



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# SOTE-uudistus luo uusia osaamistarpeita sosiaali- ja terveysalalle - Koulutuksen rakentuminen Laurea ammattikorkeakoulussa

Mira Lehtinen

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

SOTE-uudistus luo uusia osaamistarpeita sosiaali- ja terveysalalle  
- Koulutuksen rakentuminen Laurea ammattikorkeakoulussa

Mira Lehtinen  
Sosiaalisen kuntoutuksen ja terveyden edistämisen johtaminen ja kehittäminen  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2017

Mira Lehtinen

Vuosi 2017 Sivumäärä 73

---

Sote- ja maakuntauudistus muuttavat Laurean toimintaympäristöä lähivuosina. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata uudistuksen tuomia uusia osaamistarpeita ja niiden vaikutuksia sosiaali- ja terveysalan koulutuksen sisältöihin. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhteiskehittämistä hyödyntäen luoda Laurea SOTE2020 -visio ja sen pohjalta laadittu strategia, jonka avulla sote- ja maakuntauudistuksen aiheuttamat muutokset on mahdollista ennakoida ja implementoida osaksi Laurean arkea.

Hallituksen merkittävimpiä kärkihankkeita on sote- ja maakuntauudistuksen läpivieminen. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy kunnilta muodostuville maakunnille ja samalla toteutetaan palvelujen täydellinen integraatio sekä valinnanvapauden mahdollistava lainsäädäntö. Sote-uudistuksen tavoitteena on nykyistä asiakaslähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteensovitettut palvelut, joiden avulla saadaan aikaiseksi kustannussäästöjä, kavennetaan terveyseroja ja lisätään kansalaisten yhdenvertaisuutta ja osallisuuden mahdollisuuksia. Uudistuksella pyritään uusimaan rakenteita ja rahoitusta sekä nykyaikaistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja toimintamalleja. Uudistuksen myötä toivotaan syntyvän uusia toimintamalleja ja uudenlaista toimintakulttuuria, joka edellyttää uudenlaista osaamista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä.

Laurea AMK:ssa haasteena on keskustella koulutusohjelmien sisällöstä ja toteutustavoista, jotta ne vastaisivat muuttuvan toimintaympäristön uusiin osaamistarpeisiin. Uudistusten keskiössä on monialaisen asiakasymmärryksen rakentaminen, digitalisaation edellyttämän osaamisen turvaaminen ja sektoroituneiden koulutusalojen yhteistyön lisääminen. Tämä vaatii kasvattajilta ajattelutavan ja toimintakulttuurin muutosta.

Tässä opinnäytetyössä kehittämisen lähestymistapana oli palvelumuotoilu. Kehittäminen toteutettiin kolmessa yhteiskehittämisen työpajassa monipuolisesti erilaisia työkaluja hyödyntäen. Työpajatyöskentelyyn osallistui Laurea SOTE2020 -työryhmän jäseniä, sote-alan koulutuksista vastaavia opettajia sekä kehittämispäälliköitä. Työpajoissa luotiin Laurea SOTE2020 -visio sekä sen toteuttamiseksi toimenpidesuunnitelma.

Laurea SOTE2020 -visiossa toimintaa läpileikkaaviksi kärkiteemoiksi nousivat monialainen asiakasymmärrys, palveluiden kehittäminen sekä talous- ja teknologiaosaaminen. Näiden osaamisalueiden varmistaminen koulutuksissa vastaa sote-uudistuksen tuomiin osaamisvaateisiin varmistuen osaavan työvoiman sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön. Yksin Laurea ei tätä muutosta voi tehdä, vaan yhteistyössä verkostotoimijoiden kanssa. Prosessi jatkuu Laureassa työpajassa laaditun toimenpidematriisin mukaisesti ja Laurea SOTE2020 -työryhmä vastaa vision implementoinnista ja tuloksista.

**Asiasanat:** sote-uudistus, koulutus, yhteiskehittäminen, palvelumuotoilu

Master's Thesis

Mira Lehtinen

**The Social Welfare And Health Care Reform Challenges The Education Providers To Change - Developing The Social And Health Care Education In Laurea Through Co-Development**

Year	2017	Pages	73
------	------	-------	----

---

Finland is currently undergoing a social welfare and health care reform that will also change the operational environment in both secondary vocational education and higher education. The aim of the reform is to provide more customer-oriented, effective, cost-effective and better coordinated services to help achieve cost savings, reduce health inequalities and increase citizens' equality and inclusion.

This study deals with describing the new competences needed after the reform and their impact on the content of social and health care education. The aim of the thesis was to create the vision and strategy for the social and health care education in Laurea to implement the changes caused by the social welfare and health care reform as a part of everyday life in Laurea University of Applied Sciences.

The study includes a theory section and an empirical section that deals with Laurea UAS. The theoretical section discusses the social welfare and health care reform and the educational system in Finland. The empirical part deals with the educational reform happening in Laurea UAS. The study was based on qualitative methods. The used methods included workshop sessions with different methods of co-creation and service design to determine how the education in the social welfare and health care field needs to be reformed. The participants in the workshops were teachers responsible for education, development managers, a vice-rector and a social and health care manager.

The aim of the first workshop was to create a common vision of how the education will be developed and renewed in Laurea UAS so that it can respond to the social and health care changes in Finland. The second workshop produced a new vision for the health and social services field in Laurea. It includes three focus points to concentrate on the reforming contents of education. The third workshop continued the work with a more practical approach creating an action matrix for the upcoming tasks. The work continues according to the action matrix after the third workshop. The project group stays responsible for this project and its implementation and results.

The focus points for educational reform are multidisciplinary customer understanding, development of services and the economic and technological expertise. The vision created in the workshops will be a guideline for all decision making, while the focus points are more pragmatic and serve as guides for the everyday life in the classrooms.

**Keywords:** social and health care, education, co-creation, service design

## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Opinnäytetyön viitekehyksen rakentuminen .....	8
2.1	Sote-uudistuksen tavoitteet ja lähtökohdat .....	9
2.1.1	Osallisuus hyvinvoinnin viitekehyksessä.....	11
2.1.2	Yhdenvertaisuuden edistäminen lisää hyvinvointia yhteiskunnassa .....	13
2.1.3	Asiakaslähtöisyys tuo esiin kansalaisten äänen .....	15
2.2	Sosiaali- ja terveysalan koulutus Suomessa .....	16
2.2.1	Laurea ammattikorkeakoulu osana suomalaista koulutusjärjestelmää .....	16
2.2.2	Sosiaali- ja terveysalan osaamisen rakentuminen suomalaisessa koulutusjärjestelmässä.....	18
3	Opinnäytetyön toteutus ja menetelmävalinnat.....	19
3.1	Opinnäytetyön lähestymistapa .....	20
3.2	Kehittämistyön tarkoitus.....	21
3.3	Palvelumuotoilu kehittämisen lähtökohtana.....	22
3.4	Aineisto .....	23
3.4.1	Yhteiskehittämisen työpajat aineiston keruumenetelmänä .....	24
3.4.2	Kirjallisuuskatsaus sitoo kehittämisen sote-uudistukseen.....	24
3.5	Aineiston analysointi sisällönanalyysillä .....	25
3.5.1	Aineiston analyysin eteneminen .....	26
3.5.2	Ensimmäinen työpaja loi tavoitteet kehittämistyölle .....	28
3.5.3	Toisen työpajan tavoitteena Laurea SOTE2020 -vision luominen .....	28
3.5.4	Toimenpidesuunnitelman rakentuminen kolmannessa työpajassa.....	34
4	Opinnäytetyön tulokset.....	36
4.1	Laurea kehittää sote-koulutustaan vastaamaan uusia osaamistarpeita .....	36
4.1.1	Tavoitteena ”yhteiskehittämällä parhaat sote-palvelut Uudellemaalle”... ..	37
4.1.2	Laurea SOTE2020 -visio ohjaa kehitystyötä .....	38
4.1.3	Toimenpidesuunnitelma vision implementoinnin tukena .....	41
4.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella kohti asiakaslähtöisempiä palveluja .....	42
4.2.1	Palvelujen järjestämisvastuu siirtyy uudistuksen myötä kunnilta maakunnille .....	43
4.2.2	Palvelujen yhteensovittaminen yhdenvertaisuuden ja kustannustehokkuuden pohjana .....	45
4.2.3	Digitalisaatiolla tuottavuusloikkaan .....	46
4.2.4	Valinnanvapaudella tavoitellaan osallisuuden edistämistä .....	48
4.2.5	Tavoitteena kustannustehokkaat palvelut.....	50
5	Johtopäätökset ja pohdinta.....	52

5.1	Tulosten tarkastelua ja kehitysehdotuksia .....	52
5.2	Eettinen pohdinta .....	57
5.3	Opinnäytetyöprosessin arviointia .....	59
	Lähteet .....	63
	Kuviot .....	69
	Liitteet .....	70

## 1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö käsittelee sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja sen aiheuttamaa muutosta alan koulutuksen järjestäjien toimintaympäristössä. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä sote-uudistusta valmistellaan jo kovaa vauhtia: lainsäädäntöä valmistellaan, tarvittavia uusia lakeja säädetään ja käytännön toimenpiteitä suoritetaan. 1.1.2020 tulee pian ja silloin sote-alan ammattilaisena toimivat henkilöt ovat jo koulun penkillä tai kiinni työelämässä. Valmisteilla oleva sote-uudistus muuttaa sosiaali- ja terveysalan toimintakenttää ja nostaa esiin uusia osaamistarpeita, joten koulutuksen pitää osata vastata tulevaisuuden osaamistarpeisiin jo nyt, jotta sosiaali- ja terveysalan kentälle ei synny osaamisvajeita. Tässä opinnäytetyössä sote-koulutuksen kehittämistä tehdään Laurea ammattikorkeakoulussa nimehtyn sote-koulutuksen parissa toimivista opetuksen asiantuntijoista ja johtajista koostuvan Laurea SOTE2020 -työryhmän kanssa.

Laurea-ammattikorkeakoulu haluaa olla kärjessä luomassa uusia osaajia alalle ja siksi se haluaa toteuttaa kunnianhimoisen tavoitteen ”Parhaat SOTE-palvelut yhteiskehittämällä Uudellemaalle”. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Laurealle SOTE2020-visio ja sen pohjalta laadittu strategia, jonka avulla sote- ja maakuntauudistuksen aiheuttamat muutokset Laurean ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä on mahdollista ennakoida ja implementoida osaksi Laurean arkea. Tähän tavoitteeseen vastataan hyödyntämällä palvelumuotoilun keinoja ja osallistamalla projektiryhmä luomaan visio ja strategia yhteiskehittämisen työpaikoissa. Opinnäytetyön liitteenä on työpajojen toteutuksessa käytetyt suunnitelmataulukot, joista voi tarkemmin perehtyä työpajoissa käytettyihin menetelmiin. Opinnäytetyön toisena tavoitteena on sote-muutosta käsittelevään kirjallisuuteen peilaten tuottaa tietoa siitä, millaista uutta osaamista sosiaali- ja terveysalan koulutuksen pitäisi pystyä tuottamaan sote-uudistuksen tuomien muutosten myötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ehdotuksia siitä, miten koulutuksen pitäisi uudistua ja millaisia uudistuksia siihen pitäisi tehdä, jotta se vastaisi tulevaisuuden osaamistarpeisiin. Tarvittava tieto ehdotusten pohjaksi tuotetaan sote-uudistusta käsittelevän tiedon keräämisellä kirjallisuuskatsauksen muodossa ja peilataan kerättyä tietoa yhteiskehittämisen tuloksiin.

Opinnäytetyöprosessi kokoaa yhteen 1,5 vuoden mittaisen opiskeluprosessin oppimista. Se laajentaa osaamista ja ymmärrystä sote-uudistuksesta ja sen merkityksestä alan tulevaisuuteen. Lisäksi sen myötä on mahdollisuus ottaa käyttöön opiskelun tuomia yhteiskehittämisen ja fasilitoinnin työkaluja. Aihepiiri itsessään kokoaa yhteen oman tulevan urani kannalta keskeiset elementit: sosiaali- ja terveysalan osaamisen sekä koulutusmaailman yhdistäminen on luonnollinen askel kohti alan opettajana toimimista tulevaisuudessa.

Valmisteilla olevan mittavan alueellisen ja julkisten palveluiden rakenneuudistuksen tavoitteena ovat nykyistä asiakaslähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut, joiden avulla saadaan aikaiseksi kustannussäästöjä ja kaivennetaan terveyseroja sekä lisätään kansalaisten yhdenvertaisuutta. Sosiaali- ja terveyspalvelut on suunniteltu järjestettäväksi jatkossa 18 itsehallintoalueen pohjalta, ja ne tuottavat alueensa palvelut itse tai käyttämällä yksityisiä tai kolmannen sektorin palveluntuottajia. Uudistuksella pyritään uusimaan rakenteita ja rahoitusta sekä nykyaikaistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja toimintamalleja. (Valtioneuvosto 2015, 20-29; Valtioneuvosto 2017, 41-46.) Uudistus on mittavin Suomessa aikoihin tehty sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, ja se muuttaa alan toimintakenttää merkittävästi. Uudistuksen teoreettisena taustana nousee esiin kansalaisten osallisuuden, asiakaslähtöisyyden sekä yhdenvertaisuuden lisääminen ja näitä käsitteitä avaankin opinnäytetyön aluksi. Uudistuksen aikaansaamia muutoksia tarkastellaan kirjallisuuskatsausosiossa niin kotimaisten katsausten kuin kansainvälisen kokemuksen valossa nostaten esiin uudistuksen tavoitteiden ja sen muodostamien uusien osaamistarpeiden näkökulmasta keskeisiä näkökohtia.

Osaaminen on merkittävä Suomen menestystekijä ja pärjääminen perustuu pitkälti suomalaisten tuotteiden ja palveluiden viennin menestykseen. Osaaminen on ollut Suomen vahvuus ja se pitäisi onnistua kanavoimaan kaupallistuviin innovaatioihin. (Valtioneuvosto 2015, 7-9.) Koulutusjärjestelmä tuottaa Suomen menestystekijänä tärkeää osaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus haastaa koulutuksen järjestäjät uudistamaan koulutuksen tuottamaan uudistuksen myötä tarvittavaa osaamista. Lisähaasteen asiaan tuo, että sote-uudistuksen sisällöt eivät ole vielä kaikilta osin tiedossa ja poliittinen päätöksenteko voi vielä vaikuttaa uudistuksen toteutumiseen monin tavoin. Tällä hetkellä ei siis ole varmuudella tiedossa, millaiseen toimintaympäristöön tulevat sote-alan asiantuntijat siirtyvät. Siksi kehittämistyössä on tärkeää muistaa pitää mielessä jatkuva toimintaympäristön ja sen muutosten monitorointi sekä muutoksiin reagointi.

## 2 Opinnäytetyön viitekehyksen rakentuminen

Tässä opinnäytetyössä viitekehys rakentuu sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan sote-muutoksen ja siitä seuraavan osaamistarpeiden muutoksen ympärille. Koulutuksen täytyy osata valmistautua ja ennakoida tulevan muutoksen vaikutuksia, jotta alalle ei synny osaamisvajaita muutoksen astuessa voimaan.

Tässä osiossa kuvataan ensin sote-uudistuksen taustalla vaikuttavia tavoitteita, joiden pohjalta korostuu kansalaisten osallisuuden, yhdenvertaisuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteet. Näiden käsitteiden merkitystä osana sote-uudistusta käsitellään osion alussa.



Jälkimmäisessä osassa kuvataan suomalaisten koulutusjärjestelmän rakentumista sosiaali- ja terveysalalla sekä Laurea ammattikorkeakoulua toimijana tällä kentällä. Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjät ovat keskeisessä roolissa muutoksen läpiviennissä, sillä ne kouluttavat muutoksen käytännössä toteuttavat alan asiantuntijat.

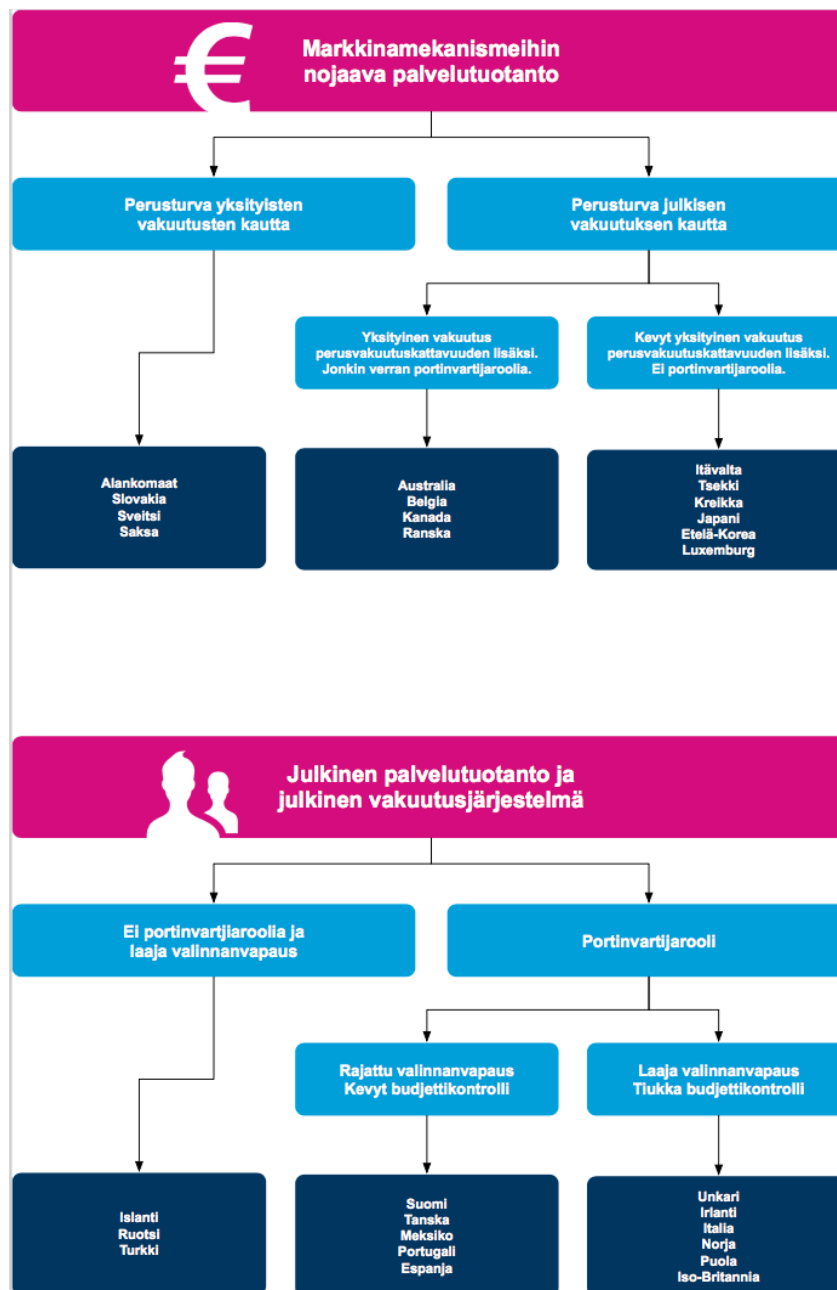
## 2.1 Sote-uudistuksen tavoitteet ja lähtökohdat

Suomen hallituksen strategisia tavoitteita ovat terveys ja hyvinvointi, työllisyys, kilpailukyky ja kasvu, koulutus ja osaaminen, biotalous ja puhtaat teknologiat sekä toimintatapojen muuttaminen. Näihin tavoitteisiin pyritään erilaisten toimenpideohjelmien eli kärkihankkeiden avulla. Kestävään talouskasvuun pyritään tukemalla työn tekemistä, työllisyyttä ja yrittäjyyttä, panostamalla kasvun edistämiseen sekä vahvistamalla julkista taloutta niin nopeasti kuin pidemmällä aikavälillä rakenneuudistuksilla. Julkista taloutta on tarkoitus vahvistaa 6 miljardilla vuoteen 2021 mennessä ja lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksella ja kuntien velvoitteiden vähentämisellä pyritään pitkällä aikavälillä saamaan vuositasolla 4 miljardin euron säästöt. (Valtioneuvosto 2015, 10-13.)

Sote-uudistuksen myötä yhteisillä varoilla halutaan saada enemmän terveyttä ja hyvinvointia sekä kaventaa terveys- ja hyvinvointieroja. Kokonaisuudessaan uudistuksessa painotetaan terveyden edistämistä ja varhaista tukea sekä yksilön oikeuksia ja valinnan mahdollisuutta. Kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa, tehdä valintoja ja ottaa vastuuta erilaisissa elämäntilanteissa halutaan lisätä. SOTE-uudistus kuuluu hallitusohjelmassa terveyden ja hyvinvoinnin alle ja sen toimenpiteet jakautuvat viiteen kärkihankkeeseen: 1) Palvelut asiakaslähtöisiksi, 2) Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta, 3) Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma, 4) Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa sekä 5) Osatyökykyisille tie työelämään. (Valtioneuvosto 2017, 41-46.) Nämä tavoitteet kytkevät sote-uudistuksen osallisuuden, yhdenvertaisuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämiseen yhteiskunnassamme. Uudistuksen toimenpiteisiin kuuluu palvelujen järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta maakunnille, valinnanvapauslainsäädännön valmistelu, tuottavuuden tehostaminen ja palvelujen kehittäminen digitalisaation kautta sekä kustannussäästöjen synnyttäminen yhteiskunnan taloudellisen kantokyvyn säilyttämiseksi.

Kuviossa 1 näkyy, miten OECD on ryhmitellyt eri maiden terveydenhuoltojärjestelmiä niiden järjestämisperiaatteiden mukaan. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on tämän ryhmitelyn mukaan samankaltainen Tanskan, Meksikon, Portugalin ja Espanjan järjestelmän kanssa: Järjestelmä pohjautuu pitkälti voimakkaasti säänneltyyn julkiseen terveydenhuoltoon, jossa

asiakkaan valinnanvapaus on rajoitettu ja portinvartijan rooli tasojen välillä on tärkeä ja talouden kontrolli on kevyt. (Joumard, André & Nicq 2010, 46-50.) Sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena Suomessa on lisätä asiakkaan valinnanvapautta sekä tuoda kustannussäästöjä.



Kuvio 1: Eri maiden ryhmittelyä terveydenhuollon järjestämisperiaatteiden perusteella. (Mukailleen Joumard, André & Nicq 2010, 50)

Hallituksen visiona on, että vuonna 2025 Suomi on “uudistuva, välittävä ja turvallinen maa, jossa jokainen meistä voi kokea olevansa tärkeä”. Yksilön velvoitteet ja yhteiskunnan vastuut ovat eettisesti kestävässä tasapainossa, ja ihmisellä on vapaus ja vastuu omasta sekä läheistensä elämästä. Ahkeruus, työ ja toimeliaisuus ovat tavoiteltavia ja kannattavia hyveitä yhteiskunnassamme, ja niistä palkitaan. Julkinen talous on tasapainossa ja velkaantumisen katkaistu. Samaan aikaan, kun tätä visiota tavoitellaan, Suomi on haastavassa yhteiskunnallisessa tilanteessa: talous ja kilpailukyky ovat heikentyneet eivätkä hyvinvointiyhteiskunnan rakenteet vastaa tämän päivän tarpeisiin. Väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen heikkeneminen hankaloittavat talouden tasapainoa ja kilpailukykyä myös tulevaisuudessa. Kilpailu- ja riskinottoyvyn heikkeneminen hidastavat investointeja ja kaventavat tuotantorakennetta, ja samalla liika byrokratia ja rakenteiden jäykkyys vaikeuttavat tilannetta lisää. Näistä haasteista seuraa eriarvoistumista, syrjäytymistä sekä huono-osaisuuden kasautumista yli sukupolvien. Samaan aikaan Suomi on kuitenkin myös vakaa, osaava, sisukas, tasa-arvoinen ja ratkaisukeinen yhteiskunta vahvasti osana eurooppalaista ja pohjoismaalaista yhteisöä. (Valtioneuvosto 2015, 7-9.) Kansalaisten osallisuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus nousevat keskeisesti esiin soite-uudistuksen tavoitteiden kautta, mutta käytännön tasolla niiden toteutuminen riippuu paljon siitä, miten uudistusta käytännössä lähdetään toteuttamaan ja miten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset nämä tekijät sisäistävät osaksi omaa toimintaansa.

### 2.1.1 Osallisuus hyvinvoinnin viitekehyksessä

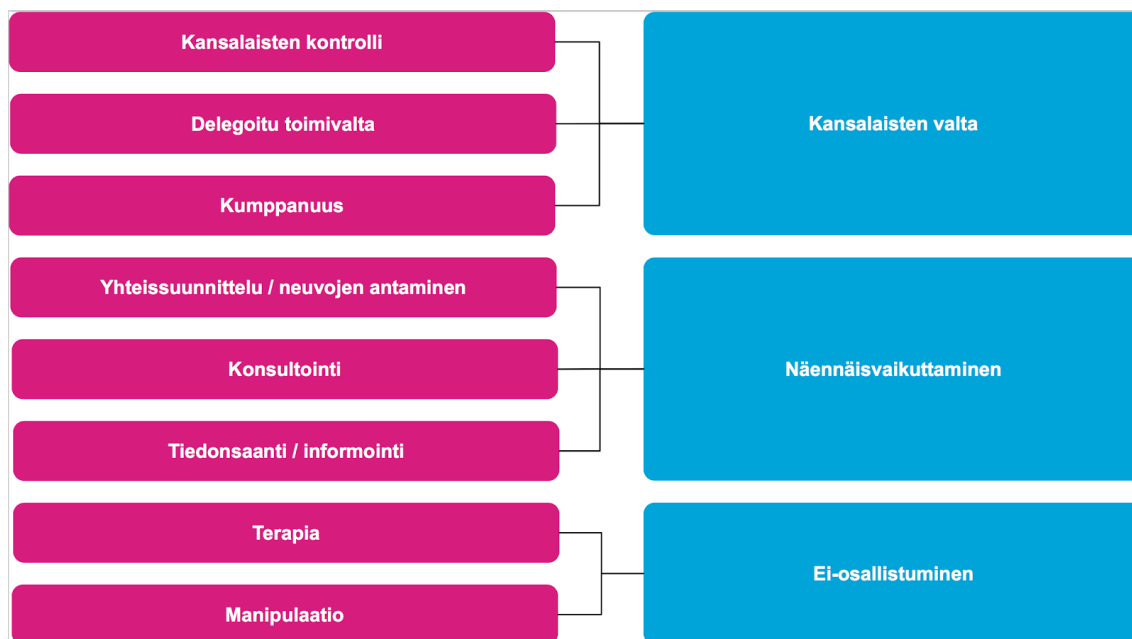
Osallisuus liittyy yhteisöön ja sitä kautta oman osallisuuden kokemukseen. Verrattuna osallistumiseen se sisältää merkityksen vahvemmassa omakohtaisesta sitoutumisesta, kun pelkkä osallistuminen merkitsee mukana olemista. (Gothóni, Hyväri, Kolkka & Vuokila-Oikkonen 2016, 13-14) Osallisuuteen liittyy vahvasti ajatus ajatus yhdenvertaisuudesta ja kaikkien mahdollisuudesta olla osallisena yhteisöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalinen integraatio on kuulunut keskeisenä käsitteenä kuntoutukseen 1980-luvulta lähtien. Sillä tarkoitetaan prosessia, joka mahdollistaa vammaisen ihmisen osallistumista yhteisöön ja yhteiskunnan toimintoihin tasavertaisesti muihin yhteiskunnan jäseniin verrattuna. Tähän on keskeisesti liittynyt sosiaaliset siteet ja kytkennät ja viime aikoina onkin enemmän puhuttu sosiaalisesta osallisuudesta (Järviskoski 2014, 12).

Inklusion käsite alkoi kehittyä 1970-luvulla, kun vammaisliikkeen piirissä vahvistui ajatus yhteisöön kuulumisesta subjektiivisena oikeutena. Inklusion keskeinen ajatus on, että vammaisilla henkilöillä on oikeus osallistua yhteiskunnan yleisiin palveluihin täysivaltaisesti ilman heille kohdistettuja omia palvelujärjestelmiä. Inklusio eroaa integraatiosta siinä, että erityistä tukea tarvitseva henkilö on alunperinkin tasavertainen yhteisöön jäsen. Kansainvälisesti on todettu, että yhteiskunnan esteettömyys sekä vammaisten henkilöiden osallisuutta tukevat

asenteet ja lainsäädäntö tukeva vammaisten henkilöiden osallisuutta kaikilla elämän alueilla (Rintala, Huovinen & Niemelä 2012, 215-221.)

Inklusion vastakohta on eksklusio, josta Suomessa puhutaan useammin syrjäytymisenä. Siihen ajavat muun muassa työttömyys, heikot taidot kriiseistä ja elämän kolhuista selviämiseen, köyhyys, alhainen asumistaso, puuttuvat sosiaaliset verkostot sekä huono terveys. Lisäksi ulkopuolisuutta lisää kyvyttömyys ja mahdollisuuksien puute yhteiskuntaan ja omaan yhteisöön osallistumiseen. Osallisuutta tukevassa yhteiskunnassa ihmiset pitävät huolta itsestään ja toisistaan. Osallisuuden lisääminen kaikille edellyttää verkottumista, kumppanuutta ja laaja-alaista toimintaa yli sektorirajojen. (Gothóni ym. 2016, 14-18.)

Arnstein (1969, 217) on kuvannut osallistumisen mahdollisuuksia 8-portaisen tikapuukuvion mukaan (kuvio 2). Kansalaisten osallisuus lisääntyy tikapuita ylöspäin kiivetessä. Alimmat tasot ovat manipulaatio ja terapia, joissa kansalaisella ei ole todellista osallistumisen mahdollisuutta päätöksentekoon, vaikka näin usein annetaankin ymmärtää. Keskivälin tasoilla osallistumisen mahdollisuuksia on jo hieman enemmän, mutta edelleen todellinen osallisuus jää varsin näennäiselle tasolle. Tikapuiden ylimmillä tasoilla kansalaisten valta aitoon osallistumiseen lisääntyy jopa siihen saakka, että kansalaisilla on ylimmällä portaalla täysi päätösvalta.



Kuvio 2: Osallistumisen portaikko Arnsteiniä (1969, 217) mukailten.

Kuulumisen johonkin yhteisöön on ihmisen perustarve. Tavanomaiseen elämään kiinnittyminen edellyttää ihmisen omaa halua ja samaan aikaan yhteisön vastaanottoa. Yhteisön rakenteiden tulee tukea kiinnittymistä ja mukana pysymistä ja toisaalta yksilön tulee saada tukea

mahdollistamaan yhteisöön mukaan pääsy. Palvelurakenteissa tulee huomioida osallisuuden edellytysten luominen muun muassa saavutettavuutta lisäämällä, huolehtimalla riittävän matalasta osallistumisen kynnyksestä sekä tilojen ja palvelujen avoimuudesta, mahdollistettava vuorovaikutus ja ihmisten kohtaaminen toiminnassa sekä vastattava todellisiin tarpeisiin. Koska kyseessä on monitahoinen niin yksilöön kuin rakenteisiin liittyvä haaste, myös ratkaisujen tulee olla moninaisia ja sopeutua erilaisiin tilanteisiin. (Kainulainen, Paananen, Surakka & Saari 2016, 78-81.) Juhila (2004) muistuttaa, että osallisuuden toteutuminen edellyttää, että kansalainen saa itse kuvata ja määritellä oman tilanteensa ja kokemuksensa sekä vaikuttaa omaa tilannettaan koskevaan päätöksentekoon. Ihmisellä tulee olla myös oikeus ja mahdollisuus vastustaa yhteiskunnan kategorisoivia käytäntöjä ja kyseenalaistaa saamansa yhteiskunnallinen leima. Ammatillaiset eivät voi puhua yksilön puolesta osallisuutta tukevassa toimintakulttuurissa.

#### 2.1.2 Yhdenvertaisuuden edistäminen lisää hyvinvointia yhteiskunnassa

Suomalaisen terveyspolitiikan yksi päätavoite on jo pitkään ollut väestöryhmien välinen tasa-arvo (Manderbacka ym. 2017), mikä korostuu myös nykyisen hallituksen hallitusohjelmassa (Valtioneuvosto 2015). Yhdenvertaisuuden pyrkimys pohjautuu perustuslakiin, yhdenvertaisuuslakiin sekä sosiaali- ja terveydenhuolto ohjaavaan lainsäädäntöön, joiden peruseriaatteena on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä yhtäläisten, laadukkaiden ja riittävien palvelujen tarjoaminen yksilöstä riippumatta. (Perustuslaki 731/1999, 6 §; terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2 §; yhdenvertaisuuslaki 1325/2014.) Lisäksi Suomi on sitoutunut näiden tavoitteiden edistämiseen kansainvälisten sopimusten kautta. Vuonna 1948 YK:n yleiskokouksessa hyväksytty YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistuksen mukaan kaikki ihmiset syntyvät vapaina ja tasavertaisina ja jokainen on oikeutettu yhdenvertaisuuteen ilman minkäänlaista henkilöön kohdistuvaa syrjintää (OHCHR). YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista tuli kansainvälisesti voimaan 2008 ja Suomessa se ratifioitiin vuonna 2015. Se täydentää muita jo voimassa olevia YK:n ihmisoikeussopimuksia vahvistaen vammaisten henkilöiden oikeuksia ja yhdenvertaisuutta (Suomen YK-liitto 2015).

Terveyden tasa-arvon kannalta eriarvoisuus tarkoittaa sellaista terveyden vaihtelua, jonka voidaan ajatella olevan epäoikeudenmukaista ja vältettävissä olevaa. Määritelmä ei siis sisällä kaikkia terveydessä havaittuja eroja vaan eriarvoisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan sellaisia eroja terveydessä, jotka eivät yksiselitteisesti ole syntyneet ihmisen vapaan valinnan tuloksena ja joihin yhteiskunnallisilla tekijöillä on merkittävä vaikutus. (Karvonen, Martelin, Keskilä & Junna 2017, 1.)

Poliittisista pyrkimyksistä huolimatta terveyden sosioekonomiset erot ovat Suomessa varsin pysyviä ja jopa kasvaneet, johtuen osaltaan siitä, että suomalaisten yleisen terveyden myönteisestä kehityksestä huolimatta huono-osaisempien terveyden ja hyvinvoinnin kehitys on ollut hitaampaa kuin muiden väestöryhmien (Karvonen ym. 2017, 1). Eri mittareiden valossa Suomessa on kansainvälisestikin tarkasteltuna suuria väestöryhmien välisiä terveyseroja (Karvonen ym. 2017; OECD 2016, 73). Sosiaali- ja terveystaloudissa pitkäaikaissairaat, masennuksesta kärsivät sekä paljon palveluja käyttävät kokevat useammin ongelmia hoitoon pääsyssä, saamassaan kohtelussa sekä mahdollisuuksissa vaikuttaa omaan hoitoonsa ja he kertovat myös useammin palvelujen huonon integraation, saatavuuden tai taloudellisten tekijöiden olleen ongelmana hoidon saannissa (Aalto ym. 2017) Vaikka osa eroista selittyy eroissa työ- ja elinoloissa sekä elintavoissa, myös sosiaali- ja terveystaloudellisten rakenteilla voidaan kasvattaa, ylläpitää tai kaventaa terveyseroja. (Manderbacka ym. 2017)

Suomessa toimii tällä hetkellä kolme julkista rahoitusta saavaa terveydenhuollon avopalveluja tarjoavaa järjestelmää, joissa palvelujen saatavuus, asiakasmaksut ja jonotusajat eroavat selvästi toisistaan: kunnallinen terveydenhuolto, yksityisen sektorin toimijat ja työterveyshuolto. Työssäkäyvät voivat yleensä valita näiden järjestelmien välillä, mutta työttömille ja pienituloisille kunnallinen terveydenhoito on yleensä ainoa vaihtoehto. (Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos 2008, 1.) Valmisteilla olevan SOTE-uudistuksen toivotaankin vahvistavan sosiaali- ja terveystaloudellisten yhdenvertaisuutta niin, että tarpeenmukainen käyttö toteutuisi tulevaisuudessa. (Manderbacka ym. 2011, 8). Yhdenvertaisuuden edistämiseksi palvelujärjestelmän uudistuksessa tulisi kiinnittää huomiota hintojen kohtuullisuuteen sekä väestön tarpeisiin: edelleen hyväosaiset käyttävät tarpeeseensa nähden liikaa palveluja ja toisinpäin. (Karvonen ym. 2017, 10.)

Vaikka edistystä toivottuun suuntaan on suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtunut, yhdenvertaisuus ei näytä toteutuvan kaikilta osin palvelujen sisällön tai saatavuuden osalta. (Manderbacka ym. 2017) Terveyserot eivät ole vain terveys- vaan hyvin vahvasti myös eriarvoisuusky-symys. Terveyserojen kaventaminen edellyttää toimenpiteitä kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla niin rakenteissa kuin yksilön ja yhteisönkin kannalta: tarvitaan yhdenvertaisuutta edistävää politiikka sekä toimia, jotka vähentävät huono-osaisien ryhmien altistumista terveydelle haitallisille tekijöille ja vähentävät näiden sairaudesta johtuvia haitallisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seurauksia. (Sihto 2016.)

### 2.1.3 Asiakaslähtöisyys tuo esiin kansalaisten äänen

Asiakaslähtöisyys on ollut viimeisen reilun vuosikymmenen aikana suuren mielenkiinnon kohteena terveyspalvelujen kehittämisessä sekä keskeinen terveyspolitiikan tavoite. Terveystieteiden huollossa painopiste on siirtynyt kroonisten tautien ja niiden riskitekijöiden hallintaan. Samaan aikaan tiedon lisääntyminen, korkeampi koulutustaso sekä lisääntynyt tavaroiden ja palvelujen saatavuus yhdessä kuluttajien tietoisuuden lisääntymiseen vaativat potilaan aktiivisen roolin huomioimista myös sosiaali- ja terveyspalveluissa. (WHO 2007, 3-4.) Suomeen suunnitella oleva valinnanvapauden laajentuminen, digitalisaation mahdollistama sähköisten palveluiden yleistyminen ja yksilön vastuun korostuminen yhteiskunnassa yleisemmin kuin myös terveyden ja hyvinvoinnin alueella nostavat esiin asiakkaan aseman sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Asiakaslähtöinen palvelujärjestelmä pohjautuu asiakkaan arvojen ja tarpeiden kunnioitukseen ja huomioimiseen, mahdollisuuteen osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin, selkeään vuorovaikutukseen, oikea-aikaiseen hoitoon pääsyyn sekä hoidon koordinaatioon (de Silva ; The Picker Institute 2004; OECD 2015). WHO halusi jo vuonna 2007 muistuttaa, että potilaskeskeinen lähestymistapa ei vastaa kaikkiin laajempiin terveyshaasteisiin, vaan terveydenhuollossa tulisi muistaa ihmiskeskeinen lähestymistapa tunnistamalla, että ennen kuin ihmisistä tulee potilaita, heidät täytyy valtuuttaa huolehtimaan oman terveytensä edistämisestä. WHO:n visio ihmiskeskeisestä terveydenhuollosta oli sellainen, jossa yksilöjä, perheitä ja yhteisöjä palvellaan ja jossa he saavat luotettavaa, tarpeisiinsa kokonaisvaltaisesti ja inhimillisesti vastaavaa terveydenhuoltoa. Ihmiskeskeinen terveydenhuoltojärjestelmä on suunniteltu sidosryhmien tarpeiden mukaan ja se mahdollistaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja järjestöjen välisen yhteistyön eri sektoreilla mahdollistaen terveydenhuollon laadun kehittämisen. (WHO 2007, 5-7.)

Asiakaslähtöisyys ei sinänsä tarkoita sitä, että asiakas saa aina haluamansa juuri silloin kuin haluaa, vaan se liittyy keskeisesti asiakkaan, tämän läheisten ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseen vuorovaikutukseen. Kyseessä on vuorovaikutukseen ja luottamukseen perustuva suhde, jossa osapuolet sitoutuvat dialogiseen vuorovaikutukseen, tiedon jakamiseen, potilaan arvojen kunnioittamiseen sekä potilaan ja tämän läheisten päätöksenteon tukemiseen. Asiakaslähtöisyys edellyttää yleensä terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä, omaan hoitoonsa aktiivisesti osallistuvia potilaita sekä toimivan ja potilaan ja ammattilaisten vuorovaikutusta tukevan terveydenhuoltojärjestelmän. Asiakaskokemuksen lisäksi asiakaslähtöisyys on tärkeää, sillä se lisää hoidon vaikuttavuutta, edistää terveyttä ja hyvinvointia, lisää yhdenvertaisuutta sekä hillitsee terveydenhuollon kustannusten kasvua. (Epstein, Fiscella, Lesser & Stange 2010, 1489-91.)

Aalto ym. (2017) havaitsivat kyselytutkimuksessaan, että kyselyyn vastaajat kokivat hoitohenkilökunnan kohtelevan heitä kunnioittavasti ja asiakkaat kokivat tietojen käsittelyn tapahtuvan pääasiassa luottamukselliseksi. Sen sijaan hoitoon pääsyssä ja omaan hoitoon osallistumisessa olisi kyselyn perusteella selvästi kehitettävää. Palveluihin pääsy onnistui terveyskeskuksia paremmin yksityisellä sektorilla, työterveyshuollossa ja sairaalan poliklinikalla. Hoidon saantia vaikeuttivat yleensä palvelujen yhteensovittamiseen liittyvät haasteet: noin puolet vastaajista oli joutunut selvittämään tilannettaan useaan kertaan yli kolmannes koki tullessaan pompotelluksi palvelupisteestä toiseen. Matkat ja aukioloajat olivat hankaloittaneet palvelun saamista n. kolmanneksella vastaajista. Myös taloudelliset esteet oli haitannut joka neljännen vastaajan palvelujen saantia. Kyselyssä selvitettiin kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluista ja tuloksista käy ilmi, että vastaajilla oli myönteisempiä kokemuksia terveyspalveluista verrattuna sosiaalipalveluihin. (Aalto ym. 2017.) Asiakaslähtöisyyden kehittämisessä on siis suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä edelleen työtä.

## 2.2 Sosiaali- ja terveysalan koulutus Suomessa

Suomalaisen koulutus- ja tiedepolitiikan kärkinä toimivat laatu, tehokkuus, tasa-arvo ja tieteen kansainvälisyys ja sillä pyritään edistämään suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan kilpailukykyä. Keskeisenä tavoitteena on väestön koulutustason ja osaamisen lisääminen, koulutusjärjestelmän tehokkuuden parantaminen sekä syrjäytymisen ehkäisy. (Opetusministeriö 2006, 5).

Tässä osiossa kuvataan suomalaista koulutusjärjestelmää sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutusta. Opinnäytetyön kehittämistyön kehittämissympäristönä toimiva Laurea ammattikorkeakoulu toimii yhtenä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia kouluttavana korkeakouluna.

### 2.2.1 Laurea ammattikorkeakoulu osana suomalaista koulutusjärjestelmää

Suomen koulutusjärjestelmä rakentuu koulutusasteittain: Varhaiskasvatusta järjestetään lapsille pääsääntöisesti ennen oppivelvollisuuden alkamista. Esiopetukseen lapsi osallistuu yleensä oppivelvollisuutta edeltävänä vuonna ja sitä seuraava yleissivistävä ja maksuton perusopetus kestää yhdeksän vuotta. (OKMa.) Yleissivistävän koulutuksen lähtökohta on sen takaaminen ja vahvistaminen kaikille asuinpaikasta, kielestä ja taloudellisesta asemasta riippumatta (Opetusministeriö 2006, 5).



Toisen asteen koulutukseen kuuluvat lukio ja ammatillinen koulutus, jota on mahdollista suorittaa myös oppisopimuskoulutuksena. Korkea-asteen koulutusta annetaan ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa ja se jakautuu alemman ja ylemmän tason tutkintoihin. Ylemmän tason tutkinnon jälkeen yliopistossa on mahdollista jatkaa vielä lisensiaatin ja tohtorin jatkotutkintoihin. Lisäksi aikuiskoulutusta on tarjolla kaikilla koulutusasteilla ja koulutusjärjestelmää täydentää vapaata sivistystyötä järjestävät kansalais- ja kansanopistot, kesäyliopistot, opintokeskukset ja liikunnan koulutuskeskukset. (OKMa.)

Suomessa vakinaisesti asuvilla lapsilla on oppivelvollisuus. Se alkaa vuonna, jolloin lapsi täyttää seitsemän vuotta ja päättyy kun perusopetuksen oppimäärä on suoritettu tai oppivelvollisuuden alkamisesta on kulunut 10 vuotta. Peruskoulujen ylläpidosta vastaavat kunnat ja muut opetuksen järjestäjät. Alle kaksi prosenttia peruskoululaisista opiskelee yksityisissä ja valtion kouluissa. Lukiokoulutus on yleissivistävää eikä anna ammatillista pätevyyttä, mutta ylioppilastutkinnon suorittaneet voivat hakeutua jatko-opintoihin yliopistoihin, ammattikorkeakouluihin tai ammatilliseen koulutukseen. (OKMa.)

Ammattikoulutuksen keskeisin tehtävä on tuottaa työelämän edellyttämä ammattitaito ja se rakentuu ammatillisesta peruskoulutuksesta sekä lisä- ja täydennyskoulutuksesta (Opetusministeriö 2006, 27). Suorittamalla ammatillisen perustutkinnon saavuttaa alan perusammattitaidon ja alan ammatillisen pätevyyden. Kolmivuotisten opintojen aikana suoritettavan tutkinnon laajuus on 120 opintoviikkoa. Opetus on käytännönläheistä ja työelämälähtöistä, ja osa oppimisesta tapahtuu työpaikoilla käytännön työtä tekemällä. Lisäksi voi jatkossa suorittaa lisäkoulutuksena ammatti- ja erikoisammattitutkintoja ja jatkaa opintoja korkeakoulutukseen saakka. Ammatillista koulutusta rahoitetaan julkisista varoista ja se on opiskelijalle pääasiassa maksutonta. (OKMa.) Ammatillisen koulutuksen uudistaminen kuuluu hallitusohjelman kärkihankkeisiin. Ammatillisen koulutuksen reformin tavoite on rakentaa koulutus osaamisperustaiseksi ja asiakaslähtöiseksi, tehokkaaksi kokonaisuudeksi. (Valtioneuvosto 2017, 35.)

Korkeakoululaitos muodostuu yliopistoista ja ammattikorkeakouluista, jotka täydentävät järjestelmässä toisiaan (Opetusministeriö 2006, 31). Yliopisto-opinnoissa ja opetuksessa korostuu tieteellinen tutkimus. Ammattikorkeakouluissa koulutus on käytännönläheistä ja työelämän tarpeisiin vastaavaa ja niiden tutkimus- kehitys ja innovaatiotoiminnassa painottuu soveltava tutkimus- ja kehitystyö. Opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonalalla toimii Suomessa 23 ammattikorkeakoulua ja lisäksi Ahvenanmaalla Högskolan på Åland ja sisäministeriön alainen Poliisiammattikorkeakoulu. Yliopistoja opetus- ja kulttuuriministeriön alla toimii 14 ja lisäksi puolustushallinnon alainen Maanpuolustuskorkeakoulu. (OKM a & b.) Opetus- ja kulttuuriministeriö asettaa yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen koulutukselle määrällisiä tavoitteita ja tukee koulutuksen kehittämistä, mutta korkeakouluilla on tutkimuksen, taiteen ja opetuksen vapaus, ja ne vastaavat itse koulutuksen sisällöstä ja laadusta. Yliopistojen koulutusvastuusta

säädetään valtioneuvoston sekä opetus- ja kulttuuriministeriön asetuksilla ja ammattikorkeakoulujen koulutusvastuusta määrätään niiden toimiluvissa. (OKM c.)

Laurea on Uudenmaan alueella kuudella kampuksella toimiva ammattikorkeakoulu. Laureassa on 7800 opiskelijaa, joista vuosittain noin 1500 opiskelijaa suorittaa AMK-tutkinnon. Laureassa voi opiskella liiketaloutta, sosiaali- ja terveystaloutta sekä matkailu-, ravitsemis- ja taloustaloutta 16 eri koulutuksessa, joista kuusi toteutetaan englannin kielellä. Kevään 2016 yhteishaussa Laurean oli Suomen kolmanneksi vetovoimaisin korkeakoulu. (Laurea.) Vuonna 2020 Laurean tahtotila on olla "metropolialueen hyvinvoinnin ja kilpailukyvyyn kansainvälinen kehittäjä" (Koski).

Laurean vuoden 2015 toimintakertomuksen mukaan koulutusten kehittämisessä on painottunut oppimisen integroituminen työelämään, digitaalisuuden haasteisiin vastaaminen sekä laadukkaiden ja luovien oppimisympäristöjen varmistaminen opiskelijoille. (Laurea 2015b, 4). Vuonna 2016 opetuksen kehittäminen painottui tutkintojen opetussuunnitelmien yhtenäistämiseen, kansainvälistymisen tukemiseen sekä koulutusten profiloinnin vahvistamista suhteessa alueen muihin ammattikorkeakouluihin Haaga-Heliaan ja Metropoliaan. (Laurea 2016, 4). Laurean strategia jakautuu seitsemään kantavaan teemaan: sinun korkeakoulusi, työelämään integroitunut korkeakoulu, yrittävän ihmisen korkeakoulu, soveltavan tutkimuksen kansainvälinen korkeakoulu, aluetta palveleva korkeakoulu, yhteiskuntavastuullinen korkeakoulu ja ihmistä arvostava korkeakoulu. Tavoitteena on, että Laureassa syntyvä ammatillinen osaaminen vastaa kansainvälisen työelämän tarpeisiin hyödyntämällä kehittämis pohjaista oppimista. Laureassa vahvistetaan halua tehdä, kokeilla, oppia ja yrittää niin yksilön kuin organisaation näkökulmasta. Strategiset teemat ja tavoitteet kuvaavat Laurean menestystekijöitä, jotka luovat sille kilpailuetua. Niiden kautta Laurea pyrkii tuottamaan tulevaisuuden osaamista työelämään ja yrittäjyyteen sekä kustannustehokasta, ratkaisukeskeistä ja eettistä toimintaa kumppaniverkostoissa. (Laurea 2015a.)

### 2.2.2 Sosiaali- ja terveystalouden osaamisen rakentuminen suomalaisessa koulutusjärjestelmässä

Sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisia koulutetaan niin ammatillisessa koulutuksessa kuin korkeasteen koulutuksessa sekä ammattikorkeakouluissa, että yliopistoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kelpoisuudesta ja pätevydestä säädetään Suomessa laeilla, minkä tavoite on edistää asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Valvira huolehtii ammattihenkilöiden ammattioikeuksien myöntämisestä hakemusten perusteella. Lainsäädännöllä ja ammattioikeuksien lupamenettelyllä pyritään

varmistamaan, että ammattihenkilöillä on ammatissa toimimisen edellyttämä koulutus, pätevyys ja valmiudet ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja kehittämiseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994, Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä 2015.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat Suomessa toimiakseen Valviran antaman laillistuksen tai nimikesuojauksen (Valvira 2015) ja sosiaalihuollon ammattihenkilöt laillistuksen, nimikesuojauksen tai rajoitetun ammatinharjoittamisluvan (Valvira 2017). Työnantajan velvollisuus on varmistaa ammattihenkilön oikeus tehtävässä toimimiseen. Osa nimikesuojatuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä, esimerkiksi lähihoitajat, saa oikeuden suojatun ammatinimikkeen käyttöön suoraan koulutuksen perusteella. He ovat siis terveydenhuollon ammattihenkilöitä, vaikka eivät olisikaan ilmoittaneet tietojaan Valviran rekisteriin. Palkatessaan opiskelijan, työnantajan tulee tapauskohtaisesti arvioida tämän edellytykset työtehtävien hoitamiseen ja lisäksi jokaiselle opiskelijalle on kirjallisesti nimettävä kyseisen ammatin harjoittamiseen oikeutettu ohjaaja. (Valvira 2016.)

Opetus- ja kulttuuriministeriö on käynnistänyt sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämisen, sillä henkilöstön ammattitaito on keskeinen sote-uudistuksen onnistumisen sekä järjestelmän laadun ja vaikuttavuuden menestystekijä. Sote-osaamisen kehittämisprosessissa karotetaan osaamisen uudistamisen tarpeet ja varmistetaan, että niihin pystytään vastaamaan korkeakouluissa ja ammatillisessa koulutuksessa, sillä sote-uudistus muuttaa palveluja, työnjakoa eri toimijoiden välillä sekä osaamistarpeita. Opetus- ja kulttuuriministeriön tehtävänä on varmistaa, että koulutusjärjestelmä vastaa valtakunnallisesti yhteiskunnan tarpeita ja että muutoksessa ei aiheudu osaamisvajeita palvelujen ja toimintatapojen uudistuessa. Erityisiksi haasteiksi ministeriö on tunnistanut neuvonnan ja ohjauksen sekä kustannustietoisuuteen liittyvät osaamistarpeet. Palveluohjaus tulee huomioida jo koulutusvaiheessa ja maakuntien johon tarvitaan terveystalouden osaamista. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017.)

### 3 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmävalinnat

Tämä osio kuvaa opinnäytetyöprosessin käytännön toteutusta sekä käytettyjä menetelmävalintoja. Tässä opinnäytetyössä korostuu työn prosessimaisuus, joka näkyy kehittämisprosessin etenemisessä ja tutkimuksellinen ote tulee työhön tutkimustiedon hyödyntämisen, prosessin kuvaamisen ja toisaalta menetelmävalintojen kautta. Prosessin etenemistä työn eri vaiheissa pyritään tässä osiossa kuvaamaan niin, että lukijalle jäisi selkeä kuva prosessin etenemisestä.

Itse opinnäytetyöprosessi käynnistyi huhtikuussa 2017, kun osallistuin fasilitoinnin opintojaksoille. Ryhmässämme saimme tehtäväksi fasilitoida Laurea SOTE2020 -projektiryhmälle suunnatun työpajan, jossa tavoitteena oli Laurea SOTE2020 -vision kirkastaminen sekä sen poh-

jalta laatia strategia, jonka avulla sote-muutoksen mahdollisesti tuomat vaikutukset pystytään ennakoimaan ja implementoimaan osaksi Laurean arkea. Prosessin aikana ryhmämme toimeksianto laajeni toisen työpajan fasilitointiin sekä artikkelin kirjoittamiseen ICERI-konferenssiin ja lopulta myös tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Itse Laurea SOTE2020 -projektiryhmä oli käynnistänyt työskentelynsä maaliskuussa 2017 työpajatyöskentelyssä. Ensimmäinen ryhmämme fasilitoima työpaja pidettiin toukokuussa 2017 ja toinen työpaja pian sen jälkeen kesäkuussa 2017. Tämän jälkeen työskentely jatkui artikkelin valmistelun kautta ja ajatus tämän projektin jatkamisesta opinnäytetyöksi kypsä syksyn 2017 aikana. Syksy 2017 kului intensiivisesti aineiston analysoinnin ja opinnäytetyön kirjoittamisen parissa.

### 3.1 Opinnäytetyön lähestymistapa

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa kehittämistä lähestytään palvelumuotoilun keinoin. Tutkimuksellinen kehittämistyö tavoittelee toiminnallisuuden kautta käytännön korjauksia ja parannuksia sekä uusia ratkaisuja kehitettävään palveluun tai ilmiöön. Kehittämistoiminnan metodologia tarkoittaa niiden periaatteiden määrittelyä, jotka määrittävät millaista tietoa kehittämällä tuotetaan ja minkälainen kehittämistoiminnan todellisuus on. Tulosten merkitys perustuu siihen, miten ne siirtyvät käytäntöön. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19 - 20; Toikko & Rantanen 2009, 15-35.) Palvelumuotoilussa prosessi perustuu asiakkaan kuulemiseen sekä asiakasymmärryksen hankkimiseen monipuolisesti eri menetelmiä hyödyntäen (Schneider & Stickdorn 2010, 33 - 45).

Tutkimusstrategia on tässä opinnäytetyössä Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran (2008, 132-139) tyyppittelyn mukaan soveltava ja sitä tarkastellaan laadullisesta näkökulmasta. Tutkimusstrategia tarkoittaa tutkimuksen menetelmällisten ratkaisun kokonaisuutta, ja sen valinta riippuu tutkimustehtävästä tai tutkimuksen ongelmista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 132). Soveltavalle tutkimukselle on tyypillistä tuottaa tietoa käytännönläheisesti, ratkaista ongelmia, ennustaa vaikutuksia, kehittää ja testata palveluja sekä yhdistää eri metodeja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 133).

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja tutkimuksen kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti keräämällä aineistoa luonnollisissa tilanteissa. Aineiston hankinta korostaa tutkittavan äänen esiin pääsyä. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on joustava toteutus, jossa tutkimussuunnitelma muotoutuu usein tutkimuksen edetessä. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisena, mikä ohjaa myös aineiston tulkintaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 161-164.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta luodaan usein sanallisia

kuvauksia ja tulokset koostuvat tyypillisesti tutkijan tekemistä tulkinnoista määrälliselle tutkimukselle tyypillisten lukujen sijaan. (Kananen 2012, 29 - 30.)

### 3.2 Kehittämistyön tarkoitus

Opinnäytetyön lähtökohtana on Laurean tarve kehittää sote-alan koulutusta vastaamaan yhteiskunnallisen muutoksen tuomiin uusiin palvelu- ja osaamistarpeisiin. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus muuttaa sosiaali- ja terveysalan toimintakenttää ja nostaa esiin uusia osaamistarpeita. Laurea-ammattikorkeakoulu haluaa olla kärjessä luomassa uusia osaajia alalle ja siksi se haluaa toteuttaa kunnianhimoisen tavoitteen ”Parhaat SOTE-palvelut yhteiskehittämällä Uudellemaalle”. Tarvittavien muutosten aikaansaamiseksi Laureassa perustettiin Laurea SOTE2020 -projektiryhmä, joka koostuu Laurean sote-koulutuksen parissa toimivista johdon ja opetuksen asiantuntijoista. Sama projektiryhmä vastaa muutosten implementoinnista osaksi Laurean toimintaa.

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin kehittämistehtäviin:

1. Laurea SOTE2020 -vision kirkastaminen ja toimenpidesuunnitelman laatiminen sen toteuttamiseksi.
2. Tiedon tuottaminen sote-uudistuksen aikaansaamista uusista osaamistarpeista, jotka tulisi huomioida koulutuksen kehittämisessä.

Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Laurealle SOTE2020-visio ja sen pohjalta laadittu strategia, jonka avulla sote- ja maakuntauudistuksen aiheuttamat muutokset Laurean ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä on mahdollista ennakoida ja implementoida osaksi Laurean arkea. Sote-uudistuksen onnistuminen nojaa vahvasti työelämän kompetenssiin, minkä vuoksi myös koulutuksen tulee uudistua. Laureassa näitä muutoksia lähdettiin toteuttamaan palvelumuotoilua ja yhteiskehittämistä hyödyntäen. Työryhmän jäsenet osallistettiin kehittämään yhdessä visio ja toimintasuunnitelma sen saavuttamiseksi, jotta Laurea saavuttaa tavoitteensa sote-koulutuksen ja palvelujen kehittämisen edelläkävijyydestä.

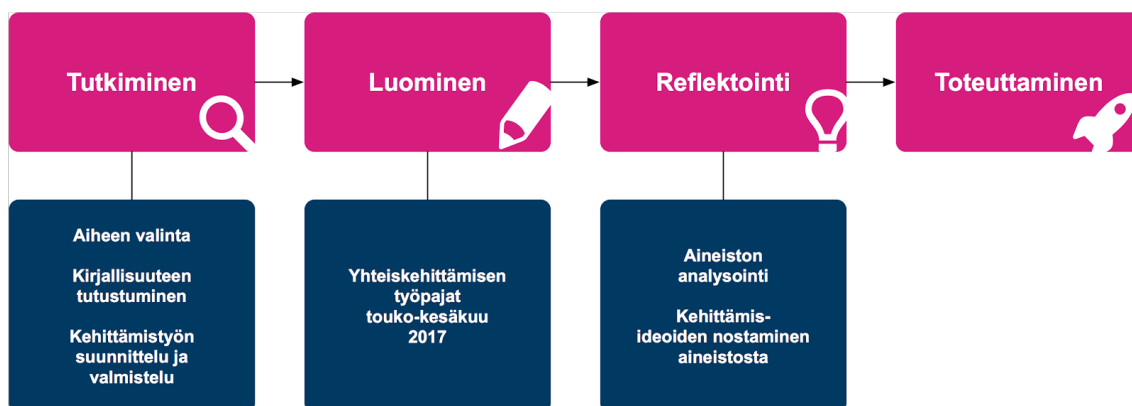
Opinnäytetyön toisena tavoitteena on sote-muutosta käsittelevään kirjallisuuteen peilaten tuottaa tietoa siitä, millaista uutta osaamista sosiaali- ja terveysalan koulutuksen pitäisi pystyä tuottamaan sote-uudistuksen tuomien muutosten myötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ehdotuksia siitä, miten koulutuksen pitäisi uudistua ja millaisia uudistuksia siihen pitäisi tehdä, jotta se vastaisi tulevaisuuden osaamistarpeisiin.

### 3.3 Palvelumuotoilu kehittämisen lähtökohtana

Palvelumuotoilu on monitieteinen ja kehittyvä lähestymistapa, joka sitoo yhteen eri tieteenalojen metodeja ja työkaluja (Schneider & Stickdorn 2010, 22). Siinä hyödynnetään muotoilussa käytettyjä menetelmiä käyttäjätiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä osallistamalla käyttäjät kehitystyöhön. Yhteissuunnittelun prosessissa asiakas rakentaa yhdessä yrityksen kanssa omaan toimintaympäristöönsä ja tarpeisiinsa sopivan palvelukokemuksen. Palvelumuotoilu korostaa käyttäjäkokemuksen eri osa-alueita kuten toiminnallinen ympäristö, merkitykset, käyttäjän persoona, sosiokulttuurinen konteksti sekä uutuusarvo. (Miettinen 2011, 21-26.)

Muotoilu on iteratiivinen prosessi, mikä tarkoittaa, että prosessin eri vaiheissa saattaa joutua palaamaan aiempaan tai jopa aloittamaan alusta, mutta tärkeää on oppia aiemmista virheistä. Palvelumuotoiluprosessin ensimmäinen vaihe tulisikin olla itse prosessin suunnittelu, koska prosessi riippuu olennaisesti siitä, missä kontekstissa palvelua suunnitellaan, mikä vaihtelee projektista toiseen. (Schneider & Stickdorn 2010, 115-117.) Palvelumuotoilun prosessissa korostuvat sosiaaliset taidot, empatia käyttäjää kohtaan, luovuus ja visuaalinen ajattelu. Muotoilija toimii sidosryhmien välillä koordinaattorina. Palvelumuotoiluprosesseista on esitetty erilaisia malleja ja käytettävä menetelmä valitaan aina käsillä olevan projektin mukaan. (Miettinen 2011, 32-38.) Yksi tapa käyttäjätiedon keräämiseen on yhteissuunnittelu. Mattelmäki & Vaajakallio (2011, 77) määrittelevät Mattelmäkeen (2007) viitaten, että palvelujen ideoinnissa yhteissuunnittelu tarkoittaa, että käyttäjät sekä eri alojen asiantuntijat ja toimijat otetaan mukaan suunnitteluprosessin eri vaiheisiin. Yhteissuunnittelusessiot ja -työpajat ovat yksi keino monialaisen asiantuntijajoukon osallistamiseksi suunnitteluprosessin eri vaiheisiin. Yhteissuunnittelua voidaan hyödyntää esimerkiksi yhteistyön parantamiseen ja yhteisen kielen löytymiseen, käyttäjälähtöisen asenteen kehittämiseen, uusien näkökulmien avaamiseen sekä verkostojen luomiseen. (Mattelmäki & Vaajakallio 2011, 79-81.) Yhteiskehittämisen työpajoissa tavoitteena oli luoda Laurea SOTE2020 -visio, jonka toteutuminen edellyttää koko henkilöstön sitoutumista, jotta tarvittavat muutokset implementoituvat käytäntöön. Siksi oli tärkeää, että työpajoihin osallistui eri asiantuntijaryhmien edustajia ja visiota rakennettiin yhdessä eri toimijoiden kanssa.

Tutkimuksellinen kehittämisvaihe tässä opinnäytetyössä pohjautuu Schneiderin ja Stickdornin (2010, 117-118) kuvaamaan nelivaiheiseen malliin. Se käynnistyy 1) tutkimisvaiheella jatkuen 2) luomiseen, 3) reflektointiin ja 4) toteutukseen. Kirjallisuudessa nousee esiin myös muunlaisia malleja kuten Tuulaniemen (2013, 130) viisivaiheinen malli. Schneiderin ja Stickdornin (2010, 117-118) mukaan erilaisten mallien taustalla on kuitenkin samanlainen ajattelutapa. Heidän mielestään muotoiluprosessista puhuttaessa pitää ylipäänsä suhtautua kriittisesti erilaisiin malleihin. Opinnäytetyössä toteutettiin prosessin kolme ensimmäistä vaiheita kuviossa 3 kuvatulla tavalla. Neljäs toteutusvaihe jää työryhmän vastuulle.



Kuvio 3: Opinnäytetyön kehittämistyön vaiheet Schneideria ja Stickdornia (2010, 117-118) mukailleen.

Muotoiluprosessin aikana tulee muistaa niin yksityiskohtat kuin kokonaisuus: yksityiskohtia työstäessä täytyy muistaa, että kosketuspinta kokonaisuuteen säilyy selkeänä. Lisäksi päätöksiä joutuu tekemään realiteettien ohjaamana; budjetti, resurssit sekä asiakkaan näkemykset. (Schneider & Stickdorn 2010, 117-118.) Sote-uudistuksen keskiössä on asiakaslähtöisten palveluprosessien kehittäminen, mikä kohtaa vahvasti palvelumuotoilun peruseräiteiden kanssa. Palvelumuotoilun etuna kehittämissuunnitelmissa on, että se on käyttäjakeskeistä ja pohjautuu yhteiseen kehittämiseen. Palvelumuotoilun hyödyntäminen kehittämissuunnitelmissa ottaa sidoryhmät mukaan projektiin ja pitää fokuksen asiakkaassa, minkä vuoksi palvelumuotoilu oli luonnollinen toimintatapa tähän kehittämissuunnitelmaan. (Schneider & Stickdorn 2010, 28-39.)

### 3.4 Aineisto

Opinnäytetyön aineisto rakentui kaksivaiheisesti. Ensimmäiseen kehittämistehtävään vastaava aineisto rakentui kolmessa yhteiskehittämisen työpajassa, jotka suunniteltiin kukin omien tavoitteiden pohjalta. Näin rakentui kehittämissuunnitelma, jonka pohjalta Laureassa voidaan jatkossa kehittää sote-koulutuspalveluita, jotka vastaavat mahdollisimman tehokkaasti tulevaisuuden osaamistarpeisiin.

Tämän jälkeen tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoitus oli vastata toiseen tutkimustehtävään sekä vahvistaa ja testata ensimmäisessä vaiheessa tuotettua tietoa kirjallisuuteen pohjautuen. Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi muodostui hakujen kautta kertynyt kirjallinen aineisto, jota käsiteltiin sote-uudistuksen ennalta määritettyjen kulmakivien kautta. Lopuksi aineisto vedettiin vielä yhteen ja tehtiin johtopäätöksiä siitä, millaisia uusia osaamistarpeita sote-uudistus luo alan toimijoille.

### 3.4.1 Yhteiskehittämisen työpajat aineiston keruumenetelmänä

Tämä opinnäytetyöprojekti koostui kolmesta fasilitoidusta työpajasta, joissa työryhmä loi yhteiskehittämistä hyödyntäen uuden vision vastaamaan sote-muutoksen tuomiin haasteisiin. Lisäksi työpajojen tuloksena syntyi toimintasuunnitelma uuden vision jalkauttamiseksi organisaatioon. Kolme Laurean ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijaa suunnitteli ja fasilitoi kaksi jälkimmäistä työpajaa. Ensimmäisen työpajan suunnittelusta ja fasilitoinnista vastasi Laurean henkilökunnan jäsen. Jokaisessa työpajassa käytettiin yhteiskehittämisen ja palvelumuotoilun keinoja ja työkaluja mahdollisimman hyvän vision luomiseksi Laurea-ammattikorkeakoulun muuttuvaan toimintaympäristöön.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston hankinnassa suositaan metodeja, joista tutkittavien ääni pääsee esille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 164). Palvelumuotoilu hyödyntää monipuolisesti syvälliseen ja oivaltavaan tiedon tulkintaan tähtääviä menetelmiä. Perinteisten ihmiskeskeisten tutkimusmenetelmien, kuten haastattelu, lisäksi innovatiiviset visuaaliset ja osallistavat menetelmät ovat muotoiluprosessissa keskeisiä työvälineitä. Esimerkkeinä tällaisista menetelmistä toimivat suunnittelutyöpajat, mallien rakentaminen, prototypointi ja muotoilu- luotaimet. (Stickdorn & Schneider 2010, 128 -129; Hämäläinen, Vilkkä & Miettinen 2011, 63 - 65.)

Yhteiskehittäminen (co-creation) on keskeinen työskentelymenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa palvelumuotoiluprosessin vaiheissa. Sen etuna on, että se tuottaa kehittämisen kohteena olevasta ilmiöstä alussa paljon ideoita, joita lähdetään jalostamaan konkreettisiksi kehittämiskohteiksi. Kehittämisen lisäksi yhteiskehittäminen voi lisätä merkityksellistä sitoutumisen tunnetta asiakkaissa. Yhteiskehittämisen vahvuus on myös, että siihen voidaan osallistaa niin asiakkaita, henkilöstöä, johtajia kuin suunnittelijoita. (Stickdorn & Schneider 2010, 198 - 199.) Mattelmäki ja Vaajakallion (2011, 77-80) mukaan yhteissuunnittelun (co-design) työpajat mahdollistavat muilla tiedonkeruumenetelmillä piilossa pysyvien ratkaisujen, ongelmien ja mahdollisuuksien näkyväksi tekemisen, jossa vahvuutena on erityisesti osallistujien omien näkemysten ja eri näkökulmien yhteentuoaminen.

### 3.4.2 Kirjallisuuskatsaus sitoo kehittämisen sote-uudistukseen

Opinnäytetyön toisessa vaiheessa tehtiin kirjallisuuskatsaus sote-uudistusta käsittelevästä kirjallisuudesta. Sitä varten määritin ensin sote-uudistuksen keskeiset tavoitteet ja muutokset,



joiden pohjalta kerätty tieto käytiin läpi systemaattisesti. Aineiston pohjana toimi ICERI-artikkelia varten tehty pohjatyö teoriakirjallisuuden hankkimiseksi ja aineisto täydentyi prosessin aikana olennaisella lähdekirjallisuudella.

Kirjallisuuskatsaus tehtiin työpajatyöskentelyn jälkeen, minkä vuoksi kiinnostuksen kannalta keskeiset aihepiirit muodostuivat rakentuneen Laurea SOTE2020 -vision aihepiirien pohjalta. Kirjallisuudesta pyrittiin hakemaan vahvistusta muodostuneelle visiolle ja toisaalta testata sen sisältöä kirjallisuuteen peilaten. Mielenkiinnon kohteiksi tässä opinnäytetyössä valikoitui sote-uudistuksesta palveluiden integraatio, valinnanvapaus, digitalisaatio sekä kustannustehokkuus, jotka näkyvät merkityksellisinä osatekijöinä myös Laurea SOTE2020 -vision sisällössä. Lisäksi uudistuksen kokonaisuuden ymmärtämisen kannalta merkityksellistä on ymmärtää uudistuksen tavoitteet ja alueuudistuksen periaatteet ja taustat, minkä vuoksi myös näitä aihepiirejä on käsitelty kirjallisuuskatsauksen tuloksissa.

Kirjallisuuskatsausta ei tehty systemaattisuuden periaatteiden mukaisesti vaan tavoite oli löytää aihetta käsittelevä olennainen kirjallisuus ja sen pohjalta rakentaa mahdollisimman kattava käsitys olennaisista sote-uudistuksen aihepiireistä sekä löytää jo muodostuneelle Laurea SOTE2020 -visiolle vahvistusta tai kritiikkiä. THL on julkaissut paljon sote-uudistukseen liittyvää aineistoa, jonka kävin prosessin aikana melko systemaattisesti läpi ja se toimikin hyvänä pohjana kirjallisuuskatsaukselle. Lisäksi hyödynsin hauissa googlea, kirjastojen tietokantoja sekä monipuolisesti eri artikkelitietokantoja kuten ProQuest central, EBSCO, Elsevier ja Terveystietokanta. Tavoitteena oli koota sote-uudistuksen eri toimenpiteisiin liittyvä hajanainen tieto tiivistetysti, ja peilata tietoa koulutuksen uudistustarpeisiin.

### 3.5 Aineiston analysointi sisällönanalyysillä

Tässä kappaleessa kuvataan tämän kehittämistyön aineiston analyysivaihetta. Aineiston analyysi eteni prosessin aikana iteratiivisesti kahden eri aineiston analyysin välillä keskustellen. Nämä analyysit toteutettiin hieman toisistaan eroavin periaattein, ja analyysivaiheiden eteneminen kuvataan prosessin etenemisen mukaisesti.

Aineiston analysointia tarvitaan tutkimuksen tulosten tulkintaan sekä tulosten käytännön merkityksen arvioimiseen (Metsämuuronen 2006, 65). Alasuutari (2007, 40-45) kuvaa laadullisen aineiston analyysin etenemistä havaintojen ja niiden tulkinnan kautta: aineistosta tehdään tutkimustehtävän kannalta olennaisia havaintoja, joita pelkistetään, karsitaan ja yhdistellään edeten tulkintojen ja merkityssuhteiden muodostamiseen tutkittavasta ilmiöstä. Tuomi & Sarajärvi (2002, 94) esittelevät kuvauksen laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin etenemisestä: Ensin täytyy päättää, mikä aineistossa kiinnostaa, mikä pohjautuu tutkimuksen tarkoi-

tukseen ja tutkimustehtäviin. Tämän jälkeen aineisto käydään läpi merkiten siihen kiinnostukseen sisältyvät asiat jättäen muun pois tästä tutkimuksesta. Merkityt asiat kerätään yhteen erilleen muusta aineistosta, näin muodostunut aineisto luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään ja kirjoitetaan yhteenveto. Näiden lähtökohtien pohjalta rakentuu tämän opinnäytetyön aineiston analysointi.

Tuomi & Sarajärvi (2002, 94) esittelevät kuvauksen laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin etenemisestä: Ensimmäinen täytyy päättää, mikä aineistossa kiinnostaa, mikä pohjautuu tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Tämän jälkeen aineisto käydään läpi merkiten siihen kiinnostukseen sisältyvät asiat ja muu jätetään pois tästä tutkimuksesta. Merkityt asiat kerätään yhteen erilleen muusta aineistosta, näin muodostunut aineisto luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään ja kirjoitetaan yhteenveto. Tutkijan rooli korostuu aineiston analyysissä. Puusan (2011, 114-117) mukaan tutkijan tehtävä on rakentaa hajanaisesta aineistosta yhtenäinen kokonaisuus tulkintojen ja johtopäätösten muodostamiseksi tutkittavasta ilmiöstä.

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, etsien eroja ja yhtäläisyyksiä sekä tiivistäen. Siinä tarkastellaan valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja, jotka voivat olla hyvinkin moninaisia; kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, muistioita jne. Tutkija etsii aineistosta ennalta määritellyn toiminnan logiikan pohjalta tyypillistä ja loogista kertomusta. Sisällönanalyysi pyrkii muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyn, laajempaan kontekstiin kytkeytyvän kuvan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103-107.) Tuomi & Sarajärvi (2002, 97-100) tuovat esiin kolme lähestymistapaa sisällönanalyysiin: aineistolähtöinen, teoriasidonnainen tai teorialähtöinen. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja, vaan ne valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun perusteella. Tutkimuksessa käytetyt metodit ohjaavat analyysiä sitoen sen teoreettisiin lähtökohtiin, mutta aikaisemmat havainnot tai teoriat eivät liity analyysiin tai lopputuloksiin, koska analyysi tapahtuu aineistolähtöisesti. Teoriasidonnaisessa analyysissä aikaisempi tieto ohjaa analyysiä, mutta sen merkitys ei ole teoriaa testaava vaan ennemminkin analyysin kautta avataan uusia ajatuksia aiempaan tietoon. Teorialähtöisessä analyysissä analyysi puolestaan nojaa tunnettuun teoriaan, joka määrittää esimerkiksi valmiiksi kategoriat, joihin aineisto suhteutetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97-100.)

### 3.5.1 Aineiston analyysin eteneminen

Aineiston analyysissä oli kaksi eri tavoin toteutettua analyysivaihetta, jotka etenivät opinnäytetyöprosessin aikana hieman lomittain sopien hyvin muotoiluprosessin iteratiiviseen luontee-

seen. Työpajatyöskentelyn tulokset analysoitiin ja työstettiin jatkokehittäväksi aina työpajan jälkeen ennen seuraavaa työpajaa, kuten työpajojen kuvauksessa aiemmin tulikin esiin. Kuitenkin tähän analyysiin palattiin opinnäytetyöprosessin edetessä kirjallisuuskatsauksen analyysin myötä, kun työpajatyöskentelyn tuloksia peilattiin kirjallisuuskatsauksesta nousseisiin teemoihin.

Edellä esiin nostettujen teoreettisten lähtökohtien pohjalta voi sanoa, että tämän opinnäytetyön aineiston analyysissä on käytetty teoriasidonnaista sekä teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Yhteiskehittämisen työpajoja koskevasta aineistosta havainnot ja tulkinnat tehdään aineistolähtöisesti, mutta analyysiä ohjaa aiempi tieto tutkittavana olevasta ilmiöstä, mikä kytkee analyysin teorian tietoon. Kirjallisuuskatsauksen osalta analyysiä ohjasi ennalta määritellyt käsitteet: aluejaon uudistaminen, palveluiden integraatio, valinnanvapaus, digitalisaatio ja kustannustehokkuus.

Työpajoissa pyrittiin ensin avaavassa työskentelyvaiheessa tuottamaan mahdollisimman laajasti tietoa tehtävänannon suunnassa ja työpajan edetessä ja osallistujat tiivistivät yhteiskehittämisen menetelmien kautta muodostunutta tietoa hallituiksi kokonaisuuksiksi. Tarkemmin tätä prosessin etenemistä eri työpajoissa on kuvattu seuraavissa alaluvuissa. Työpajoissa muodostunut aineisto analysoitiin ja tiivistettiin työpajojen tavoitteiden mukaisesti aineistolähtöistä sisällönanalyysiä hyödyntäen.

Kirjallisuuskatsauksen osalta kerätty aineisto teemoiteltiin ennalta määriteltyjen kiinnostuksen kohteiden mukaisesti alueuudistusta, palvelujen integraatiota, digitalisaatiota, valinnanvapautta ja kustannustehokkuutta käsitteleviin aineistoihin, joiden mukaisesti tulokset kirjoitettiin auki. Teemat nousivat työpajatyöskentelyn pohjaksi annetuista sote-uudistuksen kulmakivistä (Korhonen 2017). Aineisto koostui erilaisista työpapereista, kirjallisuuskatsauksista, tutkimusartikkeleista, selvityksistä ja lausunnoista. Aineistoa käsiteltiin kolmen keskeisen kysymyksen näkökulmasta: 1) mikä aiheessa on olennaista muutoksen ymmärtämisen kannalta, 2) mikä muutoksessa vaikuttaa sosiaali- ja terveysalan tulevaan osaamistarpeeseen ja 3) miten osallisuuden, yhdenvertaisuuden ja asiakaslähtöisyyden edistäminen näkyy käsiteltävässä teemassa. Tällä pyrittiin vastaamaan toiseen tutkimustehtävään, eli tuottamaan tietoa, miten sote-uudistus vaikuttaa alan tulevaisuuden osaamistarpeisiin. Kirjallisuuskatsauksen avulla kerätystä teorian tiedosta haetaan vahvistusta työpajatyöskentelystä muodostuneesta aineistosta tehtävien tulkintojen tueksi. Tavoitteena on, että aineistolähtöisten havaintojen ja teorian välillä käydään dialogista keskustelua, joka luo tulkinnoille merkityksen.

### 3.5.2 Ensimmäinen työpaja loi tavoitteet kehittämistyölle

Ensimmäinen Laurea SOTE2020-työpaja käynnistyi kartoittamalla projektin tavoitteet. Työpaja pidettiin maaliskuussa 2017 ja sen fasilitoi Laurean henkilökunnan edustaja. Tämän työpajan merkitys tämän opinnäytetyön kannalta on esiyymmärryksen rakentuminen niin meille opiskelijoille, jotka otimme fasilitointivastuun tämän jälkeen kuin myös Laurea SOTE2020 -työryhmän jäsenille.

Työpajassa syntyi yhteinen näkemys, että tavoite on yhteiskehittämistä hyödyntäen reagoida sote-muutoksen luomiin haasteisiin ja luoda parhaat sote-palvelut Uusimaan alueelle. Työskentelyä jatkettiin tarkentamalla, mistä ”parhaat sote-palvelut Uudellemaalle” käytännössä koostuvat, ja jatkettiin pohdintaa eri teemoista neljän kysymyksen kautta: 1) mitä Laurea voi tehdä, 2) mikä estää tai hidastaa Laurean toimintaa, 3) mikä mahdollistaa ja 4) millaisessa verkostossa Laurea toimii. Ensimmäisen työpajan tuloksena havaittiin, että opintosuunnitelmat vaativat paljon uudistuksia niin sisällöllisesti kuin siltä osin, miten kurssit on järjestetty. Uudistukset vaativat eri opintoalojen välistä yhteistyötä. Palvelumuotoilu käynnistyy harvoin asiakkaan kanssa, vaan muotoilijan ensimmäinen tehtävä on ymmärtää toimeksiantajan toimintakulttuuri ja tavoitteet. Lisäksi täytyy nimetä ongelma, jota lähdetään työstämään. Tämän jälkeenkään ei vielä lähdetä etsimään ratkaisua, vaan seuraava vaihe on todellisen ongelman tunnistaminen.

Onnistuneen palvelumuotoiluprosessin edellytys on ymmärtää käsiteltävä tilanne selkeästi nykyisen tai potentiaalisen asiakkaan kannalta. (Schneider & Stickdorn 2012, 120-121.) Ensimmäisen työpajan tuotokset toimivat pohjana niin työpajan suunnittelulle ja fasilitoinnille kuin myös työryhmän itsensä ajattelulle. Ensimmäisen työpajan tulosten pohjalta lähdettiin rakentamaan suunnitelmaa toisen työpajan toteutukselle, jossa tavoitteena oli muodostaa Laurean SOTE2020-visio sekä valita kärkilinjat koulutuksen uudistamiselle.

### 3.5.3 Toisen työpajan tavoitteena Laurea SOTE2020 -vision luominen

Työpajan suunnittelu käynnistyi tutustumalla edellisen työpajan tuloksiin sekä käymällä työryhmän vetäjien kanssa läpi tulevan työpajan tavoitteet. Työpajatyöskentelyn ja suunnittelun lähtökohdaksi annettiin Maakunta 2023 -visio (kuviokuva 4) sekä uuden soten kulmakivet, jollaisiksi oli Maritta Korhosen (2017) viitaten määritelty 1) vahva järjestäjä, 2) palvelujen integraatio, 3) valinnanvapaus, 4) kustannusten kasvun hillintä ja 5) digitalisaatio. Samalla selvisi, että ensimmäisen työpajan jälkeen sote-alan koulutuksista vastaavat opettajat ja kehittämisspäälliköt (yhteensä 12 henkeä) olivat kokoontuneet työstämään sote-koulutusten uudistamista seuraavien teemojen kautta: miten koulutusten sisältöjä ja toteutusta sekä henkilöstön osaa-

mista tulisi kehittää vastaamaan sote-uudistuksen tuomiin vaateisiin. Tämän keskustelun tuloksia ei työpajan suunnitteluun kuitenkaan ollut käytettävissä. Toisen työpajan tavoitteeksi tavoitteeksi toimeksiantaja antoi “synnyttää LaureaSOTE2020 visio, joka loisi reunaehdot Laurean sisäiselle ja ulkoiselle kehittämiselle toimintaympäristön rajussa muutoksessa”. Visio tulisi sisältää Laurean sote-kärjet, jotka näkyisivät kaiken toiminnan punaisina lankoina.



Kuvio 4: Työpajan suunnittelun pohjaksi annettiin sote-uudistuksen kulmakivet sekä Maakunta 2023 -visio, jonka tulisi näkyä myös Laurean SOTE2020 -visiossa. (Maakunta 2023 -visio)

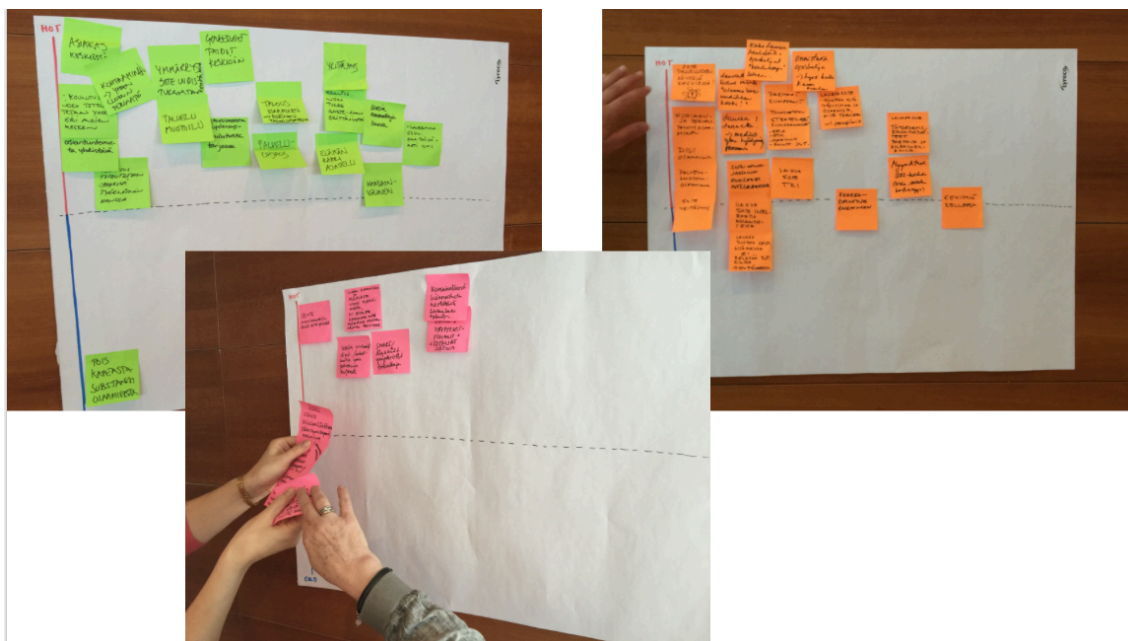
Työpajan suunnittelun pohjaksi loimme suunnittelutaulukon, johon rakensimme työpajan eri vaiheet ja niihin liittyvät tavoitteet ja suunnitelmat. Tämä työkalu auttoi huolehtimaan siitä, että jokaisessa vaiheessa oli selkeät tavoitteet ja että työpaja eteni johdonmukaisesti kohti päämääräänsä. Lisäksi suunnitelmassa sovittiin muun muassa työnjaosta työpajan fasilitoinnin osalta ja varmistettiin, että fasilitoinnin avaavat ja sulkevat vaiheet toteutuivat tarkoituksenmukaisesti ja tavoitetta palvellen. Työpaja rakentui kahdesta konvergentin eli avaavan ja divergentin eli sulkevan vaiheen jaksosta, joiden väliin oli suunniteltu pieni tauko. Näin rakentui työpajan tavoitteita ja energistä sekä tuloksellista työskentelyä tukeva toimintasuunnitelma työpajan fasilitointiin. Valmiit suunnitelmat käytiin läpi ohjaavien opettajien kanssa ja lisäksi työryhmän johtaja sai kommentoida suunnitelmia etukäteen. Saatujen kommenttien pohjalta suunnitelmaa vielä tarkennettiin ja hiottiin sekä varauduttiin erilaisiin vaihtoehtoihin skenaarioihin, jotta itse työpajassa olisimme mahdollisimman valmiita reagoimaan kaikkien mahdolliseen eteen tulevaan. Työpajan ohjeistuksessa sen kestoksi oli ilmoitettu kolme

tuntia, jota käytettiin suunnittelutyön pohjana. Työpajan alkaessa kävi ilmi, että aikaa olisi käytössä kaksi tuntia, joten suunnitelmaa muokattiin ja tiivistettiin työpajan aikana, jotta sovitussa aikataulussa pysyttäisiin.

Toinen työpaja pidettiin toukokuussa 2017 ja siihen osallistui 7 henkeä, joista yksi joutui aikataulullisista syistä poistumaan kesken työpajan. Osallistujat olivat niin johto- kuin asiantuntijatasen henkilöitä. Kolme YAMK-opiskelijaa toimivat työpajan fasilitaattoreina. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen esittelykierros käytiin työpajan alkuun, ja jokainen kertoi nimensä ja oman roolinsa työpajassa. Sen jälkeen esitettiin lyhyt orientoiva video siitä, mitä edellisessä työpajassa oli keskusteltu. Tällä pyrittiin tuomaan osallistujat tasavertaisesti aiheen pariin ja orientoitumaan käsiteltävään aiheeseen sekä herättämään osallistujien ajatukset ideointia varten. Tämän jälkeen asiaan pureuduttiin ideointityökalujen avulla. Ideointityökaluilla on tarkoitus rakentaa ideointiprosessia ja innostaa ryhmää ideointiin (Schneider & Stickdorn 2012, 174).

Jo suunnitteluvaiheessa havaitsimme, että kaikkien osallistujien äänen esiin tuominen on tärkeää huomioida fasilitointimenetelmiä valitessa. Yhteiskehittämisen työpajoissa pienryhmissä työskentely on tyypillinen toimintatapa ja onnistumisen kannalta on tärkeää, että osallistujat kokevat vapauden ilmaista itseään, mielipiteitään ja ideoitaan avoimesti (Stickdorn & Schneider 2011, 200 -201). Työryhmän jäsenenä oli niin johto- kuin asiantuntijatasen henkilöitä, jolloin ryhmän hierarkiarakenne voi vaikuttaa osallistujien näkemysten esille tuloon, mikäli menetelmiä ei valita huolellisesti ja työpajan alussa luoda oikeanlaista ilmapiiriä.

Työpajatyöskentelyssä hyödynnetään usein visualisointia ja ideointia helpottavia materiaaleja, jollaisena tässä työpajassa toimi alussa näytetty video. Syntyviä ideoita voidaan tarkastella, kommentoida ja jatkokehittää isommalla ryhmällä. (Stickdorn & Schneider 2011, 201.) Ideointi käynnistettiin me-we-us -työkalun avulla. Tämän tarkoituksena oli heti alusta lähtien mahdollistaa jokaisen osallistujan äänen kuuluminen työskentelyssä. Me-we-us mahdollistaa jokaiselle ensin rauhan ajatella asiaa itsenäisesti ja kasata omia ideoita paperille, jonka jälkeen on helpompi osallistua ryhmätyöskentelyyn, jossa ideoita jaetaan ja valitaan keskeisimmät työstettäväksi. Työpajassa jokainen osallistuja pohti ensin itsenäisesti kysymystä: Millaisena näet Laurean soten 2020? He kirjoittivat esiin nousevat ajatukset Post-IT-lapuille ja tämän jälkeen osallistujat jakoivat ajatuksensa parin tai pienryhmän kanssa. Tässä vaiheessa Post-IT -laput koottiin isommalle paperille ja myös uusia lappuja sai kirjoittaa, mikäli ajatuksia nousi esiin. Lopuksi jokainen pienryhmä jakoi esiin nousseet ajatukset koko ryhmälle keskustellen. Tämän työskentelyvaiheen tavoitteena oli herättää ajatuksia ja käynnistää yhteinen kehittäminen. Lisäksi tavoitteena oli saada koko ryhmä mukaan toimimaan. Näissä tavoitteissa onnistuttiin ja koko ryhmä lähti aktiivisesti ja energisesti ideoimaan annetun tehtävän asettelun mukaisesti.



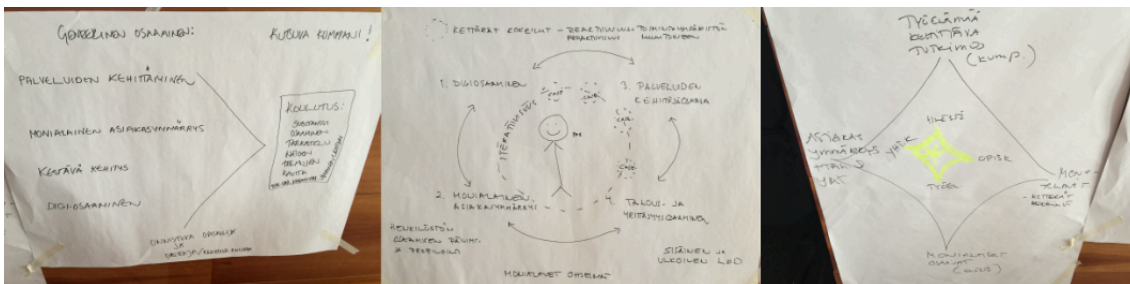
Kuvio 5: Visiota lähdettiin rakentamaan ideointityökalulla pienryhmätyöskentelynä. Post-IT -lapuille kirjoitettiin vision kannalta keskeisiä elementtejä, joiden merkitystä arvioitiin intuition assesment -työkalulla.

Työpajan seuraavassa vaiheessa post-it -lapuille kirjoitetut ideat arvioitiin pareittain. Tässä käytettiin työkaluna intuition assesment -työkalua, jossa syntyneet ideat järjesteltiin tärkeysjärjestykseen parin kanssa keskustellen. Työskentelyn tulos näkyy kuviossa 5. Tarkoituksena oli löytää vision kannalta keskeiset elementit ja näin kiteyttää olennainen vision rakentamista varten. Tämän jälkeen pareja ohjeistettiin rakentamaan Laurean sote2020 -visio edellä valituista elementeistä. Visiot laadittiin isolle paperille ja valmiit visiot laitettiin esille tilaan (kuvio 6). Tämän jälkeen jokainen osallistuja sai kolme ääntä, jotka sai jakaa haluamallaan tavalla visioiden kesken. Eniten ääniä saanut visio valittiin jatkokehittäväksi. Näin vision rakentaminen käynnistyi jokaisen omista ajatuksista rakentuen vähitellen yhteisen ajattelun kautta yhteiseksi visioksi. Lopussa jokainen pääsi vielä itsenäisen ja hiljaisen työskentelyn kautta vaikuttamaan tehtäviin valintoihin yhdenvertaisesti.



Kuvio 6: Ideoinnin pohjalta tärkeiden elementtien pohjalta pienryhmät rakensivat visiot, joista parhaaksi äänestettyä lähdettiin jatkokehittämään.

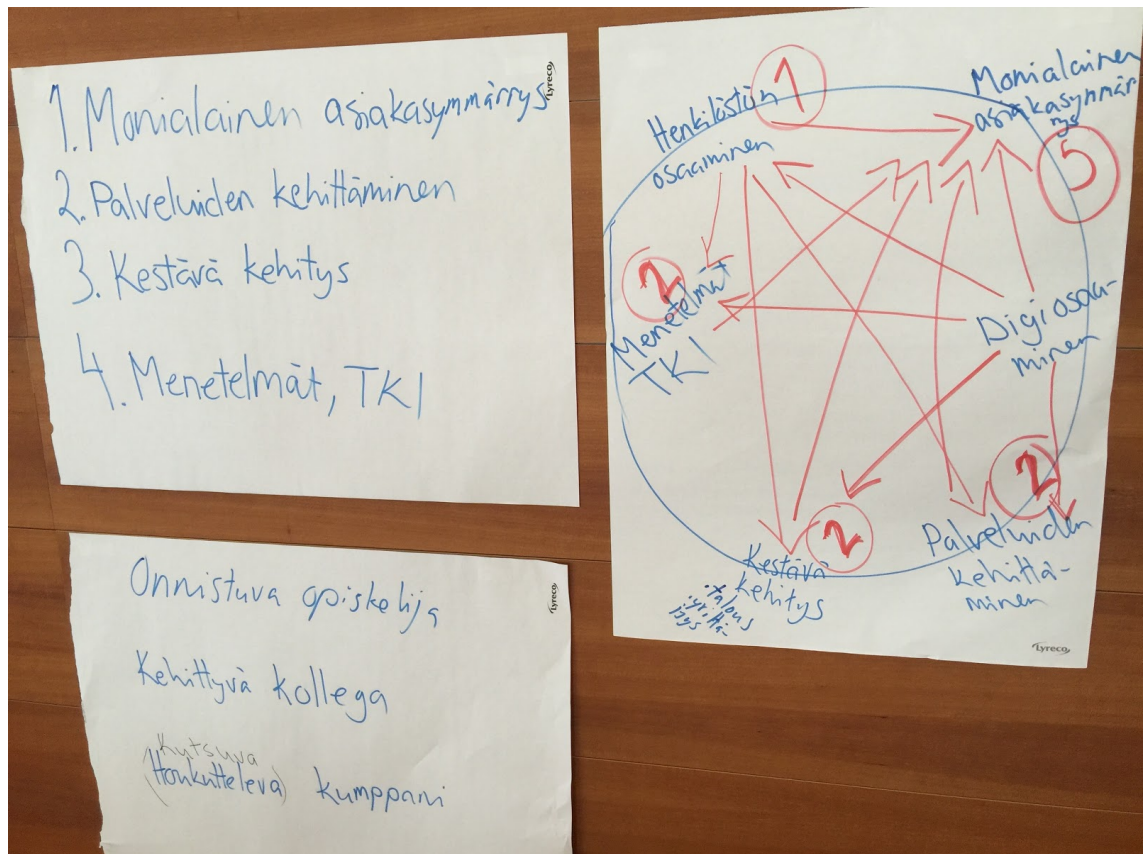
Vision rakentamisen jälkeen lähdettiin pohtimaan Laurean sote-kärkiä, joiden muodostaminen oli työpajan toinen keskeinen tavoite. Näitä kärkiteemoja lähdettiin pohtimaan idealogin avulla. Ideologia käytetään, kun tavoitteena on luoda yhteinen ymmärrys ihmisten välillä, sillä tärkeitä päätöksiä ei voida tehdä ilman yhteistä käsitystä tekemättä olevasta päätöksestä tai ongelmasta. Kyseessä on ryhmätyökalu, jonka avulla voidaan hyödyntää henkilöstön osaamista ja ideoita sekä sitouttaa heitä yrityksen strategiaan suunnitelmiin ja visioon. Ideoinnin haasteena on, että osallistujat ovat usein kiinnostuneita vain omista ideoistaan, mutta ideologin avulla kuunnellaan toisten ideoita ja varsinkin ymmärretään niitä, jonka jälkeen ideoita yhdistellään ja ryhmässä saadaan yhteisymmärrys siitä, mitkä ovat parhaita ideoita. (Nummi 2007, 62-65; Grape People.) Lopuksi jokainen ryhmä tiivisti näkemyksensä paperille kuten kuviossa 7 näkyy.



Kuvio 7: Laurea SOTE2020 -kärkiteemoja lähdettiin rakentamaan yhdessä muodostetun vision pohjalte ja ryhmillä oli vahvasti samankaltaisia näkemyksiä kärkiteemoista.

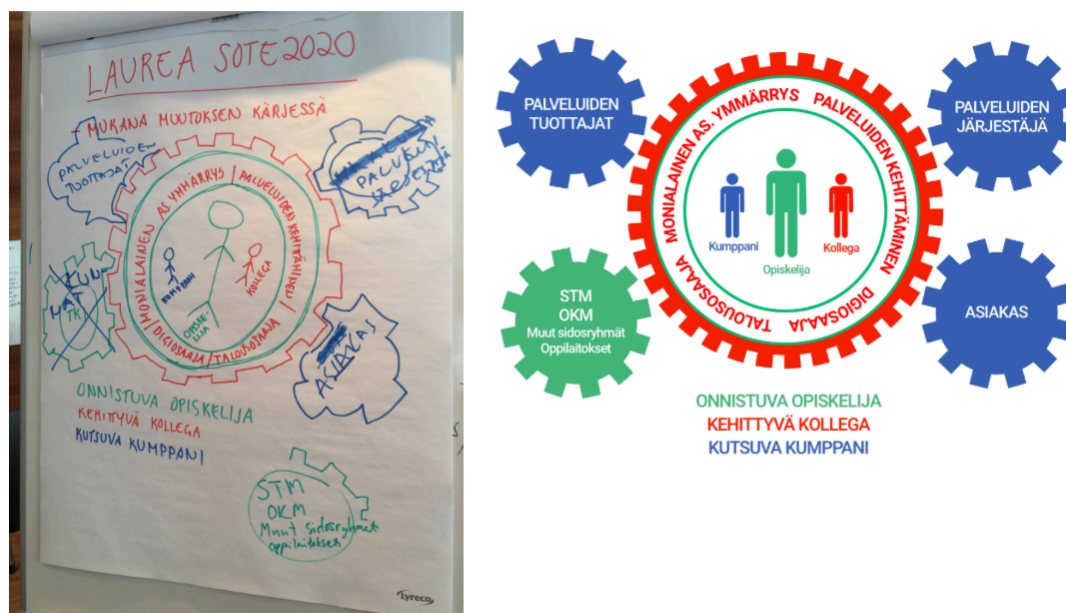
Ideologin jälkeen nousi esiin kuusi vahvaa teemaa. Tavoitteena oli tiivistää kärkiteemat korkeintaan neljään teemaan, joten näiden kuuden teeman välillä piti tehdä vielä valinta. Arvokellossa kaikki kuusi teemaa laitettiin ikään kuin kellotaulun ympärille ja lähdettiin teema kerrallaan vertaamaan teemojen merkitystä toisiinsa. (Kuvio 8) Jokaisen vertailun perusteella teemojen välille piirrettiin nuoli, joka osoitti tärkeysjärjestyksen: vähemmän tärkeästä piirrettiin nuoli kohti tärkeämpää. Näin tehtiin pareittain vertailu kaikkien kuuden teeman välillä ja saatiin valittua neljä kärkiteemaa ohjaamaan Laurean sote-kehittämistoimintaa.





Kuvio 8: Lopulliset kärkiteemat muodostuivat yhteisen keskustelun myötä arvokelloa hyödyntäen.

Työpajan lopuksi palattiin vielä keskustelemaan Laurean sote2020 -visiosta. Nyt visiota lähdettiin visualisoimaan paperille kokonaisuudeksi, jossa näkyivät myös hetki sitten valitut muutuskärjet. Työpajan lopuksi koko työryhmä oli tyytyväinen lopputulokseen, joka oli yhteisen kehittämistyön tuloksena saatu luotua. Työpajan lopuksi sovittiin, että fasilitaattorin luovat visiosta keskustelun pohjalta vielä piirretyn kokonaisuuden, joka toimitetaan ryhmälle arvioitavaksi. (Kuvio 9)



Kuvio 9: Toisen työpajan lopuksi alkuvaiheessa luotuun visioon palattiin ja sitä jatkokehitettiin. Työpajan lopussa visio oli rakentunut kuvion muotoon, ja siitä piirrettiin työpajan jälkeä tiivistetty versio kolmannen työpajan työskentelyn pohjaksi.

### 3.5.4 Toimenpidesuunnitelman rakentuminen kolmannessa työpajassa

Alunperin opiskelijoiden oli tarkoituksena fasilitoida ainoastaan yksi työpaja. Toisen työpajan lopuksi sovittiin kuitenkin kolmannesta työpajasta, jossa oli tarkoitus jatkaa edellisen työpajan tulosten kehittämistä. Toisessa työpajassa keskustelu pysyi tarkoituksellisesti aiheettomalla tasolla, mutta siellä jäi miettimättä, miten tarvittavat muutokset käytännössä toteutetaan ja millaisia toimenpiteitä olisi seuraavaksi tehtävä. Päätös kolmannesta työpajasta tehtiin, koska vision tarkoitus oli kehittää käytännössä toimintaa. Tarvittiin siis vielä strategia, jonka avulla visio voidaan saavuttaa ja toteuttaa. Aikataulusta sovittiin, että työpaja kestäisi tunnin, kutsu lähtisi samoille osallistujille ja samat opiskelijat fasilitoivat työpajan.

Kolmannessa työpajassa kesäkuussa sote-koulutusten kehittämistä lähestyttiin käytännölläisemmin. Osallistujat olivat osittain samoja kuin edellisessä työpajassa, mutta mukana oli myös joitakin uusia henkilöitä. Tämän työpajan tavoite oli luoda käytännön toteutussuunnitelma edellisessä työpajassa luodun vision implementoimiseksi käytäntöön. Työpajan suunnittelu toteutettiin samoin kuin edellisessä työpajassa. Työpajan tavoitteisiin peilaten rakennettiin ensin toimintasuunnitelma, miten työpajan tavoite saavutetaan ja suunnitelmataulukkoa hyödyntäen työpajan vaiheet rakennettiin suunnitelmaan. Työpajasuunnitelman rakenne oli pitkälti samankaltainen kuin edellisessä työpajassa, mutta koska käytettävä aika oli lyhyempi, konvergentit ja divergentit vaiheet toistuivat työpajassa kertaalleen.

Työpajan suunnitteluvaiheessa huomioitiin vahvasti ajatus muotoiluprosessin iteratiivisuudesta. Se ei koske ainoastaan prosessin kokonaisuutta, vaan iteratiivisuus näkyy eri vaiheissa, jokaisessa työpajassa ja jokaisessa yksittäisessä ideointisessiossa (Schneider & Stickdorn 2012, 123). Kolmannessa työpajassa iteratiivisuus tulee esiin erityisesti luomisen ja reflektion toistumisena työpajan eri vaiheissa. Luominen on prosessin tuottava vaihe ja liittyy keskeisesti sitä seuraavaan reflektion vaiheeseen. Näissä vaiheissa käytännössä testataan ideoita aina uudelleen ja nämä kaksi ovatkin iteratiivisessa prosessissa juuri ne useita kertoja toistuvat vaiheet. (Schneider & Stickdorn 2012, 122.)

Työpaja käynnistyi jälleen lyhyellä videolla, jossa palattiin siihen, mitä edellisessä työpajassa oli tehty. Edellisellä kerralla tuotettu visio oli välissä piirretty kuvalliseen muotoon ja sitä arvioitiin nyt uudelleen. Muotoiluprosessin luomisvaihe oli tuottanut edellisessä työpajassa vision, jota osallistujat olivat itsenäisesti reflektoineet toisen työpajan jälkeen. Nyt reflektiota jatkettiin yhteisen kehittämisen ja pohdinnan kautta dynaamista fasilitointia hyödyntäen. Laadittu kuva visiosta oli keskustelun ajan kaikkien nähtävillä ja esiin nousevat kommentit ja ajatukset kirjattiin ylös. Edelleen lopputulokseen oltiin kokonaisuudessaan tyytyväisiä, mutta myös muutamia korjauksia ja tarkennuksia tehtiin nyt, kun asia oli saanut hautua työpajojen välillä. Lisäksi paikalla oli ainakin yksi henkilö, joka näki vision nyt ensimmäistä kertaa, mikä toi keskusteluun myös tärkeitä uusia näkökulmia. Tehdyt muokkaukset liittyivät lähinnä sanavalintoihin ja visuaaliseen ilmeeseen, mutta pääsisältö säilyi samana kuin mihin edellisellä kerralla oli päädytty. Muutoksilla saatiin vielä terävöitettyä vision sanomaa ja viestiä, mikä tuntui työryhmästä merkitykselliseltä asialta. Tämä työpajan ensimmäinen vaihe myös auttoi osallistujia orientoitumaan ja paneutumaan käsiteltävään aihepiiriin sekä toi kaikki osallistujat samalle viivalle, mistä oli hyvä siirtyä jatkamaan työskentelyä.

Toimenpidesuunnitelman valmistelu käynnistyi backcasting-metodilla, ja tavoitteena oli luoda käsitys siitä, millaisia nykyisellään toimivia prosesseja on olemassa ja toisaalta millaisia uusia prosesseja tarvitaan vision toteuttamiseksi. Backcasting-metodi toimi tässä projektissa, koska tulevaisuuden visio oli jo tehty edellisessä työpajassa ja se toimi pohjana, josta lähdettiin miettimään askeleita taaksepäin: mitä toimenpiteitä vision toteutuminen edellyttää. Backcasting-menetelmässä tulevaisuuden visio toimii lähtökohtana ja siitä mietitään aikajanalla taaksepäin kohti nykyhetkeä. Se auttaa huomaamaan, millaisia muutoksia täytyy tehdä, jotta tulevaisuuden visio voidaan saavuttaa. Lopputuloksena voi syntyä erilaisia ratkaisuja, joita voidaan arvioida keskustelun kautta. (Joint Research Centre 2005.) Backcastingin avulla saatiin konkreettisia ja selkeitä toimenpiteitä, jotka olivat helposti siirrettävissä työpajassa yhdessä luotuun toimintasuunnitelmaan. SWOT päädyttiin suunnitelmasta poiketen jättämään pois, jotta aika riittäisi olennaiseen. Näin päädyttiin toimimaan, vaikka työpajan alussa aikatauluun saatiinkin enemmän joustoa. Käytännön toimintasuunnitelma toteutettiin toimenpidematriisin muodossa. Tavoitteena oli luoda yhteinen näkemys siitä, miten strategia jalkautetaan käytäntöön ja muodostaa seuraavat selkeät stepit eteenpäin. Tässä fasilitaattorit kirjasivat ylös

osallistujilta nousevia toimenpiteitä ja huolehtivat siitä, että toteutussuunnitelma tulee tehtyä riittävän huolellisesti ja vastuut toteutuksesta jaettua. Näin jokaisella oli työpajan jälkeen selkeä käsitys siitä, miten strategiaa työstetään eteenpäin tästä eteenpäin.

Yhteiskehittämisen työpajojen hyödyt tulivat selvästi esiin tässä projektissa. Erityisesti hyödyt konkretisoituivat kolmannessa työpajassa, kun toimenpidesuunnitelma konkretisoi työpajatyöskentelyn tulokset käytännön tasolle. Yhteiskehittäminen lähestymistapana helpotti päätöksentekoa ja osallisti koko työryhmän yhdenvertaisesti kehittämistyöhön. Työpajatyöskentelyn myötä osallistujille oli rakentunut selkeä, yhteinen käsitys tulevaisuuden visiosta, ja näin käytännön toimet vision toteuttamiseen ja jalkauttamiseen organisaatiossa löytyivät lähes luonnostaan.

#### 4 Opinnäytetyön tulokset

Tässä osiossa kuvataan opinnäytetyön tuloksia. Ensin käsitellään yhteiskehittämisen työpajojen tuloksia: Työpajojen tuloksena kehitettiin Laurea SOTE2020 -visio sekä toimenpidesuunnitelma sen implementoimiseksi käytäntöön. Suunnitelman implementoinnista vastaa projekti-ryhmä työpajassa sovitun toimenpidesuunnitelman mukaisesti.

Tämän jälkeen kuvataan kirjallisuuskatsauksen tuloksia sote-uudistuksen keskeisten kulmakivien kautta. Kiinnostus kirjallisuuskatsauksessa kohdistui erityisesti muutoksen aiheuttamaan uuteen osaamistarpeeseen alan toimijoiden keskuudessa. Tavoite on lopuksi koota yhteen kirjallisuuskatsauksen ja työpajatyöskentelyn tulokset ja antaa konkreettisia ajatuksia siitä, millaisiin tekijöihin koulutuksen kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota ja millaista uutta osaamistarvetta sote-uudistus mahdollisesti luo. Työpajoissa keskusteltiin paljon sote-koulutuksen uudistamisen tarpeesta, joka ei kohdistu ainoastaan sote-muutoksen aiheuttamaan muutokseen vaan kokonaisuudessaan työelämän kehitykseen ja uudistumiseen. Sote-uudistus tuntuu kuitenkin konkretisoivan tarpeen uudistumiselle.

##### 4.1 Laurea kehittää sote-koulutustaan vastaamaan uusia osaamistarpeita

Laurea SOTE2020 -visiota lähdettiin rakentamaan työpajatyöskentelyn kautta. Ensimmäisessä työpajassa luotiin yhteiset tavoitteet, joiden pohjalle visio rakennettiin toisessa työpajassa. Kolmas työpaja keskittyi vision toteutuksen konkretisoimiseen, ja siellä luotiin toimenpidematriisi vision implementoimiseksi.

#### 4.1.1 Tavoitteena ”yhteiskehittämällä parhaat sote-palvelut Uudellemaalle”

Ensimmäisessä työpajassa Laurean sote-työryhmän missioksi muodostui ”yhteiskehittämällä parhaat sote-palvelut Uudellemaalle”. Tämän ajateltiin koostuvan useista eri tekijöistä: Tarpeet tulee kartoittaa monipuolisesti ja palveluiden tulee vastata asiakkaan todellista tarvetta. Palvelut järjestetään tehokkaasti, palveluketjujen sekä prosessien tulee olla sujuvia ja yhteistyön eri toimijoiden välillä saumatonta. Lisäksi ajatukseen kuuluu lähipalvelut, joissa painotetaan ennaltaehkäisyä, toimintakyvyn laaja-alaista kehittämistä sekä asiakaslähtöisyyttä. Palveluihin tulee päästä tasa-arvoisesti ja tietojen käsittelyn olla läpinäkyvää. Tällaisesta kokonaisuudesta koostuvat Uudenmaan alueen parhaat sote-palvelut. Laurean toiminnan kehittämiselle tässä viitekehyksessä valittiin kaksi päälinjaa: 1) palveluverkko, valinnan mahdollisuus ja palveluintegraatio sekä 2) asiakkaan kyvykkyys, palveluohjaus, työntekijän vastuu/osaaminen ja asiakaslähtöisyys.

Molempia valittuja teemoja tarkasteltiin neljän näkökulman kautta: 1) mitä Laurea voi tehdä, 2) mikä estää/hidastaa, 3) mikä edistää toimintaa ja minkälaisessa verkostossa teeman ympärillä toimitaan. Palveluverkon osalta Laurea voi tuoda liiketoimintaosaamista kaikille aloille. Lisäksi Laurea tuo toimintatapojen kehittämisen oppimisen kohteeksi, korostaa opetuksessa verkosto-osaamista, antaa sote-täydennyskoulutusta ja on mukana sote-rakentamisessa. Laurean nähdään tuovan myös konkretiaa, digipalvelujen kehittämistä sekä itsearviointityökaluja palvelujen tuottajille. Laurean toimintaa näiden edistämisessä hidastaa tai estää osaamisen pirstaloituminen ja sektoroituminen sekä monialaisen näkemyksen ja osaamisen puute. Toisaalta mahdollistajina nähdään verkostoituminen ja monialaisen yhteiskehittämisen edistäminen. Kumppaneina toiminnan kehittämisessä ovat yritykset, pilotit, kolmas sektori, kaupungit sekä verkostot ja hankkeet.

Asiakaslähtöisyyden ja palveluohjauksen teeman alla Laurean nähdään voivan kehittävän uudenlaista osaamista tuottavaa koulutusta monialaistamalla opetusta ja integroimalla koulutusaloja sekä kartoittamalla opettajien osaamista. Palvelumuotoilu halutaan nähdä aidosti osana opetuksen kokonaisuutta. Lisäksi Laureassa nähdään olevan motivaatio muutoksen tekemiseen. Myös tämän teeman alla esteenä ja hidasteena nähdään liika sektoroituminen alojen kesken sekä muutosvastarinta ja vanhojen toimintamallien kankeus. Toisaalta mahdollisuuten nähdään se, että kehittämiseen käytetään resursseja, mikä myös ohjaa pakostikin muutoksen suuntaan. Lisäksi mahdollisuus muutokseen osallistumiseen nähdään muutoksen mahdollistajana. Kumppaneina tämänkin teeman alla ovat yritykset, pilotit, kolmas sektori, kaupungit sekä verkostot ja hankkeet.

#### 4.1.2 Laurea SOTE2020 -visio ohjaa kehitystyötä

Toisessa ja kolmannessa työpajassa sote-koulutusten kehittämistä lähdettiin rakentamaan ensimmäisessä työpajassa rakentuneen ymmärryksen pohjalta. Laurea SOTE2020 -vision rakentamisen pohjaksi nousi työpajan alussa laaja skaala erilaisia elementtejä ja teemoja, joista keskustelu ja vision rakentaminen lähti liikkeelle, kuten kuviossa 10 käy ilmi.



Kuvio 10: Työpajatyöskentelyn alkuvaiheessa nousseita elementtejä vision rakentamisen pohjaksi.

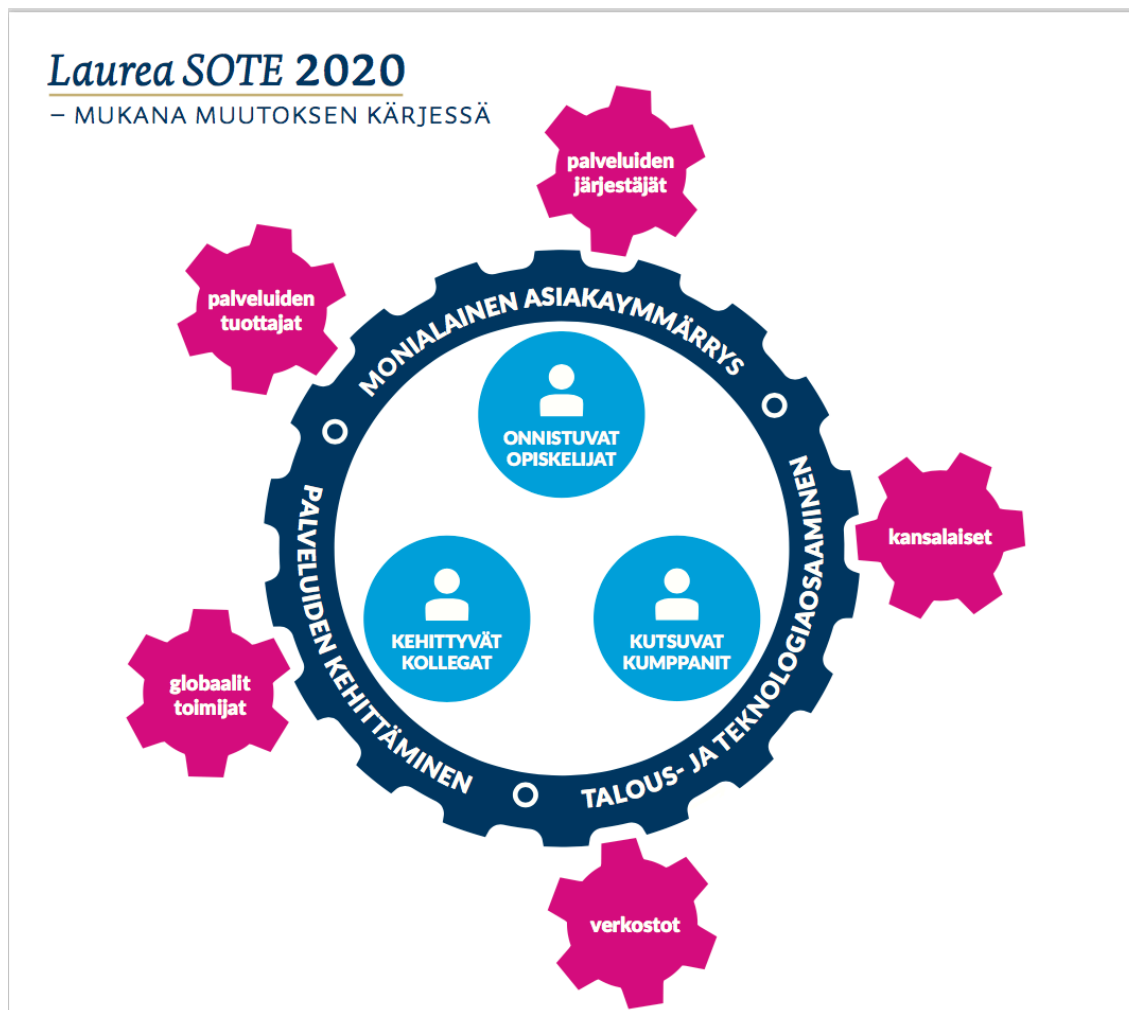
Näistä elementeistä rakentui ensimmäiset aihiot visiosta. Kaikissa kolmessa rakentuneessa aihiossa on paljon yhteneväisiä teemoja, mikä kertoo siitä, että ryhmässä oli jo alkuvaiheessa vahva yhteinen ymmärrys suunnasta, johon Laurean pitäisi mennä. Selvästi esiin nousevia teemoja oli asiantuntijuuden monialaistuminen, asiakaskeskeisyys, talousosaaminen sekä vahva kehittämisen näkökulma. Visioiden samankaltaisuudesta kertoo sekin, että äänestyksessä kaikki visioehdotukset saivat ääniä melko tasaisesti ja voittajavisio valikoitui vain yhden äänen erolla. Ryhmässä nousi heti keskustelua siitä, että kaikki visiot täydentävät toisiaan ja lopullinen visio on yhdistelmä kaikista ensin ehdotetuista.

Visio rakentui lopulliseen muotoonsa viimeisen työpajan myötä ja lopputulos näkyy kuviossa 11. Laurea SOTE2020 -visiota kuvaavaksi sloganiksi muodostui ”mukana muutoksen kärjessä”, mikä kiteyttää visiolla tavoiteltavan kokonaisuuden tiivistetysti. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla on tapahtumassa suuri muutos, johon tarvitaan mukaan myös oppilaitokset ja Laurea haluaa ehdottomasti olla kärkijoukossa mukana tekemässä tätä muutosta. Se ei kuitenkaan

halua tehdä muutosta yksin vaan yhdessä eri toimijoiden ja kumppanien kanssa. Laurea halua olla muutoksessa vahva edelläkävijä, joka toimii verkostoissa yhteistyössä.

Vision visuaalisen ilmeen rakentamisesta käytännössä vastasi Laurean markkinointi työpajassa rakennettujen raamien mukaisesti. Visuaalista ilmettä rakennettiin yhdessä fasilitaattoreina toimineiden opiskelijoiden ja Laurea SOTE2020 -työryhmän vetäjän kanssa. Vision visuaalissa toteutuksessa haluttiin tuoda esiin Laurean visuaalista ilmettä kaikin tavoin. Itse vision haluttiin ilmentävän liikettä ja eteenpäin menemistä, mikä kuvaisi halua jatkuvaan kehittymiseen ja kehittämiseen. Näin syntyi ajatus kehityksen rattaista, joissa Laurea on keskiössä pyörittämään ratasta. Tämä visuaalinen ilme tuo esiin myös sen, että Laurea ei yksin rakenna tätä kokonaisuutta, vaan eri toimijat ja verkostot ovat tärkeä osa kokonaisuuden toteutuksesta.

Vision perustana toimivat valitut kärkiteemat, joista ensivaiheessa nousi vahvimmin esiin kuusi teemaa: 1) henkilöstön osaaminen, 2) menetelmät ja TKI (tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminta), 3) kestävä kehitys, 4) palveluiden kehittäminen, 5) digiosaaminen sekä 6) monialainen asiakasymmärrys. Tavoitteena oli valita korkeintaan neljä kärkiteemaa, joten nämä kuusi asetettiin yhdessä keskustellen arvojärjestykseen arvokellon avulla. Yhteisen keskustelun perusteella työryhmä valitsi yksimielisesti Laurean keskeisiksi sote-kärkiteemoiksi: 1) monialainen asiakasymmärrys, 2) palveluiden kehittäminen, 3) kestävä kehitys ja 4) menetelmät ja TKI. Nämä kärkiteemat yhdessä aiemmin luotujen visioluonnosten kanssa auttoivat rakentamaan Laurealle sote2020-vision, joka nojaa valittuihin kärkiteemoihin. Jatkokehittämisessä ja yhteisissä keskusteluissa teemat tiivistyivät vielä niin, että kestävä kehitys sekä menetelmät ja TKI korvautuivat talous- ja teknologiaosaamisella, joka käsittää myös keskustelua herättäneen digiosaamisen. Digiosaamisen jääminen kärkiteemojen ulkopuolelle yllätti myös osallistujat ja yhteisessä keskustelussa se kuitenkin koettiin niin tärkeäksi, että myös sen tulee olla osa luotua visiota.



Kuvio 11: Työpajatyöskentelyssä rakentunut Laurea SOTE2020 -visio

Jo varhaisessa vaiheessa toista työpajaa nousi esiin kolme aiheeseen liittyvää hahmoa: onnistuva opiskelija, kehittyvä kollega ja kutsuva kumppani. Nämä hahmot nousivat vision keskustaan kuvaamaan niitä toimijoita, joiden kanssa kehitystyötä tehdään kiinteässä yhteistyössä. Opiskelija nähdään osaltaan Laurean asiakkaana ja mahdollisuuksien luominen opiskelijoiden onnistumiselle on opetustyön keskeinen tavoite. Tämän mahdollistaa itseään ja toisiaan kehittävät opettajat. Laurea haluaa olla verkostossa kumppani, jonka kanssa halutaan tehdä yhteistyötä ja toisaalta se haluaa löytää kansatoimijoikseen muita kutsuvia kumppaneita. Yhdessä nämä kolme tekijä mahdollistavat toisaalta toinen toistensa ja laajemmin koko Laurea SOTE2020 -vision toteutumisen.

Ulkorattaat kuvaavat sitä yhteistyötä ja niitä verkostoja, joita kokonaisuus tarvitsee onnistuakseen. Toisaalta siellä näkyvät toimijat, joiden ympärille sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö rakentuu: palveluiden järjestäjät ja tuottajat sekä kansalaiset. Toisaalta siellä näkyy koko se globaali toimintakenttä ja laajat verkostot, joissa Laurea sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudessa on vahvana toimijana ja kehittäjänä.



#### 4.1.3 Toimenpidesuunnitelma vision implementoinnin tukena

Kolmas työpaja päätettiin järjestää, jotta luodun vision toteuttamiselle saataisiin kehitettyä toteutussuunnitelma, joka varmistaisi vision toteutumisen ja muutoksen implementoimisen osaksi Laurean arkea. Tämä toteutettiin toimenpidematriisia hyödyntäen. Työpajassa muodostunut toimenpidematriisi on nähtävissä tämän opinnäytetyön liitteenä 3.

Yhtenä ensimmäisistä toimenpiteistä pidettiin nyt luodun vision lanseeraaminen julkisesti lisäämään henkilöstön ymmärrystä asian merkityksestä ja tärkeydestä. Lisäksi työryhmän joakanut tehtävä on implementoida visio käytäntöön ennakoimalla muutostarpeita ja monitoroimalla toimialan kehityssuuntia. Tämä vaatii luonnollisesti resursseja ja aikaa työskentelyyn, minkä varmistaminen on myös johdon tehtävä.

Käytännön opetuksessa näkyviä muutoksia tulee lähteä rakentamaan opetussuunnitelmien tarkastelulla sekä koulutusten yhteistoteutuksia rakentamalla. Tämä mahdollistaisi sen, että opiskeluprosessin aikana opiskelijalle rakentuu vision edellyttämä digi- ja talousosaaminen ja vision kannalta keskeisen monialaisten oppimiskokonaisuuksien kehittämisen. Työpajassa kävi ilmi, että Laurea on mukana sosiaali- ja terveysalan talouden kehittämishankkeessa, jonka tavoite on tuosa sote-talousosaaminen alan tutkintoihin. Hankerahoitukselle on saatu myöntävä päätös ja vastuu siitä jakautuu SOTE2020 -työryhmälle. Yhteistoteutuksia työryhmä haluaisi lähteä viemään eteenpäin pilottien ja kokeilujen kautta hyödyntäen ketterää kokeilukulttuuria, joka koettiin tärkeäksi osaksi uudistuksen onnistumista ja reaktiivista sekä proaktiivista kehittämistä. Tällaisia kokeiluja on jo menossakin Hyvinkään ja Lohjan kampuksilla. Tästä kehittämisalueesta vastaavat vararehtori, tutkintovastaavat, kehittämisspäälliköt sekä moduulivastuuhenkilöt.

Osaamisen ja asiantuntijoiden liikkuminen nähtiin myös tärkeänä kehittämisen kohteena ja toimenpiteenä vision toteutuksessa. On tärkeää tunnistaa henkilöiden osaaminen ja specialiteettialueet niin Laurean sisällä kuin ulkopuolella ja pystyä hyödyntämään tätä osana asiantuntijuuden kehitystä ja kehittämistä. Eri toimialueiden ja kampusten välillä liikkuminen tulisi työryhmän mielestä olla lehtoreille houkuttelevaa, jotta siitä muodostuisi yleinen toimintatapa. Lopputuloksena olisi kaikkia palvelevaa osaamisen jakamista, mikä näkyisi niin opettajille itselleen, opiskelijoille kuin ulkopuolisille kumppaneille ja verkostoille.

Vision ja toimenpidesuunnitelman implementoiminen käytäntöön on muutosprosessi, joka vaatii muutosjohtamisen hallintaa organisaation johdolta. Projektin onnistumisessa johtajuuden onnistuminen muutoksen implementoinnissa on keskeisessä asemassa. Tätä muutosjohtajuuden hallitsemista korostetaan myös koko sote-muutoksen läpiviennissä ja Laurean SOTE2020-projekti on osaltaan osa tätä muutosprosessia.

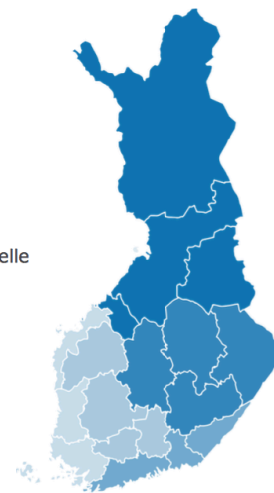
#### 4.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella kohti asiakaslähtöisempiä palveluja

Tässä opinnäytetyössä varsinainen kirjallisuuskatsaus tehtiin hieman poikkeuksellisesti työpajatyöskentelyn jälkeen. Työpajatyöskentelyn valmisteluvaiheessa toki perehdyttiin sote-uudistuksen periaatteisiin ja tavoitteisiin, jotta työskentelyä osataan ohjata oikeaan suuntaan. Laajempi kirjallisuuskatsaus tehtiin kuitenkin vasta työpajojen jälkeen, ja sen merkitys tässä kehittämistyössä on vahvistaa ja toisaalta testata työpajassa luodun vision onnistumista sote-uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta sekä herättää uusia ajatuksia kehittämislle.

Kirjallisuuskatsauksen mielenkiinnon kohteet valikoituivat työpajatyöskentelyn pohjaksi annettujen soten kulmakivien perusteella. Kuviossa 12 näkyy Pöystin (2017) mukaiset soten kulmakivet: 1) vahva järjestäjä, 2) palvelujen integraatio, 3) valinnanvapaus, 4) kustannusten kasvun hillintä ja 5) digitalisaatio.

## Uuden soten kulmakivet

- 1. Vahva järjestäjä**
  - 18 maakuntaa
- 2. Palvelujen integraatio**
  - Palvelut sovitetaan asukkaiden tarpeen mukaisiksi kokonaisuuksiksi
  - oikea hoito ja palvelu sekä sen edellyttämä osaaminen oikeaan aikaan
  - sujuva hoito- ja palveluketju väestön ja asiakkaiden tarpeen mukaan
- 3. Valinnanvapaus**
  - tuki asiakaslähtöisyydelle, itsemääräämisoikeudelle ja kilpailun hyödyntämiselle
- 4. Kustannusten kasvun hillintä**
  - kasvun taittuminen 3 mrd eurolla vuoden 2029 loppuun mennessä
  - oikea-aikainen palvelu
  - parhaiden käytännöt ja vaikuttavimmat palvelu- ja hoitomuodot
- 5. Digitalisaatio**
  - Arki on digitalisoitu
  - Tieto kulkee ja tietojärjestelmät ovat yhteentoimivia
  - Tiedolla johdetaan



Kuvio 12: Uuden soten kulmakivet määrittivät kirjallisuuskatsauksen kiinnostuksen kohteita. (Pöysti 2017)

Tässä opinnäytetyössä varsinainen kirjallisuuskatsaus tehtiin hieman poikkeuksellisesti työpajatyöskentelyn jälkeen. Työpajatyöskentelyn valmisteluvaiheessa toki perehdyttiin sote-uudistuksen periaatteisiin ja tavoitteisiin, jotta työskentelyä osataan ohjata oikeaan suuntaan. Laajempi kirjallisuuskatsaus tehtiin kuitenkin vasta työpajojen jälkeen, ja sen merkitys tässä kehittämistyössä on vahvistaa ja toisaalta testata työpajassa luodun vision onnistumista sote-uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta sekä herättää uusia ajatuksia kehittämislle.

Kirjallisuuskatsauksen mielenkiinnon kohteet valikoituivat työpajatyöskentelyn pohjaksi annettujen sotien kulmakivien perusteella. Kuviossa 12 näkyy Pöystin (2017) mukaiset sotien kulmakivet: 1) vahva järjestäjä, 2) palvelujen integraatio, 3) valinnanvapaus, 4) kustannusten kasvun hillintä ja 5) digitalisaatio.

#### 4.2.1 Palvelujen järjestämisvastuu siirtyy uudistuksen myötä kunnilta maakunnille

Sote- ja aluehallintouudistuksessa valmistellaan maakuntalakikokonaisuus, jolla säädetään muodostuvien 18 maakunnan itsehallinnon perusteista sekä niiden toiminnan rahoitusta koskeva sääntelystä. Samassa yhteydessä valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä koskeva järjestämislaki, jolla säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämisestä, ohjauksesta ja valvonnasta tarkoituksena yhdenvertaisten, kustannusvaikuttavien ja tuottavuudeltaan hyvien sosiaali- ja terveystalvelujen varmistaminen koko maassa. Osana uudistusta valmistellaan myös laki sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta sekä asiakkaiden ja potilaiden valinnanvapautta koskeva kokonaisuus. (THL 2016, 15.)

Tänä päivänä Suomessa on 295 kuntaa ja 190 sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiota, jotka vastaavat sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä verovaroin. Sote-uudistuksen jälkeen vuonna 2020 sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä vastaa 18 maakuntaa. (Vehviläinen 2017) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen (sote-uudistus) myötä palvelujen järjestäjien määrä vähenee merkittävästi samalla kun niiden koko ja väestöpohja kasvaa sekä taloudellinen kantokyky vahvistuu. Samassa yhteydessä toteutetaan sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaisintegraatio yhdistämällä järjestämisvastuu maakuntien tehtäväksi. (THL 2016, 7.)

Maakunnan tehtäviin kuuluu asukkaidensa hyvinvoinnin edistäminen, ja ne toimivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä yhteistyössä alueen kuntien kanssa. Kaikilla maakunnilla on järjestämisvastuu lakisääteisistä sosiaali- ja terveystalveluista poikkeuksena ensihoito, jonka järjestämisvastuu on kuuluu viidelle maakunnalle. Osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on mahdollista koota suurempiin kokonaisuuksiin yhdelle tai useammalle maakunnalle, mikäli se on palvelujen saatavuuden ja laadun sekä asiakkaiden oikeuksien varmistamiseksi välttämätöntä. Laajan ympärivuorokautisen sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen tuottamisvastuu kootaan järjestämislailla 12 maakunnalle eikä muilla maakunnilla ole oikeutta tuottaa näitä palveluja itsenäisesti. (THL 2016, 16.)

Sote-uudistuksen myötä rakentuva uusi kuntien ja maakuntien välinen työnjako jakaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tehtävää työtä uudella tavalla. Järjestämislakiluonnoksessa kuvataan erikseen kunnan ja maakunnan roolia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisyssä. Kunnan tehtäviin kuuluu useita erilaisia, terveyden ja hyvinvoinnin kentällä merkityksellisiä tehtäviä; esimerkiksi varhaiskasvatus, opetus, nuoriso ja liikunta. Sosiaali- ja terveystalvelujen siirtyessä maakunnan järjestämisvastuulle kunnilta siirtyy merkittävä resurssi ja osaaminen pois. Tämä voi vaikeuttaa poikkihallinnollista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinoitua kunnissa. (THL 2016, 30-31.) Käytännössä tulee ratkaista, miten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asiantuntijuuden saaminen kuntien käyttöön varmistetaan jatkossa.

Sote-alueiden määrästä on käyty laajaa poliittista ja asiantuntijatasoista keskustelua. Terveystalveluiden näkökulmasta 18 maakunnan määrää on pidetty liian suurena kun taas alue- ja yhteisöllähtöisen sekä paikallisten olosuhteiden tuntemista korostavan sosiaalityön osalta 18 aluetta on pidetty liian pienenä määränä. (Niemi 2016, 89). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) arvion mukaan palvelujen järjestämisvastuun siirtyminen nykyistä huomattavasti suuremmille toimijoille luo edellytyksiä parantaa sosiaali- ja terveystalvelujen yhdenvertaisuutta vähentämällä alueellisia ja paikallisia eroja palvelujen saatavuudessa, mikä voi pitkällä aikavälillä vastata tavoitteeseen alueellisen ja väestöryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventumisesta. (THL 2016, 7.) Kuitenkin sosiaalityalveluiden osalta tiedetään kotimaassakin, että järjestäjätahon koon kasvattaminen ei ole katkaissut sosiaalisen eriarvoistumisen kierrettä, vaan palvelut ja hyvinvointi ovat keskittyneet suurempiin keskuksiin reuna-alueiden jäädessä pimentoon (Kiveli 2014).

Useita eri palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen turvaaminen ja yhteensovittaminen on moniutuottajamallin ja maakuntien sekä kuntien vastuulla olevien palveluiden järjestämisen haaste. Lisäksi tiukka budjettikuri vaarantaa riittävien ja yhdenvertaisten palveluiden toteutumisen. (THL 2016, 8.) Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuun muuttuessa myös rahoitusvastuu muuttuu. Tämä saattaa vähentää kuntien toimenpiteitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Tähän on pyritty puuttamaan ehdottamalla kuntien valtionosuuteen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosaa, joka jaetaan toimintaa ja sen tuloksia kuvaavien indikaattoreiden perusteella. Maakunnille valtionrahoituksen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäkerrointa esitetään seuraavin perustein: 1) merkittävimpien kansansairauksien ehkäisy, 2) ikääntyvien toimintakyvyn edistäminen ja 3) syrjäytymisen ehkäisy. (THL 2016, 31-32.) Näin rahoituksen ohjauksella pyritään kannustamaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä niin kuntien kuin maakuntien vastuulla olevissa tehtävissä.

Käytännössä merkityksellistä on, millaiseksi järjestäjien keinot ja kyky palvelurakenteen ohjaamisessa muodostuvat ja miten valmisteilla oleva valinnanvapaus toteutetaan. THL kantaa huolta siitä, että kaikki maakunnat eivät uudistuksen käynnistyessä ole riittävän suuria ja vah-

voja järjestämistä vastuun kantamiseen. Lisäksi THL korostaa, että monipolvinen ohjausjärjestelmä monituottajamallin ja valinnanvapausjärjestelmän hallinnassa ei ole omiaan vahvistamaan perustason sosiaali- ja terveyspalveluja tai varmistamaan tasapainoista palvelurakennetta. Arviointi uudistukseen liittyvän lainsäädäntökokonaisuuden vaikutuksista on vielä tässä vaiheessa haasteellista, koska kokonaisuus on olennaisilta osin kesken. (THL 2016, 17-19.)

#### 4.2.2 Palvelujen yhteensovittaminen yhdenvertaisuuden ja kustannustehokkuuden pohjana

Sote-uudistuksen keskeisimpiä tavoitteita ja suurimpia muutoksia on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisintegraation toteuttaminen yhdistämällä palvelujen järjestämistä yhdelle alueelliselle päätöksentekijälle eli maakunnalle. Integraatio käsittää palveluiden järjestämisen lisäksi rahoituksen, tiedonkulun, palveluketjujen ja tuotannon yhteensovittamista, minkä lopputuloksena pitäisi muodostua asiakaslähtöisiä palveluketjuja ja -kokonaisuuksia. (Koivisto ym. 2016, 7; THL 2016, 17). Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan perus- ja erityispalvelujen yhteensovittamista ja horisontaalisella integraatiolla sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista. (Niemelä 2016, 98-99). Kansainväliseen kokemukseen peilaten uudistuksen odotetaan tukevan riittävien, yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen saatavuutta. (THL 2016, 17.) Norjassa toteutettiin vuonna 2001 listalääkäriuudistus vahvistamaan asiakkaan valinnanvapautta. Uudistuksen seurauksena potilaskontaktien määrä kasvoi samalla kun Norjan valtion menot kasvoivat verrannollisesti lisääntyneisiin kontakteihin, mikä tulkittiin seuraukseksi palveluiden saatavuuden parantumisesta. (Jonsson ym. 2016, 9).

Viime aikoina kunnat ovat sijoittaneet terveysasemien yhteyteen enenevässä määrin sosiaali- ja vanhuspalveluita kehittäen terveys- ja hyvinvointiasemia sekä sote-keskuksia. Näin paljon palveluita käyttävien pitkäaikaissairaiden palveluita on pyritty keskittämään yhteen paikkaan helpottamaan hoidon koordinoitua ja palveluprosessien kehittämistä. (Sinervo & Tynkkynen 2017) Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus toteutetaan jatkaen tätä asiakaskeskeistä palveluintegraatiota, jonka tavoitteena on sujuvat, asiakaslähtöiset ja hallintorajat ylittävät hoitoketjut, hyvinvoiva henkilöstö sekä toimivat tietojärjestelmät. Sosiaali- ja terveydenhuollon painopiste on ennaltaehkäisy sekä ihmisten vastuu ja mahdollisuus valintojen tekemiseen. Ikääntyneiden palveluissa painotetaan kotiin tarjottavia palveluja sekä omaishoidon vahvistamista. (Valtioneuvosto 2015, 18-26; THL 12/2016, 14.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos korostaa, että horisontaalisten ja vertikaalisten sosiaali- ja terveyspalvelujen integroimisen lisäksi on tärkeää varmistaa palvelujen integraatio suhteessa kuntien järjestämistä vastuulle jääviin palveluihin ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. (Eskola & Pekurinen, 2017.)

Palvelujen integraatiolla pyritään puuttumaan haasteisiin yhdenvertaisuuden toteutumattomuudessa, epätasa-arvoisuuden sekä heikosti koordinoituihin palvelukokonaisuuksiin paljon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla. Lisäksi integraation avulla toivotaan parannusta erikois- ja perustason haasteelliseksi havaittuun yhteistyöhön. Lain onnistunut toimeenpano edellyttää kansallista ohjausta, jota on mahdollista toteuttaa valtakunnallisesti asetettaville tavoitteilla ja niiden seurannalla. Toteutuessaan hyvin lakiluonnos mahdollistaa asiakaslähtöisten ja alueellisesti yhteensovitetun palvelujen tuottamisen. (THL 2016, 21-22.)

Järjestämisvastuun keskittäminen suuremmille järjestäjille luo mahdollisuuksia varmistaa palvelujen tarjonnan monipuolistuminen ja laatu. Samalla ammattirajat ylittävä osaaminen ja henkilöstön liikkuminen voivat lisääntyä ja muuttua joustavammaksi. Tässä keskiöön nousee palvelukokonaisuuksien järjestämisen saumattomuus eri toimijoiden välillä, mikä onnistuessaan lisää palvelujen vaikuttavuutta. Erityisosaamista vaativien palvelukokonaisuuksien kohdalla järjestäjäosaamisen vahvistuminen korostuu, mikä luo uudenlaisia edellytyksiä palvelujen esteettömyyden ja muun muassa digitaalisten ja mobiilipalvelujen kehittämiseksi. Väestöpohjan laajeneminen mahdollistaa paljon käytettyjen lähipalvelujen vahvistamista ja toisaalta vähemmän käytettyjen palvelujen keskittämistä kustannustehokkaasti samalla kaventaen alueellisia eroja palvelujen saatavuudessa. Palvelujen integraatiosta hyötyvät erityisesti ne kansalaiset, jotka käyttävät paljon erilaisia palveluja: monisairaat, vammaiset, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat ja lastensuojelun asiakkaat. (THL 2016, 25-27.)

#### 4.2.3 Digitalisaatiolla tuottavuusloikkaan

Hallitus on asettanut tavoitteeksi, että kymmenessä vuodessa Suomi on ottanut tuottavuusloikan digitalisaation ja normien purkamisen avulla. Digitalisaatiossa onnistuminen lisää julkisten palvelujen tuottavuutta ja tuloksellisuutta, vähentää paineita palvelujen leikkaamiselle sekä luo uusia mahdollisuuksia yritystoiminnalle. Valtio haluaa edesauttaa digitaalisen toimintaympäristön sekä innovaatio- ja palvelualustojen syntyä julkishallinnolle merkittävillä sektoreilla, kuten liikenne, terveydenhuolto ja oppiminen. Julkisten palvelujen digitalisoinnin myötä tiedonsiirtoa viranomaisten välillä parannetaan ja samalla kansalaisten oikeus valvoa ja päättää itseään koskevien tietojen käyttöä vahvistuu. Digitaalisten palvelujen käyttöön totuttomia tai kykenemättömiä kansalaisia autetaan. (Valtioneuvosto 2015, 26-27; Valtioneuvosto 2017, 8.)

Yksi sähköisten palvelujen lisäämisen tavoite on kannustaa kansalaisia itse huolehtimaan ja kantamaan vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Sähköisen tiedonhallinnan strategian tarkoitus on tukea tukea sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta kansalaisille kohdennettujen sähköisten palvelujen kehittämisessä ja kustannustehokkaan sekä vaikuttavan palveluraken-

teen muodostumisessa. (STM & Suomen Kuntaliitto 2014.) Valtiovarainministeriö on määritellyt digitalisaatiotatoimintatapojen uudistamisena, sisäisten prosessien digitalisointina sekä palveluiden sähköistämisenä. Lisäksi käyttäjälähtöisyys on olennainen osa digitalisaatiota, mikä edellyttää hallinnon kehittämistä niin sisäisen kuin ulkoisen asiakkaan näkökulmasta. Suomen julkishallinto edistää digitalisaatiota yhä systemaattisemmin ja sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset määrittävät digitalisaation hyödyntämistä sen hallinnonalalla. Digitalisaatiosta puhuttaessa on tärkeää muistaa, että se muuttaa maailmaa jatkuvasti ja esimerkiksi tekoäly ja robotiikka mahdollistavat täysin uudenlaisia digitaalisia palveluita jo vuonna 2025. (STM 2016, 4-5.)

Digitalisaation kautta julkisen ja yksityisen sektorin palvelut uudistetaan rakentaen ne käyttäjälähtöisiksi ja ensisijaisesti digitaalisiksi. Sähköisten palvelujen ja terveysteknologian hyödyntämistä tehostetaan myös omahoidossa ja neuvonnassa. Näin uudistuksen myötä yhteisillä varoilla saadaan enemmän terveyttä ja hyvinvointia. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 18-26) Digitalisaation kautta palvelujen tuottamiseen voidaan löytää täysin uusia tapoja ja tehostaa toimintoja. Kunta- ja uudistusministeri Anu Vehviläinen on nostanut digitalisaation keskeiseksi onnistumisen mahdollistajaksi toimintatapojen uudistamisessa, kestävyysvajeen korjaamisessa sekä integroiduissa sote-palveluissa. (Vehviläinen 2017) Tieto- ja viestintäteknologian kehityksen mahdollistama tuottavuushyöty saadaan soteen, jos sitä kyetään hyödyntämään niin, että palvelut onnistutaan järjestämään uudella, innovatiivisella tavalla. Liikkuvat digitaaliset palvelut tulee rakentaa niin, että ne tukevat asiakkaan kannalta saumattomasti alue- ja yhteisöllä lähtöistä sosiaalityötä ja terveyden edistämistä tuloksellisesti, kohdennetusti ja ovat saavutettavia. (Niemelä 2016, 99-100.)

Väestön ikääntyminen ja pidentynyt eliniänodote lisäävät tarvetta terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittämiseen. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävät henkilöt käyttävät paljon myös sähköisiä palveluita. Sähköisten palveluiden haaste on, että niiden ulkopuolelle uhkaavat jäädä iäkkäät, alhaisen koulutustason saaneet, työelämän ulkopuolella olevat sekä maaseudulla asuvat. Käytön esteitä ovat vaikeakäyttöisyys, taitojen ja välineiden riittämättömyys, mielenkiinnon puute sekä tarve henkilökohtaiselle palvelulle. Ammattilaisten näkökulmasta sähköisten järjestelmien heikkous on käytössä olevien eri järjestelmien yhteensopimattomuus, niiden vakaus ja käytettävyyden sekä tiedonkulun hankaluudet. Jotta sähköinen asiointi tukee yhdenvertaisuuden ja osallisuuden kehittymistä sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksessa, käytön esteet tulee ratkaista. (Hyppönen & Ilmarinen, 2016.)

#### 4.2.4 Valinnanvapaudella tavoitellaan osallisuuden edistämistä

EU:n potilasdirektiivin (2011/24/EU) tarkoitus on vahvistaa turvallisen ja laadukkaan terveydenhuollon saatavuutta ja EU:n jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä terveydenhuollossa. Potilasdirektiivin nojalla potilaat voivat saada rajat ylittävää terveydenhuoltoa, mutta vastuu asianmukaisen terveydenhuollon järjestämisestä kansalaisilleen on edelleen valtiolla eikä sen tarkoitus ole kannustaa hakemaan hoitoa oman kotimaan ulkopuolelta. (2011/24/EU.) Direktiivi on lisännyt painetta valinnanvapauden edistämiseen ja selkeyttämiseen myös kansallisella tasolla (Jonsson ym. 2016, 22). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä Suomeen luodaan valinnanvapauden mahdollistava lainsäädäntö antaen palvelun käyttäjille mahdollisuuden valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan palvelun. Valinnanvapaus koskee pääsääntöisesti kaikki perustason palveluja ja osittain erikoistason palveluja. Järjestämislakiluonnos määrittelee, että maakunnan tulee järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siten, että asiakkaalle jää mahdollisuus palvelun tuottajan valitsemiseksi kuten siitä erikseen säädetään (THL 2016, 14-19).

Tänä päivänä asiakkaalla on Suomessa mahdollisuus valita hoitopaikkansa kerran vuodessa yli kotikuntansa kuntarajan kunnallisten sekä kuntien ulkoistamien, yksityisten terveysasemien välillä. Tätä valinnanvapautta on käyttänyt n. 2-4 % väestöstä ja 8 % asiakkaista. Terveysasemien vaihtajat ovat pääasiassa palveluiden käyttäjiä ja he olivat usein pitkäaikaissairaita ja keskimäärin hieman huonokuntoisempia kuin keskimääräinen terveysaseman asiakas. Keskeisiä valintaperusteita olivat sijainti, hoidon laatu sekä lääkäri- ja hoitoaikojen saatavuus. (Vehko, Aalto & Sinervo 2016; Sinervo & Tynkkynen 2017, 58.)

Euroopassa valinnanvapaus on jo laajalti käytössä perusterveydenhuollon palveluiden yhteydessä. Ruotsissa ja Englannissa valinnanvapauden kehittämiseen on Suomen tapaan liittynyt ajatus yksityisten palveluntuottajien aseman parantamisesta ja markkinoiden edistämisestä. Suomalainen järjestelmä eroaa monesta muusta siinä, että suuri osa työikäisestä väestöstä ei käytä kunnallisia terveyskeskuksia lainkaan tai käyttää niitä vain vähän, koska heidän perusterveydenhuollon tasoinen palvelu on järjestetty työterveyshuollon kautta. Lisäksi suomalainen terveyskeskus poikkeaa muista maista verrattain laajan palveluvalikoiman vuoksi. (Sinervo & Tynkkynen 2017, 56-58). Muualta saadun kokemuksen pohjalta tiedetään, että laajaa valinnanvapautta sovellettaessa tulee tietyt peruskysymykset ratkaista kansallisella tasolla tai selkein maakunnallisin järjestelyin. Valinnan kohteena olevien palvelukokonaisuuksien laajuus on tuottajakunnan rakenteen kannalta keskeinen kysymys. Kovin laajat palvelukokonaisuudet voivat sulkea markkinoilta pois pieniä ja keskisuuria tuottajia kun taas kovin pienet palvelukokonaisuudet voivat pirstaloida palveluja vaikeuttaen asiakkaan kannalta mielekkään palveluketjun integraation. Pienempien tuottajien asemaa voidaan turvata esimerkiksi alihankintamenettelyin, mikä edellyttää maakunnalta osaamista tuottajasopimusten laadinnassa. Lisäksi



on tärkeää sopia kilpailuneutraliteetin varmistavat kriteerit sille, miten tuottajat pääsevät järjestelmän piiriin ja siitä pois. Keskeisiksi kysymyksiksi on nostettu myös korvausmenettelyjen periaatteet niin kansallisella kuin alueellisella tasolla, kuluttaja- ja potilasinformaation varmistaminen, yhdenvertaisuuden ja asemaltaan heikompien kuluttajien aseman turvaaminen sekä valvonnasta huolehtiminen. (THL 2016, 20; Jonsson ym. 2016, 23.)

Valinnanvapauden toteutuminen asiakkaiden kannalta mielekkäästi edellyttää, että asiakkailla on kaikissa tapauksissa todellisia valinnanvaihtoehtoja. (Jonsson ym. 2016, 22.) Suomessa terveysasemien asiakkaille tehdyn kyselyn perusteella asiakkaat haluavat valita niin hoitopaikkansa kuin hoitavan ammattilaisen (Sinervo & Tynkkynen 2017, 58). Väestötason kyselyssä valinnanvapaus ei kuitenkaan noussut tärkeimpien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteiden joukkoon vaan tärkeimpinä pidettiin peruspalvelujen vahvistamista sekä palvelujen sujuvuutta sekä yhdenvertaista saatavuutta (Aalto ym. 2016). Hallituksen linjaama valinnanvapauden edistäminen luo edellytyksiä asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeuden lisäämiseksi sekä palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseksi (THL 2016, 28). Englannissa on havaittu, että kilpailun lisääntyminen on parantanut johtamisen laatua ja sitä kautta kliinisiä tuloksia ja että laadullisiin tekijöihin kohdistunut kilpailu voi nostaa hoidon laatua ilman kustannusten kasvua. Lisäksi sosioekonomiset erot näyttävät kaventuneen valinnanvapauden myötä. (Whellams 2016) Ruotsissa perusterveydenhuollon palveluiden vapauttamisen on esitetty heikentäneen alueellista yhdenvertaisuutta jonkin verran lähinnä iäkkäiden yksinasuvien sekä yksinhuoltajien osalta, mutta kokonaisuudessaan vaikutusten on arvioitu olevan vähäisiä. (Isaksson, Blomqvist & Winblad, 2016.)

Palveluiden integraation ja valinnanvapauden yhteensovittamisesta on vähän tutkimusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen näkökulmasta keskeiseksi kysymykseksi muodostuu, miten valinnanvapautta ja palveluiden integraatiota painotetaan päätöksenteossa. Palveluiden laaja yhteensovittaminen voi olla hyödyllinen erityisesti paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kannalta. Samaan aikaan se on ongelmallista valinnanvapauden kannalta, koska laajasti palveluja tarjoavia sote-keskuksia ei voi olla kovin montaa, mikä rajoittaa asiakkaan valinnanvapautta. Palveluiden järjestämisen lisäksi on muistettava, että myös ammattilaisten toimintamallien on muututtava sellaisiksi, että ne tukevat palveluiden asiakaslähtöistä tuotantoa. (Sinervo & Tynkkynen 2017) Uudenlaisen ammattikulttuurin ja toimintamallien luomisessa koulutusjärjestelmä on keskeisessä asemassa.

#### 4.2.5 Tavoitteena kustannustehokkaat palvelut

Julkisesti rahoitetut terveydenhuoltojärjestelmät kamppailevat kasvavien vaatimusten ja resurssien riittävyyden ristitulella kaikkialla (Mäkelä, Saijonkari & Booth 2017, 4), mikä aiheuttaa tarpeen tehdä valintoja kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Keskustelua terveydenhuollon priorisoinnista on käyty 1980-luvulta alkaen niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin valtionhallinnon, palvelujen rahoittajien sekä palvelujen käyttäjien ja potilaiden edustajien keskuudessa (Mäkelä, Saijonkari & Booth 2017, 7).

Saarni & Vuorenkoski (2003) määrittävät priorisoinnin taustalla vaikuttavaan päätöksentekoprosessiin kolme eri termiä selkiyttämään aiheesta käytävää keskustelua: Priorisointi sinällään tarkoittaa asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen eli terveydenhuollossa esimerkiksi tietyn sairauden tai hoidon asettamista etusijalle. Terveydenhuollossa priorisoinnin syynä on usein tarve hallita kasvavia kustannuksia, minkä vuoksi Saarni & Vuorenkoski (2003) käyttävät tästä termiä säännöstely. Tehostamisella he puolestaan tarkoittavat tuotos-panossuhteen parantamista. Priorisointikeskustelussa on syytä muistaa, että vaikka priorisointi ja säännöstely voivat toimia järjestelmää tehostavasti, kaikki tehostaminen ei ole priorisointia tai säännöstelyä. (Saarni & Vuorenkoski 2003.)

Säännöstelyn ja tehostamisen yhteydessä käytetään usein termiä kustannusvaikuttavuus, jonka Booth, Aronen & Mäkelä (2017, 9-11) määrittelevät tarkoittamaan tehokkuusindikaattorilla arvioitua tehokkuutta tai sitä missä määrin palvelua voidaan pitää kustannusvaikuttavana tai ei-kustannusvaikuttavana. Kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa arvioidaan uuden toimintatavan kustannuksia ja vaikutuksia vanhaan (inkrementiaalinen kustannusvaikuttavuussuhde), jonka jälkeen päätöksentekijä tulkitsee tulokset arvopohjaisen mittarin avulla. Kustannusvaikutuksen Booth, Aronen & Mäkelä (2017, 10-11) puolestaan määrittelevät johtopäätökseksi intervention kustannusvaikuttavuuden arvioinnista.

Priorisointia ja säännöstelyä tehdään kaikilla terveydenhuollon tasoilla: Valtionhallinnossa (makrotaso) kyse on ensisijaisesti resurssien oikeudenmukaisesta jakautumisesta eri yhteiskuntalohkojen, potilasryhmien ja hoitojärjestelmien välillä. Yksittäisen ammattilaisen toiminnassa (mikrotaso) puhutaan yksittäistä potilasta koskevista päätöksistä. (Saarni & Vuorenkoski 2003.) Sairaanhoidopiireissä ja kuntatasolla (mesotaso) priorisoinnilla tarkoitetaan yleensä linjauksia siitä, millaisia hoitoteknologioita otetaan käyttöön tai poistetaan. Priorisointi näkyy myös hoitopolkujen rakentamisessa ja toimipaikkojen käytännöissä. (Mäkelä, Saijonkari & Booth 2017, 4.)

Palvelujen säännöstelyn keskeisiä syitä ovat terveydenhuollon menojen hallinta ja lisäksi kansalaisten tasa-arvon lisääminen (Booth, Aronen & Mäkelä 2017, 10-11). Päätökset ovat lähtö-

kohtaisesti poliittisia, koska niissä on kyse julkisen sektorin rahojen käytöstä. (Saarni & Vuorikoski 2003). Suomen terveydenhuoltomenot ovat viime vuosina kasvaneet bruttokansantuotetta nopeammin, mikä luo paineita julkisen talouden kantokyvyille. Terveydenhuollon palveluvalikoiman muotoilussa tulee arvioida palvelujen taloudellista arvoa. Kustannusvaikuttavuuden arviointi ei ota kantaa palvelun budjettivaikutuksiin, joten kokonaiskustannuksia tulee arvioida väestötasolla myös budjettivaikutusten kautta esimerkiksi huomioimalla taudin yleisyyttä kohdeväestössä. (Booth, Aronen & Mäkelä 2017, 10-11.)

Säännöstely voi olla avointa eli systemaattisesti, julkisesti ja selkein perustein tai selkeästi määritellyn prosessin tuloksena tehtyä päätöksentekoa, tai piilotettua, jolloin se verhotaan muuhun päätöksentekoon eikä taustalla ole määriteltyjä perusteita tai prosesseja (Saarni & Vuorikoski 2003). Piilosääntelyn on väitetty mahdollistavan joustavamman menettelytavan, luovan vähemmän jännitteitä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön väliseen suhteeseen sekä mahdollistavan paremmin potilaan yksilöllisten tarpeiden huomisen (Mechanic 1995). Avoimen säännöstelyn puolesta puhuu sen sijaan demokraattisuus, päätöksenteon ja perustelujen laadun lisääntyminen sekä päätöksiin sitoutuminen (Saarni & Vuorikoski 2003). Tieteellinen näyttö yksin ei ohjaa päätöksiä, vaan mukana on myös eettistä, yhteiskunnallista ja poliittista päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä. Tieteellisen näytön käyttäminen päätöksenteon tukena on kuitenkin tärkeää ja lisää läpinäkyvyyttä sekä yhdenvertaisuutta niin yksilön kuin järjestelmänkin tasolla. (Mäkelä, Saijonkari & Booth 2017, 4; Saarni & Gylling 2004.)

Palvelu voidaan jättää terveydenhuollon palveluvalikoiman ulkopuolelle, vaikka se olisi katsottu kustannusvaikuttavaksi ja toisaalta kustannusvaikuttavuudeltaan heikkoa palvelua voidaan silti tarjota muille perusteilla (Booth, Aronen & Mäkelä 2017, 15). Suomessa terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyyn käytetään kolmea pääperiaatetta: 1) lääketieteellinen tieto ja yhteiskunnalliset arvot, 2) vaikuttavuus ja turvallisuus ongelman vakavuuden nähden ja 3) eettiset ja organisatoriset tekijät sekä taloudellinen kokonaiskantokyky (Booth, Aronen & Mäkelä 2017, 8). Teknologisen kehityksen myötä tullaan usein tulokseen, että uusi teknologia on vaikuttavampi mutta samalla kalliimpi, ja sen käyttöönotto lisää terveydenhuollon kustannuksia. Menoja voidaan leikata ottamalla käyttöön kustannusvaikuttava palvelu, joka on aiempaa edullisempi, mutta samalla hoitotulokset heikkenevät, jos palvelu on vähemmän vaikuttava kuin ennen. (Booth, Aronen & Mäkelä 2017, 15).

Hallituksen linjauksen mukaan sosiaali- ja terveystalouden laaja asiakaskeskeinen integraatio on keskeinen keino kustannussäästöjen saavuttamiseksi. (Valtioneuvosto 2017, 41-42; THL 2016, 39). Kansainvälisesti tarkasteltuna integraation taloushyödyt eivät ole yksiselitteisiä. Palveluintegraatiolla voidaan saavuttaa kustannushyötyjä, kun palvelut voidaan rahoittaa sa-

masta budjetista. Kuitenkin laajassa kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että palvelujen käyttöä ja kustannuksia koskevat tulokset vaihtelivat paljonkin. (Mason, Goddard & Weaterly 2014. 12-15.) THL (2016, 45) arvioi, että uudistus voi hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon menoja sillä edellytyksellä, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen yhteensovittaminen onnistuu, johtaminen kehittyy, maakuntien saama rahoitus heijastaa väestön palvelutarpeita ja annetut kehysbudjetit pitävät.

## 5 Johtopäätökset ja pohdinta

### 5.1 Tulosten tarkastelua ja kehitysehdotuksia

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa, millaista osaamista sosiaali- ja terveysalan koulutuksen pitäisi pystyä tuottamaan vastatakseen sote-uudistuksen aiheuttamiin muutoksiin. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Laurealle SOTE2020-visio ja sen pohjalta laadittu strategia, jonka avulla sote- ja maakuntauudistuksen aiheuttamat muutokset Laurean ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä on mahdollista ennakoida ja implementoida osaksi Laurean arkea. Tähän tehtävään pyrittiin vastaamaan yhteiskehittämistä ja palvelumuotoilun mahdollisuuksia hyödyntäen.

Työn konteksti kiinnittyy valmisteilla olevan sote-uudistuksen ympärille. Uudistuksen tavoitteita ovat palveluiden integraatio, valinnanvapaus ja kustannustehokkuus. Taustalla merkitykselliseksi lähtökohdiksi nousevat kansalaisten osallisuuden tukeminen, asiakaslähtöisyyden lisääminen sekä yhdenvertaisuuden edistäminen yhteiskunnassa. Näiden lähtökohtien perusoikeutus pohjautuu lainsäädäntöön perustuslaista lähtien sekä erilaisiin kansallisiin ja kansainvälisiin sopimuksiin. Sote-uudistuksen tavoitteet ja periaatteet toimivat pohjana uusien osaamistarpeiden määrittymiselle ja sitä kautta luovat pohjan sote-koulutuksen uudistustarpeille. Sote-muutos haastaa alalla toimivat asiantuntijat kehittämään uusia toimintamalleja ja osaamista (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017). Se muuttaa merkittävästi sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristöä, mikä näkyy myös uudenlaisina osaamistarpeina ammattilaisten keskuudessa ja uudenlaisena tapana tehdä työtä. Asiakaslähtöisyyden sekä kansalaisten osallisuuden ja yhdenvertaisuuden korostuminen sote-uudistuksen myötä haastaa asiantuntijoiden osaamisen asiakasrajapinnassa.

Jauhiainen, Sihvo, Jääskeläinen, Ojasalo ja Hämäläinen (2017, 143-144) ovat määritelleet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulevaisuuden osaamistarpeita. Heidän mukaansa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen perusosaaminen rakentuu kuudesta perusosa-alueesta: 1) teknologinen osaaminen, 2) tiedonhallintaosaaminen, 3) asiakaslähtöinen palveluosaaminen, 4) vuorovaikutus- ja verkkoviestintäosaaminen, 5) ohjausosaaminen ja 6) myönteinen asenne uuden oppimiseen ja kehittämiseen. Tätä uutta osaamista oppilaitosten tulee kyetä tuottamaan niin uusille alalle valmistuville asiantuntijoille kuin myös täydentämään

alalla jo toimivien osaamisvajeita. Laurea SOTE2020 -visio vastaa Jauhaisen ym. näkemystä uusista osaamistarpeista ja Laurea on tämän pohjalta oikealla tiellä omassa muutosprosessissaan.

Eri lähteissä korostetaan johtamisosaamisen ja muutosjohtamisen hallintaa sote-uudistuksen onnistuneessa läpiviennissä (mm. Pöysti 2016, Nybondas-Kangas ym. 2017, Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017). Muutosjohtaminen sekä ketterät henkilöstöratkaisut tukevat muutosvalmiutta ja sopeutumiskykyä sekä vähentävät henkilöstön epävarmuutta. Valitettavasti mittavat organisaatiomuutokset saavuttavat niille asetetut tavoitteet vain harvoin ja myös vaikutukset henkilöstöön ja koko organisaatioon ovat negatiivisia usein huonon muutosjohtamisen seurauksena. (Nybondas-Kangas ym. 2017, 52-54.) Johtajuuden tai muutosjohtajuusosaamisen korostuminen ei nouse esiin tämän opinnäytetyön toiminnallisen työpajatyöskentelyn tuloksissa. Johtajuusosaamisen rakentumista osana sote-alan koulutusta kannattaisikin vielä miettiä Laureassa, jotta myös tähän osaamistarpeeseen pystytään vastaamaan.

Sote-muutosjohtajien tulisi olla työelämässä jo nyt valmistelemissa onnistunutta muutosta. Siinä mielessä koulutusjärjestelmä on myöhässä, jos se vastaa tähän osaamistarpeeseen vasta nyt. Muutos ei käynnisty vasta vuonna 2020, vaan sitä tehdään juuri nyt ja siksi myös jatko- ja täydennyskoulutuksen merkitys korostuu osana osaamisvajeen ennaltaehkäisyä. Kuntatyöntekijien selvityksen mukaan vuonna 2016 täydennyskoulutukseen osallistui 71 % sosiaali- ja terveydenhuollon koko henkilöstöstä, ja ammattiryhmittäin tarkasteltuna eniten täydennyskoulutusta saivat lääkärit, hammaslääkärit ja muut korkeasti koulutetut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön edustajat. Vuoteen 2015 verrattuna täydennyskoulutukseen osallistuneiden määrä kasvoi 1,6 prosenttiyksikköä. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2017.) Laurea pyrkii vastaamaan myös tähän sosiaali- ja terveydenhuollon johtamishaasteeseen YAMK-koulutusohjelmalla, joka käynnistyy tammikuussa 2018. Koulutus pyrkii vastaamaan juuri sote-muutokseen myötä esille tuleviin osaamistarpeisiin, jossa johtamisosaamisessa korostuu muutoksen hallinta ja lähijohtaminen. Lisäksi koulutus pyrkii vastaamaan yhteiskunnallisesti laajempaankin muutokseen liittyviin megatrendeihin monikulttuurisuuden lisääntyminen sekä moniammatillisen yhteistyön lisääminen sosiaali- ja terveysalojen välillä. (Laurea 2017.) Tämä uusi koulutusohjelma on tärkeä esimerkki siitä, mitä konkreettista Laurea SOTE2020 -projekti on tuonut tullessaan. Laurea on reagoinut keskeiseen tiedostettuun osaamistarpeeseen ja rakentanut sen ympärille tarvittavaa osaamista tuottavan ja yhteiskunnalliseen tarpeeseen vastaavan koulutusohjelman.

Sote-uudistukseen liittyvä tavoite palvelujen digitalisaatiosta haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten teknologisen osaamisen. Jauhaisen ym. (2017, 143-144) mukaan perusvalmiuksien lisäksi tarvitaan media- ja digitaalista osaamista sekä ohjelmien kokonaisvaltaista osaamista ja kattavaa käyttöä. Digitaalisuus tulisi näkyä perusosaamista tuottavassa

koulutuksessa läpileikkaavana niin, että se tuottaa perusosaamisen lisäksi Jauhiaisen ym. peräänkuuluttamia taitoja. Laurea SOTE2020 -visiossa teknologiaosaaminen kytkettiin osaksi talousosaamisen ydinaluetta. Näiden osaamisalueiden kytkeminen toisiinsa onkin huomionarvoisen seikka, sillä teknologian kehittyminen ei aina tarkoita kustannussäästöjä (Booth, Aronen & Mäkelä 2017, 15). Yksi mahdollisuus digitaalisten taitojen kehittämiseen on verkossa tapahtuvien oppimismahdollisuuksien lisääminen. Tällaisten kokeilujen kokemuksia jaettiin myös Laurea SOTE2020 -työryhmän työpajoissa, joissa digitaalisuuden ja verkko-opintojen lisääminen nähtiin yhtenä tärkeänä koulutuksen kehittämisen työkaluna. Turun ammattikorkeakoulu on aloittanut sosionomeille ensimmäisen täysin verkossa tapahtuvan koulutuskokonaisuuden syksyllä 2017 ja Laureassa vastaava verkko-opintokokonaisuus käynnistyy tammikuussa 2018.

Digitaalisuuden lisääntymiseen liittyen opetuksessa on tärkeää huomioida myös kehittyvät digipalvelut ja niihin liittyvä uudenlainen osaamisen tarve. Ei riitä, että opiskelija itse hallitsee itse teknologian käytön, vaan hänellä täytyy olla osaaminen myös asiakkaan tukemiseen palvelujen käytössä. Asiakaslähtöistä palveluosaamista kuvastavia osaamisalueita ovat tietoisuus sähköisistä palveluista ja työkaluista, sähköisten palvelujen käytön osaaminen, tiedon ja osaamisen soveltaminen, asiakaslähtöinen työskentelytapa sekä digitaalisiin palveluihin liittyvä eettisyysosaaminen (Jauhiainen ym. 2017, 143-144). Sosiaali- ja terveysalan koulutus nykyisellään ei täysin vastaa näihin uusiin osaamisvaatimuksiin ja koulutuksen kehittäminen tästä näkökulmasta on tärkeää. On tärkeää, että ammattilaiset saavat edellä mainitut taidot perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen aikana, joten koulutukseen tarvitaan entistä enemmän tiedonhallintaa, tietosuojaa ja -turvakoulutusta sekä tietojärjestelmien käyttöön liittyvää opetusta. Lisäksi organisaatioiden kehittämisen kannalta pitkäjänteinen osaamisen kehittäminen korostuu, mihin oppilaitokset voivat myös tuoda työkaluja organisaatioille jatkokoulutuksen ja kehittämisprojektien kautta.

Jauhiainen ym. (2017, 143-144) nostavat oman skenaariotyöskentelyyn pohjautuvan tutkimuksensa pohjalta digitaalisiin palveluihin liittyvän eettisyysosaamisen tulevaisuuden osaamistarpeeksi. Lisäksi etiikan ja arvojen merkitys ammattilaisten osaamisessa korostuu, jotta sote-uudistuksen tavoitteisiin asiakkaiden osallistumisen, yhdenvertaisuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämisestä päästäisiin. Etiikan ja arvomaailman opetuksessa ja sisäistämisessä tulisi korostua näiden sote-uudistuksen taustalla vaikuttavien arvojen merkitys, jotta ne siirtyisivät konkreettisesti osaksi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten toiminnan arkea eikä sote-uudistus jäisi pelkäksi korulauseisiin verhotuksi säästömekanismiksi. Esimerkiksi kuntoutuksessa on viime vuosikymmenten aikana tapahtunut paradigman muutos asiantuntijakeskeisestä vuorovaikutukseen keskittyneestä vajavuuskeskeisestä toimintamallista kohti asiakkaan kokemuksellisuutta, aktiivista osallisuutta ja voimavaroja tukevaa lähestymistapaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 24-27.) Tällainen toimintakulttuurin muutos vaatii kuitenkin aikaa eikä se vielä ole täysin rantautunut koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakentän perustaksi. Sote-uudistus haastaa sosiaali- ja terveysalan toimijoita edelleen muutokseen asiakkaiden

roolin korostuessa ja tässä muutoksessa onnistuminen vaatii vankkaa yhteistä arvopohjaa, jossa korostuvat osallisuus, yhdenvertaisuus ja aito asiakaslähtöisyys. Sen vuoksi jo koulutusvaiheessa on tärkeää luoda vahva pohja tämän arvomaailman rakentumiselle ja toisaalta haastaa alalla jo toimivia ammattilaisia pohtimaan toiminnan arvopohjaa ja eettisyyttä tästä näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveysalan uudistuksen keskeisimpiä tavoitteita on mahdollisimman kattava palveluiden järjestämistä, rahoitusta ja tiedonkulkua koskeva integraatio, jonka tarkoitus on tuottaa järjestelmällisesti toimivia, saumattomasti yhteentoimivia ja asiakkaan tarpeisiin vastaavia palvelukokonaisuuksia (Koivisto ym. 2016, 7-8). Laurea SOTE2020 -visiossa niin asiakasymmärrys kuin palveluiden kehittäminen nousevat keskeiseen asemaan, mutta sisällössä on tärkeää huolehtia myös palveluohjausosaamisen kehittämisestä ammattilaisten keskuudessa. Palvelujen integraatio muuttaa palveluketjuja ja -verkkoja sekä niihin liittyviä prosesseja, mikä lisää osaamisen näkökulmasta tarvetta monialaisen asiakasymmärryksen lisäämiselle sekä ohjausosaamiselle. Opetus- ja kulttuuriministeriö (2017) peräänkuuluttaa palveluohjauksen roolia jo koulutuksessa, jotta sote-uudistuksen hyödyt toteutuvat. Jauhiainen ym. (2017, 143-144) korostavat ohjausosaamisen osaamistarpeena avoimuutta asiakkaan motivointiin, motivointi- ja ohjaustaitoja sekä erilaisten ohjausmenetelmien hallintaa. Koulutuksessa tähän osaamisen kehittämistarpeeseen tulisi vastata monialaisilla, sektorirajat ylittävillä oppimiskokonaisuuksilla, jotka tukevat riittävän laajan, monialaisen kokonaiskuvan rakentumista, mikä toimii laaja-alaisen ohjaustyön sekä moniammatillisen yhteistyön pohjana.

Moniammatillisten tiimien yhteistyössä on tutkimuksissa havaittu haasteita, ja yhtenä selityksenä on esitetty, että moniammatillisen yhteistyön haasteet johtuisivat ammattilaisten erilaisesta kielestä, kulttuurista ja arvoista (Rovio-Johansson & Liff 2012). Tämän vuoksi eri ammattiryhmien välisen yhteistyön rakentumiseen on tärkeää luoda mahdollisuuksia jo koulutuksen aikana. Palvelujen yhteensovittaminen edellyttää toimintatapojen ja käytäntöjen uudistamista. Integraation täytyy pohjautua yhteiseen käsitykseen jokaisen työnkuvasta ja keskinäisistä vastuista ja palvelukokonaisuuksien toteutus tulee sopia moniammatillisuuden ja toimintojen yhteensovittamisen mahdollistavalla tavalla. (Koivisto ym. 2016, 24-25.) Yksi ratkaisu palvelujen integraation ja siihen liittyvän moniammatillisen työskentelyn onnistumiseen on koulutuksen uudistaminen niin, että alalle valmistuvat ammattilaiset ymmärtäisivät moniammatillisen työskentelyn edellytykset ja tavoittelisivat toiminnallaan yhteneväisiä ja asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia. Tämä osaamisvaade koskettaa niin asiakaspinnassa työskenteleviä asiantuntijoita kuin organisaatioiden eri johtoportaisissa toimivia henkilöitä.

Monialaisuutta ei pitäisi tarkastella myöskään sektoroituneesti sosiaali- tai terveysalan toimijoiden sisällä vaan laajentaa kokonaisuutta niin sosiaali- ja terveysalan väliseen kuin myös vielä laajempaan eri alojen väliseen yhteistyöhön. Tämä vaatii rohkeita avauksia ja ketteriä kokeiluja, joista on mahdollisuus oppia ja kehittää toimintaa edelleen. Kokeilukulttuuri nousi

esiin myös työpajatyöskentelyssä työkaluna muutoksiin reagoimiseen. Työelämän nopeat muutokset edellyttävät myös oppilaitoksilta nopeaa toimintaa ja reagointia, minkä vuoksi toiminnan täytyy olla ketterää ja sallia mahdollisuudet erilaisille kokeiluille. Näin toimintaympäristön jatkuvaan ja nopeaan muutokseen voidaan vastata reaktiivisesti ja proaktiivisesti. Opetus- ja kulttuuriministeriön (2017) mukaan tulevien maakuntien ja sote-toimijoiden johdossa ja keskijohdossa tarvitaan terveystaloudellista osaamista, mikä tukisi esimerkiksi yhteistyön laajentamista liiketalouden talousosaamista hyödyntäen. Laureassa on laaditun toimenpideohjelman mukaisesti käynnistymässä terve sote-talous -hanke, jonka tavoitteena on tuoda sote-talousoosaaminen osaksi alan tutkintoja.

Toinen konkreettinen esimerkki monialaisuuden lisäämisestä sote-alan koulutuksessa on palvelumuotoiluosaamisen tuominen osaksi kaikkia koulutuskokonaisuuksia. Tämä liittyy konkreettisesti Laurea SOTE2020 -vision palveluiden kehittämisen kärkivalintaan, joka tulee läpileikkaamaan Laurean sote-koulutustoimintaa. Sote-alalla palvelumuotoilu on vasta alkuvaiheessa, mutta sote-uudistukseen ja palveluintegraatioon sekä asiakaslähtöisyyden korostamiseen liitettynä sen potentiaali sote-uudistuksen onnistumisen mahdollistajana on valtaisa. Palvelumuotoiluosaamisen lisääminen ja kehittäminen avaa myös uudenlaisia mahdollisuuksia ja keinoja työelämälähtöiseen kehittämiseen, mikä on ammattikorkeakoulujen keskeinen tehtävä. Koulutusmaailma olisikin hyvä nähdä osana työelämää ja sen kehittämistä, mikä voisi avata ajatteluun uudenlaisia väyliä ja tuoda opetuksen vielä lähemmäs työelämän tarpeita sekä sen nopeaa ja jatkuvaa muutosta. Näin koulutusjärjestelmä voisi ketterämmin reagoida työelämän tarpeisiin ja muutoksiin. Ammatillisella koulutuksella ja erityisesti ammattikorkeakouluilla on tässä kehittämistyössä keskeinen rooli.

Työpajoissa nousi esiin keskustelu työelämän muutoksesta. Aineistosta nousseet teemat kuten monialainen asiakasymmärryksen laajentuminen, palveluohjauksen korostuminen, digiosaaminen sekä talous- ja yrittäjyysosaaminen eivät suinkaan kosketa ainoastaan sote-uudistuksen kautta vaan kertovat ylipäänsä työelämän muutoksesta ja kehityksestä. Yleisessä keskustelussa puhutaan paljon työelämän pirstaloitumisesta ja itsensä työllistämisestä tulevaisuuden tapana tehdä työtä. Hallitusohjelmakin haluaa kannustaa ja tukea yrittäjyyteen (Valtioneuvosto 2015). Jauhiainen ym. (2017, 143-144) nostavat tulevaisuuden osaamistarpeissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen erikoisosaamisessa johtamis- ja yrittäjyysosaamisen. Heidän määritelmänsä mukaan tämä tarkoittaa muun muassa ennakoivan ja muutosjohtamisen, projektijohtamisen sekä markkinointi-, rahoitus- ja yrittäjyysosaamisen. Sote-uudistuksen tuoma valinnanvapaus korostaa yrittäjyyttä alan toimijoiden keskuudessa. Tähän muutoksen koulutuksessa tulee pystyä vastaamaan antaen opiskelijoille tarvittava osaaminen toimimiseen sosiaali- tai terveydenhuollon yrittäjänä. Yrittäjyyden vaatimuksetkin tulevat uudistuk-



sen myötä muuttumaan. Valinnanvapauteen liittyvään kilpailutukseen liittyy tiettyjä haasteita, jotka voivat asettaa toimijoita eri arvoiseen asemaan (THL 2016, 20; Jonsson ym. 2016, 23). Koulutusjärjestelmän tulee seurata tähän muodostuvaa lainsäädäntöä ja mahdollisesti alueellisiakin toimintamalleja ja pystyä vastaamaan tarvittavaan osaamistarpeeseen siltä osin.

## 5.2 Eettinen pohdinta

Tieteen ja epätieteen erottaminen on tieteenfilosofian peruskysymys (Niiniluoto 2002, 30). Tämä kysymys nousee esiin kehittämistoiminnan tieteellisyyttä ja luotettavuutta ja eettisyyttä arvioitaessa. Eettisesti hyvä ja luotettava tutkimus edellyttää, että se tehdään tieteellisen hyvän käytännön mukaisesti. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2008, 21) nostavat tieteellisen toiminnan pohjaksi neljä imperatiivia: 1) Tieteen tulee olla universaalialia eli tutkimuksella tuotettua tietoa tulee arvioida yleispätevin kriteerein sen esittäjän henkilökohtaisista ominaisuuksista riippumatta. 2) Tieteellisen tiedon tulee olla tiedeyhteisön yhteisöllistä omaisuutta. 3) Tieteellisen tiedon ja tutkimustyön tulee olla puolueetonta ja riippumatonta tutkijan omasta urasta tai arvovallasta. 4) Tieteelliset tulokset tulee saattaa tiedeyhteisön julkiseen ja kriittiseen tarkasteluun. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2012, 6-7).

Opinnäytetyöni lähestyy tutkimusta toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Tähän liittyy myös tutkimuseettisiä haasteita, jotka on hyvä pitää mielessä opinnäytetyöprosessin ajan. Niiniluoto (2002, 33) nostaa esiin pragmatismiin pohjautuvan ajatuksen tieteen tehtävästä ratkaista toiminnallisia ongelmia, mikä luo pohjaa kehittämistyön eettiselle hyväksymiselle. Soveltavan tieteen tavoite on tiedon käytettävyys, mihin tämä kehittämistyö hyvin konkreettisesti pyrkii.

Perinteisesti tieteelliseen tutkimukseen on liittynyt pyrkimys tiedon objektiivisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on subjekti ja tulokset ovat sidoksissa aikaan ja paikkaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 161), mikä tulee aina muistaa laadullisen tutkimuksen tuloksia tulkitessa. Tämänkaltaisessa työssä, jossa opinnäytetyön tekijä on itse fasilitoimassa työpajoja ja tulokset riippuvat tekijän omista tulkinnoista, ei objektiivuden vaade ole opinnäytetyön luotettavuuden kannalta relevantti tekijä. Tämä opinnäytetyö on kehittämistyöpajoissa käydyn keskustelun ja kirjallisuuteen tutustumisen prosessin aikana muodostunut subjektiivinen näkemykseni siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta tulisi uudistaa.

Luotettavuuden kannalta merkityksellisempää on se prosessi, jonka kautta tähän lopputulokseen ja opinnäytetyökokonaisuuteen on päästy. Tätä matkaa olen työssäni pyrkinyt kuvaamaan lisätäkseen työn luotettavuutta. Tiedostan selvästi, että prosessiin liittyy selkeitä heikkouksia, joiden vuoksi kehittämistyön tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti, mutta toisaalta vahva kirjallisuuteen pohjautuva näkemys ja keskustelu kertyneen aineiston välillä jossain määrin paikkaavat prosessin muita heikkouksia.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Reliabiliteetti voidaan todeta esimerkiksi, jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkittaessa eri tutkimuskerroilla saadaan sama tulos. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 231.) Laadullinen tutkimus on lähtökohtaisesti sidoksissa aikaan ja paikkaan eikä sen tulokset ole yleistettävissä, minkä vuoksi reliabiliteetti ei ole opinnäytetyössäni keskeinen käsite. Opinnäytetyön tuloksia tulee toki peilata aiempaan aihetta käsittelevään tutkimukseen ja pohtia mahdollisia yhtäläisyyksiä sekä eroja, mutta tulosten toistettavuus ei sinänsä ole keskeistä. Työpajatyöskentelyssä tulokset ovat riippuvaisia muun muassa tilanteesta ja tilasta, ilmapiiristä, fasilitaattorin roolista ja osallistujien yksilöllisestä tilanteesta, joten toistettavuutta ei tällaisessa kehittämistyössä ole syytä edes hakea.

Validiteetilla puolestaan tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Laadullisessa tutkimuksessa validiuden on esitetty tarkoittavan kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta ja luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta sen kaikissa eri vaiheissa. Tutkimuksen validiutta voidaan lisätä myös käyttämällä tutkimuksessa triangulaatiota yhdistämällä eri menetelmiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 231-233.) Käytännön syistä tässä opinnäytetyössä aineiston keruun menetelmänä käytettiin vain työpajatyöskentelyä, jossa toki käytettiin monipuolisesti erilaisia menetelmiä. Esimerkiksi visio laadittiin erilaisia menetelmiä hyödyntäen ja sitä pohdittiin toisen työpajan aikana eri kokoonpanoissa, jätettiin välillä hautumaan ja palattiin siihen vielä lopussa uusien näkökulmien kera. Lopullisesti visio muotoiltiin vasta seuraavassa työpajassa uuden arvioinnin ja kehittämisen jälkeen. Aineiston keruun yksipuolisuus on kuitenkin tässä työssä selkeä heikkous. Tätä heikkoutta on pyritty vahvistamaan kuitenkin laajalla kirjallisuuden tarkastelulla, mikä tuo työhön monipuolista näkökulmaa ja tarkastelua kirjallisuuteen peilaten.

Tutkijan arvot muovaavat siitä, miten hän pyrkii ymmärtämään tutkimaansa ilmiötä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 161). Gylling (2002) kehottaa pohtimaan tutkimustyötä ohjaavia arvoja muistuttamalla, että arvot voivat olla monenlaisia ja että kaikki arvot ohjaavat meitä ja toimintaamme sekä myös käsitystämme tieteestä. Hän herättää erityisesti soveltavan tutkimuksen ja kehittämistyön kohdalla tutkijat miettimään, kuka päättää tutkimuksen metodeista ja sen kohteesta sekä kenen hyväksi tutkimusta tehdään. Soveltavassa tutkimuksessa tutkimus toteutetaan usein osana työelämää mahdollisesti yrityksen tilaamana. Tämä opinnäytetyö on

toteutettu osana Laurean toiminnan kehittämistä ja tilaus työpajojen fasilitoinnista tuli Laurean tarpeesta. Me opiskelijat saimme kuitenkin suunnitella työpajat ja niiden toteutuksen oman ymmärryksemme puitteissa ilman, että valintoihimme olisi puututtu ulkopuolelta. Pyydettyäessä saimme toki ohjausta ja tukea valintojemme tueksi vahvistamaan omaa ajattelua ja poistamaan epävarmuuttamme.

Tutkimuksen osallistuvat henkilöt antavat perehtyneen suostumuksensa osallistumiselle, mikä tarkoittaa, että tutkimuksen kulun keskeiset näkökohdat kerrotaan tutkimushenkilöille ja henkilön tulee olla kykenevä ymmärtämään tämä informaatio (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 25). Tämä on yksi opinnäytetyöni selkeitä haasteita ja heikkouksia. Laurea SOTE2020 -työpajoja valmistellessamme tai fasilitoidessamme emme kukaan tiedäneet, että aiheesta muotoutuu vielä opinnäytetyö yhdelle meistä. Sen vuoksi myöskään työpajoihin osallistujien osallistujat eivät tiedäneet, mitä prosessista muodostuu eivätkä voineet antaa osallistumiselleen suostumusta. Aiheen kääntämiselle opinnäytetyöksi on kuitenkin projektityöryhmän vetäjän suostumus. Toisaalta eettistä ristiriitaa tässä lieventää se, että alusta lähtien kaikille osallistujille oli selvää, että opiskelijat fasilitoivat työpajat osana opintokokonaisuuttaan ja työpajojen tuloksia hyödynnetään osana opintokokonaisuutta.

### 5.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Lopuksi lienee hyvä vielä pohtia opinnäytetyöprojektia kokonaisuudessaan. Opinnäytetyö vastaa sille asetettuihin kehittämistehtäviin ja aineiston perusteella oli mahdollista tehdä myös ehdotuksia käytännön kehittämistyöhön, mikä jäi vielä itse aineiston ulkopuolelle. Vielä konkreettisemmin koulutuksen sisältöjen uudistamisen käytännön tasolle meneminen olisikin ollut hyvä jatkokehittämisen aihe.

Työn toiminnalliseen osuuteen liittyvät työpajat toteutettiin Laurean Tikkurilan kampuksella. Työpajat osoittautuivat tuottavaksi ja toimivaksi menetelmäksi tässä projektissa. Laureassa nimettyyn SOTE2020 projektiryhmään kuuluu seitsemän henkeä. Näiden lisäksi työpajoihin oli kutsuttuna sote-alan koulutuksista vastaavat opettajat ja kehittämispäälliköt yhteensä 12 henkeä. Ensimmäiseen työpajaan osallistui seitsemän henkeä ja toisen työpajan osallistujamäärä oli noin viisi henkeä. Osallistujat työpajoissa olivat osittain samoja ja osittain eri henkilöitä eri kerroilla. Osallistujamäärän epävarmuus oli haaste työpajojen suunnittelun kannalta, kun ei tarkkaan tiennyt etukäteen, millaisia ryhmiä esimerkiksi pystyi muodostamaan. Työpajoissa käytetyt menetelmät ja työskentelytavat pitikin yrittää valita niin, että ne toimivat mahdollisimman hyvin erilaisilla osallistujamäärillä. Tässä kokonaisuudessa onnistuimme mielestämme hyvin ja työpajoissa saavutettiin tavoitteiden mukaiset tulokset. Tulosten sisällön ja pohdinnan moninaisuuden kannalta suurempi osallistujamäärä olisi voinut lisätä mielen-

kiintoista keskustelua ja tuoda siihen lisävärejä. Vision rakentamisvaiheessa sisällöllisesti kuitenkin eri ryhmät olivat niin samoilla linjoilla heti alusta lähtien, että sisällöllisesti ainakin vision osalta tämäkin osallistujamäärä vaikutti täyttävän saturaatiopisteen. Vision sisältöä testattiin vielä viimeisessä työpajassa, jossa oli ainakin yksi osallistuja, joka ei ollut mukana vision rakennustyöpajassa. Siltikään visioon ei tullut sisällöllisesti uusia sisältöjä, mikä kertoo myös, että osallistujamäärä oli vision rakentamiseen riittävä.

Viimeisessä työpajassa luotiin toimenpidesuunnitelma vision toteuttamiseksi ja implementoimiseksi käytäntöön. Tässä työpajassa oli edellistä vähemmän osallistujia, mikä johtui aikataullisista haasteista: työpaja jouduttiin sopimaan melko nopealla aikataululla, minkä vuoksi kaikilla ei ollut kalenterissa silloin vapaata ja lisäksi ajankohta osui lähestyvään kesäloma-aikaan, mikä saattoi myös vaikuttaa osallistumisaktiivisuuteen. Työpajassa saatiin aikaiseksi hyvä toimenpidesuunnitelma ja toimenpiteet vaikuttivat toimenpiteiden ja tavoitteiden kannalta relevanteilta. Osallistujamäärän vähäisyydellä voi kuitenkin olla merkitystä toimenpidesuunnitelman toteutumiselle. Kokonaisvaltaisen näkemyksen ja kestävien ratkaisujen saavuttamiseksi keskeiset sidosryhmät on tärkeää sitouttaa mukaan projektiin. Tämä käsittää muun muassa työntekijät, asiakkaat, johdon sekä muut ympäröivät sidosryhmät. (Schneider & Stickdorn 2012, 123.) Nyt poissaolleiden sitoutuminen projektiin jää nähtäväksi ajan myötä. Johtajuuden merkitys ryhmän sitoututtamisessa ja muutoksen käytäntöön viemisessä korostuu. Onnistuneella muutosjohtamisella myös poissaolleiden sitoutuminen projektiin on mahdollista varmistaa. Uuden palvelukonseptin käyttöönotto vaatii muutosprosessia, jossa johtamisen merkitys korostuu. Muutosta helpottaa, kun uusi palvelukonsepti on hyvin valmisteltu ja testattu prosessin aiemmissa vaiheissa. Lisäksi tarvitaan selkeää kommunikaatiota, motivoituneet ja sitoutuneet työntekijät ottamaan palvelu käyttöön onnistuneesti sekä vahvasti prosessin takana seisova johto. (Schneider & Stickdorn 2012, 126-127.)

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, mikä tuli hyvin vahvasti esiin myös tässä opinnäytetyöprosessissa. Alunperin tarkoituksena oli fasilitoida yksi työpaja, jonka lopuksi sovittiinkin toisen työpajan valmistelusta ja fasilitoinnista. Tämän työpajan jälkeen tuli tarve kirjoittaa prosessista artikkeli ICERI-konferenssiin (International Conference of Education, Research and Innovation) ja lopulta syntyi ajatus prosessin työstämisestä opinnäytetyöksi. Koska prosessi on rakentunut pikkuhiljaa, on sen taltioinnissa myös aukkoja. Mikäli alusta lähtien olisi ollut tiedossa, että prosessi muodostuu opinnäytetyöprojektiksi, olisi eri vaiheiden taltiointi tehty myös tarkemmin ja huolellisemmin. Tämä ei näy suoraan työpajatyöskentelyn tuloksien osalta, sillä ne olivat selkeitä jo ennen työpajan toteutusta. Sen sijaan aukot taltioinnissa vaikeuttivat muilta osin aineiston analysoimista ja johtopäätösten tekoa, koska esimerkiksi osa työpajassa käydyistä keskusteluista oli ehtinyt unohtua eikä esimerkiksi muistiinpanoihin ollut mahdollisuutta palata kovin tarkasti.

Tässä opinnäytetyön kehittämistyössä käytiin läpi Schneiderin ja Stickdornin (2012) palvelumuotoilun nelivaiheisen mallin kolme ensimmäistä vaihetta. Toteutuksessa näkyi prosessin iteratiivisuus, jota myös kirjoittajat korostavat. Ennen toisen työpajan fasilitointia perehdyimme aiheeseen ja valmistelimme työpajaa. Työpajassa luotiin visio ja päätettiin prosessin jatkumisesta, mikä palautti meidät fasilitaattorit jälleen tutkimisen vaiheeseen valmistellesamme kolmannen työpajan. Toisaalta työpajojen välissä tapahtui myös reflektointia, jonka myötä kolmannessa työpajassa voitiin edellisellä kerralla luotua visiota edelleen jatkokehittää. Kolmannen työpajan jälkeen tapahtui iteraatiota eri vaiheiden välillä, kun visiota ja toimenpidesuunnitelmaa jatkotyöstettiin reflektion kautta ja toisaalta myös aiheen tutkiminen jatkui, kun syvensimme ymmärrystämme aiheesta artikkelikirjoitus ja lopulta myös tämän opinnäytetyöprojektin puitteissa. Itse toteutusvaihe prosessissa jää suunnitellusti työryhmän vastuulle. Heidän osaltaan prosessin iteratiivisuus jatkuu varmasti koko ajan, kun he reflektivat prosessin eri vaiheita ja rakentavat esiin tuleviin haasteisiin uusia ratkaisuja.

Sisällöllisesti luotu visio ja sen toteutukseen tähtäävä toimenpidesuunnitelma vastaavat tarpeeseen. Visiossa näkyy ratkaisu kaikkiin sote-uudistuksen keskeisiin tavoitteisiin. Kärkiteemat monialainen asiakasymmärrys, palveluiden kehittäminen sekä talous- ja teknologiaosaaminen vastaavat sote-uudistuksen tavoitteisiin valinnanvapaus, palveluiden integraatio ja kustannustehokkuus. Vision kuvaan ja sloganiin ”mukana muutoksen kärjessä” on onnistuttu tiivistämään työpajoissa ilmi tullut Laurean tahtotila. Työryhmä olisi toivonut visioon myös visuaalisesti eteenpäin menemistä kuvaavaa liikkeen tuntua tai pyörimisefektiä, mutta sen visuaalinen toteuttaminen kuvana ei onnistunut. Visio olisi ehkä pitänyt toteuttaa videon muodossa täyttämään tämänkin tavoite, mutta toisaalta sisällöllinen onnistuminen on kuitenkin tärkeämpää asiassa.

Sote-uudistus muuttaa alan toimijoiden toimintaympäristöä, minkä vuoksi koulutuksen järjestäjien tulee reagoida muutokseen ennakoivasti. Sote-uudistuksen asiantuntijat ja ammattilaiset ovat jo nyt koulutuksen piirissä tai työelämässä. Heidän muodostuvaan osaamiseensa pitää pystyä vaikuttamaan jo nyt, jotta sote-kentälle ei synny osaamisvajeita muutoksen realisoituessa. Sen vuoksi on tärkeää, että suunnitellut muutokset näkyvät opetuksessa jo nyt, ja että muutosprosessia jatketaan koko ajan kehittäen ja kokeiluista oppien.

Tähän opinnäytetyöhön työpajoissa kerätty aineisto itsessään oli ehkä suppea, mutta toisaalta kirjallisuuteen sukeltaminen toi siihen syvyyttä ja lisäpainoa. Keskustelu kirjallisuuden ja aineiston välillä tuki opinnäytetyön tulosten tulkintaa ja osoitti, että laadittu visio on oikeansuuntainen ja vastaa sote-uudistuksen aiheuttamaan tarpeeseen. Kirjallisuuden tarkastelu avasi monessakin kohtaa omat silmäni siinä, kuinka moninaisesta ja haastavasta uudistuksesta kokonaisuudessa onkaan kyse. Tässä opinnäytetyössä politikoinnin roolin tarkastelu sote-uudistuksen muodostumisessa jäi vielä hyvin ohueksi, mutta sen lisääminen koko soppaan luo

ymmärrystä siitä, miksi koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala odottaa muodostuvaa kokonaisuutta varsin ristiriitaisin tuntein.

Laurean sote-koulutuksen kehitys on tämän työn tuoman tietopohjan perusteella arvioituna hyvällä tiellä, mutta kehitystyön tulee olla jatkuvaa ja koko ajan muuttuvaa toimintaympäristöä monitoroivaa. Tämä opinnäytetyö on yksi esimerkki siitä, miten koulutuksen tulee muuttua. Opinnäytetyö on rakentunut reagoitina erilaisiin tarpeisiin ja tavoitteisiin. Kehittäminen on tapahtunut nopealla syklillä, joustavasti ja uutta innostusta sekä innovaatiota tuottaen. Nämä ovat myös tulevaisuuden työelämän sekä koulutuksen avaintekijöitä onnistumiseen. On todennäköistä, että tämän opinnäytetyön valmistuessa osa ajatuksista on jo vanhentunut, kun muutos on jo edennyt eteenpäin. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät siis ole yleistettävissä eikä niiden varaan voi tuudittautua kovin pitkäksi aikaa. Eteenpäinmeneminen on jatkuvaa ja kehittäminen välttämätöntä, jotta Laurea pysyisi "mukana muutoksen kärjessä".

Opinnäytetyöprosessi itsessään on ollut haastava, hektinen ja opettava. Olen oppinut paljon sote-uudistuksesta ja sen eri tekijöiden merkityksestä, mikä on korvaamattoman tärkeää tietoa työelämässä, kun sinne lähden sote-uudistusta viemään eteenpäin. Opinnäytetyön ansiosta olen saanut itselleni erinomaisen käyttökelpoisia palvelumuotoilun työkaluja innostavaan tiimityöskentelyyn, yhteiskehittämiseen ja työpajatyöskentelyyn. Näitä oppeja olen jo päässyt myös käyttämään projektin aikana muissakin tehtävissäni. Koen, että opinnäytetyöprojekti on antanut minulle tarvittavaa osaamista ja rohkeutta, jota voin nyt viedä sosiaali- ja terveysalan kentälle, mikä olikin itselleni tärkeä tavoite koko koulutuksen osalta. Opinnäytetyöprojekti on kiteyttänyt ja tiivistänyt oppimisen polkuani tämän koulutuksen ajalta ja olen prosessin aikana voinut hyödyntää eri vaiheissa oppimaani osana opinnäytetyötäni. Prosessi eteni monella tapaa poikkeuksellisella tavalla ja nurinkurisessa järjestyksessä, mutta kaiken tämän kurominen yhdeksi yhtenäiseksi opinnäytetyöksi on osaltaan osoitus kokonaisuuden hallinnasta, johon tämäkin prosessi osaltaan on opettanut.

Opinnäytetyöprosessini oli matka keskellä vuoristoa: välillä raskaita nousuja, joiden jälkeen vauhdikkaita pudotuksia alaspäin ja taas kipuaminen kohti huippua. Nyt työn valmistuessa voin kuitenkin todeta, että haasteellinen matka oli kaiken vaivan ja stressin arvoinen. Olen kiitollinen siitä, että olen saanut opiskella inspiroivassa, innostavassa, kannustavassa ja innovatiivisessa ympäristössä, joka tukee opiskelijan kehittymistä uuden aikakauden asiantuntijaksi tarjoten uudistuvan työelämän vaatimaa osaamista ja ennen kaikkea työkaluja sen osaamisen jatkuvaan kehittämiseen ja uudistamiseen.

## Lähteet

## Painetut

- Aalto, A. Vehko, T. Sinervo, T. Sainio, S. Muuri, A. Elovainio, M. Pekurinen, M. 2017. Terveysterveystenhuollon asiakaslähtöisyys. Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveysterveysten palvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2016. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.
- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vaajakoski: Gummerus.
- Arnstein, S. 1969. A Ladder of Citizen Participation. JAIP, 35 (4), 216-224.
- Booth, N. Aronen, P. & Mäkelä, M. 2017. Kustannusvaikuttavuuden käyttämisestä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki
- de Silva A. A framework for measuring responsiveness. World Health Organization: GPE Discussion Paper Series: No. 32
- Eskola, J. & Pekurinen, M. 2017. Lausunto luonnoksesta laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL: Helsinki.
- Epstein R, Fiscella K, Lesser C & Stange K (2010). "Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care." Health Affairs (Millwood) 29: 1489-1495.
- Gothóni, R. Hyväri, S. Kolkka, M. & Vuokila-Oikkinen, P. 2016. Inklusio ja yhteisöllisyys yhteisen hyvän toteutumisenä. Teoksessa Gothóni, R. Hyväri, S. Kolkka, M. & Vuokila-Oikkinen, P (Toim.) Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena - Diakonia-ammattikorkeakoulun tki-toiminnan vuosikirja 2. Diakonia ammattikorkeakoulu: Helsinki. 13-24
- Gylling, H. 2002. Millaisilla arvoilla tutkimusta voidaan perustella? Teoksessa Karjalainen S. (toim.) 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus: Helsinki. 70-81.
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyppönen H. & Ilmarinen K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Hämäläinen, K., Vilkkä, H. & Miettinen, S. 2011. Asiakasymmärryksen ja käyttäjätiedon hankkiminen. Teoksessa Miettinen, S. (toim.), Ruuska, M. & Raulo, J. Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. 2. painos. 60 - 75.
- Isaksson, D., Blomqvist, P. & Winblad, U. 2016. Free Establishment of Primary Health Care Providers: Effects on Geographical Equity, BMC Health Services Research 16: 28.
- Jonsson, P. Nykänen, E. Pohjola, P. Junnila, M. Hietapakka, L. Liukko, E. Parhiala, K. Nuorteva, L. Whellams, A. 2016. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveysterveysten palveluissa Kuvauksia eräistä Euroopan maista. Työpaperi. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.
- Journard, I. André, C. Nicq, C. Health care systems. Efficiency and institutions. OECD Economics Department Working Papers No. 769. OECD Publishing: Paris.
- Juhila, K. (2004). Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa A. Jokinen, L. Huttunen & A. Kulmala (toim.), Puhua vastaan ja vaieta: Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista (s. 20- 32). Helsinki: Gaudeamus.
- Järvikoski, A. 2014. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki.

Kainulainen, S. Paananen, R. Surakka, A. & Saari, J. Nuorten huono-osaisuus - pysyvää vai ehkäistävissä? Teoksessa Gothóni, R. Hyväri, S. Kolkka, M. & Vuokila-Oikonen, P (Toim.) Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena - Diakonia-ammattikorkeakoulun tki-toiminnan vuosikirja 2. Diakonia ammattikorkeakoulu: Helsinki. 67-84 Juvenes Print

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Karvonen, S. Martelin, T. Kestilä, L. & Junna, L. 2017. Tulotason mukaiset terveiserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Kivelä, P. (2014). Syrjässä syrjäytyneet. Pelon sosiaalipolitiikka ja verkostoyhteistyön mahdollisuudet maaseudulla. Helsinki: Sininauhaliitto.

Koivisto, J. Pohjola, P. Lyytikäinen, M. Liukko, E. & Luoto, E. 2016. Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen. Innokylän innovaatiokatsaus. Työpaperi 32/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Manderbacka, K. Aalto, A. Kestilä, L. Muuri, A. & Häkkinen, U. 2017. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Mason, A. Goddard, M. & Weatherly, H. 2014. Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review. Centre for Health Economics. University of York: United Kingdom.

Mattelmäki, T. ja Vaajakallio, K. 2011. Yhteissuunnittelu ja palveluiden ideointi. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu: uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Teknologiainfo Teknova: Helsinki. 77-97.

Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu - yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) Palvelumuotoilu: uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Teknologiainfo Teknova: Helsinki. 21-42.

Mäkelä, M. Saijonkari, M. & Booth, N. Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:18. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Niemelä, J. 2016. Sosiaalista kestävyyttä edistävän soten rakentaminen. Teoksessa Gothóni, R. Hyväri, S. Kolkka, M. & Vuokila-Oikonen, P (Toim.) Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena - Diakonia-ammattikorkeakoulun tki-toiminnan vuosikirja 2. Diakonia ammattikorkeakoulu: Helsinki. 87-108

Niiniluoto, I. 2002. Tieteen tunnuspiirteet. Teoksessa Karjalainen, S. Launis, V. Pelkonen, R. & Pietarinen J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus Kirja.

Nummi, P. 2007. Fasilitaattorin käsikirja. Tarina siitä miten Ykä Hirvi vie ryhmän tuskasta tulokseen. Helsinki: Edita Prima Oy

Nybondas-Kangas, H. Pakarinen, T. Heiskanen, M. Hotti, A. Juutinen, M. Paakkonen, N. Ruskoaho, J. ja Hakonen, A. 2017. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. Valtioneuvosto: Helsinki. Metsämuuronen, J. 2006. Menetelmän valinta ja tulokset. Teoksessa Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 62-66

OECD. 2016. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. OECD

OECD 2015. Patient experience with ambulatory care. Teoksessa Health at a Glance 2015



OECD Indicators. 160-161

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Puusa, A. 2011. Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P.(toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint Oy. 114-126

Rintala, P. Huovinen, T. ja Niemelä, S. 2012. Soveltava liikunta. Liikuntatieteellinen seura: Helsinki.

Rovio-Johansson, A. Liff, R. 2012. Members' sensemaking in a multi-professional team. Journal of Health Organization and Management 5/26. 605-620

Saarni, S. & Gylling, H. 2004. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science? J Med Ethics 2004;30:171-175.

Saarni, S. & Vuorenkoski, L. 2003. Terveystieteiden sääntöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2003;119(10):993-1000

Schneider, J. & Stickdorn, M. 2010. This is Service Design Thinking: Basics - Tools - Cases. Amsterdam: BIS Publishers

Sihto M. (2016) Terveystieteiden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalirakenteellinen ja kolmas tie. Kirjassa: Sihto M ja Karvonen S. (toim.): Terveystieteiden edistäminen ja eriarvoisuus - lähestymistapoja ja ratkaisuja. Ss. 12-37. Teema 24. THL: Helsinki.

Sinervo, T. & Tynkkynen, L. 2017. Valinnanvapaus ja sote-uudistus: mitä aikaisemmasta tutkimuksesta voidaan oppia? Talous & yhteiskunta. 1236-7206. 45/2017: 1, s. 56-62. Palkansääntöjen tutkimuslaitos: Helsinki.

STM & Suomen Kuntaliitto. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki

STM. 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 202. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Suomen YK-liitto. 2015. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja. Suomen YK-liitto: Helsinki.

THL. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi. Raportti 12/2016. Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopisto-paino.

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

Tuulaniemi, J. 2013 Palvelumuotoilu. Talentum: Helsinki.

Valtioneuvosto. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Edita: Helsinki

Valtioneuvosto. 2016. Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi 2015-2019. Päivitys 2016. Hallituksen julkaisusarja 2/2016. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Valtioneuvosto. 2017. Ratkaisujen Suomi: Puolivälin tarkistus

Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2019. Hallituksen julkaisusarja 5/2017. Valtioneuvosto: Helsinki

Vehko, T. Aalto, A. & Sinervo, T. 2016. Terveysaseman vaihtajat usein pitkäaikaissairaita ja kriittisiä palvelujen käyttäjiä. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki Varantola, K. Launis, V. Helin, M. Spoof, S. & Jäppinen S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. 2008. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 10(4): 1-168. WHO.

Whellams, A. 2016. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työpäperi. THL: Helsinki

#### Sähköiset

EU. 2011. Potilasdirektiivi 2011/24/EU. Viitattu 1.11.2017. [http://stm.fi/documents/1271139/1367174/Potilasdirektiivi\\_EU.pdf/38833efa-3b3a-44df-8556-4d56ee484164](http://stm.fi/documents/1271139/1367174/Potilasdirektiivi_EU.pdf/38833efa-3b3a-44df-8556-4d56ee484164)

Grape People. 2016. Aivorihi on kuollut! Kauan eläkön ideologi-menetelmä. Luettu 19.11.2017. <https://grapepeople.fi/blogikirjoitus/aivorihi-kuollut-kauan-elakoon-ideologi-menetelma/>

Jauhiainen, A. Sihvo, P. Jääskeläinen, H. Ojasalo, J. & Hämäläinen, S. 2017. Skenaariotyökentelyllä tietoa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluista ja osaamistarpeista. Finnish Journal of eHealth and eWelfare, 9: 2-3. 136-147. Viitattu 18.11.2017. <https://doi.org/10.23996/fjhw.61002>

Joint Research Center, European Commission. 2005. Online Foresight Guide. Backcasting. Viitattu 16.11.2017. [http://forlearn.jrc.ec.europa.eu/guide/4\\_methodology/meth\\_backcasting.htm](http://forlearn.jrc.ec.europa.eu/guide/4_methodology/meth_backcasting.htm)

Korhonen, M. 2017. Maakunta- ja SOTE-uudistus ja digitalisaatio - askelmerkit jatkoon. Viitattu 22.11.2017. <https://www.slideshare.net/THLfi/maritta-korhonen-stm-maakunta-ja-soteuudistus-ja-digitalisaatio-askelmerkit-jatkoon>

Koski, J. Sinun kansainvälinen korkeakoulusi. Viitattu 9.11.2017 <https://www.laurea.fi/laurea/laurea-organisaationa/strategia>

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2017. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammatillinen täydennyskoulutus sekä koko muun henkilöstön ammatillisen osaamisen kehittämistä koskeva koulutus vuonna 2016. Muistio. Viitattu 18.11.2017. [https://www.kt.fi/sites/default/files/media/document/Sosiaali-ja-terveydenhuollon-taydennyskoulutus-muun-henkiloston-koulutus-2016\\_0.pdf](https://www.kt.fi/sites/default/files/media/document/Sosiaali-ja-terveydenhuollon-taydennyskoulutus-muun-henkiloston-koulutus-2016_0.pdf)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Viitattu 1.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä 817/2015. Viitattu 1.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>

Laurea. 2017. SOTE-muutos keskiössä Laurean uudessa YAMK-koulutuksessa. Viitattu 18.9.2017. <https://www.laurea.fi/tiedotteet/Sivut/SOTE-muutos-keskiössä-Laurean-uudessa-YAMK-koulutuksessa.aspx>

Laurea. 2016. Laurea-ammattikorkeakoulun Vuosikatsaus 2016. Luettu 9.11.2017. <https://indd.adobe.com/view/c9cf7aa4-c60c-4183-b651-bc68fe54f29b>

Laurea. Laurea numeroina. Luettu 9.11.2011. <https://www.laurea.fi/laurea/laurea-organisaationa/laurea-numeroina>

Laurea. 2015a. Strategia 2020. Luettu 9.11.2017. <http://markkinointi.laurea.fi/strategia2020/#/article/4/page/1-1>

Laurea. 2015b. Toimintakertomus ja tilinpäätös 1.1.-31.12.2015. Luettu 9.11.2017. [http://markkinointi.laurea.fi/tilinpaatos\\_2015/#/article/1/page/1](http://markkinointi.laurea.fi/tilinpaatos_2015/#/article/1/page/1)

Maakunta 2023 visio. Viitattu 22.11.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/1892966/Maakunnan+visio+2023/fd099003-a4f8-486e-a94f-27d356950e4c>

OHCHR. Universal Declaration of Human Rights. Viitattu 19.11.2017. <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

OKM a. Suomen koulutusjärjestelmä. Opetus- ja kulttuuriministeriö: Helsinki. Viitattu 6.11.2017. <http://minedu.fi/koulutusjarjestelma>

OKM b. Korkeakoulut, tiedelaitokset ja muut julkiset tutkimusorganisaatiot. Opetus- ja kulttuuriministeriö: Helsinki. Viitattu 6.11.2017. <http://minedu.fi/korkeakoulut-ja-tiedelaitokset>

OKM c. Korkeakoulutus. Opetus- ja kulttuuriministeriö: Helsinki. Viitattu 6.11.2017 <http://minedu.fi/korkeakoulutus>

Opetusministeriö. 2006. Koulutus ja tiede Suomessa. Opetusministeriön julkaisuja 2006:8. Opetusministeriö: Helsinki. Viitattu 7.11.2017. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79991/opm8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2017. Sote-koulutuksen uudistaminen käynnistyy. Viitattu 9.11.2017. [http://minedu.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/sote-koulutuksen-uudistaminen-kaynnistyy](http://minedu.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-koulutuksen-uudistaminen-kaynnistyy)

Pöysti, T. 2016. Johtaminen uudistuvissa sote-palveluissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.11.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/0/Pöysti+inhimillinen+sote+johdaminen+2016+0520.pdf/28a6bdce-f9be-456f-9379-88997d7da400>

Pöysti, T. 2017. Sote-uudistuksen kulmakivet. 13.2.2017 Soten ABC toimittajille. Viitattu 22.11.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2922536/Sote-uudistuksen+ABC+toimittajille%2C+esitykset+STM+13.2.2017.pdf/5e56987e-3377-48e1-9dc9-130066707e7f>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki. Viitattu 29.11.2018. <http://pre20090115.stm.fi/pr1076939223163/passthru.pdf>

Suomen perustuslaki. 731/1999. Luettu 17.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Terveydenhuoltolaki 326/2010. Luettu 17.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

The Picker Institute. 2004. Patient-Centered Care 2015: Scenarios, Vision, Goals & Next Steps, The Picker Institute. Viitattu 1.11.2017. <http://www.altfuture.org/pubs/health/Picker%20Final%20Report%20May%2014%202004.pdf>

Valvira. 2015. Terveydenhuolto. Luettu 2.11.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto>

Valvira. 2016. Työnantajat. Luettu 2.11.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/tyonantajat>

Valvira. 2017. Sosiaalihuollon ammattioikeudet. Luettu 2.11.2017. <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-ammattioikeudet>

Vehviläinen, A. 2017. Maakuntaudistus - missä mennään? Presentation 6.9.2017. The Council of State. Viitattu 1.10.2017. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10623/3779937/Maakuntaudistus+-+missä+mennään+6.9.2017.pdf/6b23958a-d559-46fa-a404-73624e136adb>

WHO. 2007. People-Centred Health Care. A Policy Framework. World Health Organization. Viitattu 1.11.2017 [http://www.wpro.who.int/health\\_services/people\\_at\\_the\\_centre\\_of\\_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf)

Yhdenvertaisuuslaki. 1325/2014. Luettu 17.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325>

Älä poista tätä sivunvaihtoa.

## Kuviot

- Kuvio 1: Eri maiden ryhmittelyä terveydenhuollon järjestämisperiaatteiden perusteella. (Mukaiillen Joumard, André & Nicq 2010, 50) 10
- Kuvio 2: Osallistumisen portaikko Arnsteiniä (1969, 217) mukailten. 12
- Kuvio 3: Opinnäytetyön kehittämistyön vaiheet Schneideria ja Stickdornia (2010, 117-118) mukailten. 22
- Kuvio 4: Työpajan suunnittelun pohjaksi annettiin sote-uudistuksen kulmakivet sekä Maakunta 2023 -visio, jonka tulisi näkyä myös Laurean SOTE2020 -visiossa. (Maakunta 2023 -visio) 29
- Kuvio 5: Visiota lähdettiin rakentamaan ideointityökaluilla pienryhmätyöskentelynä. Post-IT -lapuille kirjoitettiin vision kannalta keskeisiä elementtejä, joiden merkitystä arvioitiin intuition assesment -työkalulla. 31
- Kuvio 6: Ideoinnin pohjalta tärkeiden elementtien pohjalta pienryhmät rakensivat visiot, joista parhaaksi äänestettyä lähdettiin jatkokehittämään. 32
- Kuvio 7: Laurea SOTE2020 -kärkiteemoja lähdettiin rakentamaan yhdessä muodostetun vision pohjalle ja ryhmällä oli vahvasti samankaltaisia näkemyksiä kärkiteemoista. 32
- Kuvio 8: Lopulliset kärkiteemat muodostuivat yhteisen keskustelun myötä arvokelloa hyödyntäen. 33
- Kuvio 9: Toisen työpajan lopuksi alkuvaiheessa luotuun visioon palattiin ja sitä jatkokehitettiin. Työpajan lopussa visio oli rakentunut kuvion muotoon, ja siitä piirrettiin työpajan jälkeeseen tiivistetty versio kolmannen työpajan työskentelyn pohjaksi. 34
- Kuvio 10: Työpajatyöskentelyn alkuvaiheessa nousseita elementtejä vision rakentumisen pohjaksi. 38
- Kuvio 11: Työpajatyöskentelyssä rakentunut Laurea SOTE2020 -visio 40
- Kuvio 12: Uuden soten kulmakivet määrittivät kirjallisuuskatsauksen kiinnostuksen kohteita. (Pöysti 2017) 42

## Liitteet

Liite 1: Toisen työpajan toteutussuunnitelma .....	71
Liite 2: Kolmannen työpajan toteutussuunnitelma .....	72
Liite 3: Toimenpidematriisi vision toteuttamiseksi.....	73

## Liite 1: Toisen työpajan toteutussuunnitelma

Vaihe	Aloitus	Lämmittely, ideoiden kerääminen	Syvälle sisälle	Totuus	Tauko
		<	>	<>	
<b>Miten</b>	Diaesitys + musiikki aloittaa. Sen jälkeen esitellään fasilitaattorit + sanallisesti käydään läpi tavoitteet ja työpajan aikataulu, pelisäännöt jne.	Me-we-us: Millaisena näet Laurean soten 2020? Ensin yksin postIT:ille vision elementtejä (3-4 min) - sitten pareittain/ pienryhmässä elementtejä kootaan postITit isommalle paperille. Omat post-ITit + saa tuottaa uusia, jos syntyy (5 min) - keskustelu koko ryhmässä (5 min)	Bullseye: Pari/ pienryhmä valitsee mielestään tärkeimmät elementit (n. 3-4 kpl) ja tuo ne yhteiseen Bullseye-flappiin ulkokehälle. Fasilitaattorin johdolla ensin samojen yhdistäminen, sitten ryhmä kerrallaan käy hiljaisesti ryhmittelemässä laput sisäkehälle. Jatketaan keskustelua fasilitaattorin johdolla, kunnes lopputuloksena 3 vision tärkeintä elementtiä häränsilmässä. / Intuition assesment	Pari / pienryhmä rakentaa edellä valituista elementeistä vision. Visiot laitetaan esille tilaan ja postIT-lapuilla annetaan ääni ja valitaan paras. Jos saman verran ääniä, yritetään löytää keskustelun kautta paras / yhdistetään visioita tms.	
<b>Aika</b>	10	15	10	15	5
<b>Miksi</b>	Dramaattinen alku, joka herättää huomion aiheeseen. Orientaatio aihepiiriin. Palauttaa samalla mieliin edellisessä työpajassa syntynyttä.	Herättää ajatuksia ja käynnistää yhteistä työskentelyä. Ryhmytyminen, koko porukka mukaan.	Kokoa edellisen vaiheen elementit ja kiteyttää olennaisen. Tehdään valinnat.	Jokaisen ääni tulee kuuluviin visiossa.	
<b>Tekijä</b>	Mira	Sisko	Sisko	Sisko / Mira	
<b>Tavoite</b>	Saadaan koko porukka samalle viivalle, tavoitteet selvillä kaikille: luoda Laurean SOTE2020 visio + siihen pohjautuen painopistealueet (4 kpl)	Tuottaa tietoa, mitkä tekijät ryhmä näkee Laurean SOTE 2020 -vision kannalta tärkeiksi elementeiksi. Kiteyttää yhteisen vision tärkeimmät elementit.		Kiteyttää ja muodostaa yhteinen visio	
<b>Tulokset</b>	Kaikki samalla viivalla ja valmiina toimintaan!	Tärkeimmät elementit, joista Laurean SOTE 2020- visio koostuu.		Laurean SOTE2020 -visio.	
<b>Tarvikkeet</b>	Diaesitys, musiikki taustalle.	PostIT-lappuja, kyniä, tusseja, fläppipaperia	PostIT-lappuja, kyniä, Bullseye-flappi	A3 tai A4 -paperia, kyniä, postIT-lappuja.	

Lämmittely	Ideoiden keruu ja syvälle sisälle	Lopetus
	<	>
Tilassa esillä Petrin ennakoita lähettämät SOTE-kuvat ja yhdessä luotu visio. Kuvakorttien avulla: Mitä tunteita kuva herättää äsken luotuun visioon ja SOTE-kuviin peilaten? Millaisia yhteneväisyyksiä / kontaktipintoja löytyy?	Ideologi: Kärkiteemojen / painopistealueiden luominen vision pohjalta / visiota tukemaan. Jokainen kirjoittaa ensin omalle paperille (3-4 min). Sen jälkeen 3 (2-4) hlön ryhmissä varastetaan ideoita (10 min). Muistetaan kertoa, ettei kritisoida vaan kuunnellaan, parastetaan ja kehitetään. Kävelytauko + uudet ryhmät (3 x 10 min, riippuu osallistujamäärästä kuin monta kertaa sekoitetaan pakkaa). Viimeisessä ryhmässä kerätään parhaat ideat ja rakennetaan ideanäyttely (5 min). TAUKO + ideoihin tutustuminen 10 min. Keskustelu ja ideoiden arviointi (10 min).	Jos ideologi ei tiivistä kärkiteemoja, valintaan käytetään arvokelloa. Eri kärkiteemavaihtoehdot viedään arvokelloon ja arvotetaan → muodostuu 4 kärkiteemaa.
10	70	20
Orientaatio uuteen aihealueeseen aiemman tuotoksen ja SOTE-raamien, kun orientaatio ehkä tauon aikana vähän herpaantunut.	Ideoidaan ja luodaan samalla yhteistä ymmärrystä kehittämällä ideoista yhdessä parempia.	Asettaa nousseita teemoja tärkeysjärjestykseen, auttaa valinnan tekemisessä.
Mira	Hanna	Hanna
Uudelleenorientaatio tauon jälkeen. Tuottaa tietoa, mikä ryhmän fiilis tämän hetken tuotoksista. Mennäänkö oikeaan suuntaan?	Kärkiteemojen / painopistealueiden muodostaminen.	Valita 4 kärkiteemaa edellä nousseiden joukosta.
	Vision pohjalta luodut kärkiteemat.	Kärkiteemat.
Kuvakortit, Dialla/ tulostettuna Petrin laittamat kuvat. Visio flapille/ muulle paperille kirjoitettuna (tulee edellisestä vaiheesta).	A4 paperia, kyniä, fläppipaperit ideanäyttelyä varten.	Arvokellopohja flapilla.
		Valmiit kysymykset.

## Liite 2: Kolmannen työpajan toteutus suunnitelma

Vaihe	Aloituis	Lämmittely/ideoiden keraaminen	Swälle sisälle	Totuis	Lopetus
Miten	Nopea esittely ja kertaus miksi olemme paikalla. Ryhmälle näytetään edellisen työpajan tulokset ja tuotokset videon muodossa.	Dynaaminen fasilitointi, HUOM! Yksi ääni kerrallaan, ajatukset kirjataan fläpille, jonka jälkeen keskustellen lisätään raitaita strategiaan.	Backcasting, lähdetään liikkeelle edellisessä vaiheessa luodusta strategiasta ja luodaan sen avulla kuva tulevaisuudesta. Tulevaisuuden skenaariorista lähdetään taaksepäin poittimaan päätöksiä, jotka johtavat tehtyyn tulevaisuuden kuvaan.	SWOT-analyysi, neljä fläppipaperia, osallistujilla post-it laput ja saavat hyljassena työnä käydä lisäämässä jokainen oman näkemyksensä Laurean vahvuuksista, heikkouksista, uhista ja mahdollisuuksista. Nopealla keskustelulla hyljaisen työn jälkeen yhtenäinen näkemys asioihin.	Toimenpidematriisi tehdään yhtenä ryhmänä ja sen jaottelussa käytetään SWOT-analyysissä esille tulleita asioita. Fasilitaattorit kirjaavat asioita fläpille matriisiin, kun niitä nousee esille.
Alka	5 min	10 min	15 min	10 min	10 min
Miksi	Video herättää huomion aiheeseen ja palauttaa mielin edellisessä työpajassa luodun vision	Saadon tarkennettua lisiideoita strategian raitaisiin ja samalla ensimmäiset ajatukset pois mielestä.	Backcastingilla saadaan mukaan myös jo hyväksi havaitut tavot toteuttaa strategioita ja onnistumisista saadaan uusia ideoita tulevaisuuteen.	SWOT-analyysillä saadaan esille Laurean vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet strategian toteuttamiseen. Näiden tietojen pohjalta luodaan toimenpidematriisi tarkempaa toimintasuunnitelmaa varten.	Työpajan jälkeen kaikilla on selkeä käsitys siitä, miten strategiaa lähdetään työstämään eteenpäin.
Tekijä	Fasilitaattorit	Fasilitaattorit	Fasilitaattorit	Fasilitaattorit	Fasilitaattorit
Tavoite	Palauttaa osallistujille mielin edellisen työpajan tulokset ja fiilis yhteisestä tekemisestä	Täydennykset strategiaan, jotka tulee huomioida sen jalkauttamisessa.	Yhteisen näkemyksen saaminen siihen, millä tavoin uutta strategiaa lähdetään toteuttamaan.	Selvittää Laurean vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet strategian toteuttamisessa, jotta toimenpidematriisi keskittyy oikeisiin asioihin.	Saada yhteinen näkemys siitä, mitä ja miten pitää toimia, että strategia jalkautuu käytäntöön.
Tulokset	Kaikki orientoituneina aiheeseen ja samalla viivalla	Strategia lopulliseen muotoonsa.	Yhteinen näkemys siitä, mitä jo nyt tehdään oikein, mitä on aiemmin tehty oikein ja mitä tulevaisuudessa pitää tehdä, jotta strategia toteutuu.	Vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet selkeästi listattuna helpottamaan toimenpidematriisin luomisessa.	Selkyyttää seuraavat askeleet strategian toteuttamisessa ja jalkauttamisessa.
Tarvikkeet	Diaesitys + musiikki (tietokone, tykki & kangas)	Fläppitaulu, jossa näkyvillä edellisessä työpajassa luotu strategia ja mahdollisuus sen muokkaamiseen sekä tyhjä fläppi, johon kirjata uudet ajatukset.	Fläppitaulu/paperia. Yhdessä näkyvillä luotu strategia, toisessa tulevaisuuden kuva. Kolmannen fläppiin lähdetään kokoamaan tarvittavia päätöksiä, jotka johtavat strategian toteutumiseen.	Fläppitaulu ja tusseja, post-iteja + kyniä	Fläppitaulu ja tusseja



Liite 3: Toimenpidematriisi vision toteuttamiseksi

TOIMENPIDE	KENEN VASTUULLA	RESURSSI/PÄÄTÖKSET	TULOS	KOSKA	SEURANTA JA VIESTINTÄ
Terve SOTE-talous hanke	Petri + Laurea SOTE 2020 -ryhmä	Hankerahoitus	SOTE-talousosaaminen sote-tutkintoihin		
Vision lanseeraus	SOTE 2020-ryhmä	06/17 rehtorin tiedote 08/17 Workshopit risteilyllä (Seppo-peli + opiskelijat)	Henkilöstön ymmärryksen kasvattaminen	kesä.17	Rehtorin kirje
Workshopit risteilyllä				elo.17	
OPS-tarkastelu LBD ↔ Yhteistoteutukset	tutkintovastaavat & kehittämispäälliköt vararehtori, kehittämispäälliköt, moduulivastuuhenkilöt	Digi-SH ja sosionomi kokeilut sos.terv.alan yhteiset toteutukset, ajoitus ja suunnittelu	vision vaatima osaaminen syntyy opintojen aikana (digi + talous) monialaiset oppimiskokonaisuudet	syksy -17, valmis 12/17 NYT	pilotit & kokeilut, Lohja syksy -17, Hyvinkäällä menossa
Osaamisen ja asiantuntijoiden liikkuminen	kehittämispäälliköt	houkuttelevuus lehtoreille, osaamisen tunnistaminen (specialiteetti), myös Laurean ulkopuolelta	osaamisen jakaminen		tiedotus
Muutostarpelden ennakointi & toimialan monitorointi	SOTE 2020-ryhmä	työaika SOTE2020 työskentelyyn	vision implementointi	01/17 ja jatkuu	sisäinen ja ulkoinen markkinointi, hakumarkkinointi, muu markkinointi