

**TIETOTEKNIikka KEHITTÄÄ
SOSIAALI- JA TERVEYSALAA?**
Makropilotin arviointia

Hanna Liikanen

**TIETOTEKNIikka KEHITTÄÄ
SOSIAALI- JA TERVEYSALAA?**
Makropilotin arviointia

Sähköinen julkaisu
ISBN 951-44-5477-4

Copyright © 2002 Tampere University Press

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

puhelin (03) 215 6055

fax (03) 215 7685

sähköposti taju@uta.fi

<http://granum.uta.fi>

Taitto

Maaret Young

Kansi

Mikko Kurkela

ISBN 951-44-5396-4

Cityoffset Oy

Tampere 2002

Sisällys

ALKUSANAT.....	9
1. JOHDANTO	13
2. KOHTI HYVINVOINTITEKNOLOGISIA VIENTITUOTTEITA JA SAUMATONTA PALVELUKETJUA	19
Visio tietoyhteiskunnan sosiaali- ja terveysterveystuista	21
Makropilottihankkeen vaiheita	27
3. SOSIAALI- JA TERVEYSTUOTTEET JA ASIAKASLÄHTÖINEN SAUMATON PALVELUKETJU	33
Sosiaali- ja terveystuotteenjärjestelmän kokonaisuus ja kehitys	35
Saumattomuus	41
Asiakaslähtöisyys	48
Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä	50
4. Satakunnan makropilotin kokonaisuus	55
Projektioorganisaatio ja toimintatapa	57
Hankekokonaisuus, tavoitteet ja kohdentuminen	61
5. Satakunnan makropilotin arviointi	71
Projektin valtakunnallinen arviointi ja sen kohdentuminen	73
Tietotekniset innovaatiot ja työn sosiaalinen muutos sosiaali- ja terveystuotteen käytännöissä – arvioinnin teoreettiset lähtökohdat	75
6. ARVIOINTIASETELMA	83
Arvioinnin kohteet ja kriteerit	85
Arvioinnin rajaus ja arviointikysymykset	85
Arvioinnin kriteerit	89
Aineistot	91

Kenttätöskentely	91
Teemahaastattelut	93
Puhelinhaastattelut	94
Kehittämistyön havainnointi.....	95
Havainnointi työpaikalla	97
Analyysimenetelmät	97
7. TULKINTOJA MAKROPILOTIN KOKONAISTILANTEESTA	105
Osallisten omat arviot	107
Satakunnan Makropilotin tuloksia ja niiden kontekstualisointia	110
8. KEHITTÄMISTYÖ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOISSA	117
Kehittäjät, kohdeorganisaatiot ja muutostyöskentely	119
Saumattomat palveluketjut ja uskomusjärjestelmän muutos	126
Pilotti	134
9. SAUMATTOMUUS PALVELUKETJUISSA	139
Toiminnan ohjaus ja mittareiden kehittäminen tavoitteena	141
Äitiyshuollon palveluketju	145
Vanhustenhuollon palveluketju	147
Lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut	150
Yhteenveto palveluketjujen kehittämisestä	155
10. LEX MAKROPILOTTI JA UUDET TOIMINTAMALLIT	161
Tilannekatsaus, palveluketjusuunnitelma ja omaneuvojamalli	163
Toimintamallit ja tietotekniikka	173
Aluearkkitehtuuri	173
Informaatiopalvelut	176
Luotettu sähköposti	179
Ennakoivia arvioita toimintamallien asiakaslähtöisyydestä ja tietosuojasta	181
11. KESKUSTELUA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ VANHUSTEN HUOLLOSSA	191
12. OMANEUVOJAKOKEILU	201
Omaneuvojamalli on yksilökohtaisen palveluohjauksen muoto ..	203
Omaneuvojakokeilun laajuus	204

Asiakkaiden valikoituminen	207
Omaneuvoajatoiminnan sisältö	209
Omaneuvoajat ja palveluketjut	214
13. ODOTUKSIA TYÖN MUUTOKSESTA	217
14. YHTEENVETO	229
15. SUOSITUKSET	243
Kirjallisuus	249
Liitteet	263

ALKUSANAT

Sosiaali- ja terveysministeriö päätti käynnistää vuonna 1998 ns. makropilottihankkeen, jossa tulotaisiin etsimään ja kokeilemaan uusia tietoteknisiä ratkaisuja saumattomien palveluketjujen luomiseksi sosiaali- ja terveyshuollon palveluissa. Hanke oli määrä toteuttaa laajamittaisena alueellisena kokeiluna, ja tarjouskilpailun perusteella toteutuspaikaksi valittiin Satakunta. Hankkeen tulosten arvioimiseksi päätettiin toteuttaa myös sitä koskeva seuranta- ja arviointitutkimus. Usean tutkimusryhmän yhteistyönä tehtävän arvioinnin koordinaattoriksi nimettiin projektipäällikkö Jukka Ohtonen Stakesista.

Jukka Ohtonen otti tuossa vaiheessa yhteyttä Tampereen yliopiston tietoyhteiskunnan tutkimuskeskukseen tiedustellen yksikön mahdollisuutta osallistua arviointitutkimukseen ennen kaikkea sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työssä tapahtuvien muutosten näkökulmasta. Keskuksen piirissä tehtävä otettiin ilomielin vastaan tietoisina siitä, että kyse oli laajimmasta ja kunnianhimoisimmasta Suomessa – ehkä Euroopassakin – siihen saakka käynnistetystä sosiaali- ja terveysalan tietotekniikka-hankkeesta.

Kansallisen työelämän kehittämisohjelman myöntämän rahoituksen turvin arviointitutkimus päästiin aloittamaan vuoden 1999 marraskuussa, ja se saatettiin päätökseen vuoden 2002

tammikuun lopussa. Hankkeen tieteellisenä johtajana on toiminut koko ajan professori Kari Mattila Tampereen yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta. Tutkimuksen toteuttajat ovat matkan varrella vaihtuneet niin että ensimmäisen luonnoksen hankkeen suunnitelmaksi laati Arja Kuula, joka ei kuitenkaan toiseen virkaan nimitetyksi tultuaan voinut jatkaa työtään eteenpäin. Siksi hankkeeseen tuli tutkijaksi valmistelutyötä eteenpäin jatkanut Merja Ala-Nikkola, joka puolestaan joutui niinkään virkanimityksen vuoksi jättämään projektin vuoden 2000 lopulla. Hänen jälkeensä vastuututkijana on työskennellyt Hanna Liikanen. Avustavina tutkijoina ovat työskennelleet Suvi Raitakari ja hänen jälkeensä Krista Virtanen. Tutkijoiden vaihtuessa myös itse tutkimus on luonnollisesti muuttunut yksittäisiltä painoituksiltaan jossakin määrin tekijöidensä näköiseksi. Ne perustavat tutkimuskysymykset, joihin vastaaminen on annettu tämän osatutkimuksen tehtäväksi, ovat kuitenkin pysyneet koko ajan muuttumattomina.

Itse makropilottihanke on osoittautunut paljon haastavammaksi ja vaikeammaksi toteuttaa kuin alkuun osattiin odottaa, mitä kuvastavat muun muassa pilotoinnin selkeä viivästyminen sekä yritysyhteistyötä toteuttamaan perustetun yrityksen ajautuminen konkurssiin vuoden 2002 helmikuussa. Uuden tietotekniikan soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ei ole helppoa muun muassa tietoturvaan kohdistuvien korkeiden vaatimusten sekä palveluja runsaasti käyttävien väestöryhmien – kuten ikäihmisten – rajallisten tietotekniikka-kokemusten ja -taitojen vuoksi. Toisaalta Suomi ei voi selvitä tulevien vuosien lisääntyvästä sosiaali- ja terveyspalvelujen kysynnästä ilman uuden tieto- ja viestintätekniikan tehokasta hyödyntämistä. Siksi mielestämme on erityisen tärkeä muun muassa nyt toteutetun evaluaatiotutkimuksen avulla ymmärtää mahdollisimman syvällisesti, miten uusi tietotekniikka muuttaa sosiaali- ja terveysalalla toimivien työtä ja työn järjestelyjä, mitkä

ovat muutosprosessien ongelmakohtia sekä miten ongelmia voitaisiin lievittää. Jos analyysit jäävät puolitiehen, voi käydä niin että tietotekniikan mahdollisuuksiin ylipäätään aletaan suhtautua liian kriittisesti. Liian pessimistisiin johtopäätöksiin ei kuitenkaan ole aihetta makropilotin tuottamien kokemusten valossa, vaikka – kuten meidänkin arviointimme osoittaa – kaikkia hankkeelle asetettuja välittömiä tavoitteita ei ole kyetty saavuttamaan. Hankkeen yhteydessä on tehty joka tapauksessa paljon sellaista pioneerityötä, jonka todellinen arvo on nähtävissä vasta pidemmän ajan kuluttua.

Nyt julkaistava teksti on Tietoyhteiskunnan tutkimuskeskuksen suorittaman arviointihankkeen loppuraportti, jota ennen on julkaistu Merja Ala-Nikkolan laatima väliraportti. Työn tullessa päätökseen haluamme kiittää kaikkia asianosaisia – mukaan lukien hankkeen ohjausryhmä ja yhteyshenkilönämme makropilottiorganisaatiossa toiminut Paula Asikainen – heidän arvokkaasta panoksestaan tutkimuksen eteenpäinviemisessä. Eri-tyisesti haluamme kiittää tutkija Hanna Liikasta tämän raportin laadinnasta.

Tampereella 7.2. 2002

Kari Mattila, professori
hankkeen tieteellinen johtaja

Antti Kasvio, dosentti
Tietoyhteiskuntainstituutin
tutkimusjohtaja

I

JOHDANTO

Tämä Satakunnan Makropilotin työelämän muutokseen liittyvä seuranta- ja arviointitutkimus on suunnattu kaikille, jotka ovat kiinnostuneita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisestä. Erityisesti raportti on tarkoitettu palvelemaan niitä, jotka ovat tekemisissä tietotekniikan hyödyntämisen kanssa päättäjinä, kehittäjinä, ammattilaisina, alan opiskelijoina ja kansalaisina. Makropilotti on kunnianhimoinen hanke, jossa on tehty työtä, jotta sosiaali- ja terveyspalvelut toimisivat kansalaisten ja asiakkaiden kannalta entistäkin paremmin.

On liian aikaista yrittää arvioida Makropilotin tulosten vaikutuksia ja merkittävyyttä lopullisesti. Ehkä hanke jää historiaan tärkeänä mutta hieman kivuliaanakin vaiheena kohti sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköiden kehittyneyttä yhteistyötä ja asiakastietojen joustavaa hyödyntämistä. Hankkeen kaikkia tavoitteita ei ole vielä saavutettu muun muassa suuresta työmäärästä johtuen. Tässä tutkimusraportissa on kuvattu niitä vaikeuksia, joita kehittäminen toimintatavoiltaan vakiintuneissa organisaatioissa kohtaa. Samat haasteet voivat nousta esiin myös muilla alueilla ja uusissa projekteissa. Ennakointi toivottavasti tasoittaa tietä.

Raportissa on pyritty palvelemaan muita kehittäjiä siten, että Makropilotin keskeisiä toimintamalleja on pyritty kuvaamaan ja arvioimaan kehittämistyön aikana syntyneiden dokumenttien, haastattelujen ja havaintojen pohjalta. Nämä mallit ovat hank-

keen keskeistä tulosta, jonka hahmottaminen toistaiseksi saatavilla olevien esitysten pohjalta saattaa olla hankalaa. Koska malleja ei ole vielä pystytty käytännössä kokeilemaan, ei mallien käytännön toimivuudesta voi esittää kuin ennakkointia. Tässä raportissa keskustellaan malleista, ja pohditaan niiden soveltamista käytäntöön. Raportissa ei ole vältetty ottamasta esiin kiperiäkin kysymyksiä ja havaintoja. Kehittäjiä lisäksi muiden on ollut vaikea ottaa kantaa, sillä laajan kokonaisuuden hahmottaminen on ollut vaikeaa. Ennen kuin lopullisesti päätetään koko palvelujärjestelmää koskevista tietoteknisistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisten toimintakäytäntöjen suurista muutoksista – tai uudesta lainsäädännöstä, olisi hyvä käydä monipuolista keskustelua. Keskustelun osapuoliksi kaivataan niin päättäjiä, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä tietotekniikan ammattilaisia, kuin tavallisia ihmisiä kansalaisten, asiakkaiden ja omaisten ominaisuudessaakin. Tämä arviointiraportti olkoon paitsi johdatus saumattomien palveluketjujen käytännön toteutukseen ehdotettuihin malleihin, myös ajattelun ja keskustelun herättäjä. Toivon, että lukija pyrkii lukiessaan myös itse aktiivisesti arvioimaan ja tekemään tulkintoja. Osa käytetyistä dokumenteista on jo nyt julkisesti nähtävillä hankkeen internet-sivuilla ja muustakin projektidokumentaatioon perustuvasta aineistosta suurin osa on julkista ja siten kiinnostuneiden saatavilla.

Tutkimusraportti etenee siten, että ensimmäisissä luvuissa (luvut 2 ja 3) pyritään taustoittamaan Makropilottihankkeen syntyä ja tavoitteita sekä kuvaamaan projektin laajempi kokonaisuus (luku 4). Tässä arvioinnissa ollaan keskitytty hankkeen keskeiseen osaan, mutta samalla jätetty laajasta kokonaisuudesta osa vain maininnan varaan. Seuraavissa luvuissa kuvataan arvioinnin paikka laajemmassa monitahoarvioinnissa (luku 5) sekä täsmennetään arvioinnin lähtökohtia, menetelmiä ja viitekehystä (Luku 6).

Makropilotin tulosten varsinainen käsittely alkaa luvusta 7, jossa pyritään asettamaan projektin tuloksellisuus tavoitteen-

asettelua realistisempaan kontekstiin. Makropilotissa toteutunutta projektikehittämisen perusasetelmaa kuvataan luvussa 8. Projektissa kehitettyjä keskeisiä toimintamalleja käsitellään luvuissa 9 ja 10. Luvussa 9 pohjana ovat tietotekniikan kehittämisen pohjana olleet tavoitetilakuvaukset, jotka lopputuloksen kannalta ovat vain suuntaa antavia dokumentteja. Malleja esitellään raportissa kuitenkin siksi, jotta lukijalle konkretisoituisi se, mitä saumattomilla palveluketjuilla käytännössä tarkoitetaan. Seuraavassa luvussa 10, esitellään kokeilulainsäädännön tasolle saakka ehtineet toimintamallit sekä tietotekniset ratkaisut, joilla toimintamallit on tarkoitus muuttaa malleista käytännössä toteutettaviksi.

Luku 11 katkaisee projektin ja sen mallien esittelyn. Siinä pyritään kuvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaympäristöä vanhustenhuollossa tällä hetkellä. On ennakoitavissa, että uudet toimintamallit voivat helpottaa asiakkaiden kulkua eri yksikköihin organisoitujen palveluiden välillä. Mallien lisäksi on vielä mietittävä ja sovittava monista muistakin käytännöistä, jotta kokemus saumattomuudesta ja joustavasta toiminnasta toteutuisivat asiakkaiden ja käytännön ammattilaisten kannalta.

Luvussa 12 tarkastellaan omaneuvojakokeilusta saatuja tuloksia. Näitä tuloksia tarkasteltaessa on syytä pitää mielessä, että omaneuvojakokeilu toteutettiin ilman suunniteltua ja luvattua tietoteknistä tukea. Luvussa 13 pyritään kokoamaan Makropilotin mallien myötä suunnitellun muutoksen aiheuttamia muutoksia sosiaali- ja terveysalan työhön. Yhteenveto 14 ja suositukset 15 päättävät raportin.

2

*KOHTI HYVINVOINTITEKNOLOGISIA
VIENTITUOTTEITA JA SAUMATONTA
PALVELUKETJUA*

Visio tietoyhteiskunnan sosiaali- ja terveyspalveluista

Hyvinvointiteknologia tarjoaa uusia näköaloja sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen, ammatilliseen toteuttamiseen ja niiden käyttämiseen asiakkaana. Yhteiskuntapolitiikan painopisteen siirryttyä hyvinvointivaltion rakentamisesta tietoyhteiskunnan ja osaamisen kehittämiseen, tietoyhteiskuntaan liittyvät visiot, lupaukset ja toiveet on integroitu myös sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreille. Tämän arviointitutkimuksen tavoitteena on tarkastella työn muutosta ja henkilöstön työn hallinnan mahdollisuuksia Satakunnan Makropilotti –hankkeessa. Kyseessä on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishanke, jossa tietotekniikan tuella on pyritty uudistamaan ja kehittämään sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Hankkeen tavoitteena on ollut ”*kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä saumaton ja tehokas, asiakkaalle organisaatorajat peittävä palvelukokonaisuus*” (Projektisopimus 26.11.1998). Laajalla kehittämishankkeella on pyritty toteuttamaan erityisesti 1990-luvun puolivälistä lähtien tehtyä strategia- ja kehittämistyötä. Erityisen vahvasti hanke seurailee *sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tietoteknologian hyödyntämisstrategian* suuntaviivoja (STM 1996) Strategian keskeinen suositus liittyi saumattomiin palveluketjuihin: palvelujen porrastuksesta tulisi strategian mukaan päästä ”asiak-

kaan hoitoprosessin kokonaisvaltaiseen suunnitteluun, optimointiin ja hallintaan.[...] Saumaton palveluketju mahdollistaa, että asiakkaan hoitotilanne on koko ajan sekä hoitoa antavan ammattilaisen, hoidon järjestämisvastuussa olevan ja asiakkaan hallinnassa huolimatta siitä, mikä organisaatio hoitoa järjestää tai antaa. Hoitoketjun kokonaishallinta toimii aktiivisesti asiakkaan tarpeita korostaen.”

Strategian muissa tavoitteenasetteluissa pidettiin tärkeänä tietoyhteiskuntakehityksen tasapuolista jakautumista, kuntien verkottumista sosiaali- ja terveydenhuollon tietoverkkoja hyödynnettäessä, kansalaisen ja asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantamista, asiastietoja koskevan tietosuojan ja tietoturvan kehittämistä, tietojärjestelmien integraation ja yhteensopivuuden parantamista sekä hyvinvointiklusterin vahvistamista. Henkilöstön kannalta tietotekniikan ennakoitiin aiheuttavan muutoksia töiden organisointiin, työn kulkuun sekä työnjakkoon. Tietotekniikan käytön lisääntymisen arvioitiin synnyttävän uusia ammattitaitovaatimuksia ja laajentavan sosiaali- ja terveysalan työtehtäviä kokonaisvaltaisemman toiminnan myötä. Strategiassa korostettiin sitä, että teknologisten ratkaisujen ja välineiden valinta on johdettavissa ensisijaisesti palvelujen tarpeista ja sisällöstä. Sekä asiakkaiden että henkilöstön tarpeiden huomioimista pidettiin tärkeänä. Moniammatillisen osallistavan suunnittelun nähtiin olevan eräs keino valita sellaisia teknologisia ratkaisuja, jotka parhaiten tukisivat palvelujen ja työprosessien kehittämistä.

Tietoyhteiskuntapolitiikassa tieto- ja viestintäteknologialle asetetaan keskeinen reformin välittäjän tehtävä. Kun hyvinvointivaltion aktiivisin rakentamiskausi on ohi, tietoyhteiskuntapolitiikalla pyritään ohjaamaan ja jalostamaan aiemman hyvinvointipoliittisen kauden tuotteita, jotka sinänsä eivät ole laakanneet olemasta (ks. Anttonen & Sipilä 2000, 254-256; vrt. Julkunen 2001). Sosiaali- ja terveyspalveluiden haasteena nähdään julkisten menojen kasvun hallitseminen sekä samalla riittä-

vän laadukkaiden palveluiden tuottamisen paine. Tietotekniikka nähdään välineenä uudistaa sosiaali- ja terveyspalveluita, jolloin kehittämisen uusiksi avainsanoiksi nousevat asiakaslähtöisyys ja palvelujen saumattomuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiseksi kehittämishaasteeksi on määritelty organisaatioiden kyky tuottaa yhteensopivia palveluja. Hajanaisen palvelujärjestelmän organisaatiokeskeiset toimintakäytännöt halutaan siis muuttaa tehokkaammaksi ja asiakkaan kannalta joustavimmiksi: palvelujen järjestämisen ihanteena on kokonaisnäkemys ja toimintatapa, jossa organisaatioiden muodolliset rajat ovat ylitettävissä. Tekniikan hyödyntämisen uskotaan edistävän asiakaslähtöistä toimintatapaa: se vahvistaa organisaatioiden uudistumista verkostomaisemmiksi ja hierarkialtaan matalammiksi.

Sosiaali- ja terveystieteiden strategianlinjauksista (STM 1996), Makropilottihankkeen tilauksesta (makropilottikutsu 1998) hanke-esityksestä (1998) ja hankesuunnitelmasta (1999) hahmottuu visio, jossa ratkaistaan monia sosiaali- ja terveyspalvelujen ongelma- tai kehittämisalueiksi tunnistettuja tekijöitä. Seuraavassa visiota kuvataan yksinkertaistetusti eri toimijoiden kannalta.

Tietotekninen kehittämisellä ja siihen yhdistyvällä toimintamallien uudistamisella pyritään siihen, että asiakkaat saisivat palvelunsa aikaisempaa kitkattomammin ja tehokkaammin. Asiakkaan kannalta samaan asiaan liittyvät palvelut kytkeytyvät toisiinsa ja asiointi toisistaan tietämättömien viranomaisten ja hoitoammattilaisten kanssa vähenee. Kansalaisen ja asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantaminen merkitsee sitä, että asiakkaiden rooli omaa ja läheisten hoitoa ja palveluita koskevassa suunnittelussa ja toteutuksessa on mahdollisimman aktiivinen. Kansalaiset pyrkivät selviämään myös omatoimisesti tai tuettuna omissa lähiympäristöissään.

Tämän kehityksen myötä syntyy myös kokonaan uusia palveluja ja jo olemassa oleville palveluille kehittyä rinnakkaisia asiointimahdollisuuksia. Makropilottihanke kytkeytyy siten myös

laajemmin kansalaisia hyödyttävien tietoteknisten sovellusten, kuten sähköisen asioinnin kehittämiseen (ks. VM1994).¹ Asiointia sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmissä voivat helpottaa esimerkiksi erilaiset tietopankit internetissä, sähköinen ajanvaraus, vuorovaikutteinen asiointi sekä erilaiset palvelujen tilauspalvelut. Suuri osa asiakkaista etsii tarvitsemansa palvelut aikaisempaa itsenäisemmin kuormittamatta tiedusteluillaan palvelun tuottajia. Toisaalta asiakkaan itsenäinen selviytyminen kotiympäristöstä mahdollistuu tarkoituksenmukaisten palveluiden ja uusien teknisten apuvälineiden ansioista aikaisempaa pidempään. Vaikeiden ongelmien kanssa kamppaileva, monia sosiaali- ja terveyspalveluja samanaikaisesti käyttävä asiakas voi saada tarvitsemansa palvelut henkilökohtaisen palveluneuvojan, niin kutsutun *omaneuvojan*, avustamana.

Koska on asiakkaan edun mukaista, että hänen hoitonsa ja palvelunsa perustuvat häntä koskevaan luotettavaan tietoon, pyritään kehittämään asiakkaan itsemääräämistä ja tiedonkulun tehokkuutta tukevia menettelyjä. Asiakas voi antaa luvan tietojensa välitykseen esimerkiksi sairaalasta terveyskeskukseen tai päinvastoin luotettavasti sähköisen allekirjoituksen mahdollistamalla henkilökortilla. Palvelut tehostuvat kun asiakkaat hakeutuvat tutkimuksiin ja kokeisiin vain yhdessä yksikössä. Tietoturvaa ja -suojaa pyritään kehittämään yhtenäisemmäksi. Yksittäinen asiakas voi seurata ja siten ikään kuin hallita omia asiakastietojensa käyttöä internetin välityksellä. Uudistukset merkitsevät muutoksia ammattilaisten ja asiakkaiden välisissä suhteissa. Asiakaslähtöisyyden tulisi olla palvelujen tuottamisessa keskeinen lähtökohta.

¹ Makropilottikutsussa mainitaan mm. sosiaaliturvan strategiat 1995, terveydenhuollon suuntaviivat 1996, terveydenhuollon selvitysmiesraportit 1998, vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö 1996, vammaistyöryhmä 96: muistio, Suomi tietoyhteiskunnaksi -kansallinen strategia sekä valtioneuvoston periaatepäätös sähköisestä asioinnista, palveluiden kehittämisestä ja tiedonkeruun vähentämisestä 1998.

Vision mukaiset sosiaali- ja terveydenhoitopalvelut vaativat toimintatapojen uudistamista. Tietotekniset välineet tarjoavat ammattilaiselle mahdollisuuden ylittää organisaatioiden rajoja asiakkaan joustavan ja tehokkaan – saumattoman – hoidon ja palvelun takaamiseksi. Ammattiryhmät kykenevät kehittyvien reaaliaikaisten tiedonsiirtomahdollisuuksien avulla koordinoimaan yksittäisen asiakkaan palveluja muun muassa välittämällä lähetteet ja hoitopalautteet sähköisesti. Asiakkaita koskevat sairaus- ja palveluiden käyttöhistoriat ja tuoreet tutkimustulokset voidaan – asiakkaan suostumuksella – koota yhteen ja siten ymmärtää potilasta kokonaisvaltaisemmin. Erikoistunutta asiantuntemusta on mahdollisuus hyödyntää myös syrjäseuduilla kehittyvän konsultaatiotekniikan avulla. Ammattilaisten osaaminen kehittyy kun etäoppimisen mahdollisuudet hyödynnetään työpaikoilla. Ammattilaisilla on myös pääsy niin valtakunnallisiin ja alueellisiin hoitosuosituksiin kuin uusimpiin tutkimustietoihin pohjautuviin tietovarantoihinkin. Uusien teknisten mahdollisuuksien hyödyntäminen edellyttää, että henkilöstöllä on siihen osaamista, mahdollisuuksia ja halua. Uusien työvälineiden on tarkoitus sekä tehostaa työtä että helpottaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työkuormaa. Paremmat työvälineet ja kehittyneemmät toimintamallit voisivat helpottaa myös henkilöstön jaksamista: Aikaisempaa paremmat työolosuhteet voisivat muutoinkin lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon vetovoimaa.

Ammattilaisten verkostoituminen ja tiimiytyminen takaavat sen, että kaikki palvelut johtavat samaan – asiakkaan kanssa suunniteltuun ja sovittuun – suuntaan. Ammattilaiset ovat siis tietoisia niin asiakkaan toiveista kuin toistensa toimistakin. Osa aiempaa tiiviimmistä vuorovaikutuksesta hoidetaan virtuaalisesti, joten palvelujen tarjoajat kykenevät samanaikaisesti parantamaan laatua ja lyhentämään jonoja. Kehittämishankkeissa tehtävä määrittäminen- ja luokitustyö sekä yhteisessä käytössä olevat ohjelmat helpottavat ammattilaisten ja ammattialojen välisiä käsitte-eroja (ks. <http://www.kuntaliitto.fi/soster/luokitukset/>). Yh-

teistyö edellyttää moniammatillisessa yhteistyössä toimimisen taitoja. Kokonaisvaltainen hoito ja palvelu saavutetaan kun tietotekniikka yhdistää paitsi terveydenhoidon myös sosiaalihuollon ja -vakuutuksen sekä mahdollisesti yksityisetkin palvelun tarjoajat. Vaikka palvelun tuottajien taustat ovat moninaiset, asiakkaalle palveluntuottajien organisaatiot ja niiden erot eivät ole näkyvissä. Myös sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujärjestelmän moniarvoisuutta ja täydentymistä tukeva kolmas sektori kansalaislähtöisine toimintakulttuureineen on kytketty aikaisempaa tiiviimmin palvelutarjontaan. Yksityinen sektori palveluvaihtoehtoineen halutaan integroida uudistukseen mukaan.

Vaikka kehittämistoiminta vaatiikin panostuksia, hyötyjiin kuuluvat pitkällä tähtäimellä myös palvelujen tuottajat ja rahoittajat kunnat ja kuntayhtymien sairaanhoitopiirit. Palvelujen tietotekninen organisointi käynnistää alueellista yhteistyötä jonka tiivistyminen helpottaa yhteisistä käytännöistä sopimista. Palveluiden tuottaminen tehostuu: menot pienenevät ja henkilöstön kuormittuminen taittuu. Samalla palvelujen laatu paranee ja niiden tuottaminen tehostuu, mikä merkitsee arvostuksen nousua ja ehkä myös kuntakuvan kiillottumista ja vetovoiman kasvua.

Hanke ei pyri vain sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen, vaan tavoitteena on myös ollut hyvinvointiteknoologiaan liittyvän elinkeinotoiminnan kehittäminen kilpailukykyiseksi hyvinvointiklusteriksi, joka suuntautuu vientituotteiden kehittämiseen (ks. esim. Rouvinen, Saranummi, Lammi 1995; Saranummi 1999; myös Koivukangas & Valtonen 1995). Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä siihen liittyvä hyvinvointiteknologian kehittäminen, tutkimus- ja koulutus muodostavat hyvinvointiklusterin, yhden kansallisen elinkeinopolitiikan painopistealueen.

Makropilottihankkeen vaiheita

Edellä kuvattua visiota toteuttava Makropilottihanke käynnistettiin huhtikuussa 1998 sosiaali- ja terveysministeriön, kauppa- ja teollisuusministeriön, Kelan, Suomen kuntaliiton, Stakesin, Työterveyslaitoksen, Tekesin ja Kansanterveyslaitoksen yhteisenä avoimena kutsuna kuntien ja kuntayhtymien sekä yritysryppäiden yhteenliittymille.² Hankkeen välittömiksi tavoitteiksi määriteltiin asiakaslähtöisten saumattomien palveluketjujen toimintamallien kehittäminen, näitä tukevan tietotekniikan kehittäminen ja testaamisen, tietosuojan ja tietoturvan parantaminen sekä sähköisen asioinnin mahdollistavan asiakaskortin testaaminen.

Makropilottikutsussa esitetyt tavoitteet

1. Perinteisten organisaatiokeskeisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien uudistaminen asiakaslähtöisellä saumattomilla palveluketjuilla sekä palveluiden saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantamisella.
2. Palvelujärjestelmän kokonaiskustannusten hallinnan kautta saavutettava toiminnan laadun ja tehokkuuden lisääminen.
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietosuojan ja tietoturvan parantaminen uuden teknologian mahdollisuudet ja uhat huomioon ottaen.
4. Eri puolilla Suomea alueellisesti ja paikallisesti kehitettyjen saumattomien palvelukonseptien osaratkaisujen tulosten kokoaminen laajaksi alueelliseksi, toimintatapoja uudistavaksi kokeiluksi.

² Makropilottikutsun otsikko oli muotoiltu seuraavasti: *Alueellinen kokeilu sosiaali- ja terveydenhuollon saumatonta palveluketjua ja siihen liittyvää sosiaalivakuutusta tukevasta tietoteknologiasta* (ks. <http://www.oskenet.fi>)

5. Itsenäisen selviytymisen ja kotihoidon järjestelmien ja teknologioiden toimivuuden testaaminen ja integrointi sosiaaliturvan kokonaisuuteen.
6. Asiakaskeskeisen ja saumatonta hoito- ja palvelujärjestelmää tukevan tietoteknisen infrastruktuurin ja arkkitehtuurin sekä niihin liittyvien tieto- ja tietoliikenneteknologioiden kehittäminen ja testaaminen.
7. Turvallisten tietoverkkoratkaisujen, sirukorttitekniikan ja verkkotietokantojen yhteistoiminnallisuuden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon multimediasovellutusten kehittäminen.
8. Kokeilussa kehitettyjen toimintojen ja olemassa olevien alueellisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojärjestelmien kytkeminen yhdeksi kokonaisuudeksi siten, että samalla synnytetään uutta suomalaista yritysosaamista ja vientituotteita.

Makropilottikutsussa esitettiin suunnitelma hankkeen käynnistämiseksi. Avoimeen kutsuun vastanneiden kanssa oli määrä käydä tarkentavia neuvotteluja, tehdä alueiden esikarsinta ja alueen valinta sekä rajaus saman vuoden kesä-elokuussa. Toisessa vaiheessa elo-lokakuussa 1998 oli tarkoitus valita mukaan tulevat yritykset ja laatia yhteistyösopimukset. Esittäjätahot kuvasivat kutsussa omat panoksensa kehittämistyön tukemiseen. Kutsu sisälsi myös kriteereitä, joiden perusteella valinta suoritettiin. Yhtenä kuudesta kohdasta tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mukanaoloa ja vuorovaikutusta hankkeen suunnittelussa ja toteutuksessa (ks. liite 1). Hanke oli alunperin tarkoitus toteuttaa vuosina 1998-2000.

Satakuntalaisten esityksessä (1998) luetellaan alueellisiksi taustaorganisaatioiksi: Satakuntaliitto, Porin ja Kankaanpään kaupungit, Merikarvian, Noormarkun, Pomarkun, Siikaisten ja Lapin kunnat, Porin terveysvirasto, Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymä ja Satakunnan sairaanhoitopiirin

kuntayhtymä, kahdeksan alueen yksityistä apteekkia, kaksi yksityisiä työterveyspalveluita tarjoavaa lääkärikeskusta, Outokumpu Oy:n työterveyshuolto, Kelan paikallisorganisaatiosta Porin, Rauman ja Kankaanpään vakuutuspiirit, Porin korkeakoulu-yksikkö, Satakunnan ammattikorkeakoulu, Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin yksikkö, HC-ICE kehittämiskeskus, Porin seurakuntayhtymä sekä Porin Diakonialaitos. Toimintaa pyrittämään organisoitiin Makropilottiyhdistys ry. Yhdistys laati hanke- ja projektisuunnitelmat ja palkkasi projektihenkilöstöä Makropilottitoimistoon.

Makropilotista tuli Satakunnan Makropilotti, kun kutsuun vastanneiden 15 yhteenliittymän joukosta Satakunnan alue valittiin kehittämisalueeksi, jonka tehtävänä oli kokeilla miten uutta teknologiaa voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisessä (tarkemmin liitteessä 3). Sosiaali- ja terveysministeriön ja Satakunnan Makropilotin projektisopimuksessa (26.10.1998) sopimussumma oli 19 350 000 markkaa. Hankesuunnitelmassa (1998) kustannusarvion loppusummaksi arvioitiin kuitenkin jopa 98,5 miljoonaa markkaa ja hankkeen rahoittajiksi kaavailtiin kuntia, kuntayhtymiä, Sosiaali- ja terveysministeriötä, Tekesiä ja Satakuntaliittoa. Satakunnan vahvuutena pidettiin tuolloin kuntien sitoutumista, hankkeen laaja-alaisuutta sekä alueella aiemmin tehtyä kehittämissuorituksia. Alue vaikutti innostuneelta vastaanottamaan haasteen, jota pian esiteltiin ”Euroopan laajimpana sosiaali- ja terveysalan kehittämishankkeena”.

Makropilottihanke täsmentyi lopulta projektisuunnitelmasa vuoden 1999 lopulla kuudeksi projektikokonaisuudeksi, jotka jakautuivat edelleen yhteensä 15 osaprojektiksi (tarkemmin luvussa 3.2). Lisäksi hankkeeseen liittyivät viestintä-, koulutus ja arviointiprojektit, joista viimeksi mainittu organisoitiin itsenäiseksi Stakesin terveydenhuollon menetelmien tutkimusyksikön FinOhtan koordinoimaksi projektiksi.

Hankesuunnitelmassa 1998 todettiin yhteistyökumppaneina olevan ”iso ja projektien myötä kasvava joukko yrityksiä” Yritysten kanssa tapahtuva yhteistyö ei kuitenkaan edennyt toivotulla tavalla hankkeen alkuvaiheessa. Yritysten kanssa käytäviä neuvotteluja helpottamaan perustettiin toukokuussa 2000 Porin Puhelimen, Soon Communicationsin ja Sitran omistama Welfare Communications Fin Oy. Yrityksen oli määrä tuottaa Makropilotissa määriteltyjä teknisiä ratkaisuja yhteistyössä informaatioteknologiayritysten kanssa. Keskeisiä toimittajia ovat Suomen Posti ja ICL Invia.

Kokeilu tuotti lainsäädännön muutoksia, jota valmisteli valtakunnallinen Lex Makropilottityöryhmä. Poikkeuksellisen monia osapuolia koonnut valmistelutyö eteni siten, että esitys laiksi Saumattomista palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta (laki 811/2000) annettiin hallitukselle 5.5.2000 ja astui voimaan 1.10.2000 määräaikaisena vuoden 2003 loppuun. Lainsäädäntöön tiivistyvät monet projektissa kehitetyt toimintamallit. Osana Makropilottia on toteutettu sosiaali- ja terveyshuollon asiakaskorttiin liittyvä projekti, jonka tuloksena on kehitetty Kelan jakelema kehittyneen sähköisen tunnistamien ja allekirjoituksen mahdollistava asiakaskortti. Makropilotin asiakaskortti –ohjausryhmä suunnitteli kortin sisällön.³ Näiden kahden työryhmän työhön on kytkeytynyt myös alueellinen tietoturva- ja tietosuojaprojekti, jonka myötä julkaistiin alueellinen tietoturvaohjeisto 20.11.2000 (ks. <http://www.makropilotti.fi>).

Teknisen toteutuksen viivästymisen vuoksi pilotin toteuttamista varten myönnettiin puoli vuotta lisääaikaa. Muutamien toimintamallien kokeilu käynnistettiin portaittain marraskuun 2000 ja kesäkuun 2001 välisenä aikana eri vaiheissa esitettyjä suunnitelmia vaatimattomampana ja lähes täysin ilman hankkeessa kehitettyjä tietoteknisiä apuvälineitä⁴ (7.3). Satakunnas-

³ Makropilotti asiakaskortti –ohjausryhmän loppuraportti 2001.

⁴ Pilotointi ja diaesitys pilotoinnin vaiheistuksesta ja aikatauluista <http://www.makropilotti.fi>

sa kokeiltiin kolmella alueella omaneuvojamallin toteuttamista: Porin vanhustenhuollossa, Kankaanpään äitiyshuollossa sekä Luoteis-Satakunnan kuntien lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen palveluissa. Kesäkuun alussa avattiin Paraneet -informaatio-palvelu, jonka tarkoituksena on koota ja välittää tietoa Satakunnan alueen sosiaali- ja terveyspalveluista sekä kansalaisille ja asiakkaille että ammattilaisille. Porin vanhustenhuollon kehittämistoiminnassa mukana olleet ovat pilotissa kokeilleet myös turvasähköpostia, joka mahdollistaa luottamuksellisen asiakas-kohtaisten viestien vaihdon. Kokeiluaikana kehitettiin edelleen myös palveluketjusuunnittelun mallia. Sosiaaliturvakorttia jaettiin ammattilaiselle ja muille kansalaiselle aiotun 10 000 kappa-teen sijaan noin 500. Toiminnallinen kokeilu ulottui myös hie- man vähemmän innovatiivisiin ikäihmisten aktivoivan toiminta-kykytestaukseen ja kotisairaaloimintaan.

Satakunnan Makropilotin saavuttaessa virallisen päätepis- teensä kesällä 2001, todettiin vasta ensimmäisen vaiheen päät- tyneen. Tietotekniikan osalta keskeiseksi muodostuneen niin sanotun *aluetietojärjestelmän*⁵ toteutusvaihe oli vuoden 2002 alussa edelleen meneillään⁶. Päätösvaiheessa monet hankkeen kunnianhimoisista tavoitteista olivat varsinkin sosiaali- ja terve- ysalan käytäntöjen näkökulmasta vielä sangen etäisiä. Projektien tulokset olivat tuolloin vielä paljolti työpapereita ja dokument- teja toiminnallisten ja teknisten mallien kehittämistyöstä. Alue- tietojärjestelmästä oli ollut pilotin piirissä vain marginaalinen osa. Kehitettyä tekniikkaa ja siihen liittyviä toimintamalleja ei

⁵ Aluetietojärjestelmä Makropilottisanastossa (<http://www.makropilotti.fi>): ”Aluetietojärjestelmä on koko Makropilotin tietotekninen perusta. Se mahdollistaa kaikkien eri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tieto- järjestelmien yhteiskäyttöisyyden. Sen avulla voidaan muun muassa kerätä ja käyttää asiakaskohtaista tietoa, saada tietoja asiakkaan tarvitsemista palveluis- ta sekä suunnitella, johtaa ja seurata palveluja aivan uudella tehokkuudella”.

⁶ Teknisen projektipäällikön sähköpostitiedonanto 4.7.2001, kehittämispäällikön tiedonanto 28.8.2001

oltu vielä testattu siinä määrin kuin projektia käynnistettäessä oli kuviteltu.

Vuoden 2001 aikana Satakunnan Makropilotti ry teki hanke-esityksiä projektissa kehitettyjen tulosten laajentamiseksi ja kehittämiseksi edelleen Satakunnan alueella. Alueen kaikki kunnat liittyivät yhdistyksen jäseniksi. Kehittämistyö eriytyi siten, että tietotekninen kehittäminen tapahtui Satakunnan sairaanhoitopiirin organisaatiossa ja toiminnallinen kehittäminen makropilottitoimiston koordinoimana projektitoimintana (Projektin johtajan muistio Makropilotin toiminnan luonteesta jatkossa 9.7.2001). Welfare Communications Fin Oy ajautui konkurssiin keväällä 2002.

Makropilottihanke ajoittuu virallisesti vuosiin 1998–2001. Nyt käsillä oleva työn sosiaalista muutosta tarkasteleva raportti on osa laajempaa Satakunnan Makropilotin arviointihanketta. Arvioinnin keskeiseksi tehtäväksi asetettiin Satakunnan Makropilotin tulosten yleistettävyyden ja siirrettävyyden arvioiminen muualle suomalaiseseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Arviointi- ja seurantahanke on toteutettu Tampereen yliopiston Tietoyhteiskunnan tutkimuskeskuksessa. Työministeriön kansallinen Työelämän kehittämishanke on rahoittanut tätä työtä.

*SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT JA
ASIAKASLÄHTÖINEN SAUMATON PALVELUKETJU*

Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän kokonaisuus ja kehitys

Hyvinvointipalvelut – sosiaali- ja terveystalvelut sekä koulutus – ovat kaikille kansalaisille tarkoitettuja tarpeen mukaan jakautuvia etuuksia (Raunio 1996, 74–75). Sosiaali- ja terveystalvelujen tuotanto vakiintui julkisen sektorin vastuualueeksi 1960-luvulta lähtien. Kunnilla on palveluiden järjestämisvastuu. Marginaalinen köyhänapu ja vaivaishoito muuttui palveluiden ja hoidon kattavaksi järjestelmäksi, joiden käytöstä tuli normaali, kansalaiselle kuuluva oikeus. 1980-luvulle tultaessa oli muodostunut monimutkainen palvelujärjestelmäksi kutsuttu palveluiden kokonaisuus (Anttonen & Sipilä 2000, 112–113). Hyvinvointivaltion ”kultakausi” – laajeneminen – päättyi 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa julkisen sektorin itseoikeutettu asema palveluiden tuottajana kyseenalaistettiin. Palveluiden tuottamisessa vahvistui hyvinvointipluralismin ajatus (welfare mix), mikä merkitsi sitä, että yksityinen palvelutuotanto ja vapaaehtoisorganisaatioiden toiminta paikannettiin yhä vakiintuneempina osina sosiaali- ja terveyssektorin kenttää. (ks. Palomäki 1997; Jääskeläinen). Tästä jonkinasteisesta ideologisesta siirtymästä huolimatta julkinen palvelutuotanto on toistaiseksi säilynyt määrällisesti keskeisenä koko palvelujärjestelmää tarkasteltaessa.

Lainsäädäntö ajallisine kerrostumineen on muovannut hyvinvointipalveluiden kokonaisuutta. Terveyspalveluiden kehityksessä merkittävä vedenjakaja on vuoden 1973 Kansanterveyslaki, jonka myötä kehitettiin muun muassa laaja terveyskeskusverkosto. Palvelut jakautuvat terveydenhuollon puolella perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Yksityiset terveyspalvelut tarjoavat vaihtoehdon julkisesti tuotetuille palveluille. Sairausvakuutusjärjestelmä kytkee osan niidenkin rahoituksesta julkisesti tuettuun kokonaisuuteen. Terveydenhuollon palveluiden tuottajana toimii kunta, kuntayhtymä tai useampia. Kuntayhtymien muodostavat sairaanhoitopiirit vastaavat erikoissairanhoidosta. Kuntien jäsenyys sairaanhoitopiireihin on pakollinen mutta erikoissairaanhoidon voi hankkia muualtakin. Hoidon porrastus – ajatus siitä, että terveysongelmia ja sairauksia pitäisi hoitaa siellä missä se on tarkoituksenmukaista hoidon erikoistumisen perusteella – on ollut tärkeä hoitokäytäntöjä ohjaava periaate terveydenhuollossa. 1990-luvulla pyrittiin enenevässä määrin laitoshoidosta avohoitoon. Sairaalahoidosta tuli toimenpidekeskeisempää ja hoitoajat lyhenivät (STM 1998). Toisaalta yhä nopeutuvia kotiutuksia ja siirtoja terveyskeskusten vuodeosastoille on myös ryhdytty arvostelemaan (Uusitalo, 2000; Jylhäsaari 2001, 27).

Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan tässä laajasti sosiaaliturvaan kuuluvan sosiaalihuollon kenttää.⁷ Kunnalliset sosiaalipalvelut

⁷ Lainsäädännössä käytetään pääsääntöisesti käsitettä sosiaalihuolto. Sosiaalihuollon palveluilla on useimmiten lakisääteinen perusta. Sosiaalihuollon käsite on kuitenkin sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa usein korvautunut sosiaalipalveluiden käsitteellä. (ks. Rauhala 1995). Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä (2000, 103) ovat kuitenkin kiinnittäneet huomiota siihen, ettei palvelukäsitteen käyttö sosiaalihuollon yhteydessä ole täysin ongelmatonta. Palveluiden vapaaehtoisuus ei toteudu kaikissa sosiaalihuollon toiminnoissa, kuten pakkokeinoin toteutetuissa lasten huostaanotoissa. Saman logiikan mukaan myös terveydenhoidon, erityisesti psykiatrian piirissä tapahtuva pakkohoito ei voi kutsua terveyspalveluksi. Huolimatta siitä, että sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon piiriin kuulumisessa vapaaehtoisuuden asteet ovat vaihtelevia, käytetään tässä kummastakin yleisnimitystä palvelut.

ovat kehittyneet voimakkaasti 1960-luvulta lähtien. Valtiollinen ohjaus oli vahvaa sosiaalihuollossa 1980-luvun Valtava-uudistuksesta huolimatta aina 1990-luvun alkuun saakka. Valtion-osuus uudistus 1993 vähensi valtion tukea ja vapautti samalla kunnat järjestämään palveluita aikaisempaa väljemmin ohjein. Esimerkiksi palvelujen osto yksityisiltä palveluntarjoajilta tuli mahdolliseksi. (Kröger 1995) Tosin yksityisen palvelutuotannon hyödyntäminen kuntien ostopalveluna on vielä vähäistä ja kohdentuu pääasiassa tukipalveluihin (Jylhäsaari 2001). Kunnallinen sosiaalihuolto vastaa perus- tai lähipalveluista. Niiden lisäksi sosiaalihuollossakin on erityispalveluita: esimerkiksi osa vammaispalveluita ja lastensuojelua on organisoitu sosiaalihuollon erityishuoltopiirien kuntayhtymien kautta, joiden tehtävät ovat koko palvelutarjontaan nähden usein suppeita. Palvelujen organisoinnissa vapaaehtoinen osa kuntayhtymäyhteistyöstä purkautui usein 1990-luvulla. Sosiaalihuollossa on siten paljon pieniä ja hajallaan olevia kunnallisia ja yksityisiä yksiköitä. (Laine 1999.)

Kuten edellä todettiin, palveluiden toteuttamisessa lähipalveluperiaate on yleistynyt. Terveydenhuollon väestövastuu ja sosiaalihuollon aluetyö ovat muovanneet palvelujen organisointia 1980-luvun lopulta lähtien. Väestövastuulle sen enempiä kuin alueelliselle työtavallekaan ei ole yhtenäistä mallia tai määritelmää. Sosiaalityössä aluepohjainen työ on merkinnyt esimerkiksi pyrkimystä kohdealueiden asukkaiden toiminnan aktivoimista ja erilaisten asiakasryhmien kanssa tehtävää työtä (Kananoja 1997, 45–46). Terveydenhoidossa väestövastuu on monin paikoin konkretisoitunut lähinnä omalääkärijärjestelmänä. Laajimmillaan kyse on voinut olla moniammatillisen väestövuostien tiimien muodostumisesta. Yksi väestövastuun määritelmä liittyykin asiakassuhteiden jatkuvuuteen ja ammattihenkilöstön tehtäväkuvien laajentamiseen. Marko Elovainion, Tiina Kalliomäki-Levannon ja Mika Kivimäen tutkimuksessa (1997) väestövastuulla tarkoitetaan sitä, että tietty henkilöstö antaa perus-

palvelut jonkin rajatun alueen asukkaille. Hoitosuhteet pyritään järjestämään mahdollisimman pysyviksi, jolloin asiakkaat tietävät, keihin ottaa yhteyttä terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Mainittujen tutkijoiden mukaan ”toimintatavat muodostivat jonkinlaisen jatkumon sektoritoiminnasta alueelliseen toimintaan päin”. (mt., 34) Kunnista 90% ilmoittaa terveydenhuollon perustuvan väestövastuuseen, mutta kyseiset tutkijat huomauttavat, että järjestelyt ovat käytännössä hyvin eritasoisia (mt., 90–91). Jussi Jylhäsaaren (1999) mukaan jonkinasteisen väestövastuun piiriin kuuluu noin kaksi kolmasosaa kunnista, vaikka väestövastuun toteuttaminen ei lisääntynyt enää 1990-luvun lopulla.

1990-luvun lama, vähentyneet valtionosuudet ja kuntien aikaisempaa vapaampi päätösvalta palveluiden järjestämisessä merkitsivät sosiaali- ja terveystalouteen kohdentuneita säästötoimenpiteitä. Erityisesti säästöjen kohteeksi joutuivat tuolloin vanhusten palvelut sekä mielenterveyspalvelut (Uusitalo 2000, 25). Kuntien menot nousivat enemmän kuin niiden tulot (Lehto & Blomster, 2000, 167). Alueelliset erot palveluiden saatavuuden ja ilmeisesti myös laadun suhteen ovat huomattavia (STM 1998). Kuntien välillä on eroja tuottavuudessa ja tehokkuudessa sosiaali- ja terveystalouden tuotannossa. Laman aiheuttamasta palveluiden heikkenemisestä huolimatta suomalaisten sosiaali- ja terveystalouden tasoa on totuttu pitämään korkeana (Isolauri, 2001, 1; Uusitalo, 2000, 15–16; Kröger 1995). Sosiaali- ja terveystalouden on nähty osana sosiaalista pääomaa ja kilpailukykyä (Kajanoja 1996). Taannoin WHO:n (2000) arvio suomalaisten terveystalouden tasosta järkytti asiantuntijat, vaikka selityksiä sijoittumisesta vasta 31:lle sijalle löydettiin tutkimuksen toteutustavasta (Häkkinen 2000). Samasta vertailusta tosin havaittiin, että terveystalouden BKT-osuus on kansainvälisesti verrattuna toistaiseksi kohtuullinen (7,6 %). Kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveystalouden osuus

bruttokansantuotteesta vaihteli 1990-luvulla 35–25% välillä. Lamavuosina menot olivat huomattavasti EU:n keskiarvoa korkeammalla tasolla. (Stakes Tieto 2002) Toisaalta jo pitkään on oltu huolestuneita sosiaali- ja terveysten tulojen kasvusta etenkin väestön ikääntymisen ja eläköitymisen aiheuttaman huoltosuhteen vääristymästä (STM 1998, 61). Taloudellinen lama ja väestön ikääntyminen ovat nostaneet esiin myös keskustelun hoidon priorisoinnista: siitä mihin julkisia resursseja terveydenhuollossa voidaan kohdentaa lääketieteen kehittyessä (Isomäki 1998).

Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön kannalta 1990-luku merkitsi työtahdin tiukkenemistä (Lehto & Blomster 2000, 173). Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön työolot ovat heikkenet 1980-luvun lopulta lähtien suhteessa muihin kuntien toimialoihin. Erot kuntien ja työyhteisöjen välillä ovat kuitenkin suuria. (Nakari 2000) Kun työtä on organisoitu uudelleen, toiset yksiköt ja työryhmät vahvistuivat, toiset puolestaan heikkenivät. Muutoksia tapahtui myös tehtävissä ja toiminnan kohdealueissa (Heino 2000, 59). Muita esimerkkejä muutoksista löytyy esimerkiksi vanhustenhuollosta, jossa asiakkaat ovat keskimäärin aiempaa huonokuntoisempia eikä palveluja riitä kaikille haluille. Sairaanhoidossa tehdään enemmän suoritteita korkeintaan entisen suuruisella henkilöstöllä. (Lehto 2000, 4) Myöskään henkilöstön työsuhteissa tapahtunut määräaikaistuminen ja osa-aikaistuminen eivät edistäneet työolosuhteita myönteisellä tavalla. 2000-luvun alussa huolestuttavana tulevaisuuden uhkakuva pidetään sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimapulaa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstön ikärakenne johtaa työvoiman poistumaan samaan aikaan kun väestön ikääntyessä työvoiman tarve lisääntyy. Alan vetovoima on alentunut. Vaikka työ on arvostettua, viestit työn kuormittavuudesta ja huonoista työolosuhteista ovat vähentäneet alalle hakeutumista ja sillä pyymistä. (ks. STM, 2002, 14–16)

Yhtenä syynä palveluiden rakenteessa ja toiminnassa havaituihin puutteisiin on pidetty sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden heikkoa yhteistyötä. Kunnallisen päätöksenteon tasolla sosiaali- ja terveys lautakuntia yhdistettiin viime vuosikymmenenä. Monin paikoin sosiaali- ja terveystalveluiden organisaatiot ovat sulautettu samaan hallintokuntaan (Kananoja 1999). Hallintokuntien yhdistyminen ei ole välttämättä johtanut sektoroitumisen purkautumiseen tai syvällisen yhteistyön kehittymiseen (Rintala, Elovainio & Heikkilä 1997, 152, 156). Terveydenhuollon selvitysmiesraportin terveydenhuollon toimivuutta tarkastelleessa osassa terveydenhuollon ongelmat nähdään rakenteellisina ja toiminnallisina. Muistiossa kiinnitetään huomiota muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötaitoihin:

”Työntekijät eivät ole sisäistäneet muuttuneita tarpeita ja tavoitteita. Muutosvastarinnan takia työntekijät ja työ-kulttuurit eivät taivu helposti yhteistyöhän. Myös työntekijöiden toiminnan tavoitteet voivat olla erilaiset. Reviirit on saatettu määritellä entistä tiukemmin ja niitä puolustetaan entistä mustasukkaisemmin. Omasta työorientaatiosta ja asemasta pyritään huolehtimaan ja yhteistyö on pahimmillaan vain työn tarkkaa jakamista, koska aito moniammatillinen ryhmätyö ja vuorovaikutus puuttuvat. Eri ammattiryhmien koulutus ei anna riittävästi valmiuksia yhteistyöhön. Yhteistyön edellytyksenä ei välttämättä ole organisaatioiden hallinnollinen yhdistäminen, vaan joustava toiminta. (STM, Terveydenhuollon selvitysmiesraportti 2 1998, 40)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö näyttää siis olevan erilaisten vaatimusten ristitulella. Toisaalta työtahti ja suoritepainneet ovat olleet kasvussa ja samaan aikaan esiintyy vahvoja odo-

tuksia ammatillisen kulttuurin muutoksesta ja uusien työtapojen omaksumisesta. Kehityksen esteenä pidetään usein sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten professiokehitystä. Kuitenkin vain lääkäriammattikunta on vahva perinteinen professio (Konttinen 1991). Terveydenhuollon sektorilla lääkäreillä on pitkään ollut lähes hegemoninen asema. Muut ammattialat edustavat pikemminkin semiprofessiota tai ovat vasta ammatilistumassa. On kuitenkin totta, että erityisesti sairaanhoitajat, psykologit ja sosiaalityöntekijät ovat olleet viime vuosikymmeninä professiohakuisia. Näiden ammattikuntien edustajat ovat pyrkineet tieteellistämään ammattikäytäntöjään, kehittämään niihin liittyvää koulutusta sekä lisäämään ammatillista autonomiaansa (Mutka 1998, 39). Professionalismin vahvuutena voidaan pitää ammattilaisten identifioituminen ammatilliseen kehittymiseen ja kehittämiseen (ks. myös Lehto 2000, 10). Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvät tarkasti määritellyt koulutus- ja ammattitaitovaatimukset ovat toisaalta olleet omiaan luomaan reviiirajattelua, sillä tiettyihin ammatteihin koulutettujen ammattilaisten liikkumavara tehtävästä toiseen ammattinimikkeiden tasolla ei ole toteutunut kuten joillakin muilla vähemmän säädellyillä toimialoilla. Vaikka alaan liittyvässä kehittämisessä on usein vahvana latauksena edunvalvonnan elementtejä, moniammatillisuus ja verkostoituminen ovat viime vuosina ajan olleet vahvoja kehittämisalueita (esim. Metteri ym. 1996; Niemelä, Hämäläinen, Laurinkari, Vornanen & Ylinen 1997, 35–36; Virtanen ym. 2000).

Saumattomuus

Saumattoman palveluketjun käsitteellä näyttää – sen käytön perusteella – olevan kolme eri tasoista merkitystä. Ensimmäinen merkitys rajautuu asiakastiedon tekniseen siirtoon. Kansainvälisissä telelääketiedehankkeissa yhteistyöprojekteissa kehitettiin

aiheeseen liittyvää käsitteistöä (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 39)⁸. Saumattomuus-käsitteen käyttö kytkeytyikin varsinkin aluksi useimmiten tietoteknisten mahdollisuuksien tai hankkeiden yhteyteen (esim. STM 1995, Niinimäki 1999, Paaso 1999). Asiakastietoja koskevan ammattilaisten välisen tietoteknisesti toteutetun tiedonsiirron lisäksi käsitteelle annettu merkitys on ulotettu kattamaan yhä laajemmin myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän sisällä vallitsevien toimintatapojen ja käytäntöjen aluetta. Saumattomien palveluketjujen toinen merkitystihentymä kohdentuukin toimintakäytäntöihin, jotka mahdollistavat sen, että ammattilaiset kykenevät hyödyntämään asiakastietoa asiakasprosessin eri vaiheissa organisaatioiden institutionaalisista rajoista riippumatta. Tietotekniikan nähdään mahdollistavan organisaatioiden integroitumista tai yhteistointintaa mutta vasta ajattelu- ja toiminatamallien muuttaminen saumattomien palveluketjujen suuntaan varmistaa palvelujärjestelmän uusiutumisen (Ruotsalainen 2000, 22). Kolmas merkitys saumattomalle palveluketjulle syntyy sosiaali- ja terveystieteiden ylätasolla. Käsite otettiin yhdeksi sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiseen ohjauksikäsitteeksi 1990-luvulla. Keskushallinnon roolin muututtua ohjeistuksesta informaatio-ohjaukseksi, tarjottiin kehittämistä ohjaaviksi käsitteiksi poliittisella strategiatasolla hyväksytyjä käsitteitä. Akateemisessa tutkimuksessa käsitettä ei juurikaan ole vielä analysoitu. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastossa palveluketju on määritelty seuraavasti:

⁸ Hanna Kalpa ja Sirpa Kuusisto-Niemi (1997, 39) mainitsevat esimerkkinä yhteiseurooppalaisen Star*- Seamless Telematics Across Regions -projektin, jota toteutettiin vuosina 1996-1998 <http://www.mira.demon.co.uk/star/index.html>.

Sirpa Kuusisto-Niemen sähköpostitiedonannon mukaan (4.10.2001) *Seamless* tarkoitti tässä Star* -projektissa tiedonsiirtoa erityisesti keskieuropalaiseen terveydenhuoltoon soveltuen tietyllä alueella asuvaa väestöä hoitavan lääkärin ja alueen käyttämän sairaalan välillä. Suomessa hanke ja käsitteen käyttö laajennettiin koskemaan koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tämä linjaus on jatkunut sekä hankkeen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriön työryhmissä 1998:8 ja 1998:9.

Palveluketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutettava palveluprosessien kokonaisuus. Joustava palveluketju tarkoittaa asiakkaan ja tai häntä koskevan tiedon siirtämistä joustavasti palveluprosessista ja organisaatiosta toiseen. Joustavissa palveluketjuissa kaikkien palveluprosesseihin osallistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee olla tietoisia asiakkaan ja hänen tietojensa erilaisista siirtymävaiheista ja niihin liittyvistä yhteistyön ja tiedonkulun tarpeista. Asiakasta koskevat tiedot tulee palveluketjuissa siirtää suunnitelmallisesti ja tietosuojalainsäädännön mukaisesti.⁹

Palveluketjulla viitataan asiakaskohtaiseen mahdollisesti useankin palveluyksikön tuottamien palveluprosessien kokonaisuutta. Oleellista on tähän kokonaisuuteen liittyvä hahmotus, suunnitelmallisuus ja hallinta. Terveydenhuollon piiriin kuuluvasta hoitoketjusta, palveluketju eroaa siinä, että palveluketju voi kattaa myös sosiaalihuollon ja sosiaalivakuutuksen palvelut. On myös haluttu korostaa, että julkisten palvelujen lisäksi myös järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat kuuluvat palveluketjujen piiriin (Kuusisto-Niemi & Kalliokuusi 1999, 12).

Ketju viittaa toisiaan seuraaviin vaiheisiin ja toisistaan erotettaviin osiin. Sanapareina saumattomuus ja palveluketju tuntuvat sisältävän ristiriitaa. Määritelmässä puhutaankin saumattomuuden sijaan joustavasta palveluketjusta Palveluketju-sanasta syn-

⁹ Makropilotin sanastossa: Saman asiakkaan tiettyyn ongelma- tai tarvekokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutettava palveluprosessien kokonaisuus. Palveluketjut edellyttävät, että jollakin sosiaali- tai terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen toimintayksiköllä tai ammattihenkilöllä on vastuu asiakkaalle annettavien palvelujen ohjauksesta ja seurannasta (<http://www.makropilotti.fi/>)

tyy lisäksi vaikutelma siitä, että asiakas etenee lineaarisesti vaiheesta ja organisaatiosta toiseen. Porrastetussa terveydenhuollossa siirtyminen on usein suhteellisen selkeää. Terveydenhuollossa, erityisesti erikoissairaanhoidossa onkin käytetty käsitettä hoitoketju kuvaamaan hoidon prosessia ja sen eri tuottajia. (Ahokas-Kukkonen, & Pantsari 2000).

Palveluketju-käsitteen käytössä on huomattavissa tietty kaksinaisuus. Yhtäältä palveluketju on asiakaskohtainen ja yksilöllisesti toteutuva ”saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva” palvelujen kokonaisuus. Toisaalta kehittämis-toiminnassa palveluketjujen kehittäminen näyttää lähes poikkeuksetta toteutuvan vakiintuneiden organisaatioiden yhteistyön sektorittaisina tarkasteluina ja tehostamisina. Esimerkiksi vanhustenhuollon palveluketjun kehittäminen tarkoittaa vanhustenhuollossa sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköissä toimivien työnjaon ja toimintakäytäntöjen kehittämistä. Yksittäisten asiakkaiden palveluketjujen kehittäminen näyttää siis vaativan järjestelmän ”öljyämistä”.

Palveluketjuille rinnakkainen käsitteistö löytyy erityisesti sosiaalihuollosta. Yhteisasiakkaat ovat usein samanaikaisesti monien eri palveluiden piirissä (Karjalainen 1996). Näiden asiakkaiden palvelukokonaisuudet ovat usein sen tyyppisiä, ettei niitä selvitetä selkeinä erillisinä vaiheina, vaan useamman asiantuntijan yhteistyönä. Kyse onkin silloin enemmän verkostosta kuin ketjusta. (Kuusisto-Niemi & Kalliokuusi 1999, 16–17). Toisaalta verkostokäsitettäkin käytetään varsin monessa merkityksessä. Asiakkaan omiin sosiaalisiin suhteisiin nojaava verkostotyö on eräs ammatillinen menetelmä (Seikkula 1996; Heino ym. 2000). Ammatilliseen yhteistyöhön rajoittuvassa tarkastelussa käytetään joskus käsitettä viranomaisverkostot. Viranomaisten yhteistyöstä on keskusteltu runsaasti 1990-luvulla. (esim. Arnkil 1991, Eriksson & Arnkil 1995, Arnkil & Eriksson 1996, Karjalainen 1996, Virtanen 1999.) Eräs lainsäädäntöön nojaava verkostoyhteistyön muoto ovat kuntoutuksen asiakasyhteistyöryh-

mät. Verkostomainen työtapa on tyypillistä myös lastensuojelussa. Verkoston keskinäinen työnjako ja tavoitteiden löytäminen nähdään prosessiksi, joka vaatii aktiivista sitoutumista verkostokäytäntöjen rakentamiseen. Verkostomaista työtapaa on kuvattu avoimeksi ja joustavaksi, mutta myös haastavaksi ja työlääksi menetelmäksi. Erityisesti verkostojen johtaminen on nähty hankalana. (Virtanen 1999, 35–36)

Palvelujen saumattomuuden eräs perustelu on palvelujen monimutkainen kokonaisuus, joka näyttäätyy asiakkaalle asioimisena usein monen yksikön ja monen asiantuntijan kanssa samanaikaisesti (ks. Nenonen & Nylander 2000, 9). Ongelmia syntyy siitä, etteivät monet toimijat juurikaan tiedä toistensa toimista, jolloin samaa asiaa voidaan käsitellä ja hoitaa päällekkäisesti tai jopa eri tavoitteisiin pyrkien. Tavoitteena on hoito- ja palvelukokonaisuus, jossa eri palvelut integroituvat asiakkaan kannalta mielekkääksi kokonaisuudeksi. Palveluista tulisi muodostua asiakkaan kannalta sellainen kudelman, jossa palvelujen tuottajien organisatoriset rajat jonkin ongelman tai esimerkiksi sairauden hoitamisessa eivät muodostaisi asiakkaalle näkyvää saumaa. Toisin sanoen hoidon tai palvelun katkeamista, merkittävää hidastumista tai turhaa päällekkäisyyttä.

Sosiaali- ja terveystalveluiden saumattomuus on käsitteenä reformistinen mutta myös metaforinen. Sitä käytetään erityisesti puhutussa kielessä iskusanana, joka kiteyttää toisin toimimisen vaatimukset vakiintuneiden rakenteiden keskellä. Saumattomuudesta puhuttaessa sen vastakohtaksi nostetaan organisaatiokeskeinen toimintatapa tai elämyksellisesti koskettavat ilmaiset, kuten ”pompottaminen”, ”luukuttaminen” ja ”juokuttaminen”. Sosiaali- ja terveystalalan ammattilaisten tulisi kyetä verkottumaan niin, ettei asiakas putoa organisaatioiden väliin tai tule turhaan siirretyksi viranomaiselta toiselle. Professionaaliisiin etuihinsa samaistuneita ammattilaisia pidetään uhkana asiakkaan hyvälle hoidolle ja palvelulle. Käsitettä käytetään retorisesti vetoavalla tavalla. Kuten edellä oli havaittavissa saumattomuus-

puhe voi johtaa diskurssiin, jossa ehkä perusteettomastikin syylistetään sosiaali- ja terveystalouden piirissä toimivia ammattilaisia ja vähätellään sosiaali- ja terveystalouden yleistä toimivuutta ja laatua. Toisaalta saumattomuuspuheen perustana ovat pyrkimykset kehittää sosiaali- ja terveystalouksissa havaittuja ja koettuja puutteita ja heikkouksia. Käsitteen avulla halutaan saada aikaan muutosta, havahduttaa toimintaympäristön muutokseen, härnätä toimijoita vetoamalla moraaliin ja järkeen erityisesti korostamalla asiakaslähtöisyyden haastetta. Saumattomuuden voidaan tulkita ikään kuin vastuuttavan – tai valtuuttavan – toimijat ylittämään vakiintuneita rajoja. Puhe saumattomista palveluketjuista sisältää sekä sosiaali- ja terveystalouteihin kohdistuvan kritiikin¹⁰ että ohjelman palvelujärjestelmän uudistamiseksi.

Yksittäisen asiakkaan palveluketju nähdään muodostuvan useista rinnakkaisista eri organisaatioiden tai toimintayksiköiden tuottamista palveluprosesseista, jotka puolestaan voivat sisältää monia vaiheita ja palvelutapahtumia. Asiakkaat ja ammattilaiset kohtaavat yksittäisissä palvelutapahtumissa, mutta niissä toimiessaan ammattilaisella ja asiakkaalla tulisi olla käsitys siitä laajemmasta kokonaisuudesta, johon tuo tapaaminen kytkeytyy. Saumattoman palveluketjun mahdollistamiseksi oleellista on alueellinen yhteistyö paikallisten palveluntuottajien kesken (Niinimäki 1999, 316). Hoito- ja asiakasprosesseihin liittyvä mallinnus ja ohjeistus näyttävät liittyvän moniin hankkeisiin, joissa pyritään kehittämään saumatonta palveluketjua. Saumatonta palveluketjua näyttää pitävän sisällään pyrkimyksen verkostomaisesti toimivan palveluketjun toiminnan rationalisointiin. Tällöin kyse ei ole vain yksittäisten työntekijöiden kyvystä ja halusta tehdä yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa, vaan

¹⁰ Saumattomuuspuheeseen liittyvä palvelujärjestelmäkritiikki on hyvin yhteisistä väestövastuu-ajatuksen lanseerauksen yhteydessä esitettyyn kritiikkiin (ks. Elovainio et. Al 1997, 2)

myös niistä sopimuksista, säännöistä, ohjeista ja resursseista jotka tukevat yhteistyötä.

Juhani Lehto (2000, 36–46) on rinnastanut saumattoman palveluketjun tavarantuotannon asiakaslähtöiseen joustavan tuotannon malliin. Seuraavassa kuvataan sosiaali- ja terveyspalveluiden joustavaa tarjontaketjua Lehdon esittämän tarkastelun pohjalta. Sosiaali- ja terveyspalveluissa kysyntä ylittää useimmiten tarjonnan. Asiakaslähtöisyys ei siten ole organisaatioiden kannalta elinehto vaan pikemminkin hyve. Ajoitusten optimointi tarkoittaa sitä että, tarjontaketjun eri osien ajoituksen koordinoinnin lisäksi otetaan huomioon myös asiakkaan ja ehkä myös hänen omaisensa ajankäyttö. Palvelujen laatu on standardoitavissa yhteensopivalla tavalla, jolloin osa eri toimintoihin liittyvästä päällekkäisyydestä poistuu. Palveluketjun ylhäältä alas päin suuntautuvaa hallintoa ohennetaan, mutta samaan aikaan tiivistetään horisontaalista yksikkörajat ylittävää hallintaa. Keinoina vaakasuoran koordinaation lisäämiseen ovat prosessi-johtaminen, alueelliset hoito- ja palveluohjelmat sekä sopimukset yhteisistä toimintatavoista. Suorat asiakaskontaktit palveluketjun eri osissa voivat tuottaa erilaisia näkemyksiä asiakkaiden tarpeista ja toiveista. Siksi ei ole itsestään selvää minkä yksikön toimintaa on syytä korostaa. Asiakas osallistuu palvelujen tuottamiseen ja niiden valintaan ja suunnitteluun. Asiakkaalla on kuitenkin myös välittyneempi rooli kansalaisena, joka voi vaikuttaa poliittisen järjestelmän kautta palvelujen kehittämistä koskeviin ratkaisuihin. Tarjontaketjun toteuttamisessa hyödynnetään tietotekniikkaa. Lehto korostaa, että sosiaali- ja terveydenhuollossa vuorovaikutus toimijoiden välillä on keskeistä ja siksi kommunikaatiotekniikan hyödyntäminen on tärkeää. Teknologian kehittämisessä ei tulisi hänen mukaansa kuitenkaan liiaksi nojata muilla sektoreilla kehitettyihin ratkaisuihin.

Asiakaslähtöisyys

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä on leimannut pyrkimys palveluiden organisointiin rationaalisemmin parantaen tiedonkulkua ja karsien organisaatioiden päällekkäisiä toimintoja. Toiminnan rationalisointi ja asiakaslähtöisyys ovat rinnakkaiset tavoitteet, joiden ei välttämättä nähdä olevan ristiriidassa. Asiakaslähtöisyys ei kuitenkaan ole sosiaali- ja terveydenhuollossa uusi toimintaperiaate. Yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat ammattilaisten eettisissä koodistoissa korkealla. Se, miten asiakaslähtöisyys suodattuu julistuksista arkipäiväntöihin onkin monimutkaisempi asia. Anneli Pohjolan (1993, 58) mukaan asiakasnäkökulma näyttäytyy erilaisena eri toimijatasoilla. Yhteiskunnallisella tasolla asiakkaat muodostavat taloudellisen menoerän. Asiakkaat näkyvät asiakasmäärinä ja jakaumina. Organisaatiotasolla pyritään hallitsemaan asiakasvirtaa palvelutarpeita ennakoimalla ja palvelutarjontaa säätelemällä. Työntekijätasolla asiakkaat ovat asiakastapauksia, työn tai tehtävien kohde, josta määrittyy tietty määrä ammattitaitovaatimuksia. Asiakkaan itsensä kannalta oleellista on hänen elämäntilanteensa ja arkipäivänsä. Saattaa olla, että asiakkaan kannalta eri tasojen varsin abstrakti asiakaslähtöisyys ei yhdisty aina hänen ”tapauksensa” hoidossa kokemuksellisesti yksilöllisenä hoitona ja palveluna.

Saumattomia palveluketjuja määritellään usein adjektiivilla *asiakaslähtöinen*. Asiakaslähtöisyys Pekka Ruotsalaisen (2000, 18–22) mukaan on sitä, että palvelut organisoidaan asiakkaan tarpeista käsin. Asiakas on itse vaikuttanut palveluiden suunnitteluun ja hän tietää palvelujensa kokonaisuuden ja sen miten palveluprosessit etenevät. Modernin tietotekniikan myötä asiakkaalla on mahdollisuus myös tietoteknisin keinoin seurata ja vaikuttaa omaan palveluketjuunsa ja olla yhteydessä palveluketjun toimijoiden kanssa. Asiakkaan ei tarvitse aktiivisesti tietää mistä organisaatiosta palvelut hänelle järjestetään. Tavoitteena

on, että palveluketjussa tapahtuvat organisaatioiden vaihdokset eivät näy asiakkaille viiveinä tai muina rajoina. Ruotsalaisen näkemyksessä asiakaslähtöisyydestä on hyvää se, että siinä kytkeään asiakas ja hänen elinympäristönsä ja palvelut yhteen sekä korostetaan palveluiden jatkuvuutta. Tietty ristiriita on siinä, että asiakas toisaalta osallistuu vahvasti palveluiden suunnitteluun, valintaan ja prosessien seurantaan, mutta hänen ei tarvitse pitää lukua siitä, mikä organisaatio milloinkin on kyseessä. Ajatus pitää sisällään varsin vahvan luottamuksen siihen, että palvelut on mahdollista tuottaa ikään kuin kaikilla olisi kaiken aikaa luettavanaan yhteinen käsikirjoitus siitä, miten yksittäisistä kohtauksista muodostuu näytös ja koko näytelmä. Saumattomien palveluketjujen kehittämisestä huolimatta ammattilaiset kohtaavat asiakkaidensa kanssa silti myös tilannemäärittelyjen vaikeuden, asioidentilojen monet tulkintamahdollisuudet, hitaan kypsyymisen sekä erilaisten ratkaisuvaihtojen kirjon.

Asiakaslähtöistä saumatonta palveluketjua on aiemmin pyritty kehittämään yhteistyötä edistävänä toimintatapana esimerkiksi lähipalvelujen asiakastyön kehittämisprojektissa 1994–1998. Monipuolista apua tarvitsevien asiakkaiden palvelukonaisuuden kehittäminen edellyttäisi loppuraportin mukaan ”rajattoman yhteistyön mallin”, jossa asiakkaiden tarpeet pyritäisiin tunnistamaan ”kiireen, resurssipulan ja visiottomuuden ilmapiiristä” huolimatta. Yhteistyön tiivistäminen alkaa tässä toimintamallissa alkukartoituksella, jossa selvitetään nykyiset yhteistyökäytännöt, verkostoitumisen laajuus ja koetut esteet ja ”pullonkaulat”. Toimintatapaa tukisi ”omahoitaja”, joka ottaisi vastuun asiakkaista, informoisi sosiaali- ja terveystalouden vaihtoehtoista ja saatavuudesta sekä tukisi asiakkaan itsenäistä päätöksentekoa. Sosiaali- ja terveysministeriön asiakastyöjaoston loppuraportin mukaan tätä saumatonta hoito- ja palveluketjutoimintaa on kehitetty Kuhmossa ja Sulkavalla. (Lehtonen 1998, 45–47) Hankkeet, joissa pyritään tiivistämään viranomaisten ja palveluntuottajien yhteistyötä eivät rajoitu vain tiu-

kasti sosiaali- ja terveyssektorille. Samantyyppiset verkostoitumiseen tai ylisektorinen toimintatapaan tähtäävät tavoitteet ovat löydettävissä myös joistakin työhallinnon ja kuntoutuksen projekteista (Juutinen 2000; Karjalainen & Vahtera 2000).

Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä

Tietotekniikan hyödyntämisen edistäminen on osa hallinnollis-poliittisia tietoyhteiskuntaohjelmia lähes kaikkialla teollistuneessa maailmassa. Tietoteknisten sovellusten edistäminen nähdään osana yhteiskuntien infrastruktuurien uudistamista ja talouden edistämiseen tähtäävän innovaatiotoiminnan edistämistä. Väestön vanhenemisen ja terveydenhuollon kustannusten kasvupaineet sekä ennen kaikkea tieto- ja informaatioteknologian kehitys ovat olleet keskeisiä moottoreita kehittämistyölle. Eräs esimerkki terveydenhuollon tietotekniikan kehittämisohjauksesta on Euroopan komission -jäsenmaiden toimia sinänsä juridisesti sitomaton eEurope 2002 -julistus (2000), jossa konkreettisine tavoitteina esitetään, että vuoteen 2003 mennessä kaikilla eurooppalaisilla tulisi olla terveydenhuollon älykortti ja vuoteen 2004 mennessä jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella tulisi olla yhteys sairauksien ehkäisyä, diagnostisointia ja hoitoa koskeva terveydenhuollon informaatiojärjestelmään. Euroopan unionissa on tuettu lukuisia terveydenhuollon tietotekniikkahankkeita. Eu-komission hankkeita ovat olleet muun muassa Eurostar -hanke.

Huolimatta erilaisista kansainvälisiä ja kansallisista ohjelmista, sosiaali- ja terveydenhuollon viestintä- ja tietotekniikkakehitys ei ole ollut ensi vaiheessa kansallisten tietoyhteiskuntaohjelmien ja strategioiden keskiössä (Hakulinen 2001). Sosiaali- ja etenkin terveydenhuoltoa koskevia strategioita, ohjelmia ja projekteja on käynnistetty runsaasti. Erityisen vahvaa julkisyhteisö-

vetoinen kehittäminen on ollut Isossa-Britanniassa, Kanadassa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa. Britannian terveydenhuollon uudistamisohjelmien ja tietotekniikkaohjelmien ensi vaiheessa pyrittiin suuriin terveydenhuollon rakenteellisiin uudistuksiin. Nyttemmin ohjelmien linja on kääntynyt enemmän asiakas- ja ammattilaissuuntautuneita toimintaedellytyksiä kehittävään suuntaan (Niinimäki 1999). Kanadassa kehitys on edennyt pienten askelten politiikalla. Australiassa ja Uudessa-Seelannissa erityiset erilaiset etä-konsultoinnit ja -asioinnit ovat olleet keskeisiä kehittämiskohteita.

Hyvinvointiteknologian ympärillä on liikkunut suuria odotuksia kaupallisista näkymistä. Erityisesti Yhdysvalloissa on viime vuosina ollut vahva terveydenhuollon teknologian teollisuuden kasvuhuuma, jonka kuumien aalto näyttää tällä erää olevan ohitse.¹¹ Internetpalveluihin liittyvät ansaintalogiikan haasteet koettelevat kaupallistajien taloudellista uskottavuutta. Huolimatta teknologiainnostuksen hupenemisesta alan kehitystä pidetään edelleen suhteellisen lupaavana. Eräänä syynä on se, että terveydenhuollon sektorilla tietotekniikan hyödyntäminen ei ole toistaiseksi yhtä intensiivistä kuin monilla muilla elinkeinoelämän alueilla. Suomessa hyvinvointiteknologia näyttää nousseen yhdeksi alueellisen politiikan painopisteeksi 2000-luvun alussa. Toistaiseksi edellytykset vahvan hyvinvointiklusterin rakentumiselle näyttävät monilla alueilla vielä suhteellisen vaatimattomilta. Sirkku Kivisaari, Petri Rouvinen ja Pekka Ylä-Anttila (2001, 18) näkevät alan yritysten kannalta haasteena tasapainoilun kotimaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ja kansainvälisten markkinoiden välissä.

¹¹ Esimerkiksi HCIS 2001 eHealth-seminaarin esitysten teemat, kuvaavat terveydenhuollon teknologiabuumin jälkeisiä tunnelmia: vapaasti käännettynä ”Joitakin syitä siihen, miksi terveydenhuollon digitaalinen talous on jäänyt vaille menestystä”, ”12 kuukautta eHealth-manian jälkeen: mitkä alueet näyttävät taloudellisesti lupaavilta nyt”. (<http://www.global8.com/H811/H811agenda.htm>)

Kansallisten järjestelmien erot ja terveyden- ja sosiaalisten kysymysten kulttuuriset erot hillitsevät joiltakin osin globaalien innovaatioiden leviämistä. Tietotekniikkakehityksen on kuitenkin nähty johtavan pitkällä aikavälillä myös terveydenhuollon globalisoitumiseen (Kun 2001; Ringby 1999; Vanderburg 2001). Globalisoitumisen edellytyksenä on kuitenkin esimerkiksi hyvin suuri käsityö ja standardisoituminen. Toisaalta monet internetin erilaisista lääketieteellisistä ja terveydenhoitoa ja itseapua käsittelevistä tietopankeista ja keskusteluryhmistä ovat jossain määrin ainakin potentiaalisesti globaaleja. Tietotekninen kehitys johtaa ehkä globalisoitumista nopeammin sosiaali- ja terveydenhuollon alueellistumiseen. Alueelliset asiakastietojärjestelmät ovat yksi keskeinen kehittämistyön kohde kaikkialla (Wallace 2001).

Hyvinvointiteknologian näkymät johdattavat pohtimaan sitä, mikä ohjaa tietotekniikan ja hyvinvointipalveluiden kehittämisen suhdetta. Hyvinvointipalvelujen kehittäminen voidaan nähdä itsenäisenä, sisäsyntyisesti kehittyvänä alueena, jossa kehittäminen tapahtuu alalla toimivien aloitteesta ja määrittelyistä käsin (vrt. Saari 1998). Ministeriöt, keskusvirastot ja alan muut organisaatiot muotoilevat hyvinvointipalveluiden kehittämissuuntaa. Suomalaisessa järjestelmässä suuri osaa päätösvaltaa on myös poliittisilla päättäjillä. Alalle koulutetut ammattilaiset erilaissa positioissa osallistuvat palvelujen kehittämiseen ja teknologian kehittämisessä on perinteitä myös professionaalilähtöisillä opisuunnilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon teknologian käsitteistö kuvaa ensinnäkin jakoa sosiaali- ja terveydenhuoltoon, mutta terveydenhuollon sisällä myös muun muassa lääke- ja hoitotieteeseen.¹² Kansalaislähtöiset tarkastelut ovat harvinaisia. Mihin sitten teknologia asettuu hyvinvointipalveluiden kehittämisessä?

¹² Terveydenhuollon tietojen käsittely on yleisnimike. Health informatics, medical informatics, nursing informatics, social work informatics. Telelääkätiede vs. teleterveydenhuolto.

Ohjaavatko ammattikuntien ja muiden institutionaalisten kehittämislinjaukset kehittämistä vai eteneekö kehittäminen teknologian kehittymisen ehdoilla?

Tarkasteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä erityisesti tietotekniikkaa hyödyntäen liikutaan varsin laajalla ja monimuotoisella kentällä. Kehittäjien, kaupallistajien, tilaajien, professioiden edustajien, ammattilaisten, kansalaisten, käyttäjien, kommentaattoreiden ja tutkijoiden roolit näyttävät kehittämisprosessissa ajoittain epäselviltä. Tiedotteet, uutiset, ohjelmat, katsaukset ja tutkimukset liikkuvat tulevaisuuden spekulatioista historiatarkasteluihin, yksittäisten teknologisten innovaatioiden lähtökohdista käyttäjien näkökulmiin, yksittäisistä laitteista aina koko palvelujärjestelmän kehittämisen visioihin saakka.

4

SATAKUNNAN MAKROPILOTIN KOKONAISUUS

Projektiorganisaatio ja toimintatapa

Makropilotti-hanketta läpäisee pyrkimys integroida monia toimijoita sisältävä asiantuntijaverkosto: hankkeen koollekutsujat muodostavat sosiaali- ja terveydenalan kehittämishankkeessa suhteellisen intresseiltään moninaisen joukon. Myös projektiorganisaation tasolla hankkeen käytännön toteutus on vaatinut monialaisen asiantuntemuksen yhdistämistä sekä neuvotteluja menettelytavoista ja sopimuksista. Kehittämisen varsinaisena kohteena on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa toimivien ammattilaisten yhteistyön tiivistäminen.

Makropilottihankkeen hallinto ja organisaatio oli moniportainen. Alueellisen tason lisäksi toimintaa ohjattiin valtakunnallisista hallintoelimitystä käsin ja osa projekteista toteutettiin valtakunnallisina. Valtakunnallisen johtoryhmän tehtävänä oli hankkeen sekä toimijoiden kansallisen tason johtaminen ja koordinaatio eli muun muassa hankesuunnitelmien ja niihin liittyvien muutosten hyväksyminen, kustannusarvion hyväksyminen, toimintaedellytysten turvaaminen ja makropilotin edistymisen seuranta. Työvaliokunta edusti varsinaisesti hankkeen alullepanijoiden ja keskushallinnon ohjausta.

Alueellisen tason toimintaa ja hallintoa varten perustettiin Satakunnan Makropilotti ry. Yhdistyksen hallitus muodosti alueellisen johtoryhmän, jonka tehtävänä oli hoitaa alueellisella tasolla osittain samoja tehtäviä kuin valtakunnallisen hallituksen

mutta myös muun muassa käsitellä ja hyväksyä toteutettavat toimintamallit sekä valvoa toimintamallien läpiviennistä omissa organisaatioissaan. Makropilottitoimisto vastasi käytännön tasolla projektien läpiviennistä sekä niiden suunnittelusta, koordinoinnista ja tulosten kokoamisesta. Projektitoimiston tehtäviksi määriteltiin muun muassa vastuu yhdenmukaisten kokonaisratkaisujen ja tuotteiden syntymisestä, toimintamallien ja sisällön tuottaminen, tekninen arkkitehtuuri, tekniset ratkaisut ja tuotteet, tiivis yhteydenpito toiminnallisen ja yritysytteenliittymän välillä, yhteydenpito muihin kansallisiin projekteihin sekä jatkosuunnitelmien teko.

Projektitoimistoa johti toiminnanjohtaja. Palkkalistoilla olivat myös kehittämisspäällikkö ja projektijohtaja sekä yksittäisistä projekteista vastanneet projekti- ja osaprojektipäälliköt sekä tukiprojekteista projektikoordinaattorit. Projekteilla oli käytettävissään myös asiantuntijoita, konsultteja ja toimistohenkilökuntaa. Pilottivaiheessa mukana oli myös pilotointipäällikkö ja kaksi pilotointivastaavaa. Hankkeen henkilöstö palkattiin erilaisin järjestelyin pääasiassa alueen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiosta, kunnista ja kuntayhtymistä sekä koulutusorganisaatioista.

Hallinnollisesti projektitoimiston rooli suhteessa sosiaali- ja terveysorganisaatioihin, kuten kuntiin ja yksittäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin ja yksiköihin, oli riippumaton yhteistyösuhde, toisin sanoen neuvottelun ja sopimisen sekä kunkin organisaation päätöksentekoprosessien mukainen. Taus- taorganisaatioina näillä yhteisöillä oli ehkä moraalinen velvollisuus edistää Makropilotin tavoitteita ja pyrkimyksiä mutta Makropilottitoimistolla ei ollut toimivaltaa niiden piirissä. Kehittämisen- ja asiantuntijaorganisaation roolissa se saattoi koota organisaatioiden edustajia keskustelemaan ja kehittämään toimintaa. Projektit kokosivatkin eri vaiheissaan satoja paikallisia toimijoita kuvaamaan toimintojen nyky- ja ihannetilaa sekä osallistumaan erilaisiin kehittämissyryhmiin.

Kehittämissyryhmissä tarkasteltiin palvelujen kokonaisuutta kunkin palvelujen kokonaisuuden tai sektorin piirissä (palveluketjut). Nykytilan tarkasteluista edettiin ihannetilanteiden hahmottamiseen ja teknologisiin toiminnallisten vaatimusten määrittelyihin. Seuraavissa projektityöskentelyn vaiheissa projektityöskentelyä varten koottiin koko hankkeessa pisimmälle edenneessä Ohjausmalli-projektissa kaksiportainen työorganisaatioiden edustus. Alueelliset ohjausryhmät, jatkossa pilottitiimit, koostuivat sosiaali- ja terveystyöskentelyä varten päälliköistä ja esimiehistä. Ryhmien tavoitteena oli informoida organisaatioiden johtoa ja tehdä mukana olevissa yksiköissä mahdolliseksi kokeilun edellyttämiä päätöksiä. Projektiryhmät puolestaan koostuivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista, jotka syksyllä 2000 nimettiin osallistumaan omaneuvojakokeiluun. Projektiryhmillä oli erityisesti hankkeen loppuvaiheessa moninainen rooli. Projektiryhmät osallistuivat toimintamallien edelleen kehittelyyn, heitä koulutettiin toimintamallien omaksumiseen sekä tietotekniikan käyttöön ja he lopulta toteuttivat pilotin aikana omaneuvojo toiminnan ja luotetun sähköpostin käyttökokeilut.

Satakunnan makropilotin osallisia / sidosryhmiä:

- valtakunnalliset taustaryhmät
 - makropilottikutsijat
 - valtakunnallinen hallinto
 - työryhmien jäsenet
 - lainsäätäjät
 - arviointiin kytkeytyvät organisaatiot
- alueelliset taustaryhmät
 - hankesuunnitelmaan nimensä antaneet taustaryhmät
 - makropilottiyhdistyksen alueellinen hallitus

- projektihenkilöstö
- konsultit
- alueen sosiaali- ja terveyshuollon julkiset organisaatiot ja niiden päättäjät ja henkilöstö
 - luottamuselinjohto
 - operatiivinen johto
 - esimiehet
 - ammattilaiset
- alueen sosiaali- ja terveyshuollon yksityiset ja kolmannen sektorin organisaatiot ja niiden henkilöstö
- kahdesta edellisestä ryhmästä muodostetut kehittämistoimintaan ja pilottiin kootut ryhmät
 - kehittämisryhmät, jotka tarkastelivat palveluketjujen nykytilaa ja optimitilaa
 - alueelliset ohjausryhmät ”pilottitiimit”
 - alueelliset projektiryhmät ”omaneuvojaryhmät”
- Welfare Communications Fin Oy
- yhteistyöstä neuvotelleet ja sopineet yritykset
- kansalaiset
 - sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjät: asiakkaat ja potilaat
 - kansalaiset, veronmaksajat
 - pilotissa mukana olleet asiakkaat
- muiden alueiden toimijat
 - makropilottikutsuun 1998 vastanneet yhteenliittymät
 - hyvinvointiteknologia-projektit muualla
 - sosiaali- ja terveysalan tietoteknologian alueellisesta kehittämisestä vastaavat
- sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomuutta ja tietotekniikkaa edistävät tahot
 - Stakes, sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian osaamiskeskus

- osaavien keskusten verkosto
- Stakes, aluetyöryhmä
- tutkimus- ja koulutus
 - yliopistot ja korkeakoulut
 - ammattikorkeakoulu

Hankkeen toteuttajat Satakunnassa omaksuivat makropilottikutsussa esitetyt tavoitteet lähes sellaisenaan, toisin sanoen sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikkaa ja saumattomuutta lähdettiin kehittämään laajalla rintamalla pyrkien toteuttamaan kutsussa ja hanke-esityksessä kuvatut asiat. Tavoitteensa saavuttaakseen projektitoimiston tuli luoda ja hyödyntää laajasti suhteita erilaisiin yhteistyötahoihin: erityisesti tietoteknisen kehittämisen mahdollistaviin yrityksiin ja kehittämisen ”kohteeseen” eli sosiaali- ja terveysalan organisaatioihin ja toimijoihin. Monissa kohdin valtakunnallinen ja alueellinen kehittäminen sivusivat toisiaan. Erityisesti lainsäädännön valmistelutyössä ja sähköisen sosiaaliturvakortin osalta.

Alkuperäisten seitsemän kunnan lisäksi Satakunnan muutkin kunnat liittyivät Makropilottiyhdistykseen keväällä 2001. Aluetietojärjestelmän kehittämisen suhteen sairaanhoitopiirin roolin vahvistuminen kesällä 2001 projektivaiheen päättyessä suuntasi kehittämisen kohti institutionaalisempaa suuntaa.

Hanke-kokonaisuus, tavoitteet ja kohdentuminen

Makropilotti on siis ”kokeilu sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomasta palveluketjusta ja sitä tukevan asiakaskortin testauksesta ja tietosuojan ja tietoturvan parantamisesta”. (Makropilottikutsu 1998) Satakunnan Makropilotti ry:n hankesuunnitelmassa 17.12.1998 hankkeen tavoiteltua lopputulosta kuvataan seuraavasti:

”Hankkeen lopputuloksena syntyy uusi, organisaatio-rajat peittävä, tietoteknologiaa hyödyntävä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja palvelumalli, jonka olennaisia komponentteja ovat:”

1. asiakkaan korostunut asema; aikaisempaa suurempi vaikutusvalta päätöstilanteissa
2. parantunut tietosuojaja
3. parantunut tiedonsaanti
4. organisaatioiden välisen yhteistyön korostuminen: sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot muodostavat yhteisen kokonaisuuden
5. moniammatilliset tiimit sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmanratkaisun keskeisinä komponentteina
6. yksityisen ja julkisen palvelutarjonnan joustava käyttäminen aikaisempaa yksinkertaisempaa

Satakunnan Makropiltin hankekokonaisuus muodostuu useista, toisiinsa sidoksissa olevista projekteista, joita yhdistävät edellä mainitussa hankesuunnitelmassa kuvatut tavoitteenasettelut. Hankkeen tavoitteena on siis tietotekniikan avulla tehokkaammin tuotettavat palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittäminen saumattomaksi, tehokkaaksi, asiakkaalle organisaatio-rajat peittäväksi kokonaisuudeksi. Palvelu avautuu asiakkaalle joustavana palvelukokonaisuutena, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ei eroteta toisistaan. Saumattomuus mahdollistuu, kun tarvittava tieto on saatavilla oikeaan aikaan oikeaan paikkaan asiakkaan suostumuksella.

Hankesuunnitelmassa 1998 tavoitteet eritellään eri toimijoiden kannalta. Tämän arvioinnin kannalta keskeisimmät tavoitteen asettelut koskevat asiakasta, sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä sekä henkilöstöä. Myös kuntien kannalta muotoillut tavoitteet sivuavat tätä arviointia. Kuntien näkökulmasta tavoitteita ovat joustavan palvelurakenteen luominen, kustannusten

vähenneminen, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuseen kehitettävät uudet välineet ja palvelujen koostaminen hallitusti myös yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien tarjonnasta. Myös kuntaprofiilin ja asiakastyytyväisyyden nousu asetettiin tavoitteeksi.

Asiakkaiden kannalta tavoitteena on asioimisen helppous, jota tukevat ympärivuorokautinen kotoa asioimisen mahdollisuus, asioimisen keskittyminen saman työntekijän hoitaessa asiakkaan asioita ”luukulta toiselle” sekä mahdollisuus asioida asiakkaan kanssa. Tavoitteena on lisäksi palvelujen laadun paraneminen, nopeutuminen, jonojen lyheneminen, alueellisen tasavaraisuuden lisääntyminen sekä terveydentilan ja elämänlaadun paraneminen vaikuttavamman ja paremman hoidon ja tuen ansiosta. Asiakkaan hallinta omiin tietoihinsa kasvaa.

Sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteiksi hankesuunnitelmassa asetetaan asiakkaan haluamien palveluiden tuottaminen, yksiköiden välisen yhteistyön ja työnjaon kehittyminen, arvostuksen nousu liittyen perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen lisääntyvään tietämykseen. Tavoitteena on myös huippuosaamisen lisääminen. Tarjottavien palveluiden sisältö paranee ja lisääntyvä interaktiivisuus tuottaa laadunhallinnan työvälineen.

Henkilöstön tavoitteet keskittyvät hankesuunnitelmassa kahden ryhmään. Hankkeen uskotaan lisäävän osaamista, innostusta ja moniammatillisen tiimityön oppimisen kautta yhteisen tekemisen tunteen lisääntymistä. Toisaalta henkilöstöä koskevana tavoitteena suunnitelmassa nähdään se, että hanke tuottaa uutta teknologiaa apuvälineeksi työpaineisiin. Työpaineiden vähentämisen tavoitteen alatavoitteita ovat myös (osittainen) työn siirtäminen väestön omaksi toiminnaksi ja päällekkäisen työn loppuminen.

Edellä kuvattujen tavoitteiden lisäksi hankesuunnitelmassa eritellään Makropilotin tavoitteita valtakunnallisten toimijoiden, erityisesti STM:n näkökulmasta, mukana olevien koulu-

tus- ja tutkimusorganisaatioiden sekä järjestöjen kannalta. Myös yritysysteistyölle asetetaan tavoitteita.

Aivan erikseen asetetaan vielä tavoitteita kehitettävälle toimintamalleille ja teknisille ratkaisuille. Näistä työelämän sosiaalinen muutos -arviointihankkeen kannalta huomionarvoisia ovat tavoitteet, joiden mukaan ratkaisujen tulee olla helppokäyttöisiä ja mielekkäitä. Uusien ratkaisujen on oltava organisatorisesti mielekkäitä ja innostettava asiakkaita ja työntekijöitä toimimaan halutulla tavalla.

Satakunnan Makropilotin osaprojektien tavoitteet¹³:

Satakunnan Makropilotin hankekokonaisuus muodostuu kuudesta projektikokonaisuudesta. Nämä kokonaisuudet muodostuvat osaprojekteista. Tietosuojan ja tietoturvan kehittämisen projektikokonaisuus muodostui johdannossa mainituista Alueellisen tietosuojan ja tietoturvan kehittämisestä sekä Alueellisesta asiakaskorttiprojektista.

- 1. Alueellisen tietoturvan ja -suojaan kehittämisen* konkreettisinä tavoitteena oli kehittää alueellisella käytännön tasolla toimiva ohjeisto ja suositukset, ehdotus lainsäädännön uudistustarpeista Lex Makropilottityöryhmälle sekä ehdotus jatkosuunnitelmasta Makropilotin jälkeen. Osaprojektin tavoitteissa korostetaan asiakkaan ja henkilöstön turvallisuutta, tietojen virheettömyyttä ja luottamuksellisuutta sekä henkilöstön kouluttamista ja sitoutumista tietosuojaan.

¹³ Kuvattuna 1999 laaditun projektisuunnitelman pohjalta. Myös vuonna 1998 laadittiin projektisuunnitelma. Tässä referoidaan kuitenkin vuoden 1999 lopulla esitettyä hankesuunnitelmaan, koska siinä tavoitteita on täsmennetty ja arviointihankkeen ensisijaisena kohteena ollut pilotointivaihe tulee siten ymmärrettävämmäksi. Koska projektisuunnitelmat eivät olleet systemaattisia projektien tavoitteet on koottu suunnitelmien alaotsikoista: tavoitteet, arviointi, lopputulokset.

2. *Alueellinen asiakaskorttiprojektin* tavoitteena oli tuottaa sosiaaliturvakorttien kuvaus korttien tietosisällöistä ja palveluista, kortin tekninen kuvaus, käytön pelisäännöt, pilotti sekä toisessa vaiheessa toimiva sosiaaliturva- ja asiakaskortti ja siihen liittyvä käyttöympäristö.

Toiminnan ja resurssien ohjausmalli -niminen projektikokonaisuus muodostui Asiakkaan ohjausmalli ja Asiakkaan palveluketjusuunnitelma -nimisistä osaprojekteista.

3. *Asiakkaan ohjausmalli -projektin* tavoitteena oli kehittää ja ottaa käyttöön asiakkaan palvelujen ohjausta ja seurantaan koskeva toimintamalli ja sitä koskeva tietoteknologia. Mallin keskeisinä tekijöinä ovat omaneuvojamalli, tiimityö sekä asiakkaan ohjaukseen ja seurantaan kehitettävät menetelmät ja elementit organisaatorajat ylittävissä palveluketjuissa. Asiakkaan ohjausmalli projekti painottui toiminnalliseen kehittämiseen mutta sen tarkoituksena oli hyödyntää hankkeen muissa projekteissa kehitettäviä sähköisen tiedonkulun välineitä.

4. *Palveluketjusuunnitelma-projektin* tavoitteena oli tuottaa moniammatilliselle tiimille työväline, jonka avulla asiakkaan tarvitsemat palvelut suunnitellaan saumattomaksi kokonaisuudeksi. Malliin liittyy asiakkaan palvelujen seuranta ja tietojen keruu ohjausta varten. Projektin tavoitteena oli kehittää tiimityöhön soveltuva palveluketjusuunnitelma ja testata se pilotin yhteydessä.

Saumattomat palvelut projektikokonaisuus muodostui neljästä osaprojektista:

5. *Sähköinen konsultaatio -projektin* tavoitteet liittyivät sähköisen konsultaation kehittämiseen soveltuvaan laajasti

sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rajat ylittäväksi välineeksi. Tavoitteena oli kehittää myös asiakkaan ja työntekijän välistä sähköistä konsultaatiota. Projekti pyrki tuottamaan paitsi valtakunnallisesti hyödyntämiskelpoisen järjestelmäsovelluksen myös välineen omaneuvojana työskenteleville.

6. *Työterveyshuollon palvelut -projektin* tavoitteena oli kuvata työterveyshuollon ja yhteistyöorganisaatioiden nykytilaa ja ihannetilaa erityisesti vajaakuntoisten kuntouttamisen näkökulmasta. Tavoitteena oli toteuttaa sähköinen yhteys Outokumpu Pori Copperin työterveyshuollon ja Porin kaupungin terveyskeskuksen välillä. Tavoitteena oli myös pilotoida ohjausmalli- ja palveluketjusuunnitelma -projektien tuottamat mallit työterveyshuollon vajaakuntoisten palveluketjussa.

7. *Ensihoito-projektin* tavoitteena oli kehittää ensihoitoa kustannustehokkaasti ja saumattomasti potilaan palvelua parantaen. Tavoitteena oli sähköinen tiedonsiirto hätäkeskuksen, ensihoitoyksiköiden ja päivystyspisteiden välillä. Hätäkeskuksen toimintaa oli tarkoitus monipuolistaa.

8. *Lääkitystiedot-projektin* lopputulokseksi suunniteltiin alue-tietojärjestelmään integroitua lääketietojen tallennusjärjestelmää, johon yhtenä sovelluksena liittyisi elektroninen resepti. Teknisen ratkaisun lisäksi lopputulokseksi odotettiin lääketietojen käsittelyn alueellinen toimintamallia ja alueellisten ratkaisujen luomista ja pilotointia. Projektissa pyrittiin lääketietojen käsittelyn yhdenmukaistamiseen ja uudistamiseen osaksi saumattomia palveluketjuja. Tavoitteena oli lääkekustannusten alentaminen. Lääkkeiden suurkulutuksen vähentäminen, asiakkaille haitallisten

lääkeyhdistelmien torjuminen sekä lääkemääräysten helpottaminen ja virhemahdollisuuksien vähentäminen.

Itsenäisen suoriutumisen projektikokonaisuus muodostui niin ikään neljästä osaprojektista.

9. Kotisairaala-projektin tavoitteena oli toteuttaa moniammatilliseen tiimityöhön perustuva, viestintä- ja tietoteknologiaa hyödyntävä, asiakaslähtöinen, itsenäistä suoriutumista tukeva, erikoissairaanhoidopalveluja tuottava kotisairaalatoimintamalli, jossa toimittaisiin yli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajojen.

10. Turva- ja asiointipalvelut -projektin tavoitteena oli luoda uusia toimintamalleja julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistoimintana tuottamista turva-asiointi- ja ateriapalveluista sekä siihen liittyvä asiakkaan toimintakyvyn mukainen tekninen turva-asiointi- ja ympäristönhallintajärjestelmä. Tavoitteena oli saada kokonaisuudesta asiakkaalle helppokäyttöinen ja henkilöstön työaika säästävä. Turvahälytys-, kauppa-, apteekki-, pankki- ja kuljetuspalveluiden lisäksi projektin tavoitteena oli edistää asuinympäristön esteettömyyttä tukevia muutostöitä.

11. Apuvälineiden hallinta -projektin tavoitteena oli luoda uusi toimintamalli apuvälinepalveluiden toteuttamiseen sekä toimintamallia tukeva sähköinen järjestelmä. Apuvälinehallinnalla pyrittiin muun muassa helpottamaan apuvälineiden lainausta ja tehostavan niiden käyttöä ja logistiikkaa.

12. *Itsehoidon tukeminen -projekti* muodostui oikeastaan kahdesta alaprojektista. Ikäihmisten aktivoiminen osaprojektilla pyrittiin kehittämään toimintamalli 70- ja 75-vuotiaiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Omaishoitajien tukeminen -osaprojekti puolestaan pyrki kehittämään omaishoitajien jaksamista tukevaa sijaishoitoa.

Informaatio ja asiointipalvelut -projektikokonaisuus organisoi-
ttiin kahteen osaprojektiin: informaatiopalveluiden ja asiakas-
kohtaisten palvelusivujen kehittämiseen keskittyneisiin projek-
teihin.

13. *Sosterva-info -projektin* tavoitteena oli tuottaa pilotti kansalaisten ja ammattilaisten tarvitsemista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja sosiaaliturvaa koskevista informaatiopalveluista. Tavoitteena oli oikeaa tietoa sisältävä ajasta ja paikasta riippumaton asiointi ja palveluiden jakelukanava sekä siihen kytkeytyvä tiedontuottamismalli.

14. *Asiakkaan palvelusivut -projektin* tavoitteena oli luoda yksittäistä asiakasta kiinnostavat ja nimenomaan häntä itseään koskevat – nykysanaston mukaan ”personoidut” – internetsivut. Näiden sivujen kautta asiakas voisi katsoa omia tutkimus- ja laboratoriotuloksiaan, lausuntoja ja päätöksiä, ajasta ja paikasta riippumatta. Sivut toimisivat myös ammattilaisille tiedonjakokanavana. Projektin tavoitteena oli myös kehittää helppo tapa lähettää sähköisiä hakemuksia.

15. *Aluetietojärjestelmän kehittämisen* tavoitteena oli kehittää tietotekniset ratkaisumallit jotka tukevat alueen toimijoiden kanssa sovittuja toimintamalleja. Aluetietojärjestelmän kehittäminen kytkeytyi keskeisellä tavalla muihin

projekteihin itsehoidon tukeminen -projektiä lukuun ottamatta. Vaikka alueellista tiedonvälitysjärjestelmää ei kokonaisuudessaan uskottu saatavan valmiiksi kahden vuoden aikana, tavoitteena oli kuitenkin toteuttaa pilottivaiheen edellyttämät toiminnot.

Yllä kuvattuja projekteja tukemaan perustettiin myös *Tiedotus- ja koulutustukiprojektit*. *Pilotti* mainittiin projektisuunnitelmassa erillisenä projektina, jossa osaprojektien tuloksia kokeillaan ja testataan ja jonka perusteella niitä voitaisiin arvioida ja kehittää edelleen. Pilottijakson oli tarkoitus toteuttaa syksystä 1999 alkaen ja myöhemmässä vaiheessa toukokuun 2000 alusta lähtien vuoden loppuun saakka. Hankkeen viivästymisen vuoksi sitä kuitenkin siirrettiin ja pilottia lyhennettiin. Kokeilu käynnistyi vaiheittain siten, että omaneuvojoitoiminnan kokeilu käynnistyi marraskuussa 2000 ja kesti kesäkuun 2001 loppuun saakka.

5

SATAKUNNAN MAKROPILOTIN ARVIOINTI

Projektin valtakunnallinen arviointi ja sen kohdentuminen

Satakunnan Makropilotin arviointi on valtakunnallinen arviointihanke, jota koordinoi Stakesin Terveystieteiden tutkimuskeskus FinOhta. Hankkeen projektipäällikkönä toimi Jukka Ohtonen. Arviointihankkeen tehtävänä oli Makropilotin tuloksellisuuden ja yleistettävyyden arviointi. Makropilotin toiminnasta pyrittiin tunnistamaan hankkeelle asetettujen muutosten mukaisia ilmiöitä, asioita ja prosesseja. Arvioinnissa oli neljä eri tasoa tarkastelevaa teemaa:

- tietoteknologia,
- työelämän muutos,
- klusterivaikutukset,
- Makropilotin tuloksellisuus

Klusteriarvioinnissa selvitettiin Makropilotin vaikutuksia yritystoiminnan ja tuotekehitystoiminnan osalta suhteessa hyvinvointiklusterin kehittämiseen liittyneisiin hanketavoitteisiin. Sirkku Kivisaari, Petri Rouvinen ja Pekka Ylä-Anttila (2001, 73–75) totesivat hankkeen aikaansaaman klusterikehityksen jääneen vähäiseksi mutta toisaalta he pitivät myös yritys yhteistyölle alun perin asetettuja tavoitteita epärealistisina. Yritys yhteistyön ongelmia aiheuttivat tutkijoiden mukaan se, ettei yri-

tyksille tarjoutunut riittäviä kannustimia tutkimus- ja kehitystoimintaan. Makropilotti ry:n rooli tietoteknisten tuotteiden ostajana ja sisällöllisenä määrittelijänä tuotti ongelmia, varsinkin kun Makropilotti-toimisto ei hyväksynyt lähtökohdaksi jo olemassa olevien tuotteiden hyödyntämistä. Myös tekijänoikeuskysymykset aiheuttivat ongelmia.

Tietoteknologia-arvioinnin kohteena oli Makropilotin tietoteknisten ratkaisujen toimivuus ja soveltuvuus muiden alueiden sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Arvioinnissa tavoitteena oli selvittää tiedon kulun esteettömyyden, kansalaisen omatoimisuuden tukemisen sekä tietoturvan ja -suojaus toteutumista. Pirkko Nykänen ja Erkki Karimaa ovat arvioineet tietotekniikkaa raporteissaan (2001, 2002). Arviossaan he pitävät aluearkkitehtuurin tietoteknologisen toteutuksen suunnitelmia periaatteessa toteutuskelpoisina mutta korostavat, että ennen lopullista arviointia tulisi järjestää pilotteja ja koekäyttöä. Nykänen ja Karimaa kiinnittävät huomiota muun muassa tarpeisiin täydentää suunnitelmia strategisen tason ja prosessinäkökuulmilla. Tietotekniikan arvioijat pitävät Makropilotissa luotuja ajattelumalleja ja hankkeessa saatuja kokemuksia arvokkaina terveydenhuollon alueellisten tietojärjestelmien kehittämisen ja suunnittelun kannalta. (Nykänen & Karimaa 2002, 22–24)

Työelämän muutosarvioinnin tavoitteena on ollut arvioida Makropilotin ratkaisujen toimivuutta käyttäjien kannalta sekä tietoteknisten toimintamallien vaikutusta työoloihin ja työn uudelleen organisointiin. Juha Koivisto (2000, 2002) selvitti kyselytutkimuksin ja haastatteluin makropilottialueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön käsityksiä kehityshankkeen tuomista muutoksista ja muun muassa tietotekniikkavalmiuksista. Koiviston tutkimus osoitti, että odotukset sekä tietotekniikan että moniammatillisuuden suhteen ovat kokeilun alueen henkilöstön keskuudessa säilyneet korkeina vuodesta 1999 vuoteen 2001 saakka. Hankkeen päättyessä henkilöstö odottaa Makropilottihankkeen muutosvaikutusten toteutuvan vasta noin 5–10

vuoden kuluttua. Työelämän muutoksen arviointi on myös tämän, nyt käsillä olevan raportin kohde. Tässä seuranta- ja arviointihankkeessa on pureuduttu vahvasti kehittämistyöhön siinä vahvasti mukana olleiden kannalta. Ennen tätä loppuraporttia on ilmestynyt Merja Ala-Nikkolan kirjoittama väliraportti (2001).

Neljäs arviointinäkökulma liittyy hankkeelle asetettujen tavoitteiden toteutumiseen. Kokonaisarvio tuloksellisuudesta on ollut Sosiaalikehitys Oy:n tehtävänä. Pitkäaikaisvaikutuksia seurataan pidemmällä rekisteripohjaisella seurannalla (Nylander & Nenonen 2002) sekä vertailulla muilla alueilla tapahtuneisiin vastaaviin toimintakäytäntöjen muutoksiin (Perälä et al. 2002).

Arvioinnin suunnittelusta vastanneen Jukka Ohtosen (2001, 6) mukaan arvioinnin tärkeimpinä tehtävinä on tarkastella projektin projektivastuullisten esiin nostamia tuloksia: yhtäältä niiden ”todenperäisyyttä” ja toisaalta sovellettavuutta hyvinvointipalvelujen kehittämiseen muillakin alueilla.

Tietotekniset innovaatiot ja työn sosiaalinen muutos sosiaali- ja terveysalan käytännössä – arvioinnin teoreettiset lähtökohdat

Tämän arviointihankkeen ensimmäisessä vaiheessa tutkija Merja Ala-Nikkola (2001, 17–20) luonnehti tutkimusotetta toimintatutkimukselliseksi, ja arviointiteoreettista lähtökohtaansa responsiiviseksi evaluaatioksi. Toimintatutkimuksessa tutkija työskentelee aktiivisesti tavoitteenaan samanaikaisesti aikaansaada muutosta ja analysoida kohdetta (Kuula 1999). Responsiivisessa evaluaatiossa pyrkimyksenä on ymmärtää kohdetta ikään kuin sisältä käsin, toimijoiden kokemusta ja käsityksiä tulkiten (Rauhala 1999). Koska kyseiset tutkimusotteet ovat pitkälle tutkijan ja kohteen väliseen prosessimaiseen vuorovaikutukseen ja luottamukseen sidottuja, ei kuvatus tutkimusotteen siirtäminen osoittautunut mielekkääksi siinä vaiheessa kun tutkimustyö siir-

tyi toiselle tutkijalle. Toimintatutkimukselliset elementit eivät tässä vaiheessa näyttäytyneet kovinkaan vahvoina toimintakäytäntöinä. Niinpä uusi tutkija pyrki edeltäjänsä tapaan seuraamaan mitä kehittämistoiminnan kentällä ja työorganisaatioissa tapahtui, mutta otti saamalla lähtökohdakseen ns. naturalistisen asenteen, jonka mukaisesti tutkija ei pyri tekemään interventioita tutkimuskohteeseensa, vaan tarkastelemaan ilmiötä sellaisena kuin se on (Patton 1990, 39). Tavoitteena oli seurata läheltä kehittämisen ja pilotin tapahtumia kohteessa. Arvioijalla ei tällöin ole ennalta täysin lukkoon lyötyä suunnitelmaa, vaan hän toimii kohteessa tapahtuvien tilanteiden ja muutosten mukaisesti; ”luovasti” projektin etenemistä seuraten (Patton 1981).

Edellä kuvattua arviointiorientaatiota noudatettaessa on luontevaa hyödyntää laadullisia menetelmiä. Niiden käytölle on tyyppillistä, että kyse ei ole tiukassa mielessä mittaamisesta; arviointi ei ole prosessin alkuvaiheessa asetettujen hypoteesien testaamista. Pyrkimyksenä on pikemminkin seurata ja ymmärtää muutosprosessia. Analyysi on tuolloin pitkälle induktiivista. (Jalava & Virtanen 1998, 136) Lukija on otettava mukaan havaintojen analysointiin. Arvioija on havainnoitsijan silmät, korvat lukijalle. Datan pitää olla niin kuvailevaa, että lukija ymmärtää, mistä on kyse ja hän voi tehdä omat tulkintansa. Arvioija ei välttämättä pyri kirjoittamaan omaa tulkintaansa siitä, onko jokin asia hyvää vai huonoa. Kuvauksessa ilmiötä tarkastellaan faktuaalisesti, tarkasti ja trivialiteeteista puhdistettuna. (Patton 1990, 26-31) Toisaalta arvioinnin tekijä voi nostaa esiin keskusteltavaksi joitakin sellaisiakin näkökulmia joita projektin toteuttajat eivät ole tuoneet esiin.

Arviointikirjallisuudessa on pohdittu paljon evaluaattorin sitoumuksia ja objektiivisuutta. Esimerkiksi Tuija Lindqvistin artikkelissa (1999) tarkastellaan evaluaattorin ja tutkijan rooleja. Tutkijan akateeminen kriittisyys ja evaluaattorin toiminta politisoituneella ja henkilökohtaistuneiden suhteiden varaan rakentuneella kentällä eivät aina näytä kulttuurisesti sopivan yhteen.

Arviointeihin ja evaluaattoreiden rooleihin voi rakentaa erilaisia rooleja ja suhteita riippumattomuuden ja objektiivisuuden suhteen. Lindqvist rakentaa Eleanor Chelimsdyn (1997; vrt. Myös Patton 1990) luokitukseen nojaten erilaisia mahdollisia positi-
oita. Tilivelvollisuusarvioinneissa tavoitteena on tiukka tulosten mitta-
us, riippumattomuus on välttämätöntä eikä evaluaattorilta sallita projektin asianajoa. Kehittämisenäkökulman omaksunut
evaluaattori toimii vaivatta konsulttina, eikä tunne tarvetta vah-
vaan riippumattomuuteen. Tällöin evaluaattori saattaa omaksua myös projektin markkinoinnin ja asianajo-tehtävän. Mikäli näin tapahtuu arvioinnin objektiivisuus ja vakuuttavuus vähe-
nevät. Tiedontuotantoon tähtäävä evaluaatio pyrkii ilmiön ym-
märtämiseen ja erittelyyn. Riippumattomuus on tällöin tärkeä lähtökohta, koska asianajoa ei yleensä hyväksytä. Tässä arvioin-
ti- ja seurantatutkimuksessa on pyritty ennen muuta tiedontuo-
tantoon säilyttäen tutkijan riippumattomuus ja objektiivisuus sekä välttämään projektiin liittyvää asianajoa. Toisaalta arviota arvioitaessa on hyvä pitää mielessä, että lähellä tutkimuskenttää työskenteleminen ja tätä kautta laadullisen aineiston keräämi-
nen korostavat väistämättä tutkittavien näkökulmaa (Eskola & Suoranta 1998, 16). Suhteessa arvioinnin tehtävään tässä ei kuitenkaan ole ristiriitaa.

Arvionti- ja seurantatutkimuksen tutkimuksellisenä viiteke-
hyksessä sovelletaan Social Rule System -teoriaa, jonka avulla on mahdollista tarkastella työelämän muutostilanteita (Burns & Flam 1987). Teknologiaa kuvataan usein joko ihmisten sosiaali-
sesti konstruoimina tuotteina tai objektiivisena organisationaa-
lisina prosesseina. Teknologiat ovat ihmisten rakentamia mutta myös materiaalisia voimia, jotka muovaavat ihmisten toimintaa ja sosiaalisia käytäntöjä. (myös Orlikowski 1992) SRS-teoriassa hyödynnetään siis giddensiläistä strukturaatioteorian keskeistä
ideaa: säännöt ja normit nähdään toimintaa ohjeistavana moni-
kerroksisena rakenteena, säännösteinä, jota toimijat tulkitsevat, soveltavat ja määrittelevät uudelleen. Normit ja normijärjestel-

mät ymmärretään tässä hyvin laajasti kattaen erilaiset normijärjestelmät poliittisen ohjauksen ja ideologian tasoilta aina työorganisaatioiden mikrovuorovaikutukseen saakka. Normit ilmenevät hyvin eri tavoin: on tunnistettavissa juridisia ja virallisista sääntöjä mutta myös kulttuurisesti muotoutuneisiin vähemmän pakottaviin tai informaaleihin sääntöihin saakka.

Teknologian hyödyntämisen tutkimuksessa teknologian ja organisaation teoreettista erottamista pidetään kiistanalaisena, sillä teknologian määrittely kattaa useimmiten sekä varsinaisten teknisten välineiden ja laitteiden, sekä niiden käyttöön vaadittavien taitojen lisäksi myös sosiaalisen organisaation kokonaisuuden tai teknologiaan kytkeytyvän inhimillisen toiminnan tai tuotannon suhteet. Teknologiaa voidaan myös tarkastella inhimillisen toiminnan aikaansaamana artefaktina tai yhtenä sosiaalisen toiminnan ei-inhimillisenä osana. (Grint & Woolgar 1997)

Eräs tapa ymmärtää teknologiaa on tarkastella sitä prosessuaalisesti pikemminkin kuin laitteiden ja toiminnan systeemisinä (valmiina) kokonaisuutena. Prosessuaalisuus ymmärretään usein varsin lineaarisesti etenevänä innovointina, diffuusiona ja käyttöönottona. Työorganisaatioihin, työprosesseihin ja ammattillisten ongelmanratkaisutilanteisen suorittamiseen sovitettu prosessuaalisuus kattaa jonkin teknologian kehittelyvaiheen, soveltamisen palvelu- ja tuotantokokonaisuuteen ja työnjakoon sekä soveltamisen ja hyödyntämisen joidenkin tehtävien suorittamiseksi. (Scarborough & Corbett 1992) Työelämän organisaatioiden tasolla teknologian muutos näyttäytyy emergenttinä ja monivaiheisena.

SRS -teorian yhteydessä kiinnitetään huomio erityisesti erilaisiin kilpaileviin normeihin ja normijärjestelmiin, jotka säätelevät toimijoiden toiminnan mahdollisuuksia; mutta toisaalta toimijoille on jossain määrin mahdollista näiden rakenteiden uudistaminen tai uudelleen tulkinta. Ammatillinen osaaminen muodostuu paitsi ammattialan perustietovarannosta, myös muun muassa organisaatioon kytkeytyvästä tiedosta, eri positiioihin

kytkeytyvän autonomian tunnistamisesta, tietystä osasta juridisia sääntöjä ja ammattietiikkaa. Ammatillinen osaaminen ja ammatillinen toiminta tietyssä toimintakokonaisuudessa edellyttää monien säännösten ja normien tuntemista, noudattamista ja yhdistelemistä eri tilanteissa tarkoituksenmukaisella ja hyväksyttävillä tavoilla. Ammatillisessa toiminnassa normijärjestelmien hallinta ja käyttö on suuressa määrin rutinoitunutta. Muutostilanteissa, kuten kehittämishankkeissa tai teknologian käyttöönotto-tilanteissa säännösten suhteista, osista, tai yksittäisistä normeista käydään neuvotteluja. Kehittämistoiminta nostaa esiin erilaisten normistojen väliset jännitteet. Osa normistosta nousee avoimen keskustelun ja uudelleen muotoilun kohteeksi, osa jää käsittelemättä. Tavoitetaan pääseminen voi edellyttää säännösten muokkaamista monella eri tasolla. Eritasoisia normeja, kuten juridisia, hallinnollisia, ammatillisia, yksilöeettisiä, paikalliskulttuurisia asetetaan muutostyön kohteeksi. Kehittämishankkeissa käydään ammatillisten säännösten kenttään kuuluvia neuvotteluja, joilla myös konfliktit ovat mahdollisia. Normien säilyttämiseen ja muuttamiseen kytkeytyy intressejä, joten muutos- ja kehittämistyö ovat usein myös neuvotteluja valtasuhteista. Rutiinien hidas ja vaivalloinen muuttaminen sekä piileviksi jäävät normit hidastavat muutoksen toteuttamista.

Säännöstöjä ja sääntöjä voi tarkastella ammatillisen hallinnan näkökulmasta. Ammatillinen osaaminen ja ammatillinen toiminta tietyssä toimintakokonaisuudessa edellyttää monien säännösten tuntemista, noudattamista ja yhdistelemistä eri tilanteissa. Muutostilanteissa, kuten kehittämishankkeissa tai teknologian käyttöönotto-tilanteissa säännösten suhteista, osista, tai yksittäisistä normeista käydään neuvotteluja. Kehittämishankkeissa käydään ammatillisten säännösten kenttään kuuluvia neuvotteluja, joilla myös konfliktit ovat mahdollisia.

Työelämän muutoksen kannalta suurimmat paineet kasautuvat horisontaaliseen organisaatorakenteen vahvistamiseen ja professionaalisten ammattilaisten vuorovaikutukseen. Myös tie-

totekniikan integroituminen osaksi työprosesseja on tärkeä tarkastelunäkökulma. Tietotekniikka on asetettu hankkeen kokonaissuunnitelmassa organisaatioiden väliseksi kitiksi. Sen tehtävänä on erityisesti nähty yli organisaatorajojen tapahtuva yhteistyö ja asiakastiedon välittäminen organisaatioiden välillä, ammattilaiselta toiselle. Hankkeeseen liittyvällä konseptilla *asiakaslähtöinen saumaton palveluketju* on haluttu ottaa myös kantaa asiantuntijuudessa ja asiakkaan asemassa tapahtuneisiin ideologioihin muutoksiin.

Teknologiaa ja työtä koskevassa keskustelussa on kiinnitetty huomiota siihen, että erotettaessa teknologinen ja ei-teknologinen (tai sosiaalinen) toisistaan, tarkastelua leimaa usein yksipuolistava teknologinen tai sosiaalinen determinismi. Teknologinen determinismi johtaa tämän näkemyksen mukaan maailmankuvaan, jonka mukaan teknologia itsessään on jotakin sellaista, joka muuttaa toimintaa. Teknologia nähdään usein yksioikoisen myönteisenä ja sille annetaan vahva toimijaposition: ”teknologia uudistaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän” tai yksiselitteisen kielteisenä ”teknologia vieraannuttaa ihmiset toisistaan”. Päinvastaista lähestymistapaa kutsutaan ”sosiaaliseksi determinismiksi”. Sen ytimenä on puolestaan korostaan inhimillisen toiminnan ja olemassa olevan sosiaalisen toiminnan muotojen ja rakenteiden ensisijaisuutta tietotekniikan kehittämisen lähtökohtana. Teknologian tutkimuksessa pyritään välttämään tämänkaltainen determinismi ja usein jopa välttämään tyystin teknologisen ja sosiaalisen erottamista toisistaan. Tämä johtaa usein varsin keinotekoiisiin ja konstikkaisiin tarkasteluihin.

Tässä tutkimuksessa lähtökohtaisena oletuksena on, että vaikka teknologian kehittämisen yhteydessä monasti painotetaan lähtökohtana manageriaalisia strategisia valintoja teknologian kehittämisen ohjaajana pikemminkin kuin teknologiaa muutoksen aikaansaajana – subjektina, tekijänä teknologisissa muutoksissa, kyse on monimutkaisista kokonaisuuksista. Mikään yksittäinen yleisesti käytetty teknologiatulkinta – teknolo-

giavetoisuus, prosessien parantaminen (BPR), ongelmien ratkaisu teknologiaa välineenä käyttäen, ideologiset tai poliittiset valinnat, kognitiivisten mallien muuttaminen (ks. Parayil 1999) – ei näytä yksinään riittävän kuvaamaan teknologisen kehittämisen-, kokeilu- ja käyttöönottoprosessin kenttää. Henkilöstön näkökulmasta teknologioiden kehittäminen ja valinnat johtavat kuitenkin usein tilanteisiin, joissa tietyt toimialat ja ammattiryhmät joutuvat sovittamaan toimintaansa ja osaamistaan tietyn teknologian mukaiseksi (ks. May; Gask, Atkinson, Ellis; Mair & Aneez 2001, 1893). Teknologiset muutokset näyttäytyvät ammattiryhmille uusina kvalifikaatiovaatimuksina. Uusien haasteiden kohtaaminen voi aiheuttaa tunteita työn hallinnan vähenemisestä. Tosiasiallinen tai koettu työn hallinnan menetys voivat johtaa organisaation suorituskyvyn vähenemiseen sekä toisaalta vähentää henkilöstön kokemaa hyvinvointia.

6

ARVIOINTIASETELMA

Arvioinnin kohteet ja kriteerit

Arvioinnin rajaus ja arviointikysymykset

Tietotekniset innovaatiot ja työn sosiaalinen muutos sosiaali- ja terveysalan käytännöissä -arvioinnissa tarkastelua on rajattu kohdentumaan Makropilottiprojektin kolmen osaprojektiin: Toiminnan ja resurssien ohjausmalli -projektikokonaisuuden alaisiin, Asiakkaan ohjausmalli ja asiakkaan palveluketjusuunnitelma -projekteihin sekä työterveyshuollon osaprojektiin. Näissä projekteissa tavoitteena oli kehittää ja soveltaa saumattomiin palveluketjuihin liittyviä toimintatapoja sekä soveltaa tässä uusia tietoteknisiä välineitä. Ohjausmalli -projektissa on toteutettu Makropilotin lähtökohtaisen vision kannalta keskeisiä pyrkimyksiä.

Rajauksen lähtökohtana on ollut taata tutkimuksellinen lähi-etäisyys niihin toimijoihin, jotka ammattityönään toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä seurata omaneuvojamallin kehittymistä. Makropilottihankekokonaisuus on tämän arviointihankkeen osalta laajempi kokonaisuus, johon arvioinnin kohde sisältyy. Projektikohtainen tarkkarajaisuuden nou-

dattaminen ei tässä yhteydessä kuitenkaan ole mielekästä. Makropilottihankkeita tarkasteltaessa on huomioitava, että projektit oli tarkoitettu rinnakkaisiksi. Rinnakkaisuus merkitsee ennen kaikkea sitä, että toiminnallinen ja tekninen kehitystyö on tarkoitettu toisiinsa kytkeytyviksi. Satakuntalaisten hankesuunnitelman ja lukuisten haastattelulausuntojen perusteella toiminnallista uudistamista oli tarkoitus tukea teknisellä kehitystyöllä ja toisaalta niin, että toiminnalliset muutokset rakennettiin nojaamaan tekniikan tarjoamaan tukeen. Suunnitteluvaiheessa pyrittiin ylipäättään huomioimaan projektien rinnakkaisuus. Esimerkiksi ohjausmallia kehittäneessä projektissa lähes kaikki muut projektit nimettiin sen rinnakkaisprojekteiksi.

Projektien muoto ja tavoitteet määriteltiin vasta vuoden 1999 loppupuolella. Siinä vaiheessa kun tämän arvioinnin viimeinen vastuututkija tuli kenttätööhän, elettiin virallisesti jo pilottivaihetta. Monet projekteista oli tuolloin jo haudattu tai siirretty hiljaisuudessa odottamaan myöhempiä ponnistuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevät henkilöt eivät kovin tarkasti erotelleet projekteja toisistaan, vaikka arvioinnin puitteissa ensisijaisesti puhuivatkin juuri niistä projekteista, joita he olivat itse lähimmin seuranneet tai joita he olivat itse tekemässä; siis projekteja, jotka olivat koskeneet vanhustenhuollon, äitiyshuollon, lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden ja työterveyshuollon palveluiden kehittämistä.

Tietotekniset innovaatiot ja työn sosiaalinen muutos sosiaali- ja terveysalan käytännöissä -arviointihankkeen tehtäviksi määriteltiin alunperin seuraava joukko arviointikysymyksiä (Ala-Nikkola 2001, 14–15):

1. Millaisin edellytyksin Makropilotin kehittämät toiminnalliset ja tietotekniset sovellutukset ovat siirrettävissä sosiaali- ja terveyshuollon käytäntöihin?
2. Mitkä ovat Makropilotin keskeiset saumattomiin palveluihin ja omaneuvojamalliin liittyvät tietotekniset inno-

- vaatiot ja tuotantotekijät ja mitä ongelmia niiden implementaatioon mahdollisesti liittyy?
3. Miten hyvin työntekijöiden ja asiakkaiden tarpeet on otettu huomioon ryhdyttäessä kehittämään uusia toiminnallisia ja tietoteknisiä ratkaisuja?
 4. Miten toiminnallisia ja tietoteknisiä sovellutuksia sovelletaan käytäntöön, miten ne edesauttavat omaneuvojan työskentelyä ja miten ne edistävät asiakaslähtöisten palvelujen organisointia ja asiakkaan osallistumista mahdollisista toimintakäytäntöistä?
 5. Miten tietotekniset sovellukset muuttavat palveluprosesseja, organisaatioiden yhteistyökäytäntöjä, sekä asiakkaan ja työntekijöiden välisiä suhteita?
 6. Millä edellytyksin terveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä avo- ja laitoshuollon paikoin hyvinkin erilaiset ammatikulttuurit ja professioinstituutiot muuttuvat kohti informaatioyhteiskunnan edellyttämää moniammatillista yhteistyötä?
 7. Mitkä prosessin aikana ilmenevät tekniset, kulttuuriset, organisatoriset ja hallinnolliset tekijät ovat estämässä toiminnallisten mallien käytännön implementaatiota?
 8. Mitä ratkaisuja kohdattuihin ongelmiin löydetään toimintatutkimusprosessissa yhdessä Satakunnan makropolitin ja sosiaali- ja terveystoimen toimijoiden, atk-alan asiantuntijoiden ja kouluttajien kanssa?
 9. Miten projekti kokonaisuudessaan vaikuttaa palvelujen laatuun, saatavuuteen ja niiden vaikuttavuuteen sekä työntekijöiden hyvinvointiin työssä?

Kysymysten perusteella arvioinnin tehtävä on kompleksinen ja monitasoinen. Arviointikysymyksiin liittyviä teemoja ovat saumattomat palvelut, omaneuvojamalli, työntekijöiden tarpeet ja hyvinvointi, asiakkaiden tarpeet ja osallistuminen, moniammatillisuus. Arvioinnin kysymyksenasettelussa tarkastelun koh-

teeksi nousevat siis *uudet toimintamallit* (toiminnalliset sovellukset, toiminnalliset ratkaisut, saumattomat palvelut, toiminnalliset mallit), joihin arviointikysymyksiä laadittaessa oletettiin kytkeytyvän tietotekniikkaa. Toisaalta kysymyksissä lähdetään toimintamallien kehittämiseen kuten omaneuvojamallista, toisaalta kysymyksiin näyttää liittyvän oletus siitä, että tietotekniikka ja toimintamalleja kehitetään samanaikaisesti. Kysymyksistä ilmenee, että tietotekniikan hyödyntämisen oletettiin muuttavan toimintaa. *Tietotekniikan käyttöönoton oletettiin muuttavan palveluprosesseja, yhteistyökäytäntöjä ja asiakkaan osallistumista.*

Vaikka ulkoisen arvioinnin yhteisenä tavoitteena oli ennen kaikkea keskittyä Makropilotin *tulosten arviointiin* (edellytykset siirrettävyydelle, asiakaslähtöisten palvelujen organisoinnin edistäminen, vaikutukset palvelujen laatuun, saatavuuteen ja niiden vaikuttavuuteen sekä työntekijöiden hyvinvointiin työssä), näyttää arviointitehtävään liittyvän tulosten ohella myös prosessaalisten tekijöiden kuvaamista. Kysymyksissä liikutaan *prosessin eri vaiheissa* (ryhdyttäessä kehittämään, sovellusten käytön soveltaminen, implementaation esteet, tietotekniikan sovellusten muutokset, työ kulttuurin muuttuminen kohti informaatioyhteiskunnassa edellytettävää moniammatillisuutta, prosessin aikana ilmenevät esteet).

Jos arviointitehtävää tarkastelee teoreettisen viitekehyksen mukaisesta näkökulmasta tutkimustehtävästä on luettavissa monia säännöstöjä ja normeja. Oletuksena on että kehittäminen törmää teknisiin, kulttuurisiin, organisatorisiin ja hallinnollisiin esteisiin. Professionistituutioiden ja ammattikulttuurien säännöstöjen uskotaan estävän (informaatioyhteiskunnan säännöstön edellyttämää) moniammatillisuuden normia ja vaikeuttavan kehittämistyön tulosten implementointia. Normatiiviseen asemaan asetetaan myös työntekijöiden tarpeet ja hyvinvointi, asiakkaiden tarpeet ja osallistuminen sekä palvelujen asiakaslähtöinen organisointi.

Arviointikysymyksiin liittyy oletuksia lopputuloksesta, jossa ollaan edetty pidemmälle kuin tämän arvioinnin toteuttamisaikana lopulta edettiin. Arvioinnissa pyritäänkin vastaamaan arviointitehtäviin vain siinä määrin kuin se hankkeen saavuttaman vaiheen ja pilotin jälkeisen tilanteen pohjalta on mahdollista. Tämän lähtökohdan pohjalta arviointi:

1. Kuvaa ja erittelee kehittämisprosessia ja kehittämisen kontekstia;
2. Pyrkii kuvaamaan ja arvioimaan niitä toimintamalleja mekanismeja, joilla projektin esittelemissä malleissa pyritään saavuttamaan saumaton palveluketju;
3. Kuvaa ja arvioi niitä projektin pilottivaiheessa kentälle vietä tietotekniikkaa ja omaneuvojoitoimintaa.

Laajasti tulkiten arvioinnin kysymykset tarkastelevat *sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työn hallinnan kysymyksiä saumattomiin tietotekniikkatuettuihin palveluketjuihin tähtäävässä Satakunnan Makropilotin kehittämishankkeessa.*

Arvioinnin kriteerit

Arvioinnin kriteerit muodostuvat Makropilottihankkeen tavoitteita kuvaavissa dokumenteissa ilmaistuista tavoitteista sekä tämän arvioinnin alkuperäisissä arviointikysymyksissä ilmaistuista kriteereistä. Nämä kriteeristöt ovat osittain päällekkäisiä. Hankkeen tavoitteita on kuvattu useissa dokumenteissa: Makropilottikutsussa, hankesopimuksessa (26.11.1998), Satakuntalaisten hanke-esityksestä (käytetty 17.12.1998 päivättyä versiota) sekä yksityiskohtaisemmassa projektisuunnitelmassa (19.12.1999). Hankesopimuksessa todetaan, että tavoitteisto ilmaistaan myöhemmin mitattavassa ja arvioitavassa muodossa. Edellä maini-

tuista dokumenteista ei löydy helposti mitattavissa olevia kriteerejä arvioinnille.

Arviointikysymyksiin sisään kirjoitetut ja myös hanke-suunnitelman 1998 tavoitteita myötäilevinä kriteereinä ovat olleet:

- saumattomuus ymmärrettynä toimintamalleina jotka edistävät ammattilaisten tiedonsaantia ja organisaatioiden välistä yhteistyötä (arviointikysymys 2)
- tulosten yleisempi merkitys sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseksi: siirrettävyys muualla ja sovellettavuus ja hyödynnettävyys palvelujärjestelmässä (arviointikysymykset , 12, 4, 9)
- asiakkaiden tarpeiden huomioiminen sekä asiakkaan osallistumista mahdollistavat toimintakäytännöt (arviointikysymykset 3, 4, 5)
- organisaatioihin ja ammattilaisiin suuntautuva muutostyöskentely (arviointikysymykset 6 ja 7)
- moniammatillisuus (arviointikysymykset 6)
- ammattilaisten ammatilliset näkökulmien hyödyntäminen ja huomioiminen (arviointikysymykset 3, 4)
- ammattilaisten työhyvinvointi (arviointikysymys 9)

Kriteerit ja niiden käyttö ovat luonteeltaan pikemminkin kuvaavia kuin selkeästi mitattavissa olevia. Arviointikriteerit eivät siis sisällä asteikkoa, mutta arviointikysymyksistä on oletettu, että siirrettävyys on yleisellä tasolla arvioitavissa kokeilun ja siitä saatujen kokemusten perusteella. Saman suuntainen oletus on nähtävillä esimerkiksi Makropilottiin liittyvän käyttöön- ja juurrutus suunnitelman (2001) alaotsikosta *Hyviksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus*. Arviointien hyödynnettävyyttä pohdittaessa ajatukseen siirrettävyydestä suhtaudutaan usein kuitenkin varauksellisemmin, sillä kehittämisen kontekstit ovat yleensä varsin monimutkaisia

(ks. Rostila 2001, Seppälä-Järvinen 1999). Työelämän muutoksen arvioinnissa yhtenä peruslähtökohtana on aina syytä pitää inhimillisen muutostyöskentelyn perustavanlaatuaista hitautta.

Aineistot

Kenttätyöskentely

Työelämäarviointiin ja sen menetelmiin liittyy kenttätyö, jossa on pyritty pääsemään lähietäisyydelle projektin pilottia ja sitä toteuttavia henkilöitä. Kenttätyön tavoitteena on saada autenttista kuvaa kehittämistyön tulosten käytännön soveltamisesta. Tähän tiivistyy etnografisen tutkimusotteen ”naturalistinen” ydin: pyritään ymmärtämään sosiaalisia prosesseja tarkastelemalla ja kuvaamalla toimintakulttuureja läheltä monenlaisia tutkimusaineistoja yhdistäen (Hammersley & Atkinson 1995). Kenttätyön aikana on havainnoitu ja haastateltu projektihenkilöstöä, sosiaali- ja terveystyöpalveluiden henkilöstöä sekä asiakas-tilanteita. Aineistoa on kerännyt 1999- 2001 kaksi tutkijaa, kaksi tutkimusassistenttia ja harjoittelija.

Kenttätyö on ymmärrettävissä kokonaisvaltaiseksi aineistonkeruun tavaksi. Siitä huolimatta aineiston erittely ja analyysi ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta ratkaisevan tärkeitä. Aineisto muodostuu dokumentti-, haastattelu-, havainnointi-aineistosta sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Dokumenttiaineistoa ovat Makropilottiprojektin tuottamat suunnitelmat, raportit, muistiot ja www-sivut. Valtakunnallisen Makropilottihankkeen ja Makropilottitoimiston tuottamat raportit, itsearviointiaineistot sekä pöytäkirjat ovat syntyneet virkamies-ten ja projektin työntekijöiden työn tuloksena. Dokumentti-aineistossa on projektiohjauksellista visioiden luontia ja tavoitteiden asettamista. Toisaalta osa dokumenteista on tulosta projektin eri vaiheissa tehdystä kehittämistyöstä ja sen puitteissa ta-

pahtuneesta vuorovaikutuksesta (esim. esityslistat, muistioid, dokumentit optimimalleista). Kolmanneksi osalla dokumenteista on ollut erityinen projektiraportoinnin tehtävä, jonka tarkoituksena on yhtäältä välittää tietoa sekä toisaalta osoittaa projektin tuloksellisuutta (erityisesti väli- ja loppuraportit).

Dokumenttiaineiston avulla on muodostettavissa käsitys projektin tavoitteista, etenemisestä, tuloksista ja prosessin eri vaiheista. Tätä kirjallista aineistoa käytetään viitemerkinnöin tiedon lähteenä. Dokumenttiaineisto on tutkimusaineistoa, jota käytetään hyödyksi erityisesti toimintamallien kuvaamisessa. Dokumenttiaineistoa käsitellään myös laajemmin osana etnografista aineistoa, jolloin siihen otetaan etäisyyttä käyttäen samantyyppistä analyttistä tutkimusotetta kuin esimerkiksi tutkimushaastatteluiden puheeseen. Aineistoa kuvaavassa liitetaulukossa 1 ei dokumenttien osalta ole pyritty luettelemaan kaikkia hankkeen aikana kirjoitettuja (tai luettuja) dokumentteja, vaan yksilöimään se aineisto, jota on erityisesti hyödynnetty aineiston analysoinnissa ja arviointiraportin kirjoitusvaiheessa.

Haastatteluaineistoa on kerätty projektihenkilöstöä, kehittämistoiminnassa mukana olleita ammattilaisia ja esimiehiä sekä asiakkaita haastatellen. Erityisesti arvioinnin ensivaiheessa, vuonna 2000, on haastateltu myös yhteistyöorganisaatioiden asiantuntijoita. Haastatteluja on tehty sekä kasvokkain että puhelimitse. Vuodelta 2000 käytettävissä on yhteensä 27 haastattelua, joissa kartoitettiin Porin vanhusten palvelujen kokonaisuutta. Vuonna 2001 on kerätty 34 kasvokkain suoritettua teemahaastattelua (projektihenkilöstö 7, ammattilaiset 5 + 9 omaneuvojaa, esimiehet 10, asiakkaat 1, yhteistyöorganisaatioiden edustajat 2) kasvokkain olosuhteissa kerättyjä haastatteluja on siis kaikkiaan 61. Puhelimitse on haastateltu kymmentä asiakasta sekä 54 omaneuvojaksi lokakuussa 2000 ilmoitettua ammattilaista.

Teemahaastattelut

Vuoden 2001 haastatteluissa mukana olleiden kanssa käytiin läpi kehittämisprosessia ja pilottia, odotettuja ja toteutuneita muutoksia sekä projektin asenneilmastoon liittyviä kysymyksiä. Haastattelujen teemat vaihtelivat jonkin verran kohderyhmän mukaisesti. Projektihenkilöstön teemahaastatteluissa teemoja olivat myös kehittämisen lähtökohdat ja tavoitteet ja tulkinnat projektin etenemisestä ja siihen liittyvistä esteistä. Esimiesten haastatteluissa pyrittiin tarkastelemaan kehittämisprosessia suhteessa kyseessä olevaan yksikköön ja sen perustehtävään, asiakasprosesseihin ja asiakkaisiin. Haastatteluissa tiedusteltiin myös esimiesten odotuksia hankkeen tavoitteiden toteutumisesta tulevaisuudessa sekä ajatuksia siitä, mitä projektin myötä on opittu. Kehittämistyössä mukana olleiden ammattilaisten haastatteluissa teemoja olivat omaneuvoajatoiminta ja siihen liittyvät käytännön kokemukset ja käsitykset, moniammatillinen yhteistyö, palveluketjuajattelu- ja suunnittelu sekä tiimiytyminen. Haastatteluissa pyrittiin käsittelemään myös asiakkuuden olemusta kyseessä olevissa palveluissa. Tietotekniikkaan kohdistuvat odotukset, valmiudet ja pelot olivat myös ammattilaisten haastattelujen teemoja. Kaikki haastattelut aloitettiin käymällä läpi haastateltavan liittymäkohdat projektiin ja ammatillisen taustan sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilönä. (Haastattelurungot liitteenä 2)

Haastattelut suoritettiin pääasiassa haastateltavien työpaikoilla ja ne kestivät 70–120 minuuttia. Ennen haastattelun aloittamista haastateltavien kanssa keskusteltiin haastatteluiden taustasta ja tavoitteista. Tässä yhteydessä todettiin, että haastatteluihin ja niiden pohjalta raporteissa käytettäviin sitaatteihin saattaa liittyä tunnistamisen mahdollisuus. Yleisesti vakiintuneen – osittain ritualisoituneen – tavan vastaisesti ammattilais-

informanteille ei siten haastattelujen yhteydessä luvattu ”täyttä anonymiteettiä” (ks. Arksey & Knight 1999, 134).¹⁴

Teemoituksista huolimatta haastattelut etenivät keskustelunomaisesti (ks. Eskola & Suoranta 1998, 86). Haastattelija ei pyrkinyt määrämuotoisiin kysymyksiin, tilanteet etenivät vapaamuotoisesti. Vaikka teemahaastatteluissa painottuivatkin haastateltavien tuottamat näkökulmat, joissain tapauksissa tutkija hyödynsi kertynyttä aineistoa, esittäen tietoisesti ”työhypoteeseja” tai alustavia havaintojaan tai jopa provosoivia väitteitä haastateltavan kumottavaksi tai vahvistettaviksi. Tämä etnografisesta tutkimusotteesta peräisin oleva haastattelumetodi edellyttää huolellista haastatteluaineistojen analysointia. Irralliset haastattelukatkelmat eivät välttämättä kuvaa haastateltavien asioille antamia merkityksiä, vaan aineiston analyysissä on kiinnitettävä huomio myös aineiston tuottamisen tilanteisiin ja niistä välittyviin laajempiin merkityksiin. (Mishler 1986) Toisin sanoen haastateltavien lausumia ei ole tarkasteltu irrallisina, vaan ne on analysoitu laajemmin haastattelun konteksti huomioiden.

Puhelinhaastattelut

Omaneuvojiksi syksyllä 2000 ilmoitetuille 60 ja yhdelle myöhemmin ilmoitetulle soitettiin työpaikalle touko-kesäkuussa 2001. Puhelinkyselykierroksen tavoitteena oli ensinnäkin selvittää kattavasti kehittämistoiminnassa mukana olevien osallistumista ja käsitystä toimintamallien kokeiluista sekä etsiä ja sopia erilaisiin haastatteluihin ja havainnointeihin myöntyväisiä ammattilaisia. Puhelinkysely oli muodoltaan vapaamuotoinen ja puhelinkeskustelunomainen. Haastateltaville kerrottiin kuitenkin selvästi soiton yhteys arviointiin ja kyselyn tavoitteet. Jokai-

¹⁴ Sen sijaan kokeilussa mukana olevat asiakkaat ovat tämän arvioinnin raportoinnissa täysin anonyymeja, mikä osaltaan vaikutti myös asiakkaita koskevan aineistonkeruun tapaan.

selta tavoitetulta kysyttiin osallistuminen omaneuvojoitoimintaan ja luotetun sähköpostin koulutukseen. Omaneuvojoitoiminnan osalta kysyttiin toimimista omaneuvojana, osallistumista palveluketjusuunnitteluun, asiakastiimissä toimimista sekä yleisempää käsitystä omaneuvojamallista. Luotetun sähköpostin osalta kysyttiin myös käytön harjoittelua sekä ammatillisesta käytöstä asiakasasioissa. Näiden kaikilta tiedusteltujen asioiden lisäksi puhelinhaastattelut pitivät sisällään vapaamuotoista keskustelua ja haastattelua, jossa vastaajalla oli puheluun käytettävissä olevan tilanteen ja ajan vaihdella mahdollisuus esittää omia näkemyksiään projektista ja sen vaikutuksista työssään.

Puhelimitse tavoitettiin 54 kokeiluun alun perin ilmoitettua. Tavoittamatta jääneet olivat poistuneet palveluksesta (1), virkavapaalla (1), äitiyslomalla (2) tai muilla pitkillä lomilla (4). Ammatilliset olivat eri tavoin tavoitettavissa puhelimella ja heidän mahdollisuutensa keskittyä vastaamaan tai keskustelemaan tutkimusaiheesta vaihtelivat ammattiryhmästä ja työaikatauluista riippuen. Puhelinhaastattelut vaihtelivat näin hyvin niukoista asiakasvastaanoton väliin sijoittuneista viiden minuutin puheluista aina miltei tunnin mittaisiin pitkälle vietyihin erittelyihin saakka. Yllättävänkin moni kehittämistyössä mukana ollut oli valmis suhteellisen lyhyenkin (esim. 15-20 minuuttia) puhelin keskustelun kuluessa tuomaan esiin paitsi vastaukset esitettyihin kysymyksiin myös omista näkökulmistaan pohditunoloisia näkemyksiä projektista suhteessa omaan työhönsä. Varsinkin asennoituminen kehittämistyöhön välittyi puheluista selkeästi.

Kehittämistyön havainnointi

Havainnointi pitää sisällään niin makropilottitoimistolla pidetyt arviointikokoukset (7) kuin varsinaisen projektin kehittämistyöhön liittyvät kokoukset ja palaverit (20). Nämä projektin varsinaiset kehittämiskokoukset ovat olleet projektihenkilöstön

organisoimia tilaisuuksia, joiden tarkoituksena on ollut projektin tavoitteiden edistäminen. Omaneuvojalavereita on organisoitu kolmessa pilottialueen palveluketjussa. Omaneuvojakoukset ovat olleet sekä omaneuvojoitinnan, tiimityön, palveluketjusuunnitelman kehitystyön että teknisten innovaatioiden käyttöönoton kannalta keskeinen arena. Osallistajat ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön ammattilaisia. Pilottitiimit puolestaan ovat olleet foorumi mukanaolevien organisaatioiden johdolle. Omaneuvojakouksia on järjestetty kevään 2001 aikana säännöllisesti kahden viikon välein. Pilottitiimi on kokoontunut lähes yhtä tiuhaan. Kesän 2001 aikana järjestettiin kertaluonteisia tiedotus- ja keskustelutilaisuuksia projektissa mukana olleille, organisaatioiden ylemmälle johdolle ja paikallisille vaikuttajille. Kehittämistyöhön liittyen on havainnointi kahta tietoteknistä koulutustilaisuutta. Kehittämistyön havainnointiin voinee liittää myös arviointiryhmien tapaamiset Porin Makropilottitoimistolla. Arviointikokouksissa arviointiryhmät ovat keskustelleet keskenään arvioinnin toteuttamiseen ja käsitteellistämiseen liittyvistä seikoista sekä kuulleet säännöllisesti projektihenkilöstön raportteja kehittämistoiminnasta.

Projektin kehittämistyön havainnoinnin kohteena eivät olleet projektikehittäminen ja sen metodit sinänsä, vaan kokoukset ovat toimineet keinona seurata koordinoitusti, vaihe vaiheelta sitä, miten pilottiin osallistuvat ammattilaiset ovat työorganisaatioissaan toteuttaneet kehittämistoiminnan aikana saatuja ideoita sekä miten he kokemuksiaan kuvaavat ja tulkitsevat. Kokoukset ovat toimineet tiedonvälityskanavana kehittämistyössä mukana olleille ja samalla myös tutkijalle. Pilottiryhmien sekä Luoteis-Satakunnan ja Kankaanpään osalta havainnointi on ollut pisteittäistä, Porin vanhustenhuollossa omaneuvojaryhmää on seurattu säännöllisemmin.

Havainnointi työpaikalla

Omaneuvojakokeilua on tarkasteltu myös todellisissa työolosuhteissa: omaneuvojakokeilun asiakastilanteita on havainnoitu kaikkiaan yhdeksän kertaa. Havainnoinneissa kiinnitettiin huomiota siihen, miten omaneuvojo toiminta ja asiakkaan palveluketjun kokonaisuus jäsentyy ammattilaisen ja asiakkaan välisessä kommunikaatiossa, kun kyse on suorasta asiakastilanteesta. Ammattilaisen kanssa tilannetta purettiin niin kutsutulla työntekijäreflektiolla, jossa kyseinen työntekijä analysoi omaa toimintaansa ja asiakkaan roolia kehittämistyön tavoitteista käsin. Asiakasta lähestyttiin puhelinhaastattelulla, jossa tiedusteltiin hänen palvelukokemuksiaan omaneuvojo toiminnasta yleensä. Puhustaasti tietotekniikkaan kytkeytyvää havainnointia tehtiin työpaikalla yhden kerran.

Analyysimenetelmät

Arviointi- ja seurantatutkimuksessa pyritään aineistojen tarkastelun kautta vastaamaan arviointi- ja seurantatutkimuksessa esitettyihin kysymyksiin arviointikriteerejä tarkastelunäkökulmina hyödyntäen. Naturalistista arviointilähtökohtaa kuvattaessa todettiin, kenttätöön edenneen tilanteiden mukaan siten, että aineistoa kerättiin jostakin tilanteesta käsin mielekkäältä vaikuttavalla tavalla. Tällöin työ etenee pitkälti niiden tulkintojen varassa, joita kentällä toimivat tai sitä samalla tavoin seuraavat jäsenävät (Eskola & Suoranta 1998, 16).

Tälle arvioinnille ominaista on aineiston suuri määrä, mistä aiheutui haasteita aineiston analysoinnille. Aineisto saturoitui pitkälle ennen kuin sen kerääminen lopetettiin. Aineiston kerääminen jatkui kuitenkin siitä syystä, että kehittämisorganisaatio piti tiedotuksellaan kevään 2001 aikana yllä odotuksia hankkeen tuloksista esimerkiksi kuvaten erilaisissa suullisissa esityk-

sisä saavuttamia tai juuri saavuttamaisillaan olevia tuloksia tavalla, joka ei täysin vastannut aineiston keräämisvaiheessa syntyntä kuvaa projektin tuloksellisuudesta.

Metodiseksi haasteeksi tuli se, kuinka puhdistaa arviointityössä varsinainen ilmiö sellaisesta diskurssiivisen tason tuottamasta kuorutuksesta, joka ei tuntunut vastaavan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten haastatteluissa esiin nousseita käsitteitä asioista, eritoten käytännön tasolla tapahtuneista muutoksista. Eräs edelliseen havaintoon liittyvä yleisempikin hanketta leimannut ilmiö on hankkeen diskursiivinen luonne. Kie- len merkitykset ja suhde organisaatioissa ja käytännössä ilmeneviin asiantiloihin nousivat pian kenttätöön alettua pohdinnan kohteeksi. Makropilotti on kielellinen runsaudensarvi, johon sekoittuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ja tekniikan ammatilliset kielet sekä hallinnollispoliittinen nykykieli.

Makropilottissa on ollut kyse ennakkoluulottomasta ja pitkälle tulevaisuuteen tähtäävästä visioinnista. Projektitodellisuus dokumentteineen ja esittelyluentoineen tuottaa muutosta diskursiivisella tasolla luoden uusia malleja, joille pyritään rakentamaan normatiivista asemaa niiden organisaatioiden puitteissa, joissa muutostyöskentelyä toteutetaan. Jos haluaa ymmärtää Makropilottia, on jäsennettävä sen paikka strategisella tasolla valmisteltuna uskomusjärjestelmän muutokseen tähtäävänä hankkeena. Eräänä merkinä tästä voidaan pitää jo huomattavasti ennen varsinaisen hankkeen päättymistä käynnistettyä le- vittämis- ja juurruttamistyötä, johon Satakunnan projektihen- kilöstö on aktiivisesti osallistunut. Sisäiseen ja ulkoiseen mark- kinointiin tähtäävä sinänsä taitava projektikieli syntyy myös niistä suurista paineista, joita ”Euroopan suurimmaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeeksi” mainostettuun projektiin on kohdistunut. Tuloksellisuuden ja tilivelvollisuuden paineissa on melko inhimillistä, että projektin vastuuhenkilöt tulkitsevat pieniäkin vihjeitä läpimurtona, ”saumattomien pal-

veluketjujen toteuttamisena”, uuden hyvinvointiteknologian käyttöönottona tai alueellisen yhteistyön käynnistäjänä. Arviointitehtävissä ihanteena on kuitenkin objektiivinen tarkastelu. Aineistojen (projektin tiedotus ja projektikehittäjien julkiset esiintymiset vs. ammattilaisten ja esimiesten haastattelut ja muut havainnot) ristiriidan kasvaessa tutkijan on pyrittävä aineistoja vertailemalla päättämään se, mikä on lähimpänä toiminnan tasolla tapahtuvaa ja havaittavaa totuutta.

Miten sitten tutkija tai arvioija pääsee tarkasteltavan ilmiön sisälle havaitsemaan projektin etenemistä ja seuraamaan arvioinnin kohdetta. Kenttätöön edessä syntyy havaintoja, jotka kumuloiduessaan kasvavat tulkinnoiksi siitä, mistä kehittämishankkeessa on kyse, ketkä ovat avaintoimijoita, missä kehittämistyön ydin tapahtuu. Riittävän tiivis yhteys kohteeseen johtaa tutkijan keskelle kenttää. Tutkija tekee havaintoja, testaa niitä sekä etsii niille selityksiä suoraan haastateltavien ja havainnoitavien antamista merkityksistä ja omista oivalluksistaan tai vertailutiedoistaankin käsin. Tutkija siis sukeltaa sosiaaliselle kentälle, pyrkii tunnistamaan erilaisia tapoja kuvata esimerkiksi yhteistyötä, kehittämistyötä, muutosta ja niiden suhdetta siihen (puhuttuun/ havaittuun) mitä pidetään käytäntönä tai nykytilana.

Projektin tiivis seuraaminen kuten minkä tahansa muunkin kiinnostavan ilmiön seuraaminen imaisee mukanaan. Kenttätöväiheessä aineisto jäsentyy usein massana: opittuna asiakokonnaisuutena, jossa kehittyy tietty (toki varsin rajallinen) kyky tarkastella asioiden välisiä suhteita osallisten näkökulmasta. Kentältä irtaantumisvaiheessa aineistoja on pyrittävä analysoimaan eritellymmiin ja kenttätöväihettä systemaattisemmin. Tutkijan on kyettävä myös vetäytymään pois ilmiön välittömästä vaikutuspiiristä ja suhteuttamaan kenttäkokemukset ja aineistomassat kriteereihin, teoreettisiin käsitteistöihin tai tutkimuskirjallisuuteen. Arvioinnin viitekehysten sovittaminen suhteellisen inductiivisesti rakentuneeseen kuvaan merkitsee näkökulman

vaihdosta: deduktiivista tarkastelua, jossa kriteerien ja käsitteiden vastaavuuksia etsitään aineistosta. Aineistoa käydään läpi tällöin tiettyjä tunnusmerkkejä etsien.

Miten aineistojen perusteella kyetään vastaamaan arviointi- ja seurantatutkimukselle asetettuihin kysymyksiin? Monet esitetyistä kysymyksistä jäävät vaille vastauksia kysymyksen muotoiluvaiheissa tehtyjen ennenaikaisten oletusten vuoksi. Projektin vaihe ei ole tarjonnut riittäviä edellytyksiä vastata ainakaan empiirisesti siihen, kuinka projektissa kehitettyjä tietoteknisiä ja toiminnallisia sovelluksia sovelletaan käytäntöön, tai miten ne edistävät omaneuvojana toimimista. Tietotekniikan toteuttamisen vaikeuksista tiedetään Makropilotin myötä jo paljon, mutta työn sosiaalisen muutoksen kannalta on liian aikaista puhua saumattomien palveluiden tai omaneuvojamallin implementaatiosta, käyttöönotosta. Samoin siitä, miten tietotekniset sovellukset muuttavat palveluprosesseja, organisaatioiden yhteistyökäytäntöjä sekä asiakkaiden ja työntekijöiden välisiä suhteita, ei – vielä tässä vaiheessa – saada empiiriseen käytäntöjen tasolla havaittua kokemuseräistä tietoa.

Aineiston raportoinnissa on painotettu suunniteltuja toimintamallien kuvauksia, sillä niihin tiivistyy tässä vaiheessa se, mikä muutoksesta on suunnitelmien ja kokeilulainsäädännön osalta nähtävissä. Näin vastataan siihen, mitkä ovat Makropilotin saumattomiin palveluihin ja omaneuvojamalliin liittyvät tietotekniset innovaatiot ja tuotantotekijät. Koska runsaasta dokumenttiaineistosta huolimatta mallien yksinkertaisia kuvauksia on toistaiseksi vähän, arvioinnin ymmärrettävyyden kannalta katsottiin tarpeelliseksi koota malleja koskevat tarkastelut. Lähteenä on dokumenttien lisäksi käytetty kehittämistyön havainnointia ja haastatteluja. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että malleja koskevat dokumentit ovat olleet kehittämisprosessin vaiheessa syntyneitä työpapereita. Ne eivät siten kaikilta osin edusta valmiita malleja. Aineiston perusteella voidaan järjestää ja koota suurin piirtein se, mihin pisteeseen tavoiteltua muutok-

sesta ollaan tultu ja miltä innovaatiot näyttivät tarkasteluajan kohtana. Kun esitettyjä suunnitelmia tai kehittämisprosessin vaiheiden kautta hahmottuvia asiaintiloja peilataan arvioinnin lähtökohtana olleisiin kriteereihin, voidaan tehdä enemmän tai vähemmän valistuneita huomioita ja havaintoja, joilla saattaa olla arvoa ennakoinnin kannalta. Osa havainnoista on aineistolähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja osin myös hanketta seuranneiden asiantuntijoiden esittämiä pohdiskelevia arviointeja, osa tutkijan omia havaintoja.

Esitetyt ennakoinnit eivät ole tyhjentyviä, vaan niissä saateetaan ennakoida myös jotain sellaisia asioita, jotka eivät toteudukaan siinä vaiheessa, kun mallien edellytyksenä oleva tekninen infrastruktuuri valmistuu. Tutkija tekee tulkintoja, esittää perustelunsa niille ja jättää mahdollisimman paljon faktoja lukijoille, jotka voivat tällöin arvioida tehtyjä tulkintoja ja muodostaa niiden rinnalle omia. Arvioinnissa esitetyt ennakoinnit toivottavasti haastavat muutkin sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat pohtimaan, ottamaan kantaa ja ehkäpä myös kehittämään vielä parempia toimintamalleja. Empiirisellä tasolla vasta kokeiluissa ja mahdollisissa käyttöönotoissa voidaan vastata käytännön pohjalta siihen, vastaako käyttöönotto suunniteltuja toimintamallien muutoksia. Osoittautuvatko ne toimiviksi? Tukeeko tietotekniikka suunnitellulla tavalla toimintamalleja? Kehittyvätkö toimintamallit?

Tutkimuksen käsittelyosassa pyritään kuvaamaan esitetyin rajauksin käytännön tasolla tapahtunut muutos (lähteenä haastattelut) sekä kokoamaan artefaktien tasolla saadut kokemukset tietoteknisistä sovelluksista (lähteenä koulutushavainnointit, tietotekniikan käytön havainnointi, puhelinhaastattelut). Aineisto kertoo paljonkin empiirisellä tasolla tietoyhteiskuntavisioiden ja isojen reformien toteuttamisen vaatimasta perinpohjaisesta vaatavuudesta, isojen kehittämisprojektien toteutuksen haasteista, strategiatason ja ”ruohonjuuritason” törmäyksestä sekä organisaatioiden välisen yhteistyön organisointivaikeuksista.

ta (suunnitelmat, haastattelut, havainnoinnit). Se taso, jota aineisto lopulta selvimminkin kuvaa, on kuitenkin *uskomusten taso*. Suhteessa arvioinnin tehtävänasetteluun eniten saadaan tietoa asenteista, odotuksista, toiveista ja valmiuksista suunniteltuihin muutoksiin (haastattelut, havainnot). Uskomusjärjestelmän osalta liikutaan monella tasolla arjen kulttuurisista uskomuksista aina professionaalisten kenttien merkitysjärjestelmiin, järjestelmien ohjausta koskeviin periaatteisiin ja sosiaali- ja terveystalouden suuntaviivoja koskeviin käsityksiin ja arvoihin. Näin saadaan joitakin vihjeitä moniammatillisuuden kehittymisestä sekä niistä haasteista, joita Makropilottihankkeen tulosten laajempi levittäminen mahdollisesti kohtaa. Uskomusjärjestelmää koskevassa aineistossa on kontekstuaalisena tekijänä kuitenkin huomioitava aineiston keruun ajankohtaan tiivistynyt yleinen pettymys sekä ehkä liiankin vahva pessimismi projektin tuloksista.

Yksittäisistä aineistoista perusteellisin analyysi on tehty teema-, puhelinhaastatteluille, omaneuvojaraporteille ja omaneuvojarereflektioinneille. Haastatteluaineistojen analysointi toteutettiin teemoittelumenetelmän avulla. Haastatteluaineistojen lukeminen johti keskeisten teemojen esiin nostamiseen, aineiston systemaattiseen teemojen mukaiseen luokitteluun. Luokittelun perusteella syntyi teemakokonaisuuksia koskevia tekstimassoja, joita luettiin monta kertaa uudelleen, ryhmiteltiin sekä tiivistettiin tulkinnoiksi. Aineistoa hyödynnettiin kokonaistulkinnan tekoon sekä arviointikysymysten ja kriteerien mukaiseen tarkasteluun.

Puhelinhaastatteluiden aineistosta koottiin yhteenveto, jossa tiivistettiin aineistosta saadut vastaukset tarkasteltuihin kysymyksiin numeraalisessa muodossa. Haastatteluiden yhteydessä kertynyttä runsaampaa ja keskustelevampaa aineistoa verrattiin teemahaastatteluaineistoista tehtyihin havaintoihin. Asiakashaastatteluista tehtiin yhteenveto, jossa kiinnitettiin huomiota myös siihen, että aineiston keruun tapa ja toteutus eivät suosi-neet asiakkaiden äänen esiin pääsyä aivan tavoitellulla tavalla.

Omaneuvojaraportit käytiin läpi kokeilulainsäädännössä esitettyjen omaneuvojatehtävien pohjalta. Samaa tarkastelua sovellettiin myös omaneuvojareflektoinneista tehtyihin havaintopöytäkirjoihin.

Monien aineistojen hyödyntäminen merkitsee triangulaation mahdollisuutta. Toisin sanoen eri aineistoja tarkastelemalla voidaan pyrkiä lisäämään tulkinnan monipuolisuutta ja samalla tarkastelemaan sitä, tuottavatko erilaiset aineistot ja eri tutkijoiden tulkinnat yhdenmukaisen kuvan kohteesta. Aineistossa selkeitä vertailupareja ovat olleet erityisesti teema- ja puhelinhaastattelut, omaneuvojapäiväkirjat ja -reflektoinnit sekä dokumentit ja omaneuvojalaverihavainnot. Triangulaatiota tässä tutkimusasetelmassa syntyy myös sitä kautta, että eri tutkijaryhmät ovat tarkastelleen samaa kohdetta hieman eri menetelmillä tai erilaisista teoreettisista lähtökohdista käsin. (Eskola & Suoranta 1998, 69–72; Mingers 2001).

7

*TULKINTOJA MAKROPILOTIN
KOKONAISTILANTEESTA*

Osallisten omat arviot

Hankkeen päättyessä¹⁵ osapuolet esittivät arvioitaan hankkeen tuloksellisuudesta. Myönteisiä tuloksia nähtiin etenkin seuraavissa asioissa:

- Alueellinen yhteistyö sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioiden välillä on kehittynyt.
- Ammatillinen yhteistyö on paikallisesti parantunut.
- Hyvinvointiteknologian kehittämistä laajalla rintamalla on saatu kansallisesti hyödynnettävissä olevia kokemuksia.
- Teknistä ja toiminnallista määrittelytyötä on tehty, ja se on hyödynnettävissä Satakunnan aluetta laajemmin.
- Tietosuojaan ja -turvaan liittyvää kehittämistyötä on kehitetty myös valtakunnallisella tasolla.
- Suuri kehittämishanke on tuottanut osallisille oppimiskokemuksia.

Hankkeen päätösvaiheessa tulosten kokonaiskuva suhteessa asetettuihin tavoitteisiin näytti vielä keskeneräiseltä. Nähtävissä oli välituloksia ja odotuksia valmiista tuotteista ja kypsyneistä toi-

¹⁵ Satakunnan makropilotin valtakunnallisen johtoryhmän kiertomatka ja päätöskokous Noormarkussa, Kankaanpäässä ja Porissa 17.–18.8.2001. Perustuu tutkijan muistiinpanoihin suullisista esityksistä.

mintamalleista. Projektin toteuttaminen ja sitä myöten erityisesti tietotekniikan kehittäminen oli osoittautunut haastavammaksi ja paljon hitaammaksi prosessiksi kuin hankkeen vireillepanovaiheessa oli osattu ennakoida. Makropilotin valtakunnallisen johtoryhmän viimeisessä kokouksessa elokuussa 2001 todettiin, että liikkeelle oli lähdetty varsin kunnianhimoisesti, mutta samalla varsin ylioptimistisin toivein tavoitteiden ja aikataulujen suhteen. Toiminnalliset kokeilut ontuivat, sillä ne järjestettiin ilman tietotekniikkaa. Tämä oli vastoin projektissa omaksuttua ajatusta toiminnan ja tietotekniikan kehittämisen toisiaan tukevasta vuorovaikutuksesta. Kevään 2001 pilottivaihe oli pikemminkin vielä kehittämisvaihetta, tekniikan sekä toiminnallisten mallien osalta. Saumattomien palveluketjujen toteuttamisessa ei siis vielä onnistuttu. Makropilotissa onnistuttiin hahmottamaan aikaisempaa konkreettisemmin, mitä saumaton palveluketju voisi käytännössä merkitä. Hanke on tuottanut merkittäviä ituja, joiden pohjalta kehittämistä voidaan jatkaa ja suunnata uudelleen myös muilla alueilla. Hankkeen varsinaisten tulosten esiin saaminen on tässä vaiheessa vaikeaa. Kyseessä ovat tilannearviot hankkeen virallisen aikataulun päätyessä. Keskenäisten välitulosten perusteella on kovin vaikea arvioida, projektin laajempia ja pysyvämpiä vaikutuksia.¹⁶

Lokakuussa 2001 ilmestyneistä raporteista heijastuu se, että Makropilotissa toteutettu laaja-alainen kehittämistyö on käynnistänyt lukuisia paikallisia pitkän tähtäimen hankkeita, joille toivotaan jatkoa. Esimerkiksi apuvälinehallinnan hanke laajeni apuvälinehallinnan keskitetyn valtakunnallisen keskuksen suunnitteluksi (Henriksson-Leivo 2001) ja ensihoidon hanke hahmottui laajemmin päivystyspalveluiden kehittämiseksi. Kotihoidon kehittämiskokonaisuudessa pyritään jatkossa edistämään

¹⁶ Arviointikysymys 9: Miten projekti kokonaisuudessaan vaikuttaa palvelujen laatuun, saatavuuteen ja niiden vaikuttavuuteen sekä työntekijöiden hyvinvointiin työssä?

vanhustenhuollon, kehitysvammahuollon ja diabeteksen hoidon palveluketjujen toimintaa.

Koko hankkeen kattavaa loppuraporttia monien osaloppuraporttien joukosta ei löydy. Laajin synteesi tuloksista on pilotti-projektin loppuraportti, jossa vedetään yhteen osaprojektien tuloksia (Mikola & Levola 2001). Loppuraporttien yhteenvedoissa tuloksia tarkastellaan suhteutettuna erityisesti pilottijaksolle määriteltyihin tavoitteisiin. Hankkeen ja pilotin keskeisiksi saavutuksiksi koettiin pidemmän kehitysprosessin liikkeellelähtö (Korkeavuori 2001). Toisaalta hankkeen kerrottiin pitkälle sulautuneen jo olemassa olleisiin kehittämisideoihin (Jaatinen 2001).

Konkreettisista aikaansaannoksista päällimmäisiksi nousevat aluearkkitehtuurin luominen ja aluetietojärjestelmän kehittäminen sekä pilotin läpivieminen. Asiakaskohtaisen ohjauksen hahmottaminen tulkitaan keskeiseksi saavutukseksi ja alueellisen ohjausmallin hahmotus hankkeen poikimaksi keskeiseksi jatkokehittämiskohteeksi (Asikainen & Schönroos 2001). Tämän osaprojektin tuloksia on luettavissa myös kokeilulainsäädännöstä, sillä projektissa kehitetyt mallit ovat olleet pohja lainsäädäntötyölle. Julkisuuteen suunnatuissa viesteissä puoli vuotta myöhemmin tulokset tiivistettiin otsikolla ”Makropilotin toiminnallisuus toteutui, mutta tekniikka takkusi.” (Määttä 2002). Kärkiverkoston internet-sivuilla ilmestyneessä kolumnissa nostetaan esiin toiminnallisen kehittämisen saavutukset. Kolumnissa annetaan muun muassa ymmärtää, että saumattomien palveluketjujen toteuttaminen olisi edennyt vanhustenhuollossa, äitiyshuollossa ja lasten- ja nuorten psykososiaalisen palvelun osalta ihannetilamääritysten mukaisesti.

Satakunnan Makropilotin tuloksia ja niiden kontekstualisointia

Arviointia koskevassa metodikirjallisuudessa (ks. Jalava & Virtanen 1998, 142–145) edellytetään usein arviointikohteen kontekstualisointia. Kontekstualisointi tarkoittaa muun muassa sitä, että arvioinnin tekijät tarkastelevat hankkeiden ja projektien tavoitteita kriittisesti sen suhteen ovatko ne relevantteja ja saavutettavissa tietyssä tarkasteluhetkessä siinä sosiaalisessa kontekstissa, joissa niitä pyritään toteuttamaan. Satakunnan Makropilotin kohdallakin on syytä pohtia huolellisesti tavoitteiden ja toimintaympäristön välisiä suhteita.

Kansallisella toimintaympäristön tasolla hankkeella ja siitä tehtävillä tulkinnoilla on oma historiansa ja on myös tiettyjä sosiaalisia prosesseja, joiden myötä tulkintoihin syntyy jännitteitä. Ensimmäinen jännitteisyyttä lisäävä tekijä on hankkeen taustalla ollut avoin kutsu ja siihen liittyvä kilpailuasetelma. Kun osittain vastaavaa kehittämistyötä on tehty muualla ilman samanlaiseen mittakaavaan yltävää julkista tukea, peräävät kilpailevien alueiden toimijat hankkeen toteuttajien tilivelvollisuutta.¹⁷ Muista suomalaisista hankkeista Makropilotti poikkeaa kuitenkin laaja-alaisuudessaan ja siinä, että kehittämistoiminta levitettiin laajalle rintamalle palvelujärjestelmien eri toimintoihin. Toinen jännitteisyyttä ruokkinut tekijä liittyy Makropilotin julkisuuskuvaan. Makropilotin omat viestintä- ja markkinointitilinjaukset ovat olleet omiaan ruokkimaan ja jopa lisäämään odotuksia. Markkinointiviestinnän yliampuvuus on kääntynyt välillä itseään vastaan. Loppuraporteissaan Makropilottitoimiston kehittäjät ovat kuitenkin tuoneet esiin realistisemmin äänenpainoin käsitöksensä hankkeen vaiheista ja tuloksista.

On monia tapoja tarkastella jonkin kehittämishankkeen tuloksia ja onnistumista. Pääsääntöisesti projektien arvioinnissa

¹⁷ Esim. havaintopäiväkirja 15.1.2001 Stakes, FinOHTA arvioinnin koordinaatiokokous

keskeisen lähtökohdan muodostavat projektin alkuvaiheessa julkilausutut tavoitteet, joita projektin päätösvaiheessa verrataan nähtävillä oleviin ja mahdollisesti mitattavissa oleviin muutoksiin (Suikkanen & Lindh 2001, 15). Ohjelmien, hankkeiden ja projektien tulokset ja niille annettu merkitys ovat kuitenkin moniulotteisempia. Tulokset voivat esimerkiksi olla osittain ennakoinnattomia: on mahdollisesti havaittu, oivallettu tai kehitetty jotain, mitä ei liikkeelle lähettäessä osattu aavistaa (Järvinen-Seppälä 2000, 391-392). Makropilotin yhteydessä tällainen tulos on nähty syntyneen alueellisen yhteistyön ja toimijoiden verkostojen tiivistymisessä¹⁸. Kun Makropilottikutsussa huhtikuussa 1998 painotettiin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuun kytkeytyvän vahvasti kuntiin, niin vuonna 2001 palveluiden alueellinen järjestäminen näyttää yhä tavoiteltavammalta kehityslinjalta (Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010). Vaikka Satakunnan Makropilotin alueellinen yhteistyö ei kaikilta osin olekaan ainutlaatuista – eikä yksin tämän hankkeen aikaansaannosta – antaa se kenties sysäyksen alueellisen yhteistyön kehittämiseen. Aikaisemmin erityisesti Rauman seudulla alueellinen yhteistyö on ollut jo vakiintunutta.

Hankkeen päättyessä kesällä 2001 Makropilottitoimisto toi esiin toimintaympäristön haasteellisuuden ja epävarmuuden¹⁹. Monien toimijoiden saaminen mukaan yhteistyöhön ja yhteistyön ylläpitäminen koettiin projektitoimistossa erittäin vaikeaksi. Aika ajoin oli epäselvää, mitä asioita tulisi kehittää yhdessä valtakunnallisten asiantuntijoiden kanssa ja mitä asioita paikalliseen tietoon ja osaamiseen pohjautuen. Projektitoimistossa koettiin, etteivät valtakunnan tason taustaryhmät tukeneet Satakunnassa tapahtuvaa kehittämistä. Vaikka toimintaympäristön

¹⁸ Valtakunnallisen johtoryhmän kokoukset huhtikuussa ja elokuussa 2001

¹⁹ Puheenvuorot mm. 10.8.2001 arvioinnin koordinaatiokokouksessa, Sosiaalikehitys Oy:n ennakointiadialogikonferenssissa Yyterissä 24.8.2001, tiivistelmä pilotoinnista ja atj:n kehittämisestä 26.8.2001.

turbulenssi on tyypillistä monille (tietotekniikka)projekteille, ehkä juuri työelämän muutosarvioinnissa tulisi tarkastella ja analysoida myös kokemuksia tämänkaltaisista esteistä ja hidas-teista.

Määritelmällisesti projektilla on selkeästi tunnistettavissa oleva alku ja loppu. Kehittämishankkeen projektimuoto merkitsee sitä, että ajallisesta ulottuvuudesta tulee keskeinen tekijä vähintäänkin hallinnollisessa mielessä. Projektitodellisuus edellyttää projektin tulosten tarkastelua virallisessa päätöspisteessä. Usein hankkeiden rahoitus on tarkoitettu määräaikaiseksi ja hyviksi havaitut saavutukset osaksi organisaatioiden normaalia toimintaa. Projekteille ja erilaisille kehittämishankkeille on enemmän kuin tyypillistä, että projektin päättyessä ollaan vielä suhteellisen kaukana alun perin esitetyistä tavoitteista. Projektimuotoista kehittämistoimintaa väitöskirjassaan tutkinut Riitta Seppänen-Järvelä (1999, 157–158) on hakenut vastausta kysymykseen miksi projekteille asetetaan liian suuria tavoitteita. Hänen mukaansa hankkeiden aloittamisvaiheessa luodut ihanteelliset tavoitteet toimivat monesti retorisenä keinona perustella hanketta ja suostutella osallisia mukaan toimintaan. Toisaalta lennokas visio voi luoda suunnan ja luovan jännitteen tavoitteiden ja nykytilan välillä ja siten toimia osallisten suunnannäyttäjänä ja innostajana. (Kosonen ym. 1999, 11) Visio vie ikään kuin vielä tallaamattomille poluille ja johdattaa innovatiivisiin ratkaisuihin. On kuitenkin hankalaa etsiä visio-kehittämiseen nojautuvan projektin arvioinnin kiinnekohtia.

Makropilotti-hanketta voi pitää esimerkkinä visio-ohjautuvasta kehittämisestä niin hyvässä kuin pahassakin. Tietoyhteiskuntanäky innoitti kehittämistyössä mukana olleita ja muokkasi asenteita tietotekniikkaa kohtaan suotuisiksi. Visio oli kuitenkin rajaamaton, eikä juurikaan antanut konkreettista osviittaa siitä, kuinka käytännössä tulisi edetä. Kokonainen sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan hyödyntämisstrategia pyrittiin toteuttamaan kerralla yhdessä kohteessa. Hankkeen alkumet-

reillä se ei ehkä vaikuttanut mitenkään poikkeukselliselta, sillä 1990-luvun lopussa informaatioteknologian huikeat kasvunäkymät herättivät monilla muillakin yhteiskunnan sektoreilla odotuksia käänteentekevästä siirtymisestä ja harppauksista. Makropilottihanke kuvaa aikaansa siinä mielessä, että se on tavoitteidensa laajuudessa ja aikataulun laadinnassa helppo kytkeä ajankohdan ”hypeen” tai ”teknologia-kuplaan”, epäreaalisen suuriin tavoitteisiin.²⁰

Tulosten määrittelyyn etenkin teknologiahankkeissa liittyy vahvasti myös erilaisiin toimijapositioneihin kytkeytyviä intressejä ja arvoja. Tulosten määrittelyssä ja tulkinnassa voi siten nähdä myös poliittisia ulottuvuuksia. (Baram 1973; Grint & Woolgar 1997) Osa havaituista tuloksista on julkilausuttuja näissä strategisissa linjauksissa ja tavoitteistoissa, jolloin tulkinta jonkin hankkeen tuloksellisuudesta on myös tulkinta hallinnon kyvyttä toimeenpanna ja toteuttaa linjauksiaan. Tulkinnasta käytäviä määrittelyjä värittävät myös sitoutumisen eri asteet, joita projektin prosessi ja siihen kytkeytyvät toimija-asetat ovat muovanneet. Sosioemotionaalisessa skaalassa hankkeeseen vähiten sitoutuneet saattavat tuottaa vahingoniloisia kommentteja, sitoutuneet kokevat ehkä pettymystä, pyrkivät kieltämään tilanteen tai siirtämään huomion seuraaviin hankkeisiin ja tuleviin haasteisiin. Isoissa hankkeissa asiat näyttävät henkilökohtaistuvan.

Tässä arviointihankkeessa on havainnoitu ja haastateltu lisäksi projektissa mukana ollutta projektihenkilöstöä, ammattilaisia sekä päällikkö- ja esimiestasoa. Tämä joukko on erityisesti hankkeen viime vaiheissa ollut ydinryhmä. He ovat olleet hankkeen käytännön tason tekijöitä. Makropilotin vision, tietotekniikkasanaston ja siihen kytkeytyvän puheen voi havaita jaotte-

²⁰ 1990-luvun jälkipuoliskon teknologiausko rinnastuu joiltakin osin 1980-luvun lopun taloudelliseen ylikuumenemiseen. Tässä rinnastuksessa Makropilotti näyttää ylisuuria odotuksia sisältäneenä sijoituksena. Makropilotista ei tullut pikavoittoa, vaan sen arvo on vasta odotuksia myöhemmistä kurssinousuista.

levan sisäpiiriläiset, seurailijat ja ulkoreunalaiset. Sisäpiiriläiset kykenevät melko vaivattomasti tuottamaan vision mukaisia käsitteitä ja tuloksia. Sisäpiiriläisiä ovat paitsi hankkeen valtakunnalliset virittelijät – kehittämistyöhön palkattu makropilottiväki ja alueellinen hallinto sekä suhteellisen ohut kerros kehittämissä mukana olleita ohjaus- ja projektiryhmäläisiä. Seurailijoiden joukko on edellistä ryhmää laajempi. Siihen kuuluneet kuntien luottamushenkilöitä, organisaatioiden johto- ja päällikötasoa sekä osa kehittämissä mukana olleita ammattilaisia. Seurailijat kykenevät ainakin jossakin määrin tulkitsemaan käsitteitä ja painotuksia. Samalla he ehkä havaitsevat paikoitellen kuiluja puhujien tai kirjoittajien konstruoimien ”tulosten” ja ”todellisuuden” välillä. Seurailijat ovat osin sellaisia toimijoita, jotka pyrkivät ottamaan etäisyyttä hankkeeseen tai ovat muutoin jääneet siitä etäälle. Ulkoreunalaiset ovat edelleen jokseenkin hämillään käsitteistä ja niiden avulla luoduista asioidenloista. Heidän määränsä on kohdeympäristössä kaikkein suurin. Vaikka ulkoreunalaisia edustaa kaikkein selkeimmin se sosiaali- ja terveystoimen organisaatioissa työskentelevä joukko, jolle Makropilottia on esitelty pisteittäisissä tiedotustilaisuuksissa, on heitä jopa kehittämissä nimetyissä ammattilaisissa.

Työelämän muutoksen kannalta tietotekniikan hyödyntäminen sosiaali- ja terveystoimen organisaatioissa on joka tapauksessa yhtä projektia pidempi prosessi. Kun kehittämishanketta arvioidaan tutkimusaineistoihin perustuen nopeatempoisella aikataululla, saadaan tietoa enemmän juuri siirtymävaiheesta kuin pitkän aikavälin muutoksesta. Makropilottihankkeen jälkeen ollaan organisaatioiden ja ammattilaisten työkäytäntöjen muuttumisen kannalta edelleen melko lähellä lähtötilannetta.

Mikä on muuttunut organisaatioissa? Mikä on muuttunut Makropilotin toimesta organisaatioissa? [...] mikä on muuttunut organisaatioissa Makropilotin aikana? Tämä on kysymys, jonka teen itselleni aika usein. Itse asiassa

huomennakin menen sinne. Katson sitä, että mikä on muuttunut. [...] Mutta se on kysymys, jota kannattaa kysyä säännöllisin väliajoin. Se on kysymys, jota organisaatioiden johdon kannattaisi kysyä, jos he haluavat olla tässä Makropilotissa ja jos he kokevat nämä toimintatavat tärkeiksi. (Projektihenkilö 31.5.2001)

Aineistosta voi tehdä lukuisia samansuuntaisia havaintoja kuin yllä olevassa näytteessä. Haastateltavat niin esimies- kuin ammattilaistasollakin pitävät yksimielisesti hankkeen käytännön vaikutuksia oman työyksikkönsä kannalta vähäisinä tai toistaiseksi näkymättöminä (myös Koivisto 2002). Kehittämistyö ei toistaiseksi ole muuttanut yksiköiden ja niissä työskentelevien työntekijöiden toimintakäytäntöjä.

*KEHITTÄMISTYÖ SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOISSA*

Kehittäjät, kohdeorganisaatiot ja muutostyöskentely

”Eri organisaatioiden ja toimintasektoreiden yhteiset toimintamallit ja niiden tietoteknologinen tuki edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioiden yhteistä päätöksentekoa. Näiden päätöksenteon foorumeiden ja tahojen puuttuminen muodostaa saumattoman palveluketjun ja sitä tukevan toimintamallin ja tietoteknologian käyttöönoton ja juurruttamisen esteeksi”, toteavat kehittäjät osuvasti loppuraportissaan (Asikainen & Schönroos 2001, 11) Satakunta oli valittu Makropilottihankkeen toteuttamisalueeksi osittain siksi, että alueellisen yhteistyön uskottiin olevan vahvaa. Makropilottitoimisto ei kuitenkaan löytänyt täysin luontevaa tapaa toimia organisaatioiden kehittämisessä. Projektioorganisaation ja paikallisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välille syntyi ajoittain jännitteinenkin suhde. Projektioorganisaation aloitteet tulkittiin usein organisaatioiden johdossa projektioorganisaation vakiinnuttamis- ja valtapyrkimyksiksi. Esimiehet toivat haastatteluisia esiin kokemuksensa siitä, ettei projektin toteuttamisessa oltu kiinnostuttu organisaatioiden todellisista kehittämistarpeista ja ongelmakohtiksi koetuista asioista. Johto ja esimiestaso sen enempää kuin muu henkilöstökään ei täysin paikantanut projektin tavoitteita ja toimintamalleja osaksi organisaatioiden jatkapäiväistä toimintaa ja kehittämistä.

Kaiken kaikkiaan vaikutti kuitenkin siltä, että Makropilotissa kehittäminen tapahtui organisaatioiden ulkopuolella – ei riittävässä määrin niiden sisällä ja etenkin välillä. Kitka ilmenee sivulauseissa, joissa kuvataan esimerkiksi siitä, kuinka Makropilotti *tuli* ja *sanoi* ja *vaati* tai *juoksutti kokouksissa*. Puhe piirtää Makropilotista ulkoapäin tulevan vaikeasti hahmottuvan kokonaisuuden, johon suhtaudutaan joko byrokraattisesti tai puolustautuen. Monet haastatelluista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista kuvaavat asenteita omissa yksiköissään sanomalla, että omassa organisaatiossa projektiin osallistuminen koettiin virkatyöksi, johon valittiin, ja joissain tapauksissa ”määrättiin” sopiviksi katsotut ammattilaiset. Tiedonkulun parantamien tietotekniikan avulla koettiin tervetulleeksi, mutta organisaation kehittäminen nähtiin laajempaan ja Makropilottiprojektista erillisenä. Makropilottihankkeen ei katsottu kattavan kaikkea organisaatioiden kehittämistä.

Itsellä on sellainen näkemys ja ajatus ja kokemuskin että organisaatiot eivät halua, että Makropilotista syntyy toimija, joka määrittelee, mitä organisaatiot tekee ja mitä niiden tulee tehdä ja mitä ne saa tehdä ja mitä ne ei saa tehdä. Tätä organisaatioiden olemassaolon oikeutukseen perustuvaa toimintaa organisaatiot ei ole halunneet antaa Makropilotille. Makropilotti on sitä kokeillut tai yrittänyt kysyä. Makropilotti on tehnyt esityksiä siitä, että voisiko Makropilotista syntyä Satakunnan sosiaali- ja terveys- huollon kehittämisorganisaatio, jolle organisaatiot olisi kehittämismandaatin antanut ja sitä mandaattia organisaatiot ei ole antanut. (Projektihenkilö 31.5.2001)

Makropilottikehittäjien näkökulmasta organisaatioiden johdon ja esimiestason epärointi yhteistyössä on kyse ennen kaikkea asianomaisten pyrkimyksestä puolustautua muutoksilta, toisin sanoen muutosvastarinnasta. Kehittäjien puheesta on luettavissa

pettymystä siitä, etteivät kuntien luottamusmiesjohdon päätökset sitoutua Makropilottihankkeeseen, merkinneet virkamiesten alttiutta yhteistyöhön (Ks. Levola 2001). Mukana olleissa pienemmissä kunnissa Makropilotin koettiin antavan uudenlaisen viitekehysten toiminnan kehittämiseksi. Porissa luottamussuhde makropilottitoimiston ja sosiaali- ja terveysjohdon ja esimiesten välillä jäi toivottua ohuemmaksi. Esimerkiksi kunnianhimoinen pyrkimys yhdistää hallinnollisesti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon organisaatiot yhdeksi kokonaisuudeksi jäi kehittäjiä haaveeksi. Organisaatiot eivät osoittaneet projektikehittäjille heidän mielestään riittävästi toimivaltaa ja tilaa toimia tai ne suhtautuivat kehittämissuhteisiin passiivisesti. Toisaalla virkamiesjohdon identifioituminen hankkeeseen ei ole johtanut keskijohdon riittävään sitoutumiseen. Mille tahansa hierarkian ylätasolle sitoutumisen ja lojaalisuuden puute kehittäjiä puheessa paikannetaankin, yhteisenä ongelmana projektikehittäjiä arvioinneissa pidetään sitä, ettei ylin johto tunne niitä nykykäytäntöjä, joita oltiin kehittämässä. Tietty välinpitämättömyys näkyikin esimerkiksi kommentissa, jonka eräs kehittäjätyöhön osallistunut esimies esitti hankkeen loppuessa: ”*Tässä eräänä päivänä esimieheni kysyi, että mitä... mitä minä täällä teen, mikä minun roolini täällä on.*”

Kehittäjiä kannalta projektin toteuttaminen vastasi pellonraivausta kivisessä maastossa huonossa säässä tai ”elefantin työntämistä lumihangessa” (Dialogi 1/2002). Vaikka jännitteet projektitoimiston ja sosiaali- ja terveydenhuollon vakinaisten organisaatioiden välillä eivät ole täysin poistuneet, projektitoimistossa omaa toimintaa tarkastellaan hankkeen loppuvaiheissa reflektiivisesti. Projektihenkilöstö kokee oppineensa projektityöskentelyä ”kantapäähän kautta” ja kykenevänsä hyödyntämään kertynyttä kokemusta jatkohankkeissa:

[...] Ja sitten se, että enemmän organisaatioiden omaa työtä käytettäisiin kuin tähän saakka. Et me ehkä liian

kauan tehtiin täällä toimintamalleja yksinään, omalla porukalla. Ja siitä tuli tavallaan ulkoistamisen tunne organisaatioihinkin. Et tavallaan kun meillä oli syntynyt täällä jotain valmista, niin me vietiin se kuin Raamatun sana sitten organisaatioihin. Et ehkä se oli semmoinen, että vielä enemmän niin kuin, että se lähtee niistä heidän kehittämistarpeistaan, et se on keskeistä. (Projektihenkilö 30.3.2001)

”Asiakkaan ja ammattilaisen rajapinta” kohdentui kehittämistyön ”ensimmäisen vaiheen” kohteeksi. Projektipäällikkö kuvasi valittua etenemistä asiakkaan prosessiohjauksen kehittämiseksi. Hankkeen kehittämistyö keskittyi aluetietojärjestelmän kehittämiseen siten, että tieto asiakkaasta kulkee organisaatioiden välillä. Kehittämisprosessissa mallinnettiin tietovirtaa asiakkuuden kautta. Mallinnus tehtiin tietojärjestelmän suunnittelun tarpeisiin, eikä niinkään työprosessin tai toimintatapojen kehittämisen näkökulmasta (ks. tarkemmin Mikola & Levola 2001 vrt. kuitenkin Asikainen & Schönroos 2001, 43). Organisaatioiden sisäisiin prosesseihin ei pyritty vaikuttamaan. Projektityöntekijöiden lisäksi kehittämistyössä olivat mukana myös konsulttitoimistot: nykytilakuvauksissa KPMG ja optimikuvauksissa Arvo- ketju oy. Nykytilan analysoinnit tehtiin keväällä 1999. Puolentoista päivän seminaareihin osallistui lukuisa joukko käytännön ammattilaisia ja asiakkaita tai omaisten edustajia. Toinen vaihe oli visioiden miettiminen, jota seurasi tavoitetilapalveluketjuku- vauksen tekeminen.²¹ Tavoitetilankuvauksia seurasivat tietojär- jestelmien kehittämistä varten laaditut vaatimusmäärittelyt. (Siikarla & Mikola 1999). Ohjausmallivaiheesta kehittämisestä vastasivat projektikehittäjät ja konsultit, mutta asiantuntijoina käytettiin myös käytännön sosiaali- ja terveydenhuollon am-

²¹ Nykytilan analysointiin osallistui 129 ammattilaista. Tavoitetilaa mietti- neissä projektiryhmissä oli heitä oli 29. Asiakkaita mukana oli viisi.

matilaisia. Vaikka ammattilaisilta olisi toivottu syvempää sitoutumista suunnitteluun, heidän osallistumistaan kartoituksiin pidettiin tärkeänä. (Ruohonen & Asikainen 2000; Asikainen & Schönroos 2001). Kehittäjät itse arvioivat itsensä hyvin yhteistyöhakuisiksi suhteessa kentällä toimiviin ammattilaisiin, eivätkä pitäneet arvioita organisaatioiden ulkopuolella tapahtuneesta kehittämisestä oikeudenmukaisena. Vuorovaikutus ammattilaisten kanssa vahvisti heidän näkemyksiään siitä, että kehittäminen oli oikeansuuntaista. Ammattilaisten mahdollisuuksiin osallistua kehittämiseen suhtauduttiin kokemusten valossa varauksellisesti: vaikka intoa ja uskoa toisaalta näytti riittävän, kiire heikensi kehittämistoiminnan edellytyksiä. Makropilotin kehittämiseen tarkoitettuja varoja ei riittävässä määrin käytetty siihen, että ammattilaiset olisivat voineet perehtyä kehittämistyöhön.

Toimintatavan muuttamisessa on aikapitkälle kyse ajattelutavan muuttamisesta. Ajatellaan asiat uudella tavalla. Kysymyksessä on myös kyky nähdä päämäärät arkipäivän yli ja jopa ohi. Tänä päivänä ollaan vaan niin jokapäiväisessä toiminnassa mukana. Ei ole aikaa, resursseja eikä haluakaan ajatella asioita pitemmälle kuin tämä päivä. (Projektihenkilö 31.5.2001)

Viime vaiheessa kolmella pilottialueella kehittämistoimintaan osallistui noin 40 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, jotka kokoontuivat säännöllisesti kehittämisryhmiin ja oma-neuvojakoulutukseen. Myös esimiehet kokoontuivat omiin ryhmiinsä. Esimiesryhmän jäsenillä ei kuitenkaan ollut varsinaista päätösvaltaa tehdä päätöksiä omien organisaatioittensa osalta (Mikola & Levola 2001). Ryhmissä kehittämistoiminta koettiin henkilökohtaisesti merkitykselliseksi. Puhelinkyselyssä noin kolmasosa – lähes puolet aktiivisesti kehittämistoimintaan osallistuneista ammattilaisista – kuvasi kehittämistoimintaa erit-

täin myönteisesti. He kokivat kehittämistoiminnan avanneen laajemman ymmärryksen oman työnsä sijoittumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuuteen ja eri ammattiryhmien kanssa yhdessä tehtävään työhön. Pilotin loppuraporteissa syventynyttä yhteistyötä kuvataan muun muassa ”toisten työhön tutustumisena” ja yhteisenä ideointina, luottamuksen lisääntymisenä (Korkeavuori 2001, Jaatinen 2001, Asikainen & Schönroos 2001 & Levola & Mikola 2001). Teemahaastattelujen perusteella syntyy kuva, että muutokset ovat lisänneet kehittämistoiminnassa mukana olleiden ammattilaisten keskinäistä vuorovaikutusta. Toisaalta vuorovaikutus tuntuu paikantuvan juuri kehittämisryhmään. Tämä vuorovaikutus kuvataan myönteisenä ja sen pääsisältönä pidetään lisääntynyttä tietoa ja ymmärrystä muiden ammattiryhmien työstä: ajattelutavoista ja toimintakulttuureista.

Päätäjien odotusten mukaisiin tavoitteisiin tuskin päästään, mutta siitä huolimatta on käyty mielenkiintoista ja tärkeää keskustelua. On huomattava, että keskusteluun ovat tällä erää päässeet osallisiksi myös itse perustyötä tekevät työntekijät. – Tavallisesti esimerkiksi hoidon porrastuksesta keskustelevat hallinnollisesti päättävässä asemassa olevat tahot. – Nyt ne jotka tekevät perustehtävää ovat päässeet osallisiksi kehittämisseskusteluun. (Puhelinhaastattelu 9.5.2001)

Kehittämisryhmissä syntyi myös tunne ja tarve oman työn ja asiakaskunnan olemassa olevien palvelutarpeiden näkyväksi tekemisestä. Projektiryhmän ammattilaisista osa suhtautui viileästi; sijaistyövoimaa saatiin odotettua vähemmän, joten projektiin osallistuminen oman työn ohella osoittautui monessa tapauksessa varsin kuormittavaksi. Neljän aktiivisesti toimineen ammattilaisen keskustelu kehittämisryhmässä kesäkuussa 2001 kuvaa tätä ambivalenssia:

- Tässä kokeilussa mukana oleminen on merkinnyt minulle sitä, että omassa päässä asiat on järjestyneet. Olen havahnutun siihen, että jokaisella työmäärä on valtava. On tunne, että ”kukaan ei kerkeä mitään”.
- Tämä on tiedollisesti lisännyt osaamistani mutta samalla myös tuskaa. Käytännössä puuttuvat asiakkaan parhaaksi toimimisen mahdollisuudet. Olen ahdistunut, kun on tunne, että käytännössä ei voi toteuttaa.
- Minusta este on kussakin meissä sisällä. Meillä on roolit vahvassa. Se vaatii ennakoitua enemmän työtä, aikaa ja paneutumista jonkun räätälöintiin tai mallin omaksumiseen. Mallin sisäistäminen on vienyt paljon aikaa. Olen tässä miettinyt sitä, kuinka kauan se vie aikaa asiakkailta ja työntekijöiltä. Olen havainnut, että omalla työpaikallani ihmiset haluavat opiskella mutta aikataulut pistää tiettyjä rajoja. En ole tämän kokeilun aikana omalta työnantajaltani saanut mitään aikaan liittyvää tukea. Tuntuu kuin omaneuvojan pitäisi taistella joka puolella. Toisaalta se tarkoittaa sitä, että on ollut täysi vapaus tehdä tai olla tekemättä. Mutta muille potilaille ei voi sanoa, että tänään en voi kun on puoli päivää Makropilottia.
- Menee 20 vuotta ennen kuin tämä juttu menee läpi. Muitten töitten päälle tämä on raskas juttu. Aina tulee pikkuisen lisää ja pikkuisen lisää. Toistaiseksi ei ole osoittautunut että tästä olisi mitään hyötyä. [...] Oikeastaan olen hämmentynyt tästä innokkuudesta joka meillä on ollut. Olemme vieläkin innokkaita.

Projektin etenemisen eri vaiheissa näkyvät vahvasti samat ongelmat, joita Marja Kaasalaisen (1994) havaitsi tarkastellessaan erästä toista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöverkoston rakentamiseen liittyvää projektia. Hänen mukaansa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille on tyypillistä se, että kehittä-

mistoimintaan osallistutaan ikään kuin kehittämistoiminta muodostaisi irrallisen näyttämön organisaation varsinaisesta toiminnasta. Osallistujat ovat usein taitavia puheen tasolla tuotamaan yhteistä tarinaa organisaatioiden yhteistyöstä, mutta puhe ja kehittämistoimintojen suorittaminen ei johda käytännön toimintaan. Tyypillistä on johdon vetäytyminen ja kehittäjien vastuulle jäävä kehitystyö. Kun kehittäjät poistuvat organisaatioista, kehitystyön jatko jää henkilöstön valintojen varaan. Vaikka resursseja on käytetty koulutukseen, ei organisaatioiden tasolle ole syntynyt riittävästi muutosta tukevia välineitä. Byrokratiaa purkavien ja yhteistyön muotoja tukevan hallinnon keinojen puutteellisuus heikentää yhteistyön konkretisoitumista käytäntöjen tasolle ja suunnitelmien ja hyvien ajatusten vakiinnuttamista.

Saumattomat palveluketjut ja uskomusjärjestelmän muutos

Kehittämistyöhön osallistuneessa ydinryhmässä arvioitiin, että uskomukset toisista ammattilaisista ovat tulleet realistisemmiksi ja myönteisemmiksi. Yhteiset keskustelut ovat avanneet ammattiryhmien töiden sisältöä ja ajattelutapoja toisille ammattilaisille. Vaikuttaakin siltä, että jo ennestään yhteistyötä tekeville ammattilaisille ei työrutiineissa välttämättä ole muodostunut syvälistä ymmärrystä muiden ammattiryhmien osaamisesta. Vaikka konkreettiset yhteistyön muodot ovat toistaiseksi jääneet entiselleen odottamaan tietoteknistä toteutusta, toisten ammattiryhmien tuntemisen ja ymmärtämisen uskotaan edistävän rakentavan yhteistyön muodostumista. Kehittämisryhmään kuuluneiden puheessa toistuu usein ”ammattiryhmien välinen keskinäinen kunnioitus”, ”toisten työn arvostus” ja ”luottamus”.

Mikäli omaksutaan laaja määritelmä saumattomista palveluketjuista, kuten arvioinnin johdannossa ehdotetaan, ammatti-

ryhmien myönteiset uskomukset toisistaan ja asiakkaasta ovat välttämättömiä ehtoja saumattomien palveluketjujen toteuttamiselle. Kapeasti määriteltynä tiettyjen ammattitehtävien välisen informaation vaihdon ydintä on toimintakokonaisuuksien kehittäminen. Myönteiset asenteet eivät sinällään vielä riitä tavoitteiden saavuttamiseksi. Asenteet kuvaavat kuitenkin sitä, kuinka kehittämistyössä mukana olleet ammattilaiset ovat oma-kohtaisesti havainneet ammatteihin ja organisaatioihin liittyviä kulttuurisia piirteitä ja eroja. Erojen olemassaolo on paitsi tunnistettu myös tullut jollain tasolla hyväksytyksi. Kehittämistyössä ei päästy vielä siihen vaiheeseen, jossa erilaisuuden ja samoista havainnoista tehtyjen erilaisten tulkintojen tekeminen olisi synnyttänyt todellisen testin. (ks. Ojuri 1996, 118-120) Saumattomiin – tai joustaviin – palveluketjuihin pyrkiminen on kehittämisessä mukana olleiden yhteinen tavoite, mutta sen toteuttaminen näyttää vielä tekniseltä ja etäiseltä suhteessa olemassa oleviin keinoihin. Lähtötilanteen ja tavoitellun lopputuloksen välinen ero on huomattava, varsinkin kun keinona lopputulokseen pääsemiseksi on tietotekniikan hyödyntäminen.

Kun tulin siihen mukaan, niin jotenkin tuli sellainen tunne, et ne ihmiset oli tehnyt niin kun valtavan työmäärän. Et minulle tuli sellainen, kun kattelin, että niillä on tietokone päässä, kun ne tekee sitä työtä. Et siinä on niin valtavaa kehittämistä, jos se kaikki toteutuu sellaisenaan, niin se olisi aivan mahtavaa. Näkisin, että siitä on todella hyötyä, kun se saadaan toimimaan käytännössä. Mutta se ongelma ilmeisesti tulee olemaa, että millä tavalla. Mutta katsotaan, mitä siihen kehitellään. Ja nimenomaan se opettaminen – ja miten se viedään läpi. Et todella paljon vaaditaan sellaista niin kun uskallusta ja ennakkoluulotonta toimintaa. (Esimies 14.6.2001)

Kuvatessaan Makropilottihankkeen vaiheita omalta kannaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehet ja ammattilaiset kertovat, että makropilottisuunnitelmissa kuvatut tietotekniikan tarjoamat edut ovat motivoineet heitä osallistumaan kehittämiss-hankkeeseen. Tavoitteet, joilla he hanketta perustelevat, liittyvät ensisijaisesti tiedon siirtoon ja yhteistyön kehittämiseen. Odotuksena on ollut, että tiedon siirto tukisi yhteistyötä, että se helpottaisi ammattilaisten päätöksentekoprosesseja, parantaisi asiakaspalvelun laatua, vähentäisi jonkin verran päällekkäisiä testejä ja kokeita. Uskoa siihen, että tietotekniikan avulla organisaatioiden toimintaa voitaisiin kehittää on edelleen hyvin paljon. Juha Koiviston (2002) seurantatutkimus osoittaa, että odotukset tietotekniikan myönteisistä vaikutuksista olivat suuret jo vuonna 1999, puoli vuotta projektin käynnistymisestä. Saattaa olla, että odotukset tietotekniikkaa kohtaan ovat olleet myönteisiä, jo ennen Makropilottia.

Suurin osa tästä hyödystä tulee näille meidän hyvin paljon resursseja vaativille, paljon hoitoa vaativille ihmisille, joiden kohdalla ilman muuta on ongelma se, että eri paikoissa ei tiedetä, mitä toisissa paikoissa hoidosta ajatellaan. Ja kyllä siinä musta itsestään selvästi on nähtävissä, että siellä samoilla resursseilla saadaan enemmän hoitoa aikaiseksi. (Esimies 8.5.2001)

”Me odotimme palveluketjujen kehittämistä ja siihen liittyvää tiedonsiirtoa, mutta saimme omanuovajakokeilun”, totesi eräs esimies kitkerään sävyyn kesän korvalla 2001 käymässämme puhe-linkeskustelussa. Koko kevättä oli leimannut tietotekniikan odottelu. Alkuvuodesta lähtien oli esitelty suunnitelmia aluetietojärjestelmän toimitusten aikatauluista. Viikko viikolta näytti kuitenkin yhä selvemmältä, että pilottijakson aikana kehitystyön alainen tekniikan kokeilu jää vähäiseksi. Tekniikasta puhuttaessa huomio kiinnitettiin luotettuun sähköpostiin, joka

saatiin – teknisten ongelmien kera – toimimaan sairaanhoitopiirin ja Porin kaupungin välillä. Haastatteluaineistoissa on paljon pettymystä, turhautumista ja kiukkua kun kevään ja kesän aikana projektityössä mukana olleet ovat käyneet läpi omia arviointiprosessejaan. Hankkeen päätösvaiheessa pettymys tuloksiin oli vahvasti pinnalla. Mitä pidemmälle kevät eteni, sitä rajumpia olivat pettymyksen ilmaukset:

Suunnitelmat olivat suuret, niistä oli realiteetit kaukana. Minua niin harmittaa, kun meiltä tiedustellaan kaikenlaisia tulevaisuudennäkymiä, että olisiko käyttöä Voyagerilla ja muilla. En jaksa ymmärtää miksi vielä pitäisi spekuloida joillakin tällaisilla asioilla kun todellisuus on niin kaukana siitä. Me odotimme työvälineitä tähän hetkeen. Tämä juttuhan on ajatuksena tosi ihana, mutta nyt kun kaikki asiat ovat niin pahasti viivästyksissä ja kun aikataulujen suunnittelussa on epäonnistuttu niin pahan kerran, olen aika epätoivoinen. Todellinen motivaatio alkaa olla hakusasaan. Makropilotin tulokseksi yritetään nyt tuoda – kun kaikki ovat hädissään – tätä yhteistyön paranemista. En tiedä voisiko se olla Makropilotin tulos. (Puhelinhaastattelu 10.5.2001b)

Pettymyksen ohella yllä olevaan katkelmaan kätkeytyy kaikkialla projektin sisäpiirissä toimineiden ammattilaisten toinen tulkintamalli. Etsiessään mielekkyyttä projektitoiminnalle monet esimiehinä ja ammattilaisina sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä toimineet siirtävät katseen kauemmaksi tulevaisuuteen. Jotkut kehittämistyöhön sitoutuneet ammattilaiset kokevat, että hanketta on myös sen sisäpuolelta tarkasteltu liian kriittisesti, sillä ”kaikkien uusien asioiden käyttöönotossa vaaditaan aika paljon työtä ja ponnistelua.” Kokonaisuutena hanke on kaikesta huolimatta ollut avartava. Toiminnan merkitys nähdään etenkin siinä, ”että ollaan tekemässä tulevaisuutta.”

Että se ei tule ikään kuin yhtäkkiä valmiina pöytään vaan se tulee hiipimällä, jolloin sitä ei välttämättä huomatakaan, et nyt se on tullut. Ja kyllä se mihin itse on tietyllä tavalla työlästynyt, että olisi niin kuin halunnut, että se tietotekninen ratkaisu olisi tullut nopeammin. Joka olisi sitten helpottanut näitten toiminnallisten projektien läpiviientä. Koska niitten aikataulu viivästyy ja viivästyy. Et onhan se ollut tietty ongelma, mutta kyllä sitten taas sitä prosessia nähneenä, niin kyllä tällaisten tietoteknisten ratkaisujen ja uusien innovaatioiden tekeminen, niin siinä pari vuotta ei ole pitkä aika. (Esimies 8.5.2001)

Hankkeen tuloksellisuuden näkökulmasta tietotekniikan viivästyminen oli kiusallista, mutta oireellista on se, kuinka voimakkaasti odotukset kohdentuvat tietotekniikan valmistumiseen. Varsin vähälle huomiolle esimiesten ja ammattilaisten odotuksissa ja arvioissa jäi sen hahmottaminen ja arviointi mitä (kaikkeaa) kehitettävään tietotekniikkaan suunnitellut muutokset käytännöissä merkitsevät organisaatioissa ja miten muutosta edistettäisiin. Saumattomien palveluketjujen toteuttaminen on organisaatioiden kannalta perustunut paljolti reagointiin projektikehittäjien aloitteisiin ja tietotekniikan valmistumisen odotuksiin. Organisaatiotasolla hanke on varsin pitkälle mielletty tietotekniseksi kehittämiseksi ja konkreettisten tietoteknisten laitteiden kokeiluksi ja käyttöönotoksi.

Myönteiset asenteet tietotekniikkaan ja moniammatilliseen yhteistyöhön ovat olleet vallalla jo projektin alkuvaiheissa (Koivisto 2002). Saumattomat palveluketjut eivät näytä uskomusjärjestelmän osalta läpäisseen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta niinkään käsitteellisesti ja teoreettisesti, vaan pikemminkin jo valmiiksi myönteisinä asenteina. Ylätason strategiat ja informaatio-ohjaus välittyvät diffuusisti toimintoja kehittäväälle ja toteuttavalle kentälle. (Filander 2000). Sosiaali- ja terveyspolitiikan markkina- ja teknologiakäänteen myötä syntyy-

nyt ”diskursiivinen siirtymä” on suurelta osin jäänyt etäiseksi ”tavalliselle” terveydenhoitajalle, sosiaalityöntekijälle tai johtavalle lääkärille. Makropilotista oli vaikea puhua selkeästi.

Ne voi hirveästi omia sen. Se on niiden oma juttu siellä projektitoimistossa, minkä hirveän hyvin ymmärrän, koska ne on siihen niin hirveän sitoutuneita, niin voi olla vaikea saada laajempia massoja mukaan ymmärtämään, koska, jos olen oikein sisällä jossain asiassa [...], niin minä huomaan, että minun täytyy oikein pidätellä itseäni, että selitän tarpeeksi rauhallisesti. (Yhteistyöorganisaation asiantuntija 2000)

Pirkko Nykänen ja Erkki Karimaa (2002) toteavatkin että ”Makropilotissa on syntynyt oma ’makropilottikäsitteistö’, joka ei kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja ja palvelujärjestelmää, vaan makropilottiprojektia, sen tavoitteita, toimintatapoja, menetelmiä ja tavoiteltavia uudistuksia. Toiminta-alueen tietomallin ja käsitteiden yhdenmukaistamisen sijaan on syntynyt uusi käsitteellinen taso, jonka ymmärtäminen makropilotin ulkopuolisille esimerkiksi potilaille ja asiakkaille on suhteellisen hankalaa.”

Makropilottitoimiston palkkaamien kehittäjien näkökulmasta kehittämisen ydin oli uusissa toimintamalleissa ja saumattomien palveluketjujen tuli näkyä toimintamallien muutoksina. Kehittäjien ja kentän välillä on aika ajoin ollut havaittavissa teoreettinen kuilu, jonka ytimenä on ollut kehittäjien käyttämien käsitteiden vieraus.²² Makropilottikielen lisäksi ajatukset toimintamallien muuttamisesta jäivät osittain esimiehille ja am-

²² Käsitteellistä kehittämistyötä voidaan pitää myös jossain määrin osana kehittämistyötä tai projektin tuloksena, erityisesti silloin, kun ymmärretään Makropilotti Satakunnan Makropilottia laajempänä ilmiönä ks. esim. Ruotsalainen 2000. Myös tietojärjestelmien kehittäminen edellyttää käsitteemäärittelyjä, joiden tehtävänä on varmistaa, että keskkiset käsitteet ovat ymmärrettävissä samalla tavalla. (Kuusisto-Niemi 1999.)

mattilaisille hämäräksi ja etäiseksi. Kokonaisuutta ja toimintamalleja koskevista ratkaisuista oli vaikea saada otetta. Toisaalta esimiehet ja ammattilaiset pyrkivät etsimään merkityksiä paljolle puheelle. Heidän kannaltaan oli keskeistä ymmärtää mistä oli kysymys.

H: Silloin kun tulit tähän mukaan, niin mikä käsitys sinulle Makropilotista muodostui, kun tulit perehtyneeksi ikään kuin kesken kaiken?

V: Voi sanoa että se käsitys Makropilotista oli hyvin selkiytymätön. – Se on edelleen hyvin selkiytymätön ja hajanainen – huolimatta siitä että minulla on ollut mahdollisuus olla siinä kokonaisuudessa. Ongelmana on varmaan osaltaan se, että Makropilotti etenee tietyllä tavalla, vähän eri tavalla ja tahdilla. Se on kuin kuminauha, välillä se venyy ja sitten irtoaa toisesta päästä ja tuota... siinä tapahtuu asioita hyvin nopeasti, se on se käsitys mikä minulla on. (Esimies 11.6.2001)

Erilaisiin tiedotustilaisuuksiin osallistuneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokonaismäärä on huomattava. Projektin kehittämiseen on eri vaiheissa osallistunut kaikkiaan kymmeniä, jopa satoja, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Vain harvat hanketta seuranneet ammattilaiset kuvaavat uusien toimintamallien kautta miten saumattomien palveluketjujen kehittäminen voisi jatkossa olla osa omaa työtä. Kuitenkin aivan hankkeen viime vaiheissa tavoitteen selkiytyminen on näkynyt myös joidenkin kehittämistoiminnassa mukana olleiden ammattilaisten puheenvuoroista. Vaikka retorisen kompetenssin tavoittelu ei olekaan leimannut ammattilaisten kehittämisorientaatiota, esimerkiksi elokuussa 2001 Kankaanpään terveydenhoitajat kuvasivat omaa toimintaansa sujuvasti ja hyvin luontevasti hankkeessa käytettyjen käsitteiden ja ideoiden varassa.

Suhteessa muihin ammattilaisiin omissa työyhteisöissään kehittämisyhmissä toimineet muodostivat oman saarekkeensa. Heidän oma kokemuksensa oli, että ”makropilottiasioiden” kerrominen muille työtovereille oli hankalaa. Projektin alkuvaiheessa kiinnostuneita oli enemmänkin mutta siinä vaiheessa, kun muut olisivat olleet kiinnostuneita, ei ollut vielä mitään kerrottavaa. Lopulta kun kehittämissyryhmissä olleet alkoivat ymmärtää asioita, halukkaita kuulijoita ei näyttänyt löytyvän. Kesäkuussa 2001 eräs kokeiluun osallistunut totesi: ”*En voi olla jakamassa tietoa huutamalla joka puolella, että haluatteko kuulla Makropilotista.*” Makropilotti oli kyllä muillekin sanana tuttu, mutta sen kehittämissideoihin ja sisältöihin muut työntekijät eivät olleet kiinnostuneita paneutumaan.

Kun sanon että menen Makropiltin omaneuvojakokoukseen muut ovat täydellisen vakuuttuneita selityksestä eivätkä enää halua tietää mitään muuta. (Kehittämiskokous 14.6.2001)

Muut kollegat ovat hyvin tyytyväisiä siitä, etteivät he ole mukana kokeilussa. Itse olen kokenut tämän hyvin rikastuttavaksi. Olen saanut paljon tietoa ja oppinut paljon. Tämä mielekkyyttä syntyy kyllä siitä, että olen ollut mukana laatimassa nykytilan kuvausta. Jos en olisi ollut siinä mukana, en ehkä ymmärtäisi näinkään paljon sitä, mistä on kysymys (Puhelinhaastattelu 10.5.2001c)

Tietoteknisen maailman ja sanaston haltuunotto on ollut myös eräs hankkeen aikana havaittu hankaluus. Samalla on syntynyt epäily siitä, ettei asiakaslähtöisyys toteudu välttämättä vain piirtämällä asiakas kaaviokuvan keskelle. Aluetietojärjestelmää ja sen tulevaisuudessa mahdollistamia toimintoja on jouduttu selittämään lukuisia kertoja kehittämistyössä mukana olleille ammattilaisille (kuten myös arvioinnin monitieteiselle asiantunti-

jajoukalle). Teknisten seikkojen abstraktit kalvodemonstraatiot ja niihin liittyvät lyhenteet ovat jääneet paikka paikoin hyvin etäisiksi. Toukokuussa 2001 kun pilotissa mukana olleille projektiryhmäläisille selvennettiin ATH:n ominaisuuksia, kaikille ei vielä ollut selvää myöskään mitä tarkoitetaan tiuhaan lausutulla lyhenteellä ATJ.²³ Laajemminkin tietotekniikan ja sosiaali- ja terveydenhuollon vuoropuhelu koettiin ongelmalliseksi. Hankkeen alkuvaiheessa yhteisen kielen löytäminen oli hankalaa. Hankkeen lopussa käytettiin jo aikaisempaa enemmän yhteistä kieltä, mutta kokemuksena oli, että kukin tulkitsi käsitteiden merkityksiä omista viitekehyksistään ja normistoistaan käsin. Yhteisten merkitysten ja normien syntyminen oli jossain määrin näennäistä.

Pilotti

Satakunnan Makropilottia ja kehittämistyön puitteissa toteutuneita työelämän muutoksia on vaikea arvioida hankkeen alussa ilmoitetuista tavoitteista käsin, sillä tarkasteltu – pilottina ja jopa käyttöönottona esitelty – tilanne oli pikemminkin vain yksi vaihe kehittämistyön keskeneräisestä prosessista. Kokeiltavana ollut tietotekniikka oli 1.2.–30.6.2001 sangen vaatimatonta verrattuna jopa moneen kertaan muutettuihin pilotin suunnitelmiin. Ilman tekniikan tukea pakkoraossa läpiviedyt toimintamallien kokeilutkaan eivät antaneet vielä vakuuttavaa kuvaa suunnitellusta kokonaismuutoksesta. Omaneuvojamallin lisäksi oli tarkoitus kokeilla palveluketjusuunnittelua ja asiakaslähtöistä organisaatorajat ylittävää tiimityötä.

²³ ATJ lyhenne tarkoittaa aluetietojärjestelmää ja ATH sen yhtä osaa asiakastietojen hallinta -sovellusta, johon kuuluvat asiakkaan tietojen katselu, suostumuksen hallinta eri tilanteissa, tietojen luovutuslokin ylläpito, palveluketjusuunnitelmien perustaminen ja ylläpito, asiakastiimien perustaminen ja suostumusten kirjaaminen palveluketjua varten, omaneuvojasopimukset ja niiden hallinta. (Itälä 2000.)

Tavoitteet pilottijaksolle muuttuivat moneen kertaan (Jaatinen 2001). Taulukossa 3 niitä tarkastellaan syksyllä 2000 laaditun pilotin suunnitelman pohjalta (www.makropilotti.fi 2.8.2001).²⁴ Pilottialueilla Porin vanhustenhuollossa ja työterveyshuollossa, Kankaanpään äitiyshuollossa sekä Luoteis-Satakunnan lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen palveluketjuissa tavoitteena oli kokeilla omanuovojapalveluita, palveluketjusuunnitelmaa, aluetietojärjestelmää, sosiaaliturvakorttia ja sosterva-infoa. Porissa tavoitteena oli kokeilla myös sähköisessä konsultaatiossa, ensihoidossa, kotisairaalassa, turva- ja asiointipalveluissa ja itsehoidon tukemisessa kehitettyjä toimintamalleja. Kankaanpään osalta suunniteltiin kokeiltavan myös ensihoidossa ja itsehoidon tukemisessa kehitettyjä toiminnallisia ratkaisuja. Luoteis-Satakunnan alueen suunnitelman keväinen versio piti sisällään sähköisen konsultaation, diabeteksen ehkäisyn ja lääkitystiedoissa kehitettyjen toiminnallisten ratkaisujen kokeilun (www.makropilotti.fi 2.8.2001).

Helmikuussa (2.2.2001) pilotointipäällikkö esitti arviointiryhmälle täsmennetyn aikataulusuunnitelman: pilotin oli tarkoitus toteutua suunnitellulla tavalla kesäkuuhun mennessä. Aluetietojärjestelmän osalta pilotin oli tarkoitus kattaa asiakkaan suostumuksen hallinta, palveluketjusuunnitelma, luotettu sähköposti konsultoinnissa, informaatiopalvelut ja sosiaaliturvakortin käyttäminen tunnistamisessa ja suostumuksen välineenä sekä mahdollisesti myös lopulta asiakkaan historiatietojen katselun viitetietokannasta.

Aluetietojärjestelmän toteutuksen viivästyessä harkittiin erilaisten valmiiden hyvinvointiteknologiatuotteiden kokeilua. Projektijohdon valitsema linjaus oli, että kaiken kehitettävän teknologian tuli kytkeytyä suunniteltuun aluetietojärjestelmään. Kokeiluista kunnille koituvat kustannukset sekä viime vaiheessa tiettävästi myös yritysten tarjousten viivästyminen es-

²⁴ Helmikuussa vain sosiaaliturvakorttien jakelu oli käynnistynyt.

tivät muun muassa kaavaillut turvarannekekokeilut. Työterveys-
huollossa tapahtuva B-todistusten välitys kaupungin työterveys-
huollon ja vakuutuslaitoksen välillä esitettiin puolestaan suun-
nitelmissa toteutettavaksi kevääseen, vaikka edellytykset min-
kään muotoisiin pilotteihin olivat heikot (tiedotedokumentti
Mitä Satakunnan Makropilotissa pilotoidaan 12.3.2001).

Taulukko 3. Pilottijakson suunnitelma

Toimitusaikataulu	Toimitus 1 (suunniteltu) Marraskuu 2000	Toimitus 2 Maaliskuu 2001	Toimitus 3 Toukokuu 2001
Toiminnallinen muutos	<ul style="list-style-type: none"> • Sosterva-infon tiedon tuottamis- malli • Tiedon ja tietoli- kenneyhteyk- sien hyödyntämi- nen 	<ul style="list-style-type: none"> • Palveluketjun suunnittelu ja toteuttaminen • Palvelu- ja lääkitysvaihto- ehtojen valinta 	<ul style="list-style-type: none"> • Palveluketjun seuranta viitteiden avulla • Tietotekniikka- tuettu ongelma- analyysi
	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoturva 	<ul style="list-style-type: none"> • Tietotekniikka- tuettu tiimityö • Koodien ja luokitusten yhentäminen • Tietoturva 	<ul style="list-style-type: none"> • Tietotekniikka- tuettu oma- neuvojatoiminta • Lääkemääräysten toimittaminen • Tietoturva • Koodien ja luokitusten yhentäminen
Tietoteknisen toimituksen Sisältö	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaaliturva- kortit • Sisään kirjautuminen kortilla • Käyttäjähakemisto • Kansalaisten sosterva-info • Koodistopalvelu • Luotettu sähköposti • Videoneuvottelu 	<ul style="list-style-type: none"> • Käyttäjähake- miston ylläpito • Kohdennetut sosterva-infot • Suostumukset • Palveluketjun suunnittelu ja toteuttaminen • Sininen vihko • Asiakkaan palvelusivut 	<ul style="list-style-type: none"> • Järjestelmäinte- graatio • Asiakkaan histo- riatietojen katselu viitteiden avulla • Asiakkaiden palveluketjujen seuranta • Omaneuvoja- sovellus • Asiakkaan palvelusivujen laajennus • Lääkemääräysten toimittaminen • Sähköinen konsultointi

Taulukko 4. Pilotin toteutuminen marraskuu 2000 – kesäkuu 2001

Pilotissa portaittain marraskuusta 2000 – vuoden 2001 kesäkuun loppuun saatiin kokemuksia:

- Tiimityöstä, omaneuvojalpalveluista ja palveluketjusuunnittelusta. Kokeiltiin omaneuvojalpalvelujen toiminnallista mallia Porin vanhusten huollossa, Kankaanpään äitiyshuollossa sekä Luoteis-Satakunnan lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen palveluketjuissa. Omaneuvojasopimuksia tehtiin Porissa 11, Kankaanpäässä 8 ja Luoteis-Satakunnan alueella 6. Pilotin aikana kehitettiin edelleen palveluketjusuunnittelua ja moniammatillisen tiimityön malleja.
- Sosiaaliturvakortin jakelusta noin 387:lle asiakkaalle Porissa ja Kankaanpäässä. Kokeilu alueen ammattilaisille kortteja jaettiin noin 270. Ammattilaiset kirjautuivat kortteilla aluetietojärjestelmään ja tulivat tunnistetuiksi mm. luotetun sähköpostin käyttäjinä ja palvelusivujen toimittajina.
- Luotetun sähköpostin kokeilusta Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Porin kaupungin välillä.
- Sosterva-infoon liittyvästä tiedontuottamismallista. Parant -informaatiopalvelu avautui julkisesti nähtäville 4.6.2001. Alueen organisaatioista koulutettiin 130 tiedotussihteeriä jotka huolehtivat tietojen syötöstä ja päivityksestä.
- Kotisairaalaista, jonka toiminta käynnistettiin jo syksyllä 1999. Muutoin vuodeosastohoitoa vaatineita potilastapauksia hoidettiin kotona 1015 kappaletta.
- Ikäihmisten aktivoivasta toiminnasta. 22 70-vuotta täyttäneitä porilaista osallistui terveystarkastuksen, ennaltaehkäisevään toimintakykytestiin ja henkilökohtaisen suunnitelman sisältävän toimintamallin testaukseen.

(Kenttäpäiväkirjan lisäksi lähteenä käytetty pilottiprojektin loppuraporttia: Mikola & Levola 2001)

Tosiasialliset edellytykset pilotin aikataulujen onnistumiselle olivat kevään 2001 aikana heikot, sillä aluetietojärjestelmän toteuttaminen oli seissyt monta kuukautta. Jo pariin kertaan lykätty pilotti oli jo kuitenkin aloitettu, hankkeelta odotettiin näyttöjä ja jatkohankkeiden rahoitusta valmisteltiin. Pilotti vietiin läpi projektitoimiston kannalta pakkoraossa. Vaikka pilotin toteutumisesta oli vain toiveita, organisaatioiden johdolle ja kehittämistyöhön osallistuneille ammattilaisille esitettiin lupauksia viitetietokannan valmistumisesta vielä hankkeen viime metreille saakka. Esimerkiksi vanhustenpalveluketjun kehittämiseen omaneuvojin osallistuneille luvattiin helmikuun puolivälissä, että tilannearvioita voidaan tehdä huhtikuun alusta lähtien.

Projektiryhmät kokoontuivat kahden viikon välein keskustelemaan omaneuvoja-asiakaskokemuksista. Asiakaslähtöisyyteen liittyvät pohdinnat olivat näissä keskusteluissa vahvasti läsnä. Palveluketjusuunnittelua käytiin läpi siten, että prosessikaavioita ja tietokoneen näyttöä mukailevien monisteiden avulla katsottiin miten palveluketjusuunnittelua myöhemmin tehtäisiin. Kehittämisyhmässä kommentoitiin kevään aikana palveluketjusuunnitelma-projektiin liittyviä yksityiskohtia. Omaneuvojasopimuksen tehneitä kannustettiin palveluketjusuunnitelmien paperiversioiden laadintaan. Keskusteluissa sivuttiin toisinaan myös asiakastiimien muotoutumista ja tiimityötä. Varsinaisia aktiivisia pyrkimyksiä asiakaskohtaisten tiimien käynnistämiseksi ei havainnoiduissa kehittämissyhmässä ilmennyt.

9

SAUMATTOMUUS PALVELUKETJUISSA

Toiminnan ohjaus ja mittareiden kehittäminen tavoitteena

Makropilotin toimintamallien kokonaisuuteen kuuluu ohjauksen kehittäminen tavalla, joka tukisi palveluketjujen kehittämistä ja yliorganisatorista toimintaa strategisen suunnittelun kautta. Valtakunnalliset suositukset ja sopimukset – lainsäädäntö mukaan lukien – ja parhaat käytännöt ohjaisivat alueellisia palveluohjelmia, kuten organisaatiolähtöisiä palveluketjuja ja itse palveluita. Asiakslähtöinen palveluketjusuunnitelma laadittaisiin näiden hierarkkisten ylätasojen puitteissa. Asiakkaan toteutuneet palvelut antaisivat palautetta järjestelmän kehittämiseksi. (Siikarla & Mikola 1999) Alueellista ohjausta on mallinnettu toistaiseksi melko niukasti (kohdat 3.2 ja 3.3 raportissa Asikainen, Schönroos, Jokela, Ruohonen & Kirjavainen 2000). Vaikka varsinainen toimintamallin yksityiskohtainen kehittäminen on ajateltu toteutettavan jonain myöhempanä ajankohtana, sen edellytykseksi hahmotellaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden alueellista visiota ja strategiaa, sosiaali- ja terveys-toimen organisaatioiden yhdistämistä sekä kuntien välisen yhteistyön tiivistämistä pelisääntöjen sopimiseksi. Alueellisen ohjauksen kehittämiseen on erilaisissa keskusteluissa esitetty kahta vastakohtaista lähestymistapaa. Yhtäältä on nähty, että alueellinen ohjaus olisi lähtökohta yliorganisatorista yhteistyötä kehi-

tettäessä. Näin muu kehittämistoiminta nojaisi strategiseen päätöksentekoon ja avainhenkilöiden sitoutumiseen (Asikainen ym. 2000). Kankaanpään ja sen ympäryskuntien alueella tehtävä avopalvelustrategiatyö on selvä viite tämän tasoisesta organisoinnista. Toisesta suunnasta asiaa lähestytään näkemyksessä, jonka mukaan myös tietojärjestelmien käyttöönoton jälkeen vähitellen kasautuvasta informaatiosta voidaan koota ohjaustiedoksi soveltuvia malleja (Siikarla & Mikola 1999, 8). Seuranta-tiedon keruuseen varauduttiin aluetietojärjestelmän osalta jo ensimmäisessä vaiheessa, mutta varsinaiseen keräämiseen ja kerätyn tiedon analysoimiseen liittyvä tietojärjestelmän tekninen toteutus on tarkoitus tehdä myöhemmin (Itälä 2000, 12).

Strategisen suunnittelun lopputuloksena on alueellinen toimintaa ohjaava malli, joka perustuu yhteiseen näkemykseen toiminnan tavoitteista, organisoinnista ja vastuista. Malli sisältää toiminnan ohjauksen kannalta kriittiset menetystekijät sekä niiden toteutumista ohjaavat mittarit. Mittariarvoja seurataan mahdollisimman reaaliaikaisesti (vähintään kuntatasolla). Mittareita käytetään palveluketjujen ja toiminnan ohjauksessa. (Asikainen ym. 2000)

Pilotin aikana suunniteltiin mitattavan asiakkaan tyytyväisyyttä, suunniteltujen palvelujen toteutumisprosentteja, asiakkaan välittävissä olevien palveluvaihtoehtojen määrää, ja sitä kuinka monessa tapauksessa ensimmäinen palvelutapahtuma voidaan sopia välittömästi. (Asikainen ym. 2000) Seurattavia taloudellisia mittareita olisivat palveluketjun kustannukset vaiheittain sekä toiminnan kokonaiskustannukset, resurssien hyödyntämisyhteys, resurssien liikkuvuus eri organisaatioiden ja yksiköiden välillä sekä ennaltaehkäisevien toimenpiteiden osuus ajankäytöstä ja kustannuksista. Toiminnallinen tehokkuus ilmenisi informaation saatavuutena ja laatuna, suunniteltujen ja toteutuneiden pal-

velutapahtumien suhteena, palvelutapahtumien määränä suhteessa käytettäviin resursseihin tiettyinä ajankohtana ja resurssien ylikuormituksen ja alikuormituksen seuraamiseen toimijaryhmittäin alueilla. Jatkovaa oppimista ja kehittymistä mitattaisiin suunnitelman mukaan – tarkemmin määrittelemättömään – ruutiinityöhön kuukaudessa käytetyn ajan perusteella ja usein työkuvien tai osaamisalueiden määrällä 1–3 vuoden aikana henkilöittäin. Vaikuttavuutta mitattaisiin seuraamalla asiakaskohdattavia käyntikertoja per kuukausi. Tietävästi mitään edellä mainituista mittareista ei kuitenkaan seurattu pilotin aikana. Vanhustenhuollon kustannuslaskelma (Söderlund 2000) osoittaa, sosiaali- ja terveystoimen kustannuslaskelmien vaikeudet. Söderlund toteaa nykyisen kustannuslaskelmakäytännön pohjalta:

”Uuden informaatio- ja kommunikaatioteknologian käytön aiheuttamista välittömistä kustannuksista ei ollut tietoa juuri kenelläkään saati, että olisi tiedetty, minkälaisia vaikutuksia uuden teknologian käyttö aiheuttaa toiminnan yleiskustannuksiin. (Mt. 12)

Muutoksia ja niiden aiheuttamia vaikutuksia koskevia odotuksia on hahmoteltu yleisesti. Laskelmia niistä ei ole esitetty. Oletuksena on, että esitetty kokonaisuutos tehostaisi resurssien ohjausta ja vähentäisi päällekkäistä työtä, joksi mainitaan erityisesti saman tiedon kirjaaminen useaan kertaan. Toinen useasti mainittu päällekkäisyys liittyy laboratorioskokeisiin. Ohjausmallin keskeisenä ajatuksena on asiakkaan palvelujen suunnittelun tehostaminen. Keskitetyn suunnittelun on ajateltu vähentävän asiakkaan turhaa asioimista ja helpottavan asiakkaan osallistumisesta suunnitteluprosessiin. (Asikainen ym. 2000)

Merkittävä osa palvelutapahtumista suunnitellaan jo asiakkaan ottaessa yhteyttä perustiimiin tai muuten asiakkaan tullessa palvelun piiriin. Toisaalta palveluketjun edessä palvelutapahtumista muodostetaan kerralla suunniteltavia kokonaisuuksia päällekkäisyyksien välttämiseksi ja suunnittelu tehdään yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaan tarpeet huomioon ottaen. (Asikainen ym. 2000)

Nykytila-analyysin loppuraportin (Siikarla & Mikola 1999) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat vaille ammattilaisen koordinaatiota: vastuu palvelujen asianmukaisesta ja mielekkästä käytöstä on asiakkaalla ja omaisilla. Ammatillaiset eivät suunnittele toimintaa yhdessä, eikä sellaiselle ole ohjausta. Organisaatioiden välisessä tiedon siirrossa on ongelmia, jotka johtuvat kirjaamiskäytännöistä ja tietojärjestelmien ongelmista. Keinoiksi ongelmien korjaamiseen raportissa nähdään muodollisen päätöksenteon yksinkertaistaminen siten, että toimijoille annetaan riittävästi toimivaltaa asiakkaan palvelupäätösten tekemiseen ja eri organisaatioissa toimivien saman asiakkaan ympärillä toimivien ammattilaisten verkostoitumista ja vastuunjakoa.

Seuraavassa pääluvussa esiteltyjen yleisten toimintamallien (tilannekatsaus, palveluketjusuunnittelu, asiakastiimit, omaneuvojasopimukset) rinnalla on pyritty kehittämään palvelujen toimivuutta palveluketjuissa. Palveluketjut ovat samalla toimintakentällä toimivien palveluntarjoajien kokonaisuus. Lähtökohdana on ollut tietty organisaatorajat ylittävä sektorikohtainen tarkastelu. Tässä kehittämistyössä lähtökohdana on ollut yleisten toimintamallien hyödyntäminen, jolle on pyritty rakentamaan palvelujen kokonaisuuteen soveltuva toiminnallinen käyttö. Palveluketjujen nykytilan kartoitus ja ihannetilän mallinnus ovat olleet jonkinasteisia alhaalta ylöspäin suuntautuvaa kehittämistä. Näitä on täydennetty vielä teknologiaa koskevilla vaatimusmäärittelyillä. Prosesseihin liittyviä kuvauksia on tuotettu yhteensä yhdeksässä palveluketjussa, joista erityisesti kolmessa

aiemmin mainitussa kehittäminen on ollut pitkäjänteisempää. Sektorikohtaisesti kehiteltyjen toimintamallikuvausten asema on jäänyt epäselväksi, esimerkiksi sen suhteen, kuinka laajasti hyväksytyinä niitä organisaatioiden eri tasoilla pidetään. Luonteeltaan ne ainakin ovat prosessin vaiheita dokumentoivia työpapereita, eivät valmiita malleja. Näitä kehittämisprosessin vaiheeseen kuuluvia dokumentteja tarkastellaan arvioinnissa, koska varsinainen tietotekniikkaan sidottu toteutus odottaa itseään.

Äitiyshuollon palveluketju

Äitiyshuollon nykytilakuvauksessa esitettiin äitiysneuvolan asiakasprosessi. Prosessin hidasteeksi nähtiin erityisesti eri vaiheissa osastosihteerien moneen kertaan kirjaamat tiedot. Asiakaskuntaa koskevana havaintona kiinnitettiin huomiota odottavien äitien mielenterveysongelmiin. Raportissa esitetyn arvion mukaan neljänneksellä raskaana olevista on mielenterveysongelmia, joista viidellä prosentilla lääkitystä edellyttäviä. Synä ongelmiin nähtiin mielenterveyspalveluiden avohoitopainotteisuus ja työttömyys. (Rosendahl 1999b)

Palveluketjukohtaisessa toimintamallin kehittämisessä pisimmälle edettiin jo aiemmin kansallisella ja paikallisellakin tasolla kehittyneessä äitiyshuollossa, jossa asiakastiedonsiirto erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä kyettiin suunnitelman tasolla kytkemään raskaus- ja vauva-ajan palveluprosesseihin mielekkäillä tavoilla. Äitiyshuollon palveluketjun, on katsottu kattavan neuvolan toiminnan, äitiyspoliklinikan ja erikoissairaanhoidon, synnytysairaalan sekä tarvittaessa sosiaalitoimen ja psykologin palvelut. Palveluketjun optimimallin kuvaus seuraa raskauden seurannan prosessia raskauden suunnittelusta ja ensimmäisestä neuvolakäynnistä jälkitarkastukseen saakka. Tavoitteena on tiedonkulun parantaminen ja päällekkäisten rutiininomaisten kirjaamisten poisto. Sähköisen konsultaation

ja kotona asioinnin edistäminen, ennaltaehkäisy ja tarvittavien tietojen toimittaminen eri viranomaistahoille edistäisi palvelujen joustavaa toteutumista. Samalla pyrittäisiin alueellisesti tasarvoisten palvelujen tuottamiseen ja perheen ja äidin tukemiseen.

Äitiyshuollon palveluketjun ihannekuvauksessa seurataan selkeälinjaisesti palvelu- ja työprosessia. Asiakkaan tietojen haku, tilanneanalysointi, palvelutarpeen määrittäminen, palveluketjun seuraavien vaiheiden suunnittelu, palveluvarausten tekeminen, sähköisten lähetteiden laatiminen, tietojen päivittäminen ja konsultaatio nähdään tässä toimintamallissa sen eri vaiheissa toistuvina tehtävinä. Optimimallin kuvaus on melko seikkaperäinen prosessikuvaus eri vaiheisiin liittyvistä tehtävistä ja niihin liittyvistä kirjaus- ja palveluvarauskäytännöistä sekä muusta tieto- ja viestintätekniikan käytöstä. Oletuksena optimimallissa on, että kyseessä on suuressa määrin ennustettavissa oleva tapahtumasarja ja että selkeäpiirteinen neuvolakäytäntö yhdistyy suunnitelmaan tietojen käytöstä ja kulusta. Taustalla näkyvät paikallisesti tehty laatutyö ja valtakunnalliset suositukset. Informaation kirjaaminen ja tiedon siirto ovat keskeisiä. Palveluketjusuunnitelma pohjautuu ennen kaikkea äitiysneuvolan, erikoissairaanhoidon ja laboratorion kykyyn vaihtaa tietoja. Sosiaalityöntekijä ja psykologi ovat palveluketjussa resursseja, joiden asiantuntemusta hyödynnetään aina tarvittaessa. Sosiaalityöntekijän palvelujen käyttöä pyritään suunnitelmassa normalistamaan:

Sosiaalityöntekijälle varataan tarvittaessa aika äidin tapaamiseen (aina tiettyjen kriteerien täyttyessä). Äidille tarjotaan mahdollisuutta tavata sosiaalityöntekijä. Kun tämä on luonnollinen osa äitiyshuollon palveluketjua, ei sitä koeta leimaamisena. Tapaaminen voi olla joko erillinen käynti sosiaalityöntekijän luona, tai se voi tapahtua 2.

neuvolakäynnin yhteydessä. (Asikainen ym. 2000 toiminnan ja resurssien ohjausmalli versio 1.32 kohta 8.4.3)

Sosiaalityöhön liittyvää paikallista resurssipulaa ei nähty esteenä sosiaalityön palvelujen tarjoamiselle, sillä kehittämisen lähtökohtana oli ajatus yleisen ja siirrettävän mallin rakentamisesta, ei niinkään yksittäisen paikkakunnan tilanteeseen reagoimisesta.

Vanhustenhuollon palveluketju

Vanhustenhuollon ongelmia nykytila-analyysin mukaan on se, että eri toimijatahojen toiminnan koordinointi on vajavaista, eikä eri yksiköissä toimivien välillä ole kokonaisvaltaista tiimityötä. Asiakas itse tai hänen omaisensa vastaavat, että vanhus saa ne etuudet, joihin hän oikeutettu. Hoidon ja palvelun arvioinnissa ei ole aina käytettävissä kattavia ja ajantasaisia tietoja. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen organisaatiot toimivat erillisinä ja tekivät siten myös erilliset suunnitelmat. Muita epäkohtia olivat muun muassa yhteystietojen etsiskely puhelinluettelosta, päällekkäisyyksiä sisältävä kirjauskäytäntö sekä kotikäyntien unohtuvat peruutukset asiakkaan siirtyessä muuhun hoitoon. (Levelä 1999).

Vanhustenhuollon optimimallissa (Asikainen ym. 2000) tarkastellaan kahta asiakastyyppeä tietyissä tilanteissa: yhtäältä uutta asiakasta, jonka asumisolosuhteita ja kotihoidon tarvetta arvioidaan sekä toisaalta niin sanottua liikkuvaa asiakasta hoidon ja tutkimuksen tarpeen arviointitilanteessa sekä kotiutuksessa. Myös äkillisen sairaalahoidon tilanteesta on suunnitelma.

Uuden asiakkaan ollessa kyseessä voidaan tarvittaessa tehdä asumistilanteen kartoitus. Kotikäynnillä puolestaan voidaan tehdä palvelujen tarpeen arviointi (ja mitä ilmeisimmin samalla myös palveluketjusuunnitelma). Tässä esityksessä toimintamal-

liksi perustiimin jäsen, kuten lääkäri, terveydenhoitaja, kodinhoitaja tai sosiaalityöntekijä, tekee kotikäynnillä tilannearvion asiakkaan tarvitsemista palveluista ja hoidoista. Hän tekee myös päätöksen palveluista ja varaa ne kannettavan tietokoneen avulla. Tarkasteltuaan asiakkaan tilannetta itsenäisen suoriutumisen ja hoitotarpeen osalta asiantuntija kartoittaa tämän taloustilanteen ja hänen etuutensa. Tulojen ja varallisuuden perusteella asiantuntija tekee päätöksen asiakkaan alustavista maksuista, jotka määräytyvät lopullisesti myöhemmin.

Toimintamallin kuvauksesta ei käy aivan tarkkaan selville, onko kyse sellaisesta neuvonnasta ja ohjauksesta, jota nykylain-säädäntö edellyttää, vai onko kyse nimenomaan palveluketjun kokoamisesta ja sen ohjaamisesta. Mikäli jälkimmäinen impli-siittinen tulkinta vastaa toimintamallin tarkoitusta, merkitsee se siirtymää tehtäväkuvien laajentamisen suuntaan. Toimintamal-liin sen kirjatussa muodossa näyttää liittyvän laaja-alainen hoi-don arviointi (terveydenhoitajan, sosiaalityöntekijän, fysioterapeu-tin, Kelan työntekijän, lääkärin ja omahoitajan tarve, jalka-hoitajan, hammashoidon tarve, erikoissairaanhoidon ja oma-neuvojan tarve). Ammattitaidon vaatimukset arvioivalle asian-tuntijalle ovat mittavat. Toimintamalli sisältää myös työnjaon muutoksia verrattuna paikalliseen nykykäytäntöön. Vaikka muun muassa tekniset edellytykset kuvatus mallin toteuttami-seksi ovat vielä varsin etäisiä, toimintamalliin sisältyvät suunnit-elmat toimintakäytäntöjen ja ammattikuvien muutoksista ja laajennuksista aiheuttivat vanhusten palveluketjussa ristiriitoja. Epävarmuus työnjaosta ja organisaatioiden muutoksista heijas-tui kotihoidon yhteistyökysymyksissä havaittavaan kireyteen. Teknisesti mallin toteuttaminen edellyttää toimivaa resurssoin-tijärjestelmää ja kannettavia päätelaitteita.

Vanhustenhuollon toinen ehdotus uudeksi toimintamalliksi liittyy niin kutsuttuun liikkuvaan asiakkaaseen, joka asioi usean palveluntuottajan välillä. Tilanne, jossa kotihoidon piirissä oleva asiakas siirtyy tutkimuksiin sairaalaan ja jonkin ajan kuluttua

palaa takaisin kotihoidon piiriin, on vanhustenhuollossa varsin tavanomainen. Tässä mallissa oletetaan, että asiakas ottaa yhteyttä perustiimin vastuuhenkilöön tuntiessaan tarvetta lääkäripalveluiden käyttöön. Vastuuhenkilö tai kotihoitaja arvioi tilanteen, varaa ajan ja avaa uuden ketjun lääkäriä varten. Lääkäriin diagnoosi vahvistaa hoidon tarpeen ja palveluketjun luonteen. Lääkäri voi varata tarpeelliseksi katsottuja tutkimuksia erikoissairaanhoidon resurssointijärjestelmän avulla ja lähettää lähteen elektronisesti. Samalla tiedot ajanvarauksesta ja esimerkiksi laboratoriokoetta koskevista ohjeista voidaan lähettää asiakkaan sähköpostiin. Hoitotiimi varaa mahdollisesti tarvittavan kotihoidon. Jos asiakkaan kohdalla ennakoitua olevan laitoshoidon tarve, perustiimi konsultoi soveltuvaa virtuaalitiimin jäsentä. Lääkäri voisi tehdä joko alustavan palveluvarauksen suoraan laitoshoidon tuottavan yksikön resurssointijärjestelmään tai tehdä varauksen sähköpostitiedonantona. Laitoshoidon toteutuksessa muut palvelut peruutettaisiin.

Kotiutumistilanteessa sairaalan hoitotiimi ottaa yhteyttä asiakkaan palveluketjun vastuuhenkilöön, kuten omaneuvojaan, jonka kanssa he yhdessä suunnittelevat tarvittavat toimenpiteet. Omaneuvoja tekee mahdolliseen kotihoitoon tarvittavat palveluvaraukset. Jos kotihoitoa ei ole järjestetty, vastuuhenkilö käy sairaanhoitajan kanssa läpi alustavan kotihoidon tarpeen. Asiakkaalle kotiutumisohteet lähetetään esimerkiksi sähköpostilla. Kotiutumistilanteessa sairaalan hoitotiimi varmistaa palveluketjusuunnitelman avulla asiakkaalle varatun kuljetuksen. Kotiutuksesta menee tieto asiakkaan palveluketjusuunnitelmaan ja hänen palveluketjunsä vastuuhenkilölle joka huolehtii kotikäynnin varaamisesta kotihoidon resurssointijärjestelmän avulla.

Tässä toimintamallissa palveluketjun vastuuhenkilön tehtävä näyttää kahdensuuntaiselta. Toisaalta ajatuksena on mitä ilmeisimmin vähentää ”turhaa” hakeutumista lääkäriin ja etenkin sairaaloiden päivystysklinikoille. Toisaalta tiedonkulkua pitkäaikaista hoitoa ja palvelua antavien tahojen ja lääkärin tai sairaalan

välillä on haluttu parantaa. Vastuuhenkilön rooli asiakkaan asioiden hoitajana suhteessa laajasti koko palvelujärjestelmään koostuu. Vaikuttaa siltä, että taustaoletuksena on, että palveluketjun vastuuhenkilö olisi kotihoidon palveluksessa. Varsin suuri merkitys toimintamallin toteutumisessa on erilaisten toimivien varausjärjestelmien ja palveluketjusuunnitelmien toiminnalla sekä vastuuhenkilölle samanaikaisesti lähetettävällä tiedolla. Varausjärjestelmien avulla asiakkaalle pyritään takaamaan vastaanoton aikana ainakin alustava tieto palveluista, kuten esimerkiksi leikkaustoimenpiteistä tai kotihoidosta. Samalla tiedot sovitusta toimenpiteistä välittyvät palveluketjun vastavalle. Mallissa oletetaan, että asiakkaan palvelusivut ovat käytössä (ja että asiakaskunnalla on kotikäytössä internetyhteys). Tiedot erilaisista ajanvarauksista ja koetuloksista välitetään aina myös asiakkaan palvelusivuille

Lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut

Kouluterveydenhuollon nykytila-analyysissä ongelmaksi nähtiin se, ettei lasta koskeva tieto kulje riittävässä määrin. Erityisesti kouluterveydenhoitajan tiedonvajeeksi nähtiin se, ettei hän tiedostoistaan näe koulun merkintöjä häiriökäyttäytymisestä eikä viranomaismerkintöjä kodin ongelmista. Esimerkiksi kun oppilas lähetetään psykiatriseen hoitoon, ei hoitokäyntejä kyetä kontrolloimaan. Tiedonkulkua kaiken kaikkiaan pidetään sirpalemaisena. Ideaalina visiossa pidetään varsin kattavaa lapsen ja nuoren persoonaan ja toimintaan liittyvää tiedottamista, jossa lasta ja nuorta koskevista häiriökäyttäytymisestä ja psykologisista ongelmista ovat tietoisia muun muassa hänen kanssaan tekemisissä olevat kolmannen sektorin toimijat (Rosendahl 1999a).

Lasten ja nuorten ennaltaehkäisevän toiminnan mallissa on kaksi osa-aluetta: ennaltaehkäisevä työ ja oireisiin reagointi. Ennalta ehkäisevä työ pitää sisällään koulu-uran siirtymävaiheisiin

liittyviä keskusteluja vanhempien kanssa, joiden tavoitteena on informoida vanhempia mahdollisista koulunkäynnin vaikeuksista ja käydä läpi lapsen ja perheen tilannetta. Koulun ja perheen vuorovaikutusta halutaan tiivistää. Jatkuvan yhteydenpidon kanavia voisivat olla sähköpostiyhteys opettajan tai kouluterveydenhoitajan ja vanhempien välillä, www-sivujen kautta tapahtuva yhteydenpito tai erilaiset keskustelufoorumit. Ennaltaehkäisevän työn mallissa ehdotetaan muun muassa, että jokaisen lapsen tilanteen lukukausittainen läpikäynti. Ajatuksena on että paikallinen ”perustiimi”, johon kuuluvat esimerkiksi kouluterveydenhoitaja, lääkäri ja sosiaalityöntekijä, kävisi läpi kahdesti lukuvuodessa kaikki koululuokat mahdollisesti yhdessä opettajan kanssa keskustellen.

Pyrkimyksenä on reagoida niin kutsuttuihin heikkoihin signaaleihin eli terveysongelmiin, poissaoloihin, perheen taustaan, nuorten ongelmiin tai opettajan haastatteluissa tai sosiaalitoimen kautta ilmi tullessiin seikkoihin. Kun pieniäkin oireita tai ongelmia havaitaan ammattilaisten tulisi selvittää taustoja, ottaa yhteyttä perustiimiin ja aktivoida vanhempia. Perustiimin jäsenet voivat etsiä perheestä tietoja niiden perusjärjestelmien avulla, joihin heillä on ammattiasemansa mukainen pääsy.

Lapsen ja perheen kokonaistilanteen analysoinnin tuloksena on syntynyt etenemissuunnitelma. Eli ollaan päätetty miten vanhempiin otetaan yhteyttä [...] tarvittaessa haetaan www-sivuilta lisätietoa ongelma-alueesta ja alueellisista palveluntarjoajista. Kuitenkaan mitään yksityiskohtaista suunnittelua ei voi tehdä, koska lapsen ja perheen tietoja ei vielä tässä vaiheessa ole lupa käydä läpi perustiimin ulkopuolisten kanssa.

Palveluketju avataan ja tulostetaan suostumuskaavake, jonka vastuuhenkilö ottaa mukaansa mennessään tapamaan perhettä. Vasta kun asiakas on allekirjoittanut suostumuksen, voivat avattuun palveluketjuun liittyvät toimi-

jat päästä näkemään tietoja palveluketjusuunnitelman avulla. (Asikainen ym. 2000 toiminnan ja resurssien ohjausmalli versio 1.32 kohta 7.5.2.3)

Vaikka mallin tarkoituksena on ollut painottaa ennaltaehkäisevää toimintaa ja vuorovaikutusta lasten vanhempien kanssa, toimintamallia koskeva dokumentti välittää kuvan melko asiantuntijakeskeisestä toiminnasta. Vaikka vanhempien ja koulun välistä vuorovaikutusta korostetaan mallin ennaltaehkäisevässä osassa, reagoivan toiminnan kuvaus vaikuttaa varsin raskaalta tiedustelu- ja interventiosuunnitelmiseen. Syntyy hieman koominenkin kuva ympäristöään valvovista sosiaali- ja terveystyöntekijäistä, jotka lopulta joutuvat etsimään toimintaohjeensa internetistä. Toisaalta lasten ja nuorten ongelmiin reagoiminen vaatii käytännössä sekä aktiivisuutta ja rohkeutta että hienovaraisuutta. Tilanteet, joissa puuttumista harkitaan, eivät suinkaan ole helppoja. Mallia laadittaessa ammattilaisten yhteisen keskustelun ja harkinnan on ajateltu estävän ylilyöntejä ja lisäävän ammattilaisten keskinäistä koordinaatiota yhteydenotoissaan. Ehkäpä toimintamallin kohtaa 7.5.2.3 ja 7.5.2.4 tulisikin siten lukea todennäköisesti ääritilanteena pikemminkin kuin tavanomaisena käytäntönä. Toimintamallin kuvauksessa prosessi näyttää ainakin asiakkaan kannalta etenevän hurjaa vauhtia ja lähes täysin ulkopuolelta määrittyneenä.

Tapaamisen aikana suunnitellaan yhdessä perheen kanssa miten edetään. Tavoitteena on että palvelutapahtumat [tai] hoitoketju saadaan suunniteltua mahdollisimman pitkälle tapaamisen yhteydessä. [...] Tapaamisen yhteydessä käydään myös läpi omanuvojan tarve perheen kanssa...

Vaiheen jälkeen tuloksena on saatu lupa tietojen hyödyntämiseen, sovittu toimenpiteistä vanhempien kanssa, toimenpiteet on kirjattu tietojärjestelmään ja ne näkyvät

palveluketjusuunnitelmassa, valittu hoitomuoto/ palveluketju sovittu yhdessä perheen kanssa, kirjataan palveluketjusuunnitelmaan seuraava vastuuhenkilön ja perheen ajankohta, tiedotetaan vanhemmille mahdollisista tukiryhmistä, tarve mahdolliselle omaneuvojalalle on selvitetty. (Asikainen ym. 2000: toiminnan ja resurssien ohjausmalli versio 1.32 kohta 7.5.2.4)

Toimintamallissa pyritään toteuttamaan varhaista puuttumista, mutta samalla saatetaan yliarvioida perheiden kykyä reagoida ulkopuoliseen ”apuun” – sekä sen tarpeellisuuteen että vaihtoehtoihin. Toimintamallin kuvauksen perusteella ensimmäisen yhteydenoton aikana pyritään selvittämään lapsen ja perheen ongelmat lähes kertakaikkisella tavalla – yhdeltä istumalta. Toimintamalliin sisältyy oletuksia siitä, että perhe ja asiantuntijat rakentavat saman tapaamisen aikana yhteisen tulkinnan olemassa olevista signaaleista, ongelmista ja ammattilaisten (keskeisesti) roolista ongelmien ratkaisuisissa. Ammattilaisen oletetaan etukäteen myös kykenevän määrittelemään ongelmaan soveltuvan hoidon tai hoidon ja palvelujen kokonaisuuden sekä myös kykenevän varaamaan lapselle ja hänen perheelleen pääsyn tähän palveluketjuun.

Saattaa olla, että ihannetilaa kuvaavassa mallissa yliarvioidaan ehkä myös palvelujärjestelmän resurssit tarjota niihin hoitoa tai selvittelymahdollisuutta asiantuntijoiden kanssa. Viime vuosien aikana lasten ja nuorten vakavien avuntarpeiden lisääntyttä on havaittu heille suunnatun psykososiaalisen avun puute. Esimerkiksi huumeongelmissa katkaisuhuolto ja siihen liittyvä tuki näyttää viimeaikaisen julkisen keskustelun perusteella varsin vaikeasti järjestettävältä. Hyvästä tarkoituksestaan huolimatta lasten ja nuorten palveluketjun ennaltaehkäisevän toiminnan ja oireisiin reagoinnin mallit tuntuvat olevan etäällä sekä palvelujen tarjonnasta että ammattilaisten ja asiakkaiden tarvitsemasta prosessoinnista. Ongelman määrittäminen vähittäin etenevine

neuvotteluineen ja moniäänisine tulkintoineen ja asiakkaan tukemisesta itsenäiseen ongelmanratkaisuun näyttää unohtuneen kuvatusta optimimallista. Saumattoman palveluketjun luominen näyttäytyy tekstissä pyrkimyksenä nopeaan ammattilaisjoh-toiseen ongelmanratkaisuun sekä asiakkaan suunnitellun hoito-
ketjun kontrolliin. Suunnitelmasta on luettavissa fantasia am-
mattilaisten kaikkialle ulottuvasta hallinnasta ja pätevyydestä.

Asiantuntijoiden, perustiimin seulaan päässyt tai joutunut lapsi saattaa leimautua aiheettakin. Myös niissä tapauksissa, jois-
sa reagointi on paikallaan, jää viitetietokantaan tietoja avatusta
(ja päättyneestäkin) palveluketjusta. Riippuen siitä, kuinka van-
hoja tietoja viitetietokannan kautta voidaan katsella, kyseinen
lapsi tai nuori voi joutua aivan erityiseen havainnoinnin ja tark-
kailun kohteeksi asioidessaan sosiaali- ja terveydenhuollon pal-
veluissa ehkä myös aikuisenakin. Lasten ja nuorten psykososi-
aalisten palveluiden esimerkit johdattavat pohtimaan sitä, millä
keinoin mahdollisilta palveluketjujen syrjäyttäviltä mekanis-
meilta voitaisiin välttyä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittä-
miseen liittyy usein ajatus siitä, että palveluiden piiriin pääsemi-
nen on automaattisesti asiakkaan etu. Hyvien vaikutusten ohella
palvelujärjestelmä ehkä tuottaa kuitenkin myös kielteisiä sivu-
vaikutuksia, joista kroonistuville asiakas- tai identiteettiurille
joutuminen voi olla esimerkkinä (vrt. Kivivuori 1992).

Yhteenvetona voidaan todeta, että palveluketjuihin kehitetyt
toimintamallit näyttävät suurelta osin nojaavan tietoteknisiin
sovelluksiin, joita ei vielä lähiaikoina ole näköpiirissä. Siksi
myös edellytykset niiden toteutumiseen näyttävät toistaiseksi
puutteellisilta. Osittain malleissa voi olla jopa arveluttavia piir-
teitä. Niitä luotaessa on selvästikin etsitty uusia innovatiivisia
ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin. Asiakasläh-
töisyyttä ja saumattomuutta voidaan lukea pyrkimyksestä tehdä
nopeita asiakkaalle tiedoksi saatavia päätöksiä muiden palvelu-
jen toteuttamisesta ja resurssien varauksista. Palveluketjusuun-
nitelmien kautta välittyvät tiedot edesauttavat niinkään sau-

mattomuuden toteutumista. Mutta malleissa kuvattu palvelujen kokoaminen (palveluketjusuunnittelu) näyttää tapahtuvan varsin asiantuntijavetoisesti, vaikka dokumenteissa todetaankin että asioita suunnitellaan asiakkaan kanssa ja tietoja katsotaan asiakkaan suostumuksella.

Kuvatun toimintamallin sovelluksena Luoteis-Satakunnassa kehiteltiin alueella jo aiemmin viriteltyä virtuaaliperheneuvolaksi kutsuttua toimintamallia. Tässä toimintamallissa heikkoihin signaaleihin pyritään tarttumaan lasten ja nuorten ja heidän luonnollisen lähiverkostonsa kanssa tapahtuvin keskusteluin. Mikäli ongelmat sitä vaativat, asian käsittelyä jatketaan koulun oppilashuoltoryhmässä. Monimutkaisia oppilaskohtaisia tapauksia käsiteltiin moniammatillisessa työryhmässä ”helppariyhmissä”. Alueelle palkattiin myös liikkuva nuorten psykiatrin tukiyksikkö. Tavoitteena on ollut yhdistää lasten ja nuorten psykososiaalista tukea tuottavat voimat työntekijöiden organisaatio- ja toimintajärjestelmällä tavalla. Mallia on kuvattu suppeahkosti Luoteis-Satakunnan kuntien pilottia koskevassa loppuraportissa (Jaatinen 2001) Aiheesta ilmestyy myöhemmin perusteellisempi väitöskirja.²⁵

Yhteenveto palveluketjujen kehittämisestä

Toimintamallit, joita tässä pääluvussa tarkastellaan, pohjaavat sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön kanssa tehtyihin nykytila-analyysihin ja visiointeihin. Ne ovat luonnoksia tietotekni-

²⁵ Luoteis-Satakunnan alueella osalta käytännön havainnot kehittämisen kaikista vaiheista ovat aineistossa kahta muuta aluetta vähäisempiä, sillä pääsy kentälle oli muita alueita vaikeampaa. Aineiston perusteella ei ole edellytyksiä tarkastella yksityiskohtaisemmin kuvattua virtuaaliperheneuvolamallia. Siksi myös kehittämistoiminnassa saavutettu tilanne jää tässä raportissa Kankaanpään ja Porin tilannetta vähäisemmälle tarkastelulle. Käytettävissä olevan aineiston perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että kokemukset kehittämistyön myötä tiivistyneestä yhteistyöstä ovat olleet alueella myönteisiä.

kan mahdolliseksi uusiksi toimintamalleiksi (ks. Ruohonen & Asikainen 2000). Makropilottiprosessissa niitä on kutsuttu tavoitetilakuvauksiksi. Projektipäällikön mukaan niiden tarkoitus on ollut ensisijassa palvelulla tietojärjestelmien kehittämistä ja sekä kuvata kussakin palveluketjussa asiakastietojen kulkua tietojärjestelmän suunnittelua varten. Mallit kattavat pääosin osittaisia asiakas- ja työprosesseja, niiden ”saumakohtia”. Palveluketjukohtaisia malleja tulisi tarkastella osana hankkeen kehittämismallia, sen prosessimaista etenemistä. Mallit on kehitetty kuvaamaan mahdollisia informaatiovirtoja tietojärjestelmän suunnittelua varten. Ne eivät ole sellaisenaan kehittäjien ehdotuksia käyttöön otettavista malleista, vaan pohja sille, että tietojärjestelmiin on tulevaisuudessa mahdollista suunnitella alueellisesti sovittuja toimintamalleja. Lopputuloksessa ne näkyvät siten, että asiakkaan seuranta mahdollistuu.

Kuvatut mallit edistävät ammattilaisten tiedonsaantia ja siten kykyä reagoida toisissa toimintayksiköissä ja palveluissa tehtyyn työhön. Tiedon välittyminen edellyttää sitä, että asiakkaan palvelujen etenemistä seurataan ja äkillisistä muutoksista viestitetään asianosaisille puhelimen tai luotetun sähköpostin välityksellä. Kuvatut palveluketjukohtaiset toimintamallit pitävät sisällään muutoinkin palveluketjujen asiakasprosessien sujuvoittamista. Mobiilin tietotekniikan nähdään mahdollistavan asiakaslähtöisten kotikäyntien tekemisen. Laitteiden liikuteltavuus onkin tärkeää. Ellei päätelaitteita voi kuljettaa niihin tiloihin ja tilanteisiin, joissa työprosessin ydin tapahtuu, on vaarana että työ moninkertaistuu. Niin voi käydä jos esimerkiksi asiakkaan kanssa tapahtuva keskustelu tai toimenpiteet ja asiakastietojen kirjaaminen suoritetaan fyysisesti tai ajallisesti etäällä toisistaan. Resurssointi- ja ajanvarausohjelmia, jotka nopeuttaisivat asiakkaan saamaa tietoa prosessin etenemisestä ei ole vielä käytössä. Ammattilaisten oikeudet tehdä asiakkaan palveluja koskevia päätöksiä ovat toistaiseksi entisellään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä kuormittuu, jos esimerkiksi neljännes raskaana olevista määritellään mielenterveysongelmaisiksi ja ohjataan mielenterveyspalvelujen piiriin tai sosiaalityön piiriin. Palveluketjutuksen sijaan tulisi ehkä kehittää pikemminkin äitiysneuvolan työmenetelmiä, niin että voidaan tarttua ajoissa havaittuihin signaaleihin. Tulee muutoinkin välttää sitä, että ihmisten ”palveluketjutuksesta” tulee avohuollon ”laitostamista”: ihmisten merkitsemistä medikalistisilla tai sosiaalisilla leimoilla ja heidän passittamistaan alan eksperttien käsittelyihin muualle.

Huolimatta joistakin dokumenteissa ilmenevistä hieman arveluttavistakin – tai ainakin kysymyksiä herättävistä – piirteistä, mallit ovat monessa suhteessa vahvasti samassa linjassa, kuin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen suuntalinjat. Varhainen puuttuminen heikkoihinkin signaaleihin – toisin sanoen ennaltaehkäisevä työote – on malleille ominainen piirre. (vrt. STM 2001b, 16). Malleihin liittyy vahvasti ajatus ennakoinnista, suunnittelusta ja seuraamisesta: palveluketjusuunnittelusta. Palvelujen suunnittelua on pyritty edistämään lainsäädännöllisesti; Vuoden 2001 alusta lähtien voimassa ollut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) edellyttää, että sosiaalihuollon asiakkaalle tehdään aina hoito- ja palvelusuunnitelma, ellei kyseessä ole vain asiakkaan tilapäinen ohjaus ja neuvonta. Palvelujen parempaa suunnittelua ehdottivat muun muassa myös lääninhallitusten vuonna 2000 toteuttama sosiaali- ja terveydenhuollon arviointiryhmä (STM 2001a).

Makropilotin malleissa vastuuhenkilön nimeäminen lisää asiakkaan palvelujen koordinaatiota. Ammattilaisten kannalta vastuuhenkilönä toimiminen edellyttää aktiivista roolia suhteessa muissa organisaatioissa toimiviin ja tietotekniikan välityksellä tapahtuvaa monitorointia. Mikäli edellä hahmotettuja malleja sovelletaan, ammattilaisten tehtäväkuvat laajenevat, osa tehtävistä korvautuu toisilla ja ammattilaisten palveluja koskevat päätösvalta laajenee. Kaikki nämä ovat sosiaali- ja terveysyksiköiden

kannalta huomattavia muutostilanteita. Ne edellyttävät neuvotteluja organisaatorajoista, ammattirajoista sekä yksittäisten työntekijöiden tehtäväkuvista. Alueellisen organisaatiotason lisäksi niiden toteuttaminen saattaa edellyttää myös lainsäädännöllisiä muutoksia. Organisaatorajojen yli tapahtuva resurssointi edellyttää joka tapauksessa pelisääntöjä, jotka varmistavat resurssien asianmukaisen käytön ja aina myös tilannekohtaisten resurssien riittävyden varmistamisen. Jos palveluja koskeva päätöksenteko laajenee, saattaa olla, että resurssien tarve joissakin palveluketjun kohdissa kasvaa. Mikäli näin käy, on arvioitava pyritäänkö järjestelyssä resurssien siirtämiseen vai niiden lisäämiseen. Myös vastuuhenkilöiden valikoituminen saattaa kasautua palveluketjun tiettyihin osiin: todennäköisesti lähipalveluihin tavalla, joka tuo painetta kohdentaa resursseja uudelleen. Kaiken kaikkiaan palvelujärjestelmän ohjauselementtien tarve kasvaa.

Malleihin liittyy ajatus resurssien kohdentamisesta asiakkaaseen heti palvelujen alkuvaiheessa. Sen uskotaan vähentävän resurssien käytön tarvetta myöhemmin. Samalla esille nousee kysymys resurssien kohdentamisesta kaikkien palvelunkäyttäjien mittakaavassa. Tehostetun palvelun piiriin päätyviin satsataan aiempaa enemmän resursseja. ”Omaneuvojalpalveluissa panostetaan yhteen asiakkaaseen enemmän ja tämä edellyttää resurssien uudelleen suuntaamista.” (Asikainen & Schönroos 2001, 10) Palveluiden piiriin valikoituminen ja niiden ulkopuolelle jääminen tulisi siten määrittäytyä selkeiden ja läpinäkyvien kriteerien perusteella.

Makropilotin kohdalla näytti kuitenkin siltä, että mallit olivat hautautuneet lukuisten muiden projektidokumenttien keskelle. Malleilla ei näytä olevan virallista asemaa organisaatioissa. Äitiyshuollon piirissä dokumenteissa esitettyyn malliin uskottiin vahvimmin. Jonkinlaista uskoa ilmeni myös työterveyshuollossa, koska hankkeelle oli järjestynyt myös jatkorahoitusta.

Työterveyshuollossa kehittämisestä vastasi hyvin pieni ydinjoukko, jonka laitamilla olleet, eivät juurikaan tienneet asioiden kulusta – esimerkiksi tieto jatkohankkeesta välittyi heille tutkijan kautta. Lasten- ja nuorten psykososiaalisen tuen kehittäminen kääntyi toiseen suuntaan. Kehittämistä on suunnattu uudelleen huolellisesti miettien sitä, kuinka alueen niukkoja ammatillisia resursseja voidaan käyttää tukemaan lasten ja nuorten kanssa tekevien työtä. Kun Porin vanhustenhuoltoa oltiin organisoimassa kokonaan uudella tavalla vuoden 2001 aikana, ei suunnitelmissa hyödynnetty lainkaan yllä esitettyä mallia. Noormarkkua lukuun ottamatta kehittämisessä mukana olleet alueet eivät olleet kiinnostuneita suoraan jatkamaan alkanutta kehitystyötä.

Mallit voivat monilta osin olla hyödyllisenä pohjana alueellisten toimintamallien kehittämisen jatkovaiheille. Mallien yleisempänä ansiona on se, että niiden avulla on mahdollisuus jatkossa kehittää palvelujen kokonaistamista ja eri toimijoiden yhteistyötä. Sellaisenaan nyt kehitettyjä malleja ei ehkä kannata ottaa käyttöön, vaan kehittää niitä eteen päin.

Vaikka mallit ovat ”*käytäntöjen kannalta vielä täysin ilmassa*”²⁶ ja vaikka makropilotin fokus on asiakaskohtaisen tiedon siirtämisessä, yllä kuvattuihin malleihin on kirjoitettu sisään monia ehdotuksia työprosessien uudelleen organisoimiseksi. Jaettujen viitetietokantojen välityksellä informaatio voi olla monessa paikassa samaan aikaan ja erikoistuneiden asiantuntijoiden työksi määritellyjä työtehtäviä voidaan pyrkiä jakamaan toisille asiantuntijoille. Päätöksentekoa tukevien välineiden avulla (mallipalveluketjut, informaatiopalvelut) päätöksentekoa levitetään horisontaalisesti, paikoin jopa vakiintuneiden organisaatio-rajojen ulkopuolelle. Kentällä toimiva henkilöstö kykenee kommunikoimaan muualla olevien ammattilaisten ja asiakkaiden kanssa langattomien viestintävälineiden avulla (vrt. Salo 2000,

²⁶ Pilottitiimi 31.5.2001.

20; Schiensstock 2001). Mallit saattavat tosin yksinkertaistaa informaation merkitystä. Informaatio näyttäytyy ammatilliseen päätöksentekoprosessiin liittyvänä faktana. Vastuuhenkilön nimeäminen tai jaettu pääsy yksittäisen asiakkaan asiakastietoihin eivät vielä sellaisinaan takaa jaettujen merkitysten syntymistä ammattilaisten kesken tai ammattilaisten ja asiakkaan kesken. Tärkeiksi noussevat yhtäältä ne keinot, joilla mahdollistuu ammattilaisten kommunikaatio avoimessa tiimityössä sekä toisaalta ne keinot, joilla vahvistetaan asiakkaan osallisuutta ammattilaisten verkostoista (Payne 2000).

10

LEX MAKROPILOTTI JA UUDET TOIMINTAMALLIT

Tilannekatsaus, palveluketjusuunnitelma ja omaneuvojamalli

Makropilotin kehittämistyössä on hahmotettu ainakin seuraavia yleisiä toimintamalleja. Näitä malleja käsitellään ”Lex Makropilottina” tunnetussa kokeilulaissa, joka juridisten normien tasolla mahdollistaa toimintamallien kokeilun kokeilualueilla. Lainsäädännön valmistelussa hyödynnettiin Makropilottiprojektin kehittämisprosessin myötä syntyneitä ja kehittyneitä toimintatapoja. Kokeilulaki hyväksyttiin syksyllä 2001 ja se on voimassa määräaikaisena vuoden 2003 loppuun saakka.

Kokeilulainsäädännön turvin kehitettyjä toimintamalleja ovat:

- Tilannekatsaus
- Palveluketjusuunnitelma
- Moniammatillinen asiakastiimi: asiakastietojen hyödyttäminen palveluketjussa
- Omaneuvojamalli

Toimintamallit puolestaan on ymmärrettävissä normatiivisiksi ehdotuksiksi käytäntöjä ohjaaviksi ideaalimalleiksi. Tavoitteena on, että tietyllä alueella palvelujärjestelmän kaikki osat noudattaisivat niiden mukaisia käytäntöjä. Makropilottiprojektissa toimintamallien kokonaisuutta kutsutaan asiakkaan ohjausmallik-

si. Asiakkaan ohjausmalli on tällöin toiminnallinen malli, jossa asiakkaan palvelukokonaisuutta voidaan ohjata, seurata ja koordinoita yli organisaatorajojen ulottuvissa palveluketjuissa hyödyntämällä tietoteknologian antamaa tukea. Asiakkaan ohjausmallin keskeiset toiminnalliset osat ovat omaneuvojalpalvelu, palveluketjusuunnitelma ja tiimityö. (Asikainen & Schönroos 2001) Asiakkaan ohjausmallia voidaan pitää siis eräänä saumattoman palveluketjun toteutusmuotona. Luonteeltaan se on palveluketjukohtaisia malleja yleisempi toimintamallien kokonaisuus (ks. Nykänen & Karimaa 2002, 9). Nämä yleiset toimintamallit on suunniteltu osaksi tietotekniikkaa ja siten ne todellistuvat vasta siinä vaiheessa, kun niiden toimintaa tukeva tietotekniikka on käytössä työorganisaatioissa. Toimintamallien kehittämässä on painotettu vahvasti integroitumista aluetietojärjestelmään.

Huolimatta Makropilottiin liittyvästä laajasta dokumentoinnista, sen paremmin toimintamallien kuin tietotekniikan osaltakaan ei toistaiseksi ole olemassa tiivistä ja kehittämistyön nykytilanteen mukaista dokumentaatiota siitä, miten toimintamallien soveltamien eri konteksteissa on ajateltu tapahtuvan²⁷. Toiminnan ja resurssien ohjausmallin ja asiakkaan ohjausmallista vastanneen osaprojektin loppuraportissa käsitellään malleja sekä kehitystyön että kokeilussa koottujen kokemusten perusteella (Asikainen & Schönroos 2001). Toistaiseksi kokeilulainsäädäntöä (Laki 811/2000 Laki saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta) ja sitä koskevaa hallituksen esitystä (HE 33/2000) (ks. <http://www.finlex.fi/lains/index.html>) voi pitää selkeimpinä esityksinä omaneuvojamallista ja palveluketjusuunnittelusta.

Prosessin eri vaiheissa on liikkunut erilaisia käsityksiä monista lopputuloksen kannalta merkittävistä yksityiskohdista. Kehittämistyön eläessä yksityiskohdat ovat täsmentyneet, joskin ul-

²⁷ Tämä korjaantunee kevään 2002 aikana, jolloin odotetaan kehittäjien julkaisua toimintamalleista.

kopuolisen seuraajan on ollut ajoittain vaikea seurata muutoksia. Toimintamallien hahmotus on edennyt melko pitkälle, mutta niiden muoto ei ole vielä kiteytynyt yksiselitteisiksi esityksiksi, joiden perusteella voitaisiin laajalti arvioida mallien käyttöönoton mielekkyyttä (tai ottaa ne käyttöön). Kehittämistyön, toteutuksen, pilotoinnin ja implementaation vaiheiden sekoittuessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevien sekä kehittämistyöhön osallistuvien esimiesten ja ammattilaisten on ollut suhteellisen vaikea hahmottaa suunniteltua kokonaismuutosta ja siihen liittyviä yksityiskohtia.

Seuraavassa toimintamalleja kuvataan dokumenteista ja projektikehittäjien haastatteluista sekä kehittämissryhmissä koottujen tietojen varassa. Teksti on kirjoitettu perustuen siihen synteesiin, jota kehittämistyön havainnointi, haastattelut ja dokumenttien tarkastelu sekä vertailu ovat tutkijalle tuottaneet. Koska kyseessä on ollut kehittämisprosessi, on mahdollista ja jopa todennäköistäkin, että nyt tarkastelun kohteena olleet kirjalliset kuvaukset eivät vastaa täsmällisesti vastuullisten kehittäjien ”lopullisia” ajatuksia malleista. Kehittämis työ on myös toimintamallien osalta avoimessa vaiheessa. Vaikka kokeilulainsäädännössä on luotu toimintamalleja koskevia raameja, myös lainsäädännössä kuvatut mallit koettiin avoimiksi kehittämiselle. Mahdollisuudet vaikuttaa rajautuvat aikaan ennen vuotta 2003, kun pohditaan kokeilulainsäädännön jatkoa.

[...] Ei me saada jämähtää tänne näitten uusien toimintamallien loukkuun. Että kyllä meidän pitää pystyy itekin kehittymään ja jatkokehittämään näitä omia ajatuksia ja oltava tavallaan niin kuin kuulolla, että mitä valtakunnallisesti tapahtuu ja mitä Euroopassa ja maailmanlaajuisesti tapahtuu. Ja peilata omia toimintamalleja niihin ja muuttaa ja kehittää niitä sen mukaan mitä edellytetään. Et ei nämä ole sillä tavalla valmiita malleja, ett me voitaisi aja-

tella et tätä me juurrutetaan seuraavat kymmenen vuotta jonnekin. (Projektihenkilö 30.3.2001)

Tilannekatsaus tai -arvio on toimintamalli, jonka avulla ammattilainen voisi yksittäisessä palvelutapahtumassa saada käyttöönsä asiakkaan aikaisemmasta palveluhistoriasta tai samanaikaisesti muissa organisaatioissa niiden perusjärjestelmiin koottua asiakastietoa viitetietokannan välityksellä. Asiakkaan niin kutsutulla kertasuostumuksella ammattilainen ja asiakas saisivat näytölle näkymän, jossa olisi luokiteltu asiakkaan käyttämät palvelutapahtumat, palveluyksikkötyypit ja sosiaalihuollon päätöstyypit. Tästä näkymästä asiakas voisi määrittellä ne palveluyksikkötyypit tai päätökset, joista saatavilla olevia viitetietoja katsomalla ammattilainen voisi kartoittaa asiakkaan palveluiden kokonaistilannetta.²⁸ (Taberman & Schönroos 2000b). Tilannekatsausta voidaan hyödyntää paitsi kokonaistilanteen kartoittamisessa, myös jonkin yksittäisen tiedon hyödyntämisessä, esimerkiksi eri palveluntuottajan toimittaman laboratoriotuloksen katsomiseen. Tilannekatsaus perustuu kokeilulain määrittelemään yleiseen viitetietokannan käyttötarkoitukseen:

(Laki 811/2000) 20 § Viitetietokannan käyttötarkoitus. Viitetietokannan käyttötarkoituksena on asiakkaan saumattoman palveluketjun edistäminen nopeuttamalla asiakastietojen hakua ja luovuttamista sekä hahmottamalla asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamista sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä muuta sosiaaliturvaa järjestettäessä ja toteutettaessa.

Palveluketjusuunnittelulla on tarkoitus saada yksittäisen asiakkaan eri organisaatioissa toimivat palveluntuottajat tietoisiksi

²⁸ Tilannekatsaus: *viitteiden kertakatselu asiakkaan suostumuksesta*: tästä oli tarkasteluaihana käytössä olemassa paperi- ja demoversioita. Syksyllä 2001 ilmoitettiin, että toiminto on onnistuttu toteuttamaan myös teknisesti.

toisistaan ja hahmottamaan asiakkaan palveluiden kokonaisuus. Palveluketjusuunnittelun – kuten yllä kuvatun viitteiden katse-
lunkin – tarkoitus on olla osa aluetietojärjestelmää ja siten tek-
nisesti tuettu toimintamalli. Palveluketjusuunnitelmaa ei laadita
automaattisesti, vaan esimerkiksi tilannekatsauksen avulla ote-
taan huomioon palvelutarpeen jatkuvuus ja odotettavissa olevi-
en palvelutapahtumien määrä. Palveluketjusuunnittelun yhtey-
dessä määritellään asiakkaan palvelutarve ja ne organisaatiot,
jotka hänen hoitoonsa ja palveluidensa tuottamiseen osallistu-
vat. Ajatuksena on ollut, että palveluketjun laadinnassa sovelle-
taan – asiakkaan tilanne huomioiden – alueellisesti sovittuja toi-
mintamalleja. Tämä edellyttää että ongelma- ja tarvekokonai-
suuksia varten laaditaan niin kutsuttuja mallipalveluketjuja.
(Taberman & Schönroos 2000b)

Hallituksen esityksessä (HE 33/2000) todetaan, että asiak-
kaan esittämät toivomukset on mahdollisuuksien mukaan huo-
mioitava. Palveluketjusuunnitelmaa ei siten voi laatia vastoin
asiakkaan suostumusta. Suunnittelun tavoitteena on, että sekä
asiakas ja eri organisaatioissa toimivat palveluihin osallistuvat
ammattilaiset voisivat luoda yhteisen käsityksen asiakkaan tar-
peesta toiveista ja toiminnan tavoitteista.

Palveluketjusuunnittelun yhteydessä asiakas antaa suostu-
muksensa asiakas- ja potilastietojensa käyttöön palveluketju-
suunnitelmaan määritellyille henkilöille, jotka kuitenkin käy-
tännössä merkittäisiin ammattiryhmätasolla. Tämän on tarkoi-
tus helpottaa eri palveluntuottajien mahdollisuutta hyödyntää
asiakkaan tietoja joustavasti. Suunnitelmaa (ja sen perusteella
asiakkaan viitetietoja – *lisäys kirjoittajan*; ks. Katselut ammatti-
lainsäädännöstä – käyttötapausmääritys 14.11.2000) käyttä-
vän henkilön ja asiakkaan välillä tulee olla asiakassuhde tai muu
asiallinen yhteys (HE 33/2000). Asiakkaalla on suunnitelman
laatimisen yhteydessä myös mahdollisuus rajata suunnitelmasta
pois tahoja, joita hän ei siihen halua.

Palveluketjusuunnittelussa on pyrkimyksenä hahmottaa yhdessä asiakkaan ja palvelun tarjoajien kanssa yhteistä tavoitetta, jota kohden – asiakas mukaan lukien – eri toimijat sitoutuvat työskentelemään. Palveluketjusuunnitteluun liittyy pyrkimys luoda yksittäisen asiakkaan palveluketjuun osallistuvien tahojen muodostama verkosto tai *asiakastiimi*²⁹, jonka jäsenet työskentelevät eri organisaatioissa, mutta siitä huolimatta kykenevät tarvittaessa kommunikoimaan keskenään yksittäistä asiakasta koskevissa asioissa. Asiakastiimi muodostuu palveluketjusuunnittelman mukaan (Asikainen & Schönroos 2001, 24). Asiakastiimin jäsenyys on edellytys sille, että ammattilainen pääsee katsomaan asiakkaan tietoja. Palveluketjusuunnitelmaan nimetään kustakin palvelua tuottavasta organisaatiosta ammattilaisrooli, joka osallistuu asiakkaan hoitoon tai palvelujen tuottamiseen. Ammattilaisrooli määrittelee samalla sen, mitä tietoja hän on oikeutettu näkemään. Jos ammattilaisella ei ole joidenkin tarvitsemiensa tietojen katselu-oikeutta, hän voi konsultoida asiakastiimin sellaista jäsentä, jolla nuo oikeudet ovat (Asikainen, Schönroos, Jokela, Kirjavainen & Ruuhonen 2000, 16). Henkilötasolla tämä ammattilainen tiedetään ehkä vasta varsinaisessa suunnitelman mukaisessa palvelutapahtumassa. Tarpeen mukaan on tarkoitus kommunikoida ja konsultoida yksittäisen asiakkaan hoidon ja palvelujen eri vaiheissa viestintä- ja tietoteknisten välineiden avulla. Luotettu sähköposti ja puhelin tarjoavat mahdollisuuksia tähän yhteydenpitoon. Ajatuksena on, että palveluketjusuostumuksen antanutta asiakasta informoidaan luontevasti asiakastilanteissa tästä häntä koskevasta viestinnästä, johon ei kuitenkaan pyydetä erillistä lupaa. Myöskään kasvotus-

²⁹ Määritellään Makropilottisanastossa (www.makropilotti.fi) näin: Asiakastiimi on sosiaali- ja terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen asiakkaan tiettyyn tarve- ja ongelmakokonaisuuteen (palveluketjuun) resursoitu perus- ja virtuaalitiimin toimijoista koostuva asiantuntijoiden ryhmä. Asiakastiimi vastaa asiakkaan palveluketjun toteuttamisesta.

ten tapahtuvaa vuorovaikutusta, kuten yhteispalavereja myös asiakkaan läsnäollessa, ei ole suljettu pois.

Omaneuvoja voisi koota asiakastiimin tarpeen mukaan. Siitä ei pitäisi tehdä uutta byrokratiaa. Omaneuvoja asioiden koordinoijana ja vastuuhenkilönä on oikea ihminen arvioimaan sen, milloin pitää kokoontua kasvotusten, milloin asian voi hoitaa luotetulla sähköpostilla ja milloin puhelimella. Tekniikka ei tee asioita puolestamme. (Kehittämiskokous 17.5.2001)

Kokeilulainsäädäntö ja sitä koskeva hallituksen esitys eivät eksplisiittisesti käsittele asiakastiimiä. Asiakastiimin voi ymmärtää kuitenkin kuuluvan lain tarkoitukseen saada kokemuksia saumattoman palveluketjumallin järjestämisestä. Lainsäädännössä puhutaan vain palveluketjusuunnitelmasta ja sen muuttamisesta mutta kokeilun yhteydessä on siis ajateltu, että palveluketjusuunnitelma antaa siihen merkityille ammattilaisille (ammattiryhmälle) koko voimassaoloaikansa ajan oikeuden käyttää ammattiryhmän käyttöprofiilin mukaisia asiakkaan viitetietoja. Vaikka palvelua tuottavan yksikön muilla ammattinimikkeillä toimivilla ei näin ollen olisi mahdollisuutta ilman asiakkaan erillistä kirjallista suostumusta päästä viitetietoihin, voisi siihen oikeutettu ammattilainen asiallisen yhteyden synnyttyä suullisesti välittää palvelun ja hoidon kannalta oleellisia, asiakasta koskevia salassa pidettäviä tietoja myös muille ”perustiimin”³⁰ jäsenille.

Ja just että miten me informoidaan asiakasta siinä tilanteessa, että miten me nyt toimitaan: ”Että minusta tämä

³⁰ *Perustiimi* määritellään Makropilottisanastossa (www.makropilotti.fi) näin: ”Tietyn kunnan alueella toimiva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista koostuva tiimi, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannosta väestön palvelutarpeen perusteella.”

on sellainen asia, että kuule, näitten muittenkin pitäisi tämä tietää, että kirjataan se niin, et ne muutkin näkee”, tai – ”otan heihin yhteyttä, minusta tämä on sellainen asia ja se, paitsi jos erityisesti kiellät, sitten sitä ei voi tehdä”. Se tämän tyyppinen toiminta on uutta. (Projektihenkilö 6.9. 2001)

Suullisen tiedonannon ohella olisi tietenkin mahdollista siirtää oleellinen tieto organisaation perusjärjestelmässä oleviin asiakastietoihin jonkin asiakastapahtuman yhteydessä. Asiakastilanne mahdollistaa sen, että asiasta keskustellaan asiakkaan kanssa, jolloin on mahdollista myös kirjata tieto asian käsittelystä. Näin myös muilla palveluketjusuunnitelmaan nimeämättömillä olisi pääsy palvelun tai hoidon kannalta oleelliseen tietoon. (Kehittämisryhmä 19.4.2001). Asiakkaan asioiden hoitamiseksi voidaan myös konsultoida ”virtuaalitiimin”³¹ jäseniä. Heille voidaan asiakkaan suostumuksella antaa mahdollisuus hyödyntää asiakkaan viitetietojen tarkastelua (Itälä 2000, 14).

Palveluketjusuunnitelma ei korvaa eri palveluntuottajien erillisiä palvelu- ja hoitosuunnitelmia, jotka tosin voidaan huomioida suunnitelmaa laadittaessa. Palveluketjusuunnitelmassa koordinoidaan eri palveluja ja siten siitä muodostuu eräänlainen ylätasoinen suunnitelma. Palveluketjusuunnitelma on työväline erityisesti omaneuvojalta, jonka tehtävänä on koordinoida asiakkaan palvelukokonaisuutta. Hallituksen esityksessä kokeilu-laiksi (HE 22/2000) todetaan, ettei palveluketjusuunnitelmalla ”ole välittömiä oikeusvaikutuksia asiakkaan asemaan ja oikeuksiin taikka hänen mahdollisuuksiinsa saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai etuuksia”. Ellei asiakkaalla ole omaneuvojaa, palveluketjusuunnitelman voi laatia joku muu am-

³¹ Virtuaalitiimi on perustiimin palveluja täydentävien palvelujen tuottamisesta vastaava tiimi, johon kuuluu sekä julkisen, yksityisen että kolmannen sektorin ammattihenkilöitä. Tiimi voi toimia tietyn kunnan alueen lisäksi verkostomaisesti yli kunta- ja organisaatorajojen. (www.makropilotti.fi.)

mattilainen (ks. Laki 811/2000 10§ toinen momentti). Tällöin palveluketjun laatijasta tulee myös palveluketjun vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on myös varmistaa suunnitelman seuranta.

Palveluiden seuranta ei ole lainsäädännössä yksilöity. Asiakkaan ohjausmallin suunnitelmissa palveluketjun seurannan muodoiksi ehdotetaan yksittäisen asiakkaan osalta itsenäisen suoriutumisen kehittymistä, suunnitelman toteutumista, kustannusten arviointia, palvelutason arviointia, sekä laajemmin toiminnan organisoinnin kannalta sitä, kuinka paljon asiakkaita olemassa olevilla resursseilla voidaan hoitaa ja kuinka toiminta kehittyy, toimenkuvat laajenevat ja miten resurssoinnin tehokkuus toteutuu. Varsinkin yksilökohtainen seuranta voisi kehittää ammattilaisten kykyä arvioida tiettyjen toimenpiteiden hyödyllisyyttä (ks. Rostila 1997). Kokonaisresursseihin liittyvä seuraaminen saattaa olla yksittäisen palveluketjun vastuuhenkilön kannalta vaikeammin toteutettavaa, mutta toteutuessaan se lisää myös kustannustietoisuutta. Jotta suunnitellun kaltainen seuranta olisi käytännössä toteutettavissa, seurantamenetelmiä tulisi edelleen kehittää.

Omaneuvojamalli on yksilökohtaisen palvelusuunnittelun muoto, joka eroaa palveluketjusuunnittelusta siinä, että asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus palvelujen kartoitus- ja suunnitteluvaiheessa on palveluketjusuunnittelua intensiivisempi ja työvaltaisempi. Omaneuvoja pyrkii varmistamaan sen, että asiakkaan palvelut jäsentyvät mielekkääksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi (Asikainen & Schönroos 2001, 25). Kyse on lähtökohtaisesti monimutkaisista tilanteista, jolloin sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön tavanomaisen ohjaus- ja neuvontavelvollisuuden tai käytettyjen palvelujen ei koeta riittävässä määrin kattavan asiakkaan palvelutarvetta. Asiakkaalla olisi mahdollisuus valita omaneuvojaksi sosiaali- ja terveysalan sellainen ammattihenkilö, jonka tehtäviin omaneuvojana toimiminen kuuluu. Ajatuksena on että omaneuvoja toimisi niiden palveluiden parissa, joita asiakas käyttää.

Omaneuvoja toimii yli sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisten organisaatorajojen pyrkiessään yhdessä asiakkaan kanssa – asiakaslähtöisyyttä kunnioittaen – kartoittamaan asiakkaan palvelutarpeet, esittelemään asiakkaan saatavilla olevat soveltuvat palvelu- ja hoitovaihtoehdot sekä seuraamaan palvelujen toteutusta. Mikäli tarpeelliseksi osoittautuu, omaneuvoja voi laatia palveluketjusuunnitelman tai muuttaa jo aiemmin tehtyä suunnitelmaa. Omaneuvojasopimus laaditaan toistaiseksi. Asiakas tai työntekijä voivat purkaa sopimuksen olosuhteiden muuttuessa. Periaatteessa tehtävä on kuitenkin määräaikainen (Asikainen & Schönroos 2001, 25–26). Omaneuvojalle on lainsäädännössä annettu myös kunta- tai kuntayhtymätasolle ulottuva palveluketjun toimivuuteen liittyvä raportointitehtävä. Omaneuvojasopimuksessa voidaan määritellä omaneuvojalle myös muita tehtäviä. Makropilotin toteuttamassa omaneuvojakokeilussa testaaminen kohdentui yksittäisen omaneuvojan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen ja toimintaan. Kun muita yllä kuvatuista toimintamalleista ei onnistuttu toteuttamaan, jäi myös omaneuvojamallin kokeilu asiakkaiden organisaatioiden kannalta puolittaiseksi.

Kokeilulainsäädännössä määritellään omaneuvojana toimimisen edellytykseksi se, että omaneuvojana voi toimia riittävän kokemuksen ja koulutuksen omaava sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Kyseisen ammattilaisen tulee olla kunnan tai kuntayhtymän³² palveluksessa. Hän voi myös olla itsenäinen ammatinharjoittaja, jonka kanssa on tehty ostopalvelusopimus. Kokeilulainsäädäntö antoi mahdollisuuden myös yrityksille, niiden itse järjestämän työterveyshuollon puitteissa mahdollisuuden järjestää omaneuvojalpalveluita. (Laki 811/2000 §5, §9)

Lainsäädäntö jättää omaneuvojana toimivan henkilön pätevyyden määrittelyn varsin väljäksi. Hallituksen esityksessä tode-

³² tai kunnan tai kuntayhtymän kanssa ostopalvelusopimuksen tehneen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan palveluksessa

taan omaneuvojan tehtävien olevan vaativia ja edellyttävän usean vuoden työkokemusta. Koulutusvaatimusta ei esitetty, mutta pääasiallisesti oletettiin, että omaneuvojinat toimivilla olisi vähintään opistoasteen koulutus. Lisäksi täydennyskoulutus nähtiin tarpeelliseksi. Tehtäviä ei tulisi määrätä kenellekään vastoin tahtoa ja omaneuvojinat koskevista työ- ja virkasuhteen ehdoista voidaan sopia paikallisesti. (HE 33/2000)

Toimintamallit ja tietotekniikka

Aluearkkitehtuuri

Tiivistetysti yleisten toimintamallien keskeiset elementit ovat:

- 1) asiakaskohtaisen tiedonkulun parantaminen eri toimintayksiköiden välillä,
- 2) palvelujen suunnittelun tehostaminen ja
- 3) hoitoa ja palvelua antavien tahojen toiminnan koordinaation kehittäminen

Tietotekniikka nähdään välineenä näiden saavuttamiseen. Aluetietojärjestelmä kytkeytyy Makropilotin suunnitelmissa kiinteäksi osaksi edellä käsiteltyjä toimintamalleja ja niitä koskevia kokeilulainsäädännön normeja. Tätä kokonaisuutta kutsutaan aluearkkitehtuuriksi (Nykänen & Karimaa 2002). Hankkeen keskiöön nousi aluetietojärjestelmäkokonaisuuteen kuuluva viitetietojärjestelmä ja viitetietokanta. Aluetietojärjestelmä ja viitetietokanta sen osana perustuu adaptereiden yhdistämien perustietojärjestelmien kommunikointiin. Toimivan kokonaisuuden saavuttamiseksi kaikkien alueella käytössä olevien perustietojärjestelmien tulisi olla kytkettävissä aluetietojärjestelmään. Viitetietokanta mahdollistaa asiakastietojen katselun yli organisaatiorajojen. Viitetietojärjestelmän ja viitetietokannan lisäksi val-

mis aluetietojärjestelmä tulee sisältämään perusjärjestelmädapterit sekä aluetietojärjestelmän yleiset osat (kuten sisään kirjautuminen ja käyttäjien tunnistaminen ja todentaminen). Varsinaiset asiakaspalveluun liittyvät toiminnot ovat aluetietojärjestelmän seuraavissa osissa:

- Asiakkaan tietojen hallintasovellus: osakokonaisuus, joka varsinaisesti mahdollistaa asiakkaan tietojen katselun, suostumusten kirjaamisen ja niiden mukaisen tiedon rajauksen, tietojen katselulokin ylläpidon ja katselun, palveluketjusuunnitelmien perustamisen ja ylläpidon, omaneuvojasopimusten kirjaamisen ja hallinnan, asiakastiimien perustamisen ja ylläpidon.
- informaatiopalvelut: kuvaus palveluntarjoajista ja toimintayksiköistä, kuvaukset palveluista ja niiden saatavuudesta ja mallipalveluketjuista.
- alueelliset sovellukset, joiden tarkoituksena on tukea mahdollisia alueellisia toimintamalleja (voisi olla esimerkiksi apuvälinelainaamo, ensihoidon tuki) (Itälä 2000, 9–11).

Asiakkaan nimenomainen, sähköisellä sosiaaliturvakortilla vahvistettu – tai kirjallisesti allekirjoitettu – suostumus on ehtona sille, että ammattilainen voi hyödyntää viitetietokantaa. Asiakkaan suostumus tilannekatsaukseen, palveluketjusuunnitelman laadintaan tai omaneuvojasopimukseen on tarkoitus toteuttaa sähköisesti jopa niin, että suostumustilanteessa käytettäisiin sekä palvelutilanteessa mukana olevan ammattilaisen että asiakkaan sähköistä sosiaaliturvakorttia. Sähköisen sosiaaliturvakortin käyttäminen mahdollistaisi sen, että myöhemmissä vaiheissa asiakas voisi seurata ja kontrolloida omien sähköisten asiakastietojensa käyttöä. On ajateltu, että vaikka asiakas ei edelleenkään pääsisi suoraan omiin asiakastietoihinsa, niin palveluketjusuunnitelmaansa hän voisi tarkastella myös ilman sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen läsnäoloa. Tilannekatsaus, palve-

luketjusuunnittelu ja palvelutarjonnan tarkastelu toteutetaan aluetietojärjestelmän tuella. Asiakkaan ohjausmallin toteuttamisen kannalta tärkeitä ovat erityisesti viitetietojärjestelmä, palveluketjusuunnitelma sekä resurssointijärjestelmä. Informaatiopalvelut voivat auttaa palveluketjusuunnitelman laadinnassa (Asikainen & Schönroos 2001, 22–23; 27).

Kokeilun päätösvaiheessa aluetietojärjestelmä oli vain pieneltä osalta hahmoteltuja toimintamalleja tukevassa käytössä. Teknisesti joitakin osia saatiin testattua, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kannalta hyödyt olivat toistaiseksi vaatimattomia. Esimerkiksi omaneuvojamallissa oletuksena on alunperin ollut, että aluetietojärjestelmän eri toiminnot – viitetietokanta, informaatiopalvelut, mallipalveluketjut, palveluketjusuunnittelu ja luotettu sähköposti – ovat laajassa yhteiskäytössä. Ohjausmallin optimimallikuvaus (Asikainen, Schönroos, Jokela, Ruohonen & Kirjavainen 2000) luettelee omaneuvojan palveluiden ohjaus- ja seurantakeinoiksi perinteisen palvelukontaktin lisäksi seuraavat toiminnot: ammattilaisen näkymä asiakkaan tietoihin, sähköinen palveluketjusuunnitelma, hoitosuosituksiin perustuvat alueelliset ohjelmat ja palveluketjujen kuvaukset, asiakkaan kulun seuranta palveluketjussa sekä resurssi-varaukset palvelutapahtuman suunnitteluvaiheessa.

Pilotin osalta kyseisessä dokumentissa ennakoitiin jo aluetietojärjestelmän viivästymistä. Tietotekniikan osalta pisimmälle päästiin Paranet -informaatiojärjestelmän avaamisessa sekä luotetun sähköpostin kokeilussa. Lopulta kävikin niin, ettei mitään omaneuvojan tueksi kaavailuista toiminnoista ollut käytössä pilotin aikana 2000–2001. Sen sijaan kesäkuun alusta 2001 Paranet -informaatiojärjestelmä avautui. Kesäkuun loppuun mennessä käyttöön saatiin kansalaisille suunnattu palveluhakemisto, jota myös ammattilaiset saattoivat hyödyntää. Informaatiopalvelun tarkoituksena on toimia kanavana niin julkisten, yksityisten kuin kolmannen sektorinkin palvelujen tarjonnasta. Ammattilaisille on suunnattu oma versio, jota esiteltiin kokeiluajan

päätyttyä syksyllä 2001. Ammattilaisten on ajateltu hyödyntävän informaatiopalveluja esimerkiksi laatiessaan asiakkaan kanssa palveluketjusuunnitelmia. Palvelutarjonnan lisäksi on myöhemmin tarkoituksena esittää mallipalveluketjuja, joiden on ajateltu toimivan suuntaa antavana tukena tai alueellisena ohjearkuna asiakaskohtaisten suunnitelmien laadinnassa.

Informaatiopalvelut

Useimmilla makropilottialueen kunnilla on omat internet-sivustonsa joissa esitellään kunnallisia palveluja. Pienten kuntien sivut ovat vaatimattomia mutta Porin kaupungin laajasta palveluhakemistosta (<http://www.pori.fi/uusi/palveluhakemisto/index.html>) Paranet -palvelusivut poikkeavat muun muassa siinä, että Paranet-portaaliin on koottu laajemman alueen sosiaali- ja terveyspalveluita ja eri palveluntuottajia, lisäksi palvelujen esitteilyssä on pyritty yhdenmukaisuuteen. Kummastakin palveluhakemistosta yksityiskohtaisemmat tiedot löytyvät linkkeinä palveluntuottajien omille sivuille. Uusi sivusto erottuu entisistä vasta siinä vaiheessa, kun tiedot eri palveluista ovat järjestelmässä systemaattisesti.

H: Onko Makropilotin puolelta tullut joitain malleja siitä, miten tätä tietoa kerätään ja päivitetään täällä?

V: No se on se lomakemalli rakennettu sen pohjalta, mitä se on se sostervainfo, mitä sinne voidaan syöttää. Mutta se on laitettu siinä itsestään... Meilläkin on vielä sillain, että johtoryhmä haluaa tietää mitä sitä lopulta syötetään kansalaisten luettavaksi. (Esimies 17.5.2001)

Informaatiopalvelujen projektissa määriteltiin sivustojen sisältöä mutta vastuu sivujen sisällöstä jakautuu pääasiassa hajautevasti. Ajantasaisen tiedon tarjoaminen on organisaatioille haaste,

koska se tehdään muiden töiden ohella. Informaatiopalveluihin liittyy sisällöntuottamismalli, joka tarkoittaa sitä, että organisaatioiden henkilökunnan jäseniä on koulutettu toimitussihteereiksi. He päivittävät tietoja sivustoille. Tiedon oikeellisuudesta vastaavia esimiehiä kutsutaan toimituspäälliköiksi. Toimitusneuvosto koordinoi kokonaisuutta silloin, kun kyse on asiantuntijatietoa vaativasta sisällöntuotannosta. Kansalaisjärjestöjen mahdollisuuksia tuottaa tietoa järjestelmään on edistänyt kevästä 2000 lähtien Raha-automaattiyhdistyksen varoin on palkattu järjestöasiamies. Yksityissektorin palveluntarjontaa koskeva tietojen ylläpito on suunniteltu keskitettäväksi infokeskustointia harjoittavaan yritykseen. (Autionemi & Grönblom 2001, 12–15)

V: Mää käyn ne [tiedotussihteereiden Paranet-informaatiopalveluja varten kokoamat tiedot] ja katon mitä niissä on korjattavaa ja esimerkiksi siellä oli virheellisiä tietoja mennyt. Esimerkiksi sairaalamaksuissa oli virhe eli ne ei osastolla tiennyt mitä vuorokausimaksu maksaa. Onneksi ne meni taivaan tuuliin. Ne [maksut] perustuu lakiin ja asetuksiin.

H: Niin.

V: Niin ei panna sinne rahasummia, vaan laki ja ne asetukset, koska ne muuttuu. (Esimies 17.5.2001)

Tilanne jossa asiakkailla olisi yksityiskohtaiset tiedot esimerkiksi hoidon hinnoittelusta, koetaan kulttuurimurroksena, johon suhtaudutaan ristiriitaisin tuntein. Hoidosta asiakkaalle koitua hinta vaihtelee esimerkiksi hoitoajan mukaan ja sen perusteella, miten lääkäri luokittelee potilaan hoidon tarpeen. Lakiin ja asetuksiin vetoaminen tuntuu ehkä tietojen oikeellisuudesta vastaavien turvalliselta ratkaisulta: muuttuvia hintatietoja ei tarvitse näin edes päivittää. Informaatioarvo jää toki puutteelliseksi, jos käypä eurohintaa selviää vasta mutkitellen. Asiakkaiden

pelätään ohjautuvan hintatietojen varassa tai pyrkivän henkilöstön kanssa neuvotteluihin hinnoista, hoidoista tai luokituksista. Taustalla piilee pelko asiakkaan pyrkimyksistä määrittellä sitä, mitä hoito pitää sisällään.

Sanoinkin fysioterapialle, et jos näin yksityiskohtaiset tiedot pistetään, potilas voi tulla ja sanoa et minä otan vaan tämän kohdan enkä mitään muuta ja kun potilaan hoidon kannalta se ei käy. Mää sitten sanoin että täytyy pistää laki ja asetusten mukaan, mihin ne perustuu. Ei kaikkia yksityiskohtaisesti. Potilas voi sanoo että minä otan vaan tämän, kun teillä on tällainen. Niin kuin kuntoutuspotilas, niin sillä on neljäkymppiä. Jos potilas näkee sen, niin se sanoo, että minä tulen tuommoisella. Sehän on lääkärin päätettävissä meillä nykyisin. (Esimies 17.5.2001)

Toistaiseksi informaatiopalveluissa on lähinnä tietoja palveluntarjoajista, niiden toiminta-ajatuksista ja hakeutumisesta palveluiden piiriin. Palveluhintatietojen esittäminen missään muodossa on toistaiseksi poikkeus. Kokeilun aikana kesäkuussa järjestelmään kirjautuminen tuotti vaikeuksia, mikä saattoi vaikuttaa tietojen täydentämiseen. Kesän 2001 aikana palvelutiedot täydentyivät mutta sivut eivät vielä toimineet siten, että eri hakutavoilla olisi päätyneet samoihin tuloksiin. Asiakkaan voi olla edelleen hankala hahmottaa palveluja, jotka hänelle esimerkiksi kaupungin sisäisen aluejaon myötä kuuluvat (vrt. Levelä 1999).

Informaatiopalvelut tarjoavat toistaiseksi vain niukat perustiedot sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelutuotannosta. Huolimatta siitä, että palveluja voi hakea hakusanojen avulla, toteutus on toistaiseksi keskeneräinen. Kansalaisten nähtävillä olevien sivujen kehitys näytti syys-talven 2001 aikana pysähtyneen. Sivujen mahdollisesti kehittyessä ja vanhentuneiden tai virheellisten tietojen poistuessa sivuista saatava hyöty lisääntyy sekä ammatti-

laisten että asiakkaiden kannalta. Informaatiopalveluiden loppuraportin (Autioniemi & Grönblom 2001) mukaan ammattilaiskäyttäjien odotukset informaatiopalvelusta ovat varsin myönteisiä. Esimerkiksi vanhustenhuollon nykytilakuvauksessa (Levelä 1999) pidettiin yhteystietojen etsimistä puhelinluettelosta turhaa työaikaa vievänä. Informaatiopalveluiden uskottiin nopeuttavan oikeiden tietojen etsimistä. Informaatiopalvelujen toisessa vaiheessa tietojen syöttämisen ennakoidaan helpottuvan ja sivujen laadun paranevan. Informaatiopalvelusivujen tietosisältöjä voivat jatkossa olemassa olevien suunnitelmien mukaan olla palveluhakemiston lisäksi palveluihin ja palveluketjuihin liittyvät ohjeet ja suositukset, päivystykset, ajankohtaisasiat kuten tiedotteet tapahtumista ja koulutuksista sekä vertaistuen keskustelupalstat. Mikäli ajatus mallipalveluketjuista konkretisoituu, yksittäisen asiakkaan palvelujen laadinnassa voidaan hyödyntää alueellisia mallipalveluketjuja, joiden yhteyteen voidaan liittää myös muita yleisiä, alueilla sovittuja käytäntöjä tai organisaatioiden omia, palveluja koskevia suosituksia (Autioniemi & Grönblom 2001, 10).

Luotettu sähköposti

Sähköisen sosiaaliturvakortin välityksellä tapahtuvan tunnistamisen kautta periaatteessa myöhemmin aluetietojärjestelmään kytkeytyvä luotettu sähköposti saatiin teknisesti toimimaan maaliskuussa 2001 Porin kaupungin ja Satakunnan sairaanhoitopiirin välillä ja sisällä (ks. Lempiäinen 2001). Kirjautuminen oli kokeilun aikana hidasta, mutta muutoin luotetun sähköpostin käyttäminen ei sanottavasti poikkea tavanomaisen sähköpostin käytöstä. Luotetun sähköpostin käyttökoulutukseen osallistui noin 46 kehittämisryhmiin nimettyä ammattilaista. Pilotin aikana luotetun sähköpostin käyttö oli koemielessä tehtyjä yhteydenottoja, joiden puitteissa havaittiin runsaasti teknisiä

ongelmia. Luotetun sähköpostin käyttövarmuus ei osoittautunut vielä riittävän hyväksi.

Täällä vallitsee edelleen hämmennys Makropilotin suhteen. Ei oikein voi ottaa kantaa sellaiseen mitä ei ole vielä oikeasti olemassa. Asiakas ei ole oikeasti vielä mukana tässä. Nyt luotetun sähköpostin käyttäminen on vielä niin monimutkaista, se vie liikaa aikaa. Vastaukset eivät tule salattuina, tulee ilmoitukset että parametrit ovat väärät. Jos tätä haluaisi käyttää oikein työkaluna, niin kyllä sen pitäisi olla luotettavampi. Jos edessäni istuisi ihminen jonka asioita hoitaisin, niin ei tämä oikein toimisi tämä systeemi. (Puhelinhaastattelu)

Pilotin puitteissa tästä asiakastiimin epämuodollisen tietojenvaihdon kanavaksi suunnitellusta välineestä ei kuitenkaan saatu vielä juurikaan työn kohteeseen liittyviä käyttökokemuksia. Puhelinkyselyn mukaan luotettua sähköpostia oli ammattityöhön liittyen hyödyntänyt vain kaksi henkilöä. Lyhyt tarkastelu-aika ja koeryhmän pienuus voivat olla syitä näin vähäiseen mittaus-tulokseen. (ks. myös Lempiäinen 2001; Itälä 2001). Eräänä syy-nä käytön vähyyteen voi olla yhteisten asiakkaiden puute Porin vanhustenhuollon kokeilualueen työntekijöiden kesken, mikä osaltaan kertoo myös pilotin suunnittelun puutteista. Toiminta-käytäntöihin ja olemassa olevaan tekniikkaan liittyvänä rajoit-tuksena oli puolestaan se, että vain osalla kokeilussa olleista am-mattiryhmistä on mahdollisuus käyttää tietokonetta luontevasti työn lomassa. Siten viestin lähettämisen ja lukemisen välinen viive saattaa hidastaa asiakkaan asian etenemistä esimerkiksi pu-helimen välityksellä tapahtuvaan kommunikointiin verrattuna. Toisaalta puhelinkyselyä suoritettaessakin havaittiin, että sosiaa-li- ja terveydenhuollon ammattilaisten tavoittaminen puheli-meen on suhteellisen työlästä. Luotetun sähköpostin käyttö edellyttää, että sen piirissä on mielekäs ryhmä toimijoita. Tällai-

nen on esimerkiksi verkosto, joilla on yhteisiä asiakkaita. Ke­vällä pyrittiinkin jo laajentamaan luotetun sähköpostin piiriin kuuluvien määrää Porin vanhustenhuollossa. Nimilista niistä henkilöistä, joiden katsottiin siitä eniten hyötyvän ehdittiin jo laatia, mutta kokeilun laajennus jäi tuolloin toteutumatta.

Pilotin aikana toteutunut osa suunnitellusta aluetietojärjes­telmästä on kokonaisuuden kannalta marginaalinen ja koke­mukset sen käytöstä kertovat enemmän hitaasta toteutuksesta kuin järjestelmän lopullisesta toimivuudesta.

Ennakoivia arvioita toimintamallien asiakaslähtöisyydestä ja tietosuojasta

Makropilotissa kehitettyjen mallien ansio on siinä, että ne edis­tävät ammattilaisten tiedonsaantia yksittäisestä asiakkaasta. Asiakaslähtöisyys on paljolti siis välillistä ammattilaisten mah­dollisuutta yksittäisen asiakkaan palveluketjun seurantaan.³³ Sa­malla asiakkaalle on annettu ainakin muodollista kontrollivaltaa häntä koskevien tietojen käyttöön. Tosiasiallisesti yksityisyys suhteessa sosiaali- ja terveysammattilaisiin elämänsä aikana vähenee. Asiakkaan omatoimisuutta edistäviä elementtejä toi­mintamallit eivät juurikaan sisällä. Makropilotissa oli alunperin myös asiakkaan tiedonhallintaa selkeämmin edistävä osaprojek­ti. Tavoitteena oli kehittää internet-palvelukokonaisuus jonka kautta olisi edistetty asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja

³³ Kehittäjien käsityksen mukaan asiakaslähtöisyys on ollut prosessien uudis­tamisen periaate, jonka toteuttamisessa on hyödynnetty arvoketju-lähesty­mistapaa. ”Arvoketju lähestymistavassa tavoitteena on ymmärtää ja hahmot­taa arvoa tuottavat toiminnot asiakkaalle. Arvoketjun ratkaisevia vaiheita ovat asiakkaan kohtaamiset joissa tapahtuu resurssien, osaamisen ja palvelun vaihdantaa osapuolten välillä. Arvoketju lähestymistavassa toiminnan tarkas­telu ja kehittäminen tapahtuu asiakkaan näkökulmasta ja näin ollen asiakkuus onkin prosessi, jossa eri toimijat tuottavat palveluja asiakkaiden tarpeisiin..” (Asikainen & Schönroos 2001, 17.)

sosiaalivakuutukseen liittyvää asiointia ja johon olisi koottu asiointia koskevaa tietoa. Hanke kuitenkin keskeytyi vuoden 2000 aikana ohjausmallihankkeen vahvistuessa Makropilotin keskeisimmäksi projektiiksi. Nykylainsäädännön pohjalta asiakkaalla on mahdollisuus nähdä itsenäisesti sähköiseen sosiaaliturvakorttiin tallennetut tiedot, tiedot suostumuksista, lokitiedot ja palveluketjusuunnitelma. Viitetietojen katselu on mahdollista vain yhdessä ammattilaisen kanssa.³⁴

Asiakkaiden kannalta toimintamalleihin liittyvä sähköinen tai kirjallinen suostumusmenettely korostaa asiakkaan asemaa. Vaikka asiakkaan rooli on toimintamalleissa melko perinteinen, toimintamallien on ajateltu koituvan lopulta asiakkaan ja kansalaisten parhaaksi. Tähän tulokseen tultaisiin päätymään palvelun laadun paranemisen kautta. Se missä määrin mallien toteuttamisella ja niitä tukevalla tekniikalla kyetään ratkaisemaan resurssipulasta johtuvia ongelmia, jää nähtäväksi mahdollisessa toteutusvaiheessa. Systemaattisempi palvelujen suunnittelu saattaa myös tuoda esiin piiloista palveluntarvetta ja siten aiheuttaa painetta resurssien lisäämiseen. Yksityisten ja kolmannen sektorin palveluiden esittelemisen on selvä mahdollisuus. Varsinkin informaatiopalveluun liittyy mahdollisuus vertailla palveluita, etenkin jos myöhemmin palvelujen saatavuus ja hintatiedot ovat kattavammin esillä. Kansalaisten kannalta palvelutarpeiden tunnistaminen sekä palvelujen saatavuus ja hyvinvointipalvelujen kustannukset aiheuttavat tasapainoteltavan yhtälön sekä poliittisella että yksilötasolla.

Omanuovojpalvelu on suunniteltu ihmisläheiseksi palveluksi, joka täydentää kansalaisten internetin välityksellä tapahtuvaa palvelutarjontaa koskevaa tiedonhakua ja muuta palvelujen piiriin hakeutumista. Jos pääsy palveluiden piiriin on helppompaa omanuovojpalveluiden kautta kuin muita väyliä pit-

³⁴ Lex-Makropilittityöryhmän linjaus keväällä 2001 17.5. omanuovojapalaverin mukaan.

kin, omaneuvojalpalveluiden kysyntä kasvaa esimerkiksi suhteessa sähköisten palveluiden käyttöön. Niin omaneuvojatoinnassa kuin palveluketjusuunnittelussa yleisemminkin korostetaan asiakkaan tarpeista lähtevää palveluiden suunnittelua. Jos palveluketjusuunnittelu kiinnitetään hyvin normatiivisesti mallipalveluketjuihin tai alueellisiin suosituksiin, asiakkaan yksilöllinen tilanne saattaa jäädä taka-alalle. On yleisemminkin epäselvää, miten kehittäminen jatkossa – esimerkiksi muilla kokeilualueilla – etenee ja mitä asiakkaan ohjautumisessa tuolloin painotetaan. Mikäli palvelujärjestelmän tuotannonohjauksellinen prosessin kehittäminen (ks. Nykänen ja Karimaa 2000) korostuu asiakaslähtöisten työskentelymahdollisuuksien tukemisen sijaan, on vaarana, että asiakaslähtöisyys jää kehittyvässä järjestelmässä retoriseksi suostuttelukeinoksi, jonka varassa järjestelmä markkinoidaan asiakkaille ja ammattilaisille. Toisaalta jos asiaa tarkastelee toistaiseksi tapahtuneen kehittämistyön kannalta – Makropilottihankkeessa käytettävissä olevien suunnitelmien perusteella (ICL Invia toimituskokonaisuus 2, ylläpidon käyttöliittymämääritys 13.3. 2000) – mallipalveluketjujen esittäminen näytöllä ei poistane palveluketjujen laatimistilanteissa ammattilaisen osaamisen ja harkinnan vaatimuksia. Tilanne muuttuu huomattavasti, jos mallipalveluketjujen yhteyteen saadaan tuotettua tiedot olemassa olevista sopimuksista ja suosituksista (Autioniemi & Grönbloom 2001, 10). Tällöin toiminta selkiytyy ammattilaisen kannalta ja suunnittelu voi helpottua. Mallipalveluketjujen suunnittelun haasteena on huomioida mahdollisten asiakastapausten varianssi ja asiakaslähtöisyys todellisissa tilanteissa. Varsinaisia konkreettisia mallipalveluketjuja ei vielä suunniteltu (Itälä 2000, 12). Kansalaisten kannalta on tärkeä selvittää mallipalveluketjujen läpinäkyvyyttä asiakkaille ja siten suhde erityisesti palvelusitoumuksiin vaatii selvittelyä. (ks. esim. Haverinen 1999)

On oletettavaa, että palveluketjusuunnitelma selkiyttää yksittäisen asiakkaan palvelujen kokonaisuutta paitsi palvelujen

tuottajille myös asiakkaalle itselleen. Näin voi tapahtua etenkin niissä tapauksissa, joissa on olemassa monia palveluita ja sosiaalilietuuksia. Kehittämistyön aikana keskusteltiin palveluketjun rajauksesta. Tällöin ei pidetty kovin hyvänä ajatuksena, että samanaikaisesti olisi voimassa monia palveluketjuja. Toisaalta asiakkaan oma kokemus siitä, mitkä asiat kytkeytyvät toisiinsa – ja mitkä eivät – on tärkeä lähtökohta palveluketjujen asiakaslähtöisyyden varmistamiseksi.

Palveluketjun laadintavaiheessa on syytä varmistaa yhteistyössä eri organisaatioissa toimivien ammattilaisten kanssa palvelun tarve ja käytettävissä olevat resurssit. Vaikka palveluketjusuunnitelma ei mitenkään erityisesti oikeuta asiakasta suunnitelmassa mainittujen palvelujen saamiseen, on tärkeää, ettei suunnitelman laatija palveluketjusuunnitelmaa kootessaan luo sellaisia palveluodotuksia asiakkaissa, joita palveluja tuottavat yksiköt eivät tosiasiallisesti kykene täyttämään. Tutkimusaineiston perusteella näyttää siltä, että eri organisaatioissa toimivien ammattilaisten keskinäisten ristiriitojen ja kielteisten organisaatiokuvien taustalla ovat usein erilaiset käsitykset siitä, minkälaisilla resursseilla ja aikatauluilla kenenkin asiakkaan asioita tulisi hoitaa. Palveluketjusuunnitelmaa laadittaessa on siis tärkeää, että eri organisaatioissa toimivat ammattilaiset kommunikoivat keskenään. Asiakkaan kannalta ammattilaisten keskinäinen kommunikointi voi luoda myönteistä palvelukuvaa yksituumaisista ammattilaisista, mutta pahimmassa tapauksessa saumatomuuden illuusioon pyrkiminen voi syrjäyttää asiakkaan osallisuutta asiassaan.

Palveluketjusuunnitelman laatijan tulee siis hyvin tietoisesti käsitellä sopimusta laadittaessa juuri niitä asioita, joista hän tietää voivansa sopia. Asiakkaalle on selvitettävä, ettei sopimus tosiasiallisesti lisää asiakkaan oikeuksia saada palveluita. Sopimuksen merkitys on ennen kaikkea siinä, että asiakkaan asioidessa jatkossa eri palvelun tuottajien luona, häntä koskevia asiakastietoja voidaan hyödyntää aikaisempaa vaivattomammin erilai-

sisä prosessin vaiheissa eteen tulevissa hoitoa ja palvelua koskevissa päätöksentekotilanteissa. Sopimuksen on katsottu myös velvoittavan asiakasta sitoutumaan siinä esitettyihin tavoitteisiin pyrkimiseksi. Asiakas ei näin ollen ole vain kuluttajan roolissa, vaan palveluiden saannin edellytyksenä on myös asiakkaan oma motivaatio ja sitoutuminen.

Tietotekniikan käyttöä vastaanottoon tarkoitetuissa työhuone-tiloissa on pohdittava sekä ammattilaisen että asiakkaan näkökulmasta. Suostumus tilannekatsaukseen laaditaan ammattilaisen johdolla ja ammattilaisen hallinnoimalla työkoneella. Jos toimintamalli yleistyy, se tulisi huomioida työympäristön suunnittelussa. Olisi ergonomisesti mietittävä, miten asiakas ja ammattilainen hyödyntävät tietokoneen näyttöä erilaisissa asiakastilanteissa. Tilannekatsauksen hyödyntämisessä ammattilaisen haasteena on tietojen nopea jäsentäminen esimerkiksi vastaanottotilanteessa.³⁵

On oletettavaa, että ammattilaisten mahdollisuus hyödyntää muiden organisaatioiden tietojärjestelmiin koottuja tietoja lisääntyy, sillä suhteellisen ammattilaisvetoisissa asiakastilanteissa asiakkailla ei ehkä ole edellytyksiä kieltäytyä suostumuksesta. Epävarmaa on, lisääntyvätkö asiakkaan mahdollisuudet asiakastietojensa hallintaan vallitsevien asiakas-ammattilainen suhteen kulttuuristen tulkintasääntöjen puitteissa. Vaikka asiakas kieltäisikin tilannekatsauksessa tietojensa katselun, henkilötunnuksen avulla ammattilainen saa jo varsin kattavan kokonaiskuvan palveluiden käytöstä. Jotta suostumuskäsittely ja palveluketju-suunnittelu voisivat toteutua asiakkaan kannalta tasavertaisemmin esimerkiksi vastaanottotiloissa voisi olla asiakaspäätte. Lisäksi kannattaa pohtia olisiko asiakkaan omatoimisuus ja yk-

³⁵ Tilannekatsaussuostumuksen on suunniteltu olevan teknisesti voimassa sen vuorokauden loppuun, jolloin se on annettu. Näin ollen työntekijän olisi mahdollista tarkastaa tietoja vielä asiakkaan poistuttuakin. Eri asia tietenkin on, onko siihen muutoin ajallisia resursseja.

sityisyys mahdollista myös suostumuksen laadinnassa. Ollakseen varma tietoturvastaan asiakkaan tulisi voida nähdä myös kaikki suostumusta koskevat lokitiedot.³⁶ Sosiaaliturvakortin osalta alustavana suostumuksena suostumuskäsittelyn aloittamiseen pidetään sosiaaliturvakortin luovutusta (kehittämissyryhmä 3.5.2001). Kun uutta järjestelmää perustellaan tietosuojaan kehittämällä, tulisi tietojärjestelmän olla tässä suhteessa aukoton.

Viitetietokantojen ja niitä koskevien suostumusten kautta asiakastiedot ovat yhä useamman asiakkaan kohtaaman sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen saatavilla. Näin myös asiakkaan kiinnostus omiin asiakastietoihinsa saattaa lisääntyä. Jos ammattilainen ja asiakas laativat asiakkaan suostumuksen viitetietojen tilannekatseluun, on varsin luonteavaa, että asiakas samalla näkee omat asiakastietonsa. Yhteisen näytön käyttäminen saattaisi lisätä asiakkaiden mielenkiintoa omia terveystietojaan ja muita asiakastietojaan kohtaan. Tämä saattaisi myös lisätä asiakkaan osallisuutta hoitoprosesseissa. On pohdittava, mitä hyötyjä ja mahdollisesti haittoja seuraa, jos asiakastiedot käydään palvelutapahtumissa läpi asiakkaan kanssa.

Jos samoja asiakastietoja on mahdollista hyödyntää eri puolilla sosiaali- ja terveyspalveluja, olisi asiakkaan kannalta hyvä, jos myös hänellä olisi käsitys siitä, mitä asioita hänestä kirjataan – tai on kirjattu (tai mitä tietoja viitetietojärjestelmän välityksellä esitetään).³⁷ Asiakkaillehan saattaa syntyä sellainen kuva, että

³⁶ Asiakkaan henkilötunnuksen perusteella ammattilainen näkee viitteet tietoluokituksineen ilman varsinaisia sisältöjä. Asiakaskohtaisten tietojen hallintasovellus 2000 -dokumentti ei anna yksiselitteistä vastausta siitä, kirjautuuko lokiin myös tilanearvio ennen asiakkaan suostumusta ja kieltä. ”Katseltaviksi valitut viitteet kirjataan katselulokiin [...] Katselulokiin tulee merkintä katselluista viitteistä ja katselun perusteesta.” – Mikäli tilannekatsauskäynnin aloittamisesta ei jää lokimerkintää järjestelmään jää huomattava väärinkäytön mahdollisuus.

³⁷ Aluearkkitehtuuria kuvaavassa dokumentissa (Itälä 2000, 14) esitetään mahdollisuutena, että asiakas voisi myös itse katsella omia asiakastietojaan: ”asiakasta koskevat tiedot taas rajautuvat sellaisiin viitteisiin, joiden tietosisältö on ns. tulkittua tietoa, eli sillä tavalla esitettyä ja sen luonteista, että se on asiakkaan katseltavissa”

asiakastietoihin kirjataan kaikki vastaanotolla kerrotut asiat vaikka näin ei tapahtuisikaan. Asiakkaat voivat perusteettakin olettaa, että tietoihin on jo kirjattu kaikki heidän mielestään oleelliset seikat. Toisaalta samasta syystä asiakkaat ehkä pyrkivät kontrolloimaan sanomisiaan. Se, millaiseksi asiakas kulloinkin mieltää luottamuksen ja luottamuksellisuuden voi ratkaista suhtautumisen asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutukseen.

Vaikka asiakaslähtöisyys toistuu makropilottipuheessa, palvelujärjestelmän ristiriitainen suhtautuminen asiakkaaseen säilyy. Todelliset asiakkaat eivät aina ole ihanneasiakkaan mallin mukaisia: aktiivisia, tietoisia ja osallistuvia (Ketola 1995, 63). Vaikka asiakas helposti mystifioidaan, terveydenhuollossa asiakas on usein ennen kaikkea potilas, ammattilaisten asiantunteumuksen ja hoidon kohde, jonka oireita ja diagnooseja kirjataan asiakastietoihin. Informaatiota asiakkaasta halutaan lisää ammattilaisten päätöksentekoprosessien tueksi. Sosiaalihuollossa asiakkaan elämäntilannetta määritellään usein ongelmien kautta. Sosiaalityön tavoitteena on paitsi vahvistaa asiakasta ja ajaa asiakkaan etuja, myös sopeuttaa ja kontrolloida. Kontrollielementit kohdentuvat erityisesti marginaalissa eläviin, joita pyritään normalistamaan. Toisaalta heidän käyttämiinsä etuuksiin liittyy usein byrokraattista valvontaa. Etuuksien saanti edellyttää tietynlaista toimintaa ja käyttäytymistä. (Pohjola, 1993, 69)

Asiakaslähtöisyyden rinnalla uusi tekniikka ja palveluketjujen mallit mahdollistavat asiakkaita koskevan valvonnan lisäämisen. Mallipalveluketjuja laadittaessa olisi syytä välttää sellaisia ohjeistuksia, jotka nimenomaisesti *velvoittavat* asiakasta tiettyihin ennalta laadittuihin palveluketjutuksiin: näin kävisi jos esimerkiksi sosiaalietuuksien saannin edellytyksenä olisi voimassa oleva palveluketjusuunnitelma. Etuuksien yhdistäminen mahdollisuuteen hyödyntää varsin laajasti salassa pidettäviä asiakastietoja merkitsisi mitä suurimmassa määrin sosiaalietuuksien saajien kontrollin kasvua. On täysin mahdollista, että esimerkiksi erilaiset sosiaalitukien väärinkäyttöä koskevat epäilyt tai

vaikkapa sosiaalivakuutusta koskevat rationalisointipyrkimykset voivat jossain vaiheessa johtaa lainsäädäntöön, jossa asiakaslähtöisyyden ja vapaaehtoisuuden sijaan lähdetään siitä, että eri toimijoiden asiakastietoja vertaillaan. Tällaisten ratkaisujen tulisi olla lainsäädäntötasolla päätettäviä. Alueellisia palvelujärjestelmämalleja kehitettäessä tulee varmistaa, että asiakaan suostumus säilyy tosiasiallisena lähtökohtana.

Asiakaan kannalta tärkeitä ovat ne seuraamukset, joita ammattilaisten hyödynnettävissä olevilla tiedoilla on. Johtavatko ne nopeampaan ja tehokkaampaan ongelmanratkaisuun tai asiakaan koko elämänkokonaisuuden huomioivaan empaattiseen ja yksilölliseen vuorovaikutukseen vai syntyykö asiakkaalle kokemus siitä, että joku viitetietojen varassa mestaroi ”niskan päällä” hänen elämäänsä tai että historia sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmässä kääntyy seuraavissa käännteissä häntä vastaan.³⁸ Taustatieto voi johdattaa tekemään myös asiakaan oman kokemuksen kannalta paikkansa pitämättömiä oletuksia elämäntapahtumien ja psyykkisten toimintojen yhteyksistä. Kaarina Mönkkönen (1996) pitää asiakaslähtöisyyden edellytyksenä sitä, että asiantuntijat luopuvat asiantuntijavallasta. Ollakseen dialogisessa suhteessa asiakaan kanssa, asiakaan ongelmiakin tulisi tarkastella vuorovaikutussuhteessa. Asiakasta koskeva taustatieto on asiakaan ulottumattomissa. Tapa, jolla asiantuntijat määrittelevät asiakaan ongelmia ja tilanteita edustavat asiantuntijavaltaa. Mönkkösen mukaan ammattilaisen taustatieto

³⁸ Moira Steward (2001) ehdottaa, että tulisi tarkemmin tutkia sitä, miten potilaat ja asiakkaat suhtautuvat ammattilaisten kehityspuheissa suosittuun potilaskeskeiseen työotteeseen. Samalla olisi syytä tutkia, miten asiakas-keskeinen työote käytännössä toteutuu. Potilaskeskeisen työotteen lääkärin työssä Steward määrittelee siten, että 1) lääkäri tarttuu potilaan käynnin keskeiseen syyhyn ja huoliin ja tiedon tarpeisiin 2) pyrkii ymmärtämään potilaan emotionaalisia tarpeita ja elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti 3) etsii keskustelun kautta yhteisen pohjan ongelmanmäärittelyille 4) tuo keskusteluun ennaltaehkäisevän toiminnan ja terveysvalistuksen 5) pyrkii potilaan ja asiakaan kanssa pitkäjänteiseen ammatilliseen suhteeseen.

muovaa asiakassuhteen vuorovaikutusta. Se luo myös pohjaa sille, millaisia tavoitteita asiakkaalle asetetaan ja millaisina muutoksen mahdollisuudet hänen kohdallaan nähdään (Myös Snelle 1996, 33). Ulla Mutkan (1998, 46–48) mukaan reflektiivisessä työotteessa tieto asiakkaasta on prosessuaalista yhteisen merkityksen tuottamisen kautta syntyvää pikemminkin kuin ennalta määriteltyä. Pyrkimyksenä on kohdata ongelmia ja konflikteja keskustellen ja tehden sopimuksia, joissa huomioidaan asiakkaan lähtökohdat ja ympäristön kulttuuriset vaatimukset. Vuorovaikutus asiakkaan kanssa on ammattilaisen työn ydintä.

Asiakastietojen korostamisen – esimerkiksi siten, että asiakkaat rutiininomaisesti lukisivat itseään koskevat merkinnät – huonona puolena asiakkaan kannalta saattaa olla samaistuminen ammattilaisten tuottamiin määrittelyihin ja luokituksiin. Ammattilais- ja viranomaismäärittelykset eivät ehkä aina tue asiakkaan omaehtoisen identiteetin vahvistumista rakentavalla tavalla. Toisaalta järjestelmää suunniteltaessa on myös varauduttu siihen, että joissakin tapauksissa asiakkaalle ei esitetä kaikkia häntä koskevia asiakastietoja (Taberman & Schönroos 2001). Mitä ilmeisemmin asiakkaalla on myös mahdollisuus viitteiden syntyessä pyytää niiden salausta. Asiakastietoihin liittyy monia pelkoja kielteisestä vallankäytöstä sekä viranomaisasioiden hoidossa että tietojen vuotamisesta ulkopuolisille tahoille. Tietosuojaa koskevat ohjeet ja ammattieettiset suositukset eivät myöskään poista väärinkäytösten mahdollisuuksia. Tietojen väärinkäyttö on kuitenkin vain yksi näkökulma. Ongelmana voi nähdä myös sen, jos ammattilaiset eivät käytä olemassa olevia tietoja tai tartu ongelmiin silloinkaan kun ne ovat ilmeisiä.

Järjestelmä pyrkii ottamaan hallintaan asiakkaan elämänkokonaisuuden, mutta riittävätkö sen keinot käsittelemään kaikkea sitä, mitä se kykenee tunnistamaan, määrittelemään ja luokittelemään? Sosiaalihuollon historian juuret ovat kurinpidossa ja asiakas yksilönä on löydetty lainsäädännössä vasta alle 20 vuotta sitten (Miller & Rose, 1997; Ketola 1995, 172–173).

Ja kun terveydenhuolto kykenee yhä tarkemmin medikalisoimaan koko elämän syntymästä kuolemaan, mikä tila jää ihmiselle itselleen? Nostavatko asiakkaiden vahvistuminen ja kuluttaja-asenne päätään, vai ryhtyykö keskivertoasiakas tuottamaan ajan hengen vaatimaa tunnustuksellista puhetta tai muita ”minätekniikoita” (ks. Hänninen & Karjalainen 1997).

//

KESKUSTELUA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ
VANHUSTENHUOLLOSSA

Keskustelua asiakaslähtöisyydestä vanhustenhuollossa

Kehittäjät pyrkivät painottamaan asiakaslähtöisyyden toteuttamista. Tämä keskustelu ja pohdinta näkyy ammattilaisten haastatteluissakin. Asiakaslähtöisyys ei tosin ole ryhmiin osallistuneille uusi teema, vaikka jotkut mukana olleista kuvasivat ”valaistuneensa” uudella tavalla. Toinen tyypillinen toteamus oli se, että kehittämistyön tuloksena he sanoivat pyrkivänsä aikaisempaa tietoisemmin huomioimaan asioiden tarkastelun asiakkaan näkökulmasta. Kehittämistoimintaan osallistuneiden kokemuksena oli, että ammattilaisina ja ihmisinä he kyllä tunnistavat monesti ne tavat, joilla toiminta ja palvelut voisivat toteutua asiakaslähtöisemmin. Esimerkiksi vanhusasiakkaan pelko olla ja asua yksin ei riitä syyksi terveydenhoitajan tai kotiavustajan käynneille. ”*Tunnet kyllä asiakkaan tarpeet, mutta asiakkaalle varattu aika ei riitä niihin. Ne on ristiriidassa keskenään.*” Resurssien puute, kiire ja ennen kaikkea toimivaltuuksien puute on usein esteenä todellisen asiakaslähtöisyyden syrjään jäämiselle. Omaneuvojan tehtävänä olisi myös raportoida palvelujärjestelmässä havaitsemistaan puutteista. Se miten omaneuvojan havaitsema resurssien puute osataan viedä eteenpäin, jäi avoimeksi. Kyse on yleisesti tiedossa olevista asioista, kuten esimerkiksi siitä että neljän lääkärinviran hoitajia on kaksi ja puoli. Seuraa-

vassa lisää vanhustenpalveluiden kehittämissyöryhmän asiakasläh- töisyyden toteuttamista koskevasta keskustelusta koottuja laina- uksia 17.5. 2001.³⁹

- Tämä on sellaista minuuttityötä, että jokainen jollekin asi- akkaalle annettu ylimääräinen aika on pois toiselta.
- Kotona pitäisi hoitaa, mutta kotipalvelu ei saa resursseja. Se tuntuu heitteillejätöltä. Siksi käy usein niin, että kun tulee viikonloppu ja kotipalvelu ei voi tarjota palveluja huonokuntoisille, niin siksi laitetaan sairaalaan, ettei van- hus jäisi heitteille. Sairaala on kallein paikka, mutta kun ei ole iltahoitoa ja viikonloppuhoitoa.
- Samasta syystä diabeteksen hoidossa siirretään iltainsuliini pistettäväksi aamulla.
- Sama porukka pyörii kodin ja sairaalan välillä.
- Sairaalan ruuilla on se vaikutus, että kunto paranee. On- gelma voi olla useasti siinä, että kukaan ei valvo ruokailua kotona. Ateriapalvelu tuo ja vie ruuan.
- Jos joku asiakas ei tilaa ateriapalveluja, se pitää perustella virastolle.
- Puhutaan aktivoivasta työtoteesta kotipalvelussa, mutta kotiin tulee yksittäisiä palveluja eri ihmisiltä. Kun tuote- taan nopeita, toisistaan irrallisia interventioita laitostetaan ihmisiä kotiin.
- Kun aloitin hoidin kodinhoitajana päivässä kolme asiakas- ta kokonaisvaltaisesti. Nykyään pidän hengissä 7–8 van- husta päivässä.
- Jos olisimme asiakastiimissä ja toteaisimme, että tälle ih- miselle olisi hyväksi se, että hänen kanssaan käytäisiin kaupassa ja tehtäisiin ruokaa yhdessä, niin meillä ei olisi siihen valtaa. On velvoitettu, että asiakkaalle tulee ateria-

³⁹ Keskustelukupvaukset on laadittu käsin kirjoitetuista muistiinpanoista alku- peräisiä puheenvuoroja tiivistäen. Esitetyt katkelmat ovat järjestyksensä osal- ta lähellä autenttisia keskusteluja.

palvelu, kauppapalvelu ja siivous tulee yksityiseltä palveluntuottajalta. Mitä merkitystä tällä asiakastiimillä on?

- Niin, jos tekisimme työtämme siten kuin haluaisimme, moni asiakas jäisi ilman kuivia vaippoja ja perushoitoa.
- Aidosti asiakasohjautuvalle tiimityölle esteitä aiheuttavat ohjeet, budjettiraamit, tapa tuotteistaa yksioikoisella tavalla tietyt palvelut.

Kovin asiakaslähtöinen asiakkaan reitti kotoa sairaalaan ei ole. Seuraavassa referoidaan 17.5.2001 kehittämissyöryssä käytyä keskustelua. Keskustelijoilla ei ole asioita koskevaa päätös- tai harkintavaltaa.

- Suurin osa menee sairaalaan päivystyksen kautta. Terveyskeskus jää joskus väliin, koska neljänteen kerrokseen on hankala kuljettaa paareja
- Aina ambulanssikuskit eivät vie ohjeesta huolimatta poliklinikalle vaan päivystykseen.
- Päivystys merkitsee asiakkaalle usein pitkää odotusta.
- Päivystyksestä siirretään poliklinikalle. Alustavat tutkimukset tehdään poliklinikalla, koska osastonlääkäri ei ehdi tekemään kaikkea. Saman päivän aikana kaksi lääkäriä tutkii potilaan mutta yhteys osaston lääkäriin tulee vasta myöhemmässä vaiheessa.
- Poliklinikalla ikään kuin toisen kerran haravoidaan ne, jotka voitaisiin lähettää kotiin ilman osastokäyntiä.
- Sitten kierrolla parin päivän päästä osaston lääkäri tutustuu hätäisesti potilaan papereihin.
- Täytyyhän meidänkin katsoa tätä työmme kautta. Jos kaikki menisivät osastolle, niin mihin poliklinikkaa tarvittaisiin?
- Entä jos vanhukset menisivät suoraan poliklinikalle?
- Se tukkii suoraan poliklinikan.

- Säästö syntyisi, jos laitettaisiin suoraan osastolle.
- Mutta jos lääkäri määräisi suoraan osastolle, hänellä tulisi olla sitten myös vastuu siitä, kuka kotiutetaan. Osastoilla-kin on tietyt resurssit.
- Henkilöstöresurssien jako sairaalassa on hankala kysymys.
- Tässä kehittämissryhmässä eivät ole mukana ne, jotka näistä asioista päättävät.
- Soitan aina N.N.lle jos katson, että asiakkaan pitäisi mennä suoraan osastolle
- Niin minäkin
- Viime aikoina hänkin on sanonut, että potilaan on mentävä ensiapuun
- Se on omissa organisaatioissaan saanut pyyhkeitä.

Yllä olevia keskusteluja voi tarkastella vanhustenhuollon palveluketjun nykytilan kuvauksina. Niitä voi myös tarkastella Makropilotissa esiteltujen toimintamallien kannalta. Ensimmäisen keskustelun perusteella avohoidon resurssien puute näyttää keskeiseltä ongelmalta. Kotihoidon laatu kärsii resurssien puutteesta. Ihanteena olevan – kokonaisvaltaisen aktivoivan – työotteen sijaan asiakkaille tarjotaan perushoitoa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kriittisenä työnjakokysymyksenä on se, että kodinhoidon sijaan kotipalvelun henkilöstö tekee yhä enemmän perushoitoon kuuluvia toimenpiteitä. Kotisairaanhoidon näkökulmasta ne kuuluvat kotisairaanhoidolle ja kotipalvelun tulisi tehdä enemmän asiakkaan kotitalouden ylläpitoon kuuluvia tehtäviä. Erityisesti kotisairaanhoidossa kritisoidaan sitä, että asiakkaat joutuvat yhä suuremmassa määrin hankkimaan siivouspalvelut yksityisiltä palveluntarjoajilta. Kriittikki kohdistuu siihen, että palvelutoiminta on pilkottu ja jää siten irralliseksi. Avohoidon ja laitoshoidon työnjakoon liittyvät kysymykset tiivistyvät erityisesti ilta- ja viikonloppuhoitoon. Kotipalvelun ja sairaanhoitajien ja osaston lääkäreiden näkemykset kotihoidon tarpeesta ja saatavilla olevista resursseista ei-

vät käy aina yksiin. Avo- ja laitoshoidon keskeisenä kysymyksen asetteluna näyttää sekä yllä olevan keskustelun että muun haastatteluaineiston perusteella olevan se, että kummassakin resurssien koetaan olevan tiukoilla.

Resurssien jaon kysymykset nousevat esiin myös silloin, kun asiakkaan tilanne on siinä pisteessä, että matkataan ambulanssilla kotoa terveystakeskuksen ja poliklinikan kautta ehkä osastolle saakka. Potilaita valikoidaan ja seulotaan moneen kertaan, perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon raja korostuu, kun prosessit, joilla pyritään säätelemään resurssien käyttöä. Muutokset kilpistyvät kehittämisryhmäläisten mukaan lääkäreiden vastustukseen.

Toisaalta asiakkaiden karsintaan joudutaan myös siksi, että asiakkaat hakeutuvat lääkäriin erilaisista syistä. Lääkärillä käynti voi merkitä asiakkaalle esimerkiksi turvallisuuden tunteen etsintää. Asiakkaalle lääkäriellä käynti on edullisempaa kuin kodinhoitajan kotikäynti. Kotisairaanhoidon mukaan psykosomaattiset oireet ovat yleisiä. Sairaalaan halutaan joskus myös siksi, että se tuo vaihtelua virikkeettömään arkeen. Myös jonot palvelutaloihin ja vanhainkoteihin yllyttävät sairaalarumbaun. Hoitopaikka laitoshoidossa edellyttää vahvaa näyttöä siitä, että kotona selviytyminen on mahdotonta.⁴⁰

Kummastakin kuvauksesta on löydettävissä koordinoimattomuutta ja päällekkäisyyttä. Tiedonkulun parantaminen voisi parantaa prosessien laatua. Mutta ratkaiseeko pelkkä asiakastietojen saatavuus tai se, että asiakkaalla on lähipalveluissa vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on suunnitella palveluita ja seurata niiden toteutumista tietojärjestelmien välityksellä niukkojen resurssien jaon ongelmia? Millä keinoilla vastuuhenkilöt järjestävät asiakasprosesseihin oikopolkuja ja muuttuvat kotipalvelun

⁴⁰ Kappaleessa esitetyt tulokset eivät esiinny suoraan kuvatussa keskustelussa, vaan ne on koottu muista vanhustenhuollon kehittämisryhmän istunnoista ja haastatteluista kevään 2001 aikana.

käynneiksi? Asiakkaiden kulkua palvelujärjestelmässä helpottaakseen sosiaalityöntekijät, terveydenhoitajat, lääkärit, kotipalveluohjaajat, kodinhoitajat ja muut ammattilaiset soittavat tuntemilleen N.N.:lle, ihmisille jotka saavat asiat sujumaan.

Se on tärkeää, että henkilösuhteet pelaa. Soitan asioita hoitaessani tutuille ihmisille, joista jo etukäteen tiedän, että asiat hoituvat. Esimerkiksi jos soitan Kelaan, tiedän etukäteen kenelle soitan, tai jos asia menee keskuksen kautta pyydän kokenutta virkailijaa. Sama juttu on vakuutuslaitosten kanssa. Soitan ihmisille, jotka tunnen. Sellainen tietty verkosto tässä syntyy, kun on pitkään ollut näissä tehtävissä. (Puhelinhaastattelu 10.5. 2001)

Kokeneet ammattilaiset hyödyntävät työssään verkostojaan – myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat puikkelehtivansa palvelujärjestelmän rakenteissa, osin omia oikopolkujaan hyödyntäen. Tekniset mahdollisuudet eivät sinällään takaa ammattilaisten keskinäistä luottamusta toisiinsa. Informaation kommunikaation kanavien luominen on tärkeää kommunikaation syntymisessä (Conrad & Poole 1998, 105–106). Jos eri organisaatioissa toimivat tuntevat toisensa ja tuntemisen kautta kykenevät luottamaan toistensa ammattitaitoon, tämä voi lisätä palveluiden joustavuutta. Tekniikka voi tukea saumattomuutta mutta tuskin kykenee sitä takaamaan. Ammattilaisten yhteistyöasenteiden lisäksi järjestelmän toimivuuden kannalta on tärkeää arvioida palvelujen tuottamisen prosesseja organisaatioiden sisällä. Yhdessä organisaatioiden päätösvaltaisten toimijoiden kanssa tulisi pohtia keinoja menettelytapojen uudistamiseen (mt. 174–175). Onhan kummallista, jos virallisella tasolla julkituotu joustavuus tai saumattomuus perustuu ohjeiden ja sääntöjen kiertämiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työssä asiakaslähtöisyyden vaatimus näyttää vastaavan palvelutyön haasteita yleisemminkin. Työn organisoitumista tarkastellut kansainvälinen tutkimusryhmä (Frenkel, Korczynki, Shire & Tam 1999, 265–266) näkee asiakasrajapinnassa tehtävän työn haasteena – ja henkilöstön hyvinvoinnin uhkana – sen, että samanaikaisesti kun työ on tulossa monimutkaisemmaksi ja asiakkaiden pyyntöihin reagoiminen keskeisemmäksi, byrokratia jatkaa olemassaoloaan. Toisaalta, jos byrokratiaa vähennetään, ammattilaisiin suuntautuvat suorituspainet kasvavat entisestään.

12

OMANEUVOJAKOKEILU

Omaneuvojamalli on yksilökohtaisen palveluohjauksen muoto

Makropilottikutsussa hankkeen erääksi tehtäväksi asetettiin asiamiesmallin kokeilu. Asiamies jalostui käsitetyön myötä omaneuvojaksi (Kuusisto-Niemi & Kalliokuusi 1999). Omaneuvojamalli on sovellus yksilökohtaisesta palveluohjauksesta, jota Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Alankomaissa kutsutaan case managementiksi tai care managementiksi. Käsitteiden case management ja care management erosta on monta tulkintaa. Care managementin alkuperänä pidetään yhdysvaltalaisen lääketeollisuuden kehittämiä sairauskohtaisia ohjelmia ja palvelukonaisuuksia. Case management viittaa alunperin puolestaan brittiläiseen palveluohjaukseen. Care management ja case management -käsitteet ovat sekoittuneet, esimerkiksi Alankomaissa on siirrytty käyttämään care management käsitettä, koska caseksi, tapaukseksi, määrittelyä pidettiin asiakkaan arvokkuutta alentavana.

Merja Ala-Nikkolan ja Jorma Sipilän (1996) mukaan yksilökohtainen palveluohjaus on tapa harjoittaa palveluhallintoa mutta myös sosiaali- ja terveystalouden asiakastyön menetelmä. Yksilökohtaisen palveluohjauksen periaatteita ovat yhteistyöongelmien ratkominen nimenomaan asiakaskohtaisen yhteistyön kautta ja se, että päätökset palveluiden hankinnasta pyritään tekemään mahdollisimman lähellä asiakasta. Asiakkaalle

nimettävän vastuuhenkilön tehtävänä on tukea asiakasta palveluiden valinnassa sekä seurata palveluiden toteutumista ja muuttaa palvelukokonaisuutta tarpeen vaatiessa. Palvelua tarvitsevat asiakkaat pyritään tunnistamaan, ja ne jotka eivät sitä tarvitse, rajaamaan pois yksilökohtaisesta palveluohjauksesta. Palveluprosessi pitää sisällään asiakkaiden valikoinnin, palvelutarpeen arvioinnin, palveluiden suunnittelun ja järjestämisen sekä seurannan ja korjaamisen (mt. 22–23). Palvelujärjestelmän tuntemus ja kyky selittää olemassa olevat vaihtoehdot asiakkaan itsemääräämistä kunnioittaen ovat työotteessa tärkeitä. Brittiläisessä lainsäädäntöön perustuvassa mallissa case manageria ohjaa myös taloudellinen näkökulma budjettivastuun muodossa.

Palveluohjauksesta on meneillään myös pitkäaikaisairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä palveluohjauksekokeilu. Kokeilu käynnistyi vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriön, Kansaneläkelaitoksen, Suomen Kuntaliiton ja Lastensuojelun Keskusliiton yhteistyönä. Kokeilu päättyi vuonna 2003.

Omanuovajakokeilun laajuus

Omanuovajakokeilu käynnistyi syksyllä 2000 kokeilulainsäädännön tultua hyväksytyksi. Lokakuussa 2000 omanuovajiksi ilmoitettiin 60 kolmen palveluketjun piirissä toimivaa ammattilaista. Mukaan ilmoitettiin kolmella alueella eri ammattiryhmiä. Vanhustenhuollossa ryhmän ammattilaiset tulivat terveyskeskuksesta, väestövastuullisesta neuvolasta, kaupunginsairaalasta, keskussairaalasta, psykiatrisesta sairaalasta, kotipalvelusta, terveysasemalta ja diakonialaitoksen kotihoitopalvelusta. Luoteis-Satakunnassa edustajia oli terveyskeskuksesta, kouluterveydenhuollosta, sosiaalitoimistosta, nuorisopsykiatrian poliklinikalta, mielenterveystoimistosta ja lastenpsykiatrian osastolta.

Mukana oli myös yksityinen ammatinharjoittaja. Kankaanpään äitiyshuollossa mukana olivat keskussairaala, terveyskeskus, perusturvakeskus, mielenterveyskeskus ja psykiatrian poliklinikka. Kaikkiaan mukana oli 15 eri ammattiryhmää: 2 diabeteshoitajaa, 5 lääkäriä, 2 kodinhoitajaa, 3 kotipalveluohjaaja, 1 kuntoutusohjaaja, 5 kättilöä, 2 osastonhoitaja, 2 perhetyöntekijää, 2 perushoitajaa, 1 psykologi, 9 sairaanhoitajaa, 1 sosiaalijohtaja, 10 sosiaalityöntekijää, 9 terveydenhoitajaa ja 1 terveyskeskusavustaja. Myöhemmin ryhmään liittyi vielä yksi sairaanhoitaja.

Palveluketjukohtaisten kehittämissryhmien työ keskittyi vuoden 2001 aikana omaneuvojakokeilun edistämiseen ja seuraamiseen mutta myös palveluketjusuunnitteluun liittyvää kehittämistyötä tehtiin ryhmissä. Noin 40 kehittämistyöhön osallistuneesta ammattilaisesta 15 toimi lokakuun 2000 ja heinäkuun 2001 välisenä aikana konkreettisen omaneuvojasopimuksen tehneenä omaneuvojana. Sopimuksen tekijöiden ammattiryhmiä olivat lopulta terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, lääkäri, kodinhoitaja, osastonhoitaja, perhetyöntekijä, perushoitaja ja kättilö. Kaikkiaan sopimuksia tehtiin 26 kappaletta. Alla esitetään puhelinkyselyyn perustuen taulukko lokakuun 2000 ja kesäkuun 2001 välisenä aikana 24.10.2000 ilmoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osallistuminen pilottiin ja ilman tietoteknistä tukea kokeiltujen toimintamallien hyödyntämiseen. Lomakauden vuoksi puhelinkysely suoritettiin touko-kesäkuussa 2001. Omaneuvojasopimusten osalta suluissa olevat luvut kuvaavat kyselyn jälkeen syntyneitä sopimuksia. Muiden tekijöiden osalta tietoja ei jälkikäteen päivitetty numeraalisesti raportoitavassa muodossa. Muut aineistolähteiden perusteella on syytä olettaa, ettei muiden toimintamallien osalta tapahtunut ratkaisevaa käännettä ennen pilotin loppua kesäkuussa 2001.

Taulukko 5. Omaneuvoijatoiminta kolmessa palveluketjussa lokakuussa 2000 – kesäkuussa 2001

Puhelinkyselyn touko-kesäkuu 2001 perusteella

	Vanhusten- huolto (Pori, Viikkari)	Äitiyshuolto (Kankaanpää)	Lasten ja nuorten tuki (Luotsata)	Yhteensä
Omaneuvoija- sopimukset	11 (+)	7 (+)	6	24 (26)
Omaneuvoijat 24.10.2000	18	28	15	61
Ei tavoitettu *	3	3	2	8
Osallistunut omaneuvoja- koulutukseen	13	17	9	39
Työntekijät, joilla omaneuvoja- asiakkaita	8	4	3	15
Osallistunut palveluketju- suunnitteluun	2	2	4	8
Nimetty asiakastiimiin	-	2	6	8
Turvasähkö- postikoulutus	15	19	12	46
Hyödyntänyt turvasähköpostia asiakastyössä	2	-	-	2

N=61, n=53

(*tavoittamatta jäämisen syyt: pitkä loma (4), äitiysloma (2), muu virka-
vapaus (1), vaihtanut työpaikkaa (1)

Asiakkaiden valikoituminen

Omanuovajakokeiluun valikoituminen tapahtui kokeilussa siten, että ammattilaiset arvioivat asiakkaistaan palvelusta mahdollisesti hyötyvät asiakkaat ja tiedustelivat näiden halukkuutta omanuovajasopimuksen tekoon. Asiakkaiden määrä jäi odotettua alhaisemmaksi, sillä alun perin kustakin palveluketjusta oli arvioitu tulevan noin 20 asiakasta. Havaittu palvelun tarve oli ennakoitua vähäisempi. Eräs kokeilussa mukana ollut arvioi, että muutamaan yksittäiseen asiakkaaseen saattaa mennä niin suuri työmäärä, että ammattilaiselle syntyy sellainen tuntuma, että moniongelmaisuutta on todella paljon. Kun omanuovojapalveluiden tarvetta lähdettiin haravoimaan, olikin vaikea hahmottaa niitä asiakkaita, jotka olisivat siitä hyötäneet. Toisaalta kaikki asiakkaat, joille mahdollisuutta sopimuksen tekoon ja ”ylimääräiseen palveluun” ehdotettiin, eivät siitä kiinnostuneet. Tietojen luovuttaminen epäilytti. Osa pelkäsi, että heidän yksityisyytensä häiriintyisi. Taustalla epäiltiin olevan esimerkiksi piileviä päihdeongelmia.

Vanhustenpalveluissa oli tehty myös havaintoja puolisoiden vastustuksesta. Puolisoiden vastustuksen syyksi arveltiin piileviä parisuhdeongelmia sekä pelkoa omaisten hoitovastuun lisääntymisestä. Äitiyshuollossa jotkut asiakkaat olivat kokeneet sopimuksen merkitsevän valvonnan lisäämistä. Lasten- ja nuorten palveluketjussa puolestaan ammattilaiset kokivat muodollisen sopimisen heikosti soveltuvaksi lasten ja nuorten kanssa tapahtuvaan työskentelyyn (Jaatinen 2001). Loppukevästä sopimusten aktiivista tarjoamista vähennettiin, kun työntekijöille tuli tunne resurssien vähäisyydestä. Yleisemminkin omanuovojakokeilussa olleet kuvasivat omaa epäröintiään kehittämissryhmässä 1.3. ja 17.5.:

”Kun tulee omanuovottavaksi sopiva asiakas, mietin: apua rupeanko tuohon”

”Välillä tuntuu, ettei itsellä ole resursseja. Ei ole verkostoa, eikä keinoja vaikeisiin asioihin. On jonot.”

”Sopimuksia syntyy vähän, koska ne, jotka kykenee hoitamaan asiansa, ei halua omaneuvoja. Monet niistä demen-toituneista, jotka eivät kykene hoitamaan omia asioitaan, ovat epäluuloisia ja haluttomia toimimaan viranomaisten kanssa.”

Mukaan valikoitui myös joitakin sellaisia asiakkaita, joilla tarve omaneuvojalpalveluun oli vähäinen. Omaneuvojalpalvelun piiriin valikoituneilla asiakkailla oli ennestään yleensä asiakkuuksia kahteen tai useampaan sosiaali- tai terveydenhuollon palveluihin. Vanhustenhuollon omaneuvoja-asiakkaat olivat useimmiten tilanteissa, joissa sairauksien kasaantumisen tai sairaalaan joutumisen tai sieltä kotiutumisen myötä pohdittiin hoidon ja palvelujen kokonaisuutta. Kahdelle avioparille tehtiin kokeilussa erilliset sopimukset, vaikka ammattilaiset jälkikäteen epäroivät toiselle puolisolalle tehdyn sopimuksen tarpeellisuutta. Äitiys-huollon palveluketjussa asiakkailla oli terveysongelmia, vammaisuutta, pyrkimys muuttaa elämäntapaa tai pitkä asiakkuus sosiaalitoimissa. Lasten- ja nuorten palveluketjun asiakkailla oli vaikeita elämäntilanteita. Vanhustenhuollossa joidenkin asiakkaiden sopimustoimikelpoisuus mietitytti ammattilaisia. Lasten- ja nuorten palvelujen kehittämissäryhmässä puolestaan pohdittiin etukäteen sitä, onko sopimus kaikissa tapauksissa käsiteltävä myös vanhemman kanssa.

Kokeilusta saadun haastattelu-, havainnointi- ja omaneuvojaraportti-aineistojen perusteella voidaan omaneuvojiin katsoa pääsääntöisesti kartoittaneen asiakkaiden tilanteita varsin kokonaisvaltaisesti, kertoneen erilaisista palveluista ja niiden saamiseen liittyvistä ehdoista sekä aktiivisesti järjestäneen niitä palveluja, joita he asiakkaan ja oman näkemyksensä perusteella pitivät asiakkaalle hyödyllisinä. Omaneuvojat selvittelivät asiakkaan

taloudellisia asioita, täyttivät lomakkeita asiakkaiden puolesta, varasivat palveluaikoja, etsivät asiakasta koskevaa tietoa kirjein ja puhelimitse. Joissakin tapauksissa he olivat yhteydessä asiakkaan omaisiin ja joitakin viranomaispalavereita järjestettiin.

”Ei asiakas ole asioineen mitenkään tarjottimella. Mietin osaanko, millainen vastuu minulla on. Jääkö jotain huomioimatta, havainnoimatta.”

Omaneuvojoatoinnin sisältö

Omaneuvojan ja omaisen suhdetta pohdittiin moneen otteeseen. Joidenkin mielestä omaneuvojan keskeinen tehtävä on omaisten vastuuttaminen. Toiset näkivät omaisten ja etenkin vanhojen ihmisten suhteet monimutkaisempina. Osa vanhuksesta haluaa pitää kiinni itsenäisyydestään ja arvokkuudestaan suhteessa sukulaisiin. Vanhukset eivät automaattisesti halua, että heitä koskevia potilas- ja asiakastietoja luovutetaan omaisille. Lapsilla saattaa olla vahvoja pyrkimyksiä asioiden järjestämiseen vanhuksen oman tahdon vastaisella tavalla. Aikuiset lapset eivät aina kykene havaitsemaan vanhempiensa tilannetta. Syynä voi olla se, että iäkkään ihmisen vireystaso voi vaihdella huomattavasti, ja lapset eivät ole paikalla niinä hetkinä kun toimintakyky on alhaisimmillaan. Toisaalta psykologiset suojaukset voivat estää havaintojen tekemisen. Ongelmaksi nähtiin myös ne tilanteet, joissa omaisten voimavarat kuluvat loppuun, koska palvelujärjestelmän ei tarjoa ajoissa tukea omaisten tuottamalle hoi-
vulle. Omaisten hoiva pyritään maksimoimaan, kun havaitaan, että sitä on tarjolla. Seuraava keskustelu antaa kuitenkin karun kuvan vanhusten eristymisestä muusta yhteisöstä:

- Omaneuvoja voisi miettiä kuinka yksinäiselle voisi luoda verkoston.
- Harmittavan usein siinä verkostossa on keskeisenä poliisi.
- Naapurien huoli ilmenee siinä, että he keräävät adressin, jossa he vastustavat vanhuksen kotiuttamista.
- Naapurien huoli vanhuksen kotiuttamisessa on usein sitä, että pelkäävät, että jotain tapahtuu, esimerkiksi kun hella jää päälle. (Kehittämispalaveri 14.6.2001)

Omaneuvojaroolin etsiminen oli vaikeaa. Yhden tulkinnan mukaan omaneuvoja tekee sellaisia tehtäviä, joita asiakas tekisi itse, jos kykenisi tai mahdollisesti hänen omaisensa tekisivät, jos he olisivat lähellä. Omaneuvojaytön mielekkyyttä nähtiin toisaalta neuvonnassa: *”Ihmisillä on oikeus tehdä hullujakin ratkaisuja. Omaneuvoja voisi silti kuvata vaihtoehtoja”*⁴¹ Omaneuvojaraporttien sekä muun aineiston perusteella noin viidessä tapauksessa sopimisen laatiminen oli kokeiluajankäynnin aikana näkyvin poikkeus tavanomaiseen asiakas- ja työprosessiin. Toisaalla omaneuvojana työskentely lisäsi huomattavasti työntekijän asiakkaaseen käyttämää resurssia. Palveluketjuissa omaneuvojakokeilun tuomia resurssilisäyksiä hyödynnettiin paitsi asioiden selvittelyyn asiakastapaamisten välillä, myös tavanomaista useammalla tapaamisella ja kotikäynneillä. Lasten ja nuorten palveluketjussa kotikäynnit miellettiin omaneuvojan keskeiseksi tehtäväksi. Kotikäyntien perustelut syntyivät pikemminkin varsinaisen perusammattin mukaisesta ammatillisesta roolista käsin kuin suoraan omaneuvojan tehtävistä. Sekaannuksen taustalla on mahdollisesti kotikäynntejä korostava palveluketjukohtainen toimintamalli, jonka pohdinta on jäänyt jossain määrin vaillinaiseksi. Eräänä yleisempänä havaintona voi todeta, että perusammattin ja omaneuvojan roolit eivät erottuneet kokeiluun osallistuville selkeästi.

⁴¹ Kehittämispalaveri 1.3.2001.

Omaneuvojatoiminta ei poikkea kovinkaan paljon nykyisestä työstä. Ehkä suurin ero siinä, että seuranta on nyt intensiivisempää. Toinen ero saattaa olla siinä, että asiakkaiden ehdoilla toimitaan enemmän. Kotipalvelussa on ollut tapana pikemminkin ilmoittaa asiakkaalle mitä palveluja on tarjolla kuin antaa asiakkaan osallistua päätöksentekoon. (Puhelinhaastattelu 10.5.2001c)

”Omaneuvojana toimiminen ei poikkea juuri millään tavalla siitä työstä, jota muutoinikin teen” -lause toistuu aineistossa lukuisia kertoja hieman eri variaatioin etenkin terveydenhoitajien, sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja myös joihinkin muihin ammattiryhmiin kuuluvien haastatteluissa ja kehittämispalaverissa esitetyissä kommentteissa. Lausetta voi tulkita monella tavalla. Ensiksikin omaneuvojatoiminnan toteuttaminen ilman tietotekniikan, palveluketjusuunnittelun ja asiakastiimin tukea on ollut aiemmin omaksutun rutiinin varassa tapahtuvaa puurtamista. Pilotin aikana suurimmiksi muutoksiksi koettiin muodollisen sopimuksen laadinta ja kokeilun seurantaan liittyneet kirjalliset paperityöt. Toiseksi kotipalvelussa ja sairaalassa omaneuvojan työt nähtiin rinnakkaisina omahoitajan tehtävien kanssa. Kolmas tulkinta liittyy ammattien eettisiin säännösten ja arkipäivän toimintamahdollisuuksien väliseen eroon. Omaneuvojan tehtävät eivät poikkea siitä käsityksestä, joka esimerkiksi sosiaalityössä ja neuvolassa toimivilla ammattilaisilla oli oman omista tehtävistä ja velvollisuuksista⁴². Tästä huolimatta omaneuvoonta saatettiin nähdä paljon resurssija vaativana. Rutinoituneessa ja kiiretahtisessa ”perustyössä” paneutuminen asiakkaan asioihin kokonaisvaltaisesti koettiin vaikeaksi tai jopa mahdottomaksi.

⁴² Myös monissa valmisteluvaiheen aikaisissa kommentteissa todettiin, että omaneuvojan tehtäviin kuuluva neuvonta- ja ohjausvelvollisuus kuuluu jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen lakisääteisiin velvollisuuksiin.

Täysin itsestään selvää omaneuvojan ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiroolien sulautuminen ei kuitenkaan näytä olevan. Kehittämistoimintaa havainnoitaessa esille tuli monia rajanvetoja omaneuvojan tehtäviin ja ammattiryhmien suhteen. Erikoissairaanhoidon organisaatioissa toimivat katsovat, ettei omaneuvojan työ sovellu sairaalatyöhön, koska hoitoajat ovat lyhyet, asiakas on etäällä luonnollisesta ympäristöstään ja palvelujen toteutumisen seuranta on hankalaa. Kokeilua seuranneista terapeuttisia menetelmiä käyttävät nuorisopsykiatrian edustajat katsoivat, että terapeutin ja omaneuvojan roolit saattavat olla keskenään ristiriidassa. Lääkärikunnassa ei osoitettu intoa laajentaa työnkuvaa omaneuvoontaan. Kotipalvelun kodinhoitajat suhtautuivat epäröiden omaneuvojan tehtäviin. Yksimielisyyttä siitä, kuka on kykenevä ja kenen on kulloinkin mielekästä toimia omaneuvojana, ei saatu. Professionaaliset intressit nousivat pintaan varsinkin epävirallisissa tilanteissa. Toimintakulttuurien kehittämisen haasteena on hyödyntää ammattilaisten asiantuntemusta ja välttää professionaalisten kamppailujen kehittymistä.

Kokemukset omaneuvojamallista jäivät ristiriitaisiksi, kun kokeilun tukena ei ollut suunniteltua tietotekniikkaa. Omaneuvojan ja palveluketjuvastaavan rooli nähtiin vastuun ja vallan suhteen olevan epätasapainossa. Jos asiakastiimi tai organisaatioiden välinen yhteistyö eivät toimi, omaneuvojalle jää yksinäisen taistelijan rooli. Näyttää siltä, että omaneuvojamalli ei ainkaan kaikkien kokeiluun osallistuneiden mielestä tarjonnut vetovoimaista vaihtoehtoa työn tekemiseen.

- Kuka aikoo toimia jatkossa omaneuvojana, kun tämä kokeilu nyt loppuu? Mitä te teette kokeilun jälkeen?
- Odotan ohjeita työnantajalta. Teen sen mitä työnantaja käskee.

- Olisi kauheaa tuhlausta, jos emme jatkossa olisi valmiita toimimaan omaneuvojin, kun olemme olleet tällaisessa koulutuksessa.
- Minä olen ajatellut, että minä en tämän kokeilun jälkeen ole valmis toimimaan omaneuvojana ja olen miettinyt, kuka tähän oikein suostuu (Kehittämiskokous 14.6.2001)

Asiakkaiden käsitys omaneuvojakokeilusta oli vanhustenhuollon ja äitiyshuollon piirissä tehtyjen yhdeksän puhelinhaastattelun ja yhden henkilökohtaisesti tehdyn haastattelun perusteella myönteinen tai neutraali. Neutraalin kannan ottaneet eivät havainneet suurta muutosta palveluissa, mutta eivät nähneet siinä kielteisiääkään tekijöitä. Poikkeuksena oli yksi asiakas, jolle sopimukseen liittyvä aikaisempaa laajempi ammattilaisten tiedonvaihtomahdollisuus oli tullut kielteisenä yllätyksenä. Myönteisesti asennoituneet pitivät palvelun tavoitetta hyvänä ja olivat kokeneet sen omalta kohdaltaan myönteisenä. Näissä tapauksissa korostui vuorovaikutus tutuksi ja miellyttäväksi tai asialliseksi koetun omaneuvojan kanssa. Omaneuvojaraporttien mukaan toiminta oli selkiyttänyt asiakkaan palvelutilannetta ainakin jossain määrin niissä asiakastapauksissa, joissa asiakkailla oli paljon selviteltäviä asioita sosiaalisissa, terveydellisissä sekä taloudellisissa kysymyksissä.

Kokeiluun osallistuneet omaneuvojat pohtivat paljon asiakaslähtöisyyden toteutumista asiakassuhteissa. Jotkut omaneuvojat lähestyivät asiakastapauksia silti jokseenkin suorituskeskeisestä orientaatiosta käsin; asiat haluttiin ”laittaa kuntoon”. Suuri työmäärä tuntui valuvan hukkaan, kun asiakas ei ole valmis tilanearvioiden pohjalta ammattilaisen hahmottelemiin vaihtoehtoihin etenemislinjoihin. Asiakkaan toiveita ja itsemääräämisoikeutta pyrittiin tietoisesti kunnioittamaan, mutta asiakkaan epärointi, kieltäytyminen palveluista ja jo tehtyjen päätösten peruminen tuotti ammattilaisille kokemuksia epäonnistuneista interventioista.

Siitä huolimatta, että haastatteluissa omaneuvoajat eivät koe tehneensä palveluketjusuunnittelua tai koonneensa asiakastii- miä, omaneuvojen raporteista on löydettävissä mainintoja myös toisista ammattilaisista. Yhteistyö on jäänyt etäiseksi ehkä myös siksi, että kokeilun ulkopuoliset tahot eivät ole olleet tie- toisia tarkoitetusta uudesta työotteesta ja siihen liittyvistä toi- mintamalleista. Yllättävää on kuitenkin se, kuinka vaatimatto- massa määrin kehittämistoimintaan osallistuneet etenkin van- hustenhuollon piirissä pyrkivät organisoitumaan asiakastii- meik- si keskenään. Omaneuvojen toimintatavassa näyttää pitkälle toteutuneen yksittäisen asiakkaan ja yksittäisen ammattilaisen vuorovaikutukseen pohjaava työskentelymalli. Tätä indikoivat myös useimmat havainnoidut yhdeksän yksittäistä palveluta- pahtumaa; palvelujen laajempi kokonaisuus ja omaneuvojan ta- voitteenasettelu oli nähtävillä niissä vain implisiittisesti, kohtaa- misten painottuessa ammattilaisen perusammatin mukaiseen prosessiin.

Omaneuvojat ja palveluketjut

Eri palveluketjuissa omaneuvojakokeilun ja palveluketjusuunni- telman kehittämisen kokemusten kautta hankitut havainnot johtavat pohtimaan sitä, kuinka eri palveluketjuissa omaneuvo- jatoimintaan ja tietotekniikkaan liittyvät odotukset ja painotuk- set eriytyvät. Vanhusten palveluketjussa asiakkaiden riippuvuus avusta sekä tilanteiden kroonisuus näyttää johtavan omaneuvo- jatoimintaan, jossa keskeistä on palvelujen tarpeen kartoitus, palvelujen organisointi, koordinaatio ja seuranta. Sektoria lei- maa resurssipula, joka luo vahvoja jännitteitä yhteistyösuhtei- den kehittämiseen. Asiakaslähtöinen palveluvaihtoehtojen esit- tely tarkoittaa käytännössä sitä, että vanhuksia taivutellaan otta- maan vastaan omaisapua. Varakkaammille vanhuksille esitellään laveammin yksityisten palveluntuottajien tarjontaa. Siitä huoli-

matta monimutkaisissa tilanteissa omaneuvoja voisi olla luonteva vastuuhenkilö palveluketjussa. Asiakkaallehan voisi olla parhaassa tapauksessa tuttu ja helposti lähestyttävä luottohenkilö, jonka kautta hoidon ja palvelun jatkuvuus saa ainakin jonkinlaisia takeita. Makropilottihankkeen suunnitellusta tietoteknisestä tuesta olisi luultavasti hyötyä erityisesti tilannearvioinnin, palveluketjusuunnittelun sekä seurannan kannalta. Sitä, miten toimintamallit yleistyytään vapauttaisivat niukkoja resursseja, ei ole vielä osoitettu.

Äitiyshuollon palveluketjussa tilanne on kokonaan toinen. Äitiyshuollon asiakkuudessa on kyseessä selkeästi etenevä odotusvaihe, joka suurella todennäköisyydellä etenee synnytykseen ja sitä seuraavaan perhevaiheeseen. Asiakaskunnasta valtaosa on aktiivisia ja omatoimisuuteen kykeneviä. Palveluketjun sujuvuuden kannalta suostumukset asiakastietojen välittämiseen ovat varsin riittäviä suurimmassa osassa tapauksia. Makropilotin toimintamallissa kyse olisi palveluketjun avaamisesta ja tietojen siirrosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Asiakastietojen välittäminen luotetun sähköpostin avulla voisi nopeuttaa esimerkiksi kotikäyntien tekemistä silloin kun äidin tai lapsen terveydellisen tilanteen kannalta se olisi suotavaa. Omaneuvojasopimukseen liittyvät tehtävät vaikuttavat varsin raskailta välineiltä äitiyshuollon palveluketjussa käytettäviksi. Erityisen tuen, neuvonnan ja ehkä verkostoitumisen tarve voi olla joissakin tapauksissa tärkeää. Pitäisi ehkä tarkemmin pohdita, milloin perhetilanteen tarkkailu on riittävä syy sopimuksen solmimiseen. Tapauksissa, joissa huolen tosiasiallinen kohde näyttää olevan tulevan lapsen isä, voi vain äidin kanssa tehty sopimus olla ongelmallinen. Asiakkaiden tietämättä ei tulisi pyrkiä sellaiseen omaneuvojasopimukseen, jota ammattilaisen kannalta erityisesti motivoi johonkin kolmanteen osapuoleen kohdistuva elämäntilanteen tarkkailu. Yleisemminkin silloin kun ammattilainen markkinoi omaneuvojasopimusta asiakkaalle olisi tärkeää huolehtia siitä, ettei asiakkaan kannalta sopimuksen

oleellisia perusasioita kätketä yleisen asiakaslähtöisyyspuheen tai taakse. Asiakkaan tulisi ymmärtää sopimuksen merkitys.

Lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen palveluketjussa asiakkaina ovat paitsi lapset ja nuoret useimmiten myös heidän perheensä. Kun asiakkuutta ei ole helppo rajata vain yhteen yksilöön, omanuvoajoiminnasta tulee monimutkaisempaa: pitää selvittää kenen kanssa sopimus tehdään ja ketä se koskee. Psykososiaalisessa työssä ongelmien määrittäminen on usein monimutkaista. On tavanomaista, että asianosaiset asiakkaat ja ammattilaisten verkosto joutuu neuvottelemaan pitkään ja ehkä moneenkin kertaan määritelläkseen yhteisen tehtävän sekä päättäkseen edes jossain määrin yhteiseen käsitykseen asiakkaan ongelmista. Vaikka asiakkaalla on keskeinen rooli asioidensa selvittämisessä ja elämäntilanteisiinsa liittyvien ongelmien ratkaisemisessa, ammattilaisasiantuntijoiden näkemystä ongelmien tunnistamisessa ja niiden ratkaisuyrityksissä ei voi asiakaskeskeisyyden vaatimuksella sivuuttaa (ks. Lehto 1995, Arnkil & Eriksson 1995). Lasten ja nuorten psykososiaalisessa tuessa palveluketjun toimivuus ei palaudu vain omanuvojuuteen tai palveluketjusuunnitteluunkaan. Omanuvoja voi toimia palveluiden kokonaisuuden keskeisenä koordinoijana. Toisinaan hänen asemansa ongelmien määrittäjänä moniammatillisessa toimijaverkostossa voi kehkeytyä ongelmalliseksi. Ammattiverkosto tarvitsee usein riittävät mahdollisuudet vuorovaikutukseen päättäkseen yksituumaisuuteen toiminnan luonteesta ja tavoitteesta. Nyt tarkastelun kohteena olevalla alueella keskeinen lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen palveluita leimaava ominaisuus on ollut palvelutarjonnan vähäisyys verrattuna esimerkiksi kaupunkikeskuksiin. Lääkäripula ja henkilöstön vaihtuvuus ovat paikallisia ongelmia. Siksi omanuvojan rooli muistuttaa pikemminkin jalkautuvan kenttä- tai kriisityöntekijän tehtäväkuvaa. Ainakin kokeilujen ajaksi olisi hyvä erottaa se tietoisemmin omanuvojan tehtävistä.

13

ODOTUKSIA TYÖN MUUTOKSESTA

Odotuksia työn muutoksesta

Palveluketjusuunnittelu tai yksittäisen asiakkaan palvelujen koordinointi tulee kuitenkin muodostamaan tehtäväkentän, jota osittain ovat jo toteuttaneet monet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattirooleissa toimivat henkilöt. Työstä tulee kuitenkin varmasti aikaisempaa systemaattisempaa, kun toimintamalli kytketään tietotekniikkaan. On odotettavissa, että palveluketjusuunnittelusta muodostuu uusi tehtävä entisten joukkoon. Etenkin palveluketjun vastuuhenkilönä toimiminen merkitsee organisaatorajat ylittävää uutta tehtävää. Näin ollen niissä tapauksissa, joissa työntekijällä on asian suhteen liikkumavaraa, hänen henkilökohtainen vastuullisuutensa saattaa vaikuttaa aktiivisuuteen. Palveluketjusuunnittelu voi, etenkin kasaantuesaan joillekin, lisätä työn kuormittavuutta. Eräs keino vaikuttaa palveluketjusuunnitelmien jakautumiseen voisi olla se, että tehtävän hoito huomioitaisiin esimerkiksi suoritepalkkauksessa tai henkilökohtaisia palkanlisiä määriteltäessä. Vapaamatkustajia voi löytyä paitsi henkilö- myös organisaatiotasolla. Tiedonsiirrostä aiheutuvat lisätyöt ja hyödyt eivät ehkä muutoinkaan kohdennu samoille organisaatioille.

Palveluketjusuunnitelmat saattavat lisätä byrokratiaa, sillä sen ohella yksittäisissä palveluissa laaditaan edelleen palvelu- ja hoitosuunnitelmia. Ellei palveluketjusuunnitelmaa laadittaessa

tietoisesti muodosteta aktiivisia asiakastiimejä, palveluketjusuunnitelman hyödyntäminen jää sattumanvaraiseksi: sen varaan, että ammattilaiset hyödyntävät asiakastapahtumissa tilannekatsauksia, joista palveluketjusuunnitelman olemassaolo selviää. Palveluketjun laatijan ammattitaidosta riippuu, kuinka hyvin hän kykenee määrittelemään ne muissa organisaatioissa tuotettavat palvelut, jotka soveltuvat kulloisenkin asiakkaan tapaukseen.⁴³ Palveluketjun laatija voi mitä erinäisimmistä syistä nimetä eri organisaatioista ammattinimikkeen, joka ei välttämättä ole kaikkein tarkoituksenmukaisin. Vaikka palveluketjusuunnitelmaa onkin mahdollisuus muuttaa, ammattinimikkeen sidottu palveluketjusuunnittelu sitoo palveluprosessia ja palveluntuottajia. Ammattinimikkeen mukainen määrittely ei aina kuvaa organisaatioiden sisäistä työnjakoa. Näin asiakkaan palveluprosessi voi jäykistyä – tai työprosessin organisointi saattaa kohdata uusia haasteita. Toisaalta pidemmällä aikavälillä ammattinimikkeet saattavat yhtenäistyä tai yksinkertaistua.

Käytettävissä olevien tietojen perusteella on vaikea arvioida kehitettyjen toimintamallien tulevaa käyttöä. Eräänä arviona on esitetty (projektihenkilö 6.9.2001), että tilannekatsaus saattaisi koskea jossain vaiheessa lähes puolta esimerkiksi vanhuspalvelun asiakkaista. Palveluketjusuunnittelun tarve voisi koskea noin viidesosaa ja omanuovojalpalvelun tarve viittä prosenttia asiakkaista.

Organisaatioiden välisiin toimintakäytäntöihin liittyvien asiakkaita ja ammattilaisia koskevien uudistettujen normien ja toimintasääntöjen täytyy välittyä jollakin tasolla kaikille organisaatioissa työskenteleville, jotta asiakkaita voidaan ohjata ja neuvoa asianmukaisesti ja jotta ammattilaiset tietäisivät kuinka heidän tulisi toimia. Ammattilaisten koulutustarve toimintamalleihin

⁴³ Mallipalveluketjuilla ja informaatiopalveluilla pyritään helpottamaan tätä ongelmaa. Niiden hyödyllisyyttä on vaikea arvioida, koska mallipalveluketjuja ei ole ollut nähtävillä ja informaatiopalveluiden sisällöllinen anti koskee tois-taiseksi organisaatioita ja yksiköitä ja vain karkealla tasolla palvelujen sisältöä.

on laaja erityisesti palveluketjusuunnittelun ja asiakastiimien toiminnan osalta. Omaneuvojen määrän tulisi olla riittävän suuri, jotta tehtävä ei kuormittaisi liikaa yksittäistä työntekijää. Omaneuvojen osalta on myös esitetty ajatus, että asiakas voisi valita omaneuvojan henkilökohtaisen mieltymyksensä perusteella. On muistettava, että yksittäiset palvelutapahtumat – asiakkaan kohtaaminen ammattilaisen kanssa – ovat palveluketjun saumattomuuden testejä. Ammattilaisen osaamisen ja ammattitaidon varassa tapahtuu paljon asioita, mutta ammattilaisen tulee olla resurssoitu siten, että toiminta ideaalimallin mukaan on mahdollista myös käytännössä.

Makropilotin herättämissä pohdinnoissa ammattilaiset ovat nähneet eräänä asiakastyön laadun uhkana asiakastilanteiden suuntautumisen asiakkaan kuulemisen sijasta tietokoneen näytölle (myös Koivisto 2002). Siten on lopulta epävarmaa, missä määrin ammattilaiset kokevat muissa organisaatioissa tuotetun asiakirjatiedon tarpeellisena lisänä asiakastyöhön liittyvän haastattelun ja havainnoinnin tarjoaman informaation. Esimerkiksi sosiaalipalveluissa asiakassuhteen keskeisenä ulottuvuutena on nähty ammattilaisen ja asiakkaan vuoropuhelu, dialoginen vuorovaikutus, jossa asiakas itse määrittelee itselleen merkityksellisiä asioita ja jossa sosiaalityöntekijä pyrkii tuottamaan yhteisön normistoa heijastavan peilin kautta aineksia asiakkaan elämäntilanteen selkiyttämiseen asiakkaalle itselleen .

Toimintamallien toteutumisen yleisenä oletuksena on, että tietotekniset välineet ovat kaikkien asiakastiimeihin nimettävien ammattilaisten käytettävissä erilaisissa työtilanteissa. Tämä merkitsee laitteiden määrän lisäämistä ja laadun parantamista. On myös olemassa huomattavia koulutustarpeita tietoteknisten perustaitojen omaksumiseksi. Monet tehtävät erityisesti lähipalveluissa ovat luonteeltaan sellaisia, että päätelaitteiden mobiilius olisi tärkeä ominaisuus. Työprosessien kannalta vaarana on, että työ moninkertaistuu, jos esimerkiksi asiakkaan kanssa tapahtuva keskustelu tai toimenpiteet ja asiakastietojen kirjaaminen tapah-

tuvat fyysisesti tai ajallisesti etäällä toisistaan. Järjestelmän luotettavuuden kannalta on tärkeää, että asiakastietojen kirjaamisesta sovitaan ja että sitä toteutetaan yhtenäisellä tavalla. Myös kirjaamiseen liittyy monilla ammattiryhmillä koulutustarvetta. Asiakastietojen avautuminen yli ammatti- ja koulutusrajojen asettaa suuria vaatimuksia myös asiakastietojen tulkinnalle ja asianmukaiselle käytölle. Asiakastietojen avautuminen ja työn läpinäkyvyyden lisääntyminen eri ammattiryhmien välillä saattaa lisäksi johtaa ammatillisten kiistojen lisääntymiseen. Vastustus voi ilmetä jo järjestelmän käyttöönottovaiheessa.

Anneli Pohjola (2000, 11–12) kiinnittää huomiota siihen, kuinka moniammatillinen työ tekee yksittäisen ammattilaisen työn näkyväksi. Neuvottomuus ja kyvyttömyys löytää toimivia ratkaisuja tulevat toistenkin arvioitavaksi. Aiemmin voimattomuuden hetket ovat kätkeytyneet ammattilaisen omaksi kokemukseksi ja mahdollisuudeksi reflektoida. Asiantuntijan tai ammattilaisen rooliin liittyvä auktoriteetti pitää sisällään tietäjän roolin, josta asiantuntijan itsensäkin voi olla vaikea luopua. Ammatillisen roolin ja henkilökohtaisen erottaminen on vaikeaa, kun työtä tehdään vahvasti oman persoonan kautta. Läpinäkyvyys lisää työhön kohdistuvaa arviointia. Kun tätä arviointia väistämättä tekevät paitsi kollegat, myös erilaisista viitekehyksistä lähtökohtansa hakevat toimijat, yhteisten tavoitteiden ja tulkintojen tekeminen voi olla hankalampaa kuin on osattu ennakoida.

Palveluketjuun liittyvän asiakastiimin muotoutuminen jää abstraktiksi elleivät asianomaiset ammattilaiset itse tiedosta jäsenyyttään asiakastiimissä tai jos he eivät tunnista muita siihen kuuluvia. Luontevaa vuorovaikutusta edistää se, että henkilöt tuntevat toisensa. Asiakastiimiin liittyvä mallinnus on toistaiseksi suhteellisen avointa. Asiakastiimimallin voi kuitenkin ajatella lisäävän ammattilaisten henkilöitymistä myös asiakassuhteissa. Tällöin on arvioitava, missä määrin työn organisointiin liittyvien tuotannon tekijöiden kannalta on mahdollista edistää

asiakaskohtaista työotetta. Joka tapauksessa palveluketjun vastuuhenkilön asema on tärkeä sekä tiimin että asiakkaan kannalta.

Työn muutoksiin liittyvät pohdinnat ovat painottuneet kehittämistoiminnassa mukana olleiden keskuudessa tietotekniiseen muutokseen. Hankkeen loppuvaiheessa väsymys ja epäusko muutoksen toteutumisesta hillitsivät spekulatioita tulevista muutoksista. Vaikka prosessissa keskityttiin aluetietojärjestelmän kehittämiseen sekä kehittämiskeskusteluihin asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamispisteessä, oli hankkeen aikana ehditty suullisissa ja kirjallisissa esityksissä ”myllätä” palvelujen tuottamisen kaikki tasot. Lopulta oli jo vaikea hahmottaa sitä, mikä mahdollisesti olisi muuttumassa kun ensin kaiken arveltiin muuttuvan, mutta lopulta näytti siltä, että mikään ei muuttunutkaan. Tietotekniikka tarjosi tilanteessa konkreettisen kohteen muutokselle. Näin oli helppo ajatella varsinkin sen vuoksi, että odotukset olivat alusta lähtien painottuneet juuri tietotekniikan mahdollistamaan tiedon siirtoon. Kehittäjiä sennäkösti kehittämissä jätti muistijälkiä osallistujien taajuntaan, mutta alueellisen muutoksen ituna ne näyttäytyivät vielä vain iduilla. Varsinkin, kun hankkeen päättyessä mukana olleilla organisaatioilla oli tarve vetäytyä lepäämään ainakin vähäksi aikaa. Mahdollisesti myöhemmässä vaiheessa edessä oleva käyttöönottilanne mielletään enemmän tietotekniikkakoulutuksena kuin toimintaprosessein uudistamisena.

Kyllä resurssit on tiukat tällä hetkellä. Ei ole aikaa. Ajatus ja tarkoitus on hyvä tästä tehokkuudesta ja Makropilotista. Mutta ei ole mahdollisuuksia. Työn tämän hetkiset vaatimukset ovat niin kovat, että ei voida irrottaa aikaa opiskeluun ja paneutumiseen asiaan. Ja jos ajattelee Makropilottia, se on tulevaisuuden haaste, innovaatio. Kymmenen vuoden päästä tilanne on jo kypsä, toivottavasti. Että meillä on taukotuvilla ja – toivottavasti viestintävälineet on kehittyneet, että uskon, tuommoinen radion

kokoinen laite työntekijällä mukana. Josta hän näkee heti, että mikä on tilanne ja se ne reaaliaikaiset tiedot. (Esimies 19.4.2001)

Projektin eri osallisten käsitykset teknisen ja sosiaalisen muutoksen merkityksestä ja suhteesta vaihtelevat organisaatioittain, ammattiryhmittäin – ja ehkä myös ajallisesti. Teknisen toteutuksen viivästyessä toiminnallisesta ”kuivaharjoittelusta” ja etenkin omaneuvoja-palvelun käynnistämisestä ja yhteistyön kehittymisestä tuli hankkeen sisäisessä ja ulkoisessa markkinoinnissa yhä keskeisempi projektin tulos. Samalla puuttuvan tietotekniikan merkitys on kuitenkin tosiasiallisesti korostunut. Tietotekniikasta on tullut avain, johon kehittäminen näyttää toistaiseksi kilpistyvän. Tietotekniikan kehittäminen näyttäytyy pitkälle myös toiminnan mallintamisen ytimenä. Kun tietotekniikan kehittäminen on asettunut projektin keskiöön odotukset kaiken kaikkiaan -kaikilla tasoilla – kohdentuvat odotuksiksi tietotekniikan käyttöönotosta. Henkilöstön suhtautuminen tietoteknistymiseen näyttää haastatteluaineistojen perusteella ristiriitaiselta. Käsitykset ovat harvoin aivan mustavalkoisia. Tietotekniikan hyödyntämisestä tiedonkulun parantamiseen odotetaan paljon, mutta laajamittaiseen käyttöönottoon suhtaudutaan kuitenkin varauksin. Projektin aikana monissa organisaatioissa on tapahtunut sellaista tietotekniikan uudistamista, joka ei suoranaisesti liity Makropilotin toimiin. Erityisesti Satakunnan sairaanhoitopiirissä on kuitenkin hankkeen vuoksi kiirehdytty sähköisten potilaskertomusten käyttöönottoa ja osassa yksiköitä on vaihdettu asiakasohjelmia tai tehty sen suuntaisia päätöksiä. Tietotekniikan käyttö ei siis ole projektin kohteena olevissa organisaatioissa aivan uutta, mutta se on laajentunut projektin kuluessa. Tietotekniikan hyödyntäminen ei kuitenkaan ulotu kaikkialle sosiaali- ja terveystalvetoorganisaatioihin ja yleinen tuntuma on, että koneita on käytössä liian vähän. (vrt. Koivisto 2002)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja heidän esimiehensä esittävät useita varauksia tietotekniikan käyttöä kohtaan. Selvintä epäröinti on kotipalvelussa, jossa ihmetellään, millä ajalla ja missä kodinhoitajat tekisivät mahdolliset kirjalliset tehtävät, jotka nykyisin eivät juurikaan kuulu heidän työnkuvaansa. Ja kuinka varmistettaisiin, että henkilöstö saa tietokoneen käytön perustaidot. Kodinhoitajan työ on tällä hetkellä mitoitettu siten, että valtaosa ajasta menee asiakkaiden konkreettiseen hoitoon ja auttamiseen, kodinhoidollisiin tehtäviin sekä matkoihin asiakkaan luota toisen luo. Mitä ilmeisemmin kodinhoitajan työnkuva ei haluta laajentaa. Uusien kvalifikaatioiden vaatiminen voisi heikentää henkilöstön saatavuutta. Asiakas-kontakteihin käytetyn ajan pelätään vähenevän, jos suunnittelun määrä lisääntyy.

Johto on epäillyt tietotekniikan käytön häiritsevän asiakastyötä. Matkapuhelinten käyttö saattaisi vähentää tiedonkulun keskittymistä kotipalveluohjaajan kautta kulkeväksi. Tällä hetkellä monet kodinhoitajat ottavat puheluita vastaan omaan kännykkäänsä. Varsinainen työpuhelin on käytössä toimistossa ja taukotuvalla. Hieman yllättävääkin on, kuinka hankalaksi kysymykseksi matkapuhelimiin liittyvät toiveet kotipalvelussa nousivat. Huolimatta siitä, että jossain muualla kodinhoitajat ovat varustettu kännyköin ja kannettavin tietokonein (ks. Knaapi 1993), kokeilualueella viestintävälineisiin on toistaiseksi suhtauduttu suurin varauksin. Juuri tämänkaltaiset ajattelutavat ja asenteet saattavat johtaa siihen, että tiedonkulun katkokset eivät jatkossakaan poistu sosiaali- ja terveystalvveluista. Kuvatuiata asenteista on luettavissa myös asenteellista hierarkiasuhteiden ylläpitoa, jossa tietty epäluottamus leimaa johdon ja hierarkisen portaan alatasanteilla työskentelevien suhdetta. Resurssien luominen yliorganisatoriseen toimintaan koetaan uhkana.

Aivan kuten monilla muillakin työpaikoilla myös kotipalvelun kenttähenkilöstön enemmistö on toistaiseksi suhtautunut

jokseenkin pidättyväisesti varsinaiseen kehittämistoimintaan. Sivusta seurattuna hanke on vaikuttanut sekavalta ja työläältä. Tietotekniikan yleistymisen koetaan uhkaksi myös työntekijöiden keskuudessa. Pelkona on se, että mikäli tietotekniikan hyödyntämisestä tulee työn pysyvä elementti, siirtymävaihe koettelee henkilöstöä voimakkaasti. Epäilyt siitä, ettei henkilöstölle varata riittävää koulutusta ovat vahvoja.

Sielläkin, missä tietotekniikan käytön nähdään hyödyttävän kokonaisuutta, on havaittavissa epäluuloja. Näitä ovat erityisesti pelot ihmisläheisyyden vähenemisestä ja oman työn hallinnan menettämisestä. Työn tietoteknistyminen näyttäytyy ulkoapain tulevana uhkana, joka muuttaa työn keskeisiä perusteita. Usein ammattilaiset ja heidän esimiehensä epäilevät sekä omia että toistensa taitoja tietokoneiden käyttäjinä ja käyttöönottajina. Tietotekniikan uusien käyttömuotojen ei ainakaan heti uskota sulautuvan osaksi työtä, vaan nousevan ikään kuin näkymätömälle jalustalle haittaamaan, estämään ja hallitsemaan työtä.

Epäluulo tietotekniikan käytön lisääntymisestä tiivistyy taiteiden ja vaatimusten väliseksi kuiluksi sekä arvioksi siitä, että tietotekniikan kehittäminen jatkuu pitkän aikaa. Jotkut – realisteiksi itseään nimittävät – epäilevät, että käyttöönotto ja kehittäminen on vielä pitkä vaihe, jossa ohjelmistot uudistuvat tiiviiseen tahtiin ja henkilöstö taipuu niiden muutoksiin. Aikaisemmat kokemukset tietoteknisestä kehittämisestä eivät tue käsitystä siitä, että uudistukset tapahtuisivat riittävästi käyttäjien ehdoilla. Ikään kuin kaikkien näiden pelkojen polttoaineeksi organisaatioiden johdossa esiintyy jonkin verran varsin toiveikkaita ajatuksia siitä, että aluetietojärjestelmän valmistuessa sen käyttöön voidaan siirtyä muutaman tunnin tietotekniikkakoulutuksella.

Toiveikkaus ja myönteiset odotukset ovat kaiken kaikkiaan kielteisiä odotuksia yleisempiä. Tekniikka ei näyttäydy vain vaikeasti hallittavana mystisenä kokonaisuutena, vaan ennen muu-

ra välineenä, jonka avulla halutaan välittää ja siirtää asiakkaita koskevaa tietoa toimijalta toiselle yksiköstä toiseen.

Organisaatioiden välinen yhteistyö nähdään suurena haasteena mutta samalla hyvin hyödyllisenä muutoksena. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sosiaalivakuutuksen yhteistyön esteinä nähdään kuitenkin vakiintuneet organisaatiot, toimintakulttuurit ja reviirit. Monet toiveet joustavasta tiedonsiirrosta kohdentuvat Kelaan. Erityisesti työterveyshuollon projektissa kesti pitkään, ennen kuin Kelan passiivinen rooli – tai painopisteen kohdentuminen sosiaaliturvakorttiin – hyväksyttiin. Kelan tietojärjestelmien kehittäminen kohdentui muihin haasteisiin, eikä tietojärjestelmien saumattomuutta Makropilottihankkeessa oltu valmiita tässä vaiheessa konkreettisesti edistämään. Muissa osaprojekteissa Kelan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suhdetta ehdotettiin muutettavan jopa siten, että esimerkiksi terveydenhoitaja voisi tiettyjen kriteerien täytyttyä tehdä päätöksen Kelan etuuksista. Jos ehdotettu järjestely toteutettaisiin ilman vahvaa tietoteknistä tukea tehtävien laajentaminen aiheuttaisi huomattavaa työn vaativuuden lisääntymistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ehkä järjestely voisi toimia joiltakin osin, mutta seurauksena saattaisi olla myös organisaatioiden vastuusuhteiden hämärtyminen. Sosiaalivakuutuksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden osalta tehtiin havainto siitä, että monilta asiakkailta jää tiedonpuutteen vuoksi hakematta sellaisia lähinnä sosiaalivakuutuksen etuuksia, joihin he olisivat oikeutettuja.

Aluetietojärjestelmän hyödyntämisen kannalta on ratkaisevaa järjestelmän käytön kattavuus (Asikainen & Schönroos 2001, 11). Järjestelmän käyttö tilannekatsauksissa on suhteellisen epämielikästä, jollei todellisissa asiakastapauksissa palveluketjuihin organisoituvat yksiköt ole järjestelmän piirissä melko kattavasti. Tietojen päivittymisnopeus vaikuttaa palveluketjun saumattomuuden toteutumiseen; alkuvaiheessa tietojen on suunniteltu

päivittyvän kerran vuorokaudessa. Käyttöönoton alkuvaiheessa järjestelmän tulisi olla käytettävyyssominaisuuksiltaan riittävän toimintavarma ja helppokäyttöinen, jotta käyttäjät haluaisivat käyttää järjestelmää.

On myös epärealistista olettaa tai odottaa, että ensimmäiset kokeiltavat versiot tulevat olemaan suunnitelmissa esitettyjen lopputavoitteiden mukaisia. Tietotekniikan toteuttamisessa myös kehittämistyö on jatkuvaa. Mikäli tietotekniikkaa hyödyntäviä toimintamalleja pyritään edistämään, on välttämätöntä, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset osallistuvat aktiivisesti kehittämiseen ja kehitystyön arviointiin. Kyseessä olevat mallit eivät ole vain tekniikkaa tai juridisia tosiasioina tarkasteltavia normeja.

14

YHTEENVETO

Yhteenveto

Makropilotissa lähdettiin etsimään ratkaisuja organisaatioiden toiminnan yhteensovittamisen ongelmiin. Lähtökohta nojasi tieto- ja viestintätekniiikan murroksessa nähtyihin mahdollisuuksiin ja pyrkimykseen palveluiden joustavaan tuottamiseen. Kehittämisen lähtökohtia on näyttänyt ohjaavan laajempi visio palvelujärjestelmän modernisoinnista tietotekniikkaa hyödyntämällä. Verrattuna alkuperäiseen tavoitteenasetteluihin hankkeen lopputulokset ovat toistaiseksi jokseenkin vaatimattomia. Toisaalta on myös huomattava, että alkuperäinen tavoitteen asettelu loi epärealistisen suuret odotukset alun perin kahden vuoden pituiseksi suunnitellun hankkeen lopputuloksia kohtaan. Selkiytymättömän tavoitteen asettelu ja ehkä jossain määrin puutteellisen taustatyön lisäksi projektin hallinnan ongelmat ovat leimanneet hankkeen toteutusta.

Hanke on tähdänyt erityisesti palvelujärjestelmään kuuluvien organisaatioiden yliorganisatorisen toimintamallien edistämiseen eli keskinäisen verkostoitumisen kehittämiseen. Hankkeessa pyrittiin tarkastelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon kenttää laajasti, ja samalla pyrittiin sovittamaan yhteen erilaisia organisaatioita ja toimintakulttuureita. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisäksi yhteistoimintaan nivottiin sosiaalivaikutus. Julkisen sektorin lisäksi nähtiin tärkeänä kytkä kehittämiseen myös yksityinen sektori sekä järjestö- ja vapaaehtoistyön

kenttä. Omaisten rooli ja vastuu ja kansalaisten itsenäisen suoriutuminen sisällytettiin niinkään suunnitelmiin. Toteutus on painottunut julkisen sektorin organisaatioihin, vaikka palvelujärjestelmää koskeva laajempi welfare mix -viitekehys onkin pyritty säilyttämään mukana suunnitelmissa.

Makropilotissa tietotekninen kehittäminen tarkentui aluearkkitehtuurin ja siihen kytkeytyvän aluetietojärjestelmän kehittämisen ympärille. Aluetietojärjestelmän tehtävänä on taata, että asiakaskohtainen tieto on siirrettävissä tietoturvalisella ja tietosuojaa kunnioittavalla tavalla asiakkaan kanssa asioivien tahojen – myös jossain määrin asiakkaan itsensä – käyttöön. Aluetietojärjestelmän toteutuksessa ilmenneet, muun muassa rahoitukseen ja sopimustoimintaan liittyvät ongelmat, hidastuttivat teknisen toteutuksen valmistumista. Osia aluetietojärjestelmästä on saatu valmiiksi, mutta toiminnalliset hyödyt sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tai asiakkaiden kannalta eivät toistaiseksi ole vielä toteutuneet.

Odotukset asiakastiedon siirrosta ja hyödyntämisestä ovat suuret alueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön piirissä. Yksinkertaisimmillaan tekninen järjestelmä mahdollistaa asiakkaan suostumuksella eri organisaatioiden välisen tiedonsiirron. Toimintamallien kehittämisen keskiössä on ollut asiakaskohtaisen ohjauksen malli, jota on pyritty kehittämään kohdatuista vaikeuksista huolimatta. Asiakaskohtaisen mallin osia ovat palveluketjusuunnittelu, omaneuvojamalli ja näihin yhdistyvä tiimityö. Hankkeeseen liittyen on saatu voimaan vuoden 2003 loppuun saakka voimassa oleva kokeilulainsäädäntö, joka raaimittaa toimintamalleja joiltakin osin. Lainsäädännön vakinaistaminen ja tarkistaminen edellyttää seurantaa ja palautetta.

Työelämän muutoksen kannalta suurimmat paineet kasautuvat joustavan horisontaaliseen organisaatorakenteen vahvistamiseen, työ- ja palveluprosessien uudelleen arvioimiseen, ammattilaisten vuorovaikutuksen kehittämiseen sekä uusien asiointipojen tuomiin uusiin ammattitaitovaatimuksiin. Jotta so-

siaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ryhtyisi toteuttamaan tietotekniikan myöhemmin mahdollistavia toimintamalleja, organisaatioissa tulisi olla uusia käytäntöjä tukevia rakenteita. Eräs keino edistää muutosta on alueellisen ohjausmallin kehittäminen. Tämän suuntainen hahmotus liittyy projektin lopputuloksena syntyneisiin uusiin suunnitelmiin, mutta niiden sisällöllinen kehittäminen on ensimmäisessä vaiheessa jäänyt vielä luonnosmaiseksi. Palvelukohtainen kehittäminen on tuonut esiin monia organisaatioiden välisen sopimisen kysymyksiä. Alueellista ohjausta kehitettäessä – mikäli siihen päädytään – tullaan ottamaan kantaa moniin yleisempiin valtakunnan tasolla ajankohtaisen sosiaali- ja terveyspoliittisen keskustelun teemoihin.

Makropilottihanke on toistaiseksi saanut aikaan merkittävimpiä muutoksia uskomusjärjestelmän tasolla. Hankkeen kehitystyön myötä on syntynyt uusia ajattelumalleja sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän kehittämiseksi. Toimintamallien ja tietotekniikan kehittämistyö on synnyttänyt odotuksia toimivista välineistä organisaatioita ylittävien menettelyjen syntymisestä ja vakiintumisesta. Käytännön tason kokeilut eivät toistaiseksi ole olleet laajuudeltaan ja laadultaan mittavia. Siitä huolimatta on saatu merkittäviä kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämiseksi jatkossa.

Arvioinnin kriteerit ilmenevät arviointikysymyksissä ja ovat suurelta osin päällekkäisiä Makropilotin hankesuunnitelmassa esitettyjen tavoitteiden kanssa. Arvioinnin kriteerit ovat saumattomuus ymmärrettyinä toimintamalleina, jotka edistävät ammattilaisten tiedon saantia ja organisaatioiden välistä yhteistyötä, tulosten yleisempi merkitys sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiselle sekä siirrettävyys muualle palvelujärjestelmässä, asiakkaiden tarpeiden huomioiminen sekä asiakkaan osallistumista mahdollistavat toimintakäytännöt, organisaatioihin ja ammattilaisiin suuntautuva muutostyöskentely, moniammatillisuus, ammattilaisten näkökulmien hyödyntäminen ja huomioiminen kehittämisessä sekä ammattilaisten työhyvinvointi.

1. Saumattomuus ymmärrettynä toimintamalleina, jotka edistävät ammattilaisten tiedon saantia ja organisaatioiden välistä yhteistyötä

Tutkimusraportissa kuvataan lainsäädäntöön, dokumentteihin, projektikehittäjien haastatteluihin sekä kehittämisryhmien koostumisten havainnointiin perustuen joitakin aluetietojärjestelmään liittyviä asiakkaan seuranta palveluketjussa mahdollistavia yleisiä toimintamalleja: omaneuvojamallia, palveluketjusuunnittelua ja tilannekatsausta. Omaneuvojamalli on tarkoitettu yksilökohtaisen palveluohjauksen menettelyksi, jossa monimutkaisessa tilanteessa olevan asiakkaan tilannetta ja palvelukokonaisuutta pyritään selkiyttämään asiakkaan ja omaneuvoajan välisellä sopimuksella sekä omaneuvojan yhteistyösuuntautuneella toiminnalla. Omaneuvojamallin kokeilu ilman tietotekniikkaa osoitti, että omaneuvojamalli kaipaa täsmentämistä. Palveluketjusuunnittelun ja vastuuhenkilön nimeämisen tavoitteena on lisätä palveluiden kokonaisuuden hallintaa, suunnittelua ja seuranta. Käytännön kokemuksia palveluketjusuunnittelusta ei juuri vielä ole. Mahdollisuutena on koordinaation kehittyminen mutta samalla uhkakuvana on, että joustavuuden sijaan kehittyy uusi byrokraattinen suunnittelutaso. Suunnittelun keskeinen tavoite on yliorganisaatioiden toimivien avoimien – asiakaskohtaisten – tiimien muodostaminen. Tiimien keskinäinen kommunikaatio lisäisi huomattavasti palveluketjun reagointi- ja palautekykyä. Asiakastiimien toiminta jää dokumenteissa ohueksi, eikä tutkimuksella ei saatu niistä dokumentoituja kokemuksia.

2. Asiakkaiden tarpeiden huomioiminen sekä asiakkaan osallistumista mahdollistavat toimintakäytännöt

Arviointi- ja seurantatutkimuksessa kerättiin suppeahko asiakasaineisto puhelinhaastattelujen ja asiakastilannehavainnoinnein. Välillistä asiakasnäkökulmaa – tulkintoja asiakaslähtöisyydestä

ja asiakkaan osallistumisesta – on arvioinnin analysointivaiheessa etsitty kaikesta kerätystä tutkimusaineistosta. Kehittämistoiminta on kohdentunut ammattilaisen ja asiakkaan väliseen rajapintaan. Erityisesti tämä on näkynyt myönteisellä tavalla siinä, että omaneuvojen ryhmissä ja koulutuksessa on kiinnitetty runsaasti huomiota asiakkaiden asemaan ja ammattilaisen ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Asiakkaan tarpeiden huomioiminen on ilmennyt kehittämisprosessissa siten, että joissakin kehittämistilaisuuksissa on ollut läsnä myös asiakasedustusta. Projektikehittäjät tulkitsevat edustavansa asiakasnäkökulmaa myös itse

Esitetyissä toimintamalleissa asiakasnäkökulma näyttäytyy ennen kaikkea välillisesti: ammattilaisten tiedonsiirron kehittämisen oletetaan tuottavan asiakkaan kannalta joustavampia ja laadullisesti parempia palveluita. Keskitetyn palveluketjusuunnittelun ja asiakkaan puolesta tapahtuvan ajanvarauksen on arvioitu vähentävän tunnetta hitaasti etenevästä palveluketjuprosessista. Omaneuvojan tai palveluketjun vastuuhenkilön nimeäminen sekä mahdollisesti myös palveluketjun muiden jäsenten yksilöiminen todennäköisesti lisäävät asiakkaan hallinnan tunnetta. Palveluketjusuunnittelussa lähtökohtana esitetään sopimuksellista ja asiakkaan tarpeita lähtevää suunnitteluotetta. Toiminnan tasolla tulee välttää sitä, että ihmisten ”palveluketjutuksesta” tulee avoimuuden ”laitostamista” ja automaattista ohjaamista laajan palveluverkon piiriin.

Tilannekatsauksen, palveluketjusuunnitelman ja omaneuvo-jatoiminnan suostumusmenettelyt korostavat asiakkaan asemaa asiakastietojensa hallinnassa. Asiakaslähtöisyyden retoriikka on läpäissyt kehittämishanketta. Lopputuloksen kannalta on silti jäänyt epäselväksi se, missä määrin asiakkaan samaa hyöty toteutuu käytännön tilanteissa. Olemassa oleviin kytäntöihin ja kulttuurisiin käsikirjoituksiin sisältyvä asiantuntijavetoisuus voi siirtyä myös uusiin tietotekniikan mahdollistamiin menettelyihin. Laajempiin suunnitelmiin sisältyvä myöhemmin kehitettävä

puitteita luova ohjaus, erityisesti palveluketjumallit saattavat asettaa ristiriitaan yksilökohtaisten ratkaisujen suhteen. Asiakkaan osallistumisen, osallisuuden ja vahvistamisen tavoitteet ovat vahvoja koulutushaasteita toimintamalleihin liittyvässä kehitystyössä jatkossakin. Asiakkaat saattavat reagoida hyvin eri tavoin. Kontrollimahdollisuuksien lisääntyminen saattaa muuttaa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakkaiden käsityksiä ammattilaisten salassapidosta ja vuorovaikutuksen luottamuksellisuudesta.

3. Moniammatillisuus ja ammattilaisten näkökulmien hyödyntäminen ja huomioiminen kehittämisessä

Moniammatillisuus on lähtökohtaisesti kirjattu hankkeeseen sen saumattoman palveluketjun välityksellä erityisesti siinä muodossa, joka koskee yliorganisatorista toimintaa. Tätä lähtökohtaa voi pitää oikeansuuntaisena. Asiakastiimit toimisivat tilannekohtaisina avoimina tiimeinä. Hankkeessa ei päästy käytännön tason muutoksiin yliorganisatorisissa käytännöissä eikä omaneuvojakokeilun yhteyteen suunniteltu asiakastiimien muotoutuminen käynnistynyt toivotulla tavalla. Toistaiseksi asiakastiimien yhteyttä suunniteltuun toimintamallien ja tekniikan muutokseen on käsitelty melko vähän myös kirjallisissa dokumenteissa. Siten moniammatillisuutta edistävien käytäntöjen suunnittelu on jäänyt myös problematisoimatta. Vaikka tekniset puitteet asiakastiedon siirtoon kehittyisivätkin, moniammatillinen yhteistyö säilyy edelleen suurena haasteena tapauksissa, joissa erilaisten ammatillisten viitekehyksistä ja organisaatiokulttuureista asioita tarkastelevat ammattilaiset pyrkivät luomaan yhteistä näkemystä ratkaisumalleista. Moniammatillisen yhteistyön ongelmat voivat viedä huomiota asiakaskeskeisyydeltä.

Koko hankkeen tasolla syntyy ristiriitainen kuva sen suhteen, missä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osamista on hyödynnetty. Hankkeen joissakin lähtökohdissa ja

projektin toteuttamisessa korostuu teknologia­lähtöinen orientaatio. Yleisenä kokemuksena on, että strategiatason informaatio-ohjauksessa ja hankekutsussa esitetyt vaatimukset sekä projektin toteutuksessa tehdyt valinnat ovat syrjäyttäneet kehittämistyössä mukana olleiden ammattilaisten näkemykset. Toisaalta jo lähtökohtaisesti monen mukana olleen ammattilaisen on prosessin ajan ollut vaikea hahmottaa sitä, mitä hankkeessa oli­tiin todella tekemässä.

4. Organisaatioihin ja ammattilaisiin suuntautuva muutostyöskentely

Teemahaastatteluissa tarkasteltiin kehittämistoimintaa ja muutoksia työorganisaatioissa. Kehittämistoiminnan havainnointi tuotti myös tätä aluetta koskevaa aineistoa.

Kehittämisen organisaation ja alueen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja yksikköjen väliset suhteet eivät luoneet kehittämistoiminnalle suotuista ympäristöä. Yhtäältä organisaatioiden johdon ja esimiesten sitoutumista hankkeeseen pidettiin heikkona. Toisaalta organisaatioissa koettiin, että niihin oltiin tuomassa ratkaisuja ulkopuolella määriteltäviin ongelmiin. Konkreettisesti heikot sidokset merkitsivät sitä, että organisaatioiden nykykäytännöt ja niihin liittyvät normit jäivät ennalleen. Yhteistyötä vahvistavia ja asiakkaan joustavaa kulkua mahdollistavia organisaatioiden välisiä sopimuksia ei saatu aikaan. Tämä merkitsi sitä, että ohjaustason normit eivät tarjonneet ammattilaisille uusia resursseja toteuttaa joustavia menettelyjä. Tietoteknisten välineidenkin viivästyessä ammattilaisille jäi asenteellisen muutokseen perustuva mahdollisuus tarkastella toimintatapojaan. Kehittämistyöhön osallistui viime vaiheessa aktiivisesti noin 40–50 ammattilaista kolmessa palveluketjussa eri alueilla. Ryhmien kehitystyö oli irrallista suhteessa muuhun henkilöstöön. Tiedotustilaisuuksien ja muun tiedotuksen vaikutus muun henkilökunnan asenteellisiin tai tiedollisiin valmiuk-

siin jäi vähäiseksi. Organisaatioiden ja ammattilaisten sitoutumisen ja osallistumisen edellytyksiä ovat heikentäneet tietoteknisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikielten ja ajattelutapojen erot. Myöskin kehittämisen lähtökohtana ollut saumattomat palveluketjut -viitekehys on jäi käytännön ammattihenkilöstölle etäiseksi.

5. Ammattilaisten työhyvinvointi

Tässä arvioinnissa ei erikseen mitattu henkilöstön työhyvinvointia mutta havainnot ja haastattelut sekä erityisesti omaneuvojaksi ilmoitetuille suunnattu puhelinkysely kuvasivat kokemuksia projektin vaikutuksesta työhyvinvointiin. Kehittämistyössä mukana olleet ammattilaiset kokivat kehittämistyön rankkana, koska useissa tapauksissa se lisäsi työkuormaa, kun sijais työvoimaa ei hankittu toivotussa mittakaavassa. Projekti herätti työpaikoilla hämmennystä ja hankkeen lopputulokset pettymystä. Kehittämistyöhön liittyvä työskentely koettiin kuitenkin sisällöllisesti avartavana oppimiskokemuksena.

Aineistojen perusteella voidaan ennakoida haasteita työhyvinvoinnin suhteen olettaen, että projektissa suunniteltuja sisältöjä kehitetään edelleen ja tietotekniikkaa otetaan jossain vaiheessa käyttöön. Muutokseen liittyvän siirtymävaiheen koulutushaasteet ammattilaisten työnhallinnan tukemiseksi ovat mitattavia. Palvelujärjestelmän kokonaisuuden tuntemus, palveluketjutasoinen tarkastelu, organisaatioiden yhteisiin sopimuksiin ja ammattien ja erilaisten uusien roolien (palveluketjuvastaava, omaneuvoja) muuttuneet suhteet, tietoturvaan liittyvät menetyt, asiakkaan asemaan liittyvät muutokset vaativat pitkäkestoisista henkilöstökoulutusta ja organisaation kehittämistä. Suunniteltu muutos edellyttää koko henkilöstön toiminnassa tapahtuvia muutoksia. Ammatilliset konfliktit ja ammatillisen hallinnan menetyksen tunne voivat muodostua työhyvinvointia hei-

kentäviksi tekijöiksi, mikäli riittävää organisatorisiin ja ammatillisiin normeihin kohdentuvaa koulutusta ja tiedotusta ei järjestetä.

Tietoteknisten perus- ja erityistaitojen varmistaminen on vähemmän haasteellinen tehtävä kuin se, että ammatillaiset koulutuksen myötä saavat sellaisen asiantuntemuksen ja hallinnan tunteen tulossa oleviin muutoksiin, että he kykenevät osallistumaan täysivaltaisesti myös toimintamallien tietoteknistyvään kehittämiseen. Mikäli myös asiakassovelluksia koskevat suunnitelmat toteutuvat ammattilaisten täydennyskoulutuksessa tulisi huomioida myös ammattilaisten valmiudet opastaa asiakkaita sovellusten käytössä. Pelko muutoksesta voi kiihdyttää sellaisen ikääntyneiden työntekijöiden hakeutumista pois tehtävistä, joilta puuttuvat tietotekniset perustaidot. Mikäli ammattilaisten koulutukselliset tarpeet ohitetaan, muutosvaihe saattaa muodostua hyvin raskaaksi.

Johdon tuki ja alueellisen ohjauksen kehittäminen voisivat lisätä ammattilaisen toiminnan edellytyksiä toimia tavoitteiden mukaisesti. Omaneuvoja- ja vastuuhenkilön rooleihin saattaa liittyä kasautuvaa työkuormitusta. Tehtävät edellyttävät laajaa yhteistyötä eri organisaatioissa työskentelevien välillä, nopeaa reagointia, asiakaspalvelua, kuten asiakkaan puolesta tapahtuvaa ajanvarausta, seurantaa ja epäkohtiin tarttumista. Rooleista voi muodostua kuormittavia, jos työ jakautuu epätasaisesti. Elleivät resurssit, kuten tekniikka, aika, johtaminen ja yhteistyökäytännöt luo tukirakenteita, näistä rooleista saattaa tulla kuormittavia. Laajemmin ammattilaisten kannalta uhkakuvaksi voi muodostua se, että palveluketjuhallinta syrjäyttää ammattilaisten muun ydinosaamisen kehittämisen.

6. Tulosten yleisempi merkitys sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseksi sekä kehitettyjen innovaatioiden siirrettävyys muualle palvelujärjestelmässä

Satakunnan Makropilotissa on havaittu suuren kehittämishankkeen haasteet. Hankekutsussa ja hankesuunnitelmissa lähdettiin liian suurista ja määrittelemättömistä tavoitteista suhteessa käytettävään aikaan ja osaamisresursseihin. Kokeilu ei toistaiseksi ole tuottanut mahdollisuuksia arvioida empiiriseen aineistoon perustuen kehitettyjen toimintamallien myönteisistä vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän organisaatorajat ylittävästä toiminnasta. On liian aikaista arvioida suunniteltujen ratkaisujen onnistuneisuutta. Mitä myöhempään vaiheeseen toteuttaminen jää, sitä vähemmän merkitystä tulee olemaan niillä toimintamallien yksityiskohtia koskevilla näkemyksillä, joita ei ole jo kirjattu kokeilulainsäädäntöön. Kokeilulainsäädäntö on eräs hankkeen merkittävimmistä saavutuksista.

Vaikka omaneuvojana toimiminen ei välttämättä edellytä teknisiä apuvälineitä, suunnitelmien mukaiset edellytykset toimia omaneuvojana täytyvät vasta varsin laajan tietoteknisesti tuetun työvälineistön valmistuttua. Omaneuvojojatoiminta ja palveluketjusuunnittelu edellyttävä toimivan tietotekniikan lisäksi laajaa koulutusta. Vaikka nyt tarkastellussa hankkeessa on luotu malleille hahmoja, mallien omaksuminen ja soveltaminen kullakin alueella on vaativa projekti, joka edellyttää huomattavasti alueellista sopimista. Oletettavaa on, että mahdollisuus tarkastaa toisten organisaatioiden tuottamia asiakastietoja toteutuu ensimmäisenä viitetietokannan katselun muodossa. Todennäköisesti tälle – ammattilaisten keskuudessa ehkä eniten odotetulle mahdollisuudelle – kehittyy runsaasti sellaisia käyttötilanteita, jotka hyödyttävät ammattilaisten tietojen saantia ja asiakkaiden asiointia.

Aluetietojärjestelmän kehittäminen jatkuu Satakunnassa toistaiseksi ja tarkoituksena mitä ilmeisimmin on tiivistää kehittämistoiminnan tuloksena syntyneitä ideoita ja kymmeniä tietojärjestelmän kehittämistä palvelleita dokumentteja toiminnan kannalta helpommin hahmotettaviksi kokonaisuuksiksi. Paikallisesti projektin hallinnassa ilmenneet puutteet ovat vähentäneet organisaatioiden johdon ja henkilöstön odotuksia nopeista muutoksista. Aluearkkitehtuurin ja aluetietojärjestelmän kehittäminen on tunnistettu siinä määrin lupaavaksi, sillä kokeilulainsäädäntö on levitetty koskemaan myös HUS-sairaanhoidopiiriä, Pirkanmaata ja Raahen seutua. Koska toimintamallien kokeiluun ei olla vielä päästy, arviointikin on toistaiseksi tilanteessa, jossa kysymyksiä on enemmän kuin vastuksia.

15

SUOSITUKSET

Suosituksset

Seuraavissa suosituksissa on lähdetty oletuksesta, että Makropi-
lotissa kehitettyjä ideoita jalostetaan jatkossa myös uusilla alu-
eilla. Suositukset ovat syntyneet hankkeen seurannan ja arvioin-
nin myötä tehdyistä havainnoista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden saumattomuus

1. Organisaatioiden ja yksiköiden välisen yhteistyön varmis- taminen avainhenkilöiden välisillä neuvotteluilla

Saumattomuuden toteuttaminen suunnitelluilla välineil-
lä edellyttää paljon yhteistyötä organisaatioiden hallin-
non tasolla. Alueelliset sopimukset palveluiden yhteenso-
vittamisen ja työnjaon selkiyttämiseksi ovat tarpeellisia.
Sopimusten tulisi käsitellä organisaatioiden työnjakoa,
kustannusten jakoa sekä ulottua käytännön työproses-
sien tasolle siten, että palvelujen sujuvuuden kannalta
kriittisissä vaiheissa eri organisaatioissa toimivilla olisi yh-
teinen käsitys tilanteita ohjaavista periaatteista ja nor-
meista. Kriittisiä kohtia ovat palveluita koskevien päätös-
ten tekeminen, asiakas- työprosessien uudistaminen ja
ammattiryhmien väliset tehtävien muutokset ja vastuiden
jako palveluketjusuunnittelussa.

Toimintamallit

2. Omaneuvojamallin selkiyttäminen

Omaneuvojan tehtävät on määritelty väljästi siten, että erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja ammateissa toimivat henkilöt voivat toimia omaneuvojana. Olisi kyettävä erottamaan perusammattin ja omaneuvojaroolien erot. Myöskin omaneuvojan ja palveluketjuvastaavan tehtävien eron selkiyttäminen olisi paikallaan. On estettävä se, ettei omaneuvojasta tai palveluketjuvastaavasta – tai palveluketjusuunnittelusta – tule uutta byrokraattista lenkkiä palvelujärjestelmään. Kokonaan toinen lähestymistapa omaneuvojamallin suhteen olisi hyödyntää mallin taustalla olevaa ajatusta palveluohjauksesta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yleisenä työmenetelmänä.

3. Toimintamallien jatkuva kehittäminen

Tulisi huolehtia siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kykenee varmistumaan toimintamallien mielekkyydestä ja vahvistuu kehittämään ja arvioimaan niitä. Ammattilaisten osallistuminen kehittämiseen ja -arviointiin olisi sidottava osaksi tietojärjestelmien kehittämistä siten, että ammattilaisten esittämät kehittämistoiveet integroituvat tietojärjestelmien suunnitteluun. Tietotekniikan ja toimintamallien yhteiskäytön kokeilu ja seuranta ennen mallien laajentamista olisi tämän vuoksi varsin suotavaa.

4. Varautuminen hitaaseen muutokseen

On odotettavissa, että tietotekniikan käyttöönoton jälkeenkin toimintamallien kulttuurinen läpäisy – omaksuminen käytännöiksi – vie vielä useita vuosia. On myös ennakoitava, että tietoteknisten yhteyksien toteutuminen

johtaa toimintamalleissa määrittelemättömien käytäntöjen kehittämiseen.

Tekniset ratkaisut

5. Panostettava käyttöönottovaiheen tietotekniseen käytettävyyteen ja laitteiden riittävyyteen

Kielteiset kokemukset käyttöönottoonvaiheen hankaluuksista hidastavat tekniikan hyväksymistä ja voivat olla suunniteltujen toimintamallien omaksumisen kannalta haitallisia. Toimintamallien ja tietotekniikan käyttöönottovaiheessa tietotekniikan tulisi olla riittävän helppokäyttöistä ja toimintavarmaa – toisin sanoen tuettava toimintaa. Olisi varmistuttava siitä, että tietotekninen välineistö on liikuteltavaa tai sijaitsee palvelutapahtumiin ja muuhun työprosessiin nähden luonteissa paikoissa. Organisaatioiden on jatkuvasti huolehdittava tietoteknisen tuen riittävydestä.

6. Varautuminen työtilojen suunnitteluun, ergonomisten näkökohtien huomioimiseen tietotekniikan hyödyntämisessä.

Niissä asiakastapahtumissa, joissa käydään läpi suostumusmenettelyjä tai paikallista palvelutarjontaa informaatiopalveluiden välityksellä ammattilaisen lisäksi myös asiakkaan on nähtävä näytölle. Samoissa asiakastilanteissa ammattilainen saattaa hyödyntää vain hänelle kohdennettua näytön välityksellä katsottavaa tietoa.

Koulutus ja tiedotus

7. Panostettava työpaikkakoulutukseen

Organisaatioiden tulisi varautua huomattaviin koulutuspanostuksiin siirtyessään uusiin toimintamalleihin ja yliorganisatoriseen yhteistyöhön. Koulutuksessa tulisi tar-

kastella palveluketja laajasti ja sisällön tulisi kattaa tietotekniikan lisäksi, kirjaamiskäytäntöjen, toimintamallien, tietosuojakysymysten käsittely. Koulutuksen tulisi antaa eväitä asiakkaan osallisuutta lisäävistä menettelyistä asiakastilanteissa. Ollakseen tehokasta koulutuksen tulisi olla pitkäkestoista ja muutosprosessia selkiyttävää ja yhteistoinnallisuutta edistävää. Tietotekninen koulutus tulisi viime vaiheeseen, kokeilun tai käyttöönoton yhteyteen. Sekä tietotekniikan että saumattoman palveluketjun osalta tulisi pyrkiä ymmärrettäviin ja selkeisiin viesteihin. Pelkän retoriikan välittämistä henkilöstölle tulisi välttää, sillä se heikentää henkilöstön koulutusmotivaatiota.

8. Muutosta tuettava asiakkaille ja kansalaisille suuntautuvalla tiedotuksella

Siinä vaiheessa, kun organisaatiot ottavat käyttöön uusia menettelyjä, asiakkaille tulisi suunnata asiaa koskevaa yleistajuista tiedotusta. Asiakkaille suuntautuva tiedotus toimintamalleista kuormittaa henkilöstöä kohtuuttomasti, jollei viestiä levitetä tehokkaasti ja ymmärrettävällä tavalla monia kanavia pitkin.

Kirjallisuus

- Aalto-Wahlstedt, Outi & Puurunen, Hannu (toim.). 2000. *Kohti saumatonta palveluketjua terveydenhuollon murroksessa. Terveydenhuollon digitaalinen media 1996–1999. Loppuraportti*. Tekes, Teknologiaohjelmaraportti 10/2000, Helsinki.
- Aarts, Jos & Peel, Victor. 1999. Using desprective model of change when implementing large scale clinical information systems to identify priorities for further research. *International Journal of medical Informatics* 56 (1999) 43–50.
- Adams, Robert. 1996. *The Personal Social Services: Clients, Consumers or Citizens?* Longman, London.
- Ahokas-Kukkonen, Irma & Pantsari, Jaana. 2000. *Tietotekniikan alueellinen verkostoituminen – henkilöstön asennoituminen terveydenhuollon tietoteknologiaan Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella*. Pro gradu -työ. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveyshallinnon ja -talouden laitos. http://www.pkshp.fi/terve/koulutus/irma_ahokas/gradu.htm#3
- Ala-Nikkola, Merja. 2001. *Tietotekniset innovaatiot ja työn sosiaalinen muutos sosiaali- ja terveysalan käytännöissä. Satakunnan Makropilotin seuranta- ja arviointihankkeen väliraportti*. Tampereen yliopiston tietoyhteiskunnan tutkimuskeskuksen työraportteja, 15/2001.
- Ala-Nikkola, Merja & Valokivi, Heli. 1997. *Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä*. Stakes, raportteja 215, Helsinki.
- Ala-Nikkola Merja & Jorma Sipilä. 1996. *Yksilökohtainen palveluohjaus (Case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin*. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Edita, Helsinki.

- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma. 2000. *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Vastapaino, Tampere.
- Arnkil, Erik. 1991. *Keitä muita tässä on mukana*. Viisi artikkelia verkostoista. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 23/1991. Helsinki.
- Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa. 1996. *Kenelle jää kontrollin Musta Pekka -kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissaan*. Stakes, tutkimuksia 63. Helsinki.
- Aubert, Benoit A. & Hamel, Geneviève. 2001. Adoption of smart cards in the medical sector: the Canadian experience. *Social Science & Medicine* 53 (2001) 879–894.
- Arksey, Hillary & Knight, Peter. 1999. *Interviewing for Social Scientists*. Sage, London.
- Baram, Michael. 1973. Technology assesment ans social control. *Science* vol 180, No 4085, May 1973, pp 465–73.
- Bodenheimer, Thomas. 2000. Disease management in the American market. *BMJ* 2000;320:563–566
- Burns Tom R. & Flam, Helen. 1987. *Social Rule Theory*. Sage, London.
- Böralv, Erik. 2001. *Design ans Usability in Telemedicine*. Licentiate thesis. Department of Information technology. Uppsala University. <http://www.it.uu.se>.
- Castells, Manuel & Himanen, Pekka. 2001. *Suomen tietoyhteiskuntamalli*. WSOY, Helsinki.
- Clarke, Alan. 1999. *Evaluation research*. Sage, London.
- Conrad, Charles & Poole, Marshall Scott. 1998. *Strategic Organizational communication*. Harcourt Brace College Publishers, Orlando.
- Crandall, Donald K. 1999. The Process of the Health Care Encounter. In Ellis, David (ed.) *Technology and the future of health care – preparing for the next 30 years*. Jossey-Bass Publishers, Chicago
- Ellis, David 1999. *Technology and the future of health care – preparing for the next 30 years*. Jossey-Bass Publishers, Chicago.
- Elovainio, Marko; Kalliomäki-Levanto, Tiina & Kivimäki, Mika. 1997. *Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövästävissä tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Stakes, tutkimuksia 79, Helsinki.

- Eriksson, Esa & Arnkil, Tom Erik. 1995. Verkostoista ja niiden tutkimisesta. Teoksessa Esa Eriksson & Tom Erik Arnkil (toim.) *Ammatillaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä*. Stakes, raportteja 184.
- Eronen, Anne; Hokkanen, Liisa; Kinnunen, Petri; Lehto-Pusa, Päivi; Rönnerberg, Leif & Särkelä, Riitta. 1995. *Hyvinvoinnin verkostoja näkyvissä*. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Ewijk, Hans van. 1996. Care Management – The end of secondary consumerism? In Jan Steyaert (Ed.) *Information Technology and Human Services, More than Computers?* Netherlands Institute for Care and Welfare.
- Ferguson, Tom. 1996. *Health Online. How to find information, support groups, and self-help communities in cyberspace*. Addison-Wesley Publishing Company, Reading.
- Filander, Karin. 2000. *Kehittämistyö murroksessa. Sitoutuminen, sopeutuminen ja vastarinta julkisella sektorilla 1990-luvulla*. Acta Universitatis Tamperensis 777. Tampereen yliopisto.
- France, F.H. Roger. 2000. WHO views on perspectives in health informatics. *International Journal on Medical Informatics* 58–59 (2000) 11–19.
- Frenkel, Stephen J.; Korczynski, Marek; Shire, Karen A. & Tam, May. 1999. *On the Front Line. Organization of work in the information economy*. Cornell International Industrial and Labour Relations Report Number 35. Cornell University Press.
- Garpenby, Peter. 2001. Tre framstidsperspektiv på hälsoinformation. Informationen kan göra allmänheten oberoende, krävande eller kunnig. *Läkartidningen* 23(98) 2812–2813.
- Garpenby, Peter. 2001. Stort intresse för mer hälsoinformation. *Läkartidningen* 23(98) 2814–2816.
- Gates, Bill & Hemingway, Collins. 1999. *Bisnestä ajan hermolla*. WSOY, Helsinki.
- Grimson, Jane. 2001. Delivering the electronic healthcare record for 21st century. *International Journal of Medical Informatics* 64 (2001) 111–127.

- Grint, Keith & Woolgar. 1997. *The Machine at Work. Technology, work and organization*. Polity Press, Cambridge.
- Gubrium, Jaber F. 1989. Local Cultures and Service Policy. In Jaber Gubrium & David Silverman (eds.) *The Politics of Field Research. Sociology beyond Enlightenment*. Sage, London.
- Hage J.T. 1999. Organizational Innovation and Organizational Change. *Annual rev. Sociol.* 1999, 597–621.
- Hammersley, Martyn & Atkinson, Paul. 1995. *Ethnography. Principles in practice*. Second edition. Routledge, London.
- Harno, Kari; Arajärvi, Eero; Paavola, Teemu; Carlson, Christer; Viikinkoski, Pertti; Böckerman, Maria; Kääriäinen, Pirjo & Ohinmaa, Arto. 1999. *Etäpoliklinikan arviointi. Peijaksen etäpoliikkaprojektin loppuraportti*. FinOHTAn raportti 10.
- Hartikainen, Kauko; Mattila, Mikko & Viitanen, Jari. 1999. *Terveystienhuollon tietotekniikan käyttöselvitys*. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 2/1999.
- Haverinen, Riitta. 1999. *Palvelusitoumukset ja hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän käänne*. Stakes, Tutkimuksia 106/1999.
- Health & Health Care 2010*. 2000. The Forecast, the challenge. Institute for Future. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Heeks, Richard; Mundy, David and Salazar, Angel. 1999. Why Health Care Information Systems Succeed or Fail. *Information Systems for Public Sector Management Working Paper Series No. 9*. Institute for Development Policy and Management. University of Manchester, <http://idpm.man.ac.uk/idpm/ispswpf9.htm> (17.9.2001)
- Heino, Tarja. 2000a. Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu. Teoksessa Hannu Uusitalo, Antti Parpo & Anni Hakkarainen (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes, raportteja 250, Helsinki.
- Heino, Tarja (toim.) 2000b. *Läheisneuvonpito. Uusi sosiaalityön menetelmä*. Stakes, Helsinki.
- Hintsala, Arja. 1997. *Erityispalveluiden tuottajien toiminta ja tulevaisuus*. Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä 1997:12, Helsinki.
- House, Ernest R. 1993. *Professional Evaluation. Social Impact and Political Consequences*. Sage, London.

- Hudson, Walter. 1996. Professional practice for the 21st Century: Information Implications. Empirical clinical practise. 1996. In Jan Steyaert (Ed.) *Information Technology and Human Services, More than Computers?* Netherlands Institute for Care and Welfare.
- Hunter, David J. 1997. Managed care: disease management. *BMJ* 1997;315:50–53.
- Hunter, David. 2000. Disease management: has it a future? It has a compelling logic, but needs to be tested in practice. *BMJ* 2000; 320:530.
- Häkkinen, Unto. 2000. Terveysjärjestelmien toiminnan ja tavoitteiden toteutumisen ja tehokkuuden arviointi WHO raportissa. Teoksessa Uno Häkkinen & Eeva Ollila (toim.) *Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveystilaportti 2000 – seminaari- raportti*. Aiheita 35/2000. Stakes, Helsinki.
- Isolauri, Jouko. 2001. *Terveydenhuolto 2000-luvulle. Erikoissairanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:12. STM, Helsinki.
- Iso-Markku, Perttu & Kurhila, Jaakko. 1999. *Sosiaalialan tietotekniikkakartoitus 1999*. Osaavien keskustien verkoston julkaisu 1/1999.
- Isomäki, Veli-Pekka. 1998. *Terveydenhuollon priorisoinnin potilasläh- töiset perusteet*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 61.
- Itkonen, Pentti. 1997. *Tietoteknisesti tuettu terveydenhuollon alueellisen yhteistyön mallin kehittäminen ja soveltuvuuden arviointi*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveydenhuollon hallinto ja talous. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 61
- Jalava, Urpo & Virtanen, Petri. 1998. *Tietoa luova projekti. Polku oppi- vaan organisaatioon*. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Jennett, P.A. & Andruchuk. 2001. Telehealth 'real life' implementation issues. *Computer methods and Programs in Biomedicine* 64 (2001) 169-174.
- Johnson, Björn & Lundvall, Bengt-Åke (1991) Flexibility and Institutional Learning. In Bob Jessop; Jans Kastendiek; Klaus Nielsen & Ove K. Pedersen. (Eds.) *The Politics of Flexibility. Restructuring*

- State and Industry in Britain, Germany and Scandinavia.* Edward Elgar, Aldershot
- Julkunen, Raija. 2001. *Suunnanmuutos 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa.* Vastapaino, Tampere 2001
- Juutinen, Sirpa. 2000. *Valtavirtaistaminen työllisyysprojekteissa. Pienistä puroista vahvaksi virraksi. Toimintamallin kuvaus.* Gummerus, Jyväskylä 2000.
- Jylhäsaari, Jussi. 2001. *Perusterveydenhuollon toimintamallit ja strategiset valinnat.* Kuntasuomi 2004 – tutkimuksia nro 20. Acta nro 138. Vaasan yliopisto ja Kuntaliitto, Helsinki.
- Jyrkämä, Jyrki. 1999. Toimintatutkimus ja sosiaaliset toimintakäytännöt – giddensiläisiä näkökulmia toimintatutkimukseen. Teoksessa Hannu L.T. Heikkinen, Rauno Huttunen, Pentti Moilanen (toim.) *Sinää tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja.* Atena kustannus, Jyväskylä.
- Järvinen, Raija. 2000. Monikanavamallit palvelutoimialoilla. Teoksessa Christian Grönroos & Raija Järvinen (toim.). 2000. *Palvelut ja asiakassuhteet markkinoinnin polttopisteessä.* Kauppakaari, Helsinki.
- Jääskeläinen, Jukka. 2000. *Markkinoiden avaaminen ja kilpailun edistäminen sosiaalisektorin hyvinvointipalveluissa.* Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 15/2000.
- Kalpa, Hanna & Kuusisto-Niemi, Sirpa. 1997. *Jäsennellyn tiedon avulla palveluketjujen hallintaan. Asiakas- ja potilasasiakirjaprojektin loppuraportti.* Stakes, Aiheita 11/1997.
- Kajanoja, Jouko. *Kommunikatiivinen yhteiskunta. Puheenvuoro hyvinvointivaltiosta.* Hanki ja jää, Helsinki 1996.
- Kananoja, Aulikki. 1997. *Murros on mahdollisuus. Sosiaalityön selviytyshenkilön raportti.* Raportteja 211, Stakes & Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:8. Helsinki.
- Kananoja, Aulikki. 1999. The Finnish national strategy for the development of social work. Paper presented at the IFSW European seminar Workshop on national strategies for social work. Helsinki St. Petersburg, June 13–18, 1999.
- Karjalainen, Vappu. 1996. *Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta.* Väitöskirja. Lapin yliopisto. Sosiaalityön laitos. Stakes, tutkimuksia 68.

- Karjalainen, Vappu & Vahtera, Eeva (toim.) 2000. *Yhteiset asiakkaat ja aktiivinen yhteistoiminta. Katsaus hyviin käytäntöihin*. STM, Työministeriö, Stakes, Helsinki.
- Ketola, Outi. 1995. Soaialihuollosta sosiaaliin oikeuksiin ja sosiaalipalveluasiakkuuteen. Teoksessa Jorma Sipilä, Outi Ketola, Teppo Kröger & Pirkko-Liisa Rauhala. *Sosiaalipalvelujen Suomi*. WSOY, Helsinki.
- Kiikkala, Irma. 2000. Asiakaslähtöisyys toimintaperiaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen; Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tammi, Helsinki.
- Kivisaari, S., Rouvinen, P., & Ylä-Anttila, P. (2002). *Makropilotin klusteriarviointi*. Helsinki: Taloustieto Oy, ETLA C 79.
- Kivivuori, Janne. 1992. *Varas varkaana tutkimus varkaan itseymmärryksen kulttuurisista ehdoista*. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, Helsinki,
- Knaapi, Anne & Loukola, Tuula. 1993. *Kauha, kännykkä, kodinhoitaja. Tietoliikennepalveluja sosiaalitoimeen*. Stakes, raportteja 103.
- Koivisto, Juha. 1999. *Satakunnan Makropilotin sosiaaliset vaikutukset*. Porin korkeakouluyksikkö. Julkaisusarja A. Nro A27. Pori.
- Koivisto, Juha. 2002. Satakunnan Makropilotti ja työn sosiotekninen muutos. Käsikirjoitus.
- Koivukangas, Pirjo & Valtonen Hannu. 1995. *Hyvinvointiklusteri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän sekä hyvinvointia palvelevan teollisuuden ja tutkimuksen verkostona*. Stakes, Helsinki.
- Konttinen, Esa. 1991. *Perinteisesti moderniin. Profiessioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Vastapaino, Tampere
- Kosonen, Karri; Buhani, Paul; Kesäjärvi, Sami; Kymäläinen, Pasi; Lehtonen, Tomi; Salonen, Jarmo & Tanskanen, Tiina. 1999. *Muutoksen etulinjassa. Kirja kehittämiseen*. Karisto, Hämeenlinna.
- Kröger, Teppo. 1996. Kunnat valtion valvonnassa. Teoksessa Jorma Sipilä, Outi Ketola, Teppo Kröger & Pirkko-Liisa Rauhala. *Sosiaalipalvelujen Suomi*. WSOY, Helsinki.
- Kuula, Arja. 1999. *Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä*. Vastapaino, Tampere.
- Mishler, Elliot. 1986. *Research Interviewing. Context and narrative*. Harvard University Press. 1986, Cambridge (USA).

- Kuusisto-Niemi, Sirpa & Kalliokuusi, Virpi. 1999. *Asiamies vai neuvoja? Käsitemäärittelyn aloitus Satakunnan Makropilotissa*. Stakes, Aiheita 20/1999.
- Laine, Juha. 1999. *Selvitys sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantomalleista ja sopimusmenettelyistä – esimerkkejä toimivista käytännöistä*. Stakes, aiheita 38/1999.
- Latour, Bruno. 1987. *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Open University Press, Bristol.
- Lehto, Juhani. 2000. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen; Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tammi, Helsinki.
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter. 2000. Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Teoksessa Hannu Uusitalo, Antti Parpo & Anni Hakkarainen (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes, raportteja 250, Helsinki.
- Lehtonen, Anja. 1998. *Läheisyyttä asiakastyöhän. Asiakastyöjaoston loppuraportti*. STM, Sosiaali- ja terveyspalveluosasto. Selvityksiä 10/ 1998.
- Leino, Satu. 1995. Yhteistä mömmöä vai jäsentynyttä yhteistyötä. Teoksessa Esa Eriksson & Tom Erik Arnkil (toim.) *Ammattilaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä*. Stakes, raportteja 184.
- Leino-Kilpi, Helena; Mäenpää, Inger & Katajisto, Jouko. 1999. *Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen*. Raportteja 229. Stakes, Helsinki.
- Lindqvist, Tuija. 1999. Evaluationen uskottavuus. Teoksessa Risto Eräsaari, Tuija Lindqvist, Mikko Mäntysaari & Marketta Rajavaara *Arviointi ja asiantuntijuus*. Gaudeamus, Helsinki.
- Martikainen, Mikko. 2000. *Terveydenhuollon sähköisen asioinnin liiketoimintamahdollisuudet teleoperaattorille*. Pro gradu -työ. Helsingin kaupunkorkeakoulun johtamisen laitos.
- May, Carl & Ellis, Nicola T. 2001. When protocols fail: technical evaluation, biomedical knowledge, and the social production of 'facts' about a telemedicine clinic. *Social Science & Medicine* 53 (2001) 989–1002.

- May, Carl; Gask, Linda; Atkinson Theresa; Ellis, Nicola; Mair; Frances & Esmail, Aneez. 2001. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social Science & Medicine* 52 (2001) 1889–1901.
- McCull, Alistair & Roland, Martin. 2000. Knowledge and information for clinical governance. *BJM* Vol 321 Issue 7265 pp 871–875.
- Melin, Tuomo. 1996. Vanhuspalveluiden organisointi liike-toimituskustannus- ja verkostotalousteorian näkökulmasta. Teoksessa Heikki Niemelä; Juho Saari & Kari Salminen (toim.) *Sosiaalipoliittikan teoreettisia lähtökohtia*. Eläketurvakeskus. Tutkimuksia 1996:2. Helsinki.
- Metteri, Anna. 1997. Työelämän, kuntoutuksen ja eläkejärjestelmien väliin putoaminen. Teoksessa *Kuntoutuksen haasteita ja näköaloja*. Kuntaliitto, Helsinki.
- Mingers, John. 2001. Combining IS research methods: Towards a Pluralist Methodology. *Information Systems Research*. 3 (2001) pp. 240–259.
- Mutka, Ulla. 1998. *Sosiaalityön neljäs käänne*. Sophi, Jyväskylä.
- Mäki, Outi; Topo, Päivi; Rauhala, Marjo & Jylhä, Marja. 2000. *Teknologia dementiahoidossa. Eettinen näkökulma päätöksentekoon*. Stakes. Oppaita 37.
- Mönkkönen, Kaarina. 1996. Asiantuntijasta asiantuntijaksi. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Edita, Helsinki.
- Nakari, Risto. 2000. *Muuttuuko työelämä – ja mihin suuntaan?* Suomen Kuntaliitto Acta-sarja, nro 126. Helsinki.
- Niinimäki, Jaakko. 1999. Tietotekniikka alueellisen yhteistyön ja saumattoman hoitoketjun tukena. Teoksessa Kaija Saranto & Mikko Korpela (toim.) *Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveyshuollossa*. WSOY, Helsinki.
- Niiranen, Vuokko. 2000. Vastaako terveydenhuolto väestön ja potilaan odotuksiin? Terveyspalvelujärjestelmän kansalaisresponsiivisuuden tarkastelua. Teoksessa Uuno Häkkinen & Eeva Ollila (toim.) *Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveysraportti 2000 – seminaariraportti*. Aiheita 35/2000. Stakes, Helsinki.
- Niemelä, Pauli; Hämäläinen, Juha; Laurinkari, Juhani, Vornanen, Riitta & Ylinen, Satu. 1997. *Sosiaalialan korkea-asteen koulutuk-*

- sen saaneiden henkilöstön työn tekemisen muuttuneet kohteet ja ehdot sekä niiden aiheuttamat vaatimukset työn sisällölle, työtehtävien uudelleen organisoinnille ja koulutukselle. Kuopion yliopistollinen opetus- ja tutkimuskeskus 1/1997.
- Nykänen, Pirkko & Karimaa, Erkki. 2001. *Satakunnan Makropilotin tietoteknologian arviointi. Makropilotissa suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon uusi toimintamalli ja sen tietoteknologinen toteutus*. Arviointiraportti 1. Huhtikuu 2001.
- Nykänen, Pirkko & Karimaa, Erkki. 2002. Satakunnan Makropilotin ratkaisujen mallit ja tietotekniset suunnitelmat. Käsikirjoitus.
- Nylander, Olli & Nenonen, Mikko. 2000. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa Hannu Uusitalo, Antti Parpo & Anni Hakkarainen (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes, raportteja 250, Helsinki.
- Ohinmaa, Arto. 1997. *A Model for the assesment of the telemedicine and a plan for testing of model within five specialities*. FinOHTA report No 5.
- Ohtonen, Jukka. 2001. Kokemuksia strategisen kehittämissuunnitelman arvioinnista. Esimerkkinä Satakunnan makropilotti 1999-2001. *Impakti* 6/2001.
- Ojuri, Auli. 1996. Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalisuus*. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Edita, Helsinki.
- Orlikowski, Wanda. 1992. The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations. *Organization Science*, vol. 3, no. 3, August 1992: 398–427.
- Paaso, Pia. 2000. *Hyvinvointia teknologiahankkeilla. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hankekartoitus 1999*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:2.
- Palomäki, Anna-Lena. 1997. *Är den frivilliga sektorn en lokal resurs – Begrepp och aktuell diskussion*. Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors.
- Parayil, Govindan. 1999. *Conceptualizing Technological Change. Theoretical and Empirical Explorations*. Rowman & Littlefield Publishers, Lanham.
- Patton, Michael Quinn. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage, Newbury Park.

- Payne, Malcolm. 2000. *Teamwork in multiprofessional care*. MacMillan, London.
- Payton, Fay Cobb. 2000. Lessons learned from three interorganizational health care information systems. *Information & Management* 37 (2000) 311–321.
- Perälä, Marja-Leena; Rissanen, Pekka; Teperi, Juha; Hammar, Teija; Pöyry, Päivi; Salo, Anu & Noro, Anja. 2002. Makropilotin asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuuden arviointi. Käsikirjoitus.
- Petersen, Alan & Lupton, Deborah. 1996. *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. Sage, London.
- Pohjola, Anneli. 1993. Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Riitta Granfelt; Harri Jokiranta; Synnove Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.). *Monisärmäinen sosiaalityö*. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki.
- Pohjola, Anneli. 2000. Moniammatillinen asiantuntijuus. Teoksessa Päivi Virtanen (toim.) *Verkostoituva asiakastyö*. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Purves, Ian; Wilson, Rob; Gibson, Mark. 2001. *EHealth Horizons*. Sowerby Centre for Health
- Rajavaara, Marketta. 1994. Kaikenlaisia kehittäjiä ja kehittämisajatteluita. Teoksessa Tuija Lidqvist & Marketta Rajavaara (toim.) *Kehittämistyö itseanalyysiin*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Täydennyskoulutusjulkaisuja 8/1994 & Stakes Raportteja 147.
- Rajavaara, Marketta. 2001. Realistisen arviointiotteen mahdollisuudet. Teoksessa Aila Järvikoski, Kristiina Härkäpää & Susanna Nouko-Juvonen (toim.) *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin*. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 69/2001. Yliopistopaino, Helsinki.
- Rauhala, Pirkko-Liisa. 1996. Miten sosiaalipalvelut tulivat sosiaaliturvaan? Teoksessa Jorma Sipilä, Outi Ketola, Teppo Kröger & Pirkko-Liisa Rauhala. *Sosiaalipalvelujen Suomi*. WSOY, Helsinki.
- Rauhala, Pirkko-Liisa. 1999. Responsiivinen evaluointi ja empiirinen sosiaalitutkimus. *FinSoc News*. Uutiskirje sosiaalihuollon menetelmien arvioinnista 3/1999, 1–3)
- Reuzel, R.P.B & Wilt wan der, GJ. (2000) Health Technology Assesment and Evaluation. *Evaluation* vol 6 (4) 383-398.

- Raunio, Kyösti. 1995. *Sosiaalipolitiikan lähtökohdat*. Gaudeamus, Helsinki.
- Richards, Tessa. 1998. Disease management in Europe. *BMJ* 1998; 317:426–427
- Ringby, Michael. 1999. The management and policy challenges of the globalisation effect of informatics and telemedicine. *Health Policy* 46 (1999) 97–103.
- Rintala, Taina; Elovainio, Marko & Heikkilä, Matti. 1997. *Osiensa summa – tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista*. Stakes, Tutkimuksia 75.
- Rouvinen, Petri; Saranummi, Niilo & Lammi, Markku (toim.) 1995. *Terveydenhuolto versoo teollisuutta. Hyvinvointiklusterin kilpailukyky*. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos, Sarja B 109. Taloustieto, Helsinki.
- Rostila, Ilmari. 1988. *Subjektina sosiaalitoimistossa. Asiakassuhteen analysointia toimeentulotuki-, PAV- ja lastensuojeluasiakkaiden kokemusten avulla*. Sosiaalihallituksen julkaisuja 7/1988.
- Rostila, Ilmari. 1997. *Tapauskohmainen evaluointi sosiaalityön välineenä*. Stakes, Helsinki.
- Rostila, Ilmari. 2001. Realistinen arviointitutkimus toimintamallin kehittämistyössä. Teoksessa Aila Järvikoski, Kristiina Härkäpää & Susanna Nouko-Juvonen (toim.) *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin*. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 69/2001. Yliopistopaino, Helsinki.
- Ruotsalainen, Pekka. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketju*. Tammi, Helsinki.
- Saarelma, Osmo. 1992. *Perusterveydenhuollon tietojärjestelmien kehitys toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti*. Helsinki, Sosiaali- ja terveyshallitus 1992
- Salo, Saku. 2000. *Information Technology Enabled Change. Dramatic Improvement and Perceived Success*. Helsinki School of Economics and Business Administration. Acta Universitatis Oeconomicae Helsingiensis A 167.
- Sarantakos, Sotirios. 1998. *Social Research*. MacMillan Press, London.

- Saranummi, Niilo. 1999. Wellbeing Cluster. <http://www.vtt.fi/tte/samba/project/well-being/> 7.9.1999. 19.9.2001.
- Saranummi, Niilo. 2001. *Hyvinvointi- ja terveysteknologian ja palvelutuotteet*. Teknologiakatsaus 103/2001. Tekes, Helsinki.
- Scarborough, Harry & Corbett, J. Martin. 1992. *Technology and Organization. Power, meaning and design*. Routledge, London.
- Schienstock, Gerd. 2001. From Technological Control of Production Towards a Meaning-Based Co-Ordination of Action. New ICT Applications and an Alternative Organisation Logic. In Erkki Karvonen (ed.) *Informational Societies. Understanding the third Industrial Revolution*. Tampere University Press, Tampere.
- Seppänen-Järvelä, Riitta. 1999. *Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla*. Stakes, tutkimuksia 104, Helsinki.
- Seppänen-Järvelä, Riitta. 2000. *Kehittämishankkeiden evaluaatio. Tärkeellistä mutta vaikeaa*. Hallinnon tutkimus 4/2000, 389–397.
- Sinervo, Timo. 1997. Sosiaali- ja terveysteknologian muuttuvat työkalut. Teoksessa L. Simonen, M. Elovainio & H. Valtonen (toim.) *Sosiaalitutkimuksen valossa*. Stakes, Helsinki.
- Snelle, Ignace. 1996. Compassionate Computers in an Information Age? In Jan Steyaert (Ed.) *Information Technology and Human Services, More than Computers?* Netherlands Institute for Care and Welfare.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1995. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tietoteknologian hyödyntämisstrategia*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1997. *Eriyispalveluiden tuottajien toiminta ja tulevaisuus*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997: 12.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1998. *Terveydenhuollon kehittämissuunnitelma. Selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon toimivuus*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1998b. *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa II. Tietosuojat ja tietoturva*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001a. *Muistio lääninhallitusten toteuttamasta sosiaali- ja terveyspalveluiden arvioinnista vuonna 2000*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa*.

- Southon, Gray; Sauer, Chri & Dampney, Kit. 1999. Lessons from a failed information systems initiative: issues for complex organizations. *International Journal of Medical Informatics*. Vol 55 (1999) 1 (pp. 33–46).
- Steyaert, Jan. 1996. Information Technology and Human Services, More than Computers? In Jan Steyaert (Ed.) *Information Technology and Human Services, More than Computers?* Netherlands Institute for Care and Welfare.
- Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen palvelunimikkeistöjen kotisivu <http://www.kuntaliitto.fi/soster/luokitukset/>. Lainattu 12.12.01
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari. 2001. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista kohti kehittävää arviointia. Teoksessa Aila Järvikoski, Kristiina Härkäpää & Susanna Nouko-Juvonen (toim.) *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin*. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 69/2001. Yliopistopaino, Helsinki.
- Tekes. 1998. *Teknologia ja tulevaisuus*. Tekes, Helsinki.
- Tietoyhteiskunta-asiain neuvottelukunta. 2001. Tietoyhteiskunta-asiain neuvottelukunnan vuoden 2001 raportti hallitukselle. Hallituksen iltakoulu 20.6.2001.
- Timpka, Toomas. 2001. Proactive health computing. *Artificial Intelligence in Medicine* 23 (2001) 13–24.
- Topo, Päivi; Hannikainen-Ingman, Katri & Pullinen, Marjatta. 1999. *Internet sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja asiakkaiden käytössä*. Stakes. Aiheita 6/1999.
- Uusitalo, Hannu. 2000. Sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveystieteiden palvelut 1990-luvulla. Teoksessa Hannu Uusitalo, Antti Parpo & Anni Hakkarainen (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes, raportteja 250, Helsinki.
- Vanderburg, Henry. 2001. Emerging Trends in the Provision and Consumption of Health Services. *Sociological Spectrum* Vol 21 Issue 3 pp. 279–292.
- Valtiovarainministeriö. 1994. *Suomi tietoyhteiskunnaksi – Kansalliset linjat*.

Liitteet

Liite I

Asiakkaan ohjausmalli, asiakkaan palvelusuunnitelma ja työterveyshuollon palvelut –projektien yksityiskohtaisemmat tavoitteet. (Hankesuunnitelma 1999)

Asiakkaan ohjausmalli -projektin ydin oli kehittää ja ottaa käyttöön asiakkaan palvelujen ohjausta ja seurantaan koskeva tietotekniikkatuettu toimintamalli, joka nojaa omaneuvojaltoimintaan, tiimityöhön sekä asiakkaan ohjausta ja seurantaan tukeviin menetelmiin organisaatio-rajat ylittävissä palveluketjuissa. Hyödyt eri kohderyhmille:

Asiakkaalle

- Asioiminen helpottuu
- Kontaktien määrä vähenee
- Asiakaskeskeisyys ja luottamus palvelujärjestelmän toimivuuteen lisääntyy

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja sosiaalivakuutuksen yksiköille

- Yksiköiden välisen työnjaon selkiytyminen

Henkilökunnalle

- Palvelukokonaisuuden hallinta lisääntyy
- Päälekkäistyö loppuu
- Kehittyy yhteinen kokonaisvastuu

Kunnille

- Hallittu palvelukokonaisuus, joka johtaa kustannusten vähene- miseen ja kustannustehokkaaseen ja laadukkaaseen toimintaan.

Palveluketjusuunnitelma projektin tavoitteena oli kehittää moni- ammatilliseen tiimityöhön työväline, jonka avulla asiakkaan tarvitse- mat palvelut suunnitellaan saumattomaksi kokonaisuudeksi. Palvelu-

ketjusuunnitelmaprojektin tarkoituksena oli siis kehittää palveluketjusuunnitelma soveltuvaksi sekä asiakkaan hoidosta ensisijaisesti vastaavalle perustiimille, että eri organisaatioissa toimivien ammattilaisten yhteiskäyttöön. Toimenpiteisiin liittyi alueellinen tiedon tarpeen määrittely ja yhteisen käsitteistön luominen.

Projektin tavoitteena on kehittää Palveluketjusuunnitelman malli, joka toimii palvelun suunnittelun, seurannan ja ohjauksen välineenä. Projektin lopputuloksena kehittyy moniammatillisen virtuaalitiimin työväline, jonka avulla asiakkaan tarvitsemat palvelut suunnitellaan saumattomaksi kokonaisuudeksi, seurataan asiakkaan kulkua palveluketjussa ja kerätään arviointi- ja seurantatietoa.

Asiakkaalle

- Itsemääräämisoikeus lisääntyy
- Asiointi yksinkertaistuu ja helpottuu
- Asiakkaan itsenäinen suoriutuminen helpottuu
- Antaa asiakkaalle mahdollisuuden tilata palveluita ja osallistua hoidon seurantaan kotisivujen avulla

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille

- Työskentely on koordinoitua
- Päällekkäistyö ja moninkertainen kirjaaminen vähenee
- Yksiköiden välinen yhteistyö paranee ja kommunikointi nopeutuu

Henkilökunnalle

- Työnjako selkeytyy
- Tiedonsiirto on nopeaa ja turvallista
- Reaaliaikainen tieto on käytössä
- Asiakkaan kokonaistilanne on tiedossa
- Nopea ja joustava työskentely antaa aikaa perustehtävään

Kunnille

- Saadaan reaaliaikaista seurantatietoa palveluiden käytöstä ja vai-
kuttavuudesta suunnittelun ja ohjauksen pohjaksi

Liite 2

Arvioinnissa käytetty aineisto

7. **Valtakunnallista projektia koskeva dokumenttiaineisto**
 - Alueellinen kokeilu sosiaali- ja terveydenhuollon saumatonta palveluketjua ja siihen liittyvää sosiaalivakuutusta tukevasta tietoteknologiasta – Avoin kutsu kuntien ja kuntayhtymien sekä yritysryppäiden yhteenliittymille 1998.
 - Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta 811/2000 sekä lain valmisteluasiakirjat
 - Hänninen, Esko; Koivunen, Mari & Paaso, Pia. 2001. Hyvinvointia teknologiahankkeilla. Hyviksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2001:11.
 - Makropilotti – asiakaskorttiohjausryhmän loppuraportti 2001
8. **Satakunnan Makropilottia koskeva dokumenttiaineisto (aikajärjestyksessä)**
 - Projektisopimus 26.10.1998.
 - Satakunnan Makropilotti-ilmoituksen tarkentaminen 7.8.1998 (Tarkennus Satakunnan hakuasiakirjaan)
 - Hankesuunnitelma 17.12.1998 Satakunnan Makropilotti ry
 - Palveluketjujen nykytilan analysointitulokset ja loppuraportti
 - Saumattomat hoito- ja palveluketjut. Suunnitteluprojektin loppuraportti. 12.3.1999.
 - Santala, Riku. 1999. Työterveyslääkärin vastaanoton prosessikuvauksen tekstiosa. Vajaakuntoisen työssäpysymisen tukeminen nykytila ja kehittämiskohteet. Muistio 1.4.1999.
 - Seppälä, Heikki & Kallio, Kari. 1999. Palveluketju: työterveys huolto (tavoitetila) 13.4.1999.
 - Rosendahl, Hans. 1999a. Äitiyshuollon kuvaus. Kankaanpää. Muistio 19.4.1999.
 - Levelä, Satu. 1999. Kotipalvelu-kotisairaanhoidon palveluketjumalli. Ikäihmiset Porissa. Muistio 29.3.1999/ 6.5.1999.
 - Rosendahl, Hans. 1999b. Kouluterveydenhuollon palveluketjumalli. Peruskouluikäiset Noormarkussa. Muistio 29.3.1999/ 12.5.1999.

- Siikarla, Kirsti & Mikola, Tuire. 1999. Satakunnan Makropilotti. Palveluketjujen nykytilan analysointi. Loppuraportti 17.7.1999.
- Hanksuunnitelma 7.12.1999 Satakunnan Makropilotti ry
- Projektisuunnitelmat 1999 (Hyväksytyt hallituksen kokouksessa 17.1.2000)
- Pertilä, Timo. 2000. ICL Invia Makropilotti. Toimituskokonaisuus 2. Ylläpidon käyttöliittymämääritys 13.3.2000
- Asikainen, Paula, Schönroos, Päivi, Jokela, Kaija, Ruohonen, Juha & Kirjavainen, Jari. 2000. Toiminnan ohjausmalli, tavoitetilan kuvaus (versio 1.32) 20.4.2000
- Lehtinen, Jan-Christian & Laitinen, Arja. 2000. Informaatio- ja asiointipalvelut / Asiakkaan palvelusivut, suunnitteluvaihe: tilanneraportti 26.4.2000
- Katselut ammatilaisnäkökulmasta, käyttötapausmääritys 14.11.2000.
- Itälä, Timo. 2000. Perusjärjestelmäintegraatio ja aluetietojärjestelmä. Toiminnallinen kuvaus ja vaatimukset toteutukselle. 20.11.2000.
- Taberman, Helena & Schönroos, Päivi. 2000. Asiakaskohtaisten tietojen hallintasovellus, toiminnallinen kuvaus (versio 0.1) 21.11.2000
- Pavela, Markku. 2001. Työterveyshuolto. Tiedonsiirron kehittämishanke. Loppuraportti. 28.12.2000
- Satakunnan Makropilotti. Käyttöönottokokonaisuus 1.18.4.2000
- Ruohonen, Jari & Asikainen, Paula. 2000. Toiminnan ja Resurssien Ohjausmalli. Vaihe 1. Loppuraportti. 15.4.2000.
- Söderlund, Riitta. 2000. Vanhustenhuollon palveluketjun kustannuslaskenta. Nykytila-analyysin loppuraportin yhteenveto; Ehdotus toimintolaskentaprojektin toteuttamiseksi. 9.12.2000.
- Määttä, Jarmo. 2000. Satakunnan Makropilotti ry toimintakertomus 1.1.2000–31.12.2000. 13.2.2001.
- Taberman, Helena & Schönroos, Päivi. 2000. Tieto- ja palveluluokitus 26.3.2001.
- Jaatinen, Pekka T. 2001. Lääkitystietojen käsittely -hanke. Loppuraportti 18.6.2001. Satakunnan Makropilotti ry.
- Henriksson-Leivo, Taina. 2001. Apuvälineiden hallinta. Loppuraportti 30.6.2001. Satakunnan Makropilotti.
- Tiivistelmä pilotoinnista ja atj:n kehittämisestä 26.8.2001
- Jaatinen, Pekka T. Satakunnan Makropilotti ry Pilotointi Luoteis-Satakunnan kuntien (Merikarvia, Noormarkku, Pomarkku, ja

Siikanen) alueella. Loppuraportti. Pitkälti samalla kuvaus virtuaaliperheneuvolan kehittämisestä. 28.6.2001.

- Mikola, Tuire & Levola, Pirkko. Satakunnan Makropilotti. Pilotointiprojektien loppuraportti. Yhteenvedo osaprojektien lopputuloksista. 30.8.2001.
- Orasmaa, Kirsti-Liisa 2000 & Mikola, Tuire. 2001. Alueellinen asiakaskorttiprojekti. Väli­raportti 31.10 2000; Loppuraportti 30.8. 2001. Satakunnan Makropilotti.
- Orasmaa, Kirsti-Liisa 2000 & Mikola, Tuire. 2001. Alueellisen tietoturvan ja tietosuojan kehittäminen. Väli­raportti 31.10.2000; Täydennykset väli­raporttiin 30.8.2001.
- Airila, Leena-Stiina. 2001. Kotisairaala-projekti, Loppuraportti 31.8.2001.
- Asikainen, Paula & Schönroos, Päivi. 2001. Satakunnan Makropilotti ry. Toiminnan ja resurssien ohjausmalli. Asiakkaan ohjausmalli. Oman­euv­ojapalvelut, palveluketjusuunnittelu, tiimityö. Loppuraportti. 31.8.2001.
- Itälä, Timo. 2001. Luotettu sähköposti. Projektin loppuraportti 31.8.2001.
- Lempiäinen, Henna. 2001. Käyttön­otto 1. Loppuraportti 31.8.2001.
- Levola, Pirkko. Satakunnan Makropilotti ry. Pilotointi Porissa. Loppuraportti. 31.8.2001.
- Saarelainen, Eija. 2001. Ensi­hoito­projekti. Loppuraportti 31.8. 2001.
- Korkeavuori, Ilpo-Juhani. Pilotointi. Kokemuksia Makropilotin pilotointijaksolta. Äitiy­shuollon palveluketjun pilotointi Kankaan­pään alueella. 19.9.2001.
- Osa Makropilotin hallintoon liittyvistä kokousten esitys­listoista ja pöytäkirjoista joulukuu 2000-heinäkuu 2001.

9. Www-sivut

- Satakunnan Makropilotin kotisivut <http://www.makropilotti.fi>
- Pilotointi ja diaesitys pilotoinnin vaiheistuksesta ja aikatauluista. 25.6. 2001 <http://www.makropilotti.fi>
- Par­an­et-in­for­ma­a­ti­o­pal­velu 4.6.2001 lähtien <http://www.makropilotti.fi>
- Porin kaupungin valtuuston ja hallituksen pöytäkirjat <http://www.pori.fi/listat/paatoks.htm>
- Porin kaupungin palveluhakemisto <http://www.pori.fi/uusi/>

- palveluhakemisto/index.html
- Kankaanpään kaupungin kotisivut
- Merikarvian kunnan kotisivut
- Noormarkun kunnan sivustot <http://www.noormarkku.fi/default.asp>
- Satakunnan sairaanhoitopiirin valtuuston ja hallituksen pöytäkirjat 2000 ja 2001 <http://www.satshp.fi/>

10. Haastatteluaineisto 2000

- Projektihenkilöstö 1.8.; 26.6.
- Sosiaali- ja terveystieteissä työskentelevät esimiehet 26.6., 28.6a, 28.6.b., 31.7.*; 15.8a, 15.8b., 22.8. , 25.8.; 31.3.
- Sosiaali- ja terveystieteissä työskentelevät ammattilaiset 27.3., 4.4., 9.5.; 16.6.a, 16.6.b; 19.6.; 22.6., 13.9., 20.9., 31.7.*, 22.6.
- Yhteistyöorganisaatioiden asiantuntijat 8.3., 27.3., 4.4., 4.5., 8.5., 4.8.

11. Haastatteluaineisto 2001

- Projektihenkilöstö 1.3.a; 1.3.b; 2.3.; 30.3., 31.5., 6.9., 18.9.
- Sosiaali- ja terveystieteissä työskentelevät esimiehet 4.4.*; 10.4., 11.4., 19.4., 26.4., 8.5., 17.5., 22.5, 1.6, 14.6.
- Sosiaali- ja terveystieteissä työskentelevät ammattilaiset 4.4*., 3.5., 23.11., 25.5., 26.6.
- Omaneuvojen asiakastilannereflektoinnit 22.2., 23.2., 7.3., 4.6.a, 4.6.b, 6.6., 21.6., 16.7., 21.8
- Tietotekniikan käytön havainnointi ja haastattelut 31.5.
- Asiakashaastattelu 21.6.
- Yhteistyöorganisaatioiden edustajat 10.4., 2.7.

12. Puhelinhaastattelut

- Puhelinhaastattelukierros omaneuvojiksi 25.10.2000 ilmoitetuille 61:lle pilotointialueella toimivalle työntekijälle, joista tavoitettiin 54 8.5.–15.6 2001.
- Asiakaspuhelinhaastattelu 6.3., 12.3., 8.6.a, 8.6.b, 8.6.c, 8.6.d, 11.6., 13.6.
- Yhteistyöorganisaation asiantuntija 2.7.

13. Havainnointiaineisto ja tutkimuspäiväkirja

- Työkonferenssi Porin vanhustenhuollon kehittäjille 14.12. 2000.
- Turvasähköpostikoulutukset Satakunnan keskussairaala

28.2. ja 2.3.

- Viikkarin alueen vanhusten palveluketjun omanuovojaryhman palaverit 15.2., 1.3., 15.3., 29.3., 19.4., 3.5., 31.5. ja 14.6.
- Viikkarin alueen vanhusten palveluketjun pilottitiimin palaverit 1.3.; 30.3. ja (osan aikaa) 31.5.
- Kankaanpään aitiyshuollon palveluketjun omanuovojakokoukset 10.4., 8.5., 17.5.,
- Kankaanpään aitiyshuollon palveluketjun pilottitiimin kokous 27.3.
- Luoteis-Satakunnan lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen palveluketjun omanuovojakokous 11.5., 25.5.
- Terve-Sos -Messujen seminaarit Internet – renki vai isantä tiedonvälityksessä 28.5. ja Balsamia ja bittejä – saumattomat sosiaali- ja terveyspalvelut tietoyhteiskunnassa 29.5. Kuopiossa
- Makropilotin pilotoinnin palautetilaisuus Satakunnan alueen sosiaali- ja terveysjohtajille 7.6. Satakunnan keskussairaalassa
- Makropilotin pilotoinnin palautetilaisuus Luoteis-Satakunnan pilotoinnissa mukana olleille 12.6.
- Palautetilaisuus Makropilotin pilotoinnin palautetilaisuus Kankaanpään pilotoinnissa mukana olleille 14.6.
- Vanhustenhuollon palveluketjun asiakastilannehavinnoinnit 12.12.2000, 15.2., 23.2., 5.3.
- Aitiyshuollon palveluketjun asiakastilannehavinnoinnit 4.6a), 4.6b), 6.6., 21.6, 16.7., 21.8.
- Sosiaalikehitys Oy:n ennakoitdialogikonferenssi 24.8. Yyterissä.
- Puhelinkeskustelut ja sähköpostiviestit osallisten kanssa 2.2.- .

14. Projektin arviointiryhmien kokouksista laaditut muistiot ja muistiinpanot

- Arviointiryhmä Makropilottitoimistolla Porissa 2.2., 2.3., 6.4.; 4.5., 1.6., 10.8.
- Internet-sivustojen demoversion esittely Makropilottitoimistossa 8.3., 10.8.
- Arviointiryhmän tapaamiset FinOHTAn kanssa 31.1., 14.8. ja 25.9.
- Arviointiryhmä asiantuntijoina valtakunnallisen johtoryhmän kokouksessa 11.4. ja 28.–29.8.

15. Omaneuvojaraportit

Omaneuvojina toimineiden 22 omaneuvojatapauksesta laadittua seurantaraporttia.

16. Arviointiryhmien raportit ja julkaisut (tarkemmin lähdeluettelossa)

* haastattelu on ryhmähaastattelu, joka on merkitty myös johonkin toiseen luokkaan

Liite 3

Teemahaastattelujen runko

1. Tausta

- Ammattinimeke, tehtäväala
- Yksikkö yms. mistä vastuussa
- Mikä on yksikön/ organisaation perustehtävä?
- Miten henkilö kytkeytyy makropilotin kehittämiseen
- Vaihteita?

2. Makropilotin tavoitteet

- Miten haastateltava hahmottaa makropilotin keskeisimmät tavoitteet (tietotekninen hanke/ toiminnallinen muutos: ei kysytä suoraa päätä suoraan mutta varmistetaan myöhemmässä vaiheessa)
- Mitä makropilotilta alun alkaen odotettiin?
- Miten odotukset ovat toteutuneet?
- Miten makropilotin tavoitteet kytkeytyvät organisaation perustehtävään?

3. Makropilotin vaikutukset haastateltavan yksikössä /organisaatiossa / työpaikalla

- Ketkä henkilöt organisaatiosta ovat mukana makropilottikehittämisessä?
- Onko koko henkilökunta mukana?
- Onko otettu käyttöön teknisiä muutoksia?
- Onko toimintakäytäntöjä muutettu jollakin tapaa?
- Aiotaanko asiakastiimityötä toteuttaa yksikössä makropilottimallin mukaisesti?
- Keille tietotekniikan kehittyminen on tärkeää yksikössä?
- Esimerkkejä, konkretiaa
- Mitä makropilottikehittäminen vaatii organisaatioilta ja henkilöstöltä?

4. Asiakasprosessit

- Muuttaako makropilotin kehittämishanke tapaa, jolla asiakkaiden prosessi yksikössä organisoidaan /yksiköiden välillä?
- Miten asiakkaiden näkökulma on ollut mukana kehittämisessä?
- Mitä asiakkaat hyötyvät kehittämistyöstä?
- Onko asiakkaiden tietoturvakysymykset olleet esillä kehittämistyön myötä?
- Miten voitaisiin parantaa asiakkaan asemaa ja sukkulointia palvelujärjestelmässä

5. Mitä kokemuksia pilotoinnista on saatu?

- Konkreettiset muutokset / kokeilut pilotoinnissa
- Mallin mielekkyys, siirrettävyys
- Mikä on makropilotissa toisin tekemistä?
- Kenestä muutos on kiinni?

Mitä vaikutuksia Makropilotihankkeella tulevaisuudessa odotetaan olevan?

- Makropilotin hyviä ja huonoja puolia

Liite 4

Omaneuvojakysely 26.10 ilmoitetuille 61 omaneuvojalle

Yhteydenotot puhelimitse työpaikalle.

1. Osallistuminen omaneuvojakoulutukseen (kehittämistoimintaan)
2. Omaneuvoja-asiakkaat
3. Osallistuminen palveluketjusuunnitteluun
4. Nimettynä (tietyn asiakkaan) asiakastiimiin
5. Osallistuminen turvasähköpostikoulutukseen
6. Turvasähköpostin harjoittelu työpaikalla
7. Turvasähköpostin käyttö asiakasasioissa
8. Vapaa sana; vapaamuotoista keskustelua
9. Haastattelujärjestelyistä sopiminen tarvittaessa.

Liite 5

Suunnitelma asiakashavaintoihin, asiakaskyselyn sopimiseen ja työntekijäreflektioihin

ASIAKASTILANNEHAVAINNOT

Systemaattinen havainnointi:

Havainnoinnin taustalla on Satakunnan Makropilotin omaneuvojamalli

Asiakkaan ja työntekijän välinen työnjako

- etukäteen on suunniteltu, mitä asioita havainnoidaan: palveluiden ja toimintakäytäntöjen asiakaslähtöisyys
 - 1. Tilanteen kuvaus ja ongelman (kontekstin) määrittely
 - 2. Puhe, teot, toiminta, yhteydenotot, keskeytykset
 - 3. Miten toimijoiden roolit tulevat esille: asiakas ammattilainen tilanne: näkyykö ammattilaisen kaksoisrooli, mikä rooli latautuu? Omaiset, muut henkilökuntaan kuuluvat
 - 4. Asiakkaan osallisuus omissa asioissaan
 - 5. Läsnäoleva aikajänne (menneisyys-nykytila-tulevaisuus)
 - 6. Asiakkaan viranomaisverkosto, muut palveluntuottajat miten se tuulee esille, miten puhutaan: rakennetaanko puheessa rajoja tai puretaanko niitä
 - 7. Helpottuuko asioiminen, kenen kannalta
 - 8. Mitkä ovat käytetyt työvälineet? (tietokone, lomakkeet, puhelin)
 - 9. Miten havainnointi ehkä vaikutti tilanteeseen?
 - 10. Kuinka paljon asiakas ja työntekijä neuvottelevat
 - 11. Vapaa sana
- (K=kuvaus, T= tulkinta)

TYÖNTEKIJÄREFLEKTIONTI

Työntekijän orientaatio tilanteessa ja asiakkuudessa, yritetään hahmottaa ja ymmärtää miten omaneuvojuus rakentuu asiakas-tilanteessa?

Sovitaan ennalta noin 20–30 minuuttia max tulkintaa tilanteesta mikä ”makropilottia”:

Tavoitteena on saada asiakas-tilanteesta työntekijän tulkitsemaa tietoa. Mikä **tilanteessa** on ”makropilottia”, mikä sellaista toimintatapaa jota on tehty ”aina”. Oliko kyseessä tavanomainen tilanne, vai oliko tilanteessa jotain poikkeuksellista. Asiakaslähtöisyys?

Tässä pysytellään konkreettisesti tilanteessa!

1. (vapaa tulkinta tilanteesta, jos se on luonteavaa)
2. Kuvaa äskeistä tilannetta, jos et olisi omaneuvoja, olisitko toiminut toisella tavalla?
3. Miten toimit jatkossa tässä?
4. Ketkä hoitavat tämän ihmisen asioita muissa organisaatioissa? Miten tietojen vaihto hoidetaan?
5. Mikä on omaneuvojana on sinun roolisi ja miten asiakastiimi liittyy tähän tapaukseen?
6. Miten toimit tämän tilanteen jälkeen ja kuinka hoidat asiaa eteenpäin?
7. Mitä odotat että asiakas tekee tai miten hän toimii?
(jos sinä olisit täydellinen omaneuvoja ja äskeinen tilanne olisi

ollut täydellinen asiakastilanne, niin mitä äsken olisi tapahtunut toisin?) / oliko tilanteessa joitakin esteitä, omaneuvojuuden toteuttamiseen?

8. Heräsikö tässä tilanteessa jotain mitä haluaisit sanoa tai mihin pitäisi kiinnittää huomiota?