

Leena Huhtamäki

**PALJON PALVELUJA TARVITSEVIEN  
YHTEISIASIAKKAIDEN LOUKOT  
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON  
PALVELUISSA**

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö  
Sosiaalityön Pro gradu- tutkielma  
Huhtikuu 2019

Leena Huhtamäki: Paljon palveluja tarvitsevien yhteisasiakkaiden loukot sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa  
Pro gradu-tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Sosiaalityö  
Ohjaaja: Kirsi Günther  
Huhtikuu 2019

---

Pro gradu- tutkielmani aiheena on paljon palveluja tarvitsevien yhteisasiakkaiden loukot sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisissa palveluissa. Loukot ovat ongelmakohtia, jotka vaikeuttavat tai estävät moniammatillisen työn tekemistä. Tutkielmassa tarkastelen toiminnallisia loukkoja, joita moniammatillisen työn tekijät pyrkivät aineistossa tunnistamaan ja purkamaan. Haen vastausta tutkimuskysymyksiin: Mitä ja millaisia haasteita ja palveluloukkoja yhteisasiakkuudessa olevien asiakkaiden palveluissa on paikannettavissa? Tavoitteenani on ensinnäkin tehdä näkyväksi moniammatillisen työn haasteita ja loukkoja työntekijöiden ja asiakkaan näkökulmasta sekä toiseksi tuottaa tietoa, joka lisää kohdealueen ymmärtämistä ja hallintaa sekä jota voidaan käyttää suoraan toiminnan kehittämiseen.

Tutkielmani on laadullinen tutkimus. Aineistona on käytetty valmista kirjallista sekundaariaineistoa. Aineisto on tuotettu osana valtakunnallista hanketta ja se on muodostunut eräässä Keski-Suomalaisessa kuntayhtymässä työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden mielipiteistä nykyisen palvelujärjestelmän ongelmakohtista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysejä käyttäen.

Tutkimukseni tulokset osoittavat, että moniammatillisen työn haasteet ovat moninaiset niin ammattilaisten kuin asiakkaiden näkökulmasta. Haasteista saattaa muodostua jopa loukkoja, jotka vaikeuttavat tai estävät moniammatillisen työn tekemistä. Haasteiksi nousivat työntekijöiden oman työn hallinta, työn pirstaloituminen ja väärin organisoituminen, jolloin myös työn tuloksellisuus kärsii. Asiakkaan palveluketjussa saattaa olla useita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, mutta hoitovastuista ja tarpeellisista palveluista ei aina päästä yhteisymmärrykseen. Tähän ratkaisuksi nähtiin palvelusuunnitelma. Työntekijät kokivat, etteivät he yksinään voi vaikuttaa moniammatillisen työn ongelmakohtiin vaan muutokseen tarvitaan organisaation ja esimiesten panostusta. Loukkoja asiakkaan moniammatillisessa palveluprosessissa muodostuu, kun elämänkaarimalli puuttuu eikä asiakasta ja hänen lähiverkostaan huomioida palveluja suunniteltaessa. Asiakkaan palvelukokonaisuuden muodostumista pidettiin liian organisaatiolähtöisenä. Työntekijöiden mielestä lainsäädäntö ei vastaa nykypäivän tarpeisiin ja työntekijöiden ja asiakkaiden tietämättömyys lainsäädännöstä nähtiin haasteeksi. Lainsäädännöllä pitäisi mahdollistaa siirtyminen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteiskäyttöön, koska nykyisellään rajaava tietoturva, salassapitovelvollisuus ja yksilönsuoja synnyttävät loukkoja moniammatilliselle palveluprosessille.

Avainsanat: sosiaalihuolto, terveydenhuolto, moniammatillisuus, loukko, yhteisasiakkuus

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Leena Huhtamäki: Pitfalls in social and health services for complex and multidisciplinary clients

Pro gradu thesis

Tampere University

Social Work

Supervisor: Kirsi Günther

April 2019

---

The topic of my Pro gradu thesis is pitfalls in social and health services for complex and multidisciplinary clients. In my thesis, I examine the operative pitfalls that multidisciplinary professionals try to identify and resolve. I seek to answer the following research question: What kinds of challenges and service pitfalls can be identified in services provided to multidisciplinary clients? My aim is, firstly, to make more visible the challenges and pitfalls of multidisciplinary work from the viewpoints of both professionals and clients, and secondly, to produce knowledge that will increase our understanding and the management of this area and that can be directly used to develop activities.

My thesis is a qualitative study. The data consists of secondary written data, which was generated as part of a national project and comprises the views of social and health care sector employees working in a joint authority in Central Finland concerning the weaknesses of the current service system. The data was analysed using content analysis.

The results of my study indicate that multidisciplinary work involves multiple challenges from the perspectives of both professionals and clients. These challenges may even constitute pitfalls that complicate or prevent multidisciplinary work. The challenges that emerged from the data were employees' personal job management, fragmented work and the disorganisation of work, which reflects negatively on outcomes. A client's service chain may involve several social and health care professionals who fail to agree on responsibilities and needed services. Service plans were seen as one solution to this problem. The employees felt that they cannot fix the issues alone and that change requires effort from the organisation and from those in leading positions. Pitfalls are created in multidisciplinary service processes when the life cycle approach is ignored and the client and his or her immediate social network are overlooked in service planning. The way services were designed was seen as too organisation-centric. The employees felt that legislation does not address current concerns and saw both employees' and clients' lack of knowledge about legislation as a challenge. Legislation should enable the multidisciplinary use of social and health care information systems because in the current situation, data security, confidentiality and privacy protection create pitfalls in the multidisciplinary service process.

Keywords: social care, health care, multidisciplinary approach, pitfall, multidisciplinary clients

The originality of this thesis has been verified using the Turnitin OriginalityCheck software.

# SISÄLTÖ

JOHDANTO .....	6
2 PALJON PALVELUJA TARVITSEVAT ASIAKKAAT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA.....	9
2.1 Yhteiskunnallinen huono-osaisuus ja paljon palveluja tarvitseva asiakas.....	9
2.2 Asiakkaana ja potilaana sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	12
2.2.1 Sosiaalihuollon asiakkaana .....	12
2.2.2 Terveydenhuollon potilaana.....	15
2.3 Yhteisasiakkuus sosiaali- ja terveystaluuissa.....	17
3 POIKKIHALLINNOLLINEN YHTEISTYÖ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA...	21
3.1 Moniammatillisen yhteistyön määrittelyä.....	21
3.2 Moniammatillisen yhteistyön muotoja .....	22
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	24
4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset.....	24
4.2 Tutkimusaineiston kuvaus ja keruu .....	24
4.3 Sisällönanalyysi aineiston analyysimenetelmänä .....	27
4.4 Aineiston järjestäminen ja analysointi .....	29
4.5 Tutkimuksen eettisyys .....	32
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	34
5.1 Moniammatillisen työn haasteet .....	34
5.2 Moniammatillisen työn loukot.....	41
6 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	46
LÄHTEET.....	54

Kuvio ja taulukkoluetelo:

Kuvio 1: Kuntayhtymän kalanruotokaavio ..... 25

Taulukko 1: Analyysikehys ..... 31

## JOHDANTO

Monimutkaistuvissa elämäntilanteissa yhä useampi ihminen tarvitsee monenlaista tukea ja palvelua, joka sektoroituneessa hyvinvointiyhteiskunnassamme tarkoittaa asiointia monen eri asiantuntijan luona (Karjalainen & Arnkil 2004, 141). Etenkin sosiaali- ja terveyspalveluiden pitkään jatkunut ongelma on ollut pirstaleisuus ja hajanaisuus. Asiakkaiden on ollut vaikea löytää oikeita palveluja. Kun asiakas on palveluihin päässyt, hänellä on vastassa aina uusi ammattilainen tai asiantuntija. (Hyväri 2017, 32.) Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat sektoroituneet oman alansa asiantuntemuksen mukaan ja rakentuneet siilomaisiksi, erillisiksi ja toiminnaltaan vahvoiksi kokonaisuuksiksi.

Yhteiskunnallinen muutos ja ihmisten tarpeet tuottavat kuitenkin yhä enemmän ilmiöitä, jotka eivät ”mahdu” yhden sektorin kuten sosiaalipalvelujen sisään vaan ne levittäytyvät laajasti yli sektorirajojen vaatien laaja-alaisempaa ilmiöiden tunnistamista ja osaamista. Palvelujärjestelmämme on tältä osin jäämässä jälkeen yhteiskunnallisesta kehityksestä. (Karjalainen & Arnkil 2004, 141.) Sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaiset palvelujärjestelmät on suunniteltu tunnistamaan ennemminkin asiakkaan yksittäisiä tarpeita, kuin hänen kokonaisvaltaista palveluntarvettaan, johon liittyvät yleensä päällekkäiset sosiaaliset ja terveydelliset tarpeet (Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for people with Multiple Health and Social Needs. 2011, 20). Muutosta siihen, että palvelujärjestelmässä voitaisiin huomioida asiakkaan tarpeet kokonaisvaltaisesti, ei tapahdu, jos sosiaali- ja terveydenhuolto eivät tee työtä organisoidummin ja tavoitteellisemmin asiakkaan tarpeiden mukaisen ja kokonaisvaltaisen palvelun takaamiseksi (Karjalainen & Arnkil 2004, 141).

Palvelujärjestelmän sektorimaisuus ja hajanaisuus ovat johtaneet asiakkaiden väliin putoamisiin. Väliinputoamisen yksi mahdollistaja voi olla se, että eri palveluorganisaatiot ja ammattilaiset eivät tee yhteistyötä, eivät selvitä asiakkaiden kokonaistilannetta ja katso asiakkaiden tilanteita riittävän monipuolisesti. Eri palvelujen välinen yhteistyön puute mahdollistaa sen, että ammattilaiset eivät tuo osaamistaan ja tietoaan yhdessä asiakkaan tilanteeseen. Tällöin asiakkaan vastuulle jää kulkeminen palveluista toiseen ja omien asioiden koordinoiminen, mihin monella asiakkaalla ei ole tietoa, osaamista eikä käytännön mahdollisuuksia. (Metteri 2012, 216.) Nykyisin asiakkaiden ongelmat ovat laaja-alaisia,

jolloin asiakkaan ongelmien ratkaisemiseen ei riitä yhden tieteen viitekehys tai yhden osaamisalueen hallinta vaan tarvitaan laaja-alaista osaamista (Isoherranen 2012, 10).

Vuonna 2014 voimaan tulleessa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) määritellään keskeiseksi tavoitteeksi parantaa yhteistyötä sosiaalihuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välillä. Araneva (2016, 147) painottaa, että sosiaalihuollossa viranomaisten kesken tehtävän yhteistyön merkitystä ei voi liikaa korostaa. Sosiaalihuollon lainsäädäntö mahdollistaa ja luo edellytyksiä yhteistyölle. Sosiaalihuoltolakiin sisältyy säännöksiä, jotka mahdollistavat viranomaisten välisen joustavan yhteistyön. Myös sosiaalihuollon asiakaslaki (2000/812) mahdollistaa joustavan yhteistyön edellytyksenä olevan välttämättömän tiedon siirron viranomaisten välillä. Kun useampi ammattilainen toimii yhdessä, synergia moniammatilliselle toiminnalle syntyy. WHO ja OECD ovat todenneet, että moniammatillisen ja monitieteisen yhteistyö kautta on mahdollista uudistaa ja modernisoida sosiaali- ja terveysalan palveluja.

Tutkielmassani tarkastelen paljon palveluja tarvitsevien yhteisasiakkaiden loukkoja sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisissa palveluissa. Loukoilla tarkoitan ongelmakohtia, jotka vaikeuttavat tai estävät moniammatillisen työn tekemistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä ihmisistä käytän tässä tutkimuksessa nimitystä asiakas. Loukkoja pyritään aineistossa tunnistamaan ja purkamaan työntekijöiden toimesta. Moniammatillisen työn tekijöinä aineistossa ovat kahden organisaation työntekijät, asiakkaat ja heidän verkostonsa. Tutkimuskysymykseni on: mitä ja millaisia haasteita ja palveluloukkoja yhteisasiakkuudessa olevien asiakkaiden palveluissa on paikannettavissa? Tutkielmani tavoitteena on tehdä näkyväksi haasteita ja loukkoja asiakastyössä, jotka työntekijät kokevat vaikeuttavan moniammatillista työtä sekä omasta että asiakkaan näkökulmasta. Tavoitteenani on myös tuottaa tietoa, jota voi käyttää suoraan toiminnan kehittämiseen tai joka lisää kohdealueen ymmärtämistä ja hallintaa (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 17).

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävät asiakkaat ovat olleet mielenkiinnon ja tutkimuksen kohteena viimeiset vuodet. Ehkä siksi, että tämän pienen ryhmän (alle 10 % väestöstä) on todettu käyttävän suuren osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Kiinnostus paljon palveluja käyttävään asiakasryhmään on lähtenyt sekä valtion että kuntien toimesta. Vaikka palvelujen kehittämällä tavoitellaan varmasti asiakkaan parasta, myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten karkaaminen käsistä on pakottanut miettimään

uudenlaisia toimintamalleja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluihin. Valtiontalouden tarkastusvirasto on vuonna 2017 nostanut esiin tarkastuskertomuksessaan huolen monisairaiden ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen kustannusvaikuttavuuden edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste- hankkeen avulla sekä Pohjois- että Väli-Suomessa on toteutettu laajoja, useita maakuntia koskettavia hankkeita, joissa on kehitetty ja käyttöön otettu asiakaslähtöisiä työtapoja ja toimintamalleja sosiaali- ja terveydenhuollossa paljon tukea tarvitseville ja palveluja käyttäville asiakkaille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on myös käynnistänyt vastikään hankkeen, jonka avulla paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat tunnistetaan ja jonka avulla maakunnat voivat luoda toimintaperiaatteita palvelun tuottajille. Aihetta on myös tutkittu viime aikoina pro gradu- tutkielmissa ja opinnäytetöissä varsin paljon. Esimerkiksi Kaarina Isoherranen (2012) on tutkinut väitöskirjassaan moniammatillisuuden haasteita ja ilmiöitä, joita kohdataan, kun organisaatiossa lähdetään kehittämään moniammattillista yhteistyötä ja Riina Helin (2016) on tutkinut tutkielmassaan terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kuvauksia onnistuneesta moniammatillisesta yhteistyöstä. Oma mielenkiintoni paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluprosessien kehittämisessä ja haasteiden tunnistamisessa nousee oman työni kautta. Työssäni lastensuojelun sosiaalityöntekijänä kohtaan usein perheitä, joissa useat elämää kuormittavat ongelmat kietoutuvat toisiinsa ja palvelukokonaisuuden toimivaksi saaminen on hankalaa.

Tutkimuksen aluksi määrittelen paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan syrjäytyneisyyden ja huono-osaisuuden näkökulmasta. Luvussa kaksi käsittelen myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemaa ja palvelun tarpeita yhteiskunnallisesta ja lainsäädännöllisestä näkökulmasta. Lopuksi määrittelen vielä yhteisasiakkuuden kriteerit. Kolmannessa luvussa määrittelen moniammatillisen yhteistyön ja sen työmuodot. Luvussa neljä avaan tutkimusasetelmaani eli esittelen tutkielmani viitekehyksen, tutkimusaineistoni, analyysin vaiheet ja pohdin tutkimuksen luotettavuutta. Viidennessä luvussa esittelen tutkimuksen tulokset ja kuvaan haasteita ja loukkoja käytännön toiminnan, työntekijöiden välisten suhteiden, asiakkaan osallisuuden, lain ja yhteistyön kautta. Pohdinta luku päättää tutkielmani. Luvussa tarkastelen tiivistetyssä muodossa tutkimustuloksiani suhteessa aiempiin tuloksiin ja pohdin keskeisiä käsitteitä suhteessa laajempaan yhteiskunnalliseen kontekstiin. Lisäksi nostan esiin myös jatkotutkimuksen paikkoja sekä pohdin omaa oppimistani.



## 2 PALJON PALVELUJA TARVITSEVAT ASIAKKAAT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

### 2.1 Yhteiskunnallinen huono-osaisuus ja paljon palveluja tarvitseva asiakas

Vuonna 1996 sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre ja ministeri Terttu Huttu-Juntunen totesivat, että suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa ovat viime vuosina koetelleet lama, massatyöttömyys, taloudelliset vaikeudet, kasvavat palveluntarpeet sekä alati niukentuvat resurssit ja voimavarat. Suomalainen yhteiskunta on muuttunut vuosikymmenien saatossa ja ymmärrys ihmisten hyvinvoinnista on korostunut vaihtelevin tavoin. Esimerkiksi 1960-luvulla hyvinvointia tarkasteltiin toimeentulon ja tarpeiden kautta, kun taas 1970-luvulle siirryttäessä väestöä koskevin resursseina ja toimintoina. 1980-luvun alkua kuvataan erilaistumiskautena, jonka jälkeen 1990-luvulla hyvinvoinnin käsite EU-vaiheen alussa kutistui ja marginalisoitui huono-osaisuuden painotukseen 2000-luvulla. (Bardy 2009, 228.) Tutkimuksissa onkin havaittu systemaattisia yhteyksiä erilaisten sosioekonomisten tekijöiden ja huono-osaisuuden kriteerien välillä. Aiempien tutkimusten perusteella syyt huono-osaisuuteen näyttävät liittyvän ihmisten työmarkkina-asemaan, työpaikan toimialaan, alhaiseen tulotasoon, koulutustasoon, ikään (nuoruus), sukupuoleen (miehet), terveydentilaan ja kotitilaan. Huono-osaisuuden nähdään selittyvän varsin usein tekijöillä, jotka muuttavat ihmisen elämänkaaren suunta pysyvästi ja joihin yksilö ei ole mahdollisuuksia itse vaikuttaa. (Kainulainen & Saari 2013, 23-24.)

Syrjäytyneitä ja huono-osaisia ihmisiä leimaa sosiaalisen osallisuuden toteutumattomuus, osattomuus. Osattomuuteen voi kuulua mm. kouluttamattomuutta, työttömyyttä, harrastamattomuutta ja kulttuurielämän ulkopuolisuutta. Syrjäytyneillä on siis mahdollisuuksia osallistua vähemmän kuin kansalaisten enemmistöllä. (Juhila 2006, 53.) Syrjäytyminen nähdään myös erilaisten yhteiskunnassa tavoiteltavien ja normaaleina pidettyjen osallisuuksien ulkopuolelle päätyneinä. Tällaisia osallisuuksia ovat mm. ansiotyö, perhe ja muut sosiaaliset verkostot sekä huonoimmassa tilanteessa myös yhteiskunnalliset palvelu- ja auttamisjärjestelmät, joiden kautta apua ei saa tai ei pystytä saavuttamaan edes kaikkein syrjäytyneimpiä kansalaisia. (Juhila 2006, 54.) Hyvinvointivaltion tehtävänä on kuitenkin huolta pitävä auttaminen, joka tarkoittaa omin voimin selviytymättömien ihmisten vetämistä yhteiskunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon avun piiriin eli huolehtimaan siitä, että apu tavoittaa sen tarpeessa olevat ihmiset (Juhila

2006, 176). Toisaalta hyvinvointivaltion on sanottu tuottavan ihmisille riippuvuutta esimerkiksi erilaisista tarveharkintaisista tuista ja palveluista. Esimerkiksi pitkittyneen sosiaalityön asiakkuuden katsotaan kertovan hyvinvointivaltioriippuvuudesta. (Juhila 2006,100.) Toisinaan on taas niin, että ihminen olisi huolenpidon tarpeessa, mutta juuri kaikkein eniten avun ja tuen tarpeessa olevat valikoituvat ulos, koska heitä pidetään liian vaikeina tai auttamisen ulottumattomissa olevina (Juhila 2006, 192).

Kimmo Leppo (1996, 9) toteaa, että 1990-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollossa oli eletty kaksi täyttä vuosikymmentä hyvin johdonmukaisen rakentamis- ja kehittämistyön kautta. Epäkohtia oli voitu korjata yksi toisensa jälkeen pohjimmiltaan verraten yksinkertaisella periaatteella: kasvua kanavoimalla. Kyösti Raunio (2000, 17) mukaan 1990- luvun muutosten myötä on tultu tilanteeseen, jossa hyvinvointivaltion laajenemisen kausi on päättynyt ja hyvinvointivaltion sosiaaliturvaa ja palveluja on taloudellisten syiden vuoksi supistettu. Hyvinvointivaltio on silti säilynyt vahvana yhteiskunnallisena instituutiona ja sen merkitys kansalaisten hyvinvoinnille on edelleen perustava. Enää ei ole kuitenkaan mahdollista entiseen tapaan hallita toimeentuloon, selviytymiseen ja elämänhallintaan liittyviä ongelmia poliittisesti päätetyillä yleisillä uudistuksilla vaan tarvitaan entistä enemmän asiakastasolla (yksilö, perhe, yhteisö) ongelmia ratkovaa asiantuntemusta. (Raunio 2000, 17).

Raunio (2000, 17-19) muistuttaa, ettei etuuskien leikkaaminen ja palvelujen supistaminen ole suoraan tuottanut ongelmia ihmisten elämään vaan niiden myötä ihmisten elämänongelmat ovat tulleet näkyvämmiksi. Vaikka Suomessa on vallinnut taloudellinen kasvu, sosiaalinen kehitys ei ole kohentunut samaa tahtia ja suuren väestöosan sosiaalinen syrjäytyminen ja marginalisoitumisen riski on pysytellyt korkealla. Puhutaankin yhteiskunnallisesta murroksesta, joka Hämäläisen (2009, 33) mukaan kuvastaa sitä, että Suomi on uudenlaisen tilanteen äärellä, jossa yhteisen hyvinvointikäsityksemme päivittämistä tarvitaan. Suomalaisten hyvinvointia ja sen kehittämisen mahdollisuuksia ei enää kuvaa vanha materialistinen näkemys hyvinvoinnista. Henkisen hyvinvoinnin, yhteisöllisten tarpeiden (lähimmäisen rakkaus ja yhteisöllisyys, arvostus sekä itsensä toteuttaminen) sekä elämän merkityksellisyyden tulisi painottua enemmän. Se ei kuitenkaan tarkoita perinteisten deprivatio-ongelmien unohtamista. Hämäläinen (2009, 33) tähdentää, että modernia hyvinvointivaltiota tarvitaan jatkossakin ihmisten perustarpeiden tyydyttämiseksi. Raunio (2006, 9) toteaa, että huono-osaisuuden ja syrjäytymisen estäminen ja poistaminen on

nostettu yhteiskuntapolitiikan ”johtotähdeksi” ja taustalla on EU:n laajuinen syrjäytymisen vastainen toiminta. Syrjäytymisen poistamiseksi on laadittu vuonna 2003 Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma ja EU:n tasolla oma toimintasuunnitelma.

Ihmisten eriarvoisuus on Saaren (2019, 30) mukaan 2010-luvulla lisääntynyt jos sitä arvioidaan perusturvalla elävien tulottomien henkilöiden yhteiskunnassa tavanomaisten elämän edellytysten (elintaso, elämänlaatu, elämäntapa) tasoon nähden. Toisaalta yli 30-vuotiaista suomalaisista toimeentulo oli riittävää noin kolmella viidestä, elämänlaatu on hyvä noin kolmella neljästä ja terveys kolmella viidestä. Terveysteen liittyvät elämäntavatkin ovat useimmilla mittareilla hyvät tai erinomaiset noin neljällä viidestä. Kaikilla kolmella eli elintaso, elämänlaatu, elämäntapa ulottuvuudella tarkasteltuna on enemmistöllä ihmisistä elämän edellytykset kunnossa, ja heidän elämänsä on hyvinvoivaa. Hyvinvoivan enemmistön varjossa on kuitenkin ryhmiä, joiden elämän edellytyksen ulottuvuudet eivät ole riittävän hyvin. (Saari 2019, 36.) Näillä ihmisillä on Saaren (2019, 24) mukaan todennäköisesti aikaisempaa enemmän moniongelmaisuutta, jolloin samaan kotitalouteen (ja kotitalous voi muodostua myös yhdestä henkilöstä) voi kytkeytyä lukuisia elämäntaloutta ja -mahdollisuuksia rajoittavia tekijöitä.

Haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien elintaso, elämänlaatu ja elämäntapa ulottuvuudet poikkeavat selkeästi vauraan enemmistön elämän edellytyksistä. Äärimmillään tämä aiheuttaa ylisukupolvista huono-osaistumista, jonka katkaiseminen edellyttää poikkeuksellisen pitkäkestoisia toimenpiteitä. (Saari 2019, 24.) Julkunen (2017, 32) painottaa, että pelkkä sosiaaliturvan ja tulonsiirtojen uudelleenmuotoilu ei riitä, vaan Suomessa kaivataan myös sosiaali- ja yhteiskuntapolitiikan laajaa arsenaalia, johon koulutuksella, uudelleenkoulutuksella, terveyden ja mielenterveyden edistämällä, kuntoutuksella, aikuisten ja erityisryhmien sosiaalityöllä sekä asumisen politiikalla pyritään vaikuttamaan. Kaikki edellä mainitut keinot ovat vakiintuneita käytäntöjä, mutta niitä pitäisi tehostaa, ajanmukaistaa ja resursoida paremmin. Saari (2019, 32) toteaa, että suomalainen hyvinvointivaltio ei ole missään vaiheessa ollut kuitenkaan tuhoutumassa.

## 2.2 Asiakkaana ja potilaana sosiaali- ja terveydenhuollossa

### 2.2.1 Sosiaalihuollon asiakkaana

Lammi-Taskulan (2011, 73) mukaan sosiaalipalvelu käsite syntyi 1960-luvulla, jolloin sosiaalihuoltoa alettiin uudistamaan. Toiminnan juuret ovat kuitenkin kaukana historiassa kuntien köyhäinhoidossa ja tehdasyhdyskuntien sosiaalisessa vastuussa. Vasta 1960-luvun yhteiskunnallinen tilanne muutti sosiaalipalvelujen sisältöä siten, että vanhaa sosiaalihuoltoa muutettiin palvelun suuntaan ja palveluja laajennettiin voimakkaasti kaikille kansalaisille. (Sosiaalihuolto Suomessa 2006:11, 4.)

Sosiaalihuolto on lakiin perustuvaa toimintojen kokonaisuutta, joita kunnat ovat velvollisia järjestämään. Toimintoihin sisältyvät väestön yleiset sosiaalipalvelut<sup>1</sup>, eräiden väestöryhmien erityispalvelut sekä sosiaalihuollon toimeentuloturva. Sosiaaliturvajärjestelmä pitää sisällään sekä sosiaalihuollon (sosiaalipalvelut ja osa toimeentuloturvaa vuoteen 2016 asti) että toimeentuloturvan (työttömyys-, palkka- ja eläketurva). Sosiaaliturvajärjestelmä ja siihen kuuluvan sosiaalihuolto on keino taata kaikille perustuslain mukainen oikeus ihmisarvoisen elämän edellyttämään välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Järjestelmän tavoitteena on myös taata yksilön ja perheen hoiva ja huolenpito elämän eri vaiheissa, mahdollistaa työelämään osallistuminen ja edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa. Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito ovat tärkeä osa sosiaalihuoltoa. (Sosiaalihuolto Suomessa 2006:11, 4.) Lammi-Taskula (2011, 35) taas määrittelee, että sosiaalihuollon tavoitteena on edistää ja ylläpitää yksityisten henkilöiden, perheen ja yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja

---

<sup>1</sup> Sosiaalipalveluja määrittäviä tärkeimpiä lakeja ovat Suomen perustuslaki (731/1999), joka määrää sen, että jokaisella on perustuslain mukaan oikeus riittäviin sosiaalipalveluihin. Kuntien järjestämisvastuusta säädetään sosiaali- ja terveyspalveluja koskevissa laeissa ja laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992). Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään, miten ja mitä sosiaalipalveluja kunnan on tuotettava. Araneva (2016, 37-38) toteaa, että sosiaalihuoltolakiin sisältyvien määritelmien tarkoituksena on osoittaa sosiaalipalvelun vähimmäisisältö ja turvata palvelujen yhdenmukainen laatu riippumatta siitä, toteuttaako palvelua julkinen valta vai yksityinen toimija. Sosiaalihuoltolakiin on myös kirjattu määritelmä erityistä tukea tarvitsevista henkilöistä ja asiakkaista, joilla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi ja jonka tuen tarve ei liity korkeaan ikään. Erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden tarpeisiin ja toiveisiin on kiinnitettävä erityistä huomiota palveluja annettaessa ja kehitettäessä. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) määrittelee keskeiset menettelytavat asiakastyössä ja tietosuojakysymyksissä. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) määrittää vaatimukset henkilöstön koulutuksesta ja perehtyneisyydestä. Sosiaalipalveluja säädellään myös useilla erityislaeilla, jotka liittyvät mm. lastensuojeluun, päivähoitoon, päihdehoitoon, kehitysvammaisten oikeuksiin, kuntouttavaan työtoimintaan, omaishoitoon, lapsen oikeuksiin vanhempiensa nähden. (Sosiaali- ja terveyspalvelut, lainsäädäntö. Julkaisu löytyy osoitteesta <http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto> Viitattu 22.8.2018.)

jonka tärkeänä tavoitteena on myös ennaltaehkäistä sosiaalisten ongelmien syntyä. Sosiaalihuollon päätavoitteena voidaan pitää ihmisen itsenäisyyden ja omatoimisuuden edistämistä. Teoriassa voidaan ajatella, että sosiaalihuollon tavoitteena on tehdä itsensä tarpeettomaksi, jolloin ihminen selviytyy omatoimisesti arkisissa toiminnoissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on Suomessa huolehtia ihmisten hyvinvoinnista ja terveydestä. Ministeriö vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuudesta ja valmistelee niihin liittyvän laajan lainsäädännön. Perustuslaki velvoittaa järjestämään sosiaalihuoltoa ja samalla se velvoittaa julkista valtaa edistämään jokaisen hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Säännöksellä turvataan kaikille oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon sekä säännöksen kautta julkiselle vallalle asetetaan velvoite järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (Araneva 2016, 37).

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on valtava merkitys koko Suomen kansantaloutta ajatellen, koska alalla työskentelee noin 350 000 henkeä, mikä on iso osuus koko työllisestä väestöstä (Stenvall & Virtanen 2012, 11). Julkisuudessa alan ammattilaisista ovat useimmin esillä johtavat viranhaltijat, kuten sosiaalihoitajat, ylilääkärit, ylihoitajat ja talouspäälliköt. Johtamiseen ja hallintoon liittyviä tehtäviä päätoimisesti tekeviä on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä kuitenkin vain murto-osa, noin 2-3%. Suurin osa alan työntekijöistä tekee työnsä välittömässä vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Suuria työntekijäryhmiä ovat esimerkiksi lähi-, perus- ja kodinhoitajat, sairaan- ja terveydenhoitajat sekä lasten päivähoidon perustyöntekijät (lastenhoitajat, päivähoitajat ja lähihoitajat). Korkeakoulutasoinen koulutus vaaditaan asiakas- ja potilastyön tekijöistä esimerkiksi lastentarhanopettajilta, psykologeilta, sosiaalityöntekijöiltä ja lääkäreiltä. (Lammi-Taskula 2011, 50.)

Sosiaalityö on koko sosiaalihuollon perusta ja työn tavoitteena on yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointi ja ratkaisuprosesseihin tähtäävä muutostyö. Sosiaalityön tavoite on vahvistaa ihmisten hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yksilöiden toimintakykyisyyttä, yhteisöjen toimivuutta ja tukea ihmisten selviytymistä arjessa. (Kananoja 2010, 52.) Banksin (2006, 3) mukaan IFSW on määritellyt sosiaalityön tavoitteeksi edistää yhteiskunnallisia muutoksia ja ongelmanratkaisua ihmisten välisissä suhteissa sekä edistää ihmisten vaikutusmahdollisuuksia hyvinvoinnin parantamiseksi.

Sosiaalihuoltoa, sen toteuttamista ja palvelutehtäviä säädellään lukuisien lakien avulla. Lakien tavoitteena on, että palvelut tukevat ihmisen omaa aktiivisuutta ja selviämistä. Lakien mukaan kunta on velvollinen järjestämään sosiaali- ja terveystalveluja riittävästi ja tarpeita vastaavalla tavalla. Lait ovat niin sanottuja puitelakeja, jotka määräävät yleisluontoisesti, mitä palveluja kuntien tulee järjestää. Kunnat ratkaisevat itse, miten ja missä palveluja tuotetaan. (Lammi-Taskula 2011, 59.) Sosiaalityöntekijän kannalta lainsäädäntö onkin yksi tärkeä työkalu. Työntekijöille, sosiaalijohtolle ja luottamushenkilöille lainsäädäntö toimii monissa tilanteissa tukena, kun pyrkimyksenä on turvata asiakkaiden oikeuksien toteutuminen tai kunnan sisällä mietitään resurssien oikeanlaista kohdentamista. Lainsäädännön voidaan toisaalta kokea rajoittavan toimintamahdollisuuksia perusteettomasti, jolloin uhkana on toiminnan jäykkyys tai vääriin priorisointeihin ohjautuvuus. (Kananaja 2010, 52.)

Juhilan (1999, 167) mukaan ihmisen olosuhteita tai käyttäytymistä aletaan määritellä sosiaalisena ongelmana silloin, kun joku määrittelee ne haitalliseksi joko asianosaiselle itselleen tai muille ihmisille. Silloin vahvistuu tulkinta, että ”ongelmalle pitää jotakin tehdä”. Tulkinta ongelman vakavuudesta vahvistuu, kun sille aletaan tekemään jotain. Vakavimman statuksen ongelma saa, kun joku ammattilainen ottaa ongelman hoitaakseen oman professionsa toimesta. Jokisen, Juhilan & Pösön (1996, 87–88) mukaan asiakkaan ongelman nimeäminen antaa ammattilaisille moraalisen ja juridisen oikeuden puuttua epätydyttävään tilanteeseen, jolloin työntekijä on velvollinen ratkaisemaan ja hoitamaan asiakkaan ongelmaa käytettävissään olevilla tiedoilla ja taidoilla.

Kun asiakkaan ongelma kategorisoidaan tietyn organisaation toimintakulttuurin vastuu- ja pätevyysalueeseen kuuluvaksi, asiakasta kyetään auttamaan. Ammattilaiset pyrkivät määrittelemään asiakkuuden edellytykset sosiaalisten ongelmien, niihin johtaneiden syiden ja ratkaisuvaihtoehtojen kautta. Tällöin oikeutus asiakkaan sosiaalisten ongelmien hoitamiseksi ja poistamiseksi tarpeellisten toimenpiteiden avulla syntyy. Aina asiakkaan ongelmaan ei organisaatiossa löydetä ratkaisuvaihtoehtoja tai asiakkaalla ei edes nähdä olevan ongelmaa. Asiakas voi joutua tahtomattaan tilanteeseen, jossa kukaan ei ota hänen ongelmaa hoitaakseen tai se ei tunnu kuuluvan kenellekään. Tällöin uhkana on asiakkaan ”pompottelemine” tai ”luukuttamine” viranomaiselta toiselle. (Haapala 2012, 79.) Jokisen ym. (1996, 88) mukaan ”asiakkuus ei ole muuttumaton tila, vaan sen sisältöä ja tarvetta

arvioidaan aina uudelleen”. Asiakkuuden päättyminen vaatii yleensä ongelman ratkaisemista tai sen toteamista, ettei kyseinen organisaatio pysty hoitamaan asiakkaan asiaa.

Pyhäjoki & Koskimies (2009, 195) ovat todenneet, että parhaimmillaan sosiaalihuolto pitää sisällään ylisektorisia palvelurakenteita, jotka mahdollistavat työntekijöiden joustavia organisaatorajojen ylityksiä. Kyse on tällöin ammattilaisten kesken, ammattilaisten ja perheen välillä sekä johtamisen kulttuurissa tapahtuvien erilaisten rajojen ylittämisen toimintakäytännöistä. Niin sanottu rajojen ylitys vaatii organisaatiolta ja työntekijöiltä rohkeutta, luovuutta ja valmiutta kuunnella toista ihmistä, oli hän asiakas tai toisen organisaation edustaja. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkija Beata Frankenhaeuser (2014, 68) on kokenut, että positiivisena käännekohtana asiakkaan hoidossa koetaan usein se, että ammattiauttaja toimii jollakin tavalla ammattiroolinsa ja sääntöjensä ulkopuolella tai rajamailla välittävänä ihmisenä. Tällä osoitetaan, ettei asiakas ole vain tapaus muiden joukossa ja että vastavuoroisuutta ja tasa-arvoa pidetään arvokkaina tekijöinä asiakassuhteessa.

### 2.2.2 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilaana

1980-luvun lopulla Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen<sup>2</sup> kaikki osat alkoivat olla koossa: perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito kattoivat koko maan, työterveyshuoltojärjestelmä oli luotu ja yksityistä hoitoa tuettiin sairausvakuutusjärjestelmän avulla. (Niemelä & Saarinen 2015, 18). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on useimmissa maissa, kuten Suomessa, porrastettu kaikkia kansalaisia lähellä olevaan perusterveydenhuoltoon ja keskitetysti tarjottuun erikoissairaanhoitoon. Voipio- Pulkin (2008, 60) mukaan terveystieteilijän määritelmä perusterveydenhuollolle on väestön terveyden seuranta, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä potilaan hoidon kokonaisuuden koordinointi. Ennaltaehkäisevät terveyspalvelut, suun terveystieteiden tutkimuskeskuksen, lääketieteellinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä avosairaanhoito, kotisairaanhoito ja

---

<sup>2</sup> Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluista säädetään myös perustuslaissa (731/1999), joka velvoittaa julkisen vallan turvaamaan kaikille riittävät terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä. Kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen toteuttamisesta säädetään terveystieteilijöiden laissa (1326/2010). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rakenteita koskevat säännökset ovat kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palvelujen käyttäjän asemaa turvaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilöistä (559/1994) on säädetty laissa sekä terveyspalveluja säädelään myös useilla erityislaeilla, jotka liittyvät mm. työterveyshuoltoon, mielenterveyteen ja tartuntatauteihin. (Sosiaali- ja terveyspalvelut, lainsäädäntö. Julkaisu löytyy osoitteesta <http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto> Viitattu 22.8.2018.)

sairaalahoito kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Niemelän ja Saarisen (2015, 14) mukaan perusterveydenhuollon pääpaino on väestön sairauksien ennaltaehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Sen kautta on saatavissa myös yleislääkärin palveluja, akuuttia ensiapua sekä lääkärin arviota jatkotutkimusten ja -hoidon tarpeesta. Sairaanhoidosta ja kuntoutuksesta maassamme vastaavat erikoissairaanhoidon poliklinikat ja sairaalat sekä kuntoutuslaitokset. Näihin laitoksiin on myös keskittynyt erityistä osaamista vaativa ammattitaito ja laitteisto, joiden avulla pystytään vastaamaan vaativampiin ja harvinaisempiin terveysongelmiin. Lammi- Taskula (2011, 95) korostaa, että tämä jako perus- ja erikoissairaanhoitoon tehostaa selkeästi palvelujen saantia ja niiden järkevää käyttöä. Harvinaisetkin palvelut voidaan näin tuoda kaikkien ulottuville. Terveystieteiden kahtiajaon lisäksi kolmantena terveyden tukipuuna toteutetaan kansanterveystyötä, joka kohdistuu yhteisöihin ja ympäristöön.

Tehokkuudesta ja tuottavuudesta on tullut keskeinen tavoite sairaanhoidon muuttuessa liikelaitokseksi. Liikemaailman organisaatiomalli, sen käsitteet, menetelmät ja kielenkäyttö ovat nykyään näkyviä ja tuntuja jokapäiväisessä toiminnassa. Diagnoosin ja lääkkeiden merkitys ovat lääketieteellisessä toiminnassa keskeistä. Lääketieteellisen toimintamallin lähestymistapa ongelmien ratkaisuun perustuu arvioon diagnoosiin luokitteluun ja asiantuntijan interventioon. Tämä lääketieteellinen suuntaus näyttää olevan saamassa yhä hallitsevaan asemaan sekä ammatillisesti että poliittisesti hoitojärjestelmän suunnittelussa. Potilaan omia kokemuksia ja omaa tietoa ei usein kuitenkaan ehditä kuulla tarpeeksi ja siten kokonaisvaltainen ymmärrys asiakkaan tilanteesta voi jäädä vähäiseksi diagnoosin, lääkkeiden ja eri standardisoitujen mittareiden viedessä yhä enemmän tilaa. (Frankenhaeuser 2014, 65.)

Lainsäädäntötasolla pyrittiin niin sanotulla sote-uudistuksella<sup>3</sup> perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroimiseen, yhteistyön lisäämiseen ja yhteiseen tietojärjestelmään.

---

<sup>3</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa uudistusta (sote- uudistus) valmisteltiin pitkään. Edellisellä vaalikaudella 2011–2015 sote- uudistuksen valmistelu keskeytyi, mutta sen valmistelua jatkettiin sosiaali- ja terveysministeriön toimesta nykyisen hallituksen päätösten mukaisesti vuosina 2015–2019. (Helin 2016, 7.) 1.1.2021 maakunta- ja sote- uudistuksen oli tarkoitus tulla voimaan ja uudistuksen lait olivat jo eduskunnan käsiteltävinä. Maakunta- ja sote- uudistuksessa tavoitteena oli perustaa uudet maakunnat, uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita, palveluja ja rahoitusta sekä siirtää maakunnille uusia tehtäviä. 18 maakuntaa olisi järjestänyt kaikki alueensa sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Sote- uudistuksella tavoiteltiin ihmisten hyvinvoinnin- ja terveyserojen kaventumista, palvelujen yhdenvertaisuuden parantamista ja saatavuutta sekä kustannusten hallintaa. (Maakunta ja sote- uudistus 2018. Julkaisu löytyy osoitteesta <https://alueuudistus.fi/aikataulu> Viitattu 12.11.2018 sekä <https://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely> Viitattu 12.11.2018.) Toimeenpanon valmistelu kuitenkin lopetettiin 8.3.2019, jonka jälkeen tehdään uudistuksen hallittu alasajo.



Tämä ei kuitenkaan toteutunut suunnitellusti. Terveysthuollon osien integroimisen haasteiden lisäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä ollaan vielä kaukana. Nykyisellään sosiaali- ja terveydenhuollon eriytyneisyys ilmenee monella tapaa, vaikka suosituksissa pyritäänkin yhteisen tekemisen korostamiseen. Sosiaalihuollossa työntekijöiden työskentelyä ohjaa toimintakykyajattelu, kun taas terveydenhuollossa akuutti palvelutarve määrittää toimintaa. (Sund, Nylander & Palonen 2004, 369.) Vaarana jaotellaessa palvelut sosiaalipalveluihin ja terveystpalveluihin on yksipuolisuus, koska asiakkaan näkökulmasta on kyse useasti toimintakyvyn vajavuudesta ja samalla terveystongelmista. Terveysthuollon potilastyö määrytyy siis pitkälle lääketieteen ja hoitotieteen lähtökohdista, mikä on terveydenhuollon organisaation tavoitteiden mukaista. Tähän kytkeytyy myös terveystsosiaalityön toimijuuteen vaikuttava tietohierarkia terveydenhuollon moniammatillisessa työssä. Tietohierarkia näkyy siinä, että sosiaalinen ja psykologinen tieto nousevat luonnontieteen rinnalle vasta siinä vaiheessa, kun niitä tarvitaan auttamaan lääketieteellisten johtopäätösten täsmentämisestä tai kun kiireelliseen ratkaisuun vaadittu tieto ei ole luonnontieteellinen. (Metteri 2014, 303.)

### 2.3 Yhteisiasiakkuus sosiaali- ja terveystpalveluissa

2000- luvulle tultaessa palvelujärjestelmän rakenteita eri toimialueilla on muokattu ja standardisoitu taloudellisen ja teknisen tehokkuuden nimissä. Asiakasprosesseja on pilkottu osiin, jolloin on vaarana, että asiakas kulkee ikään kuin liukuhihnalla työntekijältä toiselle sekä työryhmästä ja yksiköstä toiseen. (Huvinen, Joutsenlahti & Metteri 2014, 329.) Hyvinvointipalvelujärjestelmän ja sen toimintakulttuurien sektoroitumisen ja erikoistumisen myötä eri tahoille on syntynyt runsaasti asiantuntemusta, mutta asiantuntemus näyttäytyy usein vain sektorirajojen sisällä. Asiakkaat saavat tukea ja apua melko helposti selvästi määriteltäviin pulmiin ja ongelmiin (Eriksson & Pyhäjoki 2007, 439). Ihmisten haasteet arjessa ovat välillä kuitenkin epäselviä ja monimutkaisia. Näissä tilanteissa ihmiset voivat olla usean eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun asiakkaita. Tällöin puhutaan yhteisiasiakkaista tai että asiakkaalla on yhteisiasiakkuuksia palveluihin. Yleisimmin ihmiset hakevat apua terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista, mutta mm. lapsiperheiden ”palvelupaletti” voi kasvaa suureksi ja vaikeasti hallittavaksi, koska palveluja voidaan tarjota myös esimerkiksi päivähoidon tai koulun kautta. Mönkkösen (2007, 128) mukaan

yhteisasiakas ei ole synonyymi moniongelmaiselle asiakkaalle, mutta termi kuvaa hyvin sitä, että useampi ammattilainen on asiakkaan asian edessä hämmennyksissään.

Pussinen & Tiira (2016, 36) ovat Väli-Suomen Kaste-hankkeelle tekemässään opinnäytetyössä esitelleet tunnistamistyökalun sosiaali- ja terveydenhuoltoon, jonka avulla paljon palveluja käyttävät yhteisasiakkaat pystytään tunnistamaan. Tunnistamistyökalun kriteerejä ovat 1) työntekijä kokee asiakkaan tilanteesta huolta ja / tai riittämättömyyden tunnetta, 2) asiakkaan ongelma ei ole selkeä tai työntekijä ei yksin pääse asian ytimeen käsiksi, 3) epämääräisten syiden takia asiakkaalla on toistuvasti ja / tai suunnittelemattomasti käyntejä ja yhteydenottoja palveluihin, 4) asiakas ei saavu toistuvasti varatuille tapaamisille tai 5) työntekijälle herää epäily asiakkaan riippuvuusikäytymisestä. Tunnistamistyökalujen tarkoituksena on auttaa löytämään asiakkaat, jotka hyötyisivät eri alojen toimijoiden moniammatillisesta yhteistyöstä. Työntekijän tulisikin arvioida asiakkaan kokonaisvaltaisempaa palveluntarvetta aina myös muiden kuin oman palvelun näkökulmasta. (Pussinen & Tiira 2016, 36.)

Nykyisellään sosiaali- ja terveystalvelujen välille syntyy samanaikaisesti sekä palvelujen päällekkäisyyttä että yhteisasiakkaiden väliinpuotoamista. Usein kenelläkään ei ole hallintaa kokonaisuudesta, jolloin tilanne kuormittaa sekä asiakkaita, työntekijöitä että palveluita. (Pyhäjoki & Koskimies 2009, 195.) Sosiaali- ja terveydenhuolto on organisoitunut mekaanisesti työnjaon mukaan eikä niinkään yhteistyötä korostaen. Toiminnasta löytyy monia byrokraattisen ja professionaalisen organisaation ominaisuuksia. (Helin 1996, 250). Omien ammattireviirien tiukan suojelemisen sijaan yhteisasiakkaiden monitahoisten ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan monialaista osaamista. Tasavertainen tieteiden välinen vuoropuhelu ei ole itsestäänselvyys, vaan vaatii osallistujiltaan toisten ammattiryhmien toimintatapojen tunnistamista ja arvostamista. (Laine 2014, 27). Valitettavasti terveydenhuolto on nykyisellään osoittautunut vielä rakenteiltaan jäykemmäksi ja toimintakulttuuriltaan organisoidummaksi kuin sosiaalitoimi. Osa terveydenhuollon henkilöstöstä myös suhtautuu sosiaalitoimea epäilevämmiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön.

Miksi sitten yhteisasiakkaiden tilanteisiin ja ongelmiin on viimeaikoina pyritty puuttumaan systemaattisesti? Suomessa ja kansainvälisesti on huomattu, että ihmiset, joilla on useita terveydellisiä ja sosiaalisia tarpeita, kuluttavat paljon terveydenhoitopalveluja ja aiheuttavat

siten suuria terveydenhuollon kustannuksia. Kohonneet hoitokulut tässä yhteisasiakkaiden ryhmässä pakottavat suunnittelemaan palveluja tehokkaammin, mutta huomattavasti halvemmalla. (Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for people with Multiple Health and Social Needs. 2011, 1.) Suomessa noin 10 % väestöstä kuluttaa arviolta 70- 80 % kaikista sosiaali- ja terveydenhuoltomenoista. Samat ihmiset ovat usein asiakkaina sekä sosiaalitoimen että terveydenhuollon palvelupisteissä. Nuorten perheiden ongelmat näkyvät esimerkiksi päiväkodeissa, kouluissa, perheneuvoloissa, sosiaalitoimistoissa, lastenneuvoloissa, terveyskeskuslääkärien vastaanotoilla ja myös erikoissairaanhoidossa, joiden asiakkaina paljon palveluja käyttävät perheet yhtäaikaaisesti ovat. (Larivaara & Taanila, 2009, 281.)

Työskenneltäessä yhteisasiakkaan tilanteen parantamiseksi Frankenhaeuser (2014, 69) toteaa, että sosiaalityön mahdollisuus vaikuttaa asiakkaan hyvinvointiin ja olosuhteisiin voivat jäädä pieneksi, koska vastaanottotilanteessa potilas on riippuvainen siitä, että lääkäri tai hoitaja osaa asettaa oikeita kysymyksiä hänen elämäolosuhteistaan. Mikäli lähetteessä ei erikseen ole mainintaa sosiaalisista tai taloudellisista ongelmista, sosiaalityön väliintulo jää usein toteutumatta. Potilaan mahdollisuus saada apua näihin ongelmiin voi siis riippua siitä, minkälainen ymmärrys terveydenhuollon hoitohenkilökunnalla on ihmisen ongelmista ja ulottuuko se diagnoosia pidemmälle. (Frankenhaeuser 2014, 69-70.) Moniammatillisessa tiimissä sosiaalihuollon työntekijä saattaa kokea, että lääketieteen professio näkee hänen asiantuntemuksensa vähempiarvoisena eli sellaisena, joka vain edesauttaa lääketieteellisen hoidon toteuttamista esimerkiksi hoitamalla asiakkaan taloudellisia ongelmia tai selvittämällä ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia. Frankenhaeuser (2014, 69) tähdentää myös, että moniammatillisen työn käsite näyttää olevan joskus hyvinkin epämääräinen eli lääkäri on voinut todeta työskentelevänsä moniammatillisesti, tarkoittaen sillä lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyötä.

Yhteisasiakkaan osa ei myöskään ole aina helppoa. Yleensä ihmisellä, jolla ilmenee erilaisia toimintakyvyn rajoituksia, ei välttämättä aluksi ymmärrä eikä hallitse oman elämäntilanteensa kokonaisuutta (Lappalainen 2014, 83). Tällöin juuri tarvitaan työntekijöiden huolellista paneutumista asiakkaan tilanteeseen ja sitä, että asiakas saa yhteyden oikeaan ammattilaiseen. Hajanaisen palvelujärjestelmän vuoksi asiakas voi joutua myös välittämään tietoa viranomaiselta toiselle, mikä vie asiakkaalta kohtuuttomasti voimavaroja. Toisaalta asiakas itse voi olla tietoinen erilaisista palvelun tarpeistaan, mutta

palvelutilanteissa asiakkaan oma ääni ei aina kuulu. Laine (2014, 28) kuvailee, että nykyisellään byrokratia-, raha- ja ammattipuhe voivat hukuttaa asiakkaan äänen. Asiakas saattaa olla jopa näkymätön, vaikka asiakassuhteen perustana tulisi olla avoimuus, luottamus ja osallisuus. Huolestuttavaa on, jos asiakas kokee, että ”olen virastoja ja virkamiehiä varten eivätkä ne minua varten” (Laine 2014, 40). Näin järjestelmäkeskeinen ja byrokraattinen toimintatapa lähetekäytäntöineen sekä siihen sisältyvä asiakaskriteerien jäykkä soveltaminen ja suuret asiakasmäärät vaikuttavat asiakkaan kohtaamiseen ja hänen saamiinsa palveluihin, jopa käännättävät asiakkaita pois palvelujen piiristä (Huvinen ym. 2014, 34-35).

Todellisuudessa potilaan ja asiakkaan vaikutusmahdollisuudet asioidensa hoitoon eivät ole niin hyvät kuin niiden tulisi olla. Asiakkaan vaihtoehtona ei välttämättä ole muuta kuin ottaa vastaan tarjottu palvelu tai jäädä kokonaan ilman palvelua. Sekä asiantuntija itse että hänen asiakkaansa joutuvat luottamaan asiantuntijan arvioon, jolloin asiakkaan mielipidettä ei kuulla eikä hänen asiansa otetaan todesta kokonaisvaltaisesti. (Lammi-Taskula 2011, 55.) Toisaalta yhteisasiakkaan odotukset ja toiveet moniammatillisen työn tuloksista voivat olla moninaisia. Asiakas tietää, että ongelmien ratkaisu vie aikaa. Toisaalta mukana voi olla myös perusteettomia, maagisia odotuksia. Työntekijät kuvitellaan lähes taikureiksi, jotka poistavat vaivat ja ongelmat nopeasti ja hävittävän ikävän menneisyyden (Lammi-Taskula 2011, 149).

### 3 POIKKIHALLINNOLLINEN YHTEISTYÖ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

#### 3.1 Moniammatillisen yhteistyön määrittelyä

Nykyään asiantuntijatyön ongelmana nähdään erikoistuminen aina vain pidemmälle, jolloin ammattilaiset etsivät työssään vastauksia yhä kapeampiin kysymyksiin oman alansa sisällä. Oman profession alueelta hallitaan kaikki mahdollinen, mutta oman osaamisalueen ulkopuolella ei olla selvillä toisten työstä. Yhteiskunnan ja ihmisten ongelmat monimutkaistuvat ja kietoutuvat toisiinsa tiiviimmin, jolloin niitä ratkaisevilta asiantuntijoilta edellytetään laaja-alaista osaamista tieteenalakohtaisen asiantuntemuksensa ulkopuolelta. (Launis 1997, 125.) Pirstaleisesta toiminnasta olisi pystyttävä siirtymään holistiseen ajattelu- ja toimintatapojen muutokseen, koska yhä enemmän on ongelmia, joiden ratkaisemiseen yksin työskentely ei tuo ratkaisua (Koskela 2013, 1). Holistinen tarkoittaa, että jonkin kokonaisuuden (ryhmä tai tiimi) ominaisuudet ovat enemmän kuin sen osien summa (ks. Payne (1982, 4). Yhteistyön kautta ihmiset pystyvät luomaan enemmän kuin yksinään työskennellessään.

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä ei ole selkeästi määritelty. Eri yhteyksissä sitä kuvataan moniammatillisina tiimeinä ja verkostoina sekä jaettuna asiantuntijuutena ja moniasiantuntijuutena. Koskelan (2013, 1) mukaan ”moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyötä ja yhdessä työskentelyä työryhmissä ja verkostoissa, joissa keskeisenä tavoitteena on moninäkökulmaisuuksien kehittyminen, jolloin valta, tieto ja osaaminen jaetaan”. Moniammatillisuus on sekä ammattienvälistä (interprofessional) että poikkiammatillista (trans-/crossprofessional) yhteistyötä. Isoherranen (2012, 10) toteaa, että moniammatillisen yhteistyön käsitettä on käytetty jo pitkään, kun pyrkimyksenä on ollut kuvata sosiaali- ja terveystyön suuntaviivojen kehittämistä. Moniammatillista yhteistyötä on myös pidetty lähtökohtana mietittäessä tulevaisuuden haasteista selviämistä. Isoherranen (2008, 34) on myös määritellyt, että ”moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveystalalla asiakas- /potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan ihmisen elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsa”. Jaetussa tiedonkäsittelyssä tavoitteena on eri asiantuntijoiden tietojen ja taitojen yhteen kokoaminen, joiden kautta rakennetaan yhteinen käsitys ihmisen tilanteesta, tapauskohtaisista tavoitteista ja tarvittavista toimenpiteistä ongelmien ratkaisemiseksi. (Isoherranen 2012, 22.)

Moniammatillisessa työskentelyssä yhteistyöllä on keskeinen rooli. Moniammatillinen osaaminen ei kuitenkaan synny itsekseen vain laittamalla työntekijöitä työskentelemään yhdessä. Moniammatillisen toimintakulttuurin kehittyminen vaatii ennen kaikkea uudenlaista asennoitumista yhdessä työskentelyyn. Moniammatillinen verkostoyhteistyö vaatii osallistujilta asiantuntijuuden lisäksi kykyä ratkaista ongelmia yhdessä onnistuneen vuorovaikutuksen avulla. (Koskela 2013, 2.) Ammattilaisten näkemykset esimerkiksi asioiden syistä ja seurauksista sekä tärkeysjärjestyksestä voivat poiketa suuresti toisistaan erilaisten koulutuksien, persoonallisuuksien sekä elämän- ja työkokemusten vuoksi (Mattila 2010, 109). Moniammatillisessa yhteistyössä ammattilaisten on kuitenkin mahdollista oppia toinen toisiltaan. Oppiakseen eri alojen ammattilaisten on pystyttävä ylittämään asenteellisia rajoja ja jossain määrin luovuttava oman osaamisensa ja ammattitaitonsa rajojen vartioinnista. Tämä vaatimus saattaa muodostua yhdeksi suurimmaksi esteeksi moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä. (Koskela 2013, 2.)

### 3.2 Moniammatillisen yhteistyön muotoja

Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluvat olennaisena osana erilaiset yhteistyön muodot, kuten mm. verkostopalaverit, palveluohjaus ja yhteisasiakkaalle tehtävät palvelusuunnitelmat. Verkostotyössä viranomaisverkoston jäsenet pyrkivät hyödyntämään jokaisen toimijan näkemystä asiakkaan tuen tarpeista, unohtamatta asiakkaan ja tämän läheisverkoston kuulemista. Moniammatillisessa palaverissa tieto asiakkaan tilanteesta rakentuu eri osapuolien keskustelussa. Keskustelussa ei oteta kantaa siihen, kuka on oikeassa tai väärässä, vaan jokainen tuo tilanteeseen oman totuutensa toisten koeteltavaksi. (Mönkkönen 2018, 140.) Mönkkönen (2018, 141) tähdentää vielä, että eri äänten kuuntelu rinnakkain mahdollistaa sen, että uudet, kaikille osapuolille tuntemattomat asiat voidaan muuttaa yhteisön ja ryhmän yhteiseksi resursseiksi. Huvisen ym. (2014, 40) mukaan asiakkailla on ollutkin positiivisia kokemuksia moniammatillisesta palvelusta ja palveluohjauksesta, koska he ovat kokeneet, että heidän tilanteisiinsa paneudutaan ja he saavat henkilökohtaista palvelua.

Verkostopalaverissa asiakkaalle voidaan nimetä oma vastuuhenkilö, palveluohjaaja. Palveluohjaaja voi olla minkä tahansa viranomaistahon edustaja. Palveluohjaus on toimintatapa, jossa asiakkaan koko verkostoa hyödynnetään palvelun jatkuvuuden

varmistamiseksi (Mönkkönen 2018, 145; 2007, 137). Palveluohjaus on tukimuotojen yhteensovittamista; palveluohjaaja vastaa asiakkaan prosessin kulusta, seuraa tilannetta ja muuttaa asiakkaalle suunniteltua palvelupakettia tilanteen vaatiessa (Mönkkönen 2018, 145; kts. myös Liikanen 2015). Hoidon koordinointi ja koordinaattori nähdään tärkeimpänä, kun siirrytään palvelusta ja tilanteesta toiseen. Esimerkiksi terveydenhuollossa hoidon koordinointi on väline tehokkuuden takaamiseksi hoidon suunnittelussa ja muutoksissa. Koordinoinnilla pyritään välttämään hoidon toteuttamista kalliimmissa ympäristöissä, kuten akuuttihoiossa. (Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for people with Multiple Health and Social Needs. 2011, 3.) Palveluohjausta on viime vuosina kehitettykin sosiaali- ja terveydenhuollon työtavaksi, jotta palvelua tarvitsevalle yhteisasiakkaalle löydetään tarpeeseen sopiva palvelun tuottaja. Esimerkiksi Britanniassa ja Yhdysvalloissa palveluohjaus on osa lakisääteistä palvelujärjestelmää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asiakkaalla saattaa olla useita eri hoito- ja palvelusuunnitelmia, joissa on sovittu palvelujen järjestämisestä ja työskentelyn tavoitteista. Eri alojen ammattilaiset ovat kuitenkin harvoin tietoisia toisten organisaatioiden suunnitelmista eikä asiakas itsekään osaa aina kertoa niistä työntekijöille. Asiakastyössä moniammatilliset hoito- ja palvelusuunnitelmat edustavat kuitenkin parhaimmillaan yhteistyön vuorovaikutustasoa, sillä niiden avulla luodaan suunnitelmia yhdessä määriteltyjen tavoitteiden suuntaisesti (Mönkkönen, 2018, 129). On esitetty, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä asiakkaalle tulisi jatkossa tekemään asiakassuunnitelma. Pelkkä käsitteen selkeyttäminen ei kuitenkaan auta vaan yhteisen asiakassuunnitelman käytöllä tavoitellaan selkeyttä asiakkaan kokonaistilanteeseen, jotta myös asiakas hahmottaa paremmin palvelupolkuun. Yhteisen asiakassuunnitelman tavoitteena on myös helpottaa ammattilaisten palvelun ja hoidon suunnittelua. Sen tekeminen antaa ammattilaisille tarvittavan tiedon muista hoito- ja palvelutahoista sekä helpottaa yhteistyön suunnittelua. Jo lainsäädäntö velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia yhteistyöhön.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tämän pro gradu- tutkielman aiheena ovat paljon palveluja tarvitsevien yhteisasiakkaiden loukot sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisissa palveluissa. Loukot ovat ongelmakohtia, jotka vaikeuttavat tai estävät moniammatillisen työn tekemistä. Tutkielmassa tarkastelen toiminnallisia loukkoja, joita aineistossa pyritään tunnistamaan ja purkamaan työntekijöiden toimesta. Moniammatillisen työn tekijöinä aineistossa ovat kahden organisaation työntekijät, asiakkaat ja heidän verkostonsa. Haen vastausta seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Mitä ja millaisia haasteita ja palveluloukkoja yhteisasiakkuudessa olevien asiakkaiden palveluissa on paikannettavissa?

Tutkielman tavoitteena on tehdä näkyväksi haasteita ja loukkoja asiakastyössä, jotka työntekijät kokevat vaikeuttavan moniammatillista työtä sekä omasta että asiakkaan näkökulmasta. Tavoitteenani on myös tuottaa tietoa, jota voi käyttää suoraan toiminnan kehittämiseen tai joka lisää kohdealueen ymmärtämistä ja hallintaa (Erätuuli ym. 1994, 17).

### 4.2 Tutkimusaineiston kuvaus ja keruu

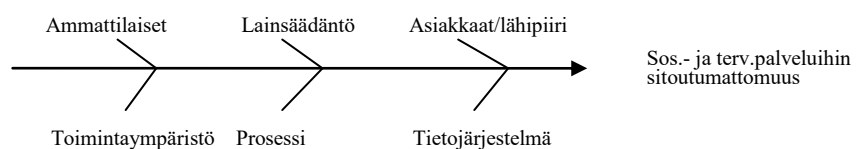
Eskolan & Suorannan (1996, 90) mukaan tutkijan ei aina tarvitse kerätä itselleen uutta aineistoa empiiristä tutkimusta tehdäkseen, koska valmiitakin aineistoja löytyy ehtymätön määrä ja niitä on saatavilla enemmän kuin yleisesti tiedetäänkään. Esimerkiksi haastatteluista säästyneen ajan voi tutkija suunnata enemmän tulkinnalliseen työhön. Myös monet saatavilla olevat tiedot tutkimuksen aineistoksi on kerätty sosiaalitutkimuksen menetelmiä tai ainakin niitä muistuttavia menettelytapoja käyttäen (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 52). Päädyinkin keräämään tutkimusaineistoni valmiista kirjallisesta, muiden keräämästä sekundaariaineistosta. Aineisto on erään valtakunnallisen hankkeen materiaalia ja se on koottu kirjoittamalla. Valmis aineisto valikoitui käytettäväksi tutkielmassa, koska se säästi kustannuksia, kun aineiston hankkimiseen ei mennyt matka-, litterointi- tai muita kuluja.



Aineisto oli helppo saada, koska työntekijänä olin mukana erään hankkeen työryhmässä ja hankkeen tuotos päätyi tutkimusaineistokseni. Aineisto oli myös käyttökelpoinen tutkielman tekemisessä, koska se liittyi sosiaalityön kenttään, aineistoa pystyi analysoimaan soveltuvien menetelmin ja sitä oli riittävästi. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2008, 181) mukaan valmiit aineistot soveltuvat kuitenkin vain harvoin käytettäväksi sellaisenaan tutkimuksen tekemiseen. Toisten keräämät aineistot on kyettävä kytkemään omaan tutkimusintressiin ja sovittamaan omiin aineistoihin. Yleensä aineistoa joudutaan muokkaamaan, yhdistelemään ja tarkistamaan ennen niiden käyttöä (Alkula ym.1995, 52-53).

Tutkielmani aineisto on muodostunut erään Keski- Suomalaisen kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien työntekijöiden vastauksista. Kuntayhtymä on osallistunut valtakunnalliseen hankkeeseen, jonka aikana sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien työntekijöiden mielipiteitä on kerätty nykyisen palvelujärjestelmän ongelmakohdista. Kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehet nimesivät eri organisaatioista ja työpisteistä hankkeeseen työryhmän, joka koostui kahdeksasta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisesta (aikuissosiaalityön sosiaali- ja johtava sosiaalityöntekijä, lapsiperheiden sosiaalityön sosiaalityöntekijä, päihdehuollon ohjaaja, terveyskeskuksen psykiatrinen sairaanhoitaja, kouluterveydenhoitaja, psykiatri sekä hoitotyönjohtaja). Moniammatillisen hanketyöryhmän yhtenä tehtävänantona oli luonnostella otsikot (tyyppiluokat) kalanruotokaavioon (Kuvio 1: Kuntayhtymän kalanruotokaavio), jonka avulla paljon palveluja tarvitsevien yhteisasiakkaiden palvelujärjestelmän ongelmia saataisiin näkyviksi. Hanketyöryhmä nimesi kaavioon pääongelmaksi sosiaali- ja terveystalouteen sitoutumattomuuden ja luokitteli kuusi siihen liittyvää alahaaraa, jotka täydentyivät ja muotoutuivat lopullisiksi työskentelyn edetessä.

Kuvio 1: Kuntayhtymän kalanruotokaavio.



Kaavion luonnostelun jälkeen työryhmän tehtävänä oli osallistaa omien organisaatioidensa työntekijät miettimään palvelujärjestelmän ongelmakohtia ja keräämään ne annettuun kuvioon. Yksi työryhmän jäsenistä on toiminut kirjurina, kun perustyötä tekevät työntekijät ovat koonneet ajatuksiaan kaavioon muutaman henkilön ryhminä. Ryhmät ovat muodostuneet työtehtävien mukaan eli samankaltaista työtä tekevät ovat vastanneet yhdessä. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehet ovat vastanneet yhtenä ryhmänä. Vastaukset on kerätty kahdeksalta eri ryhmältä.

Työntekijöiden vastaukset eivät siis ole vapaata kerrontaa vaan vastauksia on haettu valmiin strukturoidun rungon, kalanruotokaavion avulla. Kalanruotokaviota käytetään yleensä laatujohtamisen ja prosessinkehittämisen työkaluna, mutta se soveltuu myös ryhmätyön apuvälineeksi. Kalanruotokaaviota voidaan sanoa myös syy-seuraus kaavioksi tai Ishikawa-diagrammiksi sen kehittäjän professori Kaoru Ishikawan mukaan. Lähteenmäki & Leiviskä (1998, 15) toteavat, että syy-seuraus kaavion avulla pystytään hyvin kirjaamaan aivoriihen tuloksia, jollaisena kuntayhtymän työntekijöiden ryhmätyöskentelyä voidaan pitää. Kalanruotokaavio on visuaalinen kaavio, jolloin se helpottaa asioiden luokittelua, ongelmanratkaisua ja sen avulla voidaan vapaasti esitettyjä ajatuksia organisoida loogisella tavalla.

Kalanruotokaavion käyttö sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeessa perustui siihen, että sen avulla pyrittiin tunnistamaan syitä, jotka vaikuttavat toiminnan kehittämiseen. Kaavion avulla on mahdollista saada tiettyyn ongelmaan useita mahdollisia syitä tai sen aiheuttajia, jotka kuvataan visuaalisesti ja selkeästi. Kalanruotokaavion päähän kirjataan pääongelma ja haarat nimetään kategorioiksi. Kategorioihin kirjataan ongelmaan liittyviä tekijöitä, joiden on tunnistettu vaikuttavat ongelmaan. Kaavion haaroihin kategorioiden alle kirjoitetaan syitä, joista ongelma johtuu ja tavoitteena on jatkaa miksi- kysymysten esittämistä niin kauan, kunnes uusia syitä ei enää löydetä. (Oksman 2017, ks. myös Law 2016.) Näin aikaan saatu kalanruotokaavio antaa selkeän kuvan syistä, joilla on vaikutusta määriteltyyn ongelmaan (Uusitalo 2012, 35). Kuntayhtymän työntekijöiden ryhmät ja esimiesten ryhmä kirjasivat siis tyhjään kalanruotokaavioon vastauksensa alahaaroihin, etsien niiden kautta syy-seuraussuhteita suhteessa pääongelmaan, jonka hanketyöryhmä oli määritellyt.

Olen ollut mukana kuntayhtymän hanketyöryhmässä lapsiperheiden sosiaalipalvelujen työntekijäedustajana ja mukana kirjaamassa lapsiperheiden sosiaalipalvelujen

sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien ajatuksia kaavioon. Kiinnostuin kalanruotokaavioiden kokoamisen jälkeen mahdollisuudesta käyttää aineistoa tutkielmassani. Aihe oli mielenkiintoinen ja aineisto sopi sisällöltään sosiaalityön pro gradu- tutkielman tekemiseen. Minulla oli myös työryhmätyöskentelyn kautta laajempi tietopohja hankkeen taustoista, kalanruotokaavion käytöstä ja aineiston syntyyn johtaneista toimenpiteistä. Tutkimusluvan aineiston käyttämiseen hain sekä hankkeen johtajalta että seutukunnan sosiaali- ja terveystaloudenjohtajalta ja se myönnettiin 2.9.2016. Kuntayhtymän työntekijät tiesivät vastaavansa hankkeen tehtävänantoon, jota käytettäisiin materiaalina hankkeen raporteissa. Työntekijät eivät tienneet vastatessaan, että aineisto tulee päätymään pro gradu- tutkielman aineistoksi.

#### 4.3 Sisällönanalyysi aineiston analyysimenetelmänä

Toteutan tutkielmani laadullisella tutkimusmenetelmällä. Kohteena laadullisessa tutkimuksessa on yleensä ihminen ja ihmisten maailma, joista yhdessä muodostuu elämismaailma. Ihmistä voidaan tarkastella elämismaailman merkitysten kautta, joihin yksilö, sosiaalinen vuorovaikutus, arvotodellisuus ja yleisesti ihmisten väliset suhteet vaikuttavat. (Varto 1992, 23.) Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole pyrkimys tilastollisiin yleistyksiin vaan sen avulla kuvataan todellisen elämän tapahtumaa tai ilmiötä, haetaan ymmärrystä tietyille toiminnalle tai annetaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Tavoitteena ei ole todentaa jo olemassa olevia väittämiä vaan löytää tai paljastaa mahdollisesti uusiakin tosiasioita (Hirsjärvi ym. 2008, 157). Tiedonantajien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa, koska laadullisessa tutkimuksessa on oleellista, että informantit tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai omaavat omakohtaista kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Tutkittavien vastaukset välittyvät totena ja välittömänä tutkijalle kertoen siitä, mikä on totta ja todellisuutta tutkittavalle (Eskola & Suoranta 1996, 105). Tutkielmassani pyrin saavuttamaan laadullisen tutkimuksen keinoin sosiaali- ja terveystalouksissa työskentelevien ajatuksia ja mielipiteitä asiakastyön käytännön toiminnan ongelmakohdista, joita työntekijät pyrkivät kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Pyrin esittämään työntekijöiden ajatukset mahdollisimman autenttisina.

Toteutin aineiston analyysin temaattisena sisällönanalyysinä teemoitellen ja tyyppitellen. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). Sisällönanalyysi tarkoittaa sanallista tekstin sisällön kuvailua ja analyysimenetelmällä tutkittavasta ilmiöstä saadaan kuvaus tiivistetyssä muodossa (Grönfors 1982, 161). Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on Eskolan ja Suorannan (1999, 138) mukaan tuoda kerättyyn aineistoon selkeyttä tuottaen samalla tietoa tutkittavasta asiasta. Sisällönanalyysillä pyritään tarkastelemaan kirjoitettua aineistoa tiivistäen, eritellen sekä yhtäläisyyksiä ja eroja etsien, kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Krippendorff (2004, 18) painottaa, että sisällönanalyysin tavoitteena on mm. tarjota uusia oivalluksia ja lisätä tutkijan ymmärtämystä tietystä ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla tutkija pyrkii muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvauksen ja kytkemään ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Krippendorffin (2004, 18) mukaan sisällönanalyysi on siis aineiston jälleenkäsittelytekniikka, jonka pohjalta tehdään toistettavia ja päteviä päätelmiä tekstistä.

Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teoriaohjaavaan ja teorialähtöiseen analyysiin. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä analyysiyksikkö valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti. (Tuomi 2007, 129.) Tärkeää on, ettei analyysiyksikköjä ole etukäteen sovittu tai harkittu. Koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä, aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat tutkittavasta ilmiöstä eivät saisi vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen. (Tuomi 2007, 129-130.) Tällöin analyysiä tehdessään tutkija pyrkii johtopäätöksiä tehdessään ymmärtämään mitä asiat tutkittavalle merkitsevät hänen omasta näkökulmastaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127). Aineistolähtöisessä analyysissä luodaan teoreettiset käsitteet aineistosta, kun teoriaohjaavassa analyysissä käsitteet esitetään valmiina käsitejärjestelmänä. Teorialähtöisessä tutkimuksessa hyödynnetään valmista teoriaa tai teoreettisesti perusteltua näkökulmaa ja tutkimusaineistoa tarkastellaan juuri siitä näkökulmasta. Vaikka teoriaohjaavassa tutkimuksessa lähtökohta on teoreettinen, teoria ei kuitenkaan ohjaa kyselyssä tai haastattelussa olevien käsitteiden konkretisointia vaan tutkittavat luovat nämä konkretisoinnit omista kokemuksistaan. (Tuomi 2007, 132.) Toisaalta ei voida unohtaa sitä, että tutkijan havainnot voivat keskittyä joihinkin hänelle merkityksellisiin olosuhteisiin, ts. ennako-oletuksiin, joiden tutkija uskoo tuottavan uusia näkemyksiä ja ideoita sekä uutta teoriaa kyseisestä ilmiöstä. (Grönfors 1982, 33, 36-

37.) Siksi pelkkä aineistolähtöinen analyysi ei ole tutkielmassani mahdollista, koska tutkijana minulla on ennakkokäsityksiä ja oletuksia tutkittavasta ilmiöstä oman työni kautta.

Käytän tutkielmassani teoriaohjaavaa analyysiä, jolloin aineisto ja teoria ohjaavat tekemäni analyysin kulkua. Etsin aineistosta nousseiden havaintojen ja niiden pohjalta tehtyjen tulkintojen tueksi teoriasta selityksiä ja/tai vahvistuksia. Aineiston kautta tavoitteenani on saada ymmärrystä ja muodostaa kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Apuna aineiston tulkinnan ja analyysin etenemisessä toimivat erilaiset teoriat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97.) Teorialähtöinen analyysi onkin antanut pohjaa analyysille, koska itselläni on ymmärrys moniammatillisuudesta ja sen haasteista ja mahdollisuuksista.

#### 4.4 Aineiston järjestäminen ja analysointi

Teemoittelu ja tyypittely ovat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmiä ja niitä voidaan pitää yhtenä sisällönanalyysin muotona (Juhila 2014, 34; Hasanen & Günther 2014, 35). Tällöin puhutaan usein temaattisesta analyysistä. Analyysin aluksi tutkijan on pelkistettävä aineistoa niin, että siitä karsitaan epäolennainen tieto pois tiivistämällä ja pilkkomalla aineistoa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Aloitin aineiston analyysin lukemalla työntekijöiden kalanruotokaavioista vastaukset läpi useaan kertaan tutkimusongelmani ohjaamana. Tavoitteenani oli rakentaa kokonaiskuva aineistosta ja hahmottaa, löytyykö aineistosta selkeästi samankaltaisuuksia vai eroavaisuuksia. Eskolan & Suorannan (1996, 116) mukaan tutkijalle voi syntyä jo aineistoa lukiessaan oivalluksia, mutta ne voivat olla epäsymmetrisiä, eivätkä näin vielä jäsennä koko aineistoa. Aineistoa lukiessani huomasin, että vastauksissa toistui tutkimusongelmani kannalta joko toimimattomia tai jonkin verran toimivia työkäytäntöjä. Työntekijöiden mielipiteet yhteistyön toimivuudesta olivat enemmän negatiivisia kuin positiivisia. Positiivisia kommentteja, joissa kuvattiin yhteistyön toimivuutta sujuvana, oli lopulta vain kolme.

Analyysin apuna käytin valmista kalanruotokaaviota, jonka ohjaamana ryhmittelin kaikki vastaukset uudelleen kaaviossa valmiina olleiden yläluokkien alle. Kyseiset yläluokat oli nimetty hanketyöryhmän toimesta. Valmiita yläluokkia oli kuusi, jotka olivat ammattilaiset, lainsäädäntö, asiakkaat ja lähipiiri, toimintaympäristö, prosessi ja tietojärjestelmä. Kyseisiin luokkiin työntekijät olivat kirjanneet vastaukset tehtävänannon mukaisesti. Ammattilaiset-

luokan alle hankkeen tehtävänannossa pyydettiin kirjaamaan työntekijöiden ja työn tekemisen vaikutus asiakasprosessiin ja sen toteutumiseen. Yläluokan alle vastaajat miettivät, miten työntekijät omalla toiminnallaan työyhteisössä tai organisaatiossa edistävät tai ”jarruttavat” asiakkaan sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta ja niihin sitoutumista. Lainsäädäntö- luokan kohtaan kerättiin työntekijöiden ns. ulkopuolelta tulevat lainsäädännön vaatimukset ja reunaehdot asiakastyölle, joita työntekijät joutuvat työssään soveltamaan. Asiakkaat ja lähipiiri- yläluokan alle kerättiin asiakkaan oman toiminnan ja hänen lähipiirinsä negatiiviset tai positiiviset vaikutukset suhteessa sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöön ja niihin sitoutumiseen. Ympäristö- luokan alle koottiin mielipiteitä siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteiden fyysiset työympäristöt, sijainnit ja tavoitettavuus koetaan. Prosessi- yläluokkaan työntekijät kuvasivat palveluketjun/ palveluketjujen toimintaa ja sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintojen ja yhteistyön mahdollisuuksia ja ongelmakohtia. Tietojärjestelmä- luokkaan nimettiin kuntayhtymän tietojärjestelmän antamat mahdollisuudet ja esteet suhteessa asiakastyöhön ja yhteistyöhön eri työntekijöiden ja organisaatioiden välillä. Kuntayhtymässä on käytössä sosiaali- ja terveydenhuollossa sama tietojärjestelmä, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät eivät näe toisten järjestelmiin kirjattuja asiakastietoja. Myös saman organisaation sisällä tietojen näkyvyyttä on usein rajattu työtehtävän mukaan.

Lukiessani aineistoani ja ryhmitellessäni aineistoa uudelleen, huomasin kunkin yläluokan alle ryhmittelemissäni vastauksissa paljon samankaltaisuutta ja samaa tarkoittavia kuvauksia. Vaikka samansisältöisiä vastauksia löytyi paljon, kirjasin myös yksittäiset vastaukset analyysin alkuvaiheessa ylös. Huomiokyniä apuna käyttäen yhdistelin samaa kuvaavia ilmaisuja ja näin vastausten määrä tiivistyi merkittävästi. Yksittäiset vastaukset karsin tässä vaiheessa pois. Otin mukaan analyysin vastaukset, jotka toistuvat työntekijöiden vastauksissa enemmän kuin kerran. Tarkoitukseni oli ryhmitellä samaa asiaa kuvaavat vastaukset teemoiksi, jolloin aineistosta nousee esiin tutkimuksen kannalta keskeisiä ja usein esiintyviä piirteitä eli teemoja (Juhila 2014, 34). Teemoittelu on hyvä aineiston analysointitapa tietyn käytännöllisen ongelman ratkaisemisessa, koska vastauksista voi kätevästi poimia tutkimusongelman kannalta olennaista tietoa (Eskola & Suoranta 1996, 139). Tutkijana olen itse muodostanut teemat analyysin pohjalta. Teemat olivat toiminta, (työntekijöiden välinen) suhde, asiakas, laki ja yhteistyö. Sijoitin vastaukset mielestäni parhaiten sopivaan teemaan, vaikka osa aineistosta nousseista vastauksista olisi soveltunut muihinkin teemoihin. Hirsjärvi

& Hurme (2001, 173) toteavatkin, että teemat pohjautuvat aina tutkijan tulkintoihin aineistosta.

Seuraavaksi muodostin excel- taulukon ja otsikoin sarakkeet aineistosta esiin nousseiden teemojen mukaisesti. Aluksi teemoja oli kolme, mutta tiivistin ne kahteen pääteemaan. Päätin analyysissäni keskittyä toimimattomien ja jonkin verran toimivien yhteistyön käytäntöjen analyysiin. Sen perusteella loin teemat negatiivinen (toimii, mutta haasteita) ja loukko (täysin toimimaton). Aineiston teemoittelun jälkeen aloitin sen tyypittelyn. Tyypittelyssä pyritään analysoimaan tapauksia ja ryhmittelemään niitä tiettyjen yhteisten piirteiden perusteella (Günther & Hasanen 2014, 35). Tavoitteena on tiettyjen teemojen sisältä etsiä näkemyksille yhteisiä ominaisuuksia ja muodostaa niistä eräänlainen yleistys, tyypiesimerkki (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107). Tyypittelin lopuksi teemat samanlaisuuksien perusteella uusien yläluokkien otsikoiden alle, jotka tiivistyivät kuudesta viiteen. Nimesin yläluokat paremmin aineistoani ja tuloksia kuvaaviksi ja ne olivat toiminta, suhde (työntekijöiden välinen), asiakas, laki ja yhteistyö. Analyysini pohjalta muodostui seuraavanlainen taulukko:

Taulukko 1: Analyysikehys

MONIAMMATILLISUUS	Negatiivinen (toimii, mutta haasteita)	Loukko (täysin toimimaton)
Toiminta		
Suhde (työntekijöiden välinen)		
Asiakas		
Laki		
Yhteistyö		

Tuloksissa käsittelen ensin moniammatillisen työn haasteet ja sen jälkeen loukot sekä teen näkyväksi aineisto-ottein, miten työntekijät kuvaavat työkäytäntöjä, jotka vaikuttavat moniammatillisen työn tekemiseen ammattilaisen näkökulmasta vaikuttaen samalla asiakkaaseen ja hänen saamaansa palveluun. Otteilla havainnollistan, mihin analyysini pohjautuu ja miksi aineistosta on muodostunut juuri tietyt teemat (Juhila 2014, 34). Aineisto-otteilla pyrin kuvaamaan useasti esiin nousseita asioita. Vaikka otteessa mainitaan

työntekijän kommentti, se kuvastaa kuitenkin aineistoa kokonaisuudessaan ja on useamman työntekijän mielipide asiasta.

#### 4.5 Tutkimuksen eettisyys

Tuomi (2007, 143, ks. myös Tuomi & Sarajärvi 2002, 130) on todennut Suomen akatemian (1998) koonneen yhteen hyvän tieteellisen käytännön (good scientific practise) peruseriaatteet, jotka korostavat ”tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattamista, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukaista huomioonottamista, omien tulosten esittämistä oikeassa valossa sekä tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen kunnioittamista”. Samoin opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on yhdessä tiedeyhteisön edustajien kanssa laatinut koko tiedeyhteisöä koskevat tutkimuseettiset ohjeet, joissa esitetään yleisiä kriteerejä hyvälle tieteelliselle käytännölle. Ohjeiden peruslähtökohtina toimivat tutkimuksen rehellisyys, luotettavuus, avoimuus sekä vapaaehtoisuus. (Günther & Hasanen 2014, 43.) Grönforsin (1982, 189) mukaan tutkijalla on aina eettinen vastuu tutkimustyöstään tieteelle, tutkimuskohteelle ja kanssaihmisille. Tutkijan vastuu tieteelle toteutuu, kun hän ei tutkimustyössään käytä tai hyödynnä sellaisia toimenpiteitä, jotka vaikeuttavat tieteen kehitystä, koska tavoitteena on asettaa tutkimustuloksensa ja aineistonsa tieteen käytettäväksi. Tutkijan eettinen vastuu tutkimuskohteille tarkoittaa sitä, että tutkija kohtelee ihmisarvon mukaisesti tutkimuskohteitaan eikä käytä hyväkseen asemansa, koulutustaan tai tutkimuksen taustavoimia pakottaakseen tutkittavat osallistumaan. Tutkijan vastuu kanssaihmisille velvoittaa tutkijaa olemaan käyttämättä omaa asemansa tai tutkimustuloksia oman tai muiden aseman hyödyntämiseen.

Tutkielmassani en tehnyt haastatteluja, jolloin en myöskään joutunut informoimaan osallistujia etukäteen tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä tai pyytämään heidän suostumustaan. Valmista haastatteluaineistoa käyttäessäni huomioin kuitenkin sen, etten aiheuttanut kenellekään alkuperäiseen tutkimukseen osallistuvalla haittaa käyttäessäni aineistoa omassa pro gradu- tutkielmassani. Ihmistieteitä koskevassa tutkimuksessa tutkijan tulee etiikan näkökulmasta aina huomioida, ettei yksittäisiä henkilöitä pystytä tunnistamaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 27). Siksi tutkielmani raportoinnissa ja tutkimustuloksissani (ja



niihin liittyvissä aineisto-otteissa) en paljasta vastaajien henkilöllisyyttä tai organisaatiota, jossa vastaajat työskentelevät. Aineiston olen säilyttänyt asianmukaisesti lukitussa kaapissa sekä muistitikulla että paperiversiona ja näin esimerkiksi aineiston luottamuksellisten tietojen päätyminen ulkopuolisille on estetty. Tutkielman valmistumisen jälkeen aineisto hävitetään ja tutkijana minua sitoo edelleen vaitiolovelvollisuus aineistoon liittyvissä yksityiskohdissa. Valmiin tutkielman toimitan kuitenkin haastattelujen kohteena oleviin organisaatioihin hetken valmistuttua.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan en ole tutkielmassani vähätellyt muiden tutkijoiden osuutta julkaisuissa esimerkiksi puutteellisten viittauskäytäntöjen seurauksena (Tuomi 2007, 146). Tiedonhankinnassa ja lähdemerkinnöissä pyrin arvostamaan muiden tutkijoiden keräämää tietoa. Ohjenuorana tutkielman tekemisessä on ollut huolellinen viittausten ja lähdeviitteiden merkitseminen. Tutkielman teossa käytettyjen menetelmien ja tutkimustulosten huolimaton, puutteellinen tai harhaanjohtava kirjaaminen on minimoitu kunnioittamalla aineiston informaatiota sekä tutkielmassa, aineiston analyysissä että tulosten julkaisemisessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 130.)

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Tuloksissa esittelen moniammatillisuuden haasteita ja loukkoja, joita työntekijät kuvaavat omasta ja asiakkaan näkökulmista. Haasteita ja loukkoja avaan käytännön toiminnan, työntekijöiden välisten suhteiden, asiakkaan osallisuuden, lain ja yhteistyön kautta. Analyysi tekee näkyväksi työntekijöiden ja organisaatioiden resurssien ja intressien ohjautuvuutta eli miten työntekijät pystyvät vaikuttamaan organisaation yleisiin työkäytäntöihin tai toteuttamaan moniammatillista yhteistyötä annettujen raamien puitteissa. Moniammatillisen yhteistyön ja oman työn hallinnan reunaehdot vaikuttavat työntekijöiden välisiin suhteisiin. Analyysi tuo esiin myös sen, millaiset ovat asiakkaan mahdollisuudet osallistua moniammatillisen yhteistyön suunnitteluun, mutta toisaalta myös osallisuuden haasteista, kun asiakas käyttää eri organisaatioiden palveluja. Toisaalta tulokset kertovat myös lainsäädännön tuottamista vaatimuksista ja reunaehdoista moniammatilliselle yhteistyölle, jonka puitteissa työntekijä työskentelee ja asiakas saa palvelua.

### 5.1 Moniammatillisen työn haasteet

#### *Työn reunaehtojen tuomat haasteet*

Moniammatillisen toiminnan suurimpana haasteena niin asiakkaan kuin työntekijän näkökulmasta nähdään kiire, resurssipula ja työntekijöiden vaihtuvuus. Työntekijät kokevat kiireen vaikuttavan perus- ja verkostotyöhön. Alla olevassa otteessa työntekijä kertoo kiireen ja resurssipulan vaikutuksista tehtävään yhteistyöhön muiden ammattilaisten kanssa:

#### Ote 1

*”Yhteistyön tekemisen pitäisi olla huomioitu työmäärässä, jotta ehtii tehdä perustyön ja vielä verkostotyötä”*

Kiire työssä vaikuttaa työntekijöiden mielestä siihen, että oman työn hallinta on vaikeaa ja jokainen hoitaa työssään vain sen minkä osaa ja hallitsee, koska työmäärä on muutenkin suuri. Työntekijöiden mielestä kiire aiheuttaa sen, ettei ole aikaa paneutua asiakastyöhön. Tällöin asiakkaan tilannetta ei ehdi tai muista kiireen keskellä kartoittaa tarpeeksi, mikä vaikuttaa suoraan asiakkaan saamaan palveluun ja heijastuu asiakkaalle kokemuksena

työntekijöiden kiireestä. Asiakkaalle kiire näyttäytyy työntekijöiden mukaan niin, ettei asiakkaalle ole aikaa ja asiakkaan palvelutarpeeseen ei tapaamisella ehditä perehtyä kunnolla, jolloin asiakas kokee tilanteen turhauttavana. Alla olevassa otteessa työntekijä kertoo:

Ote 2

*”Pitäisi ottaa asiakas aidosti ”viereen” ja kuunnella.”*

Kiireen ja resurssipulan työntekijät kokevat myös vaikuttavan suoraan siihen, miten asiakas saa palveluita. Työntekijävaje voi johtaa siihen, ettei asiakkaan tarvitsemissa moniammatillisissa palveluissa ole tilaa tai/ ja asiakkaan jonotusaika palveluihin saattaa muodostua kohtuuttomaksi. Myös mahdollisuutta ja sinnikkyyttä viedä asiakkaan asiaa eteenpäin pidetään rajallisena, kuten työntekijä otteessa kuvaa:

Ote 3

*”Työntekijöiden vaihtuvuus vähentää sitoutumista asiakkaaseen, työntekijöillä ei ole sinnikkyyttä viedä asiakkaan asiaa eteenpäin”*

Otteesta on luettavissa, että työntekijät kokevat ongelmaksi moniammatillisessa työssä työntekijöiden vaihtuvuuden ja sen vaikutuksen työkäytäntöihin. Usein palveluketjussa on uusi ihminen vastassa ja työntekijät joutuvat tutustumaan uusien ihmisten työkäytäntöihin ja samalla tutustuttamaan heidät omiin työkäytäntöihinsä. Työntekijöiden työtä helpottaisi henkilökunnan pysyvyys. Edellä mainittujen haasteiden koetaan olevan suoraan yhteydessä siihen, että asiakkaaseen ja hänen asiaansa on vaikea sitoutua. Tämä aiheuttaa työntekijöille ristiriidan. Työ haluttaisiin tehdä hyvin, mutta aikaa ja resursseja yhteistyöhön toisen ammattilaisen kanssa ei juurikaan ole.

Työntekijät näkevät, että asiakkaan tilanne omassa elämässään ja sitä kautta palveluketjussa voi muuttua ja työntekijöillä tulisi olla aikaa tehdä kartoitus asiakkaan tilanteesta sekä mahdollisuus käyttää erilaisia mittareita säännöllisesti ja toistamiseen asiakkaan tilanteen selvittämiseksi. Haasteeksi asiakkaan joustavan ja pitkäkestoisen palvelun saamiseksi nähdään ajan puute ja ns. omatyöntekijän vaihtuminen, jolloin palvelukokonaisuus ei välttämättä ole kenenkään hallussa. Työn tuloksellisuus kärsii, kun työ on pirstaleista ja organisoitu väärin. Resurssien puute taas aiheuttaa sen, että asiakkaan toivomia tai

tarvitsemia resursseja ei ole. Eräs työntekijä kuvaa otteessa tilannetta asiakkaan kannalta lohduttomaksi:

Ote 4

*”Ei ole sillä hetkellä resurssia siihen palveluun, mistä asiakas kokee saavansa apua.”*

Työntekijöiden mielestä asiakkaan palvelun saannin haasteeksi voi muodostua myös virastotyöaika, jonka puitteissa asiakkaan on pyrittävä asioitaan hoitamaan. Asiakkaan tuen ja avun tarve voi olla esimerkiksi päihde- tai mielenterveysongelman vuoksi kellon ympäri, viikon jokaisena päivänä. Näin avun tarpeen ollessa virastoajan ulkopuolella, ei työntekijällä ole mahdollisuutta auttaa asiakasta. Toisaalta työntekijät kokevat usein voimattomuutta myös tilanteissa, joissa asiakkaan palvelutarve näyttäytyy heille selvänä, mutta asiakas ei tahdo tai koe tarvitsevansa moniammatilliselta verkostolta apua. Tämä vaikuttaa pitkäjänteisen ja tavoitteellisen työn tekemiseen ja turhauttaa työntekijää.

Työntekijät kokevat myös asiakkaan vahvan itsemääräämisoikeuden tuovan haasteen omalle työlle ja samalla haastavan moniammatillisen työn tekemistä asiakkaan edun mukaisesti. Työntekijät kokevat, että nykyään asiakkaalla on paljon päätäntävaltaa omissa asioissaan, kun asiakas pystyy määrittelemään, keitä ammatilaisia asiakasta koskeviin palavereihin kutsutaan tai miltä yhteistyötahoilta asiakkaan tietoja hänen luvallaan pyydetään. Seuraavassa otteessa työntekijä kuvaa haastetta:

Ote 5

*”...joskus joudutaan menemään liikaakin asiakkaan ehdoilla”*

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden haasteen rinnalle työntekijät nostavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten palvelujen hierarkisuuden ja palveluihin pääsyn tiukat kriteerit. Asiakkaan palveluketjussa voi olla useita sosiaali- ja terveydenhuollon ammatilaisia, mutta tarpeellisista palveluista asiakkaalle ei päästä yhteisymmärryksen. Tämä on uhka asiakkaalle muodostuvasta loukosta. Asiakkaat eivät saa tarvitsemaansa palvelua, koska toinen ammattilainen katsoo tietyn ongelman olevan niin iso, että se tulee hoitaa ensin jonkun toisen työntekijän toimesta. Etenkin päihde- ja/tai mielenterveysongelman nähdään kapeuttavan mm. erilaisten kuntoutus- tai eläke-etuuskien

saamista. Alla olevassa otteessa työntekijä kuvaa ammattilaisten päättäväältä suhteessa asiakkaan asiaan:

Ote 6

*”Olemmeko liian joustamattomia? Kenellä on valta päättää mitä palvelua asiakkaalle myönnetään?”*

Sosiaali- ja terveydenhuollossa rajanvetoa käydään siinä, tarvitseeko asiakas lääkinnällistä- vai sosiaalista kuntoutusta. Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan mm. työ- ja toimintakykyä parantavaa hoitoa, kuntoutusjaksoja, sopeutumisvalmennusta tai kuntoutusohjausta. Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan taas mm. valmennusta arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan, ryhmätoimintaa ja tukea sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin tai kuntoutusneuvontaa ja -ohjausta.

Työntekijät nostavat haasteeksi myös asiakkaan diagnoosin, joka on este palvelujen piiriin pääsulle. Asiakkaan ADHD- diagnoosin kuvataan vaikuttavan perheen elämään monella tavalla (koulu, koti, työelämä, psykiatriset palvelut), mutta esimerkiksi vammaispalvelujen saamiseen diagnoosi ei yksin riitä. Näin diagnoosista tulee este joihinkin palveluihin pääsyyn. Työntekijöitä huolestuttaa myös se, että miksi asiakas tarvitsee diagnoosin saadakseen palvelua, jos nähdään, että tietty tilanne kuormittaa selkeästi asiakkaan elämäntilannetta.

*Haasteet työntekijöiden välisissä suhteissa*

Merkittäväksi haasteeksi työntekijät nostavat työntekijän oman työn hallinnan. Haasteena nähdään mm. verkostotyöskentelyn taitamattomuus tai työntekijöiden haluttomuus yhteistyöhön. Lisäksi työntekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen koetaan usein vaikeaksi ja joustamattomaksi. Työntekijät kokevat, että he eivät itse voi vaikuttaa edellä mainittuihin asioihin niin halutessaan vaan muutokseen tarvitaan organisaation ja esimiesten tukea ja panostusta. Tätä kautta työntekijät uskovat sen vaikuttavan esimerkiksi työajan suunnitteluun ja yhteistyötaitojen opetteluun, joka taas mahdollistaa pitkäjänteisemmän työskentelyn. Seuraavassa otteessa työntekijä tarjoaa työntekijäkohtaista ratkaisua ongelmatilanteisiin:

#### Ote 7

*”Kunnioitus toisen työtä kohtaan, ei ainakaan lytätä toista palaverissa. Suunnitellaan, tehdään pelisäännöt ja sovitaan työnjako.”*

Työntekijät kokevat, että asiakkaan tehtävänä ei ole selvittää, kuka hänen asioitaan hoitaa vaan palveluketjun täytyy muodostua asiakkaalle niin, että kaikki asiakkaan tarvitsemat tahot ovat siinä mukana. Tärkeimpänä asiakkaan kannalta pidetään sitä, että moniammatillisissa kohtaamisissa sekä ammattilaisilla että asiakkaalla on selkeästi tiedossa se, kenellä on hoitovastuu asiakkaan asioissa.

#### *Haasteet asiakassuhteessa*

Haasteet linkittyvät asiakassuhteisiin sekä työntekijän että asiakkaan näkökulmista. Työntekijät kokevat yhdeksi suurimmaksi haasteeksi asiakkaan motivoinnin palveluihin. Aiemmissa palvelusuhteissa asiakkaan saama huono palvelu voi heijastua uusien palvelujen vastaanottohalukkuuteen. Alla olevassa otteessa työntekijä pohtii asiakkaan motivointia palveluun:

#### Ote 8

*”Miten motivoida asiakas tuen piiriin jos asiakas itse ei koe, että hänellä olisi ongelmaa ollenkaan tai tuen markkinointi olisi mennyt huonosti (esim. lastensuojelulla uhkailu).”*

Otteessa työntekijä kuvaa asiakkaan oman oivaltamisen tai sairauden tunnottomuuden puutetta. Asiakas voi hävetä ongelmaansa ja kokea, etteivät hänen henkilökohtaiset asiansa kuulu ulkopuolisille ammattilaisille. Asiakas voi myös haluta apua, mutta ei ole valmis itse tekemään tai muuttamaan mitään elämäntavoissaan. Epäluottamus ja epäluuloisuus ammattilaisia kohtaan ei edistä yhteistyötä. Työntekijät korostavatkin asiakassuhteen vapaaehtoisuuden tärkeyttä ja asiakkaan hyväksyntää asiakasprosessin toteutukselle. Työntekijöiltä vaaditaan usein kärsivällisyyttä odottaa, että asiakas on valmis ottamaan apua vastaan. Työntekijät myös pohtivat sitä, ettei sosiaali- ja terveydenhuollossa ole ”rangaistuskeinoja” jos asiakas ei tule varatulle ajalle tai ei ole sitoutunut tarjottuun palveluun. Esimerkiksi työhallinnon palveluissa asiakas saa heti sanktion, jos ei ole aktiivinen. Lisäksi työntekijät nostavat haasteeksi myös palvelujen ns. monikäyttäjät, jotka haluavat palvelujen piiriin, vaikka ammattilaisten mielestä tarvetta palvelulle ei olisi. Asiakas

voi hakeutua palveluihin mm. ilmaisen palvelun toivossa, etuuden perässä tai pelkästään täyttääkseen sosiaalista tyhjiötään.

Työntekijät näkevät tehtäväkseen kertoa asiakkaalle palveluketjusta eli mitä palveluja asiakkaan on mahdollista saada. Alla olevassa otteessa työntekijä tiivistää mielestään olennaisen asian asiakassuhteessa:

Ote 9

*”Palvelun sisällön on oltava asiakaslähtöistä, jolloin asiakas luo tavoitteen.”*

Otteessa työntekijä nostaa esiin asiakkaan äänen kuuluviin saannin palveluissa. Hän pohtii sitä, miten asiakkaan ääni saataisiin kuuluviin palveluja suunniteltaessa niin, että palvelut ovat asiakaslähtöisiä eivätkä organisaatiolähtöisiä. Ratkaisuksi työntekijät pohtivat, pitäisikö nykyään käyttää enemmän ulkopuolista haastattelijaa/ suunnittelijaa, jonka tehtävänä olisi tuoda asiakkaiden ääntä kuuluville, kun palveluja suunnitellaan. Asiakasraateja tai kokemusasiantuntijoita voidaan myös käyttää, mutta niiden hyödyntäminen palveluja suunniteltaessa on vielä vähäistä.

#### *Haasteet lain taholta*

Työntekijät paikansivat epäkohtia nykyisistä laeista ja niiden tulkinnoista. Suurimmaksi haasteeksi asiakkaan kannalta nähdään sekä asiakkaan että työntekijän tietämättömyys lainsäädännöstä. Usein asiakas ei tiedä, mitkä hänen oikeutensa ovat ja mihin palveluihin hänellä on mahdollisuus. Jokaisella kuntalaisella on oikeus tiettyihin palveluihin (subjektiivinen oikeus) ja niiden myöntäminen perustuu lakiin. Subjektiviisen oikeuden ulkopuolella olevat palvelut vaativat kuntakohtaista harkintaa ja niiden myöntämisperusteet ovat usein epäselviä asiakkaalle. Työntekijän tietämättömyys lainsäädännön tuomista mahdollisuuksista taas kapeuttaa asiakkaan oikeusturvaa ja asiakas voi jäädä ilman hänelle kuuluvaa palveluja tai työntekijä myöntää niitä väärin perustein. Erityisesti työntekijät kaipaavat tietämystä eri palvelujentarjoajien lainsäädännöstä, jolloin työntekijän on mahdollista arvioida, kuka asiakasta voi parhaiten auttaa. Ratkaisuksi asiaan nähdään yhteisen koulutuksen tarpeellisuus ja vuoropuhelun tärkeys.

Työntekijät näkevät haasteeksi myös ”jäljessä laahaavan” lainsäädännön. Lainsäädännön katsotaan osittain kehittyvän ja osittain olevan vanhaa, joka siten ei vastaa nykypäivän tarpeisiin. Työntekijöiden kokemus on, että eri lait saattavat jopa kumota toisensa. Työntekijöiden mukaan uudehko sosiaalihuoltolaki mahdollistaa monenlaiset tulkinnat lakipykälistä esimerkiksi salassapidon ja tiedonkulun suhteen. Työntekijäkohtaista on, miten tiukkaan kukin työntekijä tulkitsee salassapitovelvollisuuden. Myös vaitiolovelvollisuuden katsottiin hankaloittavan työntekijöiden välistä tiedon kulkua ja aiheuttavan turhaa byrokratiaa, kun esimerkiksi kirjalliset luvat on hankittava. Vaikka kirjallisten lupien jäykkyys nähtiin usein haasteena, siitä huolimatta sen ei annettu estää yhteistyötä, kuten seuraava ote tekee näkyväksi:

Ote 10

*”...ei anneta salassapitovelvollisuuden vaikeuttaa tiedonkulkua vaan kysytään lupa.”*

Tällöin ongelmia tiedonkululle ei pääse edes syntymään, kun työntekijät hankkivat luvan moniammatilliselle yhteistyölle etukäteen. Työntekijöiden kokemus salassapitovelvollisuuden rajoitteista voi näkyä myös asiakkaalle, jos työntekijä ei ole halukas luovuttamaan asiakkaan tietoja toisille ammattilaisille. Etenkin terveydenhuollossa koetaan, että heiltä tieto siirtyy sosiaalipuolelle, mutta sosiaalipuolelta tietoa siitä, miten asiakkaan kanssa on työskennelty, ei tule takaisin terveydenhuoltoon. Erityistä kritiikkiä osakseen saa lastensuojelu, jonka vaitiolovelvollisuutta työntekijät pitävät liian tiukkana. Asiakkaan kannalta lupien kysyminen eri organisaatioissa ja vielä eri palveluissa koetaan byrokraattisena ja asiakasta kuormittavana. Samoin kuormittavana pidetään tarvittavien viranhaltijapäätösten saamisen hitautta, jos palvelun tai tuen saamisen ehtona on voimassaoleva viranhaltijapäätös.

### *Yhteistyön haasteet*

Työntekijät kaipasivat eniten yhteistyömallien luomista eri toimijoiden välille. Työntekijöiden mielestä yhteistyötä voi edistää asiakkaalle tehtävä yksi palvelusuunnitelma, jonka laatimisessa on asiakkaan koko senhetkinen palveluverkosto edustettuna. Tämä poistaa myös tiedonkulun esteitä, koska kaikki toimijat saavat samanaikaisesti saman tiedon. Alla olevassa otteessa on kuvattu epäkohtaa, joka vaikuttaa asiakastyöhön:



#### Ote 11

*”Nyt asiakkaan kannalta oleelliset ammattilaiset eivät ole tietoisia muista mahdollisista hoito- tai palvelusuunnitelmista, joita asiakkaalle on tehty.”*

Ote kuvaa työntekijöiden epätietoisuutta asiakkaan mahdollisesta verkostosta tai verkoston puuttumisesta. Otteessa kuvastuu päällekkäisen työn tekemisen uhka ja se, että asiakkaalla saattaa olla useita palvelusuunnitelmia kirjattu eri organisaatioissa. Ajantasaisen ja laadukkaan palvelusuunnitelman nähtiin olevan asiakkaan oikeus. Asiakkaan kannalta olennaista on, että hän tietää, keitä ammattilaisia hänen asiassaan toimii ja kenen vastuulla minkäkin palvelun järjestäminen on. Työntekijät kaipaavat myös enemmän verkostoneuvotteluja ja läheisneuvonpitoja asiakkaan asioissa. Erityisen tärkeäksi nähdään asiakkaan läheisten mukaan ottaminen asiakkaan luvalla yhteisiin keskusteluihin ja suunnitelmiin.

Huolta työntekijät kantoivat myös ns. väliinputoajista, jotka eivät saa tarvitsemaansa palvelua. Suurena haasteena työntekijät näkevät täysi-ikäisten asiakkaiden hoitoon ja/tai kuntoutukseen pääsyn päihde-, mielenterveys- ja psykiatrian puolella. Työntekijät kokevat, että mielenterveys- ja päihdeongelmaista pompotellaan palvelusta toiseen ja hoitovastuu on useinkin epäselvä. Mikään taho ei tahdo ottaa hoitovastuuta asiakkaasta, jolla on sekä päihde- että mielenterveysongelma, kuten seuraava ote tekee näkyväksi:

#### Ote 12

*”Päihdeongelma jyrää kaiken.”*

Moniosaamisen tärkeys korostuu työntekijöiden mielestä juuri päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kohdalla. Ei pelkästään riitä, että asiakasta autetaan, vaan apua on tarjottava myös asiakkaan koko perheelle ja läheisille.

### 5.2 Moniammatillisen työn loukot

Analyysissä kuvataan loukkoja työntekijöiden työn ja organisaatioiden toiminnan kautta. Loukko muodostuu silloin, kun työntekijöiden tai organisaatioiden väliset työkäytännöt eivät toimi. Loukko vaikuttaa työntekijän ja asiakkaan palvelutilanteeseen negatiivisesti.

### *Toiminta loukot*

Sosiaali- ja terveystalvuuissa tavoitteena on toimia elinkaarimallin mukaan. Tällöin yhteiskunnan palveluja ja toimintoja toteutetaan siten, että eri elämänavaiheessa (ns. vauvasta vaariin) olevien tarpeet huomioidaan. Työntekijät kokevat, että elämäнкаarimallin puuttuminen aiheuttaa sen, että kukin organisaatio ja työntekijät hoitavat asiakkaan asioita vain omista lähtökohdistaan eikä asiakkaan kokonaisuutta ja perhettä huomioida palveluissa tarpeeksi. Loukko muodostuu, kun asiakkaan palvelukokonaisuus on enemmän organisaatiolähtöinen. Työntekijät kokevat myös palvelujen saavutettavuuden ja niiden hajanaisuuden suurimmaksi esteeksi moniammatilliselle asiakastyölle. Haasteelliseksi koetaan se, ettei asiakas pääse yhdellä ovenavauksella palveluohjaukseen vaan ammattilaiset ovat sijoittuneet laajalle alueelle, jopa kuntarajojen ulkopuolelle.

#### Ote 13

*”Toisilla on pitkät välimatkat palveluihin ja liikenneyhteydet (julkinen liikenne) ovat huonot. Viranomaisia on vaikea saavuttaa eli palvelut pitäisi olla asiakkaan lähellä”*

Ote tekee näkyväksi sen, että pitkät välimatkat ja huonot kulkuyhteydet palveluihin nähdään loukoksi asiakkaalle saavuttaa ammattilaiset. Työntekijät pohtivat, miten palvelut saadaan toimimaan moniammatillisesti rintarinnan, kun ne eivät ole edes fyysisesti samassa paikassa tai paikkakunnalla.

### *Työntekijöiden välisten suhteiden loukot*

Työntekijät pitävät ammattilaisten välistä yhteydenpitoa toimimattomana. Myös ammattilaisten tietämys palveluketjusta ja hoitoon ohjaamisen kriteereistä koetaan puutteelliseksi. Työntekijät kokevat, ettei kukaan ota moniammatillisessa työssä kokonaisvastuuta asiakkaasta ja yhdysenkilö puuttuu, kuten työntekijä otteessa kuvaa:

#### Ote 14

*”Kenellä on punainen lanka käsissä? Työntekijä ei voi olettaa, että joku muu hoitaa.”*

Työntekijöissä huolta herättää se, kuka ammattilainen haluaa tai pystyy ottamaan ensimmäisenä asiakkaan palveluprosessista vastuun sekä miten määritellään asiakkaan ja

työntekijän ensikohtaaminen. Työntekijät painottavat, että ensikohtaamisen jälkeen asiakas toivoo saavansa apua ja silloin ammattilainen on velvollinen kokoamaan asiakkaalle palveluverkoston. Työntekijät näkevät, että usein ammattilaiset hoitavat vain oman ”tonttinsa” palvelusta eikä kokonaisvaltaista palveluntarvetta arvioida. Loukko muodostuu, jos asiakkaan asiaa ei hoida kukaan tai palvelu on puutteellista. Yhteisissä moniammatillisissa palavereissa toivotaan rakentavaa vuoropuhelua eikä toisen ammattilaisen lyttämistä tai työn arvostelemista. Eräs työntekijä kuvaa työntekijöiden välisiä suhteita pahimmassa tapauksessa:

Ote 15

*”... haukutaan toisia kun ”ne ei tee mitään”. Toisen työtä pitää kunnioittaa.”*

#### *Asiakkuuden loukot*

Työntekijät kokevat, että nykyisellään palvelukokonaisuus on liian hajanainen ja palveluja on asiakkaalle liian vähän. Kun moniammatillisessa työssä vastuunottaja (omatyöntekijä) asiakkaan palveluprosessista puuttuu, asiakas ”hukkuu” palvelukenttään ja joutuu hakemaan palveluja liian monelta luukulta. Rajaava tietoturva taas aiheuttaa sen, että asiakas joutuu kertomaan tilanteestaan yhä uudelleen, kun tarvittavia taustatietoja ei ole. Uhkana on loukon muodostuminen, jos asiakas väsyä ja turhautuu hakemaan apua, kun samat asiat kysytään uudelleen eri palveluissa. Lopputuloksena voi olla, ettei asiakas enää hae apua. Työntekijät peräänkuuluttavat sitä, että asiakkaan oma huoli tilanteestaan on otettava todesta. Toisaalta työntekijät nostavat ongelmaksi sen, että mahdollistaako ja osin houkuttaako nykyinen palvelurakenne asiakasta ”piilottelemaan” tietojaan, koska asiakkaalla on oikeus päättää, kuka hänen tietojaan näkee ja mitä hänestä kirjataan.

Työntekijät kritisoivat ammattilaisia siinä, että välillä moniongelmaiset asiakkaat koetaan raskaina, jolloin työntekijät kyynistyvät ja ajattelevat asiakkaan olevan toivoton tapaus. Loukko muodostuu, jos asiakkaalle ei tarjota enää palveluja, joita on ehkä tarjottu useasti aiemminkin, huonoin tuloksin. Tällöin uhkana on, että työntekijä välttelee vastuuta. Myös hankalat asiakkaat kuormittavat työntekijää, kuten alla oleva ote tekee näkyväksi:

Ote 16

*”... on vaikeus pitää kiinni ammattiroolista, koska on halu pitää asiakas tyytyväisenä.”*

Tällöin erityisen tärkeää on, että työtä tehdään moniammatillisesti, eikä työntekijä jää yksin pohtimaan ja päättämään asiakkaan palveluntarvetta.

#### *Lain tuomat loukot*

Työntekijät pitävät salassapitoa ja yksilönsuojaa esteenä sille, ettei asiakkaan asioita pysty selvittämään. Suurimmaksi ongelmaksi työntekijät kokevat, että tällä hetkellä moniammatillisessa työssä asiakastietojen saanti on vaikeaa ja osin mahdotontakin. Ongelmaa tuottaa se, ettei toiselle viranomaiselle saa antaa ilman ajantasaisia lupia tietoja, onko asiakas edes palvelujen piirissä. Työntekijöiden mielestä lainsäädännöllä pitäisi mahdollistaa siirtyminen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteiskäyttöön. Toiveena työntekijöillä on, että:

#### Ote 17

*”Yhteisestä järjestelmästä näkyisi tahot, joita asiakkaan verkostossa on.”*

Asiakkaalle salassapidon rajoitukset ja yksilönsuoja aiheuttavat ongelmaa, kun työntekijät eivät saa antaa toiselle ammattilaiselle tietoja käykö asiakas palveluissa. Asiakas tullessaan vastaanotolle joskus kummeksuu, eikö työntekijä näekään hänen tietojensa koneelta. Eri toimijoiden eri tietojärjestelmät ja tietokoneohjelmat hankaloittavat työntekijöiden välistä työtä ja saattavat näin muodostaa loukon asiakkaan auttamiselle.

#### *Yhteistyön tuomat loukot työntekijöiden ja asiakkaan näkökulmasta*

Kuten jo edellä kuvattiin, työntekijät näkevät, että tietojärjestelmät eivät nykyisellään ole toimivia, koska niiden pitäisi palvella kaikkia ammattilaisia ja helpottaa tiedon kulkua. Nyt tieto ei liiku ilman katkoksia reaaliajassa. Työntekijät kaipaavat järjestelmää, josta näkisi edes tiedostokansioista, missä palveluissa asiakas käy. Loukko muodostuu, kun sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tietojärjestelmä puuttuu, joka mahdollistaisi esimerkiksi yhteisen asiakassuunnitelman tekemisen. Työntekijät kuvaavat, että asiakkaalla saattaa olla useita päällekkäisiä asiakassuunnitelmia.

Työntekijät näkevät tärkeäksi, että he tietävät miten toiset ammattilaiset työskentelevät asiakkaan asiassa. Myös yhteisen tavoitteen puuttuminen koetaan ongelmaksi, kuten seuraava ote kuvaa:

Ote 18

*”Liian vähän yhteistyötä eli käydään yhteisissä palavereissa mutta ei vedetä yhtä köyttä vaan jokaisella on omat suunnitelmat ja säästötoimenpiteet.”*

Työntekijöiden mielestä on välttämätöntä avata yhteistyötahoille omia työnkuvia, jotta ammattilaiset osaavat ohjata asiakkaat oikean palvelun piiriin. Jos asiakas ohjataan eteenpäin tai ammattilaisten verkosto kootaan, on tärkeää tietää, mitä toiset ammattilaiset tekevät eli miten vastuunjako organisaatiossa menee, ettei tehdä päällekkäistä työtä. Loukon syntymistä ehkäistään sillä, että työntekijöiden vastuunjako menee oikein. Koska velvoitamme asiakasta olemaan oikeassa paikassa oikeaan aikaan, myös ammattilaisten pitää pystyä täyttämään tämä velvoite. Asiakkaan on apua hakiessaan päästävä työntekijälle, joka pystyy häntä konkreettisesti auttamaan.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkielmani tavoitteena on ollut tarkastella ja tehdä näkyväksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteisasiakkuuden toiminnallisia haasteita ja loukkoja, joita aineistosta on pyritty tunnistamaan ja purkamaan työntekijöiden toimesta. Moniammatillisen työn tekijöinä ovat olleet kahden organisaation työntekijät, asiakkaat ja heidän verkostonsa. Tutkielmassa olen pyrkinyt kuvaamaan haasteita ja loukkoja, joiden työntekijät kokevat vaikeuttavan moniammatillista työtä sekä omasta että asiakkaan näkökulmasta. Olen halunnut tehdä näkyväksi, mitä ja millaisia haasteita ja palveluloukkoja yhteisasiakkuudessa olevien asiakkaiden palveluissa on paikannettavissa. Lisäksi tavoitteenani on ollut tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää suoraan toiminnan kehittämiseen tai joka lisää kohdealueen ymmärtämistä ja hallintaa (Erätuuli ym. 1994, 17).

Tutkielmani tulos on, että sosiaali- ja terveystyöpalvelujen yhteisasiakkuuteen liittyy monenlaisia haasteita. Haasteeksi toiminnan tasolla nostettiin työntekijöiden aika ja resurssit paneutua ja sitoutua asiakastyöhön. Kiire työssä vaikuttaa siihen, että oman työn hallinta on vaikeaa ja työssä hoidetaan vain se, mikä osataan ja hallitaan. Työntekijöillä ei ole aikaa paneutua asiakastyöhön, jolloin he eivät ehdi kunnolla perehtyä asiakkaan palvelutarpeeseen. Asiakkuuden aikana asiakkaan elämäntilanne usein muuttuu ja silloin kartoitus uusien tavoitteiden asettamiseksi täytyisi ehtiä tehdä uudelleen. Kiire ja resurssipula saa aikaan sen, että työntekijöiden on välillä haastavaa sitoutua asiakkaaseen. Sitoutumista ei edistä työntekijöiden vaihtuvuus. Asiakkaan palveluketjussa voi olla mukana useita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, mutta asiakkaan palvelukokonaisuus ei ole kenelläkään hallussa tai tarjottavista palveluista ja järjestämisvastuista ei päästä yhteisymmärrykseen ammattilaisten kesken. Toisaalta sosiaali- ja terveystyöpalveluissa ei välttämättä ole asiakkaan tarvitsemia palveluja, taikka palveluissa ei ole tilaa tai niihin on pitkä jonotusaika. Moniammatillisessa työskentelyssä tärkeimpänä pidettiin sitä, että sekä asiakkaalla että ammattilaisilla on selkeästi tiedossa se, kenellä on hoitovastuu.

Sosiaali- ja terveystyöpalveluiden työntekijöiden välisiksi haasteiksi koettiin verkostotyöskentelyn taitamattomuus tai jopa haluttomuus yhteistyöhön. Myös yhteisen ajan löytyminen moniammatilliselle työskentelylle koettiin haasteena. Työntekijät kokivat, että esimiesten ja organisaatioiden tuella ja panostuksella työntekijöiden yhteistyötaitoja voitaisiin kehittää, jotta yhteistyöstä tulisi osa perustyötä. Työntekijät kokivat haasteeksi asiakkaan

motivoimisen palveluihin. Asiakkaan sairauden tunnottomuus, häpeä, aiemmin saatu huono palvelu, epäluottamus työntekijää kohtaan tai aloittekyvyttömyys nähtiin syyksi palvelujen vastaanottohaluttomuuteen. Työntekijät näkivät tärkeäksi, että asiakkaan ääni ja toiveet saataisiin sosiaali- ja terveystalveluissa kuuluviin, jotta palveluketjuista muodostuisi asiakaslähtöisiä. Työntekijät kokivat lainsäädännön tuntemisen haasteeksi. Kun asiakkaat ja työntekijät ovat tietämättömiä lainsäädännöstä, saattaa käydä niin, että asiakas saattaa jäädä ilman hänelle kuuluvia palveluja tai niitä voidaan myöntää hänelle väärin perustein. Työntekijät näkivät myös sen, ettei toisten organisaatioiden lainsäädäntöä tunneta, jolloin arviota siitä, kuka pystyisi asiakasta parhaiten auttamaan, ei pystytä tekemään. Työntekijät kritisoivat lainsäädäntöä osin toimimattomaksi; se ei vastaa nykypäivän tarpeisiin. Työntekijät näkivät myös tiukan vaihtolovelvollisuuden vaikeuttavan yhteistyötä. Sen taakse työntekijät voivat liaksi mennä ja piiloutua. Toisaalta haasteena nähtiin myös asiakkaan vahva itsemääräämisoikeus, koska asiakas pystyy määrittelemään, kuka hänen asioissaan toimii. Yhteistyön kannalta työntekijät kokivat haastavaksi tiedonkulun esteet ja yhteisen palvelusuunnitelman puuttuminen, jolloin uhkana on päällekkäisen työn tekeminen eri organisaatioissa. Asiakkaan kannalta pidettiin olennaisena sitä, että asiakkaalla on tiedossa toimijat ja vastuut palvelujen järjestämisessä.

Loukkona sosiaali- ja terveystalvelujen yhteisen toiminnan näkökulmasta pidettiin elämäntaariimallin puuttumista, ja organisaatioiden tapa hoitaa asiakkaan asioita vain omista lähtökohdistaan käsin, jolloin asiakasta ja hänen perhettään ei huomioida talveluissa kokonaisvaltaisesti. Loukoksi muodostui asiakkaan näkökulmasta myös talvelujen saavutettavuus. Asiakas ei pääse yhdellä ovenavauksella talveluihin. Loukko muodostui myös silloin, kun talvelukokonaisuus oli liian hajanainen ja suppea, jolloin asiakas joutui hakemaan talveluja liian monelta taholta. Työntekijöiden välisen yhteistyösuhteen loukko muodostui, koska ammattilaisten välinen yhteydenpito on toimimatonta. Loukkona nähtiin myös yhteyshenkilön/vastuuhenkilön puuttuminen; kukaan ei ota kokonaisvastuuta asiakkaasta ja asiakkaan talveluntarvetta ei pystytä arvioimaan, kun jokainen työntekijä hoitaa vain oman ”tonttinsa”. Yhteistyön loukoksi nähtiin myös rajaava tietoturva, kun asiakkaan taustatietoja ei ole heti käytettävissä. Tällöin asiakas saattaa turhautua hakemaan apua tai asiakkaalle ei osata tarjota tarvittavia talveluja. Lain kannalta loukko muodostuu, kun asiakastietojen saanti nykyisellään on vaikeaa tai mahdotonta, kun yhteistä tietojärjestelmää ei ole. Kun tieto ei liiku ilman katkoksia reaaliajassa, yhteistä tavoitetta

asiakkaan moniammatilliseen kohtaamiseen ei ole. Työntekijöiden mielestä lainsäädännöllä pitäisi mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteiskäyttö.

Sosiaali- ja terveysalalla tiimityötä ja yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä on tehty aikaisemminkin, vaikka tällä hetkellä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja juurruttaminen tuntuvat olevan erityisen kiinnostuksen kohteena. Moniammatillinen yhteistyö nähdään yhtenä ratkaisuna kehittää työtä ja selviytyä tulevaisuuden haasteista sosiaali- ja terveysalalla (Isoherranen 2012, 10). Moniammatillisen työskentelyn keskiössä tulisi aina olla asiakas/potilas, jonka ympärille ammattilaisten tiimit organisoituisivat työskentelemään asiakaslähtöisesti sekä kokonaisvaltaisesti kaikkien tiedot ja osaamisen yhdistäen (Isoherranen 2012, 10.). Moniammatillinen yhteistyö voi olla haaste monella tapaa. Yhteistyön onnistumisen kannalta tärkeää on työntekijöiden sitouttaminen moniammatilliseen työskentelyyn. Moniammatillinen työskentely pitäisi olla keskeinen osa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Koskelan (2013, 3-4) mukaan työntekijät saattavat jopa kokea moniammatillisen yhteistyön uhaksi ammatilliselle identiteetilleen. Moniammatillinen yhteistyö ei tarkoita oman osaamisen vaimentamista, vaan yksilöllisestä asiantuntijuudesta siirtymistä yhdessä jaettuun asiantuntijuuteen. Koskela (2013, 3) nostaa myös yhteisen kielen puuttumisen yhdeksi suurimmaksi esteeksi todelliselle moniammatillisen yhteistyön kehittymiselle. Kun yhteistä kieltä ei ole, puuttuvat myös yhteiset ajatusmallit. Kun eri alojen toimijoiden työkäytäntöjä ja lainsäädäntöä ei tunneta, eivät myöskään yhteinen kieli ja käsitteistö pääse kehittymään. Heliniä (2016, 29) mukailleen voisi kysyä, olisiko tarpeellista kehittää ammatillisten ja koulutuksellisten rakenteiden joustavuutta yhteistyön kannalta suotuisammaksi ilman, että ne muodostavat esteitä yhteistyötä tukevalle ja korostavalle professionaalisuudelle. Osaltaan epätydyttävää tilaa ylläpitää se, että sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattien koulutuksiin ei Suomessa vielä kukaan kuulu mainittavasti yhteisiä opintojaksoja ja toistensa asiantuntijuuksiin tutustumista. Jo ammatillisen koulutuksen voidaan nähdä ohjaavan ammatillista eriytymistä ja töiden jakautumista professioihin.

Tutkielmani nostaa esiin moniammatillisen yhteistyön yhdeksi loukoksi yhteisten tietojärjestelmien puutteet. Isoherranen (2012, 67) perustelee, että sähköisten tietojärjestelmien tulisi toimia yli organisaatio- ja asiantuntijuusrajojen. Asiantuntijoilla pitäisi olla käytettävissään kaikki tarvittava tieto asiakkaasta, vaikka se oli hajautettuna tietoverkoihin. Lyhyet työsuhteet, henkilökunnan vaihtuvuus ja erikoistuneemmat



asiantuntija- ja ammattilaisryhmät sosiaali- ja terveysalalla tarvitsevat työskentelynsä tueksi hajautettua sosiaalista tietoa, jota toisilla asiantuntijoilla on jo annettavanaan. Ratkaisuna yhteisen tietojärjestelmän aikaansaamiseksi on kehitetty Kanta-palvelu<sup>4</sup>, jonka luvataan tuovan asiakkaalle terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden parantumista. Kanta-palveluiden avulla ammattilaisilla on enemmän aikaa keskittyä asiakkaan asioiden hoitamiseen. Vaiheittain käyttöönotettavan sosiaalihuollon asiakastietojen arkistoinnin tavoitteena on asiakasasioinnin sujuvoittaminen vuoteen 2020 mennessä, kun asiakkaan tiedot ovat ammattilaisten saatavilla yhdestä paikasta ja työntekijät näkevät asiakkaasta aiemmin kirjatut tiedot. Hyötynä nähdään, että asiakkaan asioita hoidetaan yhteneväisesti eri toimipisteissä ja riittää, kun asiakas kertoo asiat kertaalleen. Tutkielmassani nousi esiin täysin samansuuntaisia toiveita asiakastietojen löytymisestä yhdestä paikasta, päällekkäisten toimenpiteiden minimoimisesta ja asiakkaan kuormittumisen ehkäisystä, kun palveluntarvetta ei tarvitse aina kertoa uudelleen. Näen, että Kanta-palvelulla pystytään vaikuttamaan moneen tiedonkulun ongelmakohtaan.

En kuitenkaan malta olla nostamatta esiin potilas- ja sosiaalihuollon arkistojen yhteiskäytöstä paria ongelmakohtaa. Kanta- palvelujen kuvauksessa kerrotaan, että potilastietoihin tallennettuja asiakastietoja saa käsitellä vain terveydenhuollon ammattihenkilöt ja tietojen luovutus terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä edellyttää aina hoitosuhdetta (Kuka näkee tietoni? Kanta.fi, 1). Sosiaalihuoltoa koskee sama velvoite ammattihenkilön ja asiakassuhteen osalta. Tämä on täysin ymmärrettävää asiakkaan tietoturvan kannalta. Moniammatillista yhteistyötä ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoitopolkuja kehittäneissä hankkeissa (mm. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa Kaste-ohjelman Parempi arki-hankkeessa (2015-2017) on viime vuosina tuotu esiin sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta yhteiseen tietojärjestelmään, joka tukisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Myös tutkielmani tulos tukee tätä ajatusta. Kysymys onkin, miten Kanta-järjestelmään siirtyminen pyrkii vastaamaan tähän haasteeseen? Miten sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteisasiakkaan tieto siirtyy eri ammattilaisten välillä? Ymmärrykseni on, että tiedon siirtymisen mahdollistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välillä vaatisi lain muutosta. Hujalan ja Lammintakasen (2018, 27) mukaan sosiaali- ja

---

<sup>4</sup> Kanta-palveluun sisältyvät Omakanta, sähköinen resepti, lääketietokanta, potilastiedon arkisto ja vanhojen potilastietojen arkistointi, sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto, terveydenhuollon todistusten välitys ja Kelain, joka on web-liittymä lääkäreille ja hammaslääkäreille (Kanta palvelut käytössäsi, 2. Julkaisu löytyy osoitteesta [https://www.kanta.fi/documents/20143/141748/Kanta-palvelut+yleisesite\\_fi-sv.pdf/8783bdaf-ff53-a2e2-1768-62668cccec01](https://www.kanta.fi/documents/20143/141748/Kanta-palvelut+yleisesite_fi-sv.pdf/8783bdaf-ff53-a2e2-1768-62668cccec01) Viitattu 9.4.2019.)

terveydenhuollon ammattilaiset kokevat tällä hetkellä Kanta-palvelun tietoarkistoksi, ei jokapäiväisen työn käteväksi apuvälineeksi tai tiedonvaihdon välineeksi. Näyttäisi siis siltä, että ainakaan tällä hetkellä järjestelmä ei tue yhteisasiakkaiden tiedon siirtoa.

Pro gradu- tutkielmaa tehdessäni kävi selväksi, että moniammatillista yhteistyötä ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluketjuja on tutkittu paljon, myös sosiaalityön näkökulmasta. Uudehko sosiaalihuoltolaki (1301/2014) velvoittaa kunnallisen sosiaalihuollon palveluksessa olevan henkilön (usein sosiaalityöntekijän) kartoittamaan asiakkaan kiireellisen avuntarpeen välittömästi ja laatimaan palvelutarpeen arvion. Sosiaalihuoltolakiin on myös kirjattu, että ”työntekijä on velvollinen sosiaalihuoltoa toteuttaessaan huolehtimaan siitä, että hänellä on käytettävissään asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista. Jos asiakkaan tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen edellyttävät sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen”. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Enemmän tutkimustietoa tulisi hankkia siitä, miten sosiaalityöntekijän käynnistämään moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin ja palveluohjaukseen on sitouduttu sidostyhmien toimesta ja millaisia hyviä malleja toimivasta yhteistyöstä sosiaalihuollon näkökulmasta on saavutettu. Huomionarvoista myös on, että tutkimuksissa on usein haastateltu ja tehty analyysiä työntekijöiden näkökulmasta. Työntekijät ovat samalla pyrkineet tuomaan esiin asiakasnäkökulmaa. Toki esimerkiksi Parempi arki- hankkeessa kokemusasiantuntijuus on nostettu tärkeäksi ja sitä kautta tutkimuksiin on saatu asiakasnäkökulmaa. Näkökulma jää kuitenkin mielestäni suppeaksi. Tuntuu, että tällä hetkellä ammattilaisten toimesta on määritelty, miten asiat pitäisi tehdä. Myös omassa tutkimuksessani asiakasääni jäi pois. Olisi mielenkiintoista teettää paljon palveluja käyttävillä sosiaali- ja terveystalvelujen yhteisasiakkailla sama kalanruotokaavio, joka toimisi tutkimuksen pohjana. Tutkimuksen avulla voisi selvittää asiakkaan näkökulmasta, miten moniammatillinen yhteistyö tällä hetkellä toimii, miten yhteistyötä pitäisi kehittää ja millaisesta yhteistyömallista asiakas kokisi hyötyvänsä eniten.

Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa jäin myös kaipaamaan esimies- ja johtamistasolle toteutettuja tutkimuksia siitä, miten selkeästi esiin nostetut ongelmat kohdataan esimies- ja johtotasolla ja miten ongelmiin ja haasteisiin yritetään puuttua vai yritetäänkö? Helinin

(2016, 29) mukaan yhteistyön tekemiseen tarvittavat aika- ja koulutusresurssit, taloudelliset panostukset, tiedonkulun organisointi, käytännön järjestelyt ja tavoitteiden asettaminen toiminnalle vaativat resurssien varmistamista johtotasolla. Tarvitaan siis yhteistyön johtamista. Toivoisin tutkimustietoa siitä, mitkä konkreettiset, esimiesten mahdollistamat toimenpiteet ovat vaikuttaneet myönteisesti moniammatillisen yhteistyön tekemiseen.

Hasasen & Güntherin (2014, 5) mukaan laadullisen tutkimuksen reliabiliteettiä eli luotettavuutta pohdittaessa on huomioitava tutkimuksen luonteen ja tutkimusaiheen valinnan mahdollinen vaikutus tutkimukseen osallistuneiden vastauksiin. Tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa tulee huomiota kiinnittää myös tutkimuksen uskottavuuteen, puolueettomuuteen, vahvistettavuuteen ja johdonmukaisuuteen (Cohen, Manion & Morrison 2007, 148). Tutkielmani aineisto oli muiden keräämää valmista kirjallista aineistoa. Alkulan ym. (1995, 52) mukaan valmiina saatavia aineistoja on kvalitatiivisessa tutkimuksessa arvioitava samojen periaatteiden mukaan, kuin itse kerättäviäkin aineistoja. Ottaessani valmista aineistoa analysoitavaksi jäin miettimään, saanko sellaisen aineiston kuin haluan tai joka on minulle käyttökelpoista. Ollessani itse hanketyöryhmässä mukana kehittämässä vastausrunkoa ja lopulta kirjaamassa oman organisaationi vastauksia kyseiseen tehtävänantoon, koin että aineisto oli mielenkiintoinen. Vastaukset saatiin erään kuntayhtymän kahdeksalta eri sosiaali- ja terveydenhuollon työryhmältä, joissa kussakin oli useita työntekijöitä. Yhden ryhmän vastaukset oli kirjattu A3- kokoisille papereille kalanruotokaavioon, jotka sain käyttööni kopioituna tulosteena. Koen, että aineisto oli tarpeeksi kattava pro gradu- tutkielmaan ja antoi vastaukset tutkimuskysymyksiini.

Työntekijät eivät tienneet vastatessaan, että aineisto päättyy pro gradu- tutkielman aineistoksi. Sillä ei mielestäni ollut merkitystä, koska työntekijät vastasivat tehtävänantoon sillä tiedolla, että vastaukset tulevat hankkeen materiaaliksi ja niitä käsitellään laajemminkin kuin oman kuntayhtymän sisällä. Metsämuurosen (2000, 9) mukaan tutkittavien mielikuvat ja asenteet, pyrkimykset ja motiivit sekä päämäärät ja tavoitteet vaikuttavat aina tutkimustuloksiin. Positiivisia, yhteistyötä kuvaavia vastauksia koko aineistosta löytyi vain kolme. Tehtävänannossa vastauksia pyydettiin ongelmakohtiin, siksi vastaukset keskittyivät negatiivissävytteisiin vastauksiin. Oliko työntekijöillä kenties tietoinen halu saada vastaukset näyttämään huonommilta kuin todellisuus oli? Vastauksia analysoidessa täytyy huomioida, että työntekijät voivat uskoa, että vastaaminen saattaa palvella heidän tai laajemmin yhteiskunnan tarpeita esimerkiksi viestittämällä asioita päättäjille. Tällöin he saattavat vastata

tavalla, joka parhaiten palvelee heidän tavoitteitaan. (Alasuutari 2001, 145.) Vastatessaan tutkimukseen työntekijöille nimenomaan kerrottiin, että vastaukset tulevat käyttöön laajemman hankkeen kehittämismateriaaliksi, joten tutkimusasetelman voidaan katsoa olevan sellainen, että työntekijät kokivat hyötyvänsä vastaamisesta jos se kehittäisi heidän oman organisaationsa työtapoja. Työntekijöiden vastaukset kuvaavat myös sen hetkistä tilannetta kuntayhtymässä. Toistamalla haastattelu myöhemmin vastaukset olisivat todennäköisesti erilaisia, koska työskentelymallit yksittäisessä työyhteisössä tai organisaatiossa ovat saattaneet muuttua.

Laadullisessa tutkimuksessa on syytä tarkastella havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuutta objektiivisuuden ongelman kautta. Pystyykö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään vai vaikuttaako tutkijan ikä, sukupuoli, virka-asema tai muu vastaava seikka tutkijan havainnointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.) Aineistoni analyysi syventää tietoa moniammatillisen työtavan haasteista ja loukoista sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, mutta tiedon luomisessa ja esittämisessä tulee huomioida henkilökohtaiset vaikutukseni tulkintaan. Tulkintaani on voinut vaikuttaa oma työni kuntayhtymän sosiaalityöntekijänä, jolloin omaan ennako-oletukset tutkittavasta aiheesta, koska työssäni olen kokenut toimimattomat työprosessit ja olen itsekin osa niitä. Ovatko omat ennakkokäsitykseni ja mielipiteeni siis ohjanneet aineiston tulkintaa ja analyysin tekoa? Tutkielmaa tehdessäni olen pyrkinyt ottamaan etäisyyttä ammatilliseen kokemukseeni asiasta, jotta pystyisin arvioimaan aihetta puolueettomasti ja kriittisesti. Aineistosta olen nostanut esiin enemmän haasteita kuin loukkoja, koska tulkintani mukaan työntekijät pyrkivät työssään vaikuttamaan työn ongelmakohtiin niin, että haasteellisiin tilanteisiin pyritään löytämään kuitenkin paras mahdollinen ratkaisu niiden mahdollisuuksien puitteissa, joita organisaatiolla ja työntekijöillä on. Tutkielman validiteetin vahvistamiseksi olen nostanut aineistosta esiin useita aineisto-otteita sekä olen pyrkinyt esittämään tutkimusprosessini avoimesti ja selkeästi.

Tieni tutkimuksen maailmaan on ollut mielenkiintoinen ja opettava, vaikka paikoin kivinenkin. Tutkielmani tavoite on muotoutunut ja tarkentunut alun haparoivista suunnitelmista yhä tarkempaan, tiiviimpään ja erityisesti selkeämpään tutkimusasetelmaan. Alussa pro gradu- tutkielman tekeminen tuntui lähes yliluonnolliselta ajatukselta, koska oletin siinä tavoiteltavan jotain todella hienoa ja ihmeellistä. Toki nyt tutkielmani valmistuessa se on minulle hienoa ja ihmeellistä, mutta huomaan myös kehittyneeni

kirjoittajana, jonka vuoksi tutkielmani loppuun saattaminen pala palata ei lopulta tuntunut ihmeiden tekemiseltä vaan kirjoittamisesta tuli totuttu osa omaa arkea. Tieteellisen tekstin kirjoittaminen on ollut haastavaa ja eniten olen kokenut turhautumista, kun omat, sillä hetkellä paikoin jäsentymättömätkin ajatukset oli saatava ymmärrettäväksi ja oikein muotoilluksi valmiiksi tekstiksi. Suurta iloa koin, kun tutkielmani kirjoittamisen loppuvaiheessa kaivoin esiin yhteiskuntatieteiden kandidaatin tutkielmani ja huomasin, kuinka valtavasti olin kehittynyt tutkijana ja kirjoittajana useiden vuosien takaiseen tuotokseen nähden. Pro gradu- tutkielmani tekstit ovat muokkautuneet matkan varrella useaan otteeseen ja ohjaajani väsymättömällä opastuksella ja kannustuksella olen jaksanut yhä uudelleen jäsentää ja laajentaa pro gradu- tutkielmaani ja sen sisältöä. Tutkielman teko on ollut minulle pitkä prosessi, jota olen tehnyt päivätyöni ja perheenäidin roolin ohella. Pitkä aika on antanut mahdollisuuden perehtyä tutkielman tekemiseen ja omaan aihealueeseen ja sitä kautta koen saavuttaneeni syvempää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ja itsestäni oppijana. Toisaalta pitkä aika on hajaannuttanut ja pirstonut tutkimustyötäni ja vaikeuttanut johdonmukaista ajattelua. Välillä on tuntunut, että oman työnsä parissa on ikään kuin aloittanut useasti uudelleen, jos aikaväli tehokkaan työskentelyn välillä on kasvanut liian suureksi.

Tutkielmani linkittyy omaan työhöni lastensuojelun sosiaalityöntekijä, jossa moniammatillinen työskentely on yksi vahvimista edellytyksistä onnistuneisiin muutoksiin. Tutkielman teko on opettanut ymmärtämään paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeita moniammatillisen työn näkökulmasta ja tuonut ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ja yhteistyön haasteista muidenkin näkökulmasta, kuin vain oman työni. Pystyn työssäni jatkossa arvioimaan paremmin palveluverkoston tarpeellisuuden asiakkaan asiassa ja osaan vaatia muita yhteistyötahoja mukaan. Yksin ei tarvitsekaan selvitä. Toivoisin omassa kuntayhtymässäni keskustelua Pro gradu- tutkielman julkistamisen jälkeen siitä, miten terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden yhteistyön mahdollisuuksia konkreettisin keinoin parannetaan. Tutkielmassani on tehty näkyväksi kuntayhtymän palvelujen haasteet ja loukot ja mietitty kehittämistarpeita. Nyt tarvittaisiin toimenpiteitä.

## LÄHTEET

Alasuutari, P. (2001) Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Helsinki: Yliopistopaino.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. (1995) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Araneva, M. (2016) Lapsen suojelu. Liettua: BALTO print.

Banks, S. (2006) Ethics and values in social work. Third edition. Palgrave Macmillan.

Bardy, M. (2009) Hyvinvoinnin ulottuvuudet – perheen ja yhteiskunnan suhteissa. Teoksessa Lammi-Taskula, J., Karvonen, S. & Ahlström, S. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 226-240.

Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for people with Multiple Health and Social Needs (2011)

[http://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/6\\_ihi\\_care\\_coordinator\\_white\\_paper.pdf](http://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/6_ihi_care_coordinator_white_paper.pdf) Viitattu 10.10.2018.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007) Research Methods in Education. 6. Edition. Routledge: London.

Eriksson, E. & Pyhäjoki, J. (2007) Huolen vyöhykkeistö ja työmenetelmät- dialogisuuden edistäminen. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön asiakirja. Helsinki: Tammi, 439–448.

Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. (1994) Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1996) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1999) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Oy

Frankenhaeuser, B. (2014) Terveyssoisaalityön käyttämättömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.) Terveys ja soisaalityö. Juva: Bookwell Oy, 64-71.

Grönfors, M. (1982) Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Helsinki: WSOY.

Günther, K. & Hasanen, K. (2014) Tutkimusetiikka. Teoksessa Günther, K. & Hasanen, K. (toim.) Laadullinen tutkimus. Moodleverkkokirja. Tampereen yliopisto. <https://learning2.uta.fi/mod/resource/view.php?id=415100> Viitattu 29.10.2018.

Günther, K. & Hasanen, K. (2014) Tyypittely. Teoksessa Günther, K. & Hasanen, K. (toim.) Laadullinen tutkimus. Moodleverkkokirja. Tampereen yliopisto. <https://learning2.uta.fi/mod/resource/view.php?id=415100> Viitattu 29.10.2018.

Haapala, R. (2012) Mistä tyytymättömyys syntyy? Hallintokantelun sisällöt soisaalipalveluissa ja toimeentulotuessa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Lisensiaatin tutkimus. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76579/lisuri00148.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 12.11.2018.

Hasanen, K. & Günther, K. (2014) Kvalitatiivisen tutkimuksen laatu. Teoksessa Günther, K. & Hasanen, K. (toim.) Laadullinen tutkimus. Moodleverkkokirja. Tampereen yliopisto. <https://learning2.uta.fi/mod/resource/view.php?id=415100> Viitattu 29.10.2018.

Helin, R. (2016) Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveystoisaalityöntekijöiden kirjoituksissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro- gradu tutkielma. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99089/GRADU1464349049.pdf?sequence=1&isAlloey> Viitattu 3.10.2018.

Helin, S. (1996) Henkilöstö palvelujen rakennemuutoksessa. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystalvelujen rakennemuutos: laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Jyväskylä: Gummerus Oy, 245-263.

Hirsjärvi S. & Hurme H. (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. (2008) Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hujala, A. & Lammintakanen, J. (2018) Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallissalan kehittämissäätiön julkaisu 12. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon.pdf> Viitattu 8.4.2019.

Huvinen, K., Joutsenlahti, R. & Metteri, A. (2014) Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä – aikuissosiaalityön asiakkaat terveystalveluissa. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.) Terveyst ja sosiaalityö. Juva: Bookwell Oy, 32-43.

Hyväri, S. (2017) Asiakaslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveystalveluissa. Teoksessa Helminen, J. (toim). Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 32-45

Hämäläinen, T. (2009) Yhteiskunnallinen murros ja henkinen hyvinvointi. Sitran selvityksiä 8. Helsinki. <https://media.sitra.fi/2017/02/27173846/SelvityksiC3A48-2.pdf> Viitattu 28.9.2018.

Isoherranen, K. (2008) Yhteistyön uusi haaste –moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen K., Rekola, L. & Nurminen, R. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 26-48.

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



[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf) Viitattu 12.11.2018.

Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. (1995) Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.

Juhila, K. (1999) Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kehät. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysi liikkeessä. Jyväskylä: Vastapaino Oy, 160-200.

Juhila, K. (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Juhila, K. (2014) Teemoittelu. Teoksessa Günther, K. & Hasanen, K. (toim.) Laadullinen tutkimus. Moodleverkkokirja. Tampereen yliopisto. <https://learning2.uta.fi/mod/resource/view.php?id=415100> Viitattu 29.10.2018.

Julkunen, R. (2017) Muuttuvat hyvinvointivaltiot: eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/55748/978-951-39-7146-5.pdf?sequence=1> Viitattu 11.3.2019.

Kainulainen, S. & Saari, J. (2013) Koettu huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa Niemelä, M. & Saari, J. (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Tampere: Juvenes Print, 22-43.

Kananoja, A. (2010) Sosiaalipolitiikka hyvinvoinnin turvaajana. Teoksessa Kananoja, A., Lähtinen, M. & Marjamäki, P. (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Tallinna: Tallinna Raamatutrukikoda, 29-124.

Kanta-palvelut käytössäsi. [https://www.kanta.fi/documents/20143/141748/Kanta-palvelut+yleisesite\\_fi-sv.pdf/8783bdaf-ff53-a2e2-1768-62668cccec01](https://www.kanta.fi/documents/20143/141748/Kanta-palvelut+yleisesite_fi-sv.pdf/8783bdaf-ff53-a2e2-1768-62668cccec01) Viitattu 9.4.2019.

Karjalainen, V. & Arnkil, R. (2004) Yhteispalvelu teoreettisena ja toimintapoliittisena konseptina – mistä tulossa, minne menossa? Julkaisussa Arnkil, R., Karjalainen, V., Aho, S., Lahti, T., Lyytinen, S-M. & Spangar, T. Yhteispalvelusta palvelukeskuskonseptin kehittämiseen. Työministeriö. Työhallinnon julkaisu 339. Helsinki.

Koskela, S. (2013) Tarkastelussa maniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti 28 (3).

<https://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/> Viitattu 4.12.2018.

Kuka näkee tietoni? <https://www.kanta.fi/fi/kuka-nakee-tietoni> Viitattu 10.4.2019.

Krippendorff, K. (2004) Content Analysis. An introduction to Its Methodology. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Laine, H. (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-31.

Lammi-Taskula, J. (2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Lappalainen, T. (2014) Asiakkaiden osallistumisen edellytykset – yhteistä ymmärrystä etsimässä. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 83-94.

Larivaara, P. & Taanila, A. (2009) Moniammatillinen perhekeskeinen yhteistyö. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä: Duodecim, 280-297.

Launis, K. (1997) Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto, 122-133.

Law, J. (2016) A Dictionary of Business and Management (6 ed.). Oxford University Press. <http://www.oxfordreference.com.helios.uta.fi/view/10.1093/acref/9780199684984.001.0001/acref-9780199684984-e-1043#> Viitattu 10.12.2018.

Leppo, K. (1996) Palvelujen rakenneuudistus – tausta, lähtökohdat ja prosessi. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. Stakes, raportteja 192. Jyväskylä: Gummerus Oy, 9-15.

Lähteenmäki, M. & Leiviskä, K. (1998) Tilastollinen prosessinohjaus: perusteet ja menetelmät. Oulun yliopisto. Sääteknikan laboratorio. Infotech Oulu ja Prosessitekniikan osasto. Raportti B No 8. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514275209.pdf> Viitattu 12.11.2018.

Liikanen, S-L. (2015) Palveluohjauksen käytäntöjä. Teoksessa Näkki, P. & Sayed, T. (toim.) Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Keuruu: Otavan Kirjapaino oy, 43-61.

Maakunta- ja sote- uudistus. Alueuudistus. <https://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely> Viitattu 12.11.2018.

Maakunta- ja sote- uudistus. Alueuudistus. <https://alueuudistus.fi/aikataulu> Viitattu 12.11.2018.

Mattila, K-P. (2010) Asiakkaana ihminen. Juva: WS Bookwell Oy.

Metsämuuronen, J. (2000) Metodologian perusteet ihmistieteissä. Viro: Jaabes OÜ.

Metteri, A. (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66973/978-951-44-8956-3.pdf> Viitattu 23.3.2019.

Metteri, A. (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 296-328.

Mitä Kanta-palvelut ovat? <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/mita-kanta-palvelut-ovat> Viitattu 9.4.2019.

Mönkkönen, K. (2007) Vuorovaikutus: dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mönkkönen, K. (2018) Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Printon Trükikoda.

Niemelä, M. & Saarinen, A. (2015) Terveydenhuoltopolitiikan muutokset. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen L-K (toim.) Terveydenhuollon muutokset. Tampere: Tampere University Press, 13-26.

Oksman, E. (2017) Tiekartta toiminnalliseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon. Parempi arki- hanke. <https://www.innokyla.fi/web/hanke1911098> Viitattu 27.11.2018.

Payne, M. (1982) Working in teams. Lontoo: Mcmillan Education Ltd.

Pussinen, J. & Tiira, P. (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita käyttävien yhteisasiakkaiden tunnistamistyökalu Väli-Suomen Parempi Arki-hankkeelle. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö, ylempi AMK. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106222/Tiira\\_Pirjo.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106222/Tiira_Pirjo.pdf?sequence=2&isAllowed=y) Viitattu 12.11.2018

Pyhäjoki, J. & Koskimies, M. (2009) Varhainen puuttuminen ja dialogisuuden edistäminen huolen vyöhykkeillä. Teoksessa Lammi-Taskula, J., Karvonen, S. & Ahlström, S. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 186-196.

Raunio, K. (2000) Sosiaalityö murroksessa. Tampere: Tammer-paino Oy.

Raunio, K. (2006) Syrjäytyminen, sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Vaajakoski: Gummerus Oy.

Saari, J. (2019) Hyvinvointivaltio eriarvoistuneessa yhteiskunnassa. Toimi-hankkeen selvityshenkilön raportti 30.1.2019. <https://vnk.fi/documents/10616/5698452/Selvityshenkil%C3%B6+Juho+Saaren+raportti+30.1.2019+-+Hyvinvointivaltio+eriarvoistuneessa+yhteiskunnassa/4d051e27-3c18-7647-90c7->

[fd87eff4d3b/Selvityshenkil%C3%B6+Juho+Saaren+raportti+30.1.2019+-+Hyvinvointivaltio+eriarvoistuneessa+yhteiskunnassa.pdf](https://fd87eff4d3b/Selvityshenkil%C3%B6+Juho+Saaren+raportti+30.1.2019+-+Hyvinvointivaltio+eriarvoistuneessa+yhteiskunnassa.pdf) Viitattu 11.3.2019.

Sosiaalihuolto Suomessa. (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 11. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveyspalvelut, lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto> Viitattu 22.8.2018.

Stenvall, J. & Virtanen, P. (2012) Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Helsinki: Tietosanoma.

Sund, R., Nylander, O. & Palonen, T. (2004) Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelma Kotkan informaatiojärjestelmien valossa. Yhteiskuntapolitiikka 69 (4), 360-371.

Tuomi, J. (2007) Tutki ja lue. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uusitalo, M. (2012) Lean six sigma konsepti. Tampereen teknillinen yliopisto, tuotantotekniikka. Diplomityö. <https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/21304/uusitalo.pdf> Viitattu 10.12.2018.

Varto, J. (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Voipio-Pulkki, L-M. (2008) Terveyspalvelut. Teoksessa Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Painotalo Miktor Oy, 60-61.

**Suomen säädöskokoelma:**

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.4.2005/272

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta 29.12.2009/1706

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.4.1994/559

Sosiaalihoitolaki 30.12.2014/1301

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Terveydenhoitolaki 30.12.2010/1326