

Sosiaalityö toimintakenttensä rajoilla

Tapaustudkimus Lapin sairaanhoitopiirin
erikoissairaanhoidon sosiaalityöstä

Helka Haukkala
Pro gradu-tutkielma
Kevät 2013
Sosiaalityön koulutusohjelma
Lapin yliopisto

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Sosiaalityö toimintakenttensä rajoilla. Tapaustutkimus Lapin sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityöstä.

Tekijä: Helka Maria Haukkala

Koulutusohjelma/oppiaine: YTK/Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -työ Sivulaudaturtyö__ Lisensiaatintyö__

Sivumäärä: 91

Vuosi: 2013

Tiivistelmä:

Tämän tutkielman tavoitteena oli löytää sairaalan hierarkkisesta perinteestä nousevia yhteistyömalleja, jotka estävät todellisen yhteistyön toteutumista. Tutkimuskohteena on sosiaalityön toimintafunktio Lapin sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidossa. Tutkielman tehtävänä oli analysoida sosiaalityön toimintafunktiota sosiaalityöntekijöiden sekä heidän esimiestensä näkökulmasta. Tutkimusongelma jakaantui kahteen kysymyksenasetteluun sosiaalityön toimintakentästä erikoissairaanhoidossa, sekä sosiaalityön mahdollisuuteen määrittää ja kehittää toimintafunktiotaan sairaalaorganisaatiossa. Kyseessä oli laadullinen tapaus-tutkimus, jonka analysointimenetelmänä toimi teoriaohjaava sisällön analyysi apunaan abduktiivinen päättely. Esimiestaso-sosiaalityö -suhdetta tarkasteltiin systeemiteoriaan kuuluvan rajasynteesinäkökulman avulla.

Haastattelemalla hankittu tutkimusaineisto jäseneltiin Arnkilän rajasynteesin näkemyksen mukaisesti. Keskeinen päätelmä tutkielmassa oli, että haastatellut sosiaalityöntekijät ovat eriarvoisessa asemassa toisiinsa nähden riippuen yksiköstään ja esimiestensä suhtautumisesta sosiaalityöhön. Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityön johtamismalli, jossa jokainen sosiaalityöntekijä toimii oman tulosityksikön esimiehen alaisuudessa, tuottaa myös sosiaalityölle suuria paineita. Sosiaalityön toimintafunktiolla on epätasaisesti ja kautuva autonominen asema suhteessa johdon taholta tuleviin signaaleihin. Heikoimmalla alueella sosiaalityön toiminta on urautunut kehään, jossa se toistaa sairaalaorganisaatiossa luotuja määritelmiä sosiaalityölle. Sosiaalityön heikko professionaalinen asema ja sen tehtäväkuvan epämääräisyys luovat myös sosiaalityöntekijöiden kesken sisäisiä ristiriitoja. Näin se pirstaloittaa herkästi myös sosiaalityön perustehtävän kokonaiskuvaa, mikäli sosiaalityön omasta ammatillisuudesta ja kehittämisestä ei pidetä huolta.

Esimiesten sekä sosiaalityön rajasynteesit jäävät helposti kohtaamatta, koska kommunikointia ja yhteistyötä sosiaalityön asemasta ja tehtävistä Lapin keskussairaалassa on suhteellisen vähän. Sosiaalityö tarvitsee Lapin sairaanhoitopiirin kaltaisissa organisaatioissa johtamismallin, jonka avulla kyetään vahvistamaan sosiaalityön toimintafunktiota, olipa sosiaalityön hallinnollinen paikka omana yksikkönään tai ei. Kun oma toimiala on riittävän vahva ja itsenäinen professio, vasta sitten se voi tasaveroisesti kommunikoida muiden professioiden kanssa.

Avainsanat: terveysosiaalityö, sosiaalityön toimintakenttä, rajasynteesi

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi__

(vain Lappia koskevat)

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	1
2	Sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa.....	3
2.1	Terveydenhuollon sosiaalityö.....	3
2.2	Sairaala työympäristönä	6
3	Systeeminen näkemys	9
3.1	Yleinen systeemiteoria	9
3.2	Rajasysteemien toiminta.....	11
3.3	Sosiaalityö – osa kokonaisuudessa	14
4	Tutkimuksen toteutus	21
4.1	Tutkimusongelma ja sen lähtökohtia.....	21
4.2	Tutkimuksen lähestymistapa	24
4.3	Tutkimusaineisto ja tulkintatapa.....	28
4.4	Analysoinnista tulkintaan	35
5	Sosiaalityön toimintakentän ulottuvuuksia erikoissairaanhoidossa	41
5.1	Sosiaalityön sisäinen systeemi.....	41
5.2	Esimiesten kokemukset sosiaalityöstä.....	52
5.3	Sosiaalityöntekijöiden näkemykset kehittämismahdollisuuksistaan.....	62
5.4	Esimiesten näkemykset sosiaalityön kehittämisestä.....	70
6	Johtopäätökset	79
	Lähteet	84
	Liite 1.....	90
	Liite 2.....	91

KUVIOT

Kuvio 1. Viranomaisverkoston vastavuoroinen järjestelmä.....	15
Kuvio 2. Kahden viranomaissysteemin muodostama vastavuoroinen systeemi	15
Kuvio 3. Tutkimusasetelma	22

TAULUKOT

Taulukko 1. Esimerkki analyysirungosta.	37
--	----

1 Johdanto

Erikoissairaanhoidon sosiaalityö toimii alueella, jossa monien muiden ammattiryhmien edustus on paljon suurempaa. Terveystenhoito ja sen organisaatio asettavat myös omat ehtonsa sosiaalityöntekijän työn rajaamiselle. Samalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät eroavat toisistaan. Terveystenhoidossa palvelut on jaoteltu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin. Sosiaalihuollon palveluissa ei ole vastaavaa jaottelua. (Sosiaalihuollon erityisosaamisen turvaaminen 1997, 5.)

Sosiaalityö koetaan moniammatillisissa tiimeissä erityiseksi ammattiryhmäksi sairaalaorganisaatiossa. Erityisyys voi tuoda mukanaan joskus myös eriarvoisuutta tiimin sisällä. Sairaalan sosiaalityöntekijät voivat kokea työtehtävien rajaamisen ongelmallisena tai joistakin tehtävistä voi olla hankala kieltäytyä, mikäli joku toinen ammattilainen sairaalassa katsoo tietyn tehtävän kuuluvan nimenomaan sosiaalityöntekijälle. (Pentikäinen 2011, 72; Tulppo 1991; Niemelä 1985.) Sosiaalityöntekijöiden heikohko näkyvyys sairaalaorganisaatiossa tulee toistuvasti esille sosiaalityön aihetta käsittelevissä pro graduissa (esim. Ahlgren 2008, 63–64, 76; Palomäki 2004, 44, 46–47; Korkealaakso 2005 jne.).

Laajempi tutkielman taustalla oleva tavoite on ymmärtää, onko tarpeellista ja mahdollista purkaa hierarkkisesta perinteestä nousevia yhteistyömalleja, jotka estävät todellisen yhteistyön toteutumista (Launis 1997, 130; Pylväs 2003; 21)? Terveystenhoidossa lääketieteen ja hoitotieteen alue paisuu usein siten, että sosiaalisten asioiden hoito jää taustalle. Potilaan hoitaminen on entistä kiireisempää ja esimerkiksi etuudet jäävät hakematta, vaikka niiden tarve olisi ilmeinen. Sosiaalityön toimintakäytäntöjä ei tulisi luoda instituutorakennelman, vaan potilaiden itsensä mukaisesti. (Terveystenhoidon sosiaalityö 2011.) Terveystenhoidon sosiaalityön lähtökohtana pitäisi olla kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä, mutta vaarana on sosiaalityön kentän hämärtyminen tehtävien siirtyessä hoito- ja lääketieteelliselle työlle (esim. Linden 1999, 55, 153).

Pontimenani tarkastella tätä aihetta on ollut erityisesti käytännössä havaitsemani sosiaalityön määrittelyn vaikeus sairaalaorganisaation eri tulosalueiden kesken. Aineistomateriaalina hyödynnän sairaalan sosiaalityöntekijöiden kehityshanketta, jossa haastattelin Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijät ja heidän esimiehensä. Toteutin haastattelut projektityöntekijänä loppukeväästä 2010 alkaen saman vuoden loppuun asti. Kehitys-

hankkeen johtopäätöksissä katsoin, että kokonaisuuden kannalta katsottuna sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntäminen vaihtelee sairaalaorganisaation eri tulosalueilla. Sosiaalityötä hyödynnetään eri tavoin ja näin myös Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityön yleinen määrittely tuntuu olevan vaikeahkoa. Kehityshanke ajoi minut tutkimusprosessiin, jossa aineisto vaati tutkimaan lisää itseään.

Sairaalaorganisaation sisällä sosiaalityö kohtaa monenlaisia jännitteitä niin moniammatillisen tiimin kuin hierarkkisen organisaation jäsenenä. Sairaalan sosiaalityön kohtamilla jännitteillä tarkoitan muun muassa työyhteisön välisiä suhteita, yleistä tiedon tasoa sosiaalityön osuudesta moniammatillisen tiimin jäsenenä sekä medikalisaatio -ilmiötä, jossa yhä useampi ilmiö määritellään terveyden ja sairauden termein. Tässä tutkimuksessa en kuitenkaan lähde erittelemään moniammatillisuuden toimivuutta tai medikalisaatio -ilmiötä sen enempää, kuin miten se ilmenee haastateltavien vastauksissa suhteessa sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntämiseen tai sen määrittelyyn. Käytän rinnakkaisina termeinä erikoissairaanhoidon sosiaalityön ohella sairaalan sosiaalityö -käsitettä.

Tarkastelen sosiaalityön toimintafunktiota Lapin sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidossa, niin kutsutussa vieraassa isäntäorganisaatiossa. Sosiaalityötä terveydenhuollossa kuvataan usein työksi vieraassa isäntäorganisaatiossa siksi, että sosiaalityö on siellä toissijaisessa asemassa lääketieteeseen ja hoitotyöhön nähden. Toimintafunktiolla tarkoitan tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidon sosiaalityön tehtävää ja sen rajoja. Siihen liittyy sosiaalityön asema ja mahdollisuus vaikuttaa omaan työkuvaansa tai muuttaa omaa toimintakäytäntöään.

Tutkielman tehtävänä on analysoida sosiaalityön toimintafunktiota sosiaalityöntekijöiden sekä heidän esimiestensä näkökulmasta. Tutkimusongelma jakaantuu kahteen kysymyksenasetteluun sosiaalityön toimintakentästä erikoissairaanhoidossa sekä sosiaalityön mahdollisuuteen määrittää ja kehittää toimintafunktiotaan sairaalaorganisaatiossa. Pyrin tavoittamaan kokonaiskäsitystä sosiaalityöntekijöiden sekä lähi- että keskitason lääkäriesimiesten kokemusten ja näkemysten kautta. Tämä yhtäältä sen vuoksi, että sosiaalityöntekijät rakentavat ja toteuttavat sosiaalityön toimintafunktiota sairaalaorganisaatiossa ja toisaalta esimiehillä on organisaation puitteissa erilaisia tavoitteita kokonaisuuden toimimisen kannalta. Näen molemmat näkökulmat tärkeinä ja tarkoituksenmukaisina, kun tarkastellaan sosiaalityötä sairaalaorganisaatiossa. Pyrin jäsentämään esimiestaso-sosiaalityö -suhdetta systeemiteoriaan kuuluvan rajasysteeminäkökulman avulla.

2 Sosiaalityö sairaalaorganisaatiossa

2.1 Terveydenhuollon sosiaalityö

Terveydenhuollon sosiaalityön toimintameteiksi määritellään asiakastyö, asiantuntijana toimiminen, tutkimus- ja kehittämistyö sekä vaikuttaminen ja tiedottaminen. Terveydenhuollon sosiaalityölle on ominaista asiantuntijana toimiminen, mikä vaatii potilaan tarpeiden ja apulähteiden (sosiaaliturva, kuntoutus, palvelut) laaja-alaista tuntemusta. Hyvä sosiaalityö on informointia, ohjausta ja neuvontaa, hakemusten tekemistä, palvelujen järjestämistä ja korvauksien hankkimista. Sosiaalityöntekijän yhteiskunnallista vaikuttamista on esimerkiksi tiedottaminen tarpeista ja ongelmista palveluja järjestäville organisaatioille, kotipalveluun sekä vammaispalveluun. Epäkohtien korjaamiseksi vaikuttamistyötä tulisi tehdä sosiaaliturvan lainsäätämiseen ja Kelan toimintaan asti. Sosiaalityön toiminta edellyttää hyvää yhteistyötä sairaalassa erityisesti lääkärrien ja hoitajien kanssa. Sosiaalityöntekijän tehtävät muodostuvat olennaisesti sen mukaan, miten lääkärit ja hoitajat osaavat tunnistaa potilaan sosiaalisia tarpeita ja ottaa sosiaalityöntekijää mukaan asiantuntijana. Sosiaaliturvan tuntemus siirtyy yhä enemmän varsinaiselle hoitohenkilökunnalle. (Terveydenhuollon sosiaalityö 2011.)

Potilaan oikeus saada tarvitsemiaan palveluita ja tukea perustuu Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Sosiaalihuoltolaissa säädetään kunnan tehtäväksi sosiaalipalvelujen järjestäminen asukkailleen (13 §). Kansanterveyslaissa (5 §) ja erikoissairaanhoidolaissa (3 §) veloitetaan kunta pitämään huolta kansanterveystyöstä ja huolehtimaan asukkaidensa erikoissairaanhoidon palveluista. (Kansanterveyslaki 1972/66; Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062.)

Terveydenhuollon sosiaalityön lähtökohta on asiakkaan elämäntilanne, jossa sosiaalinen ulottuvuus on merkittävässä asemassa tervehtymisprosessissa. Kokonaisuuteen on otettava huomioon asiakkaan ulkoiset elämänolosuhteet, sosiaalinen verkosto ja kokemukset. Asiakkaan tilannetta tarkastellaan hänen omasta sosiaalisesta kontekstistaan käsin, johon kuuluvat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Sosiaalisilla tekijöillä on ratkaiseva merkitys. Tavoitteena on asiakkaan arkielämään vaikuttaminen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi. Työssä on psy-

kososiaalinen ote, jolla vahvistetaan asiakasta. Työ sisältää muun muassa sosiaalisessa selviytymisessä tukemista ja tukikeskusteluja. (Linden 1999, 55.)

Terveydenhuollon sosiaalityö luokitellaan viiteen pääluokkaan, jotka jakautuvat tarkempiin alaluokkiin. Sosiaalityön tehtävänä terveydenhuollossa on tehdä asiakkaan tilanteesta sosiaalinen arvio, joka sisältää asiakkaan tilanteen yleisarvioinnin ja yksilöllisen tilanteen selvittämisen. Tehtävinä ovat myös sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen psykososiaalisin sekä erilaisin ohjauksen ja neuvonnan että palvelujen koordinoinnin avulla moniammatillisessa yhteistyössä. Sosiaalityö on toimeentulon turvaamisen ohjauksista ja neuvontaa tarvittaessa viranomaisyhteistyöllä ja asiantuntijatyötä liittyen kouluttajana ja työnohjaajana toimimiseen. Sosiaalityön hallintoon liittyvät seikat ovat olennaisia terveydenhuollon organisaatiossa, johon liittyy tutkimus, kehittäminen ja laadun hallinta. Se on sosiaalityön tekemisen edellytyksiä varmistavaa työtä. (Holma 2001, 17–18.)

Sosiaalityöntekijöiden ammatilliset toimintatavat ja sosiaalityön kohdeilmiöt muuttuvat ja muuntuvat ajan myötä. Näin ollen luokituksen tulee aina elää ajassa sosiaalityön mukana, ja sitä tulee päivittää. Jos jokin keskeinen tehtävä tai työn kohdeilmiö ei ole luokituksessa, pitää se sinne lisätä. Vastaavasti ajan saatossa käytöstä poistuneet toiminnot ja sosiaalityön kohdeilmiöt tulee tietenkin poistaa. (Kärki 2007, 28.)

Tarkastelun kohteena tutkielmassani on erikoissairaanhoidon sosiaalityö Lapin sairaanhoitopiirissä. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot. Kunnat vastaavat tarpeellisesta erikoissairaanhoidosta. Tämän vastuun toteuttamiseksi kunnan tulee kuulua johonkin valitsemaansa sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. (Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062.)

Erikoissairaanhoidon sosiaalityön taustalla on sosiaalihuoltolaki. Sen mukaan ”sosiaalityöllä tarkoitetaan ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheiden turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta” (Sosiaali-

lihuoltolaki 1982/710 18§). Terveysthuoltolain mukaan sairaanhoitopiiriin tehtävänä on huolehtia siitä, että potilaalle annetaan tietoja myös muista kuntoutusmahdollisuuksista, kuin mitä sairaanhoitopiiri tarjoaa. Potilasta on ohjattava tarpeen mukaan terveyskeskuksen, sosiaali-, työvoima-, opetusviranomaisen-, Kansaneläkelaitoksen tai muiden palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa. (Terveysthuoltolaki 30.12.2010/1326 30§.) Edellisten lisäksi on olemassa myös muita lakeja, jotka koskevat erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän tehtäväkenttää, muun muassa Kansanterveyslaki (66/1972) ja Mielenterveyslaki (1116/1990).

Yleisesti sosiaalityötä pidetään osana moniammatillista työryhmää erityistoimipisteissä kuten sairaalat ja terveyskeskukset ja yhteistyönä eri viranomaisverkostojen ja asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa. Sosiaalityöllä on tärkeä merkitys toimipisteen tavoitteiden saavuttamisessa, mutta toimipisteen tarkoitus ja toimintatavat määrittävät usein muista profesioista kuin sosiaalityön profesioista käsin. Erityistoimipisteissä tehtävälle sosiaalityölle on tyypillistä, että työntekijä voi joutua keskustelemaan organisaation ”ydinosaajien” (erikoissairaanhoidossa lääkärit, sairaanhoitajat) kanssa työnsä sisällöstä ja rajoista. (Pylväs 2003, 30.)

Erikoissairaanhoidon ohjaava tieto perustuu perinteisesti tautien etiologiaan liittyvään biolääketieteelliseen tietoon. Erityisesti kirurgia ja sisätaudit ovat yksitieteisyyteen perustuvia, mikä vaikuttaa koko terveydenhuollon toiminnan rakenteisiin. Moniammatillisia työryhmiä on perustettu sekä terveyden- että sosiaalihuollon puolella, mutta niiden toiminnan ehdot vaihtelevat. Työryhmätyöskentely on yleistynyt niillä alueilla, joilla koetaan, että yhdenlainen näkemys ei ole riittävä asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi. Vanhustenhuollon, mielenterveyshuollon, päihdehuollon, lastensairauksien ja kuntoutuksen alueella moniammatillisuus on yleensä viety pisimmälle myös toiminnan rakenteeseen. (Metteri 1996, 146.)

Sosiaalityöntekijän tehtävänä moniammatillisen tiimin jäsenenä on huolehtia yksilön ja yhteisöjen sekä yhteiskunnan muodostamasta kokonaisuudesta. (Payne 2005, 142.) Moniammatilliselle työryhmälle on ominaista, että sama ilmiö voidaan tulkita usealla eri tavalla ammattikunnasta riippuen. Sosiaalityön ja lääketieteen lähestymistavan ero näkyy luonnontieteen ja sosiaalisen kehityksen jonkinasteisena vastakkaisuutena. Tasavertaisia nämä tiedot eivät juuri koskaan ole. Luonnontieteen rinnalle nousee psykologinen tai sosiaalinen tieto siinä vaiheessa, kun se auttaa täsmentämään lääketieteen arviota tai kun ongelma sijoittuu selkeästi luonnontieteen ulkopuolelle. (Metteri 1996, 147.)

Sosiaalityön tulisi nähdä oma asiantuntijuutensa myös erikoissairaanhoidossa selkeästi, tasavertaisena muiden professioiden rinnalla. (Fort Cowles 2000, 22; Raunio 2000, 42–44.) Sosiaalityön suuri vahvuus on ylipäätään, että sen käytäntö ja teoria limittyvät tiiviisti toisiinsa. Jotta näin voisi sanoa, on tärkeää paikallistaa sosiaalityön erityispiirteet ja tunnistaa avaintekijöitä, jotka vaikuttavat sen kehittämiseen ja muotoon. (Parton 2000, 449.)

Uusi terveydenhuoltolaki on tuomassa uusia näkökulmia myös erikoissairaanhoidon sosiaalityöhön. Lain lähtökohtana on asiakkaan aseman, hoidon ja palveluiden parantaminen. Siihen pyritään muun muassa antamalla asiakkaalle mahdollisuus valita hoitopaikansa, takaamalla palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja parantamalla hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Sen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä on tarkoitus tehostaa varsinkin vanhenevan väestön, mielenterveystyön ja päihdehuollon sekä syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten kohdalla. Terveydenhuollon palvelujen järjestäjällä olisi velvollisuus toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjän kanssa, jos asiakkaan tilanne edellyttää sitä. (Terveydenhuoltolaki 2011.)

2.2 Sairaala työympäristönä

Sosiaalityön toteutumista määrittää erikoissairaanhoidon organisaatio. Johdolla on erilaiset tavoitteet kokonaisuuden toimimisen kannalta kuin mitä sosiaalityön ammattikunnalla on. Erilaiset organisoitumistavat tarkoittavat organisaation kannalta myös erilaisia tietoympäristöjä. Tieto syntyy aina vuorovaikutuksen tuloksena. Tietoa vaihdetaan, luodaan ja rikastetaan aina sosiaalisessa ympäristössä. Johtamisjärjestelmät ja valtarakenteet mahdollistavat tietynlaisen tieto- ja toimintaympäristön, joissa jokaisessa käsitellään tietoa toisistaan eroavalla tavalla. Organisaatioiden tietoympäristöt voidaan jakaa pääosin kolmeen erilaiseen, joita ovat mekaaninen, orgaaninen ja dynaaminen rakenne. Jokaisella niillä on etunsa ja rajoitteensa. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 6.)

Mekaanisella rakenteella pyritään maksimoimaan tuotannon tehokkuus, minkä vuoksi selkeät hierarkiat, ylhäältä alaspäin kulkeva tieto ja täsmällisesti määritellyt tehtäväkuvat ovat välttämättömiä. Tieto otetaan annettuna, eikä muutokseen pyritä, koska toiminta perustuu testattuun tehokkuuteen. Mekaaninen organisaatiomalli liitetään usein byrokrattisuuteen, jolloin toiminta joko on tai ei ole normien mukaista ja normien rikkomi-

sesta seuraa rangaistus. Orgaaninen rakenne puolestaan on uudistava tietoympäristö, mikä sopii maltillisesti muutosta hakevaan organisaatioon. Tällaisessa ympäristössä toimivat usein projektit ja itseohjautuvat tiimit. Orgaaninen valtarakenne on sellainen, joka mahdollistaa tiedon nopean soveltamisen käytäntöön. Joustavan valtarakenteen lisäksi tarvitaan sosiaalisia rakenteita ja selkeästi ilmaistuja normeja, jotka tukevat vuorovaikutusta. Organisaation on nopeasti kyettävä jatkuvaan kehittymiseen ja oppimiseen. Orgaanisen rakenteen käsitteisiin kuuluukin oppiva organisaatio. Tiedon kasvu syntyy hiljaisen, kokemuksellisen tiedon ja jo käytössä olevan tietovarannon vuorovaikutuksesta. Orgaaniseen malliin sisältyy oletus, että kaikki osallistuvat osaamis pääoman kartuttamiseen. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 6–7.)

Dynaaminen organisaatiomuoto perustuu verkostoitumiseen, jatkuvaan – radikaaliinkin uudistumiseen sekä luottamuksellisiin kumppanuussuhteisiin monen eri alan osaajien kesken. Dynaaminen rakenne pystyy radikaaliinkin uudistumiseen nopeasti, kun taas mekaaninen ja orgaaninen organisaatio eivät pysty vastaamaan uuden talouden nopeaan kilpailuun. Dynaamista tietoympäristöä on vaikea kontrolloida, koska se perustuu asiantuntijoiden itsenäisyyteen ja valtaan. Tietoa osataan käyttää tehokkaasti sen kaikissa muodoissaan: piilevää, kokemuksellista ja niin sanottua potentiaalista eli intuitioon perustuvaa tietoa. Tällaisessa ympäristössä työ on usein ideointia, kokeiluja ja erehdyksiäkin, minkä vuoksi työntekijän tulee sietää epävarmuutta. (Nylander ym. 2003, 7–8.)

Terveydenhuollon organisaatiossa kohtaavat mekaaninen, orgaaninen ja dynaaminen ympäristö. Mekaanisuus korostuu kurinalaisissa eri ammattiryhmien perustoiminnoissa, orgaanisuus painottuu jouduttaessa työyhteisönä reagoimaan erilaisiin potilaiden äkinäisiinkin tarpeisiin. Dynaaminen elementti nousee esille suunniteltaessa terveystalvelujen uudelleen järjestämistä tarpeiden ja mahdollisuuksien verkostossa. (Nylander ym. 2003, 10.) Terveydenhuollon johtamis- ja organisaatiokulttuuria johtajien näkökulmasta pro gradussaan tarkastellut Virpi Pitkänen (2009) on todennut, että perusterveydenhuollossa löytyi kulttuurien välillä enemmän yhtenäisyyttä kuin erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa kulttuurien ulottuvuudet olivat kaikkein hajanaisimmat. Erikoissairaanhoidon tehtäväkeskeisyyttä korostava kulttuuri kertonee toimenpidekeskeisestä toiminnasta, jossa se keskittyy suppeisiin erikoisaloihin ja niiden johtamiseen. Erikoissairaanhoito keskittyy sairaanhoidon velvoitteisiin sairauksien jaottelun mukaisesti, jotka ohjaavat näin myös organisaation rakennetta, toimintaa ja kulttuuria. (Pitkänen 2009, 91.)

Erikoissairaanhoidossa tuli esille myös, että lääkärijohtajat, jotka tekivät täysin kliinistä työtä, arvioivat, että päätöksenteko ei ole avointa eikä päätöksistä tiedoteta ajoissa. Lääkärijohtajat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa arvioivat tiedon jakamisen tapahtuvan ammattiryhmittäin. Näissä ryhmissä oli myös heikommat kulttuurit. (Pitkänen 2009, 92.) Ei ole yhdentekevää, millaisessa organisaatiossa sosiaalityöntekijä tekee työtään ja millaiseksi hän työnsä sitä kautta kokee.

Sosiaalityöntekijän ammattikuvaan vaikuttaa organisaatiokulttuuri ja sen johtava ideologia, joka oikeuttaa tietyt toiminnot tai rakenteet. Organisaatiokulttuurin on todettu vaikuttavan tiettyjä organisaation kannalta merkittäviä toimintatapoja. Organisaation sosiaalinen todellisuus sisältää perusolettamuksia, jotka selittävät yhteistyötä. Yhteistä sosiaalista todellisuutta luodaan vuorovaikutuksen avulla ja sillä, missä määrin jäsenet jakavat tätä todellisuutta, on suuri vaikutus organisaation toimintaan ja kykyyn saavuttaa tavoitteitaan. (Ojuri 1996, 122–123, 125.)

3 Systeminen näkemys

3.1 Yleinen systeemiteoria

Tutkimukseni tarkastelee sairaalaorganisaation niin sanottua mesotasoa. Mesotaso tarkoittaa Urie Bronfenbrennerin (1979) mukaan mikrojärjestelmien välisiä prosesseja ja suhteita, joissa asiakas tai potilas on osana. Mesosysteemi liittyy tässä tutkimuksessa sosiaalityöhön ja sairaalan muihin toimialoihin. Mesotaso on mikrosysteemissä olevien tahojen keskinäisiä kontakteja. Mesosysteemi (sosiaalityö ja sairaalan muut toimijat) mahdollistaa yhteistyön toimimisen mikrosysteemissä. Sosiaalisen verkoston eri kerrostumat vaikuttavat toisiinsa ja muuttavat kokonaisuutta ja itseään. (Korkiakangas 2005, 9–14; Bronfenbrenner 1979.)

Sairaalaorganisaatio voidaan nähdä systeeminä, joka jakautuu useaan osasysteemiin. Niitä ovat muun muassa lääkärihenkilökunta, hoitotyöhenkilökunta, osastot, poliklinikat, vakiintuneet muut ryhmät, kuten sosiaalityöntekijöistä koostuva ammattikunta ja muut vastaavat ammattiryhmät. Tässä tutkimuksessa keskityn sosiaalityöntekijöiden sekä heidän esimiestensä osasysteemien tuomiin näkemyksiin sosiaalityön toimintafunktiosta. Sairaalan osasysteemien tunnistamisessa on merkitystä silloin, kun yritetään saada aikaan muutoksia joko koko sairaalaorganisaatiossa, sen jäsenissä tai jäsenten välisissä suhteissa. Muutos kahden osasysteemin välisessä suhteessa heijastuu vähitellen koko sairaalaorganisaation toimintaan.

Yleinen systeemiteoreettinen ajattelu on tapa tarkastella ihmistä ja ympäristöä kokonaisvaltaisena systeeminä, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Yleisesti järjestelmät nähdään itsenäisinä entiteetteinä rajoineen, jotka voivat olla vuorovaikutukseltaan suljettuja tai avoimia. Järjestelmien prosessit muodostavat niiden kokonaistoiminnan, ja ainoastaan prosessien avulla järjestelmiä voidaan muuttaa. Systeemiteoreettisen näkökulman avulla vahvistetaan sosiaalista dimensiota myös institutionaalisella tasolla unohtamatta yksilöä, vaikka sitä ei korostetakaan. (Mäntysaari & Pohjola & Pösö 2009, 70–71.)

Systeemiseksi näkemykseksi kutsutaan tapahtumien tarkastelua siinä yhteydessä, missä systeemit esiintyvät. Huomio kiinnitetään yhteyksiin ja osien välisiin suhteisiin yksilöllisten piirteiden asemasta. Systemisen näkemyksen avainkäsitteitä ovat kokonaisuus, organisoituminen ja vuorovaikutusmallit. Kyseisen näkemyksen taustalla on systeemi-

teoria, joka on lähtöisin luonnontieteistä. Yleisen systeemiteorian on muotoillut Ludwig von Bertalanffy 1940-luvulla, jonka Gregory Bateson toi 1960-luvulla sosiaalisiin systeemeihin. (Laaksonen & Wiegand 1989, 27, 41.)

Systeemillä on kahdenlaisia sääntöjä. On sääntöjä, joiden mukaan toimitaan ja toisaalta sääntöjä siitä, miten sääntöjä tehdään. Sääntöjä syntyy, kun rajoja ylitetään systeemien välillä. Kahden systeemin yhteistä toimintamallia rakentaessa kohdataan erilaisia konflikteja. Rajoja ylittäessä esiintyy jännitteitä, joiden vaikutus systeemille voi olla tuhoisa tai rakentava. (Compton & Galaway & Cournoyer 2005, 34; Compton & Galaway 1999, 31–32.)

Sairaala on yhteiskunnallinen instituutio, jolla on oma toimintatapansa. Se koetaan kovana, kylmänä ja pelottavana instituutiona, johon joutuessaan henkilö menettää itsemääräämisoikeutensa ja yksilöllisyytensä. Systeeminä sairaalassa on erityinen luonne. Sillä on säännöt, joiden mukaan sen toiminta on määritelty. Systeemisen ajattelun mukaan kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. (Compton & Galaway & Cournoyer 2005, 23–24.) Jokaisen osan toiminta on ymmärrettävissä vain kokonaisuudesta käsin. (Laaksonen & Wiegand 2000, 27).

Sairaalaorganisaation eri systeemeillä (toimialoilla) on mahdollisuus reagoida ulkoapäin tuleviin haasteisiin vastustamalla niitä. Uusi toimintakäytäntö voidaan tulkita vieraaksi esineeksi tai häiriötekijäksi. Olisi hyvä ajatella, että jokainen uusi kehitelty toimintamalli on voimavara, joka tuo mukanaan muutosta. (Laaksonen & Wiegand 1989, 59). Sosiaalityöntekijä kohtaa sairaalaorganisaation mesotasolla (Bronfenbrenner 1979) monenlaisia rajapintoja, jotka epäsuorasti vaikuttavat myös potilaiden kokemuksiin. Sosiaalityöntekijä toimii oman organisaationsa toimintatapojen mukaan. Erik Arnkil (1990, 15) kutsuu tätä virastositystemiksi. Tarkentavana tarkastelukulmanani on näin ollen sairaalan sosiaalityön kohtaamat rajasyteemit, joita syntyy eri toimijoiden (tässä esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden) väliseen kosketuspintaan (Arnkil 1990, 4).

Erik Arnkil (1990) on pyrkinyt todentamaan, mitä systeemien rajoilla tapahtuu. Tutkielmassani hyödynnän hänen kehittelemäänsä rajasyteemien toimintamallia. Arnkilin (1990; 1992) hahmottelema teoria rajasyteemiin sisältyvistä kehitysmahdollisuuksista kumpuaa Jaakko Seikkulan rajasyteemi-käsitteestä (Seikkula 1987). Rajasyteeminen ajattelutapa antaa mahdollisuuden hahmotella toiminnan muuttamisen mahdollisuuksia. Se edellyttää sitä, että työntekijä ja työyhteisö kykenee ammatilliseen reflektointiin ja

irroittautuu pätevemmän opastajan roolista. (Arnkil 1992, 48–55; Arnkil & Eriksson 1996.) Seikkulan (1987; 1996) mukaan rajasysteemin toimintaa muokkaavat työyhteisön rakenteelliset elementit, jotka ovat liittyneet sosiaalisen verkoston rakenteisiin. Jos työyhteisöjen rakenne on jäykän hierarkkinen, työyhteisö tuo tämän ominaisuutensa rajasysteemiin.

Malli tarjoaa kokonaisvaltaisen lähtökohdan aiheeni tutkimiselle, vaikka ongelmaksi voikin muodostua yleisyys ja tietynlainen käsitteillä pelaaminen, verbalismi. Teoriaa on kritisoitu myös siitä, että siinä oletusarvoisesti ajatellaan kaiken sopivan sosiaaliseen järjestelmään. (Karvinen 1999, 148–149, 167; Mäntysaari & Pohjola & Pösö 2009, 71.) Pyrkimykseni on kuitenkin ymmärtää sosiaalityön toimintaa sairaalaorganisaatiokehyksessä ja jäsentää sen tuomia haasteita ja mahdollisuuksia esimiesten sekä sosiaalityöntekijöiden näkemysten perusteella.

Asiakkaan kannalta on merkitystä, miten mesotason osasysteemit toimivat keskenään. Jos asiakkaan asioita hoitavat eri ammattiryhmät sairaalassa eivät kommunikoi keskenään, se kasaa asiakkaan systeemiin ylimääräistä painoa ja hankaloittaa asiakkaan asioiden sujuvaa hoitamista. Jos ajatellaan asiakkaan systeemiä kokonaisuudessa, jossa sairaalaorganisaation keskinäiset systeemit eivät kohtaa, se tuottaa kohtuuttomia tilanteita asiakkaalle. Kohtuuttomia tilanteita syntyy, kun työntekijä ei toimi vaikka voisi. Tilanne voi muodostua siten, että tehdään julkisten kustannusten minimoimiseen perustuvia epä-tarkoituksenmukaisia ratkaisuja, taloutta tarkastellaan yhden budjettivuoden perspektiivissä ja ehkäisevä näkökulma unohdetaan. Tällöin työntekijän toimintatapa on byrokraattis-tekninen ja järjestelmäkeskeinen, organisaatiot laiminlyövät tarkoituksellisesti sosiaaliturva-, hoito- ja kuntoutusvastuutaan ja näin on puutteita myös työntekijöiden ammatillisen sosiaaliturvavastuun kantamisessa. (Metteri 2012, 10.)

3.2 Rajasysteemien toiminta

Rajasysteemin toiminta hoidollisessa käytössä tarjoaa kiinnepohdan tarkastella organisaation rakenteellisia elementtejä. Olipa työyhteisön rakenne (organisointi) jäykän hierarkkinen, kaottinen tai yksilöllistävä, tuovat ne ominaisuutensa ja elementtinsä rajasysteemien vuorovaikutukseen ja toimintaan. (Arnkil 1991, 86.) Arnkil (1991, 154–155) katsoo, että kullakin viranomaissysteemillä (tässä esimiesten ja sosiaalityön jäsenet) on sekä ristiriitaisia perustehtäviä, että ristiriitaisia taloudellisia ehtoja toteutettava-

naan. Perustehtäviä hän kutsuu primaaritehtäviksi, jotka voivat olla lisäksi eriaikaisia. Itse perustehtävät ovat erilaisia eri systeemeissä. Sosiaalityön asiakkaat voivat joutua tilanteisiin, joissa työyhteisöt häilyvät ristiriitaisten vaihtoehtojen tai ääripäiden välillä. Eri ammattialoista koostuvan työyhteisön primaaritehtävät (ensisijaiset perustehtävät) voivat olla ristiriitaisia toisiinsa nähden ja tehtävien kooste ilmenee usein työyhteisön jäsenten ja johdon keskuudessa eri tavoin. Sairaalaorganisaatiota voidaan kutsua moniauttajajärjestelmäksi. Organisaatiossa ei tehtäviä määritellä yksin. Yhteistyötahot tekevät erilaisia tulkintoja ja jokainen toimii oman tulkintansa pohjalta. Kun yhteistyötahon primaaritehtävät muuttuvat, jokaisen osasysteemin tehtävien muutos heijastuu muutoksina toisten tehtävissä.

Tietynlaista hierarkiaa, jossa tieto kulkee yleensä ylhäältä alaspäin, heikentää runsas määrä itsenäisiä toimijoita. Niitä voivat olla toimijapari ammattiyhteisössä, esimerkiksi sosiaalityöntekijä-lääkäri, terveystalvelujen tuottajaorganisaatio, kunta tai valtio. Kyse on edelleen hierarkiasta, vaikka se alkaakin muistuttaa verkostoa monine sisäkkäisine tasoineen. Kaikilla tasoilla täytyy kuitenkin olla riittävä autonomia, jotta ne voisivat su- lattaa ylhäältä ja alhaaltapäin tulevat impulssit omaan toimintaansa. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 4–5.) Terveystalveluissa työn autonomisuutta rajoittaa tehtävien pirstoutuneisuus. Kun toiminnan tavoitteena on potilaan tai asiakkaan paraneminen tai kuntoutuminen, siihen tarvitaan useamman erityisasiantuntijan toimintaa. Sosiaali- ja terveystalveluun kuntoutustalveluissa toiminnan tehokkuus voi heiketä, jos eri tera- peutit ja muut kuntoutusprosesseihin osallistuvat asiantuntijat eivät ole riittävästi vuoro- vaikutuksessa keskenään. (Roine 2007, 21)

Tällaisessa verkostomaisessa organisaatiossa kukin taso joutuu jatkuvasti tarkkailemaan koko verkoston toimintaa ja neuvottelemaan sekä ylös- että alaspäin. Ylöspäin esitetään toiveita lisäresursseista kertomalla muuttuvista tarpeista ja kustannuksista (esimerkiksi sosiaalityö johdolle), alaspäin tarkkaillaan resurssien käytön tasaisuutta ja tehokkuutta. Toimiakseen tällainen itseään ja toimintaansa seuraava, arvioiva ja neuvotteleva organi- saatio tarvitsee toimivan tietojärjestelmän, koska kaikki toiminta tapahtuu tiedon avulla. Toimintaa ei ohjata kertaluonteisesti ylhäältä alas informaatio-ohjauksella, vaan koko verkoston tulisi ohjata jatkuvasti itseään tiedon avulla. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 5.)

Erilaisia systeemisii riskejä Arnkilin (1991) mukaan ovat muun muassa tulkintaerot, rajasysteemien samankaltaisuus ja systeemien erilaisuus, jossa vuorovaikutus ei toimi

tai kohtaa. Vaikka tiedon pitäisi kulkea hyvin, voi kommunikaatio epäonnistua tulkintaeroihin. Mahdollisten tulkintaerojen lisäksi taloudellisuuden ehdot ja sen toteuttaminen ovat ristiriidassa keskenään, jossa yhden sektorin säästötoimet saattavat kasata kustannuksia toisten alueelle. Ratkoessaan toimintansa ristiriitoja niin primaaritehtävien kuin taloudellisuuden ehtojenkin suhteen, sosiaalityön ja muiden sairaalan sisäisten toimijoiden muodostama viranomaissysteemi ja niiden muodostama rajasysteemi voivat tulla samankaltaisiksi tai tietyille toimialalle uhkaavan erilaisiksi. Samankaltaiseksi tulemisen vaihtoehdosta on kysymys, kun esimerkiksi auttajasysteemissä ja niiden muodostamassa verkostossa aktivoituvat samankaltaiset pulmat kuin asiakassysteemissä. (Arnkil 1991, 155–157.)

Kohtaamattomasta erilaisuudesta puolestaan on kysymys, kun viranomaiset (tässä sosiaalityö ja muut sairaalan toimijat) yrittävät siirtää omia pyrkimyksiään asiakassysteemeihin. Tuolloin kokonaisuudesta puuttuu riittävä ymmärrys toiminnan subjektiivisesta mielekkyydestä asiakkaille. Kummassakin tapauksessa tuloksena on todennäköisimmin osapuolten ja toimintamallien pysyminen samanlaisina. Toiminta urautuu kehään, toistuvat ja rutinoituvat toimintakäytännöt muodostuvat uusiutuvaksi rakenteeksi. Jos viranomaissysteemissä haluaa saada aikaan muutosta, olisi systeemin oltava sopivan epätavallinen. Jos rajasysteemin toiminta on liian samankaltaista, toiminta jatkuu muuttamattomana. Jos taas viranomaissysteemin vuorovaikutuksen systeemi on hyvin erilaista toisiinsa nähden, systeemit eivät ymmärrä toisiaan tai uhkaavat toisiaan. (Mt., 155–157.)

Parhaimmillaan moniammatillisessa kokonaisuudessa ammattilaiset tietävät, keihin olla yhteydessä tarvitessaan asiantuntijuuden vahvistusta. Moniammatillisen yhteistyön epäonnistuessa on epätietoisuutta vastuista, pyrkimystä saada toinen tekemään osansa asiakkaan auttamisessa ja turhien verkostokokousten pitämistä. (Seikkula & Arnkil 2005, 9.) Metterin väitöstutkimuksessa (2012) käy ilmi, että monissa tapauksissa järjestelmän eri tasojen ja ammattikuntien väliset vakiintuneet hierarkkiset suhteet näyttävät ehkäiseen esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden palautteen antamisen ja konsultaation asioissa, joista sosiaalityöntekijän pitäisi olla parhaiten perillä ja myös vastuussa. Esimerkkinä huonosta systeemien välisestä vastavuoroisuudesta on, että edes Kansaneläkelaitoksen virkailijat eivät välttämättä anna lääkärille palautetta puutteellisesta lausunnosta ja pyydä uutta, vaan he tekevät mieluummin kielteisen päätöksen. Päätöksen tekstistä asiakas puolestaan ei usein pysty saamaan selville, että kysymyksessä on puutteellinen lääkärinlausunto. (Metteri 2012, 212.)

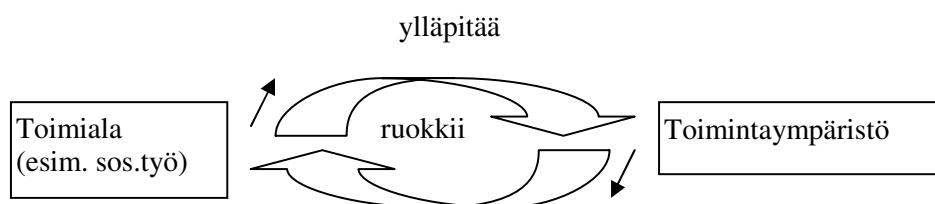
Modernisaatiokehitykseen kuulunut yhteiskunnan eri osa-alueiden eriytyminen on tuottanut jännitteitä näiden osa-alueiden välille (Luhmann 1995). Samalla eriytyminen on johtanut siihen, että yhden alan, ammatin tai organisaation on mahdotonta yksin ratkaista eteen tulevia ongelmia. Näin tarvittaisiin eri asiantuntijuuksien yhdistämistä ja kollektiivisen asiantuntijuuden kehittämistä. Mikäli toisen ammatin asiantuntijuutta ei tunneta, sitä ei osata myöskään hyödyntää työskentelyssä (esim. Brandon & Dodsworth & Rumball 2005). Tehokkuutta korostavassa palvelujärjestelmässä kollektiivista asiantuntijuutta ei ole tunnistettu yhdeksi tehokkuuden perusedellytykseksi. Kun asiantuntijat eivät osaa tunnistaa ja ymmärtää toisen ammattilaisen asiantuntijuutta, eivätkä osaa konsultoida tilanteissa, joissa ulkopuolinen asiantuntijuus tai asiakkaan ja omaisten asiantuntijuus olisi tarpeen, muodostuu esteitä olennaisen tiedon keräämiselle ja analyysille. (Metteri 2012, 217.) Yksinkertaistaen, moniammatillisen työn ongelmista puhuttaessa voidaan puhua kommunikaation puutteesta ja oman tutkielmani aihepiirin mukaisesti ammattikuntien rajasysteemien kohtaamattomuudesta.

3.3 Sosiaalityö – osa kokonaisuudessa

Sairaalassa tehtävä sosiaalityö kytkeytyy usean eri toimialan muodostamaan kokonaisuuteen. Keskeisin ammattifunktio on lääketieteen piiriin liittyvät ammatilliset toimintamuodot. Eri ammattikuntien edustajat toimivat oman erityisalueensa puitteissa joskus kiinteässä, joskus vähemmän kiinteässä keskinäisessä yhteistyössä. Arnkil (1992) puhuu virastosysteemistä, jonka alasysteemienä toimivat muun muassa toimenkuvittain ohjatut työntekijät. Hän pitää viranomaisverkoston vastinparina sosiaalisia verkostoja, jotka tarkoittavat asiakkaan omaa arjen systeemiä. Viranomaisverkostot ja sosiaaliset verkostot muodostavat kosketuspintoja rajasysteemienä, julkisen vallan ja arjen järjestelmien vaihtoa toteuttavia systeemejä. (Arnkil 1992, 17–18, 22–23.) Olen keskittynyt nyt vain julkisen vallan järjestelmien vaihtoon sairaalaorganisaation sisällä. Rajasysteemeissä muodostuu yhteisrakenteita viranomaisten toimintakäytäntöjen yhdistelminä, joita sitten toteutetaan henkilötasolla. Vaihtotapahtumat ovat muun muassa vallankäyttöön liittyviä tapahtumia.

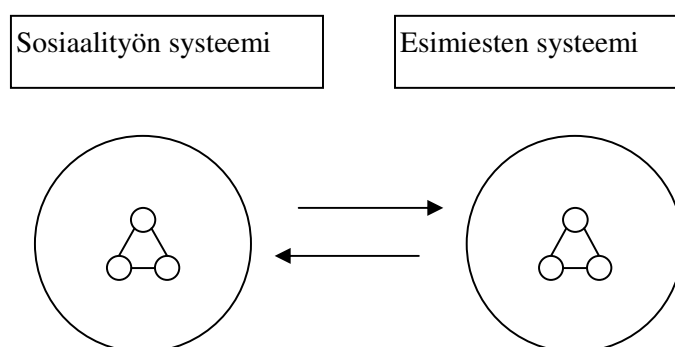
Kun Arnkilin (1990) viranomaisverkoston vaihtosuhdetta tarkastellaan, voidaan järjestelmässä nähdä muodostuvan vastavuoroisia järjestelmiä, ”noidankehä”. Järjestelmässä palveluja tuottava toimiala saa asiakkaita ja informaatiota toimintaympäristössään ja samalla palveluja antaessaan ylläpitää näitä järjestelmiä (kuviot 1). Sekä toimiala, esi-

merkiksi sosiaalityö itse, että vaihtokumppanitkin voivat olla sisäisesti ristiriitaisia. Ristiriitoihin sisältyy Arnkilin mukaan toiminnan muuttamisen mahdollisuus. (Arnkil 1990, 4 – 5; Huotari 1998, 26.)



Kuvio 1 Viranomaisverkoston vastavuoroinen järjestelmä, ”noidankehä” (Arnkil 1990, 4)

Mikäli sosiaalityö on oman toiminnan muuttamisellaan aiheuttanut signaalin muille toimijoille, muodostuu uudentasoinen systeemi kahden vaihtokumppanin vuorovaikutuksessa. Ymmärrän ristiriitaisuuksien tarkoittavan eri toimijoiden primääritehtäviä, jotka sopivasti tuottaessaan epätavallisuutta systeemissä ovat signaalina muutoksen mahdollisuudelle. Sosiaalityön rajaaminen itsenäiseksi ilmiöksi on harhaa näin ollen myös sairaalaorganisaatiossa. On hedelmällisempää asettaa esimerkiksi sosiaalityö sairaalassa vaihtosuhteisiinsa, tutkia sitä osana välitason systeemejä, joita se on mukana myös muodostamassa. Sosiaalityökin on vuorovaikutusjärjestelmä, joka koostuu sosiaalityöntekijöiden, johdon, toimistotyöntekijöiden ja osastohenkilökunnan vuorovaikutuksesta. Se ei ole yksittäisten toimijoiden toisistaan riippumatonta toimintaa. Tämä näkyy selkeästi nimenomaan sairaalan sosiaalityössä. Sosiaalityön ja lääketieteen toimialaa edustavien esimiesten kohtaaminen voi parhaassa tapauksessa synnyttää samankaltaisen, uudentasoisen, mutta ennen kaikkea vastavuoroisen systeemin. Tämän tapaista vastavuoroista systeemiä voi mielestäni pitää kahden itsenäisen toimialan muodostamana tasaveroisena ”kumppanuussuhteena”, olipa toimiala missä hallinnollisessa portaassa tahansa (kuvio 2):



Kuvio 2. Kahden viranomaissysteemin muodostama vastavuoroinen systeemi (muokattu Arnkil 1990, 5)

Kuvio 2 on mukaelma Arnkilin (1992, 21) viranomaisverkoston vaihtosuhteesta. Se, millaiseksi vuorovaikutus muodostuu vaihtoa toteuttavassa välitason systeemissä, saa aineksensa siitä, millaista vuorovaikutus on sen kussakin alasyteemissä. Arnkil käyttää vuorovaikutuksen toiminnasta myös sanaa ”peli”. Tarkasteluun tulee tällöin sosiaalityön ja sen vaihtokumppanina toimivan toimialan sisäinen ja toisaalta keskinäinen vuorovaikutuksellinen vaihto. Sisäinen vaikuttaa ulkoiseen ja toisinpäin. Tällä tavoin syntyy vastavuoroisia järjestelmiä. (Arnkil 1990, 5–6.) Sosiaalityö kohtaa jo omalla toimintakentällään monta rajasyteemiä: sosiaalityön sisäinen, esimiesten sekä sairaalaorganisaation sisäinen että edellä mainittujen keskinäiset systeemit. Yhtälailla esimiesten toimintakentässä on monenlaisia vuorovaikutuksellisia tasoja, joihin vaikuttavat myös sairaalaorganisaation yleiset toimintaperiaatteet sekä laajemmalla tasolla myös kunta, jolla on intressi tietää, mitä hoitoa ja kuinka paljon ja miten kallista hoitoa on kansalaiselle tarjottu.

Muut ammattiryhmät sairaalaorganisaatiossa (sairaalaorganisaation sisäiset sekä keskinäiset systeemit) eivät välttämättä näe tarpeeksi hyvin esimerkiksi sosiaalityön yhteiskunnallista näkökulmaa ja vahvuutta. Sen asema ammatillisessa mielessä sekoittuu sairaalassa usein sosionomien käytännönläheiseen koulutukseen. Pylvään (2003, 56) tutkimuksessa vaikeutena koetaan, etteivät muut ammattiryhmät tunne sosiaalityötä tarpeeksi. Sosiaalityöntekijä on joskus ensimmäinen henkilö sairaalassa, jolla on aikaa ottaa rauhassa asiakas vastaan ja kuunnella asiakkaan potilasprosessi mahdollisine tuen tarpeineen ja kuntoutuksineen, johon olennaisesti kuuluu myös potilaan sosiaalisen verkoston huomioiminen.

Osana ammattitiimiä työntekijän täytyy pystyä tiedostamaan systeemin ja ympäristön välinen suhde ja hänen täytyy pystyä käyttämään siitä saatua tietoa hyväkseen. Koska henkilö itse on osa systeemiä, tulee hänen tiedostaa myös oma toimintansa osana systeemiä. Reflektiivisessä ammatillisuudessa systeemisyytä näkyy pyrkimyksenä saada henkilö, esimerkiksi sosiaalityöntekijä näkemään itsensä osana kokonaisuutta ja vuorovaikutustilannetta, eikä ulkopuolisena tarkkailijana. Systeemiajattelijan tulee tiedostaa olevansa osa ympäristöä ja vaikuttavansa todellisuuteen olemalla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa. (Luhmann 1995, 11.)

Sosiaalityöntekijöiden sisäiseen systeemiin vaikuttanee muiden muassa vielä rakennemallitukset, tavat, jolla sosiaalityön professionaalistamis- ja tieteellistämiprojektia on alettu toteuttamaan. Mirja Satka (1995; 1997) on sosiaalityön historiatutkimuksessaan

kuvannut kolmea sosiaalityön käännettä, joissa jokaisessa sosiaalityöntekijöiden ammatillinen kokemustieto sivuutettiin. Ulla Mutka (1998) nimittää sosiaalityön neljänneksi käännteeksi epävarmuuden, jossa sosiaalityöntekijöiden itsensä on täytynyt nousta julkisuuteen, yhteiskunnallisen tilanteen ja oman työnsä kysymysten esiin nostajiksi ja määrittelijöiksi. (Metteri 2012, 32–33.)

Julkisten organisaatioiden hierarkkiset tasot ovat vähentymässä ja madaltumassa. Rinna Ikola-Norrbacka (2010, 104) toteaa väitöskirjassaan terveydenhuollon poikkeavan kuitenkin alana siinä, että hierarkian tasoja ei samalla lailla voida poistaa. Hyvin toimissaan selkeä hierarkia edesauttaa potilaan hoitoa ja tehostaa toimintaa. Ylilääkärit, ylihoitajat ja osastonhoitajat, edustavat julkista sektoria ja käyttävät toiminnassaan julkista valtaa. Samalla he ovat työnantajansa edustajia ja edustavat myös kuntaa tai kuntayhtymää. Sosiaalityöntekijät edustavat myös kuntaa ja kuntayhtymää, joten mielestäni heidänkin panoksensa kuuluu jollekin hierarkian tasolle sairaalaorganisaatiossa. Se näyttää vain olevan ammattiala, joka harvemmin erikseen mainitaan tai tunnustetaan, kun puhutaan sairaalaorganisaation hierarkioista.

On mahdollista joutua myös uusiin ristiriitaisiin haasteisiin suhteessa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan, kuten myös sosiaalityön perimmäisiin tavoitteisiin tehdä paras potilaan hyväksi. Jos kunta palvelujen järjestäjänä ja rahoittajana ei kykene kustantamaan kaikkea tarvittavaa hoitoa, potilaat joutuvat eriarvoiseen asemaan suhteessa kuntaan, jolla on varaa hoidon järjestämiseen. Kunta itse toimii monivaikuttajaisessa verkossa, jonka muita osapuolia ovat valtio, palvelujen tuottajat sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstö, erityisesti lääkärit. (Nylander & Stähle & Nenonen 2003, 11.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita. Isoissa terveydenhuolto-organisaatioissa asiantuntijoita on lukuisilla ammattinimikkeillä, kuten lääkärit, sairaanhoitajat, fyysikot, psykologit, sosiaalityöntekijät, eläinlääkärit, hygieenikot, proviisorit, farmaseutit, kemistit, logistikot, erilaiset taloushallinnon asiantuntijat, atk-henkilöstö ja suunnittelijat. Asiantuntijuuteen liittyy itsessään henkilökohtaista autonomiaa, minkä takia asiantuntijoita ei voi menestyksekkäästi johtaa määräämällä. Asiantuntijoiden johtaminen tiedetään hienovaraiseksi ja vaativaksi johtamishaasteeksi. (Sipilä 1996, 66, 72.)

Lääkäriprofessiota voidaan pitää vahvana ja ”kypsänä”, kun hoitajat ovat vielä hakemassa tunnustusta professiolleen (Wiili-Peltola 2005). Sosiaalityöntekijöiden

professiosta sairaalaorganisaatiossa puolestaan ei kuule puhuttavan. Terveysthuoltoorganisaation johtajista suurin osa kuuluu joko lääkäri- tai hoitajakuntaan. He ovat omaksuneet uransa aikana professionaalisen orientaation, jonka piirteitä ovat itsenäinen asema, jota vain oma professio kontrolloi, tiedolliseen erikoistumiseen perustuva asiantuntijuus ja auktoriteetti, senioriteetin arvostus ja senioriteetin kautta eteneminen, selkeä ammattikulttuuri, johon sosiaalistutaan pitkän koulutuksen aikana sekä sosiaalinen kontrolli, oma eettinen normisto ja oma edunvalvonta. (Tuomiranta 2002, 65; Freidson 1970, 4–5.) Lääkärijohtajat tekevät potilastyötä aivan ylintä johtoa lukuun ottamatta. Professionaalisuus yhdistettynä managerialistiseen toimintakenttään aiheuttaa johtajalle rooliristiriitoja ja johtamisongelmia: lääkärijohtaja pohtii, ollako lääkäri vai johtaja. Useat tasapainoilevat välimaastossa. (Tuomiranta 2002, 111.)

Nykyistä lääkärijohtajan moniulotteista työtä kuvaa hyvin roolien ylikuormitus, joka asettaa lääkärijohtajan osaamiselle suuria vaatimuksia. Lääkärijohtaja on spesialistin sijaan ikään kuin generalisti, jolla tulisi olla monipuolisia kykyjä sopeutua erilaisiin ympäristöihin ja vaatimuksiin sekä samalla hahmottaa erikoissairaanhoidon kokonaisuutta. (Tuomiranta 2002, 43–44.) Näin ollen ristiriitaa tuottaa myös esimiesten omalla toimintakentällä se, jos johtajan henkilökohtaista johtamisorientaatiota leimaa enemmän professionaalisuus kuin organisaation taloudellisuuteen, tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen tähtäävä ”ammattimainen” johtajuus. Tuolloin voidaankin kysyä, kykeneekö (ja haluaako) hän tuolloin edistää omassa johtamistyössään organisaation julkilausuttua strategiaa? Lisäksi ylin johto joutuu kohtaamaan kysymyksen, miten saada keski- ja lähijohto toimimaan johtajina eikä professionsa edunvalvojina. (Viitanen & Kokkinen & Konu & Simonen & Virtanen & Lehto 2007, 14–15.)

Esimiestason sisäinen peli ja sen suhde sosiaalityöhön tuo oman piirteensä, josta Arnkil käyttää käsitettä viranomaisverkosto, mitä olen kuviossa 2 selventänyt. Sosiaalityö muodostaa vaihtosuhteissaan muiden palvelusektoreiden ja hallinnon kanssa toimintansa rajoittimiaan ylläpitäviä vuorovaikutuskehiä (Arnkil 1992, 21). Auli Ojuri (1996, 117) puhuu myynteistä ja niiden merkityksistä organisaation toiminnassa. Myyntien rakentaminen on osa sopeutumisprosessia, jonka avulla organisaation jäsenet luovat toimintaa ja ilmiöitä selittävän viitekehyksen. Samalla he pyrkivät luomaan järkeviä selitysmalleja hallitakseen organisaation ongelmallisia alueita. Yhteistyön toimivuuden kannalta on tärkeä tiedostaa mahdollisten myyntisten käsitysten olemassaolo muun muassa eri ammattiryhmien välisissä tai johdon ja työntekijöiden välisissä suhteissa sekä työntekijä-asiakassuhteissa. (Mt., 117–118.) Myyntien ylläpito ja uusintaminen kuuluvat

mielestäni mekaaniseen organisaatiomalliin, jolloin toiminta joko on tai ei ole normien mukaista ja normien rikkomisesta seuraa rangaistus. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 6–7.)

Vuorovaikutussysteemiä voisi myös tarkastella tietynlaisena kaupankäyntinä, jossa syntyy kolmen tiedon kohtaaminen: kysyntä – tarjonta – tarve. Perustuslain (11.6.1999/731 19§) pohjalta kunnalla on velvollisuus järjestää kansalaisten terveystalvet ja toisaalta kunta palvelujen rahoittajana vastaa siitä, että kustannukset ja tulot ovat tasapainossa keskenään. Kunta järjestää palvelut joko omana toimintanaan tai ostamalla palvelut ulkopuoliselta palvelujen tuottajalta. Palvelujen järjestäjänä kunta taas vastaa kustannuksista mahdollisimman taloudellisesti, tehokkaasti ja kattavasti. Kuntalaisella puolestaan on kansalaisena oikeudet saada tarvitsemansa terveystalvet. Palvelujen tuottaja pyrkii tuottamaan asiakkaan tarvitsemat palvelut mahdollisimman tehokkaasti ja laadukkaasti. Palveluihin valikoituminen ja koko hoitoprosessi on lääkärijohtoinen, ja se perustuu lääkärin rooliin ymmärtää potilaan parasta. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 10.)

Kaupankäynti potilaan parhaaksi edellyttää taitavaa yhteistoimintaa moniammatillisessa työyhteisössä. Potilas kysyy palveluja tuntemansa tarjonnan perusteella, tarjontaa on niin paljon kuin on resursseja. Tarve on tarjonnan ja kysynnän yläpuolella oleva näkyvätön ”laatikko”. Jos resursseja on niukasti, syntyy potilasjonoja. Joko ei saada hoitoa, tullaan entistä sairaammiksi tai kuollaan hoidon puutteeseen. Jos tarjonta ylittää tarpeen, ihmisiä ylihoitetaan. Yksi ilmentymä on sosiaalisten tai persoonallisten ongelmien ”medikalisoiminen”. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 11.)

Terveystalvetin informaatiojärjestelmän käytettävyyttä rajoittavat seuraavat seikat: puuttuva data-informaatio (tilastotieto, numeerinen tieto, osoittimet), puuttuvat tietoyhteudet eri tiedon alueiden välillä, tiedon strukturointi käyttäjien tarpeisiin, tiedon helppo saatavuus, osaaminen, asenteet ja ammattikulttuurit. Useimmat terveystalvetin organisaatiot ovat professionaalisia organisaatioita, joita johdetaan mekaanisen tietoympäristön johtamiskeinoin. Lisäksi ammatillinen eteneminen edellyttää tiedon pidättämistä vain omaan käyttöön, koska tiedon jakaminen voi edistää kilpailijan urakehitystä. Siksi kannustimet terveystalvetin organisaatioissa eivät suosi tiedon siirtymistä yksilön omaisuudesta työyhteisön omaisuudeksi. Verkoston rajapintojen tiedostaminen edistää tasavertaista tiedon vaihtoa ja tiedon kasvua. (Mt., 14–16.)

Kaiken kaikkiaan jokaisella systeemiin osallistuvalla toimijalla on potentiaalista toimintavoimaa. Toiminnallaan toimijat uusintavat tai muokkaavat vallitsevaa systeemiä ja sosiaalisia rakenteita kuten esimerkiksi sitä, millaisiksi sosiaalityöntekijöiden asema ja tehtävät moniammatillisessa yhteistyössä muodostuvat. Samalla kun moniammatillisuus teemana suuntaa katseet ulospäin, yhdessä toimimiseen muiden ammattikuntien edustajien kanssa, saa se sosiaalityön ammattilaiset toisaalta myös tarkastelemaan omaa ammattikuntaansa ja itseään sen edustajina. (Tapola-Haapala 2011, 111, 116.) Kuten Maria Tapola-Haapalan väitöskirjassa mainitaan (2011, 120), tietämättömyys toisten työstä haittaa yhteistyötä. Se, että ”minä en tiedä, mitä lääkäri tekee, lääkäri ei tiedä, mitä sosiaalityöntekijä tekee tai terveydenhoitaja lääkärin työstä tai päinvastoin”, voi aiheuttaa toista ammattiryhmää kohtaan ylisuuria odotuksia.

Sosiaalityöntekijät toimivat yhteiskunnan tarkkailijoina monenlaisilla systeemisillä rajoilla, joka mielestäni tuo haasteen myös sairaalan sosiaalityön toteuttamiselle. Sosiaalityöntekijät toisaalta työskentelevät pääosin valtion ja kuntien palveluksessa, mutta toisaalta heidän työhönsä sisältyy vaatimus epätasa-arvoisten tai ihmisten hyvinvointia uhkaavien rakenteiden kritisoimisesta ja epäkohtien esiintuomisesta (Banks 2006, 32–48). Tällaista kokonaisvaltaisuutta sairaalan muut toimijat eivät välttämättä näe sosiaalityöntekijöillä olevan ja toisaalta sosiaalityöntekijät itse voivat olla eri tavoin orientoituneita tekemään sosiaalityötä. Sosiaalityön oman tiedon tuomista yleiseen keskusteluun olisi tärkeä ottaa enemmän esille. Karen Healy (2005) kehottaa toteuttamaan käytäntöihin kohdistuvaa kriittistä tutkimusta tavalla, jossa sosiaalityöntekijät itse olisivat mukana tiedon tuottamisessa. Tällöin tutkimus voi tulla sosiaalityön resurssiksi sen sijaan, että sosiaalityö jatkaisi perinnettä suurten tieteiden apulaisena.

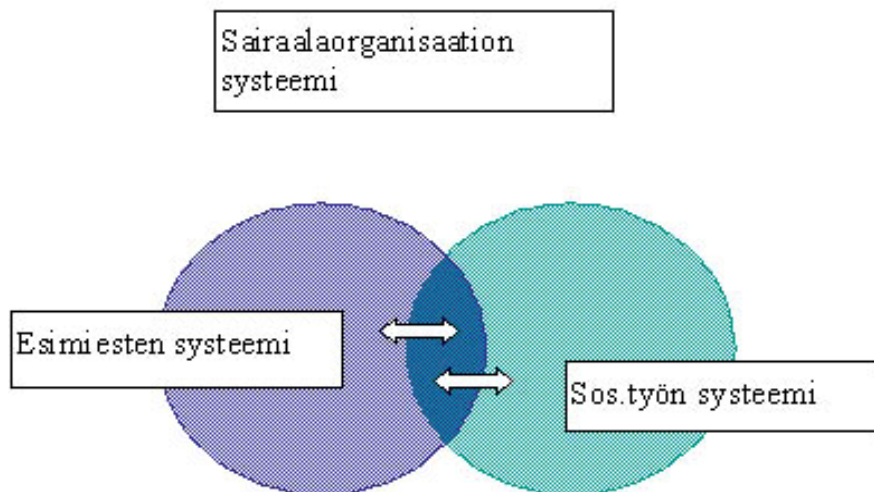
4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimusongelma ja sen lähtökohtia

Tutkielman tehtävänä on analysoida sosiaalityön toimintafunktiota sosiaalityöntekijöiden sekä heidän esimiestensä näkökulmasta. Toimintafunktiolla tarkoitan tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidon sosiaalityön tehtäviä ja sen määrittymistä, sekä sosiaalityön paikkaa ja mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työkuvaansa tai muuttaa omaa toimintakäytäntöään sairaalaorganisaatiossa. Tutkimuksen teoria pohjautuu systeemiteoriaan kuuluvaan rajasysteeminäkemykseen. Rajasysteeminen ajattelutapa antaa mahdollisuuden hahmotella toiminnan muuttamisen mahdollisuuksia. Se edellyttää sitä, että työntekijä ja työyhteisö kykenee ammatilliseen reflektointiin ja irroittautuu pätevemmän opastajan roolista. (Arnkil 1992, 48–55; Arnkil & Eriksson 1996.) Tätä teoriaa vasten analysoin tutkimukseni tuloksia ja kysyn aineistolta, millä tavoin rajasysteemi toimii Lapin sairaanhoitopiirissä sosiaalityöntekijöitten sekä esimiesten tuomissa näkemyksissä.

Tutkimustehtävät jäsentyvät kahdeksi erilliseksi tutkimusongelmaksi:

1. Mitkä ovat esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden näkemykset sosiaalityön toimintakentästä erikoissairaanhoidossa?
2. Millaisia mahdollisuuksia sosiaalityöllä on määrittää ja kehittää toimintafunktiotaan sairaalaorganisaatiossa esimiesten ja sosiaalityöntekijöitten näkemysten perusteella?



Kuvio 3. Tutkimusasetelma: Sosiaalityön ja esimiestason toimintafunktioiden kohtaaminen sairaalaorganisaation systeemissä

Tutkimusasetelma näyttää tutkimuskohteeni rajapinnan (Kuvio 3), joka muodostuu esimiesten ja sosiaalityön systeemin välille. Esimiesten systeemi tuo rajapintaan heidän puoleltaan tulevia odotuksia ja näkemyksiä sosiaalityön toimintafunktiosta. Samalla se sisältää heidän kautta näkyvän sosiaalityön hallinnollisen paikan Lapin sairaanhoitopiirissä ja sen vaikutuksen sosiaalityön toimintafunktioon. Sosiaalityön systeemi puolestaan tuo rajapintaan sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä omasta työkentästään ja sen mahdollisuuksista. Näiden osapuolten keskinäinen ”peli” piirtää rajaviivansa sosiaalityön toimintafunktiolle, jota analysoin rajasynteesin näkemyksen valossa.

Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöillä ei ole omaa tulosyksikköä, vaan jokainen heistä toimii oman yksikkönsä yhteydessä. Somaattisten sairauksien sekä psykiatrian puolten sosiaalityöntekijöiden esimiehinä toimivat oman yksikön ylilääkäri tai tulosaluejohtaja. Ainoastaan päihdekliniikan esimiehenä toimii oman alan edustaja. Päihdekliniikan esimies kuuluu myös psykiatrian ylilääkärin alaisuuteen. (Antikainen 2010.) Näin ollen sosiaalityöntekijöiden esimiehet toimivat esimiehinä täysin eri funktiota toteuttavalle ammattiryhmälle. Termillä funktio tarkoitan ammattiryhmän omaa toimintaa, jota ei toinen ammattiryhmä voi toisen puolesta tehdä. (Luhmann 2004, 48–58.) Esi-

miesten on toisenlaisella ammatillisella viitekehyksellä luotettava siihen, että sosiaalityö sairaalassa toimii ja toteuttaa oman funktionsa.

Tutkielman viitekehys liittyy keskusteluihin ja tutkimuksiin muun muassa sosiaalityön määrittämisen vaikeudesta sairaalassa, sairaalaorganisaatiokulttuurista ja ylipäättään terveydenhuollon sosiaalityön erityispiirteistä. Sosiaalityöntekijän oman asiantuntijuuden hahmottaminen ja varsinkin sen esiin tuominen voi olla vaikeaa osana terveydenhuollon kokonaisuutta, verraten sosiaalitoimiston sosiaalityöhön. Erityisyyttä siihen tuovat myös koulutukselliset näkökulmat, koska terveydenhuollon sosiaalityöhön koulutettiin alun perin sairaanhoitajia. (Pylväs 2003, 5.) Perusajatukseni liittyy myös sosiaalityön toimintakäytäntöihin, joita ei tulisi luoda instituutiorakennelman itsensä mukaisesti. Keskiössä pitäisi olla aina palvelun saaja.

Sosiaalityötä sairaalassa on tutkittu suhteellisen vähän, mutta merkittävimpiä tutkimuksen tekijöitä kyseisellä saralla ovat olleet muun muassa Anna Metteri, Mirja Linden sekä Pauli Niemelä. Niemelä on selvittänyt 1985 julkaistussa tutkimuksessaan sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkärien näkemyksiä sairaalan sosiaalityöntekijän työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta (Niemelä 1985). Niemelän tutkimusalue osuu lähimmäksi omaa tutkimusteemaani. Laajempaa tutkimusta terveydenhuollon sosiaalityöstä 1990-luvulla on tehnyt Mirja Lindén (Linden 1999). Hän tutki sosiaalityötä Keski-Suomen keskussairaalassa, terveystieteissä sekä syöpäklinikoilla painottaen moniammatillisuutta. Anna Metteri on myös tutkinut moniammatillisuutta terveydenhuollon sosiaalityössä (Metteri, 1996). Metteri lisäksi tarkastelee väitöskirjassaan (2012) suomalaisen hyvinvointivaltion lupauksen pettämistä kohtuuttomiksi koettujen tilanteiden valossa terveystieteissä. Sinänsä aihe osuu omaan teemaani siinä, mitä asiakkaalle voi aiheutua siitä, jos asiakkaan palvelujärjestelmän systeemit eivät kohtaa. Huomionarvoista väitöksessä on, että moniammatillisen tiimin ja viranomaisverkoston tuottama yhteinen paikallinen ymmärrys ja kuvaus kohtuuttomasta tilanteesta jäivät joskus ylemmän tason ratkaisuihin kokonaan huomiotta (Metteri 2012, 15).

Maria Pylväs (2003) on puolestaan pro gradu -tutkielmassaan käsitellyt sosiaalityön asiantuntijuutta erikoissairanhoidossa jakaen asiantuntijuuden yleis-, ydin- ja erityisasiantuntijuuteen ja Henna Parviainen ja Johanna Telilä (2005) ovat pro gradussaan tutkineet hyvän ja laadukkaan asiakaspalvelun ulottuvuuksia sairaalan sosiaalityössä. Laadun ulottuvuuksien soveltaminen sairaalan sosiaalityössä osoittautui mahdolliseksi.

Parviaisen ja Telilän tutkimuksessa yhteistyön toimivuuden toteutumisessa ilmeni paljon ristiriitoja. Puutteita havaittiin sairaalan henkilökunnan tiedoissa sosiaalityön palvelusta sekä potilaiden ohjautumisessa sosiaalityön palvelun piiriin. Kuitenkin sosiaalityöntekijät pitivät yhteistyöhön liittyviä piirteitä hyvän asiakastyön tärkeimpinä osina. Tärkeinä asiakaspalvelun piirteinä pidettiin lisäksi luotettavuuteen liittyviä asioita sekä sitä, että sosiaalityöntekijä on pätevä. Aiemmin sairaalan sosiaalityö on nähty hahmotumattomana, mutta tuloksista ilmeni, että ainakin sosiaalityöntekijät itse osaavat määrittää asiantuntijuutensa ja työnkuvansa. Asiakaspalvelun kriteereitä luotaessa on kuitenkin huomioitava sairaala- ja osastokohtaiset erot. (Parviainen & Telilä 2005.)

4.2 Tutkimuksen lähestymistapa

Laadullinen tutkimussuuntaus on saanut vaikutteita lukuisista ajattelusuunnista ja tutkimustraditioista. Kvalitatiivisella tutkimuksella on suhteita hermeneutiikkaan, fenomenologiaan ja analyyttiseen kielifilosofiaan. Vaikutteita se on saanut kaiken kaikkiaan monelta suunnalta (Eskola & Suoranta 2001, 25). Tutkielmani perustuu pitkälle fenomenologis-hermeneuttiseen filosofiseen traditioon. Fenomenologiseen tutkimukseen hermeneuttinen ulottuvuus tulee mukaan tulkinnan tarpeen myötä. Hermeneuttinen ymmärtäminen tarkoittaa ilmiöiden merkityksen oivaltamista. Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tavoitteena on käsitteellistää tutkittava ilmiö eli kokemuksen merkitys. Tavoitteena on tehdä jo tunnettu tiedetyksi. Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa yritetään nostaa tietoiseksi ja näkyväksi se, minkä totutus on häivyttänyt itsestään selväksi ja huomaamattomaksi tai se, mikä on koettu, mutta ei vielä tietoisesti ajateltu. Tutkimusotetta voisi kutsua myös tulkinnalliseksi tutkimukseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 35.) Kyseinen menetelmä ei ole kaavamaisesti opittavissa oleva aineiston keräämisen ja tulkitsemisen väline, vaan se on sidoksissa kokonaiseen verkostoon erilaisia ”suuria” ja epäteknisiä kysymyksiä ja niiden ratkaisuja. Filosofis-hermeneuttinen metodi vaatii tutkijalta jatkuvaa perusteiden pohtimista tutkimuksen eri vaiheissa esiin tulevien ongelmien yhteydessä. (Laine 2001, 26.)

Eri tieteenfilosofisissa suuntauksissa käsitykset tiedon ja todellisuuden luonteesta eroavat toisistaan. Kyseisten asioiden pohdintaan viitataan epistemologian ja ontologian käsitteillä. Epistemologiassa eli tietoteoriassa pohditaan sitä, mitä ja miten ihminen voi tietää asioista ja millainen tieto on oikeaa tietoa. Ontologiassa eli opissa olevaisesta pohditaan sitä, mitä todellisuus on ja millaiset asiat ovat todellisia. Fenomenologis-

hermeneuttisessa perinteessä ontologia on aina epistemologiaan nähden ensisijainen. Tämä tarkoittaa, että ihmisen olemisen määrittelee myös sen, millainen todellisuus (hänelle) on, eikä toisinpäin. (Mt., 63–64.)

Timo Laine (2001, 30) tulkitsee, että fenomenologista ja hermeneuttista näkemystä ei voi sulkea pois toisiltaan, ja nykyisin ne muodostavat tulkinnallisen ja ymmärtävän tutkimuksen alueella yhteen kietoutuvan kokonaisuuden (ks. myös Hankamäki 2004, 174–175). Paitsi että niille on yhteistä tulkinnallisen ja ymmärtävän metodin käyttö, voidaan yhtäläisyys löytää mallien vaiheistuksista. Siinä missä fenomenologinen tieto perustuu ”esiteoreettiseen kokemukseen” maailmassaolosta tai elämismaailmasta, hermeneuttinen tietoteoria olettaa olemisen tutkimisen ja ymmärtämisen lähtevän esiymmärryksestä (Laine 2001, 30). Siinä missä fenomenologit etenevät reduktioiden (alkuperän jäljittäminen analyysin metodin avulla) kautta ilmiöiden puhtaan olemuksen löytämiseen (Haaparanta 2000, 35), hermeneutiikka nojautuu ”hermeneuttiseen kehään” tai spiraaliin (Laine 2001, 34–35). Siinä missä fenomenologia korostaa subjektiivista, toimijoiden omista perspektiiveistä lähtevää kokemuksellisen tavoittamista, hermeneutiikka kohdistaa huomionsa tekstien tulkintaan (Kvale 1996, 48–49). Omassa tutkielmassani tavoittelen ensisijaisesti tekstien tulkintaa. En kuitenkaan lähde kovin tarkasti tulkitsemaan aineistoni toimijoiden omaa henkilökohtaista perspektiiviä näkemyksiinsä. Otan huomioon vain toimijoiden välisen ammatillisen viitekehyksen, joka onkin tarkasteluni kohteena.

Tutkielmani ei ole puhtaasti fenomenologinen. Ajatus tulee vain siitä, että pidän tutkittavien kokemusta sosiaalityöstä sairaalassa fenomenologisena, ihmisen ja ulkoisen todellisuuden välisenä suhteena. Sosiaalityöntekijöiden ja esimiesten mielipiteitä voi ymmärtää vain osana ihmisen laajempaa kokonaisuutta. Pyrin tutkimuksen aineksen ja kohteen vuoropuheluun. Sen asetelman monimuotoisuuden vuoksi vuorottelen ja yhteenkytken teoriaa (rajasysteemi) ja empiriaa (haastatteluaineisto ja/tai ”esiymmärrys”). (Laine 2001, 30.) Tutkimuksella on lähtökohtaisesti ollut molemmat intressinsä erillisinä, mutta tällä metodisella ratkaisulla pyrin saamaan aikaan uusia tulkintoja teorian ja empirian välisellä vuoropuhelulla. Pidän jo esiymmärrystäni olennaisena tekijänä metodologian valinnalle, sen aikaansaamana valitsin muun muassa teoriakseni rajasytemisen näkökulman, joka sopii mielestäni hyvin esimies- ja sosiaalityösystemin tarkastelulle. Tutkielmani ei kuitenkaan pohjaudu pelkästään tutkittavien kokemuksen tutkimiseen, vaan ensisijaisesti kytken tutkittavien käsityksiä rajasytemiseen näkemykseen. Rajasyteminen näkemys antaa mahdollisuuden ilmiöiden itsensä esille tulemiseen.

Kohdeilmiöni käsitteellistäminen pelkästään kvantitatiivisin keinoin ei pystyisi tuomaan vastauksia tutkimuskysymyksiini. Ajatuksenani on, että kvalitatiivisin keinoin pystyn saamaan ilmiöiden prosessiluonteiden paremmin esiin, jolloin tutkimuksen eri vaiheet – analyysi, tulkinta, raportointi - kietoutuvat yhteen. Laadullisessa tutkimuksessa tulkinta jakautuu koko tutkimusprosessiin. (Eskola & Suoranta 1998, 13–16.) Tutkielmani on tapaustutkimus. Tapaustutkimus on suositeltava tutkimusmenetelmä etsittäessä vastausta esimerkiksi kysymyksiin kuinka ja miksi tai silloin, kun tutkija ei voi kontrolloida tapahtumia. Sitä voidaan käyttää myös tutkittaessa jotakin tiettyyn aikaan sidottua todellisen elämän ilmiötä. (Yin 1987, 23.)

Kun laadullisen tutkimuksen tutkimuskohteena on jokin tietty yksilöitävissä oleva ilmiö, sen tutkimiseen soveltuu tapaustutkimus, case study (Uusitalo 1995, 79). Tarkastelen tutkimustehtävääni yhden organisaation kontekstissa. Tapaustutkimuksen peruslähtökohta on tuottaa tietoa erityisistä paikkaan ja aikaan sidotuista olosuhteista, ilmiöistä, prosesseista, merkityksistä ja tiedosta. Oman tutkimusaiheeni tapauksen juoni rakentuu siis paikallisesti Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityön erityispiirteiden ja sitä ympäröivän ”maailman” (sosiaalityöntekijät sekä heidän esimiestensä) väliselle suhteelle. (Peltola 2007, 111–112.)

Valintani tapaustutkimukselle vahvistui siinä, kun tapauksen kohteen erityispiirteet nousivat kohtalaisen tärkeäksi tutkimukseni edetessä. (Peltola 2007, 117) Turhauduin jossain vaiheessa aineistooni ja mietin, miten haastateltavien kirjavista vastauksista voi saada kerättyä mitään yhteneväistä linjaa tai mahdollisuutta nähdä rakenteiden taakse, kuten alussa olin kaavaillut. Tutkimusasetelmaa pohtiessani sisällön jäsentäminen alkoi tuntua mahdolliselta. Siinä korostuu teorian ja empirian vuoropuhelu. Tapaus voidaan hahmottaa empiirisenä yksikkönä, mutta sovellan sen lisäksi tulkintaan teoreettisesti uutta näkökulmaa kahden profession rajajärjestelmän kohtaamisesta kuvion 3 asetelman mukaisesti. Tapauksen erityispiirteet avaavat näin teoreettisia tulkintamahdollisuuksia. Käsitteellinen ymmärrys auttaa myös tapaustutkimuksen tulosten yleistämisessä. Käsitteiden avulla yksittäisestä tapauksesta nousevat selitysmallit voidaan mahdollisesti siirtää koskemaan muita ongelmanasetteluja. (Peltola 2007, 118; Walton 1992, 126.) Tapauksella ei voida pelkästään viitata empiiriseen aineistoon tai tapahtumakulkuun, vaan tapaus määrittyy aina sekä teoreettisesti että empiirisesti. Pyrin jäsentämään empiiristä ilmiötä teorian avulla. Parhaimmillaan tapaustutkimuksen tekeminen opettaakin tutkijalle vuoropuhelua kohteensa kanssa. (Peltola 2007, 123.)

Tapaukseen liittyvänä kontekstina on sosiaalityön toimintafunktion määrittäminen yli-lääkäriesimiesten alaisuudessa Lapin sairaanhoitopiirissä. Tapaustutkimuksessa on kyse tutkimusstrategiasta tai lähestymistavasta, jolla tutkimus toteutetaan. Tapaustutkimus on monimuotoinen prosessi, joka ei etene välttämättä aivan suoraviivaisesti. Tutkija käy läpi monia vaiheita, palaa takaisin ja tarkentaa, keskusteluttaa aineistoja keskenään, kehittää vuoropuhelua teorian ja empirian välillä ja niin edelleen. Tutkijan on hyvä pohtia tapaustutkimuksen eri vaiheissa, mitkä ovat sellaisia teoreettisia keskusteluja ja tavoitteita, joihin hän haluaa omalla tutkimuksellaan osallistua ja tuoda oman panoksensa. Teoreettiset keskustelut saattavat olla melko selviä jo tutkimuksen alkuvaiheessa tai sitten ne selviävät vasta tutkimuksen edetessä. (Eriksson & Koistinen 2005, 19, 26.)

Tapaustutkimus voidaan määritellä empiiriseksi tutkimukseksi. Siinä tutkitaan nykyajassa tapahtuvaa ilmiötä todellisessa elämäntilanteessa, sen omassa ympäristössä. (Yin 1987, 23–25.) Tutkimuksen kohde määrittelee sen, mistä tapauksen puolista ollaan erityisen kiinnostuneita. Tutkimus ei ole pelkkä kuvaus tapahtumien kulusta tai ilmiön sisällöstä, sillä siihen liittyy myös kiinnostus jostain tiettyä jännitettä kohtaan. Teoriavalintani pohjautuu rajasysteemiseen ajattelutapaan, johon peilaan analyysini tuloksia. Teoriavalintani tuo tekstiini myös sille ominaisia termejä ja määritelmiä. (Laine & Bamberg & Jokinen 2007, 9–11.)

Tapaustutkimusta on kritisoitu usein siitä, että sen avulla ei pystytä tuottamaan tilastollisia yleistyksiä. Yhdestä tai muutamasta tapauksesta ei voi tehdä tilastollisia yleistyksiä, eikä se olekaan tapaustutkimuksen tarkoitus. Tapaus on tärkeä ymmärtää itsessään. Useat kuvailevat tai selittävät tapaustutkimukset perustuvat yhteen tapaukseen ja sen seikkaperäiseen ja intensiiviseen tutkimiseen. Tämän tyyppisissä tutkimuksissa korostuu yleensä tapauksen erityisyys ja mielenkiintoisuus. (Eriksson & Koistinen 2005, 34–35.)

Laadullisessa tutkimuksessa yleistettävyyden on muutoinkin hankalasti saavutettavissa. Aineisto on kerätty useimmiten yhdestä tai muutamasta tapauksesta ja on epätodennäköistä, että nuo tapaukset on valittu satunnaisesti. (Silverman 2001, 248–249.) Kärjistetyksi voidaan sanoa, että laadullisessa tutkimuksessa on aina tavallaan kyse tapauksesta. Tapaustutkimuksen kohde voidaan valita kuitenkin monella tavalla. Se voi olla tyypillinen ja edustava tai jonkinlainen rajatapaus tai ainutkertainen ja poikkeuksellinen. Voidaan valita myös poikkeuksellisen paljastava tai opettava tapaus. Tapaustutkimuksen taustalla on ajatus siitä, että kaikessa yksityisyydessäkin tapauksen mahdollisimman

monipuolinen erittely sisältää aineksia yleistykseen. (Eskola & Suoranta 1998, 65–66.) Sen onnistumiseen vaikuttaa se, kuinka hyvin kykenen kuvaamaan tapausta ja käsitteellistämään sen. Kysymykseksi jää, missä määrin kohteessa tapahtuvan ilmiön voi siirtää toisiin sairaanhoitopiireihin ja siellä tehtävään sosiaalityöhön. Yleistettävyydellä omassa tutkimuksessani voitaisiin näin ollen paremmin käyttää termiä ”siirrettävyys”. Yleistyksiä ei voi kuitenkaan tehdä suoraan aineistosta vaan siitä tehdyistä tulkinnoista. (Eskola & Suoranta 1998, 66–68.) Tutkimustapaukseni on näin ollen uniikki, mutta päämääränä ei ole ainutlaatuisuuden kuvaus sen itsensä vuoksi, vaan ilmiön ymmärtäminen ainutlaatuisten ominaisuuksiensa ja niiden taustalla olevien asiayhteyksien välisenä vuoropuheluna (Peltola 2007, 112).

Ilmiön siirrettävyys esimerkiksi muihin sairaanhoitopiireihin tai vastaavanlaisiin organisaatioihin voi tulla mahdolliseksi. Siirrettävyydellä tarkoitetaan kahta tapaa ajatella yleistämisestä. Ensinnäkin yleistäminen voi koskea teoreettisia käsitteitä, toisin sanoen se voi olla teoreettista yleistämistä. Toiseksi se voi tarkoittaa tutkimuksen havaintojen soveltumista toiseen toimintaympäristöön tai toiseen tapaukseen. Tällöin yleistettävyys syntyy lukijan toimesta. (Eskola & Suoranta 1998, 68.) Tutkimukseni tavoite ei kuitenkaan suoranaisesti ole siirrettävyys, vaan teorian kautta saamani kokonaisuuksikäsitelmästä.

Pyrin tuomaan tapauksen erityispiirteet käsitteellisempään muotoon valitsemani teoreettisen tulkintakehyksen avulla. Siirrettävyys tapahtuu rinnastamalla paikallisia erityispiirteitä ja tapahtumia yleisempiin selitysmalleihin. Tapaustutkimuksellani voin pyrkiä tekemään näkyväksi mekanismeja, jotka vaikuttavat sosiaalityön asemaan sairaalaorganisaatiossa. Rajasysteeminen näkökulmavalintani tutkimuksessani voi osoittaa, millaisia mahdollisuuksia sosiaalityöllä on vaikuttaa asemaansa sairaalaorganisaatiossa. Tapaustutkimusote voi myös luoda tietyille tutkimusryhmälle identiteettiä ja tunnetta- vuutta jonkin tutkimusalan sisällä. (Peltola 2007, 125.)

4.3 Tutkimusaineisto ja tulkintatapa

Tutkimuskohteenani oleva Lapin sairaanhoitopiiri on 15 kunnan omistama kuntayhtymä, joka vastaa alueensa väestön erikoissairaanhoidon palveluista sekä päihdeongelmaisten hoidosta ja kuntoutuksesta yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. Kuntayhtymä järjestää päihdehuollon palveluita myös piirin ulkopuolisille

organisaatioille erillisten sopimusten mukaisesti. Toiminta-ajatuksena on saavuttaa laadukas ja taloudellinen tulos väestön sairaanhoidon tarpeiden ja hyvän palvelun periaatteiden mukaan. Tuloksen saavuttamiseksi panostetaan erityisesti henkilöstön ammattitaidon ylläpitämiseen, väestön tarpeiden ja hoidon, sekä hoidon vaikuttavuuden seuraamiseen ja tiedottamiseen. (Lapin sairaanhoitopiiri 2012.)

Sairaanhoitopiirin toiminta jaetaan tulosalueisiin, tulosityksiköihin ja vastuuyksiköihin. Sairaanhoitopiirin toiminnassa korostetaan selkeitä tulostavoitteita ja välitöntä yhteistyötä johdon ja henkilöstön kesken. Konservatiivisen hoidon tulosalueeseen kuuluvat sisätautien, keuhkosairauksien, neurologian ja fysiatrian erikoisalajat, kuntoutusyksikkö, kliininen neurofysiologia, erikoissairaanhoidon päivystys sekä Rovaniemen kaupungin ja Ranuan perusterveydenhuollon päivystys. Erikoisalajat vastaavat osaltaan alueen väestön erikoissairaanhoidon tutkimuksesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Kaikilla erikoisaloilla toimivat erikoisalakohtaiset poliklinikat. (Lapin sairaanhoitopiiri 2012.)

Operatiivista hoitoa annetaan kirurgian, lastentautien, lastenneurologian, naistentautien ja synnytysten, korva-, nenä- ja kurkkutautien, suusairauksien, syöpätautien ja silmätautien erikoisaloilla. Lisäksi tulosalueeseen kuuluvat kipupoliklinikka, leikkaus- ja anestesiosasto, toimenpidepoliklinikka, teho-osasto ja sterilointikeskus. Psykiatrisen hoidon tulosalueen perustehtävänä on tutkia, hoitaa ja kuntouttaa psykiatrista erikoissairaanhoitoa ja päihdehuoltoa tarvitsevia potilaita ja asiakkaita, joilla on eriasteisia mielenterveydenhäiriöitä ja päihdeongelmia. Palvelut tuotetaan yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2012.)

Sosiaalityö on määritelty Lapin sairaanhoitopiirissä osaksi asiakkaan kokonaisvaltaista auttamista ja tukemista. Asiakastyön lisäksi sosiaalityöntekijä osallistuu potilaan tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Sairastuminen tai vammautuminen vaikuttaa monella tavalla arkeen, muun muassa perhe-elämään, kotona selviytymiseen, työhön, toimeentuloon ja harrastuksiin. Uuden elämäntilanteen aiheuttamista muutoksista ja kysymyksistä on mahdollista keskustella sosiaalityöntekijän kanssa. Keskustelun tavoitteena on löytää keinoja selviytymiseen ja jaksamiseen. Asiakkaan kanssa sopien sosiaalityöntekijä on yhteydessä omaisiin, viranomaisiin, järjestöihin ja muihin tukea, palveluita tai etuisuuksia antaviin tahoihin. (Sosiaalityön palvelut 2012.)

Suuret sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot esitetään organisaatiokartoissa useimmiten tulosityksikköorganisaatioina. Niille on tyypillistä, että ne ovat funktionaalisesti organisoituja toimintojen mukaan. Funktionaalinen organisoituminen noudattaa esimerkiksi sairaalassa pitkälti lääketieteellisiä spesiaalteetteja eli on operatiivisia, konservatiivisia ja psykiatrisia alueita, jotka jakaantuvat edelleen lääketieteellistä erikoisalakajako noudattaen pienempiin yksiköihin asti. Seurauksena on varsin leveä ja hienosyinen jakautuminen, jota täydentävät monet muut toiminnot, kuten ravinto- ja välinehuolto, kiinteistöhoito ja laitetekniikka, taloushallinto, atk-palvelut, materiaalitoimi ja niin edelleen. Funktionaalisen organisaation huonoja puolia on, että työntekijästä voi tulla lojaalimpi edustamalleen funktiolle kuin koko organisaatiolle. Sen lisäksi kokonaisnäkemys koko organisaatiosta jää hierarkkisesti ylimmälle johdolle, joka vastaa kaikista funktioista. Loppujen lopuksi kokonaisuuden johtaminen on sitä vaikeampaa, mitä suuremman lukumäärän toimintoja organisaatio sisältää. (Viitanen & Kokkinen & Konu & Simonen & Virtanen & Lehto 2007, 15.)

Erikoissairaanhoidon sosiaalityö sijoittuu hallinnollisesti konservatiivisen, operatiivisen ja psykiatrisen hoidon tulosalueisiin. Lapin sairaanhoitopiirissä on yhteensä 15 Sosiaalityöntekijää. Konservatiivisella tulosalueella toimii kaksi sosiaalityöntekijää. Operatiivisella tulosalueella toimii aikuissosiaalityössä yhteensä kolme sosiaalityöntekijää ja lasten puolella kaksi sosiaalityöntekijää. Somaattisen puolen sosiaalityöntekijöiden esimiehinä toimivat oman yksikön ylilääkäri tai tulosaluejohtaja, osin ylihoitaja. Kukin sosiaalityöntekijä työskentelee oman yksikkönsä yhteydessä. (Antikainen 2010.)

Psykiatrian tulosalueella on kahdeksan sosiaalityöntekijää, joista kaksi on nuorisopsykiatrialla, kaksi lastenpsykiatrialla, yksi päihdekllinikalla ja kolme aikuispsykiatrialla. Päihdekliniikan esimiehenä toimii oman alan edustaja, muilla psykiatrian ylilääkäri/tulosaluejohtaja. Päihdekliniikan esimies puolestaan kuuluu psykiatrian ylilääkäriin alaisuuteen. Tutkielmaan haastattemistani lääkäreistä osa kuuluu keskijohtoon, jossa he vastaavat tulosalueen toiminnasta tai alempaan lähiesimiesjohtoon, jossa lääkäriesimies vastaa oman yksikkönsä toiminnasta. (Antikainen 2010.)

Aineistomateriaalina käyttämäni kehityshanke käynnistyi omalta osaltani pikkuhiljaa loppukeväästä 2010. Aineistonkeruumenetelmänä oli puolistrukturoitu teemahaastattelu, jossa kysymykset ovat kaikille pääsääntöisesti samat. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Tästä poikkeuksena oli yksi haastattelu, jossa ylilääkäriin mukana oli ylihoitaja. Haastattelussa oli mukana 14 sosiaalityöntekijää sekä kuusi esimiestä, sekä seit-

semäntenä ylilääkärin mukana ollut ylihoitaja. Ymmärsin, että ylihoitaja oli ylilääkärin mukana haastattelun tukena. Aloitin haastattelut syyskuussa 2010 ja sain ne päätökseen marraskuun alussa. Litterointimateriaalia syntyi noin 115 sivun verran. Haastattelussa mukana olleiden esimiesten paikka sairaalaorganisaatiossa vaihtelee keskijohdon ja alemman portaan lähiesimiesjohdon välillä. Keskijohto ja lähiesimiehet toimivat organisaation johtamisessa hierarkian eri tasoilla. Keskijohto toimii hierarkiassa yhtä porrasta ylempänä, ja sen päätöksentekoon vaikuttavat selvemmin monet organisaatiota sisäisesti ohjaavat tiedot. Sen sijaan lähiesimiehen työ keskittyy enemmän käytännön tasolle (lääketeieteessä). (Viitanen & Kokkinen & Konu & Simonen & Virtanen & Lehto 2007, 44.)

Analysointivalintani oli lähimpänä teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Teoriaohjaavalla sisällönanalyysilla voidaan ratkaista mahdollisesti aineistolähtöisessä analyysissä ilmenviä pulmia. Teoriaohjaavassa analyysissä lähdetään teoriasta ja palataan siihen empirian toteuttamisen jälkeen. Se ei kuitenkaan suoraan lähde teoriasta tai pohjaudu teoriaan. Aineistosta tehdyille havainnoille etsitään teoriasta selityksiä tai vahvistusta tutkijan tulkintojen tueksi. (Eskola 2001, 133–156.)

Teoriaohjaavassa sisällön analyysissa (Eskola & Suoranta 1998, 19) käytin apuna abduktiivista päättelyä. Pyrin tutkimuksessani aineiston ja teorian vuoropuheluun. Lähdin liikkeelle empiriasta, mutta teorian olemassaolo oli jo tutkimusasetelmassa kaiken taustana. Pidin tietynlaisena johtoajatukseksi rajajärjestelmän toimintaa organisaatiossa ja tätä kautta lähdin liikkeelle teorian antaman esiajatuksen myötä kohti empiiristä aineistoa. Vuoropuhelun myötä pyrin pääsemään kokonaisuuden haltuunottoon. Abduktiivisessa päättelyssä otin avuksi joitakin teoreettisia johtoideoita, joita pyrin todentamaan aineiston avulla. Ajatteluprosessissa vaihtelivat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93, 97.) Teoreettisina johtoideoina tutkielmassani olivat Arnkilin (1990) kehittämät ”systemiset riskit”, joita ovat muun muassa rajajärjestelmien tulkintaerot, samankaltaisuus ja systemien erilaisuus, jossa vuorovaikutus ei toimi tai kohtaa. Näitä systemisiä riskejä etsin sosiaalityön toimintakentältä ja niiden vastavuoroisuutta analysoin aineiston pohjalta. Toimintakenttä terminä pitää sisällään sosiaalityön sisäisen, esimiesten sekä sairaalaorganisaation sisäisen että edellä mainittujen keskinäiset systemit. (Arnkil 1990, 5–6.)

Abduktiivisen päättelyn ensimmäinen nykyajan kehittäjä oli amerikkalainen filosofi Charles Peirce (1839-1914). Hän kehitti käsitystä kolmesta päättelyn päämuodosta läpi

koko pitkän tutkijauransa. Abduktio sisältää induktiivisen ja deduktiivisen yhdistämisen teoreettisen ajattelun avulla. Abduktio ottaa huomioon sen, että tutkijan kiinnostus voi kohdistua jostain syystä joihinkin tärkeäksi oletettuihin seikkoihin. Jostakin saadaan päättelyn lähtökohtana varsinainen johtolanka, jonka antaman suunnan mukaan sen jälkeen edetään. Johtolanka voidaan hylätä tai muuttaa toiseksi missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Abduktion avulla voidaan ottaa huomioon yllättävätkin käänteet, jotka tavallisesti toimivat uusien teorioiden pohjana. (Grönfors 2008, 17–18.)

Martti Grönforsin mukaan (2008, 19) abduktiivinen tulkinta on joustava ja sisältää mahdollisuuden ”kaapata” (*abduction* = kaappaus) tutkimusprosessin edetessä uusia johtolankoja, joita aineisto tai teoriankehittely mahdollistaa (mt., 20). Uudet oivallukset, teemat tai kohteen ulottuvuudet, joista ei ole voitu tehdä hermeneuttisia ennakkoolettamuksia, voidaan näin ottaa analyysin aineksiksi ja tarkastelun kohteiksi, jolloin johtoajatus kehittyy ja rikastuu (Patton 2002, 453). Abduktioon kuuluu ilmiön uudelleen kontekstualisoiminen ja –tulkinta sekä ilmiöihin kytkeytyvien rakenteiden etsiminen (Tapola-Haapala 2011, 39).

Abduktiopäättelyssä tutkimuksen validiteettia tulee tarkastella hieman toisin, kuin sitä on totuttu tarkastelemaan. Validiteetti tarkoittaa sitä, miten pitkälle käytettävät indikaattorit ilmaisevat sitä, mitä niiden on tarkoitus ilmaista. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäistä validiteettia on tutkimuksessa, jos eri teoreettisten ja käsitteellisten määrittelien suhde toisiinsa on looginen. Sen tarkistus edellyttää vain teoreettisten johtopäätösten, käsitteiden ja hypoteesien johdonmukaisuuden tarkistamista. Ulkoinen validiteetti ilmaisee teoreettisten ja johtopäätösten ja empiirisen aineiston välisen suhteen, joka on yksinkertaisesti vain hypoteesien todentamista. (Grönfors 2008, 104.) Lähtökohtana voidaan erittäin hyvin käyttää tukena aikaisempaa kirjallisuutta ja teorioita, mutta ei sellaisenaan nojattavaksi, vaan esimerkiksi inspiraation ja ideoiden lähteenä. (Nuutinen 1994, 65–66.)

Abduktiopäättelyssä sisäisen ja ulkoisen validiteetin ero häviää. Abduktiossa tutkimusaineisto on aina validia, jopa sen sisältämät ristiriitaisuudetkin. Kysymyksenalaista voi olla vain, onnistuuko tutkija hyödyntämään ja esittämään aineiston. Ristiriitaa voi olla myös tutkijan omien havaintojen kanssa. Tällainen ristiriitainen tieto saattaa johtaa kuitenkin uudenlaisiin ”ahaa” -johtolankoihin. Jos kuitenkin osoittautuu, että tutkijan jollakin päätelmällä ja aineistossa olleella tosiasialla ei olekaan mitään yhteistä, on tutkijan löydettävä vika omasta päätelmästä ja reliabiliteetista validiteetin ja aineiston asemas-

ta. (Grönfors 2008, 104.) Omassa tutkielmassani tarkoitukseni oli erikseen löytää noita ristiriitoja ja käsitellä niitä rajajsystemisen näkökulman avulla.

Sosiaalityöllä ja sen tutkimuksella on eettisiä velvoitteita. Ajattelen, että näin on sosiaalityön joka saralla, eikä pelkästään koskien asiakkaita vaan myös tutkimuskohdetta sekä kollegoita. Haittaa ei saa aiheutua myöskään ulkopuolisille ryhmille, yksilöille tai tuleville sukupolville. Omassa tutkielmassani kohteena ei ole erityisesti alioikeutettujen ryhmät, eikä sosiaaliset oikeudet vaan enemmän sosiaalityön arvo itsessään erityisenä ammattina organisaation sisällä, jonka pääasiallinen tehtävä ei ole sosiaalityö. (2003, 73.) Ilman erikoissairaanhoidon sosiaalityön jatkuvaa tutkimusta haittaa aiheutuu mielestäni niin sosiaalityöntekijöiden omalle ammatilliselle hyvinvoinnille työyhteisössään, kuin välillisesti myös potilaiden selviytymiselle arkielämässään.

Eettisiä periaatteita ei tulisi kohdistaa vain yksilöön. Sosiaalityö ja sosiaalipolitiikka ovat luonteeltaan yhteiskunnallista politiikkaa. Yhteiskunnallisen toiminnan osalta sosiaalityön tulisi ottaa kantaa niin sanottuun vertikaaliseen, sekä negatiiviseen ja positiiviseen etiikkaan. Vertikaalinen etiikka käsittelee julkisen toiminnan ja yksityisen kansalaisen suhdetta. Negatiivinen etiikka koskee ihmisen vapautta esteistä sekä määräyksistä, ja positiivinen etiikka yksilön vastuuta ja oikeuksia toimintaresurssien suhteen. Etiikalla on näin ollen useita ulottuvuuksia asioiden ollessa yhteydessä yhteiskuntaan. Se ei ole vain yksilön toiminnan seurausten etiikkaa. (Urponen 2003, 74.) Oman tutkielmani yhteiskunnallisen ulottuvuuden etiikka keskittyy enemmän vertikaalisen etiikan alueeseen.

Aineiston hankintaan liittyy tiettyjä eettisiä seurauksia, jotka liittyvät muun muassa luottamuksellisten sekä vahingollisten tietojen paikallistumiseen sekä tiedon julkistamiseen ja soveltamiseen tavalla, ettei sillä aiheuteta ongelmia vuorovaikutuksessa mukana oleville eikä sosiaaliselle tai muulle ympäristölle. Toiminnalla ei saa aiheuttaa vahinkoa kollegoille harjoittamalla tutkimusvilppiä tai leimaamalla heitä virheellisillä ja epärehellisillä perusteilla. Haittaa ei saisi aiheutua ulkopuolisille ryhmille tai yksilöille. (Urponen 2003, 72–73.)

Omassa tutkielmassani pyrin säilyttämään anonymiteetin mahdollisimman vahvana. Tapaustutkimuksen puitteissa se oli haasteellista toteuttaa tapauskohteen ollessa selvillä, mutta asia tiedostetaan kyseisessä sairaanhoitopiirissä. Haastateltavat itse pitävät aihetta tärkeänä alun perin senkin vuoksi, että aineistomateriaalia käytettiin aluksi kehityshan-

ketta varten. Tutkimuslupa gradulle pyydettiin ja saatiin kehityshankkeen alkuvaiheessa. Tuolloin minulla ei vielä ollut tutkimusasetelma selvillä, vaan se kehittyi haastattelumateriaalin pohjalta ja kehityshankkeen teon jälkeen. Yksittäisten ihmisten paljastumisriskin olen minimoinut siten, että en ole eritellyt, mistä tulosalueesta milloinkin on kyse. Käytän tekstissä sosiaalityöntekijöistä tunnusta Sos.tt1-14, sekä esimiehistä Esimies1-6. Tämän lisäksi haastateltavien vastauksista olen poistanut tunnistettavia tekijöitä, esimerkiksi tulosalueen nimen merkillä ”****”.

Oma suhteeni haastateltaviin on olennaista eritellä. Olin sosiaalityön opintoihin kuuluvalla lyhyellä ja pitkällä käytännön jaksolla Lapin sairaanhoitopiirissä, jolloin tapasin myös suurimman osan haastatteluihin osallistuneista sosiaalityöntekijöistä sekä muutamaa esimiehen. Yhteisen kielen olemassaolo on mielestäni tärkeä, jotta haastateltava tietää, mistä muut puhuvat. Se kehittyi käytännön jaksolla sekä kehityshankkeen myötä, kun palasimme muutamia kertoja hanketyöryhmän kanssa pohtimaan, missä milloinkin oltiin menossa. Hankkeen tein kuitenkin itsenäisesti. En voinut pyytää tarkempia neuvoja analyysin tekoon haastattelemltani sosiaalityöntekijöiltä, jotka kuuluivat kuitenkin hanketyöryhmään. Tämä oli itselleni kaikista haastavinta ja siinä oli kieltämättä myös ristiriita. Toisaalta pääsin opettelemaan alustavasti jo tulkintaa, jota joudun uudelleen tekemään tutkielmassani. Kävin aineistomateriaalia useampaan kertaan läpi, joten se on minulle hyvin tuttu.

Olen joutunut tekemään paljon työtä siinä, etteivät sosiaalityöntekijöiden antamat oletukset esimerkiksi esimiehistään tule vaikuttamaan omaan tulkintaani. Mielestäni muutoin positiivinen ajatus ”yhteisen kielen olemassaolosta” vaatii tarkkaa reflektiota ja myös kauempaa katsomista. On otettava huomioon, että analysoin sosiaalityön käytäntöä sairaalassa yhteiskunnallisen tieteenalan näkökulmasta, enkä esimerkiksi luonnon-tieteellisen. Tieteenalat ovat autonomisesti toimivia funktioita, samoin voisi esimerkiksi sosiaalityön ja lääketieteen sairaalaympäristössä olettaa olevan, eikä niillä ole muuta mahdollisuutta kuin pyrkiä säilyttämään oma järjestelmänsä ja vakiinnuttaa sen omat koodinsa. (Raiki 2003, 32.)

Mielenkiintoinen seikka on se, miten tutkija kerää luottamusta kentällä, jota tutkii. Jouduin aluksi kehityshanketta tehdessäni jotenkin kiusalliseenkin tilanteeseen, jossa olin ikään kuin ”yksi heistä”, eli sosiaalityöntekijöistä, joiden eduksi olin hanketta toteuttamassa. Tutkijan sisäpuolisuus ei kuitenkaan voi koskaan olla yhtä tiivistä ja sitoutunutta kuin tutkittavalla yhteisöllä, olinpa vasta ollut pitkällä käytännön jaksolla sairaalassa tai

en. Käytännön jakson ja kehityshankkeen alkuvaiheen jälkeen itsekin tutkijan rooliin asettautuen siirryin yhä kauemmaksi ”heistä” (tutkittavista) ja ikään kuin ”ystävänä” olemisesta. Tämän jälkeen tärkein eettinen tehtäväni mielestäni oli, että raportoin sisäpiirin tietoa niin, ettei se loukkaa ketään. Sen lisäksi tutkijan täytyy voida erottaa oman toimintansa vaikutukset tutkimustuloksiin. (Laine 2007, 235–236.)

Tutkijalla on olemassa mahdollisuus liukua myös ”vihollisen” positioon yllättävän nopeasti, jos hän ei osaa ottaa huomioon suhteellista valta-asemaansa kentällä hyväksyttynä toimijana. On mahdollista menettää arvostuksensa ja luottamuksensa tutkittavien silmissä. Tämäkin mahdollisuus on käynyt usein mielessäni. Nämä vaikuttavat omalta osaltaan siihen, miten tutkimusta on mahdollista tehdä, kuinka sitä raportoidaan ja mitkä ovat tutkimuksen tulokset. (Laine 2007, 236–237.)

Tutkimus on kaiken kaikkiaan tutkijan erilaisten valintojen tulosta (Eräsaari 1996, 117–118). Voisin väittää, että objektiivisinta otetta tutkielmaan saa teorian avulla. Se etäännyttää ”liian läheltä” katsomiselta ja tuo uusia ulottuvuuksia työhön. Toki voi olla, että teoria voi antaa voimakkaita ennako-oletuksiakin. Kaikkien metodisten ja metodologisten työkalujen avulla on kuitenkin mahdollista saada eettinen tarkastelukulma konkreettiseen työhön, kun tutkija alkaa analysoimaan tuloksiaan.

4.4 Analysoinnista tulkintaan

Konkreettisesti ymmärrettynä laadullinen analyysi edustaa aina kielelliseen muotoon typistetyn aineiston tulkintaa. Tällöin tulkintatekniikoita ovat aineiston luokittelu ja pelkistäminen, joihin viitataan joskus teemoitteluna ja tyypittelyinä. Ratkaisevaa ei ole aineiston koko, vaan tulkintojen kestävyys ja syvyys. (Eskola & Suoranta 1998, 66–68.) Analyysiyksiköt valitaan aineistosta, josta otan vastauksissa esiintyviä yhden tai useamman sanan muodostamia ajatuskokonaisuuksia. Ajatuskokonaisuuksien jälkeen muodostan aihekokonaisuuksia. Analyysissä näkyy aikaisemman tiedon vaikutus, mutta sillä ei ole tarkoitus testata aikaisempaa teoriaa. Analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, vaikka sen merkitys ei ole teoriaa testaava vaan se aukoo pikemminkin uusia ajatusuria. (Tuomi & Sarajarvi 2009; 96–97; Eskola 2001, 137–139.)

Tein haastattelut suhteellisen lyhyen ajan sisällä. Haastatteluissa toistui selkeästi tiettyjä näkökulmia ja aiheita. Ennen kuin raakamateriaalista tekee tulkintoja, ne täytyy ensin

analysoida. Pinosta purettuja haastatteluja voi olla puolestaan vaikea rakentaa ehjiä tulintoja ennen aineiston karkeaa ryhmittelyä. (Eskola & Suoranta 1998, 150.) Itse aloitin aineiston purkamisen tutkimusongelmateemojen mukaan värittäen ensin vastausten taustat ja siitä liittäen ne omiin kansioihin muistitikulleni.

Keräsin yhdelle tiedostolle tutkimusongelmat sekä haastattelukysymykset. Lähdin värittämään erilaisilla väreillä aineistomateriaalin tekstin taustat, jotka liittyivät toisiinsa. Sosiaalityöntekijän primaaritehtävään liittyvät kysymykset väritin keltaisella niin haastattelukysymyksistä kuin vastaukset litteroidusta materiaalista. Litteroidussa tekstissä tämä aihe kulkee ikään kuin punaisena juovana koko haastattelun ajan, mistä sitten poimin aiheeseen liittyviä miellelyhtymiä saman ongelman alle. Sosiaalityön määrittämiseen ja kehittämiseen liittyvät kysymykset väritin toisella värillä ja litteroidusta materiaalista poimin niihin liittyvät vastaukset samalla tavoin kuin edellä. Seuraavaksi etenin siten, että jätin kaiken muun aineistosta pois, keräsin merkityt asiat yhteen ja erilleen muusta aineistosta erillisille tiedostoille. Tämän jälkeen lähdin muodostamaan aineistosta analyysirunkoa Excel-ohjelmaan (esim. taulukko 1). Analyysirunkoa rakensin abduktiivisen teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti, missä etenin kohti käsitteellisempää tulkintaa rajasysteemistä näkemystä kohden.

Taulukko 1. Esimerkki analyysirungosta.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääloukka	Yläluokka
Sos.tt1: En ole ollut edes millään tavalla edes harjoittelemassa ***:lla puolella. Mä jotenkin epäilen, että ***:n puolen sosiaalityöntekijän työkenttä on erilainen kuin ***:n puolen. En tiedä, kuinka pitkälle pystyy sosiaalityöntekijät yhteistä tavoitetta tekemään, koska en mä halua että täällä olisi vain sitä etuusiakaan, koska pitää saada se sosiaalityön kokonaisnäkemys saada esille.	Oletukset toisen yksikön sosiaalityöstä: ei osata sanoa siitä, mitä se on. Kuitenkin epäillään sen olevan esim. "vain etuuksia". Tärkeänä pidetään sosiaalityön kokonaisnäkemystä.	Oletukset, vertailu toisen yksikön sosiaalityöhön	Jokainen osasysteemi näkee vain sen, minkä kykenee näkemään --> sosiaalityön sisäiset ristiriidat	Sosiaalityön sisäinen systeemi
Sos.tt2: Ihmisen sairastuessa se vaikuttaa hyvin erilaisille elämäntilanteille, tarvitsee tukea, mitä ei lääketiede pysty antamaan. Asiakkaan tukena erinäisissä ongelmissa, mitkä tulevat sairauden kautta eri elämäntilanteille.	Kanssakulkija, tukija sairauden tuomissa erilaisissa kriiseissä eri elämäntilanteilla	Asiakkaan tukeminen, psykososiaalinen tuki	Sosiaalinen näkemys ja arvio kokonaistilanteesta tiami- ja hoitotyöhön	

Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla, kuten aineistolähtöinen analyysikin. Ero tulee siinä, miten abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Eskola & Suoranta 1998, 117.) Aineistoa lukiessa syntyy usein joitakin oivalluksia, mutta nämä ovat epäsystemaattisia ja eivät jäsennä koko aineistoa. Tässä vaiheessa pyritään kehittelemään abstraktioita ja yleistyksiä aineiston tulkinnaksi. Ne eivät muodosta kuitenkaan järjestelmällistä kehikkoa, josta syntyisi runko tutkimuksen raportointia tai analyysin jatkokehittelyä varten. Analyysissä pitäisi edetä asteittain ja luottaa siihen, että ensimmäinen jäsenitys ei ole samalla viimeinen. Teemahaastattelun teemat muodostavat jo sinällään eräänlaisen aineiston jäsenityksen, josta voi lähteä liikkeelle ja itsekin näin tein. Ensimmäisen jäsenitystavan pitäisi olla mahdollisimman lähellä sellaista käsitteellistä tasoa, jonka sekä haastateltava, haastattelija ja tutkija ymmärtävät suunnilleen samalla tavalla. Näin laadullisessa analyysissä aineiston jäsentäminen ja tulkinta tapahtuvat useassa vaiheessa. Oma aineisto on hyvä käydä perinpohjaisesti läpi, jotta se avautuu alustavasti. (Eskola & Suoranta 1998, 150–151.)

Koska aineisto on kerätty teemahaastatteluilla, on teemahaastattelurunko aineiston koodauksen oivallinen apuväline. Näin aineistosta seulotaan teemahaastattelurungon avulla

esille sellaisia tekstikohtia, jotka kertovat kyseisistä asioista. Tässä kohtaa tein vahvasti tulkin tulkinnallista työtä, jossa mietin, mikä kertoo, että juuri tuo tekstikohta tarkoittaa tai merkitsee juuri sitä, miksi sen merkityksen tulkitsen. Tässä kohtaa pyrin perustelemaan valintani itse tutkimusraporttiin liitetyillä nimenomaisilla aineistokohdilla. (Eskola & Suoranta 1998, 151.) Koodaus merkitsee aineistoni suhteen tekstin sisään kirjoitettuja muistiinpanoja ja väritystaustoja haastattelukysymykselle annetusta tulkinnasta, josta aloin rakentamaan analyysirunkoa.

Ennen analyysin aloittamista sisällönanalyysissä määrittelin analyysiyksikön. Se voi olla yksittäinen sana, keskustelussa lause tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita tai lauseen osa. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävät ja aineiston laatu. (ks. esimerkiksi Polit & Hungler 1997; Tuomi & Sarajärvi 2002, 109–110.) Tutkielmassani analyysiyksikkönä toimivat alkuperäisilmaukset joko yksittäisinä lauseina tai useina lauseina. Jatkoin analyysin tekoa palaamalla tutkimuskysymyksiin.

Otin mallia sisällönanalyysissä usein käytetystä tavasta ensin redusoida eli pelkistää aineisto ja sitten klusteroida eli ryhmitellä se. Tämän jälkeen muodostin aineistosta vahvimmin esiin nousseista alaluokista pääluokkia, minkä jälkeen etenin abstrahointiin eli aineiston käsitteellistämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109–111.) Etsin tekstistä samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia pelkistetyistä ilmauksista, tämän jälkeen yhdistin pelkistetyt ilmaukset ja muodostin alaluokkia. Määrittelin jo alkuun yläluokan tutkimustehtävän kysymyksien pohjalta, joihin etsin alkuperäisilmauksista sen mukaisia ilmauksia. Tämän jälkeen yhdistin yläluokat ja kokosin käsitteet, joista sittemmin muodostui myös tutkielman tulosluvun runko.

Oman subjektiivisen perspektiivin laajentaminen on huomionarvoinen seikka tutkielmaprosessissa. Oma esiyymmärrykseni pyrkii tulkitsemaan toisen puheen minun omien lähtökohtieni mukaisesti, joten prosessissa tarvitaan ajoittain kriittistä ja refleктоivaa otetta. On tunnistettava oman ihmiskäsityksen ja ennakkoluulot, jonka on voinut jostakin omaksua. Näin on mahdollisuus paremmin tarkkailla eri tekijöiden vaikutusta tulkintoihini. Tutkijan oma kriittinen laajentaminen alkaa sillä, että hän ottaa etäisyyttä välittömästi, spontaanisti nousevaan tulkintaan. Tunnistin matkan varrella spontaanitulkintani. Välillä ne ovat vaihdelleet kahden vuoden sisällä, mutta lähtiessäni tulkitsemaan aineistoa tuntui, että olin kuin tyhjä taulu. (Laine 2001, 32). Mielestäni analyysimenetelmänä teoriaohjaava sisällönanalyysi oli tässäkin mielessä osuva; jouduin alituisen refleктоimaan käsityksiäni teorian ja empirian vuoropuhelun lomassa.

Alkaessani kirjoittamaan analyysirunkoa tekstiksi, ensimmäinen tutkimuskysymykseni muunsi hieman muotoaan. Olin kysynyt aiemmin, ”mitkä ovat esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden näkemykset sosiaalityön tehtävistä erikoissairaanhoidossa?”. Sana ”tehtävistä” vaihtuikin sanaan ”toimintakentästä”. Tämä sen vuoksi, koska suurin osa sosiaalityöntekijöistä eivät puhu pelkästään omasta puolestaan. He antavat määritelmiä ja arvioita myös toisten yksiköiden tehtäväalueista siinä määrin, kuin pystyvät. Näin ollen aina ei puhuta pelkästään tehtävistä, vaan ylipäätään sosiaalityön toimintakentästä kun ollaan erikoissairaanhoidossa. Ajatukseni oli löytää vastauksista myös sosiaalityön sisäisiä ristiriitoja, joten jos pelkästään kuvailisin heidän antamiaan vastauksia omista tehtävistään, en pääsisi käsiksi rakenteisiin, jotka estävät yhteisen sävelten löytämistä tai ymmärtämistä toisen alueen sosiaalityöstä.

Alun perin ajatukseni tehdä sairaalan sosiaalityöstä gradu on ollut vahvasti kantaaottava. Tutkielman teko kuitenkin itse ohjaa itseään, enkä voi pakottaa esiin siitä jotakin sanomaa, mitä siltä haluan. Tutustuessani sairaalan sosiaalityöhön aika nopeasti ajattelin, että sosiaalityö tarvitsee ehdottomasti oman ammatillisen johtajan sairaalaorganisaatiossa. Huomasin, että Lapin keskussairaalan sosiaalityöntekijöiden esimiehisyys oli kovin etäistä, eikä esimiehillä ollut aikaa ja aina tarpeeksi tahtoakaan antaa sosiaalityön kehittämiseen mahdollisuutta. Ilman esimiehen suopeutta ja puskurointia taas yhteinen sosiaalityön kehittäminen sairaalassa on mahdotonta. Tuntui, että esimiesten ymmärrys ei riittänyt siihen, mitä kehitettävää sosiaalityössä olisi sairaalassa. Heillä oli oma näkemyksensä sosiaalityöstä siitä, mitä se sisältää ja se tuntui riittävän. Samalla myös tuntui, että sosiaalityöntekijät alistuvat liikaa oman organisaationsa oletuksiin asiantuntijuudestaan. Suurehko tavoitteeni on ollut, että tutkielmani avulla voitaisiin kenties tuoda esille piilossa olevia tekijöitä tai hiljaista tietoakin, joka ohjaa ja kenties toistaa tietynlaista sosiaalityön toimintamallia sairaalaympäristössä. Halusin löytää syitä ja sairauksia sekä avata uusia näköaloja. Vaikka tavoitteeni ei toteuttuisikaan, on haluni ollut ylipäätään saada vertailla sairaalan sosiaalityötä tekevien sosiaalityöntekijöiden ja heidän esimiestensä ajatuksia sosiaalityön kentästä erikoissairaanhoidossa. Kaiken kaikkiaan ei ole yhdentekevää, millaista ääntä ja kertomusta tulen haastateltavien kautta tuottaneeksi. Yhteiskuntatieteellinen tutkimus on parhaimmillaan eettisesti kestävä poliittinen prosessi. (Pohjola 2003, 105–107.)

Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän ammattikuvan kannalta keskeistä on ihmiskuvan, terveyden ja sairauden käsitteet potilaskuvan ohella. Oman tutkimukseni kannalta

on olennaista myös sairaalaorganisaatio ja sen luonne. Organisatoriset seikat määrittelevät funktioiden merkittävyyden ja toimivuuden, johon sisältyy muun muassa työnjako, yhteistyö, alistussuhteet ja valtakysymykset sekä eri ammattiryhmien asema suhteessa toisiinsa. Asema organisaatiossa riippuu myös koulutuksesta ja perinteestä. Sairaalan ensisijaisena tehtävänä pidetään lääkintäfunktiota. Tästä saattaa aiheutua muiden funktioiden, kuten sosiaalityön, kannalta eräitä ongelmia. Työ saattaa muodostua ”välttämättömäksi pahaksi”. (Niemelä 1985, 34–35.)

Tutkimukseni aineistossa on huomioitavaa, että vastaukset ovat nousseet työntekijöiden omien intressien ja tarpeiden pohjalta. Olen tarkastellut sosiaalityöntekijän ammattikuvaa heidän omista ja esimiesten näkemyksissä. Mitä ilmeisimmin sosiaalityöntekijöiden käsityksiin liittyy ensisijaisesti ammatin (työn) tuottama tyydytyksen tunne, sosiaaliset, arvostuksen ja itsensä toteuttamisen tarpeet. Käsityksiin omasta ammattikuvasta liittyy henkilön näkemys itsestä ja siitä, mihin työhön hän kokee oman persoonallisuuden rakenteensa sopivan. Työ voi näyttäytyä paljon myös minäidentiteetin luomaa taustaa vasten. Näin ollen minäkuvalla on yhteys ammattikuvaan eli käsitykseen ammatista. (Niemelä 1985, 35.) Tässä määrin tutkimukseni aineisto on fenomenologinen, mutta siihen liittyy myös hermeneuttinen ulottuvuus. En pysty erottelemaan tutkielmassani sitä, mikä käsitys ja näkemys kumpuaa miltäkin pohjalta. Pyrin kuitenkin saamaan selville selkeimmät erot tai yhteneväisyydet, joilla on merkitystä tulkinnassani.

Esimiesten näkemykset sosiaalityöstä voivat olla hyvinkin erilaisia verraten sosiaalityöntekijöiden omiin näkemyksiin tai käsitykset voivat olla myös esimiesten kesken hyvin erilaisia. Tähän luonnollisesti voi vaikuttaa se, että esimiesten pääasiallinen funktio on hyvin toisenlainen ja he tarkastelevat tätä kautta sosiaalityötä sairaalaorganisaatiossa. Lisäksi siinä vaikuttaa epäsuhtainen asetelma, jossa ylilääkärinä tai tulosaluejohtajana toimivien esimiesten yhtenä monista muista pääasiallisista tehtävistä on toimia myös johtajana sosiaalityön ammattiryhmälle. Tapaustutkimuksessa perustelujen saaminen tuloksille on tärkeää ja tästä syystä tutkimusprosessin kuvaaminen lisää luottamusta ja tulosten pätevyyttä. Tämä tarkoittaa niin sanotusti ”pelaamista” aineiston kanssa esimerkiksi luokitusten, koodauksien ja aineiston järjestelemisen muodossa. (Yin 1987, 119; Alhgrén 2008, 31.)

5 Sosiaalityön toimintakentän ulottuvuuksia erikoissairaanhoidossa

5.1 Sosiaalityön sisäinen systeemi

Sosiaalityön sisäinen systeemi (omalakisuus) toimii tietyssä suhteessa hyvin itsenäisesti Lapin sairaanhoitopiirissä. Se, kuinka itsenäisesti toimiminen näyttäytyy, vaihtelee suuresti eri alueilla. Itsenäisessä systeemissä ajatellaan, että järjestelmien prosessit muodostavat niiden kokonaistoiminnan, ja ainoastaan prosessien avulla järjestelmiä voidaan muuttaa (Mäntysaari & Pohjola & Pösö 2009, 70–71). Kaikilla tasoilla täytyy olla riittävä autonomia, jotta ne voisivat sulattaa ylhäältä ja alhaaltapäin tulevat impulssit omaan toimintaansa (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 4–5).

Sosiaalityöntekijän oman erikoissairaanhoidon vastuualue määrittelee hyvin pitkälle sosiaalityön tehtävän rajat, ja yleensä se on vahvasti osana moniammatillista yhteistyötä. Sosiaalityö on tiivis osa tiimityötä, mutta sillä on olemassa omat tehtäväalueensa, joita muut ammattiryhmät eivät voi tehdä. Jokainen ammattiryhmä tarvitsee kuitenkin toisiaan saadakseen mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan potilaan tilanteesta.

Sos.tt7: ”mä vierastan sitä ajatusta, että yksin pitää ratkaisuja tehdä, koska sosiaalityö kaipaa tietoja sairauden hoidosta ja sairaudesta.”

Sosiaalityön osuutena on saada kokonaisvaltainen näkemys potilaan tilanteesta, jossa huomioidaan mahdollisesti myös potilaan lähipiiri. Sosiaalityöntekijä on kanssakulkijana ja psykososiaalisena tuen antajana sairauden tuomissa erilaisissa kriiseissä eri elämäntilanteilla. Sosiaalityöntekijä tuo oman näkemyksensä ja arvionsa potilaan sosiaalisesta tilanteesta tiimityöhön. Konkreettisesti sosiaalityö arvioi erilaisten tukimuotojen oikea-aikaisuutta ja toimii myös potilaan asianajotehtävissä. Sosiaalityön sanotaan tukevan hoitotyötä, jolloin otetaan huomioon myös potilaan elämänlaatu. Sosiaalityölle ominaisena tehtävänä pidetään myös ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista, johon monet sosiaalityön tehtävät erikoissairaanhoidossa tähtäävät.

Vastauksissa ilmenee kuitenkin ajoittaista vastakkainasettelua eri tulosalueiden tai yksiköiden välillä tiimityön toimivuuden suhteen. Sosiaalityö mielletään yleensä hyvin moniammatilliseksi toiminnaksi sairaalassa, mutta eri asia on, kuinka se käytännössä toimii. En lähde tarkasti erittelemään eri tulosalueita suhteessa tiimityön onnistumiseen, koska se ei ole olennaista tutkimuskysymyksen kannalta.

Toimivan tiimityön nähdään olevan mielellään yhteistoiminnallista, joka laajentaa työskentelymahdollisuuksia. Työntekijöillä voi olla yhteinen tavoite, mutta erilliset ongelmat. Kuitenkin ne ovat sidoksissa toisiinsa, missä yhden ongelman ratkaisu vaikuttaa myönteisesti toisen ongelmaan. (Sellergren 2007, 45, 113.) Joissakin yksiköissä yhteistoiminnallisuus on erittäin hyvin toimivaa, mutta se vaihtelee voimakkaastikin eri yksiköiden välillä. Silloin kun se toimii, se on ajanut tiensä hyvin läpi hoitohenkilökuntaan tai siihen yhteisöön, missä työtä tehdään. Tämän lisäksi esimies suhtautuu myönteisesti sosiaalityön osuuteen moniammatillisissa tiimeissä. Yhteistoiminnallisuus viitanee ammattialojen rajasyntymisen toiminnan onnistumiseen. Se kertoo siitä, että jokainen ammattiala on sopivasti itsenäinen, jotta ne kykenevät onnistuneeseen ja vastavuoroiseen kommunikointiin keskenään. Yhteistoiminnallisuus liittyy moniammatillisessa tiimityössä myös kokonaisvaltaisen hoidon onnistumiseen. Se ilmenee sosiaalityöntekijän toiveesta puhuttaessa kokonaisvaltaisuuden käsitteestä:

Sos.tt5: ”...että sosiaalityön olemassaolo muistettais ilman, että sosiaalityöntekijän pitäisi koko ajan olla siinä tuntosarvet pystyssä, että hoitohenkilökunta ymmärtää ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään, ihan sama onko ne opiskelijoita, hoitajia vai lääkäreitä ja asiakkailta on tieto meidän olemassaolosta täällä ja heidän läheisillään.”

Kuten Kirsti Launis (1997, 129–132) on todennut, monitieteisissä asiantuntijaryhmissä kukin puolustaa omaa paikkaansa oman tieteenalansa näkökulmasta. Oman paikkansa puolustaminen tuo mukanaan omat ongelmansa, muun muassa kilpailemisen muiden ammattiryhmien kanssa paikasta ja tehtävistä. Yhteistyön ongelmaksi saatetaan nimetä yhteisen kielen puuttuminen. Yhteisen kielen puuttuminen taas on osoitus yhteisten ajattelumallien puuttumisesta. Hanna Sellergrenin (2007, 40) tutkimuksessa puolestaan käy ilmi, ettei yhteistyön aloittaminen ole helppoa. Työntekijä tunnisti itsessään myös sen, että jos yhteistyö ei lähde sujumaan, ryhtyy henkilöimään ongelmia eli syyttää siitä jostakin yksittäistä henkilöä. On tärkeä ymmärtää, että jokaisen tieteenalan ja ammattikunnan näkökulma on vain yksi tapa tarkastella asiakkaan tilannetta. Kaiken kaikkiaan sosiaalityö erikoissairaanhoidossa on sosiaalityön asiantuntijuuden esille tuomista sairaanhoidollisessa kontekstissa, kuten eräs sosiaalityöntekijä toteaa. Sairaanhoidollinen ajattelutapa voidaan erottaa sosiaalityöllisestä ajattelutavasta hyvin yksinkertaisesti:

Sos.tt14: ”kun sairaanhoidossa jo sanakin määrittelee, että on sairas.”

Lehmuskosken (2005) kokoaman raportin mukaan terveydenhuollon sosiaalityön näkökulmasta sosiaalityössä korostuu sosiaalisten ja terveyteen liittyvien tekijöiden yhteys.

Terveydenhuollon toimintaympäristö sitoo sosiaalityön terveydenhuollon organisaatioiden tehtäviin ja tavoitteisiin. Tämä näkyy sosiaalityön sisällössä, jossa painottuu kliininen tutkimus asiakkaan tilanteesta, psykososiaalinen työ ja yhteys potilaan kuntoutukseen. (Lehmuskoski 2005, 14.)

Sos.tt14: ”Sosiaalityö liikkuu enemmän terveen ja sairaan rajamailla, joka vetää sinne terveen puolelle tavallaan semmoiseen normaaliin: mikä on normaalia elämää, mikä on normaali toimintakyky tai mikä on tavallinen, siedettävä toimintakyky.” Sosiaalityö pyrkii tukemaan ja voimaannuttamaan asiakkaansa toimintakykyä, jotta asiakas kykenisi tekemään omia perustehtäviään, mitä se voisi olla esimerkiksi lasten ja nuorten kohdalla ”käydä koulua, tavata kavereita, olla vanhempien kanssa siedettävissä väleissä” .”

Sosiaalityön tehtäväkuvan hajanaisuus ilmenee monin tavoin eri yksiköissä. Se tuo ongelmia myös sosiaalityön yhteiseen määrittelyyn. Tehtäväkuvan hajanaisuus voi liittyä sairauksien kirjoon ja siihen, millä tavoin muut ammattiryhmät ottavat sosiaalityön vastaan moniammatillisen tiimin jäsenenä, sekä aivan oman ammattiryhmän sisällä oleviin erilaisiin ajattelutapoihin että vaihtelevaan johtamistapaan. Voisi puhua itsenäisyydestä, jonka sosiaalityöntekijä itse saa tai ei saa luotua omalle alueelleen. Yksin pyrkiminen muun ammattiryhmän itseoikeutetuksi jäseneksi vaatii sosiaalityöntekijältä vahvaa ammattitaitoa, rohkeutta ja itsenäisyyttä. Sosiaalityöntekijältä vaaditaan koko ajan aktiivisuutta tuoda esille omaa asiantuntijuuttaan ja sen lisäksi perustelua omaa paikkaansa koskien, joka on aika ajoin uuvuttavaa yksittäiselle erityistyöntekijälle hierarkkisessa organisaatiossa. Teoriassa sosiaalityöllä on vakaa asema muiden joukossa myös Lapin sairaanhoitopiirin sairaalaorganisaatiossa, mutta käytännössä se piiryy sosiaalityöntekijöiden kokemuksissa häilyväksi ja toistuvaksi vaateeksi puolustaa asemaansa ja paikkaansa:

Sos.tt14: ”Vähän kyynärpäätaktiikkaa, mutta toisaalta pitää olla kauheen ystävällinenkin ja joustava ja kilttikin. Tavallaan niitä kaikkia siinä soveltaa, niin mä aattelen, että se on riippuvainen paljon esimiehestäkin aika pitkälle”.

Tulosalueen tai -yksikön perustehtävä sanelee sosiaalityön osuuden. Somaattisen puolen sosiaalityön tekemisen tapa vaihtelee. Sitä on mahdollista tehdä enemmän itsenäisesti verraten psykiatrisen puolen sosiaalityöhön, mutta työskentelytapa on hyvin pitkälle kiinni myös työntekijän omasta intressistä olla enemmän tai vähemmän mukana muun hoitotiimin kanssa. Siihen vaikuttaa myös yksikön muiden ammattiryhmien tapa tehdä työtä ja ymmärrys sosiaalityön roolista moniammatillisen tiimin jäsenenä. Päihdeyksikön sosiaalityö on varsinaisesti sosiaalihuollon yksikkö erikoissairaanhoidon sisällä.

Siellä tehtävä päihdekuntoutus on sosiaalityötä, jossa on sosiaalityön lähtökohta ja orientaatio. Päihdekuntoutuksessa lääketiede ei rajaa sosiaalityön tehtävänkuvaa, kuten se tekee muualla erikoissairaanhoidon alueella. Toisinaan lääketiedekeskeisyys koetaan myös päihdehuollossa sosiaalityötä alistavana ja sosiaalityön työskentelytapoja liikaa ohjaavana. Mikäli ymmärrys toisen ammattiryhmän tehtävistä on selvillä, ei lääketiedekeskeisyyttä pidetä ongelmana.

Sos.tt13: ”Se määrittänyt aika paljon osastolta käsin, kenen kanssa sosiaalityöntekijä on tekemisessä ja tietenkin sosiaalityöntekijä itsekin rajaa omaa osallistumistaan asiakkaitten hoitoon ja hoidon suunnitteluun - - mutta kyllähän mekin ollaan aika paljon osastolla näillä raporteilla ja itekin aika paljon siinä mukana määrittämässä, että voidaan itekin sieltä noukkia ne ihmiset, joittenka kanssa enemmän työskennellään, tehdään sitä rajaus-ta. Mutta myös sitten, kyllä hoitajallakin on oma roolinsa määrittellä sitä, kun ei kuitenkaan joka paikassa ehdi olemaan mukana että olis ajantasainen tieto siitä.”

Sosiaalityö erikoissairaanhoidossa on ääripäissään joko tiivis osa tiimityötä tai sitten ammattiala, joka joutuu markkinoimaan omaa työtään jatkuvasti toiminta-alueellaan. Sosiaalityöntekijän on toisinaan hankala määrittellä lyhyesti työnkuvaansa, mikä on ymmärrettävää laajan kentän vuoksi:

Sos.tt9: ”Määrittelemätön kenttä, kun ollaan sairaalamaailmassa. Tarkkaa työnkuvaa ei ole, pystyy itsekin paljo määrittelemään. Asiantuntijana toimimista etuusasioissa, sosiaalitoimen kanssa, yhteydenpitoa eri yhteistyötahoihin. Tavallaan laaja kenttä, avustamista laskuissa, sosiaalisen tilanteen kartoitusta.”

Jos sosiaalityön työnkuvaa pohditaan liian laveasti ja ikään kuin yli sen omien rajojen, tuottaa se epämääräisen itsenäisyyden vaikutelman sairaalaorganisaatiossa, jossa monilla muilla ammattiryhmillä on selkeä työnjako ja tehtävät. Määrittelemisen vaikeuteen liittyy uhrautuva työtapo, jossa joutuu selittelemään myös itselleen sosiaalityön olemassaolon oikeutusta. Sosiaalityöntekijä on herkkä ottamaan tehtäviä yli oman asiantuntijuuden. Hän uhrautuu ja samalla sosiaalityön perustehtävä piiloutuu kaiken muun alle:

Sos.tt15: ”Jos ajattelee käänteisesti, eri yksiköissä jos sitä työpanosta ei olisi, mitä tapahtuis meidän somaatiikalla, jos ei ois joku henkilö joka tavallaan vastaa ja organisoii niitä asioita, hoitaa siinä sivussa muutamat kriisit ja muut haasteelliset tilanteet.”

Vastauksissa ilmenee ajoittain myös oman työn markkinoimisen aiheuttama uupumus. Löyhästi määritelty sosiaalityön toimintakenttä jättää sosiaalityöntekijät joskus liian yk-

sin omassa tiimissään. Laaja työnkuva antaa toisaalta mahdollisuuden kehittää omaa työtään omannäköiseksi, mutta toisaalta se kuitenkin tuottaa epämääräisyyttä tiimityöskentelyyn. Sosiaalityöntekijä voi joutua jatkuvasti perustelevaan, mitä sosiaalityö on ja ”kauppaamaan” omaa työtänsä, mikä tuli aineistossa esille useaan otteeseen:

Sos.tt14: ”Joskus miettii että ois helpompaa olla semmoisessa paikassa töissä, missä ois 20 muutakin sosiaalityöntekijää, eikä tarvis aina perustella mitä se sosiaalityö on ja vois vain olla, että se ois semmoinen selvä asia se että mitä se sosiaalityö...”

Uhrautuvalla työtavalla ajattelen vastauksissa ilmenevää viestiä, jossa sosiaalityöntekijä on se, joka hoitaa ”siinä sivussa” (sos.tt15) monenlaisia muitakin tehtäviä, kuin pelkäänsä sosiaalityölle ominaisia. Tämä tulee ilmi myös erikoistumisen tarpeessa (esimerkiksi psykoterapia tai perheterapiakoulutus) etenkin psykiatrian tulosalueella sekä lasten ja perheiden kanssa tehtävillä alueilla, joskus myös somatiikalla. Muutama sen koulutuksen saaneista sosiaalityöntekijöistä pitivät erikoistumistaan hyvin tärkeänä. Aikuisten somatiikan sosiaalityöntekijät eivät yleensä tee terapiatyötä, joka tuli vastauksissa erikseen ilmi.

Sos.tt11: ”Minä ajattelen, että se on ihmisen kaikkien puolien huomioonottamista: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen, sitähan se niin kuin on asiantuntijoitten mukaan. Tämä meidän on yksi, tai onhan sekin psyykinen puoli tämän toiminnan kautta, vaikka ei terapiaa, en tee terapiatyötä.. että otetaan huomioon ihmisen eri puolet, tällainen holistinen ihmiskäsitys.”

*Sos.tt1: ”En ole ollut edes millään tavalla edes harjoittelemassa ***:lla puolella. Mä jotenkin epäilen, että ***:n puolen sosiaalityöntekijän työkenttä on erilainen kuin ***:n puolen. En tiedä, kuinka pitkälle pystyy sosiaalityöntekijät yhteistä tavoitetilaa tekemään, koska en mä halua että täällä olisi vain sitä etuusiakaan, koska pitää saada se sosiaalityön kokonaisnäkemys esille.”*

Kaikki tutkimuksen sosiaalityöntekijät ovat kokonaisnäkemysten puolella, mutta tavat, joilla näkemystä toteutetaan, ovat erilaisia riippuen yksikön perustehtävästä. Toimintamallit asiakkaan kokonaisvaltaisuuden toteuttamiseksi liittyvät myös sosiaalityöntekijän omaksumaan ajattelutapaan, sekä yksikön perustyön tarpeisiin suhteessa asiakkaan selviytymiseen arjessa. Sosiaalityö kohtaa ristiriitoja oman ammattiryhmänsä sisällä omaan työkenttään liittyvistä asioista ja sen lisäksi omassa moniammatillisessa tiimissään. Vastauksissa tulevat esille tiimin sisäiset työnjaolliset ongelmat sekä ongelma kokonaisvaltaisen ajattelutavan toteuttamiseksi:

Sos.tt1: ”Kaikki varmaan kirjoittais samalla tavalla. Olettais, että jokainen tuo oman työpanoksensa. Käytännössä jo eri asia. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää ensiksikin sellaista, että jokainen tiimin jäsen tunnetaan, tiedostetaan ja arvostetaan niitä. Se ei toimi, jos lyhyesti sanoo. Se on jostain syystä kilpailua, sen raja-aidat. Toisaalta pitää olla joustava, dialoginen, keskusteleva, kaikkia tällaista avoimuutta pitää olla tiimissä. Käytännössä se on liian usein kilpailua, jossa kilpaillaan kuka tietää parhaiten. Ja sosiaalityö on nimenomaan sellainen alue, jota kaikki kuvittelee osaavansa.”

Kaiken kaikkiaan suuri ongelma tulee oman ammattikunnan sisäisistä ristiriidoista, jossa leimaavat oletukset toisen alueesta ja esimerkiksi kokonaisvaltaisuuden huomioimisesta tai huomioimattomuudesta rapauttaa etenkin yhteistä kehittämismahdollisuutta ja jättää sosiaalityöntekijät perinteiseen malliin ”yksinäisiksi puurtajiksi”. Ongelmaksi nimittäin tulee sosiaalityön toimintakentän epämääräinen itsenäisyys rajasysteemisen näkökulman kautta ajateltuna. Se pirstaloittaa liikaa sosiaalityön omaa toimintakenttää erikoissairaanhoidossa. Vaikka jokin tietty tulosalue tai yksikön sosiaalityön toimintakenttä voi hyvin, toisen alueen tai yksikön sosiaalityöntekijä joutuu henkilökohtaisesti ponnistelemaan tiimissään oman olemassaolon edestä. Sen jälkeen riippuu hyvin pitkälle sosiaalityöntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista, kuinka hän siinä pärjää. Yleensä silloin joutuu omaksumaan myös hyvin uhrautuvan työtavan, jossa ottaa paljon tehtäviä myös sosiaalityöhön kuuluvien tehtäväalueiden ulkopuolelta tai sitten täytyy osata olla hyvin rohkea ja vahva persoona sekä kieltäytyä sosiaalityölle epätyypillisistä tehtävistä. Eräässä kommentissa näyttäytyy yhden sosiaalityöntekijän epäusko koko sosiaalityörintaman tuenannon mahdollisuudesta suhteessa sosiaalityön asemaan ja kehittämistarpeisiin omassa yksikössään:

Sos.tt5: ”Se yleensä lähtee vaan työpari tyyppisenä työskentelynä, ei koko sosiaalityöntekijän foorumi siihen mielestäni anna omaan työhön tukea.”

On selvä, että mitä vähemmän yhteisössä keskustellaan, sitä enemmän luullaan ja sitä pienempi on yhteisen sosiaalisen todellisuuden alue. Näennäisyhteisöllisyys, toiminnan tavoitteita koskevat epäselvyydet, sekä johdon ja työntekijöiden väliset jännitteet ovat osoituksena organisaation kommunikaatio-ongelmista. Jäykkä, toimintaansa toistava organisaatiokulttuuri ei helpota sosiaalityön toimintakenttääkään uudistamaan itseään. (Ojuri 1996, 125.) Päätöksentekoasioissa osa kokee voivansa vaikuttaa, mikäli sosiaalityöntekijä itse on luonut foorumin sille, että häntä kuunnellaan ja arvostetaan. Tällöin tarvitaan rohkeaa asennetta tehdä yksin sosiaalityötä näkyväksi omalla toiminta-alueellaan:

Sos.tt5: *”Koen, että silloin kun minä tulin tänne, silloin sanottiin, että ***[toimintayksikkö] ei käytä sosiaalityötä lainkaan, korkeintaan 1 tai 2 puhelua päivässä. Sitä se oli silloin alussa. Mä päätin, että tämä ei voi pitää paikkansa, ettei sosiaalityötä tarvitse olla ***:lla. Menin määrätietoisesti tekemään, menin osastolle, olin kahvilla, kävin kierroilla, mä tein sosiaalityön näkyväksi, kerroin mitä kaikkea sosiaalityöntekijä tekee, sosiaalityöntekijä ei ainoastaan tee toimeentulotukihakemusta ja lähetä sitä sinne. Sitten kun hoitohenkilökunta ymmärsi sosiaalityöntekijän työn laajuuden ja sen mihin meille annetaan valmiudet, tilannehhan on muuttunut.”*

Pohdittaessa, riittääkö yhden ihmisen panos markkinoida omaa asiantuntemustaan moniammatillisessa ja hierarkkisessa tiimissä, voi yhtyä Kirsti Launiksen (1997, 122) toteamukseen, että asiantuntijuuden vertikaalinen ulottuvuus ei riitä vastaamaan työn uudistumisen tarpeeksi ja uudenlaisiin kysymyksenasetteluihin. Asiantuntijuuden tarkastelu ei riitä yksilöasiantuntijakehittymistä noviisista ekspertiksi. Rinnalleen se tarvitsee laajempaa ja monipuolisempaa ymmärrystä asiantuntijuuden luonteesta, ikään kuin horisontaalisen ulottuvuuden tarkastelua. (Mt., 122.) Mikäli se onnistuu jossain yksittäisessä tuloksyksikössä, on mielestäni se jo saavutus sinänsä. Tärkeä olisi kuitenkin ottaa huomioon, tekeekö itsensä ikään kuin korvaamattomaksi, mikäli jostakin toisesta sosiaalityöntekijästä ei ole samanlaiseen pioneerimaiseen tehtävään. Esille nousee myös yksin tekemisen työmallin ja oman työn markkinoinnin vaikeus hierarkkisessa sairaalaorganisaatiossa:

Sos.tt8: *”Tavallaan sekin, että sitä aina ajatellaan, että voihan itte vaikuttaa, mutta ei se aina oo niin helppoa, kun on ne tietyt raamit, ja alkaa jotenkin muuttaa jotenki tai yrittää yhtäkkiä jotakin erilaista roolia ottaa. Se on jännä, ku tietyt roolit tulee ja se on vähän ristiriitaista ja turhauttavaakin.”*

Niin sosiaalityön sisäiset, kuin sen ulkopuoliset ongelma-alueet kertovat jotakin rajasysteemien epäsuhdasta ja toimimattomuudesta (Arnkil & Eriksson 1999, 80). Jokaisen tieteenalan ja ammattikunnan näkökulma on vain yksi tapa tarkastella asiakkaan tilannetta. Dialogisuuden kannalta on keskeistä, että useiden toimijoiden vuoropuhelussa asiakkaan tilanteesta rakennetaan uusi ymmärrys. Lähtökohdiltaan ymmärrys asiakkaan tilanteesta on sellaista, että kukaan erityisosaaja ei voi yksin sitä saavuttaa. Ongelmana moniammatillisen työn kehittämisessä on nähty se, että eri alojen työntekijät toimivat hyvin erilaisissa toimintakulttuureissa. (Mönkkönen 2007, 128.) Toimialat (systemit) eivät näin ollen kohtaa ja rajasysteemi ei toimi. Kukin taho näkee esimerkiksi asiakkaan ongelmista hyvin erilaisia asioita ja näkemyksiä voi olla vaikea sovittaa yhteen. Sama pätee toisen yksikön sosiaalityön toimintatapoihin. Jokainen sosiaalityöntekijä näkee toisen yksikön sosiaalityöstä hyvin erilaisia asioita, vaikka kaiken kaikkiaan asiat voivat

olla hyvin samankaltaisiakin. Moniammatillisuuden toimimiseen vaikuttaa sosiaalityöntekijän mielestä myös hallinnolliset seikat ja johtaminen:

Sos.tt1: *”Siinä on myös se, että tähän moniammatillisuuteen ja tiimiin vaikuttaa myös, miten organisaatio hallinnollisesti toimii, miten johto toimii, se on aika oleellinen asia. -- Mun esimies ei ole läsnä, hän on vain saatavissa. Jatkuvuutta ei ole sillä. Johtamisen kannalta erittäin ongelmallinen tilanne minun mielestä. Se vaikuttaa siihen, että perustehtävästä yksinkertaisesti pitäis olla tietoinen. Yksinkertainen asia, avoin luottamuksen ilmapiiri, edellytyksenä. Ei se ole avoimen luottamuksellinen.”*

Mönkkönen (2007, 128) mainitsee dialogin tärkeydestä, mikä tuo vuorovaikutuksen tuomiin pulmiin uudenlaisia näkökulmia. Vastavuoroinen dialogi on laajentanut eri alan osaajien herkkyyttä tutkia toisten toiminnan logiikkaa. Pelkästään puhe moniammatillisen työn merkityksestä ei ole poistanut eri toimintakulttuurien ja ideologioiden välisiä ristiriitoja asiakastyössä. Vuoropuhelu ammattilaisten kesken syntyy helpommin yhteisten tehtävien parissa, mutta viime kädessä sosiaali- ja terveysalojen moniammatillisessa työssä yhteistoiminnallinen suhde syntyy viranomaisten kesken.

Moniammatillinen yhteistyö toimii usein sanojen tasolla, mutta käytännössä se on kuitenkin toinen juttu. Siinä tarvitaan molemminpuolista tehtävien jakoa ja ymmärrystä toisen tehtävistä. Moniammatillisen asiantuntijuuden näkökulmasta yhteistyön tarkastelu edellyttää koko toimintatavan ja sen vuorovaikutuskäytäntöjen ottamista tarkastelun kohteeksi. Edellinen vastaus kuvaa menettelytapoihin suuntautuvaa byrokraattista asiantuntijuutta, missä työorganisaation kasvaessa yksittäisten asiantuntijoiden työt on koordinoitava yhteen. Vaikka puhutaan moniammatillisuudesta tai monitieteisyydestä, asiantuntemuksen koordinoinnin yhteydessä ei kiinnitetä huomiota sisällöllisesti yhteisen työn rakentamiseen. (Launis 1997, 125–127.) Yhteistoimimattomuus, toisin sanoen rajajärjestelmän kohtaamattomuus (toimimattomuus) toimii molempiin suuntiin. Se ei toimi joko tiimin puolesta sosiaalityön suuntaan tai sitten sosiaalityöstä tiimin tai jonkin sen osa-alueen suuntaan. Seuraavan esimerkin kommentti tuo esiin muun muassa epätietoisuuden kotiutushoitajien tehtävä-alueesta ja työtehtäväjaon ongelmasta:

Sos.tt11: *”Minusta tähän on tullut vähän semmoista häilyvyyttä viime vuosien aikana, koska uusia toimijoita on tullut ja esimerkiksi sairaanhoitaja sanoi muutama viikko sitten, että 'mitä se kotiutushoitaja tekee, että minulla se on jäänyt hämärän peittoon'. Sosiaalityöntekijä on mukana ja ei ole mukana silloinkin, kun pitäis olla. Just se, että on tullut uusia toimijoita, erikoissairaanhoitajia, kotiushoitajia, no potilasasiamies on paikallaan, niin kuin nämä erikoissairaanhoitajatkin...”*

Organisaatiokulttuurin todetaan vakiinnuttavan tiettyjä organisaation kannalta merkittäviä toimintatapoja, jolloin siitä voi tulla myönteisiä muutoksia estävä tekijä. Työntekijä toimii kritiikittömästi kuten aina ennenkin. Tällaista toiminnan staattisuutta, paikalleen pysähtyneisyyttä voi nähdä myös sairaalaorganisaatiossa ja siellä tehtävässä sosiaalityössä. Pitäytyminen vanhoissa käytännöissä toimii kuitenkin usein vahvana toimintaa ohjaavana normina. Se säätelee niin ”vanhojen” työntekijöiden toimintaa kuin sosiaalista uudet työntekijät perinteisiin työkäytäntöihin. Tietyt työkäytännöt pysyvät, vaikka ne samalla ovat kritiikin kohteina ja aiheuttavat myös jossain määrin ristiriitaisuuksia työntekijöiden välille. Pitäytyminen on eräs osoitus byrokraatiasta. Organisaation yhteisösuhteita rasittavat hierarkkisuus ja siihen liittyvät valtaongelmat. Ne ilmenevät erilaisissa virallisissa ja epävirallisissa normeissa ja tottumuksissa. Niitä noudatetaan käytännössä ja ne voidaan nähdä osana byrokraatisoitumisprosessia, siihen alistumisena. (Ojuri 1996, 125.) Moni kohtuuttomaan tilanteeseen johtanut ammatillinen arviointi liittyy myös organisaation byrokraattiseen kulttuuriin ja järjestelmäkeskeiseen ajattelu- ja toimintatapaan, jota yksittäinen työntekijä ei kyseenalaista eikä mahdollisesti edes tunnista (Metteri 2012, 213). Seuraava sosiaalityöntekijän ajatus tiivistää ajatuksen, mitä sosiaalityö sairaalassa voi olla:

Sos.tt3: ”Lähtökohta on se, että ollaan terveydenhuollon sosiaalityössä ja erikoissairaanhoidossa. Lähtökohta on potilas, joka tulee saamaan hoitoa. Ei olla tekemässä sosiaalityötä itsekseen. Hyvin tiivistä tiimityötä, ei tehdä yksin vaan tiimissä. Ajatellen potilasta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja toimintakykyä arjessa, mitä se milloinkin on. Ajatellen elämäntilannetta ja arkea, miten hän parhaiten pärjäisi siinä. Huomioiden myös psyyke, että sosiaalinen puoli, elämäntilanne, kulttuuri ja kaikki olennainen potilaan arkiympäristössä. Selvitetään oireiden psykososiaalisia taustatekijöitä että myös niiden oireiden kanssa jaksamista sinä hetkenä myös seurauksia, mitä siitä syntyy. Erityisesti lasten ja nuorten kohdalla (ehkä myös aikuisten) hyvin paljon ennaltaehkäisevää työtä ja varhaista puuttumista.”

Ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen ovat sairaalan sosiaalityölle ominaista, mikä tulee mainituksi muutamaan otteeseen haastatteluissa. Merkille pantavaa on se, kuinka haastatteluissa sosiaalityön tehtävän kuvaus tuottaa kahdenlaista puhetta. Muutamissa vastauksissa tehtävä oli jossain määrin hukassa ja ”määrittelemätöntä”, kun taas toisessa se tulee selkeänä esille, kuten edellisessä kommentissa. Hyvä tiimityö puolestaan edellyttää sitä, että toisten asiantuntijuus tiedostetaan. Sosiaalityöntekijä itsekin kaipaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, jotta kykenee ottamaan sen huomioon tehdessään jatkosuunnitelmaa asiakkaan kanssa. Ajatellaan, että pohjimmaltaan yksikön perustettava sanelee sosiaalityön osuuden, joka ehkä osaltaan hankaloittaa yhteisen sosiaalityön

määritelmän luomista. Sosiaalityöntekijöille suunnatun tutkimuksen (Kemppainen & Koskinen & Pohjola & Urponen 1998, 53, 63) mukaan sosiaalityöntekijät kokevat, että heillä on suhteellisen vähän tietoa sairauteen ja vammaisuuteen liittyvistä kysymyksistä. Osittain tämä saattaa kuvastaa sosiaali- ja terveydenhuollon etäisyyttä toisistaan. Sosiaalisen asiantuntijuuden lisäksi tarvitaan kuitenkin tietoa sairauksista ja niiden vaikutuksista. Tietämys helpottaa vuorovaikutusta asiakkaan kanssa, mutta se on myös välttämätön edellytys vuorovaikutuksessa muiden ammattilaisten kanssa. Tietoa tarvitaan mielenterveyden ongelmiin, diagnooseihin, lääkitykseen ja hoidon vaikutuksiin liittyvistä ihmisten kokemuksista. (Ryan & Healy & Renouf 2004, 30.)

Sos.tt10: *”Meidän näkökulmasta sosiaalityön osuus on aika iso, että jos ajateltais, mitä ne perinteiset sosiaalityöntekijän tehtävät on, kyllä mie näkisin, että se on aika paljon tämä verkostoituminen ja yhteys sinne avoimiseen, se on sitä tärkeää.”*

Sosiaalityötä käytetään, mutta haastatteluista ilmenee, että perustyön hyödyntämisen osaaminen on heikkoa muilla ammattiryhmillä. Sairaalan eri ammattiryhmillä voi olla sama asiakas, mutta erilaiset tehtävät:

Sos.tt14: *”Joskus oon kuullu, että joskus on sanonut, että vaikka joku sairaanhoitaja, että kaikkihan täällä tekee samaa työtä, mutta eihän se kuitenkaan oo silläläilla, koska jokaisella on oma koulutus ja ajattelutapa on erilainen.”*

Näin ajatellen jokainen osasysteemi näkee vain sen, minkä kykenee näkemään. Tämä tuo esille tiimityön kommunikaatio-ongelman. Mielestäni siihen vaikuttaa pitkälle sosiaalityön epämääräinen ja vakiintumaton itsenäisyys tietyllä alueella, ja joka on riippuvainen sosiaalityöntekijän henkilökohtaisista taidoista. Sosiaalityön epämääräisestä itsenäisyydestä kertoo myös se, että se sisältää paljon oletuksia toisen yksikön sosiaalityöstä. Liian rikkonaiset näkemykset yhden osasysteemin sisällä vähentävät toimintafunktion (sosiaalityön) kokonaissysteemiä ja näin se samalla heikentää kilpailukykyä muihin osajärjestelmiin (esimerkiksi lääketiede). Systeemien vuorovaikutuksessa jatkuvat tuen ja kontrollin jakautuminen, syyttely, ihmeiden odottelu, äkkinäinen reagointi ilman seurausten ennakoitua ja niin edelleen, itse pulma ei tule kovin hyvin hoidetuksi. Pulmalla ei ole muuta hoitamisen maastoa kuin vuorovaikutus. (Arnkil & Eriksson 1999, 80.)

Sosiaalityön menetelmällinen ja evidenssipohjainen kehittäminen on välttämätön edellytys sen itsenäiselle säilymiselle kovenevassa resurssikamppailussa. Kyse on ammatil-

lisesta professiosta. Sosiaalityöltä voidaan perustellusti vaatia ”tehtäväkuva” kirkastamista, jotta edellä kuvattuihin haasteisiin voidaan vastata. Olennaista siinä on, että organisoinnin ja taustarakenteiden tulisi tukea sosiaalityön eritasoisten tavoitteiden toteuttamista. (Karjalainen & Sarvimäki 2005, 31; Sommerfeld 2005.)

Sos.tt15: ”Mie näen sosiaalityön muunakin kuin lippujen ja lappujen täyttämisenä tai pelkästään etuuskien käsittelijänä, mut joissakin yksiköissä se etuuskien käsittely nousee enemmän esille kuin toisissa. Et sosiaalityöntekijä ei ole sellainen täydennys siinä joukossa vaan meidän tehtävä on oma erityinen roolinsa, vaikka se lapsi ja se focus on yhteinen. sosiaalityö tuntuu nousevan liiankin esiin. Mä ajattelen että on kuitenkin kiinni paljon siitä työntekijästä, minkä roolin hän ite ottaa.”

Sosiaalityön osuus tiimityöstä koetaan pitkälle riippuvan tiimityön muista henkilöistä ja totutuista toimintatavoista, kuinka sosiaalityöntekijä otetaan mukaan kokonaistilanteen kartoittamiseen. Sosiaalityö korostuu usein tilanteissa, jotka eivät ole sosiaalityöntekijöiden mukaan varsinaista sosiaalityötä ollenkaan. Tämäkin ajatus nousi kommentteissa useaan otteeseen esille:

Sos.tt2: ”Sosiaalityön osuus? Riippuu tilanteesta, joskus osuus korostuu asioissa mikä ei varsinaista sosiaalityötä aina ole. Ongelma tässä on se, että sen joutuu määrittämään muu ammattiryhmä kuin sosiaalityöntekijä itse. Esimerkiksi lääkäri joka aika pitkälle tietää mikä sosiaalityön osaminen on, mutta aina siihen ei pystytä. Ihanteellisinta olisi, että sosiaalityöntekijä saisi itse määrittellä oman työnsä tarpeellisuuden. Suurissa potilasmäärissä se ei vain ole mahdollista.”

Tasaveroinen tieteiden välinen dialogi ei toteudu helposti terveydenhuollon hierarkkisessa rakenteessa. Se edellyttää moniammatilliseen työhön osallistuvilta toistensa tarkastelutapojen tunnistamista ja tunnustamista. Samasta asiasta puhutaan usein luottamuksen, arvostuksen, kunnioituksen tai kiinnostuksen puutteena toisen alan asiantuntijoita kohtaan. (Metteri 1996, 147.) Syynä huonoon kommunikaatioon yksittäisissä tapauksissa voi olla yksinkertaisesti myös se, että muut ammattiryhmät eivät tunne sosiaalityötä tarpeeksi, etenkin sen sisältöä sairaalassa. Ongelmalliset asiat siirretään helposti sosiaalityöntekijän hoidettavaksi, vaikka ne eivät aina olisikaan sosiaalityöntekijälle kuuluvia. (Pylväs 2003, 56.) Lasse Murrone (2005, 322) näkemyksen mukaan on varauduttava siihen, että sosiaalisen asiantuntemusta kyseenalaistetaan, jos se jää vaikeaksi haltuun otettavaksi ilmiöksi. Tuolloin vastauksia haetaan medikaalisten, juridisten ja pedagogisen asiantuntemuksen piiristä. Mielestäni sosiaalisen asiantuntemuksen kyseenalaistamisen mahdollisuus kertoo nimenomaan toimintakentän epämääräisestä itse-

näisyydestä, jossa sosiaalityön kehittyminen professiona on jäänyt taka-alalle organisaation sisällä.

Yhteenvetona voisi todeta, että sosiaalityön systeemi murenee sitä myöten, mitä enemmän yksittäinen sosiaalityöntekijä joutuu henkilökohtaisesti markkinoimaan työtänsä tiimissään. Jos yksittäinen sosiaalityöntekijä on saanut omaan tiimiinsä vuorovaikutukselliset suhteet, se ei kerro koko totuutta sosiaalityön asemasta erikoissairaanhoidossa. Vaikka yksi sosiaalityöntekijöistä kokee, että koko sosiaalityöntekijöiden ryhmä ei tuo omaan työhön tukea ja kykenee itse tekemään omannäköistään sosiaalityötä yksikössään, toinen kärsii siitä, että joutuu pohtimaan sosiaalityöllisiä kuvioita yksin tiimissään. Kun ei uskalleta päästää irti omista tavoista, eikä haluta kivuta uusille reviiireille, on hankala saada alkuun kehittämissuunnan löytymistä tai vahvistaa sosiaalityön rintamaa sairaalassa. Yksin tehden isommat irtiotot totutuista työkuviosta tiimissä voivat olla yksittäiselle työntekijälle suhteellisen isoja haasteita ilman vahvaa esimiestä tai johtajaa, joka ajaa asiaa eteenpäin. Sosiaalityön oman systeemin olemassaolo tarvitsee itsenäisempää kokonaisymmärrystä sosiaalityöstä ja sen toimintatavoista erikoissairaanhoidossa.

Mitä selkeämmin sosiaalityössä voidaan toimia professiona, sitä autonomisemmaksi sosiaalityö muodostuu. Tuolloin työ ei perustu normien toteuttamiselle, vaan teorioiden ja menetelmien käyttämiseen ammatillisessa toiminnassa. Se puolestaan edellyttää ammattikunnan tiedon ja taidon sekä etiikan yhteensovittamista oman koulutuksen perusteella. Asiakastyössä toimivalla ammattilaisella on sellaista sosiaalisen työn ammattitaitoa, että hän kykenee tekemään työtä, soveltaen työskentelymetodeja, joilla voi tukea myös asiakasta hänen sosiaalisessa hädässään. (Niemelä 2008, 22)

5.2 Esimiesten kokemukset sosiaalityön toimintakentästä

Systeeminä ajatellen jokaista tulosalueen esimiestä ja sen alueen sosiaalityösystemiä olisi tasavertaisempaa tarkastella toisiinsa nähden erikseen, mutta tässä tutkielmassani tarkoitus onkin etsiä sosiaalityön systeemin kannalta tekijöitä, jotka joko pirstaloittaa tai kiinteyttää itse sosiaalityön kokonaisfunktiota sairaalaorganisaatiossa. Pidän esimiehiä systeeminä hallinnollisin perustein, vaikka jokaisella heistä onkin oma alueensa ja erilaiset toimintatavat johtaa sosiaalityötä ja muuta toimintaa.

Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöiden esimiehet ovat yleisesti aika kaukana sosiaalityön käytännöstä. Ainoastaan päihdekllinikalla on sosiaalityöllisen ammattiviitekehyksen omaava esimies. Esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden rajasysteemi toimii joillakin alueilla kohtalaisen hyvin, mutta huonosti toimiessaan se tuottaa epäselvän käsityksen sosiaalityön toimenkuvasta. Tuolloin esimies herkästi myös henkilöi sosiaalityössä ilmenneitä ongelmia. Ongelmat johtamistyössä tuottavat myös sosiaalityölle suuria paineita. Sosiaalityöntekijöiden ollessa jokainen omien yksikköjensä alaisuudessa, pirstaloittaa se kokonaiskuvaa sosiaalityön perustehtävästä ja hajauttaa sosiaalityön itsenäisyyttä jättäen suuren vastuun yksittäisten sosiaalityöntekijöiden harteille. Sosiaalityön ollessa erilaisten esimiesten alaisuudessa tuo se luonnollisesti hyvin ääripäissä olevia mielipiteitä ja ajatuksia sosiaalityön työnkuvasta ja tehtävistä. Rajasysteemit esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden eivät kohtaa, koska kommunikointia ja yhteistyötä sosiaalityön asemasta ja tehtävistä Lapin keskussairaalassa on suhteellisen vähän. On otettava huomioon, että lääkäriesimiesten työtä kuvaa nykyisin roolien ylikuormitus, joka asettaa esimiehen osaamiselle suuria vaatimuksia (Tuomiranta 2002, 43–44).

Esimiesten näkökulmat sosiaalityöstä jakaantuvat kahteen ääripäähän ja osa jää niiden välille. Ääripäistä toinen ajattelee, että sosiaalityöllä olisi oltava itsenäinen asema, joka määrittelee itse itsensä. Toisessa sosiaalityön rooli on olematon ja enintään avustava ammattiryhmä muille ammattiryhmille sairaalassa:

Esimies2: ”Onko se mitään ihmeellisempää kuin muukaan sosiaalityö erikoissairaanhoidossa, tietysti se palvelee erikoissairaanhoidon lääketieteellisen hoidon tavoitetta ja tukee siinä. Enemmän tukee sitä kokonaisuhoitoa, mutta jota pitäisi tarkastella potilaan asemasta ja lähtökohdasta sitä tilannetta. --- Sosiaalityö erikoissairaanhoidossa ei pitäisi olla mitään muuta kuin sosiaalityötä ja lähteä tarkastelemaan edelleenkin asiakas/sosiaalityön näkökulmasta, ei se sosiaalityöntekijälle muutu potilaaksi, se on sen erikoissairaanhoidon ja lääkärin ja hoitajien potilas, mutta sosiaalityöntekijälle se on asiakas. Mutta perusorientaatio pitäisi siitä huolimatta olla se sosiaalityön perusorientaatio. Sosiaalityö ei ole erikoissairaanhoitoa, mutta on hoitoa ja potilasta tukevaa. Ensisijaisesti näin. ”

Esimies5: ”Huolehditaan potilaan apuvälineet ja jatkohoidot ja tämmöiset asiat. Se sosiaalityö tehdään siellä sitten osittain (terv.keskuksessa) siellä me tarvitaan sitten hyvää sosiaalityöntekijää, joka yhteistyössä meidän hoitotyön kanssa hoitaa sitten potilaan kotiutuksen ja tämmöisiä, niin kuin sanotaan päivittäin juoksevia asioita, mutta niistäkin osa siirtyy kuntiin koska tuota niin niin, potilaat lähtee meiltä aika lyhyen ajan jälkeen.”

Puhe siitä, että sosiaalityö palvelee ja tukee lääketieteellisen hoidon tavoitetta, sekä saman kommentin ajatus sosiaalityö sosiaalityönä voi tuottaa hienoisen ristiriidan siitä,

mitä se sosiaalityö nyt onkaan. Kovin monimutkaista ja abstraktia selitystä ei välttämättä osata sisäistää sairaalan konkreettiseen maailmankuvaan. Epämääräinen ajatus siitä, että terveyskeskuksissa tarvitaan "hyvää sosiaalityöntekijää", mutta erikoissairaanhoidossa sosiaalityöntekijä huolehtii asiat, jotka kuuluvat enemmän kotiutusohjaajan tehtäviin kuvaa sitä tilaa, millainen sosiaalityön asema joissakin erikoissairaanhoidon yksiköissä voi olla. Sosiaalityöntekijä on tuolloin selkeästi lääketiedettä ja sairaanhoitoa avustava ammattiryhmä, jolla ei ole selkeää työnkuvaa. Tärkeitä ovat näkökulmat myös näiden kahden ääripään välillä, koska niistä huomaa sen, miten eri tavoin sosiaalityö ja esimiestaso käytännössä voivat kommunikoida yhden sairaanhoitopiirin sisällä.

Esimies1: ”sosiaalityö on yksi keskeinen ammattiryhmä. Mitä se on, se varmaan vaihtelee kolmen erikoisalalan toimintamalleista/käytännöistä, mutta itse ajattelen niin, että moniammatillinen työryhmä, meillä on joka ammattiryhmällä osin vähän sitä samaa, mutta sosiaalityöntekijä on se sosiaalialan asiantuntija kuten muut omillaan, mitä ei voi kukaan muu korvata.”

Sosiaalityötä pidetään puheissa ”keskeisenä ammattiryhmänä”, mutta käytännössä sosiaalityöntekijän tehtävistä ja osuudesta tiimissä on hankala saada kiinni. Yhteistyön kehittymistä hankaloittaa se, ettei yhteistyöhön liittyvää teoreettista tietoa tiedetä, eikä hallita. Ei tiedetä, miten asioita käsitellään moniammatillisesti, jolloin myös pitäydytään perinteisissä toimintatavoissa. Moniammatillinen yhteistyö on jäänyt ideologian tasolle. Kun työ nimetään yleisesti moniammatilliseksi yhteistyöksi, oletetaan, että se sellaisenaan alkaisi kuin itsestään sujua moniammatillisen yhteistyön mukaisesti. Käsitteen käyttö itsessään tuo organisaation toiminnan rationalisuuteen, päätöksentekoon ja tie-
donkulkuun lisäarvoa. (Nikander 2003, 279.)

Esimies3: ”Siinä on pikkuisen se rooli muuttunut, kun aiemmin on ollut paljon kotiutukseen liittyen. Oon vähän ymmärtänyt, että on hakua, vähän henkilöihinkin liittyen, mikä se on sosiaalityöntekijän tehtäväkuva eikä sosiaalityön kentästä varmaan ole kovin hyvää kuvaa tarkoitan lainsäädännöstä ja palvelukuvioista Lääkärinä en osaisi sosiaalilainsäädännön pohjalta itse päättää. Kyllä siinä apua tarvitaan.”

Esimies antaa ymmärtää, etteivät sosiaalityöntekijätäkään tiedä, mikä on sosiaalityön tehtävänkuva. Ajatus kyllä näyttäytyy joidenkin sosiaalityöntekijöidenkin puheissa, joka toisaalta kuvastaa sitä, että joillakin alueilla sosiaalityöllä todella on hatara kosketuspohja eikä sillä ole välttämättä merkitystä, että toisella alueella on toisin. Esimiehen mielestä sosiaalityöntekijä on avustava henkilö etenkin lainsäädännön alueella. Esimiehen puheissa toistuu hieman ajatus, että sosiaalityön tehtäväkuvan epämääräisyydessä

kyse on yksittäisestä työntekijästä. On ehkä helppo henkilöidä ongelmia, eikä etsiä ratkaisua ongelman luonteelle. Hanna Sellergrenin (2007, 40) tutkimuksessa kävi ilmi, ettei yhteistyön aloittaminen ollut helppoa. Työntekijä tunnisti itsessään myös sen, että jos yhteistyö ei lähde sujumaan, ryhtyy henkilöimään ongelmia eli syyttää siitä jotakin yksittäistä henkilöä.

Muutammat esimiehet ottivat sosiaalityön juridisen ulottuvuuden jatkuvasti esille ja tähän tuli myös sosiaalityöntekijöiden puolelta muutama mielipide asiaan, joka omalta puoleltaan kertoo turhautumista siihen. Esimiehen aito hämmästys sosiaalityön tehtävänkuvasta ja siitä, miten siitä ei saa otetta voi olla osaksi myös kommunikaatio-ongelmaa. Oletetaan, mitä sosiaalityö on ja osittain ajatukset voivat olla jäämistöä myös sosiaalihoitaja-ajalta. Toisaalta kyse on varmasti myös yleensä johtajuudesta erikoissairaanhoidossa. Keskijohdossa, enemmän terveydenhuollossa ja eniten erikoissairaanhoidossa on vielä merkittävää epäselvyyttä sen suhteen, johdetaanko kokonaisia organisaatioita ja prosesseja, vai kohdistuuko eri johtajien johtaminen vain omaan ammattikuntaan ja sen osuuteen prosesseissa. Tämä epäselvyys ei voi olla heikentämättä johtamisen roolia prosessien kehittämisessä. Verkostoissa vaikuttaminen tai jopa verkostojohtaminen on siis enemmän sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon keskijohdon työtä. Verkostojohtamisen omaksuminen vaatii johtajilta uudenlaista johtamisorientaatiota. (Viitanen & Kokkinen & Konu & Simonen & Virtanen & Lehto 2007, 10, 70.)

Esimies4: ”Se yllätys on se, että miten vähän se sosiaalityön koulutus vastaa sitä meidän oletettua sosiaalityön tietotaitoa esimerkiksi näissä sosiaalityösuhteissa ja Kelan näissä kaikissa etuisuuksissa ja nimenomaan näissä etuisuuksiin liittyvissä asioissa, että tuota.. miten erilainen se sosiaalityön maailma siellä on. Se varmasti on jotain semmoista osaamista, mitä me ei varmaan voida edes hahmottaa, mut että me ei voida sitä aina edes tietää.”

On silmiinpistävää, kuinka eri tavoin esimiehet ajattelevat sosiaalityön perustehtävistä. Toinen esimies kritisoi päinvastaisessa valossa ”tietotaitoa” tai ”nippelitietoa” esimerkiksi lainsäädännön puolelta:

Esimies2: Ja sitten esimerkiksi koulutus joka organisaatiossa on, kyllä sieltä saa tikulla etsiä sellaista sosiaalityön viitekehiksestä nousevaa koulutusta. Et se on enemmän tämmöistä lainsäädäntökoulutusta ja erityisosaamisen koulutusta, eli hyvin tämmöistä kapeutunutta.

Yksittäisen sosiaalityöntekijän taitoja ylistetään ja kuitenkin tiedostetaan, että juuri se esimiehen mielestä olennainen tehtävä ei ehkä ole sosiaalityötä ollenkaan:

Esimies5: ”..kun hän on vielä kielitaitoinen, hän on todella valtava apu tämmöisessä niin kuin päivittäistyössä ja hyvin joustavasti hoitaa tämmöisiä asioita, joka ei välttämättä ole edes sosiaalityötä”

On todettu, että sairaalaympäristö ja sen terveydenhuoltopainotteinen organisaatio muodostavat erityisen haasteen sosiaalityön asiantuntija-asemalle ja tämä näkyy selvästi myös Lapin sairaanhoitopiirissä. Sosiaalityön tekeminen ”vieraskentällä” on erityisen haastavaa, koska tällöin organisaation tavoitteita ja toimintamuotoja määrittelevät muiden professioiden ajattelu- ja toimintatavat. (esim. Pekkarinen 2010, 29.) Sosiaalityöntekijöiden kannalta on hyvin haitallista, jos esimies ei ole perillä sosiaalialasta ylipäänsä tai mitä tarkoitusta varten sosiaalityö on sairaalassa. Tutkielmani aineisto toi esimiesten kommentteista esiin oletuksia ja ajatuksia siitä, mitä sosiaalityön sairaalassa pitäisi olla. Sosiaalityö saa merkityksensä usein epätyypillisistäkin tehtävistä, joita lääkärikunta ja kiire määrittelevät:

*Esimies5: ”Tämä sosiaalityön osaaminen sanotaan nyt tuolla ***:ssä kerroksessa, jos päivittäinen vaihto on 50 potilaan luokkaa, siellä on vajaa 80 potilaspaikkaa, parhaana päivänä saattaa yli siis puolet osastosta vaihtua.. niin eihän meillä ole mitään mahdollisuutta enää, sanotaan niinku yksilöllisesti hoitaa potilasta. Hyvin olennaista on, että sosiaalityö ja sosiaalityöntekijä on mukana siinä, niinku päivättyrytmisissä, että se, että hän on siinä lähellä, hän on osittain jopa kierrolla mukana. Eihän sosiaalityö enää pysty olemaan jokapaikassa.”*

Jokaisessa yksikössä on erikoispiirteensä, jotka vaikuttavat sosiaalityön tehtäväkenttään ja voivat tuoda sosiaalityölle epätyypillisiä tehtäviä mukanaan. Edellä olevassa esimiehen kommentissa piilee pelko siitä, jos sosiaalityöntekijä ottaisi jokaisen potilaan tarkemmin huomioon, potilasjonot vain venyisivät. Tätä ajatusta sosiaalityöntekijäkin pohdii pyrkiessään ottamaan potilaan huomioon inhimillisenä ihmisenä, joka tarvitsee tukea ja ohjausta arjessaan sairaalassaolon jälkeen. Se tuskin lisää potilasjonoja sen enempää kuin potilaan sosiaalisten asioiden huomioimatta jättäminen:

*Sos.tt5: ”Mutta [tulosityksikössä] pakkaa olemaan, katsotaan että on 'rouva lonkka huoneessa 9', unohdetaan sitten missä se rouva lonkka asuu, kuka hän on, minkälaiset yhteydet hänellä on sukulaisiin, onko hänellä ketään apuja. Minusta sosiaalityön tehtävä on aina muistuttaa, että 'niin rouva Keinänen, huoneessa 9, jolle on tehty proteesileikkaus' tai joku, että vähän inhimillistetään sitä. ***:lla se kohdistuu pelkästään fyysiseen ongelmaan tai vammaan. Lääkäreitä nähdään niin vähän, siellä on puskettava sosiaalityötä eteenpäin.”*

On kaiken kaikkiaan helppo todeta esimiesten haastattelujen perusteella, että sosiaalityön sekä esimiesten rajajärjestelmien kommunikointi on heikohkoa. Seuraava ajatus tuo yllättävän mielipiteen esille:

Esimies5: ”Sosiaalityö erikoissairaanhoidossa on sitä, että meidän osalta, nyt kun toiminnan luonne muuttuu kokoajan, se on entistä lyhytjänteisempää tämä elektiivinen erikoissairaanhoido. Siinä se sosiaalityön rooli, sitä ei oikeastaan enää ole.”

Sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa ei tullut kertaakaan esille, etteikö sosiaalityöllä olisi roolia erikoissairaanhoidossa. Kyse on enemmän siitä, otetaanko heidät itseoikeutettuna jäsenenä tiimiin ja halutaanko heidät nähdä tärkeänä osana tiimiä. Kommunikoinnin heikkous juontaa juurensa myös siitä, että esimiehet ja sosiaalityöntekijät eivät juuri pohdi yhdessä asioita. Suppea kuva sosiaalityöstä tuo esille johtamisen ongelman. Samalla esimiesten näkemys sosiaalityön roolista voi vaihtua ääriäidasta toiseen, joka puolestaan kuvaa vuorovaikutuksen luonnetta.

Esimies1: ”Me tehdään niin tiiviisti sitä, siinä on jo lähtökohdiltaan rooli-tettu sitä, että mikä on sosiaalityöntekijä siinä moniammatillisessa kunkin potilaan kohdalta. Et sosiaalityöhän on siin omassa roolissaan kokoajan siinä ja kattoo tilannetta siitä hänen osaamisen ja ammattialueen kautta.”

Sosiaalityön tehtävinä pidetään myös tiedonvälitystä potilaalta esimerkiksi lääkärille:

Esimies6: ”Sosiaalityöntekijän kautta voimme saada lisää tietoa perheen toivomuksista ja siitä, onko potilaan hoito ja suhtautuminen potilaaseen ja perheeseen onnistunut toivotulla tavalla.”

Osa esimiesten määritelmistä sosiaalityön tehtävien suhteen ovat suhteellisen lääkärikeskeisiä. Tämän myötä ei voi olettaa, että muutkaan ammattiryhmät joidenkin yksiköiden sisällä tuntuivat sen paremmin sosiaalityön työnkuvaa. Se taas aiheuttaa ongelmia tiimityöhön. Sosiaalityön tarvitsema itsenäinen systeemi ontuu, koska se ei ole tasavertainen muiden ammattialojen systeemien kanssa. Toisaalta esimiesten näkemykset sosiaalityöstä jakaantuvat kahdella tavalla. Osalla esimiehistä on paljon kokemusta yhteistyöstä sosiaalityön ammattiryhmän kanssa ja he pystyvät sanoittamaan hyvin sosiaalityön toimintakenttää erikoissairaanhoidossa omilla tulosalueillaan. Toisaalta on heitä, joiden kontaktit ovat jääneet itse sosiaalityön ammattiryhmän kanssa etäämmäksi ja tuolloin tiedot ja kuvailut sosiaalityöstä ja sen tehtävistä ovat vain oletuksia ja lääketieteen tarpeiden kautta siivilöitynyttä.

Niemelä (1985) kuvaa hoidon moniammatillista yhteistyötä kolmen käsiteparin avulla: luonto (fysio), mieli (psyko) ja yhteiskunta (sosio). Potilas on osa luonnon ulottuvuutta, jolloin fysio kuvaa potilaan fyysisistä olemusta. Mieli on osa psyyken ulottuvuutta, eli psyko kuvaa potilaan hengen ja sielun olemusta. Se nousee ihmisen ja elämän perimmäisistä kysymyksistä ja tarkoituksista. Yhteiskunta taas on osa ihmisen ympäristöä, jolloin sosio kuvaa potilaan osallisuutta yhteiskunnassa, sosiaalisuudessa ja toveruudessa. Tällöin perhe- ja työympäristö tulevat keskeiseksi. Luonnontieteissä etsitään syitä ja korjataan seurauksia. Hoitotieteessä pyritään hoivaamiseen, terveystarkastukseen ja käyttäytymisen muutokseen. Sosiaalitieteissä keskitytään sosiaalisten ongelmien selvitykseen, kartoitukseen ja muuttamiseen. Fyysisessä avuntarpeessa vaikutetaan ruumiin, psyykkisessä mielen ja sosiaalisessa yhteiskunnan muutokseen. (Mt., 7–21.) Jokaisella funktiolla on omat rajoituksensa ja niiden perusteella toimitaan.

Moniammatilliselle työryhmälle on ominaista, että sama ilmiö voidaan tulkita usealla eri tavalla ammattikunnasta riippuen. Sosiaalityön ja lääketieteen lähestymistavan ero näkyy luonnontieteen ja sosiaalisen kehityksen vastakkaisuutena, mikä näin ollen aiheuttaa vastakkainasetteluja terveydenhuollon sosiaalityössä. Terveydenhuollon sisällä on tietohierarkia, jossa luonnontiede on ylimmäisenä, psykologinen tieto jossakin keskellä ja sosiaalinen tieto alimmaisena. (Metteri 1996, 146–147; Pylväs 2003, 27–28.)

Sairaalan sosiaalityön vahva haastaja on medikalisaatio, eikä se ole pelkästään yksittäisen sairaalaorganisaation tuote. Medikalisaatio ilmiönä tarkoittaa sitä, että lääketieteellinen asiantuntijuus ulotetaan sairauksien ulkopuolelle ja yhä useampi ilmiö määritellään terveyden ja sairauden termein. (Metteri 1996, 151.) Medikalisaatio voi ilmetä terveydenhuollon sosiaalityössä ongelmana sen takia, että sosiaalityön tietäminen, tieto ihmisen arjesta on lääketieteelle alisteista, eikä tasaveroiseen vuoropuheluun päästä institutionaalisissa rakenteissa. Tämä näkyy usein muun muassa moniammatillisissa kuntoutus- ja työkykyarviointityössä. Lääkärien ammattikunta on mukana arvioimassa ”objektiivisia löydöksiä” joka tasolla perustasolta ylimpiin valituselimiin saakka. Ammattikunnan sisäisessä hierarkiassa vakuutuslaitosten ja -yhtiöiden lääkärit tai asiantuntijalääkärit toimivat portinvartijoina lakisääteisiin sosiaaliturvaetuuksiin. Asiantuntijalääkäreiden antamien ratkaisujen kriteerien kyseenalaistaminen tai ohjeistetusta linjasta poikkeaminen leimataan huonoksi ammattitaidoksi. Näin uusinnetaan juridisessa mielessä mahdollisimman ”oikein” ylemmältä asiantuntijatasolta annettuja arviointikriteerejä riippumatta siitä, millainen asiakkaan ja hänen kanssaan kasvokkain työskentelevän asi-

antuntijan välitön kokemus asiakkaan selviytymisestä muuten on. (Metteri 1996, 151–152.)

Medikalisaatio hallitsee erityisesti silloin, kun on kiire saada potilaita pois osastolta. Tuolloin ei välttämättä anneta pientäkään tilaa sosiaalityölle tai niin sanotulle kokonaisvaltaiselle hoidolle. Eräs haastattelemani lääkäri kommentoi, että usein hoidetaan vain ”jäävuoren huippua” (Esimies5), josta ilmenee yksikön nopeatempoinen hoitotapa. Medikalisaatio liittyy sekä biolääketieteen kehitykseen ja yleensä länsimaisen tieteen kehitykseen sekä modernin, teollistuneen yhteiskunnan sääntelyyn ja hallitsemiseen. Lääketiedettä voidaan pitää suhteellisen hienovaraisena ja keskiluokkaisena poikkeavuuden sääntelykeinona. (Conrad & Schneider 1980, 206.) Medikalisaatio tulee esille hyvin vahvasti esimiehen ajatuksessa:

Esimies2: ”En tiedä onko kysymys jotenkin tästä ajasta ja jotenkin siitä, että odotetaan suoraviivaisia, selkeitä nopeita ratkaisuja, esim. hoitoratkaisuja ja medikalisaation arvovalta on niin ylivertainen. Medikalisaation asema on niin ylivertainen meidän tähetken ihmisten auttamisjärjestelmässä, mä en puhu ihan yksinomaan edes erikoissairaanhoidosta. - - kysymys ei aina ole siitä, mitä ne lääkärit määrää tai mitä ne lääkärit ajattelee meidän työstämme, vaan on kysymys on kansalaisten odotuksista palvelujärjestelmille, kun asiat on medikalisoitu: kun on paha mieli ja uni on ollut muutaman yön pois, pitää saada pilleriä, kun läheinen on kuollut, pitää saada pilleriä, jos nenä vuotaa, on huono lääkäri jos ei anna antibioottia vaikkei ole edes antibiootin tarvetta.”

Dialogisuuden kannalta on keskeistä, että useiden toimijoiden vuoropuhelussa asiakkaan tilanteesta rakennetaan uusi ymmärrys. Lähtökohdiltaan ymmärrys asiakkaan tilanteesta on sellaista, että kukaan erityisosaja ei voi yksin sitä saavuttaa. Ongelmana moniammatillisen työn kehittämisessä on nähty se, että eri alojen työntekijät toimivat hyvin erilaisissa toimintakulttuureissa. (Mönkkönen 2007, 128.) Esimerkiksi lastensuojeluverkostoissa ei ole tavatonta, että toivotaan jonkun muun muuttavan toimintaansa. Toisille suunnataan selkeämmän ja jämäkemmän toiminnan odotuksia, jopa vaatimuksia (Arnkil & Eriksson 1999, 78).

Esimies1: ”Itse ajattelen niin, että voi olla että on sosiaalityöntekijän helpompia käydä keskustelua verkostossa olevan sosiaalityöntekijän kanssa, kun se kieli on ehkä jollain tapaa samanlaisempi, et sillä tavalla ajattelen myös tähän tehtävänjaon mukauttaa..”

Haastattelija: ”..niin, se yhteistyö ulkopuolen sosiaalityöntekijöiden kanssa?”

Esimies1: ”Tarkoitin sitäkin, mutta myös, meitä kun on tässä, katotaan mitä osaa potilaan ja perheen asioista kukin meistä hoitelee, jos siinä painottuu, esimerkiksi siinä alkuvaiheessa, lähetteestä joku kattoo, että tässä on aikamoiset sosiaalisen alueen pulmat tai perhetason pulmat, niin silloin voi olla, että sosiaalityöntekijä tulee sen takia, että hän on sosiaalityöntekijä, niin matkaan.”

Yhteistoiminnallista työtettä on vaikea toteuttaa, mikäli pidetään jäykästi kiinni oman perustehtävän rajoista. Esimerkiksi kontrollitehtävien delegointi on yleinen psykososiaalisilla toimintakentillä toteutuva kuvio ja tämä näkyy myös sairaalan sosiaalityöntekijöiden vastauksissa. Tuki ja auttaminen nähdään myönteisenä tehtävänä. Kontrolli, valvominen ja rajoittaminen nähdään sen sijaan tehtäväksi, joka kuuluu ennen muuta ”kontrolliammattilaisille”. Jopa silloin, kun työntekijä kokee, että tarvittaisiin vaarallisen tai vahingollisen toiminnan rajoittamista, vältellään asian ottamista puheeksi tai sen työstämistä. Tätä tapahtuu silloin, jos koetaan, ettei asiakas- tai potilassuhde kestä kontrollin esiin nostamista. Toivotaan, että joku muu, esimerkiksi sosiaalityöntekijä olisi aktiivinen kontrollitehtävissä. Psykososiaalisen työn piirissä ei ole kuitenkaan ainuttakaan ammattilaista, joka ei olisi lastensuojelun ilmoitusvelvollisuuden kautta julkisen vallan valvontaviranomainen. (Seikkula & Arnkil 2005, 37–38.)

Kokonaisvaltaisuuden käsite haastattelukysymyksissäni on aika ympäröivä termi ilman sen avaamista. Näin jälkepäin epäilen, että sitä olisi jotenkin pitänyt avata haastattelussa. Termi sellaisenaan sai esimiehen pohtimaan työaikaansa suhteessa erityistyöntekijöihin, jotka ovat töissään kahdeksan tuntia päivässä:

*Esimies4: ”Ja sitten meidän täytyy vielä kilpailla virka-aikana näitten kermankuorijoitten kanssa ja sen takia se käsite muuttuu, me niinku eletään niistä toimeksiannoista ja tää päivystys tai sanotaan tämä erikoissairaanhoidon on auki kahdeksan tuntia päivästä sen virka-ajan, joka on sullottu aivan täyteen hommia ...sitten ollaan se 16 tuntia, joka ollaan sillä minimimiehityksellä, niin me joudutaan tämmöinen kokonaisvaltainen vastuu ottamaan, että meille kuuluu nämä molemmat ja niille kermankuorijoille vaan tämä -- *kynällä ympyröi edestakaisin piirtämänsä kohtaa* -- kahdeksan tuntia”.*

Mielestäni haasteita, jopa ristiriitoja, johtamiseen tuottaa, jos esimiehen mielestä erilaiset erityistyöntekijöiden työajat suhteessa lääkäreiden työaikoihin ovat pelkästään eriarvoistava tekijä esimies-alainen -välisessä suhteessa. Rajasysteemisen näkemyksen kautta tulkittuna systeemit eivät ymmärrä toisiaan ja sen on pakko jollakin tavoin vaikuttaa siihen, miten vähän tai paljon sosiaalityöllä on asemaa tiimissään. Tasavertaista se ei ainakaan ole muiden toimijoiden kanssa. Samainen esimiehen ajatus kokonaisvaltaisuudesta on ”ongelma”, joka hänen mukaansa muuttuu enemmän terveyseskukuksiin. Sieltä

taas valitetaan sitä, että he joutuvat ottamaan vastuuta semmoisesta, mikä ennen tehtiin erikoissairaanhoidossa. Sosiaalityöntekijällä on suuri vastuu yksin oppia tietämään, rajaamaan ja hallitsemaan omaa tehtäväkenttää erikoissairaanhoidossa:

Esimies5: ”Kyllä siinä ammatinhallintaa vaaditaan siltä sosiaalityöntekijältä, että hän osaa sanoa ei, niihin asioihin, mitä ei ruveta hoitamaan ja osaa valita ne asiat, mitkä pitää hoitaa. Siinä se vaatii hyvin kiinteän kontaktin kuitenkin niihin hoitotiimeihin.”

Se, mitä sosiaalityö itsessään oikeasti on ja onko sosiaalityöntekijällä mahdollisuus käyttää omaa asiantuntijuuttaan erikoissairaanhoidossa riippuu pitkälle siitäkin, miten sitä on opittu hyödyntämään eri yksiköissä:

*Esimies4: ”Sosiaalityön arkipäivässä on tätä matkatoimistohommaa ja sitä soittelemista ulkomaisiin vakuutusyhtiöihin ja tämmöisiin instansseihin, joitten kanssa joutuu sitten tappelemaan. Se on meillä, siis ***:lla puolella, iso probleema.”*

Itse olisin sitä mieltä, että oman asiantuntijuuden ja ammatinhallinnan kehittyminen vaatii muutakin kuin kiinteän kontaktin hoitotiimeihin. Se vaatii sosiaalityöntekijöiltä jatkuvaa ammatillista kehittymistä, jotta hekin organisaationsa sisällä kykenisivät pysymään kehityksen perässä. Se vaatii nimenomaan sosiaalityöllistä koulutusta, kuin pelkästään sitä, mitä sairaanhoitopiiri itse tarjoaa. Oman asiantuntijuuden kehittyminen on vain kovin haasteellista ja ongelmallista esimiehen ollessa kaukana käytännöstä ja ajatukset sosiaalityöstä ollessa hyvin kapea-alaiset. Vasta sitten sosiaalityöllä on tasavertainen asema erikoissairaanhoidon hoitotiimissä muiden kanssa, kun sosiaalityön osaaminen ei riipu toisen ammattikunnan arvostuksesta ja määritelmästä siitä, mitä sosiaalityö on ja miten sitä tulisi tehdä. Väliinpuotoaminen järjestelmiin ja sosiaaliturvaa vaille jääminen tapahtuu osaksi sen takia, että eri organisaatiot ja ammattilaiset eivät tee yhteistyötä, eivät selvitä kokonaistilannetta eivätkä katso asiakkaiden tilanteita riittävän monipuolisesti (Metteri 2012, 216).

Sosiaalityön johtajan ideaalityyppikuvaus on luonnollisesti haastava täyttää sairaalaorganisaatiossa, mikäli johtajana toimii muu kuin oman ammattialan edustaja. Tutkimusten perusteella sosiaalialan johtaja on monialainen osaaja, joka osaa yhdistää erilaisia johtajuusrooleja. Hänen tulisi hallita muutosjohtajuutta, valjastaa niukat resurssit tehokkaasti sosiaalialan arvoja kunnioittavaan palvelutyöhön, joka silti noudattaa organisaation yhteistä strategiaa. Hänen on tunnettava sosiaalialan substanssin, työntekijöiden ja asiakkaiden tarpeet, alan arvot ja hallittava asiaosaamisen. (Pekkarinen 2010, 36.) Ilman

johtajuutta, joka tukee työntekijöitä eettisesti kestävään työhön, sosiaalityöntekijät itse joutuvat puun ja kuoren väliin; heitä sitoo yhtä aikaa velvoitteet avun tarvitsijalle ja velvoitteet hallinnoijalle. Jos tässä tilanteessa ei keskustella avoimesti ja selkeästi julkisen vallan ja muiden toimijoiden vastuista ja velvoitteista, sosiaalityöntekijä joutuu yksikseen raskaan taakan kantajaksi. Tarvitaan sellaista eettistä vastuuta, jota kehitetään institutionaalisissa rakenteissa. (Metteri 2012, 235.)

5.3 Sosiaalityöntekijöiden näkemykset kehittämismahdollisuuksistaan

Toinen tutkimuskysymykseni liittyy siihen, millaisia mahdollisuuksia sosiaalityöllä on määrittää ja kehittää toimintafunktiotaan sairaalaorganisaatiossa esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden näkemysten perusteella. Tähän ei ole yksiselitteistä vastausta. Se riippuu hyvin pitkälle esimiehen arvostuksesta ja siitä, miten sosiaalityö on otettu osaksi hoitotiimiä ja millä tavoin sosiaalityön asiantuntijuutta hyödynnetään. Kovasti olen pohtinut sitä, voidaanko Lapin erikoissairaanhoidon sosiaalityöllä sanoa olevan omaa systeemiään? Jos systeemi ei ole itsenäinen, jossa se toiminnallaan aiheuttaisi muutoksen muissakin toimialoissa tai jos se ei itsenäisesti kykene tarvittaessa ottamaan tai olla ottamatta itse vastaan toisten systeemien tuomat signaalit, systeemiä ei teoriassa ole. Systemin pitäisi olla tarpeeksi vahva, jotta se kykenisi ottamaan vääränlaisetkin signaalit muilta toimijoilta vastaan niin, ettei oma systeemi murennu. Nyt kuitenkin eri yksiköissä sosiaalityön asema vaihtelee suuresti ja siihen vaikuttaa hyvin pitkälle esimiehen ja muiden toimijoiden arvostus sosiaalityötä kohtaan. Toisaalta sosiaalityön asiantuntijuuden hyödyntäminen ei pitäisi olla edes esimiehestä kiinni, mikäli sosiaalityön asema ja paikka olisivat vahvasti kiinni organisaation perustassa jokaisella toiminta-alueellaan:

Sos.tt13: ”Meillä on tätä keskinäistä yhteistyötä ja kyllä tää nykyinenkin esimies on hyvin suopea näille kehittämisajatuksille ja haluaa miettiä meidän kanssa tätä työtä. Mutta kuitenkin jotakin, joku juttu puuttuu kuitenkin, ehkä kehittämisessä ois kuitenkin enemmän. Se jää enemmän meidän omille hartioille, semmoinen koordinaatio ja tällöinen kokoaminen kehitystyön, prosessointi ja eteenpäinvienti, siinä ehkä tämä johtajuus, näkyy se puute.”

Hyvin monissa sosiaalityöntekijöiden haastattelutilanteissa toistui se, miten omaa asiantuntijuuttaan täytyy markkinoida toistamiseen yksin tiimissään. Samalla ollaan herkästi arvioimassa omaa toimintaa ja itseään sekä myös muita persoonina, kun kyse on sosiaalityön toimintakentästä. Sosiaalityön toimintakentän epämääräinen itsenäisyys tuottaa epäilyksiä ammattitaidon puutteesta:

Sos.tt1: ”Kun sosiaalityön määritelmää mietitään, sehän voidaan jakaa sosiaaliseksi ja työksi. Siinä tulee jonkinlainen uhkakin. Itse miettinyt sitä, olenko herkkähipiäinen? että miksi minun pitää tavallaan, pitää pyrkiä pitämään se oma sektorini. --- Jos mä en arvosta omaa työtä riittävästi, minun on otettava toisen alueelta sitä työtä. Täällä pitäisi olla myös itseään refleктоivasti kyettävä arvioimaan. Se vaatii aika kehittyneitä persoonaa. Silloin ei tarvi kilpailla. Kun mä tunnen, mitä tuo toinen tekee ja luotan ja arvostan sitä, silloin myös minun työtäni arvostetaan.”

Käytännössä sosiaalityöllä tulisi olla vahva perusta, jolle myös uuden sosiaalityöntekijän olisi helppo tulla. Koetaan, että sosiaalityön omaa asiantuntijuutta ei tarpeeksi hyödynnetä vaan se kuluu aivan toisenlaisiin tehtäviin:

Sos.tt8: ”Ei sitä tarpeeksi hyödynnetä. Sitä aina aatellaan vaan, että ne on taloudelliset asiat, mikä on minulle ollut järkytys kun valmistuin ja tuli töihin että mitä hittoa, tätä vartenko tässä on vuosikausia opiskellut ja täällä pittää vaan niinkö toimeentulotukikaavakkeita.. no toki, kärjistetytti, onhan siinä nuo kuntoutuspuolen asiat sitten, mutta jos kuitenkin mieltii sitä sosiaalityön roolia. Sitä vois hyödyntää paljon enemmän.”

Osa esimiehistäkin otti tämän asian puheeksi. Yksi esimiehistä otti esille lainsäädäntölisäkoulutuksen, toinen ihmetteli nimenomaan kyseisen tietotaidon vajavuutta uusien sosiaalityöntekijöiden tullessa sairaalaorganisaatioon töihin ja kolmas ei pitänyt sitä keskeisimpänä sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluvana tehtävänä. Tiimissä toimiminen eri esimiesten alaisuudessa olevien työntekijöiden kanssa tuottaa myös haasteita:

Sos.tt1: ”Tähän moniammatillisuuteen ja tiimiin vaikuttaa myös, miten organisaatio hallinnollisesti toimii, miten johto toimii se on aika oleellinen asia. Esim meidän työryhmässä meitä on kuusi eri ammattia edustava max 8 ihmistä. Tässä on kuitenkin kahden eri esimiehen alaisia työntekijöinä ja molempien, kumpikin esimies ei ole läsnä. Tulosaluejohtaja, muiden on osaston hoitaja, joka on osastolla ja polilla yhteinen. Enemmän läsnä. Mun esimies ei ole läsnä, hän on vain saatavissa. --- Johtamisen kannalta erittäin ongelmallinen tilanne minun mielestä. Se vaikuttaa siihen, että perustehtävästä yksinkertaisesti pitäis olla tietoinen. -- Tiimin jäsenet eivät sisäistä mitä on sosiaalityö. Se on ongelman lähtökohta. Kaikkien pitäisi saada olla yhtä avoimessa yhteistyössä asiakkaan hyväksi. Asiakas on se keskiö.”

Ikään kuin jokaisen sosiaalityöntekijän pitäisi vain omalta puoleltaan pitää esillä omaa ammattialaansa ja olemassaolon oikeutustaan tiimissä. Sitä ei automaattisesti ole olemassa, kuten esimerkiksi lääkärin ja sairaanhoitajan asema sairaalaorganisaatiossa. Jo se kertoo epätasa-arvoisesta kommunikaatiosta systeemeiden kesken. Sivuuun jäävällä systeemillä ei ole itsenäistä asemaa.

Sos.tt8: *”Kun ei oo sosiaalityöntekijä esimiehenä vaan on lääkäri. Lääkäri on sanonuki, eihän voi tietää eihän tiä sosiaalityöstä ja sosiaalityön kehittämisestä. Sitten kun on itekin vielä nuori työntekijä, pitäis niinkö kauheesti itellä olla sitä näkemystä. Täytyy ensin olla sitä näkemystä, ennenku pystyy alkaa enemmän kehittämisideoita heittää, se on mun mielestä iso puute tässä. Pitäis olla johtava sosiaalityöntekijä, joka johtais tätä hommaa, sitä pystyis käymään sitä keskustelua miten tätä vois kehittää täällä ja sitä sosiaalityön roolia vahvistaa.”*

Suurena puutteena kehittämistyössä koetaan sosiaalityön johtamisongelmat. Esimiehet eivät kykene olemaan omien muiden töiden lisäksi tarpeeksi mukana kehittämässä sosiaalityötä. Esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden perusammattienkin ollessa niin erilaisia on kyseenalaista, minkä verran esimies voisikaan olla mukana kehittämässä sosiaalityötä.

Sos.tt8: *”Kauhean ristiriitaista ja esimies oottaa, että sosiaalityöntekijä osaa kaikki nää. Vähän tämmöistä negatiivista. Pystyis paljon kehittää, mutta siihen tarvii resursseja. Kauhean epäselvää, epämääräistä... Ja sairaalamaailmassa vissiin yleensäkin vähän että kukaan ei tiä, kuka mistäkin päättää, sitten asiat vähän jää, ootellaan, menee hirveen kauan aikaa pienissäkin päätöksissä. Se haittaa sosiaalityötäkin tai sitten sitä omaakin työtä tässä, että aina alkaa ensimmäisenä miettimään, voinko mie toimia, miten voin toimia, mihin voin ottaa yhteyttä täällä organisaation sisällä, ku täällä o nämä hierarkia, ne jarruttaa. Kriittisesti katon tätä, mun mielestä pitääkin, ei kehitystä pysty tehäkään, jos ei pysty kritisomaan.”*

Sos.tt9: *”Ei ole sillä lailla kuin tässä ei ole sitä ammatillista esimiestä, se on semmonen vähän harmillinen juttu. Tavallaan jää omalle vastuulle kehittämiset kun ei oo sitä ammatillista esimiestä, että se on aika paljon omilla hartioilla se vastuu, miten haluaa kehittää ja viiä sitä eteenpäin..”*

Nykyistä sosiaalityön mallia toisaalta pidetään hyvänä sen vuoksi, että jokainen pystyy itse ohjailemaan työtään, mutta toisaalta se sisältää myös heikon puolensa. Se liittyy kehittämissuunnan löytymiseen, kun jokainen on eri tavoin orientoitunut tekemään työtään sekä määrittämään oman työnsä tehtävänkuvan ja rajat. Sosiaalityö, jonka määrittelemisen jostain syystä ontuu, pirstaloituu yhä enemmän. Sosiaalityön kehittämismahdollisuudet ovat paljon itsestä kiinni ja rajat antaa organisaatio:

Sos.tt9: *”Se on hyvä, kun sen pystyy itse määrittelemään, kun pystyy itekin ohjaamaan sitä työtä mutta enemmän ehkä toivoisin semmoista tietoisuutta enemmän, nimenomaan siihen, miten kukanenkin määrittelee sen ja ajattelee sen, enemmän.”*

Sos.tt10: *”Toisaalta se on ittestä kiinni, sillä tavalla itsenäistä on se sosiaalityö. mutta kyllä ne sitten tulee sieltä organisaatiosta ne rajat..”*

Sosiaalityötä käytetään, mutta onko se aina itse sosiaalityötä, onkin toinen juttu. Hanna-Kaisa Pentikäinen (2011, 72) nostaa myös pro gradussaan esille sen, että sosiaalityöntekijöiden voi olla hankala joko rajata työtehtäviään tai kieltäytyä sellaisista työtehtävistä, joiden joku toinen ammattilainen katsoo kuuluvan sosiaalityöntekijälle. Tämä tuli esille myös aineistomateriaalissani:

Sos.tt11: ”Ehkä semmoisia sanoisko ”hanttihommia” jää tai annetaan sosiaalityöntekijälle sitten viime tipassa ja tuohan vaikuttaa hirveästi myös työssä viihtymiseen että voiko sitä omaa osaamista käyttää hyödyksi. Se on semmoinen turhauttavaa. Ihan riittävästi saa haastetta, mutta ei sosiaalityön ja ammatin kannalta saa ei kovin kummoisia. -- tietenkinkenkuttaa kun on kauheesti touhunnut ja sitten meneekin se, ja esittänyt jotain ja varsinkin sitten se, minä ymmärrän jos tulee muutoksia varsinkin potilaan terveydentilassa, sitten siitä ei sanotakaan mulla yhtään mitään, ei menekään niin kuin on sovittu, eikä saa tietää..”

Huomionarvoista on myös sosiaalityöntekijän ulkopuolisuuden tunne tiimistä. Kun eräs sosiaalityöntekijä kokee joutuvansa jäämään pois osastokokouksista, liikuntailtapäivistä tai päiväkahvitoiminnasta, tuskin tuolloin moniammatillinen työskentelykään syvenee. Sosiaalityöntekijä kokee, että hoitohenkilökuntakin pitää sosiaalityöntekijän ehdotuksia kehittämistapaamisista ajanhukalta:

Sos.tt11: ”..ja sitten niin kuin se, että nämä miitingit, esimiehille esitin, että piettäis, niin hän tyrmäs, että kun ei ne lääkärit kerkiä omiinkaan meetingeihin. Sitten kun me piettiinkin --- hän halusi että kerran viikossa pieään meetingit, pidettiin, se sopi mulle oikein hyvin, minun huoneessa, mutta kun hoitajat valitti, että menee aika hukkaan.”

Sosiaalityöntekijät keskenään ajattelevat eri tavoin hallinnollisesta paikastaan tai sitten eivät osaa sanoa, mikä olisi paras paikka. Toisaalta osa kaipaa muutoksia etenkin sosiaalityön asiantuntijuuden ja arvostuksen suhteen, mutta rakenteellisia muutoksia ei kaivata. Ajatellaan, ettei esimiehellä sinänsä ole merkitystä oman työn kehittämisessä. Osa sosiaalityöntekijöistä ajattelee päinvastoin. Kehittämisessä ei päästä eteenpäin, ellei sosiaalityön kehittämiselle anneta mahdollisuutta ja tilaa. Siihen taas vaikuttaa esimiehen suhtautuminen. Sosiaalityön oma mahdollisuus päättää asioista vaihtelee paljon riippuen tulosityksiköstä:

Sos.tt12: ”Ainakin tässä yksikössä meidän osallistutaan tämän yksikön suunnitteluun, yhdessä mietitään esimerkiksi, mitä seuraavina vuosina, että miltä näyttää, mitä tapahtuu.. ollaan mukana talousarviota tekemässä ja koulutussuunnitelmia tekemässä, en sen laajempi haluakkaan, mulle riittää että siinä voi vaikuttaa.”

Sos.tt11: ”Enemmän ehkä sittenkin tuntuukin, että kuuluu kuitenkin, vaikka välillä tunteeikin itensä hyvin ulkopuoliseksi, tosiaan ettei saa tietoa mistään. En tiedä onko se henkilökysymys, niin kuin minuun liittyvä vai mikä se on. On se henkilöön liittyvä, minä tiän sen. Ehkä se vois olla kuitenkin, että minulla, hoitajilla ja lääkäreillä ois jotenkin viimekädessä se sama esimies, että meillä on se sama, vaikka sillä ei ois käytännön merkitystä, mutta ois semmoinen jonkinlainen yhdistävä asia ja sitten tietenkin se, että haluaisin että nämä huoneet ois tällä tavalla, niin kuin ollaan suunniteltu silloin aiemmin. Minusta tämä on ihan hyvä...”

Kaiken kaikkiaan Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijät toivovat omaa ammatillista kehittämistä enemmän ja mahdollisuuksia siihen. Osa ajattelee, että kehittämisen mahdollisuus on esimiehen suopeudesta kiinni ja osa on sitä mieltä, että rajoite on heissä itsessään ja työkokonaisuudessa. Sosiaalityön asema suhteessa muihin ammattiryhmiin sairaalassa koetaan epätasavertaiseksi. Toisaalta sitä pidetään luonnollisena, koska sairaalan pääasiallinen toimintafunktio on sairaanhoidollinen. Lääkärin ollessa esimies johtamisen toimintatapa heijastuu myös osastolle ja sitä kautta piirtyy kuva, millaisena sosiaalityön paikka ja asema nähdään:

Sos.tt13: ”Me ollaan ihan lukumäärällisesti yksikössä vähemmistönä ja edustetaan omaa näkemystä, se on joskus aika rankkaakin: yrittää pitää sitä rajaa, että saa tehdä sitä sosiaalityötä eikä tietyllä tavalla kaadeta kaikkia mahdollista mitä tulee, jotenkin sosiaalityön niskaan ja kytkeä kaikenmaailman asioita. Tällä hetkellä ollaan aika näkymättömiä, ei meitä näy missään, en välttämättä uhkana koe, että meistä tulis näkyviä, ei se piilossa oleminen ole ratkaisu, että muut voivat kävellä meidän yli.”

Sosiaalityöntekijän ajatus uhkasta tulee siitä, kun sosiaalityöntekijöiden kesken on esiintynyt erilaisia mielipiteitä sosiaalityön hallinnollisesta paikasta. Osa sosiaalityöntekijöistä kokee uhkana sen, että jos heistä tulisi oma yhteinen yksikkönsä tai vähintään saisivat oman ammatillisen esimiehen sairaalaorganisaatiossa, se kääntyisikin heitä itseään vastaan. Osa puolestaan pitää ajatusta uhkasta päinvastaisena ja kysymys siitä on osittain ehkäisyytkin yhteistä kehittämistä. Toisaalta kaivataan kovasti omaa ammatillista esimiestä.

Sos.tt14: ”Meillähän on ammatillinen ohjaus, no se on varmaan aika huonosti, kun ei oo johtavaa sosiaalityöntekijää. Semmoista esimiehen tukea ei oo ollenkaan - - sinänsä siellä suhtaudutaan positiivisesti koulutukseen..”

Se, millainen nykymalli on herättää myös monenlaisia tunteita sosiaalityöntekijöissä, jossa kukin on oman yksikkönsä alaisuudessa. Yksi sosiaalityöntekijä pohtii sitä, miksi nykyistä mallia hallinnollisesta paikasta ei ole haluttu purkaa. Toinen pohtii, millä tavoin sosiaalityöntekijän profiilia voitaisiin nostaa hierarkkisessa työyhteisössä.

Sos.tt15: ”Mut sit se ammatillinen tuki talon sisällä, kyllähän se on kollegiaalinen tuki, eihän meillä ole ketä konsultoida muuta kuin talon ulkopuolelta. Ja jos ajattelen tätä meidän organisoitumista, tässä on myös sosiaalityöntekijöiden omaa vikkaa. Minä oon ollut tässä kuntayhtymässä ** vuotta suunnilleen ja suunnilleen tämän ajan meidän sosiaalityöntekijät ovat puineet, sen jälkeen kun on purettu se johtava sosiaalityöntekijä/johtava psykologi-järjestelmä aikanaan, kun ne on purettu ja oltu jonku aikaa ilman, niin tää ** vuottahan on puitu, että halutaanko me vai eikö me haluta ammatillista esimiestä. --- Hyvin moni ei ole halunnut sitä purkaa, koska se irrallisuus on tuonut myöskin semmoisen mahdollisuuden pelata, mä käytän sanaa pelata tarkoituksella, että voi jäädä vaikka, niinku mä oon kuullut, virkavapaalle tänään ja esimiehen kanssa sopia.. eli se on tuonut semmoisen pelaamisen varan, joka houkuttelee sosiaalityöntekijöitä pysymään myös irrallaan, koska kukaan ei myöskään kontrolloi.”

Sosiaalityöntekijä nostaa esille monenlaisia ajatuksiaan, jotka voivat olla hankalia ottaa esille kollegojen kesken ilman esimiestä tai johtajaa, joka pitäisi keskustelun ja ajatukset kasassa. Hän lisää sosiaalityöntekijöistä ajattelevan ammatillisen esimiehen tuovan monenlaisia rajoituksia heidän nykyiseen malliinsa, jossa he voivat aika vapaasti päättää lomistaan ja työsuhteensa eduista. Sosiaalityöntekijöiden sisäinen rajajärjestelmä tuntuu vahvasti ontuvan. Tämä tuo entistä enemmän esille sen, että mitä ontuvampi oma sisäinen järjestelmä on, sitä enemmän ollaan riippuvaisia esimiehen suhtautumisesta sosiaalityöhön. Tulosalueilla on merkittäviä eroja siinä, miten esimies pitää huolta sosiaalityöntekijöiden ammattifunktiosta:

Sos.tt15: ”Sanonpa nyt niin, ainoastaan ***:lla ehkä varmaan pidetään hyvä huoli sosiaalityöntekijöistä, esimiehen toimesta, joka on lääkäri. Ja jos ajattelen kehittämiskeskusteluita ja muita. Ja toinen mikä on, että sitten on myös tulosalueita, joissa tulosaluejohtaja ei hoida tehtäviensä, delegoi niitä miten sattuu, miettii ketäköhän haluaa alaisia, onkohan ne sosiaalityöntekijöitä..”

Sos.tt5: ”oon ollut 3,5 vuotta talossa, ykskään sosiaalityöntekijä ei ole sanonut, että mun yksikössä tämä ja tämä asia ei toimi, tulisitteko te mun avuksi. Jos me tiettäis, että jos joku tarvii apua, siis mehän kuitenkin aina mennään avuksi ja tueksi. Mutta eihän me tieta mennä jos meillä ei oo tietoa, jos meidän pitäis tehdä. Oon yhä sitä mieltä, että on turha istua ja vikitä siellä omassa huoneessa että kyllä se pittää niinku tuua esille ja näkyväksi se asia. Jos meille kollegoille, jos palaverissa sanotaan, että minun tasolla tämä ja tämä tökkii..vaikka hän kokis, että tarvii sitä tukea, eihän me osata lukea ajatuksia, eikä osaa meidän esimiehetkään. Että kylä meidän pitää osasta viedä se eteenpäin.”

Sosiaalityöntekijöiden mukana oleminen päätöksenteossa on lähinnä potilaan hoitokuvioissa siten, miten se vaikuttaa jatkohoitoihin ja potilaan selviytymiseen arjessa. Hallinnollisissa kuvioissa sosiaalityöntekijät Lapin sairaanhoitopiirissä eivät ole mukana. Yksi sosiaalityöntekijä on sitä mieltä, ettei kenelläkään ole sellaista asemaa. Laajempaa

kehittämistä on hankala tehdä ilman yhteistä esimiestä tai kun yhdyshenkilöä ei ole määritelty mihinkään kokoonpanoon ja myös sen vuoksi, koska suunniteltaessa kehittämistyötä pitäisi jonkun sosiaalityöntekijöistä olla mukana korkeammalla tasolla kehittämisfoorumeissa. Erillisesti omassa yksikössään on sosiaalityöntekijöiden hankala tehdä laajempaa kehittämistä. Omaa henkilökohtaista työtä voi sosiaalityöntekijöiden mukaan kehittää niin pitkälle kuin haluaa.

Sos.tt15: ”Kaikki varmaan äkkipäätään ajattelee, että esimies ois hyvä, mut siihen liittyy nää reunakuviot, jotka ei välttämättä oookkaan sitten mukavia. Siinä todellisuudessa me nyt olemme. Varovaisempi ihminen tuumaa, että ei muuteta mittään, että voidaan säilyttää työt ja paikat jne. ja ja rohkeampi tuumaa vain, että muutetaan vain että rymiskööt sitten katotaan mitä tapahtuu, kuten tapahtuu jotakin. Tässä todellisuudessa.”

Hankkeesta on noussut esille mielestäni silmiinpistäväenä sosiaalityöntekijöiden keskinäinen epätasa-arvoinen asema omissa yksiköissään. Tällä tarkoitan sitä, että hyvin toimivassa yksikössä on vastavuoroinen esimies-työntekijä -suhde, jossa ymmärretään sosiaalityön asiantuntijuus ja arvo. Tällaisessa yksikössä yleensä myös sosiaalityöntekijä on tyytyväinen omaan ammatilliseen paikkaansa ja kokemuksiinsa sairaalaorganisaatiossa. Sellaisessa yksikössä, jossa esimiessuhde on etäinen ja irti alaistensa käytännöstä, nousee esille sosiaalityöntekijän puolelta paljon kehittämistoiveita.

Yksittäisen sosiaalityöntekijän omat voimavarat ja kyvyt eivät riitä muuttamaan muita toimintajärjestelmiä, jos jo omassa ammattiryhmässä on erilaisia näkemyksiä uusista toimintakäytännöistä. Liian rikkonaiset näkemykset yhdessä järjestelmässä pilkkovat jollain tavoin ammattiryhmän itsenäisyyttä ja heikentävät kilpailua verraten muihin osajärjestelmiin, jos yhteistä konsensushenkeä ei oman järjestelmän sisältä löydy. Tämä on mielestäni vaarana juuri erityisammattiryhmissä. Jos ylilääkärinä tai tulosaluejohtajana toimiva esimies päättää toisin sosiaalityöntekijöiden toiminnasta, tekee se päätöksensä omiin ”koodeihinsa” nojaten, mitkä kumpuavat esimiehen omasta ammatillisesta viitekehystä. Sairaalan sosiaalityön täytyy tehdä työtä, jottei se luopuisi liiaksi omasta ammatillisesta perusajatuksestaan esimiehen ollessa toisen ammattifunktion edustaja. Jos sosiaalityö nojaa liiaksi esimiehen suopeuteen, eikä osaa rajata omia työtehtäviään, se kertoo puolustuskyvyttömyydestä.

Arvioidessaan olemassa olevia ja niille ehkä parempia tai vaihtoehtoisia toimintamenetelmiä sosiaalityöntekijät muokkaavat informaatiota, varmistaen näin itsenäisyytensä. Samalla sosiaalityöntekijöiden olisi toivottavaa tehdä itsensä näkyväksi ympäristölleen

tuomalla vaihtoehtoiset toimintamallinsa esille. Kuten Linden (1999, 61) mainitsee tutkimuksessaan, että asiakastilanteita voidaan tarkastella erillisesti hoidollisessa vuoro-vaikutuksessa, mutta niitä voidaan tarkastella myös systeemisesti verkostosuhteissa. Tällöin saatetaan joutua auttamaan yksilön lisäksi systeemiä vahvistumaan ja muuttumaan toimimaan toisin.

Sos.tt15: ”Mut kyl mä toivoisin jotakin semmoista rohkeutta ja vahvistumista jollakin tavalla, että sosiaalityöntekijät.. Tietysti itellä kun on se terapiakoulutus se tuo sen vahvuuden tässä organisaatiossa. Mut jos ois kaikilla, myös se tuo sitä kompetenssia puuttua muuhunkin kuin vain niihin pykäläasioihin. Sen lisäksi että siinä kehittämisessä voi olla enemmän mukana ja tulla ehkä enemmän kuitenkin kuulluksi, onko se sitten arvostamista vai mitä, en mä välttämättä semmosena sitä piä, mutta kuulluksi..”

Oman perusammattiviitekehysten puolustuskyvyttömyydestä kertonee sekin, että sosiaalityöntekijä joutuu puolustamaan paikkaansa erityiskoulutuksensa turvin. Esimiehistäkin kaksi sosiaalityöntekijän lisäksi nosti esille saman seikan, mutta eri valossa. Erikoistuminen tuottaa yhä yksityiskohtaisempaa tietoa yhä rajatummissa ongelmista. Erikoistumisella on kuitenkin käänttöpuolensa. Mitä pidemmälle meneviin yksityiskohtiin asiantuntija erikoistuu, sitä enemmän hän menettää kykyä ymmärtää ihmisen arkielämän kokonaisuutta. Erikoistuminen voi kärjistettynä pyrkiä kaventamaan ihmisen elämää oman näkökulmansa mukaisesti. Esimerkiksi lääketieteessä ihmistä kuvataan tautien ja sairauksien näkökulmasta. Kokonaisvaltaisuuden käsitettä on tuotu erikoistuvan asiantuntemuksen ongelmanratkaisijaksi, mutta siinäkin on pyritty moniammatillisuuteen ja monitieteisyyteen, jossa erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja kehitetään toisiinsa yhdistyneenä. Moniammatillisuus edellyttääkin asiantuntijuuden horisontaalisen, rajoja ylittävän näkökulman nostamista yhdeksi tärkeäksi kehittämisen perustaksi. (Launis 1997, 124–125.)

Edellä mainitussa vastauksessa ilmenee, että sosiaalityöntekijän terapiakoulutus tuo vahvuuden toimia sairaalaorganisaatiossa. Tämä ajatus verraten sosiaalityön tapaan, jossa ei erikseen tehdä terapiatyötä, tuo esille sosiaalityön toimintakentässä olevan ristiriidan sosiaalityön vahvuudesta tehdä vain sosiaalityön perustehtävää erikoissairaanhoidossa. Tällaiset esiin tulevat ristiriitaisuudet voivat murentaa sosiaalityön omaa ammatillista itsenäisyyttä sairaalassa ja se taas ehkäisee esimerkiksi kehittämissuunnan löytymistä. Sisäiset ristiriidat liittyvät myös oletuksiin ja arvauksiin toisen tulosalueen tai yksikön sosiaalityöstä. Tuolloin jokainen osasysteemi sosiaalityön ammattialan alla näkee vain sen, minkä kykenee näkemään. Toiminta koostuu valinnoista, joista yksi tekee

ymmärrettäväksi seuraavan, mutta ei koskaan koko kokonaisuutta. (Kilpeläinen 2009, 77.)

On kuitenkin paljon merkitystä myös sillä, millaiseksi sosiaalityöntekijät yleensä kokevat työnsä ja sillä, että haluaako organisaatio pitää saman pätevän sosiaalityöntekijän mahdollisimman kauan itsellään. Yleisesti sosiaalityöntekijöiden perustelut alan vaihdolle pohjautuvat muun muassa työnjohdollisiin kysymyksiin, johon liittyy esimiesten heikko sosiaalityön tuntemus ja tuen puute, päätösvallan puuttuminen sekä jatkuvat organisaatiouudistukset. Alan vaihtoon vaikuttavat myös henkilökohtaiset perustelut, joihin liittyvät huono palkkaus sekä heikot uralla etenemisen mahdollisuudet. Työn reunaehdoin liittyvien ongelmien lisäksi sosiaalityöntekijät kokivat ongelmana sosiaalityön eettisten ja moraalisten tavoitteiden ristiriitaisuuden suhteessa työnantajan tavoitteisiin. Sosiaalityön ongelma ei näyttäisi olevan alan kiinnostavuudessa tai koulutuksen tuottamassa osaamisessa, vaan työelämässä kohdattavissa reunaehdoissa. (Kemppainen & Mäntysaari & Pohjola 2007, 7.)

5.4 Esimiesten näkemykset sosiaalityön kehittämisestä

Kehityshankkeen lähtökohtana oli ensisijaisesti sosiaalityöntekijöiden tarve saada sairaalasosiaalityö näkyväksi muille ammattiryhmille sekä kehitystarpeiden kartoitus eri tulosalueilla. Kehittämistarpeet liittyivät myös hallinnolliseen tiedottamiseen, osallistamiseen ja sosiaalityön ammatillisuuden edistämiseen toiminnallisissa kokouksissa sekä moniammatillisissa että ammattiryhmän sisäisissä kokouksissa. Ylipäätään sosiaalityön yhtenäistäminen sairaanhoitopiirissä on ollut heille yhtenä tavoitteena kehittämistyösäään.

Esimiesten mielipiteet sosiaalityöstä ja sen kehittämisestä jakaantuvat moneen suuntaan. Jotkin ajatukset antavat ymmärtää, että sosiaalityön perusammatillinen osaaminen ei sinällään riittäisi, ainakaan kaikissa yksiköissä. Toivotaan lisäksi joko syventävää tai erikoistavaa lisäkoulutusta:

*Esimes1: ”Näkisin mielellään että ***:n puolella mahdollisimman monella työntekijällä olis semmoista syventävää ammatillista syventävää täydennyskoulutusta, joko prosessikoulutusta tai sitten paneutumista johonkin esimerkiksi nyt ihan tällanen, että sosiaalityöntekijänä vois olla ihan jopa osavastuu semmosesta osuudesta.. mehän pyritään nykyisin, että meillä olis tällamaisia strukturoitua se toiminta, että kokoajan muistettais semmoisen sosiaalisen puolen osuus. Et jotenkin, et sitä niinku on pelännyt,*

aika ajoin kun tulee, että sitä keskustelua käydään, että ois semmoinen sostyön yksikkö...”

Keskusteluun sosiaalityön kehittämisestä ja sen mahdollisuuksista sekoittuu pelkoon sosiaalityöntekijöiden omasta yksiköstä ja toisaalta sosiaalityöntekijöillä nähtäisiin mielellään olevan sosiaalityöllisen ammattiviitekehyksen lisänä muita koulutuksia. Kertooko se siitä, että lääkäri toivoo omien lähtökohtiensa mukaisesti sosiaalityöltä jotain aivan muuta, kuin mitä sosiaalityö itsessään on vai onko se vain todellinen tarve lisäkoulutuksiin tietyssä yksikössä? Toinen esimies nostaa puolestaan esille päinvastaisen ajatuksen sosiaalityöntekijöiden lisäkoulutuksista ylipäätään sairaalaorganisaatiossa:

Esimies2: ”..kokemus, kun siellä oli yhdestä paikasta sosiaalityöntekijä jolla oli psykoterapeutin koulutus, niin hän niin kuin ihan suoraan tavallaan teki kuin Pietari, eli kolme kertaa kielsi oman perusviitekehýksensä, että hänelle se on ihan sama, hän on psykoterapeutti nyt ja se on lääketieteellistä hoitoa et hän niin kuin määrittelikin oman työnsä hän oli siirtynyt siitä sosiaalityöstä jonnekin .. et tavallaan täällä ollaan innokkaita ja hanaakoita hakeen psykoterapiakoulutuksia ja muita jotka sitten saattaa olla aika vieraita sille sosiaalityön perusviitekehýkselle ja sitten siihen tulee tällöinen ammatillinen uudentyypinen identifikaatio ja se sen tekee tällöisen yksisuuntaisen kehittämiskeskustelun ja kehittämisen vähän hankalaksi.”

Operatiivista ja psykiatrista tulosaluetta verrataan usein toisiinsa etenkin siinä, missä määrin niissä tarvitaan sosiaalityötä. Vaikka esimies nostaa esiin tärkeän kysymyksen siitä, missä tehtävissä sosiaalityöntekijää käytetään tällä hetkellä esimerkiksi operatiivisella puolella ja mistä tuo tarve kumpuaa konkreettisesti, se taas tuottaa tuota samaista vastakkainasettelua. Tämän aihepiirin kanssa kuitenkin olisi jonkin verran tehtävää:

Esimies2: ”Äärimmillään operatiivinen hoito voi toimia jopa ilman sosiaalityötä siis jos se rajataan oikein tiukalle. Ei ne tarvi sosiaalityöntekijää. Jos meillä nyt on sellanen ylilääkäri jonka mielestä siellä tarvitaan kauheesti sosiaalityöntekijää mut en oikein tiä, ymmärtääkö se mihin sitä siellä tarvitaan. Että onko se niin kuin, onko se sosiaalityöntekijän tehtävä sen lääkärin näkökulmasta sosiaalityötä, kunnioitetaanko sitä hänen perusammattiviitekehýstensä siellä...”

Sosiaalityöntekijöiden kehittämisestä ja sen mahdollisuuksista esimiehet ovat enemmän tai vähemmän tietoisia. Omaehtoinen, laaja kehittämistyö on hankalaa, jolloin voidaan kysyä, onko sosiaalityön oman rajajärjestelmän toiminta edes mahdollista näin ahtaissa puitteissa ilman omaa ammatillista esimiestä?

Esimies2: ”Kyllähän meillä kamala kalapaliikki käytiin esim. tuosta kehittämiskeskustelusta, jota haettiin ja jota yritettiin saada sosiaalityön kehittämiseen, jolla ilmeisesti nyt tehdään sitten kuitenkin jotain, mutta se summahan on hirveen pieni. Kyllähän meillä esimerkiksi lääkärit nosti kamalan

metelin siitä, että tämmöistä rahaa tuhlataan ja tätä ei kysytä edes, mitä sillä edes tehdään..”

Esimiehisyys ja sosiaalityön hallinnollinen paikka nostattaa ajatuksia ja suurin osa esimiehistä ei ole sosiaalityön oman yksikön kannalla. Johtamisen ongelmat tiedostetaan, mutta konkreettisia ajatuksia tilanteen parantamiselle ei juuri etsitä:

Esimies4: ”Esimiehisyys on ollut vähän hataraa ja etäistä, koska lääkäri-tilanne on ollut niin huono ja kuitenkin on ajateltu, että on parempi että on akateeminen esimies kuin hoitotason esimies - - Uskoisin, että se tuki ei oo ollut aina riittävää ja erityisesti näkisin, että tiedonkulku ja se kokemus siitä, että kuuluu tähän työyhteisöön on voinut jäädä hataraksi, tämä on arvelua, en tiedä.”

Periaatteessa ajatellaan, kuten joku esimiehistä ottaakin asian esille (Esimies1), että jos organisaatiossa moniammatillinen toiminta muuten pelaa, ei hallinnollisella mallilla ole mitään väliä. Peräänkuulutetaan kuitenkin, että sen ei saa tarkoittaa sosiaalityön omaa yksikköä:

*Esimies1: ”...mut se ei saa tarkoittaa sitä, että ois tämmöinen sosiaalityön yksikkö, et sieltä lähdetään määrittämään esimerkiksi sosiaalityön koulutusta, ainakaan ***:lla puolella, terveystalveissa. Se on niin tiivis se moniammatillinen tiimityöskentely parhaimmillaan, että oon aika tyytyväinen tällä hetkellä.”*

On selkeästi alueita, joissa moniammatillisuus toimii todella hienosti esimiehen mielestä. Sen osoittaa myös muutamien sosiaalityöntekijöiden kommentit. Tuolloin ajatus sosiaalityön yksiköstä tuntuu liian suurelle asialle ja kenties pelätään tiiviin yhteistyön heikentymistä. Esimies oikeutetusti tuo esille myös seikan, jossa hän kyselee sosiaalityöntekijöiden omaa velvollisuutta avata suu, jos on jotain kehittämiseen liittyvää mielessä:

Esimies1: ”Jokaisella, tavallaan kun ajattelen, on velvollisuus niin sanottusti avata suu jos jotain tommosta on, sillehän se parhaiten onnistuu. Ja nythän meillä on tuo työhyvinvointikysely, kattelin vain noita vastauksia, että siellä on tuota vaihtelua mutta aika tyypillisiä jakaumia sieltä tuli, mie mietin, että niitä pitää alkaa kovistelemaan, jotka ilmoittaa, ettei oo kertaakaan tehnyt aloitteita esimiehille mistään asiasta.”

Toinen esimies tuo esiin sosiaalityön olemassaolouhkan, jonka epäillään johtuvan muustakin tekijästä, kuin vain lääkäreiden omasta asenteesta ja tahdosta. Sosiaalityölle ominainen voimaannuttava työskentelytapa asiakkaan kanssa ei ole enää ominaista medikalisaation valtaamalle palvelujärjestelmälle:

Esimies2: ”..et sosiaalityöntekijät on edelleen kuitenkin osin sen varassa, mikä on lääkärin orientaatio, miten lääkäri määrittelee sosiaalityöntekijän tärkeyden siinä prosessissa. Minusta se on iso ongelma, ei ole itseltään selvä se, että sosiaalityöllä olisi joku asema tässä hoitokokonaisuudessa, vaan sosiaalityöntekijä on myöskin psykiatriassa selvästi ihan niin kuin somatiikassakin semmoinen lääkärin työkalu. -- kysymys ei aina ole siitä, mitä ne lääkärit määrää tai mitä ne lääkärit ajattelee meidän työtämme, vaan on kysymys on kansalaisten odotuksista palvelujärjestelmille, kun asiat on medikalisoitu: kun on paha mieli ja uni on ollut muutaman yön pois, pitää saada pilleriä, kun läheinen on kuollut, pitää saada pilleriä, jos nenä vuotaa, on huono lääkäri jos ei anna antibioottia vaikkei ole edes antibiootin tarvetta. Tässä ollaan ikään kuin hankalassa tilanteessa.”

Haastateltavat tuovat esille hieman ristiriitaisia ja toisistaan poikkeavia mielipiteitä siinä, missä määrin sosiaalityöntekijät ovat mukana päätöksenteossa. Erään haastateltavan mukaan sosiaalityöntekijät ovat omaan työhönsä niin eri tavoin orientoituneita, että yhteisen sosiaalityön kehityssuunnan löytäminen on vaikeaa.

Esimies2: ”Aika vähän. En mä niin kuin usko oikeastaan, että ketään muuta sellaista varsinaista päätöksentekijää koko organisaatiossa on muuta kuin minä, koska minä oon tämän tulosityksikön johtaja. Koska tavallaan se, mun asemani tässä antaa sen mahdollisuuden. Eihän sosiaalityöntekijät esimerkiksi omasta asemastaan tässä organisaatiossa ole kovin yksimielisiä. Tosiasiaan on se, että jos se sosiaalityön yksikkö olis, sehän turvais tällöisen ammatillisen kehityksen ja nostais sillä tavalla sen sosiaalityöntekijäporukan arvoon ja asemaan.”

Lisäksi esimies ottaa esille, että voi olla hankala löytää omaa kehityssuuntaa senkin vuoksi, koska osa sosiaalityöntekijöistä on suoraan osastoyksikössä lääkärin alainen. Sitä kautta tulee legimitteetti olla yhteisössä ehkä myös esimiehen hyväksynnän kautta. Ainoa huono puoli hänen mukaansa siinä on se, että oikeutus olla tiimissä ei tule sosiaalityöstä itsestään vaan esimiehen asemasta käsin. Esimies pitää selviönä sitä, että sosiaalityöntekijöiden laajempi kehittämistyö on lääkäri- tai hoitajaesimiesten hyväntahtoisuuden ja näkemyksen varassa. Esimiesten ajatukset siitä, osallistuvatko sosiaalityöntekijät ylipäätään päätöksentekoprosesseihin heittelevät laidasta laitaan. Toiset eivät tahdo saada edes kiinni ajatuksesta, mitä päätöksentekokysymyksellä tarkoitetaan ja jo se puhuu omasta puolestaan, millä tasolla sosiaalityöntekijät ylipäätään ovat mukana:

Esimies3: ”Millä tavalla tarkoitat, että päätöksentekoon? no sosiaalityöntekijöitähän jos pyydetään kannanotto, niin häneltä tulee vähän eri muodossa.. en pysty tiimin sisälle, miten kukin lääkäri sen asian ottaa. Toivon ainakin, että se sitten huomioitais siinä päätöksenteossa. Ongelmahan on siinä se, että meidän keskimääräinen hoitoaika esim sisätaudeilla on viisi päivää. Siinä ei isoihin prosesseihin ehditä.”

Esimies5: ”Tarkoitat millä tavalla? kyllä hän sillä tavalla osallistuu päätöksentekoon tietenkin niinku nyt sen siinä sosiaalityön osalta, että kun

sanoin, että hänen pitää osata sanoa myös ei. Että se.. ja suurin osa asi-oista on tällaisia rutiiniasioita, mutta tuota, tässä nykyisessä tavassa miten meidän omistaja haluaa erikoissaisaanhoidon järjestää, niin sosiaa-lityön osuus on niin pieni, ettei hän millään pysty siis osallistumaan kuin hyvin rajalliseen osaan..”

Sosiaalityöntekijöiden mukana olemista päätöksentekokuvioissa esimerkiksi potilaan hoitoprosessissa pidetään hidastavana tekijänä. Ajatellaan, että kyse on suurimmaksi osaksi sosiaalityöntekijän henkilökohtaisesta jämäkkyudesta, osaako hän sanoa ”ei” johonkin tehtävänantoon, joka tulee joltakin muulta ammatti-ihmiseltä tiimissä. Suurin osa esimiehistä antaa rivien väleistä ymmärtää, että jos sosiaalityö haluaa jollain tavoin kehittää itseään, loppujen lopuksi esimies antaa sille siunauksen, jos antaa:

Esimies3: ”Minä olen lähtenyt siitä, että he itse pystyy sen arvioimaan ja katotaan sitten vaan, että se täältä näkökulmasta, prosessien kannalta on järkevää. --- ...päätöksenteosta muuten, tällaisissa on aikataavalla sairaalassa semmoinen linjaorganisaatio että päätöksenteko menee, että on ensin vastuuyksikkö, tulosityksikkö, sitten tulosalueita ja täältä periaat-teessa aloitteet menee alhaaltapäin ylöspäin ja info ja toimeksiannot alas-päin. Sosiaalityöntekijät ovat sitten tiimeissä osa sitä ja tietenkin semmoi-sina jäsenenä, että pitäis, jos heillä on ideoita ja asioita, pitäis sitä kautta edetä., toki se voi joskus olla byrokraattinen järjestelmä.”

On selvää, että organisaatio antaa rajat sosiaalityön kehittämiseksi. Epätasa-arvoisuutta tuottaa vain se, että suurimmaksi osaksi sosiaalityön laajempi, yhteinen kehittäminen on heidän itsensä vastuulla ilman esimiehen mukanaoloa. Sosiaalityöntekijöiltä edellytetään näin ollen johtamistaitojen kaltaisia monialaisia valmiuksia riippumatta siitä, ovatko he nimikkeeltään johtajia vai ei. Ristiriitaa tuo myös, että sosiaalityöntekijältä odotetaan kykyä ja valtaa itsenäisiin ratkaisuihin, mutta oman perusorganisaation päätöksentekorakenteet eivät anna siihen mahdollisuutta. (Niiranen 2004, 227.) Yksittäisiä, omaan työhön liittyviä asioita voi tavallaan kehittää niin pitkälle, miten kykenee. Pelkkä sosiaalityöntekijöiden tahtotila ei edistä kuitenkaan tutkivan ja arvioivan työtteen vakiintumista arjen toimintakäytäntöihin, vaan tarvittaisiin myös organisaation tukea. (Heinonen, 2007, 117.)

Esimies3 (työn kehittämismahdollisuudet): ”Kyllähän, niinkö.. sellaiset raamatit annetaan, kyllä siinä varmaan, että mitenkä kukin tekee myös työtä, se on yksilöistä myöskin kiinni. -- Että kyllä se vaatii myös heiltä semmoista otetta. He ovat oman alansa asiantuntijoita.”

Sosiaalityöntekijät ovat oman alansa asiantuntijoita, mutta kehittämismahdollisuus on tällä hetkellä pitkälle työntekijästä itsestään kiinni. Esimiehet ikään kuin odottavat, tuleeko yksittäisiltä sosiaalityöntekijöiltä kehittämisajatuksia. Vaikka näin onkin joskus

pyritty tekemään, on sekin työ tyrehtynyt esimiehen mukaan heikkoon johtamiseen. Esimieskin pitää haasteena sitä, ettei sosiaalityöllä ole oman alansa esimiestä:

Esimies4: ”Semmoinen kehittämishanke, jossa yritettiin lähteä viemään tätä eteenpäin. -- minä ajattelisin, että se jäi tähän heikkoon esimiesjohtoon siinä. Joka mullakin on ollut tosi vaikeeta ehtiä kaikkea, en oo pystynyt siihen tarpeeksi. -- haasteena on nimenomaan se, ettei heillä oo oman alan esimiestä. Mut sit se vois enempi irrottaa sitä sosiaalityötä tästä muusta tiimistä, että en oikein...”

Esimies tiedostaa oman rajallisuutensa olla mukana kehityshankkeissa ja niissä tarvittavaan vahvempaan esimiesjohtoon. Samaa ajatusta tuo esille muutama muukin esimies:

Esimies5: ”Kyllä se paljon on sen työntekijän oman aktiivisuuden varassa, että pitää huolta siitä, että.. se on kiistatta ongelma, et se tämmöinen ammattitaidon ylläpitäminen ja tämmöinen tosiaan niinku ohjaaminen, kyllä se heidän oman aktiivisuuden varassa on käytännössä paljo ollut. Se on probleema.”

Nykyistä mallia ja kehitysideoita pohtiessa esimiesten mielipiteet vaihtelevat edelleen. Suurimmaksi osaksi sosiaalityön hallinnollisen ja toiminnallisen paikan pelätään muuttuvan kovin radikaalisti, jos jotakin ratkaisuja joudutaan tekemään. Osa pitää esteenä resursseja, toinen sitä, että sosiaalityöntekijät erkaantuisivat liikaa tiimeistään tai yksikön läheisyydestä. Kuitenkin tiedostetaan se, että sosiaalityöntekijöillä ei ole kovin hyvää mahdollisuutta kehittää laajemmin omaa työtänsä. Yksi esimiehistä on enemmän sosiaalityön oman yksikön kannalla, jolloin se hänen mielestään nostaisi sosiaalityön arvon ja aseman sairaalaorganisaatiossa.

Esimies5: ”Varmaan käytännön karu totuus on se, että sosiaalityöllä on samat ongelmat kuin tällä meidän alalla ylipäätensä nyt, että tämmöinen riittämättömyys on mieluummin kuvaavaa kuin se, että tätä sisältöä kauheesti niinku nyt jonku yksittäisen asian kohalta kehitettäis. Että vaikka kauheesti näitä erilaisia hankkeita ja mitä kaikkea on, niin ei ne viimeisen 10 vuoden tän työn sisältö oo muuttunut, päinvastoin, että pikemminkin polkenut paikallaan...”

Eroa muiden alojen kehittämiseen sosiaalityöllä on siinä, että sosiaalityöllä ei aiemmin ole ollut omia laajempia kehityshankkeitaan Lapin sairaanhoitopiirissä. Esimiehen väsymyksen niihin voi ymmärtää hänen lähtökohdistaan, mutta tässäkin kohtaa tulee esille ristiriita, jossa ei oikeasti tiedosteta sosiaalityön nykyistä tilaa.

Esimies5: ”Kyllä me aika monesti mennään valitettavasti sieltä, missä aita on matalin.”

Haastattelija: ”Tavoitetila on tässä?”

Esimies5: ”Niin, valitettavasti.”

Hyvin selväsanaisesti esimies sanoo mielipiteensä ylipäätään sosiaalityöntekijöiden rajoista, joita ei voi hänen mukaansa erikoissairaanhoidossa lähteä revittelemään. Sosiaalityö on hänen mukaansa erikoissairaanhoidon tukeva ryhmä, jonka tekemistä sosiaalityöntekijät eivät itse voi päättää:

Esimies5: ”..mutta se ei ole niinku taas tämän päivän erikoissairaanhoidossa mahollista, kuin että esimerkiksi se sosiaalityön kehittäminen ei voi lähteä siitä, mitä sosiaalityöntekijät ovat itse mieltä siitä, vaan se kehittämisen näkökulmahan täytyy olla se, että kun he ovat erikoissairaanhoidon tukeva ryhmä kuitenkin. Tämä talo ei myy sosiaalityötä, sosiaalityötä myy sosiaalitoimisto, meillä se sosiaalityö on osa tätä prosessia, ja sitä ei voida lähteä kehittämään että he itse päättäisivät että mitä se sosiaalityö on. Vaan sosiaalityö lähtee tämän perustyön tarpeesta ja se on nyt muokannut juuri sen, että tämän perustyön kehittäminen on muokannut sen, mitä se on. Siinä on paljon huonoja puolia, mut se ei kosketa vain sosiaalityötä vaan lähes kaikkia mitä tässä talossa tehdään.”

Vahva ammatti-identiteetti ja hoitoon liittyvät valtarajat vahvistavat hierarkkisia suhteita, joita tukee sääntö- ja normikeskeisyys, hierarkkinen valvonta ja työtehtävien eriyttäminen. On selvää, että organisaatiolla on rajansa. Yllättävää on kuitenkin, miten vahvasti muutama esimies tuo toisaalta hyvin päinvastaisia ajatuksia muutamien muiden esimiesten ajatuksiin verraten. Näidenkin ajatusten perusteella on selvää, että yksittäiset sosiaalityöntekijät ovat hyvin eriarvoisessa asemassa toisiinsa nähden riippuen esimiestensä mahdollisuudesta ottaa mukaan yhteisiin keskusteluihin.

Esimies6: ”Erityistyöntekijät ovat osallistuneet hoitopolkujen suunnitteluun aktiivisesti, mutta päätökset tehdään yhdessä moniammatillisessa työryhmässä huomioiden sairaalan rajalliset resurssit.”

Ylipäätään kehittämistä pidetään pitkälle persoonakysymyksenä. Toisaalta, jos sosiaalityöntekijä on hyvin pitkälle kaukana tiimistään jo kahvitteluista lähtien, miten voi olettaa kykenevänsä yksin kehittämään työtään sen lisäksi ilman oman ammattialansa ja esimiehensä tukea ja näkökulmaa?

Esimies6: ”kyl se varmasti hyvin paljon persoonakysymys on. Kyl mä pitäisin, et se pitää itse myöskin markkinoida. Kyl mä tavallaan, et missä he pystyvät kehittämään.. ja [kun uusi] lääkäri tulee töihin tapaan aina ohjata sen sosiaalityöntekijän luo, että hän opastaa mikä on sosiaalityöntekijän toimenkuva, kun se on muutakin kuin vain c-todistus ja b-todistus, miten se laaditaan.”

Edellisessä kommentissa näkyy myös esimiehen mielipide siitä, että sosiaalityöntekijöiden täytyy myös markkinoida itseään. Kovin ankara vaade ammattilaisille, jotka ovat tehneet työtään sairaalaorganisaatiossa monia vuosikymmeniä. Joissakin yksiköissä sosiaalityöntekijää hyödynnetään sosiaalityön näkökulmasta epätyypillisten tehtävien suorittamiseen. Joillakin tulosalueilla sosiaalityön osaamista pyritään tietoisesti ottamaan mukaan, kun taas joillakin alueilla se astuu kuvioon silloin, kun sen oletetaan olevan tarpeenmukaista. Tuolloin tarpeen määrittelee usein hoitohenkilökunta tai lääkäri. Perustehtävän luonne määrittelee sosiaalityön osuuden. Haastatteluissa ilmenneet ristiriidat esimerkiksi hallinnollisen paikan suhteen tai lisäkoulutusten tuoma erilainen katsantokanta, kertoo tyypillisestä ongelmasta suhteessa sosiaalityön paikkaan. Esimerkiksi sosiaalityölle tyypillinen verkostoituva toimintatapa ja horisontaalinen, rajoja ylittävä asiantuntijuus voi olla ristiriidassa vallitsevan sektoroituneen palvelujärjestelmän ja individualistisen, autonomiaa ja tietojen hierarkiaa korostavan asiantuntijakäsityksen kanssa (Metteri 2003, 162). Käytännössä myös asiakastyö on paljossa riippuvainen organisaatioiden ohjeistuksista, budjetista ja tuloksen mittaustavoista. Näin ollen olisi tärkeää ja toivottavaa, että organisaation johto on tavalla tai toisella mukana tuloksellisten toimintatapojen kehittämisessä ja antaa niille tukensa. (Metteri 2003, 162.)

Sosiaalityön erikoissairaanhoidossa on seisottava omilla jaloillaan ja määritettävä itse suhdettaan työympäristöönsä. Käytäntösuhdetta ei voi rakentaa ulkopuolisen asiantuntijuuden varaan, vaikka näyttää siltä, että erikoissairaanhoidon muut ammattiryhmät ovat jotensakin herkästi niin tekemässä. Asiantuntijuus on kuitenkin ratkaisevan tärkeä ammatillisen itseymmärryksen muotoutumisen kannalta ja se on mielestäni myös sosiaalityön eettinen tehtävä. Tarvitaan siis vastavuoroista, arvioivaa ja kommunikatiivista suhdetta tietämisen erilaisten tapojen välille. (Karvinen & Pösö & Satka 2000, 5–6.)

Mielestäni sosiaalityön johtajuudelta vaaditaan paljon, mutta tuo vaade ei näy aineistossa esimiesten näkökulmasta. Sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta taas huomaa tyytymättömyyden omaan työnkuvaan ja sen kohtuullisen vähäisiin (esimiehestä riippuvaisiin) mahdollisuuksiin tuoda omaa aitoa sosiaalityön asiantuntijuuttaan esille tiimissään. Kuten Vuokko Niiranen (2004, 229) toteaa, sosiaalityön johtamisessa tarvitaan jatkuvaa ympäristön muutokseen, yhteiskunnan ja asiakkaiden muuttuviin ongelmiin vastaamista. Sen lisäksi työntekijällä on oltava mahdollisuus opetella uusien tehtävien edellyttämät taidot. On huolehdittava työntekijän oppimismahdollisuuksista, motivaatiosta ja sitoutumisesta. Sosiaalityön johtajalla olisi oltava pätevät kommunikointi-, vuorovaiku-

tus- ja neuvottelutaidot. Hänen olisi tunnistettava sosiaalityön eettiset periaatteet ja sitouduttava puolustamaan niitä. (Niiranen 2004, 232.)

Tutkielmani taustalla oli ajatus sosiaalityöstä professiona sairaalaorganisaatiossa. Koska sosiaalityöntekijöillä on yliopistollinen koulutus se tuo myös oletuksen, että tältäkin saralta on tärkeä tuottaa tutkimustietoa. Toivomukseni on, että sosiaalityöntekijät tarttuivat kohtaamiinsa haasteisiin kehittämismyönteisellä ja reflektiivisellä asenteella. Rajasysteeminen näkemys on tuonut mielestäni hyvän työkalun ymmärtää refleksiivisyyden tärkeyden. Se antaa myös minulle mahdollisuuden muuntaa lähemmäksi tutkittavien esiin nostamia ajatuksia. (Törrönen 2000, 162.) Hyvän sosiaalityön tekeminen edellyttää ammattikunnan omaa ideologiaa ja toimintaperiaatteita myös sairaalaympäristössä.

6 Johtopäätökset

Laadullisen sisällön analyysin onnistuminen vaatii aineiston keruun onnistumista. Aineiston tulee olla tarpeeksi kattava ja sen on vastattava tutkimuskysymyksiin. Perusteluni fenomenologis-hermeneuttismetodologiselle valinnalle liittyy tutkimuksen aineksen ja kohteen monimuotoisuuteen. Olen pyrkinyt teorian (rajasysteemi) ja empirian (haastatteluaineisto ja ”esiymmärrys”) vuorotteluun ja yhteenkytkemiseen (Laine 2001, 30). Valintani tapaustutkimukselle vahvistui siinä, kun tapauksen kohteen erityispiirteet nousivat kohtalaisen tärkeäksi tutkimukseni edetessä (Peltola 2007, 117). Olen kuvannut tutkimusprosessini alkaneen kehityshankkeesta ja sitä ennen minulla on kokemusta myös ”kenttäosuudesta”, jolloin olin pitkällä käytännön jaksolla sairaalassa. Kehityshanke vaati tutkimaan lisää itseään ja asettelin tutkimuskysymykset sopimaan omaan haastattelurunkooni, sekä valitsemani rajasytemiseen näkökulmaan. Aineisto on tullut minulle hyvin tutuksi. Toivon, että tutkielman tulokset voitaisiin ottaa osaksi kehittävä keskustelua sairaaloiden sosiaalityötä arvioitaessa.

Tutkielmani tehtäväksi muodostui esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden näkemysten kohtaaminen sosiaalityön toimintakentästä erikoissairaanhoidossa, sekä sosiaalityön mahdollisuudet kehittää ja määrittää toimintafunktiotaan sairaalaorganisaatiossa esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden näkemysten perusteella. Tämän tutkielman tavoitteena oli löytää sairaalan hierarkkisesta perinteestä nousevia yhteistyömalleja, jotka estävät todellisen yhteistyön toteutumista. Tähän ongelmanpurkuun antaa hyvän työkalun systeemiteoriaan kuuluva rajasyteeminäkökulma, jolla pyrin jäsentämään esimiestason ja sosiaalityön suhdetta. Päätin jäsentää aineiston Arnkilin (1990, 5–6) kehittämän systeemisten riskien mukaan, joiden kautta voisin löytää yhteistyön estäviä tekijöitä. Systeemisiä riskejä ovat muun muassa rajasyteemien tulkintaerot, samankaltaisuus ja systeemien erilaisuus, jossa vuorovaikutus ei toimi tai kohtaa. Näitä systeemisiä riskejä etsin sosiaalityön toimintakentältä ja niiden vastavuoroisuutta analysoin aineiston pohjalta. Toimintakenttä tutkielmassa pitää sisällään sosiaalityön sisäisen sekä esimiesten ja sairaalaorganisaation sisäisen että edellä mainittujen keskinäiset systeemit. Tässä tutkielmassa en ole puuttunut esimiesten ja sairaalaorganisaation sisäiseen systeemiin sen enempää, kuin mitä olen saanut irti aineistosta ja joistakin lähdemateriaaleista. Erikseen en sitä kuitenkaan ole analysoinut.

Sosiaalityöllä on kohtalaisia haasteita vakiinnuttaa asemansa autonomisena professiona erikoissairaanhoidossa. Lapin sairaanhoitopiirissä sosiaalityöntekijöillä on jokaisella

tulosalueella omat esimiehensä, tämän lisäksi johdolla on erilaiset tavoitteet kokonaisuuden toimimisen kannalta. Erilaiset organisoitumistavat tarkoittavat organisaation kannalta myös erilaisia tietoympäristöjä. Tieto syntyy aina vuorovaikutuksen tuloksena. Tietoa vaihdetaan, luodaan ja rikastetaan aina sosiaalisessa ympäristössä. (Nylander & Ståhle & Nenonen 2003, 6–7.) Mitä enemmän tietoympäristöjä on, sitä enemmän myös on mahdollisuuksia tulkintaeroihin. Systemisen ajattelutavan mukaan kaikilla tasoilla täytyy kuitenkin olla riittävä autonomia, jotta ne voisivat sulattaa ylhäältä ja alhaalta tulevat impulssit omaan toimintaansa. (Nylander ym. 2003, 4–5.) Riittävä autonomia muodostaa profession täysivaltaisen toiminnan. Terveystieteiden tutkimuksissa työn autonomisuutta rajoittaa tehtävien pirstoutuneisuus. Toiminnan tehokkuus voi heiketä, jos asiantuntijat eivät ole riittävästi vuorovaikutuksessa keskenään (Roine 2007, 21).

Teoriassa sosiaalityöllä on vakaa asema muiden joukossa myös Lapin sairaanhoitopiirin sairaalaorganisaatiossa, mutta käytännössä se piirtyy sosiaalityöntekijöiden kokemuksissa häilyväksi ja toistuvaksi vaateeksi puolustaa asemaansa ja paikkaansa. Keskeinen päätelmä tutkielmassa on, että haastattelemani sosiaalityöntekijät ovat hyvin eriarvoisessa asemassa toisiinsa nähden riippuen yksiköstään ja esimiestensä suhtautumisesta sosiaalityöhön. Haastattelumateriaali antaa kahdenlaisia vastauksia siihen, mistä esimerkiksi sosiaalityön toimintakentän määrittely johtuu. Se, miten esimiesten johtamistaito vaikuttaa sosiaalityön toimintaympäristöön kertoo siitä, että joko rajajärjestelmät ovat liian samankaltaisia tai sitten ne eivät vain ymmärrä toisiaan. Näin ne voivat olla jopa uhka toisilleen. Toisin sanoen sosiaalityön systeemillä on heikko autonomia vastustaa johdon taholta tulevia signaaleja ja sosiaalityön toiminta on urautunut kehään, jossa se toistaa liiaksi sairaalaorganisaatiossa luotuja määritelmiä sosiaalityölle. Rutinoituvat ja toistuvat toimintakäytännöt ovat muodostuneet uusiutuvaksi rakenteeksi, jonka urautuneista käytännöistä on hankala irtautua ilman sosiaalityön kehittämistä. Ilman vahvaa esimiestaitoa sosiaalityön kehittäminen on puolestaan erityisen haasteellista, koska jokainen sosiaalityöntekijä oman tulosalueen alaisuudessa on eri tavoin orientoitunut tekemään sosiaalityötä kentällään. Toimintaa ei pitäisi ohjata kertaluonteisesti ylhäältä alas informaatio-ohjauksella, vaan koko verkoston tulisi ohjata jatkuvasti itseään tiedon avulla (Nylander ym. 2003, 5).

Sosiaalityön mahdollisuus kehittää itseään on pitkälle kiinni organisaation johdon tahdosta. Jos esimies ei arvosta sosiaalityöllistä asiantuntijuutta ja sen kehittämistä sellaiseen, on sosiaalityöntekijä yksikkönsä alaisuudessa yksinäisellä paikalla. Tällöin korostuu myös alituinen sosiaalityön markkinoimisen tarve omassa tiimissään. Sosiaali-

työn hallintoon liittyvät seikat ovat olennaisia myös terveydenhuollon organisaatiossa, johon liittyy tutkimus, kehittäminen ja laadunhallinta. Se on sosiaalityön tekemisen edellytyksiä varmistavaa työtä. (Holma 2001, 17–18.)

Mikäli sosiaalityöllä ei ole laajempaa mahdollisuutta kehittää itseään sairaalaorganisaatiossa, se tuottaa yksittäisiä sosiaalityöntekijöitä (”yksinäiset puurtajat”), jotka toteuttavat sosiaalityötä erilaisin orientaatioin ja jotka ovat enemmän tai vähemmän riippuvaisia siitä, millä tavoin esimies ja oma tiimi ottavat sosiaalityöntekijät omakseen. Sosiaalityön merkitys osana muuta yksikön toimintaa vaihtelee voimakkaasti eri tulosalueiden kesken. Samalla se kertoo myös moniammatillisuuden laadusta. Parhaimmillaan moniammatillisessa kokonaisuudessa ammattilaiset tietävät, keihin olla yhteydessä tarvittaessaan asiantuntijuuden vahvistusta. Moniammatillisen yhteistyön epäonnistuuessa on epätietoisuutta vastuista, pyrkimystä saada toinen tekemään osansa asiakkaan auttamisessa ja turhien verkostokokousten pitämistä. (Seikkula & Arnkil 2005, 9.)

Heikko professionaalinen asema ja sosiaalityön tehtäväkuvan pirstaleisuus luovat myös sosiaalityöntekijöiden kesken sisäisiä ristiriitoja. Sosiaalityön määrittelyn sanotaan olevan vaikeaa, jollei mahdotonta sen vuoksi, koska sosiaalityö pitää sisällään niin monenlaista toimintaa (Juhila 2006, 17). Tutkielman sosiaalityöntekijöiden oli vaikea määritellä tai rajata yleisesti työnkuvaansa ja tehtäviään sairaalaorganisaatiossa muiden kuin oman yksikön osalta. On selvää, että eri tulosyksiköissä sosiaalityö painottuu eritavoin, mutta se seikka, ettei yleistä määrittelyä erikoissairaanhoidon sosiaalityölle saada aikaan, voitaneen puhua pirstaleisuudesta.

Sosiaalityöntekijän sanotaan usein toimivan ”yksinäisenä puurtajana” sairaalaorganisaatiossa, tämä tuli esille myös aineistomateriaalissa. Tästä toimintakäytännöstä purkautuminen vaatisi yhteistyötä toisten sosiaalityöntekijöiden kanssa. He voisivat alkaa yhdessä työstämään entisiä toimintakäytäntöjä toisenlaisiksi tai yhtenäisemmäksi. Tätä kautta muutos voisi heijastua sosiaalityöntekijän oman yksikön perinteisiin toimintamalleihin. Omaa toimintaa muuttamalla voisi olla mahdollisuus irtautua yksinäisen työntekomallin toimintakäytännöstä ja murtautua tekemään osaston tai poliklinikan kanssa parempaa yhteistoiminnallista työtä. Tähän tarvittaisiin lisäksi esimiehen täysi tuki. Rajasysteemisen näkökulman tavoin ajateltuna muutos kahden osasysteemin välisessä suhteessa pitäisi tuottaa signaalin myös muille systeemin osille. Mikäli yhteistä säveltä esimerkiksi sosiaalityön määritelmään ei löydy, on niin sosiaalityön sisäinen kuin tiimin sisäinen kehittäminen haasteellista.

Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityön oma kehittämistyö on lapsenkengissä. Eri tulosityksiköiden esimiehet antavat toisistaan poikkeavia näkemyksiä toteuttaa kehittämistyötä erikoissairaanhoidossa. Osa tuo esille sitä, että on mahdotonta toteuttaa sitä irrallaan sosiaalityön omasta tiimistä ja osan mielestä haasteena on johtamisvaje. Lähtiessään kehittämään omaa toimintaansa sosiaalityön pitäisi ensin tarkoin määritellä, mitä heidän pitäisi ensimmäiseksi kehittää. On epäilemättä tärkeä eritellä esimiehillekin, onko kyseessä tiimin sisäinen kehittämistyö, vai aivan pelkästään sosiaalityön oma asiantuntijuuden kehittäminen. Kuten aiemmin mainitsinkin, osa esimiehistä oli jollain tavoin hämmennyksissään haastattelutilanteissa, kun haastattelukysymykset koskivat sosiaalityön kehittämistä tai päätöksentekokuvioita. Aineistoni ei anna selvää kuvaa siitä, ovatko esimiehet itse olleet sosiaalityön kehittämistyössä ollenkaan mukana muutoin, kuin haastateltavina. Se mitä se antaa ymmärtää, on sosiaalityöntekijöiden ollut hankala saada rahoituslupa esimiehiltään alussa mainitsemani sosiaalityöntekijöiden omalle kehityshankkeelle.

Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöiden esimiehet yleisesti ovat aika kaukana sosiaalityön käytännöstä. Esimiesten ja sosiaalityöntekijöiden rajajärjestelmä toimii joillakin alueilla hyvin, mutta huonosti toimiessaan se tuottaa ristiriitaista ja epämääräistä käsitystä sosiaalityön toimenkuvasta. Tuolloin esimies myös herkästi henkilöi sosiaalityössä ilmenneitä ongelmia. Sosiaalityön heikko professionaalinen asema ja sen tehtäväkuvan epämääräisyys luovat myös sosiaalityöntekijöiden kesken sisäisiä ristiriitoja. Yksittäinen sosiaalityöntekijä joutuu venymään oman ammattitaitonsa rajojen yli, joskus jopa niin, että hän joutuu vastaanottamaan tehtäviä, jotka eivät edes ole millään tavoin sosiaalityölle kuuluvia. Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityön johtamismalli, jossa jokainen sosiaalityöntekijä toimii oman tulosityksikön esimiehen alaisuudessa, tuottaa myös sosiaalityölle suuria paineita. Sosiaalityön perustehtävän kokonaiskuva kärsii, mikäli sosiaalityön omasta ammatillisuudesta ja kehittymisestä ei pidetä huolta. Muussa tapauksessa se hajauttaa sosiaalityön itsenäisyyttä jättäen suuren vastuun yksittäisen sosiaalityöntekijän harteille.

Erilaiset esimiehet tuovat esiin hyvin ääripäissä olevia mielipiteitä sosiaalityön työnkuvasta ja tehtävistä riippuen myös siitä, kuinka lähellä tai kaukana esimies on sosiaalityön käytännöistä. Esimiesten sekä sosiaalityön rajajärjestelmät jäävät helposti kohtaamatta, koska heidän välistä kommunikointia ja yhteistyötä sosiaalityön asemasta ja tehtävistä Lapin keskussairaalassa on suhteellisen vähän. Toisessa ääripäässä toivotaan, että sosiaalityöllä olisi oltava itsenäinen asema ja joka määrittelisi itse itsensä. Toisessa ääri-

päässä taas sosiaalityön rooli on olematon ja enintään avustava ammattiryhmä muille ammattiryhmille sairaalassa. Muut mielipiteet jakaantuvat näiden välille.

Systemisten riskien analysoinnin jälkeen jää johdannossakin mukailemani kysymys, onko tarpeellista ja mahdollista purkaa hierarkkisesta perinteestä nousevia yhteistyömalleja, jotka estävät todellisen yhteistyön toteutumista (Launis 1997, 130; Pylväs 2003; 21)? Mielestäni on tarpeellista ja myös mahdollista, jos haluaa nähdä vaivaa sen työn eteen. Tarpeellista se on siksi, että sosiaalityön toimintafunktio ei urautuisi paikalleen hierarkkisessa, mutta muutoin nopeasti lääketieteellisesti kehittyvässä toimintaympäristössä. Sinänsä hierarkiaa tarvitaan, jotta sairaalassa esimerkiksi lääketieteen toimintafunktio säilyisi edelleen ensisijaisena ja tämä seikka ei olekaan tässä tutkielmassa ollut millään tavoin kyseenalaistettuna. Sairaalan hierarkkisesta perinteestä kumpuava jäykkä yhteistyömalli vain voisi avautua uusille urille. Hierarkian ei kuitenkaan tarvitse tarkoittaa sitä, että erityisalojen, kuten sosiaalityön oma asiantuntijuus, unohdetaan ja että se määräytyy muiden toimijoiden näkökulman mukaan. Tällä kaikella tarkoitan, että jokainen sosiaalityöntekijä voisi kokea oman asiantuntijuuden ja ammattitaidon kehittymisen tärkeäksi, sekä ylipäättään oman ammattitaitonsa ja asiantuntijuutensa tärkeäksi osana erikoissairaanhoidon hyvää toteuttamista.

Toiseksi sosiaalityö tarvitsee Lapin sairaanhoitopiirin kaltaisesti toimivissa organisaatioissa johtamismallin, jonka avulla kyetään vahvistamaan sosiaalityön toimintafunktiota, olipa sosiaalityön hallinnollinen paikka omana yksikkönään tai ei. Työntekijän ja työyhteisön on kyettävä ammatilliseen reflektioon ja irroittautumaan pätevemmän opastajan roolista (Arnkil & Eriksson 1996). Edelleen on helppo yhtyä ajatukseen, että sosiaalityön toimintakäytäntöjä ei tulisi luoda instituutorakennelman, vaan potilaiden itsensä mukaisesti (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011). Kun oma toimiala on riittävän vahva ja itsenäinen professio, vasta sitten se voi tasaveroisesti kommunikoida muiden professioiden kanssa siten, että asiakaskin saa parhaan mahdollisen avun ja palvelun.

Yksi jatkotutkimusaihe tästä aihepiiristä voisi olla vertaileva tutkimus, jossa voitaisiin verrata erilaisia eri sairaanhoitopiirien hallinnollisia malleja erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Se voisi tuoda lisää tarttumapintaa jouduttaessa päättämään, millainen hallinnollinen paikka sairaalan sosiaalityössä olisi tarkoituksenmukaisin sosiaalityön toimintafunktion organisointiin. Kaikesta huolimatta on erittäin tärkeää, että jokainen sosiaalityöntekijä erikoissairaanhoidossakin tuntisi tekevänsä hyödyllistä ja asiantuntemustaan hyödyntävää työtä.

Lähteet

- Ahlgren, Kristiina 2008: Sosiaalityö sairaalaorganisaatioissa. Tapaustutkimus sosiaalityöntekijöiden työn mieltämisestä ja jäsentämisestä moniammatillisessa työyhteisössä. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu. Tampereen yliopisto.
- Antikainen, Merja 2010: Henkilökohtainen tiedonanto. Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöiden yhdyshenkilö. Rovaniemi.
- Arnkil, Erik 1990: Sosiaalityö rajasysteemeissä. Makro-analyysistä marko-analyysiin. Sosiaalihuollon julkaisu 4/1990. Helsinki.
- Arnkil, Erik 1991: Keitä muita tässä on mukana. 3. artikkeli. Sosiaalityö rajasysteemeissä. Sosiaali- ja terveyshallitusraportteja 23/1991. VAPK-kustannus. Helsinki.
- Arnkil, Erik 1992: Sosiaalityön rajasyteemit ja kehitysvyöhyke. The systems of boundary and the developmental zone of social work. English summary. Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research 85. University of Jyväskylä. Jyväskylä.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa 1996: Kenelle jää kontrollin Musta Pekka -kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissaan. Stakesin tutkimuksia 63. Stakes. Helsinki.
- Banks, Sarah 2006: Ethics and Value in Social Work Banks, Basingstoke: Plagrove MacMillan.
- Brandon, Marian & Dodsworth, Jane & Rumball, Daphne 2005: Serious case reviews. Learning to use expertise. Child Abuse Review 14(3), 160–176. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/110503996/PDFSTART>. Viitattu 20.2.2013.
- Bronfenbrenner, Urie 1979: The ecology of human development. 3.painos. Harvard University Press. Cambridge, Mass.
- Compton, Beulah & Galaway, Burt & Cournoyer, Barry 2005: Social Work Processes. Thomson Brooks/Cole. Belmont.
- Compton & Galaway 1999: Social Work Processes. Brooks/Cole, Pacific Grove (CA).
- Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062.
- Eriksson, Päivi & Koistinen, Katri 2005: Monenlainen tapaustutkimus. Julkaisuja 4. Kuluttajatutkimuskeskus.
- Eräsaari, Risto 1996: Keskustelua asiantuntijaposition muotoutumisesta. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan työpapereita no. 94. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Eskola, Jari 2001: Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS- Kustannus. Jyväskylä, 133–157.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Jyväskylä.
- Eskola Jari & Suoranta Juha 2001: Johdatus laadulliseen tutkimukseen, 5. painos. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Fort Cowles, Lois A. 2000: Social Work in the Health Field. A Care Perspective. The Haworth Press, Inc. New York.
- Freidson, Eliot 1970: Profession of Medicine. Dodd, Mead & Company, New York.
- Grönfors Martti 2008: Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. SoFia. Pälkäne.
- Haaparanta Leila 2000: Katsaus merkitysten metafysiikkaan. Teoksessa Airola A & Koskinen H. J. & Mustonen V. (toim.): Merkillinen merkitys. Gaudeamus. Helsinki, 26–43.
- Healy, Karen 2005: Social Work Theories in Context. Creating Frameworks for Practice. Houndsmill, Basingstoke, Hampshire. Palgrave Macmillan.
- Heinonen, Hanna 2007: Kohti syvempää ymmärrystä sosiaalityössä. Tutkiva ja arvioiva työote sosiaalityöntekijöiden jäsentämänä. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja nro 16. Yliopistopaino.

- Holma, Tupu 2001: Terveysthuollon sosiaalityön luokitus – väline työn kehittämiseen. Teoksessa Kallinen-Kräkin, Salme (toim.): Sosiaalityö näkyväksi. Sosiaalityön luokitusseminaarin julkaisu 3/2001. Helsinki, 15 – 19.
- Huotari, Risto 1998: Opettaja moniammatillisessa työyhteisössä. Tutkimus sairaalaopetuksen, osastohoidon ja oppilaan muodostaman rajajärjestelmän kehitysmahdollisuuksista. Tutkimuksia 191. Opettajankoulutuslaitos. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.
- Ikola-Norrbacka, Rinna 2010: Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiesten ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. Väitöskirja. Julkisjohtaminen. Acta Wasaensia NO 222. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Juhila, Kirsi 2006: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino. Tampere.
- Kansanterveyslaki 1972/66.
- Karjalainen, Pekka & Sarvimäki, Pirjo 2005 (toim.): Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 -toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005: 13. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Karvinen, Synnöve 1999: Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, AilaLeena & Pohjonen, Anneli: Monisärmäinen sosiaalityö. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä
- Synnöve Karvinen & Tarja Pösö & Mirja Satka 2000 (toim.): Sosiaalityön tutkimus – metodologisia suunnistuksia. SoPhi. Jyväskylä.
- Kempainen, Tarja & Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli 2007: Sosiaalityö vuonna 2015. Teoksessa Laitinen M & Kempainen, T (Toim.): Tutkiva sosiaalityö. Näkökulmia tulevaisuuteen ja innovaatioihin. Talentia-lehti / Sosiaalityön tutkimuksen seura 2007. Rovaniemi.
- Kilpeläinen, Arja 2009: Luhmannin ekologinen kommunikaatio teoreettisena lähestymistapana sosiaalityössä. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.): Sosiaalityö ja teoria. Ps-kustannus. Juva, 67–84.
- Korkealaakso, Rauni 2005: Sosiaalityöntekijä - vieraileva tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu. Tampereen yliopisto.
- Korkiakangas Mirja 2005: Perheen voimavaroja etsimässä. Tapaustutkimus asiakaslähtöisistä perheorientaatioista lastensuojelun perhetyössä. Raportteja 6/2005. Nuorten Ystävät Ry.
- Kvale Steinar 1996: InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. London: Sage Publications.
- Kärki, Jarmo 2007: Asiakaskohtaisen sosiaalityön luokitukset. Sosiaalityöntekijän asiakaskohtainen toimintoluokitus ja asiakaskohtaisen sosiaalityön kohdeluokitus versiot 1.0. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 2007:2. Stakes. Helsinki.
- Laaksonen Pirjo & Wiegand Eira 1989: Oppilasko ongelma? Oppilashuolto koulun systeemeissä. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Helsinki.
- Laine, Timo 2001: Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Kirjassa J.Aaltola & R. Valli (Toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä, 26–43.
- Laine, Markus & Bamberg, Jarkko & Jokinen, Pekka 2007: Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa M. Laine, J. Bamberg & P. Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus. Helsinki, 9–38.
- Lapin sairaanhoitopiiri 2012. Viitattu 10.1.2012:
<http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10420&contentlan=1>

- Launis, Kirsti 1997: Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Yliopistopaino. Jyväskylä, 122–133.
- Linden, Mirja 1999: Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Raportteja 234. Stakes. Helsinki.
- Luhmann Niklas 1995: Social Systems. Translated by John Bednartz, Jr. with Dirk Baecker Stanford University Press. Stanford.
- Luhmann, Niklas 2004: Ekologinen kommunikaatio. Suomentaneet Sam Krause ja Sepo Raiski. Oy Yliopistokustannus. Tampere.
- Metteri, Anna 1996: Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä. tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri, A. (toim.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Oy Edita Ab. Helsinki, 143–157.
- Metteri, Anna 2003: Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot. Teoksessa Metteri, A (toim.): Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdistusta kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys YTY r.y. Helsinki.
- Metteri, Anna 2012: Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Väitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Murto, Lasse 2005: Käytäntörelevanssi: haasteita sosiaalityön koulutukselle ja tutkimukselle. Janus 13 (3) 2005, 316–328.
- Mutka, Ulla 1998: Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja 2009: Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Jyväskylä.
- Mönkkönen, Kaarina 2007: Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kemppainen, Tarja & Koskinen, Simo & Pohjola, Anneli & Urponen, Kyösti 1998: Sosiaalityö epävarmuuden oloissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 28. Lapin Yliopistopaino. Rovaniemi.
- Kemppainen, Tarja & Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli 2007: Sosiaalityö vuonna 2015. Teoksessa Laitinen, M & Kemppainen, T (toim.): Tutkiva sosiaalityö. Näkökulmia tulevaisuuteen ja innovaatioihin. Sosiaalityön tutkimuksen seura. Rovaniemi, 4–11.
- Niemelä, Pauli 1985: Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Empiirinen tutkimus sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkärin näkemyksistä sairaalan sosiaalityöntekijöiden työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta sekä kunkin ammattikunnan näkemys omaa ammattiaan koskevista arvoista ja niiden toteutumisesta työssä. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Sosiaalityöntekijän Liitto ry. Helsinki.
- Niemelä, Pauli 2008: Sosiaalityö sosiaalitieteenä. Teoksessa Puurunen, Piia & Suonio, Mari & Väänänen-Fomin, Marja (toim.): Tutkiva sosiaalityö. Sosiaalityön tiede- ja teoriaperusta. Sosiaalityön tutkimuksen seura. Kuopio, 16–27.
- Niiranen, Vuokko 2004: Sosiaalityön johtamisen vaatimukset ja kvalifikaatiot. Janus vol 12. (2), 226–233.
- Nikander, Pirjo 2003: Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 40 279–290 A.
- Nuutinen, Anita 1994: Tiedonkäsitys ja tieteellisyys. Teoksessa Ekola, J. (toim.) 1994. Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan. WSOY. Juva.

- Nylander, Olli & Ståhle, Pirjo & Nenonen, Mikko 2003: Informaatio-ohjauksesta tietointensiiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (2003): 1, 3–18.
- Ojuri, Auli 1996: Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Teoksessa Metteri, A: *Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996*. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Palomäki, Susanna 2004: Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Ammatillisen aseman varaan rakentuneet sosiaalityöntekijän identiteetit Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu*. Tampereen yliopisto.
- Parton, Nigel 2000: Theory and Practice in and for Social Work. *The British Journal of Social Work* 30 (4), 449 – 463.
- Parviainen, Henna & Telilä, Johanna 2005: ”... ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...” Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosiaalityössä. *Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto*.
- Patton, Michael Quinn 2002: *Qualitative research & evaluation methods*. Sage. London.
- Payne, Malcolm 2005: *Modern Social Work Theory*. Basingstoke. Palgrave Macmillan.
- Pekkarinen, Elina 2010: *Sosiaalialan arvojohtajat ja muutoksen managerit. Laadullinen katsaus sosiaalialan johtamisen tutkimuksesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 7/2010*. Helsinki.
- Peltola Taru 2007: Empirian ja teorian vuoropuhelu. Teoksessa Laine, M & Bamberg, J & Jokinen, P (Toim.): *Tapaustutkimuksen taito*. Oy yliopistokustannus. Helsinki, 111–129.
- Pentikäinen, Hanna-Kaisa 2011: Sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvan tarkastelua 1980-luvulta nykypäivään. *Pro Gradu- tutkielma. Sosiaalityö/Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto*.
- Perustuslaki 11.6.1999/731.
- Pitkänen, Virpi 2009: Terveydenhuollon johtamis- ja organisaatiokulttuurit. *Pro Gradututkielma. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto*.
- Pohjola, Anneli 2003: Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. *Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47*. Rovaniemi.
- Polit Denise F & Hungler Bernadette P 1997: *Nursing Research. Principles and Methods*. JB Lippincott Company. Philadelphia.
- Pylväs, Maria 2003: Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. *Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pro gradu -tutkielma. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulu*.
- Raiski, Seppo 2003: Hyvä tiede myyntipuheen, väärin tekemisen ja eettisten ongelmien puristuksessa. Teoksessa Pohjola, Anneli (toim.): *Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47*. Lapin yliopisto. Rovaniemi, 23–52.
- Raunio, Kyösti 2000: *Sosiaalityö murroksessa*. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Roine, Maija 2007: Asiantuntijuuden muodot professio- ja verkostokeskeisessä koordinoinnissa. *Tutkimus lasten kuntoutuspalveluista julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystalontiede. Terveystalouden- ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio*.
- Ryan, Martin & Healy, Bill & Renouf, Noel 2004: *Doing it Well: An Empirical Study of Expertise in Mental Health Social Work*. Teoksessa Metteri, Anna & Kröger, Teppo & Pohjola, Anneli & Rauhala, Pirkko-Liisa: *Social Work Approaches in Health and Mental Health from Around the Globe*. The Haworth Social Work Practice Press. Binghamton. 21 – 37.
- Satka, Mirja 1995: *Making Social Citizenship. Conceptual practices from the Finnish poor law to professional social work*. SoPhi. Jyväskylä.

- Satka, Mirja 1997: Sosiaalityö ajassa – ydinkysymysten äärellä. Teoksessa Riitta Viialainen & Maisa Maanittu (toim.) ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi”. Sosiaalityö 1990-luvulla. Stakes, raportteja 213. Helsinki. 27–38.
- Seikkula, Jaakko 1987: Rajasysteemi – hoidettava yksikkö osaston ja perheen välillä. *Perheterapia*, 3 (1), 11 – 13.
- Seikkula, Jaakko 1996: Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Kustannus Oy Tamara Press. Tampere
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik 2005: Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Sellergren, Hanna 2007: Nuorisopsykiatrian poliklinikan asiakasyhteistyö. Metodina työntekijöiden fokusryhmähaastattelu. Kuntouttavan sosiaalityön lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto.
- Silverman, David 2001: Interpreting qualitative data. *Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Sage Publications. London.
- Sipilä, Jorma 1996: Asiantuntija ja johtaja. Weilin+Göös, Helsinki.
- Sommerfeld, Peter 2005: Evidence-based practice - the end of professional social work or architect a new professionalism? Teoksessa Sommerfeld, Peter (ed.) *Evidence-Based Social Work – Towards a New Professionalism?* Peter Lang.
- Sosiaalihuoltolaki 1982/710.
- Sosiaalihuollon erityisosaamisen turvaaminen 1997: Sosiaalihuollon erityisosaamista selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997: 4. Helsinki.
- Sosiaalityön palvelut. Lapin sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.1.2012:
<http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=12393&contentlan=1>
- Tapola-Haapala, Maria 2011: Sosiaalityön ammatilliset refleksiivisinä toimijoina – tutkimus erikoistumiskoulutuksesta Margaret Archerin teorian valossa. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326
- Terveydenhuoltolaki 2011: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.3.2011:
http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki
- Terveydenhuollon sosiaalityö 2011: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Viitattu 30.3.2011:
<http://www.sosiaalikollega.fi/aluuetieto/alueellista%20tietoa/tervsairhyv/thsosiaalityo>
- Tulppo, Jaana 1991: Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus, Sarja C: Nro 2. Jäljennepalvelu. Tampere.
- Tuomiranta, Mirja 2002: Lääkərijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Tampere.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Latvia: Livonia Print.
- Törrönen, Maritta 2000: Lapset arjen subjekteina. Reflektiivisen etnografian mahdollisuudet. Teoksessa Synnöve Karvinen & Tarja Pösö & Mirja Satka (toim.) *Sosiaalityön tutkimus, metodologisia suunnistuksia*. SoPhi, Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä, 146–167.
- Urponen, Kyösti 2003: Sosiaalityön etiikan teoreettiset taustat. Teoksessa Pohjola, Anneli (toim.): *Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus*. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi, 71—86.
- Uusitalo, Hannu 1995: Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 2. painos. WSOY. Porvoo.

- Viitanen, Elina & Kokkinen, Lauri & Konu, Anne & Simonen, Outi & Virtanen, Juha V & Lehto, Juhani 2007: Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallissalan kehittämissäätiöntutkimusjulkaisut, nro 59. Kunnallissalan kehittämissäätiö KAKS. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala
- Yin, Robert K. 1987: Case study research. Sage. London.
- Walton, John 1992: Making the theoretical case. Teoksessa Charles Ragin & Howard Becker (toim.): What is a Case. Exploring the foundations of social inquiry. Cambridge University Press. Cambridge, 121–137.
- Wiili-Peltola, Erja 2005: Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa. Tampereen yliopisto. Haus-julkaisuja 1/2005. Savion kirjapaino Oy.

Liite 1

Haastattelukysymykset

SOSIAALITYÖN TEHTÄVÄT / TYÖN KUVA:

1. Mitä on sosiaalityö erikoissairaanhoidossa?
2. Millaista on hyvä kokonaisvaltainen hoito erikoissairaanhoidossa?
3. Miten alueellasi toimii moniammatillinen, monitieteellinen yhteistyö? Mikä on sosiaalityön osuus siinä?
4. Miten sosiaalityön osaamista hyödynnetään tulosalueellasi?

SOSIAALITYÖN ASEMA JA KEHITTÄMISTARPEET:

5. Miten on järjestetty sosiaalityön ammatillinen ohjaus ja muu tuki oman työku-
van kehittämisen suhteen?
6. Osallistuvatko sosiaalityöntekijät päätöksentekoon?
7. Miten kehittäisit sosiaalityötä omassa yksikössäsi?
 - Onko nykyinen malli hyvä – positiiviset ja negatiiviset puolet?
 - Millainen on tavoitetilä?
 - Miten laskutus ja tilastointi hoidetaan?
 - Käydäänkö kehityskeskusteluita?
 - Tehdäänkö koulutussuunnitelmia?
 - Millaiset ovat sosiaalityöntekijöiden oman työn kehittämismahdollisuudet?
 - Miten järjestetään uusien sosiaalityöntekijöiden ja sijaisten laaja-alainen orga-
nisaatioon ja työhön perehdytys, lomitusjärjestelyt ja lomista sopimiset

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

3.9.2010
TOT: 22/2010

kliniikka / tulosyksikkö	tulosyksikkönumero	DIAARINRO:	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet <i>Haukkala Helka Maria</i>	Henkilötunnus	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka <i>opiskelija Lapin yliopisto</i>	Nykyinen virka / toimi / opiskelija <i>projektin johtajaksi / kks / opiskelija</i>	
	Kotiosoite <i>Lapin sairaanhoitopiiri</i>	Postinro ja -paikka	
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot	Suoritettu tutkinto <i>unt. Tieteiden yo</i>	Suoritusvuosi <i>elk. 2005</i>	Suorituspaikka <i>Lapin yliopisto</i>
	Tutkimusprojektin lyhyt nimi <i>Lapin sairaanhoitopiirin sosiaalitiimin kehittämishanke</i>		
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita		
	Kaavanumerot		
	Alihakuksena		
	Tutkimus on <input type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input checked="" type="checkbox"/> muu, mikä <i>kehityshanke</i> <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja		
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija <input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		
	Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei		
	Tutkimuksen vastuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökijä <i>Sos. Työntekijöiden Yhdistyksen Yhdyskunta</i>		
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio		
Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), jolle anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteellä)			
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ▶ Erillinen liite			
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaيسista kustannuksista <input checked="" type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja <i>mitä myönnetty Lapin sairaanhoitopiiri</i>			
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain <input type="checkbox"/> rahottaja			
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä			
Päivämäärä <i>30.8.2010</i> Anojen allekirjoitus ja nimen selvitys <i>Helka H. Haukkala</i>			
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat		
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyspäivä	vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta		
	<input checked="" type="checkbox"/> ETENE - ¹⁾ TUKIJA		
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	<input type="checkbox"/> Tutkimustulosten omistusoikeus		
	<input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta		
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä		
Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input type="checkbox"/> joht.yliääkäri / hall.ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus			
Päivämäärä <i>7.9.2010</i> Allekirjoitus			
LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)			

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto³⁾ Lääkelaitokselta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kplLSHP (päivitetty 23.10.2006)
2006tutkimuslupa.doc