkimukseen osallistuneista terveydenhuollon sosiaalityöntekijöistä vain neljännes piti tutkimuksen teon aikana, vuonna 1994, työmääräänsä sopivana. Omassa tutkimuksessani sosiaalityöntekijöiden kiireinen työtahti tulee parhaiten esille syöpäosaston dokumentoidussa aineistossa. Etenkin vuosien 1990 ja 1991 toimintakertomuksissa on mainintoja työmäärän suuruudesta ja työn kuluttavuudesta ja siitä, ettei työntekijä ehdi tehdä kaikkia työtehtäviään. Löytyy myös mainintoja siitä, että ammatillinen ajan tasalla pysyminen on jäänyt tuohon aikaan täysin sattumanvaraiseksi. Ammattilehtiä ja ammattikirjallisuutta ei ole ehtinyt lukea kuin kotona.

Sosiaalityöntekijän kirjaama toive kuvaa hyvin kyseisen ajan työn luonnetta: ”Toivoisin parempaa työrauhaa eli aikaa potilastyöhön. Tämä ei kylläkään toteudu, sillä olosuhteet ovat sellaiset kuin ovat ja niihin ei kummempaa muutosta ole odotettavissa. On jatkettava tavallaan ”huonoa” pinnallista sosiaalityötä.” Näyttäisi siis siltä, että syöpäosastojen kiireinen työtahti on johtunut hyvin pitkälti vallitsevista olosuhteista. Potilasmäärät ovat olleet suuria, mutta dokumentoidusta aineistosta ei voi suoranaisesti päätellä, että heidän ongelmansa olisivat tuohon aikaan olleet haasteellisempia kuin aiemmin.

Kemppaisen ym. (1998, 58-59) tutkimuksessa suurin osa sosiaalityöntekijöistä (93 %) koki, että ihmiset pelkäävät avun hakemisen leimaavuutta. Lähes kaikki (94 %) sosiaalityöntekijät olivat myös sitä mieltä, että sosiaalisista etuuksista ja palveluista tulisi tiedottaa enemmän, koska ihmiset eivät useinkaan tunne oikeuksiaan. Parviaisen ja Telilän (2005, 67) tutkimuksessa vain hieman reilut puolet (51 %) sairaalan sosiaalityöntekijöistä koki, etteivät potilaat tunne sairaalan sosiaalityöntekijän tarjoamia palveluja. On huomattava, että Kemppaisen ja kumppaneiden tutkimuksessa sosiaalityöntekijöitä oli monilta eri aloilta, ei siis vain terveydenhuollosta. Näin ollen näiden kahden tutkimuksen prosenttiosuudet eivät ole täysin verrattavia keskenään.

Edellä esiteltyjen tutkimustulosten valossa voi siis päätellä, että syitä siihen, miksi asiakas ei välttämättä aina saa tarvitsemaansa sosiaalityön palvelua sairaalajakson aikana, voi olla useita. Voisi kuvitella, että varsinkin sairaalaolosuhteissa saattaa pelko avun hakemisen leimaavuudesta korostua. Etenkin huonokuntoisten ja liikuntarajoitteisten potilaiden kohdalla yksityisyyden suojan takaaminen saattaa sairaalan osastolla olla hyvin hankalaa. Monen hengen potilashuoneissa sängyt erottaa toisistaan vain ohut kangasverho, joka ei takaa minkäänlaista äänieristystä potilaan ja sosiaalityöntekijän keskustelulle. Moni saattaakin kokea kiusallisena omista ongelmista keskustelemisen muiden potilaiden läsnä ollessa ja jäädä mieluummin kokonaan ilman sosiaalityöntekijän palvelua. Omassa aineistossani ei löydy tästä mainintoja. Sen sijaan Parviaisen ja Telilän (2005, 86-87) tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa sosiaalityöntekijöistä tapasi potilaita ainakin silloin tällöin yleisissä tiloissa tai potilashuoneissa, joissa on myös ulkopuolisia henkilöitä. Verrattaessa somaattisia ja psykiatrisia osastoja keskenään, huomattiin, että somaattisilla osastoilla tavattiin huomattavasti

enemmän potilaita yleisissä tiloissa kuin psykiatrisilla osastoilla. Syyksi mainittiin somaattisilla osastoilla olevien potilaiden huonompi fyysinen kunto. Parviaisen ja Telilän mielestä potilaiden yksityisyys toteutuikin erityisesti somaattisilla osastoilla melko huonosti.

6.2 Monikulttuurisuus uutena haasteena

Pylvään (2003, 66) tutkimuksessa uusia haasteita erikoissairaanhoidon sosiaalityölle toivat paitsi huumeidenkäyttäjät, myös maahanmuuttajat ja pakolaiset. Kyseisen tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijän tuleekin jatkossa saada tietoa eri kansalaisuuksista ja kulttuureista voidakseen ottaa huomioon asiakkaan kulttuuritaustasta johtuvat erityisyydet.

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan henkilöä, joka aikoo asua tai on jo asunut maassa vähintään vuoden ja jolla on tarvittava oleskelu- tai työlupa sekä määritelty kotikunta, jossa hän asuu. Elinolojen kannalta vuoden asumisaika on tärkeä merkkipaalu, sillä sen jälkeen maahanmuuttaja saa Suomessa samanlaiset sosiaaliset oikeudet kuin kantaväestökin. Pakolaiseksi puolestaan määritellään henkilö, jolla on YK:n pakolaissopimuksen mukaisesti ”perusteltua aihetta pelätä joutuvansa vainotuksi rodun, uskonnon, kansalaisuuden, tiettyyn yhteiskuntaluokkaan kuulumisen tai poliittisen mielipiteen johdosta”. Eniten pakolaisia on Suomeen tulleet Somaliasta, entisen Jugoslavian alueelta sekä Iranista ja Irakista. Vuoden 2002 lopulla Suomessa asui kansalaisuuden mukaan eniten venäläisiä, sitten Viron, Ruotsin, Somalian ja Jugoslavian kansalaisuusryhmiin kuuluvia. (Iivari 2006, 20-21.)

Omassa aineistossani tuli myös hyvin esiin kansainvälisyysnäkökulma. Jo nyt ja jatkossa vielä enemmän sosiaalityöntekijän asiakkaat tulevat edustamaan yhä monikulttuurisempaa väestöä. Seuraava muisto kertoo, millaisen asiantuntemuksen tarvetta kansainvälisyys on tuonut sosiaalityöntekijän työhön.

Asiakaskunta on kansainvälistynyt 1990-luvulla. Näin ainakin keskussairaالاتasolla. Kansainvälistyminen on luonut tarpeen olla selvillä sosiaaliturvan ja palveluiden kehityksestä myös muualla kuin Suomessa ja tuonut

yhteistyötä eri viranomaistahojen kesken. Tulkkaukseen tarvitaan enemmän. Kirjallista materiaalia on mahdollista saada yhä useammalla kielellä.

Uuteen maahan siirtyessään ihminen joutuu määrittämään uudelleen omaa identiteettiään. Samalla hän kohtaa monia käytännöllisiä ja rakenteellisia haasteita, kuten uuden kielen, uudenlaisen koulutusjärjestelmän, elinkeinoelämän rakenteen, työkuulttuurin ja sosiaalisen vuorovaikutuksen käytänteet. (Puukari & Taajamo 2007, 14.) Vähemmistöryhmien kanssa työskentely vaatii erityistä herkkyyttä sosiaalityöntekijältä. Herkkyyttä tarvitaan paitsi kulttuuristen asioiden kunnioittamiseen ja tilanteisiin, jossa työskennellään tulkin kanssa, myös vähemmistöryhmien kokemusten sekä poliittisen ymmärryksen hyväksymiseen. (Hafford-Letchfield 2006, 64.) Yksilön tarpeet ja kulttuuriset erot tulee aina pyrkiä tunnistamaan. Toisen kulttuurin edustajilla saattaa olla esimerkiksi kuolemaan ja sairauteen liittyviä tapoja, uskomuksia ja rituaaleja, jotka voivat hyvinkin erota länsimaisesta kulttuurista. Joissakin kulttuureissa esimerkiksi näytetään suru paljon avoimemmin kuin toisissa. On myös huomioitava, että vähemmistöryhmien tietoisuus palveluista ja etuuksista saattaa olla erittäin huono. (Shelley 1990, 117, 122-123, 126.)

Parviaisen ja Telilän (2005, 75-76) tutkimuksessa huomattiin kielellisten ongelmien lisääntyneen sosiaalityöntekijän ja potilaan välillä ulkomaalaisten määrän kasvettua. Tähän syyksi mainittiin se, että potilailla ei ole aina mahdollisuutta saada palvelua omalla äidinkielellään. Tulkki ei välttämättä puhu täysin samaa kieltä, jos on kyseessä jokin harvinainen kieli. Hankaluutena näissä tilanteissa mainittiin myös se, että potilas ei aina halua kertoa kaikkia asioita tulkin läsnä ollessa.

Monikulttuurisuus ei koske pelkästään potilaita ja heidän omaisiaan, vaan yhä useammin myös työyhteisössä saattaa olla muita kuin suomen kansalaisia.

Kaikenlaista kansalaisuutta edustavia potilaita, omaisia ja työkavereita löytyy.

On selvää, että jatkossa tulee entistä enemmän korostumaan Pylvään (2003, 66) tutkimuksessa edellytetty entistä parempi asiantuntemus eri kulttuureista ja kansalaisuuksista.

Sosiaalityöntekijän tulee olla tietoinen paitsi muista kulttuureista, myös erilaisista elämäntavoista, arvoista ja historioista sekä omalla toiminnallaan edistää kaikkien tasa-arvoisia mahdollisuuksia ja välttää stereotypisointia kulttuurin perusteella (Shelley 1990, 135).

6.3 Yhä enemmän vanhuksia ja asunnottomia

Terveyskeskuksen osastoilla on aikaisempaa enemmän muistihäiriöisiä ja päihdeongelmaisia. Potilaat ovat yhä useammin moniongelmaisia ja hyvin sairaita. Asunnottomat potilaat työllistävät entistä enemmän.

Sosiaalityöntekijöiden muistojen perusteella moniongelmaisuus näkyy niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin puolella. Yksinkertaistava ajattelutapa selvärajaisesta ongelmasta ja sen ratkaisemisesta toimii yhä harvemmin, kun monimutkaistuva yhteiskunta tuottaa monimutkaistuvia kysymyksiä työstettäväksi (Kemppainen ym.1998, 99). Yhtenä nykyajan ja entistä laajenevassa määrin vielä tulevaisuuden haasteena on vanhusten kasvava määrä. Etenkin vanhimmat ikäluokat –yli 75-vuotiaat ja siitä eteenpäin- suurenevat niin absoluuttisesti kuin suhteellisestikin eliniän pidetessä ja ennen kaikkea suurten ikäluokkien vanhetessa (Jyrkämä 2004, 153). Iän mukana lisääntyvät myös eritasoiset muistihäiriöt huomattavasti. Erilaisten sairauksien aiheuttamasta keskivaikeasta tai vaikeasta dementiaa arvioidaan kärsivän 5-9 % kaikista 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä. Jos mukaan otetaan dementian alkavat ja lievät vaiheet, jolloin täyttä varmuutta dementoitumisesta ei useinkaan vielä saada, osuus nousee 3-4 prosentiksi. Dementia yleistyy voimakkaasti iän mukana 60. ikävuoden jälkeen: siitä kärsii pari prosenttia 65-vuotiaista, 90-vuotiaista noin kolmasosa. (Suutama 2003, 178.) Yleisimmän dementiaa aiheuttavan sairauden, Alzheimerin taudin on arveltu olevan yksi kansakunnan kalleimmista sairauksista. Pitkälle edetessään se tuo tullessaan täydellistä orientoitumattomuutta, levottomia öitä, puhekyvyttömyyden kasvua, kyvyttömyyttä tunnistaa tuttuja ihmisiä sekä sosiaalisesti hyväksytyyn käyttäytymisen menetystä. (Mercer & Robinson 1989, 411-412.)

Sosiaalityöntekijöiden ammattikuvassa vanhuus ilmiönä ja vanhukset ikäryhmänä ovat Suomessa olleet vähän esillä (Tedre 2007, 96). Muuhun sosiaalityöhön verrattuna

vanhussosiaalityö on jäänyt kehittymättä ja kiinnostusta siihen on ilmennyt vasta viime vuosina. Vanhussosiaalityön toteuttaminen on usein liittynyt sairaala- ja laitoshoitoon sekä sieltä kotiuttamiseen. (Tenkanen 2007, 182-183.) Pajusen, Seppäsen ja Kuusinen-Jamesin (2009, 2, 21) vanhussosiaalityön nykytilaa Päijät-Hämeessä koskevassa selvityksessä, jota jo aiemmin tutkimuksessani sivusin, tuli ilmi, että vanhussosiaalityö korostuu terveystieteiden ja sairaaloiden sosiaalityössä. Näin on etenkin niissä kunnissa, joissa ei ole erikseen vanhussosiaalityöhön nimettyä työntekijää. Toisena keskeisenä toimijana vanhussosiaalityössä oli näissä kunnissa Pajusen ym. mukaan usein aikuissosiaalityö.

Vanhusten hoidosta on vuosien saatossa keskusteltu moneen otteeseen. 1990-luvun lopulla vanhuspotilaita oli erikoissairaanhoidon näkökulmasta katsoen liikaa. Vanhustenhuollon avo- ja välimuotoisten palveluiden vähäisyyden vuoksi heitä ei voitu kotiuttaa niin tehokkaasti kuin sairaalatoiminnan aikataulut olisi edellyttänyt. Vanhuksen tilanteeseen nähden sopivia tai vapaita jatkohoitopaikkoja ei ollut riittävästi eikä kotihoitoa saatu järjestymään palveluiden vajavaisuuden takia turvallisesti. Jos potilaalla oli läheisiä, jotka pystyivät hänet hoitamaan, hänet pyrittiin tietysti kotiuttamaan mahdollisimman pikaisesti. (Narkilahti 2003, 92.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto antoivat Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Tavoitteena oli, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Kotona asumista tuettaisiin nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. Tavoitteen saavuttamiseksi jokaisella kunnalla tulisi olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka turvaisi ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet ja jonka kunnan poliittinen johto olisi virallisesti vahvistanut. Strategiassa tulisi määritellä tavoitteet iäkkäiden kuntalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi sekä eri hallintokuntien ja sidosryhmien vastuut näiden tavoitteiden toteuttamisessa. Tavoitteiden toteutumista tulisi seurata järjestelmällisesti ja tulokset julkaista vuosittain. (Taipale ym. 2004, 88.)

Seuraava muisto tuo hyvin esiin, miten suosituksessa korostetut tavoitteet näkyvät käytännön työssä:

Nykyisin kotiutettavia on vanhusten määrän lisääntymisen, hoitoaikojen lyhentymisen ja hoivan kotihoitokeskeisyyden vuoksi entistä enemmän, nyt myös kodeissa hoidetaan entistä huonokuntoisempia potilaita.

Suurin ongelma vanhuspalvelujen tuottamisessa on ollut se, että toiminta on jäänyt paljolti toimenpidekeskeiseksi ja pelkästään fyysistä tarpeista huolehtimiseksi (Koskinen 1997, 41). Kotona tapahtuvan vanhusten hoivan ja hoidon lisääntyminen merkitsee haasteita myös sosiaalityölle. Sosiaalityön rooli kotihoitossa on ollut vielä toistaiseksi selkiintymätön, sillä sosiaalityön menetelmiä hyödyntävä ja etsivä vanhussosiaalityö ei näy sen toimintakentässä. (Tenkanen 2007, 182.) Pajusen, Seppäsen ja Kuusinen-Jamesin (2009, 22) selvityksessä ehdotettiin vanhussosiaalityön organisoitumista jatkossa osaksi avopalveluja, esimerkiksi kotihoiton yhteyteen. Yhteystyö terveydenhuoltoon nähtiin myös tärkeäksi osaksi avohuollon sosiaalityötä, sillä vanhukset käyttävät paljon terveystalouksia ja muun muassa sairaalajaksojen yhteydessä liikutaan koti- ja sairaalapalveluiden välimaastossa. Myös palvelutaloiden asukkaiden sosiaalityöntarpeet tulisi Pajusen ym. mukaan huomioida vanhussosiaalityötä organisoidessa.

Omassa aineistossani monet sosiaalityöntekijät mainitsivat vanhusvoittoisen asiakaskunnan kasvun terveydenhuollossa. Kaikkia vanhuksia ei voida kotiuttaa, vaikka avopalvelut kehittyisivät entisestään ja vaikka myös sosiaalipuolen edustus saataisiin kotihoitoon. Vanhuksia tulee jatkossa olemaan entistä enemmän terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä sairaaloissa. Sosiaalityöntekijän työhön vanhusten kanssa liittyy muun työn ohella usein erilaisten tunteiden läpikäyntiä. Sosiaalityöntekijän tulee kunnioittaa vanhusten tunteita ja auttaa häntä tarvittaessa sopeutumaan uusiin tilanteisiin. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi ne, kun vanhus ei kykene enää heikentyneen terveydentilansa takia palaamaan kotiinsa, vaikka sinne kovasti haluaisikin. Vaihtoehtoisesti tilanteisiin, joissa vanhuksella ei ole enää motivaatiota palata sairaalajakson jälkeen omaan kotiinsa, vaikka siihen olisikin kaikki edellytykset olemassa, liittyy usein esimerkiksi yksinäisyyden ja pelon kokemisen tunteiden läpikäyntiä. (Coppeard 1990, 180-181.) Monet vanhat ihmiset ovat kokeneet elämässään myös monenlaisia menetyksiä. Näitä ovat esimerkiksi roolien, kodin, terveyden, ystävien, perheen ja

talouden menetykset. (Harris 1989, 391.) Tämä on hyvä huomioida vanhusten kanssa työskennellessä ja antaa heille aikaa kertoa näistä asioista.

Toinen koko ajan kasvanut asiakasryhmä sosiaalityöntekijöiden muistojen perusteella ovat asunnottomat. Asunnottomia arvioitiin olevan 2000-luvun alkupuolella vajaa 8000. Heistä asui pääkaupunkiseudulla reilu puolet ja muissa kasvukeskuksissa noin 2000 henkilöä. Asunnottomuutta on aiheuttanut osaltaan se, että sosiaali- ja terveystoimessa tapahtuneen palvelurakennemuutoksen takia erityisesti mielenterveyskuntoutujia on siirtynyt avohuoltoon. Asunnottomien moniongelmaisuus onkin kasvanut viime vuosien aikana. Monesti kuitenkin pelkkä asunnon saaminen ei enää riitä, vaan tarvitaan monenlaista asumisen tukea ja tukipalveluja elämänhallintaan. Tuettua asumista tarvitsevat muun muassa päihdeongelmaiset ja mielenterveyskuntoutajat. (Hynynen 2005, 7.)

Asunnottomat potilaat työllistävät entistä enemmän sosiaalityöntekijää. Eräs sosiaalityöntekijä on todennut muistossaan, että ”sairaalassa sosiaalityön tarve tulee ihmisen sairauden ja elämäntilanteen pohjalta, ei välttämättä huono-osaisuuden tai heikon taloudellisen aseman pohjalta, tosin myös sairastavuudella ja huono-osaisuudella on yhteyttä.” Asunnottomien potilaiden kohdalla sairastavuuden ja huono-osaisuuden yhteys tulee hyvin esiin. Potilaalla ei ole sairaalaan tullessaan ongelmana ainoastaan terveydentilan menetys, vaan myös elämänhallinnassa on usein ollut jo pidemmän aikaa puutteita. Tästä konkreettisenä esimerkkinä se, että potilas ei ole kyennyt järjestämään itselleen yhtä ihmisen keskeistä perustarvetta, asuntoa. Sairaus itsessään aiheuttaa myös huono-osaisuutta. Yleisimmin se näkyy toimeentulon menetyksenä. ”Sairas on aika pinteessä, etenkin kun köyhyys seuraa mukana melkein poikkeuksetta. Erityisesti psyyken potilaat tulevat usein pitkään ellei kokonaan työkyvyttömiksi, mikä merkitsee köyhyyttä palkan loppuessa. Mitä nuorempi, sitä surkeampaa.” Taloudellisen tilanteen kurjistumisen lisäksi sairaus voi aiheuttaa ongelmia muillakin elämänalueilla, kuten seuraavasta muistosta käy ilmi:

Asuntoasiat ovat myös aika keskeisiä asioita esim. potilaan vaimo ilmoittaa miehen sairaalahoidossa ollessa, että mies ei voi palata enää perheensä luo sairaalahoidon päätyttyä. Mies joutuu näin ollen asunnottomaksi. Vuokra-

asuntohakemusten teko yhdessä ko. potilaan kanssa ja asunnon puolto kunnalliselle puolelle, mahdollisen tuetun asunnon selvittäminen.

Yksi huomionarvoinen asiakasryhmä ovat myös perheelliset potilaat. Monet sosiaalityöntekijät ovat tuoneet muistoissaan esiin, kuinka yhä useammin sosiaalityöntekijä joutuu tekemisiin lastensuojelukysymysten ja niiden selvittämisen kanssa, kun on kyseessä potilas, jolla on lapsia. Muistojen perusteella näyttäisi siltä, että lastensuojelullisten asioiden kanssa painiminen on selvästi lisääntynyt vuosien varrella. Yksi sosiaalityöntekijä toi muistossaan esiin, kuinka sosiaalityöntekijään otetaan yhä useammin yhteyttä erilaisissa kriisiytyneissä tilanteissa. Näitä ovat muun muassa perheväkivaltatilanteet. Usein sosiaalityöntekijää tarvitaan sovittelijaksi tai neuvottelijaksi ristiriitatilanteisiin. Kun sosiaalityöntekijä joutuu työskentelemään lastensuojelukysymysten parissa, tulee ensiarvoisen tärkeäksi muiden sairaalassa työskentelevien ammattiryhmien tuki sekä yhteistyö avopuolella työskentelevien sosiaalityöntekijöiden kanssa (Chandler ym.1990, 152).

7 MUUTOKSIIN LIITTYVÄT MUISTOT

Sosiaalityö on oman aikansa tuottama vastaus vallitsevan yhteiskunnan haasteisiin. Se, millaiseksi toiminta-alue suuntautuu, on yhteydessä ajan sosiaalisiin ongelmiin, yhteiskunnan taloudellisiin, sosiaalisiin ja poliittisiin rakenteisiin ja prosesseihin sekä teoreettisiin käsityksiin sosiaalityöstä. (Kemppainen ym.1998, 12.) Seuraavaksi esittelen sosiaalityöntekijöiden muistoissaan esiin tuomia vuosikymmenten aikana tapahtuneita muutoksia, jotka ovat joko suoraan tai välillisesti vaikuttaneet sosiaalityöntekijän työhön sairaalassa. Osa muutoksista on sosiaalityöntekijästä itsestään, omasta asiantuntijuudesta kumpuavia muutoksia, osa taas vastaavasti laajempia yhteiskunnallisia ja organisatorisia muutoksia.

7.1 Oma ammattitaito kehittyi

Se, että sosiaalityön asiantuntijuus on aina ollut sidoksissa omaan aikaansa, yhteiskuntaansa ja siinä toteutuviin muutoksiin, on tarkoittanut työntekijöiden kannalta sitä, että vaihtuvissa historiallisissa olosuhteissa sosiaalityön toimijat ovat joutuneet konstruoimaan työnsä toistuvasti uudelleen, uudenlaisista lähtökohdista ja muuttuvista toimintaehdoista käsin (Mutka 1998, 9). Sosiaalityön asiantuntemuksen määrittelyongelmat ovat korostuneet erityisesti hallinnonaloilla, joilla sosiaalityöntekijä toimii yksinään yhteistyössä suurien ja voimakkaiden ammattiryhmien kanssa. Tällaisia hallinnonaloja ovat terveydenhuolto ja koulutoimi. (Rajavaara 1986, 52.) Terveystieteiden sosiaalityö on hakenut pitkään omaa paikkaansa lääketieteen ja hoitotyön rinnalla. Seuraava muisto kertoo, miten oma vähäinen työkokemus saattoi alkuvaiheessa olla osasyynä siihen, että sosiaalityöntekijälle ohjautui muitakin kuin juuri sosiaalityön asiantuntijuutta parhaiten palvelevia työtehtäviä:

Ehkä työn sisällön muutokset johtuvat osaltaan myös siitä, että työurani alussa, sosiaalihuoltajatuokinnon suorittaneena, en omannut kovin paljon valmiuksia sairaalan sosiaalityöhön. Koska mitään perehdytystä ei ollut mahdollista saada, teimme yhtä kokemattoman työtoverini kanssa niitä töitä, mitä annettiin osaamatta ensimmäisinä vuosina kovinkaan paljon muokata itse työnkuvaa.

Marjaana Lehtinen (1986, 92) uumoili jo 1980-luvun puolivälissä, että on todennäköistä, että sosiaalityöntekijöiden ammattikunnan yhtenäisyys lisääntyy ja tietoisuus tehtävistään ja asemastaan kasvaa sosiaalityön koulutuksen tason nostamisen ja opetuksen sisällön yhdenmukaistamisen myötä. Seuraavan sosiaalityöntekijän muisto näyttäisi tukevan tätä väitettä.

Yksi mikä ehkä vaikuttaa myös työtehtävien muutokseen (lähinnä rajaamiseen) on se, että tuli tämä lakimuutos, joka edellyttää ylempää korkeakoulututkintoa sosiaalityöntekijältä. Sosiaalityöntekijä saattoi ennen tehdä monenlaista muutakin kuin sosiaalityötä, mutta me osaamme rajata työmme hoitotyöstä ja lääkärin pikkuapulaisia emme myöskään ole, vaan lujia ammattilaisia ja työmme arvon tuntevia.

Muistoissa löytyy myös mainintoja terveystieteiden verkostoitumisen, työnohjauksen sekä täydennyskoulutuksen vaikutuksesta oman työnkuvan muotoutumiseen ja asiantuntijuuden kasvuun. Seuraava muisto kertoo hyvin, miten sekä oman ammattitaidon kehittyminen että vuosien varrella terveydenhuollon sosiaalityöstä kertynyt työkokemus vaikuttavat työn rajaamiseen ja sitä kautta myös omaan jaksamiseen.

Työtehtäviä ei voi rajata, mutta kaikkeen ei pidä puuttua ja pitää tietää, mitä asioita hoitaa. Tiettyä epävarmuutta tulee sietää ja sitä, että aina ei voi auttaa. Sairaalassa täytyy kyetä työskentelemään myös kaaoksen keskellä, koska tilanteet voivat hetkessä muuttua. Ammattitaitoa täytyy päivittää koko ajan uutta tietoa hankkimalla ja koulutuksella.

Samoilla linjoilla on Hämeenkyrön terveyskeskuksen ensimmäinen sosiaalityöntekijä Sinikka Hakkarainen. Hänen mielestään se, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijä on sairauteen liittyvien sosiaalisten kysymysten asiantuntija, ei tarkoita sitä, että sosiaalityöntekijän työpanosta tarvittaisiin kaikissa sosiaaliseen selviytymiseen liittyvissä asioissa. (Suoninen 1995, 22.)

Olen tuonut tutkimuksessani esiin, että sosiaalityöntekijän työnkuva on ollut aiemmin varsin selkiintymätön. Parviaisen ja Telilän (2005, 61) tutkimuksessa vuodelta 2005 huomattiin, että tutkimukseen osallistuneille terveydenhuollon sosiaalityöntekijöille itselleen työnkuva oli erittäin selvä ja oma osaamisalue pystyttiin tarkoin määrittämään. Samaisessa tutkimuksessa sosiaalityöntekijät määrittivät työkokemuksen tärkeimmäksi ja sosiaalityöntekijän pätevyyden antavan koulutuksen toiseksi tärkeimmäksi omaan osaamiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Tämän ja oman tutkimuksen sosiaalityöntekijöiden muistojen perusteella näyttäisi siltä, että työkokemus ja koulutus ovat olleet erittäin keskeisessä osassa sosiaalityöntekijän työnkuvan rajaamisessa ja selkiyttämisessä.

7.2 Ajan hermolla pysyminen entistä tärkeämpää

Oman asiantuntijuuden kehittymisen lisäksi sosiaalityöntekijät toivat muistoissaan esille myös vuosien varrella tulleita lakimuutoksia, jotka ovat niin ikään vaikuttaneet sosiaalityöntekijän työhön ja työn tekemisen tapoihin. Olen esitellyt kyseisiä lakeja jo tutkimukseni alkupuolella. Muita muistoissa mainittuja lakimuutoksia olivat muun muassa invalidilain muuttuminen vammaispalvelulaiksi, potilasvahinkolain voimaatulo sekä uusi lastensuojelulaki. En ala tässä kohtaa tarkemmin esittelemään kyseisiä lakeja ja niiden vaikutuksia työn tekemiseen, vaan tuon esiin sen seikan, joka keskeisimmin nousi muistoista esiin lakiasioista kerrottaessa. Sitä kuvaa hyvin seuraava muisto.

Keskeistä potilastyössä on aina ollut se, että sosiaalityöntekijän osaamisen vaatimus on kova; viimeisimmät ja päivitettyt tiedot pitää olla, jotta pärjää. Tämä kirjo on vielä laajentunut alkuvuosista, koska lainsäädäntöä on kehitetty. Vanha toteamus sosiaalityöntekijästä ”sairaalan käytävillä kulkevana nahkaselkäisenä lakikirjana” on edelleen pätevä. Tätä osaamista lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät ja ennen muuta potilaat vaativat; asiakkaamme ovat entistä valveutuneempia, tietoisia omista eduistaan ja heillä on mahdollisuus tarkistaa omat etunsa nettisivuilta. On oltava erittäin tarkka näissä asioissa, että omat tiedot ovat kohdallaan!

Olen aiemmin esitellyt Parviaisen ja Telilän (2005) sekä Kemppaisen (1998) ja kumppaneiden tutkimuksissa saatuja melko korkeitakin prosenttiosuuksia siitä, että asiakkaat eivät tuntisi riittävän hyvin oikeuksiaan ja sosiaalityöntekijän tarjoamia palveluita. Kyseessä on siis ollut sosiaalityöntekijöiden oma arvio. Omien tutkimustulosteni valossa näyttää siltä, että asiakkaat ovat tulleet entistä tietoisemmiksi oikeuksistaan ja eduistaan. Yksi keskeinen syy tähän näyttää olevan internetin suuri mahti. Sosiaalityöntekijät toivat esiin, kuinka asiakkaat osaavat nykyään etsiä paremmin tietoa internetistä ja täyttää siellä myös tarvittavia hakemuksia. Tämä tietenkin parhaassa tapauksessa vähentää sosiaalityöntekijän työtä, mutta kuten edellisestä muistosta huomaa, edellyttää se sosiaalityöntekijältä tietojensa päivittämistä jatkuvasti.

Sosiaalityöntekijöiden muistoissa tuodaan esille sitä, kuinka uusien lakien voimaatulo tai entisten uudistuminen vaativat sosiaalityöntekijältä paitsi tietojensa jatkuvaa päivittämistä, myös sopeutumista. Lakien tuntemus ja niiden noudattaminen antavat sosiaalityöntekijöiden mukaan varmuutta työhön, mutta samaan aikaan vaativat entistä suurempaa tarkkuutta.

Ajan hermolla pysyminen ei koske vain lakiasioiden tuntemisesta, vaan sosiaalityöntekijän pitää olla muutenkin kartalla, mitä ympärillä tapahtuu, kuten seuraavan sosiaalityöntekijän kirjoituksesta käy ilmi:

Tätä työtä ei voi tehdä, ellei pysy kärryillä mitkä huumeet liikkuu kaupungilla, mistä työpaikoista ihmisiä irtisanotaan ja mitä organisaatiomuutoksia on yhteistyötahoilla.

7.3 Yhteistyökumppaneiden määrä sairaalan sisällä ja ulkopuolella kasvaa

Kohdassa, jossa esittelin sosiaalityöntekijöiden muistoja niistä työtehtävistä, jotka ovat myöhemmin joko kokonaan rajautuneet pois tai vaihtoehtoisesti niiden toteuttaminen on muuttunut, tuli esille sosiaalityöntekijöiden melko yksinäinen toimintatapa ja suuri vastuu kotiutuksen ja jatkohoidon järjestäjinä. Yhteistyö sairaalan sisällä on muistoissa asia, jossa on pientä ristiriitaa kirjoittajien kesken. Suurin osa sosiaalityöntekijöistä piti omaa toimintaansa sairaalassa monin paikoin yksintyönä vielä 1980-luvulla. Toki yhteistyö potilaiden ja omaisten

kanssa on aina ollut suuressa roolissa, mutta yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa näyttäisi tiivistyneen vasta 1980-luvun jälkeen. Yksi sosiaalityöntekijä oli sitä mieltä, että on aina tehnyt tiimityötä moniammatillisessa työryhmässä, jossa on ollut psykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, hoitajat ja lääkäri. Eräs toinen sosiaalityöntekijä mainitsi myös muistossaan, että on jo 1980-luvulla osallistunut hoidollisiin tiimeihin. Nämä molemmat kirjoittajat ovat työskennelleet psykiatrian puolella. Näyttäisi siis siltä, että yhteistyön toteuttamisessa on ollut joitakin eroja osastojen välillä, vaikka yleisesti ottaen sosiaalityöntekijän työtehtävissä ei näyttäisi olevan paljon eroa osastojen ja sairaaloiden välillä. Etenkin perustehtävät ovat hyvin samanlaisia kaikkialla. Seuraavan sosiaalityöntekijän muisto tuo esiin sen, millaisena suurin osa sosiaalityöntekijöistä on kotiutuksen ja jatkohoidon järjestämisen vuosien saatossa nähnyt.

Asiakastyön työtehtävissä on edelleen tärkeänä osana potilaan jatkohoidon ja kotiutuksen suunnitteluun osallistuminen. Mutta nyt enemmän yhtenä monista toimijoista. Potilaan kotiutus on moniammatillisen tiimin yhteistyötä, jossa usein on mukana lääkäri, omahoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, joskus kuntoutusohjaaja. Potilaan kotikunnan sairaanhoitajat ovat tulleet potilasta vastaan jo sairaalaan ja ovat neuvottelemassa kotiutukseen tai jatkohoitoon liittyvistä järjestelyistä.

Edellä esitetystä käy ilmi, että yhteistyö kotiutuksen ja jatkohoidon järjestämisestä ei rajoitu nykyään vain sairaalan sisälle, vaan potilaan kannalta keskeiset sairaalan ulkopuoliset toimijat kutsutaan tarvittaessa jo osastolle yhdessä neuvottelemaan potilaan jatkohoidosta. Iso harppaus on siis tultu siitä, kun sosiaalityöntekijä yksin tilasi potilaalle tarvittavat kotiavut. Seuraava sosiaalityöntekijä kuvaa hyvin, miten moniammatillinen työote vaikuttaa kokonaisvaltaisesti työhön:

Työssä jaksamisen kannalta ja oman oikeusturvan kannalta olen kokenut tärkeäksi moniammatillisen yhteistyön, joka pienessä yksikössä on helposti toteutettavissa.

Moniammatillisuus on siis vuosien varrella alkanut toteutumaan paremmin sairaalassa ja sosiaalityöntekijän työssä. Metteri piti vielä 1990-luvun puolivälissä moniammatillisuuden toteuttamisen vaikeutena eri ammattien toisista ammateista irrallisiin koulutusputkiin sisältyviä ammatti-ideologioita. Lääkärikoulutuksessa on perinteisesti ollut ajatus vahvasta autonomiasta ja individualismista. (Saarinen 1995, 4.) Sosiaalityöntekijän työssä lääketieteellisen tiedon auktoriteetti on perinteisesti ilmennyt muun muassa siten, että monet sosiaaliturvan muodot perustuvat lääketieteelliseen kontrolliin (Lehtinen 1986, 98). Metteri ehdottikin, että moniammatillisuuden esteiden poistamiseksi eri ammattien työn yhteensovitusta pitäisi opetella jo koulutusaikana (Saarinen 1995, 5). Näyttäisi siltä, että tätä ajatusta on alettu vuosien varrella viemään käytäntöön. Sosiaaliturva-lehdestä löytyy vuodelta 2006 artikkeli, jossa käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten täydennyskoulusta. Artikkelissa tulee esille se, kuinka täydennyskoulutuksessa on pyritty luomaan sellaisia oppimistilanteita, joissa opitaan uusia asioita sellaisilla ammattiryhmän alueilla, jotka eivät ole kummankaan ammattiryhmän ominta aluetta. Koulutuksessa käytettävät oppimismenetelmät kannustavat opiskelijoita ylittämään rajoja ja jakamaan asiantuntemustaan. Parhaimmillaan osallistujien välille syntyy koulutuksen aikana kumppanuusverkostoja, joista voi olla hyötyä koulutuksen jälkeen. (Karjalainen-Jurvelin 2006, 11.)

Mutkan (1999, 183) mukaan pluralisoituva todellisuus on kyseenalaistanut suljetun asiantuntijatiedon mahdollisuudet löytää vastauksia tämän päivän kysymyksiin. Oikeastaan se on tehnyt vaikeaksi edes tunnistaa niitä kysymyksiä, joihin vastauksia tarvittaisiin. Nopeasti muuttuvassa ja vaikeasti ennakoitavassa yhteiskunnassa näyttäisi ammatillisen toimintakykyisyyden säilyttäminen ja vahvistaminen edellyttävän Mutkan mielestä kasvavaa avoimuutta ja työssä kertyneiden kokemusten ja erilaisiin tilanteisiin kehiteltyjen ratkaisujen rohkeaa ja luontevaa jakamista. Tavoitteellinen yhteistyö merkitsee yhä useammin yhteistyökumppaneiden huomioon ottamista: asiakkaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa, viranomais- ja auttajaverkoston sekä organisatoristen ja yksikkökohtaisten yhteistyöryhmien kesken. Tarvitaan myös koordinoiva henkilö, joka kokoaa eri toimintaverkostot ja tehtävät. Tässä tehtävässä sairaalaorganisaatiossa on alkanut toimia sairaanhoitaja, omahoitaja. (Lindén 1999, 22.)

Yhteistyö sairaalan sisällä sekä ulkopuolella on siis vuosien varrella tiivistynyt. Olen tuonut työtehtävistä koskevista muistoissa esiin, että sosiaalityöntekijä järjesti 1980-luvulla yhdessä toimintaterapeutin kanssa keskustelu- ja laulutilaisuuksia päiväsairaalan potilaille. Kuntoutus alkoi muodostua 1950- ja 1960-lukujen vaihteessa erillisestä toiminnasta terveydenhuollon yleiseksi periaatteeksi. 1960-luvulla se alkoi vähitellen käsittää sairaanhoidon lääkinnällistä, sosiaalista ja kasvatuksellista kuntoutusta. Sosiaalityöntekijöiden ohella psykologit, erityisopettajat ja puheterapeutit tulivat mukaan kuntoutustyöhön 1950-luvulla. Ensimmäiset suomalaiset toimintaterapeutit valmistuivat 1972. Virkoja ei kuitenkaan ollut 1970-luvun alussa vielä kovin montaa eikä täyttä selvyyttä siitä, missä uuden ammattiryhmän työpaikat olisivat. Tilanne helpottuikin vasta 1980-luvulla, kun toimintaterapeuttien ammattinimike liitettiin sairaanhoitotoimen harjoittajien joukkoon eli toimintaterapeutin nimi laillistettiin. (Joutsivuo 2005, 55, 87, 104, 107.) Seuraava muisto tuo esiin erään ammattiryhmän, joka on myös tullut terveydenhuollon kentälle vuosien varrella.

Työryhmä on kasvanut ja ammattinimikkeiltään monipuolistunut esimerkiksi siinä mielessä, että on ammatillisia kuntoutusneuvoja työryhmässä.

Kuntoutusohjaus tuli osaksi terveydenhuoltoa vuonna 1984, jolloin valtiosuuslainsäädäntöä muutettiin ja päävastuu kuntoutusohjauksen järjestämisestä tuli terveydenhuollolle. Kuntoutusohjaajan työn tarkoituksena on edistää kuntoutusta tarvitsevien eri elämäntilanteissa olevien lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusten selviytymistä ja toimintamahdollisuuksia sekä vaikuttaa kuntoutujan ja hänen ympäristönsä väliseen suhteeseen. Kuntoutusohjaaja toimii kuntoutusprosessissa yhdyshenkilönä kuntoutusasiakkaan, kodin ja kuntoutukseen osallistuvien työntekijöiden ja viranomaisten välillä. (Toijanen 2003, 8-10.) Sosiaalityöntekijöiden muistojen perusteella kuntoutusohjaajien tulo terveydenhuoltoon on osaltaan myös rajannut sosiaalityöntekijän työtä. Esimerkiksi aiemmin sosiaalityöntekijälle kuulunut hengitysapuvälineiden järjestäminen on myöhemmin siirtynyt kuntoutusohjaajan vastuulle.

Seuraavasta käy hyvin esille, miten yhteistyökumppaneiden määrä on lisääntynyt vuosien varrella. Huolestuttavaa on kuitenkin asiakkaiden lähimpien yhteistyötahojen poisjäänti.

Työ on muuttunut siten, että yhä useampia yhteistyötahoja tarvitaan saman asiakkaan kuntoutumista toteutettaessa. Ennen oli sairaala, kunta ja Kela. Nyt on edellä mainittujen lisäksi mm. työvoimahallinto, eri säätiöt, yksityiset tahot (esim. toimintaterapia, muut taho), koulut, erityisoppilaitokset jne. Eräs tärkeä toimijataho on putoamassa pois ja se on asiakkaan luonnolliset lähiverkostot, muut kuin viranomaiset. Ihmisten verkostot ovat pienentyneet, mutta toinen seikka on se, että kaikessa kiireessä ei edes huomata kartoittaa, mitä voimavaroja löytyisi lähipiiristä ja miten lähipiiriä voisi aktivoida ja hyödyntää. Läheisten tilalle on tullut erilaiset yhdistykset ja vapaaehtoistoiminta ja potilasjärjestöt korvaamaan siskoja, veljiä ja ystäviä jne. Luulen, että tämä tie on kohta kuljettu päähänsä ja on aika palata katsomaan, löytyykö asiakkaan läheltä tukea antavia ihmisiä, sillä näitä kolmannen sektorin toimijoita ei löydy kaikille tarvitseville, vaan osa jää täysin viranomaisten varaan.

Kolmas sektori koostuu yhdistysten ja järjestöjen tekemästä työstä sekä vapaaehtoistoiminnasta, joka tukee ammatti-ihmisten tekemää työtä (Keränen ym. 2001, 57). Monissa muistoissa tuli esiin erilaisten projektien ja säätiöiden kasvava määrä. Sosiaalityöntekijät pitivät kasvavaa tarjontaa hyvänä, mutta kokivat negatiivisena sen, ettei sosiaalityöntekijä pysty millään olemaan tietoinen kaikkien projektien ja säätiöiden tarjoamasta toiminnasta, ja näin ollen resursseja jää käyttämättä. Myös se, että projektit ovat usein määräaikaaisia, herätti sosiaalityöntekijöissä kielteistä suhtautumista. ”Kun jotain on tarjolla, sitä ei sitten kohta taas olekaan.”

Muistojen perusteella näyttäisi siis siltä, että useampia erilaisia toimijoita on vuosien saatossa tullut asiakkaan hoidon ja kokonaisvaltaisen pärjäämisen tukemiseen sairaalan sisällä sekä sen ulkopuolella. Moniammatillisuus lienee työskentelytapana sellainen, ettei voida koskaan sanoa, että se toimisi täydellisesti. Aina on asioita, joissa kukin moniammatillisen tiimin jäsen voisi kehittää omaa toimintatapaansa ja yhteen hiileen puhaltamisen-taitojaan. Huolestuttavinta on kuitenkin edellä esitetty toteamus siitä, että asiakkaan läheisimmät toimijat olisivat jättäytymässä pois asiakkaan hoidosta ja huolenpidosta. Mikäli syynä on tosiaan se, ettei heitä aina edes muisteta kartoittaa hoidon suunnittelussa, kiireen keskellä,

lienee jokaisen toimijan terävöittää toimintatapaansa ja kiireestäkin huolimatta löytää aikaa asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen tarkempaan selvittelyyn. Erään sosiaalityöntekijän toteamus siitä, että on täysi työ saada potilas tuntemaan, ettei ole syrjään heitetty, ei anna kovinkaan hyvää kuvaa meidän tämän päivän terveydenhuollosta. Mikäli taas syynä on se, että lähiomaiset ovat itse jättäytymässä pois asiakkaan hoidosta ja kotona pärjäämisen tukemisesta ja vierittämässä vastuun pelkästään yhteiskunnalle, kertoo se mielestäni osaltaan myös seuraavassa kappaleessa esille tulevasta yhteiskunnan arvojen kovenemisestä.

7.4 Kovat arvot pinnalla myös sosiaalityössä

Sosiaalityön ammattikäytäntöjä tarkastellaan yhä useammin toiminnan tuloksellisuutta, vaikuttavuutta ja laadukkuutta arvioitavasta näkökulmasta. Tulosajatteluun perustuvassa maailmassa pärjätäkseen sosiaalityöllä tulisi olla entistä enemmän näyttöä siitä, että ammatillinen toiminta on laadukasta ja tuottaa toivottuja tuloksia. (Keränen ym. 2001, 84-85, 90.) Terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakennemuutos, sairaaloiden ja terveyskeskusten säästötoimet sekä tehokkuus- ja laatuvaatimukset, nosti myös sosiaalityöntekijöiden keskuudessa esiin keskustelun oman työn asemasta, sisällöstä ja merkityksestä. Entistä tärkeämmäksi nousi sosiaalityön sisällön ja laadun osoittaminen myös ulkopuolisille: sosiaalityöntekijän palvelujen tilaajille, käyttäjille ja rahoittajille. (Havukainen ym. 1998, 3.) Keskustelun tuloksena syntyi Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus, jota olen esitellyt sivuilla 14-16.

Sosiaalityöntekijöiden muistoista tulee selvästi esiin sosiaalityöhön vuosien varrella hiipineet tehokkuuden vaatimukset:

Sosiaalityössäkin on tullut suoritteet ja tulosvastuullisuus, joita seurataan. Itse en anna sen mitenkään vaikuttaa työhöni, mutta työmäärä on kuitenkin lisääntynyt sillä asiakkaiden hätä on kasvanut. Samoilla suoritteilla tehdään nyt rankempaa ja haasteellisempaa työtä. Suoritteet ei itse asiassa kerro mitään työstä, ne kertoo vain käyntimääristä.

Sosiaalityötä on pidetty monimutkaisena ihmissuhdetyönä, joka on tärkeää arvioimatta ja mittaamattakin (Keränen ym.2001, 85). Kuitenkin kovat arvot valtaavat myös sosiaalityötä. Metteri muistuttaa, että käyntimäärät mittaavat erityisen huonosti sosiaalityötä, joka on lonkeroitaan moniin suuntiin työntävä yhteistyöammatti. Yhden potilaan käynti voi tietää laajaa yhteistyöprosessia, monia yhteydenottoja, jotka voivat vaikuttaa lukuisiin asioihin. (Saarinen 1995, 5.)

80-luvulla työtä sai kehittää, työraamit olivat väljemmät, ei koko ajan puhuttu rahasta ja tehokkuudesta. 90-luvun lama muutti tilannetta ja tehokkuus on lisääntynyt koko ajan ja raha ylikorostuu. Tietyllä tavalla yhteiskunta on muuttunut kovemmaksi. Työssä tulee tunne, että esimerkiksi sairauden merkitystä ei aina ymmärretä ja hakemuksia tulee perustella todella hyvin.

Sosiaalityöntekijä tuo muistossaan esiin sen, että yhteiskunta on vuosien saatossa muuttunut kovemmaksi ja sairauden merkitystä ei enää ymmärretä yhtä vakavana ihmisen toimintakyvyn vajeena kuin aiemmin. Seuraavan sosiaalityöntekijän kuvaama ”nykyajan trendi” puhuu myös kovempien arvojen puolesta:

Samalla, kun asiakkaan puolesta täytetään hakemuksia, opastetaan asiakasta kertomaan, mikä päätös tulee, jotta voimme valittaa, mikäli päätös ei ole oikea. Tätä tapahtuu hirvittävän paljon, että hylkyjä tulee selvissä tapauksissa. Se on nyt viimeisen viiden vuoden trendi, että jos osaa valittaa, sitten saa sen mihin lain mukaan on oikeus. Sosiaalityöntekijän täytyy siis pitää asiakkaan oikeuksista tiukasti kiinni, ennen se oli enemmän sellaista, että yhdessä yhteistyötahojen kanssa ajettiin asiakkaan parasta, mutta nyt joka instanssi ajaa lyhytnäköisesti omaa säästölinjaansa.

Koko 1990-luvun on terveydenhuollossa käyty läpi suuria muutoksia. Muutospaineet ovat koskettaneet toiminnan taloudellisuuden vaatimuksen lisäksi työn sisällöllisiä ja laadullisia painotuksia. Myös työn eettisiä arvoja sekä prioriteettikysymyksiä on jouduttu pohtimaan. Keskeisinä syinä terveydenhuollon rakennemuutokseen ovat olleet muutokset palvelujen rahoitusjärjestelmässä ja rakenteessa, muun muassa siirtyminen raamibudjettiin ja

tulosjohtamiseen vuoteen 1995 mennessä, valtionosuusjärjestelmän muuttaminen kaksivaiheiseksi vuosina 1991 ja 1993, jolloin vastuu budjetin käytöstä on siirtynyt paikalliselle tasolle ja valtionosuuden kriteerit muuttuneet laskennallisiksi, laitoshoidon supistuminen ja pyrkimys avohoidon lisäämiseen sekä lama ja rahoituskriisi seurannaisvaikutuksineen. (Havukainen ym.1998, 7.)

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton toiminnanjohtaja Riitta Särkelän (2010, 3) mielestä tämän päivän suurin huoli ei kohdistu ensisijaisesti talouteen, vaan siihen, miten ihmisten käy yhä kovemmassa, kilpailua korostavassa ja vahvojen oikeuksia painottavassa maailmassa. Särkelän mukaan se, vähennetäänkö köyhyyttä, eriarvoisuutta ja terveyseroja, nousee jopa suuremmaksi tulevaisuuden haasteeksi kuin paljon puhuttu ikääntyvien räjähdysmäinen kasvu.

Murron (2009, 11) mielestä sosiaalialan tulevaisuudelle tärkeintä on se, että sen arvot ja eetos pysyvät lujina erilaisten haasteiden puristuksessa. Yksioikoiset tulos- ja tehokkuusvaatimukset voivat viedä työtä sellaisiin käytäntöihin, joissa eniten apua tarvitsevat sivuutetaan, heistä kun on vaikea mitata ulos nopeita tuloksia – ja näin heidän hoitonsa maksajien löytäminen on vaikeaa. Murto peräänkuuluttaakin sosiaalityöntekijöiden kykyä olla alistumatta toimintaan, joka tapahtuu vain talouden ja teknologian hallitseman kulttuurin ehdoilla.

Samoilla linjoilla on Satka (2007, 215-216). Hänen mielestään suomalaisesta sosiaalijohtajasta on tullut yrittäjä, jonka yrittäjyyden lajina on tehdä kaikin keinoin positiivista taloudellista tulosta. Satkan mukaan sosiaalityössä olisi palattava puheissaan ja teoissaan huolen kantamisen ja auttamisen perusarvoihin ja sosiaaliseen solidaarisuuteen, kyseenalaistettava uuden julkisjohtamisen eettisyys, tehdä kaikille selväksi, että uusia ilkeitä ongelmia ei ratkota nykyprosessien laadunvalvonnalla, vaan neuvotellen, monen alan asiantuntijatietoa syistä ja seurauksista yhteen panemalla.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan muotoutumista 1980-luvulta nykypäivään. Tarkastelun kohteena oli erityisesti ne muutokset, joita sosiaalityöntekijöiden työnkuvassa on tapahtunut. Sosiaalityössä sidos muutokseen on kaksinkertainen. Toisaalta sosiaalityö on itsessään muutostyötä: sen tavoitteena on aikaansaada muutoksia ihmisen olosuhteissa. Toisaalta sosiaalityössä kohdattavat ilmiöt muuttuvat jatkuvasti. Työ kytkeytyy ihmisten elämäntodellisuuteen ja kaikki siinä tapahtuvat muutokset heijastuvat sosiaalialan ammattilaisten työhön. (Aho 1999, 12.)

Olen tuonut tutkimuksen toteutus-kohdassa esille, että tutkimusaiheeni valinta on noussut omasta mielenkiinnostani. Uusitalon (1995, 57) mukaan henkilökohtainen kiinnostus parantaa tutkimuksen onnistumisen todennäköisyyttä. Heiskala (1990, 251) kuitenkin muistuttaa, ettei tutkimusta tee yleisesti kiinnostavaksi pelkästään se, että tutkija on itse ollut siitä tavattoman innostunut. Olen samaa mieltä Heiskalan kanssa. Vaikkakin oma innostus ja kiinnostus ovat hyviä lähtökohtia paljon aikaa, kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä vaativassa tutkimuksen teossa, ei niiden varaan voi tutkimuksen oikeuttamista jättää. Vankka lisäperustelu aiheeni valinnalle löytyykin siitä, että sairaalan sosiaalityöstä on tehty tutkimuksia hyvin niukasti. Mielestäni on tärkeää tehdä näkyväksi tätäkin sosiaalityön osa-aluetta, jota esimerkiksi sosiaalityön opinnoissa käsitellään usein hyvin vähän. Kempaisen ym. (1998, 35) mukaan sosiaalityön itseymmärrykselle on välttämätöntä tuntea sosiaalityön historiallinen ja oppihistoriallinen muotoutuminen sekä sosiaalityön yhteiskunnallisuus ja funktio yhteiskunnallisessa työnjaossa. Mielestäni tämä on erityisen tärkeää terveydenhuollon sosiaalityössä, jossa toimitaan erityistyöntekijöinä maaperällä, jossa monien muiden ammattiryhmien edustus on paljon suurempaa. Oman ammatti-identiteetin rakentamisessa on tärkeää tuntea niitä lähtökohtia ja vuosien varrella olleita oman paikan etsimisvaiheita, joita sairaalan sosiaalityöntekijöiden urapolulle on mahtunut. Myös tieto siitä, millaisia työtehtäviä on sosiaalityöntekijän työhön aiemmin sisältynyt, auttaa rajaamaan jatkossakin omia työtehtäviä ja kieltäytymään sellaisista työtehtävistä, jotka joku toinen ammattilainen saattaisi edelleen katsoa sosiaalityöntekijän työtehtäviin kuuluviksi. Toivon, että tutkimukseni on

pystynyt tarjoamaan palan sairaalan sosiaalityöntekijöiden työhistoriasta etenkin niille, jotka eivät sitä aiemmin tunne.

Tutkimukseeni osallistuneet sosiaalityöntekijät kokivat niin ikään tarvetta terveydenhuollon sosiaalityön tutkimukselle. Tämä käy hyvin ilmi heidän kommenteistaan: ” On hienoa, että tätä aihetta tutkitaan ja tuodaan esille.” ”Kiinnostava aihe näin terveystieteiden sosiaalityöntekijälle.” ”Hienoa, että olet kiinnostunut tekemään tutkimusta sairaalan sosiaalityöstä! Tätä sosiaalityön osa-aluetta on tutkittu Suomessa hävettävän vähän.” Tähän edellä mainittuun kommenttiin voisi lisätä, että myös kansainvälisiä tutkimuksia terveydenhuollon sosiaalityöstä on hyvin vähän. Olen yrittänyt löytää tutkimukselleni kansainvälistä vertailupohjaa, mutta en ole siinä valitettavasti onnistunut.

Tutkimukseni aineistona ovat olleet sairaalan sosiaalityöntekijöiden kirjoittamat muistot työvuosistaan sairaalassa 1980-luvulta lähtien aina tähän päivään asti sekä kahden eri osaston sosiaalityön dokumentoitua aineistoa. Yksittäisten subjektien kertomukset elämästä, tässä tutkimuksessa muistot työvuosista sairaalan sosiaalityössä, ilmaisevat ja edustavat itseymmärrystä, joka asettuu toisten nähtäväksi ja luettavaksi (Vilkko 1997, 15). Minä olen tässä tutkimuksessa toiminut muistojen lukijana ja tulkitsijana. Sosiaalityöntekijöiden itseymmärrystä olen pyrkinyt tulkitsemaan teemoittelun avulla, nostoen muistoista esiin keskeisiin työtehtäviin, asiakasryhmiin ja vuosikymmenten aikaisiin muutoksiin liittyviä muistoja. Dokumentoitua aineistoa olen käyttänyt tukemaan tulkintaani ja kasvattamaan ymmärrystäni.

Ennakko-oletukseni oli, että sosiaalityöntekijöiden työnkuvassa on tapahtunut muutoksia vuosikymmenten aikana. Tälle sain vahvistusta tutkimuksessani. Ehkä yksi keskeinen muutos työnkuvassa on ollut se, että sosiaalityössä keskitytään nykyään enemmän niihin tehtäviin ja toimintoihin, joita sosiaalityöntekijän oma ammattitaito parhaiten palvelee. Moniammatillisuuden korostus ja uusien ammattiryhmien saapuminen terveydenhuollon kentälle sekä sosiaalityöntekijöiden ammattitaidon kasvu ovat rajanneet sosiaalityöntekijän työtehtävistä joitakin pois. Tämän tutkimuksen valossa näitä näyttäisivät olevan muun muassa apuvälineiden järjestäminen ja potilaiden virkistystoimintaan osallistuminen. Jatkohoidon ja

kotiutuksen järjestäminen oli aiemmin hyvin pitkälle yksintyötä. Sosiaalityöntekijä tilasi tarvittavat kotiavut potilaalle ja mikäli ei voitu kotiuttaa, järjesti potilaalle jatkohoitopaikan. Kokonaan sosiaalityöntekijät eivät ole kuitenkaan päässeet eroon jatkohoitasioista ja kotiutukseen liittyvistä järjestelyistä, ovathan ne hyvin keskeisiä, kun sairaalassa työskennellään. Oman lyhyen työkokemukseni perusteella voin todeta, että sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluvat edelleen jatkohoitoon ja kotiutukseen liittyvät asiat. Sosiaalityöntekijä ohjaaja ja neuvoo näissä asioissa potilaita ja heidän omaisiaan sekä kertoo tarjolla olevista palveluista ja jatkohoitopaikoista ja avustaa tarvittaessa hakemusten teossa. Nykyään kuitenkin kotiutuksen ja jatkohoidon järjestäminen on enemmän monen ammattilaisen yhteistyötä, ei enää yksintyötä.

Eräsaaren (1990, 23) mukaan sosiaalityöntekijöiden työtä pidetään usein eturivin paikkana yhteiskunnalliseen kurjuuteen, onnettomiin ihmiskohtaloihin, absoluuttiseen köyhyyteen ja täydelliseen avuttomuuteen. Tutkimukseeni osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden asiakkaisiin liittyvissä muistoissa tuli selvästi ilmi, että asiakkaista voi hyvin peilata ne ongelmat ja epäkohdat, jotka yhteiskunnassa ovat kunakin ajankohtana vallalla. Siinä mielessä tuo eturivin paikalla oleminen ei ole kaukaa haettu. Muistoissa tuli esiin, että asiakkaiden kanssa työskentely on vuosien saatossa muuttunut yhä haastavammaksi ongelmien monimutkaistuessa ja moninaistuessa. Terveystieteiden tutkimukseeni kohdistuvat tehokkuuden vaatimukset ovat tehneet työstä kiireisempää ja potilaiden kotiutus sairaalasta tapahtuu nopeammin kuin aikaisemmin. Tämän päivän ja tulevaisuuden haasteita ovat eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa työskentely, joka vaatii sosiaalityöntekijältä muiden kulttuureiden toimintatapojen tuntemista. Muita keskeisiä asiakasryhmiä kasvavassa määrin ovat vanhuksat, joilla monilla on erilaisia muistisairauksia, asunnottomat sekä päihteidenkäyttäjistä erityisesti huumeidenkäyttäjät. Lisäksi yhä useammin sosiaalityöntekijän asiakkaina ovat myös perheelliset potilaat, joiden kanssa yhä enenevässä määrin myös lastensuojelukysymykset tulevat työskentelyyn mukaan.

Sosiaalityöntekijät toivat muistoissaan esiin myös joitakin keskeisiä vuosien saatossa tapahtuneita muutoksia, jotka ovat heidän työhönsä vaikuttaneet. Näistä keskeisimpinä olivat aiemmin mainittu oman ammattitaidon kasvu ja moniammatillisen työtavan korostaminen.

Yhteistyökumppaneiden määrä on vuosien saatossa lisääntynyt niin sairaalan sisällä, kuin sen ulkopuolellakin. Päinvastainen muutos on kuitenkin se, että asiakkaan lähimmät yhteistyötahot, hänen luonnolliset verkostonsa, ovat syystä tai toisesta jättäytymässä pois asiakkaan huolenpidosta. Muita mainittuja muutoksia olivat uusien lakien voimaantulo tai entisten uudistaminen sekä tehokkuusajattelun tulo myös sosiaalityön kentälle. Sosiaalityöntekijän tulee pysyä entistä paremmin erilaisissa uudistuksissa mukana. Muistojen perusteella asiakkaat ovat entistä tietoisempia omista oikeuksistaan. Sosiaalityöntekijän tuleekin päivittää jatkuvasti lakitietämystään. Pitää myös olla ajan hermolla siitä, mitä ympärillä tapahtuu, jotta pystyy paremmin pääsemään sisälle asiakkaan tilanteeseen, tai ohjaamaan asiakasta esimerkiksi eri projektien tarjoamien palvelujen pariin.

Tutkimuksen perusteella sairaaloiden sosiaalityöntekijöiden työnkuvassa on siis vuosien varrella tapahtunut monenlaisia muutoksia. Monesti sanotaan, että muutos on hyväksi. Tässä kohtaa onkin hyvä pohtia, onko muutos todella ollut hyväksi ja onko se tuonut helpotusta sairaalan sosiaalityöntekijän työhön. Työtehtävien osalta työ näyttäisi nykyään olevan rajatumpaa kuin ennen. Aiemminhan sosiaalityöntekijä teki paljon sellaisiakin tehtäviä, jotka eivät suoranaisesti hänen ammattitaitoa parhaiten tuoneet esille. Samalla, kun työtehtävät ovat paremmin kohdentuneet sosiaalityön asiantuntemuksen kentälle, asiakkaiden ongelmat ja elämäntilanteet ovat vaikeutuneet. Yhä haastavammiksi muuttuvat ongelmat ja elämäntilanteet edellyttävät sosiaalityöntekijältä hyvin laajaa asiantuntemusta. Näyttäisi siis siltä, että samalla kun työtehtävät ovat rajautuneet, asiantuntijuus on laajentunut entisestään. Terveystieteidenhuolto asettaa myös omat ehtonsa sosiaalityöntekijän työn rajaamiselle. Tehokkuusvaatimukset ovat tehneet potilaiden hoitajaksoista lyhyempiä sekä vieneet sosiaalityöntekijöiden työaikaa asiakastyöstä vuorovaikutukseen tietokoneen kanssa kirjaamisen sekä erilaisten luokittelujen ja tilastointien pariin. Työtehtäviä voi siis rajata, mutta useinkaan työmäärää tai työtahtia ei.

Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että sosiaalityön asiantuntemus on vähitellen löytänyt paikkansa terveydenhuollossa. Mielestäni asiantuntijuuden tarkka määrittely ei ole kuitenkaan koskaan mahdollista sosiaalityössä. Tutkimukseni perusteella asiantuntijuus tuntuu elävän hyvin vahvasti ajassa mukana. Se, millaista asiantuntijuutta sosiaalityöntekijältä tällä hetkellä terveydenhuollossa kaivataan, voi olla hyvinkin erilaista tulevaisuudessa. Aiemmin

osa sosiaalityöntekijän työtehtävistä sairaalassa oli hyvinkin konkreettisia. Vähättelemättä millään lailla sen ajan sosiaalityöntekijöiden työtä, vaikuttaisi tämän tutkimuksen perusteella siltä, että tuon ajan asiantuntemus oli myös jollain tavoin paljon konkreettisempaa ja käsin kosketeltavampaa kuin nykyään. Yhteiskunta on vuosien saatossa muuttunut. Jos muutoksen mittarina käytetään asiakkaiden ongelmia ja elämäntilanteita, on muutos mennyt huonompaan suuntaan. Sosiaalityöntekijän työssään kohtaamat pulmatilanteet, asiakkaiden monimutkaiset elämäntilanteet ja uudet asiakasryhmät vaativat sosiaalityöntekijältä paitsi kykyä mukautua uudenlaisiin tilanteisiin, myös asiantuntemuksen päivittämistä näitä tilanteita varten. Vaikka työtehtävät ovat vuosien varrella rajautuneet vastaamaan paremmin sosiaalityöntekijän asiantuntemusta, ei asiantuntijuus itsessään ole kaventunut käsittämään vain pientä tarkoin rajattua sosiaalityöntekijän omaa työlohkoa. Asiantuntijuus elää ajassa ja vuosien varrella se on laajentunut koskemaan yhä monimutkaisempia ja haastavampia ongelmia. Sosiaalityöntekijöiden työ on siis vaikeutunut vuosien varrella huomattavasti.

Tutkijan ei ole mahdollista tavoittaa perimmäistä, yksiselitteistä ja ristiriidatonta todellisuuden kuvausta (Granfelt 1998, 16). Realistisempi tavoite onkin totuudenkaltaisuuden lähestyminen (Uusitalo 1995, 24). Laadullinen tutkimus koskee aina ainutkertaisia ilmiöitä, joten se ei voi tuottaa tulokseksi lakeja, jotka kuvaisivat jonkin tapahtuman lainomaisuutta (Varto 1992, 102). Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut kuvata mahdollisimman hyvin sitä muutosta, joka terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden työnkuvassa on tapahtunut vuosikymmenten aikana. 15 sosiaalityöntekijän muistot vuosikymmenten aikaisista tapahtumista ovat tuoneet esille juuri heille merkitykselliset asiat työvuosistaan ja siinä tapahtuneista muutoksista. Vaikka kyseessä onkin 15 konkarin ainutlaatuista tietovarantoa terveydenhuollon sosiaalityön historiasta, täydennettynä kahden sosiaalityöntekijän dokumentoimilla tiedoilla, tutkimukseni päätarkoituksena ei ole ollut muutoksen laajempi yleistäminen, vaan ennemminkin pääsy sisälle sosiaalityöntekijöiden merkitysmaailmaan ja heidän muistojen tulkitseminen parhaalla mahdollisella tavalla ja kunnioittavalla ja arvostavalla otteella.

Koska terveydenhuollon sosiaalityön tutkimuksia on toistaiseksi vielä melko vähän, riittää aihepiiristä vielä monenlaista mielenkiintoista tutkittavaa siitä kiinnostuneelle. Oman tutkimukseni innoittamana toivoisin, että joku joskus myöhemmin kiinnostuisi tutkimaan,

millaiselta sairaalan sosiaalityöntekijöiden työ joskus tulevaisuudessa näyttää. Paljon on tapahtunut sen jälkeen, kun ensimmäiset sosiaalityöntekijät saapuivat terveydenhuollon kentälle ja vuosikymmenten ajan yrittivät löytää omaa paikkaansa muiden ammattilaisten joukossa ja rinnalla. Uskon, että jatkossa sosiaalityöntekijän työpanosta tullaan tarvitsemaan vielä entistä enemmän terveydenhuollossa. Jääkin nähtäväksi, millaiselta sosiaalityöntekijöiden työ näyttää muutaman kymmenen vuoden päästä ja mitkä ovat työn senhetkiset haasteet. Varmaa on ainakin, että oman ammattitaidon päivittäminen ja ajan hermolla pysyminen tulevat aina olemaan tärkeässä roolissa terveydenhuollon sosiaalityössä, kuten ovat olleet tähänkin asti. Haluan kiittää niitä 17 sosiaalityöntekijää, jotka antoivat palan omasta työhistoriastaan minun käyttööni ja mahdollistivat tämän tutkimuksen teon. Loppuun voisi todeta Ahon (1999, 14) sanoin: ”Ajat ja yhteiskunnat muuttuvat, mutta jotkin kysymykset ovat ja pysyvät. Ne vain ratkaistaan aina eri tavalla uudessa tilanteessa.”

LÄHTEET:

Aho, Päivi: Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalityöntekijäin Liitto ry. WSOY, Porvoo 1999.

Alasuutari, Pertti: Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere 1999.

Borg-Sundman, Margit: Uusia uria aukomassa. WSOY, Porvoo 1969.

Carr, Jean & Parsons, Nigel: The organisation of social work in health service setting. Teoksessa Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda: Social work practice in health care. Woodhead-Faulkner, New York 1990, 19-31.

Chandler, Mardi; Claridge, Rosemary & Lee, Jenny: Hospital and the child. Teoksessa Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda: Social work practice in health care. Woodhead-Faulkner, New York 1990, 140-165.

Coppeard, Margaret: The elderly person as patient and client. Teoksessa Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda: Social work practice in health care. Woodhead-Faulkner, New York 1990, 166-190.

Dominelli, Lena: Social work: theory and practice for a changing profession. Polity, Cambridge 2004.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere 1998.

Eräsaari, Leena: Nilkin naamio: sosiaaliraportti. Tutkijaliitto, Helsinki 1990.

Granfelt, Riitta: Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki 1998.

Grönfors, Martti: Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. WSOY, Porvoo 1982.

Haarala, Risto: Suomen kielen perussanakirja. Kolmas osa S-Ö. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1994.

Hafford-Letchfield, Trish: Management and organisations in social work. Learning Matters, Exeter 2006.

Harris, Phyllis Braudy: Group work with institutionalized elderly: The "being old" group revisited. Teoksessa Kerson, Toba Schwaber: Social work in health settings: practice in context. Haworth, New York 1989, 391-409.

Hautamäki, Antti: Saako asiakas itse valita omat palvelunsa? Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Atena, Jyväskylä 1997, 96-108.

Hautamäki, Pirkko: Sosiaalipalveluiden laajentumisen ja tasa-arvoisuuden tielle. Tavallisen onnistunut työpäivä. Teoksessa Satka, Mirja; Auvinen, Anja; Aho, Sulo & Jaakkola, Helena (toim.): Huolenkantajat: kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 95-96.

Havanto, Aino Maria; Iivonen, Marja-Leena; Lahtiharju, Raili (toim.); Määttänen, Ritva; Sibenberg, Inkeri & Willman, Helvi: Helsingin sairaanhoito-opiston vaihteita sata vuotta. Helsingin sairaanhoito-opisto, Helsinki 1989.

Havukainen, Pirjo; Hiljanen, Sinikka; Passoja, Irma; Sundman, Eila & Holma, Tupu (toim.): Terveystieteiden sosiaalityön luokitus: opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen. Suomen kuntaliitto. Terveystieteiden sosiaalityöntekijät ry, Helsinki 1998.

Havukainen, Pirjo: Näkymätön vamma, palvelujärjestelmässä kierrätys ja korvauskiista. Ullan uskomaton mutta tavallinen tarina. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Asiakkaan ääntä kuunnellen: kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita, Helsinki 2003, 43-63.

Heiskala, Risto: Tulkinnan koeteltavuus ja aikakauslehtien analyysi. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki 1990, 242-263.

Hiilamo, Heikki: Miksi ylivelkaantuneet menettelevät tyhmästi? Sosiaalitieto 2010, 1, 22-23.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula: Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki 2007.

Hovi, Tuija: Kääntymiskertomukset haastatteluissa. Muotoutuvia muistikuvia ja neuvoteltuja merkityksiä. Teoksessa Eskola, Katarina & Peltonen, Eeva: Aina uusi muisto: kirjoituksia menneen elämisestä meissä. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997, 318-340.

Hynynen, Raija: Taustaa. Teoksessa Hynynen, Raija (toim.): Asuntoja ja tukea asunnottomille: arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Ympäristöministeriö, Helsinki 2005, 7-8.

Iivari, Juhani: Tuomittu maahanmuuttaja. Stakes, Helsinki 2006.

Joutsivuo, Timo (toim.): Mistä TOI on tullut?: suomalaisen toimintaterapian historia. Suomen toimintaterapeuttiliitto. Edita, Helsinki 2005.

Juhila, Kirsi: Sosiaalityön luokittelu ja ohjeistaminen – ristiriidassa refleksiivisyyden kanssa? Refleksiivisen sosiaalityön aika? Janus 2000, 8, 2, 150-163.

Juhila, Kirsi: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina: sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino, Tampere 2006.

Jyrkämä, Jyrki: Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme: ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes, Helsinki 2004, 153-160.

Kananoja, Aulikki: Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehyksenä. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta? Atena, Jyväskylä 1997, 109-123.

Kananoja, Aulikki & Pentinmäki, Anni: Yksilökohtainen sosiaalityö: teoria ja käytäntö. WSOY, Porvoo 1977.

Karjalainen-Jurvelin, Ritva: Työntekijän ja työnantajan tarpeet haaste aikuiskoulutukselle. Sosiaaliturva 2006, 8, 10-11.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve; Rantalaiho, Ulla-Maija & Salonen, Jari: Työnohjaus sosiaalityössä. Edita, Helsinki 2007.

Kemppainen, Tarja; Koskinen, Simo; Pohjola, Anneli & Urponen, Kyösti: Sosiaalityö epävarmuuden oloissa. Lapin yliopisto, Rovaniemi 1998.

Keränen, Eija; Nissinen, Pasi; Saarnio, Tuula & Salminen, Mirva: Sosiaalialan työn uudet ulottuvuudet. Tammi, Helsinki 2001.

Kokkonen, Paula: Terveysthuollossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta? Atena, Jyväskylä 1997, 66-76.

Korkiakangas, Pirjo: Muistoista rakentuva lapsuus: agraarinen perintö lapsuuden työnteon ja leikkien muistelussa. Suomen muinaismuistoyhdistys, Helsinki 1996.

Koskijoki, Maria: Esine muiston astiana. Teoksessa Eskola, Katarina & Peltonen, Eeva: Aina uusi muisto: kirjoituksia menneen elämisestä meissä. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997, 269-285.

Koskinen, Simo: Vanhat ihmiset sosiaalipalvelujen asiakkaina. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta? Atena, Jyväskylä 1997, 36-51.

Kosonen, Ulla: Koulumuistoja naiseksi kasvamisesta. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1998.

Kovala, Urpo: Teksti elämänhistorian kehyksessä. Teoksessa Eskola, Katarina & Peltonen, Eeva: Aina uusi muisto: kirjoituksia menneen elämisestä meissä. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997, 145-170.

Kuronen, Marjo & Isomäki, Hannakaisa: Parempaa sosiaalityötä vai teknologian orjuutta? – ihmisläheisen tietojärjestelmien kehittämisen mahdollisuudet sosiaalityössä. Teoksessa Pohjola, Anneli; Kääriäinen, Aino & Kuusisto-Niemi, Sirpa: Sosiaalityö, tieto ja teknologia. PS-kustannus, Jyväskylä 2010, 185-209.

Kärki, Jarmo: Asiakaskohtaisen sosiaalityön luokitukset: Sosiaalityöntekijän asiakaskohtainen toimintoluokitus ja asiakaskohtaisen sosiaalityön kohdeluokitusversiot 1.0. Stakes, Helsinki 2007.

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.4.2005/272. Saatavana elektronisesti osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272>. [viitattu 16.3.2010].

Lehtinen, Marjaana: Sosiaalityön ammatin kehitysesteistä terveydenhuollossa. Teoksessa Karisto, Antti & Purola, Tapani (toim.): Sosiaalityön kehittäminen: taustoja, reunaehtoja, näkökulmia. Helsingin yliopisto, Helsinki 1986, 81-108.

Lindén, Mirja: Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes, Helsinki 1999.

Liskola, Pirkko: 100-vuotias kirurginen sairaala. Sairaalan sosiaalityön uranuurtaja. Sosiaaliturva 1988, 22, 1094-1098.

Lääkintöhallitus: Sosiaalityö terveydenhuollossa. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1982.

Madekivi, Marja: Vaikeavammaisen nuori etsii paikkaansa elämässä. Asiantuntijat siirsivät eläkkeelle – Ville valitsi koulutuksen. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Asiakkaan ääntä kuunnellen: kitkakohdista kehittämissuhteisiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita, Helsinki 2003, 79-90.

Mercer, Susan O. & Robinson, Betsy: Alzheimer's Disease: intervention in a nursing home environment. Teoksessa Kerson, Toba Schwaber: Social work in health settings: practice in context. Haworth, New York 1989, 411-429.

Metsämuuronen, Jari: Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. International Methelp Ky, Helsinki 2001.

Metteri, Anna: Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä-tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Edita, Helsinki 1996, 143-157.

Metteri, Anna: Asiakkaan näkökulma ja kokemus. Kohtuuttomat tilanteet toimintatutkimuksen kohteena. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Asiakkaan ääntä kuunnellen: kitkakohdista kehittämissuhteisiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita, Helsinki 2003, 16-23.

Metteri, Anna: Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Asiakkaan ääntä

kuunnellen: kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita, Helsinki 2003, 156-175.

Moilanen, Merja: Luokitus luo selkeyttä sosiaalityöhön. Sosiaaliturva 2004, 9, 16-18.

Murto, Lasse: ”Tehokkuusvaatimukset haastavat sosiaalityön”. Sosiaalitieto 2009, 8, 11.

Mutka, Ulla: Sosiaalityön neljäs käänne: asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylän yliopisto. Kampus kirja, Jyväskylä 1998.

Mäki, Helmi; Satka, Mirja (toim.): Hyvä kysymys: sosiaalityöntekijän asiakaskohtaisen työn sisältöä etsimässä 1960-luvulla. PS-kustannus, Jyväskylä 2006.

Narkilahti, Riitta: Totta vai satua? Omaishoitajan arki ja kokemukset palvelujärjestelmän toiminnasta. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Asiakkaan ääntä kuunnellen: kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita, Helsinki 2003, 91-106.

Niemelä, Pauli: Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa: empiirinen tutkimus sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksistä sairaalan sosiaalityöntekijöiden työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta sekä kunkin ammattikunnan näkemys omaa ammattiaan koskevista arvoista ja niiden toteutumisesta työssä. Sosiaalityöntekijän Liitto ry, Helsinki 1985.

Näveri, Markku: 38 vuotta sosiaalityöntekijänä riittää. Hospitaali 2007, 3, 4.

Pajunen, Elisa; Seppänen, Marjaana & Kuusinen-James, Kirsi: Vanhussosiaalityö Päijät-Hämeessä: selvitys nykytilasta ja kehittämishaasteista. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso. Verson raportteja 2/2009.

Parviainen, Henna & Telilä, Johanna: ”...ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...”: hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosiaalityössä. Pro gradu-työ. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2005.

Peltonen, Eeva: Muistojen sodat-muistien sodat. Teoksessa Eskola, Katarina & Peltonen, Eeva: Aina uusi muisto: kirjoituksia menneen elämisestä meissä. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997, 88-142.

Peltonen, Jaana: Professionaalisten ehtojen toteutuminen terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työssä. Pro gradu-työ. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1992.

Peltonen, Ulla-Maija: Punakapinan muistot: tutkimus työväen muistelukerronnan muotoutumisesta vuoden 1918 jälkeen. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki 1996.

Petreljus, Päivi: Sukupuoli ja subjektiivisuus sosiaalityössä: tulkintoja naistyöntekijöiden muistoista. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2005.

Puukari, Sauli & Taajamo, Matti: Kulttuurinen kehitystehtävä monikulttuurisen ohjauksen lähtökohtien hahmottamisessa. Teoksessa Taajamo, Matti & Puukari, Sauli (toim.): Monikulttuurisuus ja moniammatillisuus ohjaus- ja neuvontatyössä. Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylä 2007, 9-21.

Pylväs, Maria: Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa: tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Oulu 2003.

Rajavaara, Marketta: Professionalistaminen sosiaalityön muutosstrategiana. Teoksessa Karisto, Antti & Purola, Tapani (toim.): Sosiaalityön kehittäminen: taustoja, reunaehtoja, näkökulmia. Helsingin yliopisto, Helsinki 1986, 43-68.

Raunio, Kyösti: Olennainen sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki 2004.

Rinne, Risto & Jauhiainen, Arto: Koulutus, professionalistuminen ja valtio: julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muoto. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos, Turku 1988.

Ritakallio, Veli-Matti: Meneekö köyhillä entistä huonommin? Sosiaaliturva 2005, 16, 18-20.

Ritala-Koskinen, Aino: ”Kun on sinun, minun ja meidän lapset” – eli uusperhettä etsimässä. Teoksessa Forsberg, Hannele; Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi; Järviluoma, Helmi; Kuronen, Marjo; Pösö, Tarja; Ritala-Koskinen, Aino; Roivainen, Irene; Rostila, Ilmari; Silverman, David & Suoninen, Eero: Sosiaalisia käytäntöjä tutkimassa: katkelmia empirisen tutkimuksenteon vaiheista. Tampereen yliopisto, Tampere 1991, 93-108.

Ruotsalainen, Hannele: Aivohalvauksen saanut ja hänen omaisensa paikallisessa palvelujärjestelmässä. Tieto, ohjaus ja tuki. ”Kun mistään ei tiennyt mitään”. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): Asiakkaan ääntä kuunnellen: kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita, Helsinki 2003, 107-130.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna: Teemoittelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, Tampere 2006. Saatavana elektronisesti osoitteessa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html. [viitattu 15.9.2010].

Saarenheimo, Marja: Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muisteleminen. Vastapaino, Tampere 1997.

Saarikalle, Satu & Sokoli, Arja: Sairaskotipaikkaa jonottavat vanhuksat Helsingissä. Pro gradu-työ. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1985.

Saarinen, Erja: Sosiaalityöllä entistä enemmän sanottavaa terveydenhuollossa. Sosiaaliturva 1995, 24, 4-7.

Salmela, Tuula: Alkusanat. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta -
palvellaanko potilasta? Atena, Jyväskylä 1997, 11-14.

Satka, Mirja: Ammatillistuminen ja sosiaalityöntekijän uudet urat. Teoksessa Satka, Mirja;
Auvinen, Anja; Aho, Sulo & Jaakkola, Helena (toim.): Huolenkantajat: kokemuksia ja
sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 123-126.

Satka, Mirja: Huolenkantajat – eilen, tänään, tulevaisuudessa. Teoksessa Satka, Mirja;
Auvinen, Anja; Aho, Sulo & Jaakkola, Helena (toim.): Huolenkantajat: kokemuksia ja
sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 213-217.

Satka, Mirja: Vaivaistalosta vanhaiskodiksi. Teoksessa Satka, Mirja; Auvinen, Anja; Aho,
Sulo & Jaakkola, Helena (toim.): Huolenkantajat: kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan
vuosikymmeniltä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 99-101.

Shelley, Anabel: Working with families from a different cultural background. Teoksessa
Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda: Social work practice in health care. Woodhead-Faulkner,
New York 1990, 116-139.

Siikala, Anna-Leena: Tarina ja tulkinta: tutkimus kansankertojista. Suomalaisen kirjallisuuden
seura, Helsinki 1984.

Soininen, Marjaana: Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopisto, Turku 1995.

Sosiaalihalitus: Sosiaalityö terveydenhuollossa: yhteistyön kehittäminen sosiaalityön
palvelujen ja asiantuntija-avun turvaamiseksi. Sosiaalihalitus, Helsinki 1989.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Terveysthuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön
esitteitä 1999:13. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1999.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001: 7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001.

Sosnet: Sosiaalityön koulutuksen lainsäädännöllinen perusta. Saatavana elektronisesti osoitteessa: http://www.sosnet.fi/peruskoulutus/koulutuksen_lainsaadannollinen_perusta.iw3. [viitattu 27.12.2010].

Stevenson, Sylvia & Unwin, Judith: The nature of medical social work. Teoksessa Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda: Social work practice in health care. Woodhead-Faulkner, New York 1990, 32-51.

Suomen Kuntaliitto & Terveysosiaalityöntekijät ry: Terveysosiaalityön nimikkeistö 2007. Saatavana elektronisesti osoitteessa: <http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;353;135218;150189;135230;135637&field=FileAttachment&version=4>. [viitattu 10.12.2010].

Suoninen, Lea: Hämeenkyrön terveyskeskuksessa toteutuu moniammatillinen yhteistyö. Sosiaaliturva 1995, 24, 21-23.

Suoninen, Lea: Pirkkalan terveyskeskuksessa perheitä autetaan kriiseissä. Sosiaaliturva 1995, 24, 23-25.

Suutama, Timo: Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim, Helsinki 2003, 174-184.

Syrjälä, Leena; Ahonen, Sirkka; Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo: Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä, Helsinki 1994.

Särkelä, Jussi: Mielenterveyskuntoutujat – alioikeutetut superlatiivissa. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Atena, Jyväskylä 1997, 153-165.

Särkelä, Riitta: Vaikutetaan yhdessä tuleviin linjauksiin. Sosiaali- ja terveysviesti 2010, 5, 3.

Taipale, Vappu; Lehto, Juhani; Mäkelä, Marjukka; Kokko, Simo; Kling, Tellervo & Viialainen, Riitta (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY, Porvoo 1997.

Taipale, Vappu; Lehto, Juhani; Mäkelä, Marjukka; Kokko, Simo; Muuri, Anu & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY, Porvoo 2004.

Tedre, Silva: Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, Marjaana; Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 95-119.

Tenkanen, Raija: Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Seppänen, Marjaana; Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 181-192.

Terveyssosiaalityöntekijät ry. Saatavana elektronisesti osoitteessa: <http://www.talentia.fi/terveyssosiaalityontekijat/>. [viitattu 3.5.2010].

Tiirinen, Eila: Sairaalan sosiaalityö ja mielenterveystyö. Sosiaalihoitajana. Teoksessa Satka, Mirja; Auvinen, Anja; Aho, Sulo & Jaakkola, Helena (toim.): Huolenkantajat: kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 143-144.

Tiirinen, Eila: Teinkö minä oikein? Sosiaalityön kipeät kokemukset. Teoksessa Satka, Mirja; Auvinen, Anja; Aho, Sulo & Jaakkola, Helena (toim.): Huolenkantajat: kokemuksia ja sattumuksia sosiaalialan vuosikymmeniltä. PS-kustannus, Jyväskylä 2007, 191-192.

Tirkkonen, Marjaana: Toisenlainen nuoruus psykiatrisella osastolla. Pitkä sairaalahoito lisää velkaantumisriskiä. *Sosiaaliturva* 2007, 2, 18-19.

Toijanen, Maire: Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjaaja. Teoksessa Holma, Tupu (toim.): Kuntoutusohjausnimikkeistö: opas sisältöön ja käyttöön. Suomen kuntaliitto, Helsinki 2003, 7-16.

Toikko, Timo: Sosiaalityön ideat: johdatus sosiaalityön historiaan. Vastapaino, Tampere 2005.

Tulppo, Jaana: Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa: tutkimus sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä työnsä sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisilla osastoilla. *Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. Sarja C: nro 2.* Tampereen yliopisto, Tampere 1991.

Urponen, Kyösti: Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. IV Hyvinvointivaltio muotoutuu. Teoksessa Jaakkola, Jouko; Pulma, Panu; Satka, Mirja & Urponen, Kyösti: Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva: suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki 1994, 228-260.

Urponen, Kyösti: Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. II Reformit käynnistyvät. Teoksessa Jaakkola, Jouko; Pulma, Panu; Satka, Mirja & Urponen, Kyösti: Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva: suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki 1994, 174-203.

Uusitalo, Hannu: Tiede, tutkimus ja tutkielma: johdatus tutkielman maailmaan. WSOY, Juva 1995.

Varto, Juha: Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä, Helsinki 1992.

Vilkko, Anni: Omaelämäkertojen analysoiminen kertomuksina. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki 1990, 81-98.

Vilkko, Anni: Omaelämäkerta kohtaamispaikkana: naisen elämän kerronta ja luenta. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki 1997.

Vornanen, Rauni: Suomen kielen sanakirjat 4. Nykysuomen oikeinkirjoitussanakirja. Otava, Helsinki 1982.

Vuorikoski, Marjo: Sosiaalityön professionalistuminen ja koulutus. Tampereen yliopisto, Tampere 1999.

Åkerman, Leena: Sosiaalihoitajan työstä yliopistollisessa keskussairaalassa. Apulaislääkäreiden ja osastonhoitajien mielipiteitä sosiaalihoitajan työstä somaattisia sairauksia hoitavilla vuodeosastoilla Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa. Seminaarityö. Hallinnollinen opintolinja. Oulun sairaanhoito-oppilaitos. 1977.

LIITE 1: Kirjoituspyyntö

Kirjoituspyyntö pitkään sairaalassa työskennelleille sosiaalityöntekijöille

Kerro omin sanoin kokemuksiasi sairaalan sosiaalityöstä! Auta opiskelijaa hahmottamaan sairaalan sosiaalityön muutokset.

Teen sosiaalityön pro gradu-tutkielmaa Jyväskylän yliopistoon sairaalassa tehtävän sosiaalityön kehittymisestä 1980-luvulta nykypäivään. Erityisesti tarkastelen sitä, onko sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuva muuttunut vuosikymmenten aikana. Toivon tavoittavani sinut sairaalassa, erityisesti kunnallisella puolella pitkään työskennellyt sosiaalityöntekijä kertomaan vapaamuotoisesti oman työnkuvasi kehityksestä. Myös viime vuosina eläkkeelle jääneiden kirjoituksia otan mielelläni vastaan.

Voit käyttää kirjoituksessasi apuna seuraavia kysymyksiä:

- Millaisia työtehtäviä työhösi sairaalan sosiaalityöntekijänä on sisältynyt eri vuosikymmeninä? Onko niissä tapahtunut muutoksia?
- Onko keskeisissä asiakasryhmissä tapahtunut muutoksia vuosikymmenten aikana?
- Mitkä ovat mielestäsi niitä tekijöitä, jotka työn kehittymiseen/muuttumiseen ovat vaikuttaneet? Miten olet itse kokenut muutokset?
- Koetko työnkuvasi olevan nykyään laajempi/suppeampi kuin aiemmin?

Kirjoituksesi taustatiedoiksi toivon sinun kertovan, kuinka pitkään olet sairaalassa työskennellyt, minkä tyyppisillä osastoilla olet työskennellyt, missä päin Suomea olet työskennellyt, mikä on koulutuksesi ja minkä ikäinen olet. Kirjoituksia käsitellään luottamuksellisesti ja niin, ettei valmiista työstä voi tunnistaa henkilöitä. Pyydän palauttamaan kirjoituksesi 30.4.2010 mennessä joko sähköpostitse tai postitse [yhteystiedot]. Lämmin kiitos avustasi!