



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Terveyssozialityön nykytila ja tulevaisuus hyvinvointialueella

Heidi Pietinen

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö

Lapin yliopisto

2026



Lapin yliopisto

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Terveyssosiaalityön nykytila ja tulevaisuus hyvinvointialueella

Tekijä: Heidi Pietinen

Koulutusohjelma / oppiaine: sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -tutkielma

Sivumäärä, liitteiden lukumäärä: 59 sivua, 3 liitettä

Vuosi: 2026

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten terveyssosiaalityön asiantuntijuutta hyödynnetään hyvinvointialueella, millaisena työn nykytila näyttäytyy ja millaisia kehittämistarpeita asiantuntijat tunnistavat. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja aineisto koostui kahdesta terveyssosiaalityöntekijöiden ryhmähaastattelusta sekä yhdestä johdon ryhmähaastattelusta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittavat, että terveyssosiaalityön asiantuntijuus rakentuu asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesta jäsentämisestä, kriisityöstä sekä sosiaalietuuksien ja palvelurakenteiden syvällisestä tuntemuksesta. Asiantuntijuuden ytimessä on kyky yhdistää sosiaalinen ja terveydellinen tieto asiakasprosessin tueksi ja toimia moniammatillisen tiedon kokoajana. Terveyssosiaalityö on nopeatempoista työtä, jossa koordinointi, psykososiaalinen tuki ja etuuksien kartoitus limittyvät toisiinsa ja jossa yhteistyö hoitoyksiköiden kanssa on keskeistä asiakkaan toimintakyvyn ja arjen jatkuvuuden turvaamiseksi.

Haastateltavat kuvasivat terveyssosiaalityötä rajapintatehtävänä, jossa asiakkaan elämäntilanne, palvelujärjestelmän rakenteet ja moniammatillinen yhteistyö kohtaavat. Vaikuttava työ edellyttää varhaista kiinnittymistä asiakasprosessiin, selkeitä yhteistyö- ja tiedonsiirtorakenteita sekä terveyssosiaalityön aseman vahvistamista organisaatiossa. Tutkimus tuo esiin, että mikrotason havainnot laajenevat meso- ja makrotason signaaleiksi palveluketjujen toimivuudesta ja rakenteellisista haasteista. Terveyssosiaalityö toimii näin keskeisenä rakenteellisen tiedon tuottamisen areenana. Yksilölliset kokemukset jäsentävät samalla järjestelmätason kehittämistarpeita.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että terveyssosiaalityö on olennainen osa hyvinvointialueen palvelurakennetta, mutta sen rakenteet ja asema kaipaavat edelleen selkeyttämistä. Kehittämistarpeet liittyvät erityisesti rajapintojen sujuvoittamiseen, tiedonkulun vahvistamiseen ja sosiaalisen tiedon systemaattiseen integrointiin päätöksenteossa. Terveyssosiaalityön vahvistaminen tukisi sekä asiakkaiden hyvinvointia että palvelujärjestelmän toimivuutta, läpinäkyvyyttä ja kustannusvaikuttavuutta.

Asiasanat: terveyssosiaalityö, asiantuntijuus, johtaminen, rakenteellinen sosiaalityö, moniammatillisuus.

X Tutkielma ei sisällä muita kuin tekijän omia henkilötietoja.

Sisältö

1 Johdanto	1
2 Terveysosiaalityön tarkastelua	3
2.1 Hyvinvointialue ja terveysosiaalityö	3
2.2 Terveysosiaalityön taustaa	6
2.3 Terveysosiaalityön asiantuntijuus	9
3 Rakenteellisen sosiaalityön tarkastelua	12
3.1 Rakenteellinen sosiaalityö	12
3.2 Rajapinnat sote-uudistuksessa	16
3.3 Rakenteellinen vaikuttavuus ja tutkimusperustaisuus	19
4 Tutkimuksen toteuttaminen	23
4.1. Tutkimustehtävä	23
4.2 Aineiston keruu	24
4.3 Aineistonanalyysi	26
4.4 Tutkimuseettiset kysymykset	29
5 Tutkimustulokset	32
5.1 Terveysosiaalityön asiantuntijuus	32
5.2 Terveysosiaalityön työnkuva ja työote	36
5.3 Terveysosiaalityön organisoituminen ja asema	40
5.4 Terveysosiaalityön tulevaisuuden näkymä	44
6 Pohdinta	48
Lähteet	55
Liitteet	
Liite 1. Infokirje pro gradu -tutkielmaan osallistuville	60
Liite 2. Haastattelututkimukseen osallistumiseen suostumus	61
Liite 3. Ryhmähaastattelun kysymysrunko	62
Taulukot	
Taulukko 1. Terveysosiaalityön organisointimallien esimerkkejä kolmelta hyvinvointialueelta	5
Taulukko 2. Sisällönanalyysin eteneminen	27
Taulukko 3. Sisällönanalyysin kuvausta	28
Taulukko 4. Tulosten jäsenitys sosiaalityöntekijöiden ja johdon näkökulmista	48
Taulukko 5. Terveysosiaalityön mahdollisuudet ja haasteet	52

1 Johdanto

Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyminen vuonna 2023 on tapahtunut taloudellisesti poikkeuksellisen haastavassa tilanteessa. Sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen kohdistuu samanaikaisesti kasvavia kustannuspaineita, rahoituksen riittävyyteen liittyviä epävarmuuksia sekä velvoite tasapainottaa alueiden talous lyhyellä aikavälillä. Useat hyvinvointialueet ovat jo ensimmäisinä toimintavuosinaan raportoineet merkittävistä alijäämistä, minkä seurauksena palvelurakenteita ja palveluvalikoimaa on jouduttu tarkastelemaan kriittisesti ja toteuttamaan laajoja sopeuttamistoimia (Talouspolitiikan arviointineuvosto 2024; OECD 2025).

Hyvinvointialueiden muodostuminen on näin tapahtunut vahvasti taloudellisesti kiristyneessä toimintaympäristössä, mikä korostaa palveluiden kustannusvaikuttavuuden, oikea-aikaisuuden ja rakenteellisen toimivuuden tarkastelua erityisesti sellaisten palvelujen osalta, jotka eivät ole lakisääteisiä. Taloudelliset reunaehdot ohjaavat päätöksentekoa ja lisäävät tarvetta arvioida palvelujen vaikuttavuutta sekä asiakkaiden tilanteiden kokonaisvaltaista ymmärrystä. Lainsäädäntö ohjaa hyvinvointialueiden toimintaa, ja palvelut on järjestettävä yhdenvertaisesti, saavutettavasti ja asukkaiden tarpeita vastaavasti. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 1§, 4 §.)

Tässä ajankohtaisessa kiristyneessä toimintaympäristössä terveys- ja sosiaalihuollon aseman tarkastelu nousee keskeiseksi. Pro gradu -tutkielmani aiheena on terveys- ja sosiaalihuolto, koska se on sekä henkilökohtaisesti kiinnostava että yhteiskunnallisesti ajankohtainen. Terveys- ja sosiaalihuolto sijoittuu sosiaalihuollon ja terveydenhuollon rajapintaan, jossa asiakkaan arjen kysymykset, hoitojärjestelmä ja palvelurakenteet kohtaavat, usein tilanteissa, joissa sairaus tai äkillinen kriisi muuttaa elämäntilannetta nopeasti.

Aiempi terveys- ja sosiaalihuollon tutkimus on ollut hajanaista ja kohdistunut usein yksittäisiin toimintaympäristöihin, hankkeisiin tai käytäntöihin. Terveys- ja sosiaalihuollon tuottamaa tietoa hyödynnetään niukasti palvelujärjestelmän kehittämisessä, ja tutkimuskenttä on osin jäsentymätön (Karjalainen ym. 2019; Tiihonen ym. 2019). Samalla terveys- ja sosiaalihuollon rooli ja asema ovat hyvinvointialueuudistuksen myötä nousseet

keskusteluun, sillä yhteensovittamisen tarve sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä on kasvanut.

Tutkielma tarkastelee terveysosiaalityötä yhtenä keskeisenä rakenteellisen sosiaalityön toteuttamisalueena. Rakenteellisen sosiaalityön näkökulma korostaa, että yksilön hyvinvointi ja toimintakyky rakentuvat sosiaalisten, taloudellisten ja institutionaalisten rakenteiden kautta (Payne 2014; Midgley 2013). Tämä näkökulma tarjoaa viitekehyksen ymmärtää terveysosiaalityön roolia rajapintatyönä, jossa yksilöllinen tuki, palvelujen koordinointi ja järjestelmätason kehittäminen kietoutuvat toisiinsa. Terveysosiaalityössä tämä ilmenee erityisesti asiakkaiden tilanteiden arvioinnissa, moniammatillisessa yhteistyössä ja palveluketjujen suunnittelussa, joissa pyritään tunnistamaan rakenteellisia esteitä ja tukemaan asiakkaiden oikeuksia.

Tätä tarkastelua jäsennetään tässä tutkimuksessa myös mikro-, meso- ja makrotasojen kautta: mikrotasolla analysoidaan asiakkaan arjen tilanteita ja kriisin vaikutuksia toimintakykyyn; mesotasolla tarkastellaan organisaatioiden, tiimien ja moniammatillisten käytösten toimivuutta; ja makrotasolla arvioidaan palvelujärjestelmän ja lainsäädännön rakenteita, jotka joko mahdollistavat tai rajoittavat sosiaalityön vaikuttavuutta.

Terveysosiaalityössä keskeistä on asiakkaiden arjen tilanteiden jäsentäminen, sosiaalisten ja terveydellisten tekijöiden yhteisvaikutusten tunnistaminen sekä palvelujen ja etuuksien koordinointi. Työtä leimaa kokonaisvaltainen arviointi, joka edellyttää sekä juridista, sosiaalista että palvelujärjestelmätietoa, ja joka tukee asiakkaiden toimintakykyä, taloudellista selviytymistä ja arjen jatkuvuutta.

Aiempi tutkimus osoittaa, että terveysosiaalityö on usein ensimmäinen kontakti sosiaaliturvajärjestelmään tilanteissa, joissa sairaus tai kriisi muuttaa asiakkaan arkea (Ylirukka ym. 2019; Kananoja 2017). Tämän vuoksi terveysosiaalityön rooli asiakkaan tilanteen varhaisessa tunnistamisessa ja palveluihin ohjauksessa on merkittävä, vaikka sen asema ja rakenteet vaihtelevat hyvinvointialueittain. Lisäksi terveysosiaalityön tarkastelu mahdollistaa tiedon tuottamisen niistä rakenteellisista tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakkaiden tilanteisiin ja palveluprosessien toimivuuteen. Näin terveysosiaalityö toimii rakenteellisen tiedon tuottamisen areenana, jossa mikrotason havainnot voivat paljastaa palvelujärjestelmän vahvuuksia ja haasteita.

2 Terveyssoisialityön tarkastelua

2.1 Hyvinvointialue ja terveystoiminta

Hyvinvointialueuudistus, joka tuli voimaan vuonna 2023, siirsi sosiaali- ja terveystoimintojen järjestämisvastuun kunnista 21 hyvinvointialueelle. Uudistuksen tavoitteina olivat palveluiden yhdenvertaisuuden vahvistaminen, kustannuskehityksen hillitseminen ja ohjausjärjestelmän ennakoitavuuden parantaminen. Hyvinvointialueiden laaja tehtäväkenttä sekä rahoituksen siirtyminen valtiolle ovat lisänneet valtionohjausta ja yhdenmukaistaneet palvelurakenteita. Sosiaalipalveluiden uudistumista on aiemminkin muokannut poliittisen ja hallinnollisen ohjauksen välinen tasapaino, mikä on havaittavissa myös hyvinvointialueiden muodostumisessa: palveluiden keskittäminen vahvistaa alueellista ohjausta ja samalla kaventaa kuntien toimivaltaa. (STM 2015; Björkenheim 2007, 173–176; OECD 2025, 14–18.)

Hyvinvointialueet poikkeavat toisistaan taloudellisen kantokyvyn, väestörakenteen ja palvelutarpeiden suhteen. Talouspolitiikan arviointineuvoston mukaan useat alueet ovat rakenteellisen alijäämän vuoksi joutuneet sopeuttamistoimiin, mikä vaikuttaa palveluiden saatavuuteen ja henkilöstörakenteeseen. Alueelliset erot ovat näkyvissä esimerkiksi Keski-Suomessa, jossa tiukka taloustilanne on johtanut palveluiden keskittämiseen ja priorisointiin ja kaventanut sosiaalityön resursseja potilasvirtojen hallinnassa. Pohjois-Savossa laajat maantieteelliset alueet ja väestön ikärakenne lisäävät palvelutarpeita ja haastavat palveluiden saavutettavuutta. Erot palvelutarpeissa ja taloudellisissa edellytyksissä luovat terveystoimintalle erilaisia rakenteellisia ja toiminnallisia reunaehtoja. (Kosonen 2023; Keski-Suomen hyvinvointialue 2024; Talouspolitiikan arviointineuvosto 2024, 9–11.)

Hyvinvointialueet ovat osa laajempaa julkisen hallinnon reformia, jossa palvelurakenteita uudistetaan keskinäisriippuvaisissa ja kompleksisissa järjestelmissä. Tällaiset laaja-alaiset ja monitasoiset muutokset voivat synnyttää epävarmuutta ja edellyttävät sekä uudenlaisia johtamiskäytäntöjä että vahvempaa tietoperustaisuutta, mikä auttaa selittämään myös sen, miksi terveystoimintajärjestelmän asema ja rakenteet ovat edelleen jäsentymättömiä uudistuksen alkuvaiheessa. Uudistus on merkinnyt huomattavaa

organisatorista muutosta: aiemmat kunta- ja sairaanhoitopiirirakenteet korvautuivat keskitetyimmällä johtamisjärjestelmällä, joka määrittää palveluiden järjestämisen, strategisen ohjauksen, talouden ja henkilöstösuunnittelun. Lainsäädäntö ja sote-uudistuksen hallinnolliset ratkaisut toimivat yhteistyön rakenteellisina mahdollistajina. Ne määrittivät organisaatioiden väliseen vastuunjaon, ohjaavat integraatiota ja luovat raamit, joiden sisällä hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat. Tämä vaikuttaa myös sosiaalityön asemaan, sillä sen organisointi ja roolitus kytkeytyvät nyt aiempaa vahvemmin alueellisiin johtamisrakenteisiin. Terveysosiaalityö asemoituu laajaan palvelukokonaisuuteen, jossa sen vaikutus ulottuu yksittäisiä asiakastilanteita laajemmin palveluprosessien kehittämiseen, ohjaamiseen ja vaikuttavuuden arviointiin. (Tuulari & Kempainen 2022; Stenvall & Virtanen 2023; Ritala-Koskinen ym. 2025.)

Sosiaalityön asema hyvinvointialueella rakentuu siitä, miten monialainen yhteistyö organisoidaan. Palvelujen integraatio ja rajapintojen toimivuus ovat sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiä haasteita, ja sosiaalityön asiantuntemus on näissä ratkaisevassa roolissa. Mikäli sosiaalinen tieto ei kiinnity moniammatillisiin prosesseihin riittävän varhain, asiakkaan tilanteen kannalta olennaisia sosiaalisia ulottuvuuksia voi jäädä huomioida. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella sosiaalityö on integroitunut tiiviisti terveydenhuollon tiimien alkuvaiheen arviointiin, mikä vahvistaa sosiaalisen tiedon näkyvyyttä ja tukee hoidon kokonaisvaltaisuutta. (Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue 2023; OECD 2025, 22–25.)

Keskeinen kysymys sosiaalityön kannalta on, missä vaiheessa palveluprosessia sosiaalinen tieto tulee näkyväksi. Jos asiakasprosessit rakentuvat ensisijaisesti medikaalisten prioriteettien ehdoilla, sosiaalisten olosuhteiden vaikutus asiakkaan hyvinvointiin, toimintakykyyn ja hoitoon sitoutumiseen voi jäädä marginaaliin. Terveysosiaalityö tuo arviointiin tietoa taloudellisista haasteista, asumisen kysymyksistä, perhesuhteista ja toimintakykyyn vaikuttavista sosiaalisista ulottuvuuksista. Näiden tekijöiden varhainen tunnistaminen tukee palveluprosessien jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta. (Ritala-Koskinen ym. 2025.)

Hyvinvointialueiden sisäiset rakenteet muovaavat myös moniammatillisen yhteistyön toteutumista ja sitä, missä vaiheessa sosiaalityö kiinnittyy osaksi palveluprosesseja. Integroitumisen onnistuminen edellyttää rakenteita, jotka mahdollistavat tasavertaisen

osallistumisen päätöksentekoon ja avoimen tiedonvaihdon. Organisaatiokulttuurilla on keskeinen merkitys sosiaalityön näkyvyydelle: se voi vahvistaa asiantuntijuuden asemaa tai jättää sen muiden professioiden varjoon. (Ritala-Koskinen ym. 2025.). Alla oleva taulukko 1 havainnollistaa terveysosiaalityön organisointitapojen eroja kolmella hyvinvointialueella.

Taulukko 1. Terveysosiaalityön organisointimallien esimerkkejä kolmelta hyvinvointialueelta.

Hyvinvointialue	Terveysosiaalityön organisointimalli	Moniammatilliset tiimit	Johtamisen vaikutus asiantuntijuuteen
Keski-Suomi	Sosiaalityö integroitu sote-tiimeihin; resurssit keskitetty.	Tiimit keskittyvät kriittisiin asiakkuuksiin.	Ohjaus kaventaa sosiaalityön itsenäistä roolia.
Pohjois-Savo	Keskitettyt palveluyksiköt.	Tiimityö laajoissa asiakasvirroissa.	Priorisointi rajoittaa yksilöllistä arviointia.
Länsi-Uusimaa	Sosiaalityö integroitu moniammatillisiin tiimeihin.	Tiimit tukevat kokonaisvaltaista hyvinvointia.	Asiantuntijuus tunnistetaan selkeämmin.

Taulukko 1 ei pyri tarjoamaan kattavaa kuvausta kolmen esimerkkialueen toiminnasta, vaan sen tavoitteena on jäsentää tarkastelua tuomalla esiin rakenteellisia piirteitä. Taulukon sisältö on muodostettu mukaillen useita lähteitä yhdistävänä kokonaisuutena. Taulukon kaksi ensimmäistä saraketta pohjautuvat lähteiden tarjoamaan rakenteelliseen kuvaukseen, kun taas kolmas sarake edustaa näihin lähteisiin perustuvaa tulkintaa johtamisen ja organisointiratkaisujen vaikutuksista terveysosiaalityön asiantuntijuuteen. (Keski-Suomen hyvinvointialue; Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue 2024; Pohjois-Savon hyvinvointialue; Socca, 2024.)

Taulukon 1 osoittaa, että hyvinvointialueiden erilaiset organisatoriset ratkaisut vaikuttavat suoraan siihen, miten sosiaalityö kiinnittyy palveluprosessien alkuvaiheisiin ja miten sosiaalinen tieto tulee huomioiduksi päätöksenteossa. Mikäli sosiaalityö sijoittuu prosesseihin liian myöhään tai sen asema on organisatorisesti heikko, asiakkaan arjen tuen tarpeet voivat jäädä huomiotta, mikä lisää palvelujen pirstaleisuutta ja heikentää hoidon jatkuvuutta. Sosiaalityön rakenteellinen asema heijastuu siten suoraan asiakkaiden

hyvinvointiin: mitä varhaisemmassa vaiheessa sosiaalinen tieto integroidaan arviointiin, sitä paremmin palvelut voivat vastata asiakkaiden tarpeisiin. (Ritala-Koskinen ym. 2025.)

Moniammatillisten rakenteiden merkitys korostuu erityisesti tilanteissa, joissa asiakkailla on laaja-alaisia ja moniongelmaisia palvelutarpeita. Palveluiden toimivat siirtymävaiheet ja saumaton tiedonkulku ovat keskeisiä palveluiden jatkuvuudelle, ja terveysosiaalityöntekijän rooli tiedon kokoajana sekä yhteensovittajana on tässä olennainen. (OECD 2025, 22–25.)

Hyvinvointialueiden johtamiskäytännöt määrittävät, miten sosiaalityön asiantuntijuus tunnustetaan ja miten se kiinnittyy organisaation strategisiin prosesseihin. Taloudelliset paineet voivat ohjata palveluiden järjestämistä tehokkuusperusteisesti, jolloin sosiaalisen tiedon laaja-alainen merkitys voi jäädä vähemmälle huomiolle. Institutionaalinen sosiaalityön tieto täydentää kuitenkin tiedolla johtamista, sillä se paljastaa palvelurakenteiden katvealueita ja ohjaa resurssien oikeudenmukaista kohdentamista. (Talouspolitiikan arviointineuvosto 2024; Liukko ym. 2022, 12–15.)

Systeminen työote tarjoaa välineen tarkastella hyvinvointialueiden monimutkaisia rakenteita ja tunnistaa palvelujärjestelmään sisältyvät suhteet ja solmukohdat. Tarkastelun avulla voidaan tukea palveluiden kehittämistä ja vahvistaa moniammatillista yhteistyötä. (Healy 2014, 135; Payne 2014, 65–69.)

Hyvinvointialueilla sosiaalityön asema muodostuu makro-, meso- ja mikrotasojen vuorovaikutuksessa. Valtionohjaus ja rahoitusmalli luovat makrotason reunaehdot, organisaation sisäiset rakenteet ja johtaminen muovaavat mesotasoja, ja asiakkaiden arjen tilanteet konkretisoituvat mikrotasolla. Näiden tasojen yhteisvaikutus jäsentää terveysosiaalityön roolia ja vaikuttavuutta hyvinvointialueiden palvelujärjestelmässä.

2.2 Terveysosiaalityön taustaa

Terveysosiaalityön taustojen tarkastelu edellyttää kahden sosiaalityön keskeisen historiaperinteen tuntemista. Yhteisölähtöinen traditio suuntaa huomion sosiaalisiin olosuhteisiin, yhteiskunnallisiin epäoikeudenmukaisuuksiin ja rakenteellisiin eriarvoistumisen tekijöihin. Jane Addamsin (1860–1935) ajattelussa sosiaalityön painopiste oli yhteisöjen ja sosiaalisten olosuhteiden parantamisessa. Mary Richmondin (1861–1928) case work

-perinne puolestaan jäsensi yksilökohtaista arviointia ja suunnitelmallisen työskentelyn perusteita sekä toi esiin asiakkaan tilanteen moniulotteisuuden. Suomessa nämä kaksi perinnettä alkoivat yhdistyä 1960-luvulta alkaen, kun sosiaalityöntekijän roolia ryhdyttiin kuvaamaan ”potilaan ja ympäristön välimiehenä”, erityisesti tilanteissa, joissa potilaan arki, sosiaalinen verkosto tai etuusjärjestelmä oli muutoksessa. (Eskola 1981, 30; Mäki 2006, 273–274.)

Historialliset traditiot ovat edelleen näkyvissä nykypäivän terveysosiaalityössä. Sosiaalityöntekijä toimii samanaikaisesti yhteiskunnallisen muutoksen asiantuntijana ja vuorovaikutuksellisen yksilötyön toteuttajana. Terveysosiaalityössä yhdistyvät asiakkaan henkilökohtaisen tilanteen arviointi sekä palvelujärjestelmää ja rakenteita koskeva tulkinta, sillä sosiaalityöntekijän on huomioitava yhtä aikaa taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset tekijät sekä niitä muokkaavat etuus- ja palvelurakenteet. Tämä moniulotteinen tarkastelu on keskeinen osa terveysosiaalityön identiteettiä. (Mäki 2006, 273–274; Ylirukka, Petrelius & Rasa 2019, 231–240.)

Historiallisesta näkökulmasta terveysosiaalityö on ollut luonteeltaan rajapintatyötä – se on sijoittunut sosiaali- ja terveyspalvelujen kohtaan, jossa asiakkaan arjen kysymykset, palvelujärjestelmä ja eri toimijoiden vastuut kohtaavat. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys on ollut vahva sairaalajärjestelmän alkuvaiheista lähtien, mutta hallinnollinen koordinaatio ei ole poistanut palvelurakenteiden sisäisiä jännitteitä. Sosiaalityön tehtävänä on ollut tuoda näkyväksi potilaan arkielämän ja palvelujärjestelmän välinen rajapinta, joka voi sisältää sekä mahdollisuuksia että esteitä asiakkaan hyvinvoinnille. (Korpela 2014, 112–115; Mäki 2006, 273–274.)

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan kehitys on syvästi vaikuttanut terveysosiaalityön muotoutumiseen. Sosiaalihuoltolain uudistus vuonna 2014 ja hyvinvointialueuudistus vuonna 2023 muuttivat palvelujärjestelmän rakenteita ja määrittelivät uudelleen ne kontekstit, joissa terveysosiaalityötä tehdään. Alueelliset erot resursoinnissa, organisoinnissa ja työn painotuksissa ovat merkittäviä, ja ne vaikuttavat siihen, missä vaiheessa palveluprosessia sosiaalityö kiinnittyy, kuinka varhain asiakkaan sosiaalinen tilanne arvioidaan ja miten moniammatillinen yhteistyö rakentuu. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Korpela 2014, 112–115; Rovamo 2021.)

Suomalainen terveysosiaalityö on myös kehittynyt vahvasti erikoisalakohtaiseksi. Tämä ilmenee somaattisen sairaalahoidon, mielenterveyspalvelujen ja päihdetyön

konteksteissa, joissa jokainen erikoisala asettaa työn sisällölle omat vaatimuksensa. Psykiatrian terveyssoseaalityö edellyttää syvällistä ymmärrystä asiakkaan verkostoista ja palvelujärjestelmän monikerroksisuudesta, kun taas erikoissairaanhoidossa korostuu terapeuttisen orientaation merkitys ja asiakkaan elämäntilanteen pitkäjänteinen jäsentäminen. Erikoisalojen painotukset vaihtelevat, mutta niitä yhdistää vaatimus siitä, että soseaalityöntekijällä on laaja-alainen ymmärrys asiakkaan elämäntilanteesta ja kyky sovittaa yhteen terveydenhuollon ja soseaalipalvelujen tavoitteita. (Ylirukka ym. 2019, 231–240; Leinonen 2020; Rovamo 2021.) Lisäksi muutamilla hyvinvointialueilla terveyssoseaalityö on uudelleen organisoitumisen myötä keskitetty toimialueittain, eikä soseaalityö tällöin toteudu sairaalassa. Tällainen järjestämistapa on käytössä esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Terveyssoseaalityötä on tarkasteltu kriittisesti myös Lapin hyvinvointialueella. (Salomäki 2023; Saarinen 2024.)

Terveyssoseaalityön taustaan kuuluu myös soseaalityöntekijän asema palvelujärjestelmän rajapinnoilla. Soseaalityöntekijä toimii usein erilaisten hallinnollisten rakenteiden, vastuiden ja käytäntöjen välissä. Tämä rajapintatyö on muodostunut osaksi terveyssoseaalityön ammatillista ydintä, sillä soseaalityöntekijä toimii samanaikaisesti asiakkaan rinnalla sekä järjestelmän edustajana. Tehtävänä on yhdistää nämä näkökulmat toisiinsa eettisesti kestävästi ja asiakkaan oikeuksia kunnioittaen, mikä edellyttää jatkuvaa arviointia, vuorovaikutusta ja reflektiota. (Mäki 2006, 273–274; Korpela 2014, 112–115; Aarnio & Pösö 2023, 237–240.)

Historialliset ja institutionaaliset kehityslinjat muodostavat perustan sille, miksi terveyssoseaalityön asema on hyvinvointialueilla merkityksellinen. Asiakastyössä syntyvä tieto soseaalisista, taloudellisista ja terveydellisistä olosuhteista ei ole vain yksilökohtainen tilannekuva, vaan osa laajempaa rakenteellista ymmärrystä palvelujärjestelmän toimivuudesta ja sen haasteista. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Rovamo 2021; Aarnio & Pösö 2023, 237–240.) Tämä ymmärrys muodostaa taustan seuraavalle alaluvulle, jossa terveyssoseaalityön asiantuntijuutta tarkastellaan vuorovaikutuksena asiakkaiden, palvelujärjestelmien ja yhteiskunnallisten rakenteiden välillä.

2.3 Terveyssozialityön asiantuntijuus

Terveyssozialityön asiantuntijuus rakentuu moniulotteisesta osaamisesta, jossa yhdistyvät sosiaalioikeudellinen tietopohja, eettinen harkintakyky ja menetelmällinen osaaminen. Asiantuntijuus edellyttää kykyä liittää asiakkaan elämäntilanne sekä terveydenhuollon, että sosiaalipalvelujen rakenteisiin ja tulkita näiden yhteisvaikutuksia kokonaisuutena. Sosialityön asiantuntijuus rakentuu laaja-alaisesta käsityksestä yksilön ja yhteiskunnallisten rakenteiden välisestä suhteesta sekä kyvystä jäsentää asiakkaan tilanne palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Tämä on erityisen keskeistä terveystotaliteudessa, jossa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset olosuhteet limittyvät toisiinsa ja muodostavat kokonaisuuden, jota ei voida tarkastella irrallisina elementteinä. Asiantuntijuus muodostuu siten sekä rakenteiden tuntemisesta että niiden merkityksen tulkinnasta asiakkaan tilanteessa. (Sipilä 2011; Kananoja 2017, 356; Riekkinen ym. 2025.)

Eettinen näkökulma muodostaa terveystotaliteuden ydintä. Eettiset jännitteet syntyvät tilanteissa, joissa asiakkaan itsemääräämisoikeus, suojelun tarve ja hoidon tavoitteet asettuvat ristiriitaan, ja joissa sosialityöntekijän tulee arvioida tilanteen oikeudellisia, sosiaalisia ja inhimillisiä ulottuvuuksia samanaikaisesti. Terveystotaliteudessa eettinen harkinta konkretisoituu muun muassa silloin, kun asiakkaan toimintakyky on heikentynyt, hoitoon sitoutuminen epävarmaa tai kun päätöksillä on pitkäkestoisia vaikutuksia asiakkaan arkeen. Ammatilliseen vastuuseen kuuluu varmistaa, että asiakkaan sosiaalinen tilanne ja oikeudet tulevat huomioituiksi myös tilanteissa, joissa lääketieteelliset tavoitteet ovat keskeisessä roolissa päätöksenteossa. Tämä edellyttää kykyä tarkastella tilanteita monesta näkökulmasta ja toimia myös olosuhteissa, joissa päätöksenteon perusteet voivat olla keskenään jännitteisiä. (Banks 2012, 52–55; IFSW 2018, 3–5; Grandfelt & Kiuru 2023.)

Asiantuntijuuteen sisältyy myös vallan ja vastuun kysymysten hahmottaminen. Sosialiteudessa vallankäyttö on väistämätön osa työtä, sillä ammattilainen toimii samanaikaisesti asiakkaan tukena ja palvelujärjestelmän edustajana. Terveystotaliteudessa tämä korostuu etenkin tilanteissa, joissa sosialityöntekijä osallistuu hoitolinjauksia, etuusratkaisuja tai jatkotukea koskeviin neuvotteluihin ja tuo niihin tietoa asiakkaan näkökulmasta sekä hänen taloudellisesta ja sosiaalisesta tilanteestaan. Asiantuntijuus näkyy tällöin kykenä käyttää valtaa sensitiivisesti, suhteessa asiakkaan oikeuksiin ja hyvinvointiin, sekä

huomioiden päätöksentekoon vaikuttavat taloudelliset ja organisatoriset reunaehdot. (Kananohja 2017b, 350–351; Kivipelto ym. 2018; Riekkinen ym. 2025.)

Osallisuus on keskeinen osa terveyssoiaalityön asiantuntijuutta. Terveyssoiaalityössä asiakas nähdään oman elämäntilanteensa asiantuntijana, ja hänen kokemuksensa muodostavat olennaisen osan päätöksentekoa. Osallisuuden toteutuminen edellyttää avointa vuorovaikutusta, yhteistä tiedonmuodostusta sekä rakenteita, jotka mahdollistavat asiakkaan todellisen osallistumisen. Osallisuutta voivat kuitenkin rajoittaa organisatoriset esteet, kuten kiire, hierarkkiset toimintatavat tai jäykät palveluprosessit. Asiantuntijuus näkyy tällöin kykynä tunnistaa osallisuutta heikentävät rakenteet ja muokata työskentelytapoja niin, että asiakkaan ääni tulee kuulluksi ja hänen kokemuksensa vaikuttavat palveluprosessin etenemiseen. Terveyssoiaalityössä osallisuus toteutuu silloin, kun asiakkaalle annetaan tilaa tuoda esiin näkemyksiään ja palvelut rakentuvat aidosti yhteistyössä hänen kanssaan. (Raivio & Karjalainen 2013; Koikkalainen & Sjöblom 2014.)

Asiantuntijuus terveyssoiaalityössä edellyttää myös vahvaa ymmärrystä palvelujärjestelmän rakenteista ja prosesseista. Terveyssoiaalityöntekijät työskentelevät tilanteissa, joissa asiakkaat liikkuvat useiden palvelujen ja järjestelmien välillä ja joissa tiedonkulku, vastuunjako ja hoitolinjaukset voivat muodostaa monimutkaisen kokonaisuuden. Asiantuntijuus näkyy tällöin kykynä tulkita palvelujärjestelmän logiikkaa ja varmistaa, että asiakkaan sosiaalinen tilanne ja oikeudet huomioidaan päätöksenteossa. Tämä edellyttää valmiutta toimia samanaikaisesti sekä yksilötyön että rakenteellisen työskentelyn taasoilla. (Virolainen & Einola-Pekkinen 2023, 101–105.)

Asiantuntijuuteen kuuluu lisäksi kyky hyödyntää palvelujärjestelmää koskevaa tietoa ja arvioida erilaisten etuus- ja palvelumuotojen soveltuvuutta asiakkaan tilanteeseen. Terveyssoiaalityöntekijän tehtävänä on muodostaa kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta ja varmistaa, että palvelut ja etuudet muodostavat yhdenvertaisen, tarkoituksenmukaisen ja oikea-aikaisen kokonaisuuden. Tämä vaatii juridista osaamista, palvelurakenteiden tuntemusta ja valmiutta toimia nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Asiantuntijuus kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa työyhteisön, asiakkaiden ja yhteiskunnallisten muutosten kanssa, ja reflektiivinen työote tukee työntekijää arvioimaan omaa rooliaan,

vahvistamaan asiakkaan toimijuutta ja sovittamaan työskentelyään palvelujärjestelmän muutokseen. (Sipilä 2011)

Nämä näkökulmat muodostavat terveyssozialityön asiantuntijuuden perustan. Seuraavassa alaluvussa tarkastellaan systeemistä työtettä ja terveyssozialityön rakenteellista ulottuvuutta sekä sitä, miten asiantuntijuus kiinnittyy päätöksentekorakenteisiin, moniammatilliseen yhteistyöhön ja hyvinvointialueen ohjausjärjestelmiin.

3 Rakenteellisen sosiaalityön tarkastelua

3.1 Rakenteellinen sosiaalityö

Edellisessä luvussa esiin nousseet terveystieteellisen sosiaalityön rakenteelliset teemat toimivat lähtökohtana tämän luvun tarkastelulle. Rakenteellinen sosiaalityö määriteltiin sosiaali- huoltolaissa (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 7 §) sosiaalityön keskeiseksi tehtäväksi siten, että sen tarkoituksena on tuottaa tietoa sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi, sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja päätöksenteon tueksi. Tämä määrittely kiinnittää rakenteellisen sosiaalityön julkisen hallinnon ja palvelujärjestelmän ytimeen: sosiaalityö ei kohdistu ainoastaan yksilön välittömiin elämäntilanteisiin, vaan sen tehtävänä on tunnistaa ja tehdä näkyväksi ne rakenteet ja käytännöt, jotka joko mahdollistavat tai rajoittavat hyvinvointia. Sosiaalityön toiminta tapahtuu väistämättä politiikan, lainsäädännön ja hallinnollisten ratkaisujen muodostamassa ympäristössä, jossa rakenteellinen ulottuvuus on osa ammattitoimintaa. (Pohjola ym. 2014, 23–27, 33; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Liukko ym. 2022, 12–15.)

Rakenteellisessa sosiaalityössä yksilötyön yhteydessä syntyvä tieto ymmärretään järjestelmätason tiedoksi. Tämä tarkoittaa, että havainnot palvelurakenteiden pirstaleisuudesta, tiedonkulun katveista, etuuksien viivästymisistä tai palveluihin pääsyn ongelmista tulkitaan indikaattoreiksi laajemmista järjestelmätason ilmiöistä. Terveystieteellisessä sosiaalityössä tällaiset havainnot korostuvat erityisesti kotiutustilanteissa, joissa hoidon, kuntoutuksen ja sosiaaliturvan yhteensovittaminen edellyttää monitoimijaista yhteistyötä ja toimivaa tiedonvaihtoa. Kotiutusten viiveet, epäselvät vastuunjaot ja puutteelliset arvioinnit ovat tällöin rakenteellisia signaaleja järjestelmän toimimattomuudesta asiakkaan näkökulmasta. (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013, 253; Alhanen ym. 2019, 88–92.; Liukko ym. 2022, 53–57.)

Edellä kuvattujen näkemysten lisäksi tiedon tuottaminen on rakenteellisen sosiaalityön keskeinen osa. Institutionaalinen tieto viittaa asiakastyössä syntyvään ymmärrykseen siitä, miten palvelujärjestelmät, normit, ohjausmallit ja hallinnolliset käytännöt vaikuttavat ihmisten arkeen ja toimintamahdollisuuksiin. Terveystieteellisessä sosiaalityössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi etuusjärjestelmien käsittelyaikojen vaikutuksia toimeentuloon,

hoidon priorisointimallien kohdistumista eri asiakasryhmiin tai palveluihin pääsyn ehtojen tuottamaa eriarvoisuutta. Sosiaalityöntekijät ovat usein ensimmäisiä ammattilaisia, jotka havaitsevat näitä rakenteellisia katvealueita palveluketjuissa. (Korpela 2014.)

Julkisen hallinnon muutosta voidaan tarkastella laajempien reformien ja systeemisen muutoksen näkökulmasta. Hyvinvointialueiden muodostuminen on esimerkki kerroksellisesta ja keskinäisriippuvaisesta hallintajärjestelmästä, jossa yhden organisatorisen tason muutos heijastuu läpi palvelurakenteiden. Tämän vuoksi terveysosiaalityön rakenteet ja asema ovat herkkiä hallinnollisille muutoksille, johtamisjärjestelmien kehitykselle ja strategisen ohjauksen painotuksille. (Stenvall & Virtanen 2023.)

Hyvinvointialueilla rakenteellinen sosiaalityö on noussut merkittäväksi osaksi strategista johtamista. Sosiaalityön tuottama rakenteellinen tieto tarjoaa johdolle kokonaiskuvan palvelujen saavutettavuudesta, siirtymien toimivuudesta ja yhdenvertaisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Laajat palvelurakenteet ja monikerroksiset organisaatiot edellyttävät järjestelmällistä tiedonkeruuta, sillä yksittäinenkin havainto tiedonkulun katkoksen kohdasta voi paljastaa laajemman rakenteellisen ongelman. Rakenteellinen tieto toimii siten strategisen ohjauksen välineenä. (Liukko ym. 2022, 53–57.)

Rakenteellinen sosiaalityö on myös poliittista toimintaa, sillä se kohdistuu niihin rakenteisiin ja käytäntöihin, jotka vaikuttavat asiakkaiden hyvinvointiin ja yhdenvertaisuuteen. Sosiaalityöntekijän tulee tunnistaa tilanteet, joissa esimerkiksi palvelukriteerien tiukkuus, etuusprosessien pitkittyminen tai palvelujen alueellinen eriytyminen muodostavat esteitä asiakkaiden toimijuudelle ja palveluihin pääsulle. Terveysosiaalityössä tämä korostuu erityisesti silloin, kun lääketieteelliset näkökulmat hallitsevat päätöksentekoa ja sosiaalinen tilanne jää vähemmälle huomiolle. Rakenteellisella sosiaalityöllä on selkeä eettinen ulottuvuus. Sen toteuttaminen edellyttää, että sosiaalityöntekijä kykenee jäsentämään asiakkaan tilanteen suhteessa yhteiskunnallisiin rakenteisiin ja tunnistamaan toimijuutta rajoittavat tekijät. Tämä tarkoittaa tasapainottelua asiakkaan edun, ammattieettisten periaatteiden ja järjestelmän vaatimusten välillä moniammatillisessa toimintaympäristössä. (Pohjola ym. 2014, 23–27, 33.)

Systeeminen työote kytkeytyy rakenteelliseen sosiaalityöhön tarjoamalla välineitä palvelujärjestelmien sisäisten suhteiden ja toimintalogiikkojen tunnistamiseen. Systeeminen tarkastelu paljastaa palveluketjujen solmukohdat, tiedonkulun katkokset ja sen,

miten rakenteet vaikuttavat asiakkaan asemaan palveluissa. Tätä kautta se muodostaa perustan rakenteellisen sosiaalityön jäsentämälle muutostarpeiden tunnistamiselle. (Payne 2014, 65–69.; Healy 2014, 135.)

Systeeminen näkökulma tekee näkyväksi palveluketjujen kriittiset kohdat – erityisesti ne tilanteet, joissa tieto ei siirry, vastuut hämärtyvät tai päätöksenteon logiikka ei kohtaa asiakkaan arkea. Rakenteellisessa sosiaalityössä nämä havainnot muutetaan järjestelmätason tiedoksi, jota voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä ja päätöksenteon tukena. Systeeminen ja rakenteellinen työote täydentävät toisiaan: ensimmäinen auttaa hahmottamaan kokonaisuuksia, jälkimmäinen suuntaa huomion muutostarpeisiin. (Midgley 2013, 85.)

Hyvinvointialueiden johtamisen näkökulmasta rakenteellinen sosiaalityö on keskeinen osa tiedolla johtamista. Sosiaalityön tuottama tieto syntyy lähellä asiakasrajapintaa ja tekee näkyväksi sellaisia rakenteellisia epäkohtia, joita muissa ammateissa toimivat eivät välttämättä kohtaa. Esimerkiksi jatkohoidon viiveet sosiaalisten kriteerien vuoksi, kotiutusten viivästymisen asumispalvelujen jonojen takia tai kuntoutuksen keskeytyminen taloudellisten rajoitteiden vuoksi ovat ilmiöitä, jotka heijastavat järjestelmätason ongelmia. (Virolainen & Einola-Pekkinen 2023, 101–105.)

Rakenteellinen sosiaalityö on moniulotteista toimintaa, jossa yhdistyvät yksilön tukeminen, palvelujen koordinointi ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Tämä edellyttää eettistä harkintaa ja järjestelmäymmärrystä sekä kykyä osallistua organisaation päätöksentekoon tavalla, joka tuo sosiaalisen näkökulman osaksi palveluiden suunnittelua ja toteutusta. Terveystieteellisessä sosiaalityöntekijät toimivat rajapinnoissa, joissa lääketieteelliset, sosiaalioikeudelliset ja organisatoriset tekijät kohtaavat. (Pohjola ym. 2014, 23–27, 33; Korpela 2014, 112–115.)

Rakenteellinen sosiaalityö muodostaa sillan yksilötyön ja järjestelmätason päätöksenteon välille. Sen avulla voidaan arvioida palveluketjujen toimivuutta asiakaslähtöisesti ja tunnistaa rakenteellisia tekijöitä, jotka estävät palvelujen sujuvuutta tai heikentävät yhdenvertaisuutta. Sosiaalityöntekijät paljastavat tilanteet, joissa vastuut ovat epäselviä, asiakkaat jäävät palveluiden väliin tai järjestelmä ei tue asiakkaan kuntoutumista. Näiden ilmiöiden jäsentäminen muodostaa perustan rakenteelliselle kehittämistyölle hyvinvointialueilla. (Liukko ym. 2022, 53–57.; Liukko ym. 2022, 12–15.)

Hyvinvointialueiden kontekstissa rakenteellisen sosiaalityön merkitys korostuu, sillä sosiaalityöntekijät toimivat ainutlaatuisessa rajapinnassa potilaan arjen, palvelujärjestelmän ja etuusjärjestelmien välillä. Tämä mahdollistaa laaja-alaisen näkemyksen palvelurakenteiden toimivuudesta ja tekee sosiaalityöstä keskeisen toimijan palvelujen kehittämisessä ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden edistämässä. (Korpela 2014, 112–115; Virolainen & Einola-Pekkinen 2023, 101–105.)

Rakenteellisen sosiaalityön ilmiöt konkretisoituvat erityisesti rajapinnoissa, joissa vastuut, tiedonkulku ja toimintalogiikat kohtaavat. Näiden dynamiikan ymmärtäminen on välttämätöntä, sillä juuri rajapinnoissa palveluprosessien katkokset ja epäselvyydet nousevat esiin. (Midgley 2013, 85; Korpela 2014, 112–115.) Seuraavassa luvussa tarkastellaan rajapintojen merkitystä terveysosiaalityön näkökulmasta ja analysoidaan, miten palvelujen siirtymäkohdat vaikuttavat palvelujen sujuvuuteen ja asiakkaiden osallisuuteen

Rakenteellinen sosiaalityö muodostaa hyvinvointialueella siltarakenteen yksilötyön ja järjestelmätason päätöksenteon välille. Sen avulla voidaan arvioida, miten palveluketjut toimivat asiakkaiden näkökulmasta ja millaisia muutoksia tarvitaan palvelujen yhdenvertaisuuden ja vaikuttavuuden lisäämiseksi (Liukko ym. 2022, 53–57). Sosiaalityö tuottaa havaintoja esimerkiksi siitä, missä tilanteissa vastuu siirtyy epäselvästi, missä kohtaa asiakkaat putoavat palvelujen välimaastoon ja millaiset rakenteelliset tekijät estävät hoidon tai kuntoutuksen jatkumisen. Nämä havainnot eivät ole yksittäisiä sattumia, vaan järjestelmätason ilmiöitä, joiden tunnistaminen edellyttää rakenteellista analyysia (Korpela 2014, 112–115; Alhanen ym. 2019, 88–92;)

Rakenteellisen sosiaalityön rooli on siten olennainen osa hyvinvointialueiden kehittämistä. Hyvinvointialueet ovat monimutkaisia organisaatioita, joissa sosiaalityöntekijät ovat usein ainoita ammattilaisia, jotka työskentelevät samanaikaisesti asiakkaan arjen, palvelujärjestelmän ja yhteiskunnallisten etuuksien rajapinnoilla. Tämä ainutlaatuinen sijainti palvelujärjestelmän risteyskohdissa tekee sosiaalityöstä välttämättömän toimijan rakenteellisessa kehittämisessä (Korpela 2014, 112–115; Pohjola ym. 2014.)

Rakenteellisen sosiaalityön ilmiöt konkretisoituvat erityisesti rajapinnoissa, joissa vastuut, tiedonkulku ja toimintalogiikat kohtaavat (Midgley 2013; Liukko ym. 2022, 53–57). Seuraavaksi tarkastellaan rajapintoja terveysosiaalityön näkökulmasta ja sitä, miten siirtymäkohdat vaikuttavat palvelujen sujuvuuteen ja asiakkaan osallisuuteen.

3.2 Rajapinnat sote-uudistuksessa

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on lisännyt tilanteita, joissa asiakkaan palvelut kulkevat useiden organisaatioiden, ammattiroolien ja palvelujärjestelmien läpi. Rajapinnat tarkoittavat näitä kohtia, joissa palvelut, järjestelmät ja toimintalogiikat kohtaavat ja joissa riskit palvelujen katkeamiselle ovat suurimmat. (Long & Long 1992, 45–46; Pösö 2010, 327.) Tämä ilmiö kytkeytyy suoraan sote-uudistuksen rakenteellisiin vaikutuksiin: lainsäädäntö ja hallinnolliset ratkaisut eivät vain muodosta rajapintoja, vaan määrittävät samalla, miten yhteistyö eri organisaatioiden välillä on mahdollista (Tuulari & Kemppainen 2022). Nämä rajat eivät ole vain hallinnollisia, vaan ne kuvaavat myös erilaisten toimintakulttuurien ja ammatillisten orientaatioiden törmäyspisteitä. Terveyssozialityössä rajapinnat ovat erityisen merkittäviä, koska työ sijoittuu samanaikaisesti terveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja laajempien hyvinvointipalvelujen rakenteisiin.

Rajapinnat voidaan ymmärtää myös eri tasoisten ympäristöjen kohtaamisina: asiakkaan arjen tilanteiden (mikrotaso), palveluprosessien ja toimijaverkostojen (mesotaso) sekä hyvinvointialueen rakenteiden ja ohjausjärjestelmien (makrotaso) risteyskohtina. Näissä tasoissa syntyvät jännitteet ja yhteensovittamisen tarpeet tulevat näkyviksi juuri rajapinnoissa, joissa palveluketjut joko toimivat tai katkeavat. Rajapinnat voidaan tarkastella muodollisina ja epämuodollisina rakenteina. Muodollisia rajapintoja ohjaavat lainsäädäntö, vastuunjaot ja organisaatorakenteet. Epämuodollisia rajapintoja muodostavat arjen käytännöt, ammattiryhmien tulkinnot ja työnjaot, jotka muovaavat sitä, miten asiakas kohdataan ja miten tietoa siirretään toimijalta toiselle. Monet rajapintojen ongelmat syntyvät juuri epävirallisissa käytännöissä. Organisaatioissa vakiintuneet rutiinit voivat kehkeytyä sellaisiksi, että ne joko edistävät tai estävät palveluprosessin sujuvuutta, vaikka virallinen ohjeistus olisi selkeä. (Alastalo & Pösö 2011, 643–645; Aarnio & Pösö 2023, 237–240.)

Terveyssozialityössä rajapinnat muodostuvat tilanteissa, joissa asiakkaan terveydelliset, sosiaaliset ja taloudelliset tarpeet kohtaavat eri järjestelmien vaatimukset. Esimerkiksi ikääntyneen kotiutus sairaalasta ei ole pelkkä lääketieteellinen prosessi, vaan se edellyttää sosiaalipalvelujen, asumisen, tukiverkostojen ja taloudellisen tilanteen yhteensovittamista. Sosiaalityöntekijä on tällöin keskeinen tiedon tulkitsija ja kokoaja, joka yhdistää terveydenhuollon ja sosiaalihuollon näkökulmat yhdeksi kokonaisarvioksi

asiakkaan tilanteesta. Sosiaalityöntekijä muodostaa kokonaiskuvan asiakkaan tilanteesta yhdistämällä eri toimijoilta tulevaa tietoa. Integroiduissa palvelukokonaisuuksissa sosiaalityön läsnäolo on keskeistä, jotta asiakkaan tilanteesta muodostuu tasapainoinen ja kattava arvio (Barra ym. 2024, 7).

Palvelujen siirtymäkohdat ovat rajapintatyön kriittisimpiä vaiheita. Merkittävä osa palveluketjujen viiveistä ja katkoksista syntyy siirtymätilanteissa, joissa tieto ei siirry riittävän ajoissa tai oikeassa muodossa. Asiakkaat voivat joutua odottamaan palvelujen jatkumista, koska vastuu ei siirry selkeästi ammattilaiselta toiselle tai koska eri toimijoiden toimintalogiikat eivät kohtaa (Henderson ym. 2021, Tiirinki ym. 2022.) Näissä tilanteissa sosiaalityöntekijän rooli on kriittinen, koska hän havaitsee katkokset ensimmäisenä ja voi toimia välittäjänä, joka kokoaa tiedon ja varmistaa, että asiakkaan tilanne ei jää epäselväksi tai ilman vastuullista toimijaa.

Moniammatillinen yhteistyö on keskeinen tapa rakentaa rajapintoja toimiviksi. Moniammatillisessa arvioinnissa sosiaalityön rooli on tuoda esiin asiakkaan elämäntilanteen sosiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat palveluprosessiin vähintään yhtä paljon kuin lääketieteelliset tekijät. Sosiaalityöntekijä toimii usein tiedon tulkkina eri ammattiryhmien välillä, mikä helpottaa yhteisten tavoitteiden muodostamista ja palveluprosessin sujuvuutta. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö edellyttää selkeitä rakenteita, yhteistä kieltä ja yhtenäisiä toimintatapoja. Monitoimijuus voi olla työntekijälle voimavara sekä haaste. Yhteistyö mahdollistaa laajemman ymmärryksen asiakkaan tilanteesta, mutta vaatii rakenteiden selkeyttä ja jaettua logiikkaa, jottei se kuormita kohtuuttomasti. (Mönkkönen & Kekoni 2020; Arajärvi ym. 2023, 3; Barra 2024, 7.)

Rajapintojen ytimessä on myös asiakkaan osallisuus. Siirtymäkohdat ovat tilanteita, joissa asiakkaan ääni voi joko vahvistua tai kadota riippuen siitä, miten tieto kulkee ja miten ammattilaiset rakentavat yhteistyötä. Sosiaalityöntekijä on usein se ammattilainen, joka tuo asiakkaan näkemyksen näkyväksi ja varmistaa, että se huomioidaan palveluprosesseissa, jotka muuten voivat korostaa lääketieteellisiä tai hallinnollisia ratkaisuja. (Henderson ym. 2021.)

Rajapinnat tuottavat myös tärkeää institutionaalista tietoa. Rajapinnoissa havaitut ongelmat kertovat järjestelmän rakenteellisesta tilasta: niistä ilmenee, missä kohtaa palveluketju ei toimi, missä tieto katoaa ja missä vastuu jää nimeämättä. Tämä tieto on osa

rakenteellista sosiaalityötä, jonka tehtävänä on nostaa esiin tällaiset ilmiöt organisaation päätöksenteon tueksi. Rakenteellisen työn kannalta tärkeintä on järjestelmällinen tiedonkeruu siirtymäkohdista, sillä se paljastaa palvelurakenteiden vahvuudet ja heikoudet sekä luo perustan kehittämistyölle. (Pohjola 2011; Liukko ym. 2022, 12–15.)

Sote-uudistus on muuttanut rajapintojen luonnetta. Ennen uudistusta rajapinnat syntyivät usein eri organisaatioiden välille, mutta hyvinvointialueilla rajapintoja muodostuu myös organisaatioiden sisälle. Esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköt voivat olla saman organisaation sisällä, mutta niiden toimintakulttuurit ja prioriteetit voivat silti erota merkittävästi. Nämä sisäiset rajapinnat voivat tehdä siirtymäkohdista jopa monimutkaisempia, koska ne eivät aina ole näkyvissä organisaation kaavioissa, mutta vaikuttavat ratkaisevasti palveluiden toteutumiseen. (Alastalo & Pösö 2011, 643–645.)

Rajapintojen toimivuus on suorassa yhteydessä palvelujen vaikuttavuuteen. Huonosti toimivat rajapinnat lisäävät siirtymien viiveitä, palvelujen päällekkäisyyttä ja asiakkaiden putoamisriskiä, kun taas hyvin toimivat rajapinnat sujuvoittavat palveluketjuja ja vähentävät tarpeetonta kuormitusta. Terveysosiaalityössä rajapintojen vaikuttavuus näkyy esimerkiksi asiakkaan kotona selviytymisessä, hoitoon sitoutumisessa ja palvelujen oikea-aikaisuudessa. (Ylirukka ym. 2019; Liukko ym. 2022.)

Rajapinnat muodostavat keskeisen tiedonmuodostuksen alueen terveystieteissä. Sosiaalityöntekijät havaitsevat rajapinnoissa tapahtuvat epäselvyydet usein ensimmäisinä, ja heidän roolinsa on muuttaa nämä havainnot osaksi rakenteellista tietoa, jota voidaan hyödyntää hyvinvointialueen palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä. Toimivat rajapinnat mahdollistavat asiakkaan sujuvan palvelupolun, kun taas epäselvät tai toimimattomat rajapinnat paljastavat palvelurakenteiden kehittämistarpeita (Pohjola 2011; Liukko ym. 2022, 12–15.)

Rajapinnoissa syntyvä tieto on keskeistä institutionaalista tietoa, sillä se osoittaa, missä kohdin palveluketjut viivästyvät, mihin tieto katkeaa ja miten vastuun siirtyminen rakentuu. Näiden havaintojen merkitys korostuu terveystieteiden vaikuttavuuden arvioinnissa ja tiedolla johtamisessa. Rajapintojen tarkastelu johdattaa luontevasti seuraavaan alalukuun, jossa käsitellään rakenteellista vaikuttavuutta ja tiedon hyödyntämistä päätöksenteossa.

3.3 Rakenteellinen vaikuttavuus ja tutkimusperustaisuus

Aiemmin kuvattujen rajapintojen lisäksi terveyssozialityön vaikuttavuuden tarkastelu edellyttää monitasoista ymmärrystä siitä, miten asiakkaan tilanne, palveluprosessit ja hyvinvointialueiden rakenteet kietoutuvat toisiinsa. Vaikuttavuus rakentuu useiden tekijöiden yhteisvaikutuksessa, eikä sitä voida arvioida pelkästään yksittäisten toimenpiteiden tai palveluprosessien perusteella. Kokonaisuuden hahmottaminen edellyttää teoreettista viitekehystä, joka auttaa jäsentämään terveyssozialityön vaikutuksia eri tasoilla. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 96; Kylmä & Juvakka 2012.)

Bronfenbrennerin (1917–2005) ekologinen teoria tarjoaa tähän jäsenyykseen toimivan lähtökohdan. Teorian mukaan yksilön hyvinvointi rakentuu mikro-, meso- ja makrotason vuorovaikutuksessa: arjen tilanteet ja ihmissuhteet (mikrotaso), palveluprosessit ja toimijaverkostot (mesotaso) sekä laajemmat rakenteelliset ja yhteiskunnalliset tekijät (makrotaso) muodostavat keskinäisriippuvaisen kokonaisuuden. Terveyssozialityössä tämä tarkoittaa sitä, että yksilöllinen tuki ja rakenteellinen vaikuttaminen eivät ole toisistaan irrallisia, vaan kietoutuvat yhteen vaikuttavuuden muodostumisessa. (Alastalo & Pösö 2011, 643–645.)

Rakenteellisen vaikuttavuuden tarkastelu on terveyssozialityön keskeinen osa-alue hyvinvointialueiden toimintaympäristössä. Sosialityön tieto on luonteeltaan tulkinnallista, kontekstuaalista ja kokemuksellista, mikä erottaa sen terveydenhuollon standardoiduista mittareista ja luokituksista. Sosialityössä tieto muodostuu työntekijöiden havainnoista, asiakkaiden kertomuksista, vuorovaikutuksesta ja tilanteiden merkityksellistämisestä, jotka yhdessä luovat ymmärryksen asiakkaan arjen toimijuudesta, palvelujen saavutettavuudesta ja palveluprosessien toimivuudesta. Tämä laadullinen tietoperusta on keskeinen terveyssozialityön vaikuttavuuden arvioinnissa, sillä asiakkaan hyvinvointi rakentuu useiden palvelujen, etuuksien ja arjen reunaehtojen yhteisvaikutuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 96; Kylmä & Juvakka 2012.)

Rakenteellisen tiedon muodostaminen edellyttää kirjaamisen laadukkuutta ja yhtenäisiä käytäntöjä. Kirjaamisen yhdenmukaistaminen lisää tiedon vertailtavuutta ja mahdollistaa rakenteellisen analyysin, joka on välttämätöntä palvelujen kehittämisessä. Kirjaamisen vaihtelu heikentää vaikuttavuuden arvioinnin luotettavuutta, sillä johtopäätökset ovat riippuvaisia siitä, mitä ja miten tietoa kirjataan. Terveyssozialityössä kirjaaminen

on osa rakenteellisen tiedon tuottamista: se tekee näkyväksi sen, missä palvelut toimivat ja missä niitä tulisi kehittää asiakkaan näkökulmasta. (Liukko & Karjalainen 2022, Salovaara ym. 2023, 52–58; Kumar & Suthar 2024.)

Vaikuttavuuden arviointi edellyttää triangulaatiota, jossa yhdistyvät sosiaalityöntekijän ammatilliset havainnot, asiakkaan kokemukset ja seuranta- tai tilastotieto. Monilähteyinen tieto vahvistaa arvioinnin luotettavuutta, sillä se kokoaa yhteen asiakkaan hyvinvointia koskevan monimuotoisen tiedon. Terveysosiaalityössä triangulaatio voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että asiakkaan hoitoon sitoutumista tarkastellaan sekä lääketieteellisten mittareiden, sosiaalityön havaintojen, että perheen kokemusten kautta. (Banks 2012, 56–78; Kananoja 2017, 348.)

Rakenteellinen vaikuttavuus voidaan jäsentää mikro-, meso- ja makrotason näkökulmista. Mikrotaso kuvaa asiakkaan arkea, toimintakykyä ja selviytymistä. Mesotasolla tarkastellaan palveluprosesseja, tiedonkulkua, vastuujakoja ja moniammatillisen yhteistyön toimivuutta. Makrotaso puolestaan käsittelee palvelurakenteita, ohjausjärjestelmiä ja hyvinvointialueen strategisia painotuksia. Näitä tasoja ei tule tarkastella erillään, sillä asiakkaan kokemus muodostuu niiden yhteisvaikutuksessa. (Alastalo & Pösö 2011, 643–645; Ylirukka ym 2019.)

Vaikuttavuutta voidaan tarkastella terveysosiaalityössä myös sen kautta, tukeeko palveluprosessi asiakkaan arjen sujumista, ovatko palveluihin pääsy ja siirtymät oikea-aikaisia ja vahvistaako asiakastyö asiakkaan toimijuutta. Mikrotason vaikuttavuutta voidaan havaita esimerkiksi asumisen järjestymisen, taloudellisen tuen oikea-aikaisuuden tai sosiaalisten verkostojen vahvistumisen kautta. Mesotasolla vaikuttavuus näkyy palveluketjujen sujuvuutena ja selkeinä vastuunjakoina. Makrotasolla vaikuttavuus ilmenee palvelujen yhdenvertaisuutena suhteessa asiakkaiden tarpeisiin. (Alastalo & Pösö 2011, 643–645; Ylirukka ym. 2019.)

Terveysosiaalityössä tuotettu tieto rakenteellisista esteistä ja palvelujärjestelmän todellisesta toimivuudesta on välttämätöntä palvelujen kehittämiseksi ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Asiakastyössä syntyvä tieto paljastaa sellaisia järjestelmätason epäkohtia, jotka eivät näy tilastoissa tai hallinnollisissa raporteissa. Tämä institutionaalinen tieto toimii muutoksen ajurina hyvinvointialueilla. (Muurinen & Kääriäinen 2020, 88–93; Pohjola & Satka 2022, 292–295.)

Vaikuttavuuden arviointi kytkeytyy suoraan hyvinvointialueiden tiedolla johtamisen rakenteisiin. Tiedolla johtaminen edellyttää tilannekuvaa, jossa laadullinen tieto ja määrälliset indikaattorit tarkastellaan rinnakkain. Asiakastyössä syntyvä tieto – kuten siirtymäviiveet, palvelujen saavutettavuus tai asiakkaan kokema toimijuuden vahvistuminen – on olennainen osa tätä kokonaisuutta. Rakenteellinen tieto ei korvaa ammatillista harjontaa, mutta se tekee sosiaalityön kontribuution näkyväksi ja tukee resurssien kohdentamista vaikuttavasti. (Liukko ym. 2022; Salovaara ym. 2023.)

Vaikuttavuuden arvioinnissa on tunnistettava tiedon vinoumien riski. Tiedonkeruu on aina tulkinnallista, ja eri ammattiryhmät voivat painottaa eri asioita. Lääkinnälliset järjestelmät painottavat usein toimenpiteiden määrää ja hoitajaksoja, kun taas sosiaalityössä korostuu asiakkaan arjen muutos, palvelujen saavutettavuus ja sosiaalisten suhteiden merkitys. Laadullinen tieto on välttämätöntä erityisesti sosiaalihuollossa, jossa asiakkaan kokemusta ei voida palauttaa yhteen mittariin. (Tuomi & Sarajärvi 2004; Kylmä & Juvakka 2012.)

Triangulaation merkitys korostuu erityisesti monimutkaisissa terveystieteellisen tilanteissa. Vaikuttavuus syntyy eri tietolähteiden yhteensovittamisesta: työntekijän havainnoista, asiakkaan kokemuksista ja seurantatiedosta. Esimerkiksi asiakkaan kotiutus edellyttää yhtä aikaa lääketieteellistä arviota toimintakyvystä ja sosiaalihuollon arviota asumisen, taloudellisen tuen ja tukipalvelujen riittävydestä. Näissä tilanteissa vaikuttavuus syntyy palvelujen yhteensovittamisesta, ei yksittäisistä toimenpiteistä. (Kananoja 2017, 348.)

Rakenteellisen vaikuttavuuden ydin liittyy siihen, miten mikro-, meso- ja makrotason ilmiöt kytkeytyvät toisiinsa. Yksilön hyvinvointi rakentuu osana institutionaalista ympäristöä, eikä sitä voida arvioida irrallaan palveluprosesseista ja yhteiskunnallisista rakenteista. Esimerkiksi siirtymäkohtien sujuvuus on seurausta sekä tiimitason yhteistyöstä että organisaation johtamisrakenteista. Rakenteellinen vaikuttavuus näkyy järjestelmätason muutoksissa, jotka poistavat katveita ja vahvistavat yhdenvertaisuutta. (Alastalo & Pösö 2011, 643–645; Devlieghere ym. 2022; Virolainen-Pekkinen 2023.)

Terveystieteellisen vaikuttavuutta voidaan havaita konkreettisesti asiakkaan arjessa esimerkiksi silloin, kun asuminen järjestyy, tuki myönnetään ajoissa tai taloudelliset ratkaisut ehkäisevät ongelmien kasautumista. Mesotasolla vaikuttavuus näkyy sujuvina

palveluketjuina ja selkeinä vastuunjakoina. Makrotasolla se heijastuu palvelujen yhdenvertaisuutena ja siinä, miten hyvinvointialue hyödyntää rakenteellista tietoa päätöksenteossa. (Devlieghere ym. 2022, 328–338; Liukko ym. 2022; Virolainen & Einola-Pekkinen 2023.)

Terveyssosiaalityön näkökulmasta rakenteellinen vaikuttavuus ei ole irrallinen prosessi, vaan osa jokapäiväistä toimintaa. Sosiaalityöntekijät tarkastelevat jokaisessa asiakastilanteessa sitä, miten palveluketjun eri osat toimivat ja miten rakenteet tukevat tai estävät asiakkaan hyvinvointia. Tämä tieto on välttämätöntä hyvinvointialueiden kehittämisessä, sillä se tuo näkyväksi asiakkaiden kokemuksia, joita ei voida tavoittaa määrällisten mittareiden avulla. (Muurinen & Kääriäinen 2020, 88–93.)

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1. Tutkimustehtävä

Pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää, miten terveyssoaalityöntekijät ja johto kokivat terveyssoaalityön arjen käytännöt ja palvelujen järjestämisen eräällä hyvinvointialueella. Tutkielmassa tarkasteltiin, mitä mieltä anonymisoidun hyvinvointialueen työntekijät ja johto olivat nykyisistä toimintatavoista sekä siitä, millaisia kehittämistarpeita he näkivät terveyssoaalityön tulevaisuudessa. Tutkimustehtävä rajautuu työntekijöiden ja johdon kokemuksiin, eikä pyri arvioimaan terveyssoaalityön vaikuttavuutta määrällisesti. Tarkastelu keskittyy kokemuksellisiin ja rakenteellisiin ulottuvuuksiin.

Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten terveyssoaalityö voi parhaiten tukea asiakkaita ja vastata hyvinvointialueen tarpeisiin. Tarkastelun kohteena olivat terveyssoaalityön rakenteisiin liittyvät haasteet ja mahdollisuudet sekä se, miten työn rakenteet voivat tukea asiakaslähtöistä ja vaikuttavaa toimintaa. Näin tämä tutkimus pyrki muodostamaan kokonaiskuvan terveyssoaalityön nykytilasta ja sen tulevaisuuden kehitysuunnista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten terveyssoaalityöntekijän ammattitaitoa hyödynnetään?
2. Millainen on terveyssoaalityön nykytila hyvinvointialueella?
3. Miten asiantuntijoiden mielestä terveyssoaalityö tulisi järjestää hyvinvointialueella?

Tutkimusta ohjasi rakenteellisen soaalityön tiedonintressi, jonka näkökulmasta yksilölliset kokemukset, työprosessit ja organisaatorakenteet muodostavat toisiinsa kietoutuvan kokonaisuuden. Rakenteellinen soaalityö auttaa hahmottamaan, miten työssä kohdatut ilmiöt heijastavat laajempia järjestelmätason toimintakäytäntöjä sekä miten palvelurakenteet joko tukevat tai rajoittavat terveyssoaalityön toteutumista ja asiantuntijuuden hyödyntämistä hyvinvointialueella (Payne 2014; Pohjola & Satka 2014; Tuomi & Sarajarvi 2004). Näin tutkimustehtävä rakentui tarkastelemaan sekä työn arkea että sitä määrittäviä rakenteellisia tekijöitä.

4.2 Aineiston keruu

Aineiston keruu toteutettiin ryhmähaastatteluilla, koska tavoitteena oli saada monipuolinen ja vuorovaikutuksellinen kuva terveysosiaalityön nykytilasta. Lomakekysely olisi todennäköisesti tuottanut rajallisempaa havaintoaineistoa, eikä se olisi mahdollistanut tarkentavien kysymysten esittämistä. Ryhmähaastattelu mahdollisti osallistujien kokemusten ja käsitysten esiin tuomisen vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Lisäksi voidaan todeta, että menetelmä toi näkyväksi osallistujien yhteisiä ja eriytyviä näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2004; Hirsjärvi & Hurme 2015). Tämä oli keskeistä erityisesti terveysosiaalityön arjen ja sen rakenteiden ymmärtämisessä.

Ryhmähaastatteluita toteutui kolme: kaksi terveysosiaalityöntekijöiden ryhmää ja yksi johdon ryhmä. Kaikissa ryhmissä oli kolmesta neljään osallistujaa, ja tutkimuksessa haastateltiin yhteensä kymmenen henkilöä, joista seitsemän oli terveysosiaalityöntekijöitä ja kolme johdon edustajia. Tutkimukseen kutsutuista terveysosiaalityöntekijöistä osallistui 87,75 %, ja johdon edustajien osallistuminen oli 100 %, jolloin kokonaisuudessaan tutkimukseen osallistumisaste oli 90,9 %. Osallistujat saatiin työelämäohjaajan kautta saatujen yhteystietojen avulla, ja sisäänottokriteerinä oli, että he työskentelivät terveysosiaalityön tehtävissä tai sen johtamisessa. Osallistuminen oli vapaaehtoista, ja ryhmät muodostuivat osallistujien omien aikataulujen ja toiveiden mukaisesti. Vastauskato jäi vähäiseksi, mikä vahvistaa aineiston kattavuutta tarkastellussa organisaatiokontekstissa. Aineistonkeruu toteutettiin kesäkuussa 2025, jolloin terveysosiaalityön organisointi oli tutkimusalueella vakiintuvassa vaiheessa ja työyksiköissä esiintyi samanaikaisesti rakenteellisia muutoksia, jotka vaikuttivat työn kuormitukseen.

Haastattelut toteutettiin etäyhteydellä, ja ne tallennettiin digitaalisella sanelimella. Etäyhteys soveltui hyvin ryhmähaastattelun tarpeisiin, yhteydet toimivat moitteettomasti ja osallistujat kokivat etäyhteyden turvalliseksi ja keskustelua tukevaksi. Automaattinen litterointi tarkistettiin huolellisesti ja litterointi tehtiin lähes sanatarkasti. Haastattelukysymykset toimitettiin osallistujille etukäteen, mikä vahvisti keskustelun etenemistä ja mahdollisti ennakoivaltautumisen (Tuomi & Sarajärvi 2004, 75). Saatekirjeet ja teemat toimitettiin sekä sähköisesti että paperisina.

Haastatteluja ohjasi etukäteen laadittu temahaastattelurunko, joka on esitetty liitteessä 1. Haastatteluteemat muodostuivat tutkimuskysymysten pohjalta, ja ne

suuntasivat keskustelua viiteen kokonaisuuteen: 1) Taustakysymykset, 2) terveystieteiden organisointi, 3) terveystieteiden nykytila hyvinvointialueella, 4) terveystieteiden uudelleen organisoinnin tulevaisuuden näkymät sekä 5) terveystieteiden tulevaisuus. Näiden teemojen avulla varmistettiin, että keskustelu kattoi sekä työn arjen ilmiöt että rakenteellisen tason näkökulmat.

Teemahaastattelu on yksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmä, jossa keskustelu keskittyy ennalta määriteltyihin teemoihin, mutta osallistujille annetaan vapaus jakaa omia kokemuksiaan ja näkemyksiään. Menetelmä mahdollistaa syvällisen tiedon saamisen erityisesti silloin, kun halutaan tutkia henkilökohtaisia kokemuksia tai monimutkaisempia ilmiöitä. Se eroaa strukturoiduista haastatteluista joustavuudellaan, sillä keskustelua voidaan tarkentaa ja syventää tarpeen mukaan. Teemahaastattelu voi olla joko yksilö- tai ryhmähaastattelu, ja sen etuja ovat joustavuus, syvä tiedonkeruu sekä mahdollisuus tarkastella monia näkökulmia. Haastattelujen analysoinnissa käytetään usein sisällönanalyysiä, joka tuo esiin toistuvia teemoja ja käsitteitä (Eskola & Suoranta 2005, 85–87; Hirsjärvi & Hurme 2015.)

Ryhmäteemahaastattelulla on useita etuja yksilöhaastatteluihin verrattuna, erityisesti ryhmän vuorovaikutuksen ja moninaisten näkökulmien tavoittamisessa. Ryhmässä keskustelu on dynaamista ja osallistajat voivat jatkaa ja täydentää toistensa ajatuksia, mikä tuottaa syvällisempiä ja monipuolisempia näkemyksiä (Eskola & Suoranta 2005, 96–97; Hirsjärvi & Hurme 2015, 61–63). Ryhmädynamiikka auttoi tavoittamaan myös terveystieteiden rakenteellisia jännitteitä ja käytännön työnkuluja, sillä osallistajat nostivat esiin toisilleen tuttuja tilanteita ja kokemuksia, jotka eivät välttämättä olisi nousseet esiin yksilöhaastatteluissa. Keskustelu oli luontevaa, ja haastattelija pystyi tarkentamaan kysymyksiä tarpeen mukaan ilman, että vuorovaikutus häiriintyi. Haastattelijan rooli oli fasilitoiva ja neutraali, ja tilanteissa luotiin tietoisesti turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotta osallistajat saattoivat esittää näkemyksiään avoimesti ilman johdattelun riskiä.

Haastatteluiden kokonaiskesto oli enintään 1,5 tuntia ryhmää kohden, ja litteroitua aineistoa kertyi yhteensä lähes 90 sivua. Aineistonkeruun aikatauluun vaikuttivat tutkimusluvan viivästykset, jotka siirsivät keruuta noin kuukaudella, mutta viive ei vaikuttanut aineiston laatuun. Aineiston määrän arvioitiin olevan riittävä, sillä haastattelujen

aikana ilmaiset ja teemat alkoivat toistua, mikä viittaa laadullisen tutkimuksen saturaa-tion saavuttamiseen. Seuraavassa luvussa esitetään tutkimuksen keskeiset tulokset ana-lyysin pohjalta. Seuraavassa luvussa tarkastellaan tulosten merkitystä suhteessa teori-aan, aiempaan tutkimukseen ja hyvinvointialueen rakenteellisiin olosuhteisiin.

4.3 Aineistonanalyysi

Aineiston analyysissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä, jonka tavoitteena oli muodostaa tutkimuskysymyksiin vastaava kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2004). Induk-tiivinen analyysi soveltui, koska tavoitteena oli tuottaa aineistosta nousevaa, teorialäh-töisesti rajaamatonta ymmärrystä terveyssoisaalityön käytännöistä. Haastatteluiden huolellisen litteroinnin jälkeen analyysi eteni pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta abst-rahointiin (Miles & Huberman 1984; Tuomi & Sarajärvi 2004). Näin analyysi eteni syste-maattisesti kohti tutkimustehtävän kannalta olennaisten merkitysrakenteiden tunnistam-ista (Kylmä & Juvakka 2012).

Analyysissa käytän käsitettä asiakas kuvaamaan henkilöitä, joista aineistossa käytetään nimitystä potilas. Käsitteen vaihtaminen mahdollistaa soisaalityön viitekehykseen sopi-van tulkinnan ilman, että alkuperäistä aineistoa tai sen merkityksiä muutetaan.

Ensimmäisessä vaiheessa aineisto jaettiin analyysiyksiköihin, jotka koostuivat lauseista tai lausekokonaisuuksista. Näitä voidaan pitää aineiston perusrakenteina, joiden avulla haastateltavien kuvaukset jäsenyivät analysoitaviksi kokonaisuuksiksi. Analyysiyksiköt valittiin, jotta kielelliset merkitykset säilyisivät mahdollisimman autenttisina ja vastaisi-vat haastateltavien kokemusten luonnollisia ilmaisumuotoja. Yksiköt merkittiin värikoo-dein ja koottiin alustaviksi koodeiksi, mikä auttoi irrottamaan keskeiset ilmaukset laa-jasta tekstiaineistosta.

Toisessa vaiheessa koodeista muodostettiin alaluokkia. Tulkinnanvaraisissa kohdissa pa-lattiin alkuperäiseen aineistoon, jotta luokittelu vastasi mahdollisimman tarkasti osallis-tujien omia ilmauksia. Siten luokitteluvaiheessa pyrittiin säilyttämään aineiston alkupe-räinen merkitys mahdollisimman täsmällisesti. Kolmannessa vaiheessa alaluokista muo-dostettiin pääluokkia, jotka abstrahointiin kuvaamaan tutkimuskysymyksiin vastaavia teemoja. Abstrahointivaiheessa arvioitiin toistuvasti luokkien suhdetta

tutkimustehtävään, ja näin varmistettiin analyysin johdonmukaisuus. Sisällönanalyysin eteneminen pelkistämisestä abstrahointiin on koottu taulukkoon 2, joka havainnollistaa analyysin vaiheet ja niiden väliset suhteet.

Taulukko 2. Sisällönanalyysin eteneminen.



Taulukko 2 havainnollistaa, miten analyysi eteni analyysiyksiköiden tunnistamisesta alaluokkien ja pääluokkien muodostamiseen. Taulukko tekee näkyväksi analyysiprosessin systemaattisen etenemisen ja luokittelun kuvauksellisen luonteen.

Analyysin tavoitteena oli säilyttää aineiston oma ääni ja tuoda näkyväksi ilmiön kannalta keskeiset merkitykset (Kylmä & Juvakka 2012). Näin analyysi jäsenyi kohti laajempia merkitysrakenteita, jotka yhdistivät yksittäisiä havaintoja kokonaisuuksiksi. Tutkijan kokemus vaikuttaa väistämättä tulkintoihin. Näin ollen analyysin aikana arvioin jatkuvasti omia ennako-oletuksia ja niiden mahdollista vaikutusta luokitteluun. Tulkitsevia kohtia tarkasteltiin alkuperäisaineiston valossa, jotta merkitysrakenteet pohjautuivat osallistujien omiin kuvauksiin.

Aineiston analyysin yhteydessä huolehdittiin myös anonymiteetin toteutumisesta. Kaikki tunnistetiedot, kuten yksikkö- ja tehtävänimikkeiden tarkenteet sekä muut mahdolliset henkilöllisyyksiä paljastavat viittaukset poistettiin. Haastattelut haastateltavien osalta koodattiin ryhmärooliensa mukaan (R1, R2, J1), mikä mahdollisti anonymiteetin säilymisen ja samalla sen, että näkökulmaeroja oli mahdollista tarkastella analyysissä.

Aineiston anonymisointi ja järjestelmällinen analyysisuojaus olivat keskeisiä tutkimuseettisiä ratkaisuja. Hyvinvointialue anonymisoitiin, koska toimintaympäristö oli rajattu

ja yksikkö olisi voinut olla tunnistettavissa. Tämä menettely varmistaa osallistujien yksityisyyden ja aineiston luotettavan käsittelyn (Tuomi & Sarajärvi 2004, 94–95). Taulukko 3 esittää esimerkkejä sisällönanalyysin kulusta alkuperäisilmauksista pelkistykseen ja edelleen luokkiin.

Taulukko 3. Sisällönanalyysiin kuvausta.

Alkuperäisilmaus (aineisto)	Pelkistys	Alakuokka	Pääluokka
“Meidän työlle on tyypillistä se, että on paljon ihmisiä, jotka on ensimmäistä kertaa tekemisissä sosiaaliturvan kanssa juuri sen takia, että on tapahtunut joku äkillinen kriisi tai vakava sairastuminen.” (R1)	Ensimmäinen kontakti kriisitilanteessa	Varhainen puuttuminen	Terveyssozialityön asiantuntijuus ja sen hyödyntäminen
“Terveyssozialialan työ on avaintekijä siihen, että ihminen katsotaan kokonaisuutena – ei vain terveyden näkökulmasta.” (J1)	Laaja asiantuntijuus	Moniammatillinen asiantuntijuus	Terveyssozialityön asiantuntijuus ja sen hyödyntäminen
“Työnkuva on laaja ja kattaa elämän eri vaiheet.” (R1)	Työn kohderymänä koko elämänkaari	Psykososiaalinen tuki	Terveyssozialityön nykyinen työnkuva ja työote
“Tehdään yhteistyötä muiden palveluiden ja kolmannen sektorin tahojen kanssa, pyritään ylläpitämään ja kehittämään palveluita eri asiakasryhmille.” (R2)	Moniammatillinen ja verkostomainen työ	Verkostoyhteistyö	Terveyssozialityön nykyinen työnkuva ja työote
“Ilman terveydenhuollon järjestelmää tämä työ olisi tosi vaikeaa.” (R2)	Terveydenhuollon sisäinen asema välttämätön	Työn asema	Terveyssozialityön nykyinen työnkuva ja työote
“Nykyinen malli on hyvin lähellä sitä, miten sitä haluaisi tehdäkin.” (R1)	Nykyisen mallin säilyttäminen	Työn integraation vahvistaminen	Kehittämistarpeet ja tulevaisuuden näkymät
“Meidän pitäisi saada enemmän lähentymään kaikkea sosiaalitoimintaa toisiinsa – etteivät ne eriytyisi liikaa.” (J1)	Työnjakoa ja yhteistyötä selkeyttävä	Työnjaon selkeyttäminen	Kehittämistarpeet ja tulevaisuuden näkymät
“Johdon tuki, kehittämisraenteet ja näkyvyys vahvistavat terveyssozialityön asemaa.” (R1)	Johdon tuki ja näkyvyys vahvistaa asemaa	Johdon merkitys	Kehittämistarpeet ja tulevaisuuden näkymät
“Varhainen osallistuminen potilasprosesseihin ja asiakaslähtöinen verkostotyö parantavat vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta.” (R1)	Varhainen osallistuminen ja verkostotyö parantaa vaikuttavuutta	Strateginen etu	Kehittämistarpeet ja tulevaisuuden näkymät

Taulukko 3 havainnollistaa konkreettisesti, miten sisällönanalyysin eteneminen johti yksittäisistä alkuperäisilmaisuista kohti laajempia merkitysrakenteita. Pelkistysten, alaluokkien ja pääluokkien muodostamisen kautta aineistosta nousi esiin teemoja, jotka kuvasivat terveyssozialityön asiantuntijuutta, työnkuvaa ja kehittämistarpeita. Näin haastateltavien kokemuksista rakentui tutkimuskysymyksiä vastaavia kokonaisuuksia.

Aineiston tulkintaa syvennettiin hyödyntämällä mikro-, meso- ja makrotasoista tarkastelukehikkoa, joka täydensi sisällönanalyysin etenemistä ja auttoi jäsentämään haastateltuaineiston eri ulottuvuuksia. Mikrotasolla tarkasteltiin asiakkaiden arjen tilanteita, kriisien vaikutuksia toimintakykyyn sekä konkreettisia haasteita, joita terveyssozialityöntekijät kuvasivat. Mesotasolla analysoitiin organisaatiotason rakenteita, moniammatillisia käytäntöjä ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintojen toimivuutta. Makrotasolla huomio kohdistui palvelujärjestelmän ja lainsäädännön rakenteisiin sekä institutionaalisiin ehtoihin, jotka joko mahdollistivat tai rajoittivat terveyssozialityön asemaa. Tämä kolmijakoinen jäsenitys pohjautuu ekologiseen ja systeemiseen teoriaan (Payne 2014) sekä rakenteellisen sosiaalityön tiedonintressiin, jossa yksilötason havainnot nähdään järjestelmätason toimivuutta kuvaavina rakenteellisina signaaleina (Pohjola & Satka 2014). Viitekehys auttoi tunnistamaan, miten haastateltavien kuvaukset kytkeytyivät laajempaan organisatorisiin ja rakenteellisiin ilmiöihin.

4.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeiden mukaan tutkimuksen eettisyys perustuu vastuullisuuteen, avoimuuteen ja tutkittavien kunnioittamiseen. Tutkijan velvollisuutena on noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä koko tutkimusprosessin ajan sekä varmistaa tutkimukseen osallistuvien tietosuoja, suostumus ja oikeuksien toteutuminen. Nämä periaatteet ohjaavat tutkimuksen jokaista vaihetta ja muodostavat perustan luotettavalle tiedontuotannolle. Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa myös tutkijan oma asema ja aiempi kokemus, sillä tulkinnat rakentuvat väistämättä aiempien tietojen ja käsitysten varaan (TENK 2023).

Tutkimukselle laadittiin Lapin yliopiston ohjeiden mukainen tietosuojaselvitys, joka toimitettiin tietosuojaviranomaiselle ennen aineistonkeruun aloittamista. Tietosuojaproessin tavoitteena oli varmistaa haastateltavien yksityisyyden toteutuminen sekä

henkilötietojen turvallinen käsittely tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Osallistujille annettiin kirjallinen ja suullinen tieto tutkimuksen tarkoituksesta, aineiston käsittelystä, anonymisoinnista ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta, ja heiltä kerättiin kirjallinen suostumus (Liite 2 ja Liite 3). Osallistujilla oli oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai keskeyttää osallistuminen milloin tahansa ilman seurauksia. Tutkimuksen korkea osallistumisaste (90,9 %) voi viitata siihen, että tutkimuksen toteutustapa ja eettiset periaatteet koettiin kohderyhmässä hyväksyttäväksi.

Lisäksi on tärkeää huomioida, että tutkimusetiikka on jatkuva prosessi, joka läpäisee tutkimuksen suunnittelun, aineistonkeruun, analyysin ja raportoinnin. Hyvien tutkimuskäytäntöjen tulee ohjata kaikkia tutkimuksellisia ratkaisuja. Sosiaalialan tutkimuksessa korostuvat erityisesti itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyyden ja tietosuojan turvaaminen (Rauhala & Virokannas 2011). Koska tutkimus kohdistui työntekijöiden kokemuksiin sensitiivisistä työtilanteista, oli tärkeää huolehtia siitä, että haastattelutilanteet tukivat osallistujien turvallisuuden kokemusta, luottamuksellisuutta ja mahdollisuutta päättää itse kerronnan laajuudesta.

Aineistonkeruussa noudatettiin kunnioittavaa ja turvallista vuorovaikutusta. Haastattelut saattoivat nostaa esiin kuormittavia työtilanteita, joten haastattelijan tehtävänä oli huolehtia keskustelun rauhallisesta etenemisestä, varmistaa osallistujien kokemusten arvostava kohtaaminen ja mahdollisuus rajata omaa kertomistaan. Aineiston anonymisointi toteutettiin poistamalla kaikki tunnistetiedot, kuten yksikköjen ja tehtävänimikkeiden tarkenteet sekä muut mahdolliset henkilöllisyyksiä paljastavat viittaukset. Haastateltavien puheenvuorot koodattiin ryhmärooliensa mukaan (R1, R2, J1), mikä mahdollisti anonymiteetin säilymisen ja samalla mahdollisti roolien välisten näkökulmaerojen tarkastelun analyysissä.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli keskeistä, että tutkija reflektoi omaa asemaansa ja mahdollisia ennakko-oletuksiaan. Tutkijan lähes kahdenkymmenen vuoden työkokemus sosiaalialalla ja sen rajapinnassa terveysosiaalityöhön on voinut vaikuttaa siihen, miten hän tulkitsee haastateltavien kuvauksia ja havaitsee ilmiöitä. Tämän vuoksi tutkimuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että analyysivaiheessa palattiin toistuvasti alkuperäisaineistoon ja varmistettiin, että merkitysrakenteet pohjautuivat

osallistujien omiin ilmauksiin eikä tutkijan esiymmärrykseen. Reflektiivinen työskentely vahvisti tutkimuksen eettistä ja metodologista kestävyyttä.

Tutkimus toteutettiin yhdellä hyvinvointialueella, minkä vuoksi myös tutkimuskontekstin anonymisointi oli välttämätöntä. Ilman tätä yksittäiset organisaatiot, tiimit tai työntekijät olisivat voineet olla tunnistettavissa. Näiden valintojen tarkoituksena oli varmistaa tutkimuksen eettinen kestävyys, osallistujien suoja sekä aineiston käsittelyn turvallisuus. Seuraavassa luvussa esitetään tutkimuksen analyysissä muodostuneet keskeiset tulokset.

5 Tutkimustulokset

5.1 Terveyssoisialityön asiantuntijuus

Tässä alaluvussa tarkastellaan, miten terveyssoisialityön asiantuntijuus ilmeni työntekijöiden (R1 ja R2) sekä johdon (J1) ryhmähaastatteluissa. Haastattelujen perusteella asiantuntijuus näyttäytyi monitahoisena kokonaisuutena, jossa kriisitilanteiden jäsentäminen, palvelurakenteiden tulkinta ja moniammatillinen yhteistyö kietoutuivat toisiinsa. Nämä havainnot asettuvat luontevasti osaksi aiempaa tutkimusta, jossa terveyssoisialityön kehitystä ja rakenteellisia reunaehtoja on kuvattu samansuuntaisesti (Healy 2014; Ylirukka ym. 2019; Ahonen 2020).

Haastatteluissa kuvattiin tilanteita, joissa asiakkaat kohtasivat sosiaaliturvajärjestelmän usein vasta äkillisen kriisin seurauksena ja olivat tilanteessa, jossa heidän hahmotuskykynsä oli heikentynyt. Tässä kontekstissa sosiaalityöntekijän tehtävänä oli auttaa asiakastasta hahmottamaan tilannettaan tavalla, joka oli hänen jaksamisensa kannalta mahdollinen. Tämän tulosluvun analyysi rakentuu tulkinnallisen laadullisen tutkimusperinteen mukaisesti siten, että analyysia jäsennetään mikro-, meso- ja makrotasoilla. Tasot perustuvat rakenteellisen sosiaalityön teoreettiseen näkökulmaan, jossa yksilön kokemus, ammatillinen yhteistyö ja palvelurakenteiden toiminta tarkastellaan toisiinsa kietoutuneina ilmiöinä. Valinta on metodologisesti perusteltu, sillä se mahdollistaa asiantuntijuuden tarkastelun samanaikaisesti asiakkaan, työyhteisön ja järjestelmätason näkökulmista.

Aineistossa korostui, kuinka sosiaaliturvaan liittyvät kohtaamiset tapahtuivat usein vasta kriisitilanteen kautta. Tämä tuli näkyväksi sosiaalityöntekijöiden kuvauksissa tilanteista, joissa asiakas kohtaa sosiaaliturvajärjestelmän ensimmäistä kertaa elämässään ja tekee sen tilanteessa, jossa omat voimavarat ovat rajalliset. Haastatteluissa sosiaalityöntekijät kuvasivat asiakkaiden tilanteita, joissa sosiaaliturvaan tutustuminen tapahtuu usein kriisin kautta:

“Meidän työlle on tyypillistä se, että on paljon ihmisiä, jotka on ensimmäistä kertaa tekemisissä sosiaaliturvan kanssa juuri sen takia, että on tapahtunut joku äkillinen kriisi tai vakava sairastuminen.” (R1)

Mikrotasolla sosiaalityöntekijät kuvasivat asiakkaiden tilannetta sellaisena, jossa kriisin aiheuttama kuormitus heikentää kykyä hahmottaa kokonaisuuksia ja tehdä palvelujärjestelmän edellyttämiä ratkaisuja. Asiakkaiden voimavarojen aleneminen ja tilanteen äkillisyys loivat hetkellisen toimintakyvyn rajoitteen. Tämä vaikutti suoraan siihen, kuinka asiakas pystyi vastaanottamaan tietoa. Sosiaalityöntekijät kuvasivat, että heidän tehtävänsä oli sovittaa työn tempo ja sisältö asiakkaan kulloiseenkin jaksamiseen ja rakentaa tilannekohtaisesti ymmärrettävä kokonaisuus oikeuksista, etuuksista ja palvelureiteistä. Tätä havainnollistaa työntekijöiden toteamus:

“Potilas ei aina itse jaksaa tai osaa hahmottaa kaikkea.” (R1)

Mikrotason ilmiöissä näkyy terveysosiaalityön kriisityön logiikka: asiakkaan tilannetta ei voida tarkastella irrallaan hänen emotionaalista ja kognitiivisesta kuormituksestaan (Ylirukka ym. 2019, 31–33; Ahonen 2020). Aineiston perusteella sosiaalityöntekijät tunnistivat tilanteet, joissa asiakas ei kykene omaksumaan monimutkaista tietoa ilman asiantuntijan tukea. Kyse ei ollut vain tiedon määrästä vaan siitä, että kriisitilanteessa asiakkaan kyky keskittyä, arvioida ja tehdä päätöksiä oli olennaisesti heikentynyt. Sosiaalityö ei näin ollen ollut pelkkää tiedon jakamista, vaan asiakkaan tilanteen jäsentämistä tavalla, joka oli hänelle mahdollinen. Seuraava lainaus havainnollistaa asiakkaan tilanteen ja palvelujärjestelmän vaatimusten välistä tiedollista epäsuhtaa:

“Haavoittuvissa tilanteissa olevilla ei ole tietoa oikeuksistaan tai palvelusta, joten meidän asiantuntijuus on täysin välttämätöntä.” (R2)

Mikrotason ilmiöt muodostivat analyysin ensimmäisen tason, jossa asiakkaiden kokemukset ja kriisin vaikutukset toimijuuteen hahmottuivat. Tämä taso toimi lähtökohdiana myöhemmälle mesotason tarkastelulle, jossa yksilön kokemusta lähestytään suhteessa moniammatilliseen toimintaan ja työyhteisön rakenteisiin.

Mesotasolla sosiaalityöntekijät kuvasivat moniammatillista yhteistyötä tilanteena, jossa eri ammattiryhmien tuottama tieto yhdistyi sosiaalityön tulkintaan. Tällä tasolla sosiaalityöntekijä toimi palveluketjun koordinoijana, joka rakensi kokonaisarvion asiakkaan tarpeista yhdistämällä hajallaan olevaa tietoa. Tämä näkyi johdon kuvauksissa, joissa sosiaalityön rooli nähtiin täydentävänä ja asiakkaan kokonaisuutta avaavana:

“Terveysosaialan työ on avaintekijä siihen, että ihminen katsotaan kokonaisuutena ei vain terveyden näkökulmasta.” (J1)

Mesotasolla sosiaalityöntekijän tehtävä ei rajoittunut yksittäisten asiakkaiden tilanteen selvittelyyn, vaan laajeni tiedonkulun varmistamiseen, hoitoprosessien tukemiseen ja yhteistyökäytäntöjen tulkintaan. Haastatteluissa korostui erityisesti se, miten sosiaalityöntekijät tunnistivat ja toivat näkyväksi tiedonkulun katkoksia ja epäselvää työnjakoa, jotka vaikuttivat suoraan asiakkaan palveluprosessiin. Mesotason toiminta näkyi selkeästi myös siinä, että sosiaalityöntekijä pystyi kokoamaan eri ammattiryhmien näkökulmia yhteen:

“Saamme tietoa eri ammattiryhmien kirjauksista, jolloin pystymme muodostamaan kokonaisarvion potilaan tilanteesta.” (J1)

Mesotason tarkastelu osoitti, kuinka yksilötason kokemukset kietoutuvat organisaation rakenteisiin. Sosiaalityöntekijän asema moniammatillisessa yhteistyössä mahdollistaa laaja-alaisen perspektiivin siihen, miten tiedonkulku, vastuunjako ja hoitoprosessit toimivat käytännössä. Tämän vuoksi mesotaso toimi siltana mikrotason asiakastyön ja makrotason rakenteellisten havaintojen välillä. Laaja asiakaskunta heijastaa työntekijöiden mahdollisuutta hahmottaa toistuvia palvelujärjestelmän rakenteellisia piirteitä, mikä näkyy seuraavassa lainauksessa:

“Tässä työssä ollaan koko elämän kirjon kanssa tekemisissä vauvasta elämän loppuun.” (R1)

Eri ikäryhmien kautta syntynyt kokemus osoitti, että samankaltaiset palveluketjujen viiveet, etuuksien käsittelyn hitaus tai tiedonkulun katkokset eivät olleet vain yksittäisiä poikkeuksia, vaan rakenteellisia ilmiöitä. Näin mesotasolla syntynyt tieto muodosti perustan makrotason tarkastelulle, jossa palvelujärjestelmän toimintalogiikkaa lievennetään yksilökohtaisia rajoja laajemmaksi. Makrotasolla sosiaalityöntekijät kuvasivat asiakkaiden ja omaisten vaikeuksia hahmottaa sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän

kokonaisuuksia. Moni asiakas tuli järjestelmään vasta kriisin kautta, mikä on rakenteellisesti ongelmallista:

“Monet asiakkaat ovat ensimmäistä kertaa tekemisissä sosiaaliturvan kanssa.” (R2)

Tämä aineistossa toistuva havainto osoittaa, että sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän selkeys ja saavutettavuus eivät toteudu yhdenvertaisesti. Makrotason tarkastelu tuli esiin myös tilanteissa, joissa sosiaalityön kytkeytyminen asiakasprosessiin tapahtui liian myöhään. Tällöin esimerkiksi kotiutuminen tai etuusratkaisut viivästyivät, mikä lisäsi asiakkaan kuormitusta ja aiheutti katkoksia palveluketjuihin. Tällaiset tilanteet heijastavat palvelujärjestelmän rakenteellista haavoittuvuutta ja sitä, kuinka järjestelmä ei kaikissa kohdin tue asiakkaan oikea-aikaista etenemistä (Healy 2014, 135).

Makrotason tarkastelussa yksittäisistä asiakastilanteista muodostui rakenteellista tietoa silloin, kun samankaltaiset palveluketjujen viiveet, etuusprosessien haasteet tai tiedonkulun puutteet toistuivat useissa yksiköissä ja eri asiakasryhmissä. Sosiaalityöntekijät toimivat tämän tiedon keskeisinä tuottajina, sillä he tarkastelivat palvelujärjestelmää asiakkaan näkökulmasta ja kykenivät tunnistamaan ne kohdat, joissa järjestelmä ei toimi yhdenvertaisesti tai läpinäkyvästi.

Tarkastelussa tämän luvun tulkinnat rakentuvat tutkijan ja aineiston vuoropuhelussa, mikä on tyypillistä tulkinnalliselle laadulliselle tutkimukselle. Tässä analyysissä mikrota-son, mesotason ja makrotason ilmiöt nähdään toisiaan valottavina ja työprosessia ohjaavina tasoina. Tämä tarkoittaa, että analyysi ei ole vain kokoelma yksittäisiä havaintoja, vaan tulkinnallinen kokonaisuus, joka pyrkii ymmärtämään terveysosiaalityön asiantuntijuutta moniulotteisessa palvelukontekstissa.

Mikrotason asiakastyössä tunnistettu kuormittuneisuus, mesotason tiedonkulun haasteet ja makrotason rakenteelliset esteet alkoivat muodostaa toistuvia havaintoja, ne rakensivat kokonaiskuvan terveysosiaalityön kaksoispositiosta. Kaksoispositio on rakenteellisen sosiaalityön teorioissa keskeinen käsite, joka kuvaa sosiaalityöntekijän asemaa yhtä aikaa asiakkaan rinnalla ja palvelujärjestelmän tulkkina. Kaksoispositio konkretisoi terveysosiaalityön asiantuntijuuden moniulotteisuuden, jossa yksilön tilanteen ymmärtäminen ja järjestelmätason ilmiöiden tulkinta kietoutuvat toisiinsa.

Aineiston perusteella terveyssoiaalityön asiantuntijuus rakentui monimuotoisesti: se yhdisti kriisityön logiikan, palvelurakenteiden tulkinnan ja moniammatillisen yhteistyön. Sosiaalityö tuotti paitsi yksilöllistä tukea myös rakenteellista tietoa palvelujen toimivuudesta, tiedonkulun katkeamisista ja tilanteista, joissa asiakkaan oikeudet eivät toteutuneet ilman asiantuntijan väliintuloa. Näin tämän alaluvun tulokset ei ainoastaan kuvaa terveyssoiaalityön käytäntöjä, vaan tuottaa uudenlaista ymmärrystä siitä, miten asiantuntijuus rakentuu asiakkaan elämäntilanteen, moniammatillisen työn ja palvelurakenteiden rajapinnoissa. Tulos avaa näkökulman siihen, miten terveyssoiaalityön tuottama rakenteellinen tieto on välttämätöntä palveluketjujen kehittämiseksi ja sosiaalityön yhteiskunnallisen tehtävän ymmärtämiseksi.

5.2 Terveyssoiaalityön työnkuva ja työote

Tässä alaluvussa tarkastellaan terveyssoiaalityön asiantuntijuutta, konkreettista työnkuvaa ja työotetta sairaalaympäristössä sekä kuvataan, miten ne rakentuvat suhteessa työn moniammatilliseen ja systeemiseen luonteeseen. Tulokset jäsennetään mikro-, meso- ja makrotasolle, mikä mahdollistaa työnkuvan tarkastelun samankaltaisesti asiakkaan tilanteen, työyhteisön rakenteiden ja palvelujärjestelmän kokonaisuuden näkökulmista (Mäki 2006; Ahonen 2020). Valittu jäsenitys perustuu rakenteellisen sosiaalityön viitekehukseen, jonka mukaan yksilö-, verkosto- ja järjestelmätason ilmiöt muodostavat toisiinsa kietoutuvan kokonaisuuden.

Aineistossa työnkuva ja työote näyttäytyivät rinnakkaisina ja toisiaan täydentävinä ulottuvuuksina: työnkuvalla viitattiin sosiaalityön konkreettisiin tehtäviin, kun taas työote kuvasi tapaa, jolla nämä tehtävät suhteutettiin asiakkaan tilanteeseen ja palvelurakenteiden toimivuuteen. Nämä kaksi ulottuvuutta muodostivat yhdessä kokonaisuuden, jonka kautta terveyssoiaalityön asiantuntijuus tuli näkyväksi.

Aineiston perusteella terveyssoiaalityö näyttäytyi työnkuvaltaan laaja-alaisena ja kriisikeskeisenä, sillä sosiaalityöntekijät kuvasivat olevansa asiakkaiden ensimmäinen kontakti sosiaaliturvajärjestelmään. Ensikontakti syntyi usein tilanteessa, jossa asiakkaan elämäntilanne oli äkillisesti muuttunut, eikä hänellä ollut ennakkotietoa oikeuksistaan tai palvelureiteistä. Haastatteluissa kuvastui, kuinka sosiaaliturvajärjestelmä

näyttäytyi asiakkaalle vasta kriisin jälkeen, mikä loi työntekijöille tarpeen sekä tiedolliseen että emotionaaliseen tukeen. Tämä näkyy seuraavassa kuvauksessa:

“Meidän työlle on tyypillistä se, että on paljon ihmisiä, jotka on ensimmäistä kertaa tekemisissä sosiaaliturvan kanssa juuri sen takia, että on tapahtunut joku äkillinen kriisi tai vakava sairastuminen.” (R1)

Työnkuvan ensikontakti tekee sosiaalityöstä paitsi kriisityötä myös rakenteellisen havaintopaikan: sosiaalityöntekijät näkevät ensimmäisinä ne tilanteet, joissa palvelujärjestelmä ei kohtaa kansalaisia oikea-aikaisesti. Tämän vuoksi työnkuva on tutkimuksellisesti ja organisatorisesti merkittävä, sillä se tuottaa jatkuvasti tietoa siitä, missä palvelurakenteet eivät tue ennakoivaa ohjausta (Ahonen 2020). Johdon näkökulmasta terveysosiaalityö teki näkyväksi asiakkaan elämäntilanteen ulottuvuuksia, joita ei ollut mahdollista tavoittaa pelkästään lääketieteellisestä näkökulmasta:

“Terveysosiaali-alan työ on avaintekijä siihen, että ihminen katsotaan kokonaisuutena – ei vain terveyden näkökulmasta.” (J1)

Aineistossa työnkuva kuvattiin moniulotteiseksi ja tilanteisesti vaihtelevaksi kokonaisuudeksi, jonka sisällä taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset tekijät kietoutuivat yhteen. Tämä laaja-alaisuus näkyi myös konkreettisissa työtehtävissä:

“Kartoitetaan taloudellinen tilanne, sosiaalinen tilanne, etuudet ja sairauden aiheuttamat muutostarpeet.” (R2)

Työnkuvan ulottuessa kaikkiin elämänvaiheisiin, sosiaalityöntekijät havaitsivat toistuvia rakenteellisia esteitä ja päällekkäisyyksiä yli yksikkö- ja palvelurajojen. Tällainen työnkuvan laajuus on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan terveysosiaalityö toimii sillanrakentajana terveydenhuollon ja sosiaalisen ympäristön välillä (Mäki 2006). Työn ulottuminen kaikkiin elämänvaiheisiin mahdollistaa rakenteellisten ilmiöiden tunnistamisen yli yksikkö- ja palvelurajojen, mikä näkyy seuraavassa kuvauksessa:

“Tässä työssä ollaan koko elämän kirjon kanssa tekemisissä – vauvasta elämän loppuun.” (R1)

Mikrotasolla asiantuntijuus ilmeni kokonaisvaltaisena tilannearviona, jossa kartoitettiin asiakkaan voimavarat, rajoitteet, sosiaalinen ympäristö sekä sairauden vaikutukset arkeen ja toimintakykyyn. Tilannearvio oli usein haastava, koska asiakas ei kriisitilanteessa

pystynyt hahmottamaan kaikkia tilanteeseensa liittyviä tekijöitä, mikä korosti sosiaalityöntekijän roolia tilanteen jäsentäjänä ja rauhoittajana. Haastattelut toivat esiin tilanteita, joissa asiakkaan kyky arvioida omaa tilannettaan oli rajallinen:

“Potilas ei aina itse jaksa tai osaa hahmottaa kaikkea.” (R1)

Tämä mikrotason näkökulma teki näkyväksi tilanteen, jossa asiakkaan toimintakyky ja järjestelmän odotukset eivät kohdanneet. Sosiaalityöntekijät kuvasivat navigoivansa tilanteissa, joissa palvelurakenteet edellyttivät asiakkaalta omatoimisuutta, vaikka kriisi oli merkittävästi kaventanut hänen kykyään toimia. Psykososiaalinen tuki oli keskeinen osa työtettä, ja sen kautta sosiaalityöntekijät pitivät yllä asiakkaan ja omaisten toivoa ja selviytymiskykyä. Tutkimuksen tulokset saavat lisävahvistusta aiemmasta terveystieteellisytyötä koskevasta tutkimuksesta, jossa asiakkaan tilanteen jäsentämisen ja psykososiaalisen tuen merkitys tunnustetaan keskeiseksi osaksi asiakaspolun toimivuutta (Rovamo 2021; Riekkinen ym. 2025). Psykososiaalisen tuen merkitys toistui sekä työntekijöiden että johdon puheessa:

“Psykososiaalinen tuki sekä potilaille että omaisille on iso osa tätä työtä.” (R2)

“Motivointi ja toivon ylläpitäminen ovat keskeisiä, kun elämä on muuttunut täysin.” (J1)

Mikrotason havaintojen pohjalta hahmottuu laajempi kokonaisuus. Havainnot osoittaa, että terveystieteellisytyön asiantuntijuus ei rajaudu vain yksilötyöhön, vaan rakentuu rakenteellisen tiedon tunnistamiseen arjen käytännöissä. Asiakaskohtainen työ tuottaa samanaikaisesti tietoa niistä palvelujärjestelmän kohdista, joissa asiakkaan toimintakyky, järjestelmän vaatimukset ja hoitoprosessin aikataulut eivät kohtaa. Tätä kaksoispositiota, jossa sosiaalityöntekijä toimii yhtä aikaa asiakkaan rinnalla ja palvelujärjestelmän tulkkina, on kuvattu rakenteellisen sosiaalityön teorioissa keskeisenä asiantuntijuuden muotona. Yksilötason havainnoista rakentuu tällöin ymmärrys laajemmista rakenteellisista ilmiöistä.

Mikrotason havaintojen jälkeen aineistossa nousi esiin myös työntekijöiden ja johdon näkökulmien ero. Työntekijät korostivat arjen välittömiä ratkaisuja, kriisitilanteisiin vastaamista ja asiakkaiden tilanteiden nopeaa jäsentämistä. Johto puolestaan tarkasteli työtä laajempien palveluprosessien, jatkuvuuden ja systemaattisuuden näkökulmasta.

Nämä painotuserot täydensivät toisiaan: työntekijöiden kiireinen ja akuutti työ tarjosi rakenteellista havaintotietoa, kun taas johto pyrki tekemään työstä ennakoitavampaa ja yhdenmukaisempaa. Aiempi tutkimus tukee tätä havaintoa, sillä terveyssoaalityössä yhdistyvät yhtä aikaa sekä välitön kriisityö että rakenteellisen tason tiedontuotanto (Ylirukka 2019; Ahonen 2020). Työn nopeusnäkyvyys näkyi myös soaalityöntekijöiden kuvauksissa:

“Työtä tehdään nopeassa rytmissä – sairaala ei voi jäädä odottamaan viikkoja vastauksia.” (R2)

Tämä osoitti rakenteellisen jännitteen soaalityurvan aikataulujen ja sairaalatyön tempon välillä. Sairaalaympäristössä työote edellytti jatkuvaa priorisointia ja ongelmanratkaisua, mikä korostaa soaalityön roolia jatkohoidon sujuvoittamisessa, etuuksien hakemisessa ja asumisen järjestelyissä (Ylirukka ym. 2019; Ahonen 2020). Mesotasolla asiantuntijuus näkyi moniammatillisessa yhteistyössä ja tiedon kokoamisessa. Soaalityöntekijä liitti eri ammattiryhmien tuottaman tiedon kokonaisuudeksi, joka tuki asiakkaan tilannetta koskevaa päätöksentekoa:

“Saamme tietoa eri ammattiryhmien kirjauksista, jolloin pystymme muodostamaan kokonaisarvion potilaan tilanteesta.” (J1)

Mesotason työskentely paljasti tiedonkulun epäjatkuvuudet ja käytäntöjen erot, jotka vaikuttavat palveluketjujen yhdenvertaisuuteen (Virolainen & Einola-Pekkinen 2023). Työntekijät kuvailivat myös systeemistä työtettä, jossa asiakkaan tilanne nähdään osana laajempaa palveluverkostoa:

“Hyvin paljon systeemistä työskentelyä – kaikki vaikuttaa kaikkeen ja verkostossa työskennellään.” (R2)

Verkostoneuvotteluissa korostuivat harkinta ja tarkoituksenmukaisuus. Haastateltavat kuvasivat, ettei neuvotteluja järjestetty rutiininomaisesti, vaan niiden tarve arvioitiin tapauskohtaisesti asiakkaan tilanteen ja hoitopolun etenemisen perusteella. Tämä havainto vahvistaa tutkimuksen keskeistä antia siitä, että monitoimijainen yhteistyö tukee asiakastyötä vain silloin, kun se on tarkoituksenmukaisesti jäsennetty eikä itsessään kuormittava. Näkemys on linjassa aiempien tutkimusten kanssa, joissa monitoimijaisuuden todetaan toimivan työntekijän voimavarana vain selkeiden rakenteiden ja työnjaon puitteissa (Mönkkönen & Kekoni 2020). Tavoitteena oli varmistaa, että verkoston

kokoaminen tuotti asiakkaalle konkreettista hyötyä eikä lisännyt prosessien kuormittavuutta:

“Verkostoneuvotteluja kannattaa tehdä vain silloin, kun ne aidosti palvelevat potilasta.” (R1)

Johto korosti, että moniammatillisuuden vaikuttavuus edellytti selkeitä kirjaamiskäytäntöjä, vastuunjakoa ja systemaattisia prosesseja (Liukko ym. 2022; Viro-lainen & Einola-Pekkinen 2023). Makrotasolla korostui sosiaalityön tulkaava rooli tilanteissa, joissa asiakkaat eivät tunnistanee oikeuksiaan tai palvelureittejään ilman asiantuntijan tukea:

“Monet asiakkaat ovat ensimmäistä kertaa tekemisissä sosiaaliturvan kanssa.” (R2)

Myöhäinen kiinnittyminen palveluihin johti viiveisiin etuusprosesseissa ja kotiutuksessa, mikä korosti sosiaalityön oikea-aikaisen roolin rakenteellista merkitystä (Seikkula & Arnkil 2009; Healy 2014). Makrotason näkökulmissa korostuivat myös sosiaalisen tiedon näkyvyyden ja kirjaamisen yhdenmukaisuuden vaatimukset moniportaisissa palvelukonaisuuksissa.

Mikro-, meso- ja makrotasojen havainnot yhdistettäessä, muodostuu kokonaisuus, jossa terveysosiaalityön työnkuva toimii yhtä aikaa asiakkaan tilanteen tukena ja palvelujärjestelmän rakenteiden tulkitsijana. Tämä kaksitasoinen tehtävä tekee terveysosiaalityöstä keskeisen tiedon tuottajan, jonka havainnot hyvinvointialue tarvitsee rakenteellisen kehittämisen ja palveluketjujen yhdenvertaisuuden parantamiseksi.

5.3 Terveysosiaalityön organisoituminen ja asema

Terveysosiaalityön organisoituminen terveydenhuollon sisälle näyttäytyi aineistossa sekä työntekijöiden että johdon puheessa työn vaikuttavuuden keskeisenä edellytyksenä. Palveluiden toteutumisen fyysinen läheisyys hoitoyksiköissä, matalan kynnyksen saavutettavuus ja mahdollisuus reaaliaikaiseen vuorovaikutukseen nähtiin rakenteina, jotka tekevät sosiaalisen tiedon tunnistamisen ja hyödyntämisen mahdolliseksi hoitoprosessin alkuvaiheissa.

Aineiston perusteella sosiaalityö koettiin vaikuttavimmaksi silloin, kun se oli päivittäisessä vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa ja kytkeytyi saumattomasti osaksi asiakkaan palvelupolkua. Tätä näkemystä tukee aiempi tutkimus, jonka mukaan sosiaalityön vaikuttavuus vahvistuu, kun se on integroitu hoitoympäristön sisäisiin prosesseihin eikä toimi irrallisena tukipalveluna (Seikkula & Arnkil 2009; Healy 2014). Ensikontaktin merkitys näyttäytyi aineistossa erityisesti saavutettavuuden ja fyysisen läsnäolon kautta, jotka mahdollistavat sosiaalisen tiedon tunnistamisen hoitoprosessin alkuvaiheissa. Ensikontaktin kriisiluonne konkretisoituu työntekijöiden kuvauksessa:

“Meidät tavoittaa sairaalassa matalalla kynnyksellä ja nopeasti.” (R1)

Yllä oleva haastateltavien kuvaus osoittaa, että sosiaalityön vaikuttavuus rakentuu työntekijän läsnäolosta hoitotilanteissa ja välittömästä tavoitettavuudesta. Tämä saavutettavuus ei ole ainoastaan toiminnallinen etu, vaan rakenteellinen edellytys sosiaalisen tiedon oikea-aikaiselle hyödyntämiselle. Sosiaalityöntekijän läsnäolo hoitoympäristön sisällä mahdollistaa myös sellaisten elämäntilanteeseen liittyvien riskien ja arjen haasteiden varhaisen tunnistamisen, jotka eivät välttämättä näy asiakas- ja potilastietojärjestelmissä, mutta ovat ratkaisevia palveluketjujen sujuvuuden kannalta.

Mikrotasolla organisoituminen näkyi sosiaalityöntekijöiden kuvauksissa siitä, miten fyysinen läsnäolo mahdollisti oikea-aikaisen puuttumisen asiakkaan tilanteeseen, ja siitä, että sosiaalinen tieto kytkeytyi asiakkaan hoitopäätöksiin jo varhaisessa vaiheessa. Asiakkaan arjen olosuhteet, voimavarojen rajallisuus ja mahdolliset sosiaaliturvaan liittyvät esteet pystyttiin näin huomioimaan ennen kuin ne muuttuivat viiveitä tai katkoksia aiheuttaviksi tekijöiksi jatkohoidossa. Mikrotason tarkastelu osoitti, että sosiaalityö muodostaa asiakkaan rinnalla asiantuntijan, joka pystyy tulkitsemaan arjen rakenteellisia riskejä hoidon yhteydessä ja tukee näin asiakkaan turvallista hoitopolkua.

Aineistossa tuli esiin, että sosiaalityö oli kiinteä osa hoitoyksiköiden toimintaa, mutta rajapinnat sosiaalihuoltoon päin muodostivat pysyvän jännitekohdan. Etenkin tiedonkulun katkokset ja vastuiden epäselvyys näyttäytyivät merkittävänä rakenteellisina haasteina. Tämä oli yhtenevä aiempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan eri organisaatioiden velvoitteet, kirjaamiskäytännöt ja tiedonsiirtokanavat aiheuttavat kitkaa erityisesti juuri niissä kohdissa, joissa asiakkaan palveluntarve ylittää yhden sektorin rajat

(Pösö 2010; Aarnio & Pösö 2023). Mesotasolla rajapintojen rakenteelliset haasteet konkretisoituvat johdon toteamuksessa:

“Yhteistyö on haastavaa ilman suoria yhteydenottokanavia.” (J1)

Mesotasolla tämä sitaatti paljastaa palvelurakenteen epäjatkuvuuden, joka pakottaa sosiaalityöntekijät tukeutumaan omiin verkostoihinsa ja henkilökohtaiseen aktiivisuuteensa. Tällainen järjestelmäriippuvuus tekee yhteistyöstä haavoittuvaa ja altistaa sen satunnaisuudelle, koska se rakentuu yksittäisten henkilöiden välisille yhteyksille eikä selkeille, institutionaalisesti määritellyille yhteistyökäytännöille. Aineiston perusteella tämä oli yksi merkittävimmistä sosiaalityötä kuormittavista tekijöistä. Hoitoympäristöön sijoittuminen mahdollisti myös reaaliaikaisen tiedonsaannin ja moniammatilliset konsultaatiot, joita pidettiin työn vaikuttavuuden kannalta välttämättöminä.

“Sairaalassa työskentely on välttämätöntä, koska muuten ei pääsisi käsiksi tarvittavaan tietoon.” (J1)

Mesotasolla tämä havainnollistaa, kuinka sosiaalityön asema ei ole vain organisatorinen valinta, vaan tieto- ja päätöksentekorakenteiden kannalta kriittinen edellytys. Sosiaalisen tiedon ajantasaisuus ja näkyvyys edellyttävät oikeuksia asiakas- ja potilastietojärjestelmiin ja mahdollisuutta osallistua hoitotiimien arkeen. Ilman tätä sosiaalityö jäisi reaktiiviseksi ja perustuisi puutteelliseen tietoon. Aineistossa toistui huoli sosiaalityön haavoittuvasta asemasta pienissä tiimeissä. Pienet henkilöstöresurssit ja osaamisen keskittyminen muutamalle työntekijälle koettiin riskinä työn jatkuvuudelle, palveluketjujen yhdenvertaisuudelle ja asiakkaiden tilanteiden huomioimiselle. Organisatorisen haavoittuvuuden rakenteellinen ulottuvuus näkyy johdon kuvauksessa:

“Pieni tiimi tekee meistä haavoittuvia.” (J1)

Makrotasolla tämä ei ole vain resurssikysymys, vaan rakenteellinen riski, jossa sosiaalisen tiedon tuottaminen voi katketa äkillisesti henkilömuutosten, sairauspoissaolojen tai organisaatiomuutosten myötä. Ilman rakenteellista turvaa sosiaalityön asema rakentuu liiaksi organisaation sisäisten ratkaisujen ja henkilöstön pysyvyyden varaan. Aineistossa korostui lisäksi sosiaalityön lainsäädännöllisen aseman puuttuminen.

“Sosiaalityön paikkaa ei ole kirjattu lakiin, mikä aiheuttaa epävarmuutta.”

(R2)

Tämä osoittaa, että ilman lakisääteistä asemaa sosiaalityön institutionaalinen rooli terveydenhuollossa jää tulkinnanvaraiseksi. Lainsäädännöllinen suoja nähtiin keinona turvata sosiaalisen tiedon näkyvyys, jatkuvuus ja asakkaiden yhdenvertaisuus eri hyvinvointialueilla. Näiden puuttuminen heikentää sosiaalityön asemaa ja altistaa sen organisatorisille muutoksille.

Aineistossa nousi esiin myös se, että sosiaalityön vaikuttavuutta ei aina voida osoittaa määrällisten mittareiden avulla. Työntekijät kuvasivat, että heidän varhainen puuttumisensa ehkäisi myöhempää kuormitusta esimerkiksi kotiutusten tai etuusprosessien viiveiden vähentymisen kautta. Tämä vastaa aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan sosiaalityön vaikuttavuus näkyy erityisesti laadullisessa tiedossa palveluketjujen toimivuudesta eikä suoritteiden määrässä (Pohjola & Satka 2014; Liukko ym. 2022). Tämä havainto kiteyttää sosiaalityön rakenteellisen tulkkausroolin myös organisatorisella tasolla:

“Monet asiakkaat ovat ensimmäistä kertaa tekemisissä sosiaaliturvan kanssa.” (R2)

Makrotasolla tämä havainto kytkee yhteen sosiaaliturvan monimutkaisuuden, lainsäädäntörajanpinnat ja palveluohjauksen rakenteelliset edellytykset. Tämä osoittaa, että sosiaalityö tekee näkyväksi palvelurakenteiden kohtia, joissa asiakkaat eivät ilman terveysosiaalityön tukea tavoita palveluita ajoissa.

Aineiston perusteella haastateltavat esittivät myös konkreettisia kehittämissuhteita, kuten suorien viranomaislinjojen käyttöönottoa, yhtenäistä konsultointipohjaa ja selkeytettyjä vastuunjakoja rajapinnoissa. Näillä nähtiin olevan vaikutusta paitsi työn sujumuuteen myös tiedonkulun jatkuvuuden turvaamiseen. Sosiaalityöntekijöiden mukaan rakenteiden selkeyttäminen on edellytys sille, että palveluketjut eivät ole riippuvaisia yksittäisten työntekijöiden henkilökohtaisista verkostoista.

Mikro-, meso- ja makrotason havaintojen yhteistarkastelu nostaa terveyssozialityön organisoitumisen keskeiseksi rakenteellisen tiedon tuottamisen edellytykseksi. Vain hoitoyksiköihin sijoittuneena sosiaalityö kykenee havaitsemaan palveluketjujen kriittiset solmukohdat, tiedonkulun katkoskohdat ja vastuunjaon epäselvyydet. Sosiaalityön aseman epävarmuus ja erityisesti lakisääteisen tunnustuksen puuttuminen heijastuvat työntekijöiden kokemuksissa haavoittuvuutena, mikä vaikuttaa palvelujen yhdenvertaisuuteen ja tiedon jatkuvuuteen. Organisoitumisratkaisut ovat siten suoraan yhteydessä siihen, kuinka hyvin rakenteellinen tieto voidaan tunnistaa, dokumentoida ja integroida johtamiseen.

5.4 Terveyssozialityön tulevaisuuden näkymä

Tulevaisuuden näkymien osalta aineistossa korostui tarve säilyttää terveyssozialityön nykyinen asema ja vahvistaa yhteistyörakenteita osana hyvinvointialueen kokonaisuutta. Työntekijät ja johto näkivät, että nykyiset toimintamallit tukevat vaikuttavuutta juuri siksi, että sosiaalityö on kiinnittynyt hoitoyksiköiden arkeen ja pystyy toimimaan oikea-aikaisesti asiakkaiden tilanteissa (Ylirukka ym. 2019; Ahonen 2020). Tämä asema haluttiin säilyttää myös tulevaisuudessa, ja terveyssozialityö nähtiin tärkeänä toimijana hoitoprosessin alkuvaiheissa, joissa sosiaalinen tieto vaikuttaa päätöksentekoon ja palveluketjujen sujuvuuteen. Havaintojen perusteella tulevaisuuden näkymät kytkeytyvät ensisijaisesti rakenteellisiin ratkaisuihin, joiden kautta sosiaalinen tieto voidaan tunnistaa ja tuottaa oikea-aikaisesti osana hoitoprosessia. Työntekijöiden kokemus nykyisen mallin toimivuudesta konkretisoituu seuraavassa kuvauksessa:

"Nykyinen malli on hyvin lähellä sitä, miten sitä haluaisi tehdäkin." (R1)

Havainto osoittaa, että toimivuus ei perustu pelkästään yksittäisiin työntekijöihin, vaan rakenteisiin, jotka mahdollistavat sosiaalityön kiinnittymisen hoitoympäristöön. Mikrotasolla tulevaisuuden näkymä rakentuu siitä, että asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen arviointi edellyttää läsnäoloa hoitoprosessin arjessa, missä kriisin vaikutukset ja palvelutarpeet tulevat esiin välittömästi. Kun organisoitumismalli koetaan toimivaksi ja lähellä ihannetta, korostuu havainto siitä, että oikea-aikaisuus syntyy nimenomaan

työskentelystä hoitoprosessin rinnalla. Aineistossa ihanteellisuutta perusteltiin erityisesti sosiaalityön saavutettavuudella, varhaisella osallistumisella ja tiedon saumattomalla kytkeytymisellä hoitoprosessiin.

Aineisto toi esiin myös tarpeen vahvistaa sosiaalityön sisäistä integraatiota ja vähentää eriytymistä. Työntekijät kokivat, että sosiaalihuollon eri toimintojen liiallinen eriytyminen heikentää tiedonkulkua ja lisää riskiä, että asiakkaat putoavat järjestelmien väliin. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin ratkaisevana, jotta palveluketjut säilyvät ehjinä ja sosiaalinen tieto kulkee päätöksenteon tueksi.

"Meidän pitäisi saada enemmän lähentymään kaikkea sosiaalityötä toisiinsa – etteivät ne eriytyisi liikaa." (J1)

Mesotasolla tulevaisuuden kehittämistarpeet liittyivät organisaatorakenteisiin, työnjakoon ja rajapintojen selkeyttämiseen. Työntekijät toivat esiin tarpeen vahvistaa yhteydenpitoa avopalveluihin ja selkeyttää sosionomien ja sosiaalityöntekijöiden rooleja, jotta asiakas ei jää epäselvien vastuiden vuoksi palveluketjun ulkopuolelle. Integraatio nähtiin paitsi operatiivisena ratkaisuna myös rakenteellisena edellytyksenä sosiaalisen tiedon yhdenvertaiselle siirtymiselle.

Aineistossa johdon ja työntekijöiden näkemykset tulevaisuuden organisoitumisesta olivat huomattavan yhteneväisiä. Molemmat ryhmät pitivät tärkeänä, että terveysosiaalityön paikka säilyy terveydenhuollon rakenteissa, lähellä asiakasta ja hoitoprosessia. Näkemys tukee aiempaa tutkimusta, jonka mukaan sosiaalisen näkökulman liittäminen hoidon alkuvaiheeseen lyhentää läpimenoaikoja, vähentää päällekkäisyyksiä ja tukee palveluketjujen jatkuvuutta (Henderson ym. 2021; Tiirinki ym. 2022). Ilmiö näyttäytyi tulevaisuutta koskeissa puheenvuoroissa eri tasoilla, mikä vahvisti käsitystä mallin rakenteellisesta merkityksestä. Sosiaalityön paikka hoitoympäristössä nähtiin näissä haastateluisissa vaikuttavuuden keskeisenä edellytyksenä:

"Nykyinen malli on lähellä ihannetta – toimimme siellä missä potilaat ovat." (R1)

Tämä havainnollistaa, että sosiaalityön tulevaisuuden vaikuttavuus perustuu edelleen sen rakenteelliseen sijaintiin hoitoympäristön sisällä. Mesotasolla tämä tarkoittaa sitä, että moniammatillinen vuorovaikutus ja tiedonvaihto pysyvät luontevina vain silloin, kun sosiaalityö toimii samassa tilassa ja aikajänteessä hoidon kanssa.

Aineistossa korostui myös sosiaalityön lainsäädännöllisen aseman vahvistamisen tarve. Sosiaalityöntekijät kokivat, että ilman lakisääteistä asemaa sosiaalityön institutionaalinen rooli on haavoittuva, altis organisaatiomuutoksille ja riippuvainen sisäisistä rakenteista. Aineisto toi esiin, että jos sosiaalityö irrotettaisiin sairaalasta, riskinä olisi palveluketjujen katkeaminen erityisesti kotiutusten, etuuksien ja palvelutarpeen arvioiden kohdalla.

“Terveysosiaalityö pitäisi saada lakiin, jotta asema vahvistuisi.” (R2)

Makrotasolla tulevaisuuden näkymä kytkeytyi suoraan siihen, että lainsäädäntö turvaisi sosiaalisen tiedon yhdenvertaisen huomioimisen palvelujärjestelmässä. Lakisääteisyys nähtiin keinona suojata sosiaalityön jatkuvuutta ja varmistaa, että sosiaalinen näkökulma säilyy osana johtamista ja päätöksentekoa kaikilla hyvinvointialueilla.

Aineisto nosti esiin myös huolen siitä, että sosiaalityön siirtäminen sosiaalihuollon organisaatioon voisi heikentää tiedonkulkua ja hidastaa siirtymäkohtia. Rajapintatutkimukset ovat osoittaneet, että eri järjestelmien välillä tapahtuvat siirtymät altistuvat katkoksiin, jos tiedonhallinta ja vastuunjaot eivät ole yhteensopivia (Aarnio & Pösö 2023). Systeemiteoria ja rakenteellinen sosiaalityö tukevat tulkintaa, jonka mukaan sosiaalinen tieto tulee näkyväksi tehokkaimmin silloin, kun työskentely tapahtuu hoidon rinnalla (Healy 2014). Sosiaalityön rakenteellinen ennaltaehkäisevä vaikutus kiteytyy johdon toteamuksessa:

“Jos meitä ei olisi sairaalassa, avopalvelujen kuormitus kasvaisi huomattavasti.” (J1)

Tämä havainto kiteyttää terveysosiaalityön rakenteellisen vaikuttavuuden: sosiaalityö ei pelkästään tue asiakasta nykyhetkessä, vaan ehkäisee myöhempää kuormitusta ja luo jatkuvuutta palveluketjuihin. Vaikuttavuus syntyy oikea-aikaisesta koordinoinnista ja rakenteiden toimivuudesta, ei niinkään muodollisesta päätösvallasta. Työntekijöiden puheessa korostui, ettei vaikuttavuus perustu päätösvallan laajentamiseen, vaan prosessien toimivuuteen, mikä näkyy seuraavassa toteamuksessa:

”Päätösten harva käyttö tekisi laadusta epätasaista.” (R2)

Päätösvallan lisäämistä ei pidetty tarkoituksenmukaisena, vaan huomio kiinnittyi prosessien selkeyteen ja rajapintojen toimivuuteen. Havaintojen perusteella tulevaisuuden kehittämistarpeet suuntautuvat ennen kaikkea rakenteellisiin ratkaisuihin yksittäisten työmenetelmien uudistamisen sijaan. Aineiston perusteella kehittämistarpeet suuntautuvat kolmeen näkökulmaan: lainsäädännön vahvistamiseen, rajapintojen selkeyttämiseen ja varhaisen osallistumisen rakenteisiin. Nämä tekijät muodostavat kokonaisuuden, jossa sosiaalisen tiedon hyödyntäminen vahvistuu kaikilla tasoilla, aina yksilötyöstä organisaatiokäytäntöihin ja strategiseen johtamiseen.

Tulevaisuuden terveyssofiaalityön malli hahmottuu kokonaisuutena, jossa työ sijoittuu selkeästi hoitoprosessin rakenteisiin, tiedonkulku on sujuvaa ja rajapinnat toimivat saumattomasti. Johtamisen näkökulmasta keskeistä on, että sofiaalityön tuottama rakenteellinen tieto integroidaan päätöksentekoon. Vaikuttavuus rakentuu oikea-aikaisesta koordinaatiosta, toimivista prosesseista ja siitä, että sosiaalinen näkökulma säilyy luonnollisena osana hoidon arkea koko hyvinvointialueella.

Rakenteellisen tiedon merkitys korostuu myös tulevaisuuden kehityslinjoissa. Työn vaikuttavuus edellyttää hoitoympäristössä selkeää asemaa, vahvoja rajapintoja ja lainsäädännöllistä turvaa sekä rakenteita, jotka varmistavat sosiaalisen tiedon siirtymisen päätöksentekoon. Terveyssofiaalityö ei näyttäytyä vain yksilötyönä, vaan järjestelmän kriittisten solmukohtien näkyväksi tekemisenä. Juuri tämä tiedontuotanto muodostaa yhden hyvinvointialueen keskeisistä voimavaroista.

6 Pohdinta

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että terveyssozialityön asema hyvinvointialueella rakentuu useiden toisiinsa kytkeytyvien rakenteiden ja käytäntöjen varaan. Aineistossa toistuivat erityisesti rajapintoihin liittyvät haasteet, jotka vaikuttivat sekä työn sujuvuuteen että sosiaalisen tiedon näkyvyyteen moniammatillisissa prosesseissa. Havainnot korostavat, että terveyssozialityön tehtävä ei rajoitu yksittäisiin asiakaskohtaamisiin, vaan kytkeytyy laajemmin palvelujärjestelmän rakenteisiin ja niiden toimivuuteen.

Aineistossa rajapinnat nousivat esiin rakenteellisina solmukohtina, joissa eri järjestelmien toimintalogiikat ja vastuut kohtasivat. Tämä teki sosiaalisen tiedon liikkumisesta paikoin haastavaa ja selitti osaltaan terveyssozialityön aseman jäsentymättömyyttä. Ilmiö asettuu linjaan aiempien havaintojen kanssa julkisen hallinnon reformien hitaudesta ja kerroksellisuudesta (Stenvall & Virtanen 2023). Keskeiset tulokset on koottu taulukkoon 4, joka jäsentää mikro-, meso- ja makrotason havainnot sekä työntekijöiden ja johdon näkökulmat yhtenä kokonaisuutena. Tämä kooste muodostaa taustaa pohdintaluvun tulkinnoille.

Taulukko 4. Tulosten jäsenitys sosialityöntekijöiden ja johdon näkökulmista

Teema	Taso	Sosiaalityöntekijät	Johto
Asiantuntijuus	Mikro-Meso	Tilanneherkkä työskentely äkillisissä muutoksissa; asiakkaan arjen, sairauden ja sosiaaliturvan yhtäaikainen tulkinta.	Sosiaalinen tieto täydentää lääketieteellistä arviota ja muodostaa kokonaisnäkemyksen; tukee tiedolla johtamista.
Työnkuva	Mikro-Meso	Laaja ja intensiivinen työnkuva: arviointi, palveluohjaus, asumisen ratkaisut, kriisityö, koordinointi sekä psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille.	Prosessit ja rakenteet mahdollistavat työn laajuuden ja näkyvyyden; rakenteellinen tuki tukee työn vaikuttavuutta.
Organisointiminen	Meso-Makro	Sairaala tarjoaa matalan kynnyksen tavoitettavuuden; rajapinnat sosiaalihuoltoon koetaan paikoin epäselviksi.	Rajapintojen selkeys on edellytys tiedonkululle ja sujuville palveluketjuille; integraatio vahvistaa päätöksentekoa.
Tulevaisuus	Meso-Makro	Lähipalveluluonne ja varhainen osallistuminen ovat keskeisiä; tarve vahvistaa yhteistyörakenteita ja vähentää eriytymistä.	Lainsäädännöllinen asema ja rajapintojen vahvistaminen tukevat yhdenvertaisuutta ja toiminnan jatkuvuutta; rakenteellinen tieto tukee strategista johtamista.
Rakenteellinen tieto	Mikro-Meso-Makro	Arjen työssä näkyvät palveluketjujen katkokset ja sosiaaliturvan monimutkaisuus tuottavat rakenteellista tietoa.	Rakenteellisen tiedon systemaattinen kirjaaminen ja hyödyntäminen on välttämätöntä päätöksenteolle.

Taulukko 4 havainnollistaa, miten terveyssofiaalityön ilmiöt rakentuvat eri tasoilla ja miten työntekijöiden arjen kokemukset linkittyvät johdon strategiaan näkemyksiin. Mikrotason havainnoissa korostuvat asiakkaan tilanteen muutokset ja nopeat interventiot, kun taas mesotaso kuvaa organisaatorakenteiden ja työnjaon vaikutuksia sosiaalisen tiedon liikkumiseen. Makrotasolla sosiaalityön asemaan vaikuttavat lainsäädäntö, johtaminen ja organisatorinen ohjaus, jotka määrittävät rakenteellisen tiedon hyödyntämisen mahdollisuuksia. Tämä osoittaa, että eri tasojen havainnot eivät ole irrallisia, vaan muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden, jossa sosiaalisen tiedon näkyvyys ja hyödyntäminen ovat terveyssofiaalityön vaikuttavuuden keskeisiä edellytyksiä.

Rajapinnat osoittautuivat läpileikkaavaksi ilmiöksi, joka yhdisti mikro-, meso- ja makrotason havainnot toisiinsa. Mikrotasolla asiakkaat kohtasivat järjestelmien välisiä rajoja arjen kriiseissä ja palveluissa navigoidessaan. Mesotasolla rajapinnat näkyivät tiedonkulun katkoksina, vastuunjaon epäselvyyksinä ja yhteistyömuotojen vaihtelevuutena. Makrotasolla nämä yksittäiset havainnot muodostuivat rakenteellisiksi signaaleiksi palvelujärjestelmän toimivuudesta ja integraation haasteista. Rajapinnat toimivat näin keskeisenä linssinä, jonka kautta terveyssofiaalityön asiantuntijuus, työnkuva ja vaikuttavuus tulivat näkyviksi. Rajapintojen kautta välittyvä tieto osoittautui keskeiseksi rakenteellisen tiedonintressin näkökulmasta, sillä asiakastilanteissa esiin nousevat epäkohdat paljastivat järjestelmätason rakenteita, joita ei muutoin olisi mahdollista havaita.

Terveyssofiaalityö on sosiaalityön erikoisalue, joka sijoittuu terveydenhuollon toimintaympäristöihin, kuten sairaaloihin, perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Tämän tutkimuksen perusteella terveyssofiaalityö näyttäytyy keskeisenä ja moniulotteisena asiantuntijuutena sairaanhoidon kontekstissa. Sen merkitys rakentuu sekä yksilöllisen tuen että rakenteellisen vaikuttamisen tasolla. Asiantuntijuus perustuu sosiaalisen tiedon, terveydenhuollon toimintaympäristön tuntemuksen sekä eettisen harkinnan yhdistämiseen (Payne 2014, 210–214). Tulokset osoittivat, että terveyssofiaalityön asiantuntijuus ei ole vain yksilötyön sisältöjen hallintaa, vaan myös järjestelmää koskevan tiedon tuottamista. Tämä ilmenee erityisesti siinä, miten sosiaalityöntekijät tunnistavat palveluketjujen kriittisiä kohtia ja välittävät havaintojaan osaksi moniammatillista päätöksentekoa.

Asiakkaat ovat usein tilanteissa, joissa sairaus, vamma tai äkillinen kriisi heikentää toimintakykyä ja muuttaa elämäntilannetta nopeasti. Tällöin sosiaalityöntekijän tehtävänä on jäsentää kokonaisuutta, sanoittaa sosiaalista todellisuutta sekä tukea asiakkaan päätöksentekoa reflektiivisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla (Seikkula & Arnkil 2009; Healy 2014). Reflektiivinen työote on keskeinen osa terveysosiaalityön asiantuntijuutta. Kriisitilanteet eivät kuitenkaan näyttäytyneet vain yksilöllisinä haasteina, vaan paljastivat rakenteellisia ongelmia, kuten palveluketjujen katveita ja järjestelmän kohtuuttomuuksia. Näin mikrotason työ tuotti samanaikaisesti rakenteellista tietoa meso- ja makrotason kehittämisen tueksi.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten terveysosiaalityöntekijän ammattitaitoa hyödynnetään, millaisena terveysosiaalityön nykytila näyttäytyy hyvinvointialueella ja miten työ asiantuntijoiden mukaan tulisi järjestää. Tulokset osoittivat, että terveysosiaalityö toimii hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa keskeisenä rajapintatehtävänä, jossa asiakkaan arjen muutokset ja palvelujärjestelmän vaatimukset kohtaavat. Pohdinnan kannalta keskeistä on, että tutkimuskysymykset tuottivat tietoa paitsi asiakastyöstä myös niistä rakenteista, jotka mahdollistavat tai rajaavat työn vaikuttavuutta.

Ensimmäinen keskeinen johtopäätös liittyy terveysosiaalityön asiantuntijuuden luonteeseen. Aineiston perusteella asiantuntijuus voidaan kuvata hybridiosaamiseksi, jossa yhdistyvät moniammatillisen tiedon tulkinta, sosiaaliturvajärjestelmän tuntemus, psykososiaalinen työ sekä rakenteiden hahmottaminen (Ylirukka ym. 2019, 31–33; Ahonen 2020). Asiakkaan kyky arvioida omaa tilannettaan voi kriisin hetkellä olla rajallinen, jolloin sosiaalityöntekijä toimii tilanteen jäsentäjänä ja toimijuuden vahvistajana (Alhanen ym. 2019, 88–92). Ratkaisukeskeinen ja voimavaralähtöinen työote tukee asiakkaan osallisuutta ja edesauttaa hoitopolun sujuvuutta (Ritala-Koskinen ym. 2025). Hybridiosaamisen rakenteellinen luonne korostui erityisesti tilanteissa, joissa sosiaalityöntekijä paikansi palveluketjujen kriittisiä kohtia ja välitti havaintoja organisaation sisälle.

Toinen keskeinen havainto koskee terveysosiaalityön työnkuvaa, joka rakentuu kahdesta toisiaan täydentävästä ulottuvuudesta: käytännöllisestä koordinoituvuudesta ja emotionaalaisesta kannattelusta. Työhön kuuluu esimerkiksi etuuksien, palvelujen, asumisratkaisujen ja kotiutuksen koordinoitua, mutta samanaikaisesti sosiaalityöntekijät

toimivat kriisitilanteissa asiakkaiden emotionaalisenä tukena. Työ on usein nopeampoina ja reagoitavempoina, mikä liittyy organisaation rakenteisiin ja taloudellisiin reunaehdoihin (Keski-Suomen hyvinvointialue 2024.) sekä työn sijoittumiseen osaksi hoitoprosessin rytmiä. Terveyssozialityöntekijät paikkaavat usein järjestelmän katveita, ja tämä työ tuottaa arvokasta tietoa palvelurakenteiden toimivuudesta ja epäkohdista.

Kolmas keskeinen johtopäätös liittyy terveystieteiden organisointiin terveydenhuollon rakenteissa. Hoitoyksiköissä työskentely mahdollistaa pääsyn asiakas- ja potilastietojärjestelmiin sekä ajantasaiseen tietoon, mikä tukee kokonaisvaltaista arviointia ja oikea-aikaista päätöksentekoa (Salovaara ym. 2022; Liukko ym. 2022.) Sen sijaan sosiaalihuollon rajapinnoissa ilmenee viiveitä ja epäselvyyksiä, jotka heijastavat järjestelmien välisiä kitkakohtia (Long & Long 1992; Pösö 2010; Aarnio & Pösö 2023). Organisointi ei siten ole vain hallinnollinen kysymys, vaan edellytys sosiaalisen tiedon syntymiselle, havaitsemiselle ja hyödyntämiselle eri päätöksentekotasolla.

Työn organisointiin liittyy myös kysymys sosiaalialan eri ammattiryhmien osaamisen tarkoituksenmukaisesta hyödyntämisestä terveydenhuollon sosiaalipalveluissa. Hyvinvointialueilla terveystieteiden toteuttavat sosiaalityöntekijöiden lisäksi sosiaalialan ammattihenkilöt, kuten sosionomit, joiden työ painottuu usein ohjaukseen, neuvontaan ja palveluissa navigoinnin tukemiseen. Näiden tehtävärakenteiden tarkastelu voi tuottaa tärkeää tietoa siitä, miten eri osaamisprofiilit täydentävät toisiaan ja miten asiantuntijuutta voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisesti suhteessa asiakkaiden tarpeisiin ja käytettävissä oleviin resursseihin.

Rakenteellinen sosiaalityö näyttäytyy tutkimuksessa keskeisenä osana terveystieteiden työn ydintä. Sosiaalinen tieto syntyy arjen tilanteissa, joissa yksilön kokemus, perhesuhteet, taloudellinen asema ja palvelujärjestelmä kietoutuvat yhteen. Rakenteellinen ulottuvuus konkretisoituu siinä, miten nämä havainnot tuodaan moniammatilliseen keskusteluun ja organisaation kehittämiseen. Samalla jää kuitenkin avoimeksi, missä määrin sosiaalinen tieto siirtyy systemaattisesti strategiseen päätöksentekoon ja muuttaa organisaation rakenteita. (Korpela 2014; Pohjola & Satka 2014; Liukko ym. 2022). Tämä tutkimus osoitti, että rakenteellinen tieto syntyy arjen tilanteissa, mutta sen näkyvyys ja hyödyntäminen päätöksentekotasolla eivät ole vielä järjestelmällisiä. Tämä korostaa tarvetta kehittää rakenteita, joiden avulla arjessa syntyvä tieto voidaan systemaattisesti

yhdistää päätöksentekoon. Taulukko 5 havainnollistaa tätä kokonaisuutta kokoamalla yhteen terveyssozialityön keskeiset mahdollisuudet ja haasteet.

Taulukko 5. Terveyssozialityön mahdollisuudet ja haasteet.

Terveyssozialityön mahdollisuudet	Terveyssozialityön haasteet
Aseman säilyttäminen terveydenhuollon rakenteissa → vahvistaa vaikuttavuutta ja moniammatillista yhteistyötä.	Aseman heikkeneminen tai menettäminen → riski eriytymisestä ja heikentyneestä vaikuttavuudesta.
Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen → parantaa palvelujen integraatiota ja oikea-aikaisuutta	Yhteydenpidon haasteet avopuolelle → ajoittain tiedonkulun katkeaminen ja prosessien viivästyminen
Systeemisen työotteen kehittäminen → tukee kokonaisvaltaista asiakastyötä	Työotteen soveltumattomuus nopearytmisiin prosesseihin → voi lisätä työkuormitusta
Työn strateginen rooli palvelujärjestelmän kehittämisessä → mahdollistaa rakenteellisen tiedon hyödyntämisen johtamisessa	Päätöksenteko-oikeuksien puute → hidastaa terveyssozialityön kehittämistä ja heikentää vaikutusmahdollisuuksia
Sosionomien ja sosialityöntekijöiden työnjaon selkeyttäminen → vähentää kuormitusta. selkeyttäminen → parantaa prosesseja ja resurssien kohdentamista.	Työnkuvien jäädessä epäselviksi → lisää stressiä, tehottomuutta ja heikentää palveluketjujen jatkuvuutta.

Taulukko 5 kokoaa yhteen terveyssozialityön mahdollisuuksia ja haasteita. Tulokset osoittavat, että sosialityön asema sairaalaympäristössä on erityisen merkityksellinen tilanteissa, joissa asiakas kohtaa sosialiturvan ensimmäistä kertaa elämänkriisin yhteydessä. Esimerkiksi Sosialityöntekijöiden ja sosionomien tehtäväkuvien uudelleen tarkastelu voi luoda edellytyksiä sosialityöntekijöiden päätöksenteon vahvistumiselle terveyssozialityön toimintaympäristössä.

Kriittinen tarkastelu nostaa esiin jännitteen lääketieteellisen ja sosiaalisen tiedon välillä. Terveydenhuollon toimintalogiikka painottuu usein lääketieteelliseen näkökulmaan, jolloin sosiaalinen arviointi voi jäädä toissijaiseksi, ellei sitä nosteta aktiivisesti esiin moniammatillisessa päätöksenteossa (Healy 2014; Payne 2014). Tämä voi vaikuttaa sosialityön autonomiaan ja sen asemaan organisaation päätöksenteossa. Samalla

päätöksenteko oikeuksien rajallisuus herättää kysymyksen siitä, vahvistaisiko laajempi toimivalta sosiaalityön asemaa vai lisäisikö se työn kuormitusta ilman riittäviä rakenteellisia resursseja (Midgley 2013, 178; Payne 2014, 65).

Tutkimuksen rajoitteet liittyvät aineiston kontekstisidonnaisuuteen ja tulosten siirrettävyyteen. Aineisto rajautuu yhteen hyvinvointialueeseen, mikä vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Haastateltavien organisatorinen asema on voinut vaikuttaa esitettyihin näkemyksiin. Induktiivinen sisällönanalyysi (Miles & Huberman 1984; Tuomi & Sarajärvi 2004) mahdollistaa aineistolähtöisen tulkinnan, mutta tutkijan esiyymmärrys on voinut vaikuttaa analyysin painotuksiin. Tutkijan reflektiivinen suhde omaan asemaansa ja tutkimusprosessiin vahvistaa luotettavuutta. Hyvinvointialueiden rakenteiden nopea kehitys vaikuttaa myös siihen, miten tuloksia voidaan hyödyntää eri organisaatioissa, mikä on syytä huomioida tulosten tulkinnassa. Edellä mainituista rajoitteista huolimatta on hyvä huomioida, että korkea osallistumisaste viittaa siihen, että aineisto kuvastaa kohderyhmäänsä laajasti, mikä osaltaan tukee tulosten tulkintaa suhteessa tarkasteltuun anonymisoituun hyvinvointialueeseen.

Tutkielman perusteella voidaan tunnistaa useita jatkotutkimuksen suuntia, joista tässä tutkimuksessa nostetaan esille kolme. Ensinnäkin jatkotutkimuksessa olisi perusteltua tarkastella terveysosiaalityön asiantuntijuuden vaikutuksia asiakkaiden toipumiseen ja arjen hallintaan kriisitilanteissa, joissa toimintakyky heikkenee. Toiseksi tarvitaan lisätutkimusta terveysosiaalityön institutionaalisesta asemasta ja siitä, miten organisatoriset ratkaisut, resurssit ja palvelurakenteet vaikuttavat työn kiinnittymiseen hyvinvointialueen terveydenhuoltoon. Kolmanneksi jatkotutkimuksessa olisi tärkeää selvittää, miten asiakastyössä syntyvää sosiaalista tietoa voidaan systemaattisesti hyödyntää päätöksenteossa ja palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Kokonaisuutena tämä tutkielma osoittaa, että terveystieteellinen toimii siltana yksilön, palvelujärjestelmän ja organisaation välillä. Sen vaikuttavuus rakentuu tilanteissa, joissa sosiaalinen ja lääketieteellinen tieto yhdistyvät ja päätöksenteko edellyttää kokonaisvaltaista ymmärrystä asiakkaan elämäntilanteesta. Samalla tulokset korostavat, että terveystieteellisen vaikuttavuus riippuu myös siitä, miten sosiaalialan eri osaamisprofiilit integroituvat terveydenhuollon rakenteisiin ja tukevat toisiaan asiakkaan palveluprosessissa. Hyvinvointialueiden uudistuksen yhteydessä tämä korostaa tarvetta turvata sosiaalisen asiantuntijuus terveydenhuollon rakenteissa sekä kehittää työn organisointia ja tiedonkulkukäytäntöjä siten, että sosiaalinen tieto voi vaikuttaa sekä yksittäisiin hoitopäätöksiin että palvelujärjestelmän kehittämiseen.

Lähteet

- Aarnio, Noora & Pösö, Tarja (2023). Palvelutarpeen arviointi lastensuojelun rajapinnoilla asiakasnäkökulmasta – nuorten ja vanhempien näkemyksiä. *Janus*, 31(3), 235–252. DOI: <https://doi.org/10.30668/janus.122791>.
- Ahonen, Sanna (2020). Tutkimus HUS Sisun aikuissomatiikan sosiaalityöstä: Terveyssozialityö erikoissairaanhoidossa. Terveyssozialityön raportti. Socca – Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.
https://socca.fi/wp-content/uploads/2024/12/Erikoissairaanhoidon_terveyssozialityo_SA.pdf. Viitattu 4.4.2026.
- Alastalo, Marja & Pösö, Tarja (2011). Indikaattorin epävarmuus ja tulkinta: lastensuojelun viranomaistoiminnan ja tiedontuontannon yhteenkietoutuminen. *Yhteiskuntapolitiikka -YP 76*, 2011:6. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos.
- Alhanen, Kai & Lavila, Pekka & Kangas, Marko & Lamppula, Tomi & Petrelius, Päivi (2019). Systeemisen muutoksen johtaminen lastensuojelussa – Opas esimiehille ja johtajille. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. URN: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-417-2>.
- Arajärvi, Miina & Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Toikko, Timo (2023). Psychosocial social work as part of interdisciplinary collaboration and care need assessment in psychiatric outpatient care. *Nordic Social Work Research*, 15(3), 348–365.
DOI: <https://doi.org/10.1080/2156857X.2023.2244502>.
- Banks, Sarah (2012). *Ethics and values in social work* (4th ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Barra, Helen & Anderson, Elizabeth S. & Fenge, Lynne A. & Hutchings, Mike (2024). Social work in integrated care. *Journal of Interprofessional Care*, 38(6), 997-1007.
DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2405552>.
- Björkenheim, Johanna (2007): Knowledge and social work in health care – the case of Finland. *Social Work in Health Care* 44 (3), 261–278.
DOI: https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1300/J010v44n03_09.
- Devlieghere, Jochen, Gillingham, Philip & Roose, Rudi (2022). Dataism versus relationshipism: A social work perspective. *Nordic Social Work Research*, 12(3), 329–343.
DOI: <https://doi.org/10.1080/2156857X.2022.2052942>.
- Granfelt, Riitta & Hanna Kiuru. 2023. Psykososiaalinen käsitteenä ja haavoittuvien elämäntilanteiden kehityksenä. *Janus* 31 (2): 163–181.
DOI: <https://doi.org/10.30668/janus.115482>.
- Eskola, Marjatta (1981). *Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalityön kuva*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Eskola, Jari & Suoranta, Jouni (2005). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

- Healy, Karen (2014). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice* (2nd ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Henderson, Louise & Bain, Heather & Allan, Elaine & Kennedy, Catriona (2021). *Integrated health and social care in the community: Experiences and needs of service users*. *Health & Social Care in the Community*, 29(4).
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2015). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- IFSW (2018). *Global social work statement of ethical principles*. International Federation of Social Workers. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>. Viitattu 4.4.2026.
- Kananoja, Aulikki (2017). *Sosiaalityö terveydenhuollossa*. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki & Kristiina Laiho & Pirjo Sarvimäki & Pekka Karjalainen (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma, 347–356.
- Karjalainen, Pekka & Metteri, Anna & Strömberg-Jakka, Minna (2019). *Tiekartta 2030: Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys*. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:41*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161612>. Viitattu 4.4.2026.
- Keski-Suomen hyvinvointialue (2024). *Talousarvio ja toimintasuunnitelma 2024-2025*. <https://www.hyvaks.fi>. Viitattu 4.4.2026.
- Keski-Suomen hyvinvointialue (n.d.) *Terveyssosiaalityö*. *Palvelumme*, Keski-Suomen hyvinvointialue. <https://www.hyvaks.fi/palvelumme/terveyssosiaalityo>. Viitattu 4.4.2026.
- Kivipelto, Minna & Saikkonen, Paula & Blomgren, Sanna & Karjalainen, Pasi (2018). *Rakenteellinen sosiaalityö ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus*. Teoksessa Minna Kivipelto & Paula Saikkonen & Sanna Blomgren & Pasi Karjalainen (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö*. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.
- Koikkalainen, Matti & Sjöblom, Stina (2014) *Edistämmekö kuntoutuksella osallisuutta?* Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 73–82.
- Korpela, Rauni (2014). *Terveyssosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen*. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 118–141.
- Kosonen, Sari (2023). *Keski-Suomen hyvinvointialueen talous vaipumassa alijäämäiseksi*. *Lääkärilehti*, 78: e37726. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/keski-suomen-hyvinvointialueen-talous-vaipumassa-alijaamaiseksi/>. Viitattu 4.4.2026.
- Kumar, Dinesh & Suthar, Nidhi (2024). *Predictive analytics and early intervention in healthcare social work: A scoping review*. *Social Work in Health Care*, 63(4–5), 208–229.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Timo (2012). *Laadullinen terveystutkimus* (2. painos). Helsinki: Edita.
- Liukko, Eeva & Karjalainen, Pekka (2022). *Rakenteellisen sosiaalityön käytäntölähtöinen jäsenitys*. Teoksessa Liukko, Eeva & Muurinen, Heidi & Kokkonen, Tuomo & Santalahti, Ville. *Vaikuttava rakenteellinen sosiaalityö*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 75–81. URN: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-790-6>.

- Leinonen, Leena (2020). *Sosiaalityön ja terapian rajapinnoilla*. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/23321>. Viitattu 4.4.2026.
- Liukko, Eeva & Heidi Muurinen & Tuomo Kokkonen & Ville Santalahti (toim.) (2022). *Vaikuttava rakenteellinen sosiaalityö*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Long, Norman & Long, Ann (1992). *Battlefields of knowledge: The Interlocking of Theory and Practice in Social Research and Development*. London: Routledge.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue (2024). *Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen hyvinvointisuunnitelma 2024 - 2026*. <https://admin.luvn.fi/sites/default/files/2024-08/Alueellinen%20hyvinvointisuunnitelma%202024-2026%20Ei%20saavutettava.pdf>. Viitattu 4.4.2026.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue (2023). *Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen hyvinvointikertomus 2023- 2025*. <https://admin.luvn.fi/sites/default/files/2024-08/L%C3%A4nsi-Uudenmaan%20hyvinvointialueen%20hyvinvointikertomus%202023-2025%20Ei%20saavutettava.pdf>. Viitattu 4.4.2026.
- Mäki, Helmi (2006). *Sosiaalityöntekijä asiakkaan välimiehenä*. Teoksessa Helmi Mäki & Mirja Satka (toim.) *Hyvä kysymys. Sosiaalityöntekijän asiakaskohtaisen työn sisältöä etsimässä 1960-luvulla*. Jyväskylä: PS-kustannus, 259–275.
- Midgley, James (2013). *Social development: Theory and practice (1st edition)* SAGE Publications.
- Miles, Matthew B. & Huberman, A. Michael (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Muurinen, Heidi & Kääriäinen, Aino (2020). *Sosiaalityöntekijät käyttämässä ja tuottamassa tutkimustietoa*. Teoksessa Lea Suoninen-Erhiö & Anneli Pohjola & Mirja Satka & Jenni Simola (toim.) *Sosiaaliala uudistuu: Tietopohjan ja vuorovaikutuksen kysymyksiä*. Helsinki: Huoltaja-säätiö, 73–94.
- Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru (2020). *Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena*. Teoksessa Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.). *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, 215–240.
- OECD (2025). *OECD economic surveys: Finland 2025*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris: OECD Publishing.
- Payne, Malcolm (2014). *Modern social work theory (4th edition)*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pohjola, Anneli & Satka, Mirja (2022). *Sosiaalialan tietoperusta sosiaali- ja terveydenhuollon uudessa palvelujärjestelmässä*, 30(3), 289–295.
DOI: <https://doi.org/10.30668/janus.121374>.
- Pösö, Tarja (2010). *Havaintoja suomalaisen lastensuojelun institutionaalisesta rajasta*. *Janus*, 18(4), 324–336. <https://journal.fi/janus/article/view/50583>.
- Pohjola, Anneli (2011) *Rakenteellisen sosiaalityön aika*. Teoksessa Anneli Pohjola & Riitta Särkelä (toim.) *Sosiaalisesti kestävä kehitys*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 207–224.
- Pohjois-Savon hyvinvointialue (n.d.) *Terveyssosiaalityö*. <https://pshyvinvointialue.fi/terveyssosiaalityo>. Viitattu 4.4.2026.

- Raivio, Kati & Karjalainen, Vappu (2013). Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Teoksessa Taina Era (toim.) Osallisuus oikeutta vai pakkoa? Tutkimusjulkaisuja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Jyväskylä: Juvenes print
- Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina (2011). Etäisyyden hallinta ja tutkimuseettinen sensitiivisyys haastattelututkimuksessa. *Janus*, 19(4), 283–298. <https://journal.fi/janus/article/view/50440>. Viitattu 4.4.2026.
- Riekkinen-Tuovinen, Sointu & Ylönen, Anni & Alimaa, Jenni (2025). Terveyssoseaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityöstä erikoissairaanhoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 62 (1), 5-20.
DOI: <https://doi.org/10.23990/sa.127165>.
- Ritala-Koskinen, Aino & Räsänen, Jenni-Mari & Salo, Arttu (toim.) 2025. Sosiaalityö ja sote-integraatio. Tampere: Tampereen University Press.
DOI: <https://doi.org/10.61201/tup.961>.
- Rovamo, Essi (2021). Terveyssoseaalityö näkyväksi – HUS psykiatrian osa-aineisto. Socca – Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Terveyssoseaalityö näkyväksi - tutkimusryhmä. https://socca.fi/wp-content/uploads/2024/12/Terveyssoseaalityo_nakyvaksi_-_HUS_Psykiatrian_osa-aineisto_Essi_Rovamo.pdf. Viitattu 4.4.2026.
- Romakkaniemi, Marjo (2014): Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–173.
- Salovaara, Samuel & Silén, Marianne & Surakka, Anne & Lääveri, Tinja. (2023). Tietojärjestelmät ja Sosiaalipalveluiden tiedolla johtaminen. *Focus Localis*, 51(2). <https://journal.fi/focuslocalis/article/view/122193>. Viitattu 4.4.2026.
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik (2009). Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sipilä, Anita (2011). Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet: Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Socca (2024). HUS-terveyssoseaalityön selvitys (Työpapereita 2024:2). Socca, Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus.
<https://socca.fi/wp-content/uploads/2024/11/HUS-terveyssoseaalityon-selvitys-2024.pdf>. Viitattu 4.4.2026
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- STM (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Valmisteluaineisto. Sosiaali- ja terveysministeriö Valtioneuvosto. https://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015. Viitattu 4.4.2026.
- Stenvall, Jari & Virtanen, Petri (2023). Julkisen hallinnon reformit. Teoksessa Petri Uusikylä & Harri Jalonen (toim.) *Epävarmuuden aika*. Helsinki: Into, 69–88.
- Talouspolitiikan arviointineuvosto (2024). Hyvinvointialueiden talous. Katsaus talouspolitiikasta 2024. <https://talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/raportit/vuosiraportit/raportti-2024/>. Viitattu 4.4.2026.

- TENK (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK_ohje_2023.pdf. Viitattu 4.4.2026.
- THL (2025a). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Keski-Suomen hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio.
(Päätösten tueksi 22/2025). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
URN: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-561-8>.
- THL (2025b). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio.
(Päätösten tueksi 26/2025). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
URN: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-564-9>.
- THL (2025c). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Pohjois-Savon hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio.
(Päätösten tueksi 31/2025). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL).
URN: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-569-4>.
- THL (2022). Vaikuttava rakenteellinen sosiaalityö. Raportti, 1/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URN: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-790-6>.
- Tiihonen, Eija & Raikisto, Kaisu-Leena & Ritsilä, Anu (2019). Monialainen palvelutarpeen arviointi terveysosiaalityössä. Teoksessa Minna Zechner (toim.) Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B, raportteja ja selvityksiä, 2019, 144. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu, 198-223.
<http://www.prosos.fi/wp-content/uploads/2019/06/N%C3%A4k%C3%B6kulmia-palvelutarpeen-arviointiin.pdf>. Viitattu 4.4.2026.
- Tiirinki, Heini, Sulander, Taina, Sinervo, Timo, Halme, Seija & Keskimäki, Inkeri (2022). Integrating health and social services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. *International Journal of Integrated Care.*, 2022; 22(3), Article 18. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5982>.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2004). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuulari, Sanna & Kempainen, Tarja (2022). Lainsäädäntö ja sote-uudistus yhteistyön mahdollistajina. *Hallinnon tutkimus* 41(3), 263–270.
DOI: <https://doi.org/10.37450/ht.116370>.
- Virolainen, Liisa & Einola-Pekkinen, Vappu (2023). Virrassa 2020 – Systemien pyörteissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Teoksessa Petri Uusikylä & Harri Jalonen (toim.) Kuinka ymmärtää systeemistä muutosta. Helsinki: Into.
- Yliruka, Laura & Heinonen, Jenika & Satka, Mirja & Metteri, Anna & Alatalo, Taija (2019): Terveysosiaalityö näkyväksi – Terveysosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca. Soccan työpapereita 2019:1. https://www.socca.fi/files/8555/Terveysosiaalityo_nakyvaksi_terveysosiaalityon_tarve_interventiot_ja_ajankaytto_-raportti.pdf. Haettu 4.4.2026.

Liite 1. Ryhmähaastattelun kysymysrunko

Teema 1: Taustakysymykset

- Kertoisitteko hieman itsestänne ja siitä, millaista työtä teette terveystieteiden parissa?
- Millainen koulutustaustanne on? Onko teillä muita sote-alan tutkintoja tai kokemuksia, jotka tukevat työtänne?
- Millainen työkokemus teillä on sosiaalityöstä yleensä ja erityisesti terveystieteiden parissa?

Teema 2: Terveystieteiden organisointi

- Minkälaisissa organisaatioissa tai toimintamalleissa olette työskennelleet terveystieteiden parissa?
- Millaisella lähestymistavalla tai työorientaatiolla koette terveystieteiden toteutuvan käytännössä?
- Systeminen työ, kuten SYTY, on ollut osa toimintaa joissakin paikoissa. Miten näette sen merkityksen omassa työssänne? -Miten se ilmenee verkostotyössä? -Entä asiakastyössä?

Teema 3: Terveystieteiden nykytila hyvinvointialueella

- Miltä terveystieteiden näyttää juuri nyt teidän näkökulmastanne?
- Oletteko kuulleet keskustelua siitä, että terveystieteiden voisi siirtyä pois terveydenhuollon palveluista?
- Mitä ajatuksia tällaiset suunnitelmat herättävät teissä?
- Onko tästä käyty keskustelua työpaikallanne?
- Onko hyvinvointialueellanne suunnitteilla muutoksia terveystieteiden järjestämiseen? Millaisia?
- Haluatteko tuoda esiin muita huomioita tai kokemuksia nykytilasta?

Teema 4: Tulevaisuuden visiointia terveystieteiden uudelleen organisoinnista

- Miten mahdolliset muutokset voisivat vaikuttaa terveystieteiden palveluiden ja toiminnan järjestämiseen?
- Miten ne voisivat näkyä arkipäivän työssänne?
- Mitä merkitystä muutoksilla olisi asiakkaiden näkökulmasta?
- Entä työntekijöiden näkökulmasta: mitä mahdollisuuksia muutokset voisivat tuoda? Mitä haasteita tai haavoittuvuuksia näette?
- Haluatteko jakaa muita ajatuksia tulevaisuuden suunnitteluun liittyen?

Teema 5: Terveystieteiden tulevaisuus

- Mitä ajatuksia terveystieteiden tulevaisuus herättää teissä?
- Millaisena näkisit ideaalitavan organisoida terveystieteiden?
- Onko teillä terveisiä esihenkilöille, johdolle tai työkavereille?
- Haluatteko tuoda esiin muita huomioita tai ajatuksia terveystieteiden tulevaisuudesta?

Liite 2. Haastattelututkimukseen osallistumiseen suostumus

Hei,

Olen Heidi Pietinen ja teen sosiaalityön pro gradu -tutkielmaani Lapin yliopistossa. Tutkimukseni tavoitteena on tuoda esiin terveysosiaalityöntekijöiden ja johdon näkemyksiä siitä, miten terveysosiaalityö asemoituu organisaatiossanne. Aiempaa tutkimusta osallisuuden näkökulmasta on melko vähän, joten on erityisen tärkeää saada myös teidän kokemuksenne ja näkemyksenne kuuluviin. Näin ymmärrys lisääntyy ja palveluita voidaan kehittää entistä paremmin.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte keskeyttää tai peruuttaa osallistumisen milloin tahansa, ilman että siitä seuraa teille haittaa. Kaikki kertomanne asiat käsitellään luottamuksellisesti tutkijan ja haastateltavan välillä. Haastattelussa esiin tulevat tiedot eivät vaikuta asemaanne työntekijänä, eikä niitä luovuteta muille ulkopuolisille. Tietoja käytetään ainoastaan tämän pro gradu -tutkimuksen tekemiseen.

Olette valikoituneet tutkimukseen, koska tavoitteena on kehittää hyvinvointialueen terveysosiaalityötä siten, että työntekijöiden osallisuus tulee paremmin huomioiduksi. Tiimivastaavanne välitti teille tietoa tutkimuksesta ja kysyi samalla kiinnostustanne osallistua.

Tutkimuksessa kysytään vain tutkimuksen kannalta olennaisia tietoja. Muita tietoja, esimerkiksi osastoilta tai asiakastietojärjestelmästä, ei kerätä. Voitte halutessanne jättää vastaamatta mihin tahansa kysymykseen.

Ryhmähaastattelut tallennetaan ja litteroidaan tekstimuotoon tutkijan käyttöön. Haastatteluaineisto säilytetään turvallisesti omalla kannettavalla tietokoneellani ja varmuuskopiolla pilvipalvelussa, jossa on kaksivaiheinen tunnistautuminen (MFA). Tietokone ja muistitikku ovat suojattu salasanoin.

Kaikki tunnistetiedot poistetaan aineistosta anonymiteetin varmistamiseksi, eikä yksittäisiä henkilöitä voida tunnistaa tutkimuksen perusteella. Haastatteluaineisto tuhoetaan laitteiltani heti tutkimuksen päätyttyä. Tutkimuksen tulokset julkaistaan lopullisessa pro gradu -tutkielmassani, jonka tavoitteena on valmistua vuoden 2026 alkuun mennessä.

Toivon, että pystytte luottavaisin mielin kertomaan kokemuksistanne. Tieto tutkimuskohteesta lisää ymmärrystä ja mahdollistaa terveysosiaalityön kehittämisen. Haluan myös korostaa, että en arvioi tai ota kantaa terveysosiaalityön toteuttamisen tapoihin. Tutkijana kiinnostukseni kohdistuu siihen, kuinka hyvinvointialueenne näkee terveysosiaalityön organisoitumisen tulevaisuuden.

Olen ymmärtänyt yllä olevat tiedot ja suostun osallistumaan tähän tutkimushaastatteluun.

Suostun, että minusta haastattelussa kerättyä aineistoa käytetään tutkimuksessa.

Kiitos osallistumisestasi tutkimukseen.

Paikka ja aika: _____

Haastateltavan allekirjoitus (nimen selvennös) Tutkijan allekirjoitus (nimen selvennös)

Liite 3. Infokirje pro gradu -tutkielmaan osallistuville

Hei!

Olen Heidi Pietinen ja opiskelen sosiaalityötä Lapin yliopistossa. Teen pro gradu -tutkielmaa, jonka tavoitteena on tutkia terveysosiaalityön toteutumista hyvinvointialueellanne. Tutkielmassa analysoidaan ryhmähaastatteluaineistoa ja pyritään selvittämään, miten terveysosiaalityö asemoituu hyvinvointialueelle sekä millaisia kehittämisehdotuksia teillä aiheeseen liittyen on.

Vakuutan ja toivon, että pystytte luottavaisin mielin avoimesti kertomaan kokemuksistanne, sillä se lisää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Haluan korostaa, etten arvioi tai ota kantaa terveysosiaalityön toteuttamisen tapoihin, vaan tutkijana kiinnostukseni kohdistuu siihen, kuinka hyvinvointialueenne näkee terveysosiaalityön organisoitumisen tulevaisuuden.

Tavoitteet

Tutkimustulosten avulla pyritään kehittämään käytäntöjä ja tarjoamaan arvokasta tietoa työntekijöiden kokemuksista sekä johdon näkemyksistä. Lisäksi tavoitteena on herättää kiinnostusta ja keskustelua terveysosiaalityön kehittämisestä.

Aineistonkeruu

Tutkimus on kvalitatiivinen, ja aineisto kerätään ryhmähaastatteluina äänitallenteina. Ryhmäkeskusteluihin osallistuu kolmesta viiteen henkilöä. Keskustelun tavoitteena on, että osallistujat pohtivat yhdessä annettuja kysymyksiä ja tuovat esiin omia näkemyksiään.

On tärkeää, että keskustelu etenee avoimesti ja että jokainen osallistuja saa mahdollisuuden tuoda kantansa esiin. Kukin osallistuja osallistuu yhteen ryhmäkeskusteluun, jonka arvioitu kesto on 1–1,5 tuntia. Keskustelujen ajankohdat sovitaan osallistujien kanssa ja ne toteutetaan työaikana. Ryhmäkeskustelut ajoittuvat touko kesäkuulle 2025.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tutkielmaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuja voi keskeyttää tai peruuttaa osallistumisensa milloin tahansa ilman, että siitä aiheutuu haittaa.

Tutkimusaineiston käsittely, luottamuksellisuus ja yksityisyys

Ryhmäkeskustelut tallennetaan ja litteroidaan tekstimuotoon. Teksteistä poistetaan osallistujien nimet sekä muiden keskustelussa mainittujen henkilöiden tunnistetiedot, jotta aineisto anonymisoidaan. Äänitallenteet tuhotaan heti, kun ne on siirretty tekstimuotoon.

Tutkielmassa käsitellyt asiat raportoidaan siten, ettei yksittäisiä osallistujia tai muita keskustelussa mainittuja henkilöitä voi tunnistaa. Suoria lainauksia voidaan käyttää, mutta niiden yhteydessä mainitaan ainoastaan tutkittavan asema. Haastattelujen tekstiaineisto hävitetään luottamuksellisesti tutkimuksen päätyttyä.

Olethan yhteydessä, jos tarvitset lisätietoja pro gradu -tutkielmasta.

Ystävällisesti, Heidi Pietinen, Lapin yliopisto