



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoiden yhteistyö

Saario, Inka

2012 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoiden yhteistyö

Inka Saario
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2012

Inka Saario

Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoiden yhteistyö

Vuosi 2012 Sivumäärä 46

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Länsi-Uudenmaan (Hangon, Inכון, Karjalohjan, Karkkilan, Lohjan, Nummi-Pusulan, Raaseporin, Siuntion ja Vihdin) hyvinvointitoimijat sekä selvittää hyvinvointitoimijoiden yhteistyömuodot. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hyvinvointitoimijoiden yhteistyön käytänteistä ja toimivuudesta.

Teoreettinen viitekehys koostui hyvinvoinnin, hyvinvointitoimijoiden ja yhteistyön määrittelystä.

Hyvinvointitoimijoiden kartoitus tehtiin internet-lähteistä ja yhteistyömuotojen selvitys tehtiin kyselynä sähköpostitse Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoille, kuitenkin niin, että kolmas sektori rajattiin vastaajien ulkopuolelle. Yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa selvitetiin kyselylomakkeen kysymyksissä julkisen ja yksityisen sektorin näkökulmasta. Aineisto analysoitiin osittain määrällisesti ja osittain sisällönanalyysin avulla induktiivisesti.

Tutkielman tulokset osoittivat, että hyvinvointitoimijoita on runsaasti Länsi-Uudellamaalla ja he tekivät yhteistyötä toisten hyvinvointitoimijoiden kanssa. Yhteistyötä tehtiin eniten perusterveydenhuollon ja kunnallisen sosiaalitoimen kanssa. Joidenkin tahojen kanssa yhteistyötä tehtiin päivittäin tai viikoittain, joidenkin tahojen kanssa vain muutaman kerran vuodessa. Suurin tekijä yhteistyössä olivat yhteiset asiakkaat, joiden kautta yhteistyömuodot pääosin muotoutuivat.

Tärkeimmiksi yhteistyömuodoiksi nousivat hyvinvointitoimijoiden palveluiden käyttö, yhteydenpito, konsultaatio, kehittäminen ja koulutus. Yhteistyöhön oltiin tyytyväisiä pääpiirteittäin, mutta sitä haluttiin laajentaa ja syventää. Lisää yhteistyötä toivottiin lääkäri- ja asiakasyhteistyössä, byrokratiaa haluttiin vähentää ja palvelumalleja suunnitella ja järjeistää. Myös vuorovaikutusta haluttiin lisätä. Osaamisen kehittämistä ja vertaistukea kaivattiin enemmän, kuten myös koulutuksia ja rekrytointia. Yhteistyöhön toivottiin lisää yhdenmukaisuutta, kokonaisvaltaisuutta, sujuvuutta, selkeyttä, avoimuutta ja joustavuutta.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi hyvä selvittää yhteistyömuotoja alueellisesti pienemmässä mittakaavassa, esimerkiksi yhden kunnan osalta. Toinen mielenkiintoinen tutkimusalue voisi olla kolmannen sektorin osuus hyvinvointipalveluissa.

Asiasanat: hyvinvointi, hyvinvointitoimija, yhteistyö.

Inka Saario

The cooperation of welfare service providers in Western Uusimaa

Year	2012	Pages	46
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to chart Western Uusimaa's (Hanko, Inkoo, Karjalohja, Karkkila, Lohja, Nummi-Pusula, Raasepori, Siuntio and Vihti) welfare service providers and to find out their forms of cooperation. The aim was to produce information about practices and functionality of cooperation among welfare service providers.

The theoretical basis of this thesis consisted of defining well-being, welfare service providers and cooperation.

Charting of the welfare service providers was carried out by using internet sources and to find out the forms of cooperation, a questionnaire was sent by e-mail to welfare service providers in Western Uusimaa, limiting out the third sector respondents. The cooperation with the third sector was determined in the questionnaire from public and private sector's perspective. The data were analyzed quantitatively in part and partly with content analysis inductively.

The results of this study showed that there are a lot of welfare service providers in Western Uusimaa and they do cooperate with other welfare service providers. Cooperation was executed mostly within basic health care and municipal social services. With some providers, cooperation took place daily or weekly, with some providers only few times a year. The main reason for cooperation was common customers, through which most forms of cooperation were formed.

The most important forms of cooperation were the use of welfare service provider's services, communication, consultation, development and education. The providers were mainly satisfied but they wanted wider and deeper cooperation than they had. More cooperation was wanted in doctor and customer cooperation, they wanted to reduce bureaucracy and plan and rationalize service models. Also, there was desire for more interaction. Skills development and peer support was needed more, as well as education and recruitment. Cooperation needed more consistency, completeness, fluency, clarity, transparency and flexibility.

Proposal for further studies would be to find out forms of cooperation in smaller scale regionally, for example in one city. Another interesting area of research could be the third sector's share of welfare services.

Key words: well-being, welfare service provider, cooperation.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Hyvinvointi	7
	2.1 Hyvinvoinnin määritelmä	7
	2.2 Hyvinvointitoimijat	8
	2.3 Hyvinvointitoimijoiden yhteistyö.....	10
	2.4 Tutkimusympäristö.....	13
3	Tutkimuskysymykset.....	14
4	Tutkimusmenetelmät.....	15
	4.1 Kyselylomaketutkimus.....	15
	4.2 Kyselyn toteutus.....	15
	4.3 Aineiston analysointi.....	17
5	Tulokset.....	18
	5.1 Taustatiedot.....	18
	5.2 Yhteistyömuodot	20
	5.2.1 Perusterveydenhuolto	20
	5.2.2 Kunnallinen sosiaalitoimi	21
	5.2.3 Erikoissairaanhoido	22
	5.2.4 Yksityiset terveystalot.....	23
	5.2.5 Yksityiset hoiva-alan ja hyvinvointiyrittäjät.....	23
	5.2.6 Kela	24
	5.2.7 Työvoimatoimisto	25
	5.2.8 Yrittäjä ja yritys.....	25
	5.2.9 Oppilaitokset	26
	5.2.10Järjestöt	27
	5.2.11Seurakunnat	28
	5.2.12Muut yksityisen ja julkisen sektorin toimijat.....	28
	5.2.13Tulosten yhteenveto.....	28
6	Johtopäätökset	29
7	Tutkielman eettisyys ja luotettavuus.....	31
	Lähteet	33
	Kuvat	35
	Kuviot	36
	Liitteet.....	37

1 Johdanto

Suomi on hyvinvointivaltio, jossa kuntien ja hyvinvointipalveluiden rakennetta pyritään kehittämään jatkuvasti. Kuntauudistukset ja eurooppalainen lainsäädäntö tuovat omat vaikutuksensa palvelurakenteisiin, joita koko ajan joudutaan kehittämään muuttuvan yhteiskunnan tarpeisiin. Hyvinvoinnin määritelmä vaihtelee sen mukaan kuka ja missä yhteydessä asiaa tarkastellaan. Kaikista tärkein on kokemus elämän mielekkyydestä. Hyvinvointi rakentuu ja muotoutuu läpi elämän ja siihen vaikuttavat useat tekijät. Ajatus hyvinvoinnista muuttuu elämäntilanteiden mukaan. (Suoninen, Pirttilä-Backman, Lahikainen & Ahokas 2010, 291-292.) Hyvinvointitoimijat voidaan jakaa kolmeen sektoriin: julkinen sektori, yksityinen yrityssektori ja kolmas sektori. Kunnalla on vastuu asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä, perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Väestön tasa-arvoisuutta ja palveluiden yhdenvertaisuutta pidetään edellytyksinä lain toteutumiselle. Lain mukaan kunnan on järjestettävä riittävät palvelut ja riittävä määrä ammattitaitoista henkilökuntaa tuottamaan palveluita. (Terveydenhuoltolaki 2010). Käytännössä kunnat ostavat monia palveluja yksityisiltä palveluntarjoajilta. Stakesin tekemän selvityksen mukaan yksityisten sosiaalipalvelutuottajien eli järjestöjen ja yritysten suurin asiakasryhmä on juuri kunnat. Terveyspalveluissakin yksityisen sektorin osuus on noussut vuodesta 2000 vuoteen 2007 kolme prosenttia. (Niemelä & Dufva 2003; Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2010.)

Tämä opinnäytetyö liittyy monitoimijaisia hyvinvointipalveluita kehittävään Pumppu-hankkeeseen sekä KOKO Länsi-Uusimaan Hyvinvoiva Länsi-Uusimaa - kärkiteemaan, jonka tavoitteena on alueen hyvinvointitoimijoiden yhteistyön kehittäminen erityisesti hyvinvointifoorumitoiminnan ja hyvinvointiin liittyvän hanketoiminnan avulla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Länsi-Uudenmaan (Hangon, Inkoon, Karjalohjan, Karkkilan, Lohjan, Nummi-Pusulan, Raaseporin, Siuntion ja Vihdin) hyvinvointitoimijat sekä selvittää hyvinvointitoimijoiden yhteistyömuodot. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hyvinvointitoimijoiden yhteistyön käytännteistä ja toimivuudesta.

Yhteistyömuotojen selvitys tehtiin sähköpostitse kyselynä Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoille, kuitenkin niin, että kolmas sektori rajattiin vastaajien ulkopuolelle. Yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa selvitettiin kyselylomakkeen kysymyksissä julkisen ja yksityisen sektorin näkökulmasta. Aineisto analysoitiin osittain määrällisesti ja osittain sisällönanalyysin avulla induktiivisesti.

Tässä tutkielmassa aluksi käsitellään työn keskeisiä käsitteitä. Tuloksia käydään läpi yhteistyötahoittain. Lopuksi johtopäätöksissä, tulosten lisäksi käsitellään tutkielman eettisyyttä ja luotettavuutta.

2 Hyvinvointi

2.1 Hyvinvoinnin määritelmä

Hyvinvointi on monimuotoista. Siihen liittyy elinolot, terveys ja toimintakyky, yksilön sijoittuminen yhteiskuntaan ja hänen kykynsä ja motivaationsa toimia yhteisössä. Hyvinvoinnin vastakohta pahoinvointi tulee usein esille kun käsitellään onnea, mielenterveyttä, elämänhallintaa, turvallisuutta, stressiä tai oikeudenmukaisuutta. Kaikista tärkein on kokemus elämän mielekkyydestä. Hyvinvointi rakentuu ja muotoutuu läpi elämän ja siihen vaikuttavat useat tekijät. Ajatus hyvinvoinnista muuttuu elämäntilanteiden mukaan. (Suoninen ym. 2010, 291-292.)

Hyvinvoinnista puhuttaessa, ihmiset voivat painottaa asioita eri tavalla. Hyvinvointi on aina yksilöllinen, kokemukseen pohjautuva asia ja sitä verrataan lähellä olevien ihmisten tai koko väestön hyvinvointiin. Sosiaalipolitiikassa voidaan hyvinvointia tarkastella joko resurssien tai tarpeiden perusteella. Resurssiperustainen hyvinvointi tarkoittaa sitä, että ihmisille tarjotaan voimavaroja hyvinvoinnin saavuttamiseen. Esimerkiksi koulutus, jonka jälkeen on paremmat työllistymismahdollisuudet tai rahalliset tuet eri elämäntilanteissa. Tarvelähtöinen hyvinvointi tarkoittaa ihmisten tarpeisiin vastaamista. Erik Allardt jakoi 1950-luvulla hyvinvointitarpeet elintason, yhteisyyssuhteisiin ja itsensä toteuttamiseen. Ajatuksena oli, että hyvinvoinnin toteutumisen edellytyksenä on näiden kaikkien kolmen osa-alueiden tarpeiden riittävä tyydyttäminen.

- 1) Elintason kuuluu ruoka, asunto, tulot ja terveys. Ihmisten toiveet vaikuttavat toki siihen, milloin elintason tarpeet ovat kenenkin mielestä tyydytetty.
- 2) Yhteenkuuluvuuden tunne on yksi ihmisen perustarpeista ja monelle tämä on elintaso tärkeämpää.
- 3) Ihmisen tulee saada tehdä sitä mikä hänelle itselleen on tärkeää sekä saada hyväksyntää toisilta.

Hyvinvoinnin osia ovat siis materiaallinen hyvinvointi, työ ja koulutus, terveys, sosiaaliset verkostot sekä sisäinen elämänhallinta ja oma kokemus elämänlaadusta. Kun osa-alueet ovat tasapainossa ja riittävät, on hyvinvointi kunnossa. (Ihalainen & Kettunen 2007, 15; Saari 2011, 115.)

Kajanoja (2005) käsittelee nettiartikkelissaan bruttokansantuotteen merkitystä hyvinvointiin sekä erilaisia tapoja mitata hyvinvointia ja onnellisuutta. Toisaalta talouskasvu, rikkauksien hankkiminen koetaan yhteiskunnassa hyvinvoinnin mittariksi, kuten bruttokansantuote, toisaalta on pyritty kehittämään mittareita, jotka ottavat huomioon ympäristöarvot, kotitaloustyön ja vapaa-ajan rahaksi muutettuna. Kuitenkin mm. terveys, turvallisuus, ihmisoikeudet, tasa-arvo sekä monet vuorovaikutukseen ja sosiaalisen yhteisön laatuun liittyvät asiat ovat

hyvinvoinnin tekijöitä, joita on vaikea tai mahdotonta mitata rahassa. Onnellisuusmittarit antavat ihmisten subjektiivisen arvion hyvinvoinnistaan. Verrattaessa onnellisuusmittareiden tuloksia bruttokansantuotteeseen, onkin huomattu, että bruttokansantuotteen kasvu ei varsinkaan kehittyneimmissä maissa lisää onnellisuutta vaan tietyn rajan jälkeen saattaa jopa heikentää elämisen laatua.

Tässä tutkielmassa hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia eli hyvinvointiin kuuluu kaikkien elämän osa-alueiden tasapaino. Hyvinvointi on subjektiivinen kokemus, mutta edellytykset hyvinvoinnille tulevat elinoloista ja ympäristöstä, jolloin niin terveys- kuin mielihyväpalveluilla on yhtäläinen merkitys ihmisen hyvinvoinnin saavuttamisessa.

2.2 Hyvinvointitoimijat

Hyvinvointitoimijat voidaan jakaa kolmeen sektoriin: julkinen sektori, yksityinen yrityssektori ja kolmas sektori.

1980-luvulla hyvinvointivaltiota rakennettiin valtiollisesti ohjattuna ja kunnallisesti toimivana julkisena sektorina. Suurin muutos Suomen julkisen sektorin toiminnassa alkoi niin sanotusta Valtava-uudistuksesta vuonna 1984. Tämä oli uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtiosuutta koskevasta lainsäädännöstä, joka oli osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta. Uudistusta perusteltiin sillä, että päätöksenteko on tarpeettoman korkealla tasolla ja kunnilla ei ole tarpeeksi liikkumavaraa. Valtava-uudistuksen myötä kunnilla oli mahdollisuus ostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita yksityisiltä toimintayksiköiltä. (Niemelä 2008, 19.)

Tämän jälkeen uudistuksia ja hankkeita on ollut lukuisia, hyvinvointipalveluiden saatavuutta ja asiakasystävällisyyttä pyritään koko ajan parantamaan. 1990-luvulta eteenpäin muutos yksityisten sosiaalipalvelujen kasvussa on ollut huomattava ja kunnallisen palvelutuotannon rinnalla on yksityisiä toimijoita, yrittäjiä ja yhteisöjä. Kunnan ei tarvitse varsinaisesti tuottaa palveluja vaan se voi ostaa esimerkiksi vanhusten tai vammaisten hoitopalveluja ja näin taata palvelut kuntalaisille. (Kovalainen 2004, 188, 196.) Käytännössä kunnat ostavat monia palveluja yksityisiltä palveluntarjoajilta. Stakesin tekemän selvityksen mukaan yksityisten sosiaalipalvelutuottajien eli järjestöjen ja yritysten suurin asiakasryhmä on juuri kunnat. Terveyspalveluissakin yksityisen sektorin osuus on noussut vuodesta 2000 vuoteen 2007 kolme prosenttia. Kuntauudistukset ja eurooppalainen lainsäädäntö tuovat omat vaikutuksensa palvelurakenteisiin, joita koko ajan joudutaan kehittämään muuttuvan yhteiskunnan tarpeisiin. Kaikki muutokset eivät tuo parannuksia ja vaikka kehitys on voimakkaasti kuntien yhdistämisen puolesta, on toisaalta tuotu esiin, että kuntien välinen yhteistyö on heikentänyt kuntalaisten osallistu-

mismahdollisuuksia. (Niemelä 2008, 47-48.; Niemelä & Dufva, 2003; Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa, 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa Suomessa sosiaali- ja terveystalouden toimivuudesta ja takaa suomalaisten toimeentuloturvan. STM:n mukaan väestön hyvinvointia ja terveyttä edistetään seuraavilla tavoilla:

- Lisätään ja ylläpidetään sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta sekä vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä.
- Edistetään väestön hyvää terveyttä, toimintakykyä ja terveellisiä elämäntapoja. Ehkäistään päihdehaittoja, vähennetään sairauksia ja kavennetaan terveyseroja.
- Lisätään ehkäisevän työn osaamista.
- Turvataan terveellinen elinympäristö ja työympäristö.

STM edellyttää monialaista yhteistyötä kunnan tai kuntayhtymän sisällä sekä valtion, seurakuntien, järjestöjen ja yksityisen sektorin kanssa. (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen 2011.)

Kolmannen sektorin terminologia vaihtelee eri yhteyksissä. Sitä voidaan kutsua myös voittoa tavoittelemattomaksi sektoriksi tai vapaaehtoissektoriksi. Kansainvälinen Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, joka kattaa yli kaksikymmentä maata, määrittää kolmannelle sektorille kuuluvan viisi ominaisuutta: rakenteellisuus, yksityisyys, voittoa tavoittelematon jakaminen, itsehallinnollisuus ja vapaaehtoisuus. Näiden kriteerien pohjalta kolmas sektori tarkoittaa järjestöjä ja säätiöitä sekä kriteerit täyttäviä järjestöpohjaisia osuuskuntia. Tulee ottaa huomioon, että tämän määritelmän ulkopuolelle jää useita Suomessa kolmanteen sektoriin laskettavia toimijoita, kuten järjestäytymättömät ryhmät, esimerkiksi vertaistukiryhmät sekä seurakunta, joka kuitenkin toimii voittoa tavoittelemattomasti. (Helander & Laaksonen 2000, 15-18; Möttönen 2002, 118.) Kolmas sektori on osa hyvinvointipalvelujärjestelmää. Tukemalla ja luomalla edellytyksiä järjestöjen toiminnalle, voi kunta edistää kuntalaisten hyvinvointia. Kolmas sektori ei korvaa julkista palvelujärjestelmää, vaan täydentää sitä. Palvelujärjestelmän sijaan toimintaa voidaankin pitää toimintaverkostona, jossa kunta on yksi toimija muiden joukossa, vaikka kunnalla monissa tehtävissä on muita toimijoita keskeisempi asema. (Möttönen 2002, 118-119)

Hyvinvointipalveluita mietittäessä jakoja voi tehdä monella tapaa. Länsi-Uudenmaan klusteriselvitys (2006) kuvaa Länsi-Uudenmaan hyvinvointi- ja hoivapalvelujen miniklusterirakenteen seuraavasti:

- Terveystaloudet: sairaala- ja lääkäripalvelut, hammashuolto, fysikaalinen hoito, sairaankuljetus, tutkimuspalvelut (laboratorio, kuvantaminen), muut terveystaloudet, kotiterveydenhoito, neuvolat
- Sosiaalipalvelut: Hoitokodit, vanhusten asumispalvelut, perhekodit, päivähoito- ja toiminta, kotipalvelut, kuntoutustoiminta, muut asumispalvelut, muut sosiaalipalvelut

- Kotityöpalvelut: Siivouspalvelut, ”talkkaripalvelut”
- Liikuntapalvelut: Urheiluopistot, golfkentät, laskettelukeskukset, kuntoklubit, muut liikuntapalvelut
- Työ- ja toimintakyvyn ylläpito, ml. työhyvinvointi: Työterveyspalvelut, hyvinvointikeskukset, kylpylät, työyhteisövalmennus, terapia- ja kuntoutuspalvelut
- Koulutus ja tutkimus: Asiantuntijapalvelut, tutkimustoiminta, oppilaitokset ja korkeakoulut, urheiluopistot
- Vapaa-ajanpalvelut ja mielihyväpalvelut: Hengen ja mielen hyvinvointipalvelut, viihdytyspalvelut, vapaasivistustoiminta
- Teknologia: tietotekniikka, muu hyvinvointitekniikka

Tätä jaottelua on käytetty tämän tutkielman kyselylomakkeessa.

2.3 Hyvinvointitoimijoiden yhteistyö

Valtion keskitetyn ohjauksen väheneminen on johtanut siihen, että kuntien ja järjestöjen yhteistyö on noussut merkittävään asemaan. (Möttönen 2002, 112.) Granholmin (2008) mukaan julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä tarvitaan asiakkaan palvelutarpeiden kartoittamiseen ja siihen, että asiakas (Granholmin tutkimuksessa ikäihminen) saa tarvitsemansa palvelukokonaisuuden. Yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat palveluista tiedottaminen, yhteistyökumppaniin tutustuminen ja työnjaon määrittäminen. Myös eri tahojen vastuista ja valtuuksista tulee sopia. Yhteistyötä estäviä tekijöitä ovat tietämättömyys palveluista. Kolmannen sektorin tulisi siis tiedottaa palveluistaan ja sen sisällöstä.

Haahtela (2008) pohtii julkisen sektorin ja järjestöjen yhteistyötä myös taloudelliselta kannalta. Järjestöt kilpailevat samoista rahoituksista, jolloin yhteistyön sijaan muodostuu kilpailua. Kunnat usein kiinnittävät enemmän huomiota palvelun hintaan kuin laatuun, joka osaltaan kiristää kilpailutilannetta. Toisaalta vaikka järjestöjen jäsenmäärä voi olla kasvussa, vapaaehtoistyöhön käytetään entistä vähemmän aikaa. Myös lahjoitusten määrä on laskusuunnassa. Kuntien ja järjestöjen yhteistyössä tulisi paneutua sopimusmalleihin, kustannusseurantaan ja laadunhallintaan. Tiivis yhteistyö vielä puuttuu, vaikka joitain hyviä käytänteitä julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyössä onkin.

Verkostolla tarkoitetaan toimintaympäristöä, jossa on useita toimijoita, ilman perinteistä johtoa tai keskusta. Parhaimmillaan verkostossa toteutuu avoin kommunikaatio sekä osaamisen ja tietojen täydentäminen eri toimijoiden kesken. Verkosto on monitavoitteinen, eikä toimijoiden tavoitteiden tarvitse olla täysin samanlaisia. Kunnan tulisi olla verkostotoiminnan voimien kokoaja. Arvioitaessa paikallisen hyvinvointisektorin toimintaa, tulisi katsoa hyvinvointipalveluverkoston toimintaa, ei pelkästään kunnan tuottamia hyvinvointipalveluja. (Möttönen 2002, 119-120.) Palveluiden tuottamisessa tulisi kehittää verkostoituneita moniammatillisia

toimintatapoja ja työmuotoja, jotka ylittävät perinteiset hallintosektorien rajat. Julkisella sektorilla korostuvat kustannustehokkuuden vaatimukset. Tärkein tavoite kunta- ja palvelurakennemuutoksessa onkin ollut sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta väestön terveyden, hyvinvoinnin ja palveluiden turvaaminen. Kuntien on täytynyt etsiä uusia ja joustavampia palvelutuotannon tapoja. Asiakslähtöisyys ja yhteiset tavoitteet ovat nousseet tärkeään asemaan, mutta esimerkiksi jäykät hierarkkiset rakenteet, eriytynyt päätöksentekomenettely ja vuorovaikutuksen puute ovat esteinä moniammatillisen yhteistyön kehittymiselle. Yhteistyön yhtenä määritelmänä on, että pyritään yhteisen tavoitteen tunnistamiseen ja saavuttamiseen mahdollisimman onnistuneesti ja tehokkaasti. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 10, 12-13, 27.) Moniammatillinen kokonaisuus muodostuu parhaimmillaan toisiaan täydentävistä osista, jolloin täydentävää asiantuntemusta tarvittaessa, ammattilaiset tietävät keneen ottaa yhteyttä. Tällöin asiakkaat saavat asiantuntevaa apua ja palveluksia ammattilaisilta, jotka osaavat asiansa. (Seikkula & Arnkil 2011, 13.)

Isoherranen (2008) tuo esille, että monissa työpaikoissa työryhmiä kutsutaan tiimeiksi, vaikka varsinainen yhteistyö puuttuu. Jokainen hoitaa oman osuutensa, mutta tiimillä ei ole kokonaisvastuuta tai yhteisesti sovittua tiedonvaihtoa. Yhteiset asiakkaat voivat olla ainoa yhteinen nimittäjä työntekijöiden välillä. Todelliseksi tiimeksi kehittyminen vaatii aikaa, vuorovaikutusta, koulutusta ja ohjausta. Keskeisiä ovat yhteisten, selkeiden tavoitteiden luominen, vastuiden ja roolien selkiyttäminen, tiimin normien ja päätöksentekoprosessien tutkiminen, kehittäminen ja arvioiminen sekä tiimin ihmissuhteisiin panostaminen. Tiimin jäsenten tietoja ja taitoja tulisi käyttää hyväksi niin, että asiakkaan tarpeisiin vastataan tehokkaasti ja kokonaisvaltaisesti. Toisaalta on myös alueita, joihin moniammatillinen tiimi ei sovellu ja yksin työskenteleminen ja rinnakkain toimiminen ovat parempia toimintatapoja. (Isoherranen ym. 2008, 131-133.)

Isoherrasen (2008) mukaan yhteistyöverkosto on asiakkaalle samanaikaisesti palveluja tuottavien henkilöiden yhteenliittymä. Verkoston jäsenet ovat asiantuntijoita, joilla ei välttämättä ole virallisesti sovittuja toimintaperiaatteita, mutta yhteistyötä tehdään joustavasti asiakkaan tarpeista lähtien. Verkoston jäsenet saattavat suunnitella työtään yhdessä ja he ohjaavat asiakkaita toistensa luokse. Verkostoa voidaan käyttää esimerkiksi yhteistyön koordinointiin, asiakastapausten syvällisempään käsittelyyn ja yhteisten projektien organisointiin. Verkostossa vastuu saattaa hajautua ja siksi on tärkeää miettiä kuka ottaa vastuun verkostotyöstä. (Isoherranen ym. 2008, 137.)

Seikkula & Arnkil (2011) tuovat esille, että usein verkostotyön ytimeksi ymmärretään kokoukset, vaikka verkostotyötä voi tehdä jopa yksin asiakkaan kanssa. Asiakkaalla ja työntekijällä ovat omat verkostonsa ja ne tulee ottaa huomioon asiakastapaamisissa. Tällöin jo tehdään verkostotyötä. Verkostokokoukset ovat tarpeellisia silloin kun asioista on sovittava keskustel-

len tai kun keskinäisen ymmärryksen saavuttamiseksi on kohdattava kasvokkain. (Seikkula & Arnkil 2011, 34; Isoherranen ym. 2008, 138.) Kokouksissa pyritään usein määrittelemään ongelma, joka halutaan ratkaista, mutta ei huomata, että jokaisella toimijalla voi olla eri ongelma. Saman asiakkaan kohdalla eri toimijat kiinnittävät huomionsa eri asioihin, jolloin yhden yhteisen ongelman tavoittelemisen ei vie asiaa toivottuun suuntaan. (Seikkula & Arnkil 2011, 36-37.) Eräs esimerkki verkostokeskeisen hoitomallin peruskuvauksesta (psykiatrisessa hoitotyössä) tuo esille seuraavat ominaisuudet:

1) *Välitön apu kriisissä.*

Hädässä oleva ihminen tulee kohdata välittömästi ja mahdollisuuksien mukaan kaikki asianomaiset tulisi saada mukaan kokoukseen mahdollisimman nopeasti.

2) *Sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa.*

Asiakkaan läheiset tulisi huomioida kriisitilanteessa, koska yleensä läheiset huomavat ongelman ensimmäisenä ja vasta kun kaikki ongelman havainneet voivat nähdä sen loppuneen, ongelma lakkaa olemasta.

3) *Joustavuus ja liikkuvuus hoitopäätöksissä.*

Kukin asiakas tarvitsee juuri hänelle sopivan lähestymistavan. Asiakkaan ja läheisten kanssa on hyvä esimerkiksi miettiä tapaamisen paikka turvallisuudentunteen mukaan.

4) *Työntekijöiden vastuullisuus.*

Kokoukseen osallistuvat työntekijät ottavat vastuun omasta osallisuudestaan ja suunnitelma ja päätökset tehdään kokouksissa.

5) *Hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaaminen.*

Verkoston tulisi olla riittävän laaja kattamaan hoidon jatkuvuuden, vaikka hoitopaikka vaihtuisi esimerkiksi kotoa sairaalaan. Tavoitteena on, että hoitava työryhmä ottaa vastuun koko prosessista.

6) *Epävarmuuden sietäminen.*

Asiakkaat ja heidän läheisensä tarvitsevat mahdollisuuden oman elämänhallinnan uudelleen palauttamiseen. Riittävä turvallisuuden tunne syntyy riittävän tiheistä kokouksista ja tunteesta tulla kuulluksi.

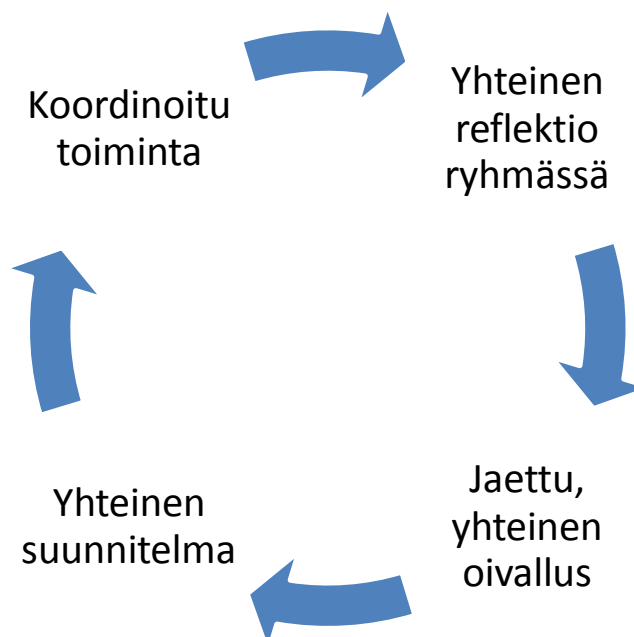
7) *Dialogisuus keskustelun muotona.*

Hoidon ensimmäinen tavoite on dialogisen keskustelun synnyttäminen eri äänten välille. Työntekijöiden asiantuntemus tulee parhaiten hyödyksi dialogisessa prosessissa.

(Seikkula & Arnkil 2011, 47-56.)

Asiantuntijan yksi keskeinen taito on reflektointi. Kun ryhmä reflektoi toimintaansa, saadaan selkeämmin esille yhteinen päämäärä ja muutoksia on helpompi toteuttaa. Ryhmän vuorovai-
kutusta, rooleja ja tapaa toimia yhdessä voidaan selkiyttää ja tutkia reflektoinnin avulla. Te-
hokkaan oppimisen edellytys on oppiminen oman kokemuksen kautta ja sitä seuraava arvioi-
ti. Näin syntyy näkemys ja halu oppimiseen ja toiminnan kehittämiseen. Ulkopuolelta tuleva
uusi tieto ja palaute edesauttavat uusien ideoiden löytämistä ja soveltamista. Tällaisessa op-

pimisessa tapahtuu niin ajattelutapojen kuin toiminnan muutosta ja tätä kutsutaan ryhmän yhdessä oppimisen kehäksi. (Kuva 1) (Isoherranen ym. 2008, 163.)



Kuva 1: Ryhmän yhdessä oppimisen kehä (Isoherranen ym. 2008, 163)

Verkostossa reflektointia voidaan hyödyntää erityisesti yhteistyön kehittämisessä. Yhdessä pohditut asiat tuottavat monesti tuloksia, joita ei voida saavuttaa ilman tapaamisia. Aika, jonka työnantaja tarjoaa työntekijöiden yhteisille palaverille tai koulutuksille, tuovat ideoita, mutta myös antavat työntekijöille intoa ja motivaatiota muutokseen. Ajan käyttäminen kehittämiseen, säästää aikaa ja vähentää kiirettä pidemmällä aikavälillä. (Isoherranen ym. 2008, 163.) Tärkeä osa moniammatillisen yhteistyön onnistumista on osaamisen kehittäminen. Se on vastuun ottamista omasta työstä ja yhteisistä tavoitteista. Osaamisen kehittämisen osioita ovat myös muutokseen osallistuminen, aktiivinen tiedon hankinta ja jakaminen, oppiminen toisilta ja toisten kanssa sekä positiivinen asenne. (Isoherranen ym. 2008, 173.)

2.4 Tutkimusympäristö

Kansalaisten hyvinvointia ja hyvinvointipalveluita pyritään jatkuvasti kehittämään ja niiden puitteissa on monia hankkeita. KOKO eli alueellinen koheesio- ja kilpailukykyohjelma on työ- ja elinkeinoministeriön ohjelma, joka käynnistyi vuoden 2010 alussa ja jatkuu vuoden 2012 loppuun. Tarkoituksena on tukea paikallistason strategista kehittämistyötä ja parantaa alueen kehittämiseen osallistuvien yhteistyötä sekä parantaa alueiden kilpailukykyä. KOKO:a toteutetaan 52 ohjelma-alueella, jotka kattavat 322 kuntaa. Länsi-Uudenmaan KOKO pyrkii alueen elinkeinon ja kilpailukyyn vahvistamiseen sekä työpaikkojen turvaamiseen ja kasvuun. (Mikä on KOKO? 2011.)

KOKO Länsi-Uusimaa - hankkeella on kolme kärkiteemaa: Hyvinvoiva Länsi-Uusimaa, Teknologian sovellukset ja Käyttäjälähtöiset palvelut. Aluekeskusohjelma AKO Länsi-Uusimaa kehitti Länsi-Uusimaata vuosina 2007-2009 ja nyt KOKO on täsmennettyä jatkoa aiemmassa hankkeessa keskeiseksi todetuille vahvuuksille. Hyvinvointi- ja hoivapalveluiden järjeittäminen muun muassa verkostoitumalla tukee alueen kehittymistä toimivaksi ja houkuttelevaksi palveluntarjoajaksi. KOKO Hyvinvoiva Länsi-Uusimaa hankkeen tavoitteena on alueen hyvinvointitoimijoiden yhteistyön kehittäminen erityisesti hyvinvointifoorumitoiminnan ja hyvinvointiin liittyvän hanketoiminnan avulla. Visiona on hyvinvoiva Länsi-Uusimaa. (Mikä on KOKO? 2011; KOKO 2011.)

Pumppu-hanke on yksi KOKO:n tutkimus- ja kehittämishanke. Pumppu on Innopark Programmes Oy:n koordinoima hanke, jonka osatoteuttajia ovat Laurea-ammattikorkeakoulu, Hämeenlinnan kaupunki, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socomin, Turun yliopisto ja Turun ammattikorkeakoulu. Pumppu-hankkeessa kehitetään hyvinvointipalveluita ja pyritään edistämään uudenlaisten palveluiden syntymistä. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin osaamista hyödynnetään kansalaisten parhaaksi mahdollisimman tehokkaasti. Laurean osahanke toteutetaan Länsi-Uudellamaalla ja yhtenä tavoitteena on vahvistaa juuri yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä. (Pumppu-hanke 2012.)

3 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Länsi-Uudenmaan (Hangon, Inkoon, Karjalohjan, Karkkilan, Lohjan, Nummi-Pusulan, Raaseporin, Siuntion ja Vihdin) hyvinvointitoimijat sekä selvittää hyvinvointitoimijoiden yhteistyömuodot. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hyvinvointitoimijoiden yhteistyön käytänteistä ja toimivuudesta.

Tutkimuskysymykset muotoutuivat seuraavasti:

1. Minkä alan hyvinvointitoimijoita Länsi-Uudeltamaalta on?
2. Millaista yhteistyötä julkisen ja yksityisen sektorin hyvinvointitoimijat tekevät julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin hyvinvointitoimijoiden kanssa?
3. Miten yhteistyötä tulisi kehittää?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Kyselylomaketutkimus

Tässä tutkielmassa kyselyyn osallistuvien runsaan määrän ja maantieteellisen sijainnin takia oli kyselylomake haastattelua järkevämpi vaihtoehto. Haastatteluun verrattuna kyselylomakkeen etuna on se, että voidaan esittää useita kysymyksiä, laajalle joukolle. Tutkija ei vaikuta vastauksiin omalla olemuksellaan ja kysymykset esitetään jokaiselle vastaajalle täysin samalla tavalla. Haittana on se, että vastausprosentti jää usein alhaiseksi ja vastaaja saattaa ymmärtää kysymyksen väärin, eikä voida saada täyttä varmuutta siihen kuka kyselyyn todellisuudessa on vastannut. (Aaltola & Valli 2001, 101-102; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.)

Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä tutkimuskysymysten aiheista. (Liite 1) Strukturoitujen kysymysten etuna on se, että vastaaminen on helpompaa, vastaukset tuottavat vähemmän kirjavia vastauksia ja niitä on helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. Avoimet kysymykset antavat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin ja vastauksissa voidaan saada esille näkökulmia, joita tutkija ei ole etukäteen ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2009, 199-201.) Tässä tutkielmassa oli alun perin tarkoitus käyttää vain monivalintakysymyksiä, mutta monipuolisempien ja luotettavampien vastausten saamiseksi päädyttiin yhteistyömuotojen selvittämiseksi myös avoimiin kysymyksiin.

Kyselylomaketta laadittaessa, tulee olla huolellinen kysymysten tekemisessä, koska ne luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä, koska jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa, tulokset vääristyvät. Kysymyksiä ei saa olla liikaa, koska silloin vastaajat saattavat jättää vastaamatta kokonaan tai vastaavat huolimattomasti. Huomiota tulee kiinnittää myös lomakkeen selkeyteen, ulkoasuun, kysymysten loogiseen etenemiseen ja vastausohjeiden tarpeellisuuteen. Kysymysmuoto tulee olla vastaajalle henkilökohtainen ja kysymykset järjestetään niin, että helpot kysymykset tulevat alkuun ja arkaluontoisemmat kyselylomakkeen loppupuolelle. Kontrollikysymysten käyttö eli saman asian kysyminen kahteen kertaan on yksi tapa verrata vastausten paikkaansa pitävyyttä. (Aaltola & Valli 2001, 100-101.)

4.2 Kyselyn toteutus

Tämä opinnäytetyö liittyi Työ- ja elinkeinoministeriön KOKO-ohjelmaan. Kumppaneina olivat KOKO Länsi-Uusimaa sekä alueen hyvinvointiverkosto.

Keskeistä kvantitatiiviselle eli määrälliselle tutkimukselle on, että tutkittavat ovat otos perusjoukosta (tässä tutkielmassa Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoista) ja aineisto soveltuu

määrälliseen mittaamiseen sekä voidaan saattaa tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2009, 140.) Tässä tutkielmassa aineiston analyysi tehtiin osittain määrällisesti ja osittain laadullisesti käyttäen sisällönanalyysiä.

Hyvinvointitoimijoita on kolmella eri sektorilla: julkinen, yksityinen ja kolmas sektori. Hyvinvointitoimijoita kartoitettiin Internet-lähteistä. Hyvinvointipalvelut hakemistosta (2011) löytyi yli 2300 yksityistä pääosin Uudenmaan alueella toimivaa palveluntuottajaa, jotka olivat antaneet luvan tietojensa julkaisuun. Yrittäjien sivustolta (Suomen yrittäjät 2011.) löytyivät tiedot niistä jäsenyrittäjistä, jotka olivat antaneet luvan tietojensa julkaisemiseen. Näin ollen osa toimijoista jäi kartoituksen ulkopuolelle. Kyseessä oleville Internet-sivuilta haettiin toimijoita, jotka kyseisillä sivuilla oli määritelty hyvinvointipalveluiden tuottajiksi. Lisäksi tietoja kerättiin kyseessä olevien kaupunkien ja kuntien omilta Internet-sivuilta (Hanko 2011; Inkoo 2011; Karjalohja 2011; Karkkila 2011; Lohja 2011; Nummi-Pusula 2011; Raasepori 2011; Siuntio 2011; Vihti 2011.), seurakuntien ja Suomen Punaisen Ristin Internet-sivuilta sekä Patentti- ja rekisterihallituksen yhdistysrekisteristä. Osa sähköpostiosoitteista haettiin manuaalisesti internetistä.

Hyvinvointitoimijoita oli runsaasti. Yhdistyksiä oli Länsi-Uudellamaalla, tutkimukseen kuuluvissa kunnissa 2642 kpl. Tässä tutkielmassa kyselyn ulkopuolelle rajattiin yhdistykset, kolmannen sektorin yhteistyötä julkisen ja yksityisen sektorin kanssa selvitettiin julkisen ja yksityisen sektorin näkökulmasta kyselyssä olevien kysymysten kautta. Kolmannen sektorin osalta on suunnitteilla erillinen tutkielma. Hyvinvointitoimijoiden kartoituksessa (liite 2) julkista sektoria edustivat Länsi-Uudenmaan kaupungit ja kunnat sekä Lohjan sosiaali- ja terveydenhoitoalue LOST ja kuntayhtymä Karviainen. Kartoituksen mukaan yksityisellä sektorilla oli 490 hyvinvointitoimijaa.

Tässä tutkielmassa hyvinvointitoimijoiksi rajattiin kyseessä olevien kaupunkien ja kuntien palveluista päivähoito- koulutus- terveys-, sosiaali- ja liikunta-alan palvelut sekä yksityisistä edellä mainittujen lisäksi hieronta- ja kauneudenhoitopalvelujen tuottajat. Kyselyn ulkopuolelle jäivät sellaiset tahot, jotka eivät olleet julkaisseet yhteystietojaan hakuun käytetyillä internet-sivuilla. Järjestöjen suuren määrän takia, rajattiin kolmas sektori kyselyn ulkopuolelle ja yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa selvitettiin kyselylomakkeessa julkisen ja yksityisten hyvinvointitoimijoiden näkökulmasta.

Kyselylomakkeen (liite 1) alussa selvitettiin monivalintakysymyksillä vastaajien työnantaja, heidän edustamansa organisaation tai yksikön toimiala, organisaation henkilöstön määrä, vastaajan asema organisaatiossa, työkokemuksen pituus nykyisessä tehtävässä ja hyvinvointialalla sekä kunta, jonka alueella työskentelee. Monivalintakysymyksiä käytettiin myös selvittämään minkä tahojen kanssa yhteistyötä tehdään ja kuinka usein. Vastausvaihtoehtona oli

myös ”muu, mikä?” -vaihtoehto vastaajille, jotka eivät löytäneet valmiista listasta itselleen sopivaa vaihtoehtoa. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin yhteistyömuotoja ja sitä, minkälaista yhteistyötä toivottaisiin lisää. Tyytyväisyyttä yhteistyöhön kysyttiin monivalintakysymyksellä. Kyselyn lopussa selvitettiin vastaajien mielenkiintoa ja tietämystä alueen hyvinvointiverkosta kohtaan. Osuus hyvinvointiverkostosta on rajattu tämän tutkielman tulosten ulkopuolelle.

Kysely toteutettiin kesän 2012 aikana lähettämällä sähköpostitse saatekirje (liite 3) ja linkki kyselylomakkeeseen (liite 1) yhteystietonsa Internetissä julkaisseille hyvinvointitoimijoille Länsi-Uudellamaalla. Kysely lähetettiin julkisella sektorilla toiminnasta vastaaville henkilöille, esimerkiksi päivähoidon osalta kunnan päivähoidonohjaajalle. Yksityissektorilla kysely lähetettiin Internet-lähteistä löytyneiden yritysten yhteyshenkilöille. Kyselyitä lähetettiin 425 kpl 19.6.2012, muistutus kyselystä lähetettiin 1.8. ja 13.8.2012. Viimeinen vastauspäivä oli 17.8.2012. Vastauksia saatiin 78 kpl, joten vastausprosentiksi jäi 18 %. Kaikki vastaajat edustivat hyvinvointitoimijoita.

4.3 Aineiston analysointi

Kysely toteutettiin Digium-ohjelmalla, jonka kautta määrälliset vastaukset saatiin Laurea-ammattikorkeakoulun COFI-tutkimusryhmän toimesta tilastolliseen muotoon. Tilastollisessa analyysissä aineisto voidaan kuvata frekvenssijakaumina, jolloin muuttujien erisuuruiset arvot ja niiden esiintyminen kuvataan lukumäärinä ja prosentteina. Havainnollistaminen tuloksissa voidaan esittää esimerkiksi pylväskuvioilla tai piirakkakuvioilla. (Helenius & Katajisto 2005.) Avoimissa kysymyksissä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysissä kerättyä tietoaineistoa tiivistetään niin, että voidaan yleistävästi ja lyhyesti kuvailla tutkittavia ilmiöitä tai niiden väliset suhteet saada esille selkeästi. Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet ja aineistoa kuvaavat luokat ovat toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto ensin pelkistetään eli aineistolle esitetään tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään eli etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Näin saadaan luokkia, joihin samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään ja luokalle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Aineiston abstrahointi on kolmas vaihe, jolloin samansisältöiset luokat yhdistetään yläluokiksi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26-29.)

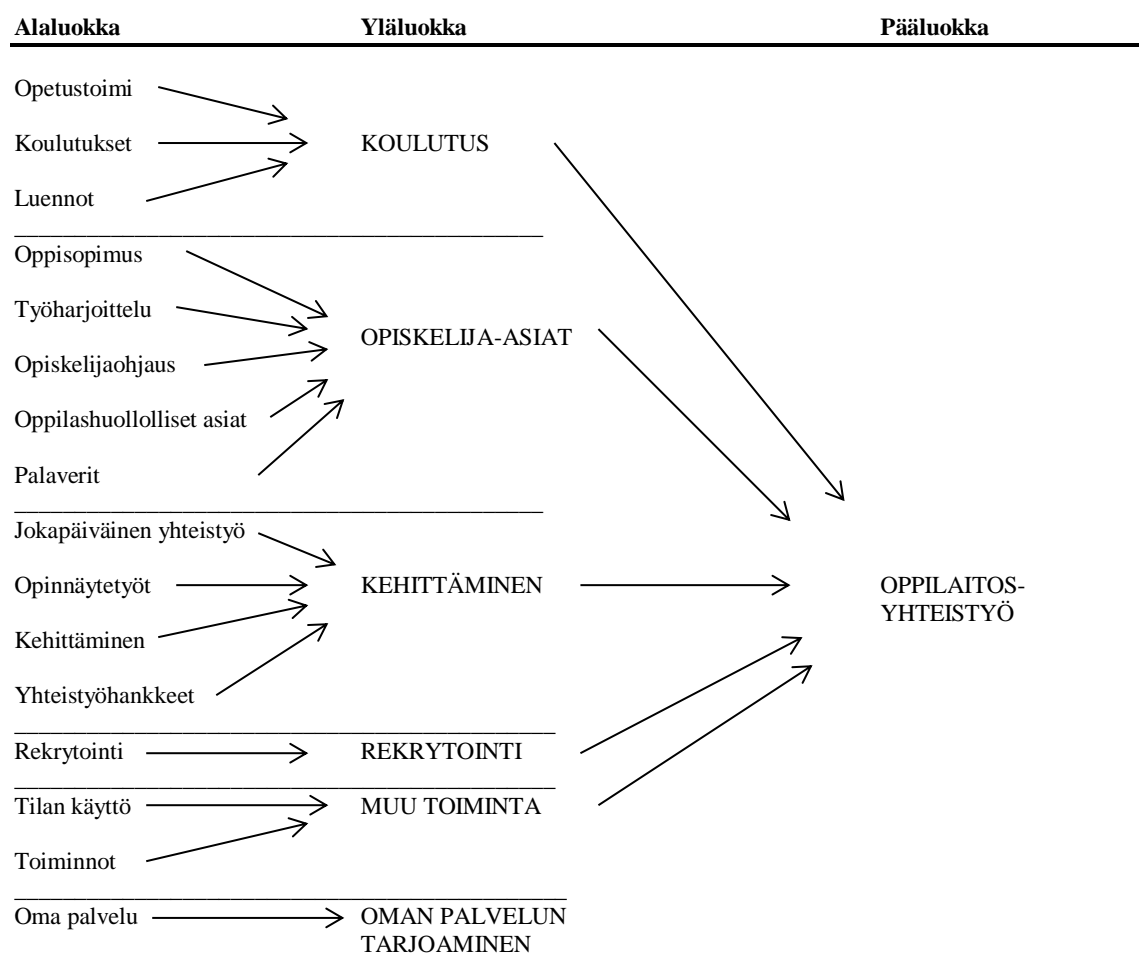
Kyselylomakkeen avoimien kysymysten ”Minkälaista yhteistyötä teette mainitsemienne tahojen kanssa?” ja ”Minkälaista yhteistyötä toivoisitte lisää?” vastaukset analysoitiin kysymyskerhälläan induktiivisesti sisällönanalyysillä (kuvio 1). Ensin alkuperäiset avoimien kysymysten vastaukset pelkistettiin alaluokiksi. Useissa kysymyksissä vastaajien vastaukset olivat niin sa-

manlaisia, että yhden alaluokan alla voi olla useampia vastauksia. Tämän jälkeen samansisällöiset alaluokat on yhdistelty yläluokiksi. Pääluokka yhdistää kyseessä olevan kysymyksen aiheiston.

Minkälaista yhteistyötä teette mainitseminen tahojen kanssa?

Yhteistyön muodot

Oppilaitokset



Kuvio 1: Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä

5 Tulokset

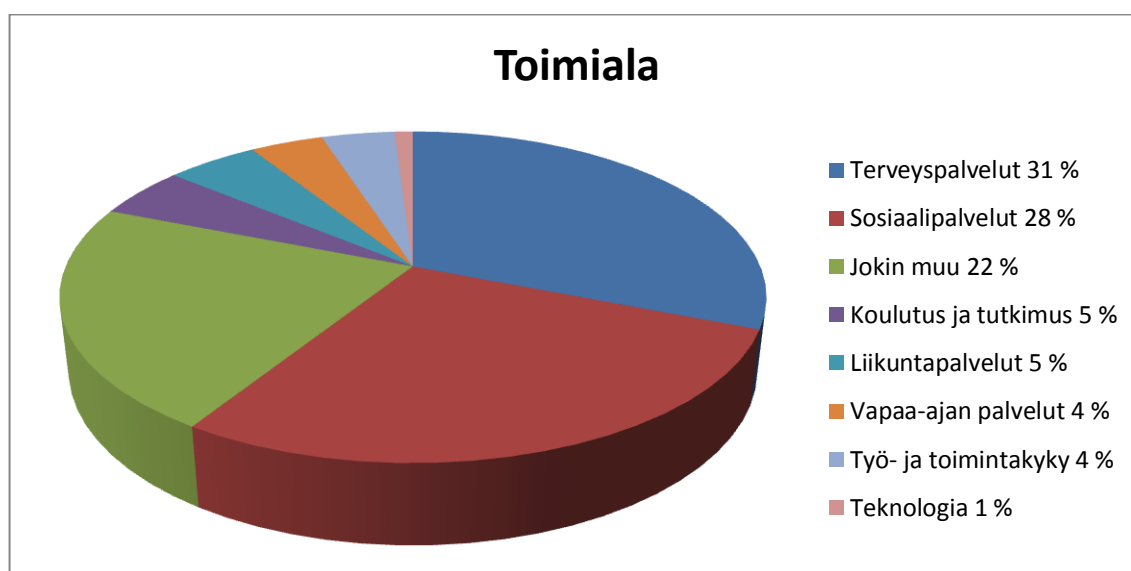
5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastanneista hyvinvointitoimijoista (n=78) kukaan ei työskennellyt valtion palveluksessa, kunnan työntekijöitä oli 17 %, yksityisellä oli töissä 13 % ja yksityisyrittäjiä oli 65 %.

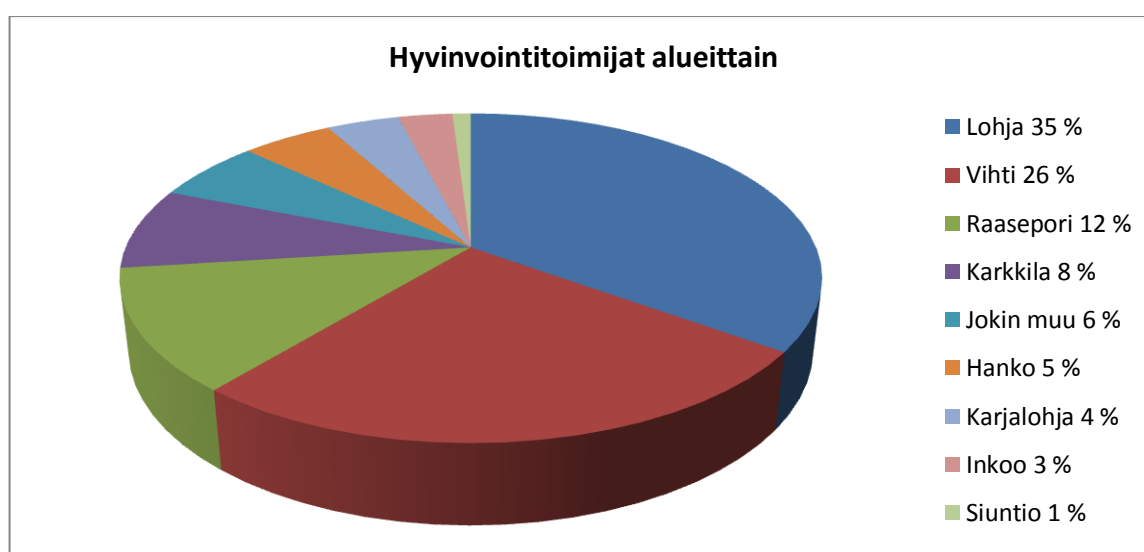
Yksi vastaajista työskenteli kuntayhtymässä, yksi kannatusyhdistyksessä, yksi osakeyhtiössä ja yksi kunnallisessa osakeyhtiössä.

Hyvinvointitoimijoiden organisaation koko henkilöstön määrä jakautui vastaajilla seuraavasti: organisaation koko 1 henkilö 38 %, 2-9 henkilöä 33 %, 10-49 henkilöä 9 %, 20-249 henkilöä 6 % ja 250 henkilöä tai enemmän 13 %. Hyvinvointitoimijoiden asema organisaatiossa oli yrittäjä (58 %), johtaja (26 %), ylempi toimihenkilö (10 %), työntekijä (4 %), toimihenkilö (1 %) tai päällikkö (1 %). Vastanneista 42 % oli toiminut nykyisessä tehtävässään 1-5 vuotta, suurin osa kauemmin ja vain 8 % alle vuoden. Hyvinvointialalla kaikki vastanneet olivat toimineet yli vuoden, lähes puolet (49 %) yli 20 vuotta.

Yli puolet hyvinvointitoimijoista ilmoitti toimialakseen terveys- (31 %) tai sosiaalipalvelut (28 %). Muut olivat liikunta-, kuntoutus-, koulutus-, vapaa-ajan-, teknologia-, mielihyvä-, kulttuuri-, kaupan- ja hallintoalan palveluista. (kuvio 2)



Kuvio 2: Hyvinvointitoimijat toimialoittain



Kuvio 3: Hyvinvointitoimijat alueittain

Hyvinvointitoimijoista pääsääntöisesti Lohjan alueella työskenteli 35 %, Vihdin alueella 26 %, Nummi-Pusulassa ei kukaan ja viisi vastaajaa (6 %) työskenteli pääsääntöisesti tutkielmaan kuuluvien alueiden ulkopuolella (jokin muu) (kuvio 3).

Kysymykseen ”Työskentelettekö myös jonkun muun kunnan alueella?”, 42 % vastasi työskentelevänsä myös tutkielmaan kuuluvan alueen ulkopuolella.

5.2 Yhteistyömuodot

Eniten yhteistyötä vastaajat tekivät seuraavien tahojen kanssa: Perusterveydenhuolto (57 %), oppilaitokset (53 %), kunnallinen sosiaalitoimi (52 %), erikoissairaanhoido (47 %), Kela (44 %), yksityiset hoiva-alan yrittäjät (38 %), muut yksityiset hyvinvointiyrittäjät (38 %) ja seurakunnat (35 %). Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi yhteistyökumppani.

Liitteessä 4 on kuvattuna prosentteina kuinka paljon eri työnantajatahojen hyvinvointitoimijat tekivät yhteistyötä eri tahojen kanssa. Yksi vastaajista ei tehnyt yhteistyötä minkään tahon kanssa. Hyvinvointitoimijat, jotka ilmoittivat työnantajakseen kunnan (n=13), tekivät eniten yhteistyötä perusterveydenhuollon, oppilaitosten, seurakunnan ja kunnallisen sosiaalitoimen kanssa. Yksityisellä työskentelevät (n=10) tekivät eniten yhteistyötä perusterveydenhuollon, kunnallisen sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon, Kelan ja oppilaitosten kanssa. Yksityisyrittäjät (n=50) tekivät eniten yhteistyötä perusterveydenhuollon, kunnallisen sosiaalitoimen ja yksityisten muiden hyvinvointitoimijoiden kanssa.

Päivittäin yhteistyötä teki 10 % vastanneista, viikoittain 23 %, kuukausittain 37 %, pari kertaa vuodessa 25 %, harvemmin 4 % ja 1 % ei koskaan. Yhteistyöhön oltiin erittäin tyytyväisiä (32 %) tai jokseenkin tyytyväisiä (53 %). Vastaajista 8 % oli jokseenkin tyytymättömiä, 1 % erittäin tyytymättömiä ja 6 % ei osannut sanoa. Myös hyvinvointitoimijatahojen mukaan jaoteltuna, vastaajat olivat joko erittäin tyytyväisiä tai jokseenkin tyytyväisiä (liite 5). Viittä tärkeintä yhteistyökumppania kysyttäessä korostui yhteistyö kunnallisen perusterveydenhuollon ja oppilaitosten kanssa.

Seuraavaksi tuloksia esitellään yhteistyötaho kerrallaan. Kysymyksiä olivat ”Minkälaista yhteistyötä teette mainitseminen tahojen kanssa?” sekä ”Minkälaista yhteistyötä toivoisitte lisää?”

5.2.1 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon kanssa yhteistyömuodoiksi nousivat terveydenhoito, kuntoutus ja yhteydenpito ja oman palvelun tarjoaminen.

Kyselyyn vastanneiden hyvinvointitoimijoiden asiakkaiden terveydenhoito ja seuranta hoidettiin perusterveydenhuollossa. Asiakkaat käyttivät perusterveydenhuollon palveluista muun muassa laboratorio-, röntgen-, ja lääkäripalveluita. Lähetteet terveyskeskukseen, hammashuolto ja ennaltaehkäisy järjestyivät perusterveydenhuollon kautta. Eri-ikäisten yhteisten asiakkaiden asioita hoidettiin niin palaverien kuin palautteidenkin muodossa, suunnittelu ja seuranta tulivat ilmi niin terveydenhoidon kuin kuntoutuksen osalta. Apuvälineasiat ja liikuntalähetteet olivat osa perusterveydenhuollon kanssa tehtävää yhteistyötä. Toimintaa suunniteltiin ja seurattiin kunnan hyvinvointiohjelman puitteissa. Toiminta saattoi olla sopimusperusteista ja hyvinvointitoimijat hyödynsivät toistensa osaamista ja palveluita. Konsultointia oli puolin ja toisin. Oman palvelun tarjoaminen tarkoittaa tässä yhteydessä yksityisen tai kolmannen sektorin tuottamaa palvelua. Perusterveydenhuolto käytti yksityisten palveluja joko ostopalvelun tai maksusitoumuksen kautta tai antoivat yksityisistä palveluista informaatiota asiakkaille.

Lisää yhteistyötä toivottiin esimerkiksi lääkäreiden kanssa, jotta asiakkaiden eteenpäin ohjaus helpottuisi. Yhteistyön lisäämistä toivottiin myös oppilashuollollisissa asioissa. Jatkuvaa tiivistä työskentelyä yhteiseen päämäärään ja yhteissuunnittelua, muun muassa palvelumallien suunnittelussa toivottiin lisää; *”kaikkean ei tarvita erikoissairaanhoidtoa”*, kuten eräs vastaaja asian ilmaisi. Yksi vastaaja toivoi oman ammattikuntansa hyväksymistä. Päällekkäisten toimintojen välttäminen, sopimusten ja pelisääntöjen selkeys sekä suora ja nopea lähetys hoitoon kuvastivat sitä, että kaivataan lisää toimivuutta ja selkeyttä.

Vuorovaikutusta, tietoa ja avoimuutta toivottiin lisää. Toisaalta vastauksista kuvastui yksityisen sektorin halu saada lisää asiakkaita, perusterveydenhuollon toivottiin tiedottavan enemmän vastaajan palveluista asiakkaille ja toivottiin, että perusterveydenhuolto ohjaisi asiakkaita kyseessä olevien palvelujen pariin. Lisää toivottiin myös palvelusetelipotilaita, työterveyshuoltoa, kouluterveydenhoitoa, kuntoutusta ja asiakkaiden *”liikuntaan aktivointi palveluiden ja liikuntaneuvonnan kehittämistä”* erään vastaajan sanoin.

5.2.2 Kunnallinen sosiaalitoimi

Kunnallisen sosiaalitoimen kanssa yhteistyömuodoiksi nousivat tukiasiat, yhteydenpito ja oman palvelun tarjoaminen.

Tukiasioissa oltiin tarvittaessa yhteydessä asiakkaan puolesta tai hoidettiin niitä yhdessä hänen kanssaan. Asiakkaat olivat kaikenikäisiä, lastensuojelusta vanhustenhoitoon, hoidettavat asiat liittyivät esimerkiksi asumis- tai apuvälineasioihin tai tilapäisperhehoidon palveluihin. Yhteisten asiakkaiden toimeentulo tai kuljetuspalvelu vaati myös yhteistyötä. Yhteiset pala-

verit, suunnitelmat ja yhteisten tavoitteiden sopiminen edistivät yhteisten asiakkaiden asioiden hoitoa. Myös yhteisiä koulutuksia järjestettiin ja asiakasasioissa voitiin konsultoida puolin ja toisin. Maksusitoumukset, ostopalvelu ja maksupalveluhoidot olivat osa yhteistyötä. Sopimusneuvottelut ja kuntien välinen yhteistyö nousivat myös vastauksista esille.

Lisää yhteistyötä toivottiin asiakasyhteistyössä. Hyvinvointitoimijoiden vastasivat muun muassa seuraavasti:

Yhdenmukaisuutta eri kuntien käytänteisiin
Vielä tiiviimpää ja saumatonta yhteistyötä

Koulutuspaketteja ja yhteistyömalleja toivottiin lisää. Tiedottamisen osalta haluttiin lisää aktiivista tiedonvaihtoa esim. paikoista, koulutuksista ja tilaisuuksista. Konkreettisia ehdotuksia olivat kuukausittaisen palaverin ja sosiaalipäivystyksen järjestäminen. Yhteistyötä toivottiin lisää myös erityisryhmien liikunnanohjaukseen ja oppilashuollollisissa asioissa.

5.2.3 Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidon yhteistyömuodoiksi nousivat erikoissairaanhoidon palvelut, kuntoutus, yhteydenpito ja oman palvelun tarjoaminen.

Yhteistyötä tehtiin yhteisten asiakkaiden erikoissairaanhoitoa vaativissa tilanteissa. Asiakkaat tulivat erikoissairaanhoitoon lähetteellä tai ensiaputilanteissa, palveluista käytettiin muun muassa röntgenpalveluita tai psykiatrian poliklinikan palveluita. Varsinkin jatkohoidon suunnittelu ja seuranta korostuivat vastauksissa ja erikoissairaanhoitoa konsultoitii perusterveydenhuoltoa enemmän. Hoitoneuvottelut, kuntoutukseen liittyvät raportit ja potilassiirrot olivat osa yhteistyömuotoja. Erikoissairaanhoidon kanssa tehtiin myös lääkäryhteistyötä. Yhteinen maantieteellinen alue ja yhteiset rajapinnat olivat pohja yhteistyölle. Sopimus pohjainen toiminta, yhteiset hankkeet, informaatio ja raportointi edistivät yhteiseen päämäärään pääsemistä. Erikoissairaanhoito saattoi lähettää asiakkaita maksusitoumuksella esimerkiksi terapiaan tai suositella jotain yksityistä hyvinvointipalvelun tarjoajaa.

Erikoissairaanhoidon kanssa toivottiin lisää sujuvuutta, vuorovaikutusta ja palveluiden järjestyttämistä. Lähettäminen ja epikriisien saaminen koettiin hitaaksi ja erään vastaajan mukaan

potilaan mukana tulevat lähetteet ja hoito-ohjeet ovat usein puutteellisia kun potilas kotiutetaan... omalle vuodeosastolle.

Lisää toivottiin syvempää ja laajempaa, mutta samankaltaista yhteistyötä kuin tälläkin hetkellä sekä jatkuvaa tiivistä työskentelyä yhteiseen päämäärään. Lisää haluttiin myös ”*aitoa vuoropuhelua asiakasasioissa*”, kuten eräs vastaaja asian ilmaisi sekä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tiedottaminen, tiedonsiirto, ajankohtainen raportointi ja koulutus olivat myös yhteistyömuotoja, joita toivottiin lisäävän. Yksityisen sektorin toimijat toivoivat lisää asiakassuhteita erikoissairaanhoidon kautta. Palveluiden järjestyksen puolesta puhuivat seuraavat kommentit:

Erikoissairaanhoidossa ei aina ole saatavilla sopivaa palvelua. Sen voisi järjestää yksityinen...

... ettei palveluita ostettaessa ainoat kriteerit millä palveluntuottajat valitaan ole yrityksen koko ... ja hinta!

5.2.4 Yksityiset terveystalot

Yksityisten terveystalojen kanssa yhteistyömuodoiksi nousivat yhteisten asiakkaiden terveyspalvelut, henkilökunnan terveyspalvelut, oman palvelun tarjoaminen ja konsultointi.

Vastaajien asiakkaita oli myös yksityisten terveystalojen asiakkaina. Asiakkaita tarvittaessa saatettiin ja avustettiin erikoislääkäripalveluihin. Myös osa kyselyyn vastanneiden hyvinvointitoimijoiden henkilökunnasta käytti näitä palveluita. Henkilökunnan terveystarkastukset, sairauden hoito, läheteet ja työkyvyn ylläpito hoituivat yksityisessä terveystalossa. Ostopalvelusopimukset ja maksusitoumukset olivat osa yksityisten terveystalojen kanssa tehtävää yhteistyötä. Yksityisten terveystalojen kanssa tehtiin lääkäriyhteistyötä ja konsultoititiin tarvittaessa.

Lisää yhteistyötä yksityisten terveystalojen kanssa toivottiin niin asiakas- kuin lääkäriyhteistyössä. Vastaajien mukaan läheteasioita tulisi selventää ja kuntoutuspalvelutarjontaa laajentaa eri yksiköiden välillä. Jatkohoitoihin haluttiin lisää aktiivisuutta. Toivottiin ”*asiakkaiden ohjausta alansa oikealle osajalle*” sekä vastaajien palveluista kertomista asiakkaille. Myös vastaanottoyhteistyötä ja asiantuntijapalveluita kaivattiin lisää. Yhteisiä asiakkaita arveltiin löytyvän lisää.

5.2.5 Yksityiset hoiva-alan ja hyvinvointiyrittäjät

Yksityisten hoiva-alan yrittäjien ja yksityisten muiden hyvinvointiyrittäjien yhteistyömuodoiksi nousivat verkostoituminen ja oman palvelun tarjoaminen.

Verkostoituminen näkyi vastauksissa yhteisinä asiakkaina, koulutuksina ja hankkeina sekä yhteydenpitona ja konsultointina. Palvelut olivat yhteisiä ja järjestettiin yhteisiä tapahtumia. Yhteistyötä oli esimerkiksi vertaistuki, kokemusten jakaminen kollegoiden kanssa ja virkistys. Seuraavat vastausesimerkit kuvastavat yhteistyötä:

työvuorojen vaihtoa esim. sairastapauksissa
asiakkaiden ohjaus toiselle terveydenhuollon ammattilaiselle

Oman palvelun tarjontaa oli esimerkiksi jalkahoito, hieronta, tietokoneiden ylläpito, eläinten hoito tai hemmotteluhetkien varaaminen. Ostopalvelu, alihankintapalvelut ja kilpailutus tulivat myös vastauksissa esille.

Yksityisten hoiva-alan yrittäjien kohdalla toivottiin lisää verkostoitumista ja omien palveluiden markkinointia. Yhteisiä tapaamisia toivottiin lisää sekä enemmän ja aktiivisempaa kontaktin ottoa. Vastauksissa ehdotettiin yhteisiä tapaamisia, koulutuksia ja tapahtumia sekä avunantosopimuksia. ”*Palvelutarjontaa suoraan kansalaisille ja perusterveydenhuollolle*”, kuten eräs vastaaja asian ilmaisi. Asiantuntijapalveluiden lisääminen, helppous asiakkaiden lähettämisessä eteenpäin ja yhteistyön lisääminen oppilashuollollisissa asioissa olivat myös kehitysideoita.

Yksityiset muut hyvinvointiyrittäjät - kohdassa yhtä lailla toivottiin enemmän verkostoitumista ja vertaistukea. Ehdotettiin muun muassa yhteisiä projekteja, palvelumalleja ja tuotepaketteja. Haluttiin palveluiden tuottamisen jatkuvuuteen sitoutumista, asiakkaille enemmän mahdollisuuksia ostaa palveluita ja lisää informaatiota toimijoista. Eräs vastaaja totesi, että tarvitaan lisää yrityksiä, ”*jotka antaa/myy tukipalveluja kunnan toimintaa tukien*”. Haluttiin vertaistukea ja hemmottelua henkistä hyvinvointia ja jaksamista lisäämään. Selkeitä ehdotuksia olivat yhteisen terapiaryhmän perustaminen monimuotoisen kuntoutuksen toteuttamiseksi ja ”*liikuntapalvelujen työnjaon selkiinnyttäminen kunnallisen ja yksityisten palveluyrittäjien kesken*”, erään vastaajan sanoin. Myös oman ammatin tunnettavuuden lisääminen ja omien palveluiden hyödyntäminen sekä asiakkuuksien lisääminen tulivat ilmi vastauksista.

5.2.6 Kela

Kansaneläkelaitoksen kanssa yhteistyömuodoiksi nousivat etuusasiat ja asiakasyhteistyö.

Etuusasioissa asiakkaita autettiin tukien ja etuuksien hakemisessa. Asiakasyhteistyönä hoidettiin yhteisten asiakkaiden asioita pitämällä yhteyttä Kelaan. Lähetettiin palautteita terapioiden, konsultointiin, tavattiin asiakkaiden asioissa ja sovittiin yhteisistä tavoitteista. Asiakkaat olivat kaikenikäisiä, avun tarve saattoi olla lastensuojelusta eläkeikään, mutta myös esim.

mielenterveys- ja päihdetyötä. Säännökset, selvitykset, kuntoutus, hoitolähteet, seuranta, maksusitoumukset ja ostopalvelut edellyttivät myös yhteistyötä.

Kelayhteistyössä toivottiin byrokratian ja paperien kierrätyksen vähentämistä sekä selkeyttä, yksinkertaisuutta ja joustavuutta esim. kaavakkeiden ja hakemusten täyttämiseen. Kansaneläkelaitokselta toivottiin lisää asiakkaiden etuuksien selvitystä, kuntoutusta ja asiakkuuksia omaan toimialaan.

5.2.7 Työvoimatoimisto

Työvoimatoimiston kanssa yhteistyömuodoiksi nousivat yhteiset asiakkaat, rekrytointi, yhteydenpito ja oman palvelun tarjoaminen.

Asiakkaita avustettiin työvoimatoimistoon liittyvissä asioissa, työttömyyden aikana ja työllistymisen mahdollistamiseksi. Toisaalta osa vastanneista hyvinvointitoimijoista rekrytoi henkilökuntaa työvoimatoimiston kautta, tarjoamalla avoimia työpaikkoja, palkkaamalla työllistettäviä, työharjoittelijoita tai opiskelijoita. Yhteisten asiakkaiden asioista pidettiin palavereja ja neuvotteluja käytiin myös toiminnasta ja raportoinnista. Työvoimatoimiston kanssa oli yhteisiä hankkeita ja työtä kehitettiin yhdessä. Moniammatillisuus ja konsultointi tulivat esille vastauksista. Kela käytti erään yksityisen sektorin vastaajan palveluita.

Lisää toivottiin avoimuutta ja selkeää tiedonjakoa sekä erään vastaajan sanoin:

työttömyyden ajankohtaista viestintää ja vaikuttamista työttömyyden poistamiseen

Työttömille toivottiin mahdollisuutta saada työtä yksityisiltä yrityksiltä tai tukea perustaa oma yritys. Vastaajien palveluiden tarjoamista työharjoittelijoille ja asiakkaiden työllistämistä haluttiin lisätä. Yhteistyössä voitaisiin myös etsiä tapoja välttyä sairaseläkkeelle jäämiseltä tukea antavan terapiatoiminnan muodossa.

5.2.8 Yrittäjä ja yritys

Julkisten yrittäjäpalveluiden ja yksityisten yrityspalveluiden kanssa yhteistyömuodoiksi nousivat hallinto, oman palvelun tarjoaminen, palveluiden käyttö ja konsultaatio.

Yhteistyötä tehtiin muun muassa yhteiskunnallisten toimintaan liittyvien uudistusten yhteydessä. Osa vastaajista kuului johonkin järjestöön tai käyttivät palveluita kuten linja-autoyrityksiä, potilashallinta- ja laskutusjärjestelmiä tai pesulapalveluja. Vastaajissa oli sekä

julkisten yrittäjäpalvelujen ostajia että yksityisten yrityspalveluiden ostajia ja tarjoajia. Ongelmatapauksissa tai muissa erilaista osaamista vaativissa kysymyksissä voitiin saada konsultaatioapua.

Lisää toivottiin verkostoitumista, osaamisen kehittämistä ja yhteisiä hankkeita. Erään vastaajan toivoma lisäys yhteistyöhön oli

työhyvinvointipalvelutarjonnan alueellinen kartoittaminen ja informaatio; jaksamisen kokonaisvaltainen ajattelu

Toivottiin asiakkaiden ohjausta alansa oikealle osaajalle, asiakkaiden työllistymistä ja yhteistyötä niin, että palvelu alueella kattaa tarpeet. Toiveet oman ammatin tunnettavuuden ja asiakkuuksien lisäämisestä tulivat myös ilmi vastauksista. Koettiin, että yhteistyötä kunnan tukipalvelutuotannon kanssa on parannettava.

5.2.9 Oppilaitokset

Yhteistyömuodoiksi oppilaitosten kanssa nousivat koulutus, opiskelija-asiat, kehittäminen, rekrytointi, oman palvelun tarjoaminen ja muu toiminta.

Vastanneiden hyvinvointitoimijoiden henkilökunta kouluttautui niin luentojen kuin pidempienkin koulutusten avulla. Hyvinvointitoimijat olivat laajasti mukana opiskelijoiden työharjoittelujaksoissa, tarjoamalla käytännön työharjoittelupaikkoja sekä ohjaamalla ja arvioimalla opiskelijoita. Työntekijöitä rekrytoitiin oppilaitoksista ja vastauksissa tuli ilmi myös oppisopimuskoulutus. Toisaalta käytiin neuvotteluja, oli yhteisiä asiakkaita ja pidettiin nuorten koulunkäyntiä tukevia yhteistyöpalavereita. Osa vastaajista teki yhteistyötä päivittäin, kehittämistä tukivat yhteistyöhankkeet ja opinnäytetyöt. Oppilaitoksille tarjottiin yksityisiä palveluja, kuten liikunta- ja pesulapalveluja. Oppilaitosten tiloja varattiin ja käytettiin liikunta- tai muihin vapaa-ajan tarkoituksiin.

Lisää yhteistyötä toivottiin koulutuksen muodossa, oppilasyhteistyön ja rekrytoinnin kehittämisessä. Koulutusyhteistyötä ja yhteisiä hankkeita haluttiin lisää. Koulutuksen kehittämiseksi ehdotettiin enemmän teoriaopiskelun ja käytännönharjoittelun suunnittelua yhdessä oppilaitoksen ja työharjoittelupaikan välillä, jotta saadaan kartoitettua mitä tietoja ja taitoja käytännössä tarvitaan. Eräs vastaaja ilmaisi asian näin: ”*Realismia mitä on työssä oleminen vs. opiskelu.*” Harjoittelupaikkoja haluttiin parantaa ja syventää, näkökulmana molemminpuolinen hyöty.

Koulutusta toivottiin lisää, muun muassa *”täsmäkoulutusta ja koulutuskokeiluja työnantajien tarpeeseen”*, kuten eräs vastaaja asian ilmaisi. Edelleen haluttiin lisää harjoittelujaksoja, luentoja ja opinnäytetöitä. Työvoimapulan hoitoalalla todettiin olevan jatkuvaa ja toivottiin aktiivisempaa yhteistyötä rekrytointiasioissa oppilaitosten kanssa. Vastaajien omia palveluita toivottiin myös hyödynnettävän oppilaitoksissa, esimerkiksi kurssien muodossa ja toivottiin *”oppilaitoksissa tiedettävän, että me olemme hyvä työnantaja”*, kuten eräs vastaajista totesi. Myös koulujen liikuntatilojen tilavarausjärjestelmää ehdotettiin kehitettäväksi, liikuntatilojen päiväkäytön maksimoimiseksi.

5.2.10 Järjestöt

Yhteistyömuodoiksi järjestöjen kanssa nousivat tuki, palveluiden käyttö, oman palvelun tarjoaminen, koulutus, yhteiset projektit ja kehittäminen.

Potilas- ja kansalaisjärjestöt sekä muut järjestöt yhdistettiin analysoinnissa samaan kategoriin, koska vastaukset olivat hyvin samankaltaisia. Tuki voi tarkoittaa erään vastaajan sanoin

...joko rahallisen tuen antamista järjestöille tai asiakkaan ongelmiin avun hakemista.

Järjestöjen palvelut, toiminta ja harrastusmahdollisuudet olivat osa yhteistyötä. Järjestöjen järjestämiin tilaisuuksiin osallistuttiin asiakkaiden kanssa tai koulutuksia ja tapahtumia voitiin järjestää yhdessä, jolloin kyselyyn vastanneet hyvinvointitoimijat osallistuvat niihin. Eräs kyselyyn vastaaja teki koulutusohjelmia järjestön jäsenille. Yhteiset projektit, koulutukset ja valistustyö auttoivat toiminnan kehittämisessä. Vuorovaikutus ja tiedonvaihto tulivat selkeästi esille vastauksissa. Erään vastaajan mukaan potilas- ja kansalaisjärjestöjen kanta huomioitiin vanhustenhuollossa. Järjestöt myös lähettivät asiakkaita yhdelle vastaajista.

Järjestöjen kanssa toivottiin lisää verkostoitumista, vastaajat ilmaisivat asian seuraavasti:

jatkuvaa tiivistä työskentelyä yhteiseen päämäärään
laajaa kansalaistoimintaa ja yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen
kanssa

Ohjatun toiminnan vetäminen, vastaajien palveluiden hyödyntäminen, koulutukset, luennot ja tiedottaminen siitä, mitä ja missä on tarjolla tai mistä tietoa saa, koettiin kehitettäväksi asioiksi. Eräs vastaaja toivoi *”erityis- ja eläkeläisjärjestöjen liikuntaan aktivointi- ja liikunta-toiminnan tukemisen kehittämistä”*.

5.2.11 Seurakunnat

Seurakunnan kanssa yhteistyömuodoiksi nousivat palveluiden käyttö, yhteistoiminta ja oman palvelun tarjoaminen.

Palveluiden käyttöä olivat hartaushetket ja muut hengelliset tilaisuudet hyvinvointitoimijoiden asiakkaille. Myös tilavaraukset, vapaa-ajantoiminta ja muu hengellinen hyvinvointi kuuluivat palveluiden käyttöön. Seurakunnan kanssa järjestettiin yhteisiä tapahtumia ja leirejä, käytiin yhteistyöneuvotteluja ja vaihdettiin tietoja. Toimintaa myös suunniteltiin yhdessä ja oli yhteisiä projekteja. Yhteisten asiakkaiden osalta esimerkiksi kerhoyhteistyö, työllistyminen ja vapaaehtoistyö nousivat esille vastauksista. Maksusitoumus ja oman palvelun tarjoaminen seurakunnille nousivat myös vastauksissa esille.

Lisää toivottiin asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista, enemmän yksilöihin kohdistuvaa hyvinvointipalvelua, asiakkaiden vapaa-ajantoimintaa, tukiryhmiä, koulutuksia, luentoja ja vastaajien palveluiden hyödyntämistä.

5.2.12 Muut yksityisen ja julkisen sektorin toimijat

Muita yksityisen sektorin toimijoita olivat vastaajien näkemysten mukaan seuroja ja järjestöjä, vapaaehtoisia yhdistyksiä sekä muita yksityisiä palveluntuottajia. Heidän kanssaan yhteistyö oli esimerkiksi asiantuntijuutta tai oman palvelun tarjoamista. Yhteistyötä tehtiin myös suunnittelun, rekrytoinnin tai tilojen käytön suhteen. Palveluiden käytöstä oli esimerkkinä työnohjaus, liikuntapalvelut tai hyvinvointipaketit. Muita julkisen sektorin toimijoita olivat vastaajien näkemysten mukaan työväenopisto, veteraanit, muut kunnan sektorit, ammattikorkeakoulut, verohallinto, AVI, Valvira sekä muita julkisia palveluntarjoajia. Heidän kanssa yhteistyö oli esimerkiksi asiakasyhteistyötä, tiedonvaihtoa, suunnittelua, koulutusta, konsultointia tai oman palvelun tarjoamista. Muut-kohtaan hyvinvointitoimijat listasivat esimerkiksi asiakkaiden omaiset, muut paikalliset kulttuuritoimijat sekä urheiluseurat, poliisin ja apteekin. Yhteistyömuotoja olivat yhteydenpito, vapaaehtoistyö, yhteinen näyttelytoiminta ja oman palvelun tarjoaminen. Muiden yksityisten ja julkisten sektorien toimijoiden kanssa toivottiin lisää vapaaehtoistoiminnan kartoittamista, yhteydenpitoa sekä palveluiden suunnittelua ja kehittämistä.

5.2.13 Tulosten yhteenveto

Hyvinvointitoimijat Länsi-Uudellamaalla tekivät yhteistyötä toisten hyvinvointitoimijoiden kanssa. Yhteistyötä tehtiin eniten perusterveydenhuollon ja kunnallisen sosiaalitoimen kanssa.

Joidenkin tahojen kanssa yhteistyötä tehtiin päivittäin tai viikoittain, joidenkin tahojen kanssa vain muutaman kerran vuodessa. Yhteistyöhön oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä.

Suurin tekijä yhteistyössä olivat yhteiset asiakkaat, joiden kautta yhteistyömuodot pääosin muotoutuivat. Tärkeimmiksi yhteistyömuodoiksi nousivat hyvinvointitoimijoiden palveluiden käyttö, yhteydenpito, konsultaatio, kehittäminen ja koulutus. Yhteisiä asiakkaita avustettiin palveluiden käytössä tai pidettiin yhteyttä esimerkiksi palaverien muodossa asiakkaiden asioissa. Hyvinvointitoimijoiden kesken vaihdettiin tietoa ja konsultoitii asiakkaiden asioissa. Toisaalta tehtiin yhteistä kehittämistyötä yhteisen suunnittelun ja yhteisten projektien kautta. Yhteisiä koulutuksia järjestettiin myös.

Yhteistyöhön oltiin pääpiirteittäin tyytyväisiä, lisää toivottiin samankaltaista yhteistyötä, mutta sitä haluttiin laajentaa ja syventää. Lisää yhteistyötä toivottiin lääkäri- ja asiakasyhteistyössä, byrokratiaa haluttiin vähentää ja palvelumalleja suunnitella ja järjeistää. Vuorovaikutusta haluttiin lisätä sekä tiedottamista ja tiedonsiirtoa kehittää. Osaamisen kehittämistä ja vertaistukea kaivattiin enemmän. Toivottiin lisää koulutuksia ja rekrytointia sekä kaiken kaikkiaan yhdenmukaisuutta, kokonaisvaltaisuutta, sujuvuutta, selkeyttä, avoimuutta ja joustavuutta.

6 Johtopäätökset

Tutkielman tarkoituksena oli kartoittaa Länsi-Uudenmaan (Hangon, Inkoon, Karjalohjan, Karkkilan, Lohjan, Nummi-Pusulan, Raaseporin, Siuntion ja Vihdin) hyvinvointitoimijat sekä selvittää hyvinvointitoimijoiden yhteistyömuodot. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hyvinvointitoimijoiden yhteistyön käytänteistä ja toimivuudesta. Hyvinvointitoimijoiden kartoitus suoritettiin Internet-lähteiden avulla ja yhteistyömuotoja selvitettiin hyvinvointitoimijoille lähetetyllä sähköisellä kyselylomakkeella.

Kartoitus tuotti huomattavan määrän hyvinvointitoimijoita, vaikka kartoituksen ulkopuolelle jäivät ne toimijat, jotka eivät olleet julkaisseet yhteystietojaan Internetissä. Kuten myös Kovalainen (2004) totesi, on tutkimustulostenkin mukaan kunnallisen palvelutuotannon rinnalla yksityisiä toimijoita, yrittäjiä ja yhteisöjä. Tutkielmatulosten mukaan hyvinvointitoimijat tekevät yhteistyötä kaikkien kolmen tahon, julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa ja ovat yhteistyöhön pääpiirteittäin tyytyväisiä.

Suurin tekijä yhteistyössä olivat yhteiset asiakkaat, joiden kautta yhteistyömuodot pääosin muotoutuivat. Tärkeimmiksi yhteistyömuodoiksi nousivat hyvinvointitoimijoiden palveluiden käyttö, yhteydenpito, konsultaatio, kehittäminen ja koulutus. Tutkimustuloksissa nousi esille halu palveluiden järjeistämiseen ja palvelumallien kehittämiseen. Osittain kritisoitiin kuntien

valintoja palveluiden hankinnassa. Tämä tukee Haahtelan (2008) ajatusta siitä, että kunnat usein kiinnittävät enemmän huomiota palvelun hintaan kuin laatuun, joka osaltaan kiristää kilpailutilannetta.

Tutkielmatulokset tukevat Isoherrasen (2008) ajatusta siitä, että tulisi kehittää verkostoituneita moniammatillisia toimintatapoja ja työmuotoja, jotka ylittävät perinteiset hallintosektorien rajat. Hyvinvointitoimijat ovat halukkaita verkostoitumaan ja kehittämään yhteistyömuotoja. Samalla kuitenkin pohditaan, onko kehittämistyölle aikaa tai onko siihen varaa. Kuten Isoherranen (2008) totesi, ei välttämättä ymmärretä suunnittelu- ja kehitystyöhön käytetyn ajan hyödyn näkyvän myöhemmin esimerkiksi palveluiden sujuvuutena ja siten säästettynä aikana. Tutkielmatulosten mukaan sekä julkinen että yksityinen sektori tekevät yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa, mikä on yhteneväinen Granholmin (2008) tutkimukseen, jonka mukaan julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä tarvitaan asiakkaan palvelutarpeiden kartoittamiseen ja siihen, että asiakas saa tarvitsemansa palvelukokonaisuuden.

Vastausprosentti jäi tutkielmassa pieneksi, eikä vastaajajakauma ollut tasapuolinen kuntien eikä työnantajatahon puolelta. Tutkielman tulokset ovat suurimmalta osalta yksittäisten vastaajien mielipiteitä, eikä näin ollen yleistettävissä koskemaan laajempaa kokonaisuutta. Kuitenkin kyselyyn vastanneet olivat kaikki hyvinvointitoimijoita, vapaaehtoisesti tutkielmaan osallistuvia ja kiinnostuneita asiasta, joten näiltä osin tulokset antavat kuvan hyvinvointitoimijoiden yhteistyöstä ja ovat tältä osin luotettavia.

Tutkielmatuloksista tuli esiin myös konkreettisia kehitysehdotuksia palveluiden parantamiseksi ja halua kartoittaa palvelumalleja tai palveluiden saatavuutta. Jatkotutkimuksena olisikin mielenkiintoista selvittää yhteistyömuotoja alueellisesti pienemmässä mittakaavassa, esimerkiksi yhden kunnan osalta. Toinen mielenkiintoinen alue on juuri kolmannen sektorin osuus hyvinvointipalveluissa. Kuinka paljon järjestöt ja yhdistykset ovat tuottamassa hyvinvointipalveluita? Tässä tutkielmassa kysyttäessä toiveista yhteistyön lisäämisen suhteen, vastaukset olivat lyhyitä. Mielenkiinto heräsikin tekemään lisäkysymyksiä, joten jatkotutkielmissa kannattaa miettiä saisiko haastattelulla kattavampaa informaatiota.

Oma oppiminen tämän opinnäytetyöprosessin aikana on ollut moninaista. Opinnäytetyön valmistuminen pitkittyi alkuperäisestä aikataulusta ja tämän myötä olen ymmärtänyt kuinka isosta prosessista opinnäytetyön tekemisessä on kyse. On erityisen tärkeää osittaa ja aikatauluttaa prosessi ja pitäytyä päätetyissä aikatauluissa. Aluksi vaikutti hyvältä idealta tehdä opinnäytetyö yksin, jotta voin aikatauluttaa työstämisen minulle sopiviin ajankohtiin. Prosessin myötä huomasin, että yksin tekeminen ei ollutkaan kohdallani oikea ratkaisu, koska en pitänyt tarpeeksi tiukasti kiinni aikatauluista. Opinnäytetyön ohjaajilta sain hienosti tukea vaikeina hetkinä. Analysointivaihe oli haastava ja vei aikaa paljon odotettua kauemmin. Pala-

sin yhä uudelleen menetelmäkirjallisuuden pariin, jotta sain tukea valitsemalleni analysointimenetelmälle.

Tutkielman tukee jo aikaisempaa ajatustani verkostoitumisen tärkeydestä niin yleisesti kuin omassa työssäni. Sairaanhoidajana tulee päivittäin tilanteita, jolloin tarvitsee moniammatillista yhteistyötä, oli se sitten fyysisen avun tai konsultoinnin kautta. Asiakkaat ansaitsevat ammattitaitoisen hoitajan, joka osaa ja uskaltaa tarvittaessa pyytää apua, käyttää verkostoa tai ohjata asiakas ammattilaiselle, jolta hän saa parhaan mahdollisen avun. Minä pystyn omassa ammatissani kehittämään omaa osaamistani ja sitä myöten omalta osaltani edistää työyhteisöni vuorovaikutusta ja verkostoitumista.

7 Tutkielman eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvässä tutkimuksessa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimustyössä on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa työn vaiheissa. Menetelmien on oltava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia tulee kunnioittaa. Tieteellinen tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida asianmukaisesti ja yksityiskohtaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23-24.)

Tässä tutkielmassa kyselyt lähetettiin sähköpostitse sellaisille henkilöille joiden sähköpostiosoitteet olivat julkisesti saatavilla Internetistä. Kyselyihin vastattiin nimettömänä, eikä tuloksista pysty erittelemään vastaajan henkilöllisyyttä. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, vastaajien antamia tietoja käytetään vain tutkimustarkoituksiin ja tiedot ovat luottamuksellisia.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuudessa tulee huomioida tutkimuksen totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalius. Tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky korostuvat aineiston analysoinnissa. Sisällönanalyysin haasteena on lisäksi se, että tutkija pelkistää aineistonsa niin, että se kuvaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuudeksi, tulee tutkijan osoittaa yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36-37.)

Vastausprosentti jäi tutkielmassa pieneksi, eikä vastaajajakauma ollut tasapuolinen kuntien eikä työnantajatahon puolelta. Tutkielman tulokset ovat suurimmalta osalta yksittäisten vastaajien mielipiteitä, eikä näin ollen yleistettävissä koskemaan laajempaa kokonaisuutta. Kuitenkin kyselyyn vastanneet olivat kaikki hyvinvointitoimijoita, vapaaehtoisesti tutkielmaan osallistuvia ja kiinnostuneita asiasta, joten näiltä osin tulokset antavat kuvan hyvinvointitoimijoiden yhteistyöstä ja ovat tältä osin luotettavia. Kyselyn ajankohta ei ollut paras mahdol-

linen, koska kesälomakausi ajoittui kyselyn ajankohtaan. Toisena ajankohtana kyselyyn olisi voitu saada enemmän vastauksia. Aineistoa on analysoitu tarkasti, eikä tuloksiin ole vaikuttanut henkilökemiat tai tutkijan mielikuvat vastaajista, koska vastaukset saatiin sähköisessä muodossa, tutkijalle tuntemattomilta vastaajilta. Avoimien kysymysten osalta sisällönanalyysi tehtiin jokaisen yhteistyötahon kohdalla erikseen, eikä niitä myöskään tuloksissa ole (muutkohta lukuun ottamatta) yhdistelty, jotta vastaukset saatiin selkeiksi ja luotettaviksi.

Lähteet

- Aaltola J & Valli R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Granholm T. 2008. Julkisen ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö ikääntyneiden kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Luettu 18.10.2012.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02681.pdf>
- Haahtela I. 2008. Vaihtopenkiltä pelin ratkaisijaksi, sosiaalialan järjestö palveluntuottajana. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Luettu 18.10.2012.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02860.pdf>
- Hanko. 2011. Luettu 10.11.2011. www.hanko.fi
- Helander V. & Laaksonen H. 2000. Suomalainen kolmas sektori. Rakenteellinen erittely ja kansainvälinen vertailu. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Helenius H. & Katajisto J. 2005. Tilastomenetelmien soveltamisesimerkkejä SAS Enterprise Guide:lla. Turun yliopisto. Espoo: Numos Oy.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 9.3.2011.
<http://www.stm.fi/hyvinvointi>
- Hyvinvointipalvelut hakemisto. 2011. Luettu 10.11.2011.
<http://www.hyvinvointipalvelut.fi/portal/>
- Ihalainen J. & Kettunen T. 2007. Turvaverkko vai trampoliini, sosiaaliturvan mahdollisuudet. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Inkoo. 2011. Luettu 10.11.2011. www.inkoo.fi
- Isoherranen K., Rekola L. & Nurminen R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Janhonen S. & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kajanoja J. 2005. Mitä on Hyvinvointi? Tilastokeskus. Luettu 9.3.2011.
http://www.stat.fi/tup/kuntapuntari/kuntap_3_2005_hyvinvointi.html
- Karjalohja. 2011. Luettu 10.11.2011. www.karjalohja.fi
- Karkkila. 2011. Luettu 10.11.2011. www.karkkila.fi
- KOKO. 2011. Luettu 1.3.2011. <http://www.lansi.fi/koko/default.asp>
- Kovalainen A. 2004. Hyvinvointipalvelujen markkinoituminen ja sukupuolisopimuksen muutos. Teoksessa Henriksson L. & Wrede S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lohja. 2011. Luettu 10.11.2011. www.lohja.fi
- Länsi-Uudenmaan klusteriselvitys. 2006. Luettu 1.6.2011.

<http://www.luako.fi/koko/Materiaalit/Hyvinvointi-%20ja%20hoivapalvelut%20061220.pdf>

Mikä on KOKO? 2011. Luettu 17.2.2011. <http://www.tem.fi/index.phtml?s=3102>

Möttönen S. 2002. Kunnat, järjestöt ja paikalliset verkostot. Teoksessa Ruuskanen P. (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Niemelä J. & Dufva V. 2003. Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituohannella. Juva: WS Bookwell Oy.

Niemelä M. 2008. Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Nummi-Pusula 2011. Luettu 10.11.2011. <http://www.nummi-pusula.fi/default.asp>

Pumppu-hanke. 2012. Luettu 13.10.2012.
<http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankkeet/Sivut/pumppu.aspx>

Raasepori. 2011. Luettu 10.11.2011. www.raasepori.fi

Saari J. 2011. Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Vilna: Balto Print.

Seikkula J. & Arnkil T. 2011. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammerprint Oy.

Siuntio. 2011. Luettu 10.11.2011. www.siuntio.fi

Suomen Yrittäjät. 2011. Luettu 10.11.2011. <http://www.yrittajat.fi/>

Suoninen, E., Pirttilä-Backman, A., Lahikainen A. & Ahokas M. 2010. Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOY.

Terveystuotolaki 2010. Luettu 18.10.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveyden>

Vihti. 2011. Luettu 10.11.2011. www.vihti.fi

Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2010. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 1.6.2011.
www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto.

Kuvat

Kuva 1. Ryhmän yhdessä oppimisen kehä (Isoherranen ym. 2008)	13
--	----

Kuviot

Kuvio 1: Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä.....	18
Kuvio 2: Hyvinvointitoimijat toimialoittain	19
Kuvio 3: Hyvinvointitoimijat alueittain	19

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake.....	38
Liite 2. Hyvinvointitoimijat Länsi-Uudellamaalla	43
Liite 3. Saatekirje.....	44
Liite 4. Hyvinvointitoimijoiden yhteistyö eri tahojen kanssa prosentteina.....	45
Liite 5. Hyvinvointitoimijoiden tyytyväisyys yhteistyöhön.....	46

Liite 1. Kyselylomake

Työnantajanne?

1. Valtio
2. Kunta
3. Yksityinen
4. Olen yksityisrittäjä
5. Jokin muu, mikä?

Mikä on edustamanne organisaation tai yksikön toimiala?

1. Terveyspalvelut (sairaala- ja lääkäripalvelut, hammashuolto, fysikaalinen hoito, sairaankuljetus, tutkimuspalvelut (laboratorio, kuvantaminen), muut terveyspalvelut, kotiterveydenhoito, neuvolat)
2. Sosiaalipalvelut (hoitokodit, vanhusten asumispalvelut, perhekodit, päivähoito- ja toiminta, kotipalvelut, kuntoutustoiminta, muut asumispalvelut, muut sosiaalipalvelut)
3. Kotityöpalvelut (siivouspalvelut, talonmiespalvelut)
4. Liikuntapalvelut (urheiluopistot, golfkentät, laskettelukeskukset, kuntoklubit, muut liikuntapalvelut)
5. Työ- ja toimintakyvyn ylläpito (työterveyspalvelut, hyvinvointikeskukset, kylpylät, työyhteisövalmennus, terapia- ja kuntoutuspalvelut)
6. Koulutus ja tutkimus (asiantuntijapalvelut, tutkimustoiminta, oppilaitokset ja korkeakoulut, urheiluopistot)
7. Vapaa-ajanpalvelut ja mielihyväpalvelut (hengen ja mielen hyvinvointipalvelut, viihdytyspalvelut, vapaasivistystoiminta)
8. Teknologia (tietotekniikka, muu hyvinvointitekniologia)
9. Jokin muu, mikä?

Mikä on organisaationne koko henkilöstön määrä?

1. 1 henkilö
2. 2-9 henkilöä
3. 10-49 henkilöä
4. 50-249 henkilöä
5. 250 henkilöä tai enemmän

Mikä on asemanne organisaatiossa tällä hetkellä?

1. Johtaja
2. Ylempi toimihenkilö

3. Toimihenkilö
4. Yrittäjä
5. Työntekijä
6. Jokin muu, mikä?

Miten pitkään olette toiminnut nykyisessä tehtävässänne?

1. Alle vuoden
2. 1-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. 11-20 vuotta
5. Yli 20 vuotta

Entä, miten pitkään olette toiminnut hyvinvointialalla yhteensä?

1. Alle vuoden
2. 1-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. 11-20 vuotta
5. Yli 20 vuotta

Minkä kunnan alueella työskentelette pääsääntöisesti? (valitkaa yksi)

1. Hanko
2. Inkoo
3. Karjalohja
4. Karkkila
5. Lohja
6. Nummi-Pusula
7. Raasepori
8. Siuntio
9. Vihti
10. Jokin muu, mikä?

Työskentelettekö myös jonkun muun kunnan alueella? Minkä? (voi olla useampi)

1. Hanko
2. Inkoo
3. Karjalohja

4. Karkkila
5. Lohja
6. Nummi-Pusula
7. Raasepori
8. Siuntio
9. Vihti
10. Jokin muu, mikä?

Keiden alla olevien tahojen kanssa organisaationne tekee yhteistyötä? (Voitte valita useamman)

1. Perusterveydenhuolto
2. Kunnallinen sosiaalitoimi
3. Erikoissairaanhoido
4. Yksityiset terveystalot
5. Yksityiset hoiva-alan yrittäjät
6. Yksityiset muut hyvinvointiyrittäjät
7. Kela
8. Työvoimatoimisto
9. Julkiset yrittäjäpalvelut
10. Yksityiset yrityspalvelut
11. Oppilaitokset
12. Potilas- tai kansalaisjärjestöt
13. Muut järjestöt
14. Seurakunnat
15. Muut yksityisen sektorin toimijat, mitkä?
16. Muut julkisen sektorin toimijat, mitkä?
17. Jokin muu, mikä?

Kuinka usein teette yhteistyötä mainitseminen tahojen kanssa?
(Jokainen taho erikseen)

1. Päivittäin
2. Viikoittain
3. Kuukausittain
4. Pari kertaa vuodessa
5. Harvemmin
6. En koskaan

Minkälaista yhteistyötä teette mainitseminen tahojen kanssa? Yhteistyön muodot.
(Jokainen taho erikseen)

Kuinka tyytyväinen olette yhteistyön toimivuuteen mainitseminen tahojen kanssa?
(Jokainen taho erikseen)

1. Erittäin tyytyväinen
2. Jokseenkin tyytyväinen
3. Jokseenkin tyytymätön
4. Erittäin tyytymätön
5. En osaa sanoa

Listatkaa tähän vielä viisi tärkeintä yhteistyökumppania nimitä.
Keiden tahojen kanssa toivoisitte lisää yhteistyötä?

1. Perusterveydenhuolto
2. Kunnallinen sosiaalitoimi
3. Erikoissairaanhoido
4. Yksityiset terveystalot
5. Yksityiset hoiva-alan yrittäjät
6. Yksityiset muut hyvinvointiyrittäjät
7. Kela
8. Työvoimatoimisto
9. Julkiset yrittäjäpalvelut
10. Yksityiset yrityspalvelut
11. Oppilaitokset
12. Potilas- tai kansalaisjärjestöt
13. Muut järjestöt
14. Seurakunnat
15. En kenenkään
16. Muut yksityisen sektorin toimijat, mitkä?
17. Muut julkisen sektorin toimijat, mitkä?
18. Jokin muu, mikä?

Minkälaista yhteistyötä toivoisitte lisää? Kuvaus toivotusta yhteistyöstä.
(Jokainen taho erikseen)

Oletteko osallistunut johonkin hyvinvointiverkoston toimintaan (hyvinvointifoorumiin, tietois-
kupäiviin tms.)?

1. Kyllä, usein
2. Kyllä, kerran
3. En ole
4. En tiedä

Oletteko kiinnostunut saamaan oman organisaationne tiedot mukaan hyvinvointiverkoston yhteisille nettisivuille?

1. Kyllä, ja olen kiinnostunut itse päivittämään tietoja
2. Kyllä, mutta vain jos joku muu päivittää tietoja
3. Ehkä
4. En

Mitä mieltä olette alueenne hyvinvointiverkoston toiminnasta ja toimivuudesta?

Kuinka mielestänne eri toimijoiden yhteistyötä voisi kehittää?

Tähän voitte vielä vapaasti kommentoida kyselyn aihepiiriä.

Mikäli olette kiinnostunut saamaan lisätietoa hyvinvointiverkoston toiminnasta, jätättehän yhteystietonne.

Liite 2. Hyvinvointitoimijat Länsi-Uudellamaalla

HYVINVOINTITOIMIJAT LÄNSI-UUDELLAMAALLA

JULKINEN

- KAUPUNGIT JA KUNNAT (Hanko, Inkoo, Karjalohja, Karkkila, Lohja, Nummi-Pusula, Raasepori, Siuntio, Vihti)
- LOST (Lohja, Siuntio, Inkoo, Karjalohja)
- KARVIAINEN (Karkkila, Nummi-Pusula, Vihti)

YKSITYINEN

• LÄÄKÄRIPALVELUT	13 kpl
• SILMÄLÄÄKÄRI/OPTIKKO	6 kpl
• VANHUKSET, KODINHOITO	34 kpl
• VAMMAISET	5 kpl
• PÄIHDEHUOLTO	5 kpl
• LAPSET	31 kpl
• SAIRAANKULJETUS	4 kpl
• LIIKUNTA, URHEILU, ELÄIMET	36 kpl
• HIERONTA, FYSIOTERAPIA, PUHETERAPIA	82 kpl
• JALKAHOITO	5 kpl
• APUVÄLINEPALVELU	1 kpl
• PSYKIATRISET PALVELUT	11 kpl
• HAMMASHUOLTO	23 kpl
• NEUVONTAPALVELUT	5 kpl
• MAJOITUS- JA RAVITSEMUSPALVELUT	79 kpl
• KAMPAAMOT JA PARTURIT	27 kpl
• KAUNEUDENHOITO	21 kpl
• PESULAT	3 kpl
• KOULUTUS	24 kpl
• MUUT	75 kpl
YHTEENSÄ	<hr/> 490 kpl

Liite 3. Saatekirje

Hyvä Hyvinvointialan toimija,

Olen Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija ja opinnäytetyönä selvitan Länsi-Uudenmaan hyvinvointitoimijoiden yhteistyötä. Työ on osa monitoimijaisia hyvinvointipalveluita kehittävää Pumppu-hanketta sekä KOKO Länsi-Uusimaan Hyvinvoiva Länsi-Uusimaa - kärkiteemaa, jonka tavoitteena on alueen hyvinvointitoimijoiden yhteistyön kehittäminen erityisesti hyvinvointifoorumitoiminnan ja hyvinvointiin liittyvän hanketoiminnan avulla.

Vastaamalla kyselyyn olette mukana antamassa tärkeää tietoa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialan toimijoiden tämänhetkisistä yhteistyömuodoista, hyvinvointiverkoston toimivuudesta ja sen toiminnan kehittämisestä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Antamianne tietoja käytetään vain tutkimustarkoituksiin ja tiedot ovat luottamuksellisia.

Pääsette vastaamaan kyselyyn oheisen linkin kautta. Vastaaminen vie aikaa noin 5-10 minuuttia.

Vastaattehan 17.8.2012 mennessä!

Kiitos vastauksistanne!

Inka Saario
Laurea Lohja

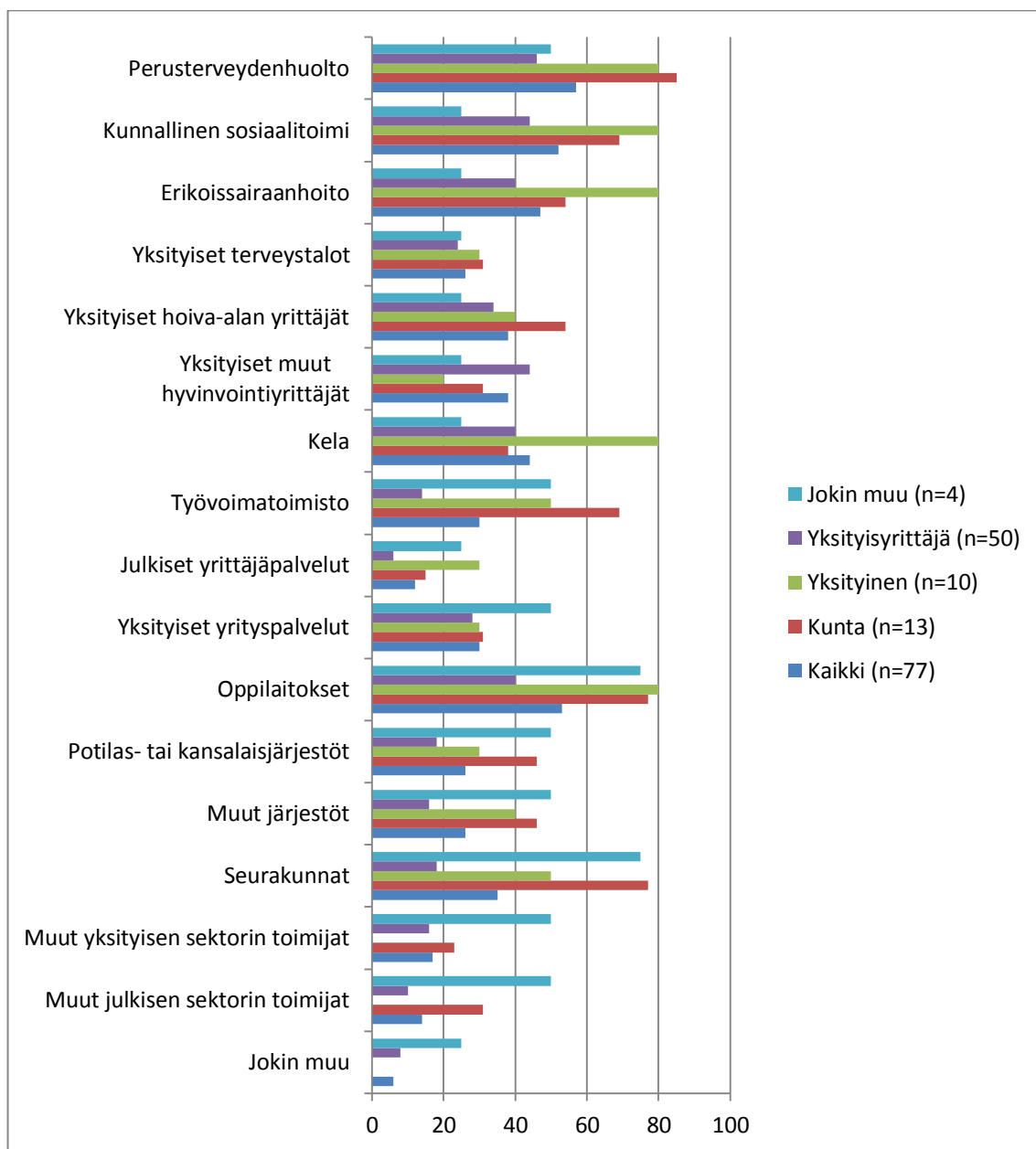
Lisätiedot: liisa.ranta@laurea.fi

Lue lisää

Koko Länsi-Uusimaasta: www.lansi.fi/koko

Laurean Pumppu-osahankkeesta: <http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankkeet/Sivut/pumppu.aspx>

Liite 4. Hyvinvointitoimijoiden yhteistyö eri tahojen kanssa prosentteina



Liite 5. Hyvinvointitoimijoiden tyytyväisyys yhteistyöhön

