



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

MARI KARJALAINEN JA MIRKA VALO

Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö vanhustenhuollon näkökulmasta

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
2020

Tekijät Karjalainen, Mari Valo, Mirka	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä joulukuu 2020
	Sivumäärä 53	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö vanhustenhuollon näkökulmasta		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on vanhusten huollossa ja miten sitä voitaisiin hoitohenkilökunnan mielestä edistää. Tavoitteena oli, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö tunnistaisi menestystekijät ja haasteet. Pidemmän aikavälin tavoitteena on, että yhteistyötä voitaisiin parantaa. Opinnäytetyön tilaajana oli Kokemäen kaupungin Palvelukeskus Henrikinhovi ja tutkimus toteutettiin palvelukeskuksen hoitotyöntekijöille sekä Keski-Satakunnan terveydenhuollon hoitotyöntekijöille.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys kerättiin Finna, Medic ja Cinahl -tietokannoista löytyvistä tutkimuksista ja artikkeleista. Tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua sähköistä kyselylomaketta ja se toteutettiin kvantitatiivisena. Kyselylomakkeessa kysymykset jaettiin viiteen ryhmään, jotka olivat: vastaajan taustatiedot, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden väliset erot, yhteistyö, tiedonkulku ja yhteistyön vaikutus ikääntyneen asiakkaan hoidon toteutumiseen.</p> <p>Tutkimuksesta saatujen tietojen perusteella sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon hoitohenkilöstö näkevät, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota yhteistyön parantamiseksi. Tutkimuksen voisi teettää uudelleen, kun KESSOTE –liitos on toteutunut ja uudet käytännöt omaksuttu. Toisaalta yhteistyötä voisi tutkia myös toisen potilasryhmän näkökulmasta.</p>		
<u>Asiasanat</u> Ikääntyneet, sosiaalipalvelut, terveyspalvelut, moniammatillisuus		

Authors Karjalainen, Mari Valo, Mirka	Type of Publication Bachelor's thesis	Date December 2020
	Number of pages 53	Language of publication: Finnish
Title of publication The co-operation between social welfare services and health services from the viewpoint of elderly care		
Degree program Nursing		
<p>Abstract</p> <p>The aim of this thesis was to understand what co-operation between social welfare services and health services is like in elderly care and how, in the opinion of care workers, it could be improved. The goal was to help the social service and health service personnel to recognise the successes and challenges in co-operation, and in long term, to improve the it. This thesis was commissioned by the City of Kokemäki's service centre Henrikinhovi, and the research was carried out for the benefit of healthcare workers in the centre and in the Keski-Satakunta area.</p> <p>The theoretical framework for this thesis was compiled from various studies and articles which were accessed through databases Finna, Medic and Cinahl. The research data was gathered using a half-structured online questionnaire which yielded quantitative results. The questionnaire was divided into the following five sections: the respondent's background information, the differences between social welfare and healthcare organisations, co-operation, information flow, and the effect of the co-operation into the implementation of elderly person's care.</p> <p>Personnel of social welfare services and health services can apply the information reported in this thesis to identify the areas where more attention should be paid in order to improve co-operation. This research could be conducted again when the Keski-Satakunta Hospital District (KESSOTE) has started operating and new practices have been adopted. On the other hand, this research could also be done from the point of view of some other group of patients.</p>		
<p><u>Key words</u></p> Elderly, social services, health services, multi-professionalism		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTINEN PERUSTA	8
2.1 Ikäihminen.....	8
2.2 Ikääntyneiden sosiaalipalvelut	9
2.2.1 Asumispalvelut ja laitoshoido.....	9
2.3 Ikääntyneiden terveystalvelut.....	10
2.3.1 Terveystalvelut Kokemäellä.....	11
2.4 Moniammatillinen yhteistyö	11
2.5 Aikaisemmat tutkimukset.....	12
2.5.1 Yhteistyö sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa.....	12
2.5.2 Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa	13
2.5.3 Onnistunut moniammatillinen yhteistyö.....	14
2.5.4 Terveysthuollon sosiaalityöntekijöiden kokemuksia	15
2.5.5 Terveystden- ja sosiaalihuollon suunnittelun kehittäminen yhteistyössä	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	18
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	19
4.2 Aineistonkeruu-, käsittely- ja raportointi	19
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
5.1 Terveystden- ja sosiaalihuollon organisaatioiden väliset erot	22
5.2 Yhteistyö	29
5.3 Tiedonkulku	34
5.4 Ikääntynyt asiakas	36
6 TULOSTEN TARKASTELU	39
6.1 Terveystden- ja sosiaalihuollon organisaatioiden erot.....	39
6.2 Yhteistyö	41
6.3 Tiedonkulku	45
6.4 Ikääntynyt asiakas	45
7 POHDINTA	48
7.1 Tutkimuksen luotettavuus	49
7.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat	51
7.3 Oma asiantuntijuus.....	53

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1: Hakutaulukko

Liite 2: Aikaisemmat tutkimukset

Liite 3: Saatekirje

Liite 4: Kyselylomake

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön yhteistyötahona toimii Kokemäen kaupungin palvelukeskus Henrikinhovi.

Palvelukeskus Henrikinhovin toimii ikäihmisten palvelujen keskuksena, mm kotihoidon ja tukipalvelujen työpisteet ovat siellä. Toiminta-ajatuksena on mahdollistaa asiakkaan turvallinen ja kodinomainen ikääntyminen, omatoimisuutta tukien palvelutalossa. Tavoitteena on, että asiakas saa tarpeitaan vastaavaa hoivaa ja huolenpitoa sekä lääketieteellistä hoitoa elämän tai hoitosuhteen loppuun asti. Pitkäaikaisia tehostetun palveluasumisen paikkoja on 32. Palvelukeskus Henrikinhoviin on mahdollista päästä myös lyhytaikaiseen palveluasumiseen, jolloin hoitajakso kestää päivästä muutamaa viikkoon. Näitä paikkoja on 22. Lisäksi palvelukeskus Henrikinhovissa järjestetään päivätoimintaa kotona asuville ikääntyneille. (Omavalvontasuunnitelma Palvelukeskus Henrikinhovi 2019, 3–13.)

Vanhuspalvelujen henkilöstöön kuuluu 46 työntekijää. Henkilöstöön kuuluvat vanhuspalvelupäällikkö, palvelusihteeri ja geronomi. Hoitotyöhön osallistuvia hoitajia on yhteensä 32, ja lisäksi on kahdeksan varahenkilöä, joka tarkoittaa 0,60 hoitajaa asukasta kohden. Vanhuspalveluissa toimii kaksi tehostetun palveluasumisen ja lyhytaikaishoidon tiimiä. Tiimien tiimivastaavina ja lähiesimiehinä toimivat sairaanhoitajat. Heidän lisäksensä tiimeissä toimivat kolme sairaanhoitajaa, 26 lähihoitajaa, fysioterapeutti, kuntahoitaja sekä kaksi osastoapulaista, joista yksi on pyykkihuollossa. Henkilöstövoimavarojen riittävyys on palvelukeskus Henrikinhovissa varmistettu varahenkilöstöllä, johon kuuluu seitsemän lähihoitajaa ja yksi osastoapulainen. (Omavalvontasuunnitelma Palvelukeskus Henrikinhovi 2019, 16.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kokemäen kaupungin hoitotyöntekijöiden mietteitä sosiaali- ja terveydenhuollon välisestä yhteistyöstä vanhustenhuollossa. Halusimme myös selvittää, millainen Keski-Satakunnan kuntayhtymän terveydenhuollon

hoitajien näkemys yhteistyöstä on Kokemäellä ja koetaanko molemmilla puolilla yhteistyön onnistuminen ja haasteet samanlaisina. Tiedossamme ei kuitenkaan ole, ovatko vastaajat terveydenhuollon puolelta työskennelleet Kokemäellä vai jossakin muussa kunnassa. Tutkimuksen kannalta tieto molempien puolien kokemista yhteistyön haasteista ja onnistumisista on tärkeää ja tulosten avulla voidaan parantaa yhteistyötä. Tavoitteena on, että saatujen tulosten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö voi tunnistaa yhteistyön menestystekijät ja haasteet. Pidemmän tähtäimen tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan kehittää entisestään yhteistyötä vanhustenhuollossa.

Tutkittava aihe on tärkeä, koska vanhusten ja heidän tarvitsemien palveluiden määrä ja tarve lisääntyvät. Moniammatillinen yhteistyö tulee tulevaisuudessa olemaan entistä tärkeämpää, jotta vanhusten hyvinvointi pystytään turvaamaan. Väestön ikääntyminen tuo haasteita kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvaessa ja työikäisen väestön vähentyessä. Suomessa ikärakenteen muutos ei ole tasaista joka kunnassa, useissa kunnissa muutos on keskiarvoa nopeampaa. Vuonna 2008 oli nykyisen kuntajaon perusteella ainoastaan yksi kunta, jossa joka kolmas asukas oli vähintään 65-vuotias. Vuonna 2018 löytyi jo 65 kuntaa, joissa joka kolmas asukas oli vähintään 65-vuotias. (Rissanen 2019.) Suomessa oli vuonna 2019 tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan vähintään 70 vuotta täyttäneitä 874 314, joka on kolmessa vuodessa kasvanut 100 000 henkilöllä (Tilastokeskus www-sivut 2020). Kuntaliiton väestörakenteen mukaan Kokemäellä vuonna 2019 oli yli 65-vuotiaita 30,5 % ja ennusteen mukaan vuoteen 2040 mennessä se nousee 37.1 % (Kuntaliitto.fi www-sivut 2020).

Vanhustenhuolto on osa sosiaalipalveluiden kokonaisuutta. Vanhuspalvelulaki on tullut voimaan 2013 ja sen toteutumista valvovat Valvira ja aluehallintovirasto. Vanhuspalvelulaissa säädetään kunnan velvollisuudeksi järjestää hoitoa, selvittää palveluiden tarpeet sekä vastata tarpeisiin varmistuen palvelun laatu. Ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen on valtakunnallinen suositus. Tavoitteena on, että ikääntyneellä on mahdollista saada tarvitsemansa palvelut ympärivuorokautisesti kotiin tai kodin omaiseen ympäristöön. Tämä vaatii kunnilta paneutumista ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitoon sekä kotihoidon ja kotiin saatavien palveluiden kehittämiseen. (Valviran www-sivut 2020. Vanhustenhuolto.)

2 TEOREETTINEN PERUSTA

Opinnäytetyössä keskeisiksi käsitteiksi valittiin ikäihminen, ikääntyneiden sosiaalipalvelut, ikääntyneiden terveyspalvelut ja moniammatillinen yhteistyö.

2.1 Ikäihminen

Ikääntyneestä väestöstä käytetään monenlaisia termejä, esimerkiksi ikäihminen, vanhus, seniori ja eläkeläinen. Termien määrittely on kuitenkin vaikeaa, sillä ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää ikääntyneelle henkilölle. Eri termeillä on omanlaisensa sävy ikäihmisestä puhuttaessa. Ikäihmistä pidetään yleisesti neutraalina käsitteenä. Ikääntyvästä työkäisestä aletaan puhua noin 50-ikävuoden kohdalla, mutta 100-vuotissyntymäpäiviä vietetään yhä useammin. Ikävuosia tärkeämpää olisikin tarkastella henkilön elämäntilannetta puhuttaessa ikääntyneestä. Tutkimuksissa ikääntymisen rajoitetaan yleensä kronologiseen ikään. (Jämsén & Kukkonen 2014, 14.)

Vanhuspalvelulaissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan väestön osaa, joka on vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä eli noin 65-vuotiaat. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt johtuen korkeasta iästä. Korkean iän myötä monet sairaudet tai vammat alkavat, lisääntyvät tai pahenevat. Korkeaan ikään liittyy myös rappeutumista, jonka johdosta toimintakyky saattaa heiketä. (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 3§.)

Tässä opinnäytetyössä ikääntyneillä viitataan palvelukeskus Henrikinhovissa asuviin ja Kokemäen terveyspalveluita käyttäviin ikäihmisiin.

2.2 Ikääntyneiden sosiaalipalvelut

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (STM [www-sivut 2020](#). Lainsäädäntö). Kiireellisissä tapauksissa jokaisella on oikeus saada hoitoa ja toimentulon turvaamisen kannalta yksilöllisiä sosiaalipalveluita oleskelukunnallaan. Kiireettömissä tapauksissa asukkaan oman kotikunnan on järjestettävä tarvittavat palvelut. Sosiaalipalvelut ovat osa sosiaalihuoltoa. Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan erilaisia tukimuotoja, joita ovat asumiseen ja talouteen, perheisiin ja lapsiin, elämäntilanteisiin ja kriiseihin, ikääntymiseen ja erilaisiin sairauksiin liittyvät tukimuodot. Toimilla pyritään turvaamaan toimintakyky, sosiaalinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Palveluiden tarpeen määrittely lähtee palveluntarpeen arvioinnista. Palveluiden tarpeen arviointi on aloitettava heti ja vietävä loppuun ilman aiheetonta viivyttelyä. Arvioinnissa on asiakkaalle tuotava esiin hänen yleis- ja erityislainsäädäntönsä perustuvat oikeudet ja velvollisuudet, palveluihin liittyvät vaihtoehdot ja niiden vaikutukset sekä muut merkitykselliset asiat. (STM [www-sivut 2020](#). Sosiaalipalvelut.)

Yleisiin sosiaalipalveluihin kuuluvat sosiaalityö ja ohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu ja kotihoito, omaishoidon tuki, asumispalvelut, laitoshoido, liikkumista tukevat palvelut, päihde- ja mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta sekä lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta. (STM [www-sivut 2020](#). Sosiaalipalvelut.) Tässä opinnäytetyössä käsittelemme sosiaalipalveluita, jotka ovat suunnattu ikäihmisille.

2.2.1 Asumispalvelut ja laitoshoido

Asumispalveluja järjestetään sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain ja kehitysvammalain nojalla henkilöille, jotka tarvitsevat erityisestä syystä apua tai tukea asumisessa ja siihen liittyvissä asioissa. Suurin osa iäkkäistä haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään, asumisen muutosten ennakointi ja niihin varautuminen riittävän ajoissa on tästä syystä erityisen tärkeää. Tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen ovat sosiaalihuoltolain mukaisia asumispalveluita. Tarpeenmukaisista kuntoutus- ja terveydenhuollon palveluista on huolehdittava, kun asiakkaalle toteutetaan asumispalveluita. (Kuntaliitto.fi [www-sivut 2020](#). Asumispalvelut ja laitoshoido.)

Tuettu asuminen tarkoittaa asumisen tukemista erilaisilla sosiaalipalveluilla ja sosiaaliohjauksella. Sitä järjestetään itsenäiseen asumiseen tukea tarvitseville henkilöille. Palveluasumisessa henkilöt saavat tarpeisiinsa soveltuvan asunnon sekä hoidon ja huolenpidon. Tehostetussa palveluasumisessa hoito ja huolenpito ovat ympärivuorokautista ja sitä saavat sellaiset henkilöt, joilla hoidon tarve on ympärivuorokautista. Palveluasumisessa asuminen ja palvelut järjestetään palveluasunnossa. Palveluihin sisältyy asiakkaan tarpeen vaatima hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 3 § 21.)

Kokemäen kaupunki järjestää Palvelukeskus Henrikinhovissa tehostettua palveluasumista. Palvelukeskuksessa on kolme tehostetun asumispalvelun yksikköä. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka eivät enää kykene asumaan kotona kotihoidon antamien tukipalveluiden avulla, mutta eivät kuitenkaan tarvitse sairaalahoitoa. Tehostetussa asumisyksikössä asiakkaalle järjestetään kodinomainen ja turvallinen ympäristö, joka antaa mahdollisuuden myös yksityisyyteen ja edistää kuntoutumista. Perushoidon lisäksi palveluun kuuluu lääkärin määräämät lääkkeet sekä sairaanhoito, joka voidaan toteuttaa asiakkaan kotona. Palvelukeskus Henrikinhovissa järjestetään myös lyhytaikaista palveluasumista. Sen tavoitteena on tukea asiakkaan omatoimisuuden säilymistä, kotona selviytymistä ja kuntouttaa asiakasta niin, että laitoshoidon tarve siirtyisi myöhemmäksi. (Kokemäen www-sivut 2020.)

2.3 Ikääntyneiden terveystalvelut

Terveydenhuollon tehtävänä on edistää, ehkäistä ja ylläpitää väestön terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia (STM www-sivut 2020. Ikääntyneiden palvelut). Terveystalvelut voidaan jakaa lyhyt- ja pitkäkestoisiin palveluihin. (Linna, Silander, Hörhammer, Koivuranta, Mikkola, Virta & Mikkola 2019. 10–12.)

Perusterveydenhuolto muodostaa pohjan maamme terveydenhuoltojärjestelmälle. Perusterveydenhuoltoa tarjoavat pääasiassa terveyskeskukset ja niiden toiminnot ovat kaikkien saatavilla. Terveysteskusten toimintaan kuuluu yleislääkärin vastaanotto ja

terveyskeskuksen sairaala. Terveyskeskuksen sairaalassa hoidetaan ensisijaisesti ikäihmisiä ja muita pitkäaikaista hoitoa tarvitsevia. (Lääketieteen sanasto, perusterveydenhuolto 2020.) Iäkkäiden käyttämiä terveyskeskuksen palveluja ovat avosairaanhoidon palvelut, mielenterveystyö, terveystarkastukset, kotisairaanhoido, hammashuolto, kuntoutuspalvelut (fysioterapia) ja apuvälineet (STM www-sivut 2020. Ikääntyneiden palvelut).

2.3.1 Terveyspalvelut Kokemäellä

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä järjestää terveydenhuollon palvelut Harjavallassa, Kokemäellä, Eurajoella ja Nakkilassa. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on Satakunnan sairaanhoitopiirillä ja se järjestetään pääosin Satasairaalassa. Kokemäen terveysasemalla toimivat lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot, neuvola, laboratorio, työterveyshuolto, kuulontutkimus ja suun terveydenhuolto. Siellä työskentelee esimerkiksi terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, sydänhoitajia, diabeteshoitajia, jalkahoitajia ja audionomi. Kokemäen terveysasemalla tarjotaan myös fysioterapia palveluja ja siellä toimii oma apuvälinelainaamo. Kuvantamispalvelut järjestetään Harjavallan pääterveysasemalla. (Kokemäen www-sivut 2020.)

2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö on asiakaslähtöistä, kahden tai useamman eri koulutuksen omaavan ammattihenkilön työskentelyä. Eri ammattiryhmät jakavat tietojaan ja taitojaan, jotta potilaan hoito olisi mahdollisimman laaja-alaista ja kokonaisvaltaista. Sen hyötynä on monen eri tieteen alan näkökulmat, jonka avulla voidaan ratkaista asiakkaiden tai potilaiden moninaisia ongelmia. Koska asiakkaiden ja potilaiden ongelmat ovat entistä moninaisempia, eri ammattiryhmät ovat niiden ratkaisussa riippuvaisempia toisistaan. Moniammatillinen yhteistyö sitoo eri ammattiryhmät yhteistyöhön. (Isoherranen 2012, 21–23.)

Moniammatillisella yhteistyöllä pystytään vastaamaan moninaiisiin ongelmiin tehokkaasti ylittäen tieteenalojen, terveysalan organisaatioiden ja sosiaalisektorien väliset rajat. Potilaat ja heidän omaisensa ovat entistä tietoisempia heidän oikeuksistaan ja he

haluavat enemmän tietoa sekä mahdollisuuden vaikuttaa heitä koskeviin ratkaisuihin. Potilaat ja heidän omaisensa pystyvät aiempaa paremmin hankkimaan itse tietoa sähköisistä tietolähteistä, joka haastaa ammattihenkilöitä entistä enemmän. Moniammatillinen työryhmä kykenee vastaamaan asiakkaan tai potilaan hoidon eri osa-alueisiin sujuvasti ja takaa parhaan mahdollisen hoidon. (Isoherranen 2012, 29–31.)

2.5 Aikaisemmat tutkimukset

Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten ja artikkelien rajauksena on käytetty seitsemän vuotta vanha tai sitä uudempi tutkimus tai artikkeli, aineiston pitää sisältää opinnäytetyömme keskeiset käsitteet, julkaisut ovat suomen- tai englanninkielisiä, tutkimuksen tulee olla saatavilla elektronisesti ja ilman kustannuksia, tutkimuksen tai artikkelin tulee olla väitöskirja tai pro gradu- tutkielma tai niistä tehty artikkeli.

Hakutulokset (Liite 1.) on käyty ensin otsikkotasolla läpi, joiden perusteella olemme valinneet työmme keskeisiä käsitteitä viittavia tutkimuksia. Sen jälkeen olemme lukeeet valituista tutkimuksista tiivistelmät ja valinneet sen perusteella työmme kannalta oleelliset tutkimukset, joita löytyi yhteensä viisi. Nämä tutkimukset olemme lukeneet kokonaan.

2.5.1 Yhteistyö sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa (2019) “Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt” tutkittiin yhteistyötä sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on luoda ajantasainen kokonaiskuva avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan käytännöistä valtakunnallisesti. Tutkimus tehtiin kaksiosaisena kyselytutkimuksena, jonka ensimmäinen osa suunnattiin terveyskeskusten johdolle ja toinen osa terveysasemien päivittäisestä toiminnasta vastaavalle johdolle. Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 99,2 ja vastauksia tuli reilu 200. (Syrjä, Parvainen & Niemi 2019, 2.)

Tutkimuksen tuloksena perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö toteutuu parhaiten sosiaalitoimen sosiaalityöntekijöiden ja -ohjaajien työskennellessä terveysaseman tiloissa. Sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan läsnäolo terveysasemalla helpottaa moniammatillista työtä ja vahvistaa asiakaslähtöisyyttä, kun paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin voidaan vastata mahdollisimman pikaisesti ja helposti. (Syrjä, Parviainen & Niemi 2019, 3–4.)

Tutkimuksen ensimmäisessä raportissa tuli myös esiin, että pienet alle 20 000 asukkaan kunnat ovat ulkoistaneet suuria kuntia useammin perusterveydenhuollon vastaanottotoimintansa. Pienet kunnat hankkivat lisäksi erikoislääkärikonsultaatioita ja kliinisiä tutkimuksia yksityisiltä palveluntuottajilta. (Syrjä, Parviainen & Niemi 2019, 7–8.)

2.5.2 Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa

Kleemola (2016) tutki väitöskirjassaan aiemmin vähän tutkittua ikäihmisten toimintakykyyn liittyvää tiedonhallintaa. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin ikäihmisten palveluissa julkisella ja yksityisellä sektorilla (kotihoito, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido) työskenteleviä hoitajia ja heidän esimiehiään. Toisessa vaiheessa toteutettiin survey-kyselytutkimus. Kyselytutkimus tehtiin ikäihmisten kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, johon saatiin yhteensä 1002 vastausta. (Kleemola 2016, 17–39.)

Haastattelujen tuloksista selvisi, että toimintakyvyn arvioinneissa on monenlaisia puutteita ja asiakkaasta johtumattomia epäkohtia. Suomessa on käytössä pääasiassa kaksi toimintakyvyn arviointimenetelmää, RAI-järjestelmä ja RAVA-mittari (Kleemola 2016, 70–73). Toimintakyvyn arvio tehdään usein silloin, kun toimintakyvyssä tapahtuu muutos. Tutkijan mukaan hoitajien oma arvomaailma saattaa vaikuttaa toimintakyvyn arvioon tekemiseen. Myös kyselytutkimuksen tulokset osoittavat, että fyysinen toimintakyky painottuu helposti toimintakyvyn arviossa ja sitä ohjaa usein hallinnolliset tekijät. Haasteena on se, että hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan usein ennen toimintakyvyn arviota ja toisaalta se, etteivät ne ole kaikkien asiakkaiden kohdalla ajantasaisia. (Kleemola 2016, 81–111.)

Tutkimuksessa päivittäisen hoidon suunnittelussa ei koettu toimintakykyarvioilla olevan merkitystä. Kyselyyn vastanneiden mielestä kolme tärkeintä arvoa ovat turvallisuus, suoriutuminen ja itseohjautuvuus. (Klemola 2016, 96–98.) Tutkimuksen tulosten perusteella kehitettiin tiedonhallinnan malli, jonka avulla voidaan kehittää ikäihmisten toimintakykyyn perustuvan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Tutkimus vahvistaa tiedonhallinnan olevan tärkeä osa toimintaa. Tiedonhallinnan onnistuminen vaikuttaa suoraan toimintaan, tässä tutkimuksessa ikäihmisten hoidon toteuttamiseen. (Klemola 2016, 132–133.)

2.5.3 Onnistunut moniammatillinen yhteistyö

Helinin sosiaalityön pro gradu- tutkielma (2016) “Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveystieteiden tekijöiden kirjoituksissa” tarkastellaan terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden onnistunutta moniammatillista yhteistyötä. Tutkimusaineistoksi on pyydetty terveystieteiden tekijöitä kirjoittamaan tapauskuvauksia ja näkemyksiä, joissa moniammatillinen yhteistyö on onnistunut. Tutkimuksen aineiston kerättiin sähköpostikyselynä. Pro gradun tekijä on hyödyntänyt aiempaa tutkimusta ja sen aineistoa tässä työssä. Aineiston analyysin menetelmänä käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Tutkimukseen analysoitiin 12 sosiaalityöntekijän kirjoituksia, pro gradun tekijällä ei ole tietoa keitä tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat. (Helin 2016, 40–44.)

Tutkimuksen tuloksissa onnistumisen piirteitä tarkastellaan asiakkaan-, työntekijöiden- sekä organisaation ja palveluntuottajan näkökulmasta. Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan onnistunut moniammatillinen yhteistyö vahvistaa asiakkaan etuja, tuottaa työntekijälle hyötyä ja sen avulla toteutetaan organisaation ja palvelujärjestelmän etuja. Jotta yhteistyö koetaan onnistuneeksi, sen tulee hyödyntää eri osapuolia. Terveystieteiden tekijät työskentelevät erilaisissa moniammatillisissa yhteistöissä, esimerkiksi lääkäreiden ja hoitajien kanssa. (Helin 2016, 54–62.)

Onnistunutta moniammatillista yhteistyötä edistävät ihmisiin liittyvät tekijät, systemiset tekijät ja organisatoriset tekijät. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö edellyttää vuorovaikutusta työntekijöiden välillä, tietynlaisia yhteistyötä edistäviä yksilön piirteitä (suhtautuminen muihin työntekijöihin ja persoonallisuuden piirteet) tai muiden kuin ammattilaistoimijoiden (asiakkaan tai läheisen) edistävää vaikutusta. Ratkaisevassa asemassa on ihmisten toiminta, ihmisten yksilölliset piirteet ja ihmisten keskinäiset suhteet. Vuorovaikutukselta vaaditaan avointa kommunikaatiota ja henkilökohtaisia kontakteja. Onnistuneen moniammatillisen yhteistyön kannalta sinnikkyys, rohkeus, myönteinen asenne ja aktiivisuus ovat hyviä persoonapiirteitä. (Helin 2016, 63–68.)

Systeemisiä tekijöitä ovat työntekijöiden näkemykset asiantuntijuudesta ja statukset yhteistyöryhmässä sekä organisaatiossa. Työntekijöillä tulee olla laaja asiantuntijuus ja tieto muiden asiantuntijuudesta. Onnistumista edistävät organisatoriset tekijät ovat toimintakäytännöt, ajan merkityksen tunnistaminen ja näkemys jaetusta tiedosta. Onnistuminen edellyttää, että toimintatavoista sovitaan selkeästi, asiakasprosessissa toimitaan tehokkaasti, työntekijöiden roolit on määritelty selkeästi ja yhteistyössä on käytettävissä riittävästi tarvittavia resursseja. (Helin 2016, 68–76.)

2.5.4 Terveystuollon sosiaalityöntekijöiden kokemuksiä

Riikka Toivasen tekemä Pro gradu- tutkielma “Yhteistyötä verkostojen välitiloissa ja rajapinnoilla: Tutkimus terveystuollon sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuudesta, roolin paikantumisesta ja kokemuksista osana ikääntyneiden potilaiden auttamisverkostoja” (2018) tutkii moniammatillista ja sektorirajojen ylittävää ikääntyneisiin potilaisiin liittyvää yhteistyötä. Aihetta on tarkasteltu terveystuollon toimintaympäristössä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Eettiset kysymykset ovat myös tutkimuksen kohteena. Tutkimus on toteutettu laadullisena tutkimuksena, johon aineistona on käytetty seitsemän sosiaalityöntekijän teemahaastattelua. (Toivanen 2018, 2, 27.)

Tutkimuksen tuloksena sosiaalityöntekijöiden nähtiin tekevän paljon yhteistyötä erilaisten toimijoiden, kuten viranomaistoimijoiden, potilaan epävirallisen verkoston ja

kolmannen sektorin kanssa. Kuitenkin suunnitelmallista ja säännönmukaista yhteistyötä tehdään vähän. Haastateltavien mielestä työympäristön toimintatavat ja resurssit eivät tue verkostoyhteistyötä tarpeeksi. Verkostotyön merkitys nähtiin tärkeänä varsinkin tilanteissa, joissa potilaan toimintakyky on alentunut ja potilaiden pärjäämisestä on epäselvyyttä tai potilaan tilanteesta ristiriitaisia näkemyksiä. Omaisten ja läheisten rooli nähtiin tärkeänä ja potilaan osallisuuden verkostotyöskentelyssä toteutuvan hyvin. (Toivanen 2018, 36–46.)

Eettisinä ongelmina nähtiin potilaiden kuulemiseen liittyvät haasteet, itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat sekä potilaiden kotiutukseen ja siellä pärjäämiseen liittyvät asiat. Lain tavoite järjestää ikääntyneiden palvelut kotiin asettaa myös työntekijät eettisiin ristiriitai tilanteisiin. (Toivanen 2018, 47–52.)

2.5.5 Terveyden- ja sosiaalihuollon suunnittelun kehittäminen yhteistyössä

Rämgård, Blomqvist ja Petersson ovat kehittäneet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä Ruotsissa. Hankkeen tarkoitus oli selvittää eri alojen mukana oloa vanhusten hoidossa ja kehittää yksilöllisiä terveyden ja sosiaalipalvelujen suunnitelmia. Hankkeessa keskusteltiin päivittäisestä työstä useiden eri alojen edustajien kanssa vuoden ajan. Ruotsissa terveydenhuolto ja sosiaalihuolto ovat erillään, ja molemmilla on omat hallinnolliset viranomaiset sekä omat lait. Tutkimukseen osallistui kolmesta kunnasta yhteensä 18 eri alojen henkilöä, joista kaikki olivat naisia. Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Jokaista osallistujaa pyydettiin tuomaan esille yksi yksilöllinen hoitosuunnitelmaprosessi omasta kunnastaan, jonka olivat kokeneet vaikeaksi ja monimutkaiseksi. Tapaamisissa käsiteltiin yhden kunnan tuomaa hoitosuunnitelmaprosessia ja etsittiin siihen ratkaisuja. (Rämgård, Blomqvist & Petersson 2015, 2.)

Ensimmäisessä vaiheessa oivallettiin yhteistyön esteet. Haasteena pidettiin organisaatioiden rakenteita, maantieteellisiä välimatkoja, epävarmuutta tunnistaa asiantuntijuuden alueet, tietämättömyys ja arvojärjestelmät eri alojen edustajilla. Esiin nousi puutteellinen tuntemus eri alojen asiantuntijuudesta ja taustalla olevasta ammatillisesta kulttuurista sekä yhteistyön esteenä olevista arvoista. Osallistujat kokivat ongelmaksi puutteellisen tiedon siirtymisen, kun vaikeasti sairaan asiakkaan hoitoon osallistuu

useita eri ammattiryhmiä. Ryhmäkeskustelussa huomattiin eri ammattiryhmien käyttävän erilaisia termejä terveyden tilasta ja diagnooseista. Hankkeen edetessä osallistujat alkoivat nähdä, kuinka tärkeää yhteistyö on asiakkaiden parhaan mahdollisen hoidon saavuttamiseksi. Keskustelut johtivat asiakkaiden hoidon tarpeiden keskittämiseen ja hoitosuunnitelmien parempaan yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen. (Rämgård, Blomqvist & Petersson 2015, 2–4.)

Haasteelliseksi asiaksi koettiin myös toisen ammattiryhmän erilainen tietopohja ja työtehtävät. Terveydenhuolto katsoi asioita lääketieteellisestä näkökulmasta ja sosiaalipuolen mielestä terveysongelmat saivat tulkinnanvaraisen vastauksen. Fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien mielestä lääketieteellisesti koulutetut henkilöt unohtavat usein toiminnalliset kyvyt ja keskittyvät ainoastaan lääketieteellisiin asioihin. (Rämgård, Blomqvist & Petersson 2015, 2–3.)

Keskustelun loppuun nousi esiin yhteistyötä edistävänä tekijänä asiakkaan näkökulma. Parhaiten hoitosuunnitelma saadaan yksilölliseksi, kun asiat nähdään asiakkaan näkökulmasta ja ymmärretään hänen lähtökohtansa ja arvonsa. Ihminen, joka ei ymmärrä lääketieteestä mitään, on vaikeaa saada ymmärtämään, miten sairaus vaikuttaa häneen. (Rämgård, Blomqvist & Petersson 2015, 4.)

Ymmärrys toisen ammattiryhmän arvoihin ja työnkuvaan auttoi osallistujia näkemään yhteistyön merkityksen asiakkaan parhaimman hoidon saavuttamiseksi ilman syytelyä ja epätietoisuutta kuka on vastuussa ja mistä. Yhteistyö on asiakkaan laittamista keskipisteeksi ja hänen tarpeidensa huomioimista kokonaisvaltaisesti. (Rämgård, Blomqvist & Petersson 2015, 4–5.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kokemäen kaupungin Palvelukeskus Henrikinhovin hoitotyöntekijöiden näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä vanhustenhuollossa. Lisäksi halusimme selvittää, miten terveydenhuollon hoitajat kokevat yhteistyön sosiaalihuollon kanssa, jotta saisimme yhteistyöstä kattavamman kuvan. Aiheesta keskustelimme yhteyshenkilön kanssa, jolta saimme terveydenhuollon yhteyshenkilön yhteystiedot.

Tavoitteena on, että saatujen tulosten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö voi tunnistaa yhteistyön menestystekijät ja haasteet. Pidemmän tähtäimen tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan kehittää entisestään yhteistyötä vanhustenhuollossa.

Opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista muodostettiin tutkimusongelmiksi:

1. Millaista yhteistyö on sosiaali- ja terveydenhuollon välillä vanhustenhuollossa hoitohenkilökunnan mielestä?
2. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä voidaan edistää vanhustenhuollossa hoitohenkilökunnan mielestä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutetaan kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Määrällinen tutkimus antaa yleiskuvan muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroavaisuuksista. Tutkimusmenetelmän avulla vastataan “kuinka paljon” ja “miten usein kysymyksiin”. Määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa muuttujista, esimerkiksi henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus. (Vilka 2007, 13.)

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Kohderyhminä ovat Kokemäen palvelukeskus Henrikinhovin sairaanhoitajat ja lähihoitajat sekä osa Keski-Satakunnan terveydenhuollon sairaanhoitajista ja lähihoitajista (N40). Palvelukeskus Henrikinhovin hoitajista (sosiaalihuollon henkilökunta) kyselyyn vastasi 15 eli 37,5 %. Terveydenhuollon puolen yhteyshenkilöltä emme saaneet tietoomme, kuinka monelle kysely lähetettiin. Vastauksia terveyden huollon puolelta palautui 4.

4.2 Aineistonkeruu-, käsittely- ja raportointi

Kyselylomaketta voidaan käyttää, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja häntä koskevat asiat, kuten asenteet ja mielipiteet. Kyselylomake sopii aineistonkeruumenetelmäksi, silloin kun tutkittavat ovat hajallaan ja heitä on paljon. Kyselyn ajoitus kannattaa suunnitella hyvin, jotta saadaan mahdollisimman paljon vastauksia siihen. (Vilka 2007, 28.)

Määrällisessä tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä erilaisilla kyselylomakkeilla. Kysymykset voidaan kysyä monivalintakysymyksillä, avoimilla kysymyksillä tai sekamuotoisilla kysymyksillä. Monivalintakyselyissä vastauksien vaihtoehdot ovat valmiina, kysymysmuoto on strukturoitu ja vakioitu. Vakioituilla kysymyksillä haetaan

kysymysten ja vastausten parempaa vertailukelpoisuutta. Vakioinnilla tarkoitetaan kysymysten esiintymistä samassa järjestyksessä ja samanlaisina jokaisella vastaajalla. (Vilkkä 2007, 28, 67.)

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytetään puolistrukturoitua sähköistä kyselylomaketta. (Liite 4) Sähköiseen kyselylomakkeeseen päädyttiin, koska vallitsevan koronatilanteen vuoksi, ei voida olla varmoja onnistuisiko esim. teemahaastatteluiden pitäminen.

Mittarin laadinnassa on käytetty tähän tutkimukseen valittujen aiempien tutkimusten tuloksia, joiden pohjalta on laadittu kysymykset. Mittari sisältää monivalintakysymyksiä, arviointiasteikkokysymyksiä, Likert-asteikkokysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Mittarissa on yhteensä 57 kysymystä. Kysymykset on jaoteltu viiteen eri ryhmään. Kysymykset 1–2 koskivat vastaajan taustatietoja. Kysymykset 3–17 koskivat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välisiä eroja. Kysymykset 18–38 koskivat yhteistyötä ja kysymykset 39–49 tiedonkulkua. Halusimme myös selvittää miten yhteistyö vaikuttaa ikääntyneen asiakkaan hoidon toteutumiseen ja siihen kysymyksillä 50–57 etsittiin vastausta.

Ennen mittarin esitestaamista kyselylomakkeesta pyydettiin ohjaavan opettajan mielipidettä. Tässä vaiheessa osaa kysymyksistä tarkennettiin ja muutettiin. Mittarin esitestaaminen suoritettiin kesäkuussa 2020. Esitestaukseen osallistui 4 kriteerit täyttävää hoitotyöntekijää, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen aineistonkeruuseen. Mittari muokattiin lopulliseen muotoonsa esitestauksesta saatujen tietojen perusteella, tilaajatahoilta ei toiveita mittariin liittyen tullut. Sähköiseen kyselylomakkeeseen liitettiin mukaan saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kesti noin 15–20 minuuttia. Mittari ja saatekirje ovat liitteessä 3 ja 4.

Tutkimusprosessin operationalisoinnissa tutkimuksen muuttujat puretaan ennen mitaamista pienempiin osa-alueisiin ja kysymyksiksi. Määrällisessä tutkimuksessa on tiedettävä mitä tutkitaan, jotta tutkimus onnistuu. Käsitteet määritellään mitattavaan muotoon ja niin, että vastaajat ymmärtävät käsitteet ja kysymykset samalla tavalla. Operationalisoinnissa määritetään käsitteet ensin yleisesti, jonka jälkeen ne puretaan osa-alueisiin. Osa-alueiden käsitteille määritetään niitä vastaavien arkikielen ilmaisut.

Osa-alueista muodostetaan edelleen pienempiä kysymyksiä ja niistä vakioidaan vaihtoehtoja. (Vilkkä 2007, 36–38).

Käsitteet olemme operativisoineet ennen kyselylomakkeen tekemistä. Kysymykset olemme pyrkineet tekemään niin, että vastaajat ymmärtävät ne samalla tavalla.

Aineiston käsittely alkaa lomakkeiden tarkistamisella. Aineisto syötetään ja tallennetaan tietokoneelle niin, että sitä voidaan tarkastella numeraalisesti. Aineistosta luodaan taulukko, mihin muuttujat tallennetaan. Tätä kutsutaan havaintomatriisiksi. Lopuksi aineisto tarkistetaan, jotta vältytään mittausvirheiltä (Vilkkä 2007, 106, 111, 117).

Vastausajan umpeuduttua, aloitimme kyselylomakkeiden tarkastelun. Tarkistamisen jälkeen syötimme vastaukset Excelin tilastointiohjelmaan. Tilastointiohjelmaan syötetyt vastaukset tarkastettiin kahteen kertaan. Vastaukset analysoitiin Excelin lisäosan Tixel -ohjelman avulla. Opinnäytetyön tulokset raportoidaan taulukoiden avulla ja muuttujia sanallisesti kuvaillen.

Avointen kysymysten vastaukset käytiin yksitellen läpi ja lisättiin tutkimusaineistoon sellaisenaan. Avoimiin kysymyksiin tuli hyvin vähän vastauksia. Vastaajista vain 5 vastasi osaan avoimista kysymyksistä. Vallitsevan Covid-19-pandemian vuoksi tutkimuksen tulokset lähetettiin tilaajataholle sähköisesti. Varsinaista esitystilaisuutta ei järjestetty.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Aineiston keruu toteutettiin sähköisen kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin sovittusti tilaajan yhteyshenkilöille (2 kpl) elokuussa 2020. Yhteyshenkilöt lähettivät vastaajille (sosiaalihuollon puolelta 40 vastaajalle) kyselylomakkeeseen linkin, jonka kautta kyselyyn pääsi vastaamaan. Terveystieteiden puolelta emme saaneet vastausta siitä, kuinka monelle linkki kyselylomakkeeseen lähti. Lähetimme kolme kertaa sähköpostia yhteyshenkilölle ja yritimme kerran tavoitella häntä puhelimitse aiheen tiimoilta, mutta emme saaneet yhteydenottoihin vastausta.

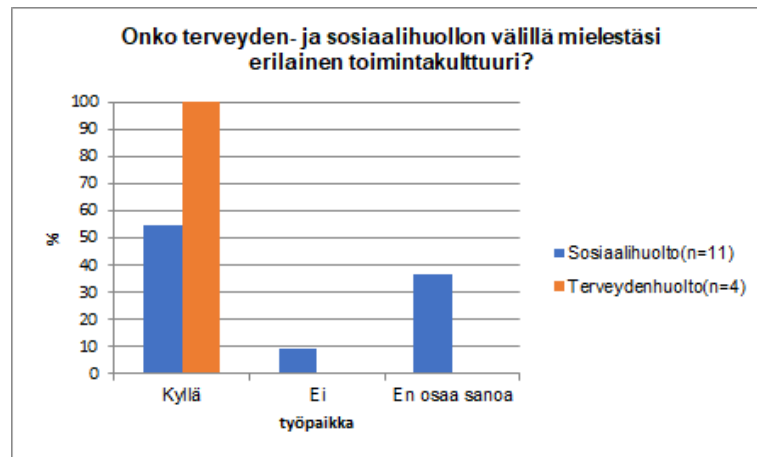
Vastausaika kyselyyn oli elokuu. Tutkimusluvan venymisen vuoksi kyselylomake aukaistiin vasta elokuun puolella välissä, ja tämän vuoksi vastausaika jatkettiin syyskuun loppuun asti. Vastauksia saimme tähän mennessä 11 kappaletta, joten vastausaika pidennettiin vielä lokakuun puoleen väliin. Jatkoajasta ilmoitimme yhteyshenkilöille, jotka muistuttivat hoitajia kyselylomakkeeseen vastaamisesta. Vastausten määrä jäi siltikin pieneksi. Sosiaalihuollon puolelta sähköisen kyselylomakkeen linkki oli lähetetty noin 40 vastaajalle, vastauksia palautui 11. Terveystieteiden puolelta emme saaneet tietoa siitä, kuinka monelle sähköisen kyselylomakkeen linkki oli lähtenyt, mutta vastauksia sieltä saimme 4 kappaletta.

Kyselyyn vastanneista (n=15) suurin osa 67 % työskenteli sosiaalihuollon puolella (n=11) ja loput 33 % terveystieteiden puolella (n=4). Vastaajien työkokemus jakaantui tasaisesti vastanneiden kesken. Alalla 1-5 vuotta työskennelleitä oli 27 % (n=4), 5-10 vuotta 20 % (n=3), 10-20 vuotta 33 % (n=5) ja yli 20 vuotta työskennelleitä 20 % (n=3).

5.1 Terveystieteiden- ja sosiaalihuollon organisaatioiden väliset erot

Terveystieteiden- ja sosiaalihuollon organisaatioiden välisiä eroja selvitettiin kysymysten 3–17 avulla. Kysymyksistä yksi oli avoin kysymys.

Suurin osa sosiaalihuollon hoitajista (55 %) ja terveydenhuollon hoitajista (100 %) näkivät toimintakulttuurin olevan organisaatioissa erilaista.



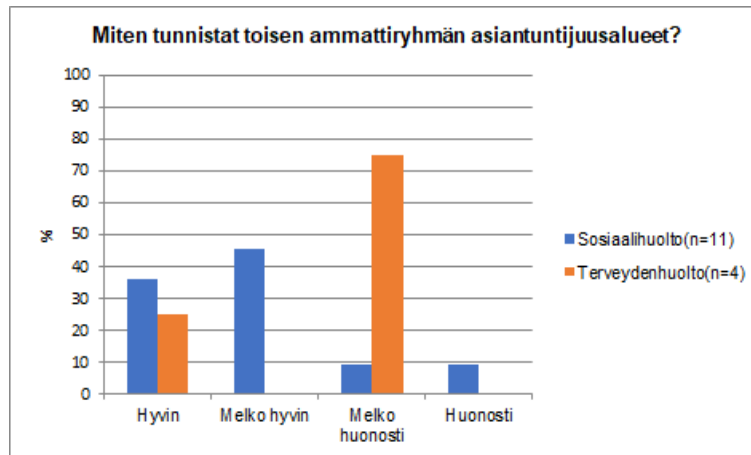
Kuva 1. Erilainen toimintakulttuuri (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Avoimella kysymyksellä (4) pyrittiin selvittämään vastaajien näkemyksiä toimintakulttuurien eroista. Vastausten perusteella arjessa suurin ongelma sosiaalihuollon puolella oli lääkärien puuttuminen ja potilaaseen/asiakkaaseen erilainen suhtautuminen. Lisäksi esiin nousi asiakkaan maksuihin liittyvät asiat. Sosiaalihuollon puolella asiakas maksaa kaikesta, kun taas terveydenhuollon puolella hoitomaksuun sisältyy asiakkaan tarvitsemat asiat.

“Toimintakulttuuri on erilainen esim. siksi että sosiaalihuollossa hoidetaan samoja potilaita kuin terveydenhuollossa mutta meillä ei esim. lääkäreitä koko ajan saatavilla”

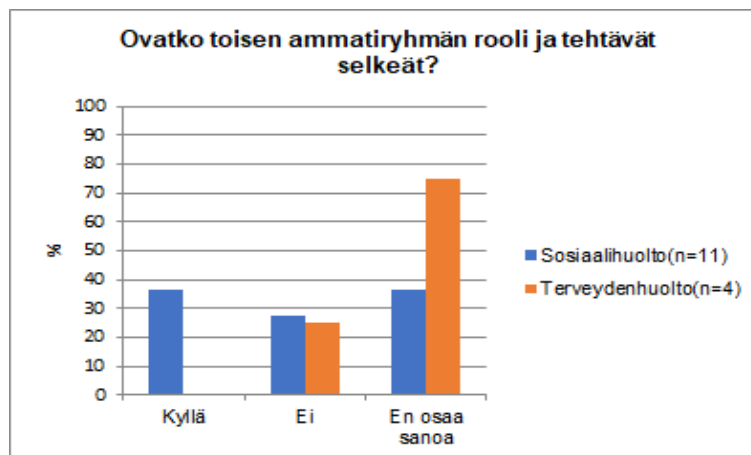
“Terveydenhuolto keskittyy sairauksiin ja sosiaalipuoli luo kodin”

Toinen toistensa asiantuntijuuden tunnistaminen koettiin haasteelliseksi. Vain noin 1/3 esitti tuntevansa toisten asiantuntijuus alueen hyvin. Sosiaalihuollon hoitajista vain 18 % ilmoitti tuntevansa terveydenhuollon asiantuntijuus alueen huonosti tai melko huonosti, kun taas terveydenhuollon vastaajista 75 % ei tunnistanut sosiaalihuollon asiantuntijuutta.



Kuva 2. Asiantuntijuus alueiden tunnistaminen (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

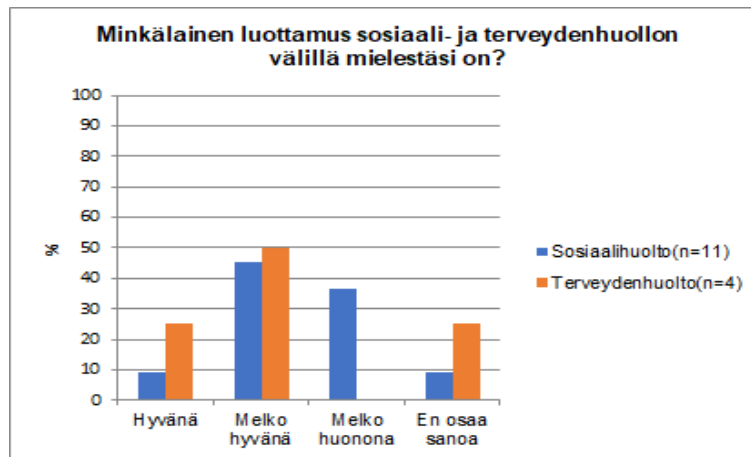
Toisen ammattiryhmän roolit ja tehtävät selvittävä kysymys toi mielenkiintoisia näkökulmia. Vastaajista suurin osa ei tunnistanut (sosiaalihuolto 27 % ja terveydenhuolto 25 %) tai ei osannut sanoa (sosiaalihuolto 36 % ja terveydenhuolto 75 %) kysymykseen. Ainoastaan sosiaalihuollon vastaajista 30 % tunnisti terveydenhuollon ammattilaisten roolit ja tehtävät.



Kuva 3. Ammattiryhmien roolit ja tehtävät (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

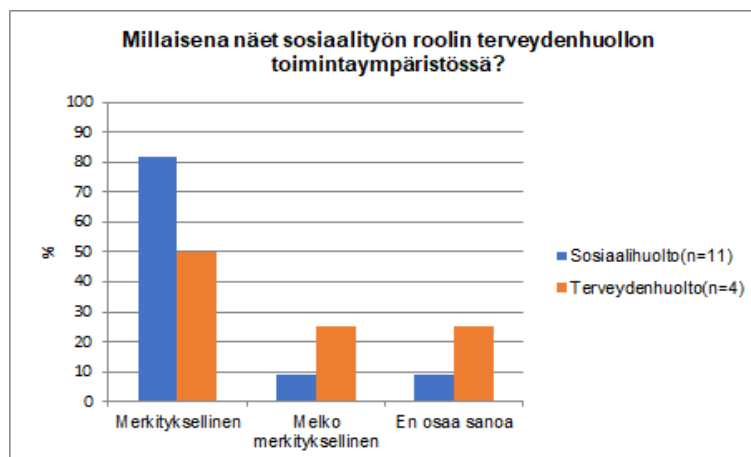
Yhteistyötä edistäväksi tekijäksi nähtiin kuitenkin toisen ammattiryhmän parempi tunteminen. Sosiaalihuollon puolelta 73 % koki sen edistävän yhteistyötä, kun taas terveydenhuollon puolelta 25 % näki sillä olevan edistäviä vaikutuksia yhteistyöhön. Terveydenhuollon puolella 50 % ei kuitenkaan osannut sanoa, onko asialla vaikutusta vai ei.

Ammattilaisten välistä luottamusta kysyttäessä koki luottamuksen hyväksi tai melko hyväksi 54 % sosiaalihuollon ja 75 % terveydenhuollon työntekijöistä.



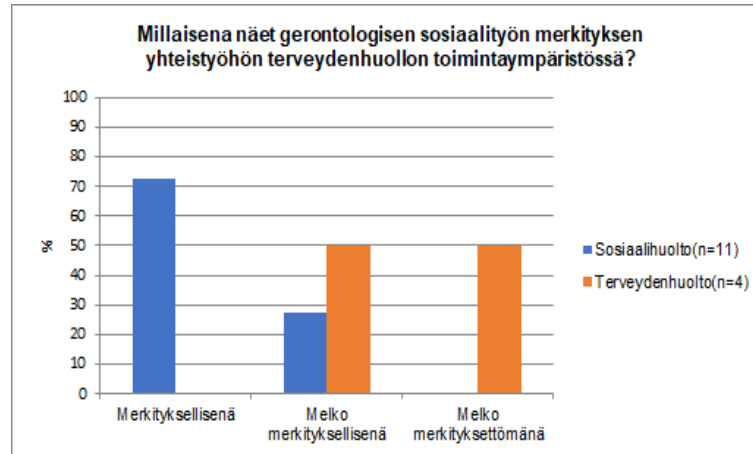
Kuva 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen luottamus (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Sosiaalityön merkitys nähtiin terveydenhuollon toimintaympäristössä tarpeellisena. Sosiaalihuollon puolelta suurin osa (82 %) ja terveydenhuollon puolelta puolet (50 %) kokivat asian merkityksellisenä. Myös terveydenhuollon rooli sosiaalihuollon toimintaympäristössä koettiin merkitykselliseksi. Sosiaalihuollon puolelta 82 % ja terveydenhuollon puolelta 75 % vastasivat asian olevan merkityksellinen.



Kuva 5. Millaisena näet sosiaalityön roolin terveydenhuollon ympäristössä (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Gerontologisen sosiaalityön merkitys terveydenhuollon toimintaympäristössä oli kaikkien (100,5 %) sosiaalihuollon hoitajien mielestä merkityksellinen tai melko merkityksellinen. Puolet (50 %) terveydenhuollon hoitajista koki sen merkityksettömänä.



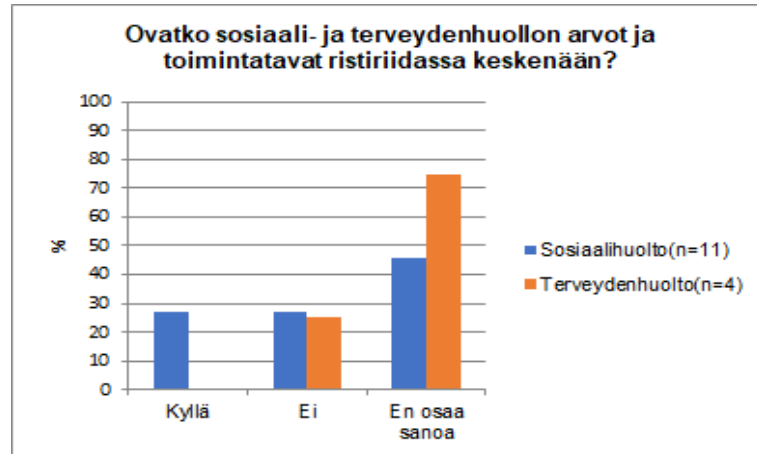
Kuva 6. Gerontologisen yhteistyön merkitys yhteistyöhön (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Organisaatioiden väliset rakenteiden erot yhteistyön toteuttamisessa koettiin haasteelliseksi. Sosiaalihuollon puolelta kysymykseen ei osattu ottaa kantaa (36 %) ja terveydenhuollon puolelta (50 %). Loput vastauksista rakenteiden vaikutuksista yhteistyön toteutumiseen jakaantui lähes tasan, 1/3 osa näki rakenteiden luovan haasteita (33 %) ja osa ei (27 %).



Kuva 7. Organisaation rakenteiden vaikutus yhteistyön toteutumisen (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Organisaatioiden arvot ja toimintatavat kokivat ristiriitaisiksi sosiaalihuollon puolelta 27 %. Sosiaalihuollon puolelta kysymykseen ei osannut vastata 45 % ja terveydenhuollon puolelta 75 %.

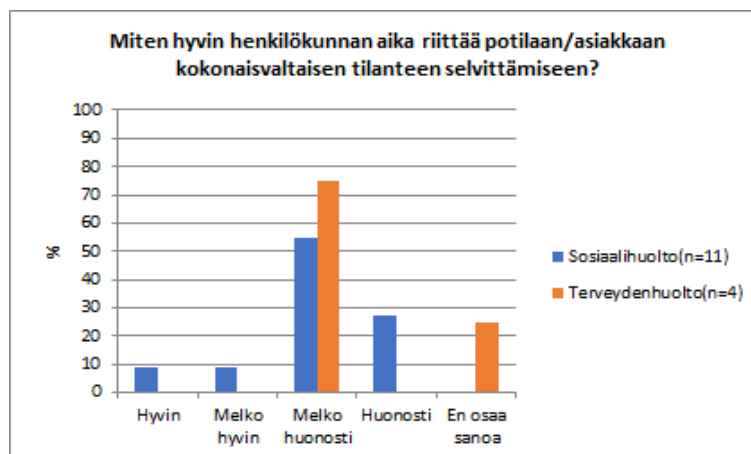


Kuva 8. Ovatko sosiaali- ja terveydenhuollon arvot ja toimintatavat ristiriidassa keskenään (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Avoimella kysymyksellä (15) pyrittiin selvittämään millaisia ristiriitoja arvoissa ja toimintatavoissa on tullut esille. Vastauksia tuli vähän, mutta haasteeksi koettiin lyhytaikaisosastolla sairaiden hoitoon liittyvät asiat. Perushoidon osaamisen lisäksi eri sairauksien hoidon lisäkoulutus olisi tarpeellinen.

“Hoitotyö keskittyy vain perushoitoon. En tiedä, onko osaaminen vai mikä ongelmana”

Suurin osa vastaajista sosiaalihuollon hoitajista 55 % ja terveydenhuollon hoitajista 75 % koki ajan riittävän melko huonosti potilaan/asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen selvittämiseksi.



Kuva 9. Miten henkilökunnan aika riittää potilaan tilanteen selvittämiseen (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Organisaatioiden välisten erojen vaikutuksista yhteistyöhön (kysymys 17) toivottiin vastaajilta vapaita vastauksia. Ongelmana nähtiin sosiaalihuollossa terveydenhuollon puolen ymmärtämättömyys sosiaalihuollon puolen toimintamahdollisuuksista sekä potilaan raportoinnissa, kun hän siirtyy terveydenhuollon puolelta sosiaalihuollon puolelle.

“Raportit välillä erittäin poikkeavia totuuden kanssa: raportin mukaan vuodepotilas, mutta meille tullessa kävelee, yms.”

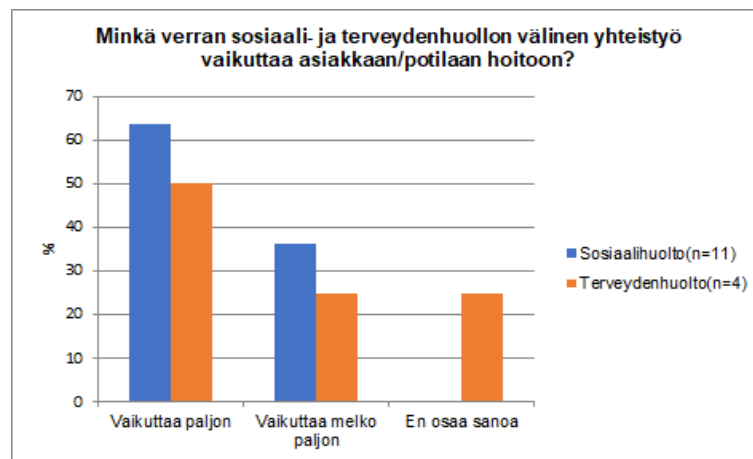
“Terveydenhuoltopuoli ei aina ymmärrä, että sosiaalipuolella sairaanhoitajien toimintamahdollisuudet (kliininen työ sekä lääkehoito) ovat melko rajalliset.”

Tuloksien mukaan ammattiryhmän asiantuntijuus alueet tunnistetaan melko huonosti sekä ammattiryhmien roolit ja tehtävät olivat suurimman osan vastaajien mielestä epäselviä tai kysymykseen ei osattu antaa vastausta. Suurin osa vastaajista koki, ettei aika riitä potilaan/asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen. Esille nousi myös organisaatioiden erilaisten arvojen ja toimintatapojen vaikutus yhteistyön toteutumiseen sekä organisaatioiden rakenteiden vaikutukset yhteistyöhön. Tuloksista nousi esiin myös se, että terveydenhuollon hoitajista puolet (50 %) näki gerontologisen sosiaalityön roolin terveydenhuollon toimintaympäristössä merkityksellisenä.

5.2 Yhteistyö

Kysymykset 18–38 käsittelivät sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon välisellä yhteistyöllä nähtiin olevan vaikutusta asiakkaan/potilaan hoitoon. Vastaajista lähes 100 % näki sen vaikuttavan hoitoon paljon tai melko paljon.



Kuva 10. Minkä verran yhteistyö vaikuttaa potilaan hoitoon (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Yhteistyöhön suhtauduttiin pääsääntöisesti molemmissa organisaatioissa hyvin. Sosiaalihuollon puolen vastaajista 64 % suhtautuu yhteistyöhön hyvin ja terveydenhuollon puolelta 75 % melko hyvin. Yhteistyön toteutumiseen tarvittavat taidot ja tiedot koki kuitenkin sosiaalihuollon puolelta 36 % melko huonoiksi ja terveydenhuollon puolelta 25 % vastaajista.

Avoimella kysymyksellä (21) pyrittiin selvittämään minkälaisia tietoja ja taitoja vastaajat itse pitävät tärkeinä onnistuneen yhteistyön kannalta. Vastauksia tuli vähän, mutta niistä nousi esiin hoitotaitojen kehittämisen hoidon jatkuvuuden kehittämiseksi sekä onnistunut tiedonkulku.

Vastaajista sosiaalihuollon puolelta (91 %) ja terveydenhuollon puolelta (50 %) uskoi tietojen ja taitojen parantamisella olevan yhteistyön parantumiseen merkitystä.

Yhteistyön määrästä kysyttäessä sosiaalihuollon hoitajista (45 %) näki yhteistyötä olevan paljon, kun taas terveydenhuollon hoitajista (50 %) näki sitä olevan melko vähän.



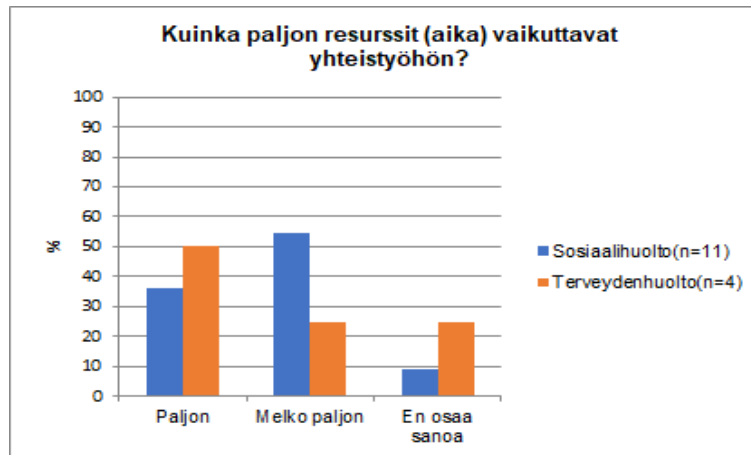
Kuva 11. Kuinka paljon yhteistyötä on (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Avoimella kysymyksellä (24) pyrittiin saamaan vastauksia siihen, millaista yhteistyö organisaatioiden välillä on vastaajien mielestä. Vastauksista nousi esiin yhteistyö muiden eri toimijoiden kanssa asiakkaan hoidossa.

“Kaikki terveydenhuollolliset asiat konsultoidaan muualta. Paljon yhteistyötä eri toimijoiden kanssa.”

“Esimerkiksi tarvikejakelu, asiantuntijahoitajien konsultointi (inr-hoitaja, diabeteshoitaja, muistihoitaja), kotisairaalan kanssa tehtävä yhteistyö, lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö”

Ajalla nähtiin olevan iso merkitys yhteistyön toteutumiseen. Vastaajista suurin osa (91 %) sosiaalihuollon hoitajista ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) näki sen vaikuttavan paljon tai melko paljon yhteistyöhön.



Kuva 12. Kuinka paljon resurssit(aika) vaikuttavat yhteistyöhön (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Organisaatioiden välisestä avoimesta vuorovaikutuksesta kysyttäessä, vastaukset jakaantuivat tasan. 1/3 (sosiaalihuolto 27 %, 25 % terveydenhuolto) näki avoimen vuorovaikutuksen toteutuvan, 1/3 taas ei nähnyt sen toteutuvan (sosiaalihuolto 36 %, terveydenhuolto 25 %) ja 1/3 vastaajista ei osannut vastata mitään (sosiaalihuolto 37 % ja terveydenhuolto 50 %). Suurin osa vastaajista näki avoimen vuorovaikutuksen kuitenkin edistävän yhteistyötä.



Kuva 13. Voiko avoin vuorovaikutus organisaatioiden välillä edistää yhteistyötä (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Yhteistyön toteutumiseen vastaajien omat vaikutusmahdollisuudet nähtiin melko huonoina. Melkein puolet (46 %) sosiaalihuollon hoitajista ja terveydenhuollon hoitajista (50 %) kokivat omien vaikutus mahdollisuuksien yhteistyöhön melko huonoiksi tai

huonoiksi. Hyviksi omat vaikutusmahdollisuudet kokivat sosiaalihuollon vastaajista vain 18 % ja terveydenhuollon vastaajista 25 %.



Kuva 14. Millaiseksi koet omat vaikutusmahdollisuudet yhteistyön toteutumiseen (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Yhteistyön tarpeet tunnistetaan melko vaihtelevasti. Sosiaalihuollon hoitajista (60 %) tunnisti ne hyvin tai melko hyvin. Terveydenhuollon hoitajista yhteistyön tarpeet taas tunnistaa huonosti tai ei osaa vastata mitään (75 %).

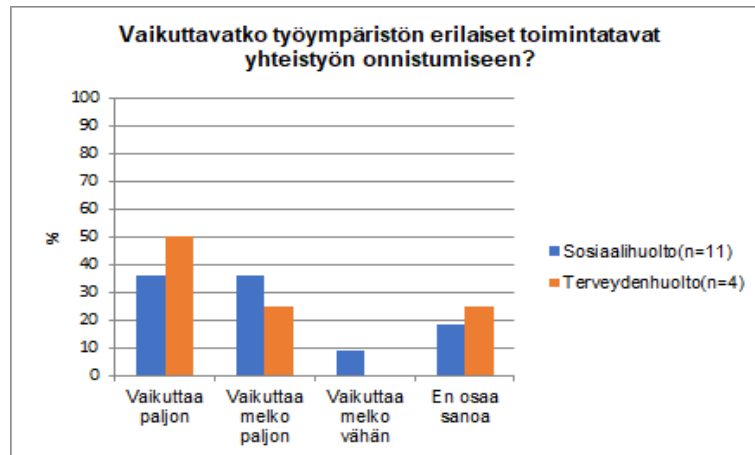
Avoimella kysymyksellä (30) pyrittiin selvittämään, minkälaisia yhteistyön tarpeita vastaajien mieleen tulee. Vastauksia tuli vähän, mutta niistä nousi esiin tarve kehittää raporteja, toivottiin myös enemmän yhteisiä koulutuksia ja samanlaisia toimintakäytäntöjä organisaatioihin.

“Hoidon jatkuvuuteen kehitystä. Raporttien kehittäminen.”

“Enemmän yhteisiä koulutuksia”

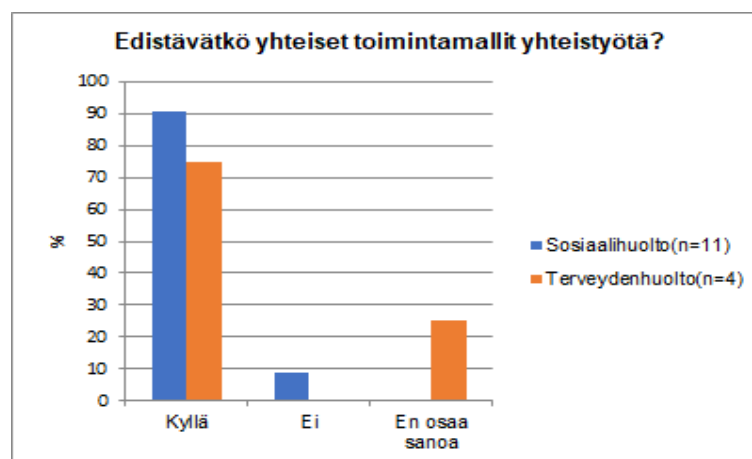
“asiakkaan kokonaistilanteen hallinta, samanlaiset toimintakäytännöt yms.”

Työympäristöjen erilaisilla toimintatavoilla nähtiin myös vaikutusta yhteistyön onnistumiseen. Vastaajista yli puolet (72 %) sosiaalihuollon hoitajista näki toimintatapojen vaikuttavan yhteistyöhön paljon tai melko paljon ja terveydenhuollon hoitajista 73 %. Toimintatavoilla ei ollut vaikutusta yhteistyöhön (16 %) vastaajien mielestä.



Kuva 15. Vaikuttavatko työympäristön erilaiset toimintatavat yhteistyön onnistumisen (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Yhteisten toimintamallien nähtiin edistävän yhteistyötä. Vastaajista melkein kaikki (sosiaalihuolto 91 % ja terveydenhuolto 75 %) näkivät niiden edistävän yhteistyötä.



Kuva 16. Edistävätkö yhteiset toimintamallit yhteistyötä (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Avoimilla kysymyksillä (37–38) pyrittiin selvittämään yhteistyöhön liittyviä asioista vastaajien mielestä. Vastauksia tuli vähän, mutta niistä nousi esiin yhteistyötä hankaloittavana asiana eri tietokantoihin kirjaaminen. Lisäksi varsinkin vammaispalvelut koettiin erillisenä toimijana.

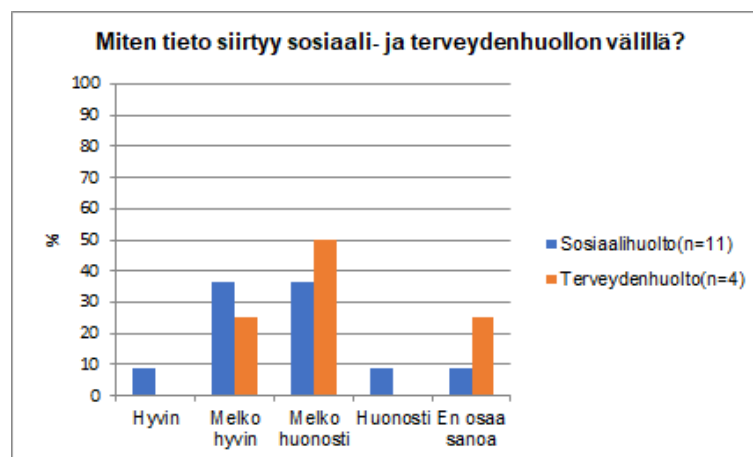
Tuloksista nousi esiin vastaajien omat tiedot ja taidot yhteistyöstä, jotka iso osa vastaajista koki huonoiksi. Vastaajista suurin osa näki kuitenkin yhteistyön parantavan

potilaan/asiakkaan hoitoa. Myös omat vaikutus mahdollisuudet yhteistyön toteuttamisessa koettiin huonoina.

5.3 Tiedonkulku

Kysymykset 39–49 koskivat tiedonkulkua organisaatioiden välillä.

Tiedonsiirtyminen organisaatioiden välillä jakoi mielipiteitä tasan molemmilla puolilla. Hieman vajaa puolet (45 %) sosiaalihuollon hoitajista ja terveydenhuollon hoitajista puolet (50 %) koki tiedonsiirtymisen huonoksi tai melko huonoksi. Hyväksi tai melko hyväksi tiedonsiirtymisen koki sosiaalihuollon hoitajista vajaa puolet (45 %) ja terveydenhuollon hoitajista $\frac{1}{4}$ (25 %).



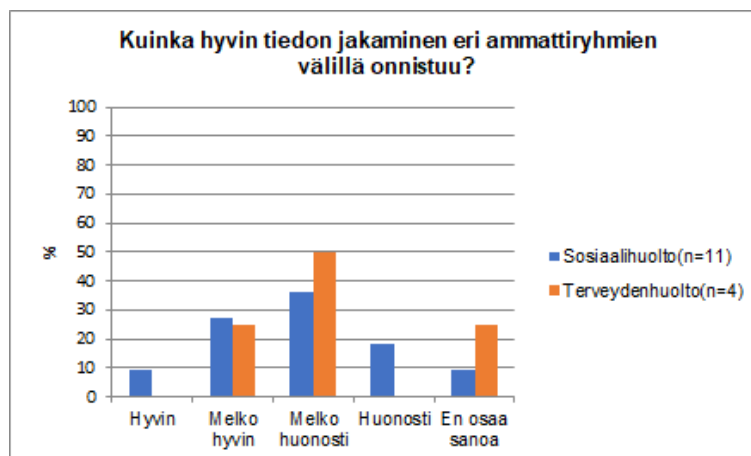
Kuva 17. Miten tieto siirtyy sosiaali- ja terveydenhuollon välillä (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Jatkoselvitykset asiakkaan kotiutumistilanteissa sairaalahoidon jälkeen jakoi mielipiteitä molemmilla puolilla tasan. Vastaajista reilu $\frac{1}{3}$ sosiaalihuollon hoitajista (36 %) ja $\frac{1}{4}$ terveydenhuollon hoitajista koki selvityksen toteutuvan melko huonosti ja melko hyvin se toteutui sosiaalihuollon hoitajista melkein $\frac{1}{3}$ (27 %) mielestä ja terveydenhuollon puolelta $\frac{1}{4}$ (25 %) mielestä.



Kuva 18. Miten potilaan hoidon jatkoselvitys toteutuu sairaalajakson jälkeen (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Tiedon jakaminen eri ammattiryhmien välillä onnistuu vastaajista suurimman osan mielestä huonosti. Yli puolet (54 %) sosiaalihuollon hoitajista koki sen onnistuvan huonosti tai melko huonosti ja terveydenhuollon hoitajista puolet (50 %) vain 9 % sosiaalihuollon hoitajista koki sen onnistuvan hyvin.



Kuva 19. Kuinka hyvin tiedon jakaminen eri ammattiryhmien välillä onnistuu (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Tiedonkulku organisaatioiden välillä nähtiin kuitenkin erittäin tärkeäksi. Suurin osa sosiaalihuollon hoitajista (82 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) vastasivat sen olevan erittäin tärkeää.

Kirjaaminen eri organisaatioissa on erilaista. Vastaajista kaikki terveydenhuollon hoitajista (100 %) ja lähes kaikki sosiaalihuollon hoitajista (82 %) kokivat sen olevan

erilaista. Samaan ohjelmaan kirjaamisen nähtiin edistävän yhteistyötä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitajista kaikki (100 %) vastasi sen edistävän yhteistyötä.

Avoimella kysymyksellä (48) pyrittiin selvittämään hoitohenkilöstön näkemyksiä organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämisestä. Vastauksia tuli vähän, mutta niistä nousi esiin toisen organisaation resurssien ymmärtäminen ja yhdenmukainen kirjaaminen.

“Alun alkaen tutustumalla toisiimme. Niin, että terveydenhuolto tietäisi oikeasti meidän resurssit eri asioihin.”

“Yhdenmukainen kirjaaminen. Suullinen raportointi. Epikriisien ja HOIY:jen saaminen heti kun potilaskin siirtyy laitoksesta toiseen.”

“Sama tietokanta, samat komponentit kirjaamiseen”

Tuloksista nousi esiin tiedon siirtymisen ongelmat. Organisaatioissa on eri ohjelmistot ja erilainen kirjaamistyyli, mikä hankaloittaa tiedon siirtymistä. Myös eri ammattiryhmien välillä tiedon siirtyminen koettiin huonoksi.

5.4 Ikääntynyt asiakas

Kysymykset 50–57 koskivat ikääntyneen asiakkaan hoitoa.

Moni-valinta kysymyksellä (50) pyrittiin selvittämään, millaisia taitoja hoitajat pitivät tärkeinä ikääntyneen onnistuneessa hoidossa. Sosiaalihuollon hoitajat näkivät tärkeinä asioina yhteistyön eri organisaatioiden välillä, riittävän tiedon jakamisen eri organisaatioiden välillä, riittävät resurssit, yhteiset toimintatavat ja avoin kommunikaatio sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Terveydenhuollon hoitajien vastauksista nousi esiin yhteistyö eri organisaatioiden välillä, riittävän tiedon jakaminen eri organisaatioiden välillä, riittävät resurssit ja yhtenäinen kirjaaminen.

Avoimella kysymyksellä (51) pyrittiin selvittämään, pitivätkö vastaajat joitain muita taitoja tärkeinä mitä ei monivalinta- kysymyksessä (50) ollut tullut esille. Vastauksia

ei tullut paljon, mutta niistä nousi esiin toisen ammattitaidon ja työn arvostaminen ja asiakkaan kuunteleminen.

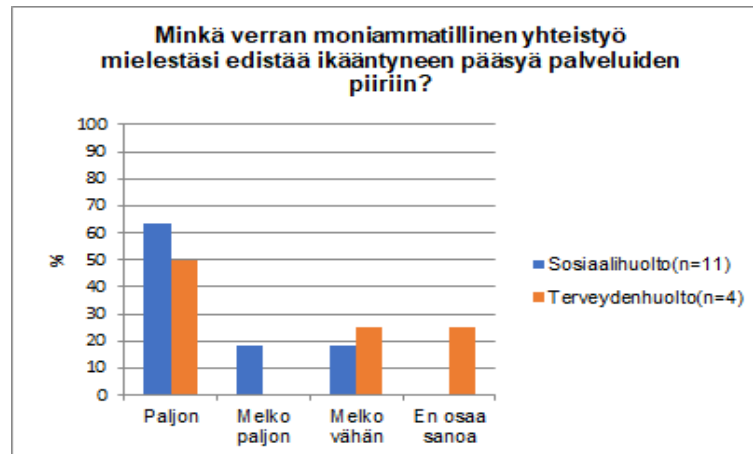
*“Toisen työn arvostaminen, terveydenhuollon sairaanhoitajat eivät aina tunne sosiaali-
huollon (vanhainkodin) sairaanhoitajien työskentelytapoja, arvoja ja käytäntöjä ei-
vätkä aina luota vanhainkodin sairaanhoitajien ammattitaitoon ja kokemukseen.”*

*“Lähihoitajien tulisi omaksua se, että asiakkaat ovat yhä sairaampia ja alkaa toimia sen
mukaan.”*

“asiakkaan kuuntelu”

Moniammatillisuuden nähtiin tuovan laadukkaampaa hoitoa ikääntyneille ihmisille. Suurin osa sosiaalihuollon hoitajista (91 %) ja kaikki (100 %) terveydenhuollon hoitajista koki sen vaikuttavan hoidon laatuun paljon.

Moniammatillisuuden nähtiin myös edistävän ikääntyneen pääsemistä palveluiden piiriin. Sosiaalihuollon hoitajista suurin osa (82 %) ja terveydenhuollon hoitajista puolet (50 %) koki sen vaikuttavan paljon tai melko paljon.



Kuva 20. Minkä verran moniammatillinen yhteistyö mielestäsi edistää ikääntyneen pääsyä palveluiden piiriin (sosiaalihuolto n=11, terveydenhuolto n=4)

Tuloksista nousi esiin ikääntyneen hoidon vaativan yhteistyötä ja moniammatillisuutta. Esiin nousi myös hoitajien kokemus, ettei terveydenhuollossa ymmärretä sosi-

aalihuollon hoitajien työnkuvaa, arvoja eikä resursseja. Tärkeänä asiana kuitenkin nähtiin yhteistyön ja moniammatillisuuden edistävän ikääntyneen hoitoa. Molemmilla puolilla nähtiin tiedon siirtymisen olevan erittäin tärkeää ikääntyneen hoidossa.

6 TULOSTEN TARKASTELU

6.1 Terveyden- ja sosiaalihuollon organisaatioiden erot

Tulosten perusteella organisaatioiden välillä on erilainen toimintakulttuuri. Sosiaali- huollon hoitajista reilu puolen (55 %) mielestä terveydenhuollon toimintakulttuuri on erilainen kuin sosiaalihuollon puolella. Riikka Toivasen tutkimus (2018) tukee tätä näkemystä. Hän esittää, että sosiaalityöntekijät näkevät osin terveydenhuollon toimintatapojen olevan ristiriidassa sosiaalityölle ominaisten arvojen ja toimintatapojen kanssa. Tiukat resurssit, tehokkuuteen pyrkivät toimintatavat ja laitoshoidon paikkojen vähentämiseen tähtäävät periaatteet asettavat työntekijät eettisesti hankaliin tilanteisiin, joissa on vaikeaa määrittellä oikeita toimintamalleja. Sairaalaympäristössä potilaan mahdollisimman nopea kotiuttaminen, kun terveydentilan kriteerit osastohoidolle eivät enää täyty, vaikeuttaa potilaan tilanteen kokonaisvaltaista selvitystä. (Toivanen 2018, 46, 49.)

Organisaatioiden rakenteet eroavat vastaajien mielestä toisistaan. Sosiaalihuollon hoitajien (72 %) ja terveydenhuollon hoitajien (75 %) mielestä ne haittaavat yhteistyötä tai kysymykseen ei osannut vastata mitään. Yhteistyön toteutumisen kannalta Toivasen 2018 tekemän tutkimuksen mukaan merkittävänä tekijänä nähtiin, että työorganisaation rakenteellisten tekijöiden tulisi tukea yhteistyötä. Yhteistyön tukemisen keinoina nähtiin säännölliset tapaamiset, joissa voidaan tavata yhteistyötahoja ja sopia pelisäännöistä. Yhteistyön onnistumisen kannalta nousi esiin myös yhteistyötahojen omat asenteet. (Toivanen 2018, 46.) Konkreettisina asioina yhteistyön onnistumisen edellytyksinä nähtiin asioiden selkeä kirjaaminen, tavoitteen määrittely, tehokas tehtävien jakaminen, tavoitettavissa oleminen, keskinäinen tiedottaminen sekä selkeä tiedon jakaminen asiakkaan tilanteesta (Helin 2016, 82). Yhteistyön onnistumisen kannalta olennaista on myös organisaatiotasolla organisaatioiden johtaminen ja kehittämistoimenpiteet yhteistyölle. Onnistunut yhteistyö vaatii monenlaisten asioiden samanaikaisia toteutumista (Helin 2016, 82).

Toisen ammattiryhmän asiantuntijuusalueet tuntevat suurin osa sosiaalihuollon hoitajista hyvin tai melko hyvin (81 %), kun taas terveydenhuollon hoitajista suurin osa (67 %) tuntee ne melko huonosti. Vastausten perusteella asiantuntijuusalueiden tunnistaminen vaikeuttaa moniammatillista yhteistyötä. Helinin tutkimuksen mukaan moniammatillista yhteistyötä voi vaikeuttaa ja sen onnistumista haitata työntekijöiden puutteellinen tieto toisen ammattiryhmän osaamisalueista, arvostuksen puute toisen osaamista kohtaan tai omat puutteelliset taidot ja tiedot. Onnistuakseen yhteistyölle pitäisi sopia selkeät toimintatavat ja jokaisen pitäisi tietää, mitä kukin tekee. (Helin R. 2016, 69, 72.) Terveydenhuollon puutteellinen tieto sosiaalihuollon puolen osaamisesta tulee esiin myös avoimissa vastauksissa, joissa vastausten perusteella sosiaalihuollon puolelta koetaan terveydenhuollon ajattelevan heidän osaamistasonsa olevan laajempaa varsinkin sairauksien hoidossa ja hoidon toteuttamisessa. Rämngård ym. 2015 tekemässä tutkimuksessa siihen osallistuvien ammattilaisten ymmärrys toisen ammattiryhmän arvoihin ja työnkuvaan auttoi kehitystyöhön osallistujia näkemään yhteistyön merkityksen ja hyödyn asiakkaan laadukkaampaan hoitoon. Ymmärrys arvoihin ja työnkuvaan vaatii aikaa ja toiseen tutustumista. Epätietoisuus siitä, kuka on vastuussa ja mistä, koettiin haittaavan asiakkaan hoidon laatua ja yhteistyön onnistumista. (Rämngård, Blomqvist & Petersson 2015, 4–5.) Tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon väliset arvot ja toimintatavat olivat epäselviä monille vastaajista. Sosiaalihuollon hoitajista vähän alle puolet (45 %) ja terveydenhuollon hoitajista reilu 2/3 (75 %) ei osannut vastata kysymykseen ovatko sosiaali- ja terveydenhuollon väliset arvot ja toimintatavat erilaisia.

Sosiaalityön rooli nähtiin myös merkityksellisenä terveydenhuollon toimintaympäristössä. Suurin osa sosiaalihuollon hoitajista (91 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) vastasi sen olevan merkityksellinen tai melko merkityksellinen. Helinin (2016) tekemän tutkimuksen mukaan terveystieteiden merkitys yhteistyön onnistumiseen on iso osa onnistumista, koska työn tehtävät tukevat koko organisaation tavoittelemaa asiakasprosessin onnistumista. Terveystieteiden merkitys vaikuttaa myönteisesti prosessin tehokkuuteen ja tiedon kulkemiseen. Tutkimuksessa tuli esiin, että terveystieteiden tekijät huolehtivat asiakkaiden asioiden eteenpäin viemisestä prosessissa. Terveystieteiden tekijä auttaa asiakasta saamaan hyvää palvelua, varsinkin tilanteissa, joissa

vaarana on usean eri toimijan verkostossa tiedon ja tehtävien hidas eteneminen. Terveysthuollon sosiaalityö on kokonaisvaltainen toimintatapa, joka hyödyttää organisaatiota ja auttaa moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa. (Helin, R. 2016, 62.) THL:n tekemän tutkimuksen avosairaanhoidon järjestelyssä todettiin perusterveydenhuollon- ja sosiaalihuollon yhteistyön toteutuvan parhaiten, kun sosiaalitoimen työntekijä työskentelee terveysaseman tiloissa. Sosiaalityöntekijän läsnäolon katsottiin edistävän moniammatillista yhteistyötä ja vahvistavan asiakaslähtöisyyttä. Tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijä edistää asiakkaan monialaisten palveluiden tarpeeseen vastaamista nopeammin ja saumattomammin. (Syrjä, V., Parviainen, L. & Niemi, A. 2019, 2.)

6.2 Yhteistyö

Sosiaalihuollon hoitajista kaikki (100 %) ja lähes kaikki terveydenhuollon hoitajista (75 %) kokivat yhteistyön organisaatioiden välillä vaikuttavan paljon tai melko paljon asiakkaan hoitoon. Onnistuakseen yhteistyölle olennaista on työntekijöiden erilaisen asiantuntijuusalueiden ja osaamisen yhdistäminen sekä tieto toisen ammattilaisen osaamisesta, jotta asiakas saa tarpeelliset palvelut (Helin, R. 2016, 70). Yhteistyön esteenä nähtiin organisaatioiden rakenne-erot, maantieteelliset välimatkat, epävarmuus asiantuntijuusalueista, tietämättömyys ja erilaiset arvojärjestelmät eri alojen edustajilla. Lisäksi puutteellinen tiedon siirtyminen monisairaiden asiakkaiden kohdalla vaikeuttaa yhteistyön onnistumista. (Rämgård ym. 2015, 2–3.) Thl:n teettämän tutkimuksen mukaan parhaiten terveysasemilla yhteistyö koetaan toimivan perusterveydenhuollon sisällä, vanhustenhuollon kanssa yhteistyöhön oli melko tyytyväisiä kaksi kolmasosaa terveysasemien johdosta (Syrjä, V., Parviainen, L. & Niemi, A. 2019, 1).

Molemmilla puolilla suhtauduttiin yhteistyöhön positiivisesti. Sosiaalihuollon hoitajista melkein kaikki (91 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) suhtautui yhteistyöhön hyvin tai melko hyvin. Helinin tutkimuksessa työntekijän myönteistä asennetta yhteistyöhön kuvaavat hänen kykynsä ottaa vastaan oppia muilta ja oman osaamisen jakaminen toisille. Myönteistä suhtautumista edistää tyytyväisyys omaan työhön ja aiemmat kokemukset sujuvasta yhteistyöstä. (Helin, R. 2016, 66.) Onnistuneen yhteistyön edellytykset työntekijältä vaativat myös toisen työnkuvan kunnioittamista ja tasa-

arvoista suhtautumista eri yhteistyötahoihin. Avoimuus ja luottamus nähtiin myös tärkeinä yhteistyötä edistävinä tekijöinä Toivasen 2018 tekemässä tutkimuksessa. (Toivanen, R. 2018, 46.)

Sosiaalihuollon hoitajista ainoastaan vajaa puolet (45 %) ja terveydenhuollon hoitajista puolet (50 %) kokivat omat tiedot ja taidot yhteistyön toteutumiseen hyviksi tai melko hyviksi. Helinin tutkimuksen (2016) mukaan moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen tarvitaan riittävää tietoa yhteistyöhön liittyvistä asioista, kuten asiantuntijuusalueista, yhteistyötaidoista, tiedon jakamisesta ja asiakkaiden tilanteista. Lisäksi tarvitaan myönteistä asennetta yhteistyöhön, omaan työhön, muita ihmisiä ja muiden työtä kohtaan. Onnistuakseen yhteistyö vaatii lisäksi konkreettista yhteistoimintaa ja aktiivisuutta, jota yhteistyön onnistuminen edellyttää. Onnistunut yhteistyö edellyttää myös hyviä toimintakäytäntöjä ja riittäviä resursseja. (Helin, R. 2016, 88.)

Lähes kaikki sosiaalihuollon hoitajista (91 %) ja puolet terveydenhuollon hoitajista (50 %) kokivat tietojen ja taitojen kehittämisen parantavan yhteistyötä. Yhteistyötä vastaajien mielestä on kuitenkin melko paljon. Riikka Helinin tutkimuksen mukaan organisaatioissa ja ryhmässä olisi konkreettisesti tehtävä mahdolliseksi työntekijöiden välisen tutustumisen. Organisaatioissa tulisi ylittää hallinnollisia ja toiminnallisia rajoja, jotta työntekijöiden osaaminen ylittäisi sektorirajoja. Jaettu asiantuntijuus vaatii myös työntekijöiltä valmiutta jakaa omaa osaamistaan, kiinnostusta muista ja halua ja kykyä muutokseen. (Helin, R. 2016, 70.)

Yhteistyön toteutumiseen resursseilla, kuten ajalla on iso merkitys. Sosiaalihuollon hoitajista lähes kaikki (91 %) ja terveydenhuollon hoitajista $\frac{3}{4}$ (75 %) kokivat ajalla olevan paljon tai melko paljon merkitystä. Helinin tutkimuksen mukaan aika on resursseista olennaisin asia yhteistyön toteutumiseen. Aika nähdään yhteistyön peruselementtinä, joka mahdollistaa onnistuneen yhteistyön toteutumisen. Ajalla on katsottu olevan rakentava ja yhteistyön sisältöihin vaikuttava merkitys. Jotta yhteistyötä voidaan toteuttaa, sille pitää löytyä aikaa. Riittävän ajan ja oikea-aikaisuuden toteutuminen yhteistyössä, voivat nopeuttaa prosesseja ja säästää aikaa sekä vaikuttaa toiminnan helpottamiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. (Helin, R. 2016, 80.)

Henkilökunnan aika potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen selvittämiseen riittää melko huonosti tai huonosti reilu puolen (64 %) sosiaalihuollon hoitajien mielestä ja $\frac{3}{4}$ terveydenhuollon hoitajien mielestä (75 %). Riikka Helinin 2016 tekemän tutkimuksen mukaan aika on yhteydessä taloudellisiin resursseihin. Organisaatioiden tiukentaessa henkilöstöresursseja, voi toimijoiden työmäärä kasvaa liian isoksi suhteessa työaikaan ja silloin yhteistyölle ei löydy aikaa vaan yksilökohtainen asiakastyö korostuu. (Helin, R. 2016, 74.) Aika on kuitenkin yhteistyötä rakentava tekijä. Toistuvat kontaktit ja tieto yhteistyökumppaneista luovat yhteistyötoimintaa. Toisen alan työntekijöiden toiminnan oppiminen vaatii aikaa. (Helin, R., 2016, 74.)

Suurin osa sosiaalihuollon hoitajista (72 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) kokivat, ettei organisaatioiden välillä ole avointa vuorovaikutusta tai eivät osanneet vastata mitään. Avoimen vuorovaikutuksen kuitenkin katsottiin edistävän yhteistyötä. Suurimman osan sosiaalihuollon hoitajista (91 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) kokivat avoimen vuorovaikutuksen edistävän yhteistyötä. Helinin tutkimuksen mukaan yhteistyön onnistumisen edellytys on kommunikointi, mikä sisältää työntekijöiden välistä puhetta, keskustelua, kuuntelua ja asioista suullista sopimista. Olennaista on avoin kahdensuuntainen vuorovaikutus, kommunikoinnin vastavuoroisuus ja työntekijän riittävät taidot vuorovaikutukseen. Vuorovaikutustaidoilla on merkitystä asiakkaan asioiden hoitamisessa ja edistämässä eli työn tavoitteiden saavuttamisessa. (Helin, R. 2016, 62.) Toivasen tutkimuksessa yhteistyön edistämiseksi toivottiin enemmän organisaatioiden sisällä ja muiden yhteistyötahojen kanssa tiimitapaamisia, joissa olisi mahdollisuus tutustua toisiin ja sopia yhteisiä pelisääntöjä (Toivanen, R. 2018, 45).

Lähes puolet sosiaalihuollon hoitajista (45 %) ja terveydenhuollon hoitajista puolet (50 %) kokivat omat vaikutusmahdollisuudet yhteistyön toteutumiseen huonoiksi tai melko huonoiksi. Yhteistyön tarpeet tunnistetaan sosiaalihuollon puolella paremmin kuin terveydenhuollon puolella. Sosiaalihuollon hoitajista yli puolet (60 %) tunnistaa yhteistyön tarpeet hyvin tai melko hyvin, kun taas terveydenhuollon puolella ne tunnistavat vain 25 % hyvin tai melko hyvin.

Työympäristön erilaisilla toimintatavoilla on merkitystä yhteistyön onnistumiseen. Suurimman osan sosiaalihuollon hoitajista (72 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75

%) kokivat toimintatapojen vaikuttavan paljon tai melko paljon yhteistyöhön. Toivasen tutkimuksen mukaan keskeisenä asiana yhteistyön onnistumisen esteenä nähtiin erilaiset yhteistyön rakenteisiin liittyvät tekijät. Varsinkin ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla ei yhteistyöhön ole valmiita malleja tai ohjeistuksia työorganisaatioissa tai niitä oli hyvin vähän. (Toivanen, R. 2018, 44.) Suurimman osan sosiaalihuollon hoitajista (91 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) kokivat tekemässämme tutkimuksessa yhteisten toimintamallien edistävän yhteistyötä.

Lähes kaikki sosiaalihuollon hoitajista (91 %) ja terveydenhuollon hoitajista (75 %) kokivat yhteistyön olevan suunnitelmallista ja säännönmukaista. Toivasen tekemän tutkimuksen mukaan suunnitelmallista ja säännönmukaista moniammatillista verkostotyötä ikääntyneiden asioissa tehdään kuitenkin terveydenhuollon kentällä vähän niin, että sosiaalityöntekijä olisi verkostossa mukana. Terveydenhuollon toimintaympäristössä sosiaalityöntekijän asiantuntijuus alueet ovat potilaan sosiaalisten ongelmien tunnistaminen ja ymmärtäminen. Sosiaalityöntekijän työnkuva korostuu terveydenhuollon toimintaympäristössä, koska se poikkeaa terveydenhuollon muista ammattiryhmistä, jotka tarkkailevat potilaan tilannetta suppeammasta näkökulmasta. (Toivanen, R. 2018, 53, 37.)

Potilaan kokonaistilanne terveydenhuollossa huomioidaan melko huonosti puolen terveydenhuollon hoitajien (50 %) ja 1/5 sosiaalihuollon hoitajien (18 %) mielestä. Toivasen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon lähestymistapa potilaisiin on yhä keskittynyt lääketieteellisiin ja fysiologiseen toimintakykyyn liittyviin tekijöihin. Riittävien ja oikea-aikaisten palveluiden järjestäminen potilaille vaatisi kuitenkin sosiaalityön ja potilaan kokonaistilanteen kartoitusta nykyistä laajemmin ja varhaisemmassa vaiheessa. (Toivanen, R.2018, 55.) Rämgård ym. tekemän tutkimuksen mukaan yhteistyön edistävänä tekijänä nähtiin asiakkaan näkökulman huomioonottaminen. Yksilöllisen hoitosuunnitelman tekeminen edistää hoidon laatua ja asiakkaan arvojen ja lähtökohtien ymmärtämistä. (Rämgård ym. 2015, 4.)

6.3 Tiedonkulku

Tiedon jakaminen eri ammattiryhmien välillä onnistuu reilu puolen sosiaalihuollon hoitajien (54 %) ja terveydenhuollon hoitajien (50 %) mielestä melko huonosti tai huonosti. Kleemolan 2016 tutkimuksessa tuli esiin potilaan arvioinnissa esiintyviä epäkohtia. Uuteen hoitopaikkaan siirryttäessä asiakkaan arviointi ei aina pitänyt paikkaansa tai dokumentit eivät siirtyneet lainkaan asiakkaan uuteen paikkaan, jolloin hoitajilla ei välttämättä ollut arviota asiakkaan toimintakyvystä käytössään. Arvioinneissa oli myös hoitajakohtaisia vaihteluita, osa kuvasi asiakkaan arviointia hoitajan näkökulmasta, joka kuvasi enemmän hoitajan selviytymistä työstä kuin asiakkaan toimintakykyä. Hoitajat kokivat myös usein arvoinnit ylimääräiseksi työksi. (Kleemola, 2016, 91.) Lähes kaikki terveydenhuollon hoitajista (75 %) ja kaikki sosiaalihuollon hoitajista (100 %) näkivät tiedon jakamisen organisaatioiden välillä tärkeänä.

Tutkimuksemme mukaan kirjaaminen on organisaatioissa erilaista. Lähes kaikki sosiaalihuollon hoitajista (82 %) ja kaikki terveydenhuollon hoitajista (100 %) kokivat sen erilaiseksi. Helinin tutkimuksen mukaan kirjaaminen tietojärjestelmään organisaatiossa on tiedon välittymiselle keskeistä. Kirjaamisessa tärkeää on kirjata potilaiden ja omaisten näkemykset, yhteistyötahot ja heidän vastuualueensa tietojärjestelmään. Yhteistyön toteutumiseksi nähtiin tiedon kulkuun liittyvät ongelmat merkittävänä haasteena. (Toivanen, R. 2018, 46.) Tiedon tulee kulkea sujuvasti ja ajoissa, jotta moniammatillinen yhteistyö voi toteutua. Tiedon kulkeminen yhteistyöryhmän sisällä tarkoittaa niin suullista, puhelimesta kuin kasvokkain tiedottamista sekä ajan tasalla pidettäviä kirjauksia muistioissa ja asiakastietojärjestelmissä. (Helin, R. 2016, 76.)

6.4 Ikääntynyt asiakas

Ikääntyneen asiakkaan kohdalla moniammatillisuus tuo ikääntyneelle laadukkaampaa hoitoa vastanneiden mielestä. Suurin osa sosiaalihuollon hoitajista (91 %) ja terveydenhuollon hoitajista (100 %) kokivat moniammatillisuuden vaikuttavan hoidon laatuun. Moniammatillisuuden nähtiin myös edistävän ikääntyneen pääsyä palveluiden piiriin paljon tai melko paljon sosiaalihuollon hoitajista suurimman osan (82 %) ja terveydenhuollon hoitajista puolen (50 %) mielestä.

Toivasen tekemässä tutkimuksessa tärkeänä verkostoyhteistyön toteutumiseksi nähtiin työskentelyn oikea-aikaisuus ja jatkuvuuteen liittyvät asiat. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat kokivat, ettei osasto-olosuhteissa asiakkaan kokonaisvaltainen tilanteen selvittäminen ja verkostoyhteistyö ollut useinkaan mahdollista. Työskentelyyn käytettävissä olevan ajan rajallisuuden ja terveydenhuollon yksiköissä terveydenhuollon prosessien mukaisesti eteneminen olivat usein esteenä yhteistyön toteutumiseksi. (Toivanen, R. 2018, 43, 55.)

Potilaan tilanteen jatkoselvittely kotiympäristössä nähtiin yhtenä mahdollisuutena potilaan kokonaistilanteen selvittämiseksi. Kotiympäristössä potilaan arjessa pärjäämistä olisi myös helpompi arvioida ja huomata avun tarpeet. Kokonaistilanteen selvittäminen nähtiin kuitenkin myös tärkeäksi aloittaa riittävän hyvissä ajoin, jo osastohoidon alkaessa tai tilanteissa, joissa asiakas käyttää usein päivystyksen palveluita. Kokonaistilanteen kartoittaminen pitäisi olla myös osastojen tai päivystyksessä olevien hoitajien vastuulla osan haastateltavien mielestä. (Toivanen, R. 2018, 43, 55.)

Verkostotyön tarpeellisuus tulee etenkin haastavissa ja epäselvissä tilanteissa esille. Tällaisia tilanteita on esimerkiksi vaikeista sairauksista kärsivät potilaat, ristiriitaiset näkemykset eri yhteistyötahojen välillä sekä paljon terveydenhuollon palveluita käyttävien asiakkaiden kohdalla. Potilaan kotiutuessa verkostot tulisi koota potilaan ympärille mahdollisimman pian jatkoselvittelyä varten. Tämä edellyttää tiedonsiirtoa potilaan hoitoyksiköstä potilaan kotikuntaan. Tärkeäksi asiaksi onnistumisen kannalta on katsottu myös potilaan mahdollisuus saada gerontologisen sosiaalityön osaamista. (Toivanen, R. 2018, 43, 55.) Kleemolan tutkimuksen mukaan tieto asiakkaan toimintakyvystä ei aina siirry sairaalasta kotiutettaessa takaisin asumispalveluyksikköön. Raportteja toimintakyvystä hyödynnetään myös melko vähän. (Kleemola, 2016, 93.)

Suurimman osan sosiaalihuollon hoitajien (66 %) mielestä ikääntyneen kotona pärjäämisen selvitys onnistuu hyvin tai melko hyvin. Puolet (50 %) terveydenhuollon hoitajista koki sen kuitenkin onnistuvan melko huonosti. Saamamme vastaukset tukevat aikaisempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan terveydenhuollon resursseista aikaa ei ole riittävästi.

Reilu kolmannes sosiaalihuollon hoitajista (36 %) ja ¼ terveydenhuollon hoitajista (25 %) koki asiakkaan hoidon jatkoselvityksen asiakkaan kotiutuessa toteutuvan melko huonosti. Hyvin tai melko hyvin sen näki onnistuvan sosiaalihuollon vastaajista reilu kolmannes (36 %) ja terveydenhuollon vastaajista neljännes (25 %). Toivasen tutkimuksessa nähtiin tärkeänä se, että tieto siirtyy potilaan tilanteesta kotikuntaan ja tilanteen selvittämistä jatketaan kotiympäristössä (Toivanen, R. 2018, 46).

THL:n tutkimuksen mukaan erityisesti terveydenhuollon järjestäjiä väestöpohjan mukaan tarkasteltuna alle 20 000 asukkaan terveystaloksissa on suuri tarve ikäihmisten tukeen liittyvissä sosiaalipalveluissa. Suurimmassa osassa pienten järjestäjien alueista ikäihmisten osuus väestöstä on maan keskiarvoa suurempi. (Syrjä, V., Parviainen, L. & Niemi, A. 2019, 3.) Kuntaliiton väestönrakenteen mukaan Kokemäellä vuonna 2019 oli yli 65- vuotiaita 30,5 % ja ennusteen mukaan vuoteen 2040 mennessä se nousee 37.1 % (Kuntaliitto.fi www-sivut 2020). Tästä johtuen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä tulee olemaan tulevaisuudessa entistä vaativampaa.

7 POHDINTA

Tutkimuksemme tulosten perusteella haasteita yhteistyössä ovat tiedon siirtymisen ongelmat ja erilainen kirjaaminen. Tällä hetkellä Kokemäellä sosiaali- ja terveydenhuolto ovat erilliset organisaatiot ja niissä on eri ohjelmat, mihin asiakkaan tietoja kirjataan. Eri ohjelmiin kirjaaminen on tuonut haasteita sujuvalle tiedon siirtymiselle. Tiedon siirtymiseen liittyvät haasteet tulevat todennäköisesti 1.1.2021 helpottamaan, kun KESSOTE- liitos toteutuu. KESSOTE- liitoksessa yhdistyy Nakkilan, Harjavalan, Kokemäen ja Eurajoen sosiaalipalvelut osaksi Keski- Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymää. Yhdistyminen tuo kuntalaisille sujuvammat perustason palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Liitoksen myötä asiakkaat saavat palvelut oikea-aikaisesti, viivytyksettä. Asiointi kuntien sote- asemilla on sujuvampaa ja palvelun jatkuvuus on varmistettu. Tavoitteena on siirtyä ennaltaehkäisevään toimintaan ja varhaisen tuen palveluihin. Kehittämistyö jatkuu maakunnallisen sote-uudistuksen painopisteiden mukaisesti kohti maakunnallista sote-palveluiden mallia, vuonna 2023. Kunnista kuntayhtymään siirtyvistä sosiaalipalveluista kotihoidon palvelut, neuvonta- ja ohjauspalvelut, kuntouttava päivätoiminta, ikääntyneiden asumisyksiköt (palveluasuminen, perhehoito ja laitoshoido), kotihoidon tukipalvelut, säilyvät lähipalveluina nykyisissä toimipisteissään. (Ksthky. fi www-sivut 2020.)

Itse kirjaamiseen liittyvät haasteet johtuvat organisaatioiden erilaisista painotuksista, sosiaalihuollon puolella painotetaan asiakkaan kokonaisvaltaista huomiointia ja terveydenhuollon puolella taas painotus on enemmän sairauksien puolella. Kehittämällä yhteistä ja samanlaista kirjaamistyyliä voitaisiin edesauttaa yhteistyötä ja asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa parempaan suuntaan.

Tuloksista nousi esiin myös yhteistyötä estäväksi tekijäksi organisaatioiden erilaiset arvot, toimintatavat sekä hoitajien omat puutteelliset tiedot ja taidot yhteistyön toteuttamisesta. Näitä esiin tulleita asioita voitaisiin kehittää järjestämällä yhteisiä koulutuksia, joissa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitajat pääsevät tutustumaan toistensa

osaamisalueisiin paremmin. Koulutuksissa olisi hyvä tuoda esiin toisen puolen arvot ja toimintatavat, jotta yhteistyö voi onnistua. Lisäksi yhteistyölle pitäisi antaa riittävästi aikaa, jotta sillä saavutettaisiin paras mahdollinen lopputulos. Suurin osa vastaajista kuitenkin koki yhteistyön positiiviseksi ja uskoi lisätiedon toisen ammattilaisuudesta ja arvoista sekä omien tietojen ja taitojen kehittymisen yhteistyöstä edistävän sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä.

Sosiaalihuollon puolelta sosiaalityön merkitystä pitäisi viedä enemmän terveydenhuollon henkilöstön tietoisuuteen. Varsinkin sosiaalityöntekijän ammatinkuvaa terveydenhuollon toimintaympäristössä, jotta terveydenhuollon henkilöstö voisi hyödyntää sosiaalityöntekijää oikeissa kohdissa asiakkaan hoidossa.

Palvelukeskus Henrikinhovin näkökulma on tutkimuksessa otettu huomioon, vaikka kysely on myös toteutettu terveydenhuollon puolelle. Opinnäytetyömme aiheena oli kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö, ilman molempien osapuolien näkemystä yhteistyöstä voisi olla vaikeaa alkaa kehittää sitä vain toisen osapuolen näkemysten perusteella. Nyt tuloksista ilmenee, millaisiin asioihin pitäisi kiinnittää huomiota. Palvelukeskus Henrikinhovi voi itse päättää, miten tuloksia haluavat hyödyntää ja miten kokevat terveydenhuollon puolelta esiin tulleet näkemykset yhteistyöstä.

Jatkotutkimusta voisi tehdä siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö toteutuu muilla potilasryhmillä, kuten kehitysvammaisilla. Onko siinä mahdollisesti samoja haasteita ja millaisia ratkaisuja niihin on käytetty. Toisaalta jatkotutkimusta voisi tehdä samasta aiheesta, kun KESSOTE –liitos on toteutunut ja uudet käytännöt omaksuttu.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliaabeli tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten arviointia ja niiden pysyvyyttä toistettaessa tutkimus. Tutkimus on luotettava ja täsmällinen, kun tulokset

pysyvät toistettaessa samoina riippumatta tutkijasta. Tutkimuksen validi tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituksin mitata. Tutkimuksen validiuteen vaikuttaa tutkijan kyky operationalisoida käsitteet arkikielen tasolle ja niiden siirtäminen mittariin oikein. (Vilka 2007, 149–150.) Huolimaton operationalisointi johtaa mittariin, joka ei mittaa sitä, mitä on tarkoitus mitata. Operationalisointi on tutkijan omaa tulkintaa teorian, arkikielen ja tutkimuskohteen välillä. Tutkijan muodostama termi mittaamista varten ei kerro mitä termi merkitsee henkilölle, joka siihen vastaa. Määrällisellä tutkimuksella kerrotaan, kuinka moni valitsi tietyn vaihtoehdon tai kuinka usein jokin asia ilmenee. Nämä edellyttävät tutkimuksen termeiltä vakiointia, varmaa ja tiettyä sisältöä riippumatta siitä, mitä termit merkitsevät eri henkilöille. Onnistunut operationalisointi edellyttää tutkijalta tuntemusta asiaongelmasta, tutkimusongelmasta sekä teorian, mallin ja aikaisempien tutkimuksien hyvää tuntemusta. Tutkimuksen kohderyhmä ja heidän käyttämät arkikielen käsitteet on myös tunnettava. (Vilka 2007, 42–44.)

Tutkijoina olemme perehtyneet tutkittavaan aiheeseen perusteellisesti ja hyvin. Olemme käyttäneet mahdollisimman uusia tutkimuksia, joissa yhteistyötä on käsitelty. Käsitteet operationalisoimme tarkasti, jotta saimme tehtyä selkeän ja tarkan kyselylomakkeen. Kyselylomake mittaa asiaa eli yhteistyötä, mitä tutkimuksessa tutkittiin. Lomakkeen kysymykset ovat suurin osa vakioituja ja niillä voidaan mitata tutkittavaa asiaa. “Kysely-, havainnointi- tai haastattelulomake tulee aina testata ennen varsinaisen aineiston keräämistä” (Vilka 2007, 78). Mittarin luotettavuutta lisäsi sen esitesaaminen neljällä hoitoalalla työskentelevän henkilön kanssa ennen kyselyn toteuttamista. Mittarin kysymykset pohjautuivat aikaisempien tutkimusten tuloksiin yhteistyöstä, joten se lisäsi myös mittarin luotettavuutta. Tutkimuksessa kohderyhmänä oli sosiaali- ja terveydenhuollon hoitohenkilöstö Kokemäeltä ja kyselylomake suunnattiin heille kaikille, jotta saatiin mahdollisimman laaja otanta aiheesta. Tutkimukseen osallistuneen kohderyhmän arkikielen käsitteet ovat koulutuksen kautta meille tutkijoina hyvin selvillä.

Kohderyhmän ollessa suppea saatujen vastausten määrän tulisi olla vähintään sata havaintoyksikköä, kun tutkija käyttää jotakin tilasto-ohjelmaa. Mittausten kohteena harvoin on koko otokseen tulevat yksilöt vaan toteutunut otos. Tutkijan on varauduttava suunnitellessaan otosta katoon eli puuttuviin tietoihin. Kyselytutkimuksissa vastaajia

saattaa olla vain 25–30 % otoksesta. (Vilkkä 2007, 58–59.) Kyselyyn liitettyllä saatekirjeen perusteella vastaaja tietää mihin hän mielipiteitään antaa ja mihin hänen tietojaan käytetään. Tiedon perusteella vastaaja voi itse päättää osallistuuko tutkimukseen vai ei. (Vilkkä 2007,81.)

Tutkimus tehtiin sähköisellä kyselylomakkeella, jolla mitattiin tutkittavaa aihetta. Mukaan liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja kuinka kauan kyselyyn vastaaminen vie työaika. Kyselylomakkeiden vastaukset syötettiin tarkasti tietokoneelle ja ne tarkistettiin kahteen kertaan mahdollisten virhelyöntien varalta. Tutkijoina käytimme kokonaisotantaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoitajista. Vastaajien kokonaisuutena emme saaneet selville, sosiaalihuollon puolella kyselylomakkeen linkki oli lähtenyt 40 hoitajalle ja vastausprosentti oli 37,5 %. Terveydenhuollon puolelta emme saaneet vastausta siihen, kuinka monelle kyselylomakkeen linkki oli lähtenyt, jonka vuoksi emme tiedä, mikä vastausprosentti heidän puoleltaan olisi ollut.

Tutkimuksen etenemisestä pidettiin tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjoitettiin ylös muistiin, mitä missäkin vaiheessa oli tehty. Luottamusta tutkimuksen tekijöiden välillä pidettiin yllä avoimella vuorovaikutuksella. Tilaajatahoon oltiin monesti yhteydessä ja ohjaava opettaja kommentoi työtä.

7.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Opinnäytetyötä aloittaessa opiskelijan on selvitettävä esteellisyytensä ja hänen on hyvä tutustua tutkimuseettisiin ohjeistuksiin sekä henkilötietojen käsittelyyn ja tietosuojaan liittyviin asioihin. Kaikkien osapuolten tulee hyväksyä aineistojen säilyttäminen, omistus- ja käyttöoikeudet. Opinnäytetyön raportista tulee ilmetä kaikki merkitykselliset sidonnaisuudet ja rahoitus. Opinnäytetyöt tarkistetaan plagiaatintunnistusjärjestelmässä ja se on julkinen asiakirja. (Arene ry 2020, 14.)

Opinnäytetyöhömmä meillä oli käytettävissä yhteensä 800 tuntia, jonka otimme huomioon tutkimussuunnitelmaa tehdessä. Ennen opinnäytetyön aloittamista perehdyimme tutkimuseettisiin asioihin, jotta osasimme ottaa ne huomioon tutkimusta tehdessä. Pohdimme omaa esteellisyyttämme ja totesimme, ettei kumpikaan meistä ei ole

sidoksissa Kokemäen kaupunkiin eikä suoraan opinnäytetyössämme käsiteltävään aiheeseen, joten tutkijoina olemme puolueettomia. Teimme opinnäytetyön opintojemme loppuvaiheessa, jolloin meille oli kertynyt opintojen aikana ammatillista näkemystä opinnäytetyön aiheesta. Perehdyimme opinnäytetyön aiheeseen huolellisesti ennen tutkimuksen aloittamista. Kun tutkimussuunnitelma oli valmis, pyysimme tutkimuslupaa yhteistyötaholta. Eettistä ennakoarviointia ei tarvittu. Valmis opinnäytetyö ladataan Urkund –plagioinninesto-ohjelmaan, joka tunnistaa samankaltaisuudet jo olemassa olevien sähköisten tekstien kanssa.

Ihmisiä ja inhimillistä toimintaa koskevien tutkimusten tärkeitä eettisyyden kannalta huomioitavia asioita ovat henkilötietojen käsittely tutkimuksessa, yksityisyyden suoja tutkimusjulkaisuissa ja tutkimusaineiston avoimuus. Tutkittavan kohtelu on oltava asianmukaista ja hänen oikeuksiaan tulee noudattaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8.)

Huomioimme sen, ettei vastaajaa pystytä tunnistamaan kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeet olivat vain sähköisessä muodossa salasanojen takana. Kyselylomake lähetettiin yhteyshenkilöille, jotka lähettivät sen edelleen vastaajille, eikä meillä sen vuoksi ole tietoa, kenelle kyselylomake on lähetetty. Kyselylomakkeessa ei kysytty vastaajien henkilötietoja. Vastaajat saivat kyselylomakkeen linkin mukana saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Tutkimuslomakkeita ei käsitelty ketään muu kuin opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyön raportissa esitettiin tutkittavien vastaukset niin, ettei tutkittavaa henkilöä pystynyt mitenkään tunnistamaan. Tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu se, että tutkimuksessa käytetään eettisesti luotettavia tiedonhankinta-, tutkimus- sekä arviointimenetelmiä ja ne on kerrottu tutkimuksen raportissa avoimesti. Tutkimuksen raportissa on selkeästi kerrottu myös muiden tutkijoiden tekemä työ viittaamalla oikein heidän tutkimuksiinsa. Tietosuojaa koskevat asiat otetaan huomioon samoin kuin aineistojen säilyttäminen ja käyttöoikeudet. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus, raportointi ja tulokset tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–9.)

Opinnäytetyön raportissa kuvataan selkeästi tutkimuksen vaiheet ja merkitykselliset sidonnaisuudet. Käytetyistä aikaisemmista tutkimuksista viitataan selvästi ja rehellisesti opinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyön raportin loppuun lisätään kaikki ne lähteet, joita työssä käytettiin. Opinnäytetyö on sen hyväksymisen jälkeen julkinen asiakirja ja se tullaan tallentamaan Theseus-julkaisuarkistoon.

7.3 Oma asiantuntijuus

Oma asiantuntijuutemme yhteistyöstä ja sen merkityksestä ovat lisääntyneet. Työelämään siirryttyämme uskomme, että meillä on yhteistyöstä ja sen onnistumisesta ja haasteista laajempi kuva ja pystymme hyödyntämään tutkimuksessa esiin tullutta tietoa siellä ja ehkä jopa havaitsemaan ongelmakohtia ja parantamaan niitä.

Opinnäytetyötä kirjoittaessamme opimme pitkäjänteisestä kirjoittamisesta. Opinnäytetyön tekoprosessi kesti yhdeksän kuukautta ja väliin mahtui muutama pidempi tauko, jolloin työ ei edennyt lainkaan. Teoreettista viitekehystä tehdessä opimme etsimään tietoa luotettavista lähteistä ja lukemaan tieteellisiä artikkeleja ja tutkimuksia. Aikaisempaa tutkittua tietoa aiheeseemme liittyen oli melko vähän, joten jouduimme yhdistämään tietoa eri lähteistä. Tämä osaltaan opetti tiedon etsimistä, lähteiden luotettavuuden tarkkailua ja tiivistämistä. Lisäksi opimme opinnäytetyötä tehdessämme tutkimuksen tekoon liittyvistä asioista, kuten lupa-asiat, kyselyn tekeminen ja tulosten tulkitseminen. Alkujaan opinnäytetyö piti toteuttaa kirjallisuuskatsauksena, mutta työn tekotapa muuttui oltuamme yhteydessä tilaajatahoon. Tilanteessa oli haastavaa se, että meillä kummallakaan ei ollut kovinkaan paljon tietoa tutkimuksen tekoprosessista eikä tilastointiohjelmista. Toteuttamistavan muututtua työn aloittaminen vaati meiltä tekijöiltä oman suhtautumisen muuttamista ja uudelleen asennoitumista työhön. Omat taidot ja tiedot tutkijoina kehittyivät koko opinnäytetyön tekemisen aikana ja eteen tulleista haasteista selvisimme mielestämme hyvin. Työn koko tekoprosessi on antanut meille välineitä selviytyä eteen tulevista haasteista tulevaisuudessa, joihin ei välttämättä osaa ennakkoon varautua.

LÄHTEET

Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 12.5.2020. <http://www.arene.fi>

Helin, R. 2016. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveystieteiden tekijöiden kirjoituksissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 4.5.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201605271690>

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 9.11.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Jämsén, A., Kukkonen, T. 2014. Kohti uutta ikäosaamista. Ikä! Moninainen ikäosaaminen. 14. Viitattu 26.4.2020. <https://issuu.com/karelia-amk/docs/ika-moninainen-ikaosaaminen>

Klemola, L. 2016. Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa: tiedonhallinnan näkökulma. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies., no 114: University of Eastern Finland, Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 26.4.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2008-9>

Kokemäen www-sivut. Viitattu 6.11.2020. <https://kokemaki.fi>

Kuntaliitto.fi www-sivut 2020. Viitattu 25.9.2020. <https://www.kuntaliitto.fi>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Linna, M., Silander, K., Hörhammer, I., Koivuranta, P., Mikkola, T., Virta, L. & Mikkola, H. 2019. Iäkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen käyttö ja kustannukset. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus –projektin julkaisu nro 11. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Lääketieteen sanasto, perusterveydenhuolto. 2020. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 6.11.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Omavalvontasuunnitelma Palvelukeskus Henrikinhovi. 2019. Sosiaalipalvelujen oma-
valvontasuunnitelma. Viitattu 1.5.2020. <https://kokemaki.fi/wpcontent/uploads/2019/12/Omavalvontasuunnitelma-2019.pdf>

Rissanen, A. 2019. Väestön ikääntyminen ja keskittyminen aiheuttavat haasteita kun-
nille. Valtioneuvosto. Viitattu 2.12.2020. <https://valtioneuvosto.fi>

Rängård, M., Blomqvist, K. & Petersson, P. 2015. Developing health and social care
planning in collaboration. Department of Care Science, Faculty of Health and Social
Society, Malmö University, Malmö, Sweden and School of Health and Society, Kris-
tianstad University, Kristianstad, Sweden. Viitattu 20.5.2020. [https://www.aca-
demia.edu](https://www.academia.edu)

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 muutoksineen.

STM www-sivut 2020. Viitattu 23.10.2020. <https://stm.fi>

Syrjä, V., Parviainen, A. & Niemi, A. 2019. Terveyskeskusten avosairaanhoidon jär-
jestelyt 2019 – Yhteistyö sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa. Viitattu
15.5.2020. <http://www.julkari.fi>

Tilastokeskus. 2020. Viitattu 2.12.2020. <http://www.stat.fi>

Toivanen, R. 2018. Yhteistyötä verkostojen välitiloissa ja rajapinnoilla. Itäsuomen yli-
opisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Vii-
tattu 6.5.2020. <https://epublications.uef.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-
epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.
Viitattu 12.5.2020. <https://www.tenk.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset
periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen
neuvottelukunnan ohje 2019. Viitattu 12.5.2020. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi>

Valviran www-sivut 2020. Viitattu 23.4.2020. <https://www.valvira.fi>

Vanhuspalvelulaki. 2012. 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
<http://hanna.vilka.fi>

LIITE 1

tietokanta	hakusanat + rajaukset	tulokset	hyväksytyt
FINNA	Tarkennettu haku: (kaikki kentät: sosiaalipalvelut AND terveydenhuolto AND vanhustenhuolto) Aikaväli: 2015-2020 Rajaus: lehti/artikkeli tai väitöskirja, Pro Gradu	40	0
	Tarkennettu haku: sosiaali AND terveyspalvelut AND moniammatillisuus. Rajaus: 2013-2020, suomi, pro gradu, väitöskirja	66	1
	Tarkennettu haku: sosiaali AND terveyspalvelut AND moniammatillisuus AND ikääntyneet. Rajaus: 2013-2020, suomi, pro gradu, väitöskirja	7	0
	Moniammatillisuus vanhushuollon näkökulma Rajaus: 2013-2020, suomi, pro gradu, väitöskirja	4	0
	Haku: sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö. Rajaus: 2013-2020 Pro gradu tai väitöskirja, e-artikkeli	16	1
MEDIC	Vanhusten*AND sosiaali* AND terveyden* sosiaali* AND terveyden* AND vanhus* Rajaus: 2015-2020, suomi	20 33	1 0
	sosiaali* AND terveys* AND ikääntyneet	71	0
	sosiaali* AND terveys* AND vanhus	88	0
	sosiaali* AND terveyden* AND yhteistyö AND vanhus Rajaus: 2013-2020, suomi	86 790	0 0
	moniammatillinen ikääntyneet	389	4
	moniammatillinen vanhus	58	1
	Yhteistyö AND sosiaali* AND terveyden* Rajaus: 2013-2020		
Cinahl	Older people AND healthcare AND social care services Rajaus: english, 2015-2020	79	0
	Social- and health services AND older people or older adults or elderly AND collaboration	132	1
FINNA	Tarkennettu haku: (kaikki kentät: ikäihminen AND yhteistyö AND moniammatillisuus) Aikaväli: 2015-2020 Rajaus: lehti/artikkeli tai väitöskirja, Pro Gradu	64	0
FINNA	Tarkennettu haku: (kaikki kentät: ikäihminen AND yhteistyö) Aikaväli: 2015-2020 Rajaus: artikkeli, E-artikkeli tai väitöskirja, Pro Gradu	168	0
MELINDA	Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö AND ikääntynyt	11	0
GOOGLE SCHOLAR	Moniammatillisuus ikääntyneet Aikaväli: 2012-2020 Rajaus: -ammattikorkeakoulu	1160	0
GOOGLE SCHOLAR	Moniammatillisuus sosiaalipalvelut terveyspalvelut ikääntyneet Aikaväli: 2012-2020 Rajaus: -ammattikorkeakoulu	388	0
GOOGLE SCHOLAR	Moniammatillisuus vanhuspalvelut Aikaväli: 2012-2020 Rajaus: -ammattikorkeakoulu	304	0
GOOGLE SCHOLAR	Moniammatillisuus palvelutalo Aikaväli: 2012-2020 Rajaus: -ammattikorkeakoulu	196	0

LIITE 2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu	Keskeiset tulokset
1 Syrjä ym. 2019	Luoda ajantasainen kokonaiskuva avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan käytännöistä valtakunnallisesti.	Terveyskeskusten johto ja terveysasemien päivittäisestä toiminnasta vastaava johto	Kysely	Tutkimuksen tuloksena perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö toteutuu parhaiten sosiaalitoimen sosiaalityöntekijöiden ja -ohjaajien työskennellessä terveysaseman tiloissa
2 Kleemola, L. 2016	Tutkittiin ikäihmisten toimintakykyyn liittyvää tiedonhallintaa, jota on aiemmin tutkittu vähän	Tutkimus on kohdistettu ikäihmisten palveluissa (kotihoito, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido) työskenteleville hoitajille, mutta myös heidän esimiehensä saivat kertoa oman näkemyksensä.	Kysely	Tutkimuksen tulosten perusteella kehitettiin tiedonhallinnan malli ikäihmisten palveluja varten. Tutkimus vahvistaa tiedonhallinnan olevan tärkeä osa toimintaa. Tiedonhallinnan onnistuminen vaikuttaa suoraan toimintaan, tässä tutkimuksessa ikäihmisten hoidon toteuttamiseen.
3 Helin 2016	Terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden moniammatillista yhteistyötä tarkastellaan onnistumisen näkökulmasta	Terveys- ja sosiaalityöntekijöitä kirjoittamaan tapaustapauksia ja näkemyksiä, joissa moniammatillinen yhteistyö on onnistunut	Tutkimuksen aineiston on kerännyt toinen tutkija ja aineisto on kerätty sähköpostiksi kyselynä.	Onnistumista edistävät organisaatoriset tekijät ovat toimintakäytännöt, ajan merkityksen tunnistaminen ja näkemys jaetusta tiedosta. Onnistuminen edellyttää, että toimintatavoista sovitaan selkeästi, asiakasprosessissa toimitaan tehokkaasti, työntekijöiden roolit on määritelty selkeästi ja yhteistyössä on käytettävissä riittävästi tarvittavia resursseja.

4 Toivanen R. 2018	Tutkii moniammatillista ja sektorirajojen ylittävää ikääntyneisiin potilaisiin liittyvää yhteistyötä.	Aihetta on tarkasteltu terveydenhuollon toimintaympäristössä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Aineistona on käytetty seitsemän sosiaalityöntekijän teemahaastattelua.	Teema- haastat- telu	Tuloksena sosiaalityöntekijät nähtiin tekevän paljon eri yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Kuitenkin suunnitelmallista ja säännönmukaista yhteistyötä tehdään vähän. Haastateltavien mielestä työympäristön toimintatavat ja resurssit eivät tue verkostoyhteistyötä tarpeeksi. Verkostotyön merkitys nähtiin tärkeänä varsinkin tilanteissa, joissa potilaan toimintakyky on alentunut ja potilaiden pärjäämisestä on epäselvyyttä tai potilaan tilanteesta ristiriitaisia näkemyksiä
5 Rämgård, M. 2015	Tarkoitus oli selvittää eri alojen mukana oloa vanhusten hoidossa ja kehittää yksilöllisiä terveyden ja sosiaalipalvelujen suunnitelmia.	Eri alojen edustajat, yhteensä 18 henkilöä	Tapaamisia kuusi, joissa keskusteltiin aiheesta. Kesto vuoden.	Tuloksena saatiin yhteistyöhön vaikuttaviksi esteiksi; organisaatioiden rakenteet ja maantieteelliset välimatkat, epävarmuus tunnistaa asiantuntijuuden alueet, tietämättömyys ja arvojärjestelmät eri alojen edustajilla. Osallistujat kokivat myös ongelmaksi puutteellisen tiedon siirtymisen, kun vaikeasti sairaan asiakkaan hoitoon osallistuu useita eri ammattiryhmiä. Lisäksi eri ammattiryhmien käyttävät erilaisia termejä terveyden tilasta ja diagnooseista. Myös se koettiin vaikeaksi, ettei toisen ammattiryhmän tietopohja ja työtehtävät olleet selvillä.

LIITE 3 SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja

Olemme kaksi hoitotyön opiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulusta ja tekemässä opin-
näytetyötä aiheesta sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö ikääntyneiden parissa.
Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kokemäen kaupungin hoitotyöntekijöiden näkökul-
masta sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä vanhustenhuollossa.

Tavoitteena on, että saatujen tulosten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö voi
tunnistaa yhteistyön menestystekijät ja haasteet. Sen pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollossa
voidaan kehittää entisestään yhteistyötä vanhustenhuollossa.

Tutkittava aihe on tärkeä, koska vanhusten ja heidän tarvitsemiensa palveluiden määrä ja tarve
lisääntyvät. Moniammatillinen yhteistyö tulee tulevaisuudessa olemaan entistä tärkeämpää,
jotta vanhusten hyvinvointi pystytään turvaamaan.

Pyydämme Sinua osallistumaan tutkimukseemme vastaamalla 31.8.20 mennessä tähän säh-
köiseen kyselyyn. Kyselyyn vastaamiseen Sinun kannattaa varata aikaa noin 15-30 minuuttia,
jolloin saat tehtyä kyselyn kokonaisuudessaan. Kesken jääneen kyselyn tiedot eivät tallennu,
jolloin sitä ei voi jatkaa myöhemmin. Kyselylomakkeeseen pääset alla olevasta linkistä.

Osallistumisesi kyselyyn on vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Kyselyyn vastaa-
minen katsotaan tietoiseksi suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Emme kerää yhteystie-
toja, eikä vastausten perusteella vastaajaa voida tunnistaa. Kyselyn tulokset tullaan esittämään
loppuvuodesta 2020.

<https://elomake.samk.fi/lomakkeet/10551/lomake.html>

Ystävällisin terveisin

Mari Karjalainen (mari.karjalainen@student.samk.fi)

Mirka Valo (mirka.valo@student.samk.fi)

LIITE 4 KYSELYLOMAKE

Arvoisa kyselytutkimukseen osallistuja!

Valitse sinun mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto tai kirjoita kysytty tieto sitä varten varattuun tilaan.

Vastauksiin toivotaan tietoa siitä, miten itse koet yhteistyön onnistumisen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö

Taustatiedot

Missä työskentelet?

- Sosiaalihuolto
- Terveydenhuolto

Työkokemuksesi hoitotyössä *

- 1-5v.
- 5-10v.
- 10-20v.
- yli 20v.

Terveyden- ja sosiaalihuollon organisaatioiden erot

Onko terveyden- ja sosiaalihuollon välillä mielestäsi erilainen toimintakulttuuri? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Minkälainen luottamus sosiaali- ja terveydenhuollon välillä mielestäsi on?

- Hyvä
- Melko hyvä
- Melko huono
- Huono
- En osaa sanoa

Millaisena näet sosiaalityön roolin terveydenhuollon toimintaympäristössä?

- Tarpeellisena
- Melko tarpeellisena
- Melko tarpeettomana
- Tarpeettomana
- En osaa sanoa

Jos mielestäsi organisaatioilla on erilainen toimintakulttuuri miten se tulee esille?

Miten tunnistat toisen ammattiryhmän asiantuntijuusalueet? *

- Hyvin
- Melko hyvin
- Melko huonosti
- Huonosti
- En osaa sanoa

Ovatko toisen ammattiryhmän rooli ja tehtävät selkeät?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Edistääkö toisen ammattiryhmän työnkuvan parempi tuntemus yhteistyötä?

- kyllä
- ei
- En osaa sanoa

Minkälainen luottamus sosiaali- ja terveydenhuollon välillä mielestäsi on?

- Hyvä
- Melko hyvä
- Melko huono
- Huono
- En osaa sanoa

Millaisena näet sosiaalityön roolin terveydenhuollon toimintaympäristössä?

- Tarpeellisena
- Melko tarpeellisena
- Melko tarpeettomana
- Tarpeettomana
- En osaa sanoa

Millaisena näet terveydenhuollon roolin sosiaalihuollon toimintaympäristössä?

- Tarpeellisena
- Melko tarpeellisena
- Melko tarpeettomana
- Tarpeettomana
- En osaa sanoa

Työskenteleekö Kokemäellä geronomi(sosiaalityöntekijä)terveydenhuollon toimintaympäristössä? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Millaisena näet gerontologisen sosiaalityön merkityksen yhteistyöhön terveydenhuollon toimintaympäristössä?

- Merkityksellisenä
- Melko merkityksellisenä
- Melko merkityksettömänä
- Merkityksettömänä
- En osaa sanoa

Mahdollistavatko organisaation rakenteet yhteistyön toteuttamisen? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Ovatko sosiaali- ja terveydenhuollon arvot ja toimintatavat ristiriidassa keskenään? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Miten hyvin aika riittää potilaan/asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen selvittämiseen? *

- Hyvin
- Melko hyvin
- Melko huonosti
- Huonosti
- En osaa sanoa

Mitä muuta voisit kertoa yhteistyöhön vaikuttavista eroista organisaatioiden välillä?

Yhteistyö

Minkä verran sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö vaikuttaa asiakkaan/potilaan hoitoon? *

- Vaikuttaa paljon
- Vaikuttaa melko paljon
- Vaikuttaa melko vähän
- Ei vaikuta lainkaan
- En osaa sanoa

Miten itse suhtaudut yhteistyöhön? *

- Hyvin
- Melko hyvin
- Melko huonosti
- Huonosti
- En osaa sanoa

Millaisiksi koet omat yhteistyön toteutumiseen tarvittavat tiedot ja taidot?

- Hyviksi
- Melko hyviksi
- Melko huonoiksi
- Huonoiksi
- En osaa sanoa

Voiko yhteistyötä mielestäsi parantaa siihen liittyvien tietojen ja taitojen kehittämisellä?

- Kyllä
- ei
- En osaa sanoa

Kuinka paljon yhteistyötä on?

- Paljon
- Melko paljon
- Melko vähän
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa

Minkälaista yhteistyötä mielestäsi on sosiaali- ja terveydenhuollon välillä?

Kuinka paljon resurssit (aika) vaikuttavat yhteistyöhön?

- Vaikuttavat paljon
- Vaikuttavat melko paljon
- Vaikuttavat melko vähän
- Eivät vaikuta lainkaan
- En osaa sanoa

Toimiiko organisaatioiden välillä avoin vuorovaikutus? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Voiko mielestäsi avoin vuorovaikutus organisaatioiden välillä edistää yhteistyötä?

- kyllä
- ei
- En osaa sanoa

Millaiseksi koet omat vaikutusmahdollisuudet yhteistyön toteutumiseen?

1 2 3 4 5

Arvioi asteikolla 1-5, 1=hyväksi, 2=melko hyväksi, 3=melko huonoiksi, 4=huonoiksi, 5= En osaa sanoa ○ ○ ○ ○ ○

Miten tunnistat yhteistyön tarpeet?

1 2 3 4 5

Arvioi asteikolla 1-5, 1=Hyvin, 2=Melko hyvin, 3=Melko huonosti, 4=Huonosti, 5=En osaa sanoa ○ ○ ○ ○ ○

Minkälaisia yhteistyön tarpeita mieleesi tulee?

Vaikuttavatko työympäristön erilaiset toimintatavat yhteistyön onnistumiseen? *

- Vaikuttavat paljon
- Vaikuttavat melko paljon
- Vaikuttavat melko vähän
- Eivät vaikuta lainkaan
- En osaa sanoa

Onko käytössä toimintamalleja miten toimitaan asiakkaan kotiutustilanteessa? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Onko yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä suunnitelmallista ja säännönmukaista?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Edistävätkö yhteiset toimintamallit yhteistyötä?

- kyllä
- ei
- En osaa sanoa

Miten usein moniammatillisia hoitokokouksia pidetään?

- Kerran viikossa
- Kerran kuukaudessa
- Aina tarvittaessa
- Ei koskaan

Mitä muuta voit kertoa yhteistyöhön liittyvistä asioista?

Tiedonkulku

Miten tieto siirtyy sosiaali- ja terveydenhuollon välillä? *

- Hyvin
- Melko hyvin
- Melko huonosti
- Huonosti
- En osaa sanoa

Selvitetäänkö usein päivystyksen palveluita käyttävän ikääntyneen päivittäinen avun tarve vai hoidetaanko vain terveydelliset syyt? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Miten potilaan/asiakkaan hoidon jatkoselvittely toteutuu sairaalajakson jälkeen?

1 2 3 4 5

Arvioi asteikolla 1-5, 1=Hyvin, 2=Melko hyvin,3=Melko huonosti, 4= Huonosti,5=En osaa sanoa ○ ○ ○ ○ ○

Miten mielestäsi potilaan kokonaistilanne huomioidaan terveydenhuollossa?

1 2 3 4 5

Arvioi asteikolla 1-5,1=Hyvin, 2=melko hyvin, 3=melko huonosti, 4=huonosti,5=En osaa sanoa ○ ○ ○ ○ ○

Kuinka hyvin tiedon jakaminen eri ammattiryhmien välillä onnistuu?

1 2 3 4 5

Arvioi asteikolla 1-5, 1=Hyvin, 2=Melko hyvin,3=Melko huonosti, 4= Huonosti, 5=En osaa sanoa ○ ○ ○ ○ ○

Kuinka tärkeää tiedonkulku organisaatioiden välillä on omasta mielestäsi?

- Erittäin tärkeää
- Melko tärkeää
- Ei kovin tärkeää
- Ei lainkaan tärkeää
- En osaa sanoa

Onko kirjaaminen erilaista eri organisaatiossa? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Mihin ohjelmaan hoitohenkilökunta kirjaa asiakastiedot?

Edistääkö samaan ohjelmistoon kirjaaminen yhteistyötä?

- kyllä
- ei
- En osaa sanoa

Miten terveyden- ja sosiaalihuollon välistä tiedonkulua voitaisiin mielestäsi kehittää?

Mitä muuta voisit kertoa tiedonkulusta sosiaali- ja terveydenhuollon välillä?

Ikääntynyt asiakas

Minkälaisia taitoja ikääntyneen onnistunut hoito mielestäsi vaatii?

- Yhteistyötä eri organisaatioiden välillä
- Riittävästi tietoa toisen ammattiryhmän asiantuntijuudesta
- Riittävästi tietoa yhteistyöstä
- Riittävää tiedon jakamista eri organisaatioiden välillä
- Myönteistä asennetta yhteistyöhön
- Riittäviä resursseja
- Yhteisiä toimintatapoja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä
- Sosiaalityöntekijän työskentelyä terveydenhuollon toimintaympäristössä
- Yhtenäistä kirjaamista
- Luottamusta sosiaali- ja terveydenhuollon välillä
- Palvelusetelien käyttöä
- Avointa kommunikaatiota sosiaali- ja terveydenhuollon välillä
- Tietoa toisen ammatin kulttuurista ja arvoista

Mitä muita taitoja tulee mieleesi?

Tuoko moniammatillisuus mielestäsi laadukkaampaa hoitoa ikääntyneelle? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Minkä verran moniammatillinen yhteistyö mielestäsi edistää ikääntyneen pääsyä palveluiden piiriin? *

- Paljon
- Melko paljon
- Melko vähän
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa

Miten ikääntyneen kotona pärjäämisen selvitys onnistuu mielestäsi?

1 2 3 4 5

Arvioi asteikolla 1-5, 1=Hyvin, 2=Melko hyvin,3=Melko huonosti, 4=Huonosti, 5=En osaa sanoa ○○○○○

Kuinka hyväksi koet organisaation toimintakyvyn mittarin ikääntyneen hoidon tarpeen arvioinnissa?

1 2 3 4 5

Arvioi asteikolla 1-5, 1=Hyväksi, 2=Melko hyväksi,3=Melko huonoksi, 4=Huonoksi, 5=En osaa sanoa ○○○○○

Mikä toimintakykyä mittaava mittari on käytössä?

Mitä muuta haluat kertoa ikääntyneen asiakkaan hoitoon vaikuttavasta yhteistyöstä?

Tietojen lähetykset

Tallenna

Esitä URL

Kiitoksia osallistumisesta tähän kyselytutkimukseen.