

Annika Mäkelä

SEKTORIRAJAT YLITTÄVÄN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN
LÄÄKINNÄLLISESSÄ KUNTOUTUKSESSA EURASSA

Ylempi ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutus
2016

SEKTORIRAJAT YLITTÄVÄN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN LÄÄKINNÄLLISESSÄ KUNTOUKSESSA EURASSA

Mäkelä, Annika
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Toukokuu 2016
Ohjaaja: Sallinen, Merja
Sivumäärä: 49
Liitteitä: 4

Asiasanat: terveydenhuolto, yhteistyö, lääkinnällinen kuntoutus, julkinen sektori, yksityinen sektori, asiakaslähtöisyys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Euran alueen yksityisen ja julkisen sektorin toimijoiden välistä yhteistyötä lääkinnällisen kuntoutuksen kentällä. Nykytilan kartoituksen perusteella yhteistyön lujittamiseksi toteutettiin kehittämistehtävä. Kehittämistehtävän ajatuksena oli yhteistyön parantamisen kautta luoda tilanne, jossa olisi mahdollista toteuttaa asiakaslähtöisempää palvelua ja tukea ajatusta siitä, että sektorien palveluiden tulisi tukea toinen toisiaan.

Sosiaali- ja terveysalan rakennemallien muutos tulevaisuudessa edellyttää sektorien välistä yhteistyötä, jotta asiakkaille pystytään tarjoamaan laadukas ja katkeamaton hoitoketju. Tulevaisuudessa koko terveydenhuollolta edellytetään asiakaslähtöisempää palvelua, jossa korostuvat asiakkaan valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan toimijoiden ja sektorien välistä yhteistyötä sekä organisaatioiden rajapintojen rikkomista. Terveydenhuollon ammattilaisten on tulevaisuudessa nähtävä työkenttä entistä laajemmin ja osattava hahmottaa asiakkaiden hoitopolut terveydenhuollon järjestelmässä.

Kehittämistehtävässä tehdyssä nykytilan kartoituksessa nousi selkeästi esille, ettei sektorien välillä ollut yhteistyötä kuin satunnaisesti. Pitkään alueella toimineilla yksityisillä toimijoilla oli omat toimintatapansa olla yhteydessä julkiseen sektoriin, mutta uusilla yrittäjillä ei ollut kanavia yhteistyöhön. Olemassa olevat toimintatavat eivät olleet millään tavalla systemaattisia. Kehittämistehtävässä luotiin välineitä ja avauksia yhteistyölle, jotta pystyttäisiin toimimaan yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Verkostoitumista ja toimijoiden tunnettuutta nostettiin esille kehittämistehtävässä.

Tulevaisuuden haasteena koko terveydenhuollossa tulee olemaan sote-mallin käyttöönotto. Suunnitellut uudet palvelumallit muuttavat nykykäytäntöjä huomattavasti. Terveydenhuollon henkilöstö ei tulevaisuudessa voi tuijottaa vain oman organisaationsa järjestämisvastuuseen, vaan asiakasta on ohjattava sektorista riippumatta. Onnistuneen ohjauksen edellytyksenä tulee olemaan sektorien välinen yhteistyö, jota olisi kehitettävä nykyistä kovemmallalla vauhdilla. Muutoksen juna menee jo eteenpäin, mutta valmistelut kentällä laahaavat vielä raskaiden byrokraattisten ongelmien parissa.

DEVELOPMENT OF COLLABORATION IN MEDICAL REHABILITATION ACROSS SECTOR BOUNDARIES IN EURA

Mäkelä, Annika

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation

May 2016

Supervisor: Sallinen, Merja

Number of pages: 49

Appendices: 4

Key words: health care, collaboration, medical rehabilitation, public sector, private sector, customer oriented approach

The goal of this thesis was to map the collaboration between the private and the public sector in the field of medical rehabilitation in the Eura region. A development task was carried out to strengthen the collaboration between these sectors based on the mapping of the current situation. The objective of the development task was to create a situation, where it would be possible to achieve a customer oriented approach to medical rehabilitation and to endorse the idea that the services of both sectors should support one another.

Restructuring of the field of health and social care in the future requires collaboration between the two sectors in order to provide the customers with an unbroken first-rate chain of care. In the future a more customer oriented service will be required in the field of health care with an emphasis on freedom of choice and self-determination on customer's part. To achieve this goal collaboration is needed among the practitioners and the sectors as well as breaking the boundaries between organisations. In the future the practitioners in the field of health care need to view the whole of the field more broadly and to perceive the trail of treatment in the system of health care.

During the mapping of the current situation it became clear that there was only a few instances of collaboration between the sectors. Private practitioners who had worked in the region for a long time had their own means of maintaining communication with the public sector, but new entrepreneurs had no channels for co-operation. The existing policies were in no way systematic. The development task helped create tools and openings for collaboration in order to act according to common goals. The development task also brought forth networking and making the practitioners known.

The challenge in the entire field of health care in the future will be the introduction of the reform in health and social care. The planned service models will greatly alter the current practices. The personnel in health care cannot only focus on their own organisations' responsibilities, but they need to guide the customer regardless of sector. The requirement for successful guidance will be the collaboration between sectors, which should be developed at a quicker pace. The change is already here, but the preparations in the field are still dragging behind due to bureaucratic problems.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TYÖN TAVOITE JA LÄHTÖKOHDAT	7
3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARVE	8
3.1 Kuntoutusparadigman muutos ja ICF	9
3.2 Asiakaslähtöinen toiminta terveydenhuollossa	11
3.3 Kuntoutustarve	13
3.4 Kolmen sektorin palvelumalli	14
4 TUTKIMUSMENETELMÄT	15
5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	18
5.1 Sähköinen kysely	19
5.2 Työryhmä	19
5.2.1 Työryhmä 12.10.2015	20
5.2.2 Työryhmä 12.11.2015	21
5.2.3 Työryhmä 14.1.2016	23
5.2.4 Työryhmä 17.3.2016	24
5.3 Sektorien väliset tapaamiset	24
6 PALVELUTUOTTAJALISTAUS	26
7 SEKTORIEN VÄLISEN KOMMUNIKOINNIN HYVÄT KÄYTÄNNÖT	27
8 TULOSTEN ARVIOINTI	28
8.1 Kehittävän työntutkimuksen rakennemalli	29
8.2 Ekspansiivisen oppimisen sykli tutkimuksessa	32
8.3 Työryhmän palaute	35
8.4 Tulosten luotettavuus	36
8.5 Tutkimuksen eettisyys	40
9 POHDINTA	43
LÄHTEET	48
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hyvinvointipalveluiden järjestäminen on ollut 1990-luvulta lähtien koko ajan määrittelyn kohteena. Uudelleen määrittely ja järjestämisvastuut ovat olleet erityisesti julkisen sektorin osalta muuttuvaa, mutta sen vaikutukset ovat ulottuneet myös yksityissektorille. Julkisella sektorilla on otettu käyttöön esimerkiksi kilpailuttamiskäytäntö ja tuotantoa on eriytetty tilaajista. Tässä kohtaa yksityissektori on päässyt mukaan hyvinvointipalveluiden järjestämiseen ostopalveluina. Nämä muuttuneet käytännöt ovat johtaneet siihen, että julkisen ja yksityisen sektorin vastuun rajat on vedettävä uudelleen. Tässä rajanvedossa asiakkaan asema ja oikeudet saavat myös uudenlaisia merkityksiä, mutta niihin on kiinnitettävä myös erityistä huomiota palveluita ja niiden rakenteita muuttaessa. (Anttonen ym. 2012, 20.)

Kuntoutus on toiminut pitkään tuottaja-tilaaja-mallilla, jossa kuntoutuslaitokset ja muut palveluntuottajat ovat vastanneet eläkeyhtiöiden, Kansaneläkelaitoksen, työhallinnon ja muiden organisaatioiden esille tuomiin tarpeisiin. Tämän tapaisena suljetuna järjestelmänä kuntoutus ei nykyisellään voi olla, jos halutaan säilyttää kuntoutus innovatiivisena ja merkittävänä kehittämisen alueena. Kuntoutuksen kehittämisen tarpeeseen vaikuttavat yleisesti Suomessa vallitsevat sosiaaliset sekä taloudelliset tilanteet. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutuksen painopistealueet vaihtelevat sosiaalis-taloudellisten suhdanteiden mukaan. (Suikkanen & Lindh, 2007, 4-5.)

Suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä laitosmuotoinen kuntoutus on kohdannut tienhaaran, jossa on valittava, mitä sille tulevaisuudessa tapahtuu. Julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on tehty jo toimenpiteitä palvelurakenteen purkamiseksi ja laitospaikkojen vähentämiseksi. Samoin Kansaneläkelaitos on muuttanut kuntoutuksen linjaa enemmän avokuntoutuksena tapahtuvaksi. On siis aika alkaa kehittämään julkisen ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä avokuntoutuksen sektorilla.

Kuntoutuksen nykysuuntauksen mukaisesti oli aika kartoittaa avokuntoutuspalveluja tuottavat tahot Euran kunnan alueella. Yksityissektorilla avokuntoutusta tuottavia tahoja on useampia ja julkinen sektorikin on siirtänyt painopistettä avokuntoutuksen kentälle, mikä näkyy esimerkiksi panostuksena kotihoitoon. Sektorien välisen yhteistyön kehittämisen näkökulmasta toimijat oli kerättävä yhteen pohtimaan kuntoutuksen vastuualueita, työnjakoa sekä tulevaisuuden haasteita.

Kuntoutusta on toteutettu moniammatillisuuden nimissä, mutta toteutuuko moniammatillisuus optimaalisesti? Tyypillisesti moniammatillinen työryhmä koostuu eri ammattiryhmistä, joilla jokaisella on omat testinsä ja mittarinsa asiakkaan tilanteen realisoimiseksi. Lopulta kaikkien ammattilaisten tiedot kootaan yhteen ja koostetaan kattava raportti asiakkaan toimintakyvystä tai – kyvyttömyydestä. Ovatko tässä mallissa ammatilliset toimineet yhdessä ja koostaneet asiakaslähtöisen, yksilöllisen sekä asiakkaan tarpeita vastaavan kuntoutussuunnitelman? Onko asiakas ollut mukana hoidon suunnittelussa ja onko häntä kuultu? Moniammatillisen toiminnan tulisi pureutua myös asiakkaan ohjaamiseen kuntoutuspoluilla. Toiminnan ei tulisi päättyä siihen, että asiakkaalla on kädessään paperi täynnä kuntoutussuosituksia, mutta jää sen jälkeen asian kanssa omilleen. Resurssien tulisi kohdentua enemmän tavoitehaikuiseen kuntoutussuunnitelmaan sekä toimenpiteiden koordinointiin ja seurantaan. Tämänhetkinen suunnitteluideologia ei välttämättä konkretisoidu asiakkaan arkeen. (Suikkanen & Lindh 2007, 6-7.)

Jotta pystytään paikallisen tason yhteistyöhön, vaatisi se asiakkaan huomioimisen lisäksi toimijoiden huomioimista kuntoutusprosessissa. Oikea moniammatillisuus saavutetaan, kun asiakkaan kuntoutusprosessissa on mukana eri sektorien toimijoita. Asiakaslähtöisyys on termi, joka nousee esille kuntoutuksen keskusteluissa. Jotta saavutetaan asiakaslähtöisyyden ymmärtämisen taso, on tunnettava kuntoutuksen kenttä ja siellä toimivat tahot. Paikallistasolla tämä on vielä mahdollista toteuttaa, jos toimijoilla on siihen halukkuutta. Asiakaslähtöisyys-termin ei tulisi olla vain abstrakti käsite, joka toistuu automaattisena ammatillaisen suusta, vaan terveydenhuollon henkilöstön tulisi sisäistää sen merkitys ohjatessaan asiakasta kuntoutusprosessin aikana.

2 TYÖN TAVOITE JA LÄHTÖKOHDAT

Eura on noin 12500 asukkaan kunta Satakunnassa (Euran kunta www-sivut). Euran kunnan alueella toimii 14 yksityistä terveydenhuoltoalan yritystä tuottaen fysioterapia-, kiropraktikko-, osteopatia-, naprapatia-, lääkäri-, työterveyshuolto- ja terveydenhoitopalveluja. Lisäksi yrityksissä on tarjolla muita terveyden ja hyvinvoinnin palveluja. Julkinen sektori tarjoaa perusterveydenhuollon palveluja Euran keskustajaman alueella sekä kolmessa toimipisteessä haja-asutusalueella (Euran kunta www-sivut). Kunta järjestää kattavasti palveluja perusterveydenhuollon puolella ja käyttää myös erikoissairaanhoidon palveluja.

Opinnäytetyön tarkoituksena on lähentää julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden välistä yhteistyötä paikallisella tasolla Euran kunnan alueella. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tämän hetkinen yhteistyön tilanne ja sen pohjalta toteuttaa kehittämistehtävä. Tarkoituksena on parantaa sektoreiden välistä yhteistyötä ja tuottaa tehokkaampaa sekä asiakaslähtoisempää palvelua. Tavoitteena on lujittaa toimijoiden välistä kommunikaatiota ja luoda asetelma, jossa eri sektorien tarjoamat palvelut voisivat tukea toinen toisiaan asiakkaan kuntoutusprosessissa.

Opinnäytetyössä halutaan selvittää, mitkä ovat terveydenhuoltopalveluja tuottavien eri sektoreilla toimivien tahojen väliset yhteistyömenetelmät, niiden toimivuus sekä vuorovaikutuksen taso eri toimijoiden välillä. Lisäksi halutaan selvittää eri sektoreilla toimivien henkilöiden näkemys yhteistyön tärkeydestä ja sen tarpeesta.

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARVE

Opinnäytetyön taustalla ovat erilaiset linjaukset, lait ja asetukset, jotka korostavat asiakkaan asemaa kuntoutusjärjestelmän käyttäjänä. Asiakkaan asema ja oikeudet, asiakaslähtöisyys sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden sektorien ylittävä yhteistyö ovat olleet toiminnan kehittämisen kohteena jo pitkään.

Palveluissa on todettu edelleen olevan suuria puutteita asiakkaan kohtelussa, yksilöllisessä palvelusuunnittelussa ja asiakaslähtöisyydessä. Erityisesti sektorien välistä kuilua ei ole pystytty kaventamaan. Ehkä näistä tekijöistä johtuen, kuntoutusjärjestelmämme ja terveydenhuoltojärjestelmämme eivät pysty parhaaseen mahdolliseen tulokseen, niin asiakkaan kuin kustannustenkin näkökulmasta. Järjestelmä saa moitteita tehottomuudesta ja raskaasta sekä vaikeaselkoisesta toiminnasta. Varsinkin kuntoutuksen kenttää mojitetaan sekavaksi jopa terveydenhuollon ammattilaisen ymmärtää ja silti odotamme asiakkaiden olevan aktiivisia toimijoita tässä samaisessa järjestelmässä. Kritiikin kohteina ovat kuntoutuksen käynnistymisen viivästyminen, päätösten viivästyminen, asiakkaiden kuulematta jättäminen ja katkenneet palveluketjut. On myös esitetty puutteita asiakkaiden tasa-arvossa. Ongelmallista on se, että viranomaiset kokevat järjestelmän vaikeaselkoiseksi, mikä tarkoittaa, että ammattilaiset tuntevat kokonaisjärjestelmän heikosti eivätkä osaa ohjata asiakasta oikeiden palveluiden piiriin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 62-63.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) pykälässä 29 käsitellään perusterveydenhuollon velvollisuutta järjestää lääkinällinen kuntoutus niin, että se muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden tarpeenmukaisen hoidon kanssa. Kunta vastaa kuntoutuspalvelujen ohjauksesta ja seurannasta. Mikäli potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista perusterveydenhuollossa järjestää, on kunnan tehtävänä huolehtia, että potilas saa tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja hänet ohjataan muun palvelun järjestäjän piiriin. (Terveyden-

huoltolaki 1326/2010.) Tämän vuoksi on ajankohtaista ja tärkeää vahvistaa toiminta-alueemme verkostoa Eurassa ja tukea toinen toistemme palvelutarjontaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö uudisti kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyötä koskevaa lakia vuonna 2003, ja sen tarkoituksena oli tuoda kuntoutuspalvelut asiakkaalle helposti saavutettaviksi, sellaisena kokonaisuutena, joka huomioisi asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 5-6). Terveystieteidenhuolto haluaa tuottaa aidosti asiakaslähtöisiä palveluita, mikä on ollut näkyvissä niin lakimuutoksissa kuin hankkeissa. Kuntoutuksen kehittämishankkeissa on ollut nähtävissä tarve rakentaa paikallisten toimijoiden verkostoja sekä yhteisiä toimintamalleja. On todettu, että kuntoutuksen vaikuttavuuteen liittyy olennaisesti moniammatillinen työote, kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen sitominen kuntoutujan toimintaympäristöön, kuntoutuksen oikea kohdentaminen ja varhainen puuttuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 19.)

Julkisen ja yksityisen sektorien toimijoiden yhteistyön kehittäminen on koko ajan ajankohtaista, sillä tulevana vuosina kuntoutustarve on kasvava. Työssäkäyvästä väestöstä suuret ikäluokat jatkavat työntekoa yhä pidempään ja tukea työssäjaksamiselle tullaan tarvitsemaan. Ikääntyvä väestö tarvitsee tukea kotona selviytymisen tueksi ja laitospaikkojen purkaminen luo painetta kotiin tarjottaviin palveluihin. Inaktiivinen elämäntapa tuo yhä nuoremmat henkilöt terveydenhuoltopalveluiden piiriin aikaisemmin kuin ennen.

3.1 Kuntoutusparadigman muutos ja ICF

Nykysuuntauksen mukaan olemme siirtymässä toimintamalliin, joka muuttaa kuntoutujan roolin toiminnan subjektiksi, aktiiviseksi kuntoutujaksi ja palveluiden käyttäjäksi. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutumistilannetta on jäsennettävä eri tavalla.

Rajavaara pohtii artikkelissaan tapaa, jolla kohtaamme ihmisen kuntoutusjärjestelmässämme. Kohtaammeko edes ihmistä vai kohtaammeko kuntoutujan? Kuntoutuksessa on pitkään vallinnut ajattelumalli, jossa kohtaamme ihmisen hänen vajavuutensa perusteella: autettavana, hoidettavana, kuntoutettavana. Tämä on johtanut siihen,

että ihminen on suuresti riippuvainen julkisesti järjestetystä hoidosta ja tuesta, jolloin he kunnioittavat asiantuntijoita ja viranomaisia. Tämä asetelma johtaa taas siihen, että viranomaiset ja ammattilaiset määrittelevät ammatillis-byrokraattiset kriteerit kuntoutukselle ja ovat vertauskuvallisesti portinvartijoita kuntoutukseen pääsemiselle. Ammattilaisten laatimat kriteerit asettavat ihmisen toiminnan objektiksi ja tarpeet sekä toteutuksen määrittelevät viranomaiset. (Rajavaara 2008, 43-44.)

Kuntoutuksen uudessa paradigmassa kuntoutujaa tarkastellaan suhteessa ympäristöönsä. Kun ongelmia katsotaan yksilön ja ympäristön välisestä suhteesta, kuntoutustoiminnan painopiste siirtyy pois yksilön vajavuuksien tarkastelusta. Uudessa kuntoutusparadigmassa tuetaan kuntoutujan voimavaroja ja kuntoutustyöntekijät paneutuvat fyysisen ja sosiaalisen ympäristön esteiden ja mahdollisuuksien tutkimiseen yhdessä kuntoutujan kanssa. Paradigmassa kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien, itsemääräämisen, osallisuuden ja hallinnan kokemusten vahvistumisen myötä hän voi kokea valtaistumisen (empowerment). Prosessissa kuntoutuja on aktiivinen subjekti, jolla on oikeus tietää omista asioistaan ja olla mukana niiden päätöksenteossa. Tämä ei tarkoita sitä, että vastuu kuntoutusprosessista olisi siirtynyt asiakkaalle. Uusi kuntoutusparadigma tuo näkökulmiksi asiakaslähtöisyyden, asiakkaan aktiivisuutta tukevan toimintatavan sekä osallistamisen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 50-52.)

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) tukee osaltaan uutta kuntoutusparadigmaa. Terveystieteelliset ja kuntoutus siinä mukana ovat orientoituneet hyvin lääketieteelliseksi ja diagnoosihakuisiksi. Kun asiakkaalla on jokin diagnoosi, terveydenhuolto on omalla mukavuusalueellaan tietäen, mitä asiakkaan kanssa tulee tehdä, mutta tämä toimintamalli on hyvin sairauskeskeinen. (Lind 2007, 33.) Kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen omaksuminen muuttaisi hoidon linjasta enemmän toimintakykyllä lähtöiseksi, jonka jäsentämistä ICF helpottaa.

ICF-luokitus tarkastelee ihmistä ja hänen toimintakykyään kokonaisvaltaisesti terveyden osatekijöiden kautta. ICF tarkastelee henkilön tilannetta ruumiin toimintojen/ruumiin rakenteen, suoritusten, osallistumisen, ympäristö- ja yksilötekijöiden kautta. Tarkastelussa henkilön toimintakyky määräytyy lääketieteellisen terveydentilan mukaan, mutta kaikkien elementtien välillä toimii dynaaminen vuorovaikutus. Näin ollen toimenpiteet yhdellä osa-alueella voivat muuttaa henkilön tilannetta myös toisella

luokituksen osa-alueella. Kun arvioidaan henkilön terveyttä kokonaisuutena ottaen huomioon elämän kaikki osa-alueet tuijottamatta vajavuuskeskeisesti sairauteen, vikaan tai vammaan, ICF-luokitus on keino asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaiseen jäsentämiseen. (Stakes 2007, 3-4, 18-19) ICF luo kattavan kehyksen myös kuntoutussuunnitelman laadintaan.

3.2 Asiakaslähtöinen toiminta terveydenhuollossa

Asiakaslähtöisyyttä terminä voimme tarkastella monista näkökulmista. Terminä asiakaslähtöisyys on ajankohtainen ja trendikäs, mutta eri organisaatioille se voi tarkoittaa eri asioita. Sosiaali- ja terveystaloudissa asiakaslähtöisyys on määritelty ajateltavaksi, jossa huomioidaan asiakkaan tarpeet sekä toiveet ja ne otetaan toiminnan lähtökohdiksi. Ammattilaisten tehtävänä on edesauttaa asiakkaan valinnanvapautta ja mahdollistaa asiakkaan osallistuminen päätöksentekoon. Asiakaslähtöisyyden pyrkimys on dialoginen asiakassuhde, jossa kunnioitetaan asiakkaan arvoja ja pyritään näkemään tilanne asiakkaan silmin hänen lähtökohdistaan ja toimintakykynsä mahdollisuuksista. (Raitakari ym. 2012, 47-48, 53.)

Yhteistyön kehittämisen näkökulmasta yksi tärkeimmistä asioista, mitä tämä tutkimus haluaa parantaa, on asiakkaan asema järjestelmässä. Tätä tavoitellaan palvelutuottajien välisen asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisellä. Kuntoutuksessa toiminnan ja tulosten sekä tuottavuuden kannalta on tärkeää, että kuntoutus on moniammatillista, monialaista ja organisaatioiden välisiä rajapintoja rikkova. Eri ammattiryhmien välinen työryhmätyö tuottaa hyviä tuloksia kun kuntoutuja nähdään kokonaisuutena eri ammattilaisten näkökulmista ja huomioidaan kuntoutujan resurssit sekä tarpeet. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee yhtenä tarkoituksenaan vahvistaa palveluidensa asiakaskeskeisyyttä. Lisäksi lain tarkoituksena on parantaa terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Laki vastuuttaa perusterveydenhuollon asiakkaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta. Tätä voidaan pitää lähtökohtana asiakaslähtöisyydelle. Asiakkaalle tulee kirjata yksilöllinen kuntoutussuunnitelma ja tarvittaessa nimetä asiakkaalle kuntoutuksen yh-

dysshenkilön. Kunta vastaa kuntoutuspalvelujen ohjauksesta ja seurannasta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Rajavaara on pohtinut artikkelissaan asiantuntijakeskeistä toimintaa palvelujärjestelmässämme. Asiantuntija saattaa päättää, että asiakas ei ole kuntoutuksen tarpeessa tai, että hyötyä kuntoutuksesta ei enää ole. Tällaisessa tilanteessa asiakas ei ole tullut kuulluksi eikä hänen omalla näkemyksellä tilanteesta tai kuntoutuksen tarpeesta ole ollut suurta painoarvoa. Emme edes tiedä miten käy hylkäävän päätöksen saaneille kuntoutukseen motivoituneille henkilöille. (Rajavaara 2008, 46.) Kuntoutuksen tulisi olla yhä enenevässä määrin kuntoutujalähtöistä toimintaa. Ensisijaisesti kuntoutuksen tulisi lähteä kuntoutujan omista tarpeista ja voimavaroista niin, että kuntoutuja on aktiivinen, suunnittelee ja organisoii itse omaa kuntoutusprosessiaan. Tämä lisää kuntoutujan omaa voimaantumista ja kuntoutustyöntekijän tulisi olla hänen yhteistyökumppaninsa prosessin aikana tarjoten tietoa mahdollisuuksista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189.) On silti todettava, että myös asiantuntijakeskeiselle toiminnalle on oma paikkansa. Ihmisillä on elämäntilanteita, joissa he tarvitsevat ammattilaisen jäsentämään elämäntilannetta uudella tavalla. Joissain tilanteissa on jopa välttämätöntä toimia asiantuntijakeskeisesti asiakkaan oikeuksien toteutumiseksi. (Mönkkönen 2002, 55.)

Asiakaslähtöisyydestä keskusteltaessa eri termien kanssa leikkely tuo asioille erilaisia merkityksiä. Kirjallisuutta tutkiessa sana asiantuntijakeskeisyys on saanut negatiivisen sävyn, vaikka sillekin on aikansa ja paikkansa kuten edellä mainittiin. Suuntaus on muuttumassa vahvasti asiakaskeskeiseksi, mutta ehkä sitäkin tärkeämpi asia olisi dialoginen asiakastyö. Siinä vuorovaikutus on vastavuoroista ja molemmat osapuolet ovat aktiivisesti mukana. Näin kumpaakaan osapuolta ei nosteta selkeästi ”johtavaan” rooliin eikä alisteta toista osapuolta, vaan pyrimme yhteiseen ymmärrykseen. Tähän terveydenhuollon tulisi pyrkiä asiakastyössään. (Mönkkönen 2002, 56-58.)

Lopulta asiakaslähtöisyys on kuitenkin eettinen kysymys. Ammattilaisten tulee pohdita, milloin asiakkaan toimintakyky ja toiminnan resurssit ovat sellaiset, että voimme odottaa asiakkaalta aktiivisuutta ja vastuunottoa. On muistettava, että asiakkaalla on oikeus olla myös heikko, jolloin hän tarvitsee enemmän huolenpitosuhdetta. Asiakas-

lähtöisyyttä voidaan pitää toiminnan tavoitteena, sillä sen toteuttaminen käytännössä edellyttää pohdintaa, mitä se kenenkin kohdalla tarkoittaa ja millainen toiminta on missäkin tilanteessa toimivinta. Hyvistä ja onnistuneista kohtaamisista muodostuu hyviä palvelujärjestelmiä. (Raitakari ym. 2012, 75.) Kuntoutuksessa käydään vähän arvokeskustelua. Harvoin nousee esille esimerkiksi se, mikä merkitys tarpeellisuuden tunteella on ihmisen arvokkuudelle (Karjalainen 2004, 19).

3.3 Kuntoutustarve

Kuntoutustarvetta voidaan tarkastella joko henkilön oman kokemuksen näkökulmasta tai yhteiskunnallisesta kuntoutustarpeesta. Nämä kaksi eivät ole sama asia. Yksilön kokema kuntoutustarve ilmenee hänen itsensä havainnoimasta ongelmasta ja halusta muuttaa nykytilannetta. Yhteiskunnallinen kuntoutustarve taas määrittyy kansalaisen perusoikeuksien mukaan, mutta siihen liittyy olennaisesti myös riittävän työvoiman pysyminen työkykyisenä sekä sosiaaliturva- ja huoltokustannusten maltillinen käyttö. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 158-159.)

Kun tarkastellaan yksilön tilannetta näistä näkökulmista, kuntoutustarve määrittyy kahdella tavalla. Yksilön tasolta tarkasteltuna kuntoutustarpeesta päättää terveydenhuollon asiantuntija oman arvionsa perusteella. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkastellaan, onko yksilön tilanne sellainen, että se vaatii palvelujärjestelmän käynnistämisen eli yksilön tilanne uhkaa sairauden, vian tai vamman takia hänen toiminta- ja/tai työkykyään. Lisäksi arvioidaan, voiko yksilön tilanteeseen vaikuttaa kuntoutuksen keinoin, jotta on tarpeellista ja järkevää käynnistää palvelujärjestelmän menetelmät. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 159.)

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011-tutkimuksessa on kartoitettu yksilöiden kokema kuntoutuksen tarvetta. Tutkimuksen päätuloksina selvisi, että joka neljäs 30 vuotta täyttänyt koki tarvitsevansa kuntoutusta. Kaikissa ikäryhmissä naiset kokivat enemmän tarvetta kuntoutukselle kuin miehet. Aikaisemmin toteutettuun Terveys 2000-tutkimukseen verrattuna koettu kuntoutuksen tarve oli tähän tutkimukseen vähentynyt. Tämä ei kuitenkaan välttämättä johdu siitä, että kuntoutuksen tarve olisi todellisuudessa vähentynyt, sillä Terveys 2000-tutkimuksen tuloksissa

koettu kuntoutuksen tarve oli ollut huomattavasti odotettua suurempi. Tutkijat selittävät tuloksia sillä, että vastaajia oli uudemmassa tutkimuksessa vähemmän kuin aikaisemmassa ja kysymyksiä oli täsmennetty. On mahdollista, että koettu kuntoutuksen tarve on vähentynyt siksi, että väestön työ- ja toimintakyky ovat kokeneet positiivista kehitystä. Muutosta tutkimuksen vastauksissa voi selittää myös se, ettei kuntoutuksen mahdollisuuksia tunneta vieläkään tarpeeksi hyvin tai sitä ei osata nähdä keinona työssäjaksamiselle ja sairauden haittojen ehkäisyssä. Tutkimuksessa todetaankin, että kuntoutuksen mahdollisuuksien esille tuominen väestölle on tärkeää. (Pensola ym. 2012, 192–194.)

Onnistuneen kuntoutusprosessin lähtökohtana voidaan pitää sitä, että tarve kuntoutukselle huomataan ajoissa ja sen tueksi räätälöidään kuntoutujalähtöiset toimenpiteet. Kuntoutusprosessi pystytään harvoin hoitamaan vain yhdessä organisaatiossa tai yhdellä järjestämisvastuualueella, jolloin organisaatioiden on tehtävä yhteistyötä katkeamattoman hoitoketjun takaamiseksi. On esitetty, että Suomen kuntoutusjärjestelmä ei ole hallittu kokonaisuus, jossa pystyttäisiin organisaatioiden väliseen yhteistyöhön sellaisella intensiteetillä, jota tilanne vaatisi. Ongelmia on erityisesti tiedonkulussa, yhdenmukaisuudessa sekä kuntoutujan ohjauksessa. Kuntoutusprosessin ohjaus on asiantuntijakeskeistä, jolloin kuntoutujan oma sitoutuminen ja vastuunotto omasta terveydestä jää oletettua pienemmäksi. Mitä aktiivisemmin kuntoutuja itse pääsee vaikuttamaan kuntoutusprosessin kulkuun, sitä suuremmat edellytykset kuntoutuksella on parantaa kuntoutujan toimintakykyä. Pelkkä teoreettisesti toimiva järjestelmä ei kuntouta ketään. (Autti-Rämö 2013, 130-131, 141.)

3.4 Kolmen sektorin palvelumalli

Julkiselle sektorille vastuutettu terveydenhuollon tehtävä on valtava. Perustuslaki määrittelee, että kaikille kansalaisille on turvattava yhdenvertaiset ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, joiden järjestämisen päävastuu on kunnilla. Vuosikymmenten aikana taloudellisten paineiden alla julkinen terveydenhuolto on painottunut hoitamaan sairauksia ja loukkaantumisia sekä pitkäaikaissairauksia, mutta kuntoutus ei näy siinä merkityksessä kuin sen pitäisi. Toimintakyvyn laajempi ymmärtäminen,

sen tukeminen ja parantaminen tulisivat olla kuntoutuksen merkityksiä, ei niinkään sairauden puuttuminen. (Leino 2011, 264.)

Yksityinen sektori tekee vakaasti tuloaan julkisen sektorin rinnalle. Yksityisen sektorin keskeisimpiä toimijoita ovat erilaiset palveluntuottajat, jotka ovat tuoneet palveluitaan tukemaan julkista sektoria. Kolmannen sektorin toiminta on koko ajan kasvavaa ja sen rooli kuntoutuksen toteuttajana aktiivisempaa. Kolmannen sektorin palvelutarjontaan on viime vuosina kuulunut vapaaehtoistoimintaa ja erilaisia vertaistuen muotoja, joita on kuntoutuksessa käytetty koko ajan lisääntyvästi. (Järvikoski, Härköpää 2011, 54.) Samalla yksityinen ja kolmas sektori tarjoavat julkiselle sektorille mahdollisuuden erilaisin palvelumallein purkaa sen kokemaa painetta järjestämisvastuusta.

Tämä opinnäytetyö painottuu kehittämään kahden sektorin välistä yhteistyötä. Sektorina toimivat julkinen ja yksityinen sektori, sillä ne ovat tutkimuksen kohdealueen kaksi suurinta toimijaa. On perusteltua aloittaa yhteistyön kehittäminen sieltä, missä asiakkaat eniten asioivat, jolloin tulevaisuudessa yhteistyön kehittämisen malli voidaan siirtää koskemaan myös kolmatta sektoria.

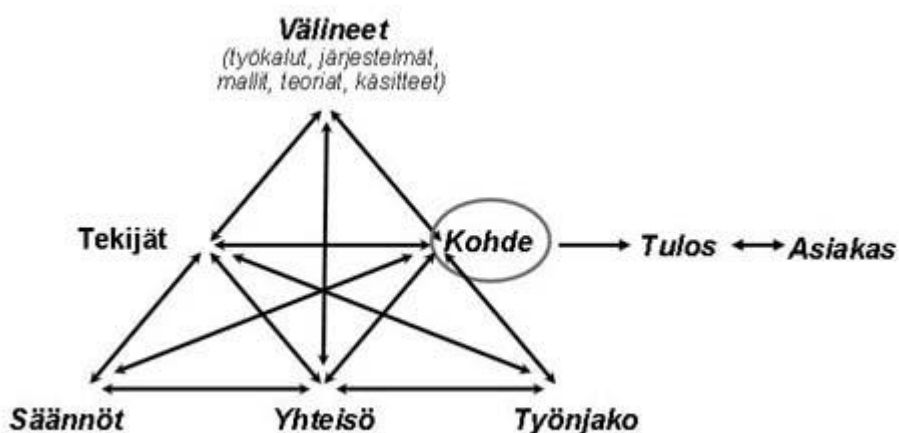
4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyön kehittämistehtävän lähestymistavaksi on valittu kehittävä työntutkimus. Tämä lähestymistapa analysoi yhteiskunnallisia toimintoja tai toimintajärjestelmiä. Kehittävällä työntutkimuksella on aina kohde, jota pyritään tehostamaan ja jolle tarvitaan jonkinlainen työnjako. Ominaista tälle tutkimusmenetelmälle on myös se, että työyhteisö tai toimintajärjestelmän jäsenet kehittävät omaa toimintaansa, jolloin mahdollisuus muutokseen on otollinen. Silloin kun työtä tekevät tahot kehittävät itse omaa työtään eikä tarve työn kehittämiseksi tule organisaation ulkopuolisena käskynä, ovat mahdollisuudet onnistuneelle muutokselle paremmat. Kehittävää työntutkimus ja sen pohjalta kehitetty muutoslaboratorio ovat terveydenhuollossa aiemminkin käytettyjä kehittämisen malleja. (Heikkinen ym. 2008, 60-62). Tutkimus-

sa palveluiden tuottajat sektorista riippumatta osallistuvat kehittämistehtävään, jolloin jokaisella on mahdollisuus tarkastella kehittämisen tarpeita ja osallistua itse uusien toimintamallien luomiseen sekä juurruttamiseen.

Kehittävä työntutkimus pureutuu asioihin ja ilmiöihin, joiden kanssa tutkimukseen osallistuvat tahot ovat vuorovaikutuksessa ja johon he toiminnallaan vaikuttavat (Heikkinen ym. 2008, 63-64). Opinnäytetyössä ilmiönä tai asiana voidaan pitää kuntoutuksen palvelujärjestelmää sekä sitä kenttää, jonka tarpeeseen se vastaa ja toisaalta sitä kasvavaa asiakaskuntaa, joka palveluita käyttää nyt ja/tai tulevaisuudessa. Toimintaa ohjaavat monet arvot ja asenteet, lait ja asetukset. Kehittävän työntutkimuksen kohteeseen kohdistuu vaatimuksia ja paineita, jotka pakottavat toiminnan harjoittajat etsimään uusia ratkaisuja. Näitä palveluihin ja niiden järjestämiseen liittyviä vaatimuksia ja paineita ovat tällä hetkellä uuden sote-mallin valmistelu sekä erinäiset kuntaliitoskysymykset. Lisäksi palveluiden tarvitsijoiden määrä on tulevaisuudessa jatkuvasti lisääntyvä. Näihin tarpeisiin on hyvä valmistautua ennakoivasti. On aiheellista kartoittaa ja vastata kysymyksiin, mitä tuotetaan, kenelle tuotetaan ja miksi tuotetaan.

Kehittävässä työntutkimuksessa johonkin osatekijään, kuten tässä tutkimuksessa kuntoutuksen tekijöihin, kohdistuva muutos auttaa havaitsemaan vaikutukset myös muissa osatekijöissä ja mahdollistaa myös niiden uudistamisen (Kuvio 1.).

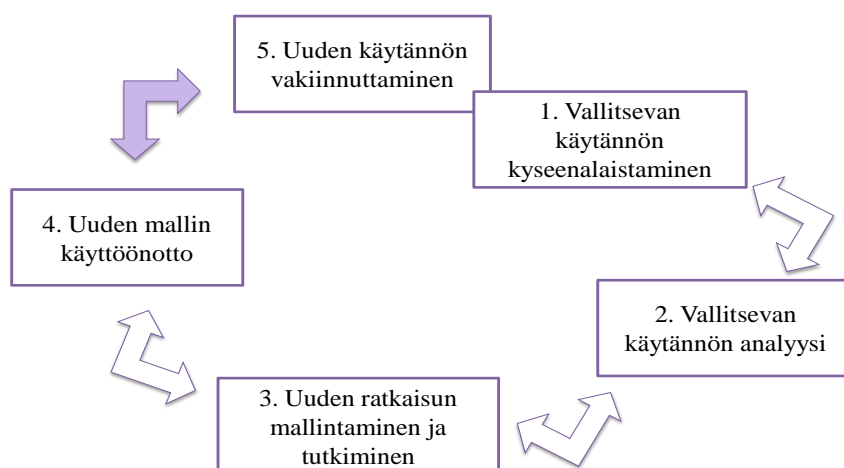


Kuvio 1. Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän rakennemalli (Heikkinen ym. 2008, 63).

Välineet, joilla kehittävää työntutkimusta voidaan tehdä, ovat hyvin väljät. Tässä opinnäytetyössä tämä ominaisuus voidaan katsoa eduksi, sillä varsinainen kehittämistehtävä on tutkimuksen alkuvaiheessa vielä avoin. Tutkimuksen aluksi toteutettu kysely ja siitä saadut vastaukset määrittelevät kehittämistehtävän niihin tarpeisiin, johon yhteistyökumppanit sitä tarvitsevat ja mistä kehittämistyö on järkevää aloittaa. Välineet voivat olla monipuolisesti työkaluja, järjestelmiä, erilaisia malleja, prosesseja, joilla pyritään tehostamaan ja kohdentamaan palveluita oikealla tavalla.

Kehittävä työntutkimus pureutuu työelämän ristiriitoihin silloin, kun tarvitaan muutosta nykyiseen toimintamalliin. Tutkimuksen analysointiin käytetään ekspansiivisen oppimisen sykliä, jolloin kehittämistehtävän eri vaiheita voidaan analysoida (kuvio 2.). Kehittävä työntutkimus on työyhteisöä osallistavaa eikä se määrittele etukäteen miten työ tulisi suorittaa. Tutkimusmetodi kuuntelee työntekijän näkökulmaa ja nostaa sieltä esiin kehittämistarpeet. (Heikkinen ym. 2008, 64,66.)

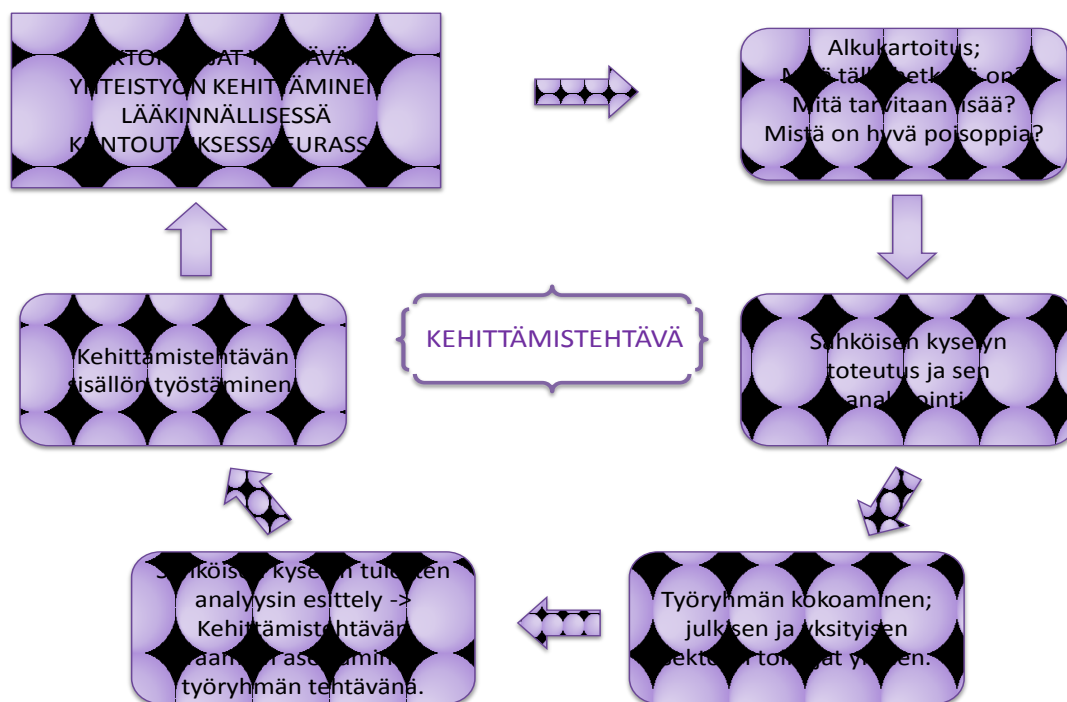
Ekspansiivinen oppimissykli ja oppimisteot. (Heikkinen ym. 2008, 65)



Kuvio 2. Ekspansiivisen oppimisen sykli ja oppimisteot. (Heikkinen ym. 2008, 65)

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön aluksi kehittämistehtävä oli vielä avoin, mikä oli tutkimusmenetelmän kannalta mahdollista. Ensimmäisenä kehittämistehtävässä toteutettiin sähköinen kysely, jonka vastausten perusteella kehittämistehtävän sisältöä alettiin miettiä. Opinnäytetyön alussa ei ollut minkäänlaista tietoa siitä, millaisella tasolla sektorien välinen yhteistyö oli tutkimuksen alkaessa ja siitä syystä raameja kehittämistehtävälle ei voitu asettaa ennen kyselyjen analyysia. Opinnäytetyön tekijä analysoi kyselyjen vastaukset ja nosti sieltä esille pääkohtia kehittämistehtävää varten. Kyselyjen jälkeen koottu työryhmä lähti asettamaan raameja kehittämistehtävän sisällölle, jolloin tutkimus pääsi konkreettiselle tasolle myös alueen toimijoille. Kuviossa 3 näkyy opinnäytetyön alkuvaihe, josta kehittämistehtävää on lähdetty työstämään.



Kuvio 3. Kehittämistehtävän alkuvaihe.

5.1 Sähköinen kysely

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin sähköinen webropol-kysely, jolla haluttiin kartoittaa tutkimuksen alussa vallitsevaa tietämystä lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja sen osa-alueista sekä järjestämisvastuusta. Kyselyn teemoina olivat järjestämisvastuut, asiakaslähtöisyys, lääkinnällinen kuntoutus, hoitoonohjaus sekä sektorien välinen yhteistyö. Lisäksi kyselyssä oli tiedusteltu avoimella kysymyksellä kolme vastaajan mielestä tärkeintä sektorien välisen yhteistyön kehittämisaluetta.

Kysely lähetettiin sähköisesti julkisen ja yksityisen sektorin toimijoille. Vastaajiksi kyselyyn valikoituivat sellaiset henkilöt, jotka työnsä puolesta hoitavat lääkinnällisen kuntoutuksen jotakin osa-aluetta tai tapaavat toistuvasti työssään kuntoutustarpeessa olevia henkilöitä.

Julkisella sektorilla kysely lähetettiin 33 henkilölle (liite 1.). Määräaikaan mennessä vastauksia tuli 14 kpl, jolloin vastausprosentti on 42 %. Yksityissektorilla kysely lähti 37 henkilölle (liite 2.) ja vastauksia määräaikaan mennessä tuli 21 kpl, jolloin vastausprosentti on 57 %.

Vastaukset selvensivät hyvin vallitsevaa tietämystä lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja yhteistyön senhetkistä tilannetta. Esiin nousi myös molempien sektorien näkemys yhteistyön tärkeydestä. Avoimet kysymykset tärkeimmistä kehittämisen alueista toivat esiin jo hyviä lähtökohtia sen kehittämiseksi. Tutkijan näkökulmasta kysely toi hyvän pohjan kehittämistehtävälle.

5.2 Työryhmä

Opinnäytetyön kehittämistehtävää työstäväksi menetelmäksi valikoitui työryhmätyöskentely. Kehittämistehtävässä tutkija eli opinnäytetyön tekijä on työn kehittäjä, mutta yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa he luovat mahdollisuuden analysoida ja kehittää olemassa olevia toimintatapoja. (Heikkinen ym. 2008, 66.) Terveiden-

huollolle on muodostunut vakiintuneeksi toimintatavaksi erilaiset moniammatilliset työryhmät, joiden käyttöön uusimmat lakimuutoksetkin kannustavat. Oli luontevaa valita opinnäytetyön kehittämistehtävän työmenetelmäksi tämä vaihtoehto. Työryhmän kokoaminen oli perusteltua myös siksi, että tutkimuksen kohdejoukko on suuri ja tiedonkulun sekä tutkimuksen etenemisen vuoksi on parempi työskennellä pienryhmässä. Koko kohdejoukolla on kuitenkin oma roolinsa kehittämistyössä ja kaikkien ääni pääsee kuuluville.

Työryhmä aloitti toimintansa syksyllä 2015. Työryhmä koostui sekä julkisen että yksityisen sektorin toimijoista. Halukkuutta työryhmään tiedusteltiin vapaaehtoisuuden pohjalta ja sen perusteella työryhmä rakentui kahdesta julkisen sektorin edustajasta sekä kolmesta yksityissektorin edustajasta. Työryhmän tehtävinä olivat sähköisen kyselyn pohjalta esiin tulleiden kehittämistarpeiden analysointi sekä kehitettävien osa-alueiden valikoiminen. Työryhmätoiminnan tavoitteena oli yhteistyön ensimmäisten askeleiden toteuttaminen sektorien välillä, kehitettävien osa-alueiden toimintatapojen yhtenäistäminen sekä tulosten arviointi. Opinnäytetyön tekijä toimi työryhmässä sihteerinä ja koollekutsujana. Työryhmä kokoontui kehittämistehtävän aikana neljä kertaa.

5.2.1 Työryhmä 12.10.2015

Ensimmäisessä työryhmätapaamisessa oli paikalla vain yksityissektorin toimijoita, sillä yhteyshenkilö julkisella sektorilla oli kiireinen, eikä ehtinyt organisoida heidän edustajiaan paikalle.

Ensimmäisessä työryhmätapaamisessa käytiin läpi tutkimussuunnitelman pääkohdat, jotta työryhmään osallistuvat olisivat tietoisia, mitkä ovat tutkimuksen lähtökohdat sekä tavoitteet. Työryhmässä käsiteltiin tutkimuksen aluksi tehdyn kyselyn analyysia ja sieltä esille nousseita asioita.

Kyselyn perusteella esiin tuli tarve kartoittaa eri toimijoiden tuottamat palvelut, yhteystiedot, mahdolliset erityisosaamiset. Näiden tietojen perusteella asiakasta on mahdollista ohjata paremmin oikean palvelun luokse. Työryhmä pohti mahdollisuut-

ta tuottaa niin kutsuttu palvelutuottajalista kaikkien toimijoiden käyttöön. Tällöin palvelu olisi helppo löytää ja asiakas säilyttää oman valinnanvapauden siitä, minkä palveluntuottajan asiakkaaksi hän valikoituu. Valmis palvelutuottajalista olisi hyvä saada käyttöön kummallekin sektorille ja niiden henkilöiden käyttöön, jotka työskentelevät kuntoutustarpeessa olevien asiakkaiden kanssa.

Kyselyssä nousi esille seikkoja, jotka kertovat kuntoutuksen kentän huonosta tunte-
muksesta sekä yksityisellä, että julkisella sektorilla. Toivottiin yhteisiä koulutuksia ja tekijöille tunnettuutta eli niin sanotusti työille kasvoja. Työryhmässä pohdittiin mahdollisuutta kehittämistehtävän aikana toteutettaviin yhteisiin tapaamisiin julkisen ja yksityisen sektorin välillä, joissa teemoina olisivat ajankohtaiset asiat kuntoutuksen kentällä sekä erikoisosaamisten pohjalta tiedon jakaminen muille toimijoille.

Työryhmä jäi pohtimaan kyselyssä esiin tullutta huonoa tiedonkulkua sektorien välillä; miten sen saisi toimimaan paremmin, mitä keinoja siihen on, mitä toimenpiteitä se vaatii?

Koska julkinen sektori oli estynyt osallistumaan tähän tapaamiseen, heille lähetettiin tapaamisen muistio sekä materiaalit sähköisesti tutustuttavaksi ja kommentoitavaksi.

5.2.2 Työryhmä 12.11.2015

Toinen työryhmätapaaminen lähti viemään asioita jo konkreettiselle tasolle. Julkisen sektorin edustajat olivat tutustuneet samaansa materiaaliin ja näin ollen asioissa päästiin heti eteenpäin.

Työryhmä lähti suunnittelemaan sektorien välisiä yhteisiä tapaamisia ja niiden aiheita. Ensimmäinen sektorien välinen tapaaminen suunniteltiin joulukuulle 2015 ja sen aiheena oli Kansaneläkelaitoksen asiantuntijan infotilaisuus vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen muutoksista. Informaatio oli tarkoitettu niille henkilöille, jotka tekevät kuntoutussuunnitelmia, niille jotka tuottavat kuntoutuspalveluja sekä muille asiasta kiinnostuneille. Tilaisuuteen kutsuttiin avoimella kutsulla Euran alueen julkisen ja yksityisen sektorin toimijat.

Toinen sektorien välinen tapaaminen päätettiin järjestää alkuvuodesta 2016, jolloin pureudutaan jo aikaisemmin mainittuun toimijoiden huonoon tunnettuuteen sekä epätietoon lääkinnällistä kuntoutusta tuottavista tahoista, erikoisosaamisista sekä vastuualueista. Tällä tapaamisella jokaisella toimijalla olisi mahdollisuus esittäytyä ja kertoa omasta toiminnastaan palveluiden tuottajana. Toimijoiden esittäytyminen olisi jo yksi osa tulevaa palvelutuottajalistausta. Tämän tapaamisen tarkka ajankohta jätettiin myöhemmin päätettäväksi.

Työryhmä oli yksimielinen siitä, että sektorien välisiä tapaamisia olisi hyvä jatkaa käynnissä olevan opinnäytetyön kehittämistehtävän jälkeen. Työryhmässä ehdotettiin tapaamisia olevan kaksi kertaa vuodessa (esimerkiksi keväällä ja syksyllä) ja vaihtuvaa järjestämisvastuuta, yhdellä organisaatiolla aina yksi vuosi kerrallaan. Syksyllä olevassa tapaamisessa valitaan aina seuraavan vuoden tapaamisten vastuuorganisaatio. Tapaamisilla on tarkoitus vaihtaa sektorien väliset kuulumiset ja ajankohtaiset asiat. Lisäksi olisi hyvä, jos tapaamisella olisi jokin aihe / teema ajankohtaisiin asioihin liittyen.

Työryhmä pohti tapaamisella, mitkä ovat kehittämistehtävässä tuotettavan palvelutuottajalistauksen valintakriteerit ja millainen rajaus listaan koottavista palvelutuottajista olisi hyvä. Rajaus tulee asettaa selkeästi kuntoutuspalveluja tuottaviin tahoihin. Lisäksi valintakriteereinä listaukseen toimivat seuraavat tekijät:

- toimijan tulee olla Valviran virallistama terveydenhuollon ammattihenkilö,
- palvelutuotannon tulee olla eettistä (terveydenhuollon ammattikuntien eettisiin ohjeisiin pohjautuvaa) ja noudattaa alaa koskevaa lainsäädäntöä,
- liiketoiminta tapahtuu Euran kunnan alueella.

Koska palvelutuottajalistauksen on tarkoitus olla sekä työväline perusterveydenhuollossa että yksityisellä sektorilla toimiville ammattilaisille, mutta myös asiakkaiden käyttöön soveltuva informatiivinen paketti alueen toimijoista sekä palveluista, on siinä hyvä olla esillä myös Euran kunnan tuottamat kuntoutuspalvelut.

Tapaamisen asialistalla oli myös sektorien välisen hyvän kommunikoinnin ohjeistus. Kanta-palvelu tulee jonkin verran helpottamaan sektorien välistä kommunikointia ja tietojen kulkua, mutta on palvelutuottajia jotka eivät kuulu sähköiseen järjestelmään. Sujuvan ja onnistuneen asiakastyön takaamiseksi on hyvä olla erilliset ohjeet sektorien väliselle hyvän käytännön mukaiselle kommunikoinnille. Asia jäi jokaisen työryhmän jäsenen pohdittavaksi seuraavalle tapaamiselle.

5.2.3 Työryhmä 14.1.2016

Työryhmän pääaiheena kolmannessa tapaamisessa oli työstää raamit sektorien väliselle hyvän kommunikoinnin käytännöille. Tarkoituksena oli tuottaa ohjeistus sektorien ja toimijoiden väliselle kommunikoinnille, jotta tiedonsiirto ja vaihtuminen toimijalta toiselle tapahtuisivat nykyistä tilannetta paremmin. Ohjeistus antaa pohjan kommunikoinnin tapahtumiselle ja yhtenäistää sekä selkeyttää kommunikointia. Ohjeistus pohjautuu toimijoiden tarpeisiin ja toiveisiin siitä, miten kommunikoinnin toivotaan tapahtuvan.

Työryhmä nosti seuraavia asioita ohjeistuksen pohjaksi:

- Asiakkaan omaa vastuuta tiedon kulkeutumisesta tulisi painottaa.
- Kanta-palvelusta asiakas pystyy tulostamaan omat potilaskertomuksensa. Asiakkaita tulee ohjeistaa ja muistuttaa palvelun käytöstä. Mikäli asiakkaalla ei ole käytettävissä teknologiaa, hän voi pyytää tietonsa tulostettuna terveyskeskukselta.
- Mikäli asiakas tulee yksityiseltä toimijalta (toistaiseksi Kanta ei käytössä), paperinen palaute annetaan asiakkaan mukaan. Palaute voi olla lyhyt, mutta siitä tulisi selvittää, missä asiakas on käynyt, millä aikavälillä hoito on tapahtunut, millaisesta ongelmasta on ollut kyse, miten ja montako kertaa on hoidettu, mitä vaikutusta hoidolla on ollut, onko jatkohoidon tai –toimenpiteiden tarvetta. Tässä kohtaa tulee huomioida myös tietojen vaihtuminen kahden yksityissektorin toimijan kesken eli aina ei ole kyse tietojen vaihtamisesta julkisen ja yksityisen sektorin toimijan välillä. Asiakas saattaa siirtyä myös yksityiseltä toimijalta toiselle yksityiselle toimijalle, jolloin palaute on yhtä tarpeellinen lähettää asiakkaan mukana.

- Mikäli tieto lähtee suoraan julkiselle sektorille, täytyy olla asiakkaan suostumus. Sähköpostilla ei voida lähettää kenenkään henkilötietoja. Kirjatut kirjeet tulee laittaa selkeillä osoitteilla ja merkinnöillä, kenelle posti on tarkoitettu.

Työryhmässä suunniteltiin seuraavaa sektorien välistä tapaamista. Sen aiheena oli sektorien ja toimijoiden esittäytyminen sekä omasta toiminnasta kertominen. Kutsu lähetettiin sähköpostilla mahdollisimman nopeasti yksityisille toimijoille. Julkisella sektorilla kohderyhmää olivat lääkärit, kuntoutuksen henkilökunta sekä kotihoido/vastuusairaanhoitaja. Kutsun myötä lähti sähköpostilla toimijoille myös malli, miten palvelutuottajalistaa lähdettiin kokoamaan ja mitä siihen voi omasta toiminnastaan kertoa.

5.2.4 Työryhmä 17.3.2016

Viimeinen työryhmätapaaminen oli kertausta kehittämistehtävän ja koko opinnäytetyön vaiheista. Työryhmä kävi läpi, mistä opinnäytetyö alkoi ja miten kehittämistehtävän vaiheet ovat toteutuneet sekä pohdintoja kehittämistehtävän onnistumisesta. Tapaamisella aikataulutettiin vielä kommunikoinnin ohjeistuksen sekä palvelutuottajalistauksen valmistumisaikataulut. Työryhmältä pyydettiin kirjallinen palaute toiminnasta, jotta kehittämistehtävän onnistumista voidaan arvioida.

5.3 Sektorien väliset tapaamiset

Kehittämistehtävän aikana toteutettiin kaksi sektorien välistä yhteistä tapaamista, jotka koskivat kaikkia alueen toimijoita. Molempiin tapaamisiin kutsuttiin avoimella sähköpostikutsulla ja yhteydessä oltiin niihin henkilöihin, jotka olivat opinnäytetyön alussa toteutetun sähköisen kyselyn yhteyshenkilöitä kussakin organisaatiossa. Organisaation ollessa suuri pyydettiin kutsua välittämään työyhteisössä eteenpäin. Kutsussa ei erikseen rajattu kenelle se on tarkoitettu, vaan kutsu osoitettiin kaikille asias- ta kiinnostuneille.

Ensimmäisellä sektorien välisellä tapaamisella aiheena olivat Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen muutokset. Tämä aihe kosketti ajankohtaisuudellaan molempien sektorien toimijoita niin palveluiden tuottajina kuin hoitoon ohjaajina ja kuntoutussuunnitelman laatijoina. Tilaisuuteen oli kutsuttu Kelan asiantuntija kertomaan tulevista muutoksista ja sen vaikutuksista perusterveydenhuoltoon sekä muihin palvelutuottajiin. Tilaisuus järjestettiin Euran terveystieteiden ruokalassa. Kutsu tavoitti kiinnostuneet hyvin, sillä tilaisuudessa oli paikalla yhteensä 23 henkilöä Kelan asiantuntijan lisäksi.

Ensimmäisessä sektorien välisessä tapaamisessa opinnäytetyön tekijällä oli hyvä tilaisuus esittäytyä ja kertoa lyhyesti opinnäytetyöstä. Näin kaikki paikallaolijat saivat tiedon, miksi kyseinen tilaisuus oli järjestetty. Esittäytymisen tarkoituksena oli tuoda kehittämistehtävälle konkreettinen tekijä, mikä helpottaa asian jäsentämistä kun siihen liittyvää keskustelua käydään organisaatioissa. Tilaisuus oli hyvä avaus sektorien välisille yhteisille tapaamisille.

Toinen tapaaminen järjestettiin reilun kahden kuukauden kuluttua ensimmäisestä tapaamisesta. Tällä kerralla aiheena oli alueen palvelutuottajien esittäytyminen niin julkiselta kuin yksityiseltä sektorilta. Tapaamisen tavoitteena oli selkiyttää palvelutuottajien eroja ja järjestämisvastuita sekä tuoda esille erikoisosaamisalueita omalla toimialueella. Tapaamisen pohjana käytettiin tulevaa palvelutuottajalistausta, josta tilaisuudessa kerrottiin tarkemmin. Toimijoiden esittäytymisen oli tarkoitus helpottaa asiakkaiden hoitoonohjausta ja tuoda toimijat lähemmäs toisiaan. Kehittämistehtävän aikana oli useasti noussut esille miten työtä helpottaa kun tekijöillä on kasvot ja tämä oli tilaisuus tehdä niitä kasvoja tutuksi.

Tilaisuuteen oli kutsuttu avoimesti sähköpostilla ja kaikilla alueen toimijoilla oli mahdollisuus osallistua ja esittäytyä tilaisuudessa. Mikäli ei itse päässyt paikalle, oli mahdollista toimittaa tiedot opinnäytetyön tekijälle, joka esittää annetut asiat tilaisuudessa. Kyseessä ei ollut minkään tahon tai toimijan markkinointitilaisuus, vaan mahdollisuus kertoa omasta toiminnastaan sekä osaamisestaan.

Työryhmä suunnitteli tapaamisen ajankohdan sellaiselle päivälle, että julkiselta sektorilta mahdollisimman moni lääkäri pääsisi osallistumaan, sillä varsinkin lääkärien osallistuminen tapaamiseen koettiin tärkeänä. Kuitenkin tapaamisessa oli paikalla julkisen sektorin edustajina vain osastonhoitaja ja kaksi fysioterapeuttia. Yksityiseltä sektorilta paikalla oli kuusi ammatinharjoittajaa ja esittelyyn tuli kahdeksan yritystä/ammattinharjoittajaa. Toimijoiden esittely pidettiin heikosta osallistumisesta huolimatta, sillä yksityissektorin toimijat olivat kiinnostuneita toinen toistensa toiminnan sisällöistä.

Osallistumattomuus järjestettyyn tilaisuuteen viestitti, että molemmat sektorit eivät ole ehkä yhtä valmiita tekemään yhteistyötä. Tilaisuutta ei koettu molemmilla sektoreilla yhtä tarpeellisenä yhteistyön kehittämisen kannalta. Tilaisuuteen osallistuneet toimijat olivat hyvin valmistautuneita esittäytymiseen läsnäolon lisäksi materiaalein. Osallistumattomuus kertoo myös siitä, että eri sektoreilla toimivat henkilöt eivät ole tarpeeksi tietoisia sektorien välisistä toiminnan ja organisaatorakenteiden eroista. Mikäli näin olisi, olisi kommunikointi toiminut ja mahdollistettu molemmille osapuolille työntekeä kyseisellä ajalla ja sovittu parempi ajankohta tapaamiselle. Ilmoitusta siitä, että ajankohta tapaamiselle olisi ollut huono, ei tullut, joten odotettavissa olisi ollut suurempi osallistujamäärä.

Sähköisessä kyselyssä molemmat sektorit toivoivat parempaa yhteistyötä, kokivat sen tärkeänä ja toivoivat toimijoille tunnettavuutta. Se, ovatko molemmat sektorit kuitenkaan valmiita tekemään tasavertaisesti työtä tämän asian eteen, vaikka heille järjestetään siihen mahdollisuus, on tulkinnanvarainen.

6 PALVELUTUOTTAJALISTAUS

Palvelutuottajalistaus koottiin työvälineeksi terveydenhuollon henkilöstölle, mutta se palvelee myös kuluttajaa, joka pohtii, minkä palvelun tai sen tuottajan asiakas hän mahdollisesti olisi (liite 3). Palvelutuottajalistaus on koottu niiden yhteystietojen pohjalta, joita palvelutuottajat ovat itse halunneet toimittaa. Kaikkiin alueen toimijoihin oltiin yhteydessä useampaan kertaan listaa koostaessa, joten jokaisella on ollut

mahdollisuus esitellä tuottamansa palvelut listassa. Järjestämisvastuiden selkeyttämissä listassa on esitelty sekä julkisen sektorin kuntoutuspalvelut että yksityissektorin palveluntuottajat. Listauksesta käy ilmi, milloin asiakas voi hakeutua julkisen sektorin palveluihin ja milloin hän on yksityissektorin asiakas. Mikäli asiakas suuntaa yksityiselle sektorille, on hänellä listassa nimiä, yhteystietoja sekä kuvauksia osamisalueista. Palveluntuottajalista helpottaa julkisen sektorin työntekijöiden asiakkaiden hoitoonohjausta ilman, että he erityisesti suosivat ketään yksittäistä palveluntuottajaa.

Palveluntuottajalistaus toimitettiin kaikille alueen toimijoille sähköisessä muodossa. Lupa listauksen käyttöön ja jakamiseen on myönnetty kaikille toimijoille, jolloin on mahdollisuus käyttää sitä työvälineenä tai antaa se suoraan asiakkaalle. Lista on toimitettu myös Euran kunnan IT-vastaavalle, joka on lupautunut sen laittamaan kunnan www-sivuille. Palveluntuottajalistaus päivitetään vuosittain sektorien välisessä tapaamisessa.

7 SEKTORIEN VÄLISEN KOMMUNIKOINNIN HYVÄT KÄYTÄNNÖT

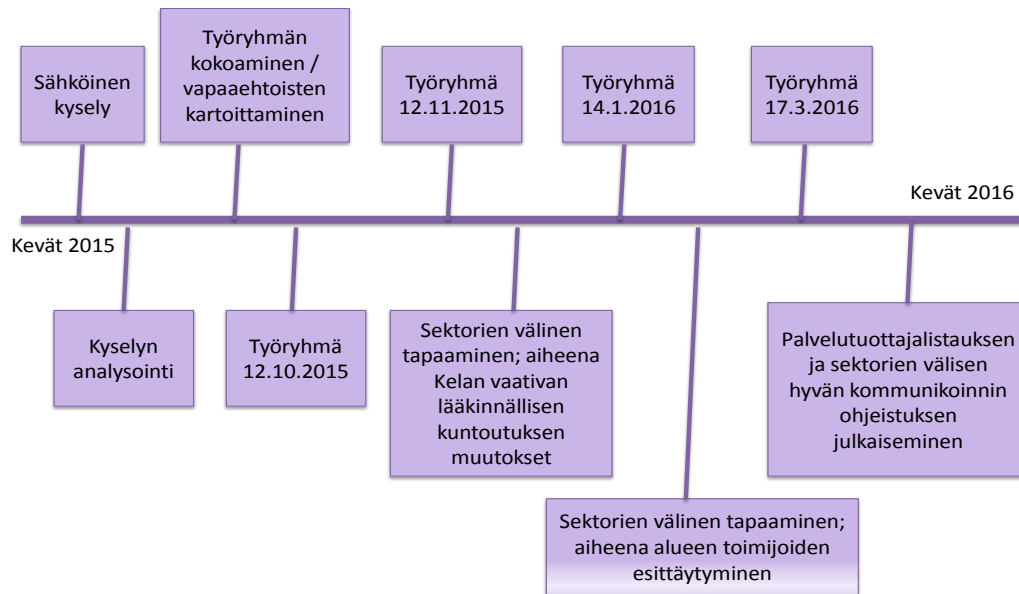
Kehittämistehtävässä tuotettu sektorien välisen hyvän kommunikoinnin ohjeistus pohjautuu Terveydenhuoltolakiin, lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista, Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeisiin asiakas- ja potilastietojen salassapidosta sekä työryhmän pohdinnoista. Ohjeisiin on koottu muistutuksen omaisesti perusasiat salassapito- ja vaitiolovelvollisuudesta, mutta samalla tuotu esiin keinoja, miten asiakas- ja potilastiedot saadaan kulkemaan sektorien ja toimijoiden välillä (liite 4.). Ohjeistuksen tavoitteena on asiakkaan hoidon laadun parantaminen sekä yhteistyön sujuvuuden parantaminen eri toimijoiden välillä. Ohjeistuksessa painottuu terveydenhuollon henkilöstön tiedottamisvelvollisuus asiakkaalle siitä, mihin hänen tietojaan kerätään ja miksi. Lisäksi ohjeistuksessa painottuu myös asiakkaan vastuu tietojen siirtämisestä toiselle toimijalle kun terveydenhuollon henkilöstö on häntä asianmukaisesti tiedottanut sekä ohjeistanut. Ohjeistukseen on koottu lukijalle tiedoksi ne asiakastiedot, joiden olisi hyvä siirtyä asi-

akkaan mukana toimijalta toiselle. Kommunikoinnin hyvän käytännön ohjeistus lähetettiin sähköisesti kaikille alueen toimijoille, ja siihen annettiin täysi käyttöoikeus organisaatioille. Ohjeistuksesta toimitettiin sähköisessä muodossa kaksi erilaista tulostusvaihtoehtoa, jotta se olisi mahdollisimman helppo laittaa esille työyhteisöissä. Julkisella sektorilla ohjeistus liitettiin sähköiseen perehdytyskansioon.

8 TULOSTEN ARVIOINTI

Niin lainsäädäntö kuin Kuntoutusselonteko linjaa terveydenhuollon linkiksi kuntoutuspalvelujen käynnistämässä ja seurannassa. Palveluiden tuottamisen lisäksi terveydenhuollon yksikkö tai sen sisällä toimiva ammattihenkilö on usein ensimmäinen kuntoutustarpeen havaitsija ja toimii aloitteen tekijänä kuntoutusprosessissa. Terveydenhuollon tehtävänä on laatia kuntoutujalle kuntoutussuunnitelma, jonka mukaan prosessi etenee ja sen toteutumista seurataan sekä arvioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 9.) Koska kuntoutustarpeen voi havaita kuka tahansa terveydenhuoltoalan ammattilainen työkentästä riippumatta, on hyvä tuntemus kuntoutuksen palvelujärjestelmästä tärkeää. Eurassa sektorien välinen yhteistyö osoittautui tutkimuksen alussa olevan hyvin vähäistä ja se oli ensimmäinen ristiriita yhteiskunnallisten odotusten ja toiminnan toteutumisen välillä, mitä terveydenhuollolle ja kuntoutuksen toimijoille on asetettu.

Seuraavassa on purettu opinnäytetyön tuloksia käyttäen kehittävän työntutkimuksen menetelmää. Tuloksia on käsitelty hyödyntämällä rakennemallia sekä ekspanstiivisen oppimisen sykliä. Samalla on pystytty tarkastelemaan, onko valittu tutkimusmenetelmä tukenut opinnäytetyön kehittämistehtävää. Kuviossa 4 näkyy kehittämistehtävän aikajana.

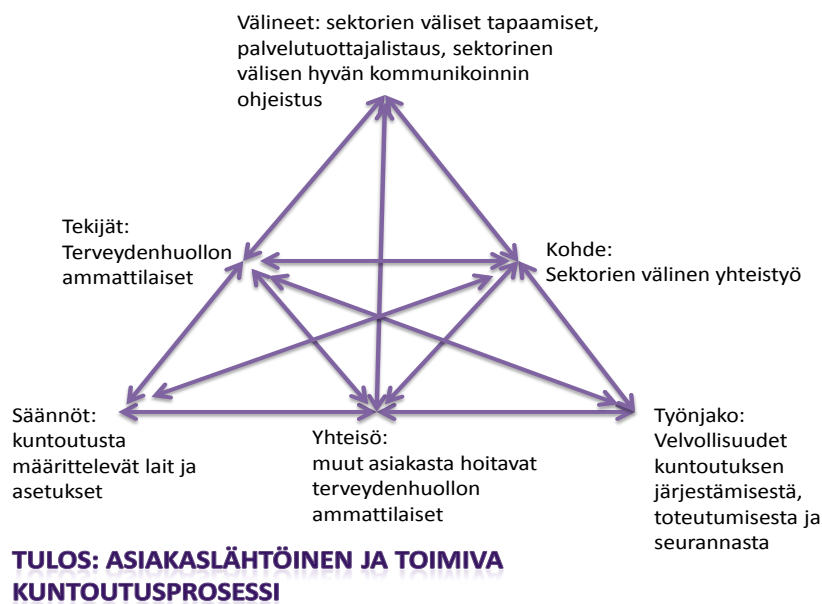


Kuvio 4. Kehittämistehtävän aikajana.

8.1 Kehittävän työntutkimuksen rakennemalli

Tutkimuksen elementit on aseteltu kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän rakennemalliin (Kuvio 5.). Rakennemallin pohjalta tutkimuksen alussa esitettiin työn tavoitteita ja lähtökohtia sekä tuotiin esille toiminnan ristiriidat, jotta herätettäisiin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ajatus kyseenalaistaa nykyinen toimintamalli. Tutkimuksen lopussa asioiden jäsentäminen rakennemalliin esittää sitä muutosta, mikä tutkimuksessa on tehty. Toiminnan reflektointi on tässä tapauksessa ollut mahdollista.

Kehittävän työntutkimuksen rakennemalli



Kuvio 5. Kehittävän työntutkimuksen rakennemalli.

Tutkimuksessa rakennemallin tekijät ovat terveydenhuollon ammattilaiset eli he, joiden näkökulmasta asiaa halutaan tarkastella. Tässä tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaiset pohtivat omaa työtään ja sen ristiriitoja. Työn kohteena on sektorien välinen yhteistyö, jonka tuloksena olisi asiakaslähtöinen, toimiva kuntoutusprosessi. Tässä rakennemallissa asiakas on osallisena työn tuloksessa tietämättä, mitä muita tekijöitä ja toimia tarvitaan hänen onnistuneeseen kuntoutusprosessiinsa. Rakennemallissa terveydenhuollon ammattilaiset työstävät niitä taustatekijöitä, jotka edesauttavat asiakkaan parempaa huomioimista häntä itseään koskevissa asioissa ja edistävät sitä kautta asiakaslähtöistä toimintaa terveydenhuollossa. Sääntöinä voidaan pitää terveydenhuollon lakeja ja asetuksia, jotka määrittelevät kuntoutusta ja siihen olennaisesti sidoksissa olevia tekijöitä. Yhteisönä voidaan nähdä muut asiakasta hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset ja työnjakona taas velvollisuudet asiakkaiden kuntoutuksen järjestämisestä sekä toteutumisesta ja seurannasta.

Sähköisessä kyselyssä tuli esille, että välineitä yhteistyön toteutumiselle ei ollut olemassa, mikä on selkeä ristiriita rakennemallissa. Ei ollut olemassa yhteisiä pelisääntöjä tai toimintamallia, jonka mukaan kaikki toimivat tai mitään kanavaa, mitä kautta tehdä yhteistyötä. Jokaisella toimijalla oli oma tapansa tehdä työtä, ja toisen osapuol-

len oli siihen tyytyminen. Tyytymättömyyttä tähän tilanteeseen oli kyselyn vastauksissa havaittavissa, mutta tilanteeseen ei oltu lähdetty sen paremmin reagoimaan. Lisäksi epäselvyyttä oli yhteisön osalta siinä, ketkä työtä tutkimusta koskevalla alueella tekevät ja mitä asioita kenenkin työhön kuuluu.

Työnjako yksityisen ja julkisen sektorin välillä ei ollut läheskään kaikilla terveydenhuollon ammattilaisella selvillä. Erityisesti yksityisellä sektorilla oli tiedon puutetta julkisen sektorin toimintatavoista sekä kuntoutuksen lakisääteisistä järjestämisvas-
tuista. Lisäksi epäselvyyttä oli kuntoutuksen mahdollisuuksista eli mitä ja milloin asiakkaalle voidaan tarjota. Todettakoon, että kehittämistehtävän aikana havainnoitiin, ettei julkisella sektorilla ole tietämystä yksityisen sektorin toimintatavoista sillä tasolla kuin olisi hyvä olla, joten tiedonpuute organisaatiollisista toimintatapojen eroista on molemminpuolista. Tämä kävi ilmi vasta kehittämistehtävän aikana erinäisistä keskusteluista, sekä reagoinneista yhteydenottoihin ja yhteisiin tapaamisiin.

Tiedonkulku koettiin huonoksi niin sektorien välillä, kuin yksityispuolen toimijalta toiselle. Yhteistyön tärkeydestä molemmat sektorit olivat yksimielisiä, eikä kilpailuasetelmaa tuotettavien palveluiden välillä nähty olevan merkittävästi. Voidaan todeta, että rakennemallissa olleen useita ristiriitoja jotka vaikuttavat toiminnan sujuvuuteen ja asiakkaiden kokemaan terveydenhuollon toimivuuteen sekä asiakaslähtöiseen toimintaan.

Rakennemallia tarkasteltaessa oli selvää, että tutkimuksessa on luotava joitain keinoja eli välineitä yhteistyön tekemiseksi. Lisäksi työnjakoa ja vastuun jakautumista oli selvennettävä. Näillä tekijöillä on mahdollista edistää asiakkaan hoitoon pääsyä, kun terveydenhuollon ammattilaiset osaisivat ohjata asiakkaan oikea-aikaisesti kuntoutukseen, oikealle kuntoutuspolulle.

Kehittämistehtävän aikana tuotetut konkreettiset tuotokset eli palvelutuottajalistaus sekä sektorien välisen hyvän kommunikoinnin ohjeistus olivat neutraali tapa edistää asioita. Kummassakaan tuotoksessa ei esiintynyt erityisesti jommankumman sektorin esille nostamista tai markkinointia eikä myöskään palveluiden keskinäistä kilpailua sen tarjoajasta tai paremmuudesta. Erityisesti palvelutuottajalistaus koettiin neutraalina työvälineenä, joka parantaa asiakkaan asemaa palveluiden valinnassa, mutta hel-

pottaa myös ammattilaisia hoidon tarvetta arvioidessa. Palvelutuottajalistaus auttaa tulevaisuudessa esimerkiksi kuntoutustyöryhmän toimintaa. Sektorien välisen kommunikoinnin ohjeistuksen on tarkoitus toimia punaisena lankana, kun sektorit keskustelevat keskenään ja muistuttaa hyvästä käytännöstä sekä terveydenhuollon ammattilaisten tiedottamisen velvollisuudesta. Tuotoksessa haluttiin tuoda esille myös asiakkaan vastuu ja velvollisuudet tietojen siirtymisestä.

Sektorien välisillä yhteisillä tapaamisilla alennettiin kynnystä olla yhteydessä toiseen saman tai eri sektorin toimijaan. Kun työtä tekevät tahot tuodaan lähelle toisiaan ja mahdollistetaan verkostoituminen sekä kontaktin luominen oman alueen toimijoiden kanssa, on jatkossa yhteydenpito helpompaa. Kynnys konsultaatioon madaltuu, kun tietää, minne on ottamassa yhteyttä. Valitettavasti molempien sektorien edustajat eivät olleet yhtä sitoutuneita tähän asiaan, mikä heikentää kehittämistehtävän aikana saatua muutosta. Toisen osapuolen sitoutumattomuus aiheuttaa väkisininkin asenteellisia ajattelumalleja, joista olisi päinvastoin pitänyt tämän tutkimuksen aikana päästä eroon. Sitoutumattomuutta tämänkaltaiseen tarpeesta järjestettyyn mahdollisuuteen on vaikea selittää. Kyselyn perusteella tämänkaltaista toimintaa kaivattiin molempien sektorien puolelta ja siksi tarpeeseen lähdettiin vastaamaan. Nähtäväksi jää, kun sektorit tapaavat ensimmäisen kerran tämän tutkimuksen jälkeen, onko osanotto parempi vai huonompi kuin tutkimuksen aikana. Tilanne voi olla kummin päin vain, sillä jos nyt sitoutumattomampi osapuoli tarttuu asian tärkeyteen, voi osanotto olla hyvä, mutta on myös mahdollista että tutkimuksen aikana aktiivisesti mukana olleet osapuolet saattavat jättää tulematta. Toisen osapuolen huono sitoutuminen yhteiseen tekemiseen, heikentää todennäköisesti myös toisen osapuolen innovatiivista ajattelua.

8.2 Ekspansiivisen oppimisen sykli tutkimuksessa

Kehittävä työntutkimus ja siinä käytetty ekspansiivisen oppimisen sykli tallentaa ja rekisteröi kehittämisen tapahtumat. Ekspansiivisen oppiminen ei ole koskaan valmiina tarjoiltuja toimintamalleja vaan syklistä kootaan aineistoa prosessin ymmärtämiseksi. Työn laadullista muutosta tehdään työyhteisöstä ja organisaatiosta käsin niin, että se osallistaa toimintajärjestelmän eri osia ja haastaa ne analysoimaan omaa toimintaansa. Tutkijalla on kehittävässä työntutkimuksessa useampia rooleja. Opinnäy-

tetyössä tutkija on puuttunut aktiivisesti tapahtumiin, tämän jälkeen hän tallentaa ja arvioi kriittisesti sekä esittää tutkittuja asioita muille. Tutkijan tulee myös reflektoida ja arvioida omia tekojaan. (Engeström 1998, 87,126.)

Oppimisen syklissä ensimmäinen tila on tarvetila, jolloin opinnäytetyössä mukana olevat kohdeorganisaatiot eivät vielä tiedostaneet muutostarvetta. Vallitsevan käytännön kyseenalaistaminen oli tapahtunut opinnäytetyön tekijän mielessä ja seuraavaksi se oli tarve saada kyseenalaistetuksi muille Euralaisille toimijoille. Ensimmäinen kyseenalaistamisen ärsyke oli sähköinen kysely, jonka kysymykset johdattelivat vastaajaa miettimään nykytilannetta ja sen toimivuutta. Kysymykset eivät olleet johdattelevia johonkin tiettyyn ajattelumalliin, vaan herättivät pohtimaan nykyistä toimintatapaa. Sähköisestä kyselystä löytyivät tutkimuksen ensimmäiset ristiriidat, jotka aiheuttivat muutostarpeen. Ensimmäisen asteen ristiriita oli vielä latentti, eikä aiheuttanut toimijoissa kriisiä, mutta laittoi havainnoimaan toimintojen välistä kitkaa (Engeström, 1998, 62).

Kyselyn tulokset esiteltiin työryhmälle, joka pystyi sen jälkeen pohtimaan nykytilaa, eli tekemään vallitsevan käytännön analyysiä (vaihe kaksi). Opinnäytetyön tekijä oli kyselyjen vastauksien perusteella tehnyt vallitsevasta käytännöstä analyysin ja työryhmän oli mahdollista reflektoida syklin vaiheita yksi ja kaksi keskenään. Tässä vaiheessa pystyttiin toteamaan, onko muutokselle tarvetta vai ei, onko vanha toimintamalli hyvä vai kaipaako se muutosta. Työryhmä koki esille nousseet ristiriidat toiminnassa hyvin tutuiksi ja arkipäiväisiksi, mutta tilanteelle ei ole löytynyt ratkaisua. Tyytymättömyys nykykäytäntöön oli siis olemassa, mutta se on aikaisemmin kärjistynyt vain yksittäisiin tilanteisiin eikä ulospääsyä tilanteesta ole pohdittu. Jotta tästä tilanteesta päästään eteenpäin, on keksittävä välineitä ja työkaluja, analyysia sekä ongelman käsitteiden ymmärtämistä. (Engeström 1998, 90.)

Työryhmä lähti työstämään asiaa eteenpäin ja pohtimaan keinoja ristiriitojen ratkaisemiseen. Ekspansiivisen oppimisen syklin kolmas vaihe alkoi tästä. Työryhmä lähti pohtimaan ratkaisuja koettujen ongelmien poistamiseksi ja tutkittiin, mitä työvälineitä siihen tarvittiin. Nopeasti työryhmässä tultiin siihen tulokseen, että koska yhteistyötä sillä hetkellä ei nimeksikään ollut, oli uusien toimintamallien oltava jotakin konkreettista ja näkyvää. Konkretiaan vastasivat sektorien väliset yhteiset tapaami-

set, joissa sektorit tapasivat ja työn tekijöille saatiin tunnettuutta. Tapaamisilla käytyjen keskustelujen perusteella tämän koettiin helpottaneen asiakkaiden hoitoon ohjaamista ja madaltaneen kynnystä hoitoonohjauksessa, kun henkilöstö tietää minne ja kenelle asiakas tulisi ohjata. Tunnettuudella ja esittäytymisellä selkiytettiin terveydenhuollon ammattilaisille sitä, mikä ero vastuunjaossa kuntoutuksen kentällä on. Valitettavasti julkisen sektorin osallistuminen tähän tilaisuuteen oli todella vähäistä, joten heidän osaltaan vastuunjako saattoi jäädä vielä tutkimuksen päättyessä epäselväksi.

Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta molempien sektorien toimintatapojen sekä vastuiden tunteminen palvelee asiakasta ja helpottaa hoitoon ohjaamista. Näin voidaan paremmin tukea asiakkaan katkeamatonta hoitoketjua, hänen siirtyessä sektorilta toiselle. Tunnettuutta tukemaan kehittämistehtävässä tuotettiin myös palvelutuottajalistaus, joka on paitsi ammattilaisten työväline, mutta selkiyttää sektorien välistä vastuunjakoja myös asiakkaalle.

Ekspansiivisen oppimisen syklissä kehittämistehtävän voidaan arvioida saavuttaneen tason neljä eli uuden toimintamallin käyttöönoton. Kokonaisuudessaan tätä taso ei voida sanoa saavutetuksi, sillä uusia toimintatapoja saatiin käynnistetyksi kehittämistehtävän aikana, mutta varmistusta siitä, että ne tulevat otetuksi käyttöön ei pystytty todentamaan tässä aikarajassa. Tulevaisuus näyttää saavuttaako tämä kehittämistehtävä jatkossa tason viisi, jolloin voidaan puhua jo muuttuneista ja vakiintuneista käytännöistä. Saavutetussa syklin vaiheessa on myös uusia ristiriitoja, mikä kertoo siitä, että toiminnan osatekijöissä on tapahtunut muutoksia, jolloin muiden osatekijöiden on sopeuduttava uusiin muuttuneisiin toimintamalleihin (Engeström 1998, 139). Näin ollen voidaan todeta, että vaikka opinnäytetyön puitteissa kehittämistehtävä ei saavuttanut täyttä ekspansiivisen oppimisen sykliä, on kehittämisen siemen sektorien väliselle yhteistyölle kylvetty ja se jatkaa kulkuaan toiminnan eri osa-alueissa.

8.3 Työryhmän palaute

Työryhmä arvioi kehittämistehtävän lopuksi toiminnan onnistumista. Heiltä kysyttiin avoimella palautelomakkeella kokemuksia työryhmätoiminnasta, sen onnistumisesta, eettisyydestä sekä toimivuudesta tämänkaltaisessa kehittämistehtävässä. Työryhmältä kysyttiin myös palautetta kehittämistehtävän onnistumisesta sekä tutkijan eli opinäytetyön tekijän roolista kehittämistehtävässä.

Työryhmä vastasi nopeasti palautteeseen ja vain yksi lomake jäi palauttamatta määräaikaan mennessä. Työryhmätoiminta koettiin hyväksi toimintatavaksi kehitettäessä sektorien välistä yhteistyötä. Hyviä kokemuksia olivat myös sektorien yhteinen toimiminen, mutta haasteita koettiin olevan aluksi siinä, että ryhmädynamiikka tuli toimivaksi. Työryhmätoiminta alkoi ensin vain yksityissektorin osalta erinäisistä kommunikaatiovaikeuksista johtuen ja se loi työryhmälle aluksi haasteita. Julkisen sektorin puuttuminen ensimmäisestä tapaamisesta saattoi aiheuttaa muissa ennakoasenteiden kokemuksia tai jo olemassa olevien asenteiden vahvistumista. Työryhmän koko oli hyvin optimaalinen työskentelyn kannalta ja se tuki ryhmädynamiikan muodostumista, kun työryhmätyöskentely pääsi ensin kunnolla alkuun. Ryhmän koko oli vielä helposti hallittavissa ja työryhmä oli matalan kynnyksen keskustelufoorumi. Suuremmassa ryhmässä olisi ollut haasteita kokoonkutsumisessa, aikataulujen sovitamisessa sekä avoimen keskusteluilmapiirin luomisessa huomattavasti enemmän, mitä nykyisellään toteutetussa ryhmässä.

Työryhmätoiminnan koettiin olevan jo yksi avaus sektorien väliselle yhteistyölle. Molempien sektorien edustajista koottu työryhmä nosti esiin näkökulmia, jotka selkiyttivät niitä toiminnan eroja, joita yksityisellä ja julkisella terveydenhuollon sektorilla on. Konkreettinen työryhmätoiminta ja tapaamiset koettiin toimivampana vaihtoehdona kuin esimerkiksi sähköpostikeskustelut. Erilaiset kyselyt ja lomakkeet sekä muu sähköinen kommunikointi koettiin haavoittuvana, sillä ne helposti hukkuvat sähköpostiin, eivätkä tuota haluttua tulosta. Tämä puhuu myös konkreettisen toiminnan ja järjestettyjen tapaamisten puolesta.

Työryhmän mielestä selkeä vastuu järjestelyistä ja toiminnan organisoinnista on oltava jollakin henkilöllä. Opinnäytetyössä toiminnan vetovastuu oli tutkimuksen tekijällä. Opinnäytetyön tekijän koettiin järjestäneen tapaamiset hyvin ja tämä mahdollisti hyvät lähtökohdat sektorien välisen yhteistyön kehittämisen ideointiin. Konkreettiset tapaamiset sektorien välillä olivat työryhmän mielestä paras keino saada aikaan rehellistä keskustelua ja ideointia. Työryhmän ilmapiiri oli kehittämistehtävän edessä avoin ja mahdollisti keskustelemaan sekä vuorovaikutteisen työn kehittämisen. Työryhmätyöskentelyn lähdettyä kunnolla käyntiin, koettiin, että osapuolet olivat sitoutuneita toimintaan. Kuitenkin työryhmän järjestämiin, kaikkia koskeviin yhteisiin tapaamisiin olisi toivottu laajempaa osallistumista sekä kaikkien osapuolien sitoutumista yhteiseen tekemiseen.

Kehittämistehtävän aihe koettiin ajankohtaiseksi ja tärkeäksi, mutta samalla todettiin sen olevan myös haastava kenttä toteuttaa kehittämistehtävää. Tulevaisuudessa toivottiin yhteistyöfoorumien laajentumista myös muihin ammattiryhmiin, esimerkiksi lääkäreihin. Lääkärien koettiin olevan hyvin oleellinen linkki sektorien välillä kuntoutusta suunnitellessa. Myös yhteistyön kehittämistä toivottiin jatkossa ja mahdollisuutta ajankohtaisiin yhteisiin koulutustapaamisiin yms. Tämä palaute kertoo siitä, että sektorien tulisi jatkossakin kokoontua ja kommunikoida avoimesti. Poikkeuksetta yhteistyön kehittämistä toivottiin tulevaisuudessa lisää.

Opinnäytetyön tekijän rooli työryhmässä oli myös yksi arvioitava asia. Työryhmä koki, että opinnäytetyön tekijän rooli oli pysynyt tutkimuksen aikana neutraalina ja eettisenä, eikä viitteitä asenteellisista näkemyksistä ollut havaittavissa.

8.4 Tulosten luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon siinä käytetty tutkimusmenetelmä. Kehittävässä työntutkimuksessa totuus on jatkuvaa keskustelua ja dialogia, eikä se ole koskaan valmis. Luotettavuuden arvioinnissa otetaan huomioon opinnäytetyö kokonaisuutena sillä sen osiot limittyvät toisiinsa koko kehittämistehtävän ajan. Opinnäytetyön arviointia voidaan tehdä tutkimusmenetelmälle ominais-

ta piirteistä, joita ovat reflektiivisyys, toimivuus, havahduttavuus. (Heikkinen ym. 2008, 149, 152.)

Reflektiivisyys kuuluu kehittävän työntutkimuksen peruskäsitteisiin ja tutkimusmenetelmää on mahdotonta käyttää ilman tätä ominaisuutta. Kun kehitetään uutta toimintamallia, tulee ensin reflektoida voimassaolevaa toimintamallia. Tämän pohjalta voidaan käynnistää tutkimussykli. (Heikkinen ym. 2008, 154.) Opinnäytetyön aihe on aluksi perustunut tutkijan omaan ajatukseen vallitsevasta toimintamallista. Tutkijan ajatus on pohjautunut hänen omaan kokemukseensa vallitsevasta käytännöstä, hänen toimiessaan tutkimusta koskevalla alueella kuntoutuspalveluiden tuottajana. Vasta tutkimuksessa toteutettu sähköinen kysely varmensi tutkijan refleктоiman tilanteen, joka osoittautui muiden palveluja tuottavien tahojen kanssa hyvin pitkälle samanlaiseksi.

Tutkimusmenetelmä pakottaa tutkijan koko ajan pohtimaan omaa toimintaansa ja ajatuksiaan kehittämissyklin edetessä. Jokaista tutkimuksen vaihetta on mahdollista reflektoida ja sen pohjalta muuttaa kehittämistehtävän suuntaa. Tutkimuksen aikana käytiin paljon sähköpostiviestintää sekä kasvokkain keskustelua työryhmän tapaamisissa ja sektorien välisissä tapaamisissa. Viestinnässä korostettiin monesti mahdollisuutta kertoa palautetta ja olla yhteydessä tutkijaan, jos jokin asia oli epäselvä tai muulla tavalla askarruttava. Näillä keinoin pyrittiin ottamaan huomioon kaikki näkökulmat ja kehittämisajatukset, jotta kehittämistehtävää pystytään refleктоimaan koko syklin ajan. Lisäksi työryhmätyöskentelyssä palattiin aina edellisen tapaamisen aiheisiin ja tätä kautta refleктоitiin kehittämistehtävän etenemistä ja suuntaa.

Tutkija kävi jatkuvaa keskustelua itsensä kanssa kehittämistehtävän aikana. Aina kun kehittämistehtävässä tapahtui jotakin, oli pohdittava oliko, se hyvä vai huono asia tutkimuksen kannalta. Keskustelut ja työryhmätyöskentely sekä yhteiset tapaamiset aiheuttivat aina vuoropuhelun tutkijan ja kehittämistehtävän välillä. Varsinkin sektorien välinen toinen yhteinen tapaaminen oli vaikeasti refleктоitava asia. Toisen osapuolen heikko osallistuminen tapaamiseen vaati tutkijalta itsehillintää pysyä neutraalina. Tilanne oli harmillinen ja kosketti tutkijaa niin kehittäjän roolissa kuin palvelutuottajan roolissa. Tämän asian käsittely oli jopa uhkana tutkijan roolin muuttumiselle. Tutkija päätyi käsittelemään asiaa niin, että hän kirjoitti kokemansa tunteet ylös

paperille ja otti pienen etäisyyden kehittämistehtävään. Pienen hetken kuluttua, hän luki kirjoittamansa asiat ja lähti pohtimaan tekstin sisältöä. Tämä auttoi asioiden jäsentelyssä ja helpotti reflektointia. Tekstistä oli selkeästi vedettävissä eri sarakkeisiin tutkijan näkökulmat ja palvelutuottajan näkökulmat. Tutkijan oli vain tiedostettava, mitkä asiat niistä saavat näkyä opinnäytetyössä ja mitkä ovat hänen omaa ammatillista kokemaansa.

Toimivuuden näkökulmia tutkimuksessa ovat kehittämistehtävän käytännön vaikutukset, esimerkiksi hyödyllisyys (Heikkinen ym. 2008, 155). Tässä tutkimuksessa aiheen hyödyllisyys tuli esille sähköisen kyselyn vastauksia analysoidessa. Sektorista riippumatta vastaajat kokivat yhteistyön ja sen kehittämisen tärkeäksi asiaksi palveluiden toimivuuden kannalta.

Toimivuuden näkökulmista voidaan tulkita myös tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Tutkimuksen vahvuuksina oli alueen toimijoiden verkosto, joka oli jo tutkimuksen alkaessa hyvin tutkijan tiedossa. Tässä tilanteessa oli helppo lähestyä tutkimuksen kohdejoukkoa ja verkostoitua tutkijana kehittämistehtävään. Toisaalta tätä voidaan pitää myös heikkoutena, sillä se on saattanut vaikuttaa jonkun palvelutuottajan päätökseen osallistua tutkimukseen. Osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista ja oli myös niitä palvelutuottajia, jotka eivät osallistuneet missään muodossa kehittämistehtävään. Tutkimukseen osallistuneet tahot kokivat kehittämistehtävän hyvänä asiana ja se sai positiivista palautetta. On silti muistettava, että mikäli palautetta tutkimuksen hyödyllisyydestä ja tarpeellisuudesta olisi kysytty niiltä toimijoilta, jotka eivät osallistuneet kehittämistehtävään, voisi tulos olla erilainen. Jokin syy osallistumattomuuteen kuitenkin on olemassa. Toisaalta toimivuuden periaate oli Heikkilän kirjassa kiteytetty hyvin Pattonin tapaan: ”Voin näyttää sinulle, mikä on hyödyllistä. Mikä on hyödyllistä, on totta” (Heikkilä ym. 2008, 156).

Tutkijan rooli kehittämistehtävän ulkopuolella on palveluiden tuottaja, niiden käyttäjä ja monien terveydenhuollon toimijoiden kollega. Tutkijalla on omaa työn tuomaa kokemusta niin julkisen kuin yksityisen sektorin toiminnasta. Näissä edellä mainituissa tekijöissä on sekä vahvuutensa, että heikkoutensa tutkimuksen kannalta. Muut kehittämistehtävään osallistuneet tahot kokivat, etteivät tutkijan omat asenteet tai näkemykset ohjanneet kehittämistehtävää, mutta pitää todeta sen olleen todella haas-

tavaa. Toisinaan oli uhkia, jolloin omat asenteet ja mielipiteet olivat lähellä päästä osaksi tutkijan asemaa niin kuin tutkimuksen reflektiivisyyden osuudessa arvioitiin.

Tutkimuksen vahvuutena on kuntoutusta ja terveystietoa koskeva lainsäädäntö, joka tukee kehittämistehtävää ja antaa toiminnalle suuntaviivat. Lainsäädännössäkin on omat heikkoutensa, joka tulivat esille esimerkiksi sektorien välisen hyvän kommunikoinnin keskusteluissa. Terveystietojen suojaamisella on Suomessa pitkät perinteet. Ne ovat nousseet koko ajan tärkeämpään rooliin sitä mukaan, kun asiakkaat ovat tulleet tietoisemmiksi oikeuksistaan. Keskeisiä periaatteita terveydenhuollossa ovat asiakkaan itsemääräämisoikeus ja tasavertainen kohtelu. Tietosuojalla on Suomessa määritelty lain turvin ihmisoikeudeksi. (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 290–291.) Pelkästään asiakasta koskevissa asioissa kommunikointi ei ollut ongelma. Kommunikointi tutkimuksen aikana toimijoiden kanssa oli haaste, joka tuli esiin useita kertoja. Vastausten saaminen ja ylipäätään reagointi yhteydenottoon ei ollut mitenkään varmaa. Yhteyshenkilöiden tavoitettavuus oli ajoittain huonoa, joka lisäsi tutkijan työkuormaa. Tutkimuksen aikana tapahtui myös yhteyshenkilöiden vaihtumista, mikä aiheutti sen, että tutkimuksen taustat ja siihen mennessä toteutetut asiat oli perehdytettävä aina uudelleen.

Sitoutuminen kehittämistehtävään oli yksityissektorilta osallistuneiden palvelutuottajien aktiivisuudesta johtuen tutkimuksen vahvuus. Heikkous oli julkisen sektorin sitouttaminen toimintaan. Sitouttamiseen olisi voinut pohtia keinoja heti tutkimuksen alussa, vaikka se olisikin ollut haasteellista osallistumisen perustuttua vapaaehtoisuuteen. Työryhmä oli hyvin sitoutunut toimintaan ja suoritti oman osuutensa hyvin sektorista riippumatta. Kehittämistehtävässä luotiin perinnettä esimerkiksi sektorien välisille tapaamisille. Sitoutuminen perinteen jatkumiseen on epävarmaa, sillä tutkimuksen jälkeen toiminnalla ei ole enää niin selkeää vastuuhenkilöä, mitä kehittämistehtävässä oli. Jatkossa tullaan tarvitsemaan foorumi tietojen vaihtumiseen sektorien välillä, sillä sote-mallin tuomat rakenteelliset muutokset edellyttävät toimivaa yhteistyötä sektorien välillä.

Tutkijana jatkossa siirtäisin enemmän vastuuta tutkimukseen osallistuville tahoille. Tässä tutkimuksessa olin itse todella tiukasti kiinni kaikessa toiminnassa ja niiden suunnittelussa sekä järjestämisessä. Tämä työllisti tutkijana minua paljon, mutta jos

olisin siirtänyt vastuuta enemmän muille, olisi reflektointiin ja arviointiin jäänyt enemmän resursseja tutkimuksen aikana. Vastuun siirtäminen muille olisi voinut lisätä myös sitoutumista kehittämistehtävään. Vastuun jakaminen muille varsinkin tällaisessa tilanteessa, kun kyseessä on oma opinnäytetyö, on itselleni vaikeaa. Koen, että pidän langat omissa käsissä, jolloin voin taata paremman onnistumisen kehittämistehtävälle. Näin asia ei kuitenkaan välttämättä olisi ollut, vaan kehittämistehtävällä olisi ollut aivan yhtäläiset tai jopa paremmat mahdollisuudet onnistua tilanteessa, jossa vastuuta olisi ollut myös muilla.

Tutkimuksen havahduttavuutta voidaan arvioida sen aiheuttamien kokemusten, ajatusten ja tunteiden perusteella (Heikkinen ym. 2008, 159). Tutkimuksen havahduttavuuden arviointi perustuu kehittämistehtävän aikana käytyihin keskusteluihin sekä ei systemaattisesti saatuun palautteeseen. Tällä tarkoitan sitä palautetta, mikä on tullut esiin esimerkiksi sektorien välisissä tapaamisissa toimijoiden kommentteista, mutta sitä ei ole erikseen pyydetty tai kirjattu muistioihin. Tutkimukseen osallistuneilta yksityissektorin toimijoilta esiin noussut kokemus tutkimuksen havahduttavuudesta oli positiivista. Palautetta tuli paljon siitä, miten tärkeää on, että joku toimii yhteistyön linkkinä ja tekee kehittämistyön mahdolliseksi. Tutkimuksen aihe nosti esille myös tunnetiloja kuten skeptisyyttä toista sektoria kohtaan, esimerkiksi ääneen lausuttuja epäileviä kommentteja toisten osallistumisesta ja panostuksesta yhteiseen tavoitteeseen. Tosin näille epäilyille tuli vahvistusta tilanteessa, jossa palvelutuottajat kokoontuivat yhteen ja esittäytyivät.

8.5 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen tekemiseen liittyy useita eettisiä tekijöitä. Ensimmäinen ja hyvin oleellinen asia on tutkijan rooli. Opinnäytetyön tekijä toimii tutkimusta koskevalla alueella itse yksityisenä ammatinharjoittajana. Tämän vuoksi heti alusta alkaen, tutkijan on tarvinnut tuoda esille ja perustella yhteydenotoissaan hyvin sekä tutkimuksen tarkoitusta, tavoitteita että omaa rooliaan tutkimuksessa. Liiketaloudellisesta näkökulmasta yhteydenotot tutkimusjoukkoon kohdistuivat kuitenkin samalla myös tutkijan kilpailijoihin. Tarpeellista oli perustella myös tätä liiketoiminnallista näkökulmaa toimijoille, ettei kysymyksessä ollut kenenkään yritystoiminnan tietojen vää-

rinkäyttö tai liikesalaisuuksien etsiminen. Oli tarpeen tehdä selväksi myös se, että tutkimus ei ole kenellekään markkinointikanava. Julkinen sektori toi tutkimuksen aikana hyvin vahvasti esiin sen, että he eivät voi suosia tai suositella ketään yksityistä toimijaa. Kävimme monesti keskustelua suosimisen/suosittelemisen ja neutraalin yhteistyön eroista. Painotus tutkimuksessa oli kuitenkin selkeästi yhteistyön ja verkoston rakentamisesta sekä asiakkaan valinnanvapauden toteutumisesta.

Tutkijan omasta mielestä tutkimus vastasi sille asetettuihin tavoitteisiin. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen tulevien terveydenhuollon rakennemuutosten myötä, jolloin yhteistyötä toimijoilta edellytetään. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa sektorien välisen yhteistyön tämänhetkinen tilanne ja sen pohjalta kehittää sitä. Nykytilan kartoitus osoitti yhteistyön olevan vähäistä, ja tämä kanta oli yhteinen sektorista riippumatta. Kumpikin sektori toivoi parempaa ja tiiviimpää yhteistyötä, mutta välineet siihen puuttuivat. Tutkimuksen oli siis luotava välineet ja avaus yhteistyölle. Tutkimusmenetelmän kautta työn vaiheita oli helppo reflektoida koko ajan ja tarkastella työn vaikutuksia tutkimusalueella.

Vaikka tutkimuksesta pyrittiin tekemään matalan kynnyksen verkostoitumisen mahdollisuus, eivät kaikki alueen toimijat olleet mukana tutkimuksessa. Tutkijan näkökulmasta yksi vaikea asia isojen organisaatioiden kanssa oli tiedottaminen ja kommunikointi. Pohdittava asia on, olisivatko isot organisaatiot kokeneet osallistumisen tärkeämpänä, jos tiedonkulku ja tavoitettavuus olisivat olleet sujuvampaa. Isojen organisaatioiden yhteyshenkilöiden tavoitettavuus oli toisinaan todella vaikeaa, eikä reagointia puheluihin tai sähköposteihin ollut. Tässä tilanteessa on todettava, että heidän hyötynsä tutkimuksesta ja sen tuloksista jää pienemmäksi kuin muiden. Tutkimuksen näkökulmasta organisaation yhteyshenkilön aktiivisuus ja innostus tutkimusta kohtaan määrittää hyvin pitkälle sitä, miten paljon organisaatio hyötyy tutkimuksesta.

Pienempien toimijoiden päätös olla osallistumatta tutkimukseen voi olla moninainen. Lopullisia syitä voi vain spekuloida, mutta siihen on saattanut vaikuttaa resurssien määrä mikä olisi ollut irrotettavissa tutkimukseen. On mahdollista, että tutkimuksen aihe on vaikuttanut päätökseen osallistua. Tutkimuksen alussa kaikkiin toimijoihin oltiin yhteydessä puhelimitse ja kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta sekä siitä, että sen

puutteissa heitä tullaan sähköpostilla lähestymään tutkijan toimesta. Tutkijana koin tämän olevan hyvä tapa ottaa ensimmäinen kontakti, sillä jos toimijoille olisi lähetetty vain sähköpostia, olisi se voinut hukkaa muiden postien sekaan tai se olisi jäänyt muuten lukematta niin sanottuna roskapostina. Kun toimijoihin oltiin yhteydessä puhelimitse, he tiesivät odottaa sähköpostia ja sen sisällöstä oli jo tietoa. Sähköpostiviestissä oli tutkimuksesta tarkempaa sisältöä, mutta siihen ei voinut kirjoittaa liikaa tekstiä sen luettavuuden takia. On siis epävarmaa, tulkittiinko tutkimuksen aihe niin kuin tutkija olisi toivonut ja pidettiinkö aihetta sen perusteella tärkeänä.

Päätökseen osallistua tutkimukseen on saattanut vaikuttaa myös tutkijan rooli sekä persoonallisuus. Tutkijan ollessa myös itse yksityinen ammatinharjoittaja tutkimusalueella, ovat toiset voineet nähdä sen ristiriitana tutkimukselle. Toisaalta, tutkimukseen osallistuneet ovat voineet nähdä asian tutkimuksen kannalta vahvuutena kun tutkija on itse mukana lääkinnällisen kuntoutuksen tuottamisessa. Palveluiden tuottamisen lisäksi tutkija on alueella myös palveluiden käyttäjä. Onko tällä ollut jotain tekemistä tutkimukseen osallistumisen kanssa, on vaikea sanoa, mutta sekin on hyvä eettinen kysymys. Tutkijan persoonallisuudella on myös varmasti oma vaikutuksensa tutkimukseen. Vaikka tutkija pitäisi omat mielipiteensä ja asenteensa neutraalina koko tutkimuksen ajan, persoonallisuuden ominaisuuksiin emme pysty kaikilta osin vaikuttamaan. On realistista ajatella, että tutkijan persoonallisuus miellyttää toisia, mutta ei kaikkia. Persoonallisuustekijöillä saattaa olla suurempi vaikutus asioiden kulkuun mitä voimme havainnoida tai mitata.

Tutkimuksen aikana ei tullut esille, että tutkimusjoukko olisi havainnut tutkijan omien mielipiteiden tai asenteiden tulleen esille. Tutkijan oman arvion mukaan, tilanne oli ajoittain haastava. Monesti oli käytävä keskustelua itsensä kanssa siitä, mihin tehdyt päätelmät ja tulokset pohjautuivat. Olivatko ne johdateltuja tutkijan omista mielipiteistä vai olivatko ne kehittämistehtävässä neutraalisti esiin tulleita asioita. Pystyykö ihminen olemaan niin neutraali, ettei hän anna omien mielipiteidensä, vakaumuksensa tai asenteensa vaikuttaa?

Tutkimuksen oli tarkoitus vaikuttaa paikallisella tasolla Eurassa. Sillä ei tavoiteltu yhteiskunnallista vaikuttavuutta, vaikka tutkimus on osa valmistautumista yhteiskunnallisiin rakennemuutoksiin terveydenhuollossa. Tutkimuksen oli tarkoitus vaikuttaa

tutkittaviin eli tässä tapauksessa yksityisen ja julkisen sektorin toimijoihin. Tarkoituksena tutkimuksessa ei ollut käännättää tai pakottaa ketään muuttamaan ajattelumalliaan, mutta se toi esille mahdollisuuden muuttumiseen. Tutkimus kohdentui ajankohtaiseen asiaan ja mikäli toimija on aikeissa jatkaa palvelutuotantoaan, on hänen kuitenkin jollain tasolla tulevaan sopeuduttava muutokseen. Tutkimus toivon mukaan herätti toimijoissa ajatuksia tulevaisuuden tarpeisiin valmistautumisesta.

Terveydenhuolto on jatkuvasti tekemisissä toiminnan eettisyyden kanssa. Alaa ohjaillee vakaa lakitausta, jonka lisäksi jokaisella ammattikunnalla on omat eettiset ohjeituksensa koskemaan työn tekemistä ja asiakkaiden kohtaamista. Virallistettu terveydenhuollon ammattilainen on valmistuessaan tiedostanut alan herkän eettisen ilmapiirin. Tutkimuksessa huomioitiin eettisyys monessa asiassa. Keskusteluissa olivat niin asiakkaiden kuin toimijoidenkin yhdenvertaisuus, salassapito- ja vaitiolovelvollisuus sekä asiakkaan asema ja oikeudet. Arvopohja toiminnalle on vakaa, mikä näkyy tutkijan käytöksessä tutkimuksen aikana esimerkiksi kaikkien huomioonottamisessa, tasavertaisessa ja neutraalissa kohtelussa sekä pyrkimyksessä parantaa asiakkaan asemaa terveydenhuollon järjestelmässä.

9 POHDINTA

Vaikka kuntoutuskäytäntömme ovat vakiintuneita ja monialaisia, on järjestelmämme vaikeaselkoinen, aukollinen, tiettyjen toimintojen osalta jopa päällekkäinen ja se mahdollistaa kuntoutusketjun katkeamisen. On ilmennyt, että kuntoutus alkaa liian myöhään ja kuntoutujan sekä hänen lähiyhteisönsä mielipiteiden kuuleminen ja huomioiminen on usein vaillaista. Terveydenhuollossa tulisi panostaa resursseja kuntoutustarpeen oikea-aikaiseen havainnointiin ja kuntoutusohjaukselliseen tietotaitoon. Kuitenkin tärkeintä tulevaisuudessa on lisätä kuntoutuksen asiakaskeskeisyyttä ja parantaa kuntoutujan mahdollisuuksia osallistua sekä vaikuttaa omaa kuntoutustaan ja sen suunnittelua koskeviin asioihin. Tämä vaatii muutosta organisaatioissa ja niiden toimintakulttuureissa, asenteissa ja toimintatavoissa. Kuntoutuksen

tulisi jatkossa olla enemmän integroitua kuntoutujan arkeen kuin asiantuntijalähtöistä vajavuuden tarkastelua. (Paatero ym. 2008, 124-125)

Opinnäytetyössä edellä mainitut asiat nousivat myös esille. Jo tutkimuksen alussa toteutettu sähköinen kysely osoitti, että terveydenhuollon ammattilaisilla on selkeitä tietopuutteita kuntoutuksen tarjoamista mahdollisuuksista ja siitä, kenelle vastuu kuntoutuksesta kuuluu. Jopa kuntoutuksen ensimmäisen linkin tiedostamisessa oli puutteita, mikä tarkoittaa käytännön tasolla sitä, että kun terveydenhuollon ammattilainen kohtaa kuntoutustarpeessa olevan asiakkaan, ei hän osaa ohjata häntä sellaiselle toimijalle, joka aloittaisi kuntoutustyön asiakkaan kanssa.

Tulevaisuuden haasteita ovat edelleen asiakaslähtöisen toiminnan ja ajattelun ymmärtäminen. Terminä tämä on kaikille terveydenhuollon ammattilaisille hyvin tuttu, mutta haluankin painottaa, että termin käyttö on eri asia kuin termin sisällön ymmärtäminen. Terveydenhuolto toimii edelleen jonkin verran asiantuntijakeskeisesti, jolloin asiakkaan ja hänen lähipiirinsä kuuleminen ei välttämättä toteudu.

Opinnäytetyössä toteutunut sektorien välinen tapaaminen, jossa kuultiin Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen muutoksista, toi esille näkökulman kuntoutuksen integroimisesta asiakkaan arkeen. Kuntoutussuunnitelmissa tulee näkyä asiakkaan arjen näkökulmasta suunniteltu kuntoutus, mikä on varmasti nyt ensimmäisiä konkreettisia askelia integroinnin ajatteluun ja toteutukseen. Ajattelutavan muutos tulee vaatimaan aikaa ennen kuin se toteutuu optimaalisesti. Lisäksi asiassa tarvitaan jälleen toimijoiden välistä yhteistyötä. Tapaamisessa nousi esille hyvin yleinen tilanne siitä, että perusterveydenhuollon lääkäri kirjoittaa asiakkaalle kuntoutussuunnitelman, mutta hänellä ei ole muuta hoitokontaktia asiakkaaseen. Miten tässä tapauksessa kuntoutussuunnitelma voidaan integroida asiakkaan arkeen, jos lääkäri näkee asiakkaan vain tämän yhden kerran? Voiko hän alle tunnin kestäväällä vastaanottokäynnillä saada niin hyvän kuvan asiakkaan toimintakyvystä ja arjesta, että kuntoutussuunnitelma on kattava ja integroitu? Kuntoutussuunnitelma on kuitenkin ratkaisevassa roolissa, kun asiakas hakee Kelan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta. Sen perusteella päätetään, millaista kuntoutusta hän saa ja miten intensiivistä se on, mikä taas on suorassa yhteydessä asiakkaan toimintakyvyn tasoon tulevaisuudessa. Tämän vuoksi olisi hyvä, että asiakkaan kuntoutusta toteuttava toimija olisi mukana kuntou-

tussuunnitelman laadinnassa ja muun muassa tähän tarvitsemme sektorien välistä yhteistyötä.

Uudistunut terveydenhuoltolaki antaa uutta kimmoketta yhteistyöosaamiseen terveydenhuollossa. Uuden lain myötä on asetettu odotuksia nykytilan muutoksesta, jossa yhteistyö on ollut vähäistä eri toimijoiden välillä. Palveluiden yhteensovittamiseen ja yhteiseen suunnitteluun asetettu tavoite antaa vahvan tuen sille, että kuntoutusta tulee alkaa suunnitella alueellisesti kaikilla toimijatasoilla. Suurempi yhteiskunnallinen vaikuttavuus saavutetaan huolellisesti suunnitellulla ja toteutetulla lääkinnällisellä kuntoutuksella. Samoin silloin, kun kuntoutus aletaan nähdä toimintakykylähtöisenä monien asioiden summana, eikä yksittäisinä hoito- tai terapiamuotoina. Yhteiskunnan avaintehtävänä on terveyden ylläpito sekä kohentaminen ja siksi terveydenhuollossa pitäisi terveys käsittää laajempaa kokonaisuutena ihmisen toimintakyvystä. Kuntoutus tulisi asettaa samaan asemaan sairauden ennaltaehkäisyyn, diagnostiikan ja hoidon rinnalle, terveydenhuollon perustehtäväksi. (Leino 2011, 270,273-274.)

Lind nostaa artikkelissaan esille hoidon jatkuvuuden haasteen asiakkaan arjessa. Asiakkaan tulee pärjätä kuntoutuksen ulkopuolella niin sanotusti omillaan ja liian paljon tietoa jää palveluntuottajien seinien sisäpuolelle. Lind esittää artikkelissaan, että tulisi olla jokin kanava, joka organisoisi asiakkaan arkea myös laitososuhteiden ulkopuolella. Tämän kanavan kautta pystyttäisiin tarjoamaan asiakkaalle hänen asuinpaikkakuntansa paikallisia palveluja. (Lind 2007, 33.) Tämän tutkimuksen aikana ihan näin laajaan tarjontaan ei pystytty vastaamaan. Kehittämistehtävässä koostettu palvelutuottajalista alueen kuntoutuspalveluja tuottavista tahoista on yksi askel suuntaan, jossa asiakkaan on helppo valita palvelu ja sen tuottaja sen perusteella, mikä vastaa parhaiten hänen tarpeisiinsa. Samalla toteutuvat asiakkaan valinnanvapaus sekä itsemääräämisoikeus käytettävistä palveluista.

Opinnäytetyössä koostettiin myös sektorien välisen hyvän kommunikoinnin ohjeistus, mikä toimii muistutuksena terveydenhuollon ammattilaisille siitä, että tietoa asiakkaan hoidosta tarvitaan myös oman organisaation ulkopuolella. Vastuu tietojen siirtymisestä on asiakkaalla itsellään, mutta ohjeistuksella haluttiin muistuttaa terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuudesta tiedottaa asiakasta. Valitettavan usein törmää kommentteihin siitä, että asiakas ei ole ollut tietoinen omasta velvollisuudes-

taan tietojen siirtämisessä, jolloin hän ei ole voinut toimittaa asiakastietojaan seuraavalle hoitavalle taholle. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus ovat monen mieleen isostuneet asiana, joka sitoo terveydenhuollon ammattilaisen kädet tietojen luovuttamisen suhteen. Tuotetussa ohjeistuksessa muistutetaan keinoista, joilla tiedot voidaan oikeaoppisesti siirtää. Tässä nimenomaan korostuu asiakkaan oma vastuu ja terveydenhuollon tiedottamisen velvollisuus.

Kuten Engeström toteaa teoksessaan, muutoksen toteutumiseksi tarvitsee etsiä työn pohjimmaiset ristiriidat sekä jännitteet ja käyttää niitä hyödyksi muutoksen motiivina. Terveydenhuollon perimmäinen tarkoitus ovat asiakkaat, ilman asiakkaita emme tarvitse terveydenhuollon ammattilaisia ja tämän tulisi olla työn motiivi. Terveydenhuollossa oleelliset työn jännitteet liittyvät asiakkaan kohtaamiseen ja ymmärtämiseen. (Engeström, 2004, 72.) Opinnäytetyössä lähdettiin selvittämään, mitkä ovat terveydenhuoltopalveluja tuottavien eri sektoreilla toimivien tahojen väliset yhteistyömenetelmät, niiden toimivuus sekä vuorovaikutuksen taso eri toimijoiden välillä. Lisäksi haluttiin selvittää eri sektoreilla toimivien henkilöiden näkemys yhteistyön tärkeydestä ja sen tarpeesta. Opinnäytetyön tekijänä koen, että edellä mainitut asiat tulivat selvitettyksi ja toimenpiteitä alettiin kehittämistehtävän aikana tehdä toimintatapojen muuttamiseksi. Opinnäytetyön kehittämistehtävän tukena on käytetty aiheesta löytyvää ajankohtaista materiaalia, mikä on tutkijan näkökulmasta tukenut työn etenemistä. Lisäksi teoreettinen viitekehys on ollut hyvin yhtenäinen kehittämistehtävässä esiin nousseiden näkökulmien kanssa.

Uusien toimintatapojen juurruttaminen ja toteutuminen jatkossa jää nähtäväksi, mutta alku sektorien väliselle yhteistyölle on saatu. Varsinkin työryhmässä oli havaittavissa aitoa ammattilaisten vuorovaikutusta, mutta se pitäisi saada leviämään myös muihin toimijoihin. Seuraava tutkimuksen alue tästä aiheesta olisi alkaneen yhteistyön juurruttaminen sekä jatkojalostaminen seuraavalle konkreettiselle tasolle. Konkreettinen yhteinen toimiminen oli koko tutkimuksen ajan esiin noussut asia ja siksi jatkossakin yhteistyön muotojen tulee olla avointa ja konkreettista, vuorovaikutteista sekä dynaamisista kanssakäymistä.

Kuntoutuksen lähtökohtana terveydenhuollossa on asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Terveyspolitiikka painottaa ihmisen terveyden palauttamista tai ylläpitämistä, mutta samalla puhutaan säästöistä ja hoivakustannusten hallinnasta. Kuntoutuskäytännöt eivät ehtineet vakiintua terveydenhuoltoon ennen 1990-luvun lamaa ja mahdollisuudet siihen eivät tälläkään hetkellä näytä suotuisilta, vaikka elinkeinoelämä tarvitsisi nyt kuntoutuksen vaikuttavuuden näkyvyyttä. (Leino 2011, 265, 267.) Yhteiskunnallisesti kuntoutuksen tavoitteet hipovat taivasrajoja, mutta ne muotoillaan kuulematta kuntoutujien omia näkökantoja. Ottaako julkisesti rahoitettu ja järjestetty kuntoutus huomioon ihmisten omat odotukset ja tavoitteet? Rajavaara esittää jopa kuntoutuksen palvelusetelitoiminnan kokeilemista viedäksemme asiakaslähtöistä ajattelua toimintatavaksi. (Rajavaara 2008, 46) Myös sote-valmisteluissa on puhuttu palvelurakenteiden muutoksista, asiakkaan valinnanvapauden lisäämisestä sekä sektorien rajapintojen lähentämisestä. Satakunnassa toimiva Satasote-hankkeen projektisuunnitelma perustuu myös näihin tekijöihin. Palvelusetelitoiminnalla pystyttäisiin purkamaan painetta julkisen sektorin kuntoutuksen järjestämisvastuusta. Asiakkaan valinnanvapaus lisääntyy, kun hän voi palvelusetelin turvin hakeutua sellaiseen palvelumuotoon tai palveluntuottajan asiakkaaksi, josta kokee itse eniten hyötyvänsä. Samalla lisäämme asiakkaan vastuunottoa oman tilanteensa hoitamisesta ja teemme hänestä aktiivisemmän toimijan oman toimintakykynsä eheyttämisessä. Asiakaslähtöinen toiminta ottaisi tällä tavoin suuren harppauksen eteenpäin. Näiden tekijöiden lisäksi palvelusetelitoiminta parantaisi palveluiden kustannustehokkuutta, sillä vain toteutuneesta palvelusta muodostuu kustannusta. Kun tilanne palveluiden tuottamisessa vapautuu nykyistä enemmän yksityiselle ja kolmannelle sektorille, tärkeiksi toiminnan kulmakiviksi tulevat kustannusten lisäksi palveluiden laatu, innovatiivisuus ja asiakaslähtöisyys.

LÄHTEET

Anttonen, A. & Häikiö, L. & Valokivi, H. 2012. Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anttonen, A. & Haveri, A. & Lehto, J. & Palukka, H. (toim.). Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere; Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Autti-Rämö, I. 2013. Lääkinnällinen kuntoutus - organisaatiot ja järjestämisvastuut ylittävä tavoitteellinen prosessi. Teoksessa Ashorn, U. & Autti-Rämö, I. & Lehto, J. & Rajavaara, M. (toim.). Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?. Tampere; Juvenes Print.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy.

Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki; Oy Edita Ab.

Euran kunta www-sivut. Viitattu 10.5.2016.

<http://www.eura.fi/fi/aura-info/yleistietoa-kunnasta.html>

Finlex www-sivut (Terveystuoltolaki). Viitattu 16.3.2015.

[https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki)

Heikkinen, H. & Roivio, E. & Syrjälä, L. (toim.). 2008. 3. painos. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Vaajakoski; Gummerus Kirjapaino Oy

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki; WSOYpro Oy. 5. uudistettu painos.

Karjalainen, V. 2004. Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Karjalainen, V & Vilkkumaa, I (toim.). 2001. Kuntoutus kanssamme - ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi; Gummerus Kirjapaino Oy.

Leino, E. 2011. Kuntoutus terveydenhuollossa. Teoksessa Järvikoski, A. & Lindh, J. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Tampere; Juvenes Print.

Lind, S. 2007. Rehabsauruksen rehabilitointi. Kuntoutus 4. 33.

Mönkkönen K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 1.5.2016.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-933-1/urn_isbn_951-781-933-1.pdf

Nykänen, P. & Ruotsalainen, P. 2012. Kansalaisen luotettava eterveyspalveluympäristö. Teoksessa Anttonen, A. & Haveri, A. & Lehto, J. & Palukka, A. (toim.). Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere; Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Paatero, H. & Kivekäs, J. & Vilkkumaa I. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Kallanranta, T. & Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Pensola, T. & Gould, R. & Autti-Rämö, I. & Kivekäs, J. & Luoma, M-L. 2012. Koettu kuntoutuksen tarve. Teoksessa Koskinen, S. & Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere; Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Raitakari, S. & Juhila, K. & Günther K. & Kulmala, A. & Saario, S. 2012. Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilasivuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anttonen, A. & Haveri, A. & Lehto, J. & Palukka, A. (toim.). Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere; Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Rajavaara, M. 2008. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. Kuntoutus 2. 43-47.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114250/kselte02.pdf?sequence=1>

Suikkanen, A. & Lindh, J. 2007. Rehabsaurus- lajinsa viimeinen?. Kuntoutus 2. 4-7.

	samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Tunnen kuntoutusneuvonnan ja kuntoutusohjauksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen kuntoutustarpeen arvioinnin prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen kuntoutustutkimuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen fysioterapian prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen apuvälinepalvelut prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen sopeutumisvalmennuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen laituskuntoutuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen avokuntoutuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen muut kuntoutusta tukevat palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. HOITONOHJAUS *

Täysin samaa	Osittain	Ei samaa eikä eri	Osittain eri	Täysin eri	En osaa
--------------	----------	-------------------	--------------	------------	---------

palvelunsa ja heillä on oma asiakaskuntansa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen ollut yhteydessä työni puolesta yksityisen sektorin toimijaan viimeisen 6 kk aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Julkisen ja yksityisen sektorin toiminnoissa on päällekkäisyyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Julkisen ja yksityisen sektorin välillä on kilpailuasetelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. MAINITSE MIELESTÄSI KOLME TÄRKEINTÄ KEHITTÄMISKOHDETTA JULKISEN JA YKSITYISTEN TOIMIJOIDEN VÄLILLÄ. *

1.

2.

3.



	mieltä	samaa mieltä	mieltä	mieltä	mieltä	sanoa
Tunnen kuntoutusneuvonnan ja kuntoutusohjauksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen kuntoutustarpeen arvioinnin prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen kuntoutustutkimuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen fysioterapian prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen muut kuntoutusta tukevat palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen apuvälinepalvelut prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen sopeutumisoljennuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen laituskuntoutuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen avokuntoutuksen prosessina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan ohjata asiakkaan palvelun piiriin piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. HOITONOHJAUS *

Täysin samaa mieltä Osittain samaa mieltä Ei samaa eikä eri mieltä Osittain eri mieltä Täysin eri mieltä En osaa sanoa

asiakskuntansa

Olen ollut yhteydessä työni puolesta
yksityisen sektorin toimijaan viimeisen
6 kk aikana

Olen ollut yhteydessä työni puolesta
julkisen sektorin toimijaan viimeisen 6
kk aikana

Julkisen ja yksityisen sektorin
toiminnoissa on päällekkäisyyttä

Julkisen ja yksityisen sektorin välillä on
kilpailuasetelma

**8. MAINITSE KOLME MIELESTÄSI TÄRKEINTÄ KEHITTÄMISKOHDETTA JULKISEN JA
YKSITYISEN TOIMIJOIDEN VÄLILLÄ. ***

1.

2.

3.




Hyvä asiakas tai palveluntuottaja.

Tässä Sinulle lista Euran alueen kuntoutuspalveluja tuottavista toimijoista. Listan yhteystiedot ovat palveluntuottajien itse toimittamia ja yhteystietojen toimittaminen on ollut vapaaehtoista.


Listan avulla voit valita palveluntuottajan joka sopii parhaiten sinun tarpeisiisi.

Lista on toteutettu osana ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä, joka on kehittänyt alueen toimijoiden välistä yhteistyötä.

Eurassa 25.4.2016

Palveluntuottaja:	Yhteystiedot:	Palvelut, erikoisosaaminen:
<p>Euran terveyskeskus / Fysioterapia</p> 	<p>Terveystie 3 27510 Eura p. 044 4224235</p> <p>Ajanvaraus ja apuvälinepalvelut ma-pe klo 8-9.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyskeskuksen fysioterapian tehtävänä on kansanterveystyöhön kuuluvien fysioterapiapalvelujen järjestäminen. • Asiakkaat ohjautuvat fysioterapiaan terveyskeskuslääkärin tai erikoissairaanhoidon lääkärin läheteillä, myös yksityissektorin lääkärin läheteillä leikkausten jälkitojen hoidossa. • Fysioterapiassa painottuu aktiivinen hoitolinja. Fysioterapiaosaston työntekijät ovat oman alansa asiantuntijoita terveyskeskuksessa ja koulutautuvat säännöllisesti.
<p>Fysiopalvelu Keinänen</p>	<p>Honkilahdenraitti 212b 27640 Honkilahti p. 050 3017255</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapia • Nikamakäsittely

<p>Fysio Siru</p> <p>Fysioterapeutti Sirkka Karlsson</p>	<p>Satakunnankatu 15 as 3 27510 Eura p. 044 3225565</p> <p>sirkka.karlsson@fysiosiru.fi www.fysiosiru.fi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lasten ja aikuisten neurologinen fysioterapia • Allasterapia • Lasten ja aikuisten tuki- ja liikuntaelimitys fysioterapia • MDT-fysioterapia (MCKenzie- menetelmä) • Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus • Satakunnan sairaanhoitopiirin palveluseteli • Sähkö- ja laitehoidot esim. urheiluvammat • Kinesioteippaus
<p>Euran Fysikaalinen Hoitolaitos Ky</p> <p>Fysioterapeutit: Tero Kinnunen Heli Junnila Anne-Mari Valla</p>	<p>Valimontie 1 27510 EURA p. (02) 8651050</p> <p>www.euranfysikaalinen.fi tero@euranfysikaalinen.fi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tuki- ja liikuntaelimitys fysioterapia • Postoperatiivinen fysioterapia • Vaativa lääkinällinen kuntoutus (Kela) • Lymfaterapia • Kinesioteippaukset • Hieronta • Kuntosali
<p>Euran Kunnan Koti Oy</p>	<p>Kuntolantie 6 27500 Kauttua p. 040 6646824</p> <p>minna.heino@eurankunnan koti.fi www.eurankunnan koti.fi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tuki- ja liikuntaelimitys fysioterapia • Akuutti kipufysioterapia • Urheilufysioterapia • Kuntosali, kuntosalicircuit • Klassinen perushieronta • Työterveyshuollon erikoistumisopinnot 2008 • Tuki- ja liikuntaelimitys erikoistumisopinnot 2012 • Faskiamanipulaatio koulutus 2015-2016
<p>Kuntopiste Kari Valtonen tmi Kari Valtonen</p> <p>Fysioterapeutti Osteopaatti D.O</p>	<p>Valimontie 1 27510 Eura p. 0400 592805</p> <p>kari@valtaset.net karivaltonen.fi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tuki- ja liikuntaelinten hoito, nivelongelmat • Akupunktio PKL • Migreeni ym. särkytilat • Hormonaaliset häiriöt • Ruoansulatushäiriöt

<p>KiroKulma</p>  <p>Kiropraktikko Jonna Kulmala D.C.</p>	<p>Eurantie 24 as 4 27510 Eura www.kirokulma.fi</p> <p>jonna.kulmala@kirokulma.fi p. 050 3800802</p>	<p>Tuki- ja liikuntaelimestön hoitoon erikoistunut yritys, joka palvelee kolmen ammatinharjoittajan ammattitaidolla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien erikoisosaaja • Manipulaatio-, ja mobilisaatiohoidot, pehmytkudoskäsittelyt (mm. triggerpisteiden hoidot), passiiviset venytykset ja akupunktio (TULE-ongelmien hoidossa) • Koulutettu tekemään erotusdiagnoosi, erillistä lähetettä ei tarvita
<p>Urheiluhieroja Kulmala</p> <p style="text-align: right;">Janne</p>	<p>janne.kulmala@kirokulma.fi puh: 050 5223103</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lihasten jännitystilojen ja niistä aiheutuneiden kiputilojen hoito • Passiiviset venytykset • Valmistuu Osteopaatiksi kesällä 2016
<p>FysioTähti</p> <p>fysioterapeutti Annika Mäkelä</p>	<p>info@fysiotähti.fi p. 0405893678</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapia, nuoret ja aikuiset • Erilaiset fysikaaliset hoidot (sähkö, kylmä, lämpö, teippaukset ym.) • Kotikäynnit sopimuksen mukaan • Esteettömyys- ja osallisuus (kartoitukset ja konsultaatiot)
<p>Kiukaisten Fysikaalinen Hoitolaitos Ay</p> <p>Fysioterapeutit: Pirkko Halkonen Hannele Välke</p>	<p>Eurakoskentie 49 L 1 27400 Kiukainen p. 050 4643110 02 8645451 050 5677379</p> <p>www.kiukaistenfyshoi.fi kfh@kiukaistenfyshoi.fi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lasten ja nuorten fysioterapia • Aikuisten tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapia • Neurologinen ja ortopedinen fysioterapia • Ikääntyvien fysioterapia • Vaativa lääkinällinen kuntoutus (KELA) • Satakunnan sairaanhoitopiirin palveluseteli • Allasterapia • Kinesioteippaus • Kotikäynnit

TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN SEKTORIRAJAT YLITTÄVÄN KOMMUNIKOINNIN HYVÄT KÄYTÄNNÖT.

Eurassa 21.3.2016

Tämä ohjeistus on laadittu työryhmän toimesta, joka on pohtinut ja tehnyt työtä kehittämistehtävän parissa ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tekijän kanssa.

Työryhmän jäsenet: Jonna Kulmala, Sirkka Karlsson, Minna Heino, Terhi Heinonen, Katja Kopra, Annika Mäkelä. Ohjeistuksen on laatinut opinnäytetyön tekijä Annika Mäkelä

1

Tämä ohjeistus on laadittu osana julkisen ja yksityisen sektorin terveydenhuollon yhteistyön kehittämistä. Sen tarkoituksena on selkeyttää ja muistuttaa sektorirajat ylittävän hyvän kommunikoinnin periaatteista. Ohjeistuksen tavoitteena on tiedonkulun parantaminen sekä yhteistyön sujumuuden parantaminen eri toimijoiden välillä.

Tämä ohjeistus pohjautuu lakeihin, asetuksiin sekä suosituksiin, joista on koottu tähän ohjeistukseen pääasiat. Lisäksi ohjeistuksessa mainitaan hyviä käytäntöjä toimivan kommunikoinnin ja yhteistyön takaamiseksi.

Koska velvoite liittyä Kanta palveluihin ei koske toistaiseksi kaikkia, on hyvä tuoda esille niitä käytäntöjä, joita olisi suotavaa noudattaa sektorien välisessä kommunikoinnissa.

Terveydenhuollon ammattilaisena, sinulla on velvollisuus kertoa asiakkaalle mihin hänen tietojansa käytetään, mistä tietoja hankitaan, minne ne tallennetaan, kenelle ja millä ehdoilla tietoja luovutetaan.

Viranomaisten kesken asiakkaan tietoja voidaan luovuttaa hänen suostumuksellaan. Luovutettaviin tietoihin kuuluvat vain ne tiedot, jotka ovat tarpeellisia hoidon toteuttamiseksi. Asiakkaalla on oikeuksien lisäksi myös velvollisuudet, joten kaikki tietojen vaihtuminen ei ole vain terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla. Asiakas voi myös kieltää tietojen luovuttamisen hoitavan yksikön ulkopuolelle.

2

**MUISTA TIEDOTTAA JA PAINOTTAA
ASIAKKAALLE HÄNEN OMAA VASTUUSTAAN
TIETOJEN LUOVUTTAMISESTA HOITOA
TOTEUTTAVALLE TAHOLLE!**

HYVIÄ KÄYTÄNTÖJÄ YHTEISTYÖHÖN:

- Muistuta asiakasta, että Kanta palvelusta saa tulostettua omat asiakastiedot ja -käynnit. Jos asiakas on käyttänyt julkisen sektorin palveluja, saa hän pyydettyä asiakastiedot tulosteena sieltä.
- Mikäli yksityisen ammatinharjoittajan asiakastiedot eivät välity Kantaan ja asiakas tarvitsee jatkohoitoa tms. julkisen sektorin palveluja, on asiakkaan mukaan suositeltavaa laittaa seuraavat tiedot:
 - palaute annetusta hoidosta
 - palautteesta on hyvä käydä ilmi asiakkaan perustiedot, missä hoito on toteutettu, millä aikavälillä hoito on toteutettu, mitä hoito on sisältänyt, sekä ystävälliset pyynnöt perusteluineen jatkotutkimuksiin tai muihin mahdollisiin selvityksiin
 - vaikka asiakas ei tarvitsisi jatkotoimenpiteitä hoidon päätyttyä, on hänelle suositeltavaa kirjoittaa mukaan lyhyt palaute annetusta hoidosta ja sen vaikutuksista
 - muista palautteen tärkeys asiakkaan käyttäessä pelkästään yksityisen sektorin palveluja
- Mikäli asiakas antaa luvan lähettää omat tietonsa suoraan eteenpäin, muistathan ettei sähköposti ole oikea kanava lähettää henkilötietoja. Varmista tarkat osoitetiedot ennen asiakastietojen lähettämistä kirjeitse. Vastuukysymysten vuoksi on suositeltavaa, että tietojen siirrosta vastaa asiakas itse.

3

Ohjeistuksessa käytetyt lähteet:

- Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiakas- ja potilastietojen salassapito. Saatavissa: <http://stm.fi/asiakastietojen-potilastietojen-salassapito>
- Oikeusministeriö. Finlex www-sivut. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Oikeusministeriö. Finlex www-sivut. Terveydenhuoltolaki. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>
- Työryhmän pohdinnat ja näkökulmat.

4