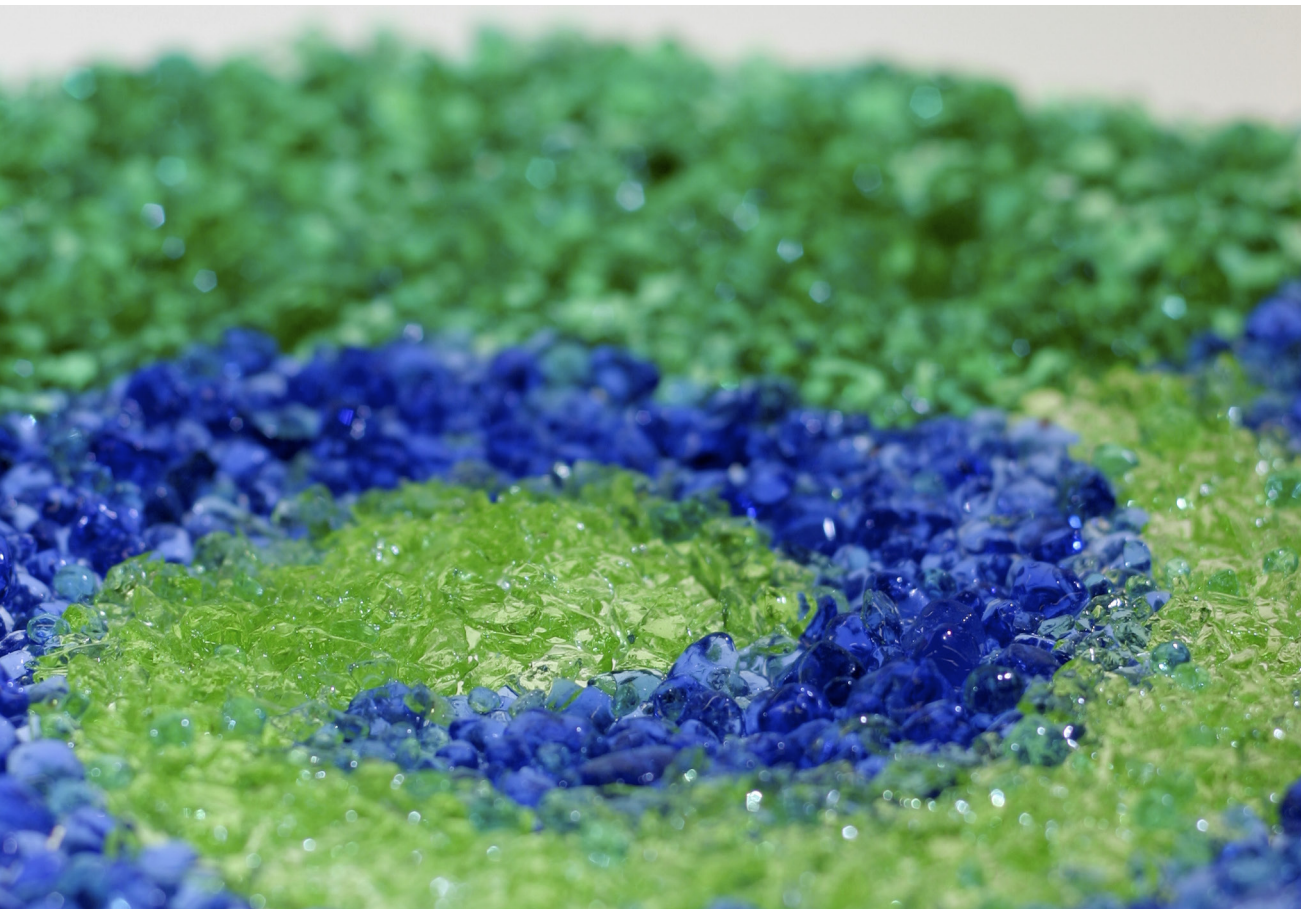


**Yhdessä hyvinvointia
– näkymiä SOTE-integraatioon Kanta-Hämeessä**



Sari Miettinen ja Paula Vikberg-Aaltonen (toim.)

Yhdessä hyvinvointia – näkymiä SOTE-integraatioon Kanta-Hämeessä

Sari Miettinen ja Paula Vikberg-Aaltonen (toim.)

e-julkaisu

ISBN 978-951-784-765-0 (PDF)

ISSN 1795-424X

HAMKin e-julkaisuja 32/2015

© Hämeen ammattikorkeakoulu ja kirjoittajat

JULKAISIJA – PUBLISHER

Hämeen ammattikorkeakoulu

PL 230

13101 HÄMEENLINNA

puh. (03) 6461

julkaisut@hamk.fi

www.hamk.fi/julkaisut

Ulkoasu ja taitto: HAMK Julkaisut

Kannen kuva: Jussi Myllyniemi

Hämeenlinna, joulukuu 2015

Sisällys

1. Tutkimusryhmä YAMK-oppimisympäristönä	4
Sari Miettinen ja Paula Vikberg-Aaltonen	
2. Monitahoinen integraation käsite	12
Sari Miettinen	
3. Toimijoiden näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta	18
Riitta Riihiaho	
4. Strategiasta tekoihin – asiakaslähtöisen toimintamallin juurruttaminen erikoissairaanhoidon esimiestyön näkökulmasta	29
Liisa Matikainen	
5. Hoitotyön dokumentointi ja raportointi Kanta-Hämeen keskussairaalassa – henkilöstön näkemyksiä nykytilasta ja kehittämistarpeista	43
Soile Härkönen	
6. Lasten ja nuorten palvelut – tulevaisuuden näkymiä Hämeenlinnassa	52
Anu Ahola	
7. Oppilashuollon henkilöstön kokemuksia yhteistyön toimivuudesta Hämeenlinnassa	69
Katja Kaikkonen	

1. Tutkimusryhmä YAMK-oppimisympäristönä

Sari Miettinen ja Paula Vikberg-Aaltonen

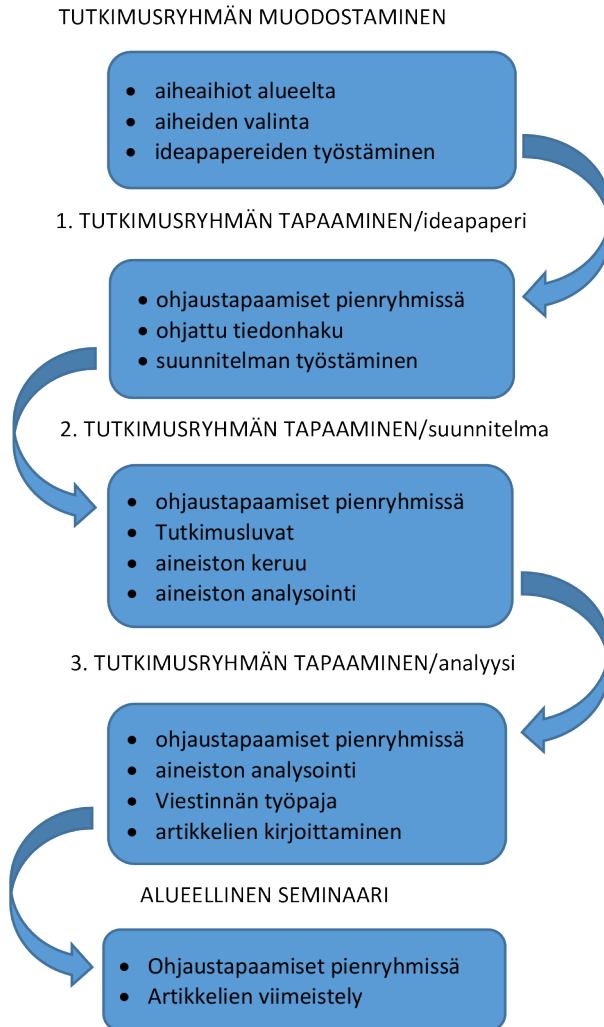
1.1 Opinnäytetöiden työstäminen uudenaikaisessa YAMK-oppimisympäristössä

Tulevaisuudessa ihmiset joutuvat työssään erilaisissa verkostoissa ratkaisemaan yhä enemmän sellaisia ongelmia, jotka ovat heikosti määriteltyjä, mutta joista sinänsä on olemassa paljon tietoa (mm. Hakkarainen ym. 1999, 7). Tähän maailmaan ei kuitenkaan vastata parhaalla mahdollisella tavalla sellaisilla pedagogisilla malleilla, jotka perustuvat opettajalta tai kirjallisuudesta omaksuttuun tietoon. Yksi ratkaisu on luoda oppimisympäristö, jossa ongelmia ratkaistaan aluekehitykseen pohjautuvassa yhteistyössä monien toimijoiden kanssa.

Hämeen ammattikorkeakoulussa, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylemmässä AMK-ohjelmassa, on mallinnettu eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön perustuvaa tutkimusryhmää oppimisympäristönä. Tutkimusryhmän yhteisen työskentelyn teemana on ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio Kanta-Hämeessä. Kehittämistyö on osa kaikkien Suomen ammattikorkeakoulujen valtakunnallista verkostohanketta ”YAMK-koulutus vahvaksi TKI-vaikuttajaksi”, jossa ylempien ammattikorkeakouluohjelmien tutkimus- ja kehittämistoimintaa on tarkasteltu ja kehitetty eri näkökulmista. Hanke on toiminut ajalla 2014 – 2015 ja sitä on rahoittanut Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Valtakunnallinen hanke on koostunut erilaisista työpaketeista, joista yhteen nyt kyseessä oleva oppimisympäristön kehittäminen sisältyy. Työpaketissa on rakennettu uusia kohtaamisympäristöjä ja kehitetty verkostomaisia toimintamalleja työelämän ja AMKien yhteiseen TKI-toimintaan.

Hankkeen yhteydessä kehitimme yhteistyöhön perustuvan oppimisympäristön, mallin, jossa opiskelijat, alueen työelämän edustajat ja tutkimuslaitosten edustajat voivat käydä vuoropuhelua ja kehittää yhdessä alueen toimintoja (Kuvio 1). Mallissa YAMK opiskelijat tekivät yhteisessä tutkimusryhmässä selvityksiä Kanta-Hämeen alueella. Selvitykset olivat samalla opiskelijoiden opinnäytetöitä. Toimijoiden yhteisen tutkimusryhmän teemaksi muodostui sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio. Käytyjen keskustelujen perusteella aihe osoittautui ajankohtaiseksi niin valtakunnallisesti kuin myös Kanta-Hämeen alueella. Tutkimusryhmän prosessin ajallinen kesto oli 16 kk.



Kuvio 1. Malli tutkimusryhmästä YAMK oppimisympäristössä.

Tutkimusryhmä koostui viidestä YAMK-opiskelijasta, kahdesta HAMKin yliopettajasta (opinnäytetöiden ohjaajat), alueen työelämän edustajista (Kanta-Hämeen keskussairaala ja Hämeenlinnan kaupunki) sekä Tampereen yliopiston edustajista. Tutkimusryhmä toimi yhteistyön konkreettisenä foorumina ja tapaamisten kautta oppimisympäristö rikastui alueen näkökulmien lisäksi valtakunnan tason uusista tutkimustuloksista ja näkökulmista. Ryhmä eteni yhdessä, vaihe kerrallaan ja niin opiskelijat kuin muut toimijat sitoutuvat ryhmän toimintaan ja sovittuun teemaan. Käytännössä ryhmä tapasi sovituin aikavälein ja jokainen tapaaminen muodosti yhden vaiheen opinnäytetyöprosessissa. Jokaisella tapaamisella keskustelun pääpaino oli opiskelijoiden opinnäytetöissä (niiden vaihe,

mahdolliset ongelmat ja prosessin seuraava vaihe) ja keskeistä tapaamisissa oli, että jokainen taho toi oman näkökulmansa töiden edistymiseksi. Jokaiseen tutkimusryhmän tapaamiseen opiskelijat valmistautuivat esittelemään sovitun vaiheen työstään. Seuraavaksi malli on kuvattu työskentelyvaiheittain, tutkimusryhmäprosessin näkökulmasta (Kuvio 1).

Työskentelyn ensimmäinen vaihe oli tutkimusryhmän muodostaminen. Tässä vaiheessa koottiin tutkimusryhmän jäsenet ja haettiin opinnäytteihin aiheaihoita alueelta, tutkimusryhmän jäsenten kautta. Opiskelijat valitsivat itseään kiinnostavat aiheet ja aloittivat ideapapereiden työstämisen. Aiheaihojen kartoituksessa alueellisia kehittämisen kohteita ilmeni paljon ja opiskelijoiden oli mahdollista valita oma aiheensa monien vaihtoehtojen joukosta. Aiheiden valinta tapahtui yhteisesti ohjaajien ja opiskelijoiden tapaamisessa, minkä jälkeen opiskelijat aloittivat ideapapereiden työstämisen heille laadittujen ohjeiden pohjalta. Työskentelyn tueksi opiskelijoille avattiin Moodleen työskentelyalusta, johon koottiin työskentelyn aikataulu, tarvittavat ohjeet ja muu työskentelyssä tarvittava materiaali. Myös viestintä ja papereiden palautukset tapahtuivat tämän työtilan kautta.

Toinen vaihe oli ideapapereiden käsitteleminen tutkimusryhmän ensimmäisessä tapaamisessa. Tässä vaiheessa koko tutkimusryhmä kokoontui ensimmäisen kerran. Tapaamisessa keskusteltiin tutkimusryhmän toiminnasta yleisesti, keskusteltiin ideapapereista ja käytiin läpi tutkimusryhmän tulevan vuoden työskentelyprosessi. Ideapapereiden pohjalta ryhmässä rajattiin keskustellen opinnäytetöiden aiheita vastaamaan tarkemmin niin kohdeorganisaatioiden tarpeita kuin myös YAMK opinnäytetyölle asetettuja tavoitteita. Tavoitteiden ja tutkimuskysymysten täsmentämiseksi sekä aineistonkeruun mahdollistamiseksi opiskelijat ohjattiin myös aihekohtaisten yhteyshenkilöiden luo organisaatioissa. Tutkimusryhmän tapaamisen jälkeen opiskelijat aloittivat tutkimussuunnitelman työstämisen heille laaditun ohjeen mukaisesti. Suunnitelman työstämisen tueksi opiskelijoiden ja ohjaajien välille oli sovittu muutama tapaaminen. Osa opiskelijoista tapasi myös aiheensa kannalta avainasiantuntijan kohdeorganisaatiossaan. Tiedonhakua opiskelijat pääsivät työstämään ohjatusti kirjastoinformaattikon kanssa.

Kolmas vaihe oli suunnitelmien käsitteleminen tutkimusryhmän kanssa. Tässä vaiheessa suunnitelmista keskusteltiin ryhmässä ja pohdittiin aineiston keruun toteuttamista sekä aineiston analysointia. Tapaamisessa selvitimme myös tutkimuslupaprosessit ja teimme opinnäytetyösopimukset, joissa kukin osapuoli sitoutui työskentelemään kohti yhteistä tavoitetta sovitulla tavalla. Sovittiin myös yhteisestä loppuseminaarista, jossa opiskelijat pitäisivät lyhyet seminaariesitykset. Seminaari päättäisi tutkimusryhmäprosessin. Tapaamisen jälkeen opiskelijat työstivät suunnitelmansa valmiiksi ohjaajien tuella, hakivat tutkimusluvut töilleen ja toteuttivat aineistonkeruun. Aineiston analysoinnista keskusteltiin ohjaajien ja opiskelijoiden välisessä tapaamisessa.

Neljäs vaihe oli aineiston analyysin ja alustavien tutkimustulosten käsitteleminen tutkimusryhmän kanssa. Ryhmän tapaamisessa opiskelijat

esittelivät selvitystöidensä alustavat tulokset ja keskusteltiin työn loppuunsaattamisesta. Prosessin alussa oli päätetty, että opinnäytetöiden kirjallinen muoto tulisi olemaan artikkeli. Jokainen opiskelija kirjoittaisi artikkelin tekemästään selvityksestä ja ne koottaisiin yhteiseksi artikkelikokoomaksi. Tämän työn tueksi opiskelijat osallistuivat viestinnän asiantuntijan johtamaan työpajaan. Opiskelijat tapasivat myös ohjaajien kanssa artikkelin kirjoittamisen merkeissä. Tulevaa seminaariesitystään opiskelijat pääsivät harjoittelemaan aitoon seminaariympäristöön ohjaajien tuella.

Viides vaihe oli avoin teemaseminaari. Teemaseminaarissa käsiteltiin sosiaali- ja terveystieteiden integraatiota eri näkökulmista. Siellä kuultiin asiantuntijapuheenvuoroja, tutkimusryhmän jäsenten näkökulmia yhteisestä työskentelystä sekä opiskelijoiden esitykset tekemistään selvitystöistä alueella. Seminaarissa oli osallistujia eri tahoilta: yhteistyöorganisaatioista, HAMK:sta sekä myös lehti-ilmoituksen perusteella osallistuneita ulkopuolisia tahoja. Seminaarin jälkeen opiskelijat työstivät artikkelinsa valmiiksi heille laadittujen ohjeiden sekä ohjaajien tuella.

Kaikkiaan tutkimusryhmän työskentely kattoi opiskelijoiden koko opinnäytetyöprosessin. Tavanomaiseen opinnäytetyöprosessiin verrattuna esim. opponointi tapahtui prosessin kuluessa opiskelijaryhmän kesken, jossa jokainen opiskelija kantoi vastuunsa kanssapöytätyöskentelijöiden töiden kommentoimisesta sekä muusta tukemisesta. Opinnäytetyöseminaarit toteutettiin tutkimusryhmän tapaamisissa, joihin opiskelijat valmistautuivat omilla esityksillään, sekä yhteisessä teemaseminaarissa, jossa opiskelijat esittelivät työnsä tuloksia. Tiivis ohjaus ja vertaistyöskentely sidottiin tutkimus- ja kehittämisprosessiin ja jokainen tapaaminen (tutkimusryhmä ja pienryhmä) oli tukemassa opiskelijan työskentelyä oman vaiheen eteenpäin saattamiseksi.

Oppimisen näkökulmasta tutkimusryhmässä työskentely, tässä tapauksessa opinnäytetöiden työstäminen, tapahtuu tutkivan oppimisen ja integratiivisen pedagogiikan ajatusta noudattaen. Tutkiva oppiminen viittaa oppimiseen, jossa oppija ohjaa omaa oppimistaan, ryhmän tuella. Syklisessä prosessissa oppija muodostaa omia käsityksiä, selityksiä asioista, hakee tietoa ja rakentaa itse tiedon kokonaisuutta niin itsenäisesti kuin vuorovaikutteisesti ryhmän tuella. (Hakkarainen ym. 1999, 7–10) Tutkimusryhmässä työskennellessään oppija on aktiivinen, tietoa rakentava toimija ja hän tekee sitä tiiviissä ryhmäprosessissa. Oppimisprosessi onkin hyvin samankaltainen kuin uuden tiedon luominen tieteessä tai keksimisessä. Tutkiva oppiminen yhdessä integratiivisen pedagogiikan kanssa voidaan nähdä tässä mallissa kokonaisuutena, joka yhdistää teoriaa ja käytäntöä sekä tutkimusta ja opetusta (ks. Nykänen & Tynjälä 2012, 17–26). Näin koulutuksen ja työelämän välille pyritään luomaan yhteyksiä ja työelämätaitojen oppiminen kytketään teoreettiseen oppimiseen. Tällöin kyse ei ole enää opiskelijan omasta projektista vaan opiskelijan ja muun ryhmän välisestä yhteisestä prosessista.

Oppimisen näkökulmasta keskeistä on huomioida sen prosessimaisuus. Opiskelijoille tulee antaa tilaa ja mahdollisuus muodostaa itse tutkimusongelmansa sekä prosessoida sitä yhdessä muun ryhmän kanssa.

Opettajien keskeisinä rooleina ovat rikkaan asiayhteyden luominen eli niin opiskelijoiden kuin myös koko tutkimusryhmän motivointi, toimivan ryhmän luominen ja ylläpitäminen sekä intensiivinen läsnäolo opiskelijan oppimisprosessissa. Näin oppimisprosessin kokonaisuus ei rakennu vain ryhmän varaan vaan myös ohjaavien opettajien antamaan tukeen. (ks. Heikkilä 2007)

Tutkimusryhmän työskentelyn tuloksena on luotu malli siitä kuinka alueen toimijoista, tiedekorkeakoulun ja ammattikorkeakoulun jäsenistä koottu tutkimusryhmä toimii oppimisympäristönä. Tämän mallin myötä opiskelijat ja opetus on liitetty osaksi alueen tutkimus- ja kehittämistoimintaa, opiskelijoiden kehittämisosaamista on vahvistettu ja on tuotettu ajankohtaista tietoa alueen toimijoiden nimeämiin tarpeisiin. Konkreettisenä tuotoksena on tämä yhteisjulkaisu, joka sisältää opiskelijoiden artikkelimuotoiset opinnäytetyöt sekä alueellinen seminaari, joka tarjosi foorumin laajempaan integraatiokeskusteluun. Näiden lisäksi mallin kehittämistä on käyty esittelemässä valtakunnallisessa Vaikuttavat Oppimisympäristöt -seminaarissa.

1.2 Kokemukset uudenlaisen oppimisympäristön jatkokehittämiseksi

Opiskelijat antoivat palautetta koko prosessin ajan sekä arvioivat toimintamallia, työskentelyn vaiheistusta ja saamaansa ohjausta prosessin eri vaiheissa vapaamuotoisesti, suullisesti, sekä kirjasivat kokemuksiaan työryhmän yhteiselle oppimisalustalle. Työskentelyn lopulla opiskelijat antoivat kokoavaa arviota prosessin toteutuksesta.

Opiskelijoiden mielestä ryhmän tärkein merkitys on ollut siinä, että erilaisista aiheista ja prosessista huolimatta opinnäytteen työstämiseen liittyvät monet ongelmakohdat ovat olleet yhteisiä. Yhteinen keskustelu on avannut monia solmuja ja auttanut suuntaamaan työskentelyä. Opiskelijoilta on saanut arvokasta vertaistukea ja muulta ryhmältä korvaamattoman tärkeitä neuvoja. Yhteisen integraatioteeman sisällä jokaisella on ollut oma aiheensa ja tapansa työskennellä. Opiskelijat kokivat ohjauksen merkittävänä oman prosessin kannalta. Ryhmäohjaukset ovat motivoineet ja yhdessä on voitu rajata tehtäväksi antoja. Yksilöohjauksessa merkityksellistä on ollut ohjaajan tarjoamat uudet näkökulmat, kriittinen palaute erityisesti tekstin työstämisen vaiheessa, sekä nopea, kannustava ja oikea-aikainen ohjaus työskentelyn eri vaiheissa.

Opiskelijoiden kokemukset aikataulutetusta työskentelyprosessista olivat ainoastaan myönteisiä. Tuntui helpottavalta, että joku on huolehtinut siitä, missä kohtaa tehdä mitään. Se auttaa opiskelijaa pitämään prosessin tehokkaasti käynnissä. Monet kokivat kaipaavansa aikataulutettua ja muutoinkin strukturoitua oppimisympäristöä, jotta oppimisesta saa mahdollisimman paljon irti. Aikataulutuksen nähtiin tukevan opiskelijan itseohjautuvuutta ja motivaatiota erityisesti silloin, kun elämäntilanne muuten tuottaa haasteita opinnoissa etenemiselle. Aikataulutettu ja prosessimainen työskentely on ylläpitänyt motivaatiota ja luonnut positiivista painetta henkilökohtaiselle työskentelylle. Opiskelijat kokivat

sekä työskentelyprosessin että saadut tulokset arvokkaiksi. Se, että aihe on tullut työelämästä, on uskottu ja luotettu heihin ja monin tavoin autettu eteenpäin oli opiskelijoille tärkeä kokemus. On tuntunut, että on tehty oikeasti tärkeää työtä. Myös kokemus siitä, että yksilön rinnalla korostettiin ryhmän merkitystä, oli tärkeä oppimiskokemus, onhan johtaminen ja kehittäminen suuressa määrin yhteistyön tekemistä erilaisten ihmisten kanssa.

Työelämä- ja yliopistokumppaneiden kokemukset tutkimusryhmätoiminnasta olivat kokonaisuudessaan erittäin positiiviset. Työskentelystä syntyi kokonaisuus, joka näytti tukevan opiskelijoita pysymään suunnitelmassaan ja aikatauluissaan. Yhteistapaamisten ohjaavat kommentit olivat opiskelijoille innostusta lisääviä ja kannustukseksi. Työskentely tarjosi myös kiinnostavan ikkunan ylemmän AMK:n opiskelijoiden työskentelyyn. Integraation kaltaiset riittävän suuren laajat teemat nähtiin hyvänä, koska teeman alle mahtuu monenlaista aihetta ja tarkastelunäkökulmaa. Nykytilanne muutosvaiheena nähtiin tarjoavan oivallisia aiheita yhteistyön lähtökohdaksi. Tässä ryhmässä annetut aiheet olivat juuri ne opinnäytetyöaiheet, joista haluttiin tietoa ja joista nähtiin saatavan hyötyä. Tutkimukset tulevat lähelle arkea ja korkeakoulun ja organisaation välinen yhteistyö vahvistuu.

Ryhmään osallistuvien työelämän edustajien valinta määrittää sen halutaanko aiheita tarkastella alueelliselta tasolta, organisaation johdon näkökulmasta vai halutaanko toimia lähempänä asiakastyötä. Johdon sitoutuminen yhteistyöhön kannustaa ja avaa mahdollisuuksia organisaatioiden eri tasoilla toimiville osallistua ja olla mukana tutkimusyhteistyössä.

Tulosten julkistaminen nähtiin tärkeänä. Kaikille avoin seminaari on yksi keino tulosten levittämisessä. Ajankohtainen teemaseminaari toimi hienona esittelyinä ja mainoksena ylemmän AMK:n opiskelijoiden työstä sekä liitti aiheet laajempaan asiayhteyteen asiantuntija-alustusten avulla. Lisäksi töiden esittely kohdeorganisaatioissa nähtiin tärkeänä, jotta syvempi keskustelu ja tulosten hyödyntäminen olisivat mahdollisia. Työskentelylle esitettiin myös rakentavaa palautetta. Erityisesti nähtiin, että ryhmän työskentelyn aloitukseen voisi panostaa enemmän. Ryhmän sisäinen aloitusseminaari auttaisi ryhmän jäseniä tutustumaan toisiinsa. Nyt ryhmätapaamisissa alettiin heti ruotia opiskelijoiden tutkimusideoita, vaikka ryhmän jäsenet, etenkin opiskelijat, olivat vieraita. Ryhmän toiminta voisi alkaa esimerkiksi yhteisellä temaattisella työskentelyllä, jossa olisi alustuksia ryhmän yhteisestä teemasta. Temaattinen työskentely aluksi mahdollistaisi yhteisen kokonaisuymmärryksen siitä, millaisen teeman parissa työskennellään seuraava vuosi.

Myös opiskelijoiden osallistaminen muiden aiheiden työstämiseen herätti kehittämisaatuksia. Usein opiskelijat olivat kuuntelijoita ja vastaanottajia ja asiantuntijat puhuivat. Toimintaa voisi kehittää siten, että opiskelijat toimisivat muiden töiden alustajina ja kommentoijina ja näin osallistuisivat keskusteluun aktiivisemmin. Toiminnalle ehdotettiin asiantuntijoista kootun ohjausryhmän perustamista, jossa olisi edustus sekä käytännön työn että tutkimuksen parista. Tällaisen ryhmän kanssa

keskustellen aiheiden tunnistaminen ja valitseminen voisi olla helpompaa. Tämä edesauttaisi yhteistyömallien kehittelyä myös eri organisaatioiden välillä.

Ammattikorkeakoulun yliopettajien (opinnäytetöiden ohjaajien) näkökulmasta kokemus oli tärkeä niin opetusmenetelmien ja ohjausmenetelmien kehittämisen kannalta kuin työelämäyhteistyön kannalta. Jatkossa tutkimusryhmän kokoaminen tulisi tapahtua samanaikaisesti, kun aiheita kootaan ja ideoidaan. Opiskelijoita motivoi työelämän tilaustyöt, mutta ne luovat myös painetta ohjauksen oikea-aikaisuuden ja mitoituksen kannalta. Vaativat aiheet edellyttävät tiivistä ohjausprosessia ja sitoutuneisuutta kaikilta. Opiskelijat tarvitsevat ryhmässä työskentelyn rinnalle myös ohjausaikaa oman nimetyn ohjaajan kanssa. Hanke antoi kokemusta siitä, miten intensiiviseen työskentelyyn eri osapuolet voivat lähteä ja miten prosessia tulee avata opiskelijoille työskentelyn eri vaiheissa.

Opinnäytetyön tulosten raportointiin artikkelimuotoisesti, julkaisuun ja esittelyyn tulee varata riittävästi aikaa. Työn viimeistelyvaiheessa saatava hyvä kokonaisuus jääää keskeneräiseksi, kun opiskelijat sitoutuvat yhteiseen aikatauluun esim. yhteisjulkaisun vuoksi eikä viimeistelylle enää jää aikaa.

Opiskelijoiden kuuleminen läpi työskentelyn on erittäin tärkeää. Työskentelyn tulee olla vuorovaikutteista, siten että jokaisella on oma asiantuntevuksensa ryhmään tuotavaksi. Opiskelijoita tulee rohkaista tiiviimpään ryhmäprosessiin keskenään. Kokonaisuus tukeutuu nyt vahvasti ohjaajien vetämään ohjausprosessiin, mutta opiskelijat hyödyntävät toistensa osaamista ja omaa vertaisryhmää vain vähän. Esimerkiksi yhteinen keskustelualue opiskelijoille tai oppimispäiväkirja takaisi ryhmäprosessin vahvistamisen työskentelyn aikana. Tämä mahdollistaisi asioiden tarkastelun syvällisemmin ja koko prosessin myötä tuleva oppiminen tulisi näkyväksi.

Yhteenvetona eri toimijoiden kokemuksista voidaan todeta, että uudenlaisen oppimisympäristön rakentaminen on ollut onnistunut kokemus. Kaikilla ryhmän jäsenillä on ollut tärkeä rooli ja he ovat sitoutuneet ryhmän toimintaan. Kaikki opiskelijat ovat sitoutuneesti työskennelleet ryhmässä ja pysyneet aikataulussa. Tähän on vaikuttanut vahva ryhmäprosessi, jossa kaikki ovat edenneet yhdessä. Työelämän konkreettinen mukana olo oppimisprosessissa tutkimusryhmän tapaamisten kautta on ollut merkittävää. Opiskelijat ovat saaneet suoran palautteen työelämän edustajilta ja siten oppimistehtävät, tässä tapauksessa opinnäytetyöt, ovat aidosti vastanneet alueen tarpeeseen. Yliopiston edustajien mukanaolo on tuonut oppimisympäristöön ajantasaisen teoreettisen näkökulman meneillään olevien tutkimushankkeiden kautta.

Kaikkiaan oppimisympäristö on pitänyt sisällään monet tärkeät näkökulmat ja verkostot (työelämän näkökulma, ajantasaiset yliopiston tutkimushankkeet jne.). Kaikki olemme työskennelleet yhdessä, samassa prosessissa, yhteiseen päämäärään pyrkien. Uudenlaisen oppimisympäristön myötä ryhmän toimijoiden välinen yhteistyö on tiivistynyt ja aluekehittäminen tapahtuu aidosti yhdessä. Tieto on rakentunut vähitellen, yhdessä

alueen toimijoiden ja tutkimuslaitosten edustajien kanssa, ja opiskelijat ovat päässeet asiantuntijatyöhön mukaan opintojensa aikana. Myös alueen toimijat ja yliopistokumppanit ovat tulleet tietoisiksi ammattikorkeakoulun YAMK ohjelmien tavoitteista ja siellä rakennetusta osaamisesta. Mallia on mahdollista soveltaa laajemminkin YAMK opintoihin.

Kokoavasti on mahdollista tunnistaa mallissa ainakin neljä keskeistä jatkokehittämisen kohtaa. *Ensinnäkin*, ryhmän aloitukseen tulee panostaa esim. temaattisen työskentelyn avulla. Tämä mahdollistaisi yhteisen kokonaisymmärryksen siitä, millaisen teeman parissa työskennellään. *Toiseksi*, työelämäyhteistyötä tulee edelleen tiivistää. *Kolmanneksi*, yhteistä verkkotyöskentelyalustaa tulisi kehittää, jotta koko tutkimusryhmä voisi työskennellä yhdessä myös tapaamisten välillä. Ryhmän työskentelyyn sopivan verkkotyöskentelyalustan kehittäminen mahdollistaisi myös sen, että tapaamisista poissa ollut ryhmän jäsen saisi riittävän tiedon ja tuen, jotta voi jatkaa ryhmässä. *Neljänneksi*, aikataulua ja tapaamisia suunniteltaessa aikaa tulee varata raportoinnin viimeistelylle sekä yhteistyöskentelyn päättyessä ryhmäarviointiin, itsearviointiin ja vertaisarviointiin.

Mallin kehittäminen on ollut haastava ja mielenkiintoinen tehtävä. Hämeen ammattikorkeakoulun puolesta haluamme kiittää Kanta-Hämeen keskussairaalan, Hämeenlinnan kaupungin ja Tampereen yliopiston edustajia aktiivisesta panoksesta opiskelijoiden ohjauksessa ja uudenlaisen toimintamallin kehittämisessä. Opiskelijoita haluamme kiittää sitoutuneesta työskentelystä ja rohkeasta tartumisesta ajankohtaisiin ja vaativiin aiheisiin.

Lähteet

Hakkarainen, K., Lipponen, L., Ilomäki, L., Järvelä, S., Lakkala, M., Muukkonen, H., Rahikainen, M. & Lehtinen E. (1999). Tieto- ja viestintätekniikka tutkivan oppimisen välineenä. Helsingin kaupungin opetusvirasto, Tietotekniikka-projektin tutkimusryhmä. Helsinki. (Viitattu 1.12.2015) http://www.helsinki.fi/science/networkedlearning/julkaisut/tvt_tutkivan_oppimisen_valineena.pdf

Heikkilä, S. (2007). tutkiva oppiminen haastoi tuotekehittäjät. Aikuiskasvatus 2: 139–143.

Nykanen, S. & Tynjälä, P. (2012). Työelämätaitojen kehittämisen mallit korkeakoulutuksessa. Aikuiskasvatus 1: 17–28.

2. Monitahoinen integraation käsite

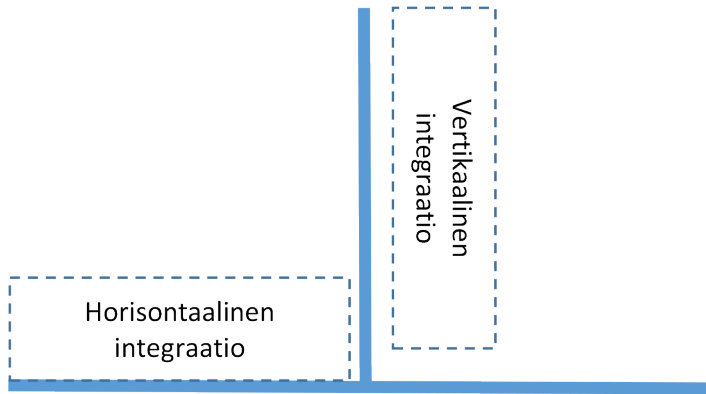
Sari Miettinen

Palvelujen integraatio nähdään ratkaisuna niihin sosiaali- ja terveystalvlujärjestelmiin, joissa haasteena ovat paljon ja monenlaisia palveluja käyttävät pitkäaikaissairaat (Mason, Goddard & Weatherly 2014). Integraatio nähdään kokonaisuutena, joka tuo yhteen palvelujärjestelmän monia osia: käytetyt resurssit, palvelujen tuottamisen, hallinnon sekä palvelukokonaisuudet, jotka liittyvät diagnoosiin, hoitoon, hoivaan, kuntoutukseen ja terveyden edistämiseen (Gröne & Garcia-Barbero 2001) Tämän myötä päästään selkeyttämään esimerkiksi asiakasprosesseja. Aiemmista tutkimuksista löytyy monenlaisia määrittelyjä integraatiolle, erilaisista näkökulmista. Määrittelyjä on koottu taulukkoon 2.

Taulukko 1. Integraation määrittelyjä

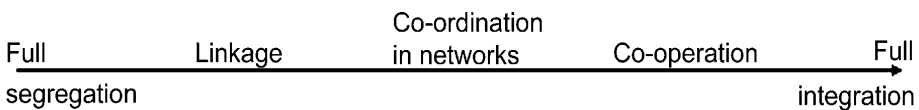
Integraation määrittely
1. Horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio
2. Integraatio jatkumona <ul style="list-style-type: none"> • Täydellinen eriytyminen • Yhteys toimijoiden välillä ja yhteistyö • Koordinaatio ja tiivis yhteistyö • Täydellinen integraatio
3. Rakenteellinen ja toiminnallinen integraatio
4. Integraatiivisen toiminnan tasot <ul style="list-style-type: none"> • Järjestelmätaso • Organisaatiotaso • Palvelujen taso
5. Integraation tavoitteet <ul style="list-style-type: none"> • Toiminnallinen integraatio • Organisaationaalinen integraatio • Professionaalinen integraatio • Palveluprosessien integraatio
6. Integraation keinot <ul style="list-style-type: none"> • Palvelujen tuottamisen keinot • Viestinnän keinot • Organisaation hallinnan keinot • Rahoitukseen liittyvät keinot • Hallinnon keinot • Normatiivisuuteen liittyvät keinot
7. Integraatio erilaisten roolien kautta <ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaat • Palvelujen tuottajat • Johtajat • Poliittiset päättäjät

Yksi määrittelyn ulottuvuus on horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio (Kuvio 1). Horisontaalisella integraatiolla viitataan lähinnä perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen integraatioon. Käytännön tasolla se tarkoittaa mm. monialaisten tiimien toimintaa peruspalvelujen tasolla. Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan perustason ja erityistason yhdentymistä eli esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamista. (ks. mm. MacAdam 2008; Leichsenring 2003)



Kuvio 1. Horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio

Integraatio on mahdollista nähdä myös jatkumona (mm. Ahgren & Axelsson 2005; Leutz 1999). Jatkumossa on mahdollista erottaa ainakin neljä erilaista integraation astetta, jotka on havainnollistettu kuviossa 2. Toinen ääripää kuvaa tilannetta, jossa toimintojen välillä ei ole identifioitavissa integraatiota. Tämä on eräänlainen teoreettinen nollapiste. Vaihetta kutsutaan täydelliseksi eriytymiseksi, jolloin järjestelmän osat ovat erillisiä ja toiminta on osien sisäistä, eikä niiden välistä. Tästä seuraavassa vaiheessa toimijoiden välillä on yhteys ja sen myötä jonkinasteista yhteistyötä. Tällainen järjestelmä palvelee asiakkaiden monenlaisia tarpeita, kuitenkin ilman erityisiä järjestelyitä organisaatioiden sisällä tai välillä. Integraation seuraavaa astetta ilmentää koordinaatio ja tiivis yhteistyö. Tällöin järjestelmässä on tunnistettavissa erityisiä rakenteita, joiden kautta on mahdollista koordinoita toimintaa eri sektoreiden välillä. Tämä on strukturoidumpi integraation muoto kuin edellinen, mutta se toimii silti erillisten osien kautta. Toinen jatkumon ääripää on täydellinen integraatio. Kun integraation aste on tässä vaiheessa, uusia hallinnollisia tai toiminnallisia kokonaisuuksia on luotu ja mm. järjestelmän monen osan resurssit on yhdistetty.



Kuvio 2. Integraatio jatkumo (Aghren & Axelsson 2005, 2)

Integraatiota määritellään myös rakenteellisen ja toiminnallisen integraatio kautta (Erhola ym. 2014). Suomessa meneillään olevan sote-uudistuksen yhteydessä rakenteellisella integraatiolla on viitattu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun sijoittamiseen laajasti samalle järjestäjätaholle. Tällä luodaan edellytyksiä toiminnalliselle integraatioille. Toiminnallinen integraatio vastaavasti viittaa toiminnalliseen kokonaisuuteen

sosiaali- ja terveystalvakuissa. Toimintojen ei tällöin tarvitse kuitenkaan olla saman tahon järjestämistalvakuulla. Käytännössä se tarkoittaa sellaisen kokonaisuuskien muodostamista, jotka ylittävät perinteiset toimintaja ammattirajat.

Integraatiota on mahdollista tarkastella myös toiminnan tasojen näkökulmasta. Näitä nk. integratiivisia toiminnan tasoja on mahdollista erottaa ainakin kolme: järjestelmä-, organisaatio- ja palvelujen taso (ks. mm. Øvretveit, Hansson & Brommels 2010; MacAdam 2008). Järjestelmätasolla viitataan makrotasolle eli rakenteisiin ja järjestelmiin sekä erilaisiin toiminnallisiin kokonaisuuksiin, kuten rahoituksen integroimiseen. Organisaatiotasolla viitataan palvelujen tuottajaorganisaatioiden tasolla tapahtuvaan integraatioon ja sen merkitykseen organisaatioissa oleviin yksilöihin, asiantuntijoihin. Palvelujen taso kuvaa mikrotasolla tapahtuvaa integraatiota eli käytännössä palvelujen toteuttamisen tasolla tapahtuvaa toimintaa ja niitä toteuttavia käytännön toimijoita.

Integraatiota voidaan määritellä myös sen tavoitteiden kautta. Tästä näkökulmasta on mahdollista erottaa toisistaan toiminnallinen integraatio, organisaationaalinen integraatio, professionaalinen integraatio ja palveluprosessien integraatio (van der Klauw ym. 2014; Leichsenring 2003; Kodner & Spreuwenberg 2002; Gröne & Garcia-Barbero 2001). Toiminnallisessa integraatiossa tavoitteena on keskeisten toimintojen koordinointi ja yhteensovittaminen. Organisaationaaliossa sen sijaan keskitytään organisaatioiden välisiin suhteisiin. Professionaaliossa integraatiossa yhteensovitetään asiantuntijoiden välistä toimintaa, jolloin keskeistä ovat asiantuntijoiden väliset suhteet niin organisaatioiden sisällä kuin myös niiden välillä. Palveluprosessien integraatiossa tavoitellaan yksittäisten palveluprosessien yhteensovittamista ja niiden kautta asiakkaan saaman palvelun laadun ja tyytyväisyyden maksimointia. Yksi keskeinen tavoite tässä on myös palvelujen tuottajien tyytyväisyyden lisääminen.

Tavoitteisiin pääsy edellyttää monenlaisia keinoja ja myös näiden kautta tarkasteltuna integraatio saa erilaisia määrityksiä. Integraatioon voidaan pyrkiä palvelujen tuottamisen, viestinnän, organisaation hallinnan, rahoituksen, hallinnon ja normatiivisuuden kautta (Rosen ym. 2011). Palvelujen tuottamisen keinot tarkoittavat johdonmukaisia ja standardoituja palveluja. Viestintä viittaa sellaisen toimivan viestintäjärjestelmän rakentamiseen, joka tukee palveluprosesseihin linjattuja toimintoja, tiimien kommunikointia ja johtamista. Organisaation hallinta viittaa organisaatioiden sisäisten ja niiden välisten hallinnan järjestelyjen kehittämiseen ja rahoitus yhteisiin budjettijärjestelyihin ja maksujärjestelmiin organisaatioiden kesken. Hallinnolla viitataan riittävään hallinnolliseen tukeen pienillekin toimintoille ja yhteyksien rakentamiseen organisaatioiden välille. Normatiivisuus sen sijaan viittaa yhteisesti jaettuuihin visioihin, tavoitteisiin ja arvojen identifointiin. niistä tulee kommunikoida ja niitä tulee operationalisoida yksilöiden ja organisaatioiden välillä.

Integraation merkitys voi näyttäytyä erilaiselta eri roolien kautta. Lloyd ja Wait (2006) ovat avanneet näitä merkityksiä neljän roolin kautta. Asiakkaiden näkökulmasta integraatio voi merkitä helpompaa pääsyä

palveluihin, helpompaa navigointia palvelujen välillä ja saumattomia palveluita. Palvelujen tuottajille merkitys näyttäytyy lähinnä monialaisena tiimityönä ja professioiden ja instituutioiden rajat ylittävänä tavoitteiden, palvelujen ja hoidon koordinoituna. Johtajille integraation merkitys voi liittyä yhdistettyjen toimintojen koordinointiin, laajentuneen ja monialaisen henkilöstön ohjaamiseen, monimutkaisten organisaatorakenteiden johtamiseen ja uudenlaisen jaetun kulttuurin rakentamiseen. Poliittisille päättäjille merkitys voi liittyä integraatioystävällisten toimintapolitiikkojen, säännösten ja rahoitusjärjestelmien suunnitteluun sekä järjestelmien ja ohjelmien arviointiin kokonaisuuden pohjalta.

Käsillä olevassa Integraatio tutkimusryhmässä integraation käsite on määrittynyt työelämästä nousseiden kehittämistarpeiden ja aineiston kautta. Ryhmässä tehdyissä selvityksissä keskeisessä tarkastelussa on horisontaalinen integraatio, mutta paikoin tarkastellaan myös vertikaalista, perustason ja erityistason välistä integraatiota. Integraation jatkumossa liikutaan yhteistyön eri asteissa ja sivutaan kokonaisuutta niin rakenteellisesta kuin toiminnallisesta näkökulmasta. Integraatiivisen toiminnan tasona tarkastellaan erityisesti mikrotasoa ja integraation tavoitteeksi on määrittynyt asiantuntijoiden välinen ja palveluprosessien integraatio. Keinojen suhteen keskitytään palveluihin, informaatioon ja normatiivisiin keinoihin.

Alueelle kohdistuneet selvitystyöt tarkastelevat sosiaali- ja terveystalouden integraatiota organisaatioiden tarpeista käsin, erilaisista näkökulmista. Ensimmäisessä selvityksessä kysymyksen asettelu on jo lähtökohtaisesti kohdistettu integraation käsitteeseen: Miten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ymmärtävät integraation? Toisessa selvityksessä tarkastellaan keskussairaalan uuden strategian käyttöönottoa, potilas ensin -ajattelua. Integraatiossa yksi keskeinen asia on asiakaskokemukset prosesseista ja prosessien laadun parantaminen siten, että asiakkaat ovat niihin tyytyväisiä. Selvitys keskittyy juuri uudenlaisen asiakasymmärryksen ja ajattelun jalkauttamiseen, jossa asiakaskokemus ja palvelukokemus nostetaan keskiöön. Kolmannessa selvityksessä tarkastellaan hoitotyön raportointia ja henkilöstön näkemyksiä sen nykytilasta ja kehittäistarpeista. Erilaisten integratiivisten toimintojen, kuten yhteistyön ja yhteistoimintojen kehittämisen myötä keskeistä on juurikin yhdenmukainen dokumentointi. Neljännessä selvityksessä tarkastellaan kahta erilaista tapaa järjestää lasten ja nuorten palvelut. Työ fokuksituu integraation asteisiin ja niihin keinoihin, kuinka on mahdollista saavuttaa tavoiteltu integraation vaihe jatkumossa. Viides selvitys keskittyy integraation määrittelyssäkin keskeiseen yhteistyöhön ja sen toimivuuteen. Työssä on siten tarkasteltu yhtä integraatiojatkumon vaihetta ja sen toimivuutta oppilashuollossa.

Lähteet

- Ahgren, B. & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*. 5 (31): 1–9.
- Erhola, M., Vaarama, M., Pekurinen, M., Jonsson, PM., Junnila, M., Hämäläinen, P., Nykänen, E. & Linnosmaa, I. (2014). SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 14. Tampere.
- Gröne, O. & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care, A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. 1: 1–10.
- Kodner, D. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2(14): 1–6.
- Leichsenring, K. (2003). Providing integrated health and social care for older persons – A European overview. European Centre for Social Welfare Policy and Research June 2003 PROCARE. European Overview 2.
- Leutz, W. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 77(1): 77–110.
- Lloyd, J. & Wait, S. (2006). *Integrated Care A Guide for Policymakers*. Alliance for health and the future. London.
- MacAdam, M. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. CPRN Research Report. April 2008
- Mason, A., Goddard, M. & Weatherly, H. (2014). Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review. CHE Research Paper 97, Centre for Health Economics, University of York, UK.
- Rosen, R., Mountford, J., Lewis, G., Lewis, R., Shand, J. & Shaw, S. (2011). *Integration in action: four international case studies*. Evidence for better healthcare, research report, Nutfieldtrust.
- van der Klauw, D., Molema, H., Grooten, L. & Vrijhoef, H. (2014). Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International Journal of Integrated Care*. 14(Jul–Sep): 1–10.
- Øvretveit, J., Hansson, J. & Brommels, M. (2010). An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy*. 97: 113–121.

3. Toimijoiden näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta

Riitta Riihaho

Tiivistelmä

Tavoitteena oli selvittää toimijoiden näkemyksiä integraatiosta Hämeenlinnan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa. Tutkimuskysymyksinä olivat: Mitä sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivat henkilöt ymmärtävät sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla? Millaisia odotuksia heillä on integraatioon liittyen? Miten he ajattelevat integraation vaikuttavan heidän työhönsä tulevaisuudessa?

Aineistona käytettiin litteroituja haastatteluja ja Webropol kyselyn tuloksia. Työhön haastateltiin terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ja ikäihmisten organisaation tilaaja- ja tuottajapuolen johtajia ja päälliköitä. Webropol kysely kohdistettiin samoissa organisaatioissa käytännön kenttätöissä toimiville sairaanhoitajille ja sosiaalityöntekijöille. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Työn tuloksista tuli esiin vahvasti sote uudistus. Katsottiin, että tulee sen myötä mitä vaan, niin käytännön toimijoiden on tehtävä tiivistä yhteistyötä kaikilla organisaation eri tasoilla sekä kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa. Tulosten perusteella on mahdollista todeta, että asiakkaan ääni on saatava kuuluviin. Pelkona kuitenkin on, että sote uudistus tulee keskittymään liiaksi hallinnolliseen integraatioon ja toiminnan puolella ei tapahdu mitään.

Asiasanat: yhteistyö, yhdentyminen, integraatio

The abstract

The aim was to find out the visions of the integration of Hämeenlinna city's organisation of the social and health care from the operator itself. The research problems were: How do operators working in the social and health care understand the integration of the social and health care? What kind of expectations they have over the integration? How they think that the integration influence on their work in the future?

The material consisted of interview transcriptions and Webropol questionnaire results. For the theses they interviewed managers and directors of the organisation of promotion of health and functional capacity and elderly

persons from both client and provider sides. The Webropol questionnaire was targeted to the nurses and the social workers who were working at the same organisations. The material was analyzed with data based content analysis.

Reform of the social and health care (Sote) appeared strongly in the results of the thesis. Turned out that whatever was coming due to the reform in their opinion it is obligation of the practical operators to cooperate in every levels of the organisation and with everyone who are participating the client's treatment. By the results it is possible to notice that the client's voice needs to be heard. However there is existing the fear that the reform may be focused too much on the administrative integration while there is nothing happening on the action.

Context words: cooperation, coalescence, integration

Johdanto

Integraation tavoitteena on päätöksenteon, johtamisen, rahoituksen ja palvelujen kokoaminen yhdelle sosiaali- ja terveydenhuollon väestöstä vastaavalle järjestölle. Tämä nähdään keinona turvata erityisesti perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertainen saatavuus. (Erhola ym. 2014, 40.)

On tärkeää selvittää mitä palveluita tuottavat työntekijät johtajineen ajattelee integraatiosta ja näkevätkö he sen mukanaan tuoman muutoksen muuttavan heidän työtään tulevaisuudessa. Integraation tuomat muutokset saattavat viedä kauan aikaa, ja uuden työnkuvan muodostuminen voi vaikuttaa työtyytyväisyyteen ja sitoutumiseen. Miten he näkevän palvelun saajan asiakkaan siellä kenties muuttuneessa organisaatiossa ja miten uudet palvelut palvelee asiakasta? Onko johdon ja työntekijöiden näkemys erilainen? Se, että selvityksessäni keskityin sekä johtoon, että työntekijöihin tuo tälle selvitykselle monipuolista näkökantaa ja saattaa helpottaa jatkossa tapahtuvien muutosten suunnittelua ja läpivientiä (ks. Bryant 2006, 247).

Usein luullaan, että johdon näkemys muutoksen tärkeydestä riittää myös muulle henkilökunnalle. Eikä muutoksen välttämättömyyttä korosteta tarpeeksi. (ks. Haveri & Majonen 2000, 36) Henkilöstön tulee ymmärtää muutoksen välttämättömyys ja mitä muutos tarkoittaa juuri minun työssäni. Parhaimmatkaan linjaukset eivät muutu suoraan toiminnaksi. Työntekijän on käytävä läpi itsensä kanssa tehtyjen ratkaisujen vaikutukset omaan toimintaan sekä pohdittava ja suunniteltava, miten omia käytäntöjä tulisi konkreettisesti muuttaa, jotta päästään toivottuun lopputulokseen. Virkin (2001, 63) mukaan perusta toiminnalle pitää olla asiakkaassa ja asiakkaan tarpeessa. Kun todella kaikki tiedetään mihin pyritään eli on olemassa selkeä visio ja strategia, niin silloin yhteistyönkin pitäisi sujua.

Sanerman (2009, 170) tutkiessa tiimityön kehittymistä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi jo heti alussa nähtiin yhteisen

perustehtävän tunnistaminen tärkeäksi yhtenäistäväksi tekijäksi. Perustehtävä nähtiin määrittävän yhteisen arvopohjaan, selkeisiin tavoitteisiin ja asiakaslähtöisyyteen. Tiimityö mahdollistaa uusien ideoiden uudelleen käsittelytavan. Yhteisen ymmärryksen hakeminen asioille lisää tarvetta keskustella asioista ja kehittää neuvottelutaitoja.

Miettiessä meneillään olevaa sote uudistusta ja sen väistämättä mukanaan tuomaa ainakin jonkinasteista integraatiota, on hyvä selvittää poikkeako käsitykset integraatiosta virkahierarkian eri tasoilla. Kärkkäinen (2004, 128–136) on tutkinut psykiatrian yhdentymistä somaattiseen hoitojärjestelmään. Tulosten mukaan, 90% vastaajista oli sitä mieltä, että yhdentymisessä oli onnistuttu vähintään kohtuullisesti. Vastaajat olivat johtavia virkamiehiä. Kärkkäinen katsoo tuloksen olevan näinkin hyvä siksi, että virkahierarkian ylimmillä tasoilla asiat koetaan myönteisemmin kuin ne todellisuudessa ovat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integrointi ei ole uusi asia Suomessa. Taskinen (2005, 23) väitöskirjassaan viittaa huoltaja 1939 teokseen, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä on pohdittu jo vuosikymmeniä. 1930-luvulla on jo lainsäädännössä velvoitettu, että kunnallisessa huoltolautakunnassa on oltava terveydenhuoltoon perehtynyt henkilö. 1960-luvulta lähtien on sosiaali- ja terveydenhuollon välisestä yhdistämisestä ja terveydenhuollon sisäistä yhdistymistä pyritty edistämään erilaisilla ohjaustoimenpiteillä.

Asiakkaan roolin muutoksen myötä monialaisuus ja yhteiset näkemykset palvelujen tuottamisessa ovat yhä tärkeämpää. Tämän päivän Suomessa henkilökuntamäärä ei kasva samassa mittasuhteessa kuin hoidon tarve lisääntyy (Markkanen & Puro 2011, 12). Asiakkaan rooli on muuttunut asiakaslähtöisemmäksi ja asiakasta tulee kuunnella enemmän (Pieper & Vaarama 2006, 264). Palvelut ovat usein liian hajallaan ja palvelun käyttäjän on vaikeaa löytää juuri hänen ongelmaansa sopivaa palvelukokonaisuutta (STM 2008, 44). Iäkkäiden ja monisairaiden määrä lisääntyy aiheuttaen moninaista hoidon, hoivan ja huolenpidon sekä samalla palvelujen integroinnin tarvetta. Hoitoa antavissa organisaatioissa erikoistutaan ja eriydytään ja tämän seurauksena hoito pirstaloituu (Henrard ym. 2006, 2.)

Jotta me pystymme tuottamaan yhä moninaisempaa, laadukkaampaa ja monitaitoista hoitoa vastaten asiakkaiden tarpeisiin, tulee meidän tietää, että tulevaisuuden monitaitoisuutta vaativissa haasteissa ei enää riitä yksilötyö. Palvelut tulee tuottaa laadukkaasti ja mahdollisimman pienin kustannuksin. Palveluiden tulee olla tuottavia ja taloudellisesti tehokkaita. Myös informaatio- ja tietoteknologian tarjoamat mahdollisuudet tulisi hyödyntää palvelujen integroinnissa. (ks. Pieper & Vaarama 2006, 264–265). Keino vastata tähän haasteeseen on toimintojen yhdistäminen. Tulevaisuuden haasteisiin vastaamisessa on perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteen sovitetulla kokonaisuudella ratkaiseva merkitys. (ks. Erhola ym. 2014, 3).

Tepponen (2009, 192 – 196) on tutkinut ikäihmisten kotihoidon integroinnin toteutustapoja ja niiden keskinäisiä yhteyksiä sekä integroinnin vaikutuksia kotihoidon sisältöön ja laatuun. Tulokset osoittivat, että organisaatioiden yhdistämisen perustelut olivat ainakin osittain oikeita. Kotihoidon laadun edellytykset paranivat ja toiminta tehostui yhdistämisen seurauksena kun päällekkäisyydet ja aukot poistuivat. Johtaminen selkeytyi ja hoito tuli kokonaisvaltaisemmaksi.

Organisaatiouudistuksen edeltävä ajanjakso koetaan usein epävarmuutta aiheuttavana aikana ja usein se on jopa sekavaa aikaa. Epävarmuutta aiheuttaa pelko oman työn menettämisestä. Niissäkin tapauksissa, joissa työn jatkuvuus on varmaa, mietityttää kuitenkin se, muuttuuko oman työn kuva muutoksen myötä, ja jos muuttuu niin millaiseksi se tulee muuttumaan. Kehitetäänkö toimintatapoja oman organisaation sisällä vai mennäänkö radikaalimpiin organisaatiomuutoksiin. Integraation tuomat muutokset saattavat viedä kauan aikaa ja uuden työnkuvan muodostuminen voi vaikuttaa työtyytyväisyyteen ja sitoutumiseen. Virkin (2001, 62) mukaan tiimin tulee toimiakseen olla yhteen hitsattu jengi, joka puhaltaa samaan hiileen. Kaikki tuovat oman osaamisensa tiimiin ja saavat sen myötä asiakastyytyväisyyden toimimaan.

Ei riitä, että johdetaan vain muutoksia, myös ihmisiä tulee johtaa muutoksessa. Jos johdolla ja henkilöstöllä on kovasti erilainen näkemys muutoksesta asiakkaan parhaaksi, kuten integraation yhteydessä voi syntyä vahva muutosvastarinta. Muutos merkitsee jokaiselle asianosaiselle eri asioita. Siksi tiedonsaanti tulee olla muutoksessa avainasemassa. Tärkeää on, että työntekijät saavat olla mukana muutoksen suunnittelussa. (ks. Rissanen & Lammintakanen 2015,158).

Tämän selvitystyön tavoitteena oli avata Hämeenlinnan kaupungin avoterveydenhuollon ja sosiaalipuolen toimintakentän eri tasoilla toimivien henkilöiden ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta. Eriytisesti oltiin kiinnostuneita henkilöiden antamista merkityksistä integraatiolle. Kiinnostuksen kohteena oli myös heidän odotuksensa tulevaisuudesta ja integraation vaikutuksista heidän työhönsä tulevaisuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla tässä työssä tarkoitetaan organisaatioiden alla toimivien tahojen yhdistämistä sekä yhteistyötä organisaatioiden välillä ja niiden sisällä.

Tutkimuskysymyksinä olivat;

- Mitä sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivat henkilöt ymmärtävät sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla?
- Millaisia odotuksia heillä on sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon liittyen?
- Miten he ajattelevat integraation vaikuttavan heidän työhönsä tulevaisuudessa?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tämä on kvalitatiivinen selvitystyö. Tarkastelun keskiössä ovat merkitykset, jotka ilmenevät eri tavoin. Tässä selvitystyössä on pyritty kuvaamaan haastateltavien ja kyselyyn vastanneiden näkemyksiä ja odotuksia liittyen integraatioon. Selvitys kuvaa todellista elämää ja tutkimuskohteena olevien henkilöiden käsityksiä pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti pyrkien löytämään tai paljastamaan tosiasioita kuin todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161).

Selvitystyön aihe tuli Hämeenlinnan kaupungilta ja haastateltavat tahot valikoituivat selvitystyöntekijän oman harkinnan mukaan. Aineistonkeruumenetelmäksi valikoitiin teemahaastattelu, koska se on joustava metodi ja antaa mahdollisuudet havainnointiin ja lisäkysymyksiin. Teemahaastattelun aihepiiri oli suunniteltu etukäteen, mutta tarkentavat kysymykset rakentuivat haastattelutilanteessa. Tämä tehtiin siksi, että haluttiin tavoittaa haastattelun avulla se mitä haastateltavat ajattelevat ja kokevat. Tilaajapuolen johtajat haastateltiin omana ryhmänään ja samoin myös tuottajapuolen. Käytännön kenttätöissä toimiville sairaanhoitajille, sosiaali-ohjaajille ja sosiaalityöntekijöille lähetettiin avoin Webropol kysely. Tämä toteutettiin siksi näin, koska kysymykset oli tarkoitus esittää suurelle joukolle. Kyselykaavakkeet testattiin ennen niiden lähettämistä viidellä sairaanhoitajalla. Kysymyksiä on hiottu ja korjattu heiltä saamien vihjeiden mukaisesti. Haastattelut ja Wepropol kysely toteutettiin elokuussa 2015.

Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä, jonka avulla voitiin muodostaa toistettavia ja valideja päätelmiä litteroiduista haastatteluista ja saaduista kyselyn vastauksista (ks. Blonqvist 2013, 26). Analyysin ensimmäinen vaihe oli analyysiyksikön määrittäminen. Sitä ohjasi tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Aineiston analyysin aluksi luotiin käsittekartta, jonka visuaalisuus helpottikin kokonaisuuden hahmottamista. Samalla se selkiytti eri osien välisiä suhteita ja toi esiin oleelliset ja epäoleelliset seikat. (ks. Metsämuuronen 2008, 54.) Tekstin sanat, lauseet tai muut yksiköt luokiteltiin merkityksensä perusteella erottaen aineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet (ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23).

Aineistoa luettiin useita kertoja läpi alleviivaten ja erivärisillä yliviivauskynillä korostaen tutkimuskysymyksiin liittyviä keskeisiä asioita. Nämä keskeiset asiat liittyivät integraatio käsitteeseen. Tämän jälkeen aineistoa pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaisut kirjattiin mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin. Pelkistetyistä aineistosta etsittiin erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat kategoriat yhdistettiin ja sille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Yläkategoriat muodostettiin yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa ja nimeämällä ne.

Tulosten käsittelyssä kaikille vastauksille annettiin sama paino. Eli kenenkään vastausta ei käsitelty niin, että joku olisi ollut muita pätevämpi asiantuntija. Oman aineiston tuntemus ja keskeisten käsitteiden haltuunotto teoreettisen kirjallisuuden avulla auttoi selvityksen analysoimista.

Menetelmänä teemahaastattelu sopii selvitystyöhön, koska halusin selvittää henkilöiden käsityksiä asioista. Teemahaastattelu lähti oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, tunteita ja uskomuksia voidaan tutkia. Metodologialtaan teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä, sekä sitä miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Haastattelutilanteet sallivat tutkimuksen kohteeksi valittujen henkilöiden mahdollisimman luontevan vapaan reagoinnin. Se mahdollisti haastateltavalle laajemman mahdollisuuden yksilöllisten tulkintojen esittämiseen. Vapaamuotoiset, syvälliset keskustelut paljastivat asioita, joita tuskin voitaisiin saada selville muilla keinoin. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 77).

Tässä selvityksessä kysely on toteutettu avoimena Webropol kyselynä. Selvitystyöntekijänä en ollut, suorassa kanssakäymisessä vastaajien kanssa ja näin ollen en läsnäolollani voinut vaikuttaa kyselystä saamiini vastuksiin. Tätä voidaankin pitää kyselyn vahvuutena. (ks. Robson 2007, 81.)

Selvitystyön toteuttamiseen saatiin lupa Hämeenlinnan kaupungilta. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Saatuja tietoja on käytetty vain selvitystyöhön. Haastateltavien vastaukset on käsitelty luottamuksellisesti ja heidän henkilöllisyytensä ei tule esille missään vaiheessa selvitystä. Tulokset esitellään kokonaisuutena, jolloin yksittäisen haastateltavan vastauksia ei ole mahdollista tunnistaa. Selvitystulosten yhteydessä esitetyt lainaukset on valittu niin, ettei kyseistä henkilöä voi siitä tunnistaa. Selvitystyön eri vaiheissa voitiin palata aineistoon, sillä aineisto oli koko analyysin ajan tutkijan käytössä. Aineiston analyysin uskottavuutta lisää se, että aineiston pelkistämiseen käytettiin riittävästi aikaa. Analyysin luotettavuutta lisäämään on tuloksissa esitetty esimerkkejä vastaajilta saaduista käsitteistä liittyen integraatioon, poistaen niistä vastaajien tunnistet.

Haastattelutilanteet olivat hyvin luontevia ja avoimia. Haastateltavat saivat rauhassa omin sanoin kertoa ajatuksiaan liittyen selvityskysymyksiin. Haastattelijat esitti heille lisäkysymyksiä ja näin tarkensi, että oli ymmärtänyt oikein haastateltavan tulkintaa.

Kyselyn heikkoutena oli se, että en voinut varmistua siitä miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen. Kysymysten väärinymmärryksiä ei voinut kontrolloida. En voinut tietää oliko kyselyn aihealue ollenkaan tuttu vastaajille. (ks. Hirsjärvi ym. 2013, 195.) Vastaajat ovat voineet halutessaan vastata kysymyksiin ihan missä järjestyksessä tahansa. Tämä voi vaikuttaa vastauksiin ja muuttaa tutkimustuloksia kun he ovat voineet tutustua myöhemmin kysytyihin asioihin jo etukäteen. (ks. Robson 2007, 81.)

Tulokset

Wepropol kyselyyn vastasi viisi terveydenhuollon ja viisi sosiaalihuollon henkilöä. Tilaa- ja tuottajapuolen ryhmähaastatteluihin kumpaankin osallistui kaksi henkilöä.

Ryhmähaastatteluihinsa kuin Webropol kyselyssäkin tuli vahvasti esille yhteistyö ja sen kehittäminen kaupungin omien palveluiden sisällä, sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä kuin myös sairaanhoitopiirinkin kanssa. Henkilökunnan yhteiset koulutukset nähtiin hyväksi. Myös yhteistyö kolmannen sektorin kanssa katsottiin tärkeäksi.

Puheessa ilmeni useaan otteeseen sote uudistus ja integraation kiteytyminen siihen. Myös hallinnollinen integraatio esiintyi usein. Kuitenkin hallinnollista integraatiota tärkeämmäksi nähtiin toiminnallinen integraatio ja se miten se käytännössä tehdään. Vaikka palveluita johdetaan eri voimin, tulisi olla kuitenkin joku taho joka katsoo niiden yhtenäisyyttä ja johtaa kokonaisuutta. Tulisi löytää jokin yhteinen tavoite, joka yhdistää eri toimijoita.

Säästöjen saaminen ja kokonaiskustannusten pieneminen yhdistettiin myös integraatioon. Asiakkaan saama kokonaisetukin huomioitiin niin, että koettiin asiakkaan saavan sujuvampaa palvelua ja heidän voivan siirtyä sujuvammin palvelusta toiseen.

”toiminnan tasolla yhteistyön tekeminen sekä sairaanhoitopiirin että kaupungin palvelujen sisällä”

”se sote integraatio kiteytyy tällä hetkellä sote uudistukseen”

”kyllä se lähtee siitä, että lähdetään jonkin yhteisen asian kanssa askaroimaan ja jokainen tuo siihen sitä panostaan ... yhdessä luodaan myös uusia käytäntöjä ja toimintamalleja”

Odotukset liittyivät vahvasti käsityksiin integraatiosta ja ne olivat jopa ristiriitaisia. Mietittiin, että tehdäänkö yhteistyötä ja tapahtuuko yhdistymistä, tullaanko todellakin lähelle asiakasta, tehdäänkö sujuvampia projekteja kustannustehokkaammin ja asiakaslähtöisemmin, vai rakennetaanko vain hallintohimmeleitä ja sen myötä vain hallinto paisuu? Jos uudistuksia tehdään hallinto edellä, niin piirretään organisaatiokaavioon vain uudet laatikot eri asentoon ja mitään ei kuitenkaan tapahdu käytännössä. Riippumatta hallinnollisista malleista katsottiin, että toiminnan tasolla pitää koittaa edistää yhteistyön tekemistä sekä sairaanhoitopiirin, että kaupungin palvelujen sisällä.

Odotusten suhteen nousi esille myös useaan kertaan yhteistyön sujuvuus. Sen toivotaan olevan sujuvaa, mutkatonta ja se ei saa aiheuttaa paineita. Yhteistyön taholta odotetaan sitä, että kynnys ottaa yhteyttä asiakkaan asioita hoitaviin muihin tahoihin madaltuu.

”valmistelutyö mitä on tehty, on enemmän sinne hallinnolliseen organisatoriseen keskusteluun liittyvää”

”parempaa ja sujuvampaa yhteistyötä”

”se on joka tapauksessa tehtävä oli ne organisaatiolaatikat mitkä tahansa”

Tulevaisuutta ajatellen pohdittiin sitä, että tuleeko organisaatioista isompia ja moninkertaistuuko asiakkaiden palvelukokonaisuuudet? Kuuluuko asiakkaan ääni vähemmän? Etääntyykö johto norsunluutorneihin? Tehostuvatko palvelut oikeasti ja ovatko ne oikeassa paikassa?

Pelko työpaikan menettämisestä tulee esille. Esille tulee myös se, että työpaikka kenties säilyy, mutta työtehtävät muuttuvat ja työskentely tapahtuu jossakin toisessa työpisteessä kuin ns. omassa kotipesässä. Palkanmaksaja tulee muuttumaan. Kuitenkin työ tulisi olemaan kiinnostavampaa, kun on laajempi visio. Työtään ei voi katsoa vain omasta perspektiivistä, vaan tulee huomioida myös muiden toimijoiden toiminta siinä rinnalla ja lähellä.

”organisaatio on suurempi”

”minun työni ei jatku ainakaan samassa muodossa ... tämä työpaikka katoaa”

”enempi yhteisiä samankaltaisia toimia ympärillä olevien muiden kanssa”

Pohdinta ja johtopäätökset

Vaikka kyselyyn ja haastatteluun osallistujia oli vähän voidaan katsoa, että toimijoiden käsitykset integraatiosta olivat hyvin samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa. Haastatteluista ja kyselystä saatu aineisto oli hyvin rikas. Siihen, että osallistujajoukko jäi näin pieneksi, saattoi vaikuttaa haastattelujen ja kyselyn teon ajankohta. Osalla henkilökuntaa oli vielä lomakausi menossa tai he olivat juuri palanneet lomalta ja työn suunnittelu syksyn osalta oli juuri käynnistynyt palaverien merkeissä.

Toimijat nostivat esille samoja käsitteitä integraatiosta, joita mm. Sanerma (2009) tutkimuksessaan on nostonut. Tärkeänä nähdään yhteisen perustehtävän tunnistaminen, joka määrittäyty yhteiseen arvopohjaan selkeisiin tavoitteisiin ja asiakaslähtöisyyteen. Toimijat puhuivat vertikaalisesta integraatiosta puhuessaan yhteistyön kehittämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (ks Erhola ym. 2014). Horisontaalista integraatiota Hämeenlinnassa on toteutettu jo kuntayhtymän aikaan kun perusterveydenhuollon ja sosiaalipuolen palvelut yhdistettiin kahden lautakunnan ja yhden tilaajatiimin toiminnaksi (ks. Taskinen 2005).

Kuten Tepponen (2009) tutkimuksen tulokset osoittivat, organisaatioiden yhdistämisen myötä laadun edellytykset paranevat ja toiminta tehostuu. Yhdistämisen seurauksena työn päällekkäisyydet poistuvat. Johtaminen selkiytyy ja hoito tulee kokonaisvaltaisemmaksi. Näin on myös tapahtunut Hämeenlinnassa kuntaliitoksen jälkeisinä vuosina. On ollut joku taho, joka on katsonut kokonaisuutta, vaikka palveluita on johdettukin ehkä eri voimin. On katsottu palveluiden yhtenäisyyttä ja johdettu kokonaisuutta. Tällä on pystytty poistamaan päällekkäisyyksiä.

Toimijat odottavat sujuvaa yhteistyötä, joka tulee tapahtua, ei vain hallinnon tasolla, vaan juuri toiminnan tasolla. Kuitenkin ajatukset tulevaisuudesta liittyvät vahvasti hallinnolliseen integraatioon. Johtuuko tämä kenties tulossa olevasta sote uudistuksesta ja siitä millaisia käsityksiä toimijoille on syntynyt? He näkevät, että integraatio on iso haave johon asetetaan suuret odotukset. Sen odotetaan tasapainottavan talouden ja tuovan hyvät hoitotulokset. Ajatellaan, että uudistus saa pirstaleisen palvelun yhtäkkiä ihmiselle laadukkaaksi. Kuitenkin on pelko siitä, että kaikki tapahtuu liian hallinto ja terveydenhuoltopainotteisesti ja mitään yhdistymistä asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ajatellen ei tapahdu. Asiakasta juoksetaan edelleen luukulta toiselle. Asiakkaan ääni ei kuulu.

Toimijat näkevät, että pelkät hallinnolliset ratkaisut eivät tuo mitään yhtenäisyyttä. Tulee olla yhteinen päämäärä jota kohti jokainen kulkee ja tuo siihen oman panoksensa. Eri toimijoiden tulisi nähdä laajemmin asiakkaan kokonaisuus. Vaikka jokin toiminta näyttäisi edullisemmalta omasta perspektiivistä katsottuna, tulisi miettiä kokonaiskustannuksia. Strategisena tavoitteena yhdistymiselle tulisi olla kokonaisuuden parempi hallinta, palvelujen toiminnallisesti nykyistä tehokkaampi järjestäminen ja kustannusten parempi hallittavuus.

Suomalaiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle on ollut ominaista, että valtio ja kunnat yhdessä kantavat vastuun palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Kuitenkin toimijat katsovat ja miettivät, että arvioidaanko sote uudistuksen myötä kunta liian pieneksi palveluntuottajaksi? Yritetäänkö integroida liian suuria tahoja yhteen? Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta ei sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ratkaise keskeisempiä mahdollisuuksia ja tarpeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee välttää eriytymistä kunnan muista hallintokunnista.

Ennen kuin integraatioprosessi aloitetaan, tulee keskustella siitä, missä ja millä tavalla ohjaus tapahtuu ja miten resurssit jaetaan. Mitkä ovat ne arvot, visio ja tavoitetila millä integraatioon pyritään? Poliittisen johdon tulee sitoutua uuden luomiseen, ei vain vanhojen rajapintojen keinotekoiseen purkamiseen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että integraation myötä hallintoa ei tule paisuttaa. Tulisi miettiä palvelujen tarve asiakkaan tarpeesta lähtöisin. Kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat tulisi tuoda saman pöydän ääreen yhdessä asiakkaan kanssa. Näin voisimme välttää hoidon päällekkäisyyttä ja asiakas voisi saada kokonaisvaltaista hoitoa. Samalla saisimme myös kustannussäästöjä kun emme kaikki omassa pienessä putiikissamme

suunnittele kenties juuri samaa toimenpidettä samalle asiakkaalle. Samalla voimme myös osallistaa asiakasta ottamaan paremmin vastuuta omasta hoidostaan ja osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Voimme lisätä asiakaslähtöisyyttä.

On odotettavissa, että palvelujen merkitys korostuu suomalaisessa yhteiskunnassa entisestään. Aiheesta käytävä keskustelu monipuolistuu ja muuttuu sote uudistuksen myötä. Jatkossa olisi tärkeää tutkia, miten keskustelua käydään, ketkä sitä käyvät ja miten poliittinen päätöksenteko kunnissa käytännössä tapahtuu. Tuotetaanko palveluja siten, kuin kuntalaiset tahtovat ja tarvitsevat, kuunnellaanko heitä? Yhdistyvätkö palvelut niin, että koko hoitoketjuun kuuluvat kaikki palvelut, voisi saada samasta paikasta? Ovatko palvelut kustannustehokkaita?

Lähteet

- Blonqvist, S. (2013). Lukiolaisten perusteluja matematiikan oppimäärän valitsemiselle. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteen yksikkö. Tampereen yliopisto. (Viitattu 19.11.2015) <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94763/GRADU-1387350371.pdf?sequence=1>
- Bryant, M. (2006). Talking about change: Understanding employee responses through qualitative research, *Management Decision*. 44(2): 246 – 258.
- Erhola, M., Vaarama, M., Pekurinen, M., Jonsson, P., Junnila M., Hämäläinen, P., Nykänen, E. & Linnosmaa, I. (2014). SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi. Raportti 14 / 2014. Juvenes-Print – Suomen Yliopistopaino Oy: Tampere. (Viitattu 11.11.2015) https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/115008/URN_ISBN_978-952-302-176-1.pdf?sequence=1
- Haveri, A. & Majonen, K. (2000). Muutosprosessit ja johtajuus, kuinka kunnat yhdistyvät? Suomen kuntaliitto. (Viitattu 16.11.2015) http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=145
- Henrard, J-C., Ankri, J., Frijters D., Carpenter I., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Finne-Soveri, H., Liv Wergeland S., Palmi, JV., Ljunggren, G., Schroll, M., Wagner, C. & Bernabei, R. (2006) Proposal of service delivery integration index of home care for older persons: application in several European cities. *International Journal of Integrated Care*. 6(July). (Viitattu 13.11.2015) <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewFile/159/317>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). Tutkimushaastattelu. Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). Tutki ja kirjoita. Bookwell Oy: Porvoo.
- Kärkkäinen, J. (2004). Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoidopiiri uudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. STAKES tutkimuksia 138. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi

- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY: Helsinki. 21–43.
- Markkanen, O. & Puro, M. (2011). Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Jyväskylä. Viitattu 19.11.2015. http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2014/02/Integraatio-ratkaisuna-sosiaali-ja-terveydenhuollon-uudistamistarpeisiin_final.pdf
- Metsämuuronen, J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Gummerus- Kirjapaino: Jyväskylä
- Pieper, R. & Vaarama, M. (2006). Issues of integrated care. In Vaarama & Pieper Richard (eds.). Managing integrated care for older persons. European perspectives and good practices. Stakes ja European Health Management Association (EHMA), Gummerus Printing. Vaajakoski.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim) (2015). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Sanoma Pro: Helsinki
- Robson, C. (2007). How to do a research project: a guide for undergraduate students. Blackwell Publishing Ltd.
- Sanerma, P. (2009). Hoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopisto. (Viitattu 10.11.2015) <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2007/107325Loppuraportti.pdf>
- STM. (2008). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6:2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. (Viitattu 14.11.2015) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE21605.pdf
- Taskinen, H. (2005). Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja talouden laitos. Väitöskirja. (Viitattu 12.11.2014) <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2005/isbn951-27-0365-3.pdf>

4. Strategiasta tekoihin – asiakaslähtöisen toimintamallin juurruttaminen erikoissairaanhoidon esimiestyön näkökulmasta

Liisa Matikainen

Tiivistelmä

Työn tarkoituksena oli selvittää Kanta-Hämeen keskussairaalan asiakaslähtöisen toimintamallin käyttöönottoa esimiestyön näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat: Mitä asiakaspalvelutason minimivaatimukset merkitsevät yksiköiden toiminnan kehittämistyössä ja miten Potilas ensin -toimintamallin käyttöönottoa tulisi edistää? Mitä uhkakuvia tai esteitä esimiehet kokevat uuden toimintamallin käyttöönotolle? Mikä on organisaation asiakaspalvelun tavoitetila, kun visioidaan toimintamallin onnistunut juurtuminen kolmen vuoden päähän? Aineisto kerättiin esimiehille suunnatun kyselyn avulla. Tutkimusmenetelmänä oli laadullinen sisällönanalyysi.

Selvitys osoitti, että suhtautuminen Potilas ensin -toimintamallin käyttöönottoon oli kahdensuuntaista; Esimiehet olivat sitoutuneita toimintamalliin ja heillä oli runsaasti kehitysehdotuksia sen käytäntöön saattamiseksi. Toisaalta esimiehet eivät nähneet toimintamallin roolia yksiköiden kehittämistyössä. Muun muassa negatiiviset ja ammatillista autonomiaa korostavat asenteet olivat asiakaslähtöisen toimintamallin kehittämisen esteitä.

Asiakaspalvelun tavoitetila koostuu korkealaatuisesta palvelukokemuksesta, sujuvista palvelupoluista ja aktiivisesti osallistuvista potilaista. Ideaali toteutuu laaja-alaisella ammattikunta- ja sektorirajat ylittävällä yhteistyöllä. Yhteistoimintaa tulisi tiivistää myös omaisten ja potilasjärjestöjen kanssa.

Tulokset osoittavat, että palvelukokemuksen merkityksen vahvistaminen vaatii asennemuutosta, työyhteisön tukea ja koulutusta. Tämän selvityksen valossa tulee edelleen turvata erilaisten näkökulmien käsittely otettaessa uutta toimintamallia käytäntöön.

Abstract

The purpose of this statement was to find out how the superiors of the Kanta-Häme Central Hospital promote the patient centred model of care. The research questions were: What does the minimum standards of the

patient care means of developing the patient centred care and how should the Patient first approach bring into use? What threats and problems does the leaders face when bringing new model into practice? What is the target of the organization's patient centered care if we image successful development of the new model after three years? The data was collected using a questionnaire sent to superiors of the KHKS. The method of the analysis was qualitative content analysis.

According to the statement the superiors deal with two different ways to react of bringing into use the Patient first approach. The leaders were committed to introduce the new method and they have a lot of development suggestions of bringing method into use. On the other hand, superiors do not experience the importance of method to developing units. Among other things, the negative and professional attitudes were prevents of the patient centred approach.

Target of the patient centred care consists of high quality of the patient experience, fast access to care, and an active participated patient. The ideal is realized with broad based cooperation between professions and between sectors. Cooperation must be increased with patient's relatives and patient organizations.

It was concluded that strengthening the patient experience requires a change of attitude, supporting of the colleagues and education. According to this statement would be good to think about ways to deal with different perspectives when instill the new model.

Johdanto

Vuoden 2014 alusta potilaalla on ollut oikeus valita julkinen terveysasema ja erikoissairaanhoidon yksikkö (STM; Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 48 §). Palveluntarjoajana menestymisen ennustetaan vaativan uudenlaista asiakasymmärrystä, jossa asiakaskokemus ja palvelukokemus on nostettava professionaalisen osaamisen rinnalle. (Sivonen & Pouru 2014, 52 – 53; Virtanen ym. 2011, 19 – 41).

Kanta-Hämeen keskussairaalan Strategiaan 2015 – 2016 sisältyvä Potilas ensin (patient first) -ajattelu tai -toimintamalli pyrkii syventämään asiakasymmärrystä; Kaikkea toimintaa ja päätöksentekoa ohjaa palvelukokemus ja potilaan palveluista saama hyöty. (Potilas ensin -ohjekirja.) Palvelukonseptin mallina on käytetty muun muassa Tanskan Koldingin sairaalan potilaslähtöistä toimintafilosofiaa (Leino 2015; Asiakkuuskertomus vuodelta 2014, 25).

Toimintamallin keskeisenä osana on asiakaspalvelun standardoiminen tasalaatuisen palvelukokemuksen varmistamiseksi. Asiakaspalvelutason minimivaatimukset on koottu Potilas ensin -ohjekirjaan. Kaikkien työntekijöiden edellytetään sitoutuvan esimiesten johdolla minimivaatimuksiin ja hyvään asiakaspalveluun. Kanta-Hämeen keskussairaala on antanut strategiassaan myös palvelulupauksen ”Sinua kuunnellen”. Strategiassaan

KHKS profiloituu asiakaspalvelusairaalana. (Asiakkuuskertomus vuodelta 2014; Khshp:n ky. Strategia 2015 – 2016; Potilas ensin -ohjekirja.)

Sosiaali- ja terveystalouseläntörin asiakkuutta käsitteellistetään lukuisista eri lähtökohdistä. Yhteiskunnassa tapahtuneet rakenteelliset, hallinnolliset ja retoriset muutokset määrittävät kansalaiset joko asiakkaiksi, potilaiksi, palvelunkäyttäjiksi tai kuluttajiksi (Valkama 2012; Virtanen ym. 2011, 15). Triterin (2009, 217) mukaan julkisille palveluille on luotu lakisääteisiä velvollisuuksia kansalaisten osallistamiseen, ja toisaalta potilaille on annettu erityisiä oikeuksia. Poliittiset päätökset voidaan nähdä vastauksena kansalaisten muuttuneisiin odotuksiin. Taustalla on myös lääkäreiden ja potilaiden sekä kansalaisten ja terveydenhuollon viranomaisien valtasuhteinen kyseenalaistaminen.

Muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Terveydenhuoltolaki (2010/1326) turvaavat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan oikeuksia sekä lisäävät tavoitteellisesti asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöisyyttä tuetaan myös valtionhallinnon ohjelmaohjauksen – kuten sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisen (Kaste) kehittämissuohjelman avulla (STM 2012, 18 – 19).

Yhteinen nimittäjä asiakaslähtöisyyden määritteleille on palvelunkäyttäjän aktiivisuuden ja osallisuuden korostaminen palveluiden passiivisen vastaanottamisen ja hoidon kohteena olemisen sijasta (Virtanen ym. 2011, 15; Koivuniemi ym. 2014, 91 – 92; Hyvärinen 2011, 1, 17; Valkama 2012; Kalliomaa-Puha 2015, 133 – 135). Näihin käsitteisiin liittyy läheisesti asiakkaan mahdollisuus valita ja vaikuttaa (Valkama 2012). Asiakaslähtöisillä malleilla tavoitellaan palvelujen parempaa vaikuttavuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta (Virtanen ym. 2011).

Asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämistyötä terveydenhuollossa ovat vaikeuttaneet yhteisen käsitteenmäärittelyn, menetelmien ja mittareiden puute (Pelzang 2010). Koivuniemi ja Simosen (2011, 198) määrittelevät asiakkuus -käsitteen sovelluksen terveydenhuoltoon kansalaisten ja asiantuntijoiden välisissä kohtaamisissa tapahtuvana voimavarojen yhdistämisen tavoitteellisenä prosessina, joka tuottaa arvoja molemmille. Edellytyksiä asiakaslähtöisen palvelukulttuurin kehittämiseksi voisi etsiä tästä arvönäkökulmasta; Asiakaslähtöinen palvelu on panostus, joka hyödyttää sekä palvelunsaajaa ja sen antajaa, että välillisesti koko organisaatiota.

Koivuniemen ja Simosen (2011, 92) mukaan kielen muutos – potilaasta asiakkaaksi – synnyttää mielikuvan ihmiskeskeisestä ajattelutavasta toimien itsessään muutoksen ajurina kohti asiakaslähtöisempiä toimintatapoja. Valkama (2012) suhtautuu kriittisesti asiakaskäsitteen ottamiseen annettuna. Asiakkaasta puhuminen terveydenhuollon palvelunkäyttäjän kontekstissa luo illuusion asiakaslähtöisyydestä yhdistyneenä kuvaan aktiivisesta, valitsevasta ja vaikuttavasta subjektista. Kuitenkaan asiakaskäsitteen käyttäminen ei automaattisesti merkitse asiakaslähtöisyyden toteutumista terveydenhuollon palveluissa.

Valkaman (2012) mukaan asiakkuuden käsite on kontekstisidonnainen ja kompleksinen vaihdellen palvelutilanteesta toiseen. Lisäksi yksilön kompetenssi toimia asiakkaan roolissa vaihtelee, ja asiakas voi olla palvelujen piirissä myös tahdostaan riippumatta. Asiakkuuden käsitteen määrittely tulisikin olla keskeisenä organisaatioiden toimintastrategioissa ja asiakkaan rooli olisi määriteltävä aina uudelleen siirryttäessä palvelutapah- tumasta toiseen. Leväsluodon ja Kivisaaren (2012, 3, 21, 27) haastattelut- tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisistä palvelumalleista vahvistaa Valkaman näkemystä. Asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden kä- sitteet ovat alan ammattilaisillekin vieraita, monimerkityksisiä ja vaikeas- ti tunnistettavia asiayhteydessään.

Terveydenhuollon palvelujen tuottaminen perustui pitkään terveystyö- keskeiseen ajattelutapaan. Paradigmanmuutos voimavaralähtöiseen lähes- tymistapaan edellyttää vuorovaikutteisuutta palveluntuottajan ja asiak- kaan välillä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 51 – 52.) Asiakkaan aktiivinen rooli ei kuitenkaan ole suvereenisti hyväksytty, sillä aktiivisuus sosiaali- ja terveystyöpalveluissa saatetaan kokea ammatillisesta näkökulmasta uhka- na leimaten asiakas hankalaksi ja vaativaksi (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 80; Valkama 2012). Sosiaali- ja terveystyöpalvelujärjestelmän vahva profes- sionaalisuus on tunnistettu asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämisen merkittäväksi esteeksi. Pitkälle erikoistuneiden asiantuntijoiden taipumi- nen asiakaspalvelijan rooliin voi olla vaikeaa. Esimerkiksi lääkärit ovat tottuneet työssään vahvaan autonomiaan. (Virtanen ym. 2011, 45 – 46.) Toiviaisen (2007, 54) konsumerismia terveydenhuollon ilmiönä tarkastele- van lääketieteellisen väitöskirjan mukaan yksi viidestä lääkäristä koki po- tilaan omaa hoitoaan tai tutkimistaan koskevat ehdotukset hoitosuhteen kannalta positiivisena asiana, kaksi viidestä negatiivisena.

Vaikka asiakaslähtöisyyden merkitys terveydenhuollossa on poliittises- ti tunnustettu, on muutos käytännön tasolla ollut hidas. Potilaslähtöis- ten menetelmien kehittämisen esteet liittyvät usein juuri terveydenhuol- lon asiantuntijoiden asenteisiin. Vakiintuneiden ammatillisten käytäntö- jen muuttaminen voi olla haasteellista. Muutoksen esteitä ovat muun mu- assa tietämättömyys, vajavaiset taidot, kannustimien puute, resurssipai- neet, halu vähentää stressiä ja pysytellä etäällä potilaan emotionaalisista ongelmista. Lisäksi asiantuntijat ovat usein haluttomia kokeilemaan uusia toimintatapoja tai rooleja suhteessa potilaisiin (Clark 2012). Uudistustyö- tä voivat haitata lisäksi ammattikuntien väliset reviiriritiriidat ja arvos- tuksen puute, jotka saattavat ehkäistä uudistuksen edellytyksenä olevan ammattiryhmien välisen yhteistyön. (Stenvall & Virtanen 2012, 33 – 36).

Myös Leväsluodon ja Kivisaaren (2012, 21, 23 – 24) tutkimuksessa asia- kaslähtöisten palvelumallien kehittämisen suurimmiksi esteiksi nousivat terveydenhuollon asiantuntijoiden kokemukset resurssien puutteesta se- kä ammattilaisten pelot ja asenteet. Terveydenhuollon ammattilaiset nä- kivät työnsä ensisijaisesti potilaiden asioiden hoitamisena. Toiminnan ke- hittäminen asiakaslähtöisemmäksi koettiin ylimääräisenä, perustehtäväl- tä aikaa vievänä rasitteena. Uuden asetelman koettiin myös muuttavan ammattiryhmien välistä työnjakoa aiheuttaen työntekijöissä asiakasläh- töisten palvelumallien vastustamista. Tutkimus vahvisti Leväsluodon ja

Kivisaaren (2012) ja Valkaman (2012) esiin tuomaa näkökulmaa, jonka mukaan terveydenhuollon asiakkaiden valtaistuminen (*empowerment*) saatetaan kokea omaa ammattiasemaa heikentävänä tekijänä.

Potilaan ja kansalaisen osallistumiseen terveydenhuollossa liittyy aina jännitteitä, epävarmuutta, epäselvyyttä, ahdistusta ja pelkoakin. Epävarmuustekijät kumpuavat osallistumiseen liittyvästä muutoksen mahdollisuudesta ja muutoksen aiheuttamista jännitteistä valtasuhteisiin. (Beresford 2009, 248.) Muutosvastarinta ilmenee organisaatioissa usein siten, että omaan asemaan kohdistuvat muutokset johtavat negatiiviseen kritiikkiin uudistusta kohtaan (Stenvall & Virtanen 2007, 100). Positiivista muutosvastarinnassa on se, että se kertoo muutoksen vaikuttavuudesta ja organisaation kyvystä sitoutua muutokseen. Vastustus kohdistuu yleensä sellaisiin asioihin, jotka vaativat kehitystä, muutosta ja vanhasta luopumista. Muutosvastarinta voi olla myös lähtökohta uuden luomiselle nostoen esille asioita, joihin pureutumalla muutoksen laatu paranee. (Stenvall & Virtanen 2007, 100 – 101.)

Tämän selvityksen tarkoituksena oli saada vastauksia siihen, miten palvelukulttuuria tulisi esimiesten mukaan kehittää asiakaslähtöisemmäksi ja miten esimiehet kertovat asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Selvitys rajautuu tarkastelemaan asiakkuutta erikoissairaanhoidon potilaan näkökulmasta yhden palveluorganisaation esimiesten silmin.

Tutkimuskysymykset olivat:

- Mitä asiakaspalvelutason minimivaatimukset merkitsevät yksiköiden toiminnan kehittämistyössä ja miten Potilas ensin -toimintamallin käyttöönottoa tulisi edistää?
- Mitä uhkakuvia tai esteitä esimiehet kokevat uuden toimintamallin käyttöönotolle?
- Mikä on organisaation asiakaspalvelun tavoitetila, kun visioidaan toimintamallin onnistunut juurtuminen kolmen vuoden päähän?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimusjoukkona oli Kanta-Hämeen keskussairaalan esimiehet, jotka olivat osallistuneet kevään 2015 aikana järjestettyihin Potilas ensin -ajattelua koskeviin perehdytyskoulutuksiin. Tutkimusjoukko koostui 187 esimiehestä.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä. Kysely valikoitui aineistonkeruumenetelmäksi, koska kaikille koulutukseen osallistuneille esimiehille haluttiin antaa tasapuolinen mahdollisuus kertoa näkemyksistään, ja toisaalta toivottiin mahdollisimman kattavaa aineistoa eri tulosalueilta ja ammattiryhmiltä.

Kysely toteutettiin keskussairaalan sisäisenä sähköisenä (Webropol) kyselynä, joka lähti 12.6.2015 esimiehille. Muistutusviesti kyselystä saavutti esimiehet 17.6.2015. Kysely sisälsi kuusi strukturoitua taustakysymystä ja viisi avointa kysymystä. Taustakysymyksiä ei käytetty aineiston vertailuun, eikä se olisi ollut relevanttiakaan määrällisesti suppean aineiston kohdalla.

34 esimestä vastasi kyselyyn. Vastaajista 18 oli työskennellyt esimiestehtävissä alle 10 vuotta, 16 vastaajaa yli 10 vuotta. Pientä vastausprosenttia (18) selittänee osaltaan kyselyn ajankohta, joka sijoittui kesälomakauden alkuun. Toisaalta ajankohta on perusteltu, koska voidaan olettaa, että perehdytyskoulutuksessa omaksuttu informaatio oli vielä esimiesten tuoreessa muistissa. Saadut vastaukset olivat laadultaan tiiviitä ja hyvin informatiivisia, joten määrällisesti suppean aineiston avulla oli mahdollista vastata tutkimustehtävään ja tutkimuskysymyksiin. Toisaalta niukka aineisto ei ole laadullisen tutkimuksen ongelma yleistettävyyden kannalta, koska yleistäminen ei ole laadullisen tutkimuksen tarkoituksaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74).

Tutkimusmenetelmänä käytettiin induktiivista, aineistolähtöistä sisälönanalyysia. Aineistolähtöisyys perustuu siihen, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka, 2007, 119). Vastaukset muokattiin pelkistetyiksi ilmauksiksi, joista koottiin alakategorioita ja jälleen alakategorioita sisällöllisesti yhdistäviä yläkategorioita. Lopulta yläkategoriat jäsenyivät yläluokiksi. Vähittäisen pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla muodostuva synteesi vastaa tutkimustehtävään ja tutkimuksen tarkoitukseen (Kylmä & Juvakka, 2007, 119). Kyselyvastausten tiiviistä tekstimuodosta johtuen ensimmäisessä vaiheessa pelkistystä tapahtui vain vähän, jotta vastausten sisältämä informaatio ei vääristyisi ja pelkistyisi liaksi kadottaen oleellista sisältöä vastauksista.

Tutkija pyrki tutkittavan ilmiön mahdollisimman hyvään ymmärtämiseen ilman ennako-olettamuksia tai -asennetta. ”Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päättelyä” (Hirsjärvi & Remes ym. 2014, 224). Laadullista tutkimusta voi kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74).

Tulokset

Asiakaspalvelutason minimivaatimusten merkityssisällöt liittyvät yksiköiden kehittämistyössä myönteisen palvelukokemuksen synnyttämiseen ja positiivisen asiakaspalveluasenteen omaksumiseen. Asiakaspalveluasenteen kehittäminen vaatii huomion kiinnittämistä asiakkaan kohtaamisen tapaan ja täysipainoiseen asiakkaaseen keskittymiseen potilaskontaktissa. Myös hoitoympäristön siisteyden ja viihtyvyyden tulee kiinnittää huomiota. Asiakaslähtöisen palvelukulttuurin kehittäminen tapahtuu asenteisiin vaikuttamalla ja asennekasvatuksella.

”Asenteiden muokkaamista vielä enemmän asiakaspalvelun suuntaan. Hyvän palvelukulttuurin tulee näkyä koko ajan. Kaikki työntekijät mukaan myönteiseen palveluun koko hoitoprosessin ajan.”

Esimiehet olivat sitoutuneita minimivaatimuksiin. Toisaalta he ilmaisivat kokevansa, että asiakaspalvelutason minimivaatimukset ovat hyvien käytöstapojen itsestäänselvyksiä, eikä niillä ole roolia yksiköiden kehittämistyössä. Minimivaatimusten kerrottiin myös jo toteutuvan yksiköiden toimintakäytännöissä ja kirjatuiissa pelisäännöissä.

”Sinänsä ohjekirja sisältää kaikille hoitotyötä tekeville ja varsinkin meidän työryhmässämme ITSESTÄÄN SELVIÄ käyttäytymisohjeita, joiden osalta ei ole kehittämistarvetta.”

Taulukko 1. Potilas ensin -toimintamallin käyttöönottoa edistävät toimet

Työyhteisöä ja osaamista vahvistavat toimet	Asiakasprosesseihin ja palvelutapahtumaan liittyvät toimet
Työ- ja toimintatapojen uudelleenorganisointi	Palveluprosessien laadun ja kilpailukykyisyyden kehittäminen
Työhyvinvoinnin ja työssäjaksamisen tukeminen	Palveluympäristöön liittyvät toimenpiteet
Työyhteisötaitojen kehittäminen	Hoidon sisällöllisen laadun kehittäminen
Ammatillinen koulutus	Tiedonkulun ja informaation laadun parantaminen
Palvelu- ja ihmishuhtekoulutus	Potilaan asiantuntijakontaktin helpottaminen
Moniammatillisen tiimityön vahvistaminen	Asiakkaan osallisuuden parantaminen

Esimiehillä oli runsaasti toimenpide-ehdotuksia Potilas ensin -toimintamallin käyttöönoton edistämiseksi. Ehdotetut toimenpiteet on jaettavissa karkeasti työyhteisöä ja osaamista vahvistaviin toimiin sekä asiakasprosesseihin ja palvelutapahtumaan liittyviin toimiin (Taulukko 1).

Uuden toimintamallin omaksuminen vaatii muun muassa harjoittelua, tukea, ohjausta ja oman käyttäytymisen reflektointia. Myönteisen asiakaspalveluasenteen omaksuminen toteutuu parhaiten vertaistuen ja kollegiaalisen kannustuksen avulla. Esimiesten ja vanhempien kollegojen esimerkillä on tärkeä rooli organisaation palvelukulttuurin sisäistämisessä.

”Esimerkin voima on suuri. Jos esimiehet tai seniorilääkärit käyttäytyvät kohteliaasti ja asiallisesti potilasta kohtaan, myös nuoremmat työntekijät oppivat kulttuurin.”

Esimiesten mukaan palveluiden tehokkuutta olisi parannettava luomalla uudenlaisia prosessinkulkuja erikoisaloille. Palvelutapahtumiin kehitettävät metodit ja standardoidut mallit takaisivat osaltaan palvelujen tasalaatuisuutta. Hoidon sisällölliseen laatuun olisi mahdollista vaikuttaa selkiyttämällä työnjakoa, toimenkuvia ja toimintatapoja yksiköiden välisenä yhteistyönä.

”Toivoisin että voisimme standardoida palvelutapahtuman leikkaustoiminnassa siten että se potilaasta riippumattomista syistä olisi aina korkealaatuinen palvelukokemus potilaalle.”

Palveluympäristöä olisi kehitettävä muun muassa panostamalla tilojen viihtyvyyteen ja korjausten suunnitteluun. Potilastyytyväisyyden ja palvelun laadun säännöllinen seuranta ja arviointi sekä tulosten läpikäyminen yhteisissä tiimipalaverissa koettiin tärkeänä. Potilaan ja omaisen aiempaa aktiivisempaa huomioimista ja tukemista tulisi tehostaa. Myös yhteistyötä potilasjärjestöjen kanssa olisi tiivistettävä.

”Tiloja ja korjauksia suunnitellessa otamme huomioon osastojen/ yksiköiden kannalta ne parhaat ratkaisut joita voimme toteuttaa yksikössämme.”

Vastauksissa tiedonkulun ja informaation laadun parantaminen mainittiin useasti yleisellä tasolla. Osassa vastauksista yksilöitiin toimenpiteinä tekstimuotoisen informaation – muun muassa raportoinnin ja kirjaamisen sekä potilasohjeistuksen – sisällön ja laadun parantaminen. Potilaan välitöntä kontaktia erikoissairaanhoidon ja toimenpideajan antamista suoraan osastolla pidettiin tärkeänä kehittämiskohteenä. Potilaan ja omaisten tiedonsaantia, osallistamista, vastuuttamista ja voimaannuttamista mukaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun tulisi edistää.

Uuden toimintamallin käyttöönoton suurimmat esteet ja uhkakuvat liittyivät henkilökunnan kielteiseen asennoitumiseen Potilas ensin -ajattelua kohtaan, resurssien koettuun niukkuuteen sekä palvelujen organisointiin liittyviin ongelmiin. Henkilökunnan negatiivinen asennoituminen ilmenee esimiesten mukaan kielteisyytenä ja kyynisyytenä uutta toimintamallia kohtaan. Ohjeistukset asiakaspalvelutason minimivaatimuksista saatetaan kokea ammattitaidon vähättelynä tai minimivaatimuksia pidetään itsestäänselvyyksinä. Kyseinen ”Näin on aina toimittu -ajattelu” koettiin esteenä uuden toimintamallin omaksumiselle. Osa esimiehistä koki, että potilaan saamaa palvelukokemusta ei arvosteta riittävästi lääketieteellisen hyötyajattelun rinnalla.

”Aina ennenkin on selvitty hoitamalla potilaita.”

”Moniammatillisuus on haasteellista... Asia otetaan henkilökohtaisena loukkauksena, vaikka se pitäisi ottaa asiana, jolla voidaan parantaa imagoamme ja säilyttää työpaikkamme.”

”Perinteinen asenne vain lääketieteellistä hoitoa tarjoavasta yksiköstä. Lääketieteellisessä koulutuksessa on perinteisesti ollut suht pieni paino potilaan kokemuksella vs. lääketieteellinen hyöty tai lääketieteelliset proseduurit.”

Haastavasti käyttäytyvät, oikeuksiaan aggressiivisesti vaativat potilaat ja potilaiden yleinen vaatimustason kasvaminen tuotiin esiin uhkakuvana. Yksi vastaajista kyseenalaisti asiakas -käsitteen käyttämisen potilaasta. Hänen mukaansa potilas saattaa haluta itselleen vahingollisia asioita,

jolloin ammattilaisen on toimittava potilaan parhaaksi. Asiakas on vastaan mukaan aina oikeassa, mikä synnyttää rooliristiriidan potilaan asiakkuuden ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille.

*”...Potilaiden vaatimustaso on niin ikään nousussa. Mahdotto-
muuksiin emme pysty.”*

Merkittävänä esteenä tai uhkakuvana Potilas ensin -toimintamallin käyttöönotolle koettiin resurssien niukkuus ja huoli tulevaisuuden resurssista. Ajanpuute potilastyössä potilasmäärän kasvaessa ja epäoleellisten työtehtävien lisääntyessä heikentää positiivista palvelukokemusta. Resurssihin liittyvinä ongelmina yksilöitiin lisäksi pätevän työvoiman saatavuuden vaikeus, toimien ja virkojen jäädyttämiset sekä tiloihin ja järjestelmiin kohdistuva rahanpuute.

*”Mikäli työmäärä kasvaa liian suureksi resurssihin nähden, johtaa se herkästi liukuihin työsken-
telyyn, ja silloin potilas ensin -ajattelu jää herkästi taka-alalle. Työuupumus johtaa myös siihen, ettei ole voimavaroja potilaiden yksilölliseen kohtaamiseen.”*

Palvelujen organisoimiseen liittyvinä ongelmina ja esteinä korostuivat hoitoketjujen toimimattomuuteen liittyen hoitoon pääsyn pitkittyminen sekä hoidon sisällölliset ongelmat. Esimiesten mukaan potilaan kuuleminen ja valinnanmahdollisuus eivät aina toteudu tai potilasta saatetaan hoitaa hänen tahdostaan riippumatta. Tietotekniikka ei aina palvele potilasta. Huolta aiheutti myös mahdollinen yksikön puhelinneuvonnan ulkoistaminen sekä yksikön pienuus suhteessa kumppanuustavoitteisiin.

”Hoitoketju ei toimi. Hoidon sisällölliset ongelmat, ja potilas ensin jää päälleliimatuksi amerikkalaiseksi kuorrutukseksi.”

Taulukko 2. Organisaation asiakaspalvelun tavoitetila

Yläkategoriat	Yhdistävä luokka
Potilaslähtöinen palvelukokemus toteutuu Korkea potilas- ja omaistyytyväisyys palvelujen laatuun	Korkealaatuinen palvelukokemus
Sujuvat hoitopolut ja lyhentyneet läpimenoajat erikoissairaanhoidon Sujuva ajanvaraus ja suora kontakti henkilökuntaan Potilaan sujuva ohjaus ja hyvä informointi	Sujuvat palveluprosessit
Potilas ja omainen onnistuvat aktiivisesti hoitoon ja sen suunnitteluun	Asiakkaan aktiivinen osallistuminen

Esimiesten visioissa Potilas ensin -toimintamallin onnistunut juurtuminen organisaation toimintakulttuuriin ilmenee korkealaatuisena palvelukokemuksena, palveluprosessin sujuvuutena ja asiakaan aktiivisena osallistumisena hoitoonsa ja sen suunnitteluun (Taulukko 2). Ideaalivisiossa henkilökunta käyttäytyy ystävällisesti, hyväntuulisesti ja potilasta arvostavasti. Potilas tulee kuulluksi ja kokee tulevansa hoidetuksi ja kohdatuksi häiriöttömästi ja kokonaisvaltaisesti palvelutilanteissa. Potilas kokee saamansa hoidon olevan ammattitaitoista, laadukasta ja vaikuttavaa. Potilas valitsee KHKS:n hoitopaikakseen ja hakeutuu mielellään hoitoon. Asiakaslähtöisesti toteutetut palvelut ovat joustavasti organisoituja; Hoitopolut ovat sujuvia ja palvelut linkittyvät jouhevasti toisiinsa. Odotusajat ja läpimenoajat erikoissairaanhoidon ovat lyhentyneet. Ajanvaraus on sujuvaa ja potilaalla on suora kontakti henkilökuntaan. Potilas saa parempaa ohjausta ja informointia itseään koskevista asioista ilman tarpeettomia käynnejä ja turhaa pallottelua yksiköiden välillä. Asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun toteutuu.

”Ystävällinen palvelu. Turha pallottelu potilaan kohdalla poistunut. Nopea asioihin tarttuminen, hoitosuunnitelmien mahdollisimman tehokas läpivienti. Potilas kokee tulleen hoidetuksi ja kohdatuksi sairautensa suhteen kokonaisvaltaisesti.”

Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimus toteutettiin hyvää tutkimuskäytäntöä noudattaen huomioiden eettiset näkökohdat koko prosessin ajan. Tutkimuslupa oli saatu Kanta-Hämeen keskussairaalaalta. Aineistonkeruutapa ja aineiston käsittely kunnioittivat vastaajien anonymiteettia. Taustakysymykset laadittiin siten, ettei vastaajan henkilöllisyys paljastu. Vastaajat olivat tietoisia selvityksen taustoista ja tarkoituksista.

Aineisto oli määrällisestä suppeudestaan huolimatta monipuolinen. Tulosten raportoinnissa tuotiin ilmi kaikki esille tulleet näkökohdat, mikä lisäsi luotettavuutta. Tutkijan objektiivisuutta käsiteltävään aiheeseen lisäsi se, että hän ei itse kuulu kohdeorganisaatioon. Ennakkokäsitykset tai tiedostamattomat asenteet eivät ohjanneet tulosten tulkintaa. Luotettavuutta lisäsi todennäköisesti myös aineistonkeruumenetelmä, jossa tutkijan läheisen kontaktin puute osallistujiin vähensi tutkijan vaikutusta aineistoon. Kuitenkin tutkijan oma sosiaali- ja terveysalan tuntemus auttoi pääsemään sisälle tutkittavaan ilmiöön ja ymmärtämään vastaajien maailmaa.

Tulokset osoittivat, että esimiesten näkemyksen mukaan Potilas ensin -toimintamallin juurruttamisessa palveluprosessien uudelleenorganisoinnin ja palvelujen integroimisen näkökulma on vahva. Esitetyt ratkaisut voisivat antaa vastauksia koettuun uhkakuvaan resurssien riittämättömyydestä. Organisoimalla toisin ja tehden ammatillista yhteistyötä joustavasti yli ammattikunta-, yksikkö- ja sektorirajojen sekä osallistamalla asiakkaat hoitoprosessiin, on mahdollista tuottaa laadukkaampia palveluja kustannustehokkaasti. Virtasen ym. (2011) mukaan asiakaslähtöisillä palvelumalleilla tavoitellaan palvelujen parempaa vaikuttavuutta, tehokkuutta

ja tuottavuutta. Palvelujen hallinnoimisen näkökulmasta tulokset voidaan nähdä ratkaisuna näihin erikoissairaanhoidon tulevaisuudenhaasteisiin. Toteutuessaan esitetyt palveluratkaisut parantaisivat myös organisaation kilpailuasemaa. Kaikki esimiehet eivät kuitenkaan kokeneet tarvetta palvelujen asiakaslähtöiselle kehittämistyölle.

Resurssien puute, ammattiorientoitunut lähestymistapa potilaaseen sekä terveydenhuollon ammattilaisten muutokseen kohdistuvat pelot ja asenteet ovat asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisen esteitä terveydenhuollon organisaatioissa (Clark 2012, Leväsluoto & Kivisaari 2012; Stenvall & Virtanen 2012; Virtanen ym. 2011). Esimiesten esittämät uhkakuvat Potilas ensin -ajattelun toteutumiseksi vastasivat lähdeaineistosta nousseita asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämisen esteitä.

Asiakkuuden käsitteelle annettiin laaja merkityssisältö. Käsitteen piiriin kuuluivat potilaan ohella myös omaiset, läheiset ja potilaan etujärjestöt. Asiakaslähtöisyyden edistämisestä puhuttiin muun muassa asiakas-asiantuntija -kohtaamistilanteen kontekstissa sekä prosessiajattelun näkökulmasta. Suhtautuminen erikoissairaanhoidon asiakkaan osallistumiseen oli kahdensuuntainen. Asiakkaan rooli nähtiin kumppanina ja hänen osallisuuttaan haluttiin lisätä. Toisaalta osallisuuteen pureuduttiin negatiivisiin konnotaatioihin, kuten ”vaativat ja oikeuksiaan aggressiivisesti vaativat potilaat”. Asiakkaan valtaistuminen saatetaan kokea uhkana ammattiroolia kohtaan leimaten oikeuksiaan vaativa ja hoitoonsa tyytymätön asiakas hankalaksi (Leväsluoto & Kivisaari 2012; Valkama 2012). Myös tämä selvitys tuki aiempien tutkimusten tuloksia.

Esimiehet toivoivat lisää asiakaspalvelukoulutusta, mutta toisaalta palveluosaamisen ja ihmishuolehdittamisen vaade koettiin epämieluisana ja ammatti-identiteetille vieraana. Epäsuorasti tämä ilmaistui vähättelevänä asenteena Potilas ensin -ajattelua kohtaan. Palvelun laatua saatettiin myös arvioida mitätöimällä palvelukokemuksen merkitys täysin. Töitä on tehtävä yli ammattirajojen ja totutun työnkuvan kannalta epäoleelliseksi koetut tehtävät mainittiin palvelukokemusta heikentävänä tekijänä. Asiakaspalvelijan rooli-identiteetin vieraus ja totutun työnkuvan muuttuminen aiheuttavat vastustusta asiakaslähtöisiä palvelumalleja kohtaan myös aiempien tutkimusten valossa (Leväsluoto & Kivisaari 2012; Stenvall & Virtanen 2012; Virtanen ym. 2011). Omaan asemaan kohdistuvat muutokset aikaansaavat usein uudistukseen kohdistuvaa kritiikkiä (Stenvall & Virtanen 2007) ja potilaan osallistumiseen liittyy jännitteitä ja negatiivisia tunteita (Bedersford 2009). Selvitys vahvisti myös näitä tuloksia.

Selvitys antaa tietoa siitä, että hyvin suunniteltu ja organisoitu, kaikki johtamisen tasot läpileikkaava perehdytys ja sitouttaminen uuteen toimintamalliin tukevat uuden strategian käyttöönottoa. Esimiehillä oli moniulotteinen näkemys asiakaslähtöisten palveluiden kehittämistarpeista ja tulevaisuudenhaasteista. He kokivat laaja-alaisen horisontaalisen ja vertikaalisen yhteistyön merkittävänä edellytyksenä toimintamallin onnistuneelle juurtumiselle. Esimiesten kehittämisideoita olisi mahdollista hyödyntää muutoksen läpiviemisessä.

Asenne jonka mukaan asiakaslähtöisyys toteutuu jo käytännöissä tai minimivaatimukset ovat itsestäänselvyyksiä, viestii organisaation arvopohjan kyseenalaistamisesta. Mikäli esimiehet eivät sitoudu valittuun toimintamalliin ja toimi nimenmukaisesti esikuvana, lienee mahdotonta odottaa sitoutumista myöskään alaisilta. Toisaalta esimiehet ilmaisivat huolensa organisaatioissa esiintyvistä uuteen toimintamalliin kohdistuvista negatiivisista asenteista. Henkilökunnan asenteiden muuttaminen ja asennekasvatus nähtiin merkittävänä edellytyksenä asiakaspalvelutason minimivaatimusten toteutumiselle ja Potilas ensin -ajattelun juurtumiselle.

Potilas ensin -ajattelu vaatii esimiehiltä uudenlaista asennoitumista ammattirooliinsa aiheuttaen myös rooliristiriitoja ja muutosvastarintaa toimintamallia kohtaan. Havainto vahvistaa palveluosaamisen merkitystä sekä palvelu- ja ihmissuhdekoulutuksen tarpeellisuutta erikoissairaanhoidossa. Aineiston pohjalta näyttäisi siltä, että tuodessa uutta toimintamallia käytäntöön, muutosvastarinnan huomioiminen olisi tärkeää yhteisen arvopohjan vahvistamiseksi. Työntekijöiden tukeminen ja foorumit muutoksen aiheuttamien negatiivistenkin tunteiden käsittelyyn saattaisivat toimia ratkaisuna. Samalla työyhteisöstä nousevaa kritiikkiä voisi hyödyntää mahdollisuutena kohdentaa tavoiteltua muutosta tukevia toimenpiteitä tarvelähtöisesti.

Tulokset heijastelevat asiakas-asiiantuntija -valta-asetelman jännitteisyyttä suhteessa asiakkaan osallisuuteen. Se implikoinee myös tämänhetkistä yhteiskunnallista sosiaali- ja terveystalouden käymistilaan liittyvää kuohuntaa. Selvityksen valossa vaikuttaisi siltä, että terveydenhuollon organisaatioissa olisikin tarpeellista avata asiakkuuteen ja palvelunkäyttäjän osallisuuteen, valinnanvapauteen, päätösvaltaan ja vastuuseen liittyviä käsitteitä, määritteitä ja linjoja, sekä synnyttää aiheen tiimoilta yhteistä arvopohjaista keskustelua. Mikäli näin ei tapahdu, vaarana on että samat käsitteet tulkitaan monesta eri näkökulmasta ja niihin liittyvät osin tiedostamattomat emootiot ohjaavat ammattihenkilöiden suhdetta asiakkaaseen sekä eri ammattiryhmien keskinäisiä suhteita. Uhkakuvana on ammattikuntien asenteellinen eriytyminen toisistaan, mikä estää asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämisen edellytyksenä olevan moniammatillisen yhteistyön. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää mitä merkityssisältöjä erikoissairaanhoidon palvelunkäyttäjät antavat asiakaslähtöisesti toteutetuille palvelutapahtumille.

Lähteet

Asiakkuuskertomus vuodelta 2014. 2015. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. Hallitus 25.3.2015.

Beresford, P. (2009). Osallistumisen ja vallan jännitteet terveydenhuollossa – palvelunkäyttäjän näkökulma. Teoksessa Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa 2009. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 248–256.

- Clark, A. (2012). Leadership and engagement for improvement in the NHS. Together we can. The King's Fund 2012. (Viitattu 26.11.2015) http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2014). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiologian pro gradu -tutkielma. (Viitattu 17.11.2015) http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf.
- Kalliomaa-Puha, L. (2015). Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi? Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkyänen, L.-K. (toim.) 2015. Terveystieteiden muutos: Poliittikka, järjestelmä ja seuraukset 2015. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 133–153.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. Strategia 2015–2016. Hyväksytty 10.12.2014.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. (2011). Kohti asiakkautta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. (2014). Terveystieteiden kompassi. Avain asiakkuteen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. (Viitattu 17.11.2015) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leino K. (2015). Hallintoylihoitaja. KHKS. Potilas ensin -ajattelu asiakaspalvelusairaalan kivijalkana ja ajattelun toimeenpano yksiköissä. Potilas ensin -koulutus 18.3.2015: Luento- ja koulutusmateriaali.
- Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. (2012). Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Vtt. Espoo. (Viitattu 17.11.2015) <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>.
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. British Journal of Nursing. 19(14). (Viitattu 26.11.2015) <http://planetreegrove.com/wp-content/uploads/2013/01/Time-to-learn.-Understanding-patient-centered-care.pdf>.
- Potilas ensin -ohjekirja. Kanta-Hämeen keskussairaala, erikoissairaanhoidon ja asiakaspalvelun osaamiskeskus.

- Sivonen, S. & Pouru, L. (toim.) (2014). Osaamisen ennakointi kuntapalveluissa. Lopuraportti. KT Kuntatyönantajat. Helsinki. (Viitattu 17.11.2015) <http://shop.kuntatyönantajat.fi/uploads/osaamisen-ennakointi-raportti.pdf>.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012 – 2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki. (Viitattu 17.11.2015) https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. (2007). Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. (2012). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoitopaikan valinta. (Viitattu 30.11.2015) <http://stm.fi/hoitopaikan-valinta>.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. (Viitattu 17.11.2015) <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Toiviainen, H. (2007). Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta 160. Väitöskirja. Stakes. (Viitattu 24.11.2015) <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20383/konsumer.pdf?sequence=1>.
- Tritter, J. (2009). Vallankumous vai hidas muutos – Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa 2009. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 210 – 226.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Valkama, K. (2012). Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Vaasan yliopisto, sosiaali- ja terveyshallintotiede. Acta Wasaensia 267. Vaasa. (Viitattu 17.11.2015) http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

5. Hoitotyön dokumentointi ja raportointi Kanta-Hämeen keskussairaalaassa – henkilöstön näkemyksiä nykytilasta ja kehittämistarpeista

Soile Härkönen

Tiivistelmä

Tämän selvityksen tavoitteena on kartoittaa Kanta-Hämeen keskussairaalan hoitajien näkemyksiä hoitotyön päivittäisen raportoinnin ja dokumentoinnin nykytilasta sekä kehittämistarpeista. Tutkimuskysymyksiä olivat: 1. Miten hoitotyön päivittäinen dokumentointi ja raportointi tällä hetkellä osastolla toteutuvat? 2. Miten hoitotyön dokumentointia tulee osastolla kehittää, jotta hiljainen raportointi on mahdollista ottaa käyttöön? 3. Millaisia vaatimuksia RAFAELA™ -hoitoisuusluokittelu asettaa osaston hoitotyön päivittäiselle raportoinnille? Aineisto on kerätty ryhmähaastatteluin. Tutkimus on kvalitatiivinen ja analyysimenetelmänä on aineistolähtöinen sisällönanalyysi.

Tulosten perusteella hiljaisen raportoinnin vahvuuksia ja mahdollisuuksia olivat ajansäästö sekä hoitotyön dokumentoinnin paraneminen. Heikkouksia ja uhkina puolestaan olivat dokumentoinnin huono laatu sekä tietotekniikkaan ja työympäristöön liittyvät tekijät. Johtopäätöksenä on, että hoitotyön dokumentointia tulee kehittää, jotta hiljainen raportointi on mahdollista ottaa käyttöön. Hyvä dokumentointi lisää myös hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatavan tiedon luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä.

Abstract

The purpose of this paper is to survey the views of healthcare professionals on the current status and development needs of daily reporting and documentation at the Kanta-Häme Central Hospital. Study questions were: 1. How the daily reporting and documentation of the healthcare work is currently being realised? 2. How the documentation of the healthcare work should be developed in order to enable the introduction of written or so called silent reporting? 3. What kind of requirements the RAFAELA™ patient classification system sets to the daily healthcare work reporting in the healthcare unit in question? The material has been gathered using group interviews. This is a qualitative study utilising material-oriented content analysis as the method of analysis.

Based on results, it can be stated that, the strengths and opportunities of the written reporting were reduction of time spent and the qualitative

improvements in the healthcare reporting. However, as weaknesses and threats were the poor quality of documentation and factors relating to ICT and working environment. In conclusion, the documentation of the healthcare work must be developed in order to enable the introduction of the written reporting. Good documentation also improves the reliability and usability of the information derived from patient classification systems.

Johdanto

Talouden heikentyminen sekä väestön ikääntyminen asettaa tulevaisuudessa monenlaisia haasteita sosiaali- ja terveydenhuololle. Väestörakenteen muuttuessa asiakkaiden ja potilaiden määrä sekä heidän tarpeensa kasvavat, mikä puolestaan lisää kustannuksia. Tästä syystä johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottavuutta ja vaikuttavuutta on parannettava. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012).

Eräs keino palvelujen tuottavuuden ja vaikuttavuuden lisäämiseksi on sähköisten palvelujen kehittäminen sekä tietojärjestelmien nykyistä parempi hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sähköisten palvelujen ja tietojärjestelmien kehittäminen mahdollistaa tiedon saatavuuden ja käytettävyyden niin asiakkaalle, potilaalle, ammattilaisille kuin päätöksentekijöillekin. (Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena). Potilastietojen siirrettävyys ja saatavuus eri toimipisteiden välillä edistävät myös potilasturvallisuutta sekä lisäävät potilaan omaa aktiivisuutta. Tästä esimerkkinä on jo osittain käytössä oleva Kansallinen terveystietojärjestelmä eli Kanta-palvelu, joka käsittää mm. sähköisen reseptin, potilastiedon arkiston sekä Omakanta nettipalvelun. Kanta-palvelussa olevat tiedot ovat ajantasaisia ja potilaan itsensä sekä potilaan suostumuksella myös muiden potilaan hoitoon osallistuvien käytettävissä. (Kanta-palvelut käytössä n.d.).

Potilaan asiakirjojen hallintaa ja käsittelyä ohjaavat erilaiset lait, asetukset ja ohjeet. Keskeisimpiä lakeja ovat henkilötietolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, terveydenhuoltolaki, arkistolaki sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Lisäksi merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niissä voi käyttää vain yleisesti hyväksytyjä lyhenteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.).

Eri terveydenhuollon organisaatioissa on käytössä laajalti kansallinen rakenteinen kirjaamismalli, joka perustuu hoitotyön prosessimalliin sekä Finnish Care Classification eli FinCC- luokituskokonaisuuteen. Tämän kirjaamismallin avulla hoitotyön dokumentointia ohjataan siten, että sisältö, mitä kirjataan sekä rakenne, miten kirjataan, on ennalta määritettyjä. (Lilja, Kinnunen & Ensio 2012.) Yhteneväisiä termistöjen, luokitus-ten ja sanastojen käyttäminen potilasjärjestelmistä riippumatta mahdollistaa hoitotietojen joustavan ja nopean käytettävyyden potilaan hoitoon

osallistuvien kesken (Lilja ym. 2012; Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 9–11).

Vaikka nykyisin lähes kaikki potilastiedot ovat sähköisessä muodossa erilaisissa tietojärjestelmissä, on niiden käytössä todettu olevan kuitenkin monenlaisia ongelmia. Tietojärjestelmien käyttöä vaikeuttavat mm. niiden toimivuuteen ja käytettävyyteen liittyvät puutteet. Lisäksi henkilökunnan tietotekninen osaaminen, asenne, organisaation toimintatavat, kiire sekä henkilöstön vaihtuvuus vaikuttavat siihen, miten tietojärjestelmissä olevaa tietoa voidaan ja osataan hyödyntää. (Paloniemi 2011.)

Hoitotyön dokumentointiin ja raportointiin kuuluu organisaatioissa runsaasti työaika. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä vuonna 2011 tehdyn selvityksen mukaan pelkästään hoitotyöhön päivittäiseen raportointiin käytetty aika voi olla jopa yhdeksän henkilötuntia per vuorokausi. Mitä useampi hoitaja hoitotyön raportoinnille osallistuu, sitä enemmän siihen käytetty aika kertyy. (Hoffrén, Huovinen & Mykkänen 2011, 58–64.)

Etenkin hoitohenkilökunnan suulliseen raportointiin käyttämä päällekkäinen työaika on poissa välittömästi hoitotyöstä. Suullinen raportointi on herkkä erilaisille häiriöille ja keskeytyksille. Se on myös pääosin päällekkäistä tiedottamista dokumentoidun potilastiedon kanssa. Osittain näistä syistä johtuen perinteisen suullisen raportoinnin rinnalle onkin monessa organisaatiossa otettu käyttöön kirjallinen eli hiljainen raportointi. (Laukkanen ym. 2012, 7–9.)

Hiljaisen raportoinnin perustana on suunnitelmallinen, asianmukainen sekä ajan tasalla oleva potilastietojen dokumentointi siten, että kaikki potilaan hoitoon liittyvä informaatio löytyy sähköisestä potilastietojärjestelmästä (Laukkanen ym. 2012, 9–14; Hoffrén ym. 2011, 60). Hiljaisen raportointiin siirryttäessä myös potilastietojen dokumentointi yleensä kehittyy, jolloin myös raportoinnit yleisesti ottaenkin tehostuvat (Laukkanen 2012, 9).

Hiljaisen raportoinnin avulla on mahdollista lisätä kustannustehokkuutta sekä välittömän potilastyön määrää. Uuden toimintatavan, kuten esimerkiksi hiljaisen raportoinnin omaksuminen, ei ole kuitenkaan välttämättä helppoa, sitä pitää ensin harjoitella. Rauhaton työympäristö, työntekijöiden huono tietotekninen osaaminen sekä kielteinen asenne saattavat osaltaan estää hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa organisaatioissa. (Hoffrén ym. 2011, 60.)

Kanta-Hämeen keskussairaalassa (K-HKS) on kehitetty hoitotyön päivittäistä dokumentointia sekä raportointia monin tavoin. Sairaalassa on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä Effica ja hoitotyön dokumentointi perustuu FinCC-luokituskokonaisuuteen. Kaikilla osastoilla on käytössä myös arviointimittari, RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Sen tarkoituksena on tuottaa tietoa toteutuneesta hoitotyöstä, potilaiden hoitoisuudesta sekä siihen käytetystä ajasta. Hoitoisuusluokitus tehdään päivittäin jokaisesta potilaasta dokumentoidun tiedon perusteella. Tämän RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla henkilöstöresurssit

voidaan organisaatiossa mitoittaa ja suunnitella potilaiden tarpeiden mukaan (Rafaela™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä.)

Kanta-Hämeen keskussairaalaossa hoitotyön päivittäinen raportointi toteutetaan osastosta riippuen joko suullisesti, hiljaisesti tai sekä suullisesti että hiljaisesti. Hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa on yritetty laajentaa koskemaan kaikkia sairaalan osastoja, mutta vielä laajentuminen ei ole edennyt kaikkialle. Tämän tutkimuksen tavoitteena onkin tuottaa selvitys, jossa kartoitetaan sairaalan hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä päivittäisen hoitotyön dokumentoinnin ja raportoinnin nykytilasta sekä kehittämistarpeista. Tutkimuksen pääkysymyksiä on kolme: Miten hoitotyön päivittäinen dokumentointi ja raportointi tällä hetkellä osastolla toteutuvat? Miten hoitotyön dokumentointia tulee osastolla kehittää, jotta hiljainen raportointi on mahdollista ottaa käyttöön? Millaisia vaatimuksia RAFAELA™ -hoitoisuusluokittelu asettaa osaston hoitotyön päivittäiselle raportoinnille?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tämä selvitys on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston hankinnassa suositaan metodeja, joissa tutkittavien omat näkökulmat pääsevät esille. Tällainen metodi on mm. teemahaastattelu. Teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet on määritelty ennalta, mutta kysymyksille ei ole annettu tarkkaa järjestystä, muotoa eikä laajuutta. (Hirsijärvi & Hurme 2014, 162 – 164.)

Tämän prosessin käynnistyessä perehdyin ensin hoitotyön dokumentointia ja raportointia koskevaan kirjallisuuteen, tutkimuksiin sekä lainsäädäntöön. Yhteistyössä sairaalan edustajien kanssa määrittelin haastattelumat oman kiinnostukseni mukaan siten, että ne palvelivat samalla myös kohdeorganisaation tarpeita.

Aineisto kerättiin haastattelemalla hoitotyötä tekeviä hoitajia niiltä osastoilta, joissa hiljaista raportointia ei vielä ollut otettu käyttöön tai se on käytössä vasta osittain. Haastattelut tehtiin syyskuussa 2015 ja ne olivat puolistrukturoituja teemahaastatteluja, jotka toteutettiin ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelun avulla tukijan on mahdollisuus saada nopeasti tietoa useilta haastateltavilta samanaikaisesti. Ryhmässä haasteltavat voivat myös auttaa ja innostaa toisiaan keskustelemaan vapaamuotoisemmin annetuista teemoista kuin esimerkiksi yksilöhaastattelussa. (Eskola & Suoranta 1998, 97.)

Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 13 hoitohenkilöstöön kuuluvaa työntekijää kirurgian, sisätautien, neurologian sekä lasten ja nuorten osastoilta. Haastattelut kestivät enimmillään yhden tunnin ja ryhmäkoko vaihteli 2 – 4 osallistujan välillä. Kaikki haasteltavat olivat naisia. Haastateltavista kymmenellä oli sairaanhoitajan tutkinto ja kolmella perus- tai lähihoitajantutkinto. Haastateltavien henkilöiden alan työkokemus vaihteli 5 – 34 vuoden välillä, olleen keskimäärin 21 vuotta.

Nauhoitin kaikki haastattelut ja kirjoitin ne sana sanalta puhtaaksi. Litteroitua tekstiä syntyi noin 81 sivua. Luokittelin haastatteluaineistosta usein toistuneet ilmaisut, kuten sanat ja lauseet tutkimustehtävää avaavien haastatteluteemojen alle, koska näihin teemoihin viitattiin haastattelujen eri yhteyksissä. Tämän jälkeen yhdistin toisiinsa eri luokkia, joiden väliltä löytyi joko samankaltaisuuksia tai erilaisuuksia.

Analyysimenetelmänä käytin aineistolähtöistä sisällön analyysia. Sisällön analyysin olennainen osa on aineiston luokittelu. Luokittelu pohjautuu usein teemahaastattelun teemoihin, mutta aineistosta voi nousta esiin myös muita teemoja. Luokittelun avulla haastatteluaineistoa voidaan myöhemmässä vaiheessa tulkita, tiivistää ja jäsentää tutkittavaa ilmiötä vertailemalla aineiston eri osia toisiinsa aiempiin teorioihin tukeutuen. (Eskola ym. 1998, 187–189; Hirsijärvi ym. 2014, 147; Hirsijärvi, Hurme & Remes 2014, 224–225.) Tutkimustulokset jaottelin ja raportoin hiljaisen raportoinnin vahvuuksiin, heikkouksiin, mahdollisuuksiin ja uhkiin.

Tulokset

Tulosten mukaan hoitotyön hiljaisen raportoinnin vahvuutena oli sekä ajansäästö että tehokas työajankäyttö. Hiljaisen raportoinnin myötä työvuoroon tuleville hoitajille annettiin työrauha oleellisten potilastietojen lukemiseen ja sillä välin toiset hoitajat saattoivat keskittyä varsinaiseen potilastyöhön. Hiljaisia raportteja ei haastateltavien mukaan tarvinnut odottaa eivätkä ne keskeytyneet tai rönsyilleet kuten suulliset raportit yleensä. Lisäksi suulliseen raportointiin käytetty aika oli osastoilla vähentynyt, kun raporttien sisällöt olivat tiivistyneet. Nämä kaikki lisäsivät haastateltavien mielestä ennen kaikkea välittömään potilastyöhön käytettyä aikaa. Myös muissa tutkimuksissa on osoitettu, että suullinen raportointi on altis häiriöille ja ne ovat usein kestoaltaan pidempiä kuin hiljainen raportointi. Lisäksi työaika kuluu sitä enemmän, mitä enemmän hoitajia suulliselle raportoinnille samanaikaisesti osallistuu. (Hoffrén ym. 2011, 57–60; Laukkanen ym. 2012, 24–25.)

”Mä ite koen et silloin kun meillä oli suullinen raportointi se ilta-päivä, niin meil meni tunti siihen kun me istuttiin siellä raportilla. Koska se aina rönsyili johonkin muuhun aiheeseen kun sen raportoimiseen ja siinä tuli kerrottua niinku paljon sellasta turhaa.”

Aiempien tutkimusten mukaan hoitotyön dokumentointi pääsääntöisesti paranee siirryttäessä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin. Hyvä dokumentointi on käytännössä myös edellytys hiljaisen raportoinnin käyttöönotolle. (Hoffrén ym. 2011, 8–11; Laukkanen ym. 2012, 24–25.) Myös tässä selvityksessä haastateltavat kokivat, että hiljaisen raportoinnin vahvuutena oli hoitotyön dokumentoinnin laadun paraneminen. Tulosten perusteella dokumentointi kehittyi myös osastolla, jossa hiljaista raportointia oli vain kokeiltu. Osa haastateltavista näki jopa

potilasturvallisuuden parantuneen hiljaisen raportoinnin myötä, kun hoitotyön dokumentointia oli osastolla samanaikaisesti kehitetty.

”Mut siis se kirjaaminen on siis parantunut todella paljon siitä mitä se oli ja on siitä niinku ollu hyötyä siitä hiljaisen raportoinnin aloittamisesta, niinku meillä oli aika huonoo välillä se kirjaaminen.”

”Ja nyt saa enemmän tietoo, et mä koen sen et ihan eri näkemys potilaasta ja hoidosta kun on aiemmin. Et se on potilaan hoidonkin kannalta niinkö tärkeää.”

Hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa estävät usein tietojärjestelmän käytettävyyteen, tietotekniikkaan sekä työympäristöön liittyvät ongelmat (Laukkanen ym. 2012, 21). Myös tässä selvityksessä hoitajien näkemys hiljaisen raportoinnin heikkouksista olivat samansuuntaisia. Kaikilla osastoilla ei haastateltavien mielestä ollut riittävästi tietokoneita. Rauhaton työtila, jossa työ keskeytyi esimerkiksi puhelinsoittoihin ja potilashälytyksiin, häirtasivat haastateltavien mielestä osaltaan sekä hoitotyön dokumentointia että raportointia. Lisäksi osa haastateltavista mainitsi hoitajien puutteellisten tietoteknisten taitojen olevan esteenä hiljaisen raportoinnin täysimittaiselle käyttöönotolle.

”Sit kellot ja puhelimet soi jatkuvasti, pitää mennä vastaa ja sit se keskeytyy tavallaan siinä. Sit sä avaat tietokoneen uudelleen, ku sitä ei saa jättää auki. Se on semmosta kiinni auki, kiinni auki. Ja lisäksi meillä ei ol fyysisesti semmosia tiloja mihin me mahduttas, et sen vois rauhottaa. Plus et ei oo semmosta määrää tietokoneita”.

”Meil on nois atk-tekniisissä taidoissa meillä on kehitettävää, kun nuorisolla se mene tsutusk. Et sit siihen (hiljainen raportti) menisi meil niiku koko aika siinä koneella.”

Tulosten perusteella hiljaisen raportoinnin uhkia olivat hoitotyön dokumentoinnin huono laatu, kirjavat käytännöt, sosiaalisen kanssakäymisen väheneminen sekä potilasturvallisuuden heikkeneminen. Palonimen tutkimuksen (2011) mukaan erilaiset käytänteet potilastietojen dokumentoinnissa ja tietojärjestelmien käytössä niin osastojen sisällä kuin niiden välilläkin hankaloittavat potilastietojen löytymistä ja käytettävyyttä. Myös haastateltavien mielestä se, ettei sairaalassa ollut yhtenäisiä käytäntöjä hoitotyön päivittäiselle dokumentoinnille ja raportoinnille, saattoi heikentää tiedonkulkua erityisesti silloin, kun joko potilas tai hoitaja siirtyi sairaalan sisällä osastolta toiselle. Tämä näkemys tuli esiin lähes kaikissa haastatteluissa riippumatta siitä, mitä raportointikäytäntöä haastateltava itse kannatti.

”Nyt kun nää lama-ajat pukkaa niin meitä aina tarpeen mukaan siirellään osastolta toiselle tekee tilapäisiä vuoroja ja ainakin oma kokemus on se, että ku menee jonnekin ihan vieraalle osastolle ja sulle isketään vaan lappu kouraan ja sit vähän niiku pärjääät sillä loppupäivän. Et mä koen sen ihan potilasturvallisuusriksinä.”

Dokumentoinnin laatua heikensivät varsinkin kiire, mutta myös sijais-ten ja opiskelijoiden suuri määrä osastoilla. Toisaalta tutkimusaineiston perusteella haastateltavat kokivat päivittäisen hoitotyön dokumentoinnin olevan osa hoitotyötä ja siten heidän perustehtävänsä. Haastateltavat myös kuvasivat kuinka, dokumentoinnin tulee olla ”kärjäkelpoista” ja että, dokumentoinnin avulla varmistetaan potilaan hoidon laatu sekä potilasturvallisuus.

Yhtenäisten käytäntöjen puuttuminen nähtiin mahdollisuutena kehittää yhtenäisiä dokumentointikäytäntöjä. Niitä tarvittiin haastateltavien mielestä Kanta-arkistoon siirtymisen myötä eritoten hoitotyön yhteenvedojen tekemiseen. Myös oman työn kehittäminen nähtiin hiljaisen raportoinnin mahdollisuutena. Kehittäminen oli haastateltavien mielestä paitsi palkitsevaa niin myös välttämättömänä varsinkin nykyisessä huonossa taloudellisessa tilanteessa.

”Tosiasia on et resurssia ei tuu enempää osastolle täs taloudellisessa tilanteessa, silloinhan sitä työtä pitää järjestellä eri tavalla.”

RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän perustana on hyvin dokumentoitu hoitotyö (Rafaela™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä.) Aineiston perusteella haastateltavat olivat hyvinkin tietoisia tästä dokumentoinnin ja luokituksen välisestä yhteydestä. Joidenkin haastateltavien mielestä päivittäistä luokittelua haittasi, jos hoitotyötä ei ollut dokumentoitu riittävän hyvin. Toisaalta suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että luokittelulla itsessään ei ollut mitään vaikutusta varsinaiseen hoitotyön dokumentointiin. Merkitys, miksi hoitoisuusluokitusta ylipäätään tehdään, jäi myös useissa haastatteluissa epäselväksi.

”Et se pitää sit kysyy toiselta hoitajalta, et jos ei oo kirjattu kunnolla, et tietääkö kukaan miten tää potilas sitä ja miten tää tätä, onko sillä ollu mitään. Ja sit onks se oikeesti luotettavaa.”

Pohdinta ja johtopäätökset

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö on Kanta-Hämeen keskussairaalan hoitajien päivittäistä arkea. Tulosten perusteella voi tehdä johtopäätöksen, että hoitotyön dokumentointi on sairaalassa ajan tasalla olevaa, ja että potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto myös dokumentoidaan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Toisaalta dokumentoinnin määrässä, laadussa ja sisällöissä oli tulosten mukaan jonkin verran eroja sekä osastojen että yksittäisten hoitajien välillä. Haastateltavien mielestä etenkin potilaan hoidon kannalta sujuva tiedonkulku hoitoon osallistuvien välillä ja kesken oli välttämätöntä. Tästä huolimatta potilasjärjestelmään dokumentoitua tietoa hyödynnettiin osastosta riippuen eri tavoin, varsinkin hoitotyön päivittäisessä raportoinnissa.

Tutkimusaihe oli laaja. Ryhmähaastattelujen ansiosta sain mielestäni kootuksi runsaan ja monipuolisen aineiston, jonka avulla oli mahdollista löytää vastauksia tutkimuskysymyksiin. Selvitys osoitti, että Kanta-Hämeen

keskussairaalassa hiljainen raportointi on mahdollista ottaa käyttöön, mikäli hoitotyön dokumentointia kehitetään, toteutetaan sekä hyödynnetään osastoilla yhteneväisin periaattein. Hyvä hoitotyön dokumentointi mahdollistaa myös RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatavan tiedon luotettavuuden. Tätä tietoa puolestaan voidaan hyödyntää organisaation toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä.

Uuden toimintatavan omaksuminen vaatii aina harjoittelua. Hiljaiseen raportointiin siirryttäessä tulee myös huomioida, että raportointiin käytettävät tilat ovat mahdollisimman rauhallisia, ja että tietokoneita on osastoilla riittävä määrä. Lisäksi työntekijöiden mahdolliset koulutustarpeet tulee selvittää ennen raportointikäytäntöjen uudistamista.

Tälle selvitykselle on myönnetty tutkimuslupa. Olen noudattanut tämän selvitystyön eri vaiheissa yleisiä tutkimuseettisiä periaatteita. Pyrin kuvaamaan tutkimusprosessin mahdollisimman johdonmukaisesti ja tarkasti. Teemahaastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Raportoin haastatteluaineistot siten, ettei haastatteluihin osallistuneita henkilöitä voida niistä tunnistaa. Sijoitin alkuperäisiä lainauksia tutkimustulosten yhteyteen parantamaan tulosten luotettavuutta. Tarkastelin myös nyt saatuja tutkimustuloksia suhteessa aiempiin tutkimustuloksiin, jotta niiden yleistettävyyden olisi mahdollista.

Tulevaisuudessa sähköiset palvelut sekä erilaisten tietojärjestelmien käyttö lisääntyvät sosiaali- ja terveydenhuollossa. Nämä muutokset aiheuttavat väistämättä muutoksia myös organisaation toimintavoissa sekä johtamisessa. Jatkossa olisikin mielenkiintoista tutkia lähiesimiehinä toimivien näkemyksiä siitä, miten erilaisista tietojärjestelmistä saatavaa tietoa voitaisiin hyödyntää toiminnan mittaamisessa, arvioimisessa sekä kehittämisessä nykyistä paremmin.

Lähteet

- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. (2014). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2014). Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hoffrén P., Huovinen H. & Mykkänen M. (2011). Hoitotyön päivittäinen raportointi. Selvitys hoitotyön päivittäisen raportoinnin tilanteesta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, Iisalmen sairaalassa ja terveyskeskuksessa, Leppävirran terveyskeskuksessa ja Varkauden sairaalassa ja terveyskeskuksessa.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No 75/2011. Kuopio; Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo.

Kanta-palvelut käytössäsi. (Viitattu 21.11.2015). http://www.kanta.fi/documents/10180/3444336/Yleisesite_fi-sv_5-13/b8edbed2-52fe-4f76-b423-9e8e15028c19

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. (2012). Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalaossa. Sarja A nro 11, 2012. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja. Turku. (Viitattu 24.11.2015) <http://vssh.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>

Liljamo, P., Kinnunen, U. & Ensio, A. (2012). FinCC -luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTal 3.0, SHTol 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. (Viitattu 21.11.2015). https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A (2010). Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomuksen käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteidenlaitos. Julkaisusarja D Verkkojulkaisut D-2010- 7, kesäkuu 2010. (Viitattu 20.10.2015). <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/sarjad.html>

Paloniemi, S. (2011). Suomalaisen julkisen terveydenhuollon henkilöstön kokemuksia tietojärjestelmien käytön ongelmista – tapaus tutkimus Keski-Suomen keskussairaalan tehostetun hoidon yksikkö. Tietojenkäsittelytieteen pro gradu -tutkielma. Jyväskylä. (Viitattu 24.11.2015). <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26853/URN%3aNB%3afi%3ajyu-2011050210718.pdf?sequence=1>

Rafaela hoitoisuusluokitusjärjestelmä. FCG. (Viitattu 9.5.2015). http://www.rafaela.fi/sites/default/files/Rafaela/KONS%20RAFAELA_esite-FINAL-20130911.pdf.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. (Viitattu 9.5.2015). https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Lainsäädäntö. (Viitattu 16.10.2015). <http://stm.fi/asiakas-potilastietojen-hallinta>

Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. (Viitattu 21.11.2015). http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1.

6. Lasten ja nuorten palvelut – tulevaisuuden näkymiä Hämeenlinnassa

Anu Ahola

Tiivistelmä

Selvityksen tarkoituksena oli verrata kahta erilaista tapaa järjestää lasten ja nuorten palveluita sekä tuottaa Hämeenlinnan kaupungille uutta tietoa lasten ja nuorten palveluiden järjestämiseksi. Tavoitteena oli saada tietoa yhtenäisen palvelukokonaisuuden ylläpitämisestä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiosta huolimatta.

Tutkimuskysymyksiä olivat: Millä tavalla lasten ja nuorten palvelut järjestetään Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa? Miten ennaltaehkäisevän työn painotus näyttäytyy nyt ja tulevaisuudessa Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa? Miten lasten ja nuorten palveluiden seuranta ja vaikuttavuuden arviointi näkyvät nyt ja tulevaisuudessa Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa? Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla, jotka toteutettiin teemahaastatteluina. Haastateltavia oli Hämeenlinnan kaupungilta viisi, Lappeenrannan kaupungilta kolme ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiriltä kolme henkilöä. Aineisto analysoitiin aineistopohjaista sisällönanalyysiä käyttäen.

Tulosten mukaan sekä Hämeenlinnassa että Lappeenrannassa painottuvat erilaiset asiat. Molempien osalta löytyi sekä vahvuuksia että kehitettävää. Kuitenkin esiin nousi erityisesti yhteistyön ja verkostoitumisen tärkeys. Johtopäätöksinä voidaan todeta, että kokonaisvaltainen, yhtenäinen palvelukokonaisuus on mahdollista ylläpitää, mutta se vaatii avointa yhteistyötä ja palvelukokonaisuus on määrätietoisesti luotava verkostoissa. Kaikkiaan palvelujen tavoitteet ja luonne ovat Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa hyvin samanlaiset.

Abstract

Purpose of this report was comparing two different ways to organize the public services of children and young people and produce new information about how to arrange public services to children and young people in the future in Hämeenlinna. The aim was to get knowledge how to keep continuous public services to children and young people even there will be social- and healthcare integration.

Research questions were: How public services to children and to young people are organized at the moment in Hämeenlinna and in Lappeenranta? How does the emphasis prevention appear now and in the future in Hämeenlinna and Lappeenranta? How does follow-up research and impressiveness assessment appears in children's and young people's public services now and in the future in Hämeenlinna and in Lappeenranta? Data was collected by focus group interview, using theme interview. From Hämeenlinna there were five, from Lappeenranta there were three and from Shouth Karelia Social and Health Care District there were three interviewees. Data were analyzing by using content analyzing based on collected data.

Under results Hämeenlinna and Lappeenranta are emphasizing issues of a different kind. Both of them have they own strength and things to develop. Above there was come up the significance of cooperation and networking. Conclusions are that it is possible to maintain complete, continuous public services, but it needs open cooperation and continuous public services have to create by using networking purposefully. In all, public services have aims and nature the same kind of in Hämeenlinna and in Lappeenranta.

Johdanto

Sosiaali- ja terveysalalla vallitsee muutoksen tuulet, jotka todennäköisesti tulevat vaikuttamaan myös Hämeenlinnan sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vaikka suunniteltu nk. SOTE-uudistus ei mennyt edellisen hallituskauden aikana läpi, julkisen talouden kestävyysvaje, peruspalvelujen vahvistamisen tarve sekä yhdenvertaisten ja sujuvien palveluketjujen tarve vaatii sosiaali ja terveydenhuollon uudistusta, joka pitää sisällään myös laajan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation (Sosiaali- ja terveystoimintatieteiden tutkimuskeskus 2015).

Tällä hetkellä lasten ja nuorten palvelut järjestetään yhtenä kokonaisuutena Hämeenlinnassa. Tähän palvelukokonaisuuteen kuuluvat varhaiskasvatus, perusopetus, nuorisopalvelut, kasvua tukevat palvelut, lasten kulttuuri, psykososiaalisen tuen palvelut ja lastensuojelu. Tulevaisuudessa tästä kokonaisuudesta mahdollisesti irroitetaan sosiaali- ja terveyspalvelut, jolloin huoleksi herää, mitä se tekee yhtenäiselle palvelukokonaisuudelle?

Selvityksessä verrattiin kahta erilaista tapaa järjestää lasten ja nuorten palvelut. Vertailukuntana oli Lappeenranta, jossa sosiaali- ja terveyspalvelut ovat integroitu ja ne järjestää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimintatieteiden tutkimuskeskus. Muut lasten- ja nuorten palvelut ovat Lappeenrannan kaupungin järjestämiä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio näyttää onnistuneen hyvin, sillä muun muassa lastensuojelutilastot ovat kääntyneet hyvään suuntaan Lappeenrannassa (Lappeenranta 17.8.2015).

Tällä hetkellä Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa liikutaan integraation eri tasoilla. Vertikaalinen integraatio tuo yhteen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelut. Horisontaalinen integraatio keskittyy

yhteistyöhön organisaatioiden välillä. (ks. Shaw ym. 2011, 14.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota tarvitaan, koska usein terveyteen liittyvät ongelmat ovat moninaisia. Palvelujen uudelleen organisoinnilla voidaan myös lisätä ongelmien varhaista tunnistamista, palvelujen viemistä asiakaiden luokse ja ehkäistä hoidon syvempää tarvetta. (Mason ym. 2014, iv.)

Kuinka sitten Suomessa palveluita järjestetään? Perälän ym. (2011, 36, 40) mukaan Suomessa suurin osa kasvua tukevista palveluista on hallinnollisesti sosiaali- ja terveystoimen tai pelkän terveystoimen alaisuudessa. Yksittäisissä kunnissa kasvua tukevat palvelut on voitu järjestää osaksi sosiaali- ja opetustoimen palveluja. Varhaiskasvatuksen palveluissa on eronaisuutta hallinnollisissa järjestelyissä. Noin puolessa Suomea kunnissa ne järjestetään osana opetus-, sivistys- tai koulutoimen palveluja, mutta ne voidaan järjestää myös yhdistettynä sosiaali- ja terveystoimeen tai pelkkään sosiaalitoimeen. Valtaosa Suomen kunnista järjestää esiopetuksen ja perusopetuksen kunnan omana palveluna.

Selvityksessä oleellisessa osassa on palvelujen kokonaisvaltaisuus ja huolien säilymisen tärkeydestä. Palvelujen kokonaisvaltaisuuden tarvetta tukee myös tulokset THL:n lasten ja nuorten terveysseurannan hankkeessa teettämässä tutkimuksessa, jossa selvitettiin lasten terveys- ja hyvinvointieroja. Perheillä ei välttämättä ole läheisverkostoja samalla asuinpaikkakunnalla. Tällöin korostuu muiden sosiaalisten verkostojen tuki, kuten neuvolapalvelut, vanhempainryhmät ja harrastusmahdollisuudet. Tuen saannin vähäisyys lisää riskiä vanhempien uupumiselle ja on tätä kautta riski myös lapsille. (Kaikkonen ym. 2012, 26, 52.) Tämä tutkimus nostaa esille sen, kuinka perheiden tuen tarve on monialaista ja laajaa, sen toteuttamiseen tarvitaan kokonaisvaltaista palveluvalikkoa.

Lasten ja nuorten moninaiset elämänhaasteet vaativat kokonaisvaltaista tarkastelua. On tärkeä nähdä perheet, lapset ja nuoret kokonaisuutena ja heidän kokonaisvaltainen tukeminen vaatii vielä laajempaa tarkastelua, kuin mitä vain sosiaali- ja terveyspalveluilla voidaan tarjota. Lapsi ja nuori viettää päivähoitossa, esikoulussa ja peruskoulussa valtavan osan päivästänsä ja siksi näiden palveluiden vaikutus pitää huomioida lasten ja nuorten palveluita järjestäessä. Markkasen ym. (2011, 13) mukaan yhteistyön merkitystä kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille ei pidä vähätellä, sillä yksilön hyvinvointiin vaikuttavat merkittävästi myös sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi muut olemassa olevat palvelut ja muu toimintaympäristö. Tämä tukee Hämeenlinnan mallia järjestää lasten ja nuorten palvelut yhtenäisenä palvelukokonaisuutena. Tärkeää on huolehtia yhteistyön jatkuvuudesta ja sujuvuudesta lasten ja nuorten palvelujen järjestäjien kesken siinä vaiheessa, kun sosiaali- ja terveyspalveluja eriytetään muista lasten ja nuorten palveluista.

Kasvatuksen ja opetuksen palveluita tarvitaan kiinteästi sosiaali ja terveyspalvelujen rinnalle tukemaan perheitä, vanhemmuutta ja heidän jakamistaan. Kasvua tukevissa palveluissa, kuten neuvolassa nousee usein esille perheiden ja lasten palvelutarpeita. Riskinä on se, että yhteistyön puutteen tai toimimattomien toimintapojen vuoksi, nämä huolet eivät tavoita kaikkia lasta ja perhettä tukevia toimijoita. Helposti ulkopuolelle voi

jäädä varhaiskasvatus ja koulu, jopa lastensuojelu. Palvelujen integraation avulla olisi mahdollista tehostaa tiedonkulkua. Integraatiosta puhuttaessa keskitytään lähinnä sosiaali- ja terveysalaan vaikka tiedetään, että vain näiden avulla ei voida ratkaista keskeisiä hyvinvoinnin tarpeita. Erityisesti koulu nähdään laajana, hyvinvoinnin vaikuttajana Suomessa ja olisi tärkeä turvata koulun sekä oppilashuollon asema lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Lapsiperheistä puhuttaessa palvelujen integraatio tulisikin nähdä peruspalvelut ja muut lähipalvelut huomioiden. Mukaan tulisi ottaa koulu, liikunta, kulttuuri ja kolmassektori. Myös erityis- ja palvelut tulisi sisällyttää lapsiperheiden palveluihin luontevasti. (Markkanen ym. 2011, 15, 17, 33.)

Kokonaisvaltaiselta tuelta odotetaan rikasta palveluvalikkoa, joka tukee koko perheen hyvinvointia ja vaatii moniammatillista työtötta. Moniammatillisuus ja yhteiset tavoitteet koettiin tärkeäksi myös THL:n tutkimuksessa. Moniammatillinen työ koettiin työntekijöiden näkökulmasta myönteisenä asiana. Sen avulla päästään tavoitteisiin, jotka perheiden ja lasten hyvinvointia ajatellen on asetettu. Työntekijöiden näkökulmasta myös perheillä on mahdollisuus vaikuttaa moniammatillisissa työryhmissä. (Halme ym. 2014, 69.) Moniammatillisuus on termi, joka on jo pitkään näytettytynyt sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä puhuttaessa. Myös varhainen puuttuminen, ennaltaehkäisy ja helposti lähestyttävät, matalan kynnyksen palvelut nousevat käsitteinä usein esille. THL:n tekemässä tutkimuksessa vanhemmat nostivat palvelujen kehittämistoiveina esille muun muassa varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn merkityksen, lähipalvelujen ja palvelujen saannin tärkeyden vuorokaudenajasta huolimatta (Perälä ym. 2011, 60). Nämä käsitteet nousevat esille myös tämän selvityksen yhteydessä.

Toimiva moniammatillisuus vaatii hyvää yhteistyötä kaikilla organisaation tasoilla yli toimialojen. Näin suosittaa myös Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lasten ja nuorten hyvinvoinnin kehittämistä varten perustettu toimikunta. Palvelujen tulee olla asiakaslähtöisiä, joissa toteutuu hallintorajat ylittävä yhteistyö perustason ja erityis- ja palvelujen välillä (Pelkonen ym. 2013, 15). THL:n tutkimuksen mukaan noin puolet kunnista kertoo tekevänsä säännöllistä ja vastavuoroista yhteistyötä eri toimialojen kanssa. Toimialajohtajat tai vastaavat kokevat palvelujen muodostavan palvelukokonaisuuden, jonka takana on moniammatillinen tiimi ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutuneet toimialat. Vain osalla kunnista on oma organisoitu lasten palvelukokonaisuus, jossa on myös budjetti ja tietojärjestelmä. Täydellistä integraatiota tai yhteistä toimintaa lasten ja perheiden palveluissa näkyy harvemmin, integraatio jää useimmiten tiedon vaihtamisen ja yhteistyön tasolle. (Perälä ym. 2011, 66.) Tämä tutkimus nostaa esille erilaisia vaihtoehtoja integraation tasoksi. Täydellistä integraatiota tuskin koskaan voi saavuttaa, sillä rajapintoja tulee aina johonkin suuntaan. Tärkeää olisi löytää sellainen integraation taso, mikä parhaiten palvelee lasten ja nuorten palvelukokonaisuutta.

Yhteistyötahot tunnetaan pääsääntöisesti hyvin, parhaiten sosiaali-, terveys- ja opetustoimen tarjoamien palvelujen osalta. Mitä paremmin toimialojen palvelut tunnetaan, sitä parempaa on yhteistyö eri toimialojen

kanssa. Sosiaali-, terveys- ja opetustoimen palvelujen määrä on kasvussa. Yhteistyötä vaikeuttaa eniten rahoituksen ja ajan puute sekä se, ettei toisten tekemää työtä tunneta ja ettei yhteistyötä tilastoida suoritteena. (Perrälä ym. 2011, 42, 54, 75–76.)

Palvelujen kehittämisen kannalta palvelujen seuranta on tärkeää. Stake-sin tutkimuksessa väestön terveyden ja hyvinvoinnin seuranta sekä arviointi ovat kunnissa perustuneet lähinnä valtakunnallisiin tilastoihin. Lasten, koululaisten ja nuorten hyvinvoinnin seuranta tapahtuu neuvolan, päivähoidon, koulutoimen ja kouluterveydenhuollon kautta. (Uusitalo ym. 2003, 18.) Myös Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunta raportoi, että seurantatietoa saadaan lähipalvelujen kautta sekä lasten ja nuorten kasvuympäristöstä. On siis tärkeää tarkastella, kuinka palvelujen seuranta toteutuu lasten ja nuorten palveluissa. Kasvuympäristössä tapahtuvan palvelujen seurannan lisäksi suositellaan myös palvelujen viemistä lapsille ja nuorille heidän omaan kehitysympäristöönsä eli kotiin, päivähoitoon, kouluun ja vapaa-ajan toimintaan (Pelkonen ym. 2013, 7).

Tämän selvityksen tarkoituksena oli avata, kuinka mahdolliset tulevat sosiaali- ja terveydenhuollon muutokset vaikuttavat lasten ja nuorten palveluihin Hämeenlinnassa. Aihe on saatu toimeksiantona Hämeenlinnan kaupungilta. Selvitys tehtiin vertaamalla kahta eri tapaa toteuttaa lasten ja nuorten palveluita, Hämeenlinnan ja Lappeenrannan. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa lasten ja nuorten palveluiden tilaajayksikölle Hämeenlinnaan. Mitkä ovat olleet onnistumisen alueita Lappeenrannan toimintamallissa ja mitä muutoksia sote-integraatio toisi Hämeenlinnan toimintamalliin? Säilyykö ehjä palvelukokonaisuus vaikka sosiaali- ja terveyspalvelut irroitetaan muusta kokonaisuudesta? Mitkä ovat keskeisiä tekijöitä onnistuneen sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation kannalta?

Selvitystä lähdettiin toteuttamaan seuraavien tutkimuskysymysten avulla. Millä tavalla lasten ja nuorten palvelut järjestetään Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa? Miten ennaltaehkäisevän työn painotus näyttää nyt ja tulevaisuudessa Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa? Miten lasten ja nuorten palveluiden seuranta ja vaikuttavuuden arviointi näkyvät nyt ja tulevaisuudessa Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa?

Selvityksessä käsitellään Lappeenrannan kaupungilta ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiriltä saatuja tuloksia yhtenä kokonaisuutena, koska tarkoituksena oli nimen omaan tarkastella lasten ja nuorten palvelujen kokonaisuutta. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri tekee yhteistyötä Lappeenrannan lisäksi myös kahdeksan muun kunnan kanssa (Eksote 2015), mutta selvityksessä on käsitelty Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin osuutta vain Lappeenrannan kaupungin osalta.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Selvitystä lähdettiin tekemään hakemalla tutkimusluvut Hämeenlinnan kaupungilta, Lappeenrannan kaupungilta ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiltä. Haastatteluista sovittiin sähköpostitse ja puhelimitse. Haastattelut toteutettiin elokuussa 2015 Hämeenlinnassa sekä Lappeenrannassa ja ne nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella.

Aineistonkeruumenetelmänä oli ryhmähaastattelut, jotka toteutettiin teemahaastatteluina. Haastattelua ohjaa suunnitellut teemat ja haastateltavien tulokset nousevat keskiöön sekä heidän mielipiteensä tulevat kuuluksi. Tutkimuksen tuloksiin vaikuttavat haastateltavien omat kokemukset, ajatukset, uskomukset ja tunteet. (Hirsjärvi ym. 2004, 47–48.) Haastatteluihin osallistui yhteensä 11 henkilöä, joista viisi oli Hämeenlinnan kaupungilta, kolme Lappeenrannan kaupungilta ja kolme Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiltä. Ajankäytöllisistä syistä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteihin haastattelut tapahtuivat kahdessa osassa, ensimmäisessä haastattelussa oli yksi henkilö ja toisessa kaksi henkilöä. Haastattelut olivat lasten ja nuorten palveluista vastaavia henkilöitä, esimiehiä ja johtajia. Ryhmähaastatteluun valittiin henkilöitä joiden asiantuntijuudella, mielipiteillä ja asenteilla on merkitystä tarkasteltavaan ilmiöön. Valtahierarkia voi vaikuttaa siihen, mitä ilmiöstä ollaan valmiita kertomaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 62–63.)

Aineiston analyysi tehtiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä käytettiin päättelyä ja tulkintaa, etsien käsitteellistä lopputulemaa empiirisestä aineistosta (ks. Tuomi ym. 2009, 112). Vain puheanalysointiin. Analyysissä ei huomioitu puheessa pidettyjä taukoja tai nonverbaalista viestintää. Organisaatorakenteet ja moniammatilliset työryhmät on kuvattu aineiston perusteella.

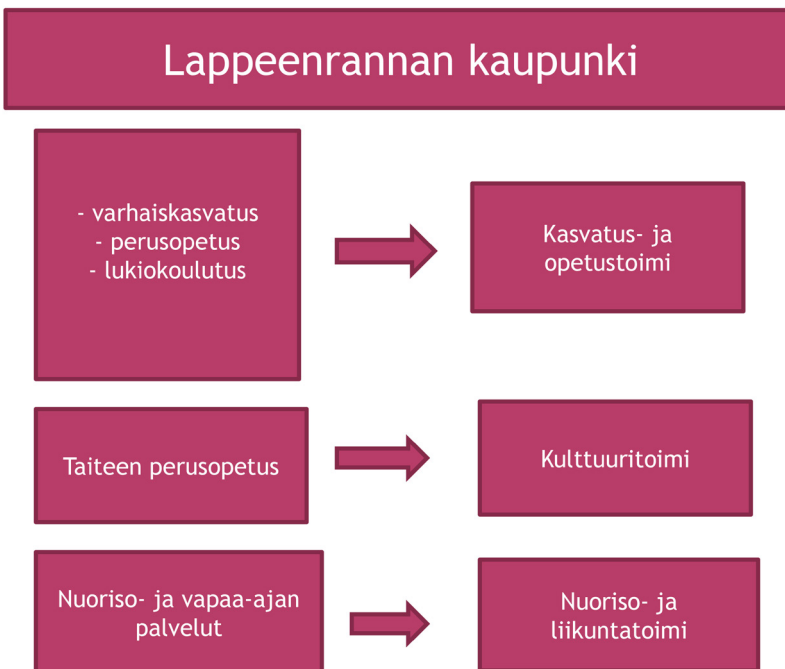
Aineiston analyysi eteni vaiheittain. Aluksi haastattelut purettiin litteroimalla teksti sanasta sanaan. Tekstiä saatiin yhteensä 51 sivua. Litteroinin jälkeen tekstistä pelkistettiin kokonaisuuksia siellä esiintyvien sanojen ja lausumien pohjalta. Pelkistyksistä muodostettiin alaluokkia. Yhtenevistä alaluokista muodostettiin yläluokkia ja yläluokista edelleen pääluokkia, joiden jälkeen saatiin kokonaisuutta kuvaava yhdistävä luokka. (ks. Hirsjärvi ym. 2007, 218.)

Tulokset

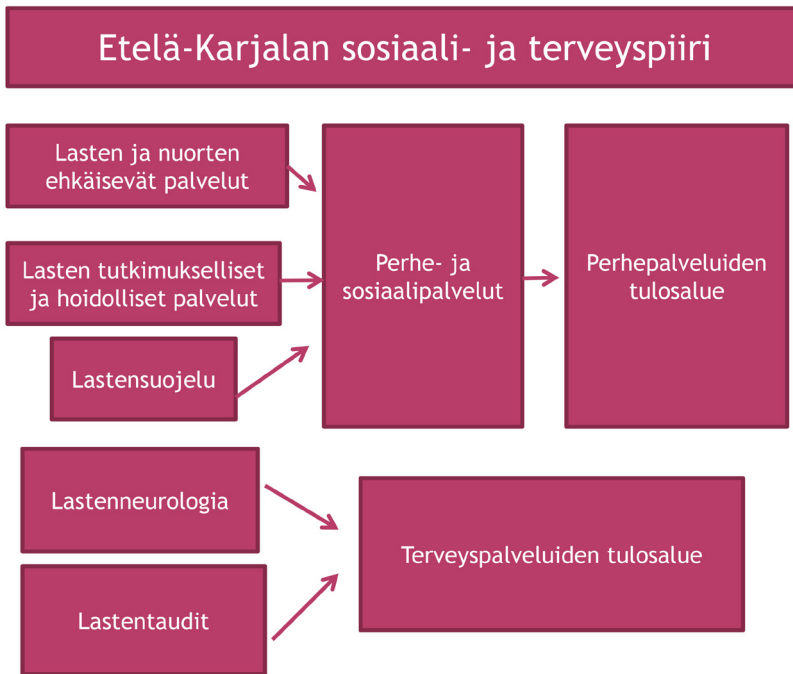
Hämeenlinnassa lasten ja nuorten palvelut järjestetään tilaaja-tuottajamallin mukaisesti (kuvio 1). Lappeenrannassa kasvatus- ja opetustoimen, kulttuuritoimen sekä nuoris- ja liikuntatoimen palvelut järjestää Lappeenrannan kaupunki (kuvio 2). Sosiaali- ja terveyspalvelut järjestää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (kuvio 3).



Kuvio 1. Lasten ja nuorten palveluiden järjestäminen Hämeenlinnassa.



Kuvio 2. Lasten ja nuorten palvelut, Lappeenrannan kaupunki



Kuvio 3. Lasten ja nuorten palvelut, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta

Hämeenlinnassa lasten ja nuorten palveluissa nousivat esille tilaaja-tuottajamalli, elämäntapaohjaus, verkostoituminen, yhtenäiset toimintamallit, työtapojen ja päiväkotitoiminnan kehittäminen.

Tilaaja-tuottajamallissa koettiin tärkeäksi palvelun tilaajan ja tuottajan välinen yhteistyö, jota ohjaa säännöllisesti päivitetty palvelusopimus. Elämäntapaohjaus nousi keskeiseen osaan puhuttaessa lasten ja nuorten palveluista. Palvelut nähtiin asiakasystävällisinä ja yhtenäisinä. Lapset ja nuoret koettiin yhteisiksi ja elämäntapaohjauksen avulla palveluista kuvattiin tulevan helpommin lähestyttäviä. Myös koulu-yhteistyön tuen nähtiin edistävän lasten ja nuorten hyvinvointia.

Hämeenlinnassa verkostoituminen koettiin tärkeäksi lasten ja nuorten palveluissa. Verkostoitumisen kuvattiin olevan sektorirajat ylittävää yhteistyötä, moniammatillisuuden hyödyntämistä ja palvelujen käyttämistä erilaisilta palveluntuottajilta. Yhtenäiset toimintamallit koettiin tärkeäksi palvelujen järjestämisen kannalta. Selkeiden rakenteiden ja lain-säädännön ohjauksen nähtiin edistävän yhtenäisten toimintamallien muodostumista.

”Kaikki tietää, että hei jos on tällöinen juttu, niin meidän organisaatiossa nyt sitten näin hoidetaan näitä ja on jopa yhteisiä prosesseja niille asioille ja muuta”

Päiväkotitoiminnan kehittäminen nousi yhdeksi kehittämisalueeksi lasten ja nuorten palveluissa. Päiväkotipalveluja on pyritty kehittämään kustannustehokkaiksi ja niitä on haluttu rikastaa entisestään. Työtapojen kehittäminen nähtiin tärkeäksi osaksi myös lasten ja nuorten palvelujen kehittämistä. Työtapojen priorisointi auttoi kohdentamaan palveluja. Koettiin, että Hämeenlinnaa ohjaa kehittämishaluinen ajattelu.

Lappeenrannassa lasten ja nuorten palveluissa nousivat esille matalan kynnyksen palvelut ja varhainen puuttuminen, ratkaisukeskeisyys, verkostoituminen ja yhteistyö, oppilas- ja opiskeluhuollon merkitys kasvun tukena, asiakkaiden osallistaminen, selkeät rakenteet ja työhyvinvoinnista huolehtiminen.

Keskeisimpinä asioina mainittiin matalan kynnyksen palvelut ja varhainen puuttuminen sekä ratkaisukeskeisyys. Palvelukokonaisuuden nähtiin olevan yhtenäinen ja helposti lähestyttävä. Merkittäväksi onnistumisen alueeksi nostettiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluista. Palvelukokonaisuuden ehkäisevistä korjaaviin kerrottiin antavan lisäresursseja perusterveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidon. Lappeenrannan kaupungin kasvatus- ja opetustoimen palveluissa vallitseva ratkaisukeskeinen toimintakulttuuri koettiin osaltaan olevan myös varhaista puuttumista.

”meillä on jo vahva usko siitä, että Eksote pystyy kehittämään niin kun kokonaisuuksia, kun se koko vastuu siitä sosiaali- ja terveyspalveluista on heillä, eli he näkevät sitten ne koko ketjut”

Lappeenrannassa oppilas- ja opiskelijahuolto koettiin lasten ja nuorten yhdeksi tukimuodoksi. Oppilas- ja opiskeluhuollon kerrottiin toimivan oppilashuoltolain mukaisesti. Lasten ja nuorten kuvattiin opiskelevan lähipäiväkodeissa ja lähikouluissa, noudattaen lähikouluperiaatetta. Lasten, nuorten ja huoltajien osallistaminen koettiin tärkeäksi ja heille haluttiin tarjota mahdollisuus vaikuttaa palvelujen suunnitteluun niiden järjestämisen yhteydessä.

”Lappeenrannassa toimii lasten parlamentti ja nuorisoparlamentti”

Lappeenrannassa lasten ja nuorten palveluissa koettiin olevan selkeät rakenteet. Lakien ja asetusten mukaisen toiminnan sekä alueorganisaatiomallin koettiin luovan osaltaan selkeyttä. Lappeenrannassa näkyi myös työhyvinvoinnista huolehtiminen. Työntekijöiden välille toivottiin avointa vuorovaikutusta kaikilla organisaation tasoilla. Myös ammattitaidon kehittäminen koettiin tärkeäksi.

Verkostoituminen ja yhteistyö nähtiin tärkeänä lasten ja nuorten palveluiden järjestämisessä. Yhteistyötä koettiin olevan yli toimialojen. Yhteistyötä oltiin pyritty syventämään ja myös kehittämistyötä oli tehty yhdessä. Yhdessä sovitut tavoitteet ja käytännöt nähtiin tärkeiksi yhteistyön sujumisen kannalta. Moniammatilliset työryhmät koettiin yhdeksi verkostoitumisen ja yhteistyön muodoksi (Taulukko 1). Yhteistyöstä Lappeenrannan kaupungin ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden välillä huolehti hyvinvointipalvelujen kehittämispäällikkö (Taulukko 2).

Taulukko 1. Moniammatillisia työryhmiä Lappeenrannassa

MONIAMMATILLISIA TYÖRYHMIÄ LAPPEENRANNASSA

Verkostotyön ohjausryhmä

- opetuksen edustaja
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden edustaja
- toisen asteen opistojen edustaja
- nuorisotoimen edustaja
- aikuisten sosiaalipalvelujen edustaja
- kolmannen sektorin edustaja

Maakunnallinen oppilashuollon ohjausryhmä

- opetuksen järjestäjän edustaja
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskeiset toimijat
- toisen asteen opistojen edustaja

Yhteisölliseen oppilahuoltoon kuuluvat

- oppilaskunnan edustaja
- kuraattori, psykologi, terveydenhoitaja, koululääkäri
- eri opettajaprofessioitten edustajat, erityisopettaja, opettaja, rehtori, opinto-ohjaaja ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden edustaja

Taulukko 2. Hyvinvointipalvelujen kehittämispäällikön tehtäviä

HYVINVOINTIPALVELUJEN KEHITTÄMISPÄÄLLIKÖ

- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden ja Lappeenrannan kasvatus- ja opetustoimen välisten palaverien kokoonkutsuminen ja puheenjohtajuus.
- Osallistuu Lappeenrannan kaupungin johtoryhmätyöskentelyyn.
- Toimii strategia- ja rahoitusjohtajan alaisena.

Hämeenlinnassa ennaltaehkäisyn koettiin toteutuvan monialaisen verkostoitumisen, varhaisen puuttumisen ja henkilöstöprofessionien hyötykäytön avulla. Ennaltaehkäisyn toteutumiseen koettiin tarvittavan vielä lisää monialaista verkostoitumista. Yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa toivottiin lisää. Yhteistyötä kaivattiin myös yli kuntarajojen. Varhainen puuttuminen näyttäytyi peruspalveluihin panostamisena, vertaistuen hyödyntämisenä, perhetyön lisäämisellä ja harrastustoiminnan ylläpitämisenä.

”Siellä palveluissa, missä suurin osa meidän lapsista ja nuorista on, niin siellä mun mielestä se pohjatyö tehdään, mikä sitten johdattaa niihin myönteisiin tuloksiin”

Hämeenlinnassa ennaltaehkäisyn työvälineeksi koettiin myös henkilöstöprofessionien hyötykäyttö. Henkilöstön pätevyyden kohdentaminen tärkeimpiin kokonaisuuksiin koettiin tärkeäksi ja moniammatillisuutta haettiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti.

Lappeenrannassa ennaltaehkäisy näyttäytyi jalkautettuina palveluina, varhaisena puuttumisena, ratkaisukeskeisenä työotteena koko perheen kanssa, moniammatillisena verkostoitumisena ja oppimisympäristön tukena. Ennaltaehkäisyn keskeiseksi työvälineeksi koettiin jalkautetut palvelut. Asiakkaan luokse viedyllä palveluilla kerrottiin autettavan lapsen ja nuoren lisäksi hänen kanssaan toimivia muita ammattilaisia. Myös perhetyötä kerrottiin olevan sosiaali- ja terveysalan eri sektoreilla.

”et sitä työtä tehdään yhä enemmän sitten siellä elinympäristössä, et sinne kotiin suunta ja sitä mennään tosiaan kouluille ja päiväkoteihin ja ammattilaiset liikkuu, että välttämättä ei tarvitse niin kuin perheiden liikkuu”

Varhaisen puuttumisen korostaminen nähtiin tärkeänä. Vahvaa varhaista puuttumista koettiin tarvittavan peruspalveluissa. Myös hoitoon hakeutumista oli pyritty helpottamaan matalan kynnyksen palveluilla. Lappeenrannan varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja lukiokoulutuksessa vallitseva ratkaisukeskeisyyden toimintamalli koettiin ennaltaehkäisyksi, kuten myös lasten ja nuorten mahdollisuus vaikuttaa palveluihin. Ratkaisukeskeisen toimintakulttuurin kerrottiin pitävän sisällään kunnioittavan yhteistyön vanhempien kanssa ja hyvien vuorovaikutustaitojen harjoittelun ja opetteluun koko perheen ja koulu yhteisön kesken.

”myö ollaan pyritty meidän toimintakulttuuri tota uudistamaan ratkaisukeskeiseksi”

Oppimisympäristöllä koettiin olevan oma merkityksensä lapsen ja nuoren kasvussa ja sen koettiin olevan merkittävä osa ennaltaehkäisyn toteutumisesta. Oppilashuollolla nähtiin olevan ennaltaehkäisevä rooli. Koulun tuki perheelle nähtiin merkittävänä ja pedagogian merkityksen ymmärtäminen ennaltaehkäisyssä koettiin tärkeäksi. Lappeenrannassa moniammatillinen verkostoituminen nähtiin ennaltaehkäisynä. Moniammatillisuuden onnistumiseksi koettiin tarvittavan tehokas henkilöstö. Myös erilaisten palvelumuotojen hyödyntäminen koettiin tärkeäksi.

Hämeenlinnassa palveluiden seurannassa ja vaikuttavuuden arvioinnissa esille nousi seurantajärjestelmän ja indikaattoreiden kehittämistarve, verkkokuntien tarve ja asiakastyytyväisyyden selvittämisen tärkeys. Palvelujen seuranta ja vaikuttavuuden arvioinnin kerrottiin tapahtuvan tilaaja-tuottajamallin mukaisesti palvelusopimuksen ohjaamana.

Lasten ja nuorten palveluiden seurannassa ja vaikuttavuuden arvioinnissa seurantajärjestelmän ja indikaattoreiden kehittäminen koettiin ajan-kohtaiseksi. Indikaattoreiden ja ajantasaisen seurantajärjestelmän tarve koettiin suureksi. Vaikuttavuuden mittaamiseen tarvittiin indikaattoreita.

Hämeenlinnassa asiakastyytyväisyyden selvittäminen koettiin tärkeäksi. Asiakkaiden osallistaminen nähtiin myös haasteellisenä. Esille nousi verkkokuntien tarve. Palveluiden seurannan koettiin tarvitsevan verkostoitumista yli kuntarajojen.

”meillä pitäis olla siis semmosia seurantalukuja, mitä me voidaan niin kun kuntien välillä verrata Suomen sisällä luotettavasti keskenään”

Lappeenrannassa palveluiden seurannassa ja vaikuttavuuden arvioinnissa esille tulivat indikaattoreiden kehittämistarve, yhteistyön tarve palveluiden seurannan kehittämisessä, olemassa olevan tiedon hyödyntämisen tärkeys sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden integroitu seurantajärjestelmä.

Lappeenrannan kaupungin ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden välillä olevan palvelusopimuksen kerrottiin ohjaavan palveluiden seuranta ja vaikuttavuuden arviointia. Yhteistyötä koettiin tarvittavan palveluiden seurannan ja vaikuttavuuden arvioinnin kehittämiseksi. Perheet haluttiin osallistaa palveluiden seurantaan ja vaikuttavuuden arviointiin. Ulkopuolisen tutkija-avun käyttäminen koettiin tarpeelliseksi. Oppilashuollon toteutumisen arviointi yhteistyössä koettiin yhdeksi kehittämiskohteeksi.

Myös Lappeenrannassa indikaattoreiden kehittämistarve koettiin ajan-kohtaiseksi. Yksittäisistä vaikuttavuusindikaattoreista, ajantasaisista tilastoista ja ikä- sekä aluekohtaisista seurantamateriaaleista koettiin olevan puute.

”mut kyl sitä vaikuttavuutta on mitattu just näillä lastensuojelutalustoilla, psykiatrian käytöllä, osastohoitojen ja laitoshoidon muutoksilla ja tän tyyppisillä”

Olemassa olevan tiedon hyödyntäminen koettiin tärkeäksi. Saatuja seurantatuloksia tulisi jakaa ja vertailla. Koululaisille teetetävistä hyvinvointiprofiileista saatiin vertailutietoa.

”ihan niin kuin mitä oppilailta kysytään, niin tota on ne koulun hyvinvointiprofiilit, et sitä kautta niin kun katotaan sitä isoa kuvaa”

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteillä kerrottiin olevan integroitu palveluiden seurantajärjestelmä, joka mahdollistuu integroitujen sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuuden kautta.

”Sitten meillä on sellanen, tällöinen sotetieto hyötykäyttöön niin kuin raportointijärjestelmä vielä semmonen ihan oma kehitetty tässä ensimmäiseen vaiheeseen”

Pohdinta ja johtopäätökset

Selvityksen avulla nousi esille uusia ajatuksia lasten ja nuorten palveluiden järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Keskiöön nousi ajatus yhteistyön merkityksestä lasten ja nuorten palveluja järjestäessä. Tärkeä on huomata yhteistyön merkitys myös kehittämistyössä. Oli ilo huomata, kuinka Lappeenrannan kaupungilta ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiltä lähdettiin avoimesti jakamaan heidän onnistumisen kokemuksia. Hyväksi koetun tiedon jakaminen on arvokasta ja se edesauttaa lasten ja nuorten hyvinvointia valtakunnallisesti, vieden eteenpäin meidän kaikkien yhteistä tavoitetta.

Hämeenlinnassa ja Lappeenrannassa uskotaan vahvasti omaan tapaan tehdä työtä. Molemmat kokevat yhtenäisen, asiakasystävällisen palvelukokonaisuuden tärkeäksi ja toteutuvaksi. Yhtenäisen palvelukokonaisuuden tarvetta tukee myös aikaisempi tutkimustieto (ks. Markkanen ym. 2014). Tulevaisuudessa Hämeenlinna tulee olemaan muutosten edessä sosiaali- ja terveyspalvelujen suhteen. Hämeenlinnassa ollaan horisontaalisen integraation tasolla, kun taas Lappeenrannassa ollaan vertikaalisen integraation tasolla. (ks. Shawn ym. 2011.) Selvityksen tulosten valossa vertikaalinen integraatio tuo arvokasta lisäresurssia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttöön. Vertikaalisen integraation suuntaan olisi hyvä pyrkiä. Siihen ei kuitenkaan ole aina mahdollista päästä. Tällöin on tärkeä muistaa yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä muiden keinojen avulla. On mietittävä rohkeasti uusia tapoja järjestää lasten ja nuorten palvelut. Hämeenlinnan avoimuus mahdollistaa uusien, innovatiivisten tapojen löytämisen palvelujen järjestämiseksi.

Hämeenlinnalla ja Lappeenrannalla on vahva ajatus siitä, mitä he lasten ja nuorten palveluilta haluavat. Esille nousee ajatus yhteisistä nuorista, yhteistyön ja verkostoitumisen merkityksestä. Haasteelliset tilanteet ja moninaistuneet ongelmat ajavat yhä enemmän tekemään yhteistyötä, kuten myös Markkanen ym. (2014) toteavat tutkimuksessaan. Tärkeää on myös yhä voimakkaampi peruspalveluihin panostaminen ja varhainen puuttuminen, kuten Perälä ym. (2011) kuvaavat tutkimuksessaan vanhempienkin toivovan. Kaikille osapuolille on edullisempaa puuttua varhain ja ennaltaehkäistä tällä tavalla vakavempien ongelmien syntyä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation avulla on mahdollisuus saavuttaa myös näitä tavoitteita paremmin (ks. Mason ym. 2014).

Lasten ja nuorten palveluissa ennaltaehkäisyksi koetaan kaikki peruspalveluissa lasten ja nuorten kanssa tehtävä työ. Varhainen puuttuminen vaatii haasteiden tunnistamista ja puheeksi ottamisen taitoa. Tarvitsemme valmiita hoitopolkuja ja laajoja yhteistyökontakteja. Tarvitsemme yhteistyötä, jossa konkreettisesti teemme työtä yhdessä, jolloin myös yhteydenoton kynnyksensä laskee. Tärkeä on muistaa, että yhteistyön tarvitsee olla sujuvaa kaikilla organisaation tasoilla toimialat ylittäen (Pelkonen ym. 2013). Yhteistyö on myös moniammatillisuutta, joka nähtiin myönteisenä asiana työntekijöiden kesken Halmeen ym. (2014) tutkimuksessa.

Ratkaisukeskeisyys on toimintamalli, johon vahvasti Lappeenrannassa uskotaan. Ratkaisukeskeisyyden avulla pyritään lisäämään lasten ja nuorten myönteisiä tunnekokemuksia yhteistyössä perheen ja verkostojen kanssa (Hannula 2013, 11). Ratkaisukeskeisyyteen on koulutettu jo huomattava osa opettajista ja koulutusta jatketaan edelleen. Lappeenrannan kaupunki on panostanut resursseja tähän toimintamalliin ja sen vaikutus ennaltaehkäisyssä koetaan erittäin tärkeäksi. Ratkaisukeskeisyyden toimintakulttuuri tukee vahvasti ennaltaehkäisyä, sillä myönteisten tunnekokemusta kautta kasvava, hyvä ja terve itsetunto, yhteisöllisyyden kasvaminen ja avoin, ymmärtävä vuorovaikutus kasvattaa vahvoja, itsestään ja toisistaan välittäviä lapsia sekä nuoria.

Asiakkaan luokse viedyt, jalkautetut palvelut koettiin Lappeenrannassa onnistuneeksi ja arvokkaaksi toimintamalliksi. Myös Pelkonen (2014) puhuu kasvuympäristöön vietävien palvelujen puolesta. Asiakkaan luokse viedyt palvelut auttavat asiakkaan lisäksi ammattilaisia ja lisäävät yhteistyön mahdollisuuksia. Myös asiakkaan voi olla helpompi kohdata vaikeita asioita tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Asiakkaan luokse viedyt palvelut vaativat kuitenkin vahvaa toimintakulttuurin muutosta ja jopa resurssien uudelleen tarkastelua, sillä ammattilaisten jalkautuminen asiakkaan luokse on työläämpää kuin työskentely vastaanotolla.

Palveluiden seuranta ja vaikuttavuuden arviointi koetaan tärkeäksi. Kehittämistyö vaatii palveluiden säännöllistä seurantaa (ks. Uusitalo ym. 2003). Tärkeää on mitata palveluiden vaikuttavuutta, sillä sen avulla on mahdollista arvioida, onko palvelujen kehityksen suunta oikea. Indikaattoreiden löytäminen vaikuttavuuden mittaamiseen on haasteellista. Vaikuttavuusindikaattoreiden tarve nousee esille sekä Hämeenlinnassa, että Lappeenrannassa. Tärkeää olisi myös saada yhtenäisiä mittaustermistöjä, jotta tuloksia voisi luotettavasti verrata toisiinsa. Myös palvelujen seurannassa ja vaikuttavuuden arvioinnissa yhteistyö on tärkeää.

Tutkija on aina vastuussa tekemästään tutkimuksesta ja sen eettisistä ratkaisuista. Tutkimus ei vahingoittanut tutkittavia henkilöitä, tutkimuksen hyöty oli haittaa suurempi, tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. (ks. Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–27.) Eettisyyden kannalta on myös tärkeää, että tutkimusluvut oli haettu asianmukaisesti ja tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkija ei ole vaikuttanut tutkittavien henkilöiden vastauksiin ja tutkimustulosten julkaiseminen tapahtuu asianmukaisesti. Haastatteluihin osallistuneiden

henkilöiden anonyymiydestä on huolehdittu. (ks. Eskola, Suoranta 1998, 52 – 53, 57.) Tutkimuksen luotettavuutta tukee avoin kuvaus tutkimuksen eri vaiheista ja siitä, miten tuloksiin on päädytty. Tutkimustuloksia on analyysivaiheessa jatkuvasti arvioitu tutkimuksen tavoitteen näkökulmasta. Luotettavuutta lisää myös se, että tukimus on toistettavissa. (ks. Vilkkä 2005, 159 – 160.) Tutkimusmateriaali oli laajempi Lappeenrannan kaupungin ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden osalta. Tutkimusmateriaalin määrään on vaikuttanut se, että haastattelut tehtiin erikseen Lappeenrannan kaupungin kasvatus- ja opetustoimelle sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden osalta. Tutkimusaineiston laajuuden epätasapaino ei haitannut analysointia tai tuloksia, sillä selvityksen tarkoitus oli saada uutta tietoa nimen omaan Hämeenlinnan kaupungille ja tämä tavoite saavutettiin kattavan vertailumateriaalin ansiosta.

Selvitys tuotti vastauksia, mutta herätti myös jatkoselvitysajatuksia. Miten yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä voisi parantaa? Millaista verkostoitumista kentällä kaivataan? Palvelujen seurannan osalta olisi mielenkiintoista koulujen hyvinvointiprofilien pilotointi kuntarajat ylittäen sekä terveydenhoitajan tekemien laajojen terveystarkastusten tuottaman tiedon hyödyntäminen ja vertaaminen sovitun materiaalin osalta. Tulevaisuudessa myös tutkimusyhteistyö ammatikorkeakoulun kanssa olisi molempia osapuolia hyödyttävää.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että mahdollisesti tuleva sosiaali- ja terveystieteiden integraatio vaikuttaa Hämeenlinnassa vahvasti juuri lasten ja nuorten palvelujen rakentamiseen ja hallintoon. Onnistunut sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio vaatii suunnitelmallista verkostoitumista ja yhteistyötä, josta pidetään huolta. Yhtenäinen palvelukokonaisuus on mahdollista säilyttää, mutta se vaatii päämäärätietoisuutta ja tarkoituksenmukaisen yhteistyön. Erityisesti yhteistyötä tulisi lisätä erikoissairaanhoidon kanssa ja verkostoitumista tulisi tapahtua yli kuntarajojen. Lappeenrannassa yhteistyön lisäksi muita selkeitä onnistumisen alueita lasten ja nuorten palveluissa ja ennaltaehkäisyyn toteutumisessa olivat varhainen puuttuminen, matalan kynnyksen palvelut, palvelujen jalkauttaminen asiakkaan kasvuympäristöön ja ratkaisukeskeisyys. Nämä ovat tekijöitä, joita osittain Hämeenlinnassa jo toteutetaan, mutta niiden osalta on hyvä vielä tarkastella palvelujen tilannetta. Palvelujen seurannan osalta hyvinvointiprofilien hyödyntäminen kouluissa mahdollistaisi vertailumateriaalin käytön myös Hämeenlinnassa.

Lähteet

- Eksote, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden osasto. (2015). Eksote. (Viitattu 23.10.2015.) <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Sivut/default.aspx>
- Eskola, J., Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Tampere: Vastapaino.
- Halme, N., Vuorisalmi, M. & Perälä, M-L. (2014). Tuki, osallisuus ja yhteistoiminta lasten ja perheiden palveluissa. Työntekijöiden näkökulma. Raportti 4/2014.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. (Viitattu 28.11.2015.) https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114954/URN_ISBN_978-952-302-110-5.pdf?sequence=1
- Hannula, M. (2013). Asiantuntija kertoo. ADHD-lapsen kohtaamisessa ratkaisukeskeisyys punaisena lankana. Kirsi Saukkola kouluttaa ymmärtämään ja ohjaamaan erityislapsia. Lastenkliniikoiden Kummit Ry:n lehti. Kummit 4/2013, 8 – 11.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2004). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.
- Kaikkonen, R., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Wikström, K., Ovas-kainen, M-L., Virtanen, S. & Laatikainen, T. (2012). Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. (Viitattu 28.11.2015.) <https://www.thl.fi/documents/10531/95751/Raportti%202012%2016.pdf>
- Lappeenranta, 17.8.2015. Ryhmähaastattelu.
- Markkanen, O. & Puro, M. (2011). Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. Selvityshenkilöiden raportti Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshankkeelle 30.4.2011. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. (Viitattu 24.11.2015.) http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/71559_Integraatio-ratkaisuna-sosiaali-ja-terveydenhuollon-uudistamistarpeisiin_fin.pdf
- Mason, A., Goddard, M. & Weatherly, H. (2014). Financial mechanisms for integrating fund for health and social care: an evidence review. CHE Research Paper 97. The University of York. Economics of Social and Health Care Research Unit. (Viitattu 25.11.2015.) http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP97_Financial_mechanisms_integrating_funds_healthcare_social_care_.pdf
- Pelkonen, M., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M. & Pumalainen, T. (2013). Neuvottelukunnan toiminta ja toimenpide-ehdotukset. Teoksessa Pelkonen, M., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Pumalainen, T. (toim.) Hyvinvointia useammille – lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:36. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. 15. (Viitattu 24.11.2015.) https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110796/URN_ISBN_978-952-00-3452-8.pdf?sequence=1
- Pelkonen, M., Kolimaa, M. & Puumalainen, T. (2013). Johdanto. Teoksessa Pelkonen, M., Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M. & Puumalainen, T.

- (2013). Hyvinvointia useammille – lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2013:36. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki. 7. (Viitattu 24.11.2015). https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110796/URN_ISBN_978-952-00-3452-8.pdf?sequence=1
- Perälä, M-L., Salonen S, S., Halme, N. & Nykänen S. (2011). Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Raportti 36/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. (Viitattu 24.11.2015.) <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80090/27f8cf8b-8fa8-402a-b3a0-e26dd8a7ba6d.pdf?sequence=1>
- Perälä, M-L., Halme, N., Hammar, T. & Nykänen S. (2011). Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelutoimialajohdattajien näkökulmasta. Raportti 29/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. (Viitattu 28.11.2015). <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79933/9094a223-2277-48bc-9197-02746d431edd.pdf?sequence=1>
- Shaw, S., Rosen, R. & Rumbold, B. (2011). What is integrated care? An overview of integrated care in NHS. Research report. Nuffieldtrust. (Viitattu 24.11.2015.) http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11.pdf
- Sosiaali ja terveystieteiden ministeriö (2015). Kehittämishjelmat ja hankkeet. Palvelurakenneuudistus. (Viitattu 20.4.2015.) http://www.stm.fi/vireilla/kehittamishjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus,
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Uusitalo, M., Perttilä, K., Poikajärvi, K. & Rimpelä, M. (2003). Hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO). Esitutkimusraportti. Stakes aiheita 21/2003. Helsinki: Stakes monistamo. (Viitattu 24.11.2015.) <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77724/Aiheita22-2003.pdf?sequence=1>
- Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 26 – 27.
- Vilka, H. (2005). Tutki ja Kehitä. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy.

7. Oppilashuollon henkilöstön kokemuksia yhteistyön toimivuudesta Hämeenlinnassa

Katja Kaikkonen

Tiivistelmä

Selvityksessäni oli tarkoituksena tarkastella Hämeenlinnan yläkoulujen oppilashuollossa toimivien kuraattorien ja terveydenhoitajien kokemuksia yhteistyöverkoston toimivuudesta nuorten mielenterveyspuolen palveluprosesseissa. Tavoitteena oli saada selville, miten haastatellut näkevät yhteistyön toimivuuden kunnassa ja onko nuorille suunnattujen mielenterveyspalvelujen palveluprosessit toimivia ja oikea-aikaisia. Tutkimuskysymyksinä olivat: Keiden kanssa kuraattorit ja terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä nuoren mielenterveyspuolen palveluprosessissa? Minkälaista yhteistyötä on? Mitä mahdollisia kehittämiskohtia yhteistyössä on havaittavissa?

Aineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla haastatellen neljää kuraattoria ja viittä terveydenhoitajaa. Haastattelut analysoitiin induktiivisella, eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Selvityksen tuloksena oli, että yhteistyötahoina olivat vahvasti kunnalliset palveluntarjoajat, vanhemmat ja koulu. Yhteistyö on toimivaa, mutta käytänteet ovat paikoin hajanaisia. Moni koki erikoissairaanhoidon, lähinnä nuorisopsykiatrisen poliklinikan sekä lastensuojelun kanssa tehtävän yhteistyön käytänteet epäselviksi kun taas vastaavasti nk. Toppari-tiimin kanssa tehtävä yhteistyö koettiin hyväksi ja käytänteet toimiviksi. Tulosten perusteella on mahdollista todeta, että rakenteiden on oltava selkeitä, yhteistyön on oltava sujuvaa ja yhdessä on käytävä dialogia, jotta nuori ja perhe ovat palvelun keskiössä ja saavutetaan heidän kannaltaan paras lopputulos.

Abstract

To purpose of this study was to view the experiences of welfare officers and school nurses working in upper comprehensive schools in Hämeenlinna about the co-operation with networks responsible for the management of adolescent mental health problems. The aim was to find out how interviewed see the collaboration functioning in municipality and does the actions to help adolescent work and are actions timely right.

The research questions were: With whom do welfare officers and school nurses co-operate concerning adolescent mental health problems? What kind is the co-operation? Is in co-operation possible something to develop?

The material was assembled by theme interviews. Four welfare officers and five school nurses were interviewed. The interviews were analyzed with inductive analyzing method.

The result was that collaboration partners were mainly municipal service providers, school and parents. Co-operation was fluent, but practice fluctuated. Many saw the co-operation practices with special health care, mainly adolescent mental health outpatient clinic, and with child welfare unclear. Instead co-operation and practices with Toppari-team were found good and well functioning. Based on the results it is possible to point out that the structures must be clear, co-operation must be fluent and there must be dialogue, in order that adolescent and his/hers get the best practice and they reach the best solution for them.

Johdanto

Nuorten mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä (20 % 13 – 22-vuotiaista), ja yksi keskeisin tulevaisuuden terveysuhka mietittäessä nuorten psyykkistä terveyttä (Nuorten hyvin - ja pahoinvointi konsensuskokous lausuma 2010, 7). Perusopetuksen oppilashuolto ja siinä työskentelevät kuraattorit ja terveydenhoitajat ovat monesti ensimmäisiä tahoja, jotka työskentelevät 13 – 16-vuotiaan nuoren kanssa mielenterveysasioiden tiimoilta. Heidän kauttaan nuori ja hänen perheensä saavat ensimmäisiä neuvoja ja ohjausta eteenpäin kunnan palveluihin ja hoitotahoihin.

Mielenterveyshäiriöiden varhainen havaitseminen ja tunnistaminen edesauttavat nuoruuden suotuisaa kehitystä vaikeuksista huolimatta. Nuorten mielenterveyden häiriöille on tyypillistä moniongelmaisuus ja usean häiriön samanaikaisuus. Iso osa psyykkisesti oireilevista nuorista ei ole palvelujen piirissä, ja tästä syystä peruskoulun oppilashuolto on tärkeässä osassa ongelmien varhaisessa havaitsemisessa (Nuorten hyvin- ja pahoinvointi konsensuskokous lausuma 2010, 4,7). Jotta kokonaisvaltainen nuoren ja perheen auttaminen onnistuu, yhteistyö muiden kunnassa toimivien, palveluja tuottavien tahojen kanssa on välttämätöntä.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden tulee painottua perus- ja lähipalveluihin sekä avohoitoon, joita tuetaan erikoispalveluilla. Erikois- ja peruspalveluiden yhteistyötä pitää kehittää joustavaksi ja tehokkaaksi sektorirajoista välittämättä. Lastensuojelun sosiaaliryönten tulisi tukea koulujen työtä perheiden parissa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009, 26) Hoitoketjujen suurimmat ongelmat liittyvät hoidon tarpeen ja voimavarojen epäsuhtaan sekä matalan kynnyksen hoitoon pääsyn järjestämisen vaikeuksiin (Eroma & Puotiniemi 2009, 34.) Tulevaisuudessa mahdollisen sote-integraation toteutuessa ovat sujuvat ja laadukkaat palveluprosessit myös oppilashuollon ja yhteistyöverkoston välillä tärkeitä.

Aiemmin nuorten mielenterveyspalveluja ja niiden toimivuutta kunnassa on tutkittu lähinnä asiakkaan näkökulmasta. Erityisesti on avattu asiakkaan näkemyksiä ja kokemuksia sekä odotuksia saamistaan palveluista eri puolilla Suomea (Tuukkanen 2015, Silfsten & Toiviainen 2012). Asiakaslähtöisyyden toteutumista kunnan palveluissa on myös tutkittu. Opetustoimen, oppilashuollon ja kunnan palvelujen yhteistyön osalta on tutkittu oppilashuollon ja sosiaalitoimen, nimenomaan lastensuojelun, yhteistyötä (Kuusikeri 2013; Svetloff 2006)

Koulun sosiaalityön sekä muiden tahojen välisen yhteistyön toimivuuteen ja sujuvuuteen vaikuttavat monet seikat. Yhteistyö saattaa esimerkiksi perustua henkilökohtaiseen tuntemiseen, ei niinkään yhteistyörakenteisiin. Henkilökohtainen tunteminen ja tietoisuus toisen työn sisällöstä tekevät yhteistyön tekemisestä helpompaa ja joustavampaa. Tämä osaltaan vaikuttaa siihen, että yhteistyö saattaa olla haavoittuvaa. Monissa yhteistyöverkostoissa toimijat eivät tunne riittävästi toistensa arkea, työkäytäntöitä eikä työtehtäviä. Kun yhteistyöverkoston käytänteet ja työn sisällöt ovat tutumpia, on helpompi myös tehdä työn- ja vastuunjakoa yhteistyötahojen välillä (Siltanen 2007, 91; Normia 2011, 81). Kehittämisen kannalta ovat kunnioitus ja avoimuus toisen ammattitaitoa ja osaamista kohtaan tärkeitä. Tietoisuuden toisen työtä kohtaan ja avoimuuden on koettu helpottavan yhteistyötä ja lisäävän joustavuutta työskentelyyn. Yhteistyön tekeminen täytyy myös nähdä tärkeänä, jotta yhteistyöllä saadaan hyviä tuloksia aikaan (Ström-Ripatti & Rissanen 2013, 48 – 49). Ammattilaisten kouluttaminen toisten organisaatioiden toimintakäytännöistä ja päällekkäisen työn karsiminen on palveluverkoston kehittämisessä organisaatioiden näkökulmasta keskeistä (Hotari & Metteri 2010, 17,19).

Yhteistyön sujuvuudessa toisen työn tuntemisen ja arvostamisen lisäksi merkittävässä osassa on myös jo olemassa olevan tiedon ja asiantuntijuuden hyödyntäminen. Nuoren ja perheen tilanteesta saadaan kattava kokonaiskuva kun otetaan huomioon kaikkien niiden tahojen tieto ja ymmärrys, jotka ovat nuoren asioissa olleet mukana. Koulukuraattorien ja terveydenhoitajien yksi tärkeimmistä koulun ulkopuolista yhteistyötahoista ovat sosiaalitoimi, varsinkin lastensuojelu ja erikoissairaanhoido (perheneuvola, lasten ja nuorten psykiatria). Kuitenkin näiden tahojen kanssa yhteistyön sujuvuudessa ja rakenteissa on paljon haasteita, joista yksi on oman näkökulman esiin ja kuuluviin saaminen. Rakenteet laadukkaalle yhteistyölle on oltava kunnossa ja yhteistyötahojen välillä käytävä aitoa keskustelua, dialogia ja arvostettava toisen työtä (Hännikäinen 2013, 67, 71).

Tämän selvityksen aihe tuli Hämeenlinnan kaupungilta. Työssä tarkastellaan Hämeenlinnan kunnan perusopetuksessa, yläkoulujen oppilashuollossa toimivien kuraattorien ja terveydenhoitajien kokemuksia yhteistyöverkoston toimivuudesta nuorten palveluprosessissa kunnassa. Keiden kanssa he tekevät yhteistyötä? Mitä yhteistyö on, minkälaista yhteistyö on? Toimiiko yhteistyö heidän näkökulmastaan ja mitä mahdollisia ongelmakohtia he siinä näkevät. Yhteistyön rakenteet, rakenteiden selkeys, sekä toimintakulttuurien erot eri toimijoiden välillä olivat tarkastelussa. Asiantuntijuuden, ja jo olemassa olevan tiedon, hyödyntäminen sekä tiedonkulun sujuvuus parhaan lopputuloksen saamiseksi, on aiemmissa

tutkimuksissa ollut tärkeässä roolissa ja sitä tarkastelin myös omassa selvityksessäni. Opinnäytetyö on rajattu koskemaan yläkoulujen oppilashuollon kuraattoreita ja terveydenhoitajia, koska nuoruusikä on myös mielenterveyden kehittymisen kannalta tärkeää aikaa.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Haastattelin Hämeenlinnan kaupungin yläkouluissa työskenteleviä koulukuraattoreita (4 kpl) sekä terveydenhoitajia (5kpl). Keskityin kuraattoreihin ja terveydenhoitajiin, koska he ovat lähinnä niitä henkilöitä, jotka työskentelevät mielenterveyspalvelujen tuottajien kanssa kunnassa, kun on kyse nuoresta.

Haastattelin kuraattoreita ja terveydenhoitajia pareina case-kuvausten pohjalta. Haastatteluihin laadin 2 erilaista case-kuvausta, joiden pohjalta oli tarkoitus käydä keskustelua haastateltavien kanssa yhteistyöverkostosta. Case-kuviauksia käytin haastatteluissa hyväksi lähinnä keskustelun herättäjinä ja siksi, että niiden avulla tulisi paremmin määriteltyä mahdolliset yhteistyötahot, joiden kanssa kuraattorit ja terveydenhoitajat työskentelevät. Samoin työskentelytavat ja käytänteet yhteistyöverkoston kanssa oli tarkoitus saada paremmin kuvatuksi case-kuvausten kautta.

Keräsin aineiston teemahaastatteluiden avulla. Teemahaastatteluissa teemojen järjestystä ei välttämättä tarvitse noudattaa, kunhan tutkija huolehtii siitä, että kaikki teemat tulevat läpikäytyiksi. Haastattelijalla voi olla tukilista käsiteltävistä aiheista ja teemoista (ks. Aaltola & Valli 2001, 27)

Litteroin tallennetut haastattelut. Haastattelut analysoin induktiivisella, eli aineistolähtöisellä, sisällönanalyysillä. Aineistosta nostetaan esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Näin on mahdollista vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa. Tekstistä on ensin pyrittävä löytämään ja sen jälkeen erotellaan tutkimusongelman kannalta olennaiset aiheet (ks. Eskola & Suoranta 1998, 176 – 177). Koodasin haastattelut numerokoodein ja värein. Alkuperäiset ilmaukset pelkistin ja ryhmittelin samankaltaisuuden perusteella alaluokiksi, jotka nimesin sisällön mukaan. Samansisältöisistä alaluokista muodostin yläluokkia ja lopulta yhdistävät luokat.

Tulokset

Yhteistyötahoina haastatteluissa näyttäytyi vahvasti kunnan omat palveluntarjoajat, kuten matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja tarjoava Toppari-tiimi, poliisin ja sosiaalitoimen Ankkuri-tiimi, Nuorten terveysneuvontapiste ja sosiaalitoimi. Tärkeänä yhteistyötahona olivat myös koulu sekä erityisesti vanhemmat. Vanhemmat olivat lähes poikkeuksetta kaikilla haastateltavilla niitä ensimmäisiä tahoja joihin oltiin yhteydessä nuoren asioissa ja joilla oli myös merkittävä osa yhteistyötahoja mietittäessä. Koulun osalta yhteistyötahoina mainittiin luokanvalvoja, erityisopettaja ja koulussa mahdollisesti toimiva sosiaaliohjaaja ja kuraattorit

ja terveydenhoitajat nimesivät toisensa tärkeäksi yhteistyökumppaniksi. Koulussa toimiva koululääkäri oli myös tärkeä. Huomioitavaa on, että yhdessäkään haastattelussa ei rehtoria mainittu koulussa toimivaksi yhteistyötä tekeväksi henkilökäsi, mutta vastaavasti monialainen asiantuntijaryhmä oli keskusteluissa vahvasti mukana. Tähän ryhmään valikoituu koulun henkilökuntaa aina kysessä olevan nuoren asian tarpeellisuuden mukaan. Erikoissairaanhoidosta yhteistyötahoina oli nuorisopsykiatria ja konsultaatiomahdollisuus nuorisopsykiatrisen poliklinikan kanssa.

Pieneen osaan, lähinnä maininnan tasolle, jäivät kolmannen sektorin tahot, seurakunta, yksityiset palveluntuottajat ja esimerkiksi etsivä nuorisotyö. Kuntarajojen ulkopuolisia palveluntuottajia tai yhteistyötahoja ei mainittu.

Osa haastateltavista näki vahvasti, että yhteistyö ei perustu lainkaan ns. tuttuuteen, vaan puhtaasti organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. Osa haastateltavista taas koki yhteistyön olevan enemmän henkilöiden kuin organisaatioiden välistä yhteistyötä. Tällöin yhteistyö perustui toisen työn tuntemiseen tai aiempaan kokemukseen, toimintatavat ja henkilöt yhteistyöorganisaatiossa olivat tuttuja. Haastateltavalla saattoi olla kokemus, että tietty henkilö uskalsi ottaa kantaa ja neuvoa miten edetä nuoren asiassa, vaikka joku toinen taho ei sitä uskaltaisikaan tehdä.

”Semmonen kokemus, että jos asia menee Ankkuriin ja sen sosiaalityöntekijälle, ni sitten rupee paremmin tapahtuu..”

”Ankkuri on ollut tosi hyvä, et jos konsultaatiota tarvii, et jos lastensuojelusta tai muuten ei saa, ni sieltä kyllä uskaltavat antaa, tosi hyviä neuvoja oon saanu, uskaltaa ottaa kantaa.”

Joidenkin yhteistyötahojen kanssa yhteistyön käytänteet ovat epäselviä. Melkein kaikki haastateltavat kokivat erikoissairaanhoidon, lähinnä nuorisopsykiatrisen poliklinikan sekä lastensuojelun kanssa tehtävän työn käytänteet epäselviksi. Tiedonkulku koettiin puutteelliseksi ja vajavaiseksi yhteistyötahojen välillä. Tiedonkulku yhteistyötaholta toiselle saattoi olla kokonaan nuoresta ja perheestä riippuvaista. Tietoa ei kuraattoreille ja terveydenhoitajille tule esimerkiksi siinä kohtaa, jos nuoren hoitokontakti on loppunut nuorisopoliklinikalla, vaikka haastateltavat ovat olleet lähettäviä tahoja tai heidän tekemän lastensuojeluilmoituksen jälkeen olevista tapahtumista ei tule tietoa lastensuojelusta. Näissä kohdin koettiin olevan vaarana, että nuori ”tipahtaa” palveluiden väliin. Myös koulun kanssa tehtävässä yhteistyössä käytänteet ja rakenteet koettiin epäselviksi. Välttämättä kuraattoria tai terveydenhoitajaa ei muisteta kutsua palaveriin tai kutsu ei saavuta heitä, eikä tietoa ja päätöksiä pidetyistä palavereista tule heille. Tieto ei kulje henkilöltä toiselle ja kukaan ei tiedä, mitä kukakin tekee, mikä saattaa johtaa päällekkäiseen työhön. Osa haastateltavista koki, että tiedonkulku on puutteellista lain asetusten ja säädösten takia tai että lakia ei välttämättä tunneta tarpeeksi hyvin. Lain määrittämä vaihteluvollisuus koettiin rajoittavana tekijänä tiedonkulussa.

”koululle saattaa tulla tietoa, että nyt kotiutetaan joku psykiatrian osastolta tai että sinne on otettu sisään ja siitä ei mulle tuu mitään teitoa, tai että nyt se on kotiutettu ja siitäkään ei tuu mitään, vaikka mä olisin sen ite sinne vaikka päivystyksellisesti saanu, ni silti mulle ei kukaan muista ilmoittaa.”

”.jos opettaja on ollu mukana jossain nuorisopsykan palaverissa, ni meille ei tuu sitä tietoa että mitä siellä on puhuttu, et kyllä se vaan katkee.”

Joidenkin yhteistyötahojen kanssa käytänteet ovat selkeät ja avoimet. Varsinkin Toppari-tiimin kanssa koettiin yhteistyö selkeäksi. Tiedonkulku oli toimivaa, haastateltavien mielestä ei nuoren kontakti koskaan loppunut Topparissa niin, että siitä ei olisi tullut tietoa haastateltaville. Rakenteet olivat selkeät, haastateltavat tiesivät missä kohtaa ja kehen olla yhteydessä Toppariin. Osalla haastateltavista oli myös kokemus, että koulun yksilökohtaisessa monialaisessa asiantuntijaryhmässä käytänteet olivat selkeät ja sovitut.

”koskaan ei oo Topparissa asiakkuus loppunu niin, että meille ei olis asiasta tullu tietoa.”

Nuorten konsultaatioryhmä, joka kokoontuu nuorisopoliklinikalla, koettiin joustavaksi. Jokaisella haastateltavalla oli kokemuksia tapauksista, joissa ei suoraan osannut sanoa mihin tahoon pitäisi ottaa yhteyttä tai mitä tehdä seuraavaksi. Näissä kohdin konsultaatioryhmä oli hyväksi, joustavaksi, koettu yhteistyötaho. Yhteistyö on pitkälti eri vaihtoehtoista keskustelemista. Kaksi haastateltavista näki myös yhteistyön nuorisopoliklinikan ja päivystävän lastensuojelutyöntekijän kanssa joustavaksi. Tässä nimenomaan koettiin joustavaksi se, että soittoaajat pitivät ja haastateltavat pystyivät konsultaatiomielessä ottamaan yhteyttä ja saivat apua pulmallisissa tilanteissa.

Yhteistyö voi olla sekä vastavuoroista, keskustelevaa dialogia tai dialogisuus saattaa puuttua. Joidenkin yhteistyötahojen kanssa koettiin yhteistyö pitkälti keskustelemiseksi yhteisen asian edistämiseksi. Yhteistyö oli vastavuoroista, yhteistyötaho saattoi myös ottaa yhteyttä ja kysellä haastateltavien mielipidettä kys. asiaan ja yhteistyön tarkoitus oli jatkuva yhteydenpito. Joidenkin tahojen kanssa koettiin, että keskustelua ei ole, palaverihin ei pyydetä mukaan yhteisen nuoren asioita miettimään vaikka haastateltava olisi pyytänyt mukaan tuloa, eikä tietoa pidetyistä palavereista tule haastateltaville. Tämän nähtiin osin johtuvan työntekijöiden suhteellisen suuresta vaihtuvuudesta esimerkiksi lastensuojelussa. Se, että keskustelua ei ole, saattoi haastateltavien mielestä näyttäytyä myös arvostuksen puutteena ja kokemuksena että heidän asiantuntijuuttaan ei hyödynnetty parhaalla mahdollisella tavalla.

”Topparin kanssahan se ajatus ei ole se, että sä vaan siirrät sen nuoren sinne, vaan et se on semmosta yhteistyötä ja pyydetään mukaan siihen et edelleen oltais yhdessä..”

Kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat, että palveluprosessit ovat toimivia. Koettiin, että on kohtia, joihin pitäisi saada muutosta ja joissa käytänteet eivät ole toimivia, mutta kokonaisuudessa palveluja on olemassa ja niihin nuoria ja perheitä voi ohjata. Tie palvelujen piiriin ja asiakkaaksi ei aina ole helppo ja käytänteet selkeitä. Haastateltavat näkivät, että nuori on palveluprosesseissa keskiössä ja palvelut ovat oikea-aikaisia. Aina kuraattorit ja terveydenhoitajat ovat kokemuksensa mukaan saaneet apua ja yhteistyötahoja nuoren tilanteeseen, se, miten he itse ovat prosessissa mukana, on vaihtelevaa.

Tulosten mukaan yhteistyötahoihin otetaan yhteyttä kyseessä olevan asian, tarpeen, mukaan eli yhteistyö nojaa yhteistyökumppanien asiantuntijuuteen. Myös kyseessä olevan asian kiireellisyys saattoi olla yhteistyötahon valikoitumiseen vaikuttava tekijä. Yhteistyö voi myös perustua aiempaan kokemukseen yhteistyön tekemisestä. Yhteydenottoa helpottaa, jos tietää keitä henkilöitä on töissä missäkin organisaatiossa tai on aiempi kokemus siitä, keneltä saa apua ja sitä kautta asioita eteenpäin. Varsinkin, jos asian etenemisellä on kiire, on helpompi ottaa yhteyttä tiettyyn tahoon tai henkilöön, josta tietää saavansa apua vaikka kyseinen asia ei välttämättä ole juuri sen tahon osaamisalaa.

Yhteistyö nojaa pitkälti perheen päätöksiin. Perhe on monessa kohdassa päättävässä osassa yhteistyötahojen valikoitumisessa. Perhe voi myös kieltää esimerkiksi kuraattorin tai terveydenhoitajan osallistumisen yhteistyöpalaveriin tai tiedonsaannin.

Moni haastateltava näki kehittämistarpeena saada yhteistyön käytänteet selkeämmiksi. Toivottiin työnjaon selkeyttämistä, käsitystä siitä, mitä kukin tekee. Tiedonkulkua pitäisi myös saada selkeämmäksi; yhteistyötahot informoivat paremmin toisiaan esimerkiksi asiakkuuksien loppumisista. Tätä toivottiin nimenomaan nuorisopsykiatrisen poliklinikan ja lastensuojelun suuntaan. Myös yhdessä tekemistä kaivattiin enemmän. Tärkeäksi koettiin toisen työn tuntemista paremmin ja sitä kautta yhteistyötahojen parempi hyödyntäminen. Yhteistyöhön toivottiin lisää avoimuutta, keskustelua, jonka kautta myös arvostus toisen työtä kohtaan lisääntyisi.

Lisää tekijöitä (resurssia) oppilashuollon ohjaustyöhön oli myös asia, josta paljon oli keskustelua. Haastateltavilla oli kokemus, että aikaa työn tekemiseen parhaalla mahdollisella tavalla ei välttämättä ole. Asiakkaita on yhä enemmän, nuorten ja perheiden tilanteet yhä vaikeampia ja aikaa työn tekemiseen vähemmän. Jotta yhteistyötahojen kanssa pystyisi työtä tekemään paremmin ja laadukkaammin, ennaltaehkäisevään työhön painotuen, pitäisi ohjaavaa työtä tekeviä olla enemmän.

Pohdinta ja johtopäätökset

Yhteistyötahoina olivat pitkälti kunnan omat palveluntarjoajat kun taas yksityisiä palveluntarjoajia ei tällä hetkellä ole yhteistyötahoina juuri ollenkaan eikä kuntarajat ylittävää yhteistyötä ole. Tulevaisuutta ajatellen laajempi yhteistyö eri kuntien ja yksityisen sektorin välillä varmastikin

lisääntyy. Tärkeä yhteistyötaho oli myös koulu, mutta vastaavasti rehtoria ei erikseen mainittu yhteistyötahona. Rehtori vastaa koulun oppilashuoltotyöryhmän toiminnasta ja toimii opettajien, joskus myös koulukuraattoreiden, esimiehenä. Rehtorin rooli on tärkeä esimerkiksi oppilashuoltotyöryhmän toiminnassa. Rehtorin ja oppilashuoltoryhmän toimijoiden välinen suhde voi olla tasavertainen, mutta myös joskus hyvin hierarkkinen (Hännikäinen 2013). Haastatteluissa lähinnä sivuttiin rehtorin roolia koulun kanssa tehtävässä yhteistyössä ja nähtiin, että koululla ja oppilashuollolla saattaa olla joissain asioissa ristiriitaisetkin näkemykset oppilashuollon toiminnasta.

Yhteistyön tekemiseen liittyvistä kehittämiskohdista keskusteltaessa eivät haastateltavat osanneet eritellä kovinkaan yksityiskohtaisia toimenpiteitä joita näkivät tarpeellisina. Toiveet olivat melko yleisellä tasolla. Lähes kaikki haastatellut kuraattorit ja terveydenhoitajat toivoivat kutsuja yhteisen nuoren ja perheen palavereihin sekä tietoa, jos asiakkuudet ovat päättyneet. Kehittämiskohtina haastatellut näkivät myös yhteistyön tekemisen lisäämisen ympäröivien tahojen kanssa lähinnä yhteisen tekemisen ja yhteisten tapaamisten muodossa, jonka kautta myös avoimuus ja toisen työn arvostaminen lisääntyisi.

Haastatteluissa tulee esille se, miten hajanaista yhteistyön rakenteet ja käytänteet ovat tällä hetkellä. Yhteistyön käytänteet olivat joillekin haastateltavista melko selviä, joillekin epäselviä ja käytänteet muuttuivat tapauksesta riippuen. Yhteistyötahoista kaksi koettiin sellaiseksi, joista kuraattori tai terveydenhoitaja osasivat kertoa miten yhteistyö toimii ja minkälaista se on, eikä yhteistyö enää näyttänyt vain henkilöiden väliseltä. Joidenkin tahojen kohdalla yhteistyö oli organisaatioiden välistä, jatkuvaa yhteistyötä, kumppanuutta, jossa käytänteet olivat selkeät. Joidenkin kanssa taas lähinnä satunnaista tai henkilöiden välistä yhteistyötä. Yhteistyön prosessissa, joka etenee kehitysvaiheittain tasolta toiselle, yhteistyön määrä ja laatu lisääntyvät yhteistyön edetessä. Ylemmälle tasolle edettyään yhteistyölle on syntynyt vakiintuneita muotoja, eikä yhteistyö enää perustu tiettyjen henkilöiden väliseksi yhteistyöksi, vaan käytänteet ovat kiinnittyneet enemmän rakenteelliselle tasolle (Saukkonen 2009; Ylitalo 2005).

Näyttäisi siltä, että pidempään työssä toimiminen on saattanut helpottaa ja parantaa yhteistyön tekemistä myös niiden tahojen kanssa, joiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä suurimmalla osalla oli negatiivinen kokemus. Satunnaisella, henkilöiden välisellä yhteistyöllä ei ollut selkeitä rakenteita eikä haastateltavilla ollut selkeää näkemystä yhteistyötahojen toiminnasta ja työn sisällöstä. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että työntekijät ovat tietoisia palvelujärjestelmän toiminnasta ja työn sisällöistä. Asiakkaalle ei tällöin luoda turhia odotuksia tai anneta katteettomia lupauksia saatavista palveluista. Kehittämisen kannalta ovat kunnioitus ja avoimuus toisen ammattitaitoa ja osaamista kohtaan tärkeitä. Tietoisuus ja avoimuus helpottavat yhteistyötä ja lisäävät joustavuutta työskentelyyn (Hotari & Meteri 2010; Ström-Ripatin & Rissanen 2013). Tässä selvityksessä haastateltavat lähinnä arvelivat, mistä johtuu esimerkiksi se, että heitä ei kutsuta

yhteistyöpalavereihin tai tieto ei kulje, mutta tarkempaa tietoa yhteistyökumppaneiden, kuten lastensuojelun, työn sisällöstä ei ole.

Haastateltavat pitivät ensiarvoisen tärkeänä keskustelevaa, vastavuoroista dialogia, niin koulun sisäisten kuin ulkoisten yhteistyötahojen kanssa ja sitä he myös toivoivat tulevaisuudessa enemmän yhteistyötahojen kanssa. Hotarin & Metterin (2010) julkaisussa tasa-arvoinen neuvotteleva vuorovaikutus on nähty yhteistyön kannalta tärkeäksi ja hyväksi toimintatavaksi. Toimivassa oppilashuollossa tulisi olla tilaa omalle osaamiselle, toisten kunnioittamiselle, erilaisille näkökulmille ja ajatuksille sekä yhteiselle mietinnälle parhaan ratkaisun saavuttamiseksi. (Hännikäinen 2013) Verkoston yhteinen sitoutuminen tavoitteisiin nähtiin merkityksellisenä kuten myös se, että huoli ja vastuu on yhteisesti jaettu. Dialogin puute saattoi näkyä siten, että yhteistyötaho ei ottanut huomioon tai kuunnellut kuraattorien tai terveydenhoitajien kokemusta ja näkemystä päätöksen teossa. Kuten haastateltavat mainitsivat, heitä ”ei uskottu”, vaikka haastateltavilla olisi monen vuoden kokemus kyseisen nuoren kanssa toimimisesta. Tällöin asiantuntijuutta ja huolta ei ole jaettu ja osa verkostosta on jätetty asian ulkopuolelle. Hänninen siteeraa Isoherrasta (2007), jonka mukaan jaettuun asiantuntijuuteen liittyy olennaisesti ajatus siitä, että asiantuntijuus ei ole enää yksilön ominaisuus vaan usean henkilön ja ympäristön osaamista. Nuorisopsykiatrisen poliklinikan kanssa yhteistyössä keskustelua tulisi olla enemmän, sillä osa nuorisopsykiatrisella poliklinikalla tai osastohoidossa olevista nuorista palaa oppilashuollon asiakkaiksi ja olisi ensiarvoisen tärkeää että keskustelua käytäisiin nuoren tilanteesta, jotta koululla voidaan tukea nuoren opiskelua. Koulussa vastaavasti terveydenhoitajalta ja kuraattorilta saatetaan odottaa valmiita ratkaisuja nuoren tilanteen ratkaisemiseksi, tai että he ottavat nuoren asian hoitaakseen itsekseen ilman, että keskusteltaisiin vaihtoehtoista ja vastuuta ja kokemuksia jaettaisiin yhteisesti. Haastatteluista tuli ajatus, että kuraattorit ja terveydenhoitajat tekevät työtään melko yksin, eikä esimerkiksi työparin käyttö ole itsestään selvyyttä, päinvastoin kuin monella yhteistyötaholla ja senkin takia jaettu asiantuntijuus, dialogi yhteistyötahon kanssa on heille tärkeää.

Jotta nuori ja perhe voi olla palvelun keskiössä, pitää tiedon kulkea yhteistyötahojen välillä muutoinkin kuin perheen kautta. Tulosten mukaan tiedon sujuva kulku taholta toiselle osoittautui monessa kohtaa puutteelliseksi. Yhteistyö ja tiedonsiirto olivat yksisuuntaista ja koulu joutui olemaan usein yhteyttä ottavana, aktiivisena osapuolena. Terveydenhoitajien näkökulmasta heidän kauttaan usein pyydetään tietoa, mutta sitä ei jaeta heidän kanssaan. Haastateltavat kokivat niin lastensuojelun kuin nuorisopoliklinikan tärkeäksi yhteistyötahoksi. Kuitenkin nuoren tilanteen kokonaisvaltainen huomioonottaminen oli vaikeaa, koska hoitokontakteja ja asiakkuuksia lopetettiin heidän tietämättään. Kuraattorit ja terveydenhoitajat kokivat, että myös koulujen välillä on suuria eroja oppilashuoltotyön käytänteissä ja tiedon kulussa. Yhdellä kuraattorilla saattaa olla useampi koulu vastuullaan ja samoin on monenlaisia yhteistyön tekemisen malleja sekä työyhteisöjä. Joissain kouluissa pysyviä käytänteitä yhteistyön tekemiselle ei ole juuri lainkaan, mikä luo mahdollisuuden sille, että tahot eivät tiedä mitä toinen tekee. Oppilas saattaa asioida monen eri työntekijän

kanssa samanaikaisesti. Työskentely oppilaan asioissa on usein suunnittelematonta, minkä seurauksena kokonaiskuva oppilaan asioissa muuttuu sirpaleiseksi (Hännikäinen 2013; Eroma & Puotiniemen 2009).

Tähän selvitykseen sovitut haastattelut sujuivat hyvin. Sain sovittua haastatteluaikat ja kaikki joita haastateltaviksi ajateltiin, myös siihen suostuivat. Olin kirjoittanut ennakkoon 2 case-kuvausta, joiden tarkoituksena oli olla lähinnä keskustelunherättäjiä ja jonkin verran niistä siihen olikin apua. Keskustelua syntyi melko vaihtelevasti, haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja kiireettömiä, parihaastatteluihin kului aikaa tunnista kahteen tuntiin. Huomioitavaa oli, että sen sijaan että haastateltavat olisivat vastanneet kysymyksiin, millaista yhteistyö on eri tahojen kanssa, he lähinnä vastasivat millaista se ei ole tai millaista sen pitäisi olla. Tässä kohtaa kysymysten ja jatkokysymysten tarkempi miettiminen olisi ollut hyvä.

Näiden tulosten pohjalta olisi hyvä tarkastella isommalla otannalla oppilashuollon työntekijöiden kokemuksia yhteistyöstä ja sen toimivuudesta Hämeenlinnassa. Myös erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen näkemyksiä olisi hyvä avata kuten myös odotuksia ja ajatuksia sote-integraation vaikutuksista yhteistyön näkökulmasta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että Hämeenlinnassa yhteistyötahoja kuraattoreiden ja terveydenhoitajien mielestä mielenterveyspuolen palveluprosesseissa on tarpeeksi ja yhteistyö on periaatteessa toimivaa. Yhteistyön laadussa olisi kuitenkin vielä parannettavaa. Rakenteiden on oltava selkeitä, yhteistyön on oltava sujuvaa ja yhdessä on käytävä dialogia, jotta nuori ja perhe ovat palvelun keskiössä ja saavutetaan heidän kannaltaan paras lopputulos. Osa haastateltavista toi esille huolensa tulevaisuudesta ja sen haasteista. Mitä mahdollinen sote-integraatio heidän, kuraattoreiden ja terveydenhoitajien, työssä tarkoittaa? Huolta ilmeni siitä, lisääntyvätkö entisestään ns. ruohonjuuritason työntekijöiden asiakasmäärät, mutta työntekijöiden määrä ei lisäännä. Yhteistyötahoja on tarpeeksi kunnassa ja niihin on panostettu, mutta entäpä niihin ohjaavien työntekijöiden määrä ja yhteistyön laatu. Vaikka rakenteet yhteistyön tekemiseksi olisivat kunnossa, mutta toiminta pirstaleista ja eriytynyttä, on haaste saada sote-integraation kautta sekä asiantuntijoiden välinen integraatio paremmaksi että palveluprosessit laadukkaiksi. Oppilashuollon työntekijöiden asiantuntijuuden hyödyntäminen ja arvostaminen, tiivis, pysyvä, selkeillä rakenteilla vahvistettu yhteistyö eri tahojen välillä olisivat ensimmäisiä ja tärkeitä askeleita tulevaisuutta ajatellen ja kohti asiakaslähtöistä työtä.

Lähteet

- Aaltola, J. & Valli, R. (2001). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Eroma, M. & Puotiniemi, T. (2009). Nuoruusikäinen mielenterveys- ja päihdeasiakkaana. Hoito- ja palveluketjun toimivuus. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (Tervein Mielin Pohjois-Suomessa – osahanke) (viitattu 12.10.2015). <http://www.tmps.fi/uploads/materiaalit/Hoitoketjut/Nuorten%20hoitoketju.pdf>
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hotari, K-E. & Metteri, A. (2010). Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2010.
- Hännikäinen, P. (2013). ”Yksi plus yksi on enemmän kuin kaksi” Koulukuraattorien näkemyksiä asiantuntijuudesta moniammatillisessa yhteistyössä. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Sosiaalityön Pro gradu-tutkielma. (Viitattu 20.11.2015). <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42816/URN:NBN:fi:juu-201401191082.pdf?sequence=1>
- Normia, L. (2011) Palvelujärjestelmän dialogisuus tie yhteiseen ymmärrykseen. Esimerkkinä lastensuojelun ja koulun välinen yhteistyö Helsingissä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. (Viitattu 25.10.2015). <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83011/gradu05442.pdf?sequence=1>
- Nuorten hyvin- ja pahoinvointi Konsensuskokous lausuma 1. – 3.2.2010 (Viitattu 28.11.2015) <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1287864842/konsensuslausuma090210.pdf>
- Siltanen, S. (2007). ”Vaikeaa viivytystaistelua vai voittoa vastuunjako?” Tutkielma lastensuojelun ja koulun sosiaalityön yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön Pro gradu -tutkielma. (Viitattu 28.11. 2015). <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94227/gradu01588.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (Viitattu 25.11.2015) http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut
- Ström-Ripatti, M. & Rissanen, R. (2013). Toimiva viranomaisyhteistyö nuorten tukena. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. (Viitattu 5.11.2015) <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/66361/Toimiva%20viranomaisyhteistyö%20nuorten%20tukena.pdf?sequence=1>
- Ylitalo, K. (2005). Palveluja yhteistyössä – kunnat valintojen edessä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen seudullinen yhteistyö verkostoitumiseen ja työnjakoon perustuvana monitoimijaisena mallina. Kuntaliiton verkkojulkaisu.

