Eve Moilanen
SOSIAALITYÖN PALVELUOHJAUS PALVELUJA JÄRJESTÄVÄSSÄ JULKISESSA ORGANISAATIOSSA
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
2018

**Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta**
Työn nimi: Sosiaalityön palveluohjaus palveluja järjestävässä julkisessa organisaatiossa
Tekijä: Eve Moilanen
Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö
Työn laji: Pro gradu –työ _X_ Sivulaudaturtyö__ Lisensiaatintyö__
Sivumäärä: 115
Vuosi: 2018

**Tiivistelmä:**

Tutkielman tarkoituksena on selvittää, mitä on palveluohjaus sosiaalipalveluja järjestävän organisaation sosiaalityössä. Aihetta käsitellään kahtena kokonaisuutena: teoreettisena katsauksena sosiaalityöhön ja palveluohjaukseen hyvinvointivaltiollisessa viitekehyksessä sekä kvantitatiivisin menetelmin toteutettuna empiirisenä tutkimuksena reaalimaailman esimerkkiyksikössä. Tutkielmassa on teoreettiselle ja empiiriselle osalle yhteiset johdanto, tutkimuskysymys ja johtopäätökset. Rakenteellisen ratkaisun tavoitteena on kytkeä laaja teoriakatsaus ja yhden yksikön toimintaan kohdentuva empiirinen tapaustutkimus yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Tutkielman ensimmäinen osa on menetelmällisesti teoreettinen tutkimus, jossa tutkimustehtävään haetaan vastauksia tutkimuskirjallisuudesta. Tutkielman toisessa, empiirisessä osassa analyysissä käytetään tilastollisia perus-ja monimuuttujamenetelmiä kuten suoria jakaumia, faktorianalyysiin perustuvia summamuuttujia ja moniulotteista korrespondenssianalyysia. Aineistona on aiemman palveluohjausta käsittelevän tutkimuksen yhteydessä kerätty aineisto.

Toimintaympäristön muuttuessa ei sosiaalityön perusta muutu, mutta yhteiskunnalliseen muutokseen tulee sosiaalityön professiona ja työkäytännöissään reagoida. Markkinaistumiskehitys haastaa hyvinvointivaltion ja sosiaalityön ideoiden mukaiset arvot ja totutut toimintaperiaatteet. Sosiaalityön asiakasprosessi todentuu tapauskohtaisena asiakastyönä, johon sisältyy sosiaalityön rakenteellinen ja kriittinen ulottuvuus. Palveluja järjestävän organisaation sosiaalityön palveluohjaus näyttäytyy osana sosiaalityön asiakasprosessia ja on yksi sosiaalityössä käytettävä työmenetelmä. Sosiaalihuollon perus- ja erityistason palvelujen luokittelua ja niissä toimivien työntekijöiden koulutus- ja osaamisperusteista työnjakoa voi tarkastella palveluohjauksen tasojen mukaisesti. Tätä tukee myös sosiaalityötä ja sosiaalipalveluja ohjaava lainsäädäntö.

**Avainsanat:**

sosiaalityö, palveluohjaus, hyvinvointivaltio, julkinen hallinta, managerialismi, yhteistyö

**Muita tietoja:**

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi x
Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi _
(vain Lappia koskevat)

Sisällys

1 Johdanto ..... 1
2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys ..... 4

I OSA: TEOREETTINEN KATSAUS SOSIAALITYÖHÖN JA PALVELUOHJAUKSEEN HYVINVOINTIVALTIOSSA ..... 7
3 Sosiaalilainsäädännön toteumia hyvinvointivaltiossa ..... 7
3.1 Sosiaalityö ..... 7
3.2 Palveluohjaus ..... 13
4 Sosiaalityö ja hyvinvointivaltio ..... 21
4.1 Länsimainen hyvinvointivaltio ..... 21
4.2 Pohjoismainen hyvinvointivaltio ..... 25
5 Hyvinvointivaltion muutos sosiaalityön toimintaympäristönä ..... 31
5.1 Julkinen hallinta ja managerialistinen käänne ..... 31
5.2 Yhteiskunnalliset näkökulmat muutokseen ..... 37
6 Sosiaalihuollosta hyvinvointiretoriikkaa ..... 42
6.1 Organisatorinen tilintekovelvollisuus ..... 42
6.2 Kriittinen ja rakenteellinen sosiaalityö ..... 45

II OSA: EMPIIRINEN ESIMERKKI PALVELUJA JÄRJESTÄVÄN YKSIKÖN PALVELUOHJAUKSESTA ..... 51
7 Tutkimusetiikka, aineisto ja tutkimusmenetelmät ..... 51
7.1 Tutkimusetiikka ..... 51
7.2 Tutkimusmenetelmät ..... 53
7.3 Analyysin eteneminen ..... 56
8 Kokonaiskuva tutkittavan yksikön palveluohjauksen toteutumisesta ..... 61
8.1 Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon substanssityöstä ..... 61
8.2 Kokemus palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja palvelujen suunnittelusta ..... 63
8.3 Asiakkuuksien painotukset ammattiryhmittäin ..... 65
9 Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palveluohjauksen prosessissa ..... 69
9.1 Palvelutarpeen arvioinnin vaihe (PTA) ..... 69
9.2 Palvelujen suunnittelun vaihe (PSPP) ..... 74
9.3 Palvelujen toteuttamisen vaihe (PT) ..... 78
9.4 Palvelujen seuranta- ja arviointivaihe (PSPA) ..... 83

10 Johtopäätökset ..... 88

LÄHTEET ..... 98
LIITE 1: Kyselylomake ..... 105
LIITE 2: Muu asiakasryhmä, avoimet vastaukset ..... 110

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Tutkimusasetelma ..... 5
Kuvio 2. Sosiaalityön asiakkuusprosessi osana rakenteellisen sosiaalityön tavoitteita Niemelän (2012) tapauskohtaisen sosiaalityön –prosessin vaiheita mukaillen. ..... 11
Kuvio 3. Sosiaalihuollon palveluprosessi, esimerkkinä iäkkäiden palvelujen asiakkuus (THL 2017, 4). ..... 12
Kuvio 4. Palveluohjauksen porrastuksen teoreettinen kehys (Honkakoski ym. 2015) ... 17
Kuvio 5. Palveluohjauksen prosessi (mm. Ala-Nikkola & Valokivi 1997; Ala-Nikkola & Sipilä 2000; Hänninen 2007) ..... 19
Kuvio 6. Ruotsalaisen ja suomalaisen hyvinvointivaltion erojen vertailua (mm. Raija Julkunen 1992 ja 2006a, Timo Piirainen 1992 ja Olli Kangas 2000) ..... 30
Kuvio 7. Teoreettiset paradigmat asetettuna vasemmisto-oikeisto janalle Mullalyn (2007) mukaisesti ..... 37
Kuvio 8. Kriittisen uudelleenrakentamisen prosessi Fookia (2002) mukaillen ..... 49
Kuvio 9. Tutkielman teoreettinen osa kriittisen uudelleenrakentamisen prosessina (vrt. Fook 2002) ..... 50
Kuvio 10. Analyysin eteneminen tiedonkeruussa käytetyn palvelutarpeen arvioinnin prosessin mukaisesti ..... 58
Kuvio 11. Laatikkojana (boxplot) –kuvion tulkintaohje Honkakoskea ym. (2015, 108) mukaillen ..... 59
Kuvio 12. Vastaajien lukumäärä (n=47) ammattiryhmittäin ..... 61
Kuvio 13. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä vuosina ammattiryhmittäin ..... 62
Kuvio 14. Kokemus palvelutarpeen arviointien ja palvelusuunnitelmien tekemisestä vuosina ammattiryhmittäin ..... 64
Kuvio 15. Arvio palveluohjauksen tarpeesta asiakkuuksittain ..... 67
Kuvio 16. MCA – Kokonaisarvio palveluohjauksen tarpeesta ..... 68
Kuvio 17. PTAn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 69
Kuvio 18. PTAn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain ..... 70
Kuvio 19. PTAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 71
Kuvio 20. PTAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain ..... 72
Kuvio 21. PTA MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa ..... 73
Kuvio 22. PSPPn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 74
Kuvio 23. PSPPn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain ..... 75
Kuvio 24. PSPPn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 76
Kuvio 25. PSPPn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain ..... 76
Kuvio 26. PSPP MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelujen suunnittelun vaiheessa ..... 77
Kuvio 27. PTn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 79
Kuvio 28. PTn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain ..... 80
Kuvio 29. PTn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 81
Kuvio 30. PTn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain ..... 81
Kuvio 31. PT MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelujen toteuttamisen vaiheessa ..... 82
Kuvio 32. PSPAn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 84
Kuvio 33. PSPAn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain ..... 84

Kuvio 34. PSPAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin ..... 85
Kuvio 35. PSPAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain ..... 86
Kuvio 36. PSPA MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelujen seurannan ja palvelusuunnitelman arvioinnin vaiheessa ..... 87
Kuvio 37. Sosiaalihuollon prosessien yhdenmukaisuuksia ja eroavuuksia ..... 91
Kuvio 38. Palveluohjauksen porrastuksen teoreettinen kehys (Honkakoski ym. 2015) sovellettuna esimerkkiyksikön palveluohjauksen asiakkaiden arvioituun palveluohjauksen tarpeeseen ..... 95

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Yhteistyön toteutuminen asteikolla 0–5 ..... 59
Taulukko 2. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä ..... 62
Taulukko 3. Kokemus palvelutarpeen arviointien tekemisestä ..... 64
Taulukko 4. Asiakkuuksien painotukset ammattiryhmittäin ..... 66
Taulukko 5. PTAn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä ..... 69
Taulukko 6. PTAn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä ..... 71
Taulukko 7. PSPPn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä ..... 74
Taulukko 8. PSPPn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä ..... 75
Taulukko 9. PTn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä ..... 79
Taulukko 10. PTn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä ..... 80
Taulukko 11. PSPAn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä ..... 83
Taulukko 12. PSPAn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä ..... 85

# 1 Johdanto

Tutkimukseni aiheena on julkisella sektorilla toimivan, sosiaalipalveluja järjestävän organisaation kontekstissa tapahtuva sosiaalityö ja palveluohjaus. Kiinnostuin aiheesta seurattuani valtakunnallista keskustelua sosiaalihuollon lainsäädännön-, kunta- ja palvelurakenne-, sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudistukseen liittyen ja hahmotellessani sosiaalityön roolia ja tehtäviä osana uudelleen muotoiltavana olevaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta.

Tutkimukseni rakentuu kahdesta osasta. Ensimmäinen osa on teoreettinen ja tutkimuskohteena on sosiaalityön idea ja rooli yhteiskunnallisessa muutoksessa. Muutoksen näkökulmana on hyvinvointivaltion markkinaistumiskehitys. Toinen osa on empiirinen tutkimus, jossa kohteena on moniammatillinen palveluja järjestävä sosiaalihuollon toimintayksikkö. Toimintayksikössä arvioidaan asiakkaiden palvelujen tarpeita ja järjestetään sosiaalihuoltolain (L 30.12.2014/1301) ja sosiaalihuollon erityislakien (mm. L 23.6.1977/519; L 3.4.1987/380; L 2.12.2005/937) mukaisia palveluja, sekä terveydenhuoltolain (L 30.12.2010/1326) mukaisia palveluja, kuten kotisairaanhoitoa osana sosiaalihuollon kotona asumista tukevien palvelujen kokonaisuutta. Toimintayksikön asiakkuuksia ovat vaikeavammaiset ja kehitysvammaiset henkilöt, ikäihmiset sekä mielenterveyskuntoutujat.

Tutkimukseni aihe on yhteiskunnallisesti ajankohtainen. Meneillään on valtakunnallisesti merkittäviä muutoksia sosiaalihuollon lainsäädännössä, kuntien toiminnassa, sosiaali- ja terveyspalvelujen integroitumisessa sekä julkiseen hallintaan kuuluvien palvelujen järjestämisvastuissa. Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistuksen tavoitteiksi on määritelty muun muassa siirtyminen hyvinvoinnin edistämistä ja sosiaalisten ongelmien ehkäisemistä painottaviin toimiin rakenteellista sosiaalityötä hyödyntäen, nykyistä tehokkaampaan palvelujen tuottamiseen sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön vahvistamiseen (STM 2010:19, 49–50; STM 2012:21, 89; HE 164/2014). Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistus on suunniteltu toteutettavan kolmivaiheisesti. Ensivaiheessa valmistellaan uusi sosiaalihuoltolaki, jonka jälkeen tarkistetaan sosiaalihuollon erityslainsäädäntö ja lakien rajapinnat. (STM 2012:21, 14.)

Valmisteilla on sosiaalihuollon lainsäädännön uudistuksen lisäksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräistä siihen liittyvistä laeista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on alkuperäisesti ehdotettu järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportin esityksen mukaan koottavan sosiaali- ja terveysalueille, joihin jokaisen kunnan on kuuluttava. Raportissa ehdotettiin järjestämisvastuun toteuttamista vastuukuntamallilla, jossa maakuntien keskuskaupungit toimisivat vastuukuntina. Ehdotetun mukaan vastuukunnalla olisi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu, mutta ei velvollisuutta itse tuottaa tai toteuttaa järjestämisvastuuseen sisältyviä palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ohjaus, suunnittelu ja yhteensovittaminen, sekä tarvittaessa myös palvelujen tuottaminen kuuluisi viiden erityisvastuualueen toimintaan. (STM 2013:45, 63–65.)

Järjestämislain valmisteluryhmän antaman loppuraportin jälkeen on tapahtunut paljon, eikä lopullista lainsäädäntöä asiassa ole vielä vahvistettu. Parhaillaan meneillään oleviin valtakunnallisiin tapahtumiin liittyvät keskeisesti edellä mainitut päätökset, joiden perusteella jatkoa on seurannut. Valtioneuvosto antoi maaliskuussa 2014 tiedotteen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä viiden vahvan alueellisen järjestäjän toimesta. Alueet muodostetaan nykyisten erityisvastuualueiden pohjalle, ja hallintomallina on kuntien rahoittama kuntayhtymä. (Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen.) Sosiaali –ja terveydenhuollon (jatkossa sote) kokonaisuudistusta valmistellut parlamentaarinen ohjausryhmä tiedotti kesällä 2014 sote-järjestämislain jatkotoimenpiteistä. Perustan muodostavat järjestämisvastuulliset sote-alueet. Sote-alueen muodostavat kaikki alueen kunnat. Palvelujen tuottamisvastuun antamisesta kunnille ja kuntayhtymille päättää sote-alue järjestämispäätöksen mukaisesti. Sote-alue myös ohjaisi tuottamisvastuussa olevia tahoja. (HE 4.12.2014; STM Tiivistelmä lakiesityksestä 2014) Koska lainsäädäntöä ei ole vielä hyväksytty, nimitän palvelujen järjestämisestä vastaava tahoa järjestämisvastuulliseksi organisaatioksi tai sote-alueeksi, jolla tarkoitan mahdollisia tulevia sote-alueita ja maakunnallisia hallintorakenteita.

Tutkimuksessani tarkastelen sosiaalityötä ja sen toteutumista yhdistäen sen ajankohtaiseen yhteiskunnalliseen muutokseen ja käytännön sosiaalityöhön todellisessa työelämän kontekstissa. Tutkielmallani tavoittelen tiedon lisäämistä palvelujen järjestämiseen liittyvästä sosiaalityöstä, palveluja järjestävässä organisaatiossa tapahtuvan palveluohjauksen

sisältöjen ja määritelmän tarkentamisesta sekä palveluohjauksesta asiakkaiden palveluntarpeisiin vastaavana työmenetelmänä, sosiaalihuollon työorientaationa ja ammattinimikkeenä.

Sosiaalipalveluja järjestävässä organisaatiossa tapahtuvan palveluohjauksen tutkiminen on ajankohtaista sosiaalihuollon asiakkaiden näkökulmasta palvelujen tarpeiden arvioimisen ja tunnistamisen sekä palvelujen oikea-aikaisen järjestämisen ja koordinoimisen kannalta. Palvelujen järjestämisvastuullisissa organisaatioissa asiakkuuksien rajapinnassa toteutettava ammatillinen sosiaalihuolto tarkoittaa vaativia sosiaalityön asiantuntijatehtäviä. Hallinnon näkökulmasta tutkimukseni ajankohtaisuus kiinnittyy aiemmin mainittujen lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisen osaamisen tarkoituksenmukaisen kohdentamisen tarkasteluun lakisääteisiä palveluja järjestävissä organisaatioissa.

Tutkielmani rakenne mahdollistaa valitsemani aiheen tarkastelun kahdesta näkökulmasta. Ensimmäisessä osassa käsittelen yhteiskunta- ja sosiaalitieteellisestä viitekehyksestä sosiaalityötä ja palveluohjausta liittäen ne hyvinvointivaltion markkinaistumisen muutoksen näkökulmaan. Toisessa osassa tutkin tapaustutkimuksena kvantitatiivisen empiirisen aineiston avulla palveluohjauksen toteutumista yhdessä työelämän esimerkkiyksikössä. Empiirisen osan tutkimusote on palveluohjausta toteuttavien ammattiryhmien välisiä työskentelyn painotuksia ja asiakasryhmittäisiä eroja vertaileva. Osat voi lukea tutkittavaa ilmiötä selittävinä ja kuvailevina kokonaisuuksina ja osilla on oma tutkimuksellinen tavoite kokonaisuudessa. Tutkielmassani on yksi, molemmille osille yhteinen tutkimuskysymys sekä yhteiset luvut johdannolle, tutkimuksen tavoitteelle ja johtopäätöksille. Rakenteellisen ratkaisun tavoitteena on osien yhteen sitominen ja palveluja järjestävän organisaation sosiaalityön palveluohjauksen hahmottaminen suhteessa teoriaan ja empiriaan.

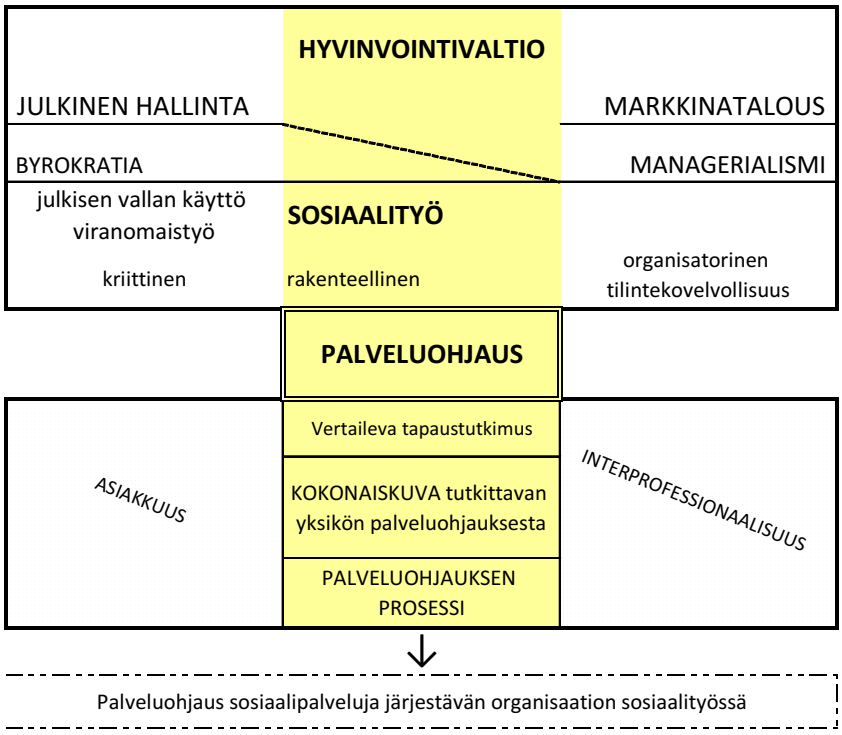
## 2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys

Olen kiinnostunut sosiaalityön palveluohjauksesta sosiaalityön, julkisen hallinnan ja kansalaisen näkökulmista. Sosiaalityön palveluohjaus kiinnostaa itseäni paitsi sosiaalihuollon palvelurakenteiden muutosten ajankohtaisuuteen liittyvänä tapana järjestää palveluja, myös palveluajattelun ollessa kiinteänä osana sosiaalihuollon ja sosiaalityön toteuttamista. Palveluajattelu toisaalta kuuluu sosiaalityöhön, mutta itsekseen se on riittämätön sosiaalityön käytännöissä. Palveluohjausta käsitteenä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös muilla toiminta-alueilla niin julkisella kuin yksityis- ja järjestösektorilla. Palveluohjaus tarkoittaa eri asioita riippuen siitä, mistä näkökulmasta tai perustehtävästä sitä miltäkin toimialalta tarkastelee.

Tutkielmani tavoitteena on selvittää, ***mitä on palveluohjaus sosiaalipalveluja järjestävän organisaation sosiaalityössä.*** Tämä on myös tutkielmani tutkimuskysymys. Tutkimuskysymykseeni vastaaminen voi edesauttaa sosiaalityön palveluohjauksen tarkastelua myös nykyisiä julkisorganisaatioita laajemmassa kontekstissa, kuten maakunta- tai muussa vastaavassa järjestämisvastuullisessa organisaatiossa.

Tutkimusaihetta lähestyn hyvinvointivaltioperspektiivistä. Käsitykseni hyvinvointivaltiosta perustuu julkisen vallan ja sen säätelemän markkinatalouden ehtojen yhteensovittamiselle (esim. Julkunen 1992; Eräsaari 1995; Kiander & Lönnqvist 2002a ja 2002b). Sosiaalityö on osa julkista hallintaa, koska julkisen hallinnan kontekstissa toimiessaan sosiaalityöhön kuuluu julkisen vallan käyttöä suhteessa asiakkaina oleviin kuntalaisiin. Sosiaalityön voi määritellä hyvinvointivaltiolliseksi instituutioksi, koska se kytkeytyy sekä globaalissa että suomalaisessa kontekstissa kiinteästi hyvinvointivaltion kehitykseen (ks. Parton & O'Byrne 2000; Payne 2005; McDonald 2006; Karvinen-Niinikoski 2009) ja on suomalaisen sosiaalihuollon keskeinen toimija erityisesti vaativissa sosiaalihuollon ja sosiaalityön tehtävissä.

Tutkielmani ensimmäisessä, teoreettisessa osassa tarkastelen sosiaali- ja yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta hyvinvointivaltion markkinaehtoistumisen seurauksena tapahtuneita muutoksia julkisessa hallinnassa, sosiaalityötä muutosta tavoittelevana professiona ja hyvinvointivaltiollisena instituutiona sekä palveluohjausta terminä ja sosiaalihuollon työmenetelmänä julkisen sosiaalihuollon toimintayksikössä. Tutkimusasetelmassa kuviossa 1 on kuvattu osien I ja II keskeiset käsitteet ja hahmoteltu niiden suhteita toisiinsa.




*Kuvio 1. Tutkimusasetelma*

Näkökulmani on laaja, mutta pyrin osoittamaan, että valitsemani teoreettiset teemat kytkeytyvät kiinteästi toisiinsa nykymuotoisessa hyvinvointivaltiossa ja teemat muodostavat sekä ajallisen jatkumon että ajankuvan globaaliin kontekstiin suhteutuvasta muutoksesta, jossa hyvinvointivaltiokokonaisuudesta siirrytään johdonmukaisesti hyvinvointiyhteiskunnan osasiin. Hyvinvointivaltion markkinaistumiskehityksen ja sosiaalityön roolin tarkastelu toimii sekä itsenäisenä katsauksena yhteiskunnalliseen muutokseen, että taustoittavana viitekehyksenä tutkielmani empiiriseen osaan.

Tutkielmani toisessa, empiirisessä osassa tarkastelen sosiaalityön palveluohjausta sosiaalipalveluja järjestävässä, julkista valtaa käyttävässä esimerkkiyksikössä, jossa palveluohjaus on otettu työmenetelmäksi järjestettäessä palveluja sosiaalihuollon asiakkaille. Empiirinen osa tutkielmastani on tapaustutkimusta ja analyysissa painottuu vertaileva ote.

Tapaustutkimuksen tavoitteena on ymmärtää yleisemmin inhimillistä tai ihmisyhteisöjen toimintaa yhden tutkittavana olevan tapauksen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen lisäksi. Tapaustutkimuksessa ymmärtäminen kietoutuu tapauksen kontekstiin, eli siihen toimintaympäristöön ja niihin raameihin, joissa ilmiö tapahtuu, ja jonka lähtökohdissa se on ymmärrettävä. (Leino 2007, 214, 216–217.)

Teoreettisen ja empiirisen tutkimusotteen avulla tavoittelen vastausta tutkimuskysymykseeni sosiaalityön palveluohjauksesta. Tutkielmassani kuljetan johtolankana hyvinvointivaltion ja sosiaalityön suhdetta, rakenteellista sosiaalityötä sosiaalityöhön sisältyvänä orientaationa ja palveluohjausta sosiaalityön työmenetelmänä. Nämä kaikki suhteutuvat reaalimaailmassa yhteiskunnallisiin, alueellisiin ja organisatorisiin konteksteihinsa, jotka muuttuessaan haastavat totutut tavat toimia sosiaalisen toiminta-alueella. Tutkielmani empiirisen osion sijoittuessa todelliseen työelämänkontekstiin tavoitteena on jo aiemmin tutkittuun tietoon perehtymällä ja tutkimuskysymykseen vastaamalla tuottaa tietoa palveluja järjestävässä organisaatiossa tehtävästä sosiaalityön palveluohjauksesta.

# I OSA: TEOREETTINEN KATSAUS SOSIAALITYÖHÖN JA PALVELUOHJAUKSEEN HYVINVOINTIVALTIOSSA

## 3 Sosiaalilainsäädännön toteumia hyvinvointivaltiossa

### 3.1 Sosiaalityö

Hyvinvointi ja sen mahdollistavien elinolosuhteiden edistäminen ihmisen toimintakykyä ylläpitämällä on keskeinen osa sosiaalityön muutokseen pyrkivää ammatillista perustaa (ks. McDonald 2006, 21; Kilpeläinen 2009, 80; Niemelä 2009, 210; Raunio 2009, 59; Forssén ym. 2012, 15). Toisaalta kansalaisten poikkeavina tai haitallisina näyttäytyviä tapoja elää pyritään sovittamaan tavanomaiseen yhteiskunnan jäsenyyteen (Banks 2004, 27; Juhila 2009, 54). Hyvinvoinnin ja osallisuuden edistämisen näkökulma on keskeisessä asemassa myös uudistuvassa suomalaisen sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudessa. Yhteiskunnallisesti on tavoiteltavaa, että ihmiset olisivat kykeneväisiä vaikuttamaan elinympäristöönsä, olemaan osallisia perustarpeidensa tyydyttämisessä ja käyttäisivät valtaa omaan hyvinvointiin liittyvien asioiden päättämisessä (Ranta-Tyrkkö 2009, 43).

Sosiaalityössä ihmiset kohdataan subjekteina, ainutlaatuisina yksilöinä, joiden henkilökohtaisia valintoja ja itsemääräämisoikeutta arvostetaan ja elämänhallintaa vahvistetaan tarpeen mukaan sosiaalityön keinoin (Juhila 2009, 47, 52). Yksittäisten asiakkaiden ongelmanratkaisuprosessin tukena toimimisen lisäksi sosiaalityön roolina on ehkäistä ongelmia yhteiskunnallisesti vaikuttamalla ongelmien syntyyn (Raunio 2009, 60).

Hallituksen esityksessä sosiaalihuoltolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 164/2014) tavoitteiden ja keskeisten ehdotusten luku aloitetaan määrittelemällä hyvinvointivaltion perustaksi solidaarisuus ja yhteisvastuu. Tavoitteina on muun muassa sosiaalihuollon yhdenvertaisuuden ja saavutettavuuden edistäminen, painopisteen siirtäminen korjaavasta työstä varhaiseen tukeen ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä asiakaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen työskentelyn vahvistaminen. Keskeisinä ehdotuksina tavoitteiden toteuttamiseksi on esityksessä määritelty kaikkien sosiaalihuollon asiakkaiden oikeus palvelutarpeen arviointiin ja omatyöntekijään sekä rakenteellisen sosiaalityön hyödyntäminen sosiaalisten ongelmien korjaamisessa ja ehkäisemisessä. Hallituksen esityksessä rakenteellisella sosiaalityöllä tarkoitetaan asiakastyössä asiakkaiden tarpeista saatavan tiedon yhdistämistä yhteiskunnalliseen kontekstiin. Saadun tiedon perusteella tulee

kehittää toimenpiteitä sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi, hyvinvointia edistävien ja tukevien olosuhteiden ylläpitämiseksi ja muodostaa tavoitteita tukevia rakenteita. Rakenteellisen sosiaalityön todetaan sisältyneen lainsäädäntöön jo aiemmin ja nyt korostetaan erityisesti sen yhteiskunnallista merkitystä. (HE 164/2014.)

Uudistettuun sosiaalihuoltolakiin (13.12.2014/1301) on kirjattu sosiaalityötä ohjaavana määritelmänä rakenteellinen sosiaalityö (7 §). Rakenteelliseen sosiaalityöhön sisältyy velvoite sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittymisestä ja sosiaalisen asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Siihen kuuluu lain mukaan asiakastyöhön perustuva tiedontuotanto, tavoitteellinen työskentely ja toimenpiteet sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi yhteiskunnallisesti ja paikallisesti sekä sosiaalisen asiantuntemuksen sisällyttäminen osaksi kunnallista suunnittelua ja yhteistyötä muiden toimialojen kanssa. (L 30.12.2014/1301.)

Asiakkuuteen liittyvistä, sosiaalityötä velvoittavista lainkohdista nostan lisäksi tarkasteluun säädökset erityistä tukea tarvitsevasta henkilöstä ja -lapsesta (3.3 §, 3.6 §, 8 §), sosiaalityön määritelmästä (15 §), palvelutarpeen arvioinnista erityistä tukea tarvitsevaan henkilöön liittyen (36 §) ja omatyöntekijästä (42 §). Rakenteellinen sosiaalityö on toimintana sosiaalityöhön sisältyvä ohjenuora ja toimintatapa, joka korostuu erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden kohdalla nyt myös lainsäädännössä: viranomaisten velvollisuutena on erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen. Erityisen tuen tarpeessa olevan lapsen ja muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin tekemisestä vastaavalla viranomaisella tulee olla sosiaalityöntekijän kelpoisuus. Asiakkuuden ajaksi on nimettävä omatyöntekijä, ellei nimeäminen ole perustellusta syystä tarpeetonta. (L 30.12.2014/1301.)

Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihuoltolaissa yksilön, perheen- tai yhteisön tarpeita vastaavan sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuutta rakentavaa asiakas- ja asiantuntijatyötä. Sosiaalityöllä sovitetaan sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuutta yhteen muiden kokonaisuuden kanssa ja seurataan sen toteutumista ja vaikuttavuutta. Sosiaalityöllä tuetaan ja tavoitellaan muutosta. Työskentely tapahtuu yksilö-, perhe- ja yhteisötasoilla tapauskohtaisesti kontekstissaan, mutta aina osana laajempaa yhteiskunnallista kokonaisuutta. (L 30.12.2014/1301.)

Suomessa sosiaalityö on määritelty tiedeyliopistossa ylemmän korkeakoulututkinnon ja sosiaalityön pääaineopinnot suorittaneiden tehtäväksi. Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015 tuli voimaan 26.6.2015 ja siirtymäaikaa ammattihenkilöiden rekisteröitymiseen on 31.12.2017 saakka. (L 26.6.2015/817) Sosiaalityöntekijän kelpoisuudesta säädettiin aiemmin laissa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. (L 29.4.2005/272). Kelpoisuuslainsäädäntöä on sovellettu kunnissa moninaisesti. Lain tukena ei ennen ammattihenkilölakia ole ollut Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ylläpitämää ja lailla säädettyä sosiaalihuollon ammattihenkilöiden rekisteriä, josta kuntalainen voisi sosiaalihuollon ammattihenkilön ammattipätevyyden tarkistaa (vrt. Valvira). Käytännössä sosiaalityön tehtäviä ovat toteuttaneet myös muut, kuin ammatillisesti pätevät sosiaalityöntekijät (mm. Blomgren & Kivipelto 2012, 23; Saarinen ym. 2012, 405 Mänttäri-Van Der Kuip 2013, 8).

Sosiaaliset olosuhteet ovat yksilöiden ja perheiden hyvinvoinnin, terveyden, kuntoutumisen ja avun saamisen kannalta merkityksellisiä (Kinnunen 2010, 46). Terveydellisen eriarvoisuuden ja tulonjaollisen eriarvoisuuden onkin todettu olevan kiinteästi kytköksissä toisiinsa (Kangas 2013, 53–54). Sairaudet kasautuvat pienituloisiin kotitalouksiin. Apua haetaan terveydellisiin ongelmiin ja terveyteen liittyvissä huolissa, kuten tuloihin nähden suuriin lääke- ja terveydenhoitokuluihin, joita maksukatot eivät riittävästi kompensoi, pitkäaikaissairauteen tai omaan tai läheisen vaikeasta sairaudesta aiheutuneeseen hätään ja uupumukseen. Julkiset palvelut eivät yksiselitteisesti aina vastaa köyhimpien avun tarpeisiin: yhteydensaanti terveyspalveluihin, riittämätön hoito tai sairaalasta kotiuttaminen ilman suunniteltuja avopalveluja, palvelupisteiden fyysisesti pitkät etäisyydet ja riittämätön ohjaus ja neuvonta heikentävät luottamusta ja motivaatiota hakeutua palveluihin ja hoitaa terveyttä. Kaikilla ei ole tietoja ja taitoja ottaa selvää omaan tilanteeseen liittyvistä asioista tai hakea palveluja kirjallisen käytännön mukaisesti, joten avun hakeminen voi jäädä tekemättä. (Kinnunen 2010, 46–53.)

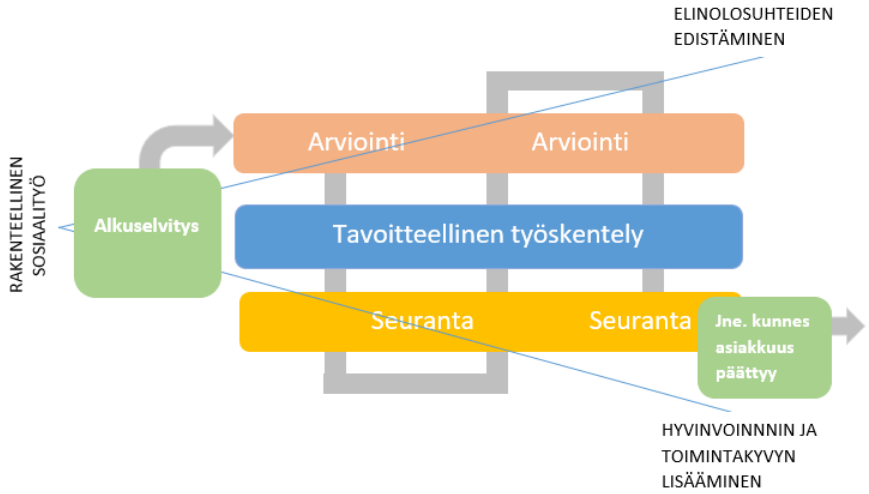
Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän monimutkaisuuden ja vaikeaselkoisuuden on arvioitu olevan yhtenä osasyynä siihen, ettei osalle väestöä ole pystytty kompensoimaan huonosta terveydestä aiheutuvia taloudellisia ja sosiaalisia haittoja. Sosioekonomisten terveyserojen muodostumisessa terveys voi olla keskeinen määrittäjä yksilön terveyden suunnan valikoitumisessa, jolloin hyvä terveys voi edistää sosiaalista nousua ja huono heikentää sosioekonomista asemaa. Palvelujärjestelmän kohtaamattomuus ja puutteet

voivat syventää yksilön taloudellista ja sosiaalista ahdinkoa, joka näkyy kansanterveydellisesti mitattuna eroina elintavoissa sosioekonomisen aseman perusteella. Terveyserojen vähentämisen pyrkimyksissä tulisikin huomioida yksilön elintapojen lisäksi myös sosiaaliset olosuhteet, jotka voivat joko edistää tai haitata yksilön panostamista omaan terveyteensä. (Palosuo ym. 2013, 19–20.)

Sosiaalityössä voi olla tilanteita, jossa asiakkailla ei ole voimavaroja valita vaihtoehdoista tai heillä ei ole perusteltua käsitystä erilaisten vaihtoehtojen soveltuvuudesta yksilöllisiin elämäntilanteisiinsa. Tällöin pelkästään palveluista tiedottaminen tai pintapuolinen ohjaus ja neuvonta voi olla riittämätöntä, jotta asiakkaan yksilölliset palveluntarpeet tulisivat tunnistetuiksi ja yhdistetyiksi olemassa olevien palvelujen kanssa. (mm. Ala-Nikkola & Sipilä 2000, 63, 68, 75; Hänninen 2007, 11–12; Kananoja ym. 2007, 234; Raunio 2009, 174–175.)

Tavanomainen tapa tehdä sosiaalityötä on tapauskohtainen sosiaalityö, joka todentuu asiakkaan tai asiakasperheiden ja sosiaalityöntekijän välisessä kasvokkaisessa vuorovaikutustilanteessa (Banks 2004, 30; Toikko 2009, 271). Sosiaalityö toteutetaan tapauskohtaisesti auttamalla asiakasta hänen yksilöllisessä elämäntilanteessaan (Niemelä 2012, 21–33).

Tapaus ei määrity ainoastaan yksilön ongelmanratkaisuun keskittyvänä sosiaalityönä, vaan myös yhteisön ongelmien ratkaisuun kohdentuvana rakenteellisena työnä siten, että tapaus määrittyy aina tietyssä kontekstissa tapahtuvaksi rajatuksi ilmiöksi. Tapauskohtaista sosiaalityötä voi tarkastella case study, case work ja case evaluation –prosessin etenemisen mukaisena toimintana, jossa sosiaalityön prosessi etenee alkuselvityksestä ja tilannearvion tekemisestä tavoitteelliseen työskentelyyn asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi, jota arvioidaan ja seurataan. Tarvittaessa sosiaalityön prosessi aloitetaan uudelleen, mikäli valitut keinot eivät ole tuottaneet tarkoituksenmukaista tulosta. (Niemelä 2012, 21–33.)



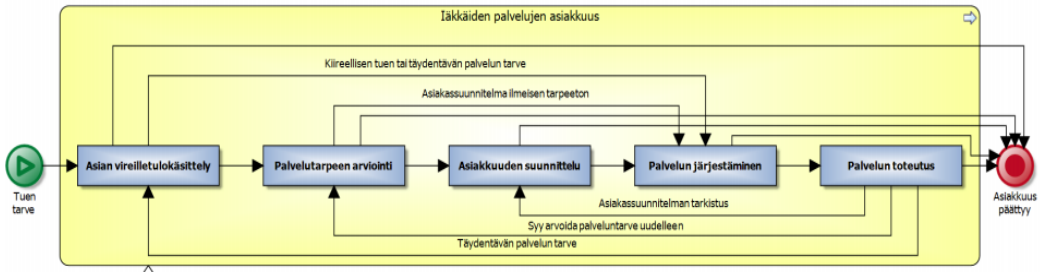

*Kuvio 2. Sosiaalityön asiakkuusprosessi osana rakenteellisen sosiaalityön tavoitteita Niemelän (2012) tapauskohtaisen sosiaalityön –prosessin vaiheita mukaillen.*

Sosiaalityön asiakasprosessi etenee rakenteellisen sosiaalityön viitekehyksessä (Kuvio 2). Tapauskohtaisen sosiaalityön prosessi kulkee tilanteen alkuselvityksestä arvioinnin, tavoitteellisen työskentelyn ja seurannan - tarvittaessa toistuvien - vaiheiden kautta asiakkuuden päättymiseen. Prosessi etenee vaiheesta toiseen yksilöllisten tilanteiden mukaisesti. Arviointiin (case evaluation) sisältyy sosiaalityön normittava ote, jossa tehdään yksilöllisiä palvelun tarpeiden ja käytettävissä olevien keinojen yhteensovittamista, seuranta (case study) sisältää suostuttelevaa, motivoivaa ja pakottavaakin otetta muutoksen tukena. Tavoitteellinen työskentely (case work) on sosiaalityön toteutumaa, jota seurataan ja arvioidaan. Työskentelyprosessin aikana elämä kantaa ja kamppaa, jonka mukaisesti myös sosiaalityön intensiteetti ja työskentelyn tavoitteet ja keinot määrittyvät.

Tapauskohtainen työskentely ei ole missään vaiheessa irrallaan sosiaalityön yhteiskunnallisesta ja rakenteellisesta orientaatiosta. Yksi tapaus kertautuu lukemattomiksi itsenäisiksi tapauksiksi, jotka todentuvat sosiaalityön arjessa. Tapauskohtaisesta työskentelystä kertyy informaatiota, joka on hyödynnettävissä rakenteellisen sosiaalityön keinoin yksilön ja perheiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisäämiseksi ja laajemmin yhteiskunnallisten elinolosuhteiden edistämiseksi.

Niemelän (2012) tapauskohtaisen sosiaalityön prosessi vertautuu sosiaalihuollon palveluprosessiin. Sosiaalihuollon prosessissa sosiaalihuollon asia tulee vireille, josta aloitetaan palvelutarpeen arviointi ja suunnitellaan asiakkuuden kokonaisuus sekä järjestetään

tarvittavat palvelut, jotka realisoituvat palvelujen toteutumisena. Asiakkuuden aikana tilannetta arvioidaan muuttuvien tilanteiden mukaisesti, kunnes asiakkuus päättyy.




*Kuvio 3. Sosiaalihuollon palveluprosessi, esimerkkinä iäkkäiden palvelujen asiakkuus (THL 2017, 4).*

Prosessi etenee vaiheiden mukaisesti, mutta järjestys ei ole jyrkän lineaarinen. Aiempiin vaiheisiin voidaan palata ja tarvittaessa suunnitella eteneminen uudelleen, eli arvioida tilanteessa tarkoituksenmukaiset palvelut ja niiden kokonaisuuden toimivuus. Prosessissa on huomioitu myös asiakkaiden elämistodellisuuteen sisältyvät toisistaan poikkeavat tilanteet, kuten kiireellisyys asian käsittelyssä. Palveluprosessin omistajana on asiakas ja hänen asioistaan vastaava sosiaalityöntekijä tai muu sosiaalihuollon ammattihenkilö, ellei kyseessä ole erityistä tukea tarvitseva lapsi tai henkilö.

Voidakseen hyödyntää palvelutarjontaa tulisi kansalaisilla olla laajasti tietoja ja taitoja hyvinvointipalvelujärjestelmän käyttämiseksi. Tällöin ikä ja osaaminen määrittävät sen käyttämistä. Nuoret ja koulutetut kansalaiset saavat monituottajamallin palvelujärjestelmästä enemmän hyötyä kuin heitä iäkkäämmät ja vähemmän kouluttautuneet kansalaiset. Monituottajaisen palvelujärjestelmän käyttäminen edellyttää yksilöltä toimijuutta palvelujen saamisessa ja niiden vertailussa, jolloin heikommilla toimintaedellytyksillä varustetut kansalaiset ovat vaarassa jäädä syrjään sosiaalista tukea turvaavista palveluista ja etuuksista. (Kinnunen 1998, 115.) Monituottajamallissa toimiminen ja siinä pärjääminen edellyttää kansalaiselta palvelujen käyttäjänä kuluttajana toimimista.

Kuluttajana toimimiseen kuuluu tiedon hankkiminen tarjolla olevista vaihtoehdoista, vertailu ja vaihtoehdoista valitseminen omiin tarkoituksiin sopivin palvelu, sekä tietysti palvelusta maksaminen. Kuluttajan oikeudet tarkoittavat itse hankituissa ja ostetuissa palveluissa myös kuluttajan oikeuksien käyttämistä mahdollisissa ongelmatilanteissa, jolloin kuluttaja-asiakkaalla tulee olla käytössään taloudellisia ja sosiaalisia resursseja oikeuksiensa turvaamiseksi. (Van Aerschot & Valokivi 2012, 249–251, 253.)

Julkisen vallan väistyttyä valtaapitävästä palveluntuottajan roolista sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa, on monituottajamallin myötä tullut tarvetta palveluohjaukselle. Palveluiden monituottajamalli paitsi tuottaa kuntalaisille aiempaa enemmän valinnanvaraa palvelujen suhteen, myös siirtää painopistettä palvelujen maksamisesta asiakkaille. Yksilökohtainen palveluohjaus on keino kohdentaa sosiaali- ja terveyspalveluja niille, jotka niitä eniten tarvitsevat. Eri asiakasryhmille suunnattu palveluohjaus vie eri lailla aikaa ja siten taloudellisia resursseja, joten tämä tulisi huomioida palveluohjausta suunnitellessa ja resursoidessa (Häkkinen 2000, 73, 129.)

Kaikessa sosiaalityön toteutumisessa vaikuttavat arvot ja etiikka. Sosiaalityö perustuu ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittamisen, sekä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen periaatteille, joiden toteutumista sosiaalityössä tulee edistää. Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttaminen on sosiaalityössä eettinen velvoite ja käytännön työn laatukriteeri, joka liittyy esimerkiksi ihmisarvon ja resurssien jakautumisen toteutumiseen sekä asiakasryhmien ja ihmisten erilaisten tarpeiden huomioimiseen. Suomessa sosiaalityötä ohjaa paitsi sosiaalilainsäädäntö, myös perustuslaki ja useat muut asiakkuuteen ja hallintoon liittyvät lait. (Talentia 2017.) Sosiaalityö on tiiviisti hyvinvointivaltion ytimessä sosiaalityön arvojen, etiikan ja käytännön toiminnan toteutumina.

## 3.2 Palveluohjaus

Sosiaalihuollon toteumana palveluohjaus on yksi sosiaalityön työmuoto, jossa sosiaalityöntekijä hyödyntää eri palveluntuottajatahojen palveluja asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen sopivalla tavalla (Raunio 2009, 74). Keskeistä prosessissa on työntekijän riittävä aikaresurssi arvioinnin ja seurannan mahdollistamiseksi, sekä julkista valtaa käyttävän viranomaisen tarvittavat päätöksenteko-oikeudet palvelujen myöntämiseen (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 97).

Yksilökohtaisen palveluohjauksen onnistumiseksi ja palvelujen jatkuvuuden turvaamiseksi palveluohjaajan ei tulisi vaihtua kesken prosessin. Seurannalla turvataan palvelujen jatkuvuus ja laadun valvonta suunnitelman mukaisesti sekä palveluohjaajalta saatu

tuki, reagoiminen asiakkaan muuttuviin tarpeisiin, palautteen antaminen toimintayksiköille, kustannusten kehittymisen tarkkaileminen sekä tilanteen uudelleenarvioiminen (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 147–148.)

Suomalaisessa sosiaalipalvelujen rakenteessa palveluohjauksen tehtävät ovat luontaisesti kuuluneet sosiaalityöntekijöille, joilla ammattikuntana on ollut eniten palveluohjaajilta edellytettyjä piirteitä (Perttula 2003, 39; Ala-Nikkola & Sipilä 2000). Palveluohjaajalta edellytettäviä ominaisuuksia ovat muun muassa palvelujärjestelmän kokonaisuuden tuntemus ja tieto eri palveluvaihtoehdoista, neuvottelutaidot, kyky toimia yhteistyössä moniammatillisissa yhteisöissä, asiakkaan näkökulmasta tapahtuva kokonaisvaltainen työskentelyote, toimiminen ja vastuun kantaminen asiakkaan asiassa sektorirajat ylittäen, sekä riittävä aikaresurssi palveluohjauksen prosessin toteutumiselle (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 88, 143). Yhtenä palveluohjauksellisena innovaationa on hyväksi koettu avohuollon ohjaajan ja sosiaalityöntekijän työparityöskentely (Perttula 2003, 52).

Palveluohjaus voidaan määritellä eri tavoin riippuen siitä, mikä on toiminnan tarkoitus. Se voi määrittyä laaja-alaisena yleisosaamisena erityisosaamista vaativiin perustehtäviin liittyen ja niiden lisänä, tai se voidaan määritellä erityisryhmien kanssa tehtäväksi syvennetyksi työksi. Palveluohjaus voidaan myös käsittää erityistehtävänä, joka mahdollistaa muiden erityisosaamista vaativien ammattiryhmien keskittymisen oman perustehtävän tekemiseen. Se voi olla myös sektori- tai kuntarajat ylittävää, voimavaroja yhdistävää ja niitä organisoivaa erityisosaamista, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi seutukunnallisesti tapahtuvassa palveluohjauksessa. (Perttula 2003, 25.)

Palveluohjausta voi soveltaa eri tavoin sosiaali- ja terveyspalveluissa. Ensinnäkin se voi olla luonteva osa käytännön hoito- ja hoivatyötä, jolloin palveluohjauksen keskeiset ideat yksilöllisyydestä, tarvelähtöisyydestä ja asiakaskeskeisyydestä sulautuvat osaksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa. Palveluohjauksen perusideat voidaan ottaa käyttöön myös palvelusuunnitelman laatimisen arviointivaiheessa osallistaen asiakas ja omaiset suunnitelman laadintaan ja palvelujen järjestämiseen (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 158–159).

Palveluohjauksen varsinainen sovellus on sen toteutuminen monimutkaisissa ja muuttuvissa asiakastilanteissa, joissa ongelmanratkaisun edellytyksenä on perusteellinen tilan-

teeseen perehtyminen kokonaisuutena ja yksilöllisten tarpeiden arvioiminen. Myös yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on keskeistä. Yksilökohtainen palveluohjaus on varteenotettava työmenetelmä asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiselle, kun lähtökohtana ovat asiakkaiden yksilölliset tarpeet (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 159, 162.)

Sosiaalihuollossa yksilökohtainen palveluohjaus on kehittynyt tapauskohtaisen sosiaalityön menetelmästä. Palveluohjaus on asiakaslähtöistä palvelujen kehittämistä, palveluista tiedottamista asiakkaille ja hänen omaisilleen, hajanaisen palvelujärjestelmän selkeyttämistä ja hajanaisuudesta aiheutuvien haittojen vähentämistä sekä asiakkaan että organisaation kannalta. Näiden lisäksi pyritään lisäämään palvelujärjestelmän taloudellisuutta ja tehokkuutta muun muassa sovittamalla eri toimijoiden tekemää työtä yhteen. Palveluohjaus on yksi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ongelmaan palvelujärjestelmässä. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 20.)

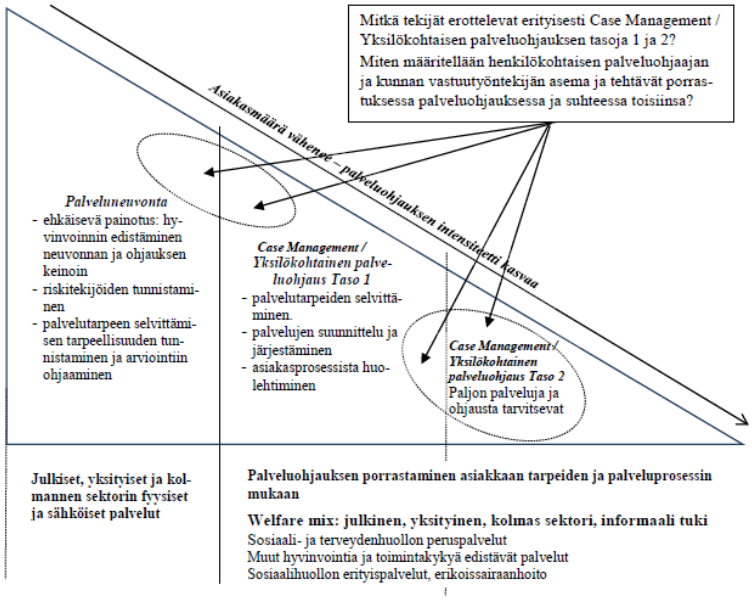
Asiakaslähtöisen käytännöllisen ilmentymänsä lisäksi palveluohjaus sisältää hallintolähtöisen, taloudellisuuden ja tehokkuuden tavoittelemiseen kiinnittyvän näkökulman (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 21). Esimerkiksi laitoshoidon purkaminen lisää avopalvelujen koordinoimisen tarvetta muun muassa kustannusten hillitsemisen, päällekkäisyyksien poistamiseksi ja palvelun laadun parantamiseksi. Palveluohjaus on tavallisimmin kohdennettu asiakkaille, joilla on moninaisia ongelmia ja niistä johtuva palvelujen tarve. Palveluohjaaja sijoittuu järjestelmän ja asiakkaan väliin tilanteissa, joissa palveluntarjoajia ja vaihtoehtoisia palvelukokonaisuuksia on useita. (Häkkinen 2000, 127.)

Yksilökohtainen palveluohjaus keskittyy asiakastyöhön. Luontevimmat yhteistyötahot olivat palveluohjaajan oman sektorin työntekijät. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen palveluohjaus ei ole menetelmänä ratkaisu, vaan palveluohjauksen hyvän toteutumisen edellytyksenä on jo olemassa olevat sujuvat tiedonkulun- ja yhteistyön käytännöt. Yksilökohtainen palveluohjaus on vaativaa ja edellyttää työntekijältä monenlaisia tietoja ja taitoja. Moniammatillinen yhteistyö palveluohjauksessa on edellytys palveluohjauksen mahdollisimman hyvälle toteutukselle, koska eri ammattilaiset ovat tiimin käytettävissä oleva resurssi. Moniammatillisen työskentelyn avulla tulisivat eri näkökulmat huomioitua palvelukokonaisuuden rakentamisessa. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 149, 154, 156.)

Palveluohjaus toteutuu eri ammattiryhmien tekemänä eri tavoin. Tämän lisäksi eri asiakasryhmät vaativat palveluohjaukselta eri asioita ja painotuksia (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 98.) On arvioitu, että esimerkiksi kehitysvammaisten asiakkaiden palveluohjauksen tarve näyttäytyy erityisesti elämänkaaren muutostilanteissa, kuten vammaisen lapsen syntyminen perheeseen, koulunkäynnin aloittaminen tai elämänkaaren mukaisesti etenevät itsenäistymisen vaiheet. Mielenterveyskuntoutujien palveluohjaustarpeet ovat puolestaan niin sanotuissa tienhaaratilanteissa, tai kriisivaiheissa, jolloin pohdittavana on konkreettisesti tulevaisuuteen liittyvät valinnat, kuten työelämässä jatkamiseen liittyvien kuntouttavien toimenpiteiden, tai eläkkeen hakemisen vaihtoehdot, tai laitoshoidosta avohoitoon siirtyminen riittävien tukitoimien turvin. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 49, 88 – 89.)

Vanhusasiakkaiden palveluohjaus on arvioitu tarpeelliseksi tilanteissa, joissa ikäihmisen toimintakyvyssä tapahtuu merkittävä muutos, joka vaikuttaa omien asioiden hoitamiseen, eikä omaisista ole tilanteessa vanhuksen avuksi. Vanhuksilla palveluohjaus on tällöin tarpeellista erityisesti monipalveluasiakkaiden palveluntarpeiden ja useiden palveluntuottajien palvelujen käytön koordinoimisessa, omaishoidon järjestämisessä ja omaishoitajien tukemisessa, intervallihoidon suunnittelemisessa ja toteutuksessa, sekä erityisesti dementoituvien asiakkaiden palvelukokonaisuuksien ja riittävän tuen turvaamisessa. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 49, 88–89.)

Kaikki asiakkaat eivät tarvitse palveluohjausta, jolloin työntekijän tehtävänä on paitsi toteuttaa tarvittaessa palveluohjausta työmuotona, myös tunnistaa yksilökohtaisen palveluohjauksen tarpeessa olevat asiakkaat ja heidän monimutkaiset tai vaikeat tilanteensa, joissa palveluohjauksesta olisi hyötyä ongelmanratkaisussa. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 97, 125–126). Palveluohjauksen porrastuksen teoreettinen kehys esittää palveluohjauksen tarpeen kolmiona, jossa kapenevaa kärkeä kohti edetään yleisestä palveluneuvonnasta alkaen (kuvio 4). Palveluohjauksen asiakkuus alkaa asiakasvalinnan perusteella, jonka jälkeen yksilöllisessä tilanteessa tarvittavan palveluohjauksen intensiteettiä arvioidaan suhteessa tason 1 ja tason 2 palveluohjaukseen. Tason 2 palveluohjaus olisi suunnattu niille asiakkaille, jotka hyötyisivät ja tarvitsisivat runsaasti palveluja ja ohjausta tilanteessaan.




*Kuvio 4. Palveluohjauksen porrastuksen teoreettinen kehys (Honkakoski ym. 2015)*

Yksinkertaisissa tilanteissa palveluohjauksen tarvetta ei ole, kuten ei myöskään tilanteissa, joissa on ainoastaan yksi mahdollinen ratkaisuvaihtoehto. Ikäihmisten kohdalla keskeisenä yksilökohtaisen palveluohjauksen perusteena on kotona asumisen tukeminen avohuollon tukitoimin. Palvelut ja palveluohjaus kohdennetaan siten asiakkaille, jotka eniten niitä tarvitsevat. Palveluohjaajalla tulee olla ammatillista herkkyyttä tunnistaa kyseisen asiakasryhmän erityiset ongelmat ja tunnistaa asiakasjoukosta erityisesti ne asiakkaat, joiden kotona asuminen on vaarantunut (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 124–126).

Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301) 36 §:ssä säädetään palvelutarpeen arvioimisen tekemisestä ja 42 §:ssä omatyöntekijästä, joka tulee nimetä sosiaalihuollon asiakkaalle asiakkuuden ajaksi, ellei se ole ilmeisen tarpeetonta. Omatyöntekijällä on oltava tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammattihenkilön kelpoisuus, ellei muualla laissa ole säädetty toisin. Lainkohtia tarkennetaan lisäksi siten, että erityistä tukea tarvitsevien lasten ja muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden palvelutarpeen arvioimisesta vastaavalla viranomaisella ja omatyöntekijällä tai asiakastyötä tekevällä työntekijällä on oltava sosiaalityöntekijän kelpoisuus. (mt.)

Palveluohjauksen porrastuksessa ja sen organisoimisessa sosiaalihuollossa nämä laissa säädetyt raamit tulee huomioida. Palveluohjauksessa asiakkuus alkaa, kun palveluohjaukselle on todettu olevan tarvetta. Sosiaalihuollossa ja viranomaistehtävissä toimiessa tar-

koituksenmukaisen ammattihenkilön määritteleminen olisi osa asiakasvalikointiin tai viimeistään palvelutarpeen arviointiin liittyviä tehtäviä: asiakkaan tilannetta selvitellessä arvioitaisiin samalla mahdollinen erityisen tuen tarpeeseen perustuva asiakkuus.

Onnistunut palveluohjaus perustuu asiakkaan ja työntekijän väliseen luottamukselliseen kanssakäymiseen. Asiakkaan ja työntekijän välisessä neuvottelussa korostuvat palveluohjaajana toimivan työntekijän vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot, jolloin onnistutaan saavuttamaan molempia osapuolia tyydyttävä ratkaisu kyseessä olevaan ongelmaan. Palveluohjaus perustuu asiakkaan osallisuuteen omien palvelujensa suunnittelussa ja siten läsnäolo on oleellista asiaansa koskevissa neuvotteluissa (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 134–137.)

Laitoshoidon purkaminen lisää avopalvelujen koordinoimisen tarvetta muun muassa kustannusten hillitsemisen, päällekkäisyyksien poistamiseksi ja palvelun laadun parantamiseksi. Palveluohjaus on tavallisimmin kohdennettu asiakkaille, joilla on moninaisia ongelmia ja niistä johtuva palvelujen tarve. Palveluohjaaja sijoittuu järjestelmän ja asiakkaan väliin tilanteissa, joissa palveluntarjoajia ja vaihtoehtoisia palvelukokonaisuuksia on useita. (Häkkinen 2000, 127.)

Palveluohjaukselle on määritelty olevan tarvetta silloin, kun asiakkaalla on pitkäaikainen ja monimutkainen palveluntarve, jossa on erilaisia vaihtoehtoja palveluntarpeeseen vastaamisessa. Palveluohjaus näyttäytyy yhdessä asiakkaan kanssa toteutuvana viisivaiheisena prosessina, joka alkaa (1) palveluohjauksen tarpeessa olevien asiakkaiden valikoimisesta, etenee (2) yksilöllisestä palveluntarpeen arvioimisesta (3) palvelujen suunnitteluun ja järjestämiseen, sekä (4) palvelutavoitteiden toteutumisen seuraamiseen. Viimeisenä vaiheena on tarvittaessa (5) palvelukokonaisuuden korjaaminen. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 24 - 27; Ala-Nikkola & Sipilä 2000; Hänninen 2007.) Palveluohjauksen prosessi (kuvio 5) vertautuu etenemisessään sekä sosiaalihuoltolain asiakasprosessiin ja sosiaalityön asiakasprosessiin (ks. Niemelä 2012; L 30.12.2014/1301).

*Kuvio 5. Palveluohjauksen prosessi (mm. Ala-Nikkola & Valokivi 1997; Ala-Nikkola & Sipilä 2000; Hänninen 2007)*

Palveluohjausta on kehitetty tavallisimmin palveluohjauksellisena työotteena, jossa sen toimivuutta on testattu eri työntekijäryhmillä. Palveluohjaajana on voinut toimia yksi henkilö, tai palveluohjausta on toteuttanut tietyt ammattiryhmät, kuten sosiaalityöntekijät, kotipalvelun ohjaajat, terveydenhoitajat, lääkärit, opettajat, erityislastentarhanopettajat tai kuntoutusohjaajat. Palveluohjausta on myös toteutettu moniammatillisena kokeiluna, jolloin palveluohjaajina toimii monia eri ammattiryhmien edustajia ja palveluohjauksen organisointi perustuu moniammatillisuuteen. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997; Perttula 2003, 22–24.)

Palveluohjaaja toimii asiakkaan ja organisaation välissä, koska hän samanaikaisesti sitoutuu järjestelmän reunaehtoihin ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja etujen toteuttamiseen. Palvelujen koordinointi ja yksilöllinen räätälöinti ovat vaativaa työtä, joka edellyttää tietoja palvelujärjestelmästä ja sosiaaliturvasta, vuorovaikutustaitoja toimia asiakkaiden, omaisten ja yhteistyötahojen kanssa, päätösvaltaa palvelujen myöntämiseksi ja taloudellisia resursseja palvelujen organisoimiseksi. Palveluohjaajalla on valtaa, joten palveluohjausta toteuttavan työntekijän tulee olla substanssin tunteva ammattilainen, jonka toiminnan perustana on vahva ammattietiikka. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 160.)

Moderni palveluohjaus on asiantuntijatahojen toiminnan koordinointia ja lain velvoitteiden täyttämistä, eli siinä turvataan asiakkaille heille kuuluvat etuudet sekä julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten ja kouluviranomaisten välisen työn yhteensovittamista, että asiakkaan lakisääteisten etujen ja oikeuksien yhteensovittamista ja koordinointia. Modernin palveluohjauksen prosessi perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön asiakaslähtöisyyden periaatetta tavoitellen. Asiakaslähtöisyyttä tavoitellaan pyrkimällä lievittämään hajanaisesta palvelujärjestelmästä aiheutuvia haittoja selkeyttämällä palveluketjuja ja viranomaisyhteistyöhön kuuluvia prosesseja ja vastuualueita, välttä-

mään päällekkäistä työtä ja varmistamaan asiakkaalle katkeamattomat palveluketjut. Palveluohjaaja toimii asiakkaan ja palvelujärjestelmän välissä yhteyshenkilönä, palveluntarpeen selvittäjänä sekä erilaisten vaihtoehtojen esittelijänä ja yhteen sovittajana. (Perttula 2003, 40.)

Modernin palveluohjauksen vaarana on, että näkökulma palveluohjaukseen voi kapeutua, jolloin keskitytään ainoastaan yhteen osa-alueeseen, eikä kokonaisvaltaista palveluntarpeiden arviointia tehdä. Voidaan esimerkiksi olla mukana tutustumiskäynneillä tai auttaa asiakasta palveluiden hakemisessa, mutta asiakkaan kannalta laajempi kokonaiskuva tilanteesta jää hahmottamatta. Modernissa palveluohjauksessa asiakas hyötyy, kun hänen ei tarvitse käyttää omien palvelujensa koordinointiin ja selvittelyyn omia voimavaroja. Lisäksi byrokratia vähenee asiakkaan näkökulmasta ja palveluohjaajan rooli on toimia luottohenkilönä, joka hoitaa asiakkaan kanssa asioita yhdessä. (Perttula 2003, 40)

Modernin palveluohjauksen uhkana on, että palveluohjauksen painopisteeksi voi muodostua viranomaisten välinen yhteistyö eikä asiakas käytännössä osallistu prosessiin täysivaltaisesti osallisena omiin asioihinsa, vaan hänen puolestaan tehdään ja päätetään ilman, että asiakas on suunnittelun ja päätöksenteon keskiössä. Uhkana voi nähdä myös työntekijöiden staattisen orientaation työhön, jolloin palveluohjauksen toteutumista ohjaavat olemassa olevat palvelut, tukimuodot ja lainsäädäntö. Varsinainen palveluohjauksen kehittämistoiminta tapahtuu palveluohjauksen ulkopuolella ja painottuu kuntoutuksellisiin kysymyksiin. Modernin palveluohjauksen asiakkuus voi muodostua kohdeasiakkuudeksi, jossa asiakas on osallisena vain näennäisesti. (Perttula 2003, 40–41.)

Palveluohjaajalla tulee olla käytettävissään työssä tarvitsemansa toimintavaltuudet, joihin kuuluu muun muassa tietojen saaminen eri yhteistyötahoilta (Häkkinen 2000, 123–124) sekä riittävän laajat käyttöoikeudet viranomaisena toimivan palveluohjaajan käyttämiin asiakastietojärjestelmiin. Viranomaistoimintana tapahtuva palveluohjaus ei ole ongelmatonta liittyen palveluohjaajan ja asiakkaan välisen luottamussuhteen rakentumiseen ja sen mahdolliseen heikentymiseen tilanteissa, joissa päätöksentekijänä toimivan palveluohjaajan ja asiakkaan välillä on erimielisyys palvelun toteutustavan ratkaisusta (Häkkinen 2000, 124).

# 4 Sosiaalityö ja hyvinvointivaltio

## 4.1 Länsimainen hyvinvointivaltio

Länsimaisen hyvinvointivaltion kehittymisen alkuvaiheissa nähtiin yhteiskunnalla olevan oikeus ja velvollisuus puuttua yhteiskunnan huono-osaisimpien elämään vahvistamalla heidän hyvinvointiaan, kuitenkin suojaten samalla vapaan valtion keskeisiä kapitalistisia toimintamuotoja. Sosiaalityö oli siten sekä vastaus hyvinvoinnin jakamisen ja kapitalistisen toiminnan samanaikaiseen dilemmaan, että toiminnallinen ruumiillistuma modernin hyvinvoinnin hallinnassa. (McDonald 2006, 30–31.) Sosiaalityön professionaalistuminen kiinnittyy tiiviisti modernin ajanjaksolla tapahtuneeseen hyvinvointivaltiolliseen kehitykseen (mm. Parton & O'Byrne 2000, 39; Payne 2005, 15; McDonald 2006, 23–32; Karvinen-Niinikoski 2009, 153). Hyvinvointivaltio tarjosi sosiaalityön tarvitseman rahoituksen ja perusteet sekä lainsäädännön myötä oikeutuksen sen olemassa ololle ja sosiaalityön interventioille (Parton & O'Byrne 2000, 37–39; myös McDonald 2006, 29).

Valtiota voidaan kutsua hyvinvointivaltioksi eri määritelmien mukaisesti (mm. Korpi & Palme 1998, 665; Yeung ym. 2007, 12; Saari ym. 2013, 28). Institutionaaliseksi määriteltyyn hyvinvointivaltioon on luotu lainsäädäntöön perustuva riskiperustainen sosiaaliturvajärjestelmä. Menoperustaisessa määritelmässä hyvinvointivaltio kohdentaa puolet julkisista menoistaan sosiaaliturvaan, ei esimerkiksi sodankäyntiin tai infrastruktuuriin. Sosiaaliturvalla välillisesti vaikutetaan kansalaisten sosiaalisen turvallisuuden ylläpitämiseen ja sen parantamiseen. Normatiivinen hyvinvointivaltio muodostuu, kun yhteiskunnan keskeiset toimijat määrittelevät valtion toiminnan hyvinvointivaltioksi, joka sisältää sosiaaliset oikeudet perustuslakiin tai muihin vastaaviin perustuslaillisiin rakenteisiin perustuvina. (Yeung ym. 2007, 12–13; Saari ym. 2013, 29–30.)

Valtio ei ole käsitteenä yksiselitteinen. Se voi määrittyä esimerkiksi ajan kuvana, kulttuurisidonnaisesti tai yhteiskunnallisesti valitun toimintatavan kuvauksena. (Harisalo & Miettinen 2004, 30; Vartola 2005, 31, 36; Vartola 2009, 16, 23.) Monitulkintaisuudestaan huolimatta valtio kuitenkin ensisijaisesti käsitetään yleistävänä, erilaisia ideoita integroivana ja legitimoivana toimijana: se on sekä vallankäyttöjärjestelmä että yhteiskunnan hallitsemisen muoto, jonka oikeutus perustuu kaikkia kansalaisia koskevaan oikeusjärjestelmään ja demokratiaan (Vartola 2005, 34).

Hyvinvointivaltioideologiaan sisältyy käsitys sosiaalisten ongelmien ja köyhyyden yhteiskunnallisesta alkuperästä, sekä yhteisestä vastuusta niiden ratkaisemisessa. (Julkunen 1992, 12; Jokinen & Saaristo 2006, 115.) Hyvinvointivaltio pyrkii huolehtimaan kansalaistensa sosiaalisista olosuhteista (Julkunen 1992, 12; Jokinen & Saaristo 2006, 115) sekä edistämään kansalaistensa hyvinvointia (Kiander & Lönnqvist 2002b, 21) tuottamalla ja jakamalla sitä oikeudenmukaisesti (Heikkilä 1994, 285).

Suomen perustuslain (11.6.1999/731) ensimmäisessä luvussa säädetään valtiojärjestyksen perusteista ja toisessa luvussa perusoikeuksista. Suomi on oikeusvaltio, jossa edellytetään kansalaisten, viranomaisten ja valtion toimielinten toimivan voimassaolevan lainsäädännön mukaisesti (L 11.6.1999/731; Vartola 2005, 42; Vartola 2009, 20, 26). Oikeusvaltion perusta on hallinnon lakisidonnaisuudessa ja lain alaisuudessa. Lakisidonnaisuus tarkoittaa hallinnossa lain noudattamista ja lainalaisuus hallinnon kansalaisten oikeudellisesti suojattuun asemaan kohdistuvien toimien perustumista laissa määriteltyyn toimivaltasäädökseen. Oikeusvaltiossa hallinnon perusluonteena on lainsäädännön toimeenpano. Oikeusvaltion periaatteisiin kuuluu kansalaisten oikeusturvan takaaminen, hallintotoimien julkisuus sekä valittamisen mahdollisuus kansalaisia koskevista viranomaispäätöksistä. (Vartola 2005, 43–45; Vartola 2009, 22.)

Suomessa julkisen vallan vastuulla on kansalaisten kannalta tärkeimpien peruspalvelujen sekä välttämättömän toimeentulon ja huolenpidon turvaaminen (L 11.6.1999/731; Sutela 2003, 33), eli käytännössä palvelujen järjestäminen. Julkinen valta käsitteenä koostuu valtiosta, kunnista ja kuntayhtymistä sekä niissä toimivista virkamiehistä, viranhaltijoista, työntekijöistä ja hallinnollisista päätöksentekoelimistä (Sutela 2003, 34). Julkisen sektorin palveluksessa työskentelevä sosiaalityöntekijä toimii viranomaisena julkisen vallan edustajana perus- ja erityispalvelujen toteuttamisessa ja on siten kiinteästi osa hyvinvointivaltioideologiaa sosiaalisten olosuhteiden ja hyvinvoinnin edistämisessä.

Hyvinvointivaltioiden alkuvaiheet ja kehityksen eteneminen on tapahtunut eri tavoin eri maissa, mutta yhteisenä piirteenä on tunnistettavissa kansalaisten hyvinvoinnin lisäämiseen tähtäävät tavoitteet (Kiander & Lönnqvist 2002b, 21). Hyvinvointitavoitteiden toteutumisen keinona on ollut sosiaalisen elämänalueen sääntely erityisesti kapitalistisen yhteiskuntajärjestyksen aiheuttamien eriarvoisuuksien tasoittamisen ja kansalaisten suojaamisen näkökulmista. Hyvinvointivaltion institutionaalisessa viitekehyksessä valtio on keskeisin toimija mahdollisimman suuren hyvinvoinnin turvaamisessa kansalaisilleen.

(McDonald 2006, 28.) Hyvinvointivaltiolle tunnusomaisia ovat korkea verotus, tulonsiirrot ja laaja julkinen sektori (Kiander 2001, 105; Kiander & Lönnqvist 2002b, 3), jotka ovat hyvinvointivaltiollisia keinoja lieventää markkinoilla syntyvää epäoikeudenmukaista tulonjakoa ja toteuttaa poliittisissa prosesseissa päätettyjen kriteerien mukaista resurssien uudelleenjakoa (Hiilamo & Saari 2007, 257).

Hyvinvointivaltio on kehittynyt modernin aikakaudella ja instituutiona se on aikakautensa kuva (Parton & O'Byrne 2000, 39; McDonald 2006, 29): modernin aikakautena erityisesti pohjoismaissa oli universaalien, kaikkia kansalaisia koskevien yhteiskunnallisten järjestelmien luominen aktiivista (Riihinen 2011, 113). Modernin ajalle tyypillisesti perinteet ja tavat käsitettiin melko pysyvinä ja ennakoitavina. Yhteiskunnallisesti keskeisiä päätöksiä tehdessä luotettiin auktoriteetin asemassa oleviin asiantuntijoihin, ja tieteen asema auktoriteettina oli kiistaton. (Parton & O'Byrne 2000, 43.) Aikakautta määrittävät käsitykset järkiperäisyydestä ja hallittavuudesta sekä tieteellisen rationalismin avulla ymmärrettävästä ja muunneltavasta maailmasta (Karisto 2000, 189; Payne 2005, 15; McDonald 2006, 27). Rationalismin idea sisältyy edelleen hyvinvointivaltioissa toteutettuun sosiaalipolitiikkaan, jonka avulla tavoitellaan sosiaalisen elämänalueen yhteiskunnallista hallintaa. (McDonald 2006, 28).

Hyvinvointivaltion perustana ei ole milloinkaan ollut ainoastaan taloudellisten ehtojen mukaisesti määräytyvä julkisen sektorin tehtävien mahdollisimman tehokas toteuttaminen, vaan hyvinvointitavoitteiden on katsottu toimivan taloudellisten kasvutavoitteiden tukena ja päinvastoin (Kiander & Lönnqvist 2002b, 20). Varhaisimmat hyvinvointivaltiollisen kehityksen alkujuuret ovat paikannettavissa 1800-luvun lopun Saksaan (Korpi & Palme 1998, 668; Kiander & Lönnqvist 2002b, 5, 21). Tällöin perustettiin kolmikantainen sairaus-, eläke- ja työttömyysvakuutusjärjestelmä, jolla vakuutettiin kansalaiset erityisesti sosiaalisten riskien varalle. Järjestelmällä myös tasattiin tulonjakoa, vaikka se ei ollut silloisen järjestelmän varsinainen tavoite. (Kiander & Lönnqvist 2002b, 5, 21.)

Hyvinvointivaltiollinen kehitys on ollut tiiviisti sidoksissa yhteiskunnalliseen kehitykseen (Julkunen 1992, 13). Vaikeiden yhteiskunnallisten tilanteiden seurauksena, kuten globaalin talouslaman yhteydessä 1930-luvulla sekä erityisesti toisen maailmansodan jälkeisinä vuosina, hyvinvointivaltion tarve korostui (Kiander & Lönnqvist 2002b, 5, 21). Maailmanlaajuisesta talouslamasta seurannut pitkäaikainen työttömyys aiheutti puutteel-

lisen sosiaalivakuutuksen kanssa vakavia yhteiskunnallisia ongelmia (Kiander & Lönnqvist 2002b, 5), joiden ratkaisemiseksi markkinatalouden keinot eivät olleet riittäviä (Tuomala 2007, 181).

Länsimaissa yhteiskunnallisten ongelmien ratkaisuna nähtiin julkisen sektorin aktiivinen puuttuminen talouden suhdannevaihtelujen tasaamiseen sekä taloudellisen turvan tuottaminen kansalaisille erilaisten sosiaalivakuutusten avulla esimerkiksi työttömyyden varalle (Kiander & Lönnqvist 2002b, 5, 21). Julkisen sektorin talouspolitiikan tavoitteeksi määrittyi pyrkimys täystyöllisyyteen. (mm. Kiander & Lönnqvist 2002b, 5; Korpi 2003, 591; Jokinen & Saaristo 2006, 116).

Kehittyneiden länsimaiden sosiaalipoliittiset hyvinvointivaltiomallit eroavat toisistaan sen perusteella, mitkä ovat kyseisessä mallissa maaryhmiä yhdistäviä piirteitä. Mallit voidaan jakaa konservatiivis-korporatiiviseen eli keskieurooppalaiseen, liberaaliin eli anglosaksiseen tai angloamerikkalaiseen, pohjoismaiseen eli sosiaalidemokraattiseen, sekä eteläeurooppalaiseen ja oseaaniseen regiimiin. (Julkunen 1992, 28–39; Hellsten 2000, 114, 117; Raunio 2009, 199; Levecque ym. 2011, 264–265; Saari & Taipale 2013, 33.) Kukin malli korostaa tietyn toimijan keskeistä merkitystä hyvinvoinnin ja sosiaaliturvan tuottamisessa (Raunio 2009, 200.)

Konservatiivis-korporatiivisen mallin keskiössä on perhe ja vapaaehtoiset yhteisöt, jotka ovat keskeisiä jäsentensä hyvinvointiongelmien selvittämiseksi. Valtion rooli hyvinvointiongelmien ratkaisemisessa nähdään vähäisenä, eikä valtio ole vakuuttanut kansalaisiaan kattavasti sosiaalisten riskien varalle, tai tarjoa kansallista terveydenhuoltoa. Valtio voi kuitenkin rahoittaa ja siirtää itselleen kuuluvia palvelutehtäviä järjestöjen tehtäväksi. (Hellsten 2000, 114–115; Raunio 2009, 201.) Liberaali malli perustuu markkinoihin, ja siinä sosiaalipolitiikka näyttäytyy ainoastaan kaikkein köyhimmille ja yhteiskunnan syrjäytyneille kohdennettuna viimesijaisena järjestelmänä. Hyvinvointiongelmien ratkaisemisessa valtion roolia ei nähdä tarpeellisena. Palvelutarpeisiin varaudutaan yksityisin vakuutuksin, ja riittämätön työtulo kompensoidaan ensisijaisesti perheeltä, muulta lähipiiriltä tai hyväntekeväisyydestä saaduin lahjoituksin. (Hellsten 2000; Raunio 2009, 202.)

Erityisenä erona pohjoismaisen ja muiden hyvinvointivaltiomallien välillä on pohjoismaisessa mallissa toteutettava sosiaaliturvan ja peruspalvelujen universaalisuus (Julku-

nen 2006b, 43; Lappi-Seppälä 2007, 221; Raunio 2009, 217) eli pohjoismainen hyvinvointivaltioinstituutio palveluineen ja tulonsiirtoineen kattaa kaikki yhteiskunnan jäsenet (Korpi & Palme 1998), ei ainoastaan tiettyjä marginaaliryhmiä. Suomalainen hyvinvointivaltio on osa pohjoismaista universalistista hyvinvointivaltioperinnettä (mm. Hellsten 2011, 167). Universaalisuutta on edistänyt järjestelmän valtiokeskeisyys, jossa julkisella vallalla on ollut laajalti vastuita sosiaalisen turvallisuuden ylläpitämisessä ja kansalaisten palveluntarpeisiin vastaamisessa. Tällöin muiden palveluntuottajien, kuten markkinoiden ja järjestö- tai kolmannen sektorin rooli ei ole muodostunut palvelutarjonnan kannalta merkittäväksi. (Raunio 2009, 218.)

Pohjoismaissa kolmannen sektorin rooli on ollut toimia lähinnä hyvinvointivaltion keskeistä roolia täydentävänä palveluntuottajana, jona se on toteutunut intressiperusteisesti, silti kuitenkin julkisesti rahoitettuna hallittuna kansalaistoimintana. Näkyvissä on kuitenkin ollut valtion keskeisen toimijan roolin heikentyminen ja muiden toimijoiden roolin vahvistuminen palvelujen tuottajina. (Matthies 2000, 169.) Nykyisin julkinen palveluntuottaja onkin korvautunut ja saanut rinnalleen muita toimijoita yksityisistä yrityksistä ja järjestöistä. Lisäksi palvelujen hankintaa tuetaan tulonsiirroin, kuten palvelusetelillä. (vrt. Julkunen 1992, 65; L 24.7.2009/569.)

## 4.2 Pohjoismainen hyvinvointivaltio

Pohjoismailla on vuosisatoja kestänyt monivaiheinen yhteistyön historia. Osittain eroavista valtiomuodoista huolimatta on pohjoismaiden kesken tunnistettavissa samankaltaisuuksia, joista perustavanlaatuisin yhdistävä tekijä on demokraattinen hallitusmuoto. Jokaisessa pohjoismaassa valtiollinen vallankäyttö jakaantuu itsenäisesti toimiviin oikeudelliseen, toimeenpanevaan ja lainsäädännölliseen toimialaan, ja demokratian periaatteille rakentuva kansallinen politiikka on monipuolueista. Määrääviin tekijä pohjoismaisessa hyvinvointivaltiomallissa on sen toimiminen kontrolloidussa markkinataloudessa, jolla tasataan tulonjakoa ja hyvinvointieroja. Universaalien etuuksien rahoittamisen keinona käytetään korkeaa verotusta ja kansalaisille tarjotaan tulonsiirtojen sijaan ja lisäksi myös peruspalveluja. Pohjoismaisille hyvinvointivaltioille on tyypillistä korruption vähäisyys ja kansalaisten vakaa hyvinvointivaltion kannatus. (Lappi-Seppälä 2007, 220–222.)

Maakohtaisista eroista huolimatta pohjoismaisissa yhteiskunnissa ja niiden muodostamissa hyvinvointivaltioissa on samankaltaisuuksia, joista johtuen voidaan puhua pohjoismaisista hyvinvointivaltioista, kun tarkoitetaan sosiaalidemokraattista hyvinvointiregiimiä. (Hellsten 2000, 119; Rauhala 2000, 134; Julkunen 2006a, 39.) Pohjoismaita yhdistää erityinen hyvinvoinnin eetos, joka koostuu vakiintuneesta tavasta ymmärtää universalismi, tasa-arvo ja julkinen vastuu keskeisiksi yhteiskunnallista hyvinvointia tuottaviksi ja turvaaviksi tekijöiksi. (Julkunen 2006a, 30.) Pohjoismainen yhteiskuntaeetos tarkoittaa kaikille kuuluvaa hyvinvointia, joka turvaa erityisesti kaikkein pienituloisimpien ja huono-osaisimpien yhteiskunnan jäsenten osallisuuden palveluihin ja tulonsiirtoihin. (Julkunen 2006a, 39.)

Vaikka yhteiskunnan heikompiosaisten jäsenten vähimmäisetujen turvaaminen on pohjoismaiden mallissa keskeisintä, olisi mallin perustarkoituksessa vaikea onnistua ilman suuren keskiluokan sitoutumista hyvinvointivaltion kannattajiksi (Julkunen 2006a, 40, 62; Kallio 2010, 41). Pohjoismaissa on sitoutettu keskiluokka hyvinvointivaltion kannattajiksi liittämällä myös heidät hyvinvointivaltion hyötyjiin. Keskiluokan intresseihin vastataan esimerkiksi ansiosidonnaisella eläke ja -työttömyysturvalla, sekä toimivalla koulujärjestelmällä ja terveydenhuollolla. (Julkunen 2006a, 40.)

Pohjoismainen malli, jossa jokainen yhteiskunnan jäsen on osallinen toteutetusta sosiaalipolitiikasta, ehkäisee tehokkaasti eriarvoistumiskehitystä ja laajamittaista köyhyyttä verrattuna maihin, joissa sosiaalipoliittiset toimenpiteet kohdistetaan keskitetysti yhteiskunnan kaikkein köyhimpiin jäseniin. (Julkunen 2006a, 40.) On myös todettu, että esimerkiksi lasten ja heidän vanhempiensa koulutus ja sosioekonominen asema ovat yhteydessä toisiinsa kaikissa yhteiskunnissa, mutta erityisesti pohjoismaiset ratkaisut koulutusjärjestelmän kattavuudessa tasaavat hyvinvointiin ja sosioekonomiseen asemaan liittyviä eroja enemmän, kuin muualla maailmassa (Kangas 2013, 54–55).

Vertailen seuraavaksi Ruotsia ja Suomea pohjoismaisina hyvinvointivaltioina. Samankaltaisuuksia ja eroavuuksia löytyy. Ruotsi on pohjoismaisen eli sosiaalidemokraattisen hyvinvointivaltiomallin perusmuoto (Julkunen 1992, 35–36; Korpi & Palme 1998, 682), johon yleisimmin viitataan, kun puhutaan pohjoismaisesta hyvinvointiregiimistä (Julkunen 2006a, 31). Ruotsalainen hyvinvointivaltio on muodostettu ohjelmallisen ja johdonmukaisen kehityskulun seurauksena, jossa keskeisinä ohjaavina tekijöinä ovat olleet so-

siaalidemokraattisen työväenliikkeen tavoitteet. Työväenliikkeen tavoitteenasettelun tihkuminen suoraan valtiolliseen päätöksentekoon on mahdollistanut sosiaalidemokraattisen puolueen vahva parlamentaarinen asema ruotsalaisessa politiikassa. Ruotsalaisen hyvinvointivaltion perusta on tiettyjen sosiaalisten oikeuksien takaamisessa kaikille kansalaisille (Piirainen 1992, 295–296, 298).

Ruotsin malliin liitettyjä perusominaisuuksia ovat muun muassa valtion ja yhteiskunnan vahva rooli, sitoutuminen täystyöllisyyden tavoitteeseen, sosiaalipolitiikan universaalisuus ja valtiokoneiston keskittyneisyys. Perusominaisuuksista jokainen on tullut haastetuksi (Demokrati och makt i Sverige 1990:44; Julkunen 1992, 35) nykypäivän poliittisen diskurssin muututtua hyvinvointivaltion kasvun ajoista ja tasa-arvopyrkimyksistä markkinatalouden mahdollisimman tehokkaan toiminnan ja talouskasvun mahdollistamiseksi (Kangas 2013, 52).

Ruotsissa sosiaaliturvan taso ja kattavuus ovat pohjoismaisille hyvinvointivaltioille ominaisesti korkea. Ruotsalainen sosiaalivakuutus on sijoittunut koko 1900-luvun ajan eurooppalaisessa vertailussa sosiaalivakuutuksen kattavuudessa eurooppalaisittain kärkeen suhteessa muihin eurooppalaisiin sosiaalivakuutusjärjestelmiin ja niiden kattavuuteen. Sosiaalimenojen rahoituksen Ruotsi toteutti 1960-luvulle saakka hyvinvointivaltioluonnehdinnan mukaisesti suurelta osin valtion ja kuntien verotuksella, jolloin sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuus ylitti valtion rahoituksessa 70 %. Sittemmin rahoitusperusta on siirtynyt verotuksesta kohti sosiaaliturvamaksuja, ja vuonna 1995 ruotsalaisten sosiaalimenojen rahoitus oli noin puolet kaikista sosiaalimenojen rahoituksesta. (Kangas 2000, 108–109.)

Ruotsissa sosiaalista tietoa ja suunnittelukapasiteettia eivät ole hallinneet tai omistaneet valtiokoneisto tai virkamiehet, vaan valtio on käsitetty vallattavana ja muovattavana poliittisen tahdon välineenä. Tätä valtio-välinettä sitten käytetään yhteiskunnallisessa suunnittelussa. (Julkunen 2006a, 35.) Ruotsin voi määritellä olevan valtiopaternalistinen hyvinvointivaltio (Hellsten 2000, 119).

Suomalainen hyvinvointivaltiomalli kehittyi voimakkaasti noin 1960-luvun puolivälistä 1980-luvun puoliväliin saakka. Tällöin tuloerot kaventuivat, vähäosaisimpien kansalaisten autonomia vahvistui ja ihmisten keskinäistä tasa-arvoisuutta tavoiteltiin uudenlaisin

keinoin (Riihinen 2011, 133.) Suomessa hyvinvointivaltion kehittymisprosessin tuloksena tunnustettiin elämänkaareen liittyvät hoivan tarpeet julkisen sosiaaliturvan lakisääteiseksi perustaksi (ks. Rauhala 2000, 143).

Maailmansotien jälkeistä suomalaista yhteiskuntaa ja sen poliittista järjestelmää kuvaavana keskeisenä käsitteenä käytetään hyvinvointivaltiota, joka otettiin yleiseen käyttöön 1960-luvun alkuvuosina (Yeung ym. 2007, 13; Saari & Taipale 2013, 28–29). Suomea on luonnehdittu pohjoismaisen mallin vaatimattomaksi seuraajaksi ja suomalaista hyvinvointivaltiota pohjoismaisen mallin riisutuksi versioksi. Suomi liittyi 1950-luvulla jo aiemmin perustettuun Pohjoismaiden neuvostoon ja saavutti vasta 1980-luvulla laskennallisesti muita pohjoismaita hyvinvointivaltioon liitettyjen perusteiden mukaisissa sosiaalimenoissa, sekä sosiaaliturvan ja sosiaalipalvelujen järjestelmissä. Suomalaisen hyvinvointivaltion palvelujen tarjonta, perusturvan taso tai julkinen työllisyys on aina jäänyt vertailussa Ruotsin ja Tanskan tasoista. (Julkunen 2006a, 31.)

Suomalainen hyvinvointivaltio on kehittynyt muihin pohjoismaihin verrattuna eri tavoin ja siinä on erilaiset tunnuspiirteensä, kuin muissa pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa (Hellsten 2000, 119). Työmarkkinajärjestöillä on ollut muihin pohjoismaihin verrattuna suuri rooli suomalaisen sosiaalipolitiikan ja hyvinvointivaltion rakentumisessa. Suomalainen parlamentarismi on perustunut koalitiopolitiikkaan, jossa hallitusvaltaa on todennäköisimmin käyttänyt poliittis-ideologisella akselilla keskivälille sijoittuvat puolueet. Parlamentarismi ei ole perustunut blokkipolitiikalle, jossa hallitusvalta on pääosin keskittynyt yhdelle puolueelle, kuten Ruotsissa tavanomaisimmin sosiaalidemokraattiselle puolueelle. Hallitsevien puolueiden epäonnistuessa pääsemään yhteisymmärrykseen sosiaalipolitiikkaan ja hyvinvointivaltion rakentamiseen liittyvässä parlamentaarisessa päätöksenteossa, ovat työmarkkinajärjestöt pystyneet vaikuttamaan merkittävästi suomalaisen sosiaalipolitiikan kulkuun. (Piirainen 1992, 296–298.)

Suomalaisen hyvinvointivaltion perusta ei välttämättä ole niinkään universaalin sosiaaliturvan turvaamisessa kansalaisilleen, vaan hyvinvointivaltion rakentaminen on ollut osa valtion teollistumiskehitystä. Keskeisenä tavoitteena on määrittynyt suomalaisen yhteiskunnan muuttaminen maatalousmaasta teolliseksi palkkatyön yhteiskunnaksi, jossa sosiaalipolitiikan keskeisenä tavoitteena on palkkatyöläisyyden tukeminen ja edistäminen. Tähän tavoitteeseen liittyvät sekä palkansaajien että työnantajien etuja ajavat työmarkki-

najärjestöt, ja niiden vaikutusvalta sosiaalipoliittisten linjausten muodostumisessa. Suomalaisessa työmarkkinajärjestelmässä valtiolla on keskeinen asema, joka juontuu sotien aikaisten säännöstelytalouden mekanismeihin, joille sotien jälkeinen yhteiskunnan uudelleenrakentaminen perustui. (Piirainen 1992, 298–299.)

Suomessa sosiaaliturvan taso ja kattavuus ovat pohjoismaisille hyvinvointivaltioille ominaisesti korkea (Kangas 2000, 108). Suomalaisen hyvinvointivaltion rakentaminen alkoi muita Pohjoismaita myöhemmin, eikä se ole yltänyt muiden Pohjoismaiden kanssa samalle tasolle (Kajanoja 2013, 84). Suomalainen sosiaalivakuutus sijoittui 1900-luvun puolivälissä eurooppalaisessa vertailussa heikosti, ei pelkästään suhteessa naapurimaahan Ruotsiin, vaan myös muihin eurooppalaisiin sosiaalivakuutusjärjestelmiin ja niiden kattavuuteen. Kuitenkin jo 1960–1980-luvuilla suomalaisen sosiaalivakuutusjärjestelmän kattavuutta parannettiin, ja Suomi ylsi myös sosiaalivakuutuksella mitattuna hyvinvointivaltiostatukseen myös Ruotsiin verrattuna. Sosiaalimenojen rahoituksesta Suomi on toteuttanut noin puolet verorahoitteisesti jo 1950-luvulta alkavan tarkasteluajanjakson ajan. (Kangas 2000, 108–109).

1940-luvulla ilmaistiin ensimmäiset kannanotot ja suunnitelmat, joita alettiin juurruttaa sosiaaliturvajärjestelmän uudistamisen ja yhteiskunnallisen muutoksen yhteydessä. Tavoiteltiin aktiivista yhteiskuntapolitiikkaa, joka toimisi myös keinona yhteiskuntapolitiikan eri kokonaisuuksien ratkaisemiseksi. 1940-luvulta hyvinvointijärjestelmä ja sosiaaliturva siihen kiinteästi liittyvänä osana nähtiin investointina tulevaisuuteen. Suomalaisen sosiaaliturvan kehityksessä on tunnistettavissa kaksi keskeistä linjaa: esimoderni hoivan kausi ja moderni palvelujen kausi, joiden murros sijoittuu hyvinvointivaltion kasvun alkuaikaan 1960-luvulle (Rauhala 2000, 142–144).

Suomalaisessa hyvinvointivaltioperinteessä on valtiokoneistolla ja virkamiehillä ollut aina keskeinen rooli tiedon ja suunnittelukapasiteetin omistajina. Suunnittelu on käsitetty sisältyvän itse valtioon, eikä valtiota ole nähty suunnittelun välineenä. Valtiollista suunnittelua ovat toteuttaneet ja suunnitteluvaltaa ovat käyttäneet asiantuntijavirkamiehet. (Julkunen 2006a, 35.) Valtion ja sen virkamiesjohtoisen orientaation perusteella Suomen voi määritellä korporatistiseksi hyvinvointivaltioksi (Piirainen 1992).

Vertaillessa kahta pohjoismaista hyvinvointivaltiota eroja löytyy niin ideassa, keskeisissä toimijoissa ja kattavuudessa kuin myös rahoituksessa ja valtion roolissa hyvinvointivaltion taustalla. Vertailussa nousevia eroavaisuuksia olen koonnut taulukkoon 1. Yhteiset piirteet ja taustalla vaikuttavat samankaltaisuudet esimerkiksi universalismin ideologiassa muodostavat yhtenäisen pohjoismaisen mallin. Yhteinen piirre pohjoismaissa, myös Suomessa ja Ruotsissa, on se, että yhteiskunnissamme luottamuksen muita ihmisiä kohtaan on todettu olevan melko vahvaa (Julkunen 2006a, 43.)

| | RUOTSI | SUOMI |
|---|---|---|
| LUONNE | perusmuoto | seuraaja |
| IDEA | valtiopaternalistinen kansankoti: sosiaaliset oikeudet kaikille | korporatistinen projekti: palkkatyöläisyyden edistäminen |
| KESKEINEN TOIMIJA | sosiaalidemokraattinen puolue | työmarkkinajärjestöt |
| KATTAVUUS | kattavuus korkea koko 1900-luvun | kattavuus saavuttanut muut pohjoismaat 1980-luvulla |
| RAHOITUS | verotus | verotus ja palvelumaksut |
| VALTION ROOLI | valtio poliittisen tahdon väline | valtio ja sen virkamieskoneisto tiedon ja suunnittelukapasiteetin omistajina |

*Kuvio 6. Ruotsalaisen ja suomalaisen hyvinvointivaltion erojen vertailua (mm. Raija Julkunen 1992 ja 2006a, Timo Piirainen 1992 ja Olli Kangas 2000)*

Suomalainen hyvinvointivaltio ja sen palvelujärjestelmä laajenivat 1990-luvun alkuun saakka. Laajeneminen sekä monipuolisti palveluntarjontaa, että muodosti palvelujärjestelmästä moniportaisen ja vaikeaselkoisen. (Kinnunen 1998, 115). Suomalainen hyvinvointivaltio saavutti muita pohjoismaita kattavuudessaan 1980-luvulla, jonka jälkeen sitä ryhdyttiin aktiivisilla poliittisilla toimilla purkamaan seuraavalla vuosikymmenellä. Pohjoismainen hyvinvointivaltio ei ole enää itsestäänselvyys tulevaisuudessa (Metteri 2012, 24), vaikka sillä on ollutkin vakaa kansalaisten kannatus ja merkityksellinen asema suomalaisessa yhteiskunnassa (Kallio 2010, 90, 97; Hellsten 2011, 179–180).

Peruspalvelujen turvaaminen ja tulonsiirrot ovat hyvinvointivaltiossa samanaikaisesti sekä konkreettisia keinoja tasata markkinoilla muodostuvaa epätasaista tulonjakoa ja vähentää köyhyyttä, että poliittisia ja ideologisia tavoitteita tasaisen tulonjaon ja köyhyyden vähentämiseksi. Vapaat markkinat eivät lähtökohtaisesti tällaisia keinoja tai tavoitteita tunnista. (Kiander & Lönnqvist 2002a, 31.)

# 5 Hyvinvointivaltion muutos sosiaalityön toimintaympäristönä

## 5.1 Julkinen hallinta ja managerialistinen käänne

Globaali markkinaliberaali käänne ja pääoman vapaa liikkuvuus on haastanut pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin muun muassa rajoittamalla kansallista hyvinvointipoliittista suunnittelua ja kansallisten mallien toteuttamismahdollisuuksia (Julkunen 1992, 66). Suomalaisessa yhteiskunnassa käänne tuli näkyväksi 1990-luvun taloudellisen laman aikana, joka on yleisesti määritelty alkaneen Suomessa vuonna 1991 (mm. Piiroinen 2005, 20). Taloudellisen laman kanssa samanaikaisesti tapahtui käännekohta 1960-luvulla alkaneessa, hyvinvointivaltiota rakentaneessa ja vahvistaneessa sosiaaliturvapoliittisessa kehityksessä (Rauhala 2000, 144).

Käännekohta päätti suomalaisen hyvinvointivaltion rakentamisen julkisen hallinnon uudistamiseen. Uudistuksen tavoitteisiin kuului julkisen sektorin laajentumisen pysäyttäminen ja julkisen hallinnon toiminnan muuttaminen aiempaa yritysmäiseksi, josta julkisen hallinnon kehittämisen malli otettiin (Vartola 2009, 109). Ihanteena pidettiin menestyvien yritysten toimintaa, joiden tehokkuus, tuloksellisuus ja ammattimainen johtaminen, eli managerialismi, nähtiin keinoina julkiseen valtaan kuuluvasta byrokratiasta eroon pääsemiseksi (Vartola 2009, 14–15).

Termiä byrokratia käytetään usein synonyyminä julkiselle hallinnolle, joskin sillä on myös muita merkityksiä (Vartola 2005, 17; Vartola 2009, 26–27). Tieteellisenä terminä byrokratialla tarkoitetaan tavallisimmin erityislaatuista virkamieshallintoa. Parhaimmillaan moderni byrokraattinen hallinto on tehokasta, rationaalista, luotettavaa, ennustettavaa ja vakaata, huonoimmillaan käytännöissään hidasta, kansalaisiltaan kirjallista todistelua vaativaa ja heihin epäluuloisesti suhtautuvaa, sekä jähmeää oman toimintansa korjaamisessa ja kehittämisessä (Vartola 2009, 15, 26–27).

Max Weber (1864–1920) on esittänyt teorian byrokratiasta (mm. Vartola 2009, 13, 28; Virtanen & Stenvall 2011, 42), jonka mukaan byrokratian taustalla vaikuttaa kapitalismin kehittyminen. Kehitys loi tarpeen rationaaliselle oikeusjärjestelmälle, jolla voitiin sekä säädellä kaupankäyntiä ja taloutta, että organisoida valtionhallinnon sisäisiä suhteita ja kansalaisten asemaa suhteessa valtionhallintoon. Hallinnoimisen vaatimukseksi tuli ennustettavuus ja luotettavuus, jota tuki rationaalis-legitiimin hallitsemisjärjestelmän yleis-

tyminen kapitalistisiksi kehittyvissä yhteiskunnissa. Hallinnan ytimeksi ja taustaksi muodostui byrokratiaksi kutsuttu persoonaton järjestelmä, joka rakentuu toisiinsa loogisessa ja hierarkkisessa järjestyksessä linkittyvien oikeusnormien perustalle. Järjestelmän kansalaisilta edellyttämä totteleminen perustui kansalaisuuteen, ei yksittäisen hallitsijan suvereeniin valtaan tai auktoriteettiin. (Vartola 2009, 27–28.)

Perinteisen mallin mukaan julkinen hallinto määrittyy poliittisia tavoitteita mahdollisimman tehokkaasti toteuttavana, ylhäältä alaspäin johdettuna ja kansalaisia objektivoivana julkisen hallinnon mallina. Julkisella hallinnolla hyväksytään olevan erityisluonne, joka johtajien ja työntekijöiden on tunnistettava, ja joiden mukaisesti on toimittava. (Virtanen & Stenvall 2011, 41–46.) Julkisten organisaatioiden tehtävät eroavat yksityisten organisaatioiden tehtävistä, koska julkisten organisaatioiden tehtävät ovat yksityisiä monimuotoisempia, ja ne ovat velvoitettuja tarjoamaan, tai vähintäänkin järjestämään palveluja tai subventoimaan palveluista aiheutuva kustannuksia myös kansalaisille, jotka eivät voi hyvinvointipalveluja yksityisiltä markkinoilta ostaa (ks. Tuomala 2007, 186–187; myös Virtanen & Stenvall 2011, 55–60.)

Jaakko Kiander ja Henrik Lönnqvist (2002b, 4) luokittelevat[1] julkisen vallan talouteen liittyvät tehtävät ja tavoitteet kolmeen osaan: kasvupolitiikkaan, suhdannepolitiikkaan ja tulonjakopolitiikkaan. Jaottelu on ollut keskeisessä roolissa pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden kehittymisessä, ja on ajankohtainen, vaikka näkemys julkisen sektorin tehtävistä muuttuisi. Alkuperäisen luokittelun mukaisella kasvupolitiikalla tarkoitetaan tehokasta resurssien allokaatiota, eli resurssien jakamista ja kohdentamista ja julkisen vallan toimenpiteitä, joilla vaikutetaan taloudellisen kasvun turvaamiseen pitkällä aikavälillä. Suhdanne- eli stabilisaatiopolitiikalla vakautetaan talouden vaihteluja pyrkien parantamaan talouskasvun edellytyksiä lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä. Tulonjakopolitiikalla tasataan tuloeroja ja pyrkimyksenä on sekä saavuttaa yhteisesti määritelty oikeudenmukainen ja tavoiteltava tulonjako että talouden kasvu. (Kiander & Lönnqvist 2002b, 4, 5, 11.) Hyvinvointivaltiossa julkisen sektorin roolina on siten toimia olemassa olevien voimavarojen oikeudenmukaisena kohdentajana ja tuloerojen tasaajana (Tuomala 2007, 182).

---

[1] Alun perin klassisen luokituksen kasvupolitiikkaan, suhdannepolitiikkaan ja tulonjakopolitiikkaan on luonut Richard Musgrave (1959) teoksessa The Theory of Public Finance: a Study in Public Economy. McGraw-Hill, New York.

Tasaisen tulonjaon vaikutuksista talouden kasvuun on esitetty toisilleen vastakkaisia näkemyksiä, joissa toisissa epäillään tulontasauksen rapauttavan työnteon ja säästämisen kannustimia, ja toisissa nähdään tasainen tulonjako talouskasvun välineenä yhteiskuntarauhan turvaamisen ja potentiaalista osaamisresurssia hyödyntävän koulutuspolitiikan avulla. Julkinen toiminta perustuu pitkän aikavälin tavoitteille, joilla pyritään turvaamaan kestävä talouskasvu ja yhteisesti sovitun tulonjaon saavuttaminen ja ylläpitäminen (Kiander & Lönnqvist 2002b, 4). Talouden jatkuvan kasvun tavoitteen voi todeta muodostuneen yhteiskunnassa itseisarvoksi, joka ei ole edistänyt keskustelua talouden kasvun avulla mahdollistuvista yhteiskuntaa kokonaisvaltaisesti hyödyttävistä ja oikeudenmukaisista tavoista edistää hyvinvointia (Kivipelto & Saikkonen 2013, 314).

Taloudellinen toiminta voi organisoitua markkinoilla tai organisaatiossa, joka voi olla julkisesti tai yksityisesti omistettu. Markkinoiden keskeinen motivaatiotekijä on omistaminen, jolloin omistaja hallitsee ja määrää omistuksensa käyttöä parhaaksi arvioimansa oman edun toteutumisen mukaisesti. Yhteistyön tekeminen markkinoilla on tästä syystä haasteellista, koska luottamuksellisten suhteiden rakentaminen yhteistyökumppaneiden välillä sävyttyy omistajien oman edun tavoittelun kautta. Organisaatioiden tarkoituksena on saada ihmiset toimimaan yhdessä ja uudelleen järjestää omistamiseen liittyviä vahvoja kannustimia. (Tuomala 2007, 184).

Julkinen sektori toimii erityisesti luonnollisen monopolin aloilla, kuten energian tuotantoon ja infrastruktuuriin liittyvissä toiminnoissa, joissa kilpailuolosuhteiden muodostaminen on vaikeaa esimerkiksi tuotantoa edeltävien suurten kiinteiden kustannusten vuoksi. Luonnollisia monopoleja on kuitenkin yksityistetty, josta johtuen julkiseen hallintaan on jouduttu kehittämään säätelyjärjestelmiä toiminnan valvontaan. Tämä on paradoksaalisesti voinut lisätä julkisen hallinnan puuttumista yksityisen organisaation tuottamaan toimintaan jopa enemmän, kuin ennen toiminnan yksityistämistä. (Tuomala 2007, 185.)

Julkisen sektorin hallinnoima säätelyjärjestelmä toimii päämies-agentti-ongelman mukaisesti, jossa päämiehenä on julkinen organisaatio ja agenttina yksityinen palveluntuottaja. Säätelyjärjestelmässä agentti toteuttaa päämiehen asettamia ja yhteisesti sovittuja tavoitteita, jonka lisäksi päämies kontrolloi agentin toimintaa. Säätelyjärjestelmän suunnittelussa keskeistä on informaation kulkeminen päämiehen ja agentin kesken, yleensä kirjal-

listen sopimusten muodossa, jolla varmistetaan sovittujen tavoitteiden toteutuminen. Säätelyjärjestelmän luomisessa oleellista on arvioida järjestelmästä aiheutuvia hallinnollisia kustannuksia. Mikäli agentin laadun valvonnasta aiheutuvat kustannukset ovat korkeat ja mahdollisten kustannusten epävarmuus on suuri, voi julkisen tuotannon arvioida olevan ulkoistamista kustannustehokkaampaa. (Tuomala 2007, 186–190.)

Kansalaisilla on lakisääteisiä oikeuksia palveluihin ja tukitoimiin, joiden oikeudenmukaisen ja tasavertaisen toteutumisen varmistamiseksi palvelujen tuottajien ja järjestäjien toimintaa säännellään ja valvotaan (Virtanen & Stenvall 2011, 41). Valtion toteuttamaa sääntelyä ja sen toteuttamaa tulojen uudelleenjakoa myös kritisoidaan esimerkiksi esittämällä julkisen sektorin olevan syypää siihen, etteivät markkinat toimi täydellisen markkinatasapainon mukaisesti (Tuomala 2007, 181). Kritiikkiä esitetään esimerkiksi väittämällä, että hyvinvointivaltion toteuttaman ja lainsäädäntöön perustuvan julkisen sääntelyn perimmäinen tarkoitus ei lopulta olekaan riittävä markkinoiden aiheuttamien ongelmien ja epäkohtien ratkaiseminen. Valtio ei kritiikin mukaan ole menestyksellisesti kyennyt korjaamaan markkinoiden epäonnistumista. Julkisen sääntelyn vaikutukset eivät siten ole olleet pelkästään positiivisia, vaan myös epätoivottuja ilmiöitä on ilmaantunut. (Harisalo & Miettinen 2004, 91–92, 105–106.)

Markkinoiden epäonnistumisen korjaamisen julkisella sääntelyllä väitetään vaikuttavan epäedullisesti esimerkiksi palkkakehitykseen, hintojen nousuun tai työpaikkojen luomiseen. Sääntely voi myös tarjota mahdollisuuksia yksittäisille intressiryhmille ajaa omia etujaan yhteisen edun nimissä. Julkisen keskustelun ja tutkimustiedon lisääminen sekä päätöksentekoprosessien vaikeuttaminen ja pitkittäminen ehdotetaan keinoiksi markkinoiden epäonnistumista korjaavan julkisen sääntelyn hallitsemiseksi. Markkinoiden epäonnistumista korjaamaan luotu julkisen sääntelyn järjestelmä ei kritiikin mukaan tuotakaan hyvinvointivaltion tasa-arvoideologian mukaista sääntelyä, kun sen toiminnan perusteena on yhteiskunnan heikoimpien etu, mutta todellisia hyötyjiä ovat vahvat. (Harisalo & Miettinen 2004, 91–92, 105–106.) Voidaan myös väittää, että julkisen vallan toteuttamilla tulonsiirroilla todellisuudessa edistetään tuloerojen syntymistä ja aiheutetaan tulonsiirtoja edeltävää köyhyyttä. Tähän sisältyy oletus siitä, että kansalaiset muuttavat oman toimeentulon turvaavaa toimintaansa siten, että olisivat yhteiskunnan taloudellisiin etuihin oikeutettuja. (Tuomala 2007, 192.)

Managerialistinen käänne sijoittuu Suomessa 1990-luvun alkuvuosiin. Hallinnon uudistamisen teeseinä käytettiin julkisen hallinnon tehottomuutta, kalleutta, tuhlailevaisuutta, sekä huonoa johtamista suhteessa yksityiseen sektoriin ja yritysmaailmaan (Vartola 2005, 110). Muutokset julkisen hallinnon järjestämisessä eivät ole olleet pelkästään globaaliin kehitykseen liittyvää välttämättömyyttä, vaan myös toimintaympäristön muutokseksi nimitettyä retoriikkaa, jolla on vahvistettu julkisen vallan heikentämistä ja markkinoiden vallan vahvistamista (Eräsaari 2006, 89–90). 1990-luvun laman myötä suomalaiseen politiikkaan muotoutui käsityksiä, jotka eivät perustuneet hyvinvointitavoitteisiin (Kantola 2002, 98).

Poliittisten valtasuhteiden muuttuminen vaikutti hallinnon uudistuksen toteutumiseen. Uudistuksen päämääränä määrittyi julkisen hallinnon jatkuvan kasvun lopettaminen ja hallinnon toiminnan muuttaminen aiempaa yritysmäiseksi. Uudistamisen taustavaikuttimina olivat kansantalouden ja julkisen talouden silloinen tilanne, hallituksen uudistamista koskevien valintojen ja retoriikan uskottavuus sekä uudistuksen ulkomaiset esikuvat. (Vartola 2005, 109.) Vuonna 1993 astui voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudesta ja suunnittelusta, joka muutti merkittävästi valtionosuuksien kohdentamista kunnissa. Uudistetulla lainsäädännöllä tuettiin kuntien itsehallintoa, tavoitteena toimintojen tehostaminen ja taloudellisuus, sekä kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien parantaminen. Valtionosuudet eivät olleet enää tarkasti suunnattuja tiettyihin toimintoihin, vaan kunnat saivat itse päättää palvelujen järjestämisen yksityiskohdista. (Mutka 1998, 63.)

Hallinnon uudistamisen myötä käyttöön otettu managerialistinen lähestymistapa julkiseen hallintaan ei tue hyvinvointivaltion universaaliuden taustalla olevaa valtiokeskeisyyttä (ks. Raunio 2009, 218). Managerialistisen ideologian mukaisena ihanteena on mahdollisimman kevytrakenteinen, kustannustietoinen ja tuloksellinen julkinen hallinto (mm. Lähdesmäki 2003, 9–10; Virtanen &Stenvall 2011, 46–47), joka voidaan asemoida lähinnä palvelujen järjestäjäksi ja rahoittajaksi, ei niinkään palvelujen tuottajaksi (Tuomala 2007, 182–183). Hallinnon rakenteita kevennettäessä muun muassa hoivapalvelujen tuottamisen vastuuta siirretään julkiselta sektorilta yksityisten ja järjestötoimijoiden lisäksi myös kotitalouksille (Julkunen 1992, 135–136).

Managerialistinen, eli markkinaistumisen käänne on muuttanut hyvinvointivaltion toimintaa markkinoiden ehdoilla toimivaksi järjestelmäksi, jossa taloudelliset näkökulmat

korostuvat (mm. Mänttäri Van Der Kuip 2013, 5). Hyvinvointivaltion murros paikantuu 1990-luvulle, jolloin hyvinvointipolitiikkaa muutettiin ja josta aiheutui erinäisiä seurauksia hyvinvointipalvelujen rakenteille ja palvelujen käyttäjille (Metteri 2013). Hyvinvointivaltion markkinaistumiskehitykseen on vaikutettu myös lainsäädännöllä, kuten alun perin vuonna 1994 säädetyllä lailla julkisista hankinnoista ja vuonna 2004 palveluseteliä koskevalla lailla (Kallio 2010, 30). Markkinaistamisella tavoitellaan toiminnan taloudellista tehokkuutta ja kuntatalouksien tasapainottamista (Kähkönen 2007, 11).

Managerialistisen käänteen myötä on hyvinvointivaltion diskurssi muuttunut. Hyvinvointiyhteiskunta on tullut puheissa ja kirjoituksissa hyvinvointivaltion tilalle (Julkunen 2006a, 42–44; Yeung ym. 2007, 13). Diskurssin muutos näkyy jo 1990-luvun hallitusten politiikkaohjelmissa, joissa hyvinvointivaltioterminologian tilalla käytettiin hyvinvointiyhteiskuntaa (Hellsten 2011, 163; Metteri 2012, 34). Puhutaan myös hyvinvointikunnasta (Häkkinen ym. 2001, 73–74). Hyvinvointivaltion diskurssin muutos organisoituneesta dis organisoituneeseen kapitalismiin näkyy kansainvälistä kilpailukykyä ja tulosvastuuta korostavana hyvinvointiyhteiskuntana (Piiroinen 2005, 23).

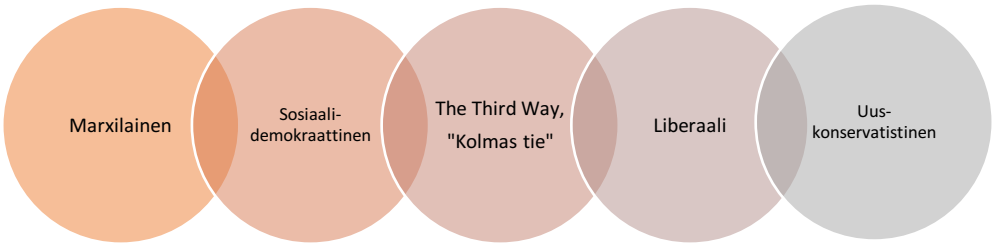
Hyvinvointivaltioon liittyvän käsitteellisen muutoksen voi tulkita olleen reagoimista kuntien itsenäistymiseen, kuntien ja valtion välisen suhteen jännitteisiin sekä kolmannen ja yksityisen sektorin vahvistuneeseen rooliin sosiaalipolitiikassa. Hyvinvointiyhteiskunnalla voidaan viitata laajalti yhteiskunnalliseen vastuuseen ja sosiaaliseen integraatioon, jolloin hyvinvoinnin tuottajia voi olla monia. Tällöin hyvinvointivaltion perusta paikannetaan yhteiskuntaan, eli kansantalouteen, sosiaaliseen yhteisöön ja kansalaisten hyvinvointivaltiolle antamaan kannatukseen. Hyvinvointiyhteiskunta ei ole vastuun kantajana hyvinvointivaltion veroinen toimija, vaan siihen sisältyy uusliberalistista sisältöä valtion ja julkisen vallan hyvinvointivastuun rajoittamisesta ja sen siirtämisestä yksityisille toimijoille ja kansalaisille itselleen. (Julkunen 2006a, 42–44; Yeung ym. 2007, 13.)

Hyvinvointiyhteiskunnassa ei ole tiettyä sosiaalipoliittista toimijaa (ks. Raunio 2009, 200) hyvinvoinnin ja sosiaaliturvan tuottamiseksi, kuten hyvinvointivaltio itsessään on, joten se ei kykene konkreettiseen vastuun kantamiseen yhteisissä sosiaalipoliittisissa tavoitteissa (Julkunen 2006a, 42–44; Yeung ym. 2007, 13). Managerialistinen käänne on haastanut hyvinvointivaltioinstituution tarjoamatta tilalle sitä vastaavaa hyvinvointita-

voitteisiin ja yhteiseen hyvinvointivastuuseen perustuvaa agendaa. Tämän lisäksi managerialistinen käänne jättää huomiotta julkisen hallinnon perustan erityisluonteen, jossa ydinrakenteena on byrokratia (Vartola 2009, 14–15).

## 5.2 Yhteiskunnalliset näkökulmat muutokseen

Havainnollistaakseni ja konkretisoidakseni managerialistista käännettä ja sen vaikutuksia hyvinvointivaltioideologian murtamisessa tarkastelen sitä kolmen teoreettisen paradigman avulla. Käytän tässä Bob Mullalyn (2007) jaottelua, jonka mukaisesti yhteiskunnalliset paradigmat voidaan asettaa akselille oikeisto-vasemmisto niiden perimmäisten ideoiden mukaisesti. Akselin keskelle asettuu ”kolmannen tien” paradigma, joka muun muassa esittäytyy ratkaisuna vasemmisto-oikeisto ja julkinen-yksityinen –jaotteluille (mt.)




*Kuvio 7. Teoreettiset paradigmat asetettuna vasemmisto-oikeisto janalle Mullalyn (2007) mukaisesti*

Uuskonservatistinen ja marxilainen paradigma eroavat merkittävästi toisistaan. Sosiaalitieteen näkökulmasta Marxilainen paradigma on toinen tärkeimmistä sosialistisista teorioista sosiaalidemokraattisen paradigman lisäksi. Paradigmojen voi kuvata olevan näkökulmiltaan saman janan ääripäissä, ja suurimpana periaatteellisena erona uuskonservatiiviseen individualismiin on marxilaisen paradigman mukainen käsitys hyvinvoinnista sosiaalisena normina, jossa arvoperusta on ihmisten keskinäisessä solidaarisuudessa ja yhteistoiminnallisuudessa. (Mullaly 2007, 64, 83, 138–140.) Aihetta olen pohtinut jo aiemmin sosiaalityön opintoihin kuuluvassa opintojaksossa.

Uuskonservatistinen paradigma perustuu vapaiden markkinoiden näkemyksiin taloudellisista arvoista. Paradigman oletus on, että hyvinvointivaltio on syy yhteiskunnan taloudellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Hyvinvointivaltio esittäytyy uuskonservatismissa liian

kalliina, liian tehottomana ja liian suurena. Hyvinvointivaltion uudelleenrakentamiseksi on ehdotettu muun muassa hyvinvointivastuiden siirtämistä valtiovallalta julkisen hallinnon alemmille tasoille ja yksityisen sektorin järjestämäksi, tulonsiirtoja painottumaan perusturvasta ansiosidonnaiseen turvaan sekä yksittäisten kansalaisten kannustamista osallistumaan hyvinvointipalvelujen tuottamiseen epävirallisissa ja vapaaehtoisverkostoissa. (Mullaly 2007, 72–74, 83.)

Uuskonservatistisen hyvinvointivaltion uudelleenrakentamisideologian seurauksena sosiaaliturvan uudelleenjako toteutuisi siten, että se otettaisiin pois niiltä kansalaisilta, jotka eniten sitä tarvitsisivat, ja jaettaisiin niille, jotka olisivat vähiten sosiaaliturvan ja tulonsiirtojen tarpeessa. Näkemys sosiaalisista ongelmista, niiden syistä ja ratkaisuista juontuu aina yksilön ja perheen vastuuseen omasta elämästä: ongelmat ovat ihmisten omaa syytä, eivätkä siksi ansaitse tulla selvitellyiksi yhteiskunnan varoilla. (Mullaly 2007, 72–74, 83.)

Uuskonservatistinen käsitys sosiaalihuollosta ja sosiaalityöstä pelkistyy hätätilanteisiin, joissa ensisijaiset auttamisen tavat ovat perheen ja vapaiden markkinoiden osalta olleet riittämättömät. Sosiaalihuollon kokonaisuus määrittyy tilapäisenä ja viimesijaisena varajärjestelmänä, luoden sosiaalihuoltoon ja sen asiakkaisiin hyväntekeväisyyden ja poikkeavuuden stigman. Uuskonservatistiset arvot perustuvat yksilön vastuulle, vapailla markkinoilla toimimiselle ja mahdollisimman vähäiselle valtiovallan puuttumiselle kansalaisten elämään. Arvot ovat täysin vastakkaisia sosiaalityössä tunnustettujen perustavanlaatuisten arvojen kanssa: sosiaalityön käsitys asiakkaistaan perustuisi uuskonservatiivisten arvojen mukaisesti epäilyyn sekä moralisoiviin ja rankaiseviin asenteisiin asiakkaitaan kohtaan. (Mullaly 2007, 85–87.)

Uuskonservatiivisessa yhteiskunnassa toimiminen asettaisi sosiaalityön valvojan rooliin. Sosiaalityö olisi tällöin ensisijaisesti toimija, joka arvioisi köyhistä ne, jotka ansaitsevat tulla autetuiksi niistä, jotka eivät apua ansaitsisi. Sosiaaliset ongelmat näyttäytyisivät perheen sisäisinä toimintahäiriöinä ja ongelmaiset perheet patologisina sosiaalisina yksikköinä. Jos käytettävissä olevat sosiaalityön keinot kuten pakottaminen, suostuttelu tai syyllistäminen omasta tilanteestaan eivät toimisi, olisi seuraava mahdollinen kontrollitaho jokin suljettu hoitolaitos tai vankila. Valtiovallan puuttuminen yksilön ja perheiden ongelmiin on uuskonservatiivisesta näkökulmasta jopa ongelmien ratkaisua heikentävää toimintaa, eikä sosiaalisten ongelmien yhteiskunnallista yhteyttä tunnusteta. (Mullaly 2007, 85–87.)

Marxilaisuuden relevanssista sosiaalityössä on Mullaly (2007, 140) käyttänyt esimerkkinä jaottelua[2], jossa marxilainen paradigma ensinnäkin esittää kokonaisvaltaisen teorian hyvinvointivaltion synnystä ja sen perusolemuksesta sekä sosiaalityön olemuksesta ja tarkoituksesta kapitalistisessa yhteiskunnassa. Toiseksi marxilainen paradigma on jaottelun mukaan normatiivinen teoria kapitalismin ja todellisen maailman erillisyydestä *sekä* hyvinvointivaltion perustamisesta, jossa keskeisenä elementtinä on kansalaisten inhimillisiin tarpeisiin vastaaminen. (Mullaly 2007, 140.)

Marx oli ja on edelleen aikamme radikaali, joka ajatuksineen ylläpiti julkisessa keskustelussa sosiaalisten ongelmien yhteiskunnallista yhteyttä. Länsimaissa sosiaalityö ja sen tutkimus on kriittisesti tarkasteltuna muuttunut vähitellen painotuksissaan sosiaalisen oikeudenmukaisuuden tavoittelun sijaan yhteisötyöstä yksilökeskeiseksi työksi, jossa suositaan erilaisia terapeuttisia tekniikoita. Tämän lisäksi toisena keskeisenä painotuksena on nähtävissä sosiaalityön pyrkimykset parantaa professiona omaa yhteiskunnallista asemaansa. Kritiikin mukaan sosiaalityössä on unohdettu yhteiskunnan marginaaliin sysätyt, joiden pitäisi olla sosiaalityön keskeisintä asiakaskuntaa, ja joiden elinolosuhteiden – ja siten yhteiskunnallisten olosuhteiden – parantamisen pitäisi olla sosiaalityön ydintä. (Mäntysaari 2009, 93, 104.)

Marxilaisuuden ajankohtaisuus on edelleen nähtävissä esimerkiksi siinä, miten luokka-asemat vaikuttavat kansalaisten yhteiskunnalliseen tietoisuuteen. Yhteiskuntaluokat ovat edelleen olemassa, vaikka kehittyneissä maissa luokkien välinen liikehdintä on aiempia vuosikymmeniä aktiivisempaa ja työväenluokka on määrällisesti pienentynyt. Luokkaerot näkyvät myös siinä, keille yhteiskunnallinen ja poliittinen valta keskittyy. Luokkaerojen lisäksi marxilainen käsitys kapitalistisen yhteiskunnan kehityksen myötä tapahtuvasta luonnosta, uskonnosta ja ihmiselle ominaisesta lajiolemuksesta vieraantumisesta on edelleen yhteiskunnallinen perusongelma, johon ei talouden käytettävissä olevin keinoin pystytä vaikuttamaan. Lajiominaisuuden voi tulkita kuvaavan ihmiselle tyypillistä hyvää elämää ja toimintaa, jota noudattaen ihminen elää ilman luonnon tai kanssaihmisten riistämistä. Lajiominaisesti eläessään ja työskennellessään ihmisen ajatellaan marxilaisittain olevan vapaa ja kytköksissä työnsä välittömiin tuloksiin. (Mäntysaari 2009, 87, 104–105.)

---

[2] Mullaly käyttää tässä alunperin Ramesh Mishran (1981) luomaa jaottelua.

Marxilainen paradigma kiinnittyy kolmeen sosialismin keskeisimpään arvoon: vapauteen, veljeyteen ja tasa-arvoon. Vapauden edellytyksenä on riittävä taloudellinen turvallisuus, jonka voi saavuttaa työskentelemällä, josta ansaitulla rahalla ja työtä tekemällä mahdollistuu itsen kehittäminen, sekä elämästä nauttiminen. Veljeys viittaa solidaarisuuteen ja ihmiselle luontaiseen yhteisöllisyyden kaipuuseen. Yhteisö vaikuttaa yksilön toimintaan ja ajatuksiin, ja päinvastoin. Ihmisten tarpeet toisiaan kohtaan tunnustetaan ja hyvän yhteiskunnan merkkinä on sopuisa ja avoin yhteiselo, jossa valtiovallan puuttuminen ihmisten elämään on tarvittaessa paitsi oikeutettua myös välttämätöntä. Lisäksi valtiovallan puuttumisella yksityiseen elämänalueeseen nähdään olevan myönteisiä vaikutuksia yksilöihin ja yhteisöihin. Tasa-arvoisuus ymmärretään marxilaisuudessa tiettyjen ryhmien erityisoikeuksien puuttumisena ja mahdollisuuksien tasa-arvona kaikkien kansalaisten kesken. (Mullaly 2007, 143–146.)

Kolmas tie (The Third Way) asettautuu ideologioiden väliin ja mielellään ottaisi roolin perinteisten vastakkainasettelujen purkajana ja vastauksena globalisaation haasteisiin. Tämä potentiaali kolmannen tien paradigmassa on, mutta lähempi tarkastelu osoittaa, ettei kolmaskaan tie käytännön tulkintoineen välttämättä tarjoa sosiaalityön perusteiden ja etiikan mukaista toimintaympäristöä. Kolmas tie voi lupauksistaan huolimatta pelkistyä uuskonservatistisen tai liberalistisen politiikan välineeksi sosiaalisen oikeudenmukaisuuden, tasa-arvon ja hyvinvoinnin kustannuksella. Paradigman kritiikki kohdistuu erityisesti sosiaalipalvelujen ja markkinatalouden yhteistoimintaan niissä tilanteissa, joissa ei tavoitella yhteiskunnallisesti merkityksellistä tasavertaisuutta kansalaisten kesken, vaan arvot ovat markkinataloudesta juontuvia. (Mullaly 2007, 189–202.)

Kriittinen näkökulma kolmannen tien vaihtoehtoon on, että sitä voidaan käyttää retoriikalla siistittynä uuskonservatistisena politiikkana, jonka tavoitteina ei ole yleinen sosiaalinen hyvinvointi, vaan markkinatalouden ehdot yksilön toimintaympäristönä. Sosiaalityönä kolmas tie on reagoivaa ja yksilökohtaista työtä, jolla ei ole tarkoituskaan puuttua epätasa-arvoisuutta ylläpitäviin yhteiskunnallisiin rakenteisiin. Kolmas tie ei sellaisenaan edusta itseään eikä sillä ole omaa ideologiaansa, vaan siinä voi hyödyntää lähi-ideologioiden teemoja sekä oikealta että vasemmalta toimijasta ja taustatavoitteista riippuen. (Mullaly 2007 189–202.)

Havainnollistamisen tehostamiseksi valitsin esimerkit janan ääripäistä, jolloin ideologiset eroavaisuudet tulevat selkeästi näkyviin, vaikka kumpikaan ideologia ei sellaisenaan esimerkiksi suomalaisessa yhteiskunnassa toteutuisi tai kumpaakaan ei sellaisinaan tavoiteltaisi. Toisaalta, esimerkiksi viimeaikainen kansallinen uutisointi antaa viitteitä uuskonservatiivisen paradigman ja markkinaistumisen olemassaolosta esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä siihen liittyvän valinnanvapauden edetessä. Esimerkiksi Sanomalehti Kaleva uutisoi marraskuussa 2017 yksityisen terveysyrityksen bisnesinnovaatiota perustaa yksityinen terveysasema toisen kunnan keskustaan[3], jolloin terveysaseman valinnanvapauden nojalla minkä tahansa kunnan asukas voisi valita ko. terveysaseman palvelujen käytön. Ratkaisu on riitautettu[4], mutta ajassa liikkuu.

Mullalyn (mt.) kriittinen näkemys kolmannen tien paradigmaan perustuu pääasiassa muiden kuin pohjoismaisen mallin hyvinvointivaltioiden käytäntöihin ja toimintatapoihin. Vaara kolmannen tien käytöstä sosiaalityölle vastaisten ideologioiden läpiviejänä lienee kuitenkin todellinen. Toisaalta, laajana ja tarkemmin jäsentymättömänä ideologiana sitä voisi käyttää myös sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen painottuvana, hyvinvointivaltioideologiaa tukevana lähestymistapana, mutta silloin näkökulman tulisi olla se, että markkinatalous on yhteiskunnan hyvinvoinnin ja menestyksen työkalu, ei päätavoite. Tämä ideologia sisältyy jo valmiiksi pohjoismaiseen hyvinvointivaltioperinteeseen, joten näin tulkittuna kolmas tie ei Suomessakaan välttämättä olisi muuta kuin retorinen lisä managerialististen arvojen ja retoriikan hyödyntämiseksi ja perustelemiseksi kansalaisille.

Paradigmoissa havainnollistuvat toisistaan eroavat yhteiskunnalliset todellisuudet, joissa sosiaalityön tarkoitus ja toimintavaltuudet sekä sosiaalityölle keskeiset sosiaalisen oikeuden tai tasa-arvon ideologiat määrittyvät eri tavoin. Pohjoismainen hyvinvointivaltioideologia tai sosiaalityön eettinen perusta asettuisi toisistaan eroaviin konteksteihin ja sosiaalityön toimintavaltuudet ja tarkoitus määrittyisivät eri tavoin riippuen siitä, minkä ideologian mukaisesti yhteiskunnassa toimittaisiin.

---

[3] Sanomalehti Kaleva 27.11.2017 ” Siikalatvan terveysasema tulee Oulun Kauppurienkadulle – Mehiläisen ja Siikalatvan etäpiste kerää kritiikkiä”
[4] Sanomalehti Kaleva 1.12.2017 ”Oulun kaupunki riitauttaa Siikalatvan ja Mehiläisen terveysasemasuunnitelmat

# 6 Sosiaalihuollosta hyvinvointiretoriikkaa

## 6.1 Organisatorinen tilintekovelvollisuus

Kansainvälisen sosiaalityön määritelmän mukaan sosiaalityö perustuu ihmisoikeuksien ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteille, ja sen tarkoituksena on hyvinvoinnin lisääminen sosiaalityön keinoin (IFSW/Talentia). Suomalainen, kuten kaikki pohjoismainen sosiaalityö on ollut tavallisimmin asiakastyötä, joka tapahtuu suurimmaksi osaksi julkisella sektorilla kunnissa. (Karvinen 2000, 19; Saarinen ym. 2012, 405, 408.)

Managerialistinen käänne muutti hyvinvointivaltion toimintaa kohti markkinoiden logiikkaa, jossa taloudelliset näkökulmat ovat keskeisimpiä (Mänttäri-Van Der Kuip 2013, 5). Sosiaalityön käytäntöihin käänne on tuonut mukanaan organisatorisen tilintekovelvollisuuden, jossa painottuvat budjettikontrollin ja tehokkuuden sosiaalityölle asettamat vaatimukset sekä valvonta, kontrolli ja arviointi. Organisatorinen tilintekovelvollisuus voidaan ymmärtää sosiaalityöntekijän vastuuna organisaation rajallisten ja vähenevien resurssien mahdollisimman tehokkaasta käyttämisestä, eli allokaatiosta, sekä sosiaalityöntekijöiden tekemään työhön kohdistuvasta valvonnasta, kontrollista ja arvioinnista. (Banks 2004; Mänttäri-Van Der Kuip 2013.)

Yleisen käsityksen mukaan hyvinvointipalveluissa resurssien allokointi mahdollistuisi vaikuttavuustiedon avulla. Sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen kannalta on oleellista, että vaikuttavuutta arvioidessa keskiössä ei ole pelkästään ulkokohtaisesti arvioituna taloudellinen ja tuotannollinen tehokkuus tai kustannusten laskeminen. Sosiaalityön vaikuttavuuden arviointiin sisältyy keskeisesti arvioinnin taustalla vaikuttavan ihmiskäsityksen ja ihmiskuvan tunnistaminen, jonka avulla hahmotetaan yhteiskuntaa, jota arvioinnin tuottaman tiedon avulla rakennetaan ja ylläpidetään. Sosiaalitoimessa vaikuttavuustiedon tuottaminen ja toiminnan ehdot ylipäätään ovat välittömässä sidoksessa yhteiskuntaan, koska niihin vaikuttavat sekä lainsäädäntö että työn organisoimisen tavat kunnittain ja sosiaaliturvan taso (Kivipelto & Saikkonen 2013, 313–315).

Hyvinvointivaltion uudelleenmuotoutuminen on siten muuttanut myös sosiaalityön toimintaympäristöä. Muutos on aiheuttanut ristiriitoja ja ongelmia sosiaalityölle, koska taloudelliset, poliittiset ja sosiaaliset muutokset ovat olleet vastakkaisia arvoille, joille so-

siaalityön professio ja ammatillisuus rakentuu. (Mullaly 2007, 20.) Vaikka julkisen sektorin ja siten myös sosiaalityön toimintaympäristö muuttuu, sosiaalityön perustarkoitus ja ydintehtävä eivät muutu (Cree 2002, 20).

Sosiaalityön muuttuva toimintaympäristö näkyy interprofessionaalisen työskentelyn ja uudenlaisen tilintekovelvollisuuden lisääntymisenä. Interprofessionaalisen voi esimerkiksi suomentaa moniammatillisena toimintana, jossa eri ammattiryhmien edustajat toimivat tiiminä yhteisen tarkoituksen ja tavoitteen saavuttamiseksi, ongelmien ratkaisemiseksi tai uusien palvelumallien kehittämiseksi. Moniammatillinen työskentelytapa voi vaikuttaa perusteellisesti eri koulutustaustaisten professioiden ammatillisuuden perusteisiin ja siten vaarana voi olla kunkin profession spesifien osaamisalueiden ja ammattieettisten lähtökohtien hämärtyminen. Tilintekovelvollisuus puolestaan kuvastaa sosiaalityössä lisääntynyttä selonteon velvoitetta tavoissa tehdä sosiaalityötä, sosiaalityön tulosten ennalta määrittelyssä ja asetettuihin tavoitteisiin pyrkimisessä sekä työn sisältöjen mittaamisessa ja arvioimisessa eri mittareiden avulla. Tilintekovelvollisuuden lisääntyminen on ristiriidassa sekä sosiaalityön että hyvinvointivaltion perusajatuksen kanssa, jonka lisäksi se uhkaa velvoitteineen, sääntelyineen ja toimintatapoineen sosiaalityön ammattieettisen toiminnan toteutumista. (Banks 2004, 7–8, 125, 149.)

Länsimaiset hyvinvointivaltiot ovat olleet viimeisimmät vuosikymmenet globaalin kapitalismin vaikutuksesta johtuen perustavanlaatuisessa kriisissä ja uudelleenrakentamisen kohteena. Hyvinvointivaltioiden kehittäminen ja rapauttaminen on tapahtunut poliittisilla päätöksillä, ja näyttääkin paradoksaalisesti siltä, että nykykehitys on johtamassa takaisin niihin yhteiskunnallisiin olosuhteisiin, joista hyvinvointivaltiollinen kehitys aikoinaan sai alkunsa. Muutokset hyvinvointivaltiossa muuttavat myös sosiaalityön toimintaympäristöä ja toimintamahdollisuuksia. Taloudellisen rationalismin ideologia korostaa markkinoiden mahdollisimman vapaan toiminnan ensisijaisuutta hyvinvoivan yhteiskunnan edellytyksenä, eikä uskoon vapaiden markkinoiden hyvinvointivaikutuksista sovi kalliina, tehottomana ja tarpeettomana hyvinvointivaltiollisena jäänteenä näyttäytyvä sosiaalityö asiakkuuksineen. (Mullaly 2007, 11–17, 20; ks. myös Eräsaari 2006 ja 2011.)

Selontekovelvollisuus on aina ollut olennainen osa ammattilaisten toimintaa julkisella sektorilla, sosiaalityö mukaan lukien. Selontekovelvollisuus tarkoittaa ammattiin liittyvää valmiutta ja kykyä antaa pyydettäessä erityisesti julkisia palveluja rahoittaville veronmaksajille ja palveluja käyttäville asiakkaille selvitys siitä, mitä viranomainen on

työssään tehnyt tai jättänyt tekemättä. Managerialismiin liittyvä uudenlainen tilintekovelvollisuus puolestaan tarkoittaa sitä, että organisatorinen ja julkinen selontekovelvollisuus korostaa määrällisiä tuotoksia ja tuloksia häivyttäen yksittäisten palvelunkäyttäjien ja yhteisöjen tarpeet ja oikeudet taka-alalle. Tilintekovelvollisuuden mukaisia toimintatapoja, kuten perusteellista dokumentointia ja ennalta määriteltyjä standardeja, tavoitteita tai tuloksia on kehitetty siten, että pystytään näyttämään toteen hyvin – eli määräysten mukaisesti – tehty työ. (Banks 2004, 150–152; Eräsaari 2011, 13–14.)

Syyt sosiaalityön sääntelyyn ja valvontaan vaihtelevat aikakausien mukaan, mutta joitakin nimittäviä tekijöitä sääntelyyn aikakaudesta riippumatta liittyy. Tilintekovelvollisuuden aikakaudella esimerkiksi ammatillisen autonomian horjuttaminen on yksi mahdollinen syy sosiaalityön sääntelyn ja valvonnan kiristämiseen: mitä autonomisempi sosiaalityöntekijä työssään on, sitä enemmän hän työskennellessään pystyy ammattieettisiä periaatteitaan noudattamaan. Ammatillinen autonomia tarkoittaa sitä, että sosiaalityöntekijä tekee ammatilliseen vapauteensa perustuen sisäistämänsä ja yleisesti hyväksytyn sosiaalityön ammattietiikan mukaisia ratkaisuja, jotka voivat olla ristiriidassa sen kanssa, minkälaisena organisaatio ymmärtää hyvin tehdyn sosiaalityön. (Banks 2004, 153–156.)

Sosiaalityöntekijöiden toiminnan sääntely ja valvonta ovat siten ristiriidassa perinteisten ja yleisesti tunnustettujen ammattieettisten arvojen kanssa, erityisesti sosiaalityöntekijän asiakaslojaalisuuden ja ammattieettisten arvojen ensisijaisuuden osalta. Käytännössä sääntely voi näyttäytyä yksityiskohtaisesti ohjeistettuina toimintatapoina, joiden toteuttaminen haittaa ammattieettisen toiminnan toteuttamista asiakassuhteissa, tai tilintekovelvollisuuteen liittyvinä keinotekoisina vaatimuksina, joilla rajoitetaan sosiaalityöntekijän ammattieettiseen harkintaan perustuvaa päätöksentekoa. (Banks 2004, 153–156.)

Sosiaalityössä sääntelyn ja uudenlaisen tilintekovelvollisuuden lisääntyminen on seurausta managerialististen oppien soveltamisesta julkisjohtoisissa hyvinvointivaltion organisaatioissa. Yksityisten yritysten johtamisoppeja käyttämällä on viimeisten vuosikymmenten aikana pyritty muuttamaan julkisen sektorin toimintaa taloudellisesti aiempaa tehokkaammaksi, byrokratialtaan joustavammaksi ja laatua parantavaksi. Lisäksi on pyritty purkamaan hyvinvointivaltioiden holhoaviksi koettuja rakenteita. Hyvinvointivaltion rooli palvelujen tuottajana on myös kyseenalaistettu ottamalla osaksi julkisen sektorin käytäntöjä kilpailutus, tasavertaistamalla yksityisen ja kolmannen sektorin asemaa palve-

lujen tuottajana julkisen sektorin rinnalla sekä luomalla tilaa näennäismarkkinoille ja tilaaja-tuottaja -toimintatavoille julkisessa toiminnassa. (Banks 2004, 37–38; Mullaly 2007, 21.) Organisatorisen tilintekovelvollisuuden on havaittu lisääntyneen erityisesti asiakasmäärältään suurissa organisaatioissa ja niissä organisaatioissa, joiden toiminta on yhtiöitetty, ja joissa tehdään lastensuojelun sosiaalityötä (Mänttäri-Van der Kuip 2013, 10).

Managerialistiseen käänteeseen liittyen sosiaalityöntekijät ovat kritisoineet jo käänteen aikana 1990-luvulla poliittisten päätöksentekijöiden puutteellista, ulkopuolisiin havaintoihin ja luuloihin perustuvaa näkemystä sosiaalityöstä kokonaisuutena sekä sosiaalityön arjesta, käytännöistä ja toimintatavoista. Sosiaalityö on tästä näkökulmasta muodostunut ensisijaisesti tavaksi jäsentää ja ymmärtää sosiaalityö arjen asiakastyönä, palvelutyönä ja ammattina. Näkökulmasta on puuttunut sosiaalityöntekijöiden työssä kertyneiden kokemusten ja näkemysten hyödyntäminen sosiaalityön sisällöllisessä kehittämisessä ja uudistamisessa. Sosiaalityön toimiminen yhteiskunnan marginaalissa edustaa yhteiskunnallista toiseutta siinä kategorisessa merkityksessä, johon sosiaalityöntekijät ammattikuntana, sosiaalityön asiakkaat sekä sosiaalityö palvelu- ja asiakastyönä viimesijaisia palveluja tuottavina ja tarvitsevina sijoittuvat (Piiroinen 2005, 13–20.)

## 6.2 Kriittinen ja rakenteellinen sosiaalityö

Managerialismia, interprofessionaalisuutta tai organisatorista tilintekovelvollisuutta ei voi sosiaalityössä ottaa sellaisenaan osaksi työn käytäntöjä. Sosiaalityö ei ole suorite, jota tehdään yksilökohtaisesti ja ennalta annettujen ohjeistusten mukaisesti. Kuitenkin, koska sosiaalityöntekijät ovat tyypillisesti viranomaisia ja toimivat osana julkista hallintaa, määrittää erilaiset lait ja ohjeistukset laajalti toimintaa. Nämä voivat olla ammattieettistä ja sosiaalityön arvojen mukaista toimintaa tukevia tai haittaavia toimia. Sosiaalityössä tulee kriittisen ja rakenteellisen työn keinoin arvioida annettujen ohjeistusten ja toimintatapojen soveltuvuus kulloisissakin yhteiskunnallisissa konteksteissa ja yksilöllisissä asiakastyön tilanteissa. Rakenteelliseen sosiaalityöhön sisältyy kriittinen näkemys, jota seuraavaksi hahmottelen sosiaalityön keinona kohdata työn ristiriitaisuuksia yhteiskunnallisella tasolla.

Kriittiselle sosiaalityölle on tunnistettavissa neljä ominaispiirrettä. Ensinnäkin siinä sitoudutaan sosiaalisten ja yksilöllisesti koettujen ongelmien rakenteelliseen analyysiin, eli

huomioidaan yhteiskunnallisten sosioekonomisten rakenteiden vaikutus yksilön ongelmien taustalla ja tunnustetaan henkilökohtaisten ja poliittisten elämänalueiden toisistaan erottamaton yhteen kietoutuminen. Toiseksi kriittisessä sosiaalityössä sitoudutaan emansipatorisiin, yksilöitä ja yhteisöjä vapauttaviin, toimintatapoihin ja samanaikaisesti kolmantena piirteenä tunnustetaan sosiaalisen kritiikin näkökulmasta myös sosiaalityön ja hyvinvointijärjestelmän kontrolloivat ulottuvuudet. Neljäntenä ominaispiirteenä kriittiselle sosiaalityölle on sitoutuminen sosiaaliseen muutokseen. Kriittisen ajattelun ja postmodernin lähestymistavan välillä on useita samankaltaisuuksia: molemmissa tunnistetaan tietämiseen liittyvät vuorovaikutteiset ja reflektiiviset tavat, rakenteellisen vallankäytön ja yksilöllisten rajoitusten välinen yhteys, sekä mahdollisuudet yksilölliseen ja sosiaaliseen muutokseen (Fook 2002, 5, 17).

Postmoderni ja kriittinen näkökulma sosiaalityössä edistää yhteiskunnallisen tasa-arvon toteutumista, yhteiskunnallisten valtarakenteiden näkyväksi tekemistä ja tunnistaa moninaiset ja monipuoliset rakenteet näennäisesti samankaltaisissa sosiaalisissa tilanteissa (Fook 2002, 18). Postmoderni sosiaalityön ymmärrys mahdollistaa kriittisen suhtautumisen ja asettaa kyseenalaisiksi ainoina totuuksina pidetyt teoriat sekä avaa tarkastelunäkökulmat muille vaihtoehtoisille teorioille ja tavoille hallita oikeana pidetyn tiedon käyttämisen oikeutusta ja käyttöön liittyviä valtiollisia ja valtakunnallisia käytännön sovelluksia (ks. Adams 1996, 9–10; Fook 2002, 11–12). Postmoderni ajattelu eroaa modernista edellä mainitun kriittisen asennoitumisen suhteen: post- tai jälkimodernissa ymmärryksessä ei tunnusteta olevan yhtä ainoaa oikeaa totuutta tai todellisuutta, joka kattavasti selittäisi kaiken oleellisen. Todellisuuden tunnustetaan olevan monimuotoisempi ja mutkikkaampi, kuin mitä yksi teoria tai totuus pystyy kattavasti selittämään. (Fook 2002, 12.)

Modernin ajalle tyypilliseen ajatteluun kuuluu uskomus hallinnan mahdollisuudesta ja ilmiöiden loogisesta luokittelusta, sekä logiikan ulottumisesta kaikkeen inhimilliseen toimintaan ja tietämiseen, joita valtiovallan toimin voitaisiin hallita ja joiden avulla voitaisiin edistää yhteiskunnallista kehitystä. Postmoderni kritisoi modernin käsityksiä totuudesta varmana, ulkoiseen todellisuuteen ja objektiiviseen tietämiseen sidottuna muuttumattomana totuutena, jota asiantuntija-aseman saaneet tiedon hallitsijat voivat hallita. Postmodernia luonnehtii modernismin pirstoutuminen lupauksistaan huolimatta institutionaaliseen moniarvoisuuteen, jolle on leimallista lisääntynyt tietoisuus erilaisuuksista, ennustamattomuudesta, tiedon suhteellisuudesta ja epävarmuudesta. Totuudet ovat ajasta ja paikasta riippuvaisia ja siten moninaisina mahdollisia. Epävarmuus on postmodernia

maailmaa luonnehtiva kokonaisvaltainen ja sille ominainen määritelmä. (Parton & O'Byrne 2000, 19–21, 185.)

Postmoderniin on Pauline Rosenau (1992, 14–17) määritellyt kaksi laajaa ja yleistä orientaatiota, joihin myös Nigel Parton ja Patric O'Byrne (2000, 23) viittaavat: skeptiset ja myönteiset postmodernistit. Sosiaalityöhön näistä kahdesta on sovellettavissa myönteinen näkökulma. Skeptikkojen näkökulmasta puuttuu luottamus. Se on pessimistisesti sävyttynyttä epätoivoa ja maailmanlopun maisemia maalaileva synkkä todellisuus, jossa totuuden tavoittaminen on arvioitu mahdottomaksi, eikä sosiaaliseen hyvinvointiin tähtääviin projekteihin nähdä perusteltuna sitoutua. Myönteinen näkökulma yhtyy skeptikkojen kritiikkiin modernista, mutta näkökulma postmoderniin ja sen tuottamiin mahdollisuuksiin on optimistinen ja toiveikas. Prosessi itsessään nähdään tärkeänä ja sosiaalityön käytännön toimissa tunnistetaan mahdollisuus uudelleenrakentamiseen pelkän vanhan purkamisen sijaan. (Rosenau 1992, 15; Parton & O'Byrne 2000, 23.)

Postmoderniin liittyy kiinteästi poststrukturalistinen ajattelu, joka on haastanut laajalti hyväksytyn strukturalistisen ajattelun. Strukturalistien keskeinen oletus on, että havaittavissa olevat ilmiöt voidaan parhaiten selittää olemassa oleviin suhteisiin tai rakenteisiin perustuvina. Poststrukturalismissa rikotaan strukturalistista oletusta tarkastelemalla käytetyn kielen ja siihen sisältyvien oletusten tulkintaa kussakin kontekstissa, jolloin myös käytetty kieli ja tuotettu puhe saa merkityksensä suhteessa vallitsevaan sosiaaliseen, historialliseen ja poliittiseen tilanteeseen. (Fook 2002, 12.)

Roberta Sandsin ja Kathleen Nuccion (1992) teemoittelun perusteella Fook (2002, 13–14) on tehnyt yhteenvedon sosiaalityössä olennaisista huomioista, joiden tarkastelu mahdollistuu postmodernin ja poststrukturalistisen ajattelutavan avulla. Huomioiden avulla voidaan sekä osoittaa tiettyjä huolia, jotka liittyvät strukturalistisen lähestymistavan soveltamiseen sosiaalityössä, että painottaa käytäntöjä, jotka voisivat monipuolistaa sosiaalityöhön sisältyviä ajattelutapoja ja käytäntöjä aiempaa enemmän empowerment-orientaation suuntaan. Tietoisuus sosiaalisen kontekstin erottamattomasta yhteydestä yksilölliseen kokemukseen mahdollistaa aiempaa yksityiskohtaisemman tiedon saamisen yksilöstä osana yhteisöä ja lisää ymmärrystä sosiaalisten rakenteiden olemassa olosta ja niiden vaikutuksista arkielämään.

Dikotomisen ajattelun tietoisen tarkastelun ja sen olemassa olon tiedostamisen avulla voidaan arvioida kriittisesti muun muassa sukupuolisidonnaisten ajattelumallien ja niihin liittyvien käytänteiden merkitystä sosiaalityössä. Sosiaalityön käytäntöjen vaikuttavuutta voidaan mahdollisesti parantaa, kun ymmärretään sosiaalityössä kohdattujen tilanteiden monimutkaisuus ja monimuotoisuus. Tämä vaatii useiden eri diskurssien tunnistamista yhden vallitsevan sijaan. Erilaisuuksien rakentumisen ymmärtäminen laajempana kuin ääripäihin sijoittuvina ilmiöinä puolestaan mahdollistaa vaihtoehtoisia tapoja käsitteellistää marginalisaatiota ja määritellä se uudelleen empowermentin keinoin. (Fook 2002, 13–14.)

Strukturalistinen ajattelu sosiaalityössä on riittämätöntä myös sen suhteen, minkälainen on ymmärrys yksilön subjektiviteetin ja identiteetin muuttumisesta ajan kuluessa ja konteksteista riippuvaisina, ja miten tämä ymmärrys mahdollistaa sosiaalityössä ihmisten elämäntilanteiden aiempaa syvällisemmän tarkastelun heidän omiin näkökulmiinsa ja kokemuksiinsa perustuen. Tiedon tuottamiseen ja sen hierarkkiseen rakentumiseen liittyvä ymmärrys mahdollistaa vaihtoehtoisia tapoja käsitteellistää ja arvottaa marginaalissa olevien palvelunkäyttäjien ja työntekijöiden näkökulmien esiin tuomista. Mahdollisuudet tietämisen ja teorioiden kehittämiseen nykyistä monipuolisemmin voisi mahdollistaa aiempaa joustavampien käytäntöjen omaksumisen sosiaalityössä. Dekonstruktion avulla voitaisiin edistää kriittistä suhtautumista vallitseviin käytäntöihin ja mahdollistaa uusien empowermentin muotojen tavoittaminen sosiaalityössä. (Fook 2002, 14.)

Kriittisen uudelleenrakentamisen prosessi koostuu Fookin (2002) jaottelun mukaan neljästä vaiheesta: osiin purkamisesta, vastustamisesta, haastamisesta ja uudelleenrakentamisesta. Uudelleenrakentamisen prosessi vaatii toteutuakseen aktiivista toimintaa. Se ei tapahdu itsekseen. Kriittisen uudelleenrakentamisen prosessia kuvaavassa kuviossa 8 muutin suomennoksen käskymuotoon tehostamaan ja näyttämään toimijan aktiivista roolia prosessin eri vaiheissa.

Käytännössä kriittisen uudelleenrakentamisen prosessi tarkoittaa sitä, että luodaan uusia termejä ja puhetta, joilla ilmiöistä puhutaan, muodostetaan uusia käytäntöjä ja kategorioita, joista ilmiöt nähdään, ja luodaan uusia rakenteita ja prosesseja sekä toimintakulttuureja tai -ympäristöjä, jotka sallivat uusien diskurssien kehittämisen. (Fook 2002, 91–97.)

| **KRIITTINEN UUDELLEENRAKENTAMINEN** (Fook 2002) | | |
|---|---|---|
| Deconstruction | *Pura* | Valtarakenteiden analyysi ja tunnistaminen |
| Resistance | *Vastusta* | Valtarakenteiden kyseenalaistaminen |
| Challenge | *Haasta* | Valtarakenteiden ja puuttuvien rakenteiden nimeäminen |
| Reconstruction | *Tee uudelleen* | Rakenteiden muuttaminen, uusien näkökulmien ja käytänteiden luominen |

*Kuvio 8. Kriittisen uudelleenrakentamisen prosessi Fookia (2002) mukaillen*

Prosessi käynnistyy diskurssin osiin purkamisesta (Dekonstruktio), jossa kyseenalaistetaan vallitsevat diskurssit ja aktiivisesti etsitään niille vaihtoehtoisia näkökulmia ja tulkintoja. Vastustaminen (Resistance) on tietoista kieltäytymistä osallistua valloillaan olevaan diskurssiin ja uusien näkökulmien tuottamista nykyisen lisäksi ja niiden sijaan. Haastamisessa (Challenge) annetaan nimet sekä valtaapitäville diskursseille että puuttuville näkökulmille. Uudelleenrakentaminen (Reconstruction) tarkoittaa uusien diskurssien ja valtarakenteiden muodostamista ja valtasuhteiden muuttamista siten, että marginaalissa olevat ja vaiennetut näkökulmat tulevat kuulluiksi. (Fook 2002, 91–97.)

Uudelleenrakentaminen on diskurssina ajankohtainen myös yhteiskunnassamme meneillään olevassa yhteiskunnallisessa uudistuksessa. Kiinnostavaa onkin, mikä terminologia ja ideologia etenemistä ohjaa, mikä näkökulma on vallitseva, mitä jätetään piiloon ja mitä toiminnalla tavoitellaan. Kriittisen uudelleenrakentamisen prosessin voisi ottaa konkreetiksi sosiaalityön välineeksi, jolla vaiennetut ja näkymättömiin jätettävät rakenteet ja arvovalinnat tulisivat nimetyiksi ja nähdyiksi. Sosiaalityön eetos velvoittaa sen toimijoita kriittiseen uudelleenrakentajan rooliin myös hyvinvointivaltion muutoksessa.

Ennen siirtymistä tutkielman empiiriseen osaan esitän yhteenvetona tutkielmani teoreettisen viitekehyksen perusteella rakentuvan kriittisen uudelleenrakentamisen näkökulman suomalaisen hyvinvointivaltion yhteiskunnallisesta muutoksesta sosiaalityön arvojen ja etiikan perusteella. Esimerkin on tarkoitus havainnollistaa kriittisen uudelleenrakentamisen prosessin muuntamista teoriasta käytäntöön, joskin melko ylätason esimerkein.

| Yhteiskunnallinen muutos kriittisen uudelleenrakentamisen prosessina | |
|---|---|
| **Pura** | Managerialististen käytäntöjen ja uuskonservatistisen paradigman olemassaolon tunnistaminen sosiaalityön toimintaympäristöissä paikallisesti toimivissa organisaatioissa ja yleisesti yhteiskunnassa. |
| **Vastusta** | Sosiaalityön ja hyvinvointivaltion vastaisten ideologioiden kyseenalaistaminen ja niiden tietoinen vastustaminen sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta haittaavina ja estävinä yhteiskunnallisina tekijöinä. Sosiaalityölle vastaisten organisatoristen rakenteiden ja käytänteiden kyseenalaistaminen. |
| **Haasta** | Hyvinvointivaltion ja sosiaalityön perusideologiaan kuulumattomien ilmiöiden, kuten eriarvoistumiskehityksen ja yhteiskunnan heikossa asemassa olevien ulossulkemisen normalisoiminen |
| **Tee uudelleen** | Sosiaalityön keinoin toimiminen yhteiskunnallisen hyvinvoinnin edistämiseksi, sosiaalisen turvallisuuden ylläpitämiseksi ja ihmisten tasavertaisuuden toteutumiseksi paikallisesti ja yhteiskunnallisesti. |

*Kuvio 9. Tutkielman teoreettinen osa kriittisen uudelleenrakentamisen prosessina (vrt. Fook 2002)*

Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301) 7 § velvoittaa rakenteelliseen sosiaalityöhön ja siinä sosiaalihuollon toimijoiden asiantuntemuksen hyödyntämistä terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaalihuollon tiedontuotannossa. Rakenteelliseen sosiaalityöhön sisältyy kriittinen ja arvioiva työote. Sosiaalityön eetos ja idea eivät tue managerialismin käyttämistä yhteiskunnallisesti keskeisenä arvona ja toiminnan orientaationa verrattuna hyvinvointivaltion arvoperustaan ja toteumaan.

# II OSA: EMPIIRINEN ESIMERKKI PALVELUJA JÄRJESTÄVÄN YKSIKÖN PALVELUOHJAUKSESTA

## 7 Tutkimusetiikka, aineisto ja tutkimusmenetelmät

### 7.1 Tutkimusetiikka

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkijat noudattavat tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, soveltavat tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä eettisesti ja toteuttavat tutkimusten julkaisussa avoimuutta sekä arvostavat muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia siten, etteivät loukkaa hyvää tieteellistä käytäntöä piittaamattomuudella tai vilpillä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimukset noudattavat tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin osalta. Tutkijan oikeudet, vastuut, velvollisuudet ja omistajuus tutkimukseen on määritelty yhteisesti hyväksytyllä tavalla ja tutkijan mahdollisista sidonnaisuuksista ilmoitetaan ja raportoidaan tuloksia julkistaessa sekä noudatetaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti hyvää hallintokäytäntöä liittyen henkilöstöön ja talouteen. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2002.)

Tieteellisen käytännön eettinen normisto määrittelee sen, mikä on tutkimustoiminnassa kiellettyä sekä säätelee ja selkeyttää tutkijan oikeuksia ja velvollisuuksia. Tiede sitoutuu aina kulloiseenkin totuuteen, eikä sillä siksi ole ehdottomia tai lopullisia kriteerejä, eikä varmaa olemusta. Tieteestä itsestään johdettuna eettisesti hyvän tutkimuksen normisto ohjaa ja velvoittaa tutkijaa epäilemään kaikkia totuuksia, tottumuksia ja arvoja, käymään kriittistä rajankäyntiä suhteessa muuhun kuin tieteelliseen tietoon ja tieteen rajoihin itsessään, vapautumaan uskonnollisista tai ideologisista ajattelutavoista, jonkin intressitahon ohjauksesta ja tiedostamaan tutkimuksen tekemistä ohjaavan tiedonintressin. (Hirvonen 2006, 34–43.)

Ohjaavia ja velvoittavia vaateita ovat epäilyn ja kriittisen otteen lisäksi ajattelun, avoimuuden, vastuunottamisen ja säännöttömyyden velvollisuudet. Tutkimuksellisen ajatteluköyhyyden välttämiseksi tulee tieteellisen tutkimuksen pyrkiä tuottamaan tietoa mahdollisimman tehokkaasti eri tarkoitusperiä varten ja tutkijan rohjeta *ajatella*, kuten Kantilaisena toimintaohjeena asian voi ilmaista. Avoimuus tarkoittaa tutkimuksessa nöyryyttä saattaa tutkittava ilmiö esiin itsenään ilman, että vakiintuneet totuudet tai tutkijan

omat ennakko-oletukset ja vakaumukset vaikuttavat ilmiön esiin saattamiseen. Vastuunoton velvoite tarkoittaa sekä vastuun ottamista omasta tutkimustyöstä, että vastuun ottamista tutkimuksen tuottaman tiedon käytöstä. Eettisesti hyvässä tutkimuksessa säännöttömyys on kriittistä suhtautumista normeihin ja annettuun totuuteen sekä tieteen intresseihin ja sen oikeutuksiin. (Hirvonen 2006, 43–46.)

Tutkimuseettisesti tutkielmassani on muutama erityinen kohta, jotka tulee huomioida tutkimusta toteuttaessa. Ensinnäkin, työskentelin itse tutkimuksen kohteena olevassa toimintayksikössä tutkimuksen tiedonkeruun aikana ja olen vastannut toimintayksiköstä kerättyyn kyselyyn yksikön työntekijänä. Toiseksi käytän tutkimuksessani valmista aineistoa, joten en ole osallistunut tutkimuksen suunnitteluun tai tiedon keräämiseen. Lisäksi hyödynnän tutkielmassani aiemmin aineistosta muodostettuja summamuuttujia ja aiempia tuloksia määrittelemistäni lähtökohdista. Kolmantena tutkimuseettisenä huomiona täytyy huomioida myös tutkielmani opinnäytteenä, jolloin vasta harjoittelen tutkimusprosessin aikana tutkimuksen tekemistä.

Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa tutkija joutuu positiostaan johtuen eettisten pohdintojen ja valintojen eteen niin näkökulman valinnassa, johtopäätöksiä tehdessä kuin tutkimustuloksia esitellessä (Heikkilä 2002, 165). Tutkijaposition tunnistaminen ja sen reflektiivinen arviointi tutkimusprosessin kulussa on tutkimuseettisesti keskeinen asia myös sosiaalityön palveluohjausta käsittelevässä tutkimuksessani, jossa olen paitsi tutkija, myös yksi anonyymeistä informanteista.

Tutkimukseni näkökulman olen rajannut palveluja järjestävän organisaation sosiaalityön palveluohjaukseen. Tutkimusasetelma perustuu sosiaalityön määritelmään ja yksikössä tehdyn palveluohjauksen tarkasteluun sosiaalityön ammatillisista ja teoreettista lähtökohdista. Koska tutkin palveluohjausta sosiaalityön näkökulmasta sosiaalityön oppiaineen opiskelijana, sosionomitutkinnon suorittaneena sosionomina ja yksikössä työskennelleenä työntekijänä, olen tutkijana tiiviisti kietoutunut tutkimaani aiheeseen niin sosiaalityön taustaparadigman kuin ammatillisen orientaation myötä.

Minulla väistämättä on oletuksia ja perusteltuja käsityksiä sosiaalityöstä ja palveluohjauksesta. Avoimuuden ja säännöttömyyden vaateeseen vastaamisessa minun tulee olla erityisen tarkkana: tutkinhan varmasti valitsemaani aihetta ilmiönä ja pystynhän uudistamaan käsityksiäni ja tuottamaan tietoa, joka ei ole johdettu omista ennakkokäsityksistäni.

Olenhan tutkijana riittävän kriittinen suhteessa omaksumaani taustaparadigmaan ja sosiaalityön käytännöissä ammatillisen toiminnan tuottamaan kokemustietoon. Huojennusta yhtäaikaisen tutkijan ja informantin eettiseen dilemmaan tuo tilanteessani kuitenkin aika: tutkielmani aineiston tiedonkeruun ajankohdan ja tutkielman valmistumisen ajankohdan välillä ovat yksikkö, jossa työskentelen ja siten myös työtehtävät muuttuneet. Tiedostan, että dilemma hälvenee, mutta on silti minussa.

## 7.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkielmani aineistona on valmis aineisto jonka laatimiseen tai keräämiseen en ole itse tutkijana osallistunut. Olen ollut yksi aineiston vastaajista työskennellessäni tutkimuksen ajankohtana tutkittavassa yksikössä ja työni kautta tunnen tutkittavan yksikön silloiset käytännöt. Tutkimusaineisto on kerätty yksikön työntekijöille suunnatulla internet-kyselyllä kolmen viikon aikana keväällä 2014. Tiedon keruun aikana yksikössä työskenteli noin 50 henkilöä, joista 47 vastasi kyselyyn (Kuvio 12). Kyselylomake on tutkielman liitteenä (Liite 1).

Aineiston analysoinnissa käytän SPSS (Statistical Package of Social Sciences) -ohjelmistoa, joka on kvantitatiivisen tutkimusaineiston analysoimisen työväline (mm. Metsämuuronen 2001, 508). Käytän tutkielmassani aiemmin kerättyä aineistoa, joka kohdistuu palveluohjauksessa toteutettuihin toimenpiteisiin palveluohjausprosessin eri vaiheissa. Palveluohjauksen analyysissä on aiemmassa tutkimuksessa käytetty tilastollisista menetelmistä suoria jakaumia, ryhmittelyanalyysiä (CA), faktorianalyysiin perustuvia summamuuttujia ja monimuuttujamenetelmistä moniulotteista korrespondenssianalyysiä (MCA). (Honkakoski ym., 2015, 30.)

Ryhmittelyanalyysi (CA) on menetelmä, jossa havaintoja tai muuttujia pyritään ryhmittelemään mahdollisimman samankaltaisiin joukkoihin. Ryhmittelyanalyysin alkuvaiheessa ei ole tiedossa ryhmittelevää muuttujaa tai luokitteluperustetta, vaan muuttujajoukot syntyvät tulkinnan kautta. (Metsämuuronen 2009, 875.)

Aineiston analyysitapoina käytän faktorianalyysillä muodostettuja summamuuttujia ja moniulotteista korrespondenssianalyysia. Faktorianalyysia ja korrespondenssianalyysia yhdistävänä tekijänä on useiden muuttujien samanaikainen analysointi (Vehkalahti 2008,

90). Tutkielmassani käytän aiemmassa tutkimuksessa muodostettuja faktorianalyysiin perustuvia summamuuttujia, joita hyödynnän asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön tarkastelussa palveluohjauksen prosessin eri vaiheissa.

Tutkimusmenetelmänä faktorianalyysi on keino selvittää aineiston suuret linjat, ja yleensä aineiston analyysia jatketaan summamuuttujien avulla (Jokivuori & Hietala 2007, 112). Faktorianalyysin avulla etsitään suurista muuttujajoukoista yhteisiä piirteitä, eli niitä tekijöitä, jotka korreloivat keskenään muita aineistoon sisältyviä, empiirisesti mitattuja muuttujia enemmän ja jotka keskinäisen korrelaation perusteella muodostavat tulkittavissa olevia ryhmiä, joita nimitetään faktoreiksi. (Jokivuori & Hietala 2007, 90, 93; Metsämuuronen 2008, 25, 42). Faktorianalyysi perustuu käsitykseen taustateoriasta, joka yhdistää valittuja muuttujia toisiinsa. Muuttujat muodostuvat faktoreista, joiden latausten arvot ovat riippuvaisia siitä, montako faktoria analyysiin otetaan mukaan. (Metsämuuronen 2008, 27.)

Faktoreiden hyvyyttä voidaan arvioida sekä sisällöllisesti että muuttujien latausten perusteella. Hyvyyden mittaa kutsutaan faktorin ominaisarvoksi, jota laskettaessa huomioidaan jokaisen muuttujan lataus laskemisen kohteena olevalla faktorilla. Yleisesti hyväksytty sääntö on, että faktorin ominaisarvon tulisi olla suurempi kuin yksi. Latausten perusteella voidaan arvioida myös yksittäisten muuttujien hyvyyttä kommunaliteetin avulla. Kommunaliteetin avulla mitataan sitä, kuinka monta prosenttia muuttujan varianssista voidaan selittää faktorin avulla. Mitä lähempänä arvoa yksi kommunaliteetti on, sitä voimakkaammin muuttuja latautuu jollekin faktorille. (Metsämuuronen 2008, 45, 52.)

Faktorianalyysia käytetään erityisesti tilanteissa, joissa tutkijalla on oletus tutkittavia muuttujia yhdistävästä teoriasta ja joissa useiden samaan aihepiiriin kuuluvien muuttujien tiivistäminen muutamaan ryhmään, faktoreihin, on tutkittavan ilmiön hajanaisuuden vähentämiseksi tarpeellista. (Jokivuori & Hietala 2007, 90, 93; Metsämuuronen 2008, 27, 42). Faktorianalyysi etenee neljässä vaiheessa: ensin lasketaan mukaan valittujen muuttujien keskinäinen korrelaatio- tai kovarianssimatriisi (1). Syntyneen matriisin perusteella arvioidaan faktoreiden lataukset (2), jonka jälkeen lataukset rotatoidaan, eli latausten alkuperäistä akselointia muutetaan tulkinnan helpottamiseksi (3). Rotatoinnin jälkeen faktorit yleensä tulkitaan ja nimetään käyttämällä tulkinnan ja nimeämisen perusteena muuttujien latautumista kyseiselle faktorille (Metsämuuronen 2008, 46). Lopuksi jokaiselle

havainnolle voidaan laskea faktoripisteet, joita voidaan käyttää jatkoanalyysissa esimerkiksi ryhmien välisten erojen tarkastelussa (4). (Metsämuuronen 2008, 27, 43–47.) Faktoripisteiden sijaan voidaan jatkoanalyysissa käyttää faktorianalyysin tuloksena syntyneiden muuttujajoukkojen perusteella muodostettavia summamuuttujia (Jokivuori & Hietala 2007, 116; Metsämuuronen 2008, 47).

Summamuuttuja on yhdistetty asteikko, jolla kuvataan abstraktia käsitettä, joka muodostetaan laskemalla yhteen saman käsitteen keskenään korreloivia keskeisiä muuttujia (Alkula ym. 2002, 100; Jokivuori & Hietala 2007, 116). Jokaisen havaintoyksikön sijainti summamuuttujassa määräytyy yhdistetyn asteikon osina olevien osioiden arvojen summana. Faktorianalyysilla voidaan vaikuttaa summamuuttujan osioiden painotuksiin. Summamuuttujia muodostettaessa on syytä kuvata menettely ja perustella ratkaisut. Muodostamisessa tulee säilyttää summamuuttujan alkuperäisten osioiden relevantti yhteys kuvattavana olevaan asiaan. (Alkula ym. 2002, 100–103.)

Mean-menetelmä on keskiarvoestimoitu summamuuttuja, jonka vaihteluväli on aina sama riippumatta siitä, kuinka monta osamuuttujaa on. Keskiarvoestimoitu summamuuttuja sisältää aina skaalan keskipisteen, joka auttaa aineiston tulkinnassa hahmottamaan kumpaan päähän Likert-asteikkoa vastaukset vertailtavien ryhmien kesken painottuvat. Keskiarvoestimoidut summamuuttujat lisäksi mahdollistavat vertailun muiden tutkimusten vastaavien tunnuslukujen kanssa, eikä yhden osion puuttuvia vastauksia lasketa nollana, vaan summamuuttujan keskiarvo määrittyy vastaajan muiden muuttujien vastausten perusteella. (Jokivuori & Hietala 2007, 116–117). Tutkittavan yksikön työntekijöille suunnatussa internetkyselyssä on käytetty avoimia vastauksia ja Likert-asteikkoa, jossa vastaukset sijoittuvat ulottuvuudelle 1=vähäinen – 5=suuri. Tämän lisäksi kyselyssä oli käytössä ulottuvuus x = en osaa sanoa/ei toimintoa/toimenpidettä. (Ks. Metsämuuronen 2009, 71.)

Korrespondenssianalyysi on luokitellun aineiston kuvailevaan analyysin soveltuva menetelmä, joka perustuu yksinkertaisimmillaan kahden muuttujan ristiintaulukointiin (Heikkilä 2008, 251; Vehkalahti 2008, 183.) Korrespondenssianalyysi on keino visualisoida aineistoon sisältyvien ryhmien välisiä suhteita ja sen avulla tavoitetaan lineaaristen muuttujien lisäksi myös muita mahdollisia muuttujia (Vehkalahti 2008, 183). Moniulotteinen korrespondenssianalyysi (jatkossa MCA) perustuu luokitelluista muuttujista pareittain muodostettuihin ja yhteen koottuihin riistiintaulukointeihin, jota kutsutaan Burtin

matriisiksi. Burtin matriisin avulla voidaan analysoida lineaaristen riippuvuuksien lisäksi myös muita riippuvuuksia. (Vehkalahti 2014, 189–191.)

Laajojen, luokitteluihin perustuvien kyselyaineistojen kuvaamiseen soveltuu moniulotteinen, eli usean muuttujan korrespondenssianalyysi. Moniulotteisessa korrespondenssianalyysissa tavoitteena on olennaisten tietojen visualisointi, ja kiinnostus kohdistuu luokkien ja luokittelijoiden välisiin suhteisiin ja niiden sijoittumiseen analyysissa. Koska kiinnostuksen kohteena ovat luokkien ja luokittelijoiden väliset suhteet ja niiden sijoittuminen, jätetään akseleiden lukuarvot yleensä pois. (Vehkalahti 2014, 191.)

Aineiston perusteella mahdollistuu sosiaalityön palveluohjauksen määrittelyn tueksi yksikössä toteutuvan palveluohjauksen tarkastelu suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden koulutustaustaan. Vertailun tavoitteena on syventää tarkastelun kohteena olevan asian ymmärrystä ja selkeyttää asioiden välisiä eroja ja soveltuva aineistonkeruun tapa vertailevassa tutkimuksessa on esimerkiksi posti- tai internetkysely. (Vilkka 2007, 21).

Tutkimusaineistolle tehdyn vertailun tarkoituksena on tarkastella kuntakontekstissa toteutetun palveluohjauksen mahdollisesti erilaisia toteutumistapoja suhteessa palveluohjauksen toteuttajan koulutustaustaan. Keskeisin tutkimuskohteeni on kuitenkin sosiaalityön palveluohjaus, jonka tarkastelu suhteessa muiden ammattiryhmien toteuttamaan palveluohjaukseen sekä sosiaalityön ja palveluohjauksen teoriaan vertailumenetelmä mahdollistaa.

### 7.3 Analyysin eteneminen

Tulosten analyysissä etenen kolmivaiheisesti: ensin pyrin muodostamaan kokonaiskuvan yksikössä työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden substanssi- ja palveluohjauksellisesta osaamisesta tarkastelemalla vastaajaryhmien koulutustaustaa ja ammatillista työkokemusta, sekä ammattihenkilöiden vastauksia arvioistaan palveluohjauksen tarpeesta. Tämän jälkeen tarkastelen palveluohjauksen prosessia palvelutarpeen arvioinnin, palvelujen suunnittelun, -toteuttamisen sekä seurannan ja arvioinnin vaiheissa.

Luokittelin aineistosta vastaajat kolmeen eri ryhmään ylimmän suoritetun koulutuksen perusteella. Luokittelun perusteella ryhmiä muodostui neljä: sosiaalialan amk (jatkossa sosionomit), terveysalan amk (jatkossa terveydenhuollon ammattihenkilöt), YTM/VTM sosiaalityö (jatkossa sosiaalityöntekijät) ja Muut. Muu-ryhmä jää tutkielmassani tarkastelun ulkopuolelle koska ryhmän vastaukset koostuvat toimistohenkilökunnasta tai muusta yksikössä toteutettavaa sosiaalihuoltoa tukevista tukipalveluista, ei sosiaali- ja terveydenhuollon palveluohjausta viranomaisena toteuttavana työntekijänä.

Sosionomi yamk ja sairaanhoitaja/terveydenhoitaja yamk vastausten yhdistäminen sosionomien ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden luokkiin on perusteltua sillä, että riippumatta ammattikorkeakoulututkinnon tasosta, yksikössä sosionomit ja sairaanhoitajat toimivat palveluohjaajina oman taustakoulutuksen mukaisissa tehtävissä, eikä ylempi ammattikorkeakoulututkinto muuttanut tehtävänimikettä. Lisäksi luokittelin uudelleen vastaajien työkokemuksen ja kokemuksen palvelutarpeen arviointien tekemisestä.

Kokonaiskuvan muodostavassa aineistossa kaikkien vastaajien lukumäärä on 47, josta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä on 39. Eniten vastaajia oli sosionomien ryhmästä (n=17), terveysalan ammattihenkilöitä kyselyyn vastasi 11 henkilöä ja sosiaalityöntekijöitä 10. Palveluohjauksen prosessin analyysissa ovat mukana kaikki vastaukset (n=448) työntekijäryhmittäin tarkasteltuina.

Tutkittavan yksikön ammatillisen työntekijärakenteen sekä substanssityön ja palvelutarpeen arvioinnin kokemuksen lisäksi tutkin palveluohjauksen prosessia asiakkaan asiassa toteutuneen yhteistyön näkökulmasta ammattiryhmittäin. Huomioitavaa on, että palveluohjauksen prosessin tarkastelu ei ole tällä aineistolla täysin ongelmatonta, koska toimenpiteet jakautuivat epätasaisesti prosessin eri vaiheisiin. Palvelujen suunnittelun vaihe (PSPP) korostui huomattavissa määrin kaikilla ammattiryhmillä. Seuraavaksi eniten toimenpiteitä oli tehty palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa (PTA). Palvelujen toteuttamisen (PT) sekä seurannan ja arvioinnin vaiheet (PSPA) jäivät hyvin ohuiksi kaikilla ammattiryhmillä.

Tarkastelen kutakin palveluohjauksen prosessin vaihetta toteutuneen yhteistyön kannalta ammattiryhmittäin ja asiakasryhmittäin. Tavoitteena on muodostaa aineiston perusteella käsitys yksikössä tiedonkeruun aikana tehdystä, eri koulutustaustaisten ammattiryhmien toteuttamasta palveluohjauksesta ja erityisesti sosiaalityön palveluohjauksesta suhteessa

teoreettiseen viitekehykseen. Tässä hyödynnän erityisesti laatikko-jana-kuviota ja moniulotteista korrespondenssianalyysiä (MCA).

Tarkastelen palveluohjauksen prosessin aikana tehtyä yhteistyötä kahdesta suunnasta: suhteessa asiakkaaseen ja muihin hänen tilanteeseensa liittyviin toimijoihin sekä suhteessa tutkittavassa yksikössä tehtyyn moniammatilliseen yhteistyöhön palveluohjauksen eri vaiheissa. Asiakkaan ja läheisten kanssa tehdyn yhteistyötä käsittelen jatkossa *asiakkuusyhteistyönä*. Tarkastelen toteutunutta yhteistyötä jokaisessa palveluohjauksen vaiheessa. Palveluohjauksen prosessin tutkimisessa hyödynnän aineistosta aiemmin muodostettuja summamuuttujia laatikko-jana- ja MCA-kuvioina.

Summamuuttujat on muodostettu aineistosta aiemman tutkimuksen yhteydessä ja niitä on aiemmassa tutkimuksessa käytetty tuottamaan tietoa palveluohjauksen intensiteetistä palveluohjauksen eri vaiheissa. Tiedon keruussa intensiteetillä on tarkoitettu toimintoon tai toimenpiteeseen käytetyn ajan ja paneutumisen vaativuutta suhteessa toteutuneeseen yhteistyöhön palveluohjauksen prosessin eri vaiheissa. (Honkakoski ym. 2015, 46, 108–117.)

Tutkielmani kolmannen kokonaisuuden analyysi etenee tiedonkeruussa käytetyn palveluohjauksen prosessin mukaisesti. Prosessi alkaa palvelutarpeen arvioinnin vaiheesta jatkuen palvelujen suunnittelu ja palvelujen toteuttamisvaiheeseen ja lopuksi tarkastelen palvelujen seurannan ja palvelusuunnitelman arvioinnin vaihetta (Kuvio 10).

*Kuvio 10. Analyysin eteneminen tiedonkeruussa käytetyn palvelutarpeen arvioinnin prosessin mukaisesti*

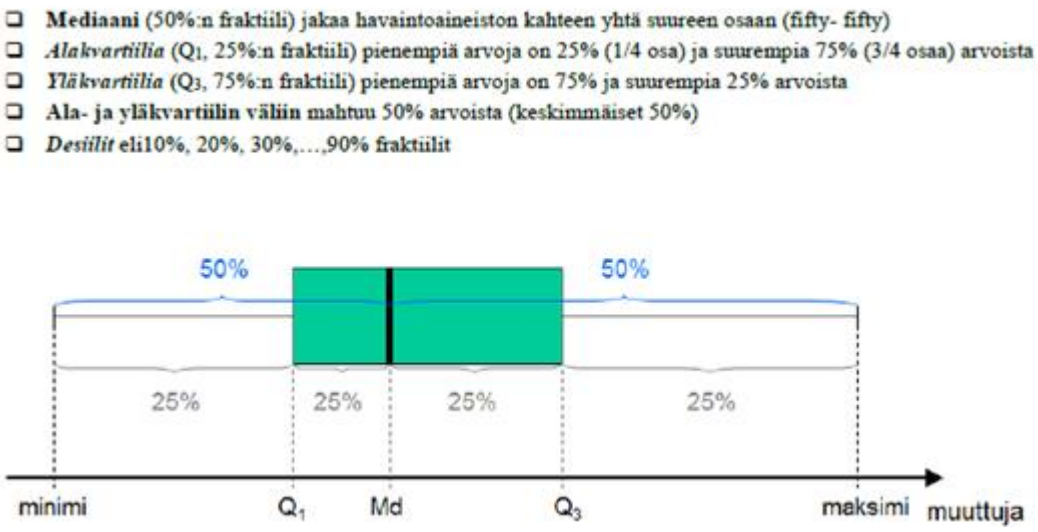
Tarkastelen rinnakkain yksikössä toteutunutta asiakkaan ja hänen tilanteeseen liittyvien eri tahojen kanssa tehtyä yhteistyötä (asiakkuusyhteistyötä) sekä yksikössä sisäisesti toteutunutta moniammatillista yhteistyötä palveluohjauksen prosessin eri vaiheissa. Tarkastelun mittarina ovat yhteistyön intensiteettiä kuvaavat työntekijöiden vastaukset asteikolla 0–5, jossa arvo 1 tarkoittaa erittäin vähäistä yhteistyön toteutumista ja arvo 5 erittäin suurta yhteistyön toteutumista (taulukko 5).

*Taulukko 1. Yhteistyön toteutuminen asteikolla 0–5*

| | | |
|---|---|---|
| 0 | toiminto ei toteutunut | yhteistyötä ei tehty lainkaan |
| 1 | erittäin vähäinen intensiteetti | yhteistyötä tehtiin erittäin vähän |
| 2 | vähäinen intensiteetti | yhteistyötä tehtiin vähän |
| 3 | keskisuuri intensiteetti | yhteistyötä tehtiin jonkun verran |
| 4 | suuri intensiteetti | yhteistyötä tehtiin paljon |
| 5 | erittäin suuri intensiteetti | yhteistyötä tehtiin erittäin paljon |

Lähestymistapani aineistoon eroaa aiemmin tehdystä tutkimuksesta siten, että tarkastelen tuloksia vastaajista muodostettujen työntekijäryhmien mukaisesti. Aineistoa ei ole aiemmissa tutkimuksissa käytetty tässä tarkoituksessa. Ammattiryhmittäisestä näkökulmasta mahdollistuu koko palveluohjauksen prosessin tarkastelu ammattiryhmittäin vertailtuna, joskin prosessin vaiheita analysoidessa tulee johtopäätösten tekemiseen suhtautua maltillisesti muun muassa prosessin vaiheiden painotusten eroavaisuuksista johtuen.

Tulokset esitän pääasiassa ristiintaulukointeina sekä MCA-kuvioina ja laatikko-jana eli boxplot –kuvioina (mm. Metsämuuronen 2009, Vehkalahti 2014). Laatikko-jana on esitystapana tutkimuksessani tarkoituksenmukainen, koska se kuvaa saman aikaisesti kahta eri muuttujaa, diskreettiä ja jatkuvaa. Jatkuva muuttuja voi olla esimerkiksi asteikko tai jo alun perin numeerinen mittaus, diskreetti muuttuja muodostuu luokittelemalla jatkuvat muuttuja uusiksi muuttujiksi. (Vehkalahti 2014, 71, 134.)




*Kuvio 11. Laatikkojana (boxplot) –kuvion tulkintaohje Honkakoskea ym. (2015, 108) mukaillen*

Tulosten analyysissa käytän laatikkojana-kuviosta erityisesti mediaania. Lisäksi kuvien tulkinnassa tulee kiinnittää huomiota ala- ja yläkvartiilin väliin, eli keskimmäisiin 50 %:n arvoista sekä alakvartiilin ylimpään arvoon. Ala- ja yläkvartiili muodostavat rajat keskimmäisille 50 %:lle arvoista. Keskimmäisten arvojen jakautumisen alue indikoi yleiseen tai keskimääräiseen tulkintaan kaikista vastauksista saaduista arvoista. Keskimmäiset 50 % on sellaisenaan tarkasteltuna suuntaa antavaa tietoa, mutta yhdistettynä tarkastelussa mediaaniin, saa niistä viitettä arvojen painottumisesta ja voi tehdä analyysin edetessä peruteltuja tulkintoja.

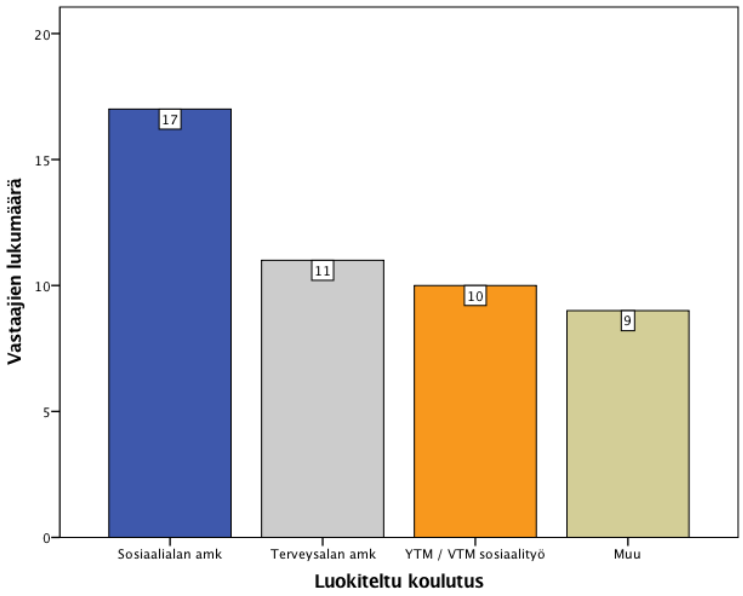
Laatikko-jana-kuvioiden lisäksi tarkastelen palvelutarpeen arvioinnin prosessin eri vaiheissa toteutunutta yhteistyötä MCA-kuvien avulla. Tavoitteena on hyödyntää moniulotteista korrespondenssianalyysia kokonaisuuden hahmottamisessa ja sellaisten yhteyksien löytämisessä, jotka eivät muutoin aineistosta tulisi näkyviin.

Tulosten tulkinnassa on huomioitava, että vaikka tarkastelu tehdään ammattiryhmittäin, eivät sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden vastaukset edusta pelkästään sosiaalihuollon palveluohjaajien työntekijäryhmän vastauksia. Tämä rajauksen huomioiminen on tarpeellista koska kyselylomakkeessa ei kysytty ylimmän suoritetun koulutuksen lisäksi tarkentavaa kysymystä missä työtehtävässä vastaaja yksikössä tiedonkeruun ajankohtana toimii. Sosionomien vastaukset voivat siten sisältää sosiaalihuollon palveluohjauksen tehtävissä toimineiden sosionomien lisäksi joitakin sosiaalityöntekijän tehtävissä toimineiden sosionomien vastauksia. Näitä vastauksia ei pysty aineistosta erottelemaan jälkeenpäin taustakysymysten perusteella.

# 8 Kokonaiskuva tutkittavan yksikön palveluohjauksen toteutumisesta

## 8.1 Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon substanssityöstä

Aluksi tarkastelen palveluohjauksen työtehtävissä toimivien työntekijöiden työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä ammattiryhmittäin. Tutkimukseni ensimmäisen osion aineistossa vastaajien lukumäärä on 47, joka on kaikkien kyselyyn vastanneiden työntekijöiden lukumäärä tiedonkeruun aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä aineistosta on 39. Eniten vastaajia oli sosionomien ryhmästä (n=17), terveydenhuollon ammattihenkilöitä vastaajista oli 11 ja sosiaalityöntekijöitä 10 henkilöä. Lisäksi vastaajista muodostui Muu-ryhmä, johon sijoittui 9 vastaajaa.




*Kuvio 12. Vastaajien lukumäärä (n=47) ammattiryhmittäin*

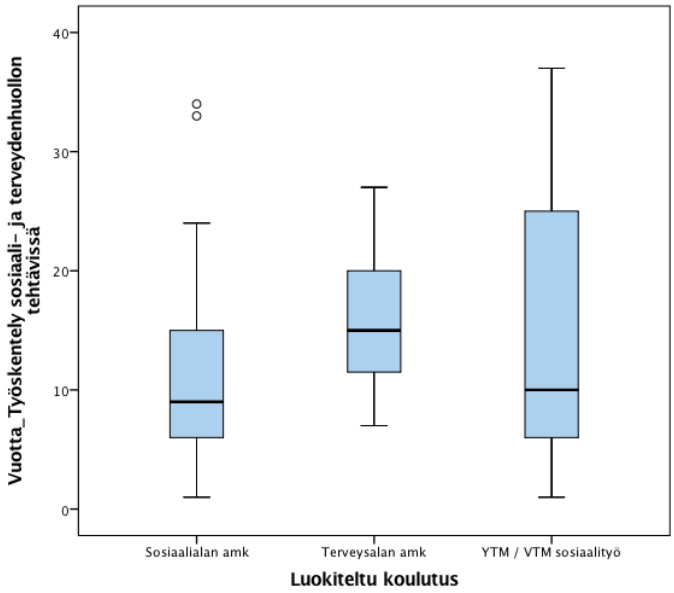
Muu-ryhmä jää tarkasteluni ulkopuolelle, koska se koostuu toimistohenkilökunnasta tai muusta yksikössä toteutettavaa sosiaalihuoltoa tukevista tukipalveluista. Muu-ryhmän vastaajien työtehtävät eivät painotu tutkimuksessa tarkoitettuun palvelutarpeen arviointeihin tai palvelujen suunnitteluun, eivätkä vastaukset ole keskenään vertailukelpoisia työtehtävistä johtuen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden substanssialan työkokemuksessa on hajontaa kaikkia vastaajia tarkastellessa muutamasta vuodesta usean vuosikymmenen ajan alalla toimineisiin. Koko vastaajajoukko koostuu noin vuoden alalla olleista yli kolme vuosikymmentä alalla toimineisiin (Taulukko 2).

*Taulukko 2. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä*

| | | Luokiteltu koulutus | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sosiaalialan amk | Terveysalan amk | YTM / VTM sosiaalityö | Yhteensä |
| Luokiteltu työssäoloaika sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä | 0-1 vuotta | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | 2-5 vuotta | 3 | 0 | 1 | 4 |
| | 6-10 vuotta | 7 | 3 | 3 | 13 |
| | 11 vuotta tai enemmän | 6 | 8 | 5 | 19 |
| Yhteensä | | 17 | 11 | 10 | 38 |

Ammattiryhmittäisen tarkastelun perusteella erot työkokemuksessa painottuvat eri tavoin. Tämän havainnollistamisessa hyödynnän laatikko-jana –kuviota (Kuvio 13). Eniten vaihtelua on sosiaalityöntekijöiden työkokemuksessa (n=10): keskimmäinen 50 % on toiminut alalla 6–25 vuotta, ja kaikkien vastanneiden mediaani sijoittuu noin kymmeneen työkokemusvuoteen. Pätevinä sosiaalityöntekijöinä toimi kyselyn aikana työvuosien perusteella erittäin kokeneita sosiaalityöntekijöitä, joiden työuran pituus oli useita vuosikymmeniä, mutta vastaajissa oli myös työuransa alkuvaiheessa olevia sosiaalityöntekijöitä.




*Kuvio 13. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä vuosina ammattiryhmittäin*

Sosionomien (n=17) vastauksien perusteella keskimmäinen 50 % on toiminut alalla 6–15 vuotta ja kaikkien vastanneiden mediaani sijoittuu noin yhdeksään työkokemusvuoteen.

Enimmillään työkokemusta sosiaali- ja terveysalalla oli muutamilla yli kolme vuosikymmentä. Myös sosionomien vastauksista huomataan, että vastaajissa on kokeneiden sosiaali- ja terveydenhuollossa toimineiden työntekijöiden lisäksi myös työuransa alkuvaiheessa olleita sosionomeja, joilla kyselyn aikana työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollossa oli vasta vähäisesti.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=11) työkokemus sosiaali- ja terveysalalla oli kaikkein tasaisimmin jakautunut vastanneista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmistä. Keskimmäinen 50 % terveydenhuollon ammattihenkilöistä oli toiminut alalla 12–20 vuotta ja kaikkien vastanneiden mediaani sijoittuu noin 15 työkokemusvuoteen. Minimissään työkokemusta oli vastaajilla seitsemän vuotta ja enimmillään 27 vuotta. Yksikössä kyselyhetkellä työskennelleet terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat tulosten perusteella olleet terveydenhuollon palveluissa kokemusvuosien perusteella substanssialallaan kokeneita työntekijöitä.

Yhteenvetona työntekijöiden ammattiryhmittäisestä substanssiosaamisesta voi todeta, että yksikössä työskenteli kyselyn aikana moniammatillinen joukko eri koulutustaustaisia työntekijöitä, joilla oli hyvinkin suuria eroja työkokemuksessa sosiaali- ja terveysalalla työvuosina mitattuna. Tasaisimmin ammatillisesti kokeneena joukkona näyttäytyvät yksikön terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla kokemusta sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä oli työuralla kertynyt vähimmilläänkin yli puoli vuosikymmentä. Sosiaalihuollon tehtävissä toimivilla sosionomeilla ja sosiaalityöntekijöillä työuraa saattoi olla joko jo runsaasti takana, tai se saattoi olla vasta aivan aluillaan.

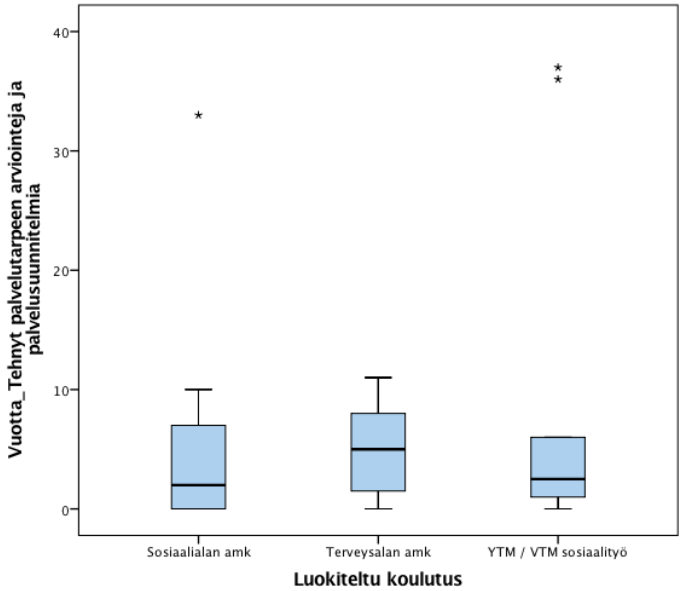
## 8.2 Kokemus palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja palvelujen suunnittelusta

Palvelutarpeen arviointien ja palvelusuunnitelmien tekemisessä mittarina ovat vastaajien ilmoittamat työvuodet kyseisissä tehtävissä. Vastaukset eroavat verrattuna kysymykseen työkokemusvuosista sosiaali- ja terveysalalla. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta työkokemukset palvelutarpeen arvioinneista ja palvelusuunnitelmien tekemisestä ovat yksikössä vastaushetkellä työskennelleillä enimmillään reilua kymmentä vuotta. Suurimmalla osalla (26/38) yksikössä työskennelleistä ammattihenkilöistä oli kokemusta palvelutarpeen arviointien tekemisestä enintään viiden vuoden verran (Taulukko 3).

*Taulukko 3. Kokemus palvelutarpeen arviointien tekemisestä*

| | | Luokiteltu koulutus | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sosiaalialan amk | Terveysalan amk | YTM / VTM sosiaalityö | Yhteensä |
| Luokiteltu kokemus palvelutarpeen arviointien tekemisestä | 0-1 vuotta | 8 | 3 | 4 | 15 |
| | 2-5 vuotta | 4 | 4 | 3 | 11 |
| | 6-10 vuotta | 4 | 3 | 1 | 8 |
| | 11 vuotta tai enemmän | 1 | 1 | 2 | 4 |
| Yhteensä | | 17 | 11 | 10 | 38 |

Ammattiryhmittäisessä tarkastelussa erot jälleen painottuvat eri tavoin. Sosiaalityöntekijöiden vastauksissa kokemus palvelutarpeen arviointien ja palvelusuunnitelmien tekemisessä sijoittuu keskimmäisessä 50 % kahden ja kuuden vuoden välille mediaanin ollessa noin kolme vuotta. Muutamat kokeneimmat sosiaalityöntekijät ovat arviointeja ja suunnittelua tehneet yli kolme vuosikymmentä, mutta suurin osa vastaushetken sosiaalityöntekijöistä oli vasta urallaan alkuvaiheessa ja tiedonkeruun aikana kysyttyjä työtehtäviä tehneet alle vuoden tai muutaman vuoden kokemuksella.




*Kuvio 14. Kokemus palvelutarpeen arviointien ja palvelusuunnitelmien tekemisestä vuosina ammattiryhmittäin*

Sosionomien vastauksissa keskimmäinen 50 % vastaajista oli kokemusta palvelutarpeiden arvioinnista ja palvelusuunnittelusta alle vuoden ja seitsemän vuoden välillä mediaanin asettuessa kahteen vuoteen (Kuvio 14). Enimmillään kokemusta kysytyistä työtehtä-

vistä oli 10 vuotta ja yhdellä vastaajista jopa yli 30 vuotta, mutta merkittävä osa vastaajista oli vastaushetkellä tehnyt palvelutarpeen arviointeja ja palvelujen suunnittelua vähäisesti vuosina mitattuna.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemus palvelutarpeen arvioinneista ja palvelujen suunnittelusta näyttäytyy vastauksissa ilmoitettujen vuosien perusteella vankimmalta verrattuna muihin vastaajaryhmiin: keskimmäinen 50 % terveydenhuollon vastaajista ilmoitti tehneensä kysyttyjä työtehtäviä kahden ja kahdeksan vuoden välillä mediaanin sijoittuessa kaikista vastauksista viiteen vuoteen. Hajontaa on kuitenkin myös tässä ryhmässä, koska enimmillään kysyttyjä työtehtäviä on tehty 11 vuotta, vähimmillään alle vuoden. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ryhmässä ei ollut vastausten perusteella vuosikymmeniä palvelujen arvioinnin ja suunnittelun tehtävistä kokemusta omaavia työntekijöitä, kuten sosiaalihuollon työtehtävien ryhmissä nousi esiin.

Yhteenvetona työntekijöiden ammattiryhmittäisestä palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen suunnittelun osalta voi todeta, että aineistonkeruun aikana yksikössä työskentelevien työntekijöiden kokemusvuosissa on vaihtelua alle vuoden kokemuksesta noin reiluun 10 vuoteen. Erittäin vähäinen, jopa alle yhden vuoden kokemus palvelujen arvioimisessa ja suunnittelussa näkyy tuloksissa kaikissa ammattiryhmissä. Keskimääräisesti eniten kokemusta palvelutarpeen arvioimisesta on ollut terveydenhuollon ammattihenkilöillä. Siirryttäessä tulosten analyysissä substanssin tarkasteluun, on tarkoituksenmukaista hahmottaa kuvaa myös ammattiryhmittäisistä painotuksista eri asiakasryhmien kanssa.

### 8.3 Asiakkuuksien painotukset ammattiryhmittäin

Tarkastellessa työntekijäryhmien painotuksia asiakkuuksissa, painottuvat terveydenhuollon ammattihenkilöiden työtehtävät ikäihmisten asiakkuuksiin (76,1 %). Tiedonkeruun aikana terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät tilastoineet lainkaan kehitysvammaisten tai vaikeavammaisten henkilöiden asiakkuuteen liittyviä tapahtumia. Sosiaalihuollon ammattiryhmissä asiakkuudet jakautuivat kaikkiin asiakasryhmiin, mutta sosiaalityöntekijöiden asiakkuuksissa painottuivat vaikeavammaisten (45,0 %) ja kehitysvammaisten (25,6 %) asiakasryhmät ja sosionomien asiakkuuksissa ikäihmisten (41,0 %) ja mielenterveyskuntoutujien (30,6 %) asiakasryhmät. (Taulukko 4.)

*Taulukko 4. Asiakkuuksien painotukset ammattiryhmittäin*

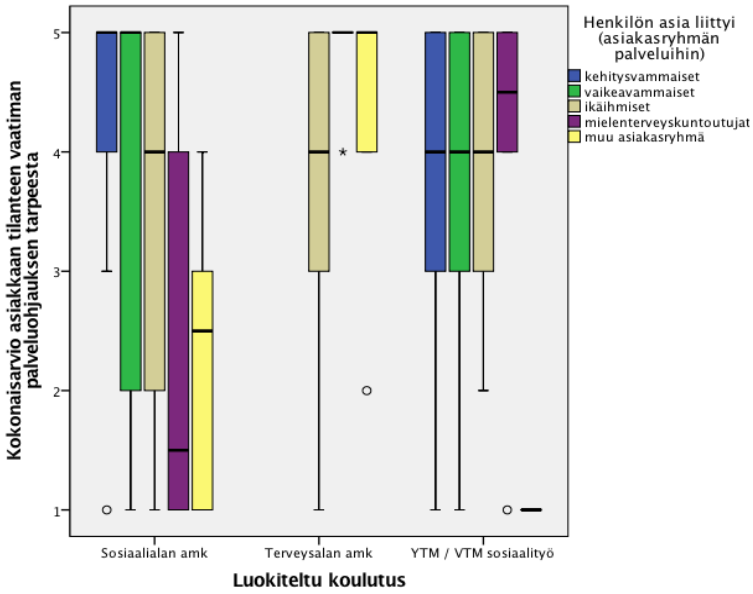
| | | Luokiteltu koulutus | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sosiaalialan amk | Terveysalan amk | YTM / VTM sosiaalityö | Yhteensä |
| Henkilön asia liittyi (asiakasryhmän palveluihin) | kehitysvammaiset | 10,9% | | 25,6% | 13,3% |
| | vaikeavammaiset | 11,5% | | 45,0% | 19,8% |
| | ikäihmiset | 41,0% | 76,1% | 10,9% | 39,0% |
| | mielenterveys-kuntoutujat | 30,6% | 13,6% | 17,8% | 22,8% |
| | muu asiakasryhmä | 6,0% | 10,2% | 0,8% | 5,3% |
| Yhteensä | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Osan muu asiakasryhmä-kategoriaan sijoitetuista asiakkaista voisi määritellä kuuluvan työntekijän avovastauksen perusteella kehitysvammaisten, vaikeavammaisten, ikäihmisten ja mielenterveyskuntoutujien ryhmiin. Muu asiakasryhmä-vastausvaihtoehtoa ovat käyttäneet pääosin sosionomit ja sairaanhoitajat, vain yksi muu asiakasryhmä-kategorian vastauksista on sosiaalityöntekijän vastaus. Listauksessa näkyy päihde- ja mielenterveysongelmien kategorisoimisen vaikeus palvelujärjestelmässä. Edes ikäihmisiä ei ole pelkän syntymävuoden perusteella sijoitettu ikäihmisten asiakasryhmään, jos palveluntarve ei ole koskenut yli 65-vuotiaille pääasiallisesti suunnattuja kotihoidon palveluita tai muita kotona asumista tukevia palveluja. Liitteeseen 2 on koottu muu asiakasryhmään sijoitetuista asiakkaista työntekijöiden antamat avovastaukset.

Kaikkien tutkittavassa yksikössä työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työtehtäviin kuului sosiaalihuoltolain ja sosiaalihuollon erityislakien mukaisten palvelujen arviointia, suunnittelua ja järjestämistä. Tiedonkeruun aikana tehtävät olivat jaettu siten, että lähtökohtaisesti kaikki tekivät kaikkia työtehtäviä, mutta terveydenhuollon ammattihenkilöiden työpanos käytettiin pääosin yli 65-vuotiaiden kuntalaisten kotona asumista tukevien palvelujen arviointiin. Vammaispalvelulain mukaisista palveluista päättäminen oli delegoitu sosiaalityöntekijöinä toimiville viranhaltijoille. Terveydenhuollon ammattihenkilöt lisäksi arvioivat ja järjestivät kotihoidon palveluun sisältynyttä, terveydenhuoltolain mukaista kotisairaanhoitoa osana kotona asumista tukevia palveluja.

Työntekijä- ja asiakasryhmittäin työntekijöiden arvioimaa palveluohjauksen tarvetta tarkastellessa sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien asiakkuudessa on ollut arviointihetkellä

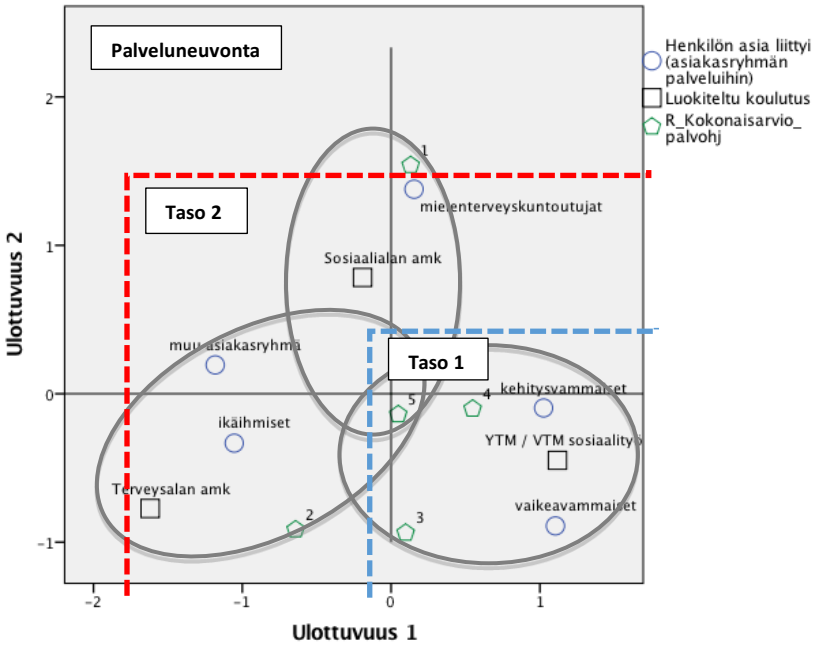
kaikkia asiakasryhmiä ja lisäksi sosionomeilla muuhun asiakasryhmään sijoitettuja asiakkaita. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakkaina ovat olleet ikäihmisten, mielenterveyskuntoutujien ja muuhun asiakasryhmään sijoitettuja asiakkuuksia.




*Kuvio 15. Arvio palveluohjauksen tarpeesta asiakkuuksittain*

Yksikössä työskennelleiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvio asiakkaiden palveluohjauksen tarpeesta on pääasiassa korkea (Kuvio 15). Sosionomien vastauksissa on terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja sosiaalityöntekijöiden vastauksiin verrattuna eniten hajontaa tarkastellessa kaikkia ammattiryhmien vastauksia. Erityisesti mielenterveyskuntoutujien asiakasryhmä sosionomien arvioimana näyttäytyy muista asiakkuuksista eroavana palveluohjauksen tarvetta arvioituna.

Tarkastellessa vastauksia moniulotteisen korrespondenssianalyysin avulla (Kuvio 16), ovat tulokset saman suuntaisia. Arvo 5, eli suuri palveluohjauksen tarve, sijoittuu kuvion keskelle, jolloin jokaisessa ammattiryhmässä ja asiakkuudessa on arvioitu olevan runsaan palveluohjauksen tarpeessa olevia asiakkaita. Arvo 1, eli vähäinen palveluohjauksen tarve, näyttää liittyvän lähinnä sosionomien vastauksiin. Sosiaalityöntekijät ovat arvioineet palveluohjauksen tarpeen asiakkuuksissaan ammattiryhmistä suurimmaksi ja suuren palveluohjauksen tarve paikantuisi erityisesti kehitysvammaisten henkilöiden palvelukokonaisuuksiin.




*Kuvio 16. MCA – Kokonaisarvio palveluohjauksen tarpeesta*

Palveluohjauksen tarve on työntekijöiden arvioiden perusteella suurinta sosiaalihuollon erityislakeja sovellettaessa, eli kehitysvammaisten ja vaikeavammaisten henkilöiden asiakkuuksissa. Nämä näyttäytyivät erityisesti sosiaalityöntekijöiden asiakkuuksina. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työ painottui ikäihmisten asiakkuuksiin, jossa toimintaa ohjaavina lakeina ovat sosiaalihuoltolaki ja ikälaki, sekä omaishoidontukilaki ja terveydenhuoltolaki esimerkiksi kotisairaanhoidon osalta.

Palveluohjauksen tarve ikäihmisten asiakkuuksissa asettuu MCA-kentässä melko vähäiseksi. Sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien työtä määrittivät sosiaalihuoltolaki ja sosiaalihuollon erityislaeista vammaispalvelulaki, erityishuoltolaki, ikälaki ja omaishoidontukilaki sekä toimeentulotukilaki. Määrällisesti eniten sosionomien asiakkuuksissa oli ikäihmisiä, mutta erityisesti sosionomien asiakkuuksina näyttäytyvät mielenterveyskuntoutujat, joiden palveluohjauksen tarpeen on arvioitu olevan vähäistä.

MCA-kenttään hahmottui palveluohjauksen teoreettisen porrastuksen mukaisesti palveluneuvonnan, sekä tasojen 1 ja 2 mukaiset yksilökohtaisen palveluohjauksen tasot, joihin ammattiryhmät asiakkuuksittain asettuivat. Tähän havaintoon palaan tarkemmin tutkielman johtopäätöksissä.

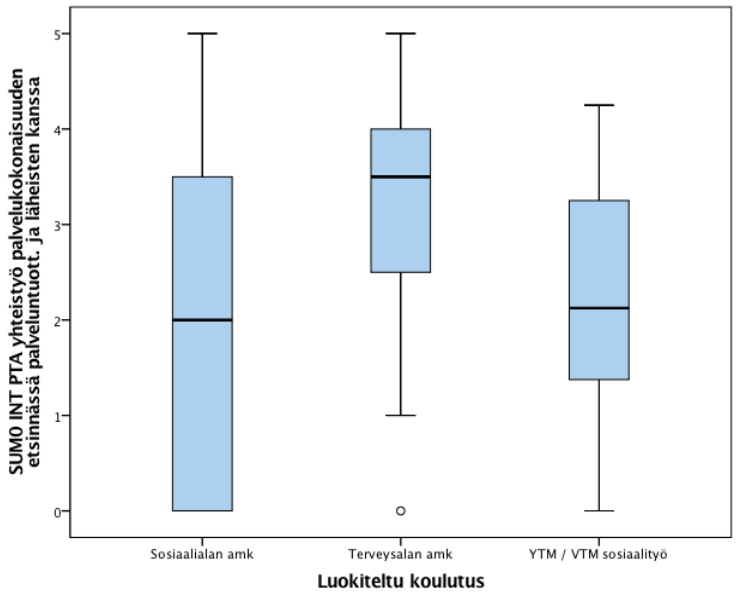
# 9 Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palveluohjauksen prosessissa

## 9.1 Palvelutarpeen arvioinnin vaihe (PTA)

Palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa (**PTA**) asiakkaan, palvelun tuottajien ja läheisten kanssa tehdyn asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa on nähtävissä eroja työntekijöiden vastausten perusteella. Kokonaisuutena tarkasteltuna asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö on toteutunut palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa koko käytössä olleella arviointiskaalalla 0–5 (vrt. Taulukko 1). Sosiaalityöntekijöiden (n=24) ja sosionomien (n=97) tekemän asiakkuusyhteistyön mediaani sijoittuu vähäiseen intensiteettiin ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=31) vastausten mediaani keskisuuren ja suuren intensiteetin väliin. (Taulukko 5, Kuvio 17.)

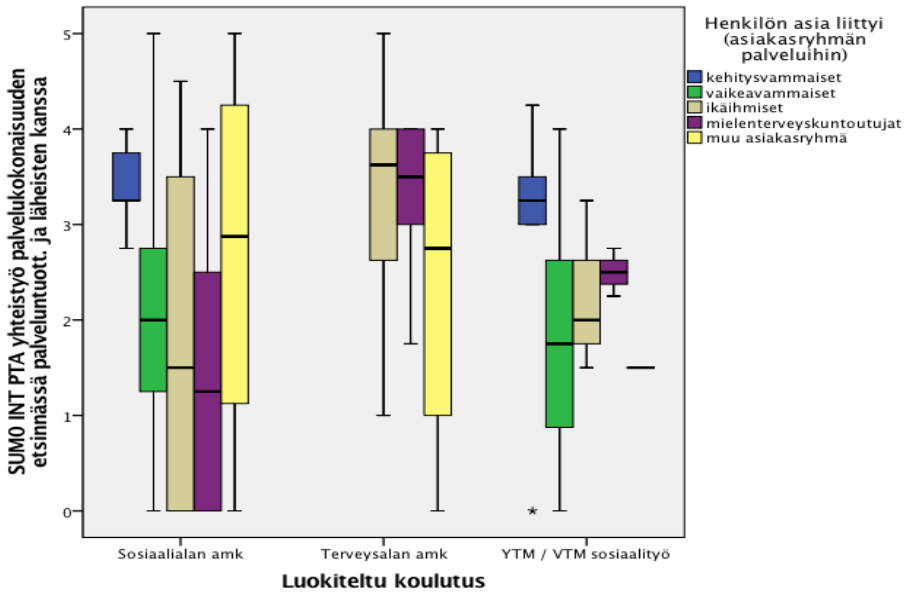
*Taulukko 5. PTAn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä*

| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PTA yhteistyö palvelukokonaisuuden etsinnässä palveluntuott. ja läheisten kanssa | Sosiaalialan amk | 97 | 52,2% | 89 | 47,8% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 31 | 34,4% | 59 | 65,6% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 24 | 18,0% | 109 | 82,0% | 133 | 100,0% |




*Kuvio 17. PTAn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin*

Asiakkuusyhteistyötä tekivät kaikkien asiakasryhmien kanssa sosiaalityöntekijät ja sosionomit (Kuvio 18). Terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa toteuttaneet vaikeavammaisten ja kehitysvammaisten henkilöiden tilanteisiin liittyvää asiakkuusyhteistyötä. Palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa asiakasryhmittäiset painotukset näkyivät eri koulutustaustaisten työntekijöiden asiakkuuksissa: terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakkuudet painottuivat ikäihmisiin ja mielenterveyskuntoutujiin, sekä muuhun asiakasryhmään. Sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien asiakkuudet kattoivat kaikki asiakasryhmät.



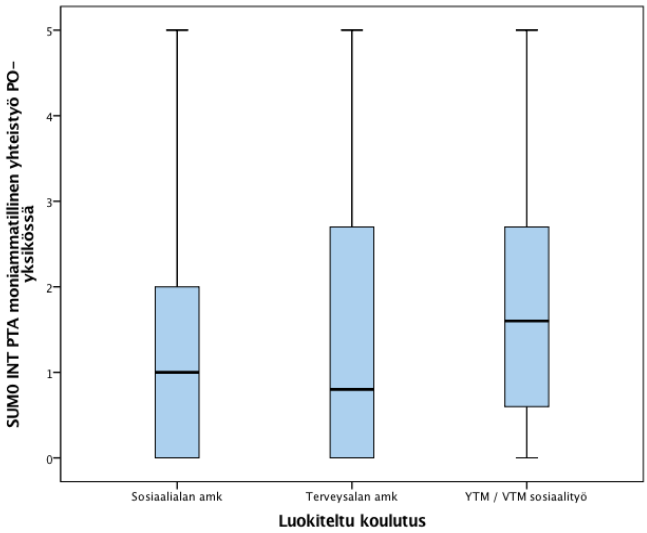

*Kuvio 18. PTAn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain*

Palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa tutkittavassa yksikössä ei juuri lainkaan tehty moniammatillista yhteistyötä. Sama tulos moniammatillisen yhteistyön vähäisyydestä on saatu myös aineistosta tehdyssä aiemmassa palveluohjausta käsittelevässä tutkimuksessa (Honkakoski ym. 2015, 47, 109).

Kunkin ammattiryhmän vastauksissa painottuu vähäinen moniammatillinen yhteistyö: mediaani on sosionomien (n=99) vastauksissa erittäin vähäisessä intensiteetissä, terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=31) vastauksissa erittäin vähäisen alapuolella ja sosiaalityöntekijöiden (n=23) vastauksissa erittäin vähäisen ja vähäisen välillä (Taulukko 6, Kuvio 19.)

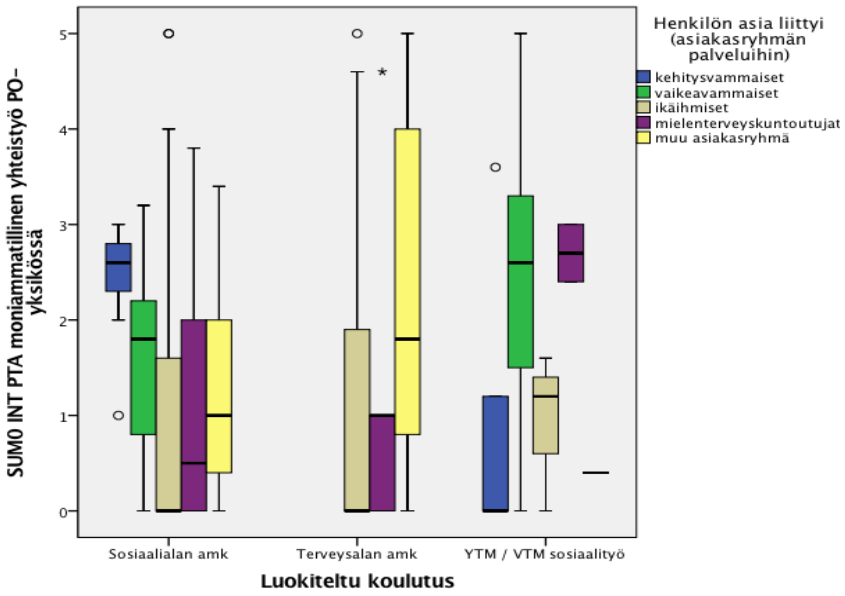
*Taulukko 6. PTAn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä*

| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PTA moniammatillinen yhteistyö PO-yksikössä | Sosiaalialan amk | 99 | 53,2% | 87 | 46,8% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 31 | 34,4% | 59 | 65,6% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 23 | 17,3% | 110 | 82,7% | 133 | 100,0% |




*Kuvio 19. PTAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin*

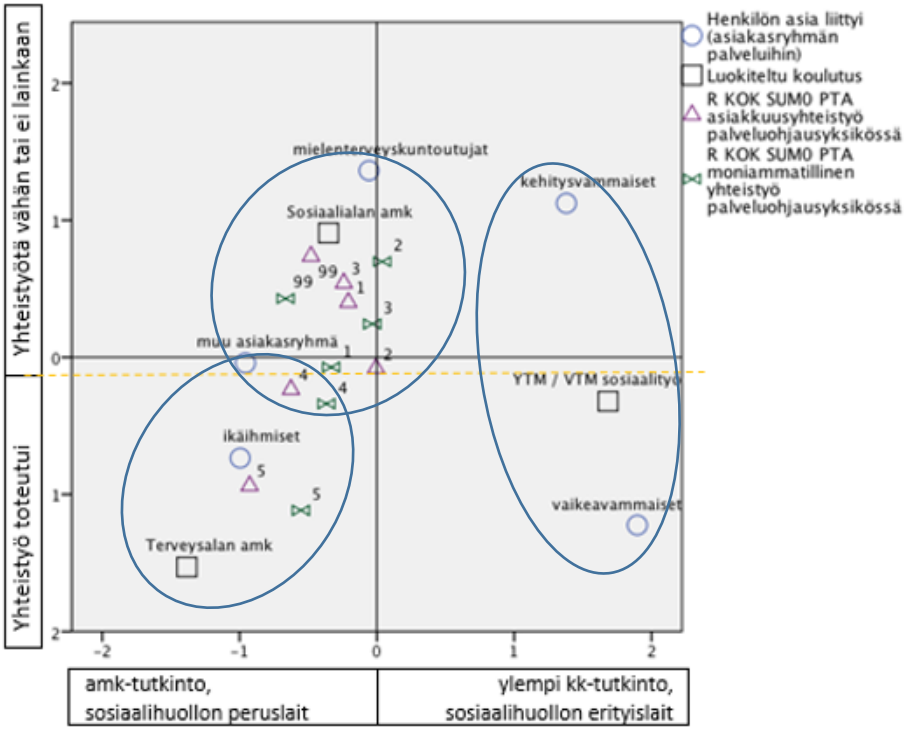
Moniammatillista yhteistyötä, se vähä mitä sitä ylipäätään toteutui palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa, tekivät kaikkien asiakasryhmien kanssa sosionomit ja sosiaalityöntekijät (Kuvio 20). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden moniammatillinen yhteistyö tapahtui ikäihmisten, mielenterveyskuntoutujien ja muun asiakasryhmän henkilöiden kanssa. Sosionomien arvio yhteistyön intensiteetistä oli kehitysvammaisten asiakkaiden kohdalla suurempi kuin sosiaalityöntekijöiden arvio intensiteetistä. Vaikeavammaisten ja ikäihmisten asiakkuuksissa sosiaalityöntekijät arvioivat asiakkuusyhteistyön intensiteetin sosionomeja suuremmaksi.




*Kuvio 20. PTAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain*

Laatikko-jana-kuvioiden perusteella palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö toteutui ja ei toteutunut sosiaalihuollon ammattihenkilöiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattiryhmissä. Intensiivisimmin asiakkuus- ja moniammatillista yhteistyötä tekivät terveydenhuollon ammattihenkilöt ikäihmisten asiakkuuksiin liittyen. Sosionomit joko eivät tehneet lainkaan yhteistyötä, tai korkeintaan jonkin verran. Sosiaalityöntekijöiden asiakkuusyhteistyö oli vähäistä ja moniammatillista yhteistyötä tehtiin jonkin verran.

Jatkettaessa palvelutarpeen arvioimisen vaiheessa tehdyn yhteistyön tarkastelua moniulotteisen korrespondenssianalyysiin avulla, muodostuu yhteistyöstä MCA-kuvaan (kuvio 21) saman suuntaisia tuloksia, joita voidaan kuvasta kokonaisuutena tarkastella. MCA-kuvan pystyakselille muodostuu jaottelu, jossa akselin alaosa näyttää kuvastavan yhteistyön runsasta toteutumista (arvot 5 ja 4) ja yläosa yhteistyön vähäisyyttä (1-3), tai ettei yhteistyötä ole tapahtunut lainkaan (99). Vaaka-akseli näyttää myös jakautuvan kahteen osaan: työntekijöiden koulutukselliseen jaotteluun (ammattikorkeakoulututkinto ja ylempi korkeakoulututkinto) sekä asiakkuuksien sijoittumisen perusteella sosiaalihuollon perus- ja erityislakien mukaiseen jaotteluun. Tämä osaltaan selittäisi sitä, miksi sosiaalityö asiakkuuksineen näyttäytyy kuvassa poikkeavana suhteessa sosionomeihin ja terveydenhuollon ammattihenkilöihin.




*Kuvio 21. PTA MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa*

Asiakkuuksien työntekijäryhmittäinen painottuminen on samansuuntainen kuin kuviossa 15. Muodostuneen MCA-kentän perusteella palvelutarpeen arvioimisen vaiheen aikana toteutunut asiakkuus- ja moniammatillinen yhteistyö tapahtui terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamana ikäihmisten ja muun asiakasryhmän asiakkuuksien kanssa. Sosionomeille ja terveydenhuollon ammattihenkilöille yhteisiä asiakkuuksia olivat palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa muun asiakasryhmän asiakkuudet ja mielenterveyskuntoutujat sijoittuvat sosionomien asiakkuuteen. Sosionomit tekivät palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa yhteistyötä jonkin verran, mutta painotukset ovat vähäisessä, jo siitäkin syystä, että arvot ”ei tapahtunut lainkaan” sijoittuvat sosionomien ammattiryhmän välittömään läheisyyteen.

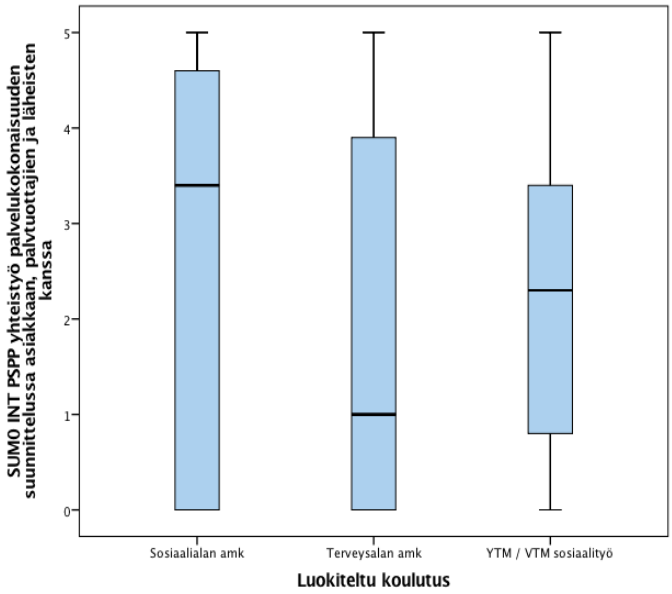
Tarkastellessa palvelutarpeen arvioinnin aikana toteutunutta MCA-kenttää sosiaalityön näkökulmasta, näyttää siltä, että vaikeavammaisten asiakkuuksissa yhteistyö toteutui, kehitysvammahuollon asiakkuuksissa ei niinkään. Asiakkuus- ja moniammatillisen yhteistyön kannalta yhteisinä sosiaalityön asiakkuuksina ovat sosionomien kanssa kehitysvammahuollon asiakkuudet ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa ikäihmisten asiakkuudet.

## 9.2 Palvelujen suunnittelun vaihe (PSPP)

Palvelujen suunnittelun vaiheessa (**PSPP**) vaiheessa asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön intensiteetissä on ammattiryhmittäisiä eroja työntekijöiden vastausten perusteella. Sosiaalityöntekijöiden (n=68) vastausten mediaani sijoittuu vähäisen ja keskisuuren intensiteetin välille, sosionomien (n=113) keskisuuren ja suuren intensiteetin välille ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=55) vastausten mediaani sijoittuu erittäin vähäiseen asiakkuusyhteistyön intensiteettiin. Vastausten jakautuminen työntekijäryhmien kesken on epätasaista, vaikka vastauksia on palvelujen suunnittelun vaiheessa annettu kaikista eniten. (Taulukko 7, Kuvio 22.)

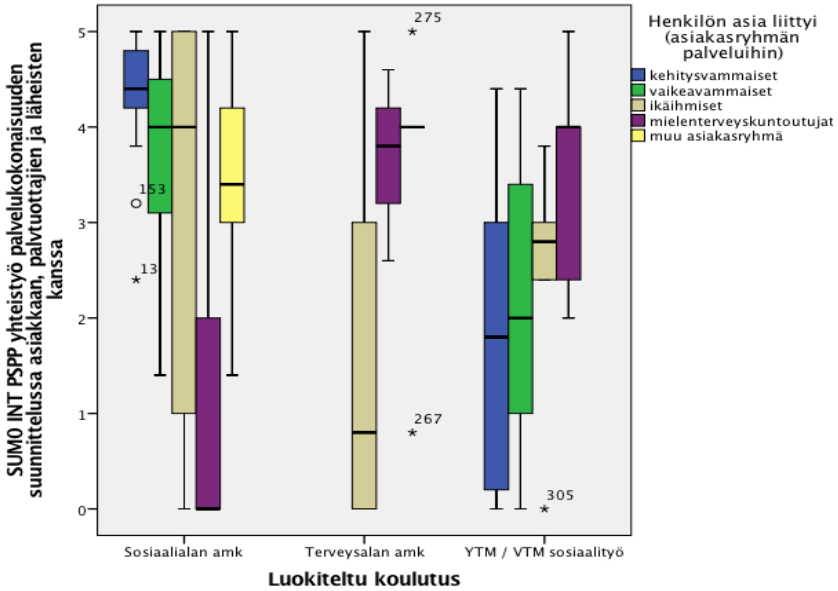
*Taulukko 7. PSPPn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä*

| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PSPP yhteistyö palvelukokonaisuuden suunnittelussa asiakkaan, palvtuottajien ja läheisten kanssa | Sosiaalialan amk | 113 | 60,8% | 73 | 39,2% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 55 | 61,1% | 35 | 38,9% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 68 | 51,1% | 65 | 48,9% | 133 | 100,0% |




*Kuvio 22. PSPPn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin*

Asiakkuusyhteistyötä tekivät kaikkien asiakasryhmien kanssa sosionomit (Kuvio 23). Terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät myöskään palvelujen suunnittelun vaiheessa toteuttaneet vaikeavammaisten ja kehitysvammaisten henkilöiden asiakkuuksiin liittyen asiakkuusyhteistyötä. Palvelujen suunnittelun vaiheessa asiakasryhmittäisten painotusten erot näkyivät eri koulutustaustaisten työntekijöiden asiakkuuksissa: terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakkuudessa olivat ikäihmiset ja mielenterveyskuntoutujat, jonkin sekä muun asiakasryhmän asiakkaat. Sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien asiakkuudessa olivat kaikki asiakasryhmät, sosionomeilla myös muun asiakasryhmän asiakkuudet.

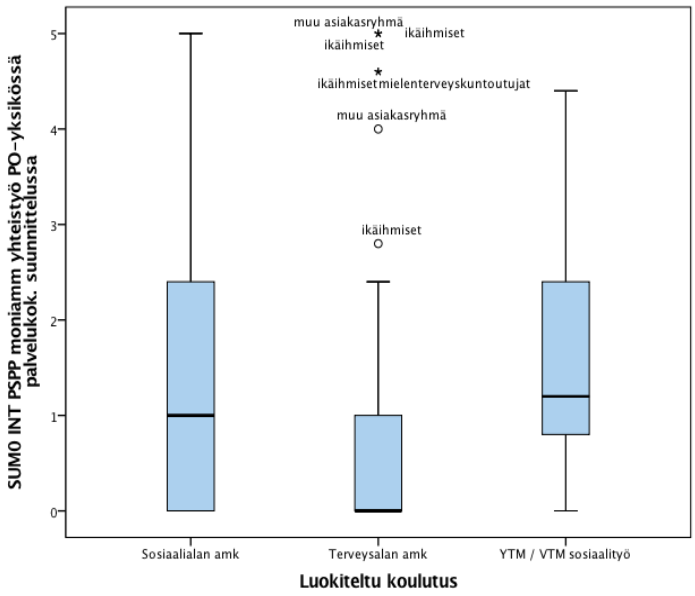



*Kuvio 23. PSPPn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain*

Ammattiryhmien vastauksissa näkyy myös tässä palveluohjauksen prosessin vaiheessa vähäinen moniammatillinen yhteistyö: mediaani on sosiaalityöntekijöiden (n=69) ja sosionomien (n=109) vastauksissa erittäin vähäisessä intensiteetissä, terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=60) vastauksien mediaani sijoittuu arvolle ”toiminto ei toteutunut”. (Taulukko 8, Kuvio 24.)

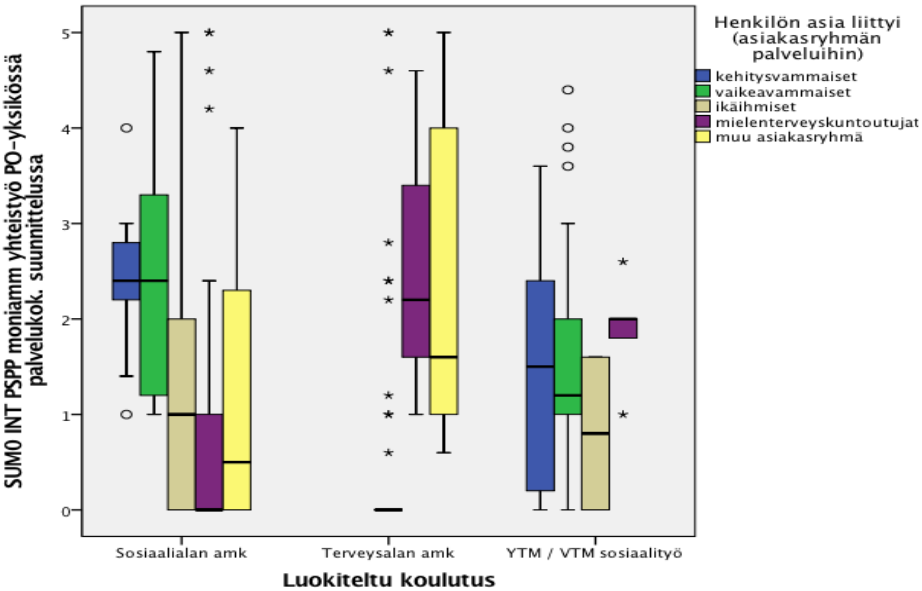
*Taulukko 8. PSPPn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä*

| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PSPP moniamm yhteistyö PO-yksikössä palvelukok. suunnittelussa | Sosiaalialan amk | 109 | 58,6% | 77 | 41,4% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 60 | 66,7% | 30 | 33,3% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 69 | 51,9% | 64 | 48,1% | 133 | 100,0% |



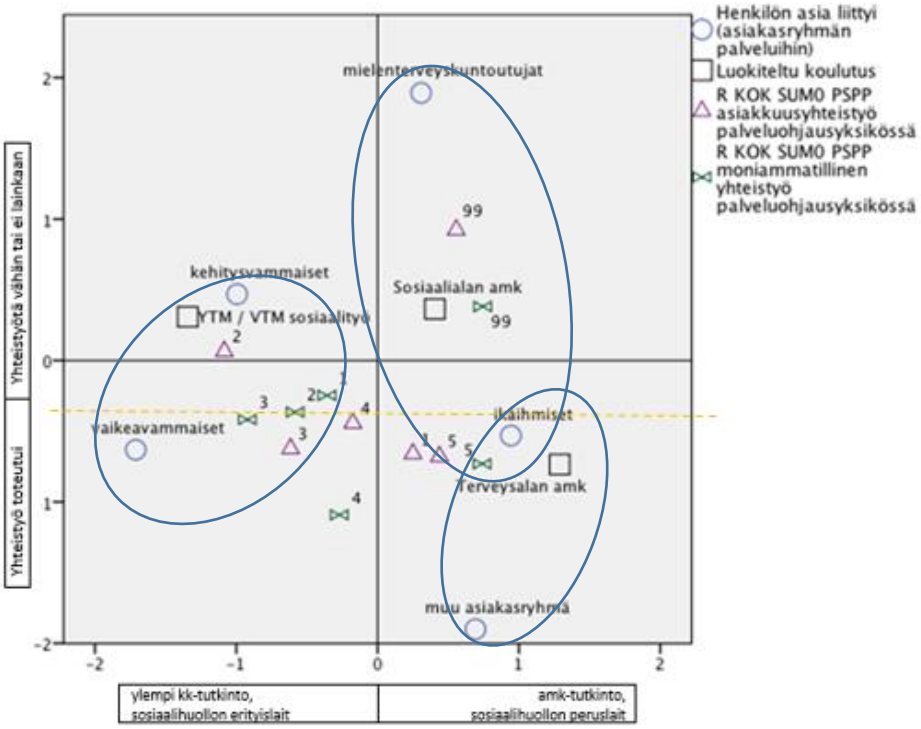

*Kuvio 24. PSPPn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin*

Moniammatillista yhteistyötä kaikkien asiakasryhmien kanssa toteuttivat sosiaalityöntekijät ja sosionomit, mutta yhteistyön intensiteetti oli hajanaista, painottuen vähäiseen yhteistyön toteutumiseen kaikkien asiakasryhmien kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilöt olivat moniammatillista yhteistyötä tehneet ikäihmisten, mielenterveyskuntoutujien ja muuhun asiakasryhmään sijoitettujen asiakkaiden kanssa. Palvelujen suunnittelun vaiheessa moniammatillisen yhteistyön osalta ikäihmisten asiakkuuksissa yhteistyön toteutuminen näyttäytyy terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastauksissa hajanaisena mediaanin sijoittuessa kuitenkin arvoon ”toimintoa tapahtunut”. (Kuvio 25.)




*Kuvio 25. PSPPn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain*

Palvelujen suunnittelun vaiheessa tehdystä yhteistyöstä muodostunut MCA-kenttä (kuvio 26) muuttui verrattuna edeltävään palvelutarpeen arviointivaiheen yhteistyöstä muodostuneeseen. Yhtäläisyyksiä edelliseen prosessin vaiheeseen on asiakkuuksien työntekijäryhmittäiset painotukset ja näiden sijoittuminen kuvan vaaka-akselilla työntekijöiden koulutuksellisen sekä perus- ja erityislakien jaottelun mukaisesti. Pystyakselille muodostuva jaottelu yhteistyön toteutumisesta ei ole yhtä selkeä kuin edellisessä vaiheessa, mutta yläosaan näyttää sijoittuvat arvot vähän tai ei lainkaan ja alaosaan yhteistyön toteutuminen.




*Kuvio 26. PSPP MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelujen suunnittelun vaiheessa*

Sosiaalityöntekijät ovat palvelujen suunnittelun vaiheessa siirtyneet MCA-kentässä sen yläosaan, lähelle kehitysvammahuollon asiakkuuksia. Kokonaisuutena sosiaalityöntekijöiden ammattiryhmän toteuttama yhteistyö asiakkuuksissaan näyttäisi toteutuneen vähän tai jonkin verran, yhteistyön toteutuminen näyttäisi painottuvan tässä prosessin vaiheessa vaikeavammaisten henkilöiden asiakkuuksiin. Poikkeavina asiakkuuksina näyttäytyvät palvelujen suunnittelun vaiheessa mielenterveyskuntoutujien ja muu asiakasryhmän asiakkuudet. Mielenterveyskuntoutujat sijoittuvat MCA-kentässä sosionomien taakse ja lähimpinä yhteistyön toteutumisen arvoina on, ettei toimintoa ole tapahtunut lainkaan (99).

Muu asiakasryhmä sijoittuu MCA-kentän vastakkaiselle laidalle, lähimmäs terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja suuria yhteistyön toteutumisen arvoja.

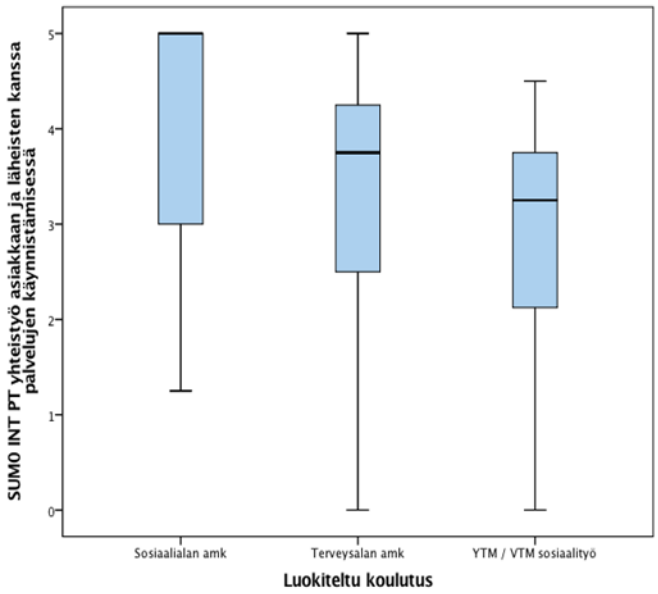
Suurimmat yhteistyön toteutumisen arvot (5) sijoittuvat myös tässä prosessin vaiheessa ikäihmisten asiakasryhmän läheisyyteen. Ikäihmisten asiakasryhmä näyttäytyy palvelujen suunnittelun vaiheessa sosionomien ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakkuuksina. Laatikko-jana-tuloksiin verrattuna sosionomit ovat antaneet ikäihmisten kanssa toteutuneesta yhteistyöstä korkeampia arvoja, kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt. Yhteistyön intensiteetin korkeiden arvojen sijoittuminen MCA-kentässä lähelle terveydenhuollon ammattihenkilöitä voi osin selittyä sillä, että terveydenhuollon ammattihenkilöt työskentelivät pääasiallisesti ikäihmisten asiakasryhmän kanssa (ikäihmisten osuus oli kaikista terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakkuuksista 76.1 %, ks. Taulukko 4), jolloin läheisyys-etäisyys-periaatteen mukaisesti asiakasryhmälle annetut arvot sijoittuvat MCA-kentässä myös lähelle ammattiryhmää.

### 9.3 Palvelujen toteuttamisen vaihe (PT)

Palvelujen toteuttamisen vaiheessa (**PT**) vaiheessa asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön intensiteetissä on ammattiryhmittäisiä eroja työntekijöiden vastausten perusteella. Kaikkien ryhmien vastauksissa on eroa siinä, tapahtuiko yhteistyö asiakkuusyhteistyönä vai moniammatillisena yhteistyönä. Vastausten lukumäärä vastajaaryhmien kesken tasoittui palvelujen toteuttamisen vaiheessa, mutta samalla vastausmäärät vähenivät merkittävästi verrattuna arvioinnin ja suunnittelun vaiheisiin. Sosiaalityöntekijöiden (n=19) vastausten mediaani on keskitasoa suuremmassa intensiteetissä, sosionomien (n=29) mediaani on suuressa (5) intensiteetissä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=17) mediaanin ollessa suurehkoa (4) vähäisempää. (Taulukko 9, Kuvio 27.)

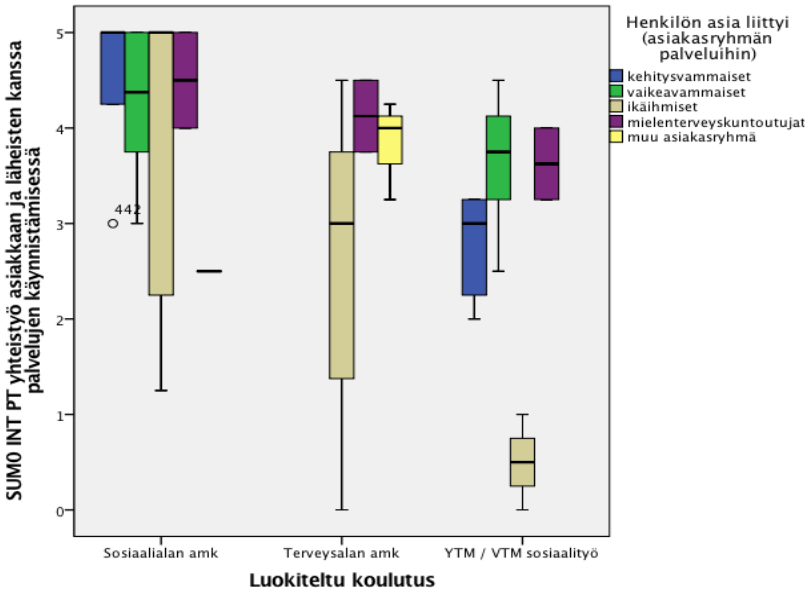
*Taulukko 9. PTn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä*

| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PT yhteistyö asiakkaan ja läheisten kanssa palvelujen käynnistämisessä | Sosiaalialan amk | 29 | 15,6% | 157 | 84,4% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 17 | 18,9% | 73 | 81,1% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 19 | 14,3% | 114 | 85,7% | 133 | 100,0% |




*Kuvio 27. PTn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin*

Asiakkuusyhteistyötä tekivät kaikkien asiakasryhmien kanssa sosionomit pääosin suurella intensiteetillä (Kuvio 28). Terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät tehneet palvelujen toteuttamisen vaiheessa vaikeavammaisten ja kehitysvammaisten henkilöiden asiakkuuksiin liittyen asiakkuusyhteistyötä. Palvelujen toteuttamisen vaiheessa asiakasryhmittäisten painotusten erot pysyivät aiempiin prosessin vaiheisiin verrattuna samoina eri koulutustaustaisten työntekijöiden asiakkuuksissa, eli terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakkuudessa olivat ikäihmiset ja mielenterveyskuntoutujat, sekä muun asiakasryhmän asiakkaita. Sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien asiakkuudessa olivat kaikki asiakasryhmät, sosionomeilla myös muun asiakasryhmän asiakkuuksia.

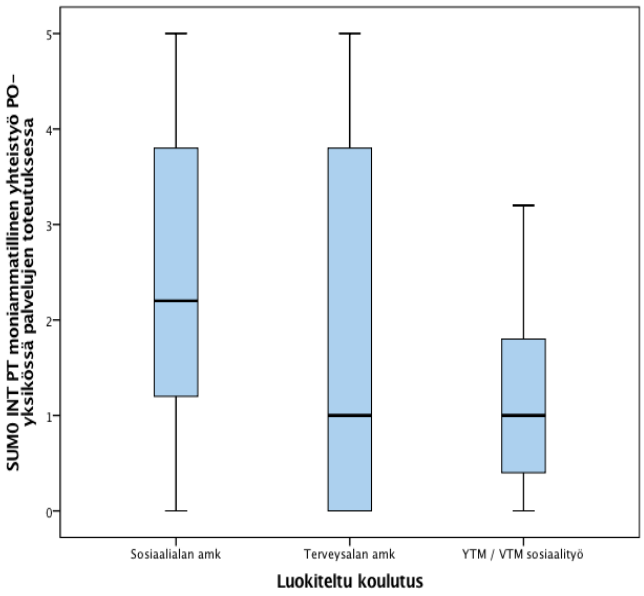



*Kuvio 28. PTn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain*

Ammattiryhmien vastauksissa näkyy jälleen myös nyt tarkasteltavana olevan palveluohjauksen prosessin vaiheessa vähäinen moniammatillinen yhteistyö: mediaani on sosiaalityöntekijöiden (n=17) ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=18) vastauksissa erittäin vähäisessä intensiteetissä ja sosionomien (n=29) vastauksissa vain hieman vähäisen intensiteetin yläpuolella. (Taulukko 10, Kuvio 29.)

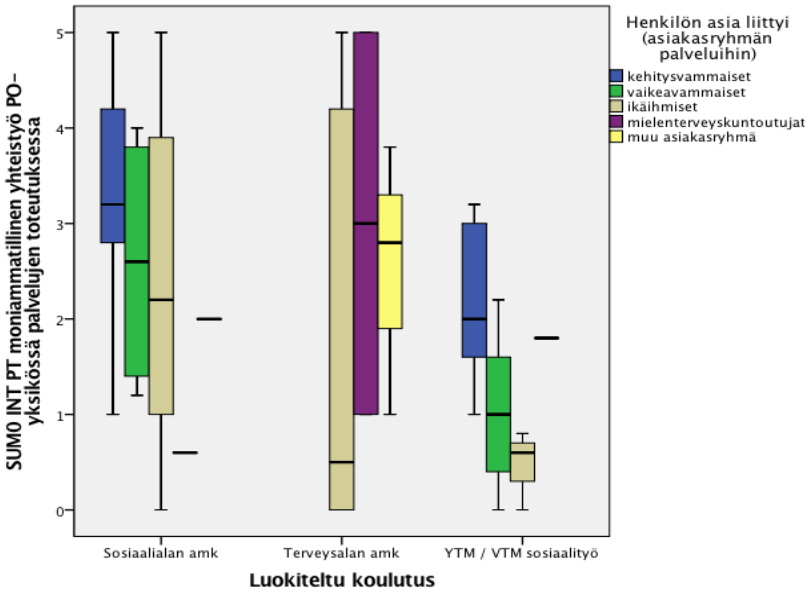
*Taulukko 10. PTn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä*

| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PT moniammatillinen yhteistyö PO-yksikössä palvelujen toteutuksessa | Sosiaalialan amk | 29 | 15,6% | 157 | 84,4% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 18 | 20,0% | 72 | 80,0% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 17 | 12,8% | 116 | 87,2% | 133 | 100,0% |




*Kuvio 29. PTn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin*

Moniammatillista yhteistyötä kaikkien asiakasryhmien kanssa toteuttivat sosiaalityöntekijät ja sosionomit, mutta ammattiryhmien välillä oli eroavaisuutta intensiteetin painottumisessa: sosiaalityöntekijöillä yhteistyön intensiteetti painottui vähäiseen yhteistyön intensiteettiin kaikkien asiakasryhmien kanssa, ja sosionomien vastauksissa suunta oli toisin päin (Kuvio 30).

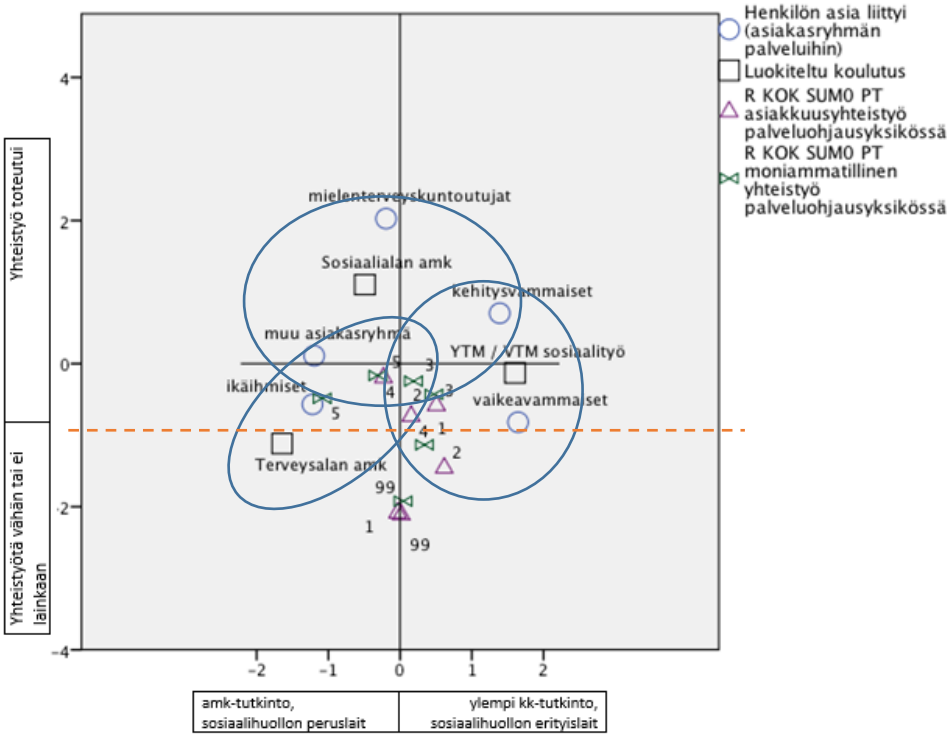



*Kuvio 30. PTn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain*

Terveydenhuollon ammattihenkilöt olivat moniammatillista yhteistyötä tehneet ikäihmisten, mielenterveyskuntoutujien ja muun asiakasryhmän asiakkaiden kanssa. Palvelujen

toteuttamisen vaiheessa moniammatillisen yhteistyön toteutuminen ikäihmisten asiakkuuksissa jakautuu koko skaalalle terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastauksissa mediaanin sijoittuessa lähelle arvoja erittäin vähäinen tai toimintoa ei tapahtunut. (Kuvio 30.)

Palvelujen toteuttamisen vaiheessa tehdystä yhteistyöstä muodostunut MCA-kenttä (Kuvio 31) on jälleen eri näköinen kuin edeltävien vaiheiden kentät. Yhtäläisenä edellisiin palveluohjauksen prosessin vaiheeseen on asiakkuuksien työntekijäryhmittäiset painotukset ja näiden sijoittuminen kuvan vaaka-akselilla työntekijöiden koulutuksellisen sekä perus- ja erityislakien jaottelun mukaisesti. Myös palvelujen toteuttamisen vaiheessa on nähtävissä pystyakselille muodostuva jaottelu yhteistyön toteutumisesta, mutta se ei ole yhtä selkeä kuin palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa. Näyttäisi kuitenkin siltä, että pystyakselin alaosaan sijoittuvat arvot vähän tai ei lainkaan ja yläosaan yhteistyön toteutuminen.




*Kuvio 31. PT MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelujen toteuttamisen vaiheessa*

Palvelujen toteuttamisen vaiheessa kentän keskimmäisiksi arvoiksi sijoittuvat 3–5, eli yhteistyötä on toteutunut vähintään jonkin verran, ja sosiaalihuollon ammattihenkilöt ovat

ammattiryhmistä näitä arvoja lähimpinä. Moniammatillisen yhteistyön suurin intensiteetti on tiiviisti kiinni ikäihmisten asiakkuuksissa, mutta palvelujen toteuttamisen vaiheessa terveydenhuollon ammattihenkilöt näyttäytyvät aiempiin vaiheisiin verrattuna sijoittuvan pystyakselilla vähäisesti tai ei lainkaan toteutuneeseen yhteistyön ulottuvuuteen.

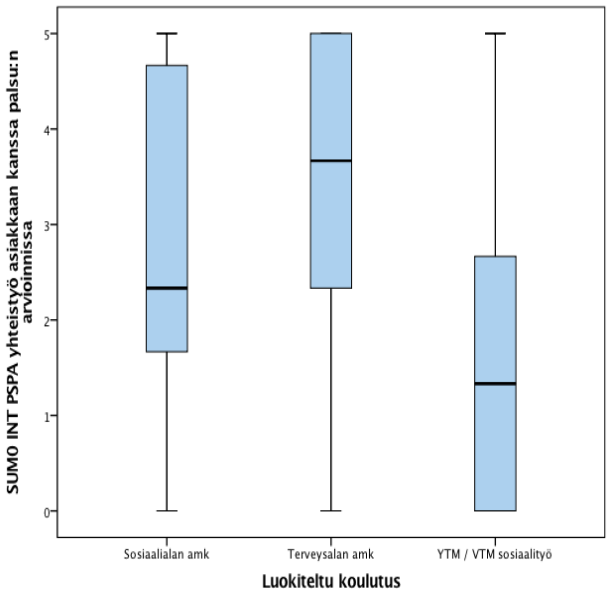
Poikkeavina arvoina ovat kentässä arvot toimintoa ei tapahtunut (99), jotka sijoittuvat lähimmäksi terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Sosionomit ovat palvelujen toteuttamisen vaiheessa tehneet yhteistyötä sijoittuessaan kentällä ammattiryhmistä kauimmaksi näistä arvoista. Mielenterveyskuntoutujat ovat edelleen, myös tässä prosessin vaiheessa, selkeästi sosionomien asiakkuuksina, mutta yhteistyötä palvelujen toteuttamisen vaiheessa tämän asiakasryhmän kanssa tehtiin enemmän kuin aiemmissa vaiheissa.

## 9.4 Palvelujen seuranta- ja arviointivaihe (PSPA)

Palvelujen seuranta- ja arviointivaiheessa (**PSPA**) asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön intensiteetissä on ammattiryhmittäisiä eroja työntekijöiden vastausten perusteella. Asiakkuusyhteistyötä tarkastelen tässä asiakkaan kanssa tehtynä yhteistyönä valmiin summamuuttujan mukaisesti. Vastausten lukumäärä väheni entisestään palveluohjauksen prosessin neljännessä vaiheessa. Sosiaalityöntekijöiden (n=13) vastausten mediaani on vähäisessä intensiteetissä, sosionomien (n=26) mediaani on vähäistä suuremmassa intensiteetissä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=15) mediaani lähellä suurehkoa intensiteettiä (Taulukko 11, Kuvio 32).

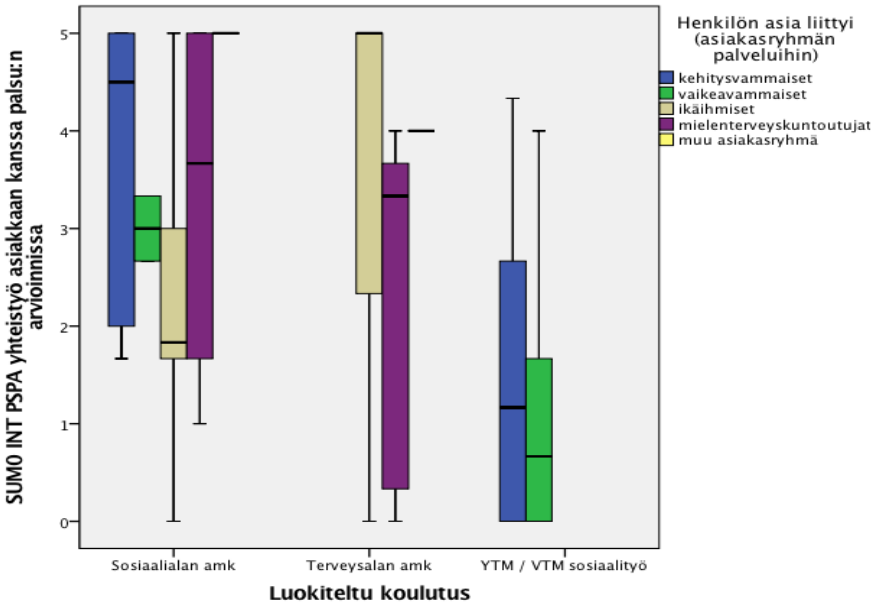
*Taulukko 11. PSPAn vaiheen asiakkuusyhteistyön vastausten määrä*

| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PSPA yhteistyö asiakkaan kanssa palsu:n arvioinnissa | Sosiaalialan amk | 26 | 14,0% | 160 | 86,0% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 15 | 16,7% | 75 | 83,3% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 13 | 9,8% | 120 | 90,2% | 133 | 100,0% |




*Kuvio 32. PSPAn vaiheen asiakkuusyhteistyö työntekijäryhmittäin*

Asiakkuusyhteistyötä tekivät myös palvelujen seuranta- ja arviointivaiheessa kaikkien asiakasryhmien kanssa sosionomit (Kuvio 33). Terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät myöskään seurannan ja arvioinnin vaiheessa tehneet vaikeavammaisten ja kehitysvammaisten henkilöiden asiakkuuksiin liittyen asiakkuusyhteistyötä. Palvelujen seuranta- ja arviointivaiheessa asiakasryhmittäiset painotukset pysyivät aiempiin prosessin vaiheisiin verrattuna samoina eri koulutustaustaisten työntekijöiden asiakkuuksissa. Sosiaalityöntekijöiden asiakkuudet olivat kehitysvammahuollon ja vaikeavammaisten henkilöiden asiakkuuksia.

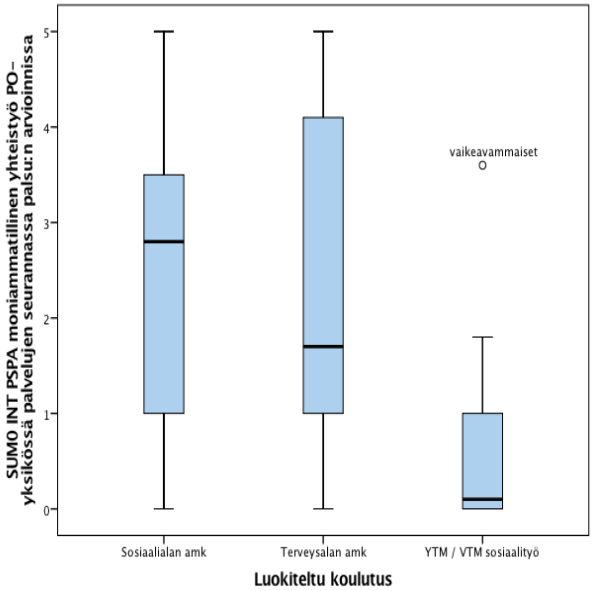



*Kuvio 33. PSPAn vaiheen asiakkuusyhteistyö asiakkuuksittain*

Moniammatillista yhteistyötä tarkastellessa ei merkittävää muutosta aiempiin prosessin vaiheisin ole havaittavissa: se on vähäistä, erityisesti sosiaalityöntekijöiden vastauksissa. Mediaani on sosiaalityöntekijöiden (n=14) vastauksissa käytännössä arvossa ”toimintoa ei tapahtunut”, terveydenhuollon ammattihenkilöiden (n=16) vastauksissa vähäisessä intensiteetin ja erittäin vähäisen intensiteetin välissä ja sosionomien (n=27) vastauksissa hieman kohtalaisen intensiteetin alapuolella. (Taulukko 12, Kuvio 34.)

*Taulukko 12. PSPAn vaiheen moniammatillisen yhteistyön vastausten määrä*

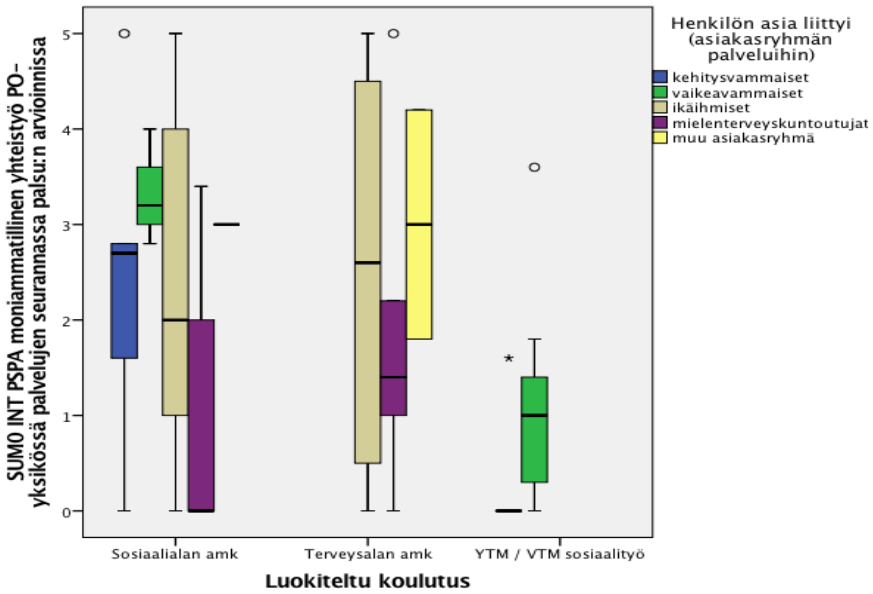
| | | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | Luokiteltu koulutus | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| SUM0 INT PSPA moniammatillinen yhteistyö PO-yksikössä palvelujen seurannassa palsu:n arvioinnissa | Sosiaalialan amk | 27 | 14,5% | 159 | 85,5% | 186 | 100,0% |
| | Terveysalan amk | 16 | 17,8% | 74 | 82,2% | 90 | 100,0% |
| | YTM / VTM sosiaalityö | 14 | 10,5% | 119 | 89,5% | 133 | 100,0% |




*Kuvio 34. PSPAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö työntekijäryhmittäin*

Moniammatillista yhteistyötä palvelujen seurannan ja arvioinnin vaiheessa kaikkien asiakasryhmien kanssa tekivät sosionomit. Sosiaalityöntekijöillä yhteistyötä oli toteutunut kehitysvammaisten ja vaikeavammaisten asiakkuuksissa, ja sosiaalityöntekijöiden arviot yhteistyön intensiteetistä saivat huomattavan alhaisia arvoja. Terveydenhuollon ammattihenkilöt olivat moniammatillista yhteistyötä tehneet ikäihmisten, mielenterveyskuntou-

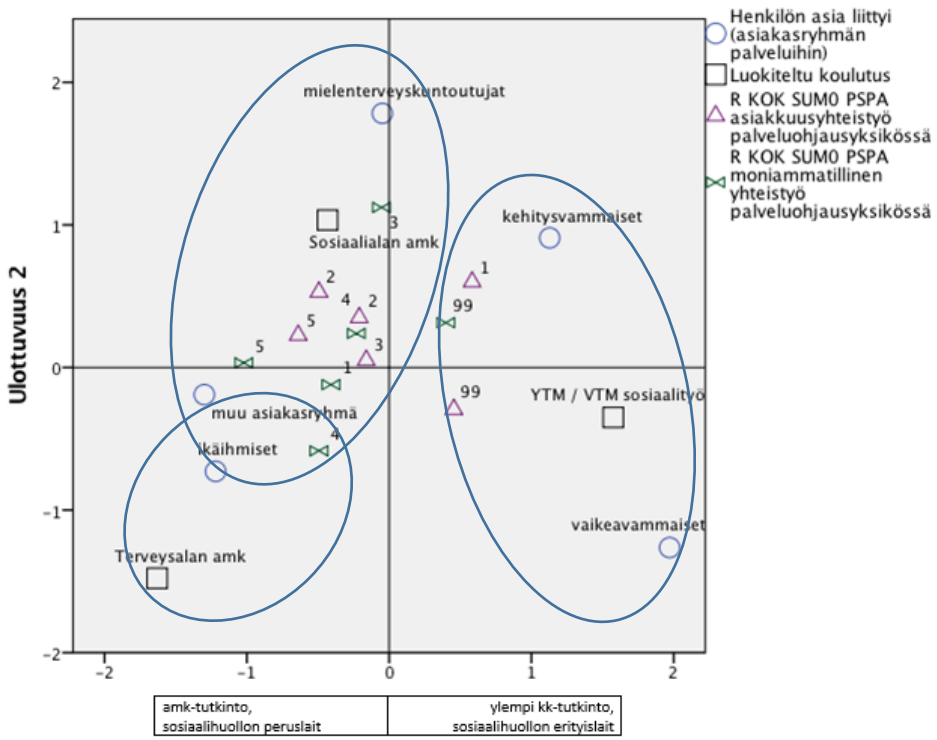
tujien ja muuhun asiakasryhmään sijoitettujen asiakkuuksien kanssa. (Kuvio 35.) Sosiaalityöntekijät ovat vastausten perusteella tehneet tarkasteltavista ryhmistä vähiten asiakkuusyhteistyötä asiakkaiden seurannan- ja arvioinnin vaiheessa.




*Kuvio 35. PSPAn vaiheen moniammatillinen yhteistyö asiakkuuksittain*

Palvelujen seurannan ja palvelusuunnitelman arvioinnin vaiheessa tehdystä yhteistyöstä muodostunut MCA-kenttä (Kuvio 36) palaa ammatti- ja asiakkuusryhmien asettumisessa palvelutarpeen arvioinnin tilanteeseen (vrt. kuvio 20). Pystyakselille ei tosin muodostu yhteistyön toteutumista kuvaavaa ulottuvuutta, mutta vaaka-akseli näyttää edelleen jakautuvan kahteen osaan työntekijöiden koulutukselliseen jaotteluun (ammattikorkeakoulututkinto ja ylempi korkeakoulututkinto) sekä perus- ja erityislakien mukaiseen jaotteluun.

MCA-kentän perusteella erona palvelutarpeen arvioimisen vaiheeseen näyttää olevan myös se, että toteutunut asiakkuus- ja moniammatillinen yhteistyö on siirtynyt huomattavasti kohti sosionomeja. Mielenterveyskuntoutujat sijoittuvat sosionomien asiakkuuteen. Sosiaalityö asiakkuuksineen näyttäytyy poikkeavana suhteessa sosionomeihin ja terveydenhuollon ammattihenkilöihin, ja MCA-kentän perusteella sosiaalityöntekijät eivät asiakkuuksissaan juurikaan toteuttaneet yhteistyötä palvelujen seurannan ja palvelusuunnitelman arvioinnin vaiheessa.




*Kuvio 36. PSPA MCA – Asiakkuusyhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö palvelujen seurannan ja palvelusuunnitelman arvioinnin vaiheessa*

Palveluohjauksen prosessin viimeisien vaiheiden analyysi ja johtopäätösten tekeminen niistä on haastavaa, koska vastauksia prosessin kolmannen ja neljännen vaiheen osalta ei raportoitu paljoa verrattuna prosessin alkuvaiheisiin. Prosessia kokonaisuutena tarkastellessa on huomioitava otosten kokojen eroavuudet. Prosessin vaiheet näyttäytyivät erilaisina yhteistyön tarkastelun kannalta, mutta niihin muodostui kuitenkin kullekin vaiheelle yhteisiä elementtejä. Tutkimuksen edetessä olisi ollut kiinnostavaa tutkia lisää esimerkiksi omatyöntekijyyden ja asiakkuuden keston kannalta yhteistyön toteutumisia, mutta jouduin jättämään nämä seikat tässä tutkielmassa tarkastelun ulkopuolelle.

## 10 Johtopäätökset

Pyrin vastaamaan tutkimuskysymykseeni ”mitä on palveluohjaus sosiaalipalveluja järjestävän organisaation sosiaalityössä” tarkastelemalla aihetta kahdessa osassa, teoreettisesti ja empiirisesti. Ensimmäisessä osassa tarkastelin sosiaalityötä osana hyvinvointivaltiota ja yhteiskunnallista muutosta, sosiaalityötä muutosta tavoittelevana rakenteellisena hyvinvointivaltiollisena toimijana, palveluohjausta sosiaalityön työmenetelmänä ja itsenäisenä toimintana sekä interprofessionaalisuutta ja tilintekovelvollisuutta sosiaalityötä koskevina yhteiskunnallisen muutoksen ilmiöinä. Toisessa osassa tarkastelin palveluohjauksen toteutumista yhden reaalimaailman organisaation esimerkin avulla. Tutkimukseni empiirinen osa on tapaustutkimus, jossa tutkimusote on vertaileva. Empiirisessä osassa käytän monipuolisesti määrällisiä tutkimusmenetelmiä tulosten kuvailemiseksi ja ilmiön näkyväksi tekemiseksi. Empirian yhdistäminen teoriaan tapahtuu varsinaisesti vasta tutkimuksen kokonaisuutta hahmotellen tässä viimeisessä osassa, eli johtopäätöksiä tehdessä.

Tutkielman keskiössä on palveluohjaus suhteessa sosiaalityöhön. Tämä lähtökohta on ohjannut tutkielman kulkua ja näkyy myös johtopäätösten tekemisessä. Aiheen valinnan ja rajauksen johdosta muun sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutuvan palveluohjauksen tarkastelu jää vähäiseksi ja sitä on käsitelty ja käsitellään lähinnä vertailuna suhteessa esimerkkiyksikössä toteutuneeseen palveluohjaukseen ja sen yhteistyön muotoihin.

Aloitan johtopäätösten kokoamisen (1) sosiaalihuollon teoreettisista prosesseista. Tämän jälkeen siirryn empiriaan, eli (2) tarkastelen esimerkkiyksiköstä muodostunutta kuvaa palveluohjausta toteuttavista työntekijöistä ja palveluohjauksen prosessin painotuksista sekä (3) palveluohjaukseen liittyvän yhteistyön ulottuvuuksia ja yhteyksiä asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön näkökulmista. Lopuksi (4) esitän koonnin esimerkkiyksikössä toteutuneesta palveluohjauksesta palveluohjauksen porrastuksen teoreettisen kehyksen mukaisesti ja (5) pohdin interprofessionaalisuuden ja yhteiskunnallisten muutosten vaikutuksia sosiaalityön toteutumiseen palveluja järjestävissä organisaatioissa.

Hahmottelin rakenteellisen sosiaalityön keskeisenä osana tapauskohtaisen sosiaalityön prosessia kuviossa 2, jossa sosiaalityön yhteiskunnallinen orientaatio ja rakenteellinen

työ itsenäisenä tehtävänä ja osana yksilöllisiä asiakasprosesseja tulee näkyväksi. Tapauskohtaisen sosiaalityön prosessi vertautuu sosiaalihuoltolain palvelutarpeen arvioinnin prosessiin ja palveluohjauksen prosessiin. Prosessit liittyvät toisiinsa sosiaalihuollon toimintaympäristöissä ja kukin prosessi etenee alkuvaiheesta arviointiin, suunnitteluun, järjestämiseen, toteutukseen ja seurantaan, mutta kullakin prosessilla on oma taustakehyksensä, painotuksensa ja teoriansa.

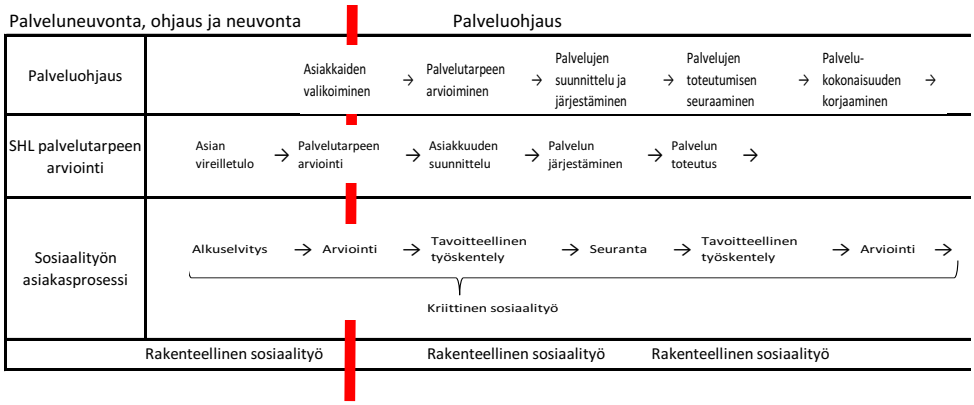
Sosiaalityön prosessi sisältää tapauskohtaisen ja yksilöllisen asiakastyön lisäksi sosiaalityön rakenteellisen ja kriittisen orientaation. Tässä yhteydessä on syytä huomioida myös se, että sosiaalityön asiakkuus ei välttämättä ole asiakkaasta itsestään kumpuava aktiivinen valinta, eikä asiakas välttämättä ole kaikissa asioissa yhtä mieltä sosiaalityön toimenpiteistä tai niiden välttämättömyydestä. Erityisesti viranomaisena ja julkista hallintotehtävää toteuttaessa sosiaalityön asiakkuuteen sisältyy rakenteellista valtaa suhteessa asiakkaaseen. Valta on siten aina läsnä asiakkuuksissa, ja vaikka sosiaalityö tavoittelee asiakastapauksissaan todentumista voimaannuttavana ja muutosta edistävänä, sisältyy siihen myös pakottavan vallan ulottuvuus. Lähtökohta on siten perustavanlaatuisesti omanlaisensa verrattuna asiakkuuden käsitteeseen muualla kuin sosiaalihuollossa.

Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arvioimisen prosessi perustuu sosiaalilainsäädäntöön ja hahmottaa asiakkuuden kokonaisuuden prosessimaisesti etenevänä toimintojen sarjana, jonka lähtökohtana on palveluja tarvitseva ja niitä vastaanottava asiakas. Sosiaalihuoltolain ja siihen kirjatun palvelutarpeen arvioinnin tarkoituksena on muun muassa turvata palveluja tarvitsevalle asiakkaalle riittävät ja laadukkaat palvelut sekä parantaa yhteistyötä asiakkaan tilanteeseen liittyvien toimijoiden välillä. Sosiaalihuollossa asia voi tulla vireille eri tavoin, kuten toisen henkilön tai viranomaisen ilmoittamana tai asiakkaan yhteydenoton perusteella. Periaatteena on, että kuka tahansa mahdollisesti sosiaalihuollon tarpeessa oleva voi hakeutua tai hänestä voi ilmoittaa sosiaalihuoltoon, jossa selvitetään mahdollisia palvelun tarpeita.

Sosiaalihuollon viranomaisilla on velvollisuuksia ja asiakkailla oikeuksia suhteessa tilanteiden selvittämiseen. Selvitystä tehdään ja arviointi aloitetaan, kun asia on tullut sosiaalipalvelussa työskentelevän ammattihenkilön tietoon. Sosiaalihuollon ammattihenkilö, jonka tehtäviin kuuluu alkuselvityksen tai kiireellisen palveluntarpeen arvioinnin tekeminen, ei voi jättää tilannetta selvittämättä. Arvioinnin yhteydessä tutkitaan myös mahdollisia suunnitelmallisen asiakkuuden aloittamisen perusteita.

Siinä, missä sosiaalityön ja sosiaalilainsäädännön mukaisen palvelutarpeen arvioinnin prosesseja yhdistää asiakkuuksien valikoimattomuus prosessin alkuvaiheessa, eroaa palveluohjauksen prosessi juuri siinä. Palveluohjauksen asiakkuus alkaa palveluohjauksen tarpeessa olevien asiakkaiden valikoimisesta. Kaikki eivät ole potentiaalisia palveluohjauksen asiakkaita, vaan asiakkuudelle tulee olla peruste. Palveluohjauksessa asiakkuus perustuu asiakkaan suostumukseen, eli myötämielisyyteen ja tarpeeseen vastaanottaa palveluja. Asiakas voi myös kieltäytyä palveluista tai palvelutarpeiden selvittämisestä. Palveluohjauksen rooli on koordinoiva ja yksilölliseen tilanteeseen tarkoituksenmukaisia vaihtoehtoja tuottava. Palveluohjauksen ideologian mukaan palveluohjaaja toimii palveluverkossa, ohjaa ja auttaa palvelujen hallinnassa ja toimii asiakkaan rinnallakulkijana palveluohjauksen prosessissa. Palveluohjauksen perusideologian istuttaminen viranomaistoimintaan vaatii vähintäänkin sen määrittelemistä, onko kyse palveluohjauksen idean mukaisesta toiminnasta, vai sosiaalihuollon viranomaistoiminnasta, jota nimitetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisenä ammattinimikkeenä palveluohjaukseksi.

Hahmottelin sosiaalihuollon prosesseja suhteessa palveluohjauksen prosessin alkamiseen (Kuvio 36). Palveluohjauksen alkaminen eroaa teoreettisesti tarkasteltuna sosiaalityötä ohjaavista lakisääteisistä velvoitteista suhteessa palvelutarpeen arviointiin ja sosiaalityön asiakasprosessiin. Palvelun tarpeet tulee selvittää ja sosiaalihuollon asiakasprosessin mukainen alkuselvitys tehdä mahdollisten uusien asiakkaiden kohdalla ennen kuin arvioidaan, onko asiakas palveluohjauksen tarpeessa. Näin tarkasteltuna palveluohjaus paikantuu viranomaistyössä yhdeksi sosiaalityön työmenetelmäksi ja organisaatiossa käytetyksi ammattinimikkeeksi. Julkisessa sosiaalipalveluja järjestävässä organisaatiossa viranomaistyönä toteutettuun palveluohjaukseen sisältyy siten sosiaalityön prosessi, jota sosiaalityön etiikka ja lainsäädäntö ohjaavat. Sosiaalityöhön sisältyvä rakenteellinen sosiaalityö ja lakisääteinen velvoite sen toteuttamiseen ei myöskään poistu, vaikka sosiaalityötä nimitettäisiin palveluohjaukseksi.




*Kuvio 37. Sosiaalihuollon prosessien yhdenmukaisuuksia ja eroavuuksia*

Empiriaan siirryttäessä tutkittavasta yksiköstä muodostuu kuva, jossa tiedon keruun ajankohtana työskenteli moniammatillinen joukko sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä, mutta työntekijöiden työkokemuksessa ja palveluohjauksellisessa osaamisessa oli suurta vaihtelua. Otoksessa oli erittäin kokeneita alansa ammattilaisia vuosikymmenten työkokemuksella, mutta paljon myös vasta työuraansa aloittelevia työntekijöitä. Palvelutarpeen arvioinnissa ja suunnittelussa kokemuksen vähäisyys työvuosissa mitattuna näkyi kaikissa ammattiryhmissä. Muutamat sosiaalihuollon ammattihenkilöt olivat kokeneita palvelutarpeiden arvioitsijoita, mutta osalla ei tätä kokemusta ollut juuri lainkaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työkokemus oli tasaisinta, mutta heidän työpanoksensa kohdistui pääasiassa ikäihmisten asiakasryhmään ja siten tiettyihin juuri tälle asiakasryhmälle suunnattuihin palveluihin. Tämän työtehtäviin liittyvän rajauksen perusteella voinee puhua vain varauksella sosiaalihuoltolain tai sosiaalityön tarkoittamasta kokonaisvaltaisesta palvelutarpeiden arvioimisesta, koska koulutuksellinen orientaatio ja tosiasialliset työtehtävät väistämättä ohjaavat palvelutarpeen arviointia tiettyyn suuntaan ja raameihin. On myös mahdollista, että asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisen hahmottamisen ulkopuolelle jää sosiaalisen elämismaailmaan liittyviä tekijöitä, joiden tunnistaminen liittyisi nimenomaisesti sosiaalihuollon ammattihenkilöiden asiantuntemukseen.

Palveluohjauksen prosessi painottui epätasaisesti: eniten tapahtumia oli palvelujen suunnittelun ja arvioimisen vaiheissa, ja palvelujen toteutumisen ja erityisesti palvelujen seurannan ja palvelusuunnitelman tarkastamisen vaiheiden toimenpiteitä ei juurikaan ollut raportoitu tiedonkeruun aikana. Toimenpiteiden määrä väheni palveluohjauksen proses-

sin edetessä kaikissa vastaajaryhmissä. Työskentely tapahtui pääasiallisesti palveluohjauksen prosessin alkupään toiminnoissa, joten prosessi toteutui esimerkkiyksikössä epätäydellisesti.

Asiakkuudet seurasivat ammattiryhmiä palveluohjauksen prosessin vaiheesta toiseen, vaikka työskentelyä tapahtui myös muiden asiakasryhmien kanssa: kiteytettynä voi todeta, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiakkuuksina olivat ikäihmiset ja sosiaalityöntekijöiden asiakkuuksina vaikeavammaiset ja kehitysvammaiset henkilöt. Erityisesti sosionomien asiakkaina näyttäytyivät mielenterveyskuntoutujat, mutta suurin osa sosionomienkin työskentelystä oli ikäihmisten asiakkuuksia. Myös muuhun asiakasryhmään sijoitetut asiakkuudet näyttäytyivät sosionomien asiakkaina. Tämän lisäksi sosionomeilla oli MCA-kenttien perusteella yhteys kehitysvammaisten henkilöiden asiakkuuksiin. Sosionomien laajaan asiakkuuksien skaalaan saattaa jossain määrin vaikuttaa myös se, että osa vastaajista saattoi toimia sosionomin koulutuksella sosiaalityöntekijöinä, joille ohjautuivat sosiaalihuollon erityislainsäädännön mukaisia asiakkuuksia.

Empiirisessä osassa tarkastelin yhteistyön toteutumista kahdesta suunnasta: asiakkuusyhteistyönä ja moniammatillisena yhteistyönä. Asiakkuusyhteistyö sisälsi asiakkaan ja hänen tilanteeseensa liittyvien toimijoiden, kuten läheisten ja palvelujärjestelmän toimijoiden kanssa tehdyn yhteistyön. Tuloksissa hyödynsin valmiita summamuuttujia enkä erotellut yksilöllisen asiakastyön ja palvelujärjestelmän toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön painotuksia, vaan molemmat sisältyvät asiakkuusyhteistyöhön. Moniammatillinen yhteistyö tässä tutkimuksessa tarkoittaa yksikön sisällä toteutunutta sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisten toimijoiden kesken tehtävää yhteistyötä. Määrällisesti moniammatillisuus ei toteutunut, mutta yhteydet asiakkuuksien ja ammattiryhmien kesken sai näkyviin MCA-kuvien avulla prosessin eri vaiheissa.

Palveluohjauksen prosessissa asiakkuusyhteistyötä ja moniammatillista yhteistyötä tehtiin vaikeavammaisten henkilöiden asiakkuuksissa sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa, ikäihmisten ja muun asiakasryhmän asiakkuuksien osalta terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja sosionomien kanssa ja kehitysvammaisten henkilöiden asiakasryhmän osalta sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien kanssa. Mielenterveyskuntoutujien asiakkuus näyttäytyy erillisenä ja omanaan kaikissa prosessin vaiheissa, ja asiakkuudet keskittyvät sosionomien asiakkuuteen. Mielenterveyskuntoutujien

asiakasryhmän osalta yhteistyötä ei juurikaan tehty, mutta sosionomien mielenterveyskuntoutujien kanssa tehdyn yhteistyön suunta viittaa sosiaalityöntekijöiden ammattiryhmään.

Yhteistyön intensiteetti vaihteli siten, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden työskentelyyn sisältyi asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen kaikissa palveluohjauksen prosessin vaiheissa. Korkein yhteistyön intensiteetti sijoittuu lähes kaikissa palvelutarpeen arvioinnin vaiheissa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja ikäihmisten palveluihin, ainoastaan palvelujen arvioinnin vaiheessa se siirtyy kohti sosionomeja ja muuta asiakasryhmää. Mahdollinen tulkinta voisi olla, että moniammatillinen yhteistyö olisi tapahtunut intensiivisimmin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. Tässä voisi olla yksikön sisäisen moniammatillisuuden toteutumisen kannalta loogisuutta: asiakkaiden tilanteissa hyödynnetään eri koulutustaustaisten työntekijöiden osaamista, jolloin tutkittavassa sosiaalihuollon yksikössä –toki erittäin vähäisenä määrällisesti toteutunut- moniammatillinen yhteistyö on yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilöiden työskentelyyn sosiaalihuollon asiakkaiden asioissa ja päin vastoin.

Asiakkuusyhteistyön toteutumisessa on moniammatillista yhteistyötä enemmän vaihtelua, joskin myös siinä suuntana on terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja ikäihmisten asiakasryhmän läheisyys. Palvelutarpeen arvioinnin vaiheessa nämä ryhmät korostuvat, palvelujen suunnittelun vaiheessa hajontaa asiakkuusyhteistyön toteutumisessa tulee suhteessa sosionomien ryhmään, palvelujen toteuttamisen vaihteessa asiakkuusyhteistyön arvo 5 sijoittuu kuvan keskelle, eli toteuttamisen vaiheessa yhteistyötä on tehty asiakkaiden, läheisten ja palvelun tuottajien kanssa ja toteutumat painottuvat sosiaalityöntekijöiden ammattiryhmään. Palvelujen suunnittelun vaiheessa asiakasyhteistyötä olivat toteuttaneet intensiivisimmin sosionomit.

Palveluohjauksen prosessin eri vaiheiden epätasaisesta painottumisesta johtuen saadaan ainoastaan viitteitä prosessin toteutumisesta ja sen aikana tehdystä yhteistyöstä esimerkkiyksikössä. Palveluohjauksen toiminnot keskittyvät selkeästi alkupään toimintoihin. Tästä herää kysymys alkupään toimintojen korostumisesta, mutta myös siitä, miten palveluohjauksen prosessi käytännön työssä hahmottuu: ovatko kaikki tiedon keruun aikana raportoidut asiakkuudet uusia tai uudelleen aktivoituvia asiakkuuksia, joiden palvelujen tarpeita arvioidaan ja suunnitellaan. Voisiko alkupään toimintojen korostuminen johtua

myös siitä, että yhteydenoton vaiheessa jo asiakkuudessa oleva asiakas ohjautuu työntekijälle, joka ei ole aiemmin ollut asiakkuudesta vastaava työntekijä. Tällöin asiakasohjauksen prosessin muuttaminen voisi vähentää alkupään toimintojen painottumista, kun prosessi jatkuisi omatyöntekijän kanssa, ei kenen tahansa yksikön työntekijän kanssa. Tässä yhteydessä tulee myös huomata se, että palveluohjaus ei prosessina etene suoraviivaisen lineaarisesti, vaan on elävä prosessi, jossa aiempiin prosessin vaiheisiin tarvittaessa palataan (ks. Kuvio 5). Näin tarkastelleen alkupään prosessien korostuminen ei välttämättä näyttäydy ongelmallisena, vaan jo asiakkuudessa olevien muuttuneisiin tilanteisiin reagoidaan arvioimalla palveluntarpeet uudelleen. Tämän todentamista en aineistosta tehnyt, joten tältä osin tämä jää pohdinnaksi.

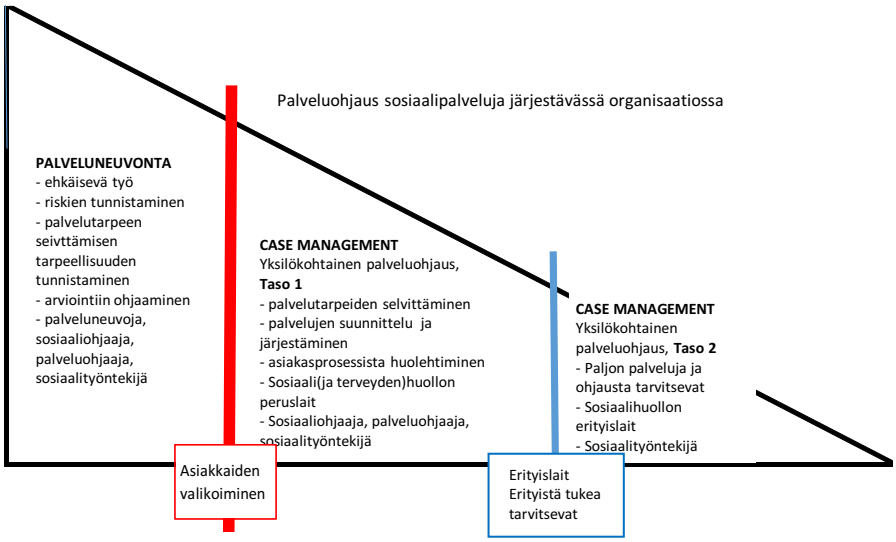
Palveluohjauksen tarvetta arvioidessa arvo 5, eli suuri palveluohjauksen tarve, sijoittuu MCA-kentän keskelle (Kuvio 15), eli jokaisessa asiakasryhmässä on arvioitu olevan runsaan palveluohjauksen tarpeessa olevia asiakkaita. Palveluohjauksen tarve on arvioiden perusteella suurinta sosiaalihuollon erityislakeja sovellettaessa, eli kehitysvammaisten henkilöiden ja vaikeavammaisten henkilöiden asiakkuuksissa. Nämä näyttäytyvät sosiaalityöntekijöiden asiakkuuksina. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työ painottui ikäihmisten asiakkuuksien kanssa työskentelemiseen, kuten myös sosionomien. Erityisesti sosionomien asiakkuuksina näyttäytyivät mielenterveyskuntoutujat.

Työntekijöiden arvioissa palveluohjauksen tarpeesta (Kuvio 15) suhteutettuna palveluohjauksen teoreettiseen kehykseen (Kuvio 4) on yhteneväisyyttä tason 1 ja tason 2 yksilökohtaisen palveluohjauksen kanssa. Koska tutkittava toimintayksikkö tosiasiallisesti toteutti palveluohjausta, jätän teoreettisesta kehyksestä palveluneuvonnan osion tässä käsittelyn ulkopuolelle.

Yksilökohtaisen palveluohjauksen tasolla 1 on asiakasvalikointi tehty ja työntekijät toteuttavat palveluohjausta, eli kyseessä ovat yksilöllisen palveluohjauksen tarpeessa olevat asiakkaat. Tasolla 2 palveluohjauksen asiakasvalinta kapenee entisestään ja painottuu paljon palveluja ja ohjausta tarvitseviin asiakkuuksiin. Työntekijöiden arvioiman palveluohjauksen tarpeen perusteella muodostuneen MCA-kentän (Kuvio 15) mukaan näyttäisi siltä, että tason 1 palveluohjausta on toteuttanut tutkittavassa yksikössä sosionomit ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ikäihmisten, mielenterveyskuntoutujien ja muun

asiakasryhmän asiakkuuksien kanssa. Tason 2 palveluohjaus on toteutunut sosiaalityöntekijöiden asiakkuuksissa, eli kehitysvammaisten henkilöiden ja vaikeavammaisten henkilöiden kanssa tehdyssä työssä.

Palveluohjauksen tasoja erottaviksi tekijöiksi muodostuu lainsäädäntö ja työntekijöiden koulutustausta. Sosiaalihuollon erityislainsäädäntöön kuuluvat, erityishuoltolain ja vammaispalvelulain mukaiset asiakkuudet sijoittuvat työntekijöiden arvioissa tason 1 palveluohjaukseen. Moniammatillisen yksikön sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusrakenteeseen suhteutettuna tason 1 asiakkuuksista vastaavat työntekijät ovat ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita sosiaalityöntekijöitä. Tason 2 palveluohjausta toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruslakeihin liittyen ja asiakkuuksista vastaavina ovat ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kuviossa 37 on hahmotettu palveluohjauksen porrastuksen teoreettiseen kehykseen tasojen 1 ja 2 palveluohjauksen toteutumista suhteessa sosiaalipalveluja järjestävässä esimerkkiorganisaatiossa toteutuneeseen palveluohjaukseen ja sosiaalilainsäädäntöön.




*Kuvio 38. Palveluohjauksen porrastuksen teoreettinen kehys (Honkakoski ym. 2015) sovellettuna esimerkkiyksikön palveluohjauksen asiakkaiden arvioituun palveluohjauksen tarpeeseen*

Kolmion kärkeen, yksilökohtaisen palveluohjauksen tasolle 2, sijoittuvat myös sosiaalihuoltolaissa määriteltyinä asiakkuuksina erityistä tukea tarvitsevat henkilöt ja -lapset. Erityistä tukea tarvitsevat henkilöt valikoituvat siten sekä palveluohjauksen kontekstissa, mutta myös sosiaalihuollon palveluprosesseissa edelleen yksilökohtaista palveluohjausta

tarvitsevien joukosta. Näiden erityistä tukea tarvitsevien *tunnistaminen* kuuluu osaksi palveluohjauksen asiakkaiden valikoimista ja tason 1 palveluohjausta. Asiakkuuksina nämä kuitenkin sijoittuvat joko erityisen haavoittuvan elämäntilanteen tai suuren palvelutarpeen, tai molempien yhdistelmän perusteella tason 2 palveluohjaukseen.

Sosiaalityön palveluohjauksessa asiakkuusyhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön toteutuminen ja niiden käyttäminen osana asiakasprosessia ovat keskeisiä kaikissa palveluohjauksen, sosiaalihuollon ja sosiaalityön prosessien vaiheissa. Näissä prosesseissa tulee toteutua asiakasosallisuus, asiakaslähtöisyys ja yksilöllisiin palvelutarpeisiin vastaaminen. Lisäksi rakenteellinen sosiaalityö kulkee läpileikkaavana elementtinä sosiaalityön asiakkuuksissa. Kun tavoitellaan kokonaisvaltaista kohtaamista ja tilanteen arvioimista, tulee oletusarvoisesti yhteistyön puuttumiselle kokonaan tai osittain olla peruste. Yhteistyön tekeminen molemmissa muodoissa ei liene jokaisessa prosessin vaiheessa ja asiakastilanteessa välttämätöntä, mutta asiakasprosessin kokonaisuuden hallinnan kannalta on molempien yhteistyön muotojen tarpeellista olla työskentelyssä mukana.

Sosiaalipalveluja järjestävän organisaation palveluohjaus on tutkielmani näkökulman mukaisesti osa sosiaalityön asiakasprosessia ja sosiaalityön työmenetelmä. Sosiaalityön palveluohjauksessa todennetaan yksilöllisen tilanteen ja palveluverkoston yhdistäminen sekä aktiivisesti huomataan palveluverkoissa olevia aukkoja ja kudotaan niitä kiinni ne havaittuaan. Tämä on tapauskohtaisesti todentuvaa, rakenteellisella sosiaalityön orientaatiolla ja kriittisellä otteella tehtävää sosiaalityötä. Yhteistyön tekeminen on olennainen osa sosiaalityötä ja palveluohjausta, ja sitä tulee tehdä tarkoituksenmukaisten tahojen kanssa. Interprofessionaalisuuden uhat ja karikot hälvenevät, kun toiminnot aidosti toteutetaan moniammatillisena työotteena – ja sosiaalihuollon asiakasprosessista vastaa asiantunteva sosiaalihuollon ammattihenkilö. Myös sosiaalihuollon perus- ja erityistason palvelujen luokittelua ja niissä toimivien työntekijöiden koulutus- ja osaamisperusteista työnjakoa on mahdollista tarkastella palveluohjauksen tasojen mukaisesti.

Toimintaympäristön muuttuessa ei sosiaalityön perusta kuitenkaan muutu. Markkinaistumiskehitys haastaa hyvinvointivaltion ja sosiaalityön ideoiden mukaiset arvot ja totutut toimintaperiaatteet. Managerialistiset ja uuskonservatistiset arvot sellaisenaan käyttöön otettuna kapeuttavat sosiaalityötä yhteiskunnallisena ja asiakastyön toimijana, eivätkä tue sosiaalityön idean toteutumista. Yhteiskunnallinen muutos on kuitenkin jatkuvaa ja sosiaalityön tulee siihen professiona ja työkäytännöissään reagoida. Palveluohjauksellinen

ideologia on sosiaalityössä käyttökelpoinen asiakastyön toteuttamistapa. Prosessin alkuvaiheessa tapahtuvan arvioinnin perusteella palveluohjauksellista työotetta voidaan toteuttaa juuri niiden asiakkuuksien kanssa, jotka sitä tarvitsevat ja siitä eniten hyötyvät. Vaakakupin toisella puolella voi kuitenkin olla palveluohjauksen käyttäminen julkisissa palveluissa hallinnollisena kontrollitoimenpiteenä ja talouskurin instrumenttina, jolloin näin käytettynä uhkana olisi sen muodostuminen organisatorisen tilintekovelvollisuuden välineeksi, jollaisena se rajoittaisi merkittävästi palveluohjauksen ja sosiaalityön idean toteutumista.

Sosiaalityö on erinomainen toimija asiakas- ja palveluprosessien omistajana hyvinvointipalveluissa, joka kattanee sote-tulevaisuudessamme tulevaisuudessa nykyistä enemmän yhteisasiakkuuksia muun muassa sosiaali- että terveydenhuollon toimialoilla. Sosiaalityön roolia muuttuvissa julkisen vallan hallinnollisissa ja asiakastyön rakenteissa voisi näin tulkittuna jatkossa nykyisestään vahvistaa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa integroidessa ja palveluja järjestävien organisaatioiden fyysisenkin koon muuttuessa ja kasvaessa nykyisistä, ovat sosiaalityön kokonaisvaltainen ihmisen elämismaailman hahmottamiseen liittyvä asiantuntemus, sisäsyntyinen palveluohjauksellinen työote ja rakenteellinen tiedontuotanto sosiaalisista olosuhteista keinoja ottaa muutos vastaan, työskennellä moniammatillisissa verkostoissa ja siten paitsi turvata asukkaille laadukkaat ja riittävät palvelut, edistää yhteiskunnallisia elinolosuhteita.

**LÄHTEET**


Adams, Robert 1996: Social Work and Empowerment. Macmillan press. Basingstoke.

Ala-Nikkola, Merja & Valokivi, Heli 1997: Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Raportteja 215. Gummerus. Helsinki.

Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma 2000: Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Nurminen Eija (toim.) Sosiaalityö ristipaineissa. Palmenia-kustannus. Helsinki, 63–76.

Alkula, Tapani & Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 2002: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Helsinki.

Banks, Sarah 2004: Ethics, Accountability and the Social Professions. Palgrave Macmillan. Houndmills.

Cree, Viviene 2002: The Changing Nature of Social Work. In Adams, Robert & Dominelli, Lisa & Payne, Malcolm (ed.): Social Work: Themes, Issues and Critical Debates. Second edition. Palgrave. Basingstoke, 20 - 29.

Dominelli. Lena 2010: Social Work in a Globalizing World. Polity Press. Cambridge.

Eräsaari, Leena 2006: New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. Teoksessa: Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.): Vääryyskirja. Kelan tutkimusosasto. Vammala, 87–101.

Eräsaari, Risto 1995: Hyvinvointivaltion muodonmuutos. Teoksessa: Eräsaari, Risto & Rahkonen, Keijo (toim.): Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta. Gaudeamus. Tampere, 167–188.

Fook, Jan 2002: Social Work. Critical Theory and Practice. Sage. London.

Forssén, Katja & Roivainen, Irene & Ylinen, Satu & Heinonen, Jari 2012: Alkusanat. Teoksessa Forssén, Katja & Roivainen, Irene & Ylinen, Satu & Heinonen, Jari (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011. UNIpress. EU, 12–28.

Heikkilä, Matti 1994: Hallittu kurjistuminen vai vahvojen valta? Teoksessa Heikkilä, Matti & Vähätalo, Kari (toim.) Huono-osaisuus ja hyvinvointivaltion muutos. Gaudeamus. Tampere, 283–308.

Heikkilä, Matti 2002: Eettisiä ongelmia yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus. Helsinki, 165–176.

Heikkilä, Tarja 2008: Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Hellsten, Katri 2000: Hyvinvointivaltiomallit ja niiden empiiriset vastineet. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.) Sosiaalipolitiikan uudet avaukset. Palmenia-kustannus. Helsinki, 113–123.

Hellsten, Katri 2011: Onko puhe Suomesta pohjoismaisena hyvinvointivaltiona perusteltua? Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.) Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 146–203.

Hiilamo, Heikki & Saari, Juho 2007: Omistamisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa Yeung, Anne & Saari, Juho (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 257–273.

Hirvonen, Ari 2006: Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa, Jaana & Launis, Veikko & Lötjönen, Salla & Sorvali, Irma (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Tietolipas 211. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki, 31–49.

Honkakoski, Arja & Kinnunen, Petri & Vuorijärvi, Petri & Raappana, Mervi 2015: Palveluohjaus – avain asiakasyhteistyöhön ja palveluhallintoon. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 39. Oulu.

Häkkinen, Hannele 2000: Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoinnissa. Meta-analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsittelevistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Häkkinen, Hannele & Jaakkola, Antero & Kuivalainen, Susan & Palola, Elina 2001: Näkökulmia eurooppalaiseen sosiaalipolitiikkaan. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Jokinen, Kimmo & Saaristo, Kimmo 2006: Suomalainen yhteiskunta. WSOY. 2. Uudistettu painos. Helsinki.

Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto 2007: Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY. Helsinki.

Juhila, Kirsi 2009: Objektivointi ja subjektivointi sosiaalityön käytännöissä. Michael Foucault'n perintöä tulkitsemassa. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Helsinki, 47–66.

Julkunen, Raija 1992: Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Vastapaino. Tampere.

Julkunen, Raija 2006a: Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Gummerus. Vaajakoski.

Julkunen, Raija 2006b: Universalismista köyhyyspolitiikkaan. Teoksessa: Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.): Vääryyskirja. Kelan tutkimusosasto. Vammala, 43–59.

Kallio, Johanna 2010: Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108. Vammalan kirjapaino Oy. Sastamala.

Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo & Laiho, Kristiina & Sarvimäki, Pirjo & Karjalainen, Pekka & Seppänen, Marjaana 2007: Sosiaalityön käsikirja. Tietosanoma. Helsinki.

Kangas, Olli 2000: Hyvinvointia Euroopassa. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.) Sosiaalipolitiikan uudet avaukset. Palmenia-kustannus. Helsinki, 104–112.

Kantola, Anu 2002: Markkinakuri ja managerivalta. Poliittinen hallinta Suomen 1990-luvun talouskriisissä. Loki-kirjat. Helsinki.

Karisto, Antti 2000: Pirstoutuvan elämän politiikka. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.) Sosiaalipolitiikan uudet avaukset. Palmenia-kustannus. Helsinki, 186–201.

Karvinen, Synnöve 2000: Sosiaalityön tutkimuksen metodologiset jännitteet. Teoksessa Karvinen, Synnöve & Pösö, Tarja & Satka, Mirja 2000 (toim.) Sosiaalityön tutkimus. SoPhi. Jyväskylä, 9–34.

Karvinen-Niinikoski, Synnöve 2009: Postmoderni sosiaalityö. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Helsinki, 131–159.

Kiander, Jaakko 2001: Laman opetukset. Suomen 1990-luvun kriisin syyt ja seuraukset. VATT-julkaisuja 27:5. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.

Kiander, Jaakko & Lönnqvist, Henrik 2002a: Hyvinvointivaltio ja talouskasvu. WSOY. Helsinki.

Kiander, Jaakko & Lönnqvist, Henrik 2002b: Hyvinvointivaltio, sosiaalipolitiikka ja taloudellinen kasvu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:20. Edita. Helsinki.

Kilpeläinen, Arja 2009: Luhmannin ekologinen kommunikaatio teoreettisena lähestymistapana sosiaalityössä. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Helsinki, 67–84.

Kinnunen, Petri 1998: Hyvinvoinnin ruletti. Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. Acta Universitatis Lapponiensis 20. Lapin Yliopistopaino. Rovaniemi.

Leino, Helena 2007: Yleinen ongelma, yksittäinen tapaus. Teoksessa Laine, Markus & Bamberg, Jarkko & Jokinen, Pekka (toim.): Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus. Helsinki, 214–230.

Matthies, Aila-Leena 2000: Kolmas sektori länsimaisten hyvinvointivaltioiden murroksessa. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.) Sosiaalipolitiikan uudet avaukset. Palmenia-kustannus. Helsinki, 165–174.

McDonald, Catherine 2006: Challenging Social Work. The Institutional Context of Practice. Palgrave Macmillan. Basingstoke.

Metsämuuronen, Jari 2008: Monimuuttujamenetelmien perusteet. Metodologia-sarja 7. Gummerus. Jyväskylä.

Metsämuuronen, Jari 2009: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. 4. laitos. 1. painos. Gummerus. Jyväskylä.

Mullaly, Bob 2007: The New Structural Social Work. Third edition. Oxford University Press. Ontario.

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

Mäntysaari, Mikko 2009: Marx sosiaalityön tutkimuksessa. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.): Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Jyväskylä, 85–110.

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

Niemelä, Pauli 2012: Tapauskohtaisuus sosiaalityössä ”Case Study – Case Work – Case Evaluation” –prosessimalli sosiaalityön ja sen käytännön opetuksen jäsentäjänä. Teoksessa Tuohino, Noora & Pohjola, Anneli & Suonio, Mari (toim.) Sosiaalityön käytännönopetus liikkeessä. Juvenesprint. Tampere, 20–35.

Parton, Nigel & O’Byrne, Patrick 2000: Constructive Social Work. Towards a New Practice.

Payne, Malcolm 2005: Modern Social Work Theory. 3rd edition. Palgrave MacMillan. Basingstoke.

Piirainen, Timo 1992: Hyvinvointivaltio ja yhteiskunnalliset ristiriidat. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. SITRAn julkaisusarja n:o 123. WSOY. Juva, 291–320.

Ranta-Tyrkkö, Satu 2009: Vähän on kylliksi – sosiaalityöstä Mahatma Gandhin malliin. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Helsinki, 17–46.

Rauhala, Pirkko-Liisa 2000: Sosiaaliturvan murrokset. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.) Sosiaalipolitiikan uudet avaukset. Palmenia-kustannus. Helsinki, 134–154.

Raunio, Kyösti 2009: Olennainen sosiaalityössä. Gaudeamus. Helsinki.

Riihinen, Olavi 2011: Keskiluokkaistuva ja eriarvoistuva Suomi –hyvinvointivaltio koetuksella. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.) Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 103–145.

Sarr, Fatou 2010: Changes in social policy and the social services in Senegal. In Ferguson, Iain & Lavatette, Michael & Whitmore, Elizabeth (ed.) Globalization, Global Justice and Social Work. Routledge. Oxfordshire, 55–66.

Sutela, Marja 2003: Sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Edita. Helsinki.

Toikko, Timo 2009: Tapauskohtainen sosiaalityö. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Jyväskylä, 271–292.

Tuomala, Martti 2007: Markkinat ja hyvinvointivaltio. Teoksessa Yeung, Anne & Saari, Juho (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 181–197.

Van Aerschot, Lina & Valokivi, Heli 2012: Ikäihmisten apu, hoiva ja palvelut Jyväskylässä ja Tampereella. Teoksessa Forssén, Katja & Roivainen, Irene & Ylinen, Satu & Heinonen, Jari (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011. UNIpress. EU, 249–273.

Vartola, Juha 2005: Näkökulmia byrokratiaan. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Vartola, Juha 2009: Byrokratia modernin hallinnan muotona. Teoksessa Karppi, Ilari & Sinervo, Lotta-Maria (toim.) Governance. Uuden hallintatavan jäsentyminen. Juvenes Print. Tampere, 13–43.

Vehkalahti, Kimmo 2008: Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi. Helsinki.

Vehkalahti, Kimmo 2014: Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.

Virtanen, Petri & Stenvall, Jari 2011: Julkinen johtaminen. Tietosanoma. Tallinna.

Yeung, Anne & Saari, Juho & Lagerspetz, Eerik 2007: Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 9–30.

**Elektroniset lähteet**

Blomgren, Sanna & Kivipelto, Minna 2012: Valtaistus. Valtakunnallinen aikuissosiaalityön kartoitus. Raportti 27/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80404/da26a400-efca-4ee2-83a4-9a946b70ed6f.pdf?sequence=1. Viitattu 10.2.2018.

Demokrati och makt i Sverige 1990:44. Demokrati och makt i Sverige. Maktutredningens huvudrapport. http://www.olofpetersson.se/_arkiv/dokument/svmukap11.htm. Viitattu 10.2.2018.

Eräsaari, Leena 2011: Sosiaalityö ja New Public Management. Teoksessa Granholm, Camilla & Juvonen, Tarja & Jäppinen, Maija (toim.) Tutkiva sosiaalityö. Sosiaalityön paikka tieteessä ja yhteiskunnassa. Talentia-lehti ja Sosiaalityön tutkimuksen seura, 11 – 16. http://www.sosiaalityontutkimuksenseura.fi/Tutkiva%20sosiaalityo/Tutkiva_sosiaalityo_2011.pdf. Viitattu 17.11.2017.

Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio 2004: Hyvinvointivaltio. Houkutteleva lupaus vai karvas pettymys? Tampere. Tampere University Press http://urn.fi/URN:ISBN:951-44-6122-3. Viitattu 25.8.2013. http://urn.fi/URN:ISBN:951-44-6122-3. Viitattu 10.2.2018.

HE 164/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_164+2014.pdf. Viitattu 15.12.2017.

HE 324/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140324. Viitattu 10.2.2018.

Hyvä tieteellinen käytäntö 2002: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf. Viitattu 31.1.2018.

Hänninen Kaija 2007: Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210319566. Viitattu 10.2.2018.

IFSW/Talentia: IFSW:n ja IASSW:n Virallinen sosiaalityön määritelmä vuodelta 2000. http://www.asiantuntijapaivat.fi/files/251/Sosiaalityon_maaritelma.pdf. Viitattu 10.2.2018.

Kajanoja, Jouko 2013: Hyvinvointiteoria ja hyvinvointivaltio. Len Doyalin ja Ian Goughin teoria universaaleista tarpeista. Teoksessa Saari, Juho & Taipale, Sakari & Kainulainen, Sakari (toim.) Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 38. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-195-3. Viitattu 10.2.2018.

Kangas, Olli 2013: Kiistanalaista oikeudenmukaisuutta. John Rawlsin oikeudenmukaisuusteoria ja sen sovellettavuus empiiriseen sosiaalitutkimukseen. Teoksessa Saari, Juho & Taipale, Sakari & Kainulainen, Sakari (toim.) Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 38. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-195-3. Viitattu 10.2.2018.

Kinnunen, Kaisa 2010: Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyön näkökulmasta. Diakonian tutkimus 1 (2010), 46–53. http://dts.fi/files/2009/10/DT1_2010.pdf. Viitattu 10.2.2018.

Kivipelto, Minna & Saikkonen, Paula 2013: Tiedon tuotanto ja vaikuttavuus sosiaalityössä. Yhteiskuntapolitiikka 78:3. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110556/kivipelto.pdf?sequence=1. Viitattu 10.2.2018.

Korpi, Walter & Palme, Joakim 1998: The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in Western Countries. American Sociological Review 63 (5), 661–687. https://search-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/218834510. Viitattu 10.2.2018.

Korpi, Walter 2003: Welfare-State Regress in Wetern Europe: Politics, Institutions, Globalization and Europcanization. Annual Review of Sociology 23, 589–609. https://search-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/199577695/. Viitattu 10.2.2018.

Kähkönen, Liisa 2007: Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 673. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67775/978-951-44-7143-8.pdf?sequence=1. Viitattu 18.6.2013.

Lappi-Seppälä, Tapio 2007: Penal Policy in Scandinavia. Crime and Justice 36 (1), 217–295.http://www.jstor.org.ezproxy.ulapland.fi/stable/10.1086/592812 Viitattu 10.2.2018.

Levecque, Katia & Van Rossem, Ronan & De Boyser, Katrien & Van de Velde, Sarah & Bracke, Piet 2011: Economic Hardship and Depression across the Life Course: The Impact of Welfare State Regimes. Joural of Health and Social Behavior 52 (2). https://search-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/874150370/fulltextPDF/FF03A46910CB483CPQ/1?accountid=11989. Viitattu 13.2.2018.

Lähdesmäki, Kirsi 2003: New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Acta Wasaensia. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_952-476-004-5.pdf. Viitattu 2.6.2013.

Metteri, Anna 2012: Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66973/978-951-44-8956-3.pdf?sequence=1. Viitattu 12.9.2013.

Mänttäri-Van Der Kuip, Maija 2013: Julkinen sosiaalityö markkinoistumisen armoilla? Yhteiskuntapolitiikka 78:1. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104348/manttari.pdf?sequence=2. Viitattu 10.2.2018.

Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari 2013: Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportti 14/2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110333/URN_ISBN_978-952-245-909-1.pdf?sequence=1. Viitattu 10.2.2018.

Perttula, Katariina 2003: Palveluohjauksen vaihtoehdot. Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä palveluohjauskokeilun arviointitutkimus. Arviointiraportteja 2/2003. Stakes. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75696/Arvointiraportti2_03.pdf?sequence=1. Viitattu 10.2.2018.

Piiroinen, Hannu 2005: Epävarmuus, muutos ja ammatilliset jännitteet. Suomalainen sosiaalityö 1990-luvulla sosiaalityöntekijöiden tulkinnoissa. Jyväskylä Studies in Education Psychology and Social Research 264. Jyväskylän yliopisto. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13351/9513921735.pdf?sequence=1. Viitattu 10.2.2018.

Rosenau, Pauline 1992: Post-Modernism and the Social Sciences. Insights, Inroads and Intrusions. Princeton University Press. New Jersey. https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/lib/ulapland-ebooks/detail.action?docID=617262. Viitattu 10.2.2018.

Saari, Juho & Taipale, Sakari 2013: Sosiaalipolitiikka ja hyvinvointivaltio. Teoksessa Saari, Juho & Taipale, Sakari & Kainulainen, Sakari (toim.) Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 38. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-195-3. Viitattu 10.2.2018.

Saarinen, Arttu & Blomberg, Helena & Kroll, and Christian 2012: Liikaa vaadittu? Sosiaalityöntekijöiden kokemukset työnsä kuormittavuudesta ja ristiriitaisuudesta Pohjoismaissa. Yhteiskuntapolitiikka 77:4, SIVUT. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102992/saarinen.pdf?sequence=1. Viitattu 7.10.2013.

Sands, Roberta & Nuccio, Kathleen 1992: Postmodern Feminist Theory and Social Work. Social Work 37 (6): 480–494. https://search-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/215268407/fulltextPDF/77DB4D03CA8F455APQ/1?accountid=11989. Viitattu 10.2.2018.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kattavasti viidelle alueelle. Tiedote 114/2014. Valtioneuvosto. http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/det-overgripande-ansvaret-for-social-och-halsovardstjansterna-till-fem-omraden. Viitattu 19.2.2018.

STM 2010:19. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73618/URN%3ANBN%3Afi-fe201504222919.pdf?sequence=1. Viitattu 1.6.2013.

STM 2012:21. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2012. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73403/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223388.pdf?sequence=1. Viitattu 1.6.2013. Tarkistettu 10.2.2018.

STM 2013:7. Selvityshenkilötyöryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:7. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3281-4. Viitattu 10.2.2018.

STM 2013:45. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:45. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3461-0. Viitattu 10.2.2018.

STM Tiivistelmä lakiesityksestä. Lakiesitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. 4.12.2014. http://stm.fi/documents/1271139/1332838/tiivistelma+lakiehdotuksesta_+0412_2014.pdf/7db9952f-d108-47b6-a380-8b64f8ebf8d5. Viitattu 10.2.2018.

Talentia 2017. Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. http://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/. Viitattu 5.1.2018.

THL 2017. Sosiaalihuollon palvelutehtäväkohtaiset palveluprosessit. Versio 2.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.thl.fi/documents/920442/2940835/Sosiaalihuollon_palvelutehtavakohtaiset_palveluprosessit_v2.pdf/944b8db7-8e69-4a5e-b97a-0e23976f6eff. Viitattu 11.11.2017.

Valvira. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. http://www.valvira.fi/valvira/rekisterit/terveydenhuollon_ammattihenkilot. Viitattu 10.2.2018.

Vilkka, Hanna 2007: Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. http://tampub.uta.fi/handle/10024/98723. Viitattu 10.2.2018.

**Finlex.fi**

L 23.6.1977/519. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta.

L 3.4.1987/380. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

L 29.4.2005/272. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (kumottu).

L 2.12.2005/937. Laki omaishoidontuesta.

L 24.7.2009/569. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki.

L 26.6.2015/817. Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä.

# LIITE 1: Kyselylomake

## Tutkimus palveluohjausyksikön asiakasvirroista ja asiakkaan tilanteeseen liittyneistä toimenpiteistä

**Aineistonkeruu 8-28.5.2014**

**Laaja kyselylomake palveluohjausyksikön työntekijöille**

Valitse asiakkaan tilannetta, omaa toimintaasi ja käsityksiäsi vastaavan vaihtoehdon numero tai kirjoita vastaus sille varatulle riville. Useissa kysymyksis
vastauksesi viisiportaisella asteikolla 1-5. Mikäli et osaa arvioida asiakkaan tilannetta tai käsityksiäsi tällä asteikolla, voit valita vaihtoehdon (X) en osaa

### I TAUSTATIEDOT (ASIAKAS)

**1.** Henkilön syntymävuosi, jonka palvelutarpeiden arviointia tai palveluja vastauksesi koskevat?

**2.** Henkilön sukupuoli?
- ◯ Nainen
- ◯ Mies

**3.** Henkilön etunimen kaksi (2) ensimmäistä kirjainta ja viimeinen kirjain ja sukunimen kaksi (2) ensimmäistä kirjainta (esim. Eino Asiakas = EioAs)?

**4.** Onko henkilö?
- ◯ Uusi asiakas
- ◯ Alle 1/2 vuotta asiakkaana
- ◯ Yli 1 vuotta asiakkaana
- ◯ Alle 2 vuotta asiakkaana
- ◯ Yli 3 vuotta asiakkaana
- ◯ Yli 5 vuotta asiakkaana
- ◯ Yli 10 vuotta asiakkaana

**5.** Milloin henkilön palvelua koskeva toiminto / toimenpide tapahtui?

pv kk 2014

**6.** Henkilön asia liittyi
- ◯ Kehitysvammaisten palveluihin
- ◯ Vaikeavammaisten palveluihin
- ◯ Ikäihmisten palveluihin
- ◯ Mielenterveyskuntoutujien palveluihin
- ◯ Muun asiakasryhmän palveluihin, minkä?

**7.** Mitä palveluja, tukea, hoitoa tai etuuksia asiakkaan asia koski (luetele kaikki)?

**8.** Henkilö oli
Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon
- ☐ Kiireellistä palvelutarpeen arviointia tarvitseva asiakas
- ☐ Kiireellistä hoitoa tai palvelua tarvitseva asiakas
- ☐ Palvelujen piirissä oleva asiakas, jonka palveluohjaajaksi / sosiaalityöntekijäksi sinut on nimetty
- ☐ Palvelujen piirissä oleva asiakas, jonka palveluohjaaja / sosiaalityöntekijä on toinen työntekijä
- ☐ Palvelujen piirissä oleva asiakas, jolle ei ole nimetty palveluohjaajaa / sosiaalityöntekijää
- ☐ Palvelutarpeiden selvittämistä tarvitseva henkilö, joka ei ole palvelujen piirissä

**9.** Mitä kautta henkilön palveluihin liittyvä toiminto / toimenpide käynnistyi?
- ◯ Henkilö hakeutui itse (suullinen / kirjallinen hakemus)
- ◯ Henkilön omainen otti yhteyttä
- ◯ Henkilön huoltaja otti yhteyttä
- ◯ Henkilö ohjattiin palveluohjausyksikön asiakaslinjalla tapahtuneen yhteydenoton perusteella palvelutarpeen arviointiin
- ◯ Sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijä tai muu ammattihenkilö teki ilmoituksen (otti yhteyttä)
- ◯ Asiakkaan nimettynä palveluohjaajana / sosiaalityöntekijänä otti itse yhteyttä henkilöön hänen palveluihinsa liittyvissä asioissa
- ◯ Asiakkaan nimettynä palveluohjaajana / sosiaalityöntekijänä otti yhteyttä palveluntuottajaan henkilön palvelujen järjestämiseen liittyvissä asioissa
- ◯ Henkilö on kunnan järjestämien palvelujen piirissä, mutta hänen palvelutarpeessaan / olosuhteissaan on tapahtunut olennaisia muutoksia, minkä vuoksi palveluntuottaja otti
- ◯ Muu, mikä?

**10.** Missä henkilön palveluja koskeva toiminto / toimenpide ensisijaisesti tapahtui?
- ◯ Asiakkaan kotona
- ◯ Asumispalveluyksikössä
- ◯ Laitoksessa
- ◯ Sairaalassa
- ◯ Toimistolla
- ◯ Puhelimessa
- ◯ Sähköpostissa
- ◯ Tietojärjestelmässä
- ◯ Muualla, missä?

### II PALVELUOHJAUKSEN TOIMINNOT / TOIMENPITEET PALVELUPROSESSIN ERI VAIHEISSA

**11.** Alla on luetteloitu elämäntilanteita, jotka aiheuttavat asiakkaan tuen ja palvelun tarpeita. **Arvioi kaikkia alla luetteloituja kohtia asiakkaan tilanteen vaativuuden edellyttämän**

| | ei tarvetta 1 | 2 | 3 | 4 | suuri tarve 5 | en osaa sanoa X |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Asiakkaan kyvyttömyys huolehtia itsestään seuraavista syistä** | | | | | | |
| sairaus / sairaudet | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| vamma | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| päihderippuvuus | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| muut riippuvuudet | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| lähisuhdevaikeudet, kaltoinkohtelu | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| yksinäisyys, turvattomuus | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Asiakkaan vaikeutunut tilanne esimerkiksi muutoksen vuoksi** | | | | | |
| vakavan sairauden pahenemisen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| elämänkriisi (esim. läheisen kuolema) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| merkittävä muutos palvelujen toteutuksessa (esim. koluuminen) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| omaishoitoon liittyvät ongelmat | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Asiakkaan moninainen palvelun ja hoidon tarve** | | | | | |
| asiakkaan monien palvelujen ja hoidon koordinoinnin tarve | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Asiakkaan kieltäytyminen palveluista, vaikka hän niitä välttämättä tarvitsisi esimerkiksi seuraavista syistä** | | | | | |
| sairaus / sairaudet | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| erilaiset riippuvuudet | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| elämäntapaan liittyvät valinnat | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| muu, mikä? _____ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Kokonaisarvio asiakkaan tilanteen vaatiman palveluohjauksen tarpeesta** | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

Kysymykset 12-16 koskevat asiakkaan palveluprosessin vaiheita. Vastaa kuitenkin vain sen vaiheen kysymyksiin, jotka asiakasta koskevat toimintosi / toimenpiteesi koskevat.

**12.** Mitä palveluprosessin vaiheita toimintosi / toimenpiteesi koski?
Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon

- ☐ Palvelutarpeen arviointi, Kysymys 13
- ☐ Palvelujen suunnittelu, palvelusuunnitelma, palvelupäätökset, Kysymys 14
- ☐ Palvelujen toteutus, Kysymys 15
- ☐ Palvelujen seuranta ja palvelusuunnitelman arviointi, Kysymys 16

Vastaa seuraavaksi vain siihen / niihin kysymyksiin, jonka / jotka valitsit edellä kysymyksessä 12.

**13. PALVELUTARPEEN ARVIOINTI**

Arvio käyttämiesi toimintojen / toimenpiteiden vaatimaa intensiteettiä (= aika ja panostuksen vaativuus) kyseisen asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa (vasen puoli). Jos ei to toimenpiteiden merkitystä asiakkaalle (oikea puoli). Jos et osaa arvioida merkitystä, valitse (X) en osaa sanoa.

| | Toiminnon / toimenpiteen intensiteetti | | | | | Toiminnon / toimenpiteen merkitys asiakkaalle |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | vähäinen 1 | 2 | 3 | 4 suuri | ei toimintoa / toimenpidettä X | vä |
| **Yhteistyö asiakkaan kanssa** | | | | | | **Yhteistyö asiakkaan kanssa** |
| kotona tehty arvio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| puhelimessa tehty arvio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| toimintakyvyn arviointi mittaria käyttäen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| asian ratkaiseminen tapaamalla asiakasta kasvokkain tai puhelimessa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| yhteistyö omaisten / huoltajan / läheisten kanssa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| **Moniammatillinen yhteistyö palveluohjausyksikössä** | | | | | | **Moniammatillinen yhteistyö palveluohjausyksikössä** |
| työparina toteutettu palvelutarpeen arviointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| sosiaalihuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| terveydenhuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| tiimivastaavan / lähiesimiehen tuki ja ohjaus | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| moniammatillisen tiimin tuki asiakkaan tilanteen arvioinnissa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| muu, mikä? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| **Yhteistyö palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kanssa** | | | | | | **Yhteistyö palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kanssa** |
| asiakasta koskevan tiedon hankinta | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| asiantuntemuksen varmistaminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| palvelujen ja hoidon koordinointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| verkostopalaveri asiakkaan asioissa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| **Yhteistyö palvelun tuottajan kanssa** | | | | | | **Yhteistyö palvelun tuottajan kanssa** |
| tarpeita vastaavan palvelun etsintä | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| palveluvaihtoehtojen esittely asiakkaalle | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| yhteistyö kolmannen sektorin kanssa epävirallisen tuen järjestämiseksi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| **Hallinnolliset ja muut toimenpiteet** | | | | | | **Hallinnolliset ja muut toimenpiteet** |
| asiakasrekisteritietojen dokumentointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |
| muut toimenpiteet, mitkä? _____ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | – |

---

**14. PALVELUJEN SUUNNITTELU, PALVELUSUUNNITELMA, PALVELUPÄÄTÖKSET**

Arvioi käyttämiesi toimintojen / toimenpiteiden vaatimaa intensiteettiä (= aika ja paneutumisen vaativuus) kyseisen asiakkaan palvelujen suunnittelussa (vasen puoli). Jos et tote toimenpiteiden merkitystä asiakkaalle (oikea puoli). Jos et osaa arvioida merkitystä, valitse (X) en osaa sanoa.

| Toiminnon / toimenpiteen intensiteetti | vähäinen 1 | 2 | 3 | 4 | suuri 5 | ei toimintoa / toimenpidettä X | Toiminnon / toimenpiteen merkitys asiakkaalle | vähäine 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yhteistyö asiakkaan kanssa** | | | | | | | **Yhteistyö asiakkaan kanssa** | ○ |
| neuvottelu palvelukokonaisuudesta | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| valinnanvapautta koskevien periaatteiden esittely | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| palveluvaihtoehtojen ja -tuottajien esittely | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| yhteistyö omaisten / huoltajan / läheisten kanssa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| **Moniammatillinen yhteistyö palveluohjausyksikössä** | | | | | | | **Moniammatillinen yhteistyö palveluohjausyksikössä** | ○ |
| työparina toteutettu palvelusuunnittelu | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| sosiaalihuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| terveydenhuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| tiimivastaavan / lähiesimiehen tuki ja ohjaus | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| moniammatillisen tiimin tuki palvelukokonaisuuden hahmottamisessa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| muu, mikä? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| **Yhteistyö palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kanssa** | | | | | | | **Yhteistyö palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kanssa** | ○ |
| asiakasta koskevan tiedon hankinta | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| asiantuntemuksen varmistaminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| palvelujen ja hoidon koordinointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| verkostopalaveri asiakkaan asioissa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| **Yhteistyö palvelun tuottajien kanssa** | | | | | | | **Yhteistyö palvelun tuottajien kanssa** | ○ |
| tarpeita vastaavan palvelun etsintä | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| palveluvaihtoehtojen esittely asiakkaalle | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| **Hallinnolliset ja muut toimenpiteet** | | | | | | | **Hallinnolliset ja muut toimenpiteet** | ○ |
| palvelusuunnitelman laadinta | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| palvelupäätökset | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| asiakasrekisteritietojen dokumentointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| muutoksenhakuihin liittyvät toimenpiteet | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |
| muut toimenpiteet, mitkä? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- | |

--

**15. PALVELUJEN TOTEUTUS**

Arvioi käyttämiesi toimintojen / toimenpiteiden vaatimaa intensiteettiä ( = aika ja paneutumisen vaativuus) kyseisen asiakkaan palvelujen toteutuksessa (vasen puoli). Jos et ole toimenpiteiden merkitystä asiakkaalle (oikea puoli). Jos et osaa arvioida merkitystä, valitse (X) en osaa sanoa.

| Toiminnon / toimenpiteen intensiteetti | vähäinen 1 | 2 | 3 | 4 | suuri 5 | ei toimintoa / toimenpidettä X | Toiminnon / toimenpiteen merkitys asiakkaalle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yhteistyö asiakkaan kanssa** | | | | | | | **Yhteistyö asiakkaan kanssa** |
| palvelusuunnitelman mukaisten palvelujen käynnistäminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelujen sopivuuden ja riittävyyden varmistaminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| asiakkaan ja palveluohjaajan / työntekijän yhteistyötä sopiminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| yhteistyö omaisten / huoltajan / läheisten kanssa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Moniammatillinen yhteistyö palveluohjausyksikössä** | | | | | | | **Moniammatillinen yhteistyö p** |
| työpariyöskentely tarvittaessa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| sosiaalihuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| terveydenhuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| tiimivastaavan / lähiesimiehen tuki ja ohjaus | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| moniammatillisen tiimin tuki palvelujen toteutumiseen liittyen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| muu, mikä? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Yhteistyö palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kanssa** | | | | | | | **Yhteistyö palvelujärjestelmän** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| asiakasta koskeva tiedonkulku | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| asiantuntemuksen hyödyntäminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelujen ja hoidon koordinointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| verkostopalaveri asiakkaan asioissa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Yhteistyö palvelun tuottajien kanssa** | | | | | | **Yhteistyö palvelun tuottajien** |
| palvelusuunnitelman toteuttamissuunnitelma yhdessä asiakkaan, tuottajan ja palveluohjausyksikön kanssa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelusuunnitelman tavoitteiden ja toimenpiteiden konkretisointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Hallinnolliset ja muut toimenpiteet** | | | | | | **Hallinnolliset ja muut toimenp** |
| palvelusopimus tuottajan kanssa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| asiakasrekisteritietojen dokumentointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| muutoksenhakuihin liittyvät toimenpiteet | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| muut toimenpiteet, mitkä? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |

--

**16. PALVELUJEN SEURANTA JA PALVELUSUUNNITELMAN ARVIOINTI**

Arvioi käyttämiesi toimintojen / toimenpiteiden vaatimaa intensiteettiä (= aika ja paneutumisen vaativuus) kyseisen asiakkaan palvelujen seurannassa ja palvelusuunnitelman ar toteuttamiesi toimintojen / toimenpiteiden merkitystä asiakkaalle (oikea puoli). Jos et osaa arvioida merkitystä, valitse (X) en osaa sanoa.

| | Toiminnon / toimenpiteen intensiteetti | | | | | Toiminnon / toimenpiteen merkitys asiakkaalle |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | vähäinen 1 | 2 | 3 | 4 | suuri 5 | ei toimintoa/ toimenpidettä X |
| **Yhteistyö asiakkaan kanssa** | | | | | | **Yhteistyö asiakkaan kanssa** |
| palvelusuunnitelman arvioinnin ajankohdasta merkintä palvelusuunnitelmassa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelusuunnitelmassa sovitun arvioinnin toteuttaminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelutarpeen arviointi toimintakyvyn ja / tai olosuhteiden muututtua olennaisesti | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| yhteistyö omaisten / huoltajan / läheisten kanssa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Moniammatillinen yhteistyö palveluohjausyksikössä** | | | | | | **Moniammatillinen yhteistyö palveluohjausyksikössä** |
| työparityöskentely tarvittaessa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| sosiaalihuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| terveydenhuollon kollegan konsultaatio | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| tiimivastaavan / lähiesimiehen tuki ja ohjaus | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| moniammatillisen tiimin tuki palvelusuunnitelman arvioinnissa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| muu, mikä? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Yhteistyö palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kanssa** | | | | | | **Yhteistyö palvelujärjestelmän muiden toimijoiden kar** |
| asiakasta koskevan tiedon hankinta | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| asiantuntemuksen hyödyntäminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelujen ja hoidon koordinointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| verkostopalaveri asiakkaan asioissa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Yhteistyö palvelun tuottajien kanssa** | | | | | | **Yhteistyö palvelun tuottajien kanssa** |
| palvelusuunnitelman / toteuttamissuunnitelman seurannasta sopiminen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelusuunnitelman arviointi ja sen edellyttämät muutokset palveluissa | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| **Hallinnolliset ja muu toimenpiteet** | | | | | | **Hallinnolliset ja muu toimenpiteet** |
| palvelusuunnitelman tarkistus / päivitys | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| palvelupäätökset | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| asiakasrekisteritietojen dokumentointi | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| muutoksenhakuihin liittyvät toimenpiteet | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |
| muut toimenpiteet, mitkä? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | -- |

Kysymykseen 17-18 vastataan kaikkien asiakkaiden osalta.

**17.** Arvio, minkä tasoisia palveluohjauksellisia ratkaisuja kyseisen asiakkaan palvelujen turvaaminen edellyttää. Arvio perusteita (1 = vähäiset; 5= merkittävät) jokaisen kohdan

| | vähäiset perusteet 1 | 2 | 3 | 4 | merkittävät perusteet 5 | en osaa sanoa X |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Asiakkaan palvelut voidaan turvata ilman palveluohjauksen toimenpiteitä | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Asiakkaan palvelut voidaan turvata kevyellä palveluohjauksella ilman henkilökohtaisen palveluohjaajan / työntekijän nimeämistä | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Asiakkaan palvelujen turvaaminen edellyttää oman palveluohjaajan / työntekijän nimeämistä | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

Asiakkaan palvelujen turvaaminen edellyttää oman palveluohjaajan / työntekijän nimeämistä ja intensiivistä palveluohjausta ○ ○○○ ○ ○

**18.** Kuinka kauan käytit aikaa asiakkaan / henkilön palveluihin liittyvän kyselyen toimintoihin / toimenpiteisiin?

[ ] tuntia [ ] minuutta

Vastaa kysymykseen 19 joka kerta kun vastaat kyselylomakkeeseen. Vastaa kysymyksiin 20-22 vain silloin, kun vastaat kyselylomakkeeseen ensimmäistä kertaa.

## III TAUSTATIEDOT (TYÖNTEKIJÄ)

**19.** Kyselyyn vastasi henkilö, jonka numero on

[ ]

**20.** Mikä on ylin suorittamasi koulutus?

- ○ Sosiaalialan opistoasteen tai amk -tutkinto
- ○ Terveydenhuollon opistoasteen tai amk -tutkinto
- ○ Ylempi amk -tutkinto, sosiaaliala
- ○ Ylempi amk -tutkinto, terveysala
- ○ Sosiaalityön maisteritutkinto
- ○ Terveystieteen maisteritutkinto
- ○ Muu, mikä? [ ]

**21.** Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä?

[ ] vuotta [ ] kuukautta

**22.** Kuinka kauan olet tehnyt palvelutarpeen arviointeja ja palvelusuunnitelmia?

[ ] vuotta [ ] kuukautta

Kiitos!

Lähetä

## LIITE 2: Muu asiakasryhmä, avoimet vastaukset

| | |
|---|---|
| 1965 | kotihoidon ja mielenterveyskuntoutuja |
| 1949 | Sekä mtt että ikääntynyt. |
| 1983 | vaikeavammainen ja mielenterveyskuntoutuja |
| 1993 | Vammaisuus ja mielenterveys |
| 1993 | Vammaispalvelut ja mielenterveyspalvelut |
| 1956 | Päihdepalvelut |
| 1940 | Ikäihmisten/Vammaispalvelut |
| 1964 | Toimenpiteen jälkeinen kotisairaanhoidon tarve |
| 59 | |
| 1951 | omaishoito päättynyt asiakkuus, ei vaikeavammainen eikä vanhus |
| 1981 | Puheen tuoton häiriö, puheen ymmärtämisen vaikeus |
| 2008 | heikkolahjainen |
| 1943 | ikäihminen, jolla vpl kulj.palv ja asunn. muutostyöt myönnetty vuosi sitten. Nyt tarvitsee apuja päiv.toimintoihin. |
| 65 | saattohoitovaiheen asiakas |
| 1951 | Mielenterveys/päihde |
| 1951 | päihdeongelma |
| 1945 | |
| 1946 | haavan hoitoa tarvitseva asiakas |
| 1972 | vaippa-asiakas |
| 1976 | Aikuisiän syöpäpotilas, terminaaliveiha |
| 1949 | Päihdenogelmainen |