

TAVOITTEENA YHTEINEN NÄKYMÄ

Työntekijöiden kokemukset lastenpsykiatrian
ja lastensuojelun yhteistyöstä

Mari Mäkikangas

59505

Pro gradu-tutkielma

Turun yliopisto

Sosiaalitieteiden laitos

Sosiaalityö

8.11.2016

TURUN YLIOPISTO

Sosiaalitytieteiden laitos/Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

MÄKIKANGAS, MARI: Tavoitteena yhteinen näkymä. Työntekijöiden kokemukset lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyöstä.

Pro gradu-tutkielma, 86 s., 1 liites.

Sosiaalityö

Marraskuu 2016

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyö on lasten mielenterveysjärjestelmän viimesijaisissa palveluissa toteutettavaa moniammatillista yhteistyötä. Suomessa ja muualla länsimaissa pyritään sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelemään moniammatillisesti, eli yhdistämään eri ammattiryhmien osaaminen asiakaslähtöiseksi kokonaisuudeksi. Moniammatillisuutta tutkitaan tällä hetkellä paljon, mutta lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyön näkökulmasta tutkimustietoa on vielä vähän. Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä moniammatillisuuden näkökulmasta. Tutkimus pyrkii vastaamaan kysymyksiin, mistä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyössä ilmenevät haasteet johtuvat ja kuinka yhteistyötä voisi parantaa.

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Kolmea yliopistosairaalan lastenpsykiatrian erikoislääkärinä ja saman kaupungin kolmea lastensuojelun sosiaalityöntekijää haastateltiin heidän kokemuksistaan yhteistyöhön liittyen. Menetelminä käytettiin teemahaastattelua ja fokusryhmäkeskustelua. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyöhön vaikuttaa samanaikaisesti tekijöitä yksilö-, organisaatio- ja yhteiskunnallisilta tasoilta. Haastateltavat kokivat yhteistyön olevan suurelta osin toimivaa ja arvioivat sen kehittyneen jatkuvasti paremmaksi. Työntekijöiden kokemukset liittyivät eniten yksilötason asioihin, vuorovaikutuksen ja yhteisten asiakasprosessien rakentumiseen. Yhteistyön haasteet ilmenivät puutteina edellä mainituissa sekä organisaatiotason tuessa moniammatilliselle yhteistyölle. Tulokset olivat samansuuntaisia moniammatillisuudesta tehdyn tutkimuksen kanssa.

Yhteistyön haasteet selittyvät haastateltavien kokemusten perusteella riittämättömällä vuoropuhelulla eri tahoja edustavien ammattilaisten kesken, sekä ammattilaisten ja päättävien tahojen kesken, että organisaatioiden välillä. Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyön parantamiseksi nähtiin tarpeellisena vuoropuhelun lisääminen yhteisten organisaatiotasolla sovittujen toimintamallien avulla, työntekijöiden yhteisillä säännöllisillä tapaamisilla, sekä yhteisillä koulutuksilla. Työntekijöille tulee mahdollistaa sellaiset työskentelyolosuhteet, joissa yhteistyön rakentamiseksi ja ylläpitämiseksi on riittävästi resursseja. Tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta niitä voidaan hyödyntää lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyön kehittämisessä.

ASIASANAT: Lastenpsykiatria, lastensuojelu, yhteistyö, moniammatillisuus

Sisältö

1. JOHDANTO	1
2. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ	3
2.2. Moniammatillisuuden mallit	11
2.3. Dialogisuus.....	19
3.1 Tehtävät palveluketjussa	24
3.2 Yhteiset asiakkaat.....	27
3.3 Yhteistyö	29
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	35
4.1. Tavoitteet, tehtävät, prosessi	35
4.2 Valintojen perusteet.....	36
4.3 Menetelmät.....	40
4.4 Kokemukset haastatteluista.....	42
4.5 Analyysi	45
5. TUTKIMUSTULOKSET	47
5.1 Yhteistyötä edistävät tekijät yksilötasolla	48
5.2 Yhteistyötä vaikeuttavat tekijät yksilötasolla.....	53
5.3 Palaute ja yhteinen keskustelu	57
5.4 Yhteistyötä vaikeuttavat tekijät organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla	61
5.5. Yhteistyötä edistävät tekijät organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla.....	65
5.6 Fokusryhmäkeskuselu	69
6. JOHTOPÄÄTÖKSET	82
LÄHTEET	87

1. JOHDANTO

Työskentelen sosiaalityöntekijänä yliopistollisessa sairaalassa lastenpsykiatrisella hoidollisella tutkimusosastolla. Työnkuvaani kuuluu potilaiden vanhempien ja muun verkoston kanssa työskentely. Sosiaalityöntekijänä kuulun osaston moniammatilliseen tiimiin, jossa eri ammattikuntien edustajat pyrkivät osaamisensa yhdistämällä tuottamaan mahdollisimman monipuolisen ja asiakaslähtöisen tutkimuksen ja sen tuloksiin pohjautuvan kuntoutussuunnitelman yhdessä potilaan perheen ja muun verkoston kanssa.

Työssäni olen havainnut ammatillaisia askarruttavan hankaluudet moniammatillisessa yhteistyössä, erityisesti lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välillä. Oma roolini näyttäytyy usein eräänlaisena viestinviejänä kahden järjestelmän välillä, kun lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijät pyrkivät yhteistyössä auttaa yhteisiä asiakkaitaan. Tutkimukseni lähtökohtana on työn kautta syntynyt kiinnostus selvittää, mitä moniammatillinen yhteistyö lopulta on, mistä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöiden väliset yhteistyön haasteet johtuvat ja miten yhteistyötä voisi parantaa. Näistä ihmettelynaiheista muodostuvat tämän pro gradu-tutkielman tutkimuskysymykset, joihin pyrin löytämään vastauksen haastattelemalla lastenpsykiatrian erikoislääkäreitä ja lastensuojelun sosiaalityöntekijöitä.

Omat ennako-oletukseni tutkielman teon alkuvaiheissa olivat, että yhteistyö koetaan varsin haasteellisenä. Oletukseni pohjautui siihen, mitä olin kuullut työympäristössäni puhuttavan yhteistyöstä. Oletin lastensuojelussa olevan tyytymättömyyttä lastenpsykiatrialla ajoittain havaitsemaani sanelemaan työtapaan verkostotyössä. Lastenpsykiatrialla oletin tyytymättömyyttä olevan lastensuojelun työntekijöiden vaihdoksiin ja lastenpsykiatrian näkökulmasta hitaisiin prosesseihin. Omat kokemukseni kolmen vuoden ajalta lastenpsykiatrisen osaston sosiaalityöntekijänä lastensuojelun kanssa tehtävästä yhteistyöstä ovat olleet vaihtelevia, enimmäkseen kuitenkin myönteisiä. Sosiaalisen näkökulman edustajana terveydenhuollossa toimin työssäni kiinnostavalla rajapinnalla, josta katsottuna molempien tahojen näkemykset tulevat ymmärrettäviksi. Olen kokenut työssäni yhteistyötä vaikeuttavan yhteisten prosessien sattumanvaraisuuden, sekä usein puutteellisesti huomioidun

asiakaslähtöisyyden.

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteiset asiakkaat elävät kuormittavaa arkea, jossa yhdistyy lapsen psyykinen oireilu ja yleensä moniongelmainen perhetilanne. Näiden perheiden tukeminen vaatii työntekijöiltä monenlaista osaamista ja yhteistyötä, kun perheiden tarpeisiin pyritään vastaamaan. Ymmärrys moniammatillisuuden merkityksestä ja sen toimivuuden edellytyksistä voi tämän tutkimuksen avulla lisääntyä ja lasten ja perheiden tarpeisiin voidaan vastata entistä tehokkaammin. Tutkimusta moniammatillisuudesta tehdään tällä hetkellä paljon (mm. Isoherranen 2012, 10). Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyöstä on havaittu tarvittavan lisää tutkimustietoa (Pekkarinen 2011, 54-55). Tilanteeseen on herätty ja esimerkiksi oppinnäytetöitä on viime vuosina ilmestynyt Suomessa aiheesta (esim. Uusitalo 2015; Vermas 2013).

Moniammatillinen yhteistyö on keskiössä yhteiskunnallisessa keskustelussa tekeillä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) myötä, kun sosiaali- ja terveystalvet organisoidaan uudella integroituneella tavalla vuoden 2019 alusta. Hallituksen kärkihankkeisiin kuuluva LAPE-hanke (lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma) tähtää myös omalta osaltaan paremmin yhteen sovitettuihin palveluihin, joilla pyritään kustannusten vähentämiseen sekä asiakaslähtöisyyteen (Sosiaali- ja terveysministeriö). Muutosohjelman tavoitteena on luoda sellainen malli lapsi- ja perhepalveluille, jossa erityistason ja kaikkein vaativimman tason palvelut vahvistuvat ja yhtenäistyvät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyön kysymykset ovat siten hyvin ajankohtaisia tällä hetkellä.

Tutkielma rakentuu siten, että toisessa luvussa esittelen moniammatillisuutta määritelmien, mallien ja dialogisuuden käsitteen avulla. Kolmannessa luvussa käsittelen lastenpsykiatria ja lastensuojelua osana mielenterveyspalveluja kuvailemalla niiden tehtäviä palveluketjussa, yhteisiä asiakkaita ja niiden välistä yhteistyötä. Tutkimuksen toteutusta; tavoitteita, menetelmiä ja analyysiä käsittelen tutkielman neljännessä luvussa. Viides luku koostuu haastatteluaineiston tuloksista, jossa alaluvut kuvaavat toisaalta haastattelurungon teemoja, toisaalta aineiston pohjalta nousseita teemoja. Lopuksi käyn läpi tulosten ja sitä edeltävän kirjallisuuskatsauksen pohjalta tekemiäni johtopäätöksiä luvussa kuusi.

2. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskennellään tänä päivänä moniammatillisesti, eli eri ammatti- ja hallintokuntien rajat ylittävästi ja verkostoituneesti (mm. Isoherranen 2012; Mönkkönen 2007; Nikander 2003; Seikkula & Arnkil 2009; Strömberg-Jakka & Karttunen 2012). Sosiaali- ja terveysalalla tiimipohjaista, asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi (Isoherranen 2012, 5). Eri ammattiryhmien tietämystä yhdistämällä on pyritty vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän hajanaisuuteen, kasvavaan tehokkuuden vaatimukseen sekä tarpeeseen hallita yhä monimuotoisempia terveysongelmia. (Bronstein 2003; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu 2005; D'Amour & Oandasan 2005; Pärnä 2012.) Moniammatillisen yhteistyön taustalla on yhteiskunnallisia muutostekijöitä, kuten hajautuminen ja syrjäytyminen, jotka pakottavat ammattilaiset yhdistämään voimansa (Kontio 2010, 6). Eri ammattikuntiin kuuluvien työntekijöiden yhteistyön uskotaan takaavan tasapuolisemman, läpinäkyvämmän, niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin kannalta paremman hoito- ja päätöksentekotyön. Tiimityöskentelyn, jaetun päätöksentekotyön sekä eri ammattikuntien välisen yhteistyön painoarvo onkin jatkuvasti kasvanut organisaatioiden arjessa. (Nikander 2003, 279.)

Moniammatillisuus saa nykyisissä palvelu- ja hoito-organisaatioissa lukuisia virallistettuja tai epävirallisia muotoja. Yhteistyön ja päätöksenteon muodot sekä virallisuuden aste vaihtelevat epävirallisista käytäväkeskusteluista ja puhelinkonsultaatioista käytännön hoito- tai parityöskentelyn kautta virallisiin kokoustilanteisiin. (Nikander 2003, 281.) Vaikka yhteistyötä tehdään paljon, siihen sisältyvistä moniammatillisista suhteista ja käytäntöjen toimivuudesta, eli tehokkuudesta, mahdollisuuksista ja esteistä tiedetään vielä varsin vähän. (D'Amour ym. 2005; Nikander 2003). Sloper (2004, 578) puolestaan korostaa, että ymmärrys moniammatillisista prosesseista on huomattavasti suurempi, kuin sen avulla saatavista tuloksista. Isoherranen (2012, 5) mukaan moniammatillisen yhteistyön ideaalin soveltaminen käytäntöön on osoittautunut haasteelliseksi ja yhtenä syynä tähän onkin pidetty käsitteen epämääräisyyttä. Vaikka verkostoissa on työskennelty jo vuosia, työskentely ei ole itsestään selvää eikä välttämättä sujuu suotuisalla tavalla (Seikkula & Arnkil 2009, 12). Tehokas moniammatillinen yhteistyö vaatii siihen osallistuvilta tietoa

sen osatekijöistä ja siihen vaikuttavista elementeistä (Bronstein 2003, 297). Tällä hetkellä moniammatillista yhteistyötä tutkitaan paljon eri puolilla maailmaa, myös Suomessa (Isoherranen 2012, 161).

Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa on kannattavaa niin potilaan, organisaatioiden, kuin yksittäisten ammattihenkilöidenkin näkökulmasta. (D'Amour & Oandasan 2005; Petri 2010). Moniammatillisuuden on Laura Petrin mukaan havaittu liittyvän hyvään ja laadukkaaseen potilashoittoon, joka näkyy hoidon lopputuloksissa ja potilastyytyväisyydessä. Moniammatillisen yhteistyön vaikutuksesta kuolleisuuden laskuun ja sairaalassaoloaikojen lyhentymiseen ei ole vielä tarpeeksi tieteellistä näyttöä, joskin niiden yhteyttä pidetään mahdollisena. Organisaatiotasolla moniammatillisen yhteistyön positiivinen vaikutus näkyy kulujen laskuna, mikä puolestaan on seurausta parantuneesta henkilöstön tuottavuudesta, potilashoidon paremmasta koordinoinnista ja tehokkuudesta. Ammattihenkilöiden näkökulmasta moniammatillisuus lisää onnistuessaan työtyytyväisyyttä, mikä puolestaan ilmenee lisääntyvänä työmoraalina, innokkuutena, henkilöstön pysyvyytenä ja vähentyneenä uupumuksena. (Petri 2010, 78-79). Myös Isoherranen (2012, 160) on väitöskirjatutkimuksensa tuloksena havainnut hyvin toimivan moniammatillisen yhteistyön vaikuttavan myönteisesti työyhteisöön, jolloin tiimin yhteenkuuluvuuden tunne, luottamus ja vastavuoroisuus ammattilaisten kesken ovat sosiaalista pääomaa, joka vaikuttaa työtyytyväisyyteen ja työssä jaksamiseen.

Sosiaalityön arjessa on olennaista eri ammatti- ja hallintokuntien rajat ylittävä moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen, eli toisin sanoen rajat ylittävä asiantuntijuus on sosiaalityölle ominainen (mm. Schwaber-Kerson ym. 2002; Strömberg-Jakka & Karttunen 2012). Strömberg-Jakka ja Karttunen toteavat sosiaalityön eri alueille heijastuvan yhteiskunnan ja kulttuurin makrotasolla olevat ilmiöt, joista ajankohtaisia ovat hyvinvointivaltion ja palvelujärjestelmän muutos, kulttuurin murros, syrjäytymisen ja huono-osaisuuden problematiikka, monimutkaistuvat sosiaaliset ongelmat, eriarvoistumiskehitys sekä osallisuuden ja vastuun kysymykset. He toteavat: ”sosiaalisten ongelmien monimutkaistuessa onkin yhä korostuneemmin esillä kyky työskennellä erilaisilla rajapinnoilla ja toimia asiakkaiden asianajajina”. Toisaalta heidänkin näkemyksensä mukaan sosiaalityöntekijöille on perinteisestikin työn laaja-alaisuuden vuoksi ollut selvää, että asiakkaiden ongelmat ja

elämäntilanteet eivät noudata lainsäädännön, toimintasektoreiden, tai organisaatioiden rajoja. He korostavat myös sitä, että nykyinen markkinalogiikasta johdettu tuloksellisuuden ja tehokkuuden ideologia sopii huonosti ihmisten tarpeita varten luotuun palvelujärjestelmään. (Mts. 7-9). Muuttuva sosiaalityön toimintaympäristö haastaa sosiaalityöntekijät ylläpitämään ja kehittämään sosiaalityön tehtävää yli organisaatorajojen (Hotari & Metteri 2010, 21).

2.1. Käsitteiden määrittely

Moniammatillisesta yhteistyöstä puhuttaessa käytetään usein käsitteitä moniammatillinen tiimityö ja moniammatillinen verkostotyö, joilla voidaan viitata samaan asiaan tai korostaa erityisesti sen tiettyä osa-aluetta, eli ne ovat käsitteinä monimerkityksellisiä (Nikander 2003; Isoherranen 2012). Moniammatillisuuden käsitettä käytetään laajasti erilaisissa merkityksissä arkikeskusteluissa ja vaihtelevia termejä käytetään kun puhutaan ylipäätään eri ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä (Payne 2000, 9). Kontio (2010, 8) on myös havainnut moniammatillisen yhteistyön käsitteen olevan tutkimusten mukaan erittäin epämääräinen ja monenlaisten yhteistyöntapojen kuvaksessa käytetty. Isoherranen (2005, 13) toteaa sen olevan eräänlainen sateenvarjokäsite, joka pitää sisällään monenlaisia ja -tasoisia ilmiöitä.

Moniammatillisuudella voidaan tarkoittaa moniammatillista ihmistä, joka toimii monen ammattiryhmän asiantuntijatehtävissä. Moniammatillinen asiantuntijuus-käsitettä käytetään joskus kuvaamaan ihmistä tai ammattiryhmää, joka toimii työssään ylittäen monen perinteisen ammattiryhmän reviierejä eli on monitaitoinen (Isoherranen 2005, 18). Moniammatillisuudella tarkoitetaan kuitenkin yleisesti eri ammattiryhmien työskentelyä yhdessä siten, että valta, tieto ja osaaminen jaetaan. Moniammatillisuus voi käsittää myös ryhmän tai organisaation välisen toiminnan ja vuorovaikutuksen, joilla pyritään yhteiseen tulokseen tai päämäärään. Toisin sanoen moniammatillisuudessa on kyse käytettävissä olevan tiedon ja osaamisen yhdistämisestä erilaisten ryhmän toimintamallien avulla kokonaisvaltaisen käsityksen saavuttamiseksi. (Kontio 2013, 17).

D'Amour ja Oandasan (2005, 9) määrittelevät moniammatillisuuden samaan tapaan eri tieteenaloja edustavien ammattilaisten väliseksi yhteiseksi käytännöiksi, joiden

prosessissa ammattilaiset toisiaan reflektoiden muodostavat yhteisen näkemyksen asiakkaan/perheen/yhteisön tarpeisiin vastaten. Moniammatillisuudessa pyritään heidän mukaansa jatkuvaan vuorovaikutukseen ja tiedon jakamiseen ammattilaisten kesken ja asiakkaan osallistavalla tavalla, sivuuttaen perinteiset ammattikuntien väliset näkemyserot sekä kilpailuasetelmat. He toteavatkin, että moniammatillisuus edellyttää paradigman muutosta perinteisestä työskentelytavasta, sillä se sisältää omat erityispiirteensä, kuten arvot, käyttäytymisen koodit ja työskentelytavat (em.). Moniammatillinen yhteistyö voidaan nähdä systeemisenä tiedon organisoinnin tapana, jossa pyritään luomaan holistinen tiedon keräämisen, päätöksenteon ja toiminnan malli (Housley 2003, 5).

Moniammatillisen yhteistyön käsite alkoi esiintyä asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien yhteistyön kuvauksessa 1980-luvun loppupuolella ja vakiintui Suomessa 1990-luvulla (Isoherranen 2005, 13). Verkostotyöstä on alettu puhumaan Suomessa niin ikään 1980-luvulla, vaikka sitä on tehty huomattavasti pidempään (Seikkula & Arnkil 2009, 11). Kaarina Mönkkösen (2007, 126-129) mukaan Suomessa alettiin sosiaali- ja terveysalalla 1990-luvun puolella välissä puhua laajemmin moniammatillisesta työstä, kun aiemmin sitä esiintyi lähinnä viranomaisyhteistyönä. Keskustelu lisääntyi 1990-luvun loppupuolella palvelujärjestelmän organisaatiomuutosten yhteydessä, kun kunnissa alettiin yhdistää sosiaali- ja terveysalan palveluita. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Ruotsissa moniammatillista koulutusta ja yhteistyötä on sosiaali- ja terveysalalla kehitetty jo pidemmän aikaa. Mönkkösen mukaan moniammatillisuuteen liittyy puhe yhteisöllisyyden merkityksestä asiakastyössä ja yleensä ihmisen arkielämän tukemisessa. Yhteisön hyödyntämistä voidaan katsoa moniammatillisen työryhmän vuorovaikutuksena sekä asiakkaan oman koko verkoston vuorovaikutuksena. Auttamistyössä alkoi tapahtua verkostotyön leviämistä, jolloin auttaminen alkoi hahmottua yhä enemmän yhteisenä toimintana sen sijaan, että asiantuntijat työskentelisivät yhteisten asiakkaiden kanssa erillään. (Mt.)

Verkostotyöksi voidaan kutsua työmuotoja, joissa toimitaan yhdessä sekä asiakkaan läheisverkoston ja viranomaisverkoston kanssa hyödyntäen jokaisen toimijan näkemystä asiakkaan tuen kannalta. Verkostot ovat suhteita, jotka yhdistävät ennalta määritellyn joukon ihmisiä, organisaatioita, kohteita ja tapahtumia (Mönkkönen 2007, 130-136). Isoherranen (2005, 16) määritelmän mukaan verkostotyö tarkoittaa

työntekijän ja työryhmän toimintaperiaatetta ottaa asiakkaan sosiaalinen verkosto huomioon kaikissa tilanteissa. Verkostotyö on väistämätön osa hyvinvointityötä, kun asiakkaan kanssa käydyssä dialogissa luonnollinen verkosto ja ammattiauttajat tulevat puheeksi: ”verkostoihin ollaan suhteissa, vaikka läsnä olisi vain kaksi ihmistä”. Asiakkaiden pulmat, jotka harvoin ovat selvärajaisia, kokoavat heidän ympärilleen auttajia, joiden on järkevää toimia yhteistyössä asiakasta parhaiten auttaakseen. (Seikkula ja Arnkil 2009, 12.)

Moniammatillinen työskentely on käsitteenä laajempi, kuin moniammatillinen tiimityö. Tiimit nähdään kuitenkin yleensä pääasiallisena tapana organisoida tällaista yhteistyötä. Tiimi on moniammatillisen yhteistyön ydinkäsite ja sitä käytetään kirjallisuudessa hyvin monenlaisista työryhmistä ja yhteistyön muodostelmista. Tiimityön keskeiset elementit ovat tehtävien keskinäinen riippuvuus, jaettu vastuu ja selkeä alajärjestelmä suuremmissa systeemeissä. (Isoherranen 2012, 31). Moniammatillisesta tiimityöstä puhuttaessa voidaan Isoherrasen mukaan tarkoittaa vanhanaikaista ammattilaisten rinnakkain työskentelyä ilman yhdessä tapahtuvaa tiedon integrointia tai roolirajojen ylityksiä (multidisciplinary team) tai uudenlaista vuorovaikutuksellisempaa tiimityötä, jossa tietoa integroidaan kokonaisvaltaiseksi tiedoksi, tarvittaessa ylitetään vanhoja roolirajoja ja jossa tiimien kokoonpano vaihtelee joustavasti asiakas/potilaslähtöisesti (interdisciplinary team).

Tiimit voidaan nähdä myös verkostoon sisältyvinä, jolloin tiimi on verkoston osan ja verkosto puolestaan ikään kuin tiimin jatke (Payne 2000, 4). Paynen mukaan tiimityö ja verkostotyö eivät oikeastaan poikkea toisistaan, vaan edellyttävät samanlaisia taitoja ja sitoutumista yhteistyösuhteisiin ja niiden voidaan sanoa hyvin toteutettuna tukevan toisiaan. Payne kuvaa teoksessaan avoimen tiimityön toimintamallia moniammatillisessa hoitotyössä, josta sekä tiimi- että verkostotyö muodostavat osan kun erillisten toimijoiden tiimit laajentavat ryhmässä tekemänsä yhteistyön toisiin toimijoihin ja ammattiryhmiin. Verkostoitumiseen sisältyy yhteistyö niin ammattilaisten, kuin asiakkaiden läheisten ja muiden tärkeiden ei-ammattillisten henkilöiden kanssa. Avoimeen tiimityöhön moniammatillisessa hoitotyössä kuuluu myös olennaisena osana palveluiden käyttäjien osallistuminen yhteiseen toiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen, sillä pyrkimyksenä on asiakkaan voimaannuttaminen. Paynen mukaan moniammatillisen työn onnistumisen edellytyksenä on avoin tiimityö.

Laura Petri (2010) on käsitteenanalyysin avulla pyrkinyt määrittelemään moniammatillisen yhteistyön (interdisciplinary collaboration) käsitettä. Tutkimus toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehdyllä analyysillä, jossa Petri tuottamansa määritelmän lisäksi kuvasi moniammatilliseen yhteistyöhön sisältyviä elementtejä tunnistettuaan teksteistä moniammatillisen yhteistyön määritteitä, edellytyksiä ja seurauksia. Petrin määritelmän mukaan moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon kontekstissa on: ” ihmisten välinen prosessi, jossa eri ammattikuntien terveydenhuollon ammattilaiset jakamalla tavoitteet, päätöksenteon, vastuun ja vallan yhdessä työskentelemällä ratkaisevat potilaan hoidollisia ongelmia. Prosessissa saavutetaan parhaat tulokset moniammatillisen koulutuksen avulla, joka korostaa keskinäistä luottamusta ja arvostusta, tehokasta ja avointa kommunikaatiota sekä osallistuvien ammattikuntien roolien, taitojen ja vastuiden tiedostamista ja hyväksyntää.” Petrin mukaan moniammatillista yhteistyötä kuvailtaessa teksteistä yleisimmin esiin nousevat määritteet olivat ongelmakeskeinen prosessi, jakaminen ja yhdessä työskentely. Hänen mukaan tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimusta siitä, kuinka moniammatillista yhteistyötä terveydenhuollossa voisi mitata ja arvioida tarkemmin.

Moniammatillinen yhteistyö kuvataan Petrin mukaan yleisesti prosessina, joka ilmenee toimintojen ja henkilöiden välisenä monimuotoisina suhteina eri ammattiryhmien välillä. Tämä monimuotoinen suhde puolestaan nähdään kehittyvänä ja ajan myötä muuttuvana sekä potilaan hoidollisiin haasteisiin keskittyvänä. Jakamisella viitataan Petrin mukaan moniammatillista yhteistyötä kuvattaessa tavoitteisiin, vastuuseen, päätöksentekoon ja valtaan. Eri ammattiryhmät ovat tasaveroisina jakamassa näitä asioita yhteisessä työskentelyssä, jonka lopputulos on myös yhteinen ja siten vaatii työntekijöiltä yksilöllisten tavoitteiden sijaan yhteiseen päämäärään pyrkimistä. Vallan jakaminen viittaa siihen, että moniammatillinen yhteistyö ei ole luonteeltaan hierarkkista. Yhdessä työskentelyyn liittyen puhutaan ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä ja yhteistyöllä saavutettavasta lopputuloksesta, joka on enemmän, kuin mitä voitaisiin saavuttaa eri ammattiryhmien toisistaan erillään työskentelyn avulla.

Isoherranen (2005, 14) on esittänyt, että käytännön näkökulmasta tarkasteltuna moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi kohtaa, toimittiinpa millaisessa

työympäristössä tahansa; 1) asiakaslähtöisyys, 2) tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, 3) vuorovaikutustietoinen yhteistyö, 4) rajojen ylitykset, 5) verkostojen huomioiminen. Rajojen ylityksillä tarkoitetaan organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskennellessä.

Englannin kielessä moniammatillisen yhteistyön tasoja ja intensiteettiä kuvaamaan on käytössä enemmän termistöä, kuin suomenkielessä. Englanninkielisessä kirjallisuudessa moniammatillisuudesta käytetään termejä multiprofessional, interprofessional ja trans/crossprofessional. Eri termit kuvaavat yhteistyön intensiteetin tasoa. (Isoherranen 2012, 20-21). Kontion mukaan termeillä interprofessional ja trans/crossprofessional tarkoitetaan pidemmälle edennyttä ja nykymäärittymisen mukaista yhteistyötä (2013, 17). Termi multiprofessional viittaa moniammatillisuuteen, jossa on yhteinen tavoite, mutta joka ei ole samalla tavalla vuorovaikutteista, kuin mihin edellä kuvatut termit viittaavat. Multi-etuliite viittaa siis yhteistyöhön, jossa pidättäytytään omissa vakiintuneissa rooleissa, eikä pyritä rajojen rikkomiseen (Payne 2000, 9).

Inter-etuliite viittaa interprofessional-käsitettä käytettäessä roolien, tietojen, taitojen ja vastuiden yhteen sovittamiseen toisten ammattiryhmien ja/tai toimijoiden kanssa. Trans- ja cross-etuliitteet puolestaan sisältävät tarkoituksenmukaisen ammatillisten roolirajojen rikkomisen mahdollisuuden. (Payne 2000; Kontio 2013). Transprofessional-tyyppisessä moniammatillisuudessa voidaan toteuttaa rooleista vapautumista (role release), jolloin tiimin jäsen voi omaksua tilapäisesti eri ammattiryhmään kuuluvan tiimin jäsenen perinteisesti ottaman roolin. Suomen kielessä ei ole erillisiä käsitteitä, jotka kuvaisivat näitä moniammatillisen yhteistyön eri tasoja, vaan käytössä ovat peruskäsitteet moniammatillinen yhteistyö ja moniammatillinen tiimityö, jotka pitävät sisällään niin moniammatillisen rinnakkain työskentelyn kuin roolirajoja rikkovat työskentelymuodot.

Englannin kielessä moniammatillisuutta merkitsevät myös käsitteet multidisciplinary, interdisciplinary ja transdisciplinary, joilla voidaan viitata myös tieteenalojen väliseen yhteistyöhön. Paynen (2000, 9) mukaan disciplinary-termi viittaa tiettyyn ammatilliseen rooliin tietoineen ja taitoineen. Suomen kielessä puhutaan tieteiden yhteydessä monitieteisestä (multidisciplinary), tieteiden välisestä (interdisciplinary) ja pokkitieteisestä (trans- tai crossdisciplinary) yhteistyöstä. D'Amour ja Oandas (2005,

9) ovat artikkelissaan tarkastelleet käsitteiden interdisciplinary ja interprofessional eroja. He määrittelevät termin interdisciplinary viittaavan tieteenalojen väliseen yhteistyöhön, jolla pyritään tuottamaan yhteistä tietoa ja mahdollisesti kokonaan uusia tieteenaloja. Interprofessional käsite puolestaan viittaa eri professioiden, ammattien, väliseen joustavaan ja perinteisiä rooleja rikkovaan yhteistyöhön. Heidän mukaansa olennainen ero näissä käsitteissä on se, että eri professioiden uudenlaiseen vuorovaikutteisempaan yhteistyöhön viittaavalla moniammatillisuudella pyrkimyksenä ei ole luoda uusia ammatteja, kun taas tieteenalojen yhteistyöhön viittaavalla moniammatillisuudella tuloksena voi olla uusi tieteenala.

Laura Petrin (2010, 79) tutkimus tuo esiin käsitteiden kirjon, joka moniammatillisesta yhteistyöstä englanninkielisessä kirjallisuudessa on käytössä. Hän on tutkimuksessaan havainnut käsitteellä ”interdisciplinary collaboration” olevan runsaasti korvaavia käsitteitä, sekä siihen läheisesti liittyviä käsitteitä tieteellisessä kirjallisuudessa. Yleisimmät korvaavat käsitteet Petrin aineistossa käsitteelle interdisciplinary collaboration ovat: interprofessional collaboration, multidisciplinary collaboration, interdisciplinary team, interdisciplinary teamwork, interdisciplinary practice, collaborative practice ja teamwork. Carrierin ja Kendallin (1995, 10) mukaan englanninkielisessä kirjallisuudessa termit co-operation ja collaboration määrittävät myös yhteistyön tasoa. Edellinen tarkoittaa yhteistyötä, jossa perinteiset hierarkiat, valta-asetat ja työnjaot ovat voimassa ja jälkimmäinen yhdessä työskentelyä, jossa tieto, valta ja asiantuntijuus ovat jaettua. (Ks. Metteri 1996, 10). Isoherranen (2005, 14) määrittelee yhteistyön käsitteenä merkitsevän sitä, että ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänänsä tai he etsivät uusia näkymiä yhdessä keskustellen. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia.

D’Amourin ym. (2005, 116) mukaan yhteistyö on yksi vuorovaikutuksen muoto, joka esiintyy työelämässä. He kuvailevat yhteistyön käsitteen viittaavan ajatukseen jakamisesta ja yhteisestä toiminnasta, joka suuntautuu yhteiseen tavoitteeseen harmonian ja luottamuksen hengessä, erityisesti terveydenhuollon ammattilaisilla. D’Amour ym. ovat meta-analyyseissään kartoittaneet moniammatillista yhteistyötä käsittelevää tutkimuskirjallisuutta ja koonneet tuloksissaan yhteistyön määritelmiä ja siihen liitettyjä käsitteitä, sekä kartoittaneet yhteistyötä kuvaavia teoreettisia

viitekehyksiä. Tutkimustuloksissaan D'Amour ym. raportoivat, että yhteistyön käsitettä on yleisimmin kuvailtu seuraavien käsitteiden avulla; jakaminen, kumppanuus, valta, keskinäinen riippuvuus ja prosessi. Heidän mukaansa kattavimmin yhteistyötä kuvaavilla malleilla oli vahva teoreettinen tausta, joka rakentui organisaatioteorian tai organisaatiososiologian ja empiirisen aineiston varaan. Kyseisen tutkimuksen mukaan yhteistyön käsitettä ja siihen liittyviä tekijöitä on kuvailtu hyvin vaihtelevilla tavoilla, eivätkä nämä viitekehykset osoita selkeitä yhteyksiä mallien osatekijöiden ja yhteistyön tulosten välillä. Lisäksi he toteavat, että eivät läpi käymistään tutkimuksista havainneet pätevää yritystä määritellä kuinka potilaat otettaisiin mukaan terveydenhuollon tiimiin käsittelemään omia asioitaan.

2.2. Moniammatillisuuden mallit

Laura Bronstein (2003) on kehittänyt kaksiosaisen moniammatillista yhteistyötä (interdisciplinary collaboration) kuvaavan mallin, jossa ensimmäinen osa koostuu viidestä moniammatillisen yhteistyön muodostavasta osa-alueesta ja toinen osa neljästä yhteistyöhön vaikuttavasta elementistä. Viisi osaa, joista moniammatillinen yhteistyö Bronsteinin mukaan koostuu, ovat: keskinäinen riippuvuus, uudelleen määritellyt ammatilliset toiminnot, joustavuus, yhteiset tavoitteet ja prosessin arviointi. Neljä yhteistyön laatuun vaikuttavaa elementtiä ovat: ammatillinen rooli, rakenteelliset tekijät, persoonallisuuden piirteet ja kokemukset yhteistyöstä. Bronsteinin määritelmä moniammatillisesta yhteistyöstä kuuluu: ”tehokas ihmisten välillä tapahtuva prosessi, joka edesauttaa tavoitteiden saavuttamisen tavalla, johon yksittäiset ammattiryhmät eivät erikseen työskentelemällä kykenisi” (Bronstein 2003, 299). Bronstein on käyttänyt kehittämäänsä malliin moniammatillisesta yhteistyöstä neljää teoreettista viitekehystä; moniammatillisuuden teoriaa yhteistyöstä, palvelujen yhdistämiseen liittyvää kehittämisen ohjelmaa, rooliteoriaa ja ekologista systeemiteoriaa. Kirjallisuuden pohjalta kootun mallin tarkoituksena on kuvata yleisellä tasolla optimaalisella tavalla toimivaa moniammatillista yhteistyötä sosiaalityöntekijöiden ja muiden ammattiryhmien välillä.

Keskinäinen riippuvuus tarkoittaa Bronsteinin mukaan vuorovaikutuksellisia tapahtumia ja luottamusta ammattilaisten välillä, jossa he ovat toisistaan riippuvaisia

suorittaessaan tehtäväänsä ja saavuttaakseen tavoitteensa. Toimiakseen keskinäinen riippuvuus edellyttää ammattilaisilta ymmärrystä omasta sekä toisten työntekijöiden ammattirooleista ja kykyä käyttää tätä tietoa hyödykseen. Keskinäisen riippuvuudella ominaista on virallinen ja epävirallinen yhdessä vietetty aika, suullinen ja kirjallinen kommunikaatio työtovereiden kanssa sekä kunnioitus työtovereiden ammatillisia näkemyksiä ja työpanosta kohtaan. Keskinäisestä riippuvuudesta ja sen toimivuuden tärkeydestä on Bronsteinin mukaan käsitelty sosiaalityön kirjallisuudessa paljon, erityisesti tiimityötä käsiteltäessä. Keskinäinen riippuvuus yhdistetään Bronsteinin mukaan myös roolirajoja ylittävään työtapaan. Uudelleen määritellyt ammatilliset toiminnot viittaavat yhteisiin toimiin, ohjelmiin ja rakenteisiin, joiden avulla saadaan parempia tuloksia kuin itsenäisesti työskentelemällä eli niiden avulla maksimoidaan yhteistyöhön osallistuvien erityisosaaminen.

Joustavuus viittaa Bronsteinin mukaan tarkoitukselliseen ammattiroolien hämärtämiseen, jolloin mennään keskinäistä riippuvuutta syvemmälle. Joustavuudelle on myös ominaista luovat kompromissiratkaisut, sekä roolien vaihdokset tilanteen vaatimalla tavalla. Toimiva yhteistyö mukautuu olosuhdemuutoksiin eli on myös siinä mielessä joustavaa. Joustavat ammattiroolit edellyttävät yhteistyöltä vähäistä hierarkkisuutta. Yhteiset tavoitteet moniammatillisen yhteistyön osana tarkoittaa jaettua vastuuta koko prosessista, jossa pyritään tavoitteisiin, suunnitellaan ja määritellään ne ja lopulta kehityksen kautta onnistuessa saavutetaan ne. Asiakslähtöisyys siten, että asiakkaat ovat itse aktiivisesti mukana prosessissa työntekijöiden kanssa, on osa jaettua vastuuta. Ammattilaisten on asiakkaiden kanssa yhteisten tavoitteiden parissa työskennellessä käytettävä pohdiskelua ja rakentavaa tapaa ilmaista erimielisyyttä. Prosessin arvioinnilla Bronstein tarkoittaa yhdessä työskentelevien huomion suuntaamista yhdessä työskentelemiseensä siten, että rooleista ja prosesseista palautetta antaen ja vastaanottaen sekä sen huomioimista työskentelyä suunnatessa yhteistyösuhdetta ja tehokkuutta vahvistavasti.

Bronstein (2003, 302-304) on moniammatillista yhteistyötä kuvaavan mallinsa toisessa osassa määritellyt neljä yhteistyötä vahvistavaa elementtiä, jotka ovat: ammatillinen rooli, rakenteelliset tekijät, persoonallisuuden piirteet ja kokemukset yhteistyöstä. Näiden elementtien läsnäolo vahvistaa moniammatillista yhteistyötä ja niiden puuttuminen vastaavasti asettaa yhteistyön toimivuudelle esteitä. Vahva ammatillinen

rooli pitää sisällään oman ammattiryhmän arvot ja etiikan, lojaalisuuden sekä omaa toimipaikkaa, että omaa ammattia kohtaan, kunnioituksen ammatillisia kollegoja kohtaan, ekologisen ja holistisen näkökulman, joka näkyy oman työn käytännöissä, sekä samanlaisen tai toisiaan täydentävän näkökulman yhteistyökumppaneihin nähden. Rakenteellisiin tekijöihin sisältyvät puolestaan hallittavissa oleva työmäärä, moniammatillista yhteistyötä tukeva työkuulttuuri, hallinnollinen tuki, ammatillinen itsenäisyys sekä aikaa ja tilaa yhteistyön toteuttamiseksi. Bronsteinin mukaan moniammatillista yhteistyötä tukevat persoonallisuuden piirteet liittyvät siihen, miten yhteistyön osapuolet näkevät toisensa ihmisinä työrooliensa ulkopuolella. Erityisesti kunnioitus ja luottamus ovat tärkeitä näihin persoonallisuuden piirteisiin kuuluvia tekijöitä Bronsteinin tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen mukaan. Kokemukset yhteistyöstä tarkoittavat yksittäisen työntekijän aikaisempia kokemuksia moniammatillisista asetelmista yhteistyökumppaneiden kanssa.

D'Amour ja Oandasan (2005) ovat artikkelissaan kuvanneet moniammatillisuutta (interprofessionalism) kahden toisiinsa linkittyneen osa-alueen kautta, jotka ovat moniammatillinen koulutus ja moniammatilliset käytännöt työelämässä. D'Amourin ja Oandasanin mukaan moniammatillisuuden kehittämiseksi tarvitaan tietoa niistä tekijöistä ja prosesseista, jotka määrittävät moniammatillista koulutusta ja moniammatillisia käytäntöjä sekä ymmärrystä näiden kahden osa-alueen vaikutuksista toisiinsa. He korostavat ajatusta, jonka mukaan moniammatillisuutta ei voi tarkastella pelkästään koulutuksen tai käytäntöjen näkökulmasta, vaan ne muodostavat toisistaan riippuvaisen kokonaisuuden. D'Amourin ja Oandasanin käsityksen mukaan moniammatillisen koulutuksen avulla tuotetaan moniammatilliseen yhteistyöhön tarvittavat taidot omaavia ammattilaisia, jotka siirtävät saamansa opit työkäytäntöihinsä. D'Amour ja Oandasan (2005, 10-18) ovat nimenneet moniammatillisuutta kuvaavan mallinsa IECPCP:ksi (interprofessional education for collaborative patient-centred practice framework), joka tarkoittaa vapaasti käännettynä moniammatillinen koulutus yhteistyöksi potilaslähtöisiin käytäntöihin-kehikkoa. Käytän mallista nimitystä IECPCP-kehikko.

IECPCP-kehikossa näkyvät yhteistyöhön vaikuttavat rakenteet ja prosessit eri tasoilla; oppijat, opettajat ja ammattilaiset mikrotasolla, opetus ja terveysorganisaatiot mesotasolla, poliittiset, sosiaalis-taloudelliset ja kulttuuriset systeemit makrotasolla.

Malli jakautuu kahteen toisiaan täydentävään kehään, jossa edellä mainitut tasot näkyvät rakenteissa prosesseissa. Kehät esittävät moniammatillista koulutusta ja yhteistyön käytäntöjä työelämässä. IECPCP-kehikon ensimmäisen, moniammatillista koulutusta tarkastelevan kehän keskiössä on oppija, johon vaikuttavat mikro- (opetus), meso- (organisaatio) ja makrotasoilla (systeminen) tekijät, jotka vaikuttavat hänen kykyynsä saavuttaa työelämässä tarvittavia yhteistyötaitoja toisten ammattiryhmien kanssa toimimiseksi. Kehikon toisen kehän keskiössä on potilas, jonka hoidon tuloksiin vaikuttavat tekijät yhteistyön käytännöissä mikro- (vuorovaikutuksellinen), meso- (organisaatio) ja makrotasoilla (systeminen). Tutkimus, johon sisältyy arviointi, jakaa IECPCP-kehikossa tietoa näihin toisiinsa linkittyneisiin kehiin ja palautteellaan läpäisee kehien kaikki toiminnan tasot muokaten siten niiden toimintaa toivottuun suuntaan.

D'Amourin ja Oandasenin (2005, 13-18) IECPCP-kehikon kahdessa toisiinsa tiiviisti yhteydessä olevassa kehässä (moniammatillinen koulutus ja moniammatilliset yhteistyön käytännöt) näyttäytyy elementtejä, jotka vaikuttavat mikro-, meso- ja makrotasoilla ensimmäisessä kehässä oppijaan ja toisessa potilaaseen. Moniammatillista koulutusta kuvaavalla kehällä oppijaan mikrotasolla vaikuttavat tekijät ovat oppimisen konteksti, eli mitä ja miten moniammatillisuudesta opetetaan sekä millä tavoin tiedekunnassa tunnustetaan ja tunnustetaan moniammatillisuuden tarpeellisuus. Mesotasolla oppijaan vaikuttavat institutionaaliset tekijät; kuinka hallinnossa ja johdossa nähdään moniammatillisuuden tarpeellisuus ja miten se on opetuksessa huomioitu ja resursoitu. Moniammatillisuus tulisi D'Amourin ja Oandasenin mukaan huomioida niin ammatillisessa koulutuksessa, kuin täydennyskoulutuksessa.

D'Amourin ja Oandasenin IECPCP-kehikon toisessa kehässä, jonka keskiössä on potilas, kuvataan elementtejä, jotka vaikuttavat mikro-, meso- ja makrotasoilla moniammatillisiin yhteistyön käytäntöihin. Potilas on kehän keskiössä, koska hän on lähtökohta ammattilaisten väliseen yhteistyöhän ja keskinäiseen riippuvuuteen. Potilas on samanaikaisesti aktiivinen tiimin jäsen ja toisaalta tiimin tuottaman hoidon vastaanottaja. Moniammatilliset yhteistyön käytännöt ovat ennen kaikkea monimuotoisen vuorovaikutuksen sisältäviä prosesseja, jossa vuorovaikutusta tapahtuu sekä yksilöiden, että yksilöiden ja organisaatioiden välillä. Mikrotasolla potilaaseen vaikuttaa moniammatillisen yhteistyön käytäntöjen kautta vuorovaikutukselliset prosessit: yhteiset potilaslähtöiset tavoitteet ja visio ovat erittäin tärkeässä osassa niitä.

Vuorovaikutuksen kannalta tärkeää on myös se, miten eri tahojen intressit sekä valta tunnistetaan ja mitä nämä tiedostaen neuvottelun tuloksena syntyy. Keskinäinen luottamus syntyy siitä, kun tiimin jäsenet ymmärtävät toisten ammattilaisten käyttämiä käsitteellisiä malleja, rooleja ja vastuita.

Potilaaseen IECPCP-kehikon toisella kehällä, meso-tasolla, moniammatillisten yhteistyön käytänteiden kautta vaikuttavat elementit ovat organisaatioiden tasolla, organisaatioiden sisällä ja yhä kasvavassa määrin niiden välillä verkostotyön lisääntyessä. Kaksi organisaatiotasolla olevaa pääelementtiä ovat johtaminen ja formalisaatio, jolla tarkoitetaan kliinisen hoidon rakenteiden muokkaamista systemaattisesti esimerkiksi kehittämällä tiedonkulkua, toimenpiteitä jne. IECPCP-kehikon toisessa kehässä vuorovaikutukselliset ja organisaatiotason elementit vaikuttavat myös toisiinsa. Makrotasolla tarvitaan muutosjohtamisen strategioita, kun systeemisellä tasolla halutaan vaikuttaa moniammatillisen yhteistyön käytänteisiin, eli terveys-, sosiaali- ja koulutussysteemeissä tulisi luoda yhteinen visio moniammatillisuudesta. Poliittiset päätöksentekijät, ammattijärjestöt ja päätöksiä toteuttavat instituutiot ovat makrotason toimijoita, jotka toiminnallaan pitkälti säätelevät meso- ja mikrotasolla tapahtuvaa yhteistyötä ja ilman niiden tukea moniammatillinen yhteistyö ei toimi. (Mas. 16-18.) D'Amour ja Oandasan painottavat, että moniammatillisuuden edistämiseksi tarvitaan yhteistyötä opettajien, ammatinharjoittajien, tutkijoiden, päätöksentekijöiden ja kansalaisten välillä sekä yhteinen usko sen perustavanlaatuiseen tärkeyteen.

Kaarina Isoherranen (2012, 149-152) on väitöskirjatutkimuksensa pohjalta muodostanut moniammatillisen yhteistyön kehittämismallin, joka kuvaa moniammatillisen yhteistyön kehittämisen haasteita ja edellytyksiä sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuksessaan Isoherranen haastatteli suuren sairaalan asiantuntijaryhmiä ja tiimejä heidän kokemuksistaan moniammatillisuudesta. Tutkimuksen mukaan keskeiset haasteet organisaation moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä ovat: sovitusti joustavat roolit, yhteisen tiedon luomisen käytännöt, tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen sekä organisaation rakenteet, jotka vaikeuttavat yhteisen tiedon luontia ja yhteisen toimintamallin kehittämistä. Isoherrasen mukaan moniammatillisen, potilaslähtöisen yhteistyötavan soveltaminen arkeen aiheuttaa kulttuurisen muutoksen, jonka kehittämiseksi tarvitaan työtä monella tasolla. (Mts. 5.)

Taustaedellytykset kulttuuriselle muutokselle tapahtuvat moniammatillisen yhteistyön kehittämismallin mukaan makrotasolla sekä organisaatioiden, professioiden ja ammattijärjestöjen tasolla, eli D'Amourin ja Oandasanin (2005) määrittelemänä mesotasolla. Muutos organisaatioiden toiminnassa ja asiantuntijoiden koulutuksessa edellyttävät päätöksiä yhteiskunnallisella ja poliittisella tasolla eli makrotasolla, yksittäisen organisaation tasolla puolestaan tarvitaan johdossa yhteistä näkemystä ja tavoitetta sekä jatkuvaa tukea muutokseen. Myös professiot ja ammattijärjestöt tarvitaan mukaan työyhteisön kehittämiseen. Edellä mainitut seikat ovat taustaedellytyksiä varsinaiselle muutosprosessin toteutukselle, joka tapahtuu yksilötasolla, tiimeissä. Yksilötasolla tarvitaan asiantuntijoiden valmiutta yhteisölliseen työtapaan ja tietynlaisia kommunikointitaitoja. Nämä mikrotasolla ilmenevät keskeiset taitovaatimukset ja valmiudet ovat: reflektiivinen arvioinnin taito, taitavan keskustelun ja dialogin taidot, valmius jaettuun johtajuuteen sekä valmius joustavuuteen rooleissa. (Isoherranen 2012, 150).

Makrotasolla, eli yhteiskunnallisella ja kulttuurisella tasolla, ovat (Mts. 150) esiedellytykset työelämässä tarvittavalle muutokselle, kun halutaan toteuttaa toimivaa moniammatillista yhteistyötä. Lainsäädännöllä säädellään professioiden ja organisaatioiden koulusta ja toimintaa sekä sosiaali- ja terveystalv palvelujen tuottamista. Myös D'Amour ja Oandasan (2005, 17) ovat sisällyttäneet IECPCP-kehikkoonsa makrotasolla toisaalta ammatillaiseen ja toisaalta potilaaseen vaikuttavat tekijät. He korostavat systeemisellä tasolla olevan ensiarvoisen tärkeää, että päätöksentekijät ymmärtävät moniammatillisen koulutuksen ja potilaiden parissa toteutetun moniammatillisen yhteistyön keskinäisen riippuvuussuhteen. D'Amour ja Oandasan toteavat ammatillisten sosio-kulttuuristen uskomusten vaikuttavan makrotasolta alemmille tasoille opetuksen ja ammatillisen toiminnan käytäntöihin. D'Amour ja Oandasan jakavat siis Isoherrasen näkemyksen siitä, että muutos lähtee makrotasolta mahdollistaen sen myös meso- ja mikrotasoilla. Prosessi ei ole yksisuuntainen, vaan eri tasot käyvät ikään kuin vuoropuhelua toistensa kanssa ja siten uudenlainen tapa ajatella ja toimia moniammatillisessa yhteistyössä vahvistuu ja tulee osaksi kulttuuria.

Myös Petrin (2010, 76-78) näkemyksen mukaan eri tasoilla tapahtuva tietoinen moniammatillisen yhteistyön tukeminen on sen onnistumisen edellytys. Bronstein (2003, 303-304) ei mallissaan erittele moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavia

tekijöitä systeemisen-, organisaatio- ja yksilötasojen kautta, mutta mainitsee moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavana elementtinä rakenteelliset tekijät, jotka ovat makrotasolta annettuja mikrotasoa sääteleviä tekijöitä. Bronsteinin malli ei siten ole ristiriidassa D'Amourin ja Oandasanin tai Isoherrasen mallien kanssa, joskin siinä korostuvat enemmän mikrotason tekijät.

Mesotasolla, eli Isoherrasen (2012, 151) mukaan organisaatioiden, professioiden ja koulutuksen tasolla luodaan edellytykset moniammatillisen yhteistyön mallin toiminnalle makrotasolla annettujen ”esiedellytysten” pohjalta. Myös Laura Petrin (2010, 76-78) tutkimuksen mukaan onnistuneen moniammatillisen yhteistyön elementtejä ovat harkittu toiminta sekä sen tukeminen ja moniammatillinen koulutus organisaatiotasolla. Organisaatiotasolla moniammatillisen yhteistyön tukeminen tapahtuu esimerkiksi siihen liittyvällä koulutuksella, resursseilla, palkitsemisella ja kannustimilla. Petrin (em.) mukaan moniammatillisen koulutuksen avulla on nykyisen tietämyksen mukaan huomattu olevan huomattavan suuri myönteinen vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön siten, että se sitouttaa ammattiryhmiä moniammatillisuuteen, lisää ryhmädynamiikkaa keskinäistä kilpailua vähentäen sekä lisää tietoutta ja arvostusta toisia ammattiryhmiä kohtaan. Moniammatillista koulutusta voidaan toteuttaa osana ammatillista koulutusta tai jatkokoulutuksena. Bronsteinin moniammatillisen yhteistyön mallin vahvistavissa elementeissä mainitut ammatillinen rooli ja kokemukset yhteistyöstä ovat juuri niitä asioita, joita myös D'Amourin IECPCP-kehikossa ja Isoherrasen moniammatillisen yhteistyön kehittämismallissakin todetaan koulutuksen, ammattijärjestöjen ja organisaatioiden toiminnalla pyrittävän vahvistamaan.

Varsinainen muutoksen ydin moniammatilliseen työtapaan pyrittäessä on mikrotasolla tiimien toiminnassa, johon vaikuttavat sen jäsenten taidot ja valmiudet (Isoherranen 2012, 152). Näihin kuuluvat Isoherrasen määritelmän mukaan: taitavan keskustelun ja dialogin taidot, reflektiivisen arvioinnin taito, valmius jaettuun johtajuuteen ja valmius joustaviin rooleihin. Nämä elementit/osatekijät sisältyvät myös Bronsteinin moniammatillisen yhteistyön malliin sekä D'Amourin ja Oandasanin IECPCP-kehikkoon. Petrin näkemykset eivät ole ristiriidassa aiemmin kuvattujen kolmen moniammatillisuutta kuvaavan mallin kanssa, hän painottaa D'Amourin ja Oandasanin lailla erityisesti koulutuksen merkitystä onnistuneen moniammatillisuuden

edellytyksenä.

Laura Petrin mukaan moniammatillisen koulutuksen avulla lisätään roolien tiedostamista, tehokasta kommunikaatiota sekä keskinäistä luottamusta ja arvostusta, jotka ovat myös onnistuneen moniammatillisen yhteistyön elementtejä. Petrin mukaan roolien tiedostamiseen liittyy tietämys niin toisten, kuin omaankin työrooliin sisältyvistä tiedoista, taidoista ja näkökulmista. Ideaalissa tilanteessa toisten ammattiryhmien vastuualueet tunnustetaan, ymmärretään ja niitä arvostetaan. On myös erityisen tärkeää, että yksittäinen työntekijä on omaksunut oman ammattikuntansa erityistaidot ja luottaa omiin kykyihinsä niitä käyttäessään. Vuorovaikutustaitoihin sisältyvät ominaisuudet, jotka liittyvät henkilöiden välisiin suhteisiin ammattiryhmien välillä; keskinäinen kunnioitus ja luottamus sekä tehokas kommunikaatio. Hyvä vuorovaikutus merkitsee sitä, että sanallinen ja ei-sanallinen viesti välittyy ihmisten välillä siten, kuin se on alun perin tarkoitettukin. Avoin kommunikaatio on Petrin mukaan tyypillinen termi kirjallisuudessa, kun puhutaan onnistuneen yhteistyön elementeistä. Tähän käsitteeseen liittyvät konfliktienhallinta, neuvottelu ja kunnioittava erimielisyys. (Petri 2010, 76-78.)

Sloper (2004, 571-580) on tehnyt meta-analyysin moniammatillisuutta käsittelevistä tutkimuksista, jonka pohjalta hän on koonnut monitoimijaista yhteistyötä edesauttavia ja toisaalta estäviä elementtejä, jotka ovat samassa linjassa edellä kuvattujen moniammatillista yhteistyötä kuvaavien mallien kanssa. Sloperin mukaan monitoimijaista yhteistyötä edesauttavat selkeät ja yhteisesti sovitut tavoitteet, roolit, vastuut ja aikataulut, monitoimijuuden ohjausryhmä, vahva johtajuus, yhteistyöhön sitoutuminen kaikilla organisaation tasoilla, hyvä tiedonkulku sisältäen yhteisen tietojärjestelmän, henkilöstön tuki ja ohjaaminen uusiin työtapoihin, jaetut asianmukaiset resurssit, henkilöstön kokeneisuus moniammatillisuudesta sekä toiminnan säännöllinen arviointi. Monitoimijaista yhteistyötä estävät usein edellä mainittujen elementtien puutteellisuus tai niiden vastakohtien ilmeneminen yhteistyössä. Lisäksi Sloper (mas. 571-580) mainitsee estäviksi elementeiksi jatkuvat organisaatiomuutokset, jatkuvasti vaihtuvan henkilöstön, epäpätevät työntekijät, taloudellisen epävarmuuden sekä toistaan poikkeavat ammatilliset ideologiat ja toimintakulttuurit.

Sloper toteaa tutkimuksista ilmenneen, että moniammatillisuuden huomioiminen

koulutuksessa vaikuttaa esteitä vähentävästi moniammatillisessa yhteistyössä. Toimivan moniammatillisen yhteistyön saavuttaminen on hänen mukaansa vaikeaa monestakin syystä. Tärkeimpänä syynä Sloper mainitsee sen edellyttämän muutoksen kokonaisvaltaisuuden, jossa muutoksia tarvitaan samanaikaisesti monella tasolla. Muutos haastaa perinteisen ammatillisen työkuultuurin ja moni saattaa kokea muutoksen uhkaksi asemalleen. Yhteinen oppiminen ja moniammatillinen harjoittelu, etenkin osana täydentävää ammatillista koulutusta, ovat Sloperin kokoamien tutkimusten mukaan jossain määrin todistetusti johtaneet parempaan moniammatilliseen yhteistyöhön. (Mas. 571-580)

Isoherranen (2005, 139) on myös laatinut luettelon tekijöistä, jotka työelämän arjessa ovat esteenä hyvän moniammatillisen yhteistyön kehittymiselle: organisatoriset ja rakenteelliset edellytykset yhteistyölle ovat puutteelliset, ei tunneta tai tiedetä verkostoyhteistyökumppaneita eikä heidän palvelujaan, kulttuuriset muutokset ovat vaikeita, vanhat hierarkkiset asenteet – ei tunneta riittävästi toinen toistensa koulutusta ja osaamista, moniammatillisen yhteistyön arviointimahdollisuuksien puutteellisuus, eri ammattiryhmien välisen palautteen puutteellisuus, puutteelliset kommunikointitaidot ja yhteisen koulutuksen puute. Moniammatillisen yhteistyön esteet näyttävät Isoherrasen määrittelemänä samansuuntaisilta Sloperin tutkimustulosten kanssa, eivätkä ne ole ristiriidassa niiden tutkimusten kanssa, joita olen tässä luvussa esitellyt.

2.3. Dialogisuus

Dialogisessa suhteessa painotetaan tasavertaisuutta, vastavuoroisuutta ja avoimuutta tiedon jatkuvalla rakentumisella itse vuorovaikutusprosessissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillinen työ edellyttää viranomaissuhteiden sekä asiakassuhteiden tarkastelua tästä näkökulmasta. (Mönkkönen 1996, 51-63). Mönkkösen mukaan dialogisuuden näkökulmasta asiantuntijuus kehittyy parhaiten eri näkökulmien keskellä, jolloin se joutuu ikään kuin koetukselle. Mönkkönen (2007, 126-128) toteaaakin, että dialogisessa ajattelussa yhteisö nähdään asiakastyössä voimavarana. Dialoginen työ ja kyky rakentaa eri toimijoiden ajatukset ikään kuin yhdeksi tarinaksi, ovat moniammatillisen työn onnistumisen perusta. Dialogisuudesta voidaan hänen mukaansa sanoa, että ymmärrys tietyn moniongelmaisen asiakkaan tilanteesta on jotain

sellaista, jota kukaan erityisosaaja ei voi yksin saavuttaa. Mönkkönen arvioi dialogisuuden tuoneen uusia näkökulmia moniammatillisen vuorovaikutuksen pulmiin, jossa eri alojen työntekijöiden toimiminen hyvin erilaisissa toimintakulttuureissa voidaan nähdä ongelmallisena; dialogisessa keskustelussa hyväksytään se, ettei voida löytää yhtä lopullista totuutta, vaan jokaisen verkostoon osallistuvan totuus mielletään ja hyväksytään omanlaisekseen.

Seikkula ja Arnkil (2009) ovat myös kirjoittaneet dialogisesta verkostotyöstä, jonka he näkevät olevan toimiva työskentelytapa, kun halutaan toimia tehokkaasti ja inhimillisesti psykososiaalisessa työssä. He määrittelevät dialogisuuden olevan ”keskinäisen ymmärryksen kehittelyä arvostavassa vuoropuhelussa”. Seikkulan ja Arnkilin mukaan toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi kehittää avoimuuden systemaattisella lisäämisellä ja ammatti-ihmisten ja asiakkaiden henkilökohtaisten sosiaalisten verkostojen yhteistoiminnalla (2009, 5). Seikkulan ja Arnkilin mukaan avain toimivaan moniammatilliseen verkostotyöhön on asiantuntijakeskeisyydestä luopuminen ja asiakkaiden ottaminen mukaan avoimeen yhteistyöhön keskittyen voimavaroihin ja asiakkaiden luonnolliset verkostot huomioon ottaen. He näkevät tällaisen toimintatavan toteuttamiselle haasteena sen, että organisaatiot on rakennettu tukemaan yksilökeskeistä ja asiantuntijakeskeistä työtä. Seikkula ja Arnkil toteavat yhteisen vuoropuhelun ja vuorovaikutuskeskeisen kohtaamisen lievittävän inhimillistä ahdinkoa, säästävän rahaa ja vähentävän työntekijöiden kuormittumista. Seikkula ja Arnkil ovat kehittäneet dialogisuuteen pohjautuvia työmenetelmiä psykososiaaliseen työhön hyvinvointipalveluissa, joita ovat ns. avoimet dialogit ja ennakoitdialogit eli tulevaisuuden muistelu. He lähestyvät dialogisuutta ajattelutapana ja toimintakäytäntönä, jota voidaan rikastaa sellaisten menetelmien avulla, jotka edistävät kuulluksi tulemistä ja yhdessä ajattelemista. Rajanylitykset ovat dialogisuuden ydintä ja niillä tarkoitetaan sekä moniammatillisen järjestelmän sisäisiä, erikoistuneiden ammattilaisten kesken että ammattilaisten ja maallikoiden välillä tapahtuvia kohtaamisia.

Kun psykososiaalisessa verkostotyössä toimitaan dialogisesti, ei pyritä löytämään yksimielisyyttä, vaan pyritään ymmärtämään kunkin verkostoon osallistuvan käsitystä tilanteesta ja siten luomaan uusi ymmärrys ikään kuin eri osapuolten rajalle. Olennaista on epävarmuuden sieto, pyrkimys liittää auttamistoiminta asiakkaan arjen yhteyteen ja

puhua siitä asiakkaan kanssa luodulla yhteisellä kielellä sekä asiantuntijuuden näkeminen ammattilaisten ja maallikoiden yhteisenä aikaansaannoksena. Dialogisuuteen sisältyy moniääninen maailmankuva, eli hyväksytään maailmankuvien yhtäaikainen erillisyys ja vaihtelevuus yksilöiden ja tilanteiden mukaan. Dialogista toimintatapaa käytettäessä on tärkeää erottaa verkoston kohdatessa puhuminen ja kuunteleminen; osallistujille annetaan näin mahdollisuus ns. sisäiseen dialogiin, joka syntyy toisten kuuntelemisesta. (Seikkula & Arnkil 2009, 82-85).

Verkostotyössä tapahtuu dialogisuuteen pyrkiessä Seikkulan ja Arnkilin (2009, 96-113) mukaan työotteen muutos, jossa siirrytään asiakkaan oireiden ja käyttäytymisen syiden etsinnästä verkoston kanssa yhdessä jakamiseen. Verkostossa jaetaan tunnekokemuksia ja työntekijät antavat itsensä tulla kosketetuiksi; näin taataan asiakkaille kokemus kuulluksi tulemisesta, joka jo itsessään voi helpottaa hänen vaikeaa tilannettaan. Verkstodialogissa osallistujat pyrkivät siis yhteiseen jakamiseen toisia kuuntelevassa keskustelussa, itse tilanteessa jokaisella tulisi olla mahdollisuus ajatella ääneen ja kuunnella toisia rauhassa ääneti; näin voi syntyä ymmärrys asiakkaan kokemusmaailmasta ja arjesta. Dialogisuuden ajatellaan parhaimmillaan toimiessaan muokkaavan myös työntekijöitä, eli muutos nähdään yhteiskehityksenä. Voidaan sanoa, että dialogiset auttamiskäytännöt muuttuvat hoitomenetelmien ja tekniikoiden käytöstä ihmisten väliseksi syvälliseksi kohtaamiseksi.

Seikkula ja Arnkil toteavat (em.) verkstodialogien olevan osa suurempaa psykososiaalisen työn väylää, jossa yhteistä on pyrkimys asiakkaan voimaannuttamiseen ja valtaistamiseen. Valtaistamisella he tarkoittavat aktivoivaa toimintaa, joka tähtää asiakkaan itsenäisyyden kasvuun, eli pyrkimys on tukea ihmistä auttamaan itseään. Voimaannuttaminen näkyy dialogisuudessa siten, että verkstossa tuetaan sitä, että sosiaalisissa suhteissa piilevät voimavarat tulisivat yksilöiden käyttöön. Verkstodialogit haastavat perinteisen asiantuntijaparadigman siten, että siinä valta-asetelma ei ole niin epätasaisesti jakautunut asiantuntijoiden ja heidän työskentelynsä kohteiden välillä. Seikkula ja Arnkil toteavat dialogisuuden syntyvän yksilöiden kiinnostuksesta siihen ja kokemuksista sen toimivuudesta; makropolitikka ei pysty tuottamaan dialogisuutta verkstotyöhön, mutta sen avulla voidaan tarjota mahdollisuudet sen toteutukselle. (em. 2009, 175).

3. LASTENPSYKIATRIA JA -SUOJELU MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Laajasti ajateltuna mielenterveys ei ole vain sosiaali- ja terveysasia, vaan vastuuta siitä kantavat yhteiskunnan monet, hyvin erilaiset tahot. Kulloinkin harjoitettu sosiaalipolitiikka luo yleiset puitteet lapsiperheiden elämälle. (Taipale 1998, 394). Lasten mielenterveyskuntoutus on laaja-alaista; se voidaan nähdä lapsiperheväestön hyvinvoinnin näkökulmasta tarkasteltuna niin elämän niin aineellisten kuin henkistenkin edellytysten tarkasteluna ja vaikuttamisena. Kuntoutuksella tavoitellaan yksilön tai perheen tai molempien toimintaedellytysten ja -vaihtoehtojen lisääntymistä, parempaa toimintakykyä, sosiaalista integraatiota ja selviytymistä sekä elämänlaadun kohenemistä. (Piha 2010, 378-386). Lasten mielenterveyspalvelut Suomessa ovat monimuotoinen kokonaisuus, johon kuuluu palveluita niin sosiaali- kuin terveydenhuollonkin puolelta, sekä kasvavassa määrin myös kolmannen sektorin puolelta. Tällä hetkellä lasten mielenterveyspalvelujen toimintayksiköitä on perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja erikoissairaanhoidossa. (Moilanen 2010, 384-386).

Julkisen palvelujärjestelmän rinnalla Suomessa toimii myös runsaasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuoltoalaan keskittyviä järjestöjä ja lisäksi käynnissä on monia kehittämishankkeita eri puolilla Suomea. Järjestöt yleensä vastaavat ensimmäisinä sellaiseen palvelutarpeeseen, johon julkinen järjestelmä ei vielä ole kyennyt tarttumaan, tai ne täydentävät palveluja, kun julkiset järjestelmän voimavarat eivät riitä. Viime vuosina lapsiin ja nuoriin suuntautuva järjestöpuolen mielenterveystyö onkin runsaan tarpeen vuoksi jatkuvasti kasvanut. (Tamminen 2010, 396). Mielenterveysongelmat ovat tyypillisesti alue, jonka parissa työskennellään monella sektorilla asiakkaiden tarpeiden ollessa erityisiä monella arkisen elämän alueella. Hotari ja Metteri (2010, 7) luonnehtivat sosiaali- ja terveydenhuollossa meneillään olevan palvelurakenteiden murros, jota on kutsuttu muun muassa mosaiikkimaistumiseksi. Suomalaisen lasten mielenterveysongelmien hoidon voidaan toisaalta sanoa olleen aina hajanaista, eli monien tahojen toteuttamaa (Taipale 1998, 395). Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja tarjoavat perusterveydenhuoltona terveyskeskukset, erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirit ja sosiaalihuoltona kunnallinen sosiaalihuolto.

Painopiste lasten mielenterveyspalveluissa siirtyi 1990-luvun lopulla sosiaalihuollon puolelta terveyskeskuksiin, kun perheneuvolajärjestelmää alettiin purkaa ja niiden toimintaa integroida muihin palveluihin. (Piha & Kaivosoja & Salomaa 2000). Palvelujärjestelmän hajanaisuus ja pienistä toimintayksiköistä koostuminen pohjautuu Pihan ym. (2000, 3) mukaan siihen, että lasten psykiatria ja psykososiaalisia palveluita on Suomessa kehitetty kolmen järjestelmän kautta; lastensuojelun ja sosiaalityön alueella kehitettiin perheneuvolajärjestelmä, entisiin mielisairaanhoidopiireihin perustettiin pieniä lasten ja nuorten mielenterveystoimistoja ja keskussairaaloihin perustettiin lastenpsykiatrian poliklinikoita ja vuodeosastoja. Lasten palvelujärjestelmän kehittämisessä ei ollut alueellista yhteistoimintaa, vaan kutakin haaraa kehitettiin omaa tahtia toisista riippumatta. Palvelujärjestelmän hajanainen rakenne, resurssipuutteet ja pienet hoitoyksiköt ovat johtaneet moniin ongelmiin, jotka vähentävät palvelujen saatavuutta ja huonontavat niiden laatua.

Mielenterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326), mielenterveyslaissa (1116/1990) ja sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1303). Terveydenhuoltolain 27 § mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Terveydenhuoltolaissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu: terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki, yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa, sekä mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.

Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Mielenterveyslaissa on myös mainittu erikseen mielenterveyspalvelujen yhteensovittamisesta 5§:ssä (11.12.2009/1066), kuten myös sosiaalihuoltolain 25 §:ssä. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) on 41 §:ssä säädetty monialaisesta yhteistyöstä velvoittaen työntekijät toteuttamaan sitä asiakkaan edun vaatimalla tavalla ja verkostot huomioiden.

3.1 Tehtävät palveluketjussa

Lastenpsykiatrinen erikoissairaanhoito sekä yksilö- ja perhekohtainen lastensuojelu edustavat lasten mielenterveyspalvelujärjestelmässä ns. viimesijaisia tahoja; ne auttavat lapsia ja perheitä, joiden ongelmia ei ole riittävästi pystytty auttamaan perustason palveluissa. Ne edustavat toisin sanoen lasten mielenterveyspalveluiden ketjun loppupäätä. Lasten mielenterveyshäiriöiden tutkimuksen näkökulmasta ketju etenee perusterveydenhuollosta (lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, vastaanotto toiminta, joissain kunnissa perheneuvolapalvelut) erityissairaanhoitoon, jossa tutkimukset, hoito ja kuntoutus tapahtuvat joko avohoidossa tai osastolla. Pihan mukaan ajatus potilaan etenemisestä ketjussa ei oikeastaan sovi lastenpsykiatriaan, koska lasten mielenterveyshäiriöiden hoito ja kuntoutus rakentuvat tavallisesti usean eri toimintayksikön yhteiseen ja samanaikaiseen työskentelyyn potilaan ja perheen hyväksi moniammatillisessa hoitoverkossa. (Piha 2010, 378-381.)

Lasten mielenterveystyötä tehdään aina ensisijaisesti avohuollossa ja vain ääritapauksissa lapsi siirretään omasta ympäristöstään esimerkiksi lastenkotiin tai lastenpsykiatriselle osastolle (Taipale 1998, 396). Pihan mukaan palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta on olennaista, että lasten mielenterveyshäiriöiden avohoidossa on käytettävissä tarpeelliset ja riittävät tukitoimet kotona selviytymiseksi; myös mielenterveysasetus edellyttää tätä (2010, 378-381). Kaiken lasten mielenterveystyön ensisijainen tavoite on tukea perhettä sen kasvatustehtävässä. Suomalainen hoitoidologia on voimakkaasti avohoitokeskeistä ja tämä näkyy sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon tavoitteissa ja toiminnoissa. (Taipale 1998, 375).

Lastenpsykiatria on itsenäinen lääketieteen erityisala ja sillä on oma erillinen erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmä. Kaikissa sairaanhoitopiireissä on lastenpsykiatrian avohoidon toimintayksikkö, lastenpsykiatrian osastoja on vain osassa sairaanhoitopiirejä. Lastenpsykiatria on lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä keskitetty keskussairaalaan. Vaarallisten ja vaikeahoitoisten lasten hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin tai vieläkin harvempiin yksiköihin. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon tehtävänä on psyykkisten häiriöiden tutkimus ja diagnostiikka sekä hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Lastenpsykiatrinen tutkimus, hoito, sekä ennalta ehkäisy Suomessa perustuvat bio-psykososiaaliseen viitekehykseen. Lapsen psyykkisiä vaikeuksia tutkittaessa ja hoidettaessa otetaan aina tarkasteluun mukaan

myös lapsen perhe, joka on ihmisen bio-psykososiaalisen kehityksen keskeinen yksikkö. (Piha 2010, 378-386) Vanhemmat nähdään lapsen tutkimuksissa, hoidossa ja kuntoutuksessa välttämättöminä yhteistyökumppaneina. Lastenpsykiatrialla kuntoutus perustuu lastenpsykiatriseen tutkimukseen ja sen perusteella tehtyyn hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, kokonaisnäkemykseen ja siinä hyödynnetään eri toimijoiden ammatillista osaamista, joka integroidaan lapsen tai perheen tarpeenmukaiseksi kuntoutukseksi. Toiminta on usein pitkäjänteistä ja pitkäkestoista, eikä se ole mahdollista ilman moniammatillista toimintaa. (Piha 2010, 439-440).

Sosiaalihuoltolain mukaiset sosiaalipalvelut ovat monesti keskeinen osa lapsen mielenterveyskuntoutusta. Näitä palveluita tarjotaan lapselle ja perheelle sosiaalihuoltolain mukaisina perhepalveluina ja lastensuojelun palveluina. Näitä palveluita ovat mm. sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut ja perhetyö. (Moilanen ym. 2010). Perheneuvonnan tavoitteena on luoda edellytykset lasten turvallisille kasvuoloille, lisätä perheiden ja perheenjäsenten toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia sekä poistaa niiden esteitä; keskeinen anti on siis ennaltaehkäisyssä ja avohoidon toteuttamisessa. Sosiaalihuoltolain muutoksen jälkeen vuodesta 2015 perheiden on ollut mahdollista palvelutarpeenarvion jälkeen saada sosiaalihuoltolain mukaisina palveluina tukimuotoja, joita ennen lain muutosta oli tarjota vain lastensuojelun asiakkaille.

Lastensuojelu jakautuu ehkäisevään lastensuojeluun sekä lapsi- ja perhekohtaiseen työhön. Ehkäisevää lastensuojelutyötä on muun muassa kunnan peruspalveluissa, kuten äitiys- ja lastenneuvolassa, sekä opetuksessa ja muissa peruspalveluissa annettava erityinen tuki. Lapselta ja perheeltä ei tällöin edellytetä lastensuojelun asiakkuutta vaan työtä tehdään osana lapsille, nuorille ja perheille tarkoitettuja palveluja. Ehkäisevää lastensuojelutyötä on myös lasten huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa, esimerkiksi päihde- ja mielenterveyspalveluissa. (Berg-Tokoi 2012, 254-261). Voidaan siis sanoa, että sosiaalihuoltolain mukaiset sosiaalipalvelut ja muut peruspalvelut ovat lastensuojelua laajasti tulkittuna.

Laajan tulkinnan mukaan lastensuojelu ymmärretään kokonaisuutena, johon sisältyvät kaikki ne yhteiskunnalliset ja kulttuuriset ratkaisut, joilla on merkitystä lasten hyvinvoinnille ja joiden tavoitteena on ottaa huomioon lapsen etu sekä toteuttaa sitä.

Vastuu ehkäisevästä lastensuojelusta kuuluu laajalle lasten ja perheiden parissa työskentelevälle toimijajoukolle. (Jahnukainen ym. 2012, 36). Yksilö- ja perhekohtainen lastensuojelu voidaan nähdä lastensuojeluna suppeasti tulkittuna ja tämä on lastensuojelun keskeisin sekä ulospäin näkyvin osa. Yksilö- ja perhekohtainen lastensuojelu on kuntien sosiaalitoimen vastuulla ja sen tehtävä on vastata lasten, nuorten ja lapsiperheiden tarpeisiin silloin, kun muut järjestelmät ovat riittämättömiä ja jota toteutetaan kun lapsi on lastensuojelun tarpeessa.

Yksilö- ja perhekohtaisen lastensuojelun toimenpidevalikon ydinkohdat ovat: lastensuojelutarpeen arviointi, avohuollon tukitoimet, huostaanotto, kiireellinen sijoitus, sijaishuolto ja jälkihuolto. Näiden muodollisten toimenpiteiden toteuttamiseksi käytetään erilaisia työmenetelmiä ja toimenpiteiden toteuttajina ovat sosiaalityöntekijöiden lisäksi monet muut asiantuntijat, vapaaehtoiset ja lapsen läheisverkosto. (Jahnukainen ym. 2012). Kunnan on lastensuojelulain mukaan huolehdittava siitä, että lastensuojelu järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi, kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palvelujen järjestämisessä kunta on tarvittaessa yhteistyössä muiden kuntien, kuntainliittojen sekä muiden palveluja tarjoavien järjestöjen, yhteisöjen ja laitosten kanssa. Yksilö- ja perhekohtaisen lastensuojelun vastuu on kunnallisen lastensuojelun viranomaistoimijoilla. Kunnallinen lastensuojelu toteuttaa sille annettua julkisen vallan tehtävää, josta on myös tarkkaan säädetty lastensuojelulaissa. (Jahnukainen ym. 2012, 36).

Avohuollon palveluihin kuuluvat perheen taloudellinen tukeminen, perhetyö, tukihenkilö- tai perhe lapselle sekä lapsen sijoittaminen avohuollon tukitoimena joko yksin tai yhdessä vanhempien kanssa. Avohuollon tukitoimia ovat myös vertaisryhmätoiminta, lapsen kuntoutumista tukevat hoito- ja terapiapalvelut, muut erikseen määrittelemättömät lastensuojelutukitoimet, vanhemmille suunnattu muu taloudellinen tuki sekä tuki lapsen ja perheen ongelmatilanteen selvittelyyn mm. sosiaalityöntekijän ohjauksen ja neuvonnan muodossa sekä osallistumalla lapsen asioita käsiteltäviin verkostotapaamisiin. Päätöksen näiden palveluiden käytöstä tekee lapsen asioista vastaava sosiaalityöntekijä. Lastensuojelun tukitoimien saaminen edellyttää lastensuojeluasiakkuutta ja perustuu suunnitelmalliseen sosiaalityöhön, eli asiakkaalle on laadittava asiakassuunnitelma, johon tukitoimet kirjataan. (Berg-Tokoi 2012, 254-261).

Lastensuojelun avohuollon tukitoimet ovat ensisijaisia lapsen huostaanottoon ja sijoitukseen nähden. Mikäli avohuollon tukitoimet osoittautuvat riittämättömiksi turvaamaan lapsen kasvua ja kehitystä, lapsi voidaan ottaa huostaan ja sijoittaa sijaishuoltoon. Huostaanoton valmistelee kunnan sosiaalityöntekijä ja varsinaisen päätöksen tekee joko kunnan johtava viranhaltija tai hallinto-oikeus, mikäli 12 vuotta täyttänyt lapsi tai hänen huoltajansa vastustaa huostaanottoa. Huostassa pito voidaan lopettaa, mikäli perusteet huostaanotolle ovat poistuneet, sijaishuoltoon ei enää ole tarvetta ja huostassa pito on lapsen edun vastaista. Sijaishuollossa oleva lapsi on sijoitettuna sijaisperheeseen tai lastensuojelulaitokseen. Jälkihuollon tukitoimet ovat usein samoja, kuin lastensuojelun avohuollon tukitoimet. Jälkihuolto koskee huostaan otettuina ja sijoitettuina olleita lapsia 21 ikävuoteen saakka. (em.)

3.2 Yhteiset asiakkaat

Timonen-Kallio ja Pelander (2012) toteavat, että lastensuojelun ja psykiatrian yhteistyön onnistuminen on keskeinen asia lasten ja nuorten palveluiden toiminnassa, sillä merkittävä osa asiakkaista on yhtä aikaa asiakkaina molemmissa organisaatioissa. Heidän mukaansa työntekijöiden mahdollisuus sitoutua pitkäjänteiseen ja eettisesti kestäväan työhön organisaatioiden rajapinnoilla on sidoksissa toimintaympäristön rakenteisiin, yhteistyön ja työnjaon kysymyksiin sekä hallinnollisiin ratkaisuihin. ”Monialainen, sektorit ylittävä yhteistyö on haaste ja toisaalta välttämättömyys lasten ja nuorten tehokkaampaan auttamiseen ja hoitoon” (Timonen-Kallio & Pelander 2012, 4). Kyseisessä artikkelijulkaisussa on kerrottu vuosina 2010-2011 toteutetun Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnalla –hankkeen tutkimustuloksista.

Kaisa-Elina Hotari toteaa edellä mainitun julkaisun artikkelissaan (2012, 6-10), että lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisten asiakkaiden auttamistyö sijoittuu sosiaali- ja terveyssektoreiden, lakien, johtamisen ja vastuunkantamisen risteyskohtiin. Hän toteaa myös, että lastensuojelun ja lapsi- ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaisiin liittyvien tutkimusten mukaan noin 30-90 prosentilla lastensuojelun asiakkaista on mielenterveysongelmia ja sen vuoksi psykiatrisen hoidon tarvetta. Lapsi- ja nuorisopsykiatrian potilasjoukossa esiintyvää tarvetta lastensuojeluun tai lastensuojeluasiakkuuksia psykiatrian näkökulmasta on tutkittu vähemmän. Näiden

lukujen valossa yhteisasiakkaiden määrästä voidaan kuitenkin Hotarin mukaan todeta, että yhteisten asiakkaiden auttamistyö koskee lopulta merkittävää asiakkuusryhmää lastensuojelun ja lapsi- ja nuorisopsykiatrian palveluissa.

Lastensuojelun asiakasmäärät ovat suuria. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2014 tilastoraportin mukaan vuonna 2014 sijoitettiin kiireellisesti lähes 3800 lasta ja huostassa oli yli 10 000 lasta. Kaikkiaan kodin ulkopuolelle oli vuoden 2014 aikana sijoitettuna lähes 18 000 lasta ja nuorta. Lastensuojeluilmoituksia tehtiin yli 60 000, jolloin yhtä lasta kohden tehtiin 1,7 lastensuojeluilmoitusta. Lastensuojelun avohuollon asiakkaina oli yli 90 000 lasta ja nuorta, joista uusien asiakkaiden osuus oli 43 prosenttia. Lastenpsykiatrian asiakasmäärät ovat huomattavasti pienemmät, mutta luvut ovat merkittäviä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoisaloilla vuodeosastolle kirjattuja potilaita oli vuonna 2013 yhteensä 3337. Psykiatrian erikoisaloilla hoidettuja 0–12-vuotiaita lapsia oli tilastovuonna 1029. Poikien osuus tämän ikäryhmän potilaista oli 72 prosenttia. Alle 13-vuotiailla lapsilla yleisimmät diagnoosit olivat käytös- ja tunnehäiriöitä (F90-F98). Diagnoosiryhmän potilaista poikia oli 79 prosenttia. Masennustila päädiagnoosina oli 117 lapsella. Avohoitokäyntejä alle 13-vuotiailla oli 15464 potilaalla, keskimäärin 8 käyntiä kullakin. Eniten avohoitokäyntejä (22 117) oli lapsuudesta alkavien tunne-elämän häiriöiden takia. (<https://www.thl.fi/fi/tilastot>)

Pihan (2010, 385) mukaan tutkimukset ovat osoittaneet, että lähes kaksi kolmesta lastensuojelulaitoksiin sijoitetusta lapsesta ja nuoresta on häiriintyneitä ja tosiasiallisesti lastenpsykiatrisen tai nuorisopsykiatrisen hoidon tarpeessa. Näin ollen lastensuojeluyksiköt joutuvat paikkaamaan lasten- ja nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmän puutteita. Pihan mukaan voidaankin sanoa, että nämä lapset ja nuoret jäävät vaille tarvitsemaansa palvelua, koska sosiaalihuollon ja lastensuojelun asiantuntemus ei tässä suhteessa ole riittävää. Piha ym. (2000, 3) ovat todenneet 2000-luvun alussa lastenpsykiatrisen osastohoidon jälkeisessä psykososiaalisessa laituskuntoutuksessa olleen puutteita, koska lastensuojelulaitoksissa ei varsinaisesti ollut lastenpsykiatrista hoidollista osaamista. Rätty (2015, esipuhe) toteaa lastensuojelulakia käsittelevässä teoksessaan että uuteen vuoden 2008 lastensuojelulakiin ei tehty riittäviä muutoksia lapsen terveydenhuollon järjestämistä koskeviin osioihin: ”edelleen lastensuojelu paikkaa ja korvaa

terveydenhuoltojärjestelmien puutteita ja tätä on pidettävä lasten ja perheitten kannalta erittäin ongelmallisena seikkana.”

3.3 Yhteistyö

Elina Pekkarinen toteaa Lastensuojelun tieto ja tutkimus- hankkeen raportissa, että hänen toteuttamissaan asiantuntijoiden haastatteluissa tulivat esiin haasteet lastensuojelun ja lastenpsykiatrian yhteistyössä. Pekkarisen mukaan tämä onkin yksi kriittisimmistä lastensuojelututkimuksen katvealueista. (Pekkarinen 2011, 54-55).

Hotari ja Metteri kirjoittavat: ”sosiaali- ja terveyspalvelujen historiassa yhteistyötä on ollut aina, mutta sen määrä ja sisältö on vaihdellut palvelujärjestelmän ja politiikan muutosten mukaan. Sektorirajat ylittävä yhteistyö on pysynyt kehittämisen kohteena, kun palvelujärjestelmä on viime vuosikymmeninä entisestään mosaiikkimaistunut ja erikoistunut. Kysymykset työntekijäresurssien riittävydestä ja oikeanlaisesta kohdentamisesta ovat koko suomalaista palvelujärjestelmää koskevan keskustelun aihe ja organisaatioiden välisen yhteistyön parantaminen on yhtäläillä kansallinen tavoite. Lastensuojelulaki ja nuorisolaki edellyttävät lasten ja nuorten palveluiden toteuttamiselta yhteistyötä ja vakiintuneita yhteistyörakenteita yli organisaatorajojen. Lasten ja nuorten palvelujen tarvetta on jäsennetty niin, että hyvinvointipalvelujen tarve ei jakaannu kansallisen palvelujärjestelmän historiallisen rakenteen mukaan, vaan palvelujen tarve määrittyy inhimillisen avun tarpeen mukaan.” (Hotari & Metteri 2010, 19.)

Yhteisten toimintakäytäntöjen organisointia ja suunnittelua ohjataan muun muassa lainsäädännöllä, asetuksilla tai suosituksilla. Kuntien ja palvelujen järjestäjien yhteistoimintavelvoitteet liittyvät palvelujen järjestämiseen, palvelukokonaisuuksien suunnitteluun, monialaisten toimielinten ja työryhmien asettamiseen sekä palvelujen seurantaan ja arviointiin. Keskeisimmät viranomaisten sekä muiden lasten ja perheiden parissa työskentelevien yhteistyövelvoitteet liittyvät vastavuoroiseen tietojen antamiseen ja saamiseen, tuen tarpeiden selvittämiseen, ilmoitusvelvollisuuteen sekä eri toimijoiden väliseen suunnitelmayhteistyöhön. On todennäköistä, että monialaisen yhteistoiminnan velvoitteet eivät jatkossa vähene. (Halme & Vuorisalmi & Perälä 2014,

23).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos tukee lasten, nuorten ja perheiden palvelujen uudistamista kokonaisuutena. Sote-uudistuksen tavoitteena on integroida perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut. Pyrkimyksenä uudistuksella on mahdollistaa järkevien, kattavien ja taloudellisesti tarkoituksenmukaisten palvelukokonaisuuksien muodostaminen. (Halme ym. 2014, 95). Keskeisiä lakeja ja asetuksia monitoimijaiseen yhteistyöhön liittyen lasten ja nuorten palveluiden kohdalla ovat mm. lastensuojelulaki (3.4.2007/417, 3 luku 11§), nuorisolaki (27.1.2006/72, 3 luku 7 a §), laki perusopetuslain 31 a §:n muuttamisesta (2010/1352, 31 a §), terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326, 2 luku 12§, 15§ ja 16§). (Salonen ym. 2012, 107)

Yhteistyön lisäämistä ja toimivuuden parantamista on tavoiteltu monenlaisten hankkeiden avulla, joiden tuloksista on julkaistu raportteja (mm. Halme ym. 2010, Halme ym. 2014, Hotari & Metteri 2010, Piha ym. 2000, Timonen-Kallio & Pelander 2012). Lainsäädännössä, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) 2012-2015 sekä annetuissa toimenpidesuosituksissa on linjattu lasten ja perheiden palvelujen kehittämistä koskevia uudistuksia, joiden avulla pyritään vahvistamaan erityisesti terveyttä ja hyvinvointia edistäviä sekä ongelmia ehkäiseviä palveluja peruspalveluissa (Halme ym. 2014, 17). Keskeiseksi haasteeksi on nostettu lasten ja perheiden osallisuuden vahvistaminen erityisesti koko ikäryhmille suunnatuissa, universaaleissa palveluissa. Tämä puolestaan edellyttää lasten ja perheiden parissa toimivilta kulttuurista muutosta ja uusien monialaista yhteistoimintaa tukevien toimintatapojen omaksumista.

Halme ym. (2014, 17) näkevät palvelujen antajien tavoitteellisen yhteistyön mahdollistavan voimavarojen kohdentamisen lasten ja perheiden tarpeita vastaavaksi. Edellytyksenä on kaikkien näiden tahojen sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin, vastuista sopiminen sekä toimialojen ja kuntien väliset pysyvät yhteistyörakenteet. Näiden kehittäminen puolestaan edellyttää palveluja antavien organisaatioiden toimintakulttuurien ja toimintakäytäntöjen muutosta sekä tukirakenteiden kehittämistä.

Piha ym. (2000, 2) ovat osana Mielekäs elämä!-ohjelmaa selvittäneet 2000-luvun alussa

lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän tilaa ja tehneet selvityksensä pohjalta toimenpide- ja kehittämissuhteita. He painottavat selvityksessään, että mielenterveyspalvelujen olennaisin kysymys ovat resurssit; niiden puutetta ei voi korvata muuttamalla lainsäädäntöä tai kehittämällä yhteistyökäytäntöjä. Selvityksen toimenpide- ja kehittämissuhteissa Piha ym. (2000, 9-11) korostavat mm. resurssien lisäämisen tärkeyttä mielenterveyspalveluissa, lasten psyykkisen kehityksen parempaa huomioimista koulumaailmassa, lasten aseman parempaa huomioon ottamista aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä peruspalveluiden kokonaisvaltaisuuden lisäämistä perheitä autettaessa.

Työntekijöiden kokemuksia tuesta, osallisuudesta ja yhteistoiminnasta perheiden palveluissa on tutkittu osana Lasten ja perheiden palvelut ja niiden johtaminen -hanketta (Halme ym. 2014). Tutkijat keräsivät tietoa kyselyllä äitiys- ja lastenneuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, päivähoitossa sekä esi- ja perusopetuksessa toimivilta. Raportin tulosten mukaan työntekijöiden näkökulmasta tarvitaan lasten ja perheiden palveluissa edelleen palvelujen yhteensovittamista, eli ne eivät muodosta eheää kokonaisuutta. Vastanneiden joukosta lähes kaikissa toimipaikoissa lapsen ja perheen asioita käsiteltiin tarvittaessa moniammatillisessa työryhmässä, useimmiten asiantuntijoiden ja perheen kanssa yhdessä. Kokemukset näistä moniammatillisista työryhmistä olivat useimmiten myönteisiä ja tapaamisten katsottiin edistäneen lapsen ja perheiden tavoitteiden saavuttamista. Tutkimusraportin mukaan yhteistyötä tehdään runsaasti, mutta se ei toiminut parhaalla mahdollisella tavalla psykiatria- ja mielenterveyspalvelujen, kasvatus- ja perheneuvoloiden, lastensuojelun, päihdepalvelun sekä kotipalvelun kanssa.

Halmeen ym. (2014) raportin mukaan sovittuja käytäntöjä ja menettelytapoja oli useimmin toimialan sisällä, harvemmin toimialojen välillä, alueellisesti tai yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Yhteistyöstä nähtiin olevan hyötyä toiminnan vaikuttavuuteen, kustannuksiin ja osaamiseen. Vaikka yhteisiin tavoitteisiin oli sitouduttu melko usein, harvemmin oli sovittu toiminnan yhteisestä seurannasta ja arvioinnista. Halme ym. toteavatkin, että ehkäisevän toiminnan tavoista ja yhteistoiminnasta tulisi kunnissa olla selkeät sopimukset, jotta monialainen yhteistoiminta voisi tehokkaasti toteutua ilman tiedonkulun vaikeuksia. Heidän mukaansa tarvitaan palvelutoiminnan ja sen johtamisen kehittämistä, johon kaikki

kunnan lapsiperheiden palveluntuottajat sitoutuvat. Halme ym. (2014, 7) toteavat vielä lapsiperheiden palvelujen johtamisen kokonaisuutena olevan kuntien nykyrakenteissa erittäin haastavaa ja johtajien osaamisen olevan eri päätöksenteon tasoilla avainasemassa.

Hotari ja Metteri (2010) ovat tutkineet sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välistä yhteistyötä ja työnjakoa nuorten palveluissa osana hanketta, jonka tavoitteena olit tuottaa tietoa sen aikaisista työkäytännöistä sekä ongelmakohdista ja muutosehdotuksista Pirkanmaan nuorisopsykiatrian vastuualueella tarjottavista sosiaalityön palveluista nuorisopsykiatrisessa avo- tai laitoshoidossa oleville. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden, koulukuraattorien ja nuorisopsykiatrian työntekijöiden kyselyvastauksista ja keskusteluista nousi esiin se, että saumaton ja asiakaslähtöinen yhteistyö keskeisen verkoston kanssa on erityisen tärkeää nuoren avun ja tuen saamiseksi. Hotari ja Metteri näkevät sosiaalityön toteuttamisen eri organisaatioissa olevan sidoksissa kunkin organisaation toimintarakenteisiin. Tästä syystä tulosten esittelyssä sosiaalityöntekijöiden välinen yhteistyö ja työnjako kiinnittyvät organisaatioiden välisen yhteistyön ja työnjaon kysymyksiin. Keskeistä nuoren palveluverkon kehittämisessä on organisaationäkökulmasta päällekkäisen työn karsiminen, yhteisen linjan löytyminen perheen tukemisessa, ammattilaisten kouluttaminen toisten organisaatioiden toimintakäytännöistä sekä työn kuormittavuuden ja kiireen vähentäminen.

Erityiseksi ongelmakohdaksi edellä mainitussa tutkimuksessa määrittyi yksilöllistä kuntoutusohjausta tarvitsevan nuoren ohjauksen katkeaminen nuoren siirtyessä organisaatiosta toiseen, eli nuoren asioiden hoidon siirtyminen organisaatiosta toiseen on erityisen haastava kohta nuoren palveluprosessissa ja näissä tilanteissa työntekijät näkivät parantamisen varaa erityisesti tiedon kulussa. Tutkimuksen mukaan asiakkaan kannalta onnistunut työskentely edellyttää sosiaalityöntekijöiden ja kaikkien mukana olevien organisaatioiden sitoutumista asiakaslähtöisyyteen. Tutkimuksen mukaan tärkeintä kokonaisuuden toteuttamisen kannalta on hankeaineiston valossa riittävä ymmärrys nuoren kokonaistilanteesta, mikä puolestaan edellyttää toimivaa yhteistyötä moniammatillisissa ja organisaatioiden välisissä toiminnoissa. Hotari ja Metteri toteavatkin yhteistyön kehittämisessä keskeistä olevan ylläpitää yhteistyön foorumeita ja päivittää yhteistyön ja työnjaon kysymyksiä säännöllisesti. ”Organisaatioiden välinen

ja moniammatillinen onnistunut yhteistyö tulee mahdolliseksi, kun yhteistyökumppanit oppivat tuntemaan toisensa ja sitoutuvat riittävästi myös toistensa työn lähtökohtiin. Lisäksi yhteisen tavoitteen määrittely on yhteistyössä avainasia.” Tutkimustulosten pohjalta annetuissa kehittämissuosituksissa mainitaan mm. koulutuksen kehittäminen siten, että eri alojen asiantuntijat voisivat oppia peruslähtökohtia toistensa työstä.

Tarja Paakkonen on väitöskirjatutkimuksessaan tarkastellut lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmää vaikeahoitoisuuden näkökulmasta; hän kuvaa tutkimuksessaan vaikeahoitoisuuden kehittymistä ja suomalaisia lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita vuosina 1994-2008. Paakkonen toteaa erikoissairaanhoidon käytettyjen menojen alaikäistä kohti ylittäneen peruspalveluihin, kouluterveydenhuoltoon sekä kasvat- ja perheneuvolakäynteihin käytetyt menot, jotka olivat alhaisemmat kuin 15 vuotta aiemmin. Vaikeahoitoisten alaikäisten kotikuntien mielenterveyspalvelujen tarjonta painottui laitoshoidon avohoidon sijaan. Palvelujärjestelmä oli ollut keinoton vastaamaan vaikeahoitoisten hoidon tarpeeseen oikea-aikaisesti. Paakkosen mukaan Suomessa tarvitaan vahvaa poliittis-hallinnollista ohjausta ja valvontaa alaikäisten ehkäisevien ja peruspalveluiden toteuttamiseksi. (Paakkonen 2012).

Paakkonen pohtii analyysissään, kyetäänkö lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa riittävän laajaan yhteistyöhön eri toimijoiden ja organisaatioiden välillä yhteisestä tavoitteesta huolimatta, kun niukista resursseista kunnissa kilpaillaan (em. 2012, 78). Hänen mukaansa palvelukokonaisuudesta on havaittavissa, ettei se ole kokonaisuutena koordinoitu ja integroitu, vaan pikemminkin joukko yksittäisiä, erityisiä palveluita niitä tarvitseville. Paakkonen toteaa lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmän olevan Suomessa varsin kattava, mutta siinä on tutkimuksen valossa nähtävissä katvealueita; haasteina ovat ehkäisevien palveluiden lisääminen sekä vaikeimmin hoidettavat, joita palvelujärjestelmä ei ole kyennyt oikea-aikaisesti tai muusta syytä kohtaamaan. Paakkosen tutkimat vaikeahoitoiset alaikäiset olivat eläneet lapsuuttaan 1990-luvun puolen välin jälkeen, jolloin heidän asuinkunnissaan oli vähennetty resursseja peruspalveluista kuten kouluterveydenhuollosta vertailukuntia enemmän. Paakkonen näki osittain näiden vähennysten seurauksena sen, että samoissa kunnissa olivat erikoissairaanhoidon menot kasvaneet 2000-luvulla ja totesi tämänkaltaisen kehityksen olevan taloudellisesti ja inhimilliseltä kannalta kannattamatonta. (em. 2012,

79-)

Valmisteilla olevan sosiaali- terveystalveluiden palvelurakenteen uudistuksen (sote-uudistus) myötä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyö tulee syvenemään organisaatioiden yhdistyessä. Lape-hanke on yksi nykyisen hallituksen kärkihankkeista, jolla pyritään vahvistamaan ja yhtenäistämään lasten, nuorten ja perheiden erityistason sekä kaikkein vaativimman tason palveluita, johon erityissairaanhoido ja lastensuojelu kuuluvat. Lape-ohjelmassa on syksyn 2016 aikana ollut käynnissä työpajaprosessi, jossa eri toimijat ja maakuntien kehittämistyön asiantuntijat pykivät mallintamaan uudistettuja palveluita ja uudenlaisia integroituja työskentelytapoja, joita voidaan jatkossa hyödyntää sote- ja maakuntauudistuksessa (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos).

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1. Tavoitteet, tehtävät, prosessi

Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, mistä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyössä ilmenevät haasteet voisivat johtua ja herättää keskustelua siitä, miten yhteistyötä voisi jatkossa kehittää toimivammaksi. Tutkimus palvelee ensisijaisesti omaa työskentelyäni ja työpistettäni lastenpsykiatrisella osastolla sekä osastolla edustamaani sosiaalitoiminnan yksikköä, mutta sen avulla saatava tieto on sovellettavissa myös muualla tehtävään moniammatilliseen työhön erityisesti lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välillä. Lopulta hyvän yhteistyön tavoitteena on, että lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteiset asiakkaat tulisivat autetuksi mahdollisimman hyvin ja siihen tutkimukseni pyrkii omalta osaltaan vaikuttamaan.

Tutkimustehtävänäni on tarkastella lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöiden yhteistyöhön liittyviä kokemuksia ja pyrkiä vastaamaan tutkimuskysymyksiin: mistä yhteistyön ongelmat voisivat johtua ja miten sitä voisi parantaa. Pyrin moniammatillisuutta sekä lasten mielenterveyspalveluihin liittyvää tutkittua tietoa apuna käyttäen haastattelemaan lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöitä yksilö- sekä ryhmätilanteessa ja löytämään näistä keskusteluista vastauksia tutkimuskysymyksiini. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Pyrin yksittäisten työntekijöiden kokemuksia kuvaamalla tavoittamaan jotain olennaista niistä todellisuuksista, joissa lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välinen yhteistyö toteutuu.

Työnantaja tuki tutkimustani mahdollistamalla sen tekemisen osittain työajalla ja työnantajan tiloissa. Tutkimusprosessin aikana olen ollut työssä kokopäiväisesti, mikä on vaikuttanut olennaisesti omiin resursseihini tutkimuksen teossa ja siten myös käytännön ratkaisuihin siihen liittyen. Tutkimusprosessi alkoi syksyllä 2015, perehdyin kirjallisuuteen syksyn ja talven aikana. Maaliskuussa 2016 hain tutkimuslupaa sairaanhoitopiiriltä, eli yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueen johtajalta lastenpsykiatrian erikoislääkäreitten haastatteluja varten sekä kaupungin sosiaalijohtajalta lastensuojelun sosiaalityöntekijöitten haastatteluja varten.

Etsin haastateltavat lähestymällä haastatteluihin tarvittavien työntekijöiden esimiehiä puhelimitse ja sähköpostilla. Kolme lastenpsykiatrian erikoislääkärinä ja yksi sosiaalityöntekijä ilmoitti minulle kiinnostuksestaan osallistua tutkimukseen kuultuaan tutkimuksestani esimiehiltään. Loput haastateltavista löytyivät soittamalla suoraan sosiaalityöntekijöille. Olin tutun kontaktin kautta saanut listan henkilöistä, jotka täyttivät sosiaalityöntekijöiltä toivomani kriteerit, eli sosiaalityöntekijän pätevyyden ja viiden vuoden työkokemuksen lastensuojelusta. Haastateltavat kuusi henkilöä löytyivät huhtikuun 2016 aikana. Haastattelut sovittiin tehtäväksi touko- ja kesäkuussa haastateltavien työpisteissä ja niihin varattiin aikaa 1-1,5 tuntia. Valmistelin haastateltavia etukäteen kertomalla nauhoittavani haastattelut ja menetelmänä käyttäväni teemahaastattelua. Kerroin myös odottavani sitoutumista myöhemmin järjestettävään fokusryhmäkeskusteluun, joka toteutettaisiin samoilla periaatteilla kuin yksilöhaastattelutkin.

Tein yksilöhaastattelut puolistrukturoidulla teemahaastattelulla kolmelle yliopistosairaalan lastenpsykiatrian erikoislääkärille ja kolmelle saman kaupungin lastensuojelun sosiaalityöntekijälle. Tarkoitukseni oli koota samat henkilöt lopuksi yhteiseen fokusryhmäkeskusteluun. Yksilöhaastattelut toteutuivat sovitusti. Litteroin yksilöhaastattelut ja tein alustavaa analyysiä heinä- ja elokuun 2016 aikana, jolloin valmistauduin fokusryhmäkeskusteluun. Fokusryhmäkeskustelu toteutettiin elokuussa omassa työpisteessäni ja siihen osallistui lopulta kolme kuudesta haastateltavasta. Aikataulullisista syistä fokusryhmäkeskustelu toteutettiin pienellä osallistujamäärällä alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen, kun kolme haastateltavaa estyi osallistumasta. Varsinainen analyysi ja tutkimuksen viimeistely tapahtuivat syys- ja marraskuun 2016 välillä.

4.2 Valintojen perusteet

Valitsin tutkimusmenetelmäksi haastattelun, koska arvioin sen avulla voivani parhaiten vastata tutkimuskysymyksiini. Toisaalta kyseessä on metodi, joka on minulle työstä tuttu ja siten itselleni luonteva tapa kerätä tietoa ja olla vuorovaikutuksessa. Halusin haastatella henkilöitä, jotka ovat toimineet alallaan jo pidemmän aikaa ja joille on siten kertynyt kokemusta ja näkemystä yhteistyöstä. Tästä syystä toivoin

sosiaalityöntekijöiden omaavan vähintään viiden vuoden työkokemuksen lastensuojelusta. Yhdellä haastateltavista kokemusta on kolmen vuoden ajalta. Madalsin kriteerejä, koska haastateltavien löytäminen osoittautui haasteelliseksi. Erikoislääkäreillä puolestaan on koulutuksensa kautta vuosien kokemus lastenpsykiatrialla tehtävästä työstä, joten heille en asettanut ammattinimikkeen lisäksi muita kriteerejä osallistumisen suhteen. Otin haastateltavien valikoitumisessa huomioon lisäksi, että he eivät ole minulle läheisiä työkavereita eivätkä tutkimushetkellä työn kautta kanssani tekemisissä. Edellä mainittujen kriteerien lisäksi en kysynyt haastateltaviltani muita taustatietoja, koska ne eivät haastateltavien pienen määrän lisäksi olisi olleet tutkimuksen kannalta mielestäni olennaista tietoa.

Koska tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa kahden eri tahon tekemästä yhteistyöstä, oli loogista haastatella molempien tahojen edustajia. Päädyin haastattelemaan nimenomaan työntekijöitä, koska arvioin aineiston keräämisen ja käsittelyn olevan eettisten kysymysten suhteen sekä myös aikataulullisesti vaivattomampaa toteuttaa, kuin esimerkiksi asiakkaitten haastattelut. Toisaalta oma työni lastenpsykiatrisen osaston sosiaalityöntekijänä on pitkälti asiakkaiden haastattelua, joten ajatus työntekijöiden haastattelemisesta tuntui siitä virkistävällä tavalla poikkeavalta asetelmalta. Lastenpsykiatrian erikoislääkärit ja lastensuojelun sosiaalityöntekijät ovat samanaikaisesti omissa tiimeissään päättävässä ja ohjaavassa asemassa asiakasprosesseihin nähden. Toisaalta he ovat organisaatioissaan ylemmillä tahoilla tapahtuvien päätösten kohteena ja työnantajiansa määrittelemien suurempien linjojen toteuttajia työssään. Näin ollen arvioin heillä olevan näkemystä yhteistyöstä monelta tasolta katsottuna sekä toisaalta edustavan samantasoista päätäntävaltaa ja asemaa organisaatioissaan, eli olevan statukseltaan riittävässä määrin tasaveroisia.

Olen omassa työssäni roolissa, jossa verkostoneuvotteluissa ja muissa yhteistyötilanteissa osallistun sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kohtaamisiin. Halusin hyödyntää haastattelutilanteiden keskusteluissa omia kokemuksiani aihepiiristä ja omaa työrooliani samanaikaisesti opiskelijan roolin kanssa. Niin sanotusta valtasuhdenäkökulmasta ajatukseni on, että valta oli haastattelutilanteissa enemmän haastateltavilla, kuin minulla. Haastateltavat edustavat asiantuntijuutta omassa työssään ja itse olin haastattelijan roolissa enemmän opiskelijana, kuin samojen asioiden parissa työskentelevänä sosiaalityöntekijänä ja heidän kanssaan yhteistyötä tekevänä henkilönä.

Uskon haastateltavien löytyneen varsin nopeasti etenkin sairaalan puolelta, koska olen saman organisaation työntekijä; olin ehkä helpommin lähestyttävä ja uskottavampi asiassani, kuin mitä tuntematon opiskelija olisi ollut.

Pidin haastateltavien määrän kuudessa, kun haastateltavia oli kertynyt molemmilta tahoilta kolme eli saman verran. Olin tätä edeltävästi havainnut, että sosiaalityöntekijöiden löytäminen haastateltavaksi oli haastavaa. Arvioin kuuden haastateltavan olevan sopiva määrä aineiston riittäväksi kumuloitumiseksi ja toisaalta keskustelutilanteeseen sopivaksi henkilömääräksi. Halusin toteuttaa haastattelut haastateltavien omissa työhuoneissa, jotta heille koituisi osallistumisesta mahdollisimman vähän vaivaa. Paikkavalinnan taustalla oli myös ajatus siitä, että omassa työhuoneessaan tutussa ympäristössä haastateltava kokisi olonsa mahdollisimman luontevaksi. Ajankohtaa sopiessa pyysin varamaan haastattelulle aikaa 1,5 tuntia. En ajatellut haastattelujen olevan kestoltaan niin pitkiä, mutta halusin, ettei niissä olisi kiireen tuntua ja toisaalta jättää mahdollisuuden keskusteluun oletettua pidemmäksi ajaksi.

Käytin aineiston keräämisessä kahta menetelmää, jotta saisin aihepiiristä monipuolisemman käsityksen ja jotta tulosten luotettavuus paranisi. Tein yksilöhaastattelut ennen fokusryhmäkeskustelua, koska arvioin kahdenkeskisen tilanteen olevan luottamuksen syntymisen kannalta olevan ensisijainen ryhmätilanteeseen nähden. Arvioin myös fokusryhmäkeskustelun olevan astetta jännittävämpi tilanne haastateltaville, jota edeltävä kokemus minusta haastattelijana voisi helpottaa. Lisäksi ajattelin, että pystyisin ohjata fokusryhmäkeskustelua paremmin, kun olisin oppinut tuntemaan osallistujia etukäteen ja minulla olisi yksilöhaastattelujen materiaalin pohjalta jäsentyneempi käsitys siitä, mihin keskustelua haluan suunnata.

Fokusryhmäkeskustelussa huomio kohdistuu paitsi osallistujien tuottaman puheen sisältöön, myös yksilöhaastatteluja enemmän tilanteessa tapahtuvaan vuorovaikutukseen keskustelijoiden välillä. Fokusryhmän keskustelijat edustivat ammattiryhmänsä lisäksi myös instituutioita, joiden välisestä yhteistyöstä oli puhe ja tavallaan antoivat tilanteessa pienoiskoossa näytteen edustamiensa organisaatioiden yhteistyöstä. Arvioin olevan helpompaa suunnata tilanteessa tutkijana huomiota myös keskustelijoiden

vuorovaikutukseen ja sanavalintoihin, kun puheen sisältö oletettavasti olisi jo jossain määrin tuttua yksilöhaastatteluiden pohjalta.

Fokusryhmäkeskustelu toteutettiin oman työpisteeni neuvotteluhuoneessa, koska se oli osallistujille tuttu ja moniammatillisiin kohtaamisiin paljon käytetty kohtaamispaikka. Halusin tarjota keskusteluun osallistuville pientä purtavaa ja tämä oli yksinkertaisinta toteuttaa omassa työpisteessä. Pysin luomaan fokusryhmäkeskusteluun miellyttävät, luottamuksellista, mutta rentoa tunnelmaa luovat puitteet toteuttamalla sen siistissä, rauhallisessa ympäristössä, tarjoamalla tilaisuuden aluksi kahvia ja leivonnaisia ja siten tarjoamaan osallistujille hetken aikaa tutustua toisiinsa ennen varsinaista keskustelua. Pysin keskustelun aikana viestimään omalla olemuksellani hyväksyntää ja kunnioitusta, sekä jättäytymään keskustelusta ulkopuoliksi tarkkailijaksi ja sen niin sanotuksi moderoijaksi.

Pyrkimys dialogiseen otteeseen haastattelutilanteissa oli mielestäni perustelua siksi, että olen oman työni arjessa jakamassa samoja tai ainakin samankaltaisia todellisuuksia haastateltavien kanssa, eli minulla on kosketuspintaa heidän kokemusmaailmansa. Mielestäni haastatteluaineistoon vaikutti rikastavalla tavalla se, että minulle oli sallittua kommentoida kuulemiani asioita ja tuoda esiin omia kokemuksiani, joskin nämä olivat toki huomattavassa määrin pienemmässä osassa haastateltavien puheeseen nähden. Mahdollisuus ymmärtää ja arvioida haastateltavien kokemuksia on suurempi, koska olen ollut samankaltaisissa tilanteissa itse mukana ja siksi olisikin ollut mahdotonta määritellä omaa rooliani neutraaliksi ja ulkopuoliseksi. Haastattelutilanteisiin ja aineistosta tehtyihin tulkintoihin vaikuttivat väistämättä omat kokemukseni lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyöstä.

Haastateltavat pysyvät lukijalle anonyymeina, koska haastatteluaineisto on ollut ainoastaan minun käytössä. Haastateltavista käytetään tekstissä nimien sijasta koodeja. Tutkimuksessani puhutaan yliopistosairaalasta ja saman kaupungin sosiaalitoimesta, eli lukija ei siten pysty liittämään tutkimusta tiettyyn kaupunkiin. Litteroidessa muunsin puheessa mainitut paikkakuntaan liittyvät asiat neutraaleiksi ilmaisuiksi. Muunsin myös paikallisen murteen tyyliltään puhekieltä muistuttavaksi.

4.3 Menetelmät

Ihmisten kokemuksia on perinteisesti tutkittu haastattelemalla. Haastattelu on yhteiskuntatieteissä käytetyimpiä menetelmiä, sillä joustavana menetelmänä sitä voidaan käyttää monenlaisissa tarkoituksissa ja sen avulla voidaan saada syvällistä tietoa. Kun halutaan tutkia ihmisten kokemuksia, on luontevaa kysyä niistä heiltä itseltään. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 11). Tutkimukseni näkökulma kokemusten tutkimiseen on konstruktionistinen, eli todellisuutta ajatellaan tuotettavan ja uusinnettavan kielen avulla teksteissä, diskursseissa ja ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 9-12). Haastatteluaineisto nähdään yhtenä osana sitä todellisuutta, jota tutkitaan eli ns. näytännäkökulmasta, jossa huomio on juonellisuudessa, interaktiossa ja kulttuurisissa näkemyksissä. (Alasuutari 2011, 114).

Sosiaalinen konstruktivismi tutkimusotteena on saanut vaikutteita monilta tieteenaloilta ja on siten luonteeltaan monitieteinen (Burr, 2015, 2). Moniammatillisuutta on mielestäni luontevaa tarkastella juuri tästä näkökulmasta, koska niin konstruktivismissa, kuin moniammatillisessa yhteistyössäkin on lähtökohtana se, miten vuorovaikutuksen osapuolet pystyvät löytämään yhteisen ymmärryksen, ikään kuin soinnuttamaan todellisuutensa toisiinsa. Todellisuus vaihtelee konstruktivismin mukaan ajassa sekä kulttuurissa ja jokaisella yksilöllä on omansa, joka sekin vaihtelee. Sosiaalisen konstruktivismin mukaan ei siis ole olemassa absoluuttista, muuttumatonta totuutta maailmasta, vaan se muuntuu yksilöiden rakentaessa sitä välilleen yhdessä toimiessaan, erityisesti keskinäisessä puheessaan (mts. 2-4). Moniammatillisuudessa eri ammattiryhmien yhteistyössä konkretisoituu sosiaalisen konstruktivismin näkemys ihmiselämästä toisiinsa peilautuvina, vaihtelevina sosiaalisina suhteina. Kuten Kaarina Mönkkönen (1996, 63) asian muotoilee: ”Moniammatillisessa työtiimissä jokaisen ammattilaisen merkitys myös erityisasiantuntijana säilyy, mutta yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus muuttaa tuon asiantuntemuksen vain yhdeksi sosiaalisen todellisuuden rakennuspalikaksi.”

Menetelminä aineiston keräämisessä käytin temahaastattelua ja fokusryhmäkeskustelua, joissa pyrin dialogiseen toteutukseen. Käytin aineiston keräämisessä kahta menetelmää, eli triangulaatiota monipuolisemman aineiston saamiseksi ja toisaalta luotettavuuden lisäämiseksi. Triangulaatio on

monimenetelmäinen strategia, jolla ilmiötä tarkastellaan monesta näkökulmasta ymmärryksen saamiseksi. (Kananen 2014, 120.)

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina siten, että pyrin haastattelussa käymään läpi tiettyjä etukäteen määriteltyjä teemoja, joihin olin tehnyt myös valmiita kysymyksiä. Haastattelutilanteessa tarkoitukseni oli pyrkiä toimimaan pitkälti haastateltavan ehdoilla siten, että tilanne muistuttaisi pikemminkin vapaata keskustelua, kuin kysymys-vastaus-kysymys-muotoista keskustelua. Tällaiset elementit ovat ominaisia strukturoimattomalle haastattelulle, josta käytetään myös nimityksiä avoin haastattelu ja keskustelunomainen haastattelu. Avoin haastattelu on ilmiökeskeinen, tutkimuksen viitekehys ei määrää haastattelun suuntaa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75).

Lähtökohtana yksilöhaastatteluissa oli myös se, että haastattelun kaikki osapuolet osallistuvat tiedon tuottamiseen., eli omaa vaikutustani haastattelutilanteessa tapahtuvaan tiedon tuottamisen prosessiin ei voinut, eikä tarvinnut ehkäistä. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 9-12). Strukturoimattomassa haastattelussa sallitaan tutkijan intuitiiviset ja kokemusperäiset lähestymiset ja väliintulot (Tuomi & Sarajärvi 2013, 76). Ajattelin edellä kuvattujen elementtien saavan olla mukana haastatteluissa, vaikka toteutinkin ne puolistrukturoidusti. Hirsjärvi ja Hurme (2008, 47-48) toteavatkin, että teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta, kuin strukturoitua haastattelua. He kuvaavat teemahaastattelussa haastattelujen teemojen olevan kaikille haastateltaville samat, mutta kysymysten muoto ja järjestys voivat vaihdella.

Fokusryhmäkeskustelu viittaa järjestettyyn keskustelutilaisuuteen, johon on kutsuttu joukko ihmisiä keskustelemaan tietyistä aiheista fokusoidusti, mutta vapaamuotoisesti, tietyksi ajaksi, yleensä noin kahdeksi tunniksi. Suomessa tyypillisessä ryhmäkeskustelussa on kuudesta kahdeksaan osallistujaa. Fokusryhmäkeskustelussa keskeistä on ryhmän vetäjän eli moderaattorin/fasilitaattorin läsnäolo. Hänen tehtävänä on virittää otollinen ilmapiiri, ohjata keskustelua tavoitteiden mukaisesti ja kannustaa osallistujia keskustelemaan keskenään aiheesta osallistumatta itse aktiivisesti aiheesta käytävään keskusteluun. Erona ryhmähaastatteluun on se, että ryhmähaastattelussa vuorovaikutus painottuu vetäjän ja kunkin osallistujan välille, kun taas ryhmäkeskustelussa vetäjä pyrkii saamaan aikaan keskustelijoiden välistä vuorovaikutusta. (Ruusunen & Tiittula 2005, 223-224). Tästä syystä käytän

tutkielmassani nimenomaan termiä fokusryhmäkeskustelu fokusryhmähaastattelun sijaan.

Fokusryhmät on sosiaalitutkimuksessa yhä yleisemmin käytetty tutkimusmetodi, kun se aiemmin on ollut erityisen suosittu markkinointitutkimuksessa (Alasuutari ym. 2008, 357). Fokusryhmistä ajatellaan yleisesti, että niiden avulla saadaan lyhyessä ajassa kerättyä paljon tietoa, joskin sen toteutus ja sen tuottaman materiaalin analysointi on kuitenkin yleistä käsitystä kompleksisempi tehtävä. Tätä menetelmää on usein käytetty tutkimuksen alkuvaiheessa, ikään kuin alustavaksi katsaukseksi tiettyyn aiheeseen liittyviin mielipiteisiin, jonka pohjalta on voitu valmistella tutkimuksen seuraavaa vaihetta. Fokusryhmien kanssa samassa tutkimuksessa käytetään usein toisena metodina yksilöhaastatteluja tai survey-kyselyä. Fokusryhmien vahvuutena voidaan nähdä se, että ne mahdollistavat osallistujille yhteisten ideoiden kehittelyn ja foorumin luoda yhteisen näkemyksen tietystä asiasta yhteisellä kielellä tuotettuna. Fokusryhmän keskinäinen käsitteiden, teemojen ja tarinoitten käyttö auttaa tutkijaa ymmärtämään heidän sosiaalisen maailmansa rakennetta (em.).

Pyrin haastatteluissa dialogiseen toteutukseen. Dialogisuus voidaan nähdä tutkimuskäytäntönä, jossa tutkijalla on tarkasteltavaan ilmiöön suora ja persoonallinen kontakti ja hän elää toisen kokemuksen siinä määrin, kuin toinen ottaa häntä mukaansa. Dialogisessa tutkimuskäytännössä tutkija ei ole vain kyselijä vaan aktiivinen keskusteluun osallistuja; tutkija voi myös tehdä aloitteen, toisaalta dialogisessa tutkimuskäytännössä painottuu tutkijan kyky kuunnella. Dialogista voidaan ajatella, että maailma muotoutuu tutkijan ja toisen yhteisestä toiminnasta ja merkityksistä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 78-80) Fokusryhmäkeskustelussa pyrin kuitenkin olemaan itse enemmän taka-alalla, eli luomaan pikemminkin edellytyksiä dialogisuudelle keskustelijoiden välille.

4.4 Kokemukset haastatteluista

Haastattelut kestivät keskimäärin tunnin verran, kesto vaihteli neljästäkymmenestä minuutista hieman yli tuntiin. Ennen varsinaisen haastattelun alkua kävin läpi lyhyesti tutkimuksen tarkoituksen ja aiheen, anonymiteetin säilymisen ja varmistin luvan nauhoittamiseen. Haastattelujen aikana istuin haastateltavistani noin metrin päässä, jotta

katsekontakti oli mahdollista ottaa helposti. En tehnyt haastattelun aikana muistiinpanoja ja pyrin muutoinkin siihen, että tilanne olisi mahdollisimman keskustelunomainen ja epämuodollinen. Teemahaastattelutilanteet eivät oletukseni mukaisesti muistuttaneet varsinaisesti keskustelua, vaan ne muodostuivat selkeästi haastateltavan ja haastattelijan kysymys-vastaus-tyyppiseksi vuoropuheluksi. Haastateltavat tuntuivat odottavan tämänkaltaista toimintamallia. Ymmärsin jälkikäteen, että minun olisi pitänyt ilmaista haastateltaville ajatukseni vapaamuotoisemmasta, keskustelutyypisestä haastattelusta, jotta niistä olisi tullut sellaisia.

Saatoin kysymysten lomassa kommentoida haastateltavien vastauksia, etenkin jos itselläni oli samankaltaisia kokemuksia tai ajatuksia puhutusta aiheesta. Haastateltavat eivät kysyneet minulta mitään; asiantuntija/opiskelija-asetelma näkyi tässä mielestäni selkeästi sen lisäksi, että vuoropuhelun oletettiin menevän tietyn haastattelukaavan mukaan. Mikäli haastateltava toi esiin, ettei osaa vastata kysymykseen tai vaikutti pitävän kysymystä vaikeana, koin haastavaksi jatkaa samasta asiasta kysymistä ja siirryin melko pian seuraavaan asiaan. Havaitsin litteroidessa, että pyrin selvästi ns. liittoutumaan haastateltavieni kanssa tuottamalla puheessani ilmaisuja, joissa asetin meidät ikään kuin ”samalle puolelle”. Tämä oli ammattiroolini vuoksi mahdollista: lääkäreiden kanssa osoitin puheessani olevani samaa ryhmää sairaalan ja lastenpsykiatrian työntekijänä, sosiaalityöntekijöiden kanssa korostui sosiaalityöntekijänä toimiminen. Liittoutumalla haastateltavien kanssa, mikä ei ollut tilanteissa mitenkään laskelmoitua, pyrin oletettavasti luomaan luottamuksellista ja luontevaa ilmapiiriä, jonkinlaista ”me-henkeä”.

Haastattelujen aikana tunnelma vaihteli kohteliaan asiallisesta vakavahenkiseen pohdiskeluun ja ajoittaisiin hilpeyden puuskiin. Tähän vaikutti oletukseni mukaan kaksoisroolini, joka mahdollisti sen, että puhuin ikää kuin ”samaa kieltä” haastateltavieni kanssa. Asetelma vaikutti mielestäni siten, että haastattelujen tunnelma oli otollinen vapaamuotoiselle, kriittisellekin keskustelulle ja tulkitsin edellä kuvailemani tunnelmat merkiksi luottamuksellisesta ja tarvittavan epämuodollisesta keskustelusta, jossa haastateltavat oletukseni mukaan pystyivät kertomaan kokemuksistaan sellaisena, kuin ne siinä hetkessä mieleen tulivat. Osalle haastateltavista olin tuttu henkilö työn kautta siten, että olimme aiemmin tavanneet työn kautta yksittäisiä kertoja. Tämä varmasti osaltaan teki tilannetta haastateltaville

vähemmän jännittäväksi.

Haastateltavani kertoivat halunneensa osallistua tutkimukseeni sillä perusteella, että he kokivat sen aiheen tärkeäksi ja toivoivat pääsevänsä vaikuttamaan aiheesta käytävään keskusteluun. Heillä oli siis tarvetta keskustella kokemuksistaan ja kehittämisajatuksistaan ja lähtökohta haastattelulle oli siten hyvin myönteinen sekä omiaan tuottamaan avointa, kriittistäkin puhetta. Eettisestä näkökulmasta ajateltuna en usko aiheuttaneeni haastateltavilleni tarpeetonta kärsimystä tai muuta haittaa perustuen haastattelutilanteiden vapaaehtoisuuteen, valtasuhdenäkökulmaan ja toisaalta siihen, että vaikka aihepiiri tuli lähelle haastateltavia työelämän kautta, se ei kuitenkaan liittynyt heidän kaikista yksityisimpinä pidettyihin asioihinsa. Useimmat haastateltavista kertoivat tilanteen jälkeen kokeneensa keskustelun antoisana ja saaneensa uutta ajateltavaa.

Fokusryhmäkeskustelun alkua hankaloitti se, ettei paikalle sovittuna ajankohtana tullut kuin kaksi odotetusta neljästä henkilöstä. Kolmas keskustelija saapui kuitenkin paikalle ja keskustelu päättyi sitten toteuttamaan kolmen keskustelijan voimin. Keskustelijoista kaksi oli lääkäreitä ja yksi sosiaalityöntekijä, eli ammattiryhmien edustajia oli siten siis epäsuhtainen määrä. Läsnäolijat totesivat, ettei tilanne häirinnyt heitä. Fokusryhmäkeskustelu kesti tunnin. Mielestäni toteutuneeseen fokusryhmäkeskusteluun vaikutti jossain määrin tilanteen alkupuolen hämmennys ja pettymys, myös aikataulu tiivistyi odottelun vuoksi. Fokusryhmäkeskustelun ryhmädynamiikkaan varmasti vaikutti se, että keskustelijoista vain kolme oli paikalla. Pienessä ryhmässä on toisaalta vaikeaa jättäytyä passiiviseksi ja jokainen osallistujista oli hyvin mukana keskustelussa. Toisaalta pohdin, että suuremmalla osallistujamäärällä keskustelussa olisi saattanut näkyä enemmän kriittisiä sävyjä ja vastakkainasetteluakin.

Tilanteena ryhmäkeskustelu oli mielestäni onnistunut. Osallistujat puhuivat olennaista asiaa, enimmäkseen keskenään ja sopuisassa, kritiikinkin sallivassa hengessä. Keskustelijat osoittivat pienin elein ja sanamuodoin kuunnelleensa toisiaan, vahvistivat toistensa sanomia asioita täydentäen niitä omilla lisäyksillä ja käyttivät puheenvuoroja tasaisesti. Koska itse toimin tilanteessa moderaattorina, osallistuin keskusteluun lähinnä tuomalla uuden aiheen keskusteluun kun edellisestä aiheesta käytävä keskustelu alkoi tyrehtyä tai rohkaisin keskustelijoita lisäkysymyksillä tai tarkennuksilla keskusteltavasta

aiheesta.

4.5 Analyysi

Litteroin nauhoitetut haastattelut, joista tuli tekstiä 83 sivua. Litteroidussa tekstissä olen käyttänyt haastateltavistani heille antamiani koodeja, jotka perustuvat ammattiin ja haastattelujärjestykseen. Näin lukijalla on mahdollisuus kohdistaa sitaatit haastatteluista juuri tietyn haastateltavan puheeksi. Lääkärit ovat tällä logiikalla L1, L2 ja L3, sosiaalityöntekijät vastaavasti S1, S2 ja S3. Fokusryhmäkeskustelusta yksilohaastattelujen tapaan tehty litteraatti oli pituudeltaan 16,5 sivua. Koodit keskustelijoille ovat siinä K1, K2 ja K3. Keskustelujen litteroinnissa käytin eri koodeja kuin yksilohaastatteluissa paremman anonymiteetin takaamiseksi.

Koska kiinnostukseni kohdistui haastatteluissa esiin tuleviin asiasisältöihin, en tehnyt litterointia yksityiskohtaisesti, eli pidin perusteltuna jättää litteroinnin tarkkuustason karkeaksi. En siten esimerkiksi käyttänyt litterointimerkkejä, joilla merkitään vaikkapa hengitystä, äänenvoimakkuutta ja taukoja. Vähemmän tarkka litteraatio riittää hyvin, kun tutkitaan jotakin rajattua tapahtumakulkua ja halutaan saada käsitys siitä, mitä tilanteessa tai prosessissa tapahtui. Litteroin myös omat puheenvuoroni, koska myös haastattelijan puheenvuorot on syytä litteroida, jotta tutkija voi päätellä, millä tavoin haastattelijan kysymyksen muotoilutapa vaikutti siihen saatuun vastaukseen. (Ruusuvoori ym. 2010, 425). Tutkimuskysymyksiini vastaaminen ei mielestäni edellyttänyt sellaista haastateltavien vuorovaikutuksen tutkimista, jossa litterointi olisi pitänyt tehdä hyvin tarkasti. Nikander (2010, 442) tuo esiin, että refleksiivinen litterointikäytäntö on laadullisessa tutkimuksessa hyvin tärkeää. Sillä tarkoitetaan tutkijan kykyä olla tietoinen omasta roolistaan puretun tekstin tuottamisessa ja tulkinnassa sekä osallistujiensa puheen esittämisessä.

Teemahaastattelujen litteroidun aineiston koodasin käsin. Käytännössä tämä tapahtui siten, että tulostin jokaisesta haastattelusta kaksi erillistä kappaletta, josta toiset jätin kokonaisiksi ja toiset sanan mukaisesti pilkoin teemojen mukaisesti. Pilkotut haastattelut koodasin haastateltavan ja teeman mukaisesti, sekä merkitsin, mistä kohdasta pilkkomatonta versiota kyseinen kohta löytyisi. Fokusryhmäkeskustelun

litteraatin käsittelin samalla tavalla. Haastattelut koodasin pääasiassa etukäteen ajattelemieni teemojen mukaan, eli pohjautuen haastattelun teemarunkoon. Fokusryhmäkeskustelun suhteen toimin samalla tavalla. Fokusryhmäkeskustelun kysymykset syntyivät sen pohjalta, mikä teemahaastattelujen aineistossa nousi päällimmäiseksi ja mistä teemoista kaipasin lisää pohdintaa.

Käsittelin aineiston teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, jossa aineisto teemoiteltiin toisaalta haastatteluja ohjanneen moniammatillisuutta käsittelevien teoreettisiin malleihin pohjautuvaan teemarungon mukaisesti, toisaalta aineistolähtöisesti. Teoriaohjaavaa analyysi on aineistolähtöisen analyysin ja teorialähtöisen analyysin välimuoto. Siinä on teoreettisia kytkentöjä, mutta ne eivät pohjaudu suoraan teoriaan tai teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä. Analyysistä on siten tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava, vaan paremminkin uusia ajatusuria aukova. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95-100). Fokusryhmäkeskustelun analyysissä analysoin paitsi keskustelijoiden puheen sisältöä yksilöhaastattelujen pohjalta valituista aiheista, myös keskustelijoiden tapaa tuottaa yhteistä puhetta aiheista, eli keskustelun rakentumista.

5. TUTKIMUSTULOKSET

Teemahaastattelun rungossa (Liite 1) oli kuusi teemaa: suuntaviivoja, kokemukset aihepiiristä keskustelemisesta/arvioinnista, moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat yksilötason tekijät, organisaatiotason tekijät, yhteiskunnallisen tason tekijät sekä tulevaisuus/kehittäminen. Suuntaviivat osion tarkoituksena oli johdatella keskustelua aiheeseen määrittelemällä yhteistyön määrää ja muotoja. Suuntaviivat-osion lopuksi pyysin haastateltavia muistelemaan yksittäisiä asiakastapauksia, joissa yhteistyö lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välillä oli toiminut erityisen hyvin ja toisaalta sellaisia, missä se oli toiminut erityisen huonosti. Nämä kysymykset olivat haastattelun varsinaisia kysymyksiä eli se, minkälaisia asioita haastateltavat tuottaisivat muistellessaan kokemuksiaan yhteistyötä. Pyysin haastateltavia kertomaan kokemuksiaan hyvästä yhteistyöstä ja toisaalta toimimattomasta yhteistyöstä yksittäisen asiakastapauksen kautta ja sitten yleisellä tasolla. Kokemuksista yksittäisistä asiakastapauksista ja prosessien kuvauksista pyrittiin sitten yhdessä erottelemaan tekijöitä, jotka olivat edesauttaneet tai vastaavasti vaikeuttaneet yhteistyötä.

Suuntaviivoja-teeman keskusteluissa kysytyäni mitä tutkimuksen aiheesta tulee mieleen, korostui vastauksissa aiheen tärkeys. Osalle haastateltavista tuli mieleen arkiset yhteistyön tilanteet ja osalle erityisesti niissä ilmenneet haasteet. Yhteistyön määrää ja muotoja pohdittaessa tuli selkeästi esiin, että yhteistyö toisen osapuolen kanssa on osa arkea ja tavallista jokaisen työssä. Lastenpsykiatrian erikoislääkärit arvioivat, että poliklinikalla potilaista 25-50%:lla on lastensuojelun asiakkuus, osastojen potilaista suurimmalla osalla. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden arvioissa heidän asiakkaistaan 10-20%:lla on asiakkuus lastenpsykiatrialla. Yhteisten asiakkaiden asioissa tehtävä yhteistyö voi olla hyvinkin tiivistä, toisinaan jopa viikoittaista. Yhteistyön muodoista verkostopalaverit olivat jokaisen mukaan pääasiallisen tapa tehdä yhteistyötä. Muina yhteistyön muotoina mainittiin yhteydenpito puhelimitse, lausunnot, lastensuojeluilmoitukset, sekä kirjallisten yhteenvedojen lähettäminen.

Neljä seuraavaa haastattelun teemaa hahmottuivat moniammatillisuutta kuvaavien mallien pohjalta, joita olen tämän tutkimuksen alkupuolella kuvannut. Moniammatillisuutta kuvaavissa malleissa palaute ja arviointi nähtiin merkityksellisinä yhteistyön toimivuuden kannalta ja siksi halusin kuulla kokemuksia niistä. Kokemukset aihepiiristä keskustelemisesta/arviointi-teeman tarkoituksena oli hahmottaa, kuinka

yleisiä haastateltavien aikaisemmin kuvaamat kokemukset toimivasta ja toimimattomasta yhteistyöstä heidän näkemyksensä mukaan ovat ja toisaalta johdatella heitä pohtimaan arvioinnin merkitystä yhteistyön sujuvuudessa. Seuraavan kolmen teeman avulla pyrin tarkentamaan ja saamaan lisää kokemuksellista tietoa siitä, minkälaiset elementit edesauttavat ja toisaalta vaikeuttavat yhteistyötä jaoteltuina yksilötason, organisaatiotason ja yhteiskunnallisen tason tekijöihin. Moniammatillisuutta kuvaavissa malleissa nämä eri tasot olivat tyypillisesti eriteltyinä ja moniammatillisuutta tarkasteltiin paitsi tasojen sisällä tapahtuvana toimintana, myös niiden välillä tapahtuvina toimintoina. Viimeisen teeman, eli tulevaisuus/kehittäminen, oli tarkoitus kiteyttää haastateltavien ajatukset yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä ja suunnata ajatukset siihen, miten sitä voisi jatkossa parantaa.

Seuraavissa alaluvuissa esittelen aineistosta edellä mainittujen teemojen pohjalta haastateltavien kokemuksia ja ajatuksia jaoteltuina yhteistyötä edistäviin ja vaikeuttaviin tekijöihin yksilötasolla, palautteen ja yhteisen keskustelun merkitykseen, yhteistyötä edistäviin ja vaikeuttaviin tekijöihin organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla, sekä lopuksi fokusryhmäkeskustelun näkökulmasta.

5.1 Yhteistyötä edistävät tekijät yksilötasolla

Tästä teemasta haastateltavat tuottivat runsaasti puhetta, yksilötason asiat nousivat käydyissä keskusteluissa eniten esille. Pyysin haastateltavia muistelemaan yksittäistä asiakastilannetta, jossa lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyö on toiminut erityisen hyvin ja muistelun jälkeen poimimaan kanssani kuvauksesta onnistumisen osatekijöitä. Samalla pystyin tarkistamaan, olinko ymmärtänyt oikein haastateltavan ajatuksen kuvauksen taustalla. Erityisen hyvin toimivasta yhteistyöstä puhuttiin myös yleisellä tasolla, etenkin jos haastateltavan oli vaikeaa palauttaa mieleen yksittäistä asiakastapausta. Myöhemmin haastattelussa kysyin vielä haastateltavilta, mitkä tekijät heidän mielestään vaikuttavat tehtävään yhteistyöhön yksilöiden välillä. Lisäksi tiedustelin haastateltavien omia toimintaperiaatteita yhteistyötahojen kanssa toimimisessa. Haastateltavien vastauksissa tästä teemasta toistuivat samat elementit, eikä sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden vastauksissa ollut huomattavia näkemuseroja.

Haastateltavat näkivät merkittävänä yhteistyöhön yksilötasolla vaikuttavana tekijänä työntekijän asennoitumisen toisiin työntekijöihin ja tehtävään yhteistyöhön. Asennoitumisen ohella he pitivät tärkeänä työntekijän tietämystä omasta sekä yhteistyötahon asiantuntijuudesta ja roolista prosessissa.

Asennoitumista yhteistyöhön ja yhteistyötahoon kuvaavat seuraavat katkelmat. Sosiaalityöntekijä pohti: *”...semmonen tavallaan nöyryys, vaikka niin kun ajattelee, että tekee merkittävää työtä, mutta se, että ei pysty yksin...että kun tässä ollaan tän tyyppisten isojen kysymysten äärellä, niin jotenkin semmonen ettei se oma tontti ratkaise sitä kokonaisuutta, että siinä oikeesti tarttee hyvin usein monenlaista siihen ja niitä ei voi myöskään arvottaa...ne on yhtä arvokkaita...”* (S1). Samaa asiaa korosti myös toinen sosiaalityöntekijä: *”...tehään enemmän yhteistyötä ja ymmärretään se, että yhdessä tätä työtä tavallaan, et kukaan ei yksin pystykään, et se on niin kun yhteinen juttu mistä se lähtee liikkeelle ja jokainen siltä omalta paikaltaan vaikuttaa...”* (S3). Lääkäri totesi samaan asiaan viitaten: *...nähdään, että kaikella on merkitystä ja se, että on lastenpsykiatrialla hoitosuhde, niin se ei riitä, että tarvitaan myös ne sosiaalitoimen tukitoimet sinne matkaan...”*(L3).

Tieto omasta ja toisen työntekijän roolista kuvastuvat seuraavista katkelmista. Sosiaalityöntekijä kuvasi tapausta, jossa yhteistyö oli erittäin onnistunutta: *”...siinä oli myös, että lääkäriellä oli hyvin semmonen ymmärrys, hän ymmärsi lastensuojelun prosessia ja oli hyvässä vuorovaikutuksessa...”*(S3). Yksi lääkäreistä painotti vastuullisuutta yksilötasolla yhteistyön onnistumisen kannalta merkittävimpänä asiana, jonka voidaan mielestäni ajatella kuvastavan asennoitumista ja toisaalta oman työtehtävänsä tiedostamista: *”...vastuullisuus, työote, semmonen napakkuus, että varmaan lähtee nyt tätä asiaa viemään eteenpäin ja tästä tulee jotakin...”* (L2). Hänelle onnistunut yhteistyö ilmeni siten, kun yhdessä sovitut asiat alkavat toteutua ja tuottavat tulosta: *”et se myös seurannassa näkyy, et on jotenkin toteutunut ja tilanne parantunut...perheen ja tai lapsen tilanne, silloin se toimii.”*

Edellä kuvatut asennoituminen yhteistyöhön sekä tietämys yhteistyön osapuolten osaamisesta heijastuvat tehtävään yhteistyöhön arvostuksena, luottamuksena ja nöyryytenä. Yksi lääkäreistä pohti asiaa tavalla, joka mielestäni kuvaa nöyrää asennetta sekä arvostusta: *”Niin vuorovaikutuksessahan on aina kaksi osapuolta...mitkä on*

tällasia yleisiä hyvän vuorovaikutuksen ominaisuuksia...varmasti on tärkeää, en varmaankaan osaa itse riittävästi, että osaisi riittävän hyvin kuunnella toisen näkemyksiä ja jotenkin pysähtyä kuuntelemaan puolin ja toisin niitä toisen perusteluja ja näkemyksiä, arvostus tietenkin ja luottamus, se että he ovat ammattilaisia ja me olemme ammattilaisia...” (L1). Sama lääkäri kuvasi tapaansa toimia yhteisessä palaverissa seuraavasti: ”...onko ne tämmösiä oikeestaan vähän samoja et millä asiakkaita ja perheitä kohdataan, että otetaan ystävällisesti vastaan, tietysti olis hyvä jos olis viihtyisät olosuhteet ja riittävästi tilaa ja kaikki siis tämmöset, tuntee olevansa niin kuin tervetullut siihen tilanteeseen ja arvostavalla tavalla vastaanotetuksi. Et en mä osaa kun ihan tämmösiä yleisiä hyvän käytöksen mukaisia pelisääntöjä.”

Arvostus, luottamus ja nöyryys johtavat avoimeen, joustavaan ja kuuntelemaan työotteeseen. Tällä työotteella pyritään kokonaisvaltaiseen, yhteiseen näkemykseen asiakkaan tilanteesta. Edellä mainittuja asioita, kuten vaikkapa toisten osapuolten kuuntelua, haastateltavat pitivät toisaalta heijastuksena tietynlaisesta asenteesta, toisaalta opittuna taitona tai henkilön ominaisuutena. Yksi lääkäreistä kuvasi mielestäni avoimutta ja joustavuutta todetessaan: ”...kyllä mä aattelen, et se semmonen kuuntelemisen taito ja tavallaan se semmonen taito lähteä kattomaan niitä asioita monesta suunnasta elikkä taito olla lukitsematta itseään johonkin tiettyyn näkökulmaan, joka tarkottaakin sitä, ettei oo tilaa oikeestaan kuulla toisia näkökulmia ja tavallaan nähä, että niilläkin voi olla oma paikkansa sitten kuitenkin.”(L3).

Yhden sosiaalityöntekijän näkemyksen mukaan yhteistyön kannalta hyvä työntekijä oli: ”...kuunteleva ja kiinnostunut ja avarakatseinen...asiakkaan asiassa osaa katsoa sen kokonaisuuden...”(S1). Toinen sosiaalityöntekijä kuvasi toimintatapoja samankaltaisesti edellisen kanssa: ”...että ollaan kohteliaita, toisaalta niin kun avoimia ja suorita...mutta täytyy olla hienovarainen” (S2). Hän jatkoi vielä samasta teemasta: ”...mun mielestä ne verkostot on kuitenkin, ne ei oo sitä, että kokoonnutaan nyt keskustelemaan, vaan kyllä meidän pitää päättää asioita, sitä voi valmistella. Mutta kyllä sitten eri osapuolten kuulemiselle pitää olla aikaa, että sit semmonen tietty joustavuus, että siellä voi tulla jotakin ihan uutta esille siinä palaverissakin.”. Jaettua vastuuta kuvasi toisen sosiaalityöntekijän kommentti: ”...jokainen tekee niin kun yhdessä sen perheen eteen, ei oo yksin kenenkään harteilla ja siinä on niin kun tosi tärkeitä, että kaikki tarvittavat on siinä mukana” (S3).

Yksi lääkäreistä kiteytti edellä mainittuja yksilötasolla tapahtuvia toimintamalleja ja niiden taustalla vaikuttavia asenteita: ”... oma ajatus on aina se, että se keskustelu olisi mahdollisimman avointa ja olis tilaa tulla sitten puolin ja toisin kuulluksi. Elikkä aina pyrkii omaa rooliaan ajattelemaan sillä tavalla, et se minun tehtävä on sillä asiantuntemuksella mikä mulla on, tuoda näkökulmia siihen keskusteluun, olla niin kun avoin ja valmis kuuntelemaan myös kaikki muut näkökulmat ja olla nöyrä se edessä, että en mä voi kaikkia asioita tietää enkä mä oo se, joka lähtee määrittelemään miten jonkun toisen tahon tulis toimia omalta osaltansa, että vaikka mulla voi olla joku ajatus että mitä ja miksi, niin kun kaiken tämän kokemuksen mukaan voi olla, niin silti minä en oo se joka päättää tai määrittelee, vaan pitää päästä yhteiseen keskusteluun, jossa on tilaa kaikille näkökulmille ha sieltä löytyis yhteisessä keskustelussa mahdollisimman toimivia ratkaisuja sitten.”(L3)

Jaettu vastuu prosessin eri vaiheissa sekä riittävä ja säännöllinen yhteydenpito yhteistyötahojen kanssa koettiin tärkeinä yhteistyötä edistävinä tekijöinä. Haastateltavien mielestä yhteisen näkemyksen syntyminen edellyttää riittävän määrän tilanteita, joissa yhteistyön osapuolet, asiakkaan kannalta olennaiset henkilöt, kohtaavat ja tulevat tutuiksi. Tämä edesauttaa luottamusta ja ideointia avoimessa ilmapiirissä, sekä edistää olennaisen tiedon vaihtumista ja ajan tasalla pysymistä. Yksi lääkäreistä muisteli kokemuksiaan erityisen hyvästä yhteistyöstä: ”...se ainakin niissä onnistuneissa on ollu, että on pysynyt sama sosiaalityöntekijä...ei tarkoita tietenkään välttämättä, että se on ollut koko lapsen täälläolon ajan, mutta niin kun siinä prosessissa se sama.”(L1). Sama henkilö muisteli vielä onnistunutta tapausta: ”...sitten kun meillä oli yhteistä verkostoneuvottelua, niin sosiaalityöntekijä oli siinä mukana ja useampikin neuvottelu, niin tota löyty se ajatus, niin kun, että joo heidänkin mielestä ja sitten se konkretisoitui.”

Sosiaalityöntekijä kuvasi työntekijöiden tuttuuden merkitystä: ”...oon aina vähän varpaillaan uusien työntekijöiden kanssa...mä tiään vaikka, että uudessa asiakaskeississä on se tuttu lääkäri, niin mä ihan eri lailla lähen siihen ja luotan, että se toimii...tuttujen työntekijöitten kanssa sitä voin puhua ja tietää, että se tukee sitä prosessia...siinäkin mielessä on etu, että työntekijät pysyy, ehdottomasti...”(S1).

Yksi sosiaalityöntekijöistä kuvasi yhteydenpidon, tiedonkulun ja tuttuuden merkitystä

näin: ”...ehkä se oli just sitten semmonen hyvä kokemus, että oli niin kun valmistauduttu ennakkoon ja tuota niin kun pysty sitten jotakin valmisteluja tekemään, että mulla oli jotakin enemmän sanottavaa siellä palaverissa, kuin että selvittelen asiaa...”(S2). Sama henkilö jatkoi:”...niin siinä on varmaan joku kontakti tullut jo henkilökunnan kanssa jo, että se vuoropuhelukin siellä palaverissa on sitten sellasta jouhevampaa, kun on tavattu...et se on aina ehkä hankalampi tilanne tulla verkostoon, mihin tuut outojen ihmisten keskelle...” Toisella sosiaalityöntekijällä oli samanlaisia kokemuksia: ”...siinä vaan jotenkin kaikille tulee säännöllisesti kun yhdessä istutaan alas, että mikä on se tilanne, se vaan teki sen, kaikki oli siinä läsnä ja kaikki tietää mistä puhutaan ja mitään ei jää keltään kuulematta ja kaikki oli hyvässä yhteistyössä, niin se onnistu hyvin.”(S3)

Onnistunut lopputulos oli haastateltavien mielestä seurausta nimenomaan yksilötasolla hyvin toimivasta yhteistyöstä: ”...ehkä niin kun tärkein on ollu se, että ollaan puolin ja toisin onnistuttu tekemään töitä sillä tavalla, että molemmilla osapuolilla on ollut tilaa tulla kuulluksi toisillemme ja on löytynyt ehkä joku semmonen yhteinen ymmärrys, vanhemat mukaan lukien, siihen sen lapsen ja perheen tilanteeseen, että mitä tarvitaan.”(L3). Sosiaalityöntekijä kuvaili samaa asiaa todeten:”...yleensä se lapsen tilanne on semmonen, että se ei ratkee niin kun jomman kumman tukitoimilla yksin, vaan siinä oikeesti mietitään, että miten voitaisi yhdessä, mitä kukakin siihen voi antaa, mikä on siinä riittävä apu...niin kuin yhteistä ääneen mietintää, sen sanoittamista ja sen tilanteen miettimistä, se on se...(S1).

Haastateltavien kokemukset yksilötasolla yhteistyötä edistävästä tekijöistä olivat samansuuntaisia tutkielman toisessa luvussa kuvaamieni moniammatillisuuden mallien kanssa. D’Amourin ja Oandasanin (2005, 16) IECPCP-kehikon toisessa, moniammatillisia yhteistyökäytäntöjä potilaan ympärillä tarkastelevassa osassa mikrotason tärkeimmäksi tekijäksi nimetään jaetut tavoitteet ja visio. Näihin päästään kun yhdessä neuvotellessa huomioidaan asiakaslähtöisyys sekä tiedostetaan eri tahojen roolit ja valta-asetat. Asennoituminen, halu tehdä yhteistyötä ilmenevät D’Amourin ja Oandasanin mukaan luottamuksena, jonka syntymiseen tarvitaan yhteistyötahojen tuntemusta eli tietoa henkilöistä persoonina ja toisaalta heidän työnkuvastaan. Nämä asiat tulivat mielestäni hyvin esiin haastateltavien kokemuksista.

Bronsteinin (2003, 303) moniammatillisuuden malli sisältää niin ikään haastateltavien

kuvaamat yhteistyötä yksilötasolla edistävät elementit, joskaan Bronstein ei mallissaan tarkastele moniammatillisuutta eri tasojen avulla. Mallin viiden osa-alueen joukossa mainitaan joustavuus ja yhteiset tavoitteet. Mallin moniammatillisuutta edistäviin elementteihin puolestaan sisältyvät ammatillinen rooli, persoonallisuuden piirteet ja yhteistyön kokemukset, jotka ovat haastateltavien kuvaamia tekijöitä vuorovaikutuksen tasolta. Isoherrasen (2012, 149-152) moniammatillisen yhteistyön kehittämismallissa kuvataan yhtenä sen osana moniammatillisen tiimin jäsenen taitoja ja valmiuksia, jotka liittyvät vuorovaikutustilanteisiin. Haastateltavien kuvaamat moniammatillisuutta yksilötasolla edistävät tekijät sisältyvät mielestäni Isoherrasen nimeämiin taitavan keskustelun ja dialogin taitoihin, valmiuteen jaettuun johtajuuteen sekä valmiuteen joustaviin rooleihin.

5.2 Yhteistyötä vaikeuttavat tekijät yksilötasolla

Kaikki yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta korostivat, että suurin osa yhteistyöstä on heidän kokemuksensa mukaan varsin hyvin toimivaa, eli kokemukset yhteistyön toimimattomuudesta olivat vähemmän yleisiä, tosin eivät harvinaisiakaan. Haastateltavien kokemusten perusteella yhteistyötä vaikeuttaa, mikäli siitä puuttuu edellisessä alaluvussa kuvattuja yhteistyötä edistäviä elementtejä, jotka ovat sen toimivuuden kannalta perustavanlaatuisen tärkeitä. Vaikka haastateltavat toivat esiin onnistumisien yleisyyttä, tuottivat he silti määrällisesti yhtä paljon puhetta kielteisistä kokemuksistaan. Lääkärien ja sosiaalityöntekijöiden kokemuksissa korostuivat osittain eri asiat. Kokoavasti voisi sanoa, että lääkärien pettymykset yhteistyössä liittyivät sosiaalityöntekijöiden lääkärien näkökulmasta passiiviseen työskentelytapaan sekä vaihtuvuuteen asiakasprosesseissa, kun taas sosiaalityöntekijöiden pettymykset liittyivät lääkärien heihin kohdistamiin sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta epäkunnioittavaan asenteeseen ja epärealistisiin odotuksiin.

Sosiaalityöntekijä kuvaili lastenpsykiatrialla lääkärien ja muiden työntekijöiden yhteistyötä vaikeuttavia asenteita ja odotuksia: ”...*semmosissa, joissa on vähän tilattu sijotusta...se on meidän viimesijainen tukimuoto enkä mä yhtään tykkää kun joku sosiaalityön ulkopuolinen ihminen niin kun esittää sitä ratkaisuna, koska sillä ei ole niin kun mitään valtuuksia tehdä semmosta päätöstä ikinä eikä tilata sitä multa...sillä ei ole*

oikeutta tilata meiltä sellaisia viimesijaisia päätöksiä mun mielestä”(S1). Sama henkilö pohti nuorten sosiaalityöntekijöiden raskaita kokemuksia yhteisistä verkostopalavereista:”...tietenkin aika ikävää, että ensimmäiset kokemukset on sitten semmosia, että ne jyrätään, että pitäis niin kun lääkärienkin ymmärtää ja kokeneitten ilman että se lähtee ikävään sävyyn...tuota varmaan se on ajattelemattomuutta ja kokemattomuutta ja varmaan turhautumista miksi ne sitten joskus menee semmoiseksi kuin menee...”.

Toisella sosiaalityöntekijällä oli yhteistyöstä päällimmäisenä ikäviä muistoja liittyen myös juuri epäkunnioittavaan asenteeseen: *”...hoitava taho tuntuu asettavan itsensä tommoseen, tai sanelevan aika paljon sitä, ohjeistavan muita yhteistyötahoja mitä lapsen ja nuoren kohdalla tulee järjestää, tällaset palvelut.”(S2). Hän totesi vielä:” kyllä mun mielestä se, että sä isännöit palaveria, se on eri asia, kuin se asetelma sitten, että keskustelua käydään ikään kuin ylhäältä alaspäin”. Epärealistisista odotuksista kertoivat seuraavat sosiaalityöntekijän ajatukset:”...aina ei psykiatrian puolella lääkäri tai muukaan henkilökunta ymmärrä niin niitä lastensuojelun prosesseja, eli sitä minkälaisissa aikarajoissa tai maailmassa me niin kun pyöritään, niin kun lastensuojelulain juttuja ja toisaalta sitten myöskään näitä delegointisääntöjä, että mihin yksittäisellä sosiaalityöntekijällä on valta ja mihin ei...joskus oon menny semmoseen palaveriin, missä on niin kun sanottu, että mitä tälle lapselle nyt ja tämä täytyy sijoittaa ja mihin paikkaan täytyy sijoittaa ja tällainhan se ei tosiaankaan mene...että me tullaan palaverihin ja sitten meille sanotaan, että te teette nyt ja mennäänpä nyt näin”(S3).*

Lääkärien kokemuksista puolestaan välittyi pettymys ja turhautuminen lastensuojelun lastenpsykiatrian näkökulmasta ilmenevään toimimattomuuteen: *”...huolta me välitetään sinne, mutta sitten se ei kuitenkaan meidän mielestä niin kun riittävästi konkretisoidu...että sitä jäädään jotenkin katsomaan tai asia vesittyä kun perhe ei halunnutkaan sen tyyppistä apua tai ei ollutkaan sopivia tukia tai siinä sosiaalityöntekijä vaihtui.”(L1). Samaa kuvasi toinenkin haastateltavista:”...jotenkin kun ne asiat ei vaan niin kun muutu muuksi ja mitään ei tapahdu niin sitten...niin näennäistä se on.” (L2). Lääkärit ovat joskus kokeneet lastensuojelun työntekijän jättäytyvän passiiviseen rooliin tai siirtävän vastuunsa asiakkaan asiassa: *”...semmonen kokemus joskus, et lastensuojelun puolella nähdään aika paljon, et tää on nyt sitä**

lastenpsykiatria ja on sitäkin, mutta et niin kun lastenpsykiatrisin keinoin voitaisiin auttaa semmosia perus arjen ja olosuhteisiin liittyviä pulmia, joita taas lastenpsykiatrisin keinoin ei voi auttaa...”(L1).

Lastensuojelun tarjoama tuki näyttäytyi riittämättömänä tapauksissa, joissa yhteistyö ei tuntunut toimivan: ”...näin hoidon kannalta ajattelen, joskus ois kyllä monesti hyvä, että niin kun tehtäis...muun muassa toistuvalla kriisipaikalle ei tulais vaan sitä lastensuojelun tukea alotettais oikeasti, mitä suositellaan...monesti suositellaan, mutta niitä tukitoimia ei sitten kuitenkaan aloiteta jostakin syystä...ainakaan siinä mittasuhteessa, mitä me suositellaan.”(L2). Yksi lääkäreistä kuvasi kokemustaan yksittäisestä tapauksesta, jossa koki yhteistyön toimimattomaksi: ”...tavallaan se semmonen prosessien pitkittyminen siinä on sitten näkynyt ja siinä on ollut se tilanne, että sosiaalityöntekijä pääsääntöisesti ei ole tullut niihin palaveriinkin mukaan...”(L3)

Huonoja kokemuksia on haastateltaville tullut myös sellaisesta yhteistyöstä, jossa on puutteita yhteydenpidossa, yhteisessä suunnittelussa, sopimuksissa, säännöllisyydessä ja asiakaslähtöisyydessä. Sosiaalityöntekijä pohti suurta verkostopalaveria asiakkaan näkökulmasta: ”...mää monesti aattelen, että asiakkaan kannalta, kun se yleensä istuu siinä verkostossa paikalla, että siinä on ihan hirveästi porukkaa...eikä se niin voi olla niin kun sujuvaa, osa on niin kun yleisönä siinä, et ne ei suutaan välttämättä aukaise, ne esittelee ittensä niin kun omahoitaja ja sitten ei juuri muuta sanokaan. Semmonen tilanne ei tunnu hirveen jouhevalta ylipäättään kokonaisuuden kannalta tai sen asiakkaan kannalta...”(S1).

Toinen sosiaalityöntekijä pohti yhteydenpidon ja yhteisen suunnittelun puutetta taustoineen: ”...itse olisin kokenut hyvänä, että olis ollut ennen verkostoa niin kun enemmänkin sitä yhteydenpitoa lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöiden välillä...et ois ennekkoon valmistellu sitä palaveria...en tiää onko se lääkärin professiota tämmönen ajatus siitä, että lääkäri on ikään kuin tämmönen johtaja, jolla on työnsä puolesta oikeus ja velvollisuuskin määrätä...”(S2). Yhteistyötä vaikeutti edellisen henkilön mukaan lääkärin sanelevan työtavan lisäksi sosiaalipuolen palveluiden/tukimuotojen tarjoaminen ilman työntekijän arviointia: ”...se on ehkä se ikävä tilanne sitte, että jos on vaikka lapsen vanhemmille ehditty puhua jo tästä, että esitetään tämmöstä ja se tulee lastensuojelulle verkostopalaverissa esille vasta ja se jää

sitten sille asteelle, että selvitetään asiaa. Nää on kiusallisia tilanteita, koska siinä on odotus viritetty vanhemmille ja sä oot ikään kuin siinä roolissa, että annatko vai etkä anna sitä palvelua.”

Lääkäri pohti asiakkaiden kannalta ikävää useita kertoja koettua tilannetta: ”...kun tulee sosiaalityöntekijät sitten johonkin palaveriin, että se lähtee joskus sillä puheella liikkeelle, että heillä on niin kun tosi vähän resursseja ja heillä ei oo oikein mitään antaa, mutta he tuli nyt tähän kuitenkin...että siitä on vähän hankalaa jatkaa, mutta niissä tilanteissa kuitenkin on se tilanne osoittautunut, että on ollut ihan toinen...”(L3). Yhteistyötä voidaan kiteytetysti sanoa vaikeuttaneen vuoropuhelun puutteellisuus: ”...ehkä se on just se vuoropuhelun puute, et sellanen, mitä niin kun itse kaipaa tai että aattelen, ettei sitä ole riittävästi, niin eri toimijat jää irrallisiksi siinä lapsen palveluita kun mietitään...”(S2).

Moniammatillisuuden mallien näkökulmasta tarkasteltuna haastateltavien kokemukset näyttäytyvät ymmärrettävinä, edellä kuvattujen yhteistyötä edistävien tekijöiden puutteellisuutena tai puuttumisena. Sloperin (2004, 576) kokoamat esteet moniammatilliselle työskentelylle sisältävät työntekijöiden jatkuvan vaihtuvuuden, joka lääkäreitä erityisesti turhautti lastensuojelun kanssa tehtävässä yhteistyössä. Työntekijöiden vaihtuminen aiheuttaa katkoksia tiedonkulussa ja siten hidastaa yhteistä asiakasprosessia osapuolten tuntiessa toisiaan ja asiakkaan tilannetta puutteellisesti. Epäkunnioittava asennoituminen voidaan nähdä seurauksena esimerkiksi riittämättömästä tietämyksestä ja ymmärryksestä sosiaalityöntekijän ammattiroolia ja lastensuojelun prosesseja kohtaan, puutteista vuorovaikutustaidoissa, organisaatioiden kulttuurisista eroista tai huonoista/vähäisistä yhteistyön kokemuksista. Sloperin (mas. 576) näkemys moniammatillisen työskentelyn esteistä sisältää myös epäselvät roolit ja vastuut, yhteisen näkemyksen puutteen tai ylimitoitettut tavoitteet, organisaatioiden eritavoin painottuvat tavoitteet, heikon kommunikaation ja tiedonkulun, puutteellisen ajan yhteiselle työskentelylle, kielteiset ammattistereotyytiat sekä luottamuksen puutteen yksilöiden ja yhteistyötahojen välillä. Nämä voivat selittää haastateltavien kielteisiä kokemuksia.

5.3 Palaute ja yhteinen keskustelu

Haastateltavien kokemusten perusteella oli ollut tavallista, että yhteistä keskustelua lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöiden välillä oli käyty asiakastilanteiden ulkopuolella hyvin vähän. Palautetta oli annettu toiselle osapuolelle harvakseltaan ja ohimennen, saatu harvoin tai satunnaisesti. Yhteistyöstä oli puhuttu omassa tiimissä ja kollegojen kanssa, jolloin oli jaettu lähinnä kielteisiä kokemuksia: purettu yhteistä turhautumista ja pettymyksiä. Yksi lääkäreistä pohti sitä, miksi yhteistyö herkästi nähdään kielteisessä valossa: ”...*en tiää vaikuttaako se sitten, ettei niistä onnistumisista ehkä samalla tavalla sitten puhuta ja jaeta, kun niitä missä itselläkin alkaa sitten kiukku nousemaan...elikkä se varmaan vaikuttaa siihen, että mitä kuulee toisten kertomuksista, että semmosia me ihmiset ollaan, harvoin niistä hyvistä sanotaan.*”(L3). Saman näkemyksen jakoi myös yksi sosiaalityöntekijöistä: ”...*no sehän on meidän kahvipöydässä yksi niistä vakioaiheista, että kyllä se jaetaan, ne huonot kokemukset jaetaan...meillä ei hirveesti oo aikaa...varmaan ne sitten ihmisillä jää mieleen, aika vähän tulee jaettua positiivisia juttuja*”(S1).

Jokainen haastateltavista arvioi omien kokemustensa kuvastavan melko hyvin tai erittäin hyvin yleisellä tasolla kollegojen kokemuksia lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välisestä yhteistyöstä. Kuten yksi lääkäreistä totesi: ”...*on tuntumaa, että nää kokemukset on täällä lääkäreiden keskuudessa aika tavallisia...mutu-tuntuma on, että tää on varmaan jaettua tuskaa.*”(L2). Toinen lääkäri (L1) pohti: ”...*tietysti kun täällä tehdään tätä moniammatillista työtä, niin työparin kanssa toki aina sitä yhteistä potilaan ja perheen tilannetta mietitään ja joskus ollaan harmistuneita ja ärtyneitäkin siitä, että siellä ei tehdä jotakin, mitä meidän mielestä pitäis tehdä...niin ainakin tämmösellä foorumilla ja se on varmaan ollut eniten puheenaiheena tuossa kollegojen kesken, et se on niin kun hyvin tavallinen kokemus monella, että kun huolta välittää niin sitä kuullaan mut sit ei ollakaan seuraavalla kerralla mukana, niin se on turhauttavaa. M:”eli tää on semmonen aihepiiri, joka puhututtaa myös työyhteisössä? L1:”kyllä, puhututtaa ainakin lääkäreitten kesken.” Sosiaalityöntekijöillä oli samanlaisia kokemuksia:”*Onko nää sun kokemukset tyypillisiä täällä sosiaalityöntekijöiden keskuudessa? Onko teillä ollut puhetta tästä lastenpsykiatrian kanssa tehtävästä yhteistyöstä? (M) Sosiaalityöntekijä (S2) vastasi:”...no mitä on tästä joskus keskusteltu, niin kyllä tukee kokemusta*”.*

Palautetta oli annettu harvakseltaan, ikään kuin sivulauseessa. Sosiaalityöntekijä kuvasi asiaa näin: ”...kyllä kai jos on semmonen hyvä tilanne, niin kyllä siinä sanotaan sen asian ohessa siinä tavallaan se palaute...että mukava kuulla, että teillä on toimittu noin.”(S1). Lääkäri näki palautteen antamisen samaan tapaan:”...me ei aina olla kovin hyviä antamaan tätä positiivista palautetta, mutta kyllä on niitä tilanteita, joissa oon sosiaalityöntekijälle esimerkiksi sanonut, että olipas hyvä palaveri tai että ootte kyllä nyt aivan alyttömän tärkeitä tässä, että me ei oikeestaan päästäis yhtään mihinkään ilman teitä, kun te ootte nyt järjestäneet nämä tukitoimet”(L3).

Kriittistä palautetta oli ollut vaikeaa antaa, vaikka juuri näistä asioista oli eniten keskusteltu työtovereiden kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyen. Edellä mainitut henkilöt toivat esiin pyrkineensä panostamaan rakentavan palautteen antamiseen ja kannustavansa muitakin siihen. Lääkäri kuvaili kritiikin antoa: ”...varmaan itsellä on se ajatus, et sen pyrkii kuitenkin ääneen sanomaan, että nyt musta tuntuu, että ei olla ihan samalla kartalla huolen suhteen, esimerkiksi...elikkä jotain tämmösiä sanavalintoja...sitä kautta lähtee viemään asiaa viemään, että kuinka te ajattelette tätä omaa roolianne tässä eikä sillä tavalla, että olipa tuo pöljää!”(L3). Sosiaalityöntekijän kokemus palautteen antamisesta oli:”...toivottavasti ei siinä asiakkaan kuullen ruveta vääntämään...mutta joskus muistan, että oon soittanu nimenomaan lastenpsykiatrille kun en oo siinä palaverissa halunnut ruveta sitä käymään...soitin ja annoin palautteen” (S1).

Palautteen antamisen ja saamisen merkitystä kuvaavat myös seuraavat katkelmat. Yhdelle sosiaalityöntekijöistä (S3) oli erityisesti jäänyt mieleen tilanne, jolloin hän sai myönteistä ja harvinaista palautetta lääkäriltä monivaiheisen yhteistyön lopulla:”...siinä tavallaan nähtiin sairaalassa ihan eri tavalla aluksi, että ei sais missään nimessä sijoittaa, ei enää muutoksia lapselle, mutta sitten kun aikaa kului paljon ja lapsen asiat menivät eteenpäin ja näin, niin sitten palattiin ja lääkäri sanoikin, että oli alussa niin eri mieltä, mutta sä olit oikeessa, että oli hyvä, että se lapsi sijoitettiin...M: ”Onko tää harvinaista, että sait palautteen? S3: Joo, oli sillä tavalla, että sai...yleensä ei hirveesti käydä semmosta palautekeskustelua.” Eräs lääkäreistä (L2) kertoi kokemuksistaan: ”...ei tuu ikinä varmaan oikeestaan kritiikkiä sieltä päästä. Joskushan vois olla ihan hyvä, että sitä tulis, mutta tuota...ei tuu ikinä. Hän pohti syytä ilmiölle:”...onko persoonakohtainen asia vai ajatteleeko he, ettei jotenkin oo kompetenssia arvoida

tämmöstä tuota, terveyspuolen asioita.” Sama henkilö kuvasi itse antavansa paljonkin suoraa palautetta ja suosituksia lastensuojelulle.

Puolet haastateltavista vaikutti kokevan vaikeaksi vastata kysymykseen siitä, mitä toinen osapuoli mahdollisesti puhuu tahollaan tehtävästä yhteistyöstä ja olivat arvauksissaan varovaisia. *”Aika vaikee kysymys...no en tiiä, ehkä tohon pitää palata vähän myöhemmin...”(S3).* *”En tiedä kaivataanko sielläkin enemmän sitä vuoropuhelua...en mä osaa muuten asettua siihen asemaan...”(S2).* Yksi sosiaalityöntekijöistä (S1) pohti vaihtuvuuden ja tavoitettavuuden merkitystä yhteistyötaholle: *”...tiedän, että on ollu paljon sellasta kun ite oon ollu pitkään, että turhautumista on ja tiedonvaihdon katkoksia, ihmiset vaihtuu varsinkin täällä päässä ja kyllähän se varmaan näkyy siinä sitten, siitä on saaneet ihmiset palautetta, jotka ei oo itse siihen syyllisiä”* Hän totesi lisäksi: *”...varmaan tuo vaihtuvuus ja ettei edes tiedä kuka se on, kun sinne päinkään en tiedä meneekö niitä meidän työntekijälistoja...se on aika turhauttavaa kuitenkin, aika keskeinen asema on kuitenkin yleensä sillä lastensuojelun työntekijällä näitten lasten asioissa.”* Edellisessä alaluvussa totesin lääkärien kuvanneen yhteistyötä vaikeuttavista tekijöistä puhuessaan juuri näitä asioita, eli hänen arvelunsa osuivat oikeaan.

Lääkäreillä vaikutti vähäisestä yhteisestä keskustelusta huolimatta olevan myös osuva näkemys siitä, mikä mahdollisesti sosiaalityöntekijöitä yhteistyössä voisi turhauttaa. Toisaalta he ilmaisivat sosiaalityöntekijöitä vahvemmin myös uskoa siihen, että yhteistyöstä heidän kanssaan voisi olla myös paljon myönteisiä kokemuksia. Yksi lääkäreistä totesi: *”...arvaus, että paljon turhautumista myös siellä, että kun lastenpsykiatrialla tehdään niin tai näin tai ei tehdä ja aina vaan pyritetään heille palloa...ja kyllähän se turhautuminen välittyy niistä toiveista, että kyllä tää pitää varmaan ottaa osastolle tai pitää sitä tai tätä, se voi olla adekvaattia...mutta myöskin on varmaan joskus niin, että he toteavat, että olipa mukavaa yhteistyötä (L1).”* Toinen lääkäri pohti humoristiseen sävyyn tehtävää yhteistyötä lastensuojelun kannalta: *”...voisin kuvitella, että varmaan siellä osalla on pikkusen painetta sen suhteen, että kun tietää olevansa tulossa sairaalaan palaveriin, että mitähän ne on taas vailla, taas ne on siellä määrittelemässä mitä meidän pitää tehdä ja näin...toivon mukaan on siellä on sitäkin keskustelua, että no onpa mukava mennä sinne, kuullaan ja jaetaan missä ollaan menossa ja mikä vaikuttavuus näillä tukitoimilla on ollut lapsen*

hyvinvointiin nähden...ja ihan niin kuin itsellä joskus voi olla, niin voi olla sosiaalityöntekijällä se ajatus, että voi ei, se on se lääkäri!”(L3).

Yhteisen keskustelun puute yhdisti kaikkien vastauksia tästä temasta: ”...ei mulla ainakaan ole oo semmosia kokemuksia, että juteltais lastensuojelun sosiaalityöntekijöitten kanssa noin niin kun ilman mihinkään keissiin liittymättä käynty keskustelua.” toteaa L1. Sosiaalityöntekijä jakoi saman kokemuksen ja tuli samalla kuvailleeksi arkisen työn tunnelmaa:”...ei varmaan oo silleen pysähtytty ihan miettimään kun ei me olla tavattu muuta kuin asiakastilanteissa ja sitten kiidetään jo eteenpäin...”(S1). Samaa totesi toinen lääkäreistä: ”...ei oo sellaista foorumia missä jaettas näitä.”(L2). Kolmas lääkäreistä jakoi kokemuksen ja kertoi ajasta 15 vuotta sitten, jolloin tilanne oli toisin: ”...ei oo ollu semmosia, että nyt pä istahdetaan alas ja käydään tämmöistä yhteistyökeskustelua, vaan enemmän se on ollut sitä, tämmöisiä ohimeneviä tilanteita sitten yleisellä tasolla ja siitä on jo aikaa kun oli tämmönen, siihen yhteistyöpalaverita, että sitten täytyy palata tuonne 2000-luvun alkupuolelle...muistelen että oisko se ollut puolivuositain jonkun aikaa yhteispalaverit, joissa oli myös tämän kaupungin sosiaalityöntekijöitä mukana.”(L3).

Palautteesta ja yhteisestä keskustelusta voidaan haastateltavien kokemusten pohjalta todeta, että yhteistyöstä ei puhuta näiden kahden tahon välillä asiakastilanteiden ulkopuolella ja palautetta annetaan satunnaisesti. Vaikuttaisi siltä, että lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöillä on toistensa näkemyksistä puutteellisesti tietoa ja puhetta yhteistyötä leimaa harmistunut sävy, vaikka todellisuudessa toimivaa ja myönteistä aiemmin kuvattujen kokemusten perusteella on ollut paljonkin. Moniammatillisuutta kuvaavat mallit sisällyttävät yhteisen palautteen ja arvioinnin osaksi malleja. Isoherrasen (2012, 149-152) moniammatillisen yhteistyön kehittämismalli kuvaa muutosprosessia yhtenä osanaan, johon sisältyy jatkuva yhteinen kehittäminen ja arviointi. Bronsteinin (2003, 302) moniammatillisuuden malli sisältää yhtenä tekijänä prosessin arvioinnin, jolla Bronstein tarkoittaa huomion suuntaamista yhdessä työskentelemiseen siten, että rooleista ja prosesseista annetaan ja vastaanotetaan palautetta yhteistyösuhteen ja tehokkuuden vahvistamiseksi.

5.4 Yhteistyötä vaikeuttavat tekijät organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla

Yhteistyö organisaatiotason näkökulmasta herätti huomattavasti vähemmän ääneen lausuttuja ajatuksia, kuin yksilötason asiat. Vaikka jokainen haastateltava jollain tavalla sivusi puheessaan omaa ja/tai toisten kiirettä sekä niukkoja resursseja, nämä eivät synnyttäneet keskustelua kun tiedustelin heiltä organisaatiotasolla yhteistyöhön vaikuttavia elementtejä. Sen lisäksi, että osa haastateltavista puhui teemasta hyvin niukasti, korostuivat vastauksissa kielteiset kokemukset. Lääkäreillä oli tästä teemasta vielä vähemmän sanottavaa, kuin sosiaalityöntekijöillä, jotka jossain määrin kritisoivat työnantajansa toimintamalleja.

Sosiaalityöntekijät toivat esiin puutteita muutosjohtamisessa, työntekijöiden ohjeistuksissa ja suunnitelmien viemisessä käytännön tasolle. Sosiaalityöntekijöitten kritiikki omaa organisaatiota kohtaan ilmeni kysyttäessä erikseen moniammatillisuuden huomioimisesta työpaikalla: ”...siitä puhutaan paljon, ylimmässä johdossakin ainakin meillä paljon, että sitä pitää tehdä ja siihen kaikki perustuu ja ottakaa yli sektorirajojen työpareja ja niin ja näin ja noin...mutta sitten ne käytännön jutut, niin meillä ei toimi ohjelmat yksin, ei oo yhteyksiä eikä tämmösiä, jossa sitten oikeesti että toimis se yhteistyö. Se on siis sanan tasolla, mutta ei sitten ihan arjen tasolla niin kun varsinkaan yli sektorirajojen tai hallintokuntien...sairaalan ja kaupungin välillä on niin kun lapsen kengissä vielä”(S1).

Toinen sosiaalityöntekijä pohti organisaatiomuutosten vaikutuksia työntekijöihin, jonka jälkeen hänellä heräsi ajatuksia työntekijöissä tapahtuvien kielteisesti nähtyjen vaikutusten heijastumisesta yhteistyöhön. Hän pohti myös organisaatiomuutosten aiheuttamaa epätietoisuutta yhteistyökumppaneissa: ”...kyllä tää varmaan työntekijän näkökulmasta on ihan kaoottista, ei minkäänlaista suunnitelmallisuutta ja ne tulee aivan puskista nuo muutokset ja ei niitä oo mietitty yhtään eteenpäin...ja se näkyy sitten täällä meillä, että ovet käy...pitkäaikaiset työntekijät lähtee...niin, tää on tosi raskasta, kun on vaativaa ja haasteellista työtä, niin ei oo aatellu mitään sotea tai muuta, että ite jaksaa tässä, niin keskittyy vaan siihen perustyöhön ja niihin asiakkaisiin”(S3). Sama henkilö pohti epätietoisuuden ja kuormittuneisuuden näkymistä verkostopalaverissa: ”...mikä kans heijastuu varmasti siihen yhteistyöhön, että kun me ollaan epätietoisia, kun me ei tiedetäkään sitä omaa työmaailmaa kun sä hallitset ne jutut mutta sitten ne viedään pois, että miten tää nyt meni, kun hajotetaan kaikki...ja se epätietoisuus kun me

ei olla saatu kunnolla tietoa eikä meitä oo jotenkin koulutettu ja just tämä ettei oikein esimiestasollakaan tiedetä miten nää nyt oikein menee, niin kyllähän se välittyi yhteistyökumppaneihin...”. Yhden lääkärin kokemus liittyi juuri edellä kuvattuun: ”Ja rakennemuutokset on olleet siellä sosiaalitoimessa niin isoja, että nimetkin alkaa olla sellaisia...nimikkeistö on muuttunut...mun pitää varmaan joku koulutus käydä, että pysyn perässä...”(L2).

Toimintaa ovat ohjanneet sosiaalityöntekijän mukaan pitkälti käytettävissä olevat taloudelliset resurssit: ”...varmaan meillä kaikilla on se, että se raha mikä aika paljolti ratkasee asioita, että kyllähän me voitais jos vaan kaikkia tukia ja mahtavia ratkasuja, toimenpiteitä yhdessä mieltä ja luoda, vaan sitten se realiteetti...että kun loppujen lopuksi puhutaan niistä asioista, mitä ei sosiaalityöntekijä voi edes yksin päättää...”(S3). Yksi lääkäreistä arvioi lastensuojelun niukkojen resurssien ja organisaation vaikuttaneen merkittävästi tehtävään yhteistyöhönkin: ”...joo tää byrokratia on ihan valtaisa ja hirveen hitaasti mitään...on eri työryhmiä...sosiaalitoimi on minusta niin pirstaloitunut, että on aina...yksi tekee yhden, toinen toisen ja sitten asiaa kun viedään, menee viikkotolkulla ennen kuin käytännössä päästään minnekään liikkeelle.”(L2). Hän jatkoi yhteistyöhön organisaation tasolla vaikuttavista tekijöistä: ”...tietenkin resurssien niukkuus on yksi mikä vaikuttaa, että kaupungin puolella on niihin tukiin älyttömän vähän resursseja...ei oo työntekijöitä eikä työntekijöillä aikaa. Niitä laitospaikkoja on vähennetty puolella ja se on yksi iso haaste.”

Yksi sosiaalityöntekijöistä nosti esiin haastavia yhteistyötilanteita organisaatioiden rajapinnalta, jota hän kutsui *harmaaksi alueeksi*. Näissä tilanteissa vastuu asiakkaan tilanteesta voidaan nähdä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välillä vaikeasti määriteltävänä. Toisaalta *harmaan alueen* tilanteet voidaan mielestäni nähdä esimerkkeinä siitä, kun rakenteet eivät pysty vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin, jolloin työntekijät saattavat päätyä syyttelemään toisiaan toimimattomuudesta tai vastuuttomuudesta. Sosiaalityöntekijä kuvaili *harmaata aluetta*: ”...mikä meiltä niin kun puuttuu, ei tavallaan oo kenenkään työntekijän syy, niin on myös ongelma, että on osastolla oleva lapsi ja sitten hän on sairas, mut sit häntä ei voi kotiuttaakaan, et tämä niin kun että hän tarvii myös sijaishuoltopaikan, mutta hän on tavallaan myös hyvin sairas...että onko se niin kun lastensuojelulapsi (kun on huolta myös vanhemmuudesta) vai pitäiskö se terveydenhuollon puolelta mieltä mikä on oikea paikka tälle lapselle, jos

hän on psyykkisesti huonovointinen...et joku välimallin paikka...yhdessä kehittää, kun sehän on tavallaan molempien. Mut nyt on semmosta pallottelua, että mihin se raja vedetään, tämä on se hankala...”. Hän nosti vielä toisen harmaan alueen esiin: ”...mikä niin kun paljon puhuttu täällä meidän työntekijöitten kesken, on kokemus siitä, että psykiatrisella puolella monesti vaaditaan lastensuojelulta, että sen lapsen tilanne pitäisi olla vakaa ennen kuin he pystyy alkaa työskentelemään...että näkemykset siitä, että mikä on vaikka perheelle vakaa tilanne, saattaa olla hyvin erilainen kuin mitä se vaikka osastolla nähdään...”.

Yhteiskunnallisen tason asiat tuottivat puhetta myös varsin vähän. Tästä teemasta haastateltavat kertoivat eniten ajatuksistaan tulevaan Sote-uudistukseen liittyen, johon he tuntuivat suhtautuvan toisaalta toiveikkaasti, mutta toisaalta kokevat siihen liittyvän omaa ja asiakkaiden asemaa uhkaavia tekijöitä. Sosiaalityöntekijä kuvasi työntekijöiden arkitodellisuutta muutosten kourissa: ”...täytyy sanoo, että mä en oo ihan hirveesti jaksanu sinne suunnata ajatuksia, että tää meidän kenttä täällä on niin myllerryksessä, niin totaalisen sekasorron tilassa oikeesti, että...ei pysty ees aatteleen, että mitä sote tuo, tää on nyt aivan, ihan hakee paikkaansa...”(S3).

Ongelmallisena haastateltavat kokivat myös sen, että hienoja ajatuksia ja linjauksia moniammatillisuuteen liittyen on ollut vaikeaa soveltaa käytäntöön, koska yhteisiä linjauksia ei ole. Moniammatillinen työote organisaatioiden välisessä yhteistyössä saattaa tästä johtuen jäädä ohueksi ja sattumanvaraiseksi. Sosiaalityöntekijän ajatuksia asiasta: ”...siihen on herätty tuolla yhteiskunnallisen keskustelun tasolla ja nään, että siitä puhutaan tuolla, poliitikot ja päättäjät, että se on ehdottoman tärkeää...mutta miten se tapahtuu täällä, niin se ontuu vielä tai se on yksittäisten tekijöiden varassa. Ei oo semmosia selkeitä luotu, että miten se niin kun tehdään ja toimii niiden kohdalla, jotka niin kun haluaa sitä...sitä voi tehdä vielä hyvin silleen muut pois sulkien...ei oo semmosia yhteisiä, että aina toimitaan näin, linjauksia eikä järjestelmiä eikä mitään...”(S1).

Toisaalta haastateltavat näkivät yhteiskunnallisen tason tuen perustavanlaatuisen merkityksen yhteistyön onnistumiselle, tässä yhden lääkärin sanoin: ”...saatais luotua sellasia yhteistyörakenteita, että ne mahdollistais lasten näkökulmasta ja toimijoiden kesken, että niistä prosesseista tulis kokonaisia...niin kun valtakunnan tasolla

mahdollistettaisiin semmosten systeemien ja yhteistyörakenteitten syntymistä, että tällainen sektoreitten ylittävä yhteistyö olisi jouhevaa ja luotettavaa...”(L3). Yksi sosiaalityöntekijöistä piti huolestuttavana säästöjen liiallista kohdistamista sosiaalityöhön: ”...huolestuttaa sellainen, että jos se on se ykköstavoite, että nyt vaan säästetään ja ei oteta huomioon niitä realitetteja...niin sosiaalityö esimerkiksi vaatii resursseja, riittävät resurssit, jotta voidaan semmosta laadukasta palvelua toteuttaa...ei matkatoimisto-periaatteella, vaan mikä olisi semmonen kohtuullinen työskentely lasten ja perheitten kanssa...et jos vaan säästetään ja säästetään, niin silloin viedään myös pohja, ei pystytä satsaamaan riittävästi siihen yhteistyöhön”(S2).

Sote-uudistus herätti huolta säästönäkökulman liiallisen korostumisen lisäksi myös omasta asemasta ja oman erityisosaamisalueen asemasta, kun organisaatiot yhdistetään: ”...on se huoli siitä, että sosiaalityö ei pääse sellaisenaan omana itsenään vaikuttamaan riittävästi siihen, että millasena palvelut järjestetään ja kuitenkin siinä edetään hirveen paljon terveydenhuoltolähtöisesti, ollaan sitä samaa mallia sosiaaliuollon puolelle tuomassa.”(S2). Toinen sosiaalityöntekijä pohti terveydenhuollon vahvan aseman vaikutuksia työntekijöiden tasa-arvoiseen asemaan tiimeissa: ”...siinä on niin vahva kuitenkin se terveydenhuollon puoli, että sitten kun ollaan niin kun samalla viivalla, niin ollaanko oikeesti ja onko saman työnantajan alla sosiaalityöntekijä yhtä vahva kuin lääkäri vai onko se edelleen lääkärivetoista...vai onko jatkossa niin, että sosiaalityöntekijä voi vastata siitä prosessista ja lääkäri onkin siinä tavallaan yksi niistä riviammattilaisista? Että ei se oo sen korkeempi mun mielestä, se pitäis aina katsoa tapauskohtaisesti, että kenellä se vetovastuu on...onko siinä yhteisen asiakkaan äärellä erilaisia vastuita?”(S1).

Lääkärit kokivat myös huolta asemastaan, jolloin asetelma olisikin vastakkainen edellä esitettyihin:”...täällä mietitään, voi olla semmosena huolenhäivänä, että varsinkin lastenpsykiatria niin kun lääketieteen erikoisalana, ettei sulauduta niin kun sosiaalitoimeen...niitähän on miljoonia malleja näistä organisaatioista, joissa lastenpsykiatria on suurin piirtein sulautunut sinne sosiaalitoimeen, lastensuojelun puolelle”(L1). Tuleva sote-uudistus saa työntekijät tietoisiksi oman professionsa erityisyydestä ja epävarmuus aiheuttaa vastakkainasetteluakin: ”...mä toivon, että sosiaalityöntekijät on riittävän vahvoja, kun tietää miten vahva ammattikunta lääkärit on, lastenpsykiatrit varsinkin on erikoistuneita semmoseen...”(S1).

Edellä esittelemissäni moniammatillisuutta kuvaavissa malleissa (Bronstein 2003; D'Amour & Oandasan 2005; Isoherranen 2012) organisaatiotason tuki nähdään välttämättömänä moniammatillisuuden toimivuudelle. Laura Petri (2010, 78) toteaa myös organisaatiotason tuen olevan eräänlainen esiedellytys moniammatilliselle toiminnalle ja se ilmenee esimerkiksi koulutuksen, resurssien ja palkkioiden muodossa. Sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuuden voidaan ajatella olevan seurausta esimerkiksi organisaation riittämättömästä tuesta työntekijälle siten, että työskentelyolosuhteet eivät kannusta työntekijöitä pysymään työssään. Myös Sloper (2004, 576) toteaa riittämättömän tuen henkilöstölle, jatkuvien organisaatiouudistusten ja taloudellisen epävarmuuden olevan moniammatillisuutta estäviä tekijöitä.

Organisaatiotason asioiden puutteiden vaikutus lastenpsykiatrian ja lastensuojelun väliseen yhteistyöhön jäi keskustelussa teemana mielestäni yllättävän vähäiseksi siihen nähden, mitä itse ajattelen niiden vaikutuksesta ja toisaalta moniammatillisuuden mallien tuottaman tiedon valossa. Itse ajattelen vähäisen puheen yhteiskunnallisella tasolla yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä johtuvan siitä, että jokapäiväisessä työssä ei välttämättä ole aikaa tai tarvetta pohtia sitä, millä tavalla valtakunnallisesti säädellään lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyön tekemisen mahdollisuuksia. Asiakastyössä pohditaan herkästi juuri käsillä olleita tilanteita, vuorovaikutusta niissä jne., jolloin rakenteelliset seikat voivat ikään kuin unohtua. Osalle haastateltavista saattoi olla vaikeaa kritisoida omaa työnantajaansa, ikään kuin kyseenalaistaa edustamansa organisaation toimintaa ja puhe näistä teemoista jäi siksi niin vähäiseksi.

5.5. Yhteistyötä edistävät tekijät organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla

Yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla koettiin moniammatillisen työtteen sisältyminen oman profession ja organisaation toimintaperiaatteisiin, koulutuksen tarjoamat valmiudet moniammatillisuuteen, lainsäädännön uudistukset sekä tulevan sote-uudistuksen tuomat mahdollisuudet yhteistyön syventämisessä.

Sosiaalityöntekijät pitivät moniammatillisuutta itsestään selvänä toimintatapana työssään: *”se on jotenkin meille arkea, en osaa sanoa prosenttimäärää miten työaikaa*

käytetään, siitä on hirveän yllättävän suuri osa verkostopalavereita...mun mielestä se on lastensuojelussa niin kun itsestään selvyys, verkostotyö, et se on jo semmonen meidän työikäntäntö, niin kun sisäänrakennettu asia meidän työssä...verkostossa mietitään mikä se meidän rooli on ja mitä meidän tulee tarjota...”(S2). Saman asenteen moniammatillisuutta kohtaan työyhteisön ominaisuutena voi tavoittaa lääkärin pohdinnasta seuraavassa katkelmassa, joka on vastaus kysymykseeni siitä, minkälaisilla asioilla organisaatiotasolla voidaan tukea moniammatillisuutta: ”...se, että on riittävästi sitä tilaa ja konkreettista aikaa semmoselle yhteiselle keskustelulle, ettei se ole pelkästään ja ainoastaan sitä tässä ja nyt potilastyötä, vaan on sitä muutakin keskustelutilaa sitten...millä tavalla itse kukakin näyttää mallia siitä, että millä tavalla arvostaa toisten työtä, että se on samalla sitä oman työn arvostamista, että arvostaa ihan arvostaan yhtä lailla jokaisen työtä...miten meille kävis jos kukaan ei kävis siistimässä näitä meidän tiloja, se lähtee jo siitä...”(L3)

Koulutus ei teemana noussut esiin, ennen kuin kysyin erikseen siihen liittyviä kysymyksiä. Haastateltavat arvioivat moniammatillisuuden olevan asia, joka huomioidaan hyvin sosiaalityöntekijän ja lastenpsykiatrian erikoislääkärin koulutuksessa. Lääkärit toivat esiin tämän olevan seikka, joka on heidän uransa aikana kehittynyt huomattavasti parempaan suuntaan. Sosiaalityöntekijä kuvaili kokemuksiaan ja käsityksiään koulutuksestaan: ”*kyllä se niin kun siellä koko ajan tulee, että sitä tehdään yhdessä...sä voit sitä prosessia tavallaan johtaakin tai koordinoida, mutta sitä pitää tehdä yhdessä...se on läpi kirjoitettuun kaikkeen sosiaalityöhön, sen pitäis olla kaikessa tavallaan punasena lankana, että sitä tehdään yhdessä ja arvioidaan monella tavalla yhdessä ja että se ei oo niin kun joittenkin alojen ammattilaisten oma juttu, vaan asiakkaan tilanteen mukaan on eri tyyppisiä tekemässä yhdessä sitä niitten näkökulmista...jossakin sossuja ja lääkäreitä koulutetaan joitain opintokokonaisuuksia yhdessä...”(S1). Toinen sosiaalityöntekijä (S3) ajatteli samaan tapaan: ”*...on meillä lähtökohta ainakin hyvä, lähtee tekemään yhteistyötä...kyllä aattelen, että koulutus antaa ja täällä on semmonen yleinen ilmapiiri on semmoseen yhteiseen tekemiseen hyvä”.**

Kolmas sosiaalityöntekijöistä pohti lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöiden koulutuksissa olevan eroa suhtautumisessa moniammatillisuuteen: ”*en tiedä lääkärin koulutusta tarkalleen, mutta se käsitys on tullut kuitenkin, mitä nyt julkisuudessa on käyty*

keskustelua lääkärin koulutuksesta, lääkärin ammatista, että tavallaan siihen sisältyy ajatus siitä, että lääkäri on niin kun se pomo, lääkäri määrää. Ja taas sosiaalityön koulutuksessa on se lähtökohtakin, että toimitaan osana verkostoa ja meille korostetaan näitä neuvottelutaitoja ja yhteistyökykyä, et sinänsä se on meidän työkalu”(S2). Keskustelu teemasta jatkui hänen kanssaan: ”eli aatteletko, että koulutuksessa on jotain puutteita? S2:”niin tai mun mielestä on kyse siitä, että minkälaisena se lääkärin professio tai sosiaalityöntekijän professio nähdään, et minkälainen sisäänrakennettu ajatus sen ammatin asemasta niin kun tämmösessä verkostossa on.”

Lääkärit näkivät oman koulutuksensa valmentavan moniammatilliseen työtapaan: ”...nyt on lääkärin koulutuksessa ihan alusta lähtien tämä tematiikka myös, että ollaan yksii toimijoita kentässä, jossa on muitakin toimijoita ja yhteistyön tekeminen on tosi tärkeää” (L1). Sama henkilö arveli koulutuksen kehittyneen tässä asiassa huomattavan paljon niistä ajoista, jolloin hän on itse koulutuksensa saanut: ”...tänä päivänä se on ihan toista, silloin elettiin ihan toisessa maailmassa, että silloin oli kyllä sosiaalitoimi tosi kaukana...se on varmaan molemmista suunnista tapahtunut se lähentyminen ja ymmärretään, että että yhteistyö on tosi tärkeää ja moniammatillisuus”. Toiset lääkärit olivat samoilla linjoilla moniammatillisuuden huomioimisessa erikoislääkärin koulutuksessa: *mä ajattelen kyllä, että tässä lastenpsykiatrian erikoistumisvaiheessa lähtökohtaisesti pitäis tulla aika selväksi...”(L3). Hän toteaa kuitenkin:”...että sitä dialogisuutta ja miten tärkeä se, et miten siihen voi omalla asenteellaan vaikuttaa, niin mä ajattelen et sitä meidän pitäis käydä vielä enemmän silloin kun aatellaan, että tehdään yhteistyötä esimerkiksi sosiaalitoimen kanssa”.*

Yhteiskunnallisella tasolla koettiin yhteistyötä parantaneen viime vuosien lainsäädännön uudistukset, kun sosiaalihuolto- ja lastensuojelulaeissa on tiukennettu viranomaisten ilmoitusvelvollisuutta ja toisaalta velvoitettu moniammatilliseen työotteeseen: ”...mä aattelen, että mennään parempaan suuntaan, että se Eerika-asia on muuttanu aika kovasti ja se yhteinen vastuu nimenomaan, että meillä kaikilla on vastuu lasten hyvinvoinnista...että jos me huolenaiheisiin törmätään, niin me ei pystytä sitä siirtämään työntekijöille tai johonkin muuhun, että ei kuulu meille...et ihan kyllä aattelen, että ollaan menossa parempaan suuntaan. Ikävän, tosi ikävän keissin kautta tulee näitä muutoksia.”(S3). Lääkärin näkökulmasta yhteiskunnassa yleisesti pinnalla olevat asiat näkyvät seuraavasti: ”...tää yhteiskunnallinen muutos vaikuttaa tietysti

siihen, minkälaisia haasteita meillä on täällä ja siellä sosiaalitoimen puolella, mutta en osaa sanoa miten se siihen yhteistyöhön vaikuttaa.”(L1).

Sote-uudistus herätti haastateltavissa huolien lisäksi myös toiveikkuutta: *”...jos se painopiste olis se ennaltaehkäisy, et jos sitä painopistettä sinne saataisi...silloin varmaan osa lastenpsykiatrian potilaista jäis kokonaan hoidon ulkopuolelle...et jos sotessa saadaan sitä painopistettä jotenkin ennaltaehkäisyyn, silloin mä ajattelen et se on ihan hyvä.”(L2).* Toinen lääkäri pohti säästämistä myönteisestä näkökulmasta: *”...säästöpainneissa vois olla, että jonku lamppu vihdoon viimein syttyis siitä, että tämmönen yhdessä tekeminen kuitenkin sitten loppupeleissä myöskin säästäis sekä rahaa, että resursseja kaikin puolin ja tuottaa hyvää tulosta.”(L3).* Sosiaalityöntekijätkin ovat kokeneet kuulemissaan puheissa sote-suunnitelmaan liittyen olleen hyviä ajatuksia: *”...kyllähän se tavallaan kaikissa näissä organisaatiomuutoksissa, sekin mitä tässä kaupungissa on esimerkiksi mitä meilläkin on, ne liittyy tähän tulevaan sote-uudistukseen, josta ei toisaalta vielä kauheen paljoo tiedetä...että sitä korostetaan, että säästetään sillä että ei olisi päällekkäisiä toimintoja ja puhutaan myös asiakaslähtöisyydestä, ettei ihmisiä luukuteta ja se palvelujen kokoaminen olis jouhevaa..”(S2).* Tavoite tuntui kiehtovalta, joskin kaukaiselta: *”...jos se olis vaan yksi prosessi, eikä siitä tehtäis tuhatta erilaista, eri kirjauksia vaan oltais niin kun yhen suunnitelman äärellä eikä se olis semmonen pilkottu vaan että, en tiää mihin se johtaa...”(S1).*

Koulutus on moniammatillisuutta kuvaavissa malleissa erittäin tärkeässä osassa. D’Amourin ja Oandasenin (2005) IECPCP-kehikossa koulutus muodostaa mallin kahdesta toisiaan täydentävästä kehästä toisen ja he korostavatkin, ettei moniammatillisuutta voi arvioida ja kehittää koulutusta huomioimatta. Isoherrasen (2012) moniammatillisen yhteistyön mallissa koulutus sisältyy moniammatillisuuden edellytyksiin ja hän toteaa yhteisen koulutuksen puutteen olevan usein esteenä moniammatillisuuden toteutumiselle. Haastateltavien kokemusten mukaan moniammatillisuus on huomioitu heidän peruskoulutuksessaan hyvin, eli tämä osa-alue ei selittäisi yhteistyössä koettuja haasteita.

5.6 Fokusryhmäkeskustelu

Sisällöllisesti fokusryhmäkeskustelu tuotti samanlaisia tuloksia, kuin yksilöhaastattelutkin. Ryhmäkeskusteluun osallistuneet kolme henkilöä (kaksi lääkäriä ja yksi sosiaalityöntekijä) toistivat toisilleen yksilöhaastatteluissa minulle kertomiaan asioita. Voikin todeta ryhmäkeskustelun vahvistaneen yksilöhaastatteluiden pohjalta syntynyttä käsitystä työntekijöiden kokemuksista yhteistyöhön liittyen. Pyysin osallistujia keskustelemaan seuraavista aiheista: hyvä verkostopalaveri, hyvä asiakasprosessi, asiakaslähtöisyys, palautteen/arvioinnin merkitys, tiedonkulku/yhteydenpito, vuoropuhelua tukevat rakenteet ja kehittämissuositukset yhteistyön parantamiseksi. Keskustelijoiden koodeissa on suluissa ammattiryhmään viittaava kirjain. Keskustelusta esillä olevat sitaatit ovat pitkiä, jotta vuoropuhelun rakentuminen havainnollistuisi lukijalle.

Hyvä verkostopalaveri oli keskustelun teemana, koska jokainen haastateltava oli todennut verkostopalaverin olevan se tyypillisin yhteistyötilanne, jossa lastenpsykiatrian ja lastensuojelun edustajat kohtaavat. Keskustelu hyvästä verkostopalaverista tuotti samoja asioita, kuin mitä haastateltavat toivat esiin yksilötilanteissa kysyttäessä onnistuneista asiakastapauksista ja yksilötasolla yhteistyötä tukevista tekijöistä. Keskustelussa merkittäviksi asioiksi osallistujat nostivat yhteisesti työntekijöiden asennoitumisen ja vuorovaikutustaidot, sekä palaverin suunnittelun, hallitun ja tavoitteellisen rakenteen, josta osallistujien on otettava yhteisesti vastuu. Seuraava katkelma on esimerkki keskustelun sisällöstä, jonka rakenteessa mielestäni näkyy myös keskustelijoiden pyrkimys liittyä ryhmään sekä luoda keskustelun alulle myönteinen ilmapiiri.

K2(S): ”No mä ajattelen ainakin, että se on tasapuolinen; siellä kuuluu kaikkien läsnä olevien ääni, jokainen lähtee sieltä sillä ajatuksella, että tulini kuulluksi ja se mitä sanoin, sillä oli jotain painoarvoa. Menikö asiat sitten niin tai mihin siinä päädytään, että ne eriävätkin näkemykset tulevat siellä ääneen lausutuiksi ja siellä on semmonen henki, missä kaikki pystyy sen oman näkemyksensä tuomaan siihen keskusteluun, ammattilaiset ja perhe siis.”

K1(L): ”Kyllä, ihan samalla tavalla ajattelin kanssa ja että siinä verkostopalaverissa on ne asiaan olennaisesti liittyvät henkilöt, tahot, mukana...ja jotenkin se on jäsentynyt, että sillä on kesto etukäteen suurin piirtein tiedossa, että siinä sitten pysyy ryhti

kasassa.”

K3(L): ”Kyllä, nämä kaikki ja sen lisäksi mä ajattelen, että hyvässä verkostoneuvottelussa on itse kukakin sellasella asenteella, että vähän niin kun avoimin mielin tullut kuulemaan toisia ja pohtimaan, mikä se tämä minun organisaation rooli voisi nyt tässä tilanteessa olla. Että oikeesti aidosti semmonen yhteinen pohdinta. Ja niin kun sä sanoit, niin hyvä verkostoneuvoteluhan ei tarkoita sitä, että se on justinsa se minun mielipide, jonka mukaan se lopputulos tulee, vaan kaikki kaikki on tullu kuulluksi ja huomioiduksi lopputulemassa...”

Toinen katkelma samasta teemasta, josta ilmenee niin ikään pyrkimys liittyä ryhmään ja luoda keskusteluun myönteinen ilmapiiri:

K2(S): ”Ite aattelen, et se joka kutsuu sen koolle, yleensä se on joku viranomaistaho, niin se olis jo tavallaan etukäteen kertonut kaikille paikalle tulijoille, että miksi kokoonnutaan, että tavallaan se syy tai teema minkä äärelle kokoonnutaan on tiedossa, eikä niin, että kasataan verkosto ja sitten siellä putoilee niitä asioita jollekin yllätyksenä...”

K3(L): ”Että varmaan kutsua esittäessä niin tavallaan joku keskeisin ydinkysymys sitten...”

K2(S): ”Niinpä.”

K1(L): ”Kyllä.”

K2(S): ”...tässä varmaan puhutaan meidän asiakas-, siis sen tyyppisistä verkostoista, niin aattelen, että on kysytty asiakkaan näkemys siitä, että ketä siinä olis hyvä olla eikä niin, että sen on määritellyt joku muu, vaan yhdessä on mietitty myös se kokoonpano, että ketä siellä on...”

K3(L): ”Kyllä.”

K2(S): ”Ja niin kuin sanoit aikaisemmin, niin ne oleelliset tahot mutta silleen, et se olis myös yhdessä etukäteen mietitty ja kaikki tietää ketä sinne on tulossa, ainakin ne asianosaiset itse...”

Verkostopalaverista keskusteltaessa osallistujat tuottivat myös kriittistä puhetta yhteistyötahon toiminnasta, jolloin he antoivat ja vastaanottivat toisiltaan kritiikkiä rakentavassa hengessä. Molempien tahojen huomiot voidaan toisaalta nähdä huolena asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Kritiikki esitettiin hienovaraisesti, mutta siten, että asia tuli ymmärretyksi ja vastapuoli osoitti sen kuulluksi. Mielestäni voidaankin sanoa,

että keskustelijat toimivat tilanteessa siten, kuin edellä toivoivat asiakasverkostoissa toimittavan.

K2(S):”...joskus minun näkökulmasta on niinkin, että miten sairaalan puolelta istuu täällä niin monta ja miten pitää olla noin hirveesti...”

K3(L):”...sitten oon miettiny joskus, että miltä se vanhemmista tuntuu kun jos on verkostossa sattunut olemaan useampikin semmonen henkilö, joka heti keulilta toteaa, että heillä ei oo oikeestaan mitään mahdollisuutta vaikuttaa mihinkään...”

K2(S):”Mmm..”

K3(L):”...niin että ne on vähän hankalia aloituksia...että olis sellasia niin kun, jolla on vaikutusvaltaa myöskin niihin asioihin. Mut semmoset käsienlevittely-verkostot on välillä vähän semmoset turhauttavat.”

Keskustelu hyvästä verkostopalaverista päättyi luontevasti siihen, kun keskustelua käytiin verkostopalaverin lopettamisesta. Keskustelussa kuului huolta tiedonkulusta. Siitä on rivien välistä mielestäni luettavissa myös epäsuoraa kritiikkiä yhteistyötähoja kohtaan, puolustautumista sekä myönteistä palautetta.

K3(L):”...välillä törmää sitten myös siihen, että ite oon aatellu, että oli tosi hyvä neuvottelu ja tässä tuli tosi tärkeää asiaa ja sitten seuraavalla kerralla on joku toinen ihminen, jolle on oletettu, että tää tieto on kulkeutunut...niin ei hän siitä sitten, että joo kävi hän siellä neuvottelussa mut ei me siitä sitten...mitään puhetta ei ole ollut. Joskus käy harvoin niinkin.”

K2(S):”Mä oon ainakin ite tuon ottanu niin sydämen asiaksi, että jos minä oon koonnu verkoston, niin ettei enää kävis noin...todennu sitten, että sen joka vetää sen niin toivois, että se kasaa sen vielä lopuksi, että miten tää viedään eteenpäin, vietkö sä terveiset koululle, että siitä syntyisi jonkinlainen suunnitelma siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu...”

K3(L):”Kyllä.”

K2(S):”Silleen ääneen puhuttu, kootaan yhteen, joku vetää vähän niin kun...monesti jos on lääkäri vetänyt niin on sitten koonnutkin, että okei nyt me ollaan sovittu näin ja näin ja sä viet sinne ja seuraavan kerran kokoonnutaan, jos sovitaan jotain jatkosta niin sitten on nämä asiat niin kun uudelleen tarkastelussa.”

Tiedonkulku on teema, joka nousi yksilöhaastatteluissa ja myös ryhmäkeskustelussa

pintaan eri aiheista keskusteltaessa, siksi pyysin myös erikseen keskustelijoita puhumaan siitä. Katkelma kuvastaa moderaattorin roolia keskustelussa ja toisaalta siinä näkyy keskustelijoiden yksi tapa liittoutua, kun heitä yhdistää yhteinen kokemus kolmannen tahon kritisoinnista. Siitä kuvastuu jälleen huolta myös asiakaslähtöisyydestä.

M: *”Onko semmonen yleinen kokemus teillä, että tieto ei oo mennyt perille tärkeistä asioista?”*

K2(S): *”Meille siis se tulee, mä en ikinä...että vaikka koulu on joskus sanonut, että he jää liian vähälle tiedolle, että mitä täällä oikein tapahtuu, mutta mä ajattelen, että ei koulun tarte...mä oon joskus ajatellu näissä verkostoissa, että koululle tulee kyllä aika arkaluontoista perheensisäistä tietoa siinä verkostossa. Joskus on kyllä tehty niin, että kun kouluun liittyvät asiat on käsitelty, sitten koulun väki on poistunut ja sitten on menty syvemmälle...ne on ymmärtäny sen eikä oo halunnukaan opettaja tietää kaikkea.”*

K1(L): *”Joo.”*

K3(L): *”Kyllä.”*

Keskustelu tiedonkulusta sai uuden käänteen, kun lääkäri otti puheeksi yhteistyötä merkittävästi häiritsevän seikan, sosiaalityöntekijöiden suuren vaihtuvuuden. Hän myös kutsui toisen lääkärin hänelle osoittamallaan kysymyksellä vahvistamaan asian painoarvoa. Vaihtuvuus on asia, josta kovasti kantavat huolta yksilöhaastattelujen perusteella myös sosiaalityöntekijät itse. Sosiaalityöntekijä käänsi keskustelun toiseen seikkaan tiedonkulkuun liittyen, jonka hän koki vaikuttavan kielteisesti tehtävään yhteistyöhön ja tuli samalla kääntäneeksi kritiikin pois edustamastaan tahosta asiaan, josta vastuussa ovat molemmat osapuolet. Keskusteluun tuli huoli yhteisten, sovittujen käytäntöjen puutteesta. Moderaattorin roolini tarkentavien kysymysten esittäjänä tulee katkelmasta myös hyvin esiin.

K3(L): *”...mutta tästä tiedonkulusta, niin tuota, joissakin tilanteissa, että jos aatellaan sosiaalitoimen puolta niin sehän näyttäytyy, että työntekijät vaihtuu välillä kohtuullisen tiuhaan. Siinä oon törmänny sitten välissä, että niin kun tosi hyvin on tieto siirtynyt, että ei niin kun tavallaan aloteta alusta, mutta on niitä tilanteita sitten kans, että uusi työntekijä tulee ja toteaa ettei tiedä tästä yhtään mitään, että en tiedä mihin se liittyy...onko sulla K1(L) niitä kokemuksia, että kun työntekijä on vaihtunut niin tuntuu,*

että siinä välillä on tietoa tipahtanut?”

K1(L): ”On tai että on niin uusi ihminen, on just tullut tähän, että hän ei ole kerinnyt orientoitua, että se tieto on varmaan mennyt sinne kirjoihin ja kansiin...hän ei voi niin kun olla siinä asiassa sisällä. Ei oo hirveesti semmoinen tunne, että tieto ei olisi jotenkin mennyt, että ei mitenkään isona pulmana näy semmoinen. Mutta kun työntekijä vaihtuu ja uus työntekijä, ennen kuin hän pääsee perheen tarinaan, haasteisiin ja vahvuuksiin mukaan, niin siinä menee aikaa ja siinä tulee vähän semmosta, että siellä on joku tekemässä muistiinpanoja, joka ei oikeestaan sano asiasta juuta eikä jaata.”

K2(S): ” Kyllä, mä oon ihan samaa mieltä, että lastensuojelussa työntekijän vaihtuminen tämmösissä prosesseissa, missä ollaan jo aika vakavien asioiden äärellä, jos ollaan täällä palaverissa lapsen asioissa, niin se vaihtuvuus on ihan karmeeta...et se pitäis kaikin keinoin estää niissä tilanteissa, että sitoutettais työntekijät pysymään ja viemään niitä prosesseja silleen...”

K2(S): ”Ja eikä taida olla sovittuna mitään yhteistä, että miten, että mikälainen tieto pitäis vaihtua kun lapsi on täällä ja meillä asiakkaana, että siitä ei oo semmosta mitään muuta kun että se on työntekijöiden harkinnassa, ettei siinä oo niin kun semmosta, että on tapana tiedottaa aina, että miten joku jakso etenee...sitten tulee loppupalaveri ja kutsutaan joku, että...”

M: ” Tarkoitatko, ettei ole mitään vakiintunutta käytäntöä, että miten se tehdään, että riippuu niistä työntekijöistä?”

K2(S): ” Minun tietääkseni ei ole...meidän päässä ei ainakaan ole tiedossa, että siinä ois joku sovittu linja, että miten vaihdetaan tietoja ja missä tilanteessa, vaan se menee vaan joka asiakkaan ja siinä olevien ihmisten sopimuksilla...että joko vaihtuu tai ei vaihdu, ihmisistä kiinni kuinka aktiivisesti sitten vaihtuu esimerkiksi meidän välillä tieto...tai vaihtuuko vai onko vaan ne yhteiset palaverit missä sitä vaihdetaan vai onko siinä välissä muuta...”

M: ”Et se on työntekijän tyylistä kiinni?”

K2(S): ” Niin mä ajattelen, että on.”

Hyvä yhteistyöprosessi keskustelun teemana tuotti puhetta yhteisen keskustelun tarpeellisuudesta niin asiakastilanteissa, kuin niiden ulkopuolellakin. Tärkeiksi asioiksi nousivat säännöllisyys, yhteisesti sovitut tavoitteet ja tukitoimet niiden saavuttamiseksi, sekä joustavuus tilanteen mukaan. Edelleen puheenvuoroissa korostettiin työntekijän

yhteistyölle myönteisen asennoitumisen tärkeyttä ja vuorovaikutustaitoja. Merkittävänä asiana koettiin myös yhteisen keskustelun tuottama tietämys toisen osapuolen resursseista ja toimintatavoista. Sosiaalityöntekijä otti puheeksi epärealistiset odotukset, joita lastensuojeluun kohdistuu myös lastenpsykiatrian puolelta. Lääkäri vastasi kritiikkiin ottamalla esiin lastenpsykiatriaan kohdistuneita epärealistisia odotuksia lastensuojelun puolelta. Keskustelun jatkuttua jo jonkin aikaa siinä oli huomattavissa alkua suurempaa puhumista ja pientä väittelyn elementtiä, kun keskustelijat olivat tulleet toisilleen hiukan tutuiksi ja rohkaistuiivat osoittamaan vahvemmin eriäviäkin mielipiteitä. Lääkärin kuvailemassa tilanteessa ilmeni toisen haastateltavan aiemmin mainitsema ”harmaa alue”.

K3(L): ”Mä aattelen, että siinä on tavallaan jatkumo sille yhteiselle keskustelulle ja sille, että siinä pystytään pitämään toinen toisemme kartalla, että ei tuu sitä, että jokin taho jostakin syystä tipahtaakin niin sanotusti kyydistä...”

M: ”Mitä se sitten käytännössä tarkoittaa? Tarkoittaako se yhteydenpitoa vai miten se jatkumo syntyy?”

K3(L): ”...varmaan se, että minkälainen tarve, niin kun kuinka tiiviille yhteydenpitoa se käytännössä tarkoittaa, niin se menee tapauskohtaisesti. Välillä on niitä, että on aika tiivistäkin yhteydenpitoa jossakin tiettyä kohtaa prosessia sillä tavalla totta kai, että vanhemmat on siitä koko ajan tietoisia ja mukana siinä...mutta joskus riittää sekin, että on vähän niitä yhteisesti sovittuja tarkistuspisteitä sitten...”

K1(L): ”...jäin miettimään tässä, että onko kuitenkin hyvässä prosessissa jollakin tapaa tietyissä puitteissa yhteinen se tavoite, vaikka sitten on näkemyseroja paljon toimintatavoista ja muuta, mutta niillä on suurin piirtein yhteinen visio, että mihin me ollaan matkalla ja voidaan joutua tarkistamaan ja muuttamaan, että ne onkin epärealistiset ne tavoitteet...että siinä hyvässä prosessissa, että vaikka välillä voi olla ristiriitaisia näkemyksiä, mutta ei tuu semmosta ristivetoa, joka sitten sitä matkaa hirveesti hankaloittaa, että sitten kuitenkin ollaan...niin kun sama suunta.”

K2(S): ”Mä aattelen, että ois hyvä olla semmonen, varmaan liian vähän, että tietäs oikeesti mihin toisella organisaatiolla on mahdollisuuksia...ei se paikka aina oo siinä asiakkaitten kanssa semmosia organisaatioiden välisiä juttuja, että pystyttekö te tämmösiin vastaamaan, niin niitä keskusteluja pystyis käymään...niin semmosta vois käydä enemmänkin, koska mä luulen, että ei oo välttämättä kaikki aina kartalla, että mitä kukakin pystyy milläkin perusteella tekemään...että jos siellä nousee odotuksia

johonkin suuntaan, että se keskusteltais ei välttämättä perheen läsnä ollessa jos ne on semmosia linjanvetojuttuja, niin sitten vaikka etukäteen.”

M:” Tuntuuko, että on ollu niin kun epärealistisia odotuksia?”

K2(S):”Tiedä onko ne epärealistisia mutta mä oon varmaan joka paikassa sanonu, että kyllä se välillä tulee, että lastensuojelua kohtaan tuntuu että on...sitä on niin pienen työkalupakin kanssa...se on niin pieni mitä kuitenkin pystyy siellä tekemään...se on minusta surkea tilanne, pitäis olla paljon enemmän kun mitä voi käyttää, mutta sitten tavallaan tulee enemmän odotuksia, että mihin pystyy niin kun repeämään.”

K3(L):”Ja jotenkin pitää välttää sitä, että kuten ihan tuossa alussa puhuttiin, ettei tule sillä mielin verkostoneuvotteluun, että nyt teidän pitää tehdä sitten sitä ja tätä eli ei olis sillä lailla määrittelemässä, vaan nimenomaan sitä, että nyt meillä on tällainen tilanne käsissä ja semmoinen yhteinen ideointi tähän, mitä kullakin vois olla tähän kohtaan annettavana...voisin ihan hyvin kuvitella, että välillä tulee niitä tilanteita, kun sosiaalitoimea kohtaan tulee sitten tällasta odotusta, kun se lapsen tuska ja hätä tässä ja nyt, niin justinsa olis tärkeitä saada tämmöstä tähän ja sitten taas toisin päin, että välillä voi olla semmosia odotuksia niin kun lastenpsykiatrian mahdollisuuksia kohtaan, että ei tää tällainen hoito voi riittää ja monesti on niin, että jos se on tosi epävaka se tilanne, niin meidän keinot auttaa on aika vähäiset kuitenkin...että varmaan niin kun puolin ja toisin sitten niin kun välillä...”

Asiakaslähtöisyys nousi teemana esiin jo muiden teemojen ohessa. Koska se tuli esiin useita kertoja myös yksilöhaastatteluissa, pyysin fokusryhmässä keskustelemaan aiheesta. Asiakkaat ovat aktiivisina toimijoina vaikuttamassa prosessissaan sen eri vaiheissa. Viime vuosina on tiukennettu linjaa sen suhteen, mitä ja miten asiakkaiden asioista puhutaan kun he eivät ole paikalla. Teema herätti keskustelijoissa yksimielisyyttä, joka oli hyvin odotettuakin ja nykyisin yleisesti vallalla oleva toimintatapa. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut kiinnostavampaa kuulla keskustelua siitä, milloin tästä yleisestä toimintamallista on syytä poiketa ja miten se tapahtuu, tai missä määrin asiakaslähtöisyys arjessa unohtuu. Nämä ajatukset liittyvät kaiketi omiin kokemuksiini lastenpsykiatrian sosiaalityössä, joita tarkastelen itse usein kriittisin silmin juuri asiakaslähtöisyyden näkökulmasta.

M:” Eli tietojenvaihtoasiat, että siinä ainakin näkyy se asiakaslähtöisyys, tuleeko jotain muuta mieleen?”

K2(S): *"Tai siis kaikessahan sen pitäisi näkyä..."*

K3(L): *"Jotenkin tuntuu, että se pitäis olla sisäänkirjotettuna, että kun mielti niitä kohtia missä se jotenkin niin kun jäis huomioimatta, niin mikä se semmonen tilanne sitten..."*

K1(L): *"Jos mitä nyt tossa aikasemmin, niin verkostossa on tosi tärkeä se perheen ääni päästä kuuluviin...mutta oisko se semmonen vähän kaiken läpäisevä asia se, ainakin sen pitää olla tämmönen kuningasajatus"*

K3(L): *"Näinpä".*

Palautteen ja arvioinnin merkityksestä yhteistyölle pidin tärkeänä pyytää keskustelua, koska näiden merkitystä tuotiin jossain määrin esiin moniammatillisuuden teoreettisissa malleissa ja näistä heräsi paljon ajatuksia myös yksilöhaastatteluissa. Yhteinen, toisiaan vahvistava keskustelu palautteen tärkeydestä ja haastavuudesta käytiin keskustelijoiden välillä.

K2(S): *"Varmaan sitä ei siinä verkostossa erikseen, tulee sitten töissä sanottua, että vitsi se lääkäri oli tosi hyvä, että se vielä lopuksi kysyy, että millä mielin te kaikki lähdette tai tuliko tässä kaikki asiat...että siitä jäi semmonen hyvä filis...joskus pitäis vaan antaa se suoraan sille ihmiselle, että siitä jäi kaikille tai ainakin itselle hyvä...sitä on varmaan aika vähän sitten näin päin."*

K3(L): *"Palautteen antoonkin, että se on varmaan vähän satunnaista siinä mielessä, että siihen ei ole semmosta vakiintunutta käytäntöä ja aina välillä sitä muistuttaakin itseään, että kuinka tärkeää olis siinä lopussa kiittää, että hyvä kun lähtee asiat etenemään...että varmaan monta kertaa jää kaikesta itseään muistuttamisesta huolimatta niin kun sanomatta ääneen."*

K2(S): *"Sillekään ei ole kanavaa, jos pitäisi antaa palautetta, että ei mennyt ihan putkeen ja että miten tää sillä tavalla ystävällisesti, että haluais antaa senkin palautteen, että voisko tätä jotenkin seuraavalla kerralla mieltä toisin tai..."*

K1(L): *"Eli se on paljon hankalampaa kriittinen palaute...sitä palautetta tulee annettua sillä tavalla epäsuorasti siinä palaverin yhteydessä jos joku toinen taho on toiminut hyvin...mutta sit jos on moitteita sijaa, niin ei tosiaan oo oikeen semmosta..."*

K3(L): *"Että sitten työryhmän kesken puhutaan, että voi kauheaa...!"* (yhteistä naurua)
 M: *"...että tämmösiä kahvihuonekeskusteluja?"*

Keskusteluun tuli kiinnostava käänne, kun sosiaalityöntekijä kesken palautteesta yleisellä tasolla käytävää keskustelua päätyikin antamaan palautetta. Hän nosti keskusteluun sosiaalityöntekijöissä eniten kielteisiä kokemuksia yksilöhaastatteluiden perusteella herättäneen asian, eli kokemukset lääkäreiden epäkunnioittavasta, sanelevasta ja sosiaalityöntekijän työtä määrittelevästä asenteesta. Tästä syntyi kiinnostava keskustelu, jossa lääkärit ottivat palautteen asiallisesti vastaan ja alkoivat sen jälkeen puolustautumaan.

K2(S): *”Kyllä se on varmaan se ikuinen meillä kahvipöydässä, että sinne ei voi lähteä yksin, ne tilaa sen, mä tiedän niiden toivovan, että me sijoitetaan se eikä meillä ole perusteita sijoittaa sitä lasta, mä en lähde yksin kuuntelemaan kun kaikki on sitä mieltä, että pitäisi sijoittaa. Se on varmaan se mitä meillä puhutaan sitten ja minä kyllä ajattelen, että se on hyvin...ymmärrän kyllä että kun tulet sijaiseksi etkä kunnolla hanskaa, niin sä et voi siellä kunnolla avata ja sitten tullaan siihen, että siellä tilattiin eikä ne ymmärtäny, että eihän tässä...”*

K1(L): *”Joo...”*

K3(L): *”Joo...”*

K3(L): *”Sillonhan se lähtökohta on ollu jo toista kun mitä tossa alussa puhuttiin, että jos aattelee mitä meidän puolelta...saattaa tulla se, että vaikka on hirveä huoli ja hätä, niin...ei me voida määritellä, että te sijoitatte, vaan tavallaan, että nyt on tämmönen ja tämmönen ja on mietitty sitä, että voitasko tässä tarvita tämmöstäkin, että se meidän huoli on jo niin suuri...että sitten tosiaan se, että jos tulee semmonen kokemus, että nyt meiltä tilattiin tai täältä määrättiin, niin se ei ehkä ihan...”*

K1(L): *”Se ei ole tavatonta, että hätä on aina tosiaan ja tärkeää tulla muistutetuksi, että pysytään omalla tontilla ja kolleegoilla ja työtovereilla jokaisella on se oman tontin asiantuntemus, mutta että voi olla näkemys, samalla tavalla sosiaalipuoli voi ehdottaa, että tarttisko tää osastohoitoa vai mitä tarttis ja kuitenkin se päätöksenteko on sitten taas hoitopuolella.”*

K2(S): *”Mä aattelen, että aika rohkeesti voidaan ehdottaa sijoitusta...mulla ei itselläni tulis mieleenkään ehdottaa, että tarttisko tää jonkun lääkityksen, ettei uskalla heittää semmosta mikä on niin kun lääkäreiden kädessä oleva asia...jotenkin uskalletaan heittää, vaikka se on hyvin lakisääteinen, että millon voidaan vaikka vastentahtosesti sijoittaa...”*

K3(L): *”Kyllä joo, onko sillain, että välillä joku tulee ja kysyy, että eikö tässä*

lääkitystä kaivattais...mä aattelen, että nekin on, että jos joku miettii sitä, niin onhan sekin ihan hyvä, että se saa sen sanottua ääneen ja sitten päästään se keskustelu käymään myöskin siitä asiasta siinä.”

K2(S):” Mutta aina se vastuu, että tuleeko lääkitystä vai ei, niin se on lääkärillä ja sijoitetaanko se lapsi, sosiaalityöntekijä vastaa siitä, sijoitti tai ei, niistä seuraumuksista...”

K3(L):”Ja silloin se tuleekin tämä, että esitetäänkö ne tavallaan kysymyksen muodossa tai sellaisena, että voisko tässä olla tarvetta...silloinhan se saadaan siihen yhteiseen keskusteluun ja ehkä joku muukin siinä verkostossa on huomannut saman asian, mutta ei vain ole sanonut sitä ääneen.”

Pyysin keskustelijoita vaihtamaan ajatuksia **vuoropuhelua tukevista/mahdollistavista rakenteista**, koska vuoropuhelun puute oli tullut niin voimakkaasti haastateltavien kokemuksista esiin. Toisaalta he olivat puhuneet selvästi vähemmän rakenteellisista tekijöistä, jotka vaikuttavat tehtävään yhteistyöhön, kuin yksilötasolla vaikuttavista tekijöistä. Teema sai vaisun vastaanoton, kunnes keskustelijat alkoivat pohtia yhteisten tapaamisten järjestämistä. Tämän jälkeen keskustelijat alkoivat kysellä toisiltaan yhteisten asiakkaiden määristä, eli alkoi syntyä sellaista keskustelua, mille he olivat juuri todenneet olevan tarvetta järjestää tilaisuuksia tapahtua.

K2(S):” Mä aattelen, että kyllä se sujuvoittais, jos puolivuositain olis, sen äärellä oltais, niin kyllä se lopulta kaikkien työtä helpottais kun siinä sais vaihtaa jos tulee matkan varrella jotakin, että mitähän siellä näissä jutuiss...tietäisi, että sen mä sitten kysyn ja otan esiin nämä asiat siellä jos niitä rupeaa kertymään. Silleen vois saada infoa puolin ja toisin, ei siis kenenkään asiakkaan asioitten äärellä vaan sen yhteisen asian äärellä olemista.”

K1(L):”Mikä taho se olisi, jos miettii, että olisi hyvä olla yhteistyöneuvotteluja...oisko se että olisi terveydenhuollon edustus ja lastenpsykiatrian puolelta muutama, sosiaalipuolelta muutama vai sitten ihan laajat rivit...varmaan se ihan ylin taso ne jollakin tasolla on, mutta se on taas kaukana tästä suorittajaportaan yhteistyöstä ja joka on todella tärkeää...”

K3(L):”Ja kyllähän se on, että tilanteita tulee, että sosiaalitoimi kertoo, että meillä on tämmönen ja tämmönen projekti silleen, että ainakaan mä en oo tietonen siitä. Se auttas myöskin siinä, että pysytäis kärryillä mitä missäkin on menossa kuitenkin tapahtuu ja

kehitys kehitty, sinne tulee uusia juttuja...niin voiko joskus käydä niin, että on itse vanhassa kiinni eikä älyä, että tähän on tullu semmonen uusi juttu, josta mä en tiedä ja joka voisi olla hyvä tähän kohtaan...”

K1(L):” Kyllä sitä rakennetta varmaan tarvitaan, mä tulin tässä siihen tulokseen...on olemassa myös rakenne sille, että se lähtee toteutumaan!”

Lopuksi kysyin keskustelijoiden näkemyksiä **konkreettisina kehittämisideoina** ja toisaalta yleisellä tasolla kuvailemaan kokoavasti, miten lastenpsykiatrian ja lastensuojelua voisi jatkossa parantaa. Keskusteltaessa aikaisemmassa vaiheessa arvioinnin merkityksestä, keskustelijat alkoivat ideoida yhteistapaamisia, jota vahvisti erään keskustelijan muistelu 15 vuoden takaisesta toimintamallista.

M:”...kun mainitsin palautteesta, niin mainitsin myös arvioinnista, ette siihen tarttunu vielä ollenkaan...mä tarkoitin sillä ehkä sellaista virallisempaa keskustelua, ei sitä että hakataan siellä kahvipöydässä päätä...no tää nyt on varmaan sellaista yhteistä arvioitua...niin mikä on niin kun arvioinnin tilanne?”

K1(L):”Yhteistyön kannaltako?”

M:”Niin, arvioidaanko sitä missään, esimiehen kanssa tai tiedättekö...?”

K2(S):”No ei siihen ainakaan mitään yhteistä foorumia ole olemassa, jos olis edes kerran vuodessa tämä väki, joka tekee näitten lasten kanssa hommia...”

K3(L):” Yhteistyöfoorumeitahan oli aikanaan, muistatko K1(L) olitko sä...se tuli silloin - 98 siellä alkumetreillä oli sillä tavalla, että oli tämmösiä yhteistyöpalavereita, missä oli sitten meidän sairaalan lastenpsykiatria ja oli varmaan tämän kaupungin perheneuvolan porukkaa ja sitten tietysti sosiaalitoimi mukana. Elikkä tämmösiä yhteistyöpalavereita on välillä ollut ja tietysti se, ettei ne ollu pelkästään tämmöseen, että nyt arvioidaan yhteistyötä mutta se oli keskusteluissa ainakin jollakin lailla...mutta sitten jossakin vaiheessa vaan loppu, varmaan kun organisaatiomuutosta rupesi tulemaan niin varmaan jotenkin jäi...”

K2(S):”Mä oon ihan varma, että tää koetaan niin tärkeänä, että jos vaikka puolivuositain olis niin kyllä siihen ainakin meidän puolelta väkeä tulisi...kuitenkin puhututtaa tämä yhteistyö ja siitä varmaan haluttais vaihtaa niin kun puolin ja toisin...en mä tiedä meneekö se sen alle, että arvioitaisiin sen toimivuutta, varmaan menis...että mikä toimii ja mitä pitäis muuttaa, aivan varmasti olis tilausta sen tyyppiselle...”

Lopussa pyysin ehdotuksia sille, miten ajatusta yhteistapaamisista alettaisiin viedä eteenpäin tai olisiko keskustelijoilla muita käytännön ideoita yhteistyön edistämiseksi. Osoittautui, että kaikki kokivat olevansa niin kiireisiä työssään, ettei heillä ollut resursseja lähteä edistämään asiaa. Tällä tavalla rakenteellisten seikkojen vaikutus yhteistyön tekemiseen näyttäytyi hyvinkin konkreettisesti, vaikka se ei herättänyt niinkään paljon puhetta. Sama syy lienee ryhmäkeskustelun osallistujamäärän taustalla.

M: *”...kun tässä on keskustelun tasolla mietitty, että tommonen foorumi vois olla, haluatteko, että tässä tehdään jotain konkreettisia ehdotuksia tai että sitä asiaa viedään eteenpäin jotenkin? Kuka veis tätä asiaa eteenpäin, onko kellään paukkuja sellaiseen?”*

K3(L): *”Tähän se sitten tyssääkin!”* (yhteistä naurua)

K1(L): *”Kaikki ajattelee, että jos on, niin sitten se tulee minun tehtäväksi...ettei oikein rahkeet riitä, tyytyisin odottamaan tätä sotea...en oo kyllä yhtään sitä vastaan jos joku virittää jotain sitä ennen...”*

K3(L): *”...että varmaa se kainovieno toivomus, että joku jollakin tasolla lähtis miettimään sellaista yhteistyökuviota, niin kun säännöllistä foorumia, jossa nimen omaan kuten sä K1(L) sanoit sitä, että minkä tason työntekijöitä, että jotenkin tulis se suorittajaportaan ääni sitten kuuluvaksi...tuleeko se sitten soten myötä vai jonkun erillisen ideoinnin kautta, mikä sitten ois joka vois viedä asiaa eteenpäin...”*

M: *”Sitä sotea odotellessa niin onko vielä jotain, mitä haluatte todeta tästä yhteistyön kehittämisestä?”*

K3(L): *”Mä luulen, että se, että siellä käytännön tilanteissa pitää mielessä sen, että miten toimimalla minä tässä ja nyt edistän sitä yhteistyötä ihan täällä käytännön tasolla...että se on ihan se ja sama mitä puhutaan, jos ne teot eivät oo siinä linjassa...”*

K2(S): *”Kyllä mä ainakin oon valmis ottamaan ja haluankin saada sen puhelun jos minun kohdalla verkostotoiminnasta tulee jollakin joku hampaankoloon...”*

K1(L): *”Sen haluaisin todeta, että kun tässä mietin niin kun vuosien saatossa tätä yhteistyötä sosiaalitoimen ja lastespsykiatrian kannalta kun ajattelee oikein kaukaisiakin aikoja, niin ei se huonompaan suuntaan ole mennyt ainakaan lastenpsykiatrian näkökulmasta. Kyllä meillä on paljon luontevaa tehdä lastensuojelun ja sosiaalitoimen kanssa yhteistyötä, kuin silloin kauan sitten.”*

K3(L): *”Kyllä.”*

Keskustelun lopussa kommenteissa näyttäytyi hyvin se, että puheessa yhteistyötä eniten määrittäväksi tasoksi nousee juuri yksilötaso. Fokusryhmän keskustelijat korostivat puheenvuoroissaan jokaisen omaa vastuuta ja aktiivista roolia yhteistyön osapuolena. Siinä kiteytyi myös kaikilla osallistujilla ollut ajatus siitä, että yhteistyö on vuosikymmenten saatossa mennyt koko ajan parempaan suuntaan.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välinen yhteistyö on moniammatillista yhteistyötä lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän viimesijaisissa palveluissa, haastavien ja moniongelmaisten asiakasperheiden parissa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä näiden tahojen yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä moniammatillisuuden näkökulmasta tutkimalla työntekijöiden kokemuksia tekemästään yhteistyöstä. Pysin vastaamaan kysymyksiin, mistä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyössä ilmenevät ongelmat voisivat johtua ja miten yhteistyötä voisi parantaa.

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyötä arvioitaessa on tärkeää muistaa siihen taustalla vaikuttavan lähtökohtaisena haasteena hyvin monimutkaiset, tunnepitoiset asiakastilanteet, jotka ammattilaisen roolista huolimatta liikuttavat ja samalla kuormittavat myös työntekijöitä. Työntekijät pyrkivät hoitamaan arkaluontoisia asioita hienovaraisesti ja ammattietiikkansa mukaisesti, omaa persoonallisuuttaan työvälinaena käyttäen. Samanaikaisesti heidän työtään määrittävät oman organisaation tarjoamat resurssit, ohjeet ja määräykset sekä heidän saamansa koulutus, jotka puolestaan pohjautuvat valtiotason linjauksiin politiikassa ja lainsäädännössä. Työntekijän tehtävä näiden eri tasojen tekijöiden ristipaineessa näyttyy mielestäni erittäin haasteellisena ja yhteistyökokemusten taustalta olikin luettavissa paljon rakenteista johtuvaa kiirettä ja epävarmuutta, joihin työntekijöillä ei ollut arkisessa työssään mahdollista vaikuttaa.

Haastateltavien kokemusten sekä moniammatillisuutta kuvaavien tutkimusten ja mallien pohjalta voi todeta, että lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyön toimivuuteen vaikuttaa samanaikaisesti tekijöitä yksilö-, organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla. Edellä kuvatut tasot voivat itsessään toimia riittämättömällä tavalla, olla keskenään ristiriidassa tai riittämättömällä tavalla linkittyneitä. Nämä epätasapainotilat eri tasoilla ja niiden välillä heijastuvat tehtävään yhteistyöhön sitä vaikeuttavasti. Yksittäisten työntekijöiden kohtaamiseen ja siinä tapahtuvaan vuorovaikutukseen vaikkapa verkostopalaverissa heijastuu siten tekijöitä myös meso- (organisaatio, koulutus) ja makrotasolta (yhteiskunnalliset linjaukset politiikassa ja kulttuurissa).

Haastateltavien kokemuksissa yhteistyöstä painottuivat kertomukset ja ajatukset yksittäisistä vuorovaikutustilanteista ja asiakasprosesseista. He pohtivat lähtökohtaisesti

kokemiaan asioita yksilötason tekijöiden näkökulmasta, jolloin puheessa painottui yksilön vastuu omasta asennoitumisestaan, toiminnastaan ja kehittymisestään yhteistyön tekijänä. Onnistumiset ja epäonnistumiset synnyttivät puhetta tilanteisiin osallistuneiden ominaisuuksista tai toimintatavoista. Ottaessani puheeksi organisaatio- ja yhteiskunnallisen tason asioita, heräsi kuitenkin puhetta myös näiden tekijöiden vaikutuksista tehtyyn yhteistyöhön ja puhe sai vähemmän yksilöitä syyllistäviä, monipuolisempia sävyjä.

Jokainen haastateltavista, yhtä lukuun ottamatta, korostivat hyvin toimivan yhteistyön olevan jokapäiväisessä työssä tavallisempaa, kuin toimimaton yhteistyö. Yhteinen näkemys oli myös siitä, että lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyö on koko ajan kehittynyt parempaan suuntaan. Haastateltavat jakoivat myös näkemyksen siitä, että yhteistyöstä käytävä puhe keskittyy kielteisiin kokemuksiin, vaikka kokemuksissa on huomattavasti puhuttua suurempaa vaihtelua. Kielteisiin kokemuksiin keskittyvä puhe voisi siis mahdollisesti vaikuttaa siihen, että lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyötä pidetään yleisesti niin haastavana. Kysymykseen siitä, mistä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välisessä yhteistyössä ilmenevät ongelmat voisivat johtua, voisi todeta, ettei yhteistyö haastatteluaineiston pohjalta katsottuna ole niin ongelmallista, kuin siitä vallalla oleva käsitys mahdollisesti on. Ennako-oletukseni osoittautui siten aineiston näkökulmasta vääräksi.

Työntekijöiden kokemuksissa korostui yhteisen vuoropuhelun puute lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöiden välillä ja yhteisesti todettu tarve sille. Vuoropuhelun lisääminen paitsi näiden kahden organisaation työntekijöiden välille, myös moniammatillisen toiminnan tukeminen eri tasojen välillä, nähtiin hyvin tarpeellisena yhteistyön parantamiseksi. Yhteistyön haasteet selittyvät haastateltavien kokemusten mukaan yksilö-, organisaatio- ja yhteiskunnallisilla tasoilla moniammatillisen yhteistyön kannalta tarvittavien tekijöiden puutteista, erityisesti vuoropuhelun puutteesta niin yksittäisten työntekijöiden, kuin eri tasojen välillä. Vuoropuhelusta voidaan käyttää myös dialogisuuden käsitettä, jota olen esitellyt tutkielman toisessa luvussa.

Yksilötasolla, työntekijöiden vuorovaikutuksessa ja yhteisissä asiakasprosesseissa yhteistyötä vaikeutti haastateltavien kokemusten mukaan: tietämättömyys

yhteistyötahon toimintatavoista, epäkunnioittava asennoituminen, passiivinen osallistuminen tai vastuun siirtävä tapa toimia asiakkaan asioissa, puutteellinen yhteydenpito; riittämätön suunnittelu, yhteinen pohdinta ja arviointi prosessin aikana. Organisaatiotasolla yhteistyötä vaikeuttivat haastateltavien mukaan: työntekijöiden suuri vaihtuvuus, kiire, puuttuvat sopimukset yhteisistä käytännöistä ja linjauksista, päätöstenteko työntekijöiden näkemyksiä kuuntelematta ja yhteisen tietojärjestelmän puute. Yhteiskunnallisella tasolla yhteistyötä vaikeutti haastateltavien mukaan: vähäinen tietämys moniammatillisuuden edellytyksistä käytännön tasolla politiikkaa toteutettaessa ja liiallinen tukeutuminen taloudellisiin näkökohtiin.

Tutkimuksen tulokset eivät ole sellaisenaan yleistettävissä koskemaan Suomessa tehtävää lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyötä, mutta niiden voidaan ajatella olevan suuntaa antavia. Teemahaastattelut ja fokusryhmäkeskustelu tuottivat toisiaan tukevaa aineistoa, mikä lisää tutkimustulosten luotettavuutta. Kykyäni tulkita haastateltavien kokemuksia voi mielestäni katsoa vahvistavan luotettavuuden näkökulmasta sen, että työni puolesta haastateltavien kuvaamat todellisuudet ja niistä käytetty kieli ovat osa omaa kokemusmaailmaani. Tutkimustulokset eivät olleet ristiriidassa tutkimuksessa kuvaamieni moniammatillisuutta käsitteleviin teorioihin nähden, vaan pikemminkin vahvistivat niistä välittyntä käsitystä toimivan moniammatillisuuden rakentumisesta.

Isoherrasen (2005, 139) kokoamat esteet moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle ovat yhteneväisiä haastateltavien kokemusten kanssa: organisatoriset ja rakenteelliset edellytykset yhteistyölle ovat puutteelliset, ei tunneta tai tiedetä verkostoyhteistyökumppaneita eikä heidän palvelujaan, kulttuuriset muutokset ovat vaikeita, vanhat hierarkkiset asenteet – ei tunneta riittävästi toinen toistensa koulutusta ja osaamista, moniammatillisen yhteistyön arviointimahdollisuuksien puutteellisuus, eri ammattiryhmien välisen palautteen puutteellisuus, puutteelliset kommunikointitaidot ja yhteisen koulutuksen puute.

Jatkotutkimusta tarvittaisi toimivista yhteistyökäytännöistä lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyössä, niiden yhteistyön vaikuttavuudesta, paljon asiakaslähtöisyyden toteutumisesta ja ylipäättään asiakkaiden kokemuksista lastenpsykiatrian ja lastensuojelun asiakkuuteen ja yhteistyöhön liittyen. Yhteisen

koulutuksen merkitystä tehtävälle yhteistyölle olisi myös tarpeen tutkia.

Herää kysymys, onko yhteiskunnassa tehokkuutta ja säästöjä tavoiteltaessa kannattavaa kiristää organisaatioiden resurssit niin pieniksi, että mahdollisuudet toimivalle yhteistyölle ja sen kehittämiseksi jäävät vähäisiksi? Työntekijöiden ollessa ylikuormitettuja niin terveyden- kuin sosiaalihuollonkin puolella, he priorisoivat ensisijaiset velvoitteensa, eli asiakastyön yhteistyön toisten tahojen kanssa jäädessä väistämättä vähemmälle. Kiireen ja kuormittumisen tuotteenä syntyy kireää vuorovaikutusta, työntekijöiden vaihtuvuutta, puutteellista suunnittelua, yhteydenpitoa ja arviointia yhteisissä asiakasprosesseissa, sekä yhteisten tapaamisten ja koulutusten puuttumista. Onko työntekijöiden näkemyksiä tarvittavista linjauksista yhteistyöhön sekä sen suunnitteluun kuultu niistä päättävien tahojen toimesta?

Moniammatillisuus on Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa itsestään selvyys lain, ohjeiden ja organisaatioiden strategioiden tasoilla, mutta käytännössä sen toimivuutta parhaalla mahdollisella tavalla ei aina mahdollisteta. Pidemmälle viety moniammatillinen yhteistyö, ”interprofessional collaboration”, lienee meillä Suomessa lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyön näkökulmasta vasta suunnitelmien tasolla, jotka toivottavasti sote-uudistuksen myötä muuttuvat nykyistä toimivammiksi käytännöiksi. Moniammatillisuuden malleihin ja dialogisuuteen sisältyvä joustavuus ja organisaatioiden välisten hierarkioiden purkaminen mahdollistuvat tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa, jossa erityistason palvelut muodostavat mahdollisesti yhteisiä työtiimejä ja toimivat saman organisaation alla.

Kehittämissuhteet lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyöhön:

- 1) Yhteiset säännölliset tapaamiset lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöille, joissa olisi mahdollisuus tiedottaa, kysyä ja sopia asioista. Yhteistyötapaamiset esimerkiksi puolivuositin, yhteiset koulutukset.
- 2) Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden pysyvyyttä sekä lastensuojelun tukitoimien tarjontaa tuettava riittäväillä resursseilla lastensuojeluun.

- 3) Tiiviimpi yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa jo peruspalveluiden tasolla.
- 4) Työntekijöille lähtökohdiksi yhteistyöhön dialogisuuden perusteet: avoimuus, kunnioitus, joustavuus.
- 5) Organisaatiotason yhteistyö, päättävien tahojen yhteiset linjaukset ja ohjeet yhteistyöhön työntekijöitä kuunnellen.
- 6) Yhteinen tietojärjestelmä: vähentää päällekkäisyyttä, parantaa tiedonkulkua, parempi tavoitettavuus.
- 7) Koulutuksiin: dialogisuuden näkökulman lisääminen, tietämyksen lisääminen toisten ammattilaisten työnkuvasta ja prosesseista, kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä harjoitteluiden kautta.

LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti (2011). Laadullinen tutkimus. 4. painos. Tampere: Vastapaino.
- Alasuutari, Pertti ym. (toim.) (2008). The SAGE handbook of social research methods. London: Sage Publications.
- Berg-Tokoi, Heidi. Teoksessa: Minna Strömberg-Jakka, & Teija Karttunen (toim.) (2012). *Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Bronstein, Laura R.(2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. Social Work: Volume 48, number 3: July 2003.
- Burr, Vivien (2015). Social Constructionism. London: Routledge.
- D'Amour, Danielle & Oandasan, Ivy (2005). Interprofessionalism as a field on interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care, (May 2005) Supplement 1: 8-20.
- D'Amour, Danielle & Ferrada-Videla, Marcela & San Martin Rodriguez, Leticia & Beaulieu, Marie-Dominique (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, (May 2005) Supplement 1: 116-13.
- Halme, Nina & Vuorisalmi, Merja & Perälä, Marja-Leena (2014). Tuki, osallisuus ja yhteistoiminta lasten ja perheiden palveluissa. Työntekijöiden näkökulma. Raportti 4/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hotari, Kaisa-Elina (2012). Palvelujärjestelmän rakenteet voivat tukea tai estää eettisen työn toteutumista lasten ja nuorten auttamistyössä. Teoksessa: Eeva Timonen-Kallio & Tiina Pelander (toim.) (2012). *Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla*. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 69.
- Hotari, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2010). Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2010. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Housley, William (2003). Interaction in Multidisciplinary Teams. Cardiff papers. Aldershot: Ashgate cop.
- Isoherranen, Kaarina (2012). Uhka vai mahdollisuus -moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto, sosiaalityö- ja sosiaaliteiden laitos.
- Isoherranen, Kaarina (2005). Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Jahnukainen, Markku (toim.) (2012). Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Kananen, Jorma (2014). Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kontio, Mari (2013). Jaetun ymmärryksen rakentuminen moniammatillisten oppilashuoltoryhmien kokouksissa. Väitöskirja, Oulu: Oulun yliopisto.

Kontio, Mari (2010). Moniammatillinen yhteistyö. Tukeva-hanke, Oulun seutu.

Metteri, Anna (toim.) (1996) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Oy Edita Ab.

Moilanen, Irma & Räsänen, Eila & Tamminen, Tuula & Almqvist, Fredrik & Piha, Jorma & Kumpulainen, Kirsti (toim.) (2010). Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mönkkönen, Kaarina (1996). Asiantutkijasta asiantuntijaksi. Teoksessa: Anna Metteri (toim.) (1996) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mönkkönen, Kaarina (2007). Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nikander, Pirjo (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003: 40 279-290.

Nikander, Pirjo (2010). Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa: Ruusu vuori, Johanna, Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) (2010). *Haastattelun analyysi*. Vastapaino, Tampere.

Payne, Malcolm (2000). Teamwork in multiprofessional care. Chicago, III: Lyceum Books, Inc.

Paakkonen, Tarja (2012). Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Publications on the University of Eastern Finland; Dissertations in Social Sciences and Business Studies No36. Kuopio.

Pekkarinen, Elina (2011). Lastensuojelun tieto ja tutkimus – asiantuntijoiden näkökulma. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisu 51. Helsinki.

Petri, Laura (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. Nursing Forum; Volume 45, No. 2, April-June 2010. Wiley Periodicals, Inc.

Piha, Jorma & Kaivosoja, Matti & Salomaa, Kaija (2000). Lasten mielenterveyspalveluselitys. Stakes 4/2000. Helsinki: Stakes.

Pärnä, Katariina (2012). Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Ruusuvuori, Johanna ja Tiittula, Liisa (toim.) (2005). Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Räty, Tapio (2015). Lastensuojelulaki. Käytäntö ja soveltaminen. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Salonen, Markus ym.(2012). Hyvinvointia moniammatillisella yhteistyöllä. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja B2:2012. Helsinki: Helsingin kaupunki.

Schwaber-Kerson, Toba (2004) Boundary-Spanning: An Ecological Reinterpretation of Social Work Practice in Health and Mental Health Systems. Social Work in Mental Health. Vol.2, No.2/3, pp.39-57. The Haworth Press, Inc.

Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom (2009). Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.

Sloper, Patricia (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. Child: Care, Health & Development, 30, 6, 571-580. Blackwell Publishing Ltd.

Strömberg-Jakka, Minna & Karttunen, Teija (toim.) (2012). Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Taipale, Vappu (1998). Lasten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.

Timonen-Kallio, Eeva ja Pelander, Tiina (toim.) (2012). Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 69.

Tuomi, Jouni ja Sarajärvi, Anneli (2013). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Uusitalo, Marika (2015). Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun työntekijöiden kokemuksia keskinäisestä yhteistyöstään ja sen kehittämiskohteista. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Vermas, Eeva (2013). Vanhempien kokemuksia lastensuojelun ja lastenpsykiatrian yhteisasiakkuudesta. Pro gradu-tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö

<http://stm.fi/hankkeet/lapsi- ja perhepalvelut> (noudettu 2.11.2016)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

(<https://www.thl.fi/fi/tilastot>) (noudettu 25.5.2016)

[https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/-/lape-ohjelman-tyopajaprosessi-](https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/-/lape-ohjelman-tyopajaprosessi-erityispalveluiden-ja-vaativimpien-palveluiden-kehittamiseksi)

[erityispalveluiden-ja-vaativimpien-palveluiden-kehittamiseksi](https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/-/lape-ohjelman-tyopajaprosessi-erityispalveluiden-ja-vaativimpien-palveluiden-kehittamiseksi) (noudettu 2.11.2016)

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326)

Mielenterveislaki (1116/1990)

Sosiaalihuoltolaki (30.12.2014/1303).

LIITE 1: TEEMAHAASTATTELUN JA FOKUSRYHMÄKESKUSTELUN RUNGOT

TEEMAHAASTATTELU:

Suuntaviivoja

- Mitä sinulle nousee ensimmäisenä mieleen tutkimuksen aiheesta, lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistöstä?
- Kuinka paljon teet yhteistyötä lastenpsykiatrian/lastensuojelun kanssa?
- Kertoisitko millä tavoin yhteistyötä lastenpsykiatrian/lastensuojelun kanssa tehdään työssäsi?
- Kuinka suuri osa asiakkaistasi on asiakkaana molemmissa?
- Tuleeko mieleesi yksittäistä asiakastilannetta, jossa lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välinen yhteistyö toimi erityisen hyvin? Onko kuvaamasi tilanne tyypillinen? Mitkä tekijät kuvaamassasi tilanteessa ovat hyvän yhteistyön taustalla?
- Tuleeko mieleesi yksittäistä asiakastilannetta, jossa lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välinen yhteistyö toimii erityisen huonosti? Onko kuvaamasi tilanne tyypillinen? Mitkä tekijät kuvaamassasi tilanteessa ovat huonon yhteistyön taustalla?

Kokemukset aihepiiristä keskustelemisesta/arviointi

- Miten arvioisit omien kokemustesi yhteistyöstä vastaavan kollegojen kokemuksia? Oletko käynyt keskustelua aiheesta toisten kanssa?
- Minkä asioiden arvelet olevan ”vastapuolen” mielessä yhteistyötä tukevia/haastavia tekijöitä?
- Oletko keskustellut asiasta yleisellä tasolla ”vastapuolen” kanssa?
- Oletko antanut palautetta ”vastapuolelle” kokemuksistasi yhteistyön suhteen yksittäisissä tapauksissa? Oletko itse saanut palautetta ”vastapuolelta”?
- Miten tekemääsi yhteistyötä arvioidaan itsesi/työparin/tiimin/esimiehen/yhteistyötahon kanssa epävirallisesti/virallisesti?

Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat yksilötason tekijät

- Millaiset asiat yksilötasolla vaikuttavat tehtävään yhteistyöhön? (esim. yksilöiden ominaisuudet..)
- Millä tavalla itse toimit yhteistyötahon kanssa? Onko sinulla määriteltävissä olevia periaatteita ja/tai toimintatapoja yhteistyön tekemisessä

Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat organisaatiotason tekijät

- Minkälaisia kokemuksia sinulla on moniammatillisuuden huomioimisesta koulutuksessa? Vastaako työelämän tarpeisiin?
- Mitä seikkoja pidät koulutuksessa tärkeimpinä moniammatillisesta yhteistyöstä opetettaessa?
- Millä tavalla moniammatillinen yhteistyö huomioidaan työpaikkasi organisaatiotasolla?
- Minkälaiset tekijät organisaatiotasolla edesauttavat moniammatillista yhteistyötä? Minkälaiset tekijät vaikeuttavat sitä?

Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat yhteiskunnallisen tason tekijät

- Millä tavoin lpsyn ja lasun yhteistyö on huomioitu yhteiskunnallisella tasolla?
- Mitkä tekijät tukevat yhteistyötä, mitkä vaikeuttavat sitä tällä hetkellä?

Tulevaisuus/kehittäminen

- Miten arvioisit lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteistyötä yleisellä tasolla tässä kaupungissa?
- Onko viime vuosina yhteistyössä tapahtunut merkittäviä muutoksia, mihin suuntaan ollaan menossa? Onko kehitys samanlaista muualla Suomessa?
- Mihin asioihin kaipaisit muutosta, jotta yhteistyö toimisi paremmin?
- Millä tavoin lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välistä yhteistyötä voisi parantaa, mainitse mielestäsi tärkeimmät tavat vaikuttaa sen laatuun?(yksilö-, organisaatio- ja yhteiskunnallinen taso)

FOKUSRYHMÄKESKUSTELU:

- Millainen on hyvä verkostopalaveri?
- Millainen on hyvä yhteistyöprosessi?
- Miten asiakaslähtöisyys ilmenee yhteistyössä?
- Mikä on palautteen ja arvioinnin merkitys yhteistyössä?
- Miten tiedonkulku toimii? Mikä on yhteydenpidon merkitys yhteistyössä?
- Minkälaiset rakenteet mahdollistavat/tukevat vuoropuhelua?
- Miten yhteistyötä pitäisi kehittää? Konkreettiset kehittämissuositukset?

