

VAITIOLOVELVOLLISUUS VERKOSTOTYÖSSÄ SAIRAANHOITAJA- JA
DIAKONIA-LEHDEN KUVAAMINA

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2008

Tiina Laine

TIIVISTELMÄ

Tampereen Yliopisto
Hoitotieteen laitos

TIINA LAINE: Vaitiolovelvollisuus verkostotyössä Sairaanhoidaja- ja Diakonia-lehden kuvaamina

Pro gradu-tutkielma, 99 sivua, 9 liitettä
Ohjaajat: Professori Eija Paavilainen ja yliassistentti Marja Kaunonen
Hoitotiede
Toukokuu 2008

Terveystieteiden ja evankelis-luterilaisen seurakunnan verkostotyössä tulee huomioida asiakkaan yksityisyydensuojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Vaitiolovelvollisuuden toteutumista verkostotyössä ei ole tutkittu. Verkostotyön tulee perustua asiakkaan suostumukseen ja lakiin. Verkostotyö edellyttää hierarkkisten organisaatioiden toimintakäytäntöjen muuttamista joustavammiksi ja vallan delemoimista roolien, ei hierarkioiden, kautta. Vaitiolovelvollisuutta määrittävää lainsäädäntöä on useissa lainkohdissa. Tutkimuksen mukaan julkisuuslainsäädäntö on viranhaltijoiden kesken heikosti tunnettu. Työntekijän epävarmuus lainsäädännöstä voi johtaa verkostotyöstä vetäytymiseen ja potilaan kokonaisuhoiton kaventumiseen.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vaitiolovelvollisuutta verkostotyössä ammattilehtien kuvaamina. Tavoitteena on lisätä tietoa vaitiolovelvollisuudesta perusterveydenhuollon ja evankelis-luterilaisen seurakunnan välisessä verkostotyössä, vaitiolovelvollisuutta säättävistä laeista ja herättää keskustelua ammattilehtien antaman kuvan vaikutuksesta toimintakäytäntöihin.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Sairaanhoidaja- ja Diakonia-lehtien 2002 ja 2007 vuosikertoja. Aineisto analysoitiin induktiivisesti kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksella tuotettiin kuvaus vaitiolovelvollisuudesta verkostotyössä ammattilehdissä. Se kuvattiin *asiakkaan kohtaamisena*, jota vaikeutti sektoroitunut palvelujärjestelmä ja epävarmuus auttamiskeinoista. Luottamus ja yksityisyys nähtiin tuloksellisen asiakassuhteen ja verkostotyön perustana. Asianosaisen suostumus *valtuutti verkostotyöhön*. Lait ja säädökset näyttäytyivät asiakkaan oikeuksina ja työntekijän velvollisuuksina. Lehdissä verkostotyöhön valtuuttavana katsottiin asianosaisuus yhteisen projektin tai asiakkuuden myötä. Asiakkaan kieltä sekä rippi tai sielunhoitokeskustelu papin kanssa velvoittavat työntekijää vaitiolovelvollisuuteen. *Työntekijöiden ja johdon vastuu verkostoitumisessa* kuvattiin juridisena vastuuna, joka oli hallinnollista, ammattitaidollista ja rikosoikeudellista vastuuta. Lisäksi se kuvattiin julkisuutena, joka nähtiin osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuutena. Vastuuseen kuului ilmoitusvelvollisuus lastensuojelussa. Johtajuus kuvattiin suhteiden rakentamisena ja tavoitteiden määrittelynä. *Ammatillisuus verkostotyössä* kuvattiin konsultoimisena, tietoisena toimintana ja asiakkaan ”asianajajana” toimimisena. Vaitiolovelvollisuuden haasteet koettiin ristiriitaisina tunteina. Epävarmuus laintuntemisessa aiheutti verkostotyöstä vetäytymistä.

Verkostotyön perusteista ja suostumuksen käytöstä verkostotyössä tulee auttajatahoille antaa lisäkoulutusta ja käydä periaatteellista keskustelua. Lainsäädännössä vaitiolovelvollisuus- ja salassapitosäädöksiä tulisi edelleen selkeyttää ja niiden yhteensovittamista tarkastella.

Avainsanat: Vaitiolovelvollisuus, salassapito, tietosuoja, yksityisyys, itsemääräämisoikeus, verkostotyö

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Nursing Science

LAINEN TIINA: Professional secrecy in networking as described by two professional journals:
Sairaanhoitaja and Diakonia

Master's Thesis, 99 pages, 9 appendices

Supervisors: Professor Eija Paavilainen and Senior Assistant Marja Kaunonen

May 2008

Professional secrecy and autonomy of the client must be considered in networking between health care and a parish of the Evangelical Lutheran Church. Implementation of professional secrecy in networking has not been studied. Networking must be based on the consent of the client, and on legislation. Networking requires changing the action models of hierarchic organisations to become more flexible and delegation of power through roles, not hierarchies. Professional secrecy is defined in many different laws. According to this study, publicity legislation is not well known among the officials. If the employee is not familiar with legislation, it may lead to withdrawing from networking and narrowing of the patient's holistic care.

The aim of the research is to discuss professional secrecy as described by professional journals. The goal is to increase information on professional secrecy and legislation dealing with it in networking between basic health care and a parish of the Evangelical Lutheran Church. The aim is also to raise discussion on the influence of the image on operating models provided in professional journals.

The material of the research consisted of the journals Sairaanhoitaja (The Nurse) and Diakonia. The issues studied were from the years 2002 and 2007. The material was analysed inductively by qualitative content analysis.

The research produced a description of professional secrecy in networking as described by the two professional journals. It was described as *meeting with the client*, which was made difficult by sectorised service system and uncertainty of means of helping. Trust and privacy were seen as a basis of the productive client relationship and networking. The consent of the person involved *authorised for networking*. Legislation was seen as rights of the client and duties of the worker. In the journals the fact that authorised for networking was the partnership in a common project or clienthood. Refusal of the client, confession or pastoral care discussion with the priest bind the worker for professional secrecy. *The responsibility of the workers and the management in networking* was described as judicial responsibility which was administrative, professional and criminal responsibility. Furthermore, it was described as publicity which was seen as a possibility for participation and influence. Responsibility included compulsory notification in child protection. Management was described as relationship building and goal defining. *Professionalism in networking* was described as consultation, conscious action and advocacy for the client. The challenges of professional secrecy were experienced as contradictory emotions. Uncertainty in familiarity of the legislation caused withdrawing from the networking.

For different helpers there must be further training and principled discussion about the basis of networking and principles of consent giving. In legislation the statutes of professional secrecy and concealment should be made clearer and their reconciliation should be considered.

Key words: professional secrecy, concealment, data security, privacy, self-determination, networking

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Vaitiolovelvollisuutta määrittävä lainsäädäntö terveydenhuollossa ja evankelis-luterilaisessa kirkossa	9
2.1.1 Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta	10
2.1.2 Henkilötietolaki ja tietosuoja	12
2.1.3 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	15
2.1.4 Kirkkolaki	17
2.1.5 Sosiaalihuollon tiedonsaantioikeus ja lastensuojelulaki	18
2.2 Verkostotyön toteuttaminen	20
2.2.1 Verkostokäsite	21
2.2.2 Luottamus ja verkostot	23
2.2.3 Verkostoteorioita	25
2.2.4. Julkiset organisaatiot verkoston luojina ja osana verkostoa	27
2.2.5 Perusterveydenhuollon ja evankelis-luterilaisen kirkon välinen verkostotyö	29
2.3 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	31
3. TUTKIMUSKYSYMYS	33
4. TUTKIMUSAINEISTO JA – MENETELMÄT	34
4.1 Tutkimuskohde	34
4.2 Aineiston keruu	35
4.3 Aineiston analyysi	36
4.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset	38
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	39
5.1 Asiakkaan kohtaaminen	41
5.1.1 Sektoroitunut palvelujärjestelmä kokonaishoidon esteenä	41

5.1.2	Luottamus tuloksellisen asiakassuhteen ja verkostotyön perustana	42
5.1.3	Yksityisyys asiakkaan itsemääräämisoikeutena	44
5.1.4	Epävarmuus auttamiskeinoista	45
5.2	Valtuutus verkostotyön tekemiseen	46
5.2.1	Lait ja säädökset asiakkaan oikeutena ja työntekijän velvollisuutena	46
5.2.2	Asiakkaan lupa tai suostumus valtuuttaa työntekijän verkostotyöhön	47
5.2.3	Rippi ja sielunhoito valtuutuksen estäjinä	49
5.2.4	Asianosaisuus antaa oikeuden osallistua päätöksen tekemiseen	50
5.2.5	Tietojen luovuttamattomuus työntekijän tai asianosaisen päätöksellä	51
5.2.6	Verkoston yhteinen asiakas tai tehtävä valtuuttajana	52
5.3	Työntekijöiden ja johdon vastuu verkostoitumisessa	54
5.3.1	Juridinen vastuu hallinnollisena, ammattitaidollisena ja rikosoikeudellisena vastuuna	55
5.3.2	Ilmoitusvelvollisuus työntekijää velvoittavana vastuuna	55
5.3.3	Julkisuus osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuutena	57
5.3.4	Johtaminen verkostojen rakentamisena ja tavoitteen määrittelemisenä	58
5.4	Ammatillisuus verkostotyössä	59
5.4.1	Ammatillinen tuki konsultoimisena ja työntekijän jaksamista lisäävänä	60
5.4.2	Ammattitaito tietoisena toimintana tai ammattitaidon vajeena laintuntemisessa	61
5.4.3	Vastuuttomuus vaitiolo- ja velvollisuuden taakse vetäytymisenä tai vastuullinen toiminta asiakkaan ”asianajajana”	63
5.4.4	Ristiriitaisia tunteita uuden edessä ja uteliaisuuden kohteena	65
6.	POHDINTA	66
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	66
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	75
6.2.1	Tutkimusaineiston luotettavuus	75
6.2.2	Tutkimusaineiston analyysin luotettavuus	76
6.2.3	Tutkimustulosten luotettavuuden arviointi	77
6.3	Jatkotutkimusaiheet	78
7.	LÄHTEET	79
	LIITTEET	91

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä seurakunnan diakoniatyön yhteisinä tavoitteina ovat kansalaisten hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen, elämänlaadun parantaminen sekä erilaisten hyvinvointipuuhteiden ehkäiseminen ja poistaminen. Verkostoituminen yli oman organisaation on yksi keino monimutkaisten ja monenlaista asiantuntemusta vaativien asiakkaiden auttamiseksi.

Suomessa on käynnissä vastakkaisia prosesseja salassapidon osa-alueella. Kansaneläkelaitos on saanut etuudensaajien pankkitilien tarkastusoikeuden ja yhteistyö Kansaneläkelaitoksen ja sosiaalitoimen kanssa on tiivistynyt. Poliisille on annettu lisäoikeuksia telepakkokeinojen käyttämiseen. Toisaalta salassapidon ja tietosuojan vaateet ovat tarkentuneet koskien henkilörekisterejä (Pöyry & Perälä 2003). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sosiaalihuollon asiakaslaki ja henkilötietolaki turvaavat ja selventävät ihmisten asemaa viranomaisyhteistyössä.

Eurostatin mukaan huoltosuhde tulee vuonna 2020 Suomessa negatiiviseksi eli alle 15- ja yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä ylittää työkäisten osuuden. Elatusuhde eli työllisten määrä suhteessa niihin, jotka eivät ole työssä, on jo pitkään ollut negatiivinen. Vuonna 2000 oli sataa veronmaksajaa kohden 113 ansiotulon ulkopuolella olevaa ihmistä. 2020 elatusuhde on jo 145. (Metsämuuronen 2000, 27.) Pohdittaessa sosiaali- ja terveysalan integraatio vai segregaatiokehitystä voidaan todeta edellä olevan esimerkkiluvun perusteella, että toimintaympäristön muutos tulee tapahtumaan nopeasti.

Keväällä 2002 julkistettiin terveydenhoidon kansallinen terveysohjelma ja loppuvuodesta 2002 käynnistettiin kansallisen sosiaaliohjelman laatiminen. Tuolloinen peruspalveluministeri Eva Biaudet totesi, että kansallisen terveys- ja sosiaaliohjelman pitää tehdä yhteistyötä keskenään, koska suurelta osin palvelun tarvitsijat ovat yhteisiä. (Helsingin Sanomat 4.10.2002, 13.) Yhteiskunnallisen kehityksen suuntana on ollut keskitetyn valtiovallan ohjauksen vähentyminen ja kunnallisen päätöksenteon korostuminen. Kuntien ja järjestöjen verkostotyö on saanut uusia merkityksiä (Mötönen & Niemelä 2005). Kunnat voivat tilata palveluita tuottajilta ja vastata näin toiminnan laadusta ja rahoituksesta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992, 4§).

Valtio ja kunnat ovat vastanneet ajan haasteisiin kuntakohtaisin projektein, yhdistämällä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, tarkentamalla palveluketjujen saumattomuutta, alueellistamalla sosiaalitoimen, yksityistämällä osan palveluista ja siirtymällä perusterveydenhuollossa väestövastuuseen (Nuutinen 2000, Konttinen 2004). Ratkaisut ovat kuntakohtaisia ja niiden vaikutukset ovat olleet terveydenhuoltoa tukevia ja haittaavia (Hyvönen 2004, 52). Lehdistössä ja poliittisissa elimissä käydään keskustelua hyvinvointipalveluiden toimivuudesta, pitkistä jonoista ja asiakkaan kokemasta kohtelusta sekä yksityisyyden suojasta. Sosiaali- terveydenhuollon ympäristön muuttuessa muuttuu myös alan työ. Tämän päivän haasteisiin kuuluu resurssien oikea ja taloudellinen kohdentaminen. Asiakkaiden tulee saada apua ajallaan.

On asiakkaita, jotka hakevat ja tarvitsevat apua, mutta eivät pyydä apua todelliseen ongelmaansa. Esimerkiksi potilas haluaa raitistua, mutta ei uskalla hakea päihteiden käyttöönsä apua, koska pelkää lastensa huostaanottoa. Hän on sosiaalihuollon, terveyskeskuksen ja seurakunnan diakonityön asiakkaana, mutta auttajilta puuttuu tieto kokonaisuudesta. Koulussa perheen lapsi on tunneilla levoton. Sukupolvistunut huonovointisuuden ketju on alkanut, vaikka auttajia ja auttamishalua on ympärillä runsaasti. Tässä problematiikassa on tämän tutkielman peruslähtökohta.

Tämä tutkielma liittyy hoitotyön johtamisen osa- alueelle ja siinä erityisesti potilaan asemaa koskevaan tutkimukseen. Tutkimuksen lähtökohtana on vaitiolovelvollisuutta säätelevä lainsäädäntö verkostotyössä ja oppiva verkostoteoria. Tutkielman ulkopuolelle on rajattu todistamisvelvollisuus, koska se johtaisi liian laajoihin oikeudellisiin kysymyksiin. Ammattilehdistö vaikuttaa ammattilaisten tietoihin alastaan (Kalliomäki 2002). Tulee tutkia, miten ammattilehdistössä vaitiolovelvollisuutta verkostotyössä kuvataan, jotta tiedostetaan sen vaikutus hoitokäytäntöihin. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vaitiolovelvollisuutta verkostotyössä ammattilehtien kuvaamina. Tavoitteena on lisätä tietoa vaitiolovelvollisuudesta perusterveydenhuollon ja evankelis-luterilaisen seurakunnan välisessä verkostotyössä, vaitiolovelvollisuutta säätävästä laeista ja herättää keskustelua ammattilehtien antaman kuvan vaikutuksesta toimintakäytäntöihin.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Itsemääräämisoikeus. Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon (Perustuslaki 14 § 3 mom.). Ihmisellä on oikeus tulla kuulluksi asiassaan, saada perusteltu päätös ja oikeus hakea asiaansa muutosta (Ilveskivi 1997, 17). Perusoikeuksilla tarkoitetaan Suomen perustuslaissa kaikille turvattuja oikeuksia. Kansalliset perusoikeudet ja kansainväliset ihmisoikeudet muodostavat oikeudellisen suojajärjestelmän. (Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2003, 35.)

Henkilökohtainen vapaus on yleisperusoikeus, joka suojaa ihmisen fyysisen vapauden ohella hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Eduskunnan oikeusasiamiehelle tehdyissä kanteluissa on usein kyse potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta. (Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus 2003, 41.) Potilaslaissa ja mielenterveyslaissa itsemääräämisoikeutta käytetään yhtenä potilaan oikeuksia ilmentävänä käsitteenä (Saarenpää 2000, 29). Asiakkaan itsemääräämisoikeus edellyttää asiakkaan ja hoitavan tahon välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä.

Lapsen tai alaikäisen itsemääräämisoikeudesta voidaan puhua, kun lapsi voi itse päättää itseensä kohdistuvista toimenpiteistä eikä toimenpide vaadi huoltajan suostumusta ollakseen pätevä. Myöntämääräämisoikeudella taas tarkoitetaan sitä, että toimenpide ollakseen pätevä tai laillinen vaatii sekä vanhemman että lapsen suostumuksen. (Ilveskivi 1997, 113.)

Yksityisyydensuoja. Yksityisyys liittyy käsitteenä itsemääräämisoikeuteen ja tietosuojakysymyksiin. Yksityisyydensuoja kuuluu perinteisiin vapausoikeuksiin. Yksityisyydensuoja on yksityiselämän suojaa laajempi kokonaisuus. (Ilveskivi 1997, 43–44.) Konstari on tiivistänyt, että yksityisyyden käsitteessä on kysymys yksilöä koskevien tietojen hankkimisen, tallentamisen, käytön ja luovuttamisen rajoittamisesta (Ilveskivi 1997, 44). Ihmisillä on oikeus elää omaa elämäänsä ilman, että viranomaiset tai muut siihen mielivaltaisesti tai aiheettomasti puuttuvat.

YK:n kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa (L 108/1976) todetaan, ettei kenenkään yksityiselämään, perheeseen, kotiin tai kirjeenvaihtoon saa puuttua mielivaltaisesti tai laittomasti, eikä hänen kunniaansa tai mainettaan saa vahingoittaa. Demokratiassa oikeus

on ensisijaisesti yksilön oikeutta ja vasta toissijaisesti valtion oikeutta tai markkinoiden oikeutta (Saarenpää 2000, 22).

Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimuksen kahdeksannen artiklan mukaan yksityis- ja perhe-elämään puuttuminen on mahdollista vain silloin, kun se on demokraattisen yhteiskunnan kannalta välttämätöntä. Suomen perustuslain 10 § suojaa henkilön yksityiselämää, kunniaa ja kotirauhaa. Yksityiselämän suojan piiriin kuuluvat tiedot henkilön terveydentilasta ja sukupuolisesta suuntauksesta. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimessa on edellytetty, että kansallisen lainsäädännön on turvattava potilastietojen salassapito ja mahdollisuus luottamukselliseen hoitosuhteeseen. (Lehtonen 2002, 14.)

Lääketieteen etiikassa kysymys yksityisyydestä ja itsemääräämisoikeudesta on saanut laajempaa huomiota toisen maailmansodan jälkeen. Salassapitokysymykset ja vaitiolovelvollisuus ovat vakiinnuttaneet asemansa aiemmin. (Aalto 1998 b, 4.)

2.1 Vaitiolovelvollisuutta määrittävä lainsäädäntö terveydenhuollossa ja evankelis-luterilaisessa kirkossa

Terveydenhuolto on osa julkishallintoa. Evankelis-luterilainen seurakunta on julkisoikeudellinen yhteisö, jonka henkilöstöä koskee pääsääntöisesti sama lainsäädäntö kuin virkamiehiä muun muassa julkisuuslainsäädäntö ja henkilötietolait (L 706/1999, 25 luku 8 §). Lakien normihierarkian perusteella yleislakia noudatetaan, jos asiasta ei ole erityislaille muuta säädetty. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta sekä kirkkolaki ovat erityislakeja suhteessa lakiin viranomaisen toiminnan julkisuudesta. Työntekijöiden on noudatettava yhteistyötilanteissa laintasoisia normeja.

Vaitiolovelvollisuus koskee virkamiehen käyttäytymistä. Vaitiolovelvollisuuden piiriin kuuluva tieto voi olla peräisin asiakirjoista, tai se on saatu esimerkiksi suullisesti. Vaitiolovelvollisuus on siten asiakirjan salassapitovelvollisuutta laajempi käsite. (He 30/1998, 67.) Laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta (L 621/1999, 4 §) viranomaisella tarkoitetaan valtion hallintoviranomaisia sekä valtion virastoja ja laitoksia, tuomioistuimia ja muita lainkäyttöelimiä, valtion liikelaitoksia, kunnan viranomaisia, Suomen pankkia, rahoitustarkastusta, Kansaneläkelaitosta, muita itsenäisiä julkisoikeudellisia laitoksia, eduskunnan virastoja ja laitoksia sekä Ahvenanmaan maakunnan viranomaisia, kun he huolehtivat valtakunnan viranomaiselle kuuluvista tehtävistä. Kunnan toimieli-

mistä valtuusto, kunnanhallitus, lauta- ja toimikunnat, tilintarkastajat ja niihin verrattavat toimielimet ovat viranomaisia. Viranomaista koskevat säädökset koskevat julkista tehtävää hoitavia yhteisöjä, laitoksia, säätiöitä ja yksityisiä henkilöitä, kun ne käyttävät julkista valtaa. (Komiteamietintö 9/1992.) Kirkkolaki (L 706/1999) 25 luku 8 § määrittelee, että kirkollishallinnossa sovelletaan, mitä viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa säädetään.

2.1.1 Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta

Valtionhallinto, kunnallishallinto ja kirkollishallinto muodostavat yhdessä julkisen sektorin. Pääsääntöisesti viranomaisten toimintaa ohjaa julkisuusperiaate. Julkisuusperiaate on johdettavissa erityisesti kahdesta perusoikeudesta: oikeudesta tietoon ja oikeudesta hyvään hallintoon. (Ahvenainen & Rätty 1999, 13.)

Julkista hallintoa ja toimintaa säätelee laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (L 621/1999). Laista viranomaisen toiminnan julkisuudesta käytetään jatkossa termiä julkisuuslaki. Viranomaisen hallussa oleva tieto on julkista perustuslain 12 § 2 momentin ja julkisuuslain 1 § 1 momentin mukaan. Hallinnon julkisuus on tiedon käytettävyyden ja arvioitavuuden edellytys. Julkisuuslain 16 § 3 momentti säätelee tietojen luovuttamista viranomaisen henkilörekisteristä.

Julkisuuslain uudistuksessa tavoiteltiin julkisuuden lisäämistä, julkisuuden ja sen poikkeusten välisen rajojen selkiyttämistä, salassapitosäännösten kokoamista yhteen lakiin sekä julkisuuslainsäädännön käsitteiden yhdenmukaistamista (Ilveskivi 1997, 65). Julkisuuslaki sisältää säännökset sekä vaitiolovelvollisuudesta että asiakirjan salassapitovelvollisuudesta (Mäkeläinen 2002, 6). Ihmisellä on oikeus saada itsestään viranomaisen asiakirjassa oleva tieto, jollei laissa toisin säädetä (12 §). Julkisuuslain mukaan ihmisellä on oikeus häntä itseään koskeviin tietoihin. Tampereen yliopistollisen sairaalan tutkimuksessa (1992) potilaat esittivät kritiikkiä ja toiveita paremmasta tiedon saannista (Nojonen 1994).

Viranomaisen asiakirja on julkisuuslain mukaan kirjallinen tai kuvallinen esitys (5 §). Viranomaisen laatima asiakirja on pääsääntöisesti julkinen, kun se on tehty, allekirjoitettu, ratkaisu annettu tai asianosaisen saatavissa (6§). Jokaisella on oikeus saada tietoja viranomaisen julkisesta asiakirjasta (9 §). Viranomaisella ei asiassa ole harkintavaltaa. Viranomaisen laatimana pidetään asiakirjaa, joka on laadittu viranomaisen antaman toimeksiannon johdosta (5 § 2 mom.). Esimerkiksi palveluntuot-

tajan ja kunnan välinen sopimus on julkinen asiakirja sen jälkeen, kun se on allekirjoitettu. Julkista asiakirjaa pyydetessä pyytäjän ei tarvitse todistaa henkilöllisyyttään eikä perustella pyyntöään. (13 §.)

Salassapito. Julkisuuslaki määrittelee salassapitovelvollisuuden yleiskäsitteeksi, joka kattaa sekä asiakirjasalaisuuden että vaitiolo- ja salassapitovelvollisuuden (Mäkeläinen 2002, 6). Julkisuusperiaatteen toteutumisen kannalta on tärkeää, että salassapitosäännökset ovat yksityiskohtaiset. Julkisuus- ja salassapitokysymykset ovat osa virkamiehen ammattitaitoa. (Konstari 2001, 6).

Kirkkolaissa (L 706/1999) on seurakunnan henkilöstöä ohjeistavat salassapitosäädökset, joissa on ammattikuntakohtaisia eroja. Diakonisoja koskee myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994). Terveydenhuollon ammattihenkilöstö ei saa ilmaista sivulliselle ilman lupaa yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon (L 559/1994, 17 §). Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (L 782/1992, 13 §) mukaan potilasasiakirjojen tiedot ovat salaisia ja niitä ei ole lupa ilman potilaan kirjallista suostumusta luovuttaa sivullisille. Lisäksi potilaan hoitoa koskevia salassapitosäännöksiä sisältyy kansanterveyslakiin (L 66/1972), erikoissairaanhoidon lakiin (L 1062/1989), lakiin yksityisestä terveydenhuollosta (L 152/1990), sterilöimislakiin (L 283/1970) ja kastroimislakiin (L 282/1970).

Viranomaisen asiakirja on salassa pidettävä, jos se on laissa säädetty salassa pidettäväksi. (L 621/1999, 22 §). Asiakirja on salainen, jos se sisältää vaitiolo- ja salassapitovelvollisuuden piiriin kuuluvia tietoja. Tällaista asiakirjaa ei saa näyttää eikä luovuttaa sivulliselle. Asiakirjan salassapitoaika on 25 vuotta, jollei toisin ole määrätty. Salassapitoaika yksityiselämän suojaamiseksi on 50 vuotta henkilön kuolemasta, tai mikäli sitä ei tiedetä 100 vuotta. (24 §.) Pyydetessä tietoja salassa pidettävästä asiakirjasta tai viranomaisen henkilörekisteristä, tiedon pyytäjän on ilmoitettava tietojen käyttötarkoitus, jos laissa ei erikseen toisin säädetä (13 § 2 mom.). Potilasasiakirjojen tiedot ovat potilaslain 13 § mukaan salassa pidettäviä asiakirjoja. Salassapito koskee potilasasiakirjojen osalta myös niitä tietoja, jotka mahdollisesti julkisuuslain mukaan olisivat julkisia tietoja.

Yleisen edun vaatiessa voidaan lailla poiketa potilasrekisterin käyttötarkoitussidonnaisuudesta. Tällöin potilasta tulee informoida uudesta käytöstä, jolloin hänellä on oltava mahdollisuus vastustaa muuta käyttöä tai vaatia tietojensa hävittämistä. Tietojen antaminen ei saa vahingoittaa asianosaisen etua. Terveydentilatietoja voidaan kuitenkin käsitellä henkilön suostumuksesta riippumatta tervey-

denhuollon hallinnon, tutkimuksen, selvitystyön ja vakuutustoiminnan tarpeita varten. (Lehtonen 2002, 13; L 782/1992, 26 §.)

Suomessa on henkilörekisteristä luotu lailla (L 556/1989) poikkeusjärjestelmä terveydentilätietojen osalta. Valtionhallinnon viranomaisilla on yleinen oikeus tiedonsaantiin kunnallisista - ja yksityisistä potilasasiakirjoista, esimerkiksi suomalaisten sairaalakäynnit rekisteröidään Stakesin ns. Hilmo -keskusrekisteriin. Vastaavia rekistereitä kootaan sosiaalipalveluiden käyttäjistä ja sosiaalipalveluihin liittyvistä terveydentilätiedoista. Stakesille kerättävissä tiedoissa henkilöt ovat tunnistettavia. (Lehtonen 2002, 14–15.) Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) 19 § toteaa, että terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen salassapitosäännösten estämättä antamaan terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tai lääninhallituksen pyytämät, sille laissa säädettyjen tehtävien hoitamiseksi tarpeelliset ilmoitukset, selitykset ja selvitykset.

Rikoslain 40 luvun 5 § toteaa jos virkamies tai julkisyhteisön työntekijä tahallaan paljastaa asiakirjan, joka viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain tai muun lain mukaan on salassa pidettävä tai jota ei lain mukaan saa ilmaista, hänet voidaan tuomita sakkoon tai enintään kahdeksi vuodeksi vankeuteen. Jos työntekijä huolimattomuuttaan tai varomattomuuttaan syyllistyy edellä mainittuun eikä teko huomioon ottaen sen haitallisuus ja vahingollisuus ole kokonaisuutena arvioiden vähäinen, hänet on tuomittava tuottamuksellisesta virkasalaisuuden rikkomisesta sakkoon tai vankeuteen enintään kuudeksi kuukaudeksi.

2.1.2 Henkilötietolaki ja tietosuoja

Henkilötietolaki (L 523/1999) osoittaa ihmisen oikeudet, jotka hänellä on, kun hän tulee rekisteröidyksi henkilötietorekisteriin. Lain tarkoituksena on toteuttaa yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. Henkilötietolaki edistää oikean tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Henkilötietolaki (L 523/1999) korvasi edeltävän henkilörekisterilain (L 471/1987).

Ihmisellä pääsääntöisesti on oikeus tietää ja päättää itseään koskevien tietojen käsittelystä. Tietojen käsittelyn tarkoitus asiakkaalle tulee kertoa. Asiakkaalla on oikeus tulla arvioiduksi virheettömien ja tarpeellisten tietojen perusteella. Ennen henkilötietorekisterin perustamista ja tietojen keräämistä

on määriteltävä henkilötietojen käsittelyn tarkoitus toiminnan kannalta. Tietosuoja on suunniteltava etukäteen. (Henkilötietolaki 523/1999.)

Henkilötietolain veloitteet kohdistuvat suurelta osin rekisterinpitäjään. Henkilörekisterinpitäjä on henkilö, yhteisö tai säätiö, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan. Henkilörekisterin pitäjä vastaa rekisterin käytöstä, perustamisesta ja lakkauttamisesta tai jonka tehtäväksi se on lailla säädetty. (2 § 1 mom.) Rekisterinpitäjä terveydenhuollossa on terveydenhuollon toimintayksikkö tai terveydenhuollon ammattihenkilö (Uotinen 1998, 2). Seurakunnassa rekisterinpitäjä on seurakunta tai seurakuntayhtymä, ei yksittäinen työntekijä (Kirkkohallituksen yleiskirje 1/2002). Henkilötietolakiin tuli 1.6.1999 voimaan velvoite, että rekisterinpitäjällä on aktiivinen velvollisuus informoida asiakasta tietojen käsittelystä. Avoimuus rekisterien pidossa luo pohjaa luottamukselliselle hoitosuhteelle. Rekisteritietojen tarkastusoikeus on osa hoitotyön laadunvarmennusta. (Ylipartanen 2000, 291–293, 296–297.)

Laki määrittelee henkilötiedoksi luonnollisia henkilöitä tai hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteita kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa koskevan häntä, hänen perhettään tai hänen kanssa yhteisessä taloudessa eläviä (3 §). Mikäli rekisteröidyllä on asiakkuuden tai jäsenyyden perusteella asiayhteys rekisterinpitäjään, saa asiakkaasta rekisteröidä tiedot, jotka ovat tarpeellisia kulloinkin määriteltyä toimintaa varten (Henkilötietolaki 532/99, Kirkkohallituksen yleiskirje Nro1/2002). Kleemola toteaa:” Kyse on siitä, että tietojen käsittely suunnitellaan ja hallinnoidaan niin, että se palvelee yksityisyyttä ja yksityisyyden suojaa sekä rekisterinpitäjän toiminnan tarvetta.” (Vainio 2001, 21).

Arkaluonteisten asioiden käsittelemiseen tulee olla laissa annettu oikeus tai asiakkaan antama suostumus. Arkaluonteisia henkilötietoja ovat tiedot, jotka kuvaavat tai ovat tarkoitettu kuvaamaan rikollista tekoa, rangaistusta tai muuta rikoksen seuraamusta. Lisäksi arkaluonteisia tietoja ovat: henkilön terveydentila, sairaus, vammaisuus, häneen kohdistettu hoitotoimenpide tai niihin verrattava toimenpide. (Henkilötietolaki 523/1999, 11 §.) Potilasasiakirjoihin kirjattavien tietojen tulee olla hoidon kannalta tarpeellisia ja arkaluonteisten tietojen välttämättömiä. Omien havaintojen kirjaamisessa tulee noudattaa erityistä huolellisuutta. (Ilveskivi 1997, 54–55.) Eduskunnan oikeusasiamies puuttui useissa ratkaisuisaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden asianmukaisten ja huolellisten potilasasiakirjamerkintöjen tekemisen tärkeyteen ja säännösten noudattamiseen (Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus 2003.)

Viranomaisen henkilökisteristä saa antaa henkilötietoja sisältävän kopion tai tulosteen tai tietoja sähköisessä muodossa, jollei laissa ole muuta erikseen säädetty ja jos tietojen saajalla on henkilötietojen suojaa koskevien säännösten mukaan oikeus tallentaa ja käyttää sellaisia henkilötietoja. (16.3 §.) Pääperiaatteeksi muodostuukin, että henkilötietoja voidaan käyttää siihen tarkoitukseen, joka on määritelty ennen tietojen keräämistä.

Ihmisestä voi olla useissa osarekistereissä erilaista tietoa. Eri käyttötarkoituksiin laadittujen rekistereiden yhdistäminen, ja näin laajemman henkilökuvan muodostaminen, on laitonta ilman ihmisen omaa suostumusta. Asiakasta koskevien tietojen hankkiminen muualta voi tapahtua vain asiakkaan yksilöidyn suostumuksen pohjalta. (Kirkkohallituksen yleiskirje 1/2002.)

Tietosuoja. Tietosuojassa ei ensisijaisena kohteena ole tietojen suojaaminen tai salaaminen, vaan ihmisen inhimillisen elämän ja yksityisyyden suojeleminen laittomalta rekisterinpitämiseltä (Uotinen 1998, 2; Aarnio 1998, 1). Tietosuojan keskeiset elementit ovat tiedon käyttötarkoitus, luottamuksellisuus ja eheys. Se on osa luottamuksellista asiakassuhdetta ja henkilöstön oikeusturvaa. (Aalto 1998, 10–11; Julkisuuslaki 621/1999, 18 §.) Ruotsissa tietosuojalainsäädäntö astui voimaan 1973 ja Suomessa 1981. Euroopan unionin tietosuojadirektiivi täsmensi määräyksiä, jotka suurelta osin Suomen tietosuojalainsäädäntö jo täytti. (Vainio 2001, 20.) Tietosuojan yleislaki on henkilötietolaki (L 523/99).

Viranomaisilta edellytetään, että he ovat tietoisia, mitä tietoja heillä eri rekistereissä on. Yleinen tietosuojaperiaate on, että rekisteröidyllä on oikeus viedä hänen ja rekisterinpitäjän välille syntynyt ristiriita erityisviranomaisen ratkaistavaksi. Potilaat ovat pelänneet, että heidän asemansa hoidossa huononee, mikäli he tekevät potilasvalituksen tai muistutuksen (Bärlund-Toivonen 2000, 176).

Tietosuojavaltuutetun tutkimuslupa-anomuksissa on ollut ongelmana rekisterinpidon vastuisiin liittyvät kysymykset. Eri organisaatioiden yhdessä toteuttamissa tutkimuksissa rekisterinpitoon, henkilötietojen käsittelyyn, salassapitoon, suojaamiseen ja säilyttämiseen sekä hävittämiseen liittyvät vastuut on jätetty toisinaan huomioimatta. (Kleemola 1998, 3.) Vastaavat kysymykset tulee ratkaista myös organisaatioiden välisessä verkosto- ja yhteistyössä. Monen organisaation yhteisissä palveluketjuissa tulee sopia, kenellä on rekisterinpitäjän vastuu.

Sähköpostilla tiedon siirto on nopeaa. Sähköpostia käytetään muun muassa konsultaatiossa, tutkimustulosten ja kuvien välittämisessä sekä paikallisten yhteistyöorganisaatioiden keskinäisessä suunnittelussa. Sähköpostin on todettu palvelevan enemmän kunnan työntekijöiden yhteydenpitoa toisiinsa ja yhteistyökumppaneihin kuin kuntalaisiin päin. (Valanta 1999, 188.) Sähköpostin käyttöä ei pidetä suositeltavana silloin, kun viesti sisältää potilas - ja hoitotietoja. Luotettavan tiedonsiirron edellytyksenä tulee ratkaista käyttäjien tunnistaminen, postin suojaus matkalla sekä lähettävän ja vastaanottavan organisaation asiakirjojen ja viestien hallinnointi. (Ruotsalainen, Hartikainen & Kleemola 2001, 7-10.)

2.1.3 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) tuli voimaan maaliskuussa 1993. Käytän laista nimitystä potilaslaki. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä voidaan pitää vaikeahkona ja sen vakiintunut soveltamiskäytäntö on vielä muodostumatta (Ilveskivi 1997, Saarenpää 2000, 35).

Potilaslaissa säädetään potilaan oikeudesta hyvään hoitoon, tiedonsaannista ja itsemääräämisoikeudesta sekä alaikäisen potilaan asemasta. Laki sisältää määräykset potilasasiamestoinnista, muistutusmenettelystä ja potilasasiakirjoista. Henkilöstön kannalta potilaan oikeudet ovat sille eriasteisia velvollisuuksia. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista on säädetty (L 559/1994, 15 § 2 mom.).

Potilasasiakirjojen tiedot ovat pääsääntöisesti salassa pidettäviä. Potilaslaissa esiintyy käsite sivullinen. Sivullisella ymmärretään tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Sivulliselle ei saa antaa potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja ilman potilaan kirjallista suostumusta. (Potilaslaki 13 § 1 mom., Ilveskivi 1997, 49–50.) Potilaan omaiset ovat sivullisen asemassa ja heille annettavat tiedot ovat riippuvaisia potilaan suostumuksesta. Mäkeläinen tulkitsee sairaalasielunhoitajien kuuluvan potilaan hoitoon osallistumattomiksi sivullisiksi (Mäkeläinen 2002, 23). Potilasasiakirjoja voidaan antaa tuomioistuimelle, muulle viranomaiselle tai yhteisölle, jolla on lain nojalla oikeus tietoon. Tajuttoman potilaan tietoja voidaan antaa potilaan lähiomaiselle, ellei ole epäilystä, että potilas toimisi toisin. Lähiomaisia ovat lähinnä aviopuoliso, lapset, vanhemmat ja sisarukset. (13 §.)

Potilasta leimaavia merkintöjä ei saa kirjata (Sundman 2000, 199). Eräissä psykiatrisen hoitotyön yksiköissä on ollut käytäntönä, että potilaalle ei näytetä potilasasiakirjoja ennen sairaalasta uloskirjoitusta (Bärlund-Toivonen 2000, 173). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lain lähtökohtana on, että asiakkaan on mahdollista olla asiassaan subjekti. (Jouttimäki 2000,342, 348.)

Potilaslaissa määritellään lapsi itsenäiseksi potilaaksi, jolla on oikeus ikänsä ja kehitystasonsa mukaisesti päättää hoidostaan ja siitä, mitä hänen vanhemmilleen tai lailliselle huoltajalleen kerrotaan (L 789/1992, 7§, 9§). Hoitohenkilökunnan tulee kyetä arvioimaan lapsen kypsyyssaste ja edun toteutuminen. Tällöin vanhemmat asetetaan lapseensa nähden sivulliseen asemaan. Alaikäinen voi antaa kirjallisen suostumuksen potilastietojen luovuttamisesta vanhemmilleen (13 § 2 mom.). Päihtyneen alaikäisen itsemääräämisoikeus voidaan kyseenalaistaa. Kun itsemääräämisoikeus puuttuu, hänellä ei ole oikeutta kieltää terveydenhuollon henkilökuntaa ottamasta yhteyttä vanhempiin. (Ilveskivi 1997, 144.) Samankaltaisessa tapauksessa tulkintaeroja voi ilmetä eri hoitoyksiköissä. Hoitohenkilöstö joutuu kantamaan vastuuta, joka useimmiten kuuluu vanhemmille. Lastensuojelulaki (L 417/2007) määrittelee lapseksi kaikki alle 18-vuotiaat ja nuoriksi 18- 21-vuotiaat. Lastensuojelulaki määrittelee, että vanhemmilla on ensisijainen vastuu lapsestaan. Heillä on oikeus kasvattaa lastaan omien näkemystensä ja arvojensa mukaan. Lastensuojelulain ja potilaslain tavoitteet ovat tässä ristiriitaisia.

Suostumus. Suostumuksella ymmärretään potilaan antamaa lupaa tutkimukseen, hoitoon tai tietojensa käsittelyyn (L 789/1992, 6 §). Henkilöllä tulee olla riittävät edellytykset antaa suostumus tai kieltää se. Suostumuksen voi antaa potilaan laillinen edustaja tai lähiomainen, mikäli potilas itse ei siihen kykene. Tällöin suostumuksen antaja ei voi kieltää potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumista. (Pahlman 2000, 360–361.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta on valta päättää itseään koskevien tietojen luovuttamisesta eteenpäin. Suostumuksen hankkii se toimintayksikkö, johon asiakas on hoito- tai asiakassuhteessa. (Ilveskivi 1997, 57–58, 60.) Kirjallinen suostumus on potilaan ja henkilökunnan kannalta yksiselitteisempi. Pätevä suostumus edellyttää, että potilaalla on oikea käsitys eri vaihtoehtojen riskeistä ja odotettavissa olevista hyödyistä (Mikkola 2000, 267). Suostumuksesta tulee ilmetä yksilöityinä mitkä, miksi ja kenelle tietoja voidaan luovuttaa. Toiseen toimintayksikköön siirrettävän potilaan tietojen siirtämiseen riittää suullinen lupa, josta tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. Tietoja luovut-

tavan yksikön on varmistettava, että vastaanottavan yksikön tietosuoja on lain määrittelemällä tasolla. (Kleemola & Tervo – Pellikka 1995, 8-9.)

Potilaslakia sovelletaan erityislakia täydentävänä lakina, kun potilaan hoidosta päätetään mielenterveyslain (L1116/1990), päihdehuoltolain (L 41/1986) tai tartuntatautilain (L 583/1986) perusteella. Potilaan kunto ja kyky päättää ja vaikuttaa asioihinsa voi vaihdella hoitoprosessin aikana. Tällöin muuttuneissa olosuhteissa tarkistetaan potilaan oikeus vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon.

2.1.4 Kirkkolaki

Kirkkoa julkisoikeudellisena yhteisönä koskee julkisuuden periaate. Tämä peruseriaate on pidettävä erillään siitä, että seurakunnan työntekijöiden toimenkuvaan kuuluu tehtäviä, joissa he saavat luottamuksellista tietoa ihmisistä ja heidän elämäntilanteestaan. Kirkkohallituksen yleiskirje 1/2002 muistuttaa, että niissä asioissa, missä viranomaisille on annettu oikeus saada tietoja salassa pidettävistä asioista, koskee myös kirkon työntekijöiden vaitiolovelvollisuuden alaisia tietoja.

Kirkkolain (L 1054/1993) 5 luvun 2 §:ssä, 6 luvun 3 §, 12 § ja 24 luvussa on kirkon työntekijöitä koskevia erillismääräyksiä erityisesti salassapidosta ja vaitiolovelvollisuudesta. Kirkkolain lisäksi julkisuuslaki ja eri hallinnon aloja koskeva lainsäädäntö määrittävät vaitiolovelvollisuutta, salassapitovelvollisuutta ja tiedoksiantovelvollisuutta kirkon työntekijöille (6: 3 §). Yksityiseen henkilöön kohdistuvassa sielunhoidossa, ripissä ja diakoniatyössä tietoon tulleet asiat ovat vaitiolovelvollisuuden piirissä ja salassa pidettäviä (25: 8 §). Kirkon viroissa diakonissoilla on sairaanhoitajan pohjakoulutus, joten heitä koskee myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) hoitotyön osalta.

Kirkkolainsäädäntö ja hallituksen esitys (HE 23/1993) kirkkolaiksi määrittelevät ripin tilanteeksi, jossa ripittäytyvä haluaa erikseen tunnustaa syntinsä ja saada synninpäästön. Sielunhoito ymmärretään kanssakäymiseksi papin kanssa, joka on pääteltävissä luottamukselliseksi tai on erikseen luottamukselliseksi todettu. (Voipio, Träskman, Halttunen & Ventä 1997, 38.) Rippisalaisuus oli 1200-luvulla kanonisessa oikeudessa vaitiolovelvollisuuden suojaama. Rippisalaisuus perustuu katoliseen teologiseen näkemykseen, että rippiä vastaanottanut pappi on toiminut rippitilanteessa Jumalan edustajana. Kyseessä on myös uskonnon harjoittaminen. Rippisalaisuus on oikeushistoriallisesti

vanhin ja ehdottomin vaitiolo-velvollisuuden muoto. Papin ehdoton vaitiolo-velvollisuus korostaa teologisesti anteeksiannon lopullisuutta ja Jumalan armon merkitystä. Vaitiolo koskee asioita, joita pappi on saanut tietoonsa asemansa perusteella pappina. Esimerkiksi tapahtuman silminnäkijänä pappi on todistamisvelvollinen kuten muutkin henkilöt tai pappi voi kuulla asioista naapurina, ystävä, tuttavana (Mäkeläinen 2002, 5-6, 31–33). Tässä työssä papilla tarkoitetaan henkilöä, jolla on pappisoikeudet Suomen evankelisluterilaisessa kirkossa.

Kirkkolain 5:2§ ja 6:12§ soveltamisen ensisijaisuudesta johtuen papin ja lehtorin rippisalaisuus ja sielunhoitokeskustelut jäävät tiedoksisaantioikeuden ulkopuolelle. Yksityisessä ripissä tai muuten sielunhoidossa papille uskottua asiaa ei saa ilmaista eikä myöskään sitä henkilöä, joka papille on uskoutunut. Jos pappia kuulustellaan todistajana, hän ei saa ilmaista sitä, mitä yksityisessä ripissä tai sielunhoidossa on hänelle kerrottu. Jos joku yksityisessä ripissä tai sielunhoidossa ilmaisee rikoksen olevan hankkeissa, papin on kehotettava häntä ilmoittamaan asiasta viranomaisille tai sille, jota vaara uhkaa. Jollei hän suostu siihen, papin on kerrottava hyvissä ajoin ja varovasti asiasta viranomaisille, kuitenkin niin, ettei asianomainen suoraan tai välillisesti tule siitä ilmi. (L 1054/1993, Mäkeläinen 2002, 9.) Kirkon muita työntekijöitä koskee vaitiolo-velvollisuus, jonka laintasoinen säädös tai asiakkaan antama suostumus voi muuttaa (Emt. 2002, 8).

2.1.5 Sosiaalihuollon tiedonsaantioikeus ja lastensuojelulaki

Sosiaalihuollon tiedonsaantioikeus. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) sisältää keskeiset periaatteet asiakkaan osallistumisesta, kohtelusta, salassapidosta ja oikeusturvasta sosiaalihuollossa. Asiakkaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeutta käsitellään 15 § ja 20 §. Sosiaalihuollon tulee toimia ensisijaisesti asiakkaan etua ajatellen. Salassapitosäännöksiä on myös sosiaalihuoltolaissa (L 710/1982). Toisilta viranomaisilta tietoja voivat pyytää holhousviranomainen, sosiaaliviranomainen, poliisi, ulosottomies ja tietosuojavaltuutettu, jolloin tiedon antajalle syntyy tiedonantovelvollisuus (Mäkeläinen 2002, 40).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000, 20 §) toteaa, että terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovat velvollisia antamaan sosiaalihuollon viranomaisille pyynnöstä sekä maksutta että salassapitosäännösten estämättä, hallussaan olevat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen oleellisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset. Tietojen ja selvitysten tulee olla sosiaalihuollon viranomaiselle laissa sää-

detyn tehtävän vuoksi välttämättömiä asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkastamiseksi. Tässä sosiaalitoimi eroaa terveys- ja opetustoimesta, joilla ei ole oikeutta salassa pidettäviin toisen viranomaisen hallussa oleviin tietoihin (Mäkeläinen 2002, 18). Sosiaalihuollon viranomaisen arvioitavaksi jätetään välttämättömyyden aste, mikä antaa mahdollisuuden paikkakunta-kohtaisiin ja viranhaltijakohtaisiin tulkintoihin. Tilanne voi olla ongelmallinen yksityisyydensuojan tai luottamuksellisen hoitosuhteen kannalta esimerkiksi päihteiden käyttäjien osalta.

Oikeustieteen ja lääketieteen tohtori Lehtonen kuitenkin toteaa, että eduskunnan perustuslakivaliokunta on lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tulkitessaan ollut Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen linjoilla. Henkilön, jota pyyntö koskee, on mahdollista saattaa välttämättömyyden arviointi riippumattoman tuomioistuimen tutkittavaksi. (Lehtonen 2002, 14.) Usein kyseessä on asiakkaan etuuden saanti eikä hänellä ole mahdollisuutta jäädä odottamaan sosiaalilautakunnan ratkaisua oikaisuvaateeseen, oikeusaputoimiston aikaa tai tuomioistuimen ratkaisua vielä pidempään. Perustuslain tasoista yksityisyydensuojaa ei tule rikkoa kunnan toimintayksikön yleisen tiedontarpeen takia.

Lastensuojelulaki. Lastensuojelulaki (L 417/2007) tuli voimaan 1.1.2008. Laissa todetaan: jos terveydenhuollon ja seurakunnan (laki luettelee huomattavan määrän muitakin ilmoitusvelvollisia) palveluksessa tai luottamustoimessa oleva henkilö on virkaa tai tointa hoitaessaan saanut tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelutarpeen selvittämistä, ovat he velvollisia viipymättä ilmoittamaan lapsesta kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle. Ilmoitusvelvollisuutta eivät estä salassapitosäännökset (25 §). Lastensuojelulakia on vakiintuneesti tulkittu niin, että lainkohdassa mainitut tahot ovat velvollisia tekemään lastensuojeluilmoituksen salassapitosäännösten estämättä (Ahvenainen & Rätty 1999, 199).

Pappi tai lehtori on lastensuojeluasioissa ilmoitusvelvollinen, kun kyse ei ole ripissä tai sielunhoidossa esiin tulleesta asiasta. Sielunhoitokeskustelun ja muun keskustelun välinen ero on vaikea määritellä. (Mäkeläinen 2002, 16.) Lastensuojelulain 25 § toteaa ripin ja sielunhoidon erillisyyden ilmoitusvelvollisuudessa.

Lastensuojelun on edistettävä lapsen suotuisaa kehitystä ja hyvinvointia (4 §). Lapsen huomioon ottaminen vaatii kykyä kuunnella lasta ja tulkita lapsen viestit. Puustinen-Korhonen toteaa suurimpien puutteiden olevan kyvyssä työskennellä lasten kanssa. (Puustinen - Korhonen, 1994, 15.) Lapsi voi perheessään olla aikuissuhteiden ristiriitojen välikappaleena muun muassa vanhempien välisessä huoltajuuskiistassa, mustasukkaisuudessa tai taistelussa vallasta.

Lapsi on sosiaalihuollossa asiakas ja huoltajan asiakkuus on häneen nähden rinnakkainen (L 710/1982, 40 § 3 mom.). Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) alaikäisen on oikeus kieltää tietojensa antaminen lailliselle edustajalleen. Tällöin viranhaltijan tulee kyetä arvioimaan, onko kieltä alaikäisen oman edun vastainen ja suhteuttaa se asian laatuun, lapsen kehitystasoon ja ikään. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen mukaan (vp 18/2000) kieltäminen on vastoin lapsen etua, jos tietojen luovuttamattomuus estää huoltajilta lapsen kasvattamisen ja hoitamisen. Ensisijainen vastuu lapsesta on vanhemmilla ja huoltajilla. Sosiaalityöntekijän ammattitaito korostuu niissä tilanteissa, joissa hän arvioi lapsen edun olevan ristiriidassa vanhempien tai huoltajien tahdon kanssa. Lapsen mielipide tulee kuulla hänen ikänsä ja kehitystasonsa huomioonottaen.(Jouttimäki 2000, 340–341.)

Lapsella on oikeus lapsuuteen, tähän oikeuteen liittyy oikeus huolenpitoon ja oikeus vanhempiin, jotka vastaavat lapsen kasvatuksesta. Lastensuojelulaki velvoittaa vanhempia kasvatusvastuuseen, jotta oikeus olla lapsi toteutuisi. Lastensuojelulaki (12 §) velvoittaa kunnan laatimaan lastensuojelun suunnitelman lastensuojeluasiakkaasta. Lastensuojelusuunnitelma tulee sisältää tiedot yhteistyön järjestämisestä eri viranomaisten sekä lapsille ja nuorille palveluja tuottavien yhteisöjen ja laitosten välillä.

2.2 Verkostotyön toteuttaminen

Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoittamassa sosiaali- ja terveysalan työn tulevaisuuden osaamistarpeet- hankkeessa on kartoitettu, millaisena asiantuntijat näkevät tulevaisuuden ja millaisia osaamistarpeita siihen liittyy. Aidoiksi tulevaisuuden osaamisiksi osoittautuivat teknologinen osaaminen, kansainvälisyysosaaminen ja yrittäjyysosaaminen. Perusosaamista olivat ihmisen kohtaamisen osaaminen, arvo-osaaminen, eettinen osaaminen ja oman persoonan käytön osaaminen. Tutkimus toi esille näkemyksen, että asiakaskunnan moniongelmaistumisen johdosta on vaikea toimia yksin. (Metsämuuronen 2000.)

Ennakoimattomassa toimintaympäristössä tarvitaan kykyä uuden toimintatavan luomiseen, jotta mahdollistetaan uuden tiedon leviäminen ja asiantuntemuksen yhdistyminen. Verkostoituessa organisaatorajat hämärtyvät. Palveluita ja tuotteita tehdään monien organisaatioiden yhteistoimintana. Verkstomainen toiminta vaikuttaa myös oman organisaation järjestäytymiseen, valtarakenteisiin ja toimintakulttuuriin. (Ståle & Laento 2000, 13–24.) Terveysthuolto järjestelmänä on Suomessa pitkälle verkostoitunut (Jämsen & Pekurinen 2003).

2.2.1 Verkostokäsite

Verkostoitumista voidaan tarkastella toimijoiden näkökulmasta tai verkostosuhteiden sisällöstä käsin. Tässä tutkielmassa verkosto on välineellinen. Tavoitteena on tutkia vaihteluvallisuuden kuvauksia verkostotyössä ammattilehdistössä. Verkostoteorioilla ja verkostokäsitteellä pyritään tutkitavan ilmiön kannalta olennaisten tekijöiden kuvaamiseen ja määrittelyyn.

Verkostoa voidaan käsitteenä tarkastella kielellisenä kuvana kompleksisista järjestelmistä, koordinaatiomekanismina markkinoiden ja hierarkioiden välillä sekä sosiaalisina vuorovaikutussuhteina. Verkostoituminen voidaan ymmärtää toimintamuotona, jossa julkinen palvelujärjestelmä on sidoksissa yhteisöihin, yrityksiin ja kolmannen sektorin toimijoihin sekä muodollisten että epämuodollisten toimintamuotojen kautta. Näitä sidoksia kuvataan verkostoitumiseksi. (Saarelainen 1993, 95). Verkostoistumisella tarkoitetaan monenlaisia yritysten ja yhteisöjen yhteistyömalleja, joihin voivat samanaikaisesti osallistua useat eri tahot. Yhteistyötahot voivat olla muita yrityksiä, organisaatioita tai muita toimijoita. Yhteistyön intensiteetti voi vaihdella. (Pirnes 2002, 3-8.)

Möttönen on määritellyt verkoston monien toimijoiden toimintaympäristöksi, jossa ei perinteisessä mielessä ole johtoa eikä keskusta (Möttönen 2002,119). Verkostot muodostuvat moninaisista ja monitasoisista kumppanuuksista. Verkostoja voidaan muodostaa sekä kilpailijoiden, että täydentävien kumppaneiden kanssa. Verkostoissa katsotaan olevan ekspansiivista, laajenemaan pyrkivää voimaa. Verkstomaiseen toimintaan liittyy itseorganisoituminen. (Ståle & Laento 2000, 119–120.)

Verkostot voidaan ymmärtää myös matemaattisina järjestelminä, jolloin kiinnostuksen kohteena ovat itse verkoston rakenne ja toiminta, sen staattisuus, kasvaminen, satunnaisuus, mittakaava, rakenne ja evoluutio. Kehittyvien verkostojen teoriassa verkostoja pidetään ajassa jatkuvasti muuttu-

vina dynaamisina järjestelminä. Tällöin tutkimuskohteena on esimerkiksi World Wide Webin rakenne ja toiminta, josta voidaan löytää yhtäläisyyksiä eliön tai ekosysteemin rakenteisiin. Toiminnan ydin on linkkejä pitkin tapahtuvassa dynamiikassa. (Barabasi 2002.)

Morganin mukaan verkosto liittyy organisaation ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen. Verkosto on koordinaation muoto hierarkioiden välillä, jossa suhteet ovat pääasiassa epämuodollisia, hajautettuja ja horisontaalisia. Verkostossa on suhteellisen itsenäisiä sosiaalisia elementtejä. (Morgan, 1990, 181.) Knoken ja Kuklinskin mukaan verkostot ovat relaatioita, jotka yhdistävät ennalta määritellyn joukon henkilöitä tai organisaatioita, kohteita tai tapahtumia, joita kutsutaan verkon toimijoiksi. Näiden toimijoiden väliset siteet ja linkit tuovat esille verkoston rakenteen. Kukin toimija rakenteen kautta vaikuttaa itseensä, toisiinsa ja koko systeemiin. Verkosto eroaa perinteisestä organisaatiosta suhteiden muodollisuuden ja koordinaation mukaan. Tässä määritelmässä verkostolla ei välttämättä ole valtakeskusta, vaan koordinaatio tapahtuu horisontaalisesti neuvotellen. Koordinaatio ei ole hierarkkisesti määräävä. (Knoke & Kuklinsk 1982, 12–13.)

Engström on määritellyt verkoston sen mukaan, mikä on verkostolle luonteenomaista. Engströmin mukaan verkostoa luonnehtii yhteistyö, riippumattomuus, luottamus ja molemminpuolisuus ja sen toiminta pyrkii molemminpuolisen yhteisymmärryksen saavuttamiseen. (Engström 1993.)

Nokso – Koivisto tuo esille Paschen määritelmän, että verkostot ovat henkilöiden sosiaalisten suhteiden ja ystävyuden seurausta ja muutokset verkostoissa ovat seurausta sosiaalisten suhteiden muuttumiselle (Nokso - Koivisto 2002, 6). Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan joko lähimpiä ihmissuhteita tai kaikkia niitä ihmisiä, joiden kanssa ihminen on tekemisissä. Edellä mainitusta voidaan käyttää Somerkiven tapaan nimitystä ydinverkosto (Somerkivi 2000, 18). Sosiaalinen verkosto luodaan aina uudestaan kussakin sosiaalisessa tilanteessa. Kyse on ihmiselle tärkeiden ihmisten suhdejärjestelmästä. (Seikkula 1994, 16.)

Malinen (2001) toteaa, että käsitteitä yritys yhteistyö, verkostoituminen, klusteri ja strateginen allianssi käytetään kirjallisuudessa sekaisin. Verkostoituminen ja yhteistyö ovat eri asioita. Yhteistyö ei vielä itsessään ole verkostoitumista, mutta verkostoituminen sisältää yhteistyön elementin. (Nokso - Koivisto 2002, 17.) Hyvinvointipalveluissa verkostokäsitettä käytetään vakiintumattomasti. Esimerkiksi Sairaanhoidaja-lehdessä ja Diakonia-lehdessä vuosina 2002 ja 2007 käytettiin moniammatillinen työ, yhteistyö ja verkostotyö käsitteitä, kun kuvattiin monen ihmisen yhdessä tekemää työtä joko organisaation sisällä tai organisaatorajat ylittäen.

2.2.2 Luottamus ja verkostot

Sosiaalinen pääoma käsite on ollut esillä talous- ja yhteiskuntatieteellisessä keskustelussa 1800-luvulta lähtien. 1970–1980-luvuilla sosiologit James Coleman ja Pierre Bourdieu puhuivat sosiaalisesta pääomasta. 1990 Robert Putnamin mukaan kansalaisyhteiskunnan aktiivisuus ja kiinnostus yhteisiin asioihin selittää suurelta osin alueellisten instituutioiden toimintakyvykkyyden eroja. (Ruuskanen 2002, 6.) Putnamin mukaan sosiaalisen pääoman käsitteeseen kuuluu kansalaisten yhteiskunnallinen osallistuminen, ihmisten välinen luottamus, lainkuuliaisuus ja hallinnon toimintakykyisyys (Putnam 1993). Sosiaalinen pääoma on ihmisten välistä verkostoitumista ja toimimista lakien ja yhteisten päätösten mukaan. Se on luottamusta. (Taipale, 2000, 48.)

Ilmonen toteaa, että luottamuksen käsite on sekä yksilön että yhteisön käsite. Luottamuksen lähikäsite on luottavaisuus, joiden välisestä suhteesta alla olevassa taulukossa. Luottamus liittyy ihmisiin ja luottavaisuus liitetään tavaroihin ja organisaatioihin. Yhteiskunnassa asiat sujuvat, koska luotamme ihmisiin ja heidän kykyynsä hoitaa institutionaaliseen asemaansa kuuluvia tehtäviä. (Ilmonen 2002, 136–142.) Luottamuksellisuus on osa potilasturvallisuutta, joka on sekä fyysistä turvallisuutta että psyykkistä turvallisuutta. Psyykkisen turvallisuuden osana on tietosuojaperiaatteisiin lukeutuva luottamuksellisuus. (Ilveskivi 1997, 43–44.)

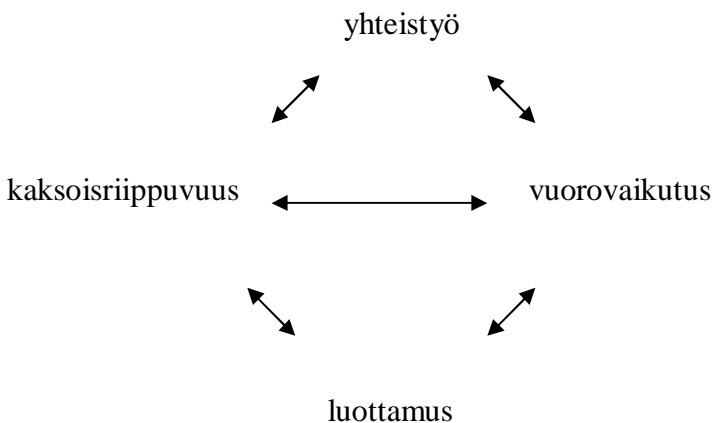
TAULUKKO 1. Luottamuksen päätyypit (Ilmonen 2002, 142).

Suhde	Välitön	Välillinen
Henkilökohtainen	annettu (primääri) luottamus	luottamusketjut
Epäpersoonallinen	humanistinen luottamus	luottavaisuus

Ilmonen toteaa, että luottamuksen ja luottavaisuuden erot eivät ole selvät. Instituutiotkin ovat sitä ylläpitävien ihmisten kädessä. Yhteiskunnan turvalliset rakenteet tukevat luottamuksen syntyä erityisesti oltaessa tekemisissä tuntemattomien kanssa. Luottamus viittaa tilanteisiin, joissa ollaan henkilökohtaisesti ja välittömästi läsnä ja luottavaisuus kuvaa tilannetta, joissa toimijoiden suhde on

välillistä. Annetulla (primääri) luottamuksella ymmärretään luottamusta ennen kuin ihmistä on edes tavattu. Annettu ja ansaittu luottamus ovat saman ilmiön eri puolia. Ihminen on esimerkiksi jonkun ammattikunnan edustajana tai tunnetun suvun jäsen. Henkilöön voidaan luottaa myös siksi, että hän on esimerkiksi suomalainen tai saman klubin jäsen. Tällöin puhutaan luottamusketjuista, jolloin luottamus on luonteeltaan kevyttä. Luottamuksella ja luottavaisuudella on sama tavoite; tulevaisuuden ennustaminen. (Ilmonen 20002, 39–42.)

Kumppanusten välinen suhde, kytkös tai liitos on peruselementti, jonka varassa kumppanuus epäonnistuu tai onnistuu. Suhteet luovat kytkösten verkoston, joka säätelee koko systeemin toimintaa. Toimijoiden välisen luottamuksen rakentumisessa vaikuttaa saatu informaatio kumppanin osaamisesta, arvoperustasta ja aikeista yhteistyösuhteessa. Kumppaneiden tulee tiedostaa ja tunnustaa keskinäinen riippuvuus. Luottamuksen rakentumiseen vaikuttaa avoimuus, vuorovaikutustaidot ja selkeät roolit. (Ståle & Laento 2000, 52–69, 74–75.)



KUVIO 1. Kumppanuuden rakentuminen (Ståle & Laento 2000, 69).

Kaksoisriippuvuus määrittää vuorovaikutuksen laadun ja suunnan ja on siten perusehto luottamuksen rakentumiselle ja siten myös yhteistyön onnistumiselle. Kaikki neljä vaikuttavat toisiinsa kumppanuuden rakentuessa. (Kuvio 1.)

Hyvinvointisektorilla asiakkaan tulee voida luottaa hänelle tehtyihin myönteisiin päätöksiin. Puhutaan asiakkaalle myönteisten hallintopäätösten pysyvyydestä, ns. edunsoovista hallintopäätöksistä. Edellinen luo perustaa luottamuksen syntymiselle. Varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon alueella,

jossa työskennellään ihmisten elämisen edellytysten kanssa, luottamuksellisuudella on keskeinen rooli. (Tuori 1995, 70, 285.) Keskimäärin kuntalaiset luottavat julkisiin palveluihin. Sosiaalihuollon, kulttuuripalvelun ja vanhustenhuollon osalta on havaittavissa epäluottamusta. Heikko-osaisten ja työttömien kohdalla luottamus julkisiin palveluihin on muuta väestöä vähäisempää. Tutkimus tuo esille, että heillä, joilla on enemmän yleistynyttä luottamusta, myös luottamus yhteiskunnallisiin instituutioihin on suurempaa. Hyvinvointipalvelujen laiminlyönti on heikentänyt luottamusta julkisiin palveluihin. (Ilmonen 2002, 143- 157.)

Luottamuksellisuudella on terveydenhuollossa pitkät historialliset perinteet aina Hippokrateesta nykyaikaan asti. Luottamuksellisuuden periaate on kirjattu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Luottamuksen tehtävä on ensisijaisesti edistää hoitosuhteen syntymistä sekä ehkäistä ristiriitoja. (Ilveskivi 1997, 47.) Hallituksen esityksessä laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä salassapitovelvollisuutta perusteltiin laintasoisella tarpeella turvata luottamuksellisen hoitosuhteen edellytykset ja yksityisyydensuojalla (HE 33/1994). Poliittinen päätös legitimoit luottamuksen hoitosuhteessa luovuttamattomaksi periaatteeksi.

2.2.3 Verkostoteorioita

Sakari Möttölä ja Jorma Niemelä (2005) toteavat, että Suomessa verkostoperiaate on noussut paikallishallinnossa keskeiseksi käsitteeksi. He toteavat, että siitä on tehty ansiokasta tutkimusta elinkeino- ja innovaatiotoiminnan näkökulmasta. Hyvinvoinnin verkostot odottavat tutkimista. Verkostoteorioidenkin näkökulma on pääsääntöisesti yritystoiminnan verkostojen näkökulma.

Vaaramäki (1996) on tutkimuksessaan nostanut esiin kuusi erilaista verkostoteoriaa: vaihto- eli transaktiokustannusanalyysi, resurssiriippuvuusteoria, sosiaalinen verkostoteoria, Uppsalan koulukunnan verkostoteoria, peliteoria ja kaaosteoria. Transaktiokustannusanalyysillä tarkoitetaan sitä, että markkinat hoitavat tuotanto- ja palvelutehtävät alemmilla vaihto- eli transaktiokustannuksilla kuin hierarkkiset järjestelmät. Verkostot sijoittuvat markkinoiden ja hierarkioiden välimaastoon, joiden kautta yhdistyy hierarkioiden tavoitteellisuus ja markkinoiden joustavuus. Resurssiriippuvuusteorialla tarkoitetaan sitä, että organisaatiot ovat resurssien suhteen riippuvaisia toisistaan. He eivät voi kontrolloida kaikkia toimintoja, jotka ovat päämäärän kannalta välttämättömiä organisaatiolle. Suhteilla on keskeinen merkitys resurssiriippuvuusteoriassa. Sosiaalisella verkostoteorialla tarkoitetaan sitä, että organisaatioita tarkastellaan sosiaalisina yksikköinä, joissa yksikköjen välinen

vaihto ei perustu hallinnollisiin määräyksiin, hintoihin tai kustannuksiin, vaan vaihdon keskeinen sisältö on sosiaalinen vuorovaikutus. Uppsalan verkostoteorian pyrkimyksenä on yhdistää aiempien teorioiden tietoja keskenään. Tässä pyrkimyksen kohteena on kuvata suuria määriä yrityksiä ja niiden suhteita. Organisaatioiden väliset suhteet ovat kestoltaan pitkäikäisiä ja tuovat vakautta. (Varamäki 1996, 14–16.)

Verkosto-organisaatio on toiminto-ohjattu. Rutiinitoiminnoissa on säännöt, miten toimintoja sekä taloutta ohjataan ja hallinnoidaan. Verkosto-organisaatio malli perustu nopeuden, joustavuuden ja kitkan minimoimiseen. Verkostojäsenyys on pitkäkestoista, sillä lyhytkestoiset jäsenet heikentävät verkoston toimintaa. (Pirnes 2002, 78–81, 88.) Verkostojen avulla toimijat saavat uutta erilaista osaamista ja lisäresursseja sekä ulkopuolista arviointia toiminnalleen (Emt., 64–67).

Verkostojen ja informaatiovirtojen rajoittaminen ja hallitseminen johtaa verkoston käyttäytymisen hierarkisoitumiseen. Luovuuden edellytyksenä voi pitää vapaata kokeilua, mahdollisuutta myös erehtyä. Tuotantokykyä ja laadun varmennusta tarvitaan edelleen, itseohjautuvuutta hyödynnetään näiden lisäksi. (Ståle & Laento, 2000, 121–122.) Auktoriteetti riippuvuus yksityiskohdissa on aina innovatiivisuuden ja nopeutta vaativan toiminnan este. Mahdollisimman toimivan itseohjautuvuuden saavuttamisen edellytyksenä on laaja strategioiden sisäistäminen, toiminnan eettisten koodien selkeys ja vallan delegoiminen roolien, ei hierarkioiden kautta. (Ståle & Laento 2000, 97–99.)

Verkostosuhte perustuu vapaaehtoisuuteen, toimijoiden väliseen riippumattomuuteen, hyödyn tuottamiseen siihen osallistuville, lojaliteettiin ja toimijoiden väliseen solidaarisuuteen. Verkoston ydin ja koossapitävä voima on toimijoiden välinen yhteinen intressi. Valta verkostossa ei perustu hierarkkiseen asemaan, vaan kykyyn luoda ja hyödyntää toimijoiden välisiä vuorovaikutussuhteita. Toimijoiden välillä on luottamussuhde. (Möttönen & Niemelä 2005, ks. Stoker 1997.) Kuusi toteaa, että verkostoitumisella verkoston piirissä olevien osaaminen saadaan muidenkin verkostossa toimivien käyttöön tehokkaasti, koska verkostomainen työ edistää erikoistumista avainosaamiseen (Metsämuuronen 2000, 34–35, Pirnes 2002).

Professorit Paul Laurence ja Ranjay Gulati ovat todenneet, että yhteistyön rakenne tukeutuu neljälle tukijalalle: vallan tasapainottamiselle, erikoisosaamiselle, tavoitteelliselle kustannusrakenteen hallinnalle ja henkilökohtaisille suhteille. Henkilökohtaisuuden on todettu parantavan tiedonvaihtoa ja auttavan ongelmienratkaisussa. (Pirnes 2002, 44–46, Saaren-Seppälä 2004, 114.) Verkostojen toiminta perustuu ennen kaikkea verkostoissa toimivien ihmisten tietoon ja osaamiseen. Pyrkimyksenä

on nostaa esiin ”piilossa” oleva tietotaito. Oppiva verkosto ei perustu pelkästään informaation ja resurssien jakamiseen, vaan oppimisprosessiin, jonka tuloksena suorituskyky ja toiminnot paranevat. (Stuart, Deckert, McCutcheon & Kunst 1998.)

2.2.4 Julkiset organisaatiot verkoston luojina ja osana verkostoa

Kuntaorganisaatiossa erilaisissa rooleissa ovat valtion viranomaiset, kuntayhtymät, muut kunnat, vapaaehtoisjärjestöt, yritykset ja kuntalaiset. Kunnalla on kunnallislain mukaan vastuu asukkais- taan ja palveluiden kokonaisuudesta. (Kettunen 1999, 67–68.) Verkostomaisella ohjauksella on käyttöä kunnissa, kun uusia palvelujenjärjestäjiä on tullut yhteistyökumppaneiksi. Kunnallishallinnossa on haasteellista saavuttaa yhteinen näkemys tavoitteesta. Useinkaan ei voida valita useiden strategioiden välillä, vaan suoritetaan ennalta määrättyä tehtävää. (Emt. 1999, 73.)

Kunnan- ja kaupunginjohtajille 1998 tehdyssä kyselytutkimuksessa selvitettiin, miten uudet vaihtoehdot palvelutuotantomuodot ja yhteistyökäytännöt ovat toiminnassa kunnissa. Palvelutoimintoja oli lakkautettu ja uusia palvelutoimintoja on syntynyt sitä enemmän mitä suuremmasta kunnasta oli kyse. Palvelutuotantorakenteissa kuntien välillä on eroja. Palvelutuotantoa on siirretty seuroille, yhdistyksille, järjestöille, seurakunnille ja yrityksille. (Valanta, 1999, 160–165, 185–187.) Yhteistyössä asenteiden, intressien ja tavoitteiden ja niiden yhteensovittamisen ongelmia oli kokenut 44 %. Avoimuuden ja luottamuksen syntyminen edellyttää joustavaa tiedonkulkua. Vastauksissa tuli ilmi myös, että kirkkoherran rooli seurakunnissa koettiin liian hallitsevaksi. (Valanta 1999, 193–194.)

Kunnan rooli verkostoyhteistyössä on toiminnan kokoajan rooli ja eri toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistäminen. Kunnan tulisi analysoida muiden toimintaa ja tavoitteita ja pyrkiä edistämään niitä, jotka ovat sopusoinnussa sen omien tavoitteiden kanssa. Verkosto voi olla myös monitavoitteinen ja osa tavoitteista voi olla ristiriitaisia. Kunnan tehtävänä ei ole toimijoiden tavoitteiden yhdenmukaistaminen, vaan vuorovaikutuksen tukeminen. (Möttönen 2002, 119- 120.)

Julkisen sektorin organisaatioista löytyy verkostoitumisen asiantuntijoita, joiden tehtävänä on olla erilaisissa verkostojen kehittämisprojekteissa, muttei verkostonrakentajia (Nokso - Koivisto 2002, 43). Viranomaisen läsnäolo verkostossa tuo mukanaan byrokraattisuutta ja turvallisuushakuisuutta. Virkamiehiltä tarvitaan merkittävää ajatustavan muutosta, jotta onnistuneita verkostoitumisproses-

seja voitaisiin julkisorganisaatioiden myötävaikutuksella toteuttaa. Julkisorganisaation toiminta verkostoissa on riippuvainen henkilökunnan verkostoitumisen asteesta ja on henkilösidonnaista. (Nokso- Koivisto 2002, 134 -135, 170.)

Monien julkisten organisaatioiden toimintatapa muistuttaa enemmän toistuvaistuotantoa harjoittavien teollisuuslaitosten organisaatiota kuin nykyaikaista tieto- ja asiaperusteisesti johdettua mallia (Pirnes 2002, 9-12). Sosiaali- ja terveydenhuollossa horisontaaliset ja vertikaaliset rakenteet ovat hitaita muuttumaan. Terveyspalvelut on perinteisesti järjestetty organisaatiokeskeisesti ilman yhteyksiä muihin asiakasta auttaviin organisaatioihin. Tämä aiheuttaa toimintojen päällekkäisyyttä ja resurssien tuhlausta sekä asiakkaalle haittoja. (Karjalainen 1996; Aalto 1998,10; Kiikkala, 2000, 55–56.) Terveyspalveluiden käyntikertoihin ja hoitopäiviin pohjautuva suoritekirjausjärjestelmä haittaa verkostomaista yhteistyötä (Arnkil, Eriksson & Arnkil 2000, 38–39).

Siiran ja Kallarannan tutkimus osoittaa, että moniongelmaisuus tai moniasiakkuus ei sinänsä ole välttämättä asiakkaan ominaisuus, vaan sektoroituneiden organisaatiojakojen ja työnjaon aikaansaama jaottelu. Tässä työnjaossa asiakkaan kysymykset ja ongelma paloitellaan ja jaetaan eri organisaatioille. Moniasiakkuustilanteessa kyse yhteistyöstä on lähinnä läheteiden ja erilaisten hoito-ohjeiden siirrosta yksiköstä toiseen. Tällöin varsinaista dialogia ei tapahdu. Kokonaisuuden hallinta hajoaa ja voidaan tehdä tyhjäksi toisen viranhaltijan työ ja monimutkaistaa asiakkaan tilannetta, kun toisen sektorin työtä ei tunneta riittävästi. (Somerkivi 2000, 196.)

Erityisesti pitkäaikaissairaiden vanhusten ja vammaisten lasten omaiset kokevat byrokratian ja erilaisten anomusten tekemisen uuvuttavana. Kritiikki kohdistuu vaikeuteen saada tietoa ja palveluja. Ei voida puhua kuntoutuksen verkostosta, koska ns. verkostoon kuuluvien organisaatioiden yhteydet toisiinsa ovat liian heikot ja aukolliset. (Somerkivi 2000, 200, 204–205, 209.) Kuntoutuja on siten irrallisten osasten toiminnan kohde.

Luottamuksen on todettu olevan sosiaalisen pääoman keskeinen tekijä ja edistävän demokratiaa ja hyvinvointia. Möttönen (2002, 133) sanoo, että paikallisen hyvinvointistrategian laadinnassa yhteistoiminnan suunnittelulla tulisi olla keskeinen sija. Sosiaalisen pääoman kasvattamisessa on kyseessä laaja koko kuntayhteistyötä koskettava tehtävä. Kunnan tulee perustehtävänsä mukaisesti huolehtia heistä, joiden kyky solmia verkostosuhteita on heikentynyt esimerkiksi mielenterveyspotilaiden tai heikkolahjaisten ihmisten. Päätöksenteko-organisaation tehtävänä on huolehtia ryhmien tasapuolisuudesta ja oikeudenmukaisesta kohtelusta (Helander 1999, 140).

Suomen kolmannen sektorin bruttokansantuotearvoksi on saatu 3.9 % (Helander 1999, 133). Viidennes kolmannen sektorin palvelutuotannosta tapahtuu terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja koulutoimen alueella. Yhteensovittamisen hoitaminen edellyttää kiinteämpää verkottumista ja yhteistyötä kuntien ja kolmannen sektorin yksikköjen välillä. Mikäli kolmannen sektorin osuus palvelutuotannosta vielä kasvaa, seurauksena on kuntien riippuvuuden kasvu kolmannesta sektorista. (Helander 1999, 137.)

Linnamaa ja Sotarauta (2000) ovat esittäneet kriittisiä huomioita verkostoyhteiskunnasta ja verkostotyöstä. Verkoston toimijat voivat sopia huonosti yhteen, jolloin tuloksia ei synny. Verkostot voivat olla myös keinotekoisia kokousautomaatteja, joissa tuloksen sijaan aikaa ja energiaa hukkuu verkoston ylläpitämiseen, kokouksiin ja keskusteluihin. Tällöin verkosto itsessään on lopputuotos. Verkostoissa on olemassa vaara vapaamatkustajista, joiden sitoutuminen on heikkoa ja jotka eivät piittaa yhteisistä pelisäännöistä. Informaation liikkuvuuden idean tilalle muodostuu informaatio-klikkejä, tiedon panttaamista. Pääongelma verkostojen yhteydessä on valta- ja vastuusuhteiden epäselvyys.

Yhteisen näkemyksen löytyminen on haaste, kun toimijat lisääntyvät kunnallisen organisaation ja johdon ulkopuolelle. Verkostotyössä kullakin organisaatiolla on oma johto. Verkostotyössä tavoitteiden ja sitoutumisen määrittelemineen on keskeistä toiminnan merkittävyyden ja jatkuvuuden turvaamiseksi.

2.2.5 Perusterveydenhuollon ja evankelis-luterilaisen kirkon välinen verkostotyö

1600-luvulta lähtien seurakunnilla ja kunnilla on ollut yhteisiä toimintamuotoja esimerkiksi terveydenhuollossa, vanhustenhuollossa ja lapsi sekä nuorisotyössä. Lähimenneisyydessä kansanterveyslain (L 66/1972) voimaantulo oli taitekohta, joka eriytti seurakuntien ja kunnan töitä toisistaan. Kuntien ja luterilaisen kirkon seurakuntien nykymuotoista yhteistyötä koskeva suositus annettiin 1976 ja 1983. Kuntien ja seurakuntien välinen yhteistyö alkoi laman aikana 1990-luvulla laajentua. Suomen kuntaliiton ja kirkkohallituksen kesken tehtiin vuonna 1996 kehittämistyö, jonka tuloksena vuonna 1998 julkaistiin kirja ”Kunnat ja seurakunnat yhdessä” ja sitä täydennettiin vuonna 2002. Kunnat etsivät uudenlaisia yhteistyön muotoja. Seurakuntien perustehtävä ei ole yhtenevä kuntien perustehtävän kanssa, mutta niillä on yhtymäkohtia. (Kunta ja seurakunta 2002, 6-11.) EU:n myötä erilaiset yhteistyöhankkeet ovat lisääntyneet (Lehtinen 2003). Yhteistyö kunnan kanssa voidaan

jakaa kolmeen vaiheeseen: kohteliaisuusvaiheeseen, yksittäisiin hankkeisiin ja toimintoihin perustuvaan yhteistyöhön sekä vaiheeseen, jossa yhteistyö nähdään strategisena kysymyksenä (Emt. 2002, 14).

Seurakunnan ja sosiaali- ja terveyssektorin yhteisiä tulevaisuuden haasteita ovat: alueellisen muutoliikkeen aiheuttamat ongelmat, maahanmuuttajat, kotisairaanhoido, sosiaalityö, vanhustenhuolto, perheet, lasten ja nuorten syrjäytyminen, taloudellisessa vaikeudessa olevien tukeminen, asumisongelmat, päihde- ja huumeongelmat, vammaiset, mielenterveyspotilaat ja omaishoitajat. (Kunta- ja seurakunta, 2002, 43–47.)

Kirkko on uskonnollinen yhteisö. Sen lisäksi kirkolla on myös yleisiä yhteiskunnallisia tehtäviä, jotka liittyvät hautaus-toimeen, kasvatukseen ja diakoniaan. Perheneuvonnalla ja henkilökohtaisilla keskusteluilla on yhteiskunnallisia ulottuvuuksia. Seurakunnan ja kunnan välisessä yhteistyössä on mahdollisuuksia erilaisten vapaaehtoistyön muotojen kehittämisessä. Vapaaehtoisina tukihenkilöinä toimii vuosittain 27 000 seurakuntalaista (Kunta ja seurakunta 2002, 42). Vapaaehtoistyöhön tarjoutuvista huomattavalla osalla on sosiaalialan, terveysalan tai kasvatuksen koulutusta taustalla. He toivovat työllistymistä tai ylläpitävät ammattitaitoaan vapaaehtoistyössä. (Metsämuuronen 2000, 34.)

Diakoniatyöntekijöiden asiakaskontakteja on vuosittain 865 000 ja ryhmissä kävi 22 500 henkeä. Avointen ovien kohtauspaikoissa oli 419 500 osallistujaa. (Kunta ja seurakunta 2002, 41–42.) Diakoniatyön asiakkaiden mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluita ovat vähäiset, joten heistä suuri osa on myös julkisen terveydenhuollon asiakkaita. Seurakunnan diakoniatyöllä ja kunnan sosiaali- ja terveydenhuollolla on osittain yhteistä koulutus- ja tavoitepohjaa. Asiakkaan valtuuttamana verkosto- ja yhteistyö on mahdollista. Viimeisellä luukulla -tutkimus toteaa, että diakonian roolia ja suhdetta ensisijaisiin auttajiin tulisi selkeyttää (Grönlund & Juntunen 2006, 185).

Järventien (2001, 9) tutkimuksessa on todettu lasten perushoidossa ja huolenpidossa vakavia puutteita lähes kolmasosalla lapsista. Diakoniatyössä on keskusteltu lapsidiakoniasta. On pohdittu, mitä on sukupolvistunut hätä ja miten sitä voitaisiin estää. Marjaana Pelkonen toteaa Pirkka-lehdessä (6-7.2003), että neuvolajärjestelmää parannetaan lasten ja nuorten muuttuneita tarpeita vastaaviksi. Kuntien ehdotetaan edistävän lapsi- ja perhetyötä tekevien yhteistyötä kokoamalla palvelut perhepalvelukeskukseen tai -verkostoon (Mallat 2003, 26). Perhetyössä on nähtävissä yhdensuuntaista kehitystä terveydenhuollon parissa ja seurakunnissa.

Verkostotyössä kumppanuksien tulee sopia toimintaperiaatteista. Strategisella kumppanuudella pyritään tietopääoman yhdistämiseen niin, että molemmat osapuolet saavuttavat merkittävää strategista etua itselleen. Yhteistyössä syntyy aina myös raportoimatonta tietoa. Tietämyksen siirto tulee organisoida, jotta tulokset ovat hyödynnettävissä. (Ståle & Laento, 2000, 95–97.) Seurakunnan ja terveydenhuollon välisessä verkostotyössä tulee toimintaperiaatteista sopia ja tiedottaa asiakkaille. Tulee miettiä, miten tasapuolisuus palveluissa toteutuu uskonnottomien kohdalla tai muun uskonnon edustajille. Tasapuolisuus verkostokumppaneiden välillä tarkoittaa arvopohjien tasapuolista huomioimista.

Hämeenkoskella on toiminut 1994 lähtien Si - So- Se- ryhmä (sivistyslautakunta, sosiaalilautakunta ja seurakunta), jonka jäsenistö on koostunut luottamushenkilöistä ja viranhaltioista. Tavoitteena on tarkentaa toiminnan kohdentamista ja poistaa päällekkäisyyksiä. (Piispanen 1999, 151.) Seurakunnan ja kunnan yhteistyön ja verkostoitumisen esteeksi ja haasteeksi on todettu vaitiolovelvollisuus, ajan riittämättömyys, henkilösuhteet ja erilaiset arvoperustat (Korpela 1999, 155–158).

2.3 Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista

Yhdenvertaisuuteen kuuluu se, että ihmistä kunnioitetaan sellaisena kuin hän on ja sellaisena kuin hän haluaa olla (Saarenpää 2000, 31). Yksilölle kuuluu lähtökohtaisesti oikeus päättää itseään koskevien tietojen käyttämisestä (Ilveskivi 1997, 43–44). Yksityisyyden suoja ja luottamuksellisuuden periaate asettavat vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa velvollisuuksia terveydenhuollon ammattihenkilöille salassapitosäännöksinä (Ilveskivi 1998, 47). Yksityiselämänsuojalla on oleellinen merkitys hyvinvointisektorilla.

Vaitiolovelvollisuutta ja verkostotyötä säätelevät keskeisimmät lait terveydenhuollossa ja seurakunnassa ovat: laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (L 621/1999), henkilötietolaki (L 532/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) ja kirkkolaki (L 1054/1993). Lisäksi on muita luvussa 2 mainittuja vaitiolovelvollisuutta ja salassapitoa sääteleviä erityislakeja. Tiedonantovelvollisuutta ja ilmoitusvelvollisuutta säädetään erityisesti laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta (L 812/2000), sosiaalihuoltolaissa (L 710/1982) ja lastensuojelulaissa (L 417/2007).

Henkilötietojen käsittelyä määrittävät julkisuuslaki, henkilötietolaki ja tapauskohtainen erityislainsäädäntö (Vainio 2001, 20). Tietojen antaminen viranomaisten henkilörekistereistä perustuu julkisuuslakiin. Henkilötietolaki säätelee henkilötietojen keräämistä, tallentamista ja käyttämistä, antaen hyvälle tietojenkäsittelytavalle keinot. Julkisuusperiaate ja yksityisyydensuoja ovat lain tasolla kohdistettava ja sopeutettava toimiviksi suhteessa toisiinsa. Pääperiaatteena julkisuuslain 1 § 1momentin mukaan viranomaisen asiakirjat ovat julkisia asiakirjoja, jollei laissa toisin säädetä. Julkisuuslain 9 § mukaan jokaisella on oikeus saada tieto viranomaisen julkisesta asiakirjasta. Viranomaisella ei asiassa ole harkintavaltaa. Ihmisillä on pääsääntöisesti oikeus saada tieto itsestään viranomaisen asiakirjaan sisältyvästä tiedosta (L 621/1999, 12 §).

Sosiaali- ja terveysalalla sekä seurakunnassa asiakasasiat ovat säädetty salassa pidettäviksi. Ihmisen itsemääräämisoikeutta ja oikeutta henkilökohtaisiin salaisuuksiin tulee kunnioittaa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tiedonkulku ja tiedonsaanti on todettu tutkimuksissa palvelusektorin ongelmaksi (Sinkkonen, Sohlberg, Kinnunen, Laitinen & Rissanen, 1992; Nojonen 1994; Somerkivi 2000; Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus 2003). Salassa pidettäviä asiakirjoja voidaan käsitellä, mikäli asianosainen on antanut siihen suostumuksensa. Riippumatta suostumuksesta salassapitovelvollisuus väistyy, mikäli asiakirjaa tai tietoa pyytävällä taholla on viran puolesta oikeus käsitellä salassa pidettäviä tietoja. Lukuun ottamatta pappeja, verkostoyhteistyössä asiakkaan antaman suostumuksen periaatteet ovat yhteneviä toimijaosapuolille. Viranomaisten välisen tietojen jakamisen tai saamisen on pohjauduttava lakiin. Asiakkaan ollessa tietoinen, suostuvainen ja halukas viranomaisten väliseen verkostotyöhön auttamisen lähtökohdat ovat luottamukseen perustuvia ja auttamista tukevia.

Yhteistoiminnallisuus korostuu tulevaisuudessa. Ongelmien kasaantuminen samoille henkilöille johtaa siihen, että myös moniammatillisen yhteistyön katsotaan lisääntyvän. (Metsämuuronen 2000, 91.) Käsitteet verkosto, verkko ja verkostoituminen ovat eriasteisia verkostoitumisprosessin vaiheita. Verkostoituminen kuvaa kokonaisuutta, miten organisaatioiden välistä yhteistyötä syntyy. Stuar-tin, Deckertin, McCutcheonin & Kunstin (1998) oppiva verkostoteoria on tämän työn verkostoteoreettinen malli.

Tässä tutkielmassa verkostotyö ymmärretään organisaatorajat ylittävänä, useamman organisaation edustajan yhdessä tekemänä, horisontaalisena asiakaskeskeisenä toimintana. Verkostossa tapahtuvaa toimintaa kuvaa, yhteistyö, ammatillisuus, asiakkaan valtuutus, luottamus sekä tasa-arvoisuus ja

toiminnassa pyritään asiakkaan auttamiseen toinen toiselta oppien. Verkosto voi toimia myös yhteisten toimintojen ja toimintaprosessien kehittämiseksi.

Kirkon kuulumisesta tai kuulumattomuudesta kolmanteen sektoriin käydään tutkimuksissa eri näkökulmia sisältävää keskustelua (Helander 1998, 34–35, 55–56; Karjalainen 2000, 268; Yeung 2004, 54–55). Tässä työssä seurakunnan julkishallinnollisena organisaationa ei lasketa kuuluvan kolmanteen sektoriin, koska kirkolla on julkisia tehtäviä.

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat asiakas, verkosto, vaitiolovelvollisuus ja luottamus. Käsitteiden välillä vallitsee monensuuntaisia jännitteitä. Verkosto rakentuu luottamussuhteelle. Toimijoiden välinen luottamus on verkostoyhteistyön perusta. Toisaalta kahdensuuntainen luottamus asiakassuhteessa on hoidon onnistumisen lähtökohta. Verkostotoiminnan edellyttämä avoimuus ja asiakassuhteen luottamuksellisuus voivat joutua sisäiseen jännitteeseen verkostoyhteistyössä. Lait asettavat toimijoille reunaehdoja, jotka määrittävät toiminnan vapausastetta.

3. TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vaitiolovelvollisuutta verkostotyössä ammattilehtien kuvaamana. Tavoitteena on lisätä tietoa vaitiolovelvollisuudesta perusterveydenhuollon ja evankelisluterilaisen seurakunnan välisessä verkostotyössä, vaitiolovelvollisuutta säättävistä laeista ja herättää keskustelua ammattilehtien antaman kuvan vaikutuksesta toimintakäytäntöihin.

Tutkimuksen tarkoituksesta on johdettu seuraava tutkimuskysymys:

Miten vaitiolovelvollisuus verkostotyössä kuvataan Sairaanhoidaja- ja Diakonia- lehdessä?

4. TUTKIMUSAINEISTO- JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuskohde

Tutkimuskohteena ovat Sairaanhoidaja- ja Diakonia-lehden vuosikerrat 2002 ja 2007. Lehdet on suunnattu auttamisen ja hoitotyön ammattilaisille. Lehdet valittiin, koska kiinnostuksen kohteena oli, miten ammattilehdissä kuvataan vaitiolo-velvollisuutta verkostotyössä. Hildèn on tutkimuksessaan todennut, että sairaanhoitajat ylläpitävät omaa ammatillista osaamistaan lukemalla alansa kirjallisuutta (Hildèn 2002). Tutkimustiedon leviäminen hoitajien pariin oli yhteydessä niiden saatavuuteen ammattilehtien muodossa äidinkielellä (Kalliomäki 2002). Ammattilehtien ja -kirjallisuuden vaikutus työkuultuuriin on merkittävä.

Lehtien sisällöt muodostuvat asiantuntijoiden kirjoittamista ammatillisista artikkeleista tai haastattelusta, koulutustarjonnasta, tutkimus- ja projektiesittelyistä. Sairaanhoidaja-lehti on ammatillinen järjestölehti, mitä Diakonia-lehti ei ole. Sairaanhoidaja -lehdessä suurin osa artikkelien kirjoittajista oli terveystieteen maistereita tai tohtoreita, mikä näkyi tutkimuksellisen tiedon määrässä. Osa artikkelien kirjoittajista oli toistuvia potilasasiamies ja toimittajat, mutta muuten kirjoittajat vaihtelivat. Hoitotieteen tutkijat kuuluivat aktiivisiin kirjoittajiin. Diakonia-lehden artikkeleista osa oli diakoniatyöntekijöiden temahaastatteluja, erityisesti vuonna 2002. Vuonna 2007 artikkeleista suurin osa oli diakoniatyössä olevien kirjoittamia. Kirjoittajia olivat myös kirkkohallituksen ja tuomiokapitulien työntekijät sekä eri alojen asiantuntijat esimerkiksi Stakesista. Myös diakoniaa tutkivien teologisen tiedekunnan tutkijoiden artikkeleita oli lehdessä. Pääsääntöisesti artikkelien kirjoittajat olivat kirjoittaneet artikkelit nimillään, mutta joitakin nimettömiä mielipidekirjoituksia oli lehdissä. Pääkirjoitukset olivat kanta-aottavia.

Vaitiolo-velvollisuutta tai tietosuojaa käsiteltiin erillisissä artikkeleissa, kuten sairaanhoidaja-lehden 2002 numeroissa potilasasiamiehen palstalla ja Diakonia-lehdissä kirkkohallituksen ja tuomiokapitulien lakimiesten ja asessorien toimesta sekä asiaan erikoistuneen lakimiehen artikkeleissa. Yhdessäkin lehtien artikkeleista ei näkökulmana ollut, mitä vaitiolo-velvollisuus tarkoittaa verkostotyössä tai yhteistyössä. Myöskään verkostotyön periaatteista hyvinvointisektorilla ei artikkelia löytynyt.

Analyysin kohteena oli lehtien sisältö vuosilta 2002 ja 2007. Vuodet valittiin, koska 2002 Diakonia-lehdessä oli yhdessä numerossa useampi artikkeli vaitiolo-velvollisuudesta. 2002 Sairaanhoidaja-

lehdessä oli potilasasiamiehen palsta, jossa käsiteltiin tietosuojaan ja potilaan oikeusturvaan liittyviä kysymyksiä. Oletuksena oli, että vuoden 2008 alussa voimaan tullut lastensuojelulaki olisi näkynyt lehtien vuoden 2007 aihevalikoimassa. Diakonialehden numerossa aihe oli esillä, mutta Sairaanhoidaja-lehdessä asiaa ei käsitelty. Aihepiiri saattoi jäädä tulopoliittisen keskustelun alle, mikä näkyi loppuvuoden 2007 Sairaanhoidaja-lehden sisällössä.

Lehdet edustavat ammattikuntia, jotka perusterveydenhuollossa ovat kanssakäymisissä keskenään muun muassa mielenterveyskysymyksissä, terveyskeskusten vuodeosastoilla, kotisairaanhoidossa, vanhustenhoidossa, saattohoidossa, perhetyössä ja päihdehoidossa. Diakoniatyön tehtävänä on hoitaa kirkon palvelutehtävää, jossa yhteistä rajapintaa löytyy perusterveydenhuollon kanssa.

4.2 Aineiston keruu

Vuonna 2002 ja 2007 Sairaanhoidaja-lehteä julkaistiin 12 numeroa vuodessa, joista kesä-heinäkuun numerot olivat yhdessä lehdessä. Diakonia-lehti julkaistiin kuusi kertaa vuodessa. Alkuperäisenä tavoitteena oli kerätä vain vaitiolovelvollisuutta kuvaavia lausumia, kun artikkelissa käsitellään verkostotyötä. Selvisi, että artikkelien kirjoittajat käyttivät moniammatillisuutta, yhteistyötä ja verkostotyötä käsitteellisesti samankaltaisissa merkityksissä. Sairaanhoidaja -lehdissä käytettiin enemmän yhteistyö käsitettä ja Diakonia-lehdessä esiintyi useammin verkostotyökäsite vastaavassa tilanteessa, mutta ei johdonmukaisesti. Moniammatillinen työ esiintyi käsitteenä usein Sairaanhoidaja-lehdessä ja sitä käytettiin oman organisaation sisällä tapahtuvasta yhteistyöstä, muttei aina.

Lehdet luettiin osittain kahteen kertaan. Luettua tekstiä oli 1819 sivua. 608 sivua Diakonia-lehteä ja 1211 sivua Sairaanhoidaja-lehteä. Lausumat alleviivattiin ja taulukoitiin niin, että kirjoittaja, otsikko, lehti, sivunumero ja lausuma tulivat kirjatuiksi. Lisäksi kirjattiin huomioita vaitiolovelvollisuudesta, jotta alkuperäiseen aineistoon on helppo analyysivaiheessa palata. Kumpikin lehdistä taulukoitiin omiin taulukoihin, koska haluttiin selvittää, onko aineistoissa lähtökohtaisesti eroja, jotka vaikuttaisivat yhteistyökäytäntöihin. Kirjoitettua ja taulukoitua tekstiä oli 144 sivua.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen kiinnostuksen kohde on metodin valinnan lähtökohta. Laadullisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteita ovat kielen tyypilliset piirteet, kokemusten säännönmukaisuudet, tekstin ja/ tai toiminnan merkitykset, ajattelun ja toiminnan reflektiot. Sisällön analyysillä tutkitaan kommunikaatiota todellisuuden kuvana tai välineenä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 48.) Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on kieli kommunikaation välineenä, joten tutkimuksessa analyysi tehtiin sisällön analyysiä käyttäen.

Sisällön analyysissä aineistoa pyritään kuvaamaan sanallisesti. Aineiston analyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110). Sisällönanalyysillä aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille (Eskola & Suoranta 1998; Janhonen & Nikkonen 2001). Se on tutkimusmenetelmä, jolla analysoidaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentteja ovat muun muassa kirjat, artikkelit, kirjeet, puheet ja muu kirjalliseen muotoon tuotettu materiaali. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä tutkimuksessa analysoin lehtiä aineistolähtöisellä kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.

Induktiivinen sisällön analyysi voidaan jakaa vaiheittaiseksi prosessiksi. Aineistoon tutustumisen jälkeen aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja siitä luodaan teoreettisia käsitteitä. Tarkoituksena on edetä empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Janhonen & Nikkonen 2001.) Aineistoa kuvaavien luokkien tullee olla yksiselitteisiä ja käsitteellisesti selkeitä sekä toisensa poissulkevia (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001).

Aluksi lehtiä luettiin vapaasti, jotta saatiin käsitys aineistosta ja siitä, miten tutkittava ilmiö aineistossa esiintyy. Analyysiyksiköksi päätettiin lausuma eli muutaman lauseen sisältämä asiakokonaisuus, lause tai ajatuksellinen kokonaisuus, jossa tutkittava ilmiö esiintyy. Aluksi luettiin alleviivaten kuusi Sairaanhoidaja- lehteä kysellen, miten vaitiolo-velvollisuus verkostotyössä ilmenee. Kuvaukset vaitiolo-velvollisuudesta verkostotyössä olivat vähäisiä. Analyysiyksikköä laajennettiin käsittämään kaikki viittaukset verkostotyöhön, yhteistyöhön, moniammatilliseen työhön ja niissä vaitiolo-velvollisuuteen. Sairaanhoidaja- ja Diakonia-lehden vuosikerrat 2002 ja 2007 luettiin kokonaan.

Mukaan valittiin kaikki lausumat asiasta. Pyrkimyksenä oli ymmärtää myös viitteellisiä merkityksiä, joita oli aineistossa. Jatkotyöskentelyssä mukaan valittiin lausumat, jotka viittasivat oman orga-

nisaation ulkopuolelle. Aineistosta etsittiin erityisesti lausumia, jotka viittasivat terveydenhuoltosektorin ja seurakunnan väliseen yhteistyöhön tai verkostotyöhön. Osa artikkelinkirjoittajista käytti evankelis-luterilaisesta seurakunnasta nimitystä järjestö tai kolmas sektori, mutta asiayhteydestä pystyi päättämään, että yhteistyökumppanina oli myös seurakunta.

Aineiston luokittelu aloitettiin kyselemällä, miten vaitiolovelvollisuus ja verkostotyö, vaitiolo ja salassapito aineistossa ilmenevät. Aineisto luokiteltiin. Havaittiin, että verkostotyö ilmenee erillisinä organisatorisina tasoina työntekijätasolla, johdon tasolla ja yhteiskunnan tasoilla ja kullakin tasolla oli omia alakategorioitaan. Analyysini antoi vastauksia, miten verkostotyö ja yhteistyö ilmenevät, muttei vastannut kysymykseen vaitiolovelvollisuudesta verkostotyössä, koska tutkimuskysymys oli ollut väärä.

Analyysi aloitettiin alusta niin, että alkuperäiset otteet luettiin uudelleen kysellen tutkimuskysymystä. Aineistoa tiivistettiin 46 sivuun, joissa kaikissa vastattiin tutkimuskysymykseen. Edellinen erehdys analyysissä antoi tähän vaiheeseen hyvän pohjan, sillä aineisto oli nyt tuttu. Aineistoa pelkistettiin antamalla lausumille sisältökuvauksia. Alkuperäiseen materiaaliin palattiin usein ja tarkistettiin vastaako pelkistetty ilmaus alkuperäistä tarkoitusta.

Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Ryhmitellyt pelkistetyt ilmaukset olivat toisiaan poissulkevia ja merkitykseltään erilaisia. Pelkistyksissä osassa oli vain pieniä vivahde-eroja, mutta ne jätettiin, koska ei haluttu, että aineistoa yhdistämällä kadotetaan ilmiöstä jotain olennaista. Ryhmistä muodostettiin luokkia, joille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Nämä nimetyt ryhmät muodostivat alakategoriat. Esimerkkejä alkuperäisistä ilmauksista on tutkimustuloksien kohdalla.

Alakategorioita tarkasteltiin luokittain ja ryhmittelyä jatkettiin luokkia yhdistämällä. Näin muodostuivat kategoriat: asiakkaan kohtaaminen, valtuutus verkostotyön tekemiseen, johdon ja työntekijöiden vastuu verkostoitumisessa ja ammatillisuus verkostotyössä. Sisällöllisesti kategoriat muodostuivat ehyiksi ja vaitiolovelvollisuuden ulottuvuuksia verkostotyössä aineistossa kuvaaviksi. Kategoriat olivat toisensa poissulkevia ja käsitteellisesti selkeitä. Yhdistäväksi yläkategoriaksi muodostui vaitiolovelvollisuus verkostotyössä.

Sairaanhoitaja-lehdet ja Diakonia-lehdet analysoitiin erikseen, jotta verkostotyöhön vaikuttavat mahdolliset eroavaisuudet tulisivat esille. Molemmissa lehdissä alakategoriat ja kategoriat muodos-

tuivat samoiksi. Ilmiössä oli lehdissä paljon samaa, mutta myös eroavaisuuksia, jotka näkyvät liitteenä (Liitteet 1-9) olevissa erillisissä kaavioissa pelkistettyjen ilmausten osassa. Muodostui yhteinen kuvaus, joka vastaa kummankin lehden aineistoa.

4.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen tulisi olla kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Aineisto tulisi koota luonnollisissa tilanteissa, joissa tutkittavan näkökulmat pääsevät esille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000). Joudutaan pohtimaan kuuluuko aineisto-otteissa ja pelkistyksissä tutkittavan ääni ja pysyykö artikkelin kirjoittajan tarkoitus alkuperäisenä. Otteet olivat artikkeleista, joiden pääfunktio oli toisaalla. Tutkimusprosessin aikana piti tiedostaa alkuperäinen asiayhteys ja käydä se artikkelista tarkastamassa. Lähdeaineiston hyvä koodaus oli tärkeää. Tutkimuksen kuluessa tutkijan näkemys ja tulkinta ovat läsnä ja vaikuttavat tutkimusprosessiin.

Tutkimuksen etiikkaa pohtiessa tulee miettiä vastaako lähdeaineisto tutkimuskysymykseen ja onko lähdeaineisto sopiva valitulle tutkimukselle. Lehtiä lukiessa joutui toteamaan, että aineisto oli niukkaa, ilmaukset toteavia ja pelkistettyjä. Tarkoitus oli tutkia, miten ammattilehdet kuvaavat vaitiolo-velvollisuutta verkostotyössä ja miten sitä kautta ovat vaikuttamassa työkuultuureihin ja potilaan/asiakkaan saamaan apuun. Tässä merkityksessä lähdeaineisto oli tutkimustehtävään nähden oikeanlaista.

Vaitiolo-velvollisuus verkostotyössä on peruslähtökohdiltaan neutraali aihe. Se ei ota kantaa siihen, onko vaitiolo-velvollisuus tai verkostotyö toivottavaa vai hoidon este. Tunnistan itsessäni ajatuksia, että erilaiset auttajatahot voivat käyttää vaitioloa myös viitsimättömyytensä, uskalluksen puutteen, kiireen tai hierarkkisen toimintakulttuurin peittämiseen. Tutkimusprosessin aikana tulee tiedostaa, ettei anna omien ennakoajatustensa johdatella, vaan on aineistolle uskollinen.

Tutkijan tulee pohtia, miksi tutkimushankkeeseen lähti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Aiheen valintaan vaikutti työurani (lyhyitä jaksoja terveydenhuollossa ja vuodesta 1986 seurakunnan diakoniatyössä) aikana havaitsemani ilmiö, että yhteistyö- ja verkostotyöpyynnöt ovat lisääntyneet. Viranhaltijat tekevät usein viranhaltijalähtöistä verkostotyötä asiakkaiden auttamiseksi. Hankkeet ovat olleet uuden etsintää tai resurssilähtöistä työn tehostamista. Monesti ne ovat toimineet hyvin ja asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä. On kuitenkin pohdittava, missä menee vaitiolo-velvollisuuden raja

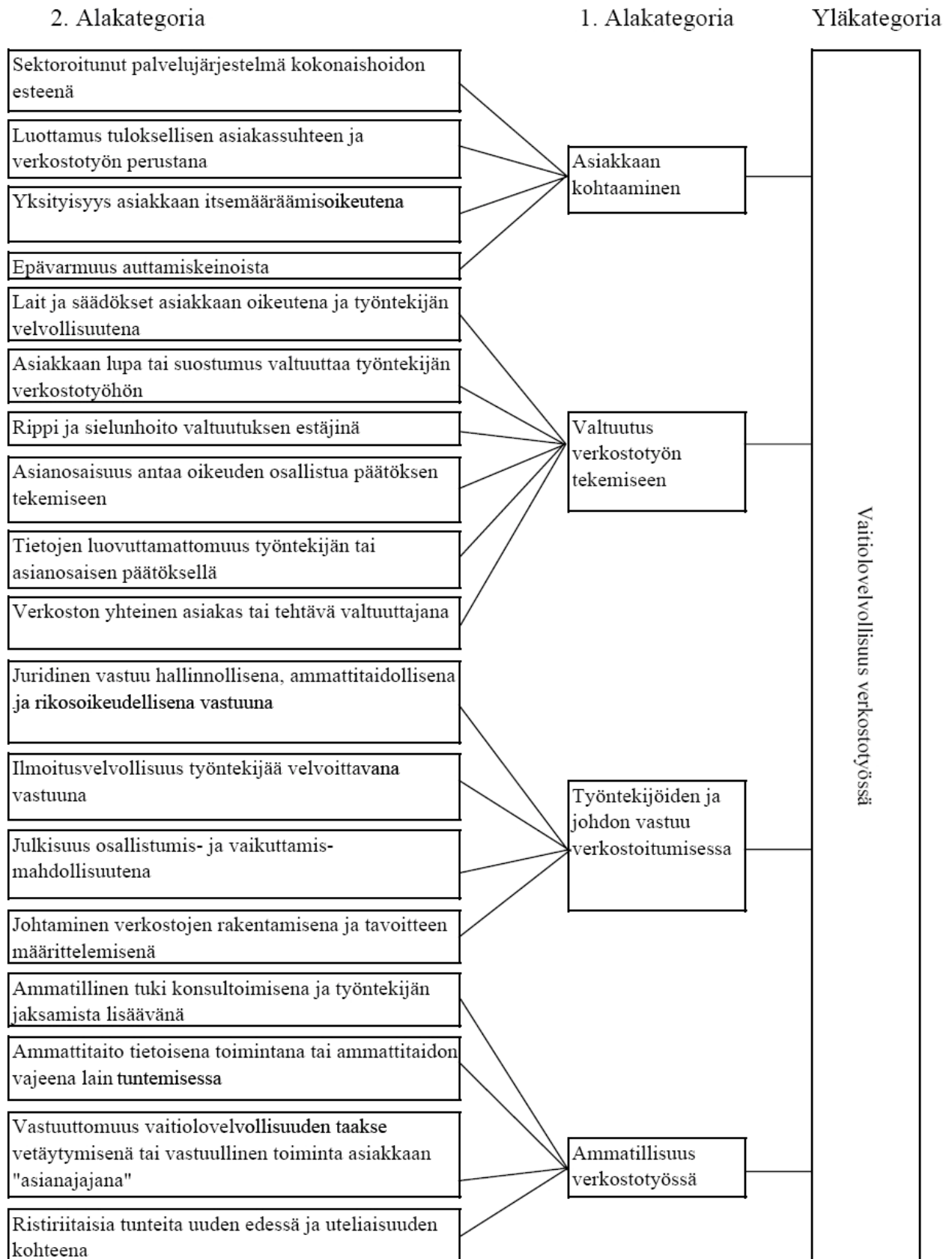
verkostotyössä. Organisaatioiden välillä on ollut huomattavia työkuultuurieroja vaitiolovelvollisuuden suhteen, vaikka laki on kaikille sama. Tämä pohdinta oli mielessä, kun tutkimusaihetta valittiin.

Aineistona olivat ammattilehdet, jotka ovat julkista materiaalia. Kirjoittajat ovat tietoisia siitä, että artikkelit ovat julkisessa käytössä. Yksittäiset kirjoittajat eivät ole voineet ottaa kantaa haluavatko he, että heidän artikkeleitaan tarkastellaan tästä näkökulmasta. Voidaan olettaa, että ammatillisiin lehtiin kirjoittavat ovat tietoisia siitä, että artikkeleita käytetään myös opinnäytetöissä. Tutkimustechnisesti ratkaistiin niin, että otteiden yhteydessä ei mainita otteen alkuperäisen artikkelin kirjoittajaa. Jokainen ote on kuitenkin palautettavissa alkuperäiseen artikkeliin. Lehden vuosikerta ja numero sekä sivu mainittiin, joten kirjoittaja on tarkistettavissa. Näin artikkelien kirjoittajat eivät otteissa korostu, vaan tutkimustehtävän mukaisesti pääpaino on kokonaisuudessa.

Tutkimuseettisenä kysymyksenä on laadukas, objektiivinen ja rehellinen aiheen käsittely, lähdeaineiston merkitseminen ja huolellinen työskentely (Tuomi & Sarajärvi, 130). Tutkielman tekeminen on ensimmäinen laajempi tutkimuksellinen hanke opiskelijan taipaleella, osa oppimisprosessia. Pyrkimyksenä on tutkimusaineiston totuudellinen käsittely.

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Verkostotyössä vaitiolovelvollisuus ilmeni lehdissä asiakkaan kohtaamisena, valtuutuksena verkostotyön tekemiseen, työntekijöiden ja johdon vastuuna verkostoitumisessa ja ammatillisuutena verkostotyössä. Kuviossa 2 kuvataan kategoriat. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Vaitiolovelvollisuus verkostotyössä Sairaanhoidaja- ja Diakonia-lehden kuvaamana

5.1 Asiakkaan kohtaaminen

Asiakkaan kohtaaminen -kategoria sisältää seuraavat alakategoriat: sektoroitunut palvelujärjestelmä kokonaishoidon esteenä, luottamus tuloksellisen asiakassuhteen ja verkostotyön perustana, yksityisyys asiakkaan itsemääräämisoikeutena ja epävarmuus auttamiskeinoista alakategoriat. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Asiakkaan kohtaaminen

5.1.1 Sektoroitunut palvelujärjestelmä kokonaishoidon esteenä

Lehdissä kuvattiin palveluiden pirstaleisuutta, sektoroituneisuutta ja sen aiheuttamia negatiivisia vaikutuksia asiakkaan kokonaishoidolle. Kuvauksia oli verkostotyön puuttumisesta ja asiakkaan hoidotta jäämisestä, yksipuolisesta asioiden näkemisestä tai ihmisen väsymisestä palveluverkostossa. Aineistossa oli muutamia kuvauksia ihmisiltä, jotka kokivat uupuvansa siihen, että asioita hoitaessaan saa aloittaa aina alusta, kertoa kerta toisensa jälkeen asiansa. Tällöin vaihtolo verkostotyössä näyttäytyi kohtaamattomuutena, verkostotyön puuttumisena ja pirstalemaisena palvelujärjestelmänä. Erityisesti kuvaukset koskivat ihmisiä, joiden ongelmat olivat elämänhallinnallisia, esimerkiksi päihdeäitien tai maahanmuuttajien kysymykset. Esillä olivat myös omaisten ja muiden asiakasta hoitavien tahojen vähäinen tapaaminen tai tapaamattomuus, mikä johtui työnkuvien tai aikataulujen erilaisuudesta tai pitkistä matkoista. Kaivattiin uudenlaista asiakkaan kokonaistilanteesta lähtevää tapaa toimia.

”...palveluiden pirstoutuneisuus saattaa olla kuitenkin osasyynä siihen, että huumeilla ja muilla päihteillä oirehtiva nuori ikään kuin luiskahtaa ohi suojaverkkojen, eikä saa tarpeenmukaista hoitoa ja kuntoutusta.” (Sairaanhoitaja 2002 n:o 1, 43.)

”Eniten minua rasitti se, että jouduin kertomaan ja selvittämään elämäntilannettani uusille ihmisille väsyksiin asti.” (Diakonia 2007 n:o 5, 47.)

Ihmisen kohtaamattomuus näyttäytyi sekä yksipuolisena asioiden tarkasteluna että kokonaisuuden hoitamattomuutena. Eri ammattilaiset katsoivat asiakkaan tilannetta oman osaamisensa tai tehtävänsä näkökulmasta, jolloin asiakkaan kokonaisuus ei hahmottunut auttajille.

”...yhtenä syynä voi olla myöskin se, että eri osapuolet tarkastelevat ongelmaa vain omasta näkökulmastaan, jolloin siitä näyttäytyy vain yksi puoli ja näin hoidon tarvetta ei välttämättä näyttäisi olevankaan.” (Sairaanhoitaja 2002 n:o 1, 43.)

Yhteisössä käydyn keskustelun vähydestä voi seurata hädässä olevien ihmisten huomiotta jääminen silloin, kun asiakas ei ole halunnut tai osannut hakeutua avun pariin. Tällöin auttajien vaitiolo on toiminut avun saamisen esteenä, puuttumattomuutena hätään. Tästä puhuu nuori viiltelijä, joka on toivonut, että edes joku huomaisi.

”Sillä ei nuorten mukaan ole niin suurta merkitystä, kuka viiltelyn esimerkiksi koulussa puuttuu, kunhan joku huomaa ja kysyy, mikä nuorella oikein on hätänä?” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 12, 21.)

5.1.2 Luottamus tuloksellisen asiakassuhteen ja verkostotyön perustana

Luottamus ilmeni sekä organisatorisena kysymyksenä että asiakassuhteen perustana. Luottamus liitettiin verkostotyössä myös tehokkuuteen ja tuloksellisuuteen. Ilman luottamusta organisaatio-ajoja ylittävää verkostotyötä ei voi tuloksellisesti tehdä. Hoitosuhteen luottamuksellisuus sisältää potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden suojan. Luottamus ilmeni yhteistyössä tutuksi tulemisena ja avoimena tiedonkulkuna, joiden myötä opittiin luottamaan toinen toisiinsa.

”Terveysthuollon palvelujärjestelmän tehokkuuden ja tuloksellisuuden kulmakiviä ovat hoitosuhteen luottamuksellisuuden vaaliminen sekä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja yksityisyyden suojan turvaaminen.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 32)

”Yhteistyöhön ei ole oikopolkua. Pitää oppia tuntemaan päättäjien ja luottamushenkilöiden verkostot, on tehtävä työtä, yritettävä ja erehdyttävä. Ainoastaan työn myötä kasvaa luottamus.” (Diakonia 2002, n:o 5, 11)

”Pienellä paikkakunnalla ihmiset tuntevat toisensa, avoimuus ja luottamus pelaavat.” (Diakonia 2002, n:o 3, 21)

Kirjoituksissa luottamus liittyi tutuksi tulemiseen ja yhdessä työn tekemiseen. Luottamuksen elementtiin liittyi tuttuus, kasvokkain oleminen. Tämä asettaa haasteita tässä ajassa, jossa pyritään yhä isompiin organisatorisiin kokonaisuuksiin ja edes saman organisaation ihmiset eivät tunne toisiaan. Pieneltä paikkakunnalta olevien kuvaukset tuttuuden merkityksestä tulee hyvin esille edellisessä otteessa, jossa puhutaan avoimuudesta ja tuttuudesta. Tähän mainittiin liittyvän myös ongelmia, koska raja tutun auttamiseen ja ammatilliseen hoitamiseen voi häilyä. Hoito tai avustuspäätösten tekeminen puolueettomasti koettiin hankalampana. Luottamus kuvattiin asiana, joka ei ole itsessään olemassa. Luottamus tulee ansaita, tulla luottamuksen arvoiseksi, oli kyse sitten organisaatiotason yhteistyöstä tai potilaan tai asiakkaan kanssa tehtävästä työstä. Asiakkaat saattoivat myös testata työntekijän luotettavuutta yhteistyötilanteissa.

”Toisaalta hän muistaa, miten alkuaikoina vangit testasivat hänen luottamustaan kertomalla asioita, jotka hänen ajateltiin vuotavan eteenpäin henkilökunnalle.” (Diakonia 2002, n:o 3, 12)

Auttajan rooli oli olla kuulijana, asiakkaan tukijana tai luotettuna henkilönä. Kuolevan kohdalla kotisaattohoidossa korostui verkostotyön merkitys auttajien välillä. Hoidon keskiössä olivat perhe ja kuoleva, joiden ehdoilla hoitaminen verkostossa tapahtui. Näissä yhteyksissä vaitiolovelvollisuutta ei kuvattu auttamisen esteeksi.

5.1.3 Yksityisyys asiakkaan itsemääräämisoikeutena

Yksityisyys näyttäytyi oikeutena olla psyykkisesti tai fyysisesti koskematon sekä oikeutena olla oman elämänsä subjekti, jolla on päätösvalta elämästään ja siitä kuka ja ketkä hänen asioitaan hoitavat. Ihmisellä on oikeus elää elämäänsä ilman, että viranomaiset tai muut tahot puuttuvat siihen mielivaltaisesti.

”Jokaisella yksilöllä on oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden tahojen mielivaltaista tai aiheetonta sekaantumista hänen yksityiselämäänsä.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 33.)

Yksityisyys, niin kuin muutkin perustusoikeudelliset arvot, käyvät jatkuvaa vuoropuhelua tässä ajassa. Arvot ovat kulttuurisidonnaisia. Pohdittiin, että potilaan yksityisyyden suoja ja itsemääräämisoikeus ovat jatkuvassa muutospaineessa, johon poliittisilla päätöksillä on myös vaikutuksensa. Hallinnon tehostamisvaateet vaikuttavat potilaan yksityisyydensuojaan esimerkiksi saumattomia palveluketjuja rakennettaessa. Diakonia-lehden artikkeli, jossa käsiteltiin Saksassa käytävää keskustelua, pohtii sitä, tulisiko perheiden alentaa yksityisyydensuojaansa, jotta tulisivat autetuiksi. On vaikea auttaa, jos ei tiedä, että apua tarvitaan. Yksityisyys kuvattiin myös haasteena ja auttamisen esteeksi.

”Ammattilaisten on päästävä eroon kaikkietävyytensä ongelmasta, perheiltä edellytetään tarkoin varjellun yksityisyyden uutta avaamista, jotta naapuriavun verkostot voivat auttaa.” (Diakonia 2007, n:o 4, 33.)

Yksityisyys korostui Sairaanhoitaja-lehdessä moniulotteisempana kuin Diakonia-lehdessä ja määrällisesti useampana mainintana. Näkökulmina olivat edellisten lisäksi uhrin suojeleminen, arvot ja käytännön esteet yksityisyyden takaamiseksi. Käytännössä potilaan hoitamista verkostossa haittasi esimerkiksi liian vähäinen puhelimien määrä osastoilla. Ei ollut rauhallista paikkaa keskustella muualla olevien auttajien kanssa potilaan asioista niin, että potilaan yksityisyyttä olisi voitu suojella tai asioita hoitaa eteenpäin. Yksityisyys suhteessa henkilötietojen käsittelyyn oli tyypillinen näkökulma. Seuraavankaltaisia lausumia oli useita.

”Yksityisyyden suojassa henkilötietojen käsittelyssä ei ole kyse ensisijaisesti tiedon konkreettisesta suojaamisesta, vaan suojelukohteena ovat luottamuksellinen potilassuhde ja potilaan itsemääräämisoikeus sekä potilaan minä -kuva ja sosiaaliset suhteet.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 30.)

5.1.4 Epävarmuus auttamiskeinoista

Työntekijän epävarmuuden kokemukset, tietovaje ja intressipunninta tilanteissa, joissa ei ollut selkeää, ennalta määrättyä oikeaa toimintatapaa pelkistettiin alakategoriaksi epävarmuus auttamiskeinoista. Epävarmuus sai työntekijöissä aikaan hallinnollisten päätösten taakse vetäytymistä tai vaitiolo-velvollisuuden näkemistä yhteistyön esteenä. Kuvauksissa näkyi myös se, että epävarmuus voi koitua asiakkaan parhaaksi verkostotyössä, kun työntekijät kohtaavat epävarmuutensa ja ottavat ongelmat puheeksi. Verkostoyhteistyössä toteutettujen projektien kuvauksia oli Diakonia-lehdessä useampia. Kuvaavaa niille oli se, että vaitiolo-velvollisuus ja salassapitokysymyksiä pohdittiin artikkeleissa harvoin. Epävarmuus voitiin kohdata myös yhdessä sektorirajat ylittäen, jolloin moniammatillisessa verkostossa lähdettiin rakentamaan uutta tapaa kohdata ja hoitaa asiakasta. Esimerkiksi seuraavassa otteessa käsitellään verkostossa tehtyä perheväkivallan ehkäisyn kehittämistyön alkua, joka myöhemmin laajeni alueelliseksi hankkeeksi.

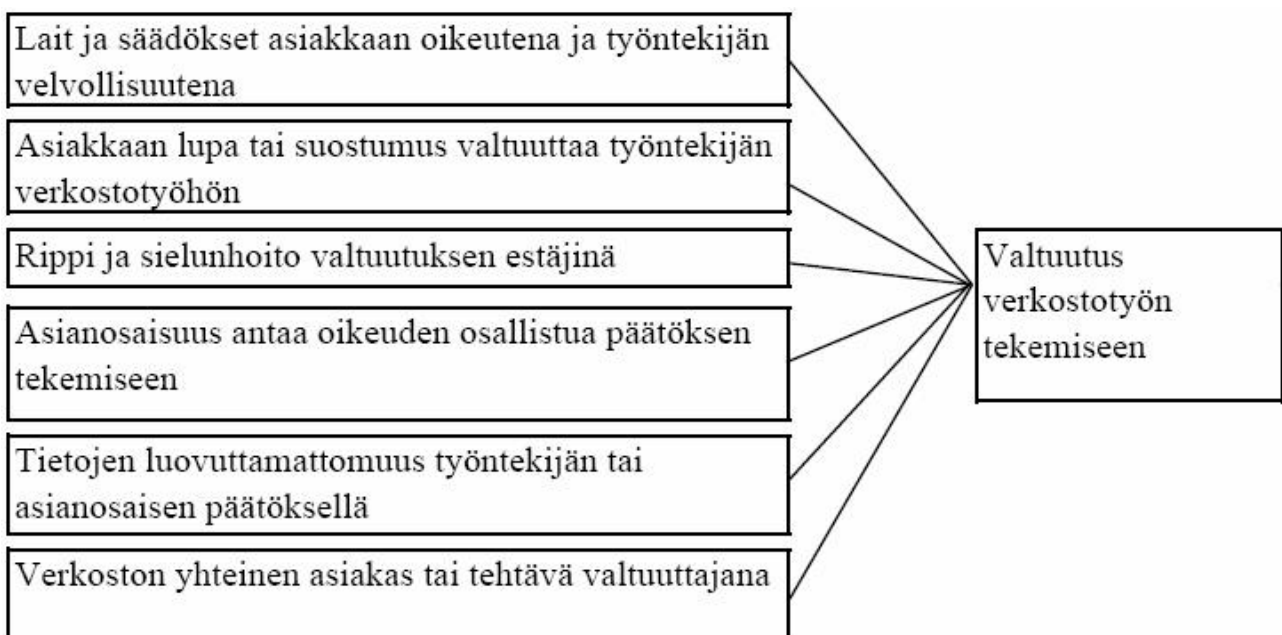
”Kävi ilmi, että muillakin ammattilaisilla oli avuttomuutta väkivallan kohtaamisessa: vaikka hätä tunnistettiin, usein puuttui tietoa ja taitoa tarttua asiaan. Yhteinen tilaisuus vahvisti, että väkivalta on vakava asia kaupungissa.” (Diakonia 2002, n:o 6, 11.)

Päätöksenteko on osa hoitotyötä. Hoitotilanteissa joudutaan päättämään sivullisen oikeudesta tietoon. Epävarmuutta auttamiskeinoista esiintyi lehdissä esimerkiksi tajuttoman potilaan kohdalla, jolloin suostumusta ei voi saada, mutta omaiset haluavat esimerkiksi papin paikalle. Potilasasiamiehet toivat artikkeleissaan esille sivullisuuden käsitettä siten, että hoitoon osallistumattomat osaston työntekijät ovat sivullisia kuten potilaan läheisetkin. Tämä näkökulma korostui heidän artikkeleissaan enemmän kuin pohdinta siitä, että useimmiten potilaan kanssa voi keskustella suostumuksesta koskien työskentelyä yhdessä muiden auttajatahojen sekä potilaan perheen tai muiden läheisten kanssa. Potilasasiamiesten artikkeleissa ei verkostotyön tai yhteistyön näkökulmaa juuri ollut.

”Tietosuojassa on kysymys paitsi rekisteröityjen ja rekisterinpitäjien myös hoitosuhteeseen nähden sivullisten oikeuksien optimaalisesta yhteensovittamisesta. Intressipunninta ei käytännössä aina ole helppoa ja itsestään selvää.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 31.)

5.2 Valtuutus verkostotyön tekemiseen

Valtuutus verkostotyön tekemiseen -kategoria muodostui seuraavista alakategorioista: lait ja säädökset asiakkaan oikeutena ja työntekijän velvollisuutena, asiakkaan lupa tai suostumus valtuuttaa työntekijän verkostotyöhön, asianosaisuus antaa oikeuden osallistua päätöksen tekemiseen, verkoston yhteinen asiakas tai tehtävä valtuuttajana, rippi ja sielunhoito valtuutuksen estäjinä ja tietojen luovuttamattomuus työntekijän tai asianosaisen päätöksellä. Alakategoriat määrittivät vaihteluvollisuutta, ne sallivat tai kielsivät asiakkaan henkilötietojen käsittelyn verkostossa. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Valtuutus verkostotyön tekemiseen

5.2.1 Lait ja säädökset asiakkaan oikeutena ja työntekijän velvollisuutena

Lait ja säädökset alakategoria oli sisällöllisesti selkeä. Se sisältää mainintoja erilaisista laeista ja säädöksistä, jotka normittavat työntekijöiden ja potilaiden sekä omaisten toimintaa yhteistyökysymyksissä. Tyypillisiä olivat kuvaukset lakiluetteloista, jotka mainittiin määreellä ”tulee tuntea” tai ”potilaalla on oikeus” tai ”pitää kehittää...”. Aihetta käsiteltäessä artikkeli oli sävyllään työntekijää velvoittava, käskymuodossa ja vaativa. Kieliasultaan lait ja säädökset alakategoria poikkeaa muusta

tekstistä kyseisissä lehdissä. Tekstien käskymuoto korostaa lakien erillisyyttä hoitotyön kielestä, kirjoittajat lähes poikkeuksetta olivat lakimiehiä tai potilasasiamiehiä.

”Kaikkien terveydenhuollossa potilastyötä tekevien ja muutoin potilastietoja käsittelevien tulee siten tuntea paitsi oman alansa lainsäädännössä, myös henkilötietolaissa (523 /99 HetiL) ja laissa viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/99, julkisuuslaki, JulkL) säädetyt tietosuojaa koskevat keskeiset periaatteet ja säännökset.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 2, 48.)

Lait ja säädökset kohdassa valtuutus kuvattiin informointivelvoitteena, potilaan tarkastamisoikeutena, potilaan tietosuojana ja laajemmin potilaan tai asiakkaan oikeusturvana. Kohdassa ilmaistiin myös myötätuntona siihen, että vaitiolovelvollisuutta ja tietosuojaa määrittävää lainsäädäntöä on paljon ja niiden tunteminen on haasteellista.

”Tämän päivän diakoniatyöntekijä ahertaa melkoisessa lakiviidakossa.....” (Diakonia 2002, n:o 3 14.)

2008 alussa voimaan tullut lastensuojelulaki oli Diakonia-lehdessä esillä useammassa artikkelissa, mutta Sairaanhoitaja-lehdessä sitä ei käsitelty. Lastensuojelulaki esiteltiin verkostotyöhön kannustavana, yhteistyötä lisäävänä ja ilmoitusvelvollisuutta korostavana lastensuojelutarpeen ilmetessä. Vaitiolovelvollisuus esiintyi merkityksessä, jonka mukaan ei ole oikeutta olla hiljaa silloin, kun on aika puhua.

5.2.2 Asiakkaan lupa tai suostumus valtuuttaa työntekijän verkostotyöhön

Asiakkaan suostumus on vapaaehtoinen tietoinen tahdonilmaus sille, että hän hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn. Asiakkaan lupaa ja suostumusta käsiteltiin molemmissa lehdissä synonyymeinä. Laissa puhutaan suostumuksesta. Lehdissä monissa artikkeleissa suostumuksesta käytettiin termiä potilaan/asiakkaan lupa, jonka tuli olla pääsääntöisesti kirjallinen, mutta joissain tilanteissa suullinen tahdonilmaus oli riittävää. Näkökulmien eroavuutta oli siinä, että Diakonia-lehdissä korostettiin sitä, että suostumuksen antanut ihminen on organisaation asiakas, ei yksittäisen työntekijän asiakas. Sairaanhoitaja-lehden aineistossa korostettiin sitä, että sivullisia ovat kaikki osaston työntekijätkin, jotka eivät osallistu potilaan hoitoon.

”Suostumus on aina vapaaehtoinen, yksilöity, tietoinen tahdonilmaisu, jolla henkilö hyväksyy henkilötietojen käsittelyn.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 31.)

”Arkaluonteisten asiakastietojen käsittelyyn tarvitaan asiakkaan lupa, joka työntekijän kannalta on syytä pyytää kirjallisena.” (Diakonia 2002, n:o 3, 18.)

Lupa ja suostumus ovat valtuutuksen keskiössä. Potilaan tai asiakkaan valtuuttamana, suostumuksen tai luvan saatuaan työntekijä toimii asiakkaan antamin valtuutuksin. Luvan ja suostumuksen kohdalla mainittiin, että se on asiakohtainen, määräaikainen ja voidaan koska tahansa perua. Asiakkaan antama lupa on voimassa asiakkaan määrittelemään asiaan ja hänen määrittelemänsä aikajakson. Lasten kohdalla Sairaanhoitaja-lehdessä käytettiin termiä vanhempien sivullisuus silloin, kun lapsi itse päättää hoidostaan. Lasten kohdalla lehtien painotuksissa oli eroavaisuuksia, jotka tulevat esille seuraavista otteista.

”Myös vanhemmat, jotka vaativat nähdä lapsensa tietoja, ovat sivullisia silloin, kun potilas itse päättää hoidostaan.”..... ”Potilaalta on aina kysyttävä voiko tietoja antaa.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 32.)

”Nyt ensisijainen asiakkaani on lapsi. Työtä tehdään nytkin vanhempien kanssa ja aina heidän luvallaan.” (Diakonia 2007, n:o 1, 23.)

Kun puhutaan lapsista ja vaitiolovelvollisuudesta verkostotyössä, aineistossa on nähtävissä käsitteilyeroja lehtien välillä. Sairaanhoitaja -lehtien maininnat asiasta olivat vähäisiä, mutta usein korostuksena oli lapsen erillisyys perheestään, itsellisenä, itsestään vastuussa olevana henkilönä. Diakonia-lehdessä käsittelynäkökulma on enemmän perhehoidollinen tai lastensuojelun ilmoitusvelvollisuutta esille tuova. Uusi lastensuojelulaki määrittelee, että perhe on vastuussa lapsestaan aina 18-vuoteen asti. Nuoreksi henkilö katsotaan, kun hän on 18- 21-vuotias. Tässä lainsäädännöt potilaslain osalta verrattuna lastensuojelulakiin eroavat toisistaan.

Sairaanhoitaja-lehdessä lupaa ja suostumusta pohdittiin tajuttoman potilaan ollessa kysymyksessä. Sivullisuus käsite tajuttoman potilaan kohdalla täytyy arvioida tapauskohtaisesti ja intressipunninta on jätetty hoitajien ammatilliseen harkintaan. Tietoja voi antaa, jos ei voida olettaa, että potilas vastustaa tietojensa antamista. Suostumuksesta ja luvasta kirjoittivat pääsääntöisesti lakimiehet ja potilasasiamiehet.

5.2.3 Rippi ja sielunhoito valtuutuksen estäjinä

Rippi ja sielunhoito oli alakategoria, jonka aineisto koostuu kokonaisuudessaan Diakonia-lehden aineistosta. Sairaanhoidaja-lehden aineistossa ei ollut viittauksia rippiin tai sielunhoitoon. Sairaanhoidaja-lehden aineistossa muutamassa artikkelissa pohdittiin hengellistä hoitoa osana potilaan kokonaisuhoitoa. Sairaalapapin työ nähtiin yhdessä artikkelissa erillisyydessään ongelmallisena suhteessa potilaan kokonaisuhoitoon. Viittausta verkosto tai yhteistyöhön ei artikkelissa ollut. Rippiin ja sielunhoitoon liittyvä ehdoton vaitiolovelvollisuus tuotiin aineistossa esille. Ripin vaitiolovelvollisuuden luonnetta kuvattiin sanoilla ehdoton vaitiolovelvollisuus, murtamaton, edes ripittäytyjän luvalla ei saa kertoa. Rippisalaisuus kuvattiin kirkon ehdottomaan, luovuttamattomaan traditioon kuuluvaksi. Rippisalaisuus koskee pappeja ja lehtoreita, ei muita kirkon työntekijöitä.

”.....vuoksi rippisalaisuudesta ei ole mahdollista sopia, eikä papin ole edes ripittäytyjän luvalla mahdollista vapautua ehdottomasta vaitiolovelvollisuudesta.” (Diakonia 2007, n:o 1, 12.)

Tämä poikkeaa kaikista muista kohdista, jossa käsitellään vaitiolovelvollisuutta verkostotyössä. Potilaan tai asiakkaan lupa ei vapauta tai anna papille tai lehtorille lupaa kertoa tai neuvotella ripissä esiin tullutta asiaa eteenpäin edes suostumuksella. Aineistossa korostettiin sitä, että mikä tahansa kohtaaminen ei ole ripittäytyminen tai sielunhoitotilanne, jota koskee ehdoton vaitiolovelvollisuus. Nähtiin niin, että näkemyseroja voi syntyä esimerkiksi perheneuvonnassa, jossa iso osa työntekijöistä on pohjakoulutukseltaan pappeja. Oikea rippi tai varsinkaan sielunhoitotilanne eivät ole käsitteellisesti yksiselitteisiä. Lehdessä kuvattiin sitä, että määritelmiä tulisi tarkentaa, jotta työntekijät voisivat toimia levollisesti.

”Kirkon työntekijöiden koulutuksessa on jatkuvasti tärkeää painottaa oikeaa ripin ja sielunhoidon käyttöä. Milloin on aika vaieta ja milloin ei saa olla vaiti.” (Diakonia 2007, n:o 1, 13.)

Rippi ja sielunhoito kuvattiin aineistossa suhteessa valtuutukseen, ei valtuuttavina. Työntekijällä ei ole asiakkaan valtuutusta toimia ripissä ja sielunhoidossa kuulemiensa asioiden tiimoilta verkostotyössä. Myöskään asiakkaan tai potilaan antama suostumus ei valtuuta työntekijää toimimaan asiakkaan ripissä tai sielunhoidossa esiintuomien asioiden tiimoilta verkostossa.

5.2.4 Asianosaisuus antaa oikeuden osallistua päätöksen tekemiseen

Asianosaisuudella tässä yhteydessä ymmärretään asiakkaan, hoitajan, auttajan, perheen, läheisen ynnä muiden oikeutusta antaa valtuutus oman tai läheisen tai hoidettavan asioiden käsittelemiseen tai kieltämiseen verkostossa. Asiakas on aina itse asianosainen. Asianosaisuus voi muuten muodostua asiakassuhteen perusteella. Muuten asianosaisuus syntyy vain asiakkaan valtuutuksen pohjalta. Asiakas määrittelee itse, kuka on hänen lähiomaisensa ja kuka tai ketkä ovat hänen läheisiään. Aineistossa kuvattiin edellisenkaltaisia määritelmällisiä tai juridisia näkökulmia asianosaisuuteen liittyen.

Sairaanhoitaja-lehdessä asianosaisuutta kuvattiin laajemmin kuin Diakonia-lehdessä. Diakonia-lehdessä asianosaisuutta kuvattiin suhteessa asiakkuuteen, johon liittyi valtuutus asiakkaan kokonaistilanteen hoitamiseen verkostossa. Asianosaisuutta määriteltiin myös auttamissuhteen perusteella. Asianosaisia eivät ole muut organisaation työntekijät ilman erillistä valtuutusta.

” Se, että tullaan aamulla samasta ovesta seurakuntaan työhön, ei anna oikeutta vaitiolovelvollisuuden rikkomiseen,... ” (Diakonia 2002, n:o 3, 15.)

Asianosaisuus ilmeni myös niin, että asiakkaan mukana oleminen verkostotyössä lisäsi hänen kokemustaan oman asiansa subjektina olemisesta. Asiakas tuli tietoisemmaksi siitä, kuka tai ketkä hänen asioitaan käsittelevät. Asian voisi olettaa hoitamisen peruslähtökohdaksi, mutta aineiston perusteella se ei sitä ole. Verkostotyö vähensi asiakkaan eri sektoreita kohtaan tuntemia ennakkokäsityksiä.

”... Asiakkaat tulivat myös tietoisiksi siitä, ketkä heidän asioitaan hoitavat, ja myös heidän mielikuvansa sosiaalipalveluista tarkentuivat.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 2, 45.)

Asianosaisuus tuo mukanaan oikeuden osallistua päätöksen tekemiseen. Tämä näkyy esimerkiksi perheiden kohdalla, jos heillä on asiakkaan suostumus olla mukana asiakastapahtumissa. Päätökseen osallistuminen sektoroituneessa järjestelmässä ei aina toteudu. Asiat sovitaan muualla eikä asiakas voi aina osallistua päätöksen tekemiseen. Aineistossa oli psykiatrisen hoidon kohdalla pohdintaa, kuka on täysivaltainen osallistumaan hoitopäätökseen. Esimerkiksi syömishäiriöiset nuoret kyseenalaistivat osallisuutensa hoitopäätöksiin. Tässä alakategoriassa valtuutuksen suhde oikeuteen vaikuttaa itseä koskeviin päätöksiin, oli suhteessa hoitoon ja tilannesidonnainen.

”Perheen jäsenet huomioidaan hoidossa muun muassa antamalla tiedollista ja emotionaalista tukea sekä mahdollistetaan heidän hoitoon osallistumistaan tilanteen mukaan.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 11, 31.)

Asiakkaiden kuuleminen näyttäytyi aineistossa mahdollisuutena toimintojen kehittämiseen. Verkotopalaverissa asianosaisella on oikeus määrittellä ne tahot, joiden hän haluaa osallistuvan asioidensa käsittelyyn. Hoitava taho asianosaisena ja hoidosta vastuussa olevana vastaa hoitohenkilökunnan määrittelemisestä.

”Vanhemmat halusivat tapaamiseen mukaan lasta hoitavien lääkäreiden ja muiden sairaalan erityistyöntekijöiden lisäksi neuvolan terveydenhoitajan, työntekijän esim. kunnan sosiaali- ja terveystoimesta, mielenterveystoimistosta, perheneuvolasta, A-klinikalta tms. taholta, jotka tekivät yhteistyötä perheen kanssa.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 10, 14.)

5.2.5 Tietojen luovuttamattomuus työntekijän tai asianosaisen päätöksellä

Tietojen luovuttamattomuutta käsiteltiin lehdissä suhteessa verkostotyöhön vähän. Tietojen luovuttamattomuus -alakategoria muodostui työntekijän käsityksestä, että kaikki minkä hän työssään kuulee, on salassa pidettävää. Tällöin pohdinta liittyi hoitajan ja potilaan tai työntekijän ja asiakkaan väliseen suhteeseen. Käsitykseen liittyi olettaus, että asiakkuus on asiakkaan ja työntekijän välinen henkilökohtainen suhde.

Tietojen luovuttamattomuus tuli esille papin rippiin ja sielunhoitoon liittyvänä ehdottomana vaitiolovelvollisuutena. Kuvaukset nousivat esiin lastensuojeluun liittyvissä yhteyksissä. Vaitiolovelvollisuutta ei nähty salailuna, vaan kirkon traditiosta nousevana opillisena kysymyksenä, jonka valtiolta on hyväksynyt. Korostuksena oli, että ripissä ei hyväksytä ripittäytyjän asioita, vaan ne kohdataan.

”Sen sijaan ilmoitusvelvollisuus ei koskisi edellä mainittua papin ja lehtorin rippiä ja sielunhoitoa koskevaa salassapitovelvollisuutta. Kirkkohallitus pitää tätä rajausta luovuttamattomana ” (Diakonia 2007, n:o 1, 13.)

Hoitotilanteessa potilas voi kieltää tietojensa antamisen sivullisille. Kieltoa on noudatettava. Aineistossa potilaan avoimuuden astetta määritteli hoidon laatu ja tarve. Häpeä sairaudesta tai hoitoon tulon syystä vaikutti kieltämiseen. Potilaan kokemaa häpeää esiintyi muun muassa HIV: in ja psykiatrisen hoidon kohdalla.

”Jos potilas kieltää tietojen antamisen ja on täydessä ymmärryksen tilassa, on tätä päätöstä hoitoon osallistuvien kunnioitettava.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 35.)

Tietojen luovuttamattomuus alakategoriassa valtuutusta verkostotyöhön ei ollut. Näissä tapauksissa vaitiolovelvollisuus oli joko ehdoton tai sitten työntekijä näki tilanteen tietojen ja tulkintansa pohjalta sellaisena. Lasten kieltäessä hoitotietojen antamisen vanhemmille hoitajat jäivät asiassa harvinaiseen tilanteeseen. Heidän tulee pohtia, onko lapsi jo kykenevä tekemään hoitopäätöksen itse, vai katsooko hoitaja, että vanhempia tulisi asiassa kuulla. Sairaanhoitaja- lehdessä valtuutus kohdassa korostui lapsen itsemääräämisoikeuden tapauskohtainen kunnioittaminen.

”Tällöin alaikäisellä potilaalla on oikeus kieltää itseään koskevan tiedon luovuttaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalle.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 9, 31.)

5.2.6 Verkoston yhteinen asiakas tai tehtävä valtuuttajana

Yhteinen asiakas tai tehtävä valtuuttajana alakategoria oli materiaaliltaan runsas kummankin lehden osalta. Alakategoria muodostuu erilaisista hankkeista, kehittämisprojekteista ja tutkimuksesta. Lisäksi se muodostuu yhteistyöstä hoitotahojen ja viranomaisten välillä, yhteisistä toimintamuodoista ja asioista, jotka liittyivät konkreettiseen yhdessä tekemiseen. Kuvauksissa tyypillistä oli se, että yhteisen asiakkaan kanssa tehtiin töitä ja tuotettiin palveluja. Hankkeet itsessään olivat valtuutus, eikä sitä erikseen mainittu. Kaikissa hankkeissa valtuutusta ei oltu asiakkaalta myöskään kysytty. Hankkeen alkuna oli usein ollut seurakunnan, kunnan työntekijöiden tai muun tahon tarve yhteistyöhön, jonka ajateltiin palvelevan asiakkaiden tarpeita. Nähtiin, että verkostotyö toisi tilanteeseen useamman ammattilaisen näkemyksen ja osaamisen. Verkostotyön myötä työn kuvattiin saavan uusia ulottuvuuksia tai tavoittavan ihmisiä toiminnan tai palvelun piiriin.

” Lasten sururyhmätoiminnassa yhdistyvät seurakunnan lapsi- ja perhetyön, diakoniatyön ja moniammatillisen verkoston näkökulmat. Aloittaessa lasten sururyhmätoimintaa kutsuimme koolle

moniammatillisen verkoston.....esim. lasten neuvolasta,. perheasiain neuvottelukeskuksesta, peruskoulun ala-asteiden terveydenhoitajista. Heidän kanssa sovimme yhteisesti toiminnan tiedotuksesta perheille. Ilmoittautuneista valitsimme lasten sururyhmään osallistujat. ” (Diakonia 2007, n:o 6, 31.)

”Saatiin pysyvää tukea omaishoitajille, kuntoutusta pitkäaikaistyöttömille ja mukana olleitten ihmisten elämänhallinta lisääntyi yleisesti. Lisäksi verkostoituminen onnistui, kunta ja seurakunta olivat mukana kaikissa hankkeissa, työntekijöiden omat työtavat kehittyivät, ja löydettiin uusia toimintamalleja.” (Diakonia 2002, n:o 2, 46.)

Alakategoriassa yhteinen asiakas valtuuttajana kummallakin organisaatiolla on olemassa oleva suhde asiakkaaseen. Lähtökohtaisesti seurakunnilla ja kunnalla on n. 80 %:sti yhteinen jäsenrekisteri, mutta tässä yhteydessä valtuutuksen tuli olla asiakkaan aktiivinen suhde molempiin tahoihin. Noin 20 % väestöstä käyttää yhteiskunnan palveluja runsaasti ja oletuksena oli, että erityisesti heitä voisi auttaa verkostoyhteistyö. Heistä on useammassa kuin yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmässä tietoja. Yhteisen asiakkaan kuvattiin valtuuttavan yhteiseen toimintaan. Tämä näyttäytyi esimerkiksi erilaisina kehittämishankkeina. Yhteinen työ valtuuttajana kuvattiin osaamisen ja voimavarojen yhdistämisenä. Esimerkkejä oli muun muassa päihdetyössä, keskosen saaneiden perheiden kohdalla ja kotisaattohoidossa. Tällöin korostettiin, että voimavaroja voi yhdistää eikä kaikesta tarvitse selvittää itse.

”Monella paikkakunnalla saattohoitotiimin muodostavat syöpäyhdistyksen, diakoniatyön, kotisaattohoidon ja sairaalasielunhoidon työntekijät.”(Diakonia 2002, n:o 1, 37.)

Yhteinen asiakas valtuuttajana kuvattiin myös hallinnollisena ja poliittisena päätöksentekona sekä yhteisten järjestelmien suunnittelemisena. Yhteisen asiakkaan kohtaamiselle luotiin rakenteita ja muodostettiin edellytyksiä säännöllisillä kokoontumisilla. Alakategoria näyttäytyy myös johtamisena ja poliittisina päätöksinä. Näissä yhteyksissä mainittiin yhteisenä tavoitteena väestön hyvinvointi ja kuntalaisten palveleminen.

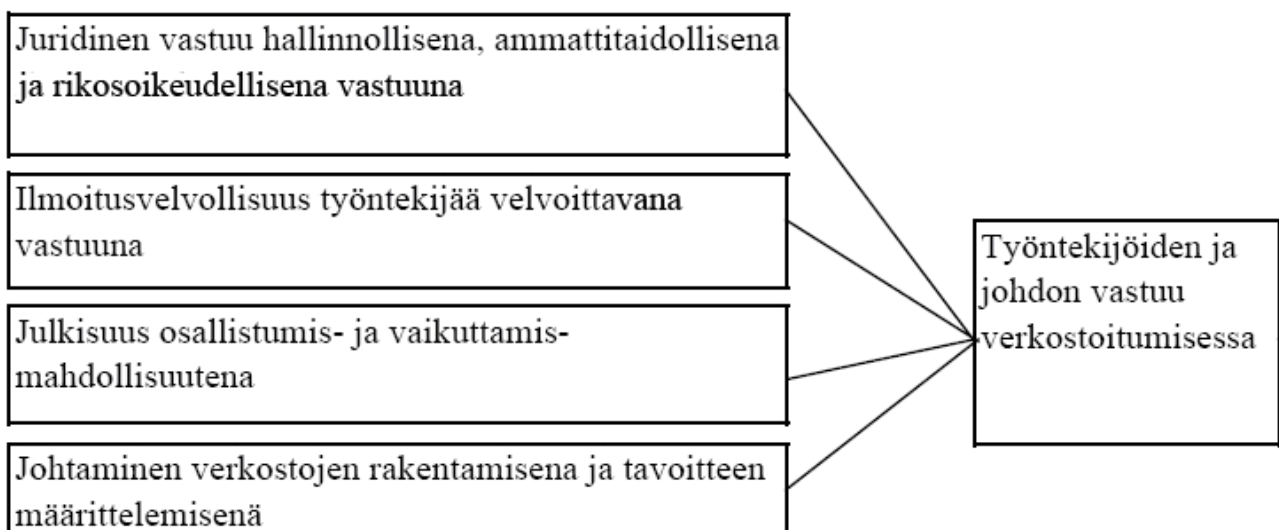
”Siinä on mukana sekä kunnan että seurakunnan edustajia ja siinä tuli kirukkaasti esiin, että sekä kunta että seurakunta palvelevat samaa väestöä.” (Diakonia 2002, n:o 5, 31.)

”Väestön hyvinvoinnin verkosto- ja koulutusmallissa tavoitellaan uusia, innovatiivisia oppimisympäristöjä, yhteistyöverkoston vahvistamista alueen sosiaali- ja terveystoimijoiden, seurakunnan ja omaishoitajien kanssa.” (Sairaanhoitaja 2007. n:o 12, 15.)

Yhteisen asiakkaan kanssa käytiin hoitamassa toisessa virastossa asioita tai oltiin verkostopalaverissa. Aineistossa kuvattiin myös seurakunnan ja terveystoimen sekä sosiaalitoimen yhteisiä hankkeita esimerkiksi päihdeäitiprojekteja, joissa asiakas oli verkoston ytimessä ja läsnä hoitosuunnitelmia tehtäessä. Asiakas suunnitteli yhdessä verkoston kanssa hänelle parhaan mahdollisen tuen saamista. Kuvauksissa yhdistyi sekä kontrolli että asiakkaan avoin tukeminen ja auttaminen.

5.3 Työntekijöiden ja johdon vastuu verkostoitumisessa

Vastuu kuvattiin oikeudenmukaisena tehtävien hoitamisena tai vastuun väistämisenä eli vastuutto- muutena. Työntekijöiden ja johdon vastuu -kategorian alakategoriat ovat: juridinen vastuu hallinnollisena, ammattitaidollisena ja rikosoikeudellisena vastuuna, ilmoitusvelvollisuus työntekijää velvoittavana vastuuna, julkisuus osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuutena sekä johtaminen verkostojen rakentamisena ja tavoitteen määrittelyksenä. Kaikkia näitä yhdistää vaitiolovelvollisuuteen verkostotyössä, joko lain tasolla määriteltynä tai työtehtävästä nousevana. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Työntekijöiden ja johdon vastuu verkostoitumisessa

5.3.1 Juridinen vastuu hallinnollisena, ammattitaidollisena ja rikosoikeudellisena vastuuna

Juridinen vastuu verkostotyöhön liittyen kuvattiin johtamiseen liittyvänä hallinnollisena vastuuna ja henkilökunnan ohjeistuksissa erilaisten toimintaohjeiden laatimisvelvoitteena ja valvontavastuuna. Juridinen vastuu kuvattiin yhdistettynä tietosuojaan, asiakasrekisterien oikeaan ja lainmukaiseen käyttöön ja tietosuojavaltuutetun tehtäviin. Potilaan näkökulmasta siinä ilmeni avun saamisen oikeutus ja heitteillejätön tuomittavuus. Työntekijöiden vastuun nähtiin liittyvän ammattitaidon ajan tasalla pitämiseen. Käytettiin termejä ”henkilökuntaa velvoittavia”, ”on määrätty, että”. Kieli oli käskymuotoista. Vaitiolovelvollisuuteen liittyen puhuttiin rikosoikeudellisesta vastuusta, joka kohdistuu sekä työntekijään että johtoon. Juridinen vastuu tuotiin esille tietojen käytön valvonnan lainlyönteinä ja vahingonkorvausvelvollisuutena tietojen lainvastaisesta käytöstä. Sairaanhoidaja – lehdessä juridisen vastuun osiossa oli enemmän otteita, kuin Diakonia-lehdessä. Asiasisällöissä ei oleellisia eroja ollut.

”Henkilökunnan on pidettävä tietonsa ajan tasalla uudistuneen lainsäädännön osalta, sillä juridiset periaatteet voivat olla myös vahvasti terveydenhuollon henkilöstöä velvoittavia.” (Sairaanhoidtaja 2002, n:o 9, 34.)

Diakonia-lehdessä pohdittiin vanhusten heitteillejättöä ja kysymystä, onko olemassa keinoja estää ihmisten yksinäisyys ja syrjäytyminen elämästä. Kirjoituksissa kannustettiin lähimmäisen vastuuseen. Pohdittiin, olisiko olemassakaan käsitettä syrjäytynyt, jos lähimmäisen vastuu toteutuisi. Diakonia-lehdessä tuotiin esille tekemättä jättämisen virheellisyys lastensuojeluilmoitusten kohdalla.

”Tarvittava lastensuojeluilmoituksen tekemättä jättäminen on lapsen heitteillejättö ja virkavirhe.” (Diakonia 2007, n:o 4, 15.)

5.3.2 Ilmoitusvelvollisuus työntekijää velvoittavana vastuuna

Ilmoitusvelvollisuus työntekijää velvoittavana vastuuna -alakategoriaan ei tullut Sairaanhoidtaja-lehdistä yhtään otetta, joissa olisi suoraan puhuttu työntekijöiden velvollisuudesta ilmoittaa asiasta yhteistyöverkoston tai sosiaalityöhön. Uusi lastensuojelulaki ei ollut herättänyt kiinnostusta kysymykseen. Muutamissa kuvauksissa puhuttiin yhteistyöstä sosiaalitoimen kanssa hankkeiden yhteydessä. Sosiaalityöntekijöiden kanssa yhteistyöstä oli kuvaus keskoslasten kohdalla tai päihdeäitipro-

jektiin kuului myös sosiaalityöntekijä. Mutta yhdessäkään artikkelissa ei mainittu velvoitetta ilmoittaa silloin, kun työntekijä havaitsee asiakkaalla lastensuojelullisia tarpeita tai esimerkiksi vanhuksen heitteillejätön. Seuraava ote oli ainoa, joka tuli kohtaan ilmoitusvelvollisuus Sairaanhoitaja-lehtien artikkelien kautta.

”Lastensuojelulliset toimenpiteet on hyvä muistaa osana alaikäisen terveydenhoidon toteutumisen puitteita. Yleensä joku on kyllä huomannut, mutta puuttuminen voi olla monimutkaisempaa.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 12, 6-7.)

Artikkelissa puhutaan lasten ja nuorten mielenterveysongelmista Jokelan koulusurmatragedian jälkeen. Tuodaan esille tarkkailtavia asioita, jotka kertovat nuoren tai lapsen masennuksesta. Esiin nostetaan nuorten itsetuhoinen käyttäytyminen, päihteiden käyttö ja riskihakuinen eläminen, jotka kaikki olisivat sekä hoidon indikaattoreita, että peruste selvittää lastensuojelullinen tarve.

Diakonia-lehdessä tuodaan esille ilmoitusvelvollisuus lastensuojeluilmoituksen ja yhteistyön tekemisenä lastensuojelussa sekä muissa ihmisten heitteillejätöissä. Ilmoitusvelvollisuutta käsiteltiin lasten seksuaalisen väkivallan yhteydessä ja perheväkivallan yhteydessä, jossa puhuttiin lastensuojeluilmoituksen tekemisestä sekä erillisestä rikosilmoituksesta. Uusi 2008 voimaan tullut lastensuojelulaki otetaan esille tiedontasolla sekä kehotuksena sen käyttämiseen tarvittaessa. Todetaan myös, että mikään oleellinen ei työntekijän näkökulmasta ole muuttunut edelliseen lastensuojelulakiin verrattuna.

”...tosin jo nyt voimassa olevassa lastensuojelulaissa ilmoitusvelvollisuus koskee jo nyt myös seurakuntien viranhaltijoita ja siten luterilaisen kirkon seurakuntien työntekijöiden osalta uusi ehdotus ei tuo muutoksia.” (Diakonia 2007, n:o 1, 12.)

”Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn sekä perheväkivallan perusteltavissa oleva epäily on aina syy tehdä lastensuojeluilmoitus.” (Diakonia 2007, n:o 6, 48.)

Ilmoitusvelvollisuus nähdään vastuu kohdassa velvoittavana vastuuna, jota ei ole lupa väistää. Lisäksi siinä nähtiin moniammatillisen verkostoyhteistyön mahdollisuuksia varhaisen puuttumisen keinoilla. Näitä keinoja ei tarkemmin määritelty, vaan todettiin yleisellä tasolla yhteistyön mahdollisuus varhaisessa puuttumisessa.

5.3.3 Julkisuus osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuutena

Julkisuusnäkökulma poikkeaa muista kategorioista siinä, että sen ytimeksi muodostui laki viranomaistoiminnan julkisuudesta. Tähän kohtaan kertyi hyvin vähän otteita, mikä johtunee terveydenhuoltosektorin ja diakoniasektorin toiminnan luonteesta. Lähes kaikki asiakastyössä on salassa pidettävää, jopa asiakkuus. Julkisuus kuvattiin kuntalakiin perustuvana asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksina. Peruslähtökohtana oli oikeus tietoon ja hyvään hallintoon. Lehdissä puhuttiin asiakirjojen julkisuudesta siten, että jokaisella on oikeus saada tietoa julkisista asiakirjoista ja viranomaisilla on velvollisuus sitä antaa. Kuvauksia tästä näkökulmasta oli hyvin vähän.

Keskusteluun osallistuminen näyttäytyi toiveena, että sairaanhoitajat osallistuisivat voimakkaammin yhteiskunnassa käytävään keskusteluun. Tämä näkökulma tuli esille muun muassa muutamassa Sairaanhoitaja-lehden pääkirjoituksessa. Keskustelun päämääränä esiintyi tällöin yhteisen ympäristön kehittäminen, jotta ihmisen hyvä toteutuisi ja sairaanhoitajat eivät luovuttaisi päätösvaltaa muille sektoreille. Verkostotyö kehittämisenä nähtiin eri hallinnonalojen yhteisenä työnä.

”Yhteisöjen terveyttä ei voida edistää yksinomaan sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin, koska suuri osa terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista päätöksistä tehdään muualla kuin sosiaali- ja terveyssektorilla. Epäviihtyisä ympäristö, ikävä arkkitehtuuri, palvelujen puute, riittämättömät vapaa-ajanviettomahdollisuudet voivat vaikuttaa kielteisesti koko yhteisön hyvinvointiin. Siksi yhteistyö kaupunkien ja kuntien eri sektoreiden välillä on välttämätöntä.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 11, 21.)

Otteen lähtökohtana on kaupungin omien sektoreiden välinen yhteistyö, jolloin määritelmällisesti ei vielä puhuta tämän tutkielman mukaisesta verkostotyöstä, jossa työskentely tapahtuu yli oman organisaation. Julkisuuskohdassa vaikuttaminen muodostui yhteiseen keskusteluun osallistumisesta ja päätösesitysten tekemisestä.

Toisena näkökulmana nousi potilaan häpeän helpottaminen julkisuuden avulla. Esiin tuotiin tiedottamisen ja verkostokumppanien kanssa käytävien keskustelujen merkitys asiakkaan elämän helpottamiseksi. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla kuvattiin tiedottamista yleisellä tasolla ja julkiseen keskusteluun osallistumista. Ohjattu julkisuus lisää ihmisten tietoisuutta erilaisista sairauksista ja vähentää ennakkoluuloja ja potilaan häpeää. Samankaltaisia avoimen keskustelun toiveita esitettiin HIV:sta ja diabeteksestä. Diabeteksen kohdalla kuvattiin esimerkiksi kouluissa pidettyjä oppitunte-

ja, jotka olivat vähentäneet toisten oppilaiden huolta. Leimaavasta julkisuudesta ns. ”iltapäivälehti-julkisuudesta” ja sen vaikutusta ei lehdissä pohdittu.

”Toiseksi häpeän ja leimaavuuden vähentämisessä auttaisi psykiatrisesta hoidosta tiedottaminen potilaille itselleen, heidän perheilleen sekä julkiselle palveluille ja yhteisölle.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 11, 36.)

5.3.4 Johtaminen verkostojen rakentamisena ja tavoitteen määrittelyinä

Verkostoissa kuvattiin useita tasoja, joissa kussakin tarvitaan erilaista johtajuutta. Työntekijä johtaa omaa työtään ja on mukana erilaisissa kehittämishankkeissa ja verkostopalavereissa, joissa oleellista verkostotyöosaamista on vaitiolovelvollisuussäännösten hallitseminen. Esimiestyössä johtaminen kuvattiin tukena, tehostamisena, resursseina ja toiminnan suuntaamisena. Sairaanhoitaja-lehdessä johtajuuden suunnannäyttäjärooli tuli selkeämmin esille kuin Diakonia-lehdessä. Johtamiselta odotettiin yhteistyön kehittämistä ja työnjaon selventämistä eri sidosryhmien kanssa.

”Päällimmäiseksi kehittämisalueeksi nousi yhteistyön kehittäminen ja työnjaon selventäminen eri sidosryhmien kanssa. Yhteistyön tulee olla suunnitelmallista ja koordinoitua toimintaa, jolloin se tuo jatkuvuutta vanhusten kuntouttavaan hoitotyöhön.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 1, 19.)

Johtaminen kuvattiin suunnitelmallisuutta ja sitoutumista edellyttävänä pitkäjänteisenä työnä. Hyvän yhteistyön elementteinä kuvattiin yhteistyöhön sitoutuminen ja jatkuva yhteydenpito, joka nähtiin tuloksellisessa toiminnassa tärkeänä. Verkostotyön onnistumisen ehto oli yhteisten päämäärien asettaminen ja yhteisten sopimusten tekeminen sitoutumisen asteesta. Ristiriitakuvauksissa ja epäonnistuneissa hankkeissa kuvattiin yhteisten päämäärien puuttuminen ja joidenkin tahojen tai henkilöiden heikko sitoutuminen.

Johtamisen yksi ulottuvuus oli henkilöstön motivoiminen ja sitouttaminen organisaatiokulttuurin muutokseen. Todettiin, että organisaatiokulttuurin tulee muuttua yhteistyölle otolliseksi ja työtapojen verkostomaisiksi, jotta palveluiden saumattomuus asiakkaan kannalta voi toteutua. Tekniikan kehittymisen nähtiin avaavan verkostoitumiselle uusia mahdollisuuksia. Tavoitteena oli päällekkäisyyksien vähentäminen. Hyvä saumaton yhteistyö lisäsi asiakkaan kokemaa turvallisuuden tunnetta.

”Huomattiin myös, että toiminnan kehittäminen edellyttää kuntien ja seurakuntien toimintojen aiempaa tiiviimpää yhteistyötä.Verkostotyö vaatii taitoa määritellä yhteinen tavoite. Metsään mennään, jos lähdetään liikkeelle pelkästään suuren innostuksen vallassa.” (Diakonia 2002, n:o 5, 13.)

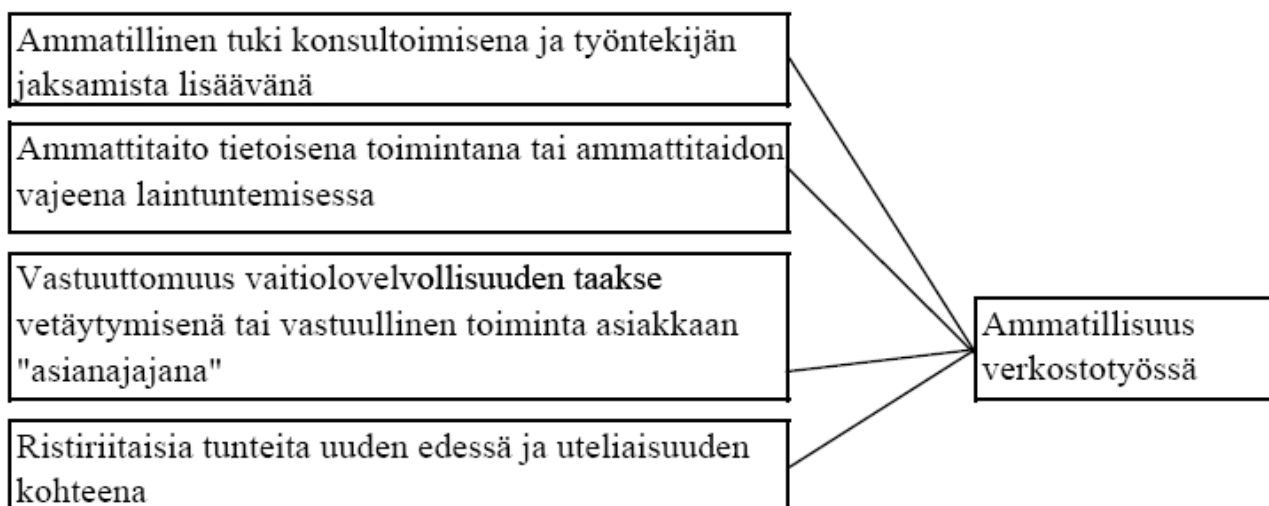
Sairaanhoitaja-lehden otteissa johdon tehtäväksi mainittiin yhteistyökanavien luominen, tätä näkökulmaa ei esiintynyt yhtä voimakkaasti diakonia-lehdessä, jossa paikallistason yhteistyö näyttäytyi useimmiten ammatillisten verkostojen pohjalle rakentuvana yhteistyönä. Perustyöntekijöiden oman työn suunnitteluun ja organisointiin kuului yhteistyökanavien rakentaminen paikallistasoisissa verkostoissa.

”Case Managerit eivät voi toimia vastuullisesti, ellei heidän esimiehensä tue toimintaa ja luo yhteistyökanavia välittömästi työstä aina poliittiseen päätäntään asti.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 6, 7.)

Seurakunnan ja terveydenhuollon erilaiset johtamisjärjestelmät ja henkilöstön erilaiset vapausasteet suunnitella työtä ovat haaste verkostoitumiselle. Tutuksi tulemisen kautta työkuultuurien ymmärtäminen lisääntyy ja voidaan rakentaa sitoutumista edellyttävää päämääräsuuntautunutta yhteistyötä.

5.4 Ammatillisuus verkostotyössä

Ammatillisuus verkostotyössä -kategoria muodostuu seuraavista alakategorioista: ammatillinen tuki konsultoimisena ja työntekijän jaksamista lisäävänä, ammattitaito tietoisena toimintana tai ammattitaidon vajeena laintuntemisessa, ristiriitaisia tunteita uuden edessä ja uteliaisuuden kohteena, vastuuttomuus vaitiolovelvollisuuden taakse vetäytymisenä tai vastuullinen toiminta asiakkaan ”asianajajana”. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Ammatillisuus verkostotyössä.

5.4.1 Ammatillinen tuki konsultoimisena ja työntekijän jaksamista lisäävänä

Ammatillinen tuki verkostotyössä kuvattiin konsultoimisena, ammatillisina verkostoina ja kollegiaalisena tukena. Kollegiaalisuutta hyödynnettiin verkostoyhteistyössä ja työstä selviytymisessä. Ammatilliset verkostot olivat sekä paikallisia että valtakunnallisia. Niissä jaettiin ammattiin liittyviä kokemuksia, pohdittiin työn kehittämistä ja työssä jaksamista. Kollegiaalinen tuki kuvattiin harvaan asutuilla paikkakunnilla myös puhelinyhteistyönä, esimerkiksi vankilatyöntekijöillä puhelinkonsultaationa toisen vastaavassa asemassa olevan työntekijän kanssa. Verkostomaisen kollegiaalisen tuen kuvausten yhteydessä ei pohdittu vaitiolovelvollisuuteen liittyviä kysymyksiä. Asiayhteydestä saattoi päätellä, että konsultaatio oli asiapohjaista, joka voitiin nostaa yksittäisestä asiakkaasta yleisemmälle tasolle, jolloin vaitiolovelvollisuuskysymys voitiin sivuuttaa.

”..... on tarkasti ottaen kaksi kollegaa koko maassa, Pelson ja Naarajärven vankiloissa - kyllä me soitellaan silloin tällöin.” (Diakonia 2002, n:o 3, 12.)

Seurakunnan kohdalla diakoniatyön erityisluonne verrattuna muuhun seurakuntatyöhön aiheuttaa välillä seurakunnan sisällä keskustelua, onko työ seurakunnan omaa ydintyötä vai työtä, jota kuntien tulisi tehdä. Toiset asiakkaan kanssa työtä tekevät ovat töissä seurakunnan ulkopuolella, jolloin konsultaatioapua ja tukea asiakastilanteisiin haetaan seurakunnan ulkopuolelta.

”Diakoniatyön yhteistyöverkosto on usein seurakunnan työyhteisön ulkopuolella. Yleisemmin konsultoidaan muiden toimijatahojen kanssa kuten mielenterveystoimiston tai kotisairaanhoidon, sosiaalitoimen tai velkaneuvojan kanssa.” (Diakonia 2007, n:o 6, 10.)

Tyypillisimmillään ammatillinen tuki kuvattiin tapahtuvan erilaisissa paikallisissa moniammatillisissa ja verkostotyön ryhmissä, joissa pohdittiin asiakkaiden tilannetta ja jatkosuunnitelmia. Näihin asiakaskohtaisiin tai säännöllisesti esimerkiksi alueellisesti kokoontuviin verkostoryhmiin pyydettiin tapauskohtaisesti asiantuntija-apua ammattitaidon täydentäjäksi. Artikkeleissa ei juuri pohdittu asiakkaan suostumuksen tai luvan pyytämistä näiden työryhmien olemassaoloon tai niiden asiantuntijuuden laajentamiseen. Mikäli näin ei tapahdu, niin asiakkaalta viedään oikeus oman asiansa subjektina olemiseen. Tällöin hänen tietonsa leviää laajemmalle, kuin hän on valtuuttanut ja tämä voidaan katsoa potilaan henkilötietojen väärinkäytöksi ja tietosuojarikkeeksi. Kuvaukset olivat luonteeltaan seuraavan esimerkin kaltaisia, toteavia.

”Hänen mukaansa hyvin toimiva mielenterveystyö toteutuu perusterveydenhuollon ja useiden tahojen välisenä yhteistyönä sekä toimivina konsultaatiojärjestelminä.” (Sairaanhoidaja 2007, n:o 9, 14.)

5.4.2 Ammattitaito tietoisena toimintana tai ammattitaidon vajeena laintuntemisessa

Ammattitaito liitettynä ammatillisuuteen verkostotyössä ja siinä vaitiolovelvollisuuteen kuvattiin työntekijän toimintana esimerkiksi tietoisena tekemisellä, monipuolisena osaamisena, osaamisen jakamisena, harkintana ja palautteen vastaanottokykyä, mutta myös epävarmuutena uuden edessä. Ammattitaito verkostotyössä kuvattiin edellyttävän siihen osallistuvilta työntekijöiltä oman ammatillisen identiteetin selkeyttä ja oman ammatin hallintaa. Jotta voi toimia tasavertaisesti verkostossa, tulee tiedostaa osaamisensa rajat ja pystyä olemaan alansa edustajana. Verkostotyön kuvattiin toimineen paremmin sen jälkeen, kun yksikön työnkuvan ydinsisällöt oli täsmennetty ja vastualueet oli selkiytetty. Työntekijä tiesi ja tunsu, mitä häneltä edellytetään ja mihin hänet on valtuutettu. Kyse on selkeistä työnkuvista, ammatti-identiteetistä ja johtamisjärjestelmistä. Kuvauksissa todettiin, että hyvässä työyhteisössä pohditaan myös toiminnan moniammatillisia periaatteita ja päämääriä. Näihin periaatteisiin kuuluu vaitiolovelvollisuuden käytännöistä sopiminen. Kykyä vastaanottaa palautetta pidettiin tärkeänä.

”Kaikkien edellä mainittujen toimintojen perustana on monipuolinen omaan ammattialaan liittyvä osaaminen ja vahva ammatti-identiteetti sairaanhoitajana.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 1, 13.)

Ammattitaito nähtiin myös työn tarkkana tekemisenä, huolellisuutena. Tarkkuus ilmeni huolellisena tietojenkäsittelynä, henkilöllisyyden varmentamisena, toimintaohjeina ja niiden noudattamisena. Ammatillisessa tarkkuudessa nähtiin myös vaitiolovelvollisuuden kannalta kohtia, joissa on syytä tarkkailla työtapoja tai tarkentaa niitä. Vaitiolovelvollisuuden riskipaikkoja nähtiin rutiininomaisessa työssä, jossa ei enää huomata niitä hetkiä, jolloin rajat ylitetään. Rutiineista mainittiin lisäksi puhelin ja tietokone, joiden huolellisesta käytöstä muistutettiin. Ammattitaitoon verkostotyössä kuuluu vaitiolovelvollisuuteen liittyvien periaatteiden tunteminen, joka sisältää lakien tuntemisen lisäksi kyvyn soveltaa ne käytännön tilanteisiin.

”Jokaisen työntekijän perusammattitaitoon kuuluu tietää vaitiolovelvollisuuteen liittyvät asiat ja vaieta tiukasti asioista, jotka kuuluvat salassapidon piiriin.” (Diakonia 2007, n:o 1, 7.)

”Eivät suinkaan, mutta me elämme niin lähellä rutiineja, että unohdamme helposti niiden vaarat.....pelkkä asiakkuus saa aikaan salassapitovelvollisuuden, herää kysymys, ovatko itsestäänselvyydet päässeet unohtumaan diakoniatyössä.” (Diakonia 2002, n:o 3, 15.)

Ammatillisuuteen verkostotyössä liittyy kyky arvioida tilanne ammattitaidon pohjalta. Pelkistetyt ilmaukset muodostettiin kohdista, joissa työntekijä joutui miettimään kutsuuko konsultaatioapua tai verkostokokouksen kokoon. Tajuttoman potilaan kohdalla hän joutuu miettimään, mikä olisi potilaan etu. Lisäksi kohta sisältää niitä ilmauksia, joissa työntekijää kehoitettiin etukäteen harkitsemaan toimintatavat, miten minimoidaan ne henkilöt jotka käsittelevät potilaan henkilötietoja.

Ammattitaito näkyi myös ammattitaidon vajeena. Tällöin siinä kuvattiin tietovajetta vaitiolovelvollisuutta määrittävän lain ja säädösten tuntemisessa. Se sai aikaan vetäytymistä ja asioihin puuttumattomuutta, hoitovajetta. Yhdistävänä tekijänä kuvauksissa oli lain ja säädösten tuntemisen puutteet, jotka aikaansivat hoitovajetta potilaalle tai asiakkaalle. Toisaalta työntekijöiden epävarmuuden tunteet lisääntyivät heidän tunnistaessaan tietovajeensa. Ilmenemismuotoina olivat asioihin tarttumattomuus ja väistäminen, eikä asiakkaan asiaa hoidettu kokonaisuutena. Hoitajat eivät esimerkiksi perheväkivaltatilanteessa ohjanneet naisia tekemään rikosilmoitusta tai lastensuojeluilmoitusta. Hoitajat eivät myöskään kysyneet ovatko lapset tällä hetkellä turvassa. Kuitenkaan kysyttäessä

hoitajat eivät tuoneet näitä kysymyksiä koulutustarpeita kartoitettaessa esille. (Sairaanhoitaja 2007, n:o 6-7, 50.)

”Tämä kertoo, että lainsäädäntöä koskien lastensuojelulain pykälää ja parisuhdeväkivallan ymmärtämistä rikoksena ei tunneta riittävän hyvin.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 6-7, 50.)

Lain muutoskohdissa työntekijöiden keskuudessa esiintyy kuvauksissa epävarmuutta siitä, miten oma laintuntemus riittää ammatilliseen työn tekemiseen. Eri työntekijäryhmissä näkyy tulkinnallisia eroja, jotka aikaansaavat hämmennystä ja epävarmuutta. Kirkkolaissa hämmentää papin ripin ja sielunhoidon vaitioloasteen ero muihin kirkon työntekijöihin verrattuna.

”Myös kirkon eri työntekijäryhmien keskuudessa vaitiolo-velvollisuus on aiheuttanut epäselvyyttä, osin juuri edellä mainituista syistä. Tällaisia työntekijäryhmiä ovat erityisesti lapsi- nuorisotyön, diakoniatyön sekä perheneuvonnan työntekijät. Epätietoisuutta tuntuu olevan aivan perusasioissa- kin.” (Diakonia 2007, n:o 1, 12.)

5.4.3 Vastuuttomuus vaitiolo-velvollisuuden taakse vetäytymisenä tai vastuullinen toiminta asiakkaan ”asianajajana”

Vastuullisuus kohdassa työntekijöiden ammatillisuus verkostotyössä näkyi vastuullisuutena, työn hoitamisena vaikeista asioista huolimatta sekä asiakkaan asianajajana toimimisena verkostossa valtuutuksen saatuaan. Toisaalta vastuullisuus näkyi vastuullisuuden puutteena, joka ilmeni vastuun pakoiluna, vaitiolo-velvollisuuden käyttämisenä väistämiseen, vetäytymiseen ja salassapidon taakse kätkeytymiseen. Työntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista kuvattiin rohkeutta toimia tai uskalluksen puutetta toimimisessa. Vastuun ottamista voidaan väistää organisaation taakse kätkeytymällä, jäädään odottamaan passiivisesti lupaa tai odotetaan toisen verkostokumppanin olevan aktiivinen kutsuja. Hierarkkinen organisaatiokulttuuri kuvattiin edesauttavan passiivista käyttäytymistä. Molemmissa lehdissä kuvattiin vaitiolo-velvollisuus vastuun pakokeinona ja verkostossa asiakkaan asianajajana toimimisena. Sairaanhoitaja lehdessä oli enemmän mainintoja, joissa viitattiin työ- kulttuuriin.

” Heillä oli myös näkemys siitä, miten pitäisi yhteistyössä toimia, mihin resursseja pitäisi ohjata ja keitä pitäisi olla mukana ja keitä pitäisi auttaa. He ikään kuin vain odottivat lupaa toimia. On pak-

ko kyseenalaistaa sekä kunnallinen että valtiollinen hallinto ja siihen sisään rakennettu kapea-alainen ajattelu. Rakenteet, lait ja vallankäyttö estävät ihmisenelämän kokonaisuudesta lähtevät toimintatavat.” (Sairaanhoitaja 2002, n:o 11, 3.)

Vastuullisuuden puute näyttäytyi karuina asiakaskokemuksina kuten hyväksikäytettyjen lasten kokemuksina siitä, että vaikka he olivat tuoneet asian esille auttajatahoille, niin asiaan ei oltu puututtu tai siitä ei ollut seurannut ainakaan mitään hyvää. Tutkimuksen mukaan ainoastaan joka kolmannessa tapauksessa lapsen ilmaisemaan hyväksikäyttöön oli puututtu. (Sairaanhoitaja 2007, n:o 3, 25.) Salassapidon ja vaitiolovelvollisuuden taakse kätkeytyminen kuvattiin molemmissa lehdissä. Kuvauksissa tuli esille, että joissain tapauksissa työntekijä oli tiedostanut asian ja toi sen artikkelissa yleisellä tasolla esille. Muutama henkilö toi esille sen, että vaitiolovelvollisuus ei ole este yhteistyölle, jos työntekijät osaavat toimia ammatillisesti. Vastuullisessa verkostotyössä vaitiolovelvollisuus tiedostetaan ja toimitaan asiassa suunnitelmallisesti.

”Vaitiolovelvollisuudesta tehdään usein liian hankala asia, jonka varjolla voidaan jättää puuttumatta esimerkiksi lastensuojelua vaativiin asioihin. Tässä hankkeessa oli käytössä oma suostumuskaavake, jossa yksilöitiin tahot, joihin voidaan perheen suostumuksella olla yhteydessä.” (Diakonia 2007, n:o 4, 53.)

Vastuullisuus näkyi molemmissa lehdissä asiakkaan kanssa yhdessä työskentelemisenä ja hänen asianajajanaan toimimisena silloin, kun auttajatahoja oli useita. Kuvauksissa ilmeni, että nykyisessä palveluverkostossa asiakkaan ei ole yksinkertaista löytää oikean palveluntarjoajan luo. Asianajajan roolia tarvittiin sekä oman organisaation sisäisessä toiminnassa että yhteistyökumppaneiden kanssa toimiessa.

”Koordinoidessaan hoitotyötä omahoitaja toimii potilaan ”asianajajana” sekä oman työryhmän että muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.” (Sairaanhoitaja 2007, 11, 32.)

5.4.4 Ristiriitaisia tunteita uuden edessä ja uteliaisuuden kohteena

Ristiriitaisia tunteita uuden edessä ja uteliaisuuden kohteena -alacategoria sisältää kuvauksia uuteen tilanteeseen astumisesta, rohkeuden tarvitsemisesta, väärinkäsitysten kohtaamisesta ja tunteesta, että on uteliaisuuden kohteena. Uteliaisuuden kohteeksi joutumisen kuvauksia olivat esimerkiksi koulun opettajien hoitohenkilökunnalle esittämät kysymykset. He halusivat tietää, mitä oppilas oli kertonut hoitajalle. Samankaltaisia puun ja kuoren välissä olemisen kuvauksia työntekijät kokivat verkostotyössä, kun asiakkaan asioita käsitteli moni työntekijä, mutta vain osa asioista oli yhteisiä. Tilanne kuvattiin ristiriitaisena, vaikeana ja kuormittavana. Työntekijän tunnekuvauksissa vastaavanlaisia kokemuksia esiintyi silloin, kun asiakkaana oli lapsi ja joka oli kieltänyt asiasta puhumisen vanhemmille. Vanhemmat saattoivat tulla myös puhumaan työntekijälle. Tilanne kuvattiin ristiriitaisena ja hankalana. Vaitiolovelvollisuudesta kiinnipitäminen aiheutti työntekijää kohtaan vihasia tunteenpurkauksia.

”Kun mukaan lasketaan tärkeimmät yhteistyökumppanit – lasten huoltajat, perheneuvola, terveys- ja sosiaalitoimi sekä seurakunnan nuorisotyö—koulukuraattori saa tehdä työtään useimmiten kieli kesellä suuta, mitä tulee salassapitosäntöihin.” (Diakonia 2002, n:o 3, 24.)

Ammatillisuuteen verkostotyössä sisältyy ristiriitaisia tunteita, joita kuvattiin liittyvän tilanteisiin, joissa piti uskaltautua uuteen ja työskennellä toisen ammattialan edustajan kanssa. Näissä tilanteissa työntekijä oli ainoa alansa edustaja ja joutui kohtaamaan toisenlaista tapaa ajatella ja tehdä työtä. Tilanteessa tarvittiin monipuolista oman ammatin osaamista ja selkeästi määriteltyjä tavoitteita, jotta verkostotyö olisi tuloksekasta. Työntekijän oma persoonallinen kasvu, kyky kestää ristiriitaisia tunteita itsessään ja omaa epävarmuuttaan on tärkeää.

”Psykiatrisen sairaanhoitajan näkökulmasta on ollut haasteellista siirtyä mielenterveyspalveluista alueille, joissa ei ole oman alan kollegoita, ja jossa ei ehkä ole totuttu mielenterveys ja päihdeongelmien systemaattiseen seulontaan ja puheeksi ottamiseen.” (Sairaanhoitaja 2007, n:o 9, 11.)

Resurssipulan kuvauksissa hoidon tiedostettujen tavoitteiden ja todellisuuden välinen ristiriita kuormittaa työntekijöitä. Kuvauksissa työntekijät kertoivat, että potilaan omaisten ja yhteistyökumppaneiden kanssa käydään keskustelut, jos perushoidolta jää aikaa. Potilaan tiedontarpeen ja omaisten tiedontarve asetettiin toissijaiseksi muuhun hoitoon nähden.

”....yhteydenotot sosiaalihoitajaan kotiapuun, kotisairaanhoidoon, ym. monet sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat työt tehdään, jos aikaa jää varsinaiselta potilaan perushoidolta.” (Sairaanhoitaja 2007, 6-7, 52.)

Hoitajat tiedostivat kokonaisvaltaisen hoitamisen mahdollisuuden, mutta käytännössä hoitoa toteutettiin sektorilähtöisesti verkostotyötä tekemättä. Tämä aiheutti hoitajille sisäistä ristiriitaa. Ristiriitatilanne käsiteltiin niin, että syylliseksi mainittiin resurssipula tai organisaatiotason päätökset.

”....alkoholin suurkulutusta.... toisaalta korostetaan asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja käytännössä hoidetaan vain osaa ihmisestä, joten sen toteutuminen on hallinnollinen haaste.” (Sairaanhoitaja, 2007, n:o 6-7, 30.)

Ristiriitaisten tunteiden kuvauksissa näkyi kypsää ymmärtämistä sen suhteen, että uusissa hankkeissa ja verkostotyössä tapahtui asioita, jotka olivat prosessista aiheutuvia. Toiminnan löytäessä päämääränsä tai tahtotilansa hankaluuksien mainittiin väistyneen. Osittain hankkeiden kuvauksissa oli nähtävissä, että jonkinasteinen tunneristiriitatilanne kuului projektien kehityskaareen. Tunneristiriita kuului tilanteeseen, missä ei oikein vielä tiedetty, mitä on edessä ja onnistutaanko hankkeessa.

6. POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaisen kuvan Sairaanhoitaja-lehti ja Diakonia-lehti antavat vaitiolo-velvollisuudesta verkostotyössä. Tutkimustuloksesta ilmeni, että vaikka lehdet ovat suunnatut eri ammattiryhmille ja eri organisaatioissa työskenteleville, niiden antama kuva vaitiolo-velvollisuudesta verkostotyössä ei juuri poikennut toisistaan. Edellä on kuvattu lehtien painotuksia ja eroja. Kiinnostuksen kohteena ovat ne tekijät, jotka ovat muokkaamassa henkilöstön asenteita, arvoja ja käytäntöjä. Yksi vaikuttaja on ammattilehdistö (Hilden 2002, Kalliomäki 2002).

Tutkimuksella tuotettiin kuvaus vaitiolovelvollisuudesta verkostotyössä ammattilehdissä. Vaitiolovelvollisuus verkostotyössä kuvattiin asiakkaan kohtaamisena, valtuutuksena verkostotyön tekemiseen, työntekijöiden ja johdon vastuuna verkostoitumisessa ja ammatillisuutena verkostotyössä.

Sairaanhoitaja -lehdessä moniammatillinen työ viittasi sairaalaorganisaation sisällä tapahtuvaan ammattirajat ylittävään yhteistyöhön, kun taas moniammatillinen työ käsitettä Diakonia-lehdessä käytettiin kuvaamaan myös seurakunnan ja muiden organisaatioiden työntekijöiden välistä yhteistyötä. Verkostotyö käsitettä käytettiin Diakonia-lehdessä useammin kuvaamaan organisaatorajat ylittävää monisektorista yhdessä tekemistä, kun taas Sairaanhoitaja-lehdessä vastaavissa tilanteissa puhuttiin yhteistyöstä, mutta ei aina. Tämä kertoo siitä, että verkostotyö, yhteistyö ja moniammatillinen työ eivät käsitteinä ole saavuttaneet vakiintunutta sisältöä terveydenhuollossa ja kirkossa. Sairaanhoitaja-lehdessä vuoden 2002 numeroissa verkostotyö näkyi käsitteenä harvemmin kuin 2007, mikä saattaa kertoa verkostotyö käsitteen yleistymisestä hoitosektorilla. Verkostotyönäkökulman yhdistämisestä vaitiolokysymyksiin ei ollut löydettävissä tutkimuksia.

Kummassakaan lehdessä ei ollut kirjoitusta, jossa olisi keskitytty vaitiolovelvollisuuteen verkostotyössä. Vaitiolovelvollisuutta katsottiin lähinnä lain ja säädösten kautta potilasasiamiesten tai juristien kirjoituksissa, ei niinkään asiakkaan tai potilaan hoitoon kuuluvana asiana. Artikkelia lakien soveltamisesta käytäntöön, moniammatilliseen verkostotyöhön, johon myös työntekijät olisivat osallistuneet pohdintoillaan, ei ollut. Vaitiolovelvollisuutta käsiteltiin pääsääntöisesti erillisenä juridisena kysymyksenä.

Aasiakkaan kohtaamista verkostossa vaikeutti sektoroitunut palvelujärjestelmä ja epävarmuus auttamiskeinoista. Luottamus ja yksityisyys nähtiin tuloksellisen ja tehokkaan asiakassuhteen ja verkostotyön perustana. Verkostotyön näkökulmasta katsottuna tutuksi tuleminen verkostossa oli työtä edistävää. Tutuksi tuleminen ja luottamuksen rakentaminen olivat verkostotyön perusta. Myös Saarenkivi- Seppälän tutkimuksessa todetaan, että palvelujen järjestämisvastuun tietäminen ei riitä synnyttämään luottamusta, vaan tarvittiin toisen tahon tuntemista. Ilman luottamusta organisaatorajoja ei uskallettu ylittää. (Saarenkivi- Seppälä 2004, 122.) Tällä hetkellä organisaatioita muodostetaan yhä isommiksi hallinnollisiksi yksiköiksi, joten luottamuksen muodostuminen oman organisaation sisällekin on haasteellista. Karjalainen (1996) on tuonut esille, että verkostossa toisen tahon henkilökohtainen tunteminen selventäisi kunkin toimijan omaa asemaa ja suhdetta toisiin verkostossa toimiviin. Ihmisten auttamisessa luottamus on auttamisen perusta.

Tutkimuksen verkostotyökuvauksissa asiakkaat kuvasivat artikkeleissa väsymistään asioiden hoitamiseen monissa paikoissa. Hoitosektorin pirstaleisuus lisäsi asiakkaiden uupumista. Uupuminen kuvattiin myös auttajien kokemuksena, kun nähtiin, että ihmisten kokonaisuutta ei hoidettu. Seikkula on todennut, että hoitosuhteen vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys sille, miten potilaan ja hänen verkostonsa voimavarat voidaan saada tueksi (Seikkula 1991, 39–41). Siiran ja Kallarannan tutkimus tuo esille, että moniongelmaisuus tai moniasiakkuus ei sinänsä ole välttämättä asiakkaan ominaisuus, vaan sektoroituneiden organisaatiojakojen ja työnjaon aikaansaama jaottelu. Kokonaisuuden hallinta hajoaa ja voidaan tehdä tyhjäksi toisen viranhaltijan työ ja monimutkaistaa asiakkaan tilannetta. (Somerkivi 2000, 196.)

Viranomaisten välinen yhteistyö voi asiakkaille olla henkisesti myös raskasta ja ahdistavaa. Asiakkaalle voi tulla tunne, että menin minne tahansa niin, minua ei kuulla; kuullaan ja nähdään ennakkokäsitys tapahtumasta tai tilastani. Somerkiven tutkimus vahvistaa, että asiakkaalla ei yleensä ole tarkkaa tietoa siitä, mihin hänestä kerättyä tietoa käytetään ja minkälaista yhteistyötä eri viranomaiset tekevät. Näin siitä huolimatta, että heiltä on kysytty lupa yleisesti tietojen käyttämiseen viranomaisyhteistyössä. (Somerkivi 2000, 199.) Arnkil ja Eriksson toteavat, että psykososiaalisessa verkostotyössä ei tule pyrkiä yhteiseen ongelmanmäärittelyyn, mutta tulee huomioida, miten muut verkostossa toimivat ongelman määrittelevät ja asiakasta hoitavat (Arnkil & Eriksson 1999, 94–95).

Valtuutus verkostotyön tekemiseen saatiin asiakkaan suostumuksesta. Lait ja säädökset näyttäytyivät kuvauksissa asiakkaan oikeuksina ja työntekijän velvollisuuksina. Vaitiolovelvollisuus ja salassapitokysymykset näyttäytyivät kuvauksissa ehdottomilta verkostotyön estäviltä velvoitteilta. Asiakkaan suostumuksen pyytäminen verkostotyöhön on sen ehdoton edellytys. Lakeja ja säädöksiä lehdissä käsitelivät lakimiehet, kirkkohallituksen asiantuntijat ja potilasasiamiehet. Artikkelien kieli oli ehdotonta. Kieli korosti vaikutelmaa lakien erillisyydestä hoidossa ja asiakastyössä. Tutkimuksen kuvauksissa lait ja säädökset kuvattiin myös epävarmuutta aiheuttavina ja pelottavina sekä niiden tuntemus oli paikoitellen heikkoa. Puhuttiin lakiviidakosta ja rangaistuksista sekä juridisesta vastuusta. Asiakkaan suostumuksella verkostotyö on mahdollista seurakunnan ja terveydenhuollon välillä riippumatta asiakkaan asian sisällöstä. Lait nähtiin myös yhteistyötä mahdollistavina, kunhan asiakkaan suostumus kysyttiin verkostotyöhön tai hänen asioidensa käsittelyyn sivullisen kanssa.

Henkilötietolaki on erittäin vaikea, ja se tuottaa ymmärtämis- ja soveltamisongelmia terveydenhuololle. (Saarenpää 2000, 35.) Julkisuuslain kokonaisuus on edelleen heikosti tunnettu virkamieskunnan keskuudessa lukuun ottamatta hallinnon laki- ja arkistohoidosta vastaavia. (Konstari 2001, 4.)

Konstarin näkemys on yhtenevä tämän tutkimuksen kanssa. Lait ja säädökset tuotiin lehdissä esille hoitotyön ulkopuolelta ja niistä ei käyty ammattikunnan sisäistä keskustelua. Lainsäädännön tuntemus jää yksittäisten osioiden tuntemukseksi ja sitä kautta voi vääristää ja tuoda epävarmuutta toimintaan yhteistyökysymyksissä. Vaitiolovelvollisuudesta ja verkostotyöstä keskusteltiin erillisinä asioina. Lakien tuntemisen heikkouden kuvattiin aiheuttavan epävarmuutta auttamiskeinoista. Kuvauksia oli vaitiolovelvollisuuslainsäädännön ja hallinnollisten päätösten käyttämisestä kilpenä oman epävarmuuden peittämiseksi ja yhteistyöstä vetäytymiseksi.

Potilaslain määritelmä potilaan hoitoon osallistuvista on hoitotilanteissa ja verkostotyön yleistyessä tulkinnanvarainen. Lehdissä verkostotyöhön valtuuttavana katsottiin asianosaisuus yhteisen projektin tai asiakkuuden myötä. Asiakkaalta tulee kysyä, ketä hän itse kokee hoitoverkostoonsa kuuluviksi ja pyytää suostumus yhteistyöhön. Kysymyksiä joudutaan pohtimaan asiakkaan kokonaisvaltaisessa auttamisessa kotisairaanhoidossa, alueellisissa verkostopalavereissa ja tilanteissa, joissa asiakasta on auttanut monta henkilöä osittain toisistaan tietäen tai tietämättä. Yhteistyö- ja verkostotyötilanteissa salassapitolainsäädäntö tulisi tuntea, myös yhteistyöorganisaation osalta. Koska salassapitolainsäädäntöä löytyy monista lainkohdista, voidaan asettaa kyseenalaiseksi, kuinka moni työntekijä tuntee koko salassapitolainsäädännön. Lainsäädäntöä tulisikin supistaa ja selkeyttää, jotta se olisi hallittavissa.

Neljännes terveystalvelun asiakkaista ja kolmannes sosiaalipalvelun asiakkaista kokee saaneensa riittämättömästi tai täysin riittämättömästi tietoa (Sinkkonen 1992, 64–65; Pahlman 1996, 2143–2147). Tutkimuksessa on osoitettu, ettei potilaan tulkinta omasta tilanteesta tule kuulluksi terveydenhuollossa (Saarenpää- Seppälä 2004, 14). Anneli Pohjola tuo esille, että merkittävässä asemassa byrokratiatyössä on viranomaiskieli. Omien asioiden hoitaminen edellyttää asiakkaalta kielellistä lahjakkuutta ja ammatillisen kielen hallintaa. (Somerkivi 2000, 157.) Myös oikeusasiamiehelle tullessa kanteluissa viranomaisratkaisujen vaikeaselkoisuus ja puutteelliset perustelut ovat olleet esillä. Päätökset on perusteltava niin, että niistä käy yksiselitteisesti ilmi, mihin asianomainen on oikeutettu ja velvoitettu. (Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus 2003, 58.) Tarja Pösö on tutkinut koulukodeissa tapahtuvaa toimintaa ja todennut, että lapsi kuvataan usein kaavamaisesti, rajatuilla ilmauksilla ja elämänteemoilla. Pösö toteaa, että viranomaisyhteistyössä kuvaukset lapsesta eivät olleet lapsilähtöisiä, vaan kuvaus tapahtuu yhteistyökumppanin vakiintuneen tavan mukaan. Yhteistyön sujuvuus lisääntyy, mutta lapsen kannalta hänestä tehdään viranomaistulkinnan kohde. (Pösö 1994, 48–49.)

Lehtonen toteaa, kun potilaan tietoja siirretään terveydenhuollon toimintayksikön ulkopuolelle, tietojen perusteella laaditut rekisterit sekä asiakirjat, eivät ole potilaslain tarkoittamia hoitoa varten laadittuja asiakirjoja. Julkisuuslain 26 § ja 29 § mukaan voidaan salassapitosäännösten estämättä tai potilaan suostumuksesta riippumatta viranomaisen rekisteristä antaa tietoja, kun oikeudesta tiedon antamiseen tai saamiseen on laissa erikseen säädetty. Viranomaiset voivatkin käyttöyhteyden avulla käyttää hyväkseen toisen viranomaisen arkaluonteisia tietoja sisältäviä rekistereitä. Tällöin EU:n henkilötietodirektiivin ja Euroopan neuvoston tietosuojasopimuksen mukainen kansalaisten oikeus itseään koskevan tiedon luovutuksesta ja käytöstä ei toteudu. (Lehtonen 2002, 15.)

Rippi ja sielunhoitokeskustelu papin kanssa velvoittavat papin ehdottomaan vaitiolovelvollisuuteen. Pappien rippisalaisuutta ei voida murtaa edes ripittäytyvän luvalla. Tämä velvollisuus on huomioitu uudessa lastensuojelulaissa. Kirkon muiden työntekijöiden vaitiolovelvollisuus on yhtenevä muiden julkishallinnon viranomaisten kanssa. Mäkeläinen toteaa: ”Hoitoyhteisössä tai vaikkapa vankilassa pappi on ulkopuolinen, johon hänen puoleensa kääntyvä henkilö voi ehdottomasti luottaa. Samalla on kuitenkin tärkeää, että sairaalapappi työskentelee yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa samoin kuin vankilapappi vankilahenkilökunnan kanssa.” (Mäkeläinen 2002, 43). Viranhaltijaa kehoitetaan vaitioloon ja samanaikaiseen yhteistyöhön. Tämä ristiriitaisuus tuli esille myös tämän tutkimuksen kuvauksissa. Aineistossa korostettiin, että mikä tahansa kohtaaminen ei ole ripittäytyminen tai sielunhoitotilanne, jota koskee ehdoton vaitiolovelvollisuus. Rippi tai sielunhoitotilanne eivät ole käsitteellisesti yksiselitteisiä. Lehdessä kuvattiin sitä, että määritelmiä tulisi tarkentaa, jotta työntekijät voisivat toimia levollisesti.

Nähtiin, että näkemyseroja voi syntyä esimerkiksi perheneuvonnassa. Ostopalveluna tuotetut palvelut kunnalle aiheuttavat pohdintoja, minkä lainsäädännön piiriin toiminta tulee. Esimerkiksi kirkon kunnille ostopalveluina tuottamat perheneuvontapalvelut ovat vuoden 2001 voimaan tulleen sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain piirissä. Laissa lähdetään siitä, että julkisen yhteisön toimeksiannosta järjestettävä sosiaalihuolto ostopalvelusopimuksen perusteella katsotaan viranomaisen järjestämäksi sosiaalihuolloksi. Kirkon järjestämässä toiminnassa kuitenkin kirkkolain vaitiolosäännökset ovat ensisijaisia. Papin ja lehtorin rippisalaisuus ja sielunhoitokeskustelut ovat ehdottoman vaitiolovelvollisuuden piirissä myös perheneuvontatyössä. (Mäkeläinen 2002, 9.) Verkostotyössä rajanveto sielunhoitokeskustelun ja papin perheiden muun auttamistyön välillä on vaikeasti määriteltävissä. Ilmoitusvelvollisuus lastensuojelulain 25 § 1 mom. mukaan koskee myös seurakunnan perheasiain sovittelijoita.

Työntekijöiden ja johdon vastuu verkostoitumisessa kuvattiin juridisena vastuuna, joka oli hallinnollista, ammattitaidollista ja rikosoikeudellista vastuuta. Lisäksi se kuvattiin julkisuutena, joka nähtiin osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuutena. Vastuu kuvattiin oikeudenmukaisena tehtävien hoitamisena tai vastuun väistämisenä eli vastuuttomuutena. Ammattilaisten työssä vastuu liittyi asiantuntemukseen, organisaatiossa työskentelyyn ja potilaiden hoitamiseen (Saaren- Seppälä 2004, 105).

Työntekijöillä esiintyi ristiriitaisia tunteita ja vastuun välttelyä, mutta myös rohkeutta puuttua asioihin tarvittaessa ja vaikuttaa verkostossa asiakkaan asianajajana. Verkostotyökuvauksissa organisaatioiden yhteiset asiakkaat tyypillisimmillään olivat henkilöitä, joiden ongelmat olivat elämänhallinnallisia, kuten päihdeäidit. Myös kotisaattohoidosta oli kuvauksia. Sairaaloiden yhteistyöohjeet ohjeistavat, kuinka vastuu siirretään, mutta eivät ohjeista, kuinka vastuu jaetaan (Saaren- Seppälä 2004, 113). Brower (1994) on tutkinut, että alle 20 % potilaista tarvitsee erityistä verkostokoordinaatiota hoitojärjestelyissä. Tulevaisuudessa yhteistyön merkitys tulee kasvamaan sekä verkostoituminen että tiimityöskentely tulevat lisääntymään. Ongelmien kasaantuminen samoille henkilöille johtaa siihen, että myös moniammatillisen yhteistyön katsotaan lisääntyvän. (Metsämuuronen 2000, 91.)

Johtamiseen liittyi tavoitteiden määrittäminen verkostotyössä sekä verkostosuhteiden luominen. Johdon vastuuksi katsottiin toimintaohjeiden laatiminen, valvonta ja tukeminen. Johtamisessa kuvattiin kokonaisuuden hallinnan ulottuvuuksia, yhteistyön rakentamista sidosryhmiin, tehostamista ja resurssien antamista. Johtajuuden kuvauksissa esiintyi myös hierarkkisen työskentelytraditio. Johdon odotettiin rakentavan, koordinoivan ja suunnittelevan verkostotyötä.

Hierarkkinen kulttuuri on lähtökohdiltaan ristiriidassa verkostotyön idean kanssa. Verkostojen ideaali rakentuu tasa-arvoiseen, liikkuvaan ja itseohjautuvaan toimintaideaan, jolle on vierasta hierarkkinen linjajohtajuusmalli (Itkonen 1997). Karjalainen toteaa tutkimuksessaan, että työntekijät eivät hallitse positiotaan työnjaon raja-alueilla (Karjalainen 1996). Verkostossa toimiminen edellyttääkin työskentelytraditioon muutoksia hierarkkisissa organisaatioissa, joita terveydenhuoltosektori ja kirkko ovat. Lakien tuntemisen parantaminen luo työntekijöille varmuutta toimia ja antaa uskallusta tehdä omia ratkaisuja. Tämä tutkimus osoitti, että paikoitellen lakien tunteminen ja niiden soveltaminen käytäntöön kaipaa vahvistamista ja lisäkoulutusta sekä terveydenhuoltosektorille että diakoniatyöhön. Verkostoteorioissa lähdetään horisontaalisesta, liikkuvasta ja avoimesta tavasta organisoida työtä. Sairaanhoitajien odotukset heijastivat hierarkkisen organisaatiomallin traditiota. Verkostoituvassa

yhteiskunnassa terveydenhuoltosektorin tuleekin tarkastella organisaatiomallin rakenteita, vallan ja vastuun suhteita vastaamaan verkostoyhteiskunnan malleja.

Terveydenhuollossa ja kirkon työssä kohdattavien asioiden luonteesta johtuu, että huomattava osa niissä tehtävästä työstä on säädetty salassa pidettäväksi. Tästä syystä julkisuusperiaatteella näyttää aluksi olevan vähäisempi merkitys sosiaali- ja terveyssektorilla kuin muualla julkishallinnossa. Organisaationa sekä terveydenhuolto että kirkko ovat julkisia organisaatioita, joiden toiminnan päämäärät ovat julkisia. Työssä on paljon asioita ja toimintoja, joita julkinen työote on edistämässä. Hoitajien vähäistä näkymistä julkisuudessa ja sen merkityksestä terveydenhuollon julkisuuskuvalle on tuotu esille aiemmassa tutkimuksessa (Kari & Toivonen 2004). Julkisuutta käsiteltiin artikkeleissa vähän. Julkiseen keskusteluun osallistuminen nähtiin kuitenkin hoitotyön tavoitteita vahvistavana ympäristön kehittämisenä. Julkisuuden tavoitteena oli vaikuttaminen hoitotyötä koskeviin päätöksiin. Toisena näkökulmana oli julkisuuden käyttämistä asiakkaan tai asiakasryhmän sairauden tai elämäntilanteen aiheuttaman häpeän poistamiseksi esimerkiksi tiedottamisen avulla.

Johdon ja työntekijöiden vastuu verkostotyössä -kategoriaan kuuluu ilmoitusvelvollisuus lastensuojelussa. Kautta aineiston on nähtävissä käsittelyeroja lehtien välillä puhuttaessa vaitiolovelvollisuudesta verkostotyössä silloin, kun lapsi on asiakkaana tai asiakkaalla on lapsia ja perheen tilanne antaa aiheutta lastensuojeluun. Lastensuojelu oli aihealueena muutenkin Sairaanhoidaja-lehdessä vähän esillä, mikä näkyy analyysissä ilmoitusvelvollisuuden kohdalla. Tällä saattaa olla vaikutusta sen suhteen, miten aktiivisesti hoitajat puuttuvat lastensuojelukysymyksiin tai perheväkivaltilanteissa potilaan ohjaamiseen rikosilmoituksen tekemiseen. Heimer ja Staff (1998, 329) ovat tutkimuksessaan tuoneet esille, että terveydenhuollossa suhtautuminen vanhempiin riippuu siitä koetaanko vanhemmat omaa työtä helpottavina vai sitä vaikeuttavina. Diakonia-lehdessä käsittelynäkökulma on enemmän perhehoidollinen tai ilmoitusvelvollisuutta esille tuova. Lapsi tuotiin Sairaanhoidaja-lehdessä esille vaitiolovelvollisuuden näkökulmasta niin, että kuvauksissa korostettiin tietojen luovuttamattomuutta, lapsen itsemääräämisoikeutta ja vanhempien sivullisuutta. Yhtään suoraa ilmausta ei lehdessä ollut tahdonvastaiseen lastensuojeluilmoituksen tekemiseen ja keskusteluun ja mitä se tarkoittaa hoitotyössä.

Ruotsissa alle 18-vuotiaan vanhemmilla on yleensä oikeus lapsensa potilasasiakirjoihin. Huoltajan tiedonsaantioikeus voidaan evätä vain silloin, jos sen antamisesta aiheutuu merkittävää haittaa lapselle. Potilaslain alaikäisen suhteellisen vahvaa oikeudellista asemaa tulee tarkastella suhteessa perhe-elämän suojaan ja huoltajien oikeuksiin ja velvollisuuksiin (Ilveskivi 1997, 117–118). Uusi las-

tensuojelulaki korostaa, että perhe on vastuussa lapsestaan aina 18- vuoteen asti ja nuoreksi henkilö katsotaan, kun on 18- 21-vuotias. Tässä lainsäädännöt potilaslain osalta verrattuna lastensuojelulakiin eroavat ristiriitaisesti toisistaan. Tutkimuksen kuvauksissa nousikin esille auttajien ristiriitaisia tunteita auttamiskeinoista. Hoitajat toivat esille puheeksi ottamisen vaikeuden ja omien rajojensa ylittämisen arkuuden. Auttajat kohtaavat toistuvasti tunneristiriitoja työssään ja se kuormittaa heitä henkisesti. Vaitiolovelvollisuuden taakse kätkeytyminen lakien tuntemattomuuden takia nousi esiin kuvauksissa.

Taustalla voi olla myös hoitokulttuuriin liittyvä asiakkaan puolella oleminen, tukemisen korostuminen. Kiikkala tuo esille Schmidbauerin kuvaaman auttajan syndrooman. Hoitaviin tehtäviin lääkäreiksi, hoitajiksi, sosiaalityöntekijöiksi, psykologeiksi valikoituu usein ihmisiä, jotka tunnistavat heikosti omat tarpeensa. Ammatissaan heille on tunnusomaista paternalistinen, papillinen, mekanistinen ja ”ylhäältä alas” suuntautunut kaikkietävä ajattelu. Ajattelu johtaa uupumiseen työssä ja toisaalta autettavat nähdään korostetun heikkoina, sairaina ja ongelmallisina. Ajattelu johtaa työtiimeissä jäsentenvälisten suhteiden tulehtumiseen ja syntyy professioiden välisiä kilpailutilanteita. (Kiikkala, 2000, 56–59.) Tässä erityisesti hoidettavien aikuisten näkeminen liian heikkoina kohtamaan todellisuutta aiheuttaa perheen lapsille elämisen edellytysten kapeutumista, mikä on uuden lastensuojelulain vastaista.

Ammatillisuus verkostotyössä kuvattiin konsultoimisena, tietoisena toimintana ja asiakkaan ”asianajajana” toimimisena. Vaitiolovelvollisuuden haasteet koettiin ristiriitaisina tunteina. Epävarmuus laintuntemisessa aiheutti verkostotyöstä vetäytymistä. Hallitusmuodossa säädetyllä yksityiselämän suojalla on keskeisen asema sosiaali- ja terveydenhuollossa ja seurakuntien työssä. Tutkimuksessa tuli esille, että työkuultuuri hoitoalalla korostaa käskysuhteiden selkeyttä, ohjeita, vastuullisuutta ja tarkkuutta. Salassapidosta ja vaitiolosta tehtiin myös kilpi, jonka taakse vetäytyään. Säännösten tulee samanaikaisesti suojata henkilön yksityisyyttä, ehkäistä tukien väärinkäyttöä ja toisaalta mahdollistaa asiakkaan auttaminen yhteistyössä eri osapuolien kanssa.

Lain maailma on vieras useille hoito- ja hyvinvointisektorin työntekijöille. Salassapitoa ja vaitiolovelvollisuutta koskevat lait tulee olla mahdollisimman yksiselitteisiä. Epävarmuudesta laintuntemisessä oli kuvauksia ammatillisuuden kohdalla, laintuntemisen kohdalla ja pohdittaessa vastuullisuutta hoitotyössä. Verkostotyössä oman ammatin monipuolinen osaaminen ja hyvä itsetuntemus auttavat työskentelemään yhdessä toisten auttajien kanssa. Tämä tuli esille ammatillisuus verkosto-

työssä kategoriassa. Hoitajien tulisi olla näkijöitä ja tekijöitä potilaan ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja integriteetin toteutumisessa myös verkostotyössä.

Verkostoitunutta tapaa tehdä työtä ei tule ottaa hyvinvointisektorille suoraan yritysmaailmasta, vaan tulee luoda verkostomalli, joka on perusajatukseltaan asiakaskeskeinen ja jonka ytimessä on asiakkaan valtuutus. Organisaatiokulttuurit kirkossa ja terveydenhuoltosektorilla muuttunevat hierarkkisista organisaatioista enemmän sekä työntekijöitään että asiakkaitaan arvostaviksi ja kuunteleviksi. Kirkolla se on kohtalonkysymys jäsenkadon edessä ja terveydenhuoltosektorilla se on kohtalonkysymys asiakasmäärän kasvun edessä. Molemmat organisaatiot tulevat kohtaamaan lähivuosina työntekijäpulan pienentyvien ikäluokkien ja eläköitymisen muodossa. Verkostoitunut tapa tehdä työtä on yksi vastaus asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja tulokselliseen työhön (Sinkkonen 1993; Øvretveit 1997; Pohjola 1999; STM 1999). Karjalainen on tutkimuksessaan todennut, että sektoroitunut asiantuntijälähtöinen työtapa muuttuu vasta ääritapauksessa, kun yksin ei selviä. Hänen mukaansa verkostoasiakkaat ovat palvelujärjestelmälle häiriö, sillä palvelujärjestelmä on rakennettu yksiongelmaiselle asiakkaalle. Ylisektoriset verkostoasiakkaat olivat harvinaisia. (Karjalainen 1996, 197, 202- 203.) Molemmat organisaatiot toimivat työntekijän näkökulmasta usein tehokkaasti jo nytkin, mutta Suomen hyvinvointisektorin suuri haaste on kansalaisten sosiaaliluokkien väliset poikkeuksellisen suuret terveyserot. Suomessa varattomuus ei näy vain köyhyytenä, vaan se näkyy myös sairautena. Ihmisten parempi vointi on koko ihmistä auttavan sektorin haaste niin terveydenhuoltosektorin kuin kirkonkin.

Tutkimuksen pohjalta voi todeta, että verkostotyön perusteista ja suostumuksen käytöstä verkostotyössä tulee auttajatahoille antaa lisäkoulutusta ja käydä periaatteellista keskustelua. Ammattilehdistöllä on tässä merkittävä rooli. Terveydenhuollossa tulee kiinnittää huomiota ilmoitusvelvollisuuden toteutumiseen. Lainsäädännössä vaitiolo- ja salassapitosäädöksiä tulisi edelleen selkeyttää ja niiden yhteensovittamista tulisi tarkastella. Lainsäädännöltä tulee edellyttää yksinkertaisuutta ja ymmärrettävyyttä

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

6.2.1 Tutkimusaineiston luotettavuus

Tutkimuksen pätevyydellä, validiteetilla, tarkoitetaan tutkimuksen kohdentumista tarkoitettuun tutkimuskohteeseen. Tutkimuksen tuloksen tulee vastata tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta. (Varto 1992, 103, 119.) Laadullisessa tutkimuksessa pätevyys ja uskottavuus ovat keskeisiä määreitä. Tutkijan on tarkasteltava vastaavatko hänen päätelmänsä tutkittavien käsityksiä. Tutkimusaineisto tulee olla huolellisesti kerätty, aineiston tulee olla edustava ja sen tulee vastata tutkimuskysymyksiin. Aineisto tulee analysoida virheettömästi, koodata huolellisesti ja johdonmukaisesti sekä tulkita oikein. (Nieminen 1997.)

Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopivuutta tutkimukseen. Tutkimuksen lähtökohtien tulee olla sopusoinnussa keskenään ja sen tulee olla sisäisesti johdonmukainen. Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on ammattilehdistön antama kuva vaihtolovelvollisuudesta verkostotyössä. Ammattilehtien on osoitettu vaikuttavan lukijoidensa tietoihin alastaan (Kalliomäki 2002). Oletuksena oli niiden vaikuttavan toimintatapoihin ja työkuulttuuriin siinä, mitä pidetään toivottavana ja sopivana. Tutkimuksen tarkoitukseen aineisto oli sopivaa. Se antoi vastauksia, miten ammattilehdistö kuvaa vaihtolovelvollisuutta verkostotyössä. Tutkimuksen aikana ei voitu tehdä täydentäviä kysymyksiä ja tarkennuksia. Lehtiartikkelit ovat tiiviitä todellisuuden kuvauksia. Toisaalta tutkimustehtävänä oli tutkia sitä kuvaa, minkä lukijakunta lukiessaan saa, joten täydentäville kysymyksille ei ollut tutkimuksen kannalta tarvetta. Sisällön analyysi analyysimenetelmänä oli lehtien analysoimiseen sopiva.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoksi valitaan kertomukset, jotka rikkaasti ja monipuolisesti kuvaavat tutkittavaa ilmiötä (Nieminen 1997). Tutkimuksessa lähdeaineisto oli 1819 sivua pohjatekstiä, josta valittiin ilmiötä kuvaavat otteet. Tutkimuksen aikana kaivattiin rikkaampaa, värikkäämpää ja kuvaavampaa kieltä. Kieltä, joka olisi syvemmin kuvannut vaihtolovelvollisuuden ulottuvuuksia, tarkemmin kertonut iloista ja suruista, tavoitteista ja päämääristä. Tutkimustehtävänä oli etsiä vastausta siihen, miten ammattilehdet tuovat esille vaihtolovelvollisuutta verkostotyössä, joten aineiston niukka ilmaisukieli oli yksi tutkimuksen tuloksista. Artikkelit kertovat sen hetken tilanteen. Tutkimusaineistoksi oli valittu kaksi vuosikertaa ja lukiessa havaittiin, että säännönmukaisuutta esiintyy kirjoituksissa. Yksittäisten lehtien analyysillä tutkimustuloksessa olisi vääristymiä. Aineisto oli tutkimustehtävään riittävä.

6.2.2 Tutkimusaineiston analyysin luotettavuus

Laadullisen aineiston sisällön analyysi edellyttää kykyä käsitteelliseen ajatteluun. Tutkimuksen tekijällä tulee olla valmiuksia tarkastella asioita uudesta näkökulmasta sekä luovasti. Hoitotieteessä on tutkittu useammassakin pro gradu tutkielmassa (Lehtonen 2005; Aaltonen 2007) ja muutamassa väitöskirjassa (Hyvönen 2004; Saaren- Seppälä 2004) moniammatillista yhteistyötä hoitosektorin sisällä tai yhteistyötä omaisten ja henkilökunnan välillä. Hoitotieteen tutkimuksia ei ole tehty vai tiolovelvollisuudesta verkostotyössä, joten näkökulma tutkielmaan on uusi. Verkostoitumisen lisääntyminen ja monialaisen yhteistyön tekeminen edellyttää, että peruseriaatteet vai tiolovelvollisuuden osalta ovat selviä verkostotyön osapuolille.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä (Eskola & Suoranta 1998, 214). Tutkimusprosessi on kuvattu vaiheittain ja sen tekemistä on mahdollisuus seurata. Päätelmien tueksi aineistosta on otteita, jotka kuvaavat tulkintaprosessia. Lähdeaineistona olivat lehdet, joten lukijan on mahdollista palata aineistoon. Tämä lisää tutkimuksen analyysin luotettavuutta. Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden kannalta yhteys alkuperäiseen aineistoon on pystyttävä osoittamaan. Tulkintoja tehtäessä palattiin yhä uudelleen alkuperäisiin artikkeleihin. Tämä merkitsi 1819 sivuisen aineiston läpikäymistä perusteellisesti kertaalleen, osittain kahteen kertaan ja valittujen otteiden lukemista useaan kertaan.

Sisällön analyysin luotettavuutta voidaan parantaa ns. Face - validiteetilla. Tällöin tulos esitetään henkilölle, joka tuntee tutkittavan ilmiön tai jota aineisto koskee (Hickey ja Kipping 1996). Tämän tutkielman analyysi näytettiin ulkopuoliselle henkilölle, joka työskentelee kansainvälisessä sosiaali- ja terveyssektorin verkostotutkimushankkeessa. Hän kävi läpi tutkimustulokset ja vertasi niitä aineistoon. Hän kehotti tarkentamaan joitakin pelkistyksiä.

Työ diakoniatyössä ja nuorempana terveydenhuollossa on luonut minulle käsityksen tutkittavasta asiasta. Useissa verkosto ja yhteistyöhankkeissa mukana olleena en ole voinut välttyä kokemasta ja tekemästä niitä asioita, joita nyt tutkin. Työkokemuksesta oli sekä etua että haittaa tutkimuksen teossa. Tutkimuksen aikana välillä tuli tarve puolustaa diakoniatyötä tai hoitotyötä. Toisinaan lehtien kielelle oli sokeutua, luki artikkelia, mutta ei analysoinut lukemaansa. Tutuus saattoi estää näkemästä tavanomaisia asioita. Asia tiedostettiin tutkimusta tehdessä. Verkostotyökokemuksesta oli enemmän hyötyä kuin haittaa tutkimusprosessin aikana. Oli helppo ymmärtää lausumien merkitykset, työprosessit ja toimintakulttuurit. Pyrkimyksenä oli mahdollisimman objektiivinen lopputulos.

6.2.3 Tutkimustulosten luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen arviointikriteeri on, kuinka paljon tutkimus on tarkastellut ilmiötä sen eri näkökulmista ja miten hyvin se on kuvannut ilmiön uusia puolia. Tutkimusta tulee tarkastella siinä kontekstissa, jossa se on tuotettu. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan intuitio on läsnä prosessissa ja siksi prosessin kuvaaminen on välttämätöntä, jotta tutkimuksen luotettavuus olisi arvioitavissa. Validiteetti ongelma syntyy, mikäli tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen. (Nieminen 1997.)

Tutkimuskysymykseen saatiin vastauksia. Tutkimuskysymyksenä oli selvittää, miten Sairaanhoidaja- ja Diakonia-lehdissä kuvataan vaitiolovelvollisuutta verkostotyössä. Analyysin pohjalta syntyi kategoriat, jotka kuvaavat vaitiolovelvollisuuden ulottuvuuksia verkostotyössä. Tutkimustulos muodostui artikkelien kuvaamasta todellisuudesta.

Verkostotyötä on tutkittu organisaatiolähtöisesti eli, mitä verkosto on ja miten se rakentuu. Tässä työssä verkosto on toimintaympäristönä, joka sinänsä ei ole tutkimuksen ydin. Tutkimuksen ydin on hoitotyön todellisuus, miten hoitotyön yhtä elementtiä toteutetaan verkostotyön kontekstissa. Hoitotyö rakentuu luottamukselle. Luottamus on verkostotyön ytimessä ja vaitiolovelvollisuuden yksi elementti on luottamus. Luottamus yhdistää kaikkia näitä elementtejä. Ilman luottamusta verkostotyötä ei voi tehdä. Iisala (1998) on tutkimuksessaan todennut, että yhteistyössä ihmisten välinen luottamus ilmenee vuorovaikutuksena ja toimivana yhteistyönä. Luottamuksen ilmapiirissä työtovereita kunnioitetaan, autetaan ja tuetaan. Ihmisten välinen luottamus lisää työn sujuvuutta. Tämä Iisalan tutkimustulos on yhtenevä tämän tutkimuksen kanssa. Luottamus alakategorian pelkistykseen oli muun muassa avoin tiedonkulku, tukeminen, oikeudenmukaisuus ja tutuksi tuleminen, jotka olivat toimivan verkostotyön elementtejä. Luottamuksen ilmapiirissä verkostotyö saattoi toimia ja vaitiolovelvollisuuden kysymyksestä päästään sopimaan.

Tutkimuksessa nousi esille lakien ja säädösten tuntemisen merkitys hoitotyön toteutumiselle. Hoitotyön keinoihin vaikuttavat työntekijöiden ammatillisuus ja tietopohja, joiden mukaan käytännön ratkaisut tehdään. Tutkimuksessa ilmeni, että epävarmuus saa aikaan vetäytymistä ja salassapitosäännösten taakse kätkeytymistä. Laakkonen (2004) on todennut, että hoitotyössä työkuultuuri on ollut sääntöihin nojautuvaa ja hoitajan rooli on ollut kapea ja alisteinen. Sääntöorientoitunut hoitokulttuuri estää hoitajaa kasvamasta laaja-alaiseksi asiantuntijaksi. Tässä tutkimuksessa esimieheltä kaivattiin selkeitä ohjeita vaitiolokysymyksistä ja valtuutusta toimia verkostossa. Johtaminen loi edellytyksiä sille, että verkostotyössä toimittiin oikein ja vastuullisesti. Johtamisen kuvauksia olivat

tuki ja henkilökunnan motivoiminen sekä resurssien ja päämäärien luominen. Tätä tukee Lemströmin (2004) tutkimus, jossa johdon tuki moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa oli yhteistyötä edistävää. Ilmoitusvelvollisuutta lastensuojelu tai muissa heitteillejättötilanteissa ei Sairaanhoitajalehdessä käsitelty.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Tulevaisuudessa vaitiolovelvollisuutta olisi hyvä lähestyä monitieteellisesti ja tutkia lainsäädännön ja auttamisen yhteensovittamista oikeustieteen, hoitotieteen ja sosiaalitieteen kanssa.

Ilmoitusvelvollisuuden suhde hoitamiseen ja auttamiseen hoitajien ja toisaalta lastensuojeluasiakkaiden näkökulmasta, odottaa tutkimista.

Minkälaisia rakenteellisia muutoksia terveyssektorille ja kirkolle verkostoyhteiskunta aiheuttaa?

Mikä verkostotyössä palvelee asiakasta ja miten asiakas on kokenut asioidensa käsittelemisen monen auttajan läsnä ollessa? Kyse olisi paitsi verkostotyön vaikuttavuuden arvioimisesta, niin myös asiakkaiden kokemuksen esilletuomisesta hoitotyön ympäristössä.

LÄHTEET

Aalto, V- L. 1998. Tietosuoja osana sosiaali- ja terveydenhuollon laatua. *Tietosuoja* 1, 10–11.

Aalto, V- L. 1998b. Yksityisyyden suoja tärkeä osa terveydenhuollon kehittämistä. *Kansanterveys* 5, 3-4.

Aaltonen, A-M. 2007. Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Aarnio, R. 1998. Rekisterit - Uhka vai aarre. *Kansanterveys* 5, 1.

Ahvenainen, T. & Rätty, T. 1999. Julkisuuslainsäädäntö- julkisuus ja salassapito kunnissa. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Barabasi, A-L. 2002. Linkit verkostojen uusi teoria. Suom. K. Pietiläinen. Terra Cognita, Helsinki.

Arnkil, T. E., Eriksson, E. 1999. Kelluvia vuoropuhelurakenteita. Teoksessa: Virtanen, P. (toim.) Verkostoituva asiakastyö. Kirjayhtymä, Helsinki, 71–109.

Arnkil, T. E., Eriksson, E., Arnkil, R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa - Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. STAKES. Gummerus, Jyväskylä.

Brower, K-A. 1994. Case-management and Clinical Paths: Definitions and Relationships. In: Clinical Paths Tools for outcomes Management, Ed. PL Spath. American Hospital Publishing (AHA), USA. 25–32.

Bärlund-Toivonen, E. 2000. Tahdosta riippumaton hoito: psykiatrisen potilaan oikeuksien toteuttaminen. Teoksessa: Sundman, E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammi, Tampere. 168–177.

Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2003. 2004. Edita, Helsinki.

Engström, Y., 1993. Moniammatillisten tiimien analysointi. Teoksessa: Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveystieteiden analysointiin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 80. Jyväskylä. 123- 152.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.

Grönlund, H. & Juntunen, E., 2006. Diakonia hyvinvointijärjestelmän aukkojen tunnistajana ja paikkaajana. Teoksessa: Juntunen, E, Grönlund, H. & Hiilamo, H. : Viimeisellä luukulla - tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2006:7, Hakapaino, Helsinki. 179–185.

Heimer, C-A., Staffen, L-R. 1998. For the Sake of Children. The Social Organization of Responsibility in the Hospital and Home. University of Chicago Press, Chicago.

Helander, V. 1998. Kolmas sektori. Käsitteistä, ulottuvuuksista ja tulkinnoista. Gaudeamus, Helsinki.

Helander, V. 1999. Kolmas sektori ja kunnat. Teoksessa: Valanta, J. 1999 (toim.) Kuntien muuttuvat toimintatavat. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Helsingin Sanomat. 1.2.2004. Salassapito- vai ilmoitusvelvollisuus. A 4.

Hickey, G. & Kipping, E. 1996. A multi-stage approach to the coding of data from open-ended questions. Nurse Researcher 4, 81–91.

Hilden, R. 2002, Terveystieteiden murroksessa. Tarvitseeko sairaanhoitaja erilaista osaamista kuin ennen? Sairaanhoitaja 4, 24–25.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä. Helsinki.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Acta Universitatis Tamperensis 1028, Tampere. Väitöskirja.

- Iisala, V., 1998. Luottamus toimivassa työyhteisössä. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Ilmonen, K. (toim.) 2000. Sosiaalinen pääoma ja luottamus. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Ilveskivi, P. 1998. Potilaan oikeusasema tiedonsaantioikeuden näkökulmasta. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. 26. Hakapaino, Helsinki.
- Itkonen, P. 1997. Terveystieteiden alueellinen yhteistyö hierarkioista verkostoihin. Sairaala 60:10–12.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva.
- Jouttimäki, R-M. 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista: Tausta ja pääperiaatteet. Teoksessa: Sundman, E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammi, Tampere. 334–349.
- Järventie, I. 2001. Kaksi lapsuuden muotokuvaa. Teoksessa: Bardy, M., Salmi, M. & Heino, T., Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000- luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes. Helsinki.
- Jämsen, R. & Pekurinen, M. 2003. Terveystieteiden alueellinen yhteistyö 1990-luvun uudisaallon tulokset. Suomen lääkärilehti 58:9:1067–1070.
- Kalliomäki, T. 2002. Kätilöiden omaksuma tutkimustieto ja siihen liittyvät tekijät. Sairaanhoitaja 4, 14–17.
- Kari, H. & Toivonen, M. 2004. Terveystieteiden alueellinen yhteistyö toimijoiden välittämä julkisuuskuva terveydenhuollon palvelujen toimivuudesta sanomalehtiartikkeleissa. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Karjalainen, J. 2000. Ruokapankkien paikallinen vaikuttavuus. Teoksessa: Heikkilä, M., Karjalainen, J. & Malmivaara, M. (toim.) Kirkon kirjat köyhyydestä. Kirkkopalvelut, Helsinki. 267–290.

Karjalainen, V. 1996. Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakesin tutkimuksia 68, Gummerus, Jyväskylä.

Kettunen, P. 1999. Vaihtoehtoisen palvelutuotannon arviointia. Teoksessa: Valanta, J. 1999. Yhteisvoimin tulevaisuuteen - Kuntien muuttuvat toimintatavat. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Kiikkala, I. 2000. Mikä on minun etiikkani? Teoksessa: Sundman, E. (toim.): Potilan asema ja oikeudet. Tammer- Paino. Tampere. 50–65.

Kleemola, M. Tervo-Pellikka, R. 1995. Tietosuojavaatimuksista terveydenhuollon tietojärjestelmissä. Tietosuojaja 4 vol. 7, 4-11.

Kleemola, M. 1998. Terveystutkimusten tietosuojat EU- Suomessa. Kansanterveys 5, 2.

Knoke, D., Kulinski, J., 1982. Network analysis. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. A Sage University paper 28. Beverly Hills.

Komiteamietintö 1992:9 Julkisuuslainsäädännön uudistaminen.

Konstari, T. 2001. Uusi julkisuuslaki- median vai byrokratian asialla? Tietosuojaja 4, 4-6.

Konttinen, M. 2004. Kohti näyttöön perustuvaa kansallista terveydenhuoltoa. Suomen lääkärilehti 59: 2519–2517.

Korpela, M. 1999. Mäntsälän kunta ja seurakunta- ajatuksia yhteistyön virittämisestä. Teoksessa: Valanta, J. (toim.) 1999. Yhteisvoimin tulevaisuuteen - Kuntien muuttuvat toimintatavat. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kunta ja seurakunta yhdessä - yhteistyössä yhteisön hyväksi. 2002. Praksis- tiedosta toimeen, 8. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3-12.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopistopaino, Tampere. Väitöskirja.

Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva. 21–43.

Launis, K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Stakes. Tutkimuksia 50.

Lehtinen, S. 2003. Seurakunta ja EU-projektit: Suomen evankelis-luterilaiset seurakunnat Euroopan sosiaalirahaston projekteissa 1995–1999. Helsingin yliopisto. Teologinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Lehto, J. 2000. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa: Nouko - Juonen S. (Toim.), Ruotsalainen P. & Kiikkala I. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi, Helsinki. 33–48.

Lehtonen, L. 2002. Arkaluonteisten potilastietojen käyttö julkishallinnossa. Tietosuoja 1, 12–16.

Lehtonen, T. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu- tutkielma.

Lemström, U. 2004. Mielenterveytyön moniammatillista yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu- tutkielma.

Linnamaa, R. & Sotarauta, M. 2000. Verkostojen utopia ja arki. Alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. Sente-julkaisuja 7/2000. Tampereen yliopisto. Tampere.

Mallat, L. 2003. Neuvola on osa perheen turvaverkkoa. Pirkka 6-7. 22–26.

- Melkas, T. 1996. Yksityiselämän ihmissuhteet 1886 ja 1994. Teoksessa: Ahlkvist, K., Ahola, A. (toim.) Elämän riskit ja valinnat - Hyvinvointi lama Suomessa. Tilastokeskus. Edita, Helsinki. 182–205.
- Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. 2. tarkistettu painos. Edita, Helsinki.
- Metteri, A. 2000. Palvelujärjestelmän väliinpuotoajat. Teoksessa: Sundman, E. (toim.) Potilan asema ja oikeudet. Tammer- Paino. Tampere. 87- 95.
- Mikkola, J. 2000. Potilasvahinkolaki. Teoksessa Sundman, E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammer-paino. Tampere. 255- 268.
- Morgan, G. 1990. Organizations in Society. Hong Kong.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki. 42–61.
- Mäkeläinen, H. 2002. Kirkon työntekijän vaitiolovelvollisuus. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2002:2. Kirkkohallituksen monistamo, Helsinki.
- Möttönen, S. 2002. Kunnat, järjestöt ja paikalliset verkostot. Teoksessa: Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi- näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Otava, Keuruu. 112–135.
- Möttönen, S. & Niemelä, J., 2005. Kunta ja kolmas sektori. Otava. Keuruu.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva. 215–221.
- Nikkilä, J. 1998. Terveysthuollon kehittämisprojekti. Selvitysraportti 1. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 98:1. Helsinki.
- Nojonen, K. 1994. Hyvä palvelu osana polikliinisen hoidon laatua. Sairaalaviesti 5, 14–15.

Nokso- Koivisto, P. 2002. Julkiset toimijat verkostoitumisessa erilaisten verkostoaktivaattorien kokemina. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteiden tiedekunta. N:o 133/2002. Licensiaattitutkielma

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. *Duodecim* 116: 1821–1828.

Øvretveit, J. 1997. How to describe interprofessional working. Teoksessa: Øvretveit J., Marthias, P., & Thompson T. (eds.) *Interprofessional Working for Health and Social Care*. Macmillan Press Ltd, Hong Kong, 9- 33.

Phalman, I. 2000. Hoitotahto ja etiikka. Teoksessa: Sundman, E. (toim.) *Potilaan asema ja oikeudet*. Tammi. Tampere. 358–364.

Pahlman, I., Hermanson, T., Hannuniemi, A., Koistinen, A., Koivisto, J., Hannikainen, P. & Ilveskivi, P. 1996. Onko potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki toteutunut? *Suomen Lääkärilehti* 51: 2143–2148.

Partti, L. 1999. Kuntayhteistyö Mikkelin seudulla - unelmat ja todellisuus. Teoksessa: Valanta, J. (toim.) 1999. *Yhteisvoimin tulevaisuuteen - kuntien muuttuvat toimintatavat*. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Peräkylä, A. 1995. Kvalitatiivisen tutkimuksen kohteet ja ihmiskuva. Teoksessa: Leskinen, J. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla*. Kuluttajatutkimuskeskus. Ykköspaino, Helsinki. 39–50.

Piispanen, M. 1999. Kunnat ja seurakunnat yhdessä. Teoksessa: Valanta, J. 1999. *Yhteisvoimin tulevaisuuteen - Kuntien muuttuvat toimintatavat*. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Pirnes H. 2002. *Verkostoylivoimaa*. WSOY, Vantaa.

Pohjola A. 1999. Moniammatillinen asiantuntijuus. Teoksessa: Virtanen, P. (toim.) *Verkostoituva asiakastyö*. Tammer- Paino, Tampere. 110-128.

Portes, A. & Sensenbrenner, J. 1993. Embeddedness and Immigration: Notes on the Social Determinants of Economic Action. *American Journal of Sociology* 98. 1320–1350.

Puustinen-Korhonen, A. 1994. Lapsen kuuleminen lastensuojelussa. Teoksessa: Törrönen, M. (toim.) 1994. Lapsen etu ja viidakon laki. Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki. 5-20.

Putnam, R.D. 2000. *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster. New York.

Pöyry, P. & Perälä M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65- vuotiaiden hoidon ja palvelujen saumakohdissa. *Stakes. Aiheita* 18, Helsinki.

Ruotsalainen, P., Hartikainen, K. & Kleemola., M. 2001. Sähköposti ei sovi potilastietojen käsitteilyyn. – Sähköpostin käyttö terveydenhuollossa vaatii yhtenäiset ohjeet. *Tietosuojaja* 4. 7-14.

Ruuskanen, P. 2002. Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. *Otava. Keuruu*.

Ruuskanen, P. 2002. Sosiaalinen pääoma hyvinvointipoliittisessa keskustelussa, Teoksessa: Ruuskanen, P.(toim.) *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille*. Otava. Keuruu. 5-27.

Saarelainen, T. 1993. Verkostot hyvinvointipalveluissa. Teoksessa: Hokkanen, L. (toim.) *Näkökulmia hyvinvointipalveluiden tutkimukseen*. Hyvinvointipalveluprojektin osaraportti 4. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja n:o 39. Rovaniemi. 69–95.

Saarenpää, A. 2000. Potilas-oikeus-potilasoikeus. Teoksessa: Sundman, E. (toim.) *Potilaan asema ja oikeudet*. Tammer-paino, Tampere. 21–39.

Saaren-Seppälä, T. 2004. *Yhteisen potilaan hoito*. Acta Universitatis Tamperensis. Tampere. Väitöskirja.

Seikkula, J. 1991. Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylän yliopisto. Studies in education, psychology and social research* 80. Jyväskylä.

Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavarat kriiseissä. Kirjayhtymä, Helsinki.

Sinkkonen, S., Sohlberg, T., Kinnunen, J., Laitinen, A. & Rissanen, P. 1992. Palvelujen laatu ja käyttäjädemokratia vapaakunnan terveydenhuollossa asiakkaiden arvioimana. Sisäasiainministeriö. Itsehallintoprojektin julkaisuja 3.

Sinkkonen, S. 1993. Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa. Tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Sinkkonen, S. (toim.) Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio. 15–35.

Somerkivi, P. 2000. Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Sosiaalitieteiden laitos. Vammaistutkimusyksikkö. Kuopion yliopisto. Helsinki. Väitöskirja.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 1999. Verkostoituvat erityispalvelut (VEP) vuosina 1998–1999, 1. vaiheen loppuraportti. Työryhmämuistioita 1999:28.

Stuart, I., Deckert, P., McCutcheon, D. & Kunst, R. 1998. Case study. A leveraged learning network. Sloan Management Review (Summer). 81-93.

Stoker, G., 1997. Regime theory and Urban politics. Teoksessa: Judge, D. & Stoker. G Wolman, H. (toim.) Theories of Urban Politic, Sage Publications. 54- 71.

Ståle, P. & Laento, K. 2000. Strateginen kumppanuus- avain uudistumiskykyyn ja ylivoimaan. WSOY. Porvoo.

Sundman, E. Potilaiden hoitokokemuksia somaattisessa sairaanhoidossa. Teoksessa: Sundman. E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammi. Tampere. 187–203.

Trede, S. 1998. Kodin ja julkisen avun muunnelmia. Janus 4, 404–418.

- Trede, S. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. N:o 40. Joensuu.
- Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Jyväskylä.
- Tuori, K. 1995. Sosiaalioikeus. WSOY, Juva.
- Uotinen, S. 1998. Eräitä käsitteitä liittyen yksityisyydensuojaan henkilötietojen käsittelyssä. Kansanterveys 5, 2.
- Varamäki, E. 1996. The Development Progress of Interfirm cooperation of SME. Licentiate Thesis in Management and Organization. University of Vaasa, Vaasa.
- Vainio, A-M. 2001. Yksityisyyden suojaaminen on osa hyvää hallintotapaa. Tietosuoja 3, 20–22.
- Valanta, J. (toim.) 1999. Yhteisvoimin tulevaisuuteen – Kuntien muuttuvat toimintatavat. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Valanta, J. 1999. Monimuotoistuva palvelurakenne- Kyselyn tulosten esittelyä. Teoksessa: Valanta, J. (toim.), 1999. Yhteisvoimin tulevaisuuteen - Kuntien muuttuvat toimintatavat. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä, Tampere.
- Virtanen, P. (toim.) 1999. Verkostoituva asiakastyö. Studia, Kirjayhtymä, Tampere.
- Voipio, J., Träskman, G., Halttunen, M. & Ventä, K. 1997. Kirkkolainsäädäntö. Gummerus, Jyväskylä.
- Vuori, J. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyö ja palveluketjut. Teoksessa: Sundman, E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammer-paino, Tampere. 67–86.
- Yeung, A-B. 2004. Individually together. Volunteering in Late Modernity: Social work in the Finnish Church. Finnish Federation for Social Welfare and health. Helsinki

Ylipartanen, A. 2000. Tietosuoja osana terveydenhuoltopalveluiden laatua. Teoksessa. Sundman. E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammer-paino. Tampere. 287–316.

Lait, asetukset ja niihin liittyvät asiakirjat:

L 417/2007	Lastensuojelulaki
L 812/2000	Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
L 706/1999	Laki kirkkolain muuttamisesta
L 621/1999	Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta
L 523/1999	Henkilötietolaki
L 559/1994	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
L 1054/1993	Kirkkolaki
L 785/1992	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
L 733/1992	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta
L 604/1991	Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä.
L 1116/1990	Mielenterveyslaki
L 439/1990	Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus
L 380/1987	Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.
L 523/1987	Henkilörekisterilaki
L 585/1986	Potilasvahinkolaki
L 583/1986	Tartuntatautilain
L 41/1986	Päihdehuoltolaki
L 361/1983	Lastensuojelulaki
L 710/1982	Sosiaalihuoltolaissa
L 66/1972	Kansanterveyslaki
L 283/1970	Steriloimislaki
L 282/1970	Kastroimislaki
L 39/1889	Rikoslaki
L 83/1951	Laki yleisten asiakirjain julkisuudesta

Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 108/1976
Suomen perustuslaki. 2000. Eduskunnan kanslia. Edita. Helsinki.

Valtiopäiväasiakirjat:

HE 23/1993 Hallituksen esitys eduskunnalle kirkkolaiksi.

HE 33/1994 Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lain-säädännöksi.

HE 30/1998 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja siihen liittyviksi laeiksi.

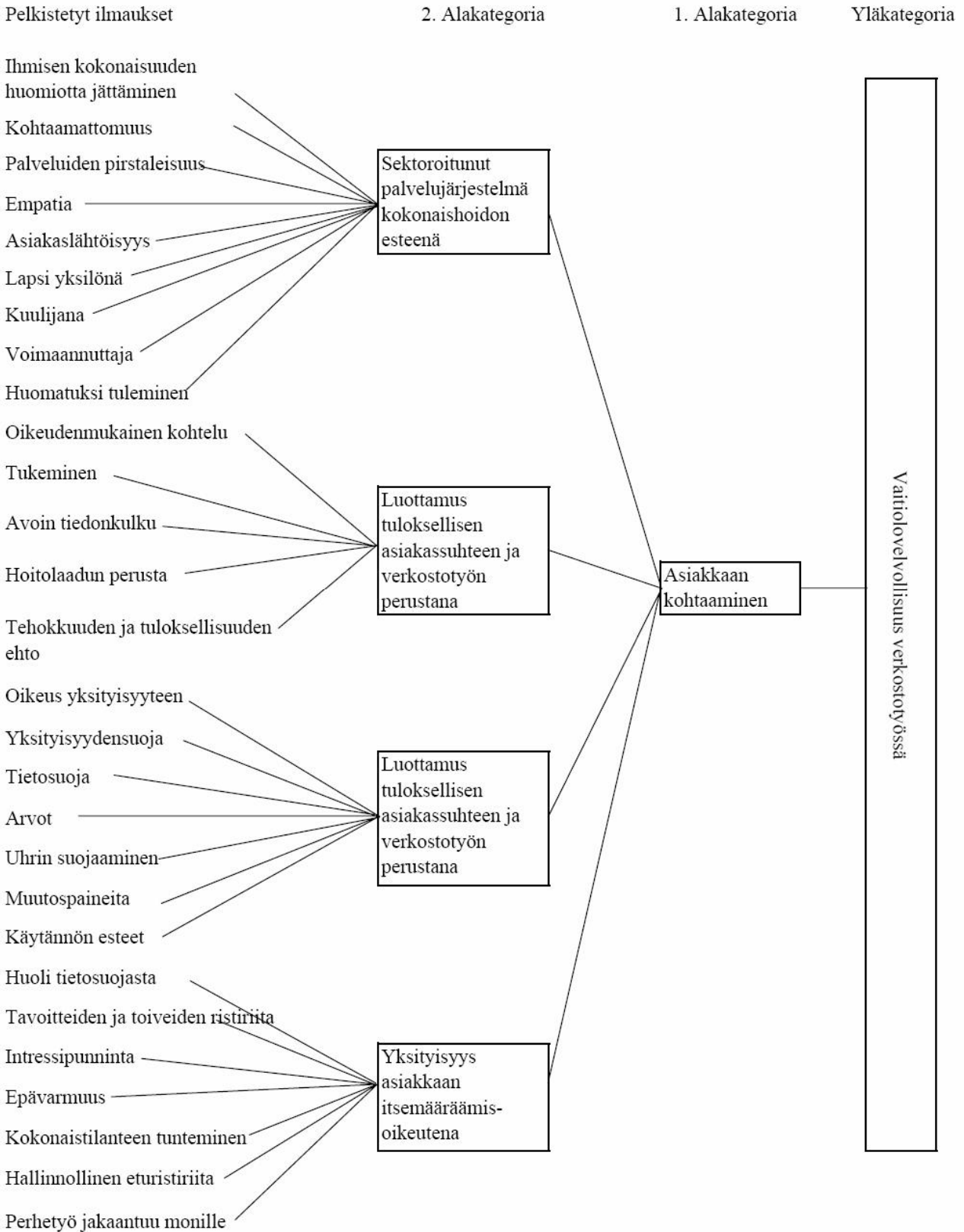
HE 252/2006 Hallituksen esitys lastensuojelulaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

VP 18/2000 Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö

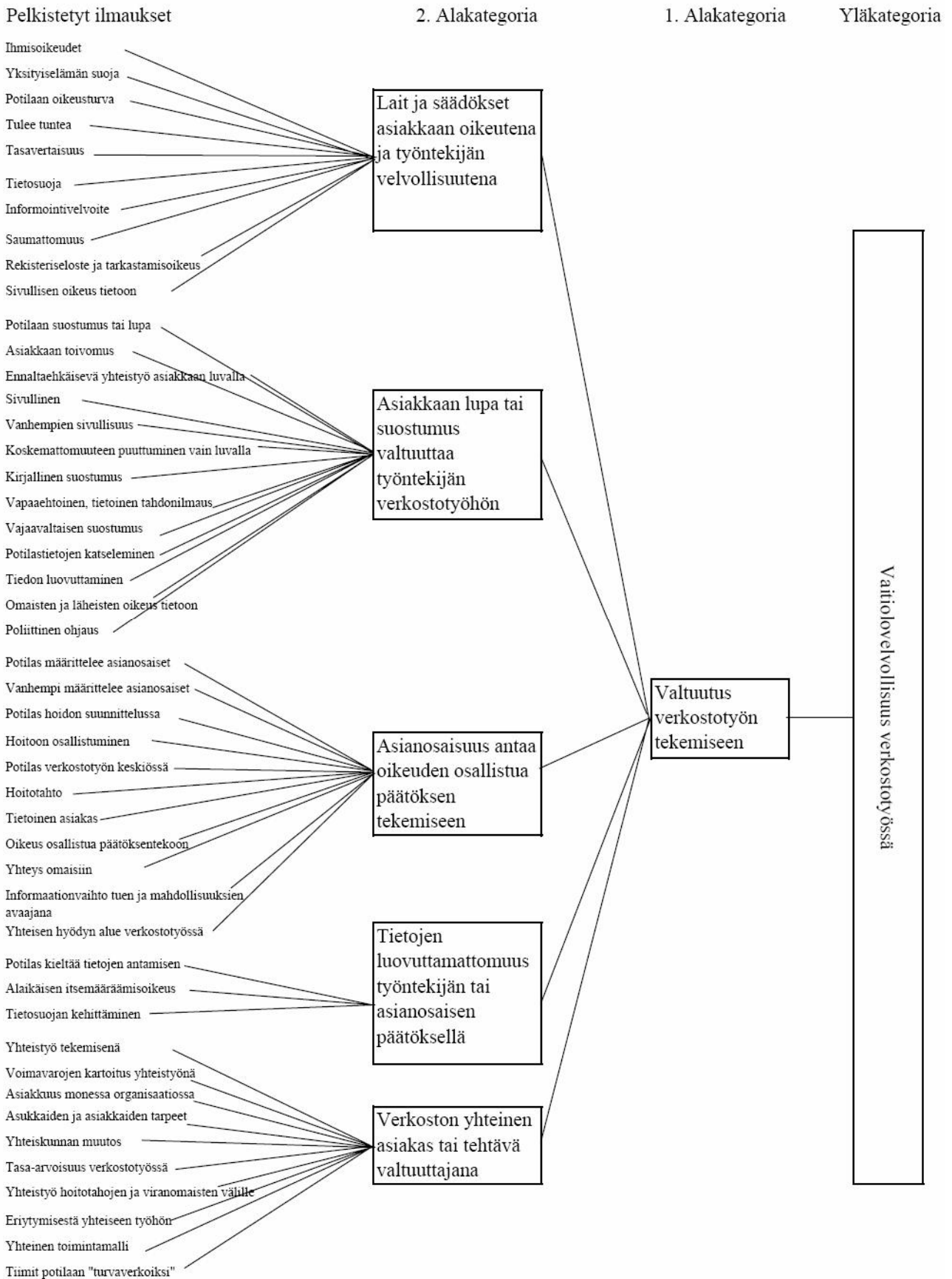
Yleiskirjeet:

Kirkkohallituksen yleiskirje 1/2002

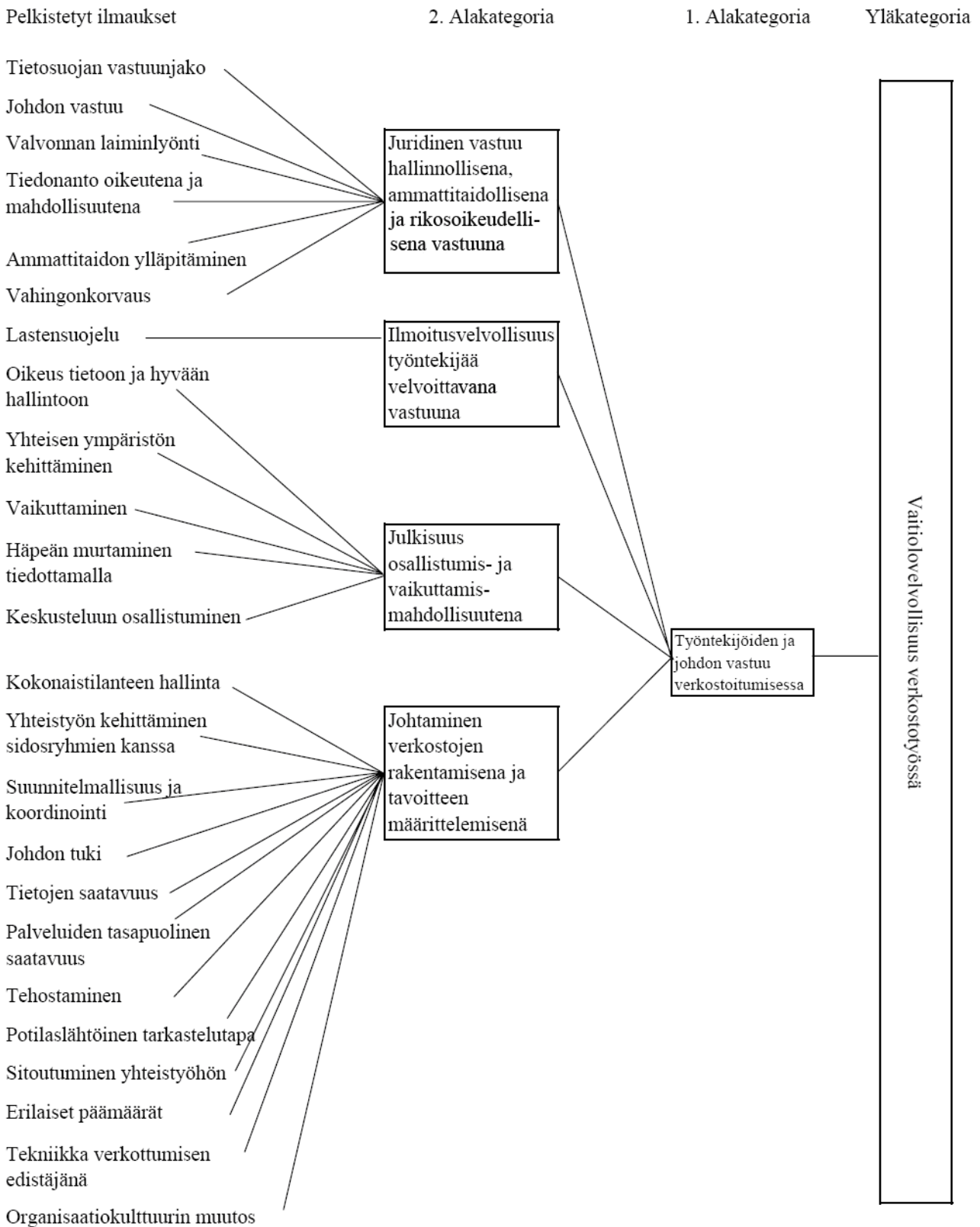
Liite 1. Asiakkaan kohtaaminen Sairaanhoidaja-lehden kuvaamana



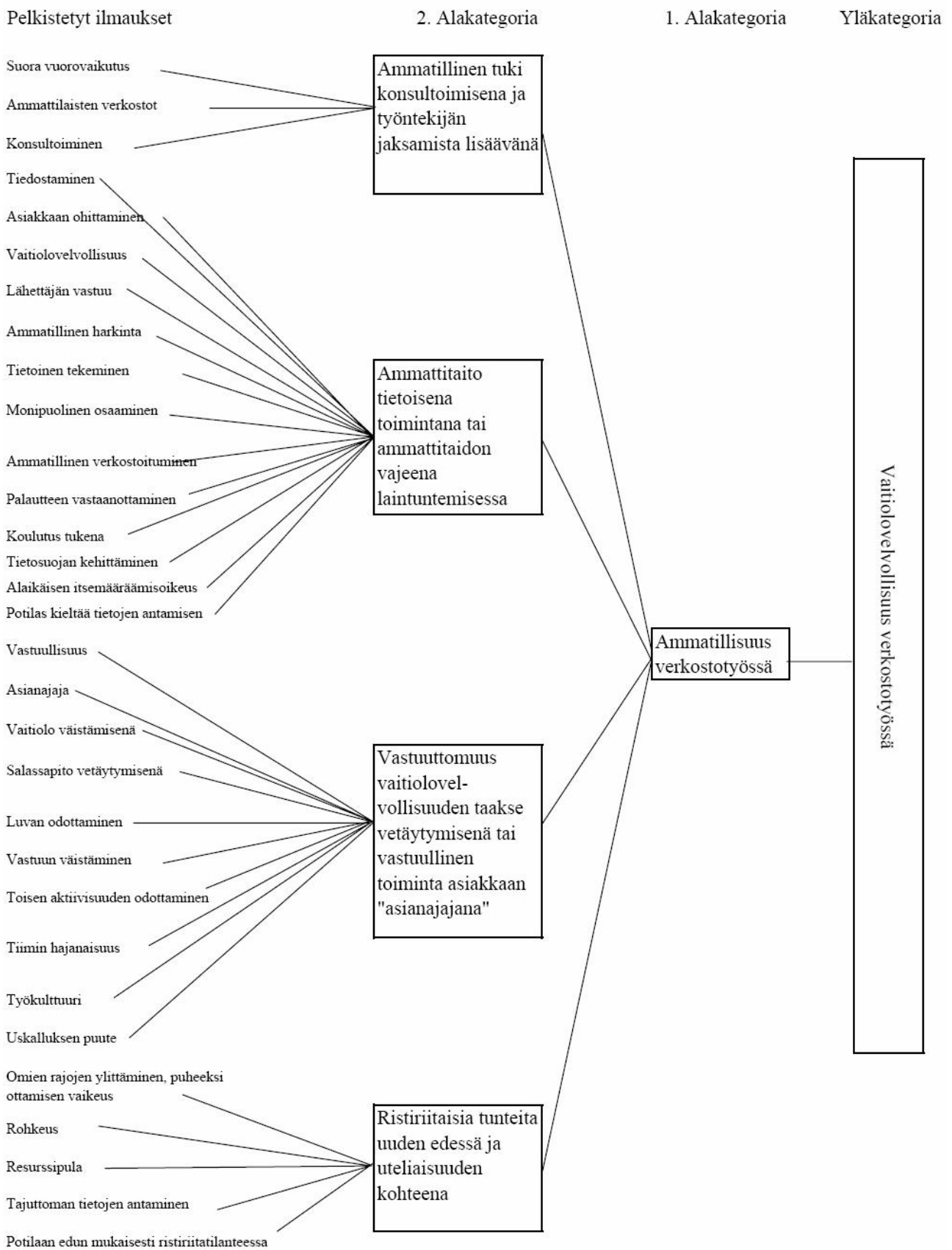
Liite 2. Valtuutus verkostotyön tekemiseen Sairaanhoidaja-lehden kuvaamana



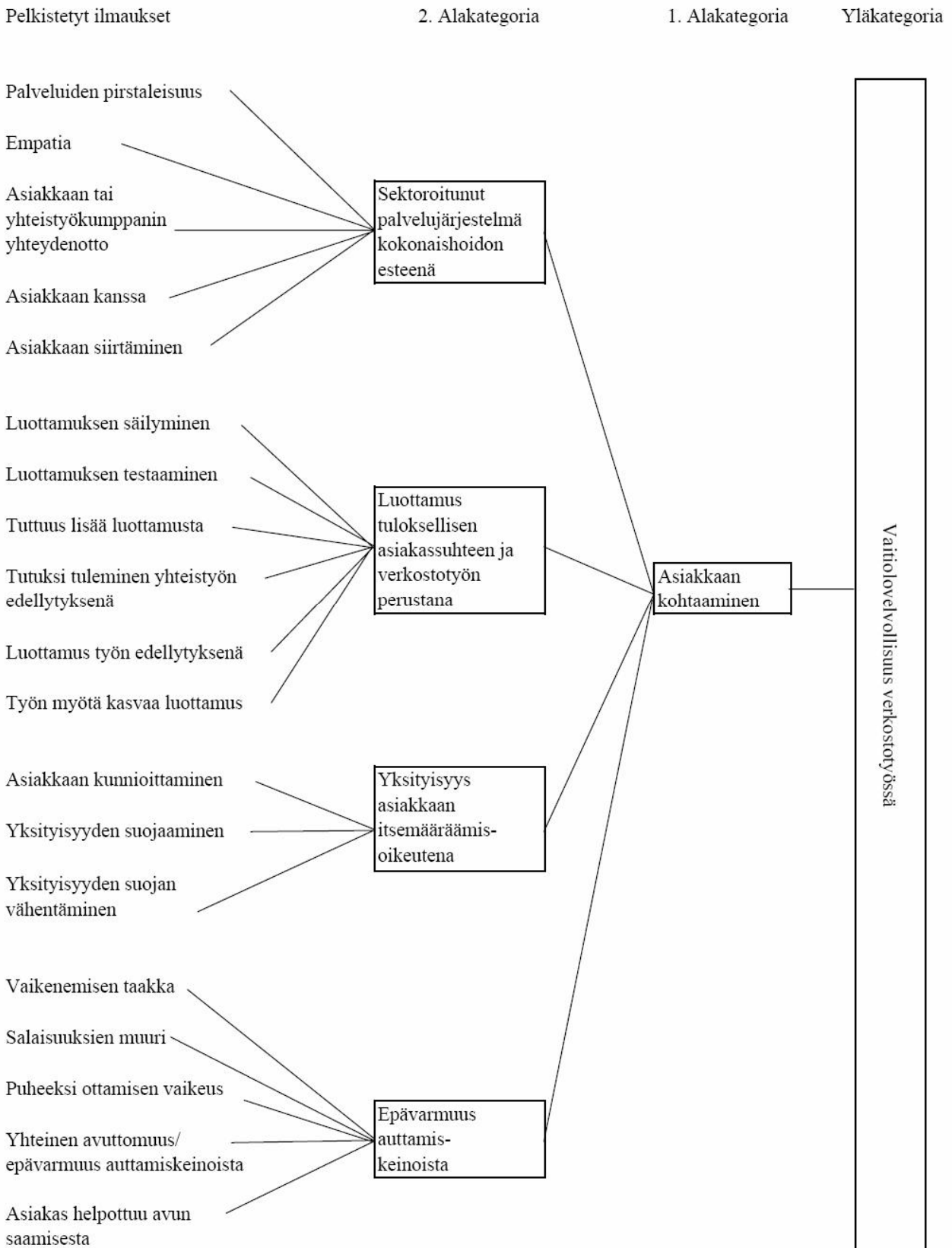
Liite 3. Työntekijöiden ja johdon vastuu verkostoitumisessa Sairaanhoidaja-lehden kuvaamana



Liite 4. Ammatillisuus verkostotyössä Sairaanhoidaja-lehden kuvaamana



Liite 5. Asiakkaan kohtaaminen Diakonia-lehden kuvaamana



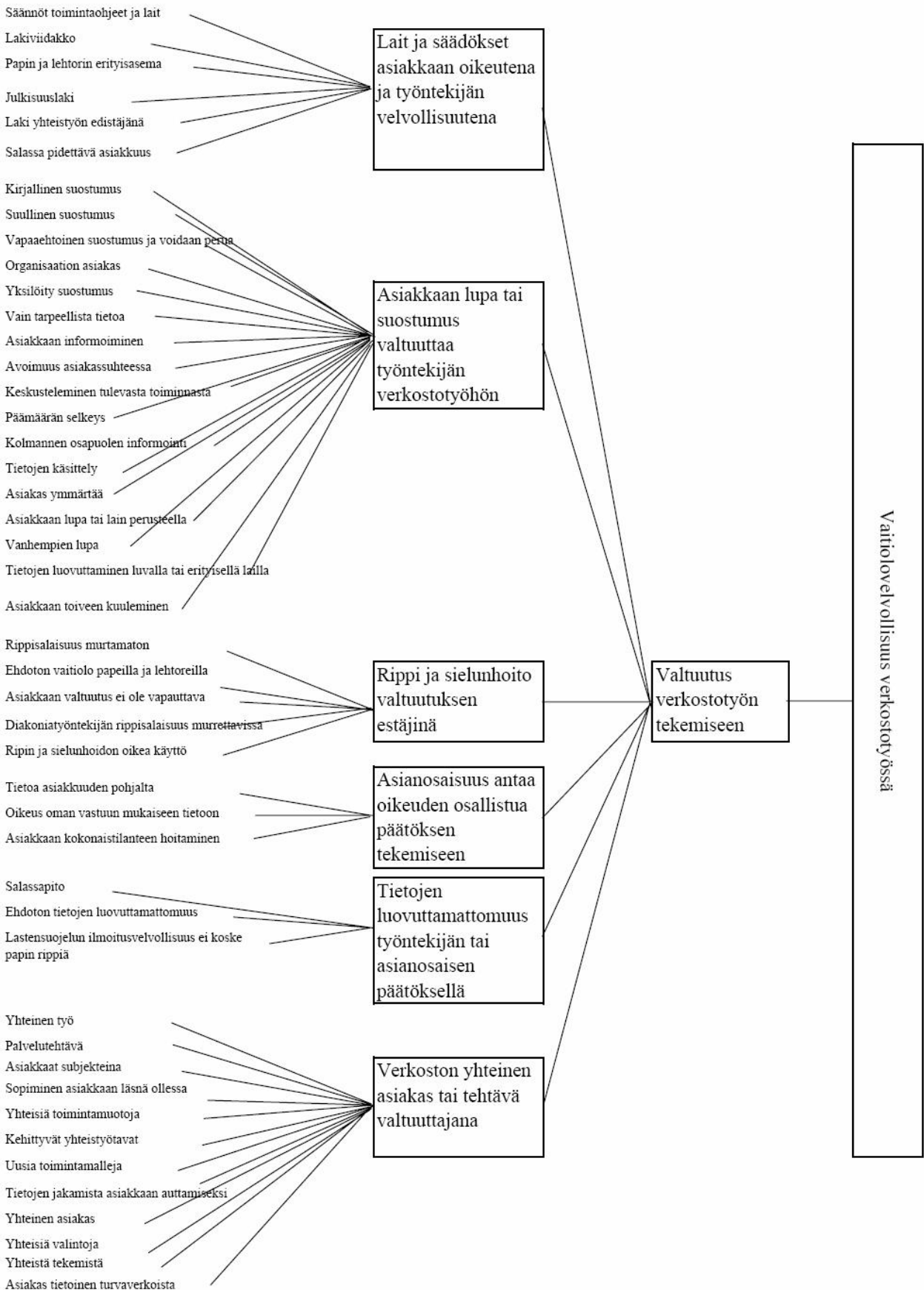
Liite 6. Valtuus verkostotyön tekemiseen Diakonia-lehden kuvaamana

Pelkistetyt ilmaukset

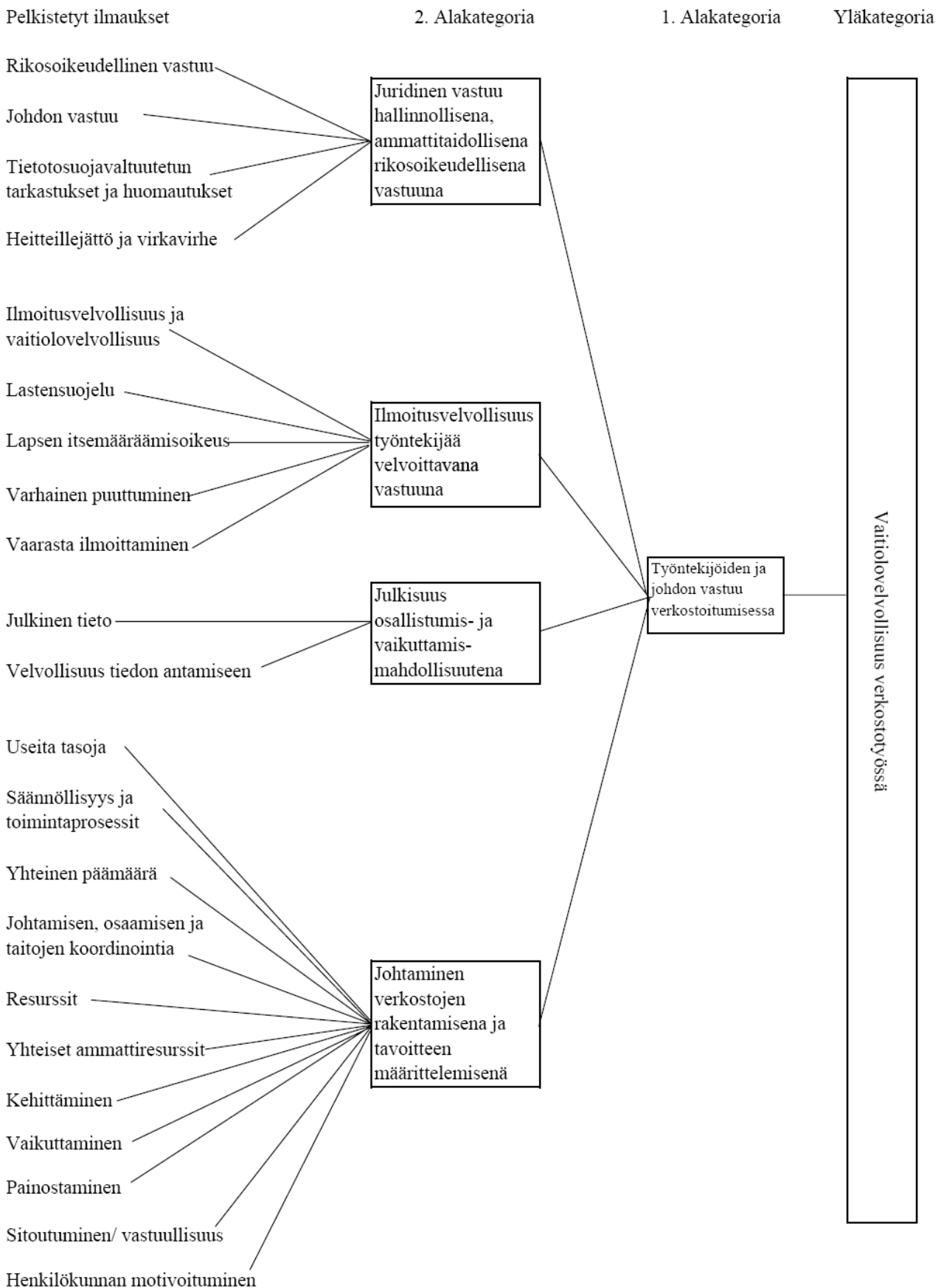
2. Alakategoria

1. Alakategoria

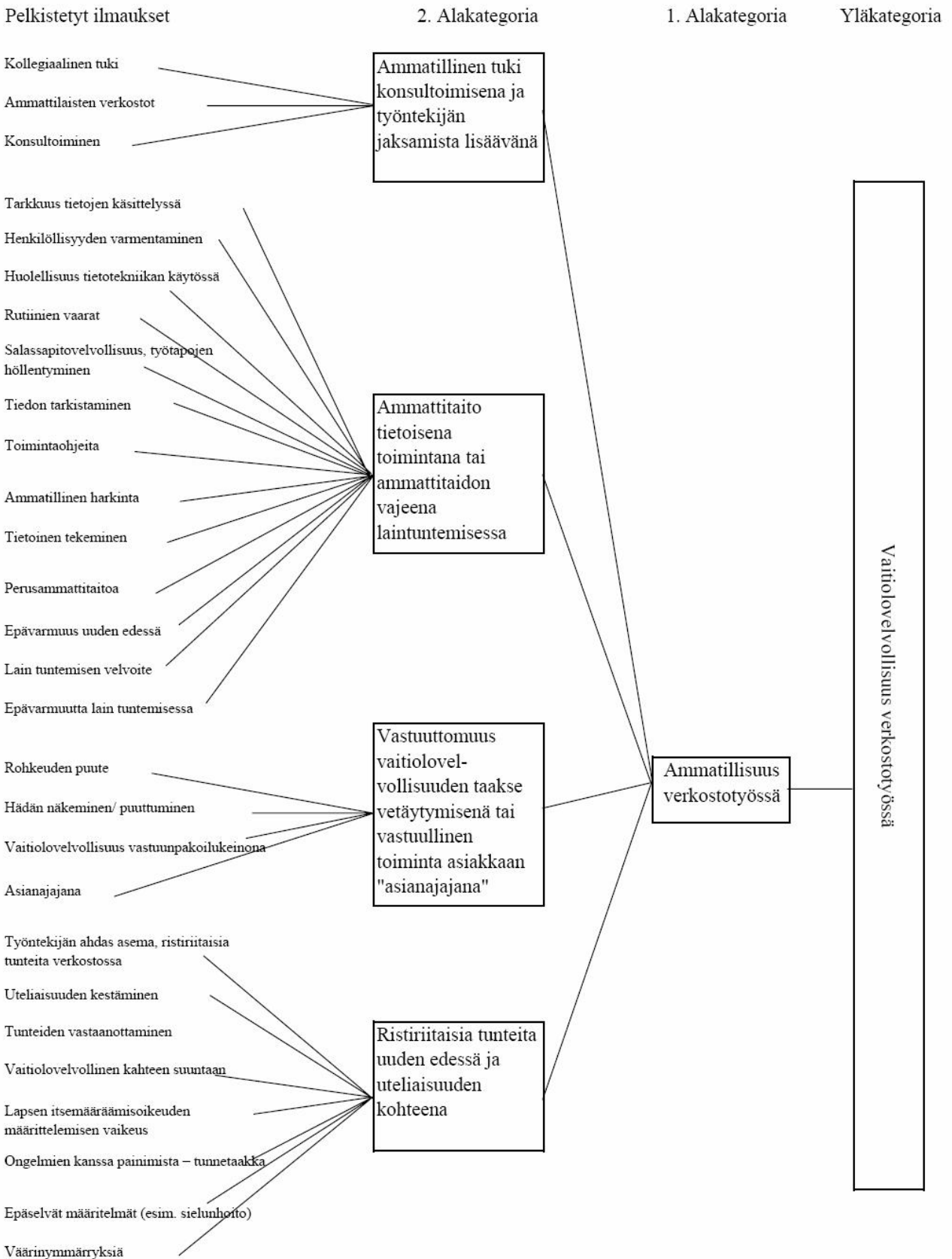
Yläkategoria



Liite 7. Työntekijöiden ja johdon vastuu verkostoitumisessa Diakonia-lehden kuvaamana



Liite 8. Ammatillisuus verkostotyössä Diakonia-lehden kuvaamana



Liite 9. Vaitiolovelvollisuus verkostotyössä Sairaanhoidaja- ja Diakonia-lehden kuvaamana

