

Johtava sosiaalityöntekijä terveyssosiaalityön toimijana

Tuula Kyyhkynen

Lisensiaattitutkimus

Sosiaalityö

Hyvinvointipalvelujen erikoisala

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden
tiedekunta

Itä-Suomen yliopisto

Kuopio

syyskuu 2012

Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sosiaalityö, Hyvinvointipalvelujen erikoisala, Yhteiskuntatieteiden laitos
KYYHKYNEN, TUULA: Johtava sosiaalityöntekijä terveyssosiaalityön toimijana
Lisensiaattitutkielma. Ohjaajat: YTT, HTL Vuokko Niiranen, YTT, TtL Sari Rissanen

Avainsanat: Terveys sosiaalityö, johtava sosiaalityöntekijä, sairaanhoitopiiri, sairaala, johtaminen, kehittäminen, verkostoyhteistyö

Tutkimuksessa tarkastellaan johtavien sosiaalityöntekijöiden työn sisältöä, roolia ja sosiaalityön kehittämistoimintaa sairaanhoitopiireissä. Tutkimuksella haetaan tietoa siitä, mitä on terveys sosiaalityö ja millaisena se näyttäytyy sairaalassa johtavien sosiaalityöntekijöiden työn kautta. Tutkimukseen sisältyy historiallinen katsaus terveys sosiaalityön kehittymisestä ja sen tehtävien ja painotusten muuttumisesta yhteiskunnallisen kehityksen mukana eri aikakausina. Teoreettisena viitekehyksenä on käytetty organisaatio- ja rooliteoriaa sekä kehittämisteorioita.

Johtavien sosiaalityöntekijöiden työ näyttää erilaiselta eri sairaanhoitopiireissä painottuen sairaanhoitopiirin koon, hallinnollisen aseman ja sosiaalityöntekijöiden määrän mukaan. Lähes kaikkien tehtäviin kuului myös potilastyötä. Selkeästi määritelty tehtävä ja organisaatioasema antavat toiminnalle parhaat toimintaedellytykset. Myös se, millaisiin kehittämisryhmiin johtava sosiaalityöntekijä kuului, näyttäisi vaikuttavan työn kehittämiseen. Kehittämistyö osoittautui laaja-alaiseksi ja monipuoliseksi, erityisen merkittäväksi koettiin aktiivinen mukanaolo yliopistoyhteistyössä laajemman yhteiskunnallisen tiedon tuottamiseksi.

Jatkuva kouluttautuminen ajankohtaisissa kysymyksissä ja yhteisten tapaamisten järjestäminen johtaville sosiaalityöntekijöille sekä vertaistuki lisäsivät osaamista ja työn hallintaa. Tässä tutkimuksessa tuotiin esiin myös hyviä toimivia käytäntöjä. Tulevaisuuden terveys sosiaalityön yhteisinä haasteina nähtiin syrjäytymisen ehkäiseminen ja terveyserojen kaventaminen eri väestöryhmien välillä, joita voidaan edistää moniammatillisella verkostotyöllä laaja-alaisesti eri tasoilla. Myös johtamistyö muuttuu ja uudistuu kaiken aikaa terveydenhuollon organisaatioiden ja toimintaympäristön muutosten mukana prosessi- ja verkostotyön suuntaan potilas/asiakaslähtöisesti.

LEADING SOCIAL WORKERS AS ACTORS IN SPECIAL HEALTH CARE

Keywords: Health social work, leading social worker, hospital district, hospital, management, development, network co-operation

This study examines leading social workers' job content and role and the development of social work in hospital districts. The study sought information on what health social work is and how it manifests itself through the work of hospitals' leading social workers. The study will include a historical overview of health social work and how the tasks have changed in line with social developments, with different emphases in different periods of time. The theoretical framework consists of organization theory, role theory and theories of development.

Leading social workers' tasks appear to be very different in different hospital districts depending on the size of the hospital district and the administrative status and number of social workers. Almost all leading social workers' tasks also included patient work. A clearly defined job description and organizational role creates the best possible operating conditions. The development of the work was also affected by what development groups the leading social worker belonged to, and how the leading social worker's administrative position was defined in the organization. The diversity of multi-professional development work appeared to be very broad and varied. In particular, the significance of active participation in university cooperation to produce broader social knowledge was emphasized.

The development work is sometimes done even with very small resources, if it is considered important. University co-operation and management support were seen as vital resources for job development. Skills and control of the work were increased by constant training on topical issues, meetings of leading social workers and peer support. This study also enabled good working practices to be proposed for common use. As health and social structures are changing, social exclusion and health disparities among different population groups were seen as important future challenges for health social work, which can be met with broad multiprofessional networking at all levels. The work of leadership is also constantly changing and renewing itself, in line with the changes in the organization and the operating environment, in the direction of processing work and networking.

SISÄLTÖ

1 TERVEYSSOSIAALITYÖN TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	6
1.1 Johtavan sosiaalityöntekijän työn perusta sairaanhoitopiireissä	6
1.2 Yksilöidyt tutkimustehtävät, aineisto ja keskeiset käsitteet.....	9
1.3 Aikaisempia tutkimuksia	11
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA.....	13
2.1 Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi -käsitteiden ulottuvuuksia	13
2.2 Sosiaalityö asiantuntijatyönä	18
2.3 Terveystenhuollon sosiaalityön kehittyminen.....	21
2.4 Sairaala terveyssosiaalityön toimintaympäristönä ja organisaationa.....	25
2.5 Asiantuntijuus ja johtaminen terveyssosiaalityössä	31
2.5.1 Asiantuntijuuden moniulotteisuus johtamisessa	31
2.5.2 Sosiaalityön kehittäminen.....	37
2.5.3 Lähijohdon rooli kehittämisessä	41
2.6 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	48
3 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTON KÄSITTELY	50
4 TUTKIMUKSEN TULOKSET	52
4.1 Johtavien sosiaalityöntekijöiden työn piirteet.....	52
4.2 Terveysosiaalityön johtajuuden rooli	58
4.3 Terveysosiaalityön kehittämistoiminta	62
4.4 Terveysosiaalityön tulevaisuuden haasteet.....	68
5 TUTKIMUKSEN YHTEENVETO, LUOTETTAVUUS JA JOHTOPÄÄTÖKSET	72
5.1 Tutkimuksen yhteenveto	72
5.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia.....	75
5.3 Johtopäätökset.....	76
LÄHTEET	79
LIITTEET	86
Liite 1 Kotimaisia tutkimuksia terveydenhuollon sosiaalityöstä työntekijän tai asiakkaan näkökulmasta vuosina 2005 – 2011	86

Liite 2 Ulkomaisia tutkimuksia terveydenhuollon sosiaalityöntekijän näkökulmasta vuosina 2005 – 2011	87
Liite 3 Saate	88
Liite 4 Webropol -kyselylomake.....	89
Liite 5 Teemahaastattelukysymykset.....	97
Liite 6 Teemahaastattelulomake	98

Kuviot

Kuvio 1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet.....	10
Kuvio 2 Sosiaalityön osaaminen.....	30
Kuvio 3 Sosiaaliajan johtajan ammattiroolin kehä ja odotukset.....	40
Kuvio 4 Johtamistyöhön kohdistuvia odotuksia.....	42
Kuvio 5 Johdon roolit.....	44

Taulukot

Taulukko 1 Hyvinvointipolitiikan määrittäminen eri toimijoiden tasolla	14
Taulukko 2 Sosiaalityön rooli hyvinvointipolitiikan välineenä	16
Taulukko 3 Kehittämisen ajattelutapojen muuttuminen.....	36
Taulukko 4 Kyselyyn osallistuneiden taustatiedot.....	50
Taulukko 5 Johtavan sosiaalityöntekijän työn jakautuminen keskimäärin vuositasolla arvioituna	51
Taulukko 6 Sosiaalityön asema organisaatiossa	54
Taulukko 7 Johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön asemasta ja alan tuntemuksesta sairaalaorganisaatiossa	54
Taulukko 8 Sosiaalityöntekijöiden määrän jakautuminen sairaanhoitopiirissä	55
Taulukko 9 Johtavien sosiaalityöntekijöiden keskeisimmät arviot työroolistaan.....	56
Taulukko 10 Johtavien sosiaalityöntekijöiden työrooleja aineistolähtöisesti luokiteltuna	57
<i>Taulukko 11 Toimivat hyvät käytännöt ja niiden kohderyhmät</i>	<i>60</i>
Taulukko 12 Johtavien sosiaalityöntekijöiden osallistuminen kehittämistoimintaan	61
Taulukko 13 Kehittämistoiminta sairaanhoitopiireissä.....	63
Taulukko 14 Tulevia sosiaalityön kehittämiskohteita sairaanhoitopiireissä	64
Taulukko 15 Kehittämistyön käytännön toteutuksen vaatimukset.....	65
Taulukko 16 Tulevaisuuden keskeiset haasteet eri toimijatasoilla johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemysten mukaan.....	67

1 TERVEYSSOSIAALITYÖN TUTKIMUKSEN TAUSTA

1.1 Johtavan sosiaalityöntekijän työn perusta sairaanhoitopiireissä

Tämä tutkimus käsittelee johtavien sosiaalityöntekijöiden työtä terveydenhuollossa, erityisesti työn sisällön, aseman ja kehittämistoiminnan näkökulmasta sairaanhoitopiireissä. Tavoitteena oli tutkia terveyssosiaalityötä johtavien sosiaalityöntekijöiden työn kautta. Tutkimuksen empiirinen osio pohjautuu kyselyyn ja teemahaastatteluun, jossa kysyin johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä työstään.

Aihe on ajankohtainen sillä suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa eletään voimakasta rakenteiden ja prosessien muutosvaihetta. Sosiaalityö ja erityisesti terveyssosiaalityö on tässä kontekstissa tärkeää erityisesti osana potilaan hyvinvointipalveluja sekä –politiikkaa. Terveydenhuollossa ei juuri ole tehty tutkimuksia terveyssosiaalityön johtajuuden näkökulmasta. Sairaalassa tehtävä terveyssosiaalityö joutuu sairaalan sisällä osaltaan kilpailemaan resursseista ja työn tekemisen edellytyksistä sairaalan moniammatillisessa organisaatiossa ja toimintakulttuurissa. Tämä tilanne luo terveyssosiaalityön suunnittelulle, resursoinnille ja käytännöille oman haasteensa terveydenhuollon sisällä.

Sairaanhoitopiirillä tarkoitetaan tässä suomalaisten erikoissairaanhoidon organisointitapaa. Sairaanhoitopiiri tuottaa alueensa väestön tarpeisiin perustuvia erikoissairaanhoidon palveluja, joita vastaavat kuntien terveyskeskusten perusterveydenhuollon palvelut. Tämä tutkimus koskee sairaanhoitopiireissä tehtävää terveyssosiaalityötä, eikä siinä ole erotettu erikseen somaattista tai psykiatrista sosiaalityötä. Terveyssosiaalityöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä terveydenhuollon piirissä tehtävää sosiaalityötä. Siinä ollaan tekemisessä ”terveys” -ilmiön kanssa ja työtä johtaa yleensä sairaanhoitopiireissä johtava sosiaalityöntekijä. Terveyssosiaalityön taustalla on terveyteen ja sosiaaliseen liittyviä ilmiöitä sekä lainsäädännöllinen peruste. Sen lisäksi terveyssosiaalityön toimijoilta edellytetään terveyteen liittyvää osaamista.

Terveyskäsite on yleisimmin määritelty biolääketieteellisesti, funktionaalisesti ja positiivisesti. Ihminen on joko terve tai sairas. *Biolääketieteellinen terveyskäsite* kiinnittää päähuomion sairauteen. Sen mukaan terveys on taudin puuttumista. Tässä vallitsee jyrkkä

dikotomia. Tauti on tai ei ja se on objektiivisesti määrättävissä. *Funktionaalisella terveyskäsityksellä* ymmärretään ihmisen toimintakykyä, jonka heikkeneminen on merkki sairaudesta. Terveiden ydin on kyky tehdä työtä, tuottaa ja toimia. Erilaiset työrajoitteet, kuten sosiaaliset, psyykkiset tai fyysiset, heikentävät yksilön mahdollisuuksia selviytyä tehtävistä. *Positiivinen terveyskäsitys* tulee käsityksestä, jonka mukaan diagnoosi ja toimintakyvyn vaje puuttuvat. Terveys merkitsee silloin täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, jossa yhdistyvät terveys ja hyvinvointi. Määritelmässä on tavoiteltu näkökulman laventamista moniulotteisemmaksi ja sen tunnustamista, ettei kenenkään terveys voi olla täydellinen. (Nissinen ym. 1994, 94 - 95.)

Terveys ja sairaus hahmotetaan klassisesti ihmiskuvaan ja näkemykseen siitä, millainen ihminen on. Lähtökohtana on ihminen fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena olentona, jolla on keho, tajunta ja toiminta (Niemelä 1985, 35). Ihmisen voidaan katsoa todentuvan fyysisenä luonnonolentona, psyykkisenä kulttuuriolentona ja sosiaalisena yhteiskuntaolentona. Psyykkisenä ja tajunnallisena olentona ihmisen todentuu fenomenologisena olentona, jolla on elämyksiä ja kokemuksia. Tajunnallisena olentona ihminen pystyy käsittelemään psyykkisesti erilaisia tapahtumia. Elämys on tajunnallisuutta kuvastava käsite kun taas elin on fyysistä kehoallisuutta kuvastava käsite. Tajunnallisena olentona ihmisellä on tiedostamisen elämyksiä. (esim. Niemelä 2008, 221 - 222.)

Terveys- ja sosiaalityön ihmiskuva ottaa huomioon edellä kuvatut eri puolet ihmisen sosiaalisen tilanteen kokonaisvaltaisessa selvittelyssä ja soveltaa ihmisen tarpeita ihmisen omiin sekä yhteiskunnan tarjoamien palvelujärjestelmien ja -verkostojen tuomiin mahdollisuuksiin. Terveys- ja sosiaalityö kuten muukin sosiaalityö uudistuu palvelu- ja kuntarakenteiden uudistumisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Ikääntyvän väestön kasvu aiheuttaa myös palvelutarpeen uudelleen arviointia lähitulevaisuudessa. Johtamis- ja kehittämistyön uudistamisella ja muutoksiin vastaamisella asiakaslähtöisesti on keskeinen merkitys terveys- ja sosiaalityön kehittämistyössä.

Koko suomalaisen yhteiskunnan palvelurakenteet ovat uudistuneet murrosten kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon menot muodostavat yli puolet kuntien menoista, mikä on vaikuttamassa merkittävästi muutostarpeisiin. Terveys on yksi keskeisimmistä hyvinvoinnin osatekijöistä, jolla on laajat vaikutukset ihmisten elämänsäkaaren aikana. (Saari, 2010, 8;

STM:n Hyvinvointi 2015-ohjelma, 7 - 9.) Palvelurakenteiden muutokset heijastuvat suoraan myös sairaalan sosiaalityöhön ja vaikuttavat työn sisältöön sekä sen kehittämistarpeisiin. Johtamistaitojen ja -tietojen sekä osaamisen kehittämisen vaatimukset kohdistuvat erityisesti murrosvaiheisiin sairaanhoitopiireissä ja kuntien sosiaali- ja terveystoimessa.

Terveystoimilaki (30.12.2010/1326) tuli voimaan 1.5.2011. Lain 2§:n mukaan tavoitteena on lisätä terveystoiminnan asiakaskeskeisyyttä, parantaa laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa perusterveystoimintaa, edistää terveyttä ja kaventaa terveyseroja sekä hillitä kustannusten kasvua. Lailla tavoitellaan perusterveystoiminnan ja erikoissairaanhoidon toimivuutta ja tiivistä yhteistyötä asiakaskeskeisesti. Se ottaa kantaa palveluiden sisältöön, mutta ei siihen, millä tavoin palvelut pitäisi tehokkaasti järjestää. Tältä osin noudatetaan palvelujärjestelmän periaatteita vielä osittain voimassa olevan kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain mukaisesti. Kunnat tai kuntayhtymät päättävät palveluiden järjestämisperiaatteista omilla alueillaan itsenäisesti.

Sosiaali- ja terveystoiminnan strategiassa ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, STM:n julkaisu”, linjataan sosiaalisesti kestävä yhteiskunta. Sen tarkoituksena on nostaa sosiaalinen kestävyys taloudellisen ja ekologisen kestävyuden rinnalle. Erityisesti se tarkoittaa sitä, että kaikkia jäseniä kohdellaan yhdenvertaisesti, vahvistetaan osallisuutta ja yhteisöllisyyttä, tuetaan terveyttä ja toimintakykyä sekä annetaan tarvittava turva ja palvelut. Nämä strategialinjaukset ohjaavat myös terveystoimintaa sairaanhoitopiireissä. Tähän liittyy tiiviisti myös tätä kirjoitettaessa valmisteilla oleva sosiaalihuoltolain uudistus, jonka on määrä tulla voimaan lähivuosina. Esimerkiksi vielä voimassa olevassa sosiaalihuoltolaissa (Sosiaalihuoltolaki 170/1982) määritellään miten ja mitä sosiaalipalveluja kunnan on tuotettava. Sen sijaan terveystoiminnan palveluiden tuottamisesta ja järjestämisestä sairaaloissa ei ole mainittu uudessa terveystoimilain laissa, mutta uutena käsitteenä terveystoimilakiin on tullut terveyden edistäminen, (Terveystoimilaki 1326/2010, 3 §). Laki avaa myös terveystoimintalle uudet mahdollisuudet, koska siinä mainitaan, että päätöksenteossa tulee ottaa huomioon paitsi väestön terveydentila, turvallisuus sekä sosiaalinen hyvinvointi. Terveystoimintayössä on noudatettu sosiaalihuoltolakia, joka antaa puitteet terveystoimintayön tekemiselle riippumatta siitä, missä organisaatiossa sosiaalityötä tehdään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tavoitellaan palveluorganisaation toimivuutta sekä saumatonta palvelu- ja hoitoketjua, jossa potilaan näkökulma ja itsemääräämisoikeus otetaan huomioon. Tavoitteena on mahdollisimman potilas-/asiakasystävällinen palvelu oikea-aikaisesti ja oikein mitoitetuilla resursseilla. Sosiaalityön nivoutuminen hoitoketjuun tapahtuu potilaan elämäntilanteen kautta. Myös lakeja on kehitetty tähän suuntaan mm. Kuntoutuslaki 566/2005, Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 ja Mielenterveyslaki 1116/1990 (www.finlex.fi).

Rakenteisiin kohdistuvien muutosten lisäksi terveyssosiaalityön asiakaskunnan tarpeissa tapahtuneet muutokset vaativat sosiaalityön asiantuntijuuden uudistamista ja kehittämistä. Tämä tapahtuu usein erilaisten kehittämisprojektien avulla. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on nostaa esiin myös sitä kehittämistyötä, mitä sairaanhoitopiireissä terveyssosiaalityössä tehdään yhdessä ja moniammatillisesti paikallisesti sekä erikoissairaanhoitopiirien kesken ja valtakunnallisesti. Omalta osaltaan tarkoitus on lisätä informaatiota terveyssosiaalityöstä yhtenä yhteiskunnan tuottamista julkisista palveluista.

1.2 Yksilöidyt tutkimustehtävät, aineisto ja keskeiset käsitteet

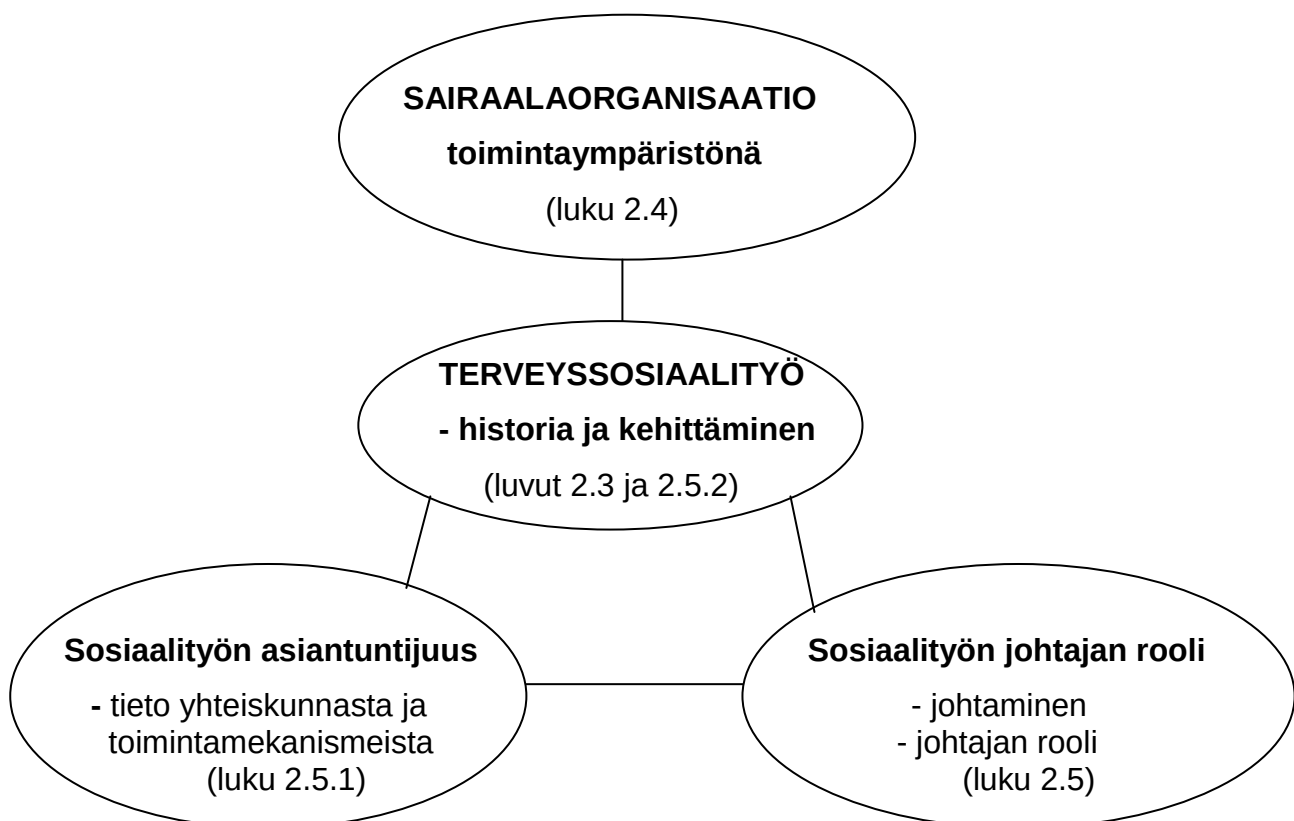
Tässä tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä terveyssosiaalityö on?
2. Millä tavoin terveyssosiaalityö on organisoitunut sairaanhoitopiireissä?
3. Millainen on johtavien sosiaalityöntekijöiden työn sisältö, asema ja rooli?
4. Millaiseen kehittämistoimintaan terveydenhuollon sosiaalityössä osallistutaan?
5. Millaiselta terveyssosiaalityö näyttää tulevaisuudessa?

Toteutin tutkimukseni sekä kyselynä että haastatteluna sairaanhoitopiirien johtaville sosiaalityöntekijöille. Suomessa on vielä vuonna 2012 yhteensä 20 sairaanhoitopiiriä, yliopistollisia sairaanhoitopiirejä on viisi. Sairaanhoitopiirien lukumäärä on voimakkaassa muutoksessa 2010-luvulla olevien kunta- ja palvelurakenneuudistusten johdosta, mikä vielä jatkuu. Tutkimusaineiston kokosin kyselyn ja teemahaastattelun avulla sillä hetkellä voimassa olevista sairaanhoitopiireistä. Ensimmäinen tutkimusaineisto on koottu sähköpostikyselynä webropol -ohjelmalla. Lähetin kyselyn marraskuun 2009 aikana

18:aan sairaanhoitopiiriin. Jätin pois Ahvenanmaan sen poikkeavan aseman vuoksi ja myös siksi, ettei se kuulu terveydenhuoltolain piiriin sekä tutkijan oman työyhteisön, joka on Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Syventävä teemahaastatteluaineisto koottiin puhelinhaastatteluna lokakuussa 2010 kahdeksalta johtavalta sosiaalityöntekijältä eri sairaanhoitopiireistä satunnaisesti heidän suostumuksensa perusteella. Haastatteluun osallistui neljän yliopistosairaalan johtava sosiaalityöntekijä ja neljän keskussairaalan johtava sosiaalityöntekijä. Liitteenä 5 on kyselylomake ja liitteenä 6 teemahaastattelukysymykset. Yksi haastattelu poikkesi muista siiten, että se tehtiin henkilökohtaisen tapaamisen yhteydessä yhteisillä koulutuspäivillä nauhurin avulla.

Kuvioon 1 on yhdistetty tässä tutkimuksessa käytettävät keskeiset käsitteet, joita avataan tarkemmin teoreettisessa osassa luvussa 2. Sairaalaorganisaatio on se konteksti, josta käsin terveysosiaalityötä tehdään. Terveysosiaalityö ei kuitenkaan rajoitu sairaalan sisälle vaan työtä tehdään sairaalasta ulospäin erilaisten yhteistyötahojen ja verkostojen kanssa hyvin laaja-alaisesti. Teoreettisena käsitteenä ovat asiantuntijuus ja sen johtaminen sekä lähijohdon rooli.



Kuvio 1. Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Sairaala organisaationa on tärkeä toimintayksikkö, koska siellä kohdataan ihmiselämän keskeiset asiat; sairastuminen, vammautuminen ja elämän kriisit syntymästä kuolemaan. Terveyssozialityössä nämä asiat nähdään ihmisen kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kautta palvelujärjestelmien avulla sekä ihmisen omia ja lähipiirin voimavaroja tukien ja toteuttaen hieman eri näkökulmasta kuin lääkärin ja hoitajan työssä. Lähtökohtana on ihmisen auttamien hänen elämäntilanteestaan käsin, missä sairaus tai vamma on läsnä. Elämäntilanne voi näyttäytyä hyvin monenlaisena ja moniulotteisena sosiaalisena vajeena tai taloudellisen turvan puuttumisena tai turvattomuutena sairauden kohdattua. Terveyssozialityötä tehdään yksilö-, perhe- ja ryhmäkohtaisesti sekä moniammatillisesti tiimityönä. Sairaanhoidopiirissä sosiaalityöntekijäjoukkoa johtaa ammatillisesti sen vastuualueen substanssiosaaja, johtava sosiaalityöntekijä.

Tutkimus etenee luvussa 2 ensin katsauksena terveyden ja sosiaalisen yhteydestä terveysterveystyöhön ja sen määritelmään sekä sen historiaan. Seuraavaksi kuvataan sairaalaa toimintaympäristönä, sen ainutlaatuisuutta ja poikkeavuutta muista julkisista organisaatioista, mikä antaa terveysterveystyölle juuri omanlaisensa haasteen julkisena hyvinvointipalveluna. Lisäksi tarkastellaan terveysterveystyötä erityisesti sen johtamisen näkökulmasta. Luvussa 3 esitellään tutkimuksen aineistohankinta ja analyysi sekä luvussa 4 saadut tutkimustulokset. Tulososassa erityisen kiinnostuksen kohteena ovat myös terveysterveystyön kehittämistyö ja sen tulevaisuuden haasteet. Lopuksi arvioidaan saatuja tutkimustuloksia ja muodostetaan johtopäätöksiä tulevaisuuden terveysterveystyön kehittämiseksi.

1.3 Aikaisempia tutkimuksia

Aikaisempia suomalaisia tutkimuksia terveydenhuollon sosiaalityöstä on koottu liitteeseen 1. Liitteeseen 2 on koottu joitakin vastaavia kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimusten valinnan perustana oli niiden yhteys tutkimuksen tavoitteeseen, julkaisuaika, aikavälinä v. 2005 – 2011 ja näkökulma, joka oli joko työntekijän näkökulma tai asiakastyön näkökulma. Johtamisen näkökulmaa terveysterveystyöstä ei löytynyt.

Myös tarkastelujaksoa ennen on tutkittu jossakin määrin kansallisesti terveysosiaalityötä. Tätä vanhempia tutkimuksia edustaa työntekijänäkökulmasta mm. Pauli Niemelän tutkimus (1985) terveydenhuollon sosiaalityön sisällöstä ja asemasta sairaalassa sosiaalityöntekijöiden, lääkäreiden ja sairaanhoitajien näkemyksinä. Tässä tutkimuksessa sosiaalityöstä tuli esiin kolme erilaista näkemystä. Sosiaalityöntekijöillä oli laaja-alainen näkemys työstään, sairaanhoitajat katsoivat sosiaalityön kuuluvan läheisesti hoitotyöhön ja lääkärit katsoivat sosiaalityötä kapeasti ja käytännöllisesti lähinnä sosiaaliturvakysymysten kautta. Jaana Tulppo (1991) keskittyi sosiaalityöntekijöiden näkemyksiin omasta työstään. Tulokset jakaantuivat organisaatioon, eettisiin asioihin sekä työn tavoitteiden ja tuloksellisuuden tarkasteluun. Mirja Linden (1999) tarkasteli sosiaalityön osuutta terveydenhuollon moniammatillisissa ryhmissä, sosiaalityö näyttäytyi erilaisena riippuen siitä, millaisessa toimintaympäristössä moniammatillisuus toteutui. Erikoissairaanhoidossa ammatillinen asiantuntijuus keskittyi enemmän sosiaaliturvaan ja palveluihin sekä kuntoutukseen ja suoraan asiakastyöhön, kun taas terveyskeskuksessa keskityttiin asiakastyön lisäksi kunnan yhteistoimintaan ja vaikuttamistoimintaan.

Aikaisemman tutkimuksen tarkastelu osoittaa, että Suomessa terveysosiaalityötä on tutkittu varsin vähän. Yleensä Suomessa on sosiaalityötä tutkittu enemmän lastensuojelun, vammaistyön, päihdetyön ja vanhustyön asiakasnäkökulmasta tai sairausryhmän näkökulmasta sekä työntekijän näkökulmasta. Tutkimustyö on painottunut enimmäkseen pro gradu -töihin. 2000-luvulla tutkimuksia on tehty myös eri sairausryhmien näkökulmasta, mutta tutkimustyötä ei juurikaan ole tehty terveysosiaalityön johtamisen ja sen kehittämisen näkökulmasta. Sen sijaan kunnan sosiaalipalvelujen johtamista ovat tutkineet mm. Aaltonen (1992, 1999), Niiranen (1994) Ollila (2006), Laulainen (2010), ja uusimpana tutkimuksena Niiranen & Hänninen (toim. 2012).

Näyttäisi siltä, että kansainvälinen tutkimustyö sosiaalityöstä sairaalassa on painottunut enemmän sosiaalityöntekijän näkökulmaan. Yksityiskohtaisesta avohoitopainotteisesta asiakastyöstä, arvioinnista ja tuotteistuksen kustannustehokkuudesta on tehty tutkimusta lähinnä yritysmaailman tuottavuuden näkökulmasta. Kokonaisuudessaan tutkimustyötä psykiatrisen puolen sosiaalityöstä on tehty runsaasti. Johtamisesta sinänsä löytyy paljon tutkimuksia, mutta ei juuri ulkomaisia tutkimuksia terveysosiaalityön johtamisen näkökulmasta.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA

2.1 Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi -käsitteiden ulottuvuuksia

Käsitteet terveys ja sosiaalinen ovat hyvin moniulotteisia ja hankalasti määriteltäviä. Niiden sisältö muuttuu ja laajenee ja ne ovat myös kontekstisidonnaisia, kuten tutkimuksen taustassa jo totesin (ks. myös Rissanen & Lammintakanen 2011, 16 - 17.) Käsitteen *sosiaalinen* juuret ovat syvällä ihmisluonnossa. Ihminen on taipuvainen auttamaan, opettamaan, jakamaan ja tekemään yhteistyötä. Taipumukset ovat itsessään biologis-geneettisiä, mutta kasvatus ja kulttuuri muovaavat suuresti niiden toteutumisen muotoja. Käsite sosiaalinen saa eri merkityksiä riippuen siitä, millaisessa yhteydessä siitä puhutaan. Sosiaalinen viittaa yhteisöihin ja ryhmiin, joissa sosiaalinen toiminta saa muotonsa. Ajatus ryhmän sosiaalisesta pääomasta liittyy ajatukseen, että ryhmä tukee jäseniään. Se tuottaa sosiaalista pääomaa ja lisäarvoa, prosessia nimetään hyväksi kehäksi. Hyvän syntyminen edellyttää, että yhteiskunnassa arvostetaan sosiaalisuutta ja se halutaan säilyttää. Sosiaalisen kautta hyödynnetään ja tuotetaan universaaleja sosiaalisen kanssakäymisen ja yhteisöllisyyden ulottuvuuksia. (Niemi, Kotiranta & Haaki 2011, 7-8.)

Voidaan myös puhua sosiaalisesta pääomasta käsitteenä, mikä tarjoaa mielenkiintoisen tavan selittää sosiaalisen ympäristön ja taloudellisen toiminnan yhteyksiä. Eri suuntaukset painottavat eri tavoin esimerkiksi sosiaalisten verkostojen rakennetta, normeja, instituutioiden ja luottamuksen suhdetta. Ruuskanen jakaa sosiaalisen pääoman mekanismit luottamukseen ja kommunikaatioon. Luottamus on tärkeää sekä toisiin ihmisiin että formaaleihin ja informaaleihin instituutioihin. Kommunikaatiossa on tärkeää sosiaalisissa verkostoissa ja instituutioissa välittyvä informaatio ja se, että toimijat kykenevät ymmärtämään toisiaan. Tähän liittyvät myös kulttuurisesti jaetut merkitykset ja kognitiot. (Ruuskanen 2001, 7-8). Colemanin (1988, 98) mukaan sosiaalisen pääoman määrittää sen funktio. Se ei ole yksittäinen itsenäinen kokonaisuus vaan koostuu monista kokonaisuuksista, joilla on kaksi yhteistä ominaisuutta: ne kaikki liittyvät sosiaaliseen rakenteeseen ja ne kaikki helpottavat tuohon rakenteeseen kuuluvien toimijoiden sekä

yksittäisen henkilön että organisaation toimintaa. Sosiaalinen pääoma on tuottavaa, se mahdollistaa monenlaisten päämäärien saavuttamisen.

Sosiaalityön teoreettisena perustana on aina yhteiskunnallinen ulottuvuus. Ihmistä tarkastellaan toimivana olentona yhteiskunnassa. Hyvinvointi on olennainen osa ihmisen toimintaa, sen tarkoitus. Olennaista hyvinvoinnin käsitteessä on sen kytkeytyminen yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin ja ihmisen toimintaan. (Niemelä 2010, 16, 21.) Aivan samoin kuin kehollisuus on lääketieteen ja tajunnallisuus psykoterapian teoreettisen ymmärryksen perustana. Lääketieteessä ihmisiä autetaan operoimalla tai lääkitsemällä ihmisen elimistöä. Vastaavasti psykoterapiassa ihmisen tukeminen tapahtuu keskustelemalla ja käsittelemällä tajunnallisia asioita. Sosiaalityö on ammatti, jonka tavoitteena on tukea ja auttaa ihmistä hänen ongelmissaan. Siinä edistetään ihmisen ja perheen selviytymistä elämän toiminnoissa. Sosiaalityöstä voidaan puhua hyvinvointityönä. Sosiaalityössä toiminnan tavoitteena on asiakkaan hyvinvoinnin lisääminen. (Niemelä 2009, 209 - 212).

Rauhala korostaa myös henkisen olemassaolon keskeistä merkitystä empiiristen ihmistieteiden ja kulttuuritieteiden kannalta. Sitä ympäröi ihmisen elämismaailma, missä ihminen elää. Inhimillisissä toiminnoissa kuten sosiaalisessa kanssakäymisessä ja yksilöllisten pyrkimysten yhteydessä puhutaan ilmiöiden luonteesta, millä tarkoitetaan yleensä niihin sisältyvää kulttuuriarvoa. Olennaista on, että inhimillisissä toiminnoissa tavoitellaan jotakin kulttuurissa hyväksyttyä, kunnioitettua ja arvokasta. Tällöin tajutaan, että asenteiden ja tavoitteiden ytimessä ja motivaation lähteenä ovat inhimilliset perusarvot. Henkeä on jokin hyvä, kaunis, oikea, ja ylevä, johon myös yhteiset aatteet ja ihanteet suuntautuvat. (Rauhala 2009, 62 - 63).

Sosiaalityötä ja erityisesti terveyssosiaalityötä on mahdollista tarkastella hyvinvoinnin ja hyvinvointipolitiikan toimijoiden kautta. Taulukossa 1 on kuvattu sitä, miten hyvinvointipolitiikan eri tasot ja roolit yhteiskunnassa vaikuttavat hyvinvointipolitiikkaan sekä sitä, miten sosiaalityön rooli vaikuttaa yhteiskunnallisena toimintana myös yksilötasolle. Tämä taulukko selkeyttää ja jäsentää eri toimijoiden rooleja ja tehtäviä STM:n tulkinnan mukaan. Kunnan toimintajärjestelmänä on perustuslakiin nojaava kunnallinen itsehallinto ja siitä käsin tehtävänä on (KuntaL 519/2007, 1§ 3mom) pyrkiä edistämään kuntalaisten hyvinvointia ja kestäväää kehitystä alueellaan. Kyse on vain valtion

antamien tehtävien toimeenpanosta ja tässä tutkimuksessa sen tehtävänä on kuvata eri toimijoiden ulottuvuuksia selkeämmin.

TAULUKKO 1. Hyvinvointipolitiikan määrittäminen eri toimijoiden tasolla
(STM: 2004:15, 33)

Taso	Rooli
Valtio	Yhteiskuntapoliittinen linjaus, selkeät suuntaviivat, toimintasuunnitelma, ”henkinen tuki”
Kunnat	Valtiovallan linjausten ja kuntalaisten tarpeiden yhteensovittaminen, kunnan hyvinvointipoliittinen ohjelma alaohjelmineen (lapsi-, vanhus-, vammais- ym. poliittiset suunnitelmat)
Järjestöt	Kehityksen seuraaminen, asioiden esille ottaminen, vaikuttaminen
Tutkimus	Tiedon keruu, analysointi ja raportointi. Tutkimuksen välityksellä palautteen antajana ja mittarina toimiminen
Opetus	Tutkimuksen ja käytännön tiivis yhteys. Kansainvälisen ja kotimaisen uusimman tietämyksen välittäminen kentälle
Sosiaalityö	Sosiaalinen raportointi. Hyvinvointipolitiikan toteutumisen tukeminen yksilötasolla

Suomen sosiaaliturvajärjestelmä on rakentunut oikeudenmukaisuuden, tasa-arvon ja universaalisuuden periaatteille. Suomen perustuslain (11.6.1990/73) 1§:ssä säädetään Suomen valtion ja julkisen hallinnon rakenteet sekä toiminnan periaatteet ja päämäärät. Siinä tavoitteeksi on asetettu ihmisarvon kunnioittaminen, vapaus, yhdenvertaisuus ja osallistumisoikeudet. Ihmiskäsitys heijastaa ihmisen käyttäytymisen oletuksia. Arajärven ja Särkelän (2008, 201, 214, 215) mukaan ihmiset kokevat, että köyhyys ja syrjäytyminen ovat päässeet liian pitkälle. Tulonerot ovat kasvaneet ja sosiaalinen turvallisuus on heikentynyt. Epäoikeudenmukaisen tilanteen korjaamiseksi on olennaista eriarvoisuuden vähentäminen ja mahdollisuuksien tasa-arvoistaminen. Suomalaisen hyvinvointivaltion suurimmat ongelmat ja keskeisimmät kysymykset ovat: miten turvata koulutus, sosiaali- ja terveydenhuolto ja tulevaisuudessa muut ihmisten tarvitsemat palvelut?

Lainsäädännön toteutus on pirstoutunut sekä hyvinvointipalveluiden käyttäjän että niiden tuottajan näkökulmasta. Tämä johtaa toimivallan huomattavasti aikaisempaa suurempaan moniulotteisuuteen ja harkintavallan käyttöön tulevaisuudessa. Hallinnon ohjaavien menettelytapojen tiukentuminen on sidottu normeihin. Mitä tiukemmat ovat viranomaisten

velvollisuudet palvelujen käyttäjää, potilasta tai asiakasta kohtaan, sitä paremmat ovat yksityisen henkilön mahdollisuudet toteuttaa oikeuksiaan. Oikeusturvan saaminen edellyttää, että yksilöllä on kyky toimia tietojen, taitojen ja taloudellisten edellytysten mukaisesti. Jos tämä kyky puuttuu, yksilöllä on oikeus saada tilanteeseen tukea ja apua. Hyvinvointipalveluiden toteutuksessa yksilöille edullisin vaihtoehto saattaa olla hyvinvoinnin kannalta tuhoisaa. Kansainvälisissäkin vertailuissa kuitenkin universaali sosiaalipolitiikka tuottaa pitkällä aikavälillä taloudellisesti kestävämpiä ratkaisuja. (Arajärvi 2010, 208-221.) Rajavaaran (2011, 13) mukaan sosiaalisen kestävyysydinkriteereinä ovat riittävä toimeentulo, oikeudenmukaisuus ja osallisuus. Sosiaalisen kestävyysydin käsite suuntaa tulevaisuuteen ja on käsitteenä tärkeä siksi, että siinä on kyse yhteiskunnallisten muutosten yllättävienkin vaikutusten ennakoinnista ja arvioinnista.

Taulukko 2 kuvaa sosiaalityöntekijän roolia yksityiskohtaisemmin niiltä osin, miten hyvinvointipolitiikka näkyy yksilötyössä, yhteisön ja kunnan tasolla sekä laajemmin yhteiskunnassa.

TAULUKKO 2. Sosiaalityön rooli hyvinvointipolitiikan välineenä (STM 2004:15, 32)

Rooli	Yksilötaso	Yhteisö-/kuntataso	Yhteiskunnan taso
Välittää	– tietoa virallisista normeista, säädöksistä, oikeuksista, velvollisuuksista, vaikuttamismahdollisuuksista jne. eli yhteiskuntatahdosta	– tietoa kuntalaisten tarpeista – tietoa kuntalaisten arjesta ja hyvinvoinnista	– tietoa hyvinvoinnista sekä kokonaisuutena että eri väestöryhmien osalta – tietoa yhteiskuntamekanismien ja poliittisten päätösten vaikutuksesta hyvinvointiin
Kanavoi	– hyvinvointikäyttäytymisen/-kansalaisen ideaalimallia yksilölle sopivassa muodossa	– kansalaisten tyytymättömyyttä kunnalliseen palvelujärjestelmään tai yhteisöjen toimivuuteen – yhteisön velvoitteita	– kansalaisten tyytymättömyyttä hyvinvointipoliittikaan ja palveluihin
Analysoi	– tilannetietoa ilmiötasolle ja yhteiskunnallista tietoa yksilötasolle	– kuntakohtaista/ yhteisökohtaista tietoa hyvinvoinnista, sen toteutumisesta ja toteutumattomuudesta	– palautetta hyvinvointipoliittisten toimenpiteiden vaikutuksesta
Tulkitsi	– yksilön tilannetta suhteessa hyvinvointiyhteiskuntaan – yhteiskunnan säädöksiä tms. yksilölle	– toimenpiteiden vaikutuksia yhteisö- ja ryhmätasolla – kuntalaisten ja eri väestöryhmien tarpeita	– analysoinnin pohjalta hyvinvointipoliittikan vaikutuksia väestötasolla – yleistä hyvinvointi-ilmapiiiriä
Vaikuttaa	– käyttäytymiseen – valintoihin – kokemusten tulkintoihin	– kuntasuunnitelmaan – hyvinvointi- yms. suunnitelmiin ja strategioihin	– hyvinvointipoliittiseen keskusteluun ja linjanvetoihin – yhteiskuntamoraalin kehittymiseen eli ns. yhteiskunnan sosiaaliseen omaantuntoon (vrt. Rose)

Hyvinvointipoliittikka kuvaa niitä edellytyksiä, joita hyvinvoinnin toteutuminen tai toteutumatta jääminen merkitsee aineellisina, sosiaalisina ja inhimillisinä osa-alueina ihmisten elämässä. Hyvinvointipoliittikan puitteet luodaan lainsäädännöllä, jossa keskeisiä ovat työ-, asunto-, terveys- ja kulttuuripoliittikka. *Työpolitiikalla* tarkoitetaan sitä yhteiskuntapolitiikan osa-aluetta, joka tarkastelee ihmisen ja hänen työnsä välisiä suhteita. Työpolitiikan katsotaan yleensä koostuvan työsuhde-, työpalkka-, työvoima- ja työsuojelupoliittikasta. *Asuntopolitiikalla* tarkoitetaan sellaisia valtion ja kaupungin toimenpiteitä, joiden avulla pyritään suunnittelemaan, ohjaamaan ja hallinnoimaan asuntotuotannon määrää ja laatua sekä varmistamaan fyysisesti, sosiaalisesti ja toiminnallisesti kestävä kaupunkirakenteen syntyminen. Asuntopolitiikalla on Suomessa perinteisesti ollut sosiaalipoliittikkaa ja työmarkkinoiden toimintaa tukeva vaikutus. *Terveyspolitiikan* tavoitteena on Suomessa yleisen terveydentilan edistämisen ohella ollut väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveyspolitiikka tähtää ihmisen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Hyvä terveys on oleellisen osa hyvää toiminta- ja työkykyä. *Kulttuuripoliittikalla* tavoitellaan hyvinvointia kulttuurin inhimillisenä ulottuvuutena ja ympäristöpolitiikalla luonnon tarjoamia mahdollisuuksia tai ra-

joitteita niille. Työvoiman ja koko väestön terveys on toimeliaisuuden ja hyvinvoinnin edellytys. (Niemelä 2010, 107, 109, 317.)

Hyvinvointia sosiaalisena ulottuvuutena tarkastelee Veli-Matti Poutanen turvallisuuden ja turvattomuuden käsittein. Turvallisuutta tarkastellaan yksilön ja väestöryhmien inhimillisestä, sosiaalisesta näkökulmasta sekä yhteisöjen ja yhteiskunnan näkökulmasta. Se ilmenee tunteena, tarpeena ja arvoina. Turvallisuus kuuluu ihmisen perustarpeisiin. Turvalliset elinolot, hyvin toimivat primäärisuhteet, toimeentulon turva ja riskitön elinympäristö välittyvät tarpeina. Perustarpeena on terveys ja autonomia, joiden toteutumista turvallisuus eri muodoissaan tukee. Suomalainen sosiaaliturvajärjestelmä on luotu ja muotoutunut sosiaalisten riskien hallintaan. Sitä toteutetaan tulonsiirtojärjestelmien ja vakuutusperiaatteen avulla. Sosiaalihuolto palveluineen on kehitetty arkielämän helpottamiseen ja sosiaalisten ongelmien, mm. toimeentulo-ongelmat ja päihteiden liikakäyttö, käsittelyyn (Poutanen 2010, 177-178, 181.)

Nämä ongelmat näkyvät potilaan hoidossa myös sairaalan arjessa, missä sosiaalityöntekijät auttavat mahdollisuuksien mukaan potilaan tilannetta. Työssään terveyssosiaalityöntekijä auttaa yhteiskunnan palvelujärjestelmien tarjoamien mahdollisuuksien kautta asiakkaitaan saamaan tarvitsemiaan palveluja ja turvaa. Työssään hän myös tukee ja auttaa inhimillisen vuorovaikutuksen avulla potilaan elämäntilanteessa selviytymistä. Tämän pääasiassa yksilötason toiminnan lisäksi terveyssosiaalityöhön kuuluu toimiminen taulukon 2 esittämillä muilla tasoilla. Näitä toimintamuotoja ovat esimerkiksi rakenteisiin ja kehittämiseen vaikuttaminen, joihin osittain myös tämä tutkimus kiinnittyy.

2.2 Sosiaalityö asiantuntijatyönä

Sosiaalialan tehtävä on määritelty sosiaalityön kansainvälisessä järjestössä (International Federation of Social Workers) seuraavasti: Sosiaalialan työn tavoitteena on ihmisten hyvinvoinnin lisääminen. Keinoina ovat tätä tukevan sosiaalisen muutoksen, ihmissuhdeongelmien ratkaisujen ja itsenäisen elämänhallinnan edistäminen. Työn kohteena on vuorovaikutus ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä. Välineenä käytetään sosiaali- ja käyttäytymisteoreettista sekä yhteiskunnan järjestelmiä koskevaa tietoa ja sen soveltamiseen tarvittavaa taitoa. Sosiaalialan työ perustuu ihmisoikeuksien ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteisiin, jotka on kirjattu kansainvälisiin yleissopimuksiin. Kansainväli-

nen sosiaalityön määritelmä on hyväksytty Sosiaalityöntekijöiden kansainvälisen liiton (IFSW) yleiskokouksessa Montrealissa, Kanadassa 2000. Määritelmä korvaa v. 1982 hyväksytyn IFSW:n määritelmän. (Arki, arvot, elämä, etiikka 2005. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet.) Tätä määritelmää on täsmennetty IFSW:n kokouksessa heinäkuussa 2012 Tukholmassa. Siellä on tuotu esille mm. ihmisten voimaantuminen ja vapautuminen edistämään hyvinvointiaan (http://cdn.ifsw.org/assts/ifsw_85554-5.pdf).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee ja perustelee tehtävää lyhyemmin: Sosiaalityön tehtävänä on puutteellisten sosiaalisten olojen ja vaikeiden elämäntilanteiden parantaminen sekä vähävoimaisten yksilöiden ja ryhmien toimintaedellytysten, osallisuuden ja elämänotteen vahvistaminen. Sosiaalityö on luonteeltaan muutostyötä. Sosiaalityön käytännön tehtävät painottuvat sen mukaan, millaisessa organisaatiossa sosiaalityöntekijä työskentelee. Terveystieteiden sosiaalityössä korostuvat potilaan elämään liittyvät sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, vammaisuuteen ja kuntoutukseen liittyvät sosiaaliset, taloudelliset ja tekniset kysymykset sekä toimintakykyisyyden sosiaaliset edellytykset. (Kannanjoja ym. 2007, 20.)

Sosiaalityö on muutostyötä, jonka tarkoituksena on vähentää yhteiskunnassa ilmeneviä esteitä, eriarvoisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta. Sitä tarvitaan paitsi kriisi- ja hätätilanteissa myös joka päivä yksilöllisten ja yhteisöllisten sosiaalisten ongelmien ratkaisemisessa. Sosiaalityöllä vahvistetaan hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisön toimivuutta ja yksilöiden toimintakykyisyyttä. Sosiaalityö on yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointiin ja ratkaisuprosesseihin perustuvaa kokonaisvaltaista muutostyötä, joka tukee ihmisten selviytymistä. (Murto 2004, 44.)

Valtakunnallinen sosiaalialan yliopistoverkosto SOSNET (2003) on määritellyt sosiaalityön: ”Sosiaalityö on sosiaalityöntekijän, yliopistokoulutuksen saaneen ammattihenkilön toimintaa, joka perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon, ammatillistieteelliseen osaamiseen ja sosiaalityön eettisiin periaatteisiin. Sosiaalityöllä vahvistetaan hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta sekä yksilöiden toimintakykyisyyttä. Työ on yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointiin ja ratkaisuprosesseihin perustuvaa kokonaisvaltaista muutostyötä, joka tukee ihmisten selviytymistä.”

Terveyssozialityöntekijät ovat järjestäytyneet omaksi yhdistyksekseen jo 1947. Yhdistys ja Suomen kuntaliitto ovat yhdessä määritelleet sosiaalityön tehtävän 1998. Terveystenhuollon sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän toimintaa, joka toteutuu terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden ja sosiaalisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Työn lähtökohtana on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. (www.talentia.fi/terveyssozialityöntekijat.)

Terveystenhuollon sosiaalityön asiakaspalvelun peruslähtökohtana on potilaan senhetkinen elämäntilanne. Se tarkoittaa sitä, että sosiaalinen ulottuvuus nähdään terveysprosessissa merkittävänä ja merkityksellisenä. Jotta potilaan oma polku ei poikkeaisi suunnitellusta, tarvitaan hänen ulkoisten elämänolosuhteidensa, sosiaalisen verkostonsa ja kokemuksensa sitomista terveyttä ja hyvinvointia edistäväksi kokonaisprosessiksi. Sosiaalityö terveydenhuollossa luo edellytyksiä tiimityöhön, moniammatillisen kannanoton, hoitoketjun tai kuntoutussuunnitelman toteuttamiselle. Sosiaalityöntekijän palvelu- ja etuusjärjestelmän tuntemus, palveluiden koordinointi sekä potilaan/asiakkaan arkielämän ehtojen tuntemus merkitsevät valmiuksia vaihtoehtojen esittämiseen ja arviointiin. Tämä tuottaa lisäarvoa moniammatilliseen yhteistyöhön terveydenhuollossa. (Terveyssozialityön nimikkeistö 2007, 8-9.)

Sosiaalityö on kehittynyt ammatiksi yhteiskunnallisen kehityksen mukana. Olennaista kehityksessä ovat olleet pyrkimykset ammatillistaa tämä työ sekä kilpailu vallasta toisten professioiden kanssa. Postmoderneissa keskusteluissa on ollut kriittinen suhtautuminen erityisesti professionaaliseen valtaan ja sen merkitykseen ammattikäytäntöjen osana. Postmodernien tulkintojen mukaan sosiaalityön monimutkaisuus yhteiskunnallisena ja ammatillisena käytäntönä, muuttuvana ammattina, edellyttää sosiaalityön oikean olemuksen tunnistamista. Tämän oivaltaminen ja sosiaalityön oikeutetuksi tekeminen mahdollistaa myös hiljaisen tiedon näkyväksi tekemistä ja on siten merkittävä sosiaalityöntekijöiden identiteetille. Olennaista tässä on tietoisuus kaiken muuttuvuudesta, monimutkaisuudesta, erilaisuudesta, eroista ja tietämisen erilaisista tulkinnoista. (Karvinen-Niinikoski 2009, 137-139.)

Sosiaalityön luonne on sekä muuttuvaa että pysyvää. Ihmisten elämäntilanteet vaihtelevat. Ihmisten vaikeudet ovat muuttuvia, uusiin tilanteisiin on löydettävä uusia toimintatapoja ja ratkaisuja. Sen sijaan ihmisten perustarpeet ovat melko samanlaisia vuosikymmenestä toiseen. Ihmisen aito kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat pysyviä asiakassuhteen peruskieliä. Kaikessa sosiaalialan työssä keskeistä on aina ihmisen tilanteesta lähteminen. Työssä on neljä pysyvää perustehtävää: elämän mahdollisuuksien varmistaminen, syrjäytymisen ehkäiseminen, epäkohtien korjaaminen sekä psykososiaalinen tuki. Olennaista työlle on tarpeiden ja ongelmien moninaisuus ja monien tekijöiden kietoutuminen elämäntilanteeseen. (Aho 1999, 317- 318.)

2.3 Terveysthuollon sosiaalityön kehittyminen

Sosiaalityö on kansainvälisesti tunnustettu ammatti, jolla on tietyt piirteet riippumatta sen alkuperäisistä lähtökohdista, ympäröivän yhteiskunnan vauraudesta, yhteiskuntajärjestelmästä ja sosiaalipoliittisista orientaatioista. Ammatin kehityshistoria on erilainen eri maissa, mutta kehitystä ohjaavat päämäärät ovat yhteisiä. Suomessa sosiaalityö on saanut alkunsa kirkon toteuttamasta auttamistyöstä, jota kutsuttiin vaivashoidoksi. Vähitellen kunnille siirtynyt vaivashoito on yhteiskunnan muutosten ja lainsäädännön myötä kehittynyt sosiaalihuollon palveluja ja taloudellista tukea antavaksi järjestelmäksi. (Kananoja 2010, 21.)

Sosiaalityötä luonnehditaan usein moninaiseksi, epämääräiseksi ja vaikeaselkoiseksi, koska sen käytännöt ovat monimuotoisia ja joiltakin osin ristiriitaisia. Olennaista sosiaalityössä ovat sosiaalityön perinteet sekä yhteiskunnalliset olosuhteet, jotka ovat synnyttäneet tietynlaisen kysynnän sosiaalityölle ja ammatillisuudelle sekä arvoille ja tietokäsityksille. Kunnallisen sosiaalityön voidaan nähdä alkaneen vaivashoidosta, josta annettiin asetukset v. 1852 ja v. 1879. Vuonna 1865 vaivashoito siirrettiin seurakunnilta kunnille. Vaivashoitoon perustuva sosiaalityön synty ajoittuu tähän ajankohtaan. Sosiaalityön peruselementteinä voidaan nähdä kaksi ulottuvuutta, jotka määrittävät sosiaalityön sisältöä: materiaalsen avun antaminen köyhille ja vaivaisille sekä toisena ei-materiaalinen elementti eli ongelmien hallinta. Sosiaalityö perustui silloin käsitykseen kasvatuksesta, ihmeitä tekevään uskoon, yhteisölliseen koheesioon, psykologiseen terapiaan tai sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Ideana oli muutoksen mahdollisuus yksilön,

ryhmän tai yhteisön elämässä. Tämän pohjalta sosiaalityöntekijät perustelivat työnsä ns. hyvinä käytäntöinä. (Toikko 2005, 13, 37, 213 – 216.)

Suomessa terveydenhuollon sosiaalityötä on tehty 1920-luvulta lähtien. Työhön ei ole ollut aluksi mitään erityiskoulutusta vaan sitä toteuttivat sairaanhoitajat ja terveyssisaret sosiaalihoitajina tai huoltohoitajina. Sophie Mannerheimin aloitteesta ryhdyttiin 1920-luvulla kehittämään sosiaalityötä Helsingin Yleisen sairaalan Lastenlinikalla ja Kirurgisessa sairaalassa. Mallia haettiin myös Yhdysvalloista. Ensimmäisenä sosiaalityöntekijänä toimi Yhdysvalloissa koulutuksensa saanut Margit Borg-Sundman. Mannerheimin Lastensuojeluliitto aloitti yhteiskunnallis-psykiatrisen toimintansa vuonna 1925. (Ekman, Mikkonen & Nieminen 2006, 1.) Toiminnan juuret olivat vahvasti lastensuojelussa. Pahatapaisista lapsista tuli kasvattaa yhteiskunnalle hyödyllisiä kansalaisia. (Linna 1988, 41.)

Sosiaalihoitajakoulutus alkoi Valtion Terveydenhuolto-opistossa vuonna 1945 Yhdysvalloista saadun mallin mukaan. Aluksi koulutus toteutettiin neljän kuukauden mittaisena ja myöhemmin 1949 alkaen yhden lukuvuoden kestäväenä. Tämä koulutus oli yleisin terveydenhuollossa sosiaalityötä tekevillä aina vuoteen 1975, jolloin se lopetettiin. Terveydenhuollossa oli tiedostettu potilaan tervehtymistä estäviä ja edistäviä tekijöitä henkilökohtaisella tasolla ja nähtiin tähän työhön sosiaalihoitajan tarve. (Ekman ym. 2006, 3.)

Sosiaaliturvan palvelut alkoivat kehittyä 1930–1940-luvuilla, jolloin uusien lakien tullessa voimaan myös työntekijöiden koulutus tuli uuteen vaiheeseen. Yhteiskunnallinen korkeakoulu (nykyinen Tampereen yliopisto) aloitti sosiaalityön peruskoulutuksen v. 1942 valmistuen työntekijöitä sosiaalihuollon eri aloille yhdistäen lyhyet ja erilliset kurssit. Tässä vaiheessa koulutukseen ei sisällynyt enää lääkinnällis-sosiaalista eikä psykiatrista sosiaalityön koulutusta. Tämän koettiin epäkohdaksi terveydenhuollossa ja siksi terveydenhuollon tarpeisiin perustettiin sosiaalihoitajakurssi, jota annettiin Sairaanhoitajien jatko-opistossa, josta myöhemmin tuli osa Helsingin sairaanhoito-opistoa. Sosiaalihoitajan työ sai alkunsa sairaanhoidosta, mutta laajeni käsittämään myöhemmin koko terveydenhuollon. Koulutus kehittyi ajan mukana, mikä ilmenee myös terminologian muutoksissa: sairaanhoidollis-sosiaalinen työ, sosiaaliset kysymykset sairaanhoidossa,

klininen sosiaalityö, lääkinnällis-sosiaalinen työ, terveydenhuollon sosiaalityö. (Ekman ym. 2006, 1-2.)

1940-luvun sotavuosien jälkeen tuli psykologisoinnin vaihe. Huoltolait eivät enää kyenneet vastaamaan sodanjälkeisiin ongelmiin: päihteiden käyttöön, avioeroihin ja seksuaalimoraalin heikentymiseen. Yhdysvalloista Suomeen tullut case work -malli tarjosi tarkoituksenmukaisempia välineitä ongelmien kohtaamiseen. Tämä malli pohjautui ego-psykologisiin ja psykodynaamisiin teorioihin ja jäsensi suomalaista sosiaalityötä itsenäiseksi professioksi. (Mutka 1998, 9 -10.) Kasvatusneuvolatoiminta virallistui 1950-luvulla. Perhe alettiin nähdä osana yhteiskuntaa ja työ kohdistui koko perheeseen. Kasvatusneuvolatoiminta virallistui kasvatusneuvolalain myötä v. 1972. Myöhemmin laki kumottiin ja liitettiin sosiaalihuoltolakiin 1984 (Linna 1988, 83, 87).

Social work -käsitettä sosiaalityöntekijän työstä on Suomessa alettu käyttää A-klinikan työssä 1950-luvulla. Sosiaalityö on kehittynyt hyväntekeväisyystyön pohjalta järjestelmälliseksi ammatilliseksi työksi. Sosiaalihuolto on Suomessa yksi sosiaaliturvan lohko, joka on luonteeltaan yksilökohtainen järjestelmä. Sosiaalihuolto on luonteeltaan sekä lakisääteistä että vapaaehtoista toimintaa. Se voidaan jakaa aikuis- ja lastenhuoltoon. (Mäki 2006, 39.) Ammatit syntyvät ja kehittyvät aina jotakin yhteiskunnallista tehtävää varten. Sosiaaliturvan kehitys ja hyvinvointipalveluiden laajentuminen ovat vaikuttaneet ratkaisevasti ammatin kehittymiseen ja käytäntöihin. Ammatin yhteiskunnallinen tehtävä on sen kivijalka, jonka ympärille rakentuvat etiikka, tieto, osaaminen ja yksittäiset tehtävät. On tärkeää, että päätöksentekijät, organisaation johto, lähiammattien edustajat ja kansalaiset tietävät, mitä yhteiskunnallista tehtävää varten tietty ammatti on olemassa. Eniten sosiaalityön käsitettä "social work" on selvitetty Yhdysvalloissa. Social work -käsitteestä pyritään erottamaan social welfare. YK määritteli social work -käsitteen ammatiksi v. 1958. Tätä täsmennettiin 1960-luvulla niin, että social work kohdistuu ammattina kaikkiin niihin sosiaalisiin suhteisiin, jotka aiheuttavat ongelmia yleisessä sopeutumisessa yksilön ja ympäristön välillä. (Mäki 2006, 38.)

Sosiaalityö on ollut aina kytköksissä sosiaalipoliittiseen, koulutuspoliittiseen ja ammatillista kelpoisuutta koskevaan lainsäädäntöön. 1950- ja 1960-luvuilla yhteiskunnallista lainsäädäntöä kehitettiin voimakkaasti. Tänä aikana säädettiin sosiaalivakuutus-, sairausvakuutus- ja työeläkelait. Tämä antoi uusia haasteita sosiaalihoitajan työlle ja

koulutukselle. Sosiaalityön koulutuskomitea ehdotti 1972 sosiaalihoitaja koulutuksen lopettamista ja sen siirtämistä yliopiston yhteyteen sosiaalityön peruskoulutukseen kuuluvaksi viimeistään 1975 mennessä. Vuosina 1945 -1974 ehdittiin kouluttaa Helsingin sairaanhoito-opistossa kaikkiaan 412 sosiaalihoitajaa (Sosiaalihoitaja 2006, 2-5). Tämän jälkeen terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ovat valmistuneet yliopistoista muiden alojen sosiaalityöntekijöiden kanssa yhdessä aluksi sosiaalihoitajatutkinnon kautta ja myöhemmin sosiaalityön tutkinnon kautta. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annettu laki 272/2005 määrittelee nykyisen pätevyyden. Lakia sovelletaan kunnalliseen, valtiolliseen ja yksityiseen sosiaalihooltoon riippumatta siitä, minkä hallintokunnan alaisuuteen toiminta on järjestetty (Kananoja 2010, 321). Lakia sovelletaan myös terveydenhuollossa tehtävään sosiaalityöhön.

Sosiaalityön asiantuntijuus on aina ollut sidoksissa omaan aikaansa yhteiskunnassa ja siinä toteutuviin muutoksiin. 1970-luvun lopulla toteutettu sosiaalityön tutkintouudistus vaikutti voimakkaasti sosiaalityön tiedeperustaan ja koulutuksen kehittymiseen. Silloin hahmoteltiin nykymuotoinen sosiaalityön tiedeperusta ja koulutus. Sosiaalityön koulutustasoa nostettiin ja koulutus liitettiin yliopistoissa sosiaali- ja yhteiskuntapolitiikkatieteeseen. Hyvinvointivaltiossa tavoiteltiin yhdenmukaista kohtelua ja yhtäläisiä mahdollisuuksia. Mutka (1998, 9-11) nostaa lisäksi esiin sosiaalityössä muutosvaiheen, missä sosiaalityöntekijät joutuvat jälleen erilaisten ristipaineiden alla muokkaamaan työtään uudelleen. Sosiaalityön ja hyvinvointivaltion välillä on aina vallinnut läheinen yhteistyösuhde, mutta siihen liittyvät keskeiset arvot ja periaatteet ovat menettäneet sitovuuttaan ja niiden tulkintatavat ovat ratkaisevasti muuttuneet. Ihmisten muuttuva arkipäivä, elintapojen erilaistuminen, hyvinvointivaltion eroosio ja sitä korvaava uusi pluralismi ja pyrkimys markkinaperusteisiin ratkaisuihin ja valinnanvapauden laajentamiseen ja kustannusten vähentämiseen vaikuttavat sosiaalityön uudelleen muotoutumiseen. Vastuuta hyvinvoinnista pyritään palauttamaan ihmiselle itselleen tai markkinamekanismien hoidettavaksi.

Kokonaisuutena sosiaalityö/terveysosiaalityö ei ole käsitteenä yksiselitteinen. Se voidaan määrittää laajasti, jolloin se ymmärretään sosiaalisena toimintana tai rajoitetummin sosiaalipolitiikan toimintapiirissä olevana sosiaaliavustuksena tai sosiaaliturvana. Lakisääteisessä sosiaalihuollossa sosiaalityö on keskeistä (Kananoja 2010, 17).

Sosiaalityö ja terveyssosiaalityö eroavat toimintaympäristössään siten, että käsitettä sosiaalityö käytetään perinteisessä sosiaalihuollossa ja terveyssosiaalityön käsitettä terveydenhuollon piirissä tehtävästä sosiaalityöstä. Ydinsisällöt sosiaalityössä ovat samat riippumatta hallinnollisesta järjestelmästä.

Terveyssosiaalityön olemusta ja tehtäviä koskevat määritelmät ovat vaihdelleet yhteiskunnallisten muutosten, yhteiskuntapoliittisen ajattelun sekä sosiaalisten ongelmien ja arvostuksen mukaan. Sosiaalityö voidaan nähdä yhdeksi keinoksi kansalaisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokonaisuuden edistämisessä. Potilaalle sosiaalityön tarve ja merkitys riippuvat paljolti siitä, missä määrin sosiaalityöllä pystytään ihmistä tukemaan ja auttamaan. Tehtävät ja roolit tulevat tällöin keskeisiksi. Moniammatillisuus korostaa eri tieteenalojen ammattitaitoa ja ammattiryhmien tärkeyttä. Erilaisista näkökulmista lähestyvät ammattikunnat eivät ole korvattavissa, vaan ne täydentävät toisiaan muodostaen yhdessä tarvittavan laaja-alaisen lähestymistavan terveydenhuollossa.

Terveyssosiaalityö pyrkii edistämään terveydenhuollon tavoin ihmisten terveyttä. Sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat kietoutuvat toisiinsa monin tavoin. Sosiaaliin tekijöihin vaikuttamalla voidaan parantaa terveysongelmia ja terveydellisiin tekijöihin vaikuttamalla vähentää sosiaalisia ongelmia. Terveyssosiaalityön tehtävänä on tuoda yhteiskunnan palvelut potilaan käyttöön niin, että sosiaalinen selviytyminen on mahdollista sairaudesta tai vammasta huolimatta. Työ on toisaalta yksilön ja perheen tukemista ja auttamista, toisaalta yhteiskuntaan suuntautuvaa muutostyötä. Työssä painottuu lievittävä, kuntouttava, ennaltaehkäisevä sekä rakenteellisesti porrastuva järjestelmien näkökulma.

2.4 Sairaala terveyssosiaalityön toimintaympäristönä ja organisaationa

Terveydenhuolto sosiaalityön kontekstina tuo osaltaan omia erityispiirteitä sosiaalityöhön. Terveydenhuollossa on koettu suuria muutoksia 1990-luvulla lähinnä taloudellisina vaatimuksina sekä työn sisällöllisinä ja laadullisina painotuksina. 2000-luvulla on yhä edelleen

jouduttu pohtimaan työn eettisiä arvoja, prioriteettikysymyksiä ja työn sisältöjä sekä tuot-
teistamista. Osaaminen ja ammattipätevyys ovat nousseet keskeisiksi. Pyrkimyksenä on
myös saada sosiaalihuollon palveluketjut ulottumaan terveysterveystietoihin ja päinvastoin.
Tietotekniikka toisaalta helpottaa tätä muutosta, mutta toisaalta vie aiempaa enemmän
aikaa asioiden lisääntyvän kirjaamisen vuoksi. Tietotekniikan ja palvelurakenteiden voima-
kas muutos ja yhteiskunnallinen epävarmuus haastavat jälleen terveysterveystietoihin etsi-
mään uusia työmuotoja potilaiden tarpeisiin.

Terveydenhuollon hallintoa ja organisaatioita on määritelty eri tavalla eri aikakausina. Hallinto on nähty rakenteina ja työnjakona, viestintänä ja vallanjakoon perustuvana hierarkiana, jolla on vakiintuneet institutionaaliset suhteet. Myöhemmin organisaatiot on alettu nähdä toimintoina ihmisten ja toimijoiden kesken. Sen mukaan organisaatioon kuuluu hallintoa, rakenteita ja toimintoja, jotka ovat riippuvaisia toisistaan ja ympäristöstään. Terveydenhuoltoon kuuluu terveydenhuollon perustoimintoja, terveyttä tukevaa ja edistävää organisointia ja ohjausta sekä näitä ohjaustoimintoja toteuttavia hallintorakenteita. (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 12 - 13.)

Terveydenhuollon organisaation ja hallinnon tarkkaan määrittelyyn liittyy suuri ongelma siitä, mikä on hallintoa ja mikä terveydenhuollon perustoimintaa. Vaikeus aiheutuu työnjaosta. Rakenteet ja prosessit liittyvät hyvin kiinteästi toisiinsa ja ovat alati muutoksessa. Tästä syystä terveydenhuollon tarkka rajaaminen on mahdotonta. Organisaatio määritellään usein järjestelmäksi, jossa kaksi tai useampia ihmisiä toimii tietoisesti yhteistyössä jonkun tai joidenkin päämäärien saavuttamiseksi. Organisaatiolla on myös tietynlainen kiinnittymisperuste, jolla sen jäsenet liittyvät organisaatioon. Organisaatio on vuorovaikutussuhteiden verkosto, joka on rakenteeltaan suhteellisen pysyvä. Organisaatiossa voidaan erottaa perustehtävää suorittava järjestelmä sekä sitä ohjaava ja organisoiva hallinnollinen järjestelmä. Tämän määritelmän mukaan terveydenhuollon organisaatioilla voidaan tarkoittaa koko maan terveydenhuoltoa tai yksittäistä palvelulaitosta, sairaalaa. (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 13 - 14.) Sairaalat ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa työskentelee pitkälle koulutettuja ja erikoistuneita asiantuntijoita. Jäsenyys samaan ammattiryhmään kuuluvien asiantuntijoiden yhteisössä voi asiantuntijalle olla organisaation jäsenyyttä tärkeämpää, koska ammattietiikka määrittää työtä. (Simoila 1999, 12-13)

Terveysthuollossa sairaalaorganisaatiot ja terveyskeskukset määrittävät sosiaalityön toteuttamista. Erilaiset organisoitumistavat tarkoittavat myös erilaisia tietoympäristöjä. Johtamisjärjestelmät ja valtarakenteet mahdollistavat tietynlaisen tieto- ja toimintaympäristön, jossa tietoa käsitellään toisistaan eroavilla tavoilla. Organisaatioiden tietoympäristöt voidaan jakaa kolmeen pääosaan: mekaaniseen, orgaaniseen tai dynaamiseen ympäristöön, joilla jokaisella on etunsa ja rajoitteensa. *Mekaanisilla rakenteilla* pyritään maksimoimaan tuotannon tehokkuus, minkä vuoksi selkeät hierarkiat ja täsmälliset määritellyt tehtävänkuvat ovat välttämättömiä. Mekaaniset organisaatiot liitetään usein weberilaiseen byrokratiamalliin, koska tiedon käsitys on yksiulotteista ylhäältä alas kulkevaa, normien mukaista. *Orgaaninen rakenne* puolestaan on uudistava tietoympäristö, mikä malli sopii maltillista muutosta hakevaan organisaatioon. Tällaisessa ympäristössä toimivat usein projektit ja itseohjautuvat tiimit. Valtarakenteet mahdollistavat tiedon nopean siirtymisen ja soveltamisen käytäntöön. Organisaation pitää kyetä jatkuvasti kehittymään ja oppimaan. Tämän vuoksi tämä käsite on liitetty oppivan organisaation käsitteeseen. Tiedon kasvu syntyy hiljalleen kokemuksellisen tiedon ja käytössä olevan tietovarannon vuorovaikutuksesta. (Burns & Stalker 1996, 119-122; Nylander, Ståhle & Nenonen 2003, 6-7; Pylväs 2003, 45 - 46.)

Dynaaminen rakenne on kolmas organisoitumisen muoto. Se perustuu jatkuvaan uudistumiseen, verkostoitumiseen ja luottamuksellisiin suhteisiin alan eri osajien kanssa. Mekaaninen ja orgaaninen organisaatio eivät pysty vastaamaan uuden talouden nopeaan muutokseen ja kilpailuun kun taas dynaaminen pystyy nopeasti uusiutumaan. Dynaamista tietoympäristöä on vaikeaa kontrolloida, koska se perustuu asiantuntijoiden itsenäisyyteen ja valtaan. Tietoa osataan käyttää monipuolisesti. Dynaamisessa ympäristössä työ on usein ideointia ja kokeiluja, minkä vuoksi työntekijän tulee sietää epävarmuutta. (Nylander ym. 2003, 7-8; Pylväs 2003, 46.) Terveysthuollon organisaatioista on löydettävissä näitä kaikkia rakenteita. Ehkä tämän vuoksi terveydenhuollossa asiantuntijoiden johtaminen on haasteellisempaa kuin perinteisessä mielessä johtamistyö yleensä.

Mekaanisilla rakenteilla pyritään turvaamaan organisaation rakenteen toimivuus, valta ja vastuukysymykset, missä tehtävänkuvat ovat välttämättömiä. Tiedonkulku tapahtuu organisaatiossa sekä ylhäältä alaspäin että alhaalta ylöspäin. Orgaaninen rakenne kuvaa organisaatiossa uudistuvaa ja muutoksessa mukana olevaa tietoympäristöä, valtarakenteita, missä tietoa saadaan nopeasti siirtymään sovellettavaksi käytäntöön. Tiedosta syntyy hiljalleen kokemuksellista tietoa ja uuden tiedon soveltamista käytäntöön,

jotka ovat toisiinsa kietoutuneita. Kokemustieto ja uusi tieto ilmenevät käytännössä osaamisena. Dynaaminen tieto ilmenee käytännössä asiantuntijuutena, itsenäisenä toimintana organisaatiossa, missä uusien ideoiden, kokeilujen tai keksintöjen kautta haetaan ja muutetaan työtapoja ja toimintaa. (Nylander ym. 2003, 7 - 8; Pylväs 2003, 45 - 46.)

Viime vuosina on korostettu sitä, että mikään organisaatio ei menesty yksin vaan yhdessä toisten kanssa verkottuneesti. Organisaatio menestyy, mikäli se onnistuu sovittamaan yhteen johdon, henkilöstön, sidosryhmien ja asiakkaiden moraaliset odotukset, tiedon ja osaamisen. Osaamisen resurssi muodostuu yksilön, tiimien, ryhmien ja organisaation resursseista. Yksilön osaaminen taas muodostuu tiedosta, taidosta, kokemuksesta, verkostoista, kontakteista, asenteesta ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Yksi merkittävä kehittämisspolku on, että organisaatioiden kehittäminen aletaan nähdä prosesseina. Kehittämisprosessit eivät lopu koskaan, mutta niiden toimivuus edellyttää organisaatiolta jatkuvaa huolenpitoa. Verkostot ovat tulleet korvaamaan osin hierarkkista järjestelmää. Prosessilähtöisyys ja verkostoihin perustuva organisaatioajattelu merkitsevät entisten hierarkkisten valtapositioiden rapautumista. (Ojala 2008, 36, 50.)

Organisaatiomuutoksessa on kyse aina uudistamisen tarpeesta, jokin entinen ei enää toimi tai on tehoton. Tyytymättömyys palveluihin lähtee asiakkaan tarpeesta. Julkishallinnossa tulosjohtamisorganisaatioista siirryttiin prosessilähtöiseen vaikuttavuuskeskeiseen organisaatiomalliin, jossa asiakas on keskiössä. (Virtanen 2005, 28 - 29). Nykyään monissa julkisissa organisaatioissa on otettu käyttöön tilaaja–tuottaja – malli. Kunnissa on myös tehty aiempia hallintorajoja ylittäviä uudelleenorganisointeja. Muutoksen kohteena olevalla organisaatiolla - henkilöstöllä, johtamistavalla tai toiminnallisilla rutiineilla - nähdään olevan tietty rakenne, jota voidaan muuttaa. Muutos on mahdollista synnyttää kehittämällä yksilöiden tiedollisia käsityksiä, jotka ovat sisäisiä ja yksilöllisiä. Jotta ihminen muuttaa toimintaansa, täytyy vielä toimintojen merkitys ymmärtää suhteessa niihin käytäntöihin, missä ihmiset elävät ja toimivat. Nykyorganisaatioissa johtamiskäytännöt ovat hajautuneet. Muutosta selittää hierarkkisten rakenteiden vähentyminen ja tiimimäisten verkostojen matalien organisaatioiden kehittyminen työelämässä. (Kuusela 2008, 219.)

Organisaation palvelutoiminnan muutos merkitsee esimerkiksi sairaalan potilaalle siirtymistä vielä keskeneräisessä hoidon vaiheessa kotiin avohoidon vastuulle. Tämä edellyttää saumatonta yhteistyöosaamista, monialaista, reaaliaikaista palvelujärjestelmien toimintaa. Verkostoituva monialainen tiimityö sekä palveluiden räätälöinti asiakaskohtaisesti varmistavat potilaan selviytymismahdollisuudet avo- ja kotihoidossa. Palvelujärjestelmien tarjoama hoito-, palvelu- ja kuntoutusketju muodostavat keskenään palveluprosessin, joka puolestaan koostuu yksittäisistä palvelutapahtumista. (Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö 2007, 8.)

Muutoksen toteuttamisessa tärkeimpiä ovat oppivat organisaatiot ja työyhteisöjen jaettu johtajuus. Organisaation kehittämis- ja muutostyön kannalta on kiinnostavaa, miten perustoiminnot hahmottuvat strategioiden rakentamisessa, konsultaatioprosessissa, viikoittaisessa työkokouksessa, konkreettisen sosiaalityön asiakastilanteessa, työnohjauksessa, organisaation sisäisessä ja ulkoisessa viestinnässä, uuden työntekijän perehdyttämisessä, toimintakertomuksen laatimisessa ja toiminnan arvioinnissa. Kyse on lopulta yhteisen merkityksen tuottamisesta ja jakamisesta organisaation sisällä. Organisaatiomuutoksessa on kyse uusien merkitysten ja tulkintojen tuottamisesta sekä jakamisesta organisaation toimintoille. Olennaista muutoksessa on se, syntyykö ihmisten toiminnoissa yhteisiä merkityksiä. (Kuusela 2008, 220 – 222.)

Postmodernissa ajassa muutoksen sanotaan tulleen pysyväksi. Innovointi, kehittäminen ja uudistuminen ovat välttämättömiä. Osaaminen ja oppiminen ovat nousseet organisaatiossa keskeisiksi, kriittisiksi menestystekijöiksi. Korkeatasoinen osaaminen on yksittäisen ihmisen näkökulmasta tärkeää, koska se tuo turvallisuutta ja lisää valinnan mahdollisuuksia epävarmassa ja satunnaisessa maailmassa. Postmodernin ajan satunnaisuus, pyörteisyys, pirstaleisuus sekä ongelmien monimutkaisuus edellyttävät ihmisiltä joustavuutta ja muutoksen kyvykkyyttä. Rakenteeltaan matalissa organisaatioissa ihmiset pystyvät nopeasti reagoimaan toiminnallaan, jolloin heidän muutos- ja oppimiskykynsä on organisaation ydin ja selviytymisen ehto. (Lämsä & Hautala 2005, 191.)

Prosessiajattelu on tullut julkishallinnon johtamiseen viime vuosina. Sen juuret ulottuvat 1900-luvun alun autoteollisuuteen, missä toiminnan järjestelyt johtivat uudentyyppiseen ajatteluun organisaatioiden tehokkuudesta. Nykyisen prosessiajattelun tarkoituksena on ollut hallinnon tuloksellisuusvaatimus nimenomaan yhteiskunnallisen vaikuttavuuden osal-

ta. Prosessiajattelu on merkinnyt siirtymistä kohti prosessiorganisaatiota. Prosessilähtöisillä työtavoilla toiminta saadaan läpinäkyväksi ja hallittavammaksi. Tämä mahdollistaa nopean päätöksenteon ja resurssien tarkemman kohdentamisen. Prosessiajattelussa ollaan kiinnostuneita siitä, miten työ tehdään. Toiminnan kehittämisestä tulee luontevaa. Tuloksena tulisi olla organisaatio, jossa pystysuora tehtävähierarkia korvataan vaakasuoralla prosesseihin perustuvalla rakenteella. (Virtanen 2005, 64, 65, 137.) Prosessiajattelusta on vähitellen siirrytty palveluajatteluun ja palvelualueisiin sairaalaorganisaatioissa, missä korostuu potilaslähtöisyys ja potilaan tarpeet hyvään hoitoon laadittujen ohjeiden mukaisesti. Terveyssosealityölle se merkitsee sitä, että potilaan tarpeet tulisi tunnistaa jo sairaalaan tulovaiheessa, jotta prosessien edetessä asioihin voitaisiin vaikuttaa riittävän ajoissa, koska hoitoajat sairaalassa lyhenevät.

Organisaatiomuutoksissa myös työntekijöiden työhyvinvoinnin huomioiminen muutostilanteissa on merkittävä tehtävä johtamisessa. Muutokseen orientoitumiselle työyhteisöissä tulisi olla aikaa ja tilaa. Todellinen viisaus lähtee tunteiden ja järjen tiiviistä yhteistyöstä, missä ajattelulle ja omien kokemusten sanalliseen ilmaisuun tulisi olla mahdollisuuksia. Ihmisten pitää hyväksyä muutos myös tunnetasolla ja sallittava myös kielteistenkin tunteiden ilmaiseminen. Se vaatii aikaa, mutta se on hyvä tapa antaa välineitä muutostilanteiden työstämiseen. Entistä luovempi työote tuo tehtävien suoriutumiseen tuloksellisuutta. (Juuti 2009, 137 – 138).

Johtamiseen vaikuttavat myös sairaalan strategia ja organisaation johtamisjärjestelmä, johon johtamistyö pohjautuu. Sairaalassa on myös vallitsevia kulttuuris-kognitiivisia ilmiöitä, kuten henkilöstön arvopohja ja ammattikulttuurit, asiantuntijuus ja epäviralliset organisaatiot sekä valtarakenteet. Nämä ovat esimerkkejä sellaisista johtajan toimintaympäristön ilmiöistä, joista ei löydy kirjallista tietoa. Ne ovat ns. hiljaista tietoa ja läsnä johtajan toimintaympäristössä riippumatta siitä, onko hän niistä tietoinen vai ei. (Virtanen 2010, 19 - 21.) Sairaala hierarkkisena järjestelmänä avautuu ulkopuolisille huonosti, koska hallinnollinen hierarkia nivoutuu ammattikuntien hierarkiaan. Sosiaalityöllä on itsessään matala hierarkia, mutta hoitotyön ja lääketieteen omat ammattikuntakohtaiset hierarkiat pitää tunnistaa. Kinnusen ja Vuoren (2005) mukaan keskeisimpiä erityispiirteitä julkisen terveydenhuollon toimintaympäristössä on, että se on pääosin julkisin varoin kustannettua. Poliittiset päätökset valtion ja kuntien tasolla ohjaavat sen johtamista merkittävästi. Terveystarpeiden luonne on rajaton ja siksi poikkeaa muista palveluista. Asiakasmäärät lisääntyvät jatkuvasti. Ter-

veydenhuollossa toiminnan keskiössä ovat ammattitaito ja eettisyys. Potilaiden kipu, kärsimys, elämä ja kuolema ovat sen ydinkysymyksiä. Tämän vuoksi toimintaympäristö rakentuu kaikista muista aloista täysin erilaiseksi. Palvelujärjestelmien eroista johtuen myös sairaaloiden organisoituminen poikkeaa eri alueilla toisistaan. (Virtanen 2010, 33 – 34 ja Kinnunen 2005, 198 - 199.)

Ihmiset ja organisaatiot toimivat jatkuvasti muuttuvassa teknologisessa, inhimillisessä, institutionaalisessa ja taloudellisessa sekä luonnon ympäristössä. Maailmanlaajuisesti olemme siirtyneet uuteen globaaliin informaatio-ohjattuun verkostomaiseen ympäristöön. Myös hyvinvointiyhteiskunta on sopeutumassa näihin uuden ajan haasteisiin. Muutokset voidaan nähdä verkottuneiden informaatioympäristöjen lisääntymisenä, mutta myös siirtymisenä uuteen asiantuntijuuteen. Tiedontuotanto ei enää rajoitu yliopistoihin vaan yhä useammat organisaatiot ovat alkaneet tuottaa tietoa omia tarkoituksiaan varten. Sosiaalityöntekijät voivat tuottaa omasta työstään systemaattisia havaintoja ja antaa tiedolle merkityksiä. Ongelmana on ollut tieteellisen tiedon ylivertaisuus ja ensisijaisuus kokemuksellisen tietoon verrattuna. Uudenlaisen suhteen rakentuminen tiedon, tietämisen ja käytäntöjen välillä mahdollistaa monenlaisia rajanylityksiä, jotta voidaan vastata nyky-yhteiskunnan jatkuviin haasteisiin. Tämä antaa merkittäviä näkökulmia myös sosiaalityön johtajuudelle. (Saurama 2009, 301 – 303.)

2.5 Asiantuntijuus ja johtaminen terveyssosiaalityössä

2.5.1 Asiantuntijuuden moniulotteisuus johtamisessa

Asiantuntijuutta voidaan määrittää useasta viitekehyksestä. Professionaaliselle asiantuntijuudelle on ominaista sosiaalinen oikeutus. Tällöin asiantuntijuus valtuuttaa tiettyihin tehtäviin ja sitä kuvaa täysivaltainen osallistuminen tietyn yhteisön toimintaan. Merkittävän aseman asiantuntijuudelle ja sen kehittymiselle antavat muut asettamalla haasteita, odotuksia ja kysymällä neuvoja ja opastusta, jotka saavat toimijan ylittämään itsensä. (Hakkarainen 2006, 214.)

Asiantuntijuuden määrittely on osin vaikeaa, koska asiantuntijuus vaihtelee tilanteista sekä yksilön arvoista ja ideologioista riippuen. Asiantuntijuus eroaa ammattitaidosta siinä, että sitä rajaa asia, aihe, tehtävä tai ongelma-alue, ei niinkään ammatillinen asema. Asiantuntijuus määritellään erityiseksi perehtyneisyydeksi jonkin alan tietoihin ja taitoihin. Se on lähöisin asiantuntijainstituutioista, puheista ja tulkinnoista. Asiantuntija luo asemansa ja roolinsa auktoriteettien kautta. Auktoriteetti ei tule pelkästään suoritettun tieteellisen tutkinnon tai muodollisen aseman kautta. (Pylväs 2003, 10.)

Asiantuntijuus terveyssosiaalityössä on sidoksissa aikaan ja paikkaan. Se muuttuu yhteiskunnallisten muutosten mukana ja rakentuu tilannekohtaisesti käytännön toiminnassa osaamisalueita yhdistellen ja soveltaen. Työtä joudutaan arvioimaan uudenaiaisista lähtökodista käsin aina yhä uudelleen. Kuviossa 2 käsitellään sosiaalityön osaamisen eri alueita, joista asiantuntijuus rakentuu.

Yhteiskuntatieteiden osaaminen sosiaalityön yhteiskunnallisten yhteyksien ymmärtäminen (talous, kulttuuri, arvot, elämäntavat jne.)	Resurssiosaaminen eli palvelujärjestelmäosaaminen ihmisten ja ihmisryhmien elämäntilanteisiin liittyvien riskien, puutteiden ja ongelmien ha- vaitseminen ja analysointi (toimintamallit, lainsäädäntö jne.)
Vuorovaikutuksellinen osaaminen Arvo-osaaminen Sosiaalityön metodien osaaminen Muutososaaminen	
Innovaatio-osaaminen eli kehittämiseen liittyvä osaaminen (hyvinvointimallit, palvelujärjestelmä, yhteistyökumppanit jne.)	Tutkimuksellinen osaaminen Tutkimustiedon tuottaminen, soveltaminen ja käyttäminen (arviointi, vaikuttavuus, sosiaalityön menetelmät, tutkiva työote)

Kuvio 2. Sosiaalityön osaaminen (Kempainen 2006, 258, Rantalaihoa 2005 soveltaen)

Sosiaalityön osaamisen jaetaan kuviossa 2 tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen. Tiedolliseen osaamiseen kuuluu yhteiskuntatieteellinen osaaminen, resurssiosaaminen, innovaatio-osaaminen sekä tutkimuksellinen osaaminen. Tiedollisen osaamisen lisäksi tarvitaan taitoja toimia ihmisten kanssa, johon kuuluu vuorovaikutuksellinen ja arvo-osaaminen, sosiaalityön metodologinen osaaminen sekä muutososaaminen. (Kilpeläinen & Sankala 2010, 274).

Sosiaalityössä osaaminen, työnhallinta ja ammattipätevyys ovat keskeisiä ydinalueita. Työntekijän tulee osata toimia asiantuntevalla, adekvaatilla ja mielekkäällä tavalla. Ammatinhallintaa voi kehittää työnohjauksen avulla, missä osaaminen liitetään usean toimijan yhteisvaikutukseen. Osaamisen kehittämisessä edetään ammatinhallintaan. Ammatinhallinnan kehityksessä on tärkeintä mielekkyyden ekspansio ja motivaation kehitys eli toimijoiden muutos, jossa identiteetti, toimijuus sekä tehtävät ja teot muuttuvat mahdollisuuksien rajoissa. Työnohjaus liittyy kehittämistoimintaan ja toimintajärjestelmien muutokseen henkilökohtaisen kokemuksen ja vuorovaikutuksen kautta, missä olennaista on aito molemminpuolinen vuorovaikutus työnohjaukseen osallistuvien kesken. (Karvinen – Niinikoski 2007, 97 - 99.)

Asiantuntijayhteisöissä työskennellään moniammatillisesti toisen ammattitaitoa kunnioittaen ja asiantuntemukseen luottaen potilaan parhaaksi. Moniammatillisessa kohtaamisessa asiantuntija tarkastelee asioita omasta tieteenalastaan käsin. Toisaalta ammattiryhmien yhteistyötilanteissa saatetaan pyrkiä yksimielisyyteen, jolloin vaihtoehtoisten toimintatapojen pohdinta jää vähiin. Myös uudenlaisten toimintatapojen löytämiseen tulisi osata käyttää hyväksi moniammatillisuutta. Hierarkkisessa perinteessä yhteistyömallit estävät todellisen yhteistyön syntymisen. Joskus sosiaali- ja terveydenhuollossa työtä ohjaavat ihmisten elämismaailmat järjestelmien ja ammattiosaamisen sijasta. Työntekijän tulee kyetä yhdistämään eri tieteenalojen tietoa ja osaamista ja soveltaa sitä potilastyöhön. Palveluita pyritään sovittamaan yhteen viranomaisten, potilaan ja omaisten sekä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. (Pylväs 2003, 20 – 21.)

Sosiaalityön asiantuntijuuden määrittelyyn vaikuttaa se, millaisena sosiaalityön professio näkyy. Sosiaalityön tulee vastata asiakkaiden tarpeisiin, jotka ovat muuttuneet yhä moninaisemmiksi. Sosiaalityötä ei voida enää tehdä pelkästään yksin työskentelemällä vaan sosiaalityön asiantuntijuus ilmenee muutoksien keskellä erilaisina suhteina. Sosiaalityöllä tulee olla valmiuksia toimia moniammatillisesti ja verkostoituneesti. Tämä lisää virallisen ja epävirallisen sektorin välistä yhteistyötä.

Terveysosiaalityössä, kuten muutoinkin sosiaaalialalla, työelämän asiantuntijuuden merkitys voimistuu ja ammatilliset profiilit erilaistuvat toisistaan. Kaikilla hyvinvointipalveluiden alueilla toiminnallisen ja poliittisen päätöksenteon suhde asiantuntijatyöhön on moniulot-

teista. Johtava sosiaalityöntekijä joutuu toimimaan ympäristössä, jossa nopeat muutokset ja myös hitaat prosessit ovat jatkuvasti läsnä.

Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuuden johtamisella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivaa johtavaa sosiaalityöntekijää tai muuta terveys- ja sosiaalityöstä vastuussa olevaa henkilöä. Johtava sosiaalityöntekijä toimii yleensä terveys- ja sosiaalityöntekijöiden lähiesimiehenä, joka ohjeistaa ja perehdyttää työn tekemisessä sekä vastaa henkilöstöhallinnosta ja budjetista oman toimintansa osalta. Hän on hallinnollisessa vastuussa omalle esimiehelleen, yleensä ylilääkärille tai muulle johtavassa asemassa olevalle lääkäriin. Johtavan sosiaalityöntekijän toimikenttä on laaja ja se kattaa yleensä kaikki potilastyön erikoisalat, joilla terveys- ja sosiaalityöntekijöitä toimii. Työn sisältö on haasteellista, koska kaikki yksilön elämänsä tilanteet tulee hallita pääpiirteissään syntymästä kuolemaan. Lastensuojelu, vammautuminen, sairastaminen ja perhetyö, työkykyisyyden selvittelyt, vajaakuntoisuus, kuntoutus ja vanhustyö kuuluvat osaamisalueisiin. Tämän lisäksi on tunnettava muuttuva lainsäädäntö, sosiaaliturva sekä sosiaalityön palvelut sairaanhoitopiiriin eri kunnissa ja muuttuvissa kuntarakenteissa.

Johtavan sosiaalityöntekijän rooli johtamistehtävässä on laajempi kuin asiantuntijuus. Johtajan perustehtävä, ydin on laajempien kokonaisuuksien hallinta, ihmisten johtaminen, tulevaisuuteen katsominen ja hallinnollisten perustehtävien hoitaminen sekä siitä huolehtiminen, että tiimi tai organisaatio kykenee toimimaan yhdessä ja toteuttamaan perustehtävänsä. Johtaminen on asioiden ja sisällön johtamista, jotta perustehtävä toteutuu. Johtaminen on myös henkilöiden johtamista, missä johtajan tehtävänä on nostaa esiin ihmisten parhaat puolet, jotta huonot puolet eivät pääse haittamaan työskentelyä. Johtaminen on kommunikaatiota. Johtajan on jatkuvasti viestitettävä organisaation visiota, arvoja ja tavoitteita ja samalla kuunnella organisaatiolta tulevia viestejä. Johtaminen on myös yhteistyön rakentamista. Ryhmän tulee osata toimia silloinkin, kun johtaja ei ole paikalla. Työyhteisö tarvitsee yhteistyön muodot, pelisäännöt ja mahdollisuuden yhteiseen tekemiseen sekä työrauhan. Asiantuntijan ja johtajan rooli määrittyy eri tavoin. Asiantuntija on innostunut ja syventää tietämystään ja kokemustaan ja hakeutuu mielellään itsenäiseen työrooliin. Johtajan rooli taas määrittyy toiminnan tavoitteiden ja ihmisten sitoutumisena tavoitteiden saavuttamiseen. Johtaja etsii resurssit ja keinot, joiden avulla tavoitteet voidaan saavuttaa. (Ristikangas ym. 2008, 86 - 87, 109 – 111.)

Johtamista yleensä voidaan määritellä toiminnaksi, jonka avulla ihmisen työpanosta ja fyysisiä voimavaroja pyritään hankkimaan, kohdentamaan ja hyödyntämään tehokkaasti tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. Johtamisen tarkoituksena on saada erilaiset, usein eri asemissa olevat ja eri tavoin vaikutusvaltaiset yksilöt toimimaan työorganisaation arjessa, jossa yhteistoiminta on välttämätöntä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Seeck 2008, 18.)

Sosiaalialan johtaminen on varsin moniulotteista ja laajaa osaamista vaativa alue. Se sisältää kokonaisuuden hallinnan ja sosiaalialan perustehtävän tavoitteisiin tähtäävän johtamisen osaamisen. Strateginen johtaminen ymmärretään taas enemmän koko organisaation toiminnan ja järjestelmien johtamiseksi, jota sairaalan johtotaso edustaa. Johtamisen ja johtajuuden välinen ero voidaan selittää myös siten, että johtamisella tarkoitetaan varsinaista johtamistyötä ja johtajuudella tarkoitetaan johtamisen prosesseja, johtajana olemista ja johtajan asemaa. Johtajan roolia ja johtamisosaamista koskevissa keskusteluissa kohtaavat odotukset organisaation perustehtävästä ja johtajan edustamasta ammatista. Johtaminen on aina sidoksissa johdettavaan toimintaan. Erityisesti Suomessa on säilynyt vahvana organisaatioiden weberiläisen byrokratian ideaalimallin mukainen organisointitapa, joka tuottaa asiantuntijavaltaa sekä osoittaa asiantuntijoiden keskinäiset suhteet ja aseman organisaatiossa. Byrokratiaan sisältyy hallintovallan ja asiantuntijavallan keskinäisiä jännitteitä, mutta se tukee myös professioiden itseintressien vakiinnuttamista ja asiantuntijavallan merkitystä johtamisessa. (Niiranen ym. 2010, 13 - 16.)

Sosiaalialan johtamiseen liitetään tehokkuuden ja vaikuttavuuden vaatimukset. Tämä merkitsee sitä, että sosiaalialalla on jatkuvasti panostettava osaamiseen, strategiseen ajatteluun ja tiedolla johtamiseen. Asiantuntijajohtamisessa korostuu tiedolla johtaminen erityisesti uuden ja uusiutuvan tiedon käytössä. (Niiranen ym. 2010, 19 -20.) Julkisen toiminnan johtamiselta vaaditaan myös etiikkaa ja sosiaalista vastuuta sekä hyvää hallintotapaa. Julkisella hallinnolla on myös ominaisuuksia, jotka edellyttävät eettisten vaatimusten täyttämistä ja mahdollisuutta myös yksipuoliseen vallankäyttöön ja monopoliasemaan palveluiden tuottajana, esimerkkeinä lastensuojeluasiat ja pakkohoitoon saattamiset. Toimintaympäristön muutos asettaa johtamiselle erityisiä vaatimuksia. Nyt vaaditaan kykyä ennakoida kehitystä, näkemyksellistä johtajuutta ja muutoksien toteutusta. Vähitellen ollaan irtautu-

massa byrokraattisesta johtamisen perinteestä, mutta lakiperusta määrittää tulevaisuudessakin toiminnan raamit. (Salminen 2008, 101, 102.)

Sosiaalityötä johdetaan sairaalaorganisaatioissa, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa yhteiskunnan eri tahojen kanssa. Sairaala koostuu erilaisista hierarkkisista toimijoista, jolloin moninaiset eri alojen ammattiryhmät kohtaavat ja luovat näin omia toimintakulttuureitaan. Asiantuntijuus on yhä enemmän tiimityötä, yhteistyötä ja verkostoitumista toisten asiantuntijoiden ja potilaiden kanssa. Sosiaalialan ammattivahvuuksia voisi kuvata sanoilla kokonaisvaltaisuus ja laaja-alaisuus sekä niiden ymmärtäminen. Olipa avun tarve mikä hyvänsä, sitä tarkastellaan suhteessa yksilön toimintaan, vaikutuksiin, arkeen, ihmissuhteisiin, itsetuntoon ja minäkäsityksiin. Tarkastelussa etsitään yksilön omia voimavaroja ja vahvuuksia. Suuri merkitys on ihmisen sosiaalisilla verkostoilla ja elinolosuhteilla. Asiantuntijuus on kokonaisvaltaisuutensa takia sosiaalialalla luonteeltaan erityistä ja sen erityisyys on yleisyydessä. Kyseessä on sosiaalialan erikoisasiantuntijan tehtävä, jossa yhdistyvät asiakkaan subjektiivinen arvio tilanteestaan ja työntekijän ammatillinen näkemys. Ammattitaidossa ja osaamisessa oleellista on kyky asiakasta tukevaan vuorovaikutukseen. (Aho 1999, 329 - 331.)

Sairaaloissa vallitsee edelleen hoitohenkilökunnan byrokraattinen ja managerialistinen organisointi ja johtaminen. Managerialistiset uudistukset ja johtaminen näkyvät virallisissa organisaatiomäärityksissä ja johtajien tavassa puhua tuloksista ja taloudesta, mutta ne ilmentävät vain vähän toimintaa. Toimintaa ohjataan porrastuneilla lähijohtajilla ja johtajien konsensushakuisella johtamistavalla. Tämä siirtää vallankäyttöä pois näkyviltä esimerkiksi asioiden valmistelutyöhön, mihin kaikilla toimijoilla ei ole pääsyä. Johtajien toimikenttä sairaalassa on monimutkainen kokonaisuus, johon kietoutuvat arvot, kulttuurit sekä yhteisölliset rakenteet ja käsitykset, jotka ovat yhteisesti jaettuja, mutta vain osin tiedostettuja. (Virtanen 2010, 213 - 214.)

Johtajuutta ja johtamista voidaan pitää monitieteellisenä ilmiönä. Sitä voidaan tarkastella yhteiskuntatieteistä käsin, taloustieteiden näkökulmasta ja käyttäytymistieteellisistä lähtökohdista. Hyvää johtajuutta ja sen taustalla olevaa johtamiskäsitystä voidaan tutkia laaja-alaisesti, jolloin voidaan löytää yhtymäkohtia myös taiteeseen. Johtajalle ovat tärkeitä puhe- ja esiintymistaito sekä emotionaalinen älykkyys ja rohkeus panna itsensä alttiiksi kohdatessaan toiset. Huippujohtajalle on etsitty ominaisuuksia, joita on Buchanan & Huc-

zynskin (2001) mukaan on löydetty 15: arvostelukyky, kaukokatseisuus, ihmissuhdetaidot, henkinen vakaus, omistautuminen, aloitteellisuus, energisyys, päättäväisyys, rehellisyys, objektiivisuus, lahjomattomuus, aloitekyky, luotettavuus, kunnianhimo ja yhteistyökyky. Nämä ilmentävät käyttäytymistä ja niitä voidaan havainnoida. Sen sijaan pelkästään kyse-lylomakkeen tai haastattelun avulla niitä ei voi havaita tieteellisellä varmuudella. (Huuhka 2010, 46 - 49.)

Johtavien sosiaalityöntekijöiden työssä asiantuntijuuden johtaminen painottuu ennen kaikkea vuorovaikutusosaamiseen ja laaja-alaisella tiedolla johtamiseen. Terveys- ja sosiaalityössä ei ole muodostunut porrastuneita johtamisjärjestelmiä kuten hoito- ja lääkärintyössä. Asiantuntijajohtajuudessa on ennen kaikkea kyse vahvasta ammatillisesta osaajaryhmästä, joilla on koulutus ja ammattipätevyys ja joille ammatilliset eettiset arvot muodostavat toiminnan selkärangan. Paineet johtamisen muutokseen ja uudistamiseen ovat kuitenkin yhteistä kaikille ammattiryhmille sairaalassa, missä vaikuttavat yleiset hallinnon uudistus- ja toisaalta vielä vanhat rakenteet, professiovaltainen kulttuuri ja ammattikuntien välinen kilpailu.

2.5.2 Sosiaalityön kehittäminen

Työelämän kehittämisen aktiivinen vaihe Suomessa alkoi 1980-luvulla, jolloin yliopistot, tutkimuslaitokset ja keskushallinto käynnistivät useita työelämän kehittämishankkeita. Kehittämistoiminnan rooli ja merkitys ovat muuttuneet eri aikakausina ja ovat vahvasti mukana ajassa kulkevissa trendeissä, Ne ovat myös kulttuurisidonnaisia. Kehittämistoiminnasta on tullut strategisestikin merkittävä yhteiskunnallisen vaikuttamisen väline. Tämä on nostanut esille kysymyksiä kehittämisen tietoperustasta ja teoriasuhteesta sekä erityisesti tiedon tuottamisen menetelmistä. Tyypillisesti kehittämisen interventiot ovat peittyneet tekemisen alle, mutta nyt vaaditaan niiden eksplikointia ja läpinäkyväksi tekemistä. Tietoa kehittämisen menetelmistä ei ole sillä tavoin saatavilla kuin tutkimuksen menetelmistä, mutta tämä ei tarkoita sitä, ettei kehittämistä eri muodoissaan olisi tapahtunut kaiken aikaa. Pirstaloitunut ja lyhytkestoinen projektikehittäminen ei ole edesauttanut pitkäjänteistä tiedon ja menetelmien rakentumista. Käsite kehittämismenetelmä on varsin selkiytymätön. Sen sisältö määräytyy kulloisenkin käyttöyhteyden ja taustaviitekehyksen mukaan eikä koottuja menetelmäkäsikirjoja ole saatavissa kuten tutkimuskirjallisuudessa. (Seppänen-Järvelä 2006, 17 - 19.) Taulukossa

3 kuvataan ajattelutapojen muutosta eri aikakausien kehittämistyössä. New Public Management ajattelu alkoi 70-luvulta Englannista mutta se otettiin käyttöön 90-luvulla Suomessa. Julkisen toiminnan tehokkuutta, tuottavuutta ja kustannuksia seurattiin erityisesti, mutta siihen lisättiin 90-luvun lopulla New Public Service-malli eli uusi julkinen palvelu, mikä korostaa enemmän demokraattisuutta ja kansalaisten palvelua kontrolli- ja markkinointitehtävän sijaan. Malli korostaa myös ihmisten arvostamista eikä ainoastaan tuottavuutta. (Salminen 2008, 77, 79).

TAULUKKO 3. Kehittämisen ajattelutapojen muuttuminen (Seppänen - Järvelä 2006, 21).

Suunnittelu-rationalismi 1950->	Orastava New Public Management 1980->	New Public Management 1990 ->	Post managerismi 2000->
- talousarvio-menettelyt - kts- ja pts-suunnitelmat - komitealaitos	- deregulaatio ja desentralisaatio - sosiaali- ja terveys-työ yhdessä - kokeiluhankkeet - tulosjohtaminen	- EU - tieto-ohjaus - projektikehittäminen - verkostomaisuus, kumppanuus - laatu, benchmarking	- palvelujen modernisaatio - ohjelmat ohjausvälineinä - vaikuttavuus ja näyttö, arvioinnin läpimurto - laatusuositukset, hyvät käytännöt

Kehittäminen voidaan määritellä aktiiviseksi ja tietoiseksi toiminnaksi, jolla on tietty tarkoitus ja tehtävä tulosten aikaansaamiseksi, vaikka se voikin olla vielä järjestymätön. Positiivisesti ajateltuna juuri ilmiön jäsentymättömyys ja sekavuus lisäävät kehittämiskohteen kiinnostavuutta. Menetelmällä tarkoitetaan järjestelmällistä menettelytapaa määrätyn tarkoituksen saavuttamiseksi. Sen luonne on hyvin instrumentaalinen. Kehittämistoiminnassa menetelmien valinta ei ole kovin eksplisiittistä. Tavoitteet ja keinot voivat olla aluksi hahmottumattomia. Kehittämistoiminta nojaa ajatukseen ja olettamukseen, että sillä saavutetaan tavoiteltuja ja toivottuja tuloksia. Kehittäminen tapahtuu ajassa ja paikassa ja se näytetään sekä yksilöissä että yhteisöissä. Ilmiönä se kytkeytyy isoihin yhteiskunnalliskulttuurisiin virtauksiin, joita voidaan analysoida mm. kilpailu-, arviointi-, riski- ja projektiyhteiskunnista. Tämä on se konteksti, jossa sosiaalialan työtä kehitetään. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 17, 21, 185.)

Suomessa organisaatioiden kehittäminen on kulkenut eri matkaa muiden länsimaiden kanssa. Kun pohjoismaissa ja Euroopassa kokeiltiin uusia työn organisointimuotoja mm. 1970-luvulla, meillä keskityttiin työsuojeluun ja fyysisten työolojen kehittämiseen. Kuitenkin työn kehittäminen on järjestelmällinen menettelytapa tarkoituksen saavuttamiseksi. Se perustuu olettamukseen, että asianmukaisilla kehittämismenetelmillä saadaan aikaan toivottuja tuloksia ja näyttöön perustuvaa vaikuttavuutta. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2006, 20 -21.)

Pitkällä, kolmen vuosikymmenen, aikajänteellä on havaittu perustavanlaatuisia muutoksia ja tuloksia, mm. koulutustason nousu, ammattirakenteen kehittyminen ja parantuneet mahdollisuudet kehittyä työssä. Itsensä kehittäminen on tullut tärkeämmäksi kuin hierarkiaporilla eteneminen. Tämän päivän työelämässä on myös ristiriitaisia suuntia. Toisaalta arvostetaan yhteistoimintaa ja kehitetään tiimityötä, mutta toisaalta vallitsee yksilöllistämisen trendi. Yksilöltä odotetaan liikkuvuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta sekä toisaalta osaamisen syventämistä ja sitoutumista. (Lehto & Sutela 2008, 97.)

Esimerkiksi somaattisten sairauksien parissa työskentelevät terveys sosiaalityöntekijät tarvitsevat omasta terveys sosiaalityöstä nouseviin tarpeisiin ja haasteisiin työn kehittämistoimintaa, koska työskentelevät yleensä osastoilla yksin ja heillä on jatkuvasti vaikeita ongelmia ratkaistavanaan. Moniammatillinen tiimityö on tällöin erityisen tärkeää. Oman ammatin ja työn syvempi kehittäminen edellyttää oman toiminnan miettimistä ja pohtimista, jolloin leimallista on oman työn tutkiminen, arviointi ja uudistaminen. Oman työn kehittäminen on myös keino työyhteisön toimintakyvyn ylläpitämiseen ja vahvistamiseen, missä esimiehellä on tärkeä rooli. Työyhteisön hyvä toimintakyky on vahvuus päivittäisen perustehtävän toteuttamisessa palvelutehtävässä. Esimiesten tekemä johtamistyö on jo sinällään työn kehittämistä sen nivoutuessa yhteen työn suunnittelun ja organisoinnin kanssa.

Organisaatioiden toiminnan kehittäminen on tietoista systemaattista vaikuttamista ja interventiota, jonka avulla henkilöstö ja johto tekevät yhdessä tarvittavia muutoksia kaikilla tasoilla ja osa-alueilla. Yleensä työn kehittäminen on luonteeltaan monitahoista, monivaiheista ja moniulotteista. Organisaatio tarvitsee toiminnan lähtökohdakseen vision ja strategian, jotka suuntaavat toimintaa. Työn kehittämisen kohteet perustuvat henkilöstön ja johdon näkemyksiin siitä, mitkä ovat olennaisia kehittämiskohteita, mitä kehittämisen

filosofiaa käytetään sekä millaisilla menetelmillä ja miten kehittämistä toteutetaan. Näistä yhteisistä sopimuksista muodostuu toimintakulttuuri eli uskomusjärjestelmä, joka ilmenee organisaatio-, prosessi- tai yksilötasolla. Organisaatiot tarvitsevat myös arviointijärjestelmän, jotta kehittämistyön tuloksia pystytään tarkastelemaan. (Tiusanen 2005, 45.)

Hyppäsen (2010, 266) tuo esille kymmenen tärkeää seikkaa, jotka johtavat onnistumiseen tai epäonnistumiseen kehittämisessä:

- Tavoiteasettelun on oltava riittävän haasteellinen, jotta syntyy kehitysjänne.
- Tavoitteiden tulee olla monipuolisia, avoimia ja ymmärrettäviä, jotta niihin uskotaan.
- Kehittämisorganisaatiolla on oltava asiantuntemusta, jotta ongelmia ratkaistaan ja saadaan aikaan muutoksia.
- Kehittämisorganisaation on oltava riittävän itsenäinen, mutta sillä on samalla oltava hyvä vuorovaikutus linjaorganisaation kanssa.
- Kehittämismenetelmiä valittaessa on huomioitava, että kehittämisen avulla luodaan yhteistä ymmärrystä.
- Kehittämistyö tarvitsee riittävät taloudelliset, henkilö- ja ajalliset resurssit.
- Tarvitaan ulkopuolisia tutkijoita, kehittäjiä ja konsulttien asiantuntemusta, missä korostuvat erilaisten menetelmien käyttö, rakentava vuorovaikutus ja uudenlaiset luovat näkökulmat.
- Tarvitaan etenemisen seuranta ja onnistumisen mittareita.
- Kehittämisprosessia on oltava mahdollista määrittää uudelleen reflektiivisesti.
- Kehittämisosaaminen on juurrutettava, jotta muutoksesta tulee pysyvää ja jatkuvaa.

Kehittäjä on tietoinen tavoitteistaan alati muuttuvissa toimintaympäristöissä ja huolehtii ihmisten välisestä kommunikaatiosta. On tärkeää välittää uutta tietoa ja omia kokemuksiaan. Kehittämistyö ymmärretään usein siten, että kyse on toimintaperiaatteiden ja toimintojen tarkoituksellisesta muuttamisesta ja jossa kehittämisen kohteena ovat ihmiset ja heidän työtehtävänsä. Muutoksia voi tapahtua johtamisen alueella, mutta myös kakkien toimijoiden oppimisena ymmärryksen lisääntymisen tuloksena. (Kirjonen 2006, 117, 189.)

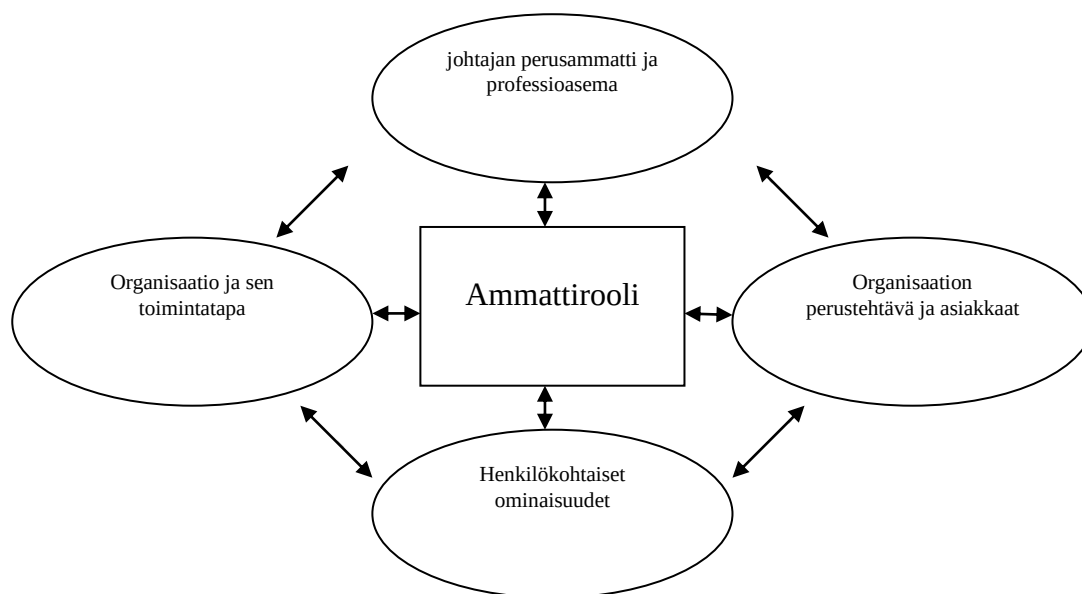
Toikko ja Rantanen (2009) esittelevät tutkimuksellisen kehittämistoiminnan eri suuntauksia seuraavasti: **Toimintatutkimus** (action research) kehittämisen välineenä, joka on Kurt Lewinin (1951) luoman kenttäteorian ja ryhmädynamiikan pohjalta kehittynyt suuntaus, missä korostuu todellisuuden muuttaminen osana tutkimusprosessia. Ideana on saada aikaan muutoksia sosiaalisessa todellisuudessa ja samalla tutkia niitä.

Kehittävä työntutkimus on Suomessa kehitetty 1980- ja 1990-luvuilla muutosstrategiaksi, joka yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen. Sen lähtökohtana on kulttuuri-historiallinen toiminnan teoria. Toiminnan käsitteen ajatellaan muodostavan linkin yksilön ja yhteiskunnan välillä. Toimintajärjestelmä muovaa yksilön tekoja ja ominaisuuksia. Toimintajärjestelmät ymmärretään historiallisesti kehittyviksi, ristiriitaisiksi ja dynaamisiksi. (Engeström 1995, 11 - 12.)

Työelämän **tutkimusavusteisen kehittämisen käsite** on levinnyt erityisesti työelämän kehittämisohjelmien myötä. Tutkimusavusteinen kehittäminen tarkoittaa käytäntöön suuntaavaa toimintaa, joka tähtää tilanteen kehittämiseen tieteellistä tietoa hyväksikäyttäen. Tällä tarkoitetaan toimintaa, jossa tutkimus palvelee kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 29 - 33.)

2.5.3 Lähijohdon rooli kehittämisessä

Johtaminen ja sen toimintatavat ovat tilannekohtaisia ja sidottuja sosiaaliseen ympäristöön. Johtamisen tärkeitä elementtejä ovat organisaatiossa toimivat ihmiset ja heidän keskinäinen vuorovaikutuksensa. Koordinointityö on järjestelyä ja kokoamista. Se, että tehtävät tulevat tehdyiksi, vaatii aina johtamista. Johtamisessa korostuu ihmisten johtaminen ja se rakentuu kykyyn toimia eettisesti oikein. Sosiaalityön johtamiseen kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Sosiaalityön kehittäminen ja yhteiskunnan voimakkaat muutokset palvelujärjestelmissä vaativat johtamistyön koulutusta ja sitä kautta johtamisen vahvistamista. Käsittelen seuraavassa johtamisen roolien kautta sille asetettuja odotuksia. Asiaa on tarkasteltu kuviossa 3.



Kuvio 3. Sosiaalialan johtajan ammattiroolin kehä ja odotukset (mukaillen Svensson 2008, Niiranen ym. 2010, 17.)

Kuvion mukaan johtaja työskentelee keskellä eri mekanisme ja odotuksia. Organisaation perustehtävä ja johtajan oma perusammatti tuottavat odotuksia myös johtajan ammattiroolille. Toimintaympäristön yhteistyökumppanit ja oman organisaation työntekijät odottavat, että johtaja toteuttaa työssään perusprofessionsa rooliodotuksia. (Niiranen 2010, 16).

Morenon alkuperäisen rooliteorian mukaan sosiaaliset roolit liittyvät henkilön toiminnalle asetettaviin sosiaalisiin ja psyykkisiin odotuksiin. Sosiaalisilla rooleilla tarkoitetaan henkilön sosiaalisia suhteita ja asemaa, psyykkiset roolit taas tarkoittavat yksilön persoonallista tapaa toimia. Roolit ovat tosia ja aitoja ja ovat luonnollinen osa sosiaalista olemusta ja toimintaa. Ne ovat kehittyneet eri elämänvaiheiden aikana saamistamme vuorovaikutuskokemuksista. Ne eivät ole geeniperimämme tuotteita vaan jatkuvasti alttiina muutokselle. Rooleja on lukuisia ja psyykkiset roolit ovat riippuvaisia siitä, kenen kanssa kulloinkin olemme vuorovaikutussuhteessa. Asiantuntijan rooli on erilainen kuin esimiehen rooli. (Ristikangas ym. 2008, 125 – 134.)

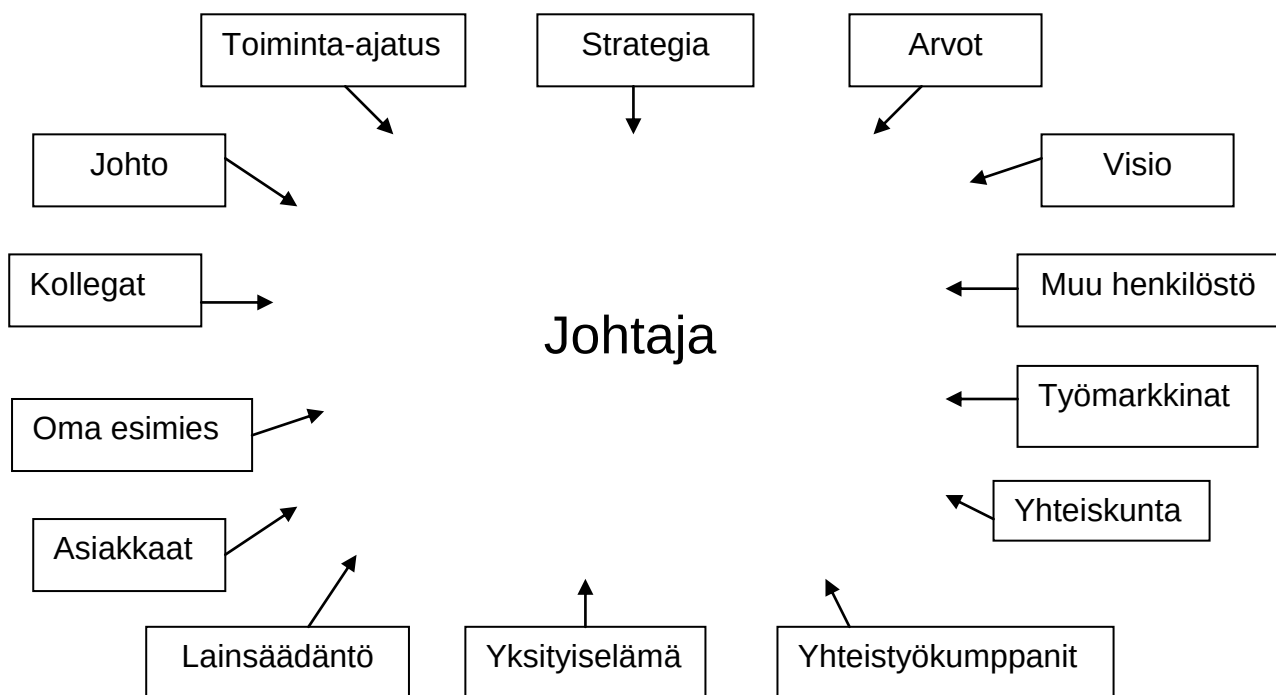
Yleensä roolilla tarkoitetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muodostuvaa opittua käyttäytymistä. Sekä yksityiselämässä että työelämässä samalla ihmisellä voi olla lukuisia rooleja. Roolinäkökulmasta johtajan käyttäytymiseen vaikuttavat odotukset, joita ylemmät johtajat asettavat tai omat työntekijät tai esimiehen kollegat asettavat. Tehtävän luonne organisaation sisällä ja ulkoapäin asettaa omat vaatimuksensa. Esimiehen ja työntekijän väliset suhteet vaikuttavat myös roolikäyttäytymiseen. Organisaation muodollinen valta-asema ja sellaiset tehtävät, jotka perustuvat säädöksiin, sääntöihin ja kirjallisiin työnkuviin ja toimintapoliittisiin ohjeisiin, luovat oman raaminsa käyttäytymiselle. Myös monet tilannekohtaiset merkitykset ja usein myös epäselvyydet antavat roolikäyttäytymiselle oman näkökulmansa. (Ropo 1989, 19.)

Johtajan roolilla tarkoitetaan tietyssä sosiaalisessa positiossa olevaan henkilöön liittyviä odotuksia. Olennaista on, että kyse on sosiaalisesta asemasta, mitä esimies- ja työntekijäasemat aina merkitsevät. Rooli on teoreettinen käsite, joka palvelee käytännössä esimiehen ja työntekijän kanssakäymistä ja jäsentää sitä. Roolit saattavat hämärtä, jos alaiset ovat hyvin koulutettuja ja hoitavat työnsä itsenäisesti. Tapa, jolla johtaja asettuu rooliinsa, on yhtä merkityksellinen kuin se, miten alainen hahmottaa alaisroolinsa. Esimiehellä on mahdollisuus lisätä työn hallintakeinoja antamalla vastuuta ja olemalla samalla aktiivisesti vuorovaikutuksessa työntekijöiden kanssa. (Aarnikoivu 2010, 31.)

Työelämän muutokset ovat vaikuttaneet laajalti myös johtamistyön rooliin. Tiimityö on yleistynyt eikä halua hallinnolliseksi johtajaksi ole yhtä paljon kuin aikaisemmin. Nykyisin työssä kehittyminen on monille tärkeämpää kuin uralla eteneminen. Tiimityön yleistymisen myötä hierarkkisuus on väistymässä ja tiimityön lisääntyessä myöskään alaisia ei ole enää yhtä paljon kuin aikaisemmin. Organisaatioissa pyritään välttämään ylisuuria yksiköitä ja liian monia hierarkiatasoja. Johtamistyö on jatkuvaa reagointia yllätyksiin ja häiriöihin ja siihen kohdistuu hyvinkin ristiriitaisia odotuksia. Tietotulvan määrä vaikeuttaa myös työtehtävää. On osattava karsia olennainen tieto. Johtamistyö on jatkuvaa kommunikointia ja henkilökohtaista vaikuttamista laajassa ihmishuoneverkostossa. Johtajuus edistää kaikkea sellaista toimintaa, joka auttaa päämäärän saavuttamisessa. Johtaja huolehtii myös toiminnan ylläpitämisestä sekä edistää sidosryhmäyhteistyötä. Johtajan tehtävänä on myös huolehtia sisäisestä integraatiosta, mikä edellyttää erilaisten osatoimintojen yhdistämistä, uuden tiedon vastaanottamista ja sen soveltamista entiseen sekä

päätöksentekotaitoa. Johtajan tulee huolehtia siitä, että perustehtävä toteutuu ja yhteisö tuottaa parhaan mahdollisen tuloksen. Näiden roolien lisäksi johtajan tulee johtaa myös itseään ja panostaa omaan kehittymiseensä. (Aarnikoivu 2010, 32 - 34.)

Johtamistyöhön kohdistuu lukuisia odotuksia. Kuviossa 4 kuvataan keskeisimpiä johtamiselle asetettavia odotuksia ja niiden kohteita. Pääpaino johtamisessa on ihmisten ja asioiden johtamistyössä



Kuvio 4. Johtamistyöhön kohdistuvia odotuksia Hyppästä (2009, 9) mukaillen.

Kuviossa 4 esitetyt odotukset voidaan jakaa tutkijan näkemyksen mukaisesti seuraaviin ryhmiin:

- *Organisaation toimintaa ohjaavat tekijät:* arvot, strategia, visiot ja toiminta-ajatus.
- *Organisaatioon ja henkilöihin liittyvät tekijät:* johto, oma esimies, kollegat ja muut.
- *Organisaation ulkopuolisten tahojen ja tekijöiden asettamat odotukset:* Yhteiskunta, lain-säädäntö, asiakkaat, yhteistyökumppanit ja työmarkkinat.
- *Henkilökohtainen elämä:* yksityiselämä ihmissuhteineen ja erilaisine haasteineen.

Johtajan työ on vaativaa, sillä se koostuu usein pirstaleisista lyhytkestoisista työtehtävistä. Tällöin työlle on leimallista jatkuva keskeytys, koska etusija on välittömällä toimenpiteillä ja työprosessien sujuvuudella. Johtamisen haasteet liittyvät ensiksikin ulkoisiin paineisiin,

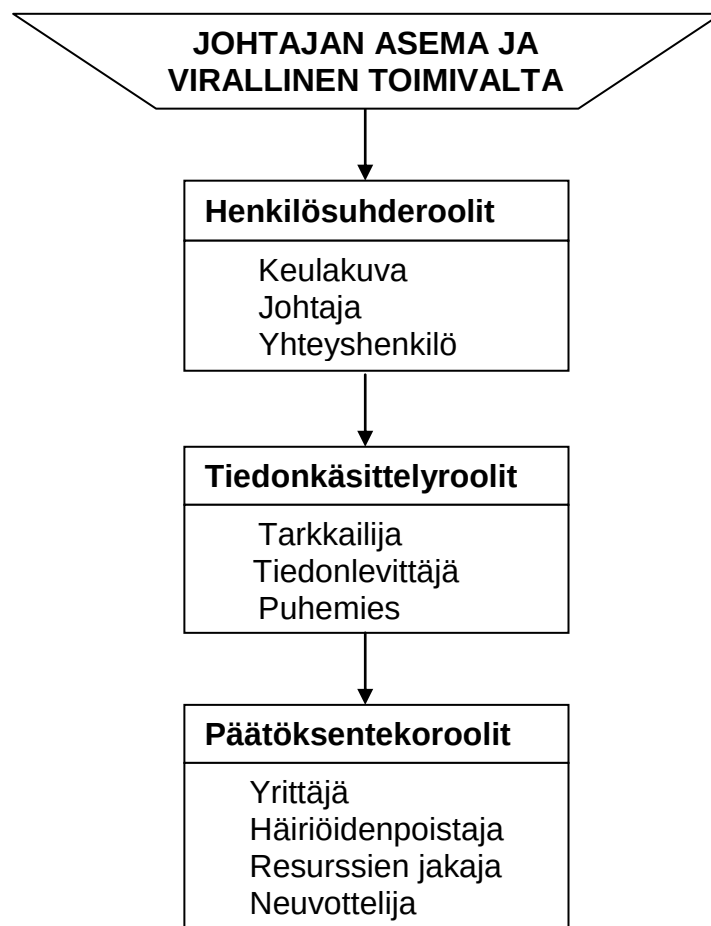
joita toimintaympäristö asettaa organisaatiolle. Toiseksi haasteet liittyvät organisaation olemukseen ja sen muuttumiseen toimintaympäristötekijöiden vaihdellessa. Kolmas haaste liittyy johtamisen olemukseen. Haasteet lisääntyvät jatkuvasti ja niiden elinkaari on lyhyt. Tällöin korostuu oman johtamistyön syvälinen pohdinta. Oma persoona on aina mukana ja suodattaa parhaatkin johtamisteoriat. Nykyjohtajuudessa on kyse ihmisten asiantuntijuuteen liittyvän jatkuvasti muuttuvan pääoman hallinnasta ja avaintehtävänä on tuottaa jokapäiväisiin työelämän tilanteisiin sellaisia rakenteita, jotka syntyvät uuden oppimisesta. Hyvä johtaja tunnistaa ja tunnustaa työnsä arvo- ja tietoperustan, pyrkii oikeudenmukaisuuteen, johdonmukaisuuteen ja tasapuolisuuteen. Hänellä on tunneälyä, hän kykenee heijastamaan luottamusta ja turvallisuutta ympäristöönsä sekä on ajan tasalla sääntöjen ja määräysten kanssa. Johtaja, että johtamistyössä tieto, eettinen viisaus ja läsnäolo ovat hyvin merkityksellisiä osa-alueita. Pitää uskaltaa olla johtaja ja tehdä päätöksiä. Johtaminen perustuu luottamukseen. Hyvä johtaja hyväksyy muut sellaisena kuin he ovat yrittämättä muuttaa heitä oman mielensä ja tarpeidensa mukaisesti. Hän kykenee antamaan palautetta ja ottamaan sitä vastaan. Hänellä on halu kehittää itseään. Johtaja tuntee heikkoutensa ja vahvuutensa ja kykenee oikealla tavalla suojelemaan tarvittaessa myös itseään. Hyvä johtaja kykenee hallitsemaan tunteensa, kestää yksinäisyyttä ja osaa hakea vertaistukea ja verkostoa ympärilleen. Hyvällä johtajalla on ystäviä, harrastuksia ja hän pitää itsestään huolta. Hyvinvointi näkyy työtä tehdessä hyvänä työilmapiirinä, työnilona ja innostuksena. (Paasivaara 2010, 12, 148, 149.)

Johtamisen viisaus on tietoa ja ymmärrystä, mutta myös vahvaa todellisuudentajua, ammatillista asennetta, oikeudenmukaisuutta, myönteeläisyyttä, itsehillintää, sivistynyttä käytöstä sekä esimerkillisyyttä, sinnikkyyttä ja nöyryyden mielisyyttä. Jotta johtaja pystyy vaikuttamaan johdettaviinsa, hänellä tulee olla selkeä ja totuudenmukainen näkemys ihmisiä ohjaavista psykologisista tekijöistä. Vaikeutena siinä on, että yhtenäistä kuvaa ihmisestä ei ole tieteessäkään vaan käsitykset voivat olla erilaisia ja osittain ristiriitaisia (Järvinen 2011,21).

Johtamisroolissa laki ja muut yhteiskunnalliset normit säätelevät ja määrittävät osan kontekstista. Esimies itse rooliinsa kuuluvana sisäistää organisaation kulttuurin ja henkisen ilmaston. Hän joutuu koko ajan tasapainottelemaan erilaisten odotusten ristiaallokossa. Sama henkilö voi eri tilanteessa käyttäytyä eri tavalla. Jos haluaa vaikuttaa omaan tai toisen käyttäytymiseen, voi pyrkiä muuttamaan kontekstia. (Ollila 2010, 67.) Johtajan

ammattirooli kohtaa usein odotuksia, jotka nousevat johdettavan organisaation perustehtävästä ja johtajan edustamasta ammatista.

Kuviossa 5 on käsitelty johtajan asemaa ja virallista toimivaltaa Minzbergin alkuperäisen rooliteorian mukaisesti.



Kuvio 5. Johdon roolit (Mintzberg 1973/1980, 59) Henry Mintzbergin teorian mukaan

Näitä rooleja palveluorganisaatioissa käsittelevät myös Joutsenkunnas ja Heikurainen (2003). Heidän mukaansa henkilösuhderooleista *keulakuvana toimiminen* ulospäin ja yrityksen sisällä on johtajan eräs keskeinen rooli. Tähän liittyy vahvasti oman henkilökohtaisen esimerkin vaikutus. *Johtajan* eli *esimiehen* rooliin kuuluu henkilöstön välitön ja välillinen ohjaaminen sekä työilmapiirin luominen, ylläpitäminen ja kehittäminen. Esimiehen työ palveluorganisaatiossa on yhä useammin pelaajavalmentajan tehtävä. *Yhteyshenkilön* tai *yhdysmiehen* rooli tarkoittaa kaikkien niiden suhteiden hoitamista, jotka ovat esimies-

työntekijä suhteen ulkopuolella. Tähän tehtävään esimiehet käyttävät tutkimusten mukaan varsin paljon aikaa. Yhdysmiesrooli on myös perustana tiedonkulkuun liittyville rooleille. (Joutsenkunnas & Heikurainen 2003, 52 - 55.)

Lämsän ja Päivikkeen 2010, 225-226 mukaan ”keskeinen osa johtajan työtä on, että johtaja tekee jatkuvasti erilaisia päätöksiä. Hänen tehtävänsä on myös kerätä tietoa ja viestiä asioista eri tahoille. Lisäksi hän toimii sosiaalisen vuorovaikutuksen ja ihmisten välisten suhteiden edistäjänä ja rakentajana”.

Joutsenkunnas ja Heikurainen (2003) käsittelevät myös *esimiehen tiedonkäsittelyrooleja* eli *tiedonkulkurooleja*. Näistä *tarkkailijan* eli *tietokeskuksen* rooliin kuuluu runsaan organisaation ulkopuolelta ja sisältä tulevan tiedon käsittelemistä. Yleissääntönä on, että palveluorganisaatiossa on annettava mahdollisimman paljon tietoa eri tahoille. *Tiedonlevittäjän* eli *tiedonvälittäjän* rooliin kuuluu a) toiminnallisen eli operatiivisen sekä b) yleis- ja tukitiedon välittäminen omalle organisaatiolle. Kannattaa muistaa, että runsaasti tiedottava esimies saa myös itse paljon tietoa. *Puhemiehen* eli *tiedottajan* rooli merkitsee aktiivista ja suunnitelmallista tiedottamista henkilöstölle ja asiakkaille juuri niistä asioista, joita organisaatio haluaa korostaa. (Joutsenkunnas & Heikurainen 2003, 56 - 57.)

Joutsenkunnaksen ja Heikurainen (2003) mukaan *esimiehen päätöksentekoroolit* eli *päätöksentekijäroolit* edellyttävät hyvää tiedonkulkua. Ennen varsinaista päätöstä esimiehen on ratkaistava se, kuinka päätös tehdään ja ketkä osallistuvat sen tekemiseen. Palveluorganisaation esimiehen kannattaa ottaa oma henkilöstö mukaan päätöksen tekemiseen, jotta se sitoutuu paremmin tehtyyn päätökseen ja sen toteuttamiseen. *Aloitteentekijän* rooli sisältää esimiehen aktiivisen reagoimisen erilaisiin muutosvaatimuksiin ja muutosten käynnistämisen vastuualueellaan. Jo pelkästään henkilöstön vireyden ylläpitämiseksi esimiehen tulee suunnitelmallisesti toteuttaa muutoksia mm. palveluissa ja henkilöstön työ- jaossa. *Häiriöiden poistajan* eli *käsittelijän* rooli liittyy tilanteisiin, jotka esimies kohtaa tahdomattaan. Esim. asiakas valittaa palvelusta tai joku tiimin jäsen ei toimi esimiehen odotusten mukaisesti. Erilaisten häiriöiden ja poikkeamien käsittely on osa palveluorganisaation esimiehen jokapäiväistä toimintaa. *Voimavarojen* eli *resurssien jakajan* rooli käsittää ihmiset, välineet ja laitteet, budjetoinnin sekä ajankäytön. Voimavaroja jakaessaan esimiehen on pidettävä mielessä yksikkönsä tehtävät ja tavoitteet sekä niiden kriittiset menestystekijät. Erilaiset kuormitusta mittaavat tunnusluvut ovat tärkeä apuväline voimavaroja jaettaes-

sa. *Neuvottelijan* roolissa esimies osallistuu erilaisiin virallisiin ja epävirallisiin tilanteisiin, joissa pitää päästä sopimukseen käsiteltävistä asioista. (Joutsenkunnas & Heikurainen 2003, 56 - 60.)

2.6 Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista

Tutkimukseni teoriaosuus koostui sosiaalityön käsitteiden määrittelystä, terveysosiaalityön lyhyestä historiallisesta katsauksesta, terveydenhuollon organisaation tarkastelusta, työn kehittämisteorioista ja johtamisen rooliteorioista. Tutkimustyötä terveysosiaalityön piiristä löytyy varsin vähän, enimmäkseen pro gradu -tutkimuksia. 2000-luvulla on aiheesta alkanut tulla myös väitöskirjoja. Viimeisimpiä kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia aiheesta on koottu liitteisiin 1 ja 2. Tutkimuksessa käsitellään terveysosiaalityötä osana hyvinvointipalveluja, joihin julkisella hyvinvointipolitiikalla on läheiset kytkökset. Voidaan todeta, että sosiaalityö kehittyy erilaisten muutospaineiden edellyttämien yhteiskunnallisten muutosten kautta, joille lainsäädäntö antaa vahvan tuen. Terminologia muuttuu ajassa, samoin erilaiset painotukset eri vuosikymmeninä, mutta perusidea ja lähtökohdat ovat pysyneet muuttumattomina. Sairaala kuvataan toimintaympäristönä ja organisaationa, missä käytännön työtä tehdään. Tutkimuksessa kuvasin lyhyesti taustaa ja niitä tekijöitä, miten terveysosiaalityö on kehittynyt nykyiseen muotoonsa julkisen sektorin eli kuntien, kuntayhtymien palvelukokonaisuudeksi johtavien sosiaalityöntekijöiden työn kautta.

Sosiaalityötä määritellään ja kuvataan kansainvälisesti ja kansallisesti, mihin työ perustuu ja mitä sillä tavoitellaan. Toimintaympäristönä sairaala poikkeaa muista julkisista virastoista ja laitoksista siinä, että siellä ollaan tekemisessä koko ajan inhimillisen elämän, syntymän ja kuoleman kanssa. Työ kattaa koko elämän kirjon, missä vuorottelevat tragediat ja myös onnen hetket ihmisten elämässä. Käsitteenä termi sosiaalinen viittaa ihmisten yhteisöllisyyteen ja siihen liittyvään avun antamiseen ja vastuuseen toisista. Sosiaali- ja terveystieteet ja niiden toiminta ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään, mutta ne perustuvat erilaiselle tieteen paradigmalle. Sosiaalitieteet perustuvat yhteiskuntatieteelliseen orientaatioon, kun taas terveystieteet perustuvat luonnontieteisiin. Sen sijaan fyysisistä ja sosiaalista toimintakykyä voidaan lähestyä samankaltaisista lähtökohdista. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen selviytymistä fyysisistä toiminnoista ja sosiaalisella toimintakyvyllä ihmisen mahdollisuuksista selviytyä

vuorovaikutuksesta aktiivisena toimijana yhteisössä ja yhteiskunnassa. (Kokko & Heikkilä 1995, 11.) Tähän kokonaisuuteen tämä tutkimus toi vielä hallintotieteellisen näkökulman.

Terveysosiaalityön käsitteet määritellään terveysosiaalityön historian avulla. Johtavan sosiaalityöntekijän työtä voi kuvata erityisesti asiantuntijuuden johtamisena ja rooliteorioiden kautta sekä terveysosiaalityön kehittämistyötä käytännössä nousevana toimintana. Keskeistä asiantuntijajohtamisessa on ihmisten ja asioiden johtaminen yhtäaikaaisesti. Asiantuntijajohtamisessa korostuvat tiedolla johtaminen ja asetettujen tavoitteiden saavuttaminen. Perustehtävän lisäksi työssä korostuu jatkuva työn kehittäminen.

3 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTON KÄSITTELY

Tutkimuksen empiirisessä osassa tavoitteena on tarkastella johtavien sosiaalityöntekijöiden työtä, asemaa ja roolia sairaanhoitopiirissä ja sitä kehittämistyötä, jota terveysosiaalityössä tehdään. Tutkimus kohdentui sairaanhoitopiirien johtaviin sosiaalityöntekijöihin sen vuoksi, että SOSNETin organisoimassa ammatillisessa lisensiaattikoulutuksessa oli mahdollista nimenomaan tutkia omaa työtä ja tehdä työelämälähtöistä tutkimusta. Koska terveysosiaalityötä on tutkittu vähän ja sen johtamisen kannalta ei juuri lainkaan, oli haaste tutkijalle varsin selvä. Toimin johtavana sosiaalityöntekijänä, mutta olen yrittänyt erottaa nämä roolit toisistaan ja myös siksi oma sairaanhoitopiiri on jäänyt tutkimuksesta pois. Tutkija yrittää tarkastella ulkopuolisena niitä asioita ja ilmiöitä, mitä aineistosta nousee.

Tämä pääpainoltaan laadullinen tutkimuksen aineisto tuotettiin kyselyn ja haastattelun avulla. Tutkimukseen ei haettu erillistä lupaa, sillä haastateltavat selvittivät omien sairaanhoitopiiriensä käytännöt, jotka eivät vaatineet lupaa tämäntyyppiseen tutkimukseen. Tutkimuksessa kerätyn aineiston tarkoituksena oli tuottaa johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemyksinä sitä perustietoa, mitä on terveysosiaalityö ja sen johtaminen ja miten se näkyy työn sisällössä ja asemassa ja sen kehittämistoiminnassa käytännössä eri sairaanhoitopiireissä. Tutkimuksessa asiantuntijoiden kuvaamana haastatteluaineisto on ainutkertaista, omaan kokemukseen ja tietoon sekä arkiajatteluun perustuvaa käsitystä todellisuuden tuottamisesta.

Tässä tutkimuksessa tutkittava joukko oli määrältään pieni. Kysely tehtiin lokakuussa v. 2009, kyselylomake on liitteessä 4. Mukana tutkimuksessa oli 18 sairaanhoitopiirien sosiaalityöstä vastuussa olevaa henkilöä, joille kyselylomake lähetettiin sähköisessä muodossa webropol -ohjelmalla. Kyselyyn saatiin vastaus 16 sairaanhoitopiiriltä. Vastausprosentti oli 89 %. Aineisto kuvattiin suorilla jakaumilla ja taulukoiden avulla. Vapaamuotoisista ky-

symyksistä saatua aineistoa myös teemoiteltiin ja kuvattiin suorien sitaattien avulla. Kyselyyn vastanneet olivat motivoituneita ja pitivät tutkimuksen aihetta tärkeänä ja ehkä siksi vastausprosentti oli 89 %. Uusintakyselyä ei tämän vuoksi tehty.

Kyselyaineistoa pyrittiin analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti, koska tutkimusjoukko on suhteellisen pieni. Tutkija yritti sijoittaa tutkittavan kohteen yhteiskunnallisiin yhteyksiinsä ja antaa siitä historiallisesti sen hetkisen yksityiskohtaisen kuvauksen. Aineistoa analysoimalla pyrittiin saamaan se tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota.

Kyselytutkimuksen lisäksi tietoa syvennettiin teemahaastattelulla, johon osallistui suostumuksen perusteella neljä yliopistollisen sairaalan johtavaa sosiaalityöntekijää ja neljä keskussairaalan johtavaa sosiaalityöntekijää. Teemahaastattelu tehtiin lokakuussa 2010, kysymykset ovat liitteinä 6 ja 7. Haastattelu toteutettiin siten, että haastateltaville oli lähetetty etukäteen teemakysymykset tiedoksi ennen haastattelua ja tarkka haastatteluajankohta oli sovittu etukäteen. Itse haastattelu kesti ajallisesti keskimäärin 1,5 - 2 tuntia. Teemat haastatteluun valittiin tutkimuksellisen kiinnostavuuden vuoksi, jotta saatiin kokonaisnäkemys ja käsitys yleensä terveydenhuollossa tehtävästä sosiaalityöstä valtakunnallisesti. Kiinnostavaksi sen teki laaja meneillään oleva palvelurakenne- ja organisaatiomuutokset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi kiinnostus muiden kollegojen tekemään työhön ja sen näkyväksi tekemiseen työnsisällön, aseman ja roolien kautta oli tutkijalle haasteellista. Tutkimusta tuki valtakunnallinen SOSNET –tutkijakoulutusverkosto. Tutkimus tehtiin tutkijan oman sairaanhoitopiirin myötävaikutuksella ja tuella. Tutkimuslupa perustui kohderyhmän omaan suostumukseen ja siinä toimittiin kunkin oman sairaanhoitopiirin käytännön mukaisesti. Mitään potilasasiakirjoja ei tutkimuksessa käytetty. Saadun haastatteluaineiston tutkija litteroi sanatarkasti, jonka jälkeen se luokiteltiin ja teemoiteltiin osittain teoreettisen tiedon esim. rooliteoriaa hyödyntäen.

Tutkimuksen tuloksia käsitellään luvussa 4. Aineisto on analysoitu taulukoimalla ja esitetty osin suorilla jakaumilla määrällisesti. Avoimet kysymykset ja haastattelut on luokiteltu ja taulukoitu tulosten selkeyttämiseksi ja tiivistämiseksi. Suoria sitaatteja on käytetty kuvaamaan paremmin vastaajien käsityksiä todellisuudesta. Kehittämistyö on taulukoitu yhteen ja kuvattu yhdellä taulukolla sairaalan sisällä, sairaanhoitopiireissä ja

valtakunnallisesti, jotta lukijan saa paremman kuvan kehittämistyön laajuudesta ja kohderyhmistä.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

4.1 Johtavien sosiaalityöntekijöiden työn piirteet

Tässä luvussa kuvataan tutkimusjoukon taustatietoja, heidän asemaansa ja rooliaan siinä, työn sisältöä pääpiirteissään sekä heidän kuvaaminaan käsityksiä omasta toiminnasta. Taustatiedot on koottu taulukkoon 4.

TAULUKKO 4. Kyselyyn osallistuneiden taustatiedot

Virkanimike	n=16	%
Johtava sosiaalityöntekijä	10	63
Jokin muu	6	37
Ikä	n=16	
35-45	2	12
46-55	8	50
56-65	6	38
Koulutus	n=15	
Sosiaalihuoltaja/sosiaalihoitaja	5	33
YTM	5	33
VTM	2	13
THM	1	7
YTL	1	7
YTT	1	7
Työkokemus sosiaalityöstä/v	n=16	
1-10	1	6

11-20	2	12
21-30	6	38
31-40	7	44
Työkokemus nykyisestä tehtävästä/v	n=16	
-10	7	44
11-20	6	37
21-30	3	19
31-40	0	0

Virkanimikkeenä enemmistöllä oli johtavan sosiaalityöntekijän nimike. Kuudella henkilöllä oli poikkeava nimike: koordinoiva sosiaalityöntekijä, vastaava sosiaalityöntekijä, sosiaalijohtaja, sosiaalityön vastuuyksikön johtaja, koordinoiva sosiaalityöntekijä ja jokin muu nimike. Vastaajilla oli keskimäärin 26 vuotta sosiaalityön työkokemusta. Sosiaalityön parissa vastaajat olivat toimineet kolmesta vuodesta aina 40 vuoteen saakka. Kyselyyn vastanneet olivat varsin kokeneita ja hyvin koulutettuja sosiaalityön ammattilaisia.

Nykyisessä vastuutehtävässä vastaajat olivat toimineet keskimäärin 11 vuotta. Kaksi henkilöä oli vastaushetkellä ollut tässä vastuutehtävässä alle vuoden. Keskimäärin vastaajat toimivat 16 henkilön lähiesimiehenä. Vastaajista enemmistöllä oli sosiaalihuoltaja-/sosiaalihoitajatutkinto ja/tai YTM-tutkinto suoritettuna. Viidellä henkilöllä oli jokin muu ylempi korkeakoulututkinto suoritettuna. Lisäksi joillakin oli meneillään jokin erikoistumiskoulutus kuten sosiaalityön jatkokoulutus, erikoistumisopinnot terveydenhuollon sosiaalityöhön, erillisiä arvosanoja hallintotieteissä ja kasvatustieteissä tai työnohjaajakoulutus. Jollakin oli myös perheterapiakoulutus ja psykoterapeutin pätevyys.

Vastaajien työn sisältöä kuvataan heidän näkemyksiinsä pohjautuen taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Johtavan sosiaalityöntekijän työn jakautuminen keskimäärin vuositason

Työn sisältö keskimäärin arvioituna vuositason	Keskiarvo %	Vaihteluväli %
Asiakas-/potilastyötä	29	0-90
Ammatillista sosiaalityön johtamista	12	2-90
Henkilöstöhallintoa	11	0-90

Asiantuntijana moniammatillisessa työryhmissä	10	0-70
Talous- ja budjettivastuuta, valmistelua	9	0-100
Projekti- ja kehittämistyötä	7	0-60
Tiedottamistyötä	6	0-80
Viranomais- ja verkostotyötä	6	0-50
Työntekijän perehdytystä	4	0-20
Opiskelijan ohjausta	2	0-20
Kouluttajana toimimista	2	0-10
Potilasasiamiestyötä	1	0-10
Muuta työtä	1	0-10
Työnohjaajana toimimista	0	0-5

Johtavien sosiaalityöntekijöiden työn sisällön suurin yksittäinen osa-alue oli asiakas-/potilastyö, jonka osuus oli 29 %. Muu työ koostui pääosin johtamistyöstä, henkilöstöhallintotyöstä ja asiantuntijana toimimisesta moniammatillisissa työryhmissä sekä budjettivastuusta. Nämä osa-alueet muodostivat yhdessä asiakas-/potilastyön kanssa noin 70 % työn sisällöstä.

Johtavien sosiaalityöntekijöiden työ poikkesi sisällöltään merkittävästi toisistaan. Merkittävien ero oli henkilöstöhallinnossa ja budjettivastuussa, ammatillisessa johtamistyössä ja tiedottamistyössä. Nämä erot selittyvät eri sairaanhoitopiirissä erilaisilla työn organisoinneilla ja resursseilla sekä yksikön koolla ja sillä, mitä johtavan sosiaalityöntekijän työhön katsotaan kuuluvaksi. Lisäksi vastauksiin vaikutti se, miten vastaajat itse oman työnsä mielsivät ja kuinka kauan he olivat työssään olleet. Kyselyaineistosta olen ottanut suoria sitaatteja kuvaamaan sosiaalityön kokonaisuutta. Näitä asioita kuvaavat seuraavat vastaajien luonnehdinnat:

”Pienessä yksikössä hallinnolliset työt on hoidettava vasemmalla kädellä, koska suoraa ja välillistä potilastyötä on niin paljon ja tekijöitä vähän.”

Pienemmissä yksiköissä vastuuhenkilöt joutuvat tekemään kaikkea työtä ja hoitamaan kiireelliset potilastapaukset heti, jolloin johtamis- ja kehittämistyö jää vähemmälle ja se voi tuntua siinä tilanteessa toisarvoiseltakin työltä. Tämä kuvastuu myös erään henkilön vastauksessa:

”Teen pääasiassa potilastyötä, moniammatillista tiimi- ja verkostotyötä ja koordinoin sosiaalityöntekijöiden työtä. Kukaan ei ole koordinoitua työtä määritellyt ja teen sitä vasemmalla kädellä”.

Työn sisältöä luonnehti työssään pitempään ollut vastaaja, jonka työ oli jo muotoutunut käytännöksi ja siinä näkyi kokemus sekä tehtävien selkeä asettelu:

”Toimin somaattisen vastuualueen sosiaalityöntekijöiden esimiehenä, vastaan henkilöstöhallinnosta ja budjetista sekä sosiaalityöntekijöiden osaamisesta, koulutuksista ja osallistun kehittämistyöhön sekä potilastyöhön”.

Muuta työtä -vaihtoehto taulukossa tarkoittaa: yliopistoyhteistyötä, koordinoitua yhteistyötä, hanketyötä, opinnäytetyötä sekä yhä lisääntyvää tiedottamistyötä ja viranomaisyhteistyötä.

Muu työ-vaihtoehto näyttäisi lisääntyvän kaiken aikaa, vaikka se nyt näyttääkin vievän vain vähän eli 1 % arvioidusta vuosityöajasta. Työnohjaustyötä ei juuri kenelläkään ollut oman työn ohessa. Sen sijaan monet saivat itse työnohjausta, mikä kävi ilmi tuen saamisessa omaan työhön.

Johtavat sosiaalityöntekijät toivoivat, että terveys- ja sosiaalityöhön voisi erikoistua jo opiskelun aikana, jotta perehdyttäminen käytännössä ei veisi niin paljon aikaa kuin nykyisin. Erinomaisena asiana pidettiin sitä, että terveys- ja sosiaalityötä tutkitaan ja sen merkitys on vahvistumassa potilaan hyvinvointipalveluissa. Terveys- ja sosiaalityössä osaamista kuvataan ja selkeytetään sekä tehdään näkyväksi, mikä on olennaista työn jatkuvassa kehittämisessä. Nähtiin tärkeäksi, että johtavat sosiaalityöntekijät osallistuvat entistä aktiivisemmin muutoksissa palvelujärjestelmien kehittämiseen erilaisilla foorumeilla.

Sosiaalityöllä sairaalassa oli noin kahdella kolmasosalla (69 %) vastanneista itsenäinen vastuuyksikkö, josta johtava sosiaalityöntekijä vastasi. Itsenäistä yksikköä ei ollut 31 %:lla vastanneista. Tällöin toiminnot oli hajautettu eri yksiköille tai yhdelle yksikölle, joista käsin johtava sosiaalityöntekijä koordinoi ja johti sosiaalityötä. Johtava sosiaalityöntekijä ei yleensä kuulunut sairaanhoitopiirin ylimpään johtoryhmään. Sen sijaan oman vastuualueen johtoryhmään kuului 44 % eli vajaa puolet vastuuhenkilöistä. Omalla vastuualueella tarkoitetaan monista eri klinikoista tai osastoista koostuvaa vastuualuetta, jossa yleensä johtava sosiaalityöntekijä toimii. Klinikoiden johtoryhmään kuului johtavista sosiaalityöntekijöistä vajaa kolmannes (31 %). Klinikoiden johtoryhmällä tarkoitetaan yhden klinikoiden johtoryhmää, joka koostuu useista eri osastoista. Asema organisaatiossa kuvastaa sosiaalityön arvostusta organisaatiossa; mikä asema ja merkitys sille sairaalassa annetaan.

Taulukossa 6 kuvataan sosiaalityön sekä johtavan sosiaalityöntekijän hallinnollista asemaa sairaanhoitopiireissä.

TAULUKKO 6. Sosiaalityön asema organisaatiossa

SOSIAALITYÖN ASEMA	kyllä	ei
Sosiaalityöllä on itsenäinen vastuuyksikkö	11	5
Johtava stt. kuului sairaalahoitopiirin ylimpään johtoryhmään	1	15
Johtava stt. kuului oman vastualueen johtoryhmään	7	9
Johtava stt. kuului klinikan johtoryhmään	5	9

Johtavien sosiaalityöntekijöiden esimiehenä toimi yleensä ylilääkäri tai tulosityksikön johtaja, tulosalueen tai toimialueen johtaja tai johtajaylilääkäri. Sairaanhoitopiireistä 11:ssä sosiaalityölle oli delegoitu henkilöstö- ja/tai budjettivastuu, mistä johtava sosiaalityöntekijä yleensä vastasi. Viidessä sairaanhoitopiirissä sosiaalityö toimi ammatillisesti hajautettuna eri tulosityksiköissä/vastuuyksiköissä, joissa johtavalla sosiaalityöntekijällä oli koordinoiva rooli.

Taulukossa 7 on koottu vastaajien näkemyksiä sosiaalityön asemasta organisaatiossa ja alan tuntemusta sairaalan sisällä.

TAULUKKO 7. Johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön asemasta ja alan tuntemuksesta sairaalaorganisaatiossa

ASEMA ORGANISAATIOSSA
"Meillä on somaattisella puolella aina ollut itsenäinen asema." "Osa kuuluu itsenäiseen toimintayksikköön, ei psykiatria." "Asema on selkeä ja tunnustettu." "Oma vastuuyksikkö selkeyttänyt asemaa." "Tasa-arvoinen asema muiden asiantuntijoiden kanssa."

"Hajanainen ja sekavasti organisoitu."
ALAN TUNTEMUS
"Johtoryhmä ei vaikuta ymmärtävän tehtäväämme ja sen tarpeellisuutta, vähenemisuhka olemassa." "Terveyssozialityö näkyy huonosti." Näkyvyyttä ja tiedottamista lisää potilaille ja omaisille." "Päättäjille: Tätä työtä ei voi tehdä kunnan sosiaalitoimesta käsin."

Johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä käy selville, että itsenäiseen asemaan ollaan varsin tyytyväisiä. Enemmistö johtavista sosiaalityöntekijöistä koki itsenäisen asemansa arvostetuiksi ja tarpeelliseksi sairaalaorganisaatiossa. Joissakin sairaanhoitopiireissä sosiaalityön asema oli vielä hajanainen ja selkiytymätön. Sen sijaan alan tuntemuksessa muiden ammattiryhmien keskuudessa sekä potilaiden ja omaisten tietämyksessä palveluista näyttäisi olevan haasteita ja kehittämistä.

Suomessa terveystieteiden piirissä työskentelee yhteensä noin 1000 sosiaalityöntekijää (Kananoja 2010, 277.) Taulukosta 8 käy selville sosiaalityöntekijöiden määrän jakautuminen kyselyyn osallistuneissa sairaanhoitopiireissä.

TAULUKKO 8. Sosiaalityöntekijöiden määrän jakautuminen sairaanhoitopiirissä

Sosiaalityöntekijöiden määrä sairaanhoitopiireissä n	sh-piiri n
2 - 10	4
11 - 20	4
21 - 30	2
31 - 40	2
41 - 50	2
51 - 60	1
61 -	1

Sairaanhoitopiirien koko vaihtelee paljon alueellisesti ja väestömäärältään. Tämä vaikuttaa oleellisesti sosiaalityöntekijöiden määrään sairaanhoitopiireissä. Kyselyyn osallistuneet johtavat sosiaalityöntekijät toimivat lähiesimiehenä 2 – yli 60 sosiaalityöntekijöille. Keskimäärin vastaajat toimivat 16 sosiaalityöntekijän lähiesimiehenä. Pienissä sairaanhoitopiireissä, missä työskenteli vain muutama sosiaalityöntekijä, työnkuva poikkesi

lähiesimiehillä merkittävästi suuriin sairaanhoitopiireihin verrattuna. Suurin sairaanhoitopiiri on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, mikä poikkesi muuhun maahan verrattuna oleellisesti asukasluvultaan ja työntekijämäärältään.

4.2 Terveys sosiaalityön johtajuuden rooli

Seuraavassa tarkastelen johtavan sosiaalityöntekijän rooleja aineistolähtöisesti sekä käytän Joutsenkankaan ja Heikuraisen aikaisempaa tutkimusta. Tutkimukseen osallistuneet johtavat sosiaalityöntekijät kuvasivat toimintaansa johtajina taulukon 9. mukaisesti. Taulukossa saadut vastaukset on ryhmitelty kolmeen luokkaan, rooliteorian mukaan, joihin on koottu johtavien sosiaalityöntekijöiden nimeämät keskeisimmät arviot työroolistaan.

TAULUKKO 9. Johtavien sosiaalityöntekijöiden keskeisimmät arviot työroolistaan Joutsenkankaan ja Heikuraisen mukaan Mintzbergin rooliteoriaa hyödyntäen

VAIKUTTAJA JA KEHITTÄJÄ
"Organisaatiomuutoksen vaikutuksista ei vielä tietoa, epävarmuuden sietäminen" "Kehittämistoiminnan turvaaminen jatkossakin" "Toimintamallien ja toimintakäytäntöjen jatkuva kehittäminen" "Muutosvastarinnan tunnistaminen ja sen työstäminen"
KÄYNNISTÄJÄ JA MOTIVOIJA
"Ruohonjuuritason johtamistyön vaikutukset; tärkeintä työmotivaation, jaksamisen ja työilmapiirin vaikutukset" "Innostaja, sosiaalisten ilmiöiden ja työkäytäntöjen tutkiminen" "Käynnistäjä ja tukija" "Kannustaja ja palautteen antaja" "Esimiehen positiivinen asenne"
UUDISTAJA JA UUDEN TIEDON VÄLITTÄJÄ
"Tunnistaa muutostarpeet ja signaalit siihen" "Koulutusmyönteisyys uusiin asioihin" "Opetus- ja tutkimusmyönteisyys" "Uusien asioiden eteenpäin viejä" "Ammattitaidon lisäämisen innostaja" "Resurssien ja aikapulan huomioonottaminen, uuden tiedon tuottaja"

Vastauksia voidaan hyvin verrata aiemmin luvussa 2.5.3 käsiteltyyn Mintzbergin rooliteoriaan. Johtamistyön merkitys lähiesimiehenä nähtiin erityisen tärkeäksi vaikuttamistyönä ja jatkuvuuden turvaamisena sekä työedellytysten luomisessa itse työn tekemiseen. Lisäksi tärkeä merkitys johtamisessa nähtiin erilaisten verkostojen käynnistämisessä ja niiden ylläpidossa sairaalan sisällä ja sairaalasta ulospäin. Tämä

vaikutti työmotivaatioon ja innosti uusien asioiden kokeiluun erilaisten yhteistyötahojen ja verkostojen kanssa. Yhteistyöasioissa työyhteisön tuki ja kannustus sekä positiivinen palaute ja lähiesimieheltä saatava tuki olivat hyvin keskeisiä. Omaa työtä koskevan tiedon tuottaminen ja oman työn reflektointi sekä dialogi ammattitaidon lisäämisessä nähtiin oleelliseksi työn kehittämisessä, jota kollegan vertaistuki täydensi. Uusille asioille ja muutoksille myönteisyys oli myös oleellista. Johtajan asemassa ja tehtävissä korostuivat erityisesti henkilösuhderoolit ja tiedonkäsittelyn roolit voimakkaammin. Sen sijaan päätöksentekijän roolissa korostui resurssien jakajan ja neuvottelijan rooli mutta joiltakin puuttui virallinen toimivalta päätöksentekoon kokonaan.

Johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä työrooleistaan on koottu aineistolähtöisesti taulukkoon 10.

TAULUKKO 10. Johtavien sosiaalityöntekijöiden työrooleja aineistolähtöisesti luokiteltuna

Aktiivinen toimijan rooli <i>"Pitää olla erilaisilla foorumeilla, missä kuulee mitä tapahtuu, koska aika pitkälti tieto pitää hankkia itse. Sitä ei oikeastaan kukaan tuo. Pitää olla keskusteluissa mukana ja seurata, mitä se merkitsee sosiaalityön kannalta ja meidän porukalle."</i>
Monitoimijan rooli kehittämisessä <i>"Hankaluutena on kliinisen työn tekeminen, pitää jaksaa keskittyä siihen. Aika tiukilla ollaan. Saan jatkuvasti laajoja uusia kehittämistehtäviä johtoryhmältä. Perustehtävä on kuitenkin potilastyö. Olen niin monessa mukana, ettei sitä aina jaksaa parhaalla mahdollisella tavalla kokonaisuutta kannatella."</i>
Myönteinen kehittäjän ja kritiikin sietäjän rooli <i>"Oma roolini on oleellinen ja hyvin tärkeä kannustamisessa ja kehittämistarpeiden näkemisessä. Saada työntekijät pohtimaan ja arvioimaan, mitä voisi kehittää ja parantaa. Kehitysmuotoisuus johtamistyössä on oleellista. Muiden ammattiryhmien kritiikkiä pitää voida ottaa vastaan, jos sitä tulee jostakin yksiköstä ja miettiä, miten asiaa voisi viedä eteenpäin."</i>
Potilastyöntekijän rooli <i>"Potilastyö on se, mikä pitää minut tarpeellisena. Tätä kautta oma työ kehittyy. Näkisin roolinani ja ammatillisen esimiehen tehtävänä pitkäjänteisen hiljaisen ohjauksen, työntekijöiden omaan kehittymiseen ja kouluttautumiseen kannustamisen kautta."</i>
Rekrytoijan rooli <i>"Vaikuttamisen henkilöstövalintoihin, osaavien, sopivien ja pätevien henkilöiden saamiseksi. Yritämme taistella palkkatason parantamiseksi. Ongelmia ei ole itse työssä, mutta työn muuttuminen jatkuvaksi kirjauksen työksi ja tietotekniikkaan sitoutuminen alkaa häiritä perustyötä."</i>
Omaan työhön sitoutujan ja perehdyttäjän rooli <i>"Omaa roolia on vaikea arvioida, mutta siitä lähtee koko toiminnan kehittäminen, johtaminen, yhteisiin asioihin, yhteiseen ammattiprofiiliin ja yhteisen työn tekemiseen sitoutuminen. Työn tekemisen tavan tulee olla sellainen, että sosiaalityö näyttäytyy yhtä osaavana riippumatta siitä, kuka tekee ja missä toimintayksikössä se tehdään. Painotukset eri yksiköissä vaihtelevat, mutta osamisen on oltava tiedossa."</i>
Palautteen saajan ja antajan rooli <i>"Kun tulin tähän työhön, minulla oli kokemusta kuntapuolelta, mutta otin rohkeasti selvää, mitä johtajuudelta odotettiin. Kaivattiin jämäkkyyttä ja rohkeutta sekä oikeudenmukaisuutta ja lisäksi tukea työlle. Tämän pohjalta olen roolini muodostanut. Toivon saavani heitä työkalun palautteen</i>

antoon kehityskeskustelujen yhteyteen. Minä olen vielä sillä lailla alussa, etten saa kaikilta palautetta. Ikäviinkin asioihin olen joutunut ikävä kyllä puuttumaan.”
Kuuntelijan ja tulevaisuuden näkijän rooli <i>”Oman roolini näen, että pitää olla itse innostunut. Pitää nähdä, missä ollaan menossa. Se on aika haasteellista pysyä selvillä, missä mennään. Antaa mahdollisuuksia toisille, olla herkällä korvalla.”</i>
Ammatillisen yhteisöllisyyden rakentajan rooli <i>”Oman roolini näen olennaisen tärkeänä. Tärkeimmät roolit ovat ammatillinen yhteisöllisyys ja pystyisi antamaan jonkinlaisia rakenteita sille. Olla apuna ja tukena siinä, jotta se pystyisi kehittymään. Kehittämistyö vie aikaa viedä sitä eteenpäin, sen taustatyö, joka vie paljon aikaa, ei näy missään.”</i>

Tutkimusaineistossa haastateltavat tarkoittavat johtamisella sitä tapaa, miten organisaatiossa toimivalta on määritelty ja millaisena roolina se hallinnollisesti näyttäytyy. Tässä vastaajat kuvaavat rooliaan toisistaan poikkeavasti seuraavasti:

”Kun katson johtavan sosiaalityöntekijän roolia johtamistyössä, kun ei ole toimenkuvia, eikä vastuita ja velvoitteita eikä oikeuksia määritelty, on vain odotuksia, on tilaa, mutta ei virallista tilaa tehdä sitä, on hieman torso. Moneen asiaan voi puuttua, mutta mihinkään asiaan ei ole oikeutta puuttua. Minua kyllä kuullaan ja otetaan yhteyttä, mutta hallinnollista valtaa ei ole.”

”Tämä on varmaan 10 vuoden kuluessa viides selvitys ja siinä minusta korostuu ns. itsenäinen asema. Johtavalle sosiaalityöntekijälle on määritelty selkeästi tehtävät ja oikeudet, mitkä tavallaan on jo ollutkin entuudestaan. Päätösvaltaa delegoidaan ja määritellään sairaanhoitoalueen tasolta.”

Johtavan sosiaalityöntekijän rooli johtamistyössä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin varsin paljon. Eri sairaaloissa on keskenään erilaisia tapoja tehdä tiettyjä asioita. Toisessa sairaalassa jokin tapa on hyväksytty, kun taas toisessa sairaalassa ei. Kaikki johtavat sosiaalityöntekijät kokivat työnsä merkittävänä ammatillisen yhteisyyden, tiedon ja kehittämisen roolin kautta. Omalle työlle saatu tuki oli myös tärkeää, jotta jaksoi kannustaa muita. Johtavan sosiaalityöntekijän työssä kuvastui myös jatkuva ajan tasalla pysyminen ja erilaisilla foorumeilla toimiminen. Somaattisella puolella terveysosiaalityössä ammatillisen yhteisyyden tarve nähtiin merkittäväksi ammattikuvaa edistäväksi ja identiteettiä vahvistavaksi tekijäksi. Johtavat sosiaalityöntekijät toivoivat myös omalle työlleen säännöllisiä tapaamisia ja keskustelufoorumeita, missä substanssiosaamista ja työn vaativia erityiskysymyksiä voitaisiin yhdessä käsitellä laajemmin.

Sen lisäksi, että tarkastelin johtavien sosiaalityöntekijöiden rooleja, kysyin myös heidän näkemyksiään saamastaan tuesta. Johdolta saatu tuki antoi arvostusta, luottamusta ja

kiitosta työlle. Koettiin, että ylemmät esimiehet osoittivat aitoa kiinnostusta. Terveyssozialityön saavutuksista oltiin myös aidosti kiinnostuneita. Todettiin myös, että jos oma esimies on kaiken aikaa liian kiireinen lähestyttäväksi eikä tiedä, mitä teemme, ei hän voi olla tukenakaan. Erityisen tarpeellisenä oman esimiehen tuki koettiin muutostilanteissa. Ymmärrys omaa substanssiosaamista kohtaan oli olemassa ja tuki siihen lähes kaikilla, mutta jotkut vastaajat kokivat, ettei tukea juurikaan saanut. Heillä hallinnollinen esimies oli kaukana sosiaalityön asioista ja ymmärryksestä. Jos tukea työlle ei ollut saatavissa, hakeuduttiin esimiestyönohjaukseen tai haettiin vertaistukea toisilta kollegoilta. Omalta työyhteisöltä saatu tuki ja toimiva sosiaalityön yksikkö nähtiin voimavarana. Kollegiaalinen tuki koettiin myös tärkeäksi yhteisöllisyyden ja osallisuuden ylläpitäjänä. Toivottiin omien kollegoiden tapaamisia ja koulutuspäiviä 2 - 3 kertaa vuodessa, jotta saataisiin vertaistukea vaatiin ammatillisiin kysymyksiin ja työn kehittämiseen. Potilailta saatu palaute oli kuitenkin työlle paras tuki ja kannustin.

Kysyin johtavilta sosiaalityöntekijöiltä kysymyslomakkeen kohdassa 13 kokemuksellisesta tiedosta, mitä he haluaisivat tuoda näkyväksi yhteiseen käyttöön. Johtaville sosiaalityöntekijöille kertyy työssä ns. hiljaista, kokemusperäistä tietoa, mikä on henkilökohtaista, mutta joka tulee ymmärretyksi vain kontekstissaan ja jota on vaikea pukea sanoiksi. Kyse on siitä, kuinka hyvin omaa työtä pystyi hahmottamaan kokonaisuutena ja siitä, miten valita oikeita toimintatapoja. Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Hiljaisesta tiedosta tulee eksplisiittistä tietoa ja eksplisiittisestä tiedosta vähitellen hiljaista tietoa. (Yliruka 2000, 1, 77.) Tämän kokemusperäisen tiedon näkyväksi tekemiseen johtavat sosiaalityöntekijät antoivat tiedolle äänen. Osassa vastauksista kuvastuu pitkän kokemuksen tuoma näkemys terveyssozialityöstä, mitä erityisesti haluttiin potilastyössä tai kehittämisessä ja osaamisessa korostaa:

Potilaan ääni:

- ”Nöyryys asiakastyössä/potilastyössä, sillä liian tietäväinen ei pidä olla potilaille vaan yhdessä etsiä vaihtoehtoja ja ratkaisuja potilaan omasta elämäntilanteesta ja pysyttävä omana itsenään ja uskallettava olla rohkea asiakkaan puolestapuhuja ja asioiden ajaja silloin, kun potilaalla itsellään ei ole tietoa tai hän ei kykene siihen.”
- ”Potilaan kertoman tarinan kuuleminen ja sen hyödyntäminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Liian usein potilaan oma asiantuntemus sivuutetaan.”
- ”On tärkeää toimia lähellä sitä, missä potilaalle tehdään päätöksiä.”

- ”Asiakasnäkökulma/potilasnäkökulma tulisi olla kaiken lähtökohta. En näe hyvänä liian tiukkaa ammattireviirejä puolustavaa työtä enkä tutkimusta.”
- ”Suhtautuminen asioihin, työn tekemiseen ja potilaan kohtaamiseen sekä heidän asioidensa ajamiseen näkyy hiljaisena tietona.”

Kehittämisen ja osaamisen korostaminen:

- ”Pitkän työkokemuksen kautta on jaettavana monenlaista tietoa kollegoille, uusille työntekijöille ja sijaisille. Jokaisesta päivästä oppii jotakin uutta, jota antaa toisillekin. Mitä se kaikki on – on vaikea nimetä.”
- ”Opetustyön kehittäminen ja kehittämistyön keinot.”
- ”Työn arvostus nousee vain hyvien tulosten ja henkilökohtaisen pätevöitymisen kautta. On suosittava lisä- ja jatkokouluttautumista.”

Jollekin vastaajalle hiljainen tieto sanana oli vieras käsite tai sen sisältöä ei ehkä täysin ymmärretty. Tutkijan mielestä jokaiselle työntekijälle kertyy työelämässä sellaista kokemusperäistä tietoa, jota ei näy missään tai sitä ei ole kirjoitettu mihinkään. Se on kuitenkin läsnä ja vaikuttaa kaiken aikaa toimintaan. Kokemusperäisellä tiedolla voi olla ratkaisevan suuri merkitys työn hallinnalle.

4.3 Terveyssoviaalityön kehittämistoiminta

Kysyin myös hyvistä käytännöistä. Hyviksi toimiviksi käytännöiksi terveyssoviaalityössä osoittautuivat asiakastyössä/potilastyössä, moniammatillisessa yhteistyössä ja viranomaisyhteistyössä esiin nostetut kokemukset. Taulukossa 11 esitetään luettelomaisesti toimivat hyvät käytännöt ja kohderyhmät, joiden kohdalla niitä on voitu hyödyntää terveyssoviaalityötä kehitettäessä.

TAULUKKO 11. Toimivat hyvät käytännöt ja niiden kohderyhmät

Toimivat hyvät käytännöt	Kohde
• Hyvä perehdytysohjelma sähköisesti. • Hyvien kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen. • Soviaalityön paikan löytäminen päivystyksessä.	Terveyssoviaalityöntekijät

• Valtakunnallinen terveyssosiaalityön luokitus saatu käyttöön.	
• Säännöllisen asiakas-/potilastyytyväisyyskyselyn hyödyt. • Lasten huomioiminen aikuisen sairastuessa. • Ensitetopäivät ja sopeutumisvalmennustyö. • Omaishoitajien työn huomioiminen potilastyössä.	Asiakkaat/potilaat
• Toimivien palveluketjujen kehittäminen. • Psykososiaalisen ja kriisityön kehittäminen. • Työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittelyt. • Lapsi- ja perhetyön sekä vanhustyön hyvien käytäntöjen kehittäminen. • Perhe- ja lähisuhdeväkivaltatyön kehittäminen. • Yliopistoyhteistyön kehittäminen. • Potilasjärjestöjen yhteistyötoiminta.	Moniammatillinen yhteistyö ja viranomaisverkostotyö

Hyväksi käytännöksi koettiin johtavien sosiaalityöntekijöiden vastauksissa erityisesti sähköinen tiedonkulku, mikä on helpottanut varsinkin uusien työntekijöiden perehdytystä. Työn sähköinen kirjaamiskäytäntö koettiin hyväksi ja palvelee myös työn näkyväksi tekemisessä muulle henkilökunnalle paremmin kuin paperiversioiden tekeminen. Erityisen merkittävänä koettiin valtakunnallinen terveyssosiaalityön luokituksen aikaansaaminen ja sen kehittäminen ja palvelemaan tilastointia ja työn kehittämistä. Se toimii myös joiltain osin sosiaalityön palveluiden/tuotteistuksen hinnoittelun pohjana. Asiakkaiden ja potilaiden hyviksi käytännöiksi nähtiin erilaiset kyselyt ja niiden hyödyntäminen sairaalan toiminnassa. Merkittävänä uutena käytäntönä nähtiin lasten huomioiminen silloin, kun aikuinen sairastuu perheessä. Tämä on otettu osaksi toimivaa käytäntöä arjen työssä ja se on tuottanut huomattavaa helpotusta myös vanhemmille. Ensitetopäivät ja sopeutumisvalmennustyö sairastumisessa tai sen uhatta nähtiin sekä potilas- että omaistyössä tärkeäksi työkäytännöiksi helpottamaan potilaan ja omaisen selviytymisessä uudessa elämäntilanteessa. Se antaa omalta osaltaan kaikille osapuolille tukevaa tietoa ja ymmärrystä sairastamiseen. Toimivien palveluketjujen ja yhteistyön kehittäminen moniammatillisesti eri viranomaisten, yliopiston sekä kolmannen sektorin erilaisten järjestöjen kesken nähtiin tärkeänä. Terveydenhuollossa kehittämistoiminta on hyvin keskeistä ja sitä toteutetaan varsin laaja-alaisesti ja moniammatillisesti sekä erilaisten toimijaverkostojen kanssa. Sairaaloissa terveyssosiaalityön piirissä osallistuttiin tällaiseen toimintaan melko aktiivisesti. Taulukosta 12 käy ilmi johtavien sosiaalityöntekijöiden osallistuminen kehittämistyöhön.

TAULUKKO 12. Johtavien sosiaalityöntekijöiden osallistuminen kehittämistoimintaan

	Kyllä	Ei
Sairaalan omaan kehittämistoimintaan osallistuminen	9	4
Sairaanhoitopiirin kehittämistoimintaan osallistuminen	10	3
Valtakunnalliseen kehittämistoimintaan osallistuminen	7	2

Sairaalan omaan kehittämistoimintaan osallistui yli puolet vastaajista eli 56 %. Sairaanhoitopiirin kehittämistoimintaan osallistui vastaajista vieläkin enemmän, 63 %. Valtakunnalliseen toimintaan osallistuttiin hieman vähemmän, 44 % vastaajista. Osa vastaajista ei osallistunut lainkaan kehittämistoimintaan, koska siitä ei ollut tietoa tai heitä ei oltu osattu pyytää mukaan tai he eivät pystyneet irrottamaan aikaa kehittämistoimintaan osallistumiseen.

Johtavat sosiaalityöntekijät osallistuivat melko paljon eri tasoilla tehtävään kehittämistyöhön omassa sairaalassa, sairaanhoitopiireissä ja valtakunnallisesti. Kehittämistyössä terveysosiaalityön osuus erillisenä ei tule korostuneesti esiin vaan se näkyy enemmänkin yhteistyönä, projektityönä ja erilaisena hankkeina ja niiden tuloksina. Oma kehittämistyötä tehdään kaiken aikaa oman sosiaalityöntekijäjoukon kanssa, mutta riippuu paljon työntekijöiden määrästä, millaista kehittämistyötä ehditään tekemään oman työn ohella tai siihen erikseen irrotetuilla resursseilla. Taulukkoon 13 on koottu tietoa sairaanhoitopiirien kehittämistoiminnasta sairaalan sisällä, sairaanhoitopiirin alueella tai valtakunnallisesti.

TAULUKKO 13. Kehittämistoiminta sairaanhoitopiireissä

Nykyiset kehittämiskohteet	Kohderyhmä
Sairaalan sisällä	
1. Kuntoutuksen ja fysiatrian johtoryhmän kautta kehittämistoimintaan osallistuminen	Kuntoutustyön kehittäminen, palvelujen organisointi/kuntoutuspotilaat
2. Organisaation rakentaminen ja sijoittuminen päivystystoimintaan	Päihdepotilaat
3. Hoitoketjujen toimivuus	Synnytysmasennuspotilaat
4. Hoitoketjujen kehittäminen	Perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa kokeneet potilaat
5. Somaattisesti vakavasti sairastunut potilas	Lapsen psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen
6. Mini-interventio hankkeeseen osallistuminen, potilasohjauksen kehittäminen	Alkoholin suurkuluttajan tunnistaminen
7. Moniammatillinen palvelujen jatkuva kehittäminen.	Yhteistyössä perheneuvolan, neuvolan ja koulu-terveydenhuollon sekä lastensuojelun kanssa
8. Kuntoutuksen tuloksiköön laatutyöryhmään kuuluminen	Laatuvastaavana kuntoutustyön kehittäminen laatuvaatimuksia vastaavaksi
9. Annettu sosiaalityön organisaation kehittämissuunnitelman tekeminen v. 2011	Sosiaalityön organisointi
10. Vajaakuntoisten työtoimintoja kehittävään työryhmään osallistuminen	Vajaakuntoisten työllistäminen
11. Lähisuhdeväkivalta- ja projektin v. 2009 - 2010	Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen palvelumallin rakentaminen erikoissairaanhoidon
12. Osaamisen kehittämissuunnitelmaprojekti	Henkilöstön osaamisen kehittäminen
Sairaanhoitopiirin alueella	
1. Lähde -hanketyöryhmään osallistuminen	Dementiapotilaiden palvelujen kehittäminen
2. Altti -hanketyöryhmään osallistuminen	Aivohalvauspotilaiden hoidon kehittäminen
3. Valot -hanketyöryhmään osallistuminen	Kehittää omaishoitajien kohtaamista vanhustyössä
4. Laatuneuvoston työryhmään osallistuminen	Hoidon laadun kehittäminen
5. Rekisterihallinnon työryhmään osallistuminen	Rekisterihallinnon kehittäminen
6. Potilaspalautetyöryhmään kuuluminen	Toiminnan kehittäminen
7. Sosiaalityön organisoitumista, asemaa ja dokumentointia pohtiva työryhmä	Kolmen sairaanhoitopiirin yhteinen
8. Aikuissosiaalityön kehittämissuunnitelma	Sosiaalityön aikuispotilaiden kehittäminen
9. Terveiden ja hyvinvoinnin työryhmä	Sairaanhoitopiirin väestön terveyden ja hyvinvoinnin kehittäminen
10. Kumppanuuskeskuksen ohjaustyöryhmään kuuluminen	Yhteistyön kehittäminen
11. Kehitysvammaisten erityispoliklinikan perustamistyöryhmään kuuluminen	Kehitysvammaisten hoidon kehittäminen
12. Lähisuhdeväkivallan palvelumallin laajentamistyöryhmään kuuluminen	Palvelumallin jalkauttaminen kaikkiin sairaanhoitopiirin yksiköihin.

13. Nuorisopsykiatrian kehittämishanke palveluiden kehittämiseen	Koulujen, lastensuojelun ja sairaalan yhteinen kehittämishanke nuorisotyöhön
14. Syöpäpotilaiden kuntoutuksen työryhmätyöhön osallistuminen	Syöpäpotilaiden kuntoutuksen kehittäminen yhteistyössä syöpäyhdistyksen kanssa.
Valtakunnallisesti	
1. Effic -järjestelmän omaavat sairaanhoitopiirit	Sosiaalityön tilastoinnin kehittäminen järjestelmään sopivaksi.
2. Koulutuksellinen yhteistyö	Eri sairaanhoitopiirien yhteisiä täydennyskoulutuspäivien järjestämisiä sosiaalityöntekijöille
3. Potilasturvallisuusverkoston jäsen	Potilasturvallisuuden kehittäminen sairaaloissa.
4. ERVA -alueen neuvottelupäivien järjestämien sosiaalityöntekijöille	Terveysosiaalityön kehittäminen
5. Tukevan ja vammaispalvelun Kaste -hankkeisiin osallistuminen	Työelämän kehittäminen työrajoitteisille ja kehitysvammaisille
6. SOSNET -hankkeeseen osallistuminen	Sosiaalityön koulutuksen työelämälähtöisyys hanke sosiaalityöntekijöille.

Taulukosta selviää, missä kehittämistoiminnassa oltiin mukana sekä ne kohderyhmät, mihin kehittämistyö erityisesti kohdentui sairaalan sisällä, sairaanhoitopiirin alueella tai valtakunnallisesti. Yleisesti voidaan todeta, että kehittämistyö kohdentui hyvin laaja-alaisiin asioihin kuten lapsipotilaisiin, vanhuksiin ja pitkäaikaissairaisiin sekä omaishoitajien työhön. Yleensä oltiin mukana moniammatillisissa hankkeissa ja projekteissa sosiaalityön edustajina, ei pelkästään omissa hankkeissa.

Taulukkoon 14 on koottu tulevia kehittämishankkeita ja kohderyhmiä, joihin kehittämistyö erityisesti tulee kohdentumaan.

TAULUKKO 14. Tulevia sosiaalityön kehittämiskohteita sairaanhoitopiireissä

Kehittämishanke	Kohderyhmä
Yhteisen sosiaalityön yksikön perustaminen	Sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijät
Sosiaalityön osuus päivystyskeskuksessa	Sairaanhoitopiirin moniammatillinen yhteistyön kehittäminen
Vaativan kuntoutusyksikön perustaminen/ sosiaalityön osuus siinä.	Sairaanhoitopiirin moniammatillisen yhteistyön kehittäminen
Sosiaalityön dokumentoinnin, tilastoinnin ja työkäytäntöjen kehittäminen aikuissosiaalityössä.	Sairaanhoitopiirien kuntien kanssa tehtävä sosiaalityön yhteistyöhanke/kuntien sosiaalityö/sh-piirin sosiaalityö
Asunnottomien potilaiden kotiuttaminen	Asunnottomat potilaat
Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehittäminen vireille sosiaalityössä, sama organisaatio.	11 peruskuntaa mukana sosiaali- ja terveystieteiden alueella.
Hyvinvointierojen vähentäminen -hanke sairaanhoitopiirin alueella	Yhteistyössä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa
Kehittämishanke sosiaalityön vastuu-alueen strategian ja palveluprosessien arviointiin	Sosiaalityön sisäisen toiminnan jatkuva kehittäminen ja arviointi.
Lastensuojelukysymykset terveydenhuollossa	Sh-piirin ja tk-yhteistyön kehittäminen
Yhteistyön kehittäminen rajapinnoille	Terveydenhuolto, sosiaalitoimi ja järjestöt (vapaaehtoisuus)

Sosiaalipediatrian kehittäminen, työryhmän perustaminen vireillä	Moniammatillinen yhteistyö sh-piirissä
Sosiaalityön hallinnollinen uudelleen järjestely	Koko sairaalaorganisaatio voimaan 2013.

Tulevat kehittämiskohteet liittyvät oman sairaalan sosiaalityön kehittämiseen, peruskuntien, sosiaali- ja terveyskeskusten sekä sairaanhoitopiirien yhteisiin kehittämishankkeisiin. Terveysosiaalityön dokumentointi sekä tilastointi liittyvät valtakunnalliseen kehittämistoimintaan.

ERVA -alueellinen (erityisvastuualue) yhteistyö peruskuntien ja sairaanhoitopiirien välillä tulee tiivistymään. Terveystaloudessa hallinnolliset organisaatiomuutokset lisääntyvät ja sosiaalityön toiminnan kehittäminen tehostuu ja muuttuu organisaation muutoksen mukana. *”Terveysosiaalityön uhkakuvia nousee ajoittain ja on tulevaisuudessa entistäkin haasteellisempaa, koska erikoissairaanhoidon keskittymisessä terveystalouden tarpeellisuus voidaan asettaa kyseenalaiseksi silloin”*. Liika säästäminen tässä johtaa väistämättä kustannusten nousuun myöhemmin. Toisaalta nähtiin, että tämä ammattiryhmä osaltaan voisi vaikuttaa terveyserojen pysäyttämiseen tai lieventymiseen. Erikoissairaanhoidon potilaat ohjautuvat diagnoosin tai jonkun sairauden perusteella. Tästä joukosta hyvin sairaat ja syrjäytyneet tulisi ohjata terveystaloudentekijän luokse, jotta he pääsisivät mukaan yhteiskunnan järjestämiin palveluihin ja saisivat tarvitsemansa taloudelliset tuet selviytyäkseen elämäntilanteestaan. Syrjäytymistä tai sen uhkaa voitaisiin näin lieventää sosiaalityön keinoilla ja palveluilla.

Taulukossa 15. on tuotu esille niitä näkökulmia, mitkä edistävät tai estävät kehittämistyön toteuttamista johtavien sosiaalityöntekijöiden arvioimana.

TAULUKKO 15. Kehittämistyön käytännön toteutuksen vaatimukset

Kehittämistyön edellytykset	• henkilöstön innostus ja halu sitoutua yhteiseen kehittämistyöhön • projektiosaaminen ja organisointi • yliopistoyhteistyö
Kehittämistyön esteet	• resurssien puute • sitoutumisen puute • kehittämistarpeita ei nähdä
Kehittämistyön resurssit	• yksi päivä irrotettuna kehittämistyöhön oman työn ohella • sairaanhoitopiirin tutkimus- ja kehittämismäärärahojen puitteissa • opiskelijoiden harjoittelutöiden hyödyntäminen ja yliopistoyhteistyö

Kehittämistyön tulokset ja hyöty	• sosiaalityön työprosessit hyödynnetty sairaanhoitopiirin intranettiin näkyväksi kaikille ammattiryhmille • työprosessien kuvaus palvelee näin perehdytystä, opiskelijayhteistyötä ja muuta sairaanhoitopiirin henkilökuntaa moniammatillisesti • on myös työväline oman työn kehittämisessä • terveys- ja sosiaalityön valtakunnallinen nimikkeistö tulostuu sähköiseen sairaskertomukseen ja tilastointiin, hyödyttää kaikkia osapuolia, luo yhteisyyttä, näkyvyyttä ja osaamista sekä kuvaa työn sisältöä.
----------------------------------	---

Onnistuakseen kehittämistoiminta vaatii hyvää vuorovaikutustaitoa, yhteistä ymmärrystä ja hyväksyntää kehitettävään asiaan sekä kiinnostusta ja sitoutumista asioiden eteenpäin viemiseen. Esteinä ovat usein aikapula, resurssi- ja rahoitusongelmat tai se, että kehittämistarpeita ei riittävästi nähdä tai niihin ei pystytä sitoutumaan omassa työssä. Terveys- ja sosiaalityöstä tulisi viedä rohkeasti tietoa päättäjille palvelurakenteiden puutteista ja epäkohdista. Terveys- ja sosiaalityössä heijastuvat yhteiskunnan palvelurakenteiden näkökulmat ja niiden toimivuus, joihin sosiaalityöntekijät päivittäin tai ainakin viikoittain työssään törmäävät. Hyödyt ja tulokset näkyvät laadukkaina potilastyön tuloksina ja työtyytyväisyytenä. Osallisuus, kuuluminen johonkin sekä mielekäs tekeminen yhdessä lisäävät työtyytyväisyyttä sosiaalityön kehittämisessä. Tulevaisuudessa kehittämistoiminta laajenee sairaanhoitopiirien ja seutukuntien yhteistoiminnoiksi, jolloin isoihin epäkohtiin voidaan keskitetymin puuttua ja niitä poistaa tai lieventää.

Johtamisella on keskeinen rooli työyhteisölähtöisessä kehittämisessä. Rooli perustuu kehittämisen kohdentumiseen työhön ja työyhteisön toimintaan sekä vuorovaikutteisen johtamisen ideaan. Vaikka työyhteisölähtöinen kehittäminen on demokraattista, on johtajalla kuitenkin avainasema kehittämisprosessin johtamisessa. Esimiehen sitoutuminen kehittämisprosessiin on pitkäjänteistä ja se on osa johtamistyötä. Jatkuva työyhteisölähtöinen kehittäminen on erityisesti lähijohtamisen väline. Johtaja on parhaimmillaan aktiivinen toimija kuitenkin siten, että hän luo tilaa kaikkien äänien esiin tulemiselle. Tässä keskustelu- ja vuorovaikutustaidot ovat keskeistä sekä ihmisten kyky ja halu työskennellä ryhmissä.

Haasteellista tiedonrakentaminen on ryhmissä, joissa on eri organisaatioiden edustajia useilta ammattialoilta ja hierarkiatasoilta. (Seppänen- Järvelä 2009, 71 – 73.)

4.4 Terveys- ja sosiaalityön tulevaisuuden haasteet

Tulevaisuuden haasteista esille nousi se, miten tärkeää on yhteiskunnallisten muutosten vaikutusten huomioiminen ja aktiivinen seuraaminen sekä työ niiden rajapinnoilla. Asian-
tuntemuksen tärkeys toiminnan kehittämisessä oli oleellista. Pitää olla kykyä ja osaamista,
jotta saadaan työntekijät toimimaan ja uskottavuutta sekä tuloksekasta vaikuttavuutta kehi-
tettävää asiaa kohtaan. Tärkeäksi haasteeksi nähtiin myös verkostojen luominen, niissä
toimiminen ja niiden kehittäminen. Tulevaisuudessa tarvitaan uutta näkemystä johtamises-
ta ja organisaatioista. Uutena vaihtoehtona on tullut prosessiorganisaatiomalli, jossa toi-
mintoja ohjataan ja johdetaan prosessien kautta. Johtamismallina toimii vahvoihin ihmis-
suhdetaitoihin, motivointiin ja luottamukseen perustuva palveleva johtajuus.

Taulukkoon 16 on koottu johtavien sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä terveys- ja sosiaalityön
keskeisistä tulevaisuuden haasteista eri toimijatasoilla.

TAULUKKO 16. Tulevaisuuden keskeiset haasteet eri toimijatasoilla johtavien sosiaali-
työntekijöiden näkemysten mukaan

Valtakunnan taso - Sisällölliset linjaukset terveys- ja sosiaalityöhön, yhtenäiset ohjeet valtakunnallisesti - Ammatinharjoittamislainsäädäntö
Alueellinen ja sairaanhoitopiirin taso - Säästöjen kohdentaminen niin, ettei niistä aiheudu kustannuksia myöhemmin, virkojen vähentämisen uhka olemassa - Palvelurakenteiden kehittäminen, erikoissairaanhoidon keskittäminen - Selkeät tulevaisuuden visiot ja strategiat - Terveys- ja sosiaalityölle on määritelty selkeä asema laadukkaiden terveyspalveluiden joukossa, alueelliset mallit kehittämistyön kohteeksi
Kunnan taso - Terveys- ja sosiaalityöntekijöiden puute terveyskeskuksissa - Terveys valtaa tilaa peruskunnassa, sosiaalitoimi voi jäädä sivuun. Tasa-arvoisuutta, yhdessä tekemistä ja yhteisymmärrystä, avoimuutta, näkyvyyttä ja vaikuttavuutta yli kuntarajojen ja erikoissairaanhoidon mukaan lukien
Yliopistollinen taso - Työmenetelmien kehittämistä enemmän terveys- ja sosiaalityön näkökulmasta - Terveys- ja sosiaalityöhön pitäisi voida erikoistua jo opiskeluaikana ja teoriaopiskelua on lisättävä erilaisten toimintakäytäntöjen kehittämiseksi - Opiskelijajayhteistyön lisääminen ja opinnäytetöiden hyödyntäminen
Terveys- ja sosiaalityöntekijöiden oma ammattikunta - Työn jatkuva reflektointi ja arviointi - Kollegiaalisuus ja työn sujuvuus somatiikan ja psykiatrisen työn välillä

- Työn saumaton yhteistyö sosiaalitoimen ja terveysosiaalityön välille
- Työn vaativuuden ja palkkauksen epäsuhde, rekrytointi vaikeutuu
- Olemattomat etenemismahdollisuudet
- Lisää näkyvyyttä ja tiedottamista

Kolmas sektori (vapaaehtoisjärjestöt)

- Kokemusasiantuntijuuden tieto paremmin käyttöön, vapaaehtoistyön verkostojen hyödyntäminen potilastyössä ja yhteistyön lisääminen

Tulevaisuudessa terveysosiaalityö halutaan pitää terveydenhuollon piirissä. Tätä puoltavat johtavien sosiaalityöntekijöiden käsitykset potilaslähtöisyydestä; olla lähellä ihmistä, nähdä heidän todelliset ongelmansa ja päästä vaikuttamaan niihin oikea-aikaisesti siellä, missä päätöksiä tehdään. Terveysosiaalityön nähtiin yleisesti vakiinnuttaneen asemansa potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa sairaaloissa. Käytännöt tulevat kehittymään, mitä kommentoi eräs vastaaja seuraavasti: *”Terveysosiaalityötä tarvitaan, väestö ikääntyy ja sairaita riittää enkä usko palvelujärjestelmämme yksinkertaistuvan.”* Sosiaalityöllä on paikka palvelujärjestelmien kehittämisessä. Tulevaisuuden sosiaalityö voisi jalkautua paremmin tarjoamaan palveluja ja asiantuntemusta perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon. Se edesauttaisi ihmisten työelämässä pysymistä ja uhkiin reagoimista ennaltaehkäisevästi ajoissa.

Vastaaja toivoivat, että terveysosiaalityö ei koe tulevaisuudessa lamavuosien säästöpainetta, koska pitkällä aikavälillä säästäminen aiheuttaa väistämättä kustannuksia myöhemmin. Tutkimusta johtavan sosiaalityöntekijän työstä pidettiin tarpeellisena ja sen näkyväksi tekemistä tutkimuksellisin keinoin välttämättömänä. Tiedottamista terveysosiaalityöstä potilaille/asiakkaille ja omaisille tarvittaisiin vieläkin enemmän. Rohkeasti pitäisi tuoda esille palvelurakenteiden toiminnan puutteita, joihin törmätään päivittäin, mm. jatkohoitopaikkojen riittämättömyys. Terveysosiaalityön tehtävän kirkastamista toivottiin edelleen ja reflektointia, *”mitä se asiantuntijuus on”*. Ikuisuusongelmana nähtiin kollegiaalisuus ja se, miten saataisiin sujuva yhteistyö vakiintuneeksi käytännöksi terveydenhuollon somaattisten sairauksien ja psykiatrisen sosiaalityön kesken valtakunnallisestikin sekä terveysosiaalityön sairaanhoitopiirien ja kuntien sosiaalitoimen sosiaalityöntekijöiden kesken. Sairaaloissa somaattisten sairauksien parissa työskentelevät sosiaalityöntekijät pääsääntöisesti yksin potilaan kanssa kun taas psykiatriassa potilastyö perustuu pääosin tiimityöhön ryhmässä.

Vastaajat pitivät tärkeänä sitä, että sosiaalityöntekijöitä työskentelee terveydenhuollossa lähellä potilaan tarpeita ja on mukana työryhmissä tehden työtä moniammatillisesti. Terveys- ja sosiaalityötä ei voi tehdä kunnan sosiaalitoimistosta käsin, työ vaatii erityisosaamista ja työryhmässä mukana toimiminen tuo sosiaalityön asiantuntijuuden muun työryhmän käyttöön. Jotkut johtavat sosiaalityöntekijät näkivät, että terveys- ja sosiaalityöhön pitäisi voida erikoistua jo opiskeluaikana teoriaopinnoin. Toimintakäytännöt ja toimintaympäristöt tulevat muuttumaan ja kehittymään voimakkaasti tulevaisuudessa. Potilaiden hoitoajat erikoissairaanhoidossa lyhenevät entisestään ja poliklinisesti hoidettavien potilaiden määrät tulevat kasvamaan.

Palvelujärjestelmämme yksinkertaistumiseen ja nopeisiin muutoksiin ei uskota tulevaisuudessa, mutta asiakasnäkökulman merkityksen uskotaan kasvavan palvelujen kehittämisessä. Sosiaalityöntekijöiden pitäisi myös osallistua entistä aktiivisemmin palveluiden kehittämiseen ja heitä tulisi myös päättäjien ymmärtää ottaa mukaan entistä paremmin yhteisiin hankkeisiin. Lisäksi toivottiin selkeitä suuntaviivoja valtakunnan tasolla erilaisen sosiaalialan koulutuksen läpikäyneiden työntekijöiden työnjaolle ja ammatinharjoittamislainsäädännön aikaan saamista sosiaalialalle.

Vastaajat toivoivat että terveyspiirisysteemissä tulevaisuudessa sairaalan sosiaalityöntekijät voisivat jalkautua kuntiin tarjoamaan enemmän omaa asiantuntemustaan, koska nämä palvelut usein puuttuvat terveyskeskuksista. Olisi tärkeää, että tulevaisuudessa terveyskeskuksiin, perusterveydenhuoltoon sekä työterveyshuoltoon saataisiin terveys- ja sosiaalityöntekijöitä. Se auttaisi asiakkaita siten, että työelämässä pysymiseen ja työkyvyn menettämisen uhkaan osattaisiin reagoida ajoissa. Verkostoituminen tulee jatkossa edelleen lisääntymään. Lisäksi terveys- ja sosiaalityön laadusta ja sisällöistä tulisi sopia mahdollisimman paljon valtakunnallisella tasolla, jotta suomalaiset olisivat asuinpaikasta riippumatta myös alueellisesti tasa-arvoisessa asemassa palveluiden sisällön ja laadun suhteen.

Terveys- ja sosiaalityö on monien haasteiden edessä lähinnä kunta- ja palvelurakenteen muutoksen sekä uusien organisaatiomuutosten luomisen vuoksi. Haasteita tulee myös uuden terveydenhuoltolain kautta. *”Nyt on pidettävä terveys- ja sosiaalityön puolta, jotta saadaan edes entiset työntekijät säilytetyksi,”* kommentoi joku vastaajista. Pelkoa on siitä, että nykyisiä palveluita karsitaan ja henkilöstöä vähennetään.

5 TUTKIMUKSEN YHTEENVETO, LUOTETTAVUUS JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Tutkimuksen yhteenveto

Tutkijan oma kiinnostus aiheeseen perustui pitkään työkokemukseen ja vahvaan sitoutuneisuuteen terveys sosiaalityöhön sekä haluun kehittää toimintaa tutkimuksen kautta ja löytää sitä kautta myös uusia välineitä käytännön työhön. Johtavan sosiaalityöntekijän työn vähäinen tutkimus voi johtua monestakin syystä. Johtavia sosiaalityöntekijöitä on varsin vähän tässä työssä ja johtajuus koetaan siinä vieraammaksi alueeksi kuin esimerkiksi lasten, pitkäaikaissairaiden ja vanhusten parissa tehtävässä sosiaalityössä

Tällä tutkimuksella haettiin tietoa siitä, mitä on terveys sosiaalityö ja millaisena se näyttäytyy sairaalassa johtavien sosiaalityöntekijöiden työn kautta. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: 1. Mitä terveys sosiaalityö on ja millä tavoin se on organisoinut sairaanhoitopiireissä? 2. Millainen on johtavien sosiaalityöntekijöiden työn sisältö, asema ja rooli? 3. Millaiseen kehittämistoimintaan terveydenhuollon sosiaalityössä osallistutaan? ja 4. Millaiselta terveys sosiaalityö näyttää tulevaisuudessa?

Suomessa on tutkittu varsin vähän johtavan sosiaalityöntekijän työtä sisällön, johtamisen roolin ja kehittämisen näkökulmasta. Terveys sosiaalityötä on tutkittu lähinnä jonkun potilasryhmän näkökulmasta tai sosiaalityöntekijän tehtävien kautta ja muun henkilökunnan käsityksinä. Tässä tutkimuksessa korostui terveys sosiaalityön johtaminen, työn sisältö ja rooli siinä sekä työn kehittäminen johtavan sosiaalityöntekijän näkökulmasta. Tutkimusaineisto osoitti, että terveys sosiaalityö oli melko usein mukana laajoissa hankkeissa ja pro-

jekteissa edistämässä ja vaikuttamassa monipuolisesti ihmisten hyvinvoinnin edistämiseen sairaanhoitopiireissä. Tämä puoli työn sisällöstä oli merkittävä tulos. Lisäksi korostui työn vaativuus ja monipuolisuus. Tutkimukseen osallistuvat olivat yleensä kokeneita terveysso- siaalityön ammattilaisia.

Tavoitteena oli myös etsiä toimivia hyviä käytäntöjä kehittämistyöhön sekä tehdä näkyväk- si kokemustietoa. Hyviksi käytännöiksi osoittautuivat moniammatillinen yhteistyö, työn kir- jaaminen näkyväksi myös muun henkilökunnan käyttöön, valtakunnallisen yhteneväisen luokituksen saaminen terveysso- siaalityöhön, yliopistoyhteistyön laajeneminen käytännön työn tutkimiseen sekä opiskelijaohjauksen hyödyntäminen. Erilaisten verkostojen ja järjes- töjen merkitys terveysso- siaalityössä näyttäisi vahvistuvan tulevaisuudessa entisestään. Tulevaisuuden haasteena nähtiin myös terveyserojen kaventaminen ja syrjäytymisen eh- käisy, mikä antaa melkoisen haasteen myös terveysso- siaalityön johtamiselle. Syrjäytymi- sen uhka tulisi tunnistaa ja löytää ne potilaat, jotka hyötyvät terveysso- siaalityön palveluista eniten. Tähän tulisi panostaa enemmän toimintakäytäntöjä muuttamalla ja tiedottamalla niistä myös muulle henkilökunnalle ja potilaille.

Terveysso- siaalityö on organisoitu eri tavoin eri sairaanhoitopiireissä. Yhdessätoista sai- raanhoitopiirissä terveysso- siaalityö oli organisoitu omaksi yksiköksen, jolla oli pääsään- töisesti oma henkilöstöhallinto ja budjettivastuu. Organisaatioiden toimintatavat ja kulttuurit painottuivat eri tavoin, vaikka erikoissairaanhoidon organisaatioiden perustehtävät olivat samat kautta maan. Toimintaympäristönä sairaala poikkeaa muista julkisista organisaati- oista oleellisesti. Johtavan sosiaalityöntekijän perustehtävä oli kaikilla sama, mutta eri teh- täviin käytettävä aika vaihteli merkittävästi. Johtavien sosiaalityöntekijöiden tehtävien sisäl- löissä ja rooleissa näytti olevan paljon yhteisiä piirteitä, vaikka painotukset tehtävien suh- teen erosivatkin merkittävästi. Työn sisältöön ja rooleihin vaikuttavat oleellisesti sairaan- hoitopiirin koko ja sosiaalityöntekijöiden määrä sekä annettu toimivalta. Yleensä tehtävät olivat sisällöltään varsin monipuolisia ja niihin sisältyi sekä henkilöstöhallintoa, budjetointia ja kehittämistyötä että potilastyötä. Jollakin oli hyvin budjettipainotteinen työ, kun taas jol- lakin toisella tehtävä painottui pääasiassa potilastyöhön.

Johtavat sosiaalityöntekijät saivat yleensä tukea työlleen esimieheltään ja muulta johdolta. Joidenkin kohdalla tuen saamisessa oli puutteita. Esimies saattoi olla liian kiireinen ja har- voin tavattavissa, vaikeasti lähestyttävä tai etäinen, jolloin tuen saamisen kriteerit eivät

täyttyneet. Tuen saamisessa johtavien sosiaalityöntekijöiden yhteiset tapaamiset ja keskustelufooromit nähtiin tällöin erityisen tärkeinä. Keskinäinen yhteydenpito auttoi jaksamaan paremmin sekä selviytymään paremmin eteen tulevista uusista haasteista.

Johtavien sosiaalityöntekijöiden työssä korostui henkilöstöjohtaminen. Johtavat sosiaalityöntekijät kävivät kehityskeskusteluja ja osaamisen kartoituksia, jotta sosiaalityöntekijöiden erityisosaaminen ja kyvyt pääsisivät käyttöön ja henkilökohtaiset ominaisuudet otettaisiin huomioon. Jatkuvan palautteen antamista ja varhaista puuttumista ongelmiin korostetaan johtamistyössä. Johtavan sosiaalityöntekijän keskeisiksi rooleiksi osoittautuivat tutkimuksen mukaan ammatillisen jatkuvuuden ja yhteisöllisyyden rakentajan ja turvaajan rooli, kehittäjän ja käynnistäjän rooli, motivoijan ja uudistajan rooli sekä työn vaikuttavuuden ja tulevaisuuden arvioijan rooli. Johtamistyössä odotukset ja roolit täsmentyivät rooliteorioiden mukaisesti. Johtajalla on henkilösuhderoolit, tiedonkäsittelyroolit ja päätöksentekoroolit toimivaltansa puitteissa. Johtava sosiaalityöntekijä on myös aina organisaatiossaan oman ammattialansa keulakuva ja edustaja sekä yhteyshenkilö.

Terveys- ja sosiaalityö osana hyvinvointipolitiikkaa näyttäisi toteutuvan ja toimivan myös käytännössä. Lähes kaikki johtavat sosiaalityöntekijät tekivät työtä hyvinvointipalveluiden eri tasoilla ja erityisesti yksilötason potilastyötä. Työyhteisötasolla oman sosiaalityöntekijäjoukon kanssa tehtiin pienimuotoisempaa kehittämistyötä sekä moniammatillisissa työryhmissä sairaalan sisällä ja johtoryhmissä toimimalla laajempialaisessa kehittämistyössä. Sairaanhoidopiirin tasolla kuntien kanssa toimittiin myös aktiivisesti erityisesti sosiaalitoimen ja terveyskeskusten kanssa erilaisissa hankkeissa ja työryhmissä. Tietoa välitettiin kuntalaisten palvelujen tarpeista varsinkin kotiutustilanteissa. Yhteiskunnan tasolla toimittiin tiedon välittäjänä ja vaikuttajana laajemmin. Vaikuttajan roolit toteutuivat niin teoriassa kuin käytännössä erityisesti nostettaessa esille hyvinvointipolitiikan toimenpiteiden vaikutuksia kansalaisten arkeen erilaisilla tiedefoorumeilla sekä yliopistoyhteistyössä ja valtakunnallisilla terveys- ja sosiaalityön koulutuspäivillä.

Johtavat sosiaalityöntekijät ovat itse tärkeässä vaikuttajan roolissa, millaiset asiat vaativat kehittämistoimintaa. Sosiaalityön jatkuva kehittäminen ja uuden tiedon välittäminen, tiedolla johtaminen sekä erilaisissa projekteissa mukana oleminen olivat myös keskeisiä asioita johtamistyössä. Tutkimusaineisto osoitti, että terveys- ja sosiaalityö oli melko usein mukana laajoissa hankkeissa ja projekteissa. Terveys- ja sosiaalityö vaikuttaa hyvinvointipalveluiden

kehittämiseen monilla organisaation tasoilla. Kehittämisprojektit olivat usein moniammatillisia, oman sairaanhoitopiirin ylittäviäkin hankkeita ja toisaalta taas sosiaalityön sisäisiä, omaa ammattikuntaa palvelevia. Sisäiset kehittämistyön tulokset välitettiin yleensä intranettiin luotujen tiedostojen kautta vain organisaation omaan käyttöön. Tässä olisi vielä haastetta ja kehitettävää, jotta kaikki eivät joutuisi pohtimaan samoja asioita vaan vähäisiä voimavaroja voitaisiin yhdistää ja tietoa jakaa kaikkien käyttöön. ATK-ohjelmien pitäisi voida keskustella keskenään kaikkia yhteisesti hyödyttävissä asioissa. Tämä palvelisi myös potilaiden ja omaisten sekä muun henkilökunnan tiedonsaantia entistä paremmin.

Tutkijalle jäi positiivinen ja realistinen kuva sairaanhoitopiireissä tehtävästä sosiaalityöstä, sen kehittämisestä ja johtamisesta. Terveysosiaalityö on osaavissa käsissä, vaihtuvuus on vähäistä, yleensä työssä ollaan pitkään ja sitä arvostetaan. Yliopistoyhteistyöltä toivottiin enemmän sosiaalityön työmenetelmien kehittämistä ja lisää terveystieteiden opetusta yliopistoihin, jotta valmistuneet sosiaalityöntekijät pystyisivät selviytymään paremmin käytännön työssä ja omaisivat jo sosiaalityöhön tullessaan vahvan ammatti-identiteetin. Lisäksi pidettiin tärkeänä opiskelijayhteistyötä yliopiston kanssa sekä käytännön työn opettamista kentällä. Kehittämistyössä ongelmana oli resurssien puute, mutta työtä kehitettiin monipuolisesti ja moniammatillisesti. Joissakin sairaanhoitopiireissä johtamisessa nousivat esille ongelmina hallinnollisten organisaatioiden epäselvyys, toimenkuvien ja vastuiden puuttuminen sekä johdon tuen puute. Mielestäni näiden ongelmien ratkaisemiseksi voitaisiin tulevaisuudessa kehittää verkostofoorumeita, jotka eivät ole sidoksissa henkilösuhteisiin vaan antavat lisää tukea johtajille yli organisaatiojärjestelmien.

5.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa luotettavaa tietoa siitä ilmiöstä tai asiasta, jota tutkitaan ja saadun tiedon pitää olla uskottavaa. Tulosten luotettavuuden arvioi viime kädessä lukija itse. Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa on tarkasteltava sitä, miten pätevästi ja uskottavasti ne toimivat ikkunana johtavan sosiaalityöntekijän työhön ja kuvaavat sen todellisuutta. Kaikki tutkijan tekemät kuvaukset ja jäsennykset ovat tutkijan tulkintaa aineistosta ja tutkimusaineiston sisällön jäsentelystä samoin kuin aineiston keräysvaihe sisältävät jo itsessään tutkijan tekemiä teoreettisia valintoja ja tulkintoja. Tutkijan rooli tässä tutkimuksessa oli puhtaasti syvä kiinnostus tutkia omaa johtavan sosiaalityöntekijän

työtä laajemmin ja löytää siihen uusia välineitä ja näkökulmia oman työn kehittämiseksi. Myös se vaikutti, että johtavan sosiaalityöntekijän työtä ei juurikaan oltu aiemmin tutkittu terveysosiaalityön näkökulmasta. Se oli tutkijalle jo sinänsä haaste. Ehkä tuttuus omiin kollegoihin vaikutti myös siihen, että kyselyyn vastasi niin moni, 89 %. Se, että haluttiin olla mukana tällaisessa tutkimuksessa sekä se, että omaa työtä ja kollegoja arvostettiin ja tutkimusta pidettiin tärkeänä, oli tutkijalle merkittävää. Oman työn tutkiminen kiinnosti erittäin paljon kollegoja ja tutkimuksen tekeminen myös haastattelujen osalta oli erityisen antoisaa vuorovaikutusta ammatillisesti. Tutkija haluaa antaa tästä ison kiitoksen kaikille mukana olleille. Kokonaisuudessaan tutkijalle jäi vahva kehittämisen kuva vallitsevaksi ja se myös yllätti tutkijan. Tämä yllätyksen korostuminen osoittaa sitä, että tutkija pystyi olemaan avoin omille ennakkokäsityksilleen terveysosiaalityöstä ja pysyttäytyi tutkijan roolissa.

Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti ja reliabiliteetti korostavat analyysin systemaattisuutta ja tulokinnan luotettavuutta. Luotettavuuden lisäämiseksi lukijalle kuvataan sitä, mistä aineisto koostuu ja kuvataan ne aineiston osat, jolle päähavainnot rakentuvat. Validiteetin arvioimisella tarkoitetaan sitä, että kerätty aineisto ja niistä tehtävät tulokinnat soveltuvat yhteen tutkimuksen kanssa. Arvioinnissa tarkastellaan sitä, sopivatko tutkimuskysymykset yhteen aineiston kanssa, kuinka analyysi on tehty, onko se auennut lukijalle ja ovatko tulokinnat perusteltuja. Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista puhua tulosten läpinäkyvyydestä ja yleistettävyydestä. (Ruusuvuori 2010, 26 - 29.)

Tutkijaa ohjaavat tutkimuksen eettiset ja moraaliset arvot sekä sosiaalityön ammatilliset eettiset ohjeet ja säännöt. Kysely on sinänsä toistettavissa kaikille sairaanhoitopiirien johtaville sosiaalityöntekijöille, mutta sillä hetkellä ja siinä tilanteessa kirjoitetut ja kunkin henkilön antamat vastaukset ovat ainutkertaisia. Toisaalta haastattelujen osalta haastateltavan ja haastattelijan tuttuus on voinut vaikuttaa saatuihin tuloksiin, mutta sen arviointi on vaikeaa. Todennäköisesti ainakin tutkimuskohteen tuttuus tutkijalle mahdollisti tulosten kontekstisidonnaisemman tulokinnan.

5.3 Johtopäätökset

Tulevaisuudessa moniammatillisuus ja monitieteellisyys sekä yhteinen päätöksenteko erilaisissa ryhmissä tulevat edelleen lisääntymään. Moniammatillisuus tulee myös entistä tärkeämmäksi terveydenhuollossa erityisesti moniongelmaisten ja monisairaiden potilaiden kuntoutustyössä ja työkykyarvioinneissa. Erityisesti ikääntyvien monisairaiden, vammais-

ten ja pitkäaikaissairaiden ihmisten toimintakykyarviot sekä palvelutarpeiden arvioinnit ja suunnitelmat tulevat olemaan keskeisiä terveyssosiaalityössä. Tulevaisuuden odotukset eivät näyttäytyneet tässä tutkimuksessa niinkään kasvunäkyminä vaan ajatuksina siitä, että resurssit säilyisivät ainakin entisenlaisina. Uusia työntekijöitä toivottiin voitavan palkata eläkkeelle lähtevien tilalle. Johtavat sosiaalityöntekijät kaipasivat enemmän omia koontumisia ja vertaistukea ja yhdessä pohdintaa vaikeissa kysymyksissä. Verkottuminen on toivottavaa niin valtakunnallisesti kuin alueellisestikin erityisvastuualueilla, ns. ERVA-alueilla. Niiden merkitys tulee korostumaan lähitulevaisuudessa entistä enemmän.

Terveyssosiaalityö on osa toteutettavaa hyvinvointipolitiikkaa. Sen kokonaisuuden ymmärtäminen rakenteiden, järjestelmien ja palveluiden tasolla on tärkeää, jotta voisi niihin myös vaikuttaa. Terveyssosiaalityö ja sen johtaminen sekä kehittäminen ovat jääneet vähälle huomiolle sosiaalityön tutkimuksessa. Mielestäni tässä aihepiirissä olisi tulevaisuudessa paljonkin tutkittavaa. Kehittämistoiminnalla voidaan pyrkiä työtapojen, palveluiden ja palvelurakenteiden kehittämiseen. Käytännössä kehittämistyötä tehdään yleensä joko rakenteita tai toimintaa kehittämällä (Toikko, 2012, 149). Terveyssosiaalityössä kehittämistyö kohdistui useimmiten toiminnan laadun ja palveluiden tehostamiseen ja parantamiseen.

Miksi johtaminen ja johtajuus eivät kiinnosta sosiaalityöntekijöitä terveydenhuollossa tutkimuksen tasolla, on mielenkiintoinen kysymys. Näihin voidaan vaikuttaa yhdessä keskustellen ja yhteisiin päämääriin sitoutumalla, vaalimalla terveyssosiaalityön yhteisöllisyyttä yhdessä tekemisen keinoja sekä ammatti-identiteettiä ja luottamusta vahvistamalla. Yhteisen sosiaalisen pääoman vaaliminen johtamistyössä on tulevaisuudessa yhä tärkeämpää.

Suomen hyvinvointipolitiikasta eivät yksittäiset sosiaalialan ammattilaiset voi tietenkään kantaa yksin vastuuta. Näiden linjausten tekeminen on poliittisten päätöksentekijöiden vastuulla. Sosiaalialan ammattilaisilla on kuitenkin tiedottamisen vastuu ihmisten elinehdoista ja sosiaalisista ongelmista sekä erilaisista vaikutuksista, mihin päätökset ovat johtaneet. Ratkaisut tehdään pitkälti taloudellisin perustein ja tässä sosiaalialan ammattilaisten on oltava tarkkana sen suhteen, kenen näkökulmasta, tarpeista ja arvoista päätöksiä tehdään.

Johtavilla sosiaalityöntekijöillä on todellinen huoli pätevien sosiaalityöntekijöiden saamisesta erityisesti kuntien perusterveydenhuoltoon ja suurten ikäluokkien eläkkeelle jäämi-

sen vuoksi. Sairastavuus ei vähene myöskään erikoissairaanhoidossa, missä sosiaalityöntekijöiltä tarvitaan yhä enemmän erityisosaamista ja asiantuntijuutta väestön ikääntyessä ja terveydenhuollon muuttuessa entistä avohoitopainotteisemmaksi. Sairaaloissa hoidetaan potilaita entistä nopeammin ns. viikko-osastoilla ja poliklinisesti. Tämä tuo haasteita jatkohoidon ja kuntoutuksen suhteen myös terveyssosiaalityölle. Syrjäytymisen ehkäisyssä ja terveyserojen kasvussa terveyssosiaalityötä haastetaan mukaan yhteisten hyvinvointipalveluiden turvaamiseen. Sairaanhoidopiirien poistuessa erityisvastuualueiden ja perusterveydenhuollon merkitys kasvaa tulevaisuudessa. Tarvitaan uudenlaisten yhteistyömuotojen, menetelmien ja keinojen etsintää sekä uudenlaisen informaatioteknologian hyödyntämistä. Interventioiden ja muutosten aikaansaaminen ihmisten elämään kehittämällä yhdessä yliopistojen kanssa erilaisia työmenetelmiä on erittäin tärkeää. Eri tasoilla ja rooleissa liikkuva johtava sosiaalityöntekijä on työssään avainasemassa vaikuttaessaan terveyssosiaalityön hyvinvointipalveluihin.

Tulevaisuudessa johtaminen on todennäköisesti monimuotoisten hyvinvointipalveluiden johtamista, mikä edellyttää koulutusta, monipuolista johtamiskokemusta sekä kykyä toimia erilaisissa verkostoissa yli eri sektorirajojen oman alansa asiantuntijana. Johtaminen vaatii perustehtävän osaamista ja kykyä nähdä tulevaisuuteen ja sen edellyttämiä kehittämiskohteita sekä kykyä saada ihmiset tekemään sovittuja asioita. Professionaalinen eli ammatillinen konteksti korostaa sosiaalialan ammatillisen työn sisältöön liittyvää johtamista ja lähellä asiakasrajapintaa olevien tehtävien ja niiden tavoitteiden tuntemusta. (Niiranen 2012, 123-124). Riitta Viitalan (2009, 275) mukaan asiantuntijaorganisaatioissa johtajan rooli on haastavaa. Asiantuntijatyö perustuu korkeatasoiseen osaamiseen ja on koko toiminnan perusta. Asiantuntijuudessa jatkuva osaamisen uudistaminen, kehittäminen ja sitoutuminen tavoitteisiin, työmotivaation säilyttäminen ja työssä jaksamisen vaaliminen ovat johtamisen välttämättömiä tehtäväalueita ja kohteita. Asiantuntijat ovat itsenäisiä toimijoita ja arvostavat toisissaan juuri asiantuntijuutta. He ovat usein syvästi kiinnostuneita oman alansa sisällöllisistä tehtävistä eikä niinkään johtamisesta. Tämä oli havaittavissa osittain myös tässä tutkimuksessa.

Tulokset osoittivat, että terveyssosiaalityö vaikuttaa laajasti yhteiskuntaan, ei vain sairaalan seinien sisäpuolelle. Tämä edellyttää laaja-alaista kokonaisuuden hallintaa. Omien pienimuotoistenkin tutkimus- ja kehittämishankkeiden tekeminen näkyväksi, haluttujen vaikutusten aikaansaaminen ja niiden arviointi on osa kaikkien johtavien sosiaalityöntekijöi-

den työtä. Mielestäni tutkimustulokset tuovat esille myös ne haasteet ja uudet osaamistarpeet, joita kohdistuu myös asiantuntijoiden työhön. Ristikangas ym. kuvaavat samoin sitä, mitä merkitsee asiantuntijan siirtyminen asiantuntijoiden johtajaksi (Ristikangas ym. 2008, 86 - 87, 109 – 111). Tämä olisi myös mielenkiintoinen tutkittava alue; mitä siihen sisältyy, mitä edellyttää, saako johtamiselle tilaa?

Tärkeitä kysymyksiä on lisäksi tutkia, mitä ja miten hyvinvointipalveluita terveysosiaalityöllä tulisi tuottaa, jotta niillä olisi vaikutuksia potilaiden/asiakkaiden hyvinvointiin sekä terveyserojen ja syrjäytymisen vähenemiseen. Kiinnostavia tutkimusaiheita olisivat myös johtajien työhyvinvointi sekä se, millaisiin arvoihin ja eettisiin näkemyksiin, asenteisiin ja osaamiseen johtaja uskoo tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Aaltonen Elli 1992. Tulosjohtaminen kunnan sosiaalihuollossa. Tutkimus tulosjohtamisen soveltamisen mahdollisuuksista kunnan sosiaalihuollossa. Sosiaaliturvan keskusliitto. Helsinki.

Aaltonen Elli 1999. Sosiaalitoimen johtaminen – byrokratiaa vai tulosjohtamista? Tutkimus sosiaalitoimen johtamisesta Suomessa 1950-luvulta 1990-luvun puoliväliin. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja n:o 38. Joensuun yliopisto. Joensuu.

Aarnikoivu Henrietta 2010. Työelämä. Menesty & voi hyvin. WSOY. Juva.

Aho Päivi 1999. Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalialan ammattien vuosikirja, Sosiaalityöntekijäin Liitto ry. WSOY. Porvoo.

Arajärvi Pentti 2010. Hyvinvoinnin oikeudellinen säätely – Näkökohtia lainsäädännön muutostrendeistä. Julkaisussa Saari Juho (toim.) Tulevaisuuden voittajat - Hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5/2010.

Arajärvi Pentti ja Särkelä Riitta 2008. Leipää ja lämpöä. Näkökulmia sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Arki, arvot, elämä, ertiikka 2005. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Sosiaalialan Korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Helsinki.

Auerbach, C, Mason S.E & Heft Laporte H. 2007. Evidence that supports the value of social work in hospitals. Social Work in Health Care.

Burns Tom & Stalker G.M. 1996. The Management of Innovation. Oxford University Press. Oxford.

Coleman James Samuel 1988. Social capital in a Creation of Human Capital. The American Journal of sociology 94, 95 – 120. The University of Chigago Press.

Egan, Marcia & Kadushin, Goldie 2007. Social work practice in community-based health care. Harword Press,cop. New York.

Ekman Pirkko, Mikkonen Arja & Nieminen Anja 2006. Sosiaalihoitaja. Koulutus vuosina 1945 – 1975. Kokemuksia koulutuksesta ja sen merkityksestä työelämässä. Terveyssoaalityöntekijät ry. Helsinki.

Engeström Yrjö 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Painatuskeskus. Helsinki.

Fraser Sandy & Matthews Sarah 2008. The critical practioner in social work and health care. Sage. London.

Hakkarainen Kai & Paavola Sami 2006. Kollektiivisen asiantuntijuuden mahdollisuuksia ja rajoituksia – kogniotieteellinen näkökulma. Julkaisussa Parviainen Jaana (toim.) Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

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

Huuhka Maisa 2010. Luovan asiantuntijaorganisaation johtaminen. Talentum. Hämeenlinna.

Hyppänen Riitta 2009. Esimiesosaaminen - Liiketoiminnan menestystekijä. Edita Prima Oy. Helsinki.

Hyppänen Riitta 2010. Työhyvinvointi johtaa tuloksiin. Parhaat käytännöt kymmenen vuoden ajalta. Talentum. Hämeenlinna.

Hyvinvointi 2015-ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveystoiministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki.

Hämäläinen Juha 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadulliseen sosiaalitutkimuksen "käsiyötaitoon". Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2/1987. Kuopion yliopisto. Kuopio.

International Federation of Social Workers 2012. IFSW Human Rights Commission Report General Meeting 2012. http://cdn.ifsw.org/assts/ifsw_85554-5.pdf (luettu 15.9.2012).

Joutsenkunnas Tapio & Heikurainen Pekka. 2003. Esimiehenä palveluyrityksessä. WSOY. Juva.

Juuti Pauli & Virtanen Petri 2009. Organisaatiomuutos. Otava. Helsinki.

Järvinen Pekka 2011. Esimiestyön vaikeus ja viisaus. WSOYpro Oy. Helsinki.

Kaikko Kirsi 2004. Sosiaalityöntekijät hyvinvointipolitiikan välittäjinä s. 31 – 35, artikkelikoelmasta Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä. Sosiaali- ja terveysministeriö, monisteita 2004:15. Helsinki.

Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti & Marjamäki Pirjo 2010. Sosiaalityön käsikirja. Tietosanomaa. Tallinna.

Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti & Marjamäki Pirjo & Laiho Kristiina & Sarvimäki Pirjo & Karjalainen Pekka & Seppänen Marjaana 2007. Sosiaalityön käsikirja. Gummerus. Jyväskylä.

Kantola Heli 2009. Vakavan sairastamisen merkitys elämänkulussa. Esimerkkinä SLE. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 180. Kuopio.

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

Karvinen-Niinikoski Synnöve 2009. Postmoderni sosiaalityö. Julkaisussa Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli ja Pösö Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. WS Bookwell Oy. Juva.

Kemppainen Tarja 2006. Sosiaalityöntekijät 2015. Julkaisussa Vuorensyrjä Matti, Borgman Merja, Kemppainen Tarja, Mäntysaari Mikko & Pohjola Anneli (toim.) Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA): loppuraportti. Sosiaalityön julkaisusarja 4. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Kilpeläinen Arja & Sankala Jukka 2010. e-Osaaminen sosiaalityön asiantuntijuutta rakentamassa. Julkaisussa Sosiaalityö, tieto ja teknologia. PS-kustannus. Juva.

Kinnunen Juha & Vuori Jari 2005. Julkaisussa Terveys ja johtaminen Vuori Jari (toim.) Terveystieteiden johtamiskulttuurin holistinen malli. WSOY. Helsinki.

Kirjonen Juhani 2006. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Julkaisussa Seppänen-Järvelä Riitta & Karjalainen Vappu 2006. Kehittämistyön risteyskohtia. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Vaajakoski.

Kokko Simo & Heikkilä Matti 1995. Palvelujärjestelmä muutoksessa. Teoksessa Uusitalo Hannu, Konttinen Mauno & Staff Mikko (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 173. Stakes. Helsinki.

Kuusela Pekka & Kuittinen Matti (toim.) 2008. Organisaatiot muutoksessa. Copyright UNIpress.

Lajunen Helena 2011. Paikkansa kullakin. Terveystieteiden perinteisten ammattiryhmien ja sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön asemasta terveydenhuollon organisaatiossa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Yhteiskuntatieteiden laitos. Kuopio.

Laulainen Sanna 2010. ”Jos mittää et anna niin mittää et saa”. Strateginen toimijuus ja organisaatiokansalaisuus vanhustyössä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, no 9. Kuopio.

Lehto Anna-Maija & Sutela Hanna 2008. Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolotutkimuksen tuloksia v. 1977 – 2008. Tilastokeskus . Helsinki.

Lehtonen Lasse 2011. Terveysturvalaki. Julkaisussa Terveysturvon lainsäädäntö. Asiantuntijat Lehtonen, Pahlman. Lakikokoelmat 201. Edita Prima Oy. Helsinki.

Linden Mirja 1999. Terveysturvon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes, Helsinki.

Linna Pirkko 1988 Psykiatris-yhteiskunnallisesta työstä kasvatus- ja perheneuvonnaksi. Kasvatus- ja perheneuvolan asemasta ja tehtävistä suomalaisessa yhteiskunnassa. Suomen kasvatusneuvola liiton tutkimus, osa I –II. Suomen Kasvatusneuvola Liitto r.y. Helsinki.

Lämsä Anna-Maija & Päivike Taru 2010. Organisaatiokäyttötymisen perusteet. Edita Prima Oy. Helsinki.

McAlynn Maura & McLaughlin John 2008. Key Factors Impending Discharge Planning in Hospital Social work: An Exploratory Study. Social work in Health Care.

Mintzberg Henry 1973. The Nature of Managerial Work. 1980 edition published by Prentice –Hall. Englewood Cliffs. New Jersey.

Murto Lasse 2004. Sosiaalityö vastuullisen hyvinvointipolitiikan välineenä. STM julkaisu. Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä –artikkelikokoelma. Monisteita 2004:15.

Mutka Ulla 1998. Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylä.

Mäki Helmi & Satka Mirja 2006. Hyvä kysymys. Sosiaalityöntekijän asiakaskohtaisen työn sisältöä etsimässä 1960 luvulla. PS-Kustannus Oy. Juva.

Niemelä Pauli 2010. Hyvinvointipolitiikan teoria, s 16 – 37. Julkaisussa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro. Helsinki.

Niemelä Pauli 2009. Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana, s. 209 – 236. Julkaisussa Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli & Pösö Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Juva.

Niemelä Pauli 2008. Inhimillisen toiminnan teoria. Toiminnan systemaattista jäsentämistä ja soveltamisesimerkkejä. Julkaisussa Niemi Petteri & Kotiranta Tuija (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Palmenia. Tampere.

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

Niemi Petteri, Kotiranta Tuija & Haaki Raili 2011. Sosiaalinen muutos, monimuotoisuus ja tutkimus. Julkaisussa Kotiranta Tuija, Niemi Petteri & Haaki Raili (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Gaudeamus. Tallinna.

Nissinen Aulikki, Kauhanen Jussi & Markku Myllykangas 1994. Kansanterveystiede. WSOY. Juva.

Niiranen Vuokko 1994. Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Tutkimus sosiaalihoitajien johtamistyöstä, johtajatyypeistä ja vapaakuntakokeilusta sosiaalitoimen reformina. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 20. Kuopio.

Niiranen Vuokko, Seppänen-Järvelä Riitta, Sinkkonen Merja & Vartiainen Pirkko 2010. Johtaminen sosiaalialalla. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki.

Niiranen Vuokko & Hänninen Markku (toim.) 2012. Sosiaalitoimen johtajat kunnissa. Acta 234. Itä-Suomen yliopisto. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Nylander Olli, Ståhle Pirjo & Nenonen Mikko 2003. Artikkel: Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä, s. 3 – 18. Yhteiskuntapolitiikka 68:1.

Ollila Maija-Riitta 2010. Johtajan parempi elämä. WSOYpro. Juva

Ollila, Seija 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa – Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Acta Wasaensia No. 156. Vaasan yliopisto. Vaasa.

Otala Leenamajja 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. WSOY. Porvoo.

Paasivaara, Leena 2010. Itsensä kokoinen johtaja - itsetuntemus työyhteisön voimavarana. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Pohjola Anneli 2004. Sosiaalityön kehittämisen myyttejä ja mahdollisuuksia. STM julkaisu. Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä –artikkelikokoelma. Monisteita 2004:15.

Politiikkaohjelmat ohjauskeinona. Esimerkkinä Terveiden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 212/2010. Edita Prima Oy. Helsinki.

Poutanen Veli-Matti 2010. Sosiaaliturvapolitiikka. s. 177 – 198. Julkaisussa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. WSOYpro Oy. Helsinki.

Pylväs Maria 2003. Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityössä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulu.

Rajavaara Marketta 2011. Haastattelu. Sosiaalinen kestävyys katsoo järjestelmää ihmisen näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysviesti nro 3, s. 12 -13. STKL. Helsinki.

Ranta-Laiho Ulla-Maija 2005. Sosiaalityössä tarvittava osaaminen. Valmistelupaperi Sosiaalialan käytännön harjoittelun kehittämistä suunnittelevan työryhmän käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Opetusministeriö, painamaton.

Rauhala Lauri 2009. Henkinen ihminen – Henkinen ihmisessä & ihmisen ainutlaatuisuus.

Gaudeamus.Tampere.

Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna 2011. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä 1. s. 15 – 38. Julkaisussa Rissanen Sari – Lammintakanen Johanna (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOYpro Oy. Helsinki.

Ristikangas Vesa, Aaltonen Tapio & Pitkänen Eeva 2008. Asiantuntijasta esimies. Innostusta ja arvostusta esimiestyöhön. WSOYpro Oy. Juva.

Ropo Arja 1989. Leadership and organizational change. Acta Universitatis Tamperensis. ser A vol 280. Vammala.

Ruusuvuori Johanna, Nikander Pirjo & Hyvärinen Matti 2010. Haastattelun analyysi. Osuuskunta Vastapaino. Tallinna.

Ruuskanen Petri 2001. Sosiaalinen pääoma – Käsitteet, suuntaukset ja mekanismit. Valtion taloudellinen tutkimuslaitos. Helsinki.

Ryynänen Ulla 2005. Sairastumisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 119. Kuopio.

Saari Juho 2010. Tulevaisuuden voittajat - Hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5/2010.

Salminen Ari 2008. Julkisen toiminnan johtaminen. Hallinnon perusteet. Edita Prima Oy Helsinki.

Saurama Erja & Julkunen Ilse 2009, Lähestymistapana käytäntötutkimus. Julkaisussa Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli & Pösö Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. WS Bookwell Oy. Juva.

Scott W. Richard 2001. Institutions and Organizations. Second edition. Sage Publications. Thousand Oaks. CA.

Seeck Hannele 2008. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Esa Print Oy, Tampere.

Seppänen-Järvelä Riitta & Vataja Katri (toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. PS-kustannus..Juva.

Seppänen-Järvelä Riitta & Karjalainen Vappu 2006. Kehittämistyön risteysksiä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Vaajakoski.

Simoila, Riitta 1999. Terveystenhuolto johtamisen areenana. Teoksessa hoitotyötä johtamaan. Toim. Riitta Simoila & Riitta Kangas & Jouko Ranta s. 9 – 16. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Sinkkonen Sirkka & Nikkilä Juhani 1988. Suomen terveydenhuollon hallinto. WSOY. Juva.

Sosiaalihoitaja. Koulutus vuosina 1945 – 1975. Pirkko Ekman, Arja Mikkonen ja Anja Nieminen. Julkaisu Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n 60-vuotisjuhlatilaisuudessa 2007.

Talentia ry 2005. Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet.

http://www.talentia.fi/files/558/1649_Etiikkaopas2005_1_.pdf (luettu 25.2.2012).

Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö 2007. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Tiusanen Olavi 2005. Työyhteisön kehittäminen ja tärkeimmät muutosvälineet. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Toikko Timo 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere University Press. Tampere.

Toikko Timo 2005. Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Vastapaino. Tampere.

Toikko Timo & Rantanen Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Tulppo Jaana 1991. Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. sarja C: Nro 2. Tampereen yliopisto, Tampere.

Walden Anne 2006. ”Muurinsärkijät”. Tutkimus neurologisesti sairaan tai vammaisen lapsen perheen selviytymisen tukemisesta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 137. Kuopio.

Viitala Riitta 2009. Henkilöstöjohtaminen - Strateginen kilpailutekijä. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Virtanen Juha V. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimikenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohdon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turun kauppakorkeakoulu, Sarja A –2:2010.

Virtanen Petri & Wennberg Mikko 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Yliruka Laura 2000. Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen tieto. Sosiaalihuollon menetelmien arviointiprojekti. Työpapereita 2/2000. Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Lait www.finlex.fi

Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Lastensuojelulaki 417/2007

Mielenterveyslaki 1116/1990
 Sosiaalihuoltolaki 710/1982
 Suomen perustuslaki 731/1999
 Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010

LIITTEET

Liite 1 Kotimaisia tutkimuksia terveydenhuollon sosiaalityöstä työntekijän tai asiakkaan näkökulmasta vuosina 2005 – 2011

Tekijät	Aihe	Sisältö
Sosiaalityöntekijän näkökulma		
Lajunen, Helena 2011 Pro gradu -tutkielma Itä-Suomen yliopisto Kuopio	Paikkansa kullakin –Terveystieteidenhuollon perinteisten ammattiryhmien ja sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön asemasta terveydenhuollon organisaatiossa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa	Sosiaalityön asema on vakiintunut. Asemaan vaikuttivat sosiaalityön näkyvyys, sosiaalityöntekijän oma aktiivisuus ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Muiden ammattiryhmien tiedontarve sosiaalityön sisällöstä oli suurta ja sosiaalityön katsottiin määräytyvän organisaation toimesta. sosiaalityö nähtiin erillisenä asiantuntijuutena ja omana alana.
Pentikäinen, Hanna-Kaisa 2011 Pro gradu -tutkielma Jyväskylän yliopisto Jyväskylä	Sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan tarkastelua 1980-luvulta nykypäivään	Tutkimuksessa tarkastellaan työnkuvan muotoutumista ja muutoksia 1980-luvulta vuoteen 2010. Keskeistä ammattitaidon kasvu, koulutusvaatimusten kasvu sekä verkostoituminen.
Poutanen, Tiina 2008 Pro gradu -tutkielma Kuopion yliopisto Kuopio	Työnohjauksen merkitys terveydenhuollon sosiaalityöntekijöillä	Työnohjauksen kokemuksia ja merkityksiä, joissa keskeistä oli vaikeiden potilastapauksien, organisaatioon ja työhön kohdistuvien muutosten ja työssä jaksamisen tukemisen käsittely.
Torvinen, Tiina 2007 Pro gradu -tutkielma Kuopion yliopisto Kuopio	Sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisena tiimin jäsenenä	Sosiaalityöntekijän rooli tärkeä erityisesti hyvinvointiosaajana ja etuuksien asiantuntijana sekä psykososiaalisen tuen antajana missä dialogisuus moniammatillisuuden mahdollistajana on tärkeää.
Pohjola, Riitta Tuohino, Noora 2005 Pro gradu -tutkielma Lapin yliopisto Rovaniemi	Sairaanhoitajien käsityksiä sosiaalityön asiantuntijuudesta erikoissairaanhoidossa	Sosiaalityön asiantuntijuus hakee vielä paikkaansa. Sairaanhoitajat nimittivät sosiaalityöntekijää sosiaalihoitajaksi. He eivät hahmottaneet sosiaalityön ammattia professiona. Sosiaalityöntekijän henkilökohtaisilla ominaisuuksilla oli merkitystä yhteydenottoon. Yleisin syy siihen oli sosiaaliturvaan liittyvät asiat osastojaon mukaan. Sairaanhoitajat eivät hahmota sosiaalista tilannetta kokonaisvaltaisesti. Erityisasiantuntijuutta ei oivallettu.

Potilasnäkökulma		
Kantola, Heli 2009 Väitöskirja Kuopion yliopisto Kuopio	Vakavan sairastamisen merkitys elämänculussa, esimerkkinä SLE-autoimmuunitauti	Tutkimuksessa tarkastellaan sairastamisen merkitystä elämänculussa. Siinä korostui ulkonäön muuttuminen ja psykososiaalisen sosiaalityön tuen tarve sairaalan kokonaisvaltaisessa hoidossa.
Pitkänen, Marjaana 2006 Pro gradu -työ Helsingin yliopisto, Helsinki	"Mun repussa ei ooku muruja, mut kyllä niillä mennään kuule vielä pitkälle": aivohalvauksen toutujan elämäntilanne ennen sairastumista ja sosiaalinen toimintakyky sairastumisen jälkeen.	Läketieteelliset riskitekijät ja psykososiaaliset tekijät kasaantuivat ennen sairastumista. Läheisverkoston tuki, mielekäs toiminta ja selkeä itseymmärrys ovat ne toimintakyvyn osat alueet, joilla voitiin eniten auttaa selviytymään sairastumisen aiheuttamasta elämäncuutoksesta.
Walden, Anne 2006 Väitöskirja Kuopion yliopisto Kuopio	"Muurinsärkijät" Tutkimus neurologisesti sairaan tai vammaisen lapsen perheen selviytymisen tukemisesta	Perheiden selviytymisen tukemisessa keskeistä lapsen sairauden tai vamman tuomat rajoitukset ja esteet ja perhettä kannattelevat voimavarat ja elämäncasenne. Selviytymisessä tärkeää oli varmuus riittävästä perusturvasta ja palveluista sekä ilo, onnellisuus ja voimavarat sekä sosiaaliset suhteet, jotka edistivät perheiden selviytymistä.
Ryynänen, Ulla 2005 Väitöskirja Kuopion yliopisto Kuopio	Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä	Keskeistä tutkimuksessa oli kokemukset riittävästä turvasta sairastettaessa ja elämän yleinen tyydyttävyys peloissa ja toivon ylläpitämisessä. Perheen ja muun läheisten merkitys olivat ensisijaisia turvan lähteitä elämän vaikeuksissa. Mutta myös ammatillinen apu onnistuneiden asiakasprosessien ja hyvien käytäntöjen kautta toi turvaa.

Liite 2 Ulkomaisia tutkimuksia terveydenhuollon sosiaalityöntekijän näkökulmasta vuosina 2005 – 2011

Tekijät	Aihe	Sisältö
Sosiaalityöntekijän näkökulma		
Fraser, Sandy and Matthews, Sarah 2008 Sage, London	The critical practioner in social work and health care	Kriittinen ote on keskeistä palvelujen käyttäjien, hoitajien ja heidän yhteisöjensä toiminnassa terveydenhuollossa. Tämä tutkimus tarkastelee käytännön avainalueita ja haasteita, joita ammattilaiset kohtaavat työelämässä. Se keskittyy huolehtijan roolissa tarvittaviin taitoihin ja sosiaalityön perusarvoihin.
McAlynn, Maura McLaughlin, John 2008 Social work in Health Care	Key Factors Impending Discharge Planning in Hospital Social Work: An Exploratory Study	Merkittävin tulos sosiaalityöntekijän ammatti-taito, toisena tekijänä moniammatillinen yhteistyö, yhteiskunnan ja sairaalan kustannukset ja perhekysymykset, tuki ja avut. Negatiivisena alle 50 % sos.tt. vaihtui, työssä alle 2 v. Työrooli liian vaativa, tiukat lainsäädökset, rahoitusongelmat. Akateemisen koulutuksen ja täydennyskoulutuksen lisääminen, tuen antaminen uusille työn-tekijöille, kollektiivinen toiminta ja oikeudet hyvinvointiin ja palveluihin potilaille. Liian vähän aikaa paneutua potilaiden asioihin.
Auerbach, C. Mason S.E Heft Laporte H. 2007 Social Work in Heath Care	Evidence that supports the value of social work in Hospitals.	Kokonaisaineistosta 10 156 potilasta eli 15.7 % sai sosiaalityöntekijän palveluita. Kaikkien potilaiden keski-ikä oli 56.2 v. ja sosiaalityön palveluita saaneiden ikä painottui yli 69-vuotiaisiin. Sairaalaololoaika oli keskim. 4.3 pv. niillä, jotka eivät saaneet sosiaalityön palveluita sekä 11.4 pv. niillä, jotka saivat sos.työn palveluita. Tutkimuksen mukaan sosiaalityö on kustannustehokasta ja sen mukaan kannattaa luoda seurantajärjestelmä sosiaalityön päivittäisen tehokkuuden mittaamiseksi.
Egan, Marcia, Kadushin, Goldie 2007 HarwordPress,cop. New York	Social work practice in community-based health care	Nopeasti kasvavien kustannusten vuoksi Yhdysvalloissa terveydenhuollossa on siirrytty vuodeosastohoidosta sairaalahoitoja antavaan avohoitoon. Tämä on sosiaalityön käytäntöä palveleva opas tiedoista ja taidoista tehokkaaseen toimintaan. Se on näyttöön

		perustuva, kriittinen analyysi käytännön tapaustutkimuksista ammattilaisten käyttöön.
Heinonen, Tuula Metteri, Anna 2005. Canadian Scholars' Press, Toronto	Social work in health and mental health : issues, developments, and actions	Keskeistä on, että terveys ja hyvinvointi nähdään kehon ja mielen kiinteänä yhteytenä biologisen, fyysisen, psyykkisen, aineellisen ja sosiaalisen tekijöinä. Asiakkaat nähdään aktiivisina voimavaroina, joita hyödynnetään jokapäiväisten haasteiden ja kriisien kohtaamisessa. Opiskelijat ympäri maailmaa voivat soveltaa ja opiskella näitä käytäntöjä.

Liite 3 Saate

Hyvä kollega

Olen SOSNET- koulutuksessa hyvinvointipalveluiden erikoisalalla. Teen tutkimustyötäni Kuopin yliopistoon johtavien sosiaalityöntekijöiden työstä ja sen kehittamisestä terveydenhuollossa. Tutkimustani ohjaavat professorit Sari Rissanen ja Vuokko Niiranen.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan oheiseen nettikyselyyn ja palauttamaan sen minulle 11.11.2009 mennessä. Nettikyselylomake on lähetetty kaikkiin sairaanhoitopiireihin johtaville sosiaalityöntekijöille/vastuuhenkilöille, jotka vastaavat sairaalan sosiaalityöstä. Jos jostain syystä kysely ei Sinua tavoita tai vastaamisessa on ongelmia, ota minuun yhteyttä. Voin tarvittaessa toimittaa lomakkeen myös postitse.

Jos tulee kysyttävää, vastaan mielelläni sähköpostin välityksellä, sähköpostiosoitteeni on: tuula.kyyhkynen@kuh.fi.

Avustasi lämpimästi kiitäen

Tuula Kyyhkynen

Liite 4 Webropol -kyselylomake

INTERNETKYSELY SH-PIIRIEN JOHTAVILLE SOSIAALITYÖNTEKIJÖILLE

A. Taustatiedot**Virkanimikkeesi**

Keskeytä

Syntymävuotesi**Kuinka kauan olet toiminut sosiaalityön tehtävissä yhteensä?**

Keskeytä

Kuinka kauan olet toiminut nykyisessä vastuutehtävässäsi?**Kuinka monen sosiaalityöntekijän esimiehenä toimit?**

Keskeytä

Perustutkinto /-tutkinnot ja lisäkoulutuksesi

(Sivu 1 / 5)

1. Arvioi työhösi kuuluvat vastuutehtävät

Merkitse työssäsi esiintyvien tehtävien prosenttiosuudet ajankäytöstäsi (= yhteensä 100 %) vuositasolla.

Keskeytä

a) Asiakastyötä/potilastyötä

b) Talous- ja budjettivastuuta

Keskeytä

c) Ammatillista sosiaalityön johtamista

d) Henkilöstöhallintovastuuta

Keskeytä

e) Työnohjaajana toimimista

f) Opiskelijan ohjausta

Keskeytä

g) Työntekijöiden perehdytystä

h) Kouluttajana toimimista

Keskeytä

i) Asiantuntijana toimimista moniammatillisissa työryhmissä

j) Potilasasiamiestyötä

Keskeytä

k) Projekti- ja kehittämistyötä

l) Viranomais- ja verkostotyötä**Keskeytä****m) Tiedottamista****n) Muuta, mitä?****Keskeytä**

Luonnehdi lyhyesti vastuutehtäviesi sisältöä

(Sivu 2 / 5)

B Sosiaalityön asema sairaalaorganisaatiossasi**2. Miten sosiaalityö on toiminnallisesti organisoitu?****Keskeytä****a) Sairaalassasi****b) Sairaanhoidopiirissäsi****Keskeytä**

3. Paljonko sosiaalityöntekijöitä työskentelee?

a) sairaalassasi

Keskeytä

b) sh-piirissäsi

4. Kuka toimii johtavan sosiaalityöntekijän esimiehenä?

Keskeytä

5. Kuka toimii sosiaalityöntekijöiden esimiehenä?

(Sivu 3 / 5)

6. Vastaa seuraaviin kysymyksiin rastittamalla vaihtoehto

Keskeytä

a) Sosiaalityöllä on oma itsenäinen vastuuyksikkö

☐ Kyllä ☐ Ei

b) Sosiaalityölle on delegoitu henkilöstö- ja budjettivastuu

☐ Kyllä ☐ Ei

Keskeytä

c) Sosiaalityö toimii ammatillisesti hajautettuna eri tulosyksiköihin

☐ Kyllä ☐ Ei

d) Sosiaalityön tuloksellisuutta arvioi johtava sosiaalityöntekijä

☐ Kyllä ☐ Ei

Keskeytä

e) Sosiaalityön tuloksellisuutta arvioi oman yksikön ylläkkäri/tulosjohtaja

☐ Kyllä ☐ Ei

f) Sosiaalityön tuloksellisuutta arvioi jokainen sosiaalityöntekijä

☐ Kyllä ☐ Ei

Keskeytä

g) Sosiaalityön tuloksellisuutta arvioivat asiakkaat☐ Kyllä ☐ Ei**h) Sosiaalityön tuloksellisuutta arvioi joku muu, kuka?**☐ Kyllä ☐ Ei**i) Kuulutko sh-piirin johtoryhmään?**☐ Kyllä ☐ Ei**j) Kuulutko vastualueesi johtoryhmään?**☐ Kyllä ☐ Ei**k) Kuulutko klinikkasi johtoryhmään?**☐ Kyllä ☐ Ei**Luonnehdi lyhyesti sosiaalityön asemaa sairaalaorganisaatiossasi**

(Sivu 4 / 5)

C Sosiaalityön kehittäminen organisaatiossasi**7. Millaisiin kehittämis- tai projektiryhmiin kuulut?****a) sairaalan sisällä****b) sairaanhoitopiirin alueella**

Keskeytä

c) valtakunnallisesti

8. Millaista kehittämistoimintaa sosiaalityön alueella on sairaanhoitopiirissäsi?

Keskeytä

a) menossa parhaillaan

b) tulossa lähivuosina

Keskeytä

9. Millaisessa johtamis- ja kehittämistyössä haluaisit olla mukana?

10. Millaisiksi arvioit oman johtamis- ja kehittämistyösi vaikutukset työyhteisösi toimintaan?

Keskeytä

11. Millaista tukea saat/haluaisit saada omaan työhösi?

12. Millaisia terveyssosiaalityön hyviä käytäntöjä haluat nimetä?

Keskeytä

13. Millaista hiljaista tietoa sinulla on, jota haluaisit tuoda terveyssosiaalityön käyttöön?

14. Mitä haluat sanoa terveyssosiaalityön tulevaisuudesta?

Keskeytä

Liite 5 Teemahaastattelukysymykset

TEEMAHAASTATTELU SAIRAANHOITOPIIRIEN JOHTAVILLESOSIAALITYÖNTEKIJÖILLE

**Pyydän Sinua miettimään etukäteen seuraavia haastatteluteemoja.
Teen puhelinhaastattelun Sinulle lähiaikoina näistä teemoista.**

- 1. Sosiaalityön asema sairaalassa**

- 2. Sosiaalityö ja kehittäminen**

- 3. Johtavan sosiaalityöntekijän rooli johtamistyössä ja
työn kehittämisessä**

Liite 6 Teemahaastattelulomake

Haastattelijan teemahaastattelulomake

SOSIAALITYÖN ASEMA SAIRAALASSA

- 1) Miten näet sosiaalityön aseman sairaalassa,
- 2) Millainen kehityskulku on ollut sosiaalityön organisatorisella asemalla sairaalassasi
- 3) Mikä organisaatiossasi toimii hyvin ja mitä toivoisit organisaatiossasi vielä kehitettävän
- 4) Miten toivoisit sosiaalityön aseman kehittyvän sairaalassa?

SOSIAALITYÖ JA KEHITTÄMINEN

- 1) Millaisessa kehittämistoiminnassa sosiaalityö on mukana sairaalassa
 - a) Yhdessä sairaalan ulkopuolisten tahojen ja toimijoiden kanssa
 - b) Yhdessä toisten toimijoiden kanssa sairaalan sisällä moniammatillisesti
 - c) Sosiaalityön sisäinen oma työyhteisön kehittämistoiminta.
- 2) Millaisena kehittämistyön näet
 - a) Miten se toimii parhaimmillaan työssäsi ja millaisiin esteisiin kehittämistyössäsi olet törmännyt?
 - b) Millaisia valmiuksia/osaamista kehittämistyössä tarvitaan henkilökunnalta?
 - c) Millaisia resursseja kehittämisessä tarvitaan?
Oletteko saanut niitä? Miltä tahoilta?
- 3) Minne suuntaan toivoisit kehittämisen tulevaisuudessa kehittyvän?
- 4) Mitä muuta haluat sanoa sairaalan sosiaalityön kehittämistoiminnasta?

JOHTAVAN SOSIAALITYÖNTEKIJÄN ROOLI KEHITTÄMISESSÄ

- 1) Millaisen näet oman roolisi kehittämistyössä?
 - a) Millaisia valmiuksia/osaamista kehittämisessä tarvitaan johtajalta?
 - b) Millaisia valmiuksia olet itse johtajana saanut kehittämistyöhösi?
 - c) Millaisia saavutuksia/uudistuksia/muutoksia olet havainnut kehittämistyöllä aikaansaattavan?
- 2) Millaisia toimintamalleja/käytäntöjä olet havainnut hyväksi kehittämistyössäsi?
- 3) Millaisia toimintamalleja/ käytäntöjä olet havainnut huonoksi kehittämistyössä?
- 4) Miten arvioit kehittämistyön kokonaishyötyä sairaalallesi
sosiaalityöhön ja potilastyöhön?