

HOITAJIEN KOKEMUKSIA PISARA-HANKKEEN PALVELUVERKOSTOSTA

Seija Kiiveri & Nina Kontio
Opinnäytetyö, syksy 2013
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Oulun toimipaikka
Hoitotyön koulutusohjelma
Diakonisen hoitotyön suuntau-
tumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK) +
diakonissan virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Kiiveri, Seija & Kontio, Nina. Hoitajien kokemuksia Pisara-hankkeen palveluverkostosta. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulun toimipiste. 56 s., 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) + kirkon diakoniatyöntekijän virkakelpoisuus.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla hoitajien kokemuksia Oulun kaupungin Pisara-hankkeessa kehitetyn palveluverkoston käytettävyydestä. Tavoitteena oli lisätä tietoutta palveluverkoston avulla tehdystä palveluohjauksesta ja palveluverkoston kehittämistarpeista.

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen, laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisesti lomakekyselyllä Oulun kaupungin terveysasemien sairaanhoitajien vastaanotolla työskenteleviltä hoitajilta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tulokset jakautuivat palveluverkoston käytettävyyteen ja kehittämiseen. Palveluverkostoa käytettiin asiakaslähtöisen ohjauksen työvälineenä terveyden edistämisessä ja sen avulla hyödynnettiin moniammatillista osaamista hoitotyössä. Kehittämisen osa-alueiksi nousivat palveluverkoston käytettävyys ja tiedon saavutettavuus.

Opinnäytetyön tulosten perusteella johtopäätökset ovat, että palveluverkosto on hyödyllinen asiakaslähtöisen ohjauksen työväline terveyden edistämisessä ja sen avulla on mahdollista hyödyntää moniammatillista osaamista hoitotyössä. Lisäksi palveluverkostoa on tarpeellista kehittää, jotta voidaan lisätä tiedonkulkua, parantaa palvelujen saavutettavuutta ja laatua sekä edistää eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Verkostoitumisen ja toimivan palveluketjun avulla voidaan parantaa asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia, kohdistaa resursseja järkevästi ja tarkoituksenmukaisesti sekä keventää eri toimijoiden kuormitusta ja hillitä kustannuksia.

Asiasanat: palveluverkosto, palveluohjaus, yhteistyö, terveyden edistäminen, kokonaisvaltainen hoitotyö, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Kiiveri, Seija & Kontio, Nina. Nurses' experiences of the service network of the Drop-project. 56 p., 2 appendices. Language: Finnish. Oulu, autumn 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Registered Nurse + Deaconess.

The purpose of the thesis was to describe the experiences of nurses on the availability of the service network developed in the Drop-project of the city of Oulu, Finland. The aim was to increase the awareness of using the service network in case management and the needs of development.

The thesis is a work-oriented, qualitative research. The data was collected by electronic questionnaires which were sent to the nurses' offices of the city of Oulu health stations by e-mail. The data was analyzed through inductive content analysis.

The main results of the study were divided into the usability and development of the service network. The service network was used as a tool for customer-oriented customer management in promotion of health and the multiprofessional skills of the service network were utilized in the nursing process. Development was needed in the availability of the service network and accessing the information.

The conclusions based on the study results were that the service network is a useful tool for customer-oriented customer management in promotion of health and its multi-professional skills can be used in nursing. In addition, it is necessary to develop the service network in order to increase the flow of information, to improve the accessibility and quality of services, and to promote cooperation between different actors. Networking and effective service chain can be used to improve the health and well-being of customers, to target resources intelligently and appropriately, and to lighten the load on the different actors and to control costs.

Keywords: service network, service coordination, cooperation, promotion of health, holistic nursing, qualitative research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KOKONAISVALTAINEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	8
2.1 Terveys käsitteenä.....	8
2.2 Terveyserojen kaventaminen.....	9
2.3 Terveiden edistäminen	12
3 ASIAKASLÄHTÖINEN PALVELUOHJAUS KOKONAISVALTAISESSA HOITOTYÖSSÄ	15
3.1 Asiakaslähtöisyys hoitotyössä	16
3.2 Yhteistyö hoitotyössä.....	17
3.3 Palveluohjaus hoitotyössä	18
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
5.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö.....	23
5.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä	23
5.3 Aineistonkeruu	24
5.4 Aineiston analyysi	25
6 TULOKSET PALVELUVERKOSTON KÄYTETTÄVYYDESTÄ JA KEHITTÄMISTARPEISTA.....	28
6.1 Hoitajien kokemuksia palveluverkoston käytöstä.....	28
6.2 Palveluverkoston kehittämisen osa-alueet.....	32
7 TULOSTEN JA OPINNÄYTETYÖN TEKEMISEN POHDINTAA.....	34
7.1 Tulosten merkitys ja johtopäätökset.....	34
7.2 Opinnäytetyön tulosten vertailua aiempiin tutkimuksiin.....	36
7.3 Jatkotutkimusaiheet	39
7.4 Opinnäytetyön luotettavuus	40
7.5 Opinnäytetyön eettisyys.....	43
7.6 Opinnäytetyön tekemisen pohdintaa.....	45
LÄHTEET.....	48

LIITE 1	54
LIITE 2	55

1 JOHDANTO

Oulun kaupungilla ja kolmannella sektorilla on paljon erilaisia palveluita, joiden löydettävyys on tärkeää. Hyvällä palvelutuntemuksella kunnallisessa terveydenhuollossa voidaan parantaa tarvittavan hoidon ja avun saavutettavuutta sekä edistää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja verkostoituminen parantavat hoidon laatua ja yhteistyöllä eri toimijoiden kesken voidaan vähentää terveyseroja eri väestöryhmien välillä sekä edistää terveyttä sosioekonomisesta asemasta riippumatta. (Terveydenhuoltolaki 2010; Manderbacka, Häkkinen, Nguyen, Pirkola, Ostamo ja Keskimäki 2007, 179–196.) Hyvä palvelutuntemus ja yhteistyö eri toimijoiden kesken ovat sekä asiakkaan että palveluntuottajan etu. Kun asiakkaat saavat tarvitsemansa avun oikeasta paikasta, ammatillisten toimijoiden kuormitus kevenee ja asiakkaiden terveys ja hyvinvointi parantuvat. (Kanste, Holappa, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 51–62.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Oulun kaupungin Pisara-hanke, jonka lähtökohtina ovat Dehko – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, Sosiaali- ja terveystoimen strategiat, Oulun Omahoitopalvelu, Teknologiaterveyskeskus Oulun ja TT – Kaakkurin tuotetestaustoiminta. Hanke on verkostohanke, jossa toimii Oulun kaupunki, Diapolis Oy, Oulun yliopisto, Pohjois-Pohjanmaan terveysturvayhdistys Oy (PPSO-TU), Oulun diabetes yhdistys ry, ProWellness Oy sekä myöhemmässä vaiheessa Condia Oy ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP). (Angeria, Salmi & Kanto 2009.) Pisara-hankkeen tarkoituksena on parantaa paljon terveyspalveluja käyttävien potilaiden hoitoa, koska he kuormittavat terveydenhuoltojärjestelmää niin, että muun väestön terveysterveysten palveluiden saatavuus heikkenee.

Opinnäytetyössä käsitellään Pisara-hankkeessa kehitettyä palveluverkostoa. Palveluverkosto on avoterveydenhuollossa toimivan henkilökunnan käytössä ja se löytyy Oulun kaupungin sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Oulun kaupungissa on 13 terveysasemaa, jotka on jaettu alueittain ja avoterveydenhuollon vastaanotoilla työskentelee sekä sairaanhoitajia että terveydenhoitajia.

Palveluverkosto on hoitohenkilökunnalle tarkoitettu ohjauksen apuväline, jossa on yhteystietoja eri palvelujen tarjoajista. Palveluverkostossa palveluiden tuottajat on ryhmitelty seuraavien otsikoiden alle mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, sosiaalinen tuki ja toimeentulo, kotihoito, kuntoutus ja sopeutumisvalmennuskurssit, neuvontapalvelut, työvoimapalvelut, palvelut ikäihmisille, asukastuvat, järjestöjen toiminta ja vertaistuki, seurakunta, hoito- ja apuvälinevälinejakeilu, maahanmuuttajapalvelut, tulkkipalvelut sekä verkostopalaveri. (Moniste palveluverkostosta 2012; Oulun kaupunki i.a; Pisara-hanke i.a.)

Kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön kuuluu olennaisesti palveluverkoston tunteminen ja huomioiminen osana terveyden edistämistä ja auttamistyötä. Oikeaan paikkaan ohjaamisen voidaan ajatella vähentävän epätarkoituksenmukaisia käyntejä terveysasemilla, jolloin terveysasemien kuormitus vähenee ja asiakas tavoittaa paremmin tarvitsemansa avun. Siksi on tärkeää tutkia ja kehittää erilaisia palveluohjauksen työvälineitä ja menetelmiä. Opinnäytetyössä kuvataan terveysasemien hoitajien vastaanotoilla työskentelevien hoitajien kokemuksia Oulun kaupungin Pisara-hankkeessa kehitetyn palveluverkoston käytettävyydestä. Tavoitteena on lisätä tietoutta palveluverkoston avulla tehdystä palveluohjauksesta ja palveluverkoston kehittämistarpeista.

2 KOKONAISVALTAINEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Terveys käsitteenä

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee terveyden fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina, joka vaihtelee elämänsä eri vaiheissa. Terveys on tärkeä arvo ja jokapäiväinen voimavara. Terveyden ei tarvitse tarkoittaa sairauksien puuttumista vaan terveyttä voidaan pitää myös selviytymisenä kullekin ikäkaudelle ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista huolimatta sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä häiriötekijöistä. Terveys voidaan ymmärtää hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena vuorovaikutuksena ihmisten ja ympäristön välillä. Yksilöiden ja yhteisöjen elämänhallinnan vahvistuessa, myös terveys lisääntyy. Terveys joko vahvistuu tai heikkenee ihmisten omien valintojen ja lähiyhteisöjen toiminnan seurauksena. Palvelujärjestelmän kyky vastata ihmisten terveystarpeisiin ja yhteiskuntapoliittiset päätökset joko tukevat tai heikentävät väestön terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15; World Health Organization 1948.)

Terveys voidaan jakaa eri osatekijöihin. Fyysinen terveys on elimistön mekaanista toimintakykyä, psyykinen terveys on kykyä ajatella johdonmukaisesti ja selkeästi ja emotionaalinen terveys on kykyä erotella erilaisia tunnetiloja toisistaan. Sosiaalisesti terveydeksi kutsutaan kykyä, jossa ihminen kykenee solmimaan sekä ylläpitämään erilaisia ihmissuhteita toisiin ihmisiin. Hengellinen terveys voi ihmisestä riippuen tarkoittaa, joko uskontoon ja uskonnollisuuteen liittyvää terveyttä tai henkilökohtaiseen uskoon, käyttäytymisperiaatteisiin, mielenrauhaan sekä itseensä tyytyväisen olotilan saavuttamista. Terveyden osatekijät koskevat yksilöä, mutta lisäksi on huomioitava yhteiskunnallinen terveys, joka vaikuttaa suorasti tai epäsuorasti yksilöön. Sairaassa yhteiskunnassa on vaikeaa pysyä terveenä, jos yhteiskunta ei tue ihmisiä niin, että heidän perustarpeensa tulevat tyydyttyiksi, esimerkkinä muun muassa riittävän ruuan tai asunnon puuttuminen ihmiseltä. Peruspalvelujen puuttuminen aiheuttaa todennäköisesti pahoinvointia yhteiskunnassa. Yksilön terveys on yhteydessä elämänlaatuun ja elämänhallinnan tunteeseen. Terveysteen vaikuttavat sosiaaliset

ja kulttuuriset tekijät, aineelliset ja taloudelliset resurssit, sosiaalinen pääoma, etiikka ja ihmisoikeudet. (Ewles & Simnett 1995, 5–6; Lindström & Eriksson 2010,44; World Health Organization 1948.)

2.2 Terveyserojen kaventaminen

Pitkäaikaissairauksien yleisyys, koettu terveys ja kuolleisuus vaihtelevat sosio-ekonomisen aseman mukaan. Mitä alhaisempi sosiaalinen asema tai koulutus-taso, sitä heikommaksi koetaan henkilökohtainen terveydentila ja sitä yleisempiä ovat myös pitkäaikaissairaudet. (Hiilamo & Hänninen 2009, 27; Koskinen ym. 2007, 74.)

Terveyseroja on pyritty selittämään monin tavoin ja niiden taustalla on monia eri tekijöitä. Terveyserojen aiheuttajina voidaan pitää aineellisia elinoloja, terveyskäyttäytymistä ja psykososiaalisia syitä. Terveyserojen syntymisen taustalla voivat olla aineelliset tekijät, kulttuuri ja käyttäytyminen sekä yhteiskunnallinen asema. Niiden syntyyn vaikuttavat asuin- ja työolot sekä terveellisiin elämäntapoihin liittyvät resurssit. Taustalla voi olla kansantautien ja väkivaltaisten kuoleman riskitekijät, joita ovat ravitsemus, tupakka ja alkoholi, mutta terveyseroja ei kuitenkaan voida pienentää pelkästään epäterveellisiä elämäntapoja vähentämällä, sillä terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat myös erilaiset yhteiskunnalliset ja kulttuurilliset tekijät. Esimerkiksi riittävä ja monipuolinen ravitsemus ovat osa hyvää terveyttä ja myös ruoan hinnan nousun voidaan ajatella vaikuttavan pienituloisten ja etenkin erityisruokavalioita noudattavien terveyteen. Toisin sanoen tietynlainen käyttäytyminen ei synny tyhjästä vaan terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tiedolliset, taloudelliset ja sosiaaliset resurssit, jotka joko mahdollistavat terveyttä tukevan käyttäytymisen tai altistavat terveydelle haitalliselle käyttäytymiselle. (Hiilamo & Hänninen 2009, 28–29; Kinnunen 2009, 99–100; Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo 2007, 31–34; Prättälä 2007, 130.)

Terveyspalveluilla ja niiden käytöllä on vaikutusta ihmisten välisiin terveyseroihin (Hiilamo & Hänninen 2009, 29–30; Lahelma ym. 35–36). Terveyseroja kasvattaa lääketieteellisen teknologian kehittyminen ja eriarvoisuus uuden teknolo-

gian saavutettavuudessa. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä on eroja erikoissairaanhoidon lähettämisen suhteen ja terveyseroja lisäävät myös korkeat asiakasmaksut. (Hiilamo & Hänninen 2009, 29–30; Manderbacka ym. 2007, 192–193.)

Sosiaalinen asema vaikuttaa terveyspalvelujen käyttöön, sillä tarpeeseen nähden suurituloiset saavat ja käyttävät terveyspalveluita enemmän kuin pienituloiset. Taustalla vaikuttavat terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset piirteet. Esimerkiksi käynnit terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti, kun taas käynnit yksityislääkärin vastaanotolla ja erityisesti työterveyshuollon käynnit ovat jakautuneet suurituloisia suosivasti. (Manderbacka ym. 2007, 182.) Kyse voi olla siitä, että heikommassa asemassa olevat ihmiset eivät hakeudu tarvitsemaansa hoitoon tai siitä että heitä hoidetaan eri tavoin (Hiilamo & Hänninen 2009, 30–31).

Terveyseroihin voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevällä työllä, mutta ennaltaehkäisevän terveydenhuollon painotus voi myös syventää terveyseroja, mikäli se ei tavoita heikommassa asemassa olevia. Ihmisten välisiä terveyseroja lisää, että kaikki ihmiset eivät välttämättä voi noudattaa lääkärin antamia hoito-ohjeita, koska heillä ei ole rahaa lääkemenoihin tai heillä on muuten vaikeuksia lääkeshoidon toteuttamisessa ja hoitoon sitoutumisessa. Viimesijaisessa sosiaaliturvassa on aukkoja ja erilaiset sosiaaliturvaetuudet voivat olla riittämättömiä kattamaan terveydenhuoltomenoja tai muita välttämättömiä menoja. Myös käsitteilyajat ja maksukäytännöt voivat olla sellaisia, että niillä ei pystytä reagoimaan riittävän nopeasti ihmisen hätään. (Kinnunen 2009, 93–99.)

Aineellinen ja rahallinen apu auttavat ihmistä terveysongelmissa. Avustukset ruokaan ja lääkkeisiin kohdistuvat suoraan ja konkreettisesti terveyden ylläpitämiseen, mutta lisäksi ne parantavat mielialaa ja turvallisuuden tunnetta. Avustukset erilaisiin apuvälineisiin kohentavat ihmisten elämänlaatua ja mahdollistavat ihmisten itsenäistä selviytymistä. Aineellinen ja rahallinen apu vähentävät ahdistusta ja antavat toivoa. Lisäksi avustuksilla vaikutetaan kuntoon, sosiaaliin suhteisiin ja hyvinvointiin. Avustusten avulla ihmiselle annetaan mahdolli-

suus sairastaa ja toipua, mutta myös ehkäistään terveysongelmien syntymistä. (Kinnunen 2009, 100–102.)

Terveyserojen kaventamiseen osallistuvat myös muut kuin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat. Esimerkiksi seurakunnan diakoniatyö auttaa erilaisia väliinputoajia, jotka joutuvat kamppailemaan saadakseen heille kuuluvat sosiaali- ja terveydenhoitopalvelut. Diakonian tarkoitus on avun antaminen erityisesti niille, joilla hätä on suurin ja joita ei muilla tavoin auteta eli työ on diakoniaa silloin, kun se kohdistuu heikoimmassa asemassa olevaan (Kirkkojärjestys 1993). Ihmistä voidaan tukea seurakunnan avustusvaroin esimerkiksi silloin, jos ensisijaiset sosiaaliturvaetuudet ja toimeentulotuki eivät ole riittävästi auttaneet asiakasta. Diakonian asiakkaita voidaan auttaa yksilöllisen tarpeen mukaan ruoka-, sairaus-, ja lääkekuluissa sekä kuntoutukseen, virkistykseen ja asumiseen liittyvissä kuluissa. Aineellisen avustamisen lisäksi avustamiseen liittyy talous- ja velkaneuvonta sekä asiakkaan henkinen tukeminen. (Kinnunen 2009, 93.)

Terveyserojen syntyyn vaikuttavat monet yksittäiset tekijät, jotka ovat yhteydessä toisiinsa, joten myös niiden kaventamiseen tarvitaan erilaisia toimintatapoja. Resursseja ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä täytyy keskittää juuri heikoimmassa asemassa oleviin ja kohdentaa ehkäisevää toimintaa erityisesti riskiryhmiin ja erityistuen tarpeessa oleviin, jotta terveyseroja saadaan kavennettua. Pienikin terveyden kohentuminen suuressa huono-osaisessa ryhmässä kaventaa terveyseroja ja parantaa samalla myös koko väestön terveyttä (Hiilamo & Hänninen 2009, 27–28, 32; Lahelma ym. 2007, 28, 32, 37; Nurkkala, 2010, 23.)

Terveyseroihin vaikutetaan parhaiten edistämällä kokonaisvaltaisesti ihmisten terveyttä ja hyvinvointia ja onnistuessaan terveyserojen kaventamisen voidaan ajatella johtavan terveyden tasa-arvon parempaan toteutumiseen sekä myös koko kansanterveyden kohentumiseen (Lahelma 2007, 37). Jotta terveyseroja voidaan kaventaa ja edistää heikoimmassa asemassa olevien terveyttä, on tärkeää kehittää julkisia palveluja sekä lisätä yhteistyötä julkisen terveydenhuoltojärjestelmän, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä. (Kinnunen 2009, 259; Manderbacka ym. 2007, 194; Nurkkala 2010, 24–25.)

2.3 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen sisältää monia ulottuvuuksia ja on käsitteenä hyvin laaja, tämän vuoksi käsitteen määrittely yksiselitteisesti on haastavaa. Terveyden edistäminen voidaan kuitenkin määritellä esimerkiksi seuraavalla tavalla:

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämiseen sisältyy promotiivisia ja preventtevisiä toimintamuotoja. Tuloksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalveluiden kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Koskinen-Ollonqvist & Savola 2005, 8.)

Terveyden edistäminen voidaan määritellä prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä, sillä ihminen on aktiivinen toimija omassa elämässään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 19, 15.) Terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) terveyden edistäminen tarkoittaa yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Terveyden edistämällä tarkoitetaan toimintaa, joka vaikuttaa terveyden taustatekijöihin, ehkäisee sairauksia, tapaturmia ja muita terveysongelmia, vahvistaa mielenterveyttä sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Lisäksi terveydenedistämällä tarkoitetaan suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla.

Terveyden edistäminen kuntien toiminnassa merkitsee terveyden edistämisen hyväksymistä kuntapolitiikan toimintalinjaksi, jossa terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikissa toiminnoissa ja kaikilla toimialoilla. Terveyden edistäminen ei tarkoita joitain tiettyjä yksittäisiä tehtäviä vaan se tarkoittaa kaikkia toimintoja koskevaa yhteistä tavoitetta, jonka avulla lisätään väestön terveyttä, ehkäistään sairauksia ja vähennetään väestöryhmien välisiä terveyseroja. Käytännössä se tarkoittaa sitoutumista siihen, että terveyden edistämisen mitattavissa olevat tavoitteet hyväksytään koko kunnan tehtäväksi ja vahvistetaan kuntastrategias-

sa sekä kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa, eli jokaisessa kunnassa on tehtävä terveyden edistämisen suunnitelma, joka sisältää palvelut, toimenpiteet ja terveyden edistämiseen käytettävät voimavarat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15.)

Kuntalaisten terveyttä edistäville palveluille on oltava yhteiset strategiset ja toiminnalliset tavoitteet ja myös jokaisella hallinnon alalla tulee olla selkeät tavoitteet, joita seurataan ja arvioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 24). Terveysvaikutusten arvioinnissa kyse on siitä, että eri hallinnonalojen päätöksenteon yhteydessä arvioidaan, miten tehtävä päätös vaikuttaa ihmisten terveyteen jos se tehdään tai jätetään tekemättä. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää selkeää vastuunjakoa, toimivia rakenteita ja käytäntöjä. Lisäksi yhteistyö eri hallinnon alojen sekä yksityisen ja kolmannen sektorin välillä on välttämätöntä, jotta terveyden edistämisen toteuttaminen on mahdollista ja tavoitteet voidaan saavuttaa. (Nurkkala 2010, 22–23.)

Terveyspalveluissa tavoitteena on terveyttä edistävä hoitokulttuuri, mikä tarkoittaa kokonaisvaltaista käsitystä terveydestä sekä henkilökunnan, potilaiden ja heidän omaistensa terveyden edistämistä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisissä hoitoketjuissa sekä ostopalveluissa tulee ottaa terveyttä edistävät näkökohdat huomioon ja sosiaalipalvelut osallistuvat terveyttä edistävän toimintapolitiikan toteuttamiseen tuottamalla ja välittämällä tietoa ihmisten arjen kysymysten ja elinolosuhteiden vaikutuksista terveyteen ja toimintakykyyn (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 26–27). Perusterveydenhuollossa terveyden edistämisen keskeisessä roolissa ovat neuvolapalvelut, koulu- ja opiskelija-terveydenhuolto, terveystarkastukset, työterveyshuolto, erilaiset seulontatutkimukset, suun terveydenhuolto, terveysneuvonta, tapaturmien ehkäisy sekä ympäristöterveydenhuolto. Sairaanhoido ja kuntoutus ovat myös osa terveyden edistämistyötä. Lisäksi terveyskeskukset voivat järjestää yhdessä muiden toimijoiden kanssa esimerkiksi alueellisia terveystapahtumia. (Nurkkala 2010, 23–24.)

Terveys on kaikkien yhteinen asia; terveydestä ja sen edistämisestä vastuussa ovat ihmiset itse, lähiyhteisö ja yhteiskunta yhdessä. (Sosiaali- ja terveysminis-

teriö 2006, 15). Terveyden edistämässä korostuu moniammatillinen ja monitoimijainen yhteistyö ja terveyserojen kaventamiseen voidaan vaikuttaa laajalla sektorirajat ylittävällä, julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyöllä. Poikkihallinnollisessa yhteistyössä kunnan eri palvelusektorit, kuten sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi, liikuntatoimi, tekninen toimi sekä nuorisotoimi tekevät yhteistyötä terveyden edistämiseksi. (Honkanen 2010, 214; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009, 3.)

Yhteistyöllä eri toimijoiden kesken voidaan vähentää terveyseroja eri väestöryhmien välillä ja edistää terveyttä sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Tehokkaimmin väestön terveyttä voidaan edistää kohdentamalla kaikkien toimijoiden toimintaa ja palveluja niihin ryhmiin, joihin ongelmat kasautuvat, ja joiden tilanteen parantamisella on suurin vaikutus koko väestön terveyteen. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009, 3.) Terveyden edistäminen voidaan tiivistää kokonaisvaltaiseksi hoitotyöksi. Terveyden edistäminen ei ole vain sairauksien hoitamista vaan myös elämänlaadun ja elämänhallinnan kohentamista. Kokonaisvaltaisen hoitotyön käsite on keskeinen diakonisessa hoitotyössä. (Rättyä 2009, 48.)

3 ASIAKASLÄHTÖINEN PALVELUOHJAUS KOKONAISVALTAISESSA HOITOTYÖSSÄ

Vuonna 2011 voimaan tulleessa Terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) kehoitetaan yhteistyöhön eri toimijoiden kesken. Lain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä, vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lisäksi lain tarkoituksena on kaventaa väestöryhmien terveyseroja ja toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolaissa korostetaan yhteistyötä eri toimijoiden kesken, asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia sekä ohjaus- ja neuvontapalveluja. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Potilaan asemaa, oikeuksia ja velvollisuuksia on säädelty lainsäädännöllä. Peruseriaatteena on ollut tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) ja potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään ja laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Perustuslaissa todetaan, että ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (Suomen perustuslaki 1999). Väestöryhmien välinen tasa-arvo on yksi suomalaisen terveyspolitiikan keskeisistä tavoitteista. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja kaikki Suomessa asuvat henkilöt ovat myös oikeutettuja käyttämään palveluja. (Manderbacka ym. 2007,179.)

3.1 Asiakaslähtöisyys hoitotyössä

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaiden tarpeista lähtevää, kokonaisvaltaista hoito- ja palvelutyötä. Hoitotyötä tulee toteuttaa oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti yksilöllisten hoitotarpeiden mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Kaikilla ihmisillä tulee olla mahdollisuus saada ymmärrettävää tietoa oikeuksistaan ja myös vastuustaan terveydenhuollossa sekä mahdollisuus saada yleistä tietoa terveydestä ja sen edistämisestä. Keskeistä on myös mahdollisuus vaikuttaa omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon. (Masterson 2007a, 26. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 19.)

Asiakaslähtöisyys ja osallisuus sosiaali- ja terveystalveissa tarkoittavat muun muassa ihmisten kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseä koskevassa päätöksenteossa, palveluissa ja niiden kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 19.) Riittävät voimavarat terveyden edistämistoimintaan ja terveydensuojeluun on turvattava väestön tarpeiden mukaisesti, myös järjestettäessä palvelut ostopalveluina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 28.)

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan kuuntelemista. Yksilöllisten tarpeiden määrittäminen vaatii kohtaamisosaamista sekä riittävästi aikaa, sillä elämänsis-torian tunteminen on yhtä tärkeää kuin asiakkaan terveydelliset ongelmat. Lisäksi on myös selvitettävä mikä on asiakkaalle tärkeää ja mitä hän odottaa hoidolta. (Kanste, Holappa, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 55.) Asiakaslähtöisyyden voidaan ajatella olevan yksi diakonisenhoitotyön keskeisimmistä käsitteistä. Diakonisessa hoitotyössä pyritään yksilölliseen, kokonaisvaltaiseen ja aitoon kohtamiseen, jonka lähtökohtana on asiakkaan käsitys tilanteesta. Ihmisen kohtaminen on pyyteetöntä toisen ihmisen kunnioittamista, erottelemattomuutta ja valmiutta yhteistyöhön (Myllylä 2004, 66.)

Diakonisen hoitotyön osaaminen on kohtaamisosaamista, joka ilmenee toivon mahdollistamisena, tuen antamisena, voimavarojen vahvistamisena, sielunhoidollisena auttamisena, terveyteen liittyvänä ohjauksena ja yhteistyövalmiutena.

Ihmisiä autetaan terveyteen liittyvissä ongelmissa keskusteluavulla, henkisellä ja hengellisellä tuella sekä myötätunnolla ja rohkaisulla. Auttaminen on asiakkaan tukemista sekä olemista tulkkina, oppaana ja linkkinä palvelujärjestelmän suuntaan. Lisäksi auttaminen on asiakkaan puolestapuhujana ja asianajajana toimimista sekä kannustamista ja sen varmistamista, että asiat hoituvat. Diakonisen hoitotyön koetaan heijastavan turvallisuutta, vilpitöntä ja rehellistä toivoa sekä yksilöllisyyttä ja se kuvataan kaikille hoidettaville tasapuolisena. Toiminnassa korostuu arvo-osaaminen ja oleminen, ja ihminen nähdään tasavertaisena yksilönä, jolla on oma kokemusmaailma, jonka tuntemus edellyttää aikaa. Diakonisen hoitotyön käsityksen mukaan ihminen kohdataan yhtä aikaa sekä ammatillisesti että ihmisenä ja hoidettava läheisineen otetaan mukaan hoitoprosessiin. Kohtaamistilanteessa tavoitellaan toivon välittämistä hoitotyössä. (Rättyä 2009, 48; Kinnunen 2009,131; Myllylä 2004, 66–67.)

3.2 Yhteistyö hoitotyössä

Yhteistyöllä tarkoitetaan yksilön hyväksi toimimista yhdessä omaisten, läheisten sekä eri ammattilaisten ja järjestöjen kanssa monitoimijaverkostossa. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä yksittäisiin tarpeisiin voidaan vastata moniammatillisella yhteistyöllä ja osaamisella, jolloin yksilön kokonaisvaltainen hyvinvointi paranee. Tämä tarkoittaa sitä, että suunnitellaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänelle sopiva hoitopolku, jonka lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet. (Kanste ym. 2010, 55.)

Yhteistyössä toteutettavan hoitotyön tavoitteena on edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa, sillä sairaanhoitaja on ensisijaisesti vastuussa tekemästään hoitotyöstä niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Sairaanhoitajien tulee kunnioittaa oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta ja pyrkiä hyvään yhteistyöhön kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kanssa. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Moniammatillinen yhteistyö on enemmän kuin eri toimijoiden työskentelyä rinnakkain. Todellinen moniammatillinen yhteistyö edellyttää tiedon integrointia ja

roolirajojen ylittämistä. (Isoherranen 2012, 32.) Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja verkostoituminen ovat sekä palvelun tuottajan että palvelun käyttäjän etu. Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen ammattilaiset vastaavat oman alansa erityisosaamisesta, mutta toimivat tavoitteellisessa yhteistyössä. Eri ammattiryhmien yhteistyöllä ja verkostosuuntautuneella työotteella voidaan vastata terveyden edistämisen sekä varhaisen puuttumisen ja tukemisen haasteisiin yksilö- ja yhteisötasolla. (Honkanen 2010, 214.)

Yhteistyötä voidaan edistää lisäämällä tietoa eri toimijoiden toiminnasta. Kinnusen (2009) mukaan esimerkiksi diakoniatyön ja perusterveydenhuollon yhteistyö on vähäisempää ja epäsäännöllisempää kuin yhteistyö sosiaalitoimen kanssa ja diakoniatyön sisällöstä tai diakonisojen terveyden- ja sairaanhoidollisesta osaamista ja diakonien sosiaalityön osaamisesta ei tiedetä riittävästi (Kinnunen 2009, 255). Syrjäytymisen ehkäiseminen ja terveyden tasa-arvon edistäminen luovat kuitenkin edellytyksiä terveydenhuollon ja diakoniatyön kumppanuudelle (Rättyä 2009, 48). Isoherrasen (2005) mukaan moniammatillisen yhteistyön esteenä ovat esimerkiksi kulttuuriset tekijät, erilaiset ajattelu- ja työtavat sekä vähäinen tieto toisten työstä. (Isoherranen 2005, 135).

3.3 Palveluohjaus hoitotyössä

Palveluiden pirstaleisuus aiheuttaa pahoinvointia ihmisille ja syrjäytyminen terveyspalveluista johtaa lisääntyvään terveyden heikkenemiseen. Ongelmana palvelujen pirstaleisuudessa on, että ihmiset eivät löydä heille tarkoitettuihin palveluihin tai heillä ei ole riittävästi tietoa erilaisista avunmuodoista, joihin heillä on oikeus. Avun saavuttamista vaikeuttaa myös se, että avuntarpeessa olevalla ei välttämättä ole voimavaroja hakea apua vaikeuksiinsa monelta eri taholta. Ihmisen kierrättäminen paikasta toiseen voidaan myös kokea nöyryyttävänä ja arvoa alentavana. (Rättyä 2009, 74, 77, 130.)

Oulun kaupungilla ja kolmannella sektorilla on paljon erilaisia palveluita, joiden löydettävyys helposti on asiakkaan kannalta tärkeää, mutta työntekijän kannalta ohjaus eri palveluihin voi kuitenkin olla haasteellista. Esimerkiksi lyhyet hoitoajat

ja osin puutteelliset ohjausresurssit asettavat haasteita ohjauksen toteuttamiselle. Haasteellisissa tilanteissa asiakkaiden ohjaaminen edellyttää ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista. Hoitajan on muodostettava oma käsityksensä siitä, mitä ohjaus on, miksi ja miten hän ohjaa sekä siitä, onko asiakas vastuussa valinnoistaan ja millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on edistää asiakkaan valintoja. Hyvin onnistuessaan ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Palveluohjaus on keskeinen osa hoitajien ammatillista osaamista ja toimintaa terveysasemilla. Olennaista on hoitajan helppo lähestyttävyyys ja saavutettavuus sekä sitoutuminen ja halu tehdä työtä. (Kanste ym. 2010, 55.) Hännisen tekemässä kirjallisuuskatsauksessa on todettu, että huolella toteutettu asiakaslähtöinen palveluohjausmalli hyödyttää asiakkaita riippumatta siitä millä sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla palveluohjaus toimii. Hyviin tuloksiin pääsemiseksi vaaditaan asiakkaan aitoa kohtaamista, luottamusta, työntekijän tieto-taitoa sekä asiakkaan, työntekijän ja johdon sitoutumista pitkäjänteiseen työhön. Lisäksi asiakkaasta välittäminen ja hänen näkemysten kunnioittaminen on tärkeää, jotta voidaan lähteä liikkeelle asiakkaan omista tarpeista. (Hänninen 2007, 46–47.)

Laadukkaassa hoitotyössä tulee panostaa sekä hoidon- ja palveluntarpeen arviointiin että sujuvaan palveluohjaukseen. Palveluntarve tulee määrittää siten, että saadaan selville kenen palveluja asiakas tarvitsee sen sijaan, että selvitetään vain se, että tarvitseeko hän juuri tämän yksikön palveluja. Asiakaslähtöisen palveluohjauksen tarkoituksena on hoitokokonaisuuden järjeistäminen, jolloin hoito on laadukkaampaa ja palveluntuottajalle kustannustehokkaampaa. (Kanste ym. 2010, 53).

Asiakaslähtöinen tarkastelutapa palvelee palveluntuottajaorganisaatiota, sillä oikeaan paikkaan ohjaaminen vähentää niin sanottuja turhia käyntejä terveysasemilla, jolloin terveysasemien kuormitus vähenee ja toiminnan tehokkuus lisääntyy. Samalla asiakkaan saaman hoidon laatu paranee, kun asiakkaat saavat tarvitsemansa avun oikeasta paikasta ilman turhaa pompottelua paikasta toiseen. Kuuntelun ja tiedon lisäämisen myötä jonot lyhenevät ja hoitoon pääsy

nopeutuu, kun ihmiset osaavat hakeutua oikeisiin palveluihin terveysongelmien-
sa kanssa.

Hyvällä palvelutuntemuksella kunnallisessa terveydenhuollossa voidaan parantaa tarvittavan hoidon ja avun saavutettavuutta sekä palvelutuotannon tehokkuutta. Erityisesti moniongelmaisten palvelujen suurkuluttajien kohdalla palveluohjaus ja yhteistyö eri toimijoiden kesken ovat tärkeitä. Paljon palveluita tarvitseva asiakas käy terveyskeskuslääkärillä useammin verrattuna muun väestön keskimääräisiin käyntitiheyksiin. Suurkäyttäjillä esiintyy usein palveluiden ristikkäiskäyttöä ja heillä on keskimääräistä enemmän pitkäaikaissairauksia sekä keskimääräistä heikompi elämänhallinta ja – laatu. (Kanste ym. 2010, 51–52.)

Moniongelmaisella palvelujen suurkuluttajalla voi olla monenlaisia somaattisia, psyykkisiä ja psykososiaalisia sairauksia ja ongelmia, kuten tuki- ja liikuntaelinsairauksia, masennusta, melankoliaa, sosiaalisten kontaktien puutetta, yksinäisyyttä, turvattomuutta, riippuvuusongelmia, syrjäytymistä ja työhön liittyviä ongelmia. Lisäksi on oireherkkyyttä ja huonoa hoitomotiivatiota. Moninainen hoidontarve ylittää usein ammattiryhmien ja organisaatioiden rajat ja palveluntarvetta on usein haasteellista määritellä. (Kanste ym. 2010, 52–53.)

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen tilaston sekä Pisara-hankkeen projektisuunnitelmaa soveltaen voidaan määritellä, että moniongelmaisena palvelujen suurkuluttajana pidetään ihmistä, jolla on 2 tyypin diabetes ja lisäksi 2 tyypin diabeteksen liitännäissairauksia sekä psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Lisäksi kyseinen henkilö käyttää terveystalvuuksia vähintään viisi kertaa vuodessa. (Angeria & Salmi & Kanto 2009, 9; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2007.)

Paljon palveluita tarvitsevat ja monisairaavat asiakkaat kuormittavat terveystalvuuksien järjestelmää ja turhauttavat hoitohenkilökuntaa. Potilaan tilannetta saatetaan tarkastella vain pintapuolisesti ja hänet voidaan ohjata nopeasti pois vastaanotolta. Oireiden taustalla oleva ongelma saatetaan tunnistaa, mutta ongelmaan ei välttämättä tartuta tai kukaan ei ota vastuuta hoidosta kokonaisuudessaan. Tällöin palvelukokonaisuutta on vaikea hallita ja tilanne voi johtaa palveluiden harkitsemattomaan ja epätarkoituksen mukaiseen käyttöön. Toistuvien käyntien

syynä voi olla, että asiakas ei ole saanut tarkoituksenmukaista palvelua oikeaan aikaan. Monisairaiden palveluprosesseja voidaan tehostaa asiakaslähtöisellä ja organisoidulla palveluohjauksella. Palveluohjauksella voidaan parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja hillitä epätarkoituksenmukaista palveluiden käyttöä. (Kanste ym. 2010, 51, 53–55.)

Asiakkaiden kokonaisvaltainen huomiointi edellyttää kykyä tehdä yhteistyötä eri toimijoiden kesken yli organisaatorajojen sekä taitoja etsiä tietoa ja ohjata asiakas oikeisiin, tarpeiden mukaisiin palveluihin. Jotta voidaan toteuttaa asiakaslähtöistä palveluohjausta tarkoituksenmukaisesti, on palvelujärjestelmä ja paikalliset sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajat tunnettava hyvin sekä oltava kekseliäs suunnitellessa potilaan tarpeiden mukaista hoitopolkua. Tämä tarkoittaa myös hyviä yhteistyösuhteita eri ammattilaisiin. (Masterson 2007b, 40.)

Palveluohjauksen kehittämisen kannalta on tärkeää saada kerättyä lisää luotettavaa ja arvioitua tietoa palveluohjauksen työmenetelmistä. Palveluohjaus auttaa myös yhteiskunnallista järjestelmää korjaamaan niitä epäkohtia, jotka eivät toimi tarkoituksenmukaisesti. (Hänninen 2007. 46–47.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia Oulun kaupungin Pisara-hankkeessa kehitetyn palveluverkoston käytettävyydestä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoutta palveluverkoston avulla tehdystä palveluohjauksesta ja palveluverkoston kehittämistarpeista.

Opinnäytetyössä kuvataan hoitajien kokemuksia palveluverkoston toimivuudesta ja määritellään mahdollisia muutostarpeita, jotta työelämän edustajat voisivat tarpeen mukaan kehittää palveluverkostoa toimivammaksi työvälineeksi.

Tutkimuskysymyksemme ovat

- 1 Millaisia kokemuksia hoitajilla on palveluverkoston käytöstä?
- 2 Millä tavalla palveluverkostoa tulisi hoitajien kokemusten mukaan kehittää?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Pisara-hankkeessa kehitetty palveluverkosto on käytössä Oulun kaupungin terveysasemilla. Opinnäytetyön tutkimusympäristönä olivat perusterveydenhuollon terveysasemien sairaanhoitajien vastaanotot ja kohderyhmänä olivat siellä työskentelevät hoitajat (n=93). Opinnäytetyössä hoitajilla tarkoitetaan sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia.

5.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö

Palveluverkosto löytyy Oulun kaupungin sisäisestä sähköisestä tietojärjestelmästä ja se on avoterveydenhuollossa toimivan henkilökunnan käytössä. Oulun kaupungin avoterveydenhuollon vastaanotoilla työskentelee sairaan- ja terveydenhoitajia yhteensä 93, tähän lukuun ei ole laskettu neuvoloiden terveydenhoitajia. Oulun kaupungissa on 13 terveysasemaa, jotka on jaettu alueittain. Terveysasemat sijaitsevat Haukiputaalla, Höyhtyällä, Kaakkurissa, Kaijonharjussa, Keskustassa, Kiimingissä, Kontinkankaalla, Myllyojalla, Oulunsalossa, Rajakylässä, Tuirassa, Yli-lissä sekä Ylikiimingissä. (Oulun kaupunki i.a; Pisara-hanke i.a.)

5.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmä on valittu sen mukaan, millainen menetelmä sopii parhaiten tutkimustehtävään. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi on valittu laadullinen menetelmä, koska opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien vastaanotolla työskentelevien hoitajien kokemuksia palveluverkostosta. Laadullisessa tutkimuksessa havainnoidaan ihmisten kokemuksia ja niiden merkitystä tutkittavaan ilmiöön. Laadullisen eli kvalitatiivisen opinnäytetyön lähtökohtana on ihminen, hänen elämän piirinsä sekä tähän liittyvät merkitykset. Laadullisen opinnäytetyön työn aineistonkeruussa painotetaan luonnollisia olosuhteita ja tällä tarkoitetaan sitä ympäristöä mikä normaalisti vallitsee

tutkittavan asian tai ilmiön ympärillä. Laadullisessa tutkimuksessa käydään koko prosessin ajan keskustelua aineiston, tutkimuskysymysten sekä viitekehyksen kesken ja opinnäytetyötä ohjaavat koko prosessin ajan ”mitä, miksi ja miten” – kysymykset. Opinnäytetyön suunnitelma muuttui ja kasvoi opinnäytetyön tekemisen aikana. (Eskola & Suoranta 2008, 15; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–50; Kylmä & Juvakka 2007, 28–31; Tuomi & Sarajärvi 2009, 65–70.)

5.3 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin lomakekyselyllä (Liite 2). Lomakekysely luotiin SurveyMonkey-ohjelman avulla. SurveyMonkey on verkkotutkimustyökalu, jonka avulla voidaan luoda erilaisia kyselytutkimuksia verkossa (SurveyMonkey i.a). Puolistrukturoitu lomakekysely on kaikille haastateltaville sama ja siinä on valmiit kysymykset, jotka ovat samassa järjestyksessä. Kaikissa kysymyksissä ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja vaan osa kysymyksistä on avoimia kysymyksiä ja osassa kysymyksistä on useita vastausvaihtoehtoja. Puolistrukturoitu lomakekysely sähköpostin välityksellä on nopea tapa kerätä aineistoa useilta henkilöiltä ja sen etuna on, että opinnäytetyön tekijä saa vastaukset kirjallisessa muodossa. Menetelmä sopii hyvin rajatulle ryhmälle, jotka ovat kuitenkin jollakin tapaa yhtenäistä ryhmää. (Eskola & Suoranta 2008, 86; Kylmä & Juvakka 2007, 104; Metsämuuronen 2008, 40.) Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin sähköpostin välityksellä tapahtuva lomakekysely, koska tämä menetelmä mahdollisti hoitajien vastaamisen kyselyyn heidän aikataulujensa mukaisesti. Haastattelua ei valittu tiedonkeruumenetelmäksi, koska yksilöhaastattelu vie paljon aikaa ja ryhmähaastattelun järjestäminen olisi ollut haasteellista valitulle kohderyhmälle.

Opinnäytetyön aineiston keräilykohteeksi valittiin ensin systemaattisella otannalla kolme terveysasemaa, mutta alhaisen vastausprosentin vuoksi kysely laajennettiin koskemaan kaikkia vanhan Oulun terveysasemia. Linkki kyselyyn jaettiin sähköpostitse hoitajan vastaanotolla työskenteleville hoitajille, joiden yhteystiedot saatiin terveysasemien palveluesimiehiltä.

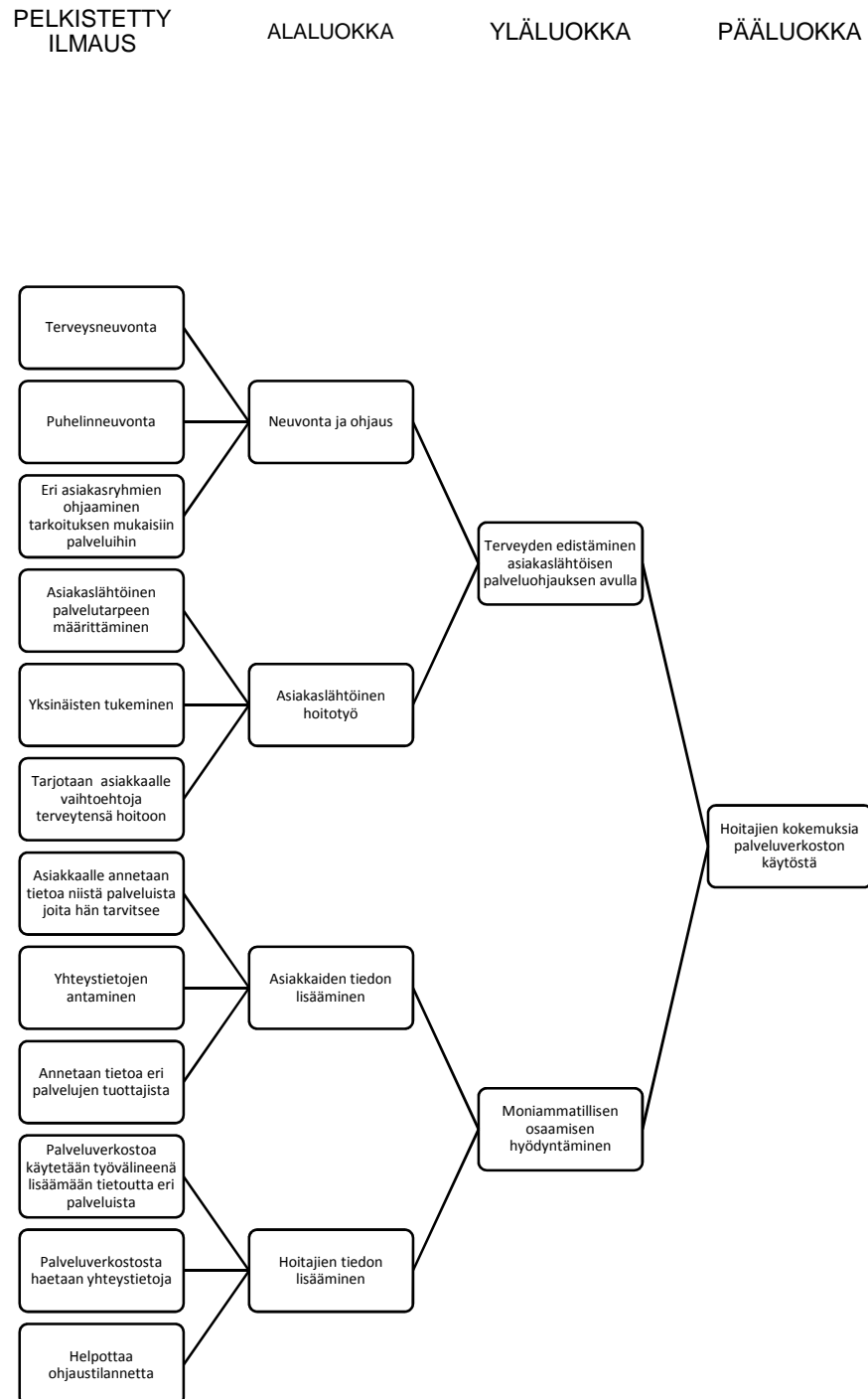
Ensimmäisen kerran kysely jaettiin sähköisesti hoitajille keväällä 2013 ja vastausaika oli tuolloin kaksi viikkoa. Vähäisen vastausaktiivisuuden vuoksi lähetettiin useita muistutusviestejä ja vastausaika pidennettiin kuukaudeksi, mutta saimme vain kolme vastausta. Hoitajista yksi ilmoitti, että ei vastaa kyselyyn, koska on ollut Pisara-hankkeen kehittämistyössä mukana. Syksyllä 2013 päätimme laajentaa otantaa koskemaan kaikkia vanhan Oulun terveysasemia. Vanhan Oulun terveysasemista kaksi terveysasemaa jäi opinnäytetyön aineiston keräyksen ulkopuolelle; yksi terveysasema jätettiin tietoisesti kyselyn ulkopuolelle, koska siellä olevat hoitajat valittiin lomakekyselyn testaukseen ja toinen terveysasema jäi kyselyn ulkopuolelle, koska emme saaneet hoitajien yhteystietoja ajallaan. Lähetimme kyselyn 47 hoitajalle ja lopulta vastauksia saatiin viideltätoista eri hoitajalta. Hoitajien vastaukset tallentuivat SurveyMonkey -vastauksen keräilijään.

5.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin induktiivisella aineiston analyysillä eli aineistolähtöisesti. Lähtökohtana aineistolähtöisessä analyysissä on kerätty aineisto ja tuloksena syntyy kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullisen aineiston analyysissä aineisto järjestetään sellaiseen muotoon, että sitä on mahdollista eritellä vastauksen etsimiseksi tutkimusongelmiin. Analyysi on kaikissa vaiheissa uusien merkitysten rakentamista. Merkityksiä rakennetaan esittämällä kuvauksia, tekemällä päätelmiä ja tulkintoja sekä antamalla selityksiä tehdyille ratkaisuille. Aineiston analysointi aloitetaan aineiston puhtaaksi kirjoittamisella eli litteroinnilla. Kirjallisessa muodossa olevan aineiston litterointi tapahtuu poimimalla vastaukset vastaajittain lomakekyselyistä kysymys kerrallaan. Tutkimuskysymyksiin etsittiin vastauksia aineistosta. (Eskola & Suoranta 2008, 225; Kylmä & Juvakka 2007, 29; Kyngäs & Vanhanen 1999; Metsämuuronen 2008, 47–54; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–94, 108–113.)

Kaikki vastaukset analysoitiin kysymys kerrallaan. Aineiston litteroinnissa eli puhtaaksi kirjoittamisessa hyödynnettiin SurveyMonkey-ohjelmaa, joka järjesti lomakekyselyssä saadut vastaukset valmiiksi kysymysten alle. Aukikirjoitettua

aineistoa saatiin neljä A4 sivua. Aineistoa käytiin läpi useita kertoja ja tarkoituksena oli löytää vastauksista tutkimuskysymyksiin sopiva aineisto. Analyysiyksiköt valikoituvat peilaamalla vastauksia tutkimuskysymyksiin. Vastauksien analysoiminen ja yhteisten nimittäjien löytäminen oli suhteellisen vaivatonta, koska vastaukset olivat lyhyitä ja selkeitä. Lisäksi puolistrukturoidussa lomakehaastattelussa osaan kysymyksistä oli valmiit vastausvaihtoehdot, jotka helpottivat luokittelun tekemistä. Alkuperäiset samaa tarkoittavat ilmaukset numeroitiin ja tämän jälkeen muodostettiin samaa tarkoittavista lausahduksista tai sanoista pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaukset numeroitiin jälleen ja niistä muodostettiin alaluokat, jotka muodostuivat pelkistettyjen ilmausten yhteisistä nimittäjistä. Samansisältöiset alaluokat yhdisteltiin yläluokiksi. (Kuvio 1. s.27) Tämän jälkeen yläluokista muodostettiin pääluokat peilaamalla aineiston vastauksia tutkimuskysymyksiin. Pääluokkia syntyi kaksi kappaletta, jotka ovat hoitajien kokemuksia palveluverkoston käytöstä sekä palveluverkoston kehittämisen osa-alueet. Aineistosta pyrittiin nostamaan tutkimusilmiön kannalta merkittävää tietoa ja saamaan kattavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tämän vuoksi aineistoa luokiteltiin useita kertoja. Tutkimusaineistolla pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin, sillä se on aineiston analyysin ja abstrahointiprosessin kannalta merkityksellistä.



KUVIO 1. Esimerkki aineiston analysistä. Hoitajien kokemuksia palveluverkoston käytöstä

6 TULOKSET PALVELUVERKOSTON KÄYTETTÄVYYDESTÄ JA KEHITTÄMISTARPEISTA

Tulokset jakautuivat hoitajien kokemuksiin palveluverkoston käytöstä sekä palveluverkoston kehittämisen osa-alueisiin.

6.1 Hoitajien kokemuksia palveluverkoston käytöstä

Tulosten mukaan hoitajat käyttivät palveluverkostoa asiakaslähtöisen palveluohjauksen työvälineenä terveyden edistämisessä sekä moniammatillisen osaamisen hyödyntämiseen hoitotyössä (Kuvio 2. s. 31). Asiakaslähtöisen palveluohjauksen avulla pyritään vastaamaan asiakkaiden erilaisiin terveystarpeisiin ja ohjataan asiakkaita terveyden edistämisessä. Moniammatillista osaamista hyödynnetään hakemalla tietoa erilaisista palveluista ja palveluntuottajista erilaisille asiakasryhmille. Tulosten perusteella palveluverkoston avulla välitetään tietoa eri palveluista asiakkaille ja hoitajat kokivat myös oman tietämyksen lisääntyneen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat hyödynsivät palveluverkostoa neuvonnassa ja ohjaamisessa sekä asiakaslähtöisen hoitotyön toteuttamisessa. Tulosten perusteella hoitajat kokivat tärkeäksi, että potilas saa tarvittavan avun huolimatta siitä, että he eivät itse voi auttaa asiakasta hänen avuntarpeessaan. Palveluverkoston avulla lisättiin asiakkaan mahdollisuuksia huolehtia terveydestä ja hyvinvoinnista.

..tulee laajemmin tarjottua asiakkaalle mahdollisuuksia..

..on antaa ”kättä pidempää” asiakkaalle

Tulosten perusteella hoitajat käyttivät palveluverkostoa erilaisten asiakasryhmien ohjaamisessa, kuten mielenterveys- ja päihdepotilaiden, pitkäaikaissairaiden, työttömien, vanhuksien ja muistisairaiden ohjaamiseen. Lisäksi palveluver-

kostosta haettiin tietoa yksinäisten ja ylipainoisten aktivointiin sekä paljon palveluja käyttävien auttamiseksi. Palveluverkosta hyödynnettiin vastaanotolla ja puhelinneuvontatyössä ja sen avulla helpotettiin ohjaustilannetta.

Miettiessäni, mikä olisi potilaalle tarkoituksenmukaisin auttava taho, esim vanhuspotilaan kotihoidon järj.

... mt-potilaan hoidossa

Tulosten mukaan hoitajat hyödynsivät palveluverkostossa olevaa moniammatillista osaamista lisätäkseen tietämystä eri palveluista. Tulosten perusteella palveluverkoston avulla hankittiin ja lisättiin tietoutta eri palveluista ja auttamismenetelmistä ja hoitajat kokivat oman tietämyksen lisääntyneen.

tilanne jossa as vastaanotolla tarvitaan tietoa minne ohjataan..

Oma tietämys lisääntynyt.

Hoitajat kokivat palveluverkoston helpottavan työtä ja sen avulla hyödynnettiin eri ammattiryhmien osaamista asiakkaiden auttamiseksi sekä helpotettiin ohjaustilannetta.

Helpottaa kovasti omaa työtä. Pystyy eri ammattiryhmiä erinlaiilla hyödyntämään.

Helpottanut ohjaustilannetta.

Moniammatillista osaamista hyödynnettiin hakemalla tietoa erilaisista palveluista ja palveluntuottajista erilaisille asiakasryhmille. Tulosten perusteella palveluverkoston avulla välitettiin tietoa eri palveluista asiakkaille. Palveluverkoston avulla annettiin potilaalle tietoa niistä palveluista, joita hän tarvitsee ja sen avulla hankittiin erilaisten auttamistahojen/eri toimijoiden yhteystietoja.

yhteystiedot helppo löytää palveluverkoston kautta

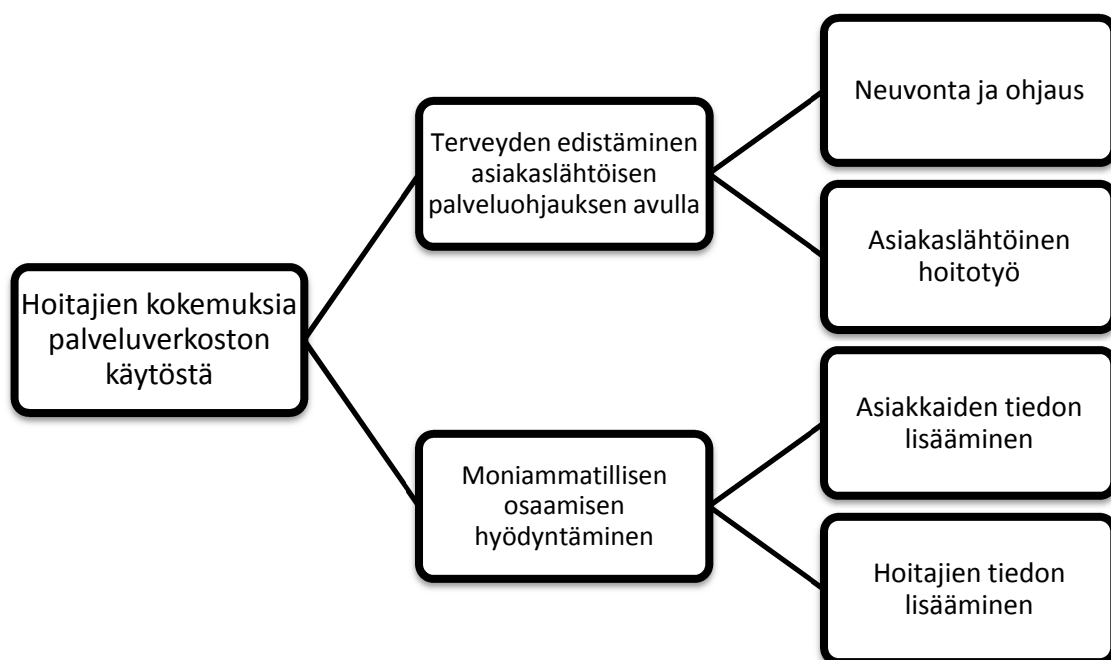
ohjatessa vanhusta olemaan yhteydessä oikeaan paikkaan

Tulosten perusteella hoitajat kokivat palveluverkoston hyödyllisenä työvälineenä ja kaikki palveluverkostossa olevat palvelut koettiin hyödyllisinä, vaikka palveluverkoston käyttötiheydessä ja sisällön hyödyntämisessä oli eroja eri hoitajien välillä. Kaikkia palveluverkostossa olevia palveluita hyödynnettiin hoitajien työssä, mutta eniten hyödyllisinä työssä koettiin Palvelut ikäihmisille ja Kotihoito. Seuraavaksi hyödyllisimpiä palveluita olivat Järjestöjen toiminta ja vertaistuki, Kuntoutus ja sopeutumisvalmennuskurssit sekä Hoito- ja apuvälinejakelu. Palveluverkoston mielenterveyspalveluja, päihdepalveluja sekä tulkkipalveluja ja tietoa seurakunnasta, sosiaalisesta tuesta ja toimeentulosta sekä asukastuvan palveluista pidettiin hyödyllisenä. Palveluverkoston Neuvontapalveluja ja Verkstopalaveria työssään hyödynsivät muutamat vastaajat ja vähiten työssä hyödynnettiin palveluverkoston Työvoimapalveluja ja Maahanmuuttajapalveluja. Viidestätoista vastaajasta seitsemän käytti palveluverkostoa viikoittain ja yksi päivittäin, neljä vastaajaa käytti palveluverkostoa kuukausittain ja kolme vastaajaa harvemmin kuin kerran kuukaudessa.

PÄÄLUOKKA

YLÄLUOKKA

ALALUOKKA



KUVIO 2. Hoitajien kokemuksia palveluverkoston käytöstä

6.2 Palveluverkoston kehittämisen osa-alueet

Tulosten perusteella palveluverkoston kehittämisen osa-alueiksi nousivat tiedon saavutettavuus ja palveluverkoston käytettävyys (Kuvio 3, s. 33). Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat kokivat tarpeelliseksi lisätä palveluverkoston tunnettavuutta. Tulosten perusteella tiedon saavutettavuuden parantamiseksi henkilöstön informointia ja koulutusta palveluverkoston käytöstä tulisi lisätä.

Epätietoisuutta etenkin lääkäreillä. Hyvä olisi aika ajoin muistuttaa sen olemassa olosta, uusille rutiiniksi perehdytykseen.

Myös tietojen päivittämistä sekä tiedottamista yhteystietojen ajantasaisuudesta pitäisi lisätä. Tulosten perusteella hoitajat olivat epätietoisia ja epävarmoja siitä ovatko yhteystiedot ajan tasalla ja osa vastaajista oli sitä mieltä, että tiedot eivät ole ajan tasalla.

*en ole ihan varma
..yhteystietojen ajantasallapitäminen.*

Tulosten perusteella palveluverkoston käytettävyys koettiin hieman työläänä. Palveluverkoston käytettävyyttä pitäisi kehittää helpottamalla palveluverkoston löydettävyyttä ja selkeyttämällä ulkoasua sekä yksinkertaistamalla palveluverkoston käyttöä, jotta yhteystiedot löytyisivät. Tuloksista kävi ilmi, että palveluverkosto koetaan haasteelliseksi löytää sisäisestä tietoverkosta ja sen käyttöä tulisi yksinkertaistaa sekä palauttaa toimivuutta.

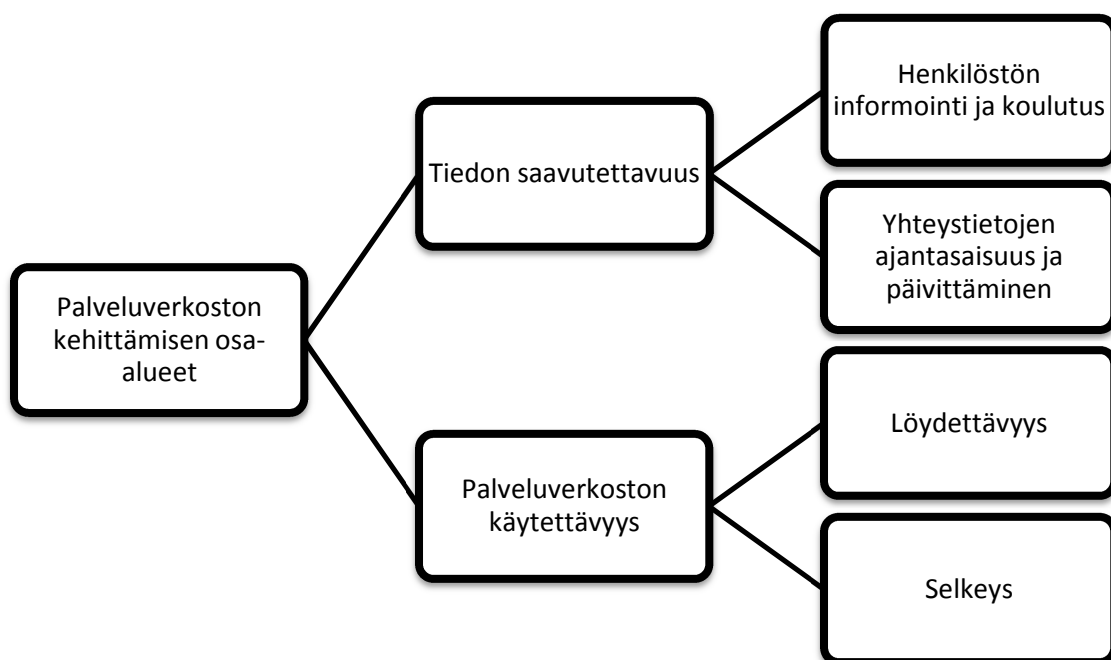
*Jäsentäminen ja löytyvyys vielä selkeämmäksi.
Powerpointilla tehty. Joutuu laittamaan esittelymuotoon että linkit avautuvat. Yhden otsakkeen alla löytyisi tarvittavat tiedot.*

..koska sen käyttö on työlästä

PÄÄLUOKKA

YLÄLUOKKA

ALALUOKKA



KUVIO 3. Palveluverkoston kehittämisen osa-alueet

7 TULOSTEN JA OPINNÄYTETYÖN TEKEMISEN POHDINTAA

7.1 Tulosten merkitys ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla hoitajien kokemuksia palveluverkoston käytettävyydestä. Opinnäytetyössä tuotettiin uutta tietoa palveluverkoston avulla tehdystä palveluohjauksesta ja palveluverkoston kehittämistarpeista.

Opinnäytetyön tulokset palveluverkoston käytettävyydestä ovat merkityksellisiä asiakaslähtöisen palveluohjauksen kehittämisen, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä moniammatillisen osaamisen hyödyntämisen ja yhteistyön kehittämisen kannalta. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että hoitotyössä tarvitaan toimivia moniammatillisen yhteistyön ja palveluohjauksen työvälineitä, jotta asiakkaiden terveystarpeisiin voidaan vastata. Lisäksi merkityksellistä on, että palveluverkostoa käytetään vuorovaikutuksen välineenä tiedon lisäämisessä.

Palveluverkosto voidaan nähdä eri palveluntuottajien välisenä vuorovaikutuskanavana. Tämä edellyttää palveluverkoston käyttöönottoa myös muilla sektoreilla ja sitä, että palveluverkosto sijaitsee sellaisessa verkkoympäristössä, johon kaikilla palveluverkostossa mukana olevilla palveluntuottajilla on esteetön pääsy. Laajentamalla palveluverkostoa myös muiden palveluntuottajien käyttöön voidaan edistää moniammatillista yhteistyötä ja vuorovaikutusta eri toimijoiden välillä. Opinnäytetyön tulokset ovat merkityksellistä työelämän kannalta, sillä tulosten pohjalta voidaan järjestää koulutusta ja ohjausta henkilökunnalle sekä kehittää palveluverkostoa työvälineenä.

Opinnäytetyön tulokset palveluverkoston kehittämisen osa-alueista ovat merkityksellisiä palveluverkoston kehittämisen sekä palveluohjauksen kannalta. Esimerkiksi epätietoisuus yhteystietojen ajantasaisuudesta voi johtaa väärin yhteystietojen antamiseen potilaalle, jolloin potilas ei saavuta tarvitsemaansa auttamistahoa tarkoituksenmukaisesti. Tällöin potilas saattaa palata ongelmansa kanssa hoitajan vastaanotolle yhä uudelleen tai hänen ongelmansa jää hoita-

matta. Epätietoisuus tietojen ajantasaisuudesta voi myös heikentää hoitajan luottamusta palveluverkoston työvälineenä. Epäkohta on korjattavissa päivittämällä yhteystietoja ja tiedottamalla hoitajia yhteystietojen ajantasaisuudesta.

Tulosten perusteella moniammatillista yhteistyötä on kehitettävä. Toimiva vuorovaikutus on yhteistyön edellytys ja asiakaslähtöinen palveluohjaus edellyttää tiedonkulun lisäämistä eri toimijoiden kesken. Yhteystietojen päivittäminen onnistuu parhaiten siten, että jokainen palveluverkostossa oleva palveluntuottaja osallistuu palveluverkoston ylläpitoon sekä huolehtii tietojen ajantasaisuudesta ja tietojen päivittämisestä palveluverkoston. Yhteystietojen päivittämistä varten voidaan sopia yhteyshenkilöt eri palveluntuottajien kesken. Näin toimimalla lisätään samalla yhteistyötä ja vuorovaikutusta eri palveluntuottajien välillä sekä edistetään moniammatillisen yhteistyön kehittymistä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella tiedon saavutettavuuden parantamiseksi henkilöstön informointia ja koulutusta palveluverkoston käytöstä tulisi lisätä. Palveluverkoston käyttäminen työvälineenä edellyttää tietoa ja taitoa käyttää palveluverkostoa, joten palveluverkoston käyttämisen edellytyksenä voidaan pitää asianmukaista ja riittävää perehdytystä sekä ohjausta ja lisäksi tarvitaan toimivia tietoteknisiä ratkaisuja.

Johtopäätökset opinnäytetyön tulosten perusteella ovat:

1. Palveluverkosto on hyödyllinen asiakaslähtöisen ohjauksen työväline terveyden edistämisessä ja sen avulla on mahdollista hyödyntää moniammatillista osaamista hoitotyössä.
2. Palveluverkostoa on tarpeellista kehittää, sillä kehittämisen avulla voidaan lisätä tiedonkulkua, parantaa palvelujen saavutettavuutta ja laatua sekä edistää eri toimijoiden välistä yhteistyötä.

Verkostoitumisen ja toimivan palveluketjun avulla voidaan parantaa asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia, kohdistaa resursseja järkevästi ja tarkoituksenmukaisesti sekä keventää eri toimijoiden kuormitusta ja hillitä kustannuksia.

7.2 Opinnäytetyön tulosten vertailua aiempiin tutkimuksiin

Palveluverkostoa ei ole tutkittu aiemmin, mutta tutkimuksista löytyy tietoa, jonka avulla voidaan perustella opinnäytetyön tutkimustulosten tärkeyttä. Opinnäytetyön tulosten perusteella palveluverkostoa käytettiin asiakaslähtöisen ohjauksen työvälineenä terveyden edistämässä ja sen avulla hyödynnettiin moniammatillista osaamista hoitotyössä. Tulokset vahvistavat aiempia tutkimustuloksia, joiden perusteella asiakaslähtöisen ohjauksen sekä moniammatillisen osaamisen hyödyntämisen ja yhteistyön kehittämisen avulla voidaan edistää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. (Kyngäs & Kääriäinen 2006; Honkanen 2010; Kinnunen 2009; Rättyä 2009; Nurkkala 2010; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009; Kanste ym. 2010.)

Terveyden edistäminen edellyttää, että palvelut sovitetaan yhteen asiakkaiden tarpeiden mukaisesti ja turvataan siten kaikille yhtäläisesti korkeatasoiset, saatavissa olevat palvelut. Lisäksi on annettava tietoa sekä tukea ihmisten omaehtoiseen terveydenedistämiseen. (Masterson 2007a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Opinnäytetyön tulosten perusteella palveluverkostoa hyödynnettiin ohjauksen apuvälineenä hyvin monenlaisissa asiakastilanteissa ja sen avulla pyrittiin vastaamaan erilaisiin palvelutarpeisiin.

Isoherrasen (2012) mukaan potilaat/asiakkaat sekä heidän läheiset haluavat yhä enemmän tietoa ja mahdollisuuksia vaikuttaa ratkaisuihin ja lisäksi he ovat aiempaa tietoisempia oikeuksistaan. Lisäksi ihmisillä on nykyään aiempaa paremmat mahdollisuudet hankkia tietoa sähköisistä tietolähteistä. Kehitys on johdannut siihen, että asiakas/potilas on yhä enemmän toiminnan keskiössä. Metsämuuronen (2000, 2001) kuvaa, että asiakkaat ovat tulevaisuudessa vaativampia ja heillä on laajempi tietomäärä, jolloin he myös osaavat vaatia palvelua ja palveluilta laatua. Palvelu korostuu ammattilaisen työssä ja asiakkaiden tarpeet tulevat etenevässä määrin palvelujen lähtökohdaksi.

Opinnäytetyön tulosten perusteella tärkeäksi koettiin asiakkaan ohjaaminen tarpeiden mukaisesti palveluihin ja se, että potilas saa tarvitsemansa avun huolimatta siitä, millä palveluverkoston auttamissektorilla hänen avuntarpeeseensa

vastataan. Opinnäytetyön tulokset vahvistavat tutkimusten ja kirjallisuuden luomaa käsitystä siitä, että julkisten palvelujen ja eri sektorien välisen yhteistyön kehittäminen sekä palvelujen saatavuuden varmistaminen ovat tärkeitä ihmisten terveyden edistämiseksi, eriarvoisuuden vähentämiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. (Manderbacka ym. 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Rättyä 2009; Kinnunen 2009.) Eri näkökulmien, asiantuntijatiedon ja osaamisen kokoamista yhteen voidaan kutsua yhteisölliseksi älykkyudeksi, jonka avulla pyritään saavuttamaan laadukas, kokonaisvaltainen sekä asiakaslähtöinen tulos. (Isoherranen 2005)

Opinnäytetyön tulokset tukivat ajatusta siitä, että palvelujen kehittämisen ja eri sektorien välisen yhteistyön sekä palvelujen saatavuuden varmistamiseksi tarvitaan henkilöstön koulutusta, tietoteknisiä apuvälineitä sekä tiedonkulun lisäämistä eri toimijoiden kesken. Tietoa on nykyisin paljon ja se on hajautettuna eri henkilöille, erilaisiin tiedostoihin ja tietokantoihin. Kaikkien toimijoiden tieto pitäisi saada käyttöön kokonaisvaltaisessa hoitotyössä asiakkaan parhaaksi. (Isoherranen 2012.) Yhteiskunnan palvelujärjestelmä kokonaisuudessaan on pirstaleinen, hoito- ja palveluketjut katkeilevat helposti sekä palvelukokonaisuudet ja asiakkaan tuki ovat paikoin huonosti koordinoituja, joten eri ammattiryhmien ja muiden toimijoiden välistä yhteistyöosaamista on vahvistettava ja yhteistyötä eri toimijoiden, kuten julkisen sektorin, järjestöjen, yritysten ja seurakuntien kesken tulee selkiinnyttää ja jäntevöittää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Rättyä 2009; Kinnunen 2009.)

Tiedon lisääntymisen ja teknologisen kehityksen myötä nykyään tiedon koaamiseen ja sujuvaan siirtämiseen löytyy välineitä, mutta ne pitäisi saada joustavasti kaikkien tarvitsijoiden käyttöön. (Isoherranen 2012.) Opinnäytetyön tulosten perusteella palveluverkoston käytettävyyttä pitäisi kehittää helpottamalla palveluverkoston löydettävyyttä sisäisestä tietoverkosta, selkeyttämällä ulkoasua sekä yksinkertaistamalla palveluverkoston käyttöä. Palveluverkoston toimivuuteen voidaan vaikuttaa kehittämällä tietojärjestelmää ja sen ominaisuuksia. Toimivuuden parantamiseksi tarvitaan tietotekniikan osaajaa selkeyttämään ja yksinkertaistamaan palveluverkoston käyttöominaisuuksia. Löydettävyyttä voidaan parantaa laittamalla palveluverkosto esimerkiksi pikalinkiksi tietoko-

neen työpöydälle. Lisäksi tutkimustuloksissa nousi esiin, että henkilökunta tarvitsee ohjausta palveluverkoston käytössä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella palveluverkoston käyttämisestä ohjauksen apuvälineenä tulisi informoida kaikkia asiakastyöhön osallistuvia henkilöitä, sillä esimerkiksi osa terveyspalvelujen käyttäjistä menee edelleen suoraan lääkärin vastaanotolle tai asiointi jää yhteydenoton tasolle, jolloin avainasemassa ohjaamistyössä ovat muut kuin sairaanhoitajien vastaanotoilla toimivat hoitajat. Palveluverkosto tulisi myös huomioida osana uuden henkilökunnan perehdytystä. Tutkimusten mukaan moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen edellyttää ammatillista osaamista, kuten asiakaslähtöistä verkottunutta työtettä ja moniammatillisen yhteistyön taitoja. Moniammatillinen yhteistyö ja monen eri alan toiminnan kietoutuminen yhteen edellyttävät yhteistyö- ja verkostoitumiskykyä sekä yhdessä tekemisen taitoja. (Isoherranen 2005; Metsämuuronen 2000.)

Voidakseen toteuttaa asiakaslähtöistä palveluohjaustyötä tarkoituksenmukaisesti, on palvelujärjestelmä tunnettava hyvin. Tämä tarkoittaa myös hyviä yhteistyösuhteita eri ammattilaisiin (Masterson 2007b, 40.) Toisten yksiköiden ja organisaatioiden toiminnan ja ammatillisen osaamisen tuntemus sekä yhteydet verkostoon ovat tärkeitä organisaatorajat ylittävässä asiakaslähtöisessä työskentelyssä ja hyvä tiedonkulku sekä yhteistyökäytännöt ovat tärkeitä toiminnan kehittämisessä (Isoherranen 2005) Esimiesten tehtävänä on seurata ja edistää henkilöstön sitoutumista palveluverkoston käyttöön työkaluna sekä luoda edellytyksiä sen käytölle.

Useissa tutkimuksissa ja suosituksissa sekä lainsäädännössä kehoitetaan yhteistyöhön eri toimijoiden kesken (esimerkiksi Lahelma ym. 2007, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, Terveystieteiden lausunto 2010.) Isoherranen (2012) mukaan nykyään sosiaali- ja terveysalalla kohdataan yhä monimutkaisempia ongelmia ja niiden ratkaiseminen tekee eri toimijoista entistä riippuvaisemmaksi toisistaan. Päälekkäinen ja ristiriitaisuuksia sisältävä työskentely aiheuttaa sekaannuksia ja tehottomuutta. Palveluverkostoa voidaan pitää moniammatillisen vuorovaikutuksen välineenä, jonka avulla pidetään eri toimijat ajan tasalla toistensa toiminnasta ja osaamisesta. Tämä kuitenkin edellyttäisi sitä, että palveluverkosto olisi

kaikkien niiden toimijoiden käytettävissä, joiden yhteystiedot löytyvät palveluverkostosta. Isoherrasen (2005) mukaan onnistuneen yhteistyön rakentamiseen tarvitaan eri osapuolten välistä vuorovaikutusta ja palautteen antoa. Jos tieto ei siirry organisaatiosta toiseen tai asiantuntijalta toiselle siitä aiheutuu turhaa työtä, ristiriitaisuuksia ja päällekkäistä työskentelyä. Uuden tekniikan lisäksi tarvitaan keskustelua ja tapaamisia sekä yhteistyön arviointia. (Isoherranen 2005).

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni miten hoitajat hyödynsivät palveluverkostoa työssään ja mitkä ovat palveluverkoston kehittämistarpeet, mutta palveluverkoston hyödyntämisen avulla voidaan myös kerätä tietoa asiakkaiden palvelutarpeista. Yhteistyössä palveluverkostossa olevien palveluntuottajien ja asiakkaiden kanssa voidaan myös kerätä tietoa siitä kuinka potilaat ovat saavuttaneet palvelut, joihin heidät on ohjattu ja ovatko palvelut olleet tarpeenmukaisia. Selvittämällä hoitajien kokemuksia palveluverkoston käytöstä voidaan määrittellä millaista palvelua erilaiset asiakasryhmät hoitotyön ammattilaisten mielestä tarvitsevat. Vastauksia voidaan hyödyntää moniammatillisessa yhteistyössä, resurssien kohdentamisessa sekä ohjaustyön sisällön kehittämisessä eri asiakasryhmille.

Opinnäytetyön tulosten perusteella mielenterveys- ja päihdepalveluja hyödynnettiin vähemmän kuin esimerkiksi järjestöjen toiminta ja vertaistuki – palvelua. Nämä tulokset herättivät monia kysymyksiä, kuten: millaisissa tilanteissa mielenterveys- ja päihdepalveluja hyödynnetään ja miten asiakkaita ohjataan mielenterveys- ja päihdeasioiden hoidossa terveysasemilla? Mikä on erilaisten järjestöjen, asukastupien ja seurakunnan rooli kokonaisvaltaisessa hoitotyössä ja millaisia palveluita heiltä haetaan palveluverkoston avulla ja miksi? Lisäksi opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat hyödynsivät työssään vähiten muun muassa maahanmuuttajapalveluja. Tämäkin herätti kysymyksiä; miten maahanmuuttajien terveyspalvelujen tarpeeseen vastataan ja miten tulkkipalveluja hyödynnetään hoitotyössä terveysasemilla? Tulosten pohjalta jäimme myös

pohtimaan, että missä tilanteessa verkostopalaveri koetaan tarpeelliseksi ja miten se käytännössä toteutuu terveysasemien toiminnassa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella tiedon saavutettavuuden parantamiseksi henkilöstön informointia ja koulutusta palveluverkoston käytöstä tulisi lisätä. Esimerkiksi uusilla työntekijöillä ja lääkäreillä oli vastaajien mukaan epätietoisuutta palveluverkoston olemassaolosta ja käytöstä työvälineenä, joten tästä voidaan päätellä, että tarvitaan ohjeistusta palveluverkoston käyttöön. Ohjeistus voidaan tuottaa esimerkiksi opinnäytetyönä.

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta esitämme jatkotutkimusaiheiksi:

1. Millä tavalla perusterveydenhuollossa asioivat asiakkaat ovat hyötäneet palveluverkoston avulla toteutetusta palveluohjauksesta?
2. Miksi hoitajat kokivat tietyt palveluverkoston palvelut hyödyllisemmäksi kuin toiset ja mihin asiakastarpeisiin niillä vastattiin?
3. Perehdytysopas palveluverkostosta perusterveydenhuollossa työskenteleville

7.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyössä kuvailtiin hoitajien kokemuksia Pisara-hankkeen palveluverkostosta. Tämä oli tarpeellista, koska palveluverkoston käyttökokemuksia ja kehittämistarpeita ei ole aiemmin selvitetty. Opinnäytetyössä keskityttiin hoitajien kokemusten tarkasteluun, koska palveluverkosto on ollut pisimpään hoitajien työvälineenä.

Tavoitteena tieteellisessä tutkimuksessa on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Yleisillä luotettavuuskriteereillä voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat esimerkiksi uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan opinnäytetyön ja opinnäytetyön tuloksen uskottavuutta sekä tämän osoittamista opinnäytetyössä. Opinnäytetyön uskottavuutta voidaan lisätä sillä, että opinnäytetyön tulokset luovutetaan luettavaksi haastatteluun osallistujille, jolloin saadaan palautetta tulosten paikkansa pitävyydestä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää kerätyn aineiston kokonaisvaltainen käyttö. Tutkimustulosten raportoinnin virhelähteitä ovat ennakoasenteesta johtuva vääristymä, suoratielinen tulosten väärennös, tutkimustulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen. Tuloksien julkaisemiseen osallistuvat ne, jotka ovat opinnäytetyön tehneet ja jotka myös osallistuivat opinnäytetyön kirjoittamiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369–372.)

Lomakekysely testattiin varsinaisen aineiston keruun ulkopuolelle jäävän terveysaseman hoitajilla. Oulu laajeni uudeksi Ouluksi vuoden 2013 alussa, jolloin Ouluun liittyi Oulunsalo, Kiiminki, Ylikiiminki, Yli-Ii sekä Haukipudas. Lomakekyselyä ei lähetetty liittyneiden kuntien terveysasemille, koska heillä ei ollut kokemuksia Pisara-hankkeen palveluverkoston käytöstä. Varsinaiseen aineiston keruuseen valittiin kaikki muut vanhan Oulun terveysasemat paitsi lomakekyselyä testannut terveysasema. Opinnäytetyön tekijät analysoivat yhdessä kaiken saadun aineiston. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut ennakoasennetta tutkittavaan asiaan, koska heillä ei ollut käyttökokemuksia palveluverkostosta.

Ennen kyselyn lähettämistä Pisara-hankkeen projektityöntekijät tekivät palveluverkostoa tunnettavaksi terveysasemilla ja ohjasivat käyttöönnotossa. Lisäksi hoitajille annettiin tietoa opinnäytetyön aiheesta saatekirjeen avulla. Lisäksi hoitajille annettiin tietoa opinnäytetyön aiheesta saatekirjeen avulla. Opinnäytetyö julkaistaan opinnäytetyön tekijöiden nimissä, vaikka opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Pisara-hankkeen kanssa. Theseus-tietokannassa opinnäytetyö on kaikkien luettavissa ja lisäksi yksi painos opinnäytetyöstä löytyy Diakonia ammattikorkeakoulun Oulun toimipisteen kirjastosta. Lisäksi prosessin erivaiheissa työelämän edustajat ovat saaneet luettavaksi opinnäytetyön, jotta asiavirheitä ei pääsisi syntymään. Työn valmistuttua valmis opinnäytetyö lähetettiin työelämän

edustajalle. Opinnäytetyön prosessin aikana on tehty yhteistyötä Pisara-hankkeen yhteyshenkilön kanssa.

Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet selittämään analyysiprosessin tarkasti, sillä tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisen vaiheista lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Tärkeää on myös kertoa luokittelun alkujuuret ja luokittelujen perusteet. Lisäksi aineisto luokiteltiin numeraalisesti ennen varsinaista analyysiä, koska luokittelujen tekeminen on keskeistä laadullisen aineiston analyysissä. Suorilla lainauksilla on pyritty saamaan opinnäytetyön lukijalle vaikutelma siitä, miten opinnäytetyön tekijät ovat päässeet saamiinsa tutkimustuloksiin ja johtopäätöksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–228.)

Vahvistettavuus tarkoittaa opinnäytetyöprosessin kirjaamista niin, että prosessin kulkua voidaan seurata pääpiirteissään. Raportin kirjoitus vaiheessa tutkija voi hyödyntää tutkimuspäiväkirjaansa ja muistiinpanojaan tutkimusprosessin eri vaiheista. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Raporttia on kirjoitettu tiiviissä yhteistyössä tekijöiden kesken. Kirjoittamisessa on käytetty apuna muistiinpanoja opinnäytetyön prosessin ajalta sekä hyödynnetty saatua palautetta. Opinnäytetyö pohjautui ensin avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentui työn edetessä. Opinnäytetyön tekijät päätyivät aineiston perusteella samoihin tulkintoihin.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan ymmärrystä siitä kuinka opinnäytetyöntekijä itse vaikuttaa aineistoonsa ja opinnäytetyöprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tekijöillä ei itsellään ole kokemusta palveluverkoston käytöstä tai työskentelystä terveysasemilla. Aineiston analyysi oli suhteellisen helppo tehdä, koska vastaukset olivat selkeitä ja yksiselitteisiä. Opinnäytetyön prosessin aikana tekijät taltioivat kaikki muistiinpanot ja prosessin vaiheet tietokoneen tiedostoihin, joihin oli hyvä palata uudelleen katsomaan mitä aiemmin oli suunniteltu ja tehty.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan mahdollisuutta siirtää opinnäytetyön tulokset muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimukseen vastanneiden hoitajien kokemukset palveluverkoston käytöstä ja kehittämistarpeista olivat hyvin samankaltaisia. Tämän perusteella voidaan olettaa, että mikäli pal-

veluverkosto olisi käytössä toisella paikkakunnalla, tutkimustulos olisi samankaltainen.

7.5 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö on tutkimus- ja kehittämispainotteinen. Opinnäytetyössä eettisyys näkyy kriittisyytenä nykyisiä käytänteitä kohtaan. Rakentavalla kriittisyydellä voidaan kehittää käytännön toimintaa ja toiminnan arviointia. Eettinen näkökulma ilmenee työnaiheen valinnassa, tiedonhankinnassa, tavassa puhua prosessista ja tuloksista sekä tuloksien soveltamisessa. Tutkittavien yhteistyöhalu on ihmisiä tutkittaessa tutkimusaineiston luotettavuuden perusta ja tutkittavien ihmisten oikeuksiin sekä kohteluun on aina kiinnitettävä huomiota tutkimusaineiston keruussa. Hoitotyötä tekevillä on ammatillinen velvollisuus kehittää hoitotyötä, mutta jokainen tekee itse päätöksen osallistumisesta. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12; Eskola & Suoranta 2008, 53–57; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367–368; Sairaanhoidtajaliitto 1996; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4.)

Lähtökohtana on tutkittavien ihmisten rehellinen ja kunnioittava kohtelu. Kunnioitus pitää sisällään sen, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen, suostumus voi olla yksilöity tai yleinen. Tutkittavia informoidaan etukäteen mahdollisimman monipuolisesti tutkimuksesta ja heidän oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan kuvataan mahdollisimman totuudenmukaisesti ja rehellisesti. Tutkittavilla on oikeus keskeyttää tutkimus ja olla osallistumatta siihen. Tutkittava antaa suostumuksensa suullisesti tai kirjallisesti tai hänen käyttäytymisestään voidaan muulla tavoin tulkita suostumus tutkimukseen, esimerkiksi kyselyyn vastaaminen osoittaa suostumuksen tutkittavaksi. Tutkittavien henkilötietoja ei paljasteta missään vaiheessa tutkimusta. Tutkittavilla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta ja tutkimusaineistosta ennen aineiston keruun käynnistymistä sekä koko aineiston keruun ajan. Lisäksi tutkittavilla on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista ja esittää selventäviä kysymyksiä koko aineiston keruun ajan. Eri organisaatioissa on tutkimusluvan hakemista varten erilaisia ohjeita ja lomakkeita. Tavallisesti tutkimusluvan saaminen edellyttää eettisentoimikunnan

käsittelyä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12; Eskola & Suoranta 2008, 53–57; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367–368; Sairaanhoidtajaliitto 1996; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4.)

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoutta palveluverkoston avulla tehdystä palveluohjauksesta ja palveluverkoston kehittämistarpeista. Tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia Oulun kaupungin Pisara-hankkeessa kehitetyn palveluverkoston käytettävyydestä. Opinnäytetyömme aihe ei loukkaa ketään eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna. Opinnäytetyössä ei käsitellä ihmisryhmiä, yksittäistä henkilöä tai yksittäistä organisaatiota vaan palveluohjauksen työvälinettä palveluverkostoa sekä kokemuksia palveluverkoston käytöstä ja sen kehittämisen osa-alueita. Opinnäytetyössä on pyritty keräämään tietoa ainoastaan viitekehykseen sopivasta aineistosta. Aineistoa on kerätty useista eri tietolähteistä ja sen on lähteistetty tekstiin asianmukaisin lähdemerkinnöin. Plagiointia on pyritty välttämään ja suorat lainaukset on merkitty selvästi sisennetyllä tekstillä ja näissä riviväli on muutettu yhdeksi.

Opinnäytetyöhön tutkimuslupa saatiin Oulun kaupungilta, josta lupaa haettiin kirjallisesti ja tähän hakemukseen liitettiin opinnäytetyön suunnitelma. Ennen lomakekyselyn lähettämistä kyselyn kysymykset käytiin läpi Pisara-hankkeen projektityöntekijöiden kanssa. Näin toimimalla varmistettiin, että kysely ei loukkaa ketään yksittäistä henkilöä, vaan kysymykset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Lisäksi lomakekyselyn kysymykset käytiin läpi ohjaavien opettajien kanssa ennen kyselyn lähettämistä.

Hoitajat saivat lomakekyselyn saatteena kirjeen (Liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyön tekijöistä, aiheesta ja vastaajien tietojen luottamuksellisesta käsittelystä. Hoitajien oli mahdollisuus olla vastaamatta kyselyyn ja tällä tavoin kieltäytyä tutkimuksesta. Hoitajien vastaaminen kyselyyn tulkittiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen. Tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti ja säilyttäen anonymiteettisuoja. Haastattelussa saatuja sähköpostiosoitteita ja vastauksia ei yhdistetty toisiinsa ja sähköpostiosoitteita ei julkaistu työn julkistamisen yhteydessä.

7.6 Opinnäytetyön tekemisen pohdintaa

Opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen. Lähtökohtana opinnäytetyölle oli kiinnostus palveluohjausta kohtaan ja aloimme etsiä työelämästä yhteistyökumppania. Otimme yhteyttä Pisara-hankkeen projektityöntekijöihin. Pisara-hankekokonaisuuden tulosodotuksissa olivat muun muassa, että: ”Ammattilaisten tietoisuus kolmannen sektorin toiminnasta on kasvanut sekä heillä on valmiudet hyödyntää niitä” ja ”Kolmas sektori on vakiintunut yhteistyökumppaniksi eri organisaatioiden toiminnassa ja toimintaprosesseissa” ja nämä tavoitteet sopivat sisällöltään alustavasti suunniteltuun opinnäytetyön ideaan. Projektityöntekijät ehdottivat, että opinnäytetyössä tutkittaisiin Pisara-hankkeessa kehitettyä palveluverkostoa, koska sitä ei ole tutkittu aiemmin. Opinnäytetyön tekemisen tavoitteena oli tuottaa tietoa palveluverkoston käytettävyydestä ja kehittämisestä työelämänyhteistyökumppaneille sekä muille palveluverkostosta kiinnostuneille henkilöille. Lisäksi opinnäytetyöprosessin tavoitteena oli kehittää opinnäytetyöntekijöiden ammatillista osaamista.

Opinnäytetyötä tehtiin yhteistyössä Pisara-hankkeen projektityöntekijöiden kanssa. Projektityöntekijöihin oltiin yhteydessä sähköpostitse ja heitä tavattiin opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Opinnäytetyön tekeminen oli monivaiheinen prosessi, joka eteni aiheen valinnasta tiedonhakuun ja aineiston hankintaan sekä raportin kirjoittamiseen. Viitekehyksessä lähteitä pyrittiin käyttämään monipuolisesti sekä käyttämään pääasiallisesti alkuperäisiä lähteitä. Erilaisia lähdemateriaaleja on hankittu sekä suomeksi että englanniksi Nelli- ja EBSCO-tietokantojen avulla ja lisäksi teoriatietoa etsittiin Google-hakujen avulla aiheeseen sopivilla asiasanoilla. Opinnäytetyön tekemisen aikana aihetta tarkasteltiin eri näkökulmista ja raportin kirjoittamisen aikana materiaalia on lisätty, muokattu sekä poistettu.

Opinnäytetyöprosessin aikana suunniteltuja aikatauluja jouduttiin muuttamaan monista erilaisista syistä ja tämä asetti omat haasteensa opinnäytetyön tekemiselle. Opinnäytetyön tekemisessä haasteelliseksi muodostui myös aineistonkeruu ja vastausten saaminen lomakekyselyihin. Vastausaktiivisuuden vähäisyys yllätti, sillä lomakekyselyä tehdessä pyrittiin huomioimaan hoitajien kiireiset ai-

kataulut ja tarkoituksena oli, että lomakekyselyyn vastaaminen ei veisi kohtuuttoman paljon aikaa. Aineiston hankinnassa käytettiin sähköpostia.

Sähköpostin voidaan ajatella olevan hyvä ja nopea tapa tutkimusaineiston hankintaan, mutta sen huonona puolena on sen epävarmuus, koska tutkimukseen osallistuvia ei kohdata henkilökohtaisesti. Sähköpostia käytettäessä ei voida varmuudella sanoa, ovatko lomakekyselyt tavoittaneet kaikki kohderyhmän jäsenet ja myös vastaamatta jättämisen syyt jäävät epäselviksi, jolloin opinnäytetyöntekijät voivat vain arvailla syitä vastausaktiivisuuden vähäisyyteen.

Vastausaktiivisuuteen saattoi vaikuttaa ajankohta, jolloin lomakekysely lähetettiin. Ensimmäisen kerran lomakekysely lähetettiin toukokuussa 2013 lähellä ke-sälomia, jolloin vastauksia saatiin vain kolme. Terveysasemat olivat pääsääntöisesti suljettuina heinäkuun ajan, joten lomakekysely voitiin toistaa vasta syksyllä. Opinnäytetyön aineiston riittävyden varmistamiseksi täytyi laajentaa lomakekyselyn kohderyhmää ja tämä osoittautui hyväksi ratkaisuksi, vaikka opinnäytetyötä jouduttiin sen jälkeen tekemään tiiviimmällä tahdilla aikataulussa pysymiseksi.

Sähköpostin avulla tapahtuvan aineiston hankinnan etuna on, että siitä ei muodostu kustannuksia ja vastaukset ovat valmiiksi kirjallisessa muodossa, mutta jälkeinpäin ajateltuna aineistonkeruumenetelmäksi olisi kannattanut valita haastattelu, sillä siihen olisi todennäköisesti kulunut saman verran aikaa kuin toistuviin aineistonkeruu yrityksiin sähköpostilla. Käyttämällä aineistonkeruumenetelmänä haastattelua, aineisto olisi myös voinut olla laadultaan monipuolisempaa. Nyt vastaukset olivat lyhyitä, yksittäisiä sanoja tai muutaman sanan lauseita. Vastaukset avoimiin kysymyksiin olisivat voineet olla kuvailevampia, mikäli aineisto olisi kerätty haastattelemalla kohderyhmää.

Opinnäytetyön tekemisen tavoitteena oli tuottaa tietoa palveluverkoston käytettävyydestä ja kehittämisestä työelämänyhteistyökumppaneille sekä muille palveluverkostosta kiinnostuneille henkilöille. Lisäksi opinnäytetyöprosessin tavoitteena oli kehittää opinnäytetyöntekijöiden ammatillista osaamista. Opinnäyte-

työn tekemisen myötä kyky käsitellä ja tuottaa tieteellistä tekstiä on lisääntynyt sekä käsitys hoitotyön kehittämisen merkityksestä on vahvistunut.

Sairaanhoitajan velvollisuuksiin kuuluu kehittää hoitotyötä ja toimia työssä asiakaslähtöisesti ja opinnäytetyöstä saatu tieto on tärkeää asiakaslähtöisen palveluohjauksen kehittämisen kannalta. Hoitajien kokemukset palveluverkostosta ovat tärkeitä, koska palveluverkosto on tarkoitettu ohjauksen työvälineeksi ja ohjaus on tärkeä osa hoitajan työtä. Opinnäytetyö antaa tietoa siitä kuinka palveluverkoston avulla toteutettavalla ohjaustyöllä voidaan edistää terveyttä ja hyvinvointia.

Terveydenhuollon ammattihenkilönä diakonissan tehtäviin kuuluu kokonaisvaltainen terveyden edistäminen, voimavarojen vahvistaminen sekä toivon, oma toimisen selviytymisen ja osallisuuden mahdollistaminen (Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a; Kinnunen 2009; Myllylä 2004; Rättyä 2009). Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin kokonaisvaltaista terveyden edistämistä ja terveyden edistämiseen kuuluu oleellisesti myös terveyserojen kaventaminen. Lisäksi viitekehyksessä käsiteltiin asiakaslähtöistä palveluohjausta kokonaisvaltaisessa hoitotyössä ja asiakaslähtöisen palveluohjauksen edellytyksenä voidaan pitää toimivaa moniammatillista yhteistyötä (Isoherrala 2012; Lahelma 2007; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009).

Palveluohjaus on keskeinen osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Huoli omasta tai läheisen terveydestä vie voimavaroja ja epä tietoisuus sekä epävarmuus avunsaamisesta voi herättää toivottomuuden tunteita ja hätää ihmiselle, jolloin ihminen kaipaa tietoa erilaisista auttamismahdollisuuksista ja tuen muodoista. Hoitajan on tärkeää reagoida tähän hätään sekä luoda toivoa tarjoamalla tukea ja tietoa eri palveluista. Kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön liittyy oleellisesti palveluverkoston tunteminen ja huomioiminen osana terveyden edistämistä ja auttamistyötä. Siksi on tärkeää tutkia ja kehittää erilaisia palveluohjauksen työvälineitä ja menetelmiä, joiden avulla voidaan edistää verkostoitumista ja yhteistyötä eri toimijoiden kesken.

LÄHTEET

- Angeria, Minna & Salmi, Maarit & Kanto Virpi 2009. Pisara-Oulu 1.4.2009-28.2.2014. Pitkäaikaissairauksien alueellinen hoitomalli. Oulun kaupungin tarkennettu projektisuunnitelma. Suunnitelma opinnäytetyön tekijöiden hallussa.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C. Katsauksia ja aineistoja 17. Tampere: Juvenes Print.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a. Hakijan opas 2013.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Ewles, Linda & Simnett, Ina 1995. Terveysten edistämisen opas. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Hiilamo, Heikki & Hänninen Sakari 2009. Sosioekonomiset terveyserot ja huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa: Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009: 7, Kirkkohallitus. Hakapaino, Helsinki: 24–35.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, Hilka 2010. Verkostotyömenetelmien soveltaminen terveyttä edistävissä toiminnassa. Teoksessa: Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveysten edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki. WSOY, 32–52.
- Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus. Asiakas lähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Viitattu 15.9.2012.
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R20-2007-VERKKO.pdf>
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY.
- Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus -Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012: 18 Viitattu

2.10.2013.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1

Kaila, Minna 2010. Perusterveyden huolto – Mitä se on? Teoksessa: Seija Muurinen, Mikko Nenonen, Kaarina, Wilskman, Eva Agge (toim.) Uusi Terveysterveys. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidajaliitto. Fioca oy.Edita Prima. Helsinki.15–20.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kanste, Outi; Holappa, Mira; Miettinen, Kaisu; Rissanen, Aila; Törmänen, Leena 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveystasemalta - Kohti hyvää elämää. Teoksessa: Seija Muurinen, Mikko Nenonen, Kaarina Wilskman, Eva Agge (toim.) Uusi Terveysterveys. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidajaliitto Fioca oy.Edita Prima. Helsinki. 51–62.

Kinnunen, Kaisa, 2009. Terveysteen ja sairauteen liittyvät auttamisen muodot diakoniatyössä. Teoksessa: Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7, Kirkkohallitus. Hakapaino, Helsinki, 92–131.

Kirkkojärjestys 1993. 1.8.1991/1055 v.1993. Viitattu 2.5.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931055#L4>

Koskinen, Seppo; Martelin, Tuija; Saino, Päivi; Heliövaara Markku; Reunanen, Markku; Reunanen, Antti; Lahelma, Eero 2007. Pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.) Terveysteen eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveysterojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki. Sosiaali- ja terveystministeriö, 74–76. Viitattu 14.6.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf

- Koskinen- Ollonqvist, Pirjo & Savola, Elina 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja- sarja 3/2005: Viitattu 2.5.2012.
http://www.soste.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf
- Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto ry. Sairaanhoidajalehti 10/2006. Viitattu 2.5.2012.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Lahelma, Eero; Rahkonen, Ossi; Koskinen, Seppo; Martelin, Tuija; Palosuo, Hannele 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa: Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Kirsi Talala, Marita Sihto, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–42.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Lindström, Bengt & Eriksson, Monica 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – Teoria terveyden resursseista. Teoksessa: Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki. WSOY, 32–52.
- Manderbacka, Kristiina; Häkkinen, Unto; Nguyen, Lien; Pirkola, Sami; Ostamo, Aini; Keskimäki, Ilmo 2007. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavat tekijät. Terveyspalvelut. Teoksessa: Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila

Linnanmäki (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 23. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö, 179–196. Viitattu 5.10.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf

- Masterson, Abigail 2007a. Community matrons: person-centred care planning (part one). [[cover story]]Nursing Older People 2007, Vol. 19 Issue 4, p23-26. Viitattu 21.11.2013
- http://anna.diak.fi:3381/pdf19_22/pdf/2007/FTV/01May07/25018852.pdf?T=P&P=AN&K=25018852&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqLA4zOX0OLCmr0ueprVSSk24TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpr1GwqLRJuePfgeyx%2BEu3q64A&D=aph
- Masterson, Abigail 2007b. Community matrons: Inter-professional and inter-agency working (part five) Nursing Older People Oct2007, Vol. 19 Issue 8, p38-40. Viitattu 21.11.2013
- http://anna.diak.fi:3381/pdf19_22/pdf/2007/FTV/01Oct07/27088440.pdf?T=P&P=AN&K=27088440&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqLA4zOX0OLCmr0ueprZSr4Ta6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzpr1GwqLRJuePfgeyx%2BEu3q64A&D=aph
- Metsämuuronen, Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Metsämuuronen, Jari 2000. Maailma muuttuu - Miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. 2000. Helsinki: Oy Edita ab. 2.Tarkistettu painos.
- Metsämuuronen, Jari 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. Painettu Virossa 2001. International Methelp ky.
- Moniste verkostokartasta 2012. Viitattu 28.10.2012. Moniste opinnäytetyön tekijöiden hallussa.
- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen - ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Viitattu 1.9.2012.
- <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273567/isbn9514273567.pdf>
- Nurkkala, Hannele 2010. Terveyden edistäminen kuntien terveydenhuollossa. Teoksessa: Seija Muurinen, Mikko Nenonen, Kaarina Wilskman,

- Eva Agge (toim.). Uusi Terveysthuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidajaliitto Fioca oy. Edita Prima. Helsinki. 21–26.
- Oulun kaupunki i.a. Oulun kaupungin verkkosivut. Viitattu 6.11.2012.
<http://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/>
- Pisara-hanke materiaali 2012. Materiaali opinnäytetyöntekijöiden hallussa.
- Prättälä, Ritva 2007. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavat tekijät. Terveystkäyttäytyminen. Teoksessa: Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.) Terveystden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 23. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö, 130–132.. Viitattu 6.10.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf
- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 2009. Viitattu 28.10.2012.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1309-7/urn_isbn_978-951-27-1309-7.pdf
- Sairaanhoidajaliitto ry 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 2.5.2012.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoidajan_ty_ on/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveystden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki. Viitattu 12.9.2012
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveyst 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Viitattu 4.6.2013.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 7.10.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf
- SurveyMonkey i.a. Viitattu 8.3.2013. <https://fi.surveymonkey.com/>
- Terveydenhuoltolaki 2010. Terveydenhuoltolaki30.12.2010/1326. Viitattu 8.9.2012.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=potilaan%20asem*](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=potilaan%20asem*)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007. Terveyskeskus käynnit lääneittäin 1997-2006. Viitattu 15.9.2012.
http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/yleisterveydenhuolto/yleisterveydenhuolto_laaneittain.htm
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Murto Jukka, Kaikkonen Risto, Kostiainen, Elisa Martelin Tuija, Koskinen Seppo ja Linnanmäki Eila. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. Raportti 31/2009. Helsinki 2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c9991933-db64-47f4-87e5-989edc0853f3>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 26.12.2012.
http://www.tenk.fi/eettinen_ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf
- World Health Organization.Centre for Health Development 1986. Viitattu 15.9.2012. http://www.who.int/kobe_centre/about/faq/en/

LIITE 1

Saatekirje

20.9.2013

Olemme sairaanhoitaja-diakonissa opiskelijoita Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Pisara-hankkeessa. Pisara-hankkeessa on pilotoitu uutta palvelumuotoa, jonka tarkoituksena on parantaa paljon terveystyökaluja käyttävien ja pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoa. Hoitomalli on kehitetty Oulun kaupungin avoterveydenhuollon ja Pisara-hankkeen yhteistyönä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia Oulun kaupungin sisäisessä verkossa olevan palveluverkoston (entinen verkostokartta) käytöstä perusterveydenhuollon sairaanhoitajien vastaanotoilla sekä nostaa esiin mahdollisia palveluverkoston kehittämistarpeita.

Olemme tehneet lomakkeen, jossa on kymmenen eri kysymystä palveluverkostosta. Kyselyyn vastaaminen vie vain muutamia minuutteja, mutta siitä saatava tieto on meille arvokasta.

Hoitotyötä tekeillä on ammatillinen velvollisuus kehittää hoitotyötä; Pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyön kyselyyn sekä auttamaan meitä kehittämään hoitotyön toimintamallia sellaiseksi, että se palvelisi mahdollisimman hyvin terveysasemilla asioivien ihmisten tarpeita ja helpottaisi hoitotyöntekijöiden palveluohjaus- ja verkostoyhteistyötä.

Kyselylomake ja yhteystietojanne ei missään prosessin vaiheessa yhdistetä toisiinsa vaan tiedot pidetään erillään ja hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Yhteystietojanne ei myöskään luovuteta muille osapuolille. Vastatessanne kyselyyn sähköpostiosoitteenne ja vastauksenne eivät yhdisty.

Kyselyn vastausaika päättyy ...

Kiitos kovasti yhteistyöstänne!

Ystävällisin terveisin

Seija Kiiveri, seija.kiiveri@student.diak.fi &

Nina Kontio, nina.kontio2@student.diak.fi

LIITE 2

Kyselylomakkeen kysymykset

1. Kuinka usein käytät palveluverkostoa (entinen verkostokartta)?
 - Päivittäin
 - Viikottain
 - Kuukausittain
 - Harvemmin kuin kerran kuussa
 - En käytä palveluverkostoa
 - Muu (täsmennä)

2. Palveluverkoston löydettävyys?
 - Palveluverkosto löytyy helposti ja nopeasti.
 - Palveluverkoston löytymiseen menee jonkin verran aikaa.
 - Palveluverkoston löytäminen on vaikeaa.
 - Muu (täsmennä).

3. Palveluverkoston käytettävyys?
 - Palveluverkostoa on helppo ja nopea käyttää.
 - Palveluverkoston käyttö on työlästä.
 - Käyttäminen on liian hankalaa.
 - Muu (täsmennä).

4. Millaisia ovat tyypillisimmät asiakastilanteet joissa käytät palveluverkostoa? Kerro esimerkkejä.

5. Mitkä palveluverkoston palvelut koet hyödylliseksi työssäsi?
 - Mielensterveyspalvelut
 - Päihdepalvelut
 - Sosiaalinen tuki ja toimeentulo
 - Kotihoito
 - Kuntoutus ja sopeutumisvalmennuskurssit

- Neuvontapalvelut
- Työvoimapalvelut
- Palvelut ikäihmisille
- Asukastuvat
- Järjestöjen toiminta ja vertaistuki
- Seurakunta
- Hoito- ja apuvälinejakelu
- Maahanmuuttajapalvelut
- Tulkkipalvelut
- Verkostopalaveri
- Muu (täsmennä)

6. Miten palveluverkosto on vaikuttanut työhösi ohjata asiakkaita palveluihin? Kerro esimerkkejä.

7. Ovatko kaikki palveluverkoston yhteystiedot mielestäsi ajan tasalla?

- Kyllä.
- Ei.
- En tiedä.
- Muu (täsmennä)

8. Millä tavalla kehittäisit tai muuttaisit palveluverkostoa? Miksi?

9. Mitä muuta meidän olisi hyvä tietää palveluverkoston käytöstä/toimivuudesta/toimimattomuudesta tai muuta palveluverkostoon liittyvää?

10. Käytätkö palveluverkostoa työvälineenä (entinen verkostokartta)?

- Kyllä.
- En, miksi?