

# Altavastaajan asemassa

Sosiaalityön haasteet ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä

Anna Sarviaho, 0333845

Lauri Sarviaho, 0308155

Pro Gradu -tutkielma

2015

Sosiaalityö

Lapin yliopisto

## Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Altavastajaan asemassa - Sosiaalityön haasteet ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä

Tekijät: Anna Sarviaho & Lauri Sarviaho

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö

Työn laji: Pro Gradu -työ  Sivulaudaturtyö  Lisensiaatintyö

Sivumäärä: 95

Vuosi: 2015

### Tiivistelmä:

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä ja sosiaalityön johdon merkitystä yhteistyön toteutumisessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille systeemiteoreettisen viitekehyksen ja tutkimusaineiston analyysin avulla haasteita, jotka seisovat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön edessä, sekä mahdollisuuksia, joita yhteistyön kehittäminen ja palveluiden integraatio sosiaalityön tulevaisuudelle tarjoaa. Tutkimuksessa yhteistyön toteutumista sote-organisaatioiden välillä tarkastelemme erityisesti kuntasektorin sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalihuollon johdon näkökulmasta.

Tutkimuksemme perustuu ajankohtaisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskunnallisen muutoksen tutkimiseen systeemiteoreettisen viitekehyksen ja empiirisen aineiston analyysin avulla. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus on ollut 2000-luvun suurimpia julkishallinnollisia uudistushankkeita, ja tämän valtakunnallisen muutoksen tutkimiseen systeemiteoria antaa meille toimivan työkalun. Analysoimamme tutkimusaineisto perustuu Sosiaali- ja terveysturvan (SOSTE) keskusliiton keräämään Sosiaalibarometri 2011 -aineistoon. Valtakunnallisesti kerätty aineisto yhdistettynä teoriaan ja aiempaan tutkimukseen, antaa tutkielmallemme mahdollisuuden saada laaja kokonaiskuva sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön toteutumisen mahdollisuuksista ja haasteista.

Systeemiteoreettisen viitekehyksen yhdistäminen tutkimuksen empiiriseen osioon tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyölle kolme erilaista vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tarkastelemme sote-organisaatioita nykyisten suljettujen systeemien mallin kautta. Toisessa vaiheessa tarkastelemme systeemistä muutosta ja systeemien välisiä ristiriitoja muutoksessa. Kolmannessa vaiheessa tarkastelemme verkostomaisen mesosysteemin muodostumista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välille.

Tutkimuskysymyksen vastauksina toteamme sosiaalityön johdon roolin olevan suuri yhteistyön toteuttamisessa, haasteiden ylittämässä sekä tasavertaisen aseman saavuttamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon välille. Johtopäätöksissä pohdimme sosiaalityön omien valtarakennelmien muutosta sote-uudistuksen myötä sekä sosiaalityön omaa vastuuta universaalien sosiaalihuollon palveluiden säilyttämiseksi tulevaisuuden julkisten hyvinvointipalveluiden kentällä.

Avainsanat: sote-uudistus, yhteistyö, integraatio, sosiaalityö, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, johtajuus, systeemiteoria, kvantitatiivinen tutkimus, organisaatiotutkimus

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi

## Sisällys

1 Johdanto .....	1
2 Tutkimusaihe, käsitteet ja ajankohtaisuus .....	7
2.1 Aineiston valinta, tutkimusongelma ja tutkimusnäkökulma .....	7
2.2 Sosiaalihuollon organisaation rakentuminen Suomessa.....	9
2.3 Moniammatillisen yhteistyön käsite.....	14
2.4 Integraation käsite sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa .....	20
2.5 Johtajuus ja muutospainet sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä.....	25
3 Tutkimuksen systeemiteoreettinen viitekehys.....	31
3.1 Systeemiteoriat sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa .....	31
3.2. Systeemiteoria organisaatioiden muutosten kuvaajana .....	35
3.3 Systeemien hierarkkisuus ja osajsystemien väliset ristiriidat .....	37
4 Tutkimuksen toteuttaminen ja aineistoanalyysi .....	44
4.1 Systeemiteorian hyödyntäminen aineiston analyysissa.....	44
4.2 Tutkimuksen eettisyys.....	45
4.3 Taustamuuttujien esittely .....	49
4.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon mikrosysteemien välinen yhteistyö .....	54
4.5 Sote-organisaatioiden tarkastelu systeemisessä muutoksessa .....	58
4.6 Mesosysteemin muodostuminen sosiaali- ja terveydenhuollon välille .....	69
5 Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset .....	78
5.1 Siiloutuneista ja sulkeutuneista avoimiin ja verkostomaisiin sote-organisaatioihin .....	78
5.2 Sosiaalityön johdon haasteet ja toimintamahdollisuudet muutoksen toteuttamisessa.....	80
5.3 Johtopäätökset.....	85
Lähteet.....	90

## **Kuvioluettelo**

Kuvio 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon suljetut systeemit (mukaillen Payne 2005, 191) .....	38
Kuvio 2 Systeeminen muutos mikro- ja makrotasolla (mukaillen Payne 2005, 191) .....	41
Kuvio 3 Mesotason muodostaminen avointen systeemien kautta (mukaillen Payne 2005, 191) 43	

## **Taulukkuuettelo**

Taulukko 1 Tutkimusaineiston vastaajat.....	50
---	----

## **Kuvaluettelo**

Kuva 1 Sosiaalihuollon johdon koulutustausta (%) .....	51
Kuva 2 Sosiaalihuollon lautakunnan puheenjohtajien vastuualue .....	53
Kuva 3 Yhteistyön toteutuminen viranomaisten kesken .....	55
Kuva 4 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toimivuus pitkäaikaistyöttömien palveluissa. 56	
Kuva 5 Sote-palveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuun tulee säilyä kunnilla .....	60
Kuva 6 Sote-palveluiden yhteys tulee säilyttää rahoittamis- ja järjestysvastuussa .....	62
Kuva 7 Sote-palveluiden demokraattinen ohjaus tulee varmistaa.....	64
Kuva 8 Sote-palveluiden verorahoitteinen rahoitusmalli on toimiva keino .....	66
Kuva 9 Valtakunnallinen vakuutusrahoitteinen sote-malli tulee ottaa käyttöön.....	67
Kuva 10 Sosiaalihuollon nykyinen merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa .....	70
Kuva 11 Sosiaalihuollon tuleva merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa .....	71
Kuva 12 Terveydenhuollon nykyinen merkitys hyvinvoinnin tuottamisessa .....	72
Kuva 13 Terveydenhuollon tuleva merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa.....	73
Kuva 14 Sote-palveluiden kyky vastata pitkän aikavälin muutoksiin.....	75
Kuva 15 Sosiaalitoimen henkilöstöresurssien riittävyys 4 vuoden kuluttua .....	76

## 1 Johdanto

”Niin ikävä kuin tämä tapaus onkin, viranomaisyhteistyön parantamiseen tämä tuomio antaa hyviä eväitä. Tämä on huono esimerkki siitä, miten käy kun yhteistyö ei kaikilta osin toimi.” Näin lausui Itä-Suomen rikos- ja prosessioikeuden professori Matti Tolvanen sanomalehti Kalevan uutisartikkelissa (11.7.2014, Juupaluoma). Kahdelle sosiaalityöntekijälle oli juuri annettu sakko- ja varoitustuomiot 8-vuotiaan Vilja Eerikan kuolemaan johtaneessa tapahtumaketjussa.

Vilja Eerikan surullinen tapaus on ehdottomasti 2010-luvun eniten mediahuomiota saanut esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toimimattomuudesta. Lastensuojelun palveluiden lisäksi sote-yhteistyötä tarvitaan myös kaikilla muilla sosiaalihuollon ja sosiaalityön alueilla. Nopeat yhteiskunnalliset muutokset ja globaalit taloudellisen tilanteen heilahtelut aiheuttavat julkisella sektorilla toimivalle sosiaalityölle paineita kehittää palveluitaan vastaamaan muutoksen tuomaa tarvetta.

Sosiaalityön omat panostukset palveluidensa kehittämiseen eivät poista kuitenkaan sitä tosiasiaa, että sosiaalihuolto on riippuvainen kunnan muista viranomaisista, kuten terveydenhuollosta. Vilja Eerikan tapaus kertoo karua kieltä sosiaalityölle asetetusta vastuunkannosta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkostossa. Yhdestätoista Vilja Eerikan tapausta käsitelleestä virkamiehestä, joihin kuului muun muassa terveydenhoitajia ja lääkäreitä, sosiaalityöntekijät tuomittiin kantamaan suurin vastuu. Vilja Eerikan tapaus on kasvattanut entisestään yhteiskunnan päättäjätahon tarvetta lisätä viranomaisyhteistyön edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen kautta. Yhteiskunnallisessa palvelurakenneuudistuksessa tärkeät sosiaalihuollon palvelut on kuitenkin jätetty taka-alalle. Viimeistään terveydenhuollon palvelut etusijalla valmisteltu sosiaali- ja terveystalouden palveluiden valtakunnallinen uudistus, jota jäljempänä tutkielmassamme kutsumme myös sote-uudistukseksi, on osoittanut, että sosiaalihuolto ja sosiaalityö ovat yhä 2010-luvun Suomessa altavastajaan asemassa sote-viranomaisten välisessä yhteistyössä.

Sosiaalityö elää yhteiskunnan mukana jatkuvaa muutosta. Olemme henkilökohtaisesti eläneet tätä muutosta 2010-luvun ajan opiskellessamme sosiaalityötä. Viimeisten viiden vuoden aikana sosiaalityö on kokenut haasteita ottaessaan etulinjassa vastaan vuodesta 2008 kestäneen talouslaman vaikutuksia, kuten julkisen sektorin leikkauksia ja työttö-

myyden lisääntymistä. Samanaikaisesti professionimme yhteiskunnallista asemaa ja merkitystä on kuitenkin myös lisätty muun muassa uuden sosiaalihuoltolain (30.12.2014/710) ja 1.3.2016 voimaan tulevan sosiaalihuollon ammattihenkilölain myötä (HE 354/2014 vp). On selvää, että yhteiskunnassamme tapahtuvan nopean väestörakenteen muutoksen, eli väestön ikääntymisen sekä globaalin markkinatalouden valta-aseman vahvistumisen, myötä muutoksia myös sosiaalihuollon ja sosiaalityön sisällä tarvitaan.

Tutkimukseemme ajankohtaisesti liittyvä Sosiaali- ja terveystalouden valtakunnallinen uudistus eli sote-uudistus on ilmiö, josta jokainen suomalainen on kuullut puhuttavan tai lukenut ilmiötä käsittelevän uutisen. Silti sote-uudistuksesta on erittäin vaikeaa saada otetta, puhumattakaan uudistuksen tarkasta määrittelystä ja sen vaikutuksesta sosiaali- ja terveystalouden käyttäjään ja sote-palveluiden laajaan ammattihenkilöstöön. Sote-uudistus on kuin jättimäinen muovailuvahamainen möykky, jota poliitikot muovailvat haluamaansa muotoon ja josta maamme poliittinen johto vääntää viikosta, kuukaudesta ja vuodesta toiseen kättä saamatta aikaan yhtä ja selkeää mallia, joka olisi hyödyksi Suomen yhteiskunnan tulevaisuudelle ja tasavertaisten sosiaali- ja terveystalouden käyttäjälle.

Vaikeaselkoisuudesta huolimatta sote-uudistus on kiinnostanut meitä sosiaalityön opiskelijoina hyvin paljon, etenkin uudistuksen sosiaalityölle tuomien mahdollisuuksien ja haasteiden takia. Sote-uudistuksen yhteydessä käynnistetty sosiaali- ja terveystalouden integraatio sai mielenkiintomme heräämään sosiaalityöntekijöiden moniammatillisten mahdollisuuksien parantamiseksi terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, sekä palveluiden käyttäjien että sosiaalityön yhteiskunnallisen vaikuttavuuden hyväksi. Sote-uudistukseen liittyy olennaisesti sosiaali- ja terveystalouden kokonaisvaltainen integraatio aina sähköisten tietojärjestelmien yhdistämisestä ammattihenkilökunnan tuomiin saman katon alle. Samalla sote-uudistus on kuitenkin herättänyt myös huolta sosiaalityön ammattilaisten keskuudessa. Viranomaisyhteistyötä korostava uusi sosiaalihuoltolaki on samanaikaisesti sumentanut tiettyjen sosiaalityölle ominaisten erityisalueiden ammattirajoja, mikä herättää kysymyksiä siitä, minkä ammatin edustajat voivat lähitulevaisuudessa hoitaa sosiaalihuollon tehtäviä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisääminen ei ole uusi ilmiö Suomessa. Kahden laajalti samaa asiakaskuntaa omaavan organisaation voi luonnollisesti nähdä toimivan läheisesti yhteistyössä, ja organisaatioiden integraatiota on pyritty lisäämään jo 1970-

luvulta lähtien. 1990-luvun lama-ajan Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisääminen ja organisaatioiden yhdistäminen oli voimakkaasti esillä. Suurena syyinä tähän oli taloudellisten säästöjen tavoittelu hallintoa ja palvelurakennetta keventämällä yhteistyön avulla. Taloudellisen kasvun aikakausina puhe yhteistyön lisäämisestä on ollut hiljaisempaa, kun on katsottu, että kunnat kykenevät hoitamaan sosiaali- ja terveyspalvelunsa sen hetkisellä järjestelmällä tehokkaasti. Suomen painiessa ennätysellisen pitkän talouslaman kourissa, on sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio säästöjen tuomiseksi ja tehokkaan palveluketjun takaamiseksi ajankohtaisempi kuin koskaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden väliset raja-aidat halutaan purkaa, jotta hyvinvointipalvelut voidaan tulevaisuudessa järjestää tehokkaasti palveluiden käyttäjille. Myös yhdistämisen taloudellisten hyötyjen tavoitteet ovat ymmärrettäviä nykyisessä vaikeassa taloustilanteessa. Haasteita saumattomien palveluketjujen muodostamiseen ja tehokkaaseen yhteistyöhön luovat kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisien erilaiset professiot. Professionaalisen monopoliaseman saavuttaneet terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijät eivät ole valmiita tinkimään omasta asemastaan yhteisessä organisaatiossa. Yhteiskunnan päättäjätaholta tulevat suunnitelmat ja päätökset muutoksesta voivat olla teoriassa tehokkaita, mutta muutos ei voi olla toimiva ennen kuin se hyväksytään ruohonjuuritasolla työntekijäyhteisöjen osalta.

Sosiaalityön kandidivaiheen opiskelijoina sote-integraatio ja sote-henkilöstön välinen yhteistyö hahmottui meille fyysisenä ympäristönä, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voisivat työskennellä läheisessä ja tehokkaassa moniammatillisessa yhteistyössä. Kandidaatintutkielmisamme halusimme tutkia tätä sote-yhteistyön ilmiötä ja rajasimme aiheemme käsittelemään sosiaali- ja terveydenhuollon korkeimmin koulutettuja ammattilaisia, sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden välisiä valtasuhteita ja yhteistyön edellytyksiä. Kandidaatintutkielmiamme avulla selvitimme, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja moniammatillista integraatiota on tavoiteltu paikallistasoilla jo vuosikymmenien ajan, mutta ammattiryhmien erilaiset toimintakulttuurit ja toimintatavat ovat estäneet tehokkaan integraation toteutumisen kerta toisensa jälkeen. Lisäksi lääkäriprofession universaalisti arvostettu korkea asema on ehkä jopa suurin haaste modernin ajan tuotoksen, sosiaalityön profession alhaisemmalle yhteiskunnalliselle asemalle tasavertaisen yhteistyön takaamiseksi.

Sote-uudistuksen edetessä sote-integraation luonne on osoittautunut enemmänkin sote-palveluiden valtakunnallisen hallinnon ja palveluiden järjestäjien integraatioksi kuin

sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön väliseksi yhteistyöksi. Sote-uudistusta seurassa on käynyt yhä selvemmäksi, että sosiaalityön ja sosiaalipalveluiden osa sote-uudistuksesta on jäänyt selkeästi vähemmälle huomiolle terveydenhuollon palveluiden tieltä sekä politiikan että median tasolla. Sosiaalipalveluiden ja sosiaalityön osalta sote-uudistus uhkaa pahasti tarkoittaa ainakin osittain autonomisesta asemasta luopumista ja sopeutumista terveyspalveluiden organisaatioiden esimiesten erilaisen kulttuurin ja toimintatapojen alaisuuteen.

Tutkielmassamme pyrimme keskittymään enemmän sosiaalityön profession, erityisesti alan johtotason omaan rooliin, vastuuseen ja asemaan toimivan viranomaisyhteistyön toteuttamisessa. Sosiaalityö ei yksinkertaisesti toimi ilman yhteistyöverkostoja, joten pelkän vastakkainasettelun ja ristiriitojen tarkkailun sijaan haluamme tutkielmassa tuoda esille sosiaalityön omia keinoja ja mahdollisuuksia yhteistyön toteuttamisessa ja sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation edetessä.

Muutoksen tarve lähtee ruohonjuuritasolta, mutta muutos laitetaan täytäntöön makrotasolta, eli yhteiskunnan päättäjätahon toimesta. Tieto ja tiedonkulku ovat jokaiselle muutoksen toteuttajalle ydin muutoksen onnistumisessa, mikä tuo vastuun muutoksen toteutumisesta organisaatioiden johtotason harteille. Haluamme tästä syystä keskittyä tarkastelemaan moniammatillisen yhteistyön haasteita ja mahdollisuuksia juuri sosiaalityön johdon näkökulmasta, minkä myös valitsemamme tutkimusaineisto mahdollistaa.

Tutkielmassamme lähemme ratkaisemaan seuraavaa tutkimuskysymystä: *Mitkä ovat sosiaalityön johdon haasteet ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon välisen moniammatillisen yhteistyön toteuttamisessa?*

Tutkimusaineistoksemme päädyimme valitsemaan valmiin aineiston, koska halusimme tutkia moniammatillisen yhteistyön haasteita ja mahdollisuuksia valtakunnallisesti alueellisen tutkimuksen sijaan. Harkitsimme aluksi sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ja yhteistyön toteutumisen tutkimista alueellisesti. Integraatio ja palveluiden tuominen saman katon alle on kuitenkin yhä hyvin tuore uudistus, joten luotettavien tulosten saaminen kvantitatiivisella tutkimuksella osoittautui haastavaksi. Sosiaali- ja terveys- turvan keskusliiton Sosiaalibarometri 2011 -tutkimukseen keräämä valtakunnallinen aineisto julkisen sektorin johtohenkilöiltä sopii tutkielmamme metodiseksi osaksi hyvin.



Aineiston analyysin avulla saimme hyvän kuvan sosiaali- ja terveydenhuollon näkemyksistä toisten organisaatioiden merkityksestä ja moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta julkisen sektorin palvelukentällä. Vuoden 2010 lopulla kerätty aineisto on yhä ajankohtainen kuvaamaan julkisen sektorin johtajien ajatuksia moniammatillisesta viranomaisyhteistyöstä ja toisten organisaatioiden toiminnasta. Sekalaisen sote-uudistuksen muovautuessa eri suuntiin vuodesta toiseen ovat julkisen sektorin johtajien vastaukset säilyttäneet ajankohtaisuutensa vuoteen 2015 saakka.

Tutkielmamme toisessa luvussa käymme läpi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden historiaa Suomessa ja avaamme sote-yhteistyöstä tehtyjä aikaisempia tutkimuksia. Lisäksi toisessa luvussa käymme läpi sosiaalityön johtajuutta ja sosiaalityön vastuuta sosiaalihuollon korkeimmin koulutettuna professiona ja väylänä moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle. Toisen luvun lopuksi tuomme esille tutkimuksemme yhteiskunnallista ajankohtaisuutta hyödyntämällä tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin tilastoja Suomen yhteiskunnallisesta muutoksesta ja tarpeesta lisätä moniammatillista yhteistyötä.

Kolmannessa luvussa käsittelemme tutkielmamme teoreettiseksi viitekehykseksi valitsemaamme systeemiteoriaa. Pyrimme soveltamaan systeemiteoriaa laajalti ja aiheeseen sopivasti. Systeemisen muutoksen tulkinnan kautta tuomme esille sote-yhteistyön muutoksen moninaisuutta. Yleisen systeemiteorian avulla kuvaamme sosiaali- ja terveydenhuollon systeemien hierarkkisuutta ja siiloutumista, joka tuo haasteita yhteistyön toteutumiselle. Ekologista systeemiteoriaa hyödyntämällä käsittelemme aiheitamme kolmen systeemin tasolta, mikro-, meso- ja makrosysteemistä. Mikrotasolla ovat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ja organisaatioiden johto. Mesotasolla kuvaamme sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillista yhteistyötä. Makrotasolla on hierarkkisesti alasysteemien muutosta ohjaileva yhteiskunta ja valtionvalta.

Neljännessä luvussa keskitymme valitsemamme aineiston analysointiin ja tutkielmamme empiiriseen osioon yhdistettynä systeemiteoreettiseen viitekehykseen. Aineiston analyysin avulla pyrimme selvittämään, millaisia näkemyksiä sosiaalihuollon johtotasolla on oman organisaationsa yhteiskunnallisesta merkityksestä sekä edellytyksistä moniammatilliseen yhteistyöhön verrattuna terveydenhuollon johtajien näkemyksiin..

Tutkielmamme viimeisessä eli viidennessä luvussa käsittelemme aineiston analyysin tuloksia systeemiteoreettisessa viitekehyksessä ja vastaamme työmme tutkimuskysymykseen tulosten perusteella. Viimeisessä luvussa pohdimme lisäksi sosiaali- ja tervey-

denhuollon yhteistyön merkitystä tulevaisuudessa tulostemme perusteella. Yhteistyön merkitystä näiden kahden hyvinvointipalveluiden tuottajien välillä on korostettu jo useina eri vuosikymmeninä. Onko yhteistyön mahdollista onnistua tällä kertaa, ja mahdollistavatko sote-uudistus ja yhteistyötä korostavat lakimuutokset tehokkaan moniammatillisen viranomaisyhteistyön? Yhteistyön perustana tulisi olla asiakaslähtöisyys ja julkisten hyvinvointipalveluiden universaaliuden säilyttäminen yhteiskunnassamme. Pohdimme kriittisesti sosiaalityön valmiuksia lähteä toteuttamaan ja uudistamaan omaa professiotaan nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassamme ja sitä, miten muutokset mahdollisesti muovaavat sosiaalityön luonnetta pysyvästi sosiaali- ja terveystieteiden integraation myötä.

## 2 Tutkimusaihe, käsitteet ja ajankohtaisuus

### 2.1 Aineiston valinta, tutkimusongelma ja tutkimusnäkökulma

Tutkielmassamme lähdimme selvittämään sosiaalityön johdon mahdollisuuksia ja haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon välisen moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa. Hyödyntämällä tutkielmassamme sosiaali- ja terveydenhuollon historiaa, aiempaa tutkimusta aiheesta sekä kuvaamalla systeemiteorian avulla sosiaali- ja terveydenhuollon muutosta kuvaamme sosiaalityön profession ja sosiaalityön johdon kohtaamia haasteita ja mahdollisuuksia muutoksessa ja moniammatillisen sote-yhteistön toteuttamisessa. Ajankohtaisen Sosiaalibarometri 2011 -tutkimusaineiston avulla lähdimme tekemään vertailevaa tutkimusta sosiaali- ja terveydenhuollon johtohenkilökunnan vastausten perusteella yhteistyön edellytyksistä ja toteutumisesta palvelun käyttäjän eduksi.

Tutkimuksessamme halusimme tuoda esille sosiaalityön johdon vastuuta suurten organisatoristen muutosten toteuttajana. Raunio (2004, 69) toteaa, että sosiaalityön johto on avainasemassa tuodessaan esille sosiaalista raportointia sosiaalityön käytännön kentältä. Organisaation johdon tehtävänä on tuoda tärkeää yhteiskunnallista tietoa esille sidosryhmille, kuten maan poliittiselle johdolle, yhteistyötahoille, kuten kolmannelle sektorille, sekä luonnollisesti kunnan asukkaille. Sosiaalityön ja sote-organisaatioiden johdon vastuulla on tuoda tieto yhteiskunnan makrotasolta aina jokaiselle mikrotason yksittäiselle työntekijälle saakka muutoksen toteutumiseksi.

Sosiaalityön johdon näkökulman esiintuominen kiinnosti meitä myös alan johdon monialaisuuden vuoksi. Sosiaalityön johdon sisällä ei ole aina selvyyttä siitä, onko sosiaalityön johtaja suorittanut sosiaalityön tai edes sosiaalialan koulutuksen. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista antaa sosiaalityön johtotehtävistä moninaisesti tulkittavan kuvan. Lain mukaan ”kelpoisuusvaatimuksena kunnan tai kuntayhtymän sosiaalihuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon pääasiassa hallinnollisiin johtotehtäviin on 3 §:n mukainen kelpoisuus tai tehtävään soveltuva ylempi korkeakoulututkinto ja alan tuntemus sekä niiden lisäksi riittävä johtamistaito” (272/2005, 10 §).

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ja yhteistyön toteuttamisesta vastaavan hallinnollisen johdon näkökulman esiintuomiseen päädyimme valitsemaan valmiin aineis-

ton parhaan mahdollisen analyysin varmistamiseksi tutkimastamme aiheesta. Vilka (2007, 17) toteaa, että onnistunut kvantitatiivinen tutkimus edellyttää suurta vastaajamäärää. Suositeltava vastaajien vähimmäismäärä tilastollisessa tutkimuksessa on 100 vastaajaa, ja suurempi vastaajien otos kuvaa paremmin vastaajien keskimääräistä mielistystä ja kokemusta tutkittavasta asiasta. Alkula ym. (2002, 44) toteaa, että tarkkojen ja yleistettävien tietojen saamiseksi osaryhmistä, kuten sosiaalihuollon johdosta omassa tutkimuksessamme, on tutkijan käytettävä suurta aineistoa.

Tutkimuksemme validiuden takaamiseksi päädyimme valitsemaan aineistoksemme Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton (SOSTE) keräämän Sosiaalibarometri 2011 -aineiston Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston aineistopankin kautta. Tarkan kuvailun avulla pystyimme määrittämään aineiston sopivuuden tutkimuksellemme ennen aineiston lataamista käyttöömmä tai sen analyysia. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston verkkosivulla (<http://www.fsd.uta.fi/fi/aineistot/luettelo/FSD2848/meF2848.html>) Sosiaalibarometri 2011 -aineistonkeruuta kuvataan seuraavasti:

*”Kokonaistutkimus. Organisaation johtavissa asemissa oleville työntekijöille osoitettu Sosiaalibarometri 2011 -kysely lähetettiin Ahvenanmaata lukuun ottamatta Suomen kaikkien kuntien tai yhteistoiminta-alueiden sosiaalihuollon johdolle, itsenäisiin terveyskeskuksiin (kuntayhtymissä pääterveyskeskus), täyden palvelun työ- ja elinkeinotoimistoihin, päivittäin avoimma oleviin Kansaneläkelaitoksen toimistoihin ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajille. Kysely kerättiin henkilökohtaisesti osoitetuin internetkyselyin kultakin viranomaistaholta lukuun ottamatta Kelan toimistojen johtajia, joille toimitettiin ainoastaan paperinen lomake. Kyselyitä toimitettiin yksi kuhunkin toimipisteeseen. Uusintakierroksella joulukuussa kaikille vastaajille lähetettiin myös paperinen kyselylomake postitse. Kyselyyn palautui määräaikaan mennessä 468 vastausta.”*

Valtakunnallisesta aineistosta ja hyvästä vastaajamäärästä huolimatta valmis aineisto vaati paljon muokkausta ja pohdintaa analyysivaiheessa. Alkula ym. (2002, 53) toteaa, että valmiiden aineistojen sovittaminen omaan tutkimuskysymykseen ei ole helppoa, mutta juuri tällainen ongelmanratkaisu toimii osana tutkimusprosessia. Omasta tutkimuksestamme meidän tuli rajata pois aineistolle olennaiset Kelan ja TE-toimistojen vastaukset saadaksemme aineistosta uudenlaista näkökulmaa omalle tutkimuksellemme juuri sosiaali- ja terveydenhuollon johdon vastaajista. Omaan rajattuun tutkimukseemme Sosiaalibarometrin 2011 valtakunnallinen aineisto sopi kuitenkin lopulta hyvin. Tämänkaltainen uudelleenanalysointi jo olemassa olevasta aineistosta mahdollisti tutkielmassamme uusien näkökulmien ja tulkintojen esiintuomisen (mt., 54–55).

## 2.2 Sosiaalihuollon organisaation rakentuminen Suomessa

Universaalit hyvinvointipalvelut ovat yksi suomalaisuuden suurimpia ylpeydenaiheita. Pohjoismainen hyvinvointimalli on kerännyt positiivista huomiota globaalisti, ja sitä on pidetty yhtenä syynä Suomen menestykselle. Suomalaisen hyvinvointimallin muutos ja kehitys on ollut jatkuva. Taloudellisesti vakaina aikoina muutosta on ollut vähemmän, kun taas lama-aikana, julkisten varojen ehtyessä, on muutosta haettu ahkerammin. 2010-luvulle tultaessa suomalainen hyvinvointimalli on kehittynyt osittain paljonkin, mutta perinteiset rakenteet seisovat yhä vahvoina. Globalisaatio, tietoyhteiskunnan kehittyminen sekä nopea väestönmuutos ikääntymisen myötä aiheuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille ennennäkemättömiä muospaineita, joita vastaanottaessaan on sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tunnistettava myös aiemmin toteutetut muutokset suomalaisessa hyvinvointijärjestelmässä.

Julkisen vallan sosiaalipolitiikkaa alettiin kehittää ja laajentaa Suomessa 1800-luvun lopulla teollistumisen myötä. Uudenlaiset sosiaaliset ongelmat syntyivät, kun ihmiset alkoivat muuttaa maalta kaupunkeihin uusien työmahdollisuuksien syntyessä. Välimatkan lisääntyessä perinteiset siteet sukulaisten antamaan sosiaaliseen turvaan katosivat luoden tarpeen perheyhteisöjen ulkopuoliselle sosiaalityölle. (Seppälä 2006, 26.)

Vaivaishoito siirtyi 1800-luvun lopulla seurakunnilta kuntien vastuulle, joka antoi kipinä ammatillisen sosiaalityön synnylle. Vuoden 1879 vaivaishoitoasetuksen normit olivat kuitenkin vielä kaukana nykyisen sosiaalityön periaatteista. Periaatteena oli se, että kansalaisten tuli pitää huolta itse itsestään ja valtion rooli hyvinvoinnin tuottajana nähtiin minimalistisena. (Juhila 2006, 19 – 20.)

Sosiaalityö alkoi hiljalleen vaikuttaa itsenäisessä Suomessa 1920-luvun alussa, jolloin esimerkiksi sairaaloihin, lastentarhoihin ja neuvoloihin palkattiin niin sanottuja huolto-työntekijöitä. Sosiaalihuollolliset palvelut toimivat tuolloin kuitenkin yhtenä terveydenhuollon vähäisenä palveluna, jolloin sosiaalihuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta oli alle puoli prosenttia. (Seppälä 2006, 28.) Vuoden 1922 köyhäinhuoltolain myötä sosiaalipalveluissa alettiin korostaa terveydenhuollon oppien kautta perittyä ennaltaehkäisevää työtettä, etenkin perheiden toimintakyvyn ylläpitämisessä. Köyhäinhuoltolain

tuomien uusien asetuksien myötä sosiaaliset palvelut alkoivat hiljalleen eriytyä terveydenhuollon palveluista omaksi organisaatiokseen. (Juhila 2006, 29 – 30.)

Sosiaalipalveluiden tarkoituksena oli alun perin pikemminkin kansalaisten sopeuttaminen yhteiskunnan pelisääntöihin muun muassa takaamalla työkykyisyys hyvien elämäntapojen ohjeistusten avulla. Hyvinvointipalvelut ovat muodostuneet 1900-luvun aikana kansalaislähtöisemmiksi, mutta taustalla on yhä sama lähtöperiaate, jossa julkinen valta puuttuu hyvinvoinnin muovaamiseen yhteiskunnassa poliittiselta päättäjältä. (Lammi-Taskula 2011, 33.) 1930-luvun laman seurauksena valtiovalta otti suuremman roolin kansan hyvinvoinnin takaajana, minkä seurauksena valtio alkoi rajoittaa vapaata kilpailua (Seppälä 2006, 28). Uusien lakien ja kuntia koskevien velvoitteiden myötä sosiaalipalvelut alkoivat monimutkaistua ja muuttua entistä hallinnollisemmiksi, jonka myötä työnkuva kehittyi vapaaehtoisuudesta työstä ammatillisuutta vaativaksi. Monimutkaistuvaa, lakeihin perustuvaa tarvetta varten luotiin sosiaalihuoltajakoulutus, joka painottui hallintovirkamiesmäiseen rooliin. (Juhila 2006, 34 – 35.)

Toinen maailmansota yhdisti suomalaisia, jolloin suomalainen sosiaalipolitiikka ja valtionvalta hyvinvoinnin ja turvallisuuden takaajana levisivät valtakunnalliseksi (Seppälä 2006, 29). Suomi noudatti monien muiden Euroopan maiden tavoin keynesiläistä oppia hyvinvointipalveluiden järjestämisessä, jossa julkisen sektorin valtaa hyvinvoinnin ja täystyöllisyyden tarjoajana korostettiin (Koskiahho 2008, 20). Toisen maailmansodan jälkeinen jälleenrakennusaika takasi rakennusaineet modernin ajan sosiaalityön synnylle ja kehitykselle lopulta omaksi professiokseen. Muiden maiden kehityksestä poiketen sosiaalityön ympärille muodostui oma sosiaalihuollollinen organisaationsa (Raunio 2004, 18). 1960-luvun suurten ikäluokkien työmarkkinoille astuminen, kaupungistuminen ja uudenlaiset sosiaaliset ongelmat, kuten työttömyyden kasvu, olivat murrosaikaa suomalaiselle sosiaalityölle, irtautumiselle terveydenhuollon alaisuudesta ja oman sosiaalihuollollisen organisaation synnylle. (Seppälä 2006, 31.) Suomalaisen sosiaalityön korkeakoulutukselliset juuret perustuvat suomalaisen porvariston harrastamaan hyväntekeväisyyteen, erityisesti lastensuojelun kentällä. Se johti lopulta sosiaalihuoltajatutkimuksen syntymiseen yhteiskunnallisessa korkeakoulussa (Juhila 2006, 34). 1970-luvulla sosiaalihuollon ammattilaiset tavoittelivat sosiaalityön tieteellistämistä, jolloin perustettiin myös sosiaalityön tiedeperusta ja koulutus. Lopulta sosiaalityön professio vakiintui tieteelliseksi tutkimukseksi, jonka tavoitteena oli selvittää sosiaalisten ongelmien syntyä ja ratkaisua yksilöiden, ryhmien ja yhteiskunnan tasoilla. Sellaisena sosiaalityö myös tänä päivänä nähdään. (Seppälä 2006, 48, 52–53.)

Sosiaalityön ammatillistuminen on mahdollistanut myös tiettyjen valtarakennelmien, hierarkkisen organisaatorakenteen ja johtajuuden synnyn sosiaalityölle, jota yliopistolinen sosiaalityö korkeimmin koulutettuna sosiaalihuollon ammattikuntana edustaa. Sosiaalityön muodostuminen omaksi organisaatiokseen on muovannut sosiaalityöstä järjestelmäkeskeistä, julkisella sektorilla tehtävää työtä, jota se tänäkin päivänä on. Julkisella sektorilla toimiva sosiaalityö toteuttaa hyvinvointipalveluiden tuottamista lakiin ja hyvään hallintoon perustuen, byrokraattisen organisaatiomallin mukaisesti. Sosiaalityöntekijän ammattiin valmistava yliopistollinen koulutus taas tuo esille toista näkökulmaa, ongelmakeskeistä perinnettä, jossa sosiaaliin ongelmiin pureudutaan teoreettisen ja metodisen lähtökohdan kautta. Näiden menetelmien yhdistäminen on mahdollistanut ammatillisen sosiaalityön organisaation kehittymisen ja professionaalisen aseman kasvun Suomessa (Raunio 2004, 18 – 22).

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö ei ole ideana uusi. Vaikka sote-organisaatioita on tietoisesti viety lähihistoriassa myös eri suuntiin, on hyvinvointipalveluista huolehtivien organisaatioiden yhteistyön ja organisaatioiden yhdistymisen tärkeyttä painotettu jo pitkään. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä suunnittelu ja kehittämissasiakirjat ovat sisältäneet jo vuosikymmeniä yhteistyötä koskevia suosituksia ja velvoitteita. Ensimmäiset sosiaali- ja terveydenhuollon virasto-organisaatiot on yhdistetty Suomessa jo 1970-luvulla kansanterveyslakiin perustavana uudistuksena. 70-luvun nousukaudella sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen Suomessa perustettiin näkemukseen palvelujen tehokkuudesta, työnjaosta ja asiakasnäkökulman huomioon ottamisesta. (Sinkkonen 1993, 15; Taskinen & Sinkkonen & Kinnunen 1995, 15; Rintala ym. 1997, 151.)

1980-lukua voidaan kutsua hyvinvointiyhteiskunnan kultakaudeksi. Talouskasvu mahdollisti sosiaali- ja terveydenhuollon perusteellisen kehittämisen ja uudistamisen. Tuolloin uudistettiin muun muassa kansaneläkejärjestelmä, sairausvakuutuslaki, sosiaalihuoltolaki, työttömyysturva sekä kehitettiin perhepolitiikkaa, vammaisten henkilöiden palveluja ja toimeentulotukea. 1980-luvun alusta lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset suunnitelmat ovat sisältäneet suosituksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä ja integraatiosta. Voimakkaan talouskasvun ja hyvinvointivaltion laajenemisen kaudella aika ei kuitenkaan ollut oikea organisaatioiden yhdistämiselle. Lakien tarjoamat mahdollisuudet yhteistyöstä jäivät pelkiksi suosituksiksi, joita ei kuitenkaan lähdetty laajasti toteuttamaan. (Sinkkonen 1993, 15; Taskinen & Sinkkonen & Kinnunen 1995, 15.)

1990-luvulla yhteistyön paineita lisäsi pitkän talouskasvun jälkeen alkanut lama. Laman myötä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja yhdistymistä alettiin korostaa etenkin kustannusten säästäjänä, mutta myös hyvinvointipalvelujen tehostajana. 1970-luvun periaatteiden sijaan yhteistyötä korostettiin säästöperiaatteilla, eli tehokkuudella, taloudellisuudella ja palvelurakennemuutoksilla (Sinkkonen 1993, 15–16; Taskinen & Sinkkonen & Kinnunen 1995, 15; Rintala ym. 1997, 151.)

Pitkään kestänyt 1990-luvun lama ja osaltaan globalisaatio muuttivat yhteiskunnan suhtautumista hyvinvointipalveluihin. 2000-luvulle tultaessa julkisen vallan asema hyvinvoinnin tuottajana on asetettu liberaalia politiikkaa ajavissa piireissä kyseenalaiseksi. Yhä enenevässä määrin halutaan korostaa yksilön omaa vapautta ja vastuuta hyvinvoinnin järjestämisessä. Muutosta universaaleihin hyvinvointipalveluihin vaaditaan esimerkiksi väestön ikääntymisen vuoksi, koska ikääntymisen johdosta julkisen vallan keräämiä verovaroja kuluu yhä enemmän kasvavien eläkekustannuksien lisäksi myös ikääntyneiden hoitoon. Sosiaalityön omat arvoperiaatteet ajavat sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta universaalisti, jolloin tulotasosta riippumatta palveluita tarjotaan jokaiselle yhteiskunnan kansalaiselle (Lammi-Taskula, 43).

Julkisen terveydenhuollon rinnalle on viimeisten vuosikymmenien aikana muodostunut jo laaja yksityisten, suurempaa maksua vastaan toimivien terveyspalveluiden verkko, joka on osaltaan haastanut julkisen sektorin terveyspalveluiden toimivuutta ja tasa-arvon toteutumista. Sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapautta verrattaessa ovat sosiaalityö ja sosiaalihuolto enemmän viimesijaisten palveluiden ja turvaverkon roolin osassa, vaikka myös sosiaalipalveluita käytetään lähes jokaisen ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa (Mt, 71).

Vuodesta 2008 jatkunut talouslama on johtanut sote-palveluiden laajaan uudistukseen, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on otettu yhdeksi palvelurakennemuutuksen tavoitteista 1990-luvun alun tapaan. Palveluketjujen solmujen avaaminen ja prosessien keventäminen asiakkaalle voi olla hyvä keino saavuttaa yhteiskunnallisia taloudellisia säästöjä, mutta muutosten lähtökohdat eivät saa olla pelkästään säästösyissä. Mikäli säästösyöt toimivat muutosten toimeenpanijana, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palveluorganisaatioista voi muodostua yhä enemmän yhteiskunnan valvomia tuottavuuslaitoksia, joissa palveluiden tuottavuutta, kulutusta ja vaikuttavuutta seurataan tarkasti. Tällainen palvelujärjestelmä on kuitenkin ristiriidassa sosiaalityön eettisistä ja moraalisisista lähtökohdista tarkasteltuna. (Kokkaret & Nurkkala 2012, 2.)



Sinkkonen (1993) perustelee sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä taloudellisten tekijöiden lisäksi yhteiskunnan väestön ja hyvinvointialojen rakenteiden muutoksilla sekä yhteisillä asiakkailla. Yhteistyön tavoitteet ovat yhä ajankohtaisia myös 20 vuotta myöhemmin. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmät kasvavat ja väestö vanhenee. Vanhusten hoitoa ja huoltoa on jo aiemmin pidetty yhtenä sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeimmistä yhteistyöalueista, ja sen merkitys tulee korostumaan entisestään lähitulevaisuudessa, kun Suomen väestön rakenne muuttuu suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Muita yhteisen asiakaskunnan alueita ovat muun muassa päihdehuollon ja kehitysvammahuollon asiakkaat. (Taskinen ym. 1995, 53.)

Edellä mainittujen asiakasryhmien lisäksi sekä lääketieteellistä että sosiaalista apua tarvittaisiin enemmän kuitenkin myös muissakin sosiaalityön avopalveluissa, joissa sosiaalityöntekijä kohtaa päivittäin mielenterveys- ja päihdeongelmaisia asiakkaita. Jäykän byrokraattinen asiakkaan viranomaiselta toiselle pompottelu on yksi tämänhetkisen sosiaali- ja terveystalouden rakenteen suurimmista ongelmista (Kaskisaari ym. 2010, 66). Monessa tapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas jää ilman kokonaisvaltaista tukea, kun sosiaalihuollon tai terveydenhuollon työntekijä ei osaa tai yksinkertaisesti kykene ohjaamaan asiakasta tämän tarvitsemien palveluiden piiriin. Yhteisille asiakkaille halutaan nyt ja tulevaisuudessa, sote-uudistuksen toteuduttua, tarjota laadukkaampia palveluja ja toiminnan tehokkuutta sekä yhteiskunnalle toiminnan tuottavuutta ja tuloksellisuutta (Taskinen ym. 1995, 26 - 27).

Tätä kirjoittaessamme sote-uudistus on muuttunut jo moneen kertaan poliittisten erimielisyyksien ja uudistuksen laajuuden vuoksi. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ilmoittaa verkkosivuillaan, että sote-uudistuksen tavoitteena on alentaa kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja. Tavoitteiden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita on tarkoitus uudistaa ja yhdistää kaikilla tasoilla, hallinnosta työntekijätason organisaatioihin. Myös sote-palveluiden rahoitusmalli on tarkoitus muuttaa monikanavaisesta yksikanavaiseksi kustannusten selkeyttämiseksi. Tämänhetkisen hallitusohjelman mukaan sote-alueita tullaan muodostamaan 9-12 ja palveluiden rahoittajana toimii kuntien sijaan Suomen valtio. Sote-alueet vastaavat jatkossa koko maan sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluiden avulla. Niiden tavoitteena on vahvistaa palveluiden valinnanvapautta alueellisesti sekä turvata nopea hoitopääsy ja perustason sote-palvelut kansalaisille. Tutkielmaamme kirjoittaessa sote-uudistuksen järjestämis- ja rahoitusmuoto on kuitenkin ehtinyt muuttua jo useaan kertaan, joten uudistuksen lopputu-

lemaa on mahdotonta ennustaa. Selvää on kuitenkin se, että uudistus tulee vaikuttamaan merkittävästi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon nykyiseen muotoon, henkilöstöön sekä hyvinvointipalveluiden käyttäjään.

Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia on ottanut kantaa sote-uudistuksen epätasa-arvoon sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. (Talentia). Talentian mukaan esimerkiksi sote-järjestämislaissa terveydenhuollon koulutukseen ja kehittämiseen myönnetään valtionosuuksia vuodessa noin 140 miljoonaa euroa, kun sosiaalihuollon vastaava osuus on noin 3,4 miljoonaa euroa. Talentian linjaus sote-uudistukseen on, ettei sosiaali- ja terveystalouden integraatio voi onnistua, mikäli uudistuksia ei lähde-tä toteuttamaan tasavertaisesti.

Yhteisestä asiakaskunnasta ja moniammatillisen näkökulman tarpeesta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat vuosikymmenien aikana laajentuneet ja eriytyneet toisistaan ammatillisesti, mikä on vaikeuttanut organisaatioiden välistä yhteistyötä. Yhteistyön haasteellisuutta lisää se, että sosiaali- ja terveydenhuollolle on ehtinyt vuosikymmenien kuluessa muodostua vahvasti omanlaiset työkuultuurinsa. Hyvinvointiorganisaatioita erottavat toisistaan muun muassa osapuolten erilaiset ideologiat, erilainen ammatillinen kieli, arvot ja normit sekä ammattiryhmien erilaiset koulutukset. (Sinkkonen 1993, 19 – 20, 164; Taskinen ym. 1995, 42; Ojuri 1996, 118)

### **2.3 Moniammatillisen yhteistyön käsite**

”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveystaloudella asiakas/potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsu. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisusta. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovitulla välineillä ja/tai foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas ja/tai hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa.” (Isoherranen 2012, 22.)

Ylhäällä esitelty Kaarina Isoherrasen määritelmä moniammatillisesta yhteistyöstä sosiaali- ja terveysalalla korostaa erityisesti potilas- ja asiakaslähtöisyyden tärkeyttä sekä vuorovaikutuksen merkitystä eri alan asiantuntijoiden kesken. Moniammatillisen yhteistyön kulmakivet rakentavat pohjaa onnistuneelle yhteistoiminnalle, joka parhaassa tapauksessa edistää sekä työntekijöiden omaa ammatillisuutta ja ammattitaitoa että potilaan tai asiakkaan asemaa sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä. Pirjo Nikander (2003, 279) uskoo eri ammattiryhmien välisen moniammatillisen yhteistyön lisäävän julkisen sektorin työn läpinäkyvyyttä sekä tasa-arvoisuutta niin ammattikuntien kuin asiakasryhmienkin välillä.

Moniammatillisen yhteistyön käsite on varsin tuttu ja usein käytetty, mutta sen merkitystä ja sisältöä ei aina avata välttämättä tarpeen edellyttämällä tavalla. Vaikka moniammatillisuuden niin sanottu työväline on ollut olemassa jo pitkään ja sen tehokkuudesta on ollut keskustelua, on sen aidoista mahdollisuuksista ja haasteista kuitenkin vähän tutkimustietoa (Nikander 2003, 279). Käsitteen avaamisella voidaan lisätä sekä työntekijöiden, johtajien että hallinnon henkilöiden motivaatiota kehittää työkuultuuria entistä enemmän yhteistyömyönteisemmäksi. Tärkeintä on lisätä ymmärrystä ja tietoa moniammatillisen yhteistyön taustoista ja tarkoituksesta, jotta myönteistä kehitystä voidaan edesauttaa parhaiten. (Isoherranen 2012, 19.)

Moniammatillinen yhteistyö merkitsee käsitteenä etenkin ammatillista asiantuntijuutta. Ihannetilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät rinta rinnan jakaen vastuualueita sekä erilaista asiantuntijatietoa toisilleen. Moniammatillisen yhteistyön käsite on varsin laaja, ja sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa sitä voidaan lähteä tarkastelemaan monesta erilaisesta lähestymissuunnasta, esimerkiksi asiakkaan tai potilaan näkökulmasta, erilaisten työryhmien näkökulmista tai vaikkapa organisaation työntekijöiden näkökulmasta. Kun moniammatillista yhteistyötä lähestytään työntekijöiden näkökulmasta, painottuu ennen kaikkea tiimimäisyys työskentelyssä, jolloin tiimi muodostuu eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Professiot tekevät yhteistyötä, jotta ongelmat voidaan ratkaista laajaa erityisosaamista hyödyntäen. (Katis-ko ym. 2014, 10.)

Eloranta ja Kuusela (2011) näkevät moniammatillisen yhteistyön tekemisen olevan mahdollista silloin, kun yhteistyörakenteet on kunnolla sisäistetty. Yhteistyörakenteisiin kuuluu erinäisiä osa-alueita, joista esimerkkinä yhteistyörakenteita tukeva johtamiskulttuuri, tarvittavat ja riittävät resurssit, yhteistyötaidot sekä oman ja muiden asiantunte-

muksen tunnistaminen ja omaksuminen. Lisäksi moniammatillinen osaaminen sisältää sekä interprofessionaalista että transprofessionaalista asiantuntijuutta. Interprofessionaalisen osaamisen määritelmänä on, että työntekijä kykenee tarkastelemaan omaa toimintaansa ja ammatillisuuttaan sekä omista että toisten näkökulmista käsin ja oppimaan myös muilta ammattilaisilta uusia tietoja ja taitoja. Transprofessionaalisuus taas käsittää ”oikean” elämän kokemukset, joiden myötä on opittu moniammatillisen yhteistyön tekemistä, ja tämän avulla työntekijöiden on mahdollista murtaa toiminnallisia rajapintojaan asiakkaan hyväksi. (Hudson 2002, 2 – 3; Katisko ym. 2014, 11, 16.)

Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen ja organisaatioiden lisääntyvän integraation vuoksi yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on lisääntynyt ja tulee yhä lisääntymään. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kohtaamat ongelmat ovat monimutkaistuneet, minkä vuoksi yhden ammattilaisen asiantuntemus ja näkemykset eivät välttämättä riitä yksinään ratkaisemaan näitä ongelmia. Tämän vuoksi moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu yhä enemmän ja enemmän. Eri ammattilaisten välille saattaa kuitenkin syntyä ongelmia, mikäli työnjako ei ole kaikilla selvillä tai siitä ei päästä yhteisymmärrykseen. Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmällä on omat erityiset viitekehyksensä ja laillistetut toiminta-alueensa, joiden pohjalta työtä tehdään. Näihin viitekehyksiin ja toiminta-alueisiin on kiinteästi yhteydessä joitain tiettyjä laillistettuja oikeuksia, joiden rajoja voi olla vaikeaa ylittää. Yhteistyön sijasta yksilökulttuuri on ollut vahvasti korostettuna ammatillisen eriytymisen ja töiden jakautumisen vuoksi. Tällaiseen yksilölliseen toimintamenetelmään tottuneet työntekijät voivat kokea moniammatillisen yhteistyön näyttävästi oman asiantuntijuuden ja ammatillisuuden kannalta uhkakuvana, joka rikkoo perinteisiä rajoja ja rakenteita yhteistyön kulttuuria vahvistamalla. (Isoherranen 2012, 30.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt ovat asiantuntijoita omalla alallaan, mutta tietoa muiden tiedoista, taidoista ja ammattikuvasta voi olla varsin vähän, mikä voi omalta osaltaan vähentää yhteistyöhalukkuutta. Asiantuntijuus joissakin ammateissa antaa myös laajasti valtaa, sillä samaa tietotaitoa ei muilla ammattilaisilla tai ammattiryhmillä ole. (Isoherranen 2012, 47, 58.) Esimerkiksi lääkäreillä on tunnetusti laajaa vaikutusvaltaa, ja heidät mielletään usein johtajan asemaan tiimityötä tehtäessä. Mikäli moniammatillisen yhteistyön lähtöasetelma on jäsenten kesken mielletty eriarvoiseksi, voivat lähtökohdat olla muutenkin haastavia hedelmällisen yhteistyön kannalta. Tämän vuoksi on tärkeää, että erilaiset asiantuntijuuden muodot pääsevät tasavertaisesti esille yhteistyön onnistumisen kannalta.

Klassinen sosiologia on tutkinut asiantuntijuutta professioiden näkökulmasta, ja sen mukaan professioiden asiantuntijuus linkittyy vahvasti tunnustukseen sekä arvostukseen. Profiitot toimivat käyttämällä erityistä tietoaan käytännön työssään. (Isoherranen 2012, 58.) Freidsonin (1994) määritelmän mukaan profession määritelmän saadakseen tulee ammattiryhmällä olla tarkkaan määritelty ja muotoiltu yliopistotasolla suoritettu tutkinto. Lisäksi profession sisäisen tietoperustan tulee olla niin suuri, ettei ulkopuolisen ole mahdollista sekaantua ammattilaisryhmän sisäisiin asioihin (Sipilä 2011, 17). Freidsonin (1994) mukaan on kuitenkin hieman epäselvää, millainen suhde teoriassa ja käytännöllä pitäisi olla, jotta kyseessä olisi professio. Selvää kuitenkin on, että profiitot ovat hyvinkin itsenäisiä toimijoita kentällään: perinteisiä profiitotia ovatkin alun perin olleet lääkärit, lakimiehet sekä papit. Sosiaalityö ei siis kuulu vanhimpien alkuperäisten profiitoiden piiriin. Nykyisin uudemmissa profiitotia, joihin muun muassa sosiaalityö kuuluu, voidaan puhua ammatillisina profiitotia. Termi erottaa uudet profiitot alkuperäisistä statusprofiitotia. Sosiaalityöntekijöiden lisäksi muita ammatillisen profession edustajia voivat nykypäivänä olla esimerkiksi opettajat, sairaanhoitajat ja psykologit. (Freidson 1994, 17-18.)

Asiantuntijuuden määrittely voi olla erilaista, ja siinä tapahtuvat muutokset tuovat omia haasteitaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Muun muassa ikääntyvä väestö sekä yhteiskunnan eriarvoistuminen tuovat tarvetta moniammatillisten toimintamuotojen luomiseen. Myös suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan kannalta on oleellista, että eri hallinnonalat tekevät yhteistyötä erilaisten ammattiryhmien kesken. Jotta asiakas voitaisiin ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon, tarvitaan laajaa kriittistä pohdintaa sekä yhteisöllisyydelle myötämielistä asiantuntijuutta. (Isoherranen 2012, 66.)

Yhtenä merkittävänä haasteena moniammatillisen yhteistyön tekemisen kannalta voidaan nähdä sosiaali- ja terveydenhuollon eriytyneet organisaatiokulttuurit. Organisaatiokulttuuri on yleensä hyvin syvälle juurtunut traditio, jonka pohjalta organisaatiossa työskentelevät henkilöt toimivat. Organisaatiokulttuuri ei kuitenkaan läheskään aina ole tiedostettua, vaan se on piilossa rakenteissa. Se kuitenkin vahvasti ohjaa sekä yksilön että ryhmien tekemisiä ja tapoja sekä malleja, miten ajattelemme ja minkälaiset arvot omaamme. Organisaatiokulttuuriin kuuluvat niin arvot, normit, rituaalit kuin ajattelu- ja käyttäytymismallit. (Harisalo 2008, 267 – 269; Schein 2004, 28 – 37.)

Schein (2004, 2010) on jaotellut organisaatiokulttuurin kolmelle eri tasolle, jotka ilmaisevat kukin sitä, kuinka ja missä määrin kulttuuriset ilmiöt niissä toteutuvat ja ovat nä-

kyvillä. Artefaktit ilmaisevat ensimmäistä tasoa, näkyviä rakenteita, prosesseja sekä ihmisten käyttäytymistä. Organisaatiokulttuurin näkyvällä tasolla voivat esiintyä esimerkiksi työympäristö, organisaatiosta aikojen kuluessa muodostuneet tarinat tai vaikkapa organisaatiossa käytettävä kieli. Ensimmäisellä tasolla tyyppipiirteet ovat havaittavissa, mutta silti perusoletuksia niiden takaa voi olla vaikeaa löytää. Myös organisaatiokulttuurin toinen taso on näkyvä, ja siihen kuuluvat tietoisien tason arvot ja erilaiset organisaation moraalisaännökset. Toiselle tasolle kuuluvat sekä erilaiset uskomukset että arvot. Todellisuutta ne eivät silti välttämättä kuvaa, vaan sitäkin enemmän tavoitteita. Viimeiselle, eli organisaatiokulttuurin piilossa olevalle kolmannelle tasolle, kuuluvat tiedostamattomat asiat. Näitä voivat olla esimerkiksi uskomukset, käsitykset tai tunteet. Kolmas taso ohjaa todellisuudessa organisaation työntekijöiden käyttäytymistä, sillä se heijastaa vahvasti organisaation oikeita arvoja ja toiminnan pohjimmaisista syistä. Organisaation kulttuurin sydän muodostuu kolmannesta, piilevästä tasosta.

Kaikki organisaatiossa tapahtuvat muutokset heijastuvat aina väistämättä myös organisaatiokulttuuriin, eikä se ole tahdonvarainen asia. Sosiaali- ja terveydenhuollon laajemmalla integraatiolla on väistämättä vaikutuksia sekä sosiaali- että terveydenhuollossa vallinneisiin organisaatiokulttuureihin. Pakon edessä tapahtuvat muutokset voivat synnyttää erilaisten kulttuurien vastakkainasettelua, ja johtoasemat eivät välttämättä heti löydä paikkaansa uudessa organisaatiokulttuurissa. (Isoherranen 2012, 75.) Organisaatiokulttuurissa tiimin tai ryhmän kulttuuri syntyy perusolettamuksista. Perusolettamukset opetetaan uusille jäsenille, sillä ne on hyväksytty oikeiksi tavoiksi toimia ja tuntea organisaation sisällä. Erityisesti organisaation näkymätön kulttuuri on merkityksellinen, sillä mikäli työntekijä ei kykene tunnistamaan organisaatiokulttuuria riittävästi, se voi vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä merkittäväällä tavalla. Ymmärryksen kasvaessa organisaatiokulttuurista myös ymmärrys omasta toiminnasta lisääntyy. Tällöin voidaan myös havaita, kuinka paljon erilaiset ryhmät vaikuttavat meihin. (Schein 2010, 9-18.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuu paljon muutoksia jatkuvasti, minkä vuoksi organisaatorakenteiden tulisi olla hyvin joustavia ja oppia nopeasti uutta (Isoherranen 2012, 74). Scheinin (2010) mukaan uuden oppimiseen ja muutokseen tarvitaan kolme vaihetta, joita ovat halukkuuden synnyttäminen muutokselle, uusien merkitysten ja käsitteiden luominen sekä niiden sisäistäminen. Muutosmotivaatio syntyy usein negatiivisen kautta, jolloin ollaan tyytymättömiä vanhaan toimintamalliin eikä riittäviä tuloksia saavuteta. Tällainen tilanne koetaan usein ahdistavana, ja siitä halutaan eroon. Muutosmotivaation ylläpitäminen koetaan organisaatioiden sisällä tärkeäksi, jotta omaa alaa

kyettäisiin kehittämään jatkuvasti professionaalisempaan suuntaan. (Vuorikoski 1999, 41.)

Muutoksia kohdattaessa ja tehtäessä erilaisten asiantuntijoiden roolit korostuvat ja saavat uusia merkityksiä. Asiantuntijuus tietyltä alalta antaa työntekijälle myös tietynlaisen roolin, jonka mukaan hänen odotetaan toimivan. Näiden roolien uudelleen muovaaminen ja määrittely voi osoittautua suureksi haasteeksi työympäristölle sekä uuden kehittämiseksi ja luomiselle. Roolirajojen ylitykset luovat ilman muuta turvattomuuden ja epävarmuuden ilmapiiriä, eteenkin jollei rooliylityksistä ole etukäteen sovittu. Ikävät väärinymmärrykset ovat usein seurausta roolirajojen yhteisymmärryksen puutteesta. (Isoherranen 2012, 101.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä lääkärin asiantuntijarooli on melko yksiselitteisen selkeä, sillä lääkäri on lääketieteen asiantuntija, jonka rooli on yhteiskunnallisesti hyvin tunnettu. Lääkäreiden asiantuntijuutta arvostetaan laajasti, ja organisaation toiminnan kannalta sillä on suuri merkitys. Usein lääkäri mielletään perinteisesti johtajan rooliin, mutta mikäli lääkäriellä ei ole valmiuksia toimia moniammatillisen yhteistyön edellyttämällä tavalla, voi sen tekeminen olla koko ryhmälle haastavaa. Lääkärin asema ja rooli voivat näyttäytyä erilaisessa valossa myös hänen osaamisensa tai valmiutensa mukaan. Tärkeää on huomioida myös se, mihin asemaan muut lääkärin roolin mieltävät ja sijoittavat. (Isoherranen 2012, 102, 104; Paukkunen 2003, 43.) Myös sosiaalityöntekijän rooli on kirkastunut moniammatillisen yhteistyön tekemisen myötä. Se on myös saanut sosiaalityöntekijät ajattelemaan omaa rooliaan ja paikkaansa. Erityisesti asiantuntijaosaaminen on mennyt eteenpäin. Aiemmin sosiaalityöntekijän rooli miellettiin varsin epämääräiseksi, eikä sosiaalityön näkökulma useinkaan tullut kuulluksi tai ymmärretyksi tarpeen vaatimalla tavalla. (Isoherranen 2012, 108; Paukkunen 2003, 43.)

Joustava ja laaja-alainen moniammatillinen yhteistyö vaatii myös ammatillisten roolien joustavuutta. Erityistä huomiota tulee kuitenkin kiinnittää siihen, että rooliylityksiä tekevällä henkilöllä on riittävästi asiantuntijuutta ja osaamista rajanylityksiä tehdessään, jotta se voisi olla kaikkien osapuolten kannalta myönteistä ja onnistua hyvin. Ristiriitoja voidaan välttää, jos asiantuntijoiden välille on päässyt moniammatillisen yhteistyön aikana kehittymään hyvä ja luottamuksellinen suhde. Terveystieteiden puolella Suomessa rajojenylityksiä kuitenkin kontrolloi ammattihenkilölaki (1994/559), joka asettaa erinäiset reunaehdot roolien ylityksille. (Isoherranen 2012, 110, 112.) Sosiaalihuollossa tähän päivään mennessä vastaavaa lakia ei ole ollut, mutta vuoden 2016 alusta on näillä

näkymin tulossa voimaan sosiaalihuollon ammattihenkilölaki, joka asettaa omat pätevyysvaatimuksensa sosiaalihuollon työntekijöille. Tämä myös tasavertaistaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa keskenään.

Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen kannalta avaintekijänä on löytää tasapaino niin roolien määrittelyssä kuin selkeän yhteisen toimintamallin löytämisen välillä. Roolirajoja rikottaessa vastuu tulee silti jakaa tasapuolisesti eri osapuolten kesken, jotta liiallista kuormittumista voitaisiin ennaltaehkäistä ja välttää. Moniammatillisuuden näkökulmasta eri alojen asiantuntijoiden on tärkeää tiedostaa oma arvonsa ja tietotaitonsa sekä tuoda niitä esille yhteistyötä tehtäessä. Näin toimittaessa muodostuu reflektiivistä asiantuntijuutta, joka mahdollistaa muiden osaajien kykyjen ja ajatusten huomioimisen ja ymmärtämisen riittävässä laajuudessaan. (Isoherranen 2012, 113, 114.)

## **2.4 Integraation käsite sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa**

Käsitteenä integraatio merkitsee sitä, että kaksi itsenäistä ja erillistä liitetään yhdeksi (Markkanen & Puro 2011, 6). Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio käsittää sekä rakenteellista että toiminnallista yhdistämistä, ja sen keskeisenä päämääränä on tuoda niin päätöksenteko, rahoitusasiat kuin palvelutkin yhden järjestäjän alle. Tämän tarkoituksena on ennen kaikkea taata kaikille mahdollisuus saada palveluja tasaveroisesti. Myös Suomen ulkopuolella kansainvälisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä integraatiosta on muodostunut eräänlainen trendi, tosin keinot ja päämäärät vaihtelevat maittain hyvinkin paljon toisistaan. (THL 2015.)

Sote-uudistuksen viitekehyksessä integraation käsite on tarkoittanut valtakunnallista sekä alueellista hallinnollista yhdistämistä. Vuoden 2008 keväällä Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntaliitto korostivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen toteuttamisessa palveluiden integraatiota, jolla tuolloin tarkoitettiin perusterveydenhuollon sekä sosiaalipalveluiden yhteisiä kokonaisuuksia. (Kokko ym. 2009, 23 – 24.) Keväällä 2014 otettiin käyttöön termi ”täydellinen integraatio”, joka yhdistäisi sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon että sosiaalihuollon saman hallintoelimen alaisuuteen. (Lehto 2015, 15.) On totta, että sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsevat toisiaan, ja saumaton yhteistyö toisi uudenlaisia mahdollisuuksia sekä sosiaali- ja



terveydenhuollon henkilöstölle että sote-palveluita käyttäville asiakkaille. Sosiaalihuollolla on paljon tarjottavaa terveydenhuollolle, ja esimerkiksi päihde-, mielenterveys-, vanhus- sekä vammaispuolella on sosiaali- ja terveydenhuollossa runsaasti yhteneväisyyksiä. Sosiaalihuollon kannalta taas on mielekästä, että asiakkaat saavat tarvitsemaansa laadukasta terveydenhuoltoa joka edistää omalta osaltaan hyvinvoinnin toteutumista. (Lehto 2015, 18.)

Terveydenhuollon lisäksi sosiaalihuollossa työskennellään tiiviissä yhteistyössä myös muiden sektoreiden kanssa. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi Työ- ja Elinkeinopalvelut (TE-palvelut), Kela sekä kolmannen sektorin palvelut ja järjestöt, joiden lisäksi yhteistyö ulottuu myös muualle. Terveydenhuollon kannalta taas ei olisi mielekästä, mikäli sosiaalihuolto kykenisi tarjoamaan vain oman alansa palveluita, vaan tarvittaessa se ohjaa asiakkaan tarvitsemiensa palvelujen piiriin muualle. Onko siis mahdollista, että sosiaalihuollon yhteistyö muiden sektorien kanssa heikentyy terveydenhuollon integraation myötä? Menetykset eivät tällöin kohdistu ainoastaan sosiaalihuollon puolelle, vaan samalla menettää terveydenhuoltokin. Tämä suuri riski on otettava huomioon, kun sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota suunnitellaan ja toteutetaan. (Lehto 2015, 18–19.)

Nykyinen integraatiomalli sote-uudistusesityksessä ajaa sote-alueen sekä maakuntatason hallinnollista yhteyttä. Kyseinen malli saattaa vähentää ongelmia sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon, sosiaalivakuutuksen ja työvoimahallinnon välillä, mutta ruohonjuuritason hyöty on yhä niiltäkin osin kysymysmerkki. OECD-maista Suomen lisäksi on useita muitakin maita, jotka tavoitteellisesti pyrkivät lisäämään sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, mutta Suomen laajuudessa tehtävät yhdistämiset ovat harvinaisia. Suomen sosiaalihuoltojärjestelmä on sikäli harvinainen, että suoraan verrattavissa olevia malleja on vaikeaa löytää, kun taas läheisesti Suomen terveydenhuoltoa vastaavia rakenteita löytyy muistakin maista. (Lehto 2015, 19.)

Rakenteellisen integraation tarkoituksena on sote-järjestämislakiehdotuksen pohjalta ohjata palveluiden järjestämisvastuu yhdelle ja samalle taholle, jolloin on mahdollista suunnata resursseja asiakkaita parhaalla mahdollisella tavalla hyödyttävästi. Rakenteellisen integraation tavoitteena on myös luoda ammattirajoja ylittäviä palveluja, niin kutsuttua toiminnallista integraatiota. (THL 2015.) Palveluintegraation käsite voidaan jakaa kahteen osaan, sekä vertikaaliseen integraatioon että horisontaaliseen integraatioon. Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan palvelujen yhdistämistä, joka voi käsittää joko

sosiaali- tai terveystalvet tai molemmat. Sosiaalipalveluiden osalta vertikaalinen integraatio voi olla kansallista, alueellista ja paikallista integraatiota. Terveystalvun puolella yhdistäminen on tapahtunut ehkäisevässä työssä, perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Horisontaalinen integraatio taas on etupäässä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiota, jolloin palveluja yhteensovitetaan saman toimijan alle. Horisontaalinen integraatio liittää toisiinsa sellaisia palveluja, jotka on aikaisemmin tuotettu eri linjoja mukailten. Tämän on tarkoitus auttaa palveluita vastaamaan entistä paremmin kuntalaisten tarpeisiin. (THL 2015; Markkanen & Puro 2011, 6.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto eivät ole kehittyneet nykyisenlaisiksi yhdessä, vaan niiden kehityshistoria ja -polku poikkeavat toisistaan melko paljon. Terveystalvun kehityksen kannalta on ollut merkittävää, että se on hyvin pitkälle muodostunut vain yhden profession varaan. Sosiaalihuollossa kehitys on tapahtunut heikompien ammattialojen ympärillä, eikä sosiaalityökään ole profiloitunut vielä täysin lääkäriä vastaavaan asemaan sosiaalihuollon puolella. Tähän on vaikuttanut muun muassa se, että sosiaalityön professio on yhä nuori, minkä vuoksi kunnallishallinnolla on sosiaalihuollosta terveydenhuoltoa vahvempi ote. (Lehto 2015, 21.)

Nykyisen integraatiomalli poikkeaa melko lailla 1990-luvun mallista, sillä sosiaalihuollon kannalta oleelliset hallinnolliset perinteet katkaistaan. Yksittäisten kuntien hallintoon ei pidetä enää yhteyttä samassa määrin kuin aikaisemmin. Uudet organisaatiokenteet syntyvät pitkälti erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirikuntayhtymien pohjalta, tai vähintäänkin niiden kokemuksiä tarkastellaan laajasti. Tämä voi johtaa siihen, että painopiste on yhä enemmän erikoistumisessa, porrastamisessa sekä professiovaltaisudessa, mikä antaa terveydenhuollossa etulyöntiaseman sosiaalihuoltoon nähden. Näin ollen myös sosiaalihuollon traditiot ja organisaatiokulttuurit menettävät asemaansa uudessa yhtenäisessä organisaatiossa. Tällöin on riskinä yhä suurempi muutosvastarinta ja professioiden väliset valtataistelut, minkä myötä myös integraatiota tukevat toimintamenetelmät vaikeutuvat. (Lehto 2015, 21.)

Hyvinvointiin liittyy kiinteästi aina kulttuuri sekä aika, jota elämme. Nämä seikat on myös otettava huomioon integraatiota valmisteltaessa sekä sen tarvetta arvioitaessa. (Lehto 2015, 8.) Debbie Singh (2006) näkee integraation onnistumisen olevan summa erilaisia olennaisia tekijöitä. Singhin mukaan tärkeää koko integraatioprosessin kannalta on se, että yhdistyminen koskee laajasti koko organisaatiota eikä vain tiettyjä osaluaita. Tällöin on mahdollista päästää irti vanhoista järjestelmistä ja sitoutua täysin

uuden organisaation toimintamalliin. Prosessille tärkeää on myös siirtää entistä enemmän huomiota erityispalveluista peruspalveluihin. Säästöjä integraatiolta ei voi varsinkaan yhdistämisten alussa odottaa, vaikka esimerkiksi Suomen poliittisen päättäjätahon puolelta sosiaali- ja terveydenhuollon integraation odotetaan tuovan varsin massiivisiaakin säästöjä. Nähtäväksi jää, kuinka nämä säästöt aiotaan todellisuudessa nopealla aikataululla toteuttaa, mikäli säästöjen kanssa samalla listalla ovat niin ikään palvelujen laadun parantaminen ja palveluiden tasavertainen saatavuus kansalaisten kesken.

Singhin (2006) mukaan myös kunnan asukkaiden ottaminen mukaan integraatioprosessiin on merkittävä tekijä integraation onnistumisen kannalta. Kuntalaiset voivat osallistua esimerkiksi suunnitteluvaiheeseen sekä palveluiden kehittämiseen. Tämä myös omalta osaltaan vastuullistaa kuntalaisia omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään eikä jätä palvelujen käyttäjiä passiivisiksi sivustaseuraajiksi. Vähintään yhtä tärkeää yhdistymisvaiheessa on se, että myös sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattikunnat otetaan yhtäläisesti huomioon prosessissa ja että kaikilta odotetaan samanlaisia valmiuksia sopeutua integraation tuomiin muutoksiin. Työntekijäkunnan koulutus on tässä vaiheessa erityisen tärkeää, jotta uudet toimintamallit tulevat kaikille tutuiksi. Integraatiovaiheen tuomat muutokset eivät kuitenkaan muokkaudu lopullisiksi käytännöiksi hetkessä, vaan se vaatii kaikilta sopeutumista ja aikaa. Onnistumistakin voidaan arvioida yleensä vasta vuosia myöhemmin, sillä vaikutukset eivät näyntyä kokonaisvaltaisesti heti.

Suomessa hyvinvoinnin ja terveyden haasteet tulevat tulevaisuudessa näyttäytymään entistä monimutkaisempina, ja niihin tulisi löytää eettisesti kestäviä ratkaisumalleja. Integraation avulla pyritään ratkaisemaan erityisesti tehokkuuteen liittyviä ongelmia ja haasteita sekä etsimään erilaisia vaihtoehtoja voimavarojen ja rahoituksen entistä hyödyllisempään käyttöön. Sosiaalihuollon näkökulmasta integraation tarve on voimakkaimmillaan monimuotoisten ongelmien kanssa painittaessa. Samalla ne aiheuttavat asiakkaalle hyvinvointiin liittyvien ongelmien ja haasteiden lisäksi terveyspulmia. Tällaisia ongelmia voivat olla esimerkiksi pitkäaikaistyöttömyys tai syrjäytyminen. Myös taloudelliset ongelmat aiheuttavat usein hankaluuksia terveyteen liittyvissä asioissa. (Markkanen & Puro 2011, 10–14)

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on monimutkainen prosessi, joka ei käy käden käänteessä. Se vaatii pitkäjänteistä suunnitelmallisuutta ja harkintaa, jotta onnistumisen mahdollisuudet olisivat mahdollisimman korkealla. Integraatio voi käsitteenäkin kuitenkin herättää erilaisia tunteita sekä sosiaali- että terveydenhuollon puolella. Ne on

syystä ottaa tosissaan päätöksiä tehtäessä. Pelko voi olla yksi yleisimmistä tunteista, joita integraatiopuheet herättävät. Sosiaalihuollossa pelon aiheet ovat kuitenkin usein erilaisia, mitä terveydenhuollon puolella koetaan. Terveydenhuollon osalta pelkoa voivat aiheuttaa ajatukset, jotka liittyvät lähtötilanteeseen joutumiseen, mitä on aiemmin paikattu kansanterveyslain muodossa. Integraation voidaan ehkä aiheellisestikin pelätä aiheuttavan myös käsistä riistäytynyttä erikoissairaanhoidon liikakäyttöä. (Markkanen & Puro 2011, 16.)

Sosiaalihuollossa on perinteisesti painotettu ennen kaikkea ihmisten hyvinvointia ja sen turvaamista erinäisin sosiaalipalveluin. Ihmisillä on erilaisia elämäntilanteisiin sidoksissa olevia tarpeita, ja sosiaalihuollon tavoitteena on saada palvelut kohtaamaan näitä tarpeita. Sosiaalihuollossa pelätään siis syystäkin, että nämä ilmiöt tulevaisuudessa medicalisoituisivat liiallisesti, jolloin ihmisten palveluntarpeisiin alettaisiin vastata ennen kaikkea lääketieteellisestä näkökulmasta käsin tarkasteltuna. Tämän vuoksi onkin hyvin tärkeää, ettei sosiaalityön ja muiden sosiaalialojen erityisosaamista ja ammattitaitoa unohdeta sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Sosiaalityön erityisosaaminen on kuitenkin paljon vähemmän tunnettua ja enemmän piilossa kuin lääketieteen erityisosaaminen, minkä vuoksi sitä voi olla vaikeaa tunnistaa ja hyödyntää oikealla tavalla oikeassa paikassa. Myös poliittisten päättäjien tulee tiedostaa sosiaalialan erityisyys, jotta integraation olisi mahdollista toteutua tasavertaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kesken. Johdon on myös päätöksissään sitouduttava ja pyrittävä luomaan uusia rakenteita ja käytänteitä, jotta integraatio ei jäisi vain väkinäiseksi yritykseksi rikkoa vanhoja rakenteita ja luoda välttämättömiä säästöjä hankalassa taloudellisessa tilanteessa olevaan maahan. (Markkanen & Puro 2011, 16.)

## 2.5 Johtajuus ja muutospaineet sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä

Sosiaali- ja terveydenhuolto kohtaa haastavia ja moniulotteisia yhteiskunnallisia muutoksia, joiden tarkoituksena on lisätä sote-yhteistyötä ja vähentää asiakkaiden tarvetta asioida monessa erillisessä organisaatiossa. Luonnollisesti maamme vaikean taloustilanteen huomioiden on sote-uudistuksen harteille kasattu myös valtavia säästöpaineita, joita byrokraattisten palveluketjujen yksinkertaistaminen tavoittelee. Muutoksia kohdatessa johtajan ja johtajuuden merkitys julkisten alojen sisällä on korostunut entisestään. (Niiranen ym. 2010, 13). Toimintaympäristön muutokset asettavat johtajille monenlaisia haasteita, joihin tulisi pyrkiä etsimään kestäviä ja onnistuneita ratkaisuja. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa erityisesti johtotason on kyettävä refleктоimaan tilanteita ennalta ja pohdittava laajasti, millaisia vaikutuksia mahdollisilla muutoksilla voi olla organisaation, johdon ja työntekijöiden kannalta. Kuten johtaminen yleensäkin, myös sosiaalialan johtaminen vaatii moniulotteista sekä laajaa osaamista. Johtajan tulee olla oman alansa asiantuntija, joka kykenee hallitsemaan suuriakin kokonaisuuksia, mutta samalla pitämään mielessään sosiaalityön ydintehtävän. (Niiranen ym., 13.)

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovatkin melko läheisiä, ovat ne silti kaksi erillistä, erilaiset organisaatiokulttuurit omaavaa yksikköään. Sosiaalityön profesiossa ei ole perinteisesti ollut niin vahvaa yhteiskunnallista asemaa kuin terveydenhuollon vanhemmilla profesioilla, kuten lääkäreillä, on ollut. Organisaatiomuutoksen keskellä tulisikin kiinnittää erityistä huomiota siihen, kuinka johtaminen toteutetaan uudellisessa toimintaympäristössä. Juuri puutteellinen sosiaalityön asiantuntijajohtajuus ja johtajuuden kehittäminen täydennyskoulutuksen kautta on koettu ongelmaksi sosiaalityön ammattikentän sisällä. Selkeät ammattialan sisäiset etenemismahdollisuuksien vaikeudet yhdistettynä matalaan palkkatasoon verrattuna työn vaativuuteen tuovat haasteita tasavertaisuuden saavuttamiselle vahvemman terveydenhuollon organisaation kanssa (Raunio 2004, 41). Mikäli sosiaalihuolto ja sosiaalityön johto eivät saa ääntään riittävästi kuuluviin muutoksia toteutettaessa, on sosiaalihuollon organisaation vaarana jäädä terveydenhuollon jalkoihin päätöksiä tehtäessä. Tällöin myös sosiaalihuollon organisaatio voi muotoutua enemmän terveydenhuoltoa painottavaksi sosiaalihuollon ollessa enemmän sivussa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksista puhuttaessa, esimerkiksi poliittisella tasolla tai mediassa, kääntyy puheen paino väistämättä useimmiten terveydenhuollon palveluihin. Puheet terveydenhuollon kriisistä käynnistivät valtakunnallisen terveydenhuollon

uudistuksen pääministeri Paavo Lipposen toimesta vuosille 2001–2007. Kuten aieminkin oli käynyt, osoittautui uudistus kuitenkin odotettua laajemmaksi toteuttaa. Uudistusta jatkettiin vuoden 2005 kunta- ja palvelurakennemuutoksella, joka alkoi korostaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota muodostuen lopulta sote-uudistukseksi. Sote-palveluiden kehittämisen ja johtamisen kasvoina mediassa ja politiikassa ovat kuitenkin useimmiten toimineet ainoastaan terveystalot ja lääkärit, jotka ovat korostaneet sosiaalihuollon heikompaa asemaa palveluista keskusteltaessa. Yleiskansallinen ja myös poliittinen tietämättömyys sosiaalipalveluiden sisällöstä on johtanut väistämättä sisäisiin valta-asetelmien tarkasteluihin sosiaali- ja terveydenhuollon professioiden kentällä (Väärälä 2015, 4–6).

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota on nyt jo vuosien ajan pidetty itsestäänselvyytenä ja sen toteutumista vain ajan kysymyksenä. Sosiaalityön sisäisten omien arvo- ja toimintaperiaatteiden mukaisesti ajateltuna moniammatillisen viranomaisyhteistyön toteutuminen terveydenhuollon palveluiden kanssa nähdään positiivisena asiana koko sosiaalityön kentän, kuten lastensuojelu-, aikuis-, vammais- ja vanhuspalveluiden, toteuttamista ajatellen. Sosiaalityö on riippuvainen muista toimijoista toteuttaessaan eräänlaista hyvinvointipalveluiden koordinaattorin virkaansa. Terveydenhuollon professioilla, kuten lääkäreillä, tällaista riippuvuutta ei ole. Terveydenhuollon johto omaa pidemmän ja vahvemman aseman yhteiskunnan kaikilla toimintatasoilla verrattuna sosiaalityön nuorempaan profession. Reijo Väärälä (2015, 6) ja Anita Sipilä (2011, 19) toteavat, että sosiaaliala on ehtinyt muodostaa korkeintaan semiprofessioita, eikä sosiaalityön johto yletä yhtä korkealle päättäjätahojen hallintotasolle, josta suuret yhteiskunnalliset muutokset laitetaan täytäntöön. Sosiaalityön omien arvoperiaatteiden sijaan integraatiota ajetaan enemmänkin juuri hallinnon keventämistarpeiden mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on ollut jo pitkän aikaa otsikoissa ja puhututtanut alan työpaikoilla. Pelko sosiaalihuollon integroitumisesta osaksi terveydenhuoltoa on nostattanut muutosvastarintaa sosiaalityön kentällä. Pelkästään professioiden valta-asetelmien kamppailusta ei ole kuitenkaan kyse, vaan sote-uudistuksessa tehdään päätöksiä myös koko sosiaalihuollon kehittämisen suunnasta. Koska sosiaalihuollon palvelut nähdään osittain tietämättömyyden vuoksi ainoastaan taloudellisten tukien jakajana, on mahdollista, että sosiaalipalvelut liitetään uudistusten myötä osaksi terveydenhuollon palveluita ja jätetään sosiaalipalveluista jäljelle ainoastaan paikallinen köyhäinhuolto (Väärälä 2015, 7).

Päättäjien on ollut hankalaa päästä yhteisymmärrykseen siitä, mitä muutoksia lähdetään toteuttamaan käytännön tasolla. Tämä on myös osoitus siitä, että muutokset eivät aina toteudu halutulla tavalla ja että toimiakseen muutos tarvitsee selkeät yhteisesti sovitut tavoitteet ja päämäärät. Jotta sote-uudistus voisi olla toimiva, tulee siis sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölläkin olla tietoisuus yhteistyön tarpeesta ja mahdollisista toisen organisaation tarjoamista mahdollisuuksista oman työn kehittämiseen. Organisaatioiden sisällä esimiesten on syytä painottaa erityisesti positiivisia kehittämismahdollisuuksia, eikä keskittyä muutosvastarinnan ylläpitämiseen. Sote-uudistus on käytännön työntekijän kannalta vielä hyvin abstrakti ja laaja käsite, jota olisi hyvä yhteisesti esimiehen aloitteesta purkaa ja käydä läpi, niin sen tuomia mahdollisuuksia kuin kehittämishaasteita. Muutosten merkitysten avaaminen vähentää turvattomuuden tunnetta työntekijöissä ja helpottaa niiden hyväksymistä.

Muutokset herättävät ihmisissä aina erilaisia reaktioita, jotka eivät aina ole pelkästään positiivisia. Ihminen on taipuvainen vastustamaan muutosta esimerkiksi turvattomuuden ja epävarmuuden kokemusten vuoksi. Tällöin voidaan myös kokea, että tilannetta ei pystytä itse hallitsemaan samoin kuin ennen. (Taskinen ym. 1995, 42.) Sote-uudistuksessa kahden organisaation työntekijät kohtaavat, jolloin omaa ammatillista asemaa pyritään suojelemaan ja työntekijät voivat vältellä toisen organisaation toimintaan puuttumista (Kokkaret & Nurkkala 2012,10).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa on kyse pitkälti strategisen tason muutoksesta. Strateginen muutos kuvaa pitkän aikavälin muutosta ja kehittämistyötä, mutta lopputuloksena voidaan saada myös ennalta arvaamattomia seurauksia. (Koski & Vakala 2007, 41.) Johtaminen useiden erilaisten vaatimusten alaisena ei ole haasteetonta. Kuntasektorin sosiaalityön johtamisessa vahvistusta tarvitaan muutosjohtamisessa, kokonaisuuden hahmottamisessa ja vuorovaikutustaidoissa. Johtajien täydennyskoulutus sosiaalialalla on heikosti tunnettua ja hoidettua. Johtajuuden selkeä rooli ja asema, työyhteisön ohjaus ja koulutus niin taitojen kuin arvojen alueella ja yhteisymmärrys työn tavoitteista sekä tiimityön ja työryhmän yhteistyön merkityksen tunnustaminen ovat talouspaineista huolehtivalle sosiaalityön johtajalle haasteellista toteuttaa. Paineiden alaisena sosiaalityön johtajan on helpompi ottaa hallinnon edustajan rooli, jolloin yhteys alaisiin kuitenkin helposti katoaa. Johtajien kypsytön asenne alaisiin johtaa vääjäämättä organisaatioiden häiriöihin, taantumaan, turhautumiseen, aggressiivisuuteen, toimettomuuteen ja viime kädessä organisaation toiminnan tehottomuuteen. (Pekkarinen 2010, 31; Salminen 2005, 86.)

Yhteistyön lisääntyessä ja organisaatioiden tullessa entistä lähemmäksi toisiaan kohdataan myös muutosvastarintaa. Organisaatioiden tulee reagoida ja sopeutua muutoksiin nopeallakin aikataululla, jolloin organisaatioiden ruohonjuuritasolla, koneistoa pyörittävillä työntekijöillä, voi olla hankaluuksia hyväksyä ja omaksua muuttuvia toimintatapoja. Muutosvastarinta on kuitenkin luonnollinen ja jopa tarpeellinen ilmiö organisaation uudenlaisen toiminnan muotoutumisen kannalta, ja se sallii erilaisten tunteiden esiintuomisen myös myllerryksen keskellä. Muutosten läpivieminen ylhäältä alas ei aiempien kokemusten mukaan johda toivottuihin tuloksiin, vaan edellytyksenä on avoin dialogi ja organisaatioiden yhteinen visio. Ruohonjuuritason työntekijöiden huomiotta jättäminen voidaan nähdä yhdeksi selkeimmistä syistä kuntaorganisaation muuttumattomuudelle. (Salminen 2005, 89.)

Yhteiskunnan rakenteisiin on kuitenkin pakko aika-ajoin tehdä muutoksia, ja organisaatorakenteet muuttuvat niiden mukana. Muutosvastarinta ei ole uusi ilmiö, vaan jopa luonnollinen osa muutoksia läpikäyviä organisaatioita. Uudistuksia tehtäessä on kuitenkin erityisen tärkeää, että päättäjätasolla huomioidaan jokainen muutoksen osapuoli, jotta toimiviin ratkaisuihin voidaan yltää. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa erityisen haasteelliseksi on muodostunut vähäinen ja puutteellinen tiedonkulku. Huono tiedonkulku voi merkitä esimerkiksi sitä, etteivät erilliset organisaatiot koe pääsevänsä antamaan riittävästi omaa panostaan ja näkemystään muutosten suunnitteluvaiheessa. Kyse ei siis aina todellisuudessa ole huonosta tiedonkulusta, vaan kokemuksista uudistustilanteissa. (Luomala 2008, 10.) Organisaatioiden sisällä muutokset voivat synnyttää voimakkaitakin uhkakuvia, mutta muutosten tulisi myös uhan lisäksi herättää mahdollisuuksia (Koski & Vakkala 2007, 42).

Sosiaalialalla johtamisessa korostuu usein arvojohtajuus, ja tyypillisiä piirteitä sosiaalihuollon johtamiselle ovat poliittinen tulosvastuu, jossain määrin rajoitettu asiakasorientaatio, lakisidonnaisuus ja oikeudenmukaisuus sekä toiminnan avoimuus ja läpinäkyvyys (Niiranen ym. 2010, 15). Päätöksenteossa tuleekin huomioida myös nämä kaikki seikat, jotta toiminta voisi olla eettisesti kestävää ja todenmukaista. Tämä lisää myös haasteita johtajuudelle. Niiranen ym. kuvaavat seikkoja, jotka tulisikin ottaa huomioon jo muutosten suunnitteluvaiheessa, jotta uudistukset menisivät tavoitteiden kanssa samaan suuntaan ja antaisivat mahdollisuuksia toiminnan tärkeille piirteille.

Ensimmäisenä on tärkeää tunnistaa organisaation perustehtävä ja se, mikä yhteiskunnallinen merkitys organisaatiolla on. Perustehtävään voi olla hankalaa lähteä tekemään



muutoksia, mutta tehtävää voidaan pyrkiä toteuttamaan erilaisin menetelmin. Keskeistä on kuitenkin löytää tavoitteita ja visioita, jotka tukevat organisaation yhteiskunnallista funktiota. Toiseksi, organisaatiokulttuurin tiedostaminen ja sen valjastaminen työvälineeksi on oleellista muutoksen kannalta. Päättäjien ja johtotason tulee pohtia sitä, millainen käsitys organisaatiokulttuurilla on muutoksen suhteen, ja onko sen avulla muu-  
tosta mahdollista edistää toivottuun suuntaan. Henkilöstön sitoutuminen muodostuu tällöin avainkysymykseksi, mutta myös johdon asenteet ja suhtautuminen heijastuvat siihen, etenevätkö vai hidastuvatko muutosprosessit. Kolmas huomioitava seikka on se, että johtajan tulee tiedostaa se tosiseikka, että uudistaminen ei tapahdu itsekseen, vaan prosesseja ja muutosmekanismeja on suunniteltava pitkäjänteisesti. On tärkeää, että jokaisen työntekijän on mahdollista löytää paikkansa uudesta tai uudenlaisesta organisaatiosta. Uudistuksen tukemisen kannalta osaaminen, motivointi sekä kannatusjärjestelmä ovat keskeisiä. (Niiranen ym. 2010, 41.)

Organisaatiot muodostuvat ihmisistä, jonka vuoksi lähtökohtien on oltava inhimilliset. Johtajien tärkeänä tehtävänä on kuunnella organisaatioiden sisäisiä mielipiteitä ja ihmisten tuntemuksia muutoksen edessä. Ihmisten kuuntelemisella ja mielipiteiden huomioon ottamisella voidaan edistää henkilöstön sitoutuneisuutta muutokseen, sillä tällöin kokemukset omasta toimijuudesta vahvistuvat. (Luomala 2008, 5.) Organisaatiomuutoksiin liittyy useita tekijöitä, joiden hyväksyminen voi viedä työntekijöiltä aikaa. Muutoksen kohteena voivat olla niin työtavat kuin työpaikan konkreettisen paikan muuttuminenkin, mutta myös totutut työtehtävät saattavat olla uudistusten kohteena. (Luomala 2008, 9.) Tällöin työntekijä voi kokea tietynlaista ulkopuolelta tulevaa uhkaa omaa ammatillisuuttaan ja asiantuntijuuttaan kohtaan, mikäli esimerkiksi työtehtäviä siirretään muiden ammattilaisten vastuulle. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää, että muutokset eivät ole yhtäkkiä tai nopeita, vaan ajatukseen on aikaa totutella ja omaksua uusia ajattelutapoja omasta työnteosta. Muutosprosessin onnistumisen kannalta oleellista on, että työnjako on sujuvaa, ja vastuuta ja päätösvaltaa on pystytty kohdistamaan oikein. Oikein kohdistettu vastuu ja päätösvalta voivat edistää työn mielekkyyttä ja motivaatiota, jolloin muutosta on mahdollista myös hallita onnistuneesti. (Luomala 2008, 21.)

Suurissa organisaatiomuutoksissa johtajuudelta vaaditaan joustamiskykyä ja epävarmuuden sietoa, mutta erityisesti avointa dialogia, luottamuksellista ilmapiiriä ja vuorovaikutusta työntekijöiden kanssa. Yhteisen vision luominen on onnistuneen organisaatiomuutoksen edellytys ja muutosvastarintaa voidaan lievittää riittävän tiedottamisen avulla. (Salminen 2005, 89.) Johtamisen ja organisaatioiden kehittämisen kannalta on

myös tärkeää, että esimiestaho antaa selkeitä ja riittäviä ohjeistuksia toimintatapojen ja työnkuvien muutoksista, sillä muutoin työntekijän on helppo jäädä toteuttamaan vanhaa, totuttua toimintamalliansa. Muutokset on myös tärkeää perustella riittävän kattavasti, jottei erimielisyyksiä pääse syntymään. Sote-uudistuksessa on usein kuultu puhuttavan siitä, että esimerkiksi sosiaalityön työtehtäviä siirrettäisiin terveydenhuollon ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien vastuulle. Erityisesti esimiesten vastuulla on ottaa kantaa tämänkaltaisiin muutosehdotuksiin, ja pitää kiinni sosiaalityön profession ammatillisuudesta. Mikäli sosiaalihuollon tehtäviä aletaan siirtää tulevaisuudessa enemmän terveydenhuollon vastuulle, heikentää se samalla myös koko sosiaalityön olemassaoloa.

Sosiaalityön tasavertainen asema terveydenhuollon yhteistyössä mahdollistuu, jos sosiaalityön professio yhteiskunnallisena vaikuttajana ja yhteiskunnallisten muutosten johtajana ja toteuttajana ymmärretään. Sosiaali- ja terveydenhuollon tieteiden alat ja näkökulmat medikaalisen ja sosiaalisen tuottajina ovat erilaiset, mutta asiakaskunnat hyvin samankaltaisia. Sote-uudistuksen ja onnistuneen muutosjohtamisen kannalta nämä seikat tulee tiedostaa niin johto- kuin työntekijätasollakin. (Petch 2008, 8.)

## 3 Tutkimuksen systeemiteoreettinen viitekehys

### 3.1 Systeemiteoriat sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa

Sosiaalityöhön systeemiteorian käsite on tullut jo 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla. Karen Healy (2005, 133) mainitsee tekstissään, että Woodsin ja Hollsin (1990) mukaan sosiologi Hankins esitteli ensimmäisenä systeemiteorian termin sosiaalityölle vuonna 1930, mutta yleisesti sosiaalityöntekijät ottivat sen käyttöönsä vasta 1960-luvulla. Systeemiteoria sovellettiin koskemaan ihmistieteitä tavoitteenaan ymmärtää ihmisten luomien systeemien, kuten organisaatioiden, välisiä suhteita (Corlett 2000, 1). Sosiaalityöhön systeemiteoriat alkoivat vaikuttaa etenkin 1970-luvulta lähtien. Sosiaalityön tutkimuksessa vaikuttavat tänä päivänä kaksi yhteiskuntatieteisiin sovellettua systeemiteorian haaraa: yleinen systeemiteoria ja ekologinen systeemiteoria. (Payne 2005, 193.). Tutkielmassamme käytämme näitä systeemiteorian sovellutuksia kuvaamaan systeemistä muutosta sote-palveluiden sisällä sekä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta.

Yleinen systeemiteoria on johdettu Ludwig von Bertalanffyn työstä. Bertalanffy oli biologi, joka yritti soveltaa biologisia systeemiteorioitaan sosiaaliseen maailmaan. Ensimmäisistä kirjoituksistaan lähtien 1920-luvulta eteenpäin Bertalanffy väitti, että systeemiset lähestymistavat olivat sopivampia kuin kausaaliset mallit, kun ollaan tekemisissä monimuotoisten vuorovaikutteisten systeemien kanssa, olipa kyseessä sitten millainen systeemi tahansa: biologinen, mekaaninen tai sosiaalinen. (Bertalanffy, 1968; Healy 2005, 134) Systeemiteorian periaate, jossa jokaisen systeemin muutos vaikuttaa myös muiden systeemien toimintaan, on todella hyödyllinen sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa, jossa yhteiskuntaa tarkastellaan sekä suurissa kokonaisuuksissa että yksilöiden tasolta (Compton ym. 2005, 24).

Ensimmäiset yleisen systeemiteorian kannattajat käyttivät biologista terminologiaa selittämään asiakkaan tarpeita, tilanteita ja sosiaalityön käytännön tarkoitusta. Joitakin päälimmäisiä konsepteja olivat muun muassa vuorovaikutus ja homeostaasi, joka tarkoittaa tietyn systeemin sisällä vallitsevaa tasapainoa. Esimerkiksi homeostaasin konsepti viittaa biologisen organismin taipumukseen etsiä ja säilyttää jonkinlaista tasapainoa sisäisessä systeemissään, tai vähintäänkin etsiä ja säilyttää prosessit tietyissä rajoissa. Sosi-

aalityöntekijät olettivat tämän tarkoittavan sitä, että vakaan vaiheen ylläpitäminen on systeemisen toiminnan ja kasvun edellytys. (Bertalanffy, 1968; Healy 2005, 135.)

Homeostaasiin pyrkiessään sosiaalitieteilijät keskittyivät tunnistamaan ongelmien astetta käyttäen yleistä systeemiteoriaa, ja heidän työskentelynsä keskittyi vakaan vaiheen saavuttamiseen, eli toisin sanoen tarkoituksena oli tuottaa tasapainoa yksilön ja heidän sosiaalisten systeemiensä välille. Siitä huolimatta, että tämän näkökulman tarkoituksena oli lisätä sosiaalityön tieteellistä luotettavuutta, monet sosiaalityöntekijät vierastivat sitä. Vaikka työntekijöiden käyttämä terminologia onkin usein peräisin muilta tieteenaloilta, niin sitä faktaa, että yleinen systeemiteoria kumpusi biologisista tieteistä eikä ihmistieteistä kuten psykologiasta tai sosiologiasta, oli vaikea ohittaa. (Bertalanffy, 1968, Healy 2005, 135.)

1970-luvun aikana psykologi Urie Bronfenbrennerin ekosysteeminen näkemys syrjäytti yleistä systeemiteoriaa. Ekosysteeminen näkökulma toi yhteen yleisen systeemiteorian sekä ekologisen näkemyksen ja laajensi systeemisen näkökulman fokusta ja merkitystä suoraan sosiaalityön ja yhteiskuntatieteiden käytäntöön. Ekosysteeminen näkökulma säilytti yleisen systeemiteorian käsityksen ympäristön eheydestä, mutta myös osa sen terminologiasta säilytettiin. (Bronfenbrenner 1979; Healy 2005, 136.) Tämä näkökulma sosiaalityöhön ilmentää yksilön ja ympäristön tasapainoista painotusta. Ympäristö on monimutkainen ympäristö-käyttäytyminen-yksilö -kokonaisuus, joka koostuu jatkuvista suhteiden muutos- ja yhteenliittymisprosesseista. Ekosysteeminen näkökulma painottaa erityisesti yhtenäistä keskinäistä riippuvuutta yksilön, käyttäytymisen sekä ympäristön välillä, ja systeemin käsitettä käytetään analysoimaan monimutkaista riippuvuutta ekologisessa kontekstissa. Suhde ekosysteemin osien välillä on järjestäytyneitä, rakenteellista ja laillista, ja käyttäytyminen on sovitellun vuorovaikutuksen tulosta yksilön ja monimuotoisen ympäristön välillä. Käyttäytymisen keskinäinen tehtävä on kehittää luokitteluja ympäristöistä, käyttäytymisestä ja niiden välisestä yhteydestä. (Compton ym. 2005, 39.)

Ekosysteemiset ajattelijat näkevät ekologian hyödyllisenä metaforana sosiaalityöntekijöiden rohkaisemisessa keskittymään systeemin sisäiseen ja systeemien väliseen vuorovaikutukseen sekä etsimään kestäväää ja pitkäaikaista muutosta. Perustana oli, että sosiaalityön arviointien ja interventioiden tulee keskittyä ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen. Ekosysteeminen näkökulma rohkaisee sosiaalityöntekijöitä tunnistamaan sen, että ongelmat syntyvät yksilön tarpeiden, kapasiteetin, oikeuksien ja halujen sekä ympä-

ristön yhteensopimattomuudesta. Yhteensopimattomuus voi ilmetä monista syistä, esimerkiksi odotetuista elämän muutoskohdista kuten eläkkeelle jäämisestä, mutta myös kroonisista ympäristön stressitekijöistä kuten köyhyydestä. Ekosysteemisten interventioiden päällimmäinen tarkoitus on helpottaa näitä siirtymäkohtia edistämällä yksilön ja ympäristön sopeutumista. Kuitenkin yleisen systeemiteorian tavoin ekosysteeminen näkökulma ei ehdota mitään tiettyjä interventiomenetelmiä, vaan ohjaa arvioimaan ja tarjoaa niihin vain yleisiä suuntaviivoja. (Healy 2005, 136.)

Systeemiteoria sopii sosiaalityön ja sosiaalihuollon muutosten tutkimiseen erinomaisesti. Systeemiteorialla yhteiskuntatieteiden tutkijat ovat pyrkineet selittämään kunnianhimoisesti ”kaiken” yhteiskunnallisten muutosten syistä (Jalava 2005, 122). Avainvahvuutena systeemiteorioissa omalle työllemme on se, että ne tarjoavat teoreettisen viitekehyksen, jonka avulla voimme ymmärtää yhteiskunnallisten muutosten syy-seuraussuhteita tarkemmin ja useammalta yhteiskunnalliselta tasolta. (Healy 2005, 146.) Mikro-, meso-, ja makrotasolle jaetut ilmiöt jäsentävät ajattelutapaa ja helpottavat ongelmanratkaisuprosessien kulkua. Yhden tason systeemin muutos käynnistää muutoksen myös muissa systeemien osissa muodostaen näin suuremman yhteiskunnallisen muutoksen. Systeemiteorian avulla tutkimme sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sisällä tapahtuvaa muutosta, jonka makrotason valtakunnallisen tason muutos on aloittanut osasysteemeissään.

Yhteiskuntatieteisiin sovelletussa Bronfenbrennerin ekologisessa systeemiteoriassa yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia tarkastellaan usealta eri tasolta tai systeemiltä. Jokaisen tason muutoksella on vaikutusta myös muihin systeemeihin. Systeemi muodostuu ihmisryhmistä, joita ovat esimerkiksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatiot. Systeemiteorian periaatteen mukaisesti yhteiskunnan systeemit rakentuvat hierarkkisesti. On olemassa yläsysteemi tai makrosysteemi, esimerkiksi yhteiskunnan valtiovalta, joka jakautuu omiin alasysteemeihinsä, kuten kunnalliseen systeemin tasoon. Nämä taas jakautuvat omiin alasysteemeihinsä, kuten sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioihin. Kunnallisen sosiaalihuollon yksittäisten työntekijöiden, kuten sosiaalityöntekijöiden, tulisi aina säilyttää yhteys yhteiskunnalliseen yläsysteemiin, jonka avulla luodaan perusta systeemiselle muutokselle. (Bronfenbrenner 1979; Compton ym. 2005, 24; Payne 2005, 191; Voisin ym. 2006, 72.)

Tutkielmassamme hyödynnämme ekologista systeemiteoriaa tutkimalla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välistä yhteistyötä ja systeemistä muutosta kolmelta eri

tasolta: mikro-, meso- ja makrotasolta. Mikrotasolla käsittelemme sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioita omina kunnallisen tason yksiköinä. Mikrotason työntekijät vaikuttavat sekä oman organisaationsa toiminnan että palveluita käyttävien asiakkaiden hyväksi, jolloin niin sanotun alimman tason tai ruohonjuuritason systeemi on lähimpänä systeemiseen muutokseen vaikuttaviin tekijöihin, kuten väestön ikääntymiseen tai työttömyyden luomiin sosiaalisiin ongelmiin. Ekologisen systeemitieteen tasot toimivat hierarkkisesti. Mikrotason yläpuolella toimiva makrotason valtiovalta on mikrotason organisaation yläpuolella. Hierarkkisuudesta huolimatta makrotason täytäntöön laittama yhteiskunnallinen muutos tapahtuu ylhäältä alas periaatteen vastaisesti enemminkin verkostomaisesti. Systemien välinen yhteistyö vaikuttaa muutoksen tuomaan lopputulemaan. (Payne 2005, 184–192; Compton ym. 2005.)

Tutkielmassamme tutkimme sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyön mahdollisuuksia ja haasteita sekä valtakunnallisen sote-uudistuksen liikkeelle asettamaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Payne (2005, 184) kuvaa mesosysteemiä keskikokoisena systeemin tasona, joka koostuu mikrosysteemeistä. Mesosysteemit muodostuvat makrotason käynnistämisen muutoksen myötä. Mesosysteemin muodostamisen kautta voimme tarkastella kahden mikrosysteemin välistä verkostomaista yhteyttä, eli tutkielmassamme sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen viranomaisyhteistyön toteutumista. Mesosysteemi voidaan siis näin ollen nähdä kahden mikrosysteemin muodostamana omana systeemin tasonaan. Mesosysteemin toimintaan vaikuttaa se, miten osasysteemit toimivat keskenään verkostoissa. Keskeistä mesosysteemin muodostumiselle on siis se, miten näiden systeemien keskinäiset yhteydet ja prosessit toimivat keskenään. (Payne 2005, 184–192; Compton ym. 2005, 36 – 39.)

Makrosysteemin tehtävänä on tarkastella mikro- ja mesosysteemien toimivuutta ja yhdenmukaisuutta yhteiskunnallisella tasolla. Yhteiskunnalliselle makrotasolle sisältyy kuntien systeemejä ohjaileva poliittinen valta, hallinnollinen johto, lait ja taloutta säätelevät osat. Makrosysteemi on systeemien hierarkkisella tasolla korkeimpana, mutta sen tehtävä on alati tarkkailla alajärjestelmien muutosta verkostomaisesti alajärjestelmien tasoilta. Makrosysteemi vastaanottaa alempien systeemien lähettämiä värähtelyjä, eli yhteiskunnan signaaleja muutostarpeista, joiden perusteella makrosysteemi käynnistää systeemisen järjestelmän muutoksen. (Payne 2005, 184–192; Compton ym. 2005, 39.)

### 3.2. Systeemiteoria organisaatioiden muutosten kuvaajana

Suomalaisessa yhteiskuntajärjestelmässä julkisen sektorin organisaatioiden voidaan nähdä yhä noudattavan klassista organisaationäkemyksiä, jossa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatiot ovat omia suljettuja järjestelmiään ”siiloutuneena” ulos toisen organisaation vaikutusympäristöstä (Puusa & Reijonen & Juuti & Laukkanen 2012, 11). Vaikka sosiaali- ja terveystalvveluiden toiminnot ovat jo vuosikymmeniä toimineet käytännössä päällekkäisesti, on palveluita vielä 1990-luvulla pidetty virallisesti omina organisaatioinaan (Lammi-Taskula, 60). Suomen lisäksi myös esimerkiksi Iso-Britanniassa on nähty sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tärkeys tulevaisuuden sote-palveluiden järjestämisessä. Bob Hudson (2002, 1) vertaa Iso-Britannian sosiaali- ja terveystalvveluiden yhteistyön muodostamista Berliinin muurin murtamiseen. Vuosikymmenien aikana muodostuneet sote-organisaatiot ovat saavuttaneet oman valta-asemansa, jota klassisen organisaatioteorian opit ovat julkisella sektorilla tukeneet. Julkisella sektorilla koulutuksen merkitys on korostunut ja tietyn organisaation tiettyyn työtehtävään valitaan ainoastaan tietyn koulutuksen saanut henkilö.

Julkista sektoria kutsutaan usein negatiivissävytteisesti byrokraattiseksi viitaten sen hitauteen. Byrokratia on kuitenkin suunta, jota julkinen sektori on tietoisesti ajanut. Byrokration avulla kooltaan suuren julkisen sektorin on mahdollista toimia sille ominaisesti läpinäkyvästi, selkeästi ja hierarkkisesti. Klassisen organisaatioteorian mukainen työnkuva on selkeästi kuvattu myös julkisen sektorin sosiaalityössä. Klassinen organisaatioteoria on muodostunut kuitenkin liukuhihnamentaisesta tehdastyöstä, joka on kaukana sosiaalityön kompleksisuudesta. Ihmisten, yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen kanssa työskentely on harvoin liukuhihnamentaisa, mikä aiheuttaa rakoiluja byrokraattiseen koneiston toimintaan. Yksilöllisistä ihmisistä koostuvan, ihmisten kanssa töitä tekevän organisaation on mahdotonta toimia mekaanisesti, mikä aiheuttaa ainaisen muutoksen ja kehityksen tarpeen organisaation sisällä (Puusa ym. 2012, 12-13)

Systeemiteorian toimivuutta organisaatioiden välisten suhteiden tarkkailussa kuvaa teorian periaate, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Systeemiteoriassa ongelmaa tarkastellaan systeemisten prosessien tuloksena, ongelman vastuuta tai syytä ei siirretä yksilölle. (Compton ym. 2005, 24.) Vaikka organisaatioita tarkastellaan systeemeinä, liittyvät systeemiteorian opit kuitenkin läheisesti juuri ihmisten toimintaan ja ihmisten luomiin muutoksiin systeemiteorian kentällä. Juuri ihmisten vuorovaikutus systeemien sisällä luo arvaamattomuuden tekijän muutoksen toteutukseen. Julkisella sektorilla noudat-

taan pitkälti 1900-luvulta perittyä organisaation johdon oppia, jossa työprosessit ovat pitkälti ositettuja ja tiettyyn työtehtävään vaaditaan juuri tietyn koulutuksen saanut henkilö, kuten sosiaalityöntekijän ammatissa. Tarpeeksi ylös johdon systeemiselletasolle kiivettäessä alkavat työtä tekevät ihmiset näyttäytyä ainoastaan systeemeinä. Kun ihmisten sijaan johdetaan mekaanisesti systeemejä, voi tästä nopeasti koitua ongelmia systeemien sisällä, etenkin ihmisten kanssa työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sisällä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen sote-uudistus on lähtenyt tavoitteesta vähentää julkisen taloudellisen kustannuksia väestön ikääntymisen vuoksi ja säilyttää hyvinvointiyhteiskuntamme ja hyvinvointipalvelut myös tulevaisuudessa. Makrosysteemisellä tasolla on haastavaa vaikuttaa suoranaisesti yhteiskunnassamme lähitulevaisuudessa tapahtuviin muutoksiin, kuten väestön vanhenemiseen tai globaaliin talouskriisiin tuomiin vaikutuksiin. Systemiteoreettisesti tarkasteltuna, yhteiskunnan makrotason liikkeelle laittama uudistus on käynnistänyt myös systeemisen muutoksen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon mikrotason organisaatioiden sisällä.

Systeeminen muutos on pyrkimys muuttaa vallitsevaa järjestelmää haluttuun päämäärään vaihtamalla olemassa olevia toimintatapoja, normeja, arvoja, taitoja ja rakenteita. Se on muutosprosessi, jossa muutetaan olemassa olevien systeemien rakennetta, funktioita ja kulttuuria. Systeeminen muutos ei rajoitu yksittäisen organisaation muutokseen, vaan se edistää koko yhteiskuntajärjestelmän kehittämistä ja muuttamista. (Peirson & Boydell & Ferguson 2011, 308–309.)

Kun tarkastellaan systeemisiä prosesseja, systeemisessä muutoksessa tarkastellaan panosta (Input), tuotosta (Output), suoritustehoa (Throughput) sekä palautetta (Feedback). Panos viittaa mihin tahansa ulkoiseen tapahtumaan, informaatioon, energiaan tai asiaan joka vaikuttaa systeemin muodostumiseen muutoksessa. Yhteiskunnan makrotason panos sote-palveluiden kustannustehokkuudelle ja palveluiden saatavuudelle on luonut systeemisen muutoksen sosiaali- ja terveydenhuollon mikrotason organisaatioiden sisällä. Tuotos taas viittaa siihen vaikutukseen, joka systeemillä on muihin ympäröiviin systeemeihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot vaikuttavat ympäristöönsä tuottamalla hyvinvointipalveluita yhteiskunnan kansalaisille. Suoritusteho puolestaan on systeeminen prosessi, joka muuntaa panoksen tuotoksi. Sote-uudistuksen panoksen tavoitteena on luoda toimiva, tehokas ja verkostoituva mesosysteemi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraation kautta. Viimeisenä palaute viittaa siihen tietoon,



joka on saatu suoritustehoprosessissa, ja siihen, millaiseen muutokseen panos on johtanut. Palaute on keskeistä systeemin ja ympäristön kanssakäymisen kannalta. (Compton ym. 2005, 36.)

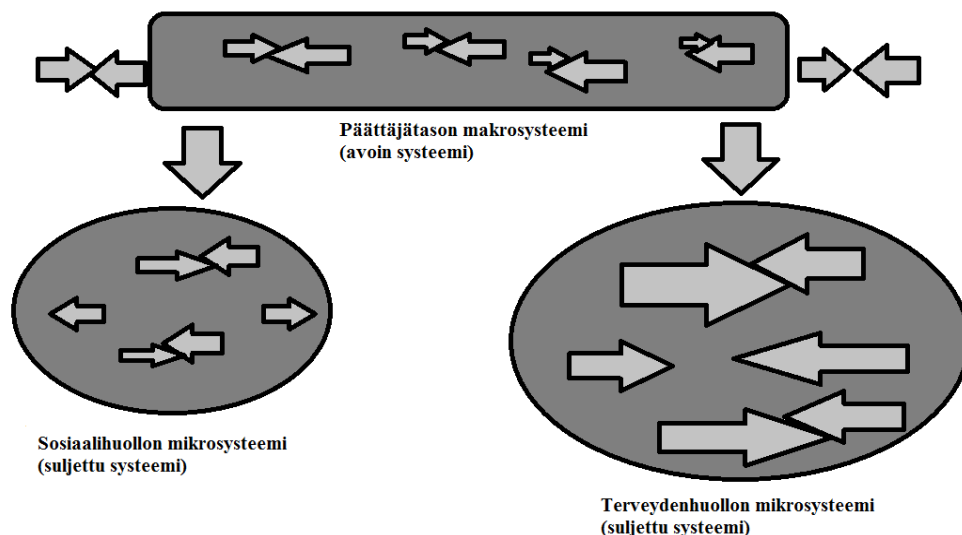
Yhteiskunnallisen muutoksen tarpeen käynnistämä systeeminen muutos on saanut aikaan muutoksen myös aikaisemmin suljettujen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sisällä. Palvelurakenteiden integraatio yhteiskunnan makrotason panoksen toimesta saa aikaan sen, että sosiaalihuollon ja terveydenhuollon mikrotasojen systeemit alkavat vastaanottaa systeemisen muutoksen liikkeelle laittamia energiasyökeitä toisen organisaation puolelta. Ne kehittävät näin sote-organisaatioita enemmän avoimen systeemin suuntaan ja lähemmäs symbioosimaisen mesosysteemin syntymistä. (Compton ym. 2005, 26; Payne 2005, 191.)

### **3.3 Systeemien hierarkkisuus ja osajsystemien väliset ristiriidat**

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon välisiä raja-aitoja on alettu sote-uudistuksen myötä purkaa, ei se poista sitä tosiasiaa, että sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioiden edustajilla on ratkaisusta huolimatta omat valta-asemansa ja toimintakulttuurinsa organisaatioissa, joka haastaa käytännön työn onnistumista moniammatillisen yhteistyön ja integraation toteuttamisessa (Nikander 2003, 280; Petch 2008, 4–5, 8). Vaikka sote-organisaatioita julkisella sektorilla yhdistävät samanlaiset asiakasryhmät ja niiden toiminnassa on paljon samankaltaisuutta, voidaan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon mesosysteemin organisaatiot jakaa kuitenkin helposti kahteen, toisistaan vastakkaiseen asetelmaan, josta systeemien välisiä ristiriitoja voidaan tulkita. Sosiaalihuollon organisaation ammattilaiset toimivat sosiaalisen kautta, kun taas terveydenhuollon ammattilaiset toimivat medikaalisen kautta. (Nikander 2003, 281).

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat laajalti monimuotoisten, suureksi osaksi korkeakoulutettujen työntekijöiden luomia toiminnallisia systeemejä. Yhteiskuntatieteisiin sovellettuna systeemiteoriolla on pyritty selvittämään systeemien sisäisiä suhteita ja niiden suhteita ympäristöönsä. Sosiaalihuollon vuosikymmenien aikana laajalle viedyn työn osituksen ja yhteiskunnallisen roolin vuoksi sosiaalihuollon organisaation tietyt osat, kuten lastensuojelun tai vammaispalveluiden osat ovat muotoutuneet suljetun systeemin muotoon, jossa työntekijätaso haluaa pitää kiinni omista valtarakenteistaan. Ku-

viossa 1 kuvaamme sosiaali- ja terveydenhuollon suljettuja organisaatioita tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat perinteisesti toimineet omien organisaatioidensa luomien valtarakenteiden alla, ennen valtakunnallisen sote-uudistuksen täytäntöönpanoa.



**Kuvio 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon suljetut systeemit (mukaillen Payne 2005, 191)**

Sosiaaliset systeemit, kuten sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatiot luovat itselleen kulttuurisia sääntöjä, kuten ammatillisia normeja, asenteita ja käyttäytymismallejaan. Esimerkiksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on omat eettiset koodistonsa, jotka normittavat päivittäistä työtä. Useimpia sosiaalisia systeemejä ohjaavat kuitenkin ajan kuluessa muovautuneet epäsuorat ja kirjoittamattomat, epäsuorasti ilmaissut säännöt. Sosiaalisten systeemien omat organisaatiokulttuurit ovat piilossa yhteiskunnan makrotasolta systeemisen muutoksen käynnistyessä, mikä osaltaan mahdollistaa systeemien välisten ristiriitojen synnyn muutoksen yhteydessä. Systeemien väliset ristiriidat eivät pysäytä systeemistä muutosta, mutta ne muovaavat muutoksen toteutumista mahdollisesti hyvin erilaiseen muotoon kuin miten muutoksen tarve ja tavoitteet on yhteiskunnan makrotasolta katsottuna nähty. (Lehtiö & Keränen 2012, 1–3; Compton ym. 2005, 33.)

Systeeminen muutos sote-uudistuksessa pyrkii integroimaan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon mikrosysteemien tasoja yhteen luoden mesosysteemin, eli mikrosysteemien välisen systeemin. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon vuosikymmenien aikana rakentuneet, monin tavoin toisistaan eriytyneet systeemit ovat kuitenkin luoneet välilleen omat rajoituksensa ja systeemien sisäiset rajansa. Rajan termillä voidaan kuvata paikkaa, jossa yksi systemi päättyy ja uusi alkaa. Vaikka useat kaupungit ovat toteuttaneet tai suunnittelevat sosiaali- ja terveystalveluiden tuomista jo fyysisesti saman katon alle, ei uudistus kuitenkaan välttämättä poista systeemien välisiä rajoja, joilla organisaatio määrittelee itsensä ja oman toimivaltansa. (Compton ym. 2005, 25.)

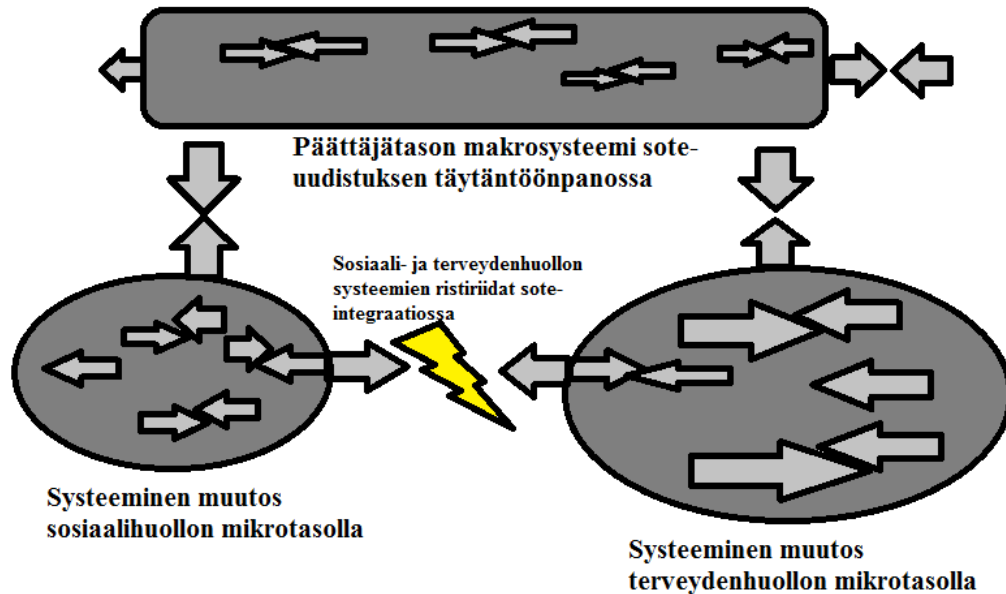
Systeemitteorian hierarkkisuus luo systeemien välille valta-asetelmia. Vallan muodot ylettyvät kaikkialle elämään, ja vallan harjoittaminen on suuri prosessi sosiaalisten systeemien sisällä. Ekologinen systeemitteoria toimii hierarkkisesti, joten ylimmällä tasolla toimiva makrosysteemin päättäjätaso asettaa muutokselle kriteerit, jonka kautta mikro-tason organisaatiot muutosta toteuttavat. Kuten sote-uudistuksen edetessä on käynyt ilmi, on sosiaalihuollon organisaatio asetettu hierarkkisella tasolla terveydenhuollon alapuolelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rakentuessa omien systeemien muutostensa kautta on niille muodostunut myös omat roolinsa, joilla organisaatio itse ja organisaation ympärillä oleva yhteiskunta organisaation sisäistä toimintaa kuvaa. Rooli on joukko ideoita, jotka liittyvät sosiaaliseen statukseen. Status eli asema määrittelee systeemin roolin sen suhteessa muihin asemiin systeemisen kokonaisuuden kentällä. Esimerkiksi sosiaalityöntekijän asema on rakennettu niiden ideoiden ja ajatusten ympärille, jotka kuvaavat sosiaalityöntekijöitä suhteessa asiakkaisiin. (Compton ym. 2005, 29–30.)

Roolit ovat tärkeitä rakennusosia sosiaalisissa systeemeissä ja vaikuttavat myös olennaisesti verkostomaisen mesosysteemin syntyyn. Sosiaaliset odotukset siitä, miten erilaisissa rooleissa tulisi käyttäytyä, vaikuttavat ihmisten kokemuksiin ja käytökseen organisaation sisällä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot toimivat tarkkojen roolijakojen mukaisesti. Roolijakoon vaikuttaa olennaisesti saatu koulutus. Johtajan aseman sote-organisaation sisällä ottaa usein organisaation korkeimmin koulutetut ammattiryhmät, kuten sosiaalityöntekijät sosiaalihuollossa ja lääkäri terveydenhuollossa. Rooliasettelut myös heijastavat tarkoitusta muiden statusten kanssa systeemin sisällä. Rooliasettelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon sisällä ovat muodostuneet vuosikymmenien sisäisten systeemisten muutosten seurauksena. Rooliodotukset ja luotettava asema edistävät osaltaan systeemistä tasapainoa, mikä taas herättää turvallisuudentunnetta ja luottamus-

ta. Systeminen muutos, kuten sote-uudistus ja sote-palveluiden integraatio, aiheuttaa kuitenkin muutoksen tuttuina pidettyihin rooliodotuksiin systeemien sisällä. Sosiaali- huollon ja terveydenhuollon hierarkkisen epätasapainon johdosta voivat rooliasetelmat ja organisaatioiden johtajuus muovautua uudenlaiseksi mesosysteemiä muodostettaessa. (Compton ym. 2005, 30.)

Perinteisesti julkisen sektorin organisaatioiden sisäistä johtamismallia voidaan kuvata pyramidimallin mukaisesti. Ylhäältä toimiva organisaation johto määrittää organisaation toimintamallin alaisilleen ylhäältä alas hierarkkisesti. Myös systeemiteorian tasot toimivat hierarkkisesti makrotason määrittäessä muutoksen mikro- ja mesotasoille. Systeemiteoriassa systeemin sisäisen toiminnan voidaan kuitenkin nähdä poikkeavan organisaatioiden tavanomaisesta tarkkailusta. Systeemiteoria pureutuu perinteistä organisaatiomallia tarkemmin organisaation toimijoiden väliseen verkostomaiseen toimintaan, joka muodostaa systeemille tasolle ominaisen muodon erottaen sen toisista systeemeistä. (Corlett 2000, 1–3.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen sektorin organisaatiot ovat muodostuneet perinteisen muodollisen hierarkkisen organisaatiomallin mukaisesti. Siinä työnjako on hoidettu byrokraattisen tehokkuusmallin mukaisen tietyn muotin mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja integraation uudistus on toteutettu noudattaen perinteistä organisaatiotason uudistusta, jossa hallinnon ja johdon rakenteita integroidaan oletuksena, että uudistus hyväksytään ilman vastalauseita uudistuksen muutoksen luonteen toteuttavalla työntekijätasolla. Organisaation ohjaaminen systeemisen muutoksen läpi vaatii syvällisempää katsausta organisaation toimintaa ohjaavalle työntekijätasolle, jotta muutoksen muovautuminen tavoitteelliseen muotoon on mahdollista. Kuviossa 2 kuvaamme makrosysteemin käynnistämää systeemistä muutosta, eli sote-uudistusta, jossa sosiaali- ja terveystalvveluita ollaan integroimassa hierarkkisen uudistusmallin mukaisesti.



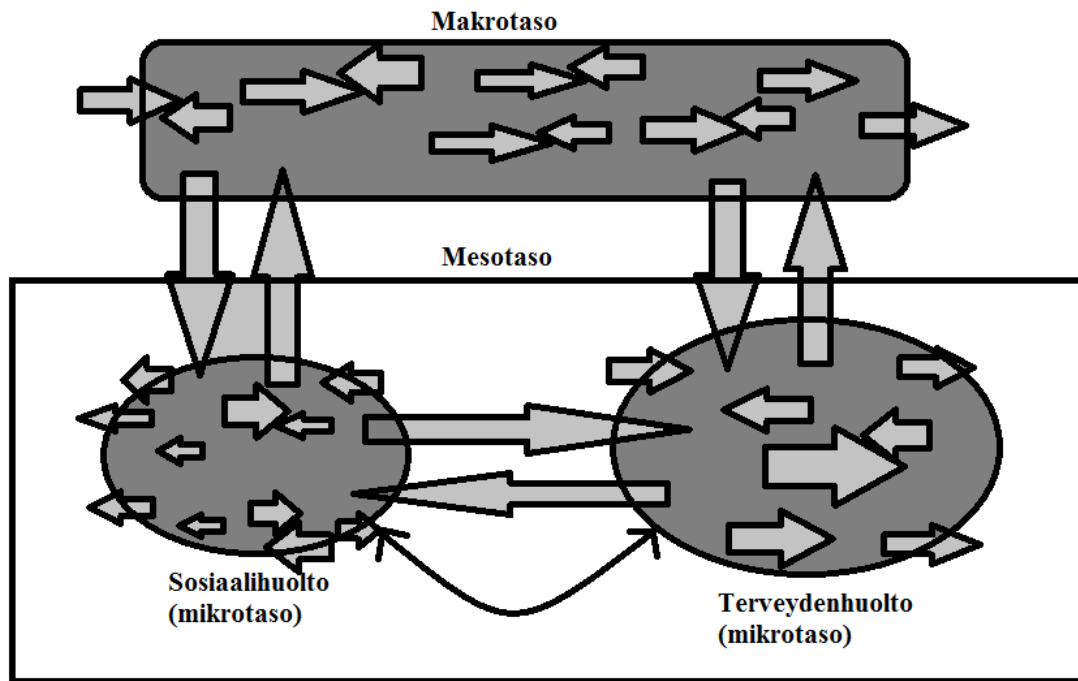
**Kuvio 2** Systeeminen muutos mikro- ja makrotasolla (mukaiillen Payne 2005, 191)

Haasteellisuutta systeemisen muutoksen läpiviemiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisessä muutoksessa lisää se, että muutos tarvitsee toimiakseen yhteisen kirkkaan tavoitteen, tahtotilan ja päämäärän. Kaikki systeemit heijastavat päämäärää tai syytä olemassaololleen. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden henkilöstön tulee tiedostaa yhteistyön tarve ja vastakkaisen organisaation tarjoama hyöty toiselle. Sosiaalityö kykenee tarjoamaan lääketieteelle tärkeää tietoa esimerkiksi väestön ikääntymisestä seuraavista yhteiskunnallisista vaikutuksista tai menetelmistä, kuten asiakkaan voimaistamisesta ja sosiaalisesta tuesta. Myös terveydenhuollon ammattitaidon tiedostaminen ja hyödyntäminen omassa käytännön työssä ovat tärkeitä sekä sosiaalityöntekijälle päivit-  
täisessä työssä että koko sosiaalityön professionille ammatillisen aseman vahvistajana. Jotkin päämäärät tuntuvat olevan yhteisiä lähes kaikille systeemeille, sillä useimmat sosiaaliset systeemit pyrkivät säilyttämään jäsenensä, kasvattamaan kokoa, mainetta ja varallisuutta. (Compton ym. 2005, 28; Payne 2005, 190.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen moniammatillisen yhteistyön lisäämisen ja organisaatioiden välisen integraation toteuttaminen ei ole helppo mikrotason systeemin muo-  
dostaville työntekijäyhteisöille. Ihmisellä on luontainen taipumus vastustaa muutosta esimerkiksi turvattomuuden, epävarmuuden ja tilanteen hallinnan heikkenemisen vuoksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset haluavat muutoksessa ensisijaisesti pyr-

kiä suojelemaan omaa professionaalista asemaansa sekä tiettyjä monopolirakenteita hyvinvointipalveluiden tuottajana. Yhteiskunnallisen tason muutoksena sosiaali- ja terveydenhuollon lisääntyvässä yhteistyössä valta-asemilla ja valta-rakenteilla on mahdollista muuttua, mistä seuraa oman ammatillisen aseman menettämisen pelkoa. (Taskinen ym. 1995, 41 – 42.) Muutos aiheuttaa epävarmuutta oman työpaikan pysyvyydestä, mikä taas lisää huolta ja ahdistusta. Muutokset tuovat tullessaan uudenlaisia haasteita työntekijöiden eteen. Työntekijät pelkäävät menettävänsä turvallisen asemansa organisaatiossa tai etenemismahdollisuutensa. (Rintala ym. 1997, 90.) Tämän on todettu laskevan henkilöstön työn tuottavuutta ja aiheuttavan työtyytymättömyyttä. (Taskinen ym. 1995, 41 – 42., 43.) Yhteiskunnallisen makrotason laajuinen muutos asettaa johdon tasolle suuren vastuun toimia niin sanotusti välikätenä makro- ja mikrotason yhteyksien, toiveiden ja tavoitteiden välissä.

Organisaatioiden johtajilla, sekä hallinnon että lähijohtajien tasoilla, on merkittävä rooli systeemisen muutoksen ohjaajana kohti tavoiteltua päämäärää. Systeemisen muutoksen läpivieminen organisaatiossa ei toteudu, ellei energia, tässä tapauksessa informaatio, kulje jokaisen systeemin tasoilla verkostomaisesti. Hierarkkisen ja byrokraattisen tehokkuusmallin mukainen johtaminen, jossa muutos toteutetaan yksinkertaisesti makrotason muutosmallin mukaisesti, on mahdoton laajojen ja korkeasti koulutettujen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sisällä. Organisaatioiden muutosprosessissa henkilöstöjohtamisen systeemitoreettinen malli on nähty perinteistä hierarkkista johtamista tehokkaammaksi. Henkilöstöjohtamisen systeemitoreettisessa mallissa korostetaan johdon merkitystä yhdistää mikrotason organisaatiot, mesotason muutoksen integraatio sekä makrotason yhteiskunnallinen taso toisiinsa. Laajan systeemisen verkoston luominen muutoksessa onnistuu osittain eri tasojen osallistumisen kautta sekä osaksi niin sanotun henkilöstövoimavarojen virtaamisen kautta. (Puusa ym. 2012, 172.)



**Kuvio 3 Mesotason muodostaminen avointen systemien kautta (mukaillen Payne 2005, 191)**

Kuviossa 3 kuvaamme mesotason muodostamista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden integraation seurauksena. Henkilöstövoimavarojen virtaamisella systemisessä muutoksessa johdon roolina on yhdistää työntekijätason, eli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden, sekä makrotason, eli päättäjätason, odotukset ja tavoitteet muutoksen lopputuloksesta. Henkilöstöjohtajan työkaluina systemien tasojen välisen systemisen verkoston ja mesotason luomisessa on muun muassa tiedottaminen muutoksesta, perehdyttäminen ja koulutus vastakkaisen organisaation sisäisiin toimintamalleihin. Henkilöjohtamisen avulla on mahdollista saavuttaa se, että henkilöstö kokee oman osaamisensa ja ammatillisen itsetuntonsa kohonneeksi muutoksen myötä sen sijaan, että muutosta seuraisi pelko oman profession tulevaisuudesta. (Puusa ym. 2012, 172.)

## 4 Tutkimuksen toteuttaminen ja aineistoanalyysi

### 4.1 Systemiteorian hyödyntäminen aineiston analyysissä

Systemiteoreettisen viitekehyksen hyödyntäminen tutkielmamme empiirisessä osuudessa on tehokas työkalu valtakunnallisen Sosiaalibarometri 2011 -aineiston analyysissä. Sote-uudistuksessa on suunniteltu tehtävän massiivisia uudistuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa, joka koskee tuhansia työntekijöitä näiden organisaatioiden sisällä. Valtakunnallisessa uudistuksessa yhteiskunnan makrotason päättäjät tarkastelevat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon kompleksisia organisaatioita yksilötason sijaan kokonaisuuksina. Kokonaisuuksien käyttäminen tarkemman mikrotason analyysin sijaan voi kuitenkin johtaa siihen, ettei systeminen muutos sote-uudistuksen muodossa toteudu niin kuin alun perin on tarkoitettu. Näin ollen organisaatioita on kokonaisuuksien sijaan tarkasteltava systeeminä eri systemien tasoilla. (Bertalanffy 1968, 5.)

Bertalanffyn (1968) yleistä systemiteoriaa hyödyntämällä voimme tarkastella sote-organisaatioiden kokonaisuuksia lähemmin mikrosysteemien tasoilla tutkielmamme empiirisessä osiossa. Lisäksi Bronfenbrennerin (1979) ekologista systemiteoriaa hyödyntämällä voimme tarkkailla aineistomme analyysissä mikrosysteemien välisiä suhteita sekä systemistä muutosta mesosysteemisen tason muodostamisessa. Yhteiskuntatieteisiin sovellettuna systemiteoria antaa monipuolisen näkökannan tutkielmamme empiiriaan. Bertalanffy (1968, 21) toteaa, ettei systemiä ole määritelty kuvaamaan yhtä tiettyä ryhmää, vaan systeminä voidaan kuvata esimerkiksi muurahaiskekoa tai galaksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallista muutosta on mahdotonta toteuttaa silmänräpäyksessä, mutta sen teoreettinen kuvailu mielessämme on mahdollista. Systemisen muutoksen kuvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden kautta ja systemiteoreettista viitekehystä hyödyntämällä käy näin ollen tutkielmamme tarkoitukseen hyvin.

Valtakunnallisen makrotason on pakko tarkkailla sosiaali- ja terveydenhuollon systemejä isoina kokonaisuuksina niiden laajuuden vuoksi. Systemiteoria korostaa kuitenkin näiden systemien sisäistä toimintaa, systemien välisiä suhteita sekä systemien käyttäytymistä muutoksessa. Kokonaisuudet voivat olla enemmän kuin osiensa summat,



mutta systeemiteoriassa juuri makrotason alasysteemien toiminta määrittää, millaisena kokonaisuus nähdään. Yhteiskunnassa on lukematon määrä ilmiöitä, jotka vaikuttavat siellä asuvien ihmisten elämään, ja yhteiskuntatieteet pyrkivät löytämään näille ilmiöille erilaisia tarkastelukulmia. Systeemiteoria tarjoaa tutkielmamme empiiriselle osalle yhteiskuntatieteellisen näkökulman sekä toivoaksemme uudenlaisen tuloksien analyysin Sosiaalibarometri 2011 -aineistolle.

## 4.2 Tutkimuksen eettisyys

Minkä tahansa tutkimuksen tekemiseen liittyvät aina vahvasti eettiset kysymykset. Tutkijan tulee tiedostaa tarkasti omat oikeutensa ja velvollisuutensa tutkimuksen tekemisessä sekä pyrkiä välttämään tietoisia virheitä, jotka saattavat rikkoa hyvää tutkimusetiikkaa. Kaikkia virheitä ei välttämättä pystytä huolellisuudesta riippumatta välttämään, mutta tärkeää on, että etiikkaa pohditaan ja kuljetetaan mukana läpi tutkimusprosessin. Jokaisella meistä on käsitys siitä, mikä on oikein ja mikä väärin, mikä on hyvää ja mikä on paha. Siltikään eettinen toiminta ei ole aina itsestäänselvyys, mutta hyvän tutkimuksen tekemiselle eettinen toiminta on välttämättömyys.

Oman tutkimuksemme kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisen etiikkaan. Pääpiirteissään eettiset periaatteet ovat samat sekä laadulliselle että määrälliselle tutkimukselle, mutta esimerkiksi aineiston käsittelyvaiheessa täytyy aihetta lähestyä ehkä hieman eri näkökulmista. Kvantitatiivisen tutkimuksen kannalta on erityisen tärkeää, että esimerkiksi tutkijan omat ennakoasenteet eivät vaikuttaisi tutkimustulosten tulkintaan niin, että tulokset vääristyisivät todellisuudesta poikkeaviksi. Sosiaalibarometri 2011 -aineiston analyysissä vertaillessamme sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioita oli tärkeää, että tiedostimme omat ennakoasenteemme sosiaalihuollon ja sosiaalityön profession heikommasta yhteiskunnallisesta asemasta ja arvostuksesta verrattuna terveydenhuollon ammattihenkilöstöön.

Suomalaisten usko tieteen ja tutkimuksen tekemiseen on jämerällä pohjalla. Tutkimuksen tekemisen periaatteita aletaan opettaa jo hyvin varhaisessa vaiheessa koulumaailmassa, jolloin myös eettiset toimintamallit tulevat vähitellen tutuiksi. (ETENE 2006, 3.) Tutkimuksen eettisyyden kannalta on oleellista, että tutkija noudattaa hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja. Tutkimuksen tulokset voidaan eettisesti hyväksyä ja niiden

uskottavuus pitää vain, jos tutkija on toiminut näiden toimintatapojen mukaisesti. Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muutamia seikkoja, joita tulee ottaa huomioon tutkimusta tehtäessä ja suunniteltaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Ensinnäkin, rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus ovat esimerkkejä tunnuspiirteistä, joita tiedeyhteisö tutkijalta odottaa. Lisäksi tiedonhankintamenetelmien sekä tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen puitteet täyttäviä. Avoimuus tutkimustulosten julkistamisessa on oleellinen osa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan on omaa tutkimusta tehdessään pyrittävä ottamaan aiempien tutkimusten tulokset laajasti huomioon ja käytettävä asianmukaisia lähdeviittauksia lainatessaan muilta tutkijoilta. Jokainen tutkimusta tekevä on velvollinen vastaamaan omasta tutkimustyöstään loppukädessä itse. (Mt., 6.)

Kukin ammattiryhmä noudattaa tutkimuksessaan tiettyä ammattietiikkaansa, ja nämä ammattietiikkaan liittyvät perusteet ovat lähtöisin yhteiskunnallisesta vuorovaikutuksesta, tieteen omista sisäänrakennetuista periaatteista sekä normaaleista käytännön pulmista ja ongelmista. Suurin paine tutkimuksen tekoon tulee hyvin yleisesti yhteiskunnan puolelta. Sen tarpeiden ja vaatimusten pohjalta tietoa lähdetään hankkimaan tutkimusta tekemällä. Kun tutkija työllään luo luotettavalla pohjalla olevaa tietoa ympärillä vallitsevasta maailmasta, luo se samalla pohjaa ja perustaa sekä ammatti- että tieteen etiikalle. (Muukkonen 2010, 16.) Jos tutkimuksen tekijä ei riittävällä tavalla hallitse tutkimusalaansa ja on huolimaton tutkimusta tehdessään, tämä heikentää oleellisesti saatuja tutkimustuloksia, ja pahimmassa tapauksessa koko tutkimus voidaan hylätä epäluotettavana. Heikkoudet tiedoissa ja huolimaton suorittaminen eivät itsessään kuitenkaan merkitse sitä, että toiminta olisi millään tavalla tutkimuseettisesti ongelmallista. Kun hyvää tieteellistä käytäntöä loukataan, tarkoitetaan sillä ensisijaisesti menettelyä, joka on epäeettistä ja epärehellisyyteen perustuvaa, minkä seurauksena myös tutkimus jollakin tavalla vahingoittuu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.)

Tieteellisesti luotettavana tutkijan tuottamaa tietoa voidaan pitää silloin, kun tutkija on riittävän laajasti ja kriittisesti pystynyt perustelemaan tuotoksensa (Muukkonen 2010, 16). Tutkimusta voidaan pitää hyvänä silloin, kun se noudattaa hyvän tieteellisen käytännön toimintaperiaatteita, eikä täten loukkaa esimerkiksi kohderyhmää, jota varten tutkimus on tehty, tiedeyhteisöä tai muita hyviä tieteellisiä käytäntöjä (Vilkkä 2007, 90). Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset voidaan tutkimuseettisen neuvottelukun-

nan mukaan jaotella joko tutkimusvilppiin tai piittaamattomuuteen (ETENE 2006, 3; Vilka 2007, 17). Tämän jaottelun perusteella voitaisiin karkeasti ajatella niin, että tutkimusvilppiä pidetään piittaamattomuutta vakavampana hyvän tieteellisen käytännön rikkeenä. Suoranainen vilppi ja valehteleminen pyrkivät tahallisesti ja aktiivisesti johdattamaan tiedeyhteisön jäseniä sekä päätöksentekijöitä harhaan, kun taas piittaamattomuudessa on pitkälti kyse passiivisesta toiminnasta. Tämä piittaamattomuuden passiivisuus ilmenee lähinnä tieteellisen käytännön soveltamisessa tai tutkimuksen toteuttamisessa. Suomalaisissa tutkimuspiireissä tieteellisen vilpin käsitteen on kuvailtu olevan tutkimustulosten ja havaintojen selittämistä, väärentämistä tai kopioimista. (Muukkonen 2010, 17–18.)

Kriittinen ajattelu on kiinteässä yhteydessä eettisten päätösten tekemisen kanssa. Kriittisyys ja kriittinen ajattelu kuuluvat myös vahvasti tiedonkäsittelyyn ja tiedon muodostamisprosessiin. Kriittistä ajattelutapaa tarvitsemme jokapäiväisessä elämässämme, erityisesti työtä tai isoja päätöksiä tehdessämme, oikean tiedon saamiseksi ja parhaan lopputuloksen varmistamiseksi. Kriittinen ajattelu on ainutlaatuinen ja tarkoituksenmukainen tapa ajatella, jolloin esimerkiksi selkeys ja oikeudenmukaisuus ovat kriteereitä, joiden perusteella arvioimme väitteen todenperäisyyttä (Gambrill 2013, 45, 94).

Tutkimusta tehtäessä sekä määrällistä että laadullista tutkimusta koskevat samat eettiset periaatteet. Eettisten kysymysten lisäksi tutkijoiden tulee noudattaa tutkimustyössään voimassaolevaa lainsäädäntöä tutkimuksensa aikana. Valmiin aineiston määrällisessä analyysissä tutkija on velvoitettu kunnioittamaan alkuperäisen aineiston kerääjien työtä sekä ehtoja aineiston käytölle. Eettisyys ja lailliset kysymykset tulee ottaa aina huomioon, olipa kyseessä sitten tutkimusta tekevä opiskelija tai ammatikseen tutkimusta tekevä henkilö. (Vilka 2007, 90–92.) Normit ja säännöt, jotka säätelevät tutkimuksen yksityisyyttä, ovat aina yhteydessä lainsäädäntöön ja velvoittavat jokaista (Kuula 2006, 61).

Kun tutkimusta lähdetään toteuttamaan, korostuu hyvän tieteellisen käytännön ja tutkimusetiikan näkökulmasta ennen kaikkea hyvin tehty suunnittelutyö, mutta siitä huolimatta inhimillisiä virheitä voi sattua jokaiselle. Joissakin tapauksessa virheistä johtuen koko tutkimus voidaan nähdä eettiseltä kannalta kimuranttina. Esimerkiksi yleisiä eettisiä haittoja aiheuttavia ongelmia syntyy, kun tutkija on tutkimusta tehdessään tukeutunut väärin lähteisiin tai tutkimustietoon, tai ne ovat jostain syystä olleet puutteellisia. Määrällisestä tutkimuksesta puhuttaessa virheitä voivat aiheuttaa useat erilaiset tekijät. Esimerkiksi, jos tutkimusongelma tai tavoitteet ovat jääneet tutkimuksen tekijälle epä-

määräisiksi, kerätty tai käytetty aineisto ei välttämättä vastaakaan enää tutkimusongelmaan täydellisesti, vaan kattaa siitä vain murto-osan. (Vilka 2007, 100.)

Myös tutkimuskohteen heikon tuntemuksen myötä määrällisessä tutkimuksessa voi aiheutua virheitä. Heikko tuntemus voi tulla esiin esimerkiksi siten, etteivät määriteltä perusjoukko, otantamenetelmä ja käytetty aineiston hankintatapa ole yhteneviä keskenään. Tutkimus voi jäädä tällöin pintapuoliseksi ja sekavaksi. Voi myös olla, että virheiden sattuessa tutkija ei ole saanut kerättyä tietoa riittävästi tai ei ole ollut riittävän huolellinen tutkimusta tehdessään. Määrällisessä tutkimuksessa vaaditaan paljon huolellisuutta ja tarkkuutta esimerkiksi tietojen käsittelyssä ja analysointivaiheessa, tutkimustulosten esittämisessä sekä raportointivaiheessa. (Vilka 2007, 100.)

Kun tutkimuksia julkaistaan, voi niillä joskus olla myös haitallisia vaikutuksia. Ilmeisin haitan vaara syntyy silloin, kun tulosten esittäminen tapahtuu arvostellen, asenteellisesti tai muutoin epäkunnioittavalla tavalla. Haittana voidaan pitää myös sitä, jos tutkimuskohde joutuu leimatuksi tavalla tai toisella tuloksia esitettäessä, eikä tutkija ole tehnyt riittävää systemaattista analyysiä tutkimustuloksista eivätkä ne perustu tarpeeksi laajaan tutkimusaineistoon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7.) Hyvän tieteellisen käytännön periaatteita tulee painottaa ja vahvistaa entistä enemmän. Siitä huolimatta rikkeitä ja väärinkäytöksiä tapahtuu paljon.

Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä ja niiden noudattamista ei saisi mieltää vain tietoisiksi virheiden välttämiseksi tai muiden tutkimusta tekevien virheiden tarkoitukselliseksi etsimiseksi. Jos näin toimitaan, tutkija ei ole selkeästikään ymmärtänyt, mitä tieteen etiikka todellisuudessa on. Tieteen etiikkaan liittyy tutkijan vahva moraalinen sitoutuneisuus ja halu noudattaa tiedeyhteisössä yhteisesti ja yleisesti hyväksytyjä toimintatapoja ja käytäntöjä. Ilman niitä hyvää tutkimusta ja tutkimustuloksia on vaikea synnyttää. Mikäli tutkija ei kykene tämän kaltaiseen moraaliseen sitoutuneisuuteen, on tieteellisessä koulutuksessa tapahtunut jonkinlainen epäonnistuminen. (Hallamaa 2002, 2.) Vapaus tutkimuksessa ilmenee parhaiten niissä tilanteissa, kun tutkimus on toteutettu huolellisuutta noudattaen, hyviin argumentteihin perustuen sekä laajasti erilaisia näkökulmia huomioon ottaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 8.)

Tutkielmamme analyysivaiheen rakentaminen vaati meiltä aiheemme tutkijoina erityisen itsekriittistä ajattelutapaa. Halusimme kunnioittaa Sosiaalibarometri 2011 -aineiston kerääjiä aineiston analyysissa ja samanaikaisesti tuoda laajasta valtakunnallisesta aineistosta uudenlaista näkökulmaa tutkimuskysymykseemme perustuen. Tavoitteenamme

tutkimuksen analyysivaiheessa on yhdistää empiirinen tutkimus systeemiteoreettiseen viitekehykseen uudenlaisen näkökulman esiintuomiseksi Sosiaalibarometri 2011 -aineistosta sekä vastata esittämäämme tutkimuskysymykseen. Aineiston analyysivaiheessa meidän oli tutkielman tekijöinä tärkeää itsekriittisesti tiedostaa, että olemme juuri *sosiaalityön* opiskelijoita etsimässä uudenlaisia näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön. Tiedostimme, että aitojen tutkimustulosten saavuttamiseksi meidän tuli tarkastella aineiston vastaajien antamia tuloksia objektiivisesti, tieteelliseen teoriaan ja aiempaan tutkimukseen perustuen sen sijaan, että pohjustaisimme soite-yhteistyötä ainoastaan omiin kokemuksiimme ja keskusteluihin perustuen sosiaali- ja terveydenhuollon välisestä yhteistyöstä.

### 4.3 Taustamuuttujien esittely

Kvantitatiivinen tutkimus on määrällistä tutkimusta, jonka tarkoituksena on tuoda esille yleinen kuva eri muuttujien, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon, välisistä yhteyksistä ja eroavaisuuksista. Muuttuja tarkoittaa tässä yhteydessä samaa kuin mitattava ominaisuus. Muuttujat voivat kuvata esimerkiksi ikää, sukupuolta, koulutusta tai organisaatiota. Muuttuja on se asia, josta kvantitatiivisessa tutkimuksessa halutaan saada enemmän tietoa. Määrällisen tutkimuksen tulee olla objektiivista eli tutkijasta riippumatonta, ja sen tehtävänä on kertoa esimerkiksi, kuinka paljon tai miten usein. Tutkimustulosten voidaan sanoa olevan objektiivisia, mikäli tutkija ei itse ole vaikuttanut tutkimustulosten saamiseen ja syntyyn. (Vilka 2007, 13–14.) Tässä alaluvussa esittelemme tutkielmamme analyysivaiheessa hyödynnettävän Sosiaalibarometri 2011 -aineiston vastaajat. Hyödyntämämme vastaajat olemme rajanneet aineistosta tutkimuskysymystämme ajatellen. Tutkielmamme olemme sisällyttäneet sosiaalihuollon johdon, terveyskeskuksen johdon sekä sosiaalihuollon lautakuntien vastaukset. Olemme rajanneet omasta tutkielmastamme pois Sosiaalibarometri 2011 -aineistossa olleet TE-toimistojen sekä Kelan johtotasojen vastaukset.

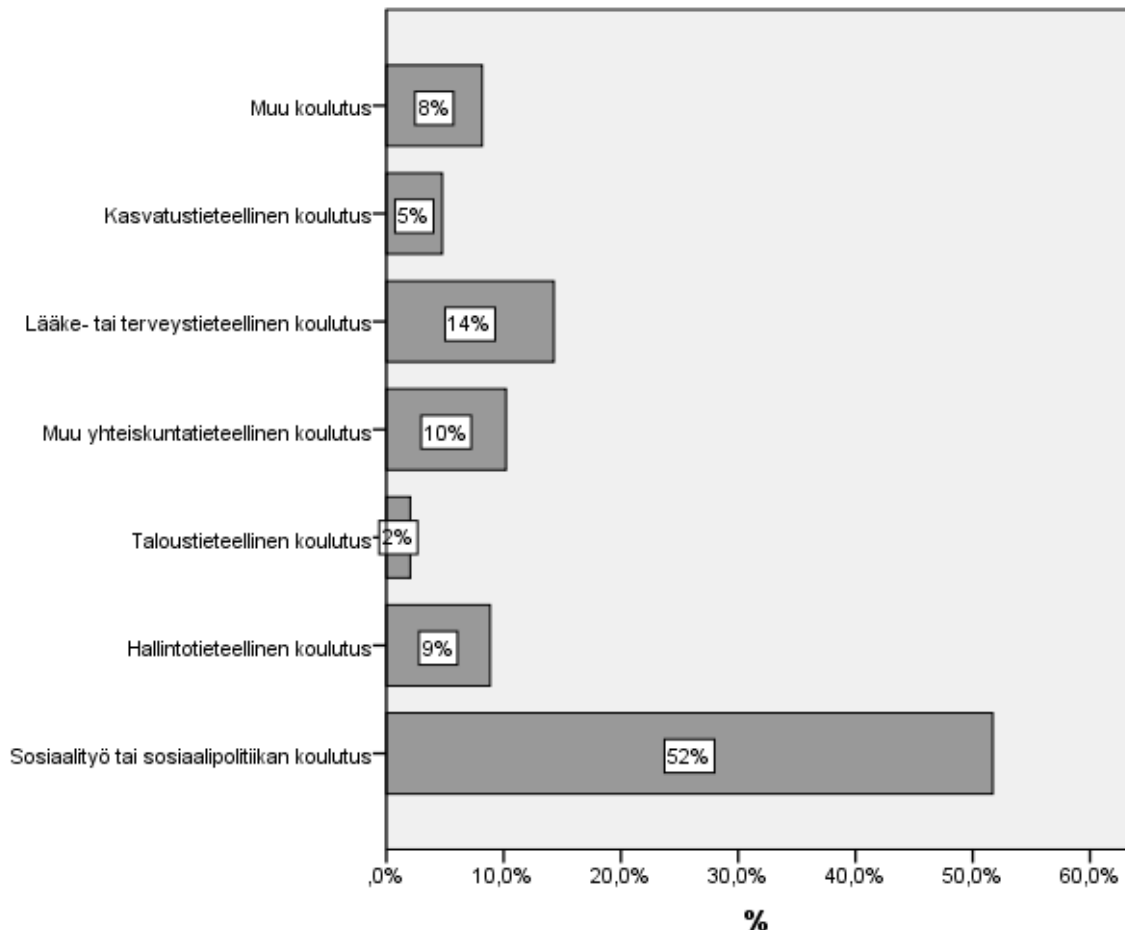
**Taulukko 1 Tutkimusaineiston vastaajat**

	lkm	%
Sosiaalihuollon johto	147	41
Terveyskeskuksen johto	73	20
Sosiaalihuollon lautakunta	138	39
Yhteensä	358	100,0

Taulukosta 1 ilmenee Sosiaalibarometri 2011 -aineistosta hyödyntämämme vastaajat. Perusjoukon tutkimuksessamme muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon johdot sekä sosiaalihuollon lautakunnan puheenjohtajat, joiden vastausten analysointi mahdollistaa tutkimuskysymykseemme vastaamisen (Vehkalahti 2014, 43). Sosiaalibarometri 2011 -kyselyssä sosiaalihuolto on vastaajamäärällisesti hyvin edustettuna. Tutkimuskysymystämme sosiaalityön johdon haasteista ja mahdollisuuksista yhteistyön toteuttamisessa pääsemme tutkimaan sosiaalihuollon johdon ja sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajien näkökulmista. Lukumäärällisesti sosiaalihuollon edustajien vastaajamäärä on näin ollen yhteensä 285, jonka koemme olevan hyvä edustus valtakunnallisesti sosiaalihuollon kehityksestä vastaavista tahoista. Terveyskeskuksen johtavien viranhaltijoiden vastausmäärä kyselyssä oli 73, joka on noin viidennes käsittelemämme aineiston vastaajamäärästä. Yhteensä tutkimuksessamme käyttämän Sosiaalibarometrin sosiaali- ja terveydenhuollon johdon edustajien vastaajamäärä on 358 vastaajaa. Tutkimusaineiston kautta organisaatioiden johdon vastauksia oli mahdollista verrata myös alueellisesti, mutta omassa analyysissämme päädyimme tutkimaan vastauksia kokonaan tasolla.

Määrällisen tutkimuksen mielekkyys juontaa juurensa siihen, kuinka paljon tai laajasti tutkittavasta asiasta on systemaattisten mittausten avulla mahdollista tuottaa tietoa, tai kuinka paljon ilmiöstä voidaan ylipäätään rajata mitattavia osa-alueita. Tutkimuskohteet muodostuvat erilaisista rakenteista ja prosesseista, joita yleensä mitataan vain osittain. Tämän vuoksi määrällinen tutkimusaineisto onkin aina vain osa tutkimuksen kohteesta. Kvantitatiivista tutkimusta suunniteltaessa tai tehtäessä edellytyksenä on aina tutkimus-

kohteen ja sen ympäristön merkitysjärjestelmien hallitseminen riittävässä laajuudessa, jotta tutkimus voi olla mielekästä ja luotettavaa. (Alkula ym. 2002, 20.)



**Kuva 1 Sosiaalihuollon johdon koulutustausta (%)**

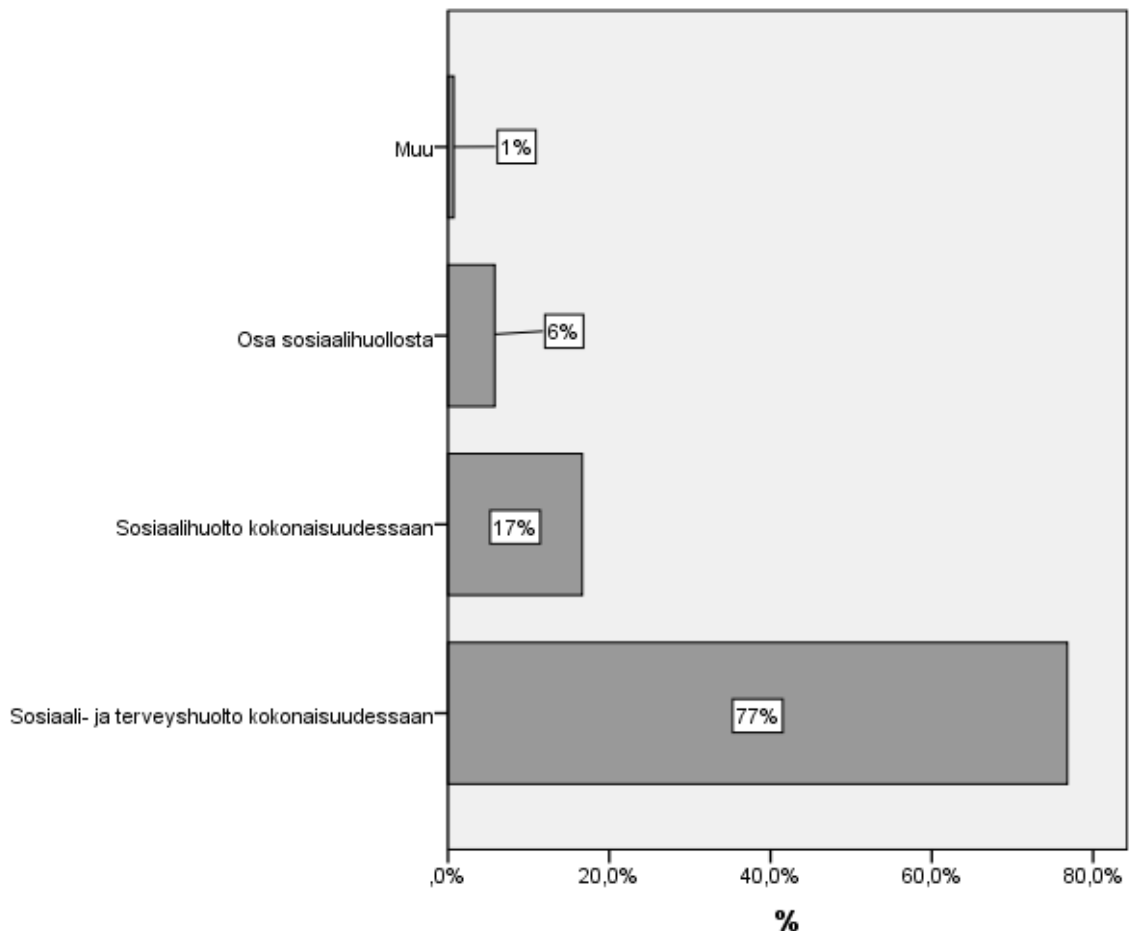
Kuvasta 1 ilmenee, että sosiaalihuollon johdon vastaajista (n=147) noin puolella (52 %) on sosiaalityön tai sosiaalipolitiikan koulutus. Sosiaalihuollon tiiviistä yhteydestä terveydenhuollon palveluihin kertoo se, että toiseksi yleisin koulutustausta (14 %) oli lääke- tai terveystieteellinen koulutus. Sosiaalialan kelpoisuuslaki ei vaadi sosiaalityön johtajalta sosiaalityön tai sosiaalipolitiikan koulutusta, vaan riittävä alan tuntemus ja johtamistaito riittävät toimimaan sosiaalihuollon johtotehtävissä. Toisaalta sosiaalihuollon johdon monipuolinen koulutus on osaltaan sosiaalihuollon tietoinen valinta. Sosiaalityön yhteiskuntatieteellinen koulutus ei automaattisesti tähtää sosiaalityöntekijää organisaationsa johtotehtäviin, eikä sosiaalityön johdolle ole omaa erilliskoulutusta. Sosiaalihuollon on mahdollista hyötyä organisaation johtamiseen kouluttautuneesta ja moti-

voituneesta johtajasta, kunhan sosiaalityölle ominainen professionaalinen eettisyys- ja arvopohja kulkee johdon periaatteena myös muiden koulutustaustojen johdon alla.

Sosiaalihuollon johdon monipuolinen koulutustausta kasvatustieteellisestä taloustieteelliseen kertoo osaltaan myös sosiaalityön moninaisesta roolista yhteiskunnassa. Sosiaalityöntekijät toimivat monella eri yhteiskunnan toiminta-alueella ja muokkaavat omaa osaamistaan aina tiettyyn toimintaympäristöön sulautuessaan. Toisen organisaation alaisuudessa sosiaalityöntekijät työskentelevät kuitenkin kauempana emo-organisaationsa eli sosiaalihuollon organisaation suljetummalta systeemiltä, jonne systeemiä muovaavat valta-asetelmat eivät yllä. Toisen systeemin alla sosiaalityölle ominainen sosiaalinen näkökulma alistuu muun muassa terveydenhuollon medikaalisen, sivistystoimen pedagogisen sekä systeemin omien taloudellisuus- ja tehokkuusvaatimusten alle. (Vaininen 2011, 12–15.) Vaininen (2011, 11–12) toteaa, että esimerkiksi terveydenhuollon alaisuudessa toimiessaan sosiaalityöntekijän on vaikeaa pitää yllä omaa sosiaalisen ammattiosaamisen näkökulmaa, koska sosiaalityöntekijän professionaalista eli sosiaalista lähestymistapaa ei nähdä terveydenhuollossa omana alueenaan, vaan se asettuu terveydenhuollon alaisuuteen, yhdeksi terveydenhuollon osaksi.

Monialainen sosiaalityön johdon koulutus voidaan nähdä professionaalisen haasteen lisäksi myös etuna. Hyvinvointipalveluiden tuottajana sosiaalityö ei itsenäisenä ammattinalana selviä yksin, vaan tarvitsee muun muassa olennaisesti terveydenhuollon palveluita toimiakseen ja tarjotakseen palvelunkäyttäjälle kokonaisvaltaisen sosiaalisen tuen. Sote-uudistuksen myötä sosiaalityön johdon vastuulla on osoittaa organisaationsa monipuolinen osaaminen julkisten hyvinvointipalveluiden tuottajien kentällä. Myös kuvan 2 vastauksissa ilmenee sosiaalihuollon ja terveydenhuollon vahva yhteys sosiaalihuollon lautakuntien vastauksissa.





**Kuva 2 Sosiaalihuollon lautakunnan puheenjohtajien vastuualue**

Kuva 2 osoittaa sosiaalihuollon lautakunnan puheenjohtajien vastuualueen omissa kuntaorganisaatioissaan. Halusimme tuoda sosiaalihuollon lautakunnan vastaukset esille omassa tutkimuksessamme, koska suurimmalla osalla lautakunnan vastaajista (77 %) on vastuualueenaan sosiaali- ja terveydenhuolto kokonaisuudessaan. Tutkielmamme tutkimuskysymykseen sosiaalihuollon lautakunnan puheenjohtajien vastausten analysointi liittyy näin ollen olennaisesti. Sosiaalihuollon lautakunnan voidaan nähdä sijoittuvan systeemiteoreettisesti linkiksi mikro- ja makrotasojen välille.

Seuraavissa alaluvuissa toteutamme 100 %:n pylväskuvioiden sekä laatikkojanojen avulla kvantitatiivista vertailevaa tutkimusta saadaksemme vastauksen tutkimuskysymykseemme sosiaalityön johdon haasteista ja mahdollisuuksista sosiaali- ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä. Vertailevassa tutkimuksessa on tarkoituksenaan vertailla esimerkiksi ihmisiä koskevia ilmiöitä erilaisissa tilanteissa. Tarkoituksena on vertailun avulla saada parempi käsitys tutkittavasta asiasta vähintään kahta tutkimuskohdetta

käyttämällä ja tuoda esille niiden välisiä eroavaisuuksia. Vertailevalla tutkimuksella voidaan verrata toisiinsa esimerkiksi erilaisia asenteita, käsityksiä sekä mielipiteitä. Vertailevassa tutkimuksessa tutkija myös asettaa usein ennakkokäsityksen ennen tutkimuksen toteuttamista. (Vilka 2007, 21.) Omat ennakkokäsityksemme tutkimuksessa perustuivat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon johtotasojen vastauksiin systeemiteoreettiseen viitekehykseen aseteltuna. Systeemiteoriaa hyödyntäen sovellamme aineistomme analyysia seuraavissa alaluvuissa kuvioden 1–3 mukaisesti, eli suljetun systeemin, systeemisen muutoksen sekä mesosysteemin tason muodostumisen kautta.

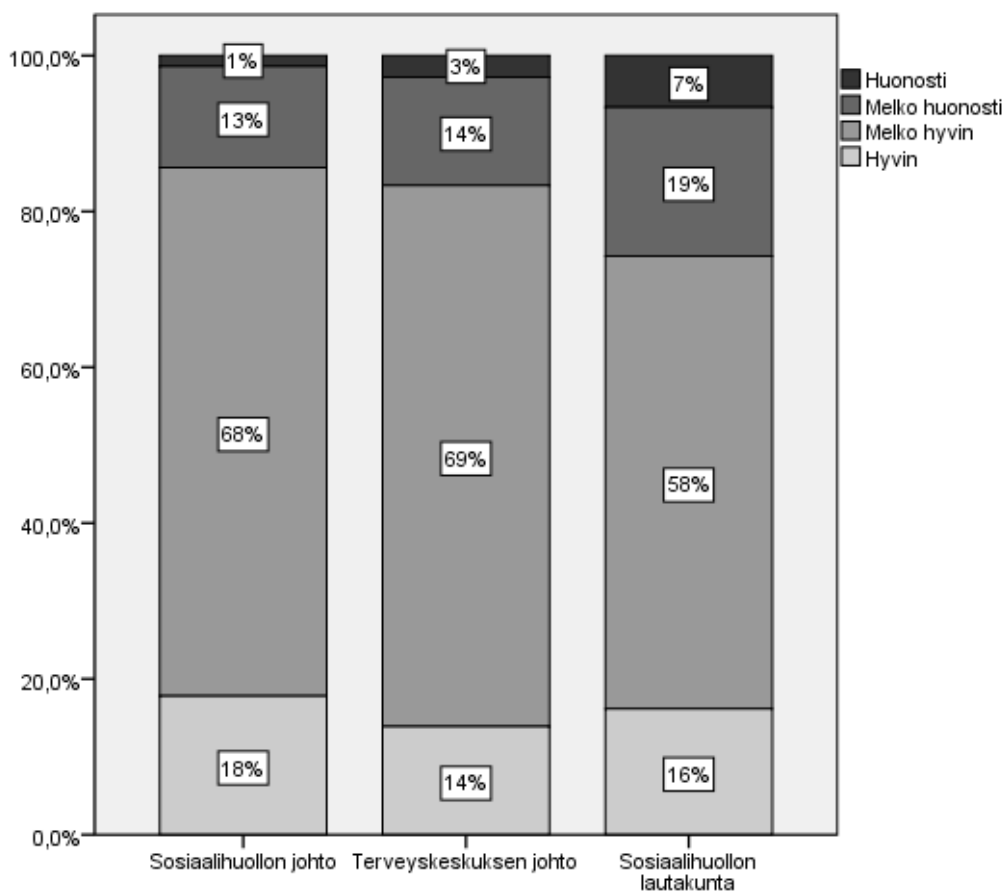
#### **4.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon mikrosysteemien välinen yhteistyö**

Tässä alaluvussa käsittelemme sosiaali- ja terveydenhuollon mikrosysteemien välistä yhteistyötä tilanteessa, johon organisaatiot ovat historiansa kautta muodostuneet. Käsittelemme sosiaali- ja terveydenhuollon mikrosysteemien välistä yhteistyötä kuvion 1 (s. 38) mukaisesti tilanteessa, jossa sote-organisaatiot toimivat omien, suljettujen ja selkeästi rajattujen organisaatioidensa sisältä käsin. Hyvinvointiorganisaatiot toimivat kyllä yhteistyössä keskenään, mutta yhteistyön lähtökohdat tehdään omien suljettujen systeemien periaatteita noudattaen. Ennen sote-uudistuksen tuomaa sote-palveluiden integraatiota hyvinvointipalveluita tuottavat organisaatiot ovat toteuttaneet moniammatillista viranomaisyhteistyötä omien organisaatioidensa valta- ja asiantuntija-asemiensa kautta.

Ajateltaessa mikrosysteemin muodostumista voidaan sen nähdä olevan verkostomaisista ”seiteistä” muodostuva kokonaisuus. Systeemin rajat, eli mistä systeemi alkaa ja mihin se päättyy, muodostavat sen sisäiset toimintamallit, roolit ja sisäiset suhteet. Mikrosysteemiä kuvaava määritelmä on Bronfenbrennerin (1979, 22) ekologista systeemiteoriaa mukaillen *harjaantuneisuus*, joka omassa tutkielmassamme voidaan nähdä sosiaali- ja terveydenhuollon mikrosysteemien *ammattillisuutena*. Ammatillisuuden kautta luodaan sote-organisaatioiden mikrosysteemien rajat (Bronfenbrenner 1979, 22.) Tutkielmamme toisessa luvussa kuvasimme sosiaalihuollon ja sosiaalityön profession muodostumista omaksi selkeät ammatilliset rajat omaavaksi mikrosysteemin tasokseen. Kuvatessamme sosiaalihuollon systeemin tasoa suljettuna emme kuitenkaan väitä, ettei yhteistyötä tapahtu sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Yhteistyö kuitenkin tapahtuu yhteiskunnan

makrosysteemin luoman mallin mukaisesti. Siinä yhteistyötä toteutetaan tarkoin omien organisaatioiden ammatillisten valtarakennelmien kautta.

Tutkimuskysymyksenämme selvitämme sosiaalityön johdon haasteita ja mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toteuttamisessa, joten sosiaalihuollon, terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon lautakuntien johtotason näkemys yhteistyön toteutumisesta kiinnosti meitä luonnollisesti Sosiaalibarometri 2011 -tutkimusaineiston analyysissä. Kuvassa 3 näkemystä yhteistyöstä on kysytty yleisesti moniammatillisen viranomaisyhteistyön toteutumisen kautta asiakkaan edun toteutumiseksi.

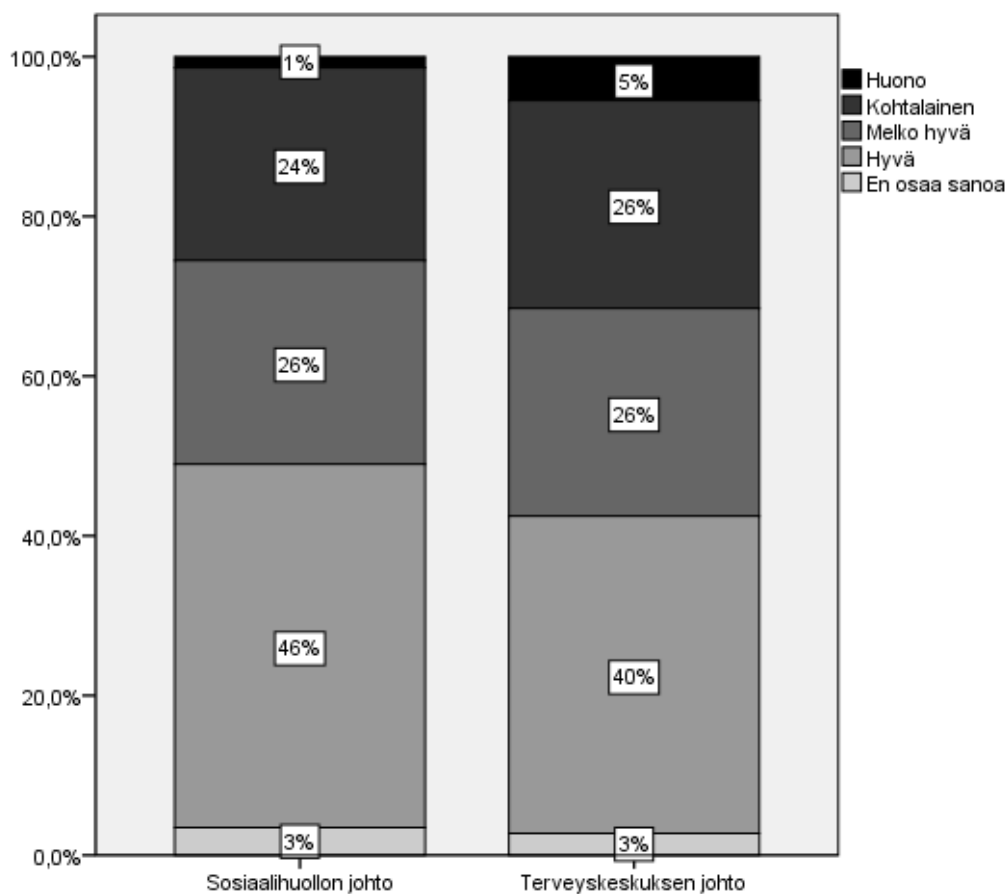


**Kuva 3 Yhteistyön toteutuminen viranomaisten kesken**

Kuvan 3 mukaisesti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon johtajat näkevät moniammatillisen viranomaisyhteistyön toteutuvan pääsääntöisesti hyvin tai melko hyvin. Sosiaalihuollon lautakunnan puheenjohtajien vastaukset kuitenkin poikkeavat sosiaali- ja ter-

veydenhuollon johtajien vastauksista. Reilu neljännes (26 %) sosiaalihuollon lautakunnan vastaajista näki moniammatillisen yhteistyön toteutuvan melko huonosti tai huonosti. Sosiaalihuollon lautakunnan vastuulla on tarkastella viranomaisyhteistyön toteutumista hallinnollisella tasolla, esimerkiksi kustannusten kautta, toimien näin mikrosysteemin johtotason yhteytenä makrotason päättäjätasolle. Sekä sosiaalihuollosta että terveydenhuollosta vastaava sosiaalihuollon lautakunnan johtotaso näkee yhteistyön toteutumisen mikro- ja makrotasojen välimaastosta, jolloin lautakuntien on helpompi muodostaa objektiivinen näkökanta yhteistyön toteutumisesta.

Kuvassa 4 tarkastelimme tutkimuskysymykseemme konkreettisesti liittyen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välisen yhteistyön toimivuutta pitkäaikaistyöttömien palveluiden toteutumisen kautta. Tämä oli Sosiaalibarometri 2011 -aineistossa valittu yhteistyön toteutumisen näkökulmaksi. Kuvassa 4 vastaajina ovat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon johtotasot.



**Kuva 4 Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön toimivuus pitkäaikaistyöttömien palveluissa**

Pitkäaikaistyöttömille tarjottavat sosiaali- ja terveysterveystarjonnat kuvaavat hyvin sote-yhteistyön tärkeyttä, mikä näyttäytyy myös organisaatioiden johtotasojen vastauksissa. Selkeä enemmistö sosiaali- ja terveydenhuollon johtotasoista näkee yhteistyön toteutuvan pitkäaikaistyöttömien palveluissa hyvin tai melko hyvin. Vastauksia verratessa 100 %:n pylväskuvion avulla on vastausten jakaantuneisuus suurelta osin samassa linjassa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon johtajien välillä. Kuvasta 4 voidaan nopeasti päätellä, että sosiaalihuollon johtotaso näkee yhteistyön toteutuvan pitkäaikaistyöttömien palveluissa jonkin verran paremmin kuin terveyskeskuksen johtajat.

Pitkäaikaistyöttömille tarjottavat hyvinvointipalvelut ovat hyvä esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon tämänhetkisestä tilanteesta, jossa palveluita tarjotaan omien organisaatioiden yhteiskunnallisten roolien ja valta-asetelmien kautta. Sosiaalityön organisaation systeemin roolirakenteeseen pitkäaikaistyöttömille tarjottavat palvelut, kuten taloudellinen tuki, ovat kuuluneet 1990-luvun lamavuosista lähtien (Vaininen 2011, 66). Systemiteoreettisesti olemme tarkastelleet tällaista suljettujen ja rajattujen systeemien mallia kuviossa 1 (s. 38). Kuvassa 4 sosiaalihuollon ja terveydenhuollon johtotasoilla on hyvin samanlainen näkemys yhteistyön toteutumisesta. Yhteistyötä toteutetaan esimerkiksi moniammatillisten verkostopalavereiden kautta, joissa sosiaalityö hoitaa hyvinvointipalveluiden koordinaattorin psykososiaalisen asiantuntijan asemaansa ja terveydenhuollon lääkäri tuo medikaalisen näkökulman ja yleensä myös johtaa palaverin toteutumista. Yhteistyön toteutuminen tapahtuu mikrosysteemien välimaastosta, josta sote-ammattihenkilöstö palaa omien organisaatioidensa sisälle toteuttamaan omaa siivuaan monialaisen hyvinvointipalveluiden kentältä.

Vaikka sosiaalihuollon ja terveydenhuollon mikrotasot näkevät suljettujen systeemien mukaisen yhteistyön toteutuvan hyvin, tulee nykyisen mallin muuttua yhteiskunnallisen makrotason näkökulmasta. Julkisen sektorin toimintaa tulee arvioida palvelunkäyttäjän näkökulmasta, ja tällä hetkellä hyvinvointipalveluiden toteutuminen koetaan monelta osin byrokraattisen jäykäksi termin negatiivisessa merkityksessä. Sote-uudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraation myötä organisaatioiden sisälle tavoitellaan monimutkaisten palveluketjujen purkamista ja kustannustehokkuutta väestön vanhetessa ja julkisten verotulojen määrän vähentyessä. Systemiteorian hierarkkisuuden mukaisesti makrotason käynnistämä systeeminen muutos vaikuttaa jokaisen osasysteemin toimintaan. (Rothery 2001, 70.) Julkisten hyvinvointipalveluiden tuottaminen palvelunkäyttäjälle laadukkaasti ja asiakasystävällisesti on tarkoitus, jonka vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat olemassa julkisen sektorin kentällä. Silti voidaan

todeta, että kun systeeminen muutos alkaa vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon suljetujen sistemien raja-asetelmiin integraation myötä, tulee muutos aiheuttamaan myös ristiriitoja sosiaali- ja terveydenhuollon välille. Systemistä muutosta ja sistemien välisten ristiriitojen asetelmia tarkastelemme seuraavassa alaluvussa.

#### **4.5 Sote-organisaatioiden tarkastelu systeemisessä muutoksessa**

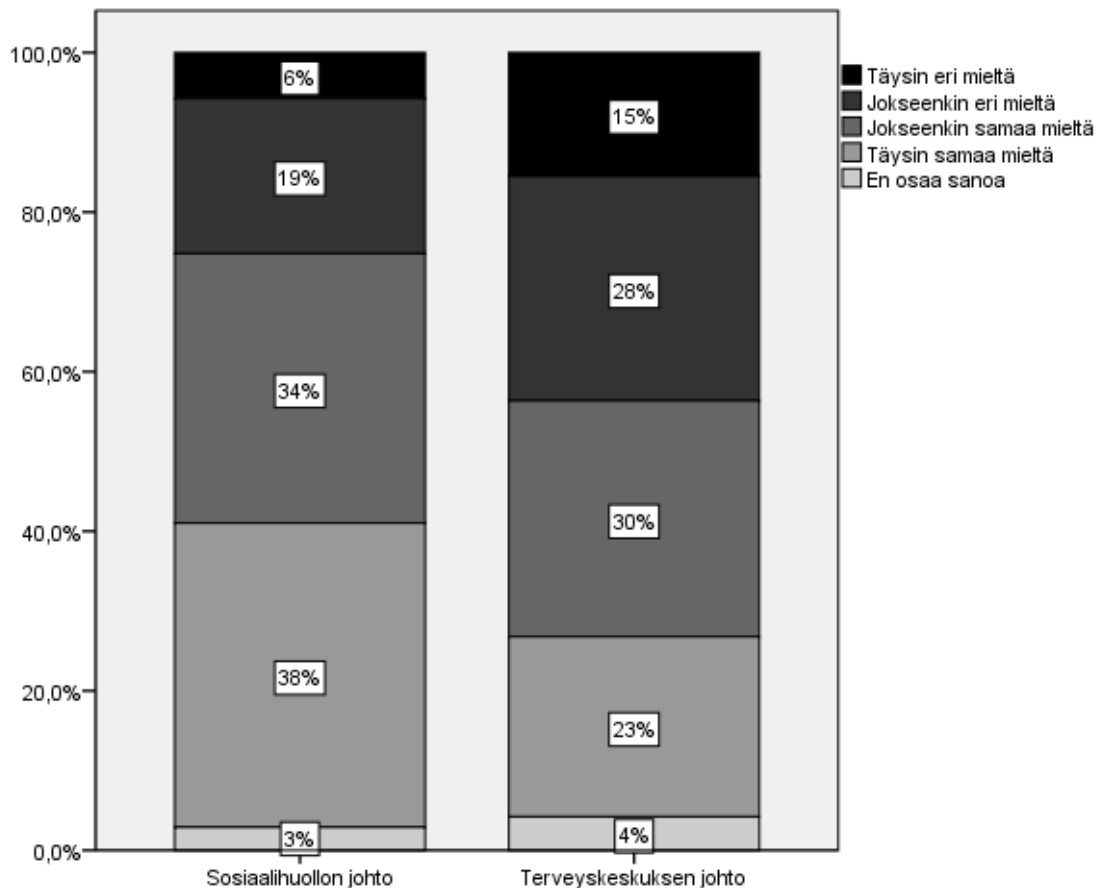
Tässä alaluvussa tarkastelemme systeemisen muutoksen toteutumista systeemiteorian ja Sosiaalibarometri 2011 -aineiston analyysin avulla. Systeemisen muutoksen toteutukseen liittyvät olennaisesti myös osajsystemien väliset ristiriidat, joita tässä luvussa kuvaamme aineiston analyysin avulla. Sote-uudistusta muovataan yhteiskunnan päättäjätasolla muodosta toiseen. Itse hyvinvointipalveluita tuottavat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon mikrosysteemit uhkaavat jäädä poliittisessa kamppailussa kuitenkin altavastajan asemaan. Makrotason on tärkeää tiedostaa, että uudistus toteutetaan mikrotason työntekijöiden toimesta, jolloin systeemisessä muutoksessa uudistus voi muotoutua täysin erilaiseksi kuin alun perin on tarkoitettu.

Tämän alaluvun teemoitusta kuvaavat myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioiden omat, osiltaan erilaiset arvopohjat. Sosiaalihuollon ja sosiaalityön rooli hyvinvointipalveluiden tuottajana on muotoutunut ja rajautunut selkeämmin julkisen sektorin kautta tehtäväksi työksi, kun taas julkisen terveydenhuollon rinnalle on jo ehtinyt muotoutua yksityisen sektorin rinnakkaisverkosto. Terveydenhuollon palveluita on helpompaa tuottaa yksityisellä puolella, kun sosiaalityö ennemminkin toimii julkisen sektorin hyvinvointipalveluiden palveluverkoston koordinaattorina. Kuten olemme tutkielmassamme myös aiemmin todenneet, on sosiaalityö riippuvainen kunnan muista hyvinvointipalveluista toimiakseen, mikä tulee myös tässä alaluvussa esille aineiston analyysin kautta. Sosiaalityön ja sosiaalihuollon riippuvuus terveydenhuollon toiminnoista vaikuttaa olennaisesti systeemisen muutoksen tuomiin ristiriitoihin sote-organisaatioiden välillä, mitä olemme kuvanneet tutkielmassamme kuviossa 2 (s. 41).

Systeemisen muutoksen toimeenpanijana on makrotaso, eli tutkielmassamme yhteiskunnan poliittinen päättäjätaso. Makrotason tehtävänä systeemisessä muutoksessa on muokata hierarkkisesti alajsystemejä (mikro- ja mesotaso) siten, että alajsystemien ko-

konaisuus muotoutuu muutoksessa samankaltaiseksi valtakunnallisesti. Yhteiskunnan makrotaso noudattaa omassa toiminnassaan perustuslakia, jonka mukaisesti julkisen sektorin sosiaali- ja terveyspalvelut tulee järjestää yhdenvertaisesti jokaiselle yhteiskunnan asukkaalle. Yhdenvertaisuuteen pyrkiessään on makrotason tavoitteena muodostaa usean kunnallisen mikrotason sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista laajempia mesotason systeemikonaisuuksia, jotka järjestävät integraation toteutuessa sote-palvelut kustannustehokkaasti yhteiskunnan asukkaille. (Bronfenbrenner 1979, 26.)

Systeeminen muutos käynnistyy mikrotasolla, kun systeemin asema tämän ympäristössä muuttuu systeemin roolin muutoksen johdosta (Bronfenbrenner 1979, 26). Sote-uudistus tulee vaikuttamaan väistämättä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioiden rooliin ja asemaan hyvinvointipalveluiden tuottajana yhteiskunnassamme. Mikäli sote-uudistus toteutuu nykyisen suunnitelman mukaisesti, siirtyy sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuu kunnilta valtiolle. (STM.) Sosiaalibarometri 2011 -aineiston analyysin avulla voimme tarkastella tässä alaluvussa sote-uudistuksen toteutumisen edellytyksiä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioiden johtotason vastausten mukaisesti. Kuvan 5 vastauksissa selvitetään ajankohtaisesti sote-palveluiden rahoittamisvastuuta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon väliset erot välittyvät selvästi.



**Kuva 5 Sote-palveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuun tulee säilyä kunnilla**

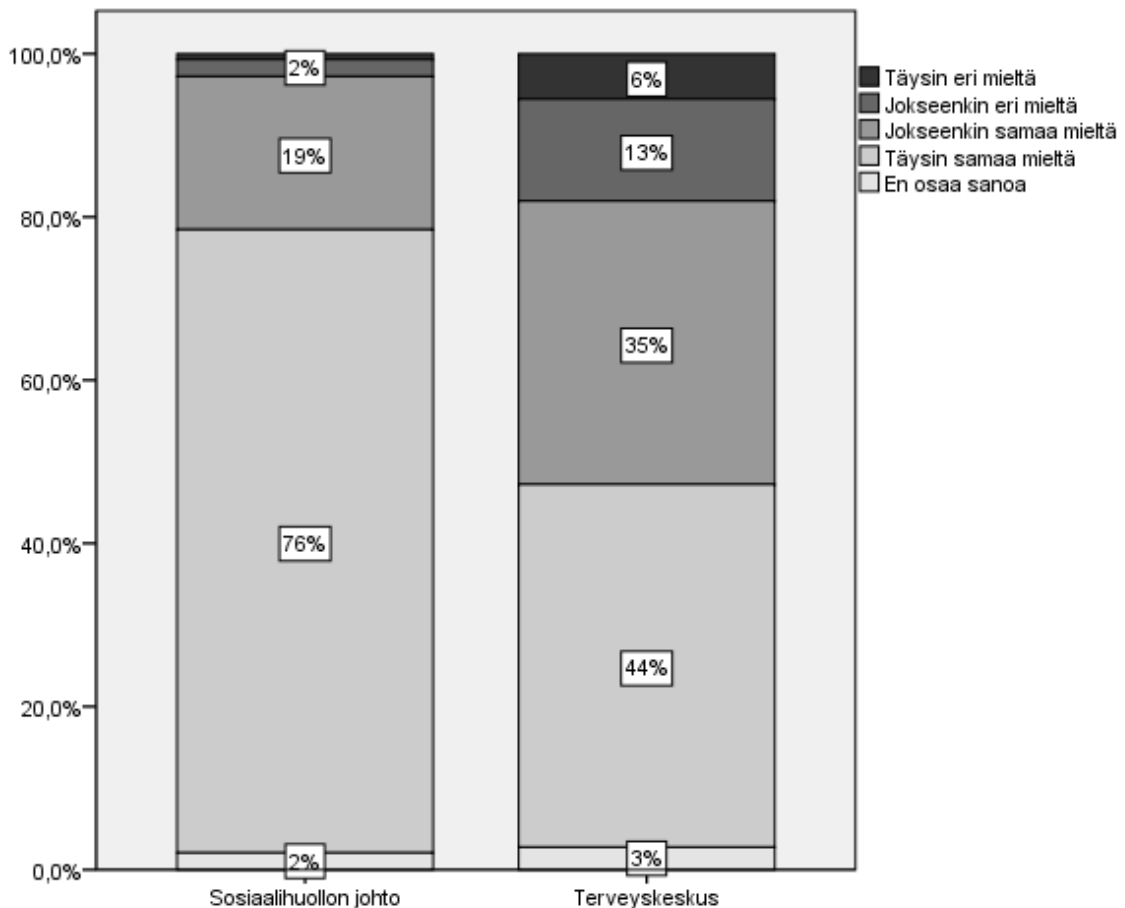
Sosiaalihuollon johtotason vastaukset sote-palveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuusta ovat jakautuneet selkeämmin puoltamaan kunnallista rahoitusvastuuta kuin terveydenhuollon johdon vastauksissa. Terveystenhuollon johtotason vastaukset ovat jakaantuneita kuntien roolista puolesta ja vastaan, ja jopa 15 % vastaajista on kuntien roolista järjestämis- ja rahoitusvastuussa täysin eri mieltä. Vastaukset kertovat terveydenhuollon palveluiden riippumattomuudesta julkisesta sektorista. Terveystenhuollon palveluita järjestettäisiin yhteiskunnassamme myös ilman julkisen sektorin tukea, mutta sosiaalihuollon toiminta olisi vaakalaudalla ilman verotuloilla rahoitettuja sosiaalipalveluita. Toisaalta terveyskeskuksen johtajista reilu puolet kannattaa kuntien nykyistä roolia sote-palveluiden järjestäjänä, mikä puoltaa julkisen sektorin toteuttaman terveydenhuollon roolia myös tulevaisuudessa.

Kuvan 5 vastaukset ovat erityisen ajankohtaisia tänä päivänä, kun sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuta ollaan siirtämässä



kuntien vastuulta valtiolle. (31.8.2015, Helsingin Sanomat; STM) Kuvan 5 mukaisesti valtakunnallinen muutos tullaan ottamaan vastaan ristiriitaisemmin sosiaalihuollon johtotasolla kuin terveydenhuollon johdossa. Sosiaalihuolto on rakentanut systeeminsä tason roolin ja valta-asetelmat kuntaorganisaation ylle, joten muutos nykyiseen aiheuttaa ymmärrettävästi myös muutosvastarintaa organisaation sisällä. Jopa 72 % sosiaalihuollon johtajista on jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että järjestämis- ja rahoitusvastuun tulisi säilyä kunnilla, kun vastaava luku terveystieteiden johtajilla on 53 %. Terveystieteiden johtajista 15 % taas näkee, että nykyinen, kuntien vastuulla oleva järjestämis- ja rahoitusvastuu on huono ratkaisu, kun sosiaalihuollon johtajista täysin eri mieltä on ainoastaan 6 % vastaajista.

Kuvan 5 mukaiset eriävyydet sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien vastauksissa eivät ole yllättäviä, koska sote-organisaatioiden suljettuja systeemejä erottavat tällä hetkellä erilaiset toimintakulttuurit, valta-asetelmat sekä osittain erilaiset arvot. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja integraation myötä tulevat aiemmin erilliset hyvinvointi-organisaatiot olemaan kuitenkin yhä enemmän riippuvaisia toisistaan hallinnon, työmenetelmien sekä työntekijäyhteisöjen tasoilla. Sosiaalihuollon riippuvuudesta terveydenhuollon palveluihin kertoo kuvan 6 vastaukset, jotka saatiin kysymykseen sote-palveluiden yhteyden säilyttämisestä palveluiden rahoittamis- ja järjestysvastuussa. Kuvassa 6 havaitsimme ensimmäistä kertaa analyysivaiheen aikana huomattavaa eroa sosiaalihuollon ja terveystieteiden johtotason välillä.

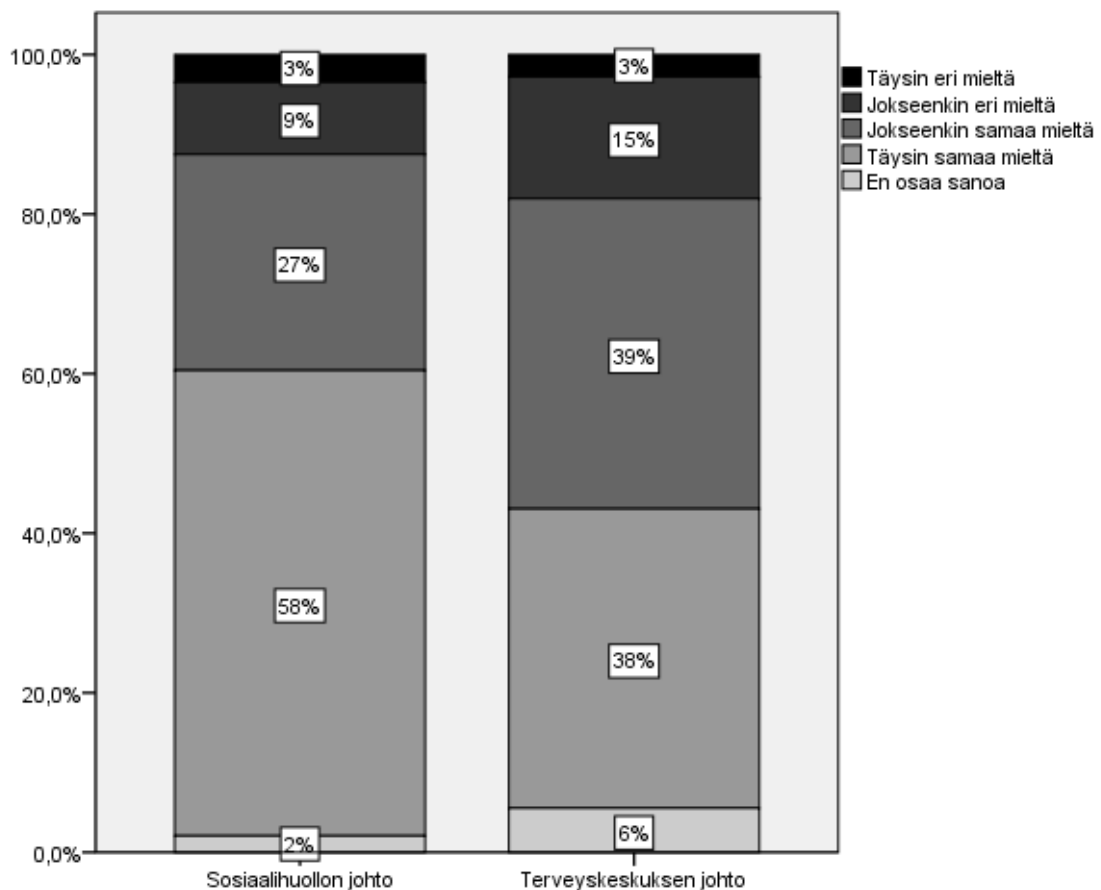


**Kuva 6 Sote-palveluiden yhteys tulee säilyttää rahoittamis- ja järjestysvastuussa**

Kuvan 6 väliset erot ovat aiemmista vastauksista poiketen merkittävästi erilaisia. Sosiaalihuollon johtajista reilu enemmistö (76 %) on täysin samaa mieltä siitä, että sote-palveluiden yhteys tulee säilyttää rahoittamis- ja järjestysvastuussa. Terveystieteiden johtajien vastaukset ovat jakaantuneempia, ja lähes viidennes terveydenhuollon johtajista (19 %) on sitä mieltä, että sote-palveluiden yhteyttä ei tule säilyttää rahoittamis- ja järjestämisvastuussa. Palveluiden rahoitus ja rahoituksen jakautuminen eri palveluiden kesken on avainasemassa sote-uudistuksen toteutumisessa sekä myös systemien välisen ristiriitojen aiheuttajana. Mikäli sote-uudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraation myötä rahoitus muuttuu monikanavaisesta yksikanavaisiksi, on kuvan 6 vastausten perusteella edessä mahdollinen sosiaali- ja terveydenhuollon välinen konfliktitilanne sote-uudistuksen toteuttaman palveluiden integraation yhteydessä.

Rahoituksen jakautumisella on suuri merkitys sille, kuinka sosiaali- ja terveystaloudellisuudessa toteutetaan. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tarve on lähtenyt liikkeelle mikrotasolta, eli esimerkiksi väestön ikääntymisen ja pitkäaikaistyöttömyyden lisääntymisen myötä, käynnistää makrotaso uudistuksen kuitenkin pääosin taloudellisista syistä. (ks. Payne 2005, 184–192.) Sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat tällä hetkellä kuntien laajin toimiala, ja palvelut vievät kuntien vuosittaisesta budjetista noin puolet. Oulun kaupungissa teetetty terveydenhuoltotutkimus (Leskelä ym. 2013) selvitti, että 10 % kunnan asukkaista kerryttää 81 % kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Tähän kyseiseen kymmenesosaan palveluidenkäyttäjistä sisältyy myös sekä sosiaali- että terveystaloudellisia palveluita käyttävien osuus. Loput 90 % kuntalaisista käyttää suurelta osin ainoastaan terveydenhuollon palveluita, kuten avoterveydenhuoltoa, hammashoitoa sekä yhteispäivystystä (Leskelä ym. 2013).

Tällä hetkellä, kun kunnat ovat vastuussa sosiaali- ja terveystaloudellisten palveluiden järjestämisestä alueittain, syntyy kuntien välille merkittäviä eroja sote-palveluiden toteuttamisessa. Asukasmäärältään pienen ja ikääntyvän kunnan on vaikeampaa järjestää asukkailleen laadukkaat sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut kuin suuren, ikärakenteeltaan nuoremman ja kasvavan kunnan. Vastuu sote-palveluiden toteuttamisella on demokraattisesti valitulla kunnanvaltuustolla, joka tasapainoilee mikrotason sote-johdon ja makrotason yhteiskunnallisten vaatimusten välillä. Kuvassa 7 vertailemme sosiaalihuollon ja terveystaloudellisten johtajien vastauksia sote-palveluiden demokraattisen ohjauksen varmistamisesta.



**Kuva 7 Sote-palveluiden demokraattinen ohjaus tulee varmistaa**

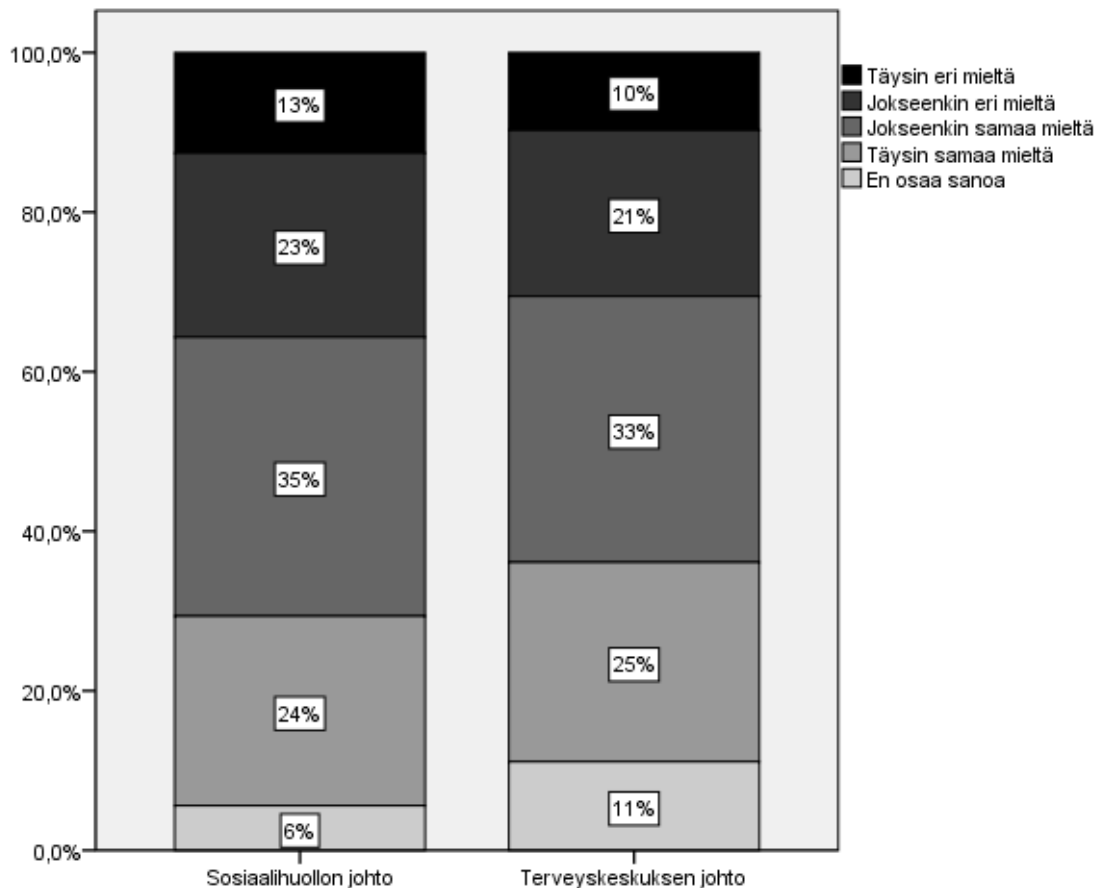
Kuvassa 7 on nähtävissä selkeää eroa sosiaali- ja terveydenhuollon johtotasojen vastausten välillä, kun vastaajien tulee määritellä sote-palveluiden demokraattinen ohjaus. Tällä hetkellä sote-palveluiden järjestämisvastuussa ovat kunnat, joita on tällä hetkellä 317. Sote-palveluiden järjestäminen hoidetaan kuntien sisäisesti demokraattisesti valitun kunnanvaltuuston toimesta. Käytännössä suomalaisia sosiaali- ja terveystalouksia järjestetään makrotason lainsäädännön kautta, mutta lakia sovelletaan makro- ja mikro-tasojen välissä satojen erilaisten näkökantojen ja useiden erilaisten puoluepoliittisten arvojen kautta. Sote-uudistuksen toteutuessa tämänhetkisen suunnitelman mukaisesti tulee sote-alueita olemaan korkeintaan 19, mikä muuttaa sote-palveluiden demokraattista ohjausta merkittävästi. (31.8.2015, Helsingin Sanomat.)

Kuvan 7 mukaisesti enemmistö sosiaalihuollon johtajista, 58 % vastaajista, on sitä mieltä, että sote-palveluiden demokraattinen ohjaus tulee varmistaa, kun terveyskeskuksen johtotason vastaajista nykyistä mallia kannattaa täysin vain 38 %. Liisa Heinämäen tut-

kimuksessa (2011, 58–59) todettiin, että terveydenhuolto on ollut jo pidempään laajempien kuntayhtymien toimintaa, kun taas sosiaalihuollon palveluista ovat vastanneet pienimmätkin kunnat. Näin ollen terveydenhuollon palvelut ovat jo osaltaan laajempina kokonaisuuksina siirtyneet suuremman hallinnon alle, jonne myös sosiaalihuoltoa ohjataan sote-uudistuksen myötä.

Kuvien 6 ja 7 mukaiset erot sosiaalihuollon ja terveyskeskusten johtajien välillä kuvaavat tutkimuskysymyksemme mukaisia haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon väliselle yhteistyölle ja mikrosysteemien välisille ristiriidoille systeemisessä muutoksessa. Lisäksi vastauksia vertaillessa välittyy sosiaalihuollon toiminnan riippuvuus julkisen sektorin sekä terveydenhuollon toiminnasta. Palveluiden mahdollinen siirtyminen suuremman hallinnon alaisuuteen aiheuttaa lisäksi muutosvastarintaa, kun pelkona on, että palveluiden järjestämisen autonomia uudistuksen myötä häviää. Kuten myös aiemmin olemme tutkielmassamme todenneet, sosiaalihuolto tarvitsee kuitenkin muita yhteiskunnallisia toimijoita, kuten yhtenä tärkeimpänä terveydenhuoltoa toimiakseen. Näin ollen voidaan todeta, että sosiaalihuolto tarvitsee myös sote-uudistusta, jonka toteutuessa sosiaali- ja terveystalvet voidaan säilyttää myös tulevaisuudessa universaaleina, julkisen sektorin palveluina. (Toikko 2012, 145.)

Resurssien jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kesken voidaan nähdä yhtenä suurimpana mikrosysteemien välisten ristiriitojen aiheuttajana muutoksessa, koska myös tänä päivänä rahoitus sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä jakautuu valtakunnallisesti katsottuna epätasaisesti (Taskinen 2005, 193). Käytännön esimerkkinä kunnassa sote-palveluiden rahoitus voidaan jakaa suurelta osin esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluihin, jolloin lastensuojelun avohuollon tai pitkäaikaistyöttömien sosiaalipalveluita joudutaan vastavuoroisesti leikkaamaan. Resurssien jakautumiseen ja sote-palveluiden järjestämiseen liittyen kuvissa 8 ja 9 vertailimme sosiaalihuollon ja terveyskeskusten johtajien vastauksia sote-palveluiden rahoituksesta.

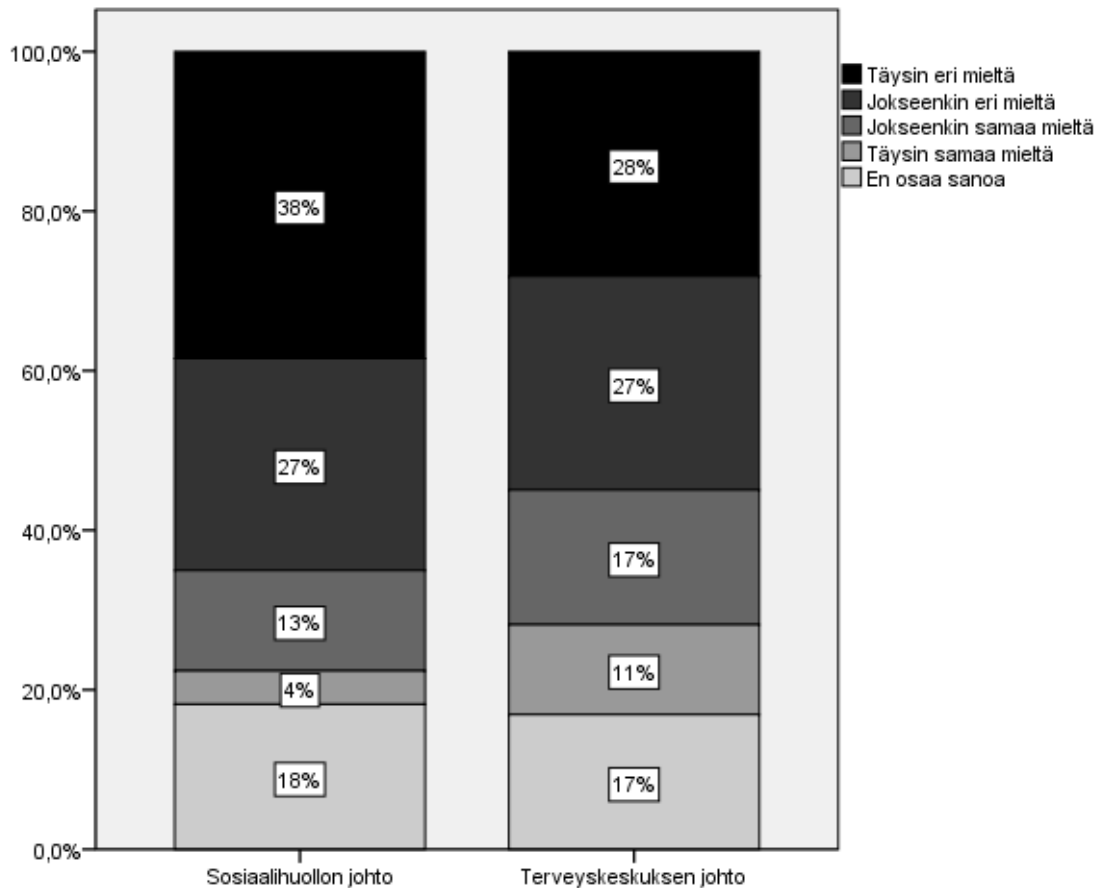


**Kuva 8 Sote-palveluiden verorahoitteinen rahoitusmalli on toimiva keino**

Kuvan 8 vastaukset sote-palveluiden verorahoitteisesta rahoitusmallista ovat jakautuneet samankaltaisiksi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon johtotasojen välillä, mikä toisaalta lupaa hyvää yhteistyön ja integraation toteutumiselle systeemissä muutoksessa, mutta toisaalta taas herättää kysymyksiä julkisen sektorin hyvinvointipalveluiden tulevaisuudesta. Julkisen sektorin verorahoitteiset ja universaalit hyvinvointipalvelut ovat mahdollistaneet tasa-arvon toteutumista palvelunkäyttäjien keskuudessa vuosikymmenten ajan sote-palveluiden sektorilla. Merkittävä osuus sosiaalihuollon (36 %) ja terveydenhuollon (31 %) johtotasojen vastaajista kokee kuitenkin, ettei nykyinen verorahoitteinen rahoitusmalli ole välttämättä toimiva keino.

Kuvan 8 vastausten perusteella sosiaalihuollon ja terveystieteiden johtotasot ovat monelta osin valmiita sote-uudistuksen tuomille muutoksille, mikä ilmenee kummankin tason vastausten jakautuneisuuden kautta. Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on muuttaa sote-uudistuksen monikanavaista rahoitusta laajempaan rahoitusjärjestelmään sote-

alueiden kautta, jotta palveluiden rahoitus tulee jakautumaan nykyistä mallia tasaisemmin valtakunnallisesti. Yhdeksi vaihtoehdoksi nykyiselle monikanavaiselle rahoitusjärjestelmälle on esitetty vakuutusrahoitteista sote-mallia, jota käsittelemme kuvassa 9.



**Kuva 9 Valtakunnallinen vakuutusrahoitteinen sote-malli tulee ottaa käyttöön**

Sosiaali- ja terveysministeriön raportin (2015:19, 12 – 13) mukaisesti on vakuutusrahas-  
topohjainen hallintomalli yksi vaihtoehto sote-uudistuksen myötä haettavaan yksi-  
kanavaisen sosiaali- ja terveystalouden hallinto- ja rahoitusmalliin. Yksityiseen va-  
kuutusyhtiöpohjaiseen malliin perustuva sote-malli on hyvin erilainen kuin Suomessa ja  
Pohjoismaissa tällä hetkellä käytössä oleva pääosin julkisin varoin rahoitettu sosiaali-  
demokraattinen hyvinvointimalli. Yksityisen vakuutusyhtiöpohjaisen mallin mukaisesti  
yksityisen vakuutusyhtiön myöntämä vakuutus on pakollinen hankinta jokaiselle ja val-  
tio vastaa erityisryhmien, kuten työttömien vakuutusmaksuista sekä palveluiden rahoit-  
uksesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun johdosta sekä ikärakenteen muutoksen myötä on sote-uudistuksen yhteydessä myös keskusteltu yksityisen hyvinvointipalvelualan roolin kasvattamisesta suomalaisessa yhteiskunnassa. Vaikka kuvan 9 vastausten perusteella enemmistö sosiaali- ja terveydenhuollon johtajista on eri mieltä vakuutusrahoitteisesta sote-mallista, saa malli kuitenkin myös kannatusta. Yli neljäsosa (28 %) terveyskeskuksien johtotasosta on jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että vakuutusrahoitteinen sote-malli tulee ottaa käyttöön, kun sosiaalihuollon johtajien vastaava luku jää alle viidesosan (17 %).

Vakuutus pohjainen sote-malli tukee periaatetta, jossa palvelunkäyttäjälle halutaan antaa mahdollisuus valita sosiaali- ja terveyspalveluistaan myös yksityisen sektorin palveluntuottajilta. Sosiaali- ja terveyspalveluita tuotetaan jo tänä päivänä monelta osin yksityisesti, esimerkiksi yksityisten terveysasemien tai lastensuojelun sijaishuollon yksiköiden toimesta. Tämänhetkisen tiedon mukaisesti kokonaisvaltaiseen vakuutusrahoitteiseen sote-malliin tuoreimmassa sote-uudistuksen mallissa ei ole tarkoitus kuitenkaan ryhtyä, vaikka palvelunkäyttäjien vapautta valita yksityisten palveluntarjoajien palveluita hyödynnetään myös tulevaisuudessa. Kuvan 9 mukaisten vastausten perusteella sosiaalihuollon johtajat vierastavat vakuutus pohjaista sote-mallia. Sosiaalityön profession omaan historiaan ja arvopohjaan perustuen vakuutusrahoitteiset ja yksityisen sektorin tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat ristiriitaisia. Toisaalta myös sosiaalihuollon palveluiden laatua halutaan tehostaa yhteiskuntarakenteen muuttuessa, mutta samanaikaisesti yksityinen, voittoa tavoitteleva sektori saattaa uhata palveluiden yhdenvertaisuuden toteutumisen kaikkein heikoimmassa asemassa olevan väestön keskuudessa.

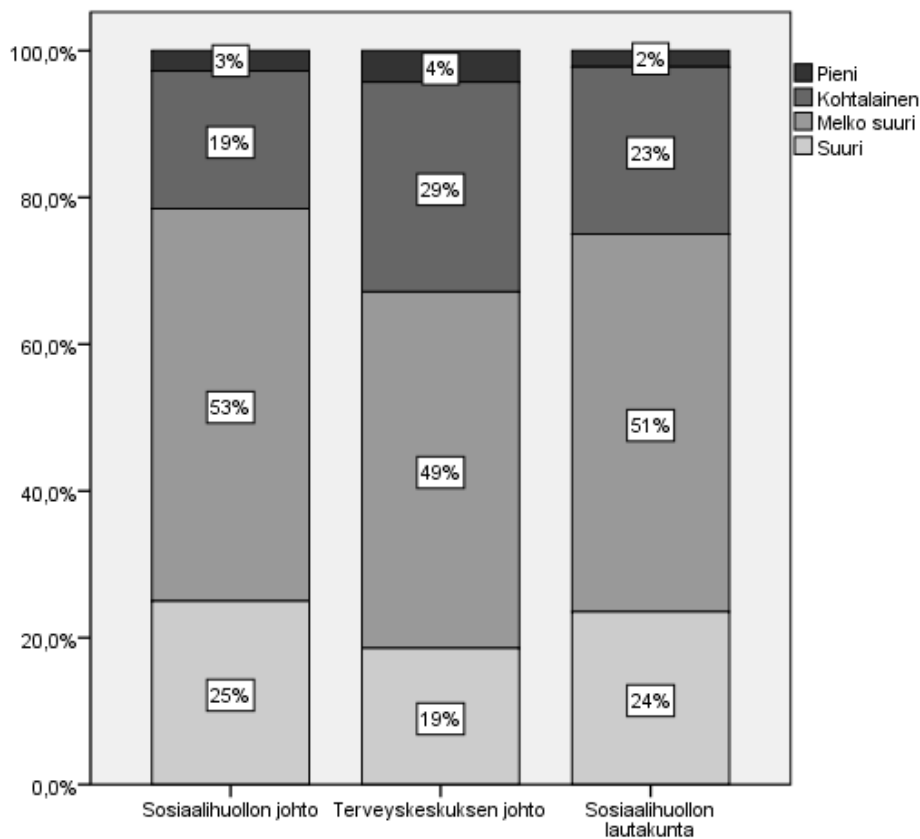
Tässä alaluvussa olemme kuvanneet ajankohtaisen Sosiaalibarometri 2011 -aineiston avulla makrotason toteuttaman sote-uudistuksen käynnistämää systeemistä muutosta sosiaali- ja terveydenhuollon mikrosysteemien välillä. Vertailevan analyysin avulla olemme osoittaneet, ettei valtakunnallisen tason laajuinen uudistus toteudu ilman organisaatioiden välisiä ristiriitoja, mikä makrotason päättäjien on hyvä huomioida uudistusta toteuttaessa. Vaikka sosiaalihuollon ja terveyskeskuksen johtotasojen näkökannat monista sote-uudistuksen tuomista muutoksista ovat hyvin erilaisia, ei se tarkoita kuitenkaan sitä, ettei muutos toteudu. Systeeminen muutos tulee muuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon mikrosysteemien välistä toimintaa muutosten myötä, mutta sosiaalityön johtotasolla on suuri merkitys siitä, millaisessa muodossa sosiaalipalveluja uudistuksen jälkeen toteutetaan. (Lehtiö & Keränen 2012, 3; Payne 2005, 184 – 191.)



## 4.6 Mesosysteemin muodostuminen sosiaali- ja terveydenhuollon välille

Tässä alaluvussa analysoimme verkostomaisen mesosysteemin muodostumisen mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välille kuvion 3 (s. 43) mukaisesti. Edellisessä alaluvussa kuvaamamme systeemien väliset ristiriidat eivät systeemi-teorian mukaisesti estä systeemisen muutoksen toteutumista, vaan ainoastaan muovavat muutoksen lopullista muotoa. Suljettujen systeemien muovautuessa avoimen systeemin suuntaan tarkoittaa uudenlainen muoto myös sitä, että verkostomainen, kooltaan suurempi mesosysteemin taso on myös alttiimpi uusille muutoksille. Ekologisen systeemiteorian mukaisesti pienikin muutos systeemin tasolla vaikuttaa jokaisen systeemin toimintaan. Jokaisen systeemin tason tulee asettua uudenlaiseen asetelmaan yhden systeemin muutoksen myötä. (Rothery 2001, 70.)

Mesosysteemin muodostuminen sosiaali- ja terveydenhuollon välille edellyttää sitä, että sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon mikrosysteemien tasot kykenevät astumaan uudenlaiseen ympäristöön, osallistumaan uudenlaiseen rooliasetelmaan sekä ylittämään professioidensa rajoja (Bronfenbrenner 1979, 288). Kuvissa 10–13 arvioimme sosiaalihuollon ja terveydenhuollon organisaatioiden mahdollisuuksia mesosysteemisen tason muodostamiseen. Mesosysteemin muodostuminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välille edellyttää, että systeemien väliset ristiriidat kyetään ratkaisemaan sekä poistamaan suljettujen ja siiloutuneiden systeemien välisiä valta-asetelmia ja roolirajoja. Kuvissa 10–13 arvioimme mesotason muodostamisen edellytyksiä vertailevan kvantitatiivisen aineistoanalyysin avulla. Vertailemme sosiaalihuollon johdon, terveyskeskuk-sen johdon sekä sosiaalihuollon lautakuntien johtotasojen näkemyksiä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon nykyisestä ja tulevasta merkityksestä hyvinvoinnin toteuttamisessa.

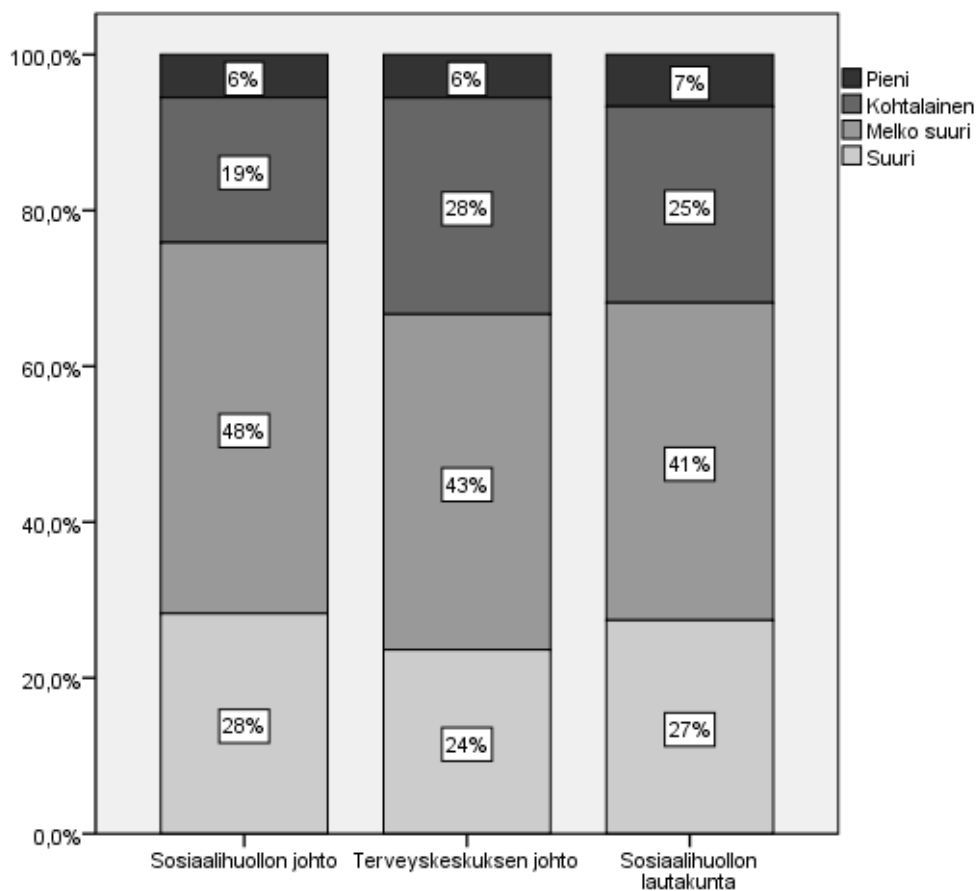


**Kuva 10 Sosiaalihuollon nykyinen merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa**

Reilu enemmistö vastaajista näkee sosiaalihuollon nykyisen merkityksen hyvinvoinnin toteuttamisessa melko suurena tai suurena. Kolmasosa (33 %) terveyskeskuksen johtotasosta ja neljäsosa (25 %) sosiaalihuollon lautakunnasta näkee sosiaalihuollon merkityksen kuitenkin kohtalaisena tai pienenä. Myös reilu viidesosa (22 %) itse sosiaalihuollon johtotason vastaajista näkee organisaationsa nykyisen merkityksen hyvinvoinnin toteuttamisessa kohtalaisena tai pienenä.

Lähtöasetelmana sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolle ja yhteistyön lisäämiselle kuvan 10 vastaukset antavat hyvät lähtökohdat. 100 %:n pylväskuviosta voidaan kuitenkin havaita selkeä korkeusero sosiaalihuollon ja terveyskeskuksen johtotasojen vastauksista, jossa sosiaalihuollon oma arvio nykyisestä merkityksestään on suurempi kuin terveyskeskuksen vastaajilla. Näemme kuitenkin oman organisaation kunnioituksen erityisen hyvänä edellytyksenä sosiaalihuollon johdolle systemisen muutoksen tuomien ristiriitojen ratkaisemisessa sekä verkostomaisen mesosysteemin muodostamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon välille. Sosiaalityön ja sosiaalihuollon kehittämisessä oman

organisaation merkityksen esiintuominen ja hiljaisuuden kulttuurin rikkominen ovat tasavertaisen muutoksen lähtökohtia sosiaalityön johdolle. Kuvassa 11 vastaajat arvioivat sosiaalihuollon merkitystä tulevaisuudessa. Kuvan 11 vastausten analysoiminen on merkittävä osatekijä, kun arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon välisen integraation toteutumista ja mikrosysteemien sulautumista verkostomaiseksi mesosysteemin tasoksi.

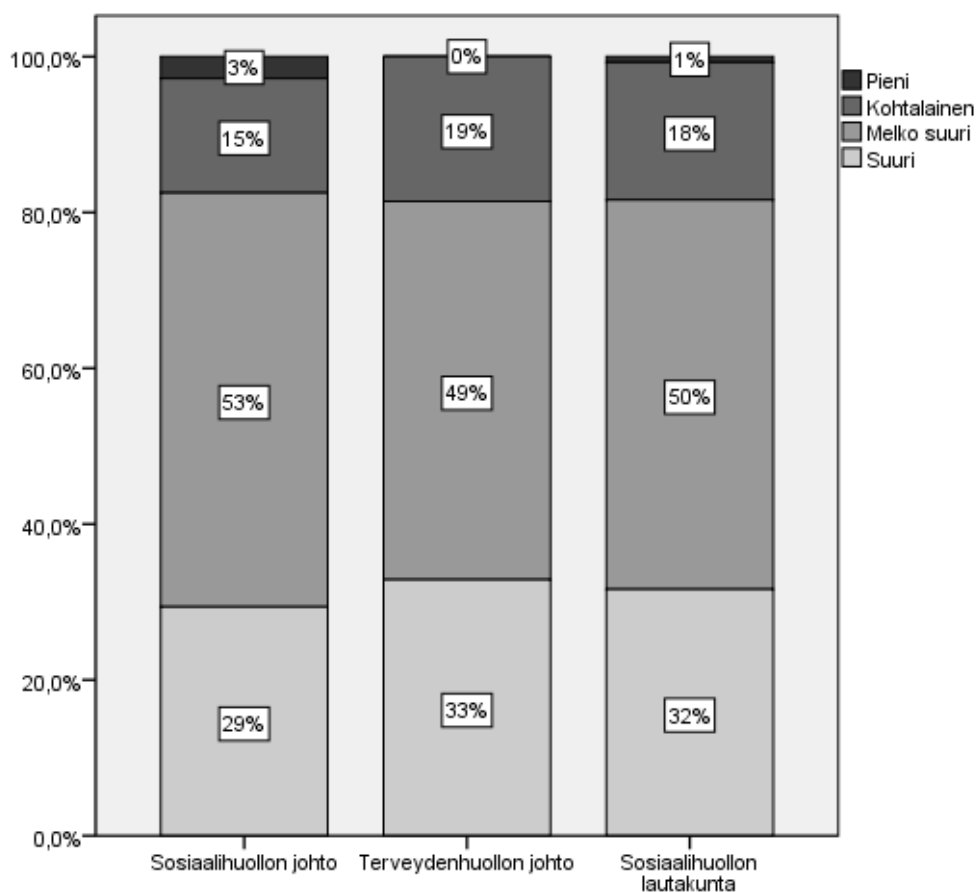


**Kuva 11 Sosiaalihuollon tuleva merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa**

Verratessa kuvia 10 ja 11 toisiinsa voidaan tulkita, että vastaajien väliset näkemuserot ovat tasaantuneet, kun arvioidaan sosiaalihuollon tulevaa merkitystä hyvinvoinnin toteuttamisessa. Sosiaalihuollon, terveyskeskuksen sekä sosiaalihuollon lautakuntien vastaajien määrä on kaikilla tasoilla kasvanut vastauksissa, joissa sosiaalihuollon merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa nähdään suurena. Vastaukset ovat samanaikaisesti polari-

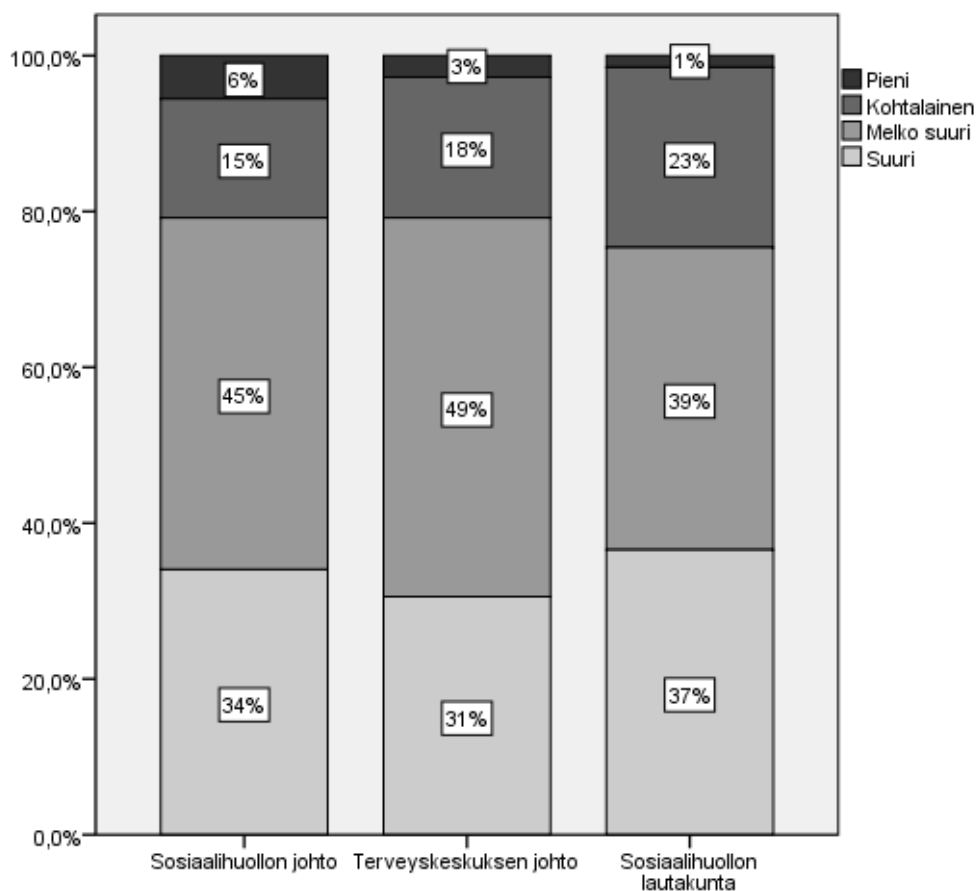
soituneet kohtalaisesta tai melko suuresta jonkin verran kuvaamaan sosiaalihuollon merkitystä pienenä tai suurena.

Vaikka sosiaalihuollon merkityksen näkeminen pienenä on yhä vähäistä vastaajien keskuudessa, on vastausmäärän kasvaminen kuitenkin merkillepantavaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen integraation myötä on mahdollista, että organisaatioiden nykyisiä tehtävä- ja valtarakenteita sekä monopoliasemia tietyissä hyvinvointipalveluissa tullaan muuttamaan. Verkostomainen ja palvelunkäyttäjälle toimiva mesosysteemin taso voidaan muodostaa siitä huolimatta, että sosiaalihuolto ja sosiaalityö menettävät integraation myötä omia palveluitaan. On sosiaalityön johdon ja alan sisäisten voimavarojen vastuulla, kuinka sosiaalityö tulee näyttäytymään lähitulevaisuudessa hyvinvointipalveluiden kentällä.



**Kuva 12 Terveydenhuollon nykyinen merkitys hyvinvoinnin tuottamisessa**

Terveydenhuollon nykyinen merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa jakautuu tasaisesti vastaajien keskuudessa melko suureksi tai suureksi. Jokaisen vastaajaryhmän vastausjakauma melko suurelle tai suurelle merkitykselle on 82 %. Verrattuna sosiaalihuollon nykyiseen merkitykseen kuvassa 10 on terveydenhuollon vastaajien jakauma selkeämmin jakautunut. Tasainen näkemys terveydenhuollon nykyisestä merkityksestä, kuten suurelta osin myös sosiaalihuollon merkityksestä, antaa makrotason käynnistämälle systeemiselle muutokselle sote-uudistuksen muodossa hyvät lähtökohdat. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien vastauksista voi päätellä, että johtotasoilla on edellisessä alaluvussa kuvatuista ristiriidoista huolimatta merkittävä kunnioitus toisiaan kohtaan nykymuotoisten hyvinvointipalveluiden tuottajina. Kuvassa 13 vertaamme vastaajien näkemyksiä terveydenhuollon tulevasta merkityksestä hyvinvoinnin toteuttamisessa, jolla on sosiaalihuollon tulevan merkityksen tavoin olennainen osa verkostomaisen mesosysteemin muodostamisessa organisaatioiden välille.

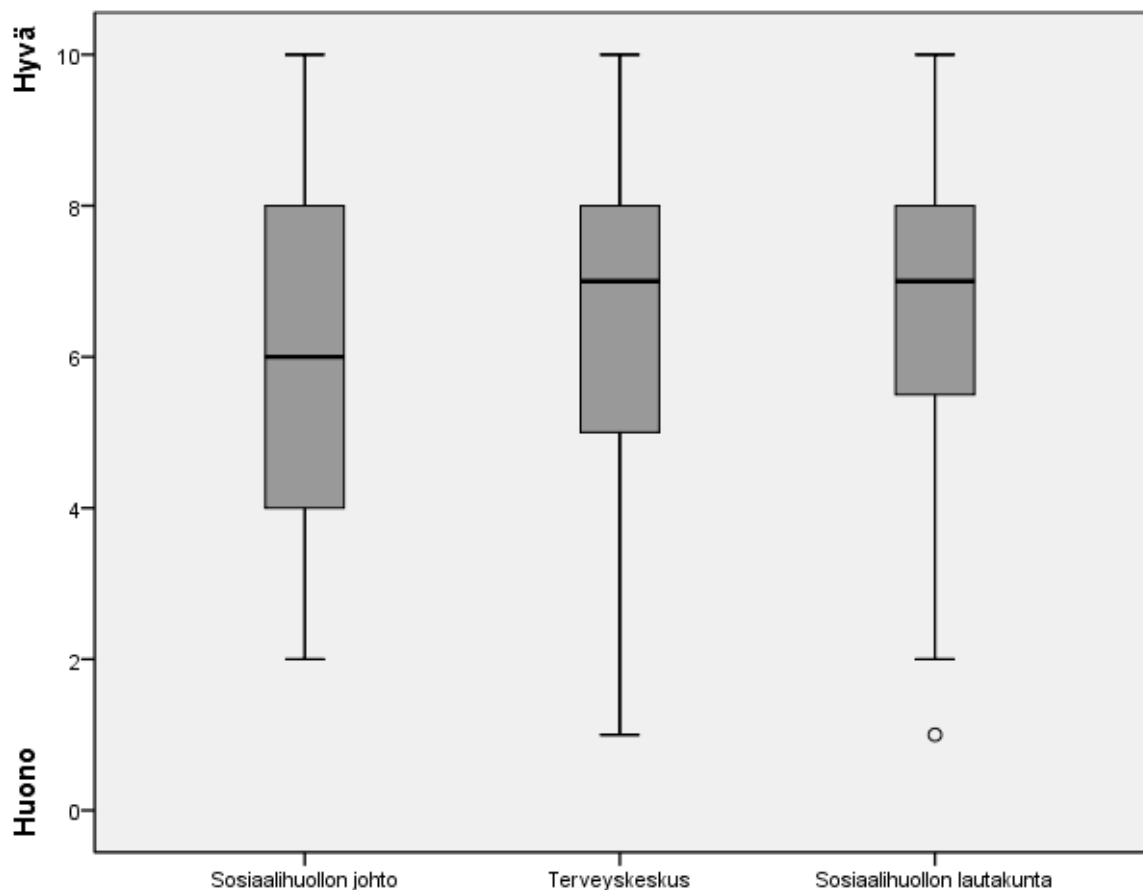


**Kuva 13 Terveydenhuollon tuleva merkitys hyvinvoinnin toteuttamisessa**

Verrattuna kuvan 12 nykyiseen merkitykseen ovat kuvan 13 vastaukset terveydenhuollon tulevasta merkityksestä jakautuneet jonkin verran epätasaisemmin. Sosiaalihuollon johdon sekä sosiaalihuollon lautakuntien johtotason vastausten mukaan terveydenhuollon merkitys kasvaa tulevaisuudessa hyvinvoinnin toteuttamisessa, kun taas huomioon otettavasti terveyskeskuksen johtotason omien vastauksien mukaan oman organisaation suuri merkitys (31 %) on laskenut yhden prosenttiyksikön verran nykyisestä merkityksestä.

Vertaillessamme sosiaalihuollon ja terveydenhuollon johtajien vastauksia organisaatioiden nykyisestä ja tulevasta merkityksestä, havaitsimme, että vastausten jakaumat eri organisaatioiden välillä jakautuivat hyvin tasaisesti. Sote-uudistuksen käynnistämälle sote-integraatiolle vastausten tasaisuudella on suuri merkitys. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon johtotasot työskentelevät jo tänä päivänä yhteistyössä keskenään, ovat organisaatiot silti selkeästi erillään olevia kokonaisuuksia. Vaikka edellisessä alaluvussa analysoimiemme kuvien perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden toimintatavoissa sekä rooli- ja arvoasetelmissa on paljon eroja, antavat sote-organisaatioiden johtajien vastaukset vastakkaisen organisaation merkityksestä hyvinvoinnin tuottajana hyviä edellytyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön toteutumiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön ja integraation ja verkostomaisen mesosysteemin tason muodostamisen edellytyksiä selvitämme myös kuvassa 14. Sosiaali- ja terveystalveluiden rakennemuutosta on ajettu eteenpäin jo 2000-luvun alkupuolelta alkaen, mikä on totuttanut sote-organisaatioiden johdot valmistautumaan nopeisiin muutospaineisiin organisaatioidensa sisällä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden toiminnasta vastaavien johtajien tulee säilyttää verkostomainen yhteistyö makrotason päättäjiin, päättäjien nopeasta vaihtuvuudesta huolimatta. Näin ollen sote-integraation ja mesotason muodostumisen edellytyksiä selvittäessä on tärkeää tarkastella, miten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtajat itse näkevät oman kykynsä vastata muutospaineisiin pitkällä aikavälillä.

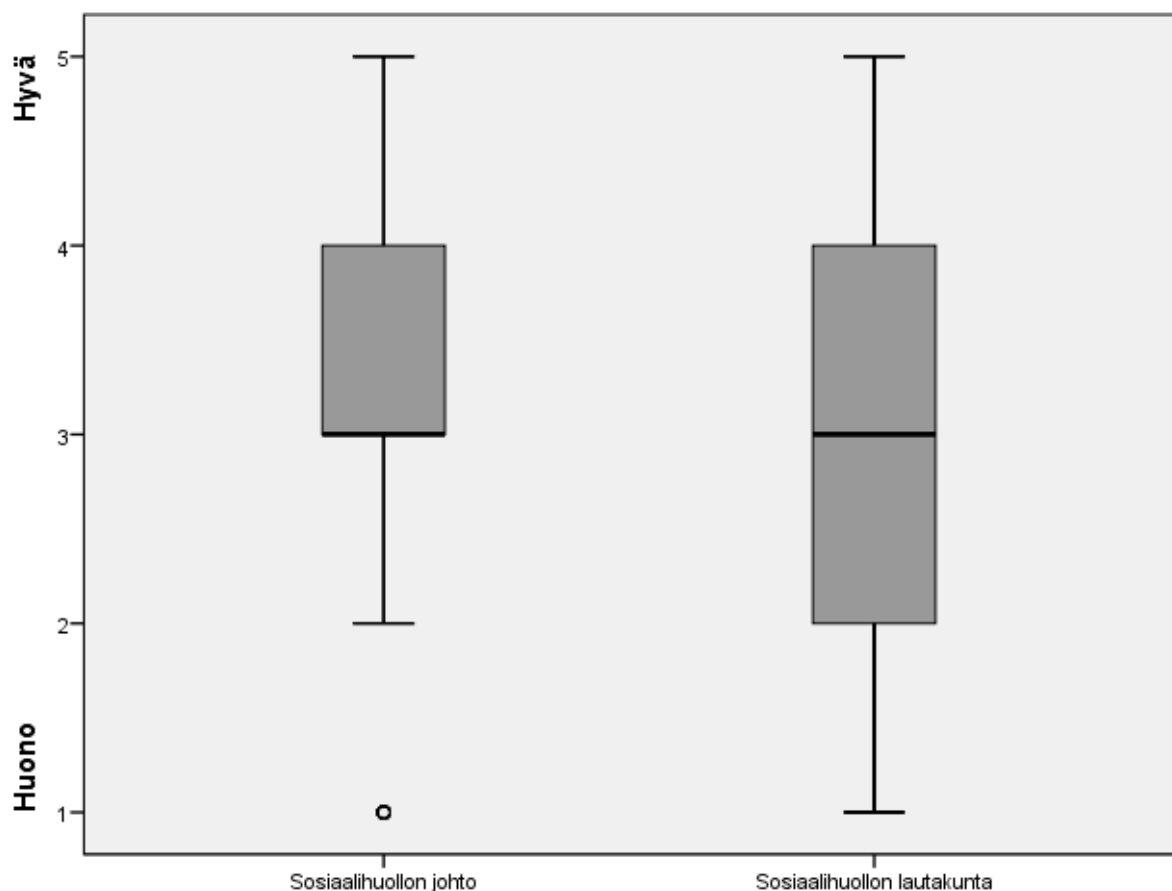


**Kuva 14 Sote-palveluiden kyky vastata pitkän aikavälin muutoksiin**

Kuvan 14 laatikkojanojen mediaanit, eli laatikoiden sisällä olevat poikkiviivat sijoittuvat kaikilla vastaajilla yli arvon 6 vastausasteikolla. Verkostomaisen mesosysteemin muodostamiselle sosiaali- ja terveydenhuollon johtotason vastauksien voidaan nähdä lupaavan hyvää. Julkisen sektorin hyvinvointiorganisaatiot tulevat lähitulevaisuudessa tämänhetkisen tiedon mukaan kohtaamaan merkittäviä muutoksia sote-uudistuksen myötä. Vaikka sote-uudistuksen lopullisesta muodosta ei ole vielä tietoa, on selvää kuitenkin, että väestörakenteelliset muutokset väestön ikääntymisessä ja työikäisten veronmaksajien määrässä tulevat muuttumaan pysyvästi. Se, että julkisten hyvinvointipalveluiden tuottajien johtotasot näkevät kykenevänsä vastaamaan haasteelliseen tilanteeseen, on merkittävää sote-uudistuksen toteuttamisessa. Merkillepantavaa kuvassa 14 on kuitenkin se, että sosiaalihuollon johtajat arvioivat kykynsä vastata muutoksiin terveyskeskuksen johtajia sekä sosiaalihuollon lautakunnan johtotasoa heikommin. Halusimme tämän johdosta tarkastella sosiaalihuollon johtajien oman organisaation vastauskykyä tulevaan muutokseen kuvassa 15, jossa sosiaalihuollon johtajat sekä sosiaalihuollosta

vastaavat lautakunnan johtotasot arvioivat sosiaalihuollon henkilöstöresurssien riittävyyttä lähitulevaisuudessa.

Viimeisessä kuvassamme halusimme nähdä sosiaalihuollosta vastaavien johtajien näkemyksen lähitulevaisuudesta omalle organisaatiolleen. Systemien tasot muodostuvat ihmisistä, kuten sosiaalihuollon mikrosysteemistä, jonka sosiaalihuollon ammattihenkilöstö muodostaa perustuen tieteen, instituution sekä profession yhteyteen (Vaininen 2011, 49). Systeminen muutos sote-uudistuksen muodossa rikkoo perinteisen mikrota-son systeemin rajat ja muuttaa organisaatioiden monopoli-asemaa tietyistä systeemille muodostuneista etuoikeuksista. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation myötä ja mesotason muodostuessa organisaatioiden välille sulautuu mikrosysteemin muodostava henkilöstö uudenlaiseen organisaatioasemaan. Kuvan 15 mukaisilla vastauksilla organisaatioiden henkilöstöresursseilla on suuri merkitys sille, millaisena sosiaalityö tulee näyttäytymään integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa.



**Kuva 15 Sosiaalitoimen henkilöstöresurssien riittävyys 4 vuoden kuluttua**



Kuvan 15 laatikkojanojen mediaanit sijoittuvat arvolle 3 sekä sosiaalihuollon johdon että sosiaalihuollon lautakunnan vastauksissa. Näin ollen kuvasta voidaan päätellä, että sosiaalihuollon toiminnasta vastaava johto on epävarma oman organisaationsa henkilöstöressurssien riittävydestä lähitulevaisuudessa. Sote-uudistuksen myötä muodostettava verkostomainen mesosysteemi mahdollistaa makrotasolle työkalut henkilöstöressurssien paikkaamiseen uudelleen organisaation rooliasetelmien myötä. Se, mitä tämä tarkoittaa sosiaalihuollon ammattihenkilöstölle ja sosiaalityön professiolle, on vielä epäselvää. Mikäli sosiaalihuollon johdolla ei ole riittävästi ammattihenkilöstöä takanaan, on mahdollista, että sosiaalihuollon tehtäviä sulautetaan terveydenhuollon hoidettavaksi sote-palveluiden integraation yhteydessä.

Sosiaalityön johtotasolla on suuri merkitys siinä, miten se tuo esille oman organisaationsa merkitystä sosiaalipalveluiden tuottajana. Sosiaalityön merkityksen esiintuomiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydessä tulee sosiaalihuollon johdon hyödyntää asiantuntijuuttaan kokonaisvaltaisesti alan tieteellisyyden, vuosikymmenien aikana muodostuneen julkisen sektorin instituution sekä profession arvopohjan välisestä yhteydestä. Organisaatiokulttuurien sulautuminen integraation myötä voi luoda myös uudenlaista näkökulmaa ja työnteon kulttuuria, mikäli muutos toteutuu kummankin organisaation lähtökohdista katsottuna tasavertaisesti. (Petch 2008, 4; Taskinen 2005, 39; Vaininen 2011, 49.)

## 5 Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset

### 5.1 Siiloutuneista ja sulkeutuneista avoimiin ja verkostomaisiin sote-organisaatioihin

Riikka-Leena Leskelän ym. (2013) terveydenhuoltotutkimuksen päätelmänä havaittiin, että tämänhetkinen siiloutunut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ei kykene vastaamaan runsaasti erilaisia hyvinvointipalveluita käyttävien ihmisten tarpeisiin. Tutkimuksessa selvitettiin sitä, mistä asiakasryhmistä sote-palveluita paljon käyttävät ihmiset muodostuvat. Ongelmanratkaisuna tilanteelle annettiin sote-uudistuksen kaltainen malli, jossa palvelukokonaisuudella tulee olla useiden organisaatioiden sijaan yksi vastuutaho ja tiedon tulee kulkea verkostomaisesti hyvinvointipalveluiden tuottajien sekä vastuutahon välillä. Korjaavien ja kalliiden palveluiden sijaan tulee sote-palveluiden keskittyä kustannustehokkaampaan sekä asiakasystävällisempään ennaltaehkäisevään työhön.

Satu Vainisen (2011, 49) tutkimuksen mukaan modernilla aikakaudella muodostuneet, hierarkkiset ja selkeät sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ja professiot eivät kykene enää tänä päivänä vastaamaan nykyisellään sote-uudistuksen vaatimaan muutokseen ja palveluiden väliseen integraatioon. Sosiaalityön tulevaisuudelle on olennaista se, kykeneekö professio irtautumaan modernin ajan juuristaan ja vuosikymmenien aikana luomistaan valta-asetelmista julkisella sektorilla, jotta moniammatillista ja laadukasta yhteistyötä on mahdollista toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Uuden ajan sosiaalipalveluita ei välttämättä sote-uudistuksen myötä voida järjestää ilman tietynlaisia uhrauksia sosiaalihuollon rakenteiden sisällä. Makro- ja mikrotasojen vaatimusten välillä tasapainoilevalla sosiaalityön johdolla on merkittävä rooli sosiaalityön äänen esiintuomisessa uudistuksen yhteydessä. Samalla sen on kuitenkin huomioitava sosiaalityön sisäinen arvopohja, jonka vuoksi työtä tehdään: sosiaalisen turvallisuuden, tasa-arvon ja yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentämiseksi. (Vaininen 2011, 29 – 30.)

Yhdistämällä tutkielmassamme systeemiteoreettista viitekehystä sekä empiriaa olemme voineet tarkastella lähitulevaisuudessa tapahtuvan suuren yhteiskunnallisen muutoksen toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Vaikka sote-palveluiden integroimista konkreettisesti saman katon alle on jo tapahtunut Suomessa esimerkiksi niin kutsutun

elämänkaarimallin kautta (Taskinen 2005, 25; Virkki ym. 2011, 41), ovat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon väliset organisaatiot kuitenkin vielä monilta osin sulkeutuneita omien valta-asetelmiensa ja toimintatapojensa alle. Tutkielmassamme olemme pyrkineet osoittamaan, ettei integraatio yksinkertaisella mallilla toteutettuna vielä lisää sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön toteutumista, vaan jopa mahdollisesti kasvattaa mikrosysteemien organisaatioiden välisiä ristiriitoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ei voida yksinkertaisesti sulauttaa toisiinsa työntekijäyhteisöissä, joissa asiantuntijuus on muodostunut vuosikymmenien aikana ja alalla työskentelevillä on usein pitkä työkokemus alastaan (Launis 1997, 122). Vaikuttavan yhteistyön avaimet ovat mikrosysteemien organisaatioiden johtotasolla, joilla on paras mahdollinen käsitys oman ja vastakkaisen organisaation toiminnasta sekä lisäksi yhteiskunnallisen makrotason vaatimuksista muutoksessa.

Yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttavan ja palvelunkäyttäjälle laadukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon välisen moniammatillisen ja verkostomaisen yhteistyön muodostamiseksi tulee sosiaalityön johtotason tiedostaa ja arvioida kriittisesti nykyistä ja tulevaa asemaansa hyvinvointipalveluiden tuottajana. Sosiaali- ja terveydenhuollon professioiden välistä kilpailuasetelmaa ja valta-asetelmien jakautumista ei sote-uudistuksen yhteydessä tule yrittää piilottaa, vaan mahdollistaa systeemien väliset ristiriidat, jotka olennaisesti kuuluvat systeemiseen muutokseen, kun kyseessä on valtakunnallisen tason muutos. (ks. Payne 2005, 184–191.)

Sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon sisäisten professioiden tulee muutoksen yhteydessä tiedostaa, että professiot ovat vuosikymmenien aikana luoneet keskinäisen riippuvuuden suhteen olemassaololleen (ks. Vaininen 2011, 50). Professiot tarvitsevat moniammatillista yhteistyötä kehittääkseen palveluitaan ja kyetäkseen vastaamaan yhteiskunnassa käynnissä oleviin muutostarpeisiin. Haasteita professioiden väliselle yhteistyölle tuovat niiden luomat valta- ja monopoliasetelmat, joilla ammattikunta on määritellyt tiettyjä tehtäviä omien suljettujen systeemiensä sisälle. Sosiaali- ja terveystalouden integraation yhteydessä on olennaista, että mikrosysteemien väliset rajat kyetään rikkomaan ja näin ollen laajentamaan organisaatioiden välisen moniammatillisen yhteistyön toteutumista. (Freidson 2001, 12, 73.)

Makrotasolta tarkasteltuna sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö näyttäytyy tehokkaana ja tuottavana keinona sekä yhteiskunnan että kansalaisten näkökulmasta. Verkostomaisen mesosysteemin tason muodostamisen alkuvaiheessa on mahdollista, että sosiaa-

lihuollon ja terveydenhuollon organisaatioiden mikrosysteemit kuitenkin työntyvät toisistaan pois päin kuin paristojen vastakkaiset navat. Yhteistyön lähtökohtaa vaikeuttaa se, että vaatimukset integraation toteuttamisesta tulevat ylhäältä makrotasolta eivätkä ruohonjuuritason mikrosysteemeistä työntekijöiltä itseltään. Valtiolla on yhä suurempi vastuu ja valta sosiaali- ja terveystalouden toteuttamisesta tulevaisuudessa, mutta työtä toteutetaan yhä mikro- ja mesosysteemien tasoilla, joilla tietoisuus käytännön työn toimivuudesta on laajempaa. Pakotettuna yhteistyön lisääminen koetaan uhkaavana oman profession päätäväksi kohtaa, eikä konflikteilta voida välttämättä välttyä. Avoimen ja verkostomaisen yhteistyön tason saavuttamisessa ja muutoksen toteuttamisessa ovat avainasemassa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtotasot. (ks. Payne 2005, 184–191.)

## **5.2 Sosiaalityön johdon haasteet ja toimintamahdollisuudet muutoksen toteuttamisessa**

Julkisella sektorilla toimivaa sosiaalityön johtoa kritisoidaan usein sen byrokraattisesta hitaudesta. Sosiaalityön toiminta kuntasektorilla perustuu lakiin, jonka toteutumista sosiaalityön johto valvoo. Sosiaalityön palveluiden lisääntyvä tarve yhteiskunnassa, yhdistettynä alaa vaivaavaan työvoimapulaan, sitoo sosiaalityötä kiireen keskellä yhä enemmän hallinnolliseen lakiin perustuvaan työhön sosiaalityön omien voimauttavien työmenetelmien jäädessä sivuosaan. Uudistukset sosiaalityön kentällä, esimerkiksi sote-uudistuksen, uuden sosiaalihuoltolain ja ammattihenkilölain myötä, tuovat tarvittavia uudistuksia sosiaalityön arvoperiaatteiden toteuttamiseen ja profession merkityksen kasvattamiseen yhteiskunnallisesti, mutta samalla tiukoissa lakien osoittamissa aikamääreissä pysyminen tuottaa haasteita toteuttaa lakia sosiaalityön arvojen mukaisesti.

Talouden muutoksilla on suuri vaikutus julkisen sektorin työssä, jonka taloudellisia säästöjä kestävyysvajeeseen ajava sote-uudistus osoittaa. Suuret yhteiskunnalliset muutokset vaativat laajaa uusien lakien ja asetusten laatimista sekä niiden soveltamista käytäntöön. Lait ja asetukset taas lisäävät byrokratian toteutumista sen negatiivisessa mielessä sote-organisaatioiden johdon ja työntekijöiden tasolla. Sen jälkeen kun byrokratia on kehittynyt täyteen muotoonsa, se on kaikkein vaikeimmin hävitettäviä sosiaalisia

rakenteita. (Vartola 2005, 202–203.) Mitä pidemmälle yhteiskunnan byrokratisoituminen etenee, sitä kalliimmaksi sen ylläpito käy. Koska valtio voi ylläpitää byrokratiaa vain verovaroin, se joutuu byrokratian kasvaessa lisäämään verotustaan ja leikkaamaan niin sanotuista hyvinvointipalveluistaan, mikä puolestaan johtaa sosiaalisten ongelmien syventymiseen ja sosiaalityön ajamien eettisten periaatteiden vaarantumiseen. (Salminen 2005, 116.)

Vartolan (2005, 204) mukaan byrokratisoituminen on nostanut suoraan koulutuksen sosiaalista arvostusta. Sosiaalityöntekijälle se tuo hyvät mahdollisuudet nousta johtoasemaan sote-organisaatioiden sisällä ja vaikuttaa näin ollen tehokkaammin sote-uudistuksen lopulliseen muotoon. Sosiaalityöntekijän kelpoisuusvaatimuksena on sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetun lain 272/2005 3 §:n mukainen sosiaalityöntekijän pätevyys. Näkyykö sosiaalityön johtajan työssä kuitenkin enää merkkejä sosiaalityön omasta, käytännön työn arvo- ja teoriaperustasta vai toimiiko akateeminen tausta vain meriittinä, joka mahdollistaa sosiaalihuollon organisaatioiden johtamisaseman? Sosiaalityön profession tulevaisuudelle hyvinvointipalveluiden tuottajana ja kehittäjänä on tärkeää, että se pystyy osoittamaan akateemisen koulustaustansa kuntasektorin työssä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon, kuten muidenkin alojen, johtoasemassa toimivien työlle on luonnollista hierarkkinen vallankäyttö. Demokraattinen organisaatiobyrokratian johdon systeemi jakautuu kuitenkin useille eri tasoille. Byrokratisoituminen on suoriltaan vähentänyt kuntasektorin henkilöstöjohtajan asemaa vaikuttajana. Kuntasektorin johtavilla virkamiehillä ei ole liikkumavaraa eikä välttämättä motivaatiotakaan huolehtia organisaationsa menestyksestä tai siitä, kuinka organisaatio onnistuu markkinoilla. Toisin sanoen, johtajilla ei ole vapaita käsiä johtaa julkisen hallinnon organisaatioita. Sosiaalihuollon palveluiden kehittäminen sote-uudistuksessa on näin ollen paljolti kiinni myös siitä, miten makrotason päättäjät näkevät sosiaalialan roolin yhteiskunnassa. (Salminen 2005, 91.)

Käytännössä johdon vallan jakautuminen usealle systeemiselle tasolle vähentää johtajien mielivaltaista vallankäyttöä edistäen näin demokratian toteutumista. Suomalaisella kuntasektorilla toimiva sosiaalityön johto on mahdollistamassa hyvän hallinnon toteutumista. Suomi kuuluu maailman vähiten korruptoituneisiin maihin, suomalaisilla virkamiehillä on erinomainen koulutus verrattuna useisiin muihin maihin, kansalaisten

kohtelu on kelvollista ja oikeudenmukaista ja kunnallinen demokratia on poikkeuksellisen vahva. (Salminen 2005, 112.)

Julkisella sektorilla toimiessaan sosiaalityön johtajalla on erityinen rooli sosiaalisen vastuun kantajana. Sosiaalityön johtajan arkipäivään kuuluvat yhä hajanaisempi toimintaympäristö, työn alati muuttuvat vaatimukset ja ”hallinnon häly” (Niiranen ym., 14). Sosiaalityön johtajan tiukkaan määrätty tehtävä rajoittaa hänen vaikutusmahdollisuuksiinsa ja liikkumavaraansa organisaatiomuutoksessa. Päivittäin työntekijöiden kanssa tekemisissä olevat henkilöstöjohtajat sijoittuvat systeemien tasoilla mikro- ja makrosysteemien rajapinnoille vastaten näin sekä henkilöstön toiminnasta että hallinnon vaatimuksista. (Vartola 2005, 130.) Sosiaalityön henkilöstöjohtajan haaste on toimia kummankin systeemin ristitulessa. Hyvän sosiaalityön johtajan mahdollisuus on kuitenkin byrokraattisten kahleiden murtamisessa. (Vartola 2005, 222.)

Esimiesten valmiudet ja kyky johtaa muutosta ja kehittää henkilöstövoimavaroja ja työhyvinvointia vaikuttavat merkittävästi organisaation toimivuuteen sekä henkilöstön työssä jatkamiseen mahdollisimman pitkään. (Pekkarinen 2010, 12.) Muutosjohtajuudelle asetetut tavoitteet ja odotukset ovat kuitenkin jakautuneet mikrotason sosiaalityön ja makrotason yhteiskunnallisten taloudellisten tehokkuusperiaatteiden välillä: muutoksen johtajalta edellytetään kustannustehokasta asijahtamista ja työntekijöitä tukevia sekä sosiaalialan arvoja puolustavaa arvojohtamista. Johtajuuden odotetaan siis täyttävän samanaikaisesti useita, keskenään vaikeasti sovitettavia tehtäviä. Mikrosysteemin sisäinen sosiaalityö odottaa muutosjohtajan kohottavan sosiaalialan professionaalista julkisuuskuvaa, lisäävän työtehoa, tukevan työntekijöitä ja asiakkaita sekä asettuvan uuden julkisjohtamisen vastavoimaksi. Sosiaalityön arvoja, kuten sosiaalista oikeudenmukaisuutta, humanismia, tasa-arvoa ja heikossa asemassa olevien yksilöiden sekä ryhmien auttamista korostetaan erityisesti sosiaalityön käytännön työn näkökulmasta. (Compton ym. 2005, Vartola 2005, 135–138.)

Sosiaalityön johtajalta odotetaan ja vaaditaan paljon, jolloin johtotehtäviin siirtyvän on kyettävä vastaamaan näihin haasteisiin. Suomessa sosiaalialan johtamistehtäviin siirytään perinteisesti pitkän työuran ja kokemuksen kautta ilman varsinaista johtamisen erikoistumiskoulutusta (Niiranen 2004). Johtaminen useiden erilaisten vaatimusten alaisena ei ole kuitenkaan haasteetonta. Sosiaalityön johtamisessa vahvistusta tarvitaan muutosjohtamisessa, kokonaisuuden hahmottamisessa ja vuorovaikutustaidoissa. Pekkarinen (2010, 31) toteaa myös, että johtajien täydennyskoulutus sosiaalialalla on heikosti

tunnettua ja hoidettua. Johtajuuden selkeä rooli ja asema, työyhteisön ohjaus ja koulutus niin taitojen kuin arvojen alueella, yhteisymmärrys työn tavoitteista sekä tiimityön ja työryhmän yhteistyön merkityksen tunnustaminen ovat talouspaineista huolehtivalle sosiaalityön johtajalle haasteellista toteuttaa. Paineiden alaisena sosiaalityön johtajan on helpompi ottaa hallinnon edustajan rooli, jolloin yhteys alaisiin kuitenkin helposti katoaa. Johtajien kypsytymättömän asenne alaisiin johtaa väijäämättä organisaatioiden häiriöihin, taantumaan, turhautumiseen, aggressiivisuuteen, toimetttömyyteen ja viime kädessä organisaation toiminnan tehottomuuteen. (Salminen 2005, 86.)

Pekkarisen (2010, 22) tutkimuksessa monien organisaatioiden muutokset kohtasivat vastarintaa, mikäli organisaation johto ei ottanut mikrotason työntekijöiden tarpeita huomioon muutoksessa. Työntekijät sopeuttivat lopulta uudet vaatimukset vanhoihin työtapoihinsa ja arvoihinsa sopiviksi, ei päinvastoin. Muutoksen tuominen ylhäältä alas ei johtanut toivottuihin tuloksiin, vaan muutosten toteuttamiseen tarvittiin demokraattista johtajuutta ja avointa dialogia sekä yhteistä visiota. Ruohonjuuritason työntekijöiden huomiotta jättäminen voidaan nähdä yhdeksi selkeimmistä syistä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden muuttumattomuudelle. Organisaatiodemokratian mukaan kommunikaation tulisi olla vapaata organisaation sisällä. (Salminen 2005, 89.) Suurissa organisaatiomuutoksissa johtajuudelta vaaditaan joustamiskykyä ja epävarmuuden sietoa, mutta erityisesti avointa dialogia, luottamuksellista ilmapiiriä ja vuorovaikutusta työntekijöiden kanssa. Yhteisen vision luominen on onnistuneen organisaatiomuutoksen edellytys, ja muutosvastarintaa voidaan lievittää riittävän tiedottamisen avulla.

Sosiaalityöntekijät työskentelevät sellaisten ihmisryhmien kanssa, joista halutaan vaieta yhteiskunnallisen tasapainon säilyttämiseksi ja vaikeiden makrotason toteuttamien taloudellisten leikkauksien oikeuttamiseksi. Globaalin kapitalismin nousun myötä on mahdollista, että yksilö oma vapaus ja vastuu hyvinvoinnistaan korostuvat syrjäyttäen nykyisen mallin, jossa valtio vastaa väestön hyvinvoinnista. Tällöin on mahdollista, että työttömyyden kasvu, köyhyys ja syrjäytymisen uhka tullaan hyväksymään entistä laajemmin yhteiskunnassa. (McDonald 2006, 29–36.) Terveystieteiden ammattihenkilöstölle yksityisen sektorin malliin siirtyminen on mahdollista, toisin kuin sosiaalihuollossa. Kuvien 8 ja 9 vastausten perusteella voidaan arvioida, ettei suurin osa sote-johdosta kuitenkaan halua suomalaisen yhteiskuntaan vakuutusperiaatteella toimivia sosiaali- ja terveystieteiden palveluita.

Vaikka systeeminen muutos toteutetaan yhteiskunnan makrotason toimesta, lähtee systeemisen muutoksen tarve liikkeelle mikrotasolta, ja ennaltaehkäisevää työtä korostavalla sosiaalityöllä on valmiudet tuoda asiakasryhmien tarvitsemat muutostarpeet yhteiskunnan makrotasolle saakka vahvistaen samalla omaa professionaalista asemaansa hyvinvointipalveluiden tuottajana. Haasteena muutoksen edessä ovat kuitenkin sosiaalityön oman alan sisäisten resurssien vähyys ja työvoimapula sekä julkisen sektorin kaventuminen taloudellisen laman vuoksi. Pätevien työntekijöiden puuttuessa julkinen valta ottaa vahvemmin otetta sosiaalityöstä, mikä pakottaa sosiaalityöntekijöitä keskittymään yhä enemmän korjaavaan työhön tavoitellun ennaltaehkäisevän työotteen sijaan. Sosiaalityölle ja sosiaalityön johdolle lankeaa vähillä resursseilla massiivinen vastuu tuoda esille yhteiskunnassa vallitsevia sosiaalisia ongelmia ja niiden uusia muotoja, esimerkiksi lisääntyvän pitkäaikaistyöttömyyden muodossa.

Sosiaalityön tulevaisuudelle on tärkeää sote-uudistuksen myötä, että se professiona pysyy tulevaisuudessa vahvistamaan asemaansa ja toimimaan tasavertaisena kumppanina terveydenhuollon korkeakoulutettujen professioiden kanssa yhteistyössä. Sosiaalityö on sisällöltään laaja, korkeakoulutettu tutkinto, joka mahdollistaa sosiaalityöntekijöiden toimimisen myös sosiaali- ja terveydenhuollon mesotason yhteisorganisaatioiden johtotehtävissä. Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä sosiaalityö on kuitenkin jäänyt altavastajaan asemaan vaikuttamisen rohkeuden puutteen vuoksi. Aiemmissa yhteistyö- ja yhdistymiskokeiluissa terveydenhuolto on ottanut suunnittelu- ja määräyspuolen hallintaansa. Esimerkiksi Sinkkosen (1993, 70–75) tutkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä sosiaalihuollon näkemys moniammatillisesta työskentelystä oli yksipuolisen negatiivinen. Terveyspuolen nähtiin johtavan toimintaa kokonaisvaltaisesti ja vanhanaikaisesti ottamatta sosiaalipuolen henkilöstön näkemyksiä huomioon. Sosiaalityöntekijöiden työpanos otettiin vastaan toisen luokan apuna, sosiaalityötä tasa-arvoisena työtoverina ei hyväksytty. Terveyspuolen tiimiä johtavilla lääkäreillä oli taipumusta suhtautua sosiaalityön asemaan tiimissä kuin ”pikkusiskoon”. Sosiaalityö tarvitsi kaitsemista ja johtavaa otetta toimiakseen kunnolla terveydenhuollon kanssa yhteistyössä. (Sinkkonen 1993, 74.)

Sinkkosen tutkimuksen (1993) jälkeisten vuosikymmenien aikana sosiaalityön professio on kasvanut ja saanut tunnetumpaa asemaa yhteiskunnassamme. Tästä huolimatta sosiaalityön profession vaikuttavuus on sote-uudistuksen ja -integraation myötä haasteellisessa tilanteessa. Sosiaalityöntekijät eivät halua menettää asemaansa tärkeänä yhteiskunnallisena vaikuttajana ja omien hyvinvointipalveluidensa tuottajana, joten muutosta



tarvitaan myös oman professionimme sisällä. Sosiaalityön selviäminen 2010-luvun haasteista ja sote-palveluiden integraatiosta vaatii sosiaalityön johdolta panostusta sosiaalihuollon vastuulla olevien palveluiden selkeyttämiseen ja osaltaan uudistamista vastaamaan lisääntyvään moniammatilliseen yhteistyöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö ja toimivien palveluketjujen avaaminen sosiaalisen ja medikaalisen tason välille on keino, jonka avulla julkiset hyvinvointipalvelut voivat kehittyä vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin, kuten ikääntymisen ja pitkäaikaistyöttömyyden tuomiin sosiaalisiin ongelmiin.

2010-luvulla elämme Suomessa tulosjohtamisen kautta, mutta laatuun perustuvan muutoksen johtamisen tulee tarjota vahva haastaja ainakin kapealle tuloskeskeiselle ajattelulle julkisissa organisaatioissa (Salminen 2005, 94). Sosiaalityön tulevaisuudesta julkisella sektorilla vastaava johto ei saa olla passiivinen tai kritiikitön muutokselle, vaan korostaa oman alansa toimivuutta hyvinvointipalveluiden muutoksen kentällä. Sosiaalityön johdon haasteena ja mahdollisuutena on uudistua julkisrakenteista omaksi vapaaksi, mutta samanaikaisesti useaan suuntaan verkostoituneeksi toimijaksi ja säilyttää samalla alalle ominainen eettinen ja ihmisarvon kautta työskentelevä arvopohja. Tehtävä ei tule olemaan helppo. Millainen on hyvä sosiaalityön johtaja? Hän hallitsee johtajuuden muutoksessa ja osaa valjastaa niukat resurssit tehokkaasti sosiaalialan arvoja kunnioittavaan palvelutyöhön. Samalla hän tuntee alansa työntekijöiden ja asiakkaiden tarpeet, alan arvot sekä kykenee tasapainoilemaan moniammatillisella palvelukentällä. Hän on samanaikaisesti sosiaalialan arvojohtaja ja muutoksen manageri. (McDonald 2006, 8; Pekkarinen 2010, 12, 36.)

### **5.3 Johtopäätökset**

Viimeistä lukua kirjoittaessamme on maamme hallitus ehtinyt antaa jälleen uudenlaisia linjauksia sote-uudistuksen toteutumiselle. Tuoreimpaan hallitusohjelmaan on kirjattu, että hyvinvointipalveluiden järjestämisestä vastaisi enintään 19 sote-aluetta ja palveluiden rahoitusvastuu olisi kuntien sijaan valtiolla. Tämänhetkinen sote-alueiden määrä on hallituksen asettaman työryhmän ehdotuksesta 9–12, mutta alueiden määrästä on erimielisyyksiä kuitenkin myös hallituksen sisällä. Valtion on määrä ottaa vetovastuu sote-

palveluista vuodesta 2019 alkaen. (31.8.2015, Helsingin Sanomat; STM) Valtakunnallinen sote-uudistus on massiivinen, vuosia aikaa vievä muutos, jonka sisältö voi muuttua vielä useaan kertaan makrosysteemin päättäjätason vaihtuessa neljän vuoden välein. Varmaa sote-uudistuksessa on kuitenkin ainakin se, että julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon hyvinvointipalveluiden tuottamiseen sekä organisaatioissa työskentelevään ammattihenkilöstöön uudistus tulee vaikuttamaan pysyvästi.

Sote-uudistus tulee, onko sosiaalityö valmis? Sosiaalityön palveluissa jo työskennelleinä ja tulevina sosiaalityöntekijöinä tutkimuksen teko sote-uudistuksesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä on ollut erittäin kiinnostavaa. Sosiaalihuollon mikrosysteemin sisällä päivittäinen työskentely soljuu eteenpäin alan sisällä jo tutuksi tulleiden muutosten virrassa, mutta myös systeemien väliset rajat alkavat hiljalleen rikkoutua ja systeemien väliset verkostomaisen yhteistyön säikeet kohdata systeemien välillä. Organisaatioiden välisten rajojen rikkoutuessa on sosiaalityöllä mahdollisuus kehittää myös asiantuntijuuttaan uudenlaiseen suuntaan, kun toimintamuodot eivät ole enää yhtä sidottuja organisaation rajoihin (Launis 1997, 128).

Lähdimme selvittämään tutkielmassamme sosiaalityön johdon haasteita ja mahdollisuuksia moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa terveydenhuollon kanssa siksi, että koimme sote-uudistuksen perusteet hyviksi, mutta toteutuksen monimutkaisemmaksi. Sosiaalihuollon ja sosiaalityön johdon sisällä tiedostetaan tarve irtautua byrokratian kahleista yksinkertaisempien palveluketjujen muodostamiseksi palvelunkäyttäjälle. Makrotason yksinkertainen ajatusmalli sosiaali- ja terveydenhuollon integroimisesta ja asettamisesta hallinnollisesti ja fyysisesti saman katon alle on kuitenkin haasteellisempaa, kuten olemme pyrkineet tutkielmassamme osoittamaan.

Sosiaalibarometri 2011 -aineiston hyödyntäminen tutkielmassamme oli jopa odotetumpaa onnistuneempi ja etenkin ajankohtainen ratkaisu tutkimuskysymykseemme vastauksissa. Suomen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukselle ja Sosiaalibarometri 2011 -aineiston kerääjille (Eronen & Perälähti & Londén & Siltaniemi & Särkelä & Peltosalmi, 2011) osoitamme suuren kiitoksen laajan valtakunnallisen aineiston tarjoamisesta, ja Yhteiskuntatieteellistä tietoaarkistoa kiitämme aineiston välittämisessä pro gradu -tutkielmamme mahdollistamiseksi. Aineiston analyysin avulla pystyimme vertailemaan valtakunnallisesti sosiaalihuollon ja terveyskeskusten johtotasojen vastauksia kysymyksistä, jotka ovat juuri tämän tutkielman päätöslukua kirjoitettaessa erityisen ajankohtaisia. Toi-

vomme löytäneemme uudenlaista näkökulmaa aineistosta juuri omaa pääainettamme, sosiaalityötä ajatellen.

Omat ennakkokäsityksemme sosiaalityön haasteista yhteistyön toteuttamisessa terveydenhuollon kanssa saivat tutkielman teon aikana vahvistusta aineiston analyysin sekä lähdekirjallisuuden kautta, mutta yhteistyön toteutumisen mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien vastausten mukaisesti olivat positiivisesti yllättäviä sosiaalityön tulevaisuutta ajatellen. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat näkevät tutkielmamme empiirisen osion mukaisesti sote-organisaatioiden merkityksen suurena hyvinvoinnin toteuttamisessa sekä näkevät moniammatillisen yhteistyön toteutuvan hyvin organisaatioiden välillä.

Alaluvussa 4.4 huomioimme kuitenkin, että aineiston analyysien mukaiset sosiaalihuollon ja terveyskeskusten johtajien näkemykset yhteistyön toteutumisesta perustuvat tämänhetkiseen tilanteeseen, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto omaavat omat, organisaatioiden välisiin rajoihin, professioihin ja valta-asetelmiin perustuvat mikrosysteemiensä tasot. On selvää, ettei moniammatillista yhteistyötä ja sote-palveluiden integraatioita voida lisätä yksinkertaisesti asettamalla sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä samaan tilaan, vaan aidon yhteistyön toteutuminen vaatii paljon työtä etenkin organisaatioiden johtotasoilta. Oman työn merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä perustellaan ammatillisuuden ja profession sisäisen teoria- ja arvopohjan mukaisesti. Vaikka palvelurakenteiden integraation ja muutoksen perusteet tiedostetaan yhteiskunnallisen muutoksen toteutumisen myötä, on muutosvastarinta perustuen oman organisaation profession sisäisten valtarakennelmien muutosten myötä myös ymmärrettävää.

Alaluvussa 4.5 selvitimme, että sosiaalihuollon johtajat suhtautuvat sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohtaaviin muutoksiin epävarmemmin kuin terveydenhuollon johtajat, millä on väistämättä oma vaikutuksensa muutoksen toteutumiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämis- ja rahoitusvastuun määräytyminen on suuressa roolissa sote-uudistuksen toteutumisessa ja vaikuttaa olennaisesti myös sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön ja integraation toteutumiseen. Sosiaalihuoltoon uudistuksena tuleva ammattihenkilölaki asettaa sosiaalihuollon ammattihenkilöstön samalle viivalle terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja on samalla looginen suunta sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiokehityksessä, mutta onko kyseessä lopulta organisaatioita yhdistävä vai eristävä tekijä? Kun kaksi vahvaa organisaatiota yhdistetään hallinnolli-

sesti ja fyysisesti saman katon alle ja yhden, aikaisempaa suuremman rahoitushanan äärelle, on mahdollista, että hanan äärellä tullaan käyttämään myös kyynärpäätaktiikkaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välisiä valta-asetelmia tutkielmassamme vertailtuamme on mahdollista, että terveydenhuollon ”isosiskolla” tulee mahdollisesti olemaan sosiaalihuollon ”pikkusiskoa” suurempi työntövoima omassa kyynärpäässään.

Alaluvussa 4.6 havainnoimme, että sosiaalihuollon ja terveyskeskusten johtajat pitivät toisiaan pääsääntöisesti melko suuressa tai suuressa arvossa julkisten hyvinvointipalveluiden tuottajina nyt ja tulevaisuudessa. Sosiaalityön mahdollisuutena sosiaali- ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä on tiedostaa vuosikymmenien aikana saatu tunnustettu arvostus julkisten hyvinvointipalveluiden sektorilla ja hyödyntää sitä. Sosiaalityöntekijät tiedostetaan myös terveydenhuollon johtajien ja ammattihenkilöstön sisällä tärkeäksi osaksi moniammatillisesti työskentelevää sosiaali- ja terveystalouden tiimiä, jota ilman palvelunkäyttäjän kokonaisvaltainen auttaminen on haasteellista tai mahdotonta. Vaikka sote-uudistuksen tuomat yhteiskunnalliset muutokset käynnistään makrotasolla, on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon välisen verkostomaisen mesosysteemin tason johtajien ja työntekijöiden vastuulla määritellä hyvinvointipalveluiden laatu palvelunkäyttäjälle. Sosiaalityön johdon mahdollisuutena on työskennellä avoimuuden ja arvojensa kautta sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa muutoksessa, ei toimia altavastajan asemassa ja esteenä muutoksen tiellä.

Sosiaalityön haasteet sosiaali- ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä perustuvat alan yhteiskunnalliseen arvostukseen, sen merkitykseen makrotason päättäjien keskuudessa sekä profession sisäiseen painiskeluun omasta merkityksestään julkisten hyvinvointipalveluiden tuottajana sekä sosiaali- ja terveystalouden johtajana. Sosiaalityön uhkana on jäädä profession luojana toimineen modernin ajan jäänteeksi sen sijaan, että ala aktiivisesti nousee tasavertaiseksi toimijaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita muokkaavaan uudistukseen. Hyvinvointipalveluja tuottavien organisaatioiden välisiä suhteita tulee rohkeasti tutkia uusista näkökulmista, kuten professioiden mukaan rakentuneista johtajuus- ja valtarakenteista sosiaali- ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä. Sosiaalityön on luovuttava hiljaisesta ja nöyristelevästä asenteestaan, uutta taloudellista nousukautta odottaen. Sosiaalityön tehtävä ei ole vain yhteiskunnallisen tasapainon ylläpitäminen, vaan yhteiskunnan muutoksiin aktiivisesti vaikuttaminen ja hyvinvointiyhteiskunnan rohkea ja ennakkoluuloton kehittäminen.

Jatkotutkimuksen kannalta tutkielmamme tulokset tarjoavat hyviä tutkimusaiheita, kun sote-uudistus lähitulevaisuudessa jatkaa muotoutumistaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyö- ja integraatiokehitys syvenee. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön näkemyksiä ja sosiaalityön roolia sote-uudistuksessa on mahdollista tarkastella tulevaisuudessa tarkemmin, kun nyt vielä tuoreet sosiaali- ja terveystalvueluita laajalti saman katon alta tarjoavat palvelukeskukset kehittyvät. Laajuudeltaan suurten kaupunkien hyvinvointipalveluita tarjoavat keskuksset soveltuvat myös kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien lisäksi kvantitatiiviseen tutkimukseen, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön vastauksia voidaan vertailla samaan tapaan kuin olemme tässä tutkielmassa esittäneet Sosiaalibarometri 2011 -aineiston mukaisesti sote-organisaatioiden johtajien vastauksista.

On kiinnostavaa jatkaa sote-uudistuksen seuraamista myös tutkielmamme valmistuttua, liittyväthän uudistuksen seuraukset olennaisesti myös omaan elämäämme sosiaalityöntekijöinä. Kiistoissa omasta asemasta ja oman organisaation merkityksestä hyvinvointipalveluiden kentällä on helppoa välillä unohtaa, mikä koko työn tarkoitus on ja miksi työtä tehdään – ihmisten hyvinvoinnin puolesta. Samalla oman työn aseman ja yhteiskunnallisen arvostuksen tavoittelu on kuitenkin ymmärrettävää. Sote-uudistuksen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on kyettävä luomaan tasapaino itsekkäiden professionaalisten tarkoitusperien ja ihmisyyden yhteisen hyvän välille.

## Lähteet

- Alkula, Tapani & Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 2002: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Helsinki.
- Bertalanffy, Ludvig von 1968: General systems theory. Foundations, development, applications. George Braziller Incorporated. New York.
- Bronfenbrenner, Urie 1979: The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Compton, Beulah R. & Galaway, Burst & Cournoyer Barry R 2005: Social Work Processes. Seventh Edition. Belmont.
- Corlett, John 2000: Systems theory applied to organizations.  
[http://warrington.ufl.edu/centers/purc/purcdocs/papers/0018\\_corlett\\_systems\\_theory\\_applied.pdf](http://warrington.ufl.edu/centers/purc/purcdocs/papers/0018_corlett_systems_theory_applied.pdf).
- Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011: Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin oppinäytetöihin. Tutkiva hoitotyö 9 (3), 4-12.
- Eronen, Anne & Londén, Pia & Peltosalmi, Juha & Perälähti, Anne & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta 2011. Sosiaalibarometri 2011. Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- ETENE 2006: Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. AT-Julkaisutoimisto Oy. Kirjapaino Keili Oy. Vantaa.
- Freidson, Elliot. 1994: Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. Oxford. Blackwell.
- Freidson, Elliot 2001: Professionalism, the Third Logic. University of California. San Francisco. Polity Press.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon ammattihenkilöistä ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta annetun lain muuttamisesta. HE 354/2014 vp. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140354.pdf>. Viitattu 9.8.2015
- Harisalo, Risto 2008: Organisaatioteoriat. University Press. Tampere.
- Healy, Karen 2005: Social Work Theories in Context. Creating frameworks for practice. Palgrave Macmillan. New York.
- Heinämäki, Liisa 2011: Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Helsingin Sanomat 31.8.2015: Sote-uudistus. Viitattu 1.9.2015.  
<http://www.hs.fi/kotimaa/a1440984687692>

- Hudson, Bob 2002: Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *Journal of interprofessional care*. Vol 16. No 1. Carfax Publishing.
- Isoherranen, Kaarina 2012: Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista työtä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalityö- ja sosiaalipolitiikan tutkimuskeskus. Helsinki.  
[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1)
- Jalava, Janne Toiminnallinen hyvinvointivaltio – Niklas Luhmannin systeemiteoreettinen tarkastelutapa. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointivaltio. 2005. Gaudemus Helsinki University Press. Helsinki.
- Juhila, Kirsi 2006: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino. Tampere.
- Juupaluoma, Johanna 2015: Rikosoikeuden professori: ”Tuomio antaa eväitä viranomaisyhteistyön parantamiseen” Kaleva. 10.7.2015.  
<http://www.kaleva.fi/uutiset/kotimaa/rikosoikeuden-professori-tuomio-antaa-evaita-viranomaisyhteistyon-parantamiseen/701868/> Viitattu 15.7.2015.
- Kaskisaari, Marja & Tammelin, Mia & Hirvonen, Johanna & Hämeenaho, Pilvi & Ilmarinen, Katja & Vartiainen, Anssi 2010: Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos -tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 10. Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/55b5dafa-c856-4f65-b34f-cfbf80605b09>
- Katisko, Marja & Kolkka, Marjo & Vuokila-Oikkonen Päivi 2014: Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Malli työssäoppimisen ja ammattitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2014:2. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Kokkaret, Marjo & Nurkkala, Päivi 2012: Sosiaalityön profession asema kunnallisten hyvinvointipalvelujen rakennemuutoksessa: Toimintatutkimus Raahen kuntayhtymässä. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius.
- Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia 2009: Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 36. Helsinki.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80033/eaf43d23-6dd0-4e42-b4f6-5b8243c3386e.pdf?sequence=1>
- Koskiaho, Briitta 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Vastapaino. Tampere.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.4.2005/272.

- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.
- Lammi-Taskula Johanna (toim.) 2011: Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Sanoma Pro. Helsinki.
- Launis, Kirsti 1997: Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Muuttuva asiantuntijuus. (Toim.) Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Lehtiö, Taina & Keränen, Tapio: Sosiaalisen systeemin häiriöt organisaatioiden toiminnan näkökulmasta. s. 1 – 5. SBM – tietopalvelut.  
<http://sbm.palvelukanava.net/cgi/julkdownload.cgi/31/VA-TEO-2011-05-06-B.pdf>. Viitattu 1.9.2015.
- Lehto, Juhani 2015: Valtiojohtoisiiin terveydenhuollon maksukuntayhtymiin ”täydellisesti integroitu” sosiaalihuolto? Teoksessa SOTE-uudistus – kipupisteitä ja uusia avauksia sosiaalihuollolle. Toim. Ulla Salonen-Soulie. Huoltaja säätiö. Helsinki.
- Leskelä, Riikka-Leena & Komssi, Vesa & Sandström, Saana & Haverinen, Anna & Olli, Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti 2013: Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Terveydenhuoltotutkimus. Lääkärilehti 68 (48), 3163-3169c. [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto48\\_3.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto48_3.pdf). Viitattu 4.9.2015
- Luomala, Anne (2008): Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Tampereen yliopiston kauppakorkeakoulu. Sivut 6–27.
- Markkanen, Outi & Puro, Markku 2011: Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. Selvityshenkilöiden raportti Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshankkeelle 30.4.2011. Raportteja 31. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Keski-Suomen liitto. Jyväskylä.
- McDonald, Catherine 2006: Challenging social work. The context of practice. Palgrave Mcmillan. London.
- Muukkonen, Petteri 2010: Tieteen etiikan keskeiset ongelmat ja tutkimuseettiset periaatteet Suomessa. Tieteessä tapahtuu 2/2010. s. 16–19.
- Niiranen, Vuokko & Seppänen-Järvelä Riitta & Sinkkonen, Merja & Vartiainen, Pirkko 2010: Johtaminen sosiaalialalla. Gaudeamus Helsinki University Press. Haka-paino 2010.
- Nikander, Pirjo 2003: Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003: 40 279–290.
- Ojuri, Auli 1996: Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Toimitetussa teoksessa (toim. Anna Metteri) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Sosiaalityöntekijäin liitto ry. Edita. Helsinki. s. 116–128.



- Paukkunen, Leena 2003: Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Payne, Malcolm 2005: *Modern Social Work Theory*. Third edition. Palgrave Macmillan. Wales.
- Peirson, Leslea J. & Boydell, Katherine M. & Ferguson H. Bruce & Ferris, Lorraine E 2011: *An Ecological Process Model of Systems Change*. Published online 4.1.2011. Society for Community Research and Action 2010.
- Pekkarinen, Elina 2010: *Sosiaalialan arvojohtajat ja muutoksen managerit. Laadullinen katsaus sosiaalialan johtamisen tutkimuksesta*. THL. Helsinki.
- Petch, Alison 2008: *Health and Social Care: Establishing a Joint Future? Policy and Practice in Health and Social Care*. Number Six. Series editors. Edinburgh.
- Puusa, Anu & Reijonen, Helen & Juuti, Pauli & Laukkanen, Tommi 2012: *Akatemiasta markkinapaikalle – johtaminen ja markkinointi aikansa kuvina*. Baltoprint. Liettua 2012.
- Raunio, Kyösti 2009: *Olellainen sosiaalityössä*. Tammer-Paino. Tampere.
- Rintala, Taina & Elovainio, Marko & Heikkilä, Matti 1997: *Osiensa summa – Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista*. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Rothery, Michael 2001: *Ecological Systems Theory*. Teoksessa Lehmann, Peter & Coady, Nick 2001: *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice. A Generalis-Eclectic Approach*. Springer Publishing Company, Inc. New York.
- Salminen, Ari 2005: *Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet*. Editaprima Oy. Helsinki.
- Schein, E. 2004: *Organizational Culture and Leadership* (3. edition). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. 2010: *Organizational Culture and Leadership* (4. edition). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Seppälä, Anne 2006: *Yhteiskunta, sosiaalipolitiikka ja koulutus. Katsaus sosiaalialan koulutuksen kehitysvaiheisiin. Kehittämisorjahti*. Jyväskylän ammatillinen opettajakoulu.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20049/TMP.objres.149.pdf?sequence=1>. Viitattu 10.8.2015.
- Singh, Debbie 2006: *Making the Shift: Key Success Factors*. A Rapid review of best practice in shifting hospital care into the community. University of Birmingham and NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Sinkkonen, Sirkka 1993: *Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa*. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.

Sinkkonen, Merja & Laulainen, Sanna 2010: Sosiaalialan johtajien kohtaamat eettiset ristiriidat. Janus vol. 18 (3) s. 225 – 242.

[http://www.sosiaalipoliittinenyhdystys.fi/janus/0310/Janus\\_03\\_2010\\_Sinkkonen.pdf](http://www.sosiaalipoliittinenyhdystys.fi/janus/0310/Janus_03_2010_Sinkkonen.pdf)

Sipilä, Anita 2011: Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet – Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio.

Sosiaalialan ammattietiikka.

<http://www.talentia.fi/tyoelama/ammattietiikka>

Sosiaalibarometri 2011 [elektroninen aineisto]. FSD2848, versio 1.0 (2013-12-18). Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto [tuottaja], 2011. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [jakaja], 2013.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015: Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys (2015:19). (verkkajulkaisu). Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/710.

Sosiaalityön määritelmä. [http://www.talentia.fi/files/251/Sosiaalityon\\_maaritelma.pdf](http://www.talentia.fi/files/251/Sosiaalityon_maaritelma.pdf)

Sote-uudistus. <http://stm.fi/sote-uudistus>

SOTKANet-tilasto- ja indikaattoripankki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. Viitattu 10.8.2015.

Suomen sosiaali- ja terveys ry (SOSTE). <http://www.soste.fi>. Viitattu 9.8.2015.

Talentian linjaus sote-uudistukseen. <http://www.talentia.fi/materiaalit/linjaukset>. Viitattu 11.8.2015.

Taskinen, Helena & Sinkkonen, Sirkka & Kinnunen, Juha 1995: Sosiaali- ja terveys-toimen yhdistämisen alkuvaiheet Kuopiossa. Työntekijöiden kokemuksia ja arviointeja. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Taskinen, Helena 2005: Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) 4.3.2015. Integraatio sote-uudistuksessa.

<https://www.thl.fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/sote-uudistus/integraatio> Viitattu 12.8.2015.

Toikko, Timo 2012: Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Tampere.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Toim. Varantola, Krista & Launis, Veikko & Helin, Markku & Kaisa, Sanna. Helsinki.
- Vaininen Satu 2011: Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina. Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere 2011.
- Vehkalahti, Kimmo 2007: Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Vartola, Juha 2005: Näkökulmia byrokraatiaan. Juvenes print Oy. Tampere.
- Virkki, Tuija & Vartiainen, Anssi & Kettunen, Pekka & Heinämäki, Liisa 2011: Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Parasuudistuksesta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a2654dbd-67e5-4b1a-9f4b-cccc5cd17ada>
- Vilka, Hanna 2007: Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Vuorikoski, Marjo 1999: Sosiaalityön professionalistuminen ja koulutus. Vammalan kirjapaino Oy. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Väärälä, Reijo 2015: Sote-ratkaisun päätöksenteko: Mikä ratkaisu kaupunkikeskuksille ja sosiaalihuollolle? Teoksessa SOTE-uudistus -kipupisteitä ja uusia avauksia sosiaalihuollolle. Toim. Ulla Salonen-Soulie. Huoltaja säätiö. Helsinki. [http://huoltaja--saatio-fi-bin.directo.fi/@Bin/9302988d7f07eef8a5c0527924149992/1439113467/application/pdf/234806/HuSa\\_SOTE-uudistus%20-%20kipupisteit%C3%A4%20ja%20uusia%20avauksia%20sosiaalihuollolle.pdf](http://huoltaja--saatio-fi-bin.directo.fi/@Bin/9302988d7f07eef8a5c0527924149992/1439113467/application/pdf/234806/HuSa_SOTE-uudistus%20-%20kipupisteit%C3%A4%20ja%20uusia%20avauksia%20sosiaalihuollolle.pdf). Viitattu 9.8.2015.
- Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <http://www.fsd.uta.fi>. Viitattu 9.8.2015.