

Anu Heikkilä

SAMAN KATON ALLA

Neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöinen yhteistyömalli lapsiperheiden hyvinvointipalveluissa

Opinnäytetyö

CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK

Maaliskuu 2017

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Maaliskuu 2017	Tekijä Anu Heikkilä
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn nimi SAMAN KATON ALLA Neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöinen yhteistyömalli lapsiperheiden hyvinvointipalveluissa		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola	Sivumäärä 72+9	
Työelämäohjaaja Hoitotyön johtaja, TtM Hannele Tikkakoski-Alvarez		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neuvolan asiakkaiden käsityksiä nykyisestä neuvolatoiminnasta ja tulevan perhekeskustoiminnan kehittämisestä. Tulosten pohjalta kehitettiin asiakaslähtöinen yhteistyömalli neuvolan ja kolmannen sektorin välille. Tavoitteena oli, että mallia hyödyntämällä asiakkaiden osallisuus perhekeskustoiminnan kehittämisessä lisääntyy. Mallin avulla tuetaan myös perhekeskuksen ja kolmannen sektorin asiakaslähtöistä yhteistyötä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Aineisto kerättiin neuvolapalvelujen asiakkailta (n=7) teemahaastattelulla, jotka toteutettiin yhtenä ryhmähaastatteluna ja kahtena yksilöhaastatteluna. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä neuvolapalveluiden nykytilaan, mutta suhtautuivat positiivisesti suunnitelmiin perhekeskuksen perustamisesta. Nykyisen neuvolatoiminnan hyvät asiat liittyivät asiakaslähtöisyyden toteutumiseen, kuten terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamiseen, palvelujen saavutettavuuteen ja koko perheen tasavertaiseen huomioimiseen. Asiakkaiden toiveet tulevan perhekeskustoiminnan kehittämisestä koskivat perhekeskusta, palvelujen saavutettavuutta ja työmuotojen kehittämistä. Asiakkaat olivat halukkaita osallistumaan palveluiden kehittämiseen jatkossakin. Heidän mukaansa hyviä osallistumismenetelmiä olivat neuvolakäyntien yhteydessä toteutetut lyhyet kyselyt, terveydenhoitajan kysymä palaute ja asiakkaiden yhteiset ideointituokiot.</p> <p>Ohjausryhmä valitsi tulosten pohjalta kehittämistehtävän aiheeksi neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittämisen. Yhteistyön kehittämiseksi järjestettiin yhteistyöpalavereja, joihin osallistui neuvolan ja asiakkaiden lisäksi kolmannen sektorin toimijoita. Yhteistyöpalavereissa ideoitiin asiakaslähtöinen neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyömalli, joka otettiin käyttöön opinnäytetyöprosessin aikana.</p> <p>Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että yhteistyömalli mahdollistaa asiakkaiden osallisuuden lisääntymisen perhekeskustoiminnan kehittämisessä ja neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöisen yhteistyön. Esimiesten tulee sitoutua yhteistyömallin toteuttamiseen ja antaa resursseja yhteistyön eri osapuolille. Yhteistyömallia voidaan hyödyntää tulevan perhekeskustoiminnan kehittämisessä ja laajemminkin asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisessä.</p>		
Asiasanat asiakaslähtöisyys, asiakaslähtöinen kehittäminen, osallisuus, kolmas sektori ja perhekeskus		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date March 2017	Author Anu Heikkilä
Degree programme Health Care and Social Services Development and Management Master's Degree Programme		
Name of thesis UNDER THE SAME ROOF Maternity and Child Health Clinics and the Third Sectors' Client-centered Cooperation Model of Welfare Services for Families with Children		
Instructor Principal Lecturer, D.Sc. Annukka Kukkola		Pages 72+9
Supervisor Director of Nursing, M.Sc. Hannele Tikkakoski-Alvarez		
<p>The purpose of this study was to find out clients' perceptions of the current maternity and child health clinic care and the development of future family center activities. Based on the results a client-centered model of cooperation was developed between the clinic and the third sector. The aim was that the model making use of client involvement in the development of a family center would be increasing. The model also supports client-centered cooperation in the family center and the third sector.</p> <p>Thesis was carried out in accordance with the action research approach. The data was collected from client's clinic services (n=7) by means of theme interviews, which were carried out as one group interview and two individual interviews. The data was analyzed using inductive content analysis. According to the results of the interviews, clients were satisfied with the current state of the clinic services, but reacted positively to plans for the creation of the family center. All good things existing in counseling activities were related to the realization of client-centered-orientation, which consisted of the public health nurses and the client encounter, accessibility to services and taking into equal account the whole family. Client's hopes of the future development of the family center concerned the family center, accessibility of services and the development of work forms. Clients were willing to participate in the development of services in the future. According to them proven attendance method was short-term questionnaire in the context of clinic care visits, feedback asked by the public health nurses and clients' common brainstorming moments.</p> <p>As the development task topic the steering group chose according to the results the development of the cooperation between clinic and the third sector. In order to develop cooperation, cooperation meetings were held involving in addition to clinics and clients also third-sector actors. Cooperation meetings innovated a client-centered clinic and third sector cooperation model, which was introduced during the thesis process.</p> <p>As the conclusion of the thesis one can state that the development of cooperation model allows customers increased inclusion the family center and the clinic and the third sector client-centered cooperation. The supervisors should commit themselves to the implementation of the cooperation model and to provide resources to the various parties the cooperation. Cooperation model can be used to develop future family center and more broadly in the development of client-centered services.</p>		
Key words client-centered care, client-centered development, inclusion, third sector and family center		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 ASIAKASLÄHTÖISYYS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA	3
2.1 Asiakkuuden monet ulottuvuudet	3
2.2 Asiakkaiden osallisuus ja osallistuminen kehittämiseen asiakaslähtöisten palvelujen edellytyksenä	6
2.3 Asiakkaan asema ja oikeudet asiakaslähtöisten ja laadukkaiden palvelujen kehittämisen perustana	9
2.4 Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen	11
2.4.1 Asiakaslähtöisyys osana palvelun laatua	13
2.4.2 Asiakaslähtöinen kehittäminen asiakkaiden ja kolmannen sektorin kanssa	15
3 LAPSIPERHEIDEN PALVELUT JA NIIDEN KEHITTÄMINEN	17
3.1 Lapsiperheiden palvelut	17
3.2 Pohjoismainen perhekeskus	18
3.3 Perhekeskusten laatu ja kehityshaasteet	20
4 YHTEENVETO OPINNÄYTETYÖN KESKEISISTÄ KÄSITTEISTÄ	22
5 OPINNÄYTEYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYKYMYKSET	23
6 OPINNÄYTETYÖNPROSESSIN KUVAUS JA MENETELMÄVALINNAT	24
6.1 Aiheen valinta ja rajaus	24
6.2 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	25
6.3 Laadullinen tutkimusmenetelmä	25
6.4 Toimintatutkimus lähestymistapana	27
6.5 Aineiston keruu	30
6.6 Aineiston analysointi	33
7 ASIAKKAIDEN KÄSITYKSIÄ NEUVOLATOIMINNASTA JA SEN KEHITTÄMISESTÄ	36
7.1 Hyvät asiat nykyisessä neuvolatoiminnassa	36
7.2 Odotukset perhekeskukselle	38
7.3 Osallistuminen neuvolapalveluiden kehittämiseen jatkossa	40
7.4 Yhteenveto haastattelujen keskeisistä tuloksista	42
8 ASIAKASLÄHTÖISEN YHTEISTYÖMALLIN KEHITTÄMINEN NEUVOLAN JA KOLMANNEN SEKTORIN VÄLILLE	44
8.1 Yhteistyöpalaverien järjestäminen	44
8.2 Yhteistyömallin rakentuminen	46
9 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN POHDINTA	49
9.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta	49
9.2 Opinnäytetyön eettisyys	54
9.3 Opinnäytetyön luotettavuus	57
9.4 Oman ammatillisen kasvun pohdinta	60
9.5 Tulosten hyödynnettävyys	61
9.6 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	62

LÄHTEET	63
LITTEET		

1 JOHDANTO

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä pyritään ohjaamaan valtakunnallisten linjausten avulla. Niitä on kirjattu mm. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan, sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämissuunnitelmaan (KASTE 2008–2011 ja 2012–2015), valtioneuvoston periaatepäätöksiin sekä neuvolasuosituksiin. Niiden mukaan palvelujärjestelmää ja peruspalveluja tulee kehittää lasten ja perheiden tarpeista lähtien eri hallintokuntien välisellä yhteistyöllä. Linjauksissa korostetaan hyvinvoinnin lisäämistä, terveyden edistämistä, ennalta ehkäisevän työn merkitystä ja vanhemmuuden tukemista. Jotta lapsiperheiden terveyden ja hyvinvoinnin turvaaminen olisi mahdollista, on neuvoloiden käytettävissä uusia työmenetelmiä, jotka mahdollistavat toiminnan edelleen kehittämisen ja suuntaamisen perheiden muuttuvien tarpeiden mukaisesti. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 300–303; STM 2001; STM 2004; STM 2008; STM 2012.) Lisäksi KASTE 2012–2015 kansanterveysohjelmasta nousee vaatimus uusien asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien muodostamiselle (STM 2012, 3). Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelman kaksi kärkihanketta ovat palvelut asiakaslähtöisiksi ja lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman toteuttaminen. Niissä painotetaan varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työtä ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallinnonrajojen. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20–21). Loppukädessä vastuu on kuitenkin kunnilla, mitä keinoja ne käyttävät lapsiperheiden hyvinvointipalvelujen kehittämiseen.

Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukenttää vaivaa asiakkuusnäkökulman sirpaloituminen ja kehittämisen kapea-alaisuus, vaikka asiakas on yksi ja sama läpi eri palvelukokonaisuuksien ja hallintorajojen. Palvelujen innovoinnissa onkin noussut esille tarve ennakoivaan ja asiakasta laajasti ymmärtävään tietoon, joka ohjaa toiminnan kehittämistä ja johtamista. Lisäksi tarvitaan kokonaiskuva erilaisista tavoista tuottaa tietoa ja siitä, miten asiakastietoa voidaan käyttää, jottei asiakasymmärrys rakennu yksittäisten asiakastyytyväisyysmittausten varaan ja peilaa menneisyyttä. Tarkastelun lähtökohdaksi tulisi olla ennen kaikkea asiakkaiden, ei pelkästään tuotanto-organisaatioiden prosessit. Kehittämissuunnitelmassa tulisi korostaa asiakkaiden näkemistä aktiivisina toimijoina, ei passiivisina toimenpiteiden kohteina. Asiakaslähtöisen palvelukulttuurin, toimintatapojen ja rakenteiden kehittämisessä johtajuudella on keskeinen rooli. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 5, 46.) Palvelujen kehittäminen ja tuottaminen alhaalta käsin yhdessä niiden käyttäjien kanssa on keino vastata kustannustehokkaasti asiakkaiden tarpeisiin. Asiakkaat jäävät herkästi huomioimatta, mikäli palveluita ohjataan liian etäältä. (Matthies 2012, 43; Matthies 2013, 14; Kivelä 2014.)

Perhekeskustoiminta on pohjoismainen palveluinnovaatio, jossa tavoitteena on toimintojen yhdistäminen ja varhainen puuttuminen perheen ongelmiin (Marlin & Simic 2012, 6). Perhekeskuksen pohjoismaisen määritelmän mukaa palvelukokonaisuuteen kuuluvat vähintään äitiysneuvolan, lastenneuvolan, avoimen varhaiskasvatuksen ja ennalta ehkäisevät sosiaalitoimen palvelut. Suomessa perhekeskuksen palvelut, yhteistoiminta, perheiden osallisuus ja varhainen tuki poikkeavat jonkin verran pohjoismaisesta mallista. (Halme, Kekkonen & Perälä 2012, 10.) Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa lasten, nuorten ja perheiden palvelut uudistetaan asiakaslähtöisesti integroiduksi palveluiden kokonaisuudeksi maakuntien ja tulevaisuuden kuntien toimintaympäristöön. Lähtökohtana on lisätä lasten, nuorten ja perheiden osallistumista palveluidensa suunnitteluun. Keinoja ovat vanhemmuuden tuen ja matalan kynnyksen palveluiden vahvistaminen perhekeskusmallin mukaisesti. (Aula, Juurikkala, Kalmari, Kaukonen, Lavikainen & Pelkonen 2016, 2; STM 2016a.) Muutosohjelman tärkeänä lähtökohtana on kumppanuus valtion ja kuntien, seurakuntien, Kelan järjestöjen ja muiden yksityisten palvelutuottajien kesken (Aula ym. 2016, 8).

Opinnäytetyö sijoittuu Kokkolan kaupunkiin, joka kuuluu Länsi-Suomen lääniin ja Keski-Pohjanmaan maakuntaa. Kaupunki on perustettu vuonna 1620 ja kunta on laajentunut useiden kuntaliitosten kautta. Vuonna 2016 sen asukasluku oli 47 570. Kokkola on kaksikielinen kunta, jonka väestöstä ruotsinkielisten osuus on 12,8 %. Asukkaista naisia on hieman yli puolet, lasten ja nuorten osuus on suurempi ja ikäihmisten pienempi, koko maan keskiarvoon verrattuna. (Kokkolan kaupunki 2016a.) Kokkolan keskustan alueella on viisi äitiys- ja lastenneuvolayksikköä ja koko kunnassa yhteensä kahdeksan. Vuoden 2017 alusta Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvolutkuntayhtymä Soite aloitti toimintansa ja neuvolapalvelut muuttuivat Kokkolan kaupungilta osaksi Soiten toimintaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neuvolan asiakkaiden käsityksiä nykyisestä neuvolatoiminnasta ja tulevan perhekeskustoiminnan kehittämisestä. Tulosten pohjalta kehitettiin asiakaslähtöinen yhteistyömalli neuvolan ja kolmannen sektorin välille. Tavoitteena oli, että mallia hyödyntämällä asiakkaiden osallisuus perhekeskustoiminnan kehittämisessä lisääntyy. Mallin avulla tuetaan myös perhekeskuksen ja kolmannen sektorin asiakaslähtöistä yhteistyötä.

2 ASIAKASLÄHTÖISYYS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan keskeinen periaate, jossa palvelua tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta. Asiakaslähtöisessä toiminnassa keskiössä on asiakas, hänen tarpeensa, toiveensa ja voimavaransa. Lisäksi asiakkaan on mahdollista tehdä päätöksiä ja valintoja. (Järnström 2011; Laitila 2010; Norlamo-Saramäki 2009; Valkama 2012; Virtanen ym. 2011.) Muita asiakaslähtöisyyden ominaispiirteitä ovat tutkimusten mukaan asiakkaan ja ammattilaisen välinen kumppanuus (Ohrakämmen 2015) sekä potilaiden yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen ymmärtäminen ja huomioiminen hoitotyössä (Cliff 2012; Lusk & Fater 2013). Lainsäädäntö turvaa asiakaslähtöisyyden perustan antamalla asiakkaalle oikeuksia, mutta laki ei sinänsä velvoita tai ohjaa julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisemmällä tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812; Virtanen ym. 2011, 8.)

2.1 Asiakkuuden monet ulottuvuudet

Asiakkuuden käsite on julkisessa palveluntuotannossa ongelmallinen, sillä siinä on monta ulottuvuutta (Leväsluoto & Kivisaari 2012; Norlamo-Saramäki 2009; Valkama 2012; Virtanen ym. 2011). Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa on riippuvainen monesta eri tekijästä, ja siihen vaikuttavat yhteiskunnassa ja organisaatiossa vallitsevat ideologiat, arvot, traditiot sekä palvelutilanteessa toimivien yksilöiden arvot ja toimintatavat (Valkama 2012, 79). Potilaslaissa asiakkaasta puhuttaessa käytetään sanaa potilas. Hän on terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena olevaa henkilö. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Sosiaalihuollon asiakaslaissa puhutaan asiakkaasta ja hänellä tarkoitetaan sosiaalihoitoa hakevaa tai käyttävää henkilöä (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812).

Sosiaali- ja terveystalouden käyttäjästä alettiin puhua asiakkaana 1990-luvulla uuden julkisjohtamisen (New Public Management) kehittymisen myötä. Sen myötä tulosjohtamisen periaatteet tulivat julkiseen hallintoon, ja tämä johti uuden laatuajattelun ja liiketaloudellisen ajattelutavan läpilyömiseen myös julkisessa hallinnossa. (Virtanen ym. 2011, 15.) Modernin hallinta-ajattelun yhtenä lähtökohtana oli asiakaslähtöinen palvelu ja näkemys siitä, että terveydenhuollon palveluiden tulee lähteä asiakkaan hoidon tai palvelun tarpeesta (Tanttu 2007, 38). Tämän näkemyksen myötä asiakkaiden rooli alkoi korostua, ja käyttäjiin liittyvät käsitteet ovat lisääntyneet. On puhuttu asiakkaista, kuluttajista, palvelun käyttäjistä,

osallisista, sidosryhmiin kuuluvista, veronmaksajista ja kansalaisista. (Virtanen ym. 2011, 15.) Tässä opinnäytetyössä asiakas rajautuu palvelujen käyttäjään. Käytän työssäni sekä terveydenhuollon- että sosiaalihuollon palvelun käyttäjästä sanaa asiakas, sillä tämä nimitys on yleisesti käytössä neuvolapalveluissa palvelujen käyttäjästä.

Virtasen ym. (2011) mukaan asiakkuusajattelun kehittymistä voidaan tarkastella oikeudellisen, kuluttajuuden ja palvelujen organisoimien eli hallinnon näkökulman kautta. Oikeudellinen näkökulma tuo esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus perustuu oikeudelliseen sääntelyyn, jonka kautta määritellään esimerkiksi asiakkaiden oikeudet. Useat viimeaikaiset sosiaali- ja terveystieteelliset linjaukset korostavatkin asiakkaiden omavastuuta ja velvollisuutta huolehtia omasta hyvinvoinnistaan, ja tämä voidaan nähdä osana asiakkuusajattelun kehittymistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjän muuttuminen asiakkaaksi perustuu myös kuluttajuuteen. Asiakkuutta ja kuluttajuutta koskevissa käsitelmäärittelyissä korostetaan käyttäjien äänen merkitystä. Sillä tarkoitetaan, että käyttäjillä pitää olla sana sanottavana tuotettujen palvelujen kehittämisessä, koska on kyse julkisin verovaroin rahoitetuista ja tuotetuista palveluista. Asiakkuusajattelu on kehittynyt myös palveluntuottajien hallinnollisten käytäntöjen ja toimintatapojen kautta. Olennaista on se, miten asiakkaat organisaatiossa määritellään. Perinteisen määritelmän mukaan asiakas on palvelujen tai tuotteiden vastaanottaja, joka voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuuden syntyminen edellyttää palvelujen piiriin ottamisen ehtojen täyttymistä. Asiakkuus voidaan jakaa myös yksilö- ja perheasiakkuuksiin, tai voidaan tarkastella paitsi todellisia eli faktisia asiakkaita, myös mahdollisia eli potentiaalisia asiakkaita. (Virtanen ym. 2011, 16–17.)

Asiakaskeskeisyys-termiä käytetään usein rinnakkain asiakaslähtöisyyden kanssa. Se voidaan määritellä siten, että asiakas on palveluiden keskiössä ja palvelut ja toiminnot organisoidaan häntä varten. Tässä toimintatavassa otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset, mutta ne määritellään julkisen hallinnon näkökulmasta käsin. Asiakaskeskeisyys korostaa asiakkaan etua, joustavia toimintamalleja, luovuutta ja uusien ideoiden oivaltamista. Asiakaskeskeisen toiminnan voidaan nähdä olevan asiakaslähtöistä vasta, kun asiakas otetaan aidosti mukaan palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 24–25; STM 2012; Virtanen & Stenvall 2015, 83; Virtanen ym. 2011, 18–19.) Kriittinen ero asiakaskeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden välillä on se, että asiakaslähtöisyydessä asiakas nähdään oman hyvinvoinnin asiantuntijuuden kautta resurssina, jonka voimavaroja – ei pelkkiä tarpeita tulee hyödyntää palveluiden toteuttamisessa ja kehittämisessä. (Virtanen ym. 2011, 19.)

Yhtenä asiakaslähtöisen toiminnan ulottuvuutena on asiakkaan näkeminen toimijana eli subjektina. Tässä roolissa myös asiakas on vastuussa omasta hyvinvoinnistaan, ja hän osallistuu palvelu- tai hoitoprosessiin. Palvelutuotannossa asiakkaan subjektiivinen rooli tulisi näkyä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien korostamisena kustannustehokkuus huomioiden. (Virtanen ym. 2011, 19.) Asiakaslähtöinen toiminta ei tarkoita kaikkien asiakkaan toiveiden täyttämistä. Se tarkoittaa palvelujärjestelmän edustajien pyrkimystä hyödyntää palvelun käyttäjän kokemuksellista tietoa. Aito asiakaslähtöisyys edellyttää asiakkaan arkivaikutusten sekä lääke- ja hoitotieteellisten vaikuttavuusmuutujien yhdistämistä. Lisäksi asiakkaalla on oltava avoin pääsy samaan tietoon kuin ammattilaisilla, esimerkiksi sairauskertomustietoihinsa. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirssu & Mattelmäki 2014, 91–92.) Vastuullisen asiantuntijuuden kautta yhdeksi asiakaslähtöisyyden keskeiseksi ulottuvuudeksi nousee näkemys asiakkaasta työntekijän kanssa yhdenvertaisena toimijana. Yhdenvertaisuus palveluprosessissa edellyttää työntekijän ja asiakkaan välistä hyvää vuorovaikutusta ja molemminpuolista luottamusta. (Virtanen ym. 2011, 19.)

Asiakkaan näkökulmasta sosiaali- ja terveystieteiden asiakaslähtöisyys määrittyy siinä, miten palveluiden tarjonta kohtaa asiakkaan tarpeet palvelutilanteissa. Asiakaslähtöisyys muodostuu siitä, kuinka asiakaslähtöiseksi saatu palvelu koetaan, ei siitä, kuinka asiakaslähtöisesti palvelu tuotetaan. (Virtanen ym. 2011, 16, 59.) Tärkeää on asiakkaan kuulluksi tuleminen omissa palveluissaan (Valkama 2012, 78). Nykyisissä palvelujärjestelyissä asiakaslähtöisyys toteutuu yksilötason kohtaamisissa, mutta organisaatiotasolla järjestelmä tökkii ja on pirstaleinen. Heikkous on, ettei asiakasta nähdä oman elämänsä asiantuntijana. Asiakkaan itsensä tulisi määrittää, mitä hän odottaa elämältään, ja ammattilaiset ovat puolestaan sairauden, hoidon, hoivan ja sosiaaliturvan asiantuntijoita. (Koivuniemi ym. 2014, 12.) Vaikka organisaatiossa olisikin asiakaslähtöisiä toimintatapoja, niitä ei välttämättä toteuteta asiakaslähtöisesti (Laitila 2010, 153). Asiakaslähtöisyyden toteutumista voi estää tai rajoittaa lainsäädäntö ja sen tulkinta sekä viranomaisen harkinta ja siihen liittyvä päätäntävalta (Valkama 2012, 73). Asiakaslähtöisyys onkin käsitteenä haastava ja monimerkityksellinen, ja siten asiakaslähtöiset palvelumallit ja erilaiset asiakasstrategiat ovat niin vieraita, että asiantuntijoidenkin on vaikea hahmottaa niitä (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 3).

Järnströmin (2011, 244) mukaan asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia ovat asiakkaan itsemääräämisoikeus, tiedonsaanti sekä osallistuminen ja mahdollisuus tasavertaiseen vuorovaikutukseen. Valkama (2012) määrittelee asiakkuuden keskeisiksi tekijöiksi aktiivisuuden, osallisuuden sekä mahdollisuuden valita ja vaikuttaa. Aktiivisuus edellyttää hänen mukaansa yksilön osaamisen ja toimintakyvyn huomi-

oonottamista ja osallisuus taas yksilölle soveltuvien osallistumis- ja vaikuttamiskeinojen löytämistä. Yksilön vaikuttamismahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat vielä puutteellisia. (Valkama 2012, 78.) Ohrakämnen (2015) mukaan asiakaslähtöisyydessä painottuvat kumppanuus asiakkaan ja ammattilaisen välillä sekä asiakkaan voimaantumisen tukeminen. Asiakkaiden koetaan olevan yhä kiinnostuneempia heitä koskevista palveluista ja päätöksenteosta, ja tämän vuoksi asiakkaan aktiivinen ja oma-toiminen rooli korostuu. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset myös odottavat asiakkailta suurempaa vastuunkantoa omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Toisaalta nähdään myös, että julkisia palveluita tarjoavan tahon on pystyttävä huolehtimaan asiakkaistaan myös silloin, kun he itse eivät sitä halua tai eivät siihen kykene. (Ohrakämnen 2015, 2.) Tantun (2007, 166) mukaan asiakaslähtöisyys toiminnassa muodostuu asiakasnäkökulman käyttöön otosta, potilaan hoidon tarpeen arvioinnista ja ennakoinnista, palvelun ja hoidon priorisoinnista sekä jatkohoidon arvioinnin tehostamisesta.

Kansainvälisessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa asiakaslähtöisyydestä puhuttaessa käytetään termiä person-centered care ja potilaslähtöisyydestä termiä patient-centered care. Lusk ja Fater (2013, 97) kuvaavat käsiteanalyysissään potilaslähtöisyyden ominaispiirteiksi asiakkaan rohkaisun autonomiaan, hoitohenkilökunnan asenteet ja yksilöllisen hoitotyön toteuttamisen. Starfieldin (2011) mukaan asiakaslähtöisyyden ero potilaslähtöisyyteen nähden on, että se perustuu potilaasta kertyneeseen tietoon. Tämä luo pohjan paremmalle terveysongelmien ja tarpeiden tunnistamiselle. Asiakaslähtöisessä työtavassa kiinnitetään huomiota potilaan kohtaamiseen ja siihen, että ei oleteta ennalta mitä potilas haluaa ja mitä ei. Tarkoituksena on huomioida ihminen kokonaisuutena. Pitkässä hoitosuhteessa ammattilaisella on luonnollisesti enemmän tietoa potilaasta. (Starfield 2011, 63.) Asiakaslähtöisen hoidon on todettu parantavan hoidon tarjoajan ja potilaan välistä yhteisymmärrystä sekä hoidon tuloksia ja potilastyytyväisyyttä. (Ekman, Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg, Brink, Carlsson, Dahlin-Ivanoff, Johansson, Kjellgren, Lidén, Öhlén, Olsson, Rosén, Rydmark, Stibrant Sunnerhagen 2011, 48.) Clifin (2012, 381) mukaan potilaslähtöisyyden kehittäminen edellyttää organisaatiokulttuurin muutosta, ylemmän johdon tukea ja potilaiden yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen ymmärtämistä.

2.2 Asiakkaiden osallisuus ja osallistuminen kehittämiseen asiakaslähtöisten palvelujen edellytyksenä

Asiakkaiden osallisuus on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon keskeinen tavoite. Se merkitsee asiakkaan mukanaoloa, huolenpitoa, vaikuttamista ja yhdessä ammattilaisen kanssa rakennetusta hyvinvoinnista osalliseksi pääsemistä (Laitila 2010; Larjovuori, Nuutinen, Heikkilä-Tammi & Manka 2012; STM 2012;

Valkama 2012.) Osallistuminen ja osallisuus sekoitetaan käsitteinä usein toisiinsa. Osallistumisella tarkoitetaan läsnäoloa muiden määrittelemässä tilanteessa, kun taas osallisuudella on paljon laajempi määritelmä. (Kettunen & Kivinen 2012, 40.) Asiakasosallisuus on osa sosiaalista osallisuutta, jolla toteutetaan, varmistetaan ja lisätään asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta palvelujärjestelmässä sekä asiakastyössä. Se voidaan määritellä, että asiakas osallistuu aktiivisesti palvelun suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen, kehittämiseen, ja/tai arviointiin. (Leemann & Hämäläinen 2015, 1.)

Osallistumisella voidaan tarkoittaa yleistä kansalaisosallistumista, asiakkaiden ja heidän läheistensä osallisuutta koko palveluprosessissa tai esimerkiksi vertaistuen ryhmissä. Osallistuminen voi olla sekä kollektiivista että yksilöllistä. Kansalaiset osallistuvat ja vaikuttavat välillisesti edustajiensa kautta valtuustoissa, lautakunnissa, neuvostoissa ja asiakasraadeissa, mutta myös suoran demokratian muodossa erilaisin aloittein, julkisessa keskustelussa tai perustamalla ryhmiä ja yhdistyksiä. Toiminta voi olla virallista ja muodollista, mutta myös epävirallista ja vapaamuotoista. Nykyään osallistutaan yhä enenevässä määrin sosiaalisen median eli erilaisten internetissä toimivien viestintäympäristöjen välityksellä keskustellen, verkostoituen, tiedottaen ja kantaa ottaen. Osallistuminen palveluissa tarkoittaa, että asiantuntija- ja viranomaisvaltaa sekä toimijuutta siirtyy kansalaisille ja palvelujen käyttäjille. Usein puhutaan myös alhaaltapäin lähtevästä, paikallisesta ja kokemuksellisesta tiedosta asiantuntijatiedon rinnalla. (Matthies 2013, 12.) Jäppisen (2011) mukaan kuntalaisella on kaksi pääasiallista keinoa osallistua julkisten palvelujen uudistamiseen. Perinteinen tapa on osallistua palveluja koskevaan päätöksentekoon edustuksellisen ja suoran demokratian kautta. Uudempi, innovatiivisempi tapa on osallistua itse palvelutuotannon suunnitteluun ja kehittämiseen käyttäjälähtöisen innovaatiotoiminnan kautta. (Jäppinen 2011, 8.)

Osallisuus syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta (Kettunen & Kivinen 2012, 40). Keskeistä siinä on luottamus, sitoutuminen ja kuulluksi tuleminen (Jämsen & Pyykkönen 2014, 9). Osallisuus on palvelunkäyttäjän ja palveluntuottajan tasavertaista toimijuutta, joka muodostuu tuen, yhteenkuuluvuuden ja arvostuksen kokemuksista sekä yhteiskunnan ja yhteisön jäsenyydestä. Se tarkoittaa palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista sekä hyödyntämistä. (Laitila 2010, 138–139.) Osallisuus on syrjäytymisen vastavoima, jossa on kyse kiinnittymisestä johonkin (yhteisöihin, ympäristöön ja yhteiskuntaan), yhteenkuuluvuuden tunteen syntymisestä, turvallisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Se koostuu voimaantumisen, identiteetistä ja elämänhallintavalmiuksista. Olennaista siinä on omakohtainen sitoutuminen, omaehtoinen toiminta, vaikuttaminen omaa elämää koskevien asioiden kulkuun ja vastuun ottaminen seurauksista. Osallisuus ja osallisuuden kokemukset ovat

aina yhteydessä osallistujan henkilökohtaiseen elämismaailmaan ja ihmiskäsitykseen. (Jämsen & Pyykkönen 2014, 9.)

Osallisuus voidaan jaotella neljään ulottuvuuteen: tieto-osallisuuteen, suunnitteluosallisuuteen, päätösosallisuuteen ja toimintaosallisuuteen (Jämsen & Pyykkönen 2014, 10; Kettunen & Kivinen 2012, 40). Asiakkaiden osallisuutta voidaan mahdollistaa ja tukea asiakaslähtöisillä rakenteilla (Laitila 2010, 185). Niitä ovat esimerkiksi vertaistoimijuus, kokemusasiantuntijuus, käyttäjäneuvostot ja potilasraadit, joiden avulla luodaan yhdessä ammattilaisten kanssa hoitoon rakenteellisia ja sosiaalisia toimintakäytäntöjä (Kettunen ja Kivinen 2012, 40; Laitila 2010, 156–157). Asiakkaan ja potilaan suhde asiantuntijavaltaan, sosiaalinen tuki, tiedon prosessoinnin kyky ja omien asenteiden ja ajattelumallien hallinta määrittävät lähtökohdat yksilön osallisuudelle (Koivuniemi ym. 2014, 170).

Osallisuuden asteen perusteella asiakkaiden roolit voidaan jakaa Koivuniemen ym. (2014) ja Kasevan (2011) mukaan seuraavasti: 1) Asiakas palvelujen kohteena, mikä on perinteinen organisaatiolähtöinen toimintatapa, joka näkee asiaan toiminnan objektina. Tämän seurauksena on ollut nykyisen järjestelmän epätasa-arvoisuus palvelujen kohteena olemisessakin, sillä kaikkien kansalaisten lähtökohtaiset oikeudet ja osallisuus palvelujärjestelmässä eivät toteudu samalla tavoin. 2) Asiakas palautteen antajana, jossa asiakkaalla on mahdollisuus antaa palautetta henkilökohtaisesta näkökulmasta omasta tilanteestaan, henkilökunnan toiminnasta, työprosesseista ja työmenetelmistä. Systemaattisessa asiakaspalautteen keräämisessä ja sen hyödyntämisessä on edelleenkin paljon kehitettävää. 3) Asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä, jossa asiakkaalla on mahdollisuus esittää omaan palveluunsa ja hoitoonsa liittyviä mieltyömyksiä, toiveita ja toimenpide-ehdotuksia olemalla aktiivisena mukana kehittämässä palveluita. Hän toimii kokemusasiantuntijan roolissa sosiaali- ja terveydenhuollossa tiimityössä asiantuntijoiden kanssa tai kokemusasiantuntijana sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa tai järjestöissä. Tälläkin tasolla asiakkaat ovat vielä julkisten palvelujen kehittämisessä ja toteuttamisessa hyödyntämätön resurssi. 4) Asiakas aktiivisena sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittäjänä, jossa kehittäminen voi tapahtua asiakkaan tai asiakasryhmän aloitteesta. Asiakasraadeilla, asiakas- ja potilasjärjestöillä ja liikkeillä on mahdollisuuksia vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin, politiikkaan ja mediaan. Innovatiivisten kumppanuussuhteiden luominen asiakkaiden ja terveydenhuollon välille edellyttää palvelurakenteiden selventämistä ja uudista. (Kaseva 2011; Koivuniemi ym. 2014, 170.)

Matthiesin ja Rantamäen (2013) mukaan asiakkaiden osallistuminen palvelujen kehittämiseen on arvokasta ja merkittävää useasta eri näkökulmasta. Palvelujen säilymisen ja saatavuuden näkökulmasta tarjottavat palvelut ja kansalaisten tarpeet kohtaavat paremmin, tiedonkulku ja läpinäkyvyys paranevat ja

lisäksi lähipalvelujen saatavuus voidaan varmistaa paremmin. Kansalaisten kehittämät toimintamallit ovat yhteisöllisiä, ja niissä sektorirajat ylittyvät mutkattomammin. Myös palvelujen painopiste siirtyy korjaavista ennaltaehkäiseviin palveluihin, jolloin saadaan kustannussäästöjä. Palvelujen laadun näkökulmasta asiakkaiden osallistuminen lisää vuoropuhelun kulttuuria ja uudenlaista ymmärrystä kaikkien osapuolten välillä. Se lisää uusien konkreettisten ratkaisujen ja ideoiden löytymistä, parantaa palvelutarpeiden ennakoitua ja riskien tunnistamista. Osallistuminen lisää itsessään asiakkaiden hyvinvointia ja työntekijöiden työmotivaatiota. Demokratian näkökulmasta palvelut ovat olemassa kansalaisia varten. Rakenneuudistusten myötä valta on keskittynyt yhä harvempien käsiin ja kansalaiset kaipaavat uudenlaisia tapoja saada vaikuttaa. Erityisesti heikoimmassa asemassa olevien oman äänen kuuluminen heille välttämättömissä asioissa voidaan varmistaa asiakkaiden osallistumisen kautta. (Matthies 2013, 14.) Ohrakämnen (2015) mukaan asiakkaiden osallistamisessa keskeisinä toimintatapoina korostuivat uudenlaiset palvelumallit, kuten hyvinvointiasema, liikkuvat palvelut, asiakkaiden kanssa tehtävät hoitosuunnitelmat ja erilaisten yhteisöjen mielipiteen hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä. Toisaalta tuloksissa korostui, että julkisen tahon on edelleen toimittavana vahvana turvaverkkona ja viimekätisenä vastuunkantajana. (Ohrakämnen 2015, 71.)

Asiakkaiden osallistumista kehittämällä voidaan parantaa päätöksenteon laatua pienentämällä riskejä ja lisäämällä lähiympäristön hyväksyntää. Ottamalla asiakkaat aidosti mukaan terveysterveysten kehittämiseen sekä muuttamalla palvelujärjestelmää asiakaslähtöisemmäksi voidaan parantaa terveydenhuollon tosiasiallista vaikuttavuutta, asiakastyytyväisyyttä ja henkilöstön työssä jaksamista. (Bovaird 2007, 847; Koivuniemi ym. 2014, 168.) Hoitopäätöksiin ja palvelumuotoiluun tarvitaan yhä perusteellisempia kuvauksia asiakkaiden tilanteista, ja asiakas on itse ainoa, joka ymmärtää asiansa kokonaisuuden. (Koivuniemi ym. 2014, 169.)

2.3 Asiakkaan asema ja oikeudet asiakaslähtöisten ja laadukkaiden palvelujen kehittämisen perustana

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on lailla säänneltyä toimintaa, joka voidaan jaotella karkeasti kolmeen ryhmään: palvelujen järjestämistä ja tuottamista säätelevä normisto, ammattihenkilöiden toimintaa säätelevä normisto ja potilaan/asiakkaan asemaa ja oikeuksia säätelevä normisto. (Lehtonen, Lohiniva-Kerkelä & Pahlman 2015, 21; Lohiniva-Kerkelä 2016.) Kunnille kuuluvien terveysterveysten palvelujen järjestämisvastuusta säädetään vuoden 1972 kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissanhoi-

tolaissa (1062/1989). Uudessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) puolestaan säädetään terveystalouden laadusta ja potilasturvallisuusvaatimuksista, järjestämistä ohjaavista periaatteista sekä terveystalouden sisällöstä. (Lehtonen ym. 2015, 21; Lohiniva-Kerkelä 2016.) Velvoite sosiaalipalvelujen järjestämiseen ja sosiaalihuollon yleispalvelujen sisältö määrittellään sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Lisäksi sosiaalihuollon erityislainsäädäntö koskee lastensuojelua, vammaispalveluja sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Yhteistä terveydenhuoltolaille (1326/2010) ja sosiaalihuoltolaille (1301/2014) on hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen, eriarvoisuuden vähentäminen, palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja laatu, asiakaskeskeisyys ja yhteistyön lisääminen. (Lohiniva-Kerkelä 2016.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoiminnan oikeuksista ja velvollisuuksista, toiminnan valvonnasta sekä vastuusta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) ja asetuksessa (564/1994). Terveydenhuollon potilaan aseman ja oikeuksien kannalta tärkein lainsäädännöllinen dokumentti on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä potilasvahinkolaki (585/1986) (Lehtonen ym. 2015, 21; Lohiniva-Kerkelä 2016). Sosiaalihuollon asiakkaan aseman ja oikeuksien kannalta tärkein dokumentti taas on laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) (Lohiniva-Kerkelä 2016). Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (812/2000) mukaan asiakkaalla oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun, oikeus suunnitelmalliseen sosiaalihuoltoon, oikeus yksityisyyteen, itsemääräämisoikeus, tiedonsaantioikeus, oikeus yksityisyyden suojaan henkilötietojen käsittelyssä ja oikeus oikeusturvakeinojen käyttämiseen (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Terveydenhuollon potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveydentilan edellyttämään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, oikeus hoitoon määrääjässä, oikeus yksityisyyteen, itsemääräämisoikeus, tiedonsaantioikeus, oikeus yksityisyyden suojaan henkilötietojen käsittelyssä ja oikeus oikeusturvakeinojen käyttämiseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön lähtökohtana on velvoite riittävien ja laadukkaiden terveydenhuollon palvelujen turvaamiseen. Kaikki lailla tapahtuvat sääntelyn peruslähtökohdat ovat aina palautettavissa asiakkaaseen ja hänen asemaansa ja oikeuksiinsa. Jos asiakkaalle on laissa säädetty jokin oikeus, seuraa siitä velvollisuuksia palvelujen tuottajille ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. (Lehtonen ym. 2015, 22–24.) Sosiaalihuollon asiakaslaki ja terveydenhuollon potilaslaki pyrkivät edistämään asiakkaan oikeutta hyvään kohteluun ja palveluun nostamalla asiakkaan käsitteen ja asiakaslähtöisyyden konkreettisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keskiöön. Lakien säätämisen taustalla on asiakaspalvelun laadun parantaminen huomioimalla asiakkaan mielipide, toivomukset, etu ja yksilölliset tarpeet. Näiden lisäksi asiakasta tulee kohdella ihmisarvoa kunnioittaen, taaten hyvä kohtelu ja palvelu.

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.) Myös ammattihenkilöiden toiminnan sääntelyssä lähtökohtana on toiminnan laadukkuus, potilasturvallisuus ja ammattihenkilöiden toiminnan asianmukaisuus (Lehtonen ym. 2015, 24).

Suomessa ei ole yhtenäistä lainsäädäntöä laadusta tai potilasturvallisuudesta, vaan hoidon laadun turvaamiseksi laaditut järjestelmät vaihtelevat riippuen siitä, onko kyse palvelujen laadusta vai hoidon laadusta ja sen varmentamisesta. Julkisten terveystalujen laadunvarmistukseen pyritään ensisijaisesti terveydenhuoltolain säännöksillä. Laadua voidaan myös pyrkiä varmistamaan laatusuosituksilla, joita voidaan pitää asianmukaisten palvelujen mittapuuna huolimatta siitä, ettei niiden käyttö ole oikeudellisesti sitovaa. Laadun näkökulmasta yksittäisissä hoitotapauksissa korostuvat ammattihenkilöiden toiminnalle asetetut vaatimukset. Ammattihenkilöiden nimenomainen tarkoitus on turvata terveystalujen laatua ja potilasturvallisuutta. (Lehtonen ym. 2015, 177.)

2.4 Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen

Asiakaslähtöisyyden nähdään olevan kaikkein keskeisin perusta palveluiden kehittämiseksi. Tästä johtuen palveluita tulisi kehittää enemmän yhdessä asiakkaiden ja yhteisöjen kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa palveluita kehitetään myös siitä lähtökohdasta, että palveluiden tuottaminen ei ole ainoistaan julkisen tahon tehtävä, vaan kaikkien yhteiskunnan tahojen tulee osallistua siihen. (Ohrakämnen 2015.) Haasteena on kehittää palvelujärjestelmä, joka on asiakkaan näkökulmasta yksilöllinen ja räätälöity palvelukokonaisuus ja tuottajien näkökulmasta selkeä, vaikuttava ja kustannustehokas toimintamalli. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelujen tulisi olla saumaton palvelukokonaisuus. Hyvä terveydenhuoltojärjestelmä on tehokas, antamiensa palvelujen vaikutukset ja kokonaiskustannukset huomioiva ja oikeudenmukainen. (Koivuniemi ym. 2014, 89, 91.)

Organisaation näkökulmasta kehittämisessä on kysymys malleista, järjestelmistä ja systeemeistä, kun taas asiakkaan näkökulmasta on kyse palvelun vastaamisesta asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen ja saatuun palveluun liittyvistä kokemuksista. Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen on vastavuoroinen prosessi, joka edellyttää palveluntuottajalta yhteisymmärrystä siitä, miten palvelut voidaan järjestää olemassa olevilla resursseilla niin, että asiakas saa siitä parhaan mahdollisen hyödyn. Yhteisymmärryksen saavuttaminen edellyttää palveluntarjoajalta asiakasymmärrystä. Organisaatiolähtöisen palvelumallin uudistaminen asiakaslähtöiseksi vaatii sektorirajat ylittävää ajatusta parempien palvelukokonaisuuksien

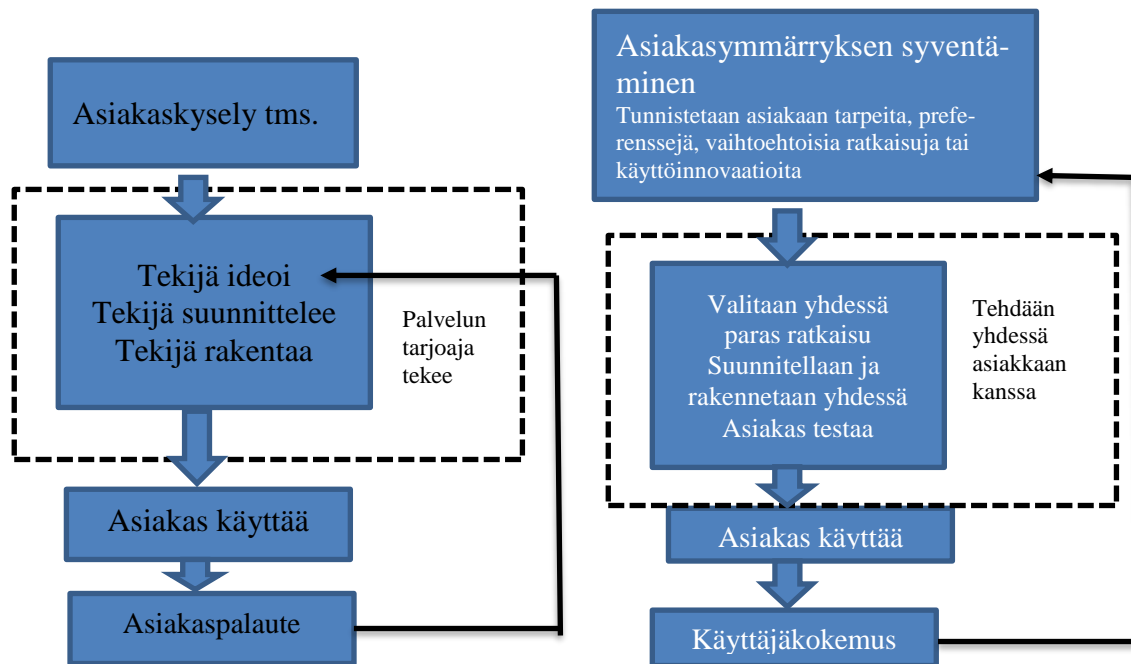
muodostamisesta, jossa päällekkäisiä toimintoja puretaan ja palvelukokonaisuuksia integroidaan toisiinsa. (Virtanen ym. 2011, 8–9, 18.) Tässä muutoksessa haasteena on eri ammattiryhmien roolien yhteensovittaminen, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tietoperustan luominen sekä tiimityöskentelyn vaatima vuorovaikutustaitojen oppiminen (Isoherranen 2012; Tantt 2007).

Asiakaslähtöisen palvelukulttuurin, toimintatapojen ja rakenteiden kehittämisessä johtajuudella on keskeinen rooli. Johdon tehtävänä on varmistaa, että organisaation katse suunnataan asiakkaisiin ja että se kykenee näkemään ja tunnistamaan asiakkaiden tarpeet palvelutuotantonsa perustana. Johdon keskeinen tehtävä onkin luoda tilanteita, joissa oman työn asiakaslähtöistä kehittämistä voi tapahtua. Toinen tehtävä on varmistaa, ettei asiakasnäkökulmaan sokeuduta, vaan että asiakkaiden tarpeet suhteutetaan kokonaisuusajattelun kautta. Organisaation johto toimii myös esimerkkinä asiakaslähtöisten toimintamallien omaksumisessa ja levittämisessä sekä viestii suhtautumisellaan arvostuksesta kehittämisponnisteluja sekä asiakkaan tarpeita ja osallisuutta kohtaan. Parempi vaihtoehto pelkälle toiminnan passiiviselle hyväksynnälle olisikin se, että johtajat ja esimiehet omalla toiminnallaan innostavat muita muuttamaan asenteitaan asiakaslähtöisemmiksi. (Virtanen ym. 2011, 46, 51, 53.)

Asiakasymmärryksen muodostaminen tulee aina olla lähtökohtana julkisia palveluita kehitettäessä (Mitronen & Rintamäki 2012, 208). Palvelun tarjoajan asiakasymmärrys tarkoittaa kattavaa tietoa asiakasta, heidän tarpeistaan ja sen hyödyntämistä palveluiden kehittämisen pohjana. (Virtanen ym. 2011, 8.) Se ei ole pelkkää asiakastietoa, vaan asiakasymmärrys on jalostettu ja käyttötilanteeseen kytketty asiakastietoa. Jatkumona tai vastaparina asiakasymmärrykselle voidaan pitää asiakkaiden palveluymmärrystä. Se on asiakkaiden tietoa ja käsitystä saatavilla olevista palvelumahdollisuuksista ja palvelun tarjoajan roolista asiakkaan kumppanina parhaan mahdollisen palvelun tuottamiseksi. (Virtanen ym. 2011, 9.) Asiakasymmärryksen sisällyttäminen osaksi organisaation kehittämistyötä on kuitenkin haasteellista erityisesti silloin, kun kehittämiseen liittyy toimijoita ja sidosryhmiä sekä yksityiseltä että julkiselta sektorilta. (Mitronen & Rintamäki 2012, 208–209).

Asiakaskeskeisessä kehittämisessä asiakkaan tarve kyllä ohjaa palveluiden kehittämistä ja asiakasta usein myös kuullaan palveluiden suunnitteluvaiheessa (KUVIO 1.) Asiakas ei kuitenkaan tässä mallissa kykene vaikuttamaan lopullisen palvelun toteuttamiseen. Myöskään aloite kehittämiseen ei tule asiakkaalta, vaan hän ennemminkin kommentoi jo olemassa olevia palveluita mielipide- ja laatumittausten kautta, mikä myös estää innovoinnit palvelukehittämisessä. Asiakaslähtöisessä kehittämisessä asiakas on parhaassa tapauksessa mukana jo tyhjältä pöydältä innovoimassa palvelua, testaamassa mikä on käytännöllisin palvelun toteuttamistapa tai luomassa palvelulle vaihtoehtoja ennen palvelun kehittämistä

pidemmälle. Myös aloite kehittämiseen voi tulla suoraan asiakkaalta. Asiakasymmärryksen syventäminen tuo myös usein esiin uusia kehittämistarpeita. (Virtanen ym. 2011, 36.)



KUVIO 1. Asiakaskeskeisen ja asiakaslähtöinen kehittämismalli (mukaillen Virtanen ym. 2011, 37.)

2.4.1 Asiakaslähtöisyys osana palvelun laatua

Laatu on kokonaisuus, joka muodostuu niistä ominaisuuksista, joihin perustuu prosessin, toiminnon, tuotteen, organisaation, järjestelmän tai henkilön kyky täyttää sille asetetut vaatimukset. Vaatimus voi perustua lainsäädäntöön, sopimukseen tai erikseen määriteltyihin asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin. Laadun ulottuvuuksia ovat näyttöön perustuvuus, lääketieteellinen vaikuttavuus, potilasturvallisuus, asiakaslähtöisyys ja saatavuus (kustannus-vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus). Laadunhallinta on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. (Koivuranta-Vaara 2011, 5, 8.)

Laatujohtamisajattelussa lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet. Ajatellaan, että yhteistyöasenne ja asiakkaan palveleminen sen pohjalta, mitä asiakas haluaa, johtaa tehokkaampaan ja vaikuttavampaan tulokseen kuin pyrkimys sanella ja kontrolloida sitä, mitä asiakas saa. (Lumijärvi 2007, 279.) Organisaatio ei pyri määrittelemään asiakkaan tarpeita ja odotuksia, vaan tieto tulee asiakkaalta (Lumijärvi 2007, 279; Tiainen 2015, 53). Asiakasnäkökulmasta palvelujen saatavuus, oikea-aikaisuus, sujuvuus ja jatkuvuus

ovat nykyajan vaatimuksia myös terveydenhuollossa (Tanttu 2007, 181). Asiakkaan käsitys hoidon laadusta ei ole kuitenkaan irrallinen ilmiö, vaan siihen vaikuttavat hänen aikaisemmat kokemuksensa ja arvomaailmansa, ja se rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa (Tiainen 2015, 10).

Kun asiakas on toiminnan keskipisteessä, organisaation johdon tehtävänä on asettaa asiakastavoitteet, määrittellä asiakasstrategia, järjestää organisaatio asiakassuuntautuneesti sekä luoda mittarit, jotka kuvaavat asiakasnäkökulman onnistumista kattavasti. Tällöin siirrytään yhä enemmän asiakastiedon käyttöön. Asiakastiedon on oltava laadukasta, jotta sen pohjalta voidaan muuttaa toimintatapoja. (Teleranta 2010, 48.) Kaplanin ja Nortonin (2004) mukaan asiakasnäkökulman ydin on siinä, miten pystytään luomaan asiakkaille arvoa kilpailijoita paremmin ja siinä onnistuminen näkyy parempana taloudellisena tuloksena. Asiakkaille annettu arvolupaus välittyy kaikissa prosessin vaiheissa. (Kapla & Norton 2004, 29.) Leonen, Walkerin, Curryn ja Ageenin (2012) mukaan terveyspalveluissa standardoidun hoitomallin nähdään olevan ristiriidassa yksilöllisen ja asiakaskeskeisen hoidon kanssa. Heidän mukaansa asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitotulosten laatua voidaan parantaa asiakkaan ottamisella mukaan palvelun suunnitteluun ja toteutukseen.

Tiainen (2015) mukaan asiakkaan kokemuksensa perustella arvioiman palvelun laadun ulottuvuudet ovat: 1) henkilökunnan ammattitaito, ominaisuudet ja toiminta palvelutilanteessa; 2) asiakkaan odotukset, ominaisuudet, hoitoon osallistumisen mahdollisuudet; 3) palveluyksikön maine, toiminnalliset ominaisuudet, palveluprosessin sujuvuus, palvelun vaikuttavuus sekä 4) palveluyksikön sijainti ja fyysiset ominaisuudet. Hänen mukaansa asiakaspalvelun laatu, ammattitaitoinen hoito ja ohjaus sekä odotusaika ja ennakkokäsitys palveluyksikön toiminnasta selittivät vahvasti laatukokemuksen vaihtelua asiakkailta. Merkittävimmät syyt laadun heikkenemiseen olivat vaikeudet palvelujen piiriin pääsemisessä, joita olivat esimerkiksi pidentynyt matka, epätietoisuus puhelinnumeroissa, ruuhka puhelinpalvelussa sekä vastaanotolle pääsyn odottelu. Palveluja uudelleen organisoitaessa tulee palveluketjut suunnitella huolellisesti ja sopia selkeästä työnjaosta eri toimijoiden välillä. Lisäksi yhteystiedoista ja uudistetuista toimintatavoista tarvitaan toistuvaa informointia. Palveluiden keskittäminen voi kuitenkin parantaa palvelun laatua. (Tiainen 2015, 150–151.) Salokekkilän (2011) mukaan onnistuneeseen kohtaamiseen kuuluivat käsitteet hoidon jatkuvuus, lääkärin ammattitaito, lääkärin huolenpito, tiedon antaminen potilaalle, potilaan vakavasti ottaminen, luottamus ja kunnioitus lääkäriä kohtaan sekä koettu hyöty yhdessä hoitoon liittyvän tyytyväisyyden kanssa. Pettymyksen tunne, vihaisuus ja katkeruus liittyneenä välinpitämättömyyden kokemiseen, olivat taas epäonnistuneeseen kohtaamiseen kuuluvia käsitteitä. (Salokekkilä 2011, 8.)

2.4.2 Asiakaslähtöinen kehittäminen asiakkaiden ja kolmannen sektorin kanssa

Palvelujen kehittäminen ja tuottaminen alhaalta käsin yhdessä niiden käyttäjien kanssa nähdään keinona vastata kustannustehokkaasti asiakkaiden tarpeisiin. Asiakkaat jäävä herkästi huomioimatta, mikäli palveluita ohjataan liian etäältä (Kivelä 2014; Matthies 2012, 43; Matthies 2013, 14). Kivelän (2014) mukaan etäältä palveluja koordinoivat eivät tunne paikallisia oloja ja omaehtoisia toimintatapoja eikä niihin ole edes ehditty perehtyä (Kivelä 2014, 86–87). Laitisen (2013) mukaan alhaalta ylöspäin tapahtuva kehittäminen perustuu paikallisten, lähiyhteisöjen ja verkostojen vuorovaikutukseen ja osallisuuteen. Siinä tärkeää on palvelun tarpeen tunnistaminen ja siihen liittyvä keskeisten toimijoiden tunnistaminen, joita voivat olla sekä julkisen että yksityisen puolen toimijat. Se on vuorovaikutteinen prosessi, joka osallistaa lähialueiden eri sektoreiden toimijoita ja yksittäisiä kansalaisia niin, että implementaation aikana politiikkaohjelma voi muuttua. Implementoijat ovat aktiivisia jäseniä myös politiikkaohjelman suunnittelussa, eivät vain sen jakelijoina ja välittäjinä. Arviointi perustuu siihen, missä määrin tarpeisiin on pystytty vastaamaan ja saadaanko aikaan sellaista vaikuttavuutta, joka tunnustetaan yli sektorirajojen. (Laitinen 2013, 88.)

Palveluiden yhteistuottaminen -ajattelu merkitsee lähialueiden ja paikallisten sekä perheen ja palveluiden käyttäjä-asiakkaan roolin vahvistamista julkisten palvelujen tuottamisessa. Tämän ajattelutavan lähtökohtia ovat lähiyhteisöjen ja palveluiden käyttäjä-asiakkaiden tunnistaminen subjekteina ja resursseina, julkisen palvelutuotannon työtapojen muutos, vastavuoroisuuden edistäminen sekä paikallisten verkostojen vahvistaminen. (Laitinen 2013, 88.) Loefflerin ja Bovairdin (2016, 1) mukaan palvelujen yhteistuottaminen asiakkaiden kanssa tarkoittaa, että julkinen sektori, asiakkaat ja yhteisöt hyödyntävät toistensa varat ja resurssit paremmin, ja näin saadaan aikaan parempia tuloksia ja -tehokkuutta. Bovairdin (2007) mukaan yhteistuottaminen on hyödyllistä julkisten palveluiden koko arvoketjulle, ja sen vaikutukset näkyvät aina palveluiden johtamisesta ja hallinnasta suunnitteluun, käytännön toteutukseen sekä toiminnan arviointiin saakka. Yhteissuunnittelun avulla kansalaiset voivat kertoa palvelutarpeistaan ja ideoida ratkaisuja yhteistyössä hallinnon edustajien kanssa. Palvelukeskeinen ajattelu edellyttää organisaation sisäisen palvelutuotannon prosessien sekä ulkoisen palveluiden tuottamisen välisen vuorovaikutuksen tarkastelua, koska sisäisen toiminnan laatu heijastuu väistämättä ulkoisen palvelun laatuun. Yhteistuottamisen vaikutuksia ovat esimerkiksi parantunut asiakastyytyväisyys, työyhteisön parantunut motivaatio ja sitoutuminen sekä kohentunut taloudellinen tulos. (Bovaird 2007, 847.) Julkisen sektorin päättäjät eivät vielä ymmärrä yhteistuottamisen täyttä potentiaalia eikä siihen siksi panosteta. Yhteistuottaminen myös mielletään koulutetun ja ”paremman” luokan kansalaisten toiminnaksi, ja tästä syystä heikommassa asemassa olevat jäävät järjestelmällisesti huomioimatta potentiaalisina kumppaneina. Ne

kansalaiset, jotka jo osallistuvat palvelujen yhteistuotantoon, voivat olla valmiita tekemään huomattavasti enemmänkin, jos tarjous on tarpeeksi houkutteleva. (Loeffler & Bovaird 2016, 13.)

Kolmannen sektorin rooli palvelujen tuottajana perustuu usein sellaisiin tarpeisiin, joita julkinen tai yksityinen sektori ei nykyisellään kykene täyttämään. Sen toiminnalla on aatteellinen tai ideologinen perusta, ja sektoria yhdistää vahva asiakaskeskeisyys sekä toimiminen asiakaskuntansa äänenä ja osallistumisen kanavana. Kansalaisjärjestöjen toiminta sosiaali- ja terveyssektorilla on hyvin asiakaskeskeistä, ja se lähtee asiakkaan tarpeista ja eduista. (Virtanen ym. 2011, 8–9.) Kolmannen sektorin vahvuudet ovat ihmisten tavoittamisessa, kohtaamisessa sekä matalan kynnyksen toiminnan järjestämisessä, ja erityisesti näitä vahvuuksia tulisi voida hyödyntää paremmin. Kolmannen sektorin ja palveluita järjestävän tahon tulisi miettiä yhteiset tavoitteet ja päästä pitkäkestoisimpiin sopimuksiin. Lisäksi kolmannen sektorin sekä palveluita tuottavien yritysten suhde julkisiin palveluihin tulisi määritellä selkeämmin. Toiminnan järkevöittämisessä tarvitaan vahvempaa keskinäistä koordinaatiota, verkostoitumista ja yhdessä tekemistä myös kolmannen sektorin toimijoiden kesken. (Kainulainen, Paananen & Surakka 2016, 125.) Myös hallitusohjelmassa painotetaan varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työtä ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallinnonrajojen. Tarkoituksena on vahvistaa kokemusasiantuntemuksen käyttöä ja ihmisten osallisuutta. Muutoksen perustana ja mahdollistajana on yhteistyö valtion, kuntien, järjestöjen, yksityisen sektorin, seurakuntien sekä työelämän toimijoiden kesken. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20.)

3 LAPSIPERHEIDEN PALVELUT JA NIIDEN KEHITTÄMINEN

Lapsiperheiden palveluiden hajanaisuus heikentää niiden vaikuttavuutta, lisää erityispalveluiden käyttöä, eikä tarjoa lapsille ja perheille heidän tarvitsemaansa tukea ajoissa. Tieto ei kulje sujuvasti eri ammattilaisten ja viranomaisten välillä. Suurimmat ongelmat ilmenevät tilanteissa, joissa lapsiperhe tarvitsee useita eri palveluita. (Aula ym. 2016, 10.) Perhekeskustoimintamallilla tarkoitetaan lähipalvelujen kokonaisuutta, joka sisältää lapsiperheille suunnatut hyvinvointia ja terveyttä sekä kasvua ja kehitystä edistävät sekä varhaisen tuen ja hoidon palvelut (STM 2016c, 1.)

3.1 Lapsiperheiden palvelut

Vanhemmilla on ensisijainen vastuu lastensa hyvinvoinnista, kasvatuksesta ja terveydestä. Tarvittaessa vanhemmat saavat tukea palveluista, joita kunnat järjestävät joko itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkimalla ne muulta palvelun tuottajalta (Kuntalaki 410/2015, 9§). Lasten ja perheiden palveluissa pyrkimyksenä on tuen tarpeen varhainen tunnistaminen ja tuen oikea-aikainen ajoittaminen. Tukea tarjotaan terveyttä edistävien, ongelmia ennaltaehkäisevien ja korjaavien palveluiden avulla. Edistävillä ja ehkäisevillä lapsiperheiden palveluilla tarkoitetaan perheiden arkea ja yhteisöllisyyttä vahvistavaa, koko ikäryhmälle tarjottavaa universaalialta tai erityistä kohdennettua tukea. Lapsiperheille tarjottavasta tuesta käytetään erilaisia termejä sosiaali-, terveys- ja opetuspalveluissa, mutta kaikkien niiden tarkoituksena on lasten suotuisa kasvu ja kehitys, lapsiperheiden voimavarojen vahvistuminen, hyvinvointi ja terveys. (Perälä, Salonen, Halme & Nykänen 2011b, 17.)

Lapsiperheiden tarpeista ja näkökulmasta lähtevä palveluiden suunnittelu edellyttää palvelujen järjestäjien keskinäistä yhteistoimintaa, jota ohjataan lainsäädännöllä, asetuksilla ja suosituksilla (Perälä ym. 2011b, 21). Palvelujen keskeisimmät kehittämisalueet liittyivät erityistason palvelujen saatavuuteen, henkilökunnan pysyvyyteen ja palvelujen yksilöllisyyteen kaikissa toimintaympäristöissä (Perälä ym. 2011b, 9). Toukokuussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) korvaa osittain aikaisemmin käytössä olleet kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidon lain (1062/1989). Uuden terveydenhuoltolain avulla pyritään muun muassa vahvistamaan terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja tukemaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä rakenteita. Laki sisältää kunnille velvoitteen laatia hallinnon alat ylittävä suunnitelma terveyttä edistävistä ja ongelmia ehkäisevistä toimista sekä

niiden toteuttamisen seurannasta. Terveydenhuoltolaki sisältää myös veloitteen sairaanhoito- tai terveyspiirin asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjojen yhteisen terveydenhuollon potilastietorekisterin muodostamisesta. Vuoden 2015 alusta perheillä on ollut myös mahdollisuus valita perusterveydenhuollostaan vastaava terveyskeskus tai terveysasema kaikista Suomen terveyskeskuksista. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita koskevat asetukset tukevat myös palvelujen tuottajien yhteistyötä, ja niistä keskeisin on valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (Valtioneuvoston asetus 6.5.2011/338). Muita keskeisiä toimintaa ohjaavia asetuksia ovat sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 6.5.2011/341). Lisäksi valtakunnalliset ohjelmat, oppaat ja suositukset ohjaavat palvelujen toteuttamista.

3.2 Pohjoismainen perhekeskus

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion tunnusmerkkeinä on jo pitkään ollut kansallinen tuki lapsiperheille. Toisiin valtioihin verrattuna, syntyvyys on ollut pohjoismaissa suhteellisen korkeaa ja tasaista koko ajan. Lapsiperheiden tuen muotoja ovat muun muassa taloudellinen tukeminen, lasten hoito ja työlainsäädäntö, joka tukee työ- ja perhe-elämän yhdistämistä. Perhekeskusmalli ja vastaavanlaiset pyrkimykset voidaan nähdä jatkumona kansalliselle perheiden tukemiselle pohjoismaissa. Perhekeskusten määrä on kasvussa kaikissa pohjoismaissa. Yhdistetyt toiminnot ovat tärkeä alue ja erinomainen kenttä ennaltaehkäisevälle työlle. Malli on herättänyt kiinnostusta maailmanlaajuisesti. (Marklund & Simic 2012, 6.)

Perhekeskuksen pohjoismaisen määritelmän mukaan perhekeskuksen palvelukokonaisuuteen kuuluvat vähintään äitiysneuvolan, lastenneuvolan, avoimen varhaiskasvatuksen ja ennalta ehkäisevät sosiaalitoimen palvelut. Suomessa perhekeskuksen palvelut, yhteistoiminta, perheiden osallisuus ja varhainen tuki poikkeavat jonkin verran pohjoismaisesta mallista. Ruotsissa perhekeskuksesta käytetään nimitystä familjecentral, Norjassa termiä perheiden talo (Familiens Hus) ja Suomessa nimitystä perhekeskus (familjecenter). (Halme ym. 2012, 10, 79.) Perhekeskustoimintaa ohjaavat kuitenkin samat periaatteet, joita ovat: tukea ja vahvistaa vanhempia huolenpito- ja kasvatustehtävässä; vahvistaa lasten ja vanhempien sosiaalisia verkostoja; toimia kohtaamispaikkana alueen lapsille, perheille ja asukkaille; kehittää lapsia ja vanhempia osallistavia työkäytäntöjä; tunnistaa varhaisessa vaiheessa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia riskitekijöitä; tarjota lapsille ja perheille matalan kynnyksen tukea ja palveluja; kehittää monialaista,

hallinnonalat ylittävää yhteistyötä palvelujen kesken; rakentaa kumppanuusyhteistyötä kolmannen sektorin kanssa; toimia tieto- ja osaamiskeskuksena sekä välittää tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvaa, arvioitua tietoa. (Bing 2011, 17; Kekkonen, Montonen & Viitala 2011, 10.) Suomessa perhekeskusten valtakunnallisen tason tavoitteena on lisäksi edistää varhaista puuttumista ja pulmien ennalta ehkäisyä (Halme ym. 2012, 4).

Ruotsi on perhekeskustoiminnan edelläkävijä. Siellä perhekeskustoiminnan perusta luotiin jo 1970-luvulla, mutta selkeästi perhekeskusten määrä lähti kasvuun 1990-luvun lopulla. Ruotsissa perhekeskuk-sella tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, jossa äitiysneuvola, lastenneuvola, avoin varhaiskasvatus sekä varhaisen tuen sosiaalipalvelut on koottu samoihin toimitiloihin. (Marklund & Simic 2012, 10.) Suo-messa ja Norjassa perhekeskusten kehittämistyö käynnistyi 2000-luvun alussa, ja myöhemmin myös Tanska, Islanti ja Grönlanti ovat kiinnostuneet perhekeskustoiminnasta. (Halme ym. 2012, 15.) Norjan perhekeskukset korostavat paikallisen yhteisön tietämystä, verkostoja ja resursseja. Ruotsin perhekes-kuksista ne eroavat siinä, että kunnat ovat sitoutuneet niiden toimintaan. Tanskan perhekeskukset toimi-vat yhteistyössä vapaaehtoisjärjestön kanssa. (Kekkonen ym. 2011, 10–11, 34).

Suomessa perhekeskustoiminta alkoi kehittyä 2000-luvulla. Vuosina 2005–2007 kehittämistä vauhditet-tiin valtakunnallisella PERHE-hankkeella ja tämän jälkeen työkaluksi tuli kansallinen KASTE-ohjelma (STM 2001; STM 2008; STM 2012). Vuosien 2007–2011 hallitusohjelmassa tavoitteena oli koota lap-siperheiden palveluja perhekeskuksiksi, ja pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen tavoitteena oli laajen-taa perhekeskustoimintaa perheiden, kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden yhteistyönä. (Pääminis-teri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011, 62). Perhekeskustoiminta pohjautuu voimassaolevaan so-siaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön ja suosituksiin. Lainsäädäntö korostaa, että äitiys- ja lasten-neuvolassa, perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa, lastensuojelussa, varhaiskasvatuksessa, koulu-terveydenhuollossa ja oppilashuoltotyössä tulee edistää lapsen ja nuoren kasvua, kehitystä ja hyvinvoin-tia ja lisäksi tukea vanhemmuutta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Lastensuojelulaki 417/2007; Oppi-las- ja opiskeluhuoltolaki 1287/2013; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Valtioneuvoston asetus neuvolato-i-minnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuol-losta 338/2011; Varhaiskasvatuslaki 36/2014.) Lisäksi myös nuorisolaki edellyttää palveluiden monia-laista yhteistyötä (Nuorisolaki 2006/72).

Perhekeskusten määrä Suomessa on vaihdellut eri tutkimuksissa. Perälän, Halmeen, Hammarin ja Ny-käsen (2011a) mukaan 51 kuntaa 248:sta oli järjestänyt lasten ja perheiden palveluja perhekeskuksiksi

tai perhekeskustyyppisiksi palvelukokonaisuuksiksi. Kunnista 43 oli suunnitellut palvelujen kehittämistä perhekeskuskonseptin mukaisesti ja 111 kuntaa ilmoitti, että heillä ei ole perhekeskusta. Yhteistoiminta-alueilla perhekeskustyyppisiä palveluita suunniteltiin useammin kuin yksittäisissä kunnissa. (Perälä ym. 2011a, 100.) Halmeen ym. (2012) mukaan suomalaiset perhekeskukset ovat tyypiteltävissä neljään palvelukokonaisuuteen niihin kuuluvien palvelujen mukaan. Nämä palvelukokonaisuudet ovat: monialainen perhekeskus, hyvinvointineuvolatyyppinen perhekeskus, avoimen varhaiskasvatuksen perhekeskus ja erikoistunut perhetukikeskus. (Halme ym. 2012, 81.)

Monialainen perhekeskus sisältää ne palvelukokonaisuudet, jotka koostuvat äitiysneuvolan, lastenneuvolan, avoimen varhaiskasvatuksen ja vähintään ehkäisevistä sosiaali- tai terveystalvolutuista (muun muassa lasten ja perheiden sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvola, perhetyö). Nämä palvelut sijaitsevat joko samassa rakennuksessa, tai ne ovat organisoituneet verkostomaisesti. Tutkimukseen osallistuneista perhekeskuksista puolet (50 %) kuuluvat tähän ryhmään. Hyvinvointineuvolatyyppinen perhekeskus voi muodostua palvelukokonaisuudesta, jossa terveystalvolutointintaan kytkeytyneitä äitiys- ja lastenneuvolapalveluja on vahvistettu vähintään ennalta ehkäisevillä sosiaalipalveluilla (22 %), mutta avoimen varhaiskasvatuksen tai päivähoiton palvelut eivät sisälly näiden perhekeskusten toimintaan. Avoimen varhaiskasvatuksen perhekeskuksen palvelukokonaisuuden voivat muodostaa avoimen varhaiskasvatustoiminnan ympärille rakentuvat palvelut (9 %), joita on vahvistettu vähintään ehkäisevin sosiaalipalveluin tai kolmannen sektorin toiminnalla. Sen sijaan äitiys- ja lastenneuvolapalvelut eivät kuulu näiden perhekeskusten palveluvalikoimaan. Erikoistuneen perhetukikeskuksen palvelukokonaisuus muodostuu erikoistuneista neuvonta- ja palveluyksiköistä, joissa tarjotaan erilaisia erityispalveluja tai kolmannen sektorin tai sosiaalitoimen palveluja (11 %). Näissä keskuksissa äitiys- ja lastenneuvolapalvelut tai avoimen varhaiskasvatuksen palvelut eivät ole osa toimintaa. (Halme ym. 2012, 68–69.)

3.3 Perhekeskusten laatu ja kehityshaasteet

Perhekeskustoiminta on Suomessa vielä melko uutta, eikä siitä ole vielä paljoa tutkimustietoa saatavilla. Hallituksen LAPE-hankkeen myötä uusia selvityksiä on käynnissä. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että asiakkaiden kokemukset lapsiperheiden palveluista ovat pääosin myönteisiä (Anttila 2016; Haapasaaari 2009; Halme ym. 2012; Haikara & Nieminen 2012; Marklund & Simic 2012; Myyrä & Vertanen 2016; Paju 2015; Perälä ym. 2011b; Vaarama, Moisio & Karvonen 2010). Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä myös perhekeskusten palveluihin (Anttila 2016; Haapasaaari 2009; Kekkonen ym. 2011; Marklund & Simic 2012). Perhekeskustoiminnan kynnyksen koetaan olevan matala, ja toiminnan avulla voidaan

luoda yhteinen kohtaamispaikka perheille. Lisäksi on olemassa näyttöä, että perhekeskukset lisäävät perheiden hyvinvointia. (Kekkonen ym. 2011.) Asiakkaiden kokemana perhekeskuksen tärkein anti on sen tarjoama yhteisöllisyys ja vertaistuen mahdollisuus (Anttila 2016, 3; Haapasaari 2009, 2). Lisäksi asiakkaat arvostivat perhekeskuksen pedagogista roolia kotivanhemmuuden tukena (Haapasaari 2009, 2). Perhekeskusmainen tai verkostoissa tapahtuva toiminta myös lisää yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja ammatillisen asiantuntijuuden ja kokemusasiantuntijuuden yhdistymistä päätöksenteossa (Haikara & Nieminen 2012, 77). Imatran hyvinvointineuvolamalli eroaa perinteisestä neuvolatoiminnasta käytännössä toteutetun moniammatillisen työskentelytavan, varhaisen reagoinnin ja ennaltaehkäisykorostamisen vuoksi. Hyvinvointineuvolan toimintamalli on työskentelytapana työnkuormittavuutta vähentävä ja kustannustehokas. (Myyrä & Vertanen 2016, 2.) Perhekeskustoiminnan kehittämiseksi on Marklundin ja Simicin (2012) mukaan tärkeä tehdä paikallistason tarvekartoitus ja mukauttaa palvelut siten, että niillä vastataan kyseisen kunnan haasteisiin. Tämän lisäksi kansallisella ja paikallisella tasolla tarvitaan pitkäjänteisempiä strategioita. Kansallisen seurannan ja kehitystuen avulla voitaisiin kehittää perhekeskuksia ja nostaa niiden asemaa. Myös kolmannen sektorin kanssa solmittujen kumppanuuksien avulla voidaan kehittää toimintaa, kuten esimerkiksi tanskalaisessa mallissa. (Marklund & Simic 2012, 41.)

Tällä hetkellä palvelut, toiminta ja asiakkaiden tarpeet eivät kohtaa. Palvelut on järjestetty pääosin hallintokunta- ja organisaatiolähtöisesti ja ne on hajautettu monelle sektorille ja moneen toimintapisteeseen. Myös asiakastiedot ovat hajautuneet lukuisiin asiakirjoihin ja rekistereihin. (STM 2016a, 3.) Vuoden 2019 jälkeen sosiaali- ja terveystieteiden palvelut järjestetään maakunnissa. Kunnat vastaavat edelleen koulupalveluista, nuorisotyöstä, vapaa-ajan palveluista, kirjastosta, kulttuuri- ja liikuntapalveluista, asuinalueiden kehittämisestä ja liikenteestä. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma LAPE:n tavoitteena on koota yhteen erilaisia lasten palveluita niin sanottuihin perhekeskuksiin, joissa eri alojen ammattilaiset toimisivat verkostomaisesti yhdessä perheiden tukena. (STM 2016b, 4.) Hankkeen tärkeänä lähtökohdiana on kumppanuus valtion ja kuntien, seurakuntien, Kelan järjestöjen ja muiden yksityisten palvelutuottajien kesken. Palveluiden monialaisuus edellyttävät verkostojohtamista, palveluekosysteemistä ajattelua sekä palvelumuotoilun osaamista. (Aula ym. 2016, 8.) LAPE-hanke aiotaan toteuttaa kahdessa muutoskokonaisuudessa, joista ensimmäinen perustuu lapsen oikeuksia ja tietoperustaisuutta vahvistavan toimintakulttuurin luomiseen. Toisessa muutoskokonaisuudessa kaikki maakunnan alueella sijaitsevat lasten, nuorten ja perheiden palvelut sovitetaan yhteen lapsi- ja perhelähtöiseksi palvelujen kokonaisuudeksi. Kun palvelujen oikea-aikainen saatavuus paranee, voidaan tuen painopiste siirtää korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin ja varhaisen tuen palveluihin. Maakunta- ja kuntatasolle luodaan myös toimivat rakenteet ja sopimuskäytännöt seurakuntien ja järjestöjen kanssa tehtävälle yhteistyölle ja heidän tuottamistaan tukimuodoista tulee osa palvelukokonaisuutta. (STM 2016a, 4–6.)

4 YHTEENVETO OPINNÄYTETYÖN KESKEISISTÄ KÄSITTEISTÄ

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat asiakaslähtöisyys, osallisuus, asiakaslähtöinen kehittäminen, perhekeskus ja kolmas sektori.

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitan, että asiakas on palveluiden keskiössä ja palvelut ja toiminnot organisoitua häntä varten. Asiakaslähtöisyydessä asiakas nähdään yhdenvertaisena toimijana ja oman hyvinvointinsa asiantuntijuuden kautta resurssina, joka otetaan aidosti mukaan palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys viittaa organisaation tai työntekijän toimintaa, sen arvoihin, tavoitteisiin ja sisältöön. Lainsäädäntö turvaa asiakaslähtöisyyden perustan antamalla asiakkaalle oikeuksia.

Osallisuudella tarkoitan asiakkaan mukanaoloa, huolenpitoa, vaikuttamista ja yhdessä ammattilaisen kanssa rakennetusta hyvinvoinnista osalliseksi pääsemistä. Osallisuuden toteutuessa asiakas osallistuu aktiivisesti palvelun suunnitteluun, järjestämiseen, tuottamiseen, kehittämiseen ja arviointiin. Toiminta voi olla aidosti asiakaslähtöistä vain, jos asiakas kokee osallisuutta.

Asiakaslähtöisellä kehittämisellä tarkoitan, että asiakas on mukana kehittämisessä jo palvelujen suunnitteluvaiheessa. Asiakaslähtöinen kehittäminen on vastavuoroinen prosessi, joka edellyttää palveluntuottajalta yhteisymmärrystä siitä, miten palvelut voidaan järjestää olemassa olevilla resursseilla niin, että asiakas saa siitä parhaan mahdollisen hyödyn. Yhteisymmärryksen saavuttaminen edellyttää asiakasymmärrystä eli kattavaa tietoa asiakkaista, heidän tarpeistaan ja sen hyödyntämistä palvelujen kehittämisen pohjana.

Perhekeskuksella tarkoitan toimintamallia, jonka avulla kootaan perheiden palvelut moniammatilliseksi toimijaverkostoksi. Perhekeskustoiminnassa tärkeintä on lasten hyvinvoinnin edistäminen ja ongelmien ennaltaehkäiseminen vanhemmuutta tukemalla ja vahvistamalla perheiden osallisuutta ja sosiaalisia verkostoja. Perhekeskus voi olla fyysinen tila, jossa palvelut ovat saman katon alla tai toimijoiden verkosto, jossa yhteistyötä ohjaamaan on kehitetty vakiintuneita käytäntöjä.

Kolmannessa sektorilla tarkoitan kansalaisjärjestöjä ja vapaaehtoistoimintaa, jolla on aatteellinen tai ideologinen perusta ja jota yhdistää vahva asiakaskeskeisyys sekä toimiminen asiakaskuntansa äänenä ja osallistumisen kanavana. Kolmas sektori vastaa usein sellaisiin tarpeisiin, joita julkinen tai yksityinen sektori ei nykyisellään kykene täyttämään.

5 OPINNÄYTEYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYKYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neuvolan asiakkaiden käsityksiä nykyisestä neuvolatoiminnasta ja tulevan perhekeskustoiminnan kehittämisestä. Tulosten pohjalta kehitettiin asiakaslähtöinen yhteistyömalli neuvolan ja kolmannen sektorin välille. Tavoitteena oli, että mallia hyödyntämällä asiakkaiden osallisuus perhekeskustoiminnan kehittämisessä lisääntyy. Mallin avulla tuetaan myös perhekeskuksen ja kolmannen sektorin asiakaslähtöistä yhteistyötä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä hyviä asioita on asiakkaiden mielestä nykyisessä neuvolatoiminnassa?
2. Mitä odotuksia asiakkailla on tulevalle hyvinvointipalvelumallille?
3. Millä tavoin asiakkaat voivat osallistua jatkossa neuvolatoiminnan kehittämiseen?

6 OPINNÄYTETYÖNPROSESSIN KUVAUS JA MENETELMÄVALINNAT

Tässä luvussa käsittelen opinnäytetyön aiheen valintaa ja rajausta, kuvaan toimintaympäristön ja kohderyhmän, perustelen menetelmävalinnat ja kuvaan opinnäytetyön toteuttamisen.

6.1 Aiheen valinta ja rajaus

Ensimmäiset keskustelut opinnäytetyöni aiheen tiimoilta kävin loppukeväästä 2015 Kokkolan terveyskeskuksen hoitotyön johtajan ja neuvolan osastonhoitajan kanssa. Kokkolassa oli keväällä 2015 tehty päätös hyvinvointineuvolatoiminnan aloittamisesta muutaman vuoden kuluttua (Kokkolan kaupunki 2015). Mallia oli jo haettu Tampereelta pidempään toimineesta hyvinvointineuvolasta (Kangaspunta & Värri 2007, 3). Alkuperäinen aihe liittyi muutoksen johtamiseen hyvinvointineurolaprosessissa, ja tutkimuksen kohderyhmän oli tuolloin tarkoitus olla neuvolan henkilökunta. Ensimmäisessä tapaamisessa syksyllä 2015 opinnäytetyön aihe vaihtui. Esimiehillä oli tarpeena saada tietoa sekä asiakkailta että henkilökunnalta ennen hyvinvointineuvolan suunnittelun aloittamista. Opinnäytetyöni aiheeksi muodostui tuolloin asiakasnäkökulma ja kohderyhmän muodostivat neuvolan asiakkaat. Tarkoituksena oli hankkia asiakastietoa hyvinvointineurolamallin kehittämisen tueksi. Lisäksi esimiehillä oli toive asiakkaiden ottamisesta mukaan kehittämisprosessiin. Opinnäytetyön ohjausryhmään nimettiin neuvolan osastonhoitaja, terveyskeskuksen hoitotyön johtaja, neuvolan lääkäri, perheneuvolan johtaja, kaksi neuvolan terveydenhoitajaa ja opinnäytetyötä ohjaava yliopettaja.

Opinnäytetyöni kohderyhmäksi rajattiin tulevan hyvinvointineuvolan asiakkaat ja aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Tarkoituksena oli haastatella kaksi asiakasryhmää. Kevään 2016 aikana esimiesten näkemys tulevasta toiminnasta oli muuttunut hyvinvointineuvolasta perhekeskustyyppiseksi, ja siksi käytän tässä työssä perhekeskus-käsitettä. Kesäkuussa 2016 esittelin haastattelujen tulokset ohjausryhmälle. Tällöin opinnäytetyön ohjausryhmään tuli mukaan myös neuvolan asiakkaiden edustus, ja kehittämistehtäväksi valittiin neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittäminen. Syys- ja marraskuussa 2016 pidetyissä yhteistyöpalavereissa oli mukana neuvolan ja asiakkaiden lisäksi edustus Kokkolan evankelisluterilaiselta seurakunnalta, Keski- ja Etelä-Pohjanmaan Martoilta, Mannerheimin Lastensuojeluliiton Kokkolan osastolta ja Kokkolan ensi- ja turvakodeilta.

6.2 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Opinnäytetyön toimintaympäristö oli Kokkolan äitiys- ja lastenneuvolat. Kokkolassa neuvolan toimintaa ovat määräaikaistarkastukset tai yksilöllisesti sovitut käynnit terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolla. Osa määräaikaistarkastuksista toteutetaan laajoina terveystarkastuksina. Neuvolan toimintaa ovat lisäksi puhelinneuvonta ja perhevalmennukset ensimmäistä lastaan odottaville perheille sekä kotikäynnit ensimmäisen lapsensa saaneisiin perheisiin ja tarvittaessa myös muille perheille. Yhteistyötä tehdään esimerkiksi neuvolan perhetyöntekijän, ravitsemussuunnittelijan, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän ja psykologin kanssa. Moniammatillinen yhteistyö suunnitellaan aina yhdessä asiakkaan kanssa. Neuvolan perhetyö on osa äitiys- ja lastenneuvolapalveluja. Se on tarkoitettu lasta odottaville ja pienten lasten vanhemmille. Osassa neuvoloita sama terveydenhoitaja tarjoaa perhesuunnittelu-, äitiys- ja lastenneuvolapalveluita. Neuvolat toimivat alueittain ja käyntiä varten varataan aika. (Kokkolan kaupunki 2016b.) Vuoden 2017 alusta Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvotukuntayhtymä Soite aloitti toimintansa ja neuvolapalvelut siirtyivät Kokkolan kaupungilta osaksi Soiten toimintaa.

Tutkimuksen kohderyhmä oli tulevan perhekeskuksen asiakkaat. Kokkolan keskustan alueella on viisi äitiys- ja lastenneuvolan yksikköä ja koko kunnassa niitä on yhteensä kahdeksan. Keskustassa sijaitsevat Kirkonkylän, Halkokarin, Mariankadun, Koivuhaan ja Torkinmäen neuvolat. Lisäksi Kälviällä, Lohtajalla ja Ullavassa sijaitsevat omat yksikkönsä. (Kokkolan kaupunki 2016b.) Vuonna 2016 neuvolaikäisiä lapsia oli kirjoilla Kokkolan neuvoloissa 4300 ja synnytyksiä oli 569 (Luoma 2017). Tulevan perhekeskuksen toimintamalli suunnitellaan koskemaan kaikkia neuvoloiden yksiköitä. Vasta myöhemmässä vaiheessa tarkentuu, mitkä neuvolat tulevat sijaitsemaan fyysisesti samoissa tiloissa. (Luoma 2015.)

6.3 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullisesta eli kvalitatiivista tutkimusta on tehty sosiaalitieteiden koko olemassaolon ajan, aina 1800-luvun lopulta alkaen, mutta hoitotieteessä sen käyttö on vakiintunut erityisesti 1980-luvulla. Kvalitatiivinen tutkimus sisältää laajan joukon erilaisia lähestymistapoja, jotka ovat monin tavoin myös päällekkäisiä. Nykyisellään se on erittäin laajalle hajautunutta ja vaikeasti hallittavaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueiksi voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei tiedetä vielä juuri mitään tai joissa asiaa tutkitaan sen ymmärtämisen näkökulmasta. Monia ilmiöitä ei voida pelkääntään mitata määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan ihmisten omia kuvauksia. Lisäksi kvalitatiivinen tutkimusote sopii jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen, mikäli siihen halutaan saada uusi näkökulma tai epäillään teorian tai käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia tai vakiintunutta tai aiemmin käytettyä metodiikkaa. Toisin kuin kvantitatiivisissa tutkimuksissa, kvalitatiivisissa tutkimuksissa ei pyritä yleistettävyyteen, ja tästä johtuen myöskään otos ei ole satunnainen vaan harkinnanvarainen. Otokseen pyritään saamaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti. Tällöin puhutaan harkinnanvaraisesta otoksesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 135–137; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67; Metsämuuronen 2008, 14.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) mukaan pehmeys ja joustavuus, subjektiivisuus, relativistisuus, tutkijan ja osallistujan suhteen läheisyys, strukturoimattomuus, rikkaus ja syvyys, kokonaisvaltaisuus, luonnolliset aineistonkeruun kontekstit, ihmisen toimiminen tiedonkeruun välineenä, induktiivinen analyysi, otosten tarkoituksenmukaisuus, joustavuus tutkimussuunnitelman laatimisessa ja tulosten ainutlaatuisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 73). Samoilla linjoilla ovat myös Kylmä ja Juvakka (2007) joka lisäävät vielä, että tutkimusta ohjaavat mitä-, miksi- ja miten -kysymykset ja että tutkijan rooli on aktiivinen osallistuja (Kylmä & Juvakka 2007, 31). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusongelma ei ole välttämättä täsmällisesti määriteltävissä heti tutkimuksen alussa, vaan se täsmentyy koko ajan tutkimuksen edetessä (Kiviniemi 1999, 69; Kylmä & Juvakka 2007, 31). Tutkimukseen liittyviä ratkaisuja tehdäänkin usein niin sanottujen johtolankoihin pohjaten (Kiviniemi 1999, 69).

Kvalitatiivinen tutkimus sopi menetelmäksi opinnäytetyöhöni, koska tutkin asiakkaiden käsityksiä ja olin kiinnostunut heidän ainutlaatuisista kokemuksistaan. Olin myös suorassa kontaktissa tutkittavien kanssa ryhmähaastatteluisissa, aivoriihikeskusteluissa ja palaverissa. Lisäksi tutkittavasta aiheesta oli vain vähän tutkimustietoa. Lähestymistavaksi valittu toimintatutkimus sopii myös hyvin yhteen laadullisen tutkimusmenetelmän kanssa. Opinnäytetyössäni käyttämä induktiivinen sisällönanalyysi on myös tyypillinen laadullisen tutkimuksen aineiston analyysimenetelmä.

6.4 Toimintatutkimus lähestymistapana

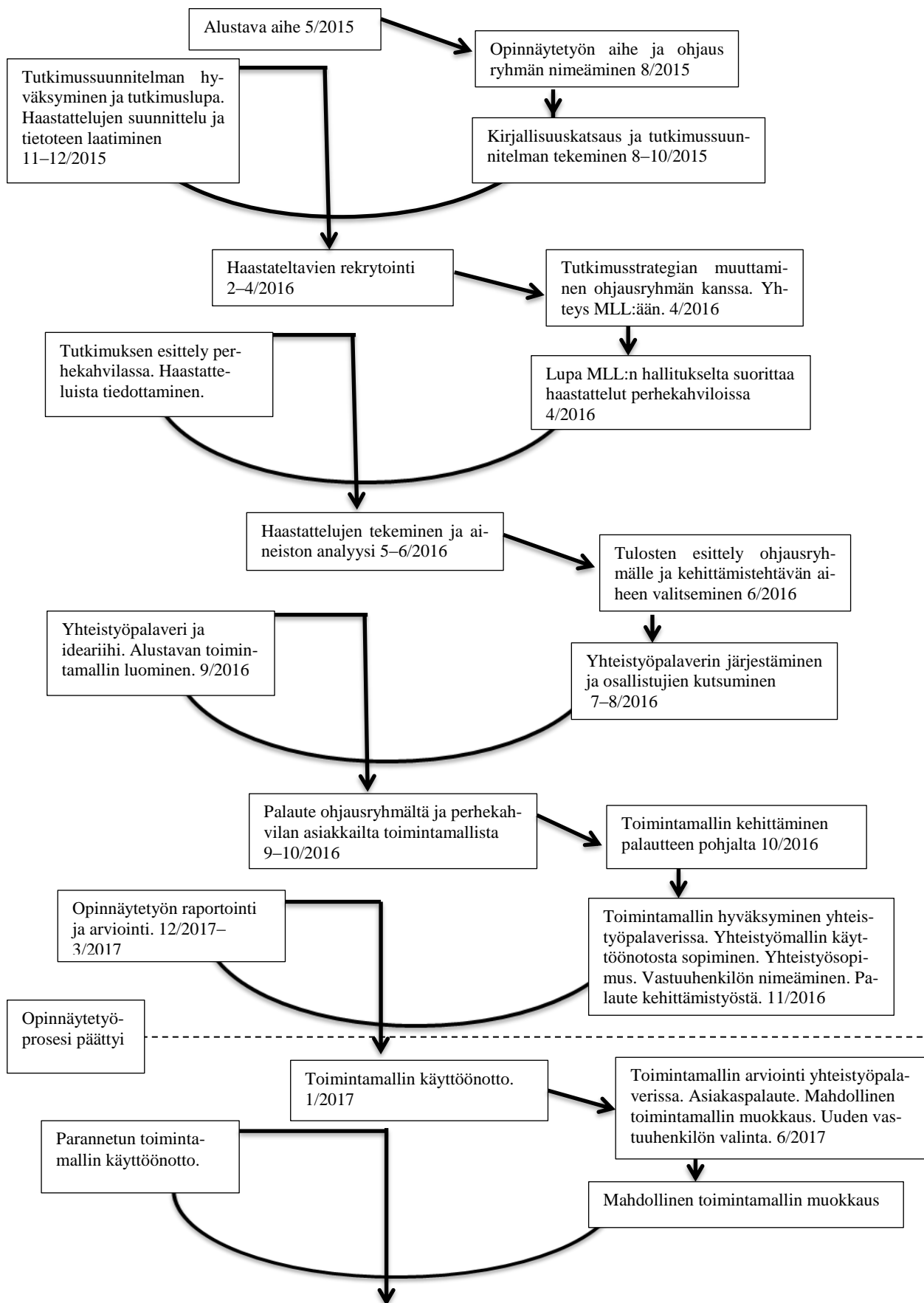
Toimintatutkimuksessa sekä tutkitaan että yritetään muuttaa tällä hetkellä vallitsevia käytäntöjä. Sen avulla etsitään ratkaisuja ongelmiin, jotka voivat olla teknisiä, yhteiskunnallisia, sosiaalisia, eettisiä tai ammatillisia. (Kuula 1999, 10; Metsämuuronen 2008, 29–32; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 52). Toiminnan kehittämisen lisäksi pyritään tuottamaan myös uutta tietoa ja teoriaa (Carr & Kemmis 1986, 200–209). Toimintatutkimuksessa olennaista on tutkittavien eli käytännössä toimivien ihmisten aktiivinen mukaan ottaminen tutkimukseen. Olennaista on myös yhteistyö ja aktiivinen tekeminen tutkimisen ohella. Kurt Lewinin (1948) mukaan, toimintatutkimukselle on tyypillistä käytäntöön suuntautuminen, ongelmakeskeisyys, tutkittavien ja tutkijan roolit aktiivisina toimijoina muutosprosessissa sekä tutkittavien ja tutkijan suhteen perustana oleva yhteistyö. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oleva muutos voi tapahtua tai olla tapahtumatta, tai se voi olla aivan toisenlainen kuin mitä alun perin tavoiteltiin. Toimintatutkimus on tutkimusta ja siinä tuotetaan aineistoa ja sen pohjalta uutta tutkimuksellista tietoa, vaikka aiotut käytännön muutokset eivät onnistuisikaan. (Kuula 1999, 10–11, 218–219.)

Toimintatutkimuksessa etsitään käytäntöön sovellettavaa ja hyödynnettävää tietoa käytänteiden kehittämiseksi. Tätä uutta tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä syntyy ongelmanratkaisuprosessin yhteydessä. Kun perinteisesti tutkimuksessa lähdetään liikkeelle puhtaasta teoreettisesta intressistä ja pyritään selvittämään, kuinka asiat ovat, toimintatutkimuksen intressinä on selvittää, kuinka asioiden tulisi olla. Asioiden kuvaamisen sijaan pyritään luomaan uudenlaista, muuttunutta todellisuutta. Toimintatutkimuksessa ei siis ole tavoitteena saada tietoa vain tietämisen vuoksi, vaan saada sellaista tietoa, jonka avulla voidaan parantaa käytänteitä. (Heikkinen 2015, 209; Ojansalo ym. 2009, 52–55.) Tutkijan rooli on toimintatutkimuksessa aina ryhmän aktiivisena jäsenenä (Ojansalo ym. 2009, 55).

Keskeinen menetelmä toimintatutkimuksessa on diskurssi, jolla tarkoitetaan yhteisesti hyväksytyihin näkemyksiin etsiytyvää keskustelua. Sen ideana on eteneminen spiraalimaisesti, ja spiraalin kierrokset muodostuvat suunnittelu-toiminta-havainnointi-reflektointi-kierroksista. Yleensä jokainen toimintakierros sisältää useita sivukierroksia sen mukaan, millaisia lisätoimintoja prosessiin liittyy. Yksi syklin kierros on aina perusta seuraavalle kierrokselle, ja tarkoituksena on jatkuvasti tarkastella suhdetta, joka muodostuu aikaisemman syklin havainnoinnista. Jokainen diskurssin toiminta-askel muodostaa kierroksen, johon kuuluu suunnittelu, suoritusvaihe ja uusien tosiasioiden havaitseminen, kuten myös havaintojen teko toiminnan tuloksista ja niiden pohjalta suoritettu reflektointi. Kierrosten aikana pyritään paranevaan toimintaan. (Anttila 2007, 135–136.) Eryityisesti toimintatutkimuksessa korostetaan kehittämissuunnan spiraalimaista rakennetta (Toikko & Rantanen 2009, 66).

Tiivistetysti voidaan sanoa, että toimintatutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat ongelmakeskeisyys, tutkittavien ja tutkijan aktiivinen rooli toimijoina muutoksessa, tutkittavien ja tutkijan välinen yhteistyö sekä monimenetelmällisyys. Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottu, yhteistyötä vaativa, osallistava sekä itseään tarkkaileva tutkimusstrategia. (Carr & Kemmis 1986, 163; Kuula 1999, 219; Ojansalo ym. 2009, 38, 58; Toikko & Rantanen 2009, 29–30; Williamson 2012, 8–9.)

Valitsin toimintatutkimuksen opinnäytetyöni lähestymistavaksi, koska se sopii hyvin kehittämistyöhön. Opinnäytetyön aihe tuli suoraan työelämän tarpeesta ja ohjausryhmän jäsenet olivat aktiivisessa roolissa heti tutkimuksen alusta lähtien. Aktiivinen rooli ja yhteistyö korostuivat erityisesti kehittämistyön vaiheessa, jossa kehittäminen tapahtui yhteistyöpalavereissa. Oma roolini tässä tutkimuksessa oli ryhmän aktiivinen jäsen ja toimin kiinteässä yhteistyössä ohjausryhmän muiden jäsenten kanssa. Opinnäytetyöprosessissa toistuivat, myös toimintatutkimukselle tyypilliset suunnittelu-toiminta-havainnointi-reflektointi-kierrokset (KUVIO 2).



KUVIO 2. Opinnäytetyön eteneminen (mukaiillen Toikko ja Rantanen 2009, 67)

6.5 Aineiston keruu

Opinnäytetyöni aineistonkeruumenetelmä oli teemahaastattelu, ja keräsin aineiston ryhmähaastattelun ja kahden yksilöhaastattelun avulla. Haastattelu on kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä, ja se voidaan luokitella eri tavoin ja eri kriteerein. Haastatteluun osallistuvien lukumäärään perusteella haastattelumenetelmiä voidaan luokitella yksilö-, pari- ja ryhmähaastatteluihin. Haastattelun strukturoinnin mukaan haastattelumenetelmiä voidaan luokitella strukturoituihin, teemahaastatteluihin tai avoimiin haastatteluihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123.) Koska haastattelu on hyvin joustava aineistonkeruumenetelmä, se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa tutkija on suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, ja tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Mahdollista on saada esiin myös vastausten taustalla olevia motiiveja ja myös haastatteluaiheiden järjestystä on myös mahdollista muuttaa. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 34.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastateltavien määrä ei ole olennainen, sillä yleistettävyyden sijaan pyritään saamaan syvälinen ymmärrys tutkittavasta asiasta, kuten jostakin tapahtuneesta tilanteesta tai ilmiöstä. Jo muutaman haastattelun perusteella voidaan saada merkittävää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija ei pysty tietämään ennalta, kuinka monta ihmistä tutkimuksessa haastatellaan, vaan tämän määrittelee aineiston saturaatio. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom, Yläne & Paavilainen 2014, 116–118; Tuomi & Sarajärvi 2009, 87–90.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2014) mukaan syitä valita aineistonkeruumenetelmäksi haastattelu on, että halutaan korostaa ihmisen subjektiivutta tutkimustilanteessa (mahdollisuus tuoda esille itseä koskevia asioita, ihminen on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli). Kysymyksessä on vähän kartoitettu, tuntematon alue (tutkijan vaikea tietää etukäteen vastausten suuntaa). Haastattelussa halutaan sijoittaa haastateltavan puhe laajempaan kontekstiin, selventää vastuksia ja syventää saatavia tietoja (esimerkiksi pyytää mielipiteille perusteluja, mahdollisuus lisäkysymyksiin) tai tutkia arkoja tai vaikeita aiheita. Haastattelun toteuttaminen edellyttää rauhallista paikkaa, ja muiden ihmisten läsnäolo saattaa vaarantaa haastattelun, erityisesti jos he puuttuvat haastattelun kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 35, 127.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin. Tämä tuo haastateltavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelun avulla voidaan tutkia yksilön ajatuksia, tunteita, kokemuksia, mutta myös sanatonta kokemustietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 48; Kurkela 2015a.) Itse haastattelutilanteessa esiin nostettavat teemat ovat tarkoin edeltä käsin

pohditut ja määritellyt. Tutkimusongelmista riippuen teemat käsitellään joko etukäteen määrättyssä järjestyksessä tai keskustelun luontevaan kulkuun sopivassa järjestyksessä. Teemahaastattelussa on hyvin tärkeää, että haastattelun rakenne pysyy haastattelijan hallinnassa. Sen etuna on kerättävän aineiston rakentuminen aidosti haastateltavan henkilön kokemuksista käsin. (Kurkela 2015a.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä siksi, että yksi haastattelun aspekti, haastattelun aihepiiri, tema-alueet, ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 48.) Wongin (2008) mukaan tarkentavien kysymysten käyttö haastattelutilanteissa on suotavaa lisätiedon saamiseksi. Haastateltavaa voi esimerkiksi pyytää kertomaan havainnollistavia esimerkkejä. (Wong 2008, 258.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2014) mukaan ryhmähaastattelulla on sen kaikissa muodoissa joitakin etuja verrattaessa yksilöhaastatteluihin. Sen avulla saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta, monet myös pitävät sitä helpompana menetelmänä kuin yksilöhaastattelua. Se tulee myös halvemmaksi kuin saman määrän haastattelu yksilöhaastatteluna. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 63.) Ryhmän jäsenten vastaukset ja kommentit vievät keskustelua kyseessä olevasta temasta eteenpäin, mikä pakottaa osallistujat tarkentamaan ja kommentoimaan myös omia puheenvuorojaan (Kurkela 2015b). Tehokkaimmin toimivat 6–10 henkilön ryhmät (Toikko & Rantanen 2009, 145). Ryhmähaastattelun tavoitteena on saada aikaan yhteinen tilanne useiden henkilöiden kesken. Henkilöt keskustelevat siitä, miten he ymmärtävät joitakin asioita, millaisia kokemuksia heillä on ja miten he suhtautuvat erilaisiin asioihin. (Kurkela 2015b.)

Haasteena ryhmähaastatteluissa on ryhmien kokoaminen, haastatteluajan ja paikan sopiminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124). Haittana pidetään myös sitä, etteivät kaikki kutsutut välttämättä pääse tulemaan. Ryhmädynamiikka ja erityisesti valtahierarkia vaikuttavat siihen, mitä sanotaan ja kuka ryhmästä puhuu. Tavallisesti ryhmähaastattelu tallennetaan, ja useinkaan yksi mikrofoni ei riitä. Ennen varsinaisen haastattelun aloitusta olisi hyvä kokeilla, miltä tallennukset kuulostavat, sillä ihmiset puhuvat eri voimakkuuksilla ja mikrofonit saattavat olla liian kaukana joistain puhujista. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 63.) Suurimpana haasteena pidetään ryhmähaastattelujen purkamista ja analyysin tekoa tallenteista. Usein on vaikeaa päätellä, kuka osallistujista on äänessä, sillä ryhmäkeskusteluun liittyy päällekkäistä puhetta. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 63; Toikko & Rantanen 2009, 146.)

Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikutti työelämän toive haastattelututkimuksesta. Teemahaastattelu sopi valituksi aineistonkeruumenetelmäksi, koska tarkoituksenani oli saada mahdollisimman heterogeeninen otos neuvolan asiakkaista. Teemahaastattelut oli tarkoitus järjestää kahtena ryhmähaastatte-

luna, joihin pyrin saamaan vanhempia Kokkolan kaikista äitiys- ja lastenneuvoloista. Haastattelujen tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden yksilöllisiä ja ainutlaatuisia kokemuksia, jolloin haastattelun käyttö aineistonkeruumenetelmänä oli perusteltua. Haastatteluissa käsiteltävät teemat perustuivat tutkimuskysymyksiin, ja ne oli hyväksytty ohjausryhmässä (LIITE 1), mutta muutoin haastattelujen oli tarkoitus edetä osallistujien ehdoilla. Ryhmähaastatteluun päädyin, koska se on osallistava menetelmä ja sopii siksi yhteen laadullisen tutkimusmenetelmän ja toimintatutkimuksen lähestymistavan kanssa. Koska ryhmän jäsenten kommentit vievät keskustelua eteenpäin, välttyisin tahattomasti ohjailemasta haastattelun etenemistä.

Opinnäytetyöni ohjaaja hyväksyi tutkimussuunnitelman marraskuussa 2015, jonka jälkeen esittelin sen ohjausryhmälle joulukuussa 2015. Ohjausryhmä hyväksyi tutkimussuunnitelman, ja samassa palaverissa jätin tutkimuslupa-anomuksen (LIITE 2) hoitotyön johtajalle. Hän myönsi tutkimusluvan (LIITE 3) joulukuussa 2015. Laadin tiedotteen tutkimuksesta (LIITE 4) osallistujien saamiseksi. Tiedotteen tarkoituksena oli kertoa opinnäytetyöstä ja haastatteluista asiakkaille ja pyytää vapaaehtoisia osallistujia. Vapaaehtoiset ottaisivat joko suoraan yhteyttä minuun tai ilmoittaisivat osallistumishalukkuutensa terveydenhoitajille, jotka välittäisivät osallistujien yhteystiedot edelleen minulle. Neuvolan osastonhoitaja tiedotti tutkimuksesta neuvolan terveydenhoitajille ja ohjeisti heidät kertomaan tutkimuksesta neuvolan asiakkaille. Tammikuussa 2016 neuvolan osastonhoitaja välitti tiedotteen tutkimuksesta Kokkolan kaupungin alueella toimiviin neuvoloihin terveydenhoitajien työ sähköpostin kautta, ja lisäksi hän oli yhteydessä terveydenhoitajiin puhelimitse, jotta tiedotteet sijoitettaisiin neuvoloihin ohjausryhmässä sovitulla tavalla. Kolmen viikon kuluttua tiedotteen lähettämisestä neuvoloihin lähestyin potentiaalisia tutkimukseen osallistujia Kokkolan alueen Facebook Mammatt-ryhmien kautta, kuten ohjausryhmässä oli sovittu. Otin aluksi yhteyttä ryhmien ylläpitäjiin, ja heidän luvallaan tiedote tutkimuksesta julkaistiin ryhmien sivuilla.

Vaikka terveydenhoitajat tiedottivat tutkimuksesta ja tiedote tavoitti asiakkaat sekä neuvoloissa että sosiaalisesta mediasta, sain vain muutamia yhteydenottoja halukkailta osallistujilta. Huhtikuun alussa 2016 ohjausryhmä päätti, että ryhmähaastattelut voidaan toteuttaa olemassa olevissa ryhmissä, joiden jäsenet olivat neuvolapalvelujen asiakkaita. Ohjausryhmän päätöksellä otin yhteyttä Kokkolan MLL:n puheenjohtajaan ja pyysin lupaa saada toteuttaa ryhmähaastattelut perhekahvilassa. Liitin lupapyyntöön opinnäytetyön tutkimussuunnitelman. Sain luvan haastattelujen toteuttamiseen perhekahviloissa MLL:n hallitukselta 5.4.2016. Kävin 12.4.2016 esittäytymässä perhekahvissa ja kertomassa tutkimuksesta, jolloin läsnäolijoiden kanssa sovin haastattelupäiväksi 3.5.2016. Minulla oli tiedossa, että kaikilla haastatteluun

osallistujilla olisi mukanaan vähintään yksi lapsi ja että nämä ainakin jonkin verran häiritsisivät haastattelua. Perhekahvila oli kuitenkin suuri, ja haastattelu oli tarkoitus järjestää eri tilassa, kuin missä isommat lapset leikkivät. Lisäksi ne äidit, jotka eivät sillä hetkellä osallistuisi haastatteluun, olisivat toisessa tilassa lasten kanssa. Haastattelupäivästä informoitiin perhekahvilan Facebook-sivuilla ja perhekahvilaan jätetyissä tiedotteissa. Tiedote oli sama kuin neuvoloihin lähetetty, mutta siinä kerrottiin lisäksi, ettei perhekahvilaan tuleminen edellytä tutkimukseen osallistumista. Kutsuin haastatteluun myös kaikki jo aiemmin ilmoittautuneet vapaaehtoiset.

Haastattelupäivänä perhekahvilassa oli 10 äitiä, joista 7 osallistua tutkimukseen. Lopullinen toteutus oli 1 ryhmähaastattelu ja 2 yksilöhaastattelua. Kaikki osallistujat allekirjoittivat lupalomakkeen (LIITE 5), ennen haastattelujen aloittamista. Kolme tutkimukseen osallistuneista äideistä ilmaisi halukkuutensa osallistua opinnäytetyöprosessin seuraaviin vaiheisiin, ja he jättivät minulle yhteystietonsa. Minulla oli mahdollisuus tehdä haastatteluja myös muissa perhekahviloissa, mutta 3.5.2016 saatu aiheisto oli kattava ja saturatio täyttyi. Ryhmähaastattelussa kaikki osallistuivat tasapuolisesti keskusteluun ja ilma-
piiri oli avoin ja vapautunut. Esitin kysymykset koko ryhmälle ja jäsenet vastasivat aluksi vuorotellen, mutta jo ensimmäisen kysymyksen jälkeen haastattelu eteni omalla painollaan ja haastateltavat kommentoivat asioita spontaanisti. Ryhmän hyvän vuorovaikutuksen myötä, ryhmälle muodostui yhteinen ymmärrys käsiteltävästä aiheesta. Haastattelu eteni temahaastattelurungon mukaisesti, ja lisäksi esitin joitakin tarkentavia kysymyksiä. Nauhoitin haastattelun kahdella nauhurilla, jotka testasin ennen varsinaisen haastattelun aloitusta, jotta jokaisen haastateltavan ääni kuului. Ryhmähaastattelun purkamista helpotti kahden äänitteen lisäksi haastattelun aikana tekemäni muistiinpanot. Yksilöhaastattelut tein ryhmähaastattelun jälkeen, ja niissä käytettiin vain yhtä nauhuria. Teemarako oli sama kuin ryhmähaastattelussakin, mutta yksilöhaastatteluissa kävin haastateltavien kanssa myös läpi aiheita, jotka nousivat ryhmähaastattelussa merkityksellisiksi.

6.6 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysi yleisiä piirteitä on, että analyysi alkaa usein jo itse haastattelutilanteessa. Mikäli tutkija tekee itse haastattelut, hän voi jo haastattellessaan tehdä havaintoja ilmiöstä. Aineisto myös analysoidaan yleensä ”lähellä” aineistoa ja sen kontekstia, koska aineisto säilyy sanallisessa muodossa. Tutkijan päättely voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai abduktiivista eli teorialähtöistä. Analyysitekniikat ovat moninaisia, eikä ole yhtä oikeaa, muita parempaa analyysitapaa. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 136.)

Sisällönanalyysissä keskitytään haastatteluaineiston sisällön merkityksien tarkastelemiseen. Siinä muodostetaan kategorioita, lasketaan ja tutkitaan sisältöjen esiintymistä sekä tekstin merkityksiä. Induktiivisuudella tarkoitetaan vapautta teoriaohjautuvuudesta ja laadullisessa tutkimuksessa käytetty päättelyn logiikka noudattaa peruslähtökohdiltaan tätä muotoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67–68, 72.) Induktiivisen päättelyn logiikka etenee yksittäistapauksesta yleiseen. Päättelyssä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmiksi kokonaisuuksiksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 23.) Induktiivisessa sisällönanalyysissä oletetaan, että mitä enemmän aineistoon perehdytään, sitä enemmän aineisto alkaa puhua oman sisäisen rakentumistapansa kieltä. Kehittämistoiminnassa on kuitenkin vain harvoin aikaa täysin induktiiviseen analyysiin, ja tästä johtuen tyydytään usein laadullisen aineiston luokitteluun ja karkeaan tulkintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 140.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja teoreettisten käsitteiden muodostamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa analysoitava tieto voi olla auki kirjoitettu haastattelu tai muu aineisto, josta on poistettu kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto. Tiedon pelkistäminen voi olla joko sen tiivistämistä tai pilkkomista haluttuihin osiin. Tätä ohjaa tutkimustehtävä, jonka perusteella sille olennaiset asiat pelkistetään joko litteroimalla tai koodaamalla. Ryhmittelyvaiheessa eli klusteroinnissa pelkistetyistä aineistosta etsitään ja käsitteistetään samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Samaa tarkoittavat ilmaukset luokitellaan erilaisiksi yksiköksi. Luokitteluyksikkö voi olla ominaisuus, piirre tai käsitys luokiteltavasta asiasta. Luokittelulla pyritään tiivistämään aineistoa ja sisällyttämään yksittäiset tekijät ylempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Ryhmittelyvaihetta seuraa teoreettisten käsitteiden muodostaminen eli abstrahointivaihe aineiston olennaisesta ja valikoidusta tiedosta. Ryhmittelyn voidaan myös katsoa sisältyvän osaksi tätä vaihetta. Käsitteellistämisessä edetään alkuperäisestä informaatiosta teoreettisten käsitteiden kautta johtopäätöksiin, ja sitä jatketaan, kunnes se ei ole enää aineiston kannalta järkevää. Tiivistetysti voidaan sanoa, että induktiivisessa sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä erilaisiin luokituksiin saaden lopuksi vastaus tutkimuskysymykseen. Se perustuu hyvin pitkälti tutkimusaineiston tulkintaan ja päättelyyn, joka etenee tutkittavan asian kokemuksellisuudesta käsitteellisempään suuntaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.)

Litteroin aineiston sanasta sanaan tietokoneella fontilla 12 ja rivivälillä 1,5. Auki kirjoitettua tekstiä tuli 27 sivua. Aineisto oli rikasta, ja saturaatio täyttyi. Analysoin ryhmähaastattelun ja yksilöhaastattelujen aineistot yhdessä. Aineiston analyysiä ohjasivat opinnäytetyön tutkimuskysymykset. Analyysissä käytin lisäksi apuna haastattelujen aikana tekemiäni muistiinpanoja. Analysoin aineiston tutkimuskysymysten

mukaisina teemoina. Aluksi pelkistin litteroidun aineisto ja karsin siitä pois tutkimuksen kannalta epäoleellisen tiedon. Pelkistämisen jälkeen luokittelin aineistoa, jolloin kokosin samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut omiksi ryhmikseen. Jatkoin luokittelua, kunnes sain muodostettua tiiviitä alaluokkia, jotka puolestaan yhdistin yläluokkaan. Lopuksi muodostin yläluokille yhdistävän luokan. Aineiston analyysi on kuvattu liitteessä 6 (LIITE 6).

7 ASIAKKAIDEN KÄSITYKSIÄ NEUVOLATOIMINNASTA JA SEN KEHITTÄMISESTÄ

Tässä luvussa kuvaan haastattelujen tulokset tutkimuskysymyksittäin. Aineisto koostuu yhdestä ryhmähaastattelusta ja kahdesta yksilöhaastattelusta.

7.1 Hyvät asiat nykyisessä neuvolatoiminnassa

Tulosten mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä neuvolapalveluiden nykytilaan. Kaikki hyvät kokemukset liittyivät asiakaslähtöisyyden toteutumiseen neuvolapalveluissa. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen muodostui terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamisesta, palvelujen saavutettavuudesta ja koko perheen tasavertaisesta huomioimisesta. Suurin osa asiakkaiden hyvistä kokemuksista liittyi terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamiseen (KUVIO 3). Asiakkaiden mielestä oli hyvä, jos perheellä oli mahdollisimman pitkään sama terveydenhoitaja. Tämä lisäsi jatkuvuutta, perheen tuntemista ja yleensäkin positiivisia kokemuksia neuvolasta.

...kuus vuotta samalla neuvolan hoitajalla, niin ku se tuntee meidät perheen jo niinku, ja se on ollut koko ajan sama.

Tosi paljo positiivisia kokemuksia ja kun alko oleen vain se sama neuvolan täti, ettei enää vaihtunu.

Onnistunut vuorovaikutus terveydenhoitajan kanssa lisäsi hyviä kokemuksia. Onnistuneessa vuorovaikutustilanteessa terveydenhoitaja oli ollut rohkaiseva, kannustava, mukava, persoonat olivat kohdanneet terveydenhoitajan kanssa ja hänen kanssaan oli tultu hyvin juttuun. Asiakkaiden hyviä kokemuksia lisäsi myös terveydenhoitajan asiakaslähtöinen toimintatapa. Tällöin terveydenhoitaja otti asiakkaan ajatukset huomioon, eikä tuominut niitä. Asiakaslähtöiseen toimintatapaan kuului myös avoimesti erilaisista vaihtoehtoista tiedottaminen, joista asiakas pystyi valita itselle parhaan. Asiakkaan aito kohtaaminen ja kokemus avun saamisesta toteutuivat nykyisessä neuvolatoiminnassa hyvin. Terveydenhoitajalla oli ollut aikaa tutustua ja jutella asiakkaan kanssa, ja asiakas oli kokenut, että hänestä ollaan aidosti kiinnostuneita. Lisäksi asiakkaat olivat kokeneet saaneensa neuvolasta avun ja vastaukset heitä askarruttaviin kysymyksiin.

Mää tulin hyvin juttuun sen mun niinkö raskausajan neuvolatädin kaa...se oli kyllä mukava ja semmonen kauheen kannustava kaikessa...

...ei tuputa mitään tiettyä vaan niinkö käy että ootko tietonen tästä, jos teet noin niin, niitä vaihtoehtoja käyään...voi ite valita tavallaan sen mikä itelle sopii.

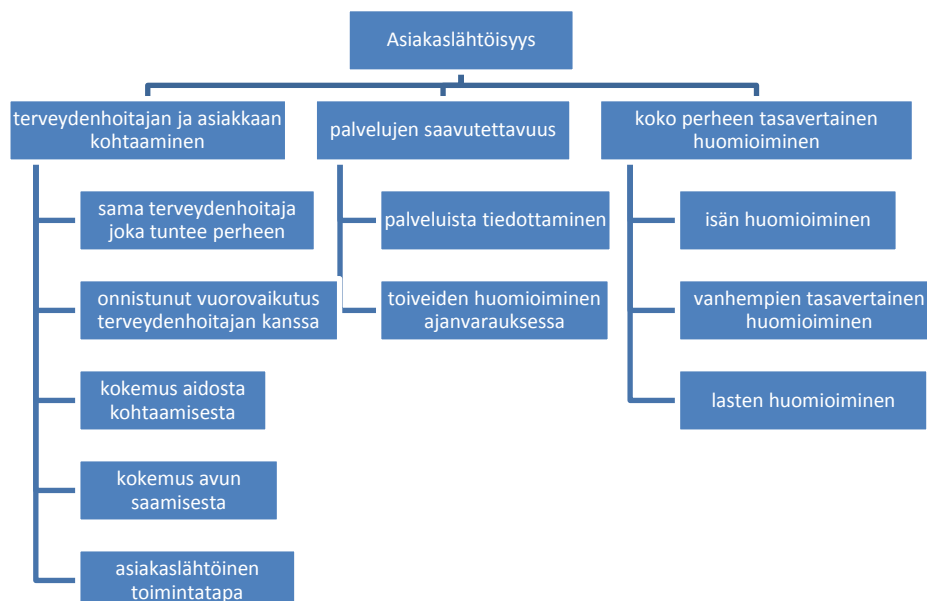
Mä ehkä koin, että oikeesti sitä niinku kiinnosti se, että ja sillä oli aikaa.

Asiakkaat olivat tyytyväisiä neuvolapalveluiden saavutettavuuteen. He kokivat, että erilaisista tukipalveluista tiedotettiin neuvolassa hyvin, eikä asiakkaan tarvinnut vielä olla erityisen tuen tarpeessa saada tietoa. Asiakkaat olivat tyytyväisiä siihen, miten heidän toiveitaan otettiin huomioon neuvola-aikaa varatessa. Asiakkaat kokivat, että nykyisissä neuvolapalveluissa otettiin koko perhe tasavertaisesti huomioon. Erityisen tyytyväisiä he olivat siihen, miten neuvolan terveydenhoitajat huomioivat isiä. Isän mielipiteistä oltiin kiinnostuneita, niitä kysyttiin aktiivisesti ja hänet otettiin neuvolassa hyvin vastaan. Vaikka kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat äitejä, he kertoivat, että olivat keskustelleet tästä asiasta kotona toisen vanhemman kanssa asiasta. Vanhemmat huomioitiin tasavertaisina ja myös lapset huomioitiin hyvin. Lasten hyvä huomioiminen sisälsi lapsiystävälliset tilat ja riittävästi leikkimahdollisuuksia myös neuvolassa mukana oleville sisaruksille.

...tuotiin niin tota paljon esille sitä että...että mitä kaikkee eri palveluita täällä on, mitä voi käyttää sitte...

Aina on just pystynyt sopia semmosen ajan joka niinkö mejän aikataulu on passannu, että isä on päässy mukaan.

Mies niin tykkää lähtee mukaan ja haluais aina osallistuu just ku on otettu niin kivasti vastaan.



KUVIO 3. Asiakkaiden kokemat hyvät asiat nykyisessä neuvolatoiminnassa

7.2 Odotukset perhekeskukselle

Asiakkaat suhtautuivat positiivisesti suunnitelmaan perustaa Kokkolaan perhekeskus. Suurin osa asiakkaista tiesi joitain perhekeskustoiminnan peruseriaatteita, mutta vain yksi heistä oli ollut aiemmin sellaisen asiakkaana. Asiakkailla oli runsaasti odotuksia tulevalle perhekeskukselle, ja ne jakautuivat perhekeskusta, palvelujen saavutettavuutta ja työmuotojen kehittämistä koskeviin toiveisiin (KUVIO 4). Perhekeskuksessa terveydenhoitajan toivottiin olevan sama ainakin koko raskausajan ja pari ensimmäistä vauvavuotta, jolloin neuvolassa oli paljon käyntejä. Mielellään hoitaja saisi olla sama aina lapsen kouluikänsä asti. Tällöin yksi ihminen tietäisi perheen asiat, eikä asiakas joutuisi joka kerta kertomaan perheen historiaa uusiksi. Toiminnan toivottiin olevan myös aluerajatonta, jolloin asiakas saisi paikkakunnalla muuttamisenkin jälkeen itse päättää, jatkaisiko hän samassa neuvolassa vai vaihtaisiko lähempään. Lisäksi asiakkaat toivoivat, että lapsiperheiden palvelut sijaitsisivat fyysisesti saman katon alla. Palveluiden sijaitseminen samassa paikassa korostasi matalaa kynnystä myös muiden tukipalvelujen osalta.

...et jotenki tavallan ite kokee et, aina taas uuestaan alottaa niinkö niitä juttuja, et miten on menny, tai näin...se jotenki paljon helpottaa...et on sama...

Ehkä se tois vielä enemmän sitä matalaa kynnystä, että se et erikseen mee... niinkö siis se et ois sama paikka mihin niinkö mentäis.

Neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön toivottiin tiivistyvän perhekeskustoiminnan alkamisen myötä. Asiakkaat toivoivat, että kolmannen sektorin näkyvyyttä lisättäisiin neuvolassa esimerkiksi tiedottamalla paremmin kolmannen sektorin palveluista, terveydenhoitajan vierailuilla perhekahvilassa ja että perhekahvilasta käytäisiin esittelemässä toimintaa perhevalmennuksissa. Kolmannen sektorin merkityksen lapsiperheiden palvelujen tuottajana nähtiin korostuvan, kun julkisia palveluja supistetaan säästösyistä.

Kolmas sektori, tai näitä vapaaehtoisia jotenki niin...ehkä nekin ois hyvä tuoda jotenki esille.

Voishan sitä tehdä niin et tulis vaikka neuvolasta terveydenhoitaja katsoon et millanen paikka tää on, niin pystys ihan konkreettisesti kertoo et mitä täällä tapahtuu.

Palvelujen saavutettavuuteen liittyvät toiveet jakautuivat neuvolan tiloja- ja ajanvarauksen kehittämistä koskeviin toiveisiin. Neuvolan tilojen toivottiin olevan siistit, selkeät ja lapsiystävälliset. Lisäksi toivottiin, että neuvolan tiloissa olisi puntari, jossa vanhempi voisi neuvolan aukioloaikana käydä punnitsemassa lapsen. Myös ajanvarausta toivottiin kehitettävän. Puhelinajanvarauksen haasteeksi koettiin tietty

puhelinaika, jolloin monet asiakkaat yrittävät soittavaa yhtä aikaa neuvolaan. Neuvolassa oli jo käytössä nettiajanvaraus, mutta siihen toivottiin lisää toimintavarmuutta. Lisäksi asiakkaat toivoivat mahdollisuutta, että neuvolan terveydenhoitaja ilmoittaisi ajan, eikä sitä tarvitsisi itse varata. Asiakkaat toivoivat myös, että terveydenhoitajalle pääsisi ilman ajanvarausta.

Ajanvaraus on ehkä semmonen mitä vois...et nyt itse asiassa on vähä ongelma et mä en ikinä itse muista sitä varata, ja sitte ku sen muistaa niin sieltä ei saa koskaan ketään kiinni.

Jos se ois ihan niinkö et koputtaan ovelle, pääsis niinku heti...

Asiakkailla oli paljon toiveita ja ehdotuksia neuvolan työmuotojen kehittämiseksi. Suurimmaksi osaksi toiveet liittyivät perhevalmennuksen kehittämiseen, johon sisältyi myös synnytysvalmennuksen kehittäminen, joka toteutettiin Kokkolassa yhteistyössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kanssa. Perhevalmennukseen toivottiin lisää perhevalmennuskertoja. Hyvänä määränä pidettiin kuusi kertaa ennen lapsen syntymää ja kuusi lapsen syntymän jälkeen. Asiakkaat kokivat, että perhevalmennuksesta oli säästetty liikaa ja vastuuta asioiden selvittämisestä oli jätetty äideille itselleen.

...ko oli opiskeluaikana tottunu siihen et oli niinkö monia kertoja perhevalmennusta niin se oli vaan kaksi kertaa neuvolassa ja tuli semmonen tunne, että aika paljon jätetään että äitien pitää selvittää itse.

Asiakkaat toivoivat, että perhevalmennuksen aluksi panostettaisiin ryhmäyttämiseen. Sen koettiin edesauttavan kaverisuhteiden ja tukiverkostojen muodostumista molemmilla vanhemmilla. Isille ja äideille toivottiin myös omia kertoja, jolloin lapsen syntymän jälkeen toinen vanhemmista jäisi kotiin hoitamaan lasta. Perhevalmennus toivottiin järjestettävän myös tarkoitukseen sopivissa tiloissa, esimerkiksi avoimessa päiväkodissa tai neuvolassa. Perhevalmennuksia vetävän henkilön toivottiin olevan asiasta kiinnostunut ja sosiaalinen. Asiakkaat toivoivat, että terveydenhoitajien työpäivässä olisi varattu aikaa ryhmien vetämiseen, eikä niitä tehtäisi työpäivien päätteeksi väsyneenä.

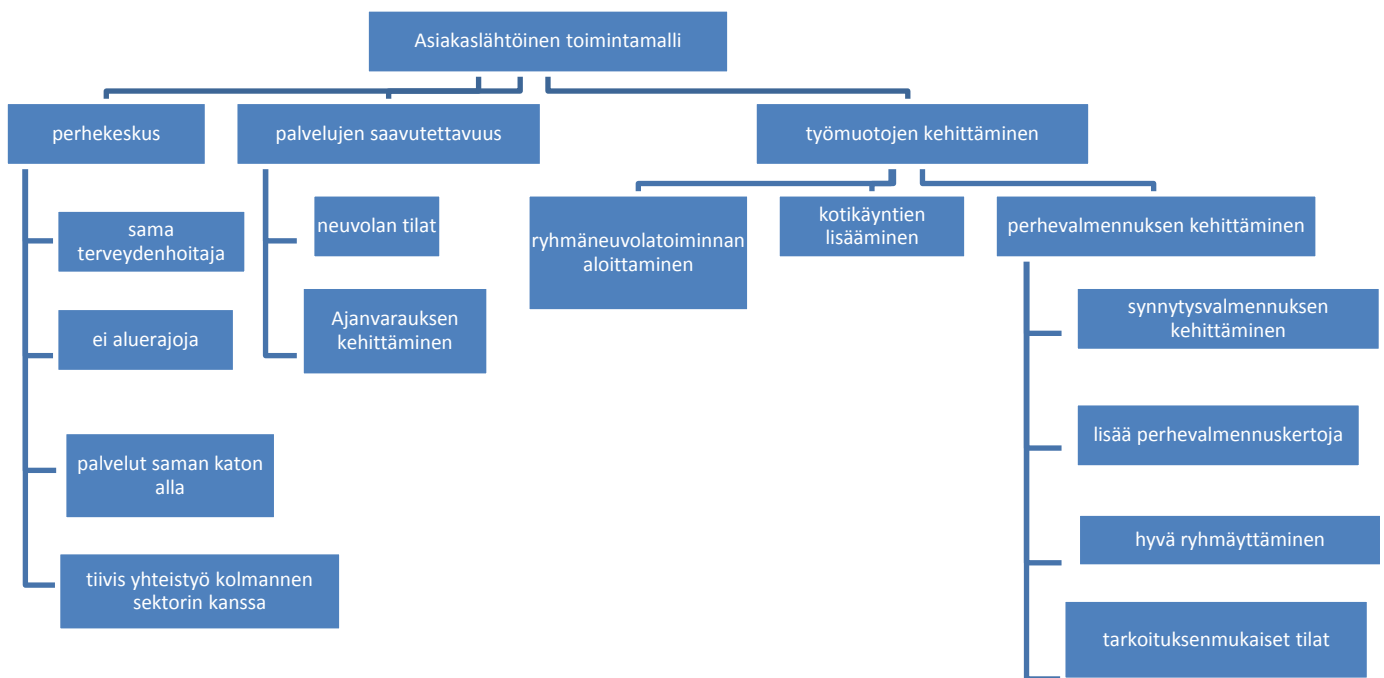
...erikseen äitien kerta jollon isit jäi kotiin hoitaa lapsia ja sitte oli toisippäin.

Isien on vaikee niin kun muodostaa kaverisuhteita näin niin ku aikuisiällä kun he eivät käy myöskään tämmösillä kerhoissa tai missään muuallakaan lasten kanssa, mut sitte ku on tuommonen niin ku pohjalla niin se oli helpompi sitte niinku pyytää että lähetääkö sitte jossain käymään.

Monesti just terkkareilla sitte työpäivän päätteksi niin tietää että heillä on ollu pitkä työpäivä niin nehän saattaa monesti mennä et asia esitellään ja sitte lähdetään kotiin.

Asiakkaat toivoivat, että lapsiperheiden kotikäyntejä lisättäisiin. Kotikäyntejä toivottiin lisää sekä terveydenhoitajille että sosiaalityötä tekeville, perheen tilanteen mukaan. Kotikäynneillä toivottiin käytävän läpi myös ihan perusasioita lapsen hoitoon liittyen.

Ehkä kotikäyntejä... sitähan vois kehittää et pääsis enemmän kotikäynneille ne hoitajat.



KUVIO 4. Asiakkaiden odotukset perhekeskukselle

7.3 Osallistuminen neuvolapalveluiden kehittämiseen jatkossa

Asiakkaat olivat halukkaita osallistumaan neuvolapalveluiden kehittämiseen jatkossakin. Osallistumisen toivottiin olevan vaivatonta ja tapahtuvan muun toiminnan ohessa. Internetin välityksellä toteutettavia kyselyitä asiakkaat kritisoivat. Asiakkaan kokivat, että he voisivat jatkossa osallistua neuvolapalveluiden kehittämiseen kyselyiden, suullisesti annetun palautteen ja yhteisten ideointi-tuokioiden kautta (KUVIO 5). Kerran vuodessa kerättävää palautetta pidettiin riittävänä toteuttamistiheytenä. Tehokkaana palautteenantomenetelmänä pidettiin suullista palautetta, jolloin terveydenhoitaja kysyisi neuvolakäynnin päätteeksi palautteen. Asiakkaat myös ideoivat, että neuvolan työntekijät jalkautuisivat keräämään palautetta esimerkiksi perhetapahtumiin ja perhekahvilaan. Tällöin myös kehittämis ehdotusten antaminen koettiin helpompana, kun sitä ei tarvitse antaa suoraan ”omalle” terveydenhoitajalle. Parhaimpana osal-

listumismenetelmänä asiakkaat pitivät yhteisiä ideointituokioita. Niissä asiakkaat keskustelisivat kehitettävistä aiheista ja yhdessä ideoisivat kehittämisehdotuksia. Ne olisivat joko vapaamuotoisia keskusteluja tai virallisempia haastatteluja.

Jos on jotain kyselyitä niin semmosilla tietysti.

Ihan vaan kysyttäis ja sais suullisesti vastata.

Varmaan kaikista paras ois joku et, tulkaa tänne niinkö keskustellaan ja heitetään ideoita...

Toteutustapojen suhteen asiakkailta oli enemmän toiveita. Kyselyihin vastaamisen toivottiin voivan tapahtua nopeasti. Niiden toivottiin olevan yksinkertaisia, vastausvaihtoehtojen toivottiin olevan valmiina eikä niitä saisi olla liikaa. Toisaalta kyselyssä toivottiin olevan mahdollisuus myös avoimille vastuksille. Asiakkaat edottivat, että palautelomake täytettäisiin neuvolakäynnin yhteydessä. Palautelomakkeeseen vastattaisiin odotustilassa ennen neuvolakäyntiä ja se palautettaisiin nimettömänä palautuslaatikkoon. Terveystoimittaja voisi myös pyytää asiakkaita täyttämään kyselylomakkeen.

Ihan yksinkertainen, joku tällöinen mihin vois ideoida, heittä tai kertoa kokemuksia...

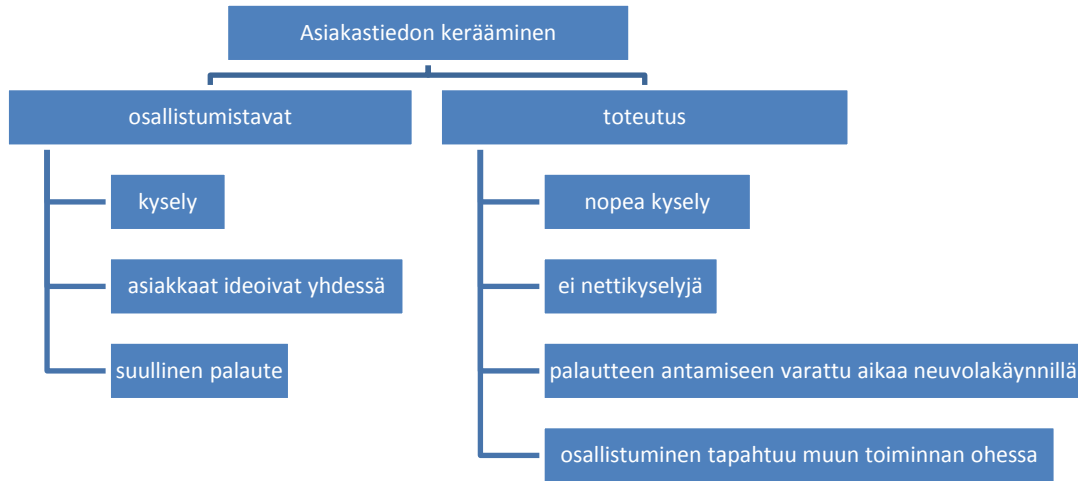
...kun tullaan odottaan, yleensä siinä saa oottaa sen jonku kymmenen viistoista minuuttia niin, hetki menee, täytättekö tän sillä aikaa...

Toinen ehdotus oli, että palautteen antamista varten olisi varattu aikaa neuvolakäynnin päätteeksi. Tämä koski sekä suullista että kirjallista palautetta. Internetin välityksellä tehtävistä kyselyistä asiakkaat eivät pitäneet. Asiakkaat kokivat, etteivät ehdi täyttää niitä kotona ja että ne unohtuvat nopeasti arjen kiireiden keskellä. Kehittämistoimintaan osallistumisen toivottiin voivan tapahtua muun toiminnan ohessa, joko neuvolakäyntien yhteydessä tai että työntekijät jalkautuisivat keräämään sitä sieltä, missä asiakkaat muutenkin ovat, esimerkiksi perhetapahtumista ja perhekahviloista.

Jos haluaa oikeesti vastauksia, niin täytyy suullisesti ne ottaa ja kirjottaa ylös... sillä tavalla taas sit saatais vaikka kysyttyä joka ikiseltä yhden neuvolakäynnin jälkeen.

Ne että vastaa tähän netissä kotona ne ei kyllä toimi se, se paperi hukkuu ja sit millon mulla on aikaa mennä sinne nettiin...

...siin ei perheiden periaatteissa erikseen lähtä mihinkään, vaan se työntekijä tulee sinne missä ne perheet on...



KUVIO 5. Asiakkaiden osallistuminen neuvolapalveluiden kehittämiseen jatkossa

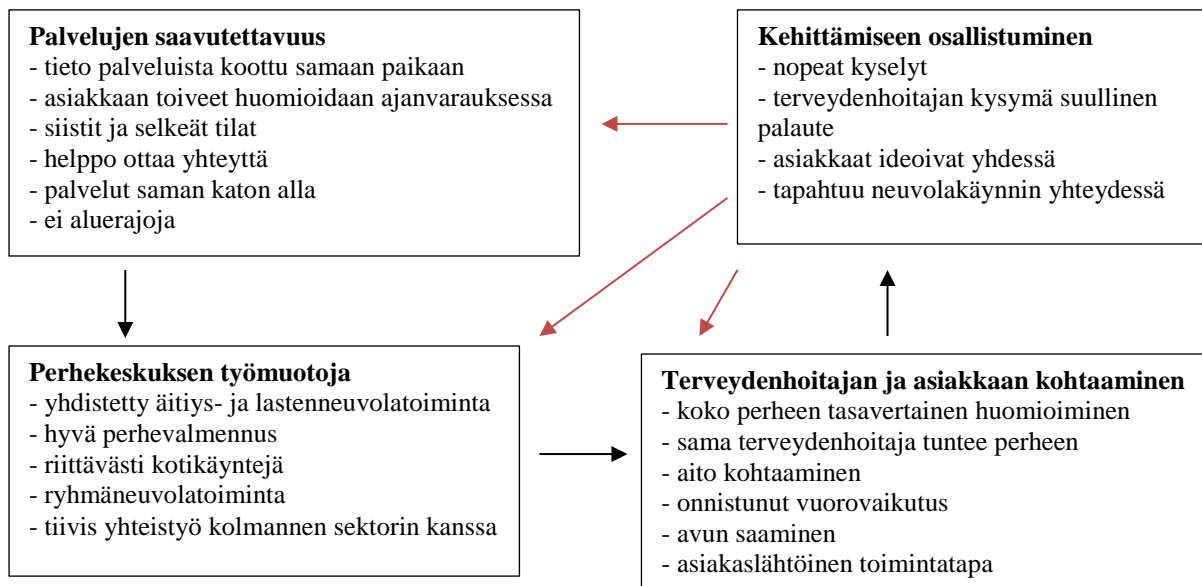
7.4 Yhteenveto haastattelujen keskeisistä tuloksista

Asiakkaat olivat tyytyväisiä neuvolapalveluiden nykytilaan. Nykyisen neuvolatoiminnan hyvät asiat liittyivät asiakaslähtöisyyden toteutumiseen, kuten terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamiseen, palvelujen saavutettavuuteen ja koko perheen tasavertaiseen huomioimiseen. Suurin osa asiakkaiden hyvistä kokemuksista liittyi terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamiseen.

Asiakkaat suhtautuivat hyvin positiivisesti suunnitelmaan perustaa Kokkolaan perhekeskus, ja sen kehittämistä koskevat toiveet koskivat perhekeskusta, palvelujen saavutettavuutta ja työmuotojen kehittämistä. Perhekeskuksessa toivottiin otettavan käyttöön yhdistetty äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Toiminnan toivottiin olevan myös aluerajatonta ja palveluiden toivottiin sijaitsevan fyysisesti saman katon alla. Tämän koettiin korostavatavan matalaa kynnystä myös muiden tukipalvelujen osalta. Myös neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön toivottiin tiivistyvän. Palvelujen saavutettavuutta koskevat toiveet liittyivät neuvolan tiloihin ja ajanvarauksen kehittämiseen. Suurin osa työmuotojen kehittämistä koskevista toiveista koski perhevalmennuksen kehittämistä, joka sisälsi myös synnytysvalmennuksen kehittämisen. Perhevalmennukseen toivottiin lisää valmennuskertoja, ryhmäyttämiseen toivottiin kiinnitettävät enemmän huomiota ja tilojen toivottiin olevan tarkoitukseen sopivat. Asiakkaat toivoivat myös, että lapsiperheiden kotikäyntejä lisättäisiin.

Asiakkaat olivat halukkaita osallistumaan neuvolapalveluiden kehittämiseen jatkossakin. Heidän mukaansa hyviä osallistumismenetelmiä olivat neuvolakäyntien yhteydessä toteutetut lyhyet kyselyt, terveydenhoitajan kysymä palaute ja asiakkaiden yhteiset ideointituokiot.

Haastattelujen keskeisten tulosten pohjalta rakensin kuvion 6 (KUVIO 6), joka kuvaa asiakkaiden käsityksiä asiakaslähtöisestä perhekeskuksesta. Kuviossa olen huomionut asiakkaiden hyvät kokemukset nykyisessä neuvolatoiminnassa, toiveet tulevalle perhekeskukselle ja hyvät palveluiden kehittämiseen osallistumisen keinot. Nämä olen jakanut palvelujen saavutettavuuteen, perhekeskuksen työmuotoja ja terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamista koskeviin käsityksiin sekä kehittämiseen osallistumiseen. Asiakkaiden palautteen perusteella toimintaa kehitetään edelleen asiakaslähtöisemmäksi.



KUVIO 6. Asiakkaiden käsityksiä asiakaslähtöisestä perhekeskuksesta.

8 ASIAKASLÄHTÖISEN YHTEISTYÖMALLIN KEHITTÄMINEN NEUVOLAN JA KOLMANNEN SEKTORIN VÄLILLE

Esittelin haastattelujen tulokset ohjausryhmälle kesäkuussa 2016. Kutsuin ohjausryhmään mukaan myös haastatteluissa kiinnostuksensa ohjausryhmätyöskentelyyn ilmaisseet asiakkaat, joista lopulta yksi osallistui ohjausryhmään opinnäytetyöprosessin loppuun asti. Ohjausryhmä totesi, että tutkimus oli tuottanut riittävästi tietoa hyvinvointipalvelumallin kehittämisen tueksi. Tuloksista nousi useita vaihtoehtoja kehittämistyön aiheeksi. Tiedottamista kehitettiin jo organisaation toimesta, ja perhevalmennuksen kehittämistä pidettiin ajankohtaisena Soiten toiminnan alkamisen jälkeen, jolloin myös synnytysvalmennus kuuluisi organisaatiolle.

LAPE-hankkeessa painotetaan julkisen- ja kolmannen sektorin yhteistyön tiivistämistä palvelukokonaisuuksien suunnittelussa (STM 2016c). Lisäksi järjestöille luonteenomaista on tuoda esiin kansalaisen, sote-palvelujen käyttäjän ääni (Kainulainen ym. 2016, 102). Neuvolan ja kolmannen sektorin välillä ei ollut Kokkolassa olemassa yhteistyömallia. Opinnäytetyön tuloksista nousi esiin asiakkaiden toive yhteistyön lisäämisestä ja kehittämisestä neuvolan ja kolmannen sektorin välillä. Myös organisaation näkemys tulevasta perhekeskuksesta oli muuttunut enemmän erikoistuneen perhetukikeskuksen palvelukokonaisuuden suuntaan (ks. Halme ym. 2012, 68–69), jolloin yhteistyön lisääminen kolmannen sektorin kanssa, jo ennen perhekeskustoiminnan aloittamista, oli organisaation tavoitteiden mukaista. Myös ohjausryhmän asiakasedustuksen näkökulma tuki organisaation linjaa. Tämän vuoksi ohjausryhmä valitsi kehittämistehtäväni aiheeksi neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittämisen.

8.1 Yhteistyöpalaverien järjestäminen

Kehittämistehtävän aiheen valitsemisen jälkeen ohjausryhmässä nimettiin toimijat, joihin otin yhteyttä kutsuakseni heidät yhteistyöpalaveriin. Palaveriin kutsuttiin neuvolan ja asiakkaiden edustuksen lisäksi Mannerheimin Lastensuojeluliiton Kokkolan osasto, Keski- ja Etelä-Pohjanmaan Martat ry, Kokkolan evankelisluterilainen seurakunta ja Kokkolan ensi- ja turvakodit ry. Toimijat valittiin sen perusteella, ketkä tuottivat neuvolan lisäksi palveluja neuvolan asiakkaille, keiden kanssa yhteistyötä oli jo olemassa ja ketkä olisivat mahdollisia yhteistyökumppaneita tulevassa perhekeskuksessa. Palaverin ajankohdaksi sovittiin 13.9.2016 ja paikaksi terveyskeskuksen neuvotteluhuone. Ohjausryhmässä sovittiin, että yh-

teistyöpalaverissa ideoitaisiin aivoriihimenetelmällä vastausta kysymykseen ”Mitä neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyö voisi tulevaisuudessa olla?”. Lisäksi sovittiin, että kysymys lähetettäisiin yhteistyöpalaveriin kutsuttaville toimijoille etukäteen, jotta he voivat miettiä asiaa omassa työyhteisössään jo ennen varsinaista tapaamista. Kutsun lähetin yksiköiden johtajille sähköpostitse. Kutsussa kerroin opinäytetyöni taustaa, kehittämistyön tarkoitusta ja esitin kysymyksen pohdittavaksi.

Summan ja Tuomisen (2009) mukaan fasilitoinnilla tarkoitetaan ryhmälähtöistä työskentelyä, ja sen tueksi kehitetyt menetelmät tarjoavat avaimia ryhmän johdattamiseksi yhteiseen päämäärään, niin että jokainen tulee kuulluksi. Fasilitointi perustuu ajatukseen, että ryhmä itse on paras asiantuntija ja varsinaisista ideoista, päätöksistä ja ratkaisuista vastaavat ryhmän jäsenet. Itse fasilitaattori on puolueeton osapuoli, joka keskittyy ryhmäprosessiin ja auttaa ryhmää ideoimaan vaihtoehtoja, tekemään päätöksiä ja ratkaisemaan ongelmia. Fasilitaattorin tehtävänä on varmistaa, että kaikkien ideat ja ehdotukset käsitellään tasapuolisesti, ja että kaikki ovat sitoutuneita yhdessä luotuihin ehdotuksiin ja päätöksiin. Näin kaikkien ryhmän jäsenten osaaminen ja toiveet tulevat osaksi toimintaa. (Summa & Tuominen 2009, 7–9.)

Aivoriihi tai ideariihi on ryhmäluovuusmenetelmä, jonka tavoitteena on tuottaa ensin spontaanisti mahdollisimman paljon ideoita. Ideat arvioidaan vasta myöhemmin systemaattisesti, ja niistä valitaan kehityskelpoisimmat. Menetelmää voidaan käyttää sekä teoreettisten että käytännön ongelmien ratkaisemiseen. (Jyväskylän yliopisto 2010.) Mitä enemmän ideoita on, sitä todennäköisemmin joukossa on myös toteuttamiskelpoisia ja hyviä ideoita. Aivoriihimenetelmän vahvuuksia ovat ideoiden runsaus ja se, että toisten ideoinnin pohjalta voi syntyä uusia ideoita. Yhdessä aivoriihessä on yleensä 5–12 osallistujaa. Aivoriihen lähtökohdaksi valitaan kehitettävä aihe. Osallistujat kirjoittavat ideat lapuille, jotka vetäjä eli fasilitaattori kokoaa yhteen keskustelua varten. Tässä vaiheessa ideoita ei vielä arvioida. Keskustelun jälkeen toteuttamiskelpoiset ideat valitaan joko keskustellen tai äänestäen. Aivoriihen lopuksi sovitaan jatkotoimenpiteistä, ideoiden toteutuksesta ja vastuunjaosta. (Innokylä 2012.)

Yhteistyöpalaveri järjestettiin suunnitellusti, ja siihen pääsivät osallistumaan hoitotyön johtaja, neuvolan osastonhoitaja, asiakasedustus, MLL:n osaston puheenjohtaja, Marttojen toiminnanjohtaja, seurakunnan johtava diakoniatyöntekijä ja lapsityönohjaaja, ensi- ja turvakodilta avopalveluyksikön vastaava sosiaalityöntekijä. Toimin palaverin koollekutsujana ja tilaisuuden vetäjänä. Palaverin aluksi kertosin syyn palaverin koolle kutsumiseen, esittelin haastattelujen neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyötä koskevat tutkimustulokset ja kertosin sähköpostilla lähettämäni kysymyksen, johon palaverissä pyrittiin etsimään ratkaisua. Tämän jälkeen jokainen toimija esitteli omaa toimintaansa muille ja kertoi nykyisestä

yhteistyöstään neuvolan kanssa. Ideariihi-vaiheen aluksi jaoin jokaiselle palaveriin osallistujalle Post-it lappuja, joihin he kirjoittivat ideoitaan ja ajatuksiaan kysymykseen liittyen. Ideoita tuli runsaasti. Kun uusia ideoita ei enää syntynyt, keräsin laput ja liimasin ne taululle. Tämän jälkeen ryhmässä keskusteltiin syntyneistä ideoista ja niiden toteutuskelpoisuudesta. Keskustelua käytiin tulevasta hyvinvointipalvelumallista ja siitä, miten kolmannen sektorin palvelut voitaisiin integroida osaksi hyvinvointipalvelumallia. Keskustelussa todettiin myös, että kolmannen sektorin toimijoille tulisi olla omat tilat tulevassa perhekeskuksessa.

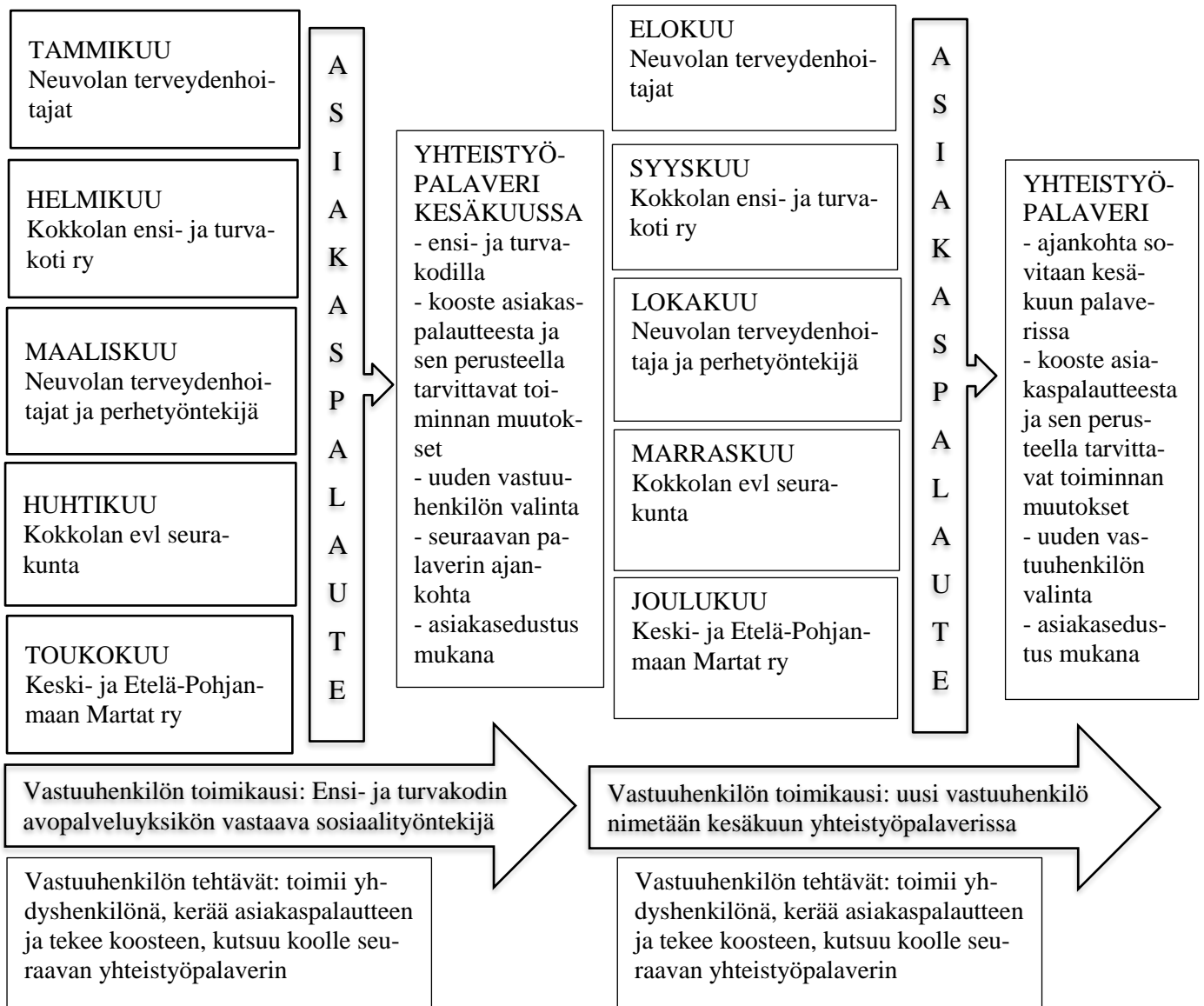
8.2 Yhteistyömallin rakentuminen

Keskustelussa nousi esiin, että kaikkien toimijoiden ryhmissä järjestettävään toimintaan oli paljon osallistujia, ja ryhmät koettiin tehokkaaksi keinoksi tavoittaa mahdollisimman paljon asiakkaita. Haasteeksi isoissa ryhmissä koettiin kova melu, ja etteivät vanhemmat useinkaan pysty pitkään keskittyä asiaan lasten vaatiessa huomioita. Yhteistyöpalaveriin osallistujat olivat valmiita sitoutumaan järjestelyyn, jossa jokainen järjestäisi kerran puolessa vuodessa tietyn aiheen mukaista ohjelmaa asiakkaille. Asiakkaat saisivat itse vaikuttaa aiheisiin. Ongelmaksi muodostui, ettei neuvolalla ollut tiloja, jossa ryhmämuotoista toimintaa voitaisiin järjestää, ja toiminta haluttiin aloittaa mahdollisimman pian. MLL tarjosi ratkaisuksi Isokylän monitoimitalon tiloja, joissa perhekahvila kokoontui torstaisin. Tilat olisivat riittävän suuret, vaikka osallistujia olisi enemmän kuin normaaleina perhekahvilakertoina. Palaverissa päätettiin, että toimintaa olisi kerran kuussa, ja koska MLL tarjoaa tilat ja aamupalan, heidän ei tarvitse osallistua ohjelman järjestämiseen. Neuvola sitoutui tällöin järjestämään ohjelmaa kaksi kertaa puolessa vuodessa. Palaverissa sovittiin, että kun perhekeskus tulevaisuudessa aloittaa toimintansa Kokkolassa, ja sinne saataisiin tarkoituksenmukaiset ryhmätilat, toiminta siirtyisi osaksi perhekeskuksen toimintaa. Toimintamallin kuvauksen tekeminen oli minun tehtäväni. Palaverissa sovittiin myös, että MLL:n osaston puheenjohtaja kysyisi palautetta perhekahvilan asiakkailta suunnitelmasta ja aihetoiveita, jotka hän välittäisi minulle, ja välittäisin ne eteenpäin muille toimijoille. Lisäksi sovittiin, että ottaisin yhteyttä Keski-Pohjanmaan ammattiopistoon ja tiedustelisin mahdollisuutta saada lähihoitaja-opiskelijoita lastenhoito avuksi. Palaverin lopuksi sovittiin seuraavan palaverin ajankohta, jolloin esittelisin toimintamallin.

Perhekahvilan asiakkaat antoivat positiivista palautetta suunnitelmasta, ja jatkoin mallin suunnittelua. Pyysin palautetta mallin eri versioista yhteistyöpalaveriin osallistujilta ja muokkasinkin mallia palautteen perusteella. Asiakkailta saatujen aihe-ehtotusten pohjalta toimijat valitsivat omien kertojensa aiheet,

jotka lisäsin asiakkaita varten tekemääni versioon toimintamallista (LIITE 7). Neuvolan kohdalla aiheita ei nimetty, sillä tarkoituksena oli jättää mahdollisuus vapaalle keskustelulle, jota asiakkaat olivat terveydenhoitajilta toivoneet. Toisena neuvolan kerroista perhekahvilaan menee kaksi terveydenhoitajaa ja toisena terveydenhoitaja-perhetyöntekijä-työpari. Asiakasversiossa on myös toimijoiden yhteystiedot, jotta asiakkaat voivat olla toimijoihin yhteyksissä heitä askarruttavista asioista. Yhteistyöpalaverissa sovittiin, että toimintamallin asiakasversioita jaetaan neuvoloissa, ja se on myös muiden yhteistyöpalaveriin osallistujien vapaasti jaettavissa omille asiakkailleen. Kpedun lähihoitajien koulutusohjelmavastaa- vat jäivät selvittämään mahdollisuutta saada opiskelijoita mukaan lastenhoitoavuksi, mutta ainakaan tässä vaiheessa he eivät ole mukana toiminnassa.

Seuraava yhteistyöpalaveri järjestettiin 10.11.2016, jolloin toimintamalli ja sen asiakasversio hyväksyttiin. Neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöinen yhteistyömalli sisältää kerran kuussa järjestettävän ryhmä toiminnan lisäksi säännöllisen asiakaspalautteen, puolivuositteiset yhteistyöpalaverit, joissa on mukana myös asiakasedustus ja toimintamallin vastuuhenkilön kierrättämisen (KUVIO 7). Toimintamalli otettiin käyttöön vuoden 2017 alusta. Marraskuun yhteistyöpalaverissa toimijat allekirjoittivat myös laatimani yhteistyösopimuksen (LIITE 8), jossa he sitoutuivat yhteistyömallin mukaiseen toimintaan. Ensimmäisen puolivuotiskauden vastuuhenkilöksi nimettiin Kokkolan ensi- ja turvakodin avopalveluyksikön vastaava sosiaalityöntekijä. Vastuuhenkilön tehtävänä on toimia yhdyshenkilönä toimijoiden välillä, kerätä asiakaspalaute ja tehdä siitä kooste seuraavaan yhteistyöpalaveriin sekä kutsua seuraava yhteistyöpalaveri koolle omaan toimintayksikköön yhteistyöpalaverissa sovittuna ajankohtana. Tällöin eri toimijoiden tilat ja toiminta tulevat toisille osapuolille paremmin tutuiksi. Asiakaspalaute kerätään perhekahvilan asiakkailta tekemälläni lyhyellä palautelomakkeella (LIITE 9), joka hyväksyttiin marraskuun yhteistyöpalaverissa. Palautelomaketta voi käyttää usealla tavalla. Asiakkaita voi pyytää vastaamaan siihen henkilökohtaisesti, kysymykset voi kysyä asiakkailta tai asiakkaita voi pyytää vastaamaan niihin pienissä ryhmissä. Kysymyksiä voi kehittää tarpeen mukaan. Jatkossa yhteistyöpalaverien tarkoituksena on kehittää toimintamallia edelleen asiakkaiden toiveista ja tarpeista lähtien ja lisätä neuvolan ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä luomalla verkostoja ja lisäämällä tietoa toistensa toiminnasta.



KUVIO 7. Neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöinen yhteistyömalli

9 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN POHDINTA

Tässä luvussa tarkastelen opinnäytetyön tuloksia, joiden jälkeen käyn läpi eettisyyden ja luotettavuuden toteutumista. Omaa ammatillista kasvua tarkastelen suhteessa ylempään ammattikorkeakoulu-tutkinnon kompetensseihin ja opinnäytetyön tavoitteisiin. Lopuksi pohdin tulosten hyödynnettävyyttä, esitän johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.

9.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää neuvolan asiakkaiden käsityksiä nykyisestä neuvolatoiminnasta ja tulevan perhekeskustoiminnan kehittämisestä. Tulosten pohjalta kehitettiin asiakaslähtöinen yhteistyömalli neuvolan ja kolmannen sektorin välille. Tavoitteena oli, että mallia hyödyntämällä asiakkaiden osallisuus perhekeskustoiminnan kehittämisessä lisääntyy. Mallin avulla tuetaan myös perhekeskuksen ja kolmannen sektorin asiakaslähtöistä yhteistyötä.

Toteutin opinnäytetyön toimintatutkimuksena, jossa etsitään käytäntöön sovellettavaa ja hyödynnettävää tietoa käytänteiden kehittämiseksi. Tätä uutta tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä syntyy ongelmanratkaisuprosessin yhteydessä (Heikkinen 2015, 209; Ojansalo ym. 2009, 52–55). Lähestymistapana toimintatutkimus oli oikea ratkaisu, sillä kehittämistehtävän aihe muotoutui vasta haastattelujen tulosten perusteella ohjausryhmän tapaamisessa. Myös toimintatutkimukselle tyypillinen tiivis yhteistyö työelämän kanssa toteutui, sillä olin viikoittain yhteydessä ohjausryhmään sähköpostin välityksellä ja kehittämistyössä keskiössä olivat yhteistyöpalaverit. Organisaatio myös hyödynsi haastattelujen tuloksia omaan kehittämistyöhönsä jo opinnäytetyöprosessini aikana.

Asiakkaille toteutetuista haastatteluista löytyi samansuuntaisia tuloksia kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa. Asiakkaat olivat tyytyväisiä nykyiseen neuvolatoiminnan laatuun myös Kokkolassa (vrt. Perälä ym. 2011b; Vaarama ym. 2010), mutta tunnistivat kuitenkin useita palvelujen kehittämiskohteita (vrt. Perälä ym. 2011b). Perälän ym. (2011b) mukaan vanhempien on helpointa puhua lapseen tai perheeseen liittyvistä huolista nimenomaan niiden terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen ja opetuksen ammattilaisten kanssa, joiden kanssa he asioivat eniten (Perälä ym. 2011b, 76). Tämän vuoksi on tärkeää, että kohtaaminen terveydenhoitajan kanssa onnistuu. Tässä tutkimuksessa nykyisessä neuvolatoimin-

nassa hyväksi koetut asiat liittyivät suurimmalta osin terveydenhoitajan ja asiakkaan kohtaamiseen. Nykyisen neuvolatoiminnan hyviin asioihin lukeutui myös se, jos perheellä oli ollut pitkään sama terveydenhoitaja. Sen koettiin lisäävän positiivisia kokemuksia, jatkuvuutta ja luottamusta hoitavaa tahoaa kohtaan. Tämä nousi esiin myös toiveena tulevalle perhekeskukselle. Tulokset ovat yhdensuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Tuominen, Kaljonen, Ahonen & Rautava 2014; Tuominen, Kaljonen, Ahonen & Rautava 2012), joiden mukaan asiakkaiden arvioiden ja kokemusten perusteella neuvolapalvelut kannattaa tuottaa yhdistelmäneuvolana. Nimenomaan hoidon jatkuvuus on asiakkaalle tärkeää ja hyödyksi. Myös Perälän ym. (2011b) mukaan vanhempien suurimmat kritiikin kohteet liittyivät henkilökunnan määrään ja pysyvyyteen (Perälä ym. 2011b, 78).

Perälän ym. (2011b, 78) mukaan vanhemmat ovat kantaneet huolta sekä palvelujen helposta ajallisesta, että alueellisesta saavutettavuudesta. Tiainen (2015, 149) mukaan merkittävimmät syyt laatukokemuksen heikkenemiseen olivat vaikeudet palvelujen piiriin pääsemisessä: pidentynyt matka, epätietoisuus puhelinnumeroissa, ruuhka puhelinpalvelussa sekä vastaanotolle pääsyn odottelu (Tiainen 2015, 149). Opinnäytetyöni haastattelujen tulosten mukaan asiakkaat kokivat, että palveluista tiedotetaan hyvin. Perheen ei tarvinnut olla erityisen tuen tarpeessa tiedon saamiseksi, vaan erilaisista perheiden palveluista kerrottiin kaikille. Osalle asiakkaista ajan saaminen terveydenhoitajalle oli ollut haasteellista muun muassa puhelinajoista tai huonosti toimivasta netti-ajanvarauksesta johtuen. Toiset kuitenkin kokivat ajan saamisen helpoksi ja että asiakkaan toiveet oli otettu ajanvarauksessa hyvin huomioon. Tämä mahdollisti myös isien osallistumisen neuvolakäynneille. Asiakkaat kokivat, että terveydenhoitajilla oli riittävästi aikaa paneutua heidän asioihinsa, ja tarvittaessa oli ollut mahdollisuus saada pidempi aika, jossa oli voitu käsitellä useampien perheenjäsenten asioita samalla kertaa.

Neuvoloissa on vuosikymmen alusta lähtien pyritty kiinnittämään enemmän huomioita isien huomiointiin. Isät eivät koe tulevansa kuulluksi perheen hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Äitimyytti on vahva, ja koko palvelurakenteen kritisoidaan kietoutuvan äitiyden ympärille. (Koivumäki 2011; Miessakit ry 2012.) Haastattelujen tulosten perusteella Kokkolassa isät huomioidaan hyvin neuvolapalveluissa. Vaikka kaikki tutkimukseen osallistujat olivat äitejä, he kertoivat keskustelleensa asiasta kotona toisen vanhemman kanssa. Heidän mukaansa isät kokevat, että neuvolassa ollaan kiinnostuneita isistä, heidän mielipiteitään perhettä koskevissa asioissa kysytään ja isät kokevat tulleensa kuulluksi. Tämän vuoksi isät haluavat osallistua neuvolakäynneille aina kun mahdollista.

Haastattelujen tuloksista nousi esiin, että asiakkailla oli paljon toiveita erilaisten työmuotojen suhteen. Erityisesti perhevalmennuksen kehittämiseen asiakkaat tuottivat runsaasti kehittämisohdotuksia. Perälän

ym. (2011b) mukaan osallistuminen ammattilaisten järjestämiin toimintoihin oli selvästi aktiivisempaa ja myös halukkuus osallistua oli suurempi, verrattuna vertaisten järjestämiin toimintoihin. Toisaalta suuri osa vanhemmista koki huolista puhumisen helpoksi vertaisryhmätoiminnassa. (Perälä ym. 2011b, 81.) Haapasaaressa (2009) mukaan perhekeskus koettiin myönteiseksi keinoksi tukea vanhemmuutta. Asiakkaiden mielestä perhekeskuksen tärkein anti oli sen tarjoama yhteisöllisyys ja vertaistuen mahdollisuus, mutta myös perhekeskuksen pedagogista roolia kotivanhemmuuden tukena. (Haapasaaressa 2009, 2.) Tuleva perhekeskus voikin toimia mahdollistajana paremmalle perhevalmennukselle.

Haarasan (2012) mukaan vanhempien ryhmänohjaajiin liittyvät odotukset koskevat ohjaajien persoonallisia ominaisuuksia, joissa painottuvat vertaisena oleminen ja välittäminen. Vanhemmat halusivat ohjaajien huomioivan perheitä ja näiden tarpeita yksilöllisesti, mutta kuitenkin ryhmää ajatellen tasapuolisesti sekä hyödyntämään vertaistukea. Ohjaajien välittäminen näyttäytyy läsnäolokykynä ja lämminhenkisytenä. (Haarasan 2012, 53.) Tässäkin opinnäytetyössä asiakkaiden toiveet ryhmänohjaajiin liittyivät persoonallisiin ominaisuuksiin kuten sosiaalisuuteen, ja välittämisen tunteeseen, joka konkretisoitui muun muassa kiinnostuksen osoittamisena. Asiakkaat ajattelivat asiaa myös työntekijän kannalta ja toivoivat ryhmien järjestämisen otettavan huomioon jo työvuorosuunnittelussa. Haarasan (2012) mukaan vanhempien perheryhmiin liittyvien odotusten toteutumista edistävät ryhmän ilmapiiri, ohjaajat, toiset ryhmänjäsenet, ryhmän koko, ryhmän sisältö ja käytettävissä olevat tilat. Odotuksia estäviä tekijöitä ovat hänen mukaansa vanhempiin itseensä liittyvät tekijät, kuten kiire, asenne, huolet ja oma arkuus, lisäksi jonkin verran odotuksia estää lapset, ryhmätilat, ryhmädynamiikka ja ryhmälle varattu aika. (Haarasan 2012, 55.) Myös Kuorilehdon (2014, 7) mukaan hyvää moniasiantuntijaista perhetyötä edistää asiakasperheiden kokemus aidosta kohtaamisesta ja kuulluksi tulemisesta avoimessa vuorovaikutuksessa ammattilaisten kanssa.

Haastattelujen tulosten perusteella hyvä ryhmäyttäminen perhevalmennuksessa edesauttoi tukiverkoston muodostumista. Tämä sisälsi osallistujien hyvän esittelyn, riittävästi perhevalmennuskertoja sekä omia kertoja sekä isille että äideille. Pietilä-Hellan (2010) mukaan vanhempien välisissä suhteissa tapahtui muutoksia perhevalmennuksen aikana. Muun muassa toisten vanhempien merkitys itselle kasvoi ja ennestään tuntemattomista vanhemmista tuli vertaistuttavia. Ryhmän yhteinen fokus sai aikaan jäsenten välille vuorovaikutusta ja toimintaa. Äidit olivat yhteydessä toisiinsa lähes päivittäin, mutta kodin ulkopuolella töissä olevat isät tapasivat toisiaan ainoastaan perhevalmennustapaamisissa. (Pietilä-Hella 2010, 4–5.) Tässä opinnäytetyössä äidit kokivat, että hyvä perhevalmennus edesauttaa myös isien kaverisuhteiden ja tukiverkoston muodostumista. Tämä koettiin erityisen tärkeää, sillä isät harvemmin osal-

listuvat ryhmätoimintaan lasten kanssa. Myös Perälän ym. (2011b) mukaan koulutulokkaiden isien perheen ulkopuolinen tukiverkko oli suhteellisen pieni ja isät keskustelivat lasta koskevista asioista pääasiassa lapsen äidin kanssa (Perälä ym. 2011, 84). Pietilä-Hellan (2010) mukaan myös isät kertoivat saaneensa tukea esikoisisänä olemiseen toisilta isiltä (Pietilä-Hella 2010, 175).

Asiakkaat toivoivat myös lisää kotikäyntejä (vrt. Perälä ym. 2011b), joiden mukaan enemmistö vanhemmista oli sitä mieltä, että kotiin annettavia palveluja tulisi lisätä (Perälä ym. 2011b, 78). Myös Tuomisen ym. (2012) ja (2014) mukaan yhdistelmäneuvolassa käyneet asiakkaat saivat enemmän kotikäyntejä ennen synnytystä ja synnytyksen jälkeen. Tämä tukee yhdistetyn äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan aloittamista tulevassa perhekeskuksessa.

Haastattelujen tuloksista nousi asiakkaiden toive neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön tiivistämisestä. Halme ym. (2012) ovat todenneet, että perhekeskusten toimintasuunnitelmiin on syytä lisätä kirjaus yhteistyön toteuttamisesta kolmannen sektorin kanssa. Heidän mukaansa tyypillisimpiä kolmannen sektorin järjestämiä toimintoja perheille olivat kaikille avoin perhekahvilatoiminta, erilaiset ohjatut lasten kerhot ja vanhempien ryhmät sekä avoimen kokoontumispaikan tarjoaminen vanhemmille. Suomen perhekeskuksista noin reilussa kolmanneksessa näitä palveluja tarjottiin säännöllisesti. (Halme ym. 2012, 58, 81.) Myös Marklund ja Simic (2012) toteavat, että kolmannen sektorin kanssa solmittujen kumppanuuksien avulla voidaan kehittää toimintaa (Marklund & Simic 2012, 41). Tässä tutkimuksessa asiakkaiden toiveet liittyivät kolmannen sektorin näkyvyyden lisäämiseen neuvolapalveluissa, esimerkiksi tiedottamalla niistä paremmin. Asiakkaat kokivat, että neuvolan terveydenhoitajilla ei välttämättä ollut tietoa, mitä palveluja kolmannella sektorilla oli tarjota, tai mitä perhekahvilassa konkreettisesti tehdään. Asiakkaat ideoivat, että neuvolan terveydenhoitaja tulisi tutustumaan perhekahvilatoimintaan, ja vastaavasti perhevalmennukseen voisi mennä perhekahvilan asiakas esittelemään heidän toimintaansa. Asiakkaat kokivat, että kolmannen sektorin tarjoamien palveluiden merkitys korostuu julkisia palveluita supistettaessa (vrt. Kivelä 2014; Blomgren, Karjalainen, Karjalainen, Kivipelto, Saikkonen ja Saikku 2016), joiden mukaan seurakuntien diakoniatyö ja järjestöjen toiminta on merkittävässä asemassa huono-osaisimpien palveluiden toteuttajina tai täydentäjinä. Karjalaisen (2016) mukaan sosiaali- ja terveystalouden uudistuksessa toimintamalleja voi hyvinkin löytyä kolmannen sektorin suunnalta, jossa on kyetty luomaan syrjäytymistä ehkäiseviä ja vähentäviä toimintamuotoja, ja jopa rakenteita. Hänen mukaansa aikaisempaa monipuolisempi yhteistyö seurakuntien, järjestöjen, asukasyhdistysten, urheiluseurojen ja vastaavien kanssa on itsestään selvältä vaikuttava kehittämissuunta. (Karjalainen 2016, 118.)

Haastattelujen tulosten mukaan asiakkaat kokivat hyviksi kehittämiseen osallistumismenetelmiksi kyselyt, suullisen palautteen ja asiakkaiden yhdessä ideoimisen. Osallistumista tukisi, että neuvolakäynnillä olisi varattu aikaa palautteen antamiseen. Tämä koski sekä suullista palautetta että kyselyjen täyttämistä. Asiakkaat myös toivoivat, että terveydenhoitajat jalkautuisivat keräämään palautetta esimerkiksi perhetapahtumiin. Ryhmässä tuotettujen kehittämissuositusten määrä oli tässä tutkimuksessa moninkertainen yksittäisiin haastatteluihin verraten, ja tämän vuoksi asiakkaiden yhdessä ideoimiseen kannattaa jatkossa panostaa. Larjovuoren ym. (2012) mukaan hyviä asiakkaiden osallistumisen menetelmiä ovat sellaiset keinot, jotka auttavat keskittymään haluttuun teemaan, tuottavat tarkoitukseensa hyödynnettävissä olevaa tietoa, helpottavat viestin esille tuomista pikemmin kuin haittaavat sitä (eivät ole esimerkiksi liian monimutkaisia), tehostavat ajankäyttöä, auttavat erilaisten näkemysten esille tuomisessa ja yhteensovittamisessa, tukevat luovaa ajattelua ja ongelmanratkaisua, sopivat osallistuvalla kohderyhmälle (ikä, kommunikointikyky, ajalliset resurssit), sopivat organisaatiolle (käytettävissä olevat resurssit, osaaminen ja imago), ovat joustavia (menetelmien soveltaminen kunkin organisaation ja kohderyhmän tarkoituksiin) ja joiden on sallittua ja toivottavaa linkittyä luontevaksi osaksi organisaation palveluiden kehittämistä ja johtamista. (Larjovuori ym. 2012, 33.)

Opinnäytetyöni johtamisen näkökulmana oli asiakaslähtöinen kehittäminen. Asiakaslähtöisyyden nähdään olevan kaikkein keskeisin perusta palveluiden kehittämiseksi, ja tästä johtuen palveluita tulisi kehittää enemmän yhdessä asiakkaiden ja yhteisöjen kanssa (Ohrakämnen 2015). Hyvä terveydenhuoltojärjestelmä on tehokas, antamiensa palvelujen vaikutukset ja kokonaiskustannukset huomioiva ja oikeudenmukainen (Koivuniemi ym. 2014, 89) ja laatujohtamisajattelussa lähtökohdaksi ovat asiakkaiden tarpeet (Lumijärvi 2007, 278; Tiainen 2015, 53). Organisaatio ei pyri määrittelemään asiakkaan tarpeita ja odotuksia, vaan tieto tulee asiakkaalta (Lumijärvi 2007, 278–279). Asiakastiedon on oltava laadukasta, jotta sitä voidaan käyttää palvelujen kehittämisen pohjana (Teleranta 2010, 48). Asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitotulosten laatua voidaan parantaa ottamalla asiakas mukaan palvelun suunnitteluun ja toteutukseen (Leone ym. 2012). Organisaatiolla on nyt tietoa asiakkaiden kannalta hyvistä kehittämiseen osallistumisen menetelmistä, mutta on esimiesten vastuulla, miten tätä tietoa hyödynnetään. Asiakkaiden mukaan ottaminen ohjausryhmätyöskentelyyn oli uusi toimintatapa organisaatiossa, joka jatkuu ainakin neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyöpalavereissa.

Sekä organisaation esimiehet että kolmannen sektorin toimijat osoittautuivat innokkaiksi kehittäjiksi. Mitään vastaavanlaisia yhteistyötapaamisia ei oltu aiemmin järjestetty, ja jokainen kehitti toimintaa omista lähtökohdistaan käsin. Yhteistyön kehittämisen koettiin olevan arvokasta, jotta perheiden palvelut voisivat jatkossa muodostaa yhtenäisen palveluverkoston ja jotta päällekkäisiä toimintoja, ja sitä

kautta turhia kustannuksia voitaisiin karsia. Toiminta vaatii kuitenkin vastuuhenkilön, joka huolehtii yhteydenpidosta ja tiedottamisesta, myös yhteistyöpalaverien välillä. Kun vastuuhenkilöä kierrätetään mallin mukaisesti puolivuositain, ei se käy kenellekään liian kuormittavaksi. Esimiehillä on vastuu yhteistyömallin mukaisen toiminnan mahdollistamisesta, mikä toteutuu antamalla resursseja työntekijöille. Virtasen ym. (2011) mukaan organisaation johdon tehtävänä on varmistaa, että organisaation katse suunnataan asiakkaisiin, ja että se kykenee näkemään ja tunnistamaan asiakkaiden tarpeet palvelutuotantonsa perustana. Johdon keskeinen tehtävä onkin luoda tilanteita, joissa oman työn asiakaslähtöistä kehittämistä voi tapahtua. (Virtanen ym. 2011, 46.) Erityisesti vastuuhenkilö tarvitsee työaikaa yhteydenpitoon ja asiakaspalautteen keräämiseen.

Jatkossa toimintaan olisi hyvä saada mukaan lisää toimijoita esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksista, Pelastakaa lapset ry:stä ja urheiluseuroista. Soiten toiminnan alkamisen myötä entiset erikoissairaanhoidon piiriin kuuluneet palvelut, kuten esimerkiksi äitiys ja lastenpoliklinikat, voisivat olla potentiaalisia yhteistyökumppaneita. Tärkeintä kuitenkin on, että mallia kehitetään asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden mukaisesti ja että asiakkaat osallistuvat myös yhteistyöpalaveriin.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen tekemiseen liittyy useita eettisiä periaatteita, jotka sen tekijän on otettava huomioon. Näiden periaatteiden mukaan toimiminen on aina jokaisen yksittäisen tutkijan omalla vastuulla. Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.) Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet eivät kuitenkaan koske ainoastaan tutkimuksen toimijoiden asemaa, vaan koko tutkimusprosessia aina suunnittelusta sen julkaisemiseen asti (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Eettisyys kuuluu myös osaksi tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, mikäli tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön tutkimuseettisiä lähtökohtia ovat, että tutkimus on tehty rehellisesti, tarkasti ja huolellisesti. Näitä periaatteita sovelletaan sekä itse tutkimustyöhön, tiedon hankintaan, tulosten tallentamiseen, esittämiseen ja tulosten arviointiin. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset otetaan huomioon ja niille annetaan niille kuuluva arvo, esimerkiksi viittaamalla julkaisui-

hin asianmukaisesti. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa, sekä raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia asianmukaisesti ja tutkimukseen liittyvät sidonnaisuudet tulee käydä ilmi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen oli lähtökohtana koko opinnäytetyöprosessini ajan. Opinnäytetyön tekemistä varten tarvittavat luvat olen hankkinut asianmukaisesti, ja prosessin olen kuvannut mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksen tekijällä on laaja-alainen vastuu, sillä tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua hyvinkin kauas tulevaisuuteen tai koskettaa lukuisia ihmisiä. Tämän vuoksi tutkimuksen seurauksia tulee pohtia jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Laadullisessa tutkimuksessa haasteet voivat syntyä esimerkiksi vaikutuksista, joita tutkimuksella voi olla siihen osallistuvien henkilöiden elämään. (Kylmä & Juvakka 2007, 143–144.) Aiheen valinta ja tutkimuskysymyksien muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä ratkaisuja. Aiheen valinnassa on tärkeää pohtia sen oikeutusta. Sen tulee rakentaa oman tieteenalan tietoperustaa ja olla tärkeä myös yhteiskunnan kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 143–144; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129–130.) Opinnäytetyöni oli tilaustyö Kokkolan kaupungille, joten en voinut vaikuttaa aiheen valintaan. Aihe oli kuitenkin sekä paikallisesti että yhteiskunnallisesti tärkeä ja ajankohtainen, ja siitä oli tehty vain vähän tutkimusta oman tieteenalani näkökulmasta. Opinnäytetyön tuloksilla voi olla paikallisesti laajojakin vaikutuksia lapsiperheiden elämään tulevan perhekeskuksen kautta, ja asiakaslähtöisten toimintatapojen leviämisen kautta myös kohderyhmän ulkopuolisten ihmisten elämään. Asiakkaat kokivat opinnäytetyöni aiheen tärkeäksi ja merkitykselliseksi, ja sain paljon kannustavia kommentteja Facebookin Mammatt-ryhmien kautta.

Tutkimuksen menetelmällisiä valintoja on myös arvioitava tutkimusetiikan näkökulmasta. On selvitetävää, pystytäänkö haluttu tieto saavuttaa valituilla menetelmillä ja ovatko menetelmät myös eettisesti oikeutettuja. (Kylmä & Juvakka 2007, 146.) Opinnäytetyössä käyttämieni menetelmien valintaan vaikutti työelämän toive laadullisesta haastattelututkimuksesta. Kävin ohjaavan opettajan kanssa asiasta keskustelua, ja teoriasta löytyi perustelut menetelmävalinnoille. Opinnäytetyösuunnitelma, jossa menetelmävalinnat oli perusteltu ja kuvattu, hyväksyttiin sekä ohjaavan opettajan että ohjausryhmän toimesta.

Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa yhtenä tärkeimpänä eettisenä periaatteina voidaan pitää informointiin perustuvaa suostumusta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20). Tietoon perustuvalla suostumuksella pyritään välttämään haitan aiheutumista tutkimukseen osallistujalle. Tutkimukseen osallistujaa on informoitava siitä, että kyseessä on tutkimus, tutkimuksen tarkoituksesta, - kestosta, - menettelytavoista ja siitä, mihin sillä tuotettua tietoa aiotaan käyttää. Lisäksi tulee

informoida siitä, kuka on tutkimuksen vastuuhenkilö, mitkä ovat osallistujien ja tutkimuksen tekijän roolit ja millä perusteilla mahdolliset osallistujat valitaan. Mahdollisen osallistujan tulee saada tietoa tutkimuksen mahdollisista ennustettavissa olevista heitoista ja hyödyistä, jotta hän pystyy arvioida niiden merkitystä omalla kohdallaan, ennen kuin tekee päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Mahdollisia osallistujia tulee informoida, miten luottamuksellisuus, nimettömyys ja yksityisyys taataan tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuvan henkilön tulee olla tietoinen mahdollisuudestaan vetäytyä tutkimuksesta, ja tietää keneen ottaa yhteyttä, jos tutkimuksesta aiheutuu haittaa. Tutkimuksen tekijän tulee myös tarjota osallistujille mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyvistä asioista missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. (Kylmä & Juvakka 2007, 149–150.) Tiedote neuvolan asiakkaille hyväksyttiin myös ohjausryhmässä (LIITE 4). Tiedotteen lisäksi selvitin haastatteluihin osallistuneille haastattelun tarkoituksen, osallistumisen vapaaehtoisuuden, pyysin luvan nauhoittamiseen ja kerroin haastattelujen ehdottomasta luottamuksellisuudesta. Lisäksi osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (LIITE 5). Itse haastattelutilanteissa pyrin neutraaliuteen ja haastateltavien ehdoilla etenemiseen. Lisäksi huolehdin siitä, ettei haastatteluun- ja kehittämistyöhön osallistuneille koitunut opinnäytetyön tekemisestä mitään haittaa.

Tutkimustulosten eettinen raportointi merkitsee avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta kaikkien tutkimusvaiheiden raportoinnissa, mutta samalla tutkimuksen tekijän on myös suojeltava tutkimukseen osallistujia. Tämä konkretisoituu esimerkiksi autenttisten lainausten yhteydessä. Tutkijan kuuluu raportoida tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kuvaus tutkimusta ilmiöstä mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta haastateltavia suojellen. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Aineiston analyysiprosesseissa on suojeltava haastateltavina olleita ihmisiä ja esimerkiksi ääninauhoissa, puhtaaksikirjoitetuissa haastattelussa tai muistiinpanoissa ei käytetä haastateltavina olleiden ihmisten nimiä vaan esimerkiksi numeroita (Kylmä & Juvakka 2007, 153). Opinnäytetyön tulososan kuvasin siten, ettei siitä voi tunnistaa haastateltavia. Haastattelujen nauhoitukset ja litteroidun aineiston säilytin muistitikulla lukitussa laatikossa, johon vain minulla oli pääsy. Tuhosin aineiston asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Kehittämistoiminnalla pyritään positiivisiin tuloksiin, kuten esimerkiksi hyvien käytäntöjen kehittämiseen. Onnistumisia ja saavutuksia korostaen kirjoitetut raportit voivat ohjata kehittämistoimintaa epäluotettavaan suuntaan. Siksi kehittämistoimintaa raportoitaessa on tärkeää analysoida myös epävarmuustekijöitä tai ristiriitoja. (Toikko & Rantanen 2009, 128–129.) Opinnäytetyöprosessin dokumentoinnissa pyrin täsmällisyyteen ja tulosten esittämisessä huolellisuuteen ja rehellisyyteen. Teoriaan olen viitannut asianmukaisin lähdemerkinnöin.

9.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tämä on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Jotkin laadullisen koulukunnan tutkijoista ovat sitä mieltä, että laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit eivät eroa toisistaan, ja he käyttävät validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä myös laadullisessa tutkimuksessa. Toisten tutkijoiden mielestä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin tarvitaan omat kriteerit, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys eli riippuvuus ja siirrettävyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197; Kylmä & Juvakka 2007, 127; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612–613.) Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea tulosten käyttökelpoisuutta (Toikko & Rantanen 2009, 123).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta, ja tämän osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuutta voidaan lisätä keskustelemalla tuloksista tutkittavien kanssa tutkimuksen eri vaiheissa, tutkimuksen tekijän on riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, tutkijan pitäminen tutkimuspäiväkirja ja aineistojen triangulaatio. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Uskottavuuden edellytyksenä on tulosten kuvaaminen niin selkeästi, että lukija ymmärtää analyysin tekotavan, tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197; Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Uskottavuutta lisää pitämäni tutkimuspäiväkirja koko opinnäytetyöprosessin ajalta. Olen voinut palata prosessin auki kirjoittamisen vaiheessa muistiinpanoihini ja tarkistaa päivämääriä sekä ohjausryhmän kanssa sovittuja asioita. Opinnäytetyön uskottavuutta lisää myös prosessin kesto, sillä olen ollut pitkään ja tiiviisti tekemisissä tutkittavan aiheen kanssa, kuten toimintatutkimukselle on tyypillistä. Aihe ei myöskään ollut minulle entuudestaan täysin vieras, sillä amk-opintojeni opinnäytetyö käsitteli asiakaslähtöistä laadunhallintaa neuvola-ympäristössä. Opinnäytetyön uskottavuutta lisää, että asiakkailta oli edustus opinnäytetyön ohjausryhmässä, kun tulokset esiteltiin ja kehittämistehtävän aihe valittiin. Asiakasedustus oli mukana myös yhteistyöpalaverissa ja perhekahvilan asiakkailta kuultiin toimintamallin suunnittelussa. Tutkittavien ihmisten aktiivinen mukaan ottaminen on olennaista toimintatutkimuksessa (Kuula 1999, 10). Opinnäytetyöni luotettavuutta parantaa valitun tutkimusmenetelmän ja lähestymistavan sopivuus tutkittavaan aiheeseen.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin, ja se edellyttää sen kirjaamista niin tarkasti, että toinen tutkija voi pääpiirteissään seurata tutkimusprosessin kulkua. Tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu laa-

dullisessa terveystutkimuksessa, sillä se pohjautuu usein avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentuu tutkimuksen edetessä. Tarkoituksena on kuvata, miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Vahvistettavuus on osin ongelmallinen arviointikriteeri, sillä laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy saman aineiston perusteella samaan tulkintaan, sillä todellisuksia on monia, mutta tämä hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen pyrkinyt mahdollisimman tarkkaan opinnäytetyön prosessin auki kirjoittamiseen, ja myös tutkimuspäiväkirjan pitäminen lisää prosessin toistettavuutta. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä toiseen tutkimusympäristöön, ja muihin vastaaviin tilanteisiin. Sen edellytyksenä on huolellinen tutkimusympäristön kuvaus, osallistujien valinnan ja taustojen selvittäminen sekä aineistojen keruun ja analyysin tarkka kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198; Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tulosten siirrettävyyttä lisää opinnäytetyöprosessin tarkka kuvaus, niin aineiston keruun, sen analysoinnin, kuin ohjausryhmätyöskentelyn ja yhteistyöpalaverin osalta.

Reflektiivisyys edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on arvioitava, miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Omat lähtökohdani aineistoon ja tutkimusprosessiin olivat neutraalit. Olin puolueeton tullessani organisaation ulkopuolelta, enkä ole työ- tai virkasuhteessa Kokkolan kaupunkiin. En myöskään asu paikkakunnalla, joten en kuulu tutkimuksen kohderyhmään. Näin ollen haastateltavien ei tarvinnut miellyttää minua vastauksillaan. Minulla oli kuitenkin tuntemusta aiheesta aikaisemman opinnäytetyöni pohjalta, ja olen asiakkaana toisen organisaation neuvolapalveluissa, mikä taas lisää aiheen tuntemusta ja sitä kautta luotettavuutta.

Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmät olivat minulle ennestään vieraita, mutta perehdyin niiden teoriaan huolella ennen tutkimuksen aloittamista. Varsinaisia koehaastatteluja en tehnyt, sillä haastateltavien hankkiminen oli hyvin haasteellista. Aineistonanalyysimenetelmä oli minulle ennestään tuttu, mutta analysoitava aineisto oli tässä työssä huomattavasti laajempi. Teoriaan perehtymisen lisäksi sain opettajalta ohjausta aineiston analysoinnissa. Lähdekirjallisuuden suhteen pyrin kriittisyyteen ja mahdollisimman tuoreiden lähteiden käyttämiseen. Lisäksi lähteissä on mukana muutamia klassikkoteoksia, joiden sisältämä tieto ei ole vanhentunut. Opinnäytetyöprosessin aikana organisaation näkemys muuttui hyvinvointineuvolasta perhekeskukseksi. Tämä aiheutti haasteita opinnäytetyön kirjoittamisessa, jotta ilmaukset olisivat yhtenäisiä läpi koko työn. Kehittämistehtävän aihe selvisi vasta haastattelujen tulosten esittämisen jälkeen ohjausryhmän palaverissa. Merkittävää on, että samaan aikaan opinnäytetyön kanssa etenevä LAPE-hanke korostaa kolmannen sektorin merkitystä perhekeskustoiminnassa. Kaikki opinnäytetyön

ohjausryhmään nimetyt jäsenet eivät olleet kertaakaan mukana varsinaisissa kokouksissa, mutta sähköpostin välityksellä keskustelua on käyty. Erityisesti yhteistyöpalavereja varten yhteisen ajan järjestäminen kaikkien toimijoiden kanssa osoittautui haasteelliseksi.

Luotettavuus on tieteellisen tiedon tunnusmerkki, mutta kehittämistoiminnassa käyttökelpoisuus nousee luotettavuutta tärkeämpään asemaan, sillä kehittämistoiminnalla ei ole varsinaista merkitystä, ellei sen seurauksena synny jotain käyttökelpoista. Keskeinen ero onkin siinä, kuka toiminnan kriteerit määrittelee. Tutkimuksen kohdalla ne määrittelee tutkijayhteisö, kun taas kehittämistoiminnan kohdalla pelisääntöjen määrittelemisessä kehittäjät ovat keskeisessä asemassa. Toisaalta tutkimukselliset asetelmat ja pyrkimys luotettavuuteen tiedontuotannossa palvelevat monella tapaa sekä kehittämisprosesseja, että tulosten siirrettävyyttä. (Toikko & Rantanen 2009, 121, 159.) Olen pyrkinyt kiinnittämään huomioita prosessin luotettavuuteen juuri tulosten siirrettävyyden näkökulmasta. Kehittämistoiminnan tuloksia voidaan Kivipellon (2008) mukaan lähestyä vaikuttavuuden osallistavan arvioinnin näkökulmasta. Vaikuttavuuden arvioinnissa on hänen mukaansa nähtävissä kolme suuntaa tai tasoa. Kehittämistoiminnalla on konventionaalista vaikuttavuutta, mikäli se vahvistaa jo vakiintuneita käytäntöjä ja rakenteita. Kehittämistoiminnalla voi olla toisekseen osallistavaa vaikuttavuutta, jolloin arvion kohteena on saavatko toimijat kehittämistoiminnan kautta lisää osallistumismahdollisuuksia tai mahdollistuuko heille uusia tapoja vaikuttaa itseään koskevissa asioissa. Kolmantena on kriittinen vaikuttaminen, joka näkyy kahdella tasolla, ihmisen tietoisuuden kasvuna ja heidän toimintavalmiuksiensa lisääntymisenä. (Kivipelto 2008, 35–37.) Kivipellon korostamat näkökulmat monipuolistavat käsitystä kehittämistoiminnan vaikuttavuudesta ja siirtävät sitä pois organisaatiolta, kohti käyttäjien arvioita kehittämistoiminnan vaikuttavuudesta. Opinnäytetyöni tuloksia tuleekin arvioida sekä opinnäytetyön tilaajan eli kohdeorganisaation että asiakkaiden näkökulmasta.

Opinnäytetyön kohdeorganisaatiolta saamani palautteen perusteella opinnäytetyöni tulokset ovat olleet käyttökelpoisia ja niitä on jo hyödynnetty toiminnan kehittämisessä. Haastattelujen tuloksia käytetään esiselvityksenä, eikä niillä niinkään pyritä vahvistamaan jo olemassa olevia käytäntöjä. Hyvät käytännöt kannattaa kuitenkin säilyttää osaksi uutta toimintaa. Kehittämistyöllä oli osallistavaa vaikutusta sekä asiakkaiden, kohdeorganisaation että kolmannen sektorin näkökulmasta. Erityisesti asiakkaiden näkökulmasta opinnäytetyö tuotti uusia osallistumisen menetelmiä kohdeorganisaatioon, ja osallistava vaikutus jatkuu neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöisen yhteistyömallin käyttöönoton myötä. Opinnäytetyön tuloksena tuotettu neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöinen yhteistyömalli osoittautui hyvin käyttökelpoiseksi, ja se otettiin käyttöön heti vuoden 2017 alusta. Vastaavanlaista toimintaa

ei ole valtakunnallisesti ollut, joten vaikuttavuutta on vielä vaikea arvioida. Mallista on oltu kiinnostuneita ainakin maakunnassa, ja sitä voidaan hyödyntää laajemminkin vastaavanlaisissa kehittämiskoh-teissa.

9.4 Oman ammatillisen kasvun pohdinta

Tämä opinnäytetyöprosessi on ollut yhtä aikaa sekä haastava että mielenkiintoinen. Opinnäytetyön te-
keminen toiseen organisaatioon oli minulta tietoinen valinta ja kehittymishaaste. Ainoana kriteerinä ai-
heen valinnan suhteen minulla oli, että se olisi kohdeorganisaatiolle tärkeä, ja että sitoutuminen kehittä-
miseen olisi molemminpuolista, jolloin myös työn tuloksia hyödynnettäisiin. Aiheena asiakaslähtöinen
kehittäminen ollut ajankohtainen jo vuosia, mutta perhekeskustoiminnan kehittämisen ajankohtaisuus
vain korostui opinnäytetyöprosessin aikana mm. LAPE-hankeen myötä. Lisäksi kehittämistyön aihe,
neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön kehittäminen, on erittäin ajankohtainen ja uusi suuntaus.

Opinnäytetyön tekeminen ei minulle opintojen alkuvaiheessakaan ollut mikään ”peikko”, sillä koin, että
amk-opinnäytetyöni jälkeen minulla oli hyvät valmiudet lähteä tekemään tätä työtä. Vaikka koinkin jo
ennen opinnäytetyön aloittamista omat tiedonhankinnan taitoni hyviksi, mikä mielestäni on amk-opin-
tojeni aikana käytetyn PBL-opetusmenetelmän ansiota, ovat ne kehittyneet edelleen tämän työn myötä.
Myös tiedon tuottamisen taitoni ovat opinnäytetyön tekemisen myötä kehittyneet, ja pystyn soveltamaan
menetelmiä myös nykyisessä työssäni. Suurimmat haasteet minulle aiheutti itse opinnäytetyön kirjalli-
nen esitys ja tieteellisen tekstin saaminen sujuvaksi. Hahmotan itse asiat paremmin erilaisina kuvioina
ja taulukkoina, ja niiden rajaaminen sopivaan määrään vaati harkintaa ja opettajan ohjausta.

Opinnäytetyön 30 opintopisteen laajuus rajoitti aineiston hankintaa ja analyysiä, sillä myös kehittämis-
työn osuuteen oli varattava aikaa ja resursseja. Työ- ja siviilielämän yhteensovittaminen sekä opinnäy-
tetyöntekeminen toiseen organisaatioon ovat edellyttäneet organisointitaitoa, tavoitteiden asettamista
sekä määrätietoista toimintaa tavoitteiden saavuttamiseksi. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa tehty
aikataulukus, opinnäytetyön tilaajan sitoutuminen prosessiin sekä oman henkilökohtaiset tavoitteet, ovat
olleet avainasemassa työn eteenpäin viemisessä, sillä välimatkat ja aikataulukus ovat olleet ajoittain haas-
teellisia.

Omat projektinhallinnan taidot ovat kehittyneet opinnäytetyön tekemisen myötä. Oman työn aikataulutamisen lisäksi muiden työn koordinoiminen, aikataulujen yhteensovittaminen, esitysten pitäminen, ryhmän fasilitaattorina toimiminen ja yhteenvedojen tekeminen on tullut tutuksi kehittäen viestintä- ja vuorovaikutustaitojani. Myös palautteen saaminen ja antaminen, kehitysehdotusten vastaanottaminen suhteessa tehtyyn työhön, sen korjaaminen sekä kaiken tämän hyödyntäminen yhteistyömallin laatimisessa ovat kehittäneet viestintä- ja projektinhallintataitojani. Työyhteisöosaamiseni on parantunut ja olen saanut kokemusta verkostojen luomisesta, kehitystoiminnan johtamisesta ja uusien toimintamallien kehittämisestä. Opinnäytetyöprosessi luodut kontaktit ja verkostot ovat arvokkaita myös tulevaisuuden soite- maailmassa.

Opinnäytetyöprosessin aikana vaihdoin työpaikkaa oman organisaationi sisällä ja siirryin esimiestehtäviin. Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut esimiestyössä tarvittavaa kehittämisosaamista ja projektien läpivientitaitoja, ja koen saaneeni tämän prosessin aina paljon tietoa laatujohtamisesta ja asiakaslähtöisyydestä, mitä pystyn hyödyntämään nykyisessä työssäni. Erityisesti asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen on tullut tutuksi. Ylemmän ammattikorkeakoulun kompetensseissa korostuu uuden tiedon tuottaminen eri alojen toimintatapoja ja osaamista hyödyntäen. Olen mielestäni tässä työssä onnistunut yhdistämään monipuolisesti niin teoriaa kuin työtapojakin. Kehittämistyössä tuotettu malli on innovatiivinen, asiakaslähtöinen ja yhteistyötä kehittävä.

9.5 Tulosten hyödynnettävyys

Haastattelujen tuloksia hyödynnetään selvitystyönä suunniteltaessa perhekeskusmallia Kokkolaan. Opinnäytetyön tuloksena muodostunut neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöinen yhteistyömalli (KUVIO 7) otettiin käyttöön opinnäytetyöprosessin aikana. Yhteistyömallia voidaan hyödyntää tulevan perhekeskustoiminnan kehittämisessä ja laajemminkin asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisessä.

Mallia voidaan hyödyntää soveltaen vastaavanlaisissa kehittämiskohteissa, joko suunniteltaessa perhekeskustoiminnan aloittamista tai haluttaessa kehittää jo olemassa olevaa toimintaa.

9.6 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta esitän seuraavat johtopäätökset:

1. Kokkolan perhekeskuksen malliksi sopii parhaiten monialainen perhekeskus, jossa on lisäksi mukana kolmas sektori. Palvelut tulee sijoittaa fyysisesti saman katon alle.
2. Asiakkaat ovat halukkaita osallistumaan kehittämiseen. Hyviä osallistumismenetelmiä ovat neuvolakäyntien yhteydessä toteutetut lyhyet kyselyt, terveydenhoitajan kysymä palaute ja asiakkaiden yhteiset ideointituokiot.
3. Yhteistyömalli mahdollistaa asiakkaiden osallisuuden lisääntymisen perhekeskustoiminnan kehittämässä ja neuvolan ja kolmannen sektorin asiakaslähtöisen yhteistyön.
4. Esimiesten tulee sitoutua yhteistyömallin toteuttamiseen ja antaa resursseja yhteistyön eri osapuolille.

Jatkotutkimusaiheita:

1. Asiakkaiden kokemuksia perhekeskustoiminnasta Kokkolassa.
2. Kolmannen sektorin toimijoiden käsityksiä yhteistyöstä julkisen terveydenhuollon toimijoiden kanssa.
3. Perhevalmennuksen kehittäminen osana perhekeskustoimintaa.

LÄHTEET

- Anttila, J. 2016. ”Äidillä itsellään on hyvä olla”- Äitien kokemuksia vanhemmuudesta ja oman vanhemmuutensa tukemisesta perhekeskuksen avoimissa palveluissa. Laurea-ammattikorkeakoulu. Perhekeskeisen varhaiskasvatuksen kehittäminen ja johtaminen, sosiaalialan YAMK-tutkinto. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108271/Anttila%20Jasmin.pdf?sequence=1>. Viitattu 23.1.2017.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Artefakta 19. Hamina: Akatiimi Oy.
- Aula, M. K., Juurikkala, V., Kalmari, H., Kaukonen, P., Lavikainen, M. & Pelkonen, M. 2016. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. STM raportteja ja muistioita 2016:29. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74904/Rap_ ja_ muist_ 29_ 2016.pdf?sequence=1. Viitattu 3.10.2016.
- Bing, V. 2011. Historisk utveckling av familjecentraler i Sverige och Norden. Teoksessa M. Kekkonen, M. Montonen & R. Viitala (toim.) Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, 15–21. Saatavissa: <http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:701655/FULLTEXT01.pdf>. Viitattu 17.3.2016.
- Bomgren, S., Karjalainen, J., Karjalainen, P., Kivipelto, M., Saikkonen, P. & Saikku, P. 2016. Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. THL raportti 4/2016. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130515/URN_ISBN_978-952-302-648-3.pdf?sequence=1. Viitattu 3.11.2016.
- Bovaird, T. 2007. Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. Public administration review 67(5), 846–860. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/227699893_Beyond_Engagement_and_Participation_User_and_Community_Co-Production_of_Public_Services. Viitattu 16.3.2016.
- Carr, W. & Kemmis, S. 1986. Becoming critical. Education, knowledge, and action research. Deakin University Press. Saatavissa: <https://enotez.files.wordpress.com/2011/09/becoming-critical.pdf>. Viitattu 6.1.2017.
- Cliff, B. 2012. Patient-Centered Care: The Role of Healthcare Leadership. Journal of Healthcare Management (Nov/Dec), 381–383. Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/Barbara_Cliff2/publication/234087326_Patient-Centered_Care_The_Role_of_Healthcare_Leadership/links/00b7d532eadc0152f5000000.pdf?origin=publication_list. Viitattu 1.12.2016.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. 2011. Person-centered care – Ready for prime time. European Journal of Cardiovascular Nursing 10(4), 248–251. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/51497668_Person-Centered_Care_-_Ready_for_Prime_Time. Viitattu 1.12.2016.
- Haaranen, A. 2012. Realistinen arviointi lapsiperheiden vanhempainryhmistä: muutokset perheen terveydessä ja vaikuttavuutta edistävät toiminnot. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0968-8/urn_isbn_978-952-61-0968-8.pdf. Viitattu 20.10.2016.

- Haapasaari, M. 2009. Perhekeskus moniammatillisen yhteistyön näyttämönä – asiakkaiden parhaaksi. Laurea-ammattikorkeakoulu. Ylempi-ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Terveyden edistämisen koulu. Perhehoitotyö. Opinnäytetyö. Saatavilla: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4525/perhekeskus.pdf?sequence=1>. Viitattu 23.1.2017.
- Haikara, M. & Nieminen, M. 2012. Perhekeskus Itä- ja Keski-Suomessa: teorian ja käytännön kohtaaminen. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40595/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201212183373.pdf?sequence=1>. Viitattu 23.1.2017.
- Halme, N., Kekkonen, M. & Perälä, M-L. 2012. Perhekeskukset Suomessa. Palvelut, yhteistoiminta ja johtaminen. THL raportteja 62/2012. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90890/URN%3AISBN%3A978-952-245-747-9.pdf?sequence=1>. Viitattu 17.3.2016.
- Heikkinen, H. L. T. 2015. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 204–219.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: University Press.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Innokylä. 2012. Aivoriihi. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli109565>. Viitattu 31.10.2016.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf. Viitattu 23.1.2017.
- Jyväskylän yliopisto. 2010. Ideariihi. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymistavoista/Opetusmenetelmat/ideariihi>. Viitattu 31.10.2016.
- Jämsén, A. & Pyykkönen, A. 2014. Osallisuuden jäljillä. Osallisuushanke Salli. Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. Saarijärvi. Saatavilla: <http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/oSallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>. Viitattu 22.1.2017.
- Jäppinen, T. 2011. Kunta ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta. Kunnan ja kuntalaisen vuorovaikutus palveluja koskevassa päätöksenteossa ja niiden uudistamisessa. Kuntaliitto. Acta nro 230. Väitöskirja. Saatavissa: http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/acta230_ebook.pdf. Viitattu 14.11.2016

- Järnström, S. 2011. "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni" Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väistökirja. Saatavissa: <http://uta32kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>. Viitattu 24.11.2016.
- Kainulainen, S., Paananen, R. & Surakka, A. 2016. Maakunnan ihmisten elämänlaatu sote-palveluiden tavoitteeksi. Teoksessa J. Niemelä (toim.) SOTE sosiaalisen kestävyuden vahvistajana. Diak puheenvuoro 2. Diakonia ammattikorkeakoulu. Helsinki. Juvenelis Print Oy: Tampere, 97–112. Saatavissa: www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/Documents/9789524932684.pdf. Viitattu 3.10.2016.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kangaspunta, R. & Värri, M. 2007. HYVINVOINTINEUVOLA – Toimintamalli Tamperella. Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 11/2007. Tampereen kaupunki. Hyvinvointipalvelut. Saatavilla: <http://www.tampere.fi/tiedostot/5t8WtOegp/Hyvinvointineuvola-toimintamalli.pdf>. Viitattu 17.3.2016.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. 2004. The Strategy-Focused Organization. Boston: Harvard Business School Press.
- Karjalainen, J. 2016. Sosiaalityön uusi asento: paikka, rooli ja orientaatio. Teoksessa S., Bomgren, J., Karjalainen, P., Karjalainen, M., Kivipelto, P., Saikkonen & P., Saikku, P (toim.). Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. THL raportti 4/2016, 119–136. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130515/URN_ISBN_978-952-302-648-3.pdf?sequence=1. Viitattu 3.11.2016.
- Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111784/URN%3aNBN%3afi-fe201504223159.pdf?sequence=1>. Viitattu 14.11.2016.
- Kekkonen, M., Montonen, M. & Viitala, R. 2011. Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet. Saatavissa: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:701655/FULLTEXT01.pdf>. Viitattu 17.3.2016.
- Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö 4, 40–42.
- Kivelä, P. 2014. Syrjässä syrjäytyneet. Pelon sosiaalipolitiikka ja verkostoyhteistyön mahdollisuudet maaseudulla. Sininauhaliitto. Maaseutupolitiikan yhteisryhmä. Tutkimusraportti. Saatavissa: http://www.sininauhaliitto.fi/sites/default/files/syrjassa_syrjaytyneet_kirja_sininauhaliitto.pdf. Viitattu 3.11.2016.
- Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: ATENA kustannus, 63–83.
- Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Stakesin työpapereita 17/2008. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75668/T17-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>. Viitattu 1.11.2016.

- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. THL. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. Tampere: Juvenes Print–Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=1. Viitattu 7.10.2015.
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirso, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveystieteiden kompassi: avain asiakkuuteen. Helsinki: Duodecim.
- Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveystieteiden laatuopas. Kuntaliitto. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Saatavissa: http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf. Viitattu 17.3.2016.
- Koivumäki, T. 2011. Isien kokemuksia isyyden muuttumisesta, lastenneuvolasta ja terveysneuvonnasta. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83032/gradu05456.pdf?sequence=1>. Viitattu 3.11.2016.
- Kokkolan kaupunki. 2016a. Yleistietoa Kokkolan kaupungista. Kokkolan kaupungin internetsivut. Päivitetty 1.9.2016. Saatavissa: http://www.kokkola.fi/kokkola_tietoa/yleistietoa_kaupungista/fi_FI/yleistietoa_kaupungista/. Viitattu 11.10.2016.
- Kokkolan kaupunki. 2016b. Neuvolapalvelut. Kokkolan kaupungin internetsivut. Päivitetty 22.8.2016. Saatavissa: http://www.kokkola.fi/palvelut/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveys/neuvolapalvelut/fi_FI/neuvolapalvelut/. Viitattu 11.10.2016.
- Kokkolan kaupunki. 2015. Kokkolan Sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintasuunnitelma 2014–2017. Saatavissa: http://www.kokkola.fi/hallinto/kaupungin_strategiat/soten_strategiat/fi_FI/soten_strategiat/files/93232805156496530/default/Sote%20toimintasuunnitelma.pdf. Viitattu 11.10.2016.
- Kuntalaki 10.5.2015/410. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>. Viitattu 17.3.2016.
- Kuorilehto, R. 2014. Moniasiantuntijuus sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyössä. Monitahoarviointi q-metodologialla. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Väitöskirja. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203966.pdf>. Viitattu 23.1.2017.
- Kurkela, R. 2015a. Teemahaastattelu. Tilastollinen tiedonkeruu -verkko-oppimateriaali. Tilastokeskus. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>. Viitattu 27.10.2015.
- Kurkela, R. 2015b. Ryhmähaastattelu. Tilastollinen tiedonkeruu -verkko-oppimateriaali. Tilastokeskus. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/05/>. Viitattu 27.10.2016.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus, kenttätyö ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim 119, 609–615. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>. Viitattu 1.11.2016.

- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Larjovuori, R-L., Nuutinen, S., Heikkilä-Tammi, K. & Manka, M-L. 2012. Asiakkaat kuntapalveluiden kehittäjiksi. Opas tehokkaan osallistumisen työkaluihin. Tampereen yliopisto ja Tekes. Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulu. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Saatavissa: https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/asiakkaat_kuntapalvelujen_kehittajiksi.pdf. Viitattu 3.11.2016.
- Laitinen, I. 2013. Palveluiden tuottaminen asiakkaan kanssa. Teoksessa I., Laitinen, R., Harisalo & J. Stenvall (toim.) Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Tampere: Suomen yliopistopaino – Juvenes Print, 88–106.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf. Viitattu 14.11.2016.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 21.3.2016.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Viitattu 22.1.2017.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>. Viitattu 23.1.2017.
- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Asiakasosallisuus. THL. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Saatavilla: https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6. Viitattu 7.12.2016.
- Lehtonen, L., Lohiniva-Kerkelä, M. & Pahlman, I. 2015. Terveystoiminta. Helsinki: Talentum Pro.
- Leone, R. P., Walker, C. A., Curry, L. & Agee, E. J. 2012. Application of a Marketing Concept to Patient-Centred Care: Co-Producing Health with Heart Failure Patients. Online Journal of Issues in Nursing, 17 (2). Saatavissa: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Articles-Previous-Topics/Marketing-Concept-to-Patient-centered-Care.html>. Viitattu 21.12.2016.
- Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT TECHNOLOGY 62. Espoo. Saatavissa: http://soteli.metropolia.fi/jk/kohti_asiakaslahtoisia_sote_palvelumalleja.pdf. Viitattu 22.1.2017.
- Loeffler, E. & Bovaird, T. 2016. User and Community Co-Production of Public Services: What Does the Evidence Tell Us?, International Journal of Public Administration 39 (13), 1006–1019. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/309964769_User_and_Community_Co-Production_of_Public_Services_What_Does_the_Evidence_Tell_Us. Viitattu 7.12.2016.
- Lohiniva-Kerkelä, M. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon juridisia kysymyksiä, luentomuistiinpanot. 17.11.2016.

- Lumijärvi, I. 2007. Laatujohtaminen ja tasapainotettu mittaristo terveydenhuollossa. Teoksessa J. Vuorinen (toim.) *Terveys ja johtaminen*. Porvoo: WSOY, 278–302.
- Luoma, T. 2015. Henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu. 20.8.2015.
- Luoma, T. 2017. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköposti. 9.1.2017.
- Lusk, J. M. & Fater, K. 2013. A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Forum*, 48 (2), 89–98. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=93e2702c-d86c-4fbf-8992-0e3d6057e0f2%40sessionmgr107&hid=128>. Viitattu 24.11.2016.
- Marklund, K. & Simic, N. 2012. Pohjolan lapset – Pohjoismaisten perhekeskusten kehittäminen. Pohjoismainen hyvinvointikeskus -inspiraatio-opas. "Varhainen tuki perheille" -hankkeen tulokset. Pohjoismainen hyvinvointikeskus. NORDEN. Saatavissa: <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/11042/6FI.pdf>. Viitattu 17.3.2016.
- Matthies, A-L. 2012. Kustannuksia alas kansalaislähtöisin palvelurakentein? *Kuntalehti* 6, 42–45.
- Matthies, A-L. 2013. Osallistuminen ja palvelut. Teoksessa A-L. Matthies & N. Rantamäki (toim). Teoksessa *HYVINVOINTITALKOOT – Miten kuntalaisten osallistuminen tukee palveluita*. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius & KAMPA-hanke. KAMPA-hankkeen julkaisu. Hyvinvointipalvelujen kehittäminen kansalaisosallistumisen ja yhteisöllisyyden pohjalta maaseudulla, 11–14. Saatavissa: <http://www.maaseutupolitiikka.fi/files/3883/Hyvinvointitalkoot.pdf>. Viitattu 3.10.2016.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologia-sarja* 4. 3., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Miessakit ry. 2012. Isyys kuulluksi, näkyväksi ja osallistuvaksi. Isyyden Tueksi -hanke 2008–2014. Väliraportti. Saatavissa: http://www.miessakit.fi/easydata/customers/miessakit/files/Liitetiedostot/isyyden_tueksi_valiraportti.pdf. Viitattu 3.11.2016.
- Mitronen, L. & Rintamäki, T. 2012. Arvopohjainen toimintalogiikka julkisen sektorin palvelujen ohjauksjärjestelmissä. Teoksessa A. Anttonen, A. Haveri, J. Lehto & H. Palukka (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla: Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Juvenes Print Oy. 174–216.
- Myyrä, T. & Vertanen, J. 2016. Imatran moniammatillinen hyvinvointineuvola – perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi. Saimaan ammattikorkeakoulu. Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkiminto. Opinnäytetyö. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/115122/Myyra_Taija_Vertanen_Jenna.pdf?sequence=1. Viitattu 20.10.2016.
- Norlamo-Saramäki, T. 2009. Asiakaslähtöisyyden ristiaallokossa. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Saatavissa: <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=3d33d245-6a68-498f-8e17-db3d3a2b589b>. Viitattu 24.11.2016.
- Nuorisolaki 27.1.2006/72. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060072>. Viitattu 23.1.2017.

- Ohrakämmen, K. 2015. Osallistumisen ja asiakkuuden rajapinnoilla. Tutkielma asiakaslähtöisyyden ja palveluiden kehittämisen rationaliteeteista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/155374/Ohrankaemmen_YleinenValtiooppi.pdf?sequence=2. Viitattu 22.1.2017.
- Ojansalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaa. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Oppilas- ja opiskeluhuoltolaki 30.12.2013/1287. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287>. Viitattu 23.1.2017.
- Paju, P. 2015. ”Ihanaa aikaa poissa kotoota” Iisalmen Perheen Talo -yhteistyö. Emma & Elias -ohjelma. Tutkimusraportti. Saatavissa: http://www.perheentalo.fi/File/Ihanaa_aikaa_poissa_kotoota1.pdf?33813. Viitattu 20.10.2016.
- Perälä, M-L., Halme, N., Hammar, T. & Nykänen, S. 2011a. Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohtajien näkökulmasta. THL raportteja 29/2011. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79933/9094a223-2277-48bc-9197-02746d431edd.pdf?sequence=1>. Viitattu 2.11.2016.
- Perälä, M-L., Salonen, A., Halme, N. & Nykänen, S. 2011b. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. THL raportteja 36/2011. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80090/27f8cfef-8fa8-402a-b3a0-e26dd8a7ba6d.pdf?sequence=1>. Viitattu 2.11.2016.
- Pietilä-Hella, R. 2010. Tuntemattomista vertaistuttaviksi. Esikoisäitien ja -isien perhevalmennusprosessi Espoon uudentyyppisessä perhevalmennuskokeilussa. Helsingin yliopisto. Valtiotieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/Documents/A_29_ISBN_9789524931151.pdf. Viitattu 2.11.2016.
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 2011. Valtioneuvoston kanslia 22.6.2011. Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen+hallituksen+ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a>. Viitattu 17.3.2016.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Salokekkilä, P. 2011. Encounters in the Health Care. The Voice of the Patient. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0624-3/urn_isbn_978-952-61-0624-3.pdf. Viitattu 21.12.2016.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Viitattu 23.1.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.5.2011/341. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>. Viitattu 17.3.2016.

- Starfield, B. 2011. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *The Permanente Journal* 15 (2), 63–69. Saatavissa: <http://www.thepermanentejournal.org/files/Spring2011/PatientCenteredCare.pdf>. Viitattu 14.11.2016.
- STM. 2016a. Kohti lapsi- ja perhelähtöisiä palveluja. LAPE-yleisesite. Saatavissa: <http://stm.fi/documents/1271139/1953486/LAPE-esite-verkko.pdf/68a59997-cc83-406d-ac8a-3dd8fbb5f3ba>. Viitattu 3.10.2016.
- STM. 2016b. Hallituksen kärkihanke uudistaa lasten ja perheiden palvelut. Lasten ja nuorten käyttöön muokattu hankesuunnitelma. Saatavissa: http://stm.fi/documents/1271139/1953486/Lape_esite_lapsille_ja_nuorille.pdf/bea4789e-cf1d-4052-aa27-da5ad3455fdf. Viitattu 3.10.2016.
- STM. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114371/Opp200414.pdf?sequence=1>. Viitattu 7.10.2015.
- STM. 2016c. Matalan kynnyksen palvelujen verkostoiminen: perhekeskustoimintamalli. Tiivistelmä projektisuunnitelmasta 31.8.2016. Saatavissa: <http://stm.fi/documents/1271139/2802197/Perhekeskustoimintamalli.pdf/4fa02d47-e47b-44ec-a325-d6a94d500ee1>. Viitattu 17.1.2017.
- STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: STM. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3. Viitattu 17.3.2016.
- STM. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: STM. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111764/julkaisuja_2008_6_Kaste_verkko.pdf?sequence=1. Viitattu 17.3.2016.
- STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: STM. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113586/terveys2015.pdf?sequence=1>. Viitattu 7.10.2015
- Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorin työkirja. Menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. Kehitysyhteistyön palvelukeskus Kepa ry. Saatavissa: http://www.gloaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf. Viitattu 31.10.2016.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Väitöskirja. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-187-1.pdf. Viitattu 2.12.2016.
- Teleranta, S. 2010. Johtaja tarvitsee koulutuksen. Teoksessa S. Teleranta, M. Lepistö & T. Wickman-Viitalta (toim.) Johtamisen näkökulmat. Sarja C. Oppimateriaaleja 14. Tampere: Tampereen ammatti- korkeakoulun julkaisuja, 43–56.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 17.3.2016.

- Tiainen, M. 2015. Uudelleen organisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana. Seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen päivystyspalvelujen keskittämisestä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1983-0/urn_isbn_978-952-61-1983-0.pdf. Viitattu 21.12.2016.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3., uudistettu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P. & Rautava, P. 2012. Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. BMC Pregnancy and Childbirth 12 (96). Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/96>. Viitattu 3.11.2016.
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P. & Rautava, P. 2014. Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinics improve parents' service experiences. International Journal of Integrated Care 14 (4). Saatavissa: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1451>. Viitattu 3.11.2016.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 27.1.2017.
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. THL teema 11. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/103429/Teema%202010%2011.pdf>. Viitattu 2.11.2016.
- Valkama, K. 2012. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Vaasan yliopisto. Terveys- ja hallintotieteiden laitos. Väitöskirja. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf. Viitattu 14.11.2016.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.5.2011/338. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>. Viitattu 17.3.2016.
- Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Saatavissa: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netto.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82. Viitattu 3.10.2016.
- Varhaiskasvatuslaki 19.1.1973/36. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730036>. Viitattu 23.1.2017.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. 2015. Älykkäiden julkisorganisaatioiden aika. Teoksessa I. Karppi (toim.) GOVERNANCE: Hallinnan uusia ulottuvuuksia. Tampereen yliopisto, 80–90. Saatavissa: <http://www.uta.fi/yky/pori/opiskelukaytannotjaohjeet/Governance.pdf#page=84>. Viitattu 1.12.2016.

Virtanen, P., Suonheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakasläh-
töisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 2011:28. Saatavissa:
<http://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>. Viitattu 17.3.2016.

Williamson, G. R. 2012. Foundations of action research. Teoksessa Action research in nursing and
healthcare G. R. Williamson, L. Bellman. & J. Webster. London: SAGE, 7–30.

Wong, L P. 2008. Focus group discussion: a tool for health and medical research. Singapore Medical
Journal 49 (3), 256–261. Saatavissa: <http://smj.sma.org.sg/4903/4903me1.pdf>. Viitattu 26.10.2016.

RYHMÄHAASTATTELURUNKO

1. Millaisia hyviä kokemuksia asiakkailla on nykyisestä neuvolatoiminnasta?

2. Millaisia toiveita asiakkailla on tulevalle hyvinvointineuvolalle?

-Miten asiakkaat näkevät yhdistetyn neuvolatoiminnan?

-Mitä hyötyjä asiakkaat näkevät moniammatillisessa tiimissä?

3. Millä tavoin asiakkaat voisivat jatkossa osallistua neuvolatoiminnan kehittämiseen?

-Mikä olisi hyvä nimi hyvinvointineuvolalle?

-Olisiko joku halukas tulemaan mukaan opinnäytetyön ohjausryhmää



TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Kokkolan Kaupunki

Vastuuhenkilö organisaatiossa Hannele Tikkaakoski-Alvarez

Tutkimusluvan anoja(t) Anu Heikkilä

Osoite Meritutenttie 17 Ce8100 Hämeenlinna

Puhelin 040 5418128

Sähköpostiosoite anu.heikkila@cov.fi

Tutkimuksen nimi Asiakkaat mukaan kehittämiseen - laatujohtamisella

Tutkimuksen tarkoitus kehti asiakaslähtöisempää hyvinvointineuvolaa
selvitää neuvolan asiakkaiden mielipiteitä ja
kehittämisehdotuksia tulevasta hyvinvointineuvolasta

Tutkimuksen kohderyhmä Neuvolan asiakkaat

Aineiston keruun arvioitu ajankohta huhti - toukokuu 2016

Tutkimusmenetelmä Ryhmähaastattelu

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 30 / 10 2015

Tutkimuksen ohjaaja Annukka Kolehmainen

Lupa myönnetään

paikka KOKKOLA aika 18 / 12 2015

anomuksen mukaisesti muutosehdotuksin hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus _____

LIITTEET

Tutkimussuunnitelma

Kysely/haastattelulomake

Muut liitteet, mitkä Tiedotteet asiakkaalle ja henkilökunnalle

KOKKOLAN KAUPUNKI**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Yleinen päätös
Hoitotyön johtaja

28.12.2015

12 §

ASIA

Heikkilä Anu, tutkimusluvan myöntäminen

PERUSTELUT

Myönnetään tutkimuslupa aiheesta: Asiakkaat mukaan kehittämiseen-laatujohtamisella kohti asiakaslähtoisempää hyvinvointineuvolaa. Tutkimus tukee neuvolatyön strategista kehittämistä. Hyväksytty tutkimussuunnitelma on hakemuksen liitteenä.

PÄÄTÖS

Hyväksytään

TÄYTÄÄNTÖÖNPANO

28.12.2015



Tikkakoski-Alvarez Hannele
Hoitotyön johtaja

Sosiaali- ja terveyslautakunta

Tiedote

4.1.2016

HAASTATELTAVIA TUTKIMUKSEEN

Kokkolan kaupunki tulee kehittämään äitiys- ja lastenneuvolapalveluita hyvinvointipalvelumallin mukaisesti. Hyvinvointineuvolassa pyritään tukemaan koko perheen hyvinvointia ja vanhemmuutta moniammatillisesti. On tärkeää, että asiakkaat otetaan mukaan uuden toimintamallin luomiseen hyvissä ajoin. Näin voidaan vaikuttaa siihen, että uudet palvelut ovat entistä asiakaslähtöisempiä. Hyvinvointipalvelumalli on otettu käyttöön valtakunnallisesti useissa paikoissa, esimerkiksi Tampereella ja Imatralla, ja kokemukset siitä ovat olleet myönteisiä.

Opiskelen Centria ammattikorkeakoulussa kehittämisen ja johtamisen ylemmää tutkintoa. Toteutan opinnäytetyöni osana hyvinvointineuvolan kehittämistä. Tarkoitukseni on selvittää lapsiperheiden toiveita hyvinvointineuvolasta. Tuloksia tullaan hyödyntämään palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä.

Hyvinvointineuvolan suunnittelua ja kehittämistä varten tarvitsen tutkimukseeni isiä ja äitejä, joilla on kokemusta nykyisistä lapsiperheiden palveluista, kuten äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta. Mikäli haluatte olla mukana tulevan hyvinvointineuvolan suunnittelussa ja kehittämisessä, niin ilmoittautukaa minulle alla olevien yhteystietojen kautta. Voitte ilmoittautua myös terveydenhoitajan kautta. Teidän henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan missään vaiheessa opinnäytetyötä. Ryhmähaastattelu toteutuu huhti-toukuussa 2016. Aikaa siihen kuluu noin kaksi tuntia. Annan mielelläni lisätietoja haastattelusta.

Ystävällisin terveisin
Sairaanhoitaja, ap. oh Anu Heikkilä
Puh 0405418128
Sähköposti anu.heikkila@cou.fi

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Suostun osallistumaan Anu Heikkilä tekemään ryhmähaastatteluun, jossa kerron omakohtaisia kokemuksia ja mielipiteitä ennalta tiedotetun aiheen pohjalta.

Minulle on selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät menetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Olen tietoinen myös siitä, että henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa hoitooni tai asiakassuhteeseeni.

Päiväys 3.5.2016

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka	
Mitä hyviä asioita on asiakkaiden mielestä nykyisessä neuvolatoiminnassa?	”kuus vuotta samalla neuvolan hoitajalla, niin ku se tuntee meidät perheen jo niinku, ja se on ollut koko ajan sama”	Sama terveydenhoitaja joka tuntee perheen	Sama terveydenhoitaja joka tuntee perheen	Terveystenhoitajan ja asiakkaan kohtaaminen	Asiakaslähtöisyys	
	”se tietää meidän tilanteen ja ei aina tarvi ihan alusta asti alottaa”	Sama terveydenhoitaja joka tietää perheen tilanteen				
	”tosi paljo positiivisia kokemuksia ja kun alko oleen vain se sama neuvolan täti, ettei enää vaihtunu”	Samanterveystenhoitajan myötä positiivisten kokemusten lisääntyminen				
	”raskausaikana oli sama niinkö neuvolan täti aina. Se oli tosi ihanaa sai jatkaa siitä mihin oli jääty”	Sama terveydenhoitaja lisää jatkuvuutta				
	”aina on ollut semmosta rohkaisevaa”	Terveystenhoitaja on ollut rohkaiseva	Onnistunut vuorovaikutus terveydenhoitajan kanssa			
	”se oli tosi, oli tosi tosi kannustava ”	Terveystenhoitaja ollut kannustava				
	” mä tulin hyvin juttuun sen mun niinkö raskausajan neuvolatädin kaa .. se oli kyllä mukava ja semmonen kauheen kannustava kaikessa...”	Tuli hyvin juttuun terveydenhoitajan kanssa ja terveydenhoitaja ollut kannusta kaikessa				
”tulee hyvin juttuun sen neuvolatätin kanssa”	Tuli hyvin juttuun terveydenhoitajan kanssa					
” et kohtaako niinku terveydenhoitajan kanssa persoonat”	Terveystenhoitajan kanssa persoonat kohtaa					
”mä tykkäsin hirveesti, mulla oli tosi mukava tuo neuvolan ihmisen”	Terveystenhoitaja oli mukava					
”tuolla tuntu tavallaan, et me oikeesti juteltiin ja tutustutti”	Oikeesti tutustutaan ja jutellaan terveydenhoitajan kanssa	Kokemus aidosta kohtaamisesta				
”mä ehkä koin, että oikeesti sitä niinku kiinnosti se, ett ja sillä oli aikaa”	Terveystenhoitajan aito kiinnostus asiakkaan asioihin ja aikaa kuunnella asiakasta					
”tuntuu, et on saanu just avun jos on tarvinu”	Kokemus avun saamisesta	Kokemus avun saamisesta				
”kyllä mä koen että aina jos on kysyny jotain niin on saanu avun ja siis sillä tavalla”	Vastataan kysymyksiin ja saa avun					

<p>”kyseli, että mitä mieltä mä oon, eikä niinkö sitte tuominnut niitä niinkö omia ajatuksia”</p> <p>”ei tuputa mitään tiettyä vaan niinkö käy että ootko tietonen tästä, jos teet noin niin, niitä vaihtoehtoja käyään...voi ite valita tavallaan sen mikä itelle sopii.”</p>	<p>Terveystenhoitaja otti asiakkaan ajatukset huomioon eikä tuominnut niitä</p> <p>Tiedotetaan avoimesti eri vaihtoehtoista joista asiakas voi valita itselle parhaan</p>	<p>Asiakaslähtöinen toimintatapa</p>		
<p>”et kauheen paljon heti tulee sitä tietoa, eikä jääjä vaan, et se kuuluu asiaan vaan niinkö”</p> <p>”paljon tuotiin sitä, että mistä saa niinkö vielä lisää apua neuvolan lisäksi et jos haluaa, ja et tuntuu vaikeelta”</p> <p>”tuotiin niin tota paljon esille sitä että... että mitä kaikkee eri palveluita täällä on, mitä voi käyttää sitte”</p>	<p>Palveluista tiedotetaan heti, eikä vasta kun tarvitsee apua</p> <p>Tiedotetaan mistä neuvolan lisäksi saa apua jos tarvitsee</p> <p>Tiedotetaan eri palveluista</p>	<p>Palveluista tiedottaminen</p>	<p>Palvelujen saavutettavuus</p>	
<p>”ajan saa helposti”</p> <p>”aina on just pystynyt sopia semmosen ajan joka niinkö meidän aikataulu on passannu, että isä on päässy mukaan”</p> <p>” aina ollaan saatu haluamamme aika”</p>	<p>Ajan saaminen helppoa</p> <p>Asiakkaan aikatauluun sopivan ajan saaminen, että isä on päässyt mukaan neuvolaan</p> <p>Asiakas saa haluamansa ajan</p>	<p>Toiveiden huomioiminen ajanvarauksessa</p>		
<p>”mieheltäkin kysytään jotain ja ollaan niinkö tavallaan niinkö kiinnostuneita siitä isästä ja isän mielipiteistä”</p> <p>”kysytty mieheltä niinkö mielipidettä ja mitenkä on jaksanut ja sitte on kysytty että mitä mieltä mies on mun jaksamisesta”</p> <p>”mies niin tykkää lähtee mukaan ja haluais aina osallistuu just ku on otettu niin kivasti vastaan.”</p> <p>”mieski on halunnu sitte tulla ja yrittääki aina tulla mukaan koska, on kokenu et siellä niinkö kuunnellaan myös häntä .. et se ei oo vaan se äiti, äiti, äiti”</p> <p>”ne on niin hyvin ottanu isän huomioon”</p>	<p>Kiinnostus isästä ja isän mielipiteestä</p> <p>Kysytään isältä mielipidettä ja jaksamisesta</p> <p>Isä otettu hyvin vastaan</p> <p>Isä kokee että häntä kuunnellaan</p> <p>Hyvä isän huomioiminen</p>	<p>Isän huomioiminen</p>	<p>Koko perheen tasavertainen huomioiminen</p>	
<p>”perhe on kokonaisuus niin se on ollu mukava”</p> <p>”me ollaan ihan ihan tasavertasia”</p>	<p>Perheen huomioiminen kokonaisuutena</p> <p>Vanhempien tasavertaisuus</p>	<p>Vanhempien tasavertainen huomioiminen</p>		

	<p>”siel on lapsille leluja ja niinku ja on niinku on monen ikäisille lapsille niitä sillä tavalla et kaikille löytyy leluja”</p> <p>” siis että siis siellä otettu huomioon toiset lapset”</p> <p>” siellä on lelut ja tilat lapsille”</p>	<p>Monen ikäisille lapsille leluja</p> <p>Toisten lasten huomioiminen</p> <p>Tilat ja lelut lapsille</p>	Lasten huomioiminen		
--	---	--	---------------------	--	--

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Mitä toiveita asiakkaille on tulevalle hyvinvointineuvolalle?	<p>”mää ainaki piän tosta ajatuksesta et se ois se sama neuvolan täti kulkis siitä raskausajasta sitte vaikka sen ensimmäisen vauvanvauuden tai vaikka ensimmäisen pari vuotta”</p> <p>” ei ois sitä vaihtuvuutta niin paljoo”</p> <p>” olis koko ajan sama terveydenhoitaja”</p> <p>” yks ihminen kuka tietää asiat”</p> <p>”et jotenki tavallan ite kokee et, aina taas uuestaan alottaa niinkö niitä juttuja, et miten on mennyy, tai näin ...se jotenki paljon helpottaa... et on sama”</p> <p>”ei ois niin tiukka niin se alueraja ... ko jos on tykänny siitä edellisestä tätistä tai olkaan vaikka setä, mutta kumminki.. niin et ei tarvis niinkö vaihtaa jos hyvin menee sen toisen kans jos ei sitte itellä ei ois aivan mahoton se matka tietenkään.”</p> <p>”et jos vain itellä mahdollisuus kulkee niin ois mahdollisuus valita että .. jatkaako vai ei et siinä samassa”</p>	<p>Sama terveydenhoitaja raskausaikana ja ensimmäisen vauvavuoden ainakin</p> <p>Vähemmän vaihtuvuutta</p> <p>Sama terveydenhoitaja koko ajan</p> <p>Yksi ihminen joka tietää perheen asiat Ei tarvitse joka kerta aloittaa uusiksi kertomaan asioita kun on sama terveydenhoitaja</p> <p>Asiakas saisi itse päättää jatkaako samassa neuvolassa muuttamisen jälkeen</p> <p>Itsellä mahdollisuus valita jatkaako samassa neuvolassa</p>	<p>Sama terveydenhoitaja</p> <p>Ei aluerajoja</p>		<p>Asiakaslähtöinen toimintamalli</p>

<p>”kaikki tai ainakin suurin osa palveluista ois saman katon alla”</p> <p>” ehkä se tois vielä enemmän sitä matalaa kynnystä että se et erikseen mee ... niinkö siis se et ois sama paikka mihin niinkö mentäis”</p> <p>” jos se ois sillee samassa paikassa, niin jotenki se ei tuntuis niin eriltä...”</p> <p>”et se ois siinä samassa rakennuksessa eikä niinku sillätavalla, tai niinku.. ettei tarvi ottaa johonki kaupungin johonki toiseen paikkaan yhteyttä mistä saa, että sitte haetaan aikaa vai niinku siinä periaatteessa samassa ... saman yhtymän alla”</p>	<p>Kaikki tai suurin osa palveluista saman katon alla</p> <p>Palvelujen sijainti samassa paikassa korostaisi matalaa kynnystä</p> <p>Palvelut samassa paikassa</p> <p>Palvelut samassa rakennuksessa</p>	<p>Palvelut saman katon alla</p>	<p>Perhekeskus</p>	
<p>”jotenki tulis näkyville enemmän muutako että se on lappu seinällä”</p> <p>”kolmassektori, tai näitä vapaaehtoisia ki jotenki niin.. ehkä nekin ois hyvä tuoda jotenki esille”</p> <p>”Pitäis olla enemmän jotenki esillä”</p> <p>”voishan sitä tehdä niin et tulis vaikka neuvolasta terveydenhoitaja katsoon et millanen paikka tää on, niin pystys ihan konkreettisesti kertoo et mitä täällä tapahtuu”</p> <p>”tietystihän vois olla, ko on jotain perhevalmennuksii niin niin täältä kerhosta vois joku käydä esitteleen sen mitä mitä tämä on”</p> <p>”Jostain supistetaan on isot ryhmät ja sen kyllä varmana jokainen ymmärtää... Mut ehkä tässä just sit korostuu nää perhekahvilat ja nää kolmannen sektorin.”</p>	<p>Kolmannen sektorin näkyvyyden lisääminen neuvolassa</p> <p>Kolmannen sektorin ja vapaaehtoisten palvelujen parempi esilletuonti neuvolassa</p> <p>Kolmannen sektorin palvelut enemmän esillä</p> <p>Neuvolan terveydenhoitaja tutustuu perhekahvilatoimintaan</p> <p>Perhekahvilasta käydään esittelemässä toimintaa perhevalmennuksessa</p> <p>Julkisia palveluita supistettaessa korostuu kolmannen sektorin merkitys</p>	<p>Neuvolan ja kolmannen sektorin yhteistyön tiivistäminen</p>		

<p>”sitte paikkana, siis mulle ehkä riittää et se on siisti”</p> <p>”selkee, siis et mä löyän sen”</p> <p>”Just semmonen sit sinne voi mennä lasten kanssa”</p> <p>”semmonen puntari mihin saa ite tuoda millon haluaa lapset...sä voit ite käydä kattomassa sillä vaalla millon vaan niin onko se lapsi niinku kasvanu”</p>	<p>Siistit tilat</p> <p>Selkeät tilat</p> <p>Lapsiystävälliset tilat</p> <p>Puntari neuvolan tiloihin</p>	<p>Neuvolan tilat</p>	<p>Palvelujen saavutettavuus</p>	
<p>”ajanvaraus on ehkä semmonen mitä vois...et nyt itse asiassa on vähä ongelma et mä en ikinä itse muista sitä varata, ja sitte ku sen muistaa niin sieltä ei saa koskaan ketään kiinni”</p> <p>”netti on kätevä ja mä en tiä onko se käytössäkin, mulla se oo koskaan toiminu ku mä oon sieltä netin kautta yrittänyt varata”</p> <p>”se on tosi aikasin, kaheksasta yheksään se puhelinaika”</p> <p>”tollanen ajasta riippumaton”</p> <p>”sähköposti tai mä voin laittaa viestiä et niinku mulleki kävis ihan mikä aika vaan jos joku vaan ilmottas et tule sillon”</p> <p>”jos se ois ihan niinkö et koputtaa ovelle, pääsis niinku heti”</p>	<p>Puhelinajanvarauksen kehittäminen</p> <p>Nettijanvarauksen toimintavarmuuden parantaminen</p> <p>Paremmat puhelinajat</p> <p>Ajasta riippumattoman ajanvaraus</p> <p>Ajanvarausmuotojen kehittäminen ja ajan ilmoittaminen neuvolasta asiakkaalle</p> <p>Ei tarvitsisi varata aikaa</p>	<p>Ajanvarauksen kehittäminen</p>		
<p>”meillä on ollu esikaisen kanssa sillä lailla että ... meillä oli kuus kertaa ennen synnysytystä ja kuus kertaa synnytyksen jälkeen”</p> <p>”kyllä sen tarvii sen muutaman kerran”</p> <p>”ko oli opiskeluaikana tottunu siihen et oli niinkö monia kertoja perhevalmennusta niin se oli vaan kaksi kertaa neuvolassa ja tuli semmonen tunne että aika paljon jätetään että äitien pitää selvittää itse”</p>	<p>Perhevalmennusta kuusi kertaa ennen lapsen syntymää ja kuusi kertaa syntymän jälkeen</p> <p>Vähintään muutamia kertoja perhevalmennusta</p> <p>Perhevalmennusta on vähennetty liikaa ja jätetty vastuuta äideille selvittää asioita itse</p>	<p>Lisää perhevalmennuskertoja</p>		

<p>”ryhmäytettiin todella hyvin siellä ja edelleenkin niin kuin nämä ihmiset jotka siellä kävi ne on mun tosi hyviä kavereita”</p> <p>”erikseen äitien kerta jollon isit jäi kotiin hoitaan lapsia ja sitte oli toisippäin”</p> <p>”isien on vaikee niin kun muodostaa kaverisuhteita näin niin kuin aikuisiällä kun he eivät käy myöskään tämmösillä kerhoissa tai missään muuallakaan lasten kanssa, mut sitte ku on tuommonen niin ku pohjalla niin se oli helpompi sitte niinku pyytää että lähetääkö sitte jossain käymään”</p> <p>”se et pidettiin öö semmosessa avoimessa päiväkodissa, elikkä se ei ollut mikään niinku sairaalan tila tai neuvolan tila, et se tila oli sellanen et sopi todella hyvin siihen tarkotukseen”</p> <p>”neuvolassa ei ollu niinkö mitään muuta ko neuvolakäynnit. Et seki vähä...jotenki ite vähä et lähtä johonki kaupungitalolle, iso porukka niin...”</p>	<p>Hyvä ryhmäyttäminen edesauttaa kaverisuhteiden muodostumista</p> <p>äideille ja isille omia kertoja</p> <p>Hyvä perhevalmennus edesauttaa myös isien kaverisuhteiden ja tukiverkoston muodostumista</p> <p>Tarkoitukseen sopivat tilat esimerkiksi avoin päiväkot</p> <p>Kaupungintalo ei ole hyvä paikka perhevalmennukselle, ennemmin neuvola</p>	<p>Hyvä ryhmäyttäminen edesauttaa tukiverkoston muodostumista</p> <p>Tarkoituksenmukaiset tilat perhevalmennukseen</p>	Työmuotojen kehittäminen			
<p>”ryhmäneuvoloita, esimerkiksi niinku kuuen kuukauen neuvola ja järjestetään niinkö ryhmäneuvolana”</p> <p>”kellä on samassa kuussa syntyviä lapsia niin siinä on, et saat niinkö justiin tapaavat niitä”</p> <p>”ois kivempi keskustella välillä siitä että on niinkö ne samat...samat asiat”</p>	<p>Ryhmäneuvolatoiminnan aloittaminen</p> <p>Tapaa saman ikäisten lasten vanhempia</p> <p>Samat puheenaiheet lapsen kehityksessä</p>	<p>Ryhmäneuvolatoiminnan aloittaminen</p>				
<p>”sitä vetäs semmonen sosiaalinen ihminen joka on asiasta kiinnostunu”</p> <p>”hyvin esitellään kaikki ja sitte vaikka et niitä outoja ois muutamia että ne just tulis tutuksi”</p> <p>”kyllä se vaatii enemmän ku sen yhen kerran että tavallaan yks kerta niin et sää tuu tutuksi siinä oikeen kenenkään kanssa että kyllä sen tarvii sen muutamman kerran”</p>	<p>Oikeanlainen ihminen vetämään synnytysvalmennusta</p> <p>Osallistujien hyvä esittely</p> <p>Tutustuminen vaatii enemmän kuin yhden synnytysvalmennuskerran</p>	<p>Synnytysvalmennuksen kehittäminen</p>				

	<p>”just toi että laitetaan välillä ne äitit yhdessä ja isit yhdessä koska silloinhan se tulee se isienki tutustuminen niinkö paremmin”</p> <p>”monesti just terkkareilla sitte työpäivän päätteksi niin tietää että heillä on ollu pitkä työpäivä niin nehän saattaa monesti mennä et asia esitellään ja sitte lähdetään kotiin”</p>	<p>Isille ja äideille omia kertoja</p> <p>Terveydenhoitajan työpäivässä varattu aikaa synnytysvalmennukseen</p>			
	<p>”Ehkä kotikäyntejä... sitähan vois kehittää et pääsis enemmän kotikäynneille ne hoitajat”</p> <p>”mahdollisuus tehdä justiin kotona käynti niinkö kerran viikossa tai kerran kuukauessa, vähän niinkö sen perhetilanteen mukaan”</p> <p>”meillä kävi sosiaalityöntekijä kotona synnytyksestä joku kolme kuukautta, hän teki niinkö erillisen kotikäynnin”</p> <p>”jos vaikka joku, joku semmonen en mä tiä onke se sit joku se mielenterveyspuolen työntekijä en tiä tai mikä se ois .. tai et se ois käynny vaikka kattomassa että osaanko mä hoitaa oikein”</p>	<p>Terveydenhoitajat pääsisivät enemmän kotikäynneille</p> <p>Kotikäynti perhetilanteen mukaan</p> <p>Sosiaalityöntekijän kotikäynti lapsen syntymän jälkeen</p> <p>Kotikäynti jossa ohjataan äitiä kotona hoitamaan lastaan</p>	<p>Kotikäyntien lisääminen</p>		

Tutkimuskysymys	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
-----------------	---------------------	--------------------	-----------	-----------	------------------

<p>Millä tavoin asiakkaat voisivat jatkossa osallistua neuvolatoiminnan kehittämiseen?</p>	<p>”kerran vuodessa vaikka joku kysely siellä”</p> <p>”asiakas-palvelukyselyllä”</p> <p>”jos on jotain kyselyitä niin semmosilla tietysti”</p> <p>”vaikka kyselyitä”</p> <p>”ihan vaan kysyttäis ja sais suullisesti vastata”</p> <p>”perhetapahtumat ..sitte neuvolasta työntekijä kyselemässä siellä niinkö tavallaan tommosissa”</p> <p>”joku avoin neuvolatäti...että se täti tulee johonki just vaikka tämmöseen ”</p> <p>”justiinsa tämmösillä niinkö haastatteluilla”</p> <p>”varmaan kaikista paras ois joku et tulkaa tänne niinkö keskustellaan ja heitetään ideoita”</p> <p>”tämmöseen tulee tietysti varmasti osallistuttua”</p>	<p>Kerran vuodessa kysely</p> <p>Kysely</p> <p>Kyselyillä</p> <p>Kysely</p> <p>Terveystyöntekijä kysyy ja saa suullisesti vastata</p> <p>Neuvolan työntekijä tulee kyselemään perhetapahtumiin</p> <p>Neuvolan työntekijä tulee kyselemään perhekahvilaan</p> <p>Haastatteluilla</p> <p>Asiakkaat keskustelevat yhdessä ja ideoivat</p> <p>Ryhmähaastattelu</p>	<p>Kysely</p> <p>Suullinen palaute</p> <p>Asiakkaat ideoivat yhdessä</p>	<p>Osallistumistavat</p>	<p>Asiakastiedon kerääminen</p>
	<p>”ihan yksinkertainen, joku tämmönen mihin vois ideoida, heittä tai kertoa kokemuksia”</p> <p>”mua helpottais niinku ne vaihtoehdot, laittaa rak-sii”</p> <p>”onhan siinä aina sitte että kunka paljon niissä on niitä vastaus vaihtoehtoja”</p> <p>”aina ku mulle annetaan joku lomake niin mun ei kyllä tuu koskaan niitä täytettyä. Ne unohtuu saman tien et, en mä niitä pysty viemään, ja en mä pääse kotonakaan nettiin täyttään mitään, ko se aika on niin rajallista”</p>	<p>Yksinkertainen kysely</p> <p>Vastausvaihtoehdot helpottaa palautteen antamista</p> <p>Ei liikaa vastausvaihtoehtoja</p> <p>Lomakkeet unohtuu, niitä ei pysty palauttaa eikä niitä ehdi täyttää netissä</p>	<p>Nopea kysely</p> <p>Ei nettikyselyitä</p>		

	<p>”ne että vastaa tähän netissä kotona ne ei kyllä toimi se, se paperi hukkuu ja sit millon mulla on aikaa mennä sinne nettiin”</p>	<p>Ei ole aikaa täyttää kotona nettikyselyjä ja paperi hukkuu</p>			
	<p>”jos haluaa oikeesti vastauksia niin täytyy suullisesti ne ottaa ja kirjottaa ylös... sillätavalla taas sit saais vaikka kysyttyä joka ikiseltä yhden neuvolakäynnin jälkeen”</p> <p>”siinä vielä kun tuolla neuvolassa käydään niin vaikka jonkun käynnin lopussa sitten”</p> <p>”siinä nauvolakäynnillä ois aikaa vastata siihen paperille”</p> <p>”sen täyttää vaik siellä odotustilassa ja laittaa johonki laatikkoon nimettömänä”</p> <p>”ainaki jos neuvolassa on tai siellä ois vaikka joku semmonen kysely mihin niinku kirjetetaan”</p> <p>”täytetään neuvolassa”</p> <p>”kun tullaan odottaan, yleensä siinä saa oottaa sen jonku kymmenen viistoista minuuttia niin, hetki menee, täytättekö tän sillä aikaa”</p> <p>”mihin tavallaan muutenki menee paljon perheitä jo on tavallaan samassa siinä tapahtumassa”</p> <p>”siin ei perheiden periaatteissa erikseen lähtä mihinkään vaan se työntekijä tulee sinne missä ne perheet on”</p> <p>”ettei tarvi erikeen lähteä jonnekin tai se tulee muun toiminnassa ohessa”</p>	<p>Jokaisen neuvolakäynnin jälkeen terveydenhoitaja kysyisi suullista palautetta</p> <p>Neuvolakäynnin lopuksi</p> <p>Neuvolakäynnillä olisi aikaa vastata kyselyyn</p> <p>Palautelomakkeen täyttäminen odotustilassa ja laittaminen nimettömänä palautuslaatikkoon Avointkysely neuvolassa</p> <p>Kysely täytetään neuvolassa</p> <p>Terveydenhoitaja pyytää täyttämään kyselyn odotustilassa ennen neuvolakäyntiä</p> <p>Samassa tapahtumassa mihin perheet muutenkin tulevat</p> <p>Neuvolan työntekijä tulee kyselemään sinne missä perheet ovat</p> <p>Tulee muun toiminnan ohessa</p>	<p>Palautteen antamiseen varattu aikaa neuvolakäynnillä</p> <p>Palautelomake täytetään neuvolassa</p> <p>Osallistuminen tapahtuu muun toiminnan ohessa</p>	<p>Toteutus</p>	

ISOKYLÄN MONITOIMITALOLLA TAPAHTUU 2017

MLL:N PERHEKAHVILASSA OSOITE KALLIKSENTIE 10, KLO. 9:30-11:30 VÄLISENÄ AIKANA VIERAILEVAT SEURAAVAT ASIAANTUNTIJAT

Tammikuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 12.1.2017 •Neuvolan terveydenhoitajat •Aiheena: "<i>ryhmän tutustuminen ja toiveet</i>"
Helmi­kuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 9.2.2017 •Kokkolan ensi- ja turvakoti ry" •Aiheena: "<i>kasvata kannustaen</i>"
Maaliskuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 9.3.2017 •Neuvolan terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä •Aihe toiveiden perusteella
Huhtikuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 6.4.2017 •Kokkolan evl seurakunta •Aiheena: "<i>kaikille tilaa riittää, kaikille paikkoja on</i>"
Toukokuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 11.5.2017 •Keski- ja Eteläpohjanmaan Martat ry •Aiheena: "<i>pikkulapsiperheen ruokaa!</i>"
Kesäkuu	<ul style="list-style-type: none"> •Kesäloma
Heinäkuu	<ul style="list-style-type: none"> •Kesäloma
Elokuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 11.8.2017 •Neuvolan terveydenhoitajat •Aihe toiveiden perusteella
Syys­kyy	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 7.9.2017 •Kokkolan ensi- ja turvakoti ry •Aiheena: "<i>riitelyn taito</i>"
Lokakuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 12.10.2017 •Neuvolan terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä •Aihe toiveiden perusteella
Marraskuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 9.11.2017 •Kokkolan evl seurakunta •Aiheena: "<i>parisuhteen palikat</i>"
Joulukuu	<ul style="list-style-type: none"> •Torstai 7.12.2017 •Keski- ja etelämpohjanmaan Martat ry •Aiheena: "<i>pikkulapsiperheen ruokaa!</i>"

MLL:n perhekahvila on normaalisti auki joka torstai klo. 9:30-11:30. Tervetuloa!

Kysymyksiä asiantuntijoille voi lähettää edeltäväsi seuraaviin s-posti osoitteisiin:

Terveystenhoitajat: tuija.luoma@kokkola.fi

Kokkolan ensi- ja turvakoti ry: sanna.bask@kokkolanensijaturvakoti.fi

Kokkolan evl seurakunta: camilla.honkala@evl.fi, paivikki.kivista@evl.fi

Keski- ja eteläpohjanmaan Martat ry: tuija.biskop@martat.fi

Mannerheimin lastensuojeluliiton Kokkolan yhdistys: ker.peltola@gmail.com

YHTEISTYÖMALLI**TAMMIKUU**

- Torstai 12.1.2017 Terveystenhoitajat

HELMIKUU

- Torstai 9.2.2017 Ensi- ja turvakoti

MAALISKUU

- Torstai 9.3.2017 Terveystenhoitaja ja perhetyöntekijä

HUHTIKUU

- Torstai 6.4.2017 Seurakunta

TOUKOKUU

- Torstai 11.5.2017 Martat
- Torstai 25.5.2016 Palautteen kerääminen perhekehvilassa (Sanna Bask)

KESÄKUU

- Torstai 8.6.2017 Yhteistyöpalaveri Ensi- ja turvakodilla klo.14 (Sanna Bask kutsuu koolle)
- Aihe: palaute asiakkailta (Sanna tekee yhteenvedon), uuden vastuuhenkilön valinta, seuraavan yhteistyöpalaverin ajankohta

HEINÄKUU**ELOKUU**

- Torstai 11.5.2017 Terveystenhoitajat

SYYSKYY

- Torstai 7.9.2017 Ensi- ja turvakot

LOKAKUU

- Torstai 12.10.2017 Terveystenhoitaja/perhetyöntekijä

MARRASKUU

- Torstai 9.11.2017 Seurakunta

JOULUKUU

- Torstai 7.12.2017 Martat

Yhteistyösopimus 1.1.2017-31.12.2017

1. Sopijapuolet

Kokkolan kaupunki
Mannerheimin lastensuojeluliiton Kokkolan jaosto
Keski-Pohjanmaan Martat
Kokkolan evl seurakunta
Kokkolan ensi- ja turvakodit

2. Sopimuksen tarkoitus

Tarkoituksena on kehittää Kokkolan lapsiperheiden palveluja asiakaslähtöisesti yhteistyössä julkisen sektorin ja kolmannen sektorin kanssa. Mallin toimivuutta arvioidaan puolivuositain yhteistyöpalaverissa ja sitä kehitetään asiakkaiden toiveista ja tarpeista käsin. Toimintaa on tarkoitus jatkaa myös vuoden 2017 jälkeen.

3. Sopimuksen sisältö

Osapuolet sitoutumat yhteistyömallin mukaiseen toimintaan. Tällä hetkellä MLL tarjoaa toiminnalle tilat, mutta tarkoituksena on siirtää toiminta osaksi Kokkolassa alkavan perhekeskuksen toimintaa. Toimintamallin omistajuutta kierrätetään puolivuositain toimijoiden kesken. Vastuuhenkilö huolehtii asiakaspalautteen keräämisestä ja seuraavan yhteistyöpalaverin kokoon kutsumisesta. Ensimmäisen puolivuotiskauden vastuuhenkilönä on Sanna Bask Kokkolan ensi- ja turvakodilta.

4. Allekirjoitukset

Kokkolassa 10.11.2016

Allekirjoitus, Nimenselvennys, Asema

Allekirjoitus, Nimenselvennys, Asema

Allekirjoitus, Nimenselvennys, Asema

Allekirjoitus, Nimenselvennys, Asema

Allekirjoitus, Nimenselvennys, Asema

Allekirjoitus, Nimenselvennys, Asema

Mitä mieltä olet Isokylän monitoimitalolla pidetyistä teema päivistä?

Miten niitä voitaisiin kehittää jatkossa?

Miten lapsiperheiden palvelu yleensä tulisi mielestäsi kehittää?