

TYÖKONFERENSSIMENETELMÄ MONIAMMATILLISEN  
TYÖN KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ  
SAIRAALAOSASTOLLA

Keskustelunaiheena perheelliset syöpäpotilaat, näkökulmana  
sosiaalityö

Heini Luukkonen

Pro-gradu tutkielma

Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2007

## TIIVISTELMÄ

### TYÖKONFERENSSIMENETELMÄ MONIAMMATILLISEN TYÖN KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ SAIRAALAOSASTOLLA

Keskustelunaiheena perheelliset syöpäpotilaat, näkökulmana sosiaalityö

Heini Luukkonen

Sosiaalityö

Pro gradu-tutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Ohjaaja: Mikko Mäntysaari

Syksy 2007

sivumäärä: 94 sivua + 4 liitettä

Tutkimus on toteutettu yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sädesairaalan osasto 31:n sairaanhoitajien ja sosiaalityöntekijän kanssa. Tarkoituksena on tarkastella työkonferenssimenetelmän soveltuvuutta moniammatillisen työn kehittämisen välineeksi sairaalaosastolle. Työkonferenssimenetelmä koostuu sarjasta kehityskeskusteluja (seminaareja), jotka toteutettiin keväällä 2007. Keskustelun aiheina olivat perheelliset syöpäpotilaat ja sosiaalityön palvelut. Tutkimuksen aikana toteutetun kehittämistyön tarkoituksena oli parantaa perheellisten potilaiden sosiaalityön palveluiden saantia moniammatillista yhteistyötä tehostamalla.

Aineistona tutkimuksessa on osaston 31 sairaanhoitajille ja sosiaalityöntekijälle teetetty ilmapiirikysely, työkonferenssiseminaarien keskustelut, sekä sosiaalityöntekijän teemahaastattelu. Tutkimus on yhdistelmä tapaus- ja toimintatutkimusta, ja kerätty aineisto on analysoitu laadullisesti teemoittelun avulla. Aineistoa käsiteltiin kahdessa osassa; puheena ja tapahtumana. Ilmapiirikyselyiden tulosten perusteella osaston keskustelukulttuuria voidaan kuvata kahtiajakautuneeksi, mutta kuitenkin kehittämismyönteiseksi. Työkonferenssiseminaarien tuloksena sovittiin yhtenäisen työmallin käyttöönotosta. Työkonferenssimenetelmää soveltamalla eri ammattiryhmien välille syntyi rakentavaa keskustelua. Työkonferenssimenetelmä soveltui hieman sovellettuna hyvin sairaalaosaston kehittämistyön välineeksi.

Työkonferenssimenetelmän avulla saavutettuja tuloksia olen arvioinut haastattelemalla osaston sosiaalityöntekijää. Tutkimuksen aihe liittyy kaikkein lähimmin hänen työhönsä ja hän itse on oikea henkilö arvioimaan työssään tapahtuneita muutoksia. Sosiaalityöntekijän kokemuksen mukaan moniammatillisessa työskentelyssä oli tapahtunut myönteisiä muutoksia. Keskusteluihin osallistuneet hoitajat olivat sosiaalityöntekijän kokemuksen mukaan häneen enemmän yhteydessä. Myös sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuva muuttui tutkimuksenteon myötä vähemmän etuuskeskeiseksi.

**Avainsanat: moniammatillisuus, työkonferenssimenetelmä, sairaalan sosiaalityö**

# Sisältö

<b>JOHDANTO</b> .....	<b>2</b>
<b>1 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TAPAUSKUVAUS</b> .....	<b>6</b>
1.1 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPAIIRI.....	6
1.2 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPAIIRIN TOIMINTA JA TAVOITTEET.....	7
1.3 SÄDESAIRAALA.....	7
1.4 VUODEOSASTO 31.....	8
1.5 TUTKIMUKSEN SUUNNITTELU.....	8
<b>2 MENETELMÄT</b> .....	<b>11</b>
2.1 TAPAUSTUTKIMUS.....	11
2.2 KOMMUNIKATIINEN TOIMINTATUTKIMUS.....	14
2.3 TYÖKONFERENSSIMENETELMÄ.....	17
2.3.1 DEMOKRAATTISEN DIALOGIN PERIAATTEET.....	19
2.4 TEEMAHAASTATTELU.....	22
<b>3 MONIAMMATILLISUUS</b> .....	<b>24</b>
3.1 MONIAMMATILLINEN TYÖ SAIRAALASSA.....	24
3.2 SAIRAANHOITAJAT JA SOSIAALITYÖNTEKIJÄT YHTEISTYÖSSÄ.....	28
3.3 MIKÄ ON SAIRAALAN SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TYÖNKUVA?.....	30
3.4 KEHITTÄVÄÄ KESKUSTELUA.....	32
<b>4 TYÖN TUTKIMINEN JA KEHITTÄMINEN</b> .....	<b>35</b>
4.1 TYÖKONFERENSSIMENETELMÄN TOIMIVUUS, VAIKUTTAVUUS JA TYÖYHTEISÖN HYVINVOINTI.....	35
4.2 KEHITTÄMISTYÖN LUONTEESTA.....	37
4.3. KEHITTÄMISTYÖTÄ SAIRAALOISSA.....	38
<b>5 TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>40</b>
<b>6 ILMAPIIRIKYSELYN TOTEUTUS JA TULOKSET</b> .....	<b>41</b>
6.1 MUUTOKSET OSASTOLLA JA KESKUSTELUKULTTUURI AMMATTIRYHMIEN VÄLILLÄ .....	44
6.2 HENKILÖKUNNAN SUHTAUTUMINEN KEHITTÄMISHANKKEISIIN.....	46

<b>7 TYÖKONFERENSSIN TOTEUTUS JA KESKUSTELUJEN SISÄLTÖ .....</b>	<b>48</b>
7.1 MITÄ SAIRAALAN SOSIAALITYÖNTEKIJÄ TEKEE?.....	51
7.2 ”ARKI PYÖRII, MUTTEI VOI TIETÄÄ MITÄ LAPSEN PÄÄSSÄ LIIKKUU” .....	53
7.3 ”JOS PITÄISIN ITSESTÄNI ENEMMÄN METELIÄ NIIN EHKÄ SITTEN” .....	56
7.4 ”JOKIN YHTENÄINEN TYÖMALLI PITÄISI KYLLÄ OLLA” .....	58
<b>8 SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TEEMAHAASTattelun toteutus ja sisältö.....</b>	<b>61</b>
8.1 ”MUUTAKIN KUIN ESITTEIDEN JAKAMISTA”.....	63
8.2 ”ME” TEHDÄÄN.....	65
8.3 MITÄ TÄSTÄ ETEENPÄIN?.....	68
<b>9 TYÖKONFERENSSISEMINAARIT TAPAHTUMINA JA DEMOKRAATTISEN DIALOGIN TOTEUTUMINEN.....</b>	<b>70</b>
9.1 TOINEN NÄKÖKULMA TYÖKONFERENSSIIN.....	70
9.2 ENSIMMÄINEN SEMINAARI .....	71
9.3 TOINEN SEMINAARI .....	75
9.4 DEMOKRAATTISTA DIALOGIA? .....	76
9.5 MITÄ TAPAHTUI TYÖKONFERENSSISEMINAARIEN JÄLKEEN?.....	78
<b>10 POHDINTA .....</b>	<b>81</b>
<b>11 EETTISIÄ NÄKÖKULMIA .....</b>	<b>85</b>
11.1 TUTKIMUSLUPA.....	85
11.2 TIEDOTTAMINEN .....	85
11.3. TUTKIMUKSEN HYVÄKSYTTÄMINEN.....	86
<b>KIRJALLISUUS .....</b>	<b>87</b>
<b>LIITE 1: TIEDOTUSKIRJE OSASTON 31 HENKILÖKUNNALLE .....</b>	<b>96</b>
<b>LIITE 2: KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE.....</b>	<b>97</b>
<b>LIITE 3: ILMAPIIRIKYSELYLOMAKE .....</b>	<b>98</b>
<b>LIITE 4: TEEMARUNKO.....</b>	<b>102</b>

## JOHDANTO

” Ongelmien ratkaiseminen ei ole mikään ongelma,  
se on aivan yksinkertaista.

Mutta todellisen ongelman havaitseminen  
vasta ongelma on  
erityisesti silloin, kun me itse olemme tuo ongelma”

(Heikkilä & Heikkilä 2001, 11)

Sosiaalityö moniammatillisessa työympäristössä voi olla haastavaa, eikä yhteistyö muiden ammattiryhmien välillä aina suju kitkattomasti. Tämän tutkimuksen toimintaympäristössä yhteistyötä tekevät lääkärit, sairaan- ja perushoitajat, sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit, psykologit jne. Lista on pitkä, mutta työtä ei voi aidosti kutsua moniammatilliseksi, ellei siinä todella työskentele selkeästi eri ammattialojen asiantuntijoita. Jokainen työntekijä tuo mukanaan oman osaamisensa ja asiantuntemuksensa osaksi työtä. (Nikander 2004, 263). Yhteistyön sujuvuus on tärkeää, sillä tavoitteena on aina tarjota potilaalle parasta mahdollista hoitoa ja palvelua. Paras mahdollinen palvelu voi sairaalaosastolla tarkoittaa sitä, että potilas saa fyysisen hoidon lisäksi myös muihin asioihin liittyvää neuvontaa ja ohjausta. Kehittämistyö eri muodoissaan onkin kiinteä osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Seppänen-Järvelä 2007, 17). Tämän tutkimuksen kohteena on osasto henkilökuntineen syöpäsairaalassa. Osastolla tehdään moniammatillista yhteistyötä ja tämä tutkimus keskittyy tarkastelemaan työn sujuvuuden kehittämistä osaston sosiaalityöntekijän ja hoitavan henkilökunnan välillä. Tutkimuksen alkuperäinen aihe on lähtöisin osaston sosiaalityöntekijältä, joka ilmaisi haluavansa tavata enemmän erityisesti niitä vuodeosastolla olevia potilaita, joilla on lapsia.

Tutkimuksen painopiste on kehittämisnäkökulmassa. Haluan tutkimuksen avulla selvittää, onko valitsemani kehittämisväline, työkonferenssimenetelmä, käyttä-

mässäni laajuudessaan toimiva ja sopiva väline moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Toimivuuden mittarina toimii osaston sosiaalityöntekijän oma näkemys siitä, tapaako hän työkonferenssimenetelmän soveltamisen jälkeen enemmän perheellisiä, ja muitakin syöpäpotilaita. Arviointi perustuu siis subjektiiviseen näyttöön kehittämistyöntuloksista (Arnkil, 2007, 62). Tutkimuksen lähtökohtainen idea oli keskittyä tutkimaan nimenomaan perheellisten syöpäpotilaiden parissa tehtävää yhteistyötä, mutta tutkimus laajeni käsittelemään kaikkia syöpäpotilaita ja heidän kanssaan tehtävää työtä. Kuitenkin perheelliset syöpäpotilaat ja heidän kanssaan tehtävä sosiaalityö säilyivät työkonferenssiseminaarien punaisena lankana. Lapsiperheiden huomiointi on yhteiskunnallisesta näkökulmasta aina tärkeää ja ajankohtaista. Toisen vanhemman sairastuessa lapsiperheen tilanne voi olla hyvinkin vaikea ja vaatia erityishuomiota sairaalan henkilökunnalta. Parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi osastoilla tarvitaan uudenlaisia työkäytäntöjä ja -menetelmiä. Kehittämisen kohteena ovat siis työtehtävät ja tehtäväkokonaisuudet, ei yksittäisten työntekijöiden persoonallisuus tai osaaminen (Kirjonen 2007, 117).

Syöpä ei ole yksittäinen sairaus, vaan heterogeeninen ryhmä tauteja, joiden yhdistävänä piirteenä on solujen hallitsematon jakautuminen. Sairastumisen syyt ja taudin eteneminen ovat usein vaikeita ennustaa. Syöpä on suomalaisten yleisin kuolemansyy heti sydän- ja verisuonisairauksien jälkeen. On arvioitu, että noin joka neljäs suomalainen sairastuu syöpään jossakin elämänsä vaiheessa. Syövän syntyyn vaikuttavat perimä sekä ympäristötekijät yhdessä. Esimerkiksi elintavat, kuten alkoholinkäyttö ja tupakointi, vaikuttavat sairastuvuuteen. Syöpään sairastuneiden ennuste on kuitenkin ollut jatkuvasti parantumaan päin. Suomen Syöpärekisterissä laaditun ennusteen mukaan naisten syövät tulevat tulevaisuudessa lisääntymään jonkin verran. Erityisesti korkeaan elintasoon liittyvät syövät saattavat lisääntyä. Kaikkien syöpien elossaololuvut ovat parantuneet tasaisesti, koska usein syöpä havaitaan jo melko varhaisessa vaiheessa. (Teppo 2005, 190, 194-198.) Syöpä voi siis kohdata kenet tahansa, myös lapsiperheen. Lapsiperheet tarvitsevat toisen vanhemman sairastuttua erityishuomiota, sillä toinen huoltajista tai mah-

dollisesti myös ainoa huoltaja, on sairaana.

Ennaltaehkäisyyn panostamalla on mahdollista ehkäistä ongelmien syntyä ja edistää perheiden ja yksilöiden pärjäämistä ja hyvinvointia. Sairaalan sosiaalityöntekijällä on ammattitaitoa tehdä ennaltaehkäisevää työtä syöpää sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä auttamiseksi. Aromaan ym. (2005, 463) mukaan sosiaalitoimen piiriin kuuluvien palvelujen saatavuus ja paremmat palveluketjut kuuluvat osaksi laadukasta terveydenhuoltoa. Liikkeelle on mielestäni lähdeittävä siitä, että palveluja tarvitsevat perheet tavoitettaisiin mahdollisimman hyvin, ja että he saisivat mahdollisimman hyvää hoitoa. Hyvä hoito ei ole yksinkertaisesti määriteltävissä, mutta voidaan kuitenkin sanoa, että hyvä hoito on ”ystävällisesti, moniammatillisesti ja ammattitaitoisesti toteutettua potilaan hoitoa, sekä riittävää tiedon antamista, ohjausta neuvontaa ja tukea potilaalle ja tämän perheelle hoidon aikana” (Heikkilä ym. 2005, 7).

Lastenpsykiatri Tytti Solantaus (2005, 3766) painottaa Suomen Lääkärilehdessä julkaistussa artikkelissaan, että kysymykset perhesuhteista, lasten tilanteesta, sekä vanhemmuuden ja lapsien tukemisesta pitäisi olla potilaan sairaskertomuksessa. Solantauksen (2005) artikkeli koskee lähinnä perheitä, joissa vanhemmilla on mielenterveysongelmia, mutta samoja periaatteita voidaan mielestäni soveltaa myös silloin, kun kyseessä on vanhemman somaattinen sairaus, esim. syöpä. Solantaus (2005, 3769) painottaa myös sitä, että perheen huomioiminen kuuluu koko henkilökunnalle yhteisesti, se on kaikkien vastuulla. Terveydenhuollon perheelle tarjoama tuki on ennaltaehkäisevää toimintaa, jolla on suojaava vaikutus erilaisia ongelmia vastaan. Ennaltaehkäisevät palvelut ovat yhteiskunnan vastuulla olevia lapsen kehitystä tukevia ja suojaavia toimia. Tuen tarjoaminen edellyttää, että lapset otetaan puheeksi. (Solantaus 2005, 3766, 3768.)

Terveys on ihmisen hyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeä osa-alue. Hyvinvointi

koetaan terveyden kautta kaikkein konkreettisimmin (Ryynänen 2000, 45). Myös sosiaalityön näkökulmasta tarkasteltuna hyvä terveys on oleellinen seikka ihmisen hyvän elämänlaadun kannalta. Terveys mahdollistaa osaltaan työssäkäynnin, onnistuneen perhe-elämän ja osallistumisen yhteiskunnan toimintaan. Ryynäsen (2000, 55) mukaan sairastumisen kysymysten kanssa työskenteleviltä ammattiryhmiltä odotetaan kykyä tukea sairastuneiden ihmisten selviytymistä voimavara- lähtöisesti. Turvallisuutta luo muiden seikkojen lisäksi myös usko ja luottamus palvelujärjestelmiin, sekä hyvään hoitoon ja huolenpitoon. Tämän tutkimukseni tarkoituksena on pyrkiä parantamaan syöpää sairastavien sosiaalityön palveluiden saantia, sillä myös sosiaalityön palvelut ovat mielestäni osa hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa. Olisi myös hyvä, että sairaalan sosiaalityö voisi nykyistä enemmän keskittyä Ryynäsen mainitsemaan voimavara- lähtöiseen työhön ongelmakeskeisen työn sijaan, eli ehkäisemään ongelmien syntymistä.



# 1 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TAPAUSKUVAUS

## 1.1 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on suurin ei-yliopistollinen sairaanhoitopiiri Suomessa, ja edustettuina ovat lähes kaikki sairaanhoidon erikoisalat. KSSHHP toimii yhteistyössä esim. terveystieteiden, Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Jokilaakson sairaalan kanssa. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvat yleissairauksista vastaavat Keski-Suomen keskussairaala, Kinkomaan sairaala ja sädesairaala, aikuispsykiatriasta vastaavat Juurikkaniemen ja Sisä-Suomen sairaala ja lisäksi lasten ja nuorten psykiatrisen yksikkö Haukkalan sairaala. ([www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).)

KSSHHP:n omistaa 30 keskisuomalaisista kuntaa ja se jakautuu hallinnollisesti viiteen eri toimialueeseen, jotka taas jakautuvat edelleen 33:n vastuualueeseen. Vastuualueet puolestaan jakautuvat vastuuyksiköihin ja edelleen toimipisteisiin. Sosiaalityö kuuluu kuntouttavaan toimintaan, joka luetaan kuuluvaksi konservatiiviseen toimialueeseen yhdessä mm. sisätautien, neurologian, lastentautien ja foniatrian kanssa. Muita toimialueita ovat operatiivinen toimialue (esim. kirurgia), psykiatrian toimialue, lääkinnällisten palvelujen toimialue (esim. patologia, radiologia), sekä tukipalvelujen toimialue (esim. tietohallinto). Liikelaitosperiaatteella toimivat sairaalan pesula ja ruokapalvelu, ja sairaalakahvio on osakeyhtiö. Sairaanhoitopiirin palveluksessa on yhteensä 2690 vakituista työntekijää, joista lääkäreitä on 282, hoitohenkilöstöä 1489, ja muuta henkilöstöä 919. Sosiaalityöntekijöitä on tämän tutkimuksen tekohetkellä keskussairaalassa kahdeksan, jonka lisäksi sädesairaalassa työskentelee yksi sosiaalityöntekijä. Lisäksi sosiaalityöntekijöitä on työssä psykiatrian puolella, yhteensä noin 11. ([www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).)

## 1.2 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPPIIRIN TOIMINTA JA TAVOITTEET

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintaa ohjaavat Suomen lainsäädäntö, sairaanhoitopiirin omat strategiat ja säännöt, sekä erilaiset ohjelmat. Sairaanhoitopiirin tavoitteisiin vuoteen 2009 mennessä kuuluu potilaan tyytyväisyyden ja hoitoeettisten päämäärien toteutumisen varmistaminen. Omaisten osallisuus hoitoon nähdään myös osana tavoitteita. Hoidon tulee tavoitteiden asettelun mukaan olla kokonaisvaltaista, terveyttä edistävää, jatkuvaa sekä ennaltaehkäisevää. Henkilöstön osalta tavoitteina mainitaan esim. eri ammattiryhmien välisen työnjaon, yhteistyön ja vastuun arvioinnin kehittäminen. Tavoitteissa alleviivataan myös eettisten periaatteiden tärkeyttä. Eettisinä periaatteina mainitaan potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, potilaan itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, ammatillisuus, osaaminen, hyvinvointi, yhteisöllisyys, yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (Ksshp:n strategia vuosille 2006-2009 ja eettiset periaatteet, [www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).)

## 1.3 SÄDESAIRAALA

Sädesairaala on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä ja sijaitsee keskussairaalan läheisyydessä. Syöpätautien poliklinikka, päiväsairaala ja sädehoito sijaitsevat sädesairaalassa, samoin kuin syöpätautien osasto 31, sekä syöpä- ja sisätautien osasto 32. Samassa rakennuksessa toimivat myös mm. sisätautien päiväsairaala, kliininen fysiologia, röntgen ja fysiatria. Tämä tutkimus toteutetaan yhdessä syöpätautien vuodeosasto 31:n henkilökunnan kanssa. Syöpätautien ja sädehoidon vastuualueella hoidetaan pääsääntöisesti kaikki Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispotilaiden säde- ja solunsalpaajahoidot. Sen lisäksi hoidetaan Etelä-Savon sairaanhoitopiirin potilaita. ([www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).)

## 1.4 VUODEOSASTO 31

Osastolle ohjataan potilaita syöpätautien poliklinikan kautta tai potilassiirrolla jostakin toisesta yksiköstä. Osastolla on yhteensä 21 vuodepaikkaa ja osaston huoneet ovat 1-3 -paikkaisia. Osaston potilaat voivat saada mm. sädehoitoa, solunsalpaajahoitoa, verensiirtoja, kivunhoitoa ja palliatiivista hoitoa. Henkilökuntaan kuuluu osaston lääkäri, osastonhoitaja, osastonsihteeri, 15 sairaanhoitajaa, yksi perushoitaja, 4 sairaala-apulaista ja sosiaalityöntekijä. Hoitohenkilökunta työskentelee kolmessa vuorossa. Osastolla oloaikana potilailta on mahdollisuus saada tarvittaessa monien eri ammattialojen palveluja. Niihin lukeutuvat sosiaalityön lisäksi esim. fysioterapeutin, sairaalapapin ja psykiatrisen sairaanhoitajan palvelut. Myös Keski-Suomen syöpäyhdistyksen edustaja vierailee säännöllisesti osastolla. ([www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).)

## 1.5 TUTKIMUKSEN SUUNNITTELU

Tutkimukseni rajautuu koskemaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sädesairaalan vuodeosasto 31:n henkilökuntaa (sairaan- ja perushoitajat ja sosiaalityöntekijä). Tutkimukseni suunnittelu on ollut pitkä ja monivaiheinen prosessi, jonka aikana näkökulma ja käytettävät menetelmät ovat vaihtuneet useaan kertaan. Suurelta osin tämä on johtunut tutkimukseni aiheesta ja monista mahdollisuuksista käsitellä sitä. Sain aiheen tutkimukselleni sädesairaalan sosiaalityöntekijältä. Usein kehittämistyö, jollaiseksi myös tätä tutkimusta voidaan luonnehtia, saa alkunsa organisaation johtotasolta. Aloite voi kuitenkin tulla myös henkilöstöltä, kuten tässä tapauksessa. (Kirjonen 2007, 118-119). Osaston sosiaalityöntekijä kertoi haluavansa tavata enemmän perheellisiä potilaita ja ottaa perheellisten tilanteen paremmin huomioon syöpähoitojen yhteydessä. Aihe oli mielestäni erittäin tärkeä, sillä aikainen puuttuminen mahdollistaa myös ennaltaehkäisevän toiminnan. Lisäksi voi-

daan ajatella, että vaikka varsinaisia sosiaalisia tai muita ongelmia ei olisikaan, tukikeskustelut voivat olla monelle perheellisellekin potilaalle tärkeitä. Yksittäisen työntekijän mahdollisuudet saada aikaan muutosta organisaatiossa ovat rajalliset, joten turvautuminen ulkopuolisen apuun voi olla hyvä ajatus (Kirjonen 2007, 131).

Näkökulmaksi tutkimukselleni valikoitui moniammatillinen yhteistyö, sillä osastotyöskentely on työntekoa eri ammattiryhmiin kuuluvien ihmisten kanssa. Halusin ottaa käyttöön menetelmän, jota ei ole kyseisellä osastolla ennen sovellettu. Valitsinkin työkonferenssimenetelmän myös siksi, että eri ammattiryhmien edustajat saisivat kaikki mahdollisuuden päästä keskustelemaan perheellisten potilaiden asemasta ja hoitoon liittyvistä asioista. Olen tehnyt yhteistyötä sekä niin osastonhoitajan kuin sosiaalityöntekijänkin kanssa tutkimusta suunnitellessani. Tutkimukseni suunnitteluvaihe oli melko pitkä. Aloitin aiheen kehittelyn jo kesällä 2006. Lähestymistapa on muuttanut muotoaan graduseminaarien ja sairaalan henkilökunnan kanssa käymieni keskustelujen pohjalta.

Tutkimuksen suunnittelu oli haastavaa, sillä koin tärkeäksi, että se vastaisi sekä minun, että sädesairaalan sosiaalityöntekijän toiveita. Tavoitteena on siis yhdistää luontevasti käytännönläheisyys ja akateeminen tutkimus. Organisaation kehittämisen liittyy työyhteisön ja työtapojen rinnakkaiseen tarkasteluun, ja kehittämistyö kohdistuu näiden kahden solmukohtiin. Huomio kiinnitetään organisaatioon kokonaisuutena, ei yksittäiseen työntekijään. (Vartiainen 2007, 135.) Haluan myös tuoda esiin tutkimuksen teon aikana esiin tulleita haasteita ja ongelmakohtia, sillä niistä ei ole ollut tapana raportoida (Arnkil 2007, 61). Vaikeudet ovat kuitenkin tärkeitä oppimiskokemuksia niin minulle tutkijana kuin tutkimukseeni tutustuville.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia, että kokeeko osaston sosiaalityöntekijä työkonferenssien järjestämisen vaikuttaneen perheellisten, ja muidenkin syöpää sairastavien potilaiden, ohjautumiseen sosiaalityöntekijän luo. Omana taustaole-

tuksenani onkin, että muutoksia saadaan parhaiten aikaan keskustelemalla niistä yhdessä. Myös aikaisempi tutkimus tukee tekemääni ennako-oletusta. On esimerkiksi havaittu, että suurin osa sairaalan sosiaalityöntekijöistä tiedottaa palveluistaan muulle henkilökunnalle, mutta tämä suora tiedottaminen ei kuitenkaan saavuta potilaita (Parviainen & Telilä 2005, 68, 71). On siis löydettävä jokin muu keino parantaa perheellisten potilaiden sosiaalityön palveluiden saantia, sillä pelkkä tiedottaminen ei riitä. On myös syytä huomioida, että vaikka tutkimukseni taustaoletuksena on, että perheellisiä potilaita ei ohjata riittävän usein sosiaalityöntekijälle, valmiita parannusehdotuksia ei ole. Tutkimus on saanut alkunsa ai-noastaan esiinnousseen ongelman pohjalta.

## 2 MENETELMÄT

### 2.1 TAPAUSTUTKIMUS

Tämän tutkimuksen pääasialliseksi tutkimusmenetelmäksi valikoitui tapaustutkimus pitkällisen pohdinnan jälkeen. Koska menetelmän valinta ei ollut päivänselvää, on tutkimuksessa aineksia ja vaikutteita myös muista tutkimusmenetelmistä, lähinnä toimintatutkimuksesta sekä kehittävästä työntutkimuksesta. Analyysiä tehdessäni olen ottanut vaikutteita myös diskurssianalyysistä. Menetelmä on Seppänen-Järvelän (2007) mukaan väline, jonka avulla tuotetaan tietoa. Se on menettelytapa, jolla pyritään kohti asetettua päämäärää, sekä keino päästä tuohon tavoitteeseen. (2007, 21.) Seuraavassa esittelen tutkimustani tapaustutkimuksen ja kommunikatiivisen toimintatutkimuksen lähtökohdista käsin.

Kyseessä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Erityisesti tälle tutkimukselle tunnusomaista on oletushypoteesien sekoittuminen aineistosta nousevan tiedon kanssa (Neuman 2007, 111). Oletushypoteesini on, että työkonferenssimenetelmä on tehokas työn kehittämisen väline. Tutkimuksen kuluessa tulee nähtäväksi, pitääkö oletus paikkansa vai ei, eli käytän abduktiivista päättelyä. Vaikka kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei aina ole kyse kausaalisten suhteiden osoittamisesta, eräänlainen kausaalisuus sisältyy tutkimuskysymykseeni (Neuman 2007, 114). Tarkoitukseni on tutkia työkonferenssimenetelmän vaikuttavuutta sosiaalityöntekijän työhön. Kausaalisen suhteen arviointi jää kuitenkin tutkimukseen osallistuvan sosiaalityöntekijän arvioitavaksi. Tällaisen ”heikon kausaalisuhteen” varaan jättäytyminen ei kuitenkaan ole ongelma tutkimukseni yleisen luonteen vuoksi, sillä en ensisijaisesti pyri tuottamaan laajalti yleistettävää tietoa. Keskityn ainoastaan käsittelemään yhden sairaal-osaston henkilökunnan kehittämistyötä osaston sosiaalityöntekijän arvioimana. Tarkoituksena on sisäinen yleistäminen, ei niinkään ulkoinen (Maxwell 1996, 115).

Tapaustutkimus sopii parhaiten tähän tutkimukseen monesta syystä. Ensinnäkin ta-

paustutkimus on hyvä keino vastata kysymykseen miten (ks. Yin 1994, 7-8). Tutkimuskysymykseeni sisältyy kysymys miten, vaikka tarkassa sanamuodossa kyseistä sanaa ei esiinnykään. Tutkimuskysymykseni voi avata muotoon: miten työkonferenssimenetelmän käyttö vaikutti osastotyöskentelyyn? Tapaustutkimuksen avulla ja käyttämällä monia aineistolähteitä, kysymys saa vastauksen. Toiseksi tapaustutkimus soveltuu Yinin (1994, 12) mukaan hyvin organisaation tutkimiseen. Vaikka en tutkiikan organisaatorakenteita, moniammatillinen työskentely on organisaation tapa toimia ja siksi osa organisaatiota. Kolmanneksi tapaustutkimuksen kohde sijoittuu tiettyyn aikaan ja paikkaan, ja on ennen kaikkea todelliseen maailmaan tapahtuma (Yin 1994, 13). Oma tutkimukseni on asetelmaltaan juuri kuvaukseen sopiva. Käsitelen yhtä tapausta ja yhtä tutkimuskysymystä (vrt. Yin 1994, 39).

Creswellin (1998) mukaan tapaustutkimuksen juuret ovat sosiologiassa, politiikan tutkimuksessa ja muissa sosiaalitieteissä (1998, 65). Tutkimuksen kohteena on aikaan ja paikkaan sidoksissa oleva tapaus. Perinteisesti tapaustutkimuksen kohteena on jokin prosessi, ohjelma tai toiminta, johon liittyy yksi tai useampia tutkittavia yksilöitä (1998, 112). Tärkeää tapaustutkimukselle on kontekstisidonnaisuus ja aineiston hankkiminen monipuolisesti eri lähteistä (1998, 36-37). Puhutaan myös aineistotriangulaatiosta, jossa erityyppiset aineistot ikään kuin keskustelevat keskenään (Yin, 1994, 92). Tässä tutkimuksessa yhdistyy kolmenlainen laadullinen aineisto: osaston henkilökunnan ilmapiirikysely, työkonferenssiseminaarien keskusteluaineisto ja sosiaalityöntekijän teemahaastatteluaineisto. Tavoitteena on analysoida ja esittää kerätty aineisto konvergentisti, eli yhdistämällä aineistot yhdeksi kokonaisuudeksi (vrt. Yin, 1994, 92-93). Selkeyden vuoksi esitän ensin jokaisen aineisto kokonaisuuden erikseen ja vasta sen jälkeen kokoavasti.

Voidaan ajatella, että kaikki yhteiskuntatieteellinen tutkimus on tapaustutkimusta, mutta juuri aineiston monipuolisuus erottaa sen muista tutkimusmenetelmistä. Tutkimukseni kohteena on rajattu joukko ihmisiä eli osaston henkilökunta. Vielä tarkemmin tutkimuksen kohteena ovat tämän ihmisryhmän toiminta ja sen tulokset

heidän itsensä kokemana. Tapaustutkimuksessa tutkittavaa tapausta käsitellään holistisesti, tutkittavista itsestään käsin. Creswellin (1998) mukaan tapauksen kuvailu on oleellista ja sitä analysoidaan usein teemoitellen ja käyttäen suoraa tulkintaa (148-149).

Tämän tutkimuksen aineiston analyysissä olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimani tapauksen tarkasti ja mahdollisimman johdonmukaisesti, mikä on ns. perinteiselle tapaustutkimukselle ominaista (Yin 1994, 104). Pyrin luomaan keräämästäni aineistosta tarinan, jonka välitän lukijalle. Tutkimukseni on selittävä, ei ainoastaan kuvailevaa (Yin 1994, 106, 110). Kuvailu on tutkimuksen pohjana, sillä pyrin luomaan kuvan tutkimastani tapauksesta ja toteutetusta toiminnasta. Teorian avulla pyrin lisäksi selittämään saamiani tuloksia ja peilaan niitä jo olemassa olevaan tietoon ja aiempaan tutkimukseen. Tavoitteena on siis tutkittavan ilmiön ymmärtäminen (Neuman 2007, 329).

Kaiken keräämäni aineiston analysoin teemoitellen ja pyrin analyysiä tehdessäni noudattamaan tapaustutkimukselle tunnusomaisia analyysin periaatteita. Ensimmäkin analysoitavaksi on otettava kaikki tapauksen kannalta oleellinen aineisto, kuitenkin niin, että kaikki irrelevantti rajataan pois. On syytä tarkkaan pohtia, mikä on oleellista ja mikä epäoleellista. Toiseksi aineistoa on pyrittävä tarkastelemaan myös ns. kilpailevista näkökulmista käsin. Liiallinen takertuminen omiin ennakkoletuksiin ja hypoteeseihin ei siis ole suotavaa. Kuitenkin lopulta on valittava näkökulma, joka tuntuu kaikkein tarkoituksenmukaisimmalta. Kolmanneksi analyysistä on tultava esille tutkijan oma tietämys ja asiantuntemus aiheeseen liittyen. (Yin, 1994, 123-124.)

Teemoittelun avulla nostan aineistosta esille tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta relevantteja seikkoja (Neuman 2007, 328). Pyrin esittämään tutkimustulokseni tapaustutkimukselle ja muullekin tieteelliselle tutkimukselle ominaisella tavalla, eli perustellen, miksi aiheeni on tärkeä ja ajankohtainen. Lisäksi pyrin tu-



loksia esittäessäni luomaan aineistosta ja teoriasta keskenään keskustelelevan kokonaisuuden. Pyrin myös huomioimaan kaikki mahdolliset näkökulmat, joista tutkimusongelmaa voi tarkastella. Hyvä tapaustutkimus on lisäksi selkeästi esitetty. (Yin 1994, 147-151.)

Suoritan teemoittelun käyttämällä valikoivan koodauksen menetelmää, jossa kategoriat syntyvät, kun aineistoa käydään systemaattisesti läpi useita kertoja. Etsin aineistosta moniammatillisuuteen ja perheellisten potilaiden palvelun ohjaukseen liittyviä teemoja, jotka pyrin myös yhdistämään kokonaisuudeksi. Analyysitapa on hyvin aineistolähtöinen, kuten tutkimukseni muutenkin. Syntyneistä kategorioista etsin uutta tietoa ja näkökulmia, joita verrata aikaisempaan, jo olemassa olevaan tietoon. (Neuman 2007, 330, 332 ja Maxwell 1996, 98.)

## 2.2 KOMMUNIKATIINEN TOIMINTATUTKIMUS

Tämä tutkimus on saanut lisäksi vaikutteita kommunikatiivisesta toimintatutkimuksesta. Tutkimuksessani toiminta ja sen tutkiminen on keskeisessä roolissa. Myös oma roolini osana tutkimusta vaikuttaa siihen, että tutkimustani ei voida luonnehtia täysin puhtaaksi tapaustutkimukseksi. Suoran tai osallistuvan havainnoinnin sijaan toimin itse toiminnan käynnistäjänä (vrt. Yin 1994, 8, 91.) Toimintatutkimuksesta omaksuttua on siis pyrkimykseni saada aikaan muutos tutkimassani työyhteisössä. Tutkimukseni tarkoitus on muuttaa vallitsevia tapoja toimia ja työskennellä, ja tähän prosessiin otan tutkittavat aktiivisina toimijoina mukaan. (Kuula 1999, 9.) Tutkimukseni ei siis pyri yksittäisen työntekijän, vaan koko työyhteisön työtapojen muuttamiseen niiltä osin kuin ne liittyvät perheellisiin syöpäpotilaisiin ja sosiaalityön palveluihin. Kuulan (1999) mukaan kommunikatiivisen toimintatutkimuksen tavoitteena onkin organisaation toimintaan vaikuttaminen ja uudenlaisen kommunikaation luominen toimijoiden välille (1999, 94).

Kommunikatiivista toimintatutkimusta on kehitelty erityisesti Pohjoismaissa aina 1980-luvun puolivälistä asti ja se nojautuu ajatukselle siitä, että toivottua muutosta ei voi tapahtua ilman vuorovaikutusta. Kommunikaatio on siis edellytys työorganisaation muutoksille ja laajemmillekin työelämän innovaatioille. (Kuula 1999, 90.) Skandinaavinen toimintatutkimus on pääosin keskittynyt työelämän ongelmien ratkaisemiseen ja tämä tutkimus pyrkiikin kyseisen toiminta-ajatuksen mukaisesti muuttamaan tutkittavia ja heidän tapansa työskennellä (Pålshaugen 1996, 138). Kuulan (1999) mukaan toimintatutkimuksen ongelmana on usein tutkijan keskeinen ja dominoiva rooli tutkittaviin nähden. Kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa tutkija on puolestaan ennemminkin täydentävässä roolissa johtavan sijasta. Lisäksi sovellettava teoria on enemmän uutta luovaa kuin vanhan, jo olemassa olevan käyttöä. (1999, 91.)

Tässä tutkimuksessa pyrin seuraamaan kommunikatiivisen toimintatutkimuksen periaatteita, vaikka kyse onkin tapaustutkimuksesta. Muutosta ei pyritä saamaan aikaan yksilössä, vaan tarkoituksena on vaikuttaa kokonaisen työyhteisön toimintaan ja tapaan työskennellä (Kirjonen 2007, 117). Muutoksen kohteena ei siis ole yksittäisen ihmisen tietoisuus vaan rakenteet, jotka ovat esteenä paremman työelämän toteutumiselle, eli tässä tutkimuksessa potilaiden sosiaalityön palvelujen saannille ja hyvälle hoidolle. (Kuula 1999, 94.) Lehikoisen (2003) mukaan perheiden ja verkostojen parempi huomioiminen osastotyöskentelyssä tarkoittaisi hoidon vaikuttavuuden kasvua (2003, 98). Pysyvän muutoksen aikaansaaminen voi olla kunnianhimoinen tavoite, sillä käytössä olevat resurssit ovat rajalliset sekä tutkijan että tutkittavien näkökulmasta katsoen. Käytettävissä oleva aika on rajallinen, ja lisäksi on haastavaa saada mahdollisimman moni hoitohenkilökunnasta kiinnostumaan tutkimuksesta ja sitoutumaan siihen. Tämän tutkimuksen avulla saadaan selville, voiko pienellä interventiolla saada aikaan muutosta.

Kuula (1999) kiteyttää kolme keskeisintä kommunikatiivisen toimintatutkimuksen

edellytystä, joiden voidaan katsoa olevan relevantteja myös tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen tavoitteena on aikaansaada muutoksia tai innovaatioita työelämässä. Muutosten aikaansaaminen onnistuu, mikäli noudatetaan demokraattista dialogia. Lisäksi tutkijan on oltava riittävän kyvykäs toimintatutkijaksi. Toimintaa ei saa ohjata liikaa esimerkiksi jonkin organisaatioteorian pohjalta. (1999, 98.) Olen voinut kommunikatiivisen toimintatutkimuksen lähestymistavaksi omaan tutkimukseeni juuri näiden syiden vuoksi, sillä koen, että pelkän tapaustutkimuksen toteuttaminen ei välttämättä riitä asettamieni päämäärien saavuttamiseen. Kehittämistyö muistuttaakin toteutukseltaan induktiivista tutkimusta pyrittäessä saamaan aikaan muutosta. Induktiivisessa tutkimuksessa edetään askel kerrallaan ja uutta kokeillen (Kirjonen 2007, 125). Näin ajateltuna toimintatutkimus on muutoshakuista kehittämistyötä.

Kommunikatiivinen toiminta ja vuorovaikutus seminaareihin osallistuvien työntekijöiden välillä ovat myös tärkeässä osassa tutkimuksessa, sillä demokraattisen dialogin toteutuminen on edellytys muutoksen aikaansaamiselle. Rautavan (2007) mukaan dialogisuus on ajattelua avartava vuorovaikutuksen tapa, jota käytetään yhteistyötilanteissa. Dialogia hyödyntävä puhuja ottaa kuulijansa ja keskustelukumppaninsa tietoisesti huomioon, antaa tilaa muiden mielipiteille ja avaa uusia näkökulmia. (2007, 263.) Tapaustutkimus ja kommunikatiivinen toimintatutkimus yhdessä mahdollistavat myös minun tutkijana osallistua itse tutkimuksen toteutukseen muutoinkin kuin vain suunnittelijan roolissa. Ajatus tutkijasta neutraalina havainnoijana ei toteudu tutkimuksessani, sillä olen itse muutosprosessin käynnistäjä (Kuula 1999, 91). Kuitenkin muutosprosessia käsitellään tutkimuksessani yksittäistapauksena siitäkin syystä, että vastaavanlaista työkonferenssimenetelmää koskevaa tutkimusta ei Suomessa ole aikaisemmin tehty sairaalaosastolla. Kommunikatiivinen toimintatutkimus liittyy läheisesti myös seuraavassa luvussa käsiteltävään työkonferenssimenetelmään. Myös tästä syystä koen tämän tutkimuksen olevan vahvastikin toimintatutkimuspainotteinen. Täysin puhdas toimintatutkimus se ei kuitenkaan ole.

## 2.3 TYÖKONFERENSSIMENETELMÄ

Työkonferenssimenetelmä on eräänlainen kehittämissalaveri tai sarja kehityskeskusteluja, joiden tavoitteena on muutosprosessin käynnistys ja kehitysehdotusten luominen. Kyseessä on erityinen ryhmätömenetelmä, jonka tärkeimpänä työkaluna on avoin keskustelu. Tarkemmin sanoen työkonferenssimenetelmä perustuu demokraattisen dialogin periaatteelle. Seppänen-Järvelän (2007, 23) mukaan demokraattinen dialogi taas on keskeisintä kehittämistyössä, sillä kehittämistyö on ennen kaikkea vuorovaikutusta. Keskustelun aiheena voi olla monenlaisia asioita, ja keskustelun kulku ja aiheet valikoituvat kulloisenkin keskusteluryhmän mukaan. On mahdollista esim. pohtia millaisen organisaation keskusteluun osallistujat haluaisivat, millaisia vaikeuksia sen saavuttamisessa mahdollisesti kohdataan, ja miten ongelmista selvittää. Työkonferenssimenetelmä on nopea ja sitouttava tapa käynnistää yhteinen kehittämishanke. (Lindström 2002, 140.) Tärkeintä on miettiä konkreettisia muutosehdotuksia (Kuula 1999, 94).

Osallistujien rooli on työkonferenssimenetelmässä erittäin keskeinen. Osallistujat saavat itse määrittää ongelmat ja etsiä niille ratkaisut. Tästä seuraa, että myös työkonferenssimenetelmän tulokset ovat osallistujien vastuulla (Kuula 1999, 95). Tavoitteet ja keinot määräytyvät ryhmän sisältä käsin, eikä niitä omaksuta ulkopuolelta. Kuulan (1999) mukaan työkonferenssimenetelmän vaikuttavuus perustuu jokaisen osallistujan oikeuteen ja mahdollisuuteen osallistua muutoksesta käytävään keskusteluun. Ammatti- tai hierarkia-asema ei saisi vaikuttaa osallistujien vapautteen ilmaista mielipiteitään keskustelun aikana (Kuula 1999, 92-93). Vuorovaikutustilanteen tulee siis olla mahdollisimman tasavertainen, jotta keskustelulla on toivottu vaikutus. Voidaan siis ajatella, että työkonferenssi on samalla niin oppimisfoorumi, jossa opetellaan demokraattisia vuorovaikutustaitoja kuin muutokseen tähtäävä interventiokin (Lindström 2002, 133).

Työkonferenssimenetelmä koostuu sarjasta kokouksia eli seminaareja. Prosessi

käynnistyy organisaation nykytilanteen selvityksellä. Seuraavana vaiheena ovat ryhmätehtävät, joissa käydään läpi toiminnan tavoitteet, esteet tavoitteiden toteutumiselle, kehittämistarpeet, sekä keinot saavuttaa toivottu päämäärä. Seminaaria lopetettaessa sovitaan jatkotoimenpiteistä ja seurannasta (Lindström 2002, 135). Painopiste on kuitenkin ryhmätehtävissä, joita tehdään useammassa seminaarissa. Yksi seminaari kestää n. kaksi tuntia tai pidempään. Jokaisessa seminaarissa suoritetaan ainakin kaksi ryhmätehtävää, jotka ovat kaikille ryhmille samat.

Gustavsenin (1992, 5-6) mukaan työkonferenssin osallistujien määrä ja keskustelunaiheet vaihtelevat, mutta konferensseja ohjaavat kuitenkin seuraavat periaatteet:

- 1) Seminaarit eivät sisällä luennointia tai pyrkimyksiä parantaa yksittäisen työntekijän auktoriteettiasemaa. Käytetyt puheenvuorot ovat lyhyitä ja sidoksissa tiettyyn teemaan.
- 2) Osanottajat ovat seminaarien voimavara. Osanottajat kehittävät ongelmanasettelun, argumentit ja ideat itse.
- 3) Kaikilla osallistujilla on lähtökohtaisesti tarvittavaa osaamista, jotta he voivat osallistua keskusteluun. Kukaan ei ole täydellinen keskustelija, mutta kaikki voivat kehittyä.
- 4) Seminaarit ovat kollektiivisia tilaisuuksia, joissa osallistujat toimivat yhdessä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.
- 5) Ajan rajallisuus on huomioitava ja aikataulu on suunniteltava käytettävissä olevan ajan mukaan.
- 6) Käytettävissä olevan ajan tulee jakautua tasan osallistujien kesken.
- 7) Ajan rajallisuuden vuoksi on varauduttava siihen, että kaikista oleellisista seikoista ei välttämättä ehditä keskustella.
- 8) Seminaarien kuluessa syntyneet ajatukset voivat matkan varrella muuttua.
- 9) Tuloksien saavuttaminen on osallistujien vastuulla.

- 10) Käytössä on kahdenlaisia tapoja työskennellä: pienryhmäkeskustelut ja yhteinen johtopäätösten teko.
- 11) Päätösten syntyminen edellyttää osallistujilta keskittymistä.
- 12) Seminaarien kulkua ei esitellä osallistujille kuin vasta itse tilaisuudessa.
- 13) On pysyttävä aiheessa.

Työkonferenssimenetelmä on hyvin vuorovaikutuksellinen tapahtuma. Tutkijan rooli seminaareissa on toimia keskustelun avaajana ja koordinoijana. Tutkijan on myös mahdollista osallistua itse keskusteluun ja esittää huomioita, joita tekee keskustelun aikana (Gustavsen 1992, 7, 33). Tutkijan tulee myös huolehtia siitä, että keskusteluissa syntyy todella jotain uutta, ja että kaikki osallistujat ymmärtävät mistä keskustellaan.

Ekman Philipsin ja Rehnströmin (1996) mukaan organisaation muutos voi työkonferenssimenetelmää hyödyntäen tapahtua monella tavalla. Työkonferenssiseminaareja voi olla kaksi tai useampia samanlaisia, jotta kaikki työntekijät pääsevät osallistumaan. Työkonferenssi voidaan toteuttaa myös projektiryhmän voimin, joka kokoontuu useita kertoja samalla kokoonpanolla. Seminaareihin osallistuva ryhmä voi olla myös ammattiasemaltaan hetero- tai homogeeninen, mutta pääsääntöisesti tutkija on ulkopuolinen ja toimii samalla projektikoordinaattorina. (1996, 57.) Tässä tutkimuksessa työkonferenssiseminaareihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja seminaarit oli suunniteltu sisällöllisesti erilaisiksi.

### 2.3.1 DEMOKRAATTISEN DIALOGIN PERIAATTEET

Demokraattisen dialogin periaatteet ovat työkonferenssimenetelmän pohja, mutta niitä hyödynnetään myös monessa muussa muutokseen tähtäävässä kehittämissä työssä (Mäkisalo 1999, 30). Demokraattisen dialogin lähtökohtana on ajatus kielen

ja toiminnan vuorovaikutussuhteesta toisiinsa: kieli syntyy toiminnan kautta ja kieli muokkaa toimintaa. (Gustavsen 1992, 35-36.) Demokraattisen dialogin ideaa voidaan soveltaa eri yhteyksissä, mutta erityisen hyvin se sopii työkonferenssimenetelmän perustaksi, ja tilanteisiin joissa halutaan luoda uudenlaista toimintaa organisaatiossa. (Gustavsen 1992, 5.) Gustavsen (1992, 3) määrittelee demokraattisen dialogin periaatteet seuraavanlaisiksi:

- 1) kaikkien, joita asia koskee on saatava osallistua keskusteluun
- 2) mahdollisuus osallistua ei yksin riitä. Kaikkien osallistujien tulee olla myös aktiivisia ja jokaisella on velvollisuus ilmaista mielipiteensä
- 3) kaikki osallistujat ovat tasavertaisia
- 4) työkokemus antaa oikeutuksen esittää mielipiteitä
- 5) jokaisen osallistujan kokemukset ovat ainakin osin legitiimejä keskustelussa
- 6) kaikkien on ymmärrettävä mistä on kyse
- 7) kaikki esitetyt väitteet ovat oikeutettuja
- 8) mielipiteet esitetään suullisesti
- 9) jokaisen osallistujan on hyväksyttävä se, että myös muilla saattaa olla parempia ehdotuksia

- 10) jokaisen osallistujan rooli, auktoriteetti tms. voidaan ottaa keskustelun aiheeksi
- 11) osallistujien on siedettävä muiden eriäviä mielipiteitä
- 12) on pyrittävä käytännön toimenpiteisiin

Kaikki tämän tutkimuksen puitteissa työkonferenssiseminaareihin osallistuneet saivat mahdollisuuden tutustua demokraattisen dialogin periaatteisiin. Ne jaettiin jokaiselle osallistujalle kirjallisena ennen keskustelun alkua ja niihin sai halutesaan ottaa kantaa.

Dialogin käyttö liittyy yleensäkin yhteistyön tekemiseen ja tiimityöskentelyyn. Tässä tutkimuksessa kehityskeskusteluihin osallistuva henkilökunta muodostaa epävirallisen tiimin, jonka tavoitteena on pyrkiä käyttämään dialogista asiantuntijuutta monologisen asiantuntijuuden sijaan (Middelton 1996, 234). Tällä tarkoitan, että keskusteluun osallistuvat työntekijät saavat yhdessä pohtia ratkaisua heille esitettyyn ongelmaan sen sijaan, että eri ammattiryhmien edustajat ajaisivat vain samaan ammattiryhmään kuuluvien asiaa. Dialogin käyttö on yleisesti hyväksytty väline kehittää työtä ja saavuttaa työyhteisön arvostamia pysyviä tuloksia (Heikkilä ym. 2001, 199). Työkonferenssimenetelmän avulla halusin herätellä työntekijöitä keskustelempaan tapaan hoitaa asioita muihin ammattiryhmiin kuuluvien ihmisten kanssa.



## 2.4 TEEMAHAASTATTELU

Teemahaastattelussa haastateltavaa kohdellaan aktiivisena subjektina, joten se soveltuu hyvin tähän käyttötarkoitukseen. Teemahaastattelu etenee tiettyjen teemojen mukaisesti ja keskustelu niissä on melko vapaata, mikä mahdollistaa lisäkysymysten ja tarkennusten esittämisen. Saadut vastaukset voivat olla hyvinkin moniulotteisia, joten teemahaastattelu sopii tiedonkeruuvälineeksi hyvin. Lisäksi käsiteltävä aihe ei ole arka tai vaikeasti käsiteltävä. (Hirsjärvi ym. 2000, 35.) Osa teemoista, joista keskustelen sosiaalityöntekijän kanssa, on ainakin jossain muodossaan tullut esille jo työkonferenssiseminaareissa. Voidaan siis olettaa, että muulla henkilökunnalla on tiedossaan, että osaston sosiaalityöntekijä haluisi tavata enemmän potilaita. Tieto ei siis tule muille tutkimukseen osallistuneille yllätyksenä, ja näin aihetta voidaan käsitellä avoimesti.

Käyttämäni haastattelutapa on kohdennettu teemahaastattelu. Sitä voidaan kutsua myös arviointihaastatteluksi. Arviointihaastattelun päämääränä on tuottaa tietoa työyhteisöstä, sekä kehittämishankkeen sisällöllisestä toteutumisesta (Seppänen-Järvelä 2007, 225). Haastattelun avulla pyrin antamaan näyttöä työkonferenssimenetelmän toimivuudesta ja etsimään uutta lähestymistapaa vaikuttavuuden arvioinnille (Karjalainen 2007, 197-198). Kohdennetulla teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelua, joka etenee keskeisten teemojen varassa, eli on vapaampi kuin esim. puoli-strukturoitu haastattelu, mutta kontekstisidonnaisempi kuin syvähaastattelu (Hirsjärvi ym. 2000, 48). Teemahaastatteluaineiston analyysi alkaa jo itse haastattelutilanteessa. Itse analyysi tapahtuu aineistokeskeisesti ja lähellä sen alkuperäistä kontekstia. Käyttämäni päättely, synteesi, on teemahaastatteluaineiston yhteydessä sekä abduktiivista, että induktiivista. (Hirsjärvi ym. 2000, 136.) Tällä tarkoitan sitä, että vaikka analyysiä suorittaessani käytän joitain teoreettisia oletuksia apunani aineiston tulkinnaissa, niin analyysi on kuitenkin hyvin aineistolähtöistä.

Tarkemmin sanottuna aineiston analyysi tapahtuu yhdistelemällä aineistosta esiin tullutta tietoa teema-alueittain. Teemat syntyvät kuuntelemalla äänitetty aineisto uudelleen useita kertoja. (Hirsjärvi ym. 2000, 142-143.) Äänitettyä teemahaastatteluai-  
neistoa en ole purkanut tekstiksi, sillä en pyri analysoimaan haastattelun tarkkaa sisältöä. Tarkat sanamuodot ja ilmaisut eivät ole tutkimukseni kannalta oleellisia, joten teemojen ja päätelmien koodaaminen tapahtuu poimimalla ne suoraan tallennetusta aineistosta. (Hirsjärvi ym. 2000, 138.) Analyysissä käytän myös merkitysten tiivistämistä, eli tuon haastateltavan esiin tuomat teemat esiin tiivistetysti esittämällä ne sanallisesti lyhyemmässä muodossa (Hirsjärvi ym. 2000, 137). Aineiston tulkinta etenee analyysin kautta synteesiin, eli puran kaiken ensin osiin ja pyrin luomaan osista yhtenäisen kokonaisuuden (Hirsjärvi ym. 2000, 144).

## 3 MONIAMMATILLISUUS

### 3.1 MONIAMMATILLINEN TYÖ SAIRAALASSA

Moniammatillinen työ ja sen tutkimus on oman tutkimukseni teoriapohja. Teoria voidaan nähdä tutkimuksessani naulakkona, johon aineisto ripustetaan tai spottivalona, jonka avulla aineistosta etistään oleellisin tieto (Maxwell 1996, 43).

Aikaisemman tutkimustiedon löytäminen osoittautui melko haasteelliseksi, sillä aiemmin ei ole tehty tutkimusta, joka koskisi sekä moniammatillista työskentelyä että työkonferenssimenetelmää. Erilaista kehittämistyötä ja muita työnkehittämisen menetelmiä on sen sijaan tutkittu paljonkin. Käsittelenkin löytämäni aineistoa kahdessa ryhmässä; moniammatillista työtä koskevaa tutkimusta ja työkonferenssimenetelmää ja työn kehittämiseen liittyvää tutkimusta erikseen. Tämä tutkimus on Suomessa, ellei ainoa, niin ainakin yksi harvoista tutkimuksista, joka käsittelee spesifisti työkonferenssimenetelmän käyttöä sairaalaosastolla moniammatillisen työskentelyn kehittämisen näkökulmasta. On kuitenkin tarkoituksenmukaista käsitellä myös muiden kehittämismenetelmien avulla toteutettuja hankkeita ja tutkimuksia. Aikaisempaa tutkimustietoa olen etsinyt käyttämällä Jyväskylän ja Turun yliopistojen, sekä kaupungin kirjastojen aineistoja. Lisäksi olen käyttänyt internetissä julkaistua materiaalia hyödyntäen Nelli-tiedonhakuportaalia. Sen kautta tutustuin myös kansainvälisesti julkaistujen tieteellisten lehtien artikkeleihin, jotka käsitelivät lähinnä moniammatillisuuden tematiikkaa.

Työskentely moniammatillisessa työympäristössä on osa sosiaalityöntekijöiden nykyisyyttä ja näyttääkin siltä, että eri ammattiryhmien yhteistyö tulee yhä lisääntymään tulevaisuudessa (Nikander 2005, 260). Sosiaalityötä tehdään paljon muuallakin kuin sosiaalityöntekijöiden omimmalla maaperällä sosiaalitoimistoissa. Terveystieteiden tutkimuksissa työkenteleville sosiaalityöntekijöille työskentely yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa asettaa omanlaisensa vaatimukset ja erilaiset työnpainotukset. Moniammatillisessa työtiimissä toimiminen haastaa työntekijän asettamaan pa-

nokseksi oman osaamisensa ja ammattitaitonsa. Tämän toteutuessa on työntekijä osaltaan luomassa yhteistoiminnallista ja dialogista yhteistä asiantuntemusta (Mönkkönen 1996, 63). Yhteisesti tuotettu tieto on kollektiivista, yhteistä tietoa, josta puolestaan syntyy uutta asiantuntijuutta (Karjalainen 2007, 265). Aina näin ei kuitenkaan ole, mutta tällaiseen yhteistyöhön olisi toivottavaa pyrkiä.

Sopeutuminen osaksi sairaalan hierarkkista organisaatiota voi olla haasteellista, sillä sosiaalityöntekijät terveydenhuollon organisaation alaisuudessa arvostavat itsestä työskentelyä. Vaikka sairaaloiden organisaatiot ovat muuttuneet viime vuosina, on hierarkkisuus niille edelleen hyvin tunnusomainen piirre. (Sulman ym. 2005, 245.) Hierarkkiseen työympäristöön voi myös sopeutua, kun sen yrittää nähdä uhan sijasta mahdollisuutena. Pelin sääntöjä on helpompi muuttaa, kun sellaiset on jo olemassa, eikä niitä tarvitse luoda tyhjästä. Esimerkiksi uusien työkäytäntöjen luominen voi käydä helpommin vanhoja tapoja päivittämällä. Myös sairaalan sosiaalityö alkaa muuttua muun sosiaalityön tavoin hierarkkisesta ja selvärajaisesta työstä kohti epäselvempää ja riskialttiimpaa työtä (Karjalainen, P. 2007, 197).

Terveydenhuollon moniammatillisuudella tarkoitan työtä, johon osallistuu eri ammattiryhmien edustajia. Tiimityö tai yhteistyö ovat käsitteinä tässä tutkimuksessa lähellä toisiaan ja käytän niitä paikoitellen sekaisin tarkoittaen kuitenkin tavoitekeskeisen, tietoisesti perustetun ryhmän tekemää työtä (Elovainio 1994, 118). Moniammatillisuuden näen taas ennen kaikkea potilaan kokonaisvaltaisena hoitona, johon osallistuu eri ammattiryhmien asiantuntijoita. Moniammatillisen työn tarkoitus onkin osaltaan varmistaa tehokas työskentely niin potilaan kuin hoitavan organisaation näkökulmasta katsottuna. Työhön ei kuitenkaan aina ole annettu tarvittavaa ohjeistusta, mikä vaikeuttaa työn tekemistä. (Nikander 2005, 262.) Lindénin mukaan moniammatillinen työ vaatiikin toteutuakseen jokaisen ammattiryhmän toiminnan ja tehtävän selkeää määrittelyä ja jäsenystä, sekä yhteistyöstä sopimista (1999, 137). Yhteistyötä haittaavat epäselvyydet muiden työnkuvasta ja työnjaosta ammattiryhmien kesken. Sosiaalityön näkökulmasta käsin asiaa hankaloittaa se, että sosiaalityöntekijän

työnkuva ei ole samalla tavalla määritelty ja yleisesti tiedossa kuin vaikkapa lääkärin tai sairaanhoitajan.

Mönkkösen (1996) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sektoroituminen hoidettavien ongelmien ja oireiden mukaan on ongelmallista. Hoitavat tahot ovat paljolti keskittyneet tiettyjen asioiden hoitoon. Auttamisjärjestelmään kuitenkin kuuluu koulukseltaan hyvin erilaisia ihmisiä, jotka työskentelevät toisistaan poikkeavissa toimintaympäristöissä. Eri toimijat näkevät potilaan tai asiakkaan tilanteen painottaen usein omalle työlleen tärkeimpiä seikkoja. Tämä voi helposti johtaa siihen, että yhteistyön tekemisen sijaan kamppaillaan reviiireistä ja siitä kuka on missäkin asiassa oikeassa. (1996, 62.) Erikoissairaanhoidon toimintaa ohjaava tieto on siis tautien syntyyn ja niiden hoitoon liittyvään liittyvää tietoa, joka antaa vain vähän tilaa sosiaaliselle tiedolle. Sosiaalinen tieto tulee oleelliseksi vasta silloin, kun se jollain tavoin täydentää lääketieteellisiä havaintoja tai kun potilaan tilannetta ei voida parantaa lääketieteen keinoin. Sosiaalityön ja lääketieteen välillä on siis luonnontieteen ja sosiaalisen todellisuuden välinen kuilu. (Metteri 1996, 146-147.)

Nikanderin (2005) mukaan sosiaalityö on läsnä terveydenhuollon virallisessa työssä erilaisissa ryhmissä ja tiimityössä, joissa sosiaalityöntekijä nähdään konsulttina. Sosiaalityöntekijän rooli tulee esille usein myös epävirallisissa yhteyksissä: kahvihuonekeskusteluissa ja ohimennen käytävällä. Jos työtä ei ole järjestetty organisaation puolesta esimerkiksi ottamalla sosiaalityön asiantuntijuus osaksi työryhmien toimintaa, niin vaarana on, että sosiaalityö suistuu terveydenhuollon epäviralliseen marginaaliin. (2005, 263.) Myös tässä yhteydessä on tärkeää huomata, että työnkuvan tarkka määrittely helpottaa työskentelyä moniammatillisessa ympäristössä. Sairaalassa sosiaalityöntekijät työskentelevät vieraalla maaperällä, ja he ovat sekundaarinen ammattiryhmä hoitavaan henkilökuntaan nähden (Sulman ym. 2005, 255).

Nikanderin (2005, 263) näkemyksen mukaan jokainen ammattiryhmä tuo moniammatilliseen työhön mukanaan oman asiantuntemuksensa, näkökulmansa ja osaami-

sensa. Moniammatillinen työ sairaalassa onkin oman näkemykseni mukaan enemmän kuin vain työntekijöidensä osaamisen summa. Yhteistyöllä ja erilaisia mielipiteitä ja katsontakantoja huomioimalla potilaan tilanteesta saadaan kokonaisvaltaisempi kuva. Hoito voidaan näin suunnitella näin mahdollisimman kattavaksi. Tämä näkökulma on perusteltu myös kustannuskysymysten kannalta, joiden parissa sosiaali- ja terveydenhuolto jatkuvasti kamppailee (Nikander 2005, 262). Hyvin hoidettu potilas palaa epätodennäköisemmin takaisin sairaalahoitoon ja selviytyy itsenäisemmin arkielämässä kotiutumisen jälkeen. Voidaan ajatella, että potilaiden tyytymättömyys saamaansa hoitoon ja henkilökunnan huonovointisuus vaikuttavat molemmat toisiinsa (Metteri & Niemi 2005, 237).

Metterin ym. (2005) mukaan toisen ammattiryhmän edustajien asiantuntemuksen kunnioittaminen on osa moniammatillista työtä ja sen suoranainen edellytys. Sosiaalityöntekijä on saanut koulutuksessaan eväät toisten ihmisten mielipiteiden ja tunteiden huomioimiseen ja kunnioittamiseen, mikä antaa hyvät lähtökohdat tehdä moniammatillista työtä. (2005, 227.) Myönteisenä seikkana voidaan mielestäni pitää myös sitä, että sosiaalityöntekijällä ei ole lääketieteellistä koulusta, mikä mahdollistaa erilaisen näkökulman esiintulon hoitotyössä. Potilaan näkemys hyvästä hoidosta saattaa olla hyvin erilainen kuin esim. lääkärillä (Metteri ym. 2005, 223). Sosiaalityöntekijän saattaa tällaisessa tilanteessa auttaa osapuolia ymmärtämään toisiaan ja heidän näkemyksiään hoitoon liittyen.

### 3.2 SAIRAANHOITAJAT JA SOSIAALITYÖNTEKIJÄT YHTEISTYÖSSÄ

Terveydenhuollon henkilöstöstä 25 % on sairaanhoitajia (Santamäki 2004, 144). Sosiaalityöntekijöitä työskentelee terveydenhuollon alueella vastaavasti murto-osa sairaanhoitajiin verrattuna. Nämä kaksi ammattiryhmää erottaa toisistaan myös koulutustaso. Toiseen valmistutaan ammattikorkeakoulusta ja toiseen yliopistosta. Sairaanhoitaja on hoivan ja sosiaalityöntekijä palvelunohjauksen asiantuntija. Sairaanhoitajilla on vankka asiantuntemus lääketieteen alalta ja sosiaalityöntekijä vastaavasti tuntee yleensä erittäin hyvin esim. sosiaaliturvajärjestelmän. Eroavaisuuksia siis löytyy, mutta näillä kahdella ammattiryhmällä on eroista huolimatta myös paljon yhteistä. Esimerkiksi Julkunen (2004, 169) näkee klassiseen hyvinvointityön ammattien professioihanteeseen kuuluvan tieteen käytäntöön soveltamisen lisäksi altruistisen ja itsensä unohtavan toiminnan potilaan hyväksi. Altruismia odotetaan niin sairaanhoitajilta kuin sosiaalityöntekijöiltäkin.

Niin sairaanhoitajat kuin sosiaalityöntekijätkin ovat hyvin usein naisia. Naissukupuoleen yleisesti liitetään hoivaamisen tarve. Nämä sosiaali- ja terveydenalan ammattit voidaan nähdä eräänlaisena hyvinvointivaltion julkisivuna ja niihin liitetään oletus välittämisestä (Julkunen, 2004, 169). Sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän ei siis sovi suhtautua ammattinsa ainoastaan työnä, vaan kutsumuksena. Tämä asettaa työntekijöille paineita. Sairaanhoitajien oletetaan olevan sitkeitä ja kestäviä, ja heidän oletetaan sitoutuvan potilaisiinsa myös emotionaalisella tasolla (Riskä, & Wrede, 2004, 54). Samalla ammattiryhmää varjostaa työstressi, työuupumus, suuri työvoiman vaihtuvuus, tehokkuusvaatimukset ja alhainen palkkaus. Potilasmäärät hoitajaa kohden ovat kasvussa ja työssä tapahtuu muutoinkin laadullisia ja määrällisiä muutoksia. Sairaanhoitajia uhkaakin joukkopako ammatistaan, mikä laskee ammattiryhmän arvostusta ja sairaanhoitajien vaikutusvaltaa terveydenhuollon työtappoihin. (Riskä ym. 2004, 53-56.) Sosiaalityöntekijöiden kamppailu on jokseenkin samankaltaista. Tavoitteena on löytää oma paikka organisaatiossa ja pysyä mukana muutok-

sisä. Samat laadulliset ja määrälliset muutokset heijastuvat myös sosiaalityöntekijöiden työhön. Kasvanut potilasmäärä näkyy kiireenä myös sosiaalityöntekijällä. Sosiaalityöntekijöiden resursseja supistetaan samalla kun työmäärä pysyy samana tai lisääntyy (Sulman ym. 2005, 247).

Juuri välittämisen vaatimus saattaa aiheuttaa sen, että sosiaalityöntekijä voi kokea osan tehtävistään siirtyneen sairaanhoitajille, joilla on jo entisestään työtaakkaa kannettavanaan (Lindén 1999, 140). Vaikka sairaanhoitajien työ eroaakin lääketieteellisen tietoperustansa ja muutenkin työnkuvansa vuoksi sairaalan sosiaalityöntekijän työstä, niin näiden kahden ammattiryhmän työnkuvat voivat sekoittua. Molempien tehtävä on kuitenkin pohjimmiltaan samankaltainen; potilaan itsenäisen selviytymisen varmistaminen myös sairaalahoidon jälkeen. Missä kulkevat ammattiryhmien rajat, esim. kotiuttamiseen liittyvät asiat, ja johtaako liian tarkka rajanveto pirstaloituneeseen hoitotyöhön? Voiko seurauksena olla työnkuvien jakautuminen likaiseen hoitotyöhön ja viralliseen hoivaan (Tedre 2004, 63-83)? Mielestäni on syytä olla hyvin tarkkana siinä, miten spesifisti kunkin ammattiryhmän tehtävät jaetaan. Työnjako on kuitenkin oltava, sillä pahimmassa tapauksessa liiallinen jakautuminen voi ehkä johtaa ”tämä työ ei kuulu meille” –ajatteluun työssä.

Nikanderin (2004, 263) mukaan moniammatillisen työn toteutumista rajoittavat aika ja liian vähäiset resurssit. Pelkästään tieto siitä, että parantamisen varaa on, ei siis riitä. Aikaa uudelle toiminnalle on vaikea järjestää, mikäli töitä ei muutoinkin järjestetä uudelleen. Lisäksi on pohdittava sitä, että kenen aloitteesta muutoksia lähdetään toteuttamaan ja ovatko työntekijät ylipäättään sitoutuneita ja kiinnostuneita yhteisestä uudistuksesta. Kyse on yhteisistä tavoitteista ja niihin sitoutumisesta.



### 3.3 MIKÄ ON SAIRAALAN SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TYÖNKUVA?

Vaikka edellä todettiin, että sairaalan sosiaalityön paikka on epäselvä organisaation muille työntekijöille, niin sitä on kuitenkin määritelty paljonkin. Määritelmät eivät vain ole tavoittaneet kohdeyleisöään, eli muiden ammattiryhmien edustajia. Lindén (1999) on löytänyt sairaalan sosiaalityöntekijälle useita sosiaalityöntekijöiden itse määrittelemiä rooleja. Sairaalan sosiaalityöntekijä voi kokea oman roolinsa rahan-siirtelijän osana. Tästä näkökulmasta katsottuna sosiaalityöntekijää tarvitaan sairaalassa silloin, kun potilas on varaton ja hän tarvitsee rahaa kassasta tai muuta taloudellista neuvontaa. Etsiväsosiaalityöntekijä taas kuluttaa päivänsä potilaita etsiessään, sillä hän ei muuten heitä juuri tapaa. Eräs näkemys sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvasta määrittyy sairaanhoitajista käsin. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaalityöntekijä on ikään kuin sairaanhoitajan ”armoilla” ja tapaa hoitajan hänelle ohjaamia potilaita. Lähimpänä totuutta lienee näkemys sosiaalityöntekijästä konsulttina, johon otetaan yhteyttä ongelmatilanteissa, tosin yleensä niiden jo synnyttyä. (1999, 135-136.)

Terveystieteiden sosiaalityöntekijän rooli voidaan nähdä myös hoivallisesta näkökulmasta käsin. Tällöin sosiaalityöntekijän tehtävänä pidetään potilaan ja tämän perheen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimista. Sosiaalityöntekijä voi olla myös potilaan asianajaja. Edunvalvonnan näkökulmasta sosiaalityöntekijä ohjaa ja neuvo potilasta hankkiutumaan hänelle kuuluvien etuuksien piiriin. Terveystieteiden sosiaalityöntekijä voi olla myös koordinaattori, joka ohjaa niin potilaita kuin muita työntekijöitäkin palvelu- ja yhteistyökysymyksissä. (Ojuri 1995, 95.) Kaikki edellä mainitut sosiaalityöntekijän roolit ovat osa sairaalan sosiaalityöntekijän työtä, painotukset tietysti vaihtelevat osastoittain.

Sulman ym. (2005, 241) hahmottelevat sairaalan sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluvaksi potilaan elämäntilanteeseen liittyvien riskien arvioinnin, palveluiden piiriin

ohjaamisen, kotiuttamiseen liittyvien asioiden selvittämisen, sekä potilaan ja hänen perheensä puolesta puhumisen. Työskentely etenee vaiheittain alkaen potilaan tilanteen arvioinnista ja intervention suunnittelusta. Intervention toteuttamisen jälkeen ihannetapauksessa suoritetaan vielä työn tulosten arviointi. (Toba ym. 2005, 20-22.) Työtä voidaan kutsua myös psykososiaaliseksi työskentelyksi, sillä pyrkimyksenä on potilaan kokonaisvaltainen kuuleminen ja kuunteleminen, sekä potilaan ympäristössä vaikuttavien tärkeiden seikkojen huomioonottaminen. Tällainen keskusteluavun tarjoaminen on myös osa sairaalan sosiaalityötä ja tukikeskusteluilla voi olla potilaille ja heidän läheisilleen hyvinkin terapeuttinen vaikutus. (Lindén 1999, 325, 328-329.) Yhteenvedon voidaan todeta, että sairaalan sosiaalityö on kokonaisvaltaiseen potilaan kuntouttavaan hoitoon pyrkivää (Lindén 1999, 20).

Auttamistoiminnan jatkuva laajeneminen ja yhteiskunnan muutokset ovat osaltaan vaikuttaneet siihen, että eri ammattiryhmät ovat eriytyneet toisistaan. Usein ei tiedetä, mitä muut tekevät työkseen. Ammattiryhmistä on tullut eräänlaisia eristäytyneitä saarekkeita ja palvelujärjestelmien muuttuessa muuttuvat myös asiantuntijuus ja ammattiryhmien väliset suhteet. (Lindén 1999, 13.) Itse en näe ammattiryhmien eriytymistä yksinomaan kielteisenä asiana. Paljon on peräänkuulutettu myös ammattiryhmien välisen työnjaon selkeyden tärkeyttä. Työnajon huonosta toteutumisesta kertovat mielestäni puutteet ammattiryhmien välisessä yhteistyössä (Lindén 1999, 98). Yhteistyön tekeminen voi olla vaikeaa, mikäli ei ole selkeää käsitystä muiden ammattiryhmien työnkuvasta. Vaikka työ sairaalassa onkin hyvin lääketieteellisesti painottunutta, niin osa sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluvista tehtävistä voi luisua muille ammattiryhmille. Esim. Lindénin (1999, 17) mukaan sairaanhoitajat ovat omaksuneet uudella tavalla potilaiden oikeuksien puolustajan roolin. Mielestäni tämä ei ole ongelma niin kauan, kun sosiaalityöntekijän annetaan hoitaa hänelle kuuluvat tehtävät, kuten sosiaaliturvaetuuksista kertominen. Liian jyrkkää jakoa ei myöskään ole mielestäni mielekästä tehdä, sillä aiemmin mainitsemani psykososiaalinen työskentelyote voi olla kaikkien ammattiryhmien työvälineenä (Lindén 1999, 153). Potilaan kannalta ei liene kynnyskysymys, mitä ammattiryhmää keskustelukumppani edustaa, vaan

tärkeintä on saada tukea.

### 3.4. KEHITTÄVÄÄ KESKUSTELUA

Yhteistyön tekemistä pidetään tärkeänä työmuotona (Ojuri 1996, 123). Moniammatillista yhteistyötä tehdään terveydenhuollossa usein erilaisissa tiimeissä. Tiimityön tekoon osallistuu ei-hierarkisesti järjestäytynyt ja ammatilliselta taustaltaan erilainen ryhmä eri alojen ammattilaisia. Tiimillä on yhteinen tavoite ja se pyrkii olemaan ammattikäytännöltään hyvin laaja-alainen. Taustaideana on koota yhteen eri ammattiryhmien edustajien näkemyksiä samasta asiasta ja löytää niitä yhdistelemällä mahdollisimman hyvä ja toimiva ratkaisu käsiteltävään asiaan tai ongelmaan. (Ojuri 1995, 66.) Lindénin (1999) mukaan moniammatillinen tiimityöskentely voi olla parhaimmillaan hyvin tavoitesuuntautunutta ja tarkasti koordinoitua työskentelyä. Tällainen työskentely on luovaa ja palvelee ryhmän yhteisöllisiä tarpeita. (Lindén 1999, 123.)

Toimivaan tiimityöskentelyyn kuuluvat eri ammattiryhmien yhdessä sopimat päämäärät. Haittana moniammatilliselle työskentelylle on vaikeus löytää yhteistä aikaa. Lisäksi on vaarana asiantuntijuuksien sekoittuminen toisiinsa, sekä erilaisten toimintojen yhteensovittamisen vaikeus. (Lindén 1999, 123.) Mielestäni ratkaisu ajankäyttöongelmiin tulisi ratkaista organisaation ylemmällä tasolla miettimällä, että miten moniammatilliselle työlle löydettäisiin entistä enemmän aikaa. Samalla voitaisiin mahdollisesti saavuttaa laadukkaampaa ja kustannustehokkaampaa hoitoa potilaille (Riskä ym. 2004, 46).

Moniammatillisen työn kehittäminen edellyttää ennen kaikkea ammattiryhmien välisen kommunikaation tehostamista. Kommunikaatio mahdollistaa tehokkaan tiimityöskentelyn ja muutoinkin toimivan tiedon välityksen. (Lindén 1999, 122.) Kom-

munikaation kehittämiseksi tarvitaan työmuotoja, jotka edistävät osapuolten välistä hyvää vuoropuhelua ja toiminnan koordinoitua. Ei yksin riitä, että eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä lisätään, vaan huomiota on kiinnitettävä myös kommunikation laatuun. (Rautava, 2007, 233.) Liikkeelle on ehkä lähdettävä kommunikation kehittämisestä epävirallisissa yhteyksissä ainakin silloin, kun moniammatillista yhteistyötä on vähän. Moniammatillisuutta voitaisiin ikään kuin herätellä epävirallisissa keskusteluissa. Avointa vuoropuhelua tarvitaan paitsi eri ammattiryhmien välisen sosiaalisen kanssakäymisen lisäämiseksi, niin myös täydentämään jo olemassa olevia viestintä- ja yhteistoimintarakenteita (Lindén 1999, 23). Myös työnjakoasioihin liittyvät vaikeat kysymykset saattavat ratketa parhaiten, kun ne otetaan avoimesti puheeksi. Ns. ammatilliset reviirit ja niiden rajojen ylitykset on helpompi hyväksyä, kun asioista keskustellaan. Myös jännitettä aiheuttavista valtaan ja hierarkiaan liittyvistä kysymyksistä olisi hyvä neuvotella. (Ojuri 1995, 83.) Mielestäni tähänkin kaivattaisiin rohkeaa organisaation ylemmiltä tahoilta myös siksi, että työnjaollisiin suhteisiin puuttuminen voi aiheuttaa ahdistusta työntekijöissä (Kirjonen 2007, 131). Muutosvastarinta on kuitenkin ihmisen luontainen tapa suojella itseään uhkaavilta tilanteilta ja asioilta (Sarala 2003, 23).

On kiinnitettävä huomiota myös siihen, että tuntevatko eri ammattiryhmät toistensa työtehtävien lisäksi työn tavoitteet. Toiminnalle asetetut tavoitteet vaikuttavat hyvin paljon siihen, miten yhteistyötahot valikoituvat ja kuinka yhteistyö käytännössä toteutuu. (Ojuri 1995, 112.) Tarvitaan yhteispelihenkeä ja sen luomiseen tarvitaan jälleen työkaluksi keskustelua. Yhteistyön tavoitteettomuus voi olla yksi moniammatillisen yhteistyön suurimmista kompastuskivistä. Jos yhteistyöhön osallistuvat eivät osaa hahmottaa muiden tavoitteita ja suhteuttaa niitä omiinsa, niin työskentelystä ei todennäköisesti tule kovinkaan tuloksekasta. (Ojuri 1995, 119.) Tällainen näennäinen yhteistyö on yhteistyötä yhteistyön vuoksi, eikä se palvele kenenkään etua. Yhteisiin tavoitteisiin on sitouduttava niin yksilönä kuin työyhteisön ja oman ammattiryhmän jäsenenäkin, jotta yhteistyö olisi tuloksellista ja toimivaa (Ojuri 1996, 120). Kehittämistyön kautta voidaan luoda kollektiivista asiantuntijuutta, josta hyötyy koko

työyhteisö (Kirjonen 2007, 131).

Ojuriin (1995) mukaan myös muutosvastarinta voi olla este toimivan yhteistyön syntymiselle. Eri ammattialojen asiantuntijuuden kohtaaminen ei välttämättä käy kitkattomasti. Työntekijöiden on oltava varmoja omasta asiantuntijuudestaan ennen kuin he ovat valmiita muuttamaan toimintatapojaan jonkun toisen ammattiryhmän esille tuoman uuden näkemyksen mukaisesti. Jo olemassa olevat yhteistoimintarakenteet eivät riittävästi varmista avoimen keskustelun syntyä. Olisi perusteltua järjestää työntekijöille tilaisuuksia, joissa olisi mahdollisuus demokraattisen ja avoimen dialogin käymiseen työyhteisö muiden jäsenten kanssa. (1995, 120.) Vuoropuhelu eri ammattiryhmien välillä varmasti nostaa myös tietoisuutta ongelmien olemassaolosta. Vaikka asiantuntijuudesta luopuminen voi olla vaikeaa, niin siitä seuraava vuorovaihtuksen ennakoimattomuus ja näkökulmien yhteentörmäykset voivat muuttua myönteisiksi seikoiksi. Työn ennakoimattomuus voi tehdä työstä mielekkäämpää ja vähemmän kaavoihin kangistunutta. (Mönkkönen 1996, 63.) Ongelmia ei siis saa yrittää vaieta kuoliaaksi, vaan myös vaikeista asioista ja ristiriidoista tulisi pyrkiä keskustelemaan. Avoin vuoropuhelu on mahdollista vasta sen jälkeen, kun kaikki osapuolet tunnistavat ja tunnustavat toisen tulkintatavan olemassaolon (Mönkkönen 1996, 56). Toisin sanoen keskustelijoiden tulee luopua pyrkimyksistään olla aina oikeassa ja ajaa läpi oman ammattiryhmänsä yleisiä näkemyksiä. On mahdollista myös sopia, että asioista ollaan eri mieltä.

## 4 TYÖN TUTKIMINEN JA KEHITTÄMINEN

### 4.1 TYÖKONFERENSSIMENETELMÄN TOIMIVUUS, VAIKUTTAVUUS JA TYÖYHTEISÖN HYVINVOINTI

Esittelen seuraavaksi lyhyesti kaksi mielestäni keskeisintä työkonferenssimenetelmän käyttöä ja toimivuutta koskevaa kotimaista tutkimusta.

Työkonferenssimenetelmän vaikuttavuutta on tutkittu jonkin verran, mutta muualla kuin sairaalaympäristössä. Ilkka Pesonen (1992) on selvittänyt työkonferenssimenetelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta työn kehittämisen ja tutkimisen väli-teenä. Pesosen tutkimus on osa Kunnallishallinnon laatua ja palvelutuotannon tuloksellisuutta koskevan LAATU-projektin toteutusta. Työkonferenssi järjestettiin Kuopion kaupungin ruokahuollon työntekijöille ja siihen osallistui keittiöiden asiakkaita, keittiöesimiehiä ja –henkilökuntaa, yhteensä 31 henkilöä. Tulokset on saatu laadullisia menetelmiä käyttäen. (1992, 3, 5.)

Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on ruokapalvelujen kehityshankeen tukeminen ja jatkaminen. Tarkoituksena on myös arvioida työkonferenssimenetelmän toimivuutta ja siihen liittyvän demokraattisen dialogin toteutumista. Tavoitteena on lisäksi selvittää, miten demokraattisen dialogin ehtoja on mahdollista arvioida, sekä sitä, tapahtuiko työkonferenssiin osallistujien keskuudessa oppimista.

(Pesonen 1992, 4-5.) Työkonferenssit toteutettiin niin sanotun diagonaaliperiaatteen mukaan, eli osallistujat jaettiin ryhmiin niin, että jokaisessa ryhmässä oli eri ammattiryhmien edustajia (Pesonen 1992, 11).

Pesosen (1992) mukaan ruokapalveluiden kehittäminen edellyttää organisaatiorakenteen keventämistä, ammatillisen koulutuksen lisäämistä ja asenteiden muuttamista. Erityisesti asenteet työtä kohtaan muuttuivat työkonferenssin aikana ja sen jälkeen myönteiseen suuntaan. (1992, 74.) Kuitenkin keskustelun liikkeelle saami-

nen osoittautui vaikeaksi. Ihmisten oli myös melko hankala irrottautua omasta ammattiasemastaan, mikä on demokraattisen dialogin toteutumisen yksi edellytys (Pesonen 1992, 51-53.) Demokraattiseen dialogiin perustuva työkonferenssi on kehittämistutkimuksen tulosten perusteella tehokas, kun pyritään muuttamaan ihmisten asenteita kehitysprojekteja käynnistettäessä (Pesonen 1992, 75). Tutkimuksen tuloksista ei kuitenkaan käynyt selvästi ilmi, että tapahtuiko osallistujien keskuudessa oppimista.

Pauliina Mattilan (2004) liseniaattityön tarkoituksena on evaluoida määrällisin ja laadullisen menetelmin työkonferenssimenetelmään perustuvien kehittämisinterventioiden vaikutusta työyhteisön toimivuuteen ja työntekijöiden hyvinvointiin. Tutkimus on toteutunut kaksivuotisena pitkittäistutkimuksena. Työkonferenssit on toteutettu osana kunta-alan työkyvyn edistämishanketta teknisellä sektorilla. Tutkimukseen osallistui yksi 253 henkilön tutkimusryhmä sekä kaksi kontrolliryhmää. Tutkimusaineisto koostuu kolmen työkonferensseihin osallistuneen työyhteisön ryhmähaastatteluista ja sisäisistä raporteista (Mattila, Elo, Kuosma, Kylä-Setälä 2004, 1-2). Tutkimusasetelma on kvasikokeellinen, interventio- ja kontrolliryhmät on muodostettu odotuseriaatteen mukaisesti (Mattila ym. 2004, 5).

Evaluaatiotutkimuksen tavoitteena on selvittää, että parantavatko työkonferenssit työyhteisön hyvinvointia ja toimivuutta, sekä miten osallistujat kokevat työkonferenssien tuottamat muutokset työyhteisössä. Saadut tulokset ja osallistujien puheenvuorot jakaantuvat Mattilan ym. (2004, 9) mukaan toiveikkaisiin ja kriittisiin. Tutkimuksen tulokset ovat varovaisen myönteisiä. Osallistujat kokivat työn tavoitteiden tuntemisen parantuneen ja työilmapiirin kehittyneen myönteisemmäksi. Ilmapiiri koettiin työkonferenssien jälkeen myös avoimemmaksi ja keskustelelevammaksi. Kuitenkaan yksilön hyvinvoinnin kannalta merkittävää muutosta ei tapahtunut. Myöskään vaikutusmahdollisuuksien ei koettu parantuneen. Lisäksi osallistujat kokivat työkonferenssitilanteet usein outoina ja epävarmuutta herättävinä, mihin osaltaan saattoi vaikuttaa se, että työkonferensseihin osallistuneissa työyhteisöissä ei oltu aikaisem-

min juurikaan työskennelty keskustellen. (Mattila ym. 2004, 12-13.)

## 4.2 KEHITTÄMISTYÖN LUONTEESTA

Vaikka spesifisti työkonferenssimenetelmää koskevaa tutkimusta on saatavilla vain vähän, niin voidaan menetelmä laajemmassa näkökulmassa rinnastaa myös yleisesti kehittämistyön menetelmäksi. Sen vuoksi esittelen myös hieman kehittämistyöhön liittyvää tutkimusta. Esimerkiksi Riitta Seppänen-Järvelä (1999) on tutkinut kehittämistyön luonnetta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Seppänen-Järvelä (1999, 203) kuvaa työn kehittämisen tavoitteeksi muutoksen tuottamisen ja hallinnan lisäksi hankkeisiin osallistuvien työntekijöiden ja heidän asiantuntemuksensa vahvistamisen.

Kehittämistyön onnistumisen kannalta on tärkeää, että hankkeelle löytyy sitoutuneet avainhenkilöt, sekä luottamus kaikkien osallistujien välille. On myös huomioitava, että hankkeisiin osallistuvat yleensä kaikkein aktiivisimmat työntekijät. Kehittämistyötä luonnehtii myös ennakoimattomuus ja vaiheittainen eteneminen. (Seppänen-Järvelä 1999, 204.) Arvioinnin rooli on kehittämistyössä hieman ongelmallisessa asemassa, mutta kuitenkin tärkeä. Arvioinnin menetelmällinen toteuttaminen voi olla hyvinkin vaikeaa. (Seppänen-Järvelä 1999, 206.) Haastetta tarjoaa myös moniulotteisen ja usein ajallisesti pitkän prosessin työstäminen loogiseksi kokonaisuudeksi (Seppänen-Järvelä 1999, 207).



### 4.3. KEHITTÄMISTYÖTÄ SAIRAALOISSA

Sosiaali- ja terveydenhuoltoala kehittää ja kehittyy jatkuvasti (Seppänen-Järvelä 2007, 17). Taipale, Outinen ja Mäkelä (1998) ovat selvittäneet erikoissairaanhoidon laadunhallintaan liittyviä kysymyksiä. Kysymyksessä ei ollut varsinainen kehittämistyö, vaan kehittämistyön tulosten arviointi, joka toteutettiin lomakekyselynä Suomen sairaanhoitopiirien eri sairaaloille. Saatujen tulosten mukaan kehittämistyön myötä työilmapiiri parani monissa sairaaloissa, sekä eri ammattiryhmien välillä. Myös palvelun laatuun kiinnitettiin enemmän huomiota ja työntekijöiden ammattitaitoa hyödynnettiin täysipainoisemmin kehittämistyön ansiosta. Kyselyyn vastanneet kokivat myös työnkuvansa selkiintyneen (1998, 13.) Erilaisella kehittämistyöllä ja kehittämisprojekteilla on Taipaleen ym. (1998) mukaan mahdollisuus saavuttaa hyvinkin konkreettisia tuloksia sairaalaympäristössä. Kehittämistyön myötä parannuksia voidaan saada aikaan hoitotulosten, hoitoprosessien ja toimintakäytäntöjen tehostumisen osalta. Myös ammattiryhmien välisen työskentelyn on koettu paranevan kehittämistyön avulla. Lisäksi potilaat ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin ennen kehittämistyön tekemistä. (1998, 30.) Kehittämistyön haasteita voivat Taipaleen ym. (1998, 30) tekemän selvityksen mukaan olla työntekijöiden motivaation ja muiden resurssien puute, sekä huono asennoituminen kehittämistyöhön.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on toteuttanut laajamittaisen kehittämishankkeen, jossa on noudatettu kehittävän työn tutkimuksen periaatteita (vuosina 1999-2005). Kehittämistyön tuloksena on syntynyt Hyvän hoidon käsikirja, joka sisältää hyvän hoidon takaamiseksi tavoitteita ja erilaisia työmenetelmiä. Lisäksi hankkeen tavoitteena oli luoda ”Seinäjoen keskussairaalan lastentautien yksiköihin Laatu-kriteerit ja -vaatimukset potilaan ja tämän perheen kohtaamiseen, perheen ohjaukseen ja tukemiseen sekä hoitotyön kirjaamiseen”. (Heikkilä ym. 2005, 2.)

Kehittämistyön hyötynä Heikkilän ym. (2005) tekemän tutkimuksen mukaan on työn konkreettinen tulos. Usein kehittämistyön hyödyt tulevat näkyviin vasta pidemmällä aikavälillä, mutta joitain muutoksia työntekijöiden työtavoissa voi Heikkilän ym. (2005) mukaan nähdä jo hyvinkin pian kehittämistyön päätyttyä. Toimintatapoihin kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota. Vaikeuksia kehittämistyölle aiheuttaa pula ajasta ja muista resursseista. Osan henkilökunnasta on vaikea irrottautua työstään osallistuakseen kehittämistyön tekemiseen. (2005, 25-26.)

## 5 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen avulla on tarkoitus saada vastaus kahteen kysymykseen, joiden kautta tarkastellaan toteutettua kehittämishanketta kolmesta eri näkökulmasta. Ensinnäkin tarkoitukseni on tutkia, että onko työkonferenssimenetelmä toimiva keino kehityskeskustelujen käymiseen. Toiseksi pyrin selvittämään, että kokeeko osaston sosiaalityöntekijä oman työnsä muuttuneen työkonferenssimenetelmän soveltamisen myötä. Lisäksi tarkastelen lähemmin, mitä työkonferenssiseminaareissa todella tapahtui? Tutkimus liittyy siis toisaalta tarkastelemaan työkonferenssimenetelmän toimivuutta ja toisaalta sairaalan sosiaalityöntekijän kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaista on moniammatillinen yhteistyö osastolla 31 sosiaalityön näkökulmasta?
2. Oliko työkonferenssimenetelmä onnistunut valinta moniammatillisen yhteistyön kehittämisen välineeksi?
3. Toteutuivatko demokraattisen dialogin periaatteet työkonferenssiseminaareissa?

Vastaan tutkimuskysymyksiin 1 ja 2 ilmapiirikyselyn, työkonferenssiseminaarien asiasisällön ja sosiaalityöntekijän haastattelun pohjalta. Demokraattisen dialogin periaatteiden toteutumista tarkastelen analysoimalla tarkemmin työkonferenssiseminaareja. Käyn siis ensin läpi konkreettiset muutokset: mistä keskusteltiin ja mihin lopputulokseen päädyttiin? Sen jälkeen palaan ikään kuin ajassa taaksepäin ja tarkastelen sitä, miten kyseiseen lopputulokseen on tultu. Eli mitä oikeastaan tapahtui?

## 6 ILMAPIIRIKYSELYN TOTEUTUS JA TULOKSET

Ilmapiirikartoituksen tarkoitus on arvioida pintapuolisesti tutkimuksen kohteena olevan osaston nykytilaa. Neumanin (2007) mukaan kysely on hyvä menetelmä, kun halutaan selvittää vastaajien asenteita tai odotuksia johonkin asiaan liittyen (2007, 167). On esimerkiksi tärkeää olla tietoinen muista samanaikaisesti käynnissä olevista hankkeista erityisesti kehitysväsymyksen syntymisen välttämiseksi. Ilmapiirikysely toimii myös prosessin suunnittelun välineenä. (Soini ym. 2002, 104-105.) Ilmapiirikartoitukset ovat suosittu tapa aloittaa kehittämistyö ja kyselyn tulokset ohjaavat myöhempää työtä tarkoituksenmukaiseen suuntaan (Elo 1996, 43). Kyselyn pohjana on käytetty Kaikki mukaan –yhteisen kehittämisen käsikirjan lähtötilanteen kartoitusta (Vartiainen 1999). KAMU- ohjelman kysymyksiä on muokattu ja niistä on poimittu ilmapiirikyselyyn mukaan ne, jotka parhaiten soveltuvat käyttötarkoitukseen.

Kaikki mukaan (Kamu) -kehittämisohjelman ideana on nimensä mukaisesti tarkoitus saada kaikki yhdessä osallistumaan työn kehittämiseen. Hyvällä yhteistyöllä päästään hyviin tuloksiin ja hyvät tulokset puolestaan vahvistavat yhteistyötä. (Vartiainen 1999, 8). Vartiainen (1999, 9) korostaa myös sitä, että ryhmässä yksittäisen työntekijän merkitys ja vastuu ei katoa, vaan ennemminkin korostuu. Yhteistyössä kehittämistä perustellaan seuraavasti:

- 1) Yhteistyössä toimivat ryhmät saavuttavat tavoitteensa paremmin ja tuottavammin.
- 2) Yhteistyössä toimivat ryhmät ottavat paremmin vastaan haasteita ja toimivat päämäärähakuisesti.
- 3) Ryhmässä opittu tieto siirtyy.
- 4) Yhteistyötä tekevässä ryhmässä käytetään enemmän järkeilyä, kriittistä ajattelua ja käsitellään asioita laaja-alaisemmin.
- 5) Yhteistyötä tekevässä ryhmässä on enemmän luovaa ajattelua.
- 6) Yhteistyötä tekevässä ryhmässä on enemmän myönteisiä asenteita.
- 7) Yhteistyötä tekevässä ryhmässä saadaan tukea ryhmän muilta jäseniltä.
- 8) Yhteistyötä tekevän ryhmän jäsenet oppivat vuorovaikutustaitoja kuten kuuntelemista, palautteen antamista ja vastaanottamista. (Vartiainen 1999, 8.)

Kamu -kehittämishjelma liittyy tähän tutkimukseen lähinnä ilmapiirikyselyn osalta, sillä ilmapiirikyselyn kysymykset on rakennettu Kamu-kehittämishjelmaa mallina käyttäen. Kuitenkin yhteistyön periaatteita on pyritty noudattamaan myös läpi koko muun tutkimuksen.

Sairaan- ja perushoitajille sekä sosiaalityöntekijälle teetetyn ilmapiirikyselyn (liitteet 3 ja 4) tarkoituksena on toimia pohjana tuleville keskusteluille. Informoin hoitohenkilökuntaa tutkimuksestani osastolle toimittamalla kirjeellä (liite 3). Myös osastonhoitaja auttoi minua paljon tiedotustyössä ja ilmapiirikyselyn toteutuksessa jakamalla kyselylomakkeet työntekijöille. Kysely on tehty soveltaen Kaikki mukaan (KAMU) –kehittämishjelman lähtötilanteen kartoitusta. Valitsin kyselyrungosta omaan tutkimukseeni sopivat kysymykset ja muokkasin niistä kyselylomakkeen. Testasin tekemäni lomakkeen erään toisen sairaalan henkilökunnalla ja muokkasin sitä paremmaksi saamani palautteen perusteella. Kyselyt jaettiin osaston 31:n henkilökunnan lokeroihin, ja ne oli määrä palauttaa nimettömänä osastonhoitajalle määräaikaan mennessä. Kyselylomake sisälsi avoimia ja monivalintakysymyksiä organisaation sisäisen ja ulkoisen toimintaympäristön muutok-

sista, henkilökunnan kehitysväsymyksestä ja työyhteisön keskustelukulttuurista. Kyselyn vastaukset tarjosivat minulle tutkijana tietoa kyseisestä työyhteisöstä ja sen ilmapiiristä, mikä helpotti keskustelutilanteiden suunnittelua. Lisäksi sain tarvitsemaani tietoa, joskin melko pinnallista, tutkimani osaston ilmapiiristä tapauskuvausta varten.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (1997) mukaan kyselytutkimuksen haittoja on se, että ei voida varmuudella tietää, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat kyselyyn vastaamiseen. Lisäksi epävarmuutta luo se, että kysymysten vastausvaihtoehdot eivät välttämättä ole parhaat mahdolliset. Vastaajien perehtyneisyydestä aiheeseen ei myöskään ole varmuutta. Vastaamatta jättäminen on myös kyselyiden suuri ongelma. (1997, 184.) Tämä tutkimus toteutui kyselyn osalta hyvin, sillä kyselyn aihe koski vastaajien omaa työtä. Näin ollen voidaan olettaa, että vastaajat ovat perehtyneitä kyselyn aihepiiriin ja ovat siitä myös ainakin jossain määrin kiinnostuneita. Kysely on myös testattu ennen jakamista varsinaisille vastaajille. Itse pidän kyselyn tuottamia tuloksia luotettavana korkean vastausprosentin vuoksi. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 17 ja niistä palautui 16. Vastausprosentiksi tuli siis 94 %, mitä voidaan pitää erittäin korkeana. Kyselylomake oli kaikille vastaajille samanlainen. Mattilan & Elon (2002) mukaan kyselystä annettu palaute paljastaa ns. hiljaisten tyytyväisten joukon ja että se on myös helppo tapa ilmaista mielipiteensä. Jotta kysely olisi luotettava, niin vastausprosentin olisi hyvä olla yli 70 prosenttia. (2002, 124-125.)

## 6.1 MUUTOKSET OSASTOLLA JA KESKUSTELUKULTTUURI AMMATTIRYHMIEN VÄLILLÄ

Kaikkien vastaajien mielestä osastolla 31 on tapahtunut muutoksia viime aikoina. Muutoksia on tapahtunut vastaajien mukaan niin henkilöstössä kuin työnkuvassakin. Osastolle on tullut uusia työntekijöitä ja lisäksi osastolla hoidetaan uusia potilasryhmiä. Osasto 31 on yhdistynyt toisen syöpäosaston kanssa. Lisäksi osastonhoitaja on hiljattain vaihtunut. Kuusi vastaajista odottaa osastolla tapahtuvan muutoksia myös lähitulevaisuudessa henkilöstöön ja osaston toimintaan liittyen. Neljä vastaajista ei osannut sanoa, että tapahtuuko tulevaisuudessa muutoksia osaston toiminnassa. Syyksi epävarmuuteen mainittiin muutosten ennakoimattomuus. Kolme vastaajista totesi, ettei ole tietoinen uusista muutoksista osastolla. Myös osa näistä vastaajista kertoi, että muutoksia voi tapahtua yllättäen, mutta heidän tiedossaan ei tämän tutkimuksen aineistonkeruuhetkellä ollut uusia muutoksia.

Olen jakanut vastaajien mielipiteet kolmeen eri ryhmään, jotka ovat hyvä, tyydyttävä ja huono sen mukaan, että millaisena he kokevat osaston keskustelukulttuurin. Termi avautui vastaajille lomakkeen ohjeistuksessa. Yhdeksän vastaajista koki osaston keskustelukulttuurin olevan hyvä. Vastaajien mielestä keskustelu on avointa ja oman mielipiteensä voi ilmaista vapaasti. Myös vaikeista, lähinnä potilaisiin liittyvistä asioista voidaan keskustella. Kolme vastaajista näki osaston keskustelukulttuurin tyydyttävänä. Keskustelukulttuuri saattaa vaihdella sen mukaan, keitä työntekijöitä on paikalla ja ”välillä on parempi olla hiljaa”. Neljä vastaajista koki keskustelukulttuurin huonona. Vastaajat kokivat osastolla olevan muutosvastarintaa ja ”kuppikuntia”. Vastausten perusteella voidaan sanoa, että osaston 31 keskustelukulttuuri on kahtiajakautunut. Toisaalta keskustelu on avointa, mutta osa henkilökunnasta kokee, että mahdollisuus avoimeen keskusteluun ei koske heitä. Kaikkiin muutoksiin liittyy Vartiaisen (1999) mukaan muutosvastarintaa. Muutosvastarinta saattaa olla ilmiönä myös positiivinen, sillä kriittisyys uusia asi-

oita kohtaan voi olla hyväksi. Yleensä muutoksia saadaan aikaan vain, mikäli muutosvastarinta otetaan huomioon. (1999, 15.) Tässä tutkimuksessa muutosvastarinnan olemassaolo tuli ilmi joidenkin vastaajien kommenteista, mutta lähinnä niin, että muiden koettiin olevan muutoksia vastaan.

Osaston yleinen ilmapiiri osastolla 31 on kiireinen. Kiireen mainitsi vastauksissaan erikseen neljä vastaajista, mutta kiireen vaikutus näkyi myös muutoin annetuissa vastauksissa, vaikkei sitä suoraan sanottukaan. Mielipiteet yleisestä ilmapiiristä jakautuvat siis kahtia samoin kuin mielipiteet keskustelukulttuurista. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Lehikoinen 2003) on havaittu kiireen ja yhteisen keskusteluajan puutteen olevan este tiedon siirtymiselle ja jakamiselle työntekijöiden kesken. Työn kehittämisen esteitä ovat myös osaston kuormittuneisuus ja henkilökuntaresurssien puutteellisuus. (2003, 79.) Toisaalta osaston 31 henkilökunta kokee yleisen ilmapiirin muuttuneen positiivisempaan suuntaan, ja että vanhoista tavoista on päästy irti. Toisaalta taas osa henkilökunnasta kokee yleisen ilmapiirin muuttuneen huonompaan suuntaan, ja että pinnan alla on ristiriitoja. Osa henkilökunnasta kokee ilmapiirin kaavoihin kangistuneeksi ja jäykäksi, mutta osa taas välittömäksi.

Kyselyyn vastanneista yhdeksän mainitsi osaston keskustelukulttuuria koskevan kysymyksen yhteydessä myös ammattiryhmien välisen keskustelun toimivuuden. Heistä viiden mielestä keskustelu eri ammattiryhmien välillä on riittämätöntä. Kaikki näin vastanneet kokivat myös, että osaston 31 keskustelukulttuuri on muutoinkin tyydyttävä tai huono. Erään vastaajan mielestä keskustelu eri ammattiryhmien välillä on näennäisen avointa, mutta ”pinnan alla kuohuu”. Neljä vastaajaa on puolestaan sitä mieltä, että keskustelu eri ammattiryhmien välillä on avointa. Nämä vastaajat pitävät osaston keskustelukulttuuria muutoinkin hyvänä. Myös tässä kohdin osaston mielipiteiden kahtiajakautuneisuus nousee esille. Aikaisemman tutkimuksen mukaan terveydenhuollon sosiaalityön työtehtävät on määritelty selvästi sosiaalityön luokituksessa, mutta näiden tehtävien hahmottami-



nessa ilmenee silti ongelmia. Muut ammattiryhmät eivät tunne sosiaalityön työnkuvaa riittävän hyvin, ja lisäksi ammattiryhmien välillä saattaa ilmetä työnjaon ongelmia ja näkemyseroja. Eri ammattiryhmien välille kaivataan työn tavoitteiden yhteistä määrittelyä ja yhteistyöstä sopimista. (Lindén, 1999, 136-137, 143.)

## 6.2 HENKILÖKUNNAN SUHTAUTUMINEN KEHITTÄMISHANKKEISIIN

Osaston 31 henkilökunta on osallistunut melko aktiivisesti omaan työhönsä liittyvään kehittämistyöhön. Samat vastaajat ovat olleet myös tämän tutkimuksen tekohetkellä mukana jossakin kehittämishankkeessa tai oman työhönsä kehittämiseen liittyvässä työssä. Kehittämishankkeet liittyvät vastaajien mukaan muun muassa uusien atk-järjestelmien käyttöönottoon. Neljä vastaajista ei ole aiemmin osallistunut oman työnsä kehittämishankkeisiin. Työyhteisön aiemmilla kokemuksilla on todettu olevan merkitystä uusien kehittämishankkeiden toteutumisen kannalta. Kesken jääneet ja epäonnistuneet hankkeet ja aikaisempien hankkeiden huono tiedottaminen saattavat huonontaa sitoutumista uusiin hankkeisiin. On myös huomioitava se, että työyhteisöt suhtautuvat usein positiivisemmin työnsä ”hienosäätöön” kuin suuriin muutoksiin. (Vartiainen 1999, 14.) Henkilökunnan innostuminen kehittämistyöstä on Saralan (2003, 35) mukaan riippuvainen esimerkiksi kehittämishankkeen yleisestä uskottavuudesta, henkilökohtaisesta hyödystä, suhtautumisesta kehittämistyöhön ja koetusta uhasta.

Vastaajista yhteensä kahdeksan osallistui mielestään sopivasti kehittämishankkeisiin. Liian vähän kehittämishankkeisiin osallistui mielestään kuusi vastaajista. Kaksi vastaajista kertoi, ettei osallistu kehittämistyöhön lainkaan. Vastauksista päätellen osaston henkilökunta ei kärsi ainakaan kovin vakavasta kehittämistämykseyksestä, sillä yksikään vastaajista ei kokenut osallistuvansa kehittämishankkei-

siin liikaa. Suurin osa kyselyyn vastanneista piti hyvän kehityshankkeen tunnusmerkkeinä realistisia tavoitteita ja pysyviä tuloksia. Rajatussa ja lyhyessä ajassa tapahtuvan kehityshankkeen haasteina on jatkuvuuden takaaminen. Lisäksi vaarana on pettymys, mikäli tuloksia ei saavutetakaan. Riskitekijänä myös tähän tutkimukseen liittyen on vastuun jääminen jollekin ulkopuoliselle taholle. (Koskensalmi & Lauttio 2002, 88.)

Kaiken kaikkiaan suoritettun kyselyn perusteella voidaan olettaa, että edellytykset työkonferenssiseminaarien järjestämiselle ovat tyydyttävät. Vastaajat eivät kyselyn tulosten perusteella vaikuttaneet kovin muutosväsyneiltä. Osastolla on käynnissä paljon muutoksia ja työtä tehdään jonkinlaisessa muutoksen ja epävarmuuden tilassa, mikä varmasti vaikuttaa henkilökunnan halukkuuteen osallistua kehittämistyöhön. Käynnissä olevat ja jo tapahtuneet muutokset saattavat toisaalta motivoida oman työn kehittämiseen. Työkonferenssiseminaarien toteuttamista ja sen avulla tavoiteltujen muutosten aikaansaantia saattaa hankaloittaa kyselyn vastauksista esiinnoussut kahtiajakautuminen osastolla. ”Kuppikuntien” olemassaolo ja joidenkin vastaajien kokemus siitä, ettei heitä kuunnella, saattavat vaikeuttaa työkonferenssimenetelmän käyttöä. Myönteistä on kuitenkin se, että osaston henkilökunta suhtautuu lähtökohtaisesti positiivisesti kehittämishankkeisiin.

## 7 TYÖKONFERENSSIN TOTEUTUS JA KESKUSTELUJEN SISÄLTÖ

Osaston 31 työkonferenssi koostui kahdesta kokouksesta eli seminaarista. Molempien seminaarien kulku oli samanlainen, mutta molemmilla kerroilla osanottajat vaihtuivat. Työkonferenssiseminaareihin osallistui yhteensä 11 henkeä. Osaston sosiaalityöntekijä osallistui molempiin seminaareihin, mutta muut osanottajat vaihtuivat. Ensimmäisessä seminaarissa oli paikalla seitsemän henkilöä; sosiaalityöntekijän lisäksi sosiaalityön opiskelija, kolme sairaanhoitajaa osastolta 31, yksi sairaanhoitaja syöpätautien poliklinikalta, sekä yksi hoitotieteen opiskelija. Seminaarit järjestettiin viikon välein hoitohenkilökunnan aamuvuoron päätteeksi. Osallistujien määrä molemmilla kerroilla osoittautui seminaarin edetessä sopivaksi, sillä kaikki osallistujat pääsivät mukaan keskusteluun. Osallistujien suhteellisen pieni määrä vaikutti mielestäni myös siihen, että kaikilla oli aikaa kuunnella, mitä muut sanovat. Lisäksi seminaareihin varattu aika, kaksi tuntia, riitti hyvin kaikkien esille nousseiden asioiden käsitte-lyyn.

Toinen seminaari järjestettiin viikko ensimmäisen seminaarin jälkeen, ja siihen osallistuvat pääosin eri henkilöt kuin ensimmäiseen seminaariin, sosiaalityöntekijää lukuun ottamatta. Jälkimmäisen seminaarin kulku oli hyvin samanlainen kuin ensimmäisen, mutta keskustelujen ja ryhmätehtävien tavoitteena oli ennen kaikkea kehittää ennakkoluulottomia ratkaisuehdotuksia (Lindström 2002, 138). Erona ensimmäiseen seminaariin verrattuna oli se, että esittelin aluksi ensimmäisessä seminaarissa läpikäytyjä asioita. Tavoitteena oli siis kehittää yhtenäinen malli, jonka mukaan perheelliset potilaat ohjataan sosiaalityöntekijälle.

Molemmat seminaarit käynnistyivät ryhmätehtävillä, joiden pohdintaa varten osallistujat jakautuivat 2-3 hengen ryhmiin. Keskustelu lähti jo ryhmätehtävien aikana kulkemaan eteenpäin omalla painollaan, eikä sitä tarvinnut juuri ohjailla. En-

simmäisessä seminaarissa oli tarkoitus keskittyä keskustelemaan perheellisten potilaiden ohjaamisesta sairaalan sosiaalityöntekijälle ja siitä, miksi sosiaalityöntekijän palveluiden saanti on tärkeää. Toisessa puolestaan oli tarkoitus hahmotella kehitysideoita ja mahdollisia uusia työkäytäntöjä. Suojasen (1992) mukaan tutkija voi asettaa etukäteen tavoitteita ja esittää ne osallistujien hyväksyttäväksi toiminnan alussa (1992, 57). Käytännössä kävi kuitenkin niin, että kehitysideoita alkoi syntyä jo paljon ensimmäisen seminaarin aikana, vaikka tarkoitus oli käydä pohtimaan niitä vasta seuraavan seminaarin aikana. Tämä osoittautui hyväksi asiaksi, sillä ensimmäisen seminaarin aikana syntyneet ehdotukset loivat hyvän pohjan seuraavan seminaarin keskustelulle. Näin päästiin pidemmälle kehitysehdotusten luomisessa. Jaoin ensimmäisen seminaarin sisällöstä lyhyen yhteenvedon toisen seminaarin alussa, jonka pohjalta keskustelu lähti käyntiin.

Käytännössä keskusteluja oli vaikea rajata koskemaan vain yhtä teemaa, enkä kokenut keskustelun liiallisen ohjaamisen olevan tarkoituksenmukaista. Keskustelut erosivat toisistaan kuitenkin sen perusteella, että jälkimmäisellä keskusteluryhmällä oli käytössään aiemman keskusteluryhmän tuottama tieto, eli he lähtivät keskustelemaan ikään kuin valmistautuneempina. Esimerkiksi terveydenhuollon sosiaalityön roolista ei juuri keskusteltu, kuten ensimmäisessä seminaarissa. Lisäksi jälkimmäisessä seminaarissa pohdittiin parannusehdotusten mielekkyyttä, sekä sovittiin siitä, miten parannusehdotusten kanssa lähdettäisiin etenemään. Ryhmätehtävästä siirryttiin molempien seminaarien aikana heti jatkokeskusteluun koko ryhmän kesken.

Demokraattisen dialogin periaatteet ovat tärkeitä keskustelun sujumisen kannalta (Lindström 2002, 138). Tavoitteena oli keskustella ”ihminen ihmiselle”, eikä vain esim. ”sosiaalityöntekijä sairaanhoitajalle”. Tuli kuitenkin esille, että omasta ammattiroolista irtautuminen ei ole helppoa ja keskustelua käytiinkin paljon oman ammattiryhmän näkökulmasta käsin. (vrt. Pesola 1992, 51-53.) Oman näkemykseni mukaan keskustelu mahdollisesta uudesta työkäytännöstä olisi ollut vaikeaa,

ellei mahdotontakin, ilman mahdollisuutta ilmaista kantaansa asiaan omasta ammattiroolistaan käsin. Demokraattisen dialogin periaatteet eivät kuitenkaan mielestäni vaarantuneet tämän vuoksi, sillä keskustelua käytiin yhteistyöhengessä.

Seminaarit eivät olleet kestoltaan kovinkaan pitkiä, mutta lyhyen dialogin käymiselle oli perusteita. Tärkeimpänä on ehkä vaikeus löytää kaikille osallistujille yhteistä aikaa. Lisäksi lyhyt dialogi sopi tähän käyttötarkoitukseen siksi, että keskustelun aiheena oli melko rajattu aihe tai ongelma, johon etsittiin yhteistä ymmärrystä päätöksentekoa varten. Tavoitteena oli saada kahden eri ammattiryhmän edustajat näkemään asiat myös toistensa näkökulmasta. Keskustelijat myös tunsivat toisensa entuudestaan ainakin jossain määrin. (Heikkilä ym. 2001, 183.)

Keskustelut tuottivat myös paljon sellaista tietoa, joka ei suoranaisesti liittynyt sairaalan sosiaalityöhön ja moniammatillisuuteen. Uusia käännteitä saattaa syntyä ennakoimatta. Vasta kokemuksen kautta voidaan arvioida, että kuinka tarkasti rajattua keskustelunaihetta voi ryhmässä käyttää. Dialogit voivat vaihdella hyvin formaaleista spontaaneihin ja hetkellisiin dialogeihin. (Heikkilä & Heikkilä 2001, 177-178.) Alun perin tarkoituksena oli keskustella perheellisistä syöpäpotilaista ja heidän sosiaalityön palveluiden saannistaan ja ryhmäkeskustelujen aiheet olikin muotoiltu vastaamaan nimenomaan perheellisiä potilaita koskeviin aiheisiin. Keskustelut laajenivat kuitenkin koskemaan kaikkia syöpäpotilaita. Myöskään tähän asiaan en puuttunut, vaan annoin keskustelun kulkea vapaasti mitenkään sitä ohjaamatta. Mielestäni oma roolini dialogin fasilitaattorina, eli huolehtijana, onnistui hyvin juuri tästä syystä. (Heikkilä ym. 2001, 189.) Osallistujat keskustelivat paljon myös täysin aiheeseen kuulumattomista asioista esim. potilaiden kohtaamisesta osastolla ja surun kokemisesta. Nämä aiheet rajasin kuitenkin oman tutkimukseni ulkopuolelle. Heikkilän ym. (2001, 147) mukaan dialogin käyttö on tehokkaimmillaan silloin, kun se ohjautuu spontaanisti ja ennalta arvaamatta.

Seminaarien käytännön järjestelyistä vastasin minä. Järjestin paikalle tarjoilut ja

tekniset apuvälineet. Keskussairaala tarjosi keskustelutilaksi sädesairaalan neuvotteluhuoneen. Molemmat seminaarit on nauhoitettu ja olen tehnyt äänitteiden avulla muistiinpanot keskusteluista. Tarkoituksena oli alun perin myös videoida keskustelut puhujien tunnistamisen helpottamiseksi. Teknisten vaikeuksien vuoksi kuvanauhaa ei saatu, vaan keskustelut on analysoitu äänitteiden avulla. Keskustelujen sisältöä analysoin teemoitellen, eli etsin niistä tärkeimpiä tutkimukseni kannalta olennaisia seikkoja. Lisäksi nostan teemat esille yhtenäisesti. En tulkitse kumpaakin seminaaria erikseen, sillä näen itse seminaarit ja niissä käydyt keskustelut kokonaisuutena. Nostan myöhemmin työkonferenssiseminaarien sisältöä tulkitessani esille kaksi tärkeintä ja keskusteluissa voimakkaimmin esiinnoussutta teemaa: perheellisten syöpäpotilaiden erityistarpeet ja moniammatillisen yhteistyön merkityksen.

## 7.1 MITÄ SAIRAALAN SOSIAALITYÖNTEKIJÄ TEKEE?

Työkonferenssiseminaareissa keskusteltiin yleisellä tasolla sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvasta, paikasta organisaatiossa, sekä arvostuksesta sosiaalityöntekijää ja hänen työtään kohtaan. Sairaalan sosiaalityöntekijä nähtiin pääasiassa erilaisten etuuksien asiantuntijana. Sairaalan sosiaalityöntekijän keskeisimmäksi tehtäväksi hahmottui sairaslomiin ja yleensäkin Kelan etuuksiin liittyvä palveluohjaus ja neuvonta (vrt. Lindén 1999, 111 ja 135-136, Sulman ym. 2004, 241). Muutkin sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvaan kuuluvat asiat olivat keskustelijoiden mielestä hyvin käytännönläheisiä. Esiin nousivat syöpää sairastaville järjestetyistä sopeutumisvalmennuskursseista informoiminen, lasten hoidon järjestäminen vanhemman sairauden aikana, sekä sairasloma-asioihin liittyvä neuvonta. Sosiaalityöntekijän konsultaatiota kaivattiin myös ns. erityistapausten yhteydessä eli esim. silloin kun syöpään sairastunut yksinhuoltaja. Myös avioerotilanteet ja

syöpää sairastaneen kuolema olivat tilanteita, jotka erityisesti keskusteluun osallistuneiden sairaanhoitajien mielestä vaativat sairaalan sosiaalityöntekijän työpanosta.

Osaston sosiaalityöntekijä ja ensimmäiseen keskusteluun osallistunut sosiaalityön opiskelija näkivät sairaalan sosiaalityön olevan ennen kaikkea elämänhallinnan tukemista. Tavoitteena on sosiaalityöntekijän mukaan työskennellä potilasta kuunnellen ja tukien. Avun tarjoaminen on tärkeää, mutta asioita ei ole tarkoitus tehdä potilaan puolesta, vaan tukea omaehtoista selviytymistä. Myös hoitotyö tukee elämänhallintaa, ja siksi sosiaalityöntekijän ja sairaanhoitajan ammattiroolit tukevatkin toisiaan. Keskustelijoiden mielestä tietoa sosiaalityöntekijän palveluista pitäisi olla enemmän. Tietoa tarvitsisivat potilaiden ja omaisten lisäksi hoitava henkilökunta, erityisesti uudet työntekijät ja sijaiset. On pohdittava, miten tietoa olisi hyvä jakaa henkilökunnalle, sillä suora tiedottaminen suoraan työntekijältä toiselle ei ole osoittautunut järin tehokkaaksi keinoksi (Parviainen ym. 2005, 68, 71).

Keskusteluista nousi esille myös sairaalan sosiaalityöntekijän arvostus (vrt. Metteri 1996, 147). Esitin sairaanhoitajille suunnatun kysymyksen sosiaalityöntekijän tarpeellisuudesta osana potilaita hoitavaa henkilöstöä. Sairaanhoitajat kokivat, että heidän työtaakkansa kasvaisi kohtuuttomasti, mikäli sairaalassa ei olisi sosiaalityöntekijää. He kokivat myös, että heillä ei ole edes aikaa saatikka asiantuntemusta hoitaa sosiaalityöntekijän tehtäviä oman työnsä lisäksi. Ajatus sosiaalityöntekijän puuttumisesta hypoteettisella tasolla herätti keskustelijoissa vastustusta. Vaikka sosiaalityö on tavallaan sekundaarisessa roolissa hoitotyön rinnalle, sitä kuitenkin arvostetaan (Sulman ym. 2004, 255).

## 7.2 ”ARKI PYÖRII, MUTTEI VOI TIETÄÄ MITÄ LAPSEN PÄÄSSÄ LIIKKUU”

Keskustelussa nousi heti esille kysymys siitä, että kenen tehtävä on tukea lapsia ja perhettä vanhemman sairastuttua syöpään. Perheiden ohjaamista tulisi lisätä ja ottaa myös perheen mahdolliset lapset huomioon osana perhettä (vrt. Lindén 1999, 140 ja McInerney & Joubert 2004, 399). Keskustelijoiden näkemyksen mukaan vastuu on koko hoitavalla henkilökunnalla, erityisesti sairaanhoitajilla yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa. Muiden ammattiryhmien roolista ei ollut erikseen puheita, mahdollisesti siksi, että muiden ammattiryhmien jäseniä ei osallistunut keskusteluun. Keskustelijoiden mukaan kysymys on ennen kaikkea ennaltaehkäisyn tärkeydestä ja varhaisesta puuttumisesta.

Psykososiaalisen tuen tarjoaminen on osa kokonaisvaltaista ja hyvää hoitoa, joka on myös yksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tavoitteista. Lindén (1999) näkee psykososiaalisen tukemisen kuuluvan pitkälti sosiaalityöntekijän tehtäviin, mutta toisaalta vastuu tuen antamisesta on siirtynyt myös muulle henkilökunnalle (1999, 17, 153). Keskustelijoiden mukaan tulisi siis pyrkiä tarjoamaan potilaille myös muuta hoitoa kuin vain fyysistä. Kuitenkin kiire työssä ja muutokset osaston toiminnassa aiheuttavat osaltaan sen, että potilaille ei ole enää aikaa (vrt. Sulman 2004, 263). Sairaanhoitajat eivät keskustele enää potilaiden kanssa niin paljon kuin olisi heidän mukaansa toivottavaa. Olisi tärkeää keskustella myös potilaiden omaisten ja läheisten kanssa ja ottaa heidät mukaan osaksi hoitoa. Tällaiset keskustelut ovat tärkeitä, sillä ne tarjoaisivat mahdollisuuden ottaa puheeksi myös perheen lasten tilanne ja vointi.

Ennaltaehkäisyyn liittyen keskusteltiin myös sairaalasta tehdyistä lastensuojeluilmoituksista tai pikemminkin niiden vähäisyydestä. Kuulopuheiden mukaan sairaalasta tehdään melko vähän lastensuojeluilmoituksia. Ilmoituksen tekeminen on kuitenkin myös varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisevän työn tekemistä koko



perheen auttamiseksi. Keskustelijat kokivat yhteiskunnan rakenteiden muuttuneen paljon viime vuosikymmenten aikana, mikä kasvattaa viranomaisten ja muiden tahojen roolia avun ja turvan tarjoajana. Ihmisillä ei välttämättä ole enää ympärillään sosiaalista tukiverkostoa, jonka puoleen voisi hädän hetkellä kääntyä. Nykyään ei voi enää luottaa siihen, että lasten hoitoapu järjestyy naapurien tai sukulaisten voimin. Palvelut tulevat usein ulkopuolelta, viranomaisten taholta. Parhaassa tapauksessa hyvällä hoidolla voitaisiin keskustelijoiden mukaan ehkäistä kokonaan tarve tehdä lastensuojeluilmoitus. Tärkeää olisi keskustelijoiden mukaan puuttua ongelmiin ennen kuin ne kasvavat katastrofiksi, jota ei pystytä enää hallitsemaan. Viranomaiset toimivat kuitenkin eräänlaisessa ristipaineessa perheen ja yhteiskunnan välillä yrittäessään koordinoida ehkäisevää toimintaa niin, että se palvelee kaikkien osapuolten etua (Määttä 2006, 578-579).

Potilaiden yksilöllinen huomioiminen oli keskustelijoiden mielestä tärkeää. Perheen tai potilaan tilanne voi olla hyvinkin erilainen riippuen elämäntilanteesta. Esimerkiksi yksinhuoltajan sairastuminen syöpään näyttäytyi keskusteluissa vaikeana tilanteena, joka tarvitsisi erityistä huomiota. Tilanteeseen saattaa vaikuttaa keskustelijoiden mielestä myös se, että kumpi kahden huoltajan perheen vanhemmista sairastuu. Isän sairastumisen nähtiin aiheuttavan myös suurta taloudellista ahdinkoa, kun taas äidin sairaus vaikuttaa keskustelijoiden mielestä taloudellisten seikkojen lisäksi suuremmin lapsiin ja kotiin. Potilaiden yksilöllistä huomiointia vaatii myös se, että perheelliset potilaat hoidetaan useimmiten syöpätautien poliklinikalla, eivätkä he vietä niin paljon aikaa vuodeosastoilla kuin iäkkäämmät syöpäpotilaat. Tämä vaikeuttaa keskustelijoiden mielestä varhaista puuttumista ja potilaiden tavoittamista. Yhtä mieltä oltiin siitä, että jokin yhtenäinen toimintamalli tarvittaisiin kaikkien potilaiden tavoittamiseksi sosiaalityön palvelujen tarvearviointia varten.

Palvelutarpeen arviointi on ollut paljolti potilaiden omalla vastuulla. Kaikki saavat tavata sosiaalityöntekijää halutessaan. Kuitenkin usein voi keskustelijoiden mie-

lestä olla niin, että syöpää sairastavat tai heidän omaisensa eivät osaa tai jaksaa pyytää apua. Parviainen & Telilä (2005) ovat pohtineet sosiaalityön palvelutarpeen arviointia. Kenelle se kuuluu? Onko palvelutarpeen arviointi potilaan, sairaanhoitajan vai sosiaalityöntekijän tehtävä? (2005, 80.) Lisäksi nousi esille, että keskustelijat kokivat nimikkeen sosiaalityöntekijä olevan ongelmallinen. Ammatinimike herätti keskustelijoiden mielestä negatiivisia mielikuvia monissa potilaissa ja sosiaalityön palvelut yhdistetään usein huonompiaisaisiin. Potilailla ei siis ole henkilökunnan mielestä tarpeeksi tietoa sosiaalityön palveluista. Huomion arvoisen seikka on myös se, että keskustelijat uskoivat sosiaalityöntekijän nimikkeen nostavan potilaiden kynnystä ottaa yhteyttä sairaalan sosiaalityöntekijään. Myös sairaalapastori ja psykiatrinen sairaanhoitaja olivat keskustelijoiden mielestä sellaisia ammatteja, joita potilaat ”vierastavat”.

Keskustelijat näkevät, että monesti potilaan ja hänen läheistensä avuntarve on vaikeasti havaittavissa, mikäli potilas tai hänen omaisensa eivät sitä itse suoraan ilmaise. Voi näyttää päälisin puolin siltä, että arkielämä sujuu hyvin, mutta todellisuus on jotain aivan muuta. Keskustelijat nostivat vielä erikseen esille lapsen surun ja sen kohtaamisen. Vanhemmat voivat olla ikään kuin sokeita lapsen surulle tai eivät vain tiedä, miten kohdata sitä. Keskustelijoiden mielestä lapselle ja muillekin syöpää sairastavan omaisille voi olla helpompi ottaa surunsa, ja muutkin vaikeat asiat esille, kun joku vieraampi ottaa aiheen puheeksi. Keskustelijat pohtivat myös sitä, että ”ylisuojelevat” vanhemmat saattavat puhumattomuudellaan vahingoittaa lasta. Liiallinen ikävien asioiden salaaminen ja peittely voivat saada lapsen mielikuvituksen laukkaamaan ja luomaan kauhukuvia ja vääriä käsityksiä. Sosiaalityöntekijä tai sairaanhoitaja ei kuitenkaan ole surutyön ammattilainen, mutta oikea taho ohjaamaan potilasta ja tämän omaisia hoitoa tarjoavalle taholle, esim. psykologille. Osaston sosiaalityöntekijä kertoi haluavansa tavata enemmän perheellisiä syöpäpotilaita juuri ennaltaehkäisevän työn mahdollistamiseksi.

### 7.3 ”JOS PITÄISIN ITSESTÄNI ENEMMÄN METELIÄ NIIN EHKÄ SITTEN”

Moniammatillinen työ on haastavaa ja eri ammattiryhmien tulisi toimivan yhteistyön takaamiseksi kommunikoida tehokkaasti keskenään. Määtän (2006) mukaan moniammatillinen yhteistyö saattaa osoittautua hankalaksi, ja toiminta saattaa olla myös vastoinikäymisille altista. Toimivan yhteistyön ehto on Määtän mukaan rajattu toimintaympäristö ja kaikkien ammattiryhmien yhteiseksi kokema tavoite. (Määttä 2006, 578-579.) Käsittelen seuraavassa käytyjä keskusteluja eri ammattiryhmien näkökulmista käsin, vaikka työkonferenssimenetelmää käytettäessä olisi suotavaa pyrkiä unohtamaan ammattiroolit. Tämä ei kuitenkaan ole mielestäni mahdollista moniammatillisesta työstä keskusteltaessa ja näitä keskusteluja tulkittaessa. Määtän (2006, 576) mukaan ammattihierarkiat näkyvät väistämättä ryhmätyössä. Työkonferenssimenetelmän mukainen ammattiroolien unohtaminen näkyi kuitenkin siinä, että esim. ryhmäkeskusteluissa keskustelijoita ei jaettu ryhmiin ammattiryhmään kuulumisen perusteella.

Keskustelujen aikana ilmeni selvästi aukko ammattiryhmien välisessä kommunikaatiossa (ks. Lindén 1999, 123). Sairaanhoitajilla ja sosiaalityöntekijällä oli päinvastaiset käsitykset sosiaalityöntekijän työmäärästä sädesairaalassa. Sosiaalityöntekijän ilmaistessa halukkuutensa tavata enemmän erityisesti perheellisiä potilaita, kertoivat sairaanhoitajat kuvitelleensa, että sosiaalityöntekijällä on kiire. Sosiaalityöntekijä kertoi kärsineensä ajoittain jopa työpulasta. Osittain tämän väärinkäsityksen vuoksi potilaista ei ehkä ole ohjattu sosiaalityöntekijän luokse ennen kuin ollaan oltu varmoja sosiaalityön palvelujen tarpeesta. Keskustelun aikana esitettiin myös, että kaikki potilaat eivät tarvitse sairaalan sosiaalityöntekijän palveluja. Näin voi olla erityisesti silloin, kun potilaalla on hyvä sosiaalinen verkosto, joka tukee hänen selviytymistään sairautensa ja sen mukanaan tuomien asioiden kanssa. Mielestäni sosiaalityön palveluntarpeen paras arvioija on sosiaalityöntekijä. Ei voida vain olettaa, että jollain potilaalla on hyvä sosiaalinen verkosto, vaan

tämä verkosto tulee kartoittaa. (ks. Parviainen ym. 2005, 80.)

Keskusteluissa etsittiin syitä sille, miksi sosiaalityöntekijä kokee potilastapaamisensa vähentyneen. Ensinnäkin syitä saattaa löytyä osastolla tapahtuneista käytännön muutoksista, joita osaston henkilökunta nosti esille ilmapiirikyselyyn vastatessaan. Muutoksia on tapahtunut niin henkilöstössä kuin työkäytännöissäkin. Esimerkiksi potilaille ei pidetä kirjallista tulohaastattelua, jonka yhteydessä lähete sosiaalityöntekijälle usein tehtiin. Sosiaalityöntekijän ajanvarauksen suhteen ei ole syntynyt yhtenäistä käytäntöä, eikä hoitavan henkilökunnan keskuudessa ei ole aivan selvää, että kuka varaisi ajan sosiaalityöntekijälle. Omahoitajan ja potilaan vastaanottaneen henkilön roolia korostettiin. Ongelmia siis ilmenee potilaiden ohjaamisessa sosiaalityöntekijälle. (ks. Ojuri 1995, 83.)

Mielestäni potilaiden ohjaamisen ongelmat liittyvät suurelta osin työnjaollisiin kysymyksiin. Työnjaon ongelmat näkyvät mielestäni niin sosiaalityöntekijän kuin muunkin henkilökunnan yhteistyössä, sekä myös sairaanhoitajien välisessä työnjaossa.

Sairaalan sosiaalityöntekijän ammattirooli ja työnkuva ei ole kovin selkeä. (ks. Ojuri 1995, 83, 119.) Keskustelujen aikana onkin käynyt ilmi, että hoitava henkilökunta ja sosiaalityöntekijä itse näkevät sairaalan sosiaalityöntekijän työkuvan eritavalla. Sairaanhoitajien näkemys painottuu taloudelliseen neuvontaan ja ohjaukseen, kun taas sosiaalityöntekijällä on kokonaisvaltaisempi kuva työstään. Ei siis välttämättä ole täysin selvää, että milloin potilas tarvitsee sosiaalityöntekijän palveluja. Jälleen nousee esiin kysymys siitä, että kuka tekee sosiaalityön tarvearvion.

Kaiken kaikkiaan keskustelijat olivat sitä mieltä, että parantamisen varaa kommunikoinnin suhteen on niin hoitavalla henkilökunnalla kuin sosiaalityöntekijälläkin. Sosiaalityöntekijä totesikin, että tilanteen parantamiseksi hänen tulisi ”pitää itsestään meteliä”. Vastaavasti sairaanhoitajat kaipaisivat mielestään ”terästäytymistä”

asian suhteen. Kehittämisen tarve siis tunnistettiin yhteisesti keskustelujen aikana ja keskustelijat olivat myös yhtä meiltä siitä, että sosiaalityön palvelut ovat potilaille tarpeellisia. (vrt. Mönkkönen 1996, 56.) Keskustelijoiden mielestä lisää tietoa sairaalan sosiaalityöntekijän palveluista tarvitsevat sairaalan oman henkilökunnan ja potilaiden lisäksi myös omaiset.

#### 7.4 ”JOKIN YHTENÄINEN TYÖMALLI PITÄISI KYLLÄ OLLA”

Työkonferenssiseminaarien aikana tuli selvästi esille, että sosiaalityöntekijän ja muun henkilökunnan välisessä yhteistyössä olisi parantamisen varaa. Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että jonkinlainen yhtenäinen käytäntö perheellisten, ja muidenkin syöpäpotilaiden ohjaamiseksi sädesairaalan sosiaalityöntekijälle tulisi olla. Keskustelijat pohtivat paljon myös moniammatillisen yhteistyön kehittämistä yleensä. Keskusteluissa mm. pohdittiin, että miten sosiaalityöntekijän palvelut saataisiin paremmin kaikkien tietoon (ks. Lindén 1999, 122). Lähdettiin siis etsimään uutta työkäytäntöä, ei yksiselitteisesti hyvää käytäntöä. Uuden työkäytännön toimivuutta on vaikea arvioida ennen sen käyttöönottoa. (vrt. Arnkill 2007, 58-59.) Mäkisaloon (1999, 15) mukaan työntekijöiden on mahdollista käyttää omaa asiantuntemustaan ja luovuuttaan itsenäisesti hyväksi työssään, mikäli työyhteisössä on sitouduttu johonkin yhdessä hyväksytyyn toimintamalliin. Tiimityöskentelyyn on kuitenkin opittava ja kasvatettava. Kehittämistyö on hyvä lähtökohta edistää tätä kautta potilaiden hyvää hoitoa (Mäkisalo 1999, 29,17).

Sosiaalityöntekijän palvelujen tunnettuutta muun henkilökunnan keskuudessa voisi keskustelijoiden mukaan parantaa sosiaalityöntekijän osallistuminen lääkärin kierroille, osastotunneille ja hoitotiimien työskentelyyn. Sosiaalityöntekijä piti ehdotuksista kahta viimeisintä toteuttamiskelpoisimpina. Lääkärinkierroille osallistuminen ei

hänen mukaansa onnistuisi säännöllisesti, sillä kierrot kestävät melko pitkään. Kierroille osallistuminen olisi kuitenkin keskustelijoiden mielestä hyvä tapa tuoda itseään esille, sekä tarjota tietoa henkilökunnalle, potilaille ja omaisille. Sosiaalityöntekijä kertoi, että hän tulevaisuudessa saattaa osallistua ainakin satunnaisesti lääkärinkierroille. Myös osallistuminen osastotunneille oli keskustelijoiden mielestä hyvä ajatus. Sosiaalityöntekijä voisi osallistua osastotunneille muulloinkin kuin silloin, kun hänellä on ennalta suunniteltu tehtävä osastotunnin kulussa.

Sosiaalityöntekijä voisi keskustelijoiden mielestä osallistua mahdollisuuksien mukaan potilaiden kahvitauoille ja pitää niiden aikana eräänlaista epävirallista vastaanottoa. Sosiaalityöntekijältä voisi tällöin kysyä yleisiä neuvoja moniin asioihin liittyen. Yhteydenottaminen helpottuisi, kun sosiaalityöntekijä olisi lähellä ja kynnys tavata häntä olisi matalampi. Samalla voisi keskustelijoiden mukaan tapahtua ”vahingossa oppimista” muissa potilaissa, ja heillä saattaisi itselläänkin herätä kysymyksiä. Tämän ehdotuksen täytäntöönpanosta ei ollut tarkempaa puhetta.

Keskustelijat olivat ammattiin katsomatta yhtä mieltä siitä, että moniammatillisessa työskentelyssä on parantamisen varaa, ja että sairaalan sosiaalityöntekijän palvelut ovat potilaille, erityisesti perheellisille, tärkeitä. Työkonferenssiseminaarien punainen lanka oli kehitellä konkreettinen parannusehdotus, jonka avulla sosiaalityöntekijä tapaisi enemmän syöpää sairastavia potilaita, sekä heidän omaisiaan ja läheisiään. Sosiaalityöntekijä korosti keskustelujen aikana, että vaikka syöpää sairastaville tarjottavat palvelut ovat toki rajalliset, niin potilaisiin otettu kontakti on silti ensiarvoisen tärkeä asia. Monelle saattaa sosiaalityöntekijän mielestä tärkein apu olla nimenomaan keskustelu.

Lopullinen kehitysehdotus perheellisten potilaiden sosiaalityön palveluiden saannin takaamiseksi oli melko yksinkertainen. Ehdotus koskee perheellisten potilaiden lisäksi myös muita syöpäpotilaita. Toisen seminaarin loppupuolella keskityttiin kes-

kustelemaan siitä, miten käytännössä saataisiin aikaan uusi työkäytäntö. Ehdotettiin, että kaikki hoitoihin tulevat uudet potilaat tapaisivat automaattisesti myös sosiaalityöntekijän. Näin sosiaalityön palvelusta tulisi potilaille eräänlainen itsestäänselvyys, eikä sitä koettaisi leimaavana. Sosiaalityöntekijä tulisi keskustelijoiden mielestä näin kiinteämmäksi osaksi syöpäpotilaiden hoitoa myös muun henkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Kaikkien uusien potilaiden ohjaaminen sosiaalityöntekijälle helpottaisi myös uusien työntekijöiden ja sijaisten työskentelyä, koska sosiaalityöntekijälle lähetettävistä potilaista olisi olemassa ohjeistus. Myönteistä omasta mielestäni tässä työkäytännössä olisi se, että sen toteuttamiseen ei vaadittaisi sosiaalityön palvelun tarpeen arviointia, vaan palvelu olisi kaikille uusille potilaille sama. Asia sovitettiin esitettäväksi seuraavassa osastokokouksessa, jossa osastonhoitaja mahdollisesti hyväksyisi sen uudeksi työkäytännöksi.

Työkonferenssiseminaarien jälkeen vastuu uuden työkäytännön luomisesta jäi osaston henkilökunnalle. Seuraavan kerran palasin asiaan haastatellessani osaston sosiaalityöntekijää. Haastattelun avulla pyrin selvittämään, miten sosiaalityöntekijä kokee työkonferenssimenetelmän vaikuttaneen omaan työhönsä.

## 8 SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TEEMAHAASTATTELUN TOTEUTUS JA SISÄLTÖ

Tärkeä osa tutkimusta on tulosten arviointi. Arviointi on tärkeä osa kehittämistyötä, mutta se jää varsin usein tekemättä (Mäkisalo 1999, 101). Arviointi toteutui haastatteleamalla osaston sosiaalityöntekijää, sillä työntekijän oma arvio työstään ja reflektiivisyys ovat perusta työn kehittämiseksi (Mäkisalo 1999, 106). Teema-haastattelun avulla pyrin selvittämään, että kokeeko sosiaalityöntekijä työkonferenssilla olleen merkitystä hänen työnsä kannalta. Toteutin arvioinnin näin sen vuoksi, että aihe on alun perin lähtöisin osaston sosiaalityöntekijän henkilökohtaisesta näkemyksestä ja toivomuksesta tavata enemmän erityisesti perheellisiä syöpää sairastavia. Koska työkonferenssien toteuttamisen tarkoituksena oli vaikuttaa myönteisesti sosiaalityöntekijän työhön sädesairaalassa, niin oli mielestäni tarkoituksenmukaista myös arvioida tavoitteen toteutumista sosiaalityöntekijän subjektiivisesta näkökulmasta käsin.

Tutkimukseni on edennyt projektinomaisesti, sillä edellinen vaihe on aina vaikuttanut seuraavaan. Projektitoiminta soveltuu Mäkisaloon (1999, 97) mukaan hyvin työyhteisöjen kehittämisen välineeksi erityisesti silloin, kun tavoitteena on tietyn ongelman ratkaiseminen tai toiminnan kehittäminen. Ilmapiirikysely antoi minulle tuntumaa siihen, että minkälaisen ryhmän saisin mukaan työkonferenssiseminaareihin. Työkonferenssiseminaarien sisältö taas muodosti rungon teemahaastattelulle. On tärkeää huomata myös, että tein päätöksen arvioida tekemäni intervention vaikuttavuutta teemahaastattelun osaston sosiaalityöntekijää vasta työkonferenssiseminaarien jälkeen. Keskusteluista tuli ilmi, että sosiaalityöntekijä ei koe saavansa ääntään kuuluviin, joten tämä tutkimus antaa hänelle siihen tilaisuuden. Työkonferenssimenetelmän käyttöä tarkastellaan siis sosiaalityön näkökulmasta käsin ja sosiaalityöntekijän ääntä kuunnellen.



Ajallisesti teemahaastattelu sijoittuu neljän kuukauden päähän viimeisimmästä työkonferenssiseminaarista, sillä kehittämistyön tulokset ovat todennäköisesti havaittavissa viiveellä (Seppänen-Järvelä 2007, 217). Aikaa on kulunut riittävästi, joten sosiaalityöntekijän on mahdollista arvioida työssään tapahtuneita muutoksia, mikäli sellaisia on. Haastattelu on tehty Jyväskylässä sädessäraalan tiloissa ja se on äänitetty. Haastattelun kokonaispituus on n. 1,5 tuntia. Teemahaastattelurunko löytyy liitteenä tämän tutkimuksen lopusta (liite 4).

Lähestymistapani haastatteluaineiston analyysissä on itseään korjaavuus. Tiivistän ja tulkitsen haastateltavan kertomaa jo itse haastattelun aikana, ja kerron tulkinnoistani myös haastateltavalle. Näin haastateltavalla on mahdollisuus korjata näkemyksiäni, mikäli ne eivät ole oikeita. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 137.) Haastattelun avulla pyrin käymään syvää dialogia haastateltavan kanssa (Hirsjärvi ym. 200, 135). Kuitenkin oma roolini haastattelijana on kantaa ottamaton. En esitä omia mielipiteitäni tai näkemyksiäni käsiteltävistä teemoista (Hirsjärvi ym. 2000, 97).

Päätökseni haastatella osaston sosiaalityöntekijää syntyi melko myöhäisessä vaiheessa tutkimusentekoa. Mietin myös muita vaihtoehtoja, mutta koin itse haastattelun kaikkein mielekkäimpänä tapana toteuttaa tutkimukseni mahdollisten tulosten arviointi. Rajasin muun henkilökunnan pois arvioinnista, sillä en kokenut tarkoituksenmukaisena kysyä heiltä, että onko sosiaalityöntekijän työkuva muuttunut. Kysymykseen osaa parhaiten vastata sosiaalityöntekijä itse. Lisäksi koko tutkimuksen näkökulma on hyvin sosiaalityökeskeinen, joten minulle riitti sosiaalityöntekijän arvio työkonferenssimenetelmän toimivuudesta. Mielestäni oli mielenkiintoista nähdä, että minkälaisena menetelmänä sosiaalityöntekijä työkonferenssimenetelmän koki, sillä hän itse edusti vähemmistöammattiryhmää. Tekeväni rajaus oli myös taloudellisesti järkevä ratkaisu, sillä aineiston kerääminen esim. kaikilta seminaareihin osallistuneilta olisi ollut ensinnäkin työlästä. Toiseksi sosiaalityön näkökulma olisi kärsinyt.

Raportoin saamani tulokset noudattaen teemarungon rakennetta. Teemahaastattelukeskustelun kautta palataan ikään kuin takaisin alkuun ja pohditaan koko tutkimusprosessia kokonaisuutena. Aloitan tulosten raportoinnin kertomalla, mistä koko tutkimus sai alkunsa. Seuraavaksi kerron sosiaalityöntekijän kokemuksista ja ajatuksista siinä järjestyksessä kuin ne tulivat esiin haastattelun aikana. Lopuksi pohdin koko tutkimustani sen jatkuvuuden kannalta.

## 8.1 ”MUUTAKIN KUIN ESITTEIDEN JAKAMISTA”

Käyn seuraavassa läpi tiivistetysti sosiaalityöntekijän haastattelun sisällön noudattaen väljästi teemarunkoa (4). Itse haastattelun aikana esitin haastateltavalle tarkentavia kysymyksiä ja lisäksi kerroin hänelle, että millä tavoin hänen kertomansa ymmärsin (Hirsjärvi & Hurme 2000, 137). Teemoittelu on tehty kuuntelemalla äänitettyä haastattelua ja tarkastelemalla itse haastattelun aikana tehtyjä muistiinpanoja.

Koko tutkimus on siis saanut sosiaalityöntekijän mukaan alkunsa halusta kehittää omaa työtään. Hänen kertoo, että opiskelijan avulla oli mahdollista saada ulkopuolisen näkökulmaa työhön ja sen kehittämiseen. Antamalla ainoastaan väljän aiheen tutkimukselle, sosiaalityöntekijä halusi varmistaa sen, ettei hän ohjaisi aihetta liikaa omien näkemystensä mukaan. Esiin nousi myös resurssikysymys, sillä oman työn ohella on vaikea löytää aikaa työn kehittämiseksi. Myös ulkokohtaisen näkökulman löytäminen saattaa olla hankalaa, sillä omassa työssään on ”niin sisällä”.

Sosiaalityöntekijä kertoo pohtineensa, että mihin haluaa kohdentaa työnsä. Työn

kohdentamisesta lähti liikkeelle ajatus ottaa tutkimuksen kohderyhmäksi perheelliset syöpäpotilaat. Sosiaalityöntekijä kertoo perheellisten potilaiden saavan hänen mielestään vähemmän huomiota osakseen kuin he tarvitsisivat. Hän kertoo sosiaalityön määrittävän usein muista ammattiryhmistä käsin (vrt. Lindén (1999, 135-136.) Sosiaalityöntekijä tapaa usein potilaita, jotka on lähetetty hänelle selvittelemään raha-asioitaan. Näkemys sairaalan sosiaalityöstä on siis melko etuuskeskeinen. Myös työkonferenssiseminaareissa keskusteltiin sosiaalityöntekijän roolista eräänlaisena ”etuusvastaavana”. Pelkkä etuusneuvonta ei kuitenkaan sosiaalityöntekijän näkemyksen mukaan ole hänen pääasiallinen työnkuvansa, vaan hän haluaa olla mukana tarjoamassa potilaille kokonaisvaltaista hoitoa ja tukea yhdessä muiden ammattiryhmien edustajien kanssa. Kyse on siis siitä, mitä sosiaalityöntekijä itse haluaa tehdä, eikä vain siitä mitä muut toivovat hänen tekevän. Eri ammattiryhmien näkemykset työn kohdentamisesta eivät kuitenkaan ole tämän tutkimuksen tulosten valossa kovin kaukana toisistaan, sillä myös työkonferenssiseminaareissa nousi esille, että perheellisten potilaiden huomiointi on tärkeää kaikkien mielestä. (vrt. Ojuri 1995, 119.)

Osastolla ja myös sairaalan sosiaalityön yksikössä on tapahtunut paljon muutoksia, jotka ovat innoittaneet sädesairaalan sosiaalityöntekijää kehittämään työtään. Hän kertoi, että on hyvillä mielin siitä, että on ainakin yrittänyt kehittää työtään. Vaikka hän haluaisikin tavata enemmän perheellisiä ja muitakin syöpäpotilaita, on osaan käyntimääriä vähentävistä tekijöistä vaikea vaikuttaa. Syinä sosiaalityöntekijä mainitsee mm. potilaiden hoitoaikojen lyhentymisen. Sosiaalityöntekijän työhön vaikuttavat välillisesti samat muutokset kuin muuhunkin osaston henkilökuntaan. Viimeaikaisia muutoksia osastolla henkilökunta on raportoinut ilmapiirikyselyn vastauksissaan. Muutokset ovat melko suuria ja ne vaikuttavat moneen asiaan, mistä johtuen sosiaalityöntekijä toteaaakin, että yhden ihmisen on vaikea saada aikaan myönteisiä muutoksia työympäristössä.

Perheellisten potilaiden näkökulman valintaan on sosiaalityöntekijän mukaan vaikuttanut erityisesti se, että sosiaalityön ”haavin ohi” on päässyt viime aikoina muu-

tamia tapauksia, jotka olisivat ehdottomasti vaatineet sosiaalityön palveluja. Tilanteet ovat sosiaalityöntekijän mukaan päässeet kehittymään katastrofeiksi asti. Ennalta toimiminen ja ennaltaehkäisy ovat tässä kohdin tavoittelemisen arvoisia asioita. Sosiaalityöntekijä toivookin, että hän saisi tavata myös ns. epäselviä tapauksia, eli potilaita, joiden ongelmat eivät ehkä ole täysin selvästi määriteltävissä. Sosiaalityöntekijä sanoo haluavansa tukea perheitä myös muuten kuin vain ”esitteitä jakamalla”. Erilainen panostaminen perheisiin voisi näkyä esimerkiksi lastensuojeluilmoitusten teon määrällisenä kasvuna. Sosiaalityöntekijä tarkoitti tässä kohdin lastensuojelua nimenomaan ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Avohuollon toimenpiteet voisivat usein olla riittäviä ja työskentelyote perhettä tukeva.

## 8.2 ”ME” TEHDÄÄN

Sosiaalityöntekijä koki työkonferenssimenetelmän olleen sopiva väline ottaa esille kyseinen keskustelunaihe. Samansuuntaiseen johtopäätökseen on tullut myös Pesonen (1992, 75), joka toteaa omassa tutkimuksessaan työkonferenssimenetelmän olevan tehokas menetelmä kehittämiprojekteja käynnistettäessä, sekä pyritäessä muuttamaan osallistujien asenteita. Työkonferenssimenetelmän hyvänä puolena osaston sosiaalityöntekijä mainitse ensinnä sen, että se on erilainen. Osastolla on aiemmin toteutettu tutkimuksia haastatellen ja havainnoiden (mm. Lindén 1999), mutta sosiaalityöntekijän mielestä oli nyt hyvä kokeilla jotakin uutta. Potilaiden huomioiminen sosiaalityön näkökulmasta käsin oli sosiaalityöntekijän mielestä hyvä ottaa esille muuten kuin ns. virallisissa yhteyksissä, kuten osastotunnilla. Työkonferenssimenetelmän paras puoli olikin sosiaalityöntekijän mielestä se, että kommunikaatiota eri ammattiryhmien välillä syntyi enemmän. Työkonferenssimenetelmän käytön huonoja puolia olivat sosiaalityöntekijän mielestä hankaluus löytää yhteistä aikaa keskusteluille, sekä tulosten pysyvyyden

epävarmuus (ks. Lindén 1999, 123). Sosiaalityöntekijä näkee kuitenkin osaston 31 melko kehittämismyönteisenä ja tätä näkemystä tukevat myös ilmapiirikyselyn tulokset. Lisäksi osastolla henkilökunnan vaihtuvuus on pientä, mikä helpottaa kehittämistyön tekemistä. Kun työntekijät vaihtuvat harvoin, niin sosiaalityöntekijän mielestä voi odottaa myös kehitystyöltä myönteisempiä tuloksia.

Yhteisymmärrys ja käsitys toisen tekemästä työstä on sosiaalityöntekijän mielestä kehittämistyön pohja ja ehdoton edellytys. Ilman ymmärrystä on minkäänlaista kehitystyötä turha lähteä tekemään. Tämä tutkimus antoi hänen mukaansa alkusysäyksen molemminpuolisen ymmärryksen syntymiselle. Tarkoituksena on sosiaalityöntekijän näkemyksen mukaan ensin etsiä ja sitten toteuttaa muiden ammattiryhmien edustajien kanssa kaikkia osapuolia palvelevia kompromisseja.

Yhdessä keskusteleminen auttoi ymmärtämään paremmin myös muiden näkökantoja ja erilaista työtä (ks. Mönkkönen 1996, 56). Sosiaalityöntekijä myös koki sairaalan sosiaalityöntekijän olevan marginaalisessa asemassa muihin ammattiryhmiin nähden. Hän näki, että myös sen vuoksi keskusteleminen on paras keino luoda yhteisymmärrystä. Tutkimuksissa (mm. Lindén 1999) on todettu, että sosiaalityöntekijän työnkuvan tunnettuus muiden ammattiryhmien edustajien keskuudessa on heikkoa. Sosiaalityöntekijä koki mielekkäänä sen, että sai itse kertoa työstään. Hän myös koki, että keskusteluihin osallistuneet saivat hänen työstään kokonaisvaltaisemman käsityksen. Sosiaalityöntekijän mukaan muiden työntekijöiden tietämyksen lisääntyminen on näkynyt erityisesti siinä, että häneltä kyseltiin useammin epäselvistä tapauksista, eikä esitetä ainoastaan selkeitä ja usein etuuksiin liittyviä kysymyksiä. Työ on sosiaalityöntekijän mielestä enemmänkin selvittely- kuin selitystyötä. Asioiden selvittely on hänelle työnä mieleistä, sillä siinä ennaltaehkäisyn rooli on suuri. Ymmärrys toisten työtä kohtaan lisääntyi puolin ja toisin. Sosiaalityöntekijä kertoo, että keskustelujen avulla sai kuvan siitä, että hän itse on todella ”palanen osana työtä”.

Sosiaalityöntekijä peräänkuuluttaa tiimityöskentelyn lisäämistä, ja sitä kautta potilaiden kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Hänen mukaansa sairaalasta puuttuu kokonaisnäkemys potilaan hoidosta, eli ihmistä hoidetaan pala kerrallaan. Tavoitteena olisi päästä lähemmäs työskentelyä yhdessä potilaan hyväksi, jolloin työtä tekevät me eikä minä. Myös yhteisten hoitokäytäntöjen luominen on sosiaalityöntekijän mielestä tärkeää. Kaikki lähtee kuitenkin liikkeelle yhteisymmärryksestä, ja tämä tutkimus on sosiaalityöntekijän mukaan alkusysäys ymmärryksen ja moniammatillisen yhteistyön luomiselle. Sosiaalityöntekijän mielestä tämä tutkimus muodostaa pohjan jollekin uudelle hankkeelle, projektille tai sosiaalityön paikan vahvistamiselle osastolla yleensä (ks. Pesonen 1992, 75). Työkonferenssiseminaarien jälkeen sosiaalityöntekijä kertoo potilaskäyntien määrien pysyneen melko lailla ennallaan, mutta ainakaan ne eivät ole vähentyneet. Seminaareissa sosiaalityöntekijä valitteli jopa ajoittaista työpulaa, mutta nyt hän kertoi, ettei kyseistä ongelmaa ole esiintynyt.

Sosiaalityöntekijä kertoo haastattelun aikana myös, että työkonferenssiseminaarit olivat antoisia myös siksi, että hän sai vahvistusta omille oletuksilleen ja luuloilleen. Hän kertoo, että hänellä on ollut käsitys siitä, miksi potilaiden käyntimäärät ovat vähentyneet. Keskustelujen aikana tämä käsitys sai vahvistusta. Myös tieto siitä, että potilaiden hoitoaikojen lyheneminen on vaikuttanut paljon potilaiden sosiaalityöntekijälle ohjaamiseen, oli sosiaalityöntekijän mukaan hyvä tuoda esiin. Ennen kaikkea tieto ongelmien syistä antoi sosiaalityöntekijän mukaan varmuutta omaan työhön.

Suurin kysymys, joka on huomioitava työkonferenssimenetelmän käytön yhteydessä, on tiedon siirrettävyys. Sosiaalityöntekijä kertoi, että seminaareihin osallistuneet sairaanhoitajat olivat selvästi aktiivisempia sosiaalityöhön liittyvissä asioissa kuin aiemmin. Myönteistä on, että vaikutusta oli, mutta kuitenkin vaikutukset näkyvät vain osassa työntekijöitä. Mahdollisuudet laajempaan muutokseen olivat olemassa, sillä työntekijöiden vaihtuvuus on melko pientä. Sosiaalityöntekijä

pohti myös sitä, miten saavutetut tulokset saataisiin pysymään. On hänen mielestään olemassa vaara, että keskustelujen anti unohtuu ja palataan takaisin vanhoihin tapoihin. Sosiaalityöntekijä kuitenkin kertoo, että hän aikoo jossain muodossa jatkaa aiheesta keskustelua ja moniammatillisen työn kehittämistä.

### 8.3 MITÄ TÄSTÄ ETEENPÄIN?

Sosiaalityöntekijä kertoo olevansa tyytyväinen, sillä tämä tutkimus on ikään kuin käynnistänyt moniammatillisen työn kehittämisen uudelleen (ks. Pesonen 1992, 75). Nyt sosiaalityöntekijä pitää tärkeimpänä tavoitteena sitä, että saavutetut tulokset pysyvät muistissa. Sosiaalityöntekijä sanoo myös, että tästä on hyvä jatkaa. Hänen mukaansa samaa, tai ainakin sovellettua kehittämismenetelmää, voidaan mahdollisesti hyödyntää myös muissa yksiköissä ja ehkä uudestaan samalla osastolla.

Ennen kaikkea sosiaalityöntekijä aikoo jatkaa itse työnsä kehittämistä. Hän kertoo myös, että saattaa jatkossakin käyttää apunaan opiskelijoita. Omasta mielestäni tässä saattaa olla hyvä paikka myös jatkotutkimukselle. Mahdollisesti voitaisiin jatkaa samalla menetelmällä keskustellen edelleen samasta aiheesta. Mielenkiintoista voisi olla myös tutkia samaista kysymystä sairaanhoitajien näkökulmasta käsin. Mahdollisuuksia on monia. Joka tapauksessa sosiaalityöntekijä kertoo jatkavansa kehittämistä ainakin jossain muodossa, ellei sitten teetä uutta tutkimusta.

Kirjosen (2007, 132) mukaan voi olla harhaanjohtavaa puhua tiukkoihin aikarajoihin sidotuista kehittämishankkeista, sillä kehittämistyö on jatkuvaa etenemistä kohti tarkistettavissa olevaa päämäärää.





## 9 TYÖKONFERENSSISEMINAARIT TAPAHTUMINA JA DEMOKRAATTISEN DIALOGIN TOTEUTUMINEN

### 9.1 TOINEN NÄKÖKULMA TYÖKONFERENSSIIN

Työkonferenssiseminaarien toteutuksesta, rakenteesta ja keskustelujen asiasisällöstä olen kertonut edellä jo melko yksityiskohtaisesti. Nyt keskityn analysoimaan työkonferenssiseminaareja tapahtumina. Mitä seminaareissa tapahtui, ja minkälaista oli vuorovaikutus? Miten demokraattisen dialogin periaatteet toteutuivat? Analyysitapana käytän jälleen suoraa tulkintaa ja pyrin etenemään tulkinnassani kronologisesti. Tätä varten olen litteroinut aineiston väljästi ääninauhalta (mp3 -tiedosto) ja keskustelijoille olen antanut pseudonyymit (st1 ja sh1 jne.). Väljällä litteroinnilla tarkoitan sitä, että olen litteroinut analyysin kannalta keskeiset kohdat, merkitsemättä esim. taukoja. Käytän tulkinnassa hyväkseni myös omaa kokemustani ja itse keskustelun aikana tekemiäni muistiinpanoja.

Vaikka osallistujilla on omat pseudonyymit, niin olen kategorisoinut keskustelijat ammattinimikkeen mukaan ryhmiin sosiaalityön asiantuntijat ja sairaanhoidon asiantuntijat. Molempiin ryhmiin kuuluu ensimmäisessä seminaarissa myös alan opiskelijoita, jotka osallistuivat keskusteluihin. Yksi demokraattisen dialogin toteutumisen edellytyksistä olisi ammattiroolien unohtaminen (Pesola 1992, 51-53). Tätä vaatimusta on kuitenkin katsottu läpi sormien koko tämän tutkimuksen ajan, sillä ammattiryhmien väliset erot ovat tärkeitä ja huomionarvoisia. Näitä eroja olen käsitellyt tarkemmin eritellessäni keskustelujen sisältöä. Tavoitteena on ollut havainnoida, että tulkitsevatko eri ammattiryhmiin kuuluvat henkilöt eri tavoin esille nousseita asioita (Juhila 2006, 211).

Käyn seuraavaksi läpi molemmat työkonferenssiseminaarit tapahtumina. Tapahtumien (tekstimuotoisen) tulkinnassa käytän apunani diskurssianalyysistä tuttuja termejä ja analyysitapaa. Varsinaista diskurssianalyysiä en kuitenkaan suorita. Raport-

toin työkonferenssiseminaarien tapahtumat omasta näkökulmastani käsin, omaa kokemustani hyödyntäen.

## 9.2 ENSIMMÄINEN SEMINAARI

Juhilan (2006, 207-208) mukaan keskustelun aloitukseen sisältyy lähes aina epäröintiä ja haparointia. Keskustelun aloittaja ikään kuin kutsuu keskustelijat mukaan avustanssiin (Juhila 2006, 207). Keskusteluntanssilajit ovat Suonisen (1999, 31) mukaan erilaisia vuorovaikutuksellisen yhteistyön asetelmia. ”Keskustelutanssi” voi olla myös kulttuurista tanssia, jolloin keskustelijat ottavat osaa keskusteluun omasta roolipositioistaan käsin (Suoninen 2000, 67). Keskustelun avaaminen voi olla helppoa, mikäli keskustelijat tietävät, miten lähteä mukaan ”tanssiin”. Näin ei kuitenkaan ollut ensimmäistä työkonferenssiseminaaria aloitettaessa. Keskusteluun osallistuvilla ei ollut tarkkaa käsitystä, mihin he olivat lupautuneet mukaan, eikä sitä tarkoituksella oltu heille kerrottu. Osallistujat toki tiesivät, että tarkoituksena oli käsitellä perheellisiin syöpäpotilaisiin ja sosiaalityöhön liittyviä kysymyksiä, ja että he itse olisivat myös jonkin verran äänessä. Työkonferenssimenetelmän tarkka kulku oli heille kuitenkin vielä uusi asia seminaarien alkuun asti.

Ensimmäisen seminaarin aloitus oli kompuroiva. Tarkoituksena oli alun perin talentaa keskustelu videolle, mutta käytännön syistä johtuen pääsin valmistelemaan kuvausvälineistöä vasta siinä vaiheessa, kun osallistujat istuivat jo pöydän ääressä. Taistelin kameran kanssa saamatta sitä toimintaan, joten oli turvauduttava nauhuriin. Keskustelun alkuvalmisteluihin kului liikaa aikaa, yhteensä 13 minuuttia. Demokraattisen dialogin periaatteisiin keskustelijat saivat tutustua kirjallisesti. Myös teksti voi olla vuorovaikutusta, jolla viestitetään muille haluttuja asioita (Juhila 2006, 221). Halusin säästää aikaa jakamalla myös kirjallista materiaalia. Lisäksi periaatteet olivat koko ajan keskustelijoiden saatavilla.

Suonisen (2000, 72) mukaan keskustelun sujumisen edellytys on, että keskustelijoilla on käsitys siitä, mistä ”tanssilajista” on kysymys. Työkonferenssimenetelmä oli kaikille keskustelijoille sosiaalityöntekijää lukuun ottamatta täysin uusi asia, joten heillä ei ollut kovin selvää, mitä tuleman pitää. Sen sijaan oletuksena oli, että minä tutkimuksen tekijänä vetäisin keskustelua (vrt. Suoninen 2000, 76-78). Tämä saattoi johtua siitä, että todella olin seminaarin koollekutsuja ja keskustelun aloittaja. Aloitteen keskusteluun tein ensin tiedon jakajana esitellen itseni ja käytettävän työmenetelmän pintapuolisesti. Seuraavan keskustelunavauksen tein kyselijänä jaettuani keskustelijat kahteen ryhmään. (Suoninen 2000, 71.) Tästä keskustelun vetäjän roolista oli vaikea päästä eroon, sillä keskustelun hiljentyessä vastuu sen uudelleen herättämisestä jäi minulle. Myös sosiaalityöntekijä saattoi kokea olevansa osin vastuussa keskustelun sujumisesta.

Keskustelijoiden aloittaessa pienryhmäkeskustelut, odotin keskustelun lähtevän liikkeelle kuin itsestään. Aivan niin helposti se ei kuitenkaan käynyt, vaan pienryhmäkeskustelujen loputtua siirtyminen keskusteluun koko ryhmän kesken ei ollut täysin sujuvaa. Antamani ”tanssiinkutsu” eli kehotus siirtyä yleiseen keskusteluun ei heti saanut yhteensopivaa vastausta (Suoninen 2000, 101). Keskustelijat selvästi etsivät sopivia ”tanssiaskeleita”. Keskustelu lähtikin liikkeelle tunnustellen ja alkuun käytiin läpi hyvin yleisluontoisia asioita ikään kuin tunnustellen keskustelun yleistä ilmapiiriä. Keskustelun alussa esiintyi eniten takkuilua ja sananvalintojen pehmennyksiä. ”Ehkä”, ”luulen”, ”mutta” ja ”en tiedä” lausumia esiintyi tiuhaan (Suoninen 2000, 88).

Myöhemmin keskustelijat selvästi rentoutuivat ja keskusteluun alkoi tulla mukaan myös huumori (ks. Suoninen 2000, 88). Myös kriittisiä kommentteja esitettiin vasta myöhemmin keskustelun aikana, mutta niissä tuli selvästi esiin arvostus toista ammattiryhmää kohtaan. Myös eräänlaista varovaisuutta oli havaittavissa. Keskustelijat varoivat tarkasti syyttämästä toisiaan ja osa ”syyllisyydestä” otettiin oman ammatti-

ryhmän harteille mieluummin kuin sälytettiin se toisen niskaan:

Sh3: ”meijän täytyy terästäytyä...”

Sh4: ”pitäis katsoa peiliin...”

Sos1: ”pitäis tulla ite enemmän esille...”

Mitä pidemmälle keskustelua käytiin, sitä värikkäämmäksi muuttuivat myös ilmaisut. Mm. metaforia ja toistoa käytettiin vaikutuskeinoina (Jokinen 1999, 148-149, 153). Keskustelu oli hyvin vastavuoroista ja toisen ammattiryhmän edustajille esitettiin kysymyksiä, eikä ainoastaan perusteltu omaa näkemystä asioista. Keskustelijat tuntuivat olevan kaikki yhtä mieltä siitä, että keskusteltiin tärkeästä aiheesta, ja että kyseessä ei ollut syyllisten metsästys, vaan toimittiin yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Eri ammattiryhmien edustajat näkivät joissain kohdin asiat eri tavoin, mutta myös toista näkökulmaa kuunneltiin. Keskustelun hyvästä hengestä viestii mielestäni se, että mahdollisesti negatiivista ilmapiiriä luovia vaikuttamisen keinoja kuten oletettuun vasta-argumenttiin varautumista ja kontrastiparin käyttöä ei keskusteluissa esiintynyt (Jokinen 1999, 153-155).

Sh3: ”Lapset on ilman muuta tärkeitä.”

Eri ammattiryhmien edustajien välillä oli havaittavissa jopa jonkinasteista hyväksynnän etsintää keskustelukumppaneilta. Toisten työtä kohtaan osoitettiin selkeästi arvostusta ja osoitettiin tällä tavoin hyvää tahtoa. Eri ammattiryhmien edustajat vaihtoivat vapaaehtoisesti kuviteltua syntipukin positiota etsien syitä ongelmiin omasta toiminnastaan. Tämä herätti vastareaktion ja ongelmat otettiin yhteisvastuullisesti kaikkien niskoille, eli liitouduttiin yhteen ”me”-ryhmäksi. (ks. Jokinen 1999, 136-138.) Lisäksi haettiin syitä ja selityksiä ongelmille ja tapahtuneille muutoksille olosuhteista.

Sos1: ”kyllä varmasti siinä kaiken sen kiireen keskellä on vaikeeta... miettiä sitte vielä hoitotyön lisäksi sosiaalityön juttuja”

Sos1: ”ajat on muuttuneet niin älyttömästi”

Ensimmäisen seminaarin aikana paljastui ammattiryhmien välillä ollut väärinkäsitys, joka oli omasta mielestäni osoitus liian vähäisestä vuorovaikutuksesta ammattiryhmien kesken. Väärinkäsitys koski sosiaalityöntekijän työmäärää. Sosiaalityöntekijän toive, josta koko tämä tutkimus lähti liikkeelle, sai aikaan hämmästyttäviä keskustelijoissa. Sosiaalityöntekijä kertoi, että hänelle on ajoittain jopa ”työpula”. Vastargumentiksi tähän sairaanhoitaja (sh2) kertoo, että sosiaalityöntekijällä on kuviteltu olevan liikaa työtä. Keskustelun tässä vaiheessa oli hyvin aikaa jatkaa vuoropuhelua vielä pidemmälle, ja osittain siirryttiinkin jo pohtimaan seuraavan seminaarin aiheksi tarkoitettuja kehitysehdotuksia. Puhujanvaihdoskohdat sujuivat aikaisempaa paremmin (ks. Suoninen 1999, 110).

Kun keskustelua oltiin käyty tunnin verran, niin dialogi tyrehtyi. Hyvin nousuun lähtenyt vuorovaikutus teki melkein päkollaskun ja syntyi hiljaisuus. Tässä kohdin vastuu keskustelun kannattelusta tuntui siirtyvän minulle, ja yritinkin saada sitä uudelleen käyntiin kysyjänä (Suoninen 2000, 71). Koin olevani liian huonosti valmistautunut keskustelun ”kuivumiseen” sen lähdettyä niin hyvään vauhtiin. Keskustelijoiden mielipiteitä kysymällä koin ehkä liikaa johdattaneeni keskustelua suppeasti tiettyyn suuntaan, ja johdatteluni olikin ehkä liian sosiaalityön näkökulmaan painotunutta (ks. Suoninen 1999, 30). Onkin syytä pohtia, että oliko sosiaalityön edustuksella suurempi valta keskustelussa, vaikka lukumäärältään kyseinen joukko olikin pienempi? Valta on aina jollain tavalla esillä keskustelussa (Juhila 2006, 235). Olisi mielenkiintoista tietää, että millaisena keskustelijat itse kokivat valta-asetelman.

### 9.3 TOINEN SEMINAARI

Toinen ”tanssikerros” lähti huomattavasti helpommin liikkeelle kuin ensimmäinen. Keskustelijoilla oli selvästi ensimmäistä seminaariryhmää selkeämpi kuva siitä, mitä oli tarkoitus tehdä. On syytä pohtia, että onko tarkoituksenmukaista pitää keskustelijat näin pimennossa, vaikka työkonferenssimenetelmän käyttöön kuuluukin, että työmalli esitellään vasta itse tilaisuudessa. Itse koen, että tämä jälkimmäinen ryhmä oli paljon päämääräsuuntautuneempi, päämäärähakuisempi ja muutekin orientoituneempi kuin ensimmäinen seminaariryhmä. Tämä johtuu yksinkertaisesti siitä, että heille tanssinaskeleet olivat selvillä, ja heillä oli käytävissään aiemman keskustelun tuottama tieto. Ensimmäinen seminaariryhmä joutui siis lähtemään liikkeelle melkein tyhjästä.

Yhteinen päämäärä oli selvillä. Molempien ammattiryhmien edustajille oli selvää, että uusi työkäytäntö olisi paikallaan. Ensimmäisestä seminaarista on oletettavasti keskusteltu osastolla ainakin jonkin verran seminaarien välillä, sillä keskusteluryhmä vaikutti erittäin hyvin valmistutuneelta. Aikaa ei kulunut takkuiluun ja tanssi-askelten hapuiluun (Suoninen 2000, 88). Ongelman ytimeen käytiin rohkeasti käsiksi, ja kriittisiä kommentteja ja kysymyksiä esitettiin aiempaa keskustelua avoimemmin. Toisen ammattiryhmän tunteita ei varottu yhtä tarkkaan kuin aiemmin Dialogissa esiintyi jopa suoranaista haastamista (vrt. Juhila 2006, 231):

Sh8: ”no mitä sosiaalityöllä sitte ois tarjota?”

Uusi piirre ensimmäiseen keskusteluun verrattuna oli myös runsaampi narratiivien käyttö vaikuttamisen välineenä (Jokinen 1999, 144). Sosiaalityön asiantuntemuksen tueksi otettiin psykiatrian asiantuntemus sosiaalityöntekijän viitatessa ”lapset puheeksi” –työmenetelmään (Solantaus 2005). Sosiaalityön asemaa oikeutettiin tässä kohdin puhujakategorian avulla eli omaa asiantuntija-asemaa vahvistamalla

(Jokinen 1999, 135). Vahvistamalla omaa asiantuntemustaan sosiaalityöntekijä vahvasti myös sanomansa painoarvoa ja oikeellisuutta. Asiantuntemuksen vahvistaminen tapahtui tässä ottamalla tukea toisen, eräällä tavalla arvostetumman ammattiryhmän edustajan, asiantuntemuksesta. Tukeutumalla lastenpsykiatrin käyttämään työmenetelmään voitiin osoittaa, että myös sosiaalityöllä voi olla vastaavaa asiantuntemusta.

Keskustelussa käytettiin apuna konkreettista esimerkkiä eräästä tapahtumasta. Keskusteltiin huomaamatta jääneistä ongelmista ja niiden tunnistamisesta käyttäen apuna yhden potilaan tilannetta. Vaikutuskeinona käytettiin tätä tarinaa kerrotessa ensimmäistä kertaa ääri-ilmaisuja (Jokinen 1999, 150-151). Keskusteltiin ensimmäistä kertaa yleisluontoisten asioiden sijaan oikeasti tapahtuneesta.

Sos1: ”no se meni iha katastrofiks asti se tilanne sitte”

## 9.4 DEMOKRAATTISTA DIALOGIA?

Demokraattisen dialogin periaatteiden toteutuminen on työkonferenssimenetelmän toimivuuden edellytys (Gustavsen 1992, 35-36). Periaatteet on esitelty aiemmin tässä tutkimuksessa. Mutta oliko käyty dialogi demokraattista vai ei? Arvioin tätä kysymystä omasta tutkijan ja tarkkailijan näkökulmastani käsin analysoiden aineistoa litterointien, ääninauhojen sisällön ja muistiinpanojeni pohjalta.

Ensimmäinen periaate toteutui. Seminaareihin osallistuminen oli kaikille vapaaehtoisista ja siitä tiedotettiin hyvissä ajoin. Myös asiasta kiinnostuneita opiskelijoita oli paikalla. Osallistujien lukumäärä oli sopiva, sillä jokaisella oli mahdollisuus sanoa sanottavansa. Myös toinen periaate toteutui oman arvioni mukaan hyvin. Sosiaalityöntekijä oli suhteellisesti eniten äänessä, mutta katson tämän johtuvan paljolti siitä,

että hänen ammattiryhmänsä oli vähemmistönä seminaareissa molemmilla kerroilla. Vaikka eri ammattiryhmät eivät olleet tasapuolisesti edustettuina, niin he olivat keskenään ainakin näennäisesti tasavertaisia. Myös opiskelijoiden mielipiteitä kuunneltiin, mutta he osallistuivat keskusteluun selkeästi muita vähemmän.

Mielipiteitä esitettiin omaan työkokemukseen perustuen eli myös tältä osin demokraattisen dialogin periaatteet toteutuivat. Lisäksi ei esiintynyt muiden mielipiteiden vähättelyä tai torjumista.

Sh9: ”toi on varmasti myös ihan totta, mut mä itte nään sen asian ehkä vähän toisin”

Periaatteen numero kuusi kohdalla seminaarit olisivat voineet toteutua paremmin. Kaikki osallistujat erityisesti ensimmäisessä seminaarissa eivät olleet täysin tietoisia, että mistä oli kysymys. Ongelma ei mielestäni ollut riippuvainen osallistujista, vaan omasta, työkonferenssimenetelmän ohjeistukseen perustuvasta päätöksestä olla kertomatta työmenetelmästä etukäteen. Tämä on mielestäni työkonferenssimenetelmän heikko kohta, joka vaikeutti seminaarityöskentelyä.

Sh1: ”aijaa, mä aattelin, et täälä ois joku joka puhuis ensin”

Keskustelut käytiin hyvässä hengessä ja kaikkien esittämät väitteet saivat hyväksyntää. Mielipiteet esitettiin suullisesti ja puheenvuorot jakautuivat melko tasan ammattiryhmien kesken tarkoittaen tietysti sitä, että yksi sosiaalityön edustajista käytti enemmän puheenvuoroja. Sairaanhoidajat jakoivat heidän käytettävissään olleet puheenvuorot melko tasaisesti. Pientä vaihtelua oli, sillä molemmissa seminaareissa oli muutama muita aktiivisempi sairaanhoitaja. Kukaan keskustelijoista ei kuitenkaan jäänyt täysin vaille puheenvuoroa.

Seminaareissa esitetyt ehdotukset hyväksyttiin melko yksimielisesti. Joitain ehdotuksia ei hyväksytty ollenkaan. Demokraattisen dialogin toteutumisen arvioinnin kan-



nalta on kuitenkin vaikea sanoa, että hyväksyivätkö yksittäiset työntekijät muiden mielipiteet vai eivät, mutta ainakin niin asia näyttäytyi seminaareissa. Myöskään kenkään auktoriteettia ei kyseenalaistettu seminaareissa, joten myös tältä osin periaatteiden toteutumista on vaikea arvioida.

Sos.1: ”niin no, en mä ehkä kuitenkaan rupeis sellaseen”

Itse pidän tavoitteista tärkeimpänä viimeistä eli konkreettisten toimenpiteiden tavoittelua. Toinen seminaari päättyi suunnitellusti toimenpide-ehdotusten laatimiseen, joten katson tämän periaatteen toteutuneen. Oman arvioni mukaan demokraattisen dialogin periaatteet toteutuivat kiitettävästi suurelta osin. Ainoastaan osallistujien ymmärrystä seminaarien kulusta ja päämäärästä olisi ollut syytä parantaa.

## 9.5 MITÄ TAPAHTUI TYÖKONFERENSSISEMINAARIEN JÄLKEEN?

Oma roolini osana moniammatillisen työn kehittämistä osastolla 31 rajoittui hyvin pitkälti käytännön järjestelyjen hoitamiseen. Pyrin luomaan puitteet kehittämiselle, ja kun keskustelut oli käyty, niin vastuu toiminnasta siirtyi työntekijöille itselleen. Voidaan katsoa, että pääosin kehittämistyöstä oli vastuussa työkonferenssiseminaarien jälkeen osaston sosiaalityöntekijä. Mitä osastolla siis tapahtui, kun keskustelut oli käyty?

Sosiaalityöntekijä kertoo keskustelleensa työkonferenssiseminaareista yhdessä osastonhoitajan kanssa. Osastonhoitaja kertoi, että keskusteluihin osallistuneille hoitajille oli hänen saamansa vaikutelman mukaan jäänyt myönteinen mielikuva keskusteluista. Työkonferenssiseminaarien konkreettinen tuotos, eli yhtenäinen lähettämiskäytäntö (kaikki potilaat, joilla on lapsia, tapaisivat sosiaalityöntekijän),

on lähetetty kaikille osaston 31 sairaanhoitajille sähköpostitiedotteena. Sosiaalityöntekijä kuitenkin toteaa tässä kohdin, että pelkällä sähköpostilla saadaan tuskin paljoo aikaiseksi. Pienin askelin on kuitenkin hyvä lähteä liikkeelle.

Osastolla on ollut sulku kesän ajan ja myös sosiaalityöntekijä on ollut lomalla. Lähettämiskäytäntöä ei siis vielä oltu esitelty osastokokouksessa niin kuin oli suunniteltu. Sosiaalityöntekijä kuitenkin sanoi, että näkee itse asioiden etenevän sopivaa vauhtia, ettei ”aina jankata samaa”. Asiat on siis sosiaalityöntekijän mukaan jätetty tarkoituksella hautumaan. Kehittämisasioihin palataan sosiaalityöntekijän mukaan syksymmällä, mahdollisesti istumalla uudestaan saman pöydän ääreen.

Työkonferenssiseminaarit antoivat sosiaalityöntekijän mielestä hyvää esimerkkiä tulevien osastotuntien pidolle. Hän toivoisi osastotuntien olevan nykyistä keskusteluvampia, sillä hän ei koe yksipuhumisen mielekkäänä. ”Luennoiminen” ei hänen mielestään ole myöskään tehokas keino saada aikaan tuloksekasta toimintaa. Keskustelu muiden ammattiryhmien edustajien kanssa on sosiaalityöntekijän näkemyksen mukaan ainoa toimiva keino lisätä yhteisymmärrystä ja sen kautta moniammatillista yhteistyötä. (vrt. Parviainen ym. 2005, 69, 71 ja Lindén 1999, 122.)

Aiemmin sosiaalityöntekijä kertoi, että hänen mielestään kehittämistyössä on osin kysymys molemminpuolisten kompromissien tekemisestä. Omaan kompromissinaan moniammatillisen työn hyväksi sosiaalityöntekijä kertoo osallistuvansa nykyään useammin lääkärinkierroille. Tätä pohdittiin myös työkonferenssiseminaarien aikana, ja erityisesti hoitajien mielestä olisi hyödyllistä, että sosiaalityöntekijä olisi ainakin silloin tällöin mukana lääkärin kierroilla. Tältä osin työkonferenssiseminaarissa asetettu tavoite on siis toteutunut. Sosiaalityöntekijä kertoo, että kierroilla saa paljon uutta tietoa. Erityisesti uudet potilaat tulevat paremmin tutuiksi. Sosiaalityöntekijä kokee, että ”näppituntuma” käytännön hoitotyöhön ei sitä paitsi ole ollenkaan pahitteeksi, sillä se auttaa myös häntä ymmärtämään paremmin potilaan tilannetta.

Sosiaalityöntekijänkin puolelta aktiivisempi osallistuminen on siis ”poikinut” töitä. Hän kuitenkin kertoo, että työkonferenssiseminaarissa ehdotettua neuvontapistettä hän ei kuitenkaan aio pystyttää, vaan jakaa informaatiota mieluummin muilla keinoin. Myös hoitotiimiin osallistumisesta oli puhetta seminaareissa, ja sosiaalityöntekijä kertookin olleensa aikeissa osallistua tiimityöhön. Hän ei kuitenkaan päässyt osallistumaan tiimiin, mutta yrittää jälleen ensi kerralla mukaan.

Epävirallinen ”yhteiselo” eri ammattiryhmien edustajien välillä on myös lisääntynyt sosiaalityöntekijän kertoman mukaan. Mitä enemmän sosiaalityöntekijää nähdään osastolla, sitä enemmän häneen otetaan hoitajien taholta kontaktia. Kukaan ei tule sosiaalityöntekijän kertoman mukaan hakemaan häntä ovelta saakka. Vaikka töitä ei siis tarvitsekaan etsimällä etsiä, niin oma aktiivisuus vaikuttaa paljon. Sosiaalityöntekijä kertoo pohtineensa omaa rooliaan paljon seminaarien aikana ja niiden jälkeen. Molemmilla osapuolilla on siis kehitettävää.

## 10 POHDINTA

Kun puhutaan muutoksista, niin puheen sävy on usein melko kielteinen. Ilmapiirikyselyn muutoksia koskevat kysymykset keräsivät negatiivisesti sävyttyneitä vastauksia. Vastajat puhuivat kiireestä, potilasmäärien kasvusta ja osastojen yhdistämisestä. Myös monet asiat, kuten uuden atk-järjestelmän käyttöönotto tuntui aiheuttavan ahdistunutta mielialaa vastaajissa. Tämän tutkimuksen kirjoittamattomana päämääränä oli saada aikaan muutos osastolla, mutta tällä kertaa myönteinen sellainen. Oli haasteellista alkaa esittää muutosta muutoksen keskelle, mutta tiesin tälle muutokselle olevan tarvetta. Moniammatilliseen työhön liittyvien muutosten tarve oli niin sosiaalityöntekijän kuin monen sairaanhoitajankin mielestä olemassa.

Huolimatta kiireestä ja tapahtuneista muutoksista osastolla oli henkilökunnan yleinen keskustelukulttuuri heidän oman arvionsa mukaan hyvä. Kaikki eivät olleet keskustelukulttuurin avoimuudesta yhtä mieltä, mutta tämä ei kuitenkaan näkynyt työkonferenssiseminaareissa. Olettavasti kävi niin, että keskusteluihin osallistuivat juuri ne työntekijät, jotka suhtautuivat positiivisimmin myös keskustelukulttuuriin. Tämä on tietenkin vain oma oletukseni. Kuitenkin myös sosiaalityöntekijä koki, että työkonferenssiseminaarien jälkeen niihin osallistuneet hoitajat olivat hänen suuntaansa aktiivisempia kuin ennen. Voidaan siis ehkä olettaa, että jo alun perin positiivisimmin ja innokkaimmin kehittämiseen suhtautuvat työntekijät myös osallistuivat keskusteluihin. Keskusteluista poisjääminen ei ollut millään tavoin sanktioitua. Myös tästä syystä uskon, että mukana keskustelemassa olivat juuri ne työntekijät, jotka olivat ilmapiirikyselyn vastauksissaan tuoneet esiin pitävänsä keskustelukulttuuria hyvänä. Mikäli näin ei kuitenkaan ollut, niin kielteisesti keskustelukulttuuriin suhtautuneet työntekijät osallistuivat keskusteluun huolimatta huonoista kokemuksistaan.

Eräs ongelma nousee vahvasti esiin, kun pohditaan hyvin onnistuneita työkonfe-

rensiseminaareja. Tilaisuuksiin eivät osallistuneet kaikki henkilökunnan jäsenet, ja tästä syystä on selvää, että heillä ei voi olla kehittämistä samanlaista kokemusta kuin tutkimuksentekoon osallistuneilla. Miten siis saataisiin siirrettyä oppimiskokemukset myös muille? Olisiko ehkä löydettävissä tapa, jolla koko henkilökunta voisi osallistua yhteiseen keskusteluun? Hyvin käytäntöjen jalkauttaminen ei ole helppoa, ja usein puhutaankin soveltamiskuilusta. Erilaisten hankkeiden avulla kartutetaan tilapäisesti uutta tietoa, joka ei kuitenkaan siirry kaikille. Voidaan puhua myös kestävyyskuilusta, jolloin työntekijöiden aktivoituminen on vain väliaikaista. (Arnkil 2007, 56.)

Yleinen ja myös kirjallisuudesta (vrt. Lindén 1999, 111 ja Sulman ym.2005, 241) esiin noussut käsitys sairaalan sosiaalityöntekijän etuuskeskeisestä roolista tuli esiin myös tämän tutkimuksen teon aikana useasti. Työkonferenssiseminaareissa sosiaalityöntekijän rooli hahmottui paljolti etuuskautta aivan keskustelujen alkuvaiheessa. Keskustelujen kuluessa ja yhteisen ymmärryksen löytyessä näytti sosiaalityöntekijän rooli tuntui muovautuvan keskustelijoiden mielissä lähemmäs konsulttia. Konsultin roolissa sosiaalityöntekijän voi olla helpompi tehdä työtä ennaltaehkäisevästä orientaatiosta käsin. Olisikin hyvä, että konsultaatiota kysyttäisiin entistä enemmän myös ns. epäselvissä tapauksissa, eikä vain esimerkiksi sairaslomiin liittyen. Osaston sosiaalityöntekijän mukaan potilaita on nyt viime aikoina lähetettykin hänen luokseen enemmän ”selvittelytarkoituksessa”. On siis oivallettu, että sosiaalityön tarpeen ei tarvitse olla tarkoin määritelty. Tämän tutkimuksen avulla onkin mielestäni siirretty askel kauemman etuuskeskeisyydestä.

Toimiva moniammatillinen yhteistyö tuottaa parempaa palvelua potilaille ja myös luovempaa kehittämistoimintaa kuin yksiammatillinen työskentely. Kun pyritään luomaan todellista yhteistyötä, niin työntekijöitä on valmennettava ja pyrittävä vaikuttamaan yhteistyön ongelmakohtiin. Yhteistyön tärkeä edellytys onkin molemminpuolinen arvostus. (Mattila 2007, 26.) Työkonferenssikeskustelujen ja sosiaalityöntekijän haastattelun tärkeää antia oli huomata, että ammattiryhmien väli-

nen arvostus oli todella korkealla. Sosiaalityöntekijä toi selvästi esille, että ymmärtää sairaanhoitajien kiirettä. Sairaanhoitajat puolestaan kertoivat, että arvostavat sosiaalityöntekijän työpanosta.

Mielestäni työkonferenssiseminaarit sujuivat todella hyvässä ja rakentavassa hengessä. Kukaan ei sortunut muiden syyttelyyn, vaan osattiin katsoa myös omaa roolia osana potilaan hoitoketjua kriittisin silmin. Osanottajat pohtivat omaa rooliaan, ja useampikin osanottaja totesi kokevansa tarvetta ”katsoa peiliin”. Syitä ongelmille etsittiin ennen kaikkea omasta toiminnasta, eikä sorruttu muiden syyttelyyn. Dialogi oli siis oman arvioni mukaan erittäin demokraattista. Ryhmä oli lisäksi kyllin pieni, joten uskon että kaikki saivat sanoa sanottavansa. Esille nousseita vaikeita kysymyksiä, kuten lastensuojelullista näkökulmaa, käsiteltiin myös hyvin rakentavasti. Koko keskustelun ajan tähdättiin oman näkemykseni mukaan miettimään sitä, mitä henkilökunta voi tiiminä tehdä paremmin, kuitenkin unohtamatta jokaisen yksilön vastuuta työstä. Osaston sosiaalityöntekijä kertoi niin työkonferenssiseminaareissa kuin haastatteluissakin aikovansa myös itse olla aktiivisempi. Hän aikoi ottaa enemmän kontaktia niin muuhun henkilökuntaan kuin potilaisiinkin. Keskustelujen myötä väärä käsitys sosiaalityöntekijän työmäärästä ja kiireestä tuli korjatuksi, ja luultavasti sairaanhoitajat uskaltavat jatkossa käyttää sosiaalityöntekijän apua hyödykseen entistä enemmän. Ehkä näin päästään lähemmäs yhdessä toteutettavaa psykososiaalista työskentelyä (vrt. Lindén 1999, 153).

Tämän tutkimuksen suurin saavutus omasta mielestäni oli eri ammattiryhmien edustajien kerääminen saman pöydän ääreen. Vaikka ilmapiirikyselyn tuloksien mukaan moniammatillinen yhteistyö oli joidenkin vastaajien mielestä hyvällä mallilla, niin todellisuus osoittautui toiseksi. Tuli selvästi näkyviin, että eri osapuolilla oli toistensa työstä väärää käsityksiä, jotka johtuvat hyvin pitkälle myös keskusteluihin osallistuneiden työntekijöiden mielestä kommunikaation puutteesta. Työkonferenssimenetelmän avulla työntekijöille järjestyi rauhallinen ti-

lanne, jossa he saivat rauhassa keskustella tietystä teemasta. Tavoitte aikaansaada konkreettinen muutos nopeasti ja pienellä vaivalla ei toteutunut, mutta hyvän alun kehittämistyölle tämä tutkimus kuitenkin loi. Sosiaalityöntekijä kertoi, että hänen mielestään tästä on hyvä jatkaa eteenpäin. Sosiaalityöntekijän tutkimukselle asetamat tavoitteet siis toteutuivat työkonferenssimenetelmää käyttäen.

Sosiaalityöntekijän lausuma, ”jos pitäisin itsestäni enemmän meteliä, niin ehkä sitten”, osoittautui tutkimuksen kuluessa kaikeksi onneksi vääräksi oletukseksi. Sosiaalityöntekijä itsekkin totesi haastattelussaan, että yksinpuhuminen ei tuota haluttuja tuloksia. Yksinkehittäminen ei luonnistu, eikä tuota hyviä tuloksia. Työkonferenssiseminaareissa sovitusta välitavoitteista (keskusteluista tiedottaminen, sosiaalityöntekijän osallistuminen lääkärin kierroille) pidettiin sovitusti kiinni ja joitakin ideoita myös kuopattiin. Yhdessä keskusteleminen vahvisti ajatusta siitä, että kaikki työntekijät toimivat potilaan tilannetta edistääkseen, eli heillä on yhteinen tavoite työlleen (ks. Määttä 2006, 578-579).

Oman arvioni mukaan työkonferenssimenetelmä kokonaisuudessaan sopi käytettäväksi moniammatillisen työn kehittämisen välineenä. Monta asiaa olisi voinut kuitenkin tehdä toisin. Tapaamisia olisi voinut olla useampia, ja niihin olisi voinut osallistua koko henkilökunta vuorollaan. Tässä kohdin on kuitenkin huomioitava ajallisten resurssien rajallisuus. Myös saavutettuja tuloksia olisi voitu arvioida jollain tavoin myös muun henkilökunnan näkökulmasta käsin, mutta taas törmään resurssiongelmaan. Kaiken kaikkiaan koen kuitenkin onnistuneeni tutkimuksenteossa ja mini-interventioni toteutuksessa hyvin. Olen myös oppinut tätä työtä tehdessäni paljon tutkimuksenteosta, työstä ja ihmisistä.

## 11 EETTISIÄ NÄKÖKULMIA

### 11.1 TUTKIMUSLUPA

Sairaaloissa tehdään koko ajan paljon erilaisia tutkimuksia, pääosin lääketieteellisiä. Ilman lupaa tutkimusta ei kuitenkaan saa lähteä toteuttamaan. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antaa lausuntoja tutkimuslupia haettaessa, ja myös oman tutkimukseni tutkimussuunnitelma kävi eettisen toimikunnan edessä. Toimikunnan antaman lausunnon mukaan en kuitenkaan välttämättä tarvitsisi toimikunnan lausuntoa tutkimukseni eettisistä perusteista. Tutkimuslupia eettinen toimikunta ei myönnä, vaan ainoastaan lausuntoja.

Varsinaisen tutkimusluvan minulle myönsi sähköpostin välityksellä osaston ylilääkäri Ismo Jantunen tutkimuksestani tekemäni yhteenvedon pohjalta. Tutkimukseni tekoa hidasti epäselvyys tutkimusluvan hankkimisesta, sillä väärinymmärrysten vuoksi luulin eettisen toimikunnan lausunnon olevan ehdottomasti välttämätön. Vaikka näin ei ollutkaan, niin toimikunnan päätös lausunnon tarpeettomuudesta takaa osaltaan tutkimuksen eettiset perusteet.

### 11.2 TIEDOTTAMINEN

Pyrin koko tutkimuksen teon ajan tiedottamaan suunnitelmistani tutkimukseen osallistuville. Tiedotus tapahtui lähinnä kirjallisesti jakamalla informaatiokirjeitä henkilökunnalle. Lisäksi pidin pienimuotoisen tiedotustilaisuuden tutkimukseeni liittyen. Osaston 31:n henkilökunnalla on ollut saatavilla yhteystietoni, mikäli heillä olisi jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen. Minuun sai yhteyttä sähköpostilla ja puhelimitse.



Pidin melko tiivistä yhteyttä osaston 31 osastonhoitajaan tehdessäni ilmapiirikyselyä, sekä suunnitellessani työkonferenssiseminaareja. Osastonhoitajan kautta esitettiin myös minulle suunnattuja kysymyksiä tutkimukseen liittyen. Yhteydenpito hoitohenkilökuntaan toimi paljolti osastonhoitajan välityksellä, ja häntä voidaankin kutsua tutkimuksen yhteydenpitokoordinaattoriksi. Koin tämän erittäin myönteisenä seikkana, sillä tutkimuksen aihe on peräisin osaston sosiaalityöntekijältä. Pitämällä yhteyttä osastonhoitajaan sain paremman kuvan myös hoitohenkilökunnan näkemyksistä tutkimukseen ja sen toteutukseen liittyen.

### 11.3. TUTKIMUKSEN HYVÄKSYTTÄMINEN

Tässä tutkimuksessa on tärkeää se, että työkonferenssiseminaareihin osallistuneiden työntekijöiden ja myös haastatellun sosiaalityöntekijän puhetta on tulkittu oikein. Pyrin varmistamaan tämän niin, että sosiaalityöntekijä on saanut tutustua tutkimukseen ennen sen hyväksymistä, ja sitten olen tehnyt siihen tarvittavat oikeaisut ja muutokset. Myös osaston 31 osastonhoitajalla on ollut tilaisuus tutustua tutkimukseen. Voidaan siis sanoa, että tutkimus on hyväksytetty tutkimukseen osallistuneilla. Koko tutkimus myös toimitetaan julkaisun jälkeen Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin, sekä Keski-Suomen syöpäyhdistyksen käyttöön.

Tarkoituksena on myös esitellä tutkimusta tuloksineen Keski-Suomen syöpäyhdistyksen sairaanhoitajille ja sairaanhoidon opiskelijoille suunnatussa avoimessa koulutustilaisuudessa 19.11. Jyväskylän ammattikorkeakoulun tiloissa.

## KIRJALLISUUS

Arnkil, Robert (2007) Hyvien käytäntöjen levittäminen EU:n kehittämisstrategiana. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki: Stakes. 55-73.

Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (2005) Yhteen veto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisen terveys. Helsinki: Duodecim. 444-461.

Creswell W. John (1998) Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Ekman Philips, Marianne & Rehnström, Kerstin (1996) Workplace development, gender and communicative competence. Teoksessa Gustavsen, Björn & Toulmin, Stephen (toim.) Beyond theory. Changing organizations through participation. Dialogues on work and innovation. Amsterdam: Benjamin. 53-66.

Elo, Anna-Liisa (1994) Kysely-palaute menetelmä työn osallistuvan kehittämisen tukena. Teoksessa Lindström, Kari (toim.) Terve työyhteisö –kehittämisen malleja ja menetelmiä. Helsinki: Työterveyslaitos. 40-52.

Elovainio, Marko (1994) Ryhmät ja tiimit työssä. Teoksessa Lindström, Kari (toim.) Terve työyhteisö –kehittämisen malleja ja menetelmiä. Helsinki: Työterveyslaitos. 117-137.

Gustavsen, Björn (1992) Dialogue and development, Social science for social

action: toward organizational renewal. Stocholm: Arbetslivcentrum.

Haapaniemi, Hannele & Routasalo, Pirkko & Arve, Seija (2003) Iäkkään aivoinfarktipotilaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen. Toimintatutkimus. Tutkimusraportti. Turku: Turun kaupunki.

Heikkilä, Asta & Aukeala, Kristiina & Risku, Aija & Viitanen, Tuija & Haapamäki, Marja-Liisa (2005) Hyvän hoidon kehittäminen palvelulinjan eri vaiheissa Seinäjoen keskussairaalan lastentautien toimintayksikössä. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Heikkilä, Jorma & Heikkilä, Kristiina (2001) Dialogi –avain innovatiivisuuteen. Helsinki: Werner Söderström.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (1997) Tutki ja kirjoita. 10., osittain uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Julkunen, Raija (2004) Huvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus. 168-186.

Karjalainen, Pekka (2007) Prosesseja, vaikuttavuutta ja muutosmekanismeja. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki: Stakes. 197-214.

Karjalainen, Vappu (2007) Verkostokehittäminen. Palveluparadigman muutosvoima. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.)

Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki: Stakes. 251-268.

Kirjonen, Juhani (2007) Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) Kehittämistyön risteyskiä: Helsinki: Stakes. 117-133.

Koskensalmi, Saija & Lauttio, Leena-Maija (2002) Kehittämishankkeet –muutos parempaan. Teoksessa Lindström Kari & Leppänen, Anneli (toim.) Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos. 86-93.

Kuula, Arja (1999) Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Lindén, Mirja (1999) Terveystuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Helsinki: Stakes.

Lehikoinen, Jenni (2003) Verkostokoulutus nuoriso-osastolla. Etnografia Haukkalan sairaalan työryhmän oppimisesta. Pro gradu -tutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Lindström, Kari. Työkonferenssimenetelmä. Teoksessa Lindström Kari & Leppänen, Anneli (toim.) Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos. 132-141.

Mattila, Kati-Pupita (2007) Moniammatillista arvostusta. Artikkelijulkaisussa Sosiaaliturva 11/07.

Mattila, Pauliina & Elo, Anna-Liisa (2002) Kysely-palaute menetelmä. Teoksessa Lindström Kari & Leppänen, Anneli (toim.) Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos. 124-131.

Maxwell, Joseph A. (1996) *Qualitative research design: an interactive approach*. Sage: Thousand oaks.

Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityöntekijäin liitto. Helsinki: Edita. 143-164.

Metteri, Anna & Niemi, Marja (2005) Social work and conflict resolution. Patient ombudsperson. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) *Social work in health and mental health. Issues, developments and actions*. Toronto: Canadian scholars press. 221-240.

Middleton, David (1996) Talking work: Argument, common knowledge and improvisation in teamwork. Teoksessa Engeström, Yrjö & Middleton, David (toim.) *Cognition and communication at work*. Cambridge: Cambridge University press. 233-256.

Mäkisalo, Merja (1999) "Me teemme sen!" Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Määttä, Mirja (2006) Poikkihallinnolliset ryhmät ja perheiden ongelmiin puuttuminen. Teoksessa *Yhteiskuntapolitiikka 6/2006*. Helsinki: Stakes. 567-581.

Mönkkönen, Kaarina (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityöntekijäin liitto. Helsinki: Edita. 51-66.

Neuman, Lawrence William (2007) *Basics of social research. Qualitative and*

quantitative approaches. 2. painos. Boston: Paerson/Allyn and Bacon.

Nikander, Pirjo (2005) Managing scarcity. Joint decision making in interprofessional meeting. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) Social work in health and mental health. Issues, developments and actions. Toronto: Canadian scholars press. 260-279.

Ojuri, Auli (1995) Ammatillista yhteistyötä –keiden kanssa ja keiden ehdoilla? Tapaustutkimus eri toimijoiden yhteistyöstä Varsinais-Suomen erityishuoltoapiiriin kehitysvammanneuvolassa. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Ojuri, Auli (1996) Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijäin liitto. Helsinki: Edita. 116-128.

Parviainen, Henna & Telilä, Johanna (2005) ”...ei sairaalassa voi yksin tehdä tätä työtä...” Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosiaalityössä. Pro gradu – tutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Pesonen, Ilkka (1992) Työkonferenssimenetelmä työn tutkimisen ja kehittämisen välineenä. Raportti LAATU-projektin järjestämästä ruokahuollon työkonferenssista talvella 1992. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pålhaugen, Qyvind (1996) ”This is not the whole story...” On the demand of scientific reports of action research. Teoksessa Gustavsen, Björn & Toulmin, Stephen (toim.) Beyond theory. Changing organizations through participation. Dialogues on work and innovation. Amsterdam: Benjamin. 137-158.

Rautava, Marie (2007) Onnistuuko dialoginen käytäntöjen oppiminen? Esimerkkinä verkostokonsulttitoiminta. Teoksessa Seppänen-Järvelä, Riitta &

Karjalainen, Vappu (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki: Stakes. 233-249.

Riska, Elianne & Wrede, Sirpa (2004) Kuka on kestävä sairaanhoitaja?  
Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit.  
Helsinki: Gaudeamus. 41-62.

Ryynänen, Ulla (2000) Terveys ja turvallisuus. Teoksessa Niemelä, Pauli &  
Lahikainen Anja Riitta (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino.  
41-63).

Santamäki, Kirsti (2004) Sairaanhoitajien työttömyys ja ammattikunnan  
lohkoutuminen. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön  
amatit. Helsinki: Gaudeamus. 144-167.

Sarala, Urpo (2003) Toiveista totta. Työyhteisöjen kehittäminen käytännössä. 3.  
painos. Helsinki: Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia.

Seppänen-Järvelä, Riitta (1999) Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne  
sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Stakes.

Seppänen-Järvelä, Riitta (2007) Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin.  
Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-  
Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki:  
Stakes. 17-34.

Soini, Sinikka & Joki, Marjut & Lahtinen, Marjaana & Vartia, Maarit (2002)  
Alkuelvittely edellytys kehittämisprosessin onnistumiselle. Teoksessa Lindström  
Kari & Leppänen, Anneli (toim.) Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Helsinki:  
Työterveyslaitos. 104-113.

Solantaus, Tytti (2005) Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? Osa 1. Suomen lääkärilehti 38/2005, 3765-3770.

Sulman, Joanne & Savage, Diane & Vrooman, Paul & McGillivray (2005) Social work supervision in the new millenium. Tapping the power of social work group. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) Social work in health and mental health. Issues, developments and actions. Toronto: Canadian scholars press. 241-259.

Taipale, Elina & Outinen, Maarit & Mäkelä, Marjukka (1998) Missä mennään erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa 1997? Helsinki: Stakes 16/1998.

Tedre, Silva (2004) Likainen työ ja virallinen hoiva. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus. 63-83.

Teppo, Lyly. Syöpätaudit. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen, Juha Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Stakes (190-200).

Toba Schwaber, Kerson, & McCoyd, Judith L.M. & Chimchian, Joanne M.(2005) Spanning boundaries. An enriched ecological perspective for social workers practising in health and mental health care. Teoksessa Heinonen, Tuula & Metteri, Anna (toim.) Social work in health and mental health. Issues, developments and actions. Toronto: Canadian scholars press. 8-25.

Vartiainen, Eija (2007) Konsultti kehittäjänä. Teoksessa Kehittämistyön risteyksiä Seppänen-Järvelä, Riitta & Karjalainen, Vappu (toim.) Helsinki: Stakes. 135-163.

Vartiainen, Marjo & Kujala, Päivi (1999) Kaikki Mukaan. Yhdessä kehittämisen käsikirja. Helsinki: Työterveyslaitos.



### **Elektronisessa kausijulkaisussa ilmestyvät lähteet:**

DiPalma, Carolyn (2004) Power at work: navigating hierarchies, teamwork and webs. Julkaisussa: Journal of medical humanities. Vol. 25, issue 4 (viitattu 15.2.2007). Saatavilla www-muodossa osoitteesta:  
<http://www.springerlink.com/content/q6204t0r70n0/>. p. 291-308.

Verkossa ilmestyneet artikkelit:

Mattila, Pauliina & Elo, Anna-Liisa & Kuosma, Eeva & Kylä-Setälä, Eeva (2004) Työkonferenssien vaikutus työyhteisön toimivuuteen ja työntekijöiden hyvinvointiin. Lisensiaatintyö (viitattu 13.2.2007). Saatavilla pdf-muodossa osoitteesta: [http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/D0B96EB1-557D-490A-95C2-076DD8B1EF1C/0/artikkelit\\_mattila\\_et\\_al.pdf](http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/D0B96EB1-557D-490A-95C2-076DD8B1EF1C/0/artikkelit_mattila_et_al.pdf).

### **Elektroniset lähteet:**

Ksshp:n strategia vuosille 2006-2009 ja eettiset periaatteet: (viitattu 14.6.2007)  
Saatavana www-muodossa: <URL:  
[Sairaanhoitopiiri: \(viitattu 1.11.2006\) Saatavilla www-muodossa:  
<URL:<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=2705&nodeid=24898>>.](http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=7055&GUID={28867EE8-BE70-43C0-BBF0-E3EF5BC3C753}>.</a></p></div><div data-bbox=)

Sosiaalityö: (viitattu 15.6.2007) Saatavilla www-muodossa: <URL:  
<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=24826&culture=fi-FI&contentlan=1>>.

Sädesairaala: (viitattu 20.5.2007) Saatavilla www-muodossa: <URL:  
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=24723>>.

## Liite 1: TIEDOTUSKIRJE OSASTON 31 HENKILÖKUNNALLE

Pro gradu –tutkimus: Työkonferenssimenetelmän vaikutus perheellisten potilaiden huomiointiin osastotyöskentelyssä KSSHP:n sädesairaalan vuodeosastolla 31.

Tarkoitukseni on tutkia *työkonferenssimenetelmän vaikutusta osastotyöskentelyyn ja perheellisten potilaiden huomioimiseen.*

Työkonferenssimenetelmä on keskustelutilaisuus, jossa kaikilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun ja vaikuttaa asioihin. Yhteisten keskustelujen tavoitteena taas on oman työn kehittäminen ja sitä kautta perheellisten potilaiden aseman parantaminen. Tutkimukseen osallistuvat

**perus- ja sairaanhoitajat sekä osaston sosiaalityöntekijä.** Tarkoitukseni on selvittää, *millaista keskustelutilaisuuksiin osallistuminen teidän mielestänne oli ja oliko tutkimuksesta teille osallistujille mitään hyötyä.* Minua kiinnostaa juuri tämä ja lisäksi myös se, miten te alan ammattilaisina ja asiantuntijoina keskustellette yhdessä potilaiden hoitoon liittyvistä asioista.

### **Tutkimuksen etenemisvaiheet**

Jotta tutkimus toteutuisi, tarvitsen teidän kaikkien apua. Tutkimusluvan hankkiminen on vielä kesken, mutta heti kun saan asian hoidettua voimme aloittaa tutkimuksenteon. Tutkimus alkaa **(1) ilmapiiirikyselyllä**, johon vastataan nimettömän postitse. Seuraavaksi järjestän kaksi **(2) keskustelutilaisuutta** (työkonferenssia), joissa on aiheena *perheellisten potilaiden huomiointi osastotyöskentelyssä erityisesti sosiaalityön näkökulmasta.* Muutaman kuukauden kuluttua keskusteluista tutkimus päättyy

**(3) arviointikyselyyn** (jälleen nimettömänä postitse).

***TERVETULOA MUKAAN TUTKIMUKSENTEKOON!***

## Liite 2: KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE

**Hei!**

Tämä kysely on osa sosiaalityön pro gradu –tutkimustani, jonka toteutan yhteistyössä osastonne sairaanhoitajien, perushoitajien ja sosiaalityöntekijän kanssa. Tutkimuksen aiheena on **perheellisten potilaiden huomiointi osastotyöskentelyssä eri ammattiryhmien yhteistyön näkökulmasta**. Tämän kyselyn tulokset antavat minulle alustavia tietoja mm. osaston henkilökunnan suhtautumisesta kehittämishankkeisiin. Tutkimuksen seuraavassa vaiheessa järjestetään kaksi kehityskeskustelua, **18.4** ja **25.4**, klo 15.00-17.00. Toivonkin jokaisen osallistuvan jompaankumpaan tilaisuuteen. Ilmoittautua voi osastonhoitaja Sirpalle **viimeistään 13.4**. Luvassa on keskustelua työkavereiden kanssa tärkeästä aiheesta sekä lisäksi kahvia ja pientä purtavaa. Paikkana on sädesairaalan neuvotteluhuone. Myös aiheesta kiinnostuneet opiskelijat ovat tervetulleita keskustelemaan ja kehittämään!

Ensiksi toivon kuitenkin, että vastaat tähän kyselyyn nimettömänä ja palautat sen Sirpalle suljetussa kuoressa **viimeistään 10.4!**

**Yhteistyöterveisin ja aurinkoista kevättä toivotellen:  
Heini Luukkonen (044-5555404), helaakso@cc.jyu.fi**

## Liite 3: ILMAPIIRIKYSELYLOMAKE

### LÄHTÖTILANNE

1. Onko osastolla tapahtunut lähiaikoina suuria muutoksia (esim. töiden uudelleen organisointia, henkilöstömuutoksia jne.) **Rastita sopivin vaihtoehto ja täydennä vastaustasi tarvittaessa sanallisesti.**

kyllä,

minkälaisia\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ei

2. Onko osastolla tiedossa suuria muutoksia lähitulevaisuudessa? **Rastita sopiva vaihtoehto ja täydennä vastaustasi tarvittaessa sanallisesti.**

kyllä,

minkälaisia\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ei

3. Millaiseksi koet osaston keskustelukulttuurin (esim. saatko oman äänesi kuuluviin, onko keskustelu tasapuolista, keskustellaanko myös vaikeista asioista, keskustelevatko eri ammattiryhmien edustajat riittävästi keskenään jne.)? **Vastaa vapaasti omin sanoin. Jatka tarvittaessa paperin kääntöpuolelle.**

---

---

---

4. Millaiseksi koet yleisen ilmapiirin osastolla (esim. välitön ja rentoutunut, kaavoihin kangistunut, ristiriidat piilottava jne.)? **Vastaa vapaasti omin sanoin. Jatka tarvittaessa paperin kääntöpuolelle.**

---

---

---

---

---

#### **AIKAISEMMAT KOKEMUKSET**

5. Oletko aikaisemmin ollut mukana työhösi liittyvässä kehittämishankkeessa/tutkimuksessa? **Rastita sopiva vaihtoehto ja täydennä vastaustasi tarvittaessa sanallisesti.**

kyllä, kuinka

monessa \_\_\_\_\_

en

6. Oletko parhaillaan mukana jossakin työhösi liittyvässä kehittämishankkeessa/tutkimuksessa? **Rastita sopiva vaihtoehto ja täydennä vastaustasi tarvittaessa sanallisesti.**

kyllä,

missä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

en

7. Oletko mielestäsi osallistunut työhösi liittyviin kehittämishankkeisiin/tutkimuksiin. **Rastita sopivin vaihtoehto.**

sopivasti

liikaa

liian vähän

en lainkaan

8. Mitkä seuraavista ovat mielestäsi hyvän kehittämishankkeen tunnusmerkkejä?

**Rastita kaksi mielestäsi sopivinta vaihtoehtoa.**

selkeät tavoitteet

realistiset tavoitteet

hyvä tiedottaminen

onnistunut aikataulu

osallistujien sopiva työmäärä

pysyvät tulokset (esim. uutta tietoa, uusia toimintatapoja)

alhaiset kustannukset

kekseliäs toteutustapa

muu,

mikä \_\_\_\_\_



## LIITE 4: TEEMARUNKO

### **TUTKIMUSAIHEEN TAUSTOJA**

1) Mistä kaikki lähti liikkeelle? Mistä sait ajatuksen teettää perheellisten syöpäpotilaiden tilanteesta gradu tutkimuksen?

### **TUTKIMUKSEN TOTEUTUMINEN**

2) Onko tutkimus vastannut odotuksiasi? Minkälaisena koit työkonferenssimenetelmän käytön?

### **TYÖKONFERENSSIMENETELMÄN VAIKUTTAVUUS**

3) Oliko työkonferenssiseminaareista hyötyä? Mitä tapahtui seminaarien jälkeen? Onko omassa työssäsi tapahtunut muutoksia?

### **JATKOSUUNNITELMAT**

4) Mitä tapahtuu jatkossa?