

TAMPEREEN YLIOPISTO

Johtamiskorkeakoulu

**MONIAMMATILLISEN PALVELUKETJUVERKOSTON
KOKONAISUUDEN JOHTAMISEEN VAIKUTTAVIA
ILMIÖTÄ – CASE OT-KESKUS**

Hallintotiede

Pro gradu -tutkielma

Tanja Kotala

Toukokuu 2019

Ohjaaja: Elias Pekkola

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO, Johtamiskorkeakoulu, Hallintotiede, Pro gradu -tutkielma 2019, 40 op

KOTALA, TANJA: Moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtamiseen vaikuttavia ilmiöitä - Case OT-keskus

Pro gradu -tutkielma, 94 sivua

Tutkielman ohjaaja: Elias Pekkola

Toukokuu 2019

Avainsanat: Moniammatillinen yhteistyö, tiedon kulku, palveluketjun hallinta, verkostojohtaminen, OT-keskus, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittäminen

Tutkimuksessa tarkastellaan, mitkä asiat moniammatillisessa palveluketjuverkoston johtamisessa tulisi ottaa huomioon perustettaessa uutta osaamis- ja tukikeskusta (OT-keskus). Päättökysymystä tarkennetaan neljällä alakysymyksellä, jotka nostavat esiin moniammatillisen yhteistyön haasteita ja kehittämisehdotuksia, tiedonkulun ja tiedon hallinnan haasteita verkostossa, näkökulmia miten palveluketjukokonaisuus toimii tällä hetkellä ja minkälaista johtajuusotetta verkostolle kaivataan. Tutkimus toteutetaan laadullisena tapaustutkimuksena ja aineisto on hankittu puolistrukturoiduilla asiantuntijahaastatteluilta haastatteleamalla 11 palveluketjuverkoston (ADHD-lapsen/nuoren hoitoketju) asiantuntijaa. Aineisto on analysoitu teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että moniammatillisen yhteistyön keskeisin haaste ja juurisyy on taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi, joka johtaa palveluketjun kohtien väärään painottumiseen (painopiste raskaissa erityispalveluissa varhaisen tuen sijaan). Toinen keskeinen haaste oli yhteisten tiedonkulun käytäntöjen, sekä toimintatapojen puute. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisehdotuksia olivat ymmärryksen lisääminen verkoston toimijoiden substanssialoista, yhteistyön käytäntöjen kehittäminen, sekä tiedonkulun tehostaminen. Tiedonhallinnan ja tiedonkulun haasteita olivat salassapidon haasteet, erilliset substanssilait ja tietojärjestelmät, sekä toimijoiden lainsäädännön asettamat eriarvoiset tiedonsaantioikeudet. Palveluketjun toimivuuden suurin haaste analyysin tulosten mukaan oli koko palveluketju/hoitoketju -ajattelun tuntemisen ja hahmottamisen puute. Verkostojohtajalta kaivattiin vahvaa johtamisotetta, jossa määritellään verkoston tavoitteet, vastuut, toimintamallit, tiedonkulun käytänteet ja myös seurantajärjestelmä tavoitteiden saavuttamiseksi.

OT-keskuksen johtamisessa tulisi huomioida pidemmällä aikajänteellä palveluketjujen painopisteiden tasapainottaminen. Johtamisjärjestelmässä tulisi keskittyä vahvan johtamisjärjestelmän luomiseen, jossa verkostot hahmotellaan palveluketjuittain tuotos -ohjautuneiksi verkostoiksi. Tällöin verkostoihin luodaan selkeät tavoitteet, vastuut, tiedonkulun ja yhteistyön käytänteet, sekä luodaan mittaritavoitteiden seuraamiseen. OT-keskuksen lyhyen aikajänteen tehtävänä on kriisiytyneen asiakastilanteen hoitaminen (vaativa erityistaso). OT-keskuksen operatiivisessa johtamisessa ehdotetaan sovellettavaksi kriisijohtamisen periaatteita, sekä toimintaa ohjaavana työkaluna hypertekstiorganisaatiomaisesti muodostettua OT-verkostokarttaa. Jatkotutkimusaihe voisi olla moniammatillisen palveluketjuverkoston vaikuttavuusmittareiden kehittäminen kehittämistutkimuksen menetelmin.

SISÄLLYS

JOHDANTO	1
1. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ	4
1.1 Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä ja taustaa	4
1.2 Moniammatillisen yhteistyön haasteita	5
1.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen	6
1.4 Yhteenvedo moniammatillisen yhteistyön haasteisiin ja kehittämiseen	10
2. PALVELUKETJUN HALLINTA	13
2.1 Palveluketju -ajattelu	13
2.2 Palveluketjun hallinnan koordinoitavat osa-alueet	16
2.3 Teorian yhteenvedoa	19
3. VERKOSTOJOHTAMINEN VERKOSTON KOKONAISUUDEN HALLINTANA	20
3.1 Verkostojohtamisen teorioista	20
3.2 Verkoston kokonaisuuden hallinnan näkökulmia	22
3.3 Yhteenvedo verkostoista ja verkostojohtamisesta	27
4. TEOREETTISEN VIITEKEHYKSEN SYNTEESI	28
5. TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMAAN VAIKUTTAVAT TAUSTAT	29
5.1 Hallintotieteilijän näkökulma	29
5.2 Neuropsykiatrisen valmentajan näkökulma	32
6. METODOLOGISET VALINNAT JA OT-CASEN ESITTELY	33
6.1 Laadullinen tapaustutkimus	33
6.2 Case OT-keskus	34
6.3 Palveluketju -case	41
6.4 Haastatteluiden valikoituminen ja aineiston hankinta haastatteluilla	43
6.5 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä	49

6.6 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	51
7. TUTKIMUSTULOKSET	53
7.1. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja kehittämisehdotukset	53
7.1.1 Moniammatillisen yhteistyön keskeiset haasteet	53
7.1.2 Moniammatillisen yhteistyön kehittämisehdotuksia	61
7.2 Tiedon hallinta ja tiedonkulku moniammatillisessa verkostossa	63
7.3 Palveluketjun toimivuuden haasteita (ADHD -oireilevan lapsen/nuoren palveluketju).....	69
7.4. Verkostojohtaminen	75
7.4.1 Verkostojohtaminen käsitteenä	75
7.4.2 Minkälaista verkostojohtamista tarvitaan?.....	77
8. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	81
8.1 Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja kehittämisenäkökulmat.....	82
8.2 Tiedonkulku ja tiedonhallinnan haasteita verkostossa	83
8.3 Palveluketjukokonaisuuden toimivuuden haasteita	85
8.4 Verkostojohtaminen käytännön tasolla ja verkoston johtajuuden tarve.....	86
8.5 Johtopäätösten synteesi	87
8.6 Tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten merkitys OT-keskuksen perustamiselle.....	90
LÄHTEET.....	95

KUVIOT

Kuvio 1. Moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli, s.8

Kuvio 2. Moniammatillisen yhteistyön haasteet, s.11

Kuvio 3. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tasot 1, s 12

Kuvio 4. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tasot 2, s 13

Kuvio 5. Käsitteet, s.13

Kuvio 6. Prosessien hallintaan siirtymisen vaiheet, s. 15

Kuvio 7. Terveystuollon palveluketjun hallinnan koordinoitavat osa-alueet, s. 17

Kuvio 8. Palveluketjun kokonaisuuden hallinnan oleelliset tasot, s. 19

Kuvio 9. Verkostojohtamisen käsitteitä, s.20

Kuvio 10. Hyvä verkostojohtaminen verkostojohtamisen oppaan mukaan, s.21

Kuvio 11. Verkoston kokonaisuuden tulokselliseen johtamiseen (goal-oriented network) vaadittavia elementtejä tämän tutkimuksen näkökulmista, s. 27

Kuvio 12. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys, s. 28

Kuvio 13. Osaamis- ja tukikeskuksen suhde muuhun palvelujärjestelmään, s.35

Kuvio 14. Haastattelurunko, s. 46

Kuvio 15. Moniammatillisen yhteistyön keskeisimmät haasteet, s.55

Kuvio 16. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kulmakivet, s.62

Kuvio 17. Tiedonhallinnan/tiedonkulun haasteita verkostossa, s.64

Kuvio 18. Palveluketjun toimivuuden haasteita, s.70

Kuvio 19. Verkoston johtajuuden tarve, s. 78

JOHDANTO

Julkisessa hallinnossa toteutetaan yhä enemmän verkostomaista yhteistyötä, esimerkkinä mainittakoon kuntien väliset yhteistyöverkostot palveluita järjestettäessä. Haasteena verkostomaisessa toimintatavassa on kuitenkin vastuusuhteiden hämärtyminen. Verkostojen toiminnassa voikin tulla vastaan tilanteita, jossa kukaan taho ei ole valmis ottamaan vastuuta. Tällöin verkoston toiminnalla on suuri riski epäonnistumiseen. Erityisen haastavia tilanteita koetaan professionaalisten asiantuntijoiden muodostamissa moniammatillisissa verkostoissa. Yhteistyö muodostuu käytännön tasolla jännitteiseksi ammattilaisten pyrkiessä pitämään asiat omien ammattikuntiansa sisällä. (Virtanen & Stenvall, 2011, 56-59.)

Suomalainen terveydenhuolto on parhaillaan voimakkaiden muospaineiden alla syiden ollessa sekä inhimillisiä, että taloudellisia. Maailmanlaajuiseenkin ilmiöön ja haasteena vaikuttaa terveydenhuollon ennustettu epäsuotuisa kustannuskehitys. Suomalaisen terveydenhuollon tulisi pystyä ratkaisemaan monimuotoinen haaste, joka näyttäytyy asiakkaiden suuntaan toimimattomana hoito- ja palveluketjuna ja päättäjien suuntaan entisestään lisääntyvinä kustannuksina. (Haukilahti, 2018, 5.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa kohdataan nykyään yhä monimutkaisempia ongelmia, jolloin ammattilaiset ovat niiden ratkaisemisessa väistämättä entistä riippuvaisempia toisistaan. Pällekkäisestä ja ristiriitaisuuksia sisältävästä työskentelystä on seurauksena usein sekaannusta ja tehottomuutta. Lisäksi potilaat/asiakkaat ja heidän läheisensä osaavat vaatia aiempaa enemmän tietoa, sekä mahdollisuuksia vaikuttaa ratkaisuihin. Kehityksen suuntana on enenevässä määrin se, että asiakkaan tulisi olla keskiössä. (Isoherranen 2012,20.) Tehottomuus moniammatillisissa verkostoissa ja palveluissa aiheuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia asiakkaiden palveluketjukokonaisuuksien toimimattomuuden vuoksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoja ja palveluita onkin pyritty tehostamaan moninaisin keinoin vuosien varrella. Viimeisin merkittävin uudistus- ja kehittämishanke oli Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistusta koskeva valmistelu, joka päättyi loppumetreillä maaliskuussa 2019.

Perus- ja erikoissairaanhoidossa haasteita aiheuttaa katkeamattomien hoitoketjujen jääminen useimmiten suunnitelmien tasolle. Asiakkaalle tämä näkyy hoitoketjun ja tiedonkulun katkonaisuutena, sekä hoidon pitkittymisenä. Hoitoketjujen toimimattomuudesta aiheutuu myös merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Tulevaisuuden kehityssuuntana on, että sosiaali- ja terveystalvet tuotettaisiin tiiviinä yhteistyönä julkisen, yksityisen ja järjestösektorin kesken. Tällöin keskiöön nouseekin verkoston uudelleen johtamisen ja toimintamallien kehittäminen. (Haukilahti, 2018,4.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyvät oleellisenä ja tärkeänä osana lasten, nuorten ja

perheiden palvelut, jotka toteutetaan laajan ja moniammatillisen palveluverkoston voimin. Lasten ja nuorten kehityskaaren eri vaiheista, sekä perheiden ja elämäntilanteiden erilaisuudesta johtuen lapsi- ja perhepalveluiden yhdyspintojen määrä muodostuu moninaiseksi ja kompleksiseksi. (Heinonen, Ikonen, Kangasoja & Reina, 2018,8). Suomeen on kehitteillä viisi osaamis- ja tukikeskusta (OT-keskukset), jotka tuottaisivat ja varmistaisivat lasten nuorten ja perheiden kaikkein vaativimmat palvelut. Lisäksi OT-keskusten tehtävänä olisi vastata alueen tutkimus- ja kehittämistoiminnasta, sekä palvelujen yhteistyöaluetasoisesta yhteensovittamisesta. OT-keskusten tarkoituksena on verkostoida lasten erityis- ja vaativimman tason palvelut yhteen. Lapset ja nuoret, joilla on paljon erityisen tuen tarvetta ovat usein monien eri palvelujen, kuten lastensuojelun ja erikoissairaanhoidon asiakkaita ja heillä on usein myös erityisen tuen tarvetta koulunkäynnissä ja jatko-opinnoissa. Jotta palvelut pystyisivät vastaamaan heidän tarpeisiinsa ja voitaisiin järjestää toimivalla tavalla, tarvitaan vahvaa yhteistyötä eri viranomaisten kesken. (Halila, 2019.)

OT-keskukset on suunnitteluvaiheessa asemoitu sote-uudistuksen yhteyteen, mutta huolimatta sote-uudistuksen kaatumisesta nähdään OT-keskukset erittäin tarpeellisena toteuttaa. OT-keskuksessa on kyse palvelujen toimintarakenteen ja koordinaation uudistamisen lisäksi vaativan erityisosaamisen varmistamisesta, sekä erilaisten osaamisten integraation rakentamisesta OT-keskusratkaisun avulla. Tällä hetkellä osaaminen on hajallaan olevaa ja usein vaativimmissa tilanteissa olevia lapsia, nuoria ja perheitä siirretään paikasta toiseen, eivätkä he tule autetuiksi. Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveystyössä keskeistä on, että tehokas hoito olisi saatavilla nopeasti ja helposti, jolloin koko palveluketjun tulisi toimia saumattomasti. OT-keskuksen keskeinen tehtävä olisikin tällöin ohjata sisällöllisesti koko mielenterveystyön palveluketjua tavalla, jolla asianmukaiset menetelmät ovat saatavilla yhdenvertaisesti ja matalalla kynnyksellä. (Halila ym. 2019,8-11).

OT-keskuksen toiminnassa oleelliseen asemaan nousee moniammatillisen palveluketjuverkoston menestyksekkäs ja vaikuttava johtaminen. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella mitä keskeisiä asioita tulee ottaa huomioon moniammatillisen palveluketjuverkostokokonaisuuden johtamisessa OT-keskusta perustettaessa. Näkökulmaa antavat moniammatillisen verkoston eri tasoista (vertikaalinen ja horisontaalinen) koostuvat asiantuntijat. Tutkimustehtävä koostuu yhdestä pääkysymyksestä, jota lähdetään tarkentamaan neljällä alakysymyksellä. Näin ollen laaja kokonaisuus rajautuu hahmotettavaksi.

Tutkimuksen pääkysymys on seuraava:

Mitä keskeisiä asioita tulee ottaa huomioon moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtamisessa OT-keskusta perustettaessa?

Alakysymyksinä on:

1. Mitkä ovat moniammatillisen yhteistyön heikentävät tekijät ja miten moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää?
2. Mitkä ovat tiedonkulun keskeiset haasteet verkostossa?
3. Miten palveluketjukokonaisuus toteutuu tällä hetkellä?
4. Mitä verkostojohdaminen tarkoittaa käytännön tasolla ja minkälaista verkostojohdamisotetta verkostolle kaivataan?

Tutkimus on laadullinen tapaustutkimus ja aineistonkeruumenetelmänä ovat asiantuntijahaastattelut. Tutkimuksen kohteena on tulevan OT-keskuksen yhden asiakasryhmän palveluketjuverkosto. Palveluketjuverkoston muodostuminen pohjautuu ADHD -oireilevan lapsen/nuoren hoitoketjusuositusten toimijoihin (Terveysportti.fi, 2015) perustuen. Tutkimuksessa haastatellaan 11 eri asiantuntijaa verkoston eri tasoilta ja substanssialoilta. Aineisto analysoidaan teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Tutkimusaiheeni on tärkeä ja ajankohtainen, koska verkostojohdamiselle tarvitaan uusia johtamismalleja. Palveluketjujen toimimattomuus asiakasnäkökulmasta, tiedonkulun haasteet verkostossa ja moniammatillisen yhteistyön sujumattomuus aiheuttavat haasteita moniammatillisen palveluketjuverkoston johtamiselle OT-keskusta perustettaessa. Lisäksi nykypäivän verkostoyhteiskunnassa on korostettu paljon jaettua johtajuutta verkoston hallinnan mallina. Jaetun johtajuuden periaatteena on, että verkoston tulisi toimia harmonisesti yhdessä ilman selkeää johtajuutta. Jaetussa johtajuudessa keskiöön nousevat luottamus, sitoutuminen ja muut pehmeät arvot. (kts. esimerkiksi Järvensivu, Nykänen & Rajala, 2010). Hienoja ja tärkeitä arvoja, mutta toimiiko kyseinen verkoston hallintamalli sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoissa tavalla, jossa verkoston on mahdollista saavuttaa tavoitteensa? Sosiaali- ja terveydenhuollossa verkoston päätehtävänä on kuitenkin yhteisen asiakkaan palveluketjukokonaisuuden mahdollistaminen asiakkaalle vaikuttavalla tavalla. Tämän työn tavoitteena on tuoda kokonaisuuden hallinnan näkökulmaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden verkostojen johtamiseen ja OT-keskuksen kehittämistyöskentelyyn.

Tutkimus koostuu 8:sta pääluvusta. Johdannossa tuodaan esille tutkimuksen taustoja, työn tavoitteet, tarkoitus ja tutkimustehtävät. Tutkimuksen teoreettisessa osassa tarkastellaan 1. Moniammatillisen yhteistyön haasteita ja kehittämismalleja, 2. Palveluketjun hallintaa ja 3. Verkostojohtamista kokonaisuuden hallinnan näkökulmasta. Lisäksi teoriaosiossa nostetaan esille tiedonhallinnan/tiedonkulun näkökulmat. Teoriaosuuden lopussa tuodaan esille tutkijan omat taustatietämykset, joilla on vaikutusta tutkimuksen toteutumiseen. Teoriaosuuden jälkeen vuorossa on tutkimuksen empiirinen osa. Ensin esitellään tutkimusta määrittävät metodologiset valinnat, sekä avataan tutkimuksen casea (OT-keskuksen kehittämistyö) tarkemmin, ja tarkastellaan syvällisesti mikrocasa - OT-keskuksen asiakasryhmään kuuluvaa palveluketjuverkostoa. Tutkimus on toteutettu laadullisena tapaututkimuksena, jonka aineisto on kerätty puolistrukturoiduilla asiantuntijahaastatteluilta. Aineisto on analysoitu teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Empiirisessä osassa on myös arvioitu tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustulokset esitellään luvussa 7. Tutkimustulokset esitellään tutkimuskysymysten mukaisina teemoina; 1. moniammatillisen yhteistyön keskeiset haasteet ja kehittämisehdotukset, 2. tiedonhallinta/tiedonkulku verkostossa, 3. palveluketjun toimivuus verkostossa ja 4. verkostojohtaminen. Luvussa 8 esitetään tutkimuksen tuloksista johdetut johtopäätökset ja niiden linkitys OT-keskuksen kehittämistyöhön.

1. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

1.1 Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä ja taustaa

Moniammatillisen yhteistyön käsite ei ole yksiselitteinen. Tässä tutkimuksessa ei keskitytä tarkastelemaan, mikä on tämän hetken muotisana moniammatillisesta yhteistyöstä määritelmien viidakossa (moniammatillinen, poikkitieteellinen, monitoimijainen, monialainen, asiantuntijoiden välinen, yliksektorinen, interprofessional, crossprofessional...), sen sijaan tutkimuksessa käytetään yksinkertaisesti moniammatillinen yhteistyö -käsitettä puhuttaessa eri ammattilaisten kesken tapahtuvasta yhteistyöstä yhteisen asiakkaan hyväksi. Edellä mainitun määrittelyn mukaan toimijoiden horisontaalinen ja vertikaalinen sijainti toisiinsa nähden voi olla hyvinkin moninainen. Ammatillaiset voivat olla eri toimialoilta ja sektoreilta. Moniammatillinen yhteistyö tässä tutkimuksessa ei rajoitu

vain ammattilaisten konkreettisiin yhteistyöskentelyn muotoihin (yhteiset palaverit, keskustelut, konsultoinnit...), Tässä tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön nähdään koostuvan myös niistä tilanteista/toimista, jolloin eri ammattilaiset toimivat ajallisesti eri aikoihin saman asiakkaan kanssa, samaan hoitokokonaisuuteen liittyen. Tämä ajattelumalli pohjautuu asiakkaan palveluketju/hoitoketju -ajatteluun, jossa moniammatillisen yhteistyön nähdään ulottuvan myös niihin hetkiin, jolloin ammattilaiset kohtaavat yhteisen asiakkaan palveluketjun eri kohdissa. Tätä näkökulmaa avataan enemmän teoriaosion kohdassa ”palveluketjun hallinta”.

Moniammatillista yhteistyötä on tutkittu paljon vuosikymmenien aikana. Moniammatillinen yhteistyö onkin usein nähty keskeisenä työkaluna, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin voidaan vastata (Nikander, 2003,279). Moniammatillinen yhteistyö, päätöksenteko työryhmissä ja kokouksissa nähdään usein ratkaisevana välineenä, jolla terveydenhuollon haasteita voidaan hillitä. Yhteistyön eri ammattikuntiin kuuluvien työntekijöiden välillä uskotaan mahdollistavan tasapuolisemman ja läpinäkyvämmän hoito- ja päätöksentekotyön ammattilaisten, kuin asiakkaidenkin kannalta. Jaetun päätöksentekotyön, tiimityöskentelyn, sekä eri ammattikuntien välisen yhteistyön merkitys onkin jatkuvasti kasvanut. Moniammatillisen työskentelyn keskeisyyden voi nähdä sitä käsittelevän tutkimuskirjallisuuden monipuolistumisena ja myöskin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaideologiaa sisältävissä teksteissä. Moniammatillinen yhteistyö asetetaan tällöin usein toiminnan ideaalimuodoksi, jonka aivan kuin automaattisesti katsotaan tuovan organisaatioiden toimintaan lisäarvoa rationaalisuudessa, päätöksenteossa ja tiedonkulussa. Tilanne on kuitenkin paradoksaalinen. Huolimatta moniammatillisuuden, tiimityöskentelyn ja tehokkuuden pitkään jatkuneesta keskustelusta, tiedetään moniammatillisen yhteistyön käytännön toimivuudesta suhteellisen vähän. (Nikander, 2003,279.)

1.2 Moniammatillisen yhteistyön haasteita

Moniammatillisen yhteistyön yleisesti miellettyjä haasteita ovat ammattilaisten erilaiset lähtökohdat ja asioiden katsominen oman ammattikentän (arvot, tietämys) kautta. Tämä on paradoksaalista, sillä juurikin asiakasnäkökulmasta katsottuna eri ammattilaisista muodostuva verkosto voisi tarjota asiakkaalle arvokasta ja tehokasta hoitoa/palvelua, mutta juuri tämä moniammatillisuus itsessään tuo yhteistyölle haasteita. Jotta moniammatillisen verkoston palvelut ovat vaikuttavia ja tuloksellisia

asiakasnäkökulmasta, on moniammatillisen verkoston pystyttävä työskentelemään yhdessä vaikuttavasti asiakkaan hyväksi, eri lähtökohdista huolimatta. (Supper ym.2015, 716-727.) Supperin, Catalan, Lustmanin, Chemlan, Bourgueilin ja Letrilliartin (2015) tutkimuksen tulosten mukaan moniammatillisen yhteistyön keskeisimmät haasteet olivat ammattilaisten roolien vastuualueiden ja kompetenssien määrittämisen vaikeus, tiedonkulun haasteet, sitoutumattomuus ja vastuullisuuden puute, tiimien muodostamisen haasteet, moniammatillisen koulutuksen puute, pitkäaikaisen sitoutumisen puute yhteistyössä, sekä yhteistyöskentelyn valvonnan/ohjauksen puute. (Supper ym.2015, 716-727.)

Isoherranen on väitöskirjassaan (2012) tutkinut moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen vaikuttavia haasteita sosiaali- ja terveystalalla. Isoherrasen tutkimuksen tulosten mukaan keskeiset haasteet moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä olivat; sovitut joustavat roolit (roolit ja roolirajojen ylitykset), vastuukysymysten määrittely (asiantuntijoiden ammatillinen vastuu, yhteisvastuu eli kollektiivinen vastuu), yhteisen tiedon luomisen käytännöt (entiset tapaamisfoorumit, kirjaaminen ja epäviralliset keskustelut, kommunikaatio), moniammatillisen yhteistyön oppiminen (reflektiivisen arvioinnin ja yhteisen tiedonmuodostuksen taidot, tiimioppiminen), sekä organisaation rakenteet, jotka eivät aina pysty mahdollistamaan yhteisen tiedon luontia, sekä yhteisen toimintamallin kehittämistä (potilaslähtöisyys ja organisaatio, organisaation rakenne ja johtaminen, organisaatio rajana). (Isoherranen, 2012.)

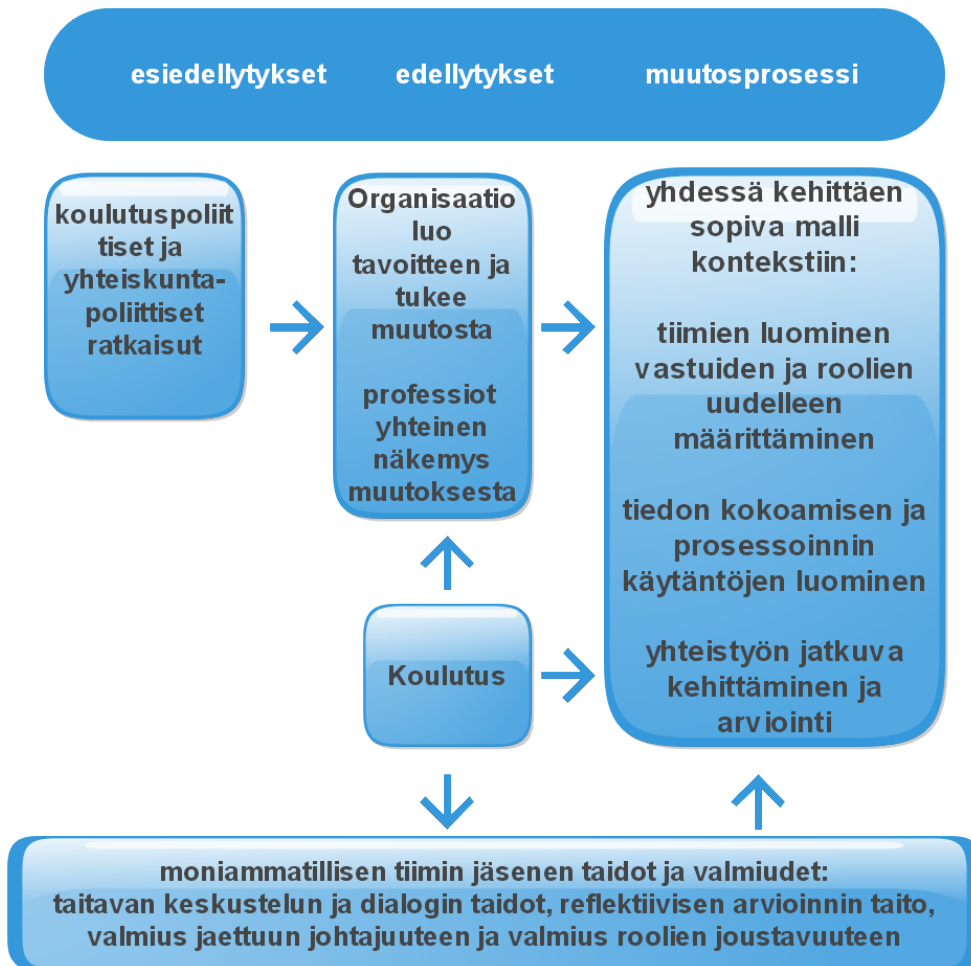
1.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen

Dàmouri, Ferrada-Videla, Rodriguez & Beaulieu (2005) ovat kirjallisuuskatsauksella (meta-analyysi) tutkineet kattavasti moniammatillista yhteistyötä (inter-professional collaboration). Analyysin tulosten pohjalta nousi esiin viisi keskeistä käsitettä, jotka nousivat tärkeiksi moniammatillisen yhteistyön onnistumisessa. Nämä käsitteet olivat jakaminen (sharing), kumppanuus (partnership), valta (power), keskinäinen riippuvuus (Interdependency) ja prosessi (process). (Dàmouri ym. 2005.)

Petri Lauran (2010) moniammatillista yhteistyötä (interdisciplinary collaboration) tarkastelevassa tutkimuksessa (käsiteanalyysi) nostettiin esiin keskeiset asiat, jotka vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön mahdollistumiseen. Analyysin tuloksista nousivat esiin seuraavat asiat; moniammatillisen yhteistyön mahdollistajia terveydenhoitoalan toimintaympäristössä olivat: ongelmakeskeisen prosessin sisäistäminen, jakaminen ja yhdessä työskentely. Moniammatillisen yhteistyön

mahdollistumiseen ja tuloksellisuuteen vaadittavia edeltäviä elementtejä olivat; moniammatillinen koulutus (interprofessional education), roolitietoisuus (role awareness), vuorovaikutustaidot (interpersonal relationship skills), tarkoituksenmukainen toiminta (deliberate action) ja tuki (support). Moniammatillisen yhteistyön seuraukset/tuotokset ovat hyödyttäviä paitsi asiakkaille/potilaille, organisaatiolle, mutta myös palvelun tarjoajille. Vuorovaikutuksellisen prosessin muodostuminen edellyttää seuraavia keskeisiä seikkoja: jaettu/yhteinen tavoite (shared objectives), päätöksenteko (decision-making), vastuullisuus (responsibility), ja yhteinen ongelmanratkaisukyky (power working together to solve patient care problems). Edellä mainittu prosessi on parhaiten saavutettavissa moniammatillisen koulutuksen kautta. Moniammatillisen koulutuksen tavoitteena on edistää yhteistä luottamusta (mutual trust), luoda kunnioittavaa ja hyväksyvää ilmapiiriä, edistää tehokkuutta, sekä kehittää avointa kommunikointia, lisätä tietoisuutta rooleista, taidoista ja vastuista. (Petri 2010,79.)

Isoherrasen väitöskirjan (2012) tutkimuksen analyysin tuloksena muodostui seuraavanlainen teoreettinen malli (kuvio 1, s. 8) moniammatillisen yhteistyön kehittämisen haasteista ja edellytyksistä sosiaali- ja terveysalalla:



Kuvio 1. Moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli. (mukailtu Isoherranen, 2012,150)

Esiedellytykset. Yhteiskunta- ja koulutuspoliittiset päätökset muodostavat esiedellytykset muutokseksi. Sosiaali- ja terveystalveluiden tuottaminen, sekä professioiden ja ammattilaisten koulutukset ja toiminta on lainsäädännön säätelemää. Poliittisten päättäjien täytyy ensin tehdä muutokset mahdollisiksi hyväksymällä ne toiminnallaan ja tarvittaessa lainsäädännöllä. Esiedellytykset lähtevät näin ollen makrotasosta käsin. (Isoherranen, 2012, 150.)

Varsinaiset edellytykset. Organisaation, professioiden ja koulutuksen tasot. Muutoksen tarpeellisuus edellyttää yhteistä näkemystä organisaation tasolla, jolloin tarvitaan mahdollisesti koulutusta. Lisäksi tarvitaan julkilausuttua yhteistä tavoitetta kehitettäessä potilas/asiakaslähtöistä moniammatillista yhteistyötä. Myös valmius/rohkeus rakenteiden ja toimintatapojen uudistamiselle, jatkuva tukeminen,

sekä vuoropuhelu muutoksen käytännön toteuttajien kanssa ovat tarpeellisia. Täten muutos organisaatiossa edellyttää moniammatillisen johtamisen taitoja organisaation kaikilla tasoilla. Profiisien ja ammattijärjestöjen tasolla tarvitaan muutoksen tarpeellisuuden, sekä sen toteuttamisen yhteistä näkemystä, alakulttuurien profiisien ja ammattijärjestöjen valmiutta, sekä hyväksyntää muutokselle ja vanhojen toimintamallien uudistamiselle. Vain edellä mainitulla tavalla mahdollistetaan vanhojen ammatillisten reviirien laajempi uudistaminen. (Isoherranen, 2012, 151.)

Koulutus luo pohjan organisaatiokulttuurin muutokselle. Koulutus mahdollistaa tarvittavien käsitteiden oppimisen ja uudet merkitykset toiminnan muuttamiseksi. Mikäli koulutusta, jossa ammatillaiset pystyisivät ymmärtämään yhteistyötä uudella tavalla ei mahdollisteta, pystyy hyvin toimiva potilaslähtöinen yhteistyö toteutumaan edelleen vain poikkeustapauksissa (Isoherranen, 2012, 151.)

Muutosprosessin toteutuksessa arjen käytäntöön jalkautetaan uudet opitut käsitteet ja toimintatavat. Mikrotasolla/muutoksen ytimessä ovat joustavasti rakentuneet, kuhunkin kontekstiin eli toimintaympäristöön sopivat tiimit. Kuhunkin kontekstiin tulisikin kehittää juuri siihen sopiva yhteistyön malli, jonka pohjana ovat potilasryhmän ja hoidon tarpeet. Tämä edellyttäisi ammatillisten roolien ja vastuiden uudelleen määrittelyä niin, että toiminta olisi joustavaa, tehokasta ja potilaslähtöistä. Tiimeillä pitäisi olla tarpeeksi valtaa omien toimintatapojen kehittämiseen ja roolien, sekä vastuiden rakentamiseen. Potilaiden tarpeiden mukaisesti rakentuu myös tiimiin kuuluvien ammatillisten määrä ja koulutus. Tiedon kokoamisen ja prosessoinnin käytännöt luodaan jokaisessa tiimissä sen toimintaan sopivaksi. Yhteistyötä myös arvioidaan ja kehitetään jatkuvasti. Tiimeissä tarvitaan jaettavaa horisontaalista johtajuutta, mutta vertikaalista johtajuutta tarvitaan muutosprosessin ohjaamiseen ja kytkettäessä tiimi muuhun organisaatioon. (Isoherranen, 2012, 151.)

Moniammatillisen tiimin jäsenten taidot ja valmiudet. Moniammatillisen yhteistyön mikrotason ydinsysteemi on tiimi systeemisesti ajateltaessa. Potilaiden ja hoidon tarpeiden pohjalta muodostetaan joustavasti tiimit. Sitä, millaisia sosiaalisia taitoja ja valmiuksia moniammatillisessa tiimissä sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan, ei ole aikaisemmin tutkimuksissa kartoitettu. Isoherranen nostaa analyysinsä pohjalta neljä keskeistä taitovaatimusta ja valmiutta; 1.reflektiivinen arvioinnin taito. Kyky tunnistaa ongelmien ratkaisussa moninäkökulmainen merkitys ja valmius yhdessä kehittämiseen, sekä oman toiminnan arviointiin. 2. Taitavan keskustelun ja dialogin taidot. 3. Valmius jaettuun johtajuuteen. Jokaisella ammatillisella on vastuu omalla alueellaan ja vastuu myös kokonaisuuden

toteutumisesta. Tällöin jokainen tiimin jäsen voi toimia sovitusti tiimin johtajana. Johtajuutta määrittää se, millaisessa kontekstissa työskennellään ja millaisia asioita käsitellään. 4. Valmius joustaviin rooleihin. Rooleja ja vastuita täytyy määritellä henkilö- ja tiimikohtaisesti pyrittäessä joustavaan potilaslähtöiseen ja kaikkien osaamista hyödyntävään työskentelyyn. Kaikkien tiimin jäsenten yhteisenä aikaansaannoksena voidaan nähdä olevan tiimille tärkeä avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. (Isoherranen, 2012, 152.)

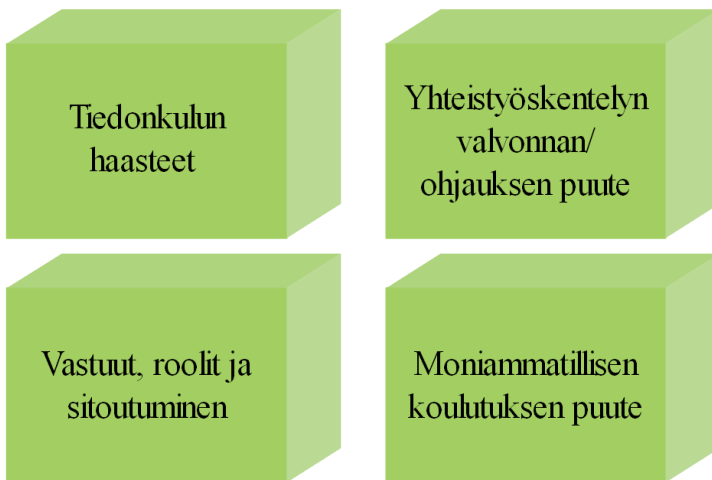
Edellä kuvatut moniammatillisen yhteistyön kehittämismallit ovat keskittyneet paljon moniammatillisen yhteistyön edellytyksiin työntekijöiden yhteistyö- ja vuorovaikutusnäkökulmista. Juurisyyn ajatellaan kytkeytyvän moniammatillisessa yhteistyössä esiintyvien ammattilaisten välisiin vuorovaikutustaitoihin, jolloin moniammatillisessa koulutuksessa on kirjallisuuden perusteella suositeltu keskittymään vuorovaikutustaitojen kehittämiseen.

1.4 Yhteenveto moniammatillisen yhteistyön haasteisiin ja kehittämiseen

Moniammatillisen yhteistyön käsite tässä tutkimuksessa:

” eri ammattilaisten/toimijoiden/sektorien kesken tapahtuva yhteistyö yhteisen asiakkaan hyväksi. Moniammatilliseksi yhteistyöksi mielletään koostuvan myös niistä tilanteista/palveluista, jolloin eri ammattilaiset toimivat yksin, mutta saman asiakkaan kanssa samaan hoitokokonaisuuteen liittyen. Ajattelu kytkeytyy asiakaslähtöisyyteen ja palveluketju -ajatukseen.”

Moniammatillisen yhteistyön haasteet -yhteenveto (kuvio 2. s. 11):



Kuvio 2. Moniammatillisen yhteistyön haasteet. (pohjautuen Isoherranen 2012, 30; 101, ja Supper ym. (2015,716-727).

Moniammatillisen yhteistyön haasteet nähdään monesti lukeutuvan toimijoiden yhteistyötaitoihin. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen tarjotaankin ratkaisuna moniammatillisen koulutuksen lisäämistä, jossa keskeisenä painopisteenä on toimijoiden välisten vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Tällöin näkökulman suurin fokus on mikrotasossa. Kuitenkin moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kirjallisuudessa on puhuttu moniammatillisen yhteistyön viitekehyksessä esiedellytyksistä ja edellytyksistä. Esiedellytyksissäkin päähuomio on kohdentunut moniammatillisen koulutuksen tarjontaan ja sitä kautta toimijoiden vuorovaikutustaitojen kehittämiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Näkökulma on hyvin paljon mikrotason toiminnassa (toimijoiden välisessä suhteessa). Tässä tutkimuksessa halutaan laajentaa näkökulmaa enemmän kokonaisuutta katsovaksi. Näkökulmassa moniammatillisen toiminnan kehittämisessä painopistettä siirretään enemmän johdon ja makrotason tasolle. Tässä tutkimuksessa tutkitaan moniammatillista yhteistyötä horisontaalisella tasolla, vertikaalisella tasolla, sekä kokonaisuuden hallinnan näkökulmasta. Siten tarkastelussa ovat kaikki moniammatillisen yhteistyön ulottuvuuden tasot: mikrotaso, johdon taso, sekä makrotaso ja näistä muodostuva kokonaisuus.

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen - yhteenveto:

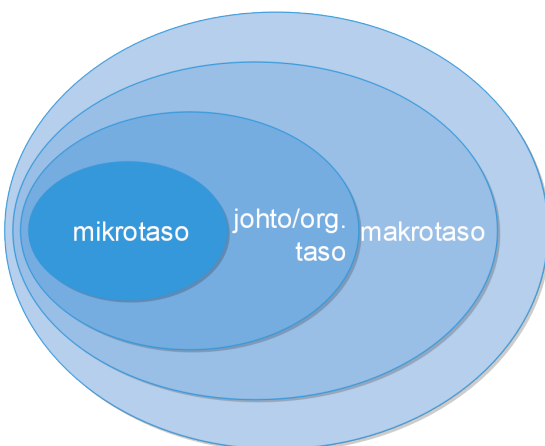
Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä muodostui seuraavat tasot: esiedellytykset, edellytykset ja muutosprosessi (kuvio 3. s 12).



Kuvio 3. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tasot 1. Muokattu tähän tutkimukseen sopivaksi Petri (2010,79) ja Isoherranen (2012,150).

Esiedellytyksissä mainittiin moniammatillinen koulutus, roolitietoisuus, vuorovaikutustaidot, koulutuspoliittiset ratkaisut ja yhteiskuntapoliittiset ratkaisut. Tässä tutkimuksessa esiedellytyksillä tarkoitetaan yhteiskunnallista tasoa (yhteiskunnalliset päättäjät, yhteiskunnan yleinen ”asenne ja arvot”, lainsäädäntö, taloudelliset asiat). Edellytysten tasolla tarkoitetaan organisaation/johdon tasoa ja mikrotasolla moniammatillisen verkoston toimijoita. Muutosprosessin taso koostuu prosessikokonaisuudesta. Esiedellytysten ja edellytysten tulee olla kunnossa, jotta päästään kehittämisen vaiheeseen.

Kokonaisuuden hallinnan paremmaksi hahmottamiseksi tasot kuvataan ovaalimuotoisena kokonaisuutena (kuvio 4, s.12), jolloin kuvio ja tasot näyttävät seuraavilta: 1.mikrotaso (professiot – ammattilaiset), 2.organisaatio/ johtotaso ja 3.makrotaso yhteiskunta ja päättäjät. Makrotaso luo pohjan ja perustan moniammatillisen yhteistyön mahdollistamiseksi. Johto/organisaatiotaso ohjaa makrotasolta annetuilla resursseilla mikrotason toimintaa. Ytimessä on tällöin mikrotason toiminta, eli moniammatillinen yhteistyö operatiivisella tasolla.



Kuvio 4. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tasot 2.

2. PALVELUKETJUN HALLINTA

2.1 Palveluketju -ajattelu

Palveluketjujen hallinta nähdään tässä tutkimuksessa oleellisena johdon työkaluna moniammatillisen verkoston kokonaisuuden hallinnassa, verkoston toimijoiden apuna verkostokokonaisuuden hahmottamisessa, sekä palveluiden vaikuttavuuden kehittämisen välineenä.

Käsitteet tässä tutkimuksessa (kuvio 5, s. 13):



Kuvio 5. Käsitteet. (Mukailtu Tanttu, 2007, 86).

Kaarina Tantun palveluketjun hallinta -väitöskirjan (2007) mukaan terveydenhuollon palveluketjuja on tarkasteltu vain vähän organisatorisesta ja palvelun kokonaishallinnan näkökulmista. Tanttu näkee organisatorisen näkökulman ajankohtaiseksi ja tärkeäksi terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan tutkimuksessa, koska terveydenhuollon palveluketjut eivät toimi sujuvasti ja niissä on ongelmia useilla eri tasoilla. Palveluketjuajattelun voikin ajatella olevan toimintamalli, jolla organisaatiokeskeinen palvelujärjestelmä pyritään muuttamaan julkisessa terveydenhuollossa asiakaslähtöisemmäksi. Ideana saumattomassa, tai joustavassa palveluketjussa on asiakkaan palvelun tarkoituksenmukaisuus. Palveluketjut muodostuvat useista palveluprosesseista, joiden tulisi kytkeytyä toisiinsa joustavasti ja tavalla, jossa asiakkaan palvelu tai hoito jatkuisi viiveettä. Terveydenhuollon palveluiden tuottamisen luonne on erityistä ammattitaitoa vaativaa – multiprofessionaalista. Palveluketju pohjautuu palveluiden kokonaisuuteen, joka edellyttää useiden ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja selkeää työnjakoa. (Tanttu, 2007, 12-15.) Palveluketjujen hallinta -käsitettä lähimpänä kansainvälisessä kirjallisuudessa on käsitteet ”service supply chain

management – SSCM”, katso esimerkiksi Wang, Wallace, Shen ja Choi (2015), ja ”healthcare service supply chain management ”, katso esimerkiksi York, Wainright ja Chen (2017).

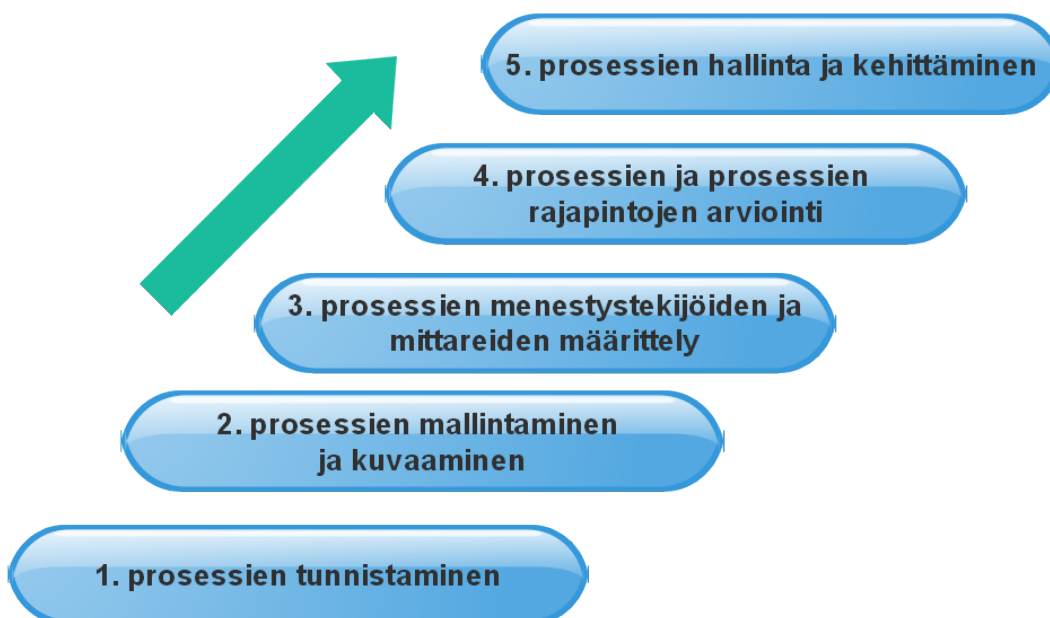
Toimintaympäristössä, jossa kulut lisääntyvät ja samanaikaisesti vaaditaan myös laadukkaampia palvelun tuotoksia, on terveydenhuollon ala kohdannut vaikeuksia palveluketjun johtamisen menetelmien periaatteiden ja käytäntöjen jalkauttamisessa (supply chain management – SCM) kts. esim. (York, Wainright. & Chen 2017,525). Yhteistyön ja koordinaation tarve painottuvat terveydenhuollon palveluketju-, ja palvelu/asiakaskeskeisen ajattelutavan nousun myötä ja tämä ajaa terveydenhuollon toimijat kehittämään palvelujansa (York, Wainright. & Chen, 2017,527). Berwick, Nolan ja Whittington (2008) ovat kehittäneet Triple Aim -mallin. Triple Aim -malli pohjautuu ajatukseen, jossa terveydenhuollon toimijoiden täytyisi pystyä saavuttamaan kolme tavoitetta. Nämä tavoitteet ovat asiakkaan/potilaan palvelukokemuksen parantaminen, väestön terveyden parantaminen, sekä kulujen hillitseminen (per capita cost). Jotta edellä mainitut tavoitteet voivat toteutua tarvitaan makrotasolla erityisesti ”systemin integraatiota”. (Berwick ym. 2008,763.)

Terveydenhuollon palveluketjujen tulisi olla asiakas/potilas -keskittyneitä ja palveluketjujen johtamisessa tarkoituksena on pitää asiakas keskiössä. Terveydenhuollon tuotokset eivät ole keskittyneitä niinkään yksittäiseen tuottavuuteen tai tehokkuuteen, vaan ennemminkin kaikkien toimijoiden yhteistyön tehokkuuteen, eli asiakkaan/potilaan terveydentilan kohenemiseen. Terveydenhuollon palveluketjujen voidaan ajatella olevan myös kaksisuuntaisia (bi-directional). Terveydenhuollon palveluketjuissa tiedonkulun täytyy virrata (flow) molempiin suuntiin, toisin kuin tavaroiden ja palveluiden tuotantoketjussa. Palauteinformaatio on tällöin tärkeä jokaisella tasolla ketjussa. Terveydenhuollon palveluntuottajat tarvitsevatkin jatkuvaa palautetta agenteilta, muilta toimijoilta, asiakkailta ja heidän perheiltään. Näin ajateltuna palveluntuottajat toimijat potilaan palautteen ”asiakkaina - vastaanottajina” ja heidän täytyisi pystyä reagoimaan palautteeseen toiminnallaan. (York ym. 2017,534-535.) Palveluketju -ajattelun kehittymisen myötä myös toimijoiden reagointikyky asiakaspalautteisiin paranee, koska tällöin jokainen yksittäinen toimija pystyy hahmottamaan paremmin asiakkaan palveluketjukokonaisuuden ja myös oman asemansa, sekä vastuunsa palveluketjun toimivuudessa.

Palveluketjujen kehittymiselle Suomessa esteenä, tai hidasteena ovat olleet organisaatiokeskeinen palvelujen tuottamiskulttuuri, yhteistyön puute eri ammattiryhmien välillä, ongelmat tiedonkulussa,

sekä kokonaisvastuun puuttuminen palveluketjuissa. Suomalainen terveydenhuollon palvelujärjestelmä pohjautuu keskeisiltä osilta kunnalliseen palvelujen järjestämävastuuseen ja palvelujen tuottamisessa perinteisessä roolissa ovat olleet oman toiminnan tai toimintayksikön optimointi, sekä yksikkökohtaisen tehokkuuden korostaminen. Potilaan koko hoito- tai palveluketjun vastuuhenkilöä tai johtajaa ei ole nimetty, jolloin kunkin yksikön tai osaston lääkärin vastaa potilaan hoidosta. Funktionaalisuus näkyy myös siinä, että yksiköiden operatiiviset mittarit ohjaavat kutakin yksikköä optimoimaan vain omaa toimintaansa, potilaan hoitoprosessin tai palveluketjun sijaan. Haasteita aiheuttaa viestintä, sekä yhteistyö näitä palveluprosesseja tuottavien ammattilaisten välillä, jolloin palvelut eivät jatku sujuvasti potilaan näkökulmasta. Palvelukokonaisuuden hämärtymistä aiheuttaa myös yhteistyötahojen suuri määrä, hoitojen monimutkaisuus, sekä erikoistuminen. Kokonaisuuden hallinnan haasteet palveluprosesseissa ja toiminnassa nousevat merkittäviksi. Riippumatta siitä, mikä yksikkö hoitoa milloinkin antaa, tulisi yhtenäisessä ja sujuvassa palveluketjussa asiakkaan hoitotilanteen olla jatkuvasti hallinnassa. (Tanttu, 2006,12.)

Prosessin hallinta ja prosessijohtamisen näkökulma on keskeinen asia palveluketjuajattelun ymmärtämisessä.



Kuvio 6. Prosessien hallintaan siirtymisen vaiheet. (Mukaiillen Tanttu, 2006,126)

Prosessin hallinnan edellytyksiä ovat sen ohjaus, ylläpito ja valvonta. Prosessijohtamiseen siirtymisen edellyttääkin organisaatiossa tiettyä kehityskaarta (kuvio 6, s. 15). Ensimmäinen vaihe on

prosessien tunnistaminen. Tämän jälkeen prosessit tulee kuvata tai mallintaa. Kolmas vaihe on prosessien ongelmapisteiden, tai kriittisten menestystekijöiden määrittely. Neljännessä vaiheessa kehitetään mittarit edellä mainittujen asioiden seuraamiseksi ja parantamiseksi. Viides vaihe on prosessien ylläpitäminen niiden jatkuvalla seurannalla ja arvioinnilla. Erityisesti prosessin jatkuvuuden näkökulmasta tulee valvoa rajapintojen tapahtumia. Vasta edellä mainittujen viiden toimenpiteen jälkeen mahdollistuu prosessien hallinta ja kehittäminen. Edellytyksenä kuitenkin on, että prosesseille täytyy määritellä vastuuhenkilöt tai omistajat, jotka vastaavat hallinnasta. Terveysthuollossa tarvitaan myös prosessilähtöisen toiminnan johtamista funktionaalisen johtamisen lisäksi, jolloin ohjaus ja organisointi tapahtuvat prosessin perusteella funktionaalisuuden sijaan. Prosessijohtamisessa oleellista onkin horisontaalinen, asiakkaiden tarpeista lähtevä toiminnan ohjaus. Terveysthuollon organisaatioissa, missä eri ammattihenkilöt tuottavat toinen toisiinsa liittyviä palveluita asiakkaille tai potilaille, on tärkeää riittävä resursointi, organisaatioiden jäsenten osaaminen ja toiminta yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, palvelujen tuottajien väliset sopimukset vastuista ja hoitolinjauksista, toimintojen yhteensovittaminen, sekä ohjaus. (Tanttu, 2006, 125-137.)

2.2 Palveluketjun hallinnan koordinoitavat osa-alueet

Tantun tutkimuksen analyysissä muodostui kuusi käsiteluoikkaa (kuvio 7, s.17), jotka kuvaavat terveydenhuollon toiminnan eri osa-alueita, jotka tulee sovittaa yhteen, eli koordinoida palveluketjujen hallinnan näkökulmasta.



Kuvio 7. Terveystenhuollon palveluketjun hallinnan koordinoitavat osa-alueet (mukailtu Tantt, 2006, 142).

Koordinoitavat osa-alueet olivat: toiminnan johtaminen, asiantuntijayhteistyö, palveluprosessin jatkuvuus ja sujuvuus, asiantuntijoiden osaaminen ja tiedon hallinta. Nämä kuusi koordinoitavaa osa-alueetta sisältyvät kaikki osaamisen johtamisen, palveluprosessien tai tiedon hallinnan kategorioihin. Merkittävää Tanttun väitöskirjan löydöksien mukaan oli se, että empiirisen tutkimuksen pohjalta esiin nousi toiminnan johtamisen tärkeys, sekä tiedon hallinta. Nämä edellä mainitut osa-alueet puuttuivat aikaisemmista teoreettisista taustaoletuksista. (Tantt, 2006,142-143.) Edellä mainitut löydökset vahvistavat myös tämän tutkimuksen taustaolettamuksia siitä, että käytännön tasolla moniammatillisen yhteistyön sujuvuuden ja siis palveluketjun hallitsemiseksi tarvitaan vahvaa tiedon hallintaa, sekä kokonaisuuden johtamista.

Henkilöstön ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä, toimintojen yhteensovittamista ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyön ja työnjaon kehittämistä, tarvitaan palvelujen tuottamisen tapahtuessa muuttuvassa toimintaympäristössä. Hoitoketjut ja -suositukset ovat olleet terveydenhuollon eri sektoreissa kehittämisen kohteena. Hoitoketjuihin liittyvät tutkimukset ja käytännön kokeilut ovat koskeneet enimmäkseen hoidon porrastamista ja hoitokäytäntöjen yhteneväisyyttä. Diagnoosipohjaisten hoitoketjujen kehittämisen tarkoituksena on ollut terveydenhuollon toiminnan uudistaminen

ja yksittäisen potilaan hoidon tukeminen. Potilas- tai asiakaslähtöisen palveluketjun hallinnassa tarvitaan kuitenkin muitakin menetelmiä lisänä, koska useat potilaat ovat moniongelmaisia, tai sairastavat monia sairauksia. Palvelujen kokonaisuutta tulee siten myös hallita. Kehittämisenäkökulmasta Tantun tutkimustuloksissa nousi esiin kolme merkittävää terveydenhuollon toiminnan kehittämisen osa-alueita. Nämä osa-alueet olivat asiakaslähtöisyys, palveluketjuajattelun sisäistäminen ja palveluketjussa kulkevan tiedon hallinta. (Tanttu, 2006,11-13, 165.)

Palveluketjun eri toiminnot muodostavat jatkuvan kokonaisuuden ilman tarpeettomia viiveitä ja jonoja asiakkaan kannalta. Palveluketjun hallinta edellyttäisi myös vastuiden selkeyttä palveluketjussa, sekä mahdollisuuksia seurata palveluketjun sujuvuutta. Palveluketjussa tuleekin palvelun tuottajien keskinäisten vastuiden olla selkeästi määritelty. Usein potilaan jatkohoidot ovat puutteellisesti järjestetty, sekä yhteen sovitettu. Potilaalla voi olla samanaikaisesti läheteitä useisiin palveluihin. Näin ei voi kuitenkaan organisaatorajat ylittävää palveluketjua toteuttaa. Jotta palveluketju sujuisi, on välttämätöntä määritellä eri toimijoiden vastuut. Keskittymällä asiakaslähtöisesti palveluketjujen ja palveluprosessien, sekä näitä koskevan päätöksenteon kehittämiseen, voidaan terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan kehittämiseksi toteuttaa ajankohtaisiin tarpeisiin vastaava muutos. Sairauksia hoidetaan ja terveyttä ylläpidetään tällä hetkellä vielä monilla irrallisilla ja yksittäisillä hoitotapahtumilla. Kuitenkin hyvinvoinnin kannalta tärkeää olisi ymmärtää millaisia kokonaisuuksia potilaan hoidoista muodostuu, miten potilas itse ymmärtää kokonaisuuden ja miten eri kokonaisuudet, palvelu- ja hoitoketjut toisiinsa suhteutuvat. Terveydenhuollossa kerätään ja tallennetaan tietoa tietojärjestelmien avulla edelleen lähinnä osasto- tai klinikkakohtaisesti toiminnan ohjaukseen, tai muita omia tarpeita varten toisista riippumatta. Palveluketjun sujuvuus muodostuu palveluiden yhtäjaksoisesta jatkuvuudesta, sisäisestä palvelukyvyistä, yhteistoiminnan asteesta, sekä moniammatillisen osaamisen hyödyntämisestä. Aikoja kuvaavilla mittareilla, sekä prosessikuvausten avulla pystytään mittaamaan palveluprosessin ja -ketjujen sujuvuutta. (Tanttu 2006, 197-198.)

Palveluketjussa kulkevan tiedon hallinnan osalta tärkeät tekijät tutkimustulosten perusteella olivat siirtyvän tiedon tarpeen määrittely, sovitut kirjaamiskäytännöt ja tiedon siirtyminen raportoitavaan ja seurattavaan muotoon. Tietojärjestelmät ovat keskeisessä asemassa tiedon kulun tukemisessa palveluketjussa. Kuitenkin tällä hetkellä palveluketjuajattelun kannalta tiedon sähköinen siirtyminen on haasteellista, koska eri järjestelmät eivät ole yhteen sovitettavissa. Terveydenhuollon tietojärjestelmissä on käytössä lukuisia erilaisia potilashallinnon järjestelmiä, potilaskertomusjärjestelmiä, erillisjärjestelmiä, taloushallinnon, henkilöstöhallinnon ja johdon järjestelmiä. Tavoitteena on, että

tietojärjestelmät yhteensovitettaisiin, mutta pelkkä tiedon standardointi ei pelkästään riitä, jos yhteisistä kirjaamiskäytännöistä ei ole sovittu. Lisäksi tavoitteena on, että määritykset, luokitukset ja käsitteet ovat yhtenäisiä, jotta potilastietojärjestelmät voisivat tuottaa tietoa eri tasolla tapahtuvaan johtamiseen, ohjaamiseen ja seurantaan. Tiedonkulun hallinnan edellytyksiä ovat palveluketjuun kuuluvien prosessien tunnistaminen, potilaskertomuksen yhtenäisten rakenteiden sopiminen eri käytöjärjestelmissä, toimintojen uudelleenorganisointi, ja eri ammattiryhmien välinen yhteistyö. Jotta palveluketju sujuisi ja mahdollistuisi, on välttämätöntä selkiyttää eri toimijoiden keskinäisten vastuiden lisäksi myös se, kuka vastaa palveluketjun sujumisesta. (Tanttu, 2006, 200.)

2.3 Teorian yhteenvetoa

Tästä teoriasta otetaan empiiriseen osaan viitekehys, jonka mukaan (kuvio 8, s.19) oletetaan, että palveluketjun hallinnan onnistumisen kannalta avainasemaan nousevat tiedon hallinnan merkitys, palveluprosessit (palveluprosessien jatkuvuus, palveluketjun sujuvuus, toiminnan johtaminen), sekä osaamisen johtaminen (asiantuntijoiden osaaminen, asiantuntijayhteistyö). Lisäksi merkittäviksi näkökulmiksi nostetaan myös toiminnan asiakaslähtöisyys ja palveluketjuajattelun kehittäminen.



Kuvio 8. Palveluketjun kokonaisuuden hallinnan oleelliset tasot. (Muokattu Tanttu, 2006, pohjalta.)

3. VERKOSTOJOHTAMINEN VERKOSTON KOKONAISUUDEN HALLINTANA

3.1 Verkostojohtamisen teorioista

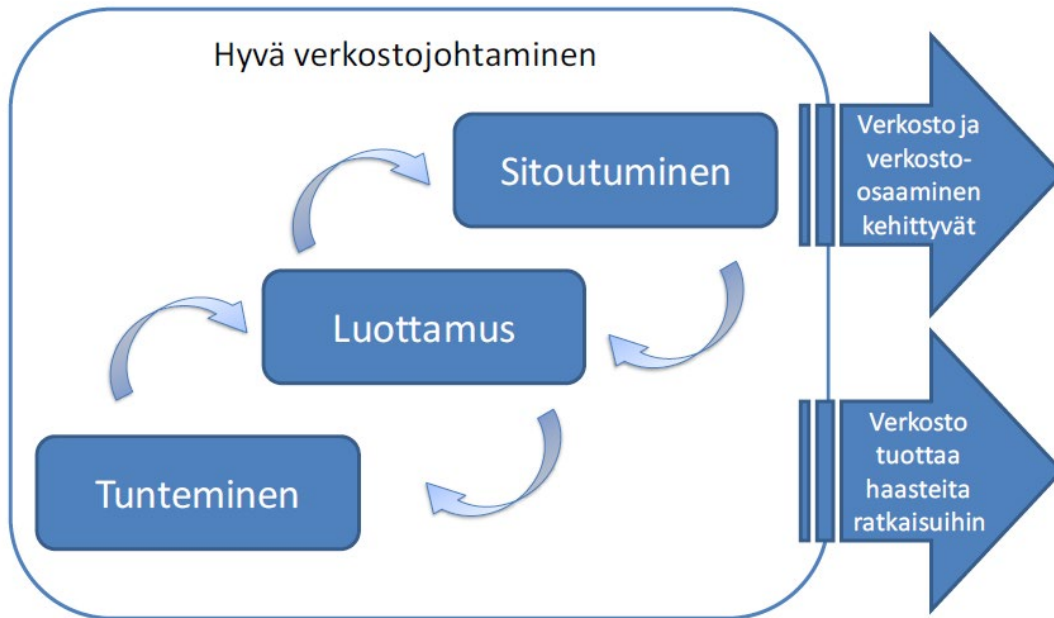
Verkoston käsitteen määrittely (kuvio 9, s. 20) pohjautuu tässä tutkimuksessa Provanin ja Kenisin (2008, 231) paljon käytettyyn määritelmään verkostosta ” Verkosto muodostuu kolmesta tai useammasta autonomisesta organisaatiosta, jotka työskentelevät yhdessä saavuttaakseen paitsi omat tavoitteensa, myös verkoston yhteisen tavoitteen. ” Verkostot voivat olla itseohjautuvia verkoston jäsenien toimesta, tai niiden toimintaa voidaan ohjata sopimuksilla ja mandaateilla, kuten yleensä julkisella sektorilla on tapana. Kun määritelmä verkostoista nähdään tämän tyyllisenä monenkeskisenä yhteistoimintana, verkostoista voi muodostua erittäin kompleksisia kokonaisuuksia, jotka vaativat teoreettista tulkintaa, jotta niitä ja niiden toimintaa voidaan ymmärtää. Monissa kirjallisuudessa on käytetty organisaatioteorian ja strategisen johtamisen viitekehyksiä. (Provan & Kenis 2008, 231.) Tässä tutkimuksessa verkoston johtaminen ja verkoston hallinta määritellään tarkoittavan samaa asiaa (kuvio 9, s. 20).



Kuvio 9. Verkostojohtamisen käsitteitä

Verkostojohtamisen tutkimus Suomessa on keskittynyt ns. pehmeiden arvojen johtamiseen ja Suomessa verkostot voidaankin nähdä lähinnä jaettuina, hajautettuina hallintoina (kts. esimerkiksi Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010). Suomessa verkostojohtamisen yhteydessä puhutaan siis yleisesti jaetusta johtamisesta. Euroopan sosiaalirahaston, Uudenmaan ELY-viraston, Suomen

Akatemian ja Vantaan kaupungin rahoittama ”verkostojohtamisen opas: verkostotyöskentely sosi- aali- ja terveysalalla ” Järvensivu, Nykänen & Rajala (2010, 3-21) esimerkiksi painottaa johtamisen verkostossa olevan luottamuksen ja sitoutumisen mahdollistamista (kuvio 10, s.21).



Kuvio 10. Hyvä verkostojohtaminen verkostojohtamisen oppaan mukaan (Järvensivu ym. 2010,17).

Tässä tutkimuksessa verkostojohtamista/verkoston hallintaa lähestytään eri näkökulmasta. Tutkimuksessa halutaan ottaa kantaa siihen, että erityisesti sosiaali- ja terveysalalla hajautettu ja jaettu johtaminen voi olla tehotonta ja päämäärätöntä, jolloin verkoston johtamisen hallintamallin suositeltavampana muotona olisikin kontrolloidumpaa hallintaa, sekä selkeämpää johtamisjärjestelmää ja struktuuria toteuttava malli.

Verkostotutkimukset ovat useimmiten kansainvälisesti tarkasteltuna keskittyneet kahteen näkökulmaan, joita ovat ”verkosto -analyysi” (network analytical approach) ja ”verkosto hallinnan muotona” (network as a form of governance approach). Molemmat tutkimussuunnat ovat rajoittuneet analysoimaan verkostotason toimintaa ja hallintaa. Tällöin verkoston analyttinen tutkinta keskittyy pelkästään mikrotason toimintaan, eli yksilötason toimintaan verkostoissa (networks of individuals). Verkoston analyttisessä tutkimuksessa päähuomio on enimmäkseen ollut kuvata, selittää tai verrata verkoston toimijoiden suhteiden tasoja toisiinsa, jolloin huomio on kiinnittynyt enemmänkin siihen,

miten yksittäinen toimija on kiinnittynyt verkoston toimintaan. Verkosto hallinnan muotona -tutkimussuunnassa (network as a form of governance approach) verkostot ovat kuvattu hallinnan mekanismeina. Tällöin verkostot on nähty enimmäkseen ”uutena ja positiivisena keinona” koordinoinnille, joka on näin erottunut markkinatalouden keinoista ja myös hierarkioiden periaatteista. (Provan & Kenis, 2008, 232-233.)

3.2 Verkoston kokonaisuuden hallinnan näkökulmia

Provan ja Kenis käyttävät määritelmänä ”goal-directed network” -käsitettä (esim. Provan & Kenis 2008), eli tavoiteohjautunutta / tavoitesuuntautunutta verkostoa. Tavoitesuuntautuneet verkostot ovat tulleet erittäin tärkeiksi formaaleiksi hallintakeinoiksi, joilla pyritään saavuttamaan moniorganisaatoriset tuotokset ja tavoitteet (multi-organizational outcomes). Tavoitesuuntautuneet verkostot on perustettu tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. Tämä käsittää paitsi verkoston toimijat, jotka ”sisältyvät” verkostoon, mutta myös ne toimijat, jotka ovat liittyneet verkostoon mandaatilla, tai sopimuksilla. Tällöin vaaditaan kollektiivisia toimia ja näiden toimien hallintaa, jotta haluttuihin tavoitteisiin on mahdollista päästä. Vaikkakin verkostojen hallinta (governance) ei perustu ”lailliseen oikeuteen” (legal issue), kuten organisaatioiden hallinnassa (organizational governance), on verkostojen hallinnan onnistumisella kriittinen merkitys verkoston tehokkuuteen. (Provan & Kenis, 2008, 231.)

Provan ja Kenis (2008) halusivat yhdistää verkostoanalyysin ja verkoston hallinnan näkökulmat. Tällöin verkoston hallinnan näkökulmasta oleellista on se, että verkosto *itsessään* määritellään yksikkönä analyysissä, eli ”yhtenä kokonaisuutena”. Verkostoanalyysin näkökulmasta katsottuna, verkostot ovat yhdistelmiä toimijoista/osista ja näiden välisestä toimijuudesta, joka on joko olemassa tai ei. Lisäksi verkostojen ajatellaan muodostuvan yhteistyömuotojen rakenteeseen perustuen. Tähän logiikkaan perustuen verkostojen nähdään olevan muuttuvia, jolloin tarkastellaan erilaisia verkoston hallinnan konfiguraatioita ja kunkin verkoston muodon edellytyksiä tehokkuudelle. Johtajuuden (management) kriittistä merkitystä verkoston hallinnan onnistumiseen ja verkoston vaikutuksien mahdollistamiseen korostetaan myös. Tällöin tutkimuksen keskiössä eivät ole verkostot hallinnan synonyyminä ja keinona (as a means of governance), vaan näkökulmana on enemmänkin se, *miten verkostoja on mahdollista hallita ja johtaa*. (Provan ja Kenis, 2008.)

Provan ja Kenis (2008) ovat tutkineet verkoston hallinnan muotoja; struktuureja, johtamista ja tehokkuutta. Artikkeliki käsittelee verkoston hallinnan kriittisiä rooleja ja niiden vaikutusta verkoston tehokkuuteen. Verkoston tehokkuus nähdään tässä siten verkoston positiivisina tuotoksina (outcomes), joihin verkoston yksittäiset toimijat eivät itsenäisesti toimiessaan pystyisi. Vaikkakin myös yksittäiset organisaatiot verkostossa hyötyvät, nähdään tehokkuus tässä enemmänkin verkosto-tasolla tarkasteltuna. Verkostoja on tutkittu useasta näkökulmasta, mutta yllättävän vähän huomioita on kiinnitetty verkoston kokonaisuuden hallintaan. Tavoiteorientoituneet/tavoitesuuntautuneet verkostot (goal-directed organizational networks) tarvitsevat myös muotoja hallinnasta (governance), jotta verkostojen toimijat sitoutuvat yhteisesti sovittuun toimintaan ja verkoston resurssit pystyttäisiin hyödyntämään tehokkaasti. Vaikkakin kaikki verkostot sisältävät lukuisan määrän kanssakäymisiä toimijoidensa välillä, keskiössä ja edellytyksenä verkoston kokonaisuuden hallinnalle on auktoriteetin luoma struktuuri ja kontrollitoimet verkoston toimijoiden yhteistyölle, jotta resurssien kohdentaminen ja koordinointi olisi mahdollista. (Provan & Kenis 2008, 230-233,290.)

Verkoston hallinta voi olla välillistä (brokered) tai ei. Eli toisessa ääripäässä voi olla tilanne, jossa verkoston hallintaan osallistuvat kaikki ne toimijat, jotka muodostavat verkoston. Tällöin jokainen organisaatio voi vaikuttaa toisten organisaatioiden kanssa verkoston hallintaan. Tämän tyylistä hallintaa kutsutaan jaetuksi hallinnaksi, hajautetuksi hallinnaksi, tai vaikka toimijoiden hallinnaksi (shared governance, participant-governed networks). Toisessa ääripäässä verkosto voi olla vahvasti, välillisesti hallittu. Tällöin verkoston hallinta voi keskittyä vain yhdelle organisaatiolle, jolloin kyseinen organisaatio toimii keskitettynä verkoston ”brokerina”, johtavana organisaationa tilanteesta riippuen (externally governed network, network administrative organization, NAO). Tämä organisaatio on erityisesti muodostettu hallitsemaan verkostoa ja se voidaan muodostaa verkoston organisaation edustusjäsenistä, tai erikseen mandaatilla verkoston muodostumisprosessin yhteydessä. Kolmas muoto verkoston hallinnasta on näiden edellisten välimuoto, jolloin yksittäinen organisaatio voi ottaa muutaman keskeisen hallinnan toimet itselleen, jolloin loput hallinnan muodot jätetään muille organisaation toimijoille (lead organization-governed networks). Tällöin mikään toimijoista ei ota merkittävää roolia verkoston hallinnassa. (Provan & Kenis, 2008, 233-234.)

Jaettu, hajautettu hallinta (participant-governed networks). Yksinkertaisin ja kaikista yleisin muoto on jaettu hallinta. Tällöin hallinta on verkoston kaikilla jäsenillä ilman erillistä hallintayksikköä. Hallinnan muodot voivat olla tällöin formaaleja, esimerkiksi säännöllisten tapaamisten kautta, tai epämuodollisia, kuten ei-koordinoitujen toimintojen kautta, esimerkiksi niiden toimijoiden tekojen

kautta, jotka ovat epämuodollisesti antaneet panostuksensa verkoston menestymiseen. Jaetun hallinnan verkostot perustuvat kaikkien osallistumisen ja sitoutumisen korkeaan asteeseen. Verkoston toimijat ovat itse vastuussa johtaessaan verkoston sisäisiä ja ulkoisia suhteita, sekä operatiivisia toimintoja. Terveysthuollossa ja asiakaspalvelualueilla jaetun hallinnan verkostot ovat yleisiä. Yrityspuolella jaettua hallintaa käytetään enimmäkseen pienissä, yritysten välisissä strategisissa alliansseissa ja kumppanuuksissa, joissa yritysten omistajataho ei ole mukana. Kuitenkin vain osallistamalla kaikki jäsenet verkoston toimintaan samoilla arvoilla, on jäsenten mahdollista sitoutua verkoston yhteiseen tavoitteeseen. Verkoston hallinnan ollessa jaettua on toiminta kollektiivista ja toimijat tekevät päätökset yhdessä ja johtavat näin verkoston toimia. (Provan & Kenis, 2008, 234-235.) Suomessa verkoston hallinta nähdään enimmäkseen tämän jaetun hajautetun hallinnan näkökulmasta (kts. esimerkiksi Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010).

Johtavan organisaation hallinta (lead organization - governed networks). Jaetun hallinnan verkostossa useat, tai kaikki verkoston jäsenet osallistuvat päätöksentekoon ja verkoston hallintaan. On olemassa kuitenkin useita tilanteita, jolloin tämän tyylinen hajautettu, jaettu ja kollektiivinen hallinta ei ole mahdollista. Verkostossa ilmenevän tehottomuuden myötä on syytä ajatella, että verkostossa tarvitaan keskitettyä hallintaa ja johtamista jaetun hallinnan sijaan. Yrityspuolella johtavan organisaation hallinta verkostoissa on usein vertikaalista, asiakas/ostaja- ketjuun perustuvaa toimintaa. Erityisesti jos kyseessä on yksittäinen voimakas, iso ostaja -organisaatio, sekä useita heikompia ja pieniä tuottaja/palveluntarjoaja -organisaatioita. Tämän tyylinen verkostotoiminta voi tulla kyseeseen myös horisontaalisissa monitoimija-verkostoissa, varsinkin jos yhdellä organisaatiolla on vaadittavat resurssit ja oikeudelliset perusteet ottaa johtajan rooli verkostossa. Tätä mallia käytetään monesti asiakaspalvelualalla, jolloin keskeinen palveluntarjoaja/tuottaja -agentti on omaksunut verkoston johtajan roolin keskeisen asemansa vuoksi (asiakkaat, avainresurssit). Johtavan organisaation hallinnassa kaikki verkosto -tason toiminnat ja keskeiset päätökset koordinoidaan johtavan organisaation kautta. Tällöin verkoston hallinta on vahvasti keskitettyä ja vallankäyttö ”epäsymmetristä” jakautuen yhdelle verkoston organisaatiolle. Verkoston johtava organisaatio tuottaa verkostolle hallinnollisen toiminnan ja fasilitoi, sekä ohjaa verkoston kunkin jäsenen toiminnan niin, että verkoston tavoitteet toteutuvat ja saavutetaan. Tällöin verkoston tavoitteet ovat yleensä samat, mitä johtavan organisaation tavoitteet ovat. Johtaja organisaatio voi päättää itse verkoston kulurakenteesta, vastaanottaa resursseja ja maksuja verkoston toimijoita, tai etsiä ja kontrolloida ulkoisia rahoituksia. Johtavan organisaation rooli voi nousta jäseniltä itsestään, jolloin kyseessä on yhteinen päätös parhaimmasta

toimintamallista, tai johtava organisaatio on voitu valita mandaatilla (yleensä ulkoinen rahoittajataho). (Provan & Kenis, 2008,235-236.)

NAO -malli (network administrative organization). Verkoston hallinnan kolmas muoto on NAO -malli (network administrative organization). Perusideana NAO:ssa on se, että erillinen hallinnollinen yksikkö muodostetaan hallitsemaan ja johtamaan verkostoa ja sen toimintoja. Verkoston toimijat ovat kuitenkin vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, kuten johtavan organisaation mallissa NAO:n ollessa keskiössä. Verkoston brokerilla, tässä tapauksessa NAO:lla, on avainasema verkoston koordinoimisessa ja ylläpitämisessä. Toisin kuin johtavan organisaation mallissa, NAO ei ole yksi verkoston organisaatioista tarjoten omia palveluitaan. Sen sijaan NAO johtaa ja hallitsee verkostoa ”ulkoisesti”, joko mandaatilla tai verkoston erityisellä päätöksellä ulkoistaa verkoston hallinta. NAO voi olla hallinnollinen itsenäinen yksikkö, tai voittoa tavoittamaton yksikkö, kuten monesti on tapana, vaikkakin verkoston jäsenet olisivat voittoa tavoittelevia yrityksiä. NAO voi olla pienimuotoinen yhden yksilön yksikkö, kuten verkoston fasilitaattori, tai se voi olla myös formaali organisaatio sisältäen johtajan, henkilökuntaa ja erillisen johtokunnan. Tätä formaalimpaa muotoa käytetään monesti vahvistamaan verkoston legitimitettä ja tapauksissa missä verkosto toimii kompleksisessä ympäristössä kohdaten haastavia verkosto -tason ongelmia ja kysymyksiä. Johtoryhmän tehtävänä on asettaa verkoston strategiset tavoitteet, jotka taas NAO:n operatiivinen johtaja jalkauttaa verkoston toimintaan. (Provan & Kenis, 2008, 236.)

Verkoston kokonaisuuden ” Whole network, networks as a whole, tai goal-directed network” tutkijoita ovat mm. Van der Oord, Lemaire, Kenis ja Cambre (2017), Vangen, Hayes ja Cornfort (2015), Saz-Carranza ja Ospina (2011), Provan, Fish & Sydow (2007) sekä Provan ja Kenis (2008). Van der Oordin, Lemairen, Kenisin ja Campren tutkimuksessa (2017) löytyi kolme mekanismia, jotka mahdollistavat verkostokokonaisuuden ”whole network” kehittymisen, integroinnin ja tehokkuuden. Näitä mekanismeja olivat verkoston hallinta ”networks governance,” rakenne ”structure” ja johtamisprosessit ”management processes” (Van der Oord ym.2017). Vangen, Hayes, ja Cornfort (2015) tutkivat poikkisektorisen ja organisaatioiden välisen yhteistoiminnan hallintaa. Heidän tutkimustulosten mukaan yhteistyön hallinta mahdollistuu kolmen elementin kautta. Nämä elementit ovat struktuuri, prosessit ja toimijat, jotka ovat avainasemassa ohjatessa, koordinoitaessa ja jakaessa resursseja yhteistyössä (collaboration) kokonaisuuden näkökulmasta katsottuna. (Vangen, Hayes & Cornfort, 2015, 1258.)

Provan ja Kenis (2006) ovat artikkelissaan käsitelleet julkisten verkostojen kontrollia. Jotta organisaatiot pystyvät saavuttamaan tavoitteensa, ovat verkostot muodostuneet tärkeiksi avaintekijöiksi. Vaikka verkostoja on tutkittu kirjallisuudessa paljon eri näkökulmista, on huomiota kiinnitetty vain vähän verkostojen kontrollointiin. Kontrollin käsite on usein kirjallisuudessa ilmentynyt lähinnä organisatorisessa kontekstissa. Verkostojen luonteeseen kuuluu, että ne ovat perustuneet ”epämuodolliseen yhteistyöskentelyyn”, jolloin ajatus formaaleista kontrollimekanismeista verkostojen yhteydessä on ollut asiaankuulumaton koko verkoston käsitteen olemusta vasten. Kontrollia kuitenkin tarvitaan verkostoissa, jotta pystytään varmistamaan paitsi organisaatioiden omien tavoitteiden, myös verkoston tason tavoitteet saavuttaminen. Verkoston kontrollointi määritelläänkin mekanismiksi, jossa verkoston toimijoiden tekoja tarkkaillaan siitä näkökulmasta, että verkoston tasolla tavoitteet voidaan saavuttaa. Verkoston kontrolloinnin käsite ei rajoitu vain kontrollin mekanismeihin ja tarkoituksiin, vaan kontrollin tavoitteeseen (esim. tarkkaillaan, jotta voidaan ohjata toimia tavoitetta kohden). (Provan & Kenis, 2006, 227-228.)

Avainasia siihen, miksi kontrollin käsite ei ole esiintynyt verkostojohtamisen (network management) ja verkostojen hallinnan (network governance) laajassa kirjallisuudessa näyttäisi olevan se, että verkostot itsessään ovat esitetty ratkaisuna kontrollin ongelmiin. Oletuksena on ennemminkin ollut se, että ”hyvä johtajuus” (good management), ”kaikki voittaa” (win-win situation) ja ”kaikkien verkostojen toimijoiden johtaminen tyytyväisyyteen” (leading to satisfaction of the network participants) on nähty vastakohtana kontrollin käsitteelle. Toisin sanoen, verkostojen hallinta ja verkostojohtaminen on nähty moderneina muotoina itseohjautuvalle kontrollille (self-regulated control). Tästä näkökulmasta katsottuna kontrolli aiheuttaisikin enemmänkin verkostojen toiminnallisuudelle haittaa. (Provan & Kenis, 2006, 230.) Provanin ja Kenisin tutkimuksessa kontrollin mekanismeja löydettiin viisi. Nämä mekanismit olivat: henkilökeskeinen kontrolli, formaali byrokraattinen kontrolli, tuotosohjautunut kontrolli (Output control), kulttuurinen kontrolli ja maineeseen perustuva kontrolli. Terveystieteiden verkostot nähdään kuuluvan formaalin byrokraattisen kontrollin piiriin. Tällöin kirjoitetut manuaalit ohjaavat ja standardisoivat toimijoiden käytöstä. Tuotos-ohjautunut kontrolli fokusoi enemmänkin verkoston tuotoksiin, kuin verkoston toimijoiden käytökseen. Tällöin verkoston lopputuotoksia mitataan ja niitä arvioidaan, sekä kontrolloidaan. Kontrolli ei ole tietenkään itsessään tavoite/päämäärä, vaan keino/väline, jolla tavoitteet pystytään saavuttamaan (Provan & Kenis, 2006, 232-239).

3.3 Yhteenveto verkostoista ja verkostojohtamisesta

Verkostojen hallinnan muotoja Provanin ja Kenisin jaottelun (2008) mukaan on kolme. Nämä hallinnan muodot ovat jaettu hajautettu hallinta, johtavan organisaation hallinta, sekä NAO -malli, jossa verkoston hallintaa varten on perustettu erillinen hallinto -yksikkö. Suomessa verkoston hallinnan muotona käytetään pääsääntöisesti jaetun hajautetun hallinnan muotoa (kuten myös maailmanlaajuisesti). Syynä tähän voi olla se, että verkostojen luonteen nähdään perustuvan ”epämuodolliseen yhteistyöskentelyyn”, jolloin ajatus formaaleista kontrollimekanismeista verkostojen yhteydessä on ollut asiaankuulumaton koko verkoston käsitteen olemusta vasten, eli verkostot itsessään nähdään olevan ratkaisuna kontrollin ongelmiin. Jaetun hajautetun hallinnan ydinolemuksen kuuluu ns. pehmeät arvot: tuntemus, luottamus ja sitoutuminen. Koska kukaan/mikään ei ohjaa verkoston toimintaa, korostuu kaikkien toimijoiden osalta luottamus ja sitoutuminen keskeisinä arvoina. Verkostot nähdään taas mikrotasolta käsin, jolloin keskiössä ovat yksittäiset toimijat. Näin ajateltuna kokonaisuuden hallinnan näkökulmasta verkostosta muodostuu hyvin kompleksinen ja hallitsematon. Kuitenkin ajateltaessa erityisesti sosiaali- ja terveystalvelujen luonnetta, olisi tärkeää, että verkostot pystyisivät saavuttamaan tavoitteensa (Kuvio 11, s.27).



Kuvio 11. Verkoston kokonaisuuden tulokselliseen johtamiseen (goal-oriented network) vaadittavia elementtejä tämän tutkimuksen näkökulmista. (Mukailtu Van der Oord ym. 2017, Vangen, Hayes & Cornfort, 2015, 1258, Provan & Kenis, 2006, 232-234).

4. TEOREETTISEN VIITEKEHYKSEN SYNTEESI

Tutkimuksen teoreettisen viitekehysten synteesi muodostui seuraavaksi (Kuvio 12, s. 28).



Kuvio 12. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

Tutkijan taustaolettamukset/aikaisempi tietämyspohja, havainnot OT-projektiin liittyen, sekä tutkimuksen teoreettinen viitekehys yhdessä muodostivat tämän tutkimuksen empiirisessä osiossa olevien asiantuntijahaastatteluiden teemarungon (kysymyspohjan). Kysymykset muotoutuivat neljän teeman ympärille: moniammatillisen yhteistyön haasteet ja kehittäminen, tiedon kulku ja hallinta verkostossa

(mukaan lukien lait salassapitoon liittyvissä kysymyksissä), palveluketjun hallinta ja toimivuus, sekä verkostojohtaminen. Kaikkia muita teema-alueita käsiteltiin erikseen teoriaosuudessa, paitsi tiedon kulkua/ tiedon hallintaa. Tiedon hallinnan merkitys kuitenkin nostettiin esille moniammatillisen yhteistyön ja palveluketjun hallinta -teoriaosuuksissa, jolloin tiedon hallinnan käsitettä itsessään tai tiedonkulkua ei laajemmin teoriaosuudessa esitelty. Tiedon hallinta ja tiedon kulku nähdään tässä tutkimuksena tiedolla johtamisen käsitteenä. Tässä yhteydessä verkoston tiedolla johtamisella tarkoitetaan tapaa johtaa verkostoa nimenomaan palveluketju -ajattelun kautta, koska tällöin huomio kohdistuu asiakkaan ”palvelupolkuun”, yhteisen asiakastiedon muodostumiseen, sekä asiakkaasta muodostuneiden ”tietojälkien” hallintaan verkostossa.

5. TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMAAN VAIKUTTAVAT TAUSTAT

Tässä osiossa avataan tarkemmin niitä tutkijan omia ammatillisia ja teoreettisia lähtökohtia, joilla on vaikutusta erityisesti tutkimuksen analyysi- sekä johtopäätösvaiheisiin. On tarkoituksenmukaista tarkastella taustaolettamuksia laajemmin, koska niillä on merkitystä tutkimuksen näkökulman rakentumiseen ja OT-keskuksen kehittämistyöhön (kts. esimerkiksi tutkimuksen luotettavuuden tarkastelusta kohta siirrettävyys.) Vaikuttavia teoreettisia ja ammatillisia lähtökohtia ovat hallintotieteilijän näkökulma, sekä neuropsykiatrisen valmentajan näkökulma.

5.1 Hallintotieteilijän näkökulma

Edustan näkemyksissäni Henri Fayolin (1841-1920) klassisen johtamisteorian koulukuntaa. Katson asioita organisatorisesta ja kokonaisuuden kehittämisen näkökulmasta. Lisäksi korostan struktuurin ja selkeän johtamisjärjestelmän tärkeyttä.

Klassisen johtamisteorian keskeinen ajatus on se, että johtamisessa vaaditaan erilaisia organisointi- ja hallinnointitaitoja (suunnittelu, organisointi, koordinointi, toteutus ja valvonta). Johtajalla on tällöin keskeinen rooli järjestelmällisyyden vaalijana. Tarkoituksena on muodostaa hierarkkinen

järjestelmä, jossa jokaisella työntekijällä on oma selkeä roolinsa. (Fayol 1916/1990 teoksessa Peltonen 2007, 21.) Organisaatorakenteen tarkoituksena on selventää visuaalisesti organisaation muodollisia valta- ja vastuusuhteita, sekä jokaisen hierarkkisen tason sisäisen työnjaon rakennetta, eli erikoistumista osastoihin ja osastojen välistä vuorovaikutusta, sekä kommunikaatiota. Valta- ja vastuusuhteet osoittavat, kenelle työntekijä on raportointivelvollinen ja montako alaista esimiehillä on. Visualisoidessa organisaation rakennetta on usein käytetty organisaatiokaaviota, mutta rakenne voi olla myös kaavioesitystä monimutkaisempi. Organisaation eri muotoja voidaan kuvata seitsemän perustyyppin avulla. Nämä seitsemän perustyyppiä ovat pienyritysrakenne, toimintorakenne, divisioonarakenne, matriisirakenne, prosessirakenne, verkostorakenne ja hybridirakenteet. (Peltonen 2007,33-38.)

Toimintorakenteessa johdon alaisuudessa toimii eri tehtäväalueille erikostuneita funktioita tai toimintoja. Kukin toiminto keskittyy omaan erityisalaansa. Johdon tehtävänä on valvoa funktioiden toimintaa ja varmistaa organisaation tasapainoinen kehitys. Divisioona- eli tulosityksikkörakenne perustuu erillisiin tulosityksiköihin, jotka on muodostettu yrityksen eri liiketoiminta-alueiden pohjalle. Matriisirakenne pyrkii yhdistämään divisioonamallin ja toimintorakenteen samassa organisaatiossa, jolloin toimintorakenteen päälle suunnitellaan divisioonarakenne. Kullakin yksittäisellä työntekijällä on tällöin kaksi esimiestä, joista toinen tarkastelee aktiviteetteja tuotteen tai asiakkaan näkökulmasta ja toinen funktionaalisen erityisosaamisen näkökulmasta. Prosessirakenne korostaa horisontaalisia toimintoketjuja hierarkkisen organisoimisen sijaan, jolloin lähtökohtana on toiminnan tarkasteleminen erilaisten asiakkaalle arvoa tuottavien prosessien näkökulmasta. Tällöin funktionaalinen työnjako hajotetaan ja yritys rakentuu prosesseja tuottavien ja toteuttavien projektitiimien ympärille. Verkostorakenteessa osa toiminnoista on siirretty organisaation muodollisten rajojen ulkopuolelle. Käytännön maailmassa rakennemallit ilmenevät harvoin täysin puhtaassa muodossaan. On yleistä, että organisaatorakenne yhdistää kahta tai useampaa rakennemallia, jolloin puhutaan hybridirakenteesta. (Peltonen, 2007, 34-38.)

Rakenteellisen lähestymistavan periaatteena on varmistaa organisaation toiminnan säännönmukaisuus ja ohjailtavuus, eli rakenteen kehittämisen tavoite on tehdä organisaatiosta sellainen, että se on helposti johdettavissa. Organisaation johtaminen rakenteellisten keinojen kautta mielletään usein byrokratian ja byrokraattisen organisaation ideaan. Byrokratia käsitteen takana on Max Weber (1864-920). Byrokratiassa johtajan valta perustuu kirjallisiin sääntöihin ja normeihin, sekä muodolliseen

vastuuasemaan yrityksen hierarkiassa. Byrokraattisen organisaation tunnusmerkit ovat Weberin mukaan erikoistuminen, vallan hierarkia, pätevyys, kirjallinen taltioiminen, säännöt ja kurinalaisuus, sekä hallintohenkilöstön asema. Historiallisesti katsottuna taloudet ja yhteiskunnat ovat kuitenkin muuttuneet Max Weberin ajoista, eli 1900-luvun alusta. Tämän myötä tapa organisoida ja johtaa on myös muuttunut. Byrokraattisten organisaatorakenteiden tilalle on tullut entistä enemmän vaihtoehtoisia organisaatiomalleja, joille ominaista on joustavuus ja hierarkkisen rakenteen väistyminen. (Peltonen, 2007,42-45.)

Yksi lähestymistapa byrokraattisen rakenteen käyttöön organisaatioiden joustavuuden ja oppimisen edistäjänä on nähdä hierarkkinen ja innovatiivinen organisaatio toisiaan täydentävinä rinnakkaisina järjestelminä. Ikuro Nonakan ja Hirotaka Takeuchin (1995) hypertekstiorganisaatio kuvaa tapaa, jolla byrokraatia ja joustava organisointi voidaan yhdistää. Hypertekstiorganisaatiossa yksilöt ja ryhmät siirtyvät organisaatiotavasta toiseen, samoin kuin internet-sivujen käyttäjä siirtyy linkkien kautta syvempään tai yleisempään tietoon. Hypertekstiorganisaatio koostuu kolmesta toisiinsa yhteydessä olevista kerroksista: Projektitiimit, liiketoimintajärjestelmä ja tietopohja. Keskimmaisessä liiketoimintakerroksessa tapahtuu normaalit rutiinitoiminnot. Kerros on muotoiltu hierarkkiseksi pyramidiksi, koska tehokkuutta tavoittelevaan rutiinityöhön sopii byrokraattinen rakenne. Päällimmäinen kerros on projektitiimit, jotka kehittävät uutta tietoa esimerkiksi tuotekehitysprojekteissa. Tällöin projektitiimien jäsenet poimitaan eri yksiköistä ja nimetään projektin keston ajaksi ainoastaan projektityöhön. Projektien välillä he palaavat liiketoimintakerrokseen. Projektitiimien kesken tapahtuu yhteistoimintaa tiedon luomisen edistämiseksi. Kolmas, pohjimmainen kerros on tietoalusta, jonne kahdessa muussa kerroksessa syntynyt organisatorinen tieto järjestetään ja tallentuu. Tietopohja ei ole itsessään varsinainen organisatorinen kokonaisuus tai erillinen yksikkö. Hypertekstiorganisaatiossa pyritään hyödyntämään kahdessa eri organisointityylissä toimimisessa syntynyttä tietoa. (Peltonen,2007,56.) Hypertekstiorganisaation periaatteiden hyödyntäminen nähdään tässä tutkimuksessa hyödylliseksi kuvaamaan OT-keskuksen moniammatillisen palveluketjuverkoston rakennetta.

5.2 Neuropsykiatrisen valmentajan näkökulma

Neuropsykiatrisena valmentajana katson OT-keskuksen kehittämistä, moniammatillista yhteistyötä, tiedon hallintaa, verkostojohdantamista ja palveluketjujen hallintaa myös neuropsykiatrisen valmentajan näkökulmasta.

Neuropsykiatrinen valmennus on kuntoutusmenetelmä, joka on toimintamuotona ohjauksellista ja tavoitteellista. Valmennus on suunnattu asiakkaille, joilla on neuropsykiatrisia erityisvaikeuksia. Terminä neuropsykiatrinen viittaa psykiatriseen oireistoon, jolle on tyypillistä neurologinen alkuperä. Tunnetuimpia neuropsykiatrisia oireyhtymiä ovat tarkkaavuuden ja aktiivisuuden häiriö ADHD ja ADD, Aspergerin syndrooma, sekä Tourette -oireyhtymä. Neuropsykiatrinen oireyhtymä -käsitteen (arkikielessä lyhennys nepsy-oireet) alle mahtuu kuitenkin laaja kirjo erityyppisiä oireita ja niiden ilmenemismuotoja. Neuropsykiatrinen valmennusmenetelmä on suunnattu tukemaan erityisesti puutteellisten toiminnanohjauksen taitojen harjoittamista. Toiminnanohjauksen voi ajatella oleva eräänlainen toiminnan ”lennonjohto”, jolla tarkoitetaan taitoja, joiden avulla asioita saadaan tehdyksi (suunnittelukyky, aloittamisen kyky, loppuunsaattamisen kyky, organisointikyky ja ajanhallinta). Neuropsykiatrisen valmennuksen tavoite on tukea eri-ikäisten ja eri elämänvaiheissa olevien henkilöiden arjen- ja elämänhallinnan taitoa, uusien myönteisten toimintatapojen kehittymistä, sekä myönteisen elämänpolun rakentumista. Valmennuksen avulla pyritään oppimaan uusia toimintatapoja mahdollisimman hyvän itsenäisen elämän hallitsemiseen. Valmennuksen kohteena voikin olla melkein mikä tahansa elämän osa-alue. Neuropsykiatrinen valmentaja -koulutuksen saaneet voivat toimia neuropsykiatrisina valmentajina joko yksityisesti tai omassa työtehtävässään, alan asiantuntijoina ja tukena työyhteisössään. Neuropsykiatrista valmennusta voidaan käyttää myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien, sekä muiden puutteellisia toiminnanohjauksen taitoja omaavien lasten, nuorten ja aikuisen ohjaamisessa. (Neuropsykiatrisetvalmentajat.fi, 2018.)

Yksi yleisimmistä neuropsykiatrisista oireyhtymistä on tarkkaavuuden ja aktiivisuuden häiriö eli ADHD. ADHD on neurobiologinen kehityksellinen häiriö, jossa perimän ja ympäristötekijöiden vuorovaikutus on merkittävä. ADHD:n pääoireita ovat tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmat, ylivilkkaus, sekä impulsiivisuus, jotka ilmenevät jo lapsuudessa. Aikuisilla ADHD:n pääoireita ovat tunnesäätelyn heikko hallinta ja impulsiivisuus, joka saattaa jopa lisääntyä lapsuuden aikaisesta, sekä tarkkaavuuden pitkäkestoinen ylläpitäminen, jolloin rutiininomaisten tehtävien suorittaminen on vaikeaa. (Juva, Hublin, Kalska, Sainio, Tani & Vataja, 2011,206-215.)

ADHD aiheuttaa lukuisia haasteita lapsen/nuoren arjen toimintaympäristössä, jotka ilmenevät erityisesti koulumaailmassa. Monesti asiakas tarvitseekin/tarvitsisi moniammatillisen palveluverkoston palveluita laaja-alaisesti, jolloin verkostossa on mukana toimijoita monelta eri alalta ja tasolta (sosiaali- ja terveystyöpalvelut, sivistystyöpalvelut, järjestöt ym.). ADHD aiheuttaa monesti liitännäisoireita asiakkaan iän myötä monista tekijöistä johtuen, jolloin asiakkaan kokonaistilanne pääsee kompleksisoitumaan. Tällöin myös asiakkaan tilanteen hoitaminen moniammatillisesti on kompleksista. Voidakseen tarjota asiakkaille vaikuttavia ja oikea-aikaisia palvelukokonaisuuksia tulisi moniammatillisen palveluketjuverkoston kuitenkin pystyä toimimaan sujuvasti. Edellä mainituista haasteista johtuen kyseinen hoitoketju on kompleksisuutensa ja laajan moniammatillisen yhteistyöverkoston tarpeen vuoksi otollinen valinta tämän tutkimuksen mikrotason caseksi.

6. METODOLOGISET VALINNAT JA OT-CASEN ESITTELY

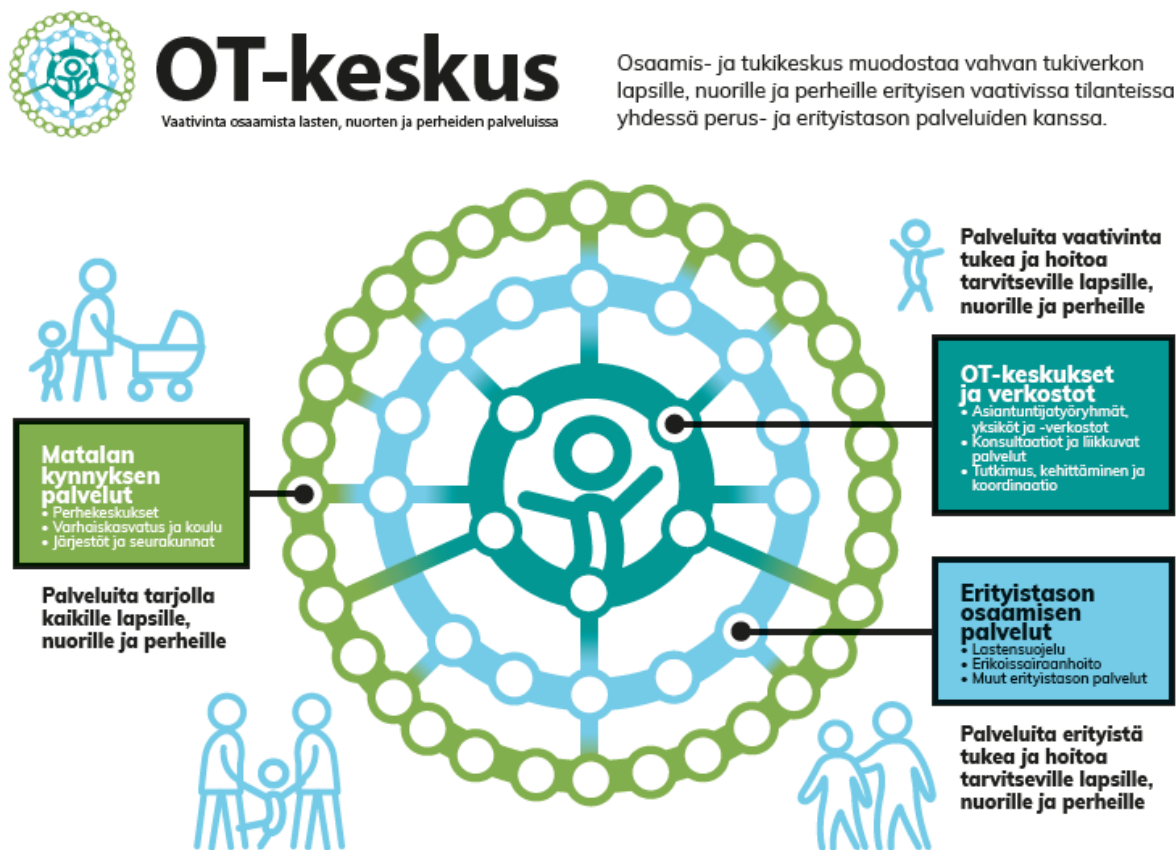
6.1 Laadullinen tapaustutkimus

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tapaustutkimus. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tutkittavan aiheen mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaus. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on se, että ihmisiä käytetään aineistonkeruun välineinä, jolloin havainnot ja keskustelut ovat tarkastelun keskiössä. Havaintojen ja keskustelujen tavoitteena on tuoda esiin tutkittavasta asiasta henkilöistä nousevia erilaisia näkökulmia, syitä sekä seurauksia. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on käsitteiden, teorioiden ja näiden välisten suhteiden tuottaminen tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2007, 157-159.) Tässä tutkimuksessa aineistonkeruuvälineenä ovat asiantuntijat, jotka kerätään kouluikäisen ADHD-oireilevan lapsen/nuoren palveluverkostosta. Asiantuntijahaastatteluita tehdään 11 kappaletta ja asiantuntijat edustavat niin horisontaalisesti, kuin vertikaalisesti eri tasoja ja substanssialoja, jolloin laadullisesta aineistosta muodostuu laaja ja kuvaava kokonaisuus.

Tutkimuksen tarkoituksena on nostaa esiin myös tapaustutkimukselle tyypillistä kontekstiin liittyvää ominaista tietoa. (Kananen 2013, 54.) Tutkimus omaakin myös tapaustutkimuksen piirteitä ja makrotason tapauksena on OT-keskuksen kehittäminen. Mikrotason tapauksena on OT-keskuksen asiakasryhmään kuuluvan yksittäisen palveluketjun avaaminen (kompleksisoitumaan päässeen kouluikäisen ADHD-oireilevan lapsen/nuoren hoitoketju). Kaksitasoinen tarkastelu on välttämätöntä prosessijohtamisen ja prosessinhallinnan periaatteiden mukaisesti, jotta päästään syvempään ymmärrykseen OT-keskuksen johtamiseen vaikuttavista ilmiöistä.

6.2 Case OT-keskus

Osaamis- ja tukikeskukset (OT-keskukset) ovat kehitteillä oleva uusi ja integratiivinen palvelurakenne lasten, nuorten ja perheiden kaikkein vaativimpien palveluiden tuottamiseen, tutkimus- ja kehittämistoimintaan, sekä palvelujen yhteistyöaluetasoiseen koordinointiin (kuvio 13, s. 35). Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (LAPE) on vuosien 2016-2018 aikana valtakunnallisesti tuetuna, sekä yhteistyöalueiden keskinäisessä yhteistyössä määritelty OT-keskuskonseptin ydin: keskeiset rakenteet, periaatteet ja toimintamallit. OT-keskukset tulevat toimimaan osana lasten, nuorten ja perheiden palvelujärjestelmää. (Halila, Kaukonen, Malja & Savola, 2019,9).



Kuvio 13. Osaamis- ja tukikeskuksen suhde muuhun palvelujärjestelmään (Halila ym. 2019,9).

OT-keskuksen valmistelutyö on tehty osana lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa (LAPE). LAPEN tarkoituksena oli uudistaa hallinnonrajat ylittäen lasten, nuorten ja perheiden palvelut. Muutosohjelman tavoitteena oli nykyistä lapsi- nuori- ja perhelähtöisemmät, vaikuttavat ja ennaltaehkäisyyn, sekä varhaiseen tukeen ja oikea-aikaiseen hoitoon painotetut yhteensovitettut palvelut. Erityisesti lasten ja nuorten palveluissa korostuu laaja sosiaali- ja terveystalouden palvelujen, sekä sivistystoimen välinen yhteistyö (SIVISOTE). Muutosohjelmalla pyrittiin vastaamaan lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin tarpeisiin kustannusvaikuttavasti julkisen talouden haasteet huomioiden. Tavoiteltaessa yhteensovitettuja ja monialaisia palveluita, edellyttävät ne tietoon perustuvaa uudentyyppistä verkostojohtamista, tehokasta palveluohjausta, tietoon perustuvaa suunnittelua ja palvelujen hahmottamista kokonaisuutena ja osana asiakkaiden laajempaa arkea ja siinä toimivia verkostoja. Digitaaliset palvelut ovat oleellinen osa tätä kehitystyötä. OT-keskuskonsepti on hallinnonrajat ylittävä ja pääosin verkostomaisena kokonaisuutena toimiva. Toiminnan perustana

ovat vahvat julkiset palvelut, jota järjestöjen toiminta täydentää ja jossa toimitaan yhteistyössä sosiaalialan osaamiskeskusten, sekä opetus- ja kulttuuriministeriön käynnistämän VIP-verkoston kanssa. (Halila ym. 2019,10-11.)

LAPE-kärkihankeohjelman suunnittelussa todettiin, että pienellä osalla lapsista ja nuorista on vaativia erityispalveluiden tarpeita, joihin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja osaaminen ei vastaa nykyisellä mallilla. Kuitenkin juuri nämä kyseiset palvelut muodostavat suuren osan palvelujen tuottamisen kokonaiskustannuksista. Tarvittavan asiantuntemuksen saatavuudessa, palvelujen oikeaan aikaan saamisessa, sekä eri toimintojen yhteensovittamisessa on vakavia puutteita. Erityisesti kaikkein vaikeimmissa potilas- ja asiakastilanteissa tarvitaan hallinnonrajat ylittävää yhteistyötä. Useiden erillisten palveluiden tarjoaminen ei takaa sitä, että lapsi ja perhe saisivat riittävän hoidon ja tuen. Lapset, nuoret ja perheet jäävät paitsi tarvitsemaansa tukea monien palveluiden yhteensovittamisen vaikeuden, palveluiden puutteiden ja pitkien odotusaikojen vuoksi. (Halila ym. 2019,19; Tampereen OT-keskuksen perustamissuunnitelma, 2019, 1-2.)

Osaamis- ja tukikeskusten perustamisen tarve on perustelua seuraaviin syihin perustuen: 1.Varmistamaan hyvin harvoin tarvittavia vaativia palveluita, jotka ovat joko erityisosaamisvaatimuksiltaan, tai kustannuksiltaan sellaisia, ettei niitä kannata tuottaa jokaisessa maakunnassa. 2. Luomaan yhdessä useiden eri toimijoiden kanssa uusia käytäntöjä ja toimintatapoja ajassa muuntuviin erittäin vaikeisiin tilanteisiin niin, että tilanteet niiden avulla muuttuvat ”helpommiksi” ja vahvistamaan sitä, että yhä useampi lapsi ja nuori saisi riittävän tuen ja avun jo erityis- tai perustasolta. 3.Varmistamaan näyttöön perustuvien menetelmien implementointia kaikille toiminnan tasoille tavalla, jolla lapset ja nuoret saavat tarvitsemansa avun viiveettä erityistasolta tai lähipalveluista, mikä vähentää erityistason palveluiden tarvetta. 4.Varmistamaan palveluiden yhteensovittamista tavalla, jossa ne näyttäytyvät yhtenä palvelukokonaisuutena lapselle, nuorelle ja perheelle. (Halila ym. 2019,19.)

Hoito- ja palveluketjuissa on puutteellista, koordinoimatonta hoitoa, erilaisia hoitotoimenpiteitä ja käytänteitä, jotka eivät perustu tutkimustietoon. Tämä voi aiheuttaa vakavimmillaan ilmeisiä haittoja lapsille, nuorille ja perheille ja lievimmilläänkin huomattavaa palveluiden tehottomuutta. OT-keskuksella onkin keskeinen rooli hoito- ja palveluketjujen koordinoimisessa erityisasiantuntemuksensa pohjalta yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Kansallisella ohjauksella varmistetaan, että asiakas/potilastyössä käytetyt menetelmät perustuvat tutkittuun tietoon ja että ne on valittu parasta asiantuntijuutta hyödyntäen. Vaativien erityispalvelujen tarpeen määrän arviointi on haasteellista.

Lapsen tai nuoren palvelutarve voi kohdistua rajattuun, mutta harvinaiseen palveluun, tai toisaalta palvelutarve voi olla laaja ja edellyttää usean palvelujen yhdistelmää. (Halila ym. 2019,19-20.)

OT-keskuksen asiakasryhmä on pieni, joten tarkoituksena on tuottaa palvelut laajalla väestöpohjalla. OT-keskukset perustetaan viidelle yliopistosairaalaapaikkakunnalle (+lisänä yliopistoyhteistyön varmistamisnäkökulma.) OT-paikkakuntia ovat Oulu, Kuopio, Turku, Helsinki ja Tampere. (Tampereen OT-keskuksen perustamissuunnitelma, 2019, 2.) OT-keskusalue pohjautuu nykyiseen erityisvastuualue-jakoon (ERVVA), jolloin tietyt erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yli sairaanhoitopiirien rajojen yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden eli ns. miljoonapiirin pohjalta. (kts. valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 156/2017 ja STM, Sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet.)

Alueelliset OT-työryhmät koottiin viidelle yhteistyöalueelle, jotka vastasivat kansallisen työnjaon mukaisista tehtävistään ja oman alueensa suunnittelutyön etenemisestä. Jokaisesta yhteistyöalueen työryhmästä oli jäseniä mukana myös valtakunnallisessa OT-työryhmässä (OT-työrukkasessa). Sisällöllisesti osaamis- ja tukikeskusten suunnittelussa keskityttiin teemoihin, jotka koettiin tarpeelliseksi keskittää alueellisesti ja valtakunnallisesti. Yhteistyöalueilla kokoontuneet OT-keskustyöryhmät kuvasivat, millaista monialaista erityisosaamista ja palveluja tarvittaisiin heidän yhteistyöalueellaan ja miten niitä palveluita pystyttäisiin tuottamaan niin, että vaativia erityispalveluita tarvitsevat lapset, nuoret ja perheet voisivat hyötyä niistä oikea-aikaisesti ja tarpeidensa mukaisesti. (Halila ym. 2019,18.)

Alueellisten työryhmien tehtävänä oli valmistella toisaalta valtakunnallista OT-keskuskonseptia, johon tuotiin oman alueen näkemystä ja erityistarpeita, mutta myös oman alueen OT-keskuksen perustamista, rakennetta ja toimintamalleja. Pirkanmaan alueella työskenneltiin OT-keskuksen asiakasryhmiä jäsentäen erityisesti sosiaalihuollon osalta, mallinnettiin vaativien eropalvelujen toimintamalli, sekä hahmotettiin sähköiselle alustalle laadittavaa OT-verkostokarttaa. (Halila ym. 2019, 16-18.)

OT-keskuksen tehtävänä on koordinoita terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja sivistystoimen yhteistoimintaa, palveluita, sekä hoitoketjujen koordinaatiota (vaativimmalta tasolta erityistasolle ja perustasolle). OT-keskuksen tarkoituksena on myös tuottaa vaativimman tason integratiivista potilas-

ja asiakastyötä. Kolmas OT-keskuksen tehtäväalue koostuu integroituihin palveluihin ja palvelujärjestelmään kohdistuvasta erityisosaamista lisäävästä tutkimuksesta ja kehittämisestä. Lisäksi OT-keskuksen tavoitteena on yhteensovittaa sivistystoimen palvelut ja tukitoimet osaksi hoito- ja palveluketjuja ja vaativinta osaamista edellyttävien asiakkaiden palveluja. Yhteistyökumppanina tässä tehtävässä toimii sivistystoimen VIP-verkosto. OT-keskus vastaa myös yhteistoiminta-alueen psykososiaalisten hoitomenetelmien koordinoimisesta siten, että myös perustasolla on käytössä vaikuttaviksi todettuja menetelmiä esimerkiksi lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitoon. Vaativan tason asiantuntemus tuodaan erityis- ja perustason palveluihin konsultaatioiden, jalkautuvien ja liikkuvien palveluiden, sekä sähköisten palveluiden avulla. (Halila ym. 2019, 22,28-29.)

OT-keskuksien asiantuntijapalveluihin kuuluisivat yksittäisiin, hyvin vaativiin asiakastilanteisiin vastaaminen ja myös ilmiöpohjainen asiantuntijatyö, joissa molemmissa tarvitaan taustaksi vahva erityisasiantuntijoiden verkosto. OT-keskuksen periaatteena on nopea reagoiminen, mielellään ennakkoivasti uusiin, ajassa ilmaantuviin ja muuttuviin ilmiöihin. OT-keskuksen tehtävänä on olla tukena muille palveluille uusissa, erityistä osaamista vaativissa ilmiöissä. Tarvittaessa OT-tason erityisasiantuntijat jalkautuvat asiakastapaamisiin osallistuen verkostokokoukseen tai toimien perus- tai erityistason työntekijän työparina. Konsultoivan työn tavoitteena on tuoda vaativaa erityisosaamista perus- ja erityistason tueksi harvoin ilmeneviin, erityisen vaativiin tilanteisiin. Näin toimien pyritään myös lisäämään ja laajentamaan perus- ja erityistason omaa osaamista. (Halila ym. 2019, 29-30.)

OT-keskuksen tehtävänä on vastata tehtäviensä hoitamista varten kootun asiantuntijaverkoston koordinaatiosta ja OT-toiminnan johtamisesta. Tätä tehtävää varten OT-keskuksissa tulee olla kiinteä ”ydinyksikkö”. Ydinyksikkö vastaa myös uusien toimintamallien ja työprosessien kehittämisestä tilanteisiin, joissa nykyjärjestelmä ei pysty vastaamaan asiakkaiden vaativimpiin palvelutarpeisiin. Ydinyksikön tehtävänä on tällöin koota yhteen toiminnan kehittämisen kannalta olennaiset tahot julkisista palveluista ja järjestöistä, sekä vastata työskentelyn etenemisestä. Ydinyksikkö tukee ja vahvistaa tutkimuksen ja käytännön välistä yhteistyötä mm. ylläpitämällä temaattisia verkostoja, koordinoimalla koulutuksia ja yhteiskehittämispäiviä järjestämällä. Ydinyksikön tukena alueellisten yhteiskehittämispäivien ja koulutusten järjestämisessä toimivat sosiaalialan osaamiskeskukset, sekä yliopistolliset sairaalat. OT-verkoston työntekijät koostuvat pääosin vaativaa erityisosaamista ja erikoistumista omaavista erityistason työntekijöistä. (Halila ym. 2019, 31-32.)

Oma projektini ja osuuteni OT-keskuksen työryhmän työskentelyssä oli sähköisen verkostokartan visioiminen. Sähköiset alustat -osio STM:n OT - raportissa (Halila ym. 2019, 33-34) on tekemäni, joten se liitetään tähän kokonaisuudessaan. Seuraava osio on ollut pohjana tämän gradun tekemiselle ja luonut taustanäkemyksiä moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtamisen haasteista.

”Tarkoituksena on, että OT-asiantuntijaverkosto kootaan sähköiselle alustalle verkostokartaksi erilaisten harvinaisten/vaativien palvelu- ja osaamistarpeiden ympärille. Tarkoituksena on saada aikaan digitaalinen työkalu, joka helpottaa moniammatillisen verkoston muodostamista ja sen keskinäistä työskentelyä.

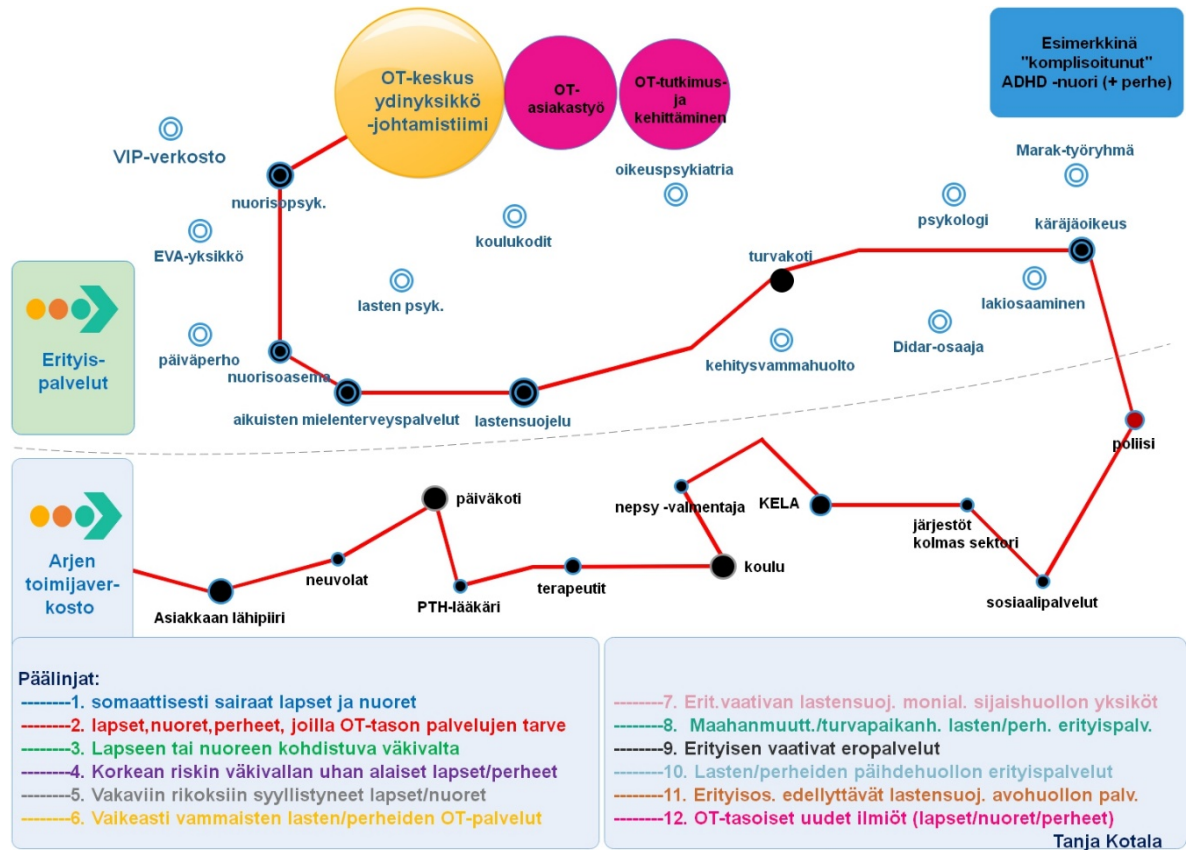
Sähköisen verkostokartan avulla voidaan:

- Auttaa hahmottamaan sekä käsitteistämään laajaa verkostoa ja helpottaa kokonaisuuden tavoitteellista johtamista.
- Parantaa merkittävästi tiedonkulkua eri toimijoiden välillä.
- Auttaa hallitsemaan yhteisen asiakkaan verkostopolkua = asiakkuuden hallintaa verkostossa.
- Parantaa asiakaspalvelua.
- Tehostaa ja selkeyttää moniammatillisen verkoston prosesseja ja parantaa näin oleellisesti laatua, tuloksia sekä kustannustehokkuutta.

Verkostokartalle rakennetaan omat, eri värein havainnollistetut linjat eri asiakas kokonaisuuksien mukaisesti; esimerkiksi vaativat eropalvelut ja siihen kytkeytyvät toimijat. Karttaan rakennetaan myös linkit kunkin asiantuntijan/osaamistiimin/yksikön konsultointi- ja toimintaohjeisiin. Samoja asiantuntijoita voi olla useammalla linjalla, esim. kunnia kulttuurikysymyksiin perehtyvää asiantuntijaa tarvitaan monenlaisissa tilanteissa.

Sähköisen alustan avulla on mahdollista hahmottaa myös asiakaskohtainen palvelukokonaisuus verkostossa. Esimerkki asiakaskohtaisesta verkostokartasta on kuviossa 7. Asiakaskohtaiseen verkostokarttaan lisätään myös arjen toimijaverkosto. OT-toimintaperusteiden mukaisesti näin nähdään kokonaisuustilanne. OT-ydintiimin saadessa tiedon OT-keskuksen tukea tarvitsevasta asiakastilanteesta, kokooa se laajasta

asiantuntijaverkostosta juuri tähän tilanteeseen soveltuvan asiantuntijatiimin, joka läh-
tee ”selvittämään” kokonaisuutta.



Sähköisen alustan kartoista aukeavat klikkaamalla asiakkaan palvelukokonaisuuteen tarvittavien toimijoiden/asiantuntijoiden yhteystiedot toimintaohjeineen. Yhteisten toimintaohjeistuksien luomisessa hyödynnetään olemassa olevia hoitokäytäntöjä ja -ketjuja. Tietosisällöstä löytyisivät myös ko. palvelukokonaisuuteen liittyvät keskeiset lait, sekä selkiyttävät ohjeistukset siitä, miten lait ja määräykset vaikuttavat työskente-
lyyn.

Osaamis- ja tukikeskustoiminnan – kuten kaiken muunkin monitoimijaisen työskente-
lyn – toimivuuden kannalta on tärkeää, että tulevaisuudessa eri alojen ammattilaisten on mahdollista käyttää yhteisiä alustoja myös asiakaskohtaiseen työn suunnitteluun ja kirjaamiseen. Yhteiseltä alustalta kukin asiakkaan verkostoon kuuluva ammattilainen näkisi jo etukäteen, mikä on asiakkaan tausta ja nykytilanne.

Moniammatillisessa palaverissa voitaisiin tällöin keskittyä siihen, miten asiakkaan kanssa toimitaan siitä eteenpäin. Sujuva tiedonsiirto sujuvoittaa ja parantaa myös asiakkaan palvelukokemusta. (Kotala Tanja, raportissa Halinen ym, 2019,33-34.)”

Projektini liittyi siis moniammatillisen sähköisen verkostotyökalun visioimiseen. Sähköisen kartan visioimisessa mallinsin auki yhden palveluketjun, joka pohjautui ADHD-oireisen lapsen/nuoren hoitoketjuun. Projekti alkoi maaliskuussa 2018 osittain päällekkäisenä tämän pro gradu -tutkielman kanssa. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin ja käytettiin OT-projektin aikana muodostunutta materiaalia ja havaintoja. Sähköistä verkostokartta -kuvaä käytettiin asiantuntijahaastattelussa havainnollistamaan kyseiseen tapaukseen liittyvää moniammatillista verkostoa. Mikrotason tapaus ”kompleksisoituneen kouluikäisen ADHD -lapsen/nuoren palveluketjuverkosto” on osa OT-keskuksen tulevaa asiakasryhmää.

6.3 Palveluketju -case

Tässä kohtaa tutkimusta on tarkoituksenmukaista avata tarkemmin mitä hoitoketjut tarkoittavat käytännön työn tasolla - tai mitä niiden tulisi tarkoittaa:

” Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden tulee olla potilaalle kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitoketjut ovat paikallisiin oloihin sovellettuja, hoitosuositukseen perustuvia kannanottoja hoitopäätösten tueksi ja työnjaon selkeyttämiseksi. Hoitoketjujen tavoitteena on turvata asiakasnäkökulmasta potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen, sekä eri ammattiryhmien kesken. Niiden päämääränä on myös yhtenäistää hoitokäytäntöjä, sekä selkiyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta. Hoitoketjut ovat johtamisen ja kehittämisen työvälineitä. Hoitoketjuja tekevät eri organisaatioiden ja tahojen osaajat tiiviissä ja moniammatillisessa yhteistyössä. Hoitoketjut pohjautuvat näyttöön perustuvaan lääketieteeseen ja Käypä hoito -suosituksiin. Hoitoketjut sisältävät myös hoidon järjestelyjä sekä omahoidon tukikeinoja kuvaavat asiakkuuspolut, jotka määräytyvät potilaan arjessa pärjäämisen ja sairauden vaikeuden mukaan Hoitoketjut toimivat vain, jos ne ovat juurtuneet arkityöhön.” (Tays, Ohjeet, Hoitoketjut, 2018.)

Hoitoketjut/palveluketjut nähdään tässä tutkimuksessa oleellisena moniammatillisen palveluketjuverkoston johdon ja myös toimijoiden työkaluna laajan kokonaisuuden hallinnassa, sekä tiedonkulun selkiyttämässä. Vaikka Taysin kuvauksen mukaan hoitoketjut ovat lähinnä johdon ja kehittämisen välineitä, ajatellaan tässä tutkimuksessa sitä, että hoitoketjuja ei hyödynnetä tarpeeksi arjen toiminnan tasolla. Hoitoketjuista voisi olla oleellista hyötyä verkoston toimijoille selventämään ja hahmottamaan verkostokokonaisuutta ja omaa roolia/osuutta asiakkaan hoitoketjussa. Hoitoketjut ovat myös vahvasti keskittyneitä terveydenhuoltoon. Kuitenkin hoitoketjun kuvauksessa Taysin sivuilla todetaan seuraavaa:

” Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden tulee olla potilaalle kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitoketjujen tavoitteena on turvata asiakasnäkökulmasta potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen sekä eri ammattiryhmien kesken. Niiden päämääränä on myös yhtenäistää hoitokäytäntöjä, sekä selkiyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta”. (Tays, Ohjeet, Hoitoketjut, 2018).

Hoitoketjujen tulisi olla terveydenhuollon lisäksi myös sosiaalitoimen, järjestöjen, yksityissektorin työväline ja tämän tutkimuksen näkemyksen mukaan myös sivistyspuolen työväline, varsinkin lasten ja nuorten neuropsykiatristen ja mielenterveydellisten häiriöiden hoitoketjuissa. Sivistyspuolta ei ollut hoitoketjussa mainittu laisinkaan, mutta lasten ja nuorten erityisesti mielenterveyden häiriöiden ja neuropsykiatristen häiriöiden hoitoketjuissa suuri merkitys kokonaisuudessa on kouluilla. Lapset ja nuoret viettävät suuren osan päivästänsä kouluissa ja monesti oireet ilmenevät myös siellä, jolloin kouluun tarvitaan tukitoimia ja ymmärrystä. Tästä syystä myös koulun pedagoginen puoli olisi hyvä ottaa mukaan hoitoketjuihin vahvemmin.

OT-keskuksen asiakasryhmään sisältyi neuropsykiatrisesti oireilevat lapset/nuoret ja heidän perheensä. OT-keskuksen verkostokartan visioinnin esimerkkinä käytettiin komplisoituneen ADHD-oireilevan nuoren hoitoketjua. Loogisena jatkumona sama hoito/palveluketju valittiin syvempää tarkastelua varten, eli tässä tutkimuksessa tarkastellaan kompleksisoituneen kouluikäisen ADHD-oireilevan lapsen/nuoren hoitoketjun asiantuntijoista muodostuvaa verkostokokonaisuutta.

6.4 Haastatteluiden valikoituminen ja aineiston hankinta haastatteluilla

Tutkimuksen haastattelut ovat asiantuntijahaastatteluita, joissa on piirteitä puolistrukturoidusta teemahaastattelusta. Asiantuntijahaastattelulla tarkoitetaan tilannetta, jossa haastateltavilta pyritään hankkimaan tietoa tutkittavasta prosessista ja ilmiöstä. Tällöin kiinnostuksen kohteena ei ole niinkään asiantuntija itsessään, vaan henkilöä haastatellaan sen tiedon vuoksi, jota hänellä oletetaan olevan. Perusteet haastateltavien valinnalle on joko heidän institutionaalinen asemansa, tai muu osallisuutensa tutkimuksen kohteena olevassa prosessissa. (Alastalo & Åkerman, 2010, 373-374.) Haastattelut ovat asiantuntijahaastatteluita, koska haastateltavat valikoidaan sen tiedon vuoksi, jota heillä odotetaan olevan kyseessä olevasta verkostosta.

Haastateltavat muodostuvat ADHD -hoitoketjun asiantuntijoista. Kyseisen hoitoketjun rajauksena on kouluikäiset 6-17 -vuotiaat, jolloin kiinnostuksen kohde fokusoitui pääsääntöisesti ala- ja yläasteikäisen lapsen/nuoren toimijaverkoston. Haastatteluun osallistuvia lähdettiin kartoittamaan suunnitellulta Pirkanmaan OT-keskuksen toimija-alueelta (nykyiseltä ERVA-alueelta), eli Pirkanmaa, Kanta-Häme ja Etelä-Pohjanmaa. Haastattelupyynnöt asiantuntijoille esitettiin sähköpostitse, tai puhelimitse.

Esille nouseva kysymys haastateltavien tunnistettavuudesta tulee asiantuntijahaastatteluiden analyysissä esille eri tavalla verrattaessa niin sanottuihin tavallisten ihmisten haastatteluihin. Pyrkimys taata tutkittaville henkilöllisyyden suoja on muodostunut vahvaksi normiksi laadullisessa haastattelututkimuksessa. Kuitenkin rajatulla asiantuntijakentällä toimijoiden anonymisoiminen on harvoin mahdollista, ilman että oleellinen asiasisältö samalla häviää. (Alastalo & Åkerman 2010, 383.) Haastateltavien henkilöllisyyden suoja varmistetaan tutkimuksessa niiltä osin kuin se on mahdollista.

Haastateltava nro 1. Varhaiskasvatuksen erityisopettaja – VEO. Useimmiten ADHD-oireilevan lapsen palvelupolku alkaa varhaiskasvatuksesta. Varhaiskasvatuksen edustajaksi valittiin varhaiskasvatuksen erityisopettaja (VEO), jolla on suuri rooli varhaiskasvatus- ja esikouluikäisen ADHD -oireilevan lapsen tukijana. Varhaiskasvatuksen erityisopettajan yksi päätehtävä on toimia keskeisenä linkkinä päiväkodin ja lapsen muiden toimijoiden verkostossa. Huomionarvoista tässä vaiheessa on tehdä oletus siitä, että lapsen tilanne ei lyhyen historian vuoksi ole vielä lähtenyt komplisoitumaan, eli liitännäisoireilua (esim. masennus, ahdistus, syömishäiriöt, ym.) ei ole ehtinyt juurikaan kehittymään, toisin kuin alakouluikäisen ja vielä enemmän yläkouluikäisen nuoren kanssa, jolla

komplisoituneen ja hoitamattoman ADHD:n myötä on saattanut nousta liitännäisoireita (nuorella myös päihdeongelmat). Lapsen ollessa vielä varhaiskasvatuksen piirissä, oireisiin puuttumisella ja varhaisen tuen onnistumisella on suuri merkitys sille, että tilanne ei pääsisi komplisoitumaan myöhemmissä vaiheissa ja lähtemään negatiivisen kehän kierteeseen.

Haastateltava nro 2. Koulun pedagogisen näkökulman edustaja – ala-asteen laaja-alainen erityisluokanopettaja. Lapsen kasvaessa, siirtyy hän varhaiskasvatuksen piiristä sivistyspalveluiden piiriin – kouluun. Koulussa pedagoginen tuki jaetaan kolmeen tasoon: yleinen, tehostettu ja erityinen tuki. Jos lapsella on erityisen tuen päätös ja hän on esimerkiksi pienryhmässä ADHD:n aiheuttamien haasteiden vuoksi, on häneen liittyvä keskeinen toimija koulun puolelta erityisluokanopettaja. ADHD -oireinen lapsi voi pärjätä myös perusopetuksen puolella, mutta tässä tutkimuksessa näkökulma rajataan lapseen, joka on pienryhmässä.

Haastateltava nro 3. ADHD -asiantuntija. Tämän tutkimuksen keskiössä on pääosin SO+TE+SI verkostosta koostuva ADHD -lapsen/nuoren palveluihin liittyvä moniammatillinen palveluketjuverkosto. Koululla on merkittävä rooli arjessa ADHD-oireisen lapsen/nuoren hoitoketjussa. Edellä mainitusta syystä johtuen, nostetaan sivistyspuoli (pedagoginen puoli) oleelliseen toimijarooliin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rinnalle. Näiden kolmen sektorin välistä yhteistyötä ADHD -oireilevan lapsen tukemisessa on tutkinut väitöskirjassaan Erja Sandberg. Väitöskirjassa tutkittiin perheiden näkökulmasta, miten he kokivat kolmen sektorin yhteistyön toimivan. Erja Sandberg on myös kasvatustieteen professori, erityispedagogi, ADHD-asiantuntija ja neuropsykiatrinen valmentaja.

Haastateltava nro 4. Perusterveydenhuollon näkökulman edustaja - lastenlääkäri. Asiantuntija on toiminut myös koululääkärinä aikaisemmin. ADHD -oireilevan lapsen alkututkimus lähtee perustasolta (perussairaanhoido). Terveyskeskuslääkäri, neuvolalääkäri, koululääkäri tai muu perustason lääkäri voi erinäisten vaiheiden jälkeen tehdä lähetteen jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon puolelle. ADHD -oireisen lapsen hoidon porrastuksista on annettu ohjeet ADHD-hoitoketjussa. Perustason lääkäri on oleellisessa asemassa ADHD -oireisen lapsen hoitoketjussa arjen toimintaverkostossa.

Haastateltava nro 5. Sosiaalitoimen edustajan näkökulma - johtava sosiaalityöntekijä. Sosiaalipalvelut jakautuvat perustason palveluihin (mm. perheneuvolan palvelut ja muut matalan kynnyksen

palvelut.) ja erityistason palveluihin (lastensuojelu). Jos palveluketju painottuu oikein, ADHD -oireilevan lapsen/nuoren ja perheen ensimmäisiä tukimuotoja pitäisi olla matalan tason palvelut ja vasta viime kädessä raskaamman tason palvelut eli lastensuojelu.

Haastateltavat nro 6 & 7 - kolmannen sektorin edustajat. Asiakasnäkökulman kautta ajateltuna järjestöillä on suuri rooli ja merkitys ADHD - oireisen lapsen/nuoren ja perheen tukemisessa. Asiakaille järjestöjen rooli on merkittävä, mutta järjestöt eivät ole verkostossa yhtä vahvoja toimijoita verraten vahvempiin toimijoihin, joiden tehtävää säätelee esimerkiksi lainsäädäntö ja joiden rahoituspohja on erilainen. Järjestöjen merkitys hoitoketjussa on asiakkaan kannalta kuitenkin suuri. Tässä tutkimuksessa otetaan kaksi asiantuntijanäkökulmaa kolmannelta sektorilta.

Järjestö 1. Ensimmäinen asiantuntija kolmannelta sektorilta on Tampereen seudun autismissuostuksen TSAY ry:n edustaja. TSAY RY on autismissuostuksen henkilöiden ja perheiden neuvontaan, sekä auttamiseen tarkoitettu Autismissuostuksen ja aspergerliiton jäsenyhdistys. TSAU:n roolina on olla auttamassa ja tukemassa perhettä moniammatillisen verkoston syövereissä. Heidän roolinsa on tukea perhettä arjessa, lisätä heidän voimavaroja, neuvoa ja ohjata heitä.

Järjestö 2. Toinen järjestön asiantuntija toimii kolmannen sektorin lisäksi myös yksityisellä sektorilla. Tällöin hänen näkökulmansa asiantuntijana sisältää yksityisen sektorin edustuksen (neuropsykiatrisen valmentaja ja toimintaterapeutti/yrittäjä -näkökulmat), sekä järjestön edustuksen: Komiasti opintilla – tiimipäällikön rooli. Komiasti opintilla tarjoaa tukea yläasteikäisille koululaisille ja heidän perheilleen. Neuropsykiatrisesti oireilevat nuoret ovat tärkeä kohderyhmä heidän toiminnassaan.

Haastateltava numero 8 - nuorisopsykiatrian ylläkäri. Yläasteikäiselle komplisoituneen ADHD-oireilun myötä, eli liitännäisoireiden jo kehittyttyä, nousee erikoissairaanhoidon rooli isoksi myös siitä syystä, että perustason tukitoimia on vain vähän tarjolla yli 13 -vuotiaille. Erikoissairaanhoidossa Pirkanmaalla toimii Taysin nuorisopsykiatrian klinikka, johon ohjautuu mm. ne komplisoituneet ADHD -oireiset nuoret, joille on ehtinyt kehittymään liitännäisoireita. Nuorisopsykiatria tarjoaa tukea nuorille, joilla on vaikeita oireita, sekä toimintakyvyn laskua. Tutkimuksiin lähetetään perustason lääkärin läheteellä. Huomautettakoon tässä yhteydessä, että lievät ja keskivaikeat tapaukset (ADHD) hoidetaan koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, terveyskeskuksissa ja/tai mielenterveystyöryhmissä. Nuorisopsykiatriisiin tutkimuksiin ja hoitoon sisältyy haastatteluita, keskustelua, jäsenettyjä tutkimuksia nuoren, perheen ja nuoren laajemman verkoston esim. koulun ja

lastensuojelun kanssa tarvittaessa. Hoito sisältää tarpeen mukaan yksilöhoitosuhteen, perhetyötä, ryhmämuotoisia hoitoja, verkostotapaamisia, yksilö- ja perheterapiaa. Yleensä sijaintina on nuorisopsykiatrian poliklinikka.

Haastateltava numero 9 - poliisin edustaja, rikostutkija. Puhuttaessa nuorisoikäisistä komplisointeista ADHD -oireisista lapsista (worst case scenario) mukaan saattaa tulla nuoruusiässä myös poliisi. Tästä syystä poliisin näkökulma otetaan mukaan.

Haastateltava numero 10 – perhepalvelukoordinaattori. Puhuttaessa moniammatillisen kokonaisuuden hallinnasta ja uusista verkostojohdamisen malleista, haastatellaan myös Sastamalan perhepalvelukoordinaattoria. Sastamalassa on toiminut vuodesta 2014 alkaen perhepalveluverkosto, joka on kehittänyt moniammatillista yhteistyötä eteenpäin ja muodostanut perhepalveluverkoston johtoryhmän, joka koostuu eri sektoreiden johtajista.

Haastateltava numero 11 – SOTE -muutosjohtaja. Tässä tutkimuksessa haastatellaan palveluverkoston kentällä toimijoita (mm. kiertävä erityislastentarhanopettaja, laaja-alainen erityisopettaja), operatiivisen tason johtajia (ylilääkäri), tutkijoita/erityisasiantuntijaa (ADHD -asiantuntija), sekä ylempää johtoa. Ylimmän johdon edustajana on Pirkanmaan SOTE -muutosjohtaja.

Haastattelurungosta muodostui kokonaisuudessaan seuraava (kuvio 14, s. 46):



Kuvio 14. Haastattelurunko

Haastattelut toteutettiin loppuvuoden 2018 aikana. Osa haastatteluista tehtiin aikataulullisista ja maantieteellisistä syistä puhelimitse (erityisluokanopettaja, ADHD-asiantuntija, lastenlääkäri, molemmat järjestöjen edustajat), ja loput toteutettiin tapaamisten yhteydessä toteutettavilla

haastatteluilla (VEO, johtava sosiaalityöntekijä, rikostutkija, nuorisopsykiatrian ylilääkäri, perhepalvelukoordinaattori, muutosjohtaja). Haastattelut olivat asiantuntijahaastatteluita, joissa oli piirteitä teemahaastattelusta ja puolistrukturoidusta haastattelusta. Haastattelun teemat muodostuivat taustaolettamuksista, havainnoista OT-projektiin liittyen (sähköinen verkostokartta), sekä tämän tutkimuksen teoriaosiosta.

Haastattelurungon teemat olivat:

- **Moniammatillisen verkosto -yhteistyön haasteet ja kehittämis ehdotukset**
- **Tiedonkulun ja tiedonhallinnan prosessit ja käytänteet verkostossa**
- **Asiakkaan palveluketjun hallinta kokonaisuutena, palveluketjujen sujuvuus ja jatkuvuus**
- **Verkostojohtaminen**

Aineiston keruun tavoitteena on tuottaa kuvaus tapahtumakulusta tai ilmiökentästä. Asiantuntijahaastatteluista puhuttaessa olennaista on aineiston käytön tavoite ja pyrkimys ilmiökentän faktuaaliseen kuvaukseen. (Alastalo & Åkerman 2010, 375.) Haastattelututkimuksen prosessi on mahdollista käsitellä jatkumona, jossa aineiston analyysi seuraa aineistonkeruuta. Koska asiantuntijahaastatteluja käytetään faktuaalisen kuvauksen rakentamiseen, lomittuvat haastatteluaineiston keruu ja aineiston analyysivaihe usein toisiinsa. Tämä piirre johtuu siitä, että asiantuntijahaastatteluissa on tyypillistä räätälöidä haastattelurunko sen mukaan, ketä haastatellaan. Tällöin haastatteluihin on välttämätöntä valmistautua huolellisesti pohjatöillä, esimerkiksi analysoimalla muuta dokumenttiaineistoa ja tutustumalla etukäteen haastateltavan organisaation taustaan ja nykytilanteeseen, sekä tutustumalla haastateltavan antamiin aikaisempiin haastatteluihin tai kirjoitettuihin teksteihin. Lisäksi tulee selvittää, missä erilaisissa asemissa haastateltava on ollut suhteessa tutkittavaan ilmiöön tai prosessiin. (Alastalo & Åkerman 2010,377-379.)

Asiantuntijahaastatteluiden tekeminen on aikaa vievää juurikin edellä mainitun huolellisen valmistautumisen ja pohjatöiden tekemisen vuoksi. Tässä tutkimuksessa haastateltiin 11 asiantuntijaa.

Jokaisen asiantuntijan substanssialaan tai tutkimuksiin perehdyttiin syvällisesti ennen haastatteluita, jotta haastattelurungot pystyttiin muokkaamaan heidän asiantuntijuuttaan koskevaksi. Haastateltavien substanssialan ymmärtämistä helpotti oma neuropsykiatrinen valmentaja -koulutukseni, minkä vuoksi minulla oli jo muodostunut etukäteen taustatietämystä haastateltavien toimenkuvista ADHD-palveluketjuun liittyen. Kaikille haastateltaville kerrottiin tai näytettiin ADHD- verkostokarttakuva pohjustukseksi, jotta ymmärsimme yhdessä kyseessä olevan verkoston samanlaiseksi. Lisäksi tutustuin haastateltavien organisaatioon ja toimenkuvaan etukäteen ja loin näin syvempää taustatietämystä. Esimerkiksi haastateltaessa nuorisopsykiatrian ylilääkärinä, tutustuin taustaorganisaation toimintaan ja erityisesti nuorisopsykiatrian lähetekäytänteihin, sekä nuorisopsykiatrian nykytilanteeseen yhteiskunnassa. Tähän haastatteluun otin tausta-aineistoksi mukaan ADHD -verkostokarttakuvan lisäksi myös lähetekäytänteet, sekä tekemäni nuorisopsykiatrian organisaatiokaaviokuvan, jotta pystyin hahmottamaan heidän toiminnan kokonaisuutta.

Asiantuntijahaastattelun luonteeseen liittyen jokainen haastattelun esivalmistelu tiesi suuren määrän etukäteisvalmistelua, haastattelurungon muokkaamista kyseessä olevan asiantuntijan asiantuntija-aluetta vastaavaksi, sekä haastatteluiden edetessä myös edellisistä asiantuntijoiden haastatteluista muodostuvien näkökulmien kysymistä toisilta asiantuntijoilta. Asiantuntijahaastattelussa kokonais-tietämys kerrostui ja rakentui mielenkiintoisella ja kokonaisvaltaisella tavalla. Haastatteluprosessien edetessä ja tiedon lisääntyessä muokkasin myös uuden lisääntyneen tietämyksen perusteella haastattelurunkoa teemojen pysyessä silti samana. Asiantuntijahaastatteluihin valmistautumista voikin kuvata samanlaiseksi valmistautumiseksi mitä toimittajat tekevät ennen haastatteluihin lähtöä. Asiantuntijahaastatteluiden tekeminen kokonaisuudessaan on suuritöinen, mutta hyvinkin vaivansa arvoinen.

Asiantuntijahaastatteluiden faktaluennalle on tyypillistä, että analyysi alkaa merkittävältä osin jo ennen haastattelua ja jatkuu haastattelutilanteessa. Tutkija ja haastateltava rakentavatkin yhdessä aktiivisesti tapahtumakuvausta ja muu tutkijan käytössä oleva aineisto on tilanteen määrittäjänä ja samalla yhteisen arvioinnin kohteena. (Alastalo & Åkerman 2010, 381.) Asiantuntijahaastattelujen analyysin päätavoite on faktojen esille houkuttaminen. Houkuttamisella tarkoitetaan sitä, että faktat eivät odota löytäjänsä aineistoissa, vaan ne tuotetaan yhdessä haastateltavan kanssa tutkimusprosessin kuluessa. (Alastalo & Åkerman 2010, 389-390.) Analyysiprosessi alkaa tutkijan tehdessä taustatyötä ja räätälöidessä haastattelurunkoa edeltävien haastatteluiden pohjalta, sekä hankkiessa mahdollista oheismateriaalia haastattelutilanteeseen. Prosessi jatkuu haastattelujen kuluessa, jolloin

haastattelija voi esimerkiksi täydentää esitettyä informaatiota. Faktojen yhteiseen tuottamiseen kuuluu myös se, että tutkija tuo haastattelutilanteisiin testattaviksi oman, senhetkisen tulkintansa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tai voi pyytää haastateltavaa kommentoimaan muiden lähteiden tuottamaa informaatiota. (Alastalo & Åkerman 2010, 390.) Myös edellä mainitusta syystä johtuen, on tässä tutkimuksessa avattu tarkemmin (teoriaosuuden lopussa) tutkijan omat vaikuttavat näkökulmat tutkimuksen kohteena olemaan ilmiöön.

6.5 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä

Tapahtumaketjun tai ilmiökentän rakentaminen jatkuu haastattelujen jälkeen litteroidun aineiston luennalla ja sen vertaamisella muuhun aineistoon. Kyseessä on läpi tutkimuksen jatkuva prosessi, jossa aineistonkeruu ja analyysi limittyvät yhteen. Loppujen lopuksi aineiston faktaluennan keskeisiä piirteitä ovat ne samat periaatteet kuin missä tahansa analyysiprosessissa. Analyysin tulee tuolloin olla systemaattista ja läpinäkyvää. (Alastalo & Åkerman 2010, 390.) Haastattelujen ääninauhoille taltioinnin jälkeen ensimmäinen aineiston käsittelyvaihe on aineiston litterointi, eli muuntaminen puheesta tekstiksi. Litteroinnin sopiva tarkkuus määritellään tutkimusongelman ja metodisen lähestymistavan perusteella. Tutkittaessa rajattua tapahtumankulkua ja haluttaessa saada käsitys, mitä tilanteessa ja prosessissa tapahtui, vähemmän tarkka litterointi riittää mainiosti. (Ruusuvuori, 2010, 424.) Haastatteluaineistoa kertyi useita tunteja, koska haastatteluita oli 11 kappaletta. Keskimääräinen haastattelu-aika oli noin 60 minuuttia, mutta hajontaa oli niin, että lyhin haastattelu kesti 38 minuuttia ja pisin 97 minuuttia. Haastattelut purettiin sanatarkasti litteroimalla, vaikka vähemmän tarkka litterointikin olisi riittänyt jälkikäteen ajatellen. Asiantuntijahaastattelun luonteeseen liittyen analyysiprosessi alkoi vahvasti jo haastatteluvaiheessa.

Aineiston analyysimenetelmänä oli teoriaohjaava sisällönanalyysi. Laadullisen tutkimuksen analyysin tekemisen vaiheet voidaan tiivistää seuraavanlaisesti: 1. Päätöksenteko, mikä aineistossa kiinnostaa. 2. Aineiston läpikäyminen erotellen ja merkiten kiinnostuksen kohteet, 3. Merkittyjen ja erotettujen asioiden erilleen kerääminen muusta aineistosta. 4. Aineiston käsittely esimerkiksi luokittelemalla, teemoittelemalla tai tyyppittelemällä. 5. Yhteenvedon kirjoittaminen. (Tuomi & Sarajärvi, 2013,91-92.)

Lähtökohtaisesti teoriaohjaava analyysi etenee aineiston ehdoilla, mutta käsitteet tuodaan analyysissä ilmiöstä ”jo tiedettynä” (Tuomi & Sarajärvi, 2013,117). Tämän tutkimuksen teoriatausta, joka ohjasi analyysin tekoa oli seuraava: 1. tutkijan näkökulma organisaatioihin ja verkostoihin hallintotieteilijänä, sekä neuropsykiatrisen valmentajan koulutustausta. 2. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja kehittäminen 3. Verkostojohtaminen kokonaisuuden hallinnan näkökulmasta 4. Palveluketjun hallinta ja 5. tiedon hallinta / tiedon kulun tärkeyden merkitys verkostossa.

Asiantuntijahaastatteluihin liittyen aineiston analyysi on alkanut jo haastatteluvaiheissa, mutta konkreettisen analyysin tekeminen tutkimuksessa toteutettiin mukailen laadullisen tutkimuksen tekemisen vaiheita (Tuomi & Sarajärvi, 2013, 91-92):

1. **Päätöksenteko.** Aineiston analyysitapa oli teoriaohjaava, joten tutkimuksen teoriaosuus ohjasi teemoja paitsi haastattelurungossa, myös analyysivaiheessa.
2. **Aineiston läpikäyminen erotellen ja merkiten kiinnostuksen kohteet.** Perehdyin litteroituun aineistoon syvällisesti. Luin jokaisen haastattelun useaan kertaan läpi merkatun samalla tekstinkäsittelyohjelmalla eroteltavia osioita. Merkitsin teema-alueittain (teorioihin pohjautuen) tekstit jokaisesta litteroidusta haastattelusta. Esimerkiksi punaisella värillä korostetut tekstiosat liittyivät verkostojohtamiseen ja keltaisella korostetut tekstit moniammatillisen yhteistyön haasteisiin. Peilasin myös eri asiantuntijoiden vastauksia toisiinsa.
3. **Merkittyjen ja eroteltujen asioiden erilleen kerääminen muusta aineistosta.** Lukemiskertojen kylläntymisen jälkeen, eli tuntiessani aineiston perinpohjaisesti, jolloin uudet lukukerrat eivät tuoneet enää muutosta tekstien merkitsemiseen, siirsin teemoittaiset tekstit yhteen tekstinkäsittelyohjelmalla. Esimerkiksi moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät keltaisella korostetut tekstit siirsin omaan tiedostoon ja punaisella korostetut tekstit verkostojohtamis -tiedostoon.
4. **Aineiston käsittely esimerkiksi luokittelemalla, teemoittelemalla tai tyypittelemällä.** Aineistot (tekstit) oli nyt siis hajautettu eri teemoittain, jolloin jokaisen asiantuntijan haastattelut esimerkiksi moniammatillisen yhteistyön haasteisiin oli koottu yhteen. Tällöin tutustuin aineistoon teemoittain ja etsin tekstistä pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen listasin pelkistetyt ilmaukset. Tässä vaiheessa laajan aineistomäärän vuoksi koin, että tarvitsen vahvistukseksi konkreettisempaa tekemisen muotoa.

Palasin alkuperäisiin haastattelulitterointeihin, jotka olivat väriteemoitettuja. Yhdistin värikorostukset samaksi väriksi, jolloin kiinnostukseni kohteena olevat asiat erottuivat

tekstimassasta. Tämän jälkeen tulostin kaikki haastattelut paperille. Levitin lattialle 5 isoa eri väristä alustaa, jotka otsikoin teemoittain: 1. moniammatillisen yhteistyön haasteet ja kehittämisehdotukset, 2. tiedonhallinta/tiedonkulku, 3. verkostajohtaminen 4. Palveluketjun hallinta. Leikkasin kaikista tulostetuista haastattelutekstistä tummennetut osat haastatteluteksti kerrallaan. Tämän jälkeen liitin tekstit oikeisiin teemoihin arkeille. Kun kaikki teksti oli liitetty, järjestin arkit vierekkäin ja pystyin näin hahmottamaan kokonaisuutta. Pystyin sujuvasti siirtämään arkeista toiseen tekstejä. Muodostin arkkeihin pelkistettyjä ilmauksia. Menettelytapa oli helppo, koska pystyin piirtämään karttaa tekstien ympärille. Aineistosta nousi vahvasti esiin taloudelliset asiat moniammatillisen verkostoketjun yhteistyötä rajoittavana tekijänä. Tekstien määrä, mikä liittyi taloudellisiin rajoituksiin/haasteisiin oli niin merkittävä, että muodostin sille oman teeman – taloudelliset haasteet ja osaoptimointi. Näin muodostui uusi teema eli taloudelliset haasteet ja osaoptimointi. Pelkistettyjen ilmausten yhdistämisen ja alaluokkien muodostamisen jälkeen, (kartta) yhdistin alaluokkia ja muodostin niistä yläluokat.

5. **Yläluokkien yhdistämisen ja kokoavien käsitteiden muodostamisen** jälkeen palasin vielä katsomaan alkuperäistä analyysiä, jonka olin tehnyt tietokoneella sähköisesti ja havaitsin, että kokoavat käsitteet ja luokitukset täsmäsivät. Olisin siis voinut luottaa tekstinkäsittelyohjelmalla tekemääni analyysiin, mutta tällä tavalla konkreettisesti ja käsinkosketeltavasti pystyin sen myös vahvistamaan. Näin ollen voin olla varma omista tulkinnoistani analyysin suhteen.

6.6 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen laatu liittyy tutkimustulosten luotettavuuteen, joten tutkimustulosten tulee olla luotettavia. Luotettavuutta mitataan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat luotettavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), riippuvuus (dependability) ja vahvistettavuus (confirmability) ja saturaatio. (Kananen, 2015,337.)

Luotettavuus/totuudellisuus (credibility). Luotettavuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, kuinka hyvin tulokset vastaavat todellista tilannetta, jolloin tutkimustulosten tulee olla totuudenmukaisia. Luotettavuuden varmistaminen menee osittain päällekkäiseksi muiden kriteerien keinojen kanssa. Totuudellisen arvioinnin lähtökohtana on riittävän tarkka dokumentaatio (tutkimusaineisto, menetelmät ja analyysivaiheet), jolloin tarvittaessa ulkopuoliset arvioijat voisivat aineiston pohjalta päästä

samaan lopputulokseen. Tulosten ollessa johdettu aineistosta, pitäisi päättelypolun olla ristiriidaton. (Kananen, 2015, 353.) Tämän tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi on pidetty huolta tutkimusaineiston, menetelmien ja analyysivaiheiden tarkasta dokumentaatiosta.

Siirrettävyys/sovellettavuus (transferability). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistykseen vaan ilmiön ymmärtämiseen. Tässä kohdassa laadullinen tutkimus eroaa kvalitatiivisesta tutkimuksesta, jolloin siirrettävyyden ajatellaan olevan siirtäjän vastuulla. Tutkija voi siis myötävaikuttaa asiaan kuvaamalla tarkasti ilmiön lähtökohtatilanteen ja oletukset, jolloin siirtäjä voi päätellä ovatko tutkimustulokset siirrettävissä hänen olettamaansa tilanteeseen. (Kananen, 2015, 352-353.) Siirrettävyyden näkökulmaakin ajatellen tähän tutkimukseen on selvennetty ja avattu tarkasti tutkijan lähtökohtatilanne ja taustaoletukset (hallintotieteilijä, klassisen johtamisteorian edustaja, neuropsykiatrinen valmentaja, OT-työryhmän jäsen). Täten siirtäjän pitäisi pystyä päättämään ovatko tutkimustulokset siirrettävissä hänen olettamaansa tilanteeseen.

Riippuvuus/dependability. Riippuvuuden tarkastelulla tarkoitetaan sitä näkökulmaa, onko tutkimustulokset johdettu aineistosta oikein. Tämä tarkoittaa sitä, että jos saman tulkinnan tekevät ulkopuoliset ja päätyisivät samaan tulokseen, voisi tulkintaa tällöin pitää oikeana. Tämä kohta kytkeytyy yhteen luotettavuuden/totuudellisuuden arvioinnin kanssa. Riippuvuuden näkökulmaan sisältyy piilo-oletus, että laadullisen tulkinnan takana olisi vain yksi ja oikea tulkinta, mikä ei kuitenkaan pidä paikkaansa laadullisen tutkimuksen luonteesta riippuen. (Kananen, 2015, 352-353.) Tässä tutkimuksessa on pidetty huolta riittävän tarkasta dokumentaatiosta, jolloin toistettavuus onnistuisi ulkopuolisilta, kuten luotettavuus -kohdassa mainittiinkin. Piilo-olettamusnäkökulmaan viitaten totean, että laadulliseen tulkintaan ei ole olemassa vain yhtä ja oikeaa tulkintaa, koska lähtökohtatilanne ja taustaolettamukset vaikuttavat, mutta tämä asia on pyritty tuomaan esille siirrettävyys näkökulman kautta, eli tutkijan omat taustaolettamukset, sekä lähtökohtatilanne on selvennetty tarkkaan.

Vahvistettavuus (confirmability). Tutkittavat vahvistavat tulkinnan, eli tutkittavat (informantit lukevat ja hyväksyvät tulkinnan). Yksinkertaisin menetelmä varmistaa luotettavuus on luetuttaa aineisto ja tulkinta niillä, joita se koskee. (Kananen, 2015, 352-354.) Tämän tutkimuksen vahvistettavuutta osoittaa se, että aineisto lähetettiin luetettavaksi niille asiantuntijahaastateltaville, jotka halusivat nähdä oman osuutensa aineistosta etukäteen.

Saturaatio eli kylläntyminen. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan aineiston saturaatiosta, jonka voidaan ajatella tarkoittavan sitä, että aineisto alkaa toistaa itseään, eikä tuo esiin mitään uutta. Esimerkiksi uusia havaintoyksiköjä voidaan ottaa tutkittavaksi niin kauan, kuin ne tuovat tutkimukseen jotain uutta. Vastausten alkaessa toistaa itseään on saavutettu kylläntymispiste. (Kananen, 2015,352-355.) Tutkimuksessa haastateltiin verkoston eri toimijoita. Haastateltavia oli monipuolisesti verkoston eri osa-alueilta (sekä horisontaaliselta, että vertikaaliselta tasolta). Aineistoon haastateltiin asiantuntijoita eri sektoreita (SO+TE+SI +muut), sekä vertikaalisilta tasoilta (toimijataso, asiantuntija/kehittäjätaso, johtotaso). Näin saatiin monipuolinen kuvaus verkostosta. Tässä tutkimuksessa saturaatio, eli kylläntyminen nousi esiin vahvasti analyysivaiheessa. Aineistoa käsiteltiin ja tutkittiin niin kauan, että sieltä ei noussut enää mitään uutta esille.

7. TUTKIMUSTULOKSET

7.1. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja kehittämisehdotukset

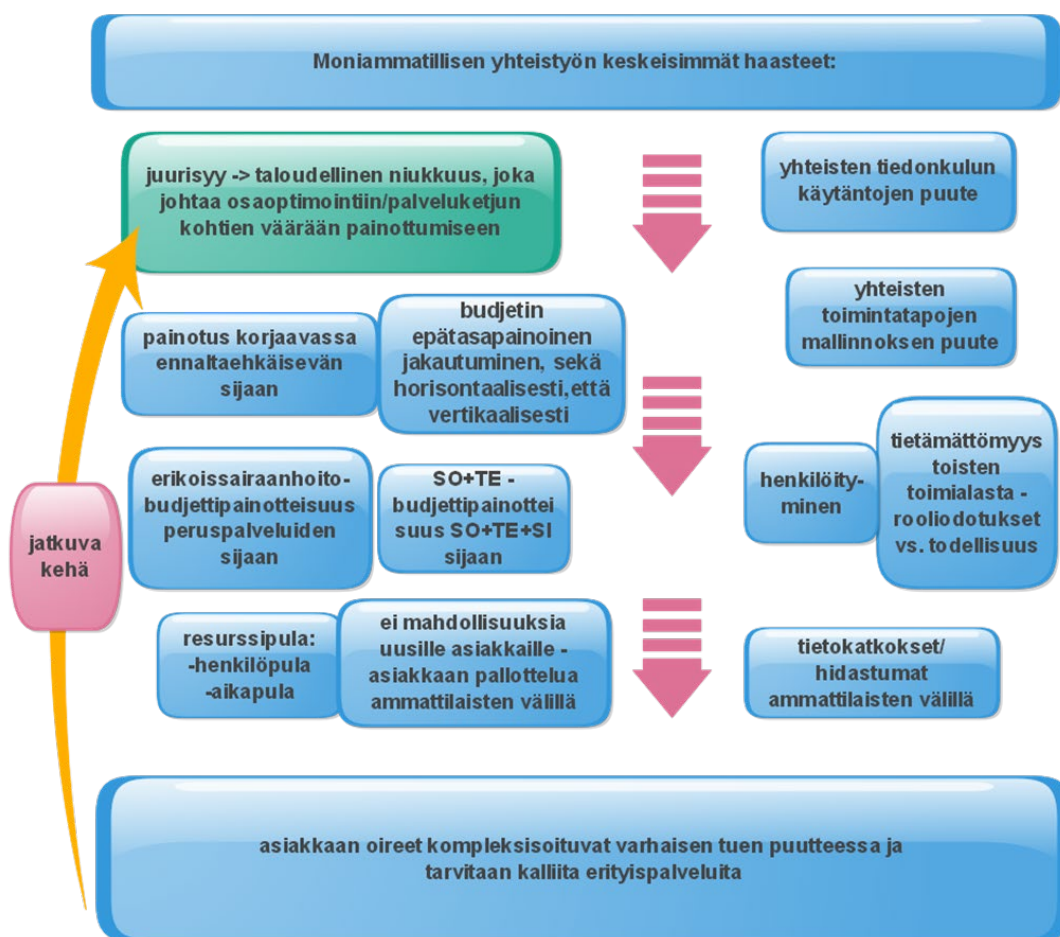
7.1.1 Moniammatillisen yhteistyön keskeiset haasteet

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen mukaan moniammatillisen yhteistyön keskeiset haasteet olivat tiedonkulun haasteet, yhteistyöskentelyn valvonnan/ohjauksen puute, vastuut, roolit ja sitoutuminen, sekä moniammatillisen koulutuksen puute.

Tutkimuksen analyysin tulosten mukaan keskeisimmäksi ja uudeksi haasteeksi nousi taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi, joka johtaa palveluketjun kohtien väärään painottumiseen ja hankaloittaa moniammatillista yhteistyötä. Budjetti jakautuu epätasapainoisesti paitsi horisontaalisesti, myös vertikaalisesti, eli painotus on korjaavassa (erikoissairaanhoidossa, lastensuojelu) ennaltaehkäisevän (peruspalveluiden) sijaan. Lisäksi hallitsevana on SO+TE -budjettipainotteisuus SO+TE+SI:n sijaan. Vähäiset resurssit (henkilöpula, aikapula), johtavat siihen, että ammattilaisilla ei ole mahdollisuuksia ottaa vastaan uusia asiakkaita ja asiakkaat joutuvat palloteltaviksi ammattilaisten välillä. Taloudellinen niukkuus aiheuttaa myös kitkaa ammattilaisten välillä. Taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi

oli juurisyy, joka nousi esiin jokaisessa osa-alueessa. Huomionarvoista on se, että tätä seikkaa ei mainita aihetta käsittelevässä kirjallisuudessa moniammatillista yhteistyötä heikentävänä tekijänä. Tässä kohtaa aikaisemmissa tutkimuksissa on aukko. Toinen haaste moniammatillisessa yhteistyössä oli yhteisten tiedonkulun käytäntöjen puute, jolloin myöskään yhteisiä toimintatapoja ei ollut mallinnettu. Ammatillisilla oli virheellisiä tietoja toisten toimialasta, joka aiheutti vääriä rooliodotuksia. Lisäksi ilmeni henkilöitymistä, jolloin moniammatillisen yhteistyön sujuminen oli sidoksissa esimerkiksi henkilökemioista riippuviin tekijöihin. Tietokatkoksia ja hidastumia ilmeni ammattilaisten välillä yhteisten tiedonkulun käytäntöjen puutteiden vuoksi.

Edellä mainitut syyt aiheuttavat haasteita moniammatilliselle yhteistyölle, joka taas edesauttaa ilmiötä, jossa asiakkaan oireet ehtivät kompleksisoitumaan varhaisen tuen puutteen vuoksi, jolloin taas tarvitaan kalliita ja raskaita erityispalveluita. Tämä entisestään syventää jatkuvaa kehää (kuvio 15, s. 55). Teorian pohjalta nousseet haasteet voidaan katsoa sisältyvän empirian pohjalta nousseeseen toiseen yläkäsitteeseen eli yhteisten tiedonkulun käytäntöjen puutteisiin. Uutena löydöksenä ja yläkäsitteenä, sekä tämän tutkimuksen tuloksen juurisyynä moniammatillisen yhteistyön haasteisiin nousi taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi.



Kuvio 15. Moniammatillisen yhteistyön keskeisimmät haasteet.

Moniammatillisen yhteistyön haasteista suurimmaksi nousi taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi. Jokainen haastateltava nosti esiin taloudelliset haasteet moniammatillista yhteistyötä rajoittavana tekijänä. Taloudellinen niukkuus liittyi osaoptimointiin, jolloin taloudellinen painopiste keskittyi korjaaviin toimenpiteisiin ennaltaehkäisevien sijaan (erikoissairaanhoidon kustannuksella ja myös sote -palveluiden painotus sivistyspalveluiden kustannuksella), aikaresurssina ja henkilövajaina. Tämä taas johti asiakkaiden pallotteluun moniammatillisessa yhteistyössä, koska millään taholla ei ollut resursseja ottaa vastaan uusia asiakkaita. Osaoptimoinnilla tarkoitetaan tässä sitä, että yhteiskunnan ja päättäjien tasolla ei katsota palveluketjun toimintaa kokonaiskuvan näkökulmasta. Tällöin painopiste kohdistuu korjaaviin toimenpiteisiin ennaltaehkäisevien toimenpiteiden sijaan ja päädytään niin sanotusti ”sammuttamaan tulipaloja”.

”Asioita pitäisi katsoa enemmän kokonaisuuden hallinnan näkökulmasta. Perimmäisenä syynä taustalla vaikuttavat taloudelliset asiat, esimerkiksi osaoptimointi näkyy kaupungin päätösten tasolla, niin että perusterveydenhoitoon on vaikea saada riittävästi resursseja. Esimerkiksi katsottaessa rahoitusta eri momenteilla - koulujen luokkakokojen pienentämiseen ja erityisopettajien määrän lisäämiseen on vaikea saada rahoitusta, rahoituksen kulkiessa sivistyspalvelun budjetissa, mutta rahoitusta on pakko löytyä lasten erikoissairaanhoidon ja esimerkiksi psykiatriseen osastohoitoon ja lastensuojeluun siinä vaiheessa, kun ollaan edetty jo pakkotilanteisiin, esimerkiksi sijoituksiin ja huostaanottoihin. Eli varhaiseen vaiheeseen, missä fokuksen pitäisi olla, on vaikea löytää rahoitusta.” Lastenlääkäri

”Tämän hetken sote-maailman ongelma on se, että perustasolla ei ole resursseja, ehkei osaamistakaan jossain kohtaa, niin asiakkaat lähtevät sitten vaativaan erityistasoon ja sitten tämä vaativa erityistaso alkaa kasvamaan ja se on kallista ja sitten se alkaa imeämään ja viemään ne viimeisetkin mehut sieltä perustasolta.” Sote-muutosjohtaja

”Taloudelliset asiat ovat siellä alla ja sekin, että kun saatiin vihdoin erikoissairaanhoidon mukaan, kun useinkin on nepsyjä, joille on annettu se diagnoosi siinä 5-6 vuotiaana ja ne on kulkeneet siellä muiden mukana ja sitten murrosiässä, kun oireet pahenee, niin sitten yritetään perusterveydenhoidossa miettiä, että mitäs nyt sitten, että tämä on varmaan murrosikä. Sitten se on niin, että lapsi alkaa oireilemaan voimakkaasti ja joutuu osastolle ja sitten vasta otetaan tosissaan.” Järjestön edustaja 1

Lisäksi kokonaisuuden hallinnan näkökulman puute näkyy siinä, ettei sivistyspuolelle budjetoida tarpeeksi resursseja (pedagoginen puoli + oppilashuolto) erityisesti erityisopettajiin, pienryhmien perustamiseen, koulupsykologeihin, koululääkäreihin ja koulukuraattoreihin. Tämä aiheuttaa arjen toimintatasolla vääristymiä asiakkaan palveluketjuun, jolloin asiakkaan oireet kompleksisoituvat varhaisen tuen puuttuessa. Moniammatillisessa yhteistyössä koulun opettajat ovat kovilla varhaisen tuen puuttumisen vuoksi. Resurssien vähyden vuoksi oppilashuoltoryhmän oleelliset toimijat (tässä tapauksessa koulupsykologi, koulukuraattori, koululääkäri ja kouluterveydenhoitaja) eivät pysty tukemaan koulua riittävällä tasolla. Esimerkiksi tämän tutkimuksen koulun edustajan mukaan heiltä

on viety varhainen tuki pois, koulun henkilökunta joutuu toimimaan liian suurien oppilasmäärien kanssa ja moniammatillista yhteistyötä heikentää oppilashuollon toimijoiden (koulupsykologi, koululääkäri, kouluterveydenhoitaja, koulukuraattori) vähäiset resurssit. Heidän tarjoamansa tuki jää monesti kokonaan puuttumaan moniammatillisesta yhteistyöstä resurssien vähyyden vuoksi, joka taas heikentää oleellisesti asiakkaalle suunnattuja palveluita.

”Aikaresurssi on keskeisin haaste ja sitten se mikä menee sitten tuonne talouteen, että tarvittaisiin ihan ihmisiä lisää tekemään, jotta pystyisi vastaamaan kaikkiin niihin tarpeisiin mitä on täällä lapsilla. Juuri tuossa kuraattorinkin kanssa juttelin, niin se oppilasmäärä mitä hänellä on, niin se on ihan jotain käsittämätöntä ja lisäksi matalan kynnyksen psykologinen apu puuttuu meiltä. Meidän perheneuvolan nimetty psykologi ilmoitti, että he tulevat kouluihin enää ainoastaan yksilöllisiin oppilashuoltotyöskentelyihin, että he eivät tule sellaisiin kasvun ja tien oppimisen ryhmiin ollenkaan enää ensi vuonna (2019). Mikä on taas toisaalta vähän hassu rajanveto, koska se semmoinen niin kuin puhutaan, että tarvittaisiin sitä varhaista tukea, niin sehän viedään nyt meiltä pois. Se on tosi harmi, mutta heillä on resurssipula ja jonoja puretaan nyt sitten sillä tavalla. Aika kova veto, mutta täällä on puolen vuoden jonot. Ei hyvä, mutta uskon, että tämä on realismia hyvin monessa muussakin paikassa. Ja koululääkäri -tilannehan meillä on ihan luokaton. Meillä on koko kaupungissa yksi ainoa koululääkäri.” Ala-asteen laaja-alainen erityisopettaja

”Pitäisi olla enemmän työaikaa ja resursseja. Eihän niitä yhteisiä palaveriaikoja ja muita yhteydenottoja ehdi pitämään, jos ei esimiehet anna siihen työaikaa ja mahdollisuutta toimia, että tällä hetkellä varsinkin tuolta sosiaalipuolelta kuuluu, että he ovat jo niin tiukoilla tällä hetkellä niiden omien töidensä kanssa, että he eivät ehdi koulupalavereihin ja silloin siitä verkostosta puuttuu yksi olennainen lenkki ja se ei voi toteutua se yhteistyö. Kyllä se lähtee sieltä johdosta, että ne resurssit määriteltäisiin sillä tavalla, jotta yhteistyö mahdollistuisi.” ADHD-asiantuntija

”Osallistutaan kyllä näihin yksilöllisiin oppilashuollon palavereihin, jos meitä kutsutaan. Jos opettaja arvioi, että olisi hyvä, että siellä olisi sosiaalipuolen edustaja, niin aina mennään. Enää ei olla siinä laajemmassa oppilashuoltoryhmässä oltu.” Johtava sosiaalilyöntekijä

”Taloudelliset asiat ovat siellä alla ja sekin, että kun saatiin vihdoin erikoissairaanhoidon mukana, kun useinkin on neupsyjiä, joille on annettu se diagnoosi siinä 5-6 vuotiaana ja ne on kulkeneet siellä muiden mukana ja sitten murrosiässä, kun oireet pahenee, niin sitten yritetään perusterveydenhoidossa miettiä, että mitäs nyt sitten, että tämä on varmaan murrosikä. Sitten se on niin, että lapsi alkaa oireilemaan voimakkaasti ja joutuu osastolle ja sitten vasta otetaan tosissaan.” Järjestön edustaja 1

Keskeinen huomio oli se, että *asiakas joutui palloitetavaksi* verkoston toimijoiden välillä, koska verkoston eri toimijat eivät voineet ottaa uusia asiakkaita resurssien puutteen (taloudellisen niukkuuden) vuoksi. Oli kyseessä sitten aikapula, henkilöpula, tai palveluiden vähyys, taustalla oli kuitenkin resurssien puute. Moniammatillista yhteistyötä heikentää ”taistelu vähäisten resurssien vuoksi”. Verkoston toimijoilla on liikaa asiakkaita, jolloin asiakkaita yritetään työntää muiden verkoston toimijoiden vastuulle. Tämä aiheuttaa kitkaa ammattilaisten välisiin suhteisiin, yhteistyön sujuvuuteen ja asenteisiin.

”ehkä se on rahoituskysymyksen.... että kenen kustannus, kuka tämän maksaa ja sitten tulee sellaista pompottelua, kun kukaan ei halua ottaa asiakasta vastuulleensa... Tai sitten on liikaa asiakkaita, jolloin ei enää pystytä ottamaan lisää ja yritetään työntää ne kaikki mahdolliset asiakkaat sitten muiden hoidettaviksi, että ottakaa te nyt nämä. En usko, että kukaan haluaa pompotella, mutta se on se realiteetti ja sen takia sitä tapahtuu.” Johtaja sosiaalityöntekijä

”... Kovin usein se on sitä, että kaikki puhuu (palaverissa) ja sitten vanhempi saattaa kysyä, että miten me nyt tehdään, niin sitten on hiljaista ja sovitaan seuraava aika - Se on tosi, että kaikki on hiljaa, ettei vaan tulisi kuluja ja ettei tarvitsisi ottaa asiakasta itsellensä.” Järjestö 1

”Hyvin pitkälti asiat ovat resursseista kiinni, eli valitettavasti asiakas voi joutua palloitetavaksi ammattilaisten välissä resurssien vähyden vuoksi. Ammattilaisilla voi olla vaikeuksia ottaa uusia asiakkaita ja joudutaan miettimään kenen vastuulle asiakas kuuluisi.” Lastenlääkäri

Huomionarvoista oli myös se, että nuorisopsykiatristen palveluiden kysyntä on oleellisesti lisääntynyt viime aikoina.

”Tällä hetkellä nuorisopsykiatria on täynnä. Nuorisopsykiatrit sanovatkin, että koulun resursoidessa enemmän varhaiseen tukeen, asiakkaita ei päätyisi erityissairaanhoidon tasolle niin paljon.” Lastenlääkäri

” Nythän on nuorisopsykiatristen palveluiden kysyntä lisääntynyt muutaman vuoden aikana todella paljon. Meille tuli vuodesta 2015-2017 yli kolmasosan lisäys lähetemääriin, mutta meidän resurssit eivät ole lisääntyneet tarvetta vastaavaksi. Tästä syystä esimerkiksi tänä vuonna (2018) ja viime vuonna meillä on ollut vaikeuksia saada itse hoito alkamaan tutkimusten tekemisen ja hoitopäätösten jälkeen. Tämähän on ympäri maata sama tilanne, että nuorisopsykiatristen palveluiden kysyntä on lisääntynyt, eikä vielä tiedetä syytä mistä se johtuu.” Nuorisopsykiatristen ylilääkäri

Toinen haaste moniammatillisessa yhteistyössä liittyi tiedonkulun käytäntöjen ja yhteisten toimintatapojen mallintamisen puutteeseen. Haasteeksi koettiin henkilöityminen ja vaihtuvuus, eli joidenkin verkoston toimijoiden kanssa yhteistyö sujuu, mutta työntekijän vaihtuessa asiat eivät enää sujukaan joko henkilökohtaisista syistä, tai perehdyttämisen puutteen vuoksi (tiedonkulku). Erityisesti verkoston toimijat mainitsivat haasteeksi sosiaalitoimen henkilöstön vaihtuvuuden.

” Se ei saisi mennä sellaiseen, että se henkilöityy, että joidenkin kanssa sujuu ja sitten kun se jää eläkkeelle, tai lähtee pois niin hommat eivät toimi. Että täytyisi olla sellaiset systeemit, että ne toimivat sitten laajemmin...” Varhaiskasvatuksen edustaja (VEO)

”Yhtenä haasteena moniammatillisissa verkostopalavereissa voi olla henkilöstön vaihtuvuudesta johtuvat syyt. Esimerkiksi lastensuojelussa henkilöstön vaihtuvuus on tällä hetkellä suurta ja palavereissa saattaakin käydä niin, että lastensuojelun työntekijä ei ole ehtinyt vielä perehtyä kyseessä olevaan asiaan, tai hän ei ole ehtinyt tavata perhettä.” Lastenlääkäri

”Tutkimuksessani oli hyvin paljon niitä toimijoita, että ihmiset vaihtuivat verkostossa. Ammatilainen oli vaihtanut työpaikkaa tai ei päässyt tulemaan, jolloin joku toinen korvasi hänet ja tämä toinen ei sitten tietenkään tiennyt asiasta mitään. Silloin taas aloitettiin alusta ja aika menee perustietoon, mikä olisi voitu lukea papereista, eli mitä on jo käsitelty ja päätetty aikaisemmin. Nämä palaverit eivät kyllä ole hedelmällisiä.”
ADHD-asiantuntija

” Toki voi olla sellaista, että voi olla käytännön eroja, miten toimitaan ja ihan sitten sellaisia henkilökysymyksiäkin voi olla. ” Rikostutkija

”...esimerkiksi lastensuojelussa sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuus on suurta useissa kunnissa. Viivytystä esiintyy jonkin verran, koska samoja asioita joudutaan kertaamaan henkilöstön vaihtuvuuden vuoksi. Voi tuntua, että samasta potilaasta on puhuttu saman kunnan kanssa jo useamman kerran, mutta tämä uusi henkilö - hänellehän asia on uusi. Meidän vastuualueen toiminnassa mietin paljon sitä näkökulmaa, miten saadaan prosessit toimimaan henkilöstön vaihtuvuudesta huolimatta.” Nuorisopsykiatrian ylilääkäri

Tiedonkulun ja yhteistyön käytänteiden puuttuessa nousee esiin myös ilmiö, jossa toimijat ovat tietämättömiä toisten toimijoiden toimialasta, sekä työnkuvasta, eli ylipäätään niistä mahdollisuuksista mitä kullakin toimijalla on tarjota kyseisen asiakkaan palvelukokonaisuuteen. Odotukset saattavat olla epärealistisiäkin.

”...että erikoissairaanhoidossa ylipäätään tiedettäisiin, mitä mahdollisuuksia lastensuojelussa on ja taas lastensuojelussa tiedettäisiin mitä erikoissairaanhoidossa tehdään, ettei ne oletukset ole ihan sellaisia epärealistisiä mitä ei pystytä toteuttamaan. Silloin on aina helpompi hoitaa, eikä vain lykätä, että hoitakaa te...” Johtava sosiaalityöntekijä

” Nuorisopsykiatriset oireet kuuluvat erikoissairaanhoidon puolelle ja ovat vakavia, sekä pitkäkestoisia. Jos on sellaiset odotukset, että muutama keskustelu ja ongelma on hävinnyt, niin silloin kyllä pettyy odotuksissaan. Melkein kaikki niistä nuorisopsykiatrisista potilaista, jotka jäävät meille esimerkiksi avohoidon hoitokontaktiin, käyvät meillä lukuisia kertoja ja kontakti kestää ainakin vuoden tai pari. Kyseessä ei ole mikään

yhden kerran taianomainen apukeino, tai muutaman keskustelukerran apu. Ongelmana saattaa olla juuri se, että ihmiset odottavat, että meillä nuori ”korjataan” ja palautetaan täysin korjattuna arkeen. Ei meillä ole millään muotoa sellaista palvelulupausta, että osastohoidolta palautetaan täysin korjattuna. Silloin on väärät odotukset. Osastohoidossa yritetään pääsääntöisesti taittaa vain pahin kärki oireilusta, jotta voidaan jatkaa työskentelyä avohoidossa ja se on pitkäkestoista. Usein samaan aikaan tarvitaan myös tukitoimia koulussa, sekä lisäksi voidaan antaa myös sosiaalihuollon puolelta perheelle tukitoimia.” Nuorisopsykiatrian ylilääkäri

7.1.2 Moniammatillisen yhteistyön kehittämisehdotuksia

Teoreettisessa viitekehyksessä moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä keskiöön nostettiin kehittämisen tasot, joita olivat mikrotaso (toimijat), johdon/organisaation taso, sekä makrotaso (yhteiskunnan päättäjätahot, lainsäädäntö ym.). Lisäksi teoriaosuudessa havaittiin, että moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen ratkaisuna tarjotaan usein moniammatillista koulutusta, joka keskittyy yhteistyötaitojen lisäämiseen (kuunteleminen, keskustelutaito, luottamus ym.).

Aineiston analyysissä esille nousivat eri asiat kehittämisehdotuksiksi, kuin mitä teorian pohjalta esitettiin. Aineistosta nousevat kehittämisehdotukset koskivat enemmänkin käytännön tason ja konkretian kehittämistä, kuten ymmärryksen lisäämistä verkoston toimijoiden substanssialoista, yhteistyön käytäntöjen kehittämistä, sekä tiedonkulun tehostamista. Nämä aineistosta nousevat kehittämisehdotukset eivät suoraan vastaa sitä, mitä kirjallisuudessa tarjotaan moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan se, mitä moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen tarvitaan moniammatillisen koulutuksen muotona, on konkreettiset kehittämisideat, jotka auttavat käytännön työn tasolla moniammatillista yhteistyötä sujumaan paremmin. Näitä keskeisiä kehittämiskohteita olivat ymmärryksen lisääminen verkoston toimijoiden substanssialoista, yhteistyön käytäntöjen luominen, sekä tiedonkulun kehittäminen.

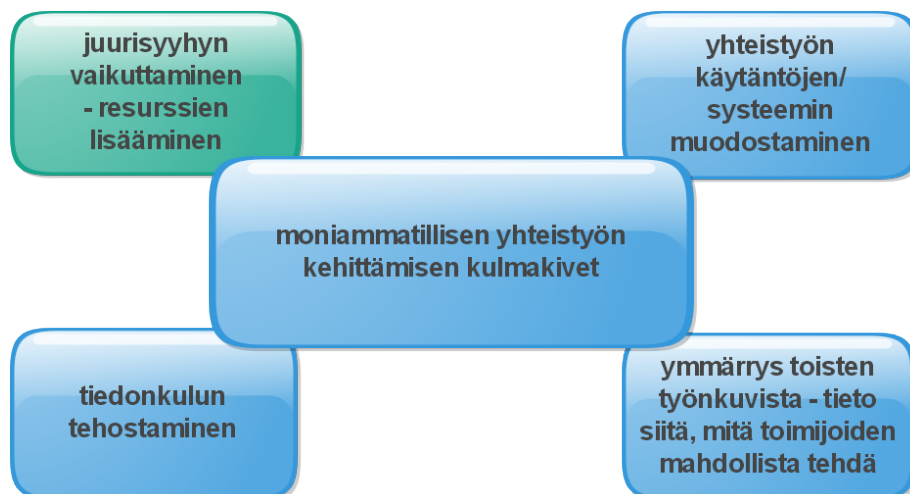
”Se, että ymmärretään toistemme ammattia ja työnkuvia, sekä näkökulmia, että siitähän se lähtee. Kyllähän se aina auttaa, kun pystyt näkemään, että ai teillä tehdään tuolla lailla. Kyllähän se auttaa, jos esim. erikoissairaanhoidossa ylipäätään tiedetään, että mitä mahdollisuuksia lastensuojelussa on ja nähdään, että lastensuojelussa tiedetään

mitä erikoissairaanhoidossa tehdään, ettei ne oletukset ole ihan sellaisia epärealistisia mitä ei pystytä toteuttamaan. Silloin on aina helpompi hoitaa, eikä vain lykätä, että hoitakaa te...” Johtava sosiaalityöntekijä

”... se että me tiedetään mitä toinen tekee ja tehdään yhdessä sen perheen eteen.” Perhepalvelukoordinaattori

”Käytännössä se on sitä, että ollaan saman pöydän ääressä ja tiedetään toistemme tekemisistä, eli silloin tiedon pitää kulkea saumattomasti...” ADHD-asiantuntija

”nyt juuri on aloitettu tällaiset, joilla pyritään tiivistämään ja pystyttäisiin puuttumaan ennen ja tiivistämään paikallistasolla sitä tiedonkulkua. Siinä on sosiaalipuoli ja terveydenhoito, koululaitokset kaikki, poliisi ja nää... Meillä on juuri ollut yksi moniammatillinen verkostokokous ja nyt tulee toinen ja sitä pyritään entistä enemmän tehostamaan.” Rikostutkija



Kuvio 16. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kulmakivet.

Kehittämisen keskiössä on juurisyyhyn puuttuminen eli resurssien lisääminen, joka ei sinänsä ole ”kehittämistä”. Muita kehittämisen kohteita ovat (kuvio 16, s. 62): Moniammatillisten toimijoiden

ymmärtämisen lisäys toisten työnkuvista, eli tieto siitä, mitä toimijoiden on mahdollista tehdä ja mitkä ovat heidän toimenkuvansa. Jos toimijoilla on epärealistiset/väärät mielikuvat muiden toimijoiden vastuualueista ja toiminnan mahdollisuuksista, voidaan asiakas jättää hoitamatta ja hänet yritetään sysätä toiselle toimijalle, jolloin asiakas joutuu palloteltavaksi. Yhteistyön käytäntöjen ja systeemin muodostaminen on myös keskeisessä asemassa moniammatillista yhteistyötä kehittäessä. Tiedonkulun tehostaminen sisältyy yhteisten käytäntöjen ja systeemin muodostamiseen.

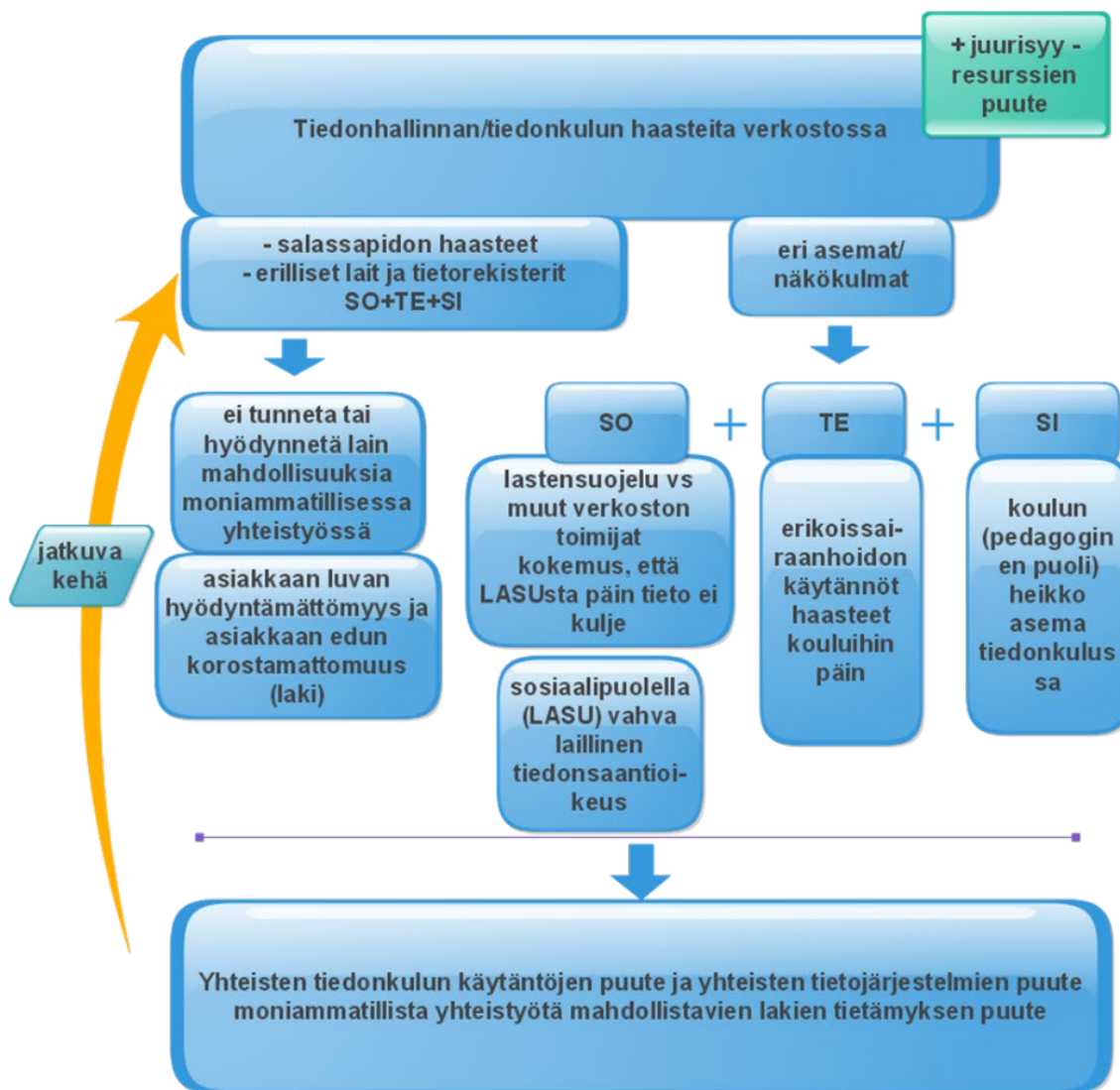
7.2 Tiedon hallinta ja tiedonkulku moniammatillisessa verkostossa

Tiedon hallinnalle ja tiedonkululle ei tehty omaa teoriaosuutta, sen sijaan tiedonkulun ja tiedonhallinnan tärkeys nousi esille moniammatillisen yhteistyön haasteiden ja kehittämisen teoriaosioissa, sekä palveluketjun hallinta -teoriaosiossa.

Palveluketjun hallinta -teoriaosiossa palveluketjussa kulkevan tiedon hallinnan osalta tärkeitä tekijöitä olivat siirtyvän tiedon tarpeen määrittely, sovitut kirjaamiskäytännöt ja tiedon siirtyminen raportoitavaan ja seurattavaan muotoon. Tietojärjestelmät olivat keskeisessä asemassa tiedon kulun tukemisessa. Lisäksi palveluketjuun kuuluvien prosessien tunnistaminen, potilaskertomuksen yhtenäisten rakenteiden sopiminen, toimintojen uudelleenorganisointi ja moniammatillisen yhteistyön sujuminen, vastuiden määrittely, sekä johtaminen nähtiin tiedonkulun hallinnan edellytyksinä.

Tutkimuksen analyysin tulokset olivat samassa linjassa teoriaosion oletusten kanssa. Tutkimuksen analyysin tuloksista nousi esiin (kuvio 17, s.64), että tiedonhallinnan/tiedonkulun haasteita moniammatillisessa verkostossa aiheuttavat salassapidon haasteet ja erilliset lait, sekä erilliset tietorekisterit (SO+TE+SI). Verkoston toimijat eivät tunne, tai osaa hyödyntää lain tarjoamia mahdollisuuksia moniammatillisessa yhteistyössä. Lisäksi asiakkaan luvan hyödyntämistä, sekä asiakkaan edun korostamista ei hyödynnetä tarpeeksi moniammatillisessa yhteistyössä. Haasteita aiheuttavat myös toimijoiden eri asemat ja näkökulmat (oma substanssiala). Toimijat ovat lainsäädännöllisesti eriarvoisissa asemissa tiedonsaantioikeuksissa. Yhteenvetona analyysin tuloksista voidaan todeta, että moniammatillisen verkoston tiedon kululle ja tiedon hallinnalle aiheuttaa haasteita yhteisten tiedonkulun käytäntöjen puute, yhteisten tietojärjestelmien puute, sekä moniammatillista yhteistyötä mahdollistavien lakien tietämyksen puute. Tutkimuksen analyysin tulokset ovat yhtenevässä linjassa tutkimuksen teoriaosan kanssa. Tosin tuloksissa nousi korostuneesti esille tarve moniammatilliselle

koulutukselle, jossa tiedonhallinnan ja tiedonkulun osalta keskityttäisiin moniammatillista yhteistyötä rajoittaviin ja mahdollistavien lakien tuntemukseen, mutta tätä ennen tulisi moniammatilliselle verkostolla luoda palveluketjun hallinnan näkökulmasta yhteisen tiedonkulun ja käytänteiden järjestelmä. Näitä edellä mainittuja kehittämisehdotuksia rajoittaa juurisyys, eli resurssien niukkuus ja osaoptimointi.



Kuvio 17. Tiedonhallinnan/tiedonkulun haasteita verkostossa.

Tiedon hallinnalla / tiedon kululla oletettiin olevan suuri merkitys verkoston toimivuuden suhteen. Tiedonhallinta -osioon sisältyy lainsäädännön asettamat rajaukset moniammatilliselle yhteistyölle, sekä salassapidon merkitys. Salassapito koettiin haastavaksi eri toimijoiden näkökulmasta ja se nähtiin lainsäädännöllisenä ja yhteiskunnallisena valintana.

”Sehän on lainsäädännöllinen kysymys. Jos meidän yhteiskunta haluaa huolehtia, että ihmiset saavat ylläpitää tätä tilannetta, että he asioivat 5-6 eri viranomaistahon kanssa suunnilleen samasta ongelmasta ja heillä on oikeus pitää huoli siitä, että nämä eivät keskenään keskustele, niin silloin yhteiskunta on valinnut, että ihmisen oikeus turvata tietojensa yksityisyys on tärkeämpi asia, kuin se että nämä viranomaiset tekisivät yhteistyötä. Sehän on lainsäädännöllinen ja yhteiskunnallinen valinta.”
Nuorisopsykiatrian ylilääkäri

Laki antaisi mahdollisuuden yhteistyöhön ja tiedonkulkuun jo tällä hetkellä, koska lainsäädännön mukaan tärkeintä on lapsen etu, eli jos tilanne vaatii, että asioita ei pidetä salassa, silloin salassapitovelvollisuutta ei ole. Tämä voi ehkä olla liian tulkinnallinen kysymys verkoston toimijoiden mielestä ja edellä esitettyä näkökulmaa tiedonkulun mahdollistamiseen arastellaan käyttää. Makro ja johto/organisaatiotasolla voisikin järjestää verkoston toimijoille moniammatillista koulutusta, jossa selvennettäisiin lain tarjoamia tiedon kulkuun ja salassapitoon liittyviä mahdollisuuksia.

” Laki määrittelee tarkasti moniammatillisen tiedonkulun ja salassapitovelvollisuudet. Sivistystoimella, terveydenhuollolla, sekä sosiaalihuollon puolella on kaikilla omat lakinsa. Kuitenkin mietittäessä asetusta kouluterveydenhuollosta ja lastenneuvolasta korostetaan siellä seuraavaa seikkaa: Pää tavoitteena moniammatillisessa yhteistyössä on lapsen ja perheen tukeminen, lapsen hyvinvoinnin varmistaminen ja tärkeimpänä tavoitteena lapsen etu. Tilanteessa, jossa lapsen etu vaatii moniammatillista tiedonkulkua, salassapitovelvollisuutta ei asetuksen mukaan ole.” Lastenlääkäri

Lastensuojelun rooli nostettiin voimakkaasti esille salassapitoon liittyvässä teemassa. Monet verkoston toimijat nostivat esille sen haasteen, että lastensuojelun toimijoilta ei saa tietoa esimerkiksi koululle ja terveydenhuoltoon päin. Muilta verkoston toimijoilta jää ne oleellisetkin tiedot saamatta, joilla olisi merkitystä asiakkaan kokonaistilanteen hoitamisessa.

”Näiden lainsäädäntö on ihan erilainen (sivistys, sosiaalipalvelut, terveydenhuolto) ja siinä on sellaista harmaata aluetta ja myös nämä eri ammattilaiset ei tiedä, että mikä se salassapito aina on ja missä tapauksessa saa kertoa toiselle osapuolelle ja missä tapauksessa sitten ei. Itse ainakin tutkimuksessa törmäsin siihen, että sosiaalipuoli haluaa pitää

hyvin tiukasti sen salassapidon siellä. Terveyspuolelle ja koulupuolelle ei sitä tietoa siten tavallaan kulje ja se toki hankaloittaa yhteistyötä, että silloin kun pitäisi tietää asioista niin salassapito on ikään kuin peruste, että ei voida antaa niitä tietoja.” ADHD-asiantuntija

”Heikoin lenkki, mistä ei välttämättä saada ajantasaista tietoa on sosiaalitoimi ja lastensuojelu. Lastensuojelulla on oma lainsäädäntönsä ja omat tietojärjestelmänsä, jolloin emme ole tietoisia toistemme toimenpiteistä samaan asiakkaaseen liittyen. Tämä tulee esiin yhteisissä palavereissa. Myös lapsen tullessa lääkärin vastaanotolle, saattaa tulla esiin seikka, että lapsi onkin otettu huostaan, mutta tietoa ei ole tullut terveydenhuollon puolelle. Tämän tyylliset olennaiset tiedot jäävät terveydenhuollon teksteistä puuttumaan ja sama ilmiö on myös koulussa kouluterveydenhuollon puolella.” Lastenlääkäri

Sosiaalitoimen puolelta taas koettiin, että tietosuojaja ei tuota ongelmia. Tässä varmasti kyseessä on se asetelma, että varsinkin lastensuojelulla on laajimmat tiedonsaantioikeudet, jolloin heille tietosuojan asettamat rajoitukset eivät näy, mutta muille toimijoille tietosuojaja aiheuttaa haasteita verkostossa toimimiseen.

”En koe, että tietosuojaja toisi ongelmia. Koulu tekee lastensuojeluilmoituksen, jos niin kokee ja sitten pidetään yhteistä palaveria. Mielestäni laki mahdollistaa ihan kaiken yhteistyön. En näe lakia esteenä siinä. Kyllähän se vastuu tästä tiedonkulusta on sillä perheelläkin eikä aina vain viranomaisten kesken. Ei tiedonkulku ole haastavaa, kun kaikki lähtee siitä, että jos asiakas antaa luvan. Kaikkihan lähtee siitä, että voit kysyä asiakkaalta luvan antaa tietoja. Ja se lähtee siitä sitten se avoimuus ja silloinhan se ei ole ongelma, koska hyvin usein annetaan lupa. Ja toki sitten, jos lupaa ei tule niin sitten astuu laki voimaan ja sieltä voi tarkistaa mitä tietoja voi. Nyt puhun meidän näkökulmasta. Saattaahan olla niin, että terveydenhuollon näkökulmasta he kokevat, että lastensuojelusta ei tule riittävästi tietoa, mutta en tiedä sitten, miten paljon sieltä kyselläänkään.” Johtava sosiaalityöntekijä

Asiakkaan luvalla verkostossa olisi mahdollista välittää oleellisia tietoja. Tätä ei todennäköisesti hyödynnetä tarpeeksi moniammatillisessa yhteistyöverkostossa. Aktiivisimman roolin asiakkaan luvan hyödyntämiseen otti lastensuojelu, jonka voisi olettaa johtuvan siitä, että lastensuojelulla on laajat

tiedonsaantioikeudet ja heidän puoleltaan tiedonkulussa ei havaita samanlaisia haasteita kuin esimerkiksi terveydenhuollon tai koulun (pedagoginen) puolella.

”Mielestäni moniammatillisessa yhteistyössä ei hyödynnetä tarpeeksi asiakkaan luvan kysymisen mahdollisuutta tietojen jakamiseen. Mielestäni luvan kysymisen pitäisi olla itsestäänselvyys puhuttaessa moniammatillisesta yhteistyöstä ja lapsen, sekä perheen auttamisesta.” Lastenlääkäri

” Mikään sääntö tai laki ei estä sitä, kun vain perheen kanssa sovit, että mitä tästä ilmoitetaan esim. koululle. Käsitelläänhän asiakkaan tietoja jo nytkin erilaisissa lääkinnällisissä huoltoryhmissä ja oppilashuoltoryhmissä...että kyllähän niitä käsitellään.” Johtava sosiaalityöntekijä

Koulun roolista palveluverkoston tiedonkulussa aukeni muutama näkökulma. Ensinnäkin tunnistettiin se seikka, että opetushenkilöstö joutuu toimimaan vajavaisilla tiedoilla ja heillä on suppea tiedonsaantioikeus verkostossa. Erityisesti koulun opetushenkilöstölle (pedagoginen puoli) tuottaa haasteita sosiaalipuolen salassapitovelvollisuus. Toisaalta käytännön haasteena on koulujen yhteystiedot ja henkilöstön heikko tavoitettavuus. Erikoissairaanhoidolle voi tulla käytännön haasteita puutteellisista lähetetiedoista, kehen ottaa yhteyttä koulussa (opettaja, terveydenhoitaja...) Haasteeksi muodostuu myös se, että vaikka yhteystiedot on saatu, henkilöä voi silti olla vaikea tavoittaa. Entisestään yhteydenottoa heikentää koulun oppilashuollon toimijoiden (koulukuraattori, koululääkäri, koulupsykologi, kouluterveydenhoitaja) vähäiset resurssit, jolloin heitä voi olla vaikea tavoittaa ajallisiin syihin liittyen. Erikoissairaanhoidon puolella nuorisopsykiatriassa myös asiakas/perhe voi kieltää koulun ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön esimerkiksi leimautumisen pelossa.

” Kyllä opetushenkilöstöllä on aika vajavaiset tiedot tämän tyyppisistä asioista. Niillä ei ole valmiuksia käsitellä näitä asioita ja toisaalta taas näissäkin keskusteluissa tulee tietosuoja-asiat esiin...että he eivät saa puhua, eikä käsitellä tietyissä foorumeissa asioita. Heillä ei ole käytäntöjä siihen luvitukseen ja miten kirjataan asiat, kun käsitellään tietoja.” SOTE -muutosjohtaja

”Sanoisin, että pääosin tieto siirtyy hyvin, mutta sitten ne vähäisetkin katkokset syystä tai toisesta on liikaa. Niin kuin sosiaalipuolen salassapitovelvollisuus...Laki tietysti

määrittää niin, mutta se tekee opettajan työn hankalaksi. Kun ei mitään tietoa tule, esimerkiksi että miksi tänne koululle tulee kaksi sosiaalityöntekijää tapaamaan lasta, että onko jotain mitä opettajien pitäisi tietää... Opettajat kuitenkin tekevät tuntikaupalla töitä lapsen kanssa päivittäin. Niin opettajien olisi hyvä tietää ne oleelliset asiat lapsessa, joilla on vaikutusta käyttäytymiseen ja haasteisiin koulussa, jotta voitaisiin tukea paremmin, mutta ymmärrän sen, että lakia ei voi rikkoa... mutta lain kirjoittaminen niin, että tietyissä määrin voisi ilmoittaa opettajalle. Mutta miten tällaisen pystyisi sitten...”

Ala-asteen laaja-alainen erityisluokanopettaja

”Erikoissairaanhoidossa koetaan, että läheteistä saattaa jäädä puuttumaan asiakkaan tilanteesta vastaava yhteyshenkilö koulun puolella, johon voisi ottaa yhteyttä. Eli tarvittaisiin selkeä tieto siitä, kuka on vastaava opettaja tai koulun terveydenhoitaja, johon ottaa yhteyttä asiakkaan asiassa. Koulun terveydenhoitaja on usein linkki neapsylapsen toiminnassa, mutta tämäkin vaihtelee kouluittain.” Lastenlääkäri

”Nuorisopsykiatrisessa hoidossahan pääasiassa tutkimus ja hoito tapahtuu avohoidossa. Tällöin nuori ja hänen perheensä käyvät poliklinikalla tapaamassa työntekijöitä ja samaan aikaan asutaan kotona ja käydään koulua. Toisinaan kaipaisimme enemmän tietoa siitä, miten nuoren ongelmat ilmenevät koulussa. Joskus voi olla hankalaa tavoittaa yhteyshenkilöä, joka voisi antaa tietoa. Useimmin on vielä niin, että nuori ja vanhemmat kieltävät kouluyhteistyön, jolloin he eivät halua, että koulussa saataisiin tietää hoidosta. Se on ikävää ja toivoisin että asia ei olisi niin. Me nuorisopsykiatrialla itse uskomme, että nuoren tilannetta voisi parantaa yhteistyö myös koulun kanssa. Koulu saisi ymmärrystä nuoren oireiluun ja me saisimme tietoa siitä, miten oireilu näkyy koulussa.

Nuorisopsykiatrian ylilääkäri

Tiedonkulun ja tiedonhallinnan onnistumisen merkitys on oleellisessa asemassa moniammatillisen yhteistyön onnistumisessa. Haasteita tuottavat salassapitoon liittyvät asiat, erilliset lait ja tietorekisterit eri toimijoiden välillä (SO+TE+SI). Moniammatilliset toimijat eivät tunne lakien sisältöjä ja lakeja on myös lukuisia määriä. Asiakkaan tietojen salassapitoa varjellaan ehkä liikaa moniammatillisen yhteistyön toimivuuden kustannuksella. Laki antaisi kuitenkin mahdollisuudet ja edellytykset

yhteistyöhön. Lisäksi asiakkaan luvan kysymistä, tai asiakkaan edun korostamista ei hyödynnetä tarpeeksi, jotta tiedonkulku mahdollistuisi lain mukaan. Tähän asiaan kaivattaisiin koulutusta, jotta moniammatilliset toimijat uskaltaisivat käyttää oikeuttaan tiedonjakamiseen lain sallimissa rajoissa.

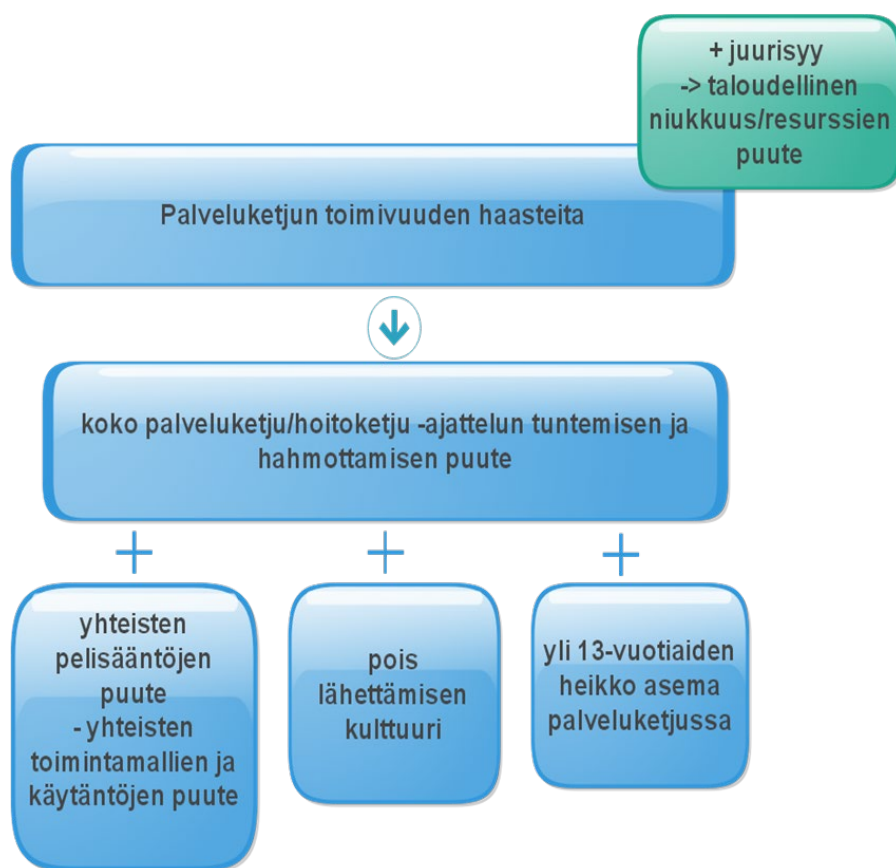
Haasteensa tuovat erilliset tietojärjestelmät, jolloin yhteistä tiedonkulun kanavaa ei ole. Tällöin moniammatillinen yhteistyö on erilaisten käytäntöjen ja näkemysten vuoksi hajanaista. Eri asemat ja näkökulmat asettavat oman haasteensa tiedonkululle. Varsinkin lastensuojelulla on laajat tiedonsaantioikeudet muilta toimijoilta ja he kokevatkin asian niin, että tiedonkulku ei ole ongelma moniammatillisessa yhteistyössä, koska he katsovat toimintaa oman substanssialueensa kautta. Terveystieteiden puoli, sekä sivistyspuoli (koulun pedagoginen puoli) puolestaan kokevat, että sosiaalihuollon toimijoilta ja erityisesti lastensuojelusta jää saamatta oleellistakin tietoa, jolla olisi merkitystä asiakkaan palvelu/hoitokokonaisuuteen ja tukitoimiin esimerkiksi koulussa. Erikoissairaanhoidolla on myös käytännön tasolla haasteita saada koulun toimijoita kiinni moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Kouluja on lukuisia määriä ja käytäntöjä on erilaisia. Oppilashuollon toimijoita voi olla vaikea tavoittaa, tai saada yhteistietoja. Koulu (pedagoginen puoli) kipuilee sen takia, että he ovat heikossa asemassa tiedonkulun suhteen. Koulun pedagogiset toimijat kuitenkin viettävät suuren osan päivästä lasten/nuorten kanssa ja oireilut näkyvät monesti koulussa (neuropsykiatriset ja mielenterveydelliset, sekä käytöshäiriöt). Olisi tärkeää, että koulun pedagogisen puolen toimijat (erityisopettaja erityisesti) otettaisiin laajemmin mukaan hoito/palveluketjuun. Loppujen lopuksi tiedonhallinnan ja tiedonkulun haasteet verkostossa kiteytyvät yhteisten tiedonkulun käytäntöjen puutteeseen, yhteisten tietojärjestelmien puutteeseen, sekä moniammatillista yhteistyötä mahdollistavien lakien tietämisen puutteeseen.

7.3 Palveluketjun toimivuuden haasteita (ADHD -oireilevan lapsen/nuoren palveluketju)

Teoriaosuuden mukaan palveluketjun hallinnan keskeisiä elementtejä olivat tiedon hallinta, moniammatillinen yhteistyö, asiantuntijoiden osaaminen, palveluketjuajattelun kehittäminen, asiakaslähtöisyys, palveluprosessin jatkuvuus, palveluketjun sujuvuus ja toiminnan johtaminen.

Tutkimuksen analyysin tulosten mukaan (kuviot 18, s. 70) suurin haaste palveluketjun toimivuudelle oli koko palveluketju/hoitoketju -ajattelun tuntemisen ja hahmottamisen puute. Moniammatillisessa

palveluketju -verkostossa on vaikea nähdä asiakkaan palveluketjusta koostuva kokonaisuus. Haasteita tuo yhteisten pelisääntöjen eli toimintamallien ja käytäntöjen puute. Lisäksi pois lähettämisen kulttuuri heikentää palveluketjun kokonaisuuden hallintaa. Kyseisessä case-palveluketjussa nousi esiin myös yli 13-vuotiaiden heikko asema palveluketjussa.



Kuvio 18. Palveluketjun toimivuuden haasteita

Vaikka asiakaslähtöisyys on yhteiskunnallisellakin tasolla jo pitkään ollut kehittämisen keskiössä, (esimerkiksi kaatunut SOTE-uudistus) ei se ole vielä näkyvässä operatiivisella tasolla. Toimijat ja ammattilaiset tekevät osaltaan parhaansa toteuttaakseen asiakaslähtöisyyttä omalta substanssialalta käsin, mutta resurssien niukkuuden myötä ja palveluketju -ajattelun hahmottamisen puutteen vuoksi toimiva ja asiakaslähtöinen palveluketjukokonaisuus on vielä alkutekijöissään. Se, mistä voisi lähteä liikkeelle ilman laajaa valtakunnallista uudistustarvetta olisi palveluketju -ajattelun opettaminen ja kouluttamisen järjestäminen moniammatilliselle palveluketjuverkostolle.

Palveluketjujen toimivuudessa on haasteita yhteisten toimintamallien ja käytäntöjen, sekä johtajuuden puuttumisen vuoksi, sekä resurssien vähyyksien aiheuttamien puutteiden vuoksi (esimerkiksi pitkät jonot seuraavaan paikkaan.) Se, mikä nousi keskeisimmäksi syyksi palveluketjun toimivuudessa (tutkimuksen juurisyyn, eli taloudellisen niukkuuden ja osaoptimoinnin ohella) on koko palveluketju -ajattelumallin puutos. Hoitoketjuthan ovat vahvasti terveydenhuoltopainotteisia, kuten SOTE-muutosjohtaja sitaatissa kuvaa. Hoitoketjut tulisi saada koskemaan paitsi sosiaalihuollon puolta, myös sivistyspuolen, sekä järjestön näkökulmat huomioon ottaviksi.

”Pirkanmaahan on ollut siinä edellä (palveluketjujen kehittäminen), meillä on perusterveydenhuollon yksikkö, joka käsittelee sekä yksityistä, että sosiaalihuollon asioita osaltaan. Se on kymmenen vuotta tehnyt näitä hoito- ja palveluketjuja. Nehän ottavat kantaa, että kuka tekee ja mitä tekee. Siihen tuli viitisen vuotta sitten uusi elementti, joka on hoidon porrastukseen liittyvä ja määrittelee kriteerit lähetekäytännöille, eli missä tapauksissa pitää lähettää eteenpäin ja milloin ei pidä, vaan toimit itse. Tämän tukena on ollut paljon tietenkin terveydenhuollon puolella käypä hoito -suositukset, joissa myöskin on annettu ohjeita ja yleisiä käytäntöjä toimintamalleiksi, mutta se puutehan näissä on, että aika vähän siellä sosiaalihuollon asioihin sivutaan. Ne ovat liikaa ja vahvasti terveydenhuoltopainotteisia.” SOTE-muutosjohtaja.

”Asiakkaan palveluketjussa tulee katkoksia, eikä se toimi vielä sujuvasti. Esimerkiksi haasteina on pitkät odotusajat seuraavaan paikkaan ja myöskin haasteensa palveluketjun toimivuudelle tuo rajanvedon tekemisen vaikeus, eli onko lapsi ”tarpeeksi sairas tai tarpeeksi terve” sopiaukseen johonkin kohtaan hoitoketjussa.” Lastenlääkäri

”Jokaisella on niin omat hoitotapansa, miten toimia näissä asioissa. Tuntuu, että osassa tapauksia se tieto jää siihen matkalle, tai lähete palautuu takaisin, tai sen olisikin pitänyt mennä johonkin toiseen paikkaan, tai toiselle ihmiselle. Silloinhan se lapsi tai nuori ei saa sitä apua, avunsaanti pitkittyi tai jopa estyy kokonaan.” ADHD-asiantuntija

”Tässä on ihan päivittäin semmoisia esimerkkejä (ADHD-oireileva lapsi) koulusta tullut, että ei tiedetä mihin lähettää. Psykologi voi kyllä tehdä tutkimuksia, mutta sitten ei tiedetä, että missä seurataan ja onko niin vaikea tilanne, että on erikoissairaanhoidossa

puolella hoito ja jos ei ole, niin kuka sitten seuraa tilannetta perustasolla ja onko koulu-
lääkärillä, tai terveystieteislääkärillä osaamista... On ollut myös sellaisia tilanteita, että
vammapalvelun kanssa on yhdessä mietitty, että kumpi maksaa, jos siellä kotona tar-
vitaan jotain apua. Että jos se lapsi on vaikka niin hankala, että ei voi olla yksin kotona,
eikä enää koulu ota iltapäivä-kerhoon, niin mitä sitten tehdään, kenelle se kuuluu, ja
mistä perhe saa apua? Kyllä ne ovat vaikeita juttuja. Sitten jos ei ole niin vaikeita juttuja,
että tulisi tänne sosiaalityölle asti, eli jos on pieniä pulmia ja tarvitsisi vaikka lääkitystä,
niin ei nekään ole aina niin selkeitä... Pelkät jonot tutkimuksiin monissa paikoissa hi-
dastavat hoitoa...” Johtava sosiaalityöntekijä

”Ollaan kartoitettu Tampereen lapsi -ja perhepalvelun verkostoa ja niiden toimijoiden
määrää mitä siellä on ja sitten myöskin yksittäisiä caseja, että montako ihmistä on yhden
asiakkaan ympärillä... niin parhaimmillaan tai pahimmillaan sen yhden asiakkaan/per-
heen ympärillä pyörii kymmenen eri asiantuntijaa... ja sitten asiakas ja perhekin
kyselee, että kukas tässä nyt oikein on se, kehen otan yhteyttä ja kenellä on päävas-
tuu...” SOTE -muutosjohtaja

”Asiakkaan hoitoketju ei toimi käytännön tasolla todellakaan. Asiakas joutuu ihan itse
tekemään suurimman työn, jos meinaa jonnekin avun ja tuen piiriin päästä. Kyllä näin
on tänä päivänä vielä” Järjestö 2

”Väitöskirjassani totesin, että sellaisen punaisen langan pitelijää perheen puolesta ei
tässä maassa vielä ole, eikä sellaista, joka koordinoisi sitä näiden toimijoiden välillä.”
ADHD-asiantuntija

Poislähtämisen kulttuurilla tarkoitetaan, että perustasolla voidaan ajatella hoitoa olevan sen, kun
lähete on tehty esimerkiksi psykologille, perheneuvolaan tai lastenpsykiatrilta. Useimpiin tahoihin on
kuitenkin pitkät jonot ja lapsi/nuori tarvitsisi tukitoimia myös jonottamisen ajan arjen toimintaympä-
ristössä. Jonotusajan jälkeenkin tukitoimien tarve ei poistu arjen perustasolta (koulu, koti ja muu
toimintaympäristö). Tähän tarvittaisiin varsinkin neopsykiatristen osalta ymmärryksen laajenta-
mista, eli lisäkoulutusta verkoston toimijoille neuropsykiatristen häiriöiden luonteesta. Esimerkiksi
mitä neuropsykiatriset häiriöt ovat ja minkälaisia tukitoimia arjessa tarvitaan.

” Haasteensa palveluketjun toimimiselle tuo pois lähettämisen kulttuuri. Tällä tarkoitan sitä, että hoitoketjujärjestelmässä voidaan ajatella olevan hoitoa se, kun on tehty lähete esimerkiksi psykiatrilta, perheneuvolaan tai lastenpsykiatrilta. Varhaisen tuen tarve ei kuitenkaan poistu läheteen tekemisellä, eli läheteen tekemisen jälkeenkin pitää tuen jatkua. Esimerkiksi ajateltaessa neopsykiatriaa, tulisi päivähoitossa ottaa hyvin varhain varhaiskasvatuksen erityisopettajan palvelut mukaan ja tarvittavat tukitoimet tulisi saada myös lapsen kotiin. ” Lastenlääkäri

Huomion kohteeksi ADHD -oireilevan lapsen/nuoren palveluketjussa nousi yli 13-vuotiaat, jotka eivät kuulu enää perheneuvolan palveluiden piiriin. Tällöin esimerkiksi nuorisopsykiatrisen hoidon loppuessa erikoissairaanhoidon puolella jää seuranta pelkästään koulun oppilashuoltoryhmän varaan. Tuki jää tällöin ohueksi, koska oppilashuollon resurssit ovat vähäisiä (koululääkärin, kouluterveydenhoitajan, koulupsykologin ja koulukuraattorin palvelut). Yli 13-vuotiailta puuttuu keskeinen palkki palveluketjusta.

”Meilläkin on tuossa ainakin toistaiseksi lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon lastenpsykiatria ja kun on ollut paljon käytettynä niin paljon täällä on ollut sellainen erikoissairaanhoidon lähettämisen kulttuuri jo pitkään. Ihan siksi että se on tuossa ja sitten toisaalta on mietitty, että meillä on perheneuvola, mutta sitten meillä ei ole nuorisoiäkäsille mitään vastaavaa tiimiä. Se on sellainen selkeä palkki mikä on puuttunut. Että kyllä paljon on keskustelua siitä, että mitä niitä puutteita on ja niihin yritetään reagoida ja vuodesta toiseen esittää resurssitoiveita.” Perhepalvelukoordinaattori

” Palveluketju toimii paremmin pienempien lapsien tai varhaisen teini-iän kohdalla, koska vastuuta ja seuranta voidaan siirtää myös perheneuvolaan varhaiskasvatuksen ja neuvolan, tai koulun ja kouluterveydenhuollon lisäksi. Yli 13-vuotiaat, jotka kuuluvat jo nuorisopsykiatrisen puolelle ovatkin sitten enää koulun varassa. Jos yli 13 -vuotiaalla on ollut asiakassuhde nuorisopsykiatrilta ja asiakassuhde päättyy, jää hän enää koulun tuen varaan. Koululääkärin seuranta on kuitenkin pientä resurssien vähyyden vuoksi. Nuorella tulisikin olla koulussa koulukuraattori tai jalkautuva psykiatrisen sairaanhoidon tukemassa, mutta näitä palveluita ei joko ole, tai on hyvin vähän saatavilla. Esimerkiksi koulukuraattoreilla on hyvin laajat oppilasmäärät, jolloin heidän on vaikea toteuttaa aktiivista hoitosuhdetta.” Lastenlääkäri

Keskeisin haaste oli koko palveluketju/hoitoketju -ajattelun tuntemisen ja hahmottamisen puute. Aineistosta nousi selkeästi esiin se, että vaikka teorian tasolla ja johdon, sekä kehittäjien tasolla palveluketju/hoitoketju -ajattelu on jo tätä päivää, ei se näy vielä käytännön työn tasolla. Vaikka johto ja kehittäjät hahmottavat palveluketjuajattelun, täytyisi se tietämys jakaa myös verkoston toimijoille, jotka työskentelevät asiakkaan kanssa käytännön tasolla. Tässä osiossa uutena ilmiönä mainitaan pois lähettämisen kulttuuri, eli toimintatapa, jossa ajatellaan hoitoa olevan se, jolloin asiakkaasta on tehty lähete esimerkiksi erikoissairaanhoidon. Vaikka läheteitä tehdään, eivät ne poissulje sitä, etteikö arjen toimijaverkostossa peruspalveluiden tasolla pitäisi ottaa tukitoimet käyttöön ja antaa varhaista tukea koko ajan – myös silloin, kun asiakas ohjautuu erikoissairaanhoidon. Neuropsykiatrisissa häiriöissä erikoissairaanhoidon palvelut eivät ole ”kertaluontoisesti korjaavia”, toisin kuin voi olla kyseessä somaattisten sairauksien osalta. Somaattisissa sairauksissa erikoissairaanhoidolla on erilainen luonne verrattaessa neuropsykiatristen ongelmien hoitamiseen. Tällöin perustaso voi monesti ”pestä kätensä” ja antaa erikoissairaanhoidon tutkia ja kärjistäen ilmaistuna ”korjata”. Neuropsykiatrisissa häiriössä lapsi/nuori tarvitsee tukea arjen toimintaympäristön tasolla oletettavasti koko ajan, koska lapsen toimintaympäristöllä on näissä tapauksissa merkittävä rooli oireiden pahenemisessa, tai paranemisessa. Erikoissairaanhoidon tarjoaman avun näkeminen neuropsykiatrisissa ongelmissa kannattaisikin perustasolla toimivien ajatella olevan lisäavun tarjoaminen. Vastuu siitä, että lapselle/nuorelle tarjotaan arjen toimintaympäristöön hänen tarvitsemiaan tukitoimia, säilyy kuitenkin edelleen perustason toimijoilla.

Analyysissä nousi esille myös ADHD -hoitoketjussa yli 13-vuotiaiden heikko asema. Alle 13-vuotiailla on kouluikäisillä oppilashuollon lisäksi myös perheneuvolan palvelut käytettävissä. Yli 13-vuotiaille ei ole vastaavaa porrasta mitä perheneuvolalla on tarjota alle 13-vuotiaille. Tällöin näiden nuorten tuki on oppilashuollon varassa ja seuraava askel on jo erikoissairaanhoidon palvelut. Oppilashuollon toimijat (koululääkäri, perusterveydenhoitaja, koulukuraattori, koulupsykologi) eivät kuitenkaan pysty kannattelemaan, tai tukemaan apua tarvitsevia oppilaita tarpeeksi resurssipulan vuoksi. Nämä toimijat ovat yleensä harvoin tavoitettavissa laajan oppilasmäärän vuoksi. Perustason varhainen tuki jää ohueksi yli 13-vuotiailta, jotka ovat kuitenkin kriittisessä iässä murrosiän kynnyksellä.

7.4. Verkostojohtaminen

7.4.1 Verkostojohtaminen käsitteenä

Analyysin tuloksista nousi esiin, että verkostojohtaminen on arjen toimintaverkostossa kaukainen käsite.

”Se on muodikas sana, jota nykyään käytetään.” Nuorisopsykiatrian ylilääkäri

”Terminä verkostojohtaminen on minulle terminä todella vieras ja käsitteenä. En koe, että se omaan työhön sinänsä liittyy.” Ala-asteen laaja-alainen erityisopettaja

”Kyllä on niin vaikea kysymys... en ymmärrä oikein mitään siitä” Rikostutkija

”Verkostojohtaminen on yksi nykyajan trenditermeistä” Lastenlääkäri

”Jotain kauheaa, missä ei itse tarvitse olla... siis kuulostaa niin kauhean hienolta, että joku johtaa jotain verkostoa.” Varhaiskasvatuksen erityisopettaja

Verkostojohtaja nähtiin prosessin/palveluketjun johtajana, tai verkoston ylimpänä johtona, jolloin johtajaa ei kuitenkaan pystytty konkreettisesti nimeämään ja johtaja käsitteenä oli tällöin enemmänkin häilyvä. Toinen näkökulma verkostojohtajasta oli verkoston toiminnan vetovastuuroolin ottaja, jolloin verkostojohtajana ajateltiin olevan esimerkiksi moniammatillisissa palavereissa puheenjohtajan roolin ottaja. Vastauksista näkyi, että verkostot toimivat enemmänkin jaetun johtajuuden tyyliä ilman selkeää verkostojohtajuutta.

”Minä ajattelen, että se on ihan oma juttunsa. On sellainen verkosto, jossa on moniammatillisia ihmisiä ja se johtaja ei olekaan niiden esimies välttämättä, mutta se on sen tietyn prosessin johtaja.” Johtava sosiaalityöntekijä

” Onhan se terminä minulle tuttu, mutta jos mietitään sitä mitä se käytännössä tarkoittaa niin... Ne, jotka ovat siellä verkostojohtajina, tai vastuussa niistä palveluketjuista, ovat usein aika etäällä siitä perheen tilanteesta, eivätkä tiedosta mitä palveluja tarvitaan. He eivät toimi millään lailla itse aktiivisesti siinä palveluketjussa ja ovat sivussa. Jotenkin toivoisin, että olisi sellainen vahvempi rooli ja tuki niille ammatillisille sitten sieltä

verkostojohtamisen kannalta. Annettaisiin niitä resursseja ja mahdollistettaisiin sitä palveluketjua toimimaan paremmin.” ADHD-asiantuntija

”Verkostojohtaminen...että siellä on niin joku henkilö, joka ottaa sellaisen vastuun, että kaikkea ei voi lähteä soveltamaan jokaisesta asiasta. Siellä olisi joku, joka tietyn jutun pitäisi käsissään. Harvoin sekään on niin yksiselitteistä, että olisi joku, joka pitää tätä verkostoa kasassa... Siellä rupeaa aika usein jokainen säätämään vähän omiaan ja sitten on taas niin kuin homma kadoksissa. Näen sen tärkeänä, että olisi verkostossa joku, joka sitä oikeasti johtaa... Oikeasti ne palaverit missä itse olen ollut, niin monesti on epäselvää ja joskus jopa mietitään siinä, että hei kuka toimii puheenjohtajana. Ihan oikeasti, että siitähän se jo lähtee, että se, joka koolle kutsuu, niin se jämäkästi ottaa vastuun ”

Järjestö 2

”Itse olen ollut sellaisessa palaverissa, jossa se oli selkeä. Olin sellaisessa palaverissa, että sen tiloissa, joissa kokoonnuttiin, niin se otti sen vastuun. Käytiin läpi ja siis tämä oli erikoissairaanhoidon juttu. Se oli aivan selvä, miten toimittiin. Kaikkia kuultiin ja sosiaalitoimi oli paikalla... Sitten kuultiin mitä sosiaalitoimi tekee nyt. Kaikki kirjattiin näitisti ylös. Mutta sitten, jos tosiaan on epäselvää, että kuka sitä vetää, niin se saattaa kaataa sen koko jutun. Tuntuu, että silloin kun erikoissairaanhoido on mukana niin siinä voi olla jotain järkeä. Varsinkin jos koulu on kokoonkutsujana tai koulun tiloissa, niin se menee usein niin, että sitä odotetaan kovasti toimia niiltä muilta toimijoita, että koulu on hirveen passiivinen. Sitten se menee sellaiseksi puuhasteluksi ja ajan tuhlaamiseksi... ” Järjestö 1

Perhepalvelukoordinaattori kuuluu perhepalveluverkoston johtoryhmään ja heillä on eräänlainen verkostojohtamisen malli käytössä. Perhepalvelukoordinaattori antoi vastauksensa siitä näkökulmasta, mitä hyötyä verkostojohtamisesta on ollut perhepalveluverkostolle.

”...kun mietitään vaikka yhteisiä asioita, mitkä pitäisi ulottaa koko verkostoon, niin sitten voidaan tehdä yhteisiä päätöksiä. Esimerkiksi ”lapset puheeksi” kirjattiin meidän talousarvion yhteisiin tavoitteisiin, sekä sivistys-, että sotepuolelle. Tämä on mielestäni yksi hyvä esimerkki, tämä on tavallaan se verkostojohtamisen tulos ja tuotos... Sitten se, että kuka tahansa ohjausryhmässä voi tuoda oman asiansa esille ja se käsitellään

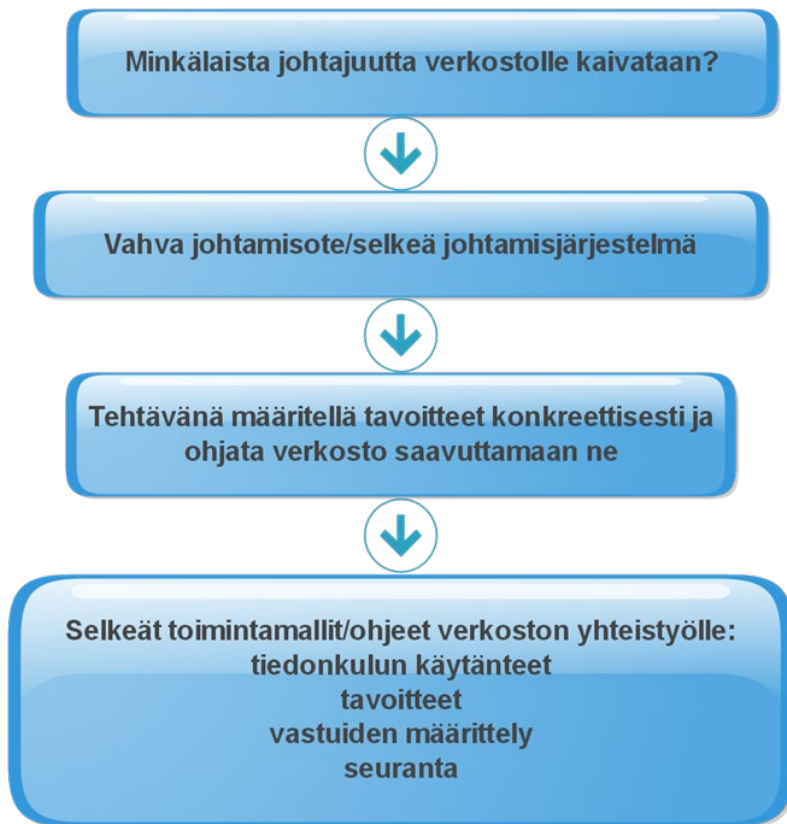
laajasti, jolloin koko verkoston mielipide asiasta (johtoryhmän edustus) tulee esille. Koen, että se rikastuttaa työskentelyä, kun olemme kaikki paikalla ja nopeuttaa ihan hirveästi kaikkea. Kun ollaan kaikki koolla, niin voidaan tosi nopeasti tehdä yhteisiä linjauksia ja tehdä tällaisia laajempia tavoitteita, tai yhdessä suunnitella koulutuksia ja nopeaa reagointia - jotenkin sellainen yhteisen kuvan luominen ja se, että se on viikoittaisessa keskustelussa, niin on tärkeää.” Perhepalvelukoordinaattori

7.4.2 Minkälaista verkostajohtamista tarvitaan?

Verkostajohtamisen teoriaosuudessa todettiin, että Suomessa SOTE+(SI) -verkostoissa on enemmänkin käytössä jaetun johtajuuden hallinnan malli johtavan organisaation hallintamallin, tai NAO-mallin sijaan (kts. tarkemmin verkostajohtaminen teoriaosuus). Tällöin johtajuus nähdään jaettuna johtajuutena ja verkoston ajatellaan toimivan itseohjautuvasti. Toiminta perustuu tällöin vahvasti luottamukseen, sitoutumiseen ja muihin ”pehmeisiin arvoihin”. Tässä tutkimuksessa kuitenkin kyseenalaistettiin, onko jaetun johtamisen malli paitsi tehokas ja vaikuttava asiakasnäkökulmasta, myös toimiva malli moniammatilliseen yhteistyöhön. Moniammatillinen verkosto on kuitenkin SOTE+(SI) -verkostojen ollessa kyseessä tavoitesuuntautunut verkosto, jolla on selkeä tavoite ja suunta. Tavoitteena on tarjota asiakkaalle mahdollisimman vaikuttavia palvelukokonaisuuksia. Näin laajan tavoitteen toteutumisen onnistuminen jaetun johtamisen keinoin on haastavaa. Verkostajohtamiselle otettiin erillinen näkökulma, joka oli kokonaisuuden hallinta. Tällöin verkostajohtamisen teoriaosuudessa keskiöön nousi verkoston kokonaisuuden hallintaan vaadittavat elementit tavoitesuuntautuneelle verkostolle. Näitä olivat johtavan organisaation hallintamalli, tai NAO-malli, kontrollin tärkeys verkostossa; tuotosohjautunut, formaali ja byrokraattinen kontrolli, sekä kokonaisuuden hallinta, jossa tulee määrittellä verkoston struktuuri ja johtamisprosessit.

Tutkimuksen analyysin tulokset (kuviot 19, s.78) tukivat tämän tutkimuksen näkökulmaa verkostajohtajuudesta. Verkoston toimijoilla on tarve vahvalle johtamisotteelle / verkoston johtamisjärjestelmälle. Verkoston johtajalta odotetaan verkoston tavoitteiden selkeää määrittelyä ja johtajan tulisi myös ohjata verkosto saavuttamaan tavoitteet. Verkostoon tulisikin luoda selkeät toimintamallit ja ohjeet verkoston yhteistyölle; tiedonkulun käytänteet, tavoitteet, vastuuden määrittely ja seurantarjestelmä.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys, sekä analyysin tulokset ovat samassa linjassa. Verkoston toimijat kaipaavat vahvempaa johtajuutta verkostolle jaetun johtamisen sijaan.



Kuvio 19. Verkoston johtajuuden tarve

Verkostojohtamisen tulosten kiinnostava kohta oli se, että muutosjohtajan vastaus verkostojohtamisesta oli sama, kuin mitä verkoston toimijat ja asiantuntijat haluaisivat/toivoisivat verkostojohtajalta. Moniammatillisessa palveluketjuverkostossa on yhtenäiset näkemykset siitä, miten verkoston tulisi toimia ja miten sitä tulisi johtaa.

” Mielestäni verkostojohtamisen syvin olemus on se, että sinne luodaan selkeä johtamisjärjestelmä ja selkeät vastuut; kenellä on se päävastuu, milloin ja missä tilanteissa. Verkostojohtamisessahan on ennakkosuunnittelu ja ennakkosopiminen tärkeintä. Verkostojohtamisessa olennaista on myöskin se, että kenellä on ja missä tilanteissa se direktio-oikeus. Tavallaan niin kuin isännän vastuu, mutta myös johtamisvastuu.

Isoimpia haasteita on kaksi kokonaisuutta. Toinen on se, että millä taloudellisella mallilla sitoudutaan yhteistyöhön? Sitten tullaan tätä koskettavaan käsitteeseen kuin allianssimalli eli se mitä esimerkiksi Tampereella on Tesoman allianssi. Toinen on sydänsairaalan VHO-malli, jossa on yhdistysten ja tämän tyyppisten kanssa tehty kotoa kotiin asiakaspolkuja ja ketjuja ja jossa sitten yhdessä toimien saadaan parempi tulos kuin erikseen. Siinä olennaista on se, että jotta päästäisiin yhteiseen strategiseen tavoitteeseen, jokaiselle pitäisi luoda tavallaan se win-win juttu, eli miksi minä teen ja miksi yhdessä onnistumme enemmän kuin erikseen”. Sitten taas kun tulee kolmas sektori ja yksityinen mukaan, niin niitä ei koskekaan välttämättä viranomaistoiminta. Silloin toiminta pitää luoda sopimuksellisiin malleihin ja jotta tällainen yhteistyö oikeasti pelaa eri toimijoiden välillä, niin tarvitaan vaikuttavuusperusteisia mittareita. Ja verkostohan tarvitsee seurantajärjestelmän, tai oikeastaan prosessien seurantajärjestelmän. Nämä vaikuttavuusperusteiset johtamismallit ja mittarit ovat vasta maailmanlaajuisesti kehityksessä.” Muutosjohtaja

” Se olisi sen johtajan vastuulla, että niihin luodaan sellaiset selkeät prosessit ja puitteet sille verkostotyölle, että se olisi sellaista tehokasta. Sitähän me tässä yritetään. Saada säästöjä aikaiseksi ja toimia tehokkaasti. Kyllä varmaan tehokkuuden kannalta täytyy olla tehokkaat systeemit, ettei se mene sellaiseksi, että puhutaan ja puhutaan ja puhutaan ja ei ole vastuuta ja pitäisi kirjata, että mikä on kenenkään vastuulla ja näin. Se on niin erilaista, kun tuntuu, että terveyspuolella on aika selkeät johtamissysteemit ja järjestelmät ja sitten sosiaalipuolella on enemmän sellaista asiantuntijoiden johtamista, jolloin kukin vastaa aika pitkälle siitä omasta työstänsä, mutta sitten jos on hyvin eri alan verkosto, niin kuinka tarkkoja ja selkeitä pystyy edes antamaan, kun ei se voi se verkostojohtaja olla kaikkien alojen substanssiosaaja.” Johtava sosiaalityöntekijä

”Olisi yksi tällainen johtaja ja jokainen pystyisi ja hoitaisi sen oman tonttinsa niin hyvin kuin voi, niin se riittäisi. Ettei lähdettäisi sähläämään joka puolelle. Olisi selvä systeemi. Sehän on nyt juuri se mikä puuttuu. Ei ole mitään systeemiä ja sen takia kaikki on hukassa ja toimii kunnittain ja kouluittainkin ihan eri tavoilla. Jämäkkyys ja johdonmukaisuus olisi tärkeää, ettei toiminta olisi sellaista, että räpäistään vähän sieltä ja

täältä, vaan keskityttäisiin niihin ydinasioihin. Jopa laadittaisiin ne tavoitteet. Minä näkisin niin, että monessa asiassa voisi laatia tavoitteet ja sitten katsoa, että ”hei mitä sinä teet, että nämä toteutuvat”. Sillä lailla tulisi sitten ne omat roolit selväksi. ” Järjestö 2

” Pitäisi olla yhteinen linjaus ja hyvin selvää, miten se muodostuu ja kuka johtaa ja millä perusteilla se verkostojohtaja valitaan, tai kuka vastaa. Ja kuka vastaa myös, jos se ei toimi ja palaverit luisuvat väärään suuntaan. Meillä pitäisi olla hyvin selkeät toimintatavat verkostotyölle ja johtajuudelle. Toivoisin, että kehitettäisiin koko maahan samantyyppinen malli, joka lisäisi sitä tasa-arvoa perheiden välillä. Kaikki pohjaa tiedonkulkuun ja se ei näyttävästi toimi tällä hetkellä. Se voi toimia osassa sitä verkostoa, mutta ei kokonaan. Tutkimuksessani oli mukana kolme sektoria, jolloin kahdessa tiedonkulku yleensä toimi, mutta sitten se kolmas oli vaikea saada mukaan. Jotta verkosto voisi toimia tai sitä voitaisiin johtaa, niin kaikki kolme osapuolta (sivistys-sosiaali- ja terveydenhuolto) pitäisi saada ensin toimimaan yhdessä ja ymmärtämään että he ovat tässä verkostossa mukana ja ymmärtämään myös, miten verkosto toimii. Jos yksi osapuoli vaikka lipeää siitä koko ajan, ei ehdi palavereihin ja ei tutustu asioihin, niin silloin se verkosto ei voi toimia. Voidakseen päästä verkoston kehittämiseen, pitää saada ne olennaiset osapuolet mukaan siihen suunnitelmaan.” ADHD -asiantuntija

”Mielestäni se mikä on jaettua vastuuta, niin se ei yleensä ole kenenkään vastuuta” Nuorisopsykiatrian ylilääkäri

”Jokainen osallistuja tietäisi, että heillä on se oma vastuu ja heidän pitäisi tehdä jotain palaverin seurauksena.” Järjestö 1

” Verkostojohtamisesta ajattelen niin, että vastuu jakautuu, jolloin voi käydä niin, että kukaan ei ota vastuuta. Kyllähän yhteiskunta kuitenkin toimii niin, että loppujen lopuksi jonkun täytyy johtaa ja ottaa päävastuu.” Lastenlääkäri

Verkostojohtaminen käsitteenä oli verkoston toimijoille kaukainen arjen työn tasolla ja se koettiin lähinnä uudeksi muotisanaksi vailla käytännön merkitystä. Verkoston johtaja käsitettiin kahdella tavalla, joko verkoston johtajana, jolloin verkoston toimijoilla on kuitenkin oma substanssiesimies tai niin, että verkostojohtaja on yksi toimijoista, joka ottaa vetovastuun esimerkiksi palavereissa. Tuloksesta ilmeni, että käytäntö on sekavaa. Haastavaa oli myöskin nimetä kuka voisi olla verkoston johtaja.

Verkoston johtajalta kaivattiin vahvaa johtamisotetta ja selkeää johtamisjärjestelmää, jonka tehtävänä olisi määritellä verkoston tavoitteet konkreettisesti ja myös ohjata verkosto saavuttamaan ne. Verkoston toimijat kaipasivat johtajalta selkeitä toimintamalleja ja ohjeita verkoston yhteistyölle, jolloin määriteltäisiin tiedonkulun ja yhteistyön käytänteet, määriteltäisiin vastuut ja tavoitteet ja myös seurattaisiin niitä.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä keskeisiä asioita tulee ottaa huomioon moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtamisessa OT-keskusta perustettaessa. Laadullinen tapaustutkimus toteutettiin osittain OT-keskuksen kehittämishankkeeseen liittyen. Aineisto hankittiin puolistrukturoiduin asiantuntijahaastatteluin haastatteleamalla yhtätoista OT-keskuksen asiakasryhmään sisältyvän palveluketjuverkoston (komplisoituneen ADHD-lapsen/nuoren palveluketju) asiantuntijaa. Asiantuntijat edustivat vertikaalisesti ja horisontaalisesti palveluketjuverkoston eri tasoja. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, jolloin teoreettinen osuus pohjusti ja ohjasi tutkimusta antaen kuitenkin aineistolle mahdollisuuden nostaa esiin teorian ulkopuolisia tuloksia, kuten analyysissä tapahtuikin.

Päätutkimuskysymystä tarkennettiin neljällä alakysymyksellä ja näin toimimalla selvitettiin mitkä ovat ne keskeiset asiat, jotka tulee ottaa huomioon moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtamisessa OT-keskusta perustettaessa. Tarkentavat alakysymykset keskittyivät moniammatillisen yhteistyön haasteisiin ja kehittämisehdotuksiin, tiedonkulkuun verkostossa, palveluketjun toimivuuteen, sekä verkostojohtamisen tarpeen selvittämiseen.

8.1 Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja kehittämisenäkökulmat

Moniammatillista yhteistyötä heikentävä tekijät olivat taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi, jolloin palveluketju painottuu väärällä tavalla ja painotus on korjaavassa toiminnassa ennaltaehkäisevän toiminnan sijaan. Tällöin budjetti on epätasapainossa vertikaalisesti, jolloin painotus on erikoissairaanhoidossa ja lastensuojelussa peruspalveluiden ja varhaisen tuen palveluiden sijaan. Lisäksi budjetti jakautuu epätasapainoisesti horisontaalisessa suunnassa. Budjetissa on vahva sosiaali- ja terveystaloudellisuus (SOTE) sosiaali-, terveys-, ja sivistyspalveluiden (SO+TE+SI) palveluketjun kokonaisuuden sujuvuutta palvelevan jakautumisen sijaan. Tämä vertikaalinen epätasapaino johtaa horisontaalisen epätasapainon lisääntymiseen, koska sivistyspuolella (esim. koulun pedagoginen erityistuki sisältäen pienryhmät ja erityisopettajan määrän) ei ole tarvittavia resursseja, jolloin palveluketjussa on vaikea reagoida riittävästi varhaisessa vaiheessa ja asiakkaiden tilanteet pääsevät kompleksisoitumaan erityistasolle ja jopa OT-tasolle asti.

Tutkimuksen aineistosta nousi esiin resurssipula (henkilöpula ja aikapula) taloudellisen niukkuuden ja osaoptimoinnin myötä. Verkoston toimijoilla ei ollut mahdollisuuksia ottaa uusia asiakkaita ja tämä johti asiakkaan pallotteluun ammattilaisten välillä. Taloudellinen niukkuus oli pääsyy moniammatillisen yhteistyön haasteisiin. Taloudellisen niukkuuden ja osaoptimoinnin lisäksi toinen analyysistä noussut ulottuvuus moniammatillisen yhteistyön haasteissa oli yhteisten toimintatapojen ja tiedonkulun käytäntöjen puute.

Henkilöityminen ja tietämättömyys toisten toimialasta aiheuttivat myös haasteita, jolloin toimijoiden välillä saattoi olla epärealistisia odotuksia toisten toimialojen toimintamahdollisuudesta, tai tietämättömyyttä mitä toinen toimiala ylipäättään voi tarjota asiakkaan palveluketjuun. Henkilöityminen aiheutti haasteita yhteisten toimintatapojen mallinnoksen puutteen vuoksi, jolloin yhteisen systeemin puuttuessa yhteistyö saattoi olla henkilöriippuvaista. Tällöin esimerkiksi henkilöstön vaihtuvuudesta johtuneista syistä yhteistyö ei mahdollisesti enää toiminutkaan henkilön vaihtuessa. Nämä kaikki edellä mainitut seikat aiheuttavat tietokatkoksia ja hidastumia ammattilaisten yhteistyössä ja aiheuttavat asiakasnäkökulmasta palveluketjun vaikuttavuuden laskua.

Yhteenvedon voidaan todeta moniammatillisen yhteistyön keskeisimpien haasteiden aiheuttavan asiakkaan oireiden kompleksisoitumisen, joka taas ennestään syventää moniammatillisen yhteistyön haasteita, jolloin asiakkaan oireet pääsevät kriisiytymään ja näin ollen negatiivinen kehä on jatkuvassa kumuloitumisen tilassa.

Moniammatillisen yhteistyön haasteet eivät ole korjattavissa pelkästään ratkaisulla mitä yleisesti ja tieteelliselläkin tasolla tarjotaan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen välineeksi – eli yhteistyötaitojen kehittämisellä. Tällöin ajatus kohdistuu vain mikrotasoon (toimijatasoon) näkemättä laajempaa kokonaisuutta. Moniammatillisen yhteistyön haasteiden juurisyiksi nousi taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi, johon pystytään vaikuttamaan vain makrotasolta käsin. Lisäämällä resursseja palveluketjun alkupäähän, eli varhaiseen tukeen (SO+TE+SI), toimisi moniammatillinen yhteistyökin eri asteella.

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen keskiöön nousi juurisyyn ”pienentäminen” eli osaoptimoinnin sijaan palveluketjun kokonaisoptimointi resurssien tarkoituksenmukaisemmalla jakamisella ja resurssien lisäämisellä. Tämä on makrotason asia, eli yhteiskunnallisten päättäjien tason asia. Muita moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kulmakiviä olivat yhteistyön käytäntöjen ja yhteisen ”systeemin” muodostaminen (vastuut, tavoitteet, mittarit, seuranta ym.) ja tiedonkulun tehostaminen yhteisen tiedonkulun toimintamallilla. Lisäksi tärkeäksi kehittämisen kohteeksi nousi myös ymmärryksen lisääminen toimijoiden työnkuvista (sisältäen substanssilainsäädännön, toimenkuvat, salassapidon merkitys yhteistyölle ja lain sallimat puitteet yhteistyölle ja tiedonkulkuun).

Taloudellinen niukkuus ja osaoptimointi ei ole varmasti lähiaikoina ratkaistavissa oleva ongelma. Näitä muita edellä mainittuja moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kulmakiviä voidaan kehittää moniammatillisella koulutuksella ja luomalla selkeät toimintamallit yhteistyölle ja tiedonkululle, lisäksi tarvitaan tätä ohjaava johtamisjärjestelmä. Moniammatillista yhteistyötä kehittävässä koulutuksessa tulisikin keskittyä toimintamallien ja tiedonkulun systeemin opettamiseen, verkoston eri toimijoiden substanssialojen ymmärtämiseen, yhteistyötä rajoittavien ja mahdollistavien lakien sisäistämiseen.

8.2 Tiedonkulku ja tiedonhallinnan haasteita verkostossa

Salassapidon haasteet, substanssilainsäädäntöjen laajuus, sekä erilliset tietorekisterit aiheuttavat haasteita verkoston tiedonkululle. Verkoston toimijat eivät tunne, tai eivät osaa hyödyntää lain antamia mahdollisuuksia moniammatilliseen tiedonkulkuun liittyen. Lisäksi salassapidon taakse saatetaan ”piiloutua”. Laki kuitenkin mahdollistaisi ja edellyttätkin moniammatillista tiedonkulkua. Asiakkaan

luvan hyödyntämättömyys, sekä asiakkaan edun korostamisen hyödyntämättömyys ovat molemmat moniammatillisen yhteistyön tiedonkulun haasteita tiedonkulkuun liittyen. Moniammatillista yhteistyötä ohjaava laki sallisi tietyissä tilanteissa tiedon kulun verkostossa ilman salassapidon velvollisuutta. Moniammatilliseen yhteistyöhön tarvitaankin koulutusta, joka sisältää moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulkua mahdollistavan lainsäädännön hyödyntämisenäkökulman.

Toimijat ovat verkostossa eriarvoisessa asemassa lainsäädännöllisesti tiedonkulun ja tietojensaanti-oikeuden suhteen. Erityisesti lastensuojelulla on toimenkuvaan liittyen laaja ja vahva lainsäädäntöön perustuva tiedonsaantioikeus. Lastensuojelun toimijoilla ei ole ongelmia verkoston tiedonsaannissa, mutta muut toimijat verkostossa kokevat, että lastensuojelusta oleellinenkaan tieto ei kulje verkoston muille toimijoille päin. Oleellisella tiedolla tarkoitetaan sitä tietoa, mikä vaikuttaa toimijoiden oman substanssinäkökulman kautta tarjottavaan palveluun yhteistä asiakasta hoitaessa. Olisikin syytä määrittellä ja selventää tarkemmin moniammatillisessa yhteistyössä muiden toimijoiden tiedonsaantioikeus yhteisestä asiakkaasta, silloin kun se oleellisesti vaikuttaisi esimerkiksi asiakkaalle tarjottaviin palveluihin. Varsinkin koulun pedagogisella puolella on varsin heikko asema asiakkaan palveluketjun tiedon kulussa. Koulun rooli on kuitenkin merkittävä esimerkiksi neuropsykiatrisen häiriöiden palveluketjuissa, koska asiakkaat (lapset/nuoret) viettävät suuren osan päivästä koulussa ja monet nepsy-oireet aiheuttavat mittavia haasteita koulun ympäristössä. Erityisesti kompleksisoituneen ADHD-oireilevan nuoren tilanteessa haasteet ilmenevät yleensä merkittävinä myös koulussa, jolloin tukitoimia ja ymmärrystä tarvitaan vahvasti myös kouluun. Sivistyspuolen ottaminen laajemmin mukaan asiakkaan palveluketjuun olisi tärkeää.

Erikoissairaanhoidolla on käytännön tasolla haasteita saada koulun toimijoita kiinni moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Kouluja on lukuisa määrä ja käytäntöjä on erilaisia. Yhteyshenkilöä voi olla vaikea saada selville, jos sitä ei ole lähetteessä erikseen mainittu. Jos yhteyshenkilö on oppilashuollon toimija, voi häntä olla vaikea tavoittaa rajallisten yhteydenottoaikojen vuoksi (resurssit). Vaikka oikea taho saataisiinkin kiinni, yhteisen ajan löytäminen voi silti olla haastavaa aikaresurssien puutteen vuoksi. Nämä syyt hidastavat asiakkaan palveluketjukokonaisuuden hoitamista, ottaen myös huomioon asiakasnäkökulmasta sen, että asiakas on palveluketjukokonaisuuden aikana joutunut odottamaan jo lukuisia kertoja esimerkiksi jonojen vuoksi. Yksittäisen verkoston toimijan kannalta katsottuna viivästymät eivät vaikuta kohtuuttomilta, mutta kun tarkasteluun otetaan palveluketjukokonaisuus asiakasnäkökulmasta katsottuna, kumuloituu tällöin jokainen tietokatkos, resurssien puute

ja jonotusajat edellisten viivästymien päälle, jolloin lopullinen palveluketjukokonaisuus voi näyttäytyä todella tehottomana. Tiedonhallinnan ja tiedonkulun haasteet kiteytyvät siis yhteisen tiedonkulun käytäntöjen ja yhteisten tietojärjestelmien puutteeseen, sekä moniammatillista yhteistyötä mahdollistavien lakien tietämisen puutteeseen.

8.3 Palveluketjukokonaisuuden toimivuuden haasteita

Palveluketjukokonaisuuden toimivuuden keskeisimmäksi haasteeksi nousi koko palveluketju/hoitoketju -ajattelun tuntemisen ja hahmottamisen puute (tutkimuksen juurisyyn, eli taloudellisen niukkuuden ja osaoptimoinnin ohella). Moniammatillisessa yhteistyössä palveluketjumainen -ajattelutapa on vielä hyvin lähtökijöissään. Näkisinkin, että OT-keskuksen tehtävänä voisi olla kouluttaa erityis- ja perustason toimijoita palveluketjumaiseen ajattelutapaan. Palveluketju-ajattelua heikensi yhteisten pelisääntöjen ja yhteisten toimintamallien ja käytäntöjen puute. Vaikka hoitoketjuja/palveluketjuja on rakennettu Pirkanmaalla aktiivisesti, ei palveluketju -ajattelu ole vielä jalkautunut arjen toimintaympäristöön toiminnan tasolle. Vaikka hoitoketjujen parissa työskentelevät voivat kokea, että hoitoketju käsitteenä on jo ”vanha”, on se kuitenkin uusi ajatustapa verkostomaisessa ja moniammatillisessa yhteistyössä, jota ei osata hyödyntää käytännön tasolla varsinkaan vertikaalisella tasolla ja peruspalveluissa. Pois lähettämisen kulttuurin koettiin aiheuttavan myös haasteita palveluketjun toimivuudelle. Pois lähettämisen kulttuurilla tarkoitetaan sitä, että palveluketjuverkoston toimijat kokevat lähetteen tekemisen olevan hoitoa. Kyseinen ajattelutapa aiheuttaa katkoksia ja hidastumia palveluketjussa, koska palveluihin on yleensä pitkät jonot. Vaikka lähetteitä tehdään, eivät ne poisulje sitä, että arjen toimintaverkossa peruspalveluiden tasolla (ja sivistyspuolella myös pedagogisten) tukitoimien tulee olla käytössä. Arjen toimintaympäristön taseisia tukitoimia tulisi antaa huolimatta siitä, onko asiakkaasta tehty lähete vai ei. Lisäksi tukitoimien pitäisi jatkua arjen toimintaympäristön tasolla myös silloin, kun asiakkaalla on aktiivinen hoitosuhde erityistasolla.

Arjen toimintaympäristön tasolla tarvitaan lisäymmärrystä neuropsykiatristen ja mielenterveyshäiriöiden luonteesta. Somaattisissa sairauksissa voidaan toisinaan ajatella lähetteiden olevan ”hoitoa”, eli erikoissairaanhoidon tasolla asia tutkitaan, hoidetaan ja ns. korjataan, jos vain mahdollista. Neuropsykiatristen ja mielenterveyshäiriöiden hoitamisen luonne on erilaista. Neuropsykiatrisissa ja/tai mielenterveydellisissä häiriöissä erikoissairaanhoidon palvelut eivät ole kertaluontoisesti korjaavia,

eivätkä vain erikoissairaanhoidon tasolla hoidettavia. Erityisesti neuropsykiatrisissa häiriössä lapsi/nuori tarvitsee tukea arjen toimintaympäristön tasolla oletettavasti koko ajan, koska lapsen toimintaympäristöllä on näissä häiriöissä merkittävä rooli oireiden pahenemisessa, tai paranemisessa. Lisäksi tarvitaan ymmärrystä siitä, että esimerkiksi nuoren ollessa erikoissairaanhoidossa avopalveluissa ”hoitosuhteessa”, on kyseessä pitkäjänteinen ja hidas prosessi, jossa nuori toimii samanaikaisesti normaaliin tapaan arjen toimintaympäristössä ja tarvitsee myös arjen tukitoimia (koulu, koti ym.). Erikoissairaanhoidon tarjoaman avun näkeminen neuropsykiatrisissa häiriöissä kannattaisikin perustasolla ajatella olevan lisäavun tarjoaminen. Vastuu siitä, että lapselle/nuorelle tarjotaan arjen toimintaympäristöön hänen tarvitsemiaan tukitoimia, säilyy kuitenkin edelleen perustason toimijoilla.

Analyysin tuloksista nousi esiin 13-vuotiaiden heikko asema. Alle 13-vuotiailla kouluikäisillä on oppilashuollon lisäksi myös perheneuvolan palvelut käytettävissä. Yli 13-vuotiaille ei ole saatavilla vastaavaa porrasta, mitä perheneuvolalla on tarjota alle 13-vuotiaille. Tällöin näiden nuorten tuki on oppilashuollon varassa ja seuraava askel on erikoissairaanhoidon palvelut. Oppilashuollon toimijat (koululääkäri, perusterveydenhoitaja, koulukuraattori, koulupsykologi) eivät pysty kuitenkaan kannattelemaan tai tukemaan apua tarvitsevia oppilaita tarpeeksi resurssipulan vuoksi. Perustason varhainen tuki jää ohueksi yli 13-vuotiailta, jotka ovat kuitenkin kriittisessä iässä murrosiän kynnyksellä.

Palveluketjun toimivuuden haasteet kiteytyivät koko palveluketju/hoitoketju -ajattelun tuntemisen ja hahmottamisen puutteeseen. Muita haasteita olivat yhteisten pelisääntöjen ja yhteisten toimintamallien ja käytäntöjen puute, pois lähettämisen kulttuuri, sekä yli 13-vuotiaiden heikko asema palveluketjussa.

8.4 Verkostojohtaminen käytännön tasolla ja verkoston johtajuuden tarve

Verkostojohtaminen käsitteenä oli vieras käytännön työn tasolla arjen toimintaympäristössä. Vaikka kaikki olivat sitä mieltä, että ollaan osa verkostoa, verkoston johtajaa oli vaikea nimetä. Verkostojohtaminen ajateltiin joko yksittäiseksi johtajaksi (ei tosin osattu sanoa, kuka se voisi olla), tai jaetun johtamisen näkökulmasta katsottuna verkoston johtajan koettiin olevan se, joka ottaa moniammatillisissa palavereissa puheenjohtajan roolin.

Analyysin tuloksista nousi vahvasti esille se, että verkoston johtajalle on suuri tarve. Verkoston johtajalta odotettiin vahvaa johtamisotetta, sekä selkeää johtamisjärjestelmää, jossa määritellään tavoitteet konkreettisesti ja ohjataan verkosto myös saavuttamaan ne. Moniammatillisen verkostoketjokokonaisuuden yhteistyölle tulisi luoda selkeät toimintamallit ja ohjeet, joka sisältää tiedonkulun käytänteet, tavoitteet, vastuiden määrittelyn ja seurantajärjestelmän. Moniammatillinen verkosto kaipaisikin tavoite-ohjautuneen verkostojohdamisen mallia, jossa tavoitteisiin pääsemistä ohjaa joko johtava organisaatio, tai NAO-mallin tyylinen yksikkö.

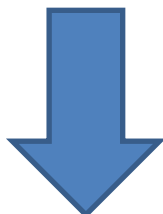
8.5 Johtopäätösten synteesi

Tutkimuksen analyysin tulokset yhdistettynä tasoittain kehittämisen vastuualueiden mukaan moniammatillisen verkostoketjun johtamisen viitekehyksessä näyttää seuraavanlaiselta:

Esiedellytykset

Makrotaso

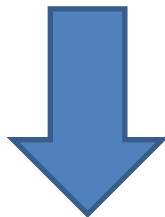
- taloudellisen niukkuuden-osaoptimoinnin vähentäminen -> resurssien lisääminen SO+TE+SI palveluketjuun tasapainoista ja oikea-aikaista toimimista mahdollistavalla tavalla
- Palveluketju/hoitoketjuajattelun ja toimivuuden kehittämisen mahdollistaminen
- Yli 13-vuotiaille nuorille perheneuvola -tyylinen palvelun kehittämisen mahdollistaminen
- Lainsäädännölliset asiat. SI heikko verrattaessa SO+TE, tietorekisterien erillisyyss -> yhteisen tiedonhallinnan kehittämisen mahdollistaminen: yhteisten tietorekisterien rakentaminen ja moniammatillisen koulutuksen mahdollistaminen
- Laki- ja tietosuojanäkökulman aukaiseminen niin, että moniammatillinen (SO+TE+SI) yhteistyö ja tiedonkulku mahdollistuu.
- edellytysten mahdollistaminen johto/organisaatiotasolla ja siten moniammatillisen palveluketjun mahdollistaminen mikrotasolla
- Johdon/organisaation tasolle riittävä resursointi moniammatillisen koulutuksen mahdollistamiseen



Edellytykset

Johto/organisaatio -taso

- Vahva johtamisote/selkeä johtamisjärjestelmä verkostolle
- Tehtävänä määritellä tavoitteet konkreettisesti ja ohjata verkosto saavuttamaan ne
- Yhteisten pelisääntöjen luominen: yhteisten tiedonkulun ja yhteisten toimintatapojen/käytäntöjen/systeemin mallintaminen/muodostaminen
- selkeät toimintamallit/ohjeet verkoston yhteistyölle: tiedonkulun käytänteet, vastuiden ja tavoitteiden määrittely, sekä seuranta
- moniammatillisen yhteistyön kouluttaminen, jossa keskitytään käytännön työn tehostamiseen eli luomaan ymmärrystä toisten työnkuvista ja muiden toimijoiden substanssialan mahdollisuuksista, lain asettamista rajoista (salassapito) ja mahdollisuuksista tiedonkulkuun (asiakkaan luvan kysyminen, asiakkaan etu -näkökulma moniammatillisessa yhteistyössä)
- Pois lähettämisen kulttuurin kitkeminen -> opastetaan näkemään oman toiminnan velvollisuudet ja arjen tukitoimien jatkumisen tärkeys perustasolla, vaikka asiakas ohjautuu erikoissairaanhoidon tai OT-tasolle. Ymmärryksen lisääminen neuropsykiatristen ja mielen-terveydellisten häiriöiden hoitamisen pitkäjänteisestä luonteesta vertikaalisella ja horisontaalisella tasolla ja varhaisen puuttumisen merkityksen selventäminen verkoston toimijoille
- palveluketju/hoitoketjuajattelun mallintaminen/ kouluttaminen verkoston toimijoille ja sen toteutumisen valvonta
- Makrotasolta tulevien mahdollisuuksien jalkauttaminen arjen toiminnan tasolle (koulutus, pe-rehdyttäminen, ohjeistus, valvonta)



Mikrotaso:

- Verkoston toimijoiden vastuu omasta työstä (työskentely on laadukasta ja tehokasta)

Oheisesta yhteenvedosta huomataan, että tulokset ja niiden kehittämis/vastuutasot ovat lähinnä makro- ja johto/organisaatiotasolla. Moniammatillisen palveluketjuverkoston haasteet ja kehityskohdat nähdään tässä tutkimuksessa olevan ratkaistavissa makro- ja johdon/organisaation tasolla. Mikrotasoa lähdetään kehittämään, mutta ei suoraan, vaan ensin tarkastellaan makro- ja johto/organisaatiotasojen kautta mikrotasoa.

Tässä tutkimuksessa ajatellaan, että työntekijät ovat oman substanssialansa asiantuntijoita, jotka tekevät työnsä parhaalla mahdollisella tavalla yhteisen asiakkaan hyväksi, jos edellytykset siihen on luotu. Mikrotason edellytyskohtana moniammatillisen palveluketjuverkoston toimivuudessa on se, että toimijoilla on vastuu oman työn laadusta, jolloin verkoston toimijoiden tulisi työskennellä sisäisen yrittäjän periaattein. Verkoston toimija vastaa ensikädessä oman substanssialan esimiehelle työnsä tehokkuudesta ja laadusta. Jos työntekijä ei toimi vastuullisesti ja laadukkaasti työssään, on substanssialan esimiehen tehtävänä puuttua tilanteeseen ja hoitaa/korjata tilanne.

Moniammatilliselle palveluketjuverkostolle kaivataan selkeää ja vahvaa johtajuutta. Uutena teemana ja tutkimustuloksena nousi esiin taloudellinen niukkuus/osaoptimointi, joka oli empiirisen aineiston tulosten mukaan suurin rajoittava tekijä moniammatillisen palveluketjuverkoston toiminnalle. Eri-tyistä on se, että aikaisemmissa tutkimuksissa taloudellista niukkuutta ei ole nostettu esiin puhuttaessa moniammatillisen yhteistyön haasteista, vaan painopiste on ollut ammattilaisten vuorovaikutustaidoissa, jolloin ratkaisuna on tarjottu moniammatillista koulutusta, joka painottuisi vuorovaikutustaitojen lisäämiseen. Tässä tutkimuksessa myös suositellaan moniammatillisen yhteistyön koulutuksen tarjoamista, mutta koulutuksen sisältö olisi erilainen ja painottuisi konkreettisempiin asioihin, kuten substanssialojen tietämysten lisäämiseen verkoston toimijoille, käytännön yhteistyön muotojen mallintamiseen ja moniammatillista yhteistyötä mahdollistavien la- kien ymmärtämiseen, sekä palveluketju -ajattelun opettamiseen.

Palveluketjun hallinta -teoriaosan teoreettiset oletukset ovat tärkeitä palveluketju -ajattelussa. Palveluketju -ajattelutapa ei ole kuitenkaan vielä itsessään juurtunut verkoston toimijoiden keskuuteen,

joten koko palveluketju -ajattelutapa oli vielä itsessään suhteellisen tuntematon ajattelumalli moniammatillisessa yhteistyössä.

Verkostojohtamisessa korostui empiirisessä osiossa näkökulma, että verkostojohtaminen on vielä kaukainen käsite käytännön työelämän tasolla. Kiinnostavaa oli kuitenkin se, että vaikka verkostojohtamista ei mielletty arjen työhön kuuluvaksi, pystyttiin kuitenkin esittämään hyvin teoriaosuutta vastaavia ”vaatimuksia”, mitä verkostojohtajalta odotetaan. Verkoston toimijoiden toiveet verkostojohtajasta, muutosjohtajan näkemys verkostojohtamisesta ja verkostojohtamisen teoriaosat vastasivat toisiaan. Verkoston toimijoilla oli selkeä tarve verkoston johtajalle. Verkostojohtajalta odotettiin selkeää ja vahvaa johtajuutta, verkoston struktuurin ja toimintatapojen mallintamista, yhteisen tiedonkulun käytänteiden luomista, verkoston tavoitteen ja vastuiden selkiyttämistä, sekä näiden toimien seuranta ja ohjaamista.

Teorian pohjalta moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtaminen edellyttää:

- Kontrollia: tuotos-ohjautunutta, sekä formaalia/byrokraattista kontrollia.
- Kokonaishallintaa, struktuurien ja johtamisprosessien määrittämistä.
- Johtavan organisaation hallintamallia, tai NAO-mallia ja palveluketjun hallinnan keskeisiä elementtejä; tiedon hallintaa, moniammatillisen yhteistyön johtamista, palveluketjuajattelun kehittämistä, asiakaslähtöisyyttä. palveluprosessin jatkuvuutta ja sujuvuutta.

Nämä samat asiat nousivat myös tutkimuksen empirian ja tulosten myötä tärkeiksi elementeiksi moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtamisessa.

8.6 Tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten merkitys OT-keskuksen perustamiselle

Mitä annettavaa tämän tutkimuksen tuloksilla ja johtopäätöksillä on OT-keskuksen kehittämistyöhön?

OT-keskuksen kehittämistyössä keskiössä tulisi olla;

- vahvan johtamisjärjestelmän kehittäminen
- selkeiden toimintamallien/ohjeiden luominen moniammatilliselle palveluketjuverkostolle

- vastuiden määrittely
- tavoitteiden ja tiedonkulun käytänteiden luominen
- moniammatillisen verkoston struktuurin jäsentäminen palveluketjujen avulla

Moniammatillisen palveluketjuverkoston johtamiseen tarvitaan kokonaiskuvan hahmottamista edellä mainittujen elementtien kautta. OT -verkoston johtamisjärjestelmä hyötyisi johtavan organisaation hallintamallista. Teoreettisella tasolla tarkasteltuna on loogista ajatella, että sosiaali- ja terveystalouden verkostot tarvitsisivat johtavan organisaation hallinnan muotoa, tai NAO-mallia, mutta käytännön tasolla sosiaali- ja terveystalouden toimijaverkosto (mikrotaso) työskentelee tällä hetkellä 1. mallin mukaisesti, eli jaetun, hajautetun hallinnan tasolla. Voisikin ajatella, että monet moniammatillisen yhteistyön haasteet ja ongelmat liittyvät juurikin tähän vetovastuun, johtamisen, strukturoinnin ja kontrollin puutteeseen taloudellisen niukkuuden ja osaoptimoinnin ohella.

OT-keskusta perustettaessa tulisi huomioida kokonaisoptimointi ja taloudelliset haasteet. Miten kolmannen kerroksen lisääminen palveluiden tasoon auttaa resurssien tasaisemmassa jakautumisessa nykytilanteessa, jossa palveluketjun kohdat painottuvat epätasapainoisesti? Yksittäisiin, harvinaisiin ja uusiin tilanteisiin OT-keskusten toiminta on perustelua, mutta puhuttaessa niistä tapauksista, jotka johtuvat kompleksisoituneesta tilanteesta, ongelmien kumuloitumisesta varhaisen tuen puuttumisen ja palveluketjujen väärän painopisteen vuoksi, on OT-keskuksen toiminta tulipaloja sammuttavaa. Tällöin OT-keskuksen pidemmän aikavälin tavoitteena ja erityisen tärkeänä tehtävänä tulisi nähdä palveluketjujen toiminnan tasapainottaminen ja sujuvoittaminen. Jos OT-tason lisääminen auttaa pidemmällä aikavälillä siihen, että palveluketjun toiminta tehostuu ja asiakas saa vaikuttavampia ja paremmin toimivia palveluketjukokonaisuuksia, on OT-kerroksen lisäämisessä potentiaalia.

Tutkimuksen tulosten perusteella moniammatillisen palveluketjuverkoston johtamiseen tarvitaan selkeä johtamisjärjestelmä, jossa määritellään verkoston tavoite ja ohjataan verkosto myös saavuttamaan ne (tuotosohjautunut verkosto). Lisäksi tulisi määritellä toimintaohjeistukset, sekä tiedonkulun käytänteet verkoston toimijoille, jotta yhteistyö olisi tavoitteellista ja asiakasnäkökulmasta tuloksellista. Moniammatillinen verkosto toimii kompleksisessä ympäristössä, jolloin asiakkaan, toimijoiden ja johdon voi olla vaikea hahmottaa verkoston kokonaiskuvaa. Verkostojohtajuuden olemukseen kuuluu se, että verkoston toimijat koostuvat laajasta toimintakentästä ja toimivat yli sektorirajojen. Tällöin jokaisella toimijalla on paitsi oman organisaationsa tavoitteet, myös oman substanssialueen esimies. Verkostojohtaja ei voi olla kaikkien verkostoon kuuluvien esimies ja puuttua siihen, miten

työ tehdään kullakin asiantuntijan substanssialalla. Verkostojohtajan tehtävänä on kuitenkin luoda edellytykset ja toimintamallit verkostolle ja ohjata verkosto saavuttamaan tavoite. Strukturi ja toimintamallit verkostolle voidaan muodostaa asiakkaan hoito- ja palveluketjujen kautta. Verkoston voi tällöin nähdä olevan olemassa asiakaspolun kautta ja siksi olennainen verkoston strukturi muodostuu asiakastiedon kulusta. Verkostojohtaminen tämän tutkimuksen näkökulman mukaan verkostossa kulkevan tiedon hallintaa ja asiakkaan tiedonkulun hallintaa.

OT-keskuksen lyhyen aikajänteen toimintana on ”tulipalojen sammuttaminen”, eli kriisiytyneen asiakastilanteen hoitaminen. OT-keskuksen johtamiseen voisi ottaa mallia kunnan kriisijohtamisen periaatteista. Operatiivisena työkaluna toimisi sähköinen OT-verkostokartta.

Kriisijohtamisella on kolme tehtäväkokonaisuutta: 1. tilannetietojen pohjalta yhteisen tilannekuvan luominen, 2. tilannetietojen ja muodostetun tilannekuvan perusteella päätöksien tekeminen tilanteen edellyttämistä toimenpiteistä 3. Tehtyjen päätösten toimeenpanemiseksi ja tilanteesta tiedottamiseksi ohjeiden ja tehtävien välittäminen. (Korhonen, 2010,17-18).

Kriisijohtamisesta OT-keskuksen toimintaan sovellettavia asioita ovat ainakin:

- Hälytyskaavion käyttäminen (esimerkiksi lista hälytettävistä henkilöistä yhteystietoineen - sähköisessä verkostokartassa)
- Tilannekuvan käyttäminen (sisältyisi sähköiseen verkostokarttaan). Tilannekuvan muodostaminen tarkoittaa toimintaa, jossa ylläpidetään kokonaiskuvaa nopeasti muuttuvassa ympäristössä erityistilanteissa. Tilannekuva muodostetaan aina johtamisen ja päätöksenteon tarpeita varten ja nämä tarpeet huomioiden. Tilannekuvan muodostamisella ja sen välittämisellä pyritään välittämään kokonaisnäkemys toimintaympäristöstä, siinä tapahtuneista ja ennustettavissa olevista muutoksista, omista ja muiden toimijoiden toimenpiteistä toimijoiden kesken
- Tilanneraportin käyttäminen eli tilannekuvan raportointi ja välittäminen (sähköisen verkostokartan kautta ensisijaisesti)
- Ydinyksikkö/johto vastaa yhteisen tilannekuvan muodostamisesta, tilanteen arvioinnista ja päätöksenteosta. (Mukailen Korhonen, 2010, 17-18;24.25;39-41.)

OT-keskuksen pitkän aikajänteen tavoitteena on palveluketjujen toiminnan tasapainottaminen ja painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisevään toimintaan raskaiden ja kalliiden erityispalveluiden sijaan. Tähän tarvitaan OT-tason asiakastapausten jälkikäsitteilyä jatkuvan kehittämisen periaatteella, eli jokaisen OT-tason tapauksen auki purkamista ja selvittämistä, miksi tilanne kriisiytyi OT-tasolle asti ja siitä oppimista - eli ”mitä tästä opimme ja miten tästä opitun tiedon voi siirtää arjen toimintaverkoston tasolle, jotta tilanne ei toistuisi”. OT-keskuksen toiminnassa tärkeään asemaan nousevat myös PROM ja PREM- mittaristojen kehittäminen. Lisäksi OT-keskuksen tärkeäksi tehtäväksi voisi nostaa palveluketjuajattelun ja moniammatillisen yhteistyön koulutuksen järjestämisen arjen toimintaverkoston ja erityispalveluiden tason toimijoille. Koulutuksen pääpainona voisi olla palveluketjuajattelu, sekä moniammatillinen yhteistyö. Koulutus ei painottuisi vuorovaikutustaitojen opettelemiseen, vaan moniammatillista yhteistyötä mahdollistavien lakien perehtymiseen, verkoston tiedonkulun käytänteiden ja yhteisten toimintamallien opetteluun, verkoston eri toimijoiden substanssialan toimien ymmärtämiseen, ja palveluketju -ajattelun sisäistämiseen.

Hypertekstiorganisaation ajatuksia soveltaen voidaan OT-keskuksen palveluketjukokonaisuuksien nähdä muodostuvan useasta tasosta. OT-keskuksen hypertekstiorganisaatorakenne voitaisiin kuvata sähköiseen verkostokarttaan, jolloin se toimisi johdon operatiivisena työkaluna, OT-tasoja voisi olla:

- lakialusta-taso (sisältää lait, jotka liittyvät moniammatillisen palveluketjuverkoston yhteistoimintaan)
- palvelu/asiakasketjutaso (sisältää palveluketjurykelmän, josta voidaan poimia tarvittava palveluketju kuhunkin caseen liittyen)
- yksittäinen palveluketjutaso (sisältää yksittäisen aktivoituneen palveluketjuverkostokokonaisuuden, josta löytyvät toimintaohjeet ja yhteystiedot)
- Tiedonkulkutaso
- Taloustaso (sisältää yksittäisen casen arvioituneen kustannuspolun)
- Vaikuttavuustaso (sisältäen vaikuttavuusmittarit)

Matriisiorganisaation periaatteiden mukaisesti OT-verkoston voidaan ajatella olevan kaksitahoinen johtamisjärjestelmä, jolloin verkoston toimijoilla on kaksi esimiestä, joista toinen tarkastelee toimintaa asiakkaan palveluketjun näkökulmasta (OT-verkostojohtaja) ja toinen funktionaalisen erityisosaamisen näkökulmasta (substanssiesimies).

Tutkimuksestani nousee monia ulottuvuuksia jatkotutkimusaiheiksi. Esimerkiksi saman aiheen tutkiminen tulevaisuudessa samoin menetelmin, OT-keskuksen toiminnan jo oltua käynnissä, avaisi mielenkiintoisia näkökulmia siihen, 1. onko verkoston tavoitteellisessa johtamisessa onnistuttu, 2. toimiiko moniammatillinen yhteistyö paremmin, 3. onko palveluketju -ajattelu saatu jalkautumaan käytännön tasolle, 4. saako asiakas vaikuttavamman palveluketjukokonaisuuden ja 5. painottuuko palveluketjukokonaisuus enemmän varhaisen tuen palveluihin, jolloin painopiste olisi siirtynyt pois raskaimmista palveluista. Edellisten asioiden tutkiminen ei ole lähitulevaisuuden jatkotutkimusaihe. Toinen jatkotutkimusaihe olisi tutkimuksen tapaukseen liittyvien vaikuttavuuden mittareiden kehittäminen kehittämistutkimuksen menetelmin, eli asiakaslähtöisten PROM,- ja PREM-tyylisten mittareiden muodostaminen. Tämän tyylisten mittareiden rakentaminen olisi tärkeää, mutta myös suhteellisen yksinkertaista. Tutkimuksen kohteena olisivat esimerkiksi kompleksisoituneiden ADHD-oireilevien nuorten palveluketjujen avaaminen yhdessä asiakkaan/perheen kanssa. Palveluketju -historiat mallinnettaisiin ja selvitettäisiin kriittiset pisteet palveluverkon toiminnassa ja peilattaisiin niitä nykykäytäntöihin. Tulosten perusteella muodostettaisiin OT-tason mittarit, joita voitaisiin käyttää OT-tason tapausten purkamisessa jatkuvan kehittämisen periaatteella.

Tutkimukseni lisäsi tärkeää tietoutta moniammatillisen palveluketjuverkoston kokonaisuuden johtamisen niistä ilmiöistä, mitä tulisi ottaa huomioon OT-keskusta perustettaessa. Aineistonkeruumenetelmänä asiantuntijahaastattelu toimi hyvin, mutta oli työläs toteuttaa. Toisaalta kriittisesti tarkasteltuna tässä tutkimuksessa ei menty missään kohtaa sieltä, mistä aita olisi ollut matalin, joka olisi voinut olla kannattavaakin jossain kohdin. Teoriaohjaava sisällönanalyysi auttoi hahmottamaan laajaa kokonaisuutta ja koenkin, että ilman laajaa teoriapohjaa kokonaisuus olisi ollut hankala toteuttaa yhtenäisesti. Vaikka Pro gradu -tutkielmissa tulisi keskittyä rajaamaan tutkimusalue ja teoreettinen viitekehys riittävän suppeaksi, halusin silti toteuttaa tämän tutkimuksen laajemman teoreettisen viitekehysten kautta, jotta kokonaisuutta oli parempi hallita. Vastaukset kohdentuivat hyvin tutkimustuloksiin. Koen, että onnistuin säilyttämään punaisen langan tutkimuksessa.

LÄHTEET

Alastalo M, Åkerman M, 2010 asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä. Teoksessa Ruusu-
vuori J, Nikander P & Hyvärinen M, (toim.) *Haastattelun analyysi, (372-392)* Tampere, Osuuskunta
Vastapaino.

Berwick, D.M., Nolan, T.W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost.
Health Affairs, 27(3), 759-769.

Chung V. C. H., Ma P. H. X., Hong, L C, & Griffiths, S M (2012). Organizational determinants of
interprofessional collaboration in integrative health care: Systematic review of qualitative studies.
Plos One, 7(11) (1-9)

Dàmour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D, (2005). The conceptual basis
for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofes-
sional Care, (May) Supplement 1:116-131*

Fayol,H, 1990, Johtamisen perusteet (Administration industrielle et geineirale/1916), Helsinki, Ras-
tor

Halila R, Kaukonen P, Malja M ja Savola S, 2019 (toimitus). Lasten, nuorten ja perheiden osaamis-
ja tukikeskukset. LAPE-muutosohjelmassa tehdyn valmistelutyön loppuraportti, Sosiaali- ja terveys-
ministeriön raportteja ja muistioita 30/2019 Haettu osoitteesta 18.04.2019
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4061-1>

Haukilahti A (toim.), 2018, Parempia palveluita verkostomalleilla, SOTE-järjestäjän työkalut. Sitran
selvityksiä 143. Haettu osoitteesta 08.02.2019 [https://media.sitra.fi/2019/01/03141012/parempia-pal-
veluita-verkostomalleilla.pdf](https://media.sitra.fi/2019/01/03141012/parempia-palveluita-verkostomalleilla.pdf)

Heinonen O-P, Ikonen A-K, Kaivosoja M, Reina T, (2018) Yhdyspinnat yhteiseksi mahdollisuudeksi.
Selvitys lapsi-, nuoriso – ja perhepalveluiden toteuttamiseen liittyvistä yhdyspinnoista muuttuvassa
toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 8/2018 haettu osoitteesta
03.04.2018 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3904-2>

Helminen, J (toim.) (2017). Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa.
Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Hirsjärvi S, Remes P, Liikanen P, Sajavaara P, (1991), Tutkimus ja sen raportointi, Jyväskylä, Gum-
merus kirjapaino Oy, 4.painos

Isoherranen, K, (2012) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akatee-
minen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18

Juva, Hublin, Kalska, Sainio, Tani & Vataja (2011), Kliininen neuropsykiatria, DUODECIM

Järvensivu T, Nykänen K, Rajala R, 2010, ”verkostojohtamisen opas: verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla” muutosvoimaa vanhustyö osaamiseen -hankkeen julkaisu, Aalto-yliopiston kauppa- korkeakoulu. Haettu 05.08.2018 osoitteesta: <https://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>

Kananen J, 2015, Opinnäytetyön kirjoittajan opas, Jyväskylän ammattikorkeakoulun- julkaisuja - sarja, Jyväskylä, Juvenes print.

Korhonen J, 2010, kunnan kriisijohtaminen, pelastusopiston julkaisu A-sarja:oppimateriaalit /2010

Mitä on neuropsykiatrinen valmennus - haettu osoitteesta 11.11.018 <https://neuropsykiatrisetvalmentajat.fi/nepsyvalmennus.php>

Nonaka I, Takeuchi H. 1995. The knowledge-creating company. Oxford. Oxford university press.

Nikander P, (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovai- kutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003:40 279-290

Peltonen T, (2007), Johtaminen ja organisointi -teemoja näkökulmia ja haasteita, Keuruu, Otavan kirjapaino Oy

Perälä M-L, Halme N, Nykänen S, (2012) THL, Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovit- tava johtaminen, opas 19, Tampere, Juvenes print, Suomen yliopistopaino Oy

Petri L, (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. Nursing Forum; April 2010; 45, 2; Social Science Premium Collection pg. 73-82

Provan K. G ja Kenis P, (2006) The control of public networks, International Public Management Journal (9) 3 Pages 227-247.

Provan, K.G, Fish A & Sydow J (2007) Interorganizational networks at the network level :A review of the empiricalliterature on whole networks, Journal of Management 33:479-516.

Provan, K.G ja Kenis P, (2008) Modes of networks governance: Structure, Management, and effec- tiveness, Journal of Public Administration Research and Theory 18:229-252

Ruusuvuori J, 2010, Litteroijan muistilista, Teoksessa Ruusuvuori J, Nikander P & Hyvärinen M, (toim.) *Haastattelun analyysi, (424-431)* Tampere, Osuuskunta Vastapaino.

Saz-Carranza, A., & Ospina, S. M. (2011). The behavioral dimension of governing interorganizati- onal goal-directed Networks—Managing the unity-diversity tension. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART, 21(2)*, 327-365.

STM, Sairaanhoidopiirit ja erityisvastualueet. Haettu 15.11.2018 <https://stm.fi/sairaanhoidopiirit-eri- tyisvastualueet>

Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L, (2015,716-727). Journal of Public Health Vol.37, No 4, pp 716-727) doi:10.1093/pubmed/fdu102

Tanttu K, (2007) Väitöskirja ”Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa – prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta” Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia No 176 Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2 Haettu osoitteesta https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-187-1.pdf 8.8.2018

Tampereen OT-keskuksen perustamissuunnitelma (2019), Haettu osoitteesta <https://lapepirkanmaa.fi/wp-content/uploads/2019/01/Tampereen-OT-keskuksen-perustamissuunnitelma.pdf>

Tays ohjeet, hoitoketjut. haettu osoitteesta 10.8.2018. <https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoketjut>

Taylor, F (1911/1914) Tieteellisen liikkeenhoidon periaatteet (principles of scientific management/1911). Hämeenlinna, Karisto

Terveysportti.fi, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, (2015) Kouluikäisen lapsen ja nuoren (6-17v) tarkkaavuus-yliaktiivisuushäiriön (ADHD) hoitoketju, terveysportti, Haettu 25.10.2018 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00966

Tuomi J, Sarajärvi A, (2013). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11.uudistettu painos. Vantaa. Hansaprint Oy.

Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualuista, 156/2017, Haettu osoitteesta 11.11.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170156#Pidp445168192>

Van Den Oord, S, Lemaire R., Kenis P & Cambré B (2017). The governance, structure and management processes of an Emergent Goal-directed Organizational Network: an Evaluation of a Configurational Framework of Goal-directed Networks. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 303.

Vangen S, Hayes J P, Cornforth C, (2015) Governing Cross-sector, Inter-Organizational Collaborations, *Public Management Review*, 17:9, 1237-1260

Virtanen P, Stenvall J, (2011), Julkinen johtaminen, 2.painos. Helsinki, tietosanoma Oy,

Wang, Y., Wallace, S. W., Shen, B., & Choi, T. (2015). Service supply chain management: A review of operational models. *European Journal of Operational Research*, 247(3), 685-698. doi:10.1016/j.ejor.2015.05.053

York S, Wainright, C., & Chen, D. C. (2017). Healthcare supply chain management: An instructive model designed to create service value. *The Journal of Health Administration Education*, 34(4), 525.