


*Johanna Lammintakanen, Sari Rissanen, Erja Peronmaa-Hanska,
Maarit Joensuu ja Tiina Ruottu*

Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa


Monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet

Helsinki 2016

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	29.12.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Johanna Lammintakanen, Sari Rissanen, Erja Peronmaa-Hanska, Maarit Joensuu ja Tiina Ruottu (Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos ja Yhteiskuntatieteiden laitos)	Sosiaali- ja terveysministeriö
Muiston nimi	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä
Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa – monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet	-
Tiivistelmä	
<p>■ Selvityksen tarkoituksena on tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon monialaisia ja ammattiryhmäkohtaisia johtamisrakenteita erilaisissa organisaatioissa ja kuvata sekä henkilöstön osallistumisen mahdollisuuksia että moniammatillisia toimintatapoja edistäviä hyviä käytäntöjä johtajien näkökulmasta. Selvityksessä analysoitu aineisto koottiin 10 suurimman kunnan sosiaali- ja terveysjohtajilta, kaikilta sairaanhoitopiirien johtajilta pois lukien Ahvenanmaa ja viideltä sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveydenhuollon johtajilta sähköisellä kyselyllä. Lisäksi kuutta em. ryhmiin kuuluvaa johtajaa haastateltiin.</p> <p>Selvityksen tulokset osoittivat, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on sekä ammattiryhmäkohtaista että monialaista kehittämistoimintaa ja johtamista. Organisaatiot ovat kuitenkin eri vaiheissa monialaisen toiminnan kehittämisessä. Osallistumisen mahdollisuudet ammattiryhmäkohtaiseen kehittämistyöhön arvioitiin pääsääntöisesti hyviksi. Sen sijaan monialaiseen kehittämistyöhön osallistumismahdollisuudet koettiin hieman heikommiksi. Johtamisrakenteet pääsääntöisesti mahdollistivat sekä ammattiryhmäkohtaisen että monialaisen kehittämistoiminnan. Monialaiset johto- ja kehittämiss ryhmät olivat tyypillisimpiä ylimmässä johdossa, kun taas keski-johdon tasolta löytyi hieman enemmän ammattiryhmäkohtaisia johto- ja kehittämiss ryhmiä.</p> <p>Selvityksen mukaan monialaisen kehittämistoiminnan hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollon integraation edistämiseksi on eri vaiheissa eri maantieteellisillä alueilla. Hyviä toimintatapoja löytyy erityyppisistä organisaatioista, mutta yhtenäisiä vakiintuneista kehittämisen käytäntöjä valtakunnallisesti tai alueellisesti ei ole vielä olemassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaa ja sen rakenteita on tarkoituksenmukaista ohjata valtakunnallisesti myös jatkossa.</p>	
Asiasanat	
johtaminen, kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuolto	
Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:68	Muut tiedot
	www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	37
ISBN 978-952-00-3851-9	Kieli
URN:ISBN: 978-952-00-3851-9	suomi
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-3851-9	
	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	29.12.2016
Författare	Uppdragsgivare
Johanna Lammintakanen, Sari Rissanen, Erja Peronmaa-Hanska, Maarit Joensuu ja Tiina Ruottu (Östra Finlands universitet)	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	-
Rapportens titel	
Ledning och utveckling inom social- och hälsovården – arbetsrutiner och strukturer i en mångprofessionell och yrkesgruppsspecifik verksamhet	
Referat	
<p>■ Syftet med utredningen är att granska mångprofessionella och yrkesgruppsspecifika ledningsstrukturer i olika organisationer inom social- och hälsovården och att ur direktörernas perspektiv beskriva både personalens möjligheter att delta och god praxis som främjar mångprofessionella arbetsrutiner. Det material som analyserades i utredningen samlades genom en elektronisk enkät från de tio största kommunernas social- och hälsovårdsdirektörer, alla direktörer inom sjukvårdsdistrikten, exklusive Åland, och fem social- och hälsovårdsdirektörer inom samsamarbetsområdena som producerar social- och hälsovårdstjänster. Dessutom intervjuades sex direktörer som ingår i grupperna ovan.</p> <p>Resultaten av utredningen visade att organisationerna inom social- och hälsovården har både yrkesgruppsspecifik och mångprofessionell utvecklingsverksamhet och ledning. Organisationerna befinner sig dock i olika skeden i utvecklingen av den mångprofessionella verksamheten. Möjligheterna att delta i det yrkesgruppsspecifika utvecklingsarbetet bedömdes i regel som bra. Möjligheterna att delta i det mångprofessionella utvecklingsarbetet ansågs däremot vara något svagare. I regel möjliggjorde ledningsstrukturerna både yrkesgruppsspecifik och mångprofessionell utvecklingsverksamhet. Mångprofessionella lednings- och utvecklingsgrupper var mest vanliga inom den högsta ledningen medan ledningen på mellannivå hade något fler yrkesgruppsspecifika lednings- och utvecklingsgrupper.</p> <p>Enligt utredningen finns det skillnader mellan olika geografiska områden när det gäller i vilken omfattning den mångprofessionella utvecklingsverksamheten utnyttjas för att främja integrationen inom social- och hälsovården. Olika organisationer har god praxis, men gemensam etablerad utvecklingspraxis saknas fortfarande både på riksnivå och på regional nivå. Det är ändamålsenligt att utvecklingsverksamheten inom social- och hälsovården och dess strukturer styrs på riksnivå även framöver.</p>	
Nyckelord	
ledning, utveckling, social- och hälsovården	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:68	Övriga uppgifter
	www.stm.fi/svenska
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	37
ISBN 978-952-00-3851-9	Språk
URN:ISBN: 978-952-00-3851-9	finska
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-3851-9	
	 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Sisällys

1 Johdanto.....	5
2 Monialainen yhteistyö, kehittäminen ja johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa .	6
2.1 Johtamisen ja kehittämisen sääntely sosiaali- ja terveydenhuollossa	6
2.2 Monialainen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa	8
2.3 Monialaisen yhteistyön kehittäminen ja johtaminen	10
3 Selvityksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja aineistot	12
3.1 Selvityksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	12
3.2 Aineistonkeruu ja -analysointi.....	12
4 Kyselyn ja haastattelujen tulokset.....	14
4.1 Vastaajien taustatietoja	14
4.2. Johtaminen ja päätöksenteko.....	16
4.2.1. Ammattiryhmäkohtainen johtaminen ja päätöksenteko	16
4.2.2. Monialainen johtaminen ja päätöksenteko.....	17
4.2.3 Arvioita monialaisuudesta johtamisessa ja asiakastyössä.....	19
4.3 Monialainen kehittäminen.....	21
4.3.1 Monialainen kehittämisen toteuttaminen	21
4.3.2 Ammattiryhmäkohtaisen ja monialaisen kehittämistyön arviointi	26
4.3.3 Monialaisen kehittämistoiminnan edistäminen	27
5 Yhteenveto ja johtopäätökset.....	32

1 Johdanto

Selvityksen tarkoituksena on tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon monialaisia ja ammattiryhmäkohtaisia johtamisrakenteita erilaisissa organisaatioissa ja kuvata sekä henkilöstön osallistumisen mahdollisuuksia että moniammatillisia toimintatapoja edistäviä hyviä käytäntöjä johtajien näkökulmasta. Selvityksen taustalla on tarve eri toimijoiden ja maantieteellisten alueiden toisiltaan oppimiseen johtamisjärjestelmien, kehittämistoiminnan ja osallisuuden näkökulmista. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (myöhemmin tekstissä sote-uudistus), jonka tavoitteena on yhä integroidumpi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, edellyttää uudenlaista johtajuutta ja kykyä hyödyntää henkilöstön monialaista osaamista ja osallistumista. Näin ollen selvitys tuottaa tietoa myös johtamisen ja kehittämisen nykyisten rakenteiden ja käytäntöjen tilanteesta suhteessa palvelurakennemuutoksen myötä luotaviin uusiin johtamisen ja kehittämisen rakenteisiin ja käytäntöihin.

Sosiaali- ja terveysala on erittäin henkilöstöintensiivinen ala sekä henkilöstön määrällä että kustannuksilla tarkasteltuna. Lisäksi alalla työskentelee useiden eri ammattiryhmien edustajia sekä monialaisissa tiimeissä että verkostoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on kuitenkin noussut esiin huoli uuden työvoiman saatavuudesta, rekrytoinnista sekä organisaatioissa ja toimialalla pysymisestä. Yhtenä työssä ja organisaatioissa pysymistä edistävänä tekijänä on tunnistettu mahdollisuudet vaikuttaa oman työn tekemiseen, aktiivinen osallistuminen ja osallistumismahdollisuudet organisaation päätöksentekoon (esim. Freeney & Tiernan 2009). Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että henkilöstö jää muutoksissa usein huomioimatta ja pahimmillaan osaamisen hyödyntämisen ja osallistumisen mahdollisuudet kapenevat (esim. Boselie 2010, Savolainen ym. 2011). Koska johtamisella luodaan edellytykset toimintatapojen uudistamiselle ja henkilöstön osallistumiselle toiminnan kehittämiseen, on tärkeää ottaa huomioon henkilöstön osallisuuden mahdollisuudet sekä johtamisen rakenteet ja käytännöt sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista on viime vuosina tutkittu yhä intensiivisemmin sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Aikaisemman tutkimuksen painopiste on ollut erityisesti hoitotyön johtamisessa, sen sijaan esimerkiksi lääkäreiden tai sosiaalityöntekijöiden johtamiseen tai monialaiseen johtamiseen liittyvä tutkimusnäyttö on vähäisempää. Lisäksi esimerkiksi vanhuspalvelujen johtamisen tutkimus on kohdistunut tiettyihin teemoihin, kuten laatujohtamiseen tai henkilöstövoimavarojen johtamiseen toisten teemojen jäädessä syrjään (Kokkonen ym. 2012). Suomesta puuttuu tutkimustietoa siitä, millaisilla johtamisjärjestelmillä sosiaali- ja terveydenhuoltoa johdetaan tai kehitetään sekä eri palvelusektoreilla että alueellisesti. Johtamistutkimus on myös vahvasti professiosidonnaista kuvaten olemassa olevaa käytännön johtamisjärjestelmää, vaikka nykyisin erityisesti peruspalveluissa johtajilla on johdettavanaan useisiin eri ammattialoihin kuuluvia työntekijöitä. Tämä muuttaa johtamistyötä edellyttäen johtajalta yhä enemmän johtamisosaamista substanssiosaamisen sijaan sekä selkeämpää roolin muutosta asiantuntijasta johtajaksi ja substanssiasiantuntijuuden johtamisen ja tuen organisointia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen näkökulmasta tutkimus on kohdistunut eniten eri ammattiryhmien ja johtajien osaamisen ja osaamisvaatimusten tutkimukseen (esim. Lehto & Nuutinen 2005, Pihlainen ym. 2016). Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että sosiaali- ja terveydenhuollossa ei hyödynnetä työntekijöiden eikä johtajien kaikkea osaamista (esim. Kivinen 2008, Lammintakanen 2014). Yhtäältä tämä johtunee siitä, että osaamista ei tunnusteta. Toisaalta henkilöstölle ei mahdollisteta osallistumista palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen, mikä mahdollistaisi osaltaan osaamisen tunnustamista moniammatillisissa työyhteisöissä. Huolta on myös kannettu siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa osaaminen ja osallisuus ovat liian sektoroituneita eri ammattiryhmien ja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.

2 Monialainen yhteistyö, kehittäminen ja johtamisen sosiaali- ja terveydenhuollossa

2.1 Johtamisen ja kehittämisen sääntely sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön sisältyvät säännökset ohjaavat julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kehittämistä ja johtamista. Taulukkoon 1 on koottu keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä ja johtamista sääntelevät kohdat sosiaalihuoltolaista (1301/2014), terveydenhuoltolaista (1326/2010) sekä laista sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) ja laista terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), jotka koskevat myös yksityissektorilla työskenteleviä ammattihenkilöitä. Laeissa säädetään muun muassa johtotehtävissä toimivien pätevyydestä, moniammatillisesta asiantuntijuudesta sekä jatkuvan osaamisen kehittämisen velvoitteesta.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen sääntelyyn liittyvät lait

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
<p>46a§: Sosiaalihuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon pääasiassa hallinnollisissa johtotehtävissä voi toimia sosiaalityöntekijä tai henkilö, jolla on tehtävään soveltuva ylempi korkeakoulututkinto ja alan tuntemus sekä niiden lisäksi riittävä johtamistaito.</p> <p>Sosiaalityön ammatillisesta johtamisesta säädetään sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain 9 §:ssä.</p> <p>Muissa asiakastyön ohjausta sisältävissä sosiaalihuollon johtotehtävissä voi toimia henkilö, jolla on tehtävään soveltuva korkeakoulututkinto, alan tuntemus sekä riittävä johtamistaito.</p>	<p>4§: Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.</p> <p>57§: Terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaavan lääkärin on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa.</p> <p>Kunnassa ja kuntayhtymässä on oltava tarpeenmukainen henkilöstö terveydenhuollon toimintayksikölle kuuluvia julkista valtaa sisältäviä tehtäviä varten. Henkilön, jonka tehtäviin kuuluu julkisen vallan käyttäminen, on oltava virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään.</p> <p>37§: Terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunnan on osoitettava tähän riittävät voimavarat. Terveyskeskuksen on toimittava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä muiden terveystieteiden kanssa. Terveyskeskuksen on osallistuttava yhdessä perusterveydenhuollon yksikön kanssa kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen.</p>

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015)
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

5§: Sosiaalihuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Sosiaalihuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö saa työssään tarvittavan perehdytyksen ja että hän voi osallistua ammattitaitonsa kehittämiseksi tarpeelliseen täydennyskoulutukseen.

9§: Sosiaalityöntekijän erityisenä velvollisuutena on vastata sosiaalityön ammatillisesta johtamisesta sekä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen sosiaalisen tuen ja palvelujen tarpeeseen vastaavasta sosiaalityön asiakas- ja asiantuntijatyöstä sekä sen vaikutusten seurannasta ja arvioinnista.

18§: Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.

Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistumalla tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojään ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti.

Viime vuosien sosiaali- ja terveydenhuollon organisointiin ja palvelujen tuottamiseen liittyvät selvitykset ja tutkimukset ovat osoittaneet, että eri maantieteelliset alueet ovat eri vaiheissa palvelujen uudelleen järjestämisessä ja alueet ovat tehneet erilaisia ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon integraation osalta (esim. Niiranen ym. 2013, Paronen 2015). Raportin kirjoittamisvaiheessa ns. sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki oli valmisteluprosessissa. Järjestämislakiluonnoksessa (päiväty 1.9.2016) otetaan kantaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan ja sen vastuisiin maakunnissa. Luonnoksessa todetaan, että maakunta vastaa alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä sekä kehittämisyyhteistyöstä, joka ylittää sekä alue- että organisaatorajat. Luonnoksessa korostuu myös tarve yhteistyöhön muun muassa kuntien, tutkimus- ja koulutusorganisaatioiden kanssa. (Sote- ja maakuntauudistus 2016a.) Kehittämistoiminta voidaan nähdä toimintaa ja siten myös sote-uudistusta ohjaavana tekijänä, joka edellyttää kehittämistoiminnan paikallista, alueellista ja valtakunnallista koordinaatiota (Kauppila & Tuulonen 2016).

Suomessa on pyritty perinteisesti vastaamaan moniin alan haasteisiin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita kehittämällä, muun muassa siirtämällä järjestämisvastuuta ja palvelujen tuottamisvastuuta suuremmille yksiköille. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. Järjestämislakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy maakunnille vuoden 2019 alusta. Keskeisenä keinona tavoitteiden saavuttamiseksi on sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisimman laaja integraatio, jossa perus- ja erikoispalvelu muodostavat ehjän asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden. Näin ihmisten palvelutarpeet huomioidaan kokonaisuutena ja heidän lähipalvelunsa varmistetaan koko maassa. Uudistus myös lisää asiakkaan valinnanvapautta. (Sote- ja maakuntauudistus 2016b.)

Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttaminen ja uudistuksen toimeenpano edellyttävät uudenlaista osaamista, osaamisen systemaattista kehittämistä ja johtamista sekä eri tasoilla työskenteleviltä johtotehtävissä toimivilta henkilöiltä että työntekijöiltä. Samalla uudistus muuttaa myös johtamisrakenteita, johtamisen käytäntöjä ja organisaatiokulttuureja, sillä sote-uudistuksen tavoitteet eivät toteudu vain organisaatorakenteita muuttamalla. Uudistuksen toimeen-

panossa tarvitaan ammattiryhmät ylittävää, asiakkaan tarpeista lähtevää, yhteisesti jaettua osaamista niin työyksiköissä, organisaatiotasolla kuin organisaatioiden yli menevässä toiminnassa. Kun käsitys asiantuntijuudesta uudistuu, on luotava toimintatapoja, rakenteita ja mekanismeja, joissa asiantuntijuutta tarkastellaan enemmän moniammatillisen yhteisön kuin yksilön näkökulmasta. Tämä tarkoittaa yhtäältä lupumista ammattikuntakohtaisuudesta sekä tiukoista ammattiryhmien välisistä rajoista ja yksinoikeuksista. Toisaalta potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistaminen ja asiakkaan oikeuksien toteutumisen asettavat erityisiä vaatimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden johtamiselle ja asiantuntijan osaamiselle. Myös asiakkaan asema ja roolin muuttuminen palvelun ja/tai hoidon keskiössä korostuvat.

2.2 Monialainen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Yhteistyön ja erityisesti moniammatillisen tai monitoimijaisen yhteistyön käsitteet ovat määrittäneet monilla eri tavoilla sekä kansallisessa että kansainvälisessä tutkimuksessa ja kirjallisuudessa. Esimerkiksi yhteistyötä on voitu tarkastella eri syvyysasteilla (esim. tiedon välittyminen versus yhteinen työ) tai organisaatioiden sisällä tai välillä. Samalla esimerkiksi käsitteet moniammatillinen, monitoimijainen, poikkihallinnollinen tai eri sektorit ylittävä yhteistyö ovat kuvanneet joko eri ammattialojen, ammattiryhmien tai sektorien välistä yhteistyötä kirjoittajasta riippuen. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan yleensä eri ammattilaisten muodostamaa työntekijöiden ryhmää, jotka suorittavat samaa tehtävää ja joilla on yhteinen tavoite (Niiranen 2011, 138-139). Moniammatillisuus kattaa erilaisia työskentelymuotoja moniammatillisesta rinnakkain työskentelystä aina sellaisiin työmuotoihin, joissa rikotaan ammatillisia roolirajoja. Englannin kielessä käytetään moniammatillisuudesta käsitteitä *multi-professional* ja *multidisciplinary*. Pidemmälle kehittyntä yhteistyötä kuvaavat käsitteet *inter-professional* sekä *transprofessional*. *Inter-etuliite* viittaa roolien, taitojen, vastuiden ja tietojen yhteensovittamiseen. Työskentelymallissa pyritään järjestämään mahdollisimman paljon yhteistä aikaa, jossa työntekijät voivat vaihtaa informaatiota, ja heillä on mahdollisuus mielipiteiden kuulemiseen ja päätöksentekoon. *Trans-etuliite* pitää sisällään ammatillisten roolirajojen rikkomisen mahdollisuuden. (Isoherranen 2005, Niiranen 2014.) Näkökulmana yhteistyöhön on ollut se, että työelämä on muuttunut entistä enemmän tiimipohjaiseksi ja yhteisöllistä, monialaista asiantuntijuutta painottavaksi (Isoherranen 2012, 5).

Poikkihallinnollisella työskentelyllä tarkoitetaan eri hallinnonalojen ammattilaisten yhteistyötä julkisissa palveluissa (Määttä 2007, 15). Poikkihallinnolliselle toiminnalle olennaista ovat organisaatorajojen yli työskentely, yhteisön toimintaperiaatteet, jaettu tietoperusta ja osallistumismallit. Se kattaa myös eri hallinnonaloilla työskentelevien ammattilaisten keskinäistä tiedon vaihtoa, integrointia ja joustavaa suuntaamista (D'Amour & Oandasan 2005, 9). Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken vaatii joustavuutta ja valmiutta hyväksyä erilaisuus (Möttönen & Niemelä 2005, 90). Moniammatillisuus kuuluu poikkihallinnolliseen yhteistyöhön, jonka avulla pyritään tietojen, taitojen, tehtävien, kokemusten ja toimivallan jakamiseen yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Käsitteellä voidaan viitata organisaation sisäiseen tai eri organisaatioiden väliseen yhteistyöhön, yhteistyön satunnaisiin sekä vakiintuneisiin muotoihin. (Payne 2000, 9.)

Monialaisen yhteistyön tavoitteet liittyvät poliittisten päättäjien ja ammattilaisten yhteiseen tarpeeseen suunnata kehitystä monialaisuuden puutteellisesta yhteensovittamisesta ja vuorovaikutuksesta tulokselliseen yhteistoimintaan. Erityisesti väestörakenteen muutos ja palvelujärjestelmien laajat uudistukset luovat pakottavan tarpeen vaikuttavaan yhteistyöhön yli ammatti- ja organisaatorajojen. (Reeves, Lewin, Espin & Zwarestein 2011, 49.) Monialainen yhteistyö on nähty keskeisenä keinona lisätä palvelujen laatua, vaikuttavuutta ja asiakaslähtöi-

syöttä. Niiden toteutuminen käytännössä näyttäytyy hyvistä tavoitteista huolimatta ongelmalliselta. (Isoherranen 2012,11.)

Morgan, Pullon ja McKinlay (2015, 1218) määrittelevät monialaisen yhteistyön eri ammattillisen taustan omaavien aktiiviseksi ja jatkuvaksi yhteistoiminnaksi yli organisaatio- ja sektorirajojen. Yhteistyö eri professioiden välillä on toimintaa, jossa kaksi tai useampi ihminen toimii vuorovaikutuksessa tarkoituksenaan ratkaista ongelmia sekä parantaa potilaan tai asiakkaan saamaa palvelua ja hoitoa (Morgan ym. 2015, 1218; Reeves ym. 2011,16). Myös Isoherranen kirjoittajakollegoineen (2008) on määritellyt monialaisen yhteistyön käytännöiksi, joissa asiakaslähtöisesti kootaan eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot yhteen vuorovaikutusprosessissa yli organisaatio- ja ammattirajojen. Tavoitteena on luoda tapauskohtaisesti yhteinen käsitys asiakkaan tilanteesta ja tarvittavista toimenpiteistä sovitulla välineillä ja käytännöillä.

Yksinkertaisissa asiakkaiden ongelmissa asiantuntijoiden riippuvuudet toisistaan ovat usein peräkkäisiä ja asiakas tai potilas siirtyy palvelusta toiseen suunnitelman mukaan, jolloin tilapäiset yhteistyöpalaverit ovat riittäviä. Monimutkaisissa ongelmanratkaisuprosesseissa asiantuntijat ovat enemmän riippuvaisia toistensa työpanoksesta, mikä edellyttää tiiviimpää keskinäistä yhteistoimintaa. Tarvitaan kaiken saatavilla olevan tiedon yhdistämistä, jatkuvaa yhteistyötä sekä keskinäistä vastuuta asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi. (D`Amour & Oandasan 2005, 116, Rudenstam & Holmberg 2014, 348.) Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä on paljon erilaista tietoa ja osaamista. Päätöksenteossa korostuu erilaisten näkemysten mahdollinen kyseenalaistaminen erityisesti silloin, kun kaikilla ei ole samaan tietotaitoa ja kokemusta. Yhtä ainoa oikeaa ratkaisua ongelmiin ei monesti edes löydy, vaan tietoa yhdistämällä asiantuntijoiden on etsittävä yhdessä paras mahdollinen ratkaisu ongelmaan. (Isoherranen 2012, 45.)

Monialaista yhteistyötä on tarkasteltu myös vuorovaikutusprosessina, joka kehittyy ja muuttuu ajan kuluessa. Vuorovaikutusprosessissa muodostetaan ja jaetaan yhteisiä tavoitteita, vastuuta, päätöksiä ja valtaa. Siksi kaikilla prosessiin osallistuvilla ammattilaisilla on tarpeen olla yhtäläiset mahdollisuudet osallistua yhdessä työskentelyyn, jotta jokainen voi antaa oman ainutlaatuisen ja tärkeän panoksensa prosessiin. (Petri 2010, 75–76.) Työskentely yhteisen jaetun ongelman parissa johtaa todennäköisimmin laadukkaampaan ongelmanratkaisuun kuin yksin työskentely (Leinonen, Järvelä & Häkkinen 2006, 139). Ei riitä, että monialainen työryhmä yhdessä määrittelee asiakkaan ongelmaan ratkaisun, vaan kaikkien keskeisten ammattilaisten tulee ottaa vastuu asiakkaan tukemisessa tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhdessä arvioidaan, mitä on saavutettu, mitä pitää vielä tehdä ja keiden asiantuntijoiden osaaminen on tarpeen tavoitteen kannalta. (Raukko 2014, 85.) Monialaisen ryhmän tuottama lopputulos ei kuitenkaan aina ole parempi kuin yhden ammattilaisen tiedon varassa tehty ratkaisu. Ryhmän työn tulokseen vaikuttavat tehtävän luonne, työn yhteen koordinointi, ammattilaisten osaaminen ja persoonalliset tekijät, toimintaa ohjaavat mentaaliset mallit, keskinäinen vuorovaikutus sekä erilaiset ryhmäilmiöt. (Isoherranen 2012, 44.)

Asiantuntijat liikkuvat työssään monien rinnakkaisten toimintakontekstien välillä, jotka kaikki vaativat ja tuottavat erilaista, mutta myös toisiaan täydentävää tietoa. Tärkeää eri toimintayksiköiden rajanylityksissä on osata sovittaa ja yhdistellä niiden erilaiset elementit yhteiseksi ongelmanratkaisuprosesseiksi, joissa osapuolten roolit voivat vaihdella. Ammatillinen rajanylitys on tuntemattomalle alueelle astumista. Se on kollektiivista ja luovaa toimintaa, joka edellyttää uusien, välittävien käsitteiden luomista. (Engeström ym. 1995.) Menestyksekkäs yhteistyö eri professioiden välillä edellyttää jatkuvaa mahdollisuutta säännölliseen, mutta myös epäviralliseen vuorovaikutukseen organisaation eri tasojen välillä (Morgan ym. 2015, 1218). Yleinen käsitys on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tietävät intuitiivisesti, kuinka yhteistyötä yli organisaatorajojen tehdään. Jatkuvat todisteet epäonnistuneesta vuorovaikutuksesta ja yhteistyöstä muistuttavat, että tämä ei pidä paikkaansa (Reeves ym. 2011, 49).

Monialaisen yhteistyön hyödylliset vaikutukset kohdistuvat asiakkaisiin, henkilökuntaan sekä koko organisaatioon (Petri 2010,78). Erityisesti monialainen yhteistyö kohentaa pitkäaikaisairaiden ja monia eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevien asiakkaiden saamaa hoitoa ja palveluja (Rijken ym. 2013, Morgan ym. 2015, 1218). Kun monimutkaisen ongelmavyöhydin omaava asiakas ohjataan eri palvelujen piiriin, on tuloksena yleensä asiakkaan palaaminen sen sijaan että ongelmat tulisivat ratkaistuiksi. Tällaiset ongelmat vaativat jaetun asiantuntijuuden kehittämistä mahdollisimman monelta suunnalta tulleeseen tietoon, mikä lisää keskinäistä riippuvuutta. (Rudenstam & Holmberg 2014, 347–348.) Sairaalaympäristöissä monialaisen yhteistyön on havaittu lyhentävän sairaalassaoloaikoja sekä lisäävän potilastyytyväisyyttä ja hoidon kokonaisvaltaisuutta. Yhteistyön on todettu lisäävän myös henkilöstön työtyytyväisyyttä, mikä näkyy vähäisempinä sairauspoissaoloina, lisääntyneenä innostuneisuutena ja korkeampana työmoraalina sekä työntekijöiden pysyvyytenä. (Petri 2010, 78–79.)

2.3 Monialaisen yhteistyön kehittäminen ja johtaminen

Yhteistyön vaade ja hyödyt eivät kuitenkaan kohdistu ainoastaan asiakas- ja potilastason toimintaan. Yhteistyön onnistumisen vaade koskee myös kehittämistoimintaa. Miten eri alojen ammattilaiset pystyvät kehittämään toimintaansa yhdessä? Tässä raportissa pääpaino on moniammatillisessa kehittämisessä ja sen toteutumisessa nykyisissä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa. Aikaisempi tutkimustieto on vain harvoin kohdistunut sosiaali- ja terveydenhuollon monialaisiin kehittämISRakenteisiin. Sen sijaan monialaista johtamista on tutkittu jonkin verran enemmän.

Yhteistyön onnistuminen kehittämistoiminnassa on usein liitetty johtamisen merkitykseen toiminnan onnistumiselle. Johtajuus on keskeisessä asemassa, kun pyritään edistämään tehokasta yhteistoimintaa eri professioiden välillä ja sitä kautta laadukkaita ja vaikuttavia palveluja ja hoitoa asiakkaille (Reeves ym. 2011, 33). Yhteistoimintaa ei siis synny itsekseen, vaan sille tulee luoda yhteen sovittavalla johtamisella selkeät rakenteet ja toimintatavat. Johdon tulee varmistaa, että toimintaa kehitetään osana työtä niin, että kaikki tahot, joita asia koskee, pääsevät mukaan kehittämistyöhön. Tämä vaatimus koskee myös palvelujen käyttäjiä ja kolmannen sektorin toimijoita. (Perälä ym. 2013, 114.) Eri alojen asiantuntijoilla sekä organisaation eri tasoilla työskentelevillä on erilaisia näkemyksiä todellisuudesta, mikä johtaa erilaisiin käsityksiin toiminnan tavoitteista ja suunnasta (Rudenstam & Holmberg 2014, 345). Monialaista yhteistyötä tukevassa organisaatioissa on tyypillisesti työntekijöiden osallistumista, autonomiaa, tasa-arvoa kunnioittava sekä vapaaseen ilmaisuun ja innovointiin kannustava ilmapiiri (Rekola 2008, 17). Yksilötason lisäksi tarvitaan näin koko organisaation sekä hallinnollisen tason tuki monialaisen yhteistyön edistämiseksi (Petri 2010, 77).

Monialaiset sosiaali- ja terveydenhuollon työryhmät ja verkostot ovat erilaisia johdettavia kuin perinteisissä linjaorganisaatioissa on totuttu johtamaan. Moniammatillisten verkostojen ja yhteistyöryhmien johtaminen edellyttää moniammatillisuuden toimintamekanismien ja erilaisten osaamisen ja tiedon merkityksen tunnistamista sekä eri asiantuntijoiden vuorovaikutuksen tukemista. (Isoherranen 2005, 116; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 117; Isoherranen 2012, 133.) Moniammatillisten työryhmien tehottomuuden takana voi kuitenkin esiintyä johtamisen puutetta, sillä johto voi olettaa, että työryhmät kykenevät toimimaan itsenäisesti ilman johtamista, seurantaa ja arvioimista (Övretveit 1994, 43). Moniammatillisen yhteistyön haasteita, edellytyksiä ja rajoitteita on terveydenhuollossa tutkittu paljon, kuitenkin eri ammattiryhmien välisestä käytännön toimivuudesta tiedetään suhteellisen vähän sekä niiden toiminnan prosesseista. (Nikander 2003, 279; Collin, Paloniemi & Herranen 2012; 9.)

Monialaiseen johtamiseen vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon osittain erilaiset työnsällöt ja toiminta- ja johtamiskulttuurit. Esimerkiksi sosiaalihuollossa korostuu terveydenhuol-

toa enemmän virallisten, valituskelpoisten päätösten ja julkisen vallan rooli. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöverkostojen kumppanuudet ja laajuus eroavat jossakin määrin toisistaan. Sosiaalihuollon tärkeitä yhteistyökumppaneita terveydenhuollon lisäksi ovat esimerkiksi päivähoito, koulu-, nuoriso- ja kulttuuritoimi ja työvoimahallinto. Lisäksi erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa ja sosiaalityössä johtamisen perinteet ovat olleet erilaiset. Tämä on vaikuttanut myös siihen, minkälaisia muutoksia eri toimialoilla on tapahtunut ja tulee tapahtumaan. (Viitanen ym. 2007, 9.) Johtajien toimintakenttä on muuttunut ja tulee jatkossakin muuttumaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten sekä kasvavien tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden vaatimusten myötä. Ei ole samantekevää minkälaista johtamista nykyisessä pyörteisessä työelämässä toteutetaan. Johtajuudella on suuri merkitys henkilöstön motivaatioon kehittää uusia tapoja tehdä työtä.

Eri toimijoilla on voinut olla erilainen ymmärrys johtamisen sisällöistä tai laajuudesta organisaatioiden sisällä tai niiden välillä. Esimerkiksi johtaminen on voitu ymmärtää vain henkilöstöjohtamisena tai laajempaan eri sisältöalueita, kuten strateginen, laadun tai talouden johtamisen sisältävänä. Kokonaisuudessaan ymmärrys johtamisesta on riippuvainen siitä, millainen perusymmärrys johtamisesta tai sen osa-alueista on. Johtamista on voitu tarkastella esimerkiksi sen teoreettisista lähestymistavoista, suuntauksista tai käytännöistä lähtien erilaisissa toimintaympäristöissä. Tällöin johtamisen teoreettisilla lähestymistavoilla tarkoitetaan johtamista koskevan teoretiedon muotoutumista ja sen eri vaiheita. Vastaavasti johtamisen suuntauksilla viitataan ajassa eläviin johtamispainotuksiin ja oppeihin, jotka osittain perustuvat erilaisiin johtamisen teoreettisiin lähestymistapoihin. Varsinaiset johtamisen käytännöt ovat taas organisaatiossa ilmenevää johtamista ja siihen liittyviä toimintoja (ks. lisää Rissanen & Hujala 2015, Rissanen 2016). Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että johtamisen käytännöt eroavat sosiaali- ja terveydenhuollon eri työyhteisöissä ja eri ammattiryhmien välillä (esim. Kivinen 2008, Sarvimäki 2010). Näin tässä selvityksessä tarkastellaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmiä esimerkiksi johtoryhmien ja johtajien taustatietojen valossa.

3 Selvityksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja aineistot

3.1 Selvityksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Selvityksen tarkoituksena on tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmäkohtaisia ja monialaisia johtamisrakenteita erilaisissa organisaatioissa ja kuvata sekä henkilöstön osallistumisen mahdollisuuksia että moniammatillisia toimintatapoja edistäviä hyviä käytäntöjä johtajien näkökulmasta.

Tässä selvityksessä etsitään vastauksia seuraaviin yksilöityihin kysymyksiin:

1. Minkälaisia ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden nykyiset monialaiset ja ammattiryhmäkohtaiset ja johtamisrakenteet ja –käytännöt (organisaatioiden sisällä ja suhteessa muihin toimijoihin)?
2. Miten johtajat arvioivat nykyisten johtamisrakenteiden ja –käytäntöjen edistävän monialaisuutta erilaisissa organisaatiotyypeissä?
3. Miten ja kenen toimesta kehittäminen tapahtuu organisaatioissa?
4. Miten johtajat arvioivat nykyisten rakenteiden ja käytäntöjen mahdollistavan kehittämistä ja henkilöstön osallistumista (oman työnsä ja toiminnan) kehittämiseen?
5. Mitkä tekijät edistävät monialaista kehittämistoimintaa johtajien näkökulmasta?

Kokonaisuudessaan selvitys tuottaa tietoa Kaste-ohjelman (STM 2012) johtamisen osaohjelman VI toimenpiteeseen 12 perustuen.

”Luodaan ja juurrutetaan käytäntöjä edistämään henkilöstön osallistumista prosessien toimivuuden parantamisessa. Kehitetään henkilöstön monialaista työskentelyä ja yhteisvastuullisuutta asiakaspalvelun joustavuuden turvaamiseksi.”

KASTE – ohjelman toimeenpanosuunnitelman (2012, 33) mukaan STM, TTL ja THL kokoavat tietoa johtamisen rakenteista ja käytännöistä, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon uusissa palvelurakenteissa edistetään moniammatillisia ja –toimijaisia toimintatapoja sekä henkilöstön osallistumista kehittämiseen.

3.2 Aineistonkeruu ja -analysointi

Selvitys toteutettiin pääosin sähköisenä kyselynä kuntien, sairaanhoitopiirien ja uusimuotoisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden, kuten yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveysalan johtajille. Kysely suunnattiin 10 suurimman kunnan sosiaali- ja terveysjohtajille, kaikille sairaanhoitopiirien johtajille pois lukien Ahvenanmaa ja viidelle yhteistoiminta-alueelle. Yhteistoiminta-alueiksi valittiin niitä alueita, joissa ko. organisaatiot tarjosivat sekä sosiaali- että terveyspalveluja kuntaa laajemmalle alueelle. Osa sairaanhoitopiireistä tarjoaa ainoastaan terveyspalveluja, mutta osa tarjoaa laajasti sekä sosiaali- että terveyspalveluja. Näitä integroituja toimintayksiköitä tarkastellaan tässä selvityksessä osana yhteistoiminta-alueita, sillä niiden palvelutarjonta eroaa perinteisestä sairaanhoitopiirin palvelutarjonnasta.

Kyselylomake laadittiin asiantuntijaryhmässä tätä selvitystä varten. Kysely koostui viidestä eri osiosta: 1) vastaajan taustatiedoista, 2) organisaation taustatiedoista, 3) monialaiseen ja

ammattiryhmäkohtaiseen päätöksentekoon ja johtamiseen liittyvistä kysymyksistä ja väittämistä, 4) monialaiseen ja ammattiryhmäkohtaiseen kehittämiseen liittyvistä kysymyksistä ja väittämistä sekä 5) halukkuudesta osallistua haastattelututkimukseen. Kysely lähetettiin esitettäväksi viidelle kohderyhmään kuuluvalla henkilöllä kesäkuussa 2015. Kolme esitettävää kommentoi kyselyn sisältöä ja selkeyttä. Joitakin tarkennuksia tehtiin muun muassa monialaista ja ammattiryhmäkohtaista kehittämistoimintaa koskeviin väittämiin.

Kyselyyn osallistuvien yhteystiedot koottiin organisaatioiden kotisivuilta. Tavoitteena oli saada eri organisaatioista vastaajiksi vähintään kolme johtajaa, joilla on erilaiset vastualueet. Osa organisaatioista on kuvannut kotisivuilla hyvin johtoryhmänsä, ja tätä tietoa pystyttiin hyödyntämään osallistujia valittaessa. Osassa organisaatioita, erityisesti kunnissa ja sairaanhoitopiireissä oli melko hankala löytää vain pientä ryhmää ylintä johtoa. Tällöin osallistujiksi valittiin laajempi joukko vastaajia erilaisilla nimikkeillä. Kysely lähetettiin sosiaali- ja terveysministeriöstä 3-23 henkilölle per organisaatio. Lisäksi kysely lähetettiin 15 henkilöstön edustajalle, sillä osassa johtoryhmiä oli heidän edustuksensa.

Kysely lähetettiin vastaajille syksyllä 2015, ja vastausaika päättyi uusintakyselyn jälkeen marraskuussa 2015. Kaikkiaan kysely lähetettiin 336 vastaajalle, joista 64 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 19. Aktiivisimmin vastasivat integroitujen toimintayksikköjen edustajat ja vähiten perinteisten sairaanhoitopiirien edustajat (taulukko 2).

Taulukko 2. Kyselyyn osallistuminen organisaatiotyypeittäin.

	Lähetetyt	Vastanneet	Vastausprosentti
Kunta	116 (4*)	30(1*)	26 %
Perinteiset sairaanhoitopiirit	161 (11*)	15(1*)	9 %
Integroidut toimintayksiköt	59	19	32 %
Yhteensä	336	64	19 %

* luottamusmiehiä ja henkilöstön edustajia

Koska kyselyyn vastanneiden määrä oli melko pieni, tulokset pohjautuvat pääosin suoriin jakaumiin, ristiintaulukoitiin tai Likert-väittämien keskiarvoihin. Ristiintaulukoinnissa selittäjänä käytetään pääosin organisaatiotyyppiä (kunta, perinteinen sairaanhoitopiiri, integroitu toimintayksikkö).

Lisäksi selvityshankkeeseen sisältyi kuuden johtajan haastattelu. Haastateltavat valittiin niistä kyselyyn osallistuneista, jotka olivat halukkaita kertomaan tarkemmin organisaationsa ammattiryhmäkohtaisista ja monialaisista kehittämisen, päätöksenteon ja asiakastyön hyvistä käytännöistä. Haastateltavien valinnassa painotettiin eri alueiden ja eri organisaatiotyypeissä työskentelevien johtajien näkökulman esille saantia (taulukko 3). Haastattelut toteutettiin alkuvuodesta 2016. Haastattelurunko sisälsi erityisesti monialaiseen kehittämistoimintaan liittyviä teemoja. Haastattelut analysoitiin teemoittelemalla monialaisen kehittämistoiminnan edistämiseen liittyviä tekijöitä.

Taulukko 3. Haastatteluihin osallistuneet henkilöt

Nimi	Ammattinimike	Organisaatio
Alen Reija	toimialueen johtaja, ylilääkäri	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
Cantell-Forsbom Anna	psykososiaalisten palvelujen päällikkö	Vantaan kaupunki
Hakala Paula	hallintoylihoitaja	Tampereen kaupunki
Palomäki Ari	tulosaluejohtaja, ylilääkäri	Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
Pekkanen Leila	toimitusjohtaja	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
Roine Maija	kuntoutuspäällikkö	Kuopion kaupunki

4 Kyselyn ja haastattelujen tulokset

4.1 Vastaajien taustatietoja

Vastaajista enemmistö oli naisia ja iältään 50-59 -vuotiaita. Nuorin kyselyyn vastaajista oli 32-vuotias ja vanhin 65-vuotias. Noin kolmanneksella vastaajista oli tieteellinen jatkotutkinto ja runsaalla puolella ylempi korkeakoulututkinto tiedeyliopistosta. Kenenkään vastaajan ylin tutkinto ei ollut ammattikorkeakoulusta. Suurimmalla osalla vastaajista yliopistotutkinto oli lääketieteestä. Seuraavaksi eniten vastaajilla oli terveystieteiden tutkintoja pääaineena joko hoitotiede tai terveyshallintotiede. Sosiaalitieteellisen tutkinnon omai vastaajista noin viidesosa, ja nämä tutkinnot olivat lähinnä sosiaalityöstä tai sosiaalipolitiikasta. Muu ryhmä sisältää esimerkiksi kasvatus-, oikeus- ja taloustieteen tutkintoja. (Taulukko 4.) Ammattinimikkeiden kirjo oli vastaajilla moninainen. Osassa nimike kertoi tarkemmin tehtävästä (esim. hoitotyön johtaja, perhepalvelujen johtaja, terveyspalvelujen johtaja). Osassa nimike oli yleinen kuten tuotantojohtaja tai virastopäällikkö.

Taulukko 4. Vastaajien taustatietoja

	n	%
Sukupuoli		
- Nainen	46	72
- Mies	18	28
Ikä		
- 49 vuotta tai alle	17	27
- 50 - 59 vuotta	29	45
- 60 vuotta tai yli	18	28
Tutkinto		
- Tieteellinen jatkotutkinto	21	33
- Ylempi korkeakoulututkinto tiedeyliopistossa	38	59
- Opistoaste tai muu	5	8
Tutkinnon ala		
- Lääketiede	26	41
- Terveystieteet	20	31
- Sosiaalitieteet	11	17
- Muu	7	11

Enemmistöllä vastaajista oli yli 10 vuoden kokemus johtamistyöstä. Neljännes vastaajista oli työskennellyt johtamistehtävissä yli 20 vuotta. Vain muutamat olivat työskennelleet johtajana alle viisi vuotta. Kaksi vastaajista ei tehnyt hallinnollista työtä tai johtamistyötä, vaan he olivat pääosin luottamusmiehiä. Asiakastyöhön osallistui vajaa kolmannes vastaajista. Lääkäreistä asiakas/ potilastyöhön osallistui puolet, kun taas muun ammattitautaan omaavista vain viidesosa (n=7). Vajaalla neljänneksellä vastaajista työkuvaan kuului myös muita tehtäviä, jotka olivat useimmiten erilaisia suunnittelu- tai kehittämistehtäviä.

Vastaajilla oli kokemusta tasaisesti eri sektorien johtamisesta. Vastaajista 40% (n= 26) työ kohdistui vähintään kahden sektorin (esim. perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen) johtamiseen ja 16%:n (n=10) työ kolmeen sektoriin, eli erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin. (Taulukko 5.) Tarkasteltaessa vastaajien organisaation antamia palveluja vastaajien organisaatioista 83% (n=53) tuotti sosiaalipalveluja, 72% (n=46) perusterveydenhuollon palveluja ja 66% (n=42) erikoissairaanhoidon palveluja.

Taulukko 5. Vastaajien työkokemus ja työnkuva

	n	%
Johtamiskokemus		
- 2-5 vuotta	5	8
- 6-10 vuotta	13	20
- 11-20 vuotta	28	44
- Yli 20 vuotta	16	25
- Ei johtamiskokemusta	2	3
Työn sisältö hallinnollista johtamistyötä		
- Kyllä	62	97
- Ei	2	3
...asiakas-/tai potilastyötä		
- Kyllä	20	31
- Ei	44	69
...jotain muuta		
- Kyllä	15	23
- Ei	49	77
Oman työn kohdistuminen erikoissairaanhoidon johtamiseen		
- Kyllä	31	48
- Ei	33	52
...perusterveydenhuollon johtaminen		
- Kyllä	32	50
- Ei	32	50
...sosiaalipalvelujen johtaminen		
- Kyllä	32	50
- Ei	32	50

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajilta, mihin ammattiryhmiin heidän johtamistyönsä kohdistuu ja kuinka usein he johtivat em. ammattiryhmiä. Lähes kaikki vastanneet ilmoittivat johtavansa sairaanhoitajia, kättilöitä tai terveydenhoitajia vähintään viikoittain (77% vastanneista). Johtamistyö kohdistui melko tasaisesti viikoittain myös lääkäreihin (63%), tukipalveluihin (56%), sosiaalityöntekijöihin (55%) tai lähihoitajiin (55%). Vähiten johtajat osallistui-
vat viikoittain sosionomien tai geronomien johtamiseen. Vastanneista neljännes ei koskaan johtanut sosionomeja tai geronomeja. Osittain tämä johtunee siitä, että ko. ammattiryhmiä ei työskentele juurikaan erikoissairaanhoidossa tai perinteisissä sairaanhoitopiireissä. Lisäksi yksittäiset vastaajat ilmoittivat johtavansa viikoittain esimerkiksi fysio-, toiminta- ja puheterapeutteja, psykologeja ja erityisopettajia.

4.2. Johtaminen ja päätöksenteko

4.2.1. Ammattiryhmäkohtainen johtaminen ja päätöksenteko

Ammattiryhmäkohtaista johtamista ja kehittämistä tapahtui jonkin verran enemmän keskijohdon tasolla kuin ylimmän johdon tasolla (Taulukko 6). Vastaajista vajaa puolet (49%) tunnisti ammattiryhmäkohtaisia johtoryhmiä ja runsas puolet (56%) kehittämisryhmiä keskijohdon tasolla. Keskijohdon tasolla eniten ammattiryhmäkohtaisia kehittämisryhmiä oli kunnissa (66%) ja sairaanhoitopiireissä (73%) verrattuna integroituihin toimintayksiköihin (44%). Vastaavasti vajaa 40 prosenttia vastaajista koki ylimmän johdon tasolla olevan ammattiryhmäkohtaisia johto- ja/tai kehittämisryhmiä. Vähiten ammattiryhmäkohtaisia johtoryhmiä oli ylimmän johdon tasolla sairaanhoitopiireissä (27%) verrattuna integroituihin toimintayksiköihin (50%) ja kuntiin (41%).

Taulukko 6. Ammattiryhmäkohtaiset johto- ja kehittämisryhmät eri tasoilla

	n	%
Ammattiryhmäkohtaisia johtoryhmiä ylimmän johdon tasolla		
- Kyllä	25	39
- Ei	36	56
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	3	5
Ammattiryhmäkohtaisia kehittämisryhmiä ylimmän johdon tasolla		
- Kyllä	23	36
- Ei	30	47
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	11	17
Ammattiryhmäkohtaisia johtoryhmiä keskijohdon tasolla		
- Kyllä	29	45
- Ei	25	39
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	10	16
Ammattiryhmäkohtaisia kehittämisryhmiä keskijohdon tasolla		
- Kyllä	38	59
- Ei	19	30
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	7	11

Vastaajista 38% tunnisti organisaatiossaan uudenlaisia ammattiryhmäkohtaisia johtamisrakenteita. Vähiten näitä oli integroiduissa toimintayksiköissä (26%). Kuitenkin näiden johtamisrakenteiden kuvaaminen vastaajille oli melko hankalaa. Yksittäisinä mainintoina tuli esille esimerkiksi erilaisia hoitajien, lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden tai psykologien työhön liittyviä johtamisrakenteita, joissa hyödynnettiin esimerkiksi samasta ammattiryhmästä olevaa mentoria uuden johtajan tukena, ammattiryhmäkohtaisia asiantuntijaryhmiä ja työparitoimintaa. Alla olevaan laatikkoon on poimittu muutama esimerkki vastaajien kuvaamista ammattiryhmäkohtaisista johtamisrakenteista.

”Vuodesta 2011 alkaen palvelulinjaorganisaatio, jossa toimii sairaalaan ydintoiminnot ja tukipalvelut omana yksikkönään”

”Palvelutalojen sairaanhoitajien hoitotyön käytännön toiminnan ja laadun johtaminen esimiehen työparina.”

”SOSKU -valtakunnallinen sosiaalisen kuntoutumisen kehittämishanke, osa Jyväskylän osahanke. Hankkeessa kootaan ammattiryhmäkohtaisia ja ammattiryhmien välisiä työryhmiä, joissa päätetään esim. uuden sosiaalihuoltolain tuomista yhteistyövelvoitteista. Hanketyö tuo ryhtiä kehittämistöimiin ja yhteistyöhön.”

”Hoitotyön kehittämissyksikkö kehittää hoitotyötä suuressa organisaatiossa (vajaa 3000 hoitajaa). Tarpeellinen ja tarkoituksenmukainen elin tuossa tarkoituksessa. Voisi olla mallina myös lääkärintyön kehittämiseksi.”

”Psykologit on koottu psykologian palveluyksikköön, vastaavasti sosiaalityöntekijät sosiaalityön palveluyksikköön, siten ovat oman ammattiryhmänsä johtamisen piirissä, vaikka työskentelevät moniammatillisissa työryhmissä kliinisissä tehtävissä.”

4.2.2. Monialainen johtaminen ja päätöksenteko

Verrattuna ammattiryhmäkohtaisiin johto- ja kehittämisryhmiin monialaisia vastaavia ryhmiä oli huomattavasti enemmän sekä ylimmän että keskijohdon tasolla (taulukko 7). Kaikissa organisaatioissa oli monialainen johtoryhmä ylimmän johdon tasolla, ja monialainen kehittämisryhmä puuttui vain kuudesta organisaatiosta. Vastaavasti myös keskijohdon tasolla oli monialainen johtoryhmä ja kehittämisryhmä paria poikkeusta lukuun ottamatta. Monialaiset ryhmät myös tiedettiin ja tunnistettiin selkeästi paremmin kuin mahdolliset ammattialakohtaiset ryhmät.

Taulukko 7. Monialaiset johto- ja kehittämisryhmät eri tasoilla

	n	%
Monialainen johtoryhmä ylimmän johdon tasolla		
- Kyllä	63	98
- Ei	0	0
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	1	2
Monialainen kehittämisryhmä ylimmän johdon tasolla		
- Kyllä	56	88
- Ei	6	9
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	2	3
Monialainen johtoryhmä keskijohdon tasolla		
- Kyllä	59	92
- Ei	2	3
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	3	5
Monialainen kehittämisryhmä keskijohdon tasolla		
- Kyllä	60	94
- Ei	2	3
- Ei osaa sanoa/puuttuva tieto	2	3

Noin puolet vastaajista (53 %) tunnisti omassa organisaatiossaan uudenlaisia monialaisia johtamisrakenteita. Eniten niitä nostivat esiin kuntien vastaajat (63 %) ja vähiten sairaanhoitopiirien vastaajat (40%). Monet vastaajat kokivat, ettei sinänsä ollut enää kyse mistään uudenlai-

sesta monialaisesta johtamisrakenteesta, vaan monialaisia johtamisrakenteita oli ollut jo jonkin aikaa. Kuvauksissa tuotiin esiin esimerkiksi hyvinvointikeskuksia, hyvinvointineuvoloita tai muita moniammatillisia johtamisympäristöjä, joissa olennaista oli monialainen johtamisrakenne. Lisäksi kuvattiin erilaisia monialaisia johtoryhmiä tai tilaaja-tuottajamalli, joka oli osaltaan muuttanut johtamisrakennetta. Yksittäiset vastaajat kokivat tosin, että monialaiset johtamisrakenteet olivat jääneet vain puheeksi, mutta ne eivät vielä näkyneet toimintana. Alla olevaan laatikkoon on poimittu muutama esimerkki vastaajien kuvaamista monialaisista johtamisrakenteista.

”Kysymys ei ehkä avaudu riittävällä tarkkuudella (mitä tarkoitetaan "uudenlaisella"?). Kaupungin tilaaja - tuottaja -malli lähtökohtaisesti lasten ja nuorten palveluissa edustaa monialaista johtamisrakennetta (esim. lautakunnassa kaikki lasten ja nuorten palvelut, ei erillistä sote-lautakuntaa) ja edistää monialaista työtä ja tuotantojen yhteistyötä, samoin jo runsaat 10 vuotta toiminut hyvinvointineuvolan toimintamalli.”

”Hyvinvointikeskukset, päällikkö vastaa monialaisesta ammattiryhmästä. Palveluesimies esimerkiksi lapsiperheiden palvelusta. säännöllinen johtoryhmätyöskentely yhdessä sivistys- ja kulttuuritoimen joryn kanssa, sairaanhoitopiiriin joryn kanssa, työllisyyspalveluiden kanssa monialaisesti, lasten- ja nuorten poikkitoiminnallinen työryhmä, nuorisolain mukainen verkostoryhmä (mukana poliisi, armeija yms. toimijoita muualta), alueelliset johtotiimit (sivistys- ja kulttuuritoimi ja Hyve ym.)”

”Säännöllisiä tapaamisia yksityisten palveluntuottajien kanssa siten, että yksityisen ja kunnan asumispalvelujen laatutavoitteet pysyisivät samankaltaisina.”

”Perinteisestä johtoryhmätyöskentelystä on luovuttu ja sen tilalle ovat tulleet erilaiset tiimimalleihin perustuvat johtamisjärjestelmät ja vaihtuvat kehittämissryhmät. Viimeisempänä olemme lähteneet toteuttamaan LEAN -kehittämistä.”

”Koko organisaatiomme johtaminen perustuu integroituun palvelurakenteeseen ja prosesseihin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi tukipalveluissa on yhdistetty saman johdon alaisuuteen tietopalvelut, asianhallinta, tietohallinto ja kehittämistoiminta.”

”Johtoryhmä koostuu hyvin erilaisen ammatillisen taustan omaavista esimiehistä. Hyötyinä on substanssin käsittelyyn sisältyvä automaattinen monialaisuus ja integratiivisuus. Aiemmin haittoina oli perinteisten ammattiroolien ylläpitämisestä syntynyt kompromissien teon vaikeus, mutta tämä on jäänyt vuosien mittaan pois.”

”Johtamiskulttuuri on vanhakantainen kaksilinjainen. Uusi johtamisrakenne on hallintosäännössä, muttei sitä kukaan noudata, ei edes talon korkein johto.”

Vastaajilta kysyttiin, onko organisaatiossa nimetty hallinnonalat ylittävä kiinteä ryhmä, jonka tehtävänä on sovittaa toimintoja yhteen. Noin 80% organisaatioista (n=51) oli nimetty ryhmä, jonka tehtävänä oli sovittaa yhteen toimintoja toimialojen ja hallinnonalojen välillä. Vastaavasti kiinteä ryhmä sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien yhteensovittamiseen löytyi noin 70% organisaatioista (n=44). Eniten tällaisia ryhmiä löytyi kunnista (86%) ja integroiduista toimintayksiköistä (74%). Sen sijaan sairaanhoitopiireissä näitä oli vain kolmasosassa (33%)

Organisaatorajojen ylimeneviä, prosesseja yhteen sovittavia kiinteitä ryhmiä oli eniten oman organisaation ja sosiaalihuollon erityispalvelujen (69%) tai valtakunnallisten toimijoi-

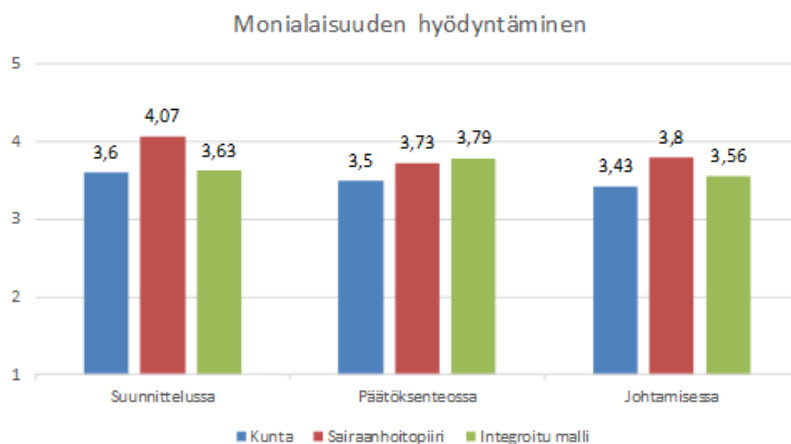
den (56%) välillä (taulukko 8). Vähäisempää kiinteiden ryhmien olemassa olo oli järjestöken-
tän ja yritysten kanssa. Sairaanhoidopiireillä oli näitä vähemmän kuin kunnilla tai integroiduil-
la toimintayksiköillä.

Taulukko 8. Organisaatorajojen ylimenevät kiinteät ryhmät

	n	%
Oman organisaation ja sosiaalihuollon erityispalvelujen välillä		
- Kyllä	44	69
- Ei	11	17
- En osaa sanoa/puuttuva tieto	9	14
Oman organisaation ja valtakunnallisten toimijoiden (esim. Kuntaliiton) välillä		
- Kyllä	36	56
- Ei	15	24
- En osaa sanoa/puuttuva tieto	13	20
Oman organisaation ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä		
- Kyllä	28	44
- Ei	27	42
- En osaa sanoa/puuttuva tieto	9	14
Oman organisaation ja yritysten välillä		
- Kyllä	19	30
- Ei	34	53
- En osaa sanoa/puuttuva tieto	11	17

4.2.3 Arvioita monialaisuudesta johtamisessa ja asiakastyös- sä

Monialaisuuden hyödyntämisessä ei ollut suuria eroja tarkasteltaessa suunnittelua, päätöksente-
tekoa ja johtamista (kuvio 1). Tyytyväisempiä oltiin monialaisuuden hyödyntämiseen suunnit-
telussa. Erityisesti näin kokivat sairaanhoidopiiren vastaajat. Kuntien vastaajat suhtautuivat
kriittisemmin monialaisuuden hyödyntämiseen. Kuitenkin pääosin vastaajat olivat jokseenkin
samaa mieltä monialaisuuden hyödyntämisestä suunnittelussa, päätöksenteossa ja johtamisessa.



Kuvio 1. Monialaisuuden hyödyntäminen suunnittelussa, päätöksenteossa ja johtamisessa.
(Keskiarvot Likert-väittämistä, 5= Täysin samaa mieltä, 1=Täysin eri mieltä)

Vastaajilta kysyttiin lisäksi monialaisuuden hyödyntämistä asiakas- ja potilastyössä. Vastaajista vähän yli puolet (52%) koki, että monialaisuutta hyödynnetään riittävästi. Organisaatiotyypin osalta erot olivat melko pieniä. Riittävimäksi monialaisuuden hyödyntäminen koettiin integroiduissa toimintayksiköissä (63%) verrattuna sairaanhoitopiireihin (53%) ja kuntiin (43%). Esimerkkeinä uudenlaisista monialaisista asiakas- ja potilastyökäytännöistä nostettiin esiin moniammatilliset palvelujen tarpeen alkukartoitus- ja arviointitiimit, moniammatillinen tiimityö ja konsultaatiot, matalankynnyksen palvelut tai muistutusten käsittely. Myös asiakkaiden osallistuminen eri tavoin palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen tuli esiin useissa esimerkeissä. Alla olevaan laatikkoon on poimittu muutama esimerkki vastaajien kuvaamista monialaisista asiakas- ja potilaskäytännöistä.

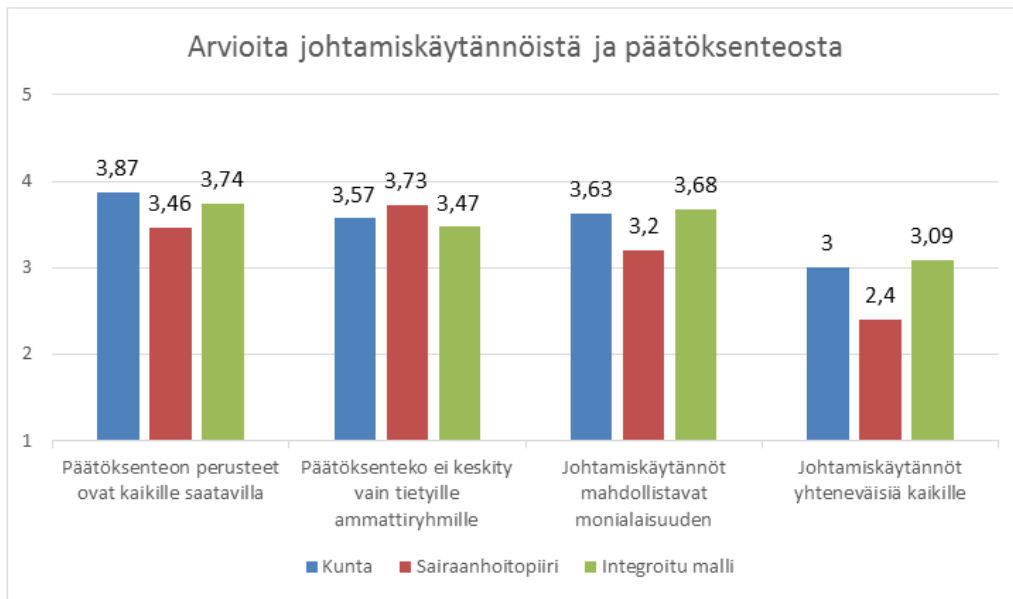
“Monialaiset yhteiset konsultaatiokäytännöt arkityön apuna”

”Asukas-omaisneuvosto. Asukaskokoukset joka yksikössä säännöllisiä, niistä tehdään muistio, joka nähtävillä.”

”Integroitu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon poliklinikkavastaanotto toiminta: esimerkkinä lasten neuvolatyön, lastentautien ja naistentautien erikoislääkäreiden yhteinen vastaanottoyksikkö. Samankaltaiset yksiköt aloittavat kuntayhtymässä marraskuun aikana kaikilla erikoisaloilla eli integroidut palvelut samasta pisteestä. Asiakas ei tarvitse enää lähetteitä erikoissairaanhoitoon ja asiointipolku on lyhentynyt n. 2 kuukaudesta muutama päivään.”

“Asiakasraati, muistutusten käsittely, Haiprot yms”

Edelliset tulokset kuitenkin osoittavat, etteivät kaikki monialaisuuden hyödyt vielä toteudu eri organisaatioissa riippumatta siitä, onko kyse johtamisesta tai asiakas- ja potilastyöstä. Kuvioon 2. on koottu joitakin mahdollisia selittäviä tekijöitä monialaisuuden esteistä ja mahdollistajista.



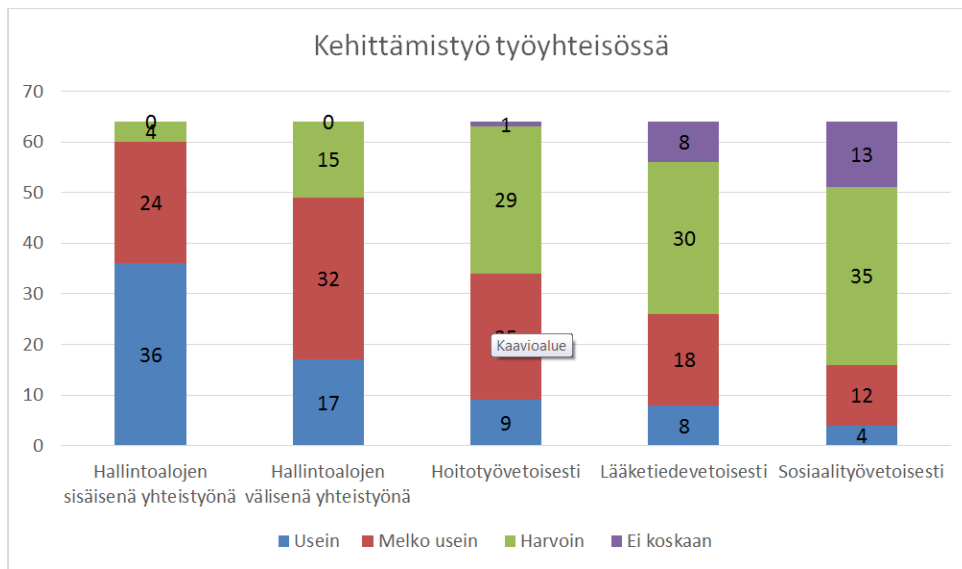
Kuvio 2. Arvioita päätöksenteosta ja johtamiskäytännöistä. (Keskiarvot Likert-väittämistä, 5= Täysin samaa mieltä, 1=Täysin eri mieltä)

Vastaajien näkemykset päätöksenteon perusteista ja keskittymisestä olivat melko samanlaiset riippumatta taustaorganisaatiosta. Vastaajista enemmistö oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että päätöksenteon perusteet ovat kaikille saatavilla, eikä päätöksenteko keskity vain tietyille ammattiryhmille. Johtamiskäytännöt myös pääosin mahdollistivat monialaisuuden, tosin tähän väittämään suhtautuivat kriittisemmin sairaanhoitopiirien vastaajat. Sen sijaan johtamiskäytäntöjä ei koettu yhdenmukaiseksi kaikille, ja tämä korostui erityisesti sairaanhoitopiireissä.

4.3 Monialainen kehittäminen

4.3.1 Monialainen kehittämisen toteuttaminen

Vastaajien näkemyksen mukaan kehittämistyö tapahtui useimmiten hallinnonalan sisäisenä yhteistyönä (94% usein tai melko usein). Kolme neljäsosaa vastaajista (77%) koki kehittämistyön tapahtuvan usein tai melko usein hallinnonalojen välisenä yhteistyönä. Ammattiryhmätarkastelussa kehittäminen tapahtui vähän useammin hoitotyövetoisesti kuin lääkärivetoisesti. Kehittämistyö oli vähiten sosiaalityöntekijävetoista. Sairaanhoitopiireissä kehittäminen tapahtui useammin hoitotyövetoisesti kuin kunnissa tai integroiduissa toimintayksiköissä. Sen sijaan sairaanhoitopiireissä sosiaalityöllä oli vain harvoin vetovastuu kehittämistyöstä. Vähiten lääkärivetoista kehittämistyötä oli kunnissa (30% usein tai melko usein) verrattuna integroituihin toimintayksiköihin (53% usein tai melko usein) tai sairaanhoitopiireihin (47%). (Kuvio 3.)



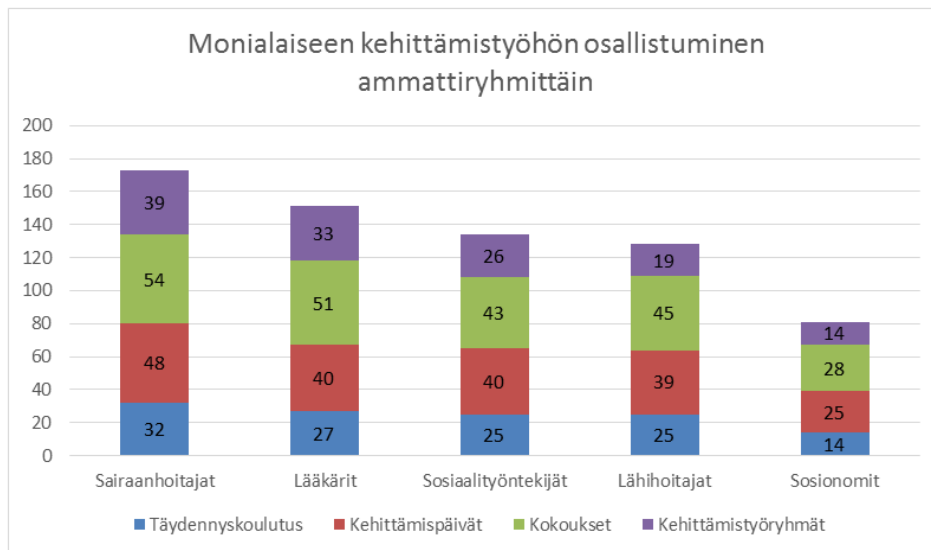
Kuvio 3. Kehittämistyö työyhteisöissä (n=64, %).

Kyselyssä selvitettiin myös ammattiryhmäkohtaisen ja moniammatillisen kehittämistyön useutta ja muotoja (taulukko 9). Molempien tyyppinen kehittäminen tapahtui useimmiten kuukausittain tai harvemmin. Kehittämistyömuodoista suosittiin erilaisia palaveriteita ja kehittämistyöryhmiä ja niitä oli viikoittain tai kuukausittain. Monialaiset kehittämistyöryhmät olivat hieman tavanomaisempia työmuotoja kuin ammattiryhmäkohtaiset kehittämistyöryhmät. Ammattiryhmäkohtainen kehittäminen tapahtui useammin kokousten ja palaverien sekä täydennyskoulutuksen kautta, sen sijaan moniammatillisessa kehittämisessä korostuivat enemmän kokoukset ja palaverit sekä kehittämistyöryhmät. Sekä ammattiryhmäkohtaisia että monialaisia kehittämispäiviä ja täydennyskoulutuksia pidettiin harvemmin kuin kuukausittain. Osto- ja konsulttipalveluja hyödynnettiin ammattiryhmäkohtaisessa ja monialaisessa kehittämistyössä vain harvoin. Erot olivat kuitenkin melko pieniä. Lisäksi vastaajista jotkut nostivat esille erilaiset projektit yhtenä kehittämisen muotona sekä ammattiryhmäkohtaisessa että monialaisessa kehittämisessä.

Taulukko 9. Ammattiryhmäkohtaisen ja monialaisen kehittämisen useus ja muodot

	Ammattiryhmäkohtainen kehittäminen		Monialainen kehittäminen	
	n	%	n	%
Kehittämispäivillä				
- Viikoittain	1	1	0	0
- Kuukausittain	5	8	7	11
- Harvemmin	55	86	50	68
- Ei koskaan	3	5	7	11
Täydennyskoulutus				
- Viikoittain	5	8	4	6
- Kuukausittain	23	36	16	25
- Harvemmin	35	56	41	64
- Ei koskaan	0	0	3	5
Kokouksilla ja palavereilla				
- Viikoittain	13	20	18	28
- Kuukausittain	25	39	32	60
- Harvemmin	26	41	13	20
- Ei koskaan	0	0	1	2
Kehittämisryhmillä				
- Viikoittain	0	0	5	8
- Kuukausittain	22	34	26	40
- Harvemmin	37	58	30	47
- Ei koskaan	5	8	3	5
Osto- ja konsulttipalveluina				
- Viikoittain	0	0	0	0
- Kuukausittain	2	3	4	6
- Harvemmin	49	77	44	69
- Ei koskaan	13	20	16	25

Lähes kaikki vastaajat (92%) totesivat, että heidän organisaatiossaan on hyviä kokemuksia monialaisesta kehittämistoiminnasta. Ainoastaan neljällä vastaajalla näitä kokemuksia ei ollut. Heistä kolme oli lääkäriä ja yksi hoitotyöntekijä.



Kuvio 4. Ammattiryhmien osallistuminen erilaisiin monialaisiin kehittämistyön muotoihin (%).

Kaikki ammattiryhmät osallistuivat monialaiseen kehittämistyöhön ja sen eri muotoihin (kuvio 4). Kuitenkin vastaajien mukaan sairaanhoitajat, kätilöt ja terveydenhoitajat osallistuvat muita enemmän monialaiseen kehittämistyöhön sen muodosta riippumatta. Lääkärit ja sosiaalityöntekijät osallistuivat vähemmän kehittämispäiviin ja kehittämistyöryhmiin. Lisäksi sosiaalityöntekijät osallistuivat vähemmän kokouksiin kuin terveydenhuollon ammattilaiset. Myös sosionomien ja geronomien monialaiseen kehittämiseen osallistumisen profiili seurasi muita ammattiryhmiä, mutta sitä oli tunnistettu määrällisesti vähemmän.

Vastaajilta pyydettiin myös esimerkkejä hyvistä ammattiryhmäkohtaisista ja monialaisista kehittämiskäytänteistä ja -rakenteista. Ammattiryhmäkohtaisten hyvien käytäntöjen osalta osa vastaajista korosti säännöllisten ja systemaattisesti toimivien ammattialakohtaisten työryhmien toimintaa hyvänä käytäntönä. Osa vastaajista kuitenkin kuvasi mieluummin moniammatillisia hyviä käytänteitä, esim. asiakasprosesseihin tai maantieteellisiin alueisiin kohdistuvan kehittämistyön käsittein. Kokonaisuudessaan vastauksista nousi vahvasti esiin monialaisen kehittämistyön tärkeys ja itsestäänselvyys. Yhden vastaajan sanoin: ”Koska työ on yhteistä, kehittäminenkin on pääosin yhteistä - muutoin ei voisi olla.” Lisäksi kehittäminen on osa perustehtävää. Yksi vastaajista korostikin, että kaikille tehtävästä riippumatta kuuluu kehittämistehtävää ja vastuuta ainakin oman työn osalta. Kehittämiskumppanuuteen otettiin mukaan myös osassa esimerkkejä omaiset tai kokemusasiantuntijat. Alla olevaan laatikkoon on koottu joitakin esimerkkejä sekä hyvistä ammattiryhmäkohtaisista että monialaisista kehittämiskäytänteistä.

Ammattiryhmäkohtaisia hyviä kehittämiskäytäntöjä

”Säännöllisesti kokoontuva esimiesryhmä, jossa sovitaan kehittämisen teemat ja aikataulut. Jokaisessa yksikössä voi olla omia kehittämiskohteita, joiden tulee kuitenkin liittyä kokonaisuuteen.”

”Säännölliset ammattialakohtaiset kehittämispäivät, lisäksi ammattialakohtaiset kehittämistyöryhmät jatkuvana toimintana.”

”Projektit ovat hyviä kehittämisalustoja ja moottoreita silloin kun projektit tuodaan suoraan osaksi peruspalveluja. Tällöin hyviä käytänteitä ei tarvitse erikseen juurruttaa vaan koko henkilöstö toimii kehittäjinä ja hanketyöntekijät moottoreina ja polkujen avaajina.”

Monialaisia hyviä kehittämiskäytäntöjä

”Kehittämispäivät pidetään teemakohtaisesti, eli esimerkiksi lapsiperheitä koskevat kehittämispäivät, silloin mukana moniammatillinen joukko. Enemmän katsotaan myös alueellisesti, koska alueen toimijat pitää saattaa yhteen tekemään yhdessä töitä. On järjestetty itse sosiaalityöhön liittyviä seminaareja, lisäksi tietenkin kansalliset seminaarit. Omana toimintana perheterapia-koulutukset, joihin osallistuvat eri alueiden työntekijät. Integraatioajatus kaikessa toiminnassa.”

”Työntekijä tekee ja kehittää - toiminnan jatkuva laadun parantaminen toteutuu, koska sitoutuminen kehittämistyöhön osallistuen onnistuu paremmin kuin ylhäältä annettuna ja johdettuna”

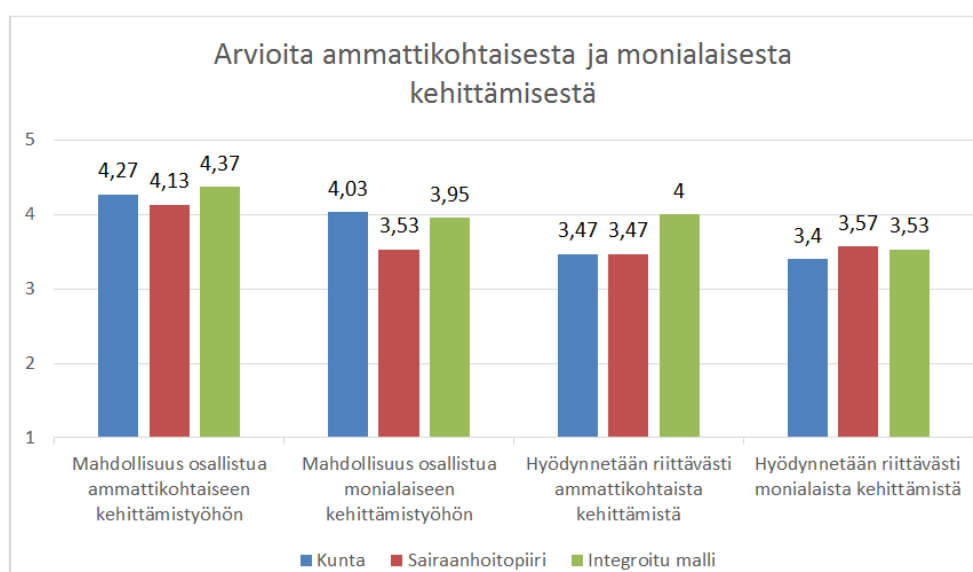
”Meillä on alussa yhteinen kehittämisprosessi lastensuojelun, perheneuvolan ja lastenpsykiatrian kesken. Yhteistyöltä odotetaan uusia toimintatapoja. Miten tehdään työtä yhdessä.”

”Laatujärjestelmämme edellyttää monialaista kehittämisryhmää, joka koordinoi erilaista kehittämistä organisaatiossa. Johtoryhmät vastaavat kehittämisen painopisteistä ja toteumasta, nekin ovat monialaisia. Lisäksi on laajempaa organisaatorajat ylittävää hankemuotoista kehittämistoimintaa esim. kuntien kanssa.”

”Esimerkiksi koko henkilöstöä koskevana työhyvinvoinnin, työurien pidentämisen ja työssäjaksamisen kehittämiseksi palkattiin erillinen työhyvinvointikoordinaattori, joka on johtanut erilaisia kehittämisprosesseja koko kuntayhtymän toiminnassa. Tuloksena sairauspoissaolojen merkittävä väheneminen, yhteistyömallien rakentaminen työterveyshuollon kanssa toimivimmiksi, räätelöidyt työnkuvat ja välttyminen ennen aikaiselta eläköitymiseltä. Koulutustoiminnan keskittämisellä on saavutettu merkittävä taloudellinen säästö ja koulutusmäärärahojen kohdentaminen laajalle koko henkilökuntaan, koska pääosa koulutuksista järjestetään paikallisesti. Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on paremmin kaikkien ulottuvilla. Keskitetty sijais-toiminta on antanut mahdollisuuden uudenlaiseen työhön vakituisen työyksikön sijaan. Lisäksi se on mahdollistanut monipuolisen kehittymisen työssä.”

4.3.2 Ammattiryhmäkohtaisen ja monialaisen kehittämistyön arviointi

Vastaajat arvioivat erikseen väittämiä kehittämistyöhön osallistumisesta ja hyödyntämisestä (kuvio 5). Heidän mukaansa kehittämiseen osallistuminen toteutui paremmin kuin kehittämisen hyödyntäminen riippumatta siitä, oliko kyse ammattikohtaisesta vai monialaisesta kehittämisestä. Kaikista tyytyväisempiä kehittämiseen oltiin integroiduissa toimintayksiköissä. Niissä myös ammattiryhmäkohtaiseen kehittämistyöhön osallistuminen ja sen hyödyntäminen toteutui muita organisaatiotyyppejä paremmin. Sairaanhoidopiirien vastaajat kokivat mahdollisuudet osallistua monialaiseen kehittämistyöhön heikommaksi kuin kunnissa ja integroiduissa toimintayksiköissä.



Kuvio 5. Arvioita ammattikohtaisesta ja monialaisesta kehittämisestä (Likert-väittämien keskiarvot, 5=Täysin samaa mieltä, 1=Täysin eri mieltä).

Lisäksi vastaajat ottivat kantaa kehittämistoimintaa koskeviin väittämiin (kuvio 6). Vastaajat eivät kokeneet monialaisen yhteistyön hidastavan päätöksentekoa vaan uskoivat monialaisen kehittämistoiminnan yhdistävän asiantuntijoiden osaamisen asiakkaan tai potilaan parhaaksi. KehittämISRakenteet myös tunnistettiin, eikä ammattiryhmien välinen kilpailu noussut ongelmaksi. Henkilöstöä kannustettiin kokeilemaan uusia ideoita. Hieman kriittisemmin suhtauduttiin näkemuserojen käsittelemiseen kehittämistyöstä eri ammattiryhmien välillä ja siihen, etteivät aina samat henkilöt osallistu kehittämistyöhön. Vastaajat suhtautuivat myös kriittisemmin siihen, että näyttöön perustuva ajattelu on monialaisen kehittämistyön perusta. Sen sijaan tärkeänä pidettiin sitä, että monialainen kehittämistyö vaatii ammattikohtaista asiantuntijuutta. Suurin kritiikki kohdistui kuitenkin siihen, kuinka kaikki saavat omat näkökulmansa esille kehittämistyössä tai työryhmissä.



Kuvio 6. Väittämiä kehittämistoiminnasta (Keskiarvot Likert-väittämistä, 5= Täysin samaa mieltä, 1= Täysin eri mieltä).

4.3.3 Monialaisen kehittämistoiminnan edistäminen

Vastanneista lähes puolet (26/64) oli kiinnostunut kertomaan haastattelussa tarkemmin organisaationsa ammattiryhmäkohtaisista ja monialaisista kehittämisen, päätöksenteon ja asiakastyön hyvistä käytännöistä. Kiinnostuneita oli tasaisesti kunnista, sairaanhoitopiireistä ja integroiduista toimintayksiköistä. Kuusi valittua haastateltavaa kuvasivat erilaisia kehittämishankkeita ja projekteja, joita heillä oli menossa. Nämä kehittämiskohteet erosivat laajuudeltaan. Hankkeet kohdistuivat uusien sairaaloiden rakentamisesta uusiin työskentelymalleihin. Kuvaukset saattoivat näin kohdistua esimerkiksi akuutin hoitoprosessin, kotihoidon, perhecoachingin tai varhaisen puuttumisen uusiin toimintatapoihin tai joihinkin enemmän organisaatioksiin muutoksiin, kuten päivystystoiminnan ja osastojen yhdistämisiin tai hyvinvointikeskukseen. Vain yhdessä haastattelussa haastateltava kuvasi suoraan uudenlaista osallistavaa kehittämisen toteutustapaa (ks. alla oleva kuvaus). Esimerkki kuvaa monialaisen työpajan toimintaa, jossa ensin analysoitiin lähtötilanne, määriteltiin tarvittava interventio, seurattiin ja vaikiinutettiin toiminta.

”Varmaan idea syntyi siitä, että Tampereen kaupungin strategiassahan vahvasti tuodaan esille sitä, että osallistetaan ihmisiä yhdessä kehittämään toimintaa. Se osallistaminen ja osallisuus ja yhdessä kehittäminen ja sen idea syntyi siitä. Sen tuotoksena sitten sosiaali- ja terveydenhuollon puolella lähdettiin miettimään sitä, että mikä olis semmonen, millä me asiaa viedään eteenpäin yhdessä, niin että voidaan lähteä tavallaan siitä, että työntekijä tekee työnsä, mutta myös kehittää työtä. Eli se kehittämisen idea on aika lailla Jönköpingistä, joka on valtavan hyviä tuloksia saanut sillä kehittämisen mallilla, joka perustuu siihen tosiaan, että hyvät kehittämissaihiot ei tule ylhäältä annettuna, eikä myöskään tahdo käytäntöön oikeasti jalkautua, jos ne ylhäältä annetaan, vaan että lähdetään siitä, että pikkuhiljaa, pienin askelin, jatkuvan laadun parantamisen idealla, työpajoissa työntekijät lähtee miettimään omaa työtänsä monialaisesti. Eri tuotantoalueelta kokoontuu työpaja, josta tavallaan tulee lisäarvo myös siitä, että hoitoketjussa eri kohdilla toimivat työntekijät voivat katsella samaista ilmiötä toisesta näkökulmasta, oppia tuntemaan toisiansa, myös kehittämään yhdessä...

... Meillä oli kaiken kaikkiaan 15 fasilitaattoria lähdössä täältä siihen sote-koulutukseen, joka järjestettiin. Siinä kohtaa lähdettiin ajattelemaan, että ne olisi lähiesimiehiä tai johtavassa asemassa olevia, jotka kuitenkin ikään kuin näkisivät, osaisivat osoittaa sen suunnan. Ei olisi pelkästään mitä sattuu, vaan aihe valittaisi aina yhteisesti, teema, josta lähtee kehittämisen idea sitten eteenpäin...

...Siinä kohtaa ihan oikeasti oli ajatus, että tapahtuu yksiköissä tuotantoaluerajat ylittävissä työpajoissa ja tavallaan sitten asiakasnäkökulmasta, aina asiakasnäkökulmasta. Että kehittämistyötä tehdään, sen perustehtävän hyväksi. Sen osalta tosiaan tää on nyt, meillä on jatkuvaa, jatkuvasti työpajoja tarjolla. Työntekijät osallistuu niihin... Ei oo kiva velvoittaa kehittämistyöhön, mutta siihen tarvii innostaa ja tukea, että lähtee mukaan. Se on erityisen tärkeää, että lähiesimiehet on sitoutunu siihen, että me tehdään nyt tässä. Tää on kantanu sillä tavalla, että sitten kun nää työpajasessiot kulkee sillä tavalla, että niissä aloituksissa kerrotaan mistä on kysymys, sitten kerrotaan, että kun valitaan pikkuhiljaa työpajan ryhmissä aiheet, ja aihetta tarkastellaan sitten, tehdään näkyväksi asia, missä on syyt ja seuraukset ja olkoon se vuokaavio tai kalanruoto tai jotakin semmoista, jossa tulee näkyväksi se asia, mikä tarvii sitä kehittämistä ja sitten mietitään se interventio: miten tässä nyt mennään eteenpäin. Interventio tai sitten ihan oikeasti lähetään muuttumaan toimintaa ja katsotaan sen vaikutuksia, eli pitäisi myös nähdä se, että mitä saatiin aikaseksi. Sen jälkeen toimintaa on sitten se uusi toiminta. Sitten siirrytään taas seuraavaan. Festarit on aina semmonen, missä työpajasessio saa esitellä, mitä he ovat tehneet, ja mitä he ovat saaneet aikaseksi...”

Taulukkoon 10 on koottu haastatteluissa esille tulleita monialaisen toiminnan tai sen kehittämisen keskeisiä edistäjiä ja esteitä haastateltavien arvioimina. Useimmiten edistäjän puuttuminen koettiin monialaisen toiminnan estäjäksi. Samalla nämä kuvaukset ilmentävät myös muutosjohtamisen toteutusta monialaiseen yhteistyöhönkin liittyen.

Haastateltavat nostivat esille erilaisia näkökulmia kehittämistoiminnan toteuttamiseen. Tärkeinä pidettiin esimerkiksi erilaisia moniammatillisia työpajoja, kehittämispäiviä, festareita kehittämistyön tuloksista ja koulutuksen integroimista kehittämiseen. Samoin nykytilan kartointus esimerkiksi avoimen osaamiskartoituksen avulla koettiin hyödyllisenä. Myös asiakkaiden ja potilaiden mukaantuloa kehittämiseen esimerkiksi asiakasraadit tai kokemusasiantuntijäkäsitteillä nähtiin vahvistavan kehittämistyön asiakaslähtöisyyttä. Haastateltujen näkemykset erosivat sen suhteen, toteutetaanko kehittämistoiminta joko oman henkilökunnan voimin tai ulkopuolisia hyödyntäen. Molempia tapoja käytettiin. Haasteellisena kuitenkin nähtiin se, että esimerkiksi työajasta vain osa kohdistuu kehittämistyöhön ja tällöin saattoi syntyä ristiriitaa perustyön ja kehittämistyön ajankäyttöön liittyen. Sinänsä tärkeänä pidettiin, että kehittämistyön lähtökohdana on organisaation todellinen tarve ja etteivät esimerkiksi erilaiset hankerahoitukset ja niiden olemassaolo ohjaa kehittämistyötä yksipuolisesti ilman strategista näkökulmaa. Haastatteluissa olennaisen roolin kehittämistyössä sai myös siitä palkitseminen sen eri muodoissa.

Taulukko 10. Monialaisen toiminnan tai sen kehittämisen keskeisiä edistäjiä ja esteitä

Kehittämisprosessin toteutuksen merkitys

”...saataisiin toimijoita, jotka olisi työpajojen vetäjinä ja fasilitaattoreina, ja heille koulutusta.”

”...meidän osaamiskartta...siinä käsiteltiin ihan muutosta muutoksena ja sitä, että missä vaiheessa itse kukin meistä on tässä... hyvin avointa keskustelua käytiin siitä, että pantiin jokainen tietynlaiselle käyrälle rasti, että missä minä itse ole ja meidän klinikka kokonaisuutena...”

”Sitten on myöskin yksi, mikä unohtuu, tärkeä asia on ollut tässä meidän asiakasraati.”

”Meillähän on näitä kokemusasiantuntijoita ... niitä käytetään joka paikassa”

”Ei ulkopuolisia toimijoita, ja ne ulkopuoliset henkilöt otetaan sijaistamaan niitä, henkilöitä, jotka siirtyy noihin kehittämistehtäviin.”

”... me saatiin niin kuin viestiä sieltä ulkomaailmasta tähän meidän kuvioon...”

”Meillä on niitäkin kokeiluja, että on vapautettu puolikkaat tekemään kehittämistyötä, niin se on haasteellista erottaa sitten, että mikä siinä vaakakupissa eniten painaa, että kumpaan sitä energiaa laittaa.”

”...todellisuus ja kehittämistyö ei jalkaudu, jos annetaan ylhäältä, että tekeminen ja kehittäminen ja sen malli on kuitenkin se, jolla pitäisi jatkaa.”

”... tuolla on tuommoinen aihe ja tuolta voisi saada rahoitusta ja meillähän on tämmöinen idea, et eikö tuo istuisi tuohon... eikä lähettäisi kehittämistä tekemään niin, että tuossa on tuo rahoitus ja tuohon laitetaan tämä kehittämisasia.”

”näitä ajatuksia halutaan, että jos keksit jotakin hyvää ideaa, niin siitä annetaan jotakin tämmöistä kannustepalkintoa.”

Haastatteluissa nousi esille myös tärkeänä kehittämistyössä eri toimijoiden tuntemisen ja tiedottamisen merkitys. Esimerkiksi haastateltava saattoi todeta, että monialaisessa kehittämistyössä on tärkeää, että eri toimijat tuntevat aidosti toisten työnsisällöt arjen näkökulmasta. Tämä näkyi myös siinä, että näyttöön perustuvaa toimintaa haluttiin toteuttaa monialaisesti, jolloin oli mahdollista tunnistaa eri toimijoiden asiantuntijuutta. Tiedottamisen osalta korostet-

tiin sen määrää ja selkokieliisyyttä eli sitä, että eri toimijoille pystytään kuvaamaan kehittämis-toiminta ymmärrettävästi ja vaiheistetuksi.

Tuntemisen ja tiedottamisen merkitys

”ei mitään organisaatiokaavioita vaan konkreettisesti millainen työpäivä on, mitä siihen kuuluu... se oli semmoinen vau! en ole ikinä kuullut, että sen työhön kuuluu tommosiakin asioita...”

”Se on se ydin, että ollaan arjessa, toimitaan yhdessä, opitaan toimimaan yhdessä.”

”näyttöön perustuva toimintakin pitäisi olla monialaista...kuka missäkin kohtaa tarvitaan ja minkälaista asiantuntijuutta.”

”Jokaiselle ihmiselle pitää asia kertoa kahdeksantoista kertaa, jotta se menee perille, jos sen kertoo viisitoista kertaa, niin se sanoo, että miksi minulle ei kukaan kertonut.”

”Osataan kertoa asiat kansan kielellä, ettei sorruta siihen, että suunnittelijat käyttää suunnittelijan kieltä, josta ei ymmärrä tavan tallaja mitään, eikä mekään sitten. Ja me osataan myöskin kertoa niin päättäjille kuin henkilökunnalle, avata tavallaan ne jokainen vaihe oikealla tavalla, ymmärrettävästi.”

Kehittämistoimintaan liittyvät asenteet saivat myös paljon tilaa haastatteluissa. Haastateltavat korostivat asiakkaasta lähtevää asennoitumista myös kehittämistoiminnan osalta ja totesivat, että se samalla tuottaa mielekkyyden kehittämiselle. Kehittämistä ei tehdä organisaatiota vaan asiakkaita ja potilaita varten. Haastateltavat myös korostivat arvostavaa orientaatiota toisten kehittämistyötä kohtaan, vaikka tunnistivatkin sen, että ainakin osassa organisaatioita oli kulttuurinen pyrkimys tehdä kehittämistyö melko itseriittoisesti. Varsinaisten asenteiden osalta odotettiin nöyryyttä ja kehittämistyön pysyvyyden ymmärtämistä.

Asenteiden merkitys

”Sitten joku sanoo siinä, että tämä on just sitä, että meidän pitäisi miettiä nyt sitä, että miten potilas ensin ajattelussa... että asiakas edellä mennään.”

”on ollut aika vapauttavaa, ihmiset ovat aika innostuneita sitten, kun ei koko ajan tarvitse miettiä hallintoon päin kehittämistä vaan asiakkaaseen päin kehittämistä.”

”Kyllähän tämä toimintamalli vaatii aika paljon meiltä semmoista tietynsortista asennoitumista...”

”...sanottaminen, ettei tämä tarkoita sitä, että muualla olisi tehty huonosti tai väärin tai eikö tiedettäisi, että samanlaista asiakaslähtöistä työtä on voinut monessa paikassa olla...”

”Meillä on pikkuisen semmoinen tapa, että tehdään kuitenkin itse. ...tämmöinen toimintatapa, että ei meille toi sovi, minkä nuo on kehittänyt, me mennään ihan omaamme.”

”Nyt pitäisi yrittää tehdä nöyrästi sosiaalitoimen, terveystoimen ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen.”

”Tavallaan sellainen asenteen muutos ylipäättänsä siihen kehittämiseen, että se on jatkuvaa ja se kuuluu perustehtävään ja se kuuluu johtamistehtävään, johtamiseen kaikilla tasoilla”

Haastattelujen mukaan onnistunut kehittämistoiminta ei toteutunut ilman vahvaa johtamista. Haastatelluilla saattoi olla kokemuksia siitä, että kehittämistoiminta ei ollut onnistunut johtamisen puuttumisen vuoksi tai siksi ettei valmiita käytäntöjä ollut viety eteenpäin johtajien toimesta. Johtajien rooli saatettiin nähdä tärkeänä esimerkiksi kehittämisalueen lopullisessa valinnassa, kehittämistoiminnan suunnan tarkistamisessa tai toiminnan vakiinnuttamisessa. Näitä samoja vaateita esitettiin myös silloin, jos kehittämistoimintaa toteutettiin projektimuotoisena projektihenkilöstön voimin. Tällöin myös korostui projektipäällikön tehtävien selkeys suhteessa muihin toimijoihin.

Johtamisen merkitys

”... tarvitsee johtamista välillä, intensiivistäkin lähijohtamista sekä suhteessa tiimiin, että suhteessa muihin palveluihin.”

”On meillä semmoisia hankkeita tai kehittämisasioita, joissa on justiinsa pettänyt johdon rooli siinä, että joku on unohtanut viedä asioita eteenpäin.”

”...joku kehittämisasia alkaa olla viety loppuun siihen kohti sitä tavoitetta, niin sitten johto nousee suuremmaksi, jotta se jatkaa elämää sitten ne yhdessä sovitut asiat ja yhdessä kehitetyt asiat.”

”pitää peilata, että onko meillä oikea suunta, ja se on johdon vastuulla katkoa, että on oikeassa suunnassa.”

”Jos se tarvitsee korjausliikkeitä, niin sitten myös se tehdään.”

”Pitää olla projektin johto selkeästi ja tehtävät määriteltynä.”

Osassa haastatteluja korostui myös tilojen merkitys monialaiselle toiminnalle ja kehittämiselle. Erityisesti tilat nähtiin tärkeinä silloin, jos ollaan rakentamassa uudenlaista monialaista työskentelyä tai haluttiin tietoisesti korostaa, ettei palvelut ja tilat välttämättä liity yhteen vaan hoitoja ja palveluja voidaan tarjota erilaisissa tilaratkaisuissa tai asiakkaan kotona. Myös saatettiin korostaa sitä, että yhteiset tai yhteiskäyttöiset tilat olivat jopa pakottaneet tekemään työtä uudella tavalla. Tällöin tilojen muuttaminen saatettiin nähdä myös johtajan työvälineeksi muutosjohtamisessa.

Tilojen merkitys

”tietoisesti työntekijöillä ei ole omia työhuoneita.”

”Se ajatus on kyllä siitä, että tehtäisiin yhdessä. Se rakennus on se, joka kokoaa meidät yhteen.”

”Palvelu ja rakennukset liitetään vielä liikaa yhteen. Mehän ollaan hirveästi rakastuttu seiniin ja rakennuksiin ja sehän on hyvin pitkälti edelleenkin vielä semmoinen ohjaaja asia, joka ei saisi olla.”

”Tiloillakin on johtamisessa pakotettu toisenlaiseen tapaan tehdä työtä, että ei ole minun huoneeni ja minun asiakkaani vaan meidän ja yhteiset asiakkaat...”

5 Yhteenveto ja johtopäätökset

Kyselyyn vastasi vain pieni osa isojen kaupunkien, sairaanhoitopiirien ja integroitujen toimintayksiköiden johtajista. Siten kyselyn tulokset ovat suuntaa antavia. Kyselylomake laadittiin tätä selvitystä varten ja se esitettiin kohderyhmään kuuluvilla henkilöillä ennen kyselyn lähettämistä. Kysymysten muotoilu on saattanut olla paikoin hankalasti ymmärrettävä, jolla on vaikutusta tuloksiin. Esimerkiksi uusien toimintakäytäntöjen tunnistaminen oli osalle vastaajia vaikeaa, sillä he kokivat, ettei esimerkiksi monialaiseen toimintaan liity sinällään uusia toimintakäytäntöjä, vaan monialainen toiminta oli organisaatioissa jo vakiintunutta. Lisäksi sote -uudistukseen liittyy monia erilaisia näkemyksiä esimerkiksi uudistuksen tarpeesta ja suunnasta, mikä on voinut vähentää halukkuutta pohtia johtamis- ja kehittämisrakenteita osana kokonaisuudistusta. Täydentäviin haastatteluihin osallistui yhteensä kuusi johtajaa, jotka olivat olleet mukana monialaisessa kehittämistoiminnassa ja jotka olivat halukkaita kuvaamaan omia käytäntöjään tarkemmin. Tuloksista on vedettävissä yhteen seuraavia päätelmiä.

Monialainen toiminta on osassa organisaatioita ollut toimintatapana jo pitkään, osa organisaatioista on selkeästi muuttamassa toimintatapaansa monialaisuuden suuntaan. Vastaajissa oli melko tasaisesti niitä, jotka kokivat monialaisuuden toteutuvan sekä johtamisessa että asiakas- ja potilastyössä ja niitä jotka kokivat päinvastoin. Todennäköisesti kaikki monialaisuuden hyödyt, kuten esimerkiksi palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantuminen sekä asiakaslähteisyyden lisääntyminen, eivät vielä toteudu eri organisaatioissa riippumatta siitä, onko kyse johtamisesta tai asiakas- ja potilastyöstä (esim. Isoherranen 2012, Morgan ym. 2015). Selvityksen tulosten mukaan sairaanhoitopiireissä näyttäisi olevan eniten kehittämistarvetta monialaisessa toiminnassa tarkasteltuna organisaatiotyypeittäin.

Organisaatiot erosivat organisaatiotyypeittäin suhtautumisessa kehittämistoimintaan. Kunnissa ja integroiduissa toimintayksiköissä suhtauduttiin kehittämiseen myönteisemmin. Kaikista tyytyväisempiä kehittämiseen oltiin integroiduissa toimintayksiköissä. Tarkasteltaessa ammattiryhmäkohtaista ja monialaista kehittämistoimintaa integroitujen toimintayksiköiden vastauksissa oli ristiriitaisuutta. Hieman yllättäen integroiduissa toimintayksiköissä oli enemmän ammattiryhmäkohtaisia johtamis- ja kehittämisrakenteita. Integroiduissa toimintayksiköissä oli eniten ammattiryhmäkohtaisia johtoryhmiä ylimmän johdon tasolla. Niissä myös ammattiryhmäkohtaiseen kehittämistyöhön osallistuminen ja sen hyödyntäminen toteutui muita organisaatiotyyppisiä paremmin. Kuitenkin samalla integroitujen toimintayksiköiden vastaajat raportoivat, että heillä on vähiten keskijohdossa ammattiryhmäkohtaisia johtoryhmiä, samoin kuin uudenlaisia ammattiryhmäkohtaisia johtamisrakenteita. Tulos on siltä osin mielenkiintoinen, että näissä organisaatiotyypeistä monialaista kehittämistä on toteutettu tietoisesti osana sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista uudistamista ja siten olisi oletettavasti osana monialaisuuden näkyvän vahvemmin tuloksissa (esim. Niiranen ym. 2013, Paronen 2015). Tulosta voi kuitenkin tulkita myös niin, että integroitu kehittäminen ei estä tarvittavaa ammattiryhmäkohtaista kehittämistyötä.

Ammattiryhmäkohtaisia eroja kehittämistoiminnassa oli löydettävissä selvityksen tuloksissa. Kehittämistoiminta tapahtui pitkälle hoitotyövetoisesti ja sairaanhoitajat ammattiryhmänä osallistuivat eniten myös monialaiseen kehittämistyöhön. Lääkäreiden osallistuminen kehittämistyöhön vaihteli organisaatiotyyppien mukaan. Vähiten lääkärivertoista kehittämistyötä oli kunnissa (30% usein tai melko usein) verrattuna integroituihin toimintayksiköihin (53% usein tai melko usein) tai sairaanhoitopiireihin (47%). Tämä voi osaltaan johtua eri organisaatioiden kehittämiskäytännöistä sekä organisaatiokulttuurisista tekijöistä. Myös ammattiryhmien koolle, kehittämisosaamisella sekä kehittämistyön vastuuttamisella ja työnjaolla on merkitystä kehittämistyöhön osallistumisessa. Hoitotyöntekijät ovat suurin ammattiryhmä kaikissa orga-

nisaatiotyypeissä. Ammattiryhmistä sosionomit ja geronomit jäivät kehittämistoiminnan ulkopuolelle. Tämä johtunee siitä, että ko. ammattiryhmiä ei juurikaan työskentele sairaanhoitopiireissä.

Selvityksen tuloksissa tuli hieman yllättäen esiin se, etteivät kyselyn vastaajat pitäneet tärkeänä sitä, että näyttöön perustuva ajattelu on monialaisen kehittämistyön perusta. Sen sijaan haastateltavat toivat esiin monialaisen näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen ja toteuttamisen tärkeyden. Terveystieteidenhuollossa on jo pitkään keskusteltu näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä ja eri toimijat (esim. Joanne Briggs instituutti, Cochrane –yhteistyö, Duodecim) aktiivisesti edistävät näyttöön perustuvan toiminnan juurtumista osaksi potilas ja asiakastyötä. Myös sosiaalipalveluissa on vastaavanlainen tutkimusperusteiseen ajatteluun liittyvä kehitys käynnissä (esim. Campbell – yhteistyö). (Esim. Kauppila & Tuulonen 2016.) Lainsäädännöstä nousee myös velvoite näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen. Pidetäänkö näyttöön/ tietoon perustuvaa toimintatapaa kuitenkin ensisijaisesti ammattiryhmäkohtaisena toimintana ja ovatko tiedon tuottamisen ja levittämisen keinot liian eriytyneitä tässä suhteessa? Todennäköisesti näyttöön perustuva ajattelu ja käytäntö edellyttävät aktiivisempaa yhteistä keskustelua ammattialojen yli. Petteri Paasio (2014) on ansiokkaasti tuonut esille sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä perustaa näyttöön perustuvalla käytännöllä, joka on yhteisen keskustelun ja monialaisen kehittämisen edellytys.

Osallistumisen mahdollisuudet ammattiryhmäkohtaiseen kehittämistyöhön arvioitiin pääsääntöisesti hyviksi. Sen sijaan monialaiseen kehittämistyöhön osallistumismahdollisuudet koettiin hieman heikommiksi. Organisaatiotyypeittäin tarkasteltuna integroiduissa toimintayksiköissä osallistumismahdollisuudet olivat hieman paremmat kuin kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on henkilöstön osallistumismahdollisuuksien todettu tukevan työssä pysymistä (esim. Freney & Tiernan 2009). Siksi henkilöstön osallistumismahdollisuuksia kehittämällä ja tukemalla voidaan vaikuttaa positiiviseen organisaatiokuvaan ja organisaation houkuttelevuuteen.

Johtamisrakenteet pääsääntöisesti mahdollistivat sekä ammattiryhmäkohtaisen että monialaisen kehittämistoiminnan. Monialaiset johto- ja kehittämisryhmät olivat tyypillisimpiä ylimmässä johdossa, kun taas keskijohdon tasolta löytyi hieman enemmän ammattiryhmäkohtaisia johto- ja kehittämisryhmiä. Kyselylomakkeessa esiintuoduissa esimerkeissä Lean – ajattelun leviäminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin on edistänyt monialaisen kehittämisen toteuttamista. Kuitenkin johtamiskäytäntöihin liittyvä epäoikeudenmukaisuuden kokemus saattoi vaikuttaa kehittämistoimintaan estävästi. Tämä korostui erityisesti sairaanhoitopiireissä.

Haastatteluissa monialaisen kehittämisen edistäjinä korostuivat asiakaslähtöisyyden korostaminen, oikeanlainen asenne ja johdon tuen merkitys. Haastatteluissa tunnistettiin myös erilaisia keinoja monialaisuuden edistämiseksi, kuten erilaiset työpajat, koulutukset, yhdessä tekeminen ja tilojen uudelleen hyödyntäminen. Kuitenkin monialaisuuden esteenä oli vieläkin se, että eri alojen ammattilaiset eivät tunnista toistensa osaamista ja asiantuntijuutta konkreettisesti arjen työssä (esim. Reeves ym. 2011, Isoherranen 2012).

Johtamisrakenteet ja käytännöt luovat puitteet johtamiselle, jota ilman monialainen kehittämistyö ja toiminta eivät toteudu. Selvityksen tulosten perusteella organisaatioiden rakenteet pääsääntöisesti mahdollistavat monialaisen toiminnan, mutta monialaisen toiminnan edelleen kehittäminen ja toteuttaminen edellyttävät johtamista, johtajien sitoutumista kehittämistyöhön ja johtamisosaamista. Monialainen kehittämistoiminta tarvitsee vahvaa strategista johtajuutta, jotta kehittäminen edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä tavoitteellisesti. Kehittämistoimintaa tulee myös johtaa arjen työssä: esimerkiksi kehittämistoiminnan integrointi osaksi työn tekemistä ja kehittämistyön tulosten juurruttaminen toimintatapoihin vaativat johtamista. (Esim. Reeves ym. 2011, Perälä ym. 2013.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisrakenteet ovat perinteisesti poikenneet toisistaan. Sosiaalialalla kehittäminen on tapahtunut osittain valtakunnallisen osaamiskeskusverkoston kautta. Perusterveydenhuollon kehittämisestä ovat vastanneet sairaanhoitopiireissä toimivat perusterveydenhuollon kehittämissyksiköt. Erikoissairaanhoidossa on myös ollut omat kehittämisrakenteensa. Em. kehittämisrakenteiden tarkastelu yhtenä kokonaisuutena on tarpeen sote-uudistuksessa (Kauppila & Tuulonen 2016). Lisäksi sote-uudistus vahvistaa järjestöjen ja yksityisten yritysten roolia palvelujärjestelmässä. Tämän selvityksen tulosten perusteella julkisilla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla on toistaiseksi vielä melko vähän yhteisiä koordinoivia ryhmiä järjestöjen ja yritysten kanssa. Mielenkiintoinen kysymys on myös se, miten järjestöt ja yksityiset yritykset integroituvat osaksi monialaisia kehittämisrakenteita tulevaisuudessa.

Tämän selvityksen perusteella on myös mahdollista todeta, että monialaisen kehittämistoiminnan hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollon integraation edistämiseksi on vielä eri vaiheissa eri maantieteellisillä alueilla. Hyviä toimintatapoja löytyy erityyppisistä organisaatioista, mutta yhtenäisiä vakiintuneista kehittämisen käytäntöjä valtakunnallisesti tai alueellisesti ei ole vielä olemassa. Osittain tulevaisuuden kehittämisrakenteisiin liittyy vielä epävarmuutta sekä lainsäädännön että eri alueiden valmiusasteista johtuen. Tästä johtuen on tärkeää, että valtakunnallista ohjausta sekä lainsäädännön, resurssien että informaatio-ohjauksen avulla vahvistetaan myös kehittämistoiminnan osalta uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Kirjallisuus

- Boselie Paul 2010. High performance work practices in the health care sector: a Dutch case study. *International Journal of Manpower* 31(1), 42-58.
- Collin Kaija, Paloniemi Susanna & Herranen Sanna (toim.) 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- D'Amour Danielle & Oandasan Ivy 2005. Interprofessionality as the field of interprofessional practise and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 19(1), 8–20.
- Engeström Yrjö, Engeström Ritva & Kärkkäinen Merja 1995. Monikontekstisuus ja rajanylitykset asiantuntijakognitioissa: oppiminen ja ongelmanratkaisu monimutkaisissa työprosesseissa. *Aikuiskasvatus* 15(1), 14-27.
- Freaney Yseult M. & Tiernan Joan 2009. Exploration of the facilitators of and barriers to work engagement in nursing. *International Journal of Nursing Studies* 46(12), 1557-1565.
- Isoherranen Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Vantaa.
- Isoherranen Kaarina, Rekola Leena & Nurminen Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Helsinki.
- Isoherranen Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Sosiaalipsykologia. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Unigrafia, Helsinki.*
- Kauppila Tarja & Tuulonen Anja 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.*
- Kivinen Tuula 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Kuopion yliopisto, Kuopio.*
- Kokkonen Kaija, Rissanen Sari & Hujala Anneli 2012. The match between institutional elderly care management research and management challenges - a systematic literature review. *Health Research Policy and Systems* 10(1), 35.
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150817?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20sosiaalihuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150817?search[type]=pika&search[pika]=laki%20sosiaalihuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4) (luettu 30.9.2016)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4) (luettu 30.9.2016)
- Lammintakanen Johanna 2014. Miten johtajia johdetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa? Osoita rajat – anna tilaa toimia. Teoksessa: Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkänen Mervi (toim.) Johtajana muutoksissa. *Acta julkaisusarja 253, Suomen Kuntaliitto, Helsinki s. 96-108.*
- Lehto Arja & Nuutinen Marja-Leena 2005. Hoitotyön johtamisen moniulotteisuus. Kirjallisuuskatsaus yliopistojen opinnäytetöiden hoitotyön johtamisen tutkimukseen vuosilta 1994–2004. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Leinonen Piritta, Järvelä Sanna & Häkkinen Päivi 2006. Yhteisöllinen oppiminen ja tietoisuustyökalut hajautetun tiimityön kontekstissa. Teoksessa: Toiviainen Hanna & Hänninen Hannu (toim.) *Rajanylitykset työssä. Yhteistoiminnan ja oppimisen uudet mahdollisuudet. PS-kustannus, Jyväskylä s. 139-162.*
- Morgan Sonya, Pullon Susan & McKinlay Eileen 2015. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies* 52(7) 1217-1230.

- Määttä Mirja 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja nro 252. University of Helsinki, Helsinki.
- Möttönen Sakari & Niemelä Jorma 2005. Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Niiranen Vuokko 2011. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa: Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOYPro, Helsinki s. 129-143.
- Niiranen Vuokko 2014. Johtamistyön sisältö ja johtamisen moniulotteisuus. Teoksessa: Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkänen Mervi (toim.) Johtajana muutoksissa. Acta julkaisusarja 253, Suomen Kuntaliitto, Helsinki s. 43-82.
- Niiranen Vuokko, Puustinen Alisa, Zitting Joakim & Kinnunen Juha 2013. Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Paras-ARTTU-ohjelmantutkimuksia nro 25. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Nikander Pirjo 2003. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon työkaluna ja haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 40, 279–290.
- Paasio Petteri 2014. Näyttöön perustuva sosiaalityön käytäntö - järjestelmällinen katsaus vuosina 2010-2012 julkaistuista tutkimuksista. Sosiaalityön erikoistumiskoulutus. Hyvinvointipalveluiden erikoisala. Jyväskylän yliopisto.
- Paronen Elsa 2015. Rationaalinen päätöksenteko sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksissa: tapaustutkimus kahdesta sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta Pohjois-Savossa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies. No 109. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
- Payne Malcolm 2000. Teamwork in multiprofessional care. Palgrave Macmillan.
- Perälä Marja-Leena, Halme Nina & Kanste, Outi 2013. Yhteensovittava monialainen johtaminen tukee palvelujen uudistumista. Teoksessa: Pelkonen Marjaana, Hakulinen-Viitanen Tuovi, Hietanen-Peltola Marke & Puumalainen Tuomo (toim.) Hyvinvointia useammille - Lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:36. Helsinki s. 114 - 119.
- Petri Laura 2010. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. Nursing Forum 45(2), 73-82.
- Pihlainen Vuokko, Kivinen Tuula & Lammintakanen Johanna 2016. Management competencies in hospitals: a systematic review. Leadership in health services 29(1), 95-110.
- Raukko, Päivi 2014. Monialainen ja moniammatillinen toimintatapa - case Hämeenlinna. Teoksessa: Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkänen Mervi (toim.) Johtajana muutoksissa. Acta julkaisusarja 253, Suomen Kuntaliitto, Helsinki s. 83-86.
- Reeves Scott, Lewin Simon, Espin Sherry & Zwarenstein Merrick 2011. Interprofessional teamwork for health and social care. Wiley-Blackwell.
- Rekola Leena 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa: Isoherranen Kaarina, Rekola Leena & Nurminen Raija. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Helsinki s. 9-25.
- Rijken Mieke, Struckmann Verena, Dyakova Mariana, Melchiorre Maria Gabriella, Rissanen Sari & van Ginneken Ewout 2013. ICARE4EU: Improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. EUROHEALTH 19(3), 29-31.
- Rissanen Sari 2016. Sosiaalityön johtaminen. Teoksessa: Törrönen Maritta, Hänninen Kaija, Jouttimäki Päivi, Lehto-Lundén Tiina, Salovaara Petra & Veistilä Minna (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki, Gaudeamus s. 231-242.

- Rissanen Sari & Hujala Anneli 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. Teoksessa: Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki, WSOYpro s. 81-105.
- Rudenstam Nils-Gunnar & Holmberg Leif 2014. Inter-organizational cooperation: A Rehabilitation project based on cooperation between health care and three social services agencies. Health 6(5), 342-349.
- Sarvimäki Pirjo 2010. Sosiaalihuollon ja sosiaalityön johtaminen. Teoksessa: Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti & Marjamäki Pirjo (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki, Tietosanomaa s. 335 – 344.
- Savolainen Leena, Lammintakanen Johanna, Kivinen Tuula & Sarkkinen Hannu 2011. Muutos johtamisen haasteena - seurantatutkimus terveydenhuollon henkilöstön kokemuksista organisaation yhdistyessä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 39(1), 8-23.
- Sinkkonen Sirkka, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2011. Sosiaali- ja terveystalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa: Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY, Helsinki s.105-128.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaalihuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search[type]=pika&search[pika]=sosiaalihuoltolaki) (luettu 30.9.2016)
- Sote- ja maakuntauudistus 2016a. Järjestämislakiluonnos.
<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/02+J%C3%A4rjest%C3%A4mislaki+2016-06-27> (luettu 30.9.2016)
- Sote- ja maakuntauudistus 2016b. SOTE –uudistuksen tavoitteet.
<http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet> (luettu 30.9.2016)
- STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012 – 2015. toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=Terveydenhuoltolaki). (luettu 30.9.2016)
- Viitanen Elina, Kokkinen Lauri, Konu Anne, Simonen Outi, Virtanen Juha V. & Lehto Juhani 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 59. Kunnallissalan kehittämissäätiö KAKS, Vammala.
- Övretveit John 1994. Moniammatillisen yhteistyön opas. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Hakapaino, Helsinki.