

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

2010

Minna Salakari

SAMAN KATON ALLA

– Moniammatillinen yhteistyö perheen
muotoutumisen varhaisvaiheissa.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja (YAMK) | Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Toukokuu 2010 | 110

Laaksonen- Heikkilä Ritva, Ahonen Pia

Minna Salakari

SAMAN KATON ALLA- moniammatillinen yhteistyö perheen muotoutumisen varhaisvaiheissa

Kehittämishankkeen tarkoitus on esittää neuvolatoiminnalle ideaalimalli Turun sosiaali- ja terveystoimen äitiys- ja lastenneuvoloiden käyttöön. Kehittämishanke toteutettiin alueellisen Neuvolatyö 2010-luvulle – hankkeen osaprojektina.

Kehittämishanke eteni toimintatutkimuksen periaattein. Hankkeen teoriaosuudessa tarkasteltiin perhettä, moniammatillisuutta, neuvolatoimintaa, perheen tukemista sekä nykyisen neuvolan kykyä vastata perheiden tarpeisiin. Hankkeeseen liittynyt kysely terveydenhoitajille selvitti, minkälainen nykyinen neuvolamalli on, miten terveydenhoitajat arvioivat työnsä neuvolassa ja minkälainen käsitys heillä on tulevaisuuden neuvolasta. Terveystoimintajista koettu projektiryhmä selvitti, miten neuvolatoimintaa voidaan kehittää moniammatilliseksi ja perheitä monipuolisesti palvelevaksi. Projektiryhmä toimi ideariihenä suunnittelen Turun seudun neuvoloille neuvolatoiminnan ideaalimallia.

Turkulaisesta neuvolatoiminnasta muodostui varsin yhteneväinen, monipuolinen kuva. Kuitenkin neuvolan arvioitiin vastaavan perheiden tarpeisiin vain tyydyttävästi. Moniammatillinen toiminta ilmeni nykyneuvoloissa vaihtelevasti. Suurin osa piti moniammatillisuuden liittämistä neuvolaan tarpeellisenä, jopa välttämättömänä. Perhekeskeisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä pidettiin työn lähtökohtina. Neuvolat koettiin tärkeiksi perheen tukijoiksi ja riskiperheiden tunnistajiksi. Terveystoimintajien työote on asiantunteva, yksilöllinen ja perhekeskeinen. Terveystoimintajat olivat kehittämismyönteisiä. Tuloksista ilmeni, että neuvolan tulisi palvella koko perhettä ja perheen tukeminen tulee aloittaa varhaisessa vaiheessa perheen muotoutumista.

Hankkeen tuotoksena syntyi moniammatillinen ideaalimalli Turun seudun neuvolatoimintaan. Kuvatussa mallissa neuvolatyö toteutuu moniammatillisin, säännöllisin tiimipalaverin ja neuvolaan sijoitetaan perhetyöntekijä kotikäyntejä varten. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu terveydenhoitaja, psykologi ja perhetyöntekijä. Neuvolan lääkäri toimii entiseen tapaan terveydenhoitajan kanssa. Toiminta on perhekeskeistä ja perheiden hyvinvointia edistävää. Tulevaisuudessa myös kolmannen sektorin palveluita voidaan toimintamallissa hyödyntää.

Hakusanat: Hyvinvointineuvola, kehittämishanke lastenneuvola, moniammatillisuus, tiimityö, äitiysneuvola,

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of health care | Degree Programme in Social Services and Health Care

2010 | 110

Laaksonen- Heikkilä Ritva, Ahonen Pia

Minna Salakari

UNDER THE SAME CEILING - multiprofessional teamwork in early stages of family formation.

The aim of this development project is to introduce a new model for the maternity and child health clinics in Turku. The project is a part of the KYMPPI- project to develop the maternity care service chains in the Turku area.

The theoretical part of the report deals with health clinic, maternity care, welfare clinic, multi professionalism and family support. This project included a survey in order to determine public health nurses' perceptions of the health care system, maternity care and multiprofessionalism. Also, they were asked to define how they see the clinic function and how they would organize the multiprofessional teamwork in the future. A project team was formed among these health care nurses. Their duty was to brainstorm a new ideal model for the health clinics. The project team clarified how the child health and maternity care clinics could be developed to function more multiprofessionally. Health clinics should serve the entire family comprehensively and it should be based on family welfare.

The Turku health clinics seem to work quite versatilely and coincidingly. However, the needs of the families were not satisfactory. Multiprofessional team work was experienced irregular and varied. Public health care nurses were willing and interested in developing themselves in their work. Family-centered and customer focused framework were considered as starting points, and the health clinics were considered important support for families. Almost all respondents thought that multi-professional co-operation is a necessity in the future.

By this project the ideal model for maternity care and child clinics was established for Turku. Multiprofessional co-operation appears as regular group meetings and the group consists of a nurse, a doctor and a psychologist. As always, the doctor works with the nurse. Also, as a new member, a family worker is included in this group. The framework is family orientation promoting family welfare. In the future, the services of the third sector can be utilized.

Keywords: Maternity care, child health clinic, wellness clinic, multiprofessional, development project, team work

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 NEUVOLATYÖ OSANA PERHEEN TUKEMISTA	7
2.1 Perhe ja vanhemmuus	9
2.2 Neuvola perheen ja vanhemmuuden tukena	12
2.2.1 Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta	13
2.2.2 Neuvolan tarjoama tuki perheille	16
2.2.3 Neuvolatoiminta Turussa	18
3 MONIAMMATILLISUUS OSANA NEUVOLATOIMINTAA	20
3.1 Moniammatillisuus neuvolatoiminnassa	22
3.2 Moniammatillisuus erilaisten perheiden tukena	24
3.3 Erilaisia moniammatillisen neuvolan toimintamalleja	26
4 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	31
4.1 Kehittämishankkeen tausta ja tarve	31
4.2 Kehittämishankkeen tavoitteet	33
4.3 Kehittämishankkeen toteutus	34
5 KEHITTÄMISHANKE TOIMINTATUTKIMUKSEN MENETELMIN	36
5.1 Kyselyn tarkoitus ja tutkimusongelmat	39
5.2 Aineiston keruu menetelmä ja mittari	40
5.2.1 Kyselylomakkeen suunnittelu ja laatiminen	41
5.2.2 Kyselylomakkeen rakenne	43
5.3 Kyselyn kvantitatiivisen aineiston analyysi	45
5.4 Kyselyn avointen kysymysten analyysi	48
6 KYSELYN TULOKSET	51
6.1 Taustatiedot	52
6.2 Neuvolatoiminnan nykytila	53
6.3 Terveystieteiden oma työ neuvolassa	63
6.4 Uusi neuvolamalli	67
7 TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	72
7.1 Kyselyn eettisyys ja luotettavuus	72
7.1.1 Kyselyn luotettavuus	73
7.1.2 Kyselyn eettisyys	76
7.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	77
8 PROJEKTIRYHMÄ OSANA KEHITTÄMISHANKETTA	82

8.1	Projektiryhmän toiminta	83
8.2	Projektiryhmän tapaamiset	84
9	UUDISTETTU MONIAMMATILLINEN JA PERHEKESKEINEN NEUVOLATOIMINNAN IDEAALIMALLI	89
9.1	Moniammatillinen, perhekeskeinen neuvolamalli	90
9.2	Moniammatillisen ja perhekeskeisen neuvolatoiminnan toimintasuunnitelma	93
9.2.1	Perhetyöntekijän toimenkuva	95
9.2.2	Moniammatillisen työryhmän toiminta	96
10	KEHITTÄMISHANKKEEN POHDINTA	98
11	LÄHTEET	4

KUVIOT

Kuvio 1.	Neurolatyön periaatteet (STM 2004a ja 2004b mukaillen)	8
Kuvio 2.	Moniammatillisen neuvolatoiminnan eri muotoja (mm. Haaranen 2003, Keränen & Määttä 2009, Lääperi 2007.)	27
Kuvio 3.	Kehittämishankkeen toteutus vaiheittain (Salakari 2009)	36
Kuvio 4.	Projektiryhmän toiminnan prosessi ja sykli toimintatutkimuksen periaattein (Salakari 2009)	38
Kuvio 5.	Sisällön analyysin prosessi	50
Kuvio 6.	Tutkimuksen vastaajien ikäjakauma	52
Kuvio 7.	Terveydenhoitajien arvio nykyisen neuvolatoiminnan toimivuudesta (VAS-janojen keskiarvot)	54
Kuvio 8.	Neurolan vastaaninen perheiden tarpeisiin	55
Kuvio 9.	Nykyisen neuvolamallin toimivuus (VAS janojen frekvenssianalyysi)	56
Kuvio 10.	Perheiden hyvinvoinnin arviointi ja neurolan asema perheiden tukemisessa	58
Kuvio 11.	Riskiperheiden määrä nykyisessä neuvolatoiminnassa terveydenhoitajien arvioimana	60
Kuvio 12.	Moniammatilliset yhteistyötahot terveydenhoitajien mukaan	61
Kuvio 13.	Moniammatillisen yhteistyön tarve neuvolatoiminnassa terveydenhoitajien arvioimana	62
Kuvio 14.	Terveydenhoitajien arvio perheille varatun ajan riittävydestä neuvolakäynneillä	63
Kuvio 15.	Terveydenhoitajien kiinnostus neuvolatoiminnan kehittämiseen (itse mukana kehittämistoiminnassa)	64
Kuvio 16.	Moniammatillisuuteen, hyvinvointineurolaan ja hyvään neuvolatoimintaan liitetyt ominaispiirteet	69
Kuvio 17.	Projektiryhmän tapaamiset teemoineen	85
Kuvio 18.	Moniammatillinen neuvolatoiminnan ideaalimalli (Salakari 2010)	92

TAULUKOT

Taulukko 1. VAS- luokittelu	44
Taulukko 2. Terveystenhoitajien työssäoloajat	53
Taulukko 3. Positiiviset ja negatiiviset luonnehdinnat moniammatillisesta yhteistyöstä nykyisessä neuvolamallissa (n 31).	57
Taulukko 4. Tuen tarve ja tuenmuodon toiveet terveydenhoitajan työssä	66
Taulukko 5. Yhteistyöhalukkuus eri ammattiryhmien kanssa kyselyyn perustuen	71

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Moniammatillisen työryhmän toimintasuunnitelma

KUVIOT LIITTEISSÄ

Kuvio 1. Moniammatillisen ja perhekeskeisen neuvolatoiminnan ideaalimalli Turun seudulle	Liite 2.
Kuvio 2. Moniammatillisen työryhmän työnkuvat	Liite 2.
Kuvio 3. Kriteerit perhetyöntekijän kotikäynneille Turun seudun moniammatillisessa neuvolatoiminnassa	Liite 2.

1 JOHDANTO

Perheiden terveyden edistäminen kuuluu kaikille yhteiskunnallisille tahoille, joten moniammatillista yhteistyötä neuvoloissa tulee, ja on tarpeen kehittää (Lindholm 2007, 20). Kuntien sosiaali- ja terveystoimen kehittämistä suuntaavat valtakunnalliset linjaukset, joita on kirjattu mm. Terveys 2015 – kansanterveysohjelmaan, kansallisten terveydenhuollon ja sosiaalialan hankkeiden raportteihin, valtioneuvoston periaatepäätöksiin sekä neuvolasuositukseen. Näiden mukaan palvelujärjestelmää ja peruspalveluja tulee kehittää lasten ja lapsiperheiden tarpeista lähtien, eri hallintokuntien välisellä yhteistyöllä. Linjauksissa korostetaan hyvinvoinnin lisäämistä, terveyden edistämistä, ennalta ehkäisevää työtä ja vanhemmuuden tukemista. Eri puolilla Suomea onkin aktiivisesti kehitetty neuvoloiden toimintaa. Kehittämistyön keskeisinä trendeinä ovat moniammatillisuus, perhekeskeisyys, asiakaslähtöisyys sekä vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen.

Äitiys- ja lastenneuvolassa on viime aikoina pyritty entistä paremmin huomioimaan fyysisen terveyden lisäksi myös lasten ja perheiden psykososiaalista hyvinvointia. Tällä osa-alueella olevien ongelmien havaitseminen ja asioihin puuttuminen jäävät helposti syrjään resurssien puutteen ja totuttujen työkäytäntöjen vuoksi. Neuvoloissa lapsiperheiden ongelmia pyritään ehkäisemään ja tunnistamaan mahdollisimman varhain, ja tarvittavan tuen järjestämisessä terveydenhoitajan ja lääkärin apuna toimii moniammatillinen tiimi. (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2003, 9- 18.)

Sirviö (2006, 140) on todennut, että työskenneltäessä lapsiperheiden kanssa moniammatillisten yhteistyömuotojen kehittäminen on keskeistä terveyden edistämisen konkretisoinnissa, työntekijöiden asiantuntijuuden kehittymisessä ja asiakkaan osallisuuden vahvistamisessa. Ammattiryhmien keskinäinen yhteistyö ja vastavuoroinen oppiminen sekä toisen ammattiosaamisen arvostaminen ovat lapsen ja perheen parhaaksi toimimisen edellytyksiä (Karvonen 2007, 5). Neuvolatoiminnan kehittämistyössä keskeistä on perhetyön

osaamisen vahvistaminen, varhainen puuttuminen ja avun varhaisen järjestämisen varmistaminen. Neuvola tekee yhteistyötä eri toimijoiden kanssa, jotta se kykenisi tehokkaasti edistämään terveyttä ja hyvinvointia sekä palvelemaan lapsia ja perheitä heidän tarpeissaan. (STM 2003, 9 – 18.) Neuvolatoimintaa on tutkittu runsaasti. Ammattilaisten mielipiteitä ja kokemuksia sekä toiveita neuvolatyöstä on tutkittu selvästi vähemmän kuin esimerkiksi palveluiden käyttäjien toiveita ja asiakastyytyvyyttä.

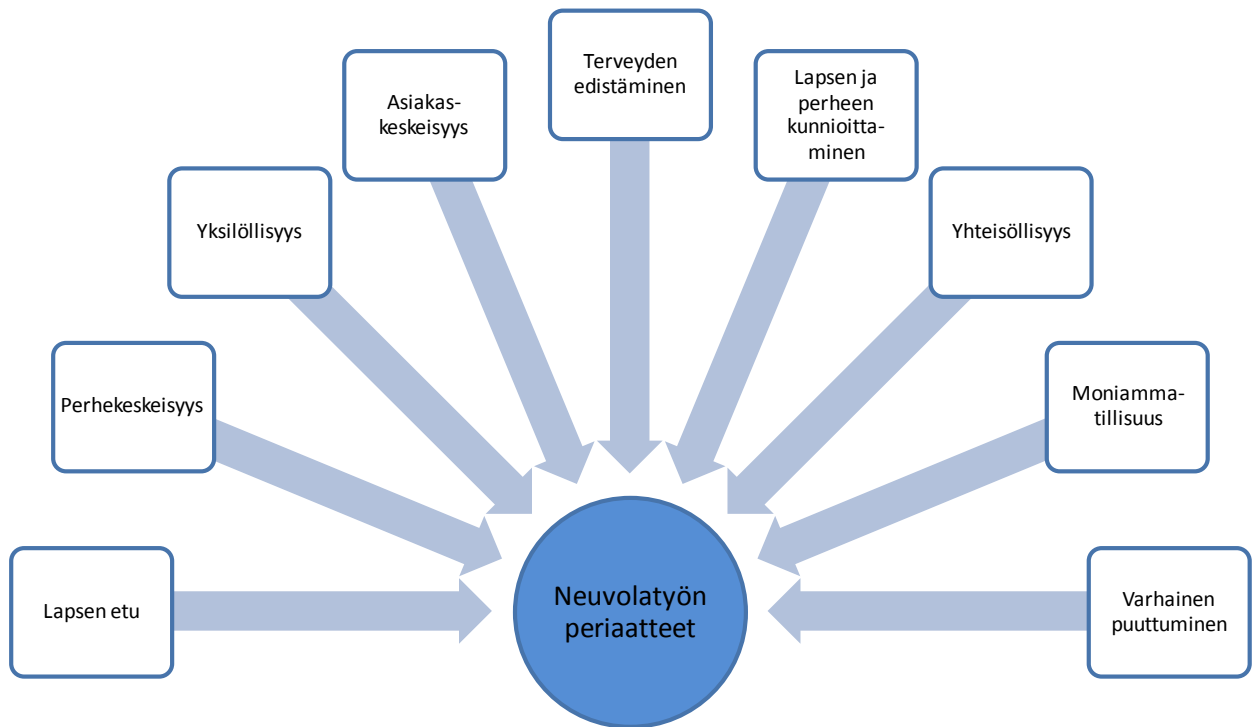
Tämän hankkeen tarkoituksena oli kehittää Turun seudun neuvolatoimintaan moniammatillinen ja perhekeskeinen ideaalimalli. Ideaalimallin kehittäminen perustui teoreettiseen tietoon sekä Turun seudun äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien näkemyksiin ja kokemuksiin tulevaisuuden neuvolan, ja erityisesti sen moniammatillisesta, toiminnasta ja kehittämistarpeista. Tämä Turun äitiys- ja lastenneuvoloissa toteutettu neuvolatoiminnan ideaalimalli-kehittämishanke toteutui Turun ammattikorkeakoulun koordinoiman Neuvolatoiminta 2010- luvulle, Kymppi-hankkeen osaprojektina. Kymppi-hanke on Turun seudulla toteutuva, alueellista yhteistyötä ja aluekehitystä vahvistava T&K- projekti (Ahonen 2009). Tässä raportissa esitellyn Kymppi- hankkeen osaprojektin kohdentaminen moniammatilliseen yhteistyöhön neuvolatoiminnassa perustui Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kiinnostukseen ja tarpeeseen kehittää neuvolatoiminnan mallia sekä yhtenäistää sitä valtakunnallisten neuvolapalveluiden ja Kymppi-hankkeen tavoitteiden mukaiseksi.

Kehittämishankkeen tuloksena Turun neuvolatoimintaa uudistetaan valtakunnallisten suositusten ja alueellisen tarpeen mukaiseksi. Neuvolatoiminta toteutetaan moniammatillisesti ja perhekeskeisesti. Kehittämishankkeen valmistuttua ja uuden neuvolatoiminnan ideaalimallin muodostuttua voisi hyvin nojautua Alfred Northin ajatelmaan ”*Ajatukset eivät säily. Niistä pitää tehdä jotakin*”, ja toivoa syntyneitä ideaalimallia pilotoitavan ja otettavan käyttöön lähitulevaisuudessa Turun seudulla.

2 Neuvolatyö osana perheen tukemista

Suomalaisella neuvolatoiminnalla on yli 50 vuotta vanhat perinteet. Tänä aikana se on saavuttanut lapsiperheiden hyväksynnän ja arvostuksen. Neuvolatoimintaa on ohjattu lakisääteisesti vuodesta 1944 lähtien. Vuonna 1972 voimaan tulleen Kansanterveyslain mukaan kuntien tulee järjestää terveysneuvontaa, johon neuvolatoimintakin kuuluu (Kansanterveyslaki 1972/66). Neuvolatyötä toteutetaan kuntien terveyskeskuksissa eri tavoin ja kunnat voivat järjestää neuvolatoiminnan asukkaiden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Äitiys- ja lastenneurolat voivat olla erikseen, jolloin molemmissa työskentelee eri terveydenhoitaja, tai neuvolatoiminta voi olla yhdistetty, jolloin yksi terveydenhoitaja hoitaa sekä raskaana olevan äidin että jo syntyneen lapsen. Lastenneurolasta lapsi siirtyy kouluterveydenhuollon piiriin. Useat kunnat ovat jo laajentaneet neuvolatoimintaansa hyvinvointineuvoloiksi tai perhekeskuksiksi. Kuntaliitto ohjaa ja neuvoa kuntia neuvolatoiminnan toteuttamisessa ja sen kehittämässä sekä ajaa kuntien etua juridisissa ja hallinnollisissa asioissa. (STM 2008a)

Neurolat tekevät moniammatillista yhteistyötä muun muassa synnyttäjän, perheen, neuvolan henkilökunnan, synnytyssairaalan henkilökunnan, sosiaalityöntekijän ja psykologin sekä esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen kanssa (Silvennoinen 2001, 11). Terveiden edistämällä neuvolatoiminnassa tarkoitetaan toimintaa, joka lisää perheiden mahdollisuuksia vaikuttaa terveyteensä ja siihen liittyviin tekijöihin, ja siten ylläpitää ja kohentaa perheen terveyttä. Moniammatillinen ja sektorien välinen yhteistyö kuuluvat myös neuvolan työtappoihin. Terveys on moniulotteinen kokonaisuus, johon kuuluvat fyysinen terveys, mielenterveys sekä sosiaaliset suhteet ja elämänhallinta. Neuvolatoiminnan periaatteet on esitetty kuviossa 1. (STM 2004b, 18- 21.)



Kuvio 1. Neuvolatyön periaatteet (STM 2004a ja 2004b mukailten)

Tämän työn teorettinen viitekehys perustuu neuvolatyöhön, moniammatillisuuteen ja perheen tukemiseen jo varhaisessa vaiheessa neuvolatyön periaatteiden (Kuvio 1.) mukaisesti. Viitekehyksessä käsitellään moniammatillisen yhteistyön toteutumista neuvolatoiminnassa, vanhemmuutta ja sen tukemista sekä erilaisia tapoja toteuttaa moniammatillista yhteistyötä neuvolatoiminnassa. Moniammatillisuuden toteutuminen vaihtelee eri puolilla Suomea, mistä johtuen kokonaisuuden toteutustapa voi poiketa suosituksista. (vrt. Kangaspunta 2007; Lääperi 2007; Muttilainen 2007) Erityisesti on huomioitava, että moniammatillisuudesta muodostuisi jatkuva, totuttu toimintamuoto, joka aloitetaan jo raskauden varhaisvaiheessa ja jota jatketaan kokonaisvaltaisen perheen hoito- ja tukimuotona vielä lapsiperheessäkin. Teorettisessa viitekehyksessä käsitellään omina lukuinaan neuvolatoimintaa vanhemmuuden ja perheen tukena sekä moniammatillisuutta osana neuvolatoimintaa.

Teoreettista viitekehystä työstettäessä hakusanoina käytettiin sekä suomalaisia että englanninkielisiä sanoja. Suomalaisista käytettiin muun muassa ”perheen syntyminen”, ”perheen muodostuminen”, ”perhe”, ”neuvolatoiminta”, ”neuvolatoiminta Suomessa”, ”moniammatillisuus”, ”hyvinvointineuvola”, ”neuvolamallit” ja ”moniammatillisuus neuvolatoiminnassa”. Englannin kielisiä hakusanoja olivat muun muassa ”multiprofessional”, ”maternity care”, ”family care”, ”nursing and multiprofessional team work” ja ”wealth clinic”.

2.1 Perhe ja vanhemmuus

Perhe on kahden tai useamman henkilön muodostama yhteisö, jossa on yleensä vähintään kahden yksilön välillä pitkäaikainen kiintymyssuhde. Tavallisimmin perheeseen kuuluu kaksi eri sukupuolta edustavaa henkilöä sekä heidän lapsensa. Mikäli lapset ovat alle 18-vuotiaita, perheitä kutsutaan lapsiperheeksi. Äiti ja isä elävät yhdessä joko avio- tai avoliitossa. Perhe voi koostua myös kahdesta yhdessä asuvasta aikuisesta ja nykyisin myös kaksi samaa sukupuolta olevaa henkilöä tai yksinhuoltaja ja lapsi (tai lapset) voivat muodostaa perheen. Perhe voidaan määritellä myös lasten ja aikuisten muodostamaksi, yhdessä eläväksi ryhmäksi. Tähän sisältyvät myös yksinhuoltajaperheet ja sellaiset perheet, joissa monta sukupolvea elävät yhdessä. Perhe on yhteiskunnan sosiaalinen perusyksikkö, joka toimii yhtenäisesti samalla kuitenkin heijastaen yhteiskunnassa ja sen rakenteissa tapahtuvia muutoksia. Lapsi saa ensimmäisen kosketuksensa yhteiskuntaan perheen kautta. (Niemelä 1985, 10; Häggman- Laitila 2002,7- 9; Tilastokeskus 2008.)

Perheellä on myös kasvatuksellisia tehtäviä ja se sosiaalistaa lapset yhteiskuntaan. Lasten käyttäytyminen, tavat, asenteet ja arvot muodostuvat perheessä, koulutus tapahtuu perheen ulkopuolella. Lastensuojelu korvaa biologisten vanhempien muodostaman perheen sosiaalisella perheellä ja myös

yksityisesti sijoitetut lapset muodostavat perheen. Perhe on siis tärkeä osa erilaisia tapoja, asenteita ja arvoja, joilla ihmiset ymmärtävät elämää ja luovat siihen erilaisia rakenteita. (Häggman- Laitila 2002, 172- 197; Tilastokeskus 2008.)

Yhteiskunnalliset muutokset ja niiden seuraukset heijastuvat perheisiin - uusi kulttuuri- ja toimintaympäristö luo perheille ja sen kaikille jäsenille uusia mahdollisuuksia, mutta myös vaatimuksia, velvoitteita ja stressitekijöitä. Erityisesti työelämän muutokset ovat vaikuttaneet perhe-elämään, vanhemmuuteen sekä lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen. Muutokset ja niiden seuraukset ilmenevät mm. perhe-käsitteen ja perherakenteiden muuttumisena. Perheessä vanhemmat ovat iältään nykyään vanhempia kuin ennen, ja lasten saaminen ja avioituminen tapahtuu entistä myöhemmällä iällä. (Kinnunen & Mauno 2002, 99- 118.)

Paajasen (2007) tekemästä perhebarometrasta käy ilmi, että suomalaiset arvostavat perhettä ja pitävät sitä tärkeänä osana elämäänsä. Ydinperheen rinnalle ovat tulleet muut perhemuodot, kuten avoliitot, yksinhuoltajaperheet ja sateenkaariperheet. Avoliitosta on tullut lähes tasavertainen elämisen muoto avioliiton kanssa. Yksinhuoltajien perheet sekä samaa sukupuolta olevien pariin perheet ovat kasvattaneet hyväksyttävyyttään viime vuosina. Barometrin mukaan perhe merkitsee suomalaisille läheisyyttä, vastuuta muista ihmisistä ja yhdessä olemista sekä henkistä tukea. Huolta ja murhetta perhe merkitsi n. 16 %:lle kyselytutkimukseen vastaajista. Näiden joukossa oli eniten kolmen ja sitä useamman lapsen vanhempia. Yllättävää oli, että avoliitosta ja perheestä haettiin entistä enemmän suojaa ja turvaa sekä itselle että lapsille. Turvallisuuden hakeminen korostui naisten vastauksissa. Taloudellisen ja sosiaalisen eriarvoisuuden kasvu, pätkätyöt ja työelämän kiire sekä epävarmuus ovat lisänneet turvallisuuden hakemista perheestä ja avoliitosta. (Paajanen 2007, 9- 12, 65- 67.)

Kun perheeseen syntyy ensimmäinen lapsi, edetään kaaoksesta kohti uutta tapaa elää yhdessä perheenä. Syntyvä lapsi tuo suurimman haasteen parisuhteelle. Tässä vaiheessa puoliset "ovat vaarassa" etäännyä toisistaan tai jopa erota, jos keinoja suhteen hoitamiseen ei ole. Jokainen syntymä on ainutlaatuinen tapahtuma, ja jokaisessa synnytyksessä syntyy lapsen lisäksi uusi perhe. Perheen syntyminen on lapsen kehityksen edellytys ja sillä tarkoitetaan, että ainakin yksi aikuinen ihminen sitoutuu lapseen ja lapsi aikuiseen; aikuinen ottaa vastuun lapsen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista ja tuntee olevansa vanhempi lapselle. Aikuinen myös kokee lapsen tarpeet omina tarpeinaan, ja lapsi tuottaa aikuiselle iloa ja nautintoa. (Mahal- Ali- Marttila 1999; Tuhkasaari 2007.)

Vanhempien ja vauvan välinen vuorovaikutussuhde alkaa rakentua jo raskauden aikana. Kasvaminen vanhemmuuteen, äidiksi ja isäksi, alkaa usein jo raskauden suunnitteluvaiheessa (Brodén 2006, 17- 19; Deave, Johnson & Ingram 2008). Tällöin aletaan suunnitella lapsen tuomaa elämänmuutosta ja vastuuta sekä sopivaa ajankohtaa mahdolliselle raskaudelle. Perhesuunnitteluvaiheessa kehittyvät myös mielikuvat vauvaan liittyen. Vanhempien psykososiaalinen hyvinvointi raskausaikana edistää vauvan ja vanhemman välistä kiintymyssuhteen kehittymistä raskausajan jälkeen. Raskausaika valmentaa vanhemmuuteen ja tulevaan elämänmuutokseen ja raskausaikana vanhemmat ovat motivoituneita käsittelemään oman elämänsä mahdollisia ongelmakohtia ja löytämään niihin ratkaisuja. Tuen ja hoidon tarjoaminen jo odottavalle vanhemmalle on tarpeellista ja sillä voidaan ehkäistä varhaisten vuorovaikutusongelmien syntyä. Lapsuuden myönteiset kiintymyssuhteet ja varhainen vuorovaikutus vanhempien kanssa luovat perustan lapsen myöhemmälle kehitykselle. (Sevon & Huttunen 2002, 77–78; Brodén 2006, 17- 19.)

Vanhemmuuden rooleja ovat: huoltaja, rakkauden antaja, elämän opettaja, ihmissuhdetaitaja ja rajojen asettaja. Lapsi tarvitsee eri ikäkausinaan erilaista vanhemmuutta. Kaikkiin vanhemmuuden rooleihin tarvitaan herkkyyttä ymmärtää lapsen tarpeita ja kehitysvaiheita. Vanhemmuus on elämän pituinen

rooli, ja uudet vanhemmat saavat pohjan omaan rooliinsa vanhemmiltaan, omasta lapsuudestaan, nuoruudestaan ja kasvuympäristöstään. Vanhemmuus syntyy oman lapsen kautta ja vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Monenlaiset eri vaiheet lapsen kehittämisessä opettavat äitiä ja isää ”vanhemmuuden tiellä”. (Krank 2001)

Vanhempien välinen hyvä suhde, perheenjäsenten yhteenkuuluvuuden tunne, perheen elämän säännöllisyys, välittäminen, asetetut rajat ja säännöt varjelevat lasta erilaisilta ongelmilta ja esimerkiksi epäsosiaalisuudelta. Tietyt vanhemmuuden piirteet voivat myös uhata lapsen kehitystä; epäsosiaalisuudelle ja päihteiden käytölle altistavat vanhempien väliset pitkäkestoiset ristiriidat ja ongelmatilanteet sekä vanhemman ja lapsen väliset pitkäkestoiset ristiriidat. Myös vanhemman huolenpidon puute ja se, ettei vanhempi puutu lapsen epäsosiaaliin tekoihin voi uhata lapsen normaalia kehitystä. Perheen sisäisillä arvoilla ja asenteilla on suuri vaikutus lapsen normaalille kehitykselle ja kasvulle. (Marttunen 2005)

2.2 Neuvola perheen ja vanhemmuuden tukena

Neurolat ovat osa perus- ja lähipalveluita. Vuonna 1972 voimaan tulleen Kansanterveyslain mukaan kunnat järjestävät terveysneuvontaa, johon neuvolatoiminta kuuluu (Kansanterveyslaki 1972/66). Äitiys- ja lastenneuvoloissa käyvät lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisten lasten perheet. Neuvolapalveluihin kuuluvat terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotot, terveydenhoitajan kotikäynnit, raskauden aikaiset seulontatutkimukset, perhevalmennustilaisuudet ja esimerkiksi puhelinneuvonta. (Halmesmäki 2003; Paavilainen 2003, 12.) Yhtenä terveyden edistämisen lähtökohtana on myös monialainen, laaja näkemys ja käsitys terveydestä. Terveys on yksilöiden ja yhteisöjen voimavara, hyvinvointia sekä sosiaalisen ja fyysisen ympäristön

kanssa elämistä tasapainossa. Tärkeää on tunnistaa tilanteet, joissa ihmiset tarvitsevat tukea terveystottumuksilleen.(Kylmä 2002, 62- 63.)

2.2.1 Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta

Lasten ja lapsiperheiden peruspalveluiksi määritellään palvelut, jotka koskevat koko ikäluokkaa tai ovat kaikkien käytettävissä ilman erityisiä perusteita. Äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto ovat osana kuntien terveyskeskustoimintaa ja huolehtivat lasten perusterveyden seurannasta ja hoidosta. Neuvolan perustehtäviä ovat raskauden kulun- ja lapsen kehityksen seuranta sekä rokotusohjelman toteutus. Lapsen ja koko perheen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistäminen sekä vanhemmuuden tukeminen ovat myös kipuamassa tärkeiksi tavoitteiksi neuvolan perustehtävien rinnalle. (Bardy ym. 2001, 65.)

Lapsen hyvinvointi riippuu koko perheen hyvinvoinnista, erityisesti vanhempien parisuhteen ja vanhemmuuden laadusta. Tämän vuoksi neuvoloissa kiinnitetään huomiota sekä äidin että isän vanhemmuuden sekä jaksamisen ja osaamisen tukemiseen. Perhekeskeisyys tarkoittaa muun muassa sitä, että äidit, isät ja lapset ovat neuvolan asiakkaita, joiden tieto ja taito oman perheensä asiantuntijoina on koko toiminnan lähtökohta. Perhe on toiminnan keskeisenä osana ja perheen elämäntilanne, kulttuuritausta, tavat ja tottumukset sekä elinympäristö otetaan neuvolatoiminnassa huomioon. Perhekeskeisessä lastenneuvolatyössä pidetään tärkeänä perheen sisäisten tekijöiden, mahdollisten ongelmien, kriisitilanteiden ja voimavarojen kartoittamista yksilöllisesti. Lapsiperheiden voimavarojen tunnistamisen ja koko toiminnan perusta neuvolassa on vanhemman ja terveydenhoitajan välinen luottamuksellinen, avoin yhteistyö. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1999, 297; Paavilainen 2003, 28- 31, 16; STM 2004a; Äijälä 2007, 13- 14.)

Neuvolan tehtävänä on edistää lapsiperheiden yhteenkuuluvuutta, perheiden keskinäistä yhteistyötä ja toistensa tukemista. Neuvolan tehtävänä on myös vaikuttaa perheiden vertaistuen saantiin kotipaikkakunnalla esimerkiksi järjestämällä perhevalmennusryhmiä ja muita vastaavia vertaistukiryhmiä. Neuvola voi kannustaa muitakin tahoja järjestämään vertaisryhmiä vanhemmille ja perheille. Nykyään teknologia tarjoaa vaihtoehtoja lisätä yhteisöllisyyttä esimerkiksi verkossa käytävien keskustelujen ja erilaisten palstojen kautta. Neuvolan yhtenä vahvuutena on sen mahdollisuus pitkäjänteiseen työhön, pitkäjänteisellä työllä taas on mahdollista tukea perheitä vaikeissa ja ongelmallisissakin elämäntilanteissa. Neuvolatoiminnan järjestämisessä on huolehdittava toiminnan jatkuvuudesta ja saumattomuudesta etenkin mitä enemmän, ja mitä vaikeampia ongelmia perheessä on. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1999, 297; STM 2004a; Äijälä 2007, 14.)

Äitiysneuvolatoiminta on alun perin perustettu Arvo Ylpön aloitteesta 1920-luvulla. Äitiyshuollon toiminta perustuu tietoon, seulontatutkimuksiin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Perheen ja tulevien vanhempien tukeminen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ovat toiminnan lähtökohtia. Äitiysneuvola tukee, valmentaa ja ohjaa tulevaa äitiä ja koko perhettä sekä tunnistaa esimerkiksi perheessä esiintyviä riskitekijöitä. Synnyttäjät ja hänen perheensä saavat perhevalmennusta koko raskausajan, jokaisella neuvolakäynnillä. (Silvennoinen 2001, 6-10.). Äitiyshuollon palveluista vastaavat kunnalliset ja yksityiset äitiysneuvolat. Erikoissairaanhoidossa äitiyshuollon palveluista vastaavat äitiyspoliklinikat ja synnytysosastot. (STM 2004a.)

Äitiysneuvolan tavoitteena on edistää vanhempien sekä sikiön ja vastasyntyneen lapsen terveyttä ja hyvinvointia. Äitiysneuvolan tehtävänä on auttaa vanhemmuuteen valmistautumisessa ja sopeutumisessa sekä valmentaa lapsen tuomiin muutoksiin perheessä. Neuvolassa annettava tuki ja apu on suunnattava koko perheelle ja erityistä huomiota on kiinnitettävä parisuhteeseen ja vanhemmuuteen, myös isyyteen. Lähes kaikki raskaana olevat naiset käyvät neuvolassa ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä; se on myös äitiysavustuksen saamisen edellytys. Äitiysneuvolan

työmuotoina ovat terveystarkastukset seulontoineen, henkilökohtainen ohjaus ja perhevalmennukset. Neuvolatoimintaa säätelevän asetuksen mukaan odotusaikana järjestetään yksi laajempi terveystarkastus, jossa arvioidaan vanhempien hyvinvointia ja koko perheen tuen tarpeita. Perheille tulee järjestää lisäksi ainakin ensimmäisessä raskaudessa vähintään yksi kotikäynti sekä moniammatillisesti toteutettua perhevalmennusta. (STM 2004a, 11–12.)

Perheet siirtyvät äitiysneuvolasta lastenneuvolan asiakkaiksi. Lastenneuvolaoppaan (STM 2004a) suositusten mukaan terveydenhoitaja tutustuu lapsen perheeseen jo odotusaikana. Lastenneuvolan ensimmäinen käynti toteutuu lapsen ollessa 1-4 kuukauden ikäinen. Lastenneuvolaoppaassa määritellään terveystarkastusten keskeiset sisällöt. Lastenneuvolan tavoitteina ovat: lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin edistäminen, riittävän hoivan ja tuen antaminen lasten ja perheen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, lasten sairauksien ehkäisy, terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien ongelmien varhainen havainnointi ja niihin puuttuminen sekä vanhemmuuden tukeminen. Lastenneuvolan yleisenä tavoitteena on pienentää perheiden välisiä terveyseroja ja luoda perheille hyviä voimavaroja. (STM 2004a, 20; STM 2008a)

Lastenneuvolan tehtävänä on tarjota vanhemmille ajantasaista ja tutkimukseen perustuvaa tietoa lapseen ja perheeseen sekä terveyden edistämiseen liittyvistä tekijöistä. Lisäksi sen tehtävänä on mahdollistaa vanhemmille riittävästi tukea sekä vanhemmuuteen että parisuhteeseen, tukea vanhempia lapsilähtöiseen ja turvallisen aikuisuuden sisältävään kasvatustapaan, seurata ja tukea lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä, antaa rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset ja tunnistaa mahdollisimman ajoissa erilaiset kehityksen merkit lapsessa, perheessä ja elinympäristössä sekä puuttua varhain sellaisiin tekijöihin, jotka uhkaavat lapsen ja perheiden hyvinvointia. Terveydenhoitaja ohjaa lapsen ja perheen tarvittaessa muille asiantuntijoille ja tutkimuksiin. Lastenneuvolassa noudatetaan yleisiä neuvolan toimintaperiaatteita. (STM 2004a, 20- 21.)

2.2.2 Neuvolan tarjoama tuki perheille

Neuvolatoimintaa ohjaavat toimintaperiaatteet (Kuvio 1.). Mitä tietoisempia neuvolan työntekijät ja neuvolapalvelujen käyttäjät ovat toiminnan taustalla olevista periaatteista, sitä laadukkaampia ja johdonmukaisempia neuvolapalveluista voidaan kehittää. Laadun arvioinnin lähtökohtina ovat muun muassa arvot ja periaatteet. Osa periaatteista perustuu terveystieteisiin kannanottoihin ja säädöksiin, osa vanhempien useissa tutkimuksissa ilmaisemiin odotuksiin ja toiveisiin. (STM 2004b) Lasten ja perheiden kanssa toimivien on tuettava vanhempia ja huoltajia kasvatuksessa ja pyrittävä tarjoamaan perheelle riittävän varhaista apua järjestämällä tarvittavia palveluita ja tukitoimia. Neuvolatyötä toteutetaan kunnissa erilailla. Kunnat voivat järjestää neuvolatoiminnan asukkaiden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla, ja useat kunnat ovat laajentaneet neuvolatoimintaansa hyvinvointineuvoloiksi tai esimerkiksi perhekeskuksiksi. (Kansanterveyslaki 2007/417 2§; Paahtama 2008)

Vanhemmuuden tukemisen lähtökohtina ovat yksilöllisyys, asiakaskeskeisyys ja kunnioitus. Vanhemmuuteen kasvu on yksilöllinen prosessi, johon vaikuttavat monet eri tekijät. Omasta lapsuudesta ja perheestä sekä kulttuurista nousevat roolit vaikuttavat osaltaan vanhemmuuden muodostumiseen. (STM 2004b, 82-84.) Tilanne raskauden alkaessa voi olla hyvin erilainen riippuen esimerkiksi elämäntilanteesta, sosio-ekonomisesta taustasta, vanhempien iästä ja etnisestä taustasta. Odotuksen alkuvaihe vaikuttaa myös siihen, kuinka myönteiseksi tai kielteiseksi vanhemmat kokevat raskauden. (Paavilainen 2003, 121.)

Vanhemmuuden tukeminen perhesuunnitteluvaiheesta lapsen syntymiseen tulisi olla monipuolista, sekä äitiyden että isyyden huomioivaa toimintaa. Miesten ja naisten roolimutoksen ja työelämän vaatimusten ja paineiden kasvamisen lisäksi miehet haluavat nykyään myös aikaisempaa enemmän olla aktiivisina mukana lapsen odotuksessa ja kasvatuksessa. Äitiys- ja lastenneuvolat ovat keskeisessä ja tärkeässä asemassa myös isyyden

varhaisessa tukemisessa ja isyyteen liittyvien voimavarojen hyödyntämisessä.(Peitsalo 2006, 3-4.) Tutkimuksen mukaan isyys on merkittävä asia miehen elämässä. Isän ja lapsen suhde muodostuu parhaimmillaan yhtä läheiseksi kuin äidin ja lapsen välinen. Isyyteen vaikuttavat monet eri tekijät, ja isyys saa miehen elämässä sitä suuremman arvon, mitä varhaisemmassa vaiheessa hän osallistuu lapsen hoitoon. Tärkeää miehen henkiselle kehitykselle ja isänä kasvamiselle on, että mies voisi sitoutua tehtäväänsä isänä ja toisena lapsen vanhempana. (Kokko & Törmälä 2002, 1.)

Isyyden varhaisen tukemisen keinona ovat muun muassa miesten ohjaamat isäryhmät, joissa keskitytään erityisesti isyyteen nyky-yhteiskunnassa. Nämä ryhmät perustuvat miesten keskinäiselle vertaisuudelle ja kokemusten ja ajatusten jakamiselle. Ennen lapsen syntymää on otettava huomioon tulevan isän kokemuksellinen taso liittyen (tulevaan) vanhemmuuteen. Kokemuksellisen tason huomioiminen on tärkeitä, koska miesten ja naisten vanhemmuuden kokemuksellinen kehittyminen poikkeaa toisistaan - vanhemmuuden kehittyminen alkaa naisilla aikaisemmin siksi, että raskaus vaikuttaa naisiin konkreettisesti. Miehen ja naisen kokemukselliset erot voivat luoda haasteita vanhempien väliselle vuorovaikutukselle ja yhteisymmärrykselle. Isyyteen liittyen miesten tukiverkko voi olla hyvin heikko, ja miesten on yleensä vaikea löytää vertaisryhmää. Isyyden varhaisen tukemisen tavoitteena on tarjota miehille mahdollisuus keskustella vertaisryhmässä isyyteen ja vanhemmuuteen liittyvistä ajatuksista ja kokemuksista. (Peitsalo 2006, 4.)

Perheen terveyden edistämisen perustana nähdään elämänhallintaan liittyvä voimavaralähtöisyys. Voimavaratekijät edistävät lapsen tervettä kasvua ja kehitystä sekä suojaavat koko perhettä epäsuotuisilta vaikutuksilta. Voimavaratekijöitä ovat: huolenpito lapsesta, hyvä itsetunto, lapsilähtöinen kasvatus sekä perheen sosiaaliset verkostot. Neuvolassa pyritään vahvistamaan vanhempien taitoja toimia oman perheensä hyväksi. Neuvola huolehtii lapsiperheitä koskevien ongelmien ehkäisevästä työstä ja jo tunnistettujen ongelmien pahenemisen estämisestä. Neuvolassa pyritään tunnistamaan syrjäytymisvaarassa olevia lapsia ja heidän perheitään, ja

puuttumaan ongelmatilanteisiin jo varhaisessa vaiheessa.(STM 2004a) Perheiden elämänhallinnan valmiudet ovat suuntautumista perhe-elämään. Ne näkyvät perhetilanteina, tyytyväisyytenä elämään ja ihmissuhteisiin sekä perheenjäsenten vahvuuksina ja toimimisena perheenä. Perheiden voimavarojen tukeminen näkyy perhe-elämän laadun parantumisena, vanhemmuudessa, lasten kasvatuksessa ja hoidossa sekä parisuhteessa ja tukiverkostojen vahvistumisena (Häggman- Laitila ym. 2002, 20- 22; Eirola 2003, 40.).

2.2.3 Neuvolatoiminta Turussa

Neurolat kuuluvat osana Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota, joka perustettiin vuonna 2009. Turun sosiaali- ja terveystoimi toimii peruspalvelulautakunnan alaisuudessa, ja sen tavoitteena on edistää asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia ennaltaehkäisevillä palveluilla sekä vaikuttamalla elinympäristön laatuun. Neuvolapalveluihin kuuluvat terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotot sekä tulevien vanhempien perhevalmennukset. (Turun kaupunki 2009)

Turussa on 14 äitiysneuvolaa, joista yksi palvelee ruotsinkielisiä asukkaita. Äitiysneuvolan palveluita ovat terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotot sekä perhevalmennukset. Suurimmassa osassa Turun äitiysneuvoloita toteutetaan sektorijakoa, jonka mukaan terveydenhoitajan asiakaskunta muodostuu tietyn alueen asukkaista. Muutamassa neuvolassa terveydenhoitajan hoidettavana on sekä äitiys- että lastenneuvolan asiakkaita. Äitiysneuvolatyön tukena toimii äitiyshuollon kehittämissyhmä, joka vastaa työn kehittämisestä, arvioinnista ja toimii ”keskustelufoorumina” ajankohtaisille aiheille. Yhteistyössä äitiysneuvoloiden kanssa toimii myös kaupungin äitiyshuollon ultraääniyksikkö. Lastenneuvolassa seurataan ja tuetaan lapsen fyysistä, psyykkistä ja

sosiaalista kehitystä. Neuvola tukee myös vanhempia lasten kasvatuksessa. (Turun kaupunki 2009)

Neurolat kuuluivat perusterveydenhuollon tulosalueeseen vuoteen 2009 asti. Tällöin tulosalueet oli jaettu väestövastuualueisiin. Vuoden 2009 alusta sosiaali- ja terveystoimi yhdistyi ja väestövastuujako poistui. Perusterveydenhuollon kokonaisuuden muodostavat nyt sairaanhoidon, ehkäisevän terveydenhuollon sekä suun terveydenhuollon prosessit. Äitiysneurolat kuuluvat ehkäisevän terveydenhuollon prosessiin. Turussa äitiysneurolakäyntejä (ensisynnyttäjää) on normaalin raskauden aikana 11, joista kolme sisältää lääkärin tutkimuksen. Lisäksi järjestetään ns. yliaikaisuuskäynti sekä jälkitarkastuskäynti, johon kuuluu myös lääkärin tutkimus. Uudelleen synnyttäjää käy neuvolassa harvemmin kuin ensisynnyttäjää. Perheillä on mahdollisuus perhevalmennukseen. (Cornu 2009; Turun kaupunki 2009)

Uuden perhevalmennusmallin mukaan (Tuominen 2009) vanhempainryhmät kokoontuvat neuvolassa neljä kertaa ennen synnytystä ja kaksi kertaa vauvan syntymän jälkeen. Valmiina vanhemmuuteen - perhevalmennuksen käynnit on teemoitettu eri aihealuein. Aihealueet ovat: *Elämä muuttuu, Synnytys ja lapsivuodeaika, Perheeksi!, Imetän ja hoivaan sekä Arki vauvan kanssa ja Perheenä eteenpäin*. Perhevalmennuksen tavoitteena on vanhemmuuden vahvistuminen, vertaistuki-verkostojen muodostuminen ja informaation saaminen. Perhevalmennuksen lisäksi vanhemmille tarjotaan mahdollisuus osallistua perhevalmennusiltoihin, joissa eri alojen asiantuntijat luennoivat raskausajan ja lapsiperheen hyvinvointiin, synnytykseen ja parisuhteeseen liittyvistä teemoista. Odottaville äideille tarjotaan myös fysioterapeutin pitämää ryhmäohjausta. Synnytyssairaalaan tutustuminen järjestetään virtuaalisena tutustumiskäyntinä TYKS:n järjestämänä. (Tuominen 2009, 97- 98.)

Turussa moniammatillinen yhteistyö neuvoloissa perustuu pitkälti säännöllisiin yhteistyöpalavereihin, konsultaatioon ja parityöskentelyyn lääkärin kanssa. Tiivistä yhteistyötä muiden tahojen kanssa ei ole, vaan yhteistyö toimii pääasiassa konsultaatioina ja sovittuina tapaamisena tarpeiden mukaisesti. moniammatillisia neuvolatyömalleja ollaan vasta kehittämässä Turun seudulle,

tällä hetkellä neuvoloissa toimii terveydenhoitaja ja säännöllisesti myös neuvolalääkäri. Terveydenhoitaja saa konsultaatioapua sekä lääkäriltä että muilta terveydenhuollon ammattilaisilta tarpeen mukaan. Turussa äitiysneuvoloiden lääkärinä toimii naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, lastenneuvolassa terveystieteiden lääkäri. Psykologi, sosiaalityöntekijä ja TYKS: n äitiyspoliklinikan kättilöt ja lääkärit, kiertävä erityislastentarhanopettaja sekä kolmas sektori (Mannerheimin lastensuojeluliitto, seurakunnat ja esimerkiksi Pelastakaa lapset ry) ovat käytettävissä konsultaatioin, yhteistapaamisin ja puhelimitse. Tapaamisia pyritään järjestämään säännöllisesti.(Cornu 2009; Turun kaupunki 2009)

Neuvolatyön moniammatillisia yhteistapaamisia järjestetään erityisesti lastenneuvoloissa säännöllisesti. Tapaamiset ovat sovittuja, kuukausittaisia moniammatillisia palaverieita asiakkaiden tilanteista. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat terveydenhoitaja, psykologi ja neuvolalääkäri sekä joissain tapauksissa kiertävä lastentarhanopettaja. Tapaamiset kestävät 90 minuuttia ja ne toimivat neuvola-aluejaon mukaisin kokoonpanoin. Tapaamisissa käsitellään myös ”seuloihin” jääneiden lasten asioita ja mahdollisia jatkotutkimuksia tai hoitoon ohjausta. Neuvolan terveydenhoitajat voivat ryhmässä esittää myös omia kysymyksiään, huolenaiheitaan ja saavat tukea eri ammattilaisilta ja kollegoiltaan. Äitiysneuvolan puolella vastaavanlaisia tapaamisia ei toistaiseksi ole.(Nurmi & Torittu 2010.)

3 Moniammatillisuus osana neuvolatoimintaa

Moniammatillisuudella tarkoitetaan muun muassa moniammatillista työtapaa. Se määritellään eri ammattiryhmien yhteistoiminnaksi. Moniammatillista yhteistyötä voidaan lähestyä eri näkökulmista: monitieteinen, tieteidenvälinen ja poikkitieteellinen lähestymistapa. Monitieteisen lähestymistavan mukaan eri alojen asiantuntijat osallistuvat yhteistyöhön, mutta he työskentelevät erillään ja vuorovaikutus on vähäistä tai sitä ei ole lainkaan. Tieteiden -välisessä

lähestymistavassa eri alojen asiantuntijat vastaavat itsenäisesti oman alansa tehtävistä, mutta suunnitelma toiminnasta tehdään yhdessä - eri alojen asiantuntijat jakavat tietoaan yhteiseen päämäärään pääsemiseksi. Poikkitieteellisessä lähestymistavassa kaikki asiantuntijat työskentelevät yhdessä keskustellen ja toimijat ovat tietoisia omasta ja toisten rooleista sekä erityisosaamisesta. (Veijola, Isola & Taanila 2006, 186.)

Salomäen (2002, 16) mukaan tiimityö merkitsee siirtymistä yksilökeskeisestä ajattelusta ryhmäkeskeiseen ajatteluun. Tällöin ryhmän etu asetetaan oman edun edelle, ja siksi siihen sisältyy jännitettä ja pelkoja, myös vastarintaa. Työntekijöiden erilaiset lähtökohdat, toimintatavat, tottumukset sekä käytössä oleva ammattikieli saattavat tuoda yhteistyöhön myös jännitteitä. Yhteistyötä helpottaa, jos työntekijät arvioivat omaa rooliaan ja työtehtäviään yhdessä ja ovat valmiita keskustelemaan niistä muiden kanssa. Moniammatillisen yhteistyön perusta on yhteistyöverkoston luominen, osaamisen jakaminen ja uusien työ- ja toimintatapojen kehittäminen ja kehittyminen. Vuorovaikutuksen avulla voidaan ymmärtää erilaisia työn näkökulmia, jakaa erilaisia käsityksiä ja oppia uusia asioita (Heikkinen 2003, 32; Huhtanen 2004, 85; Taajamo ym. 2005, 19–21.).

Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen vaatii esimiehen tukea, pitkäjänteistä oppimista ja riittävästi aikaa. Yhteistyö edellyttää ammattitaitoa, motivaatiota, yhteistyömenetelmien hallintaa sekä tietoa omasta erikoisalasta. Yhteisesti laaditut tavoitteet, kehittämiskohteet sekä toisten työn tuntemus ja arvostaminen tehostavat yhteistyötä. (Niemistö 2002, 17- 18; Huhtanen 2004, 85- 86.) Moniammatillisen yhteistyön kautta saadaan yhdistettyä erilaisia taitoja, jaetaan tietoa ja vastuuta sekä saadaan esimerkiksi hoitoon jatkuvuutta. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa työsuunnittelun ja -jakamisen niin, että asiakkaat saavat palveluista mahdollisimman paljon hyötyä. Pidemmän ajan tavoitteena on, että yhteistyötiimiin syntyisi luova ja avoin ilmapiiri, yhteiset toimintatavat ja motivaatio kehittää yhteistyötä. (Payne 2000, 41; Niemistö 2002, 16- 17.)

Moniammatillisuus on tärkeä osa ammatillista toimintaa riippumatta toimialasta. Eerola (2004) on havainnut, että sosiaali- ja terveysalalla suhtaudutaan moniammatillisuuteen myönteisesti ja se koetaan tärkeäksi. Yhteistyön sujuvuus on arvioitu hyväksi ja lähes ongelmattomaksi. Vaikka yhteistyö sujuisikin ongelmitta, on olemassa kehittämishaasteita; ongelmia ja haasteita siis syntyy helposti, kun yhteistyötä tekee joukko ihmisiä, jotka eivät tunne toistensa työnkuvaa ja työtavoitteita. Yhteisellä koulutuksella, palautteella ja avoimuudella voidaan näitä ongelmia ja haasteita kohdata.

Lounais- Englannissa tehdyn hankkeen tulosten perusteella terveyttä voidaan edistää ammattien välisellä oppimisella. Ammattien välinen oppiminen on prosessi, jossa eri alan ammattilaiset oppivat toisiltaan ja toisistaan tarkoituksenaan kehittää yhteisiä työtapoja ja edistää asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä. Kommunikointi tai kommunikaation puute aiheuttaa usein ongelmatilanteita sosiaali- ja terveysalalla. Kommunikoinnin puute on sekä syy että seuraus toimimattomalle ammattien väliselle työskentelylle. (Annandale ym. 2000, 161–166.)

3.1 Moniammatillisuus neuvolatoiminnassa

Neurolat tekevät moniammatillista yhteistyötä useiden eri tahojen kanssa: hoitoketjuun kuuluvat synnyttäjät, perhe, neuvolan ja synnytyssairaalan henkilökunta, sosiaalityöntekijä ja psykologi, sekä esimerkiksi Kansaneläkelaitos (Silvennoinen 2001, 11). Neuvolatyössä terveyden edistämiseksi tarkoitetaan toimintaa, jolla lisätään perheiden mahdollisuuksia vaikuttaa terveyteensä ja sen taustalla oleviin tekijöihin, ja siten parantaa perheen terveyttä. Moniammatillinen ja sektorien välinen yhteistyö kuuluu myös neuvolan työtapaan. Terveys on moniulotteinen kokonaisuus, johon kuuluvat fyysinen terveys, mielenterveys ja ihmisten väliset suhteet sekä elämäntapa. (STM 2004a, 27- 28.)

Moniammatillisuuden merkitystä lastenneuvolatyön kehittämisessä on painotettu viime vuosina valtakunnallisissa varhaiskasvatuksen ohjelmissa. Varhainen puuttuminen perheiden ongelmiin ja perheen hyvinvoinnin edistäminen edellyttävät yhteistyötä eri tahojen ja ammattiryhmien kanssa. (STM 2004a, 27–28.) Nykyisellään neuvolatoiminta on perusteiltaan toimiva, mutta terveyskeskusten välillä on suuria eroja palveluiden tarjonnan ja toimintatapojen suhteen. Erityistuen tarpeessa olevien perheiden tukemisesta ja auttamisesta ollaan huolissaan, ja neuvolan koetaan tarjoavan liian vähän apua ja ennaltaehkäisevää tukea näille perheille. Lasten ja perheiden terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisystä ollaan huolissaan, ja neuvolan henkilöstövoimavaroja olisi tarpeen parantaa ja lisätä samalla verkostoitumista ja moniammatillisuutta lapsiperheiden auttamisessa. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005,124.)

Lapsiperheiden hyvinvoinnin tukeminen sekä varhainen puuttuminen ongelmatilanteisiin edellyttää toimivaa ja säännöllistä yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken. Lapsiperheiden monimuotoiset ongelmat edellyttävät terveyden, mielenterveyden ja sosiaalialan ammattilaisten moniammatillista yhteistyötä perheen tukemiseksi. Perheisiin kohdistuvassa ennaltaehkäisevässä tukemisessa ja varhaisessa puuttumisessa tarvitaan moniammatillista tietotaidon yhdistämistä. (Kangaspunta ym. 2005, 12.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman suosituksen mukaan kuntien tulisi panostaa varhaisen puuttumisen menetelmien käyttöönottoon lasten, lapsiperheiden ja nuorten kohdalla. Suosituksessa tuodaan esille toimivan yhteistyön tärkeys, mikä ulottuu yli kunnan sektorirajojen. Kuntia suositellaan kehittämään lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluita valtakunnallisten ohjeistusten mukaisesti. (STM 2006, 64.) Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteen (2003, 4) mukaan terveydenhoitajan ja lääkärin lisäksi toimivaan neuvolatyöryhmään tarvitaan moniammatillista osaamista. On tärkeää, että moniammatillisen työryhmän jäsenillä on samat arvot ja päämäärät, he tapaavat toisiaan säännöllisesti ja toimivat yhteistyössä.

Neuvoloissa on tehty viime vuosina paljon kehitys- ja tutkimustyötä paikallisesti ja valtakunnallisella tasolla. Jo vuonna 1990 julkaistussa lastenneuvolan oppaassa on todettu, että neuvolan tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä muun terveydenhuollon henkilöstön ja sosiaalipuolen henkilöstöön kuuluvien henkilöiden kanssa (Hermansson 1997, 21.). Asiakkaiden odotuksia ja tarpeita on selvitetty entistä enemmän ja tulosten pohjalta on pyritty kehittämään neuvolatoimintaa. Terveystoimintajien koulutukseen on kiinnitetty huomiota samoin kuin asiakaspalvelun kehittämiseen neuvoloissa samaan tahtiin kuin väestön tarpeet muuttuvat. Viime vuosina valtakunnallisissa varhaiskasvatuksen ohjelmissa on tuotu esiin moniammatillisuuden merkitys lastenneuvolatyön kehittämisessä; varhainen puuttuminen lapsiperheiden ongelmiin ja perheen hyvinvoinnin tukeminen edellyttävät yhteistyötä eri tahojen (ammattiryhmien) kanssa. (STM 2003, 4; STM 2004a, 27–28.)

3.2 Moniammatillisuus erilaisten perheiden tukena

Yhä suurempi joukko lapsia ja lapsiperheitä voi huonosti, vaikka suomalaisessa yhteiskunnassa asiat ovat olleet taloudellisesti paremmin kuin koskaan. Lastensuojelun piirissä olevien lasten määrä on kasvanut, ja viime vuosina alkoholin- ja huumeiden käyttö sekä mielenterveys-, sosiaaliset- ja taloudelliset ongelmat ovat lisääntyneet selvästi. Lasten ja perheiden pahoinvointi heijastuu terveydenhuoltoon, ja raja terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä on muuttunut. Perheiden voimavarat ovat erilaisia, ja perheiden elämäntilanteet vaihtelevat niin paljon, ettei voida puhua "tyypillisistä" perheistä. Perheen vanhemmat saattavat myös kokea asiat eri tavoin. Useimmiten perheillä on sekä voimia antavia että kuormittavia tekijöitä. Kuormittavien tekijöiden kasautuminen on haaste neuvolatyölle. Lapsen syntymän jälkeisessä perhetilanteessa monet perheet ja erityisesti äidit tarvitsevat ulkopuolista tukea. (Korkiakangas 2005, 17; Kopra ym. 2007, 19- 21; Pitkänen 2007, 2-3; Ståhlberg 2007.)

Vanhempien elämäntilanne ja ratkaisut eivät aina ole optimaalisia neuvolan ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Työntekijän tulee löytää sellaisia suhtautumis- ja toimintatapoja, jotka eivät lähtökohtaisesti syyllistä, moiti tai hylkää asiakasta tunnetasolla. Tärkeää on kuunnella asiakasta, olla hienotunteinen, empaattinen ja hyväksyä asiakas ihmisenä. (Bardy ym. 2001, 65.) Usein perheen ongelmallisissa tilanteissa on useita tahoja mukana, jolloin ennakoitdialogista verkostokokouksessa on hyötyä. Neuvolalla on mahdollisuus pitkäjänteiseen työhön, ja täten on mahdollista tukea perheitä vaikeissakin elämäntilanteissa. Neuvolatoiminnan järjestämisessä huolehditaan toiminnan jatkuvuudesta ja saumattomuudesta. Mitä vaikeampia pulmia perheessä on, sitä tärkeämpiä ovat hoidon jatkuvuus ja saumattomuus. (Seikkula–Arnkil 2005, 57.)

Uudessa Seelannissa tehdyn kirjallisuuskatsauksen (2007) tavoitteena oli arvioida sellaisten varhaisten interventioiden vaikuttavuutta, joilla vahvistetaan pienten lasten ja heidän vanhempiensa välistä kiintymyssuhdetta. Tietoa tarvittiin lasten tervettä kokonaisvaltaista kehitystä tukevien palveluiden kehittämiseksi. Varhaislapsuudessa muodostuvalla perusturvallisuudella huomattiin olevan ratkaiseva vaikutus terveydentilaan ja stressinsietokykyyn vielä aikuisiässäkin. Kirjallisuuskatsauksen mukaan äidin herkkyyttä lapsen tarpeille tulisi vahvistaa. Moniongelmaisten perheiden kohdalla yleisluonteisempi, pitempiaikainen arkielämässä selviytymistä edistävä tuki voi olla edellytys kiintymyssuhteen luomiselle ja vahvistamiselle. (Doughty 2007)

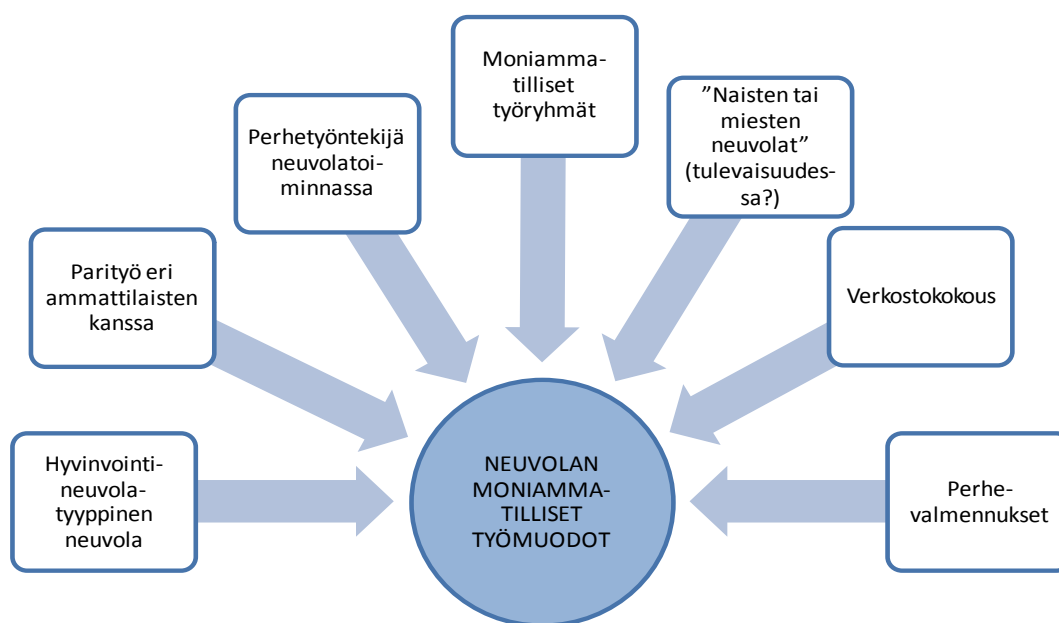
Neuvolan terveydenhoitajat ovat keskeisessä asemassa tunnistettaessa ja ennaltaehkäistäessä perheiden (erityisesti vanhempien) mielenterveysongelmia. He ovat myös avainasemassa seuraamassa lasten kehitystä tukevia ja vaarantavia tekijöitä perheessä. Perheiden riskioloina korostuvat päihteiden käyttö, työttömyys, mielenterveysongelmat ja vanhemman uupumuksesta johtuvat arjen hallinnan ongelmat. Varhain käynnistetyillä tukitoimilla ja eri tahojen välisellä yhteistyöllä voidaan ennalta ehkäistä perheen riskitekijöiden heijastuminen vanhemmuuteen ja sitä kautta lapseen, lasten saamaan hoitoon ja huolenpitoon ja viimekädessä

mielenterveyteen. Kotikäynneillä ja perhetyöntekijöiden kanssa tehty yhteistyö ovat merkityksellisiä tuen muotoja perheille. Kotikäynneillä selviää konkreettisen avun tarve perheessä. Neuvolatyössä tärkeää olisi myös perheen osallistaminen aktiivisesti moniammatillisiin käytäntöihin. (Honkanen 2008, 5.)

Neuvoloiden palveluja on kehitettävä yhteistyössä kunnan muiden sektoreiden, erityisesti päivähoiton ja muun sosiaalitoimen kanssa. Yhteistyö suunnitellaan yhdessä, sitä tehdään yhdessä ja se arvioidaan yhdessä. Tällöin palvelut monipuolistuvat ja perheet saavat parhaan mahdollisen hyödyn. Myös kunnan resurssit tulevat käytetyiksi paremmin ja työntekijät voivat paremmin. (STM 2008b) Lapsiperheiden hyvinvoinnin tukeminen sekä varhainen puuttuminen ongelmatilanteisiin edellyttää toimivaa yhteistyötä useiden eri ammattiryhmien kesken. Perheisiin kohdistuvassa ennaltaehkäisevässä tukemisessa ja varhaisessa puuttumisessa tarvitaan monialaisen tietotaidon yhdistämistä. (Kangaspunta ym. 2005, 12.)

3.3 Erilaisia moniammatillisen neuvolan toimintamalleja

Neuvolatyössä terveydenhoitajan yhteistyö toteutuu pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa, yleisimmin yhteistyötä tehdään toisten terveydenhoitajien, lääkäreiden ja kättilöiden kanssa. Muita tahoja ovat perheet, päiväkodin työntekijät ja sosiaalityöntekijät. (Kuvio 2.) Terveydenhoitajat pitivät yhteistyötä helpottavana tekijänä henkilöiden tuttuutta ja sitä, että vastapuoli ymmärtää ennaltaehkäisevän työn merkityksen, joka takaa mahdollisimman varhaisen avun ja tuen asiakkaalle. Jonkin verran yhteistyöstä toteutuu myös terveydenhoitajien markkinoidessa omaa toimintaansa ympäröivään yhteisöön. (Haaranen 2003, 62–67.)



Kuvio 2. Moniammatillisen neuvolatoiminnan eri muotoja (mm. Haaranen 2003, Lääperi 2007, Keränen & Määttä 2009.)

Moniammatillisuus neuvolatyössä näkyy mm. yhteisenä asiakkuuden hoitona, pienryhmätoimintana, seurakunnan ja työntekijöiden yhteisesti vetäminä ryhminä, isien huomioimisena muussakin kuin perhetyössä. Moniammatillinen työskentely on tärkeällä sijalla perhekeskusmallia rakennettaessa. (Lääperi 2007, 41.) Valtakunnallisen PERHE- hankkeen toiminnan kehittämisen perusoletus on, että moniammatillinen toiminta ja perhetyö vahvistavat työntekijöiden osaamista ja keskinäistä oppimista. Muita neuvolatyön malleja ovat hyvinvointineuvola, parityöskentely- periaatteella toimiva neuvola ja perhetyöntekijän liittäminen neuvolatoimintaan (Kuvio 2.). Hyvinvointineuvola on tavallinen neuvola, jonka tehtävänä on tukea alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä hyvinvointia. Terveystyöntekijän lisäksi neuvolassa työskentelee moniammatillinen tiimi. Hyvinvointineuvolan tarkoituksena on vastata perheiden ajankohtaisiin ja muuttuviin tarpeisiin. Tampereella Hyvinvointineuvola-mallissa

vakituisina jäseninä toimivat kaksi terveydenhoitajaa ja lääkäri. Psykologi, sosiaalityöntekijä ja perhetyöntekijä tekevät alueella omaa työtänsä lastensuojelun ja esimerkiksi perhetyön parissa. Neuvolan perhetyöntekijät työskentelevät perhekeskeisesti ja saavat monipuolisen ja kokonaisvaltaisen kuvan perheen tilanteesta. Perhetyöntekijät myös tuntevat hyvin muun palveluverkoston, hallitsevat perhetyön menetelmät ja antavat terveydenhoitajille konsultaatioapua. (Kangaspunta 2007, 1-3; Lääperi 2007, 41; Silomäki 2008.)

Tutkimusten ja kehittämishankkeiden (mm. Bardy 2001, Kangaspunta 2005) tulosten mukaan perheiden tukeminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää ja tuottaa myönteisiä tuloksia. Neuvolat ovat keskeisessä asemassa perheiden ongelmien havaitsemisessa ja täten neuvolat ovat myös keskeisessä asemassa tukemisprosessissa. Moniammatillisuus perheiden tukemisessa on tuottanut paljon positiivista palautetta sekä terveydenhuollon ammattilaisilta että perheiltä itseltään. ”Neuvola on perhepalveluiden verkoston tärkein solmukohta. Siellä kohdataan kaikki alle kouluikäiset lapset - myös ne jotka hoidetaan kotona. Neuvola on vanhempien arvostama matalan kynnyksen palvelu. Mitä aiemmin lapsen kehityksen riskit varhaislapsuudessa kyetään tunnistamaan, sitä paremmin ja helpommin ne ovat myös korjattavissa. Siksi kuntien ja valtion kannattaa panostaa neuvolatyöhön.” (Aula 2006.)

Keränen & Määttä (2009) selvittivät terveydenhoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä sekä sitä, miten moniammatillinen yhteistyö näkyy heidän työssään. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu ja ilmenee äitiys- ja lastenneuvolassa eri muodoissa. Moniammatillisia työtapoja ovat muun muassa asiakkaan ohjaaminen eri alan asiantuntijalle, konsultointi, verkostokokous, kotikäynti, koulutustilaisuudet, neuvolatyöryhmä ja perhevalmennus. Terveydenhoitajat kokivat moniammatillisen yhteistyön tärkeäksi ja merkitykselliseksi, ja sitä hyödynnetään ongelmia ratkaistaessa tai hoidettaessa. Tutkimustulosten mukaan salassapitovelvollisuus, ongelmat neuvolatyöryhmän toiminnassa, resurssipula, tiedonkulun ongelmat ja

työntekijöiden vaihtuvuus vaikeuttavat moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillista yhteistyötä pitäisi kehittää kiinnittämällä huomiota tiedonkulun parantamiseen, koulutuksiin, resursseihin sekä neuvolatyöryhmän toimintaan. (Keränen & Määttä 2009, 3.)

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena* suositellaan perhetyöntekijöiden sijoittamista lastenneuvolatoimintaan. Perhetyöntekijöillä tulisi olla sosiaalialan koulutus, jolloin sosiaalialan tietämystä viedään neuvolaan. Oppaassa tuodaan esiin neuvolan perhetyöntekijöiden toimiminen terveydenhoitajien työpareina tukea tarvitsevilla perheillä. Myös neuvolatoiminnan asetuksesta (STM 2008) ilmenee, että neuvolatyön moniammatillisuus on miltei välttämätön suunta toiminnan kehittämisessä. (STM 2004, 35.) Terveydenhoitaja ja sosionomi tekivät Lahdessa moniammatillista yhteistyötä parityöskentely-periaatteella. Perhe-hankkeessa pilottineuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien mielestä olisi tarvittu enemmän aikaa yhteisesti tapahtuvaan työhön sosionomin kanssa. Perustyöhön menee paljon aikaa ja oman työn kehittämiselle sekä moniammatilliseen yhteistyöhön jää siksi vähemmän työaikaa. Asiakkaat olivat tyytyväisiä neuvolan parityöskentely-periaatteeseen. (Muttalainen 2007, 23.)

Turussa on käynnissä Perheiden talo- kehittämishanke sekä Kymppi-neuvolahanke, mikä kertoo perheiden tuen tarpeen lisääntyvästä määrästä ja siitä, että neuvolapalveluita halutaan kehittää ja perheiden saamaa tuen määrää ja laatua parantaa (Turun kaupunki 2009). Neuvolatoiminta 2010-luvulle, Kymppi-hanke, käsittää Turun seudulla äitiyshuollon palvelureitin kokonaisuuden raskausajasta perheeksi kasvun alkuvaiheisiin. Hankkeen tarkoituksena on uusien toimintamallien kehittäminen neuvolatoimintaan erityisesti perheeksi muotoutumisen ja varhaisen vanhemmuuden aikana. Terveyttä ja hyvinvointia tukevien uudistettujen toimintamallien kehittämiskohteena on koko asiakaskunta, mutta siinä korostuvat erityistukea tarvitsevat perheet. Kymppi-hankkeeseen kuuluu monia osaprojekteja, joiden tavoitteena on ennaltaehkäisevään toimintaan panostaminen, työmenetelmien

kehittäminen, saumattomat palveluketjut ja yhteistyö kolmannen sektorin kanssa. (Turun ammattikorkeakoulu, Kymppi-hanke 2007; Ahonen 2009.) Vuonna 2009 alkanut Remontti-hanke pilotoi Turkuun varhaisen tuen tiimin neuvolatoiminnassa. Hankkeen tavoitteiden mukaisesti neuvolatoimintaan sijoitetaan perhetyöntekijä. Tämä tarkoittaa toimivaa konsultaatio- ja yhteistyörakennetta perustason työssä neuvoloissa. Remontti-hanke kuuluu osana Kaste- hanketta. Hankkeen tavoitteet ovat lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointipalvelujen kehittämistyö, painopisteen siirtäminen korjaavasta työstä ennaltaehkäisevään työhön, varhaiseen tukeen ja puuttumiseen, kokonaisvaltaisen, palvelusektorirajat ylittävän työotteen kehittäminen sekä palvelurakenteen uudelleen organisoiminen. (Nurmi & Torittu 2010; Turun kaupunki 2009.)

Neuvolatoimintaa, joka perustuu terveyttä edistävään hoitotyöhön, varhaiseen puuttumiseen, lasten, nuorten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia edistävään neuvolatoimintaan kutsutaan hyvinvointineuvolaksi. Ensimmäiset sovellukset hyvinvointineuvolatoiminnasta käynnistyivät vuonna 2002 Tampereella, Lempäälässä ja Päijät- Hämeessä. Hyvinvointineuvoloissa yhdistyvät eri asiantuntijoiden ammatti- ja kokemustaito tiimityössä. Tiimiin kuuluvat tavallisesti edustajat terveydenhuollon, sosiaalityön ja mielenterveystyön osaluilta. Tätä monialaista tiimityötä tarvitaan lapsiperheiden tukemiseen, ja lisäksi järjestetään vertaistukea vanhemmille. Hyvinvointineuvolatoimintamallissa perhettä hoitaa sama neuvolan terveydenhoitaja raskausajasta aina koulunikään saakka. Näin saavutetaan hyvät mahdollisuudet arvioida vanhempien ja lapsen vuorovaikutusta sekä perheen tuen tarvetta. Pitkän hoitosuhteen aikana vanhempien luottamus terveydenhoitajaan kasvaa, jolloin aroistakin, yksityisistä asioista keskusteleminen on luontevaa sekä hoitavalle taholle että asiakkaalle. (Hyvinvointineuvolan malli Tampereella (Tampereen kaupunki) 2007,1-3; Viitala ym. 2008)

Hyvinvointineuvolan peruseriaatteisiin kuuluu moniammatillinen yhteistyö. Neuvolan terveydenhoitajan ja lääkärin tukena toimii asiantuntijatiimi. Erityistä huomiota kiinnitetään perheen psykososiaaliseen hyvinvointiin ja sen

tukemiseen. Tavoitteena on kokonaisvaltainen perhekeskeinen, perhettä tukeva hoitotyö mahdollisimman varhaisessa vaiheessa aloitettuna. Yksi hyvinvointineuvolan keskeisistä tavoitteista on vanhempien keskinäisen verkostoitumisen tukeminen jo raskausaikana. (Kangaspunta 2007; Rimpelä 2007, 3-5.)

Heikkilä & Lahti (2007) mainitsevat ”naistenneuvolat”, joiden tarkoituksena olisi keskittää palveluita siten, että koko toiminta-alueeseen kuuluisivat raskaudenehkäisy, raskaudenkeskeytysten neuvonta, keskenmenot, äitiysneuvolatoiminta sekä lapsettomuusneuvonta ja – perustutkimukset. Sukupuolitautien ehkäisy ja hoito, kuukautisongelmat, vaihdevuodet ja gynekologiset seulonnat kuuluisivat myös ”naistenneuvoloiden” toiminta-alueeseen. (Heikkilä & Lahti 2007.) Lisäksi moniammatillista yhteistyötä voidaan harjoittaa perhekeskustoiminnalla. Perhepalvelu- ja perhekeskusten tarkoituksena on perheen, lapsen ja parisuhteen ongelmien ennaltaehkäisy, oikea-aikainen kuntoutus ja varhainen puuttuminen mahdollisiin ongelmiin. (Pitkänen 2007, 2-3.)

4 Kehittämishankkeen lähtökohdat

4.1 Kehittämishankkeen tausta ja tarve

Kehittämishanke sai alkunsa Turun terveystoimen neuvoloiden halusta kehittää moniammatillista toimintaansa osana Turun seudulla toteutuvaa Neuvolatyö 2010-luvulle (Kymppi-hanke)- hanketta. Kymppi-hanke on Turun ammattikorkeakoulun koordinoima, alueellinen T&K- toimintaan perustuva äitiyshuollon palveluiden kehittämishanke, jonka päätavoitteena on terveyttä ja hyvinvointia tukevien toimintamallien kehittäminen ja saumattomuuden vahvistaminen ja palvelurakenteiden uudistaminen. Kymppi-hankkeen

yhteistyökumppaneina toimivat Turun sosiaali- ja terveystoimi, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin naistenklinikka, Lastensuojeluliiton Varsinais-Suomen piiri, Varsinais-Suomen lastensuojelujärjestö ja Turun yliopisto, Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskus. Hankkeen osaprojektien tuloksena syntyy terveyttä ja hyvinvointia tukeva äitiyshuollon palvelumalli. (Turun ammattikorkeakoulu, Kymppi-hanke 2007; Ahonen 2009)

Aiempien tutkimusten mukaan toimintamenetelmien kehittämisen ja uudistamisen tarve on ilmeinen neuvolatoiminnassa (mm. STM 2005, 22). Lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi on neuvolan käytettävissä uusia työmenetelmiä, jotka mahdollistavat toiminnan edelleen kehittämisen ja suuntaamisen perheiden muuttuvien tarpeiden mukaisesti. Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa lapsia koskevaksi tavoitteeksi on asetettu: ”Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi”. Kuntien toiminnassa suositeltavana toimintasuuntana pidetään terveyden edistämistä, seuranta ja arviointia. Lasten terveyden osalta ohjelmassa korostetaan moniammatillista yhteistyötä ja terveyden edistämistä, syrjäytymisuhassa olevien lasten ja lapsiperheiden tukemista sekä lasten kokonaisvaltaista hyvinvointia ja sen seuranta. (Terveys 2015- kansanterveysohjelma.)

Lastensuojelulaki (2007/ 417) ja neuvolatyön asetus (STM 2008a) edellyttävät moniammatillisuuden ja perhetyön liittämisen neuvolatyöhön. Ehkäisevällä lastensuojelulla edistetään ja turvataan lasten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan samalla vanhemmuutta. Kunnan on sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustointa sekä muita lapsille, nuorille ja lapsiperheille tarkoitettuja palveluja järjestäessään ja kehittäessään huolehdittava, että palvelut tukevat vanhempia tai huoltajia lasten hoidossa ja kasvatuksessa. (Lastensuojelulaki 2007/ 417 3§; STM 2008 a)

Moniammatillisuus nähdään tärkeänä ja ajankohtaisena neuvolan toimintamuotona Turun neuvoloissa, ja moniammatillisen yhteistyön muotojen ja mallien kehittäminen neuvoloiden ja sen asiakkaiden tarpeiden mukaiseksi on koettu tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Eri puolilla Suomea on jo sekä pilotoitu että otettu varsinaiseen käyttöön hyvinvointineuvola-, parityöskentelymalli tai esimerkiksi perhetyöntekijä (kotikäynnit) mukaan neuvolatoimintaan. (vrt. Kangaspunta 2007, Lääperi 2007, Muttillainen 2007) Turusta vastaavanlaiset moniammatilliset neuvolatiimit ja -mallit vielä puuttuvat. (Cornu 2008.) Kymppi- ja Remontti-hankkeen myötä Turkuun ollaan suunnittelemassa monipuolista ja moniammatillista neuvolatyötä ja esimerkiksi perhetyöntekijän sijoittamista neuvolatoimintaan (Ahonen 2009; Nurmi & Torittu 2010).

Tämän kehittämishankkeen idea lähti Kymppi-hankkeen projektipäällikön ehdotuksesta tarkastella moniammatillisen yhteistyön merkitystä neuvolassa ja perheen muotoutumisen varhaisvaiheissa osana Kymppi-hanketta. Kehittämishankkeen suunnitteluvaiheessa keskusteltiin myös neuvolatoiminnan ylihoitajan kanssa moniammatillisuudesta ja siitä, että eri neuvoloissa moniammatillisuus toteutui eri tavoin ja erilaisin kokoonpanoin, eikä täysin selkeää yhteistyömallia tunnistettu Turun seudun neuvoloissa (Cornu 2008). Tämän perusteella päädyttiin hankkeen suuntaamisesta sekä äitiys- että lastenneuvolatoimintaan ja samalla koskemaan koko asiakaskuntaa.

4.2 Kehittämishankkeen tavoitteet

Tämän kehittämishankkeen kehitys- ja muutostavoitteena oli moniammatillisen yhteistyön lisääminen äitiysneuvolatyössä raskauden alkuvaiheista aina vauvaperhe-aikaan saakka. Tarkoituksena oli luoda hyvinvointineuvola - tyyppinen neuvolan toimintamalli, jossa perheen käyttämät (moniammatilliset) terveys- ja hyvinvointipalvelut pyritään sijoittamaan ”saman katon alle” tai muutoin mahdollisimman saumattomasti. Kehittämishankkeessa oli tarkoitus

kehittää moniammatillinen, perhekeskeinen neuvolatoiminnan ideaalimalli. Toimintamallin tavoitteena on luoda asiakaslähtöinen ja perheen tarpeet huomioiva varhaisen puuttumisen ja tuen malli, joka palvelee sekä neuvola-alan ammattilaisia että neuvoloiden asiakaskuntaa.

Pitkän ajan tavoitteina olivat perheiden hyvinvointi, ennaltaehkäisevä neuvolatyö, riskiperheiden tunnistaminen aikaisessa vaiheissa sekä perheen tukeminen perheeksi muotoutumisessa. Projektin välitavoitteina olivat: terveydenhoitajien motivointi ja osallistaminen hankkeeseen, projektiryhmän muodostaminen ennen toimintatutkimuksen alkua ja projektityön käyntiin saattaminen. Välitavoitteet mahdollistavat päätavoitteen toteutumista.

Kehityshankkeen konkreettisena tuotoksena luodaan ideaalimalli moniammatilliseen, saumattomaan neuvolamalliin. Ideaalimallin pohjalta tehdään ehdotus siitä, miten neuvolassa voitaisiin toimia moniammatillisesti, jopa saumattomasti, perheiden etua ajatellen.

4.3 Kehittämishankkeen toteutus

Kehittämishankkeen ideat muodostuivat syksyllä 2008 Kymppi-hankkeen tavoitteisiin ja Turun neuvolatoiminnan ylihoitajan havaitsemiin kehittämistarpeisiin perustuen (Kymppi-hanke 2007; Cornu 2009). Hankkeen ideaa työstettiin Kymppi-hankkeen projektipäällikön, neuvolatoiminnan ylihoitajan ja opettajatutorin kanssa ja keskusteluiden jälkeen päädyttiin kohdistamaan kehittämishanke sekä äitiys- että lastenneuvoloihin, koko asiakaskunta huomioiden. Käynnistymässä olevasta hankkeesta informoitiin Turun neuvoloiden terveydenhoitajia keväällä 2009.

Kehittämishankkeen alkuvaiheessa arvioitiin hankkeen mahdollisuudet, uhat, vahvuudet ja heikkoudet SWOT- mallin avulla. (vrt. Silfverberg 2007, 50- 52.) Hanke jatkui projektipäällikön tuottamalla esiselvitysvaiheella.

Esiselvitysvaiheessa projektipäällikkö teki kattavan teoreettisen viitekehyksen, perehtyi Turun neuvoloiden tämänhetkiseen toimintaan ja meneillään oleviin neuvolahankkeisiin. Etukäteisarvioinnissa tulisi arvioida ja tarkastella kriittisesti kehittämishanketta ennen lopullista päätöstä sen toteuttamisesta (Silfverberg 2007: 39- 41, 88- 95). Kehittämishanke eteni kevät-talvella 2009 hankeorganisaation kokoamisella. Hankeorganisaatioon kuuluivat projektipäällikkö, ohjaus- sekä projektiryhmä. Projektipäällikkö osallistui sekä ohjausryhmän että projektiryhmän toimintaan.

Kehittämishankkeen hanke- ja tutkimussuunnitelma esiteltiin kevään 2009 aikana Turun ammattikorkeakoulussa ja ohjausryhmän kokouksessa. Terveystoimintajille suunnattu kysely toteutettiin syksyllä 2009 ja aineisto analysoitiin marraskuussa 2009. Projektiryhmän tapaamiset järjestettiin joulukuussa 2009 sekä tammi-, helmi- ja maaliskuussa 2010. Maaliskuussa 2010 projektipäällikkö esitteli ja hyväksytti projektiryhmässä ideaalimallin. Teoreettisen tiedon, neuvolatoimintaa ohjaavien suositusten, terveystoimintajille suunnatun kyselyn tulosten ja projektiryhmän työskentelyn ja ideoinnin perusteella tuotettu neuvolatoiminnan ideaalimalli viimeisteltiin maaliskuuhuhtikuussa 2010. Ideaalimalli esiteltiin Turun sosiaali- ja terveystoimen neuvolatyön henkilökunnalle toukokuussa 2010. Kehittämishankkeen toteutus vaiheittain on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Kehittämishankkeen toteutus vaiheittain (Salakari 2009)

5 Kehittämishanke toimintatutkimuksen menetelmin

Tässä kehittämishankkeessa uutta neuvolatoiminnan ideaalimallia päädyttiin suunnittelemaan ja työstämään toimintatutkimuksen menetelmin. Hankkeeseen sisältyneen kyselyn jälkeen koottiin projektiryhmä, jonka tarkoituksena oli kyselyn ja aikaisemman teoria- ja tutkimustiedon avulla suunnitella neuvolatoiminnan ideaalimallia toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Tutkimuksen kohde ja tutkimusongelmat määrittelevät pitkälti sen, minkälaisia menetelmiä ja tiedonkeruutapoja kannattaa käyttää. (Vilka 2005, 49- 50.)

Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää hyvin erilaisia menetelmiä. Tutkimusaineistoa kerätään esimerkiksi kyselyllä, haastattelulla tai havainnoimalla. Toimintatutkimus käsitetään enemmän tutkimusstrategiana kuin tutkimusmenetelmänä. Toimintatutkimus on ymmärrettävä tutkimuksellisenä lähestymistapana, joka hyödyntää sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. (Aaltola & Syrjälä 1999, 17; Heikkinen & Jyrkämä 1999, 54- 56.)

Toimintatutkimus määritellään prosessiksi, jonka päämääränä on asioiden muuttaminen ja kehittäminen. Toiminnan kehittäminen ymmärretään jatkuvaksi prosessiksi, mikä on toimintatutkimuksessa keskeinen osa. Toimintatutkimukseen liitetään käytännölläheisyys, eikä toimintatutkimus ole kuitenkaan ainoastaan arkista toimintaa, vaan se tarjoaa toimintaan lisäksi uutta ymmärrystä. (Aaltola & Syrjälä 1999, 13- 18; Heikkinen ym. 2006, 16.)

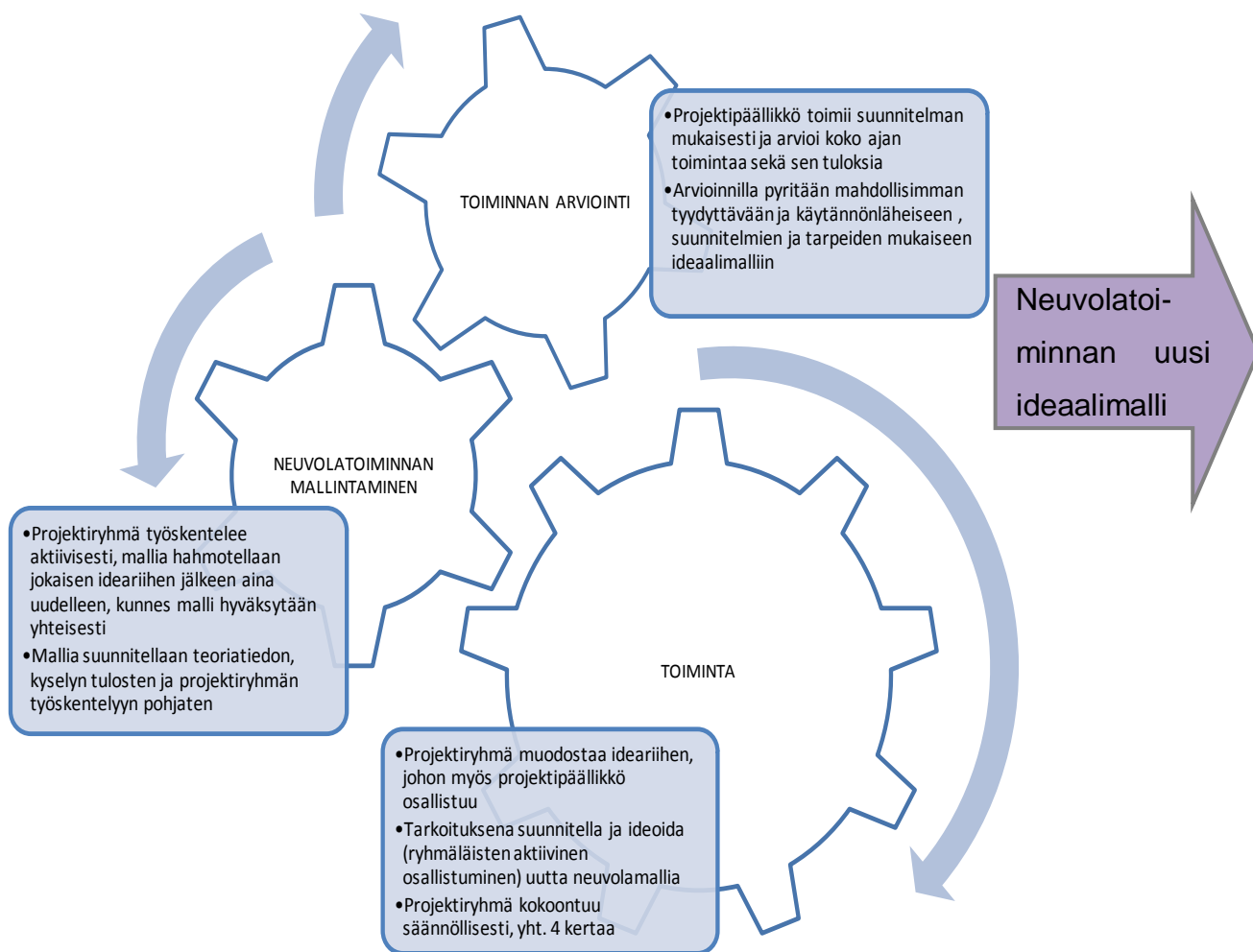
Toimintatutkimuksen tutkimusprosessin piirteitä voidaan kuvata seuraavasti:

- Tutkittavat ovat aktiivisia osallistujia prosesseissa.
- Tutkijan ja tutkittavien suhteen perustana on yhteistyö ja aktiivinen osallistuminen.
- Toimintatutkimus suuntautuu aina käytäntöön ja on ongelmakeskeistä.
- Tutkimusprosessi on syklinen. Syklissä valitaan ensin päämäärät, sen jälkeen tutkitaan ja kokeillaan käytännön mahdollisuuksia edetä näihin päämääriin. Tämän jälkeen arvioidaan ensimmäisiä tuloksia ja muotoillaan ja tarkennetaan päämääriä, jonka jälkeen testataan ja arvioidaan uudestaan.

(Eskola & Suoranta 1999, 129; Kuula 2000, 218; Heikkinen 2001, 183; Heikkinen ym. 2006, 80- 82.).

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli nykyisen neuvolatoiminnan ja sen kehitystarpeiden ymmärtäminen ja toiminnan kehittäminen. Toimintatutkimus soveltui hyvin toiminnan kehittämisen menetelmäksi. Kuviossa 4. on esitetty tässä kehittämishankkeessa toteutunut kehittämistoiminnan prosessi ja sykli. Toimintatutkimuksen keinoin toteutettu prosessi alkoi kyselyllä ja tulosten

analyysilla. Tämän jälkeen koottiin projektiryhmä, ja ideariihessä pohdittiin ja suunniteltiin uutta neuvolan ideaalimallia. Tässä prosessissa suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi vuorottelevat. (vrt. Kuula 2000, 218; Heikkinen ym. 2006, 81.) Toiminnan arviointi ja seuranta jatkuu vielä projektin päättymisen jälkeenkin. Ideaalimallin synnyttyä se tulisi pilotoida, jotta toimintaa voidaan arvioida, seurata ja kehittää.



Kuvio 4. Projektiryhmän toiminnan prosessi ja sykli toimintatutkimuksen periaattein

5.1 Kyselyn tarkoitus ja tutkimusongelmat

Kehittämishankkeeseen liittyvän kyselyn tarkoituksena oli selvittää Turun seudun äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan nykytilaa ja kehittämistarpeita sekä kartoittaa uudenlaisen neuvolatoiminnan ideaalimallin perusteita ja lähtökohtia Turun seudun neuvoloiden terveydenhoitajien näkökulmasta. Perusajatuksena oli kehittää moniammatillinen, jopa saumaton neuvolan ideaalimalli Turun seudulle. Kehittämishanke eteni toimintatutkimuksen periaattein, jota edelsi kysely terveydenhoitajille. Kysely rakentui sekä laadullisesta että määrällisestä tutkimustavasta.

Tutkimusongelmia olivat:

- Miten toimivaksi neuvolatoiminta arvioidaan tällä hetkellä Turussa terveydenhoitajien mielestä?
- Miten ja kuinka paljon moniammatillisuus toteutuu neuvolatoiminnassa?
- Mistä tekijöistä muodostuu tulevaisuuden moniammatillinen neuvola?

Kehittämishankkeeseen kuuluva projektiryhmä muodosti ideariihen, johon osallistui kolme terveydenhoitajaa. Tarkoituksena oli saada vastaus kysymyksiin:

- Mitkä tekijät muodostavat moniammatillisen hyvinvointineuvolan?
- Mistä tekijöistä muodostuu tulevaisuuden moniammatillinen neuvola?

5.2 Aineiston keruu menetelmä ja mittari

Kehittämishankkeeseen liittyvän kyselyn lähestymistapana oli sekä kvantitatiivinen (määrällinen) että kvalitatiivinen (laadullinen). Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa ja menetelmässä aineisto kerätään kyselylomakkeella, havainnoimalla ympäristöä tai keräämällä tietoja tilastoista tai rekistereistä. Kvalitatiivinen lähestymistapa pyrkii tutkittavien näkökulman ymmärtämiseen ja tutkittavien käsitysten, kokemusten ja kuvausten perusteella luodaan ns. johtolankoja, joiden avulla tehdään päätelmiä tutkittavasta ilmiöstä. (Vilkkä 2005, 49, 97- 98.) Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman tarkasti ja kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 181.)

Kyselylomake on tavallisin kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetty menetelmä. Kysely voi olla strukturoitu tai puolistrukturoitu tai siinä voi yhdistää haastattelun ja lomakkeen täyttämisen. Kyselytutkimuksesta voidaan käyttää myös nimitystä survey-tutkimus. (Vilkkä 2005, 73). Tässä hankkeessa kysely toteutettiin ennen projektiryhmän kokoamista ns. tarvekartoitukseksi ja toimintatutkimuksen keinoin toteutetun projektiryhmätoiminnan perustaksi. Kyselyn ja projektiryhmän toiminnan avulla kehitettiin toimivaa ja moniammatillista, jopa saumatonta ideaalimallia neuvolatoimintaan Turun seudulle. Tutkimusaineisto kerätään aina tiettyä tarkoitusta varten. Tarkoitus ilmaistaan tutkimuskysymyksiä, joihin haetaan vastausta tai hypoteeseina, joita testataan tutkimusaineiston avulla. Tutkimuskysymysten tulee olla riittävän rajattuja ja konkreettisia, jotta niihin löydetään vastaukset. (Taanila 2009, 5.)

Aineiston keruu suoritettiin syksyn 2009 aikana puolistrukturoidun kyselyn (Liite 1.) avulla. Kyselylomakkeeseen laadittiin myös avoimia kysymyksiä, joihin vastaaja voi vastata ”omin sanoin”. Kyselylomakkeella voidaan määrällisten kysymysten ohella käyttää avoimia kysymyksiä, joiden vastaukset ovat miltei aina laadullisia (Taanila 2009, 4- 5.) Kyselyn tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien käsityksiä neuvolatoiminnan nykytilasta, sen

kehittämistarpeista ja moniammatillisuudesta. Lisäksi haluttiin selvittää, minkälaisena terveydenhoitajat näkivät tulevaisuuden neuvolatoiminnan ja siihen sisältyvän moniammatillisen yhteistyön ja perheen tukemisen jo varhaisessa vaiheessa perheen muotoutumisvaiheessa. Tarkoituksena oli myös selvittää ideoita, suunnitelmia ja toiveita uudentlaisesta neuvolamallin ideaalimallista sekä kartoittaa terveydenhoitajien omaa kiinnostusta ja motivaatiota kehittää työtään neuvolassa.

5.2.1 Kyselylomakkeen suunnittelu ja laatiminen

Tämän kehittämishankkeen kyselylomake laadittiin tutkimusongelmien pohjalta, se esitettiin ja hyväksyttiin Turun ammattikorkeakoulun seminaareissa ja Turun sosiaali- ja terveystoimessa kevään 2009 aikana. Esitetauksessa ilmenneet kehittämisehdotukset ja kysymysten sijoittelu sekä niiden määrä huomioitiin lopullisessa tutkimuksessa. Kyselylomake oli vakioitu eli jokainen vastaaja vastasi samoihin kysymyksiin. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkimusongelmien perusteella; lomakkeessa ei saa olla kysymyksiä, jotka eivät vastaa tutkimusongelmiin, eikä kysymyksiä laadita koskaan uteliaisuudesta (Vilkkä 2005, 73, 81.). Kyselyn kokonaisotos oli 50 terveydenhoitajaa. Lukumäärä käsittää Turun alueen kaikki äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat ja kättilöt.

Kyselylomakkeen laati projektipäällikkö itse käyttäen apunaan aikaisempia tutkimuksia ja teoriatietao. Kyselylomakkeeseen saatiin vaikutteita aikaisemmasta mittarista (Viljamaa 2003). Kyselylomakkeen laatimiseen tarvitaan kirjallisuuteen perustuvaa teoriapohjaa, ja tutkijan tulee miettiä tutkimus-ongelmaa ja sen täsmentämistä. Käsitteet määritellään tarkasti, ja mietitään, mikä tutkimusasetelma valitaan. Kysymyksiä ei voi enää muuttaa, kun kyselylomakkeet on lähetetty ja tiedot saatu kerättyä. (Heikkilä 2008, 47, 49.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake sisälsi saatekirjeen, vastaajien taustatietoja esittävät kysymykset, asteikkokysymyksiä, väittämiä ja avoimia kysymyksiä. Likertin asteikko on yleensä 5- tai 7-portainen asteikko ja mielipidekysymykset muodostavat joko nousevan tai laskevan skaalan. Asteikon toisessa päässä on yleensä mielipide *täysin samaa mieltä* ja toisessa *täysin eri mieltä* oleva vaihtoehto. (Hirsjärvi ym. 2005, 189.) Kyselylomake oli jaettu osioihin (kolme teemaa: nykyinen neuvola toiminta, oma työ neuvolassa ja uusi neuvolatoiminnan malli) tutkimusongelmien mukaiseen järjestykseen. (Liite 1.)

Kyselylomakkeelle saatiin Turun sosiaali- ja terveystoimelta tutkimuslupa kesäkuussa 2009. Tämän jälkeen selvitettiin tutkimuksen tarkoitus ja kerrottiin kyselylomakkeen täyttämistä erillisessä tilaisuudessa alkusyksyllä (elokuu) 2009. Toimintatapaa kutsutaan informoiduksi kyselyksi (Vilka 2005, 73). Projektipäällikkö toimitti kyselylomakkeet tutkittaville neuvolan terveydenhoitajille postitse, kullekin henkilökohtaisesti omalle työpaikalle kirjattuna. Projektipäällikkö haki kyselylomakkeet sovittuna aikana henkilökohtaisesti ylihoitajalta suljetuissa kuorissa. Kaikki kyselylomakkeet palautuivat lokakuun 2009 loppuun mennessä projektipäällikölle, jonka jälkeen aineisto analysoitiin.

Kyselylomakkeiden palaututtua projektipäällikölle ne numeroitiin satunnaisessa järjestyksessä, koodattiin tietokoneelle ja analysoitiin ensin määrällisesti käyttäen Excel-tilasto-ohjelmaa. Avointen kysymysten kohdalla projektipäällikkö muodosti vastauksista ensin yläluokkia ja tämän jälkeen vastauksia tarkasteltiin ja yläluokkiin muodostettiin alaluokkia. Kaikki avoimet kysymykset käsiteltiin yksitellen ja kirjattiin sanatarkasti ylös. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin sekä yhtäläisyyksiä että eroavaisuuksia ja siitä pyrittiin kokoamaan mahdollisimman tiivis ja selkeä kokonaisuus, josta johtopäätösten muodostaminenkin olisi helppoa (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 131- 132.).

5.2.2 Kyselylomakkeen rakenne

Kyselylomake sisälsi yhteensä 31 kysymystä ja saatekirjeen yhteystietoineen. Kysely rakentui kolmesta eri osiosta: nykyinen neuvolamalli, terveydenhoitajien terveydenhoitajan oma työ neuvolassa ja uuden neuvolamallin kehittäminen. Osioiden sisällöt on eritelty seuraavasti:

- **Nykyinen neuvolamalli**
 - Neuvolatoiminnan toimivuus
 - Neuvolan vastaaminen asiakkaan tarpeisiin
 - Moniammatillisuus neuvolatoiminnassa
 - Perheiden hyvinvointi ja neuvolan asema tukemisessa, riskiperheet nykyisessä neuvolassa

- **Terveydenhoitajan oma työ neuvolassa**
 - Tyytyväisyys omaan työhön, työhön saatu tuki
 - Työssä kehittyminen
 - Työhön vaikuttaminen
 - Kiinnostus ja motivaatio kehitystyöhön

- **Uusi neuvolamalli**
 - Hyvinvointineuvola
 - Moniammatillinen yhteistyö tulevaisuudessa
 - Yhteistyötahot ja – muodot
 - Uudenlaisen neuvolamallin tunnuspiirteet

Kyselylomake sisälsi erityyppisiä kysymyksiä. Taustatiedot selvitettiin monivalintakysymyksillä, neuvolatoiminnan nykytilannetta arvioitiin VAS (Visual Anoloque Scale) janalla (Wewers & Lowe 1990, 227; Grant ym. 1999.) VAS-jana on 10 cm pituinen, johon vastaajaa ohjeistettiin merkitsemään rasti janan sille kohdalle, mikä vastasi vastaajan mielipidettä kysytystä asiasta. Analyysivaiheessa VAS – janan arvo mitattiin, kirjattiin Excel – taulukkoon, josta laskettiin keskiarvot sekä minimi- ja maksimiarvot. Vastaukset luokiteltiin lisäksi ryhmiin, luokittelu on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. VAS- luokittelu

VAS- luokitus	
VAS 0,1-2,0	Erittäin huonosti - erittäin vähän
VAS 2,1-4,0	Huonosti - vähän
VAS 4,1-5,9	Melko huonosti- melko vähän
VAS 6,0-7,0	Tyydyttävästi
VAS 7,1-8,0	Melko hyvin- melko paljon
VAS 8,1-9,0	Hyvin –Paljon
VAS 9,1-10,00	Erittäin hyvin- erittäin paljon

Uudenlaisen neuvolamallin kehittämistä selvitettiin väittämillä, joihin vastattiin asteikolla 1 – 5 (1= täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Kussakin kysymysjoukossa oli vastaamisohje.

Kyselylomakkeen jokaisen teeman kohdalla oli myös avoin kysymys vastaajan ”vapaata vastausta” varten, jolloin saadaan yksityiskohtaisempaa ja kokemuksellista tietoa aiheista. Avoimet kysymykset sijoitettiin kyselylomakkeessa jokaisen osion yhteyteen eikä kyselyn loppuun, jolla pyrittiin takaamaan vastaamishalukkuus ja – motivaatio kyselyä suoritettaessa. Kyselylomakkeen viimeinen osa sisälsi väittämiä, joista vastaaja valitsi parhaiten sopivan vaihtoehdon. Väittämät sijoitettiin kyselyssä viimeiselle sivulle, sillä kyselyn laatija koki tämän olevan vastaajalle mieluisa ja nopea tapa ”lopettaa” kyselyyn vastaaminen.

5.3 Kyselyn kvantitatiivisen aineiston analyysi

Kyselyssä selvitettiin neuvoloiden terveydenhoitajien mielipiteitä, käsityksiä, ajatuksia ja ideoita neuvolan toiminnasta ja uuden neuvolamallin tuottamisesta sekä laadullisin että määrällisin keinoin. Aineiston analyysi-osiossa tarkastellaan vain kyselyn aineiston analyysia. Projektiryhmän toimintaa ja toiminnan tuloksia käsitellään erillisessä kappaleessa. Aineiston analyysi aloitettiin määrällisten kysymysten analyysin raportoinnilla, jonka jälkeen käsiteltiin laadullisten kysymysten (avoimet kysymykset) analysoinnin raportointi. Tarkoituksena oli saada sekä tarkkaa, numeraalista ja mitattavissa olevaa tietoa sekä kokemusperäistä ja yksityiskohtaista sanallista tietoa (vrt. Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 49.).

Aineiston tilastollisessa kuvauksessa käytetään tilastoyksiköitä. Se on joko konkreettinen tai abstrakti yksikkö tai tapahtuma. Tilastoyksikön määrittäminen on tärkeää erityisesti, jos aineisto on otos jostakin tietystä perusjoukosta.

Perusjoukko käsittää kaikki tutkimuksen kohteena olevat tilastoyksiköt. Aineiston tarkastelulla selvitetään, onko otos edustava perusjoukkoon nähden. (Vilkkä 2005, 77- 80.) Tämän tutkimuksen otoksena oli koko perusjoukko, eli kaikki Turun alueen neuvoloiden terveydenhoitajat. Otosvalinnalla saavutettiin mahdollisimman kattava ja edustava otos. Lopullinen kyselyn vastausprosentti oli 66 %.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään yleensä niin, että siihen saadaan mukaan sen ominaispiirteitä kuvaavia muuttujia, esimerkiksi ikää, sukupuolta, koulutustasoa ja sosioekonomista asemaa koskevia tietoja. Yleisen tarkastelun tavoitteena on saada kokonaisvaltainen kuva aineistosta ja tuoda esiin siinä esiintyviä piirteitä, luokitteluja ja poikkeamia. Analyysissa on tärkeää saada esiin muuttuja-arvojen merkitsevyyden merkitys tutkimuksen kannalta. Tällä tavoin luodaan mahdollisuus tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten analyysi tehdään tavallisesti tilasto-ohjelmalla. Analyysilla selvitetään erilaisia ilmiöiden syy-seuraussuhteita, ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai niiden yleisyyttä ja esiintymistä *numeroiden ja tilastojen avulla*. Tässä kehittämishankkeessa kyselyn määrällisten kysymysten analyysi tehtiin Excel-ohjelman avulla, joka mahdollisti samantyyppisen tilastoinnin kuin SPSS-ohjelma. (Vilkkä 2005, 84- 86, 92- 94; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009,41- 42.)

Tässä kyselyssä määrällisten kysymysten tarkoituksena oli selvittää vastaajien taustatietoja (ikä, sukupuoli, ammatti, työvuodet) ja kuvata terveydenhoitajien nykyistä työtä, neuvolamallia ja esimerkiksi arvioida neuvolan kehittämistarpeita väittämien ja VAS- janojen avulla. Näiden avulla saatiin määrällistä, numeraalista tietoa kyseisistä aihealueista sekä selvitettiin erilaisia käsityksiä, arvioita ja luokitteluja, joita vastauksissa ilmeni. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 45- 46.)

Analyysin aluksi lomakkeet numeroidaan tai koodataan, jonka jälkeen tarkistetaan mahdolliset virheelliset vastaukset ja puutteelliset lomakkeet sekä kiinnitetään huomiota vastaamisen täydellisyyteen, täsmällisyyteen ja yhtenäisyyteen. Analyysin alkuvaiheessa tarkastellaan kysymyksiin

vastaamista, sen puutteellisuutta, väärinymmärrystä tai esimerkiksi vastaamisohjeiden puutteellisuutta. (Vilkkä 2005, 88.) Tämän kyselyn tulosten analyysissa virheelliset ja puutteelliset vastaukset tarkistettiin ja selvitettiin, voiko lomakkeen muut kysymykset tukea vastaamatta jätettyjä kohtia. Vastaamatta jätetyt väittämät tai vaihtoehto valikoinnit hylättiin ja todettiin, ettei hylkääminen vaikuta lopullisiin tuloksiin ratkaisevasti missään kohdassa.

Kyselyn analyysissa havaittiin useassa lomakkeessa kahden kysymyksen kohdalla väärinymmärrystä. Aineistossa olevat virheelliset ja väärinymmärretyt vastaukset osoittavat puutteita kyselyn suunnittelussa ja laatimisessa. (Vilkkä 2005, 88.) Kyselyn laatija oli ohjeistanut kaikki kysymykset ja ohjeistus oli esitestauksessa todettu selkeäksi. Vastauskohdat hylättiin tai niistä valikoitiin vain selkeästi numeroidut tai rastitetut vastaukset mukaan tulosten analyysiin. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys- kohtaan on raportoitu kyselyssä ilmenneet puutteet ja kyselyn analyysissa raportoitiin kyselyssä ilmenneet puutteet luotettavuutta heikentävänä seikkana. Lisäksi pohdittiin, miten kyselyn suunnittelua ja laatimista olisi voinut parantaa tai muuttaa, ja miten väärinkäsitykset vaikuttivat tutkimuksen lopullisiin tuloksiin.

Aineiston tarkastelun jälkeen vastaukset koodattiin. Esikoodattuja kysymyksiä olivat esimerkiksi sukupuoli ja siviilisääty. Kun tutkimusaineisto oli koottu ja vastaukset tarkistettu ja koodattu, jatkettiin analyysiä tilastollisin menetelmin. (vrt. Vilkkä 2005, 89- 92.) Taulukointi ja analysointi edellyttävät, että kullekin muuttujalle annetaan jokin arvo. Taulukko, johon vastauksia koottiin, on havaintomatriisi, joka sisältää muuttujien arvoja. Tietojen siirtäminen matriisiin edellytti kysymyslomakkeiden numeroinnin palautusjärjestyksessä. (Vilkkä 2005: 89- 91, 93- 94; Gerrish & Lacey 2006, 434.) Tilastollisen analyysin jälkeen tutkija muodosti vastauksista johtopäätökset ja raportoi ne tutkimustuloksissa.

5.4 Kyselyn avointen kysymysten analyysi

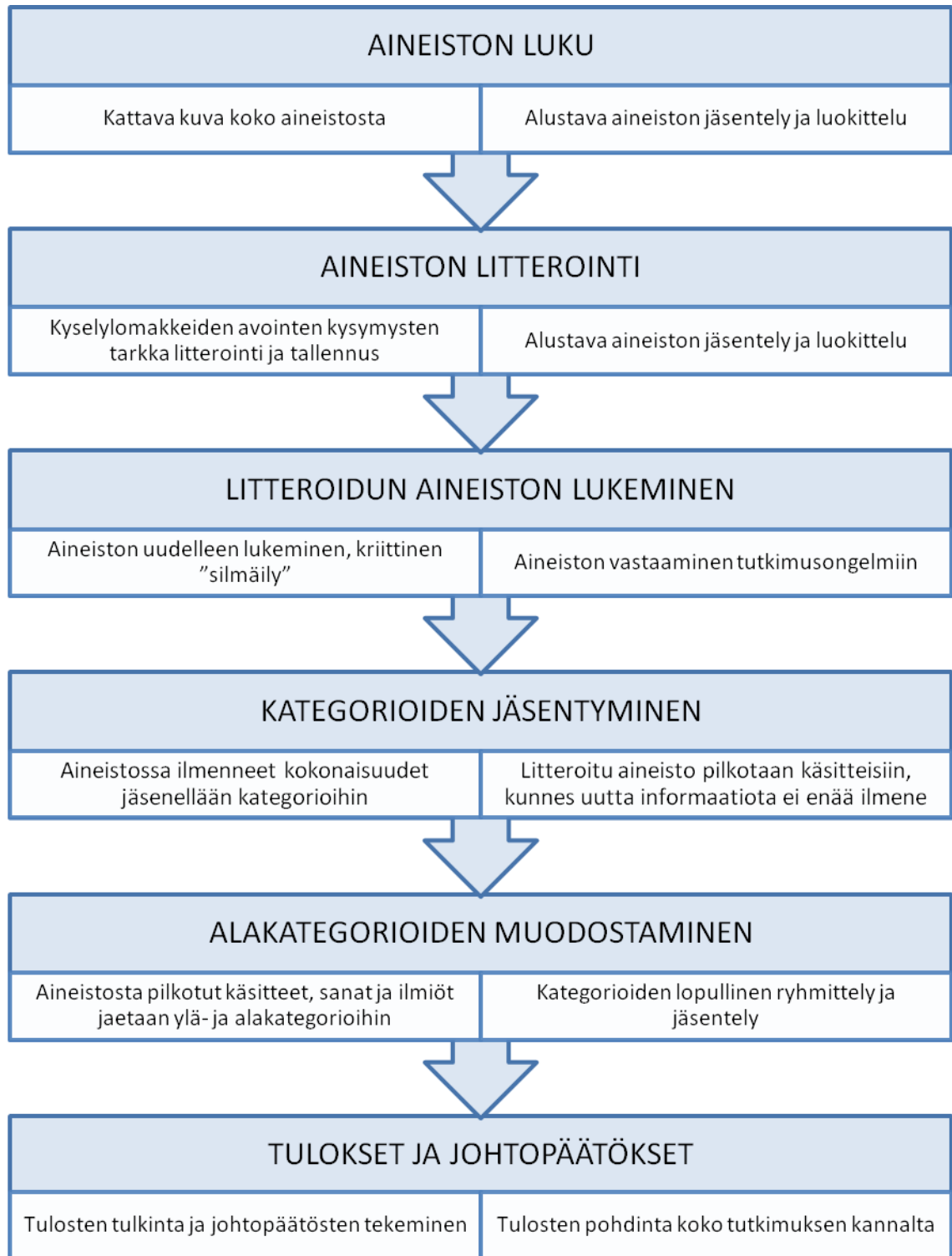
Avointen kysymysten tulosten analyysi tehtiin määrällisen analyysin jälkeen kvalitatiivisin eli laadullisin keinoin. Tulosten analyysissa hyödynnettiin sisällön analyysia. Sisällön analyysi on menettelytapa, jossa tutkija pyrkii erilaisten sisällöllisten luokittelujen avulla tiivistämään, analysoimaan ja tulkitsemaan tutkimusaineiston sisältöä. Sisällön analyysi on Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan perusteltu silloin, kun analyysiprosessissa halutaan hyödyntää erilaisia tapoja järjestää, luokitella ja kuvata tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissa analyysiprosessi voidaan toteuttaa erilaisilla tavoilla, ja tutkija voi itse kehittää luokittelujärjestelmän omaan aineistoonsa. Tavoitteena on rakentaa systemaattinen, kattava ja tiivis kuvaus ilmiöstä. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai malleja. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 131- 132.)

Sisällön analyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisenä tai teorialähtöisenä. Aineistolähtöisessä analyysissa tutkija yrittää löytää aineistosta jonkinlaista toiminnan logiikkaa tai tyypillistä ”kertomusta”. Teoriapohjainen sisällön analyysi tehdään pohjaten johonkin tiettyyn teoreettiseen lähtökohtaan ja teoria ohjaa vahvasti käsitteiden ja luokitusten määrittelyä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102, 110- 117.) Sisällön analyysin ongelmana luotettavuuden kannalta on se, että tutkija ei pysty objektiiviseen tarkasteluun analyysiprosessista, vaan tulos perustuu subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Haasteena onkin onnistua pelkistämään aineisto ja muodostamaan kategoriat niin, että kuvauksesta tulee luotettava. Luotettavuuden takaamiseksi on mahdollista käyttää ns. face-validiteettia tai toista luokittelijaa. Face- validiteetti on tulosten esittämistä tutkittavan ilmiön kanssa tutuille henkilöille, joita pyydetään arvioimaan tulosten vastaavuutta todellisuuteen. Tulosten luotettavuutta voidaan arvioida myös esimerkiksi asiantuntijapaneelissa. Face- validiteettia tai asiantuntijapaneelia ei käytetty tämän kysyn tulosten analysoinnin tukena. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 10; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 154.)

Tämän kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Tavoitteena oli tuottaa mahdollisimman tiivis ja selkeä kuvaus aiheista. Aineiston analyysin avulla pyritään ymmärtämään tutkittavien kuvaamaa kokonaisuutta ja selittämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä (Vilkkä 2005, 140). Sisällön analyysia voidaan kutsua myös sisällön erittelyksi. Erityyessä aineisto ja sen osat jaetaan havaintoyksiköihin ja yksilöidään numerojärjestykseen aivan, kuten määrällisen tutkimuksen aineiston havaintomatriisissa. Tällöin tutkimusaineiston sisällölliset ominaisuudet ovat tilastollisesti ilmaistuja, numeerisia tuloksia. (Vilkkä 2005, 139; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 134- 135.)

Tässä kyselyssä sisällönanalyysiprosessi aloitettiin aineiston lukemisella, jonka tarkoituksena oli rakentaa kokonaisvaltainen kuva aineistosta sekä löytää alustava pohja aineiston luokittelulle ja jäsentämiselle. Avointen kysymysten analyysissa aineiston analyysi perustui tutkimusongelmiin, ja aineisto ryhmiteltiin tutkimusongelmien mukaisesti pääluokkiin. Pääluokat jaoteltiin alaluokkiin, jonka jälkeen tuloksia voidaan käsitellä ja tarkastella huomattavasti helpommin. Aineisto luettiin useaan kertaan, jottei mitään oleellista ja tärkeää jäisi huomaamatta tai kirjaamatta. Aineiston analyysillä pyrittiin löytämään ne käsitteet ja informaatio, jotka juuri tässä tutkimuksessa olivat oleellisia, ja jotka pohjautuivat selkeästi tutkimusongelmiin. (Vilkkä 2005, 140; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 134- 135.)

Kyselyn sisällön analyysissa aineisto kirjattiin sanatarkasti ylös, jonka jälkeen aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä - sanoja, käsitteitä, lauseita - ja siitä muodostettiin "lakanamatriisi". Aineisto käsiteltiin, kunnes jokaisen kysymyksen jokainen vastaus oli käyty läpi sanatarkasti. Kategorioinnin jälkeen aineistoon palattiin vielä kerran ja tarkastettiin, kirjoitettiinko kaikki merkit, sanat ja lauseet "lakanamatriisiin". Yhtäläisyyksiä etsiessä ja kategorioita luodessa käytettiin luokittelun apuna lokerointia ja eri värejä. Aineiston kokonaisvaltainen analyysiprosessi on kuvattu kuviossa 5.



Kuvio 5. Sisällön analyysin prosessi

6 Kyselyn tulokset

Terveystenhoitajille suunnattuun kyselyyn vastasi yhteensä 33 terveydenhoitajaa (66 %) määräaikaan mennessä. Tämän lisäksi kaksi kirjekuorta palautui viikon kuluttua viimeisestä palautusajankohdasta. Projektipäälikkö luki huolellisesti kyselyt ja totesi, ettei mitään uutta ja tilastollisesti merkittävää ilmentynyt, aineisto oli jo kylläntynyt. Tutkimuksissa aineistoa tarvitaan sen verran, mikä on aiheen ja tutkimustehtävän kannalta välttämätöntä. Yksi tapa ratkaista kysymys aineiston riittävydestä on sen kylläntymisen eli saturaatio. Kylläntymisellä tarkoitetaan sitä, että tietty määrä aineistoa tuo esille teoreettisen perustan, mikä tutkimuskohteesta yleensäkin on mahdollista saada. Aineistoa on tarpeeksi, kun uudet tapaukset eivät enää tuo tutkimusongelman kannalta uutta tietoa eli aineistossa ilmenneet käsitteet ja sanoma alkavat toistua. Tässä kyselytutkimuksessa kahta myöhästynyttä vastausta ei huomioitu lopullisessa analyysissä ja tuloksissa. (Eskola & Suoranta 1998, 6; Hirsjärvi ym. 2009, 171.)

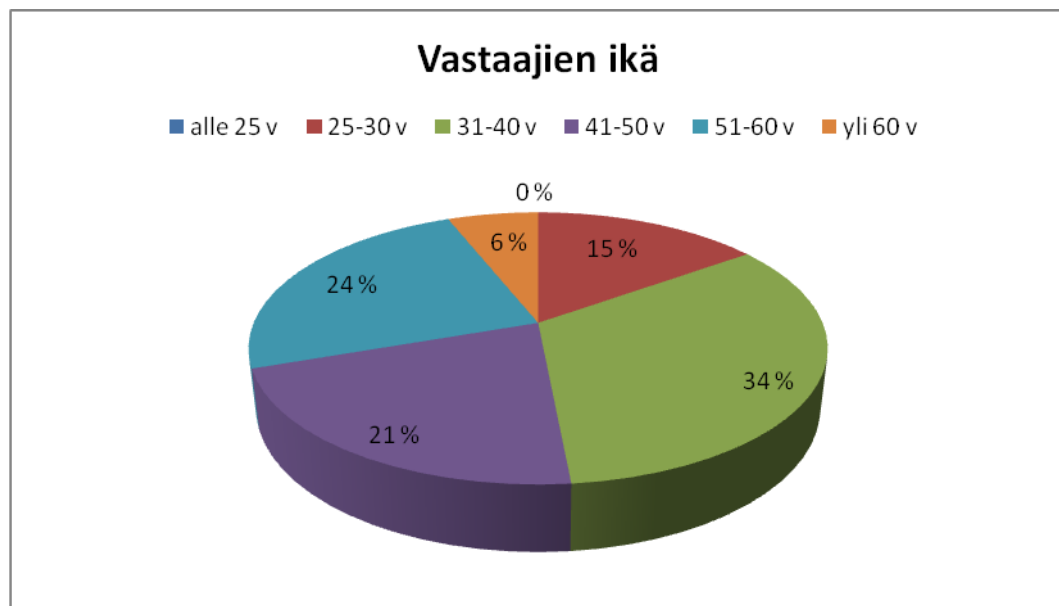
Kyselyn määrällinen analysointi suoritettiin Excel-ohjelman avulla. Jokainen kysymys siirrettiin matriisiin kyselylomakkeiden numeroinnin mukaisesti. Tulokset analysoitiin ja ne esiteltiin projektin ohjausryhmälle marraskuussa 2009. Laadullinen aineiston analyysi tehtiin sisällön analyysillä. Tutkimustulokset esitettiin projektin ohjausryhmässä ennen projektiryhmän kokoontumisia.

Kyselyn tulokset raportoidaan kyselylomakkeen ryhmittelyn mukaisesti alkaen taustatiedoista ja nykyisestä neuvolamallista. Lopuksi käsitellään uutta neuvolamallia koskevat tulokset. Tulokset raportoidaan ja esitellään sekä kirjallisesti että kuvallisesti ja taulukoin. Johtopäätöksissä tuloksista koottiin yhtenäinen kokonaisuus ja tuloksia verrattiin mm. olemassa oleviin neuvolatyön suosituksiin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin sekä neuvolan moniammatillisiin työmuotoihin Suomessa.

Pohdinnassa huomioitiin myös uuden mallin tuoma muutos neuvolatoimintaan ja muutoksen aiheuttama vastarinta sekä muutosjohtajuuden tärkeys jo mallin pilotointivaiheessa.

6.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista kaikki olivat yli 25-vuotiaita. Suurin osa vastaajista oli ikäryhmissä 31- 50 vuotta. Kuviossa 6. on esitetty vastaajien ikäjakauma. Vastanneista terveydenhoitajia oli 85 %, kättilöitä 6 % ja yhdistelmätyöntekijöitä 9 %: lla. Vastanneista 39 % työskenteli äitiysneuvolassa, 52 % lastenneuvolassa ja sekä äitiys- että lastenneuvolassa 9 %.



Kuvio 6. Tutkimuksen vastaajien ikäjakauma

Terveydenhoitajien työssäoloaika vaihteli neljästä kuukaudesta 31 vuoteen. Keskiarvo oli 12 vuotta. Vakituudessa työsuhteessa oli 73 %. Taulukossa 2. on esitetty neuvolan työntekijöiden työssäoloajat.

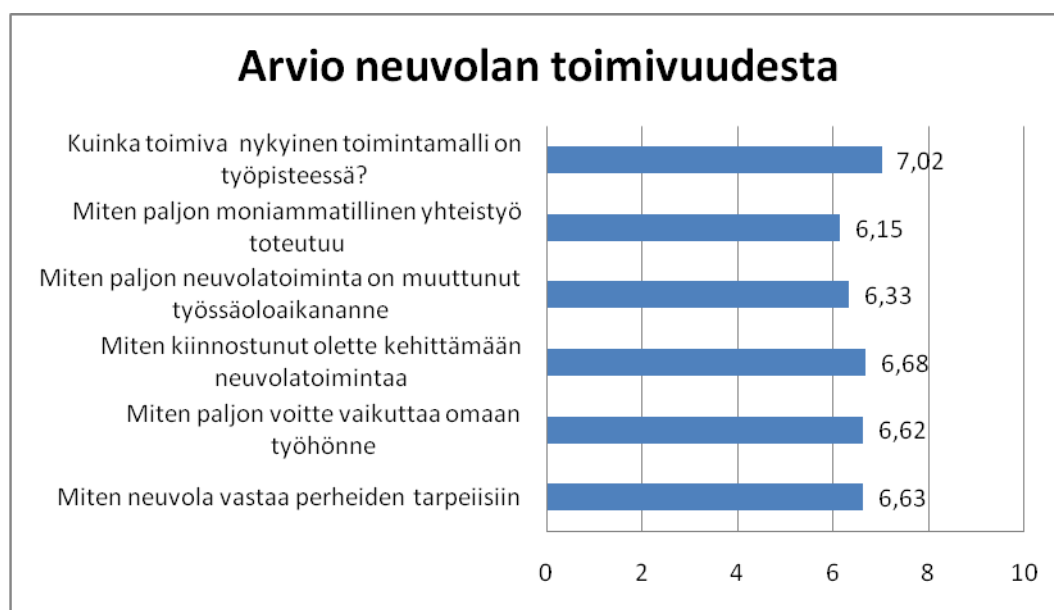
Taulukko 2. Terveydenhoitajien työssäoloajat

Työssäoloaika	n	%
alle 1 v	3	9,1 %
1-5 v	8	24,2 %
5-10 v	9	27,3 %
10- 15 v	1	3,0 %
15- 20 v	3	9,1 %
20- 25 v	5	15,2 %
yli 25 v	4	12,1 %
Yhteensä	33	100 %

6.2 Neuvolatoiminnan nykytila

Neuvolatoiminnan nykytilaa selvitettiin sekä strukturoiduilla että avoimilla kysymyksillä. Strukturoitujen kysymysten tarkoituksena oli selvittää nykyisen neuvolatoiminnan sujuvuutta, perhekeskeisyyttä, moniammatillisuutta, terveydenhoitajien mielipidettä neuvolan toimivuudesta ja oman työn mielekkyydestä nykyisessä neuvolassa. Strukturoitujen kysymysten tulokset olivat melko yhdensuuntaisia ja nykyisen neuvolan toimivuutta arvioitiin melko samankaltaisesti. Pisimpään työssä olleet terveydenhoitajat kuvasivat neuvolatoimintaa erittäin hyvin toimivaksi ja vain vähän muutoksia kaipaavaksi.

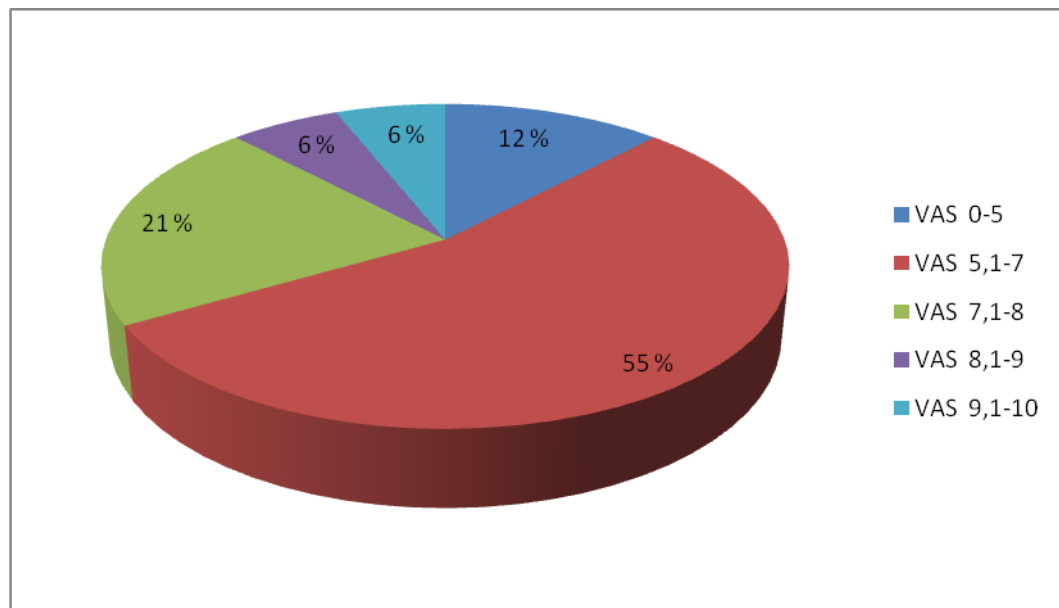
Terveydenhoitajat arvioivat VAS- janelalla nykyisen neuvolamallin toimivuutta, neuvolapalveluiden moniammatillisuutta ja muuttumista vastaajan työssäoloaikana. Lisäksi arvioitiin terveydenhoitajien kiinnostusta kehittää neuvolatoimintaa ja miten he voivat itse vaikuttaa omaan työhönsä. Kyselyssä kysyttiin myös, miten neuvola (nykyisellään) terveydenhoitajien mielestä vastaa perheiden tarpeisiin. Nykyisen neuvolamallin toimivuus arvioitiin tyydyttäväksi (keskiarvo 7). Huonoiten vastaajien mielestä toteutui moniammatillisuus (6,15). Neuvolatoiminnan koettiin muuttuneen (6,33). Keskimäärin vastaajat eivät olleet erityisen kiinnostuneita (6,68) kehittämään neuvolatoimintaa. Neuvolan koettiin vastaavan perheiden tarpeisiin tyydyttävästi (6,63). Kuviossa 7. on esitetty arviot neuvolan toimivuudesta.



Kuvio 7. Terveydenhoitajien arvio nykyisen neuvolatoiminnan toimivuudesta (VAS-janojen keskiarvot)

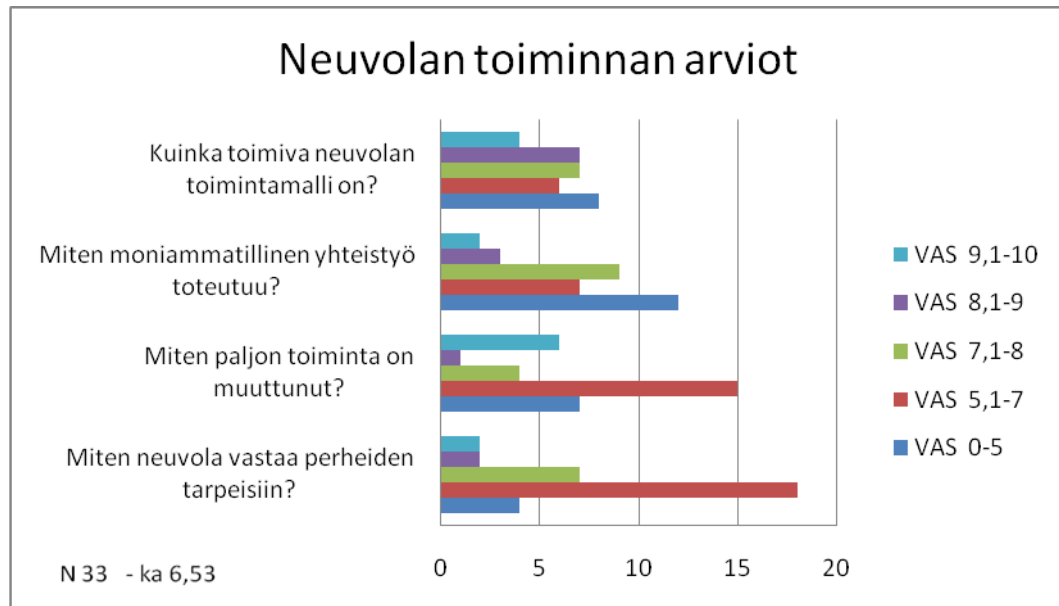
Yli puolet terveydenhoitajista arvioi, että neuvolat vastaavat perheiden tarpeisiin tyydyttävästi (55 %). Viidesosa (21 %) totesi sen kuitenkin melko hyväksi, ja erittäin hyväksi sen arvioi vain 6 % ja huonoksi 12 % vastaajista. Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen nykyisessä neuvolamallissa arvioitiin

olevan melko huonoa tai tyydyttävää (yhteensä 57 %). Melko hyväksi sen arvioi 27 %. Vain yhteensä 15 % vastaajista arvioi moniammatillisuuden toteutumisen hyväksi tai erittäin hyväksi. Kaikkien VAS -janojen keskiarvo oli 6,53. Kuviossa 8. on esitetty neuvolan vastaaminen perheiden tarpeisiin.



Kuvio 8. Neuvolan vastaaminen perheiden tarpeisiin

Vastauksissa oli selkeitä eroavaisuuksia riippuen vastaajan työkokemuksesta; mitä kokeneempi terveydenhoitaja oli, sitä paremmaksi hän moniammatillisuuden toteutumisen neuvolassa arvioi. (Tilastollinen merkitsevyys alle 20v /yli 20v, N= 20/13, $p < 0,001$, T-Testi) Kuviossa 9. on esitetty arviot nykyisen neuvolamallin toimivuudesta



Kuvio 9. Nykyisen neuvolamallin toimivuus (VAS janojen frekvenssianalyysi)

Kyselyssä selvitettiin myös, miten hyvin eri yhteistyötahojen kanssa tiimityö toimii. Terveystenhoitajat vastasivat avoimeen kysymykseen omin sanoin, vapaasti. Vastaukset koottiin ja luokiteltiin ylä- ja alakategorioihin ensin sen mukaan, onko kuvaus tai arvio yhteistoiminnasta positiiviseksi tai negatiiviseksi luokiteltavaa. Suurin osa terveydenhoitajista (71 %) luonnehti yhteistoimintaa positiivisin sanoin tai kuvauksin. Kysymykseen vastasi 31 terveydenhoitajaa. Moniammatillisen yhteistyön luonnehdintojen positiiviset ja negatiiviset kuvaukset on eritelty taulukossa 3. Positiivisista luonnehdinnoista ”toimiva” ja negatiivisista ”vähäistä” saivat eniten yhteneväisiä mainintoja.

Taulukko 3. Positiiviset ja negatiiviset luonnehdinnat moniammatillisesta yhteistyöstä nykyisessä neuvolamallissa (n 31).

POSITIIVISET		
Toimivaa	9	27 %
Sujuva	3	9 %
Joustavaa	3	9 %
Erittäin hyvää	2	6 %
Saumaton	2	6 %
Luottamuksellinen	1	3 %
Luonteva	2	6 %
Yhteensä	22	71 %
NEGATIIVISET		
Vähäistä	3	9 %
Epäsäännöllistä	2	6 %
Ei toimi hyvin	2	6 %
Informatiivista	1	3 %
Jäykkää	1	3 %
Yhteensä	9	29 %

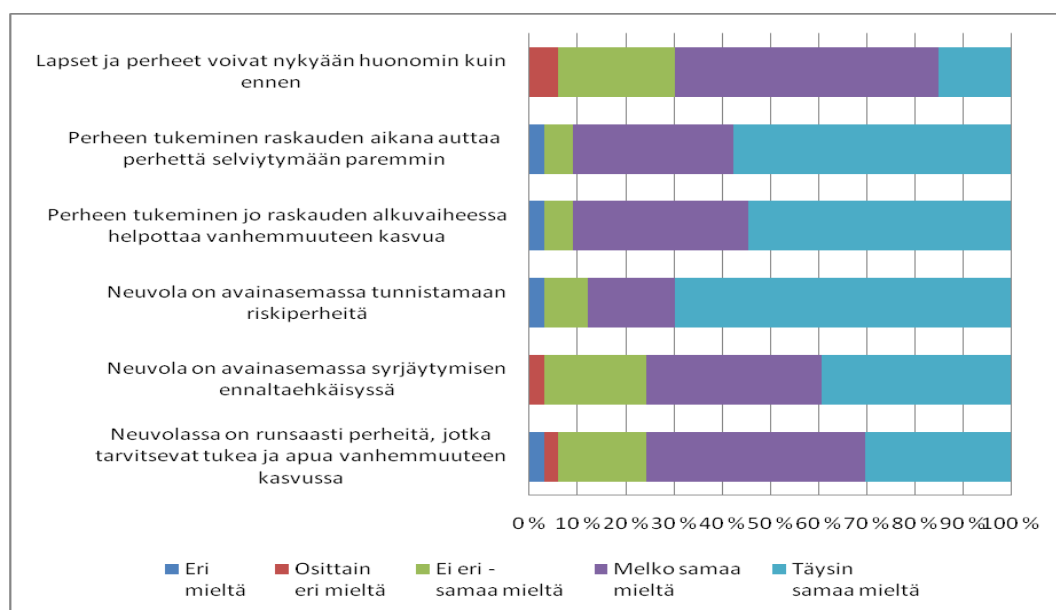
Käsitystä nykyisestä neuvolatoiminnasta tarkasteltiin myös väittämäkysymyksissä kyselylomakkeen viimeisessä osiossa. Väittämien vastausvaihtoehdot olivat numeerisia, joista valittiin yksi vastaajalle itselleen sopivin vaihtoehto. Numeeriset vastausvaihdot muokattiin sanallisiksi tutkimusanalyysivaiheessa seuraaviksi vaihtoehdoiksi:

1= eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3 =ei eri eikä samaa mieltä, 4= melko samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä.

Ei eri eikä samaa mieltä on vastausvaihtoehdoista ns. neutraali, ja se voi tarkoittaa myös en osaa sanoa – vastausta. Tässä tutkimuksessa se valittiin neutraaliksi vastausvaihtoehdoksi, koska kyselyn suorittaja mielsi ”en osaa sanoa”- vaihtoehdon terveydenhoitajien koulutusta, kokemusta ja perustyötä

ajatellen sopimattomaksi. Aihealueet olivat sellaisia, että koulutetulla, kokeneella terveydenhoitajalla on asioista jonkinlainen arvio tai mielipide.

Väittämiä vastausten mukaan terveydenhoitajat arvioivat neuvolan olevan avainasemassa tunnistettaessa riskiperheitä ja syrjäytymisen ehkäisyssä. Jopa 70 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että neuvola on avainasemassa riskiperheiden tunnistamisessa, perheen tukeminen jo raskauden alkuaikana helpottaa vanhemmuuteen kasvua (55 %) ja perheen tukeminen raskauden aikana auttaa perhettä selviämään tulevaisuudessakin paremmin (58 %). Kuviossa 10. on esitetty tulokset perheiden hyvinvoinnin arviosta ja neuvolan asemasta perheiden tukemisessä.



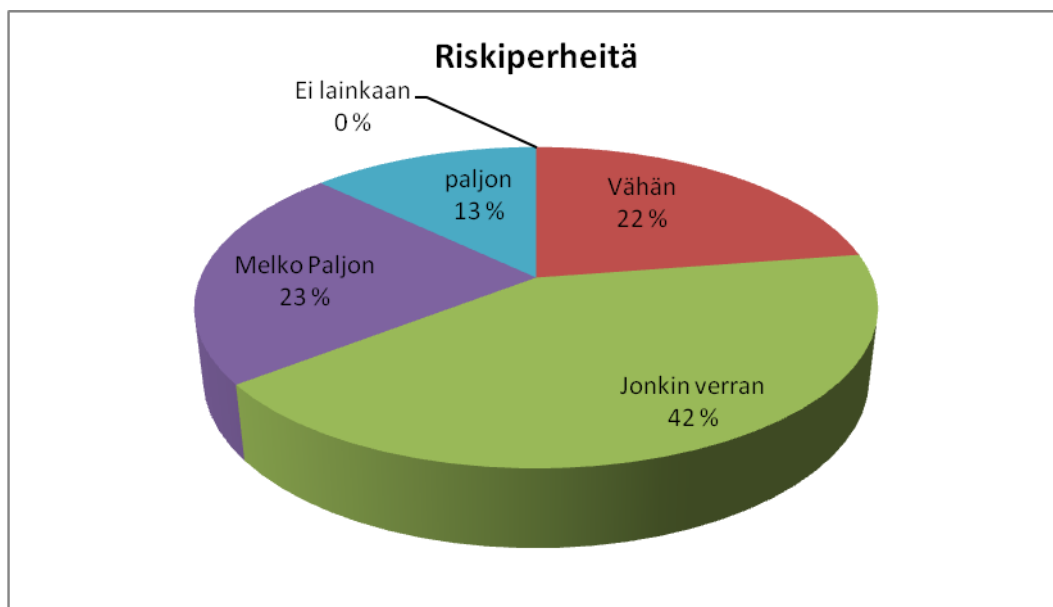
Kuvio 10. Perheiden hyvinvoinnin arviointi ja neuvolan asema perheiden tukemisessa

Monivalintakysymyksistä ilmeni, että lähes puolet (45 %) arvioi nykyisen neuvolatoiminnan monipuoliseksi, moniammatilliseksi ja perheiden etuja ajavaksi. Moniammatillinen yhteistyö näkyy päivittäisessä tai viikoittaisessa toiminnassa 48 %: lla, kun taas 15 % vastaajista arvioi, ettei moniammatillisuus

ole viikoittaista tai kuukausittaista. Nykyisellään neuvoloissa on tulosten mukaan tällä hetkellä runsaasti perheitä, jotka tarvitsevat tukea ja apua vanhemmuudessa. 75 % vastanneista terveydenhoitajista arvioi tämän tuen ja avun tarpeen runsaaksi, ja lasten ja perheiden hyvinvoinnin heikentyneen entisestään (74 %). Neuvolatoiminnan arvioitiin muuttuneen terveydenhoitajien työssäoloaikana jonkin verran (45 %), melko paljon (12 %) tai erittäin paljon (18 %). Kuitenkin yli 20 % arvioi, ettei neuvolatoiminta ole muuttunut lainkaan tai se on muuttunut vain vähän vuosien aikana.

Terveydenhoitajat arvioivat kyselyssä myös ns. riskiperheiden määrää omassa neuvolassaan. Riskiperheen ”kriteerit” oli lueteltu erikseen kyselylomakkeessa ja vastaajat arvioivat määrän asteikolla 1 -5 (ei lainkaan – paljon). Vastauksissa ilmeni, ettei riskiperheen määrällä ollut merkitystä moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa eri neuvoloissa tällä hetkellä, ja vähäininkin riskiperheiden määrä neuvolassa vaatii vastaajien mukaan moniammatillisen yhteistyön lisäämistä neuvolatoimintaan, ja terveydenhoitajat kokivat moniammatillisuuden tärkeänä. (Tilastollinen merkitsevyys, paljon riskiperheitä/ vähän riskiperheitä, T-testi, $p > 0,005$)

Moniammatillisuuden lisääminen ja neuvolan toimintamallin kehittäminen koettiin tärkeäksi myös niissä neuvoloissa joissa arvioitiin riskiperheitä olevan vähän. Kaikissa vastauksissa arvioitiin olevan ainakin jonkin verran riskiperheitä, ”Ei lainkaan”- vastauksia ei ollut lainkaan. Kuviossa 11. on esitetty arvioidut riskiperheiden määrät.

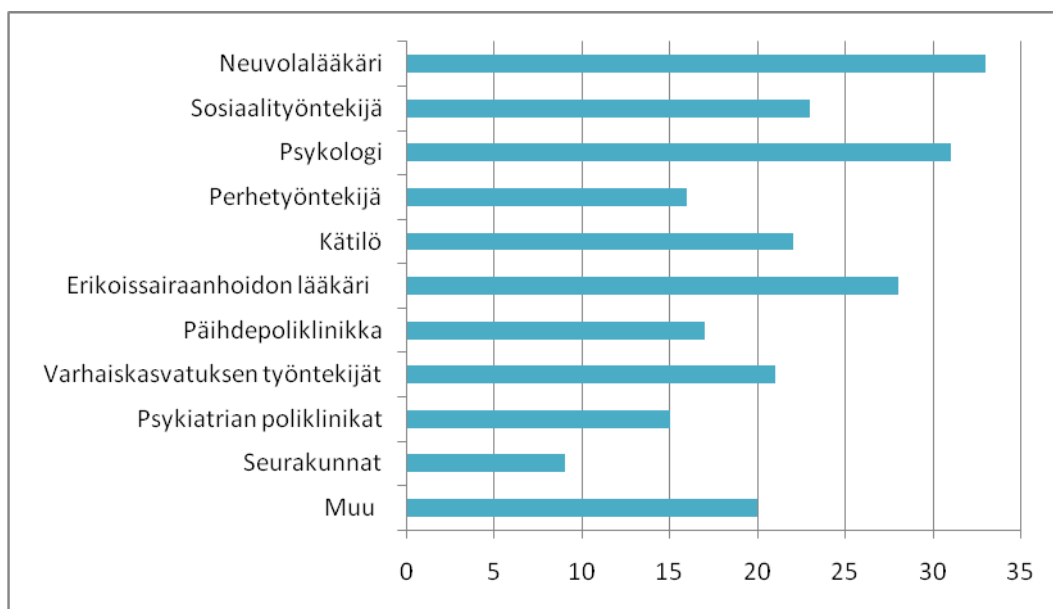


Kuvio 11. Riskiperheiden määrä nykyisessä neuvolatoiminnassa terveydenhoitajien arvioimana

Terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä monien eri tahojen kanssa. Suurin osa terveydenhoitajista vastasi tekevänsä viikottain yhteistyötä neuvolalääkärin kanssa. Lisäksi suurin osa tekee säännöllisesti moniammatillista yhteistyötä psykologin, sosiaalityöntekijän ja erikoissairaanhoidon lääkärin kanssa. Vähemmän yhteistyötä tehdään perhetyöntekijän, päihdepoliklinikan ja esimerkiksi kolmannen sektorin kanssa. Lastenneuvoloissa yhteistyötä tehdään varhaiskasvatuksen työntekijöiden, ja äitiysneuvoloissa kättilöiden kanssa. Moniammatillista yhteistyötä toivoivat miltei kaikki vastanneet terveydenhoitajat, erityisesti ne terveydenhoitajat, joilla työkokemusta on alle 20 vuotta. (Tilastollinen merkitsevyys alle 20v/yli 20v, T-Testi, $p < 0.001$)

Tulevaisuuden äitiys- ja lastenneuvoloilta toivottiin lisäksi parityöskentelyä lääkäriin, sosiaalityöntekijän tai perhetyöntekijän kanssa, vaikka tuloksista selvisikin, että jo kauan työelämässä olleet (yli 20 vuotta) kokivat jatkuvan kehityksen ja muutoksen haasteellisena ja vaikeana. Muita (kohta "muu" kyselylomakkeessa) yhteistyötahoja ovat Pinja, psykiatrian poliklinikka, fysio- ja

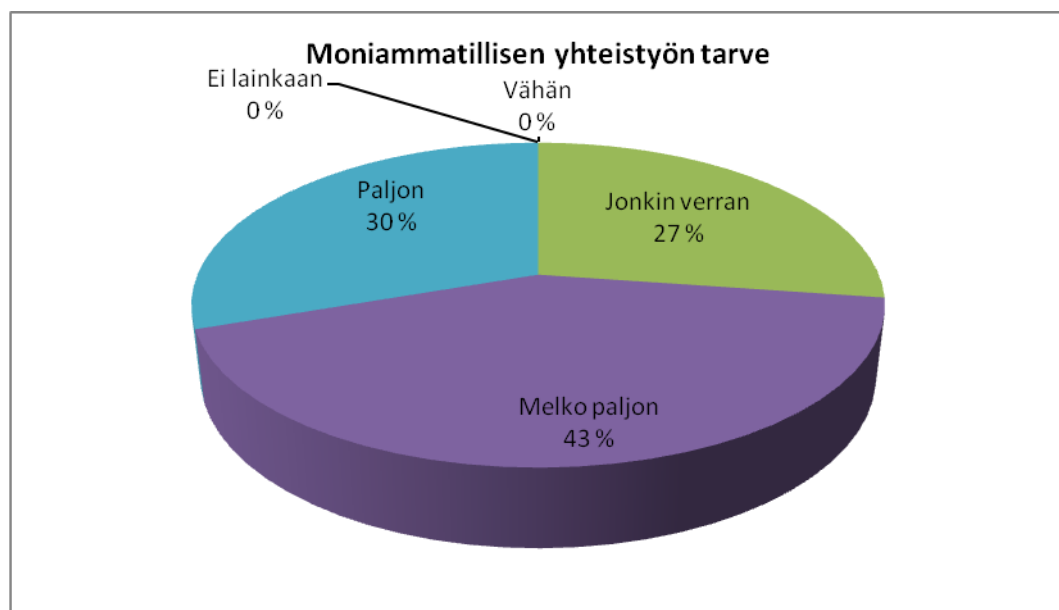
toimintaterapeutti, ravitsemus- ja puheterapeutti ja esimerkiksi synnytysosasto. Kuviosta 12. ilmenee yhteistyötahot vastaajamäärittäin.



Kuvio 12. Moniammatilliset yhteistyötahot terveydenhoitajien mukaan

Moniammatillista yhteistyötä nykyisessä neuvolatoiminnassa tutkittaessa terveydenhoitajat arvioivat eri yhteistyötahon kanssa tehtyä yhteistyötä asteikolla: *toimii erittäin hyvin*, *toimii hyvin*, *toimii tyydyttävästi*, *toimii melko huonosti* ja *toimii huonosti*. Tämän lisäksi annettiin vastausvaihtoehto ”*ei koske minua*”. Terveydenhoitajat arvioivat erittäin hyvin toimivaksi yhteistyön neuvolalääkäriin (57,5 %), psykologin (30 %) ja kätilön (30 %) kanssa. Hyvin toimivaksi arvioitiin edellisten lisäksi päihdepoliklinikan, varhaiskasvatuksen ja erikoissairaanhoidon lääkärin kanssa tehty yhteistyö. Sosiaalityöntekijän (36 %) ja perhetyöntekijän (36 %) kanssa tehty yhteistyö arvioitiin tyydyttäväksi. Melko huonosti ja huonosti toimivia yhteistyötahoja oli vastauksissa vain muutamia, kun taas *ei koske minua* – vastauksia oli runsaasti seurakunnan, psykiatrian poliklinikan ja päihdepoliklinikan kanssa tehtävästä yhteistyöstä.

Moniammatillista yhteistyötä harjoitetaan neuvoloissa pääasiassa puhelimitse ja yhteistapaamisin tai palaverein. Neuvolalääkärin kanssa terveydenhoitajat pitävät yhteisvastaanottoja viikoittain. Psykologin, sosiaalityöntekijän, perhetyöntekijän ja kättilön kanssa yhteistyö on puhelimitse tapahtuvaa konsultointia. Lastenneuvoloissa psykologi ja varhaiskasvatuksen työntekijä osallistuvat moniammatilliseen yhteispalaveriin. Sekä äitiys- että lastenneuvolan terveydenhoitajat tarvitsevat lähetteen erikoissairaanhoidon lääkärin vastaanotolle. Moniammatillinen yhteistyö neuvolassa arvioitiin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Yli 70 % vastaajista koki tarvetta olevan paljon tai melko paljon. Kuviossa 13. on esitetty moniammatillisen yhteistyön tarve neuvolatoiminnassa terveydenhoitajien näkökulmasta.

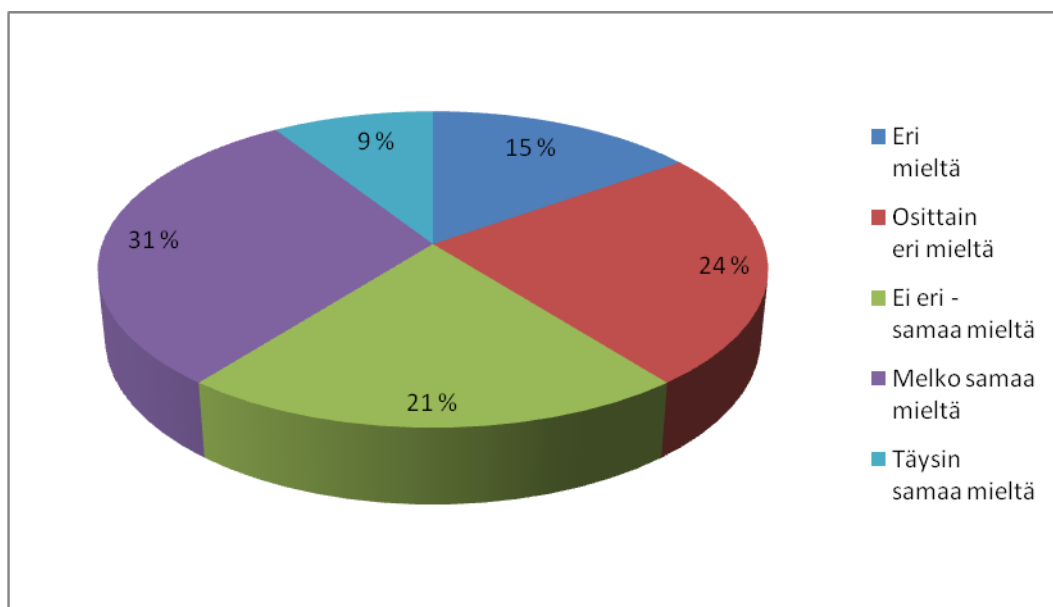


Kuvio 13. Moniammatillisen yhteistyön tarve neuvolatoiminnassa terveydenhoitajien arvioimana

6.3 Terveydenhoitajan oma työ neuvolassa

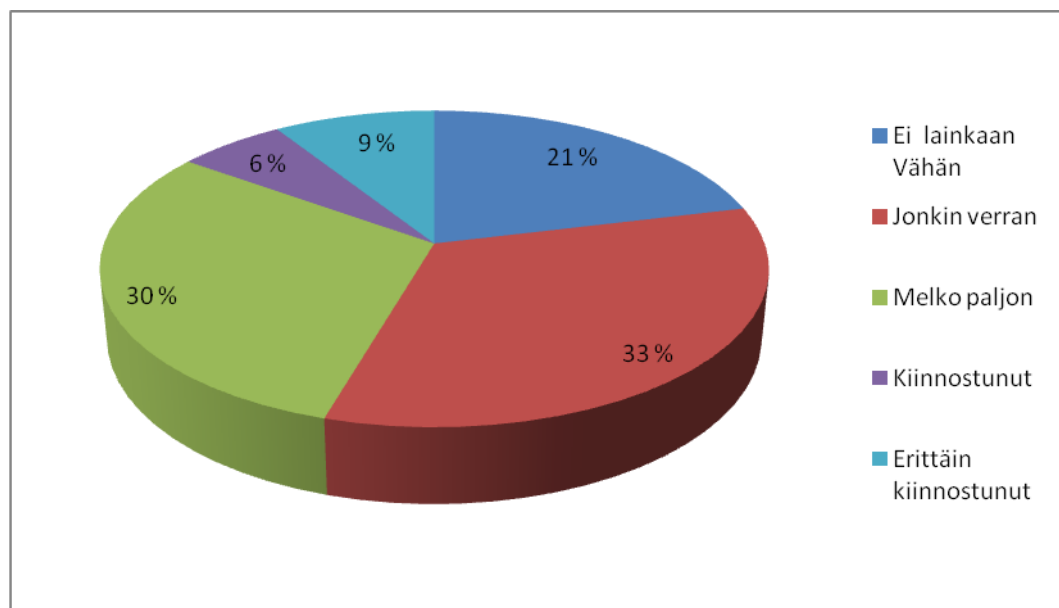
Kyselyssä kartoitettiin terveydenhoitajien käsityksiä ja arvioita omasta työstään ja työn kehittämisestä sekä siitä, minkälaista tukea he toivovat saavansa työssään, miten motivoituneita ja kiinnostuneita he ovat kehittämään neuvolatoimintaa ja miten he kokevat voivansa vaikuttaa omaan työhönsä neuvolassa. Kysymykset kysyttiin VAS- janoin, monivalinta- ja avoimin kysymyksin.

Terveydenhoitajien mielipiteet neuvolakäyntien aikataulutukseen olivat vaihtelevia. Kuitenkin vain 9 % vastaajista koki, että heillä on riittävästi aikaa perheille neuvolakäynneillä ja 31 % vastasi, että aikaa on melko riittävästi. Yhteensä 39 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei aikaa ole riittävästi. Kuviossa 14. selvitetään ajankäytön riittävyyden vastausjakaumat.



Kuvio 14. Terveydenhoitajien arvio perheille varatun ajan riittävyydestä neuvolakäynneillä

Omaan työhönsä voivat vaikuttaa erittäin paljon, paljon tai melko paljon 30 % vastaajista. 46 % vastaajista arvioi voivansa vaikuttaa jonkin verran ja ei lainkaan tai vähän arvionsa mukaan 15 %. Kehittämistoiminnasta kiinnostuneita terveydenhoitajia oli suhteellisen vähän, vaikka kysymyksen kohdalla ilmeni eriäviäkin vastauksia. Melko paljon tai jonkin verran kiinnostuneita terveydenhoitajia oli yhteensä 64 % vastaajista, ei lainkaan tai vähän kiinnostuneita oli yhteensä 21 % vastaajista. Erittäin kiinnostuneita ja kiinnostuneita oli yhteensä 15 % eli viisi terveydenhoitajaa. Uudenlaisen neuvolamallin kehittämisestä erittäin kiinnostuneita oli 6 % vastaajista, kiinnostuneita 30 % ja jopa 46 % vastaajista ei osannut sanoa, onko kiinnostunut uudenlaisen neuvolamallin kehittämisestä Turun seudulle. Suurin osa (70 %) terveydenhoitajista pitää kuitenkin oman työn kehittämistä tärkeänä ja vastaajista työ vaatii ehdottomasti kehittämistä. Kuviossa 15. on esitetty terveydenhoitajien kiinnostus olla mukana neuvolatoiminnan kehittämisessä.



Kuvio 15. Terveydenhoitajien kiinnostus neuvolatoiminnan kehittämiseen (itse mukana kehittämistoiminnassa)

Terveydenhoitajat arvioivat omaan työhön liittyviä tuen tarpeita ja toiveita siitä, minkälaista tukea he työhönsä toivoivat. Vastauksista ilmeni, että vertaistuki, tiimityö, esimiestuki, työnohjaus, koulutus, aika ja muut resurssit, sijaisten saatavuus, positiivinen palaute ja hitaampi muutostahti olivat ensisijaisia. Kaikki vastaukset taulukoitiin, jonka jälkeen ne jaettiin työyhteisöllisiin, resursseihin liittyviin ja koulutuksiin liittyviin tuen toiveisiin. (Taulukko 4.) Johtopäätöksenä huomattiin, että työyhteisölliset ja koulutukselliset tarpeet ja toiveet olivat selkeästi suurempia kuin muut mainitut tukimuodot. Tärkeimmiksi tukimuodoiksi nousivat tiimityö/yhteistyö ja esimieheltä saatu tuki.

Työyhteisöllisistä tuen muodoista mainittiin esimiestuki, positiivinen palaute, tiimityö ja vertaistuki. Tiimityö ja esimiestuki mainittiin molemmat 33 % vastauksissa. Resurssitekijöinä oman työn tukena mainittiin sijaiset, aika, välineet ja taloudelliset resurssit. Aika-resurssija mainittiin yhteensä 33 %:ssa vastauksista. Koulutuksellisia tekijöitä olivat terveydenhoitajien mukaan hitaampi muutostahti, työnohjaus ja varsinaiset koulutukset, joita ilmeni jopa 50 %:ssa vastauksissa, joissa toivottiin koulutuksellista tukea omaan työhön. Työnohjausta toivottiin 40%:ssa vastauksista ja hitaampaa muutostahtia 10 %:ssa. Taulukossa 4 on esitetty vastausten jakauma.

Taulukko 4. Tuen tarve ja tuenmuodon toiveet terveydenhoitajan työssä

Työyhteisön merkitys		
Vertaistuki	6	18 %
Tiimityö	11	33 %
Positiivinen palaute	2	6 %
Esimiestuki	11	33 %
Yhteensä	30	91 %
Resurssointi		
Resurssit (välineet, talous)	4	12 %
Aikaa	3	9 %
Sijainen lomien ja poissaolojen ajaksi	2	6 %
Yhteensä	9	27 %
Koulutus, perehdytys		
Koulutus	10	30 %
Työnhjaus	8	24 %
Hitaampi muutostahti	2	6 %
Yhteensä	20	61 %

Terveydenhoitajat eivät olleet tietoisia erilaisista ja eritavoin toimivista neuvolamalleista. Vain 13 % vastaajista arvioi tietävänsä, millaisia erilaisia neuvolatoiminnan malleja Suomessa on käytössä. Hyvinvointineuvola käsitteenä koettiin uudeksi, hienoksi, hienostelevaksi ja jopa utopistiseksi. Myös mainintoja toimivuudesta, moniammatillisuudesta, tiimityöstä, saman katon alla - toiminnasta ja koko perheen huomioimisesta tuli hyvinvointineuvola-käsitteen selitystä koskevassa kysymyksessä. Muutamassa vastauksessa tuotiin esille, että nykyinen neuvolamalli on jo tällaisenaan hyvinvointineuvola. Hyvinvointineuvolaan liitettiin enemmän resursseja kuin nykyiseen neuvolan toimintaan; resursseina ilmi tulivat taloudelliset, henkilöstö- ja toimitilaresurssit. Hyvinvointineuvolaan liitettiin myös henkilökunnan hyvinvointi, koulutukset, työhön saatu tuki ja koulutusmahdollisuudet.

6.4 Uusi neuvolamalli

Kyselyssä kartoitettiin terveydenhoitajien käsityksiä, toiveita ja ideoita uudesta neuvolan moniammatillisesta, perhekeskeisestä mallista. Suurin osa terveydenhoitajista piti uudistuksia ja toiminnan kehittämistä positiivisena ja tarpeellisena toimena, joiden tarkoituksena on kehittää sekä neuvolan palveluita että sen asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllistä asiakkaan kohtaamista. Neuvolan terveydenhoitajat kokivat aika- ja tilaresurssien olevan puutteelliset tällä hetkellä, tulevaisuudessa näihin tulisi kiinnittää kehittämistyössä myös huomiota. Esimiehen tuki ja työnohjaus mainittiin useassa lomakkeessa tärkeimmiksi tukimuodoiksi neuvolan terveydenhoitajan työssä. Tukitoimintaa toivottiin lisää ja tuen muodoiksi ehdotettiin vertaistukea, vertaistukiryhmiä (kollegat) ja esimiehen kanssa säännöllistä tapaamista. Työnohjausta ei kaikissa neuvoloissa tällä hetkellä ole, ja sitä toivottiin järjestettäväksi säännöllisesti.

Aika- ja tilaresurssien sekä erilaisten tukimuotojen lisäksi uuden neuvolamallin toimintaan tarvitaan riittävästi henkilöstöä. Tulevaisuuden toiveina terveydenhoitajista suuri osa piti sijaishankinnan, rekrytoinnin ja riittävän henkilökuntamäärän oleellisina osina toimivaa ja perhettä tukevaa neuvolatoimintaa. Muutama vastaajista oli sitä mieltä, että nykyisellään resurssit ja tuen määrä työpaikalla on riittävä eikä tulevaisuudessa niiden suhteen tarvitse tehdä muutoksia.

Hyvän neuvolatoiminnan tunnusomaisiksi piirteiksi mainittiin, asiakaslähtöisyys (33 %), moniammatillisuus (30 %) ja perhekeskeisyys (33 %). Palveluiden saatavuus, aikaresurssit ja asiantuntijuus mainittiin myös noin 15 %:ssa vastauksista. Hajamainintoja olivat matala kynnyks, herkkä puuttuminen, yhteiset toimintaperiaatteet ja selkeä työnjako sekä yksilöllisyys. Terveydenhoitajista perhettä voidaan tukea entistä paremmin tulevaisuudessa erilaisten osatekijöiden avulla. 39 % vastaajista oli sitä mieltä, että moniammatillisuuden keinoin perhe saa entistä enemmän tukea jo varhaisessa vaiheessa

raskausaikana. Resurssit vastattiin 36 %:ssa vastauksista ja perhekeskeinen työote 33 %:ssa vastauksista. Hajavastauksia olivat kokemus, ammattitaito, työn suunnittelu, luottamuksellisuus, selkeä ohjeistus ja henkilökunnan pysyminen samana.

Kysyttäessä, mitä terveydenhoitajille tuli mieleen hyvinvointineuvolasta, saatiin hyvin erilaisia vastauksia. Hyvinvointineuvolasta mieleen tulleet ominaispiirteet liittyivät selkeästi moniammatilliseen yhteistyöhön, perhekeskeisyyteen, aikaresursseihin, terveyden edistämiseen ja toimivaan neuvolapalvelun verkostoon. Tämän lisäksi hyvinvointineuvola koettiin epäaitona ja utopistisena (6 % vastaajista), ja 6 %:n mukaan nykyinen neuvolamalli on jo hyvinvointineuvola. Moniammatillisuuden käsitteen terveydenhoitajat kokivat melko yhdenmukaisesti. Ominaispiirteitä moniammatillisuudelle olivat vastausten mukaan yhteistyö (27 %), yhteiset toimintatavat (21 %), konsultaatiot (15%), tiedon jakaminen ja työtaakan keventäminen (yhteensä 12%). Lisäksi vastauksista ilmeni, että moniammatillisuus koetaan resursointina, hyvän lopputuloksen mahdollistajana ja yhteistyönä asiakkaan parhaaksi. Kuviossa 16. on esitetty hyvinvointineuvolaan, moniammatillisuuteen ja hyvän neuvolamallin tunnusomaiset piirteet.

MONIAMMATILLISUUS	HYVINVOINTINEUVOLA	HYVÄ NEUVOLATOIMINTA
<ul style="list-style-type: none"> • Helppo saatavuus (24%) • Koko perheen huomioiminen (45%) • Moniammatillinen yhteistyö (27%) • Terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy (21%) • Palvelut saman katon alla (15%) • Aikaa (15%) • Epäaitous (6%) • Yksilöllisyys (3%) • Positiivisuus (3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Helppo saatavuus (24%) • Koko perheen huomioiminen (45%) • Moniammatillinen yhteistyö (27%) • Terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy (21%) • Palvelut saman katon alla (15%) • Aikaa (15%) • Epäaitous (6%) • Yksilöllisyys (3%) • Positiivisuus (3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakslähtöisyys (33%) • Moniammatillisuus (30%) • Perhekeskeisyys (33%) • Palveluiden saatavuus (12%) • Aikaresurssit (12%) • Asiantuntijuus (15%) • Matala kynnyks, herkkä puuttuminen (6%) • Yhteiset toimintaperiaatteet ja selkeä työnjako (6%) • Yksilöllisyys (3%)

Kuvio 16. Moniammatillisuuteen, hyvinvointineuvolaan ja hyvään neuvolatoimintaan liitetyt ominaispiirteet

Tulevaisuuden neuvola nähtiin moniammatillisena, koko perheen neuvolana, ennaltaehkäisevän työn ja matalan kynnyksen paikkana, jossa asiakkaille on riittävästi aikaa ja sama neuvolan terveydenhoitaja hoitaa koko perhettä. Neuvolamalli koostuisi moniammatillisesta ryhmästä, joka työskentelisi joko saman katon alla, tiiviissä säännöllisessä yhteistyössä tai isoimmissa ryhmätapaamisissa. Useissa vastauksissa ehdotettiin perhetyöntekijän liittämistä neuvolatyöhön. Perhetyöntekijän vastuulla olisi myös kotikäynnit. Yhteistyöhön terveydenhoitajan kanssa ehdotettiin myös sosiaalityöntekijää, psykologia sekä erityislastentarhan opettajaa (lastenneuvolat). Neuvolalääkärin toiminta jatkuu yhteistyössä neuvolan terveydenhoitajan kanssa, kuten tälläkin hetkellä.

Tiivistä yhteistoimintaa toivoi yhteensä kahdeksan (24 %) vastaajaa. Tiiviin yhteistyön kokoonpanoksi ehdotettiin seuraavia:

- Terveydenhoitaja, lääkäri ja perhetyöntekijä (3 vastaajaa)
- Terveydenhoitaja, lääkäri ja sosiaalityöntekijä (2 vastaajaa)
- Terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä ja perhetyöntekijä (3 vastaajaa)

Muita neuvolan yhteistyötahoja olisivat vastausten mukaan erityislastentarhanopettaja (lastenneuvolat), erikoissairaanhoido, fysio- ja toimintaterapeutit, ravitsemusterapeutti, äitiyspoliklinikka (äitiysneuvolat) ja Ensikoti Pinja (Turun ensi- ja turvakoti ry:n ylläpitämä päihdeongelmien hoitoon erikoistunut kuntoutusyhteisö raskaana oleville tai juuri synnyttäneille naisille ja heidän lapsilleen). Lisäksi yhteistyötahoiksi vastattiin seurakunnat ja kolmas sektori.

Kyselyssä kysyttiin terveydenhoitajien mielipidettä siitä, miten moniammatillinen yhteistyö järjestettäisiin, jos he saisivat päättää. Ylivoimaisesti eniten ehdotettiin tiimitapaamisia (58 %) eri kokoonpanoin. Saman katon alle - toimintaa ehdotettiin 12 %:ssa ja konsultaatioiden pohjalta järjestettyä yhteistyötä 6 %:ssa vastauksista. Lisäksi ehdotettiin neuvolaryhmien jatkumista ja palveluiden keskittämistä (yhteensä 6 % vastaajista). Taulukossa 5. esitetään yhteistyöhalukkuutta eri ammattiryhmien kanssa.

Taulukko 5. Yhteistyöhalukkuus eri ammattiryhmien kanssa kyselyyn perustuen

Yhteistyöhalukkuus eri ammattiryhmien kanssa	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei eri - samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Perhetyöntekijä olisi hyvä kotikäyntejä tekemässä	6 %	0 %	9 %	27 %	58 %
Tekisin mielelläni yhteistyötä eri järjestöjen kanssa	6 %	25 %	38 %	22 %	9 %
Tekisin mielelläni yhteistyötä seurakunnan kanssa	6 %	21 %	42 %	18 %	12 %
Tekisin mielelläni töitä parityöskentelyperiaatteella lääkärin kanssa	0 %	3 %	12 %	36 %	48 %
Tekisin mielelläni töitä parityöskentelyperiaatteella sosiaalityöntekijän kanssa	9 %	18 %	30 %	24 %	18 %
Tekisin mielelläni töitä parityöskentelyperiaatteella perhetyöntekijän kanssa	6 %	12 %	27 %	21 %	33 %

Uudenlaista neuvolamallia suunniteltaessa ja kehitettäessä henkilökunnan motivaatiolla ja muutoshalukkuudella on merkitystä prosessin jokaisessa vaiheessa. Muutoksen toteutuksen kannalta haasteellista on työntekijöiden tiedon- ja vaikutusmahdollisuuksien puute sekä se, ettei työntekijöillä ole henkilökohtaista syytä ja tarvetta muutokselle. Uudenlaista toimintamallia suunniteltaessa on tärkeää, että tiedotus ja viestintä, kaikenlainen kommunikoiminen muutokseen liittyvistä asioista toimii moitteettomasti. Esimiestason sitouttaminen muutokseen on myös välttämätöntä; muutosta tulee johtaa ja muutokseen vaikuttavat tekijät tunnistaa. (Erämetsä 2003, 37- 40.).

Muutoksen tulisi helpottaa työntekijöiden työtä ja sen tulisi olla välttämätön (Erämetsä 2003, 19 - 20). Tämän vuoksi henkilökunnan motivaatio ja halukkuus sekä kyvyt olla mukana muutoksessa ja uusien asioiden tai esimerkiksi toimintamallien suunnittelussa ovat välttämättömiä ja tunnistettavissa olevia seikkoja.

7 Tulosten johtopäätökset ja pohdinta

7.1 Kyselyn eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin; tästä prosessista onkin tehtävä mahdollisimman ”läpinäkyvä”. Tässä raportissa koko kehittämishankkeen prosessi ja aineiston analyysi on pyritty kuvaamaan vaiheittain, mahdollisimman tarkasti jokainen vaihe erikseen kuvailtuna. Raportointia on helpotettu kuvioin, kuvin ja taulukoin, jolloin lukija saa selkeämmän kuvan kokonaisuudesta. Kyselytutkimuksen matriisi on kirjattu ja tallennettu tarkkaan, mikä mahdollisti aineistoon palaamisen uudelleen tarpeen vaatiessa. Tutkimuksen tulee olla myös asianmukaisesti rajattu, tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja esimerkiksi tutkimuksen kohdeorganisaation toiveet huomioiden (Taanila 2009, 5.) Tämän kehittämishankkeen kyselyn kohteena olivat Turun seudun äitiys- ja lastenneuvoloiden kaikki terveydenhoitajat kohdeorganisaation toiveen mukaisesti. Ideaalimallin pilotoimisen jälkeen neuvolauudistus tulee käsittämään koko neuvolatoiminnan Turun seudulla, joten kohteena olivat kaikki neuvoloiden terveydenhoitajat.

7.1.1 Kyselyn luotettavuus

Tutkimusten luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan sekä validiteettia että reliabiliteettia. Mittarin validiteetti tarkoittaa sen pätevyyttä eli hyvyttä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata, tarpeeksi kattavasti ja laajasti. Mittaria pitää osata käyttää oikeaan kohteeseen, oikealla tavoin ja oikeaan aikaan. Validi mittari on tulos onnistuneesta operationalisoinnista. On hyvä, jos lukija voi tutkimusprosessia seuraten arvioida mittarin pätevyyttä ja vakuuttua siitä. (Vilkkä 2005, 161- 162; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 152.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan luotettavuutta, käyttö- ja toimintavarmuutta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa sillä tarkoitetaan mittarin kykyä mitata aina samaa asiaa. (Vilkkä 2005, 161- 162; Hirsjärvi ym. 2009, 216- 217; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 152.) Sekä määrällisessä että laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee perustella menetelmät, tulokset ja johtopäätökset. (Tynjälä 1991, 387- 390; Vilkkä 2005, 161- 162.)

Tämän kehittämishankkeen kyselytutkimuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota mittarin valintaan, sen kokoamiseen ja kysymysten tarkoituksenmukaisuuteen. Kyselylomake esiteltiin neljällä ”koehenkilöllä”, jotka suostuivat pyynnöstä lomakkeen esitellään. Esitellään testataan mittarin toimivuutta ja luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 154.) Esitellään jälkeen saatiin palautetta kysymyksistä, lomakkeen rakenteesta ja kehittämisehdotuksia lomakkeen sisältöön ja kysymysjärjestykseen sekä kysymyksiin sisältyviin ohjeistuksiin. Ennen kyselylomakkeiden lähettämistä tutkittaville terveydenhoitajille pidettiin tiedotustilaisuus, jossa informoitiin tutkimuksesta ja sen aikataulusta. Vasta esitellään, kyselylomakkeen parantelun ja kehittämisen sekä informaatiotilaisuuksien jälkeen lomakkeet lähetettiin tutkittaville. Kyselylomake oli samanlainen kaikille vastaajille.

Anonymiteetista huolehtiminen on osa luotettavaa ja pätevää tutkimusta, välttämätöntä koko tutkimuksen aikana (Vilkkä 2005, 35.) Tässä kyselyssä tutkija huolehti koko prosessin ajan, että vastaajien anonymiteetti säilyy.

Tutkittavien nimiä tai työpisteitä ei kysytty tutkimuksen missään vaiheessa, projektipäällikkö käsitteli, analysoi ja litteroi aineiston, eikä kukaan ulkopuolinen päässyt käsiksi aineistoon missään vaiheessa tutkimusta. Tutkimusanalyysivaiheessa lomakkeet numeroitiin satunnaisessa järjestyksessä ja vastaukset tallennettiin tietokoneelle. Tiedostot tuhottiin aineiston analyysin jälkeen siinä vaiheessa, kun ne oli litteroitu ja käsitelty kattavasti.

Vastaajia ei voida tunnistaa tulosten perusteella, sitaatteja ei tulosten kirjaamisessa käytetty lainkaan, vaan avoimissa kysymyksissä vastauksista poimittiin tietoa erikseen laadittuihin pääluokkiin. Kyselyn tulosten analyysin eri vaiheissa - etenkin avointen kysymysten kohdalla - tehdyt muistiinpanot mahdollistivat ja helpottivat aineiston käsittelyä ja siihen palaamista sisällön analyysiä tehdessä. Tällä tavoin edesautettiin tutkimustulosten luotettavaa ja todenmukaista kirjaamista sekä johtopäätösten muodostamista. Projektipäällikkö haki palautetut, suljetuissa kirjekuorissa olleet kyselylomakkeet ylihoitajalta, numeroi kyselylomakkeet satunnaisesti ja litteroi ja analysoi ne kahdessa osassa palautuspäivien mukaisessa järjestyksessä, heti palautumisen jälkeen. Nopea litterointi parantaa tutkimuksen analyysia ja koko tutkimuksen laatua.(Vilkkä 2005, 115- 116.)

Kyselyn eri vaiheet on pyritty kuvaamaan yksityiskohtaisesti ja kehittämishankkeen koko prosessi on kuvattu tarkasti vaihe vaiheelta, jonka jälkeen on tarkasteltu toimintatutkimuksen prosessia ja sykliä mahdollisimman tarkasti. Aineiston keruu, analysointi ja tulosten tulkinta on kuvattu vaiheittain, ja eettisyyttä sekä luotettavuutta on tarkasteltu koko tutkimuksen ajan. Näin lukijalle luodaan edellytykset hyväksyä tai hylätä tutkijan tulkinnat. (Vilkkä 2005, 155; Saaranen- Kauppinen & Puuniekka 2006; Kankkunen& Vehviläinen-Julkunen 2009, 160- 161.)

Satunnaisia virheitä olisi voinut aiheutua tässä kyselyssä kysymysten väärinymmärtämisessä, motivaatiotekijöissä, vastausajankohdassa ja aikatauluissa sekä tutkijan vastausten väärinkirjaamisessa. Väärinymmärretyt kysymykset aiheuttivat suurimman osan tutkimuksen satunnaisista virheistä. Tämä johtunee kyselylomakkeen rakenteesta ja monista eri kysymystyypeistä ja

vastaustavoista. Kyselylomaketta olisi voitu yksinkertaistaa tai yhdenmukaistaa, jolloin vastaaminen monimutkaisempiin monivalinta ja numerointi kysymyksiin olisi ollut helpompaa. Nyt kysely koostui monista erityyppisistä kysymyksistä, ja se saattoi hankaloittaa vastaamista. Mittauksen eri vaiheissa saattaa tapahtua satunnaisia virheitä, jotka alentavat luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2005, 213-214.) Mittauksen pätevyyden kannalta mietitään myös, mitaako mittari sitä, mitä sen tuleekin mitata ja vastaavatko tutkimuksessa käytetyt käsitteet mittarilla mitattavia ilmiöitä? (Vilkkä 2005, 87.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa huomio kiinnitetään erityisesti tutkimuksen sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin, reliabiliteettiin sekä objektiivisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 152.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden osatekijät ovat totuusarvo, yleistettävyys, yhtäpitävyys ja neutraalisuus. Luotettavuuden arviointikriteereinä kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistettavuus. Tutkimuksen on oltava luotettava ja teoriaa muodostettaessa tulee esittää sellaiset perusteet, joilla tutkimus katsotaan luotettavaksi. (Tynjälä 1991, 390; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 160- 161.)

Kvalitatiivisen aineiston keruussa käytetään aineiston riittävyyden mittarina kylläisyyttä, millä tarkoitetaan sitä, että tutkija kerää aineistoa päättämättä etukäteen, miten monta tapausta hän tutkii. Aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat toistua. (Eskola & Suoranta 1998, 62- 63) Tässä kyselyssä kaksi kyselylomaketta palautui palautusajan jälkeen. Siihen mennessä kyselyn suorittaja oli lukenut ja litteroinut sekä analysoinut jo palautetut lomakkeet. Myöhästyneet lomakkeet luettiin huolellisesti läpi ja huomattiin, ettei niissä ilmennyt mitään uutta tietoa, mikä olisi mitenkään muuttanut tutkimustuloksia. ”Tutkija” totesi aineiston olleen riittävä ja myöhässä olleita lomakkeita ei hyväksytty mukaan tutkimukseen.

7.1.2 Kyselyn eettisyys

Tutkijalta vaaditaan kahdeksaa eettistä vaatimusta: älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyyden, vaaran, ihmisarvon, sosiaalisen vastuun, ammattiharjoituksen edistämisen sekä kollegiaalinen vaatimus. Näiden avulla saadaan erinomainen pohdintaperusta tutkimuksen eettisyydelle. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 172.) Tässä hankkeessa kyselyyn ja projektiryhmään osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja osallistujille täsmennettiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, ja heille annettiin mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Ennen kyselyn aloitusta mittarille annettiin kohdeorganisaatiolta lupa ja tutkittaville terveydenhoitajille pidettiin informaatiotilaisuus kyselystä. Perehtyneisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkittavalle kerrotaan kaikki oleellinen tieto tutkimuksesta ja on varmistuttava, että tutkittava ymmärtää informaation sekä sen, että osallistuu tutkimukseen vapaaehtoisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 26- 27; Kuula 2006, 99- 133; Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2009, 174.)

Tutkijan on ajateltava tutkittavaa ja tämän etua, noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Yleensä tutkittava luottaa annettuun informaatioon. Yhtenä eettisenä periaatteena on, ettei tutkittavien henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa tutkimusprosessia. Tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa tulee muistaa, että tutkimuksesta ei saa myöskään aiheutua minkäänlaista vahinkoa siihen osallistuville ihmisille. Tutkimukseen osallistujilta edellytetään tietoista suostumusta tutkimukseen. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta [488/1999]; Vilka 2005, 163; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 173- 175.)

Tämän kehittämishankkeen prosessissa eettisyyden pohtiminen aloitettiin jo ideavaiheessa suunniteltaessa kohdeorganisaatiota ja tutkimuksen kohdetta. Aineiston keräämiseksi päädyttiin kyselylomakkeeseen, jolloin oletettiin vastausprosentin olevan parempi kuin esimerkiksi haastattelulla tehdyssä tutkimuksessa. Aihealue on suhteellisen arka, ja muutokseen pohjautuva toiminnan nykytilan arvioiminen ja toiminnan kehittäminen saattaa aiheuttaa

vastarintaa ja motivaation puutetta. Kyselylomake on nopea ja helppo tapa osallistua tutkimukseen.

Kehittämishankkeen ideavaiheessa huomioitiin aihealueen rajaus ja kyselyyn osallistuvien terveydenhoitajien anonymiteetti taattiin kvantitatiivisin menetelmin suoritettulla kyselyllä, jossa avointenkaan kysymysten tulosten analysoinnissa ei käytetty lainkaan suoria lainauksia. Kyselyn tulokset raportoitiin rehellisesti ja tarkasti, aineistosta ei jätetty yhtään kysymystä analysoimatta tai raportoimatta. Raportointi tehtiin sekä kirjallisesti että suullisesti. Projektiryhmän työskentely oli luottamuksellista ja tulosten raportoinnissa ei tässäkään vaiheessa käytetty suoria lainauksia. Raportissa on kuvattu aineiston analyysi selkeästi vaiheittain. Sekä laadullisessa että määrällisessä tutkimuksessa esitetään analyysiprosessin eteneminen ja tulosten saavuttaminen, pelkkä tulosten esittäminen ilman analyysin kuvaamista ei riitä. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 70- 73, 142; Gerrish & Lacey 2006, 380.)

7.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kehittämishankkeen kyselyn tarkoituksena oli selvittää neuvolan terveydenhoitajien käsityksiä ja ajatuksia nykyisestä neuvolamallista, moniammatillisuudesta ja tulevaisuuden neuvolatoiminnasta. Kyselyllä haluttiin selvittää terveydenhoitajien tarpeita, käsityksiä ja toiveita uudenlaisen neuvolamallin ideaalimallista, moniammatillisesta kokoonpanosta ja sellaisista tekijöistä, joita he arvioivat tarvitsevansa omassa työssään. Turun seudun neuvolatoiminnan nykytilasta muodostui monipuolinen kuva, jossa terveydenhoitajat olivat asiantuntijoina ja perheen etujen mukaiseen työotteeseen sitoutuneita. Ajan- ja resurssien puute, puutteellinen työssä saatu tuki ja vaihtelevat työkäytännöt aiheuttivat terveydenhoitajien työhön haasteita ja vaatimuksia. Neuvolatoiminnan kehittäminen nähtiinkin tarpeellisena ja jopa välttämättömänä. Tulevaisuuden neuvolatoiminta nähtiin moniammatillisena ja

perhekeskeisenä ja siihen liitettiin tiiviisti yhteneväiset työtavat ja ajantasainen koulutustoiminta. Työnohjaus ja esimieheltä saatu tuki olivat tarpeellisia välineitä työn ja toiminnan kehittämiseen. Kehittämistoiveet olivat suositusten mukaisia (mm. PERHE- hanke 2005, 15; STM 2006; Terveys 2015-Kansanterveysohjelma; STM 2008a)

Kyselyn tulokset olivat joissain kohdin ristiriitaisia ja tutkijalle tuli selkeä käsitys siitä, että neuvolatoiminta on hyvinkin erilaista riippuen esimerkiksi terveydenhoitajan työpisteestä. Myös terveydenhoitajan työvuodet vaikuttivat toiminnan arvioinnin tuloksiin – mitä kokeneempi terveydenhoitaja oli, sitä paremmaksi hän moniammatillisuuden toteutumisen koki. Sen sijaan sillä, oliko terveydenhoitaja vakituinen työntekijä tai sijainen, ei ollut merkitystä missään tulosten osa-alueella. Ristiriidat ja erilaiset käsitykset muun muassa neuvolan nykyisen toimintamallin ja moniammatillisen yhteistyön toimivuudesta tuovat haasteita neuvolatoiminnan kehittämiseksi. Henkilökohtainen motivaatio ja neuvolan kehittämishalukkuus vaikuttavat varmasti toiminnan kehittämiseen myönteisesti. Myönteistä vaikutusta saattavat lisätä myös neuvolan terveydenhoitajien yhteneväinen käsitys siitä, että perheiden tukeminen jo raskauden varhaisessa vaiheessa auttaa perhettä selviytymään myöhemmissä vaiheissa.

Terveydenhoitajat olivat samaa mieltä myös perhekeskeisyyden tärkeydestä neuvolan toiminnassa sekä siitä, että neuvolatoiminnan kehittäminen on tarpeellista ja välttämätöntä- neuvolatoimintaa kehittämällä yhteisiin päämääriin ja toiveisiin pyritään ja päästään! Keskeinen keino lisätä motivaatiota ovat toiminnan merkityksellisyyden korostaminen sekä muutostilanteiden johtaminen ja jatkuva, ajantasainen viestintä.(Erämetsä 2003, 193- 194.) Terveydenhoitajien tietoisuutta neuvolatoiminnan erilaisista malleista ja mahdollisuuksista tulisi tutkimustenkin mukaan kehittää korostamalla neuvolatyön merkitystä ja mahdollisuuksia perheen tukemistyössä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 42.)

Kyselyn mukaan suurin osa terveydenhoitajista (55 %) arvioi nykyisen neuvolamallin vastaavan vain tyydyttävästi perheiden tarpeisiin. Kuitenkin neuvolan vastattiin olevan avainasemassa perheen tukemisessa raskausajan alkuvaiheesta aina lastenneuvolapalveluihin saakka. Moniammatillisuuden toteutumisessa neuvolassa esiintyi tuloksissa selviä ristiriitaisuuksia, vaikka terveydenhoitajat mainitsivat hyvän neuvolamallin piirteiksi moniammatillisuuden ja toimivan, yhteisin pelisäännöin toimivan tiimityön. Perhekeskeisyys ja asiakaslähtöisyys ovat selvästi toimivan, hyvän neuvolamallin keskeisiä piirteitä (STM 2006) ja ne kuuluvat osana myös ennaltaehkäisevään ja perheitä tukevaan neuvolatyöhön (mm. Lastensuojelulaki 4 §; STM 2008a) Ehkäisevää työtä toteutetaan puuttumalla asioihin mahdollisimman varhain, tukemalla vanhempia lapsen hoidossa ja kasvatuksessa sekä huomioimalla lapsen etu kaikissa tilanteissa.

Neurolaterveydenhoitajat kokivat olevansa avainasemassa sekä syrjäytymisen ehkäisyssä että ns. riskiperheiden tunnistamisessa. Neuvola on, ja sen tulisi tulevaisuudessakin olla, matalan kynnyksen paikka, jossa neuvolan terveydenhoitajalla on aikaa perheelle. Nykyisellään aika-, henkilökunta ja talousresursseja on selvästi liian vähän. Turun seudulla moniammatillisuutta ja neuvolatyön yhtenäisyyttä tulisi tulevaisuudessa korostaa ja lisätä, riippumatta siitä, miten paljon neuvoloissa on ns. riskiperheitä tai jo ilmenneitä ongelmatilanteita. Henkilöstöresursseja tulee kartoittaa ja kehittämisprosessissa pitää huomioida esimiestyön, työhohjauksen ja koulutustoiminnan merkitys. Näin myös perheiden tarpeisiin kyetään vastaamaan entistä paremmin.

Neurolatoiminnan kehittäminen on terveydenhoitajista tärkeää. Vaikka muutoksia koettiin olevan ajoittain liikaa ja liian nopeaan tahtiin, oman työn ja neuvolan toiminnan jatkuvan kehityksen ja kehittämisen arvioitiin olevan tärkeässä asemassa myös perhekeskeisyyttä ja moniammatillisuutta ajatellen. Kehittämismyönteisyys, ajantasaiset koulutukset ja omaan työhön saatu tuki edesauttavat henkilökunnan viihtymistä ja työhyvinvointia. Terveydenhoitajat kokivat tämänhetkisen tuen olevan riittämätöntä eikä työhohjaus toteudu toivotulla tavalla työyksiköissä. Terveydenhoitajat kaipasivat esimieheltä

saatavaa kannustusta, konkreettista tukea ja työnohjausta sekä kollegiaalista tukea työhönsä. Muodostuva neuvolatoiminnan ideaalimalli voisi terveydenhoitajien mielestä samalla toimia terveydenhoitajille ”työnohjauksellisena foorumina”, ja moni vastaajista toivoikin moniammatillisen yhteistyön toimintatavaksi yhteistyöpalavereita, joissa olisi mahdollisuus pohtia ja käsitellä terveydenhoitajan työtä ja erityisesti siinä esiintyviä ongelmakohtia ja tuen tarvetta.

Moniammatilliseen työryhmään terveydenhoitajat toivoivat terveydenhoitajaa, perhetyöntekijää ja sosiaalialan ammattilaista. Myös psykologin toivottiin olevan mukana tiimityössä. Suurin osa vastaajista halusi malliksi tiimipalaverit, jotka toteutuisivat säännöllisesti ja suunnitellusti. Saman katon alle - toimintaa toivoi vain 12 % vastaajista. Tätä perusteltiin resurssien puutteella. Perhetyöntekijän toivottiin tekevän varsinaista perhetyötä - työtä tehtäisiin asiakkaan kotona. Työhön sisältyy perheen avustaminen arkisissa asioissa, vauvan hoidon opettamista, sosiaalista ja psyykkistä tukemista esimerkiksi masentuneen vanhemman luona ja ns. riskiperheiden kanssa toimimista erilaisissa elämäntilanteissa. (vrt. STM 2004b, 30.)

Tutkimustuloksista ilmeni selvästi tarve toiminnan kehittämiseksi; moniammatillisuutta arvioitiin VAS- asteikolla keskiarvolla 6.15, mikä kertoo sen olevan puutteellista ainakin osissa Turun seudun neuvoloissa. Lisäksi moniammatillista toimintaa ja sen ilmenemistä arvioitiin ristiriitaisin tuloksin: joissain neuvoloissa moniammatillinen yhteistyö toteutui hyvin ainoastaan neuvolan lääkärin kanssa, kun taas toisissa yhteistyötä tehtiin säännöllisesti eri tahojen kanssa, ja sen toimivuus arvioitiin hyväksi. Toiminnan kehittämistarpeesta kertoo myös terveydenhoitajien arviot neuvolatoiminnan vastaamisesta vain tyydyttävästi perheiden tarpeisiin sekä se, etteivät moniammatillisuus ja yhteistyön ilmenismuodot toteudu samoin Turun seudun neuvoloissa.

Moniammatillisuus arvioitiin suurimmaksi yksittäiseksi tekijäksi perheiden tukemisessa jo raskauden aikana. Perhekeskeinen työote ja resurssit mainittiin myös useissa vastauksissa. Moniammatillisessa yhteistyössä päämääränä

onkin perhekeskeinen, perheen voimavaroja, terveyttä ja hyvinvointia lisäävä toiminta. Moniammatillisen yhteistyötä edistäviä tekijöitä (Keränen & Määttä 2009, 35.) ovat tiedon kulku, työilmapiiri ja esimerkiksi neuvolatyöryhmän antama tuki terveydenhoitajalle. Yhteistyötiimien avulla moniammatillinen yhteistyö toteutuu säännöllisesti ja suunnitellusti sekä asiakkaan että työntekijän etuja ajatellen. Lisääntyvät päihde- ja mielenterveysongelmat sekä maahanmuuttajien mukanaan tuoman kulttuurierot vaativat neuvolatoiminnalta yhä enemmän voimavaroja niin aikataulutuksen kuin esimerkiksi henkilöstöresurssien osalta. Moniammatillinen yhteistyö toimii myös ennaltaehkäisevänä hoitotyönä ja mahdollistaa varhaisen tuen ja avun saannin perheille.

Neuvolatoiminnan ja oman työn kehittäminen arvioitiin erittäin tarpeelliseksi, ja niitä pidettiin jopa välttämättöminä. Neuvolatoiminnan kehittämisessä itse mukana halusi olla kuitenkin vain murto-osa terveydenhoitajista. Toiminnan muutokselle tulee antaa aikaa, koulutusta, aika- ja henkilöstöresursseja (esim. sijaishankinta) ja siinä tulee huomioida muutosprosessi ja -johtaminen sekä siihen liittyvät seikat. Muutoksen toteuttamisen aikataulu tulee olla sopiva; jos muutos on liian nopea, eivät työntekijät ehdi muutokseen mukaan ja, jos muutos on liian hidaskä, työntekijät luulevat, ettei muutosta toteutetakaan. (Erämetsä 2003, 98 – 101.)

Ilmeistä on, että neuvolatoimintaa pitää kehittää moniammatilliseksi, hyvinvointineuvolan tyyppiseksi toimintamalliksi samalla kouluttaen henkilökuntaa toiminnan mukaisesti. Työnohjaus ja esimieheltä saatu tuki ja kannustus lisäävät varmasti muutoshalukkuutta sekä yleisen neuvolatoiminnan että oman työn mielekkyyttä ja työhyvinvointia. Muutosvastarintaa aiheuttavat tietämättömyys ja tiedon puutos. Muutokset tulee perustella täsmällisesti ja tarkasti, jotta työntekijät ymmärtävät muutoksen vaikuttimet ja johdon motiivit muutokselle. Se, miten muutos tulee vaikuttamaan työntekijän työhön, tulee käsitellä jotta voidaan välttää ”huhut ja spekulatiot”. Muutosvastarinnan taustalla on usein pelko uutta kohtaan, koska ei tiedetä, miten se vaikuttaa omaan toimintaan. Myös muutosjohtajuudella on merkittävä vaikutus

muutoksen onnistumiseen. (Erämetsä 2003, 193 – 194.) Uuden neuvolamallin suunnitteluprosessi noudattaa viestintä- ja raportointisuunnitelmaa ja neuvoloiden henkilökunta on haluttu ottaa mukaan hankkeeseen. Kyselytutkimus kohdennettiin terveydenhoitajiin ja täten heille annettiin mahdollisuus osallistua uudistuksen ensimmäiseen vaiheeseen.

Moniammatillisesta yhteistyö tulee rakentaa perustaen se dialogille. Dialogin tarkoituksena on saavuttaa sellainen uusi, yhteinen ymmärrys, jota kukaan ei voi yksin saavuttaa. Sen tavoitteena on ilmiön ja asian tutkiminen ja pohtiminen yhdessä. Keskustelun kohdetta tarkastellaan eri näkökulmista, mutta ajattelutapojen eroihin ei kiinnitetä huomiota. Dialogissa tarvitaan kuuntelua, kunnioitusta, odotusta ja avoimuutta. Dialogisen keskustelun avulla hyödynnetään parhaiten eri työntekijöiden ammattiosaaminen ja rakennetaan yhteistä jaettava ymmärrystä. (Isoherranen 2005, 23–25.)

Uutta neuvolan ideaalimallia suunniteltaessa ja muodostaessa tulee muistaa, että Turun seudulla on meneillään myös muita neuvolatoiminnan kehittämiseen liittyviä hankkeita, joiden tarkoituksena on kehittää neuvolatoimintaa ja luoda siihen uusia toiminnan malleja. Mitä enemmän muodostettava ideaalimalli sivuaa tällaisten hankkeiden tavoitteita ja tarkoitusta, ja mitä enemmän eri hankkeiden malleista saadaan yhteneviä, sitä paremmin Saman katon alle -ideaalimallin pilotointi ja käyttöönotto mahdollistetaan lähitulevaisuudessa. Kehittämishankkeen prosessi- kappaleessa käsitellään uuden neuvolatoiminnan ideaalimallin suunnittelua ja toteutusta vaiheittain näiden kyselytulosten ja aiempien tutkimusten ja teoriatiedon valossa.

8 Projektiryhmä osana kehittämishanketta

Tässä kehittämishankkeessa projektipäällikön tukena, asiantuntijatiimeinä, toimivat projektin ohjausryhmä ja projektiryhmä. Ohjausryhmä koottiin jo

hankkeen ideointivaiheessa, projektiryhmä vasta kyselyn tulosten analyysin jälkeen. Ohjausryhmä kokoontui kolmesti, projektiryhmä neljästi hankkeen aikana. Ryhmät toimivat projektipäällikön apuna ja tukena ja kokoontumiset olivat ennalta sovittuja ja sisällöiltään suunnitelmallisia.

8.1 Projektiryhmän toiminta

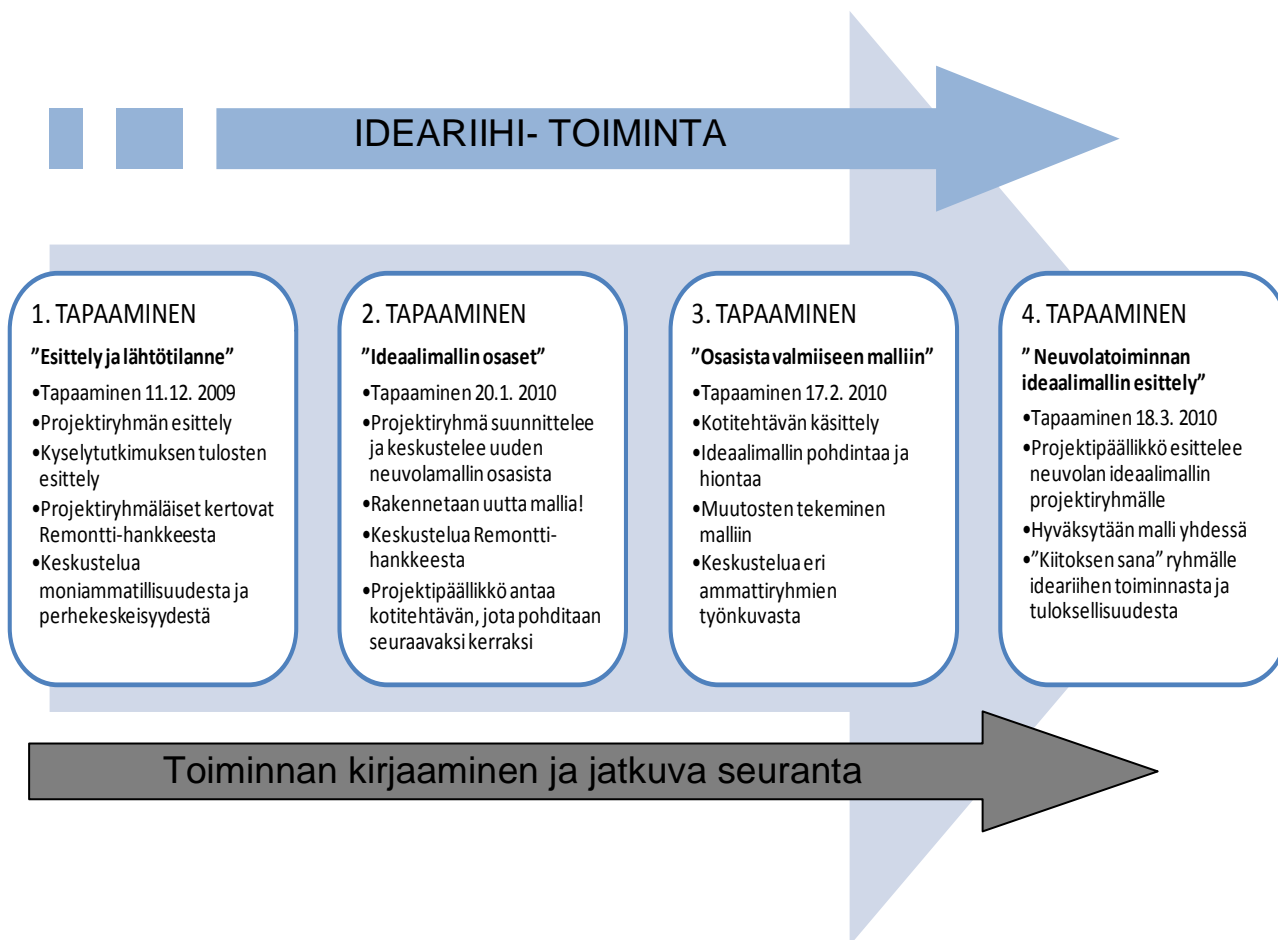
Projektiryhmän työskentely toteutui ns. ideariihi-tyyppisenä, ja tapaamiset olivat aina ennalta sovittuja. Ohjausryhmän tehtävänä taas oli toimia asiantuntija-foorumina, joihin ryhmän jäsenet toivat kukin oman asiantuntijuutensa, ammattitaitonsa ja kokemuksensa projektipäällikön työn tueksi. Ohjausryhmä koostui neuvolatoiminnan ylihoitajista, Turun ammattikorkeakoulun lehtorista. Projektipäällikkö osallistui myös ohjausryhmään. Projektiryhmän tarkoituksena ja tehtävänä oli toimia asiantuntijaryhmänä ideariihi-tyyppisesti sovittuina tapaamisaikoina, joita järjestettiin yhteensä kolme. Neljännellä tapaamiskerralla projektipäällikkö esitteli uuden ideaalimallin ja ryhmän jäsenillä oli mahdollisuus keskustella uudesta ideaalimallista ja sen luomisesta.

Projektiryhmään osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, kiinnostukseen ja motivaatioon kehittää neuvolatoimintaa. Projektiryhmään toivottiin neljä (4) terveydenhoitajaa, jotka työskentelivät äitiys- ja lastenneuvoloissa. Projektiryhmän jäsenyyttä ehdotettiin ylihoitajan ehdottamille neljälle neuvolaterveydenhoitajalle. Kaikki terveydenhoitajat oli alkuintformaation ja projektiryhmän toimintarungon ja – suunnitelman nähtyään kiinnostuneita osallistumaan projektiryhmän työskentelyyn ja ensimmäinen tapaaminen järjestettiin joulukuussa 2009. Tätä ennen projektiryhmää informoitiin sähköpostitse tapaamisesta, sen sisällöstä, aikatauluista, tavoitteista ja työllistävyydestä. Projektiryhmässä ideoitiin kyselytutkimuksen pohjalta uuden neuvolamallin rakennetta ja kokoonpanoa sekä jaettiin kokemuksellista, ammatillista ja näkemyksellistä informaatiota avoimesti.

8.2 Projektiryhmän tapaamiset

Projektiryhmä koostettiin alkuperäisen suunnitelman mukaan, ryhmän toiminta oli säännöllistä, suunnitelmallista ja yhteistyö toimivaa. Keskustelut projektiryhmän tapaamisissa olivat aktiivisia ja avoimia, ryhmäläisten erilaiset koulutukselliset ja kokemukselliset taustat antoivat monipuolisen ja laajan lähtökohdan neuvolatoiminnan kehittämistyölle. Projektiryhmän kokoukset olivat epämuodollisia, ideariihityyppisiä kokoontumisia, joiden tarkoituksena oli selvittää jokaisen ryhmäläisen ideoita, ehdotuksia, mielipiteitä ja kokemuksia käsitellyistä aiheista. Projektiryhmä toimi myös terveydenhoitajille keskinäisen jakamisen foorumina, jossa he saivat tavata toisiaan ja vaihtaa ajatuksiaan vapaasti.

Projektipäällikkö suunnitteli projektiryhmän tapaamiset etukäteen. Toimintasuunnitelma sisälsi alustavat teemat jokaiselle tapaamiskerralle, aikataulutuksen ja käsiteltävät asiat. Tapaamiskertoja suunniteltiin alustavasti kolme (3), tämän lisäksi varattiin neljäs kerta tulosten esittelyyn. Projektiryhmä kokoontui kolmesti, neljännellä kerralla projektipäällikkö esitteli lopullisen uudenlaisen neuvolatoiminnan ideaalimallin ja hyväksytti sen projektiryhmäläisillä. Projektiryhmän tapaamiset teemoitettiin ja aikaa kullekin tapaamiselle sovittiin 60 minuuttia. Kuviossa 17. on esitetty projektiryhmän tapaamiset teemoineen.



Kuvio 17. Projektiryhmän tapaamiset teemoineen

Aloituskokouksen teemana oli **"Esittely ja lähtötilanne"**. Tapaamisen tarkoituksena oli esittäytyä projektiryhmänä, kartoittaa nykyisen neuvolamallin toimivuutta ja kehittämistarpeita sekä meneillään olevia neuvolan kehittämishankkeita. Projektipäällikkö esitteli terveydenhoitajille kohdistuneen kyselytutkimuksen tuloksia projektiryhmälle ja projektiryhmäläiset esittelivät projektipäällikölle Turussa meneillään olevaa Remontti-hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää Turun seudun neuvolatoimintaa perhekeskeisemmäksi, moniammatillisemmaksi ja varhaista puuttumista korostavaksi varhaistuen toiminnaksi. Remonttihankkeen alustavan suunnitelman mukaan neuvolatyöhön liittyy tiiviisti sekä perhetyöntekijä että psykologi, neuvolan lääkäri toimii edelleen nykyisen mallin mukaisesti.

Projektipäällikkö muutti omaa hahmotelmaansa uudesta mallista tämän mallin suuntaiseksi. Saman katon alla - kehittämishanketta tullaan kehittämään saman -/ yhdensuuntaiseksi Remontti- hankkeen kanssa, jolloin tämän ideaalimallin pilotointi tulevaisuudessa helpottuu ja mahdollistuu.

Ensimmäisessä tapaamisessa selvitettiin myös tulevien tapaamisten aikataulua ja sisältöjä sekä annettiin terveydenhoitajille pohdittavaksi seuraavaksi kerraksi tulevaisuuden neuvolamallin osatekijöitä, moniammatillisuutta ja perhekeskeisyyttä käsitteinä. Projektipäällikkö työsti kirjallisen materiaalin koskien nykyistä neuvolamallia ja tulevaisuuden neuvolamallia, kirjallisessa materiaalissa esitettiin myös projektipäällikön ensimmäinen hahmotelma moniammatillisesta neuvolamallista. Projektiryhmän sisällä syntyi vilkasta keskustelua terveydenhoitajan työstä, yksilöllisestä tavasta tehdä terveydenhoitajan työtä sekä Remontti- hankkeen aiheuttamista ja tuottamista muutoksista ja uudistuksista Turun seudun neuvoloissa. Terveydenhoitajat ottivat kantaa myös muutostiheyteen sekä työhön saatuun ammatilliseen ja esimiestasoiseen tukeen.

Tapaamisessa projektiryhmä sopi, että tammikuussa jokaisella ryhmäläisellä olisi kirjallisia pohdintoja sovituista aiheista. Viestintä tapahtuu sähköpostitse, puhelimitse ja yhteistapaamisin. Ensimmäiseen projektiryhmän tapaamiseen osallistui kolme terveydenhoitajaa yhden ollessa estynyt osallistumaan. Myöhemmin päätettiin yhteistuumin, että projektiryhmätoimintaa jatketaan kolmella terveydenhoitajalla ja projektipäälliköllä.

Toinen tapaaminen järjestettiin tammikuussa 2010. Tapaamisen teemana oli ”**Ideaalimallin osaset**”. Projektiryhmäläiset olivat pohtineet ja kirjanneet valmiiksi moniammatillisuuteen, perhekeskeisyyteen, perhetyöhön ja terveydenhoitajan työn haastavuuteen ja työhön tarvittavaan tukeen liittyviä asioita sekä uuden neuvolatoiminnan ideaalimallin osatekijöitä. Tapaamisessa pohdittiin ja suunniteltiin uudenlaista neuvolamallia, moniammatillista yhteistyötä ja sen toteutumistapoja sekä perhekeskeisyyttä kyselyn tulosten ja

meneillään olevien muiden hankkeiden ja uudistusten pohjalta. Projektiryhmä oli hyvin yhdenmukainen siitä, että moniammatilliseen yhteistyön tahot neuvolatoiminnan ideaalimallissa olisivat *terveydenhoitaja, perhetyöntekijä ja psykologi*.

Lastenneuvolan terveydenhoitaja esitteli projektipäällikölle Remontti-hankkeeseen liittyvän kriteeristön perhetyöntekijän saamiselle ja perhetyöntekijän toimenkuvan neuvolatyössä. Projektipäällikkö esitteli uuden, korjatun hahmotelman ideaalimallista ryhmäläisille, josta ryhmä sai sanoa mielipiteensä ja ajatuksensa. Tapaamisessa käsiteltiin kattavasti tulevan perhetyöntekijän toimenkuvaa Turussa. Tapaamisessa keskusteltiin moniammatillisesta neuvolamallista ja – työstä, ja monenlaisia ehdotuksia ja ideoita esitettiin. Tapaamisessa pohdittiin myös niitä asioita, joita projektipäällikkö oli tammikuun projekti-kirjeessä toivonut käsiteltävän. Tammikuun projekti-kirjeessä toivottiin keskustelua ja pohdintaa neuvolakäyntien määrästä, sisällöstä, moniammatillisuuden liittämistä malliin sekä esimerkiksi perhetyöntekijän ja psykologin roolista neuvolatyössä. Lisäksi tarkennettiin moniammatillisten yhteispalaverien järjestämistä, suunnittelua ja tiheyttä.

Tapaamisen lopuksi koostettiin kaavakuva uudesta mahdollisesta neuvolamallista ja projektipäällikkö antoi viimeiseksi projektiryhmän tapaamiskerraksi pohdittavaksi uuden ideaalimallin koostumusta, mahdollisia muutoksia kaavakuva-esitykseen ja eri yhteistyötahojen suunnittelua neuvolatyöhön. Helmikuun tapaamiseen toivottiin jo ideaalimallin selkeyttä ja valmistumista, jotta maaliskuussa malli voidaan esittää ja työstää sitä eteenpäin. Tapaamisessa pohdittiin neljännen tapaamisen tarpeellisuutta projektiryhmän päästessä jo tässä (toisessa) tapaamisessaan selkeään kuvaan neuvolan mallista. Tapaamisen jälkeen projektipäällikkö hahmotteli muutokset ideaalimalliin ja tutustui projektiryhmäläisiltä saamaansa materiaaliin koskien Remontti-hanketta. Tähän pohjautuen uuteen neuvolatoiminnan ideaalimalliin saatiin suunniteltua runko, joka sekä tukee Remontti-hankkeen tarkoitusta ja

tavoitetta että mahdollistaa terveydenhoitajien keskinäisen keskustelun yhteistyömallissa, jossa saavutetaan samalla ns. työnohjaustoimintaa.

Projektiryhmä kokoontui kolmannen kerran helmikuussa 2010, jolloin teemana oli ”**Osasista valmiiseen malliin**”. Projektiryhmä esitteli ideoimiaan mallinnuksia uudesta neuvolatoiminnan mallista ja niitä käsiteltiin yhdessä tämän jälkeen. Ryhmäläisten ja projektipäällikön työstämiä mallinnuksia ja ehdotuksia yhdisteltiin ja pohdittiin, jotta saatiin yhtenevä ja toimiva kaaviokuva mallista. Projektipäällikkö esitteli oman versionsa uudenlaisesta neuvolatoiminnan ideaalimallista, ja tapaamisessa ryhmäläisille annettiin pohdittavaksi tämän mallin hyviä ja muutoksia vaativia puolia. Neuvolalääkärin ottamista varsinaiseen ideaalimalliin pidettiin huomioitavana, ja päätettiin, että terveydenhoitaja ja neuvolan lääkäri ovat kiinteänä parina uudessa mallinnuksessa.

Tapaamisessa pohdittiin lisäksi ideaalimallin pilotoinnin mahdollisuutta ja resursseja tämän tyyppisen neuvolatoiminnan mahdollistamiseksi. Projektiryhmäläiset olivat yhtä mieltä siitä, että perhetyöntekijän saaminen neuvolatyöhön edistää perheen hyvinvointia ja tukee perhettä mahdollisissa ongelmatilanteissa. Tämän lisäksi perhetyöntekijän liittäminen neuvolatyöhön lisää terveydenhoitajan aikaresursseja kohdata perhe ja saada omaan työhönsä toisen ammattiryhmään kuuluvan asiantuntijan tukea. Projektipäällikkö esitti visionsa teemailta-tyyppisistä tilaisuuksista, joissa eri ammattiryhmän edustaja luennoisi perhetyöstä, terveydestä ja hyvinvoinnista tai esimerkiksi lapsen kehityksestä tuleville vanhemmille sekä jo synnyttäneille perheille. Keskusteltiin siitä, että tämän kaltainen toiminta voisi olla erillisenä toimintana, ja nyt syntyvä ideaalimalli vain neuvolan sisäisessä toiminnassa.

Projektipäällikkö jatkoi mallin työstämistä tapaamisen jälkeen ja hyväksytti tämän projektiryhmällä maaliskuussa 2010. Neljättä ideariihi-tyyppistä tapaamiskertaa ei tarvittu, mutta projektiryhmä tapasi vielä kerran projektipäällikön kutsusta maaliskuun lopussa 2010 teemalla ”**Neuvolatoiminnan ideaalimallin esittely**”. Tässä tapaamisessa projektipäällikkö esitteli valmiin ideaalimallin sekä esitti kiitoksensa ryhmäläisille

toimivasta ja aikaansaavasta, idearikkaasta työskentelystä. Tapaamisessa projektiryhmäläisillä oli vielä mahdollisuus esittää oma kantansa ja mielipiteensä syntyneeseen ideaalimalliin ja mallin työstämisprosessiin.

Projektiryhmän toiminnan arviointia suoritettiin koko ryhmän toiminnan ajan ja ryhmän tapaamisista työstetyt kirjalliset muistiot säilytettiin ja niiden avulla projektipäällikkö työsti kehittämishankkeen lopullista tuotosta, neuvolatoiminnan ideaalimallia. Toiminnan arvioinnissa huomioitiin ryhmän kokoonpano, tilaisuuksien teemat, käytetty aika ja saavutetut tulokset (vrt. Silvferberg 2005, 48- 50.) Neuvolatoiminnan ideaalimallin toimivuutta ja sen kehittämistarpeita on mahdollisuus arvioida vasta pilotoinnin aikana ja sen jälkeen.

9 Uudistettu moniammatillinen ja perhekeskeinen neuvolatoiminnan ideaalimalli

Kehittämishankkeen tavoitteiden mukaisena tuloksena syntyi uusi neuvolatoiminnan ideaalimalli Turun seudulle. Ideaalimalli perustuu suosituksiin (mm. Lastensuojelulaki 4§, Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 2006 ja 2008a) sekä kehittämishankkeeseen kuuluneen kyselyn tuloksiin, projektiryhmän työskentelyyn sekä näyttöön perustuvaan tietoon (vrt. Kangaspunta 2005; Häggman- Laitila 2007; Muttilainen 2007). Mallin suunnittelussa huomioitiin Turun sosiaali- ja terveystoimen realistiset mahdollisuudet pilotoida ja ottaa käyttöön uusi neuvolatoiminnan malli. Ideaalimallin suunnittelussa huomioitiin myös Remontti-hanke, jonka tarkoituksena on perhetyöntekijän liittäminen neuvolatyöhön. Neuvolatoiminnan ideaalimalliin sisältyy myös moniammatillisen työryhmän toimintasuunnitelma.

9.1 Moniammatillinen, perhekeskeinen neuvolamalli

Uudistetussa neuvolatoiminnan ideaalimallissa terveydenhoitajat tekevät tiivistä yhteistyötä psykologin ja perhetyöntekijän kanssa. Yhteistyö toteutetaan kuukausittaisilla tiimipalavereilla, johon osallistuu tarvittaessa, ja halutessaan, myös neuvolan lääkäri. Terveydenhoitaja ja neuvolalääkäri jatkavat viikoittaista yhteistoimintaansa neuvolassa, kuten tähänkin saakka. Moniammatillisessa tiimipalaverissa käsitellään neuvolan terveydenhoitajan esiin tuomia asioita, perheiden asioita ja esimerkiksi ongelmatilanteita terveydenhoitajan päivittäisessä työssä. Tiimi kokoontuu kerran kuussa, mutta tarvittaessa eri ammattinharjoittajiin saa yhteyden sähköpostitse tai puhelimitse joka arkipäivä. Neuvolat tekevät moniammatillista yhteistyötä lisäksi erityistyöntekijöiden, kuten puhe-, toiminta- ja fysioterapeuttien kanssa sekä lastensuojelun ja muiden erityisasiantuntijoiden kanssa. Yhteistyö tapahtuu joko konsultaatioin tai sovituin tapaamisin.

Ideaalimallin tarkoituksena on lisätä neuvolatyön perhekeskeisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä, moniammatillista työtettä ja ennaltaehkäistä perheiden syrjäytymistä sekä tukea perheitä jo raskausaikana. Lisäksi moniammatillinen työryhmä toimii eri ammattilaisille työnohjauksellisena verkostona. Perhetyöntekijän liittäminen neuvolatyöhön lisää mahdollisuuksia kohdata ja tukea perheitä heille tutussa ympäristössä, omassa kodissa. Perhetyöntekijä pääsee lähemmäs perheen elämää, mikä mahdollistaa oikeanlaisen ja oikea-aikaisen tuen perheille. (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b). Terveydenhoitajille suunnatussa kyselyssä ilmeni, että hyvän ja toimivan neuvolamallin piirteitä ovat asiakaslähtöisyys, perhekeskeisyys ja moniammatillinen yhteistyö. Tässä suunnitellussa ideaalimallissa on huomioitu kaikki kolme piirrettä.

Moniammatillisella yhteistyöllä on suuri merkitys neuvolatyössä, sillä se helpottaa terveydenhoitajien työntekoa laajalla ja haasteellisella alalla; terveydenhoitajien oma ammattitaito, resurssit, voimat sekä tiedot ja taidot eivät aina välttämättä riitä ja tarvitaan yhteistyökumppaneita, joiden puoleen voi kääntyä ja jotka helpottavat huolta ja jakavat vastuuta. Moniammatillisella yhteistyöllä saadaan myös turvaa omalle työlle. (Keränen & Määttä 2009, 47.) Moniammatillisen neuvolatoiminnan ideaalimallin pitkänajantavoitteena oli lasten ja lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen, mitä on tavoiteltu myös syntyneessä ideaalimallissa - perhe on koko toiminnan lähtökohta. Mallinnuksessa on huomioitu perhe osana moniammatillista neuvolatoimintaa.

Moniammatillisia työryhmiä on tarkoitus järjestää kussakin neuvolassa erikseen neuvolapiirien tai -alueiden mukaisesti. Työryhmät ovat suunniteltuja, ennalta sovittuja ja säännöllisesti kokoontuvia. Ideaalimallia tulee, ja olisi hyvä, pilotoida ensin yhdessä tai useammassa neuvolassa ja tämän jälkeen toimintaa arvioidaan ja sitä voidaan kehittää tarpeiden ja vaatimusten, myös resurssien mukaisesti. Uudistetun neuvolatoiminnan ideaalimallin toteutusmalli on esitetty kuviossa 7. Perhetyöntekijöiden ja moniammatillisen työryhmän työnkuvat on raportoitu ja esitelty ideaalimallin toimintasuunnitelmassa. (Liite 2.)



Kuvio 18. Moniammatillinen neuvolatoiminnan ideaalimalli (Salakari 2010)

9.2 Moniammatillisen ja perhekeskeisen neuvolatoiminnan toimintasuunnitelma

Neuvolatoiminnan ideaalimallin tarkoituksena on saavuttaa perhekeskeinen, moniammatillinen ja varhaisen tuen palvelu perheille. Tavoitteena on perheiden hyvinvoinnin lisääntyminen ja monialainen perheen tukeminen jo raskauden varhaisvaiheissa. Toiminnassa korostuu moniammatillisuus, perhekeskeisyys ja toiminnan on tarkoitus olla ennaltaehkäisevää ja se pyrkii noudattamaan jatkuvuuden periaatetta. Jatkuvuus takaa perheille turvallisen ja läheisen verkoston elämän eri vaiheissa, ja se ilmenee muun muassa terveydenhoitajan ja perheen kohtaamisessa ja tiedon siirtymisessä esimerkiksi äitiysneuvolasta lastenneuvolaan. Perhetyöntekijä on perheitä mahdollisimman lähellä, heidän omassa ympäristössään tukemassa ja auttamassa perheen arkipäiväisestä selviytymisestä. Terveydenhoitajat ja moniammatillinen tiimi tuntevat perheen jo ennalta eri siirtymäkohdissa esimerkiksi äitiysneuvolan vaihtuessa lastenneuvolaan.

Moniammatillinen neuvolatoiminnan ideaalimalli takaa perheille varhaista tukea, hyvinvointia ja terveyden edistämistä eri elämäntilanteissa. Neuvola toimii hyvinvointineuvolan toimintaperiaatteiden mukaisesti, vaikkei moniammatillisen tiimin toiminta ole jokapäiväistä ja saman katon alla tapahtuvaa. Neuvolatoiminta pohjautuu suosituksiin (mm. Kansanterveyslaki 2007, Lastensuojelulaki 2007/417 2-4 §, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) ja aikaisempiin hyvinvointineuvolamalleihin sekä Turun seudun neuvoloiden terveydenhoitajien toiveisiin ja tarpeisiin uudenaikaisesta neuvolatoiminnasta. Moniammatillisuus toteutuu sekä viikoittaisena että kuukausittaisena toimintana ja siihen osallistuvat sekä äitiys- että lastenneuvolan terveydenhoitajat ja lääkärit yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Työryhmä toimii samalla eri ammattilaisille työnohjauksellisena verkostona. Neuvolatyöryhmässä eri alojen asiantuntijat keskustelevat ja miettivät yhdessä parhaita etenemistapoja ja

auttamiskeinoja. Neuvolatyöryhmällä on kokouksia säännöllisesti (Keränen & Määttä 2009, 42).

Neuvolan ideaalimallin toiminta vaatii sekä taloudellisia ja aikaresursseja että henkilöstöresursseja. Nykyisellään neuvolatoiminnassa ei ole perhetyöntekijöitä, joten suuri osa henkilöstöresursoinnista mennee perhetyöntekijöiden palkkaamiseen ja kouluttamiseen. Perhetyöntekijän liittäminen neuvolatoimintaan soveltuu sekä äitiys- että lastenneuvolaan. Remontti-hankkeen tarkoituksena on liittää perhetyöntekijä vain lastenneuvolan toimintaa, koskemaan pikkulapsiperheitä, perheitä, joissa nuorin lapsi on alle yhden vuoden ikäinen. Uudessa neuvolatoiminnan ideaalimallissa perhetyöntekijän toiminta liittyy myös raskaudenaikaiseen äidin ja perheen tukemiseen, ja perhetyöntekijällä on mahdollisuus jatkaa perheen kanssa lapsen synnyttyä. Perhetyöntekijän toimenkuva on monipuolinen ja kattava ja perhetyöntekijöitä tulisikin resursoida tarpeiden mukaisesti, pilotointi- vaiheen jälkeisen arvioinnin ja saavutetun hyödyn mukaan.

Uuden neuvolatoiminnan ideaalimallin pilotointiin ja varsinaiseen käyttöön ottoon tarvitaan neuvolatyöhön tukea eri tahoilta. Neuvoloiden terveydenhoitajat tarvitsevat heille suunnatun kyselyinkin mukaan työnohjauksellista tukea, esimiestukea ja kollegiaalista tukea työhönsä. Täydennyskoulutuksen merkitys korostuu terveydenhuollossa, koska terveystieteiden, lääketieteen ja teknologian nopean kehityksen myötä hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti. Terveydenhoitajien ammatillisen osaamisen kehittämiseen vaikuttavat myös asiakkaiden lisääntyneet vaatimukset ja tarpeet sekä työympäristön muutokset. Työstä on tullut jatkuvan kouluttautumisen ja oppimisen prosessi. Kyky sopeutua jatkuviin muutoksiin on osa ammattitaitoa. (Urjanheimo 2008, 3- 4.)

Työssä jaksamista ja työhyvinvointia edistäviä keinoja ovat muun muassa kannustaminen, säännölliset koulutukset ja esimerkiksi sijaishankinta-järjestelmä. Terveydenhoitajalla on myös lakisääteinen ja eettinen velvollisuus osallistua, ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan ja työnantajalla velvollisuus huolehtia siitä, että koulutuksiin on mahdollisuus osallistua. (Urjanheimo 2008,

3- 4.) Kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat olivat kehittämishaluisia ja motivoituneita kehittämään omaa työtään neuvolassa, joten työhyvinvointiin ja erilaisiin työn tukimuotoihin kannattaa jatkossakin kiinnittää erityistä huomiota.

9.2.1 Perhetyöntekijän toimenkuva

Kehittämishankkeessa syntyneeseen neuvolatoiminnan ideaalimalliin liitettiin myös moniammatillisen työryhmän toimintasuunnitelma sekä työnkuvat (Liite 2.). Perhetyöntekijä työskentelee terveydenhoitajan kanssa jokapäiväisessä neuvolatyössä, hoitaen perhetyötä pääasiallisesti asiakkaan kotona. Lisäksi perhetyöntekijä osallistuu asiantuntijana neuvolan moniammatilliseen työryhmään kerran kuukaudessa. Perhetyöntekijä ja terveydenhoitaja suunnittelevat yhdessä ne perheet ja asiakkaat, jotka tarvitsevat perhetyöntekijän tukea ja apua kotona sekä ne asiakkaat, joiden asioita ja ongelmatilanteita käsitellään moniammatillisessa työryhmässä.

Perhetyöntekijän saamiselle perheeseen on kriteerit, joiden puitteissa kotikäynti-toimintaa voidaan järjestää. Yleisesti asiakkuutta pohtiessa huomioidaan, ettei perheellä ole ennestään asiakkuutta lastensuojeluun eikä perheen omien tukiverkoston kartoittamisella ole löytynyt perheen lähipiiristä tukijoita tai auttajia. Erilaisten riskitekijöiden lisäksi huomioidaan neuvolan terveydenhoitajan havaitsemat huolenaiheet perheestä. Raskaudenaikana havaittuja riskitekijöitä, joihin perheet tarvitsevat erityistukea (mm. Häggman-Laitila 2000, 29.) ja lastenneuvolassa havaittuja riskitekijöitä perheissä (Kalland 2006, 5- 6.) on kuvattu liitteessä 2. Nämä toimivat kriteereinä perhetyöntekijän kotikäyntien mahdollistamiseen perheessä.

Perhetyöntekijä voi aloittaa työnsä perheessä jo raskausaikana. Pikkulapsiperheessä perheen nuorimman lapsen tulisi olla pääsääntöisesti alle yksivuotias. Perhetyöntekijän toimenkuvaan kuuluvat uudistetussa neuvolatoiminnan ideaalimallissa psykososiaalisen tuen antaminen perheelle, lapsen hoitoon liittyvät toimet, auttaminen ja neuvonta. (vrt. Silomäki 2008) Lisäksi perhetyöntekijä ohjaa vanhemmuudessa ja lapsen kehityksen eri vaiheissa perhettä ja toimii apuna kotitöissä, mikäli vanhemmat ovat estyneitä esimerkiksi sairauden (muun muassa uupumus, mielenterveysongelmat, fyysinen sairaus) vuoksi itse niitä suorittamaan. Neuvolan perhetyöstä ei peritä erillistä maksua, vaan se kuuluu yhtenä osana moniammatilliseen yhteistyöhön. Perhetyöntekijän työnkuva ja toimintasuunnitelma on esitetty liitteessä 2.

9.2.2 Moniammatillisen työryhmän toiminta

Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat terveydenhoitaja, neuvolalääkäri, psykologi ja perhetyöntekijä. Tiimin jäsenet pyritään kokoamaan siten, että he työskentelevät samalla alueella, jotta jäsenille muodostuu yhteisiä asiakkuuksia. Moniammatillinen tiimi kokoontuu suunnitellusti kerran kuukaudessa ja tiimiin voi tarvittaessa osallistua myös esimerkiksi erityislastentarhanopettaja ja sosiaalityöntekijä. Tiimin toimintaan vaikuttavat työntekijöiden oma työpanos, motivaatio toimia tiimissä ja yhteinen työilmapiiri, ja tiimin käynnistymiseen vaaditaankin aikaa ja pitkäjänteisyyttä (Erämetsä 2003, 98- 101). Moniammatillisen työryhmän jäsenille voidaan tarvittaessa ennen toiminnan pilotointia järjestää perehdytystä tai koulutusta. Moniammatillisen työryhmän on tarkoitus toimia säännöllisesti kerran kuukaudessa sovitussa paikassa, mahdollisesti neuvolan tiloissa. Tapaamiselle vartaan aikaa aina kulloisenkin tarpeen mukaisesti tunnista kahteen tuntiin. Turun sosiaali- ja terveystoimen neuvolatyön esimiehet nimeävät ne terveydenhoitajat, jotka aloittavat työryhmätoiminnassa.

Moniammatillisen työryhmän tarkoituksena on toimia sekä konsultatiivisena yhteistyöfoorumina että neuvolan asiakkaisiin kuuluvien perheiden kohtaajana. Kuka tahansa tiimin jäsen voi ottaa puheeksi tai puuttua asiakastapaamisissa esiin nousseita ongelmia, jolloin tiimi toimii konsultatiivisena ja työnohjauksellisena paikkana. Se mahdollistaa samalla työongelmien laajan, moniulotteisen pohdinnan muiden ammattilaisten kanssa. Terveystoimittaja informoi asiakkaitaan tiimin olemassaolosta neuvolassa ja pyytää tarvittaessa luvan käyttää moniammatillista tiimiä oman työnsä tukena. (vrt. Silomäki 2008; Keränen & Määttä 2009, 42.) Ne perheet, joilla on erityistuen tarvetta, hyötyvät moniammatillisesta tiimistä ja saavat ongelmatilanteisiin parhaan mahdollisen avun ja tuen. Tiimillä on mahdollisuus käyttää kunkin jäsenen ammattitaitoa asiakkaiden ongelmien ratkaisemiseksi, ja ongelmatilanteisiin voidaan tällä tavoin puuttua jo varhaisessa vaiheessa.

Moniammatillisen työryhmän tapaamisissa noudatetaan vaitiolovelvollisuutta ja luottamuksellisuutta ja pyritään takaamaan perheille avun ja tuen jatkuvuus. Moniammatillisessa tiimissä on myös mahdollisuus toiminnan ja palveluiden kehittämiseen. Kehittäminen voi koskea sosiaali- ja terveystoimittajien, työtapojen, tiimin koostumuksen tai esimerkiksi asiakkailta lähtöisin olevien ehdotusten kehittämistä. Tiimissä voidaan pilotointi- vaiheessa pohtia myös kolmannen sektorin mukana olemista perhetyössä neuvolatyön tukena tulevaisuudessa. Moniammatillisen tiimin toiminnan arviointi tehdään toiminnan pilotoinnin aikana tai sen jälkeen, ja arviointi voidaan suorittaa sekä henkilö- että myöhemmässä vaiheessa asiakaskunnalle esimerkiksi kyselyn avulla. Liitteessä 2. on esitetty toimintasuunnitelma ja työnkuvat.

10 Kehittämishankkeen pohdinta

Nykyään terveydenhoitotyössä kohdataan yhä enemmän erilaisia ongelmia ja haasteita, jotka vaikuttavat myös perheiden hyvinvointiin. Kuitenkaan mikään ammattiryhmä ei voi yksin vastata näihin haasteisiin, vaan siihen tarvitaan ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Moniammatillista yhteistyötä voidaan tehdä monella eri tavalla ja käsite voi tarkoittaa hyvin eri tavoilla toteutunutta yhteistyötä. Tärkeintä kuitenkin on, että yhteistyö toimii ja sillä lisätään perheiden hyvinvointia. Moniammatillinen yhteistyö on merkityksellistä ja sitä hyödynnetään neuvolan asiakkaiden ongelmia ratkaistaessa tai hoidettaessa. (vrt. Silomäki 2008; Keränen & Määttä 2009) Tärkeää on myös, että yhteistyö alkaisi jo ennen varsinaisten ongelmien syntyä, ennaltaehkäisevästi, ja riittävän varhaisessa vaiheessa. Moniammatillista yhteistyötä ja sen eri palvelumuotoja kehitettäessä tuleekin huomioida preventiivinen ja asiakaslähtöinen näkökulma.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda moniammatillinen, perhekeskeinen ja asiakaslähtöinen neuvolatoiminnan ideaalimalli Turun seudulle. Hankkeen tuotoksena syntyi uudistettu neuvolatoiminnan malli, jonka perusideana on perhetyöntekijän sijoittaminen neuvolatoimintaan ja moniammatillisten tiimien työskentely kuukausittain järjestettävissä tapaamisissa. Neuvolan perhetyö asiakkaiden kotona tehtynä, neuvolan terveydenhoitajan työparina, on koettu perinteistä neuvolatyötä intensiivisempänä työnä. Perhetyö on koko perheen tukemista sekä lasten hoidossa että kasvatuksessa ja perheen vuorovaikutussuhteita tukevaa toimintaa. Perhetyöntekijät saavat terveydenhoitajia paremman kokonaiskuvan perheen tilanteesta, ja he hallitsevat hyvin perhetyön menetelmiä. Neuvolan perhetyö auttaa myös puuttumaan huolenaiheisiin ajoissa. (Silomäki 2008)

Tässä kehittämishankkeessa syntyneen neuvolatoiminnan ideaalimallin moniammatillisiin yhteistyötapaamiseen osallistuvat neuvoloiden terveydenhoitajat ja psykologi. Neuvolan lääkäri on mukana moniammatillisessa yhteistyössä, kuten ennenkin. Neuvolalääkäri ja terveydenhoitajat tekevät

viikoittain tiivistä yhteistyötä terveydenhoitajan vastaanotolla. Ideaalimallisissa neuvolatoiminnassa on mukana perhetyöntekijä, jonka vastuulla on kotikäynnit ja tiivis yhteistyö neuvolan terveydenhoitajan kanssa. Perhetyöntekijä osallistuu myös yhteistyöpalavereihin. Mallin luomisessa on huomioitu voimassa olevat suositukset ja palveluntarjoajan näkökulma. Uuden neuvolatoiminnan ideaalimallin käyttöönotto vaatii pitkäjänteisyyttä, työtä, resursseja ja vastaanottavaista asennetta.

Hankeorganisaation toiminta toteutui suunnitelman mukaisesti. Kehittämishankkeen ohjausryhmä kokoontui yhteensä kolme kertaa vaihtelevin kokoonpanoin ja projektiryhmä tapasi yhteensä neljä kertaa, joista kolme oli ideariihi-tyyppisiä ja neljäs valmiin mallin esittely ja ” kiitoksen sana”. Ohjausryhmä koostui ammattilaisista ja toiminta perustui asiantuntijuuteen sekä hankkeen etenemisen seurantaan ja tukemiseen. Ohjausryhmän asiantuntijuutta hyödynnettiin ideaalivaiheesta aina neuvolatoiminnan mallinnukseen saakka, ja ohjausryhmän jäseniin sai tarvittaessa yhteyden joko puhelimitse tai sähköpostilla ongelmatilanteissa. Projektiryhmä koostui sekä äitiys- että lastenneuvoloiden terveydenhoitajista, joilla oli pitkä työhistoria takanaan. Terveydenhoitajat toimivat vapaaehtoisesti ja motivoituneesti ideariihi- tyyppisessä projektiryhmässä. Projektiryhmän toiminta oli tuloksellista ja se eteni työsuunnitelman mukaisesti.

Kehittämishanke eteni suunnitelman mukaisesti aikataulussa pysyen. Aikatauluun tehtiin muutoksia vain tutkimusluvan hakemis- kohtaan ja aineiston keruu- kohtaan. Molemmissa vaiheissa aikataulutusta muutettiin yhdellä kuukaudella eteenpäin johtuen kesälomakaudesta. Uudenlaista moniammatillista neuvolatoiminnan ideaalimallia luodessa haluttiin huomioida tutkimus- ja teoretiedon lisäksi myös ohjausryhmän ja projektiryhmän näkemykset toiminnasta. Tämä mahdollisti myös hankkeen organisaatiolähtöisyyden ja mallin pilotoimisen mahdollisimman nopeasti sen valmistuttua. Uudenlaisen mallin suunnittelu tässä kehittämishankkeessa oli teoreettisen viitekehyksen ja kyselyosuuden jälkeen vaivatonta, ja johtuen projektiryhmän motivoituneesta ja asiantuntevasta työotteesta, uudenlaisen

mallin suunnittelu ja luominen eivät vieneet loppumetreillä enää paljon aikaa. ”Tutkimusprosessi” sen sijaan oli aikaa vievää kokemattomalle projektipäällikölle, ja siihen olisikin voitu suunnata enemmän aikaresursseja kyselyn suunnitteluun että sen toteutukseen ja tulosten analysointiin.

Hankkeen viestintä sujui suunnitelman mukaisesti. Ainoa muutos oli kyselylomakkeiden lähettäminen, mitä ei suoritettu informaatiotilaisuuden yhteydessä, vaan ne lähetettiin kullekin terveydenhoitajalle postitse omaan neuvolaan. Ratkaisuun päädyttiin ohjausryhmän kokouksessa. Ensimmäisen vaiheen kyselyn tulokset jäivät myös esittämättä hankkeen puolivälissä johtuen aikataulutuseroista ja lomista. Äitiyshuollon ylihoitajan kanssa sovittiin hankkeen tulosten esittämisestä kuukausipalaverissa toukokuussa 2010. Mallin suullinen esitys selvensi mallin tarkoitusta ja tavoitetta sekä sen mahdollista pilotoinnin suunnittelua jatkossa. Kehittämishankkeen kirjallinen loppuraportti lähetettiin lisäksi ylihoitajille ja osastonhoitajille, ja ideaalimalli jokaiselle terveydenhoitajalle henkilökohtaisesti.

Projektityöskentely oli vaiheistettu, ja kyselyn jälkeen koottiin projektiryhmä, jonka kanssa uutta neuvolan ideaalimallia suunniteltiin ja muodostettiin. Kyselyn tulokset eivät olleet yhdenmukaisia siihen, mitä projektiryhmän terveydenhoitajat neuvolatoiminnalta toivoivat moniammatillisuuden järjestettävän Turun seudun neuvoloissa. Saman katon alla - toimintaa ei kannatettu lainkaan, kun taas kyselyssä sitä toivottiin paljon enemmän. Projektiryhmässä tätä perusteltiin muun muassa puutteellisin aika-, henkilöstö- ja talousresurssein. Mielenkiintoista ja asenteiden vastakkaisuus aiheutti sen, ettei jokaisen mielipidettä ja mieltymystä voitu huomioida, vaan malli suunniteltiin lopulta sivuten sekä meneillään olevia hankkeita että ensimmäisen vaiheen kyselyn tuloksia projektiryhmäläisten ideoinnin tuloksena. Malli perustuu teoria- ja tutkimustietoihin sekä voimassa oleviin neuvolatoiminnan suosituksiin. Kyselyn tuloksista ilmeni kuitenkin moniammatillisuuden tarve, neuvolatoiminnan kehittämisen suunnat ja terveydenhoitajien motivaatio kehittää toimintaa. Kyselyn tulosten mukaan neuvolatoiminnassa tulisi olla enemmän aikaa, koulutuksia ja erilaista tukea omaan työhön. Tässä

kehittämishankkeessa syntyneessä ideaalimallissa on hyvät mahdollisuudet saavuttaa sekä moniammatillinen ja perhekeskeinen työote että työnohjaus-tyyppinen ”foorumi” terveydenhoitajille.

Hanke päättyi uudistetun mallin luomiseen ja sen esittelyyn äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Tätä raporttia kirjoittaessa mallia ei ollut vielä esitetty kaikille neuvoloiden terveydenhoitajille, joten mallin herättämien keskustelujen ja ajatusten sekä niiden pohdinta ei ollut tässä raportissa mahdollista. Turun sosiaali- ja terveystoimen neuvolatoiminnan haasteena lähitulevaisuudessa on pilotoida uusi neuvolatoiminnan ideaalimalli ja arvioida sen toimivuutta ja tarpeellisuutta. Ennen mallin varsinaista käyttöön ottoa tulee luoda tarkat resursointi- ja toimintasuunnitelmat sekä pohtia pilotointi- vaiheessa ilmenneitä mallin hyötyjä ja mahdollisia kehittämistarpeita. Neuvoloiden terveydenhoitajia ja lääkäreitä tulee informoida sekä pilotoinnin että uuden mallin käyttöön oton kaikissa vaiheissa.

Kehittämishankkeen luonnollisena jatkona voidaan *pitää ideaalimallin pilotoinnin suunnittelua, pilotointia ja toiminnan arviointia* yhtenä Kymppi-hankeen osaprojektina. Hanke voidaan suorittaa sekä neuvoloiden henkilökunnan ja Turun sosiaali- ja terveystoimen eri organisaatiotasojen kanssa yhteistyössä. Osahankkeisiin voidaan - ja kannattaa - ottaa mukaan myös alan opiskelijat esimerkiksi Turun ammattikorkeakoulusta. Pilotoinnin jälkeen mahdollisena jatkokartoituksena tai –tutkimuksena voidaan neuvolatoiminnan ideaalimallin käyttöön ottoa tarkastella muutosjohtajuuden kannalta esimerkiksi Kotterin kahdeksan portaiseen malliin perustuen (Kotter 1996). Muutos ja sen johtaminen tulee olemaan tärkeällä sijalla uuden mallin käyttöön otossa ja henkilökunnan motivoinnissa ja perehdyttämisessä. Myöhemmässä vaiheessa pilotoinnin jälkeen, moniammatillisen ja perhekeskeisen neuvolamalliin tullessa käytäntöön, voidaan toimintaa arvioida myös asiakkaiden näkökulmasta. Osaprojekteissa tulee ensisijaisesti huomioida perheiden saama hyöty ja neuvolatyön kehittyminen suositusten mukaisesti.

Kehittämishanke on ollut mielenkiintoinen ja mukaansa tempaava, mutta aikaa vievä prosessi. Hankkeen tavoitteet saavutettiin, projektiryhmä toimi suunnitellusti ja ongelmitta. Ideaalimalli rakennettiin monista erilaisista näkökannoista, mielipiteistä, tutkimustiedon palasista sekä perehtymällä olemassa oleviin neuvolatoiminnan malleihin ja hankkeisiin. Hankkeen tuotoksena syntyi moniammatillinen ja perhekeskeinen neuvolatoiminnan ideaalimalli. Mallin pilotoimiseksi tarvitaan aikaa, taloudellisia resursseja sekä henkilökunnan halua ja uskoa muutokseen. Kärsivällisyys ja pitkäjänteisyys johtavat toivottavasti uuden ideaalimallin käyttöön ottoon Turun seudulla lähitulevaisuudessa.

Kehittämishankkeen prosessi on ollut kuin matka, pitkä taival, joka johtaa toivottuun ja tavoiteltuun päämäärään. Pitkää taivalta ovat viitoittaneet ja opastaneet ohjausryhmän sekä mentorin tuki ja asiantuntijuus sekä motivoitunut projektiryhmä. Ilman tätä matkaa ei lopputulos, tavoiteltu päämäärä, olisi tuntunut yhtä hienolta – jopa voitolta. Prosessin aikana mieleen palautui Mary Wanlessin ajatelma siitä, että *"Useimmat meistä haluaisivat vain päästä perille, eivät matkustaa. Muista, että matkanteko ei ole vain puolet huvista, vaan kaikki mitä ylipäättään on tarjolla. Antaudu oppimisprosessille"*.

11 Lähteet

Aaltola J & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, H. L.T. & Huttunen R. & Moilanen P.(toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Atena Kustannus. Jyväskylä.

Ahonen P. 2009. Neuvolapalvelujärjestelmän kehittäminen (KYMPPI-hanke). Teoksessa Saarikoski, M. & Toivonen, H. terve ja hyvinvoiva tulevaisuus (HEAWELL). T&K –ohjelma terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä Varsinais-Suomessa 2007-2009. Raportteja 89. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Annandale S J., McCann S, Nattrass, H., Williams S., Evans D. 2000. Achieving health improvements through interprofessional learning in south west England. Journal Of Interprofessional Care, VOL. 14, NO. 2, 2000, 161-174.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja teos, ilmaisu, tekeminen. Akatiimi. Hamina.

Arnkil T., Eriksson E & Arnkil R. 2002. Pitää puuttua omaan huoleen. Dialogi 3.

Atweh, B. & Kemmis, S. & Weeks, P. (ed.) 1998. Action research in practice. Partnerships for social justice in education. London. Routledge.

Aula M-K. 2006. Lapsiasiainvaltuutetun puhe valtakunnallisilla neuvolapäivillä 30.10.2006. Espoo. <http://www.lapsiasia.fi/Resource.phx/lapsiasia/ajankohtaista/puheet/espoo301006neuvolapaivat.htm> [Viitattu 1.2.2009]

Bardy, M. Salmi, M. Heino, T. 2001. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes, raportteja 263. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Beresford, Peter & Evans, Clare 1999. Research note: Research and Empowerment. British Journal of Social Work 29, 671-677.

Broden M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet. Helsinki. Therapie- säätiö.

Carr, W. & Kemmis, S. 1986. Becoming critical: Education, knowledge and action research. London. Falmer

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. 1989/ 1991/2002. *Research Methods in Education*, London: Routledge Falmer

Cornu T. 2009. Kehittämishankkeeseen liittynyt keskustelu 8.12. 2009. Turku

Cornu T. 2008. Kehittämishankkeen ideavaiheeseen liittynyt keskustelu 8. 12. 2008. Turku.

Doughty C. 2007. Effective strategies for promoting attachment between young children and their parents. New Zealand Health Technology Assessment. New Zealand.

Eerola, A. 2004. Moniammatillinen yhteistyö – helppoako? Suomen ensihoitoalan liitto. http://www.sehl.fi/ensihoidajalehti/lehdet/numero_4_2004/moniammatillinen_yhteistyö-hel/ [Viitattu 28.11.2008]

Eirola, R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet. Perheohjauksen arviointi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 102. Kuopion yliopisto.

Erämetsä, T. 2003. Myönteinen muutos. Tammi. Helsinki.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Gerrish K. & Lacey A. 2006. The research process in nursing, 5. edition. Blackwell Publishing. Great Britain.

- Grant S., Aitchison T., Henderson E., Christie J., Zare S., McMurray J., Dargie H. 1999. A comparison of the reproducibility and the sensitivity to change of visual analogue scales, borg scales, and likert scales in normal subjects during submaximal exercise.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:22. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.
- Halmesmäki E. 2003. Syntymää edeltävä aika (äitiyshuolto). Sairausten ehkäisy. Duodecim, terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae47000
- Heikkilä M., Lahti T.(toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. <http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2007/070308b.htm>
- Heikkinen E. 2003. Malli terveysalan käytännössä ja koulutuksessa ilmenevästä kateudesta. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Heikkinen, H.L.T. & Jyrkämä J. 1999 Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, Hannu H.L.T. & Huttunen, Rauno & Moilanen, Pentti (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä. Atena Kustannus.
- Heikkinen H.L.T. 2001. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu : virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Heikkinen H.L.T., Rovio E., Syrjälä L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen mentelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Helsinki.
- Hermansson E. 1997. Lapset perusterveydenhuollossa - katsaus lastenneuvolan kehitykseen, visio tulevaan. Stakes. Aiheita. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. uudistettu painos. Tammi. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki. Tammi.
- Honkanen H. 2008 Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Kuopion yliopisto. Kuopio. <http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0819-2.pdf>
- Huhtanen K. 2004. Varhainen puuttuminen – Erityisen tuen tarpeen kohtaaminen päivähoitossa. Oy Finn Lectura Ab. Helsinki
- Häggman- Laitila, A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämiseksi. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY. Helsinki.
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY. Vantaa.
- Kalland M. 2006. Lapsiperheen hyvinvointi, "Lasten hyvinvointi ja oppimisvalmiuksien arviointi 3-7 vuoden iässä". http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/BDFF3EA0-A525-45F7-B1EF-D7D86DC02570/0/Lapsiperheenhyvinvointi_kalland_3_.pdf
- Kangaspunta R., Kilku N., Kaltiala-Heino R., Punamäki R-L. 2005. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen. Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola- projektin loppuraportti 2002- 2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisu 1/2005.
- Kangaspunta R. 2007. Hyvinvointineuvola- toimintamalli Tampereella, perhetyö perheiden elämässä - seminaari 13.6.2007. Tampere. Saatavana: www.sosiaaliportti.fi/File/943a68b9-0879-4f28-94db-fc6bdd198cc3/
- Kankkunen P. & Vehviläinen- Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Kansanterveyslaki 1972/66 5§.

- Karvonen T. 2007. Naperohanke. Perhepalvelumallien kehittäminen perustyöhön 1.8.2006 – 31.10.2007. Loppuraportti. <http://www.rovaniemi.fi/includes/loader.aspx?id=f51860f3e9004dd7ba634d369244b93b>
- Keränen A., Määttä J. 2009. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhoitajan tukena äitiys- ja lastenneuvolassa. Opinnäytetyö. Rovaniemi.
- Kinnunen U, Mauno S. 2002. Työ- ja perhe-elämä vanhempien ja lasten näkökulmasta. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) 2002. Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. PS-kustannus. Jyväskylä
- Kokko M, Törmälä T. ”Isä on just semmonen ku se on”- tapaustutkimus isyyden kokemisesta. Pro gradu- tutkielma, Oulun yliopisto, kasvatustieteen tiedekunta. 2002. Oulu.
- Kotter, J. 1996. Leading Change. Boston: Harvard Business School Press.
- Krank A. 2001. Acamedia ok. Vanhemmuuden roolikartta – Syvennä ja sovela. Toim. Mari Rautiainen. Kuntaliitto. Helsinki 2001. http://www.lskl.fi/showPage.php?page_id=51
- Kunnat.net http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;105657 Julkaissut Heidi Heiskanen. [Viitattu 8.1.2009]
- Kuula A. 2000. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino. Tampere.
- Kylmä J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY. Helsinki
- Kyngäs H & Vanhanen L, 1999, Sisällön analyysi, Hoitotiede-lehti, no 1/99, 3-12.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/ 488.
- Lastensuojelulaki 2007/ 417 2-4 §.
- Lindholm M. 2007. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. – Teoksessa Neuvolatyön käsikirja (toim. Armanto, Annukka – Koistinen, Paula). Tammi. Helsinki.
- Lääperi R. 2007. Perheen hyväksi kumppanuuden hengessä. Jyväskylän seudun Perhe -hankkeen arviointi. Stakesin Jyväskylän alueyksikkö.
- Mahal-Ali-Marttila K. 1999. Mihin istutamme ihmistaimen? Artikkelit Aktiivinen synnytys ry:n jäsenlehdessä 1/1999. <http://www.lapsiperhe.net/aktiivinensynnytys/artikkelit.php3?artikkelinr=37> [Viitattu 20.1.2009]
- Marttunen M. 2005. Riittävän hyvä vanhemmuus. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. www.ktl.fi > > Julkaisut > Kansanterveys-lehti > Lehdet 2005 > 9/2005. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/9_2005/riittavan_hyva_vanhemmuus. [Viitattu 20.1.2009]
- Muttalainen J. 2007. Perhekumppanit. Arviointiraportti Lahden Perhe-hankkeesta 2005- 2007. Lahti
- Niemistö R. 2002. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tammer-paino. Tampere.
- Nurmi A.& Torittu I. 2010. Keskustelu Remontti-hankkeesta ja neuvolatoiminnasta. Turku.
- North A. Mietelause Ari Hartikaisen internet-sivustolta. <http://www.arhartikainen.fi/page8.php?post=11> [Viitattu 23.3.2010]
- Paahtama S. 2008. Neuvolatoiminta. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;105657 [Viitattu 1.2. 2010]
- Paajanen Pirjo. Mikä on minun perheeni? – suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. Perhebarometri 2007. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos E 30/2007. <http://www.vaestoliitto.fi/?x11011=24004> [Viitattu 9.1.2009]

Paavilainen R. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Lääketieteellisen tiedekunnan väitöskirja, Tampere. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5544-4.pdf>

Payne M. 2000. Teamwork in Multiprofessional Care. Macmillan Press, London

Peitsalo P. 2006. Perhevalmennuksen isäryhmä. Materiaali: Tikka T. ja Saneri I. 2006. Miessakit ry. http://www.miessakit.fi/easydata/customers/miessakit/files/Liitetiedostot/Perhevalmennuksen_isaryhma.pdf. [Viitattu 25.1.2009]

PERHE- Hanke 2005. Perhepalveluiden kumppanuusohjelma. STM. Helsinki.

Pitkänen M., Sopanen R. 2007, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti, lastenneuvolassa ja työyhteisön tuki, opinnäytetyö, Helsingin AMK. Kirjallisuuskatsaus. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6742/stadia-1176966180-4.pdf?sequence=1>

Puura, K. Tamminen, T. Mäntymaa, M. Virta, E. Turunen, M-M. Koivisto, A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana.

Saaranen- Kauppinen A. & Puuniekka A. 2006. Kvali- MOT- Menetelmäopetuksen tietovaranto, yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Salomäki J. 2002. Tiimit ja työhyvinvointi. Aseman lapset ry. Helsinki.

Seikkula, J& Arnkil, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tammi. Helsinki

Sevon, E., & Huttunen, J. 2002. Odottavan äidin vastuu. Teoksessa Rönkä, Anna. & Kinnunen, Ulla (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. U. PS-kustannus. Otavan kirjapaino. Jyväskylä.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi – Projektityön käsikirja. 1. painos. Edita Prima Oy. Helsinki

Silomäki P. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti, neuvolan perhetyöstä Espoossa. Opinnäytetyö. Laurea, Espoo. <http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/thesis/view/23>

Silvennoinen R. 2001. Askel kohti saumattomuutta. Tavoitteena äitiyshuollon saumattomat hoitoketjut. Opinnäytetyö. Kuopio.

Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Väitöskirja, Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteiden laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/neuvola/trm03_7.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Oppaita 2004:14. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:13. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti, terveyden edistämisen laatusuositus 2006:19. Helsinki

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Asetuksia neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:37. Helsinki. Saatavana: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/index.htx.i306.pdf> [Viitattu 12.1.2009]

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti, terveyden edistäminen 2008. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thedi/index.htx> [Viitattu 9.2. 2009]

Ståhlberg M-R. 2007. Suomen Lääkärilehti 41/2007 vsk 62, s. 3728 Pääkirjoitus: Sosiaalipediatrien ongelmien hoitamiseen tarvitaan toimiva yhteistyöverkosto.

Taajamo, T. Soine-Rajanummi, S. Järvinen, R. 2005. Kehittykö moniammatillisuus? Raportti Päijät-Hämeen hyvinvointineuvolahankkeen kehittämistyöstä. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus. Lahti.

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Minna Salakari

- Taanila A. 2009. Määrällisen aineiston kerääminen. <http://myy.helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf> [Viitattu 1.3. 2010]
- Terveys 2015- kansanterveysohjelma. <http://www.terveys2015.fi/> [Viitattu 9.1. 2010]
- Tilastokeskus 2008. <http://www.stat.fi/meta/kas/lapsiperhe.html> [Viitattu 18.1.2009]
- Tuhkasaari P. 2007. Väestöliitto, kolumni (06/2007). http://www.vaestoliitto.fi/parisuhdetietoa_ammattilaisille/kuukauden_kolumni/?x46066=23328 [Viitattu 18.1.2009]
- Turun ammattikorkeakoulu 2010. T&K- projektit, projektori, KYMPPI-hanke. <http://messi/Tutkimus%20ja%20kehitys/2/Sivut/etusivu.aspx> [Viitattu 1.2. 2010]
- Turun kaupunki 2009. Neuvolatoiminta. <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=4483&culture=fi-FI&contentlan=1>
- Tuomi J. & Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi. Helsinki.
- Tynjälä, P. 1991 Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja. Kasvatus 22, 387-398.
- Urjanheimo E-L 2008. Osaamista, innostusta ja virkistystä työhön, terveydenhoitajan täydennyskoulutus. Suomen terveydenhoitajien liitto. Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M, 1997, Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, WSOY. Juva.
- Veijola, A. Isola, A. Taanila, A. 2006. Monimmatillinen perhetyö edellyttää keskustelua. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. 2006:43.
- Viitala R. 2007. Preventiivinen perhetyö, vanhempien kurssit Pohjoismaissa. Tiedote PERHE- hankkeessa mukana oleville.
- Viljamaa M-L, 2003. Neuvola tänään ja huomenna, Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto. [www./selene.lib.jyu.fi:8080/vaitos/studies/studeduc/9513914275.pdf](http://www.selene.lib.jyu.fi:8080/vaitos/studies/studeduc/9513914275.pdf)
- Vilkkä H. 2005. Tutki ja kehitä. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Wanless M. Mietelauseet. http://www.klarary.fi/index_files/mietelauseet.htm [Viitattu 23.3.2010]
- Wewers M. & Lowe N. 1990. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Research in Nursing and Health 13, 227±236.
- Åstedt-Kurki P & Nieminen H. 1997, Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, WSOY. Juva.
- Äijälä T. 2007. Perhetyön kehittäminen Pohjois- Porin neuvolassa. Satakunnan

Arvoisa vastaaja!

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen – koulutusohjelmassa (Ylempi AMK - tutkinto). Opinnäytetyönäni teen kehittämishankkeen ”**Saman katon alla**”- moniammatillinen yhteistyö perheeksi muotoutumisen varhaisvaiheissa, jonka tarkoituksena on kehittää moniammatillinen ideaalimalli neuvolatoimintaan Turun seudulle. Ideaalimalli kehitetään yhdessä teidän kanssanne, joten teidän mielipiteenne ovat ensiarvoisen tärkeitä.

Toivon, että vastaatte jokaiseen kysymykseen ja palautatte kyselyn suljetussa kuoressa sisäisessä postissa Tuula Cornulle, josta kuoret palautuvat minulle suljettuina (kuorissa minun nimeni). Tutkimus on täysin vapaaehtoinen, ja kyselyvastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Kenenkään henkilöllisyys ei tule esiin tutkimuksen missään vaiheessa. Kaikkien vastaukset ovat tärkeitä, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavat.

Vastaamisaikaa on 23.10.2009 saakka, palautattehan suljetut palautuskuoret siihen mennessä.

Yhteistyöstä kiittäen,

Minna Salakari
projektipäällikkö
Turun ammattikorkeakoulu (YAMK)
P. 040 730 78 77
e-mail: minnihiiru(at)gmail.com

Ritva Laaksonen-Heikkilä
lehtori
Turun ammattikorkeakoulu
p. 044 907 54 77
email: ritva.laaksonen-heikkila (at)turkuamk.fi

KYSELYLOMAKE

TAUSTATIEDOT

1. Minkä ikäinen olette? Ympyröikää sopivin seuraavista.

- 1 alle 25 -vuotias
- 2 25- 30 -vuotias
- 3 31- 40 -vuotias
- 4 41- 50 -vuotias
- 5 51- 60 -vuotias
- 6 yli 60 -vuotias

2. Mikä on koulutuksenne? Ympyröikää sopivin seuraavista.

- 1 Terveydenhoitaja
- 2 Kätilö
- 3 Terveydenhoitaja ja kätilö

4. Työskentelen: Ympyröikää sopivin seuraavista.

- 1 Äitiysneuvolassa
- 2 Lastenneuvolassa
- 3 Äitiys- ja lastenneuvolassa

5. Kauanko olette työskennellyt neuvolatyössä? _____v_____kk

6. Olen
- 1 vakituinen työntekijä
 - 2 sijainen

KYSYMYKSET NEUVOLATOIMINNAN NYKYTILANTEESTA

Tässä osiossa on tarkoitus arvioida neuvolatoimintaan liittyviä asioita. Laittakaa rasti suoran sille kohdalle, mikä vastaa mielipidettänne ko. asiasta. Suoran vasen pää vastaa ”ei lainkaan”- tasoa ja oikea pää ” Erittäin paljon/hyvä”- tasoa.

Esim. Miten paljon teillä on ollut viimeisen kuukauden aikana kipua olkapäässäanne?

|-----X-----|

Ei lainkaan kipua

Sietämätön kipu

7. Kuinka toimivaksi arvioisitte nykyisen neuvolatoiminnan mallin omassa työpisteessänne?

Ei toimi lainkaan

Erittäin hyvin toimiva

8. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu neuvolatoiminnassa?

Ei lainkaan

Erittäin hyvin

9. Miten paljon neuvolatoiminta on muuttunut työssäolo aikananne?

Ei lainkaan

Erittäin paljon

10. Miten kiinnostunut olette kehittämään neuvolatoimintaa?

En lainkaan kiinnostunut

Erittäin kiinnostunut

11. Miten paljon voitte itse vaikuttaa työhönne?

En lainkaan

Erittäin paljon

12. Miten neuvola mielestänne vastaa perheiden tarpeisiin?

Ei lainkaan

Erittäin hyvin

Seuraaviin kysymyksiin on tarkoitus vastata omin sanoin, vapaasti. Voitte vastata yksittäisillä sanoilla, lauseilla, mielikuvilla tai esimerkiksi piirtämällä kuvioita.

13. Minkälaista tukea toivoisitte saavanne omaan työhönne neuvolatyössä?

14. Mikä on mielestänne hyvän neuvolamallin tunnusomainen piirre?

PERHEIDEN TUKEMINEN ÄITIYSNEUVOLASSA

15. Missä asioissa perheet tarvitsevat mielestänne tukea perheen muotoutumisen varhaisvaiheissa? Merkitkää kolme (3) tärkeintä ja numeroikaa ne siten, että 1. on tärkein, 2. on toiseksi tärkein jne.

- a. Fyysisiin oireisiin raskauden aikana
- b. Synnytykseen liittyviin asioihin
- c. Vanhemmuuteen kasvun tukemiseen

- d. Parisuhdeongelmiin
- e. Mielenterveysongelmiin
- g. Kulttuuriin liittyviin asioihin
- h. Uskontoon liittyviin asioihin
- i. Uusavuttomuuteen
- j. Raskaus ja/tai vanhemmuus vanhemmalla iällä
- k. Raskaus ja/tai vanhemmuus teini-iällä
- l. Päihdeongelmiin
- m. Taloudellisiin ongelmiin
- n. Muu, mikä? _____

16. Minkälaista apua ja tukea perheille on tarjolla raskausaikana. Rastittakaa kaikki sopivat vaihtoehdot.

- a. Vertaistuki
- b. Lääkäri
- c. Sosiaalityöntekijä
- d. Psykologi
- e. Kotiapu
- f. Perhetyöntekijä
- g. Muu, mikä? _____

17. Minkälaista apua ja tukea perheille on tarjolla vauvaperheaikana. Rastittakaa kaikki sopivat vaihtoehdot

- a. Vertaistuki
- b. Lääkäri
- c. Sosiaalityöntekijä
- d. Psykologi
- e. Kotiapu
- f. Perhetyöntekijä
- g. Muu, mikä? _____

18. Paljonko neuvolassanne on ns. riskiperheitä? Riskiperheellä tarkoitetaan tässä yhteydessä perheitä, joissa esiintyy mielenterveys-, päihde- tai sosiaalisia ongelmia, sekä perheitä, jotka ovat muutoin syrjäytymisvaarassa (pakolaiset, ulkomaalaiset, teiniäidit ja – perheet, perheväkivalta). Ympyröikää sopivin seuraavista.

- 1 Ei lainkaan
- 2 Vähän
- 3 Jonkin verran
- 4 Melko paljon
- 5 Paljon

Seuraavaan kysymykseen on tarkoitus vastata omin sanoin, vapaasti. Voitte vastata yksittäisillä sanoilla, lauseilla, mielikuvilla tai esimerkiksi piirtämällä kuvioita.

19. Mitä tekijöitä mielestänne tarvitaan, jotta perheitä voitaisiin tukea entistä paremmin jo raskausaikana?

KYSYMYKSET MONIAMMATILLISESTA NEUVOLATOIMINNASTA

Seuraaviin kysymykseen on tarkoitus vastata omin sanoin, vapaasti. Voitte vastata yksittäisillä sanoilla, lauseilla, mielikuvilla tai esimerkiksi piirtämällä kuvioita.

20. Mitä teille tulee mieleen hyvinvointineuvolasta? Voitte kirjoittaa lauseita, yksittäisiä sanoja, mielikuvia tai esimerkiksi piirtää kuvioita.

21. Mitä teille tulee mieleen moniammatillisesta tiimityöstä? Voitte kirjoittaa lauseita, yksittäisiä sanoja, mielikuvia tai esimerkiksi piirtää kuvioita.

22. Seuraavassa on luettelo eri ammattiryhmistä, joiden kanssa neuvoloissa tavallisesti tehdään yhteistyötä. Ympyröikää ne, keiden kanssa teette tai olette tehneet yhteistyötä.

- 1 Neuvolalääkäri
- 2 Sosiaalityöntekijä
- 3 Psykologi
- 4 Perhetyöntekijä
- 5 Kätilö
- 6 Erikoissairaanhoidon lääkäri (gynekologi, lastenlääkäri, psykiatri jne.)
- 7 Päihdepoliklinikka
- 8 Varhaiskasvatuksen työntekijät
- 9 Psykiatrian poliklinikat
- 10 Seurakunnat
- 11 Muu, mikä? _____

Seuraavissa taulukoissa on tarkoitus rastittaa kunkin vaakasarakkeen kohdalle sopivin vaihtoehto.

23. Miten paljon teette yhteistyötä seuraavien ammattiryhmien kanssa neuvolatoiminnassa? Rastittakaa seuraavasta taulukosta yhteistyön määränne parhaiten sopiva vaihtoehto.

Ammattiryhmä	En lainkaan	Kerran vuodessa	2-6 kertaa vuodessa	Kerran/kuukausi	Useita kertoja/kuukausi	Kerran viikossa	Useita kertoja viikossa	Päivittäin
Neuvolalääkäri								
Psykologi								
Sosiaalityöntekijä								
Perhetyöntekijä								
Kätilö								
Erikoissairaanhoidon lääkäri, mikä? _____ _____								
Päihdepoliikklinikka								
Varhaiskasvatuksen työntekijät								
Psykiatrian poliikklinikat								
Seurakunnat								
Muu, mikä? _____ _____								

24. Miten hyvin toimivaksi koette yhteistyön seuraavien ammattiryhmien kanssa? Rastittakaa seuraavasta taulukosta teille parhaiten soveltuva vaihtoehto.

Ammattiryhmä	Toimii huonosti	Toimii melko huonosti	Toimii tyydyttävästi	Toimii hyvin	Toimii erittäin hyvin	Ei koske minua
Neuvolalääkäri						
Psykologi						
Sosiaalityöntekijä						
Perhetyöntekijä						
Kätilö						
Erikoissairaanhoidon lääkäri, mikä? _____						
Päihdepoliklinikka						
Varhaiskasvatuksen työntekijät						
Psykiatrian poliklinikat						
Seurakunnat						
Muu, mikä? _____						

25. Millä tavoin teette yhteistyötä seuraavien tahojen kanssa? Rastittakaa seuraavasta taulukosta teille parhaiten sopiva vaihtoehto.

Ammattiryhmä	Ei yhteistyötä	Puhelimitse	Sähköpostitse	Yhteis-palaveri	Kirjallinen lähete	Yhteisvastaanotto
Neuvolalääkäri						
Psykologi						
Sosiaalityöntekijä						
Perhetyöntekijä						
Kätilö						
Erikoissairaan-hoidon lääkäri, mikä?						
Päihdepoliklinikka						
Varhaiskasvatuk-sen työntekijät						
Psykiatrian poliklinikat						
Seurakunnat						
Muu, mikä? _____						

11.1 Seuraaviin kysymyksiin on tarkoitus vastata omin sanoin, vapaasti. Voitte vastata yksittäisillä sanoilla, lauseilla, mielikuvilla tai esimerkiksi piirtämällä kuvioita.

26. Luonnehtikaa omin sanoin eri ammattiryhmien välistä työskentelyä neuvolassa?

27. Jos saisitte päättää, millä tavoin moniammatillinen yhteistyö järjestettäisiin neuvolatoiminnassa? Vastatkaa vapaasti.

28. Mitkä asiat vaikeuttavat eri ammattikuntien välisen yhteistyön toimivuutta? Numeroi kolme (3) tärkeintä, 1=tärkein, 2=toiseksi tärkein jne.

- a. Erilaiset toimintatavat
- b. Yhteisen ajan puute
- c. Tietämättömyys toisen ammattikunnan työstä
- d. Vaitiolovelvollisuus
- e. Yhteydenotto tapahtunut liian myöhään
- f. Yhteydenpitoa ei riittävästi
- g. Henkilökunnan vähyyys
- h. Henkilökunnan vaihtuvuus suuri
- i. Henkilökemioiden yhteensopimattomuus
- j. Jokin muu

Mikä? _____

29. Mitkä asiat edistävät eri ammattikuntien välisen yhteistyön toimivuutta? Numeroi kolme (3) tärkeintä (1=tärkein, 2=toiseksi tärkein jne.)

- a. Yhteiset koulutustilaisuudet
- b. Tietoisuus toisen ammattikunnan työstä
- c. Yhteistyötahojen henkilökunnan tunteminen
- d. Henkilökohtainen halukkuus yhteistyöhön
- e. Yhteistyön säännöllisyys
- f. Yhteydenotto tullut varhaisessa vaiheessa
- g. Aikaa yhteistyölle
- h. Yhteistyön suunnitelmallisuus
- i. Hyvä tiedonkulku yhteistyötahojen välillä
- j. Jokin muu

Mikä? _____

30. Miten paljon koette tarvitsevanne moniammatillista yhteistyötä työssänne? Ympyröikää sopivin vaihtoehto seuraavista.

- 1 En lainkaan
- 2 Vähän
- 3 Jonkin verran
- 4 Melko paljon
- 5 Paljon

Perustelut:

UUDENLAISEN NEUVOLAMALLIN KEHITTÄMINEN

Tässä osiossa on tarkoitus arvioida neuvolatoimintaa. Seuraavassa on väittämiä, joihin vastataan joko ”olen samaa mieltä” tai ”olen eri mieltä”.

31. Merkitse ympyröimällä seuraaviin kohtiin mielipiteesi asteikolla 1 – 5

(1= olen täysin eri mieltä, 5= olen täysin samaa mieltä)

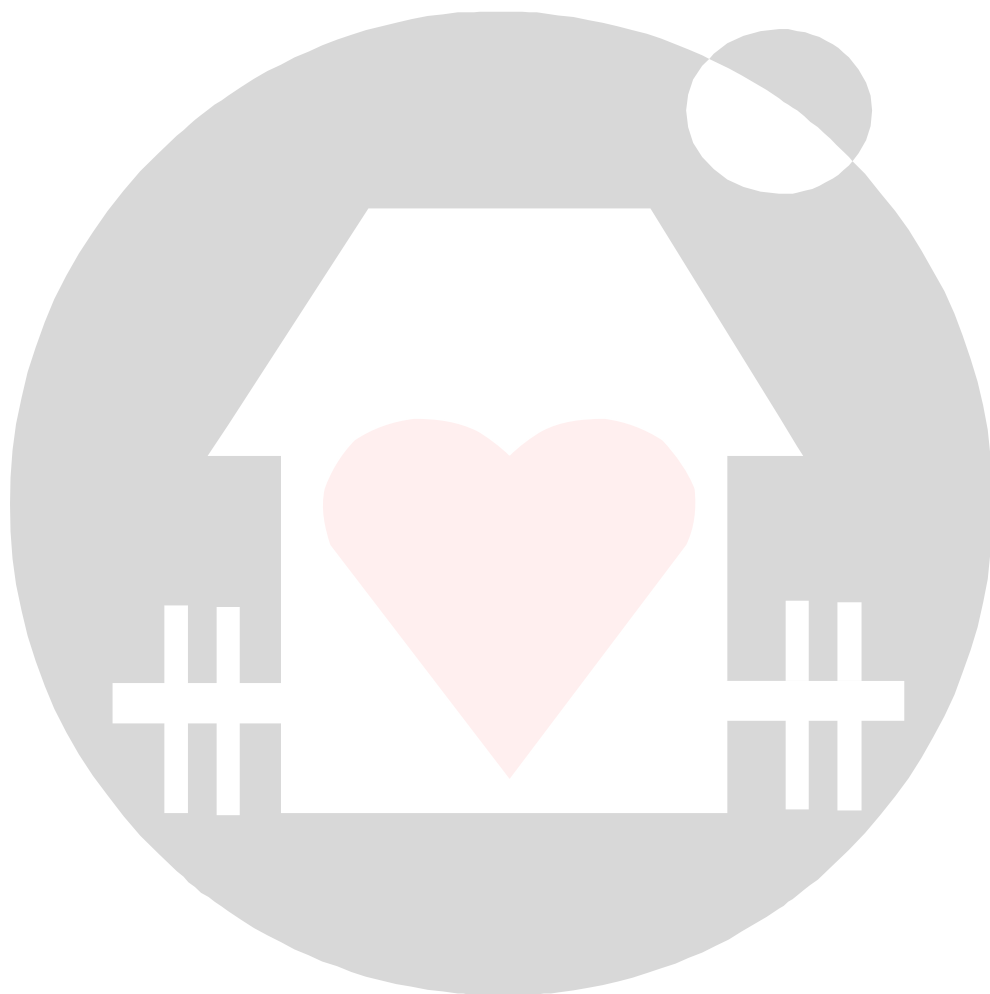
- | | |
|--|-----------|
| a. Nykyinen neuvolatoiminta on monipuolista, moniammatillista ja perheiden etuja ensisijaisesti ajattelevaa. | 1 2 3 4 5 |
| b. Neuvolassa, jossa työskentelen, moniammatillisuus näkyy päivittäisenä tai viikoittaisena toimintana. | 1 2 3 4 5 |
| c. Olen tietoinen erilaisista neuvolamalleista. | 1 2 3 4 5 |
| d. Hyvinvointineuvola-malli vastaisi parhaiten mielikuvaani moniammatillisesta neuvolasta. | 1 2 3 4 5 |
| e. Tekisin mielelläni töitä parityöskentely-periaatteella perhetyöntekijän kanssa. | 1 2 3 4 5 |
| f. Tekisin mielelläni töitä parityöskentely-periaatteella sosiaalityöntekijän kanssa. | 1 2 3 4 5 |
| g. Tekisin mielelläni töitä parityöskentely-periaatteella lääkärin kanssa. | 1 2 3 4 5 |
| h. Tekisin mielelläni yhteistyötä seurakunnan kanssa. | 1 2 3 4 5 |
| i. Tekisin mielelläni yhteistyötä erilaisten järjestöjen kanssa. | 1 2 3 4 5 |
| j. Olisi hyvä, jos neuvolatoimintaan saataisiin mukaan perhetyöntekijä, joka tekisi kotikäyntejä. | 1 2 3 4 5 |
| k. Nykyinen työni neuvolassa ei vaadi mitään muutoksia eikä kehittymistä. | 1 2 3 4 5 |
| l. Olisin mielelläni mukana kehittämässä uudenlaista moniammatillista neuvolamallia. | 1 2 3 4 5 |
| m. Lapset ja perheet voivat nykyään huonommin kuin ennen. | 1 2 3 4 5 |
| n. Minulla on riittävästi aikaa perheille neuvolakäynneillä. | 1 2 3 4 5 |
| o. Perheen tukeminen raskauden aikana auttaa perheitä selviytymään paremmin lapsen synnyttyä. | 1 2 3 4 5 |
| p. Perheen tukeminen jo raskauden varhaisvaiheissa helpottaa vanhemmuuteen kasvua. | 1 2 3 4 5 |

- q. Neuvola on avainasemassa tunnistettaessa
ns. riskiperheitä. 1 2 3 4 5
- r. Neuvola on avainasemassa perheiden
syrjäytyneisyyden ennaltaehkäisevässä työssä. 1 2 3 4 5
- s. Neuvolassa on tällä hetkellä runsaasti perheitä,
jotka tarvitsevat tukea ja apua vanhemmuuteen kasvussa. 1 2 3 4 5
- t. Neuvolassa on tällä hetkellä paljon aikaa
ns. riskiperheiden kohtaamiseen ja tukemiseen. 1 2 3 4 5

KIITOS VASTAUKSISTANNE JA AJASTANNE!!

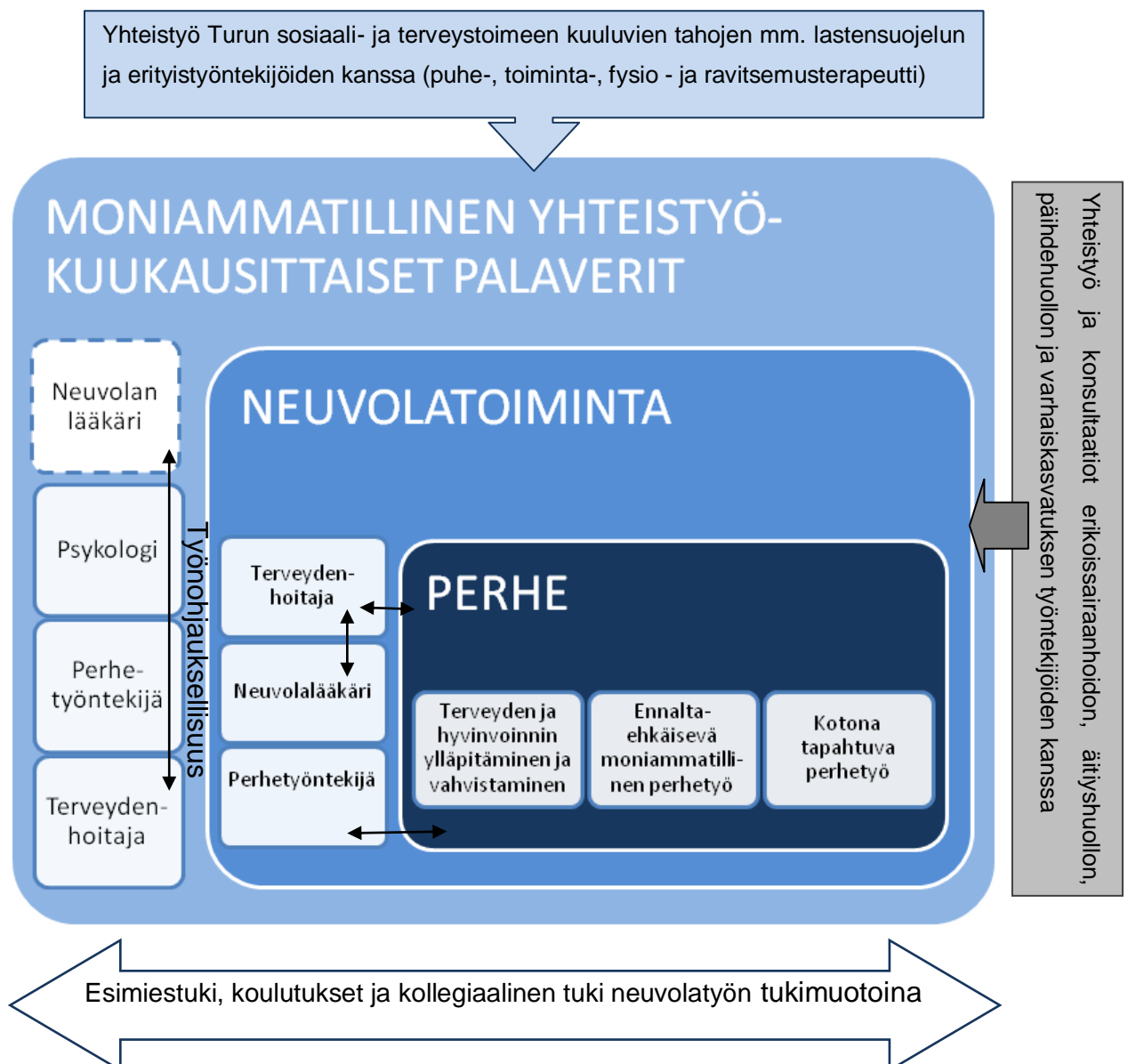
SAMAN KATON ALLA – Moniammatillinen yhteistyö perheen muotoutumisen varhaisvaiheessa. Lisämateriaali.

MONIAMMATILLISEN TYÖRYHMÄN TOIMINTASUUNNITELMA



Neuvolatoiminnan ideaalimalli Turun seudulle

Neuvolatoiminnan ideaalimallin tarkoituksena on saavuttaa perhekeskeinen, moniammatillinen ja varhaisen tuen palvelu perheille. Tavoitteena on perheiden hyvinvoinnin lisääntyminen ja monialainen perheen tukeminen jo raskauden varhaisvaiheissa. Toiminnassa korostuu moniammatillisuus, perhekeskeisyys ja toiminnan on tarkoitus olla ennaltaehkäisevää ja se pyrkii noudattamaan jatkuvuuden periaatetta.



Kuvio 1. Moniammatillisen ja perhekeskeisen neuvolatoiminnan ideaalimalli Turun seudulle (Salakari 2010)

Moniammatillisen tiimin tarkoitus ja tavoite

- Moniammatillisen työryhmän tarkoituksena on toimia sekä konsultatiivisena yhteistyöfoorumina että neuvolan asiakkaisiin kuuluvien perheiden kohtaajana. Tiimissä voi ottaa puheeksi tai puuttua asiakastapaamisissa esiin nousseisiin ongelmiin, jolloin tiimi toimii konsultatiivisena ja työnohjauksellisena paikkana. Se mahdollistaa samalla työongelmien laajan, moniulotteisen pohdinnan muiden ammattilaisten kanssa. Neuvolan lääkäri osallistuu tarvittaessa ja halutessaan työryhmän toimintaan.
- Työryhmän tavoitteena on lasten, nuorten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen. Tarkoituksena on pyrkiä ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävään toimintaan. Ne perheet, joilla on erityistuen tarvetta, hyötyvät moniammatillisesta tiimistä ja saavat ajoissa ongelmatilanteisiin parhaan mahdollisen avun ja tuen. Työryhmän kokoonpanoa on mahdollista muuttaa ja vaihdella tarpeiden mukaisesti ja toiminnan kehittämiseksi.
- Moniammatillisessa työryhmässä päätetään ne perheet ja asiakkaat, joiden kanssa perhetyöntekijä työskentelee. Lähtökohtaiset kriteerit perhetyöntekijän saamiselle on esitetty kuviossa 3. Terveydenhoitaja, perhetyöntekijä ja moniammatillinen työryhmä yhdessä tekevät lopulliset päätökset.
- Työryhmän tarkoituksena on toimia myös työnohjauksellisena ”foorumina” terveydenhoitajille ja muille neuvolatoiminnassa mukana oleville ammattiryhmille.
- Moniammatilliseen neuvolatoimintaan kuuluvat myös yhteistyö ja konsultaatiot sekä Turun sosiaali- ja terveystoimen sisäisten erityistyöntekijöiden ja lastensuojelun kanssa sekä organisaation ulkopuolisten asiantuntijoiden ja työntekijöiden kanssa.
- Moniammatillisen työryhmän tapaamisissa noudatetaan vaitiolovelvollisuutta ja luottamuksellisuutta ja pyritään takaamaan perheille avun ja tuen jatkuvuus. Moniammatillisessa tiimissä on myös mahdollisuus toiminnan ja palveluiden kehittämiseen.

Moniammatillisen työryhmän toimintasuunnitelma ja työnkuvat

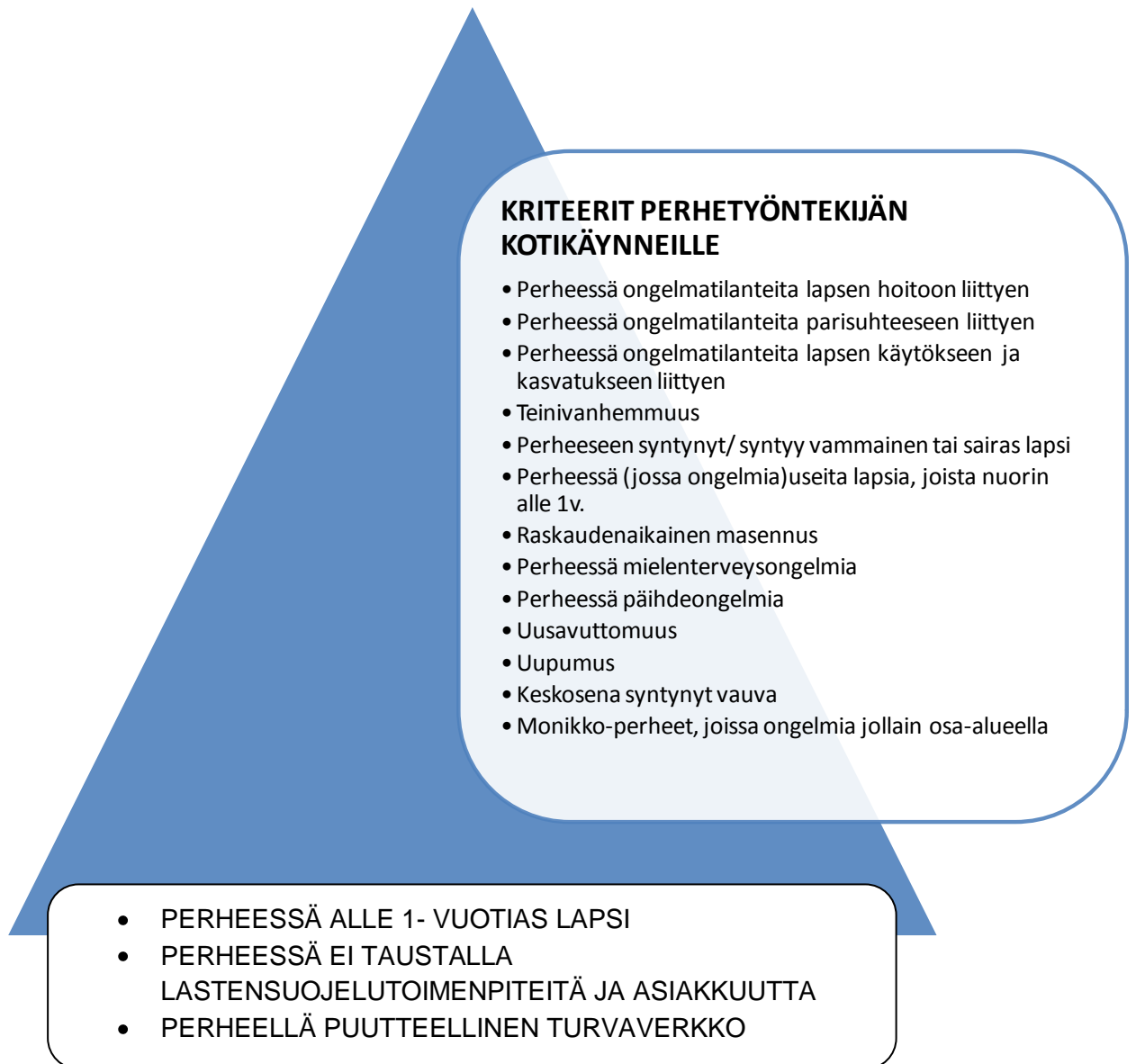
Moniammatillisen tiimin toiminnan arviointi tehdään toiminnan pilotoinnin aikana tai sen jälkeen, ja arviointi voidaan suorittaa sekä henkilö- että asiakaskunnalle myöhemmässä vaiheessa esimerkiksi kyselyn avulla. Oheisessa kuviossa on esitetty toimintasuunnitelma ja jokaisen tiimiin kuuluvan ammattilaisen työnkuvat eriteltyinä.



Kuvio 2. Moniammatillisen työryhmän työnkuvat

PERHETYÖNTEKIJÄN TYÖNKUVA JA TOIMINTASUUNNITELMA

- Perhetyöntekijä työskentelee terveydenhoitajan kanssa jokapäiväisessä neuvolatyössä, hoitaen perhetyötä pääasiallisesti asiakkaan kotona.
- Perhetyöntekijä osallistuu asiantuntijana neuvolan moniammatilliseen työryhmään kerran kuukaudessa.
- Perhetyöntekijä ja terveydenhoitaja suunnittelevat yhdessä ne perheet ja asiakkaat, jotka tarvitsevat sekä perhetyöntekijän tukea ja apua kotona sekä ne asiakkaat, joiden asioita ja ongelmatilanteita käsitellään moniammatillisessa työryhmässä.
- Perhetyöntekijän saamiselle peruskriteereinä ovat, että perheessä on ainakin yksi lapsi alle 1- vuoden ikäinen, perheen oma tukiverkosto on puutteellinen ja perheellä ei ole lastensuojelu-asiakkuutta
- Perhetyöntekijän kotikäynnin kriteerit on esitetty oheisessa kuviossa 3. (mukaillen Häggman- Laitila 2000 ja Kalland 2006)



Kuvio 3. Kriteerit perhetyöntekijän kotikäynneille Turun seudun moniammatillisessa neuvolatoiminnassa