

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Taija Myyrä ja Jenna Vertanen

Imatran moniammatillinen hyvinvointineuvola – perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi

Opinnäytetyö 2016

Tiivistelmä

Taija Myyrä ja Jenna Vertanen

Imatran moniammatillinen hyvinvointineuvola – perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi, 71 sivua, 8 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2016

Ohjaajat: yliopettaja Pirjo Vaittinen ja yliopettaja Tuija Nummela, Saimaan ammattikorkeakoulu, toimitusjohtaja Leena Kaljunen, Socom

Imatran moniammatillinen hyvinvointineuvola – perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi on ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, jonka tarkoitus oli tehdä Imatralla käytössä olleen hyvinvointineuvolan malli näkyväksi. Opinnäytetyö tehtiin tilauksesta Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socomille ja yhteistyökumppanina oli myös Imatran hyvinvointineuvola.

Yhteiskuntamme muutokset näkyvät perheiden pahoinvointina. Erilaiset ongelmat kuten päihteiden käytön lisääntyminen, avioerot ja lähiverkoston heikentyminen ja puuttuminen ovat nykypäivän perheiden ongelmia. Näihin ongelmiin on yhteiskuntamme lähtenyt hakemaan ratkaisuja erilaisten lakien ja säädösten keinoin. Neuvolapalvelut ovat kulkeneet lapsiperheiden tukena jo vuosikymmeniä, mutta neuvolan palvelut eivät enää entisellään tukeneet perheitä riittävän hyvin. 2000-luvun alkupuolelta lähtien on kehitetty hyvinvointineuvolatoimintaa.

Imatralla havahduttiin 2009 lastensuojelumenojen kohtuuttomaan nousuun ja siihen reagoitiin ottamalla käyttöön hyvinvointineuvolamalli. Imatran hyvinvointineuvolamalli on osoittautunut toimivaksi ja se on tuonut kunnalle säästöjä. Imatran hyvinvointineuvolamalli on kehittynyt vuosien aikana ja sitä pidetään hyvänä mallina neuvolatoiminnan uudistamiselle.

Opinnäytetyön tulokset kerättiin esihaastatteluiden ja kahden puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Teemahaastatteluissa haastateltiin hyvinvointineuvolan moniammatillista työryhmää. Molemmissa haastatteluissa oli kuusi osallistujaa. Haastatteluissa käytimme työvälimeinää Engeströmin kehittävän työntutkimuksen mallia. Lisäksi historiallista analyysia ja tiedonkeruuta tehtiin kirjallisista lähteistä. Haastattelujen tulokset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tuloksena mallinnetaan Imatran hyvinvointineuvolan toiminta ja kuvataan muutos perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi. Imatran hyvinvointineuvolamalli eroaa perinteisestä neuvolasta käytännössä toteutetun moniammatillisen työskentelytavan, varhaisen reagoinnin ja ennaltaehkäisyn korostamisen vuoksi. Hyvinvointineuvolan toimintamalli on työn kuormittavuutta vähentävä ja kustannustehokas työskentelytapa.

Käsitteet: Hyvinvointineuvola, neuvolatyö, moniammatillisuus, varhainen välittäminen

Abstract

Taija Myyrä and Jenna Vertanen

Multidisciplinary welfare clinic in Imatra, 71 pages, 8 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Master of Health Care

Master's Thesis 2016

Instructors: Ms Pirjo Vaittinen, Principal Lecturer, and Ms Tuija Nummela, Principal Lecturer, Leena Kaljunen Managing Director at Socom

The multidisciplinary welfare clinic in Imatra is the topic of this thesis project. The conventional services of the child health clinics do not give adequate support any more, which is why a welfare clinic concept has been introduced to bring the services up to date. The purpose of this study was to visualize the model that is applied at the welfare clinic in Imatra. The thesis was commissioned by the Centre of Excellence on Social Welfare in the South-Eastern Finland, Socom.

The data was collected by both preliminary and semi-constructed theme interviews. In the theme interviews, a multidisciplinary work group at the welfare clinic was interviewed, and the developmental work research model was used as the tool. The interviews were analyzed in an inductive content analysis. In addition, historical analysis and information collection based on literature were accomplished.

The operating model at the welfare clinic in Imatra was described based on the results of this study. The Imatra model differs from the traditional child health clinics considering the multidisciplinary working methods, early response and intensified prevention practices. The operating model at the welfare clinic is efficient and cost effective, and decreases the strain of the work.

Keywords: Welfare clinic, maternity clinic, multidisciplinary, early response

Sisällys

Käsitteet	2
1 Johdanto	5
2 Lapsiperheet muuttuvassa yhteiskunnassa	6
3 Neuvolatoiminta	10
3.1 Neuvolatoiminnan synty ja kehitys	10
3.2 Neuvolatyön ohjeistus	11
3.3 Neuvolatoiminnan nykytilanne	14
3.4 Neuvolan rooli eriarvoisuuden vähentämisessä	15
4 Hyvinvointineuvola	16
4.1 Hyvinvointineuvolan taustaa	16
4.2 Moniammatillinen työote hyvinvointineuvolassa	16
4.3 Imatran hyvinvointineuvola	19
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus	22
5.1 Tavoitteet ja tutkimustehtävät	22
5.2 Kehittävän työntutkimus Engeströmin mallin avulla	22
5.3 Opinnäytetyön tiedonkeruu	24
5.4 Aineiston analyysi ja tulkinta	28
6 Neuvolasta hyvinvointineuvolaan	31
6.1 Teemat työvälineinä muutoksen osoittamiseksi	31
6.2 Moniammatillisuus	32
6.3 Varhainen välittäminen ja ennaltaehkäisy	34
6.4 Vanhempien verkostot	37
6.5 Yhteistyö perheiden kanssa	38
7 Imatran hyvinvointineuvolan malli	40
7.1 Hyvinvointineuvola käytännön työssä	40
7.2 Asiakas työn keskiössä	43
7.3 Yhteenvedo muutoksista Imatran neuvolatoiminnassa	44
8 Pohdinta	46
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys	46
8.2 Hyvinvointineuvola vastaamassa perheiden muuttuneisiin tarpeisiin	47
Kuvat ja taulukot	53
Lähteet	54

Liitteet

Liite 1 Tiedote moniammatilliselle hyvinvointineuvolan tiimille

Liite 2 Engeströmin malli

Liite 3 Pohja neuvolatoiminnan muutoksen pohtimiseen

Liite 4 Suostumuslomake

Liite 5 Strukturoidun teemahaastattelun runko

Liite 6 Analyysitaulukko

Liite 7 Imatran hyvinvointineuvolan malli

Liite 8 Hyvinvointineuvolan toiminnan lähtökohdat

1 Johdanto

Imatran kaupungin hyvinvointineuvola on kerännyt paljon kiitosta ja se on myös palkittu valtakunnallisella lastensuojeluteko – palkinnolla (Kuntaliitto 2013). Tässä opinnäytetyössä mallinnetaan Imatran hyvinvointineuvolan toiminta Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socomin tilauksesta. Tavoitteena on saada Imatran hyvinvointineuvolassa tehty toimiva työskentelytapa näkyväksi ja kuvata muutos perinteisestä neuvolatoiminnasta hyvinvointineuvolaksi.

Eriarvoistuminen on väistämätön ilmiö ja tiedetään, että väestöryhmien väliset terveyserot johtuvat sosiaalisesta eriarvoisuudesta. Eri elämänvaiheissa tehdyt valinnat ja olosuhteet vaikuttavat hyvinvoinnin epätasaiseen jakautumiseen. Terveyserojen kaventaminen edellyttää toimia, jotka kohdistuvat terveyden sosiaaliin taustatekijöihin. (Kaste 2012-2015; Sitra.) Erityisesti lasten ja lapsiperheiden pahoinvointi on noussut esiin usein erilaisissa yhteyksissä ja on ymmärretty, kuinka tärkeää on puuttua konkreettisesti lapsiperheiden kokemuksiin ongelmiin. Tutkimusten mukaan (mm. Mustonen, Huurre, Kiviruusu, Berg, Aro, & Marttunen, 2013) elämänselkään voidaan vaikuttaa parhaiten puuttamalla ongelmakohtiin hyvissä ajoin, jo lapsuudessa. Ylisukupolvinen syrjäytyminen on nykypäivän ongelma. Eeva-Maija Korhonen (2013) on luokitellut erilaisia taustatekijöitä tälle ilmiölle ja niitä ovat vanhemmuus, vanhemman toiminta, lapsen yksilöllinen kehitys sekä lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutussuhde, muut ihmissuhteet, suku ja yhteisöt. Yhtenä oleellisena tekijänä hän mainitsee yhteiskunnan rakenteelliset tekijät. Näiden tekemiensä luokitusten avulla Korhonen on pyrkinyt selittämään ylisukupolvisten sosiaalisten ongelmien siirtymistä.

Lähestymistapana työssämme on Yrjö Engeströmin kehittämä työntutkimus. Kehittävä työntutkimus on kansainvälisesti merkittävä suomalainen lähestymistapa, joka perustuu kulttuurihistorialliseen toiminnan teoriaan (Engeström 1998). Imatran neuvolatoiminnan muutosta tutkiessamme Engeströmin mallin avulla, saamme esitettyä Imatralla tapahtuneen neuvolatyön muutoksen. Ensin perehdymme hyvinvointineuvolaan ilmiönä, jonka jälkeen teemme historiallista analyysiä kirjallisuuden ja asiantuntijahaastatteluiden avulla. Tähän ratkaisuun olemme päätyneet, koska Engeströmin (1998, 135–138) mukaan kehittävä työntutkimus pyrkii ylittämään toimintatutkimuksen ja perinteisen työntutkimuksen rajoitukset

tarkastelemalla työtä historiallisen analyysin avulla työyhteisöä laajemmasta näkökulmasta. Perehdymme Imatran hyvinvointineuvolan toimintaan tekemiemme haastattelujen avulla ja kirjallisen materiaalin pohjalta kokoamme Imatran hyvinvointineuvolan mallin. Tarkastelemme aihetta neuvolatyön muutoksen kautta ja selvitämme, miten Imatran neuvolassa toimittiin ennen ja miten toimitaan nyt. Näin saamme monitasoista tietoa siitä, millaista Imatran hyvinvointineuvolan toiminta on. Monitasoisella tiedolla tarkoitamme mahdollisimman laajaa perehtyneisyyttä aiheeseen eri näkökulmista ja tietolähteistä.

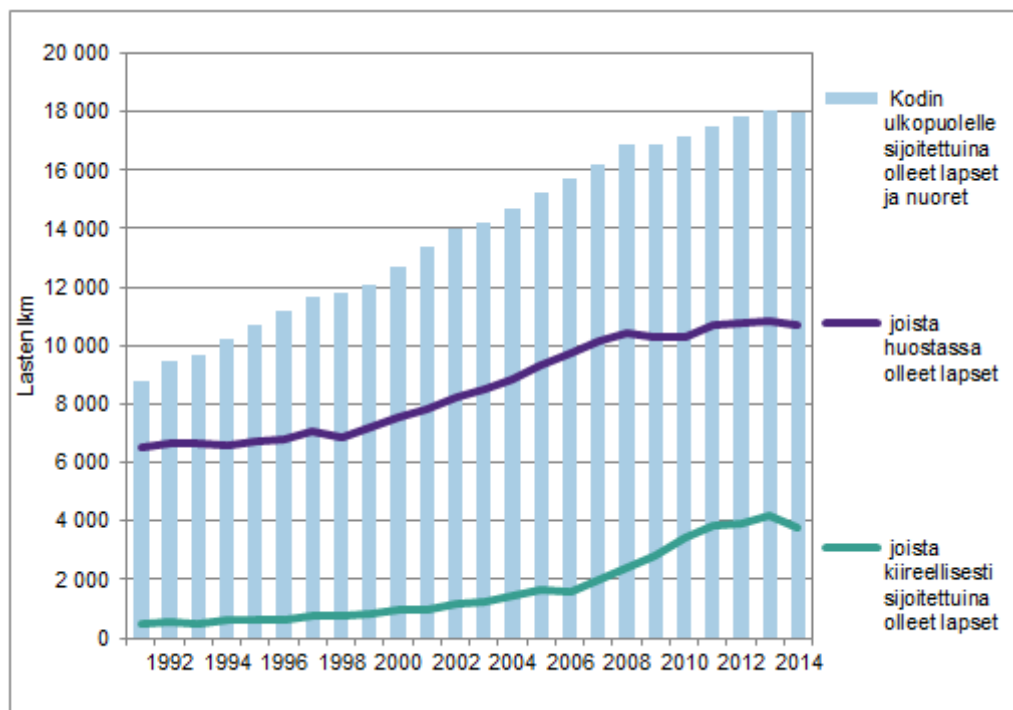
2 Lapsiperheet muuttuvassa yhteiskunnassa

Lapsiperheiden hyvinvoinnin tila

Yhteiskuntamme muutosten keskellä perheen, suvun ja lähiympäristön merkitys on edelleen säilynyt tärkeänä. Niiden rooli on muuttunut ihmisten elämässä ja perinteinen ydinperhe ei enää yksin pysty vastaamaan sen jäsenten kaikkiin tarpeisiin. Tämä muutos on huomattu, ja siihen pyritään tuomaan helpotusta muun muassa poliittisin keinoin. Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallinen Terveys 2015 -ohjelma asetti tavoitteet lasten hyvinvoinnin parantamiseen jo 2000-luvun alussa (Terveys 2015-ohjelma). Näitä valtakunnallisesti asetettuja tavoitteita ei vielä tänäkään päivänä huomioida tarpeeksi. Näiden lisäksi yhteiskunta tukee lapsiperheitä erilaisin etuuksin ja palveluin. (Vilèn, Vihunen, Vartiainen, Sivèn, Neuvonen & Kurvinen 2013, 73.)

Vuositasolla lastenneuvolakäyntejä Suomessa on yli 1,3 miljoonaa. Suurin osa suomalaisista lapsiperheistä kuuluu neuvolan asiakaskuntaan (Tilastoraportti Perusterveydenhuolto 2013; Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015) ja varhaiskasvatuksen piiriin. Vain noin puoli prosenttia lapsiperheistä ei käytä lastenneuvolajärjestelmää (Leino, Koskenniemi, Saranpää, Strömberg & Kilpi 2007). Voidaan siis todeta, että lähes kaikki lapsiperheet kuuluvat julkisen palvelujärjestelmän asiakkaisiin, joista lastenneuvola on kiistatta kaikkein kattavin järjestelmä.

Lasten ja heidän perheidensä hyvinvointi ei näyttäydy yhtä myönteisesti kuin julkisten palvelujärjestelmien asiakkuusluvut. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen tilastoraportin (2013) mukaan kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja huostaan otettujen lasten määrät ovat korkeat ja kiireellisten sijoitusten määrä on ollut kasvussa vuodesta 2005 lähtien (Kuva 1). Vuonna 2013 kodin ulkopuolelle sijoitettuina olevia asiakkaita oli lastensuojelun piirissä 18 022. (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015.) Sosiaali- ja terveysalan tilastollisen vuosikirjan mukaan lukema on selvästi kasvanut 1970-luvulta näihin päiviin saakka, vaikka varhaiskasvatuksen periaatteiden mukaan lapsen tarvitsema tuki järjestetään mahdollisimman pitkälle osana tavallisia kunnan kasvatuspalveluja. (Solantaus & Paavonen 2009) Osittain tuo lukema voi johtua siitä, että yhteiskunnalliset rakennemuutokset ovat aiheuttaneet paineen tarkastella lapsiperheiden tilannetta ja tuen tarvetta uusien silmin.



*Sama lapsi voi sisältyä sekä kiireellisesti sijoitettuihin että huostassa olleiden lukumääriin.

Kuva 1. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret sekä niistä huostassa ja kiireellisesti sijoitettuna olleet lapset vuosina 1991–2014*. THL Tilastoraportti 25/2015, 4.12.2015.

Yhteiskunnallisesti puhuttava aihe lapsiperheiden pahoinvoinnista on ollut nykypäivänä usein esillä ja lasten hyvinvointiin liittyvät asiat ovat ajankohtaisia. Vanhempien ongelmat haittaavat optimaalisen vanhemmuuden ja perhesuhteiden toteutumista. Tiedetään, että suotuisa elinympäristö on lapsen etu, ja mikäli vanhemmilla on mielenterveysongelmia, väkivaltaa tai päihteiden käyttöä, eivät kasvuolosuhteet ole parhaat mahdolliset. (Solantaus & Paavonen 2009.) Honkasen (2008) kuvaamia nykypäivän lapsiperheiden ongelmia ovat vanhempien uupumus, lapsiperheiden köyhyys ja lisääntynyt päihteiden käyttö. Yhteiskuntamme paineet heijastuvat lapsiperheisiin, kuten Honkanen (2008) on todennut, avioerot lisääntyvät jatkuvasti, perherakenteet muuttuvat, vanhemmat painivat liian työ määrän kanssa ja perheet polarisoituvat muutenkin kuin taloudellisesti. Ylisukupolvinen työttömyys ja perheiden arjen hallinnan puutteet asettavat myös suuria haasteita. (Honkanen 2008) Tämä ei ole vähäpätöinen yhteiskunnallinen pulma. Muun muassa Vaittinen (2011) toteaa väitöskirjassaan, että usein huoli perheiden pärjäämisestä on herännyt jo lastenneuvolassa. Neuvolassa heränneeseen huoleen tulisi vastata mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jo ennen varsinaista lastensuojelun asiakkuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015-ohjelman (2001) mukaan lasten osalta neuvolatoiminnan tavoitteena on hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen ja lasten turvattomuuteen liittyvien oireiden merkittävä väheneminen. Neuvolan toimintatavoissa korostetaan lasten kehitysympäristöjen terveyttä edistävää roolia ja syrjäytymisuhassa olevien lasten ja lapsiperheiden tukemista sekä yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva lastensuojeluseelvitystyöryhmän linjaukset ovat samansuuntaiset ja loppuraportissaan (2013) tämä ryhmä esittää, että lasten ja perheiden tilanteiden arvioinnin käytäntöjä ja menetelmiä on systematisoitava. Selvitystyöryhmä esittää kehityssuunnaksi perustasolle hyvinvointia edistävien ja ongelmia ehkäisevien toimenpiteiden vahvistamista. (Mäki, Hakulinen-Viitanen, Kaikkonen, Koponen, Ovaskainen, Sippola, Virtanen, Laatikainen & LATE-työryhmä 2010.) Erilaiset linjaukset, asetukset, jopa lait ja säädökset puoltavat ennaltaehkäisevää työtä, joten optimaalisimmat, tasa-arvoiset palvelut voitaisiin taata asiakkaille yhtenäisellä hyvinvointineuvolamallilla koko Suomessa (Ks. Rimpelä 2008).

Nykypäivän perheet monine ongelmineen haastavat palvelujärjestelmän. Lammi-Taskulan ja Karvosen (toim.) (2014) mukaan huolten määrän kasvaessa, kasvaa myös perheiden tunne siitä, että palveluita on hankala saada ja niistä saatava tuki koetaan riittämättömäksi. Edellä kuvatun yhteiskunnan muutoksen myötä, lapsiperheiden palvelutarpeet ja niille asetetut odotukset ovat kasvaneet, eivätkä perheiden tarpeet ja palvelut tällä hetkellä kohtaa. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen vuoden 2012 lapsiperhekyselyn mukaan erityisesti kasvatus- ja perheneuvoloista ja lastensuojelupalveluista saatu tuki koettiin riittämättömäksi. (Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014, 233–237)

Lapsiperheiden varhainen tuki

Varhainen tuki ja siihen liittyvät rinnakkaisilmaisut ovat käsitteinä, toimintoina ja työorientaatioina vielä epäselviä ja vakiintumattomia. Taustaltaan ne ovat monille tuntemattomia ja toimintoina vielä uusia ja jatkuvan kehittämisen kohteita. (Lindqvist 2008.) Lindqvistin (2008) tutkimuksessa käytetään lasten kehityksellisiin ja psyykkisiin vaikeuksiin nimitystä varhainen apu. Varhainen viittaa tässä yhteydessä kolmeen seikkaan: Neuvolaikäiseen lapseen, lapsen ongelmaan puuttumiseen heti havaitsemisen jälkeen ja avun tarjoamiseen peruspalveluissa. Varhaisen puuttumisen ja tukemisen menetelmiä kehitetään koko ajan, ja menetelmien kehittyessä kehittyy koko toiminta (Lindqvist 2008). Kunnat tuottavat lasten, nuorten ja perheiden palveluita verotuloilla ja valtionosuuksilla ja niihin menee merkittävä osa kokonaisbudjeteista. Valtionosuuksia ennaltaehkäisevien palveluiden lisäämiseksi on korotettu, mutta niiden saatavuudessa on edelleen puutteita. Voimavarat kohdentuvat edelleen korjaaviin palveluihin. Peruspalveluiden puutteet näkyvät erityis- ja erikoispalveluiden käytön lisääntymisenä (Kaste 2012-2015; Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014, 228).

Kun lasten oireilu tunnistetaan varhaisessa vaiheessa ja apua tarjotaan viiveettömästi, voidaan lapsiperheiden tuki järjestää peruspalveluissa (Tuominen, Kettunen, Lindfors, Hjelt & Hakulinen-Viitanen 2011). On havaittu, että palveluiden järjestäminen peruspalveluissa tulee yhteiskunnalle edullisemmaksi. Lasten palvelutarpeen kasvu aiheuttaa keskustelua saatavilla olevien palvelujen riittäväyydestä ja se on tuonut esille myös ajatuksen siitä, tunnistetaanko lasten ja perheiden tarvitsema tuki riittävän aikaisin. (Rimpelä 2008.) Tutkimusten mukaan oikea-

aikaisella tuella ja varhaisella tunnistamisella voitaisiin ehkäistä lasten psyykkisiä ja kehityksellisiä ongelmia tai niiden vaikeutumista (Puura 2002; Solantaus 2010). Ongelmat ennättävät usein kasvaa suuremmiksi ja hankalammiksi hoitaa. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että joka kymmenes perhe olisi neuvolan erityistuen tarpeessa. (Kangaspunta 2003; Kangaspunta, Punamäki & Kaltiala-Heino 2004; Neuvola lapsiperheiden tukena –opas työntekijöille 2004; Perälä, Salonen, Halme & Nykänen 2011.)

3 Neuvolatoiminta

3.1 Neuvolatoiminnan synty ja kehitys

Neuvolatoiminnalla Suomessa on pitkät juuret. Suomeen perustettiin ensimmäinen Maitopisara-asema vuonna 1904. Asemilla neuvottiin äitejä, tehtiin lääkärin tarkastuksia, annettiin rokotuksia ja jaettiin kalanmaksaoiljyä. Teollistumisen myötä ihmiset alkoivat muuttaa maaseudulta enenevässä määrin kaupunkeihin. Ahtaissa kaupunkikodeissa taudinaiheuttajat lisääntyivät helposti ja lapsikuolleisuus oli yleistä. Lapsikuolleisuuteen ja sairastavuuteen haluttiin puuttua kouluttamalla terveyssisaria ja neuvomalla äitejä. (Ritmala, Ojanen, Sivèn, Vihunen & Vilèn 2009, 37–38.)

Neuvolatoiminta oli otettu käyttöön koko Suomessa jo 1920-luvun lopussa. Neuvolatoiminnan synnyssä merkittävä toimija on ollut arkkiatri Arvo Ylppö. Ylpön aloitteesta Suomen ensimmäinen neuvola aloitti toimintansa Lastenlinnan halko-liiterissä. 1930-luvulla Suomessa oli jo 150 lääkärin johtamaa lastenneuvola. Äitiyshuollon ja lastenneuvonnan eriytyminen alkoi 1930-luvulla. 1940-luvulla äitiysneuvolatoiminta kattoi koko Suomen. Merkittävä tekijä tässä oli vuonna 1944 voimaan tullut uusi laki kunnallisista neuvoloista ja terveyssisarista sekä kunnan kättilöistä. Kunnallisia neuvoloita perustettiin aluksi kuntiin, joissa ei vielä ollut neuvolatoimintaa. Neuvolatoiminta siirtyi lopulta kokonaan kunnalliseksi ja kuntiin perustettiin terveysasemia, jossa äidit ja lapset kävivät tapaamassa hoitajaa. 1970-luvulla voimaan tulleen uuden kansanterveyslain myötä kuntiin tuli uudenlaiset terveyskeskukset, joissa toiminta jatkui. (Ritmala ym. 2009, 37–38.) Neuvolatoiminnan kehitys on jatkunut aina näihin päiviin asti ja jatkuu edelleen. Hyvinvointineuvoloissa on nähtävissä suuntaus, jossa palataan ajatukseen, että

palvelu viedään lähelle asiakasta kotiin tehtävänä työnä. Tämä tarkoittaa sitä, että neuvonta ei tapahdu enää ainoastaan vastaanotolla, vaan myös asiakkaan lähiympäristössä.

3.2 Neuvolatyön ohjeistus

Yhteiskuntamme taloustilanne on pidempään ollut heikko ja talousasiat korostuvat sosiaali- ja terveysalalla erityisesti. Kuntien varoista valtaosa menee lasten, nuorten ja perheiden palveluihin, myös neuvolan toiminnan rahoittaa kunnat. Nähtävissä on suuntaus, jossa palveluita tarkastellaan yhä enemmän taloudellisesta näkökulmasta. Kuntien varat tulevat kuntalaisten veroista ja valtionosuuksista. Taloudellisten seikkojen lisäksi kuntia ohjaavat neuvolatoimintaan liittyvät lait, asetukset ja ohjelmat, jotka pyrkivät monialaiseen yhteistyöhön ja yhtenäistämään neuvolatyön käytäntöjä uusien suositusten avulla (Kuva 2). Samalla ne vievät neuvolatoimintaa koko maassa yhä enemmän hyvinvointineuvoloiden suuntaan. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013; Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014, 225-228; Lastenneuvolakäsikirja.)

Seuraavassa kuvassa (Kuva 2) on esitetty neuvolatoimintaa ohjaavia lakeja ja asetuksia.

Lait	Asetukset
Lastensuojelulaki	
Terveystieteiden tutkimuslaki	Asetus neuvolatoiminnasta
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	Asetus lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	Asetus koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta
Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta	Asetus imeväisten ja pikkulasten ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta
Henkilötietolaki	Asetus potilasasiakirjoista

Päihdehuoltolaki	Asetus seulonnoista
Mielenterveyslaki	Asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta
Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä	
Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä	
Sosiaalihuoltolaki	

Kuva 2. Neuvolatoimintaa ohjaavia lakeja ja asetuksia.

Terveydenhuoltolaki (2010/1326) on yksi merkittävistä neuvolatoimintaa ohjaavista laeista. Sen mukaan kunnan on järjestettävä neuvolapalvelut ja siinä kerrotaan neuvolapalveluiden sisällöstä. Terveydenhuoltolaki määrittelee kuka voi toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä ja ammattihenkilön tehtävät. Se määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettiset velvollisuudet ja salassapito- ja kielitaitovelvollisuuden sekä vaikuttamisvelvollisuuden. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.) Neuvolatoiminnan kehittäminen ei ole sattumanvaraista toimintaa vaan kaikkea Sosiaali- ja terveystoimen kehittämistä suuntaavat linjaukset on kirjattu Terveys 2015 – kansanterveysohjelmaan, terveydenhuollon ja sosiaalialan raportteihin, valtioneuvoston periaatepäätöksiin ja neuvolasuositukseen. (Kangaspunta & Värri 2007, 477).

Lastensuojelulaki ja terveydenhuoltolaki korostavat lasten ja perheiden tukemista ja tarvittaessa tutkimuksiin ja hoitoon ohjausta. Lastensuojelulain mukaan kuntien tehtävänä on järjestää ehkäisevä lastensuojelu ja sen keinoin edistää lasten ja nuorten hyvinvointia ja tarjota huoltajille apua kasvatustehtäviin liittyvissä ongelmissa. Lain mukaan tämä tulee tehdä, vaikka lapsi ei olisi lastensuojelun asiakas. Apua tulee tarjota riittävän varhain. Ennalta ehkäisevät toimet ovat taloudellisesti ja inhimillisesti kannattavampia kuin korjaavat toimet. (Lastensuojelulaki 2007/417; Terveydenhuoltolaki 2010/1326; Kirmanen 2015) Ensimmäisessä vastuu

lapsesta on vanhemmilla ja huoltajalla (Lastensuojelulaki 2007/417). Yleensä kuntien käytäntönä on, että ehkäisevä työ ja avohuollon tukitoimet pyrkivät hoitamaan lapsen ja perheen ongelmatilanteet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ja mikäli tilanne niin vaatii, lapsen turvallisuuden takaamiseksi, hänet voidaan huostaanottaa ja sijoittaa sijaishuoltoon perhehoitoon tai laitoshuoltoon. (Lastensuojelulaki 2007/417; Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014, 225-228.) Tehokkaalla hyvinvointineuvolatoiminnalla on voitu vähentää lastensuojelun asiakasmääriä.

Neuvolatoiminnan toimintaohjelma

Neuvolatoiminnan toimintaohjelma on kaikille kunnille pakollinen kunnan strategiaan ja hyvinvointisuunnitelmaan liittyvä eri toimialojen kanssa yhteistyössä tehty suunnitelma. Tämä suunnitelma kattaa kaikki lakien ja asetusten vaatimat kohdat ja se varmistaa, että väestö saa kunnan eri toimipisteissä yhtenäiset palvelut ja lisää tasa-arvoa kuntalaisten välillä. Neuvolatoiminnan toimintaohjelma säätelee äitiys- ja lastenneuvolan työtä, antaa mahdollisuuden neuvoloiden toiminnan yhtenäistämiseen. Toimintaohjelma helpottaa moniammatillista yhteistyötä kunnissa. Neuvolatoiminnan toimintaohjelma sisältää kunnan vastuhenkilöt eri osa-alueille, toiminnan sisällön, menettelytavat eri tilanteissa ja yhteistyön eri tahojen kanssa. Toimintaohjelmassa määritellään moniammatillisen yhteistyön peruseriaatteet, työnjako ja tiedonsiirtoon liittyvät käytänteet. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin & Peltonen 2012; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.)

Toimintaohjelmassa on kuvattu äitiys- ja lastenneuvoloiden keskeiset toiminnot. Näitä keskeisiä toimintoja ovat määräaikaisterveystarkastusten ajankohdat ja sisällöt, laajan terveystarkastuksen järjestäminen osana määräaikaistarkastusta, yhteistyö tarkastuksissa, perhevalmennus, synnytysvalmennus ja muu vanhempien ryhmätoiminta. Tähän toimintaohjelmaan kuuluvat myös kotikäynnit ennen lapsen syntymää ja syntymän jälkeen sekä erityistilanteissa yhteistyötahot, kuten perhetyö, tukijärjestelyt sekä lisäkäynteihin varautuminen ja menettelytavat erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi. Toimintaohjelma sisältää myös tarkastuksista poisjääneiden tuen tarpeiden selvittämisen. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-

Peltola, Hastrup, Wallin & Peltonen 2012; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 222.)

3.3 Neuvolatoiminnan nykytilanne

Suomen neuvolatoiminta on maailmanlaajuisestikin katsottuna erityislaatuista, sillä missään muualla ei vastaavaa toimintaa tiettävästi ole olemassa. Neuvolatoiminta on kehittynyt ja muuttunut väestön tarpeiden ja ajan tuoman muutoksen mukaan. Lait ja asetukset ohjaavat neuvolatoimintaa ja ovat osaltaan mahdollistaneet neuvolatoiminnan kehityksen. Nykyisin lastenneuvolatoiminnan tavoitteena on lapsen fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin lisääntyminen (Terveydenhuoltolaki 2010/1326) ja voidaankin sanoa, että lapsen etu on neuvolatoiminnan peruslähtökohta (Vaittinen 2011). Nykyisin neuvolassa ei enää hoideta vain lapsen terveyttä vaan neuvolatyö on perheen kokonaisvaltaista psykososiaalista tukemista ja neuvolatyössä huomioidaan myös lapsen läheisverkosto. Neuvolan tehtävänä on mahdollistaa vanhemmille ajantasaisen ja tutkimukseen perustuvan tiedon saaminen lapseen, perheeseen ja näiden terveyden edistämiseen liittyvistä tekijöistä. Neuvolan tehtävänä on myös tukea riittävästi vanhemmuutta ja parisuhdetta perheen toimivuuden vahvistamiseksi. Neuvolan tehtäviin kuuluu edellä lueteltujen lisäksi lapsen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja tunne-elämän kehityksen tukeminen ja seuranta, rokotusohjelman mukaisten rokotusten antaminen ja rokotussuojan ylläpito. Neuvolan toimintaa ohjaavissa asetuksissa painotetaan, että neuvolan tulisi tunnistaa erityisen tuen tarve hyvissä ajoin, jo määräaikaistarkastuksissa. Tätä erityisen tuen tarvetta tulee tarvittaessa selvittää neuvolan lisä- ja kotikäynneillä. (Lastenneuvolakäsikirja)

Valtioneuvoston asetus (1.7.2009) on määritellyt ohjeet neuvolatoiminnalle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle. Suunnitelmallisuus, seuranta ja arviointi ovat osa tämän asetuksen ohjeistusta. Tarvittaessa neuvolan on ohjattava asiakas muille asiantuntijoille ja tehtävä yhteistyötä päivähoidon, lastensuojelun, kotipalvelun, erikoissairaanhoidon ja muiden tahojen kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Hermanson 2012.) Vaikka neuvolatoiminta onkin kehittynyt jatkuvasti, ei neuvolatoiminta nykyisellään ole valtakunnallisesti täysin yhteneväistä ja asiakkaat joutuvat edelleen eriarvoisuuteen keskenään, koska palvelut eivät ole tasapuolisia eri puolilla

maata. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste, joka toteutettiin vuosina 2012–2015, on ollut yhtenä mahdollistajana neuvolatoiminnan kehittämiselle Suomessa. Siinä perhekeskukset, hyvinvointineuvolat ja muut moniammatilliset palveluverkostot nostettiin esille hyvinä esimerkkeinä varhaisen tuen palvelumalleista (Salonen, Kallio & Normia-Alhstèn 2012; Lähteenmäki-Smith & Terävä 2012). Kaste 2012–2015-ohjelmassa todettiin, että palveluiden alueelliset laatu- ja saatavuuserot ovat merkittäviä (Kaste 2012–2015). Neuvolatoiminta on edelleen hyvin erilaista eri puolilla Suomea ja siihen kaivataan yhtenäistä toimintamallia, joka voitaisiin saavuttaa tuotteistamisen avulla.

3.4 Neuvolan rooli eriarvoisuuden vähentämisessä

Suomessa neuvolatoimintaa pyritään yhtenäistämään ja muokkaamaan asiakkaiden tarpeiden mukaiseksi. Siitä huolimatta neuvoloiden käytännöt vaihtelevat paljon paikkakunnittain ja se synnyttää asiakkaiden välille eriarvoisuutta. Tutkimustulosten mukaan neuvoloiden asiakkaiden kokemus on, että eri neuvoloissa on palvelutasossa eroja. (esim. Hakulinen-Viitanen ym. 2012; Lähteenmäki-Smith & Terävä 2012; Lampola & Hakulinen-Viitanen 2013; Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014).

Vaittinen (2011, 38) toteaa väitöskirjassaan, että *“terveydenhoitajilla näyttää olevan käytettävissään keinoja tukea perheitä, mutta mahdollisuudet käyttää niitä ovat olleet rajalliset”*. Neuvoloiden havaittuihin puutteisiin on osa Suomen kunnista aloittanut äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan kehittämisen hyvinvointineuvolan suuntaan (Sosiaaliportti 2009; Kohvakka & Peltola 2011; Korhonen & Heino 2012.) Tämänhetkiset hyvinvointineuvolat perustuvat Ruotsista lähtöisin olevaan perhepalvelumalliin (Familjecentraler 2015). Tätä perhekeskustoiminnaksikin kutsuttua mallia rinnastetaan usein myös hyvinvointineuvolaan.

2000-luvun alkupuolella Viljamaan väitös (2003) sekä Rimpelän ja Pirkanmaan mielenterveystyön peruspalvelutiimiprojektin (2002–2004) kehittämä perheiden hyvinvointineuvola -toimintamalli lienevät Suomessa ensimmäisiä hyvinvointineuvolaan liittyviä projekteja. Vuonna 2001 Tampereella lastenneuvolatyötä kehittävää työryhmä esitti neuvolatyön suuntaamista lasten psyykkisen kasvun tuke-

miseen. Myös häiriöiden varhainen toteaminen nostettiin silloin esille. Siten ensimmäinen neuvola Suomessa siirtyi tekemään hyvinvointineuvolatyötä vuonna 2003. (Kangaspunta & Värri 2007.) Voidaan siis sanoa, että Suomessa hyvinvointineuvoloita on ollut olemassa 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Toiminta on ollut kuitenkin hyvin erilaista eri kunnissa ja yhtenäinen malli hyvinvointineuvolalle puuttuu. Hyvinvointineuvolat maanlaajuisesti, samalla konseptilla toimivina, voisivat muuttaa tilannetta ja antaa avaimet matalan kynnyksen toiminnalle, ilman asiakkaiden leimaantumisen pelkoa. Tälläkin hetkellä Suomessa toimivat matalan kynnyksen palveluun perustuvat moniammatilliset työryhmät hyvinvointineuvoloissa pyrkivät juuri tähän, mutta jokainen omalla mallillaan ja ohjeistuksellaan. Erilaiset mallit aiheuttavat eriarvoisuutta asiakkaiden kesken, joten mallin yhtenäistäminen voisi olla eräs ratkaisu tähän ongelmaan.

4 Hyvinvointineuvola

4.1 Hyvinvointineuvolan taustaa

Hyvinvointineuvoloissa palvelut on koottu saman katon alle ja pyritty järjestämään toimiva yhteistyö eri alan ammattilaisten välille. Hyvinvointineuvoloissa on perinteisen neuvolatyön lisäksi neuvolan omaa perhetyötä ja niissä yhdistyvät perusterveydenhoidon sekä sosiaali- ja mielenterveyshuollon asiantuntijuus. (Kohvakka & Peltola 2011; Korhonen & Heino 2012.) Hyvinvointineuvolat toimivat perheitä tukien, ennaltaehkäisevällä otteella ja perheen omia voimavaroja vahvistuen. Hyvinvointineuvolassa on koko ajan moniammatillinen tieto ja taito hyödynnettävissä perheen edun mukaisesti ja palvelut räätälöidään asiakkaan tarpeen mukaan. Asiakaslähtöistä työtä ja asiakaslähtöisyyden tärkeyden ymmärrystä kunnallisessa terveydenhuollossa painottaa myös Raisamiina Rimpelä tutkimuksessaan. (Rimpelä 2014; Innokylä 2013)

4.2 Moniammatillinen työote hyvinvointineuvolassa

Moniammatillisuudesta löytyy paljon tutkittua tietoa, ja havaitsimme tutkijoiden välillä olevan eroja siinä, pitävätkö he moniammatillisuuden käsitteistöä vakiintuneena, selkeänä ja yhtenäisenä. Siirto-Honkasen (2008) mukaan moniammatillisuudelle ei suomenkielessä ole vakiintunutta määritelmää. Rantala (2002) taas

on pitänyt haasteellisena yhtenäisen, selvän käsitteistön luomista moniammatillisuuteen liittyen. Isoherranen, Rekola ja Nurminen (2008) ovat puolestaan ilmaisseet moniammatillisen yhteistyön käsitteen vakiintuneen Suomessa 1990 -luvulla. Heidän mukaansa yksinkertaistaen voidaan sanoa, että siinä on asiantuntijoilla yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänä, ja jotta he pääsevät tavoitteeseensa, he yhdistävät tietonsa ja osaamisensa (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 33). Koska moniammatillisuus nähdään monin eri tavoin eikä sosiaali- ja terveysalalla ole olemassa yhtä ja oikeaa määritelmää sille, on tärkeää, että käsite avataan ja työyhteisön jäsenillä on yhteinen ymmärrys siitä. (Ks. Pärnä 2007; Isoherranen 2012.)

Tässä opinnäytetyössä moniammatillisuus neuvolatyössä on sitä, että moniammatillisen tiimin jäsenet tunnistavat ja osaavat hyödyntää toisten tiimiläisten osaamista ja ohjata asiakkaan tarvittaessa muille asiantuntijoille. Näin hyödynnetään eri alojen ihmisten osaamista perheen hyvinvoinnin tukemiseksi verkostomaisella työtavalla. Moniammatillisen yhteistyön tulee olla myös ammatillisesti tasavertaista ja toista kunnioittavaa (Isoherranen ym. 2008, 15–17; Ks. Lockhard & Wood 2000; Ks. Payne 2000). Isoherranen (2012, 34) on määritellyt moniammatillisuuden prosessina, jossa ammattilaiset jakavat tietoa keskenään ja muodostavat yhteistä käsitystä asiakkaan tilanteesta ja tekevät suunnitelman tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisusta.

Moniammatillisuus liittyy tämän päivän neuvolatoimintaan tiiviisti. Perheiden ongelmien monimutkaistuminen ja toimintaympäristöjen muuttuminen ovat nostaneet keskeiseen asemaan eri sektoreiden välisen yhteistyön. (Terveys 2015-ohjelma; Rimpelä 2008; Toimiva lastensuojelu – selvitysryhmän loppuraportti 2013; Maijanen & Haikara 2014; Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014; Kaste 2012–2015.) Moniammatilliselle yhteistyölle on kirjattu periaatteet lakisääteiseen äitiys- ja lastenneuvoloiden toimintaohjelmaan. Tämä toimintaohjelma on ollut tärkeässä asemassa hyvinvointineuvolan toiminnan toteuttamiseen ja tiedonkulun ongelman ratkaisuun liittyen. Toimintaohjelmassa on annettu käytännön ohjeet työnjakoon ja tiedonsiirtoon neuvolatoiminnassa. Toimintaohjelma sisältää tämän lisäksi päälinjat hoito- ja palveluketjuja noudatettavasta yhteistyöstä perus-

terveydenhuollon ja erityispalvelujen kuten kasvatus- ja perheneuvolan sekä erikoissairaanhoidon välillä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 223.)

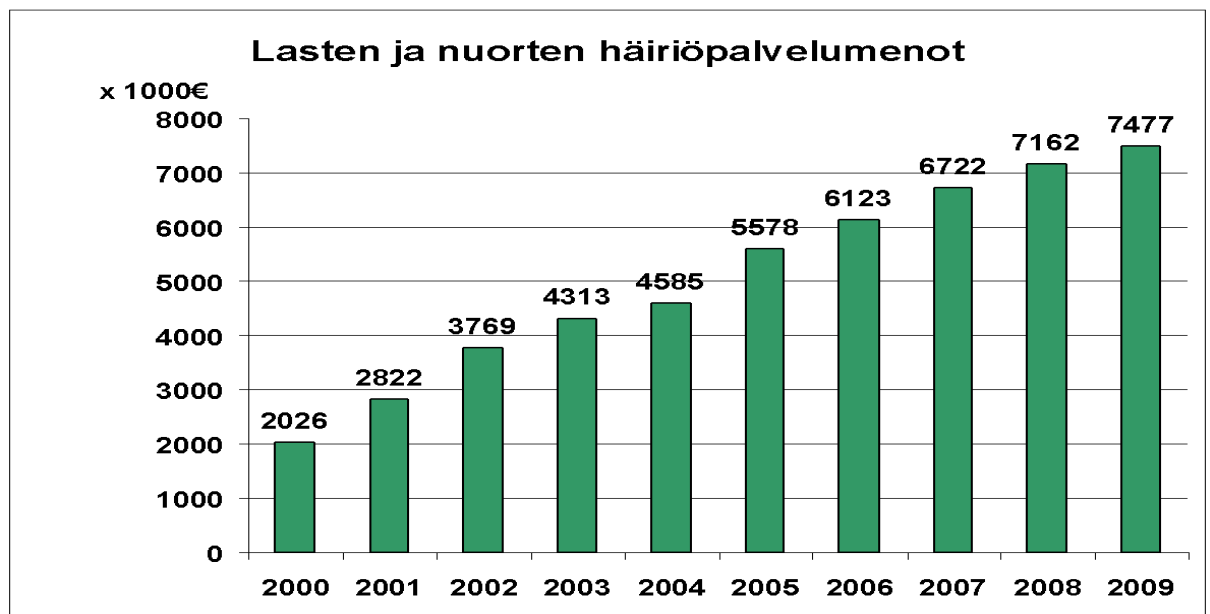
Moniammatillisuutta voidaan tarkastella muun muassa potilaan, asiakkaan, perheenjäsenen ja työntekijöiden näkökulmasta. Sitä voidaan tarkastella myös moniammatillisessa työryhmässä sekä eri organisaatioissa toimivien työntekijöiden välillä. Toimiakseen moniammatillinen yhteistyö tarvitsee sellaisen organisatorakenteen, joka tukee sitä. Sosiaali- ja terveysalalla ammattiryhmien väliset erot on koettu erityisen hankaliksi. Imatran hyvinvointineuvolan toiminta ja siihen liittyvä moniammatillinen työskentely on mahdollistettu organisaation rakennemuutoksen avulla. Hyvinvointineuvolassa vaikuttavien toimintamallien, kuten jaettu asiantuntijuus ja moniammatillisuus, omaksuminen työkäytäntöihin edellyttää jatkuvaa työn arviointia, koulutusta ja henkilöstöresurssien arviointia. Tässä yhteydessä keskeistä on hiljaisen tiedon tunnistaminen. Kehittävän työn tutkija Engeström (1998, 107–108) pitää merkittävänä voimavarana työyhteisön kollektiivisuutta. Kollektiivinen tiedonrakentaminen moniammatillisessa yhteistyössä vahvistaa asiantuntijan omaa osaamista, yhteisöllisyyttä ja vaikuttaa asiakkaiden saamaan hyötyyn tehostamalla työn tuottavuutta. (Parviainen 2006, 155–156; Honkanen 2008; Vilèn, Leppämäki & Ekström 2008)

Mikäli osapuolilla on puutteelliset tiedot toistensa töistä, se voi hankaloittaa moniammatillista työtä. Myös erilaiset toimintamallit, ajattelutavat ja ammattikieli voivat vaikeuttaa moniammatillista yhteistyötä ja ylläpitää hierarkkista arvojärjestelmää työpaikalla. (Isoherranen ym. 2008) Vilèn ym. (2013) toteavat, että moniammatillinen tiimi voi hyvin toimiessaan vähentää päällekkäisten perhettä koskevien suunnitelmien tekemistä. Heidän mukaansa toimiva yhteistyö kuitenkin vaatii sen, että kukin osapuoli jakaa oman asiantuntemuksensa ja tietonsa muille tiimiläisille. (Vilèn ym. 2013, 260) Moniammatillisessa työyhteisössä jokaisen työntekijän tulisi tuoda esille oma perusteltu näkemyksensä ja ammattitaitonsa (Isoherranen ym. 2008, 14–15). Hyvin onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö hyödyttää asiakasta mahdollistamalla hänelle kokonaisvaltaisempaa tukea (Petri 2010, 78). Voimme todeta moniammatillisen yhteistyön olevan vaikuttava ja tärkeä työskentelymuoto, ja että ekspansiivinen oppiminen on tärkeää toimivassa

työyhteisössä. Eri alojen asiantuntijoiden on tärkeää hallita oma alansa ja tuntea myös työtovereiden taidot ja ammattiosaaminen. Toimivan ryhmätyön yksi perusedellytys on se, että toisen ammattitaitoa arvostetaan. (Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014, 139–140.)

4.3 Imatran hyvinvointineuvola

Imatran hyvinvointineuvola perustettiin vuonna 2009. Tutkimusprofessori Matti Rimpelä on kehittänyt ja tutkinut hyvinvointineuvolatoimintaa Pirkanmaalla 2000-luvulta lähtien ja Imatran hyvinvointineuvola pohjautuu Rimpelän (ja työryhmän) tutkimuksiin. Hyvinvointineuvola ei lähtenyt käyntiin hankkeena, vaan sillä oli alusta alkaen pysyvä rahoitus. Taustalla oli huoli imatralaisten lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Syrjäytyneitä tai syrjäytymisriskissä olevia lapsia ja nuoria oli Imatralla enemmän kuin muissa Suomen kaupungeissa keskimäärin. Niin kutsutut häiriöpalvelumenot eli lasten ja perheiden ongelmien hoidon kustannukset kasvoivat vuosi vuodelta. Alla olevassa kuvassa (Kuva 3) näkyy Imatran lasten ja nuorten häiriöpalvelumenojen kasvu vuodesta 2000 vuoteen 2009. Häiriöpalvelumenot ovat moninkertaistuneet tällä ajanjaksolla.



Kuva 3. Lasten ja nuorten häiriöpalvelumenot Imatralla 2000–2009 (Kirmanen 2015)

Hyvinvointineuvolatoiminnalla haluttiin hillitä näitä kuluja ja haluttiin päästä puuttumaan lasten ja perheiden ongelmiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Ylisukupolvinen syrjäytyminen ja lasten ja perheiden ajautuminen lastensuojelun asiakkaisiksi haluttiin pysäyttää. Samalla organisaation rakennetta ja toimintakulttuuria muutettiin. Perheitä tuettiin sektori- ja ammattikuntien rajat ylittävällä yhteistyöllä ensisijaisesti perheen kotona. Imatralla oli huomattu, että voimavaroja ja osaamista oli paljon, mutta ammattihenkilöiden tuki oli etääntynyt perheiden arjesta. Hyvinvointineuvolassa työskenteli kuusi terveydenhoitajaa ja kuusi perhetyöntekijää. Lisäksi tarjolla oli maksutonta kodinhoitoapua kahden kodinhoitajan toimesta. (Kohvakka & Peltola 2011; Kirmanen 2014.)

Sivistystoimi ja sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät Imatralla vuoden 2013 alusta. Samalla muutettiin myös johtamista, joka perustui tuolloin sisäiseen ja ulkoiseen sopimusohjaukseen. Muutosten taustalla oli halu murtaa sektorien ja ammattikuntien välisiä rajoja. Tavoitteena oli uudistaa toiminta-ajatusta ja rakenteita, jotta saataisiin yhteinen näkemys asiakkaan tilanteesta ja mahdollisimman varhainen apu perheelle sekä päästäisiin eroon poislähtämisen kulttuurista. (Kirmanen 2015) Kuten Rimpelä (2007) on todennut hyvinvointineuvola koskevassa julkaisussaan, tulisi toiminnan painopisteen siirtyä yksilöiden terveydestä koko perheen hyvinvointiin (Rimpelä 2007, 8).

Imatran hyvinvointipalvelut oli jaettu neljään osaan, jotka olivat lasten ja nuorten palvelut, vapaa-ajan palvelut, psykososiaaliset palvelut ja hoito- ja hoivapalvelut. Hyvinvointineuvolan toiminta kuului lasten ja nuorten palveluihin ja siellä lasten ja nuorten kasvun tuen palveluihin. (Kirmanen 2015.) Imatran hyvinvointineuvolan toiminta oli jaettu perusneuvolatyöhön ja perhetyöhön. Terveydenhoitajat tekivät valtakunnallisten suositusten ja asetusten ohjaamaa äitiys- ja lastenneuvolatyötä. Terveydenhoitajan työmenetelmiin kuului perinteisten neuvolassa tehtävien hoitotoimenpiteiden, neuvonnan ja ohjauksen ohella muun muassa huolen puheeksi ottaminen. Perhetyöntekijät tekivät matalan kynnyksen toimintana kotikäyntejä. Hyvinvointineuvolan perhetyöntekijät tapasivat perheen ensimmäisen kerran toisella tai kolmannella neuvolavastaanotolla. Samassa yhteydessä sovittiin myös ensimmäinen kotikäyntiaika. Kotikäynneistä sovittiin aina perhekohtaisesti ja tilanteen mukaan. Perhetyöntekijöiden tekemät kotikäynnit oli ajoitettu

neuvola-asetuksen perheen laajojen hyvinvointitarkastusten kanssa samaan aikaan. (Kohvakka & Peltola 2011).

Peruspalvelut nähdään ehkäisevän lastensuojelutyön osana ja esimerkiksi Imatran kaupungilla on selvästi näyttöä siitä, että se tuo kunnille säästöjä pidemmällä aikajänteellä (Taulukko 1). (Lastensuojelulaki 2007/417; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326; Kirmanen 2015) Alla olevassa taulukossa on kuvattu Imatran kaupungin lastensuojelun tunnuslukujen kehitys vuodesta 2007 elokuulle 2014 saakka.

	2007	2008	2009	2011	2012	2013	8/2014
Pitkäaikaisesti sijoitettuja lapsia ja nuoria 31.12	83	81	79	75	69	68	55
Lastensuojelun avohuollon tukitoimet: lapsia ja nuoria	485	499	487	453	458	474	--
Lastensuojeluilmoituksia	396	400	412	450	428	527	--
Lastensuojelun laitosostopalvelumenot (milj. euroa)	2,3	2,5	2,2	2,0	1,8	1,2	Ennuste 0,8 M€
Perhehoitoon sijoitetut % kaikista sijoituksista	40	42	42	47	60	63	62

Taulukko 1. Lastensuojelun tunnuslukuja Imatralla (Kirmanen 2015)

Imatralla hyvinvointineuvolan toiminnan myötä pystyttiin panostamaan ennaltaehkäiseviin palveluihin korjaavien palveluiden sijaan ja tätä kautta tuomaan kunnalle säästöjä pidemmällä aikajänteellä.

Imatran hyvinvointineuvolatoiminnan tavoitteena oli tukea lapsiperheen arjen voimavaroja yhteistyössä perheiden kanssa. Perhetyöntekijä tuki vanhempia kasvatustehtävässä ohjaamalla ja rohkaisemalla. Lasta tuettiin ottamaan ikä- ja kehitystasonsa mukaista vastuuta toiminnastaan. Perheen tukeminen vaati eri ammattikuntien osaamista ja paneutumista perheen tilanteeseen. Hyvinvointineuvolatoiminnan alkamisen jälkeen Imatralla häiriömenojen kasvu pysähtyi. Alle kol-

mevuotiaiden lasten osuus lastensuojelussa vähentyi ja perheneuvolan jonot lähes poistuivat. Kaikissa Imatran kaupungin palveluissa kiinnitettiin huomiota kokonaisuuksien hallintaan. Hyvinvointineuvolan toiminta Imatralla oli vakiintunutta. (Kohvakka & Peltola 2011.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus

5.1 Tavoitteet ja tutkimustehtävät

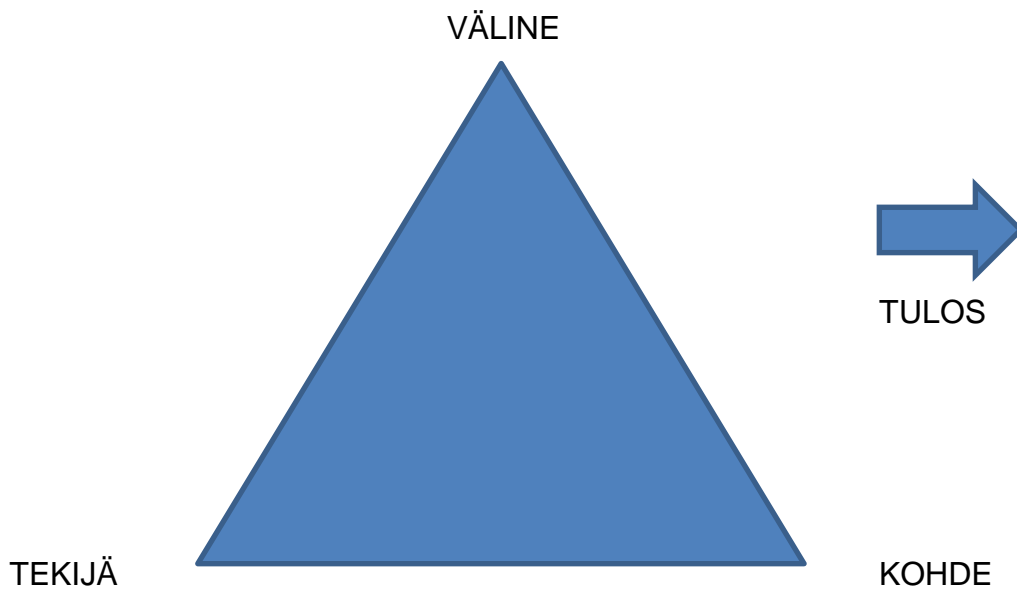
Yhteiskunnallinen muutos ja lapsiperheiden pahoinvointiin puuttuminen ovat herättelleet hyvinvointineuvolatoiminnan tai sen suuntaisen toiminnan aloittamisen monilla paikkakunnilla. Entinen neuvolajärjestelmä ei palvele enää nykypäivän perheitä, vaan tarvitaan uusia toimintatapoja lapsiperheiden hyvinvoinnin kohentamiseen. Tarkoituksena on tehdä näkyväksi palkittu Imatran hyvinvointineuvolan malli, jotta sitä voidaan hyödyntää lapsiperheiden kanssa tehtävässä työssä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen ja kustannustehokkaan, yleisesti toimivan hyvinvointineuvolan mallintaminen.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävät:

1. Kuvata perinteisen neuvolan muutos hyvinvointineuvolaksi Imatralla
2. Mallintaa Imatran hyvinvointineuvolan toiminta

5.2 Kehittävän työntutkimus Engeströmin mallin avulla

Toteutimme opinnäytetyömme tarkastellen Imatran hyvinvointineuvolaa Engeströmin kehittävän työntutkimuksen mallin avulla (Kuva 4 ja liite 1). Engeströmin (1998, 107–108) mukaan kiinnostus kehittävän työntutkimuksen hankkeissa suuntautuu työyhteisöissä tai ammattiryhmissä esiintyvien ajattelu- ja toimintamallien koko kirjoon ja sen kehitykseen. Näin on myös tässä opinnäytetyössä. Tutkimme haastattelujen avulla, miten neuvolan toiminta Imatralla on muuttunut hyvinvointineuvolatoimintamallin käyttöönoton myötä. Käytännön toiminnan muutosten osoittamisen lisäksi toivoimme saavamme vastauksia siihen, millaisia muutoksia työntekijöiden ajattelussa on tapahtunut.



Tekijä = Työntekijä

Väline = Työ

Kohde = työyhteisö, asiakkaat

Tuotos = työn muutos

Kuva 4. Kehittävän työntutkimuksen malli (Engeström 1998)

Engeström on käyttänyt kehittävän työntutkimuksessaan Vygotskilta ja Leontjeviltä omaksuttua yksinkertaista kolmiomallia. Tätä mallia on käytetty kehittävän työntutkimuksen projekteissa työtoiminnan kuvaamiseen. (Engeström 1998, 44) Mallikolmion avulla saatetaan tietoiseen tarkasteluun, vuoropuheluun ja yhteiseen arviointiin Imatran neuvolan toimintamallin. Imatran hyvinvointineuvolan kohdalla **tekijä** viittaa moniammatilliseen työryhmään (koska heidän ajatuksiaan analysoidaan). **Kohde** tarkoittaa tässä tapauksessa sitä ilmiötä, jossa työyhteisö pyrkii aikaansaamaan toivottuja muutoksia eli neuvolatyö (imatralaiset lapsiperheet). **Väline** tarkoittaa työntekijöiden käytössä olevia työkaluja, sekä käsitteellisiä välineitä ja malleja joiden avulla kohdetta käsitellään (moniammatillisuus, jaettu asiantuntijuus, hyvinvointineuvola ym.) **Tuotos** tarkoittaa niitä muutoksia ja vaikutuksia, joita kohteessa tavoitellaan ja aikaansaadaan toiminnan avulla

(esim. Imatran hyvinvointineuvolan malli ja hyvinvointineuvolatoiminnan kehittämisen/Imatran lapsiperheiden hyvinvoinnin parantaminen / kustannustehokkaan mallin kehittäminen). Engeströmin kolmiomallin avulla käsittelemme neuvolatoimintaa ennen hyvinvointineuvola-aikaa ja hyvinvointineuvolatoiminnan aikana, ja näin tuomme esille tapahtuneen työn muutoksen.

Tutustuimme Imatran hyvinvointineuvolaan ja sen historiaan kirjallisten lähteiden ja esihaastattelujen avulla. Näiden historiallisessa analyysivaiheessa kerättyjen tietojen avulla pystyimme myöhemmin vuoropuheluun neuvolan moniammatillisen tiimin kanssa. Pääasiallisena tiedonkeruumenetelmänä tässä opinnäytetyössä olivat haastattelut. Haastattelut rakentuivat Engeströmin kehittävän työn tutkimuksen kolmiomallin mukaan.

5.3 Opinnäytetyön tiedonkeruu

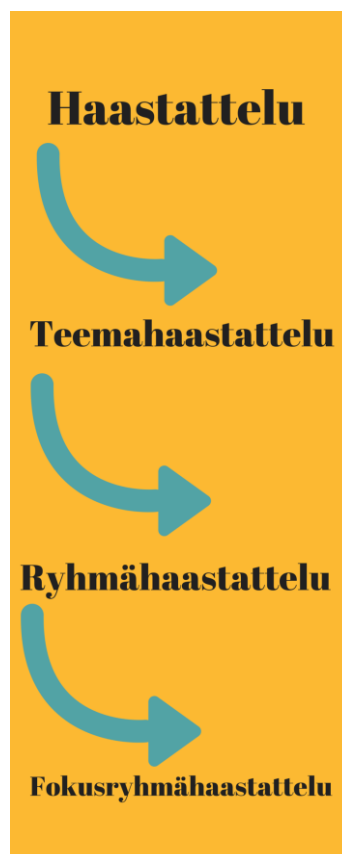
Aloitimme tiedonkeruun tutustumalla hyvinvointineuvolaan ilmiönä jo silloin kun Socom ehdotti hyvinvointineuvola-aiheeksemme tähän työhön. Keskustelimme aiheesta ohjaavien opettajien ja hyvinvointineuvolassa työskennelleen henkilön kanssa. Kävimme Imatralla hyvinvointineuvolassa keskustelemassa ja kertomassa työstämme jo ennen opinnäytetyömme virallista alkua. Anoin tutkimusluvan Imatran kaupungilta kaupungin internet-sivuilta löytyvällä tutkimuslupahakemus lomakkeella. Neuvolasta saimme lisää kirjallista materiaalia hyvinvointineuvolatoiminnasta.

Jatkoimme tämän jälkeen kirjalliseen materiaaliin tutustumista ja työn teoreettisen viitekehyksen laatimista. Saatuamme tutkimusluvasta kävimme kertomassa Imatran hyvinvointineuvolassa tulevista haastatteluista ja samalla jätimme henkilökunnalle Engeströmin mallin ennakkoon tutustuttavaksi. Sovimme samalla kerran haastatteluille ajankohdat. Koko tämän opinnäytetyöprosessin ajan teimme kirjallisiin lähteisiin tutustumista, tiedon etsintää ja seurasimme hyvinvointineuvolaan liittyvää ajankohtaista uutisointia ja tutkimustietoa.

Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Valitsimme haastattelun aineistonkeruumenetelmäksi, koska pyrimme saamaan mahdollisimman monipuolisia ja luotettavia tietoja hyvinvointineuvolan toiminnan

mallintamista varten. Haastattelun avulla saimme laajasti tietoa tutkittavasta aiheesta ja sen aikana esitimme tarkentavia kysymyksiä ja näin syvensimme saamiamme tietoja. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 205) toteavat, että haastattelu sopii hyvin tiedonkeruumenetelmäksi kvalitatiivisessa tutkimuksessa, koska siinä voidaan säädellä aineistonkeruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja aiheiden järjestystä on mahdollista muuttaa. Hirsjärven ym. (2009, 204-208) mukaan haastattelun etuina voidaan nähdä myös se, että valitut haastattelut saadaan mukaan tutkimukseen eli vastauksia ei jää niin helposti saamatta ja haastateltavilta voidaan kysyä tarvittaessa lisätietoja aineiston täydentämiseksi. Tässä tutkimuksessa haastattelu oli systemaattinen tiedonkeruun muoto, koska sitä käytettiin tutkimustarkoitusta varten. Haastattelulla oli tavoitteet ja sillä pyrittiin keräämään mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204–208). Alla oleva kuva (Kuva 5) havainnollistaa haastattelumuodon tarkentumista.



Kuva 5. Haastattelumuodon tarkentuminen

Teemahaastattelu

Haastattelut toteutimme puolistrukturoituina haastatteluina. Puolistrukturoidussa haastattelussa ei ollut tarkkoja kysymyksiä, vaan suuntaa antavia teemoja, joista halusimme saada tietoa. Hirsjärvi ja Hurme kutsuvat tällaista haastattelua nimellä teemahaastattelu (2001, 47). Teemahaastattelussa yksittäiset kysymykset eivät ole oleellisia, eikä valmiita vastausvaihtoehtoja ole ennalta määriteltä. Oleellisia ovat ihmisten tulkinnat ja heidän asioilleen antamat merkitykset. Vuorovaikutus on myös tärkeää, sillä merkitykset muodostuvat vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.) Halusimme antaa tilaa tulkinnoille ja vuorovaikutuksessa syntyville merkityksille, joten annoimme keskustelun edetä vapaasti.

Haastatteluissa käytimme apuna valmiiksi mietittyjä teemoja, joita olivat moniammatillisuus, ennaltaehkäisy, varhainen välittäminen, yhteistyö perheiden kanssa ja vanhempien verkostot. Historiallisen analyysimme ja aineistoon tutustumisen perustella oli käynyt ilmi, että nämä teemat liittyivät oleellisesti hyvinvointineuvolaan ja perheiden hyvinvoinnin tukemiseen (Ks. Rimpelä 2007; Rimpelä 2010; Kaste 2012-2015; Kirmanen 2015.) Teemat toimivat ikään kuin runkona tai apuvälineenä haastatteluissamme. Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto, (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208) emmekä käyttäneet tarkkoja kysymyksiä. Näin saimme mahdollisimman laajoja vastauksia, emmekä johdatelleet ryhmää mihinkään suuntaan, vaan saimme aktivoitua ryhmän kertomaan omia kokemuksiaan. (Ks. Koskinen & Jokinen 2001; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208).

Ryhmähaastattelu

Toteutimme teemahaastattelut ryhmähaastatteluina. Jaoimme haastateltavat kahteen ryhmään, jotta saimme sopivan kokoiset haastatteluryhmät. (Ks. Koskinen & Jokinen 2001.) Molemmissa ryhmissä oli kuusi osallistujaa, jotka edustivat eri ammattiryhmiä, joten ryhmät olivat heterogeenisiä. Näin saimme haastatteluissa esille moniammatillista näkökulmaa. Ryhmähaastattelun etuina on sen tehokkuus, joustavuus, nopeus ja taloudellisuus (Turunen, Paukkunen, Tossavainen & Taskinen 1996, 196; Koskinen & Jokinen 2001, 307). Hirsjärvi ja Hurme

(2001, 61) toteavat, että ryhmähaastattelua voidaan pitää keskusteluna, jonka tavoite on verrattain vapaamuotoinen. Haastatteliija voi osoittaa kysymykset joko koko ryhmälle tai yksittäisille jäsenille. Vuorovaikutuksesta syntyy monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä, osanottajien kommentoimissa asioita melko spontaanisti.

Haastattelutilanteessa esitimme kysymykset koko ryhmälle ja ryhmän jäsenet vastasivat kysymyksiin vuorotellen. Keskustelu sujui luontevasti ja osanottajat kommentoivat asioita spontaanisti. Vuorovaikutuksen myötä käsiteltävistä asioista syntyi laajempi käsitys ja ryhmälle muodostui yhteinen ymmärrys käsiteltävästä aiheesta. Haastattelutilanteessa esitimme myös tarkentavia kysymyksiä. Wong (2008, 258) on todennut, että tarkentavien kysymysten käyttö haastattelutilanteissa on suotavaa lisätiedon saamiseksi. Haastateltavaa voi esimerkiksi pyytää kertomaan havainnollistavia esimerkkejä. (Wong 2008, 258.) Näitä kuvaavia esimerkkejä saimme tukemaan ymmärrystämme neuvolatyön muutoksessa.

Tässä työssä ryhmähaastattelu valikoitui haastattelumenetelmäksi myös siksi, että tarkoituksena oli saada ryhmän kollektiivinen näkemys asiaan ja sen avulla mallintaa Imatran hyvinvointineuvolan toiminta. Myös Turunen, Paukkunen, Tossavainen ja Taskinen (1996, 196–197.) toteavat, että ryhmähaastattelussa kertyvä aineisto rikastuu vuorovaikutuksessa. Valitsemaamme haastattelumenetelmää kutsutaan joissain yhteyksissä myös täsmäryhmähaastatteluksi tai focusryhmähaastatteluksi, koska haastateltava ryhmä on tarkkaan valittu, ryhmällä on tarkoin määritelty tavoite ja haastattelijat ovat organisaation ulkopuolelta. (Hirsjärvi & Hurme 2001; Cheng 2007, 194.) Focusryhmähaastatteluja on käytetty tiedeessä paljon viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana (Cheng 2007, 194.)

Haastattelutilanne

Haastattelut toteutettiin käytännössä niin, että olimme molemmat läsnä haastatteluissa. Kahden haastattelijan etuna on, että tilanteen ohjailu helpottuu ja havainnointi on parempaa. Toisen seurattessa keskustelua, toinen voi jo valmistella uuden teeman aloitusta. Haastattelutilanteessa toinen haastatteliija voi tehdä muistiinpanoja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 63.) Engeström (1998, 107–108) mainitsee, että työyhteisön kollektiivinen tieto- ja taitopohja on moniaineksinen ja,

että työyhteisön ajattelu- ja toimintatapojen erilaisuus ja moniäänisyys on merkittävä voimavara. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 204-205) mukaan moniaineksisesta tieto- ja taitopohjasta voi tulla monitahoisia vastauksia, joita odotimme myös oman tutkimukseemme. Hirsjärven ym. (2009, 204-205) mukaan haastattelun kuluessa on hyvä selventää saatuja vastauksia ja tällä tavoin varmistaa vastausten oikeellisuus. Teimme näin myös tässä tutkimuksessa varmistuaksemme siitä, ettei oma tulkintamme vääristänyt vastauksia. Tavoitteena oli saada mahdollisimman laaja kuva Imatran hyvinvointineuvolasta, jotta varsinainen mallinnus onnistuisi.

Haastattelutilanteessa tiedostimme, että haastattelijan tehtävänä ryhmähaastateluilissa on keskustelun aikaansaaminen ja sen helpottaminen. Haastattelijan roolissa olevan tulee olla puolueeton, tasapuolinen ja kunnioittava. Haastattelijan ei tule osallistua aktiivisesti keskusteluun, mutta hänen tulee ohjata sitä ja huolehtia siitä, että haastattelu pysyy valituissa teemoissa ja että kaikilla osanottajilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–62; Wong 2008, 259) Tekemissämme haastatteluissa toinen meistä toimi haastattelijan roolissa ja toinen oli sivusta seuraajana. Roolitukset menivät hyvin ja haastattelut olivat asianmukaisia. Haastattelu pysyi hyvin teemoissa ja kaikki haastateltavat osallistuivat käytyyn keskusteluun. Haastatteluissa havaitsimme, että ne työntekijät, jotka olivat olleet pidempään työelämässä, puhuivat enemmän kuin ne henkilöt, jotka olivat olleet vähemmän aikaa työelämässä. Tämä selittynee sillä, että niille työntekijöille, jotka olivat olleet pidempään työelämässä, oli kertynyt enemmän tietoa työstä.

5.4 Aineiston analyysi ja tulkinta

Käsittelimme molemmat tekemämme haastattelut induktiivisella sisällön analyysillä. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 221) toteavat, että kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Varsinaisia johtopäätöksiä pääsimme tekemään vasta esityövaiheiden jälkeen. Haastattelutilanteiden jälkeen litteroimme vastaukset eli kirjoitimme ne puhtaaksi ja teemoitimme ne aihepiirien mukaan. Kuvassa 6 on esitetty analyysiprosessin kulku.

Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitukset litteroitiin eli kirjoitettiin tekstiksi

Muodostimme yleiskuvan aineistosta lukemalla haastatteluja

Merkitsimme värikoodien avulla teemoihin liittyvät asiat

Moniammatillinen yhteistyö
 Varhainen välittäminen
 Ennaltaehkäisy
 Vanhempien verkostot
 Yhteistyöperheiden kanssa

Pelkistimme suorat lainaukset
 Vertailimme pelkistettyjä ilmaisuja ja muodostimme niistä alaluokkia

Yhdistimme alaluokat yläluokiksi



Kuva 6. Analyysiprosessin kulku.

Tässä opinnäytetyössä litterointi tehtiin koko aineistosta, jonka myös Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 222) antavat yhdeksi litteroinnin vaihtoehdoiksi. Aineiston analysointia tehtiin osittain aineiston keräämisen kanssa samaan aikaan, eikä vain aineiston järjestelyn jälkeen, kuten kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan tehdä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 223; Metsämuuronen (toim.) 2006, 122). Luimme litteroidut haastattelut useaan kertaan läpi, saadaksemme kokonais kuvan aineistosta ja käsiteltävästä aiheesta. Käytimme teemojen löytämiseen erilaisia värikoodeja ja alleviivasimme jokaiseen teemaan liittyvät ilmaisut omalla värillään. Nämä alleviivaamamme ilmaukset kirjoitimme erikseen omaksi tiedostoksi yhdistäen molempien haastattelujen ilmaisut samaan tiedostoon.

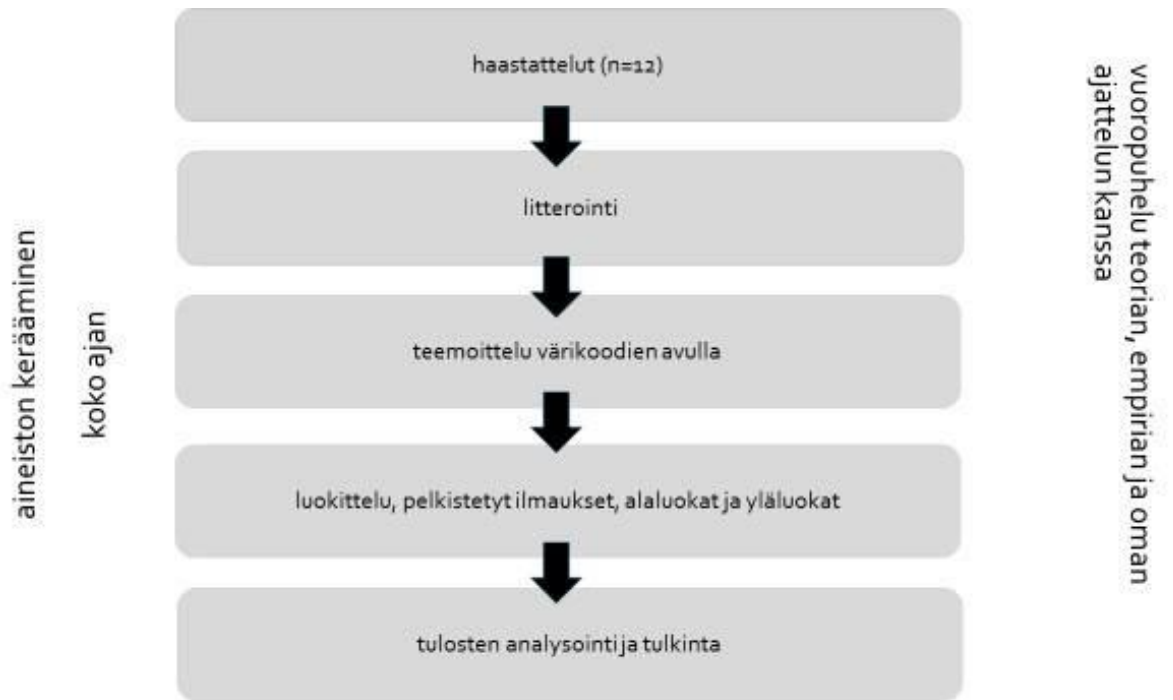
Jatkoimme sisällön analyysia luokittelemalla ilmaisut litteroidusta aineistosta valittujen teemojen mukaan. Tarkoituksena oli saada käsitys tutkittavasta aineistosta tiivistetyssä muodossa. Taustalla olivat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät, joihin etsimme vastauksia. Aineistosta etsittiin ne tekstikokonaisuudet, jotka liittyvät tutkittavaan ilmiöön. Pelkistämisen eli koodauksen jälkeen etsimme sisällöllisesti vastaavia ilmaisuja ja vertailimme eri ilmaisuja keskenään. Tutkimme näiden välistä hierarkiaa ja suhteita toisiinsa muodostaen näistä alaluokkia. Muodostettuumme eri ilmaisuista alaluokkia etenimme sisällönanalyysissä

yhdistämällä syntyneet alaluokat yläluokiksi. Taulukossa 2 on kuvattu tämä työvaihe esimerkin avulla. (Liite 6)

Suora lainaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>"Tiedonkulku on parantunut huomattavasti ja nyt voi aina nykäästä et tuutko auttaa tässä"</i>	Tiedonkulku on parantunut ja voi pyytää auttamaan	Tiedonkulun parantuminen	Välitön ja avoin tiedonkulku
<i>"Puhutaan avoimesti toisillemme ja kysytään eikä ajatella, et mitähän tuo toinen ajattelee"</i>	Avoin puhuminen Ei ajatella kysyessä mitä toinen ajattelee	Kysytään avoimesti	

Taulukko 2. Esimerkki suorien lainausten muokkaamisesta pelkistetyiksi ilmauksiksi, alaluokkien muodostamisesta pelkistetyistä ilmauksista ja yläluokan muodostamisesta alaluokkia yhdistämällä.

Työvaiheiden aikana käytiin vuoropuhelua teorian, empirian ja oman ajattelun kanssa. Jatkoimme tiedonkeruuta kirjallisista lähteistä koko prosessin ajan. Aineistolähtöisen analyysin päävaiheet näkyivät työssämme, kun hahmotimme yleiskuvaa aineistosta, pelkistimme ja ryhmittelimme ilmaisuja ja kun abstrahoitimme niitä. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 113–119). Viimeisenä tässä työssä seurasi tärkein työvaihe, jossa tulokset tulkittiin. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 229) määrittelevät tulkinnan tarkoittavan sitä, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä johtopäätöksiä. Kuvassa 7 on esitetty aineiston käsittelyn eteneminen.



Kuva 7. Aineiston käsittely.

Tulosten analysoinnin ja tulkinnan jälkeen tässä työssä tuloksena kuvattiin neuvolatyön muutos Imatralla ja koottiin Imatran hyvinvointineuvolan toimintamalli.

6 Neuvolasta hyvinvointineuvolaan

6.1 Teemat työvälineinä muutoksen osoittamiseksi

Lähestyimme neuvolatyön muutosta viiden eri teeman kautta käyttäen apuna Engeströmin kehittävän työntutkimuksen mallia. Kehittävän työntutkimuksen malli sopi hyödynnettäväksi tässä työssä, koska sen avulla voimme kuvata neuvolatyössä tapahtuneen muutoksen. (Ks. Engeström 2002) Tuloksena tästä saimme kuvattua Imatran hyvinvointineuvolan toimintamallin. Käytämämme teemat moniammatillisuus, ennaltaehkäisy, varhainen välittäminen, yhteistyö perheiden kanssa ja vanhempien verkostot, olivat merkittävässä roolissa siirryttäessä perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi ja ne olivat nousseet esille hyvinvointineuvolatoimintaa käsittelevissä tutkimuksissa ja kirjallisissa lähteissä. (Ks. Rimpelä 2007; Rimpelä 2010; Kaste 2012-2015; Kirmanen 2015.) Havaitsimme neu-

volatyössä muutoksia, joita olivat muun muassa moniammatillisuuden lisääntyminen, ennaltaehkäisemisen ja varhaisen välittämisen roolin korostuminen sekä uudenlaisten verkostojen syntyminen perheiden ympärille. Seuraavissa kappaleissa tarkastelemme neuvolatyössä tapahtunutta muutosta näiden teemojen kautta.

6.2 Moniammatillisuus

Ennen moniammatillisuus oli sitä, että neuvolan asiantuntijuutta ei tunnustettu. Tämä näkyi siinä, että terveydenhoitajaa ei kutsuttu palaveriin ja neuvola nähtiin peruspalveluna. Suurimmat ongelmat nähtiin tiedonkulussa. Luottamuksessa ja vaitiolovelvollisuudessa oli epäselvyyksiä, esimerkiksi sellaisessa tilanteessa kun päiväkodilla ei ollut samanlaista vaitiolovelvollisuutta kuin neuvolalla. Toimipaikat olivat erillään toisistaan, eikä tieto kulkenut niiden välillä. Tieto ei kulkenut myöskään kollegoiden välillä. Vanhemmat terveydenhoitajat halusivat nähdä, miten uudet vastavalmistuneet terveydenhoitajat pärjäävät ja todettiin *”kyllähän siun pitäisi tietää siehän olet just saanu opin ja valmistunut.”* Aikaisemmin työtä tehtiin hyvin eriytyneesti ammattiryhmittäin, eikä yhteistyö ollut niin yleistä kuin nykypäivänä.

Terveydenhoitaja, joka ohjasi asiakkaan eteenpäin, esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolaan, ei jälkikäteen saanut tietoa, oliko asiakas mennyt sinne vai ei. Monesti työntekijä tunsu olevansa yksin asiakkaan kanssa ja tämän vuoksi työ koettiin kuormittavaksi. Yhteistyö koulujen kanssa oli melko toimivaa, mutta tämäkin oli hyvin terveydenhoitajakohtaista. Terveydenhoitajat ohjasivat ryhmiä yksin, eikä moniammatillista tukea ollut juurikaan saatavilla. Ennen perheillä oli kuitenkin mahdollisuus saada paremmin kodinhoitajan apua. Työ oli viranomaiskeskeistä ja esimerkiksi palaverissa saattoi olla todella suuri määrä ammattilaisia, eikä tilannetta ollut mietitty perheen lähtökohdasta/tarpeesta käsin. Kuvassa 8 on esitetty moniammatillisuuden ilmeneminen perinteisen neuvolan ja hyvinvointineuvolan toiminnassa.

Ennen	Nyt
Neuvolan asiantuntijuutta ei tunnustettu	Työtä tehdään moniammatillisessa työryhmässä
Tiedonkulussa oli ongelmia	Tiedonkulku on välitöntä ja avointa
Toimittiin eriytyneesti ammattiryhmitäin	Yhteistyötahot ovat samassa paikassa
Luottamuksessa ja vaitiolovelvollisuudessa oli epäselvyyksiä	Työntekijöiden välillä vallitsee keskinäinen luottamus
Yhteistyötä oli vähän	
Työtä tehtiin yksin	
Asiantuntemus oli yksipuolista	
Toiminta oli viranomaiskeskeistä	

Kuva 8. Moniammatillisuus

Nykyään moniammatillinen yhteistyö on luonteva osa hyvinvointineuvolan toimintaa ja osa sen perustamisajatusta. Kun eri toimijat ovat samassa talossa, on helppo ottaa yhteyttä toiseen työntekijään, tai vaikka pysäyttää tämä käytävällä ja kysyä apua. Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on tiedossa myös asiakasperheillä ja perhetyöntekijät ovat osa hyvinvointineuvolan toimintaa. Tiedonkulku on välitöntä ja avointa. Työntekijät uskaltavat kysyä toisiltaan mieltä askarruttavista asioista ja työn kuormittavuus vähenee kun asioita voi jakaa. Työtä ei tarvitse enää tehdä yksin, vaan tukena on moniammatillinen tiimi. Työtä tehdään yhdessä ja työntekijöiden välillä vallitsee luottamus. Kollegiaalisuus on lisääntynyt ja työtä tehdään usein työpareina. Koska työntekijät ovat tuttuja toisilleen ja luottavat toisiinsa, ei yksittäinen työntekijä tunne työtä niin raskaaksi, koska hän voi luottaa

siihen, että toinen työntekijä hoitaa perhettä. Moniammatillisen yhteistyön parantaminen auttaa myös asiakkaita saamaan tukea entistä paremmin ja yhteistyön toimivuus tekee sen, että asiakkaan tilanne on entistä paremmin hallinnassa, eikä hän jää vaille apua.

6.3 Varhainen välittäminen ja ennaltaehkäisy

Ennen varhainen välittäminen oli kiinni lähinnä työntekijän aktiivisuudesta. Oli hyvin pitkälti työntekijästä kiinni, miten aktiivisesti asiakas ohjattiin toisille ammattilaisille tai pyydettiin asiakasta lisäkynneille. Ohjaaminen oli irrallista ja vaihtelevaa, esimerkiksi asiakkaalle annettiin vain kasvatusneuvolan puhelinnumero ja toivottiin asiakkaan ottavan itse yhteyttä sinne. Yhteistyötä muiden tahojen kanssa oli vähän. Työntekijän piti kysyä asiakkaalta, onko asiakas soittanut eteenpäin hakeakseen apua. Työssä keskityttiin määräaikaistarkastuksiin, roko-
tuksiin ja neuvolatoimintaa ohjaavan käsikirjan mukaisiin tehtäviin, eikä asiakkaan kokonaistilanteeseen kiinnitetty niinkään huomiota. Oli työntekijästä kiinni, kuinka varhaisesti asiakkaan ongelmiin puututtiin ja kuinka laajana neuvolan rooli nähtiin. Työntekijät kokivat, ettei heillä ollut keinoja tukea perheitä varhaisessa vaiheessa. Kuvassa 9 on esitetty, millaista varhainen välittäminen oli perinteisen neuvolan ja hyvinvointineuvolan toiminnassa.

Ennen	Nyt
Oma aktiivisuus oli ratkaisevassa asemassa	Varhainen välittäminen on osa hyvinvointineuvolan perusajatusta
Ohjaus toisille ammattilaisille oli irrallista	Asiakkaalla matala kynnys ottaa yhteyttä

Kuva 9. Varhainen välittäminen

Varhainen välittäminen on osa hyvinvointineuvolan perusajatusta. Moniammatillisen tiimin tuella asiakkaan ongelmiin pystytään puuttamaan mahdollisimman varhain ja tarvittaessa tarjoamaan monipuolisesti apua. Työntekijät totesivatkin

haastattelussa hyvinvointineuvolan varhaisesta välittämisestä, että *“mahdollisimman varhain havaitaan, jos on jotain pulmaa, niin lähetään liikkeelle”*. Perhetyöntekijöiden ja terveydenhoitajien välinen yhteistyö on asiakkaiden tiedossa ja asiakkailla on matala kynnys ottaa yhteyttä ja pyytää apua, kun työntekijät ovat tuttuja. Kynnystä madaltaa myös se, että mahdollisista tulevista haasteista keskustellaan jo raskausaikana ja näin asiakkaalle välittyy tunne, että työntekijään voi helposti ottaa yhteyttä, kun asiasta on ollut jo aiemmin puhetta. Jos perheessä ilmenee tuen tarvetta, voidaan tehdä tukikäyntejä kotiin. Perhetyöntekijä on mukana alusta alkaen ja niin sanotusti kuuluu kalustoon eli on osa neuvolan normaalia toimintaa kaikkien kohdalla, eikä vain erityispalvelu ongelmatilanteissa. *“Jos itellä on semmonen aavistus, että tässä vois tämmöistä tarvetta, niin ihan pelkästään sen takia jo se äiti saa esitteen mejän neuvolasta”* Hyvinvointineuvolassa jo aavistus tuen tarpeesta riittää. Työntekijä voi helposti soittaa ja ottaa yhteyttä työpariinsa mieltä askarruttavissa asioissa ja asiakkaan eteenpäin ohjaaminen on helppoa ja luontevaa.

Ennen asioita ei otettu perheiden kanssa samalla tavalla puheeksi kuin nykyään. Ennaltaehkäisevää toimintaa ei ollut samalla tavalla kuin nykyään. Työ oli enemmänkin terveysneuvontaa ylhäältä alaspäin ja valmiiden neuvojen ja ohjeiden antamista, ei yksilöllistä perheen tarpeista lähtevää vuorovaikutteista tukea. Työ nähtiin hyvin terveys- ja tehtäväkeskeisenä eikä perheiden kokonaisvaltaisena tukemisena. Perheiden ongelmiin puututtiin vasta lastensuojelun korjaavien toimenpiteiden kautta ja kasvatuseuvolan piiriin mentiin vasta, kun ongelmat olivat jo suuria. Työntekijät kokivat, ettei heillä ollut keinoja antaa perheelle tukea tai tarttua ongelmiin ennaltaehkäisevästi. Kuvassa 10 on esitetty, millaista ennaltaehkäisevätoiminta oli ennen perinteisessä neuvolassa ja nyt hyvinvointineuvolassa.

Ennen	Nyt
Annettiin terveysneuvontaa ylhäältä alaspäin	Kohtaaminen on tasa-arvoista

Annettiin valmiita neuvoja	Hyvinvointineuvolaan on matala kynnys ottaa yhteyttä
Ei ollut keinoja tukea perhettä varhaisessa vaiheessa	Ongelmat tunnistetaan ja otetaan puheeksi
Lastensuojelun korjaavat toimenpiteet olivat käytössä	Ennaltaehkäisytoimintaperiaate on itsestään selvyys
	Toiminta on asiakaslähtöistä
	Monipuoliset ryhmät ovat osa ennaltaehkäisyä

Kuva 10. Ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisy on nykyään vakiintunut osa hyvinvointineuvolan toimintaa. Asiakkailta on matala kynnys ottaa yhteyttä, koska moniammatillinen tiimi ja ennaltaehkäisy kuuluvat hyvinvointineuvolan toimintatapoihin. Työntekijät tekevät itsensä tutuiksi asiakkaille, minkä ansiosta asiakkaan on helpompi ottaa yhteyttä työntekijään, jos tarvetta ilmenee. Yhteydenottoa helpottaa myös se, että asiakkailla on positiivinen mielikuva neuvolasta, osana peruspalveluita. Haastatte- luissa tämä asennemuutos tuli selvästi esille. Työntekijät kertoivat siitä seuraavasti: *“Neuvola on positiivinen sana asiakkaille. Tervetuloa neuvolaan! Se ei oo mikään lastensuojelu, eikä se että tässä niinku pakosti annetaan apua tai otetaan perhe haltuun”*. Perheen jaksamista ja hyvinvointia tukevia keskusteluja käydään perheiden kanssa jo raskausaikana. Ongelmat pyritään tunnistamaan mahdollisimman varhain ja niihin puututaan aktiivisesti. Toiminta on asiakaslähtöistä ja erilaisten perheiden tarpeet huomioidaan mahdollisimman hyvin. Työntekijät kuvasivat tätä seuraavasti: *“Tuntuu mukavalta, kun pääsee vaikuttamaan pieniin asioihin ennen kun tulee suurii pulmii”*. Avun vastaanottaminen on vapaaehtoista ja jokaiselle perheelle räätälöidään oma toimintasuunnitelma, jonka mukaan edetään. Asiakkaat kohdataan tasa-arvoisesti, jolloin asiakkaiden on helppo lähestyä työntekijöitä. Työntekijät kuvasivat, että he ovat “samalla pinnalla” asiakkaiden

kanssa. Työ hyvinvointineuvolassa koetaan mielekkääksi, koska siinä on mahdollista päästä vaikuttamaan asiakkaan tilanteeseen jo hyvissä ajoin.

Erilaiset ryhmät toimivat osana ennaltaehkäisyä. Ne kattavat ison joukon asiakkaita ja ovat olleet mielekkäitä asiakkaille. Ryhmiä on erilaisia, on sekä asiantuntijavetoisia valmennusryhmiä, että vertaistukeen perustuvia ryhmiä. Haastattelussa nousi esille, että ryhmien avulla voidaan tavoittaa iso joukko asiakkaita. *“Nää mei ryhmät on sellasii kuitenkin, et ne kattaa kuitenkin vähä isomman joukon ja ne on ollu asiakkaitten kohal tykättyjä ja ne on vieny heille niinku pitkään apuja”*. Ryhmätoiminta on perheitä osallistavaa toimintaa ja sen avulla voi saada vertaistukea ja kontakteja toisiin vanhempiin.

6.4 Vanhempien verkostot

Asiakkaiden omat verkostot olivat ennen laajempia. Isovanhemmat ja perhetutut olivat perheiden tukena ja jakamassa arkea. Ulkopuolisen avun hakeminen perheen ongelmatilanteissa oli hyvin pitkälti asiakkaan omalla vastuulla. Perheen ympärillä toimi joukko eri viranomaisia, jotka olivat kuitenkin erillään toisistaan. Lapsiperheiden tukipalveluiden toiminta oli viranomaislähtöistä. Kuvassa 11 on esitetty, millaisia vanhempien verkostot olivat ennen ja millaisia ne ovat nyt.

Ennen	Nyt
Viranomaisverkostot	Viranomaisverkostot
Asiakkaiden omat läheisverkostot	Vertaistukiryhmät
	Läheisverkostot ja niistä saatava tuki on puutteellista

Kuva 11. Vanhempien verkostot

Nykyään viranomaisverkosto on mietitty paremmin vastaamaan perheiden tarpeisiin. Esimerkiksi palavereihin otetaan mukaan ne ihmiset, jotka perheen näkökulmasta pystyvät auttamaan. Moniammatillinen yhteistyö on osa toimintaa ja

perheelle annetaan konkreettista apua ja tukea. Erilaiset hyvinvointineuvolan järjestämät ryhmät korvaavat puuttuvaa verkostoa ja antavat tukea. Ryhmistä on saatu hyvää palautetta ja asiakkaat ovat pitäneet niistä: *“Myö ollaan tosissaan saatu vetää ja tykätty vetää näitä ryhmiä. Ja ollaan saatu tosi hyvää palautetta tästä. Vertaistuessa on voimaa”*. Asiakkaat ovat aktivoituneet myös itse ja osa asiakkaista on halunnut auttaa samassa tilanteessa olevia antamalla vertaistukea. Osa ryhmäläisistä saattaa tavata myös ryhmän ulkopuolella ja heillä on oma Facebook-ryhmä. Ryhmäläiset saattavat pitää yhteyttä toisiinsa myös ryhmän päättymisen jälkeen. *“Huomaa sen täl hetkellä et ihmisillä on tosi niukat verkostot. Et ne o muualta muuttaneet työn tai opiskelun tai muun perässä, ja sit et ne isovanhemmat ne on taas työelämässä ja on paljo isovanhemmat, et haluu harrastaa ja ei ne oo enää nii tiiviisti näitten lapsiperheitten tukena. Isovanhemmuuskin on muuttunut”*. Vertaistukiryhmät koettiin erittäin tärkeiksi, koska asiakkaiden omat lähiverkostot ovat suppeampia kuin ennen mm. isovanhemmuuden muuttumisen myötä.

6.5 Yhteistyö perheiden kanssa

Ennen neuvolassa ohjaus ja neuvonta olivat hyvin auktoritääristä ja tapahtui ylhäältä alaspäin. Toiminta oli viranomaislähtöistä ja asiantuntijakeskeistä. Yhteistyöhön vaikutti, kuinka kauan neuvolan työntekijä oli työskennellyt perheen kanssa ja yhteistyön laatu riippui sen kestosta. Jos työntekijä oli perheelle tuttu jo pitkältä ajalta, oli yhteistyö erilaista. Työntekijän aktiivisuus ja yhteistyöhalu ratkaisivat paljon. Yhteistyö eri viranomaisten välillä oli monesti asiakkaan varassa. Työntekijän piti kysyä asiakkaalta, onko tämä ottanut yhteyttä eteenpäin, tai onko tämä mennyt esimerkiksi sovitulle kasvatusneuvolan ajalle. Perheiden ongelmat ehtivät monesti isoiksi ennen kuin niihin puututtiin. Työntekijän oma työmoraali ratkaisi paljon. Perheen ympärillä saattoi olla suuri joukko viranomaisia ja toiminta oli asiantuntijakeskeistä. Kuvassa 12 on koottu, millaista yhteistyö vanhempien kanssa oli ennen ja millaista se on nyt.

Ennen	Nyt
Ohjausta ja neuvontaa viranomaisilta	Työntekijät ovat tuttuja

Riippui yhteistyösuhteen kestosta	Yhteydenottoon on matala kynnys
Työntekijän työmoraaali ratkaisi paljon	Kohtaaminen on asiakasta kunnioittavaa, yksilöllistä ja tasa-arvoista
Asiantuntijakeskeistä	Asiakaslähtöistä
Yhteistyö oli asiakkaan aktiivisuuden varassa	Annetaan konkreettista tukea arkeen

Kuva 12. Yhteistyö vanhempien kanssa

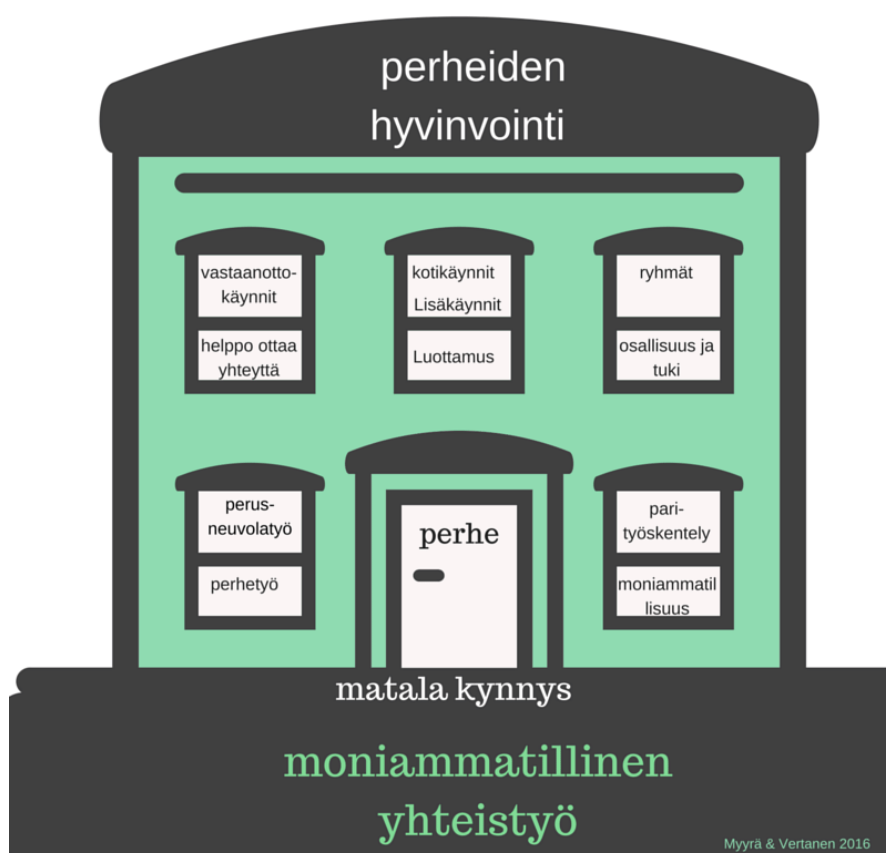
Asiakkaiden on nykyään helpompi ottaa yhteyttä esimerkiksi neuvolan perheyöntekijään, koska työntekijät ovat tuttuja. Jos perheen kanssa on ollut jo aiemmin yhteistyötä ja perhe on saanut tiiviimpää tukea jo edellisen lapsen aikana, perheeseen otetaan yhteyttä toisen lapsen syntyessä. Moniammatillinen tiimi toimii yhteistyössä perheen kanssa ja asiakas on kaikille työntekijöille yhteinen. Asiakkaalle annetaan konkreettista tukea arkeen. Työntekijä saattaa esimerkiksi auttaa asiakasta siivoamisessa ja ruuanlaitossa samalla keskustellen. Asiakkaan on usein helpompi puhua arkeen liittyvistä haasteista tutussa ympäristössä. Yhteistyösuhde on asiakasta kunnioittava ja asiakkaan kohtaaminen on tasa-arvoista. Työntekijät kuvasivat haastatteluissa, että perhe määrittelee itse tavoitteet toiminnalle: *”Perhehän määrittelee, mikä niinku siinä hetkessä ja tilanteessa ois se mikä eniten ahistaa ja mistä niinku mietitään sitä elämän helpotusta”*. Tilanteet perheissä vaihtelevat paljon ja työntekijät työskentelevät tilannekohtaisesti. Yhteistyö on yksilöllistä ja asiakaslähtöistä. Haastatteluissa työntekijät kuvasivat työskentelevänsä vertaisena, eivät asiantuntijana. Tärkeää on rinnalla kulkeminen ja toimiminen ihmisenä ihmiselle.

7 Imatran hyvinvointineuvolan malli

7.1 Hyvinvointineuvola käytännön työssä

Imatran hyvinvointineuvolan toiminnan tavoitteena on perheen hyvinvointi. Imatran hyvinvointineuvolassa toiminta on asiakaslähtöistä ja asiakas on kaikille yhteinen. Kaikki hyvinvointineuvolan työntekijät toimivat yhteisen, perheestä nousseen tavoitteen eteen. Yhteinen ymmärrys toiminnasta tuo lisäarvoa asiakkaalle ja lisää työn mielekkyyttä. Kuvassa 13 on esitetty Imatran hyvinvointineuvolan malli.

Imatran hyvinvointineuvola



Kuva 13. Hyvinvointineuvolan malli

Hyvinvointineuvolan toiminta sisältää perinteisen neuvolatyön lisäksi neuvolan perhetyön. Perhe on kaikkien työntekijöiden yhteinen asiakas ja kaikki työntekijät työskentelevät yhteisen tavoitteen eteen. Tiiviistä yhteistyöstä hyötyy koko moniammatillinen tiimi ja asiakas. Kun kaikilla osapuolilla on yhteinen tietoisuus asiakkaan tilanteesta, asiakasprosessi selkiytyy. Turha päällekkäisyys työskentelyssä vähenee ja perheen avunsaanti helpottuu. Hyvinvointineuvolassa työskennellään työpareina. Terveystoimittajan lisäksi siellä työskentelee perhetyöntekijä,

joka voi olla koulutukseltaan esimerkiksi sosionomi tai psykiatrinen sairaanhoitaja. Voidaankin tiivistäen sanoa, että hyvinvointineuvolan palvelut sisältävät terveydenhoidon ja sosiaali- ja mielenterveystyön asiantuntijuuden. Hyvinvointineuvolatoiminnan tarkoituksena on perheen hyvinvoinnin tukeminen raskauden alusta alkaen.

Moniammatillisen tiimityön tavoite hyvinvointineuvolassa on jo pikkulapsivaiheessa ja raskausaikana lapsen kehitystä uhkaavien tekijöiden tunnistaminen sekä kehitystä suojaavien tekijöiden tukeminen. Hyvinvointineuvolan toimintaan liittyvät vastaanottokäynnit ja kotikäynnit sekä tarpeen mukaan lisäkäynnit. Hyvinvointineuvolatoiminta perustuu vakiintuneelle ennaltaehkäisylle, varhaiselle auttamiselle ja tukemiselle. Hyvinvointineuvolan tavoitteena on tukea lapsen ja vanhemman varhaista vuorovaikutusta ja psykososiaalista kehitystä sekä edesauttaa vanhempien verkostoitumista. Verkostoitumista tukevana toimintamuotona hyvinvointineuvolassa on erilaiset ryhmät. Hyvinvointineuvolassa työskennellään moniammatillisena tiiminä. (Kohvakka & Peltola 2011.)

Hyvinvointineuvolan työskentelyvälineet:

- raskauden aikainen kotikäynti perhetyöntekijän toimesta, jokaisen ensiodottajan kotiin
- voimavaramittarit ja erilaiset lomakkeet (Esim. EPDS, AUDIT, sekvenssikartat, päivärytmikortit)
- varhaisen puuttumisen toimintamalli
- huolen puheeksi ottaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa
- toimiva lapsiperhe-menetelmä (sis. mm. lapset puheeksi keskustelut, neuvonpito, perheinterventio)
- ratkaisu- ja voimavarakeskeiset keskustelut
- parityöskentely, jossa yhdistyvät äitiys- ja lastenneuvolatyö sekä perhetyö (konkreettinen apu arjessa)
- verkostoyhteistyö
- ryhmät (valmennusryhmät ja vertaisryhmät)
- yksilöllisyys, asiakaslähtöisyys

7.2 Asiakas työn keskiössä

Hyvinvointineuvolan peruslähtökohtana ovat asiakaslähtöiset palvelut. Tavoitteena on perheen hyvinvoinnin tukeminen ja eriarvoisuuden vähentäminen varhaisen välittämisen avulla. Palvelut toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä ja räätälöityinä asiakkaan tarpeen mukaisesti. Työskentely tapahtuu vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa ja asiakas on kaikille työntekijöille yhteinen. Mukaan otetaan myös asiakkaan lähiverkosto. Vuorovaikutuksessa lähtökohtana on asiakkaan ja työntekijöiden välinen luottamus. Hyvinvointineuvolaan on helppo ja luonteva tulla, kyseessä on matalan kynnyksen palvelu. Tämä on kuvattu alla olevassa kuvassa (Kuva 14).



Kuva 14. Hyvinvointineuvolan toiminnan lähtökohdat

7.3 Yhteenveto muutoksista Imatran neuvolatoiminnassa

Imatran neuvolatoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia siirryttäessä perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi. Moniammatillisessa yhteistyössä oli ennen monenlaisia tiedonkulun ongelmia, jotka vaikuttivat asiakastyöhön. Vaitiolovelvollisuusasiat olivat epäselviä, pääsy asiakkaan tietoihin ei ollut eri asiantuntijoiden kesken mahdollista ja tietoa jopa pimitettiin. Verkostot ja yhteistyökumppanit moniammatillisesta näkökulmasta katsottuna olivat suppeampia kuin nykyään. Ennen työskenneltiin sektoreittain, eri alojen osaajat toimivat omilla osaamisalueillaan. Moniammatillinen yhteistyö Imatran hyvinvointineuvolassa on nykyisin laajempaa ja selkeämpää kuin ennen. Yhteistyö on luonteva osa toimintaa ja eri alojen ammattilaiset työskentelevät tasavertaisina toimijoina perheen hyvinvoinnin parantamiseksi. Juuri tämä yhteistyö on sitä, mihin sosiaali- ja terveyspalveluissa tulisikin pyrkiä useiden eri tutkimusten ja suositusten mukaan. (Ks. Kaste 2012–2015)

Avoimuus ja asenne työntekijöiden kesken vuorovaikutuksessa ovat muuttuneet. Ilmapiiiri on selvästi parantunut tiedonkulkua ajatellen. Työvälineet ovat aiempaa monipuolisempia ja niissä hyödynnetään moniammatillista osaamista. Luottamus neuvolan asiakkaiden ja henkilökunnan välillä on kasvanut ja asenteet ongelmiin muuttuneet. Ongelmien ei anneta kasvaa suuriksi, vaan niihin puututaan varhain. Moniammatillinen tuki on syrjäyttänyt valmiit toimintamallit ja varhaiselle välittämiselle on tullut uusia keinoja. Työ on aiempaa enemmän yhdessä tekemistä, rinnalla kulkemista ja asiakkaan kuulemista.

Hyvinvointineuvolan ideana on ennaltaehkäisyn nostaminen asiakastyön keskiöön. Perheelle annettava tuki on yksilöllistä ja kokonaisvaltaisempaa kuin aiemmin annetut valmiit ohjeet ja neuvot. Neuvolatyössä tapahtunut muutos on vaikuttanut varhaisen välittämisen toimintaan. Moniammatillinen yhteistyö on aiempaa toimivampaa ja kynnyks pyytää apua on madaltunut. Vanhempien verkostot ovat muuttuneet yhteiskunnan muutoksen myötä ja neuvola pyrkii vastaamaan tähän muutokseen monipuolisen ryhmätoiminnan ja moniammatillisen verkoston avulla. Samalla perheitä osallistetaan toimintaan mukaan. Yhteistyöstä perheiden kanssa on tullut normaali toimintatapa, eikä se ole enää kiinni vain asiakkaan tai työntekijän aktiivisuudesta.

Yhteistyötä ja tiedonkulkua neuvolassa on parantanut se, että eri alojen ammattilaiset työskentelevät fyysisesti samoissa tiloissa. Asiakas on helppo saattaa toiselle asiantuntijalle ja asiantuntijoiden välinen yhteydenpito on sujuvampaa. Neuvolassa kohdataan perheet nykyään kokonaisvaltaisemmin ja työssä huomioidaan asiakkaan koko lähiverkosto (Ks. Rimpelä 2008). Työ ei ole vain perinteistä mittaamista ja rokottamista, vaan perheen hyvinvoinnin kokonaisvaltaista huomioimista. Tämä on juuri sitä, mihin erilaiset lait, säädökset ja asetukset sekä ohjelmat tähtäävät ja mihin Rimpelän mukaan neuvolatyössä tulisikin tähdätä. (Ks. Terveys 2015-ohjelma; Lastensuojelulaki 2007/417; Rimpelä 2008; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2010/1326; Sosiaalihuoltolaki 2014/1301; Kaste 2012-2015.)

Muutokset työntekijässä (moniammatillinen työryhmä)

- ennen moniammatillisuus oli oman aktiivisuuden varassa
- ennen ei tieto kulkenut moniammatillisesti
- asennemuutokset
- ennen tehtiin terveystieteellistä työtä, nyt kokonaisvaltaisempaa psykososiaalista huomioimista
- ennen työ oli sektorikeskeistä
- nykyään moniammatillisuus on osa toimintaa
- kaikilla työntekijöillä on ennaltaehkäisevä työote
- työn kuormittavuus on vähentynyt

Muutokset välineissä

- vuorovaikutus asiakkaan kanssa on avoimempaa ja tasapuolisempaa kuin ennen
- vaitiolovelvollisuus ja tietosuojasioiden uudet käytännöt
- ennen mitattiin, rokotettiin ja hoidettiin, nyt katsotaan kokonaiskuva ja räätälöidään asiakkaan mukaisesti työskentelytavat
- työn fyysinen sijainti saman katon alla moniammatillisen tiimin kanssa
- enemmän vertaisryhmiä kuin aiemmin
- lomakkeet ovat vain keskustelun tukena, eivät itse tarkoitus

Muutokset työn kohteessa (neuvolatyö)

- kohteena asiakkaana koko perhe ja lähiverkosto
- toiminta aiempaa laaja-alaisempaa
- moniammatillinen tiimi työskentelee kaikkien lapsiperheiden kanssa
- varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisy ovat merkittävä osa toimintaa

8 Pohdinta

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tarkastelimme Imatran hyvinvointineuvolan toimintaa täysin ulkopuolisina, mikä lisäsi tutkimuksen eettisyyttä, koska ennakko-oletukset ja asenteet eivät vaikuttaneet tutkimukseen. Eettisyyden tarkasteleminen tutkimuksen kaikissa vaiheissa kuuluu hyvän tutkimuksen tekemisen lähtökohtiin. Aiheen painoarvon huomioiminen kuuluu tutkimuksen tekijän velvollisuuksiin. (Karvonen, Kortelainen & Saarti 2014, 191.) Tässä opinnäytetyössä noudatimme tutkimukselle asetettuja hyviä eettisiä periaatteita ja jo aiheen valinnassa huomioimme, että aihe oli merkittävä. Tässä opinnäytetyössä lähdeviittausmerkinnät noudattavat yleisesti voimassa olevia standardeja, mikä osoittaa aiheeseen perehtyneisyyttä ja lähteiden asiantuntemusta. Näiden tekemiemme viitteiden avulla saimme vahvistusta tutkimuksessa esitetyille johtopäätöksille ja annoimme lähteiden osalta kunnian sille, jolle se kuuluu. (Ks. Karvonen ym. 2014, 90–91.) Viittauksissa noudatimme yleisesti käytössä olevaa Harvardin järjestelmää ja toimimme julkisuusperiaatteen mukaan.

Opinnäytetyötämme ohjasi työelämässä alan asiantuntijat ja heidän asiantuntijuutensa käyttäminen mallintamisemme arvioinnissa lisäsi eettisyyttä ja läpinäkyvyyttä (Ks. Karvonen ym. 2014). Asiantuntijoilla oli mahdollisuus ottaa kantaa tekemäämme tutkimusprosessiin ja ohjata meitä opiskelijoita hyvään tiedonhallintaan, tulosten oikeellisuuteen ja eettisyyteen. Opinnäytetyön ohjaavina opettajina toimivat yliopettajat Pirjo Vaittinen ja Tuija Nummela, jotka toivat oman asiantuntijuutensa opinnäytetyöhömmä ja painoarvo heidän työssään oli hyvän tutkimuseettisen käytännön toteutumisen valvominen.

Yhteistyökumppanina opinnäytetyössämme toimi Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskukselta (Socom) toimitusjohtaja Leena Kaljunen. Saamaamme tutkimusaineistoa käsiteltiin huolellisesti ja sen keräämisen vaiheet dokumentoitiin. Pidimme huolen osallistujien hyvästä tietosuojasta ja tutkittaville ammattiryhmille antamistamme lupauksista esim. tietosuojaan liittyen. Saatu haastattelumateriaali tuhottiin opinnäytetyömme tultua hyväksytyksi.

8.2 Hyvinvointineuvola vastaamassa perheiden muuttuneisiin tarpeisiin

Tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli kuvata neuvolatyön muutos perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaksi Imatralla ja mallintaa Imatran hyvinvointineuvola. Tavoite tuli Socomin toiveesta saada Imatran hyvinvointineuvolalle näkyvyyttä ja toimiva hyvinvointineuvolamalli talteen. Asetimme tavoitteeksi toteuttaa tämä työ niin, että saisimme raportin lisäksi selkeän, visuaalisen mallin, jonka avulla voisimme hahmottaa, mitä oli Imatran hyvinvointineuvolan toiminta. Tässä tavoitteessa onnistuimme ja työmme tuloksena syntyi Imatran hyvinvointineuvolan malli kahtena havainnollistavana kuvana.

Imatran hyvinvointineuvolan toiminta käynnistyi osittain siksi, että Imatralla lastensuojelumenot olivat kasvaneet ja hyvinvointineuvolasta oli tullut uusi tavoiteltava toimintamuoto, jota kohtaan yhteiskunnan vaatimukset olivat menneet. Tässä opinnäytetyössä käsittelemämme perheiden tarpeet, lait, asetukset, useat tutkimukset ja käytännön kokemus tukivat sitä, että tällainen toimintamalli on kunnalle hyvä ja taloudellinen ratkaisu. Ilman organisaatorakenteiden ja johtamiseen liittyviä muutoksia, ei Imatran hyvinvointineuvolan toiminta olisi voinut onnistua, vaan niissä tarvittiin pysyviä ja merkittäviä uudistuksia. (Ks. Kirmanen 2014.) Tampereella (2003) on tehty kvantitatiivinen tutkimus hyvinvointineuvolan merkityksestä vanhemmuuteen siirtymisessä. Tämän tutkimuksen perusteella voitiin päätellä, että varsin pienellä moniammatillisella panostuksella pystyttiin vaikuttamaan myönteisesti vanhempien masennusoireisiin, lapsen ja vanhempien vuorovaikutukseen ja pariskunnan ristiriitojen säätelytapoihin. (Kangaspunta, Kilkku, Kaltiala-Heino & Punamäki 2005, 38–46.) Johtopäätöksenä tästä voimme todeta, että suhteellisen pienellä panostuksella ja organisaation muutoksilla voidaan selvästi lisätä perheiden hyvinvointia ja tuoda kunnalle taloudellisia säästöjä.

Selvitimme Engeströmin kehittävän työntutkimuksen mallin avulla Imatran neuvolatoiminnassa tapahtuneen muutoksen haastatteleamalla moniammatillisia työryhmiä. Muodostimme näistä haastatteluista tehdyn aineiston analyysin ja kokoaamme pohjatiedon avulla Imatran hyvinvointineurolamallin. Kun tutustui aineistoon ja teimme historiallista analyysia, havaitsimme, ettei tällaista mallia oltu tehty aiemmin. Hyvinvointineuvolatoimintaa on tutkittu suhteellisen vähän. Saavuttaaksemme riittävän relevantin lopputuloksen työllemme hyödynsimme myös paljon muita lähteitä kuin tutkimustuloksia. Engeströmin kehittävän työntutkimuksen malli sopi hyvin tähän tutkimukseen, koska sen avulla voitiin kuvata selkeästi neuvolatyössä tapahtunut muutos.

Tutkimustuloksissa peilasimme Imatran neuvolatoimintaa ennen ja nyt. Niissä kävi ilmi, että neuvolatyö Imatralla on kokenut suuria uudistuksia hyvinvointineuvolan käynnistymisen myötä. Tutkimuksessamme merkittävänä muutoksina neuvolatyössä nousivat esiin luottamuksen ja avoimuuden lisääntyminen asiakastyössä sekä moniammatillisessa yhteistyössä. Luottamusta lisäsi työntekijän tutuus asiakkaalle, mikä osaltaan muutti perheiden asennetta perhetyötä kohtaan. Aiemmin perhetyö oli nähty osana lastensuojelua, mutta hyvinvointineuvolatoiminnan myötä, se nähtiin taas osana lapsiperheiden peruspalveluja. Terveystyöntekijän työnkuva koki suuria muutoksia, samoin kuin koko työympäristö, joka muuttui hyvinvointineuvolan myötä. Myös työskentelytavat ja -välineet ovat uudistuneet. Ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat tulleet luontevaksi osaksi Imatran neuvolan toimintaa.

Tässä opinnäytetyössä moniammatillisuus neuvolatyössä on sitä, että moniammatillisen tiimin jäsenet tunnistavat ja osaavat hyödyntää toisten tiimiläisten osaamista ja ohjata asiakkaan tarvittaessa muille asiantuntijoille. Näin hyödynnetään eri alojen ihmisten osaamista perheen hyvinvoinnin tukemiseksi verkostomaisella työtavalla. Moniammatillisen yhteistyön tulee olla myös ammatillisesti tasavertaista ja toista kunnioittavaa (Ks. Lockhard & Wood 2000; Ks. Payne 2000; Isoherranen ym. 2008, 15–17). Moniammatillisuus on merkittävässä roolissa hyvinvointineuvolan toiminnassa ja se on oikeastaan hyvinvointineuvolatyön ydin. Hyvinvointineuvolassa tehdään työtä perheiden kanssa moniammatillisen

yhteistyön voimin. Yhdysvaltalainen Laura Petri (2010) on tutkinut moniammatillisuuden käsitettä ja todennut sen operationalisoinnin sosiaali- ja terveysalalla haastavaksi. (Petri 2010, 73–82.) Moniammatillisuudelle on olemassa paljon erilaisia määrittelyjä. Käsitteiden avaaminen ja selkiinnyttäminen nousivat merkitykselliseen asemaan työssämme varsinkin moniammatillisuuden kohdalla. (Ks. Isoherranen 2012) Näin kuvaa myös Pärnä (2007) omassa tutkimuksessaan, jossa kehitetään moniammatillista yhteistyötä.

Työntekijät kokivat muutoksen perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolaan positiivisena asiana ja työ koettiin mielekkääksi. Se, ettei terveydenhoitaja työskentele enää yksin perheen kanssa, vaan tukena oli moniammatillinen tiimi, vähensi työn kuormittavuutta. Työntekijät kuvasivat tätä haastatteluissa muun muassa seuraavasti: *“Mut nyt sitten ku tän työparin kanssa ku niiku on ni se on kaikki jaetaan se työ ja miul on niin hyvä olo. Mie niin luotan ku tuo X (työpari) sitten ohjaa niitä asiakkaita ja räätälöi, saattaa. Räätälöi sitä työtä ni mie tiiän et ne on hyvässä hoijossa ennen sie saatoit mieltii yölläki, et hyvänen aika, et onkohan se perhe varannu sinne aikaa ja kauheesti meni niinku semmoseen.”*. Kun asioita pystyi jakamaan ja ongelmatilanteita pohtimaan moniammatillisen tiimin kesken, myös työntekijä tunsi, että asiakas sai aiempaa paremmin tarvitsemansa avun. Myös asiakkailta saatu palaute on ollut positiivista. Yhteistyö terveydenhoitajien ja perhetyöntekijöiden kesken oli hyvää ja luottamus toiseen vähensi myös työn kuormittavuutta. Työparityöskentelyssä pystyi luottamaan siihen, että asiakas on hyvässä hoidossa. Fyysisesti samoissa tiloissa työskentely helpotti tiedonkulkua merkittävästi ja toisilta ammattilaisilta oli helppo pyytää apua.

Yhteiskuntamme muutoksen vuoksi terveydenhoitajien työn kuormittavuus on lisääntynyt muuttuneen neuvolatyön myötä. On ollut pakko alkaa kehittämään uusia toimintamalleja ja luomaan verkostomaisempaa työtettä neuvolatoimintaan. Sosiaali- ja terveysministeriön suositus on, että neuvolan terveydenhoitajien osaamista lisättäisiin täydennyskoulutuksella tai perhetyöntekijöiden sijoittamisella neuvolaan tai neuvolatyön verkostoon. (Neuvola lapsiperheiden tukena – opas työntekijöille 2004, 35–36.) Myös tämä suositus kertoo siitä, että neuvolatyö on muuttunut. Kuitenkaan yhteneväistä toimintamallia ei tiedonhakumme ja lukemiemme tutkimusten perusteella Suomessa vielä ole. Haastatteluissamme esille

nousi moniammatillisuuden positiiviset vaikutukset. Näistä vaikutuksista ovat kirjoittaneet Lammi-Taskula ja Karvonen (2014). Työn kuormittavuuden koettiin vähentyneen hyvinvointineuvolan mukanaan tuoman moniammatillisen toiminnan myötä ja haastatellut olivat tyytyväisiä työhönsä. Lammi-Taskula ja Karvonen (2014, 140.) ovat todenneet tutkimuksessaan moniammatillisen työryhmän kanssa käydyn keskustelun helpottavan työssä ajoittain syntyvää ahdistusta ja väsymystä. Työn kuormittavuus neuvolassa on vähentynyt huomattavasti, kun asioita voi jakaa työyhteisössä. Kuormittavuutta vähentää se, että hyvinvointineuvolassa on eri alojen asiantuntijoita ja työtehtävät voidaan nyt kohdentaa ongelman luonteen mukaan eri työntekijöille. Työntekijöiden keskinäinen vuorovaikutus lisää luottamusta ja yhteisten keskustelujen kautta voidaan saada tukea omalle työlle.

Sosiaali- ja terveystalvueluita pyritään kehittämään selvästi ennaltaehkäisevään ja asiakaslähtöisempään suuntaan. Samalla palveluita pyritään muokkaamaan asiakkaita osallistavampaan suuntaan. Tällaisten suurten muutosten tekeminen vaatii paljon mm. erilaisia säädöksiä, lakeja ja asetuksia, koska ne vaikuttavat palveluiden järjestämisen taustalla. Viime aikoina lainsäädäntö on vastannut yhteiskuntamme tarpeisiin ja lakeja on muutettu ennaltaehkäisevämpään ja asiakaslähtöisempään suuntaan. Tämä helpottaa mahdollisuutta järjestää kohdennettuja, asiakaslähtöisiä palveluja kunnissa. Kuten Rimpeläkin (2008) on tutkimuksissaan todennut, tulisi palveluiden kehittäminen nykypäivänä olla käyttäjälähtöistä. Käyttäjälähtöisestä toiminnan suunnasta mainitsee myös sosiaalipalvelujen kehityssuuntia tutkinut Toikko (2012, 149). Imatran hyvinvointineuvolan toiminta on räätälöity asiakkaan mukaan yksilöllisiksi palveluiksi. Hyvinvointineuvolassa tämä on toteutettu yksilöllisen perhetyön ja monipuolisen ryhmätoiminnan avulla. Erilaiset ryhmät ovat tärkeä osa hyvinvointineuvolan toimintaa ja osa ennaltaehkäisevää matalan kynnyksen palvelua. Vertaisryhmätoiminnan keinoin voidaan toimintaa kehittää osallistavammaksi ja esimerkiksi sosiaalisen median keinoin perheiden verkostoja voidaan vahvistaa.

Yleisesti tiedossa oleva 1990-luvun laman näkyminen lapsiperheiden hyvinvoinnissa tuo väistämättä mieleen, kuinka tämän hetken pitkään kestänyt lama tulee näkymään lapsiperheiden hyvinvoinnissa jatkossa. Lapsiperheiden etuuksia on

vähennetty ja esimerkiksi subjektiivista päivähoito-oikeutta on rajattu. Lasten sijoittaminen laitoshoidon on kallista. Laitoshoidon ja perhetyön hintoja verratessa, voidaan todeta laitoshoidon kustannusten olevan moninkertaiset, jos vaihtoehtona on intensiivinen kotiin suunnattu perhetyö. (Kananaja, Lavikainen & Oranen 2013. 2-16.) Ennaltaehkäisevä työ voi aluksi tuottaa lisää kustannuksia, mutta muutokset kustannuksissa näkyvät usein muutaman vuoden viiveellä (Pelkonen, Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola & Puumalainen (toim.) 2013. 86–87). Kustannustehokkuuden lisäksi ehkäisevät palvelut ovat myös inhimillisiä. Asiakkaiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta katsottuna hajanainen palvelujärjestelmä ja yhteistyö palvelun antajien kesken eivät toimi parhaalla mahdollisella tavalla. (Lammi-Taskula & Karvonen (toim.) 2014, 225–228.)

Turun yliopistossa (Tuominen 2012) tehdyn tutkimuksen ja saamiemme haastatteluvastausten mukaan pidettiin hyvänä sitä, että sama terveydenhoitaja säilyy perheen tukena raskausajasta kouluikään saakka. Haasteluissamme nousi myös selvästi esille se, että työntekijöiden tuttuus ja jatkuvuus ovat tärkeitä asiakkaille. Esimerkiksi se, että perhetyöntekijä esittäytyy perheille neuvolakäynnin yhteydessä ja on mukana kotikäynnillä. Kun työntekijät ovat tuttuja, perheiden on helpompi ottaa heihin yhteyttä, kynnys madaltuu. Tuttuus ja jatkuvuus lisäävät työn mielekkyyttä myös työntekijöiden mielestä.

Imatran hyvinvointineuvolan liittyminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden piiriin tapahtui pian haastatteluidemme jälkeen. Tämä vaikutti siihen, että meillä oli haastatteluissa saadua poimittua kehitysehdotuksia tulevaisuutta ajatellen työntekijöitä haastatellessamme. Työntekijät pohtivat selvästi tulevaa muutosta ja kehittämisen sijaan ajatukset olivat enemmänkin siinä, kuinka saada hyvin toimiva hyvinvointineuvolan toimintamalli säilytettyä. Haastatteluissa kehittämisehdotuksina esille nousi käyntiaikojen pidentäminen ja lääkärin saaminen osaksi moniammatillista tiimiä. Kotiin tehtävien käyntien määrää toivottiin myös lisää. Pohtiesamme hyvinvointineuvolatoiminnan kehittämisehdotuksia, esille nousivat sähköiset palvelut, jotka mainittiin myös haastattelutilanteissa. Sähköisten palvelujen tuleminen osaksi terveys- ja sosiaalipalveluita on ollut väistämätöntä ja niiden avulla voitaisiin myös tehostaa palveluita ja niiden saatavuutta. Tässä työssä

koottua hyvinvointineuvolan mallia voidaan hyödyntää neuvolatoiminnan kehittämisessä tai kun kunnassa/sairaanhoitopiirissä otetaan käyttöön hyvinvointineuvolatoiminta. Jatkotutkimusaiheina ehdotamme tutkimusta siitä, miten perheet ovat kokeneet hyvinvointineuvolan toiminnan. Lisäksi olisi hyvä tuottaa kvantitatiivista tutkimustietoa hyvinvointineuvolatoiminnan vaikutuksista kunnan lastensuojelumenoihin.

Hyvinvointineuvolatoiminta valtakunnallisena toimintana, voisi tukea lapsiperheiden hyvinvointia ja palvella heitä ennaltaehkäisevästi. Yhtenäisen hyvinvointineuvolamallin käyttö toisi asiakkaille yhteneväiset palvelut ja tasavertaisen kohtelun. Lisäksi hyvinvointineuvolan moniammatillinen työtapa huomioi kerralla, tehokkaasti ja taloudellisesti asiakasta. Kansallisesti ajatellen lapsiin satsaaminen on tärkeää, sillä heissä on tulevaisuus.

Kuvat ja taulukot

Kuvat

Kuva 1. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret sekä niistä huostassa ja kiireellisesti sijoitettuna olleet lapset vuosina 1991–2014, s.7

Kuva 2. Neuvolatoimintaa ohjaavia lakeja ja asetuksia, s.11-12

Kuva 3. Lasten ja nuorten häiriöpalvelumenot Imatralla 2000-2009, s.19

Kuva 4. Kehittävän työntutkimuksen malli, s.21

Kuva 5. Haastattelumuodon tarkentuminen, s.25

Kuva 6. Analyysiprosessin kulku, s.29

Kuva 7. Aineiston käsittely, s. 31

Kuva 8. Moniammatillisuus, s.33

Kuva 9. Varhainen välittäminen, s.34

Kuva 10. Ennaltaehkäisy, s.35-36

Kuva 11. Vanhempien verkostot, s.37

Kuva 12. Yhteistyö vanhempien kanssa, s.38-39

Kuva 13. Hyvinvointineuvolan malli, s.40

Kuva 14. Hyvinvointineuvolan toiminnan lähtökohdat, s.42

Taulukot

Taulukko 1. Lastensuojelun tunnuslukuja Imatralla, s.21

Taulukko 2. Esimerkki suorien lainausten muokkaamisesta pelkistetyiksi ilmauksiksi, alaluokkien muodostamisesta pelkistetyistä ilmauksista ja yläluokan muodostamisesta alaluokkia yhdistämällä, s.30

Lähteet

Cheng, K-W. 2007. A study on applying focus group interview on education. National Kaohsiung Hospitality College.

Drinka, T. & Clark, P. 2000. Teoksessa Isoherranen, K. Uhka vai mahdollisuus - Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.

Elintarvikelaki 13.1.2006/23. Asetus imeväisten ja pikkulasten ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta 267/2010

Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Oy Edita Ab. Helsinki.

Familjecentraler. 2015. <http://familjecentraler.se>. Luettu 24.5.2015.

Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola M., Hastrup A., Wallin M. & Pelkonen J. 2012. Laaja terveystarkastus, Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

Hermanson, E. 2012. Lastenneuvolan tehtävät. Duodecim terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00902. Luettu 6.6.2015

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita, Kariston kirjapaino, Hämeenlinna.

Honkanen, H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja

Imatran kaupunki, 2015. Imatran kaupunki. 2015. http://www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_9.pdf. Luettu 25.5.2015

Innokylä, 2013. Hyvinvointineuvola toimintamalli. Kangaspunta, R. & Värri, M. www.innokyla.fi/web/malli211397. Luettu 17.4.2016

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

- Kangaspunta, R. 2003. Neuvola voisi olla tärkeä perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin tukija. Suomen Lääkärilehti 2003;58(25–26):2900–2901.
- Kangaspunta, R., Kilkku, N., Kaltiala-Heino, R. & Punamäki, R-L. 2005. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola-projektin loppuraportti 2002-2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2005. Tampere.
- Kangaspunta, R., Punamäki, R-L. & Kaltiala-Heino, R. 2004. Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena - Kokemuksia Perheen hyvinvointineuvola – projektista. Suomen Lääkärilehti 2004;59(38):3521–3525.
- Kangaspunta, R. & Värri, M. 2007. Tampereen kaupunki. Hyvinvointineuvola – hanke.
- Kananoja, A., Lavikainen, M. & Oranen, M. 2013. Toimiva lastensuojelu- selviytysryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:19. Helsinki.
- Karvonen, E., Kortelainen T. & Saarti, J. 2014. Julkaise tai tuhoutu! Johdatus tieteelliseen viestintään. Vastapaino. Tampere.
- Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Helsinki.
- Kirmanen, T. 2015. Toimialajohtaja, Imatran kaupungin hyvinvointipalvelut. Imatran lapsipalveluiden ja lapsipolitiikan uudistamisesta. Poverpoint – esitys.
- Kirmanen, T. 2014. Toimialajohtaja, Imatran kaupungin hyvinvointipalvelut. Matala kynnyksen, varhainen tuki ja tiivis yhteistyö. Kotikäynnit Imatran malliin. Poverpoint – esitys.
- Kirmanen, T. 2015. Toimialajohtaja, Imatran kaupungin hyvinvointipalvelut. Lasten ja nuorten häiriöpalvelumenot Imatralla 2000-2009.
- Kirmanen, T. 2015. Toimialajohtaja, Imatran kaupungin hyvinvointipalvelut. Lastensuojelun tunnuslukuja Imatralla.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas, suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret sekä niistä huostassa ja kiireellisesti sijoitettuna olleet lapset vuosina 1991–2014. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti 25/2015, 4.12.2015. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/lasten-nuorten-ja-perheiden-sosiaalipalvelut/lastensuojelu/lastensuojelu-2014>. Luettu 22.3.2016
- Kohvakka, T. & Peltola, J. 2011. Hyvinvointineuvola uudistaa ja yhdistää perhe- ja terveystyöt. Toim. Vesterinen, M-L, teoksessa SOTE-ennakointi, -sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Painotalo seiska Oy. Iisalmi. 96–98.

Korhonen, E-M. 2013. Sosiaalisten ongelmien ylisukupolvinen siirtyminen, Lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijöiden näkökulma. Tampereen yliopisto Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu – tutkielma.

Korhonen, A. & Heino, N. 2012. Lapsiperheiden kotipalvelu- seminaari 16.10.2012

Koskinen, L. & Jokinen, P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä -haastattelijoiden kokemuksia. Hoitotiede Vol. 13 6/01

Kuntaliitto. 2013. Imatran hyvinvointineuvola palkittiin Kunnallinen lastensuojeluteko-palkinnolla. <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2013/03/Sivut/lastensuojelun-palkittu.aspx>. Luettu 4.5.2016.

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

Laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä 14.6.2002/504

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. Asetus potilasasiakirjoista 298/2009

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 9.6.1989/556

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621

Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.). 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvens Print. Tampere.

Lampola, M. & Hakulinen-Viitanen, T., 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Valtakunnalliset suositukset perheiden tukena. Työpapereita.

Lastenneuvolakäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/yhteystiedot/lyhyesti. Luettu: 6.5.2015

Lastensuojelu 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/lasten-nuorten-ja-perheiden-sosiaalipalvelut/lastensuojelu>. Luettu 13.3.2016

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.

Leino, T., Koskenniemi, E., Saranpää P-R., Strömberg, N. & Kilpi, T. 2007. Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. Suomen Lääkärilehti 63, 739–743.

Lindqvist, U. 2008. Varhaisia tekoja, vertaistuen tiloja. Varhaisen tuen työn kehittävä arviointi Helsingin kaupungin sosiaaliviraston perhekeskuksissa. Lisensiaattitutkimus. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsinki.

Lockhard & Wood. 2000. Teoksessa Isoherranen, K., 2012. Uhka vai mahdollisuus - Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaali-tieteiden laitos. Väitöskirja.

Lähteenmäki-Smith, K. & Terävä, E. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2008 – 2011 arviointi loppuraportti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397 & name=DLFE-21605.pdf. Luettu 5.6.2015.

Maijanen, H. & Haikara, P. 2014. Kumppanuuskäsikirja näkökulmia monitoimijaisen yhteistyön kehittämiseen. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja.

Metsämuuronen, J. (toim.). 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mustonen, U., Huurre, T., Kiviruusu, O., Berg, N., Aro, H. & Marttunen, M. 2013. Elämäntilanne, mielenterveys ja hyvinvointi Seurantatutkimus 16-vuotiaista tamperelaisnuorista 22-, 32- ja 42-vuotiaana (TAM-projekti). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen, R., Koponen P., Ovaskainen, M-L., Sippola, R., Virtanen, S., Laatikainen, T. & LATE-työryhmä. 2010. Lasten terveys LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Neuvola lapsiperheiden tukena – opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki.

Parviainen, J. 2006. Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Payne, M. 2000. Teoksessa Isoherranen, K., 2012. Uhka vai mahdollisuus - Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.

Pelkonen, M. Hakulinen-Viitanen, T. Hietanen-Peltola, M. & Puumalainen, T. (toim.) 2013. Hyvinvointia useammille – Lasten ja nuorten palvelut uudistuvat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Perälä, M-L, Salonen, A., Halme, N., Nykänen, S. 2011. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Petri, L. 2010. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x/abstract;jsessionid=152138EA92DD7092775634F4E43829F6.f02t02?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+for+up+to+3+hours+on+Saturday+19th+March+2016+from++11%3A00-14%3A00+GMT+%2F+07%3A00-10%3A00+EDT+%2F+19%3A00-22%3A00+SGT+for+essential+maintenance.+Apologies+for+the+inconvenience.&userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>
http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1744-6198.2010.00167.x?r3_referer=wol&tracking_action=pre-view_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER /Luettu 21.2.2016

Puura, K. 2002. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen perustason työssä, ennaltaehkäisevä mielenterveystyö lastenneuvolassa -projekti. Stakes.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Pärnä. 2007. Teoksessa Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.

Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Kasvatustieteen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu – tutkielma.

Rimpelä, M. 2007. Hyvinvointineuvola perheiden tukena: Ideasta toteutukseen. Stakes.

Rimpelä, M. 2008. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J & Heikkilä M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala, 62–73

Rimpelä, M., Saaristo V., Wiss K. & Ståhl T. 2008. Terveystyön edistäminen terveyskeskuksissa. <http://www.thl.fi/documents/10531/104907/Raportteja%202009%2019.pdf> Luettu, 04.03.2015.

Rimpelä, R. 2014. Kundnärhet och kundförståelse i utvecklingen av en kommunal tjänsteinnovation inom hälsovård. Svenskahandelshögskolan Institutionen för marknadsföring. Helsinki.

Ritmala, M., Ojanen T., Sivén, T., Vihunen R., Vilén, M. 2009. Lapsen aika. WSOYPro Oy. Helsinki.

Salonen, M., Kallio & Normia-Alhstèn, L. 2012. Hyvinvointia moniammatillisella yhteistyöllä. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja B2: 2012. docplayer.fi/990591-Hyvinvointia-moniammatillisella-yhteistyolla.html. Luettu 4.5.2016.

Siirto-Honkanen, K. 2008. Kiikku-vauvaperhetyöntekijän rooli ja moniammatillinen yhteistyö. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Sitra. Artikkele. 2014 <http://www.sitra.fi/artikkelit/sitran-trendit-eriarvoisuus-kasvaa> /Luettu 3.3.2016

Solantaus, T. 2010. Nuorten mielenterveyden edistäminen. Erillisyydestä integraatioon, toiveista todellisuuteen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Solantaus, T. & Paavonen, E. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Duodecim 125(17).
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98270 /Luettu 3.3.2016

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Sosiaaliportti. 2009. Hyvinvointineuvola. <http://www.sosiaaliportti.fi/fiFI/hyva-kaytanto/kuvaus/?Practicelid=1702052d-6990-4eb8-bf27-0558738047a8> Luettu 24.5.2015

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129792/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja%202015%20web.pdf?sequence=5>. Luettu 4.5.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20 Helsinki 2009 Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta 421/2004

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Asetus koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta 338/2011

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Asetus lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Asetus neuvolatoiminnasta 338/2011

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Asetus seulonnoista 339/2011

Terveys 2015 – ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001.

Tilastoraportti. Perusterveydenhuolto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/perusterveydenhuollon-palvelut/perusterveydenhuolto> Luettu 6.6.2015.

Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampereen yliopistopaino Oy. Juvensprint.

Toimiva lastensuojelu- selvitysryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013.

Tuominen, A., Kettunen, T., Lindfors, P., Hjelt, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2011. Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2011: 48, 182–195

Tuominen, M. 2012. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan yhdistelmätyön edut perheille. Turun lapsi- ja nuorisotutkimuskeskus. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Turku.

Turunen, H., Paukkunen, L., Tossavainen, K. & Taskinen, H. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä -osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. Hoitotiede Vol 8, no 4/96

Vaittinen, P. 2011. Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisenä ulottuvuutena. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Vilèn, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Sanoma Pro. Helsinki.

Vilèn, M., Vilhunen R., Vartiainen, J., Sivèn, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2013. Lapsuus erityinen elämänvaihe. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Viljamaa, M-L. 2003. 2000-luvun vanhemmat kaipaavat neuvolalta jatkuvuutta ja vanhemmuuden tukea. Jyväskylän yliopisto. Väitöstutkimus.

Wong, L P. 2008. Focus group discussion: a tool for health and medical research. Singapore Medical Journal.

Liitteet

Liite 1 Tiedote moniammatilliselle hyvinvointineuvolan tiimille

Liite 2 Engeströmin malli

Liite 3 Pohja neuvolatoiminnan muutoksen pohtimiseen

Liite 4 Suostumuslomake

Liite 5 Strukturoidun teemahaastattelun runko

Liite 6 Analyysitaulukko

Liite 7 Hyvinvointineuvolan malli

Liite 8 Hyvinvointineuvolan toiminnan lähtökohdat

Sosiaali- ja terveysala

Tiedote

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Hyvä moniammatillinen hyvinvointineuvolan tiimi

Opiskelemme Saimaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opintoihimme liittyy työelämälähtöinen opinnäytetyö.

Opinnäytetyössämme on yhteistyökumppanina Socom ja Imatran hyvinvointineuvola. Opinnäytetyön tarkoituksena on mallintaa hyvinvointineuvolan toiminta. Työvälineenämme käytämme Engeströmin kehittävän työntutkimuksen viitekehystä. Tulemme toteuttamaan opinnäytetyömme ryhmähaastattelun avulla, haastattelut nauhoitetaan ja saadut vastaukset analysoidaan sisällön analyysin avulla. Tulemme kertomaan opinnäytetyöstämme tarkemmin ennen haastattelujen alkua.

Opinnäytetyömme tulee olemaan luettavissa Theseus – tietokannasta,. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Saimaan ammattikorkeakoulun yliopettajat Pirjo Vaittinen ja Tuija Nummela.

Vastaamme mielellämme opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin.

Terveisin,

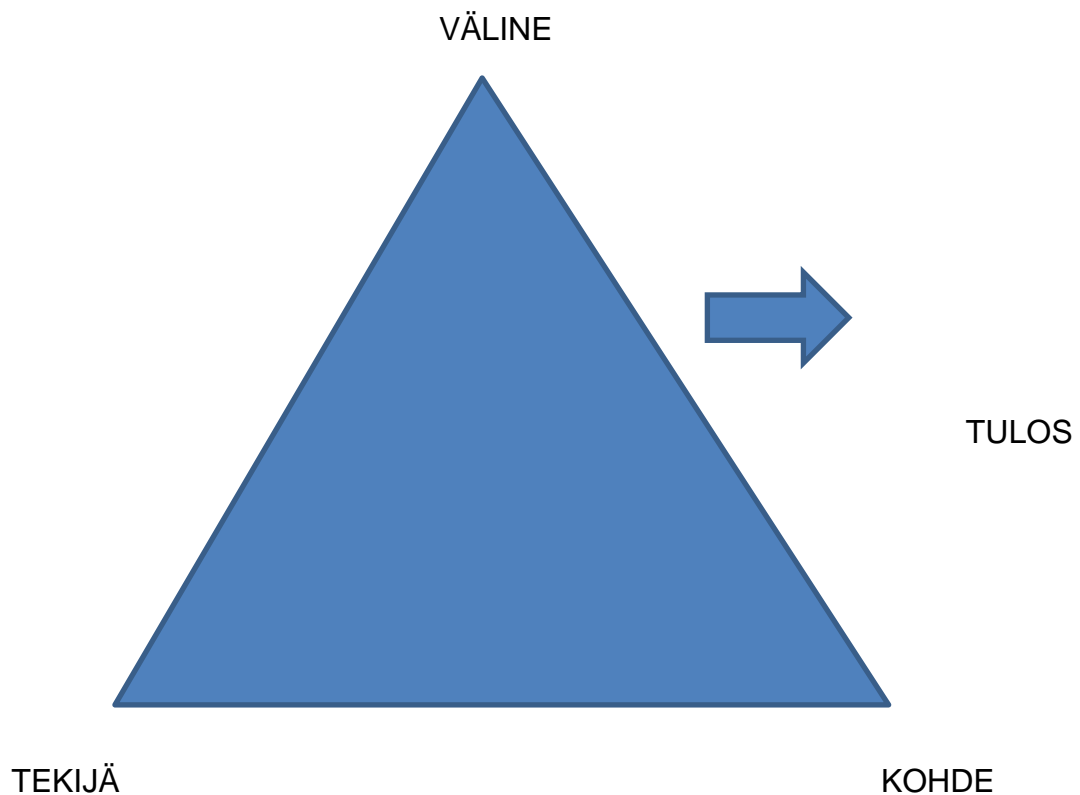
Taija Myyrä

taija.myyra@student.saimia.fi

ja

Jenna Vertanen

(Engeström, Y. 2002)



Tekijä = Työntekijä

Väline = Työ

Kohde = työyhteisö, asiakkaat

Tuotos = työn muutos

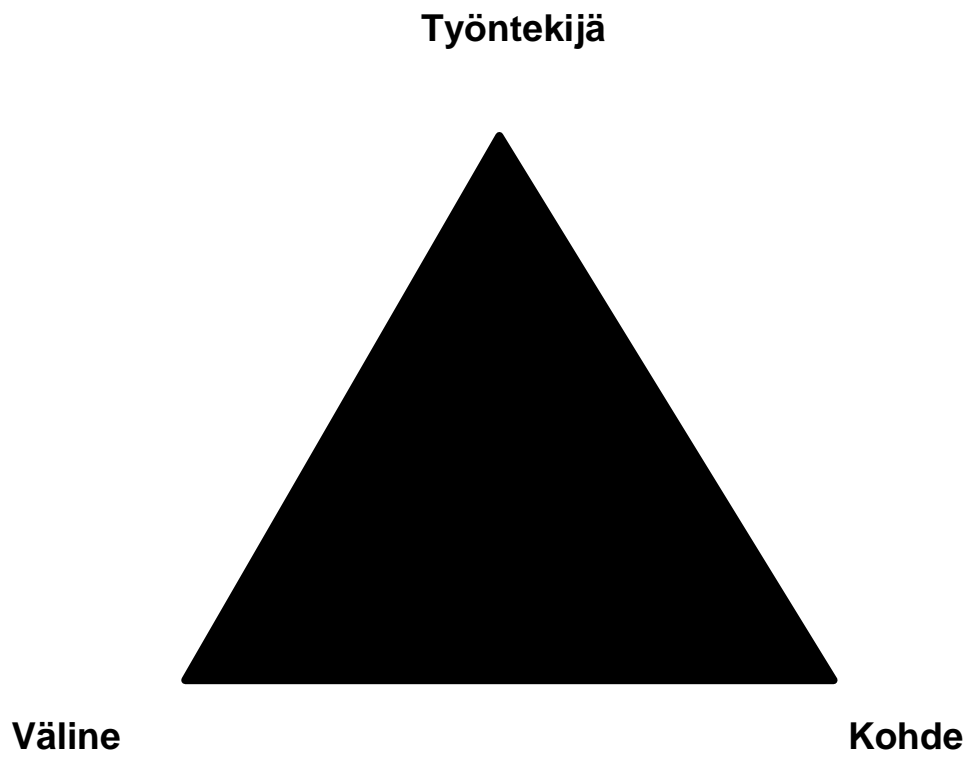
Imatran hyvinvointineuvolan kohdalla **tekijä** viittaa moniammatilliseen työryhmään. (koska heidän ajatuksiaan analysoidaan)

Kohde tarkoittaa tässä tapauksessa sitä ilmiötä, jossa työyhteisö pyrkii aikaansaamaan toivottuja muutoksia eli neuvolatyö (Imatralaiset lapsiperheet).

Väline tarkoittaa työntekijöiden käytössä olevia työkaluja, sekä käsitteellisiä välineitä ja malleja joiden avulla kohdetta käsitellään. Moniammatillisuus, jaettu-asiiantuntijuus. Hyvinvointineuvola ym.

Tuotos tarkoittaa niitä muutoksia ja vaikutuksia, joita kohteessa tavoitellaan ja aikaansaadaan toiminnan avulla esim. Imatran hyvinvointineuvolan malli ja hyvinvointineuvolatyön kehittäminen/Imatran lapsiperheiden hyvinvoinnin parantaminen / kustannustehokkaan mallin kehittäminen

Engeströmin malli



Ennaltaehkäisy

Moniammatillinen yhteistyö

Varhainen välittäminen

Vanhempien verkostot

Yhteistyö perheiden kanssa

Hyvä vastaanottaja

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman (YAMK) opiskelijoita ja teemme opinnäytetyönämme Socomille Imatran hyvinvointineuvolan mallintamista moniammatillisesta näkökulmasta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata Engeströmin mallia apuna käyttäen muutosta perinteisestä neuvolasta hyvinvointineuvolatoimintaan.

Haastattelemme teemahaastattelurungon avulla kahta moniammatillista ryhmää Imatran hyvinvointineuvolasta syksyn 2015 aikana. Haastattelut taltioidaan haastattelutilanteessa nauhoittamalla ne, jos osallistujat antavat luvan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastatteluun osallistuvien nimettömyys tullaan turvaamaan ja tutkimuksessa ei julkaista mitään tietoja, joista haastateltava olisi tunnistettavissa. Haastattelun äänitallenne ei päädy muiden kuin allekirjoittaneiden tietoon ja tallenne tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus – tietokannassa. Allekirjoittamalla lomakkeen suostun suorittamaan tämän haastattelun.

Suostun haastatteluun

Suostun nauhoitukseen

Lappeenrannassa ___ / ___ 2015

Mikäli Teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä meihin

Ystävällisin terveisin,

Taija Myyrä ja Jenna Vertanen

040 7067499

Strukturoidun teemahaastattelun runko:**Teemoja haastatteluun:**

Ennaltaehkäisy

Moniammatillinen yhteistyö

Varhainen välittäminen

Vanhempien verkostoituminen

Yhteistyö perheiden kanssa

	Ennaltaehkäisy	Moniammatillinen yhteistyö	Varhainen välittäminen
Ennen	Kuinka ennaltaehkäisevä ote näkyi aiemmin työsänne?	Millaista oli moniammatillinen yhteistyö ennen työssä?	Miten varhainen välittäminen näkyi aiemmin työssäsi?
Nyt	Mitä on ennaltaehkäisevä työ nyt Imatran hyvinvointineuvolassa?	Millaista moniammatillinen yhteistyö on Imatran hyvinvointineuvolassa nyt?	Millaista on varhainen välittäminen nyt työssäsi?
Tulevaisuudessa	Millaisena voit nähdä tulevaisuuden neuvolatyön ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta?	Mitä moniammatillinen yhteistyö voisi olla jatkossa/tulevaisuudessa?	Millaisena näet varhaisen välittämisen tulevaisuuden neuvolatyössä?

Analyysitaulukko

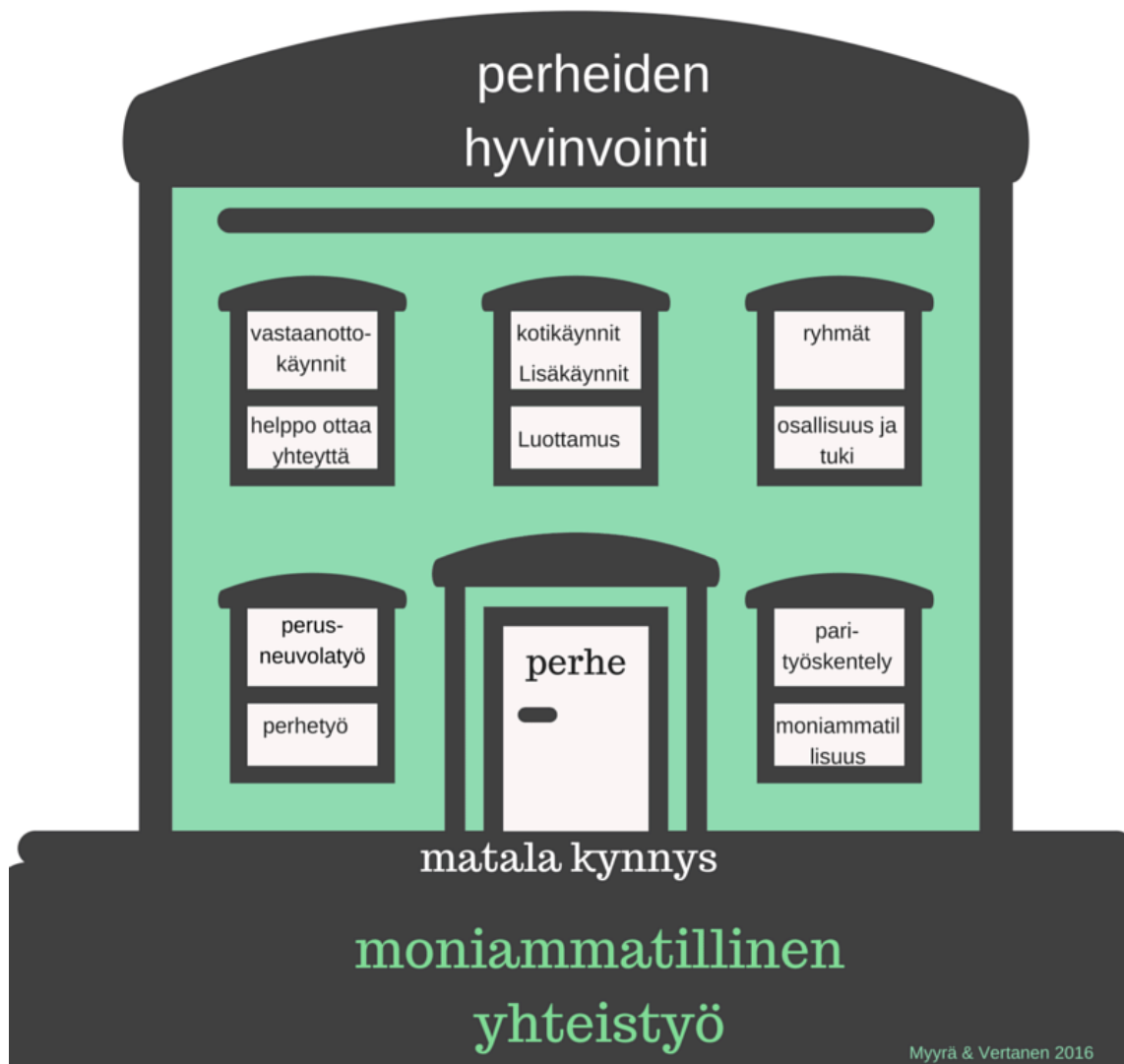
MONIAMMATILLISUUS NYT-taulukko

Ote alkuperäishaastattelusta	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Perhetyöntekijät tuli vastaanotolle mukaan sanottiin et myö te-hään yhdessä työtä	Perhetyöntekijät mukana neuvolavastaanotolla mu-kana asiakkailla tieto yhdessä tehtävästä työstä	Yhteistyö perhetyönteki-jän kanssa ja asiakkaalla tieto siitä	Moniammatillinen yh-teistyö
Ne on joteki tuttuja meille ketä tääl on töissä ni joteki niil on niinku helpompi pyy-tää apua Tääl voi sitten kattoo et kuka ois semmonen joka lähtis tekee sinne töitä	Tutut työkaverit helpottaa avunpyytämistä oikealta henkilöltä		
myö ollaan kaikki sa-man katon alla	Kaikki ovat saman katon alla	Fyysisesti kaikki sa-massa toimipaikassa	
ja sitten ku kasvotus-ten näkee voi sit heti ottaa olkapäästä kiinni ja pyytää			Yhteistyötahot sa-massa paikassa

Ollaan täs kaikki muutkin tuol on eri palveluu	Muut yhteistyökumppanit samassa talossa	Yhteistyötahot samassa talossa	
tiedonkulku on parantunut huomattavasti ja nyt voi aina nykästä et tuutko auttaa tässä	Tiedonkulku on parantunut ja voi pyytää auttamaan	Tiedonkulun parantuminen	
Puhutaan avoimesti toisillemme ja kysytään eikä ajatella, et mitähän tuo toinen ajattelee	Avoim puhuminen Ei ajatella kysyessä mitä toinen ajattelee	Kysytään avoimesti	
Audit-kysely...Et joskus sit jättää todellakin sen antamatta jos on täyttänyt monet kerrat. Ja jos on oikein kirjattu niin tietokoneeltahan se näkyykin. Kirjataan niinku näit asioita niinku, mitä myö ei enne eihä myö kirjattu ennen täl taval mitä myö nykysi kirjataan esimerkiks et tuota sekin on tullu siihen että just semmosta että pystyy palaamaan niihi asioihin, ku oot siinä oot kirjannu jotaki ku ennen ei tehty tol tavalla	Jos kyselyt on oikein kirjattu ne näkyy tietokoneelta, voi jättää kyselyn antamatta jos on jo täytetty Kirjataan asioita eri tavalla Asioihin pystyy palaamaan	Tietokoneelta näkyy asiakkaan tiedot Kirjaustavan muutos	Välitön ja avoin tiedonkulku

kollegiaalisuus lisääntynyt iha selvästi	Kollegiaalisuuden lisääntyminen	Kollegiaalisuuden lisääntyminen	
Hyvä ku on toinen parina et myö yhdessä autetaan tätä perhettä	Koetaan, että on hyvä kun toinen on parina ja autetaan yhdessä perhettä	Työparityönskentely	Työntekijöiden keskinäinen luottamus
Parasta, että tuntee kaikki	Työntekijät tuntevat toisensa	Työntekijät tuttuja toisilleen	
saa olla oma ittesä	Saa olla oma itsensä	Aitous	
tietää että asiakkaat on hyvässä hoidossa	Tietää asiakkaiden olevan hyvässä hoidossa	Luottamus toiseen työntekijään	

Imatran hyvinvointineuvola



Myyrä & Vertanen 2016

HYVINVOINTI NEUVOLA



ASIAKASLÄHTÖISET PALVELUT

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

- matalan kynnyksen palvelu
- varhainen välittäminen
- eriarvoisuuden vähentäminen
- vuorovaikutus
- yksilöllisyys
- luottamus

perheen hyvinvoinnin
tukeminen

**ihmisenä
ihmiselle**