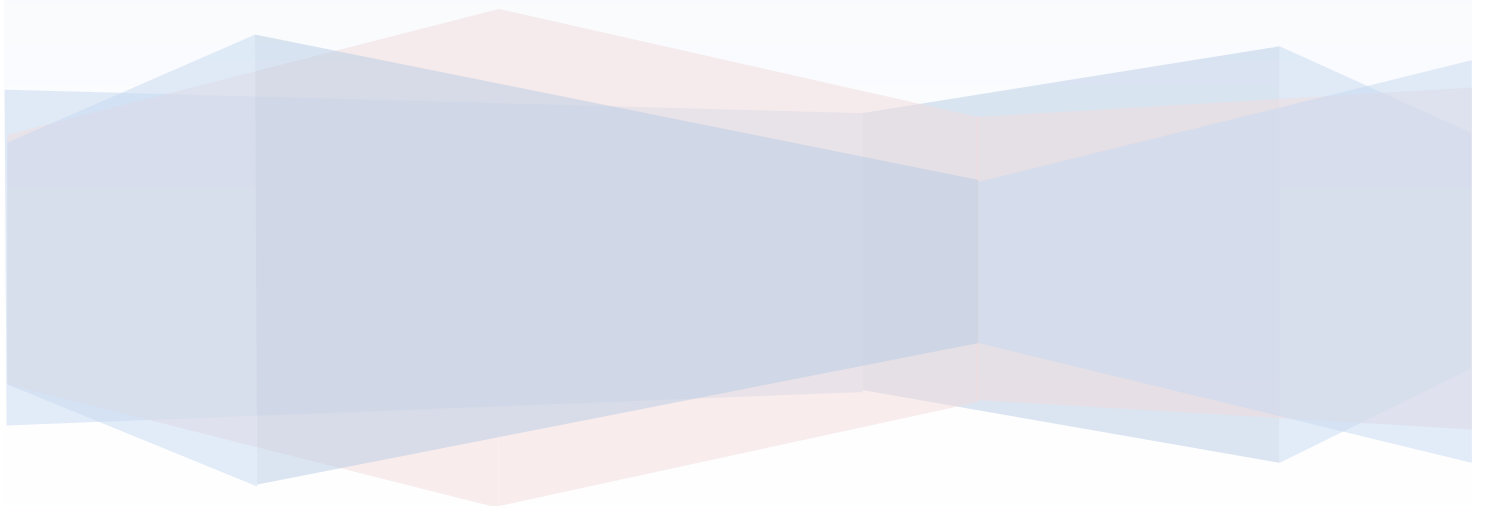


KESKI-SUOMEN SOTE KEHITTÄÄ – MITÄ JA MITEN?

Sosiaalityön kandidaatin tutkielma

11.10.2015

Kristiina Rasinmäki



Tiivistelmä

Tutkielman tehtävä on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tilanne Keski-Suomessa vuonna 2015. Keski-Suomen SOTE 2020 -hankkeen yhtenä osakokonaisuutena on uuden alueellisen kehittämis-, koulutus- ja tutkimusrakenteen luominen sosiaali- ja terveystalouden laadun ja kehittymisen takaamiseksi. Tätä hankkeen osakokonaisuutta koordinoi Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Tutkielman tarkoitus on tuottaa Koskelle tietoa meneillään olevasta kehittämistoiminnasta Keski-Suomessa.

Tutkielman viitekehys muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyön tavoitteista ja niiden määrittelystä sekä siitä, miten kehittämistyötä on arvioitu. Lisäksi tarkastellaan kehittämisen määrittelyä ja onnistuneen kehittämistyön kriteerejä.

Tutkielma on kuvaileva tutkimus sekä survey-tutkimus. Aineisto sisältää kyselylomakkeen avulla kerättyjä tietoja Keski-Suomessa tällä hetkellä meneillään olevista sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeista ja hankkeista, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto on yhteistyössä mukana. Keski-Suomessa on tällä hetkellä meneillään ainakin 41 erilaista sote-kehittämishanketta. Eniten hankkeita on meneillään Jyväskylässä ja sairaanhoitopiirissä. Terveystaloudessa painottuu tutkiva kehittäminen, työn laadun ja prosessien kehittäminen työntekijälähtöisesti ja sosiaalihuollossa puolestaan asiakaslähtöinen, asiakastarpeiden pohjalta nouseva hyvinvointia edistävä toiminta. Järjestelmälähtöinen kehittäminen korostuu selvästi sote-uudistuksen ja KASTE-ohjelman vaikutuksesta.

Kehittämishankkeita hallinnoidaan valtaosin paikallisesti, mutta hankkeiden rahoittajia on myös kansainväliseltä ja kansalliselta tasolta. Suurin yksittäinen rahoittaja on kuitenkin Jyväskylän kaupunki. Ainakin noin 48 henkilöä työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä Keski-Suomessa. Työ on projektiluontoista, koska keskimääräinen hankkeen kesto on noin 2 vuotta ja 3 kuukautta. Tutkielman tulokset ovat suuntaa-antavia.

Avainsanat:

Sosiaali- ja terveydenhuolto, kehittäminen, innovaatiot ja niiden johtaminen, terveyden edistäminen, hyvinvointi, sosiaalinen kestävyys

Sisälllys

1 JOHDANTO.....	1
2 TAVOITTEELLISTA KEHITTÄMISTÄ MUUTTUVASSA YHTEISKUNNASSA	3
2.1 Tavoitteena terveyden edistäminen.....	4
2.2 Tavoitteena hyvinvointi	5
2.3 Tavoitteena sosiaalinen kestävyys	6
2.4 Tavoitteiden saavuttaminen kehittämällä.....	7
2.5 Kehittäminen innovaatiotoimintana.....	9
2.6 Kehittämisen ja innovaatioiden johtaminen.....	11
2.7 Kehittämisen arviointia	12
3 SELVITYS KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISESTÄ VUONNA 2015	14
3.1 Tutkielman tavoite	14
3.2 Tutkimusmenetelmät.....	15
3.3 Aineistonkeruumenetelmä	16
3.4 Aineisto	17
3.5 Aineiston analyysi.....	18
4 MITÄ JA MITEN KESKI-SUOMEN SOTE KEHITTÄÄ?	20
4.1 Kehittämisen taloudelliset resurssit	20
4.2 Kehittämisen henkilöstöresurssit	22
4.3 Kehittämiseen käytetty aika	23
4.4 Ketkä kehittävät?.....	24
4.5 Kenen kanssa kehitetään?	25
4.6 Mitä kehitetään?.....	26
4.7 Kehittämisen näkökulmat	26
4.7.1 Järjestelmälähtöistä kehittämistä.....	28
4.7.2 Asiakaslähtöistä kehittämistä.....	30
4.7.3 Työntekijälähtöistä kehittämistä	31
4.7.4 Moninäkökulmaista kehittämistä	32
4.8 Johtopäätökset.....	34
5 POHDINTA.....	36
LÄHTEET	38
LIITTEET	41
LIITE 1. Vastaajan organisaatio	41
LIITE 2. Hankkeen keskeiset sisältöalueet	42
LIITE 3. Kyselylomake.....	43
LIITE 4. Saatekirje.....	48

1 JOHDANTO

Globaalit ja yhteiskunnalliset muutokset 2000-luvulla ovat saaneet aikaan uudistustarpeita sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Teknologinen kehitys ja tietovarantojen hyödyntäminen, väestön eliniän pidentyminen ja terveiden elinvuosien lisääntyminen sekä ihmisten välisen vuorovaikutuksen muutokset ovat tuoneet mukanaan uusia mahdollisuuksia. Toisaalta talouden kehitys, työllisyyden, työelämän ja väestön ikärakenteen muutokset sekä ihmisten liikkuvuus haastavat muutokseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 5.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon - uudistuksella pyritään vastaamaan näihin haasteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on entistä kustannustehokkaammat ja vaikuttavammat sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka ovat yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat koko maassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdistäminen, palveluketjujen saumaton kokonaisuus ja toimivat peruspalvelut kaventavat ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja sekä hallitsevat kustannuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Keski-Suomen SOTE 2020-hankkeen tehtävä on ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta Keski-Suomessa. Hankkeen yhtenä osakokonaisuutena on uuden alueellisen kehittämis-, koulutus- ja tutkimusrakenteen luominen sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja kehittymisen varmistamiseksi. Tavoitteena on aikaansaada systemaattinen kehittämistyö. Tätä hankkeen osakokonaisuutta koordinoi Koske - Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Uuden kehittämisrakenteen suunnittelun pohjana on tärkeää olla tietoa nykytilanteesta. Kosken toimeksi antamana selvitan tässä tutkielmassa millainen tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä tällä hetkellä Keski-Suomessa on. Tutkielma on poikkileikkaus tutkimus, jonka aineisto koostuu tällä hetkellä Keski-Suomen maakunnassa meneillään olevista julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeista tai sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa yhteistyössä toteutettavista hankkeista. Aineiston pohjalta pyrin selvittämään miten kehittämistyöhön panostetaan ja kuvaamaan mitä kehittämisen sisällöt ovat. Kehittämishankkeita tarkastelen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyön viitekehyksestä käsin. Lisäksi pyrin hahmottamaan sitä kontekstia, missä kehittämistyötä tehdään.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuva kehittämistoiminta on ollut aktiivista, mutta sen vaikuttavuutta on usein arvosteltu. Stenvallin ja Virtasen (2012, 15-17) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä on usein tehty vain kehittämisen vuoksi ja siitä on muodostunut

hallitsematonta, henkilösidonnaista sekä liian suunnittelukeskeistä ja koordinoimatonta. Kehitysimpulsseja on tullut monelta taholta: lainsäädännön uudistuksista, poliittisten linjausten uudistamisesta, organisaatioiden johdolta, työntekijöiltä sekä poliittisilta päätösten tekijöiltä. Kehittämiseen ovat innostaneet myös erilaiset projektirahoitusmahdollisuudet. Alalla puhutaan ns. projektiähkystä ja Stenvall & Virtanen (2012, 16) peräänkuuluttavatkin jo ajatusta, että tulevaisuudessa vähemmän voisi olla enemmän. Haakin (2010, 7) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen keskiössä pitäisi aina olla yhteiskunnan apua, tukea tai palvelua tarvitseva kansalainen ja se, mitä hän tarvitsee ja kuinka se voidaan hänelle parhaalla mahdollisella tavalla tarjota.

Tutkielman ensimmäisessä osassa esittelen työni teoreettista viitekehystä. Kehittämistyö on ollut vilkasta, joten siitä on myös kirjoitettu paljon. Tämän tutkielman viitekehyyksiksi rajasin kaksi näkökulmaa kehittämiseen. Ensiksi tarkastelen sitä, mitä kehittämistyöllä sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitellaan, millaiseksi etenkin sosiaalihuollon kehittämistä on 2000-luvulla arvioitu ja miten kehittämisen tavoitteita määritellään. Toiseksi tutkin sitä, miten kehittäminen määritellään ja sitä, millaista onnistuneen kehittämistyön ajatellaan olevan tänä päivänä.

Tutkielman toisessa osassa esittelen Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tämän hetkisen tilanteen selvityksen kulkua. Sen jälkeen kuvailen mitä ja miten Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto kehittää vuonna 2015. Pyrin tarkastelemaan miten Keski-Suomessa tehdyssä kehittämistyössä näkyvät kansainväliset ja kansalliset tavoitteet sekä sitä, millaista kehittämistyö Keski-Suomessa on suhteessa nykytietoon onnistuneen kehittämistyön kriteereistä.

2 TAVOITTEELLISTA KEHITTÄMISTÄ MUUTTUVASSA YHTEISKUNNASSA

Käynnissä olevien yhteiskunnallisten muutosten vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin on tärkeää tarkastella osana sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä. Muutokset haastavat miettimään mitä ja miten sosiaali- ja terveydenhuollossa pitäisi kehittää. On tärkeää pohtia millaisia tulevaisuuden hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen ja toiminnan pitäisi olla sekä sitä, miten uusia toimintatapoja tulisi kehittää (Pohjola ym. 2014, 7-9.) Tulevaisuuden toimintaa suunniteltaessa on kuitenkin ensin tärkeää tietää, mikä tilanne on tällä hetkellä.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma KASTE antaa kehykset kansalliselle kehittämiselle. KASTE on sosiaali- ja terveysalan pääohjelma, johon muut alan keskeiset ohjelmat integroituvat. KASTE – ohjelma määrittelee sosiaali- ja terveysalan uudistamistyön tavoitteet sekä toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Siinä luodaan, arvioidaan ja juurrutetaan uusia hyviä käytäntöjä. Valtioneuvosto vahvistaa ohjelman joka neljäs vuosi. Nykyinen ohjelma on voimassa 2012-2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 13.)

KASTE – ohjelma tukee kehittämistyötä vuosittain 17,5 miljoonalla eurolla valtionavustuksina. Ohjelman tavoitteiden edistämiseksi hankerahoitusta koordinoidaan myös yhteistyössä eri rahoittajatahojen kanssa. Hankerahoituksen lisäksi eri toimijat käyttävät omarahoitusta ohjelman mukaiseen kehittämistyöhön (STM 2011, 14.)

KASTE – ohjelman 2012-2015 tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi. Ohjelma muodostuu kuudesta osaohjelmasta. Osaohjelmien tavoitteena on parantaa riskiryhmien osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä, uudistaa lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja, uudistaa ikäihmisten palveluiden rakennetta ja sisältöä, uudistaa palvelurakennetta ja peruspalveluja, saattaa asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi tieto ja tietojärjestelmät sekä tukea johtamisella palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia (STM 2011, 4.) Keskeisiä käsitteitä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä tarkasteltaessa ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sosiaalinen kestävyys, kehittäminen, innovaatiot ja johtaminen.

2.1 Tavoitteena terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on lakiperusteinen julkisen vallan tehtävä. Terveyden edistäminen lisättiin perustuslakiin vuonna 2000, minkä vaikutuksesta terveyden vahvistamisen ja sairauksien ehkäisemisen merkitys terveys- ja sosiaalipolitiikassa kasvoi. Valtio ohjaa terveyden edistämistä ja kunnilla on toimeenpanijan ja palvelujen järjestäjän rooli (Melkas 2010, 45.) Valtio toteuttaa kansainvälisesti sovittuja terveyttä edistäviä toimia valtakunnallisesti. Suomi tekee kansainvälistä yhteistyötä etenkin Pohjoismaiden neuvoston ja EU:n kanssa. Tärkeitä sosiaali- ja terveystalouden suunnannäyttäjiä ovat globaalit yhteistyötahot kuten YK, WHO ja OECD, joiden kautta globaalit sosiaali- ja terveystaloudelliset periaatteet ja käytännöt istutetaan kansalliseen kontekstiin (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2015.)

EU:n myötä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen vilkastui Suomessa. Erilaisten ohjelmien ja rahoitusmahdollisuuksien myötä EU pyrkii ohjaamaan jäsenmaidensa sosiaali- ja terveystalouden kehittämistä. EU:n tukema kehittämistoiminta perustuu hyvien (tai parhaiden) käytäntöjen levittämiseen, joka mahdollistaa oppimisen hyvistä ja toimivista käytännöistä. Kansainvälisessä ja etenkin eurooppalaisessa keskustelussa linjataan strategiat ja näin eri maat liittyvät laajempaan strategiseen kokonaisuuteen. Strategiat puolestaan toteutetaan ohjelmien kautta. Ohjelmien tavoite on olla innovatiivisia, luovia ja kansallisia politiikkoja täydentäviä. Ohjelmat puolestaan rahoittavat projekteja, jotka usein toteutetaan kansainvälisinä hankkeina. Hyvien käytäntöjen kehittämisstrategiaa edistetään siis projektien avulla (Arnkil, 2007, 55-59.)

Esimerkiksi WHO:ssa on kehitetty Terveyttä kaikille - ohjelma, jonka periaatteita Suomessa ja muualla Euroopassa on levitetty Terveys kaikissa politiikoissa – teemalla (Health in all policies). Tämän ajattelutavan mukaan terveysvaikutukset on otettava huomioon kaikissa politiikoissa, ei pelkästään sosiaali- ja terveystaloudellisesti. Kansallisella yhteistyöllä on keskeinen rooli näiden prosessien edesauttamisessa. Tarvitaan sekä informaatio- että normiohjausta, jotta kunnat saadaan mukaan aktiivisiksi toimijoiksi terveyden edistämiseksi (Melkas, 2010, 44-46.)

Melkasin (2010, 53) mukaan terveyden edistäminen on osa kestävä kehityksen tavoitteen saavuttamista sekä talouden kestävyys turvaamista. Väestön hyvä terveys voidaan saavuttaa kustannustehokkaasti suuntaamalla voimavaroja oikein eli terveyden edistämiseen. Stenvall ja Virtanen (2012, 21) puolestaan uskovat, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa voidaan kehittää jo olemassa olevilla resursseilla. He uskovat, että palvelurakenteita on mahdollista uudistaa laadultaan

paremmiksi ja kustannustehokkaammiksi ilman erityistä lisäresursointia. Viimeaikainen keskustelu hyvinvointivaltion kasvun rajoista on johtanut siihen, että hyvinvointia ei ole enää tarkoituksenmukaista määritellä pelkästään taloudellisin termein, vaan inhimillisen hyvinvoinnin, kuten yhteisöllisyyden ja yhteisen hyvän, merkitys kasvaa. Palveluiden sisällöllinen uudistaminen ja ekologisuus ovat Stenvallin ja Virtasen (2012, 22) mukaan tulevaisuuden haasteita.

2.2 Tavoitteena hyvinvointi

Stenvallin ja Virtasen (2012) ajattelumalli haastaa tarkastelemaan lähemmin hyvinvoinnin käsitettä. Olisiko kuitenkin tarkoituksenmukaisempaa puhua hyvinvoinnin edistämisestä terveyden edistämisen sijaan? Hyvinvointi käsitteenä on laajempi kuin terveys. Terveys on yksi hyvinvoinnin osatekijä yhdessä materiaalisen ja koetun hyvinvoinnin kanssa. Terveys on monesti kuitenkin edellytys sille, että muut hyvinvoinnin osatekijät toteutuvat. Terveys edistäminen puolestaan nähdään toimintana, jolla sekä ehkäistään sairauksia että saadaan aikaan hyvinvointia.

Tarkemmin määriteltynä hyvinvointi viittaa kahteen hieman erilaiseen hyvinvointiin. Puhutaan welfare - hyvinvoinnista, jolla tarkoitetaan yhteiskuntapoliittisia järjestelmiä, joiden tehtävä on tukea wellbeing - hyvinvointia eli yksilöiden henkilökohtaiseen kokemukseen ja näkemykseen pohjautuvaa hyvinvointia (Toikko 2012, 21-22.)

Hyvinvointivaltio pyrkii turvaamaan kansalaisten hyvinvoinnin yhteiskuntapoliittisin toimin. Näin tuotettu hyvinvointi tarkoittaa yksilön ulkoista ja konkreettista hyvin selviämisen tukemista ja edistämistä ja sillä tavalla hyvinvoinnin edistämistä. Viime vuosina julkisen sektorin on ollut vaikeaa vastata hyvinvoinnin vaatimukseen. On alettu puhua workfare - hyvinvoinnista, joka perustuu työllä saavutettuun hyvinvointiin. Hyvinvointivaltion rinnalla puhutaan myös hyvinvointiyhteiskunnasta (welfare society), joka käsitteenä korostaa valtion roolin lisäksi kansalaisten aktiivista ja kollektiivista vastuuta hyvinvoinnin rakentamisessa. Keskiössä on kansalaisten tarpeisiin vastaaminen arjen tasolla (Toikko 2012, 23-24.)

Viime aikoina kiinnostuksen kohteena on ollut nimenomaan wellbeing - hyvinvointi, jolla tarkoitetaan kansalaisten kokemuksellista hyvinvointia esimerkiksi onnellisuuden suhteen. Se on siis yksilökohtaista hyvinvointia, mutta siihen liittyy myös sosiaalinen hyvinvointi. Kollektiivinen hyvinvointi edesauttaa yksilöitä voimaan hyvin myös henkilökohtaisella tasolla. Wellbeing –

hyvinvoinnin edistämisessä keskeistä on se, mitä kansalaiset tarvitsevat ja kansalaiset itse tietävät tämän parhaiten (Toikko 2012, 25-28.)

2.3 Tavoitteena sosiaalinen kestävyys

Sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemän sosiaali- ja terveystalouden strategian ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020” tavoitteena on saada sosiaalinen kestävyys taloudellisen ja ekologisen kestävyuden rinnalle Suomessa. Sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan arvoja ovat yhdenvertaisuus, osallisuus, yhteisöllisyys, terveyden ja toimintakyvyn tukeminen ja se antaa kansalaisille näihin vaadittavan turvan ja palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 3.)

Sosiaalinen kestävyys käsitteenä on vielä vakiintumaton eikä selkeästi määriteltävissä, vaikka sitä käytetäänkin laajasti sekä globaalilla että kansallisella tasolla. Kauton ja Metson (2008, 414) mukaan sosiaalisen kestävyuden näkökulma on nykyisin yksi kestävä kehityksen kolmesta ulottuvuudesta. Kestävyys käsite on alun perin otettu käyttöön ympäristökysymyksiin liittyen, joissa on ollut tarkoituksenmukaista arvioida pitkän aikavälin kulutuksen kestävyttä. Ekologisesta näkökulmasta käsite on laajentunut talouteen, jossa keskeistä on ollut arvioida julkisen talouden kestävyttä. Taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys linkittyvät tiiviisti toisiinsa. Kestävä kehityksen edellytys on, että kehitys on kestävä sekä taloudellisesti että sosiaalisesti (Kautto & Metso 2008, 413.)

Vaikka sosiaalista kestävyttä onkin vaikeaa määritellä käsitteenä, näkökulmana tai orientaationa sosiaaliseen kestävyteen voidaan yhdistää tiettyjä tavoitteita. YK:n mukaan sosiaalisesti kestävä kehityksen tavoitteena on ensisijaisesti taata edellytykset ihmisten hyvinvoinnille nyt ja tulevaisuudessa (YK-liitto 2015). Globaalilla tasolla tämä näyttäytyy eri tavoin eri maissa. Teollisuusmaissa on kyse lähinnä hyvinvoinnin säilyttämisestä ja siirtämisestä. Toisaalta ei ole olemassa yhtä yleisesti jaettua käsitystä siitä millaisilla poliittisilla tavoitteilla sosiaalista kestävyttä luodaan, mikä näkyy mm. eri maiden strategioiden sisällöissä ja tavoitteissa (Kautto & Metso 2008, 416.) Sosiaalista kestävyttä myös uhkaavat erilaiset asiat. Globaalit haasteet ovat erityisesti väestön kasvu, köyhyys ja eriarvoisuus, kun esimerkiksi Suomessa niitä ovat syrjäytyminen ja työttömyys (YK-liitto 2015).

Alilan ym. (2011, 7) suorittama kirjallisuuskatsaus osoitti, että sosiaalisen kestävyuden keskeisiä osatekijöitä ovat hyvinvointi, turvallisuus ja terveys. He huomasivat, että määritelmää voidaan

hakea myös sellaisten edellytysten pohjalta, joita tarvitaan sosiaalisen kestävyuden toteuttamiseksi. Näitä ovat ensinnäkin riittävän toimeentulon, riittävien hyvinvointipalveluiden ja turvallisuuden takaaminen. Toiseksi resurssien ja toimintamahdollisuuksien tulisi jakautua oikeudenmukaisesti ja yksilöllä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä. Tärkeitä sosiaalisen kestävyuden edellytyksiä ovat lisäksi osallisuus, yhteisöllisyys ja kiinnittyminen yhteiskuntaan (Alila ym. 2011, 7.)

2.4 Tavoitteiden saavuttaminen kehittämällä

Kehittämisellä on jo pitkään ollut vahva jalansija sosiaali- ja terveydenhuollossa. Riitta Seppänen-Järvelä (2007, 17) on tutkinut kehittämistyötä laajasti ja huomannut, että siitä on muodostunut merkittävä yhteiskunnallisen vaikuttamisen väline. Kehittämistä ja kehittämistyötä tai –toimintaa on käsitteinä vaikea määritellä. Synonyymeja voisivat olla esimerkiksi uudistus ja muutos.

Kehittäminen ja muutos liittyvät tiiviisti yhteen ja muutokseen sisältyy aina sekä tahallisen että tahattoman muuttumisen ilmiöt. Kehittyminen on vähitellen tapahtuvaa muuttumista hyvään tai huonoon suuntaan. Kehittäminen puolestaan on aktiivista tulevaisuuteen suuntautuvaa toimintaa, johon sisältyvät käsitteet ja viitekehykset, joiden avulla muutosta pyritään saamaan aikaan. Intressit ja motivaatio vaikuttavat siihen millainen muutos on. Yhteiskunnalliset reformit rakennetaan yksittäisten kehittämishankkeiden kautta pikku hiljaa, jolloin muutos näyttää kehitykselliseltä. Tavalliselle kansalaiselle tilanne näyttää siltä kuin mikään ei muuttuisi, vaikka todellisuudessa moni asia muuttuu (Seppänen-Järvelä 2014, 255.)

Kehittämistyö on uusien tuotteiden, tuotantoprosessien, toimintatapojen, menetelmien tai järjestelmien aikaansaamista tai jo olemassa olevien parantamista. Se näyttäytyy mm. projekteissa, piloteissa, ohjelmissa, hankkeissa, strategioissa ja muutoksissa. Kehittämistä tapahtuu kaikkialla ja se voi olla lähes mitä tahansa (Seppänen-Järvelä 2007, 251.) Karjalainen ja Seppänen-Järvelä (2007, 3) kuvaavat kehittämistä kokeilemiseksi, uusien ideoiden kypsyttämiseksi, uudenlaisten ja aina parempien toimintatapojen hakemiseksi sekä uudistumiseksi.

Kehittämisprojekti tai -hanke on omaksuttu melkein itsestään selväksi kehittämistoiminnan organisointitavaksi. Projektia ja kehittämistä on jopa pidetty synonyymeina. Projekti on tilapäinen organisaatio, joka muodostuu monista eri suunnista tulevista intresseistä (esim. rahoittajat, organisaatio, kehittäjät). Projektilla ei ole historiaa eikä tulevaisuutta, mutta se voi olla sopiva areena muutokselle, kehitykselle, innovaatioille ja oppimiselle. Projekteissa toteutetaan

kehittämistavoitteita ja tuotetaan palveluita. Niiden tehtävä on aina ainutlaatuinen, sillä samaan aikaan ei ole olemassa toista täysin samanlaista projektia. Projektille luonteenomaisia piirteitä ovat lyhytkestoisuus, määräaikaisuus, lineaarisuus, suunnitelmallisuus, hallinta sekä välittömien tulosten odotus (Seppänen-Järvelä 2004, 258.)

Seppänen-Järvelä (2004, 253) on sitä mieltä, että tulevaisuuden haasteena tulee olemaan sellaisen tutkimustiedon saaminen, joka paljastaisi millaisia organisointitapoja tulisi kehittämisessä sen kohteen mukaan milloinkin käyttää. Projektin tunnuspiirteet ovat nimittäin jossakin määrin ristiriidassa kehittämiselle ominaisten piirteiden kanssa. Seppänen-Järvelä (2004) korostaa, että päinvastoin kuin projekti, kehittäminen on hidas ja aikaavievä prosessi. Kehittämiselle ominaista on myös tilanne-ehtoisuus, ennakoimattomuus ja tulosten viivästyminen. Kun tavoitellaan jotain uutta, ei kenelläkään periaatteessa ole tietoa miten tulisi toimia. Siksi kokeilut, riskinotot ja umpikujat kuuluvat kehittämisen luonteeseen (Seppänen-Järvelä 2004, 254, 258.)

Seppänen-Järvelän (1999, 59) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittäminen kohdistuu useimmiten järjestelmän kautta tuotettuihin palveluihin, organisaatioon ja sen rakenteisiin, käytäntöihin ja prosesseihin sekä johtamiseen. Perinteisesti kehittäminen on painottunut käytäntöön, ei teoriaan. Kehittäminen on siis perustunut enemmänkin intuitioon ja kokemukseen kuin tietoon tai menetelmiin (Seppänen-Järvelä 2007, 17-18.)

Arnkilän (2007, 61) mukaan ongelmallista on se, että EU:n asettamat tavoitteet ikään kuin kääntyvät itseään vastaan, koska samat tavoitteet toistuvat projektien rahoitushakemuksissa. Vaikka tarkoituksena on edistää luovuutta ja innovatiivisuutta, byrokratia estää näiden esiintulon hakuprosesseissa sekä raportoinnissa, jossa ei haluta tuoda esille yllätyksiä, hapuiluja ja erehdyksiä. Nämä ovat kuitenkin kehittämisen arkitodellisuutta. Tältä osin EU:n rahoitusmekanismit eivät Arnkilän mukaan edistä uuden etsimistä ja riskinottoa. Etenkin sosiaali- ja terveysalalla projektien rahoitusmekanismien on myös kritisoitu muuttavan jatkuvan työn projektiluonteiseksi (Seppänen-Järvelä 2007, 251-253).

2000-luvulla kehittämisen ajattelutapa on ollut post managerismia, jolle ominaista on palvelujen modernisoiminen, ohjelmien käyttäminen ohjausvälineinä, vaikuttavuus ja näyttö, arvioinnin läpimurto, laatusuositukset sekä hyvät käytännöt (Seppänen-Järvelä 2007, 21.) Kehittämisen pulmia ovat olleet tiedon ja kokemuksen heikko juurtuminen ja yleistämistä kestävien ratkaisujen löytäminen. Kehittämisen vaikutuksia, oppimistuloksia ja prosessin etenemistä on ollut vaikeaa

nostaa esille. Kehittämistyön onnistumiseksi on kaivattu tiivistä yhteistyötä sen analysoimiseksi, arvioimiseksi ja jakamiseksi. Lisäksi kehittämisen johtaminen ei ole tukenut näiden haasteiden kohtaamisessa (Seppänen-Järvelä 2004, 257.)

Hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitäminen vaatii kuitenkin innovaatiokyvykkyyttä. Mäkelä (2014, 231) määrittelee, että innovaatiokyvykkyys on organisaation tai työyhteisön kyky uudistua eli muuntaa tietoja ja ideoita uusiksi tuotteiksi, prosesseiksi ja systeemeiksi, joista on hyötyä paitsi itse organisaatiolle, myös sen asiakkaille ja sidosryhmille. Innovaatiokyvykkyuden kehittäminen edesauttaa innovaatioiden syntyä ja etenkin julkisten palveluiden laadun ja tehokkuuden parantamisessa innovointi on ensiarvoisen tärkeää (Mäkelä 2014, 231-232.)

2.5 Kehittäminen innovaatiotoimintana

Innovaatiot ja innovaatiotoiminta ovat olleet viime aikoina ajankohtaisia teemoja kansainvälisessä keskustelussa. Vaikka kehittäminen on ollut perinteisesti vilkasta sosiaali- ja terveystalalla, innovaatio käsitteenä ei ole täysin juurtunut alalle. Innovaatioiden ei ole katsottu olevan kehittämistoimenpiteitä, vaikka toisaalta on ymmärretty, että innovointi on keskeinen tekijä julkisten palvelujen laadun, tehokkuuden ja julkisen sektorin organisaatioiden reaktiokyvyn parantamisessa (Mäkelä 2015, 232.)

Innovaatio on käsitteenä yksinkertainen. Innovaatio voidaan määritellä hyödylliseksi asiaksi, joka on otettu käyttöön. Se on jotain uutta ja potentiaalisesti hyödyllistä. Innovaatio voi olla idea tai käytäntö tai se voi olla tuote, palvelu, uusi organisaatio tai toimintamalli; jotain mikä vaikuttaa toimintaan. Vaikka innovaatio käsitteenä onkin selkeästi määriteltävissä, ”valmiin” innovaation taustalla voi olla pitkiä ja monimutkaisia prosesseja (Mäkelä 2015, 233.) Sanotaan, että hyvä idea on vasta 10 prosenttia uudistamisesta ja loput 90 prosenttia kovaa työtä sen eteen, että idea lopulta muuttuu toimivaksi innovaatioksi (Pohjola ym. 2014, 27). Innovaatioita on eri tyyppisiä. Ne voivat liittyä tuotteisiin, prosesseihin, organisaatioon, johtamiseen, markkinointiin tai palveluihin.

Innovaatiot voivat olla asteittaisia, pieniä parannuksia jo olemassa oleville tuotteille tai palveluille, tai radikaaleja, täysin uusia ja jollain tavalla mullistavia (Naaranoja & Heikkilä 2015, 229.)

Innovaatiot syntyvät eri tavoin toimialasta riippuen. Sosiaali- ja terveystalalla voidaan usein puhua sosiaalisista innovaatioista. Sosiaalisten innovaatioiden käsite on jo selkeästi vaikeammin hallittavissa, sillä se kattaa kaikki yksilön ja yhteisön hyvinvointia edistävät käytännöt. Sosiaaliseen innovaatioon liittyy muutos sosiaalisissa rakenteissa. Taipale ja Hämäläinen (2007, 196) pitävät

pohjoismaista hyvinvointivaltiota hyvänä esimerkkinä ihmisten elämään vaikuttaneesta sosiaalisesta innovaatiosta.

Jaottelua tehdään myös yksityisen ja julkisen sektorin innovaatioiden välillä. Julkisen sektorin innovaatiot ovat usein palveluinnovaatioita, joiden tavoitteena on tarjota kansalaisille aiempaa hyödyllisempiä tai laadukkaampia julkisia palveluja. Julkisen sektorin innovaatiotoiminnan yksi tärkeä tavoite on myös kustannustehokkuus (tuottavuuden parantaminen). Julkisen sektorin innovaatiotoimintaa ohjaavat poliittiset ja hallinnolliset mekanismit. Innovaatioita syntyy usein uhkan, tarpeen tai mahdollisuuden vaikutuksesta (Mäkelä 2015, 233-234.)

Palveluinnovaatiot voidaan jakaa kolmeen lajiin. Palveluinnovaatio voi ensinnäkin olla uusi palvelu uudelle kohderyhmälle. Toiseksi se voi olla jo olemassa olevien palvelujen tarjoamista uudelle kohderyhmälle. Kolmanneksi palveluinnovaatio voi koskea uusia palveluja vanhoille kohderyhmille. Tuote on tässä tapauksessa etu tai palvelu asiakkaalle tai kuluttajalle. Palveluinnovaatioiden ohella julkisen sektorin innovaatiot ovat usein organisaatioinnovaatioita, jotka muuttavat organisoitumista, strategiaa tai hallinnollista prosessia. Viime aikoina myös kommunikaatioinnovaatiot ovat yleistyneet uuden teknologian myötä muuttaen palvelujärjestelmiä tai organisaation toimintaa. Kommunikaatioinnovaatiot voivat liittyä esimerkiksi uusien laitteiden tai teknisten uudistusten hyödyntämiseen toiminnassa tai uudenlaiseen tapaan viestiä kansalaisille (Mäkelä 2015, 234.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa innovaatioita on perinteisesti kehitetty sisäisen asiantuntijuuden kautta. Viime vuosina on yleistynyt ns. avoin innovaatiomalli, jolle ominaista on kehittäminen asiakasrajapinnassa tai asiakaslähtöisesti. Avoimessa innovaatiomallissa korostuu paitsi organisaation oman tiedon myös sen ulkopuolisten tahojen tietotaidon hyödyntäminen. Sille on ominaista joustava ja organisaation rajat ylittävä innovaatioprosessi (Mäkelä, 2015, 235.)

Chesbroug (2015, 2) on kehittänyt avoimen innovaatiomallin käytettävyyttä myös julkiselle sektorille ja voittoa tavoittelemattomille organisaatioille. Avoimen sosiaalisen innovaation tavoite on saada aikaan positiivista ja systemaattista sosiaalista muutosta. Kehittämisen lähtökohta käännetään palveluiden tarjoamisesta kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen eli keskiössä ei ole se mitä annetaan, vaan se mitä saavutetaan. Uusien toimintamallien luomisessa palveluiden tarkoituksenmukaisuus ja oikea-aikaisuus ovat tärkeitä. Innovoinnissa korostuu yhteistyö asiantuntijoiden välillä sekä suunnitteluvaiheessa että uusien käytäntöjen juurruttamisessa.

Tarkoituksena on oppia toisten kokemuksista ja siirtää hyvät käytännöt eteenpäin (Chesbrough, 2014, 15-19.)

2.6 Kehittämisen ja innovaatioiden johtaminen

Innovaatiotoiminta on aina johtamisprosessi. Mäkelän (2015, 240-242) mukaan organisaation johdolla on suuri merkitys innovaatioiden kannalta. Etenkin keskijohdon on havaittu olevan merkittävä innovatiivisuuden edistäjä. Johtajan päätöksenteko, käyttäytyminen ja persoonallisuus vaikuttavat henkilöstön innovaatiokyvykkyyteen. Organisaation viestinnällä ja henkilöstön välisellä vuorovaikutuksella on todettu myös olevan vahva yhteys innovaatiokyvykkyyteen.

Etenkin kehittämisen juurruttaminen osaksi perustyötä vaatii esimiesten tukea. Mäkelä (2015, 228) käyttää termejä innovaatiojohtaminen tai älykäs johtaminen kuvaillessaan kehittämissuorituksen johtamista. Mäkelän (2015) mukaan innovaatiojohtamisessa keskeistä on vanhan tiedon hyödyntäminen sekä organisaation omista kokemuksista että tutkimustuloksista oppiminen. Stenvall & Virtanen (2012, 75) käyttävät puolestaan termiä muutosjohtaminen. Muutoksen johtamisessa tarvitaan sekä asioiden hallintaa että ihmisten johtamista.

Innovaatiotoiminnan tulisi olla luonnollinen osa organisaation kulttuuria. Innovaatioille otollisen organisaatiokulttuurin tunnuspiirteitä ovat esimerkiksi matala hierarkia, vähäinen byrokratia ja osallistava päätöksenteko. Johdon on osin luovuttava hallinnasta ja delegoitava vastuuta sekä ylläpidettävä runsasta vuoropuhelua. Älykästä johtamista kuvaavat avoimuus, vapaus, yhteistyö, joustavuus, dialogisuus ja riskinottokyky. Tärkeää on aito ideoiden kuuntelu, niiden käsittely ja toteutus. Epäonnistuminenkin on hyväksyttävä. Älykkääseen johtamiseen kuuluvat lisäksi rohkaisu, kannustaminen ja palkitseminen (Sankelo & Heikkilä 2015, 188.) Stenvallin ja Virtasen (2012, 79) mukaan organisaatiokulttuurin on ennen kaikkea oltava altis muutoksille ja valmis tuottamaan sekä hyväksymään uudistuksia.

Käytettiin kehittämissuorituksessa mitä käsitteitä tahansa, huomion tulisi kiinnittyä nimenomaan kehittämisen prosessiin. Olennaista eri käsitteiden sijaan on se, miksi kehittämistä tehdään, ketkä sitä tekevät ja kuinka siinä onnistutaan. Kehittämisen tulisi olla ideoiden pohjalta työstettyjen innovaatioiden viemistä menestyksekkäästi käytäntöön niin, että ne vastaavat todellisuudessa niihin tarpeisiin, joita varten ne on kehitetty (Pohjola ym. 2014, 27-29.)

Kehittämisprosessin keskeiset tehtävät ovat siis tunnistaa olemassa olevat tarpeet, etsiä tarpeisiin vastaavia ratkaisuja sekä kokeilla ja testata eri vaihtoehtoja yritysten ja erehdysten kautta. Pohjolan ym. (2014, 22) mukaan kehittämisprosessiin tulisi osallistua kaikkien asian kannalta tärkeiden osapuolten (esim. työntekijät, johto, asiakkaat), niiden ketä kehittäminen koskee. Kehittämistä tulisi tehdä ns. arkipäivän toimijoiden kanssa. Lisäksi kehittämistyössä syntynyt tieto ja tulokset tulisi saattaa kaikkien osapuolten tietoisuuteen. Näin toimien kehittämistä leimaa osallisuus ja avoimuus. Viime aikoina on korostettu osallisuutta myös moninäkökulmaisuuksien kannalta, mikä tarkoittaa, että kehittämisessä tulisi ottaa huomioon kaikki näkökulmat, joilla on merkitystä kehitettävälle asialle. Kehittämistyössä tulisi siis tavoitella oppimista ja vuorovaikutusta yli organisaatorajojen. Etenkin asiakkaan oikeus osallistua palveluiden kehittämiseen, suunnitteluun ja toteuttamiseen on tärkeää ottaa huomioon. Perustyon toteuttamisen ja kehittämisen yhdistävä toimintamalli, yhteistoiminnallinen kehittäminen sekä muutoksen arviointi näyttäisivät olevan tulevaisuudessa osa tuloksekasta kehittämistyötä (Pohjola 2014, 13-23.)

2.7 Kehittämisen arviointia

Sosiaalikehitys Oy on tehnyt arvioinnin kunnallisesta kehittämistoiminnasta vuonna 2007. Vaikka arviointi koskeekin pelkästään sosiaalihuollon kehittämistyötä, tulokset ovat tutkielman kannalta mielenkiintoisia. Arviointia varten kuntiin lähetettiin kehittämistoimintaa koskeva kysely, 50 kunnassa tehtiin sosiaali- tai perusturvajohtajan haastattelu ja lisäksi arviointiin kuului tapausanalyysit neljästä kunnasta/alueesta sekä kahdesta sosiaalialan osaamiskeskuksesta. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet kunnat ja haastateltujen kotikunnat olivat mukana kehittämishankkeissa joko hallinnoiden tai yhteistyössä (Kaakinen ym. 2007, 16-17.)

Kuntien sosiaalihuollon kehittämistyössä on korostunut kolme kohderyhmää. Näitä ovat olleet lastensuojelun sosiaalityö, vanhustenhuolto ja varhaiskasvatus. Vähiten kehittämishankkeita on puolestaan ollut aikuissosiaalityöhön, vammaispalveluihin ja päihdepalveluihin liittyen. Kuntien asukasluvun on havaittu vaikuttavan kehittämistoimintaan ja sen edellytyksiin. Suurissa kaupungeissa on tuntunut olevan enemmän voimavaroja ja aktiivisuutta kehittämiseen. Tärkeimmät yhteistyökumppanit kehittämiseen ovat löytyneet samalta alueelta toisista kunnista, ei valtakunnalliselta tasolta. Yhteistyötä on tehty runsaasti myös sosiaalialan osaamiskeskusten ja lääninhallitusten kanssa (Kaakinen ym. 2007, 22-28.)

Arviointiin kuuluivat myös kehittämistyön edellytyksien tarkasteleminen. Kuntien antama palaute

on hyvin samantapaista kuin mikä on ollut havaittavissa kehittämistä koskevassa kirjallisuudessa. Kunnilta tulleen viestin mukaan sosiaalihuollon kehittäminen on liian hankepohjaista, omarahoitusvarat eivät ole riittäviä, hakumenettely on byrokraattista eikä työntekijöiden aika riitä hankkeisiin osallistumiseen. Kunnilta on tullut toiveita rahoituksen parantamiseen, asiantuntijatuen saamiseen ja pysyvien kehittämisrakenteiden rakentamiseen. Kunnissa ei ole kaivattu lisää valtakunnallista ohjausta (Kaakinen ym. 2007, 38-39.)

Vaikka hankkeiden yhteydessä puhutaan lähes poikkeuksetta rahoituksesta, ei hanketoiminta kuitenkaan ole resursseiltaan suurimuotoista. Hankerahoituksen on arviointiaineistossa moitittu olevan koordinoimatonta ja aikataulutettua, koska se usein tulee useammalta rahoittajalta. Hankkeen omarahoitus voi tarkoittaa rahoituksen ottamista palvelutuotantoon varatuista varoista (Kaakinen ym. 2007, 43.)

Arviointi osoitti, että vaikka hankkeiden määrä on ollut suuri, itse hankkeet ovat olleet pieniä. Ne ovat myös tavoitteisiin nähden olleet lyhytkestoisia ja vahvasti hallinnoituja. Arvioinnin pohjalta näyttäisi siltä, että rahoitusjärjestelmän takia kehittämistyössä painottuvat samat asiat ja päällekkäistä työtä on paljon (Kaakinen ym. 2007, 43.)

Arvioinnissa oltiin kiinnostuneita myös siitä, mitä hankkeiden onnistumisen ehdot ovat olleet. Kunnista on tullut selkeästi esille kaksi tärkeänä pidettyä seikkaa. Ensinnäkin on koettu, että tarve hankkeen aloittamiselle tulee lähteä käytännöstä, palvelutuotannossa havaittujen ongelmien ja kehittämistarpeiden pohjalta. Toiseksi on pidetty tärkeänä sitä, että hankkeen tekijät ovat oman kunnan työntekijöitä, jotka tuntevat hyvin kehittämisen kohteen sekä tavoitteet. Lisäksi hankkeen johtamisen on toivottu olevan ammattimaista ”muutosjohtamista” (Kaakinen ym. 2007, 46.)

Jo noin kymmenen vuotta sitten ajankohtaisiksi kehittämistarpeiksi sosiaalihuollossa ovat nousseet väestön ikääntyminen ja sen myötä vanhustyö ja vanhusten palvelut. Myös lasten hyvinvointi, lastensuojelu ja perhetyö on nähty tärkeiksi kehittämiskohteiksi. Lisäksi tänä päivänäkin ajankohtainen palveluiden uudelleen organisoiminen ja kehittäminen on päässyt kehittämislistan kärkisijoille (Kaakinen ym. 2007, 52.) Kaakinen ym. (2007, 55) huomasivat saman kuin Stenvall ja Virtanen (2012) myöhemmin. Jos halutaan tehdä tuloksetta kehittämistyötä, pelkkä raha ei tuo onnistumisia. Itse asiassa pelkkä virkatyö voi riittää. Taloudellisten resurssien rinnalla tulee olla kehittämistyöhön sitoutuneet työntekijät, ammattitaitoinen johto, konkreettiset hanketavoitteet ja todellinen, käytännöstä kumpuava ratkaisua vaativa ongelma.

3 SELVITYS KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISESTÄ VUONNA 2015

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittäminen on ollut perinteisesti aktiivista ja kehittämisestä on kirjoitettu runsaasti. Tutkielman ensimmäisessä osassa olen kuvaillut sitä kontekstia, jossa kehittämistyötä tänä päivänä tehdään sekä niitä käsitteitä, jotka mielestäni tällä hetkellä olennaisesti liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen. Seuraavaksi tutkin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tilannetta Keski-Suomessa tällä hetkellä. Pysin tarkastelemaan tilannetta nimenomaan suhteessa edellä kuvailemaani kontekstiin, koska kuten Seppänen-Järveläkin (1999, 13) on todennut, sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen toimintaympäristö on muuttuva yhteiskunta, johon kehittämisen kysyntä ja tarve pohjautuvat. Selvityksen aineistoksi valittiin Keski-Suomessa meneillään olevat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet, koska ne kuvaavat tämän hetkistä tilannetta kehittämisessä sekä sitä tilannetta, jossa yksilöt ja organisaatiot toimivat ja toisaalta myös sitä tavoitemaailmaa, joka haluttaisiin.

3.1 Tutkielman tavoite

Tutkielman tehtävä on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tilanne Keski-Suomessa tällä hetkellä. Tutkielman aineisto koostuu Keski-Suomen alueella tällä hetkellä käynnissä olevista sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeista. Keski-Suomella tässä yhteydessä tarkoitetaan kohderyhmää, jonka muodostavat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kunnat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat organisaatiot. Keski-Suomen maakunnan kunnista on siis rajattu pois Jämsä ja Kuhmoinen, koska ne kuuluvat Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven, Kyyjärven ja Saarijärven kunnat on käsitelty yhtenä kokonaisuutena Perusturvaliikelaitos Saarikkana, koska se vastaa alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Pihtipudas ja Viitasaari muodostavat puolestaan Wiitaunionin.

Tarkoituksena on tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyötä laajasti mukaan lukien kunnan eri toimialojen hankkeet, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto on yhteistyössä mukana. Tässä tutkielmassa tutkitaan kuitenkin vain julkisella sektorilla tapahtuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä, koska Keski-Suomen sote2020 – hankkeeseen kuuluvan osakokonaisuuden tehtävä on suunnitella kehittämisrakenteen julkisen sektorin kehittämistoimia ajatellen. Kolmannen ja yksityisen sektorin mukaan ottaminen toisaalta ylittäisi kandidaatin tutkielman muodostamat rajat eikä

välttämättä antaisi lisäarvoa tutkimukselle Koskenkaan näkökulmasta. Lähden siis etsimään vastauksia seuraaviin kysymyksiin.

1. Kuinka paljon julkinen sektori panostaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen Keski-Suomessa tällä hetkellä?

Panostaminen tässä tutkielmassa tarkoittaa sitä, kuinka paljon kehittämistyötä Keski-Suomessa tehdään sekä kuinka paljon siihen käytetään aikaa, rahaa ja henkilöstöresursseja. Selvityksen kohteena ovat siis hankkeiden määrä, kesto, kokonaisbudjetti (josta on erotettu myös kunnan oma rahallinen panostus hankkeeseen) sekä hankkeeseen palkattu henkilömäärä.

2. Mitkä ovat kehittämisen sisältöalueet?

Kehittämistyön sisältöjä tarkastellaan hankkeiden toimialan, yhteistyökumppaneiden, keskeisten sisältöalueiden ja päätavoitteiden avulla. Erityisesti tavoitteena on selvittää, mitä kehitetään, kenen kanssa yhteistyötä tehdään sekä mitä kehittämistyöllä tavoitellaan. Lisäksi tutkitaan miten kehittämisen sisältöalueet jakautuvat ja millaisia painotuksia sisällöissä on havaittavissa.

3.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkielma on luonteeltaan kuvaileva tutkimus. Kuvailevalle tutkimukselle on ominaista pyrkimys jonkin tuntemattoman asian tai tilanteen mahdollisimman tarkkaan ja oikeaan esittämiseen. Teorian tehtävä kuvailevassa sosiaalitieteen tutkimuksessa on merkityksellisten käsitteiden rajaaminen ja määrittäminen. Aineiston analyysi puolestaan tarkoittaa ilmiön esiintymisen ja jakaantumisen selvittämistä koko otoksessa. Analyysi tuo esille otoksen osajoukkojen erilaisuuden tai samanlaisuuden. Tuloksia vertaillaan myös aiempiin tutkimuksiin (Alkula ym. 2002, 188-189.)

Toisaalta tutkielma on tyypiltään survey-tutkimus. Survey-tutkimuksella tarkoitetaan etukäteen strukturoidun aineiston keruuta kysely- tai haastattelulomakkeiden avulla. Survey-tutkimuksen vahvuus on sen tehokkuudessa ja taloudellisuudessa, kun halutaan tietoa suurten ihmismäärien toiminnasta, asenteista ja mielipiteistä (Alkula ym. 2002, 118-119.)

3.3 Aineistonkeruumenetelmä

Tutkielman aineisto kerättiin standardoidussa muodossa kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen laatiminen vaati aikaa ja perehtymistä tutkielman aiheeseen, koska ensinnäkin hyvän kyselylomakkeen laatiminen on vaikeaa ja toiseksi kyselylomakkeella voidaan olennaisesti vaikuttaa kyselyn vastausprosenttiin (Hirsjärvi 2007, 130, 193). Kyselylomake laadittiin yhteistyössä Kosken ja tutkielmaa ohjaavan opettajan kanssa.

Hirsjärven ym. (2007, 197-198) mukaan hyvän kyselylomakkeen kysymykset ovat tarkkoja, lyhyitä ja selviä eivätkä sisällä kaksoismerkityksiä. Myös kysymysten määrällä, järjestyksellä sekä sanavalinnoilla on merkitystä. Kyselylomaketta suunniteltaessa on tärkeää pohtia, milloin kohdehenkilöiden on saatava vastata vapaasti ja milloin tarvitaan strukturoituja vastauksia (Hirsjärvi ym. 2007, 189). Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake (Liite 3) sisälsi sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin jätettiin tyhjä vastaustila ja monivalintakysymyksissä oli valmiit numeroidut vastausvaihtoehdot (osassa oli mahdollisuus antaa useampi kuin yksi vaihtoehto). Lisäksi osassa monivalintakysymyksistä oli lopussa avoin kysymys (muu, mikä?) mahdollistamassa vaihtoehdon, jota ei lomaketta laadittaessa osattu ajatella etukäteen. Näin ollen aineisto on luonteeltaan sekä laadullista että määrällistä.

Kyselylomake toteutettiin Webropol-ohjelman avulla. Webropol-ohjelman hyödyntämisen aineistonkeruussa ja analysoinnissa mahdollisti Kosken kanssa tehty yhteistyö. Kysely lähetettiin sähköpostin välityksellä ja Kosken vs. Johtajan Raili Haakin saatekirjeen (LIITE 4) siivittämänä Keski-Suomen kuntiin, Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin ja Jyväskylän seututerveyskeskukseen. Vastaanottajatahot välittivät kyselyn edelleen niille avainhenkilöille, joiden katsoivat olevan oikeita henkilöitä vastaamaan kyselyyn (hankevastaavat). Lähetekirjelmässä avattiin kyselyn tarkoitus ja korostettiin sen tärkeyttä ja merkitystä myös vastaajan näkökulmasta. Haakin saatekirjeen toivottiin motivoivan kyselyn vastaanottajia vastaamaan kyselyyn ja näin ollen saavutettavan mahdollisimman korkean vastausprosentin. Kyselyn ajankohta osoittautui kuitenkin haasteelliseksi vastausten saamiseksi, koska lomakausi oli juuri alkamassa. Kyselyn eteneminen oli hidaskäyttöprosessi, jonka takia kyselyn alkuperäistä aikataulua (25.5.-19.6.2015) oli jatkettava, jotta kysely tavoittaisi mahdollisimman monet vastaajatahot. Pienissä kunnissa kyselyn edelleen lähettäminen oikeille henkilöille oli selvästi helpompaa kuin Jyväskylässä, sairaanhoitopiirissä tai Jytessä, jotka

organisaatioina ovat aivan eri kokoluokkaa. Lopulta kysely oli auki 25.5.-7.8.2015. Vastaajien yhteystiedot kerättiin aineiston mahdollista jatkokäyttöä varten. Aineiston omistaa Koske.

Hirsjärvi ym. (2007, 191) mieltävät kyselyn suurimmaksi ongelmaksi kadon. Vastaajajoukolla ja tutkimuksen aihepiirillä on suuri vaikutus siihen kuinka paljon katoa syntyy. Lähettämistavasta johtuen kyselyn vastaanottajien ja vastaajien lukumäärä pysyi arvoituksena loppuun saakka. Etukäteen ei siis ollut tiedossa millaista määrää vastauksia odotettiin. Vastauksien määrän odotettiin kertovan meneillään olevien hankkeiden määrän. Tästä syystä on mahdotonta laskea kyselyn lopullista vastausprosenttia ja päätellä todellisen kadon määrää. Edellä mainituista syistä johtuen on erittäin todennäköistä, että koko potentiaalista vastaajajoukkoa ei tavoitettu. Voidaan kuitenkin olettaa, että kyselyn vastaajat ovat olleet perehtyneitä aiheeseen ja ottaneet kyselyyn vastaamisen vakavasti, koska kyselyt on ohjattu hankkeista tai kehittämisestä vastaaville tahoille. Kehittäjien toivotaan olleen aktiivisia ja nähneen tutkielman tavoitteen tärkeyden sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tulevaisuuden kannalta.

3.4 Aineisto

Kyselyyn tuli yhteensä 35 vastausta. Kolme kyselylomaketta sisälsi tiedot kehittämishankkeista, jotka eivät ole enää meneillään, joten niitä ei huomioida tuloksissa. Lisäksi saatiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä lista siellä meneillään olevista kehittämishankkeista. Listan pohjalta täytettiin 12 kyselylomaketta. Saarikasta saatiin sähköpostiviesti, jonka perusteella täytettiin yksi kyselylomake. Kyselylomakkeissa oli kahden hankkeen tiedot kahteen kertaan, koska hankkeet ovat meneillään kahdessa Keski-Suomen kunnassa. Näiden kyselylomakkeiden tiedot yhdistettiin molempien hankkeiden osalta. Kerätty aineisto sisältää näin ollen 43 kyselylomaketta tietoineen. Kyselylomakkeista 23:ssa on kaikki halutut tiedot eli kaikkiin kysymyksiin on vastattu.

Suurin vastausprosentti (100 %) oli kysymyksissä vastaajan organisaatiosta, hankkeen perustiedoista (hankkeen nimen osalta), hankkeen toimialasta ja hankkeen keskeisistä sisältöalueista. Vähiten vastauksia saatiin kysymyksiin hankkeeseen palkatusta henkilömäärästä, rahoittajasta ja rahoituksen määrästä. Myös hankkeen päätavoitteet jäivät avoimeksi noin neljänneksessä vastauksista. Hankkeeseen palkattu henkilömäärä, rahoitus ja päätavoitteet olivat avoimia kysymyksiä, joten voidaan olettaa, että vastaamatta jättäminen ei johtunut epäsopivista vastausvaihtoehdoista vaan siitä, ettei vastaus joko ollut vastaajan tiedossa tai vastaaja ei syystä tai toisesta halunnut kysymykseen vastata. Rahoittajavaihtoehdot puolestaan olivat kysymyksessä

ilmeisen puutteelliset, koska 30 vastauksesta 12 oli muu vaihtoehto kuin valmiiksi annettu. Hankkeiden rahoittajat ovat siis laajempi joukko kuin kyselyä suunniteltaessa osattiin olettaa.

Tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kehittämistoiminnasta tulleet tiedot, jotka olivat osin puutteellisia suhteessa kyselylomakkeen kysymyksiin. Puuttuvat tiedot koskivat lähes poikkeuksetta hankkeeseen palkattua henkilömäärää sekä hankkeen kokonaisrahoituksen määrää.

Kyselylomakkeen toimivuutta arvioitaessa ei puuttuvia tietoja voida suoraan laittaa kyselylomakkeen kysymysten syyksi. Sen sijaan voidaan hyvin olettaa, että kyselylomake on onnistunut mittaamaan sitä, mitä siltä toivottiin. Aineistonkeruumenetelmänä käytetty ns. lumipallomenetelmä puolestaan oli haasteellinen. Varmaa tietoa siitä, tavoittiko kysely kaikkien meneillään olevien hankkeiden yhteyshenkilöt, ei voitu saada. Arvoitukseksi jäi myös se, vastasivatko kaikki kyselyn saaneet yhteyshenkilöt kyselyyn vai eivät. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan siis pohtia sitä, onko aineisto kattava ja todellisuutta kuvaava. Toisaalta tutkimuksen aineistonkeruu kertoo osaltaan jotain olennaista kehittämistyön luonteesta ja sen sudenkuopista. Kunnissa ja organisaatioissa ei tunnu olevan kokonaiskuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeista ja hankkeiden vastuuhenkilöistä. Tiedetään, että jotain kehitetään jonkun toimesta, mutta mitä tai kenen, ei ole kuitenkaan aivan selvää.

Uuden vastaavanlaisen kyselyn toteuttamisessa tulisi ottaa huomioon ainakin kyselyn ajankohta. Kesä ei ole paras mahdollinen aika välittää kyselyitä ja tavoittaa hankevastaavia. Kyselyn olisi hyvä myös sisältää ohjeet sen täydentämiseen. Avoimissa kysymyksissä tyhjä vastauskenttä jää tulkinnanvaraiseksi. Tarkoittaako se sitä, ettei kyseistä asiaa ole vai eikö vastaus ole vastaajan tiedossa. Esimerkiksi kysyttäessä hankkeeseen palkattua henkilömäärää, tyhjä vastaus voidaan joko tulkita niin, ettei henkilöitä ole palkattu tai niin, ettei tiedetä onko henkilöitä palkattu. Ohjeena voisi olla esimerkiksi laittaa kysymysmerkki, jos asia ei ole tiedossa ja viiva/nolla, jossa sitä ei ole.

3.5 Aineiston analyysi

Ennen kyselyn sulkemista kyselyitä jouduttiin karhuamaan Kosken toimesta kaksi kertaa. Palautetut kyselylomakkeet tallentuivat Webropol-ohjelmaan. Tiedot tarkistettiin ja puuttuvia tietoja pyrittiin täydentämään niiltä osin kuin se oli mahdollista lähinnä internetin avustuksella. Esimerkiksi

hankkeiden keskeisiä tavoitteita oli mahdollista löytää internetistä, jos ne kyselylomakkeesta puuttuivat.

Kyselyn tulokset ovat luonteeltaan sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia. Kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta on Hirsjärven ym. (2007, 132) mukaan vaikeaa tai tarpeetonta erottaa tarkkarajaisesti toisistaan. Niitä ei tarvitse nähdä kilpaileviksi tutkimussuuntauksiksi, vaan ne voivat parhaimmillaan täydentää toisiaan. Kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä on mahdollista käyttää rinnakkain, kuten tässä tutkielmassa (Hirsjärvi ym. 2007, 132.)

Webropol-ohjelma on suunniteltu erityisesti kvantitatiivisen aineiston keräämiseen ja analysointiin. Kvantitatiiviset tulokset analysoitiin Webropol-ohjelman tuottamina lukuina ja kuvioina. Kvalitatiivisten tulosten analysoinnissa hyödynnettiin luokittelua. Luokittelun tukena käytettiin Petri Virtasen ja Jari Stenvallin (2012) tulkintakehystä, jossa kehittämis- ja uudistamistoimintaa tarkastellaan asiakaslähtöisyyden, työntekijälähtöisyyden ja palvelujärjestelmän systeemin näkökulmista käsin. Kehittämishankkeiden sisältöalueiden ja tavoitteiden perusteella luokiteltiin kehittämishankkeet Keski-Suomessa järjestelmälähtöiseen, asiakaslähtöiseen tai työntekijälähtöiseen kehittämistyöhön. Kaikkien hankkeiden kohdalla tavoitteiden käyttö luokittelun perustana ei ollut mahdollista, jolloin jouduttiin hyödyntämään hankkeen sisältöaluetta ja nimeä. Tarkkarajainen aineiston luokittelu osoittautui haastavaksi ja luokittelussa päädyttiinkin lisäksi neljänteen luokkaan eli moninäkökulmaiseen kehittämiseen. Tähän luokkaan luokiteltiin kehittämishankkeet, joissa kehittämisen lähtökohtana on useampi kuin yksi edellä mainituista näkökulmista.

4 MITÄ JA MITEN KESKI-SUOMEN SOTE KEHITTÄÄ?

Selvityksen tulokset osoittavat, että myös Keski-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen on vilkasta. Tällä hetkellä maakunnassa on meneillään ainakin 41 erilaista julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon omaa tai sen kanssa yhteistyössä toteutettavaa kehittämishanketta. Kehittäminen on selvästi vilkkaampaa maakuntakeskuksessa kuin sen pienissä kunnissa. Eniten kehittämishankkeita (20) on meneillään Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ja toiseksi eniten Jyväskylän kaupungilla (15). Terveydenhuollossa kehittämistä vaikuttaa tapahtuvan eniten erikoissairaanhoidossa. Pienistä kunnista kehittämistyö on aktiivisinta Keuruulla, jossa on parhaillaan kolme kehittämishanketta. Yhdeksässä väestöluvultaan pienessä kunnassa ei kyselyn perusteella ole kehittämistoimintaa, mutta vain kahdesta (Luhanka ja Petäjävesi) tuli kyselyyn vastaus, ettei kehittämistoimintaa ole tällä hetkellä. (kt. LIITE 1)

Kehittämishankkeiden hallinnoijaa koskevaan kysymykseen saatiin 33 vastausta. Yksitoista vastausta puuttuu, koska Ksshp:n listassa hankkeiden hallinnoija oli eritelty vain yhdessä. Yksi vastauksista oli epäselvä (henkilön nimi; kysymys ymmärretty ilmeisesti väärin). Neljästoista hankkeessa hallinnoija on Keski-Suomen kaupunki tai kunta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri oli ilmoitettu neljän hankkeen hallinnoijaksi. Kymmenen hankkeen hallinnoija on yritys, yhdistys tai jokin muu julkinen organisaatio (esim. yliopisto). Valtakunnallisia hallinnoijia oli THL ja ympäristöministeriö ja joukossa oli myös yksi kansainvälinen hallinnoija (EU:n perusoikeusvirasto). Hankkeiden hallinnoijista valtaosa (24) on paikallisia Keski-Suomen organisaatioita. Keski-Suomen ulkopuolelta kehittämishankkeiden hallinnoijia on seitsemän.

4.1 Kehittämisen taloudelliset resurssit

Hankkeita siis hallinnoidaan pääosin paikallisesti, mutta raha hankkeisiin tulee muualtakin kuin Keski-Suomesta. Hankkeen rahoittajaa selvittävään kysymykseen saatiin 31 vastausta, joista kaksi koskee samaa hanketta. Näin ollen tuloksia tulkitaan 29 vastauksen pohjalta. Vastaukset kertovat, että viiden hankkeen rahoitus tulee Suomen ulkopuolelta EU:sta. Valtakunnallisia rahoittajia on yhteensä kahdeksatoista hankkeella (esim. sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, RAY, Tekes, Sitra). Niinikään kahdentoista hankkeen rahoittaja on Keski-Suomesta.

Määrällisesti rahaa hankkeisiin tulee selvästi enemmän paikalliselta tasolta, yhteensä noin 5,8 miljoonaa euroa. Tieto perustuu 31 vastaukseen. Neljässä hankkeessa ei ole omarahoitusosuutta, kolmen hankkeen osalta omarahoitusosuus ei ole vastaajan tiedossa ja kahdeksassa kyselylomakkeessa omarahoitusosuus on jätetty tyhjäksi. Selkeästi suurin rahoittaja on Jyväskylän kaupunki noin 4,7 miljoonalla eurolla ja toiseksi suurin Keski-Suomen sairaanhoitopiiri noin miljoonalla eurolla, kun esimerkiksi EU:n rakennerahastoista rahaa hankkeisiin tulee noin puoli miljoonaa euroa. Valtakunnallisten rahoittajien osuutta ei aineiston perusteella ole mahdollista laskea, koska tiedot niiden osalta ovat puutteelliset.

Tulokset osoittavat, että rahaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä Keski-Suomen alueella on tällä hetkellä yhteensä noin 10,4 miljoonaa euroa. Luku pohjautuu 22 vastaukseen, joten rahaa on varmasti resursoitu alueelle enemmänkin. Kolme vastaajista ilmoitti ettei ole tietoa kokonaisrahoituksen määrästä, yhdessä vastauksessa oli nolla eli ei rahoitusta. Lisäksi joukossa oli peräti seitsemätoista tyhjää vastauskenttää, joista suurin osa oli Ksshp:n listan perusteella täytetyissä kyselylomakkeissa. Kokonaisrahoitukseen voidaan laskea kuitenkin myös Ksshp:n omarahoitusosuudet, 349 100 euroa, koska ne ovat osa hankkeiden kokonaisrahoitusta.

Kehittämiseen resursoituun reiluun 10 miljoonaan euroon ei ole sisällytetty *Uusi sairaala* -hankkeen kokonaisrahoitusta, koska hanke on oma erityinen ja valtava kokonaisuutensa. Jo pelkästään uuden sairaalan rakentamisen kokonaisrahoitus on 333 miljoonaa euroa ja ICT -järjestelmiin on budjetoitu 87 miljoonaa euroa. Sairaalan kustannukset jakautuvat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien kesken.

Yksittäiseen hankkeeseen panostetaan rahaa Keski-Suomessa keskimäärin noin 470 000 euroa. Todellisuudessa erot ovat kuitenkin suuret. Pienin budjetti yksittäiselle hankkeelle on 8000 euroa ja suurin 4 376 251 euroa. Pienin rahallinen panostus on *Romanit liikkeelle terveelliseen elämään* -hankkeella, jonka tavoitteena on romaniväestön terveyttä edistävän liikunnan kehittäminen. Suurin rahoituksen määrä puolestaan on *Hyvinvointia Huhtasuolle* -hankkeella, jonka tavoitteena on luoda mahdollisuuksia ja toimintamalleja asukkaiden omatoimiselle ja itsenäiselle hyvinvointia edistävälle toiminnalle. Hankkeen puitteissa rakennetaan Huhtasuolle senioripuisto, koirapuisto, laavu ja esteetön kulku, ympärivuotinen uintimahdollisuus Kaakkolammen rantaan, crossfit-laitteet Kangaslammen toimintapuistoon sekä frisbeegolfrata. Periaatteessa hankkeet ovat siis aikalailla samantapaisia. Toisessa kehittämisestä hyötyy tietty väestöryhmä, kun taas toisessa tietyn alueen asukkaat. Molemmat hankkeet ovat selvästi wellbeing -hyvinvointia ja terveyttä edistäviä

hankkeita. Jos hankkeiden keskiwertobudjetti lasketaan ilman pienintä ja suurinta budjettia, keskiarvo taloudellisille resursseille hanketta kohti on enää noin 300 000 euroa.

Arnkilin (2007, 61) huoli siitä, että EU:n asettamat tavoitteet kääntyisivät itseään vastaan, koska samat tavoitteet toistuvat projektien rahoitushakemuksissa, vaikuttaisi melko turhalta Keski-Suomessa, koska merkittävät rahoittajat löytyvät paikalliselta tasolta useammin kuin EU:sta. Vaikuttaisi siltä, että paikallisesti rahoitettavien hankkeiden tavoitteet nousevat nimenomaan alueellisista tarpeista. Näiden hankkeiden tavoitteissa toistuvat paikallisten asukkaiden hyvinvointia parantavat pyrkimykset. Alueen ulkopuolelta rahoitus näyttäisi tulevan valtakunnallisille hankkeille sekä tiettyjen vähemmistöryhmien asemaa vahvistaville hankkeille.

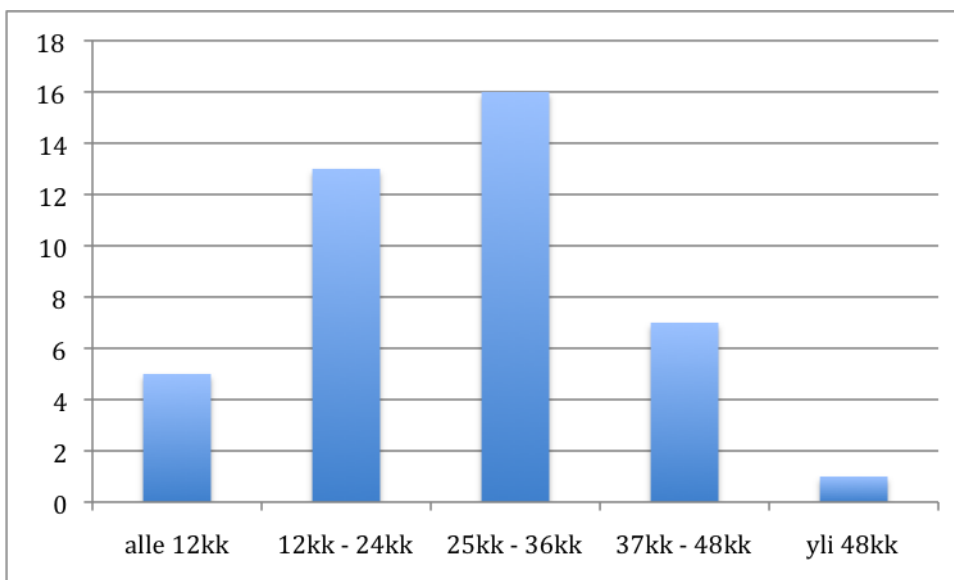
4.2 Kehittämisen henkilöstöresurssit

Taloudellisten resurssien lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen käytetään työntekijäresursseja. Hankkeeseen palkattu henkilömäärä – kysymykseen vastattiin yhteensä 24 kyselylomakkeessa. Neljässä näistä vastauksista kerrottiin, ettei hankkeeseen ole palkattu henkilöstöä. Yhdeksätoista hankkeen osalta tieto palkatusta henkilöstöstä jäi saamatta. Tällä perusteella voidaan todeta, että ainakin noin 48 henkilöä työskentelee tällä hetkellä Keski-Suomessa palkattuna sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeeseen kehittämistehtäviin. Tämä tarkoittaa, että keskimäärin jokaista hanketta kohden työskentelee yksi hankkeeseen palkattu työntekijä. Todellisuudessa erot ovat kuitenkin tässäkin tapauksessa suuret. On hankkeita, joihin ei ole palkattu henkilöstöä ollenkaan ja toisaalta hankkeita, joissa työskentelee 5-7 palkattua työntekijää. Hankkeen kokonaisbudjetti on luonnollisesti samassa suhteessa palkattuun henkilöstöön. Mitä suurempi budjetti, sitä enemmän palkattuja työntekijöitä ja vastaavasti mitä pienempi budjetti, sitä varmemmin kehittämistä tehdään oman työn ohessa.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on suuri työllistäjä. Kun otetaan huomioon, että kyse on koko maakunnan kehittämistyöstä, julkisen sektorin kehittämishenkilöstön lukumäärä ei ole ainakaan näiden tulosten perusteella kovinkaan suuri. Ehkä pikku hiljaa ollaan tultu siihen, että kehittäminen on alettu nähdä osana perustyötä. Tämän perusteella voidaan varovasti päätellä, että Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa organisaatiokulttuurit voivat olla otollisia innovaatioille ja muutoksille.

4.3 Kehittämiseen käytetty aika

Taloudellisten ja työntekijäresurssien lisäksi suurta eroavuutta hankkeiden kesken on myös niiden kestossa. Alle kolmen vuoden hankkeet ovat kuitenkin selvässä enemmistössä. Keski-Suomen kehittämishankkeista lyhin hanke kestää vain viisi kuukautta, kun taas pisimmän kesto on kahdeksan vuotta. Luonteeltaan nämä hankkeet ovat hyvin erilaisia. Lyhin hanke on hyvin spesifi paikallinen pienen kunnan liikennejärjestelyjen uudelleen järjestämiseen tähtäävä hanke. Pisin hanke puolestaan tähtää koko alueellisen erikoissairaanhoidon uudelleen järjestelemiseen alusta alkaen (Uusi sairaala). Neljänkymmenen kahden vastauksen perusteella voidaan luotettavasti sanoa, että Keski-Suomessa meneillään olevien hankkeiden keskimääräinen kesto on kaksi ja puoli vuotta. Jos laskuista jätetään pois kestoltaan lyhin ja pisin hanke tasapainon saavuttamiseksi, keskimääräinen hankkeen kesto olisi tällöin kaksi vuotta ja kolme kuukautta.



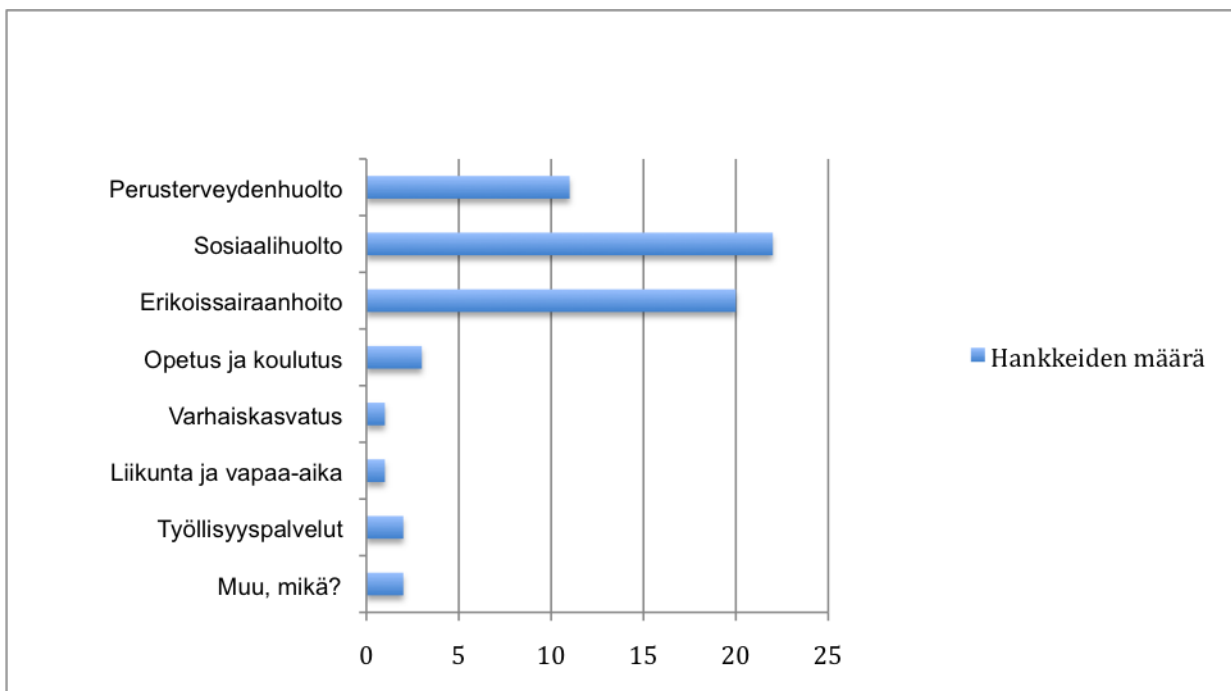
Kaavio 1. Hankkeiden kesto kuukausissa.

Uusien käytäntöjen juurruttamisen näkökulmasta alle kolmen vuoden hankkeiden suuri määrä ja hankkeiden keskimääräinen reilun kahden vuoden kesto vaikuttaa ongelmalliselta. Karjalaisen ja Seppänen-Järvelän (2007, 3) kuvaamien kehittämiselle ominaisten kokeilemisen, kypsyttelämisen ja aina parempien toimintatapojen hakeminen vie oman aikansa samoin kuin käytännön asioiden kuten hankkeen organisoiminen ja toiminnan alkuun laittaminenkin. Tuloksia ei välttämättä ole tuossa ajassa nähtävissä, koska kehittäminen on hidaskäyttöinen ja aikaavievä prosessi. Jos kehittämistyötä tehdään oman työn ohella, siihen tarvittaisiin nimenomaan aikaa. Taipale & Hämäläinen (2007, 47) ovat todenneet, että innovaatio- ja kehittämistoimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa varjostaa se,

että palvelujärjestelmä ja työntekijät ovat työssään kuormitettuja. Aikaa kehittämiseen ja luovuudelle on vaikea löytää kiireen keskellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen kohdistunut kritiikki sen vaikuttavuuden eli uusien käytäntöjen juurruttamisen osalta voisi koskettaa tässä suhteessa siis myös Keski-Suomea.

4.4 Ketkä kehittävät?

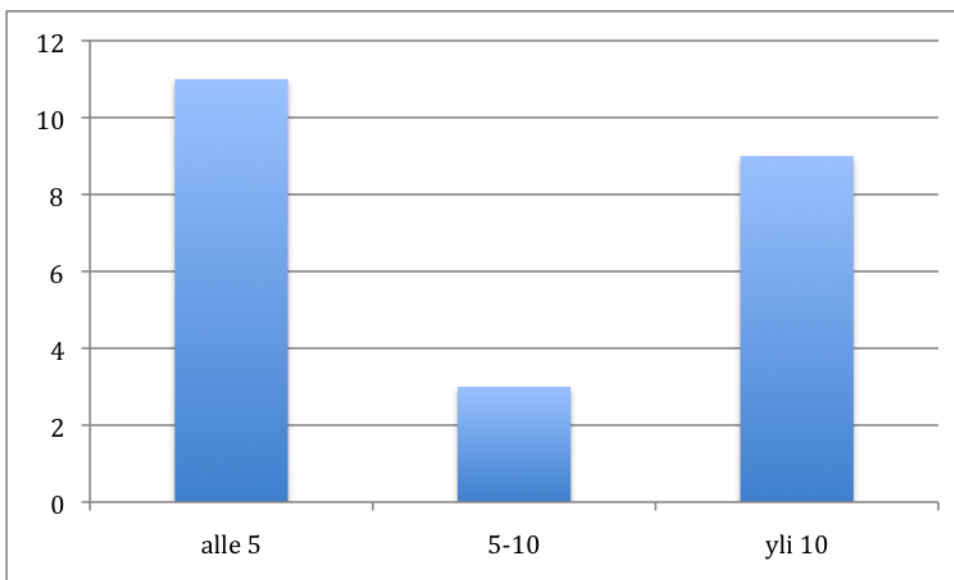
Kehittämishankkeiden toimialat jakaantuvat tasaisesti sekä sosiaalihuoltoon että terveydenhuoltoon. Sosiaalihuollossa omia kehittämishankkeita on meneillään tällä hetkellä neljätoista, erikoissairaanhoidossa kolmetoista ja perusterveydenhuollossa kolme. Sosiaalihuollon, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon yhteisiä hankkeita on meneillään viisi. Lisäksi sosiaalihuollolla on meneillään yksi yhteistyöhanke perusterveydenhuollon kanssa ja kaksi useamman toimialan (opetus ja koulutus, varhaiskasvatus, liikunta ja vapaa-aika sekä työllisyyspalvelut) kanssa yhteistyössä. Erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla on kaksi yhteistä kehittämishanketta. Työllisyyspalveluilla on yksi oma kehittämishanke. Lisäksi Keski-Suomessa on meneillään yksi seurantatutkimus ja yksi poikkihallinnollinen hanke, joka kattaa suurimman osan kaupungin palvelualueita (muu, mikä? – vastaukset). Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminta Keski-Suomessa painottuu siis vahvasti omalle toimialalleen.



Kaavio 2. Hankkeiden toimialat.

4.5 Kenen kanssa kehitetään?

Yhteistyötahot kehittämisessä ovat hyvin monimuotoiset, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen rajoittuukin melko tarkasti omaan toimialaansa. Kysymykseen yhteistyötahoista saatiin yhteensä 29 vastausta. Alla olevasta kaaviosta nähdään, miten yhteistyökumppaneiden määrä hanketta kohden jakaantuu. Prosenttilukuina hankkeista noin 47 % on alle viisi yhteistyötahoa, noin 13 % niitä on viidestä kymmeneen ja noin 39 % yli kymmenen. Neljässä hankkeessa yhteistyökumppaneita oli vain yksi. Nämä hankkeet olivat sisällöltään hyvin rajattuja, yhteen kehitettävään asiaan painottuvia ja yhdestä näkökulmasta lähtöisin olevia hankkeita. Eniten yhteistyötahoja oli hankkeessa, joka on erittäin laaja verkostohanke kattaen yhteistyötahoja niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmanneltakin sektorilta. Kuuden hankkeen kohdalla vastaus yhteistyötahoista oli niin vaikeaselkoinen, että niiden määrää on vaikea arvioida.



Kaavio 3. Yhteistyötahojen määrä hankkeittain.

Yhteistyötahot ovat pääosin paikallisia toimijoita, koska 22 hankkeessa yhteistyökumppanit löytyvät läheltä omasta maakunnasta. Yhteistyötä tehdään selvästi eniten julkisen sektorin kesken ja hieman enemmän kolmannen sektorin kuin yksityisen sektorin kanssa. Jonkin verran yhteistyötä tehdään kaikkien kolmen sektorin kesken. Yritykset yhteistyökumppaneina ovat varsin harvinaisia, vain kolmessa hankkeessa oli selvästi ilmaistu yrityksiä yhteistyötahoina. Nämä hankkeet olivat kaikki pienten kuntien hallinnoimia ja yritykset paikallisia pienyrittäjiä.

Yhteistyötahojen moninaisuudesta johtuen voitaisiin päätellä, että avoin innovaatiomalli on otettu ainakin jossakin määrin käyttöön Keski-Suomessa. Kehittämistä ei siis tehdä vain oman organisaation sisällä, vaan siinä hyödynnetään myös ulkopuolisten tahojen osaamista. Yhteistyötahot kumpuavat hankkeen tavoitteista käsin niin, että asiantuntijuutta haetaan kehittämisen kohteen mukaan. Pohjolan (2014, 22) mukaan kehittämisessä tulisi olla mukana ne, ketä kehittäminen koskee ja aika usein näin Keski-Suomessa onkin. Avointen sosiaalisten innovaatioiden hengessä joissakin hankkeissa on mietitty myös sitä, miten hankkeen tuottama tieto saadaan siirtymään mahdollisimman monelle.

4.6 Mitä kehitetään?

Vaikka kehittämistoiminta painottuukin sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäiseen toimialaan, kehittämisen sisältöalueet ovat moninaiset. Keski-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet vaikuttavat sisältävän useita sisältöalueita. Eniten hankkeita on meneillään riskiryhmien osallisuuteen ja hyvinvointiin liittyen, lasten, nuorten ja perheiden palveluissa sekä ikäihmisten palveluissa. Vaikuttaisi myös siltä, että kehittäminen suuntautuu suurelta osin asiakas/potilastyön käytäntöjen kehittämiseen sekä tietoteknologian, tietojärjestelmien ja tiedonhallinnan kehittämiseen. Työterveyshuoltoon, ympäristöterveydenhuoltoon ja työhyvinvointiin liittyen kehittämistoimintaa ei tällä hetkellä Keski-Suomessa ole. Lisäksi päihdepalveluiden kehittämistä tapahtuu ainoastaan osana Keski-Suomen sote2020 – hanketta, joka kattaa suurimman osan kyselylomakkeen keskeisistä sisältöalueista. Sisältöalueita, joita ei kyselylomaketta laadittaessa osattu odottaa, ovat mm. liikennejärjestelyt ja rakentaminen. (ks. LIITE 2)

Sosiaalihuollon omat kehittämishankkeet painottuvat sen ytimeen eli lasten, nuorten ja perheiden palveluihin, riskiryhmien osallisuuteen ja hyvinvointiin sekä ikäihmisten palveluihin. Riskiryhmissä suuri osuus on nimenomaan maahanmuuttajilla ja romaneilla. Terveysthuollossa sisältöalueet jakaantuvat tasaisemmin eri sisältöalueille, mutta nimenomaan sosiaalihuollossa painottuvat sisältöalueet jäävät vähälle.

4.7 Kehittämisen näkökulmat

Kehittämistyön sisältöjä ja tavoitteita voidaan Stenvallin ja Virtasen (2012, 98) mukaan tarkastella monesta erilaisesta ja toisiaan täydentävästä näkökulmasta. Tutkimuskirjallisuudessa on usein

korostettu asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien näkökulmaa, mutta kehittämistoimintaa voi tulkita myös sekä työntekijöiden että palvelujärjestelmän systeemin näkökulmista. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis- ja innovaatiotoiminnan tarkastelussa hyödynnetäänkin tässä tutkielmassa Stenvallin ja Virtasen innoittamana kolmitahoista luokittelua toiminnan järjestelmälähtöisyyteen, asiakaslähtöisyyteen ja työntekijälähtöisyyteen.

Stenvallin & Virtasen (2012, 124) mukaan järjestelmälähtöisyyden ydin on toiminnan kehittäminen palveluista lähtien. Järjestelmälähtöisyyden näkökulmasta palveluita tarkastellaan kokonaisuuden kannalta. Jos kehitetään yhtä järjestelmän kokonaisuutta, se vaikuttaa myös muihin järjestelmän osiin. Tavoitteena järjestelmälähtöisyydessä on hallittavuus ja systemaattisuus palveluiden tuottamisessa (Stenvall & Virtanen 2012, 138-139.)

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan asemaa kehittämistoiminnassa. Innovaatioilla on tarkoitus vastata kuluttajien, asiakkaiden ja palveluiden käyttäjien muuttuviin tarpeisiin. Asiakaslähtöinen kehittäminen vaatii sitä, että asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien tilanne ja tarpeet on oltava tiedossa. Parhaiten tämä tieto saadaan osallistamalla asiakkaat mukaan kehittämistoimintaan (Stenvall & Virtanen 2012, 100-101.)

Työntekijälähtöisyys kehittämistoiminnassa voi tarkoittaa joko työntekijöitä kehittämisen kohteina tai mahdollisuutena. Työntekijöiden ollessa kehittämisen kohteina kehittämisellä pyritään vaikuttamaan työntekijöiden toimintaan. Työntekijät kehittämisen mahdollisuutena pohjautuu ajatukseen, että työntekijät ovat avainasemassa kehittämistarpeiden osalta. Työntekijät ovat myös asiantuntijoita asiakkaiden ja palveluiden käyttäjien tilanteesta (Stenvall & Virtanen 2012, 191.) Stenvallin & Virtasen (2012, 234) mukaan työntekijälähtöisen kehittämisen tavoite on osaamisen varmistaminen ja työhyvinvoinnin turvaaminen. Kovan tarkkarajaista luokittelua näihin kolmeen luokkaan on kehittämishankkeista vaikea tehdä. Hankkeet ovat usein monisyisiä ja tavoitteet sisältävät useita elementtejä. Tästä syystä järjestelmä-, asiakas- ja työntekijälähtöisyyden lisäksi oli otettava luokitteluun neljäs luokka eli moninäkökulmainen kehittäminen. Siihen luokiteltiin hankkeet, joiden katsottiin sisältävän sekä järjestelmälähtöistä, asiakaslähtöistä että työntekijälähtöistä kehittämistä tai näiden erilaisia yhdistelmiä.

4.7.1 Järjestelmälähtöistä kehittämistä

Selkeästi järjestelmälähtöisiä hankkeita aineistosta voidaan löytää neljätoista. Järjestelmälähtöiset hankkeet ovat aineistossa sekä kansainvälisiä että kansallisia suuria hankkeita ja pieniä paikallisia hankkeita. Esimerkiksi kansainvälisen *LERI* – hankkeen (*local engagement for Roman inclusion*) tavoite on tarkastella paikallistasolla sitä, mitkä toimenpiteet toimivat ja toisaalta mitkä eivät toimi romanien integraatiossa. Hanke tukee kuntia auttamalla niitä suunnittelemaan ja toteuttamaan toimintoja, jotka ovat tehokkaampia ja kestävämpiä romanien integraatiossa. Hankkeen tavoitteena on lisäksi testata ja kehittää mittareita inklusion mittaamiseen paikallistasolla. *LERI* – hanke on siis paikallista kehittämistyötä tukeva hanke ja samalla osallistavaa toimintatutkimusta. Hanke toteutetaan 11 Euroopan maassa ja 22 kaupungissa. Suomesta hankkeessa on Jyväskylän lisäksi Helsinki.

Keski-Suomen sote2020 on esimerkki suuresta järjestelmälähtöisestä paikallisesta hankkeesta. Hankkeen tavoitteena on turvata Keski-Suomen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelut rakentamalla asukas- ja asiakaslähtöinen tuotantorakenne ja toimintamalli. Hanketta hallinnoi Jyväskylän kaupunki ja siinä ovat mukana kaikki Keski-Suomen sairaanhoitopiirin jäsenkunnat. Hankkeen sisältöalueet kattavat kaikki maakunnan julkisen sektorin palvelualueet. Sote-uudistukseen liittyy myös *Sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden parhaiden hoito- ja hoivakäytäntöjen tunnistaminen alueellisen tunnuslukujärjestelmän avulla* – hanke. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tausta-aineistoa sote-uudistukseen ja kehittää alueellinen tunnusluku- ja vertailujärjestelmä. Tavoitteena on verrata kansallisesti ja kansainvälisesti alueellisten sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintaa parhaiden ja kustannustehokkaiden käytäntöjen löytämiseksi, työprosessien optimoimiseksi sekä rakennusten mitoituksen hallitsemiseksi.

Uusi sairaala -hankkeen avulla Keski-Suomeen rakennetaan uusi sairaala, joka valmistuu vuonna 2020. Hankkeen tavoitteena on uuden toimintamallin ja toimintaprosessien kehittäminen sekä uutta prosessijohtamista ja uutta toimintatapaa palveleva ICT-järjestelmä. Hankkeen tavoitteena on parantaa terveydenhuollon tehokkuutta ja integroida perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä osin sosiaalityön palveluita. Kehittämistä tehdään potilaan parhaaksi, joten hankkeessa on myös asiakaslähtöisen kehittämisen elementtejä.

Uusi sairaala -hankkeen alle suunnitellaan uusia hankkeita uuden sairaalan toimintamalleihin liittyen. Tällainen on meneillään tällä hetkellä mm. Keski-Suomen SOTE 2020 -hankkeen kanssa

yhteistyössä. Hankkeen nimi on *Kuntoutusohjauksen kehittäminen terveydenhuollon erityispalveluna* ja sen tavoitteena on selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin kuntoutusohjauksen nykytilanne. Lisäksi tavoitteena on kehittää kuntoutusohjausta uuden sairaalan toimintamallin mukaiseksi ja rakentaa yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa.

Näiden hankkeiden lisäksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä on meneillään ainakin kolme erikoissairaanhoidon eri toimialoille sijoittuvaa järjestelmälähtöistä kehittämishanketta, joissa kaikissa keskeinen sisältöalue on tietoteknologia, tietojärjestelmät ja tiedonhallinta (*arkistonmuodostussuunnitelman laatiminen ja käyttöönotto, terveydenhuollon kansallinen laadun seurannan järjestelmä, erikoissairaanhoidon aineiston visualisointi*). Lisäksi Ksshp:llä on meneillään yksi seurantatutkimus, jonka tavoitteena on selvittää millaiset vaikutukset ns. ABC-tutkimuksella (kustannusten synty valittujen terveystilanteiden A odotusajan, B terveystilanteen ja C toipilasajan osalta) on ollut; onko tarkasteltava tilanne muuttunut ja minne muutokset kohdistuvat sekä kuinka suuria ne ovat. Järjestelmälähtöistä kehittämistä on meneillään myös hankkeessa, jossa erikoissairaanhoidon ja sairaala-apteekin lääkehoidossa on annosjakelukokeilu sekä potilaan lääkehoidon arviointiprosessia kehitetään.

Maakunnallista järjestelmälähtöistä kehittämistyötä edustaa *Vammaisten ja ikäihmisten perhehoidon maakunnallinen koordinointi* -hanke, jossa mukana ovat lähes kaikki Keski-Suomen kunnat. Pienten kuntien paikalliset hankkeet kuten *Keuruun työkanava* -kuntakokeiluhanke ja Joutsan *liikenteen suunnitteluhanke*, ovat myös järjestelmälähtöistä kehittämistä. Keuruulla hankkeen tavoitteena on vähentää pitkäaikaistyöttömyyttä rakentamalla alueelle kattavampi ja suorituskykyisempi työllisyydenhoidon rakenne. Tavoitteena on aikaansaada toimiva monialainen yhteispalvelu. Joutsassa kehittämistyöllä tavoitellaan uusia kuljetusreittejä ja aikatauluja sekä järjestelmää, jonka avulla kunnan sisällä tapahtuvat kuljetukset toimisivat niin, että useampi asiakaskunta voisi käyttää samoja kyytejä.

Lasten ja perheiden palveluiden sisältöalueella on meneillään yksi järjestelmälähtöinen kehittämishanke, *Lastensuojelun lapsiperheiden avokuntoutuksen kehittämishanke*. Hankkeen tavoitteena on rakentaa selkeä strukturoitu malli, joka tarjoaa lastensuojelun asiakkaalle laituskuntoutuksen vaihtoehdon. Laituskuntoutuksesta on tarkoitus tehdä sijoitusta ehkäisevä avoimuuden tukitoimi.

4.7.2 Asiakaslähtöistä kehittämistä

Asiakaslähtöisiksi luokiteltavia kehittämishankkeita on Keski-Suomessa meneillään seitsemän. Sisällöltään asiakaslähtöinen kehittäminen on vahvasti yhteydessä riskiryhmien osallisuuteen ja hyvinvointiin. Riskiryhmiä kehittämisen sisällöissä edustavat romaniväestö, asunnottomat, maahanmuuttajat ja ikäihmiset. Romaniväestön tarpeisiin vastaavia asiakaslähtöisiä hankkeita on meneillään kaksi. *Rainer* – hankkeen toimenpiteillä edistetään keskisuomalaisten romanien koulutustason paranemista ja etenemistä kohti työelämää. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen on tarkoitus kytkeä hankkeessa romaniasiat sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan yhdeksi erityistehtäväksi. Romanien kouluttautumisen tukemisen lisäksi Keski-Suomessa on meneillään romanien terveyttä edistävän liikunnan kehittäminen *Romanit liikkeelle terveelliseen elämään* -hankkeen puitteissa.

Kolmas vähemmistöjen aseman parantamiseen tähtäävä hanke on *Yhteisöstä voimaa* -hanke, jonka tavoitteena on tukea pakolaisperheitä arjessa ja vanhemmuudessa sekä ennaltaehkäistä perheissä ongelmien kasautumista. Hankkeessa kehitetään vanhemmuuteen vertaistukea ja vahvistetaan luottamusta viranomaisiin ja palvelujärjestelmään. Hankkeen tarkoitus on kehittää haavoittuvassa asemassa olevien ja traumatisoituneiden pakolaisten kotoutumiseen ja erityistarpeiden tunnistamiseen tukimuotoja kuten vertaistukitoimintaa ja tukiperhetoimintaa.

Asiakaslähtöistä kehittämistä toteutetaan myös asunnottomien tilanteen parantamiseksi. Pitkäaikaisasunnottomien sekä vaikeasti asutettavien päihde- ja mielenterveysongelmaisten asunnottomuutta pyritään ehkäisemään ja vähentämään *Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa eli PAAVO*-hankkeessa. Tavoitteena on näiden riskiryhmien asumisen turvaaminen ja kuntoutuminen itsenäiseen asumiseen ja työelämään. *Asumisneuvojaprojektissa* on samankaltaiset tavoitteet eli asunnottomuuden ja häätöjen ehkäisy. Hankkeen ansiosta asumisneuvojan tehtävä on vakinaistettu 1.6.2015 alkaen.

Ikäihmisten osallisuutta pyritään kehittämään ennaltaehkäisevään toimintaan tähtäävän *Mielekäs arki – osallistuva ikäihminen* -hankkeen avulla. Hankkeen tavoitteena on osallistaa yli 60-vuotiaat laukaalaiset heille suunnattuihin liikunta-, kulttuuri- ja muihin ryhmiin sekä tarjota esimerkiksi asiantuntijaluentoja ja yhteisöverkkosovellusten käyttömahdollisuuksia.

Kinnulassa kehittämiskohteena on koko aikuisikäinen väestö, jonka tarpeisiin pyritään vastaamaan *Kevyesti kuntoon Kinnulassa* -hankkeen avulla. Hankkeeseen osallistuvat (ilmoittautumismenettely) saavat henkilökohtaista ja ryhmäohjausta elämäntapoihin sekä painonhallintaan liittyvää tukea ja seurantaa. Hankkeen keskeinen sisältöalue on terveyden edistäminen.

Puhtaasti jonkun asiakasryhmän tai palvelujenkäyttäjryhmän tarpeiden pohjalta lähtevää asiakaslähtöistä kehittämistä näyttäisi Keski-Suomessa olevan suhteellisen vähän.

Asiakaslähtöisyyttä luokitelluperusteena on myös yllättävän vaikeaa rajata. Monet kehittämishankkeista sisältävät asiakaslähtöisyyden elementtejä, mutta myös toisista lähtökohdista kumpuavat tavoitteet ovat tärkeitä.

4.7.3 Työntekijälähtöistä kehittämistä

Työntekijälähtöisen kehittämisen tavoitteena on kasvattaa työntekijöiden ammattitaitoa. Keski-Suomen kehittämishankkeista oli luokiteltavissa kaksitoista kehittämishanketta, jotka ovat näkökulmaltaan työntekijälähtöistä kehittämistä. Asiakas- ja potilastyön käytäntöjä kehitetään tällä hetkellä eniten terveydenhuollon hankkeissa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tällaisia hankkeita ovat *Mikrobilääkehoito kuntoon Keski-Suomen keskussairaalaassa*, *Potilaslähtöisen hoitotyön toimintamallin kehittäminen vuodeosastolla*, *Syöpädiagnostiikan kehittäminen -jatkohanke 2015*, *Intensiivisen avohoidon kehittäminen lastenpsykiatriassa* sekä *Hoitoketjut*-hanke. Johtamisen kehittämiseen liittyy kaksi hanketta, joista toinen on kansainvälinen vertailuhanke *Advisory board international* ja toinen *Johtamisen tuki 2016* -hanke. Saarikassa puolestaan henkilöstöosaamista kehitetään *Kuntoutusyksikön henkilöstön koulutus ja toiminta* kehittämishankkeessa.

Sisältöalueiltaan tutkimukseen ja arviointiin kohdistuvat hankkeet voidaan myös katsoa työntekijälähtöiseksi kehittämiseksi ainakin siinä suhteessa, että ne tuottavat tietoa työntekijöiden käyttöön ja ammattitaidon kehittämiseen. Tällaisia hankkeita Keski-Suomessa on kolme. *Vaikuttavuuden arviointi 15D elämänlaatumittarilla* -hankkeen keskeinen tavoite on selvittää, miten annetut hoidot vaikuttavat potilaiden elämänlaatuun. Lisäksi tutkimustietoa antaa *Suurkuluttaja-analyysi ja merkittävimpien potilasryhmien analysointi* -hanke, jonka tavoitteena on monikanavarahoituksen kuvaamisen ohella simuloida hoito- ja palveluprosesseja. Molemmat hankkeet ovat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallinnoimia hankkeita. *ROMKO – Romanian koulutustason nostaminen* -hankkeen tehtävä on puolestaan tuottaa kehittäjille tietoa romanien kouluttautumisen esteistä ja tuen tarpeista jo edellä mainittua *RAINER*-hanketta varten

(esiselvityshanke). Hankkeen tarkoitus on myös tarkastella Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen roolia romansioita erityistehtävään hoitavana osaamiskeskuksena.

Sairaalasta kotiutuvien iäkkäiden henkilöiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen -hankkeen keskeiset sisältöalueet ovat sekä asiakas- ja potilastyön kehittäminen että tutkimus ja arviointi. Hankkeen tavoitteena on selvittää akuutin sairastumisen kohdanneiden ikäihmisten päivittäistä fyysistä aktiivisuutta ja sen yhteyttä liikkumiskyvyn palautumiseen, elinpiirin laajuuteen ja kotona selviytymiseen.

4.7.4 Moninäkökulmaista kehittämistä

Kehittämistyötä voidaan luonnollisesti tehdä myös useammasta kuin yhdestä lähtökohdasta käsin. Keski-Suomessa on kehittämishankkeita, joissa kaikkia kolmea, järjestelmä-, asiakas- ja työntekijälähtöistä kehittämistä, yhdistellään eri tavoin. Suunterveydenhuollossa on meneillään järjestelmälähtöinen kehittämishanke *TerveSuu*, jonka tavoitteena on toiminnan tehostaminen ja jonojen lyhentäminen. Asiakaslähtöisyys hankkeessa tulee uuden toimintamallin myötä, jossa suun hoitaminen on tarkoitus saada kuntoon kokonaisuudessaan samalla käyntikerralla. Toimintatavalla pyritään potilaan toistuvien käyntimäärien vähentämiseen. Tämä on potilaan kannalta hyvä ja järjestelmän kannalta tehokas ratkaisu.

Palvelurakennetta kehitetään asiakaslähtöisesti myös hankkeessa *Kokemusasiantuntijuus palveluissa – asiakaslähtöisen omahoidon ohjausmallit kansansairauksien ehkäisyssä*. Hankkeen tavoitteena on parantaa kansalaisten omahoidon onnistumista eri sairauksissa ja niiden ehkäisyssä hyödyntämällä kokemusasiantuntijoita ja vapaaehtoisia vertaisia toiminnassaan.

Kokemusasiantuntijat ovat keskeisessä roolissa kehittämistyön suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tavoitteena on lisäksi juurruttaa kokemusasiantuntijuus palvelujärjestelmään ja tutkia toiminnan vaikutuksia. Hankkeessa tehtävä kehittämistyö on asiakaslähtöistä erityisesti siitä syystä, että siinä hyödynnetään asiakkaiden ja palveluiden käyttäjien kokemuksia uudistamisen suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Samankaltaista asiakaslähtöisyyttä on nähtävissä *Hyvinvointia Huhtasuolle* -hankkeessa, jossa konkreettiset kehittämisideat hankkeelle on saatu alueella järjestetyltä kansalaisraadilta. Hanke on laaja verkostohanke, jonka toiminta-ajatuksena on kokeilukulttuuri. Hankkeen tavoitteena on luoda uusia mahdollisuuksia ja toimintamalleja asukkaiden omatoimiselle ja itsenäiselle hyvinvointia

edistävälle toiminnalle. Tarkoituksena on siis alueen asukkaiden osallisuuden ja oman vastuullisuuden vahvistaminen sekä segregaaation ehkäiseminen uusien toimintamallien sekä tilojen suunnittelun ja rakentamisen avulla.

Sosiaalisen kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämishanke (SOSKU) on järjestelmälähtöinen hanke, koska siinä kehitetään sosiaalisen kuntoutuksen toimintamalleja asiakaslähtöisemmiksi. Samalla on tavoitteena parantaa sosiaalisen kuntoutuksen osaamista ja tuottaa tutkimustietoa aiheesta, joten hankkeen kehittämistoiminta on myös työntekijälähtöistä. *SOSKU*-hankkeet on meneillään sekä Jyväskylän kaupungilla että Laukaassa.

Asiakas- ja työntekijälähtöisyyttä yhdistetään *Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistäminen eli MAUSTE*-hankkeen kehittämistyössä. Hankkeen tavoitteena on fertiili-ikäisten maahanmuuttajien seksuaaliterveyspalveluiden käytön edistäminen ja parisuhteeseen, vanhemmuuteen sekä turvataitoihin liittyvien taitojen edistäminen. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa siis maahanmuuttajien tarpeisiin vastaamista, kun taas työntekijälähtöisyys tulee esiin hankkeen toisessa tavoitteessa, joka on ammattilaisten monikulttuurisen seksuaaliterveyden osaamisen vahvistaminen.

Lisäksi Keski-Suomessa on kolme hanketta, joissa kehittämistyötä tehdään kaikista kolmesta näkökulmasta käsin. *Alueellinen perhekeskusverkosto ja perhekompassi* -hankkeen tavoitteena on lisätä yhteistyötä lapsiperheitä tukevien palveluiden ja toimintojen välillä sekä vahvistaa asiakkaiden vertaistukea ja kohtaamismahdollisuuksia. Hankkeessa kehitetään verkkovälitteistä perhekompassia, joka kokoaa yhteen julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin lapsiperhepalvelut. Perhekompassin on tarkoitus tukea sekä asukkaalle että työntekijöille suunnattua tiedottamista ja palveluohjausta. Perhekompassi on siis järjestelmä, joka kehitetään sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta käsin. *Kehitytään kimpassa* -hanke kertoo jo nimensä puolesta, että näkökulma on sekä asiakas- että työntekijälähtöinen. Lisäksi sen voi tulkita järjestelmälähtöiseksi, sillä sen tavoitteena on kehittää kotona asumisen toimintamuotoja. Kehittämisen lähtökohdat ovat ikäihmisten oman äänen kuulumisessa kehittämistyössä ja yhteistyön rakentamisessa julkisen ja kolmannen sektorin sekä yritysten kanssa palveluiden tuottamiseksi. Moninäkökulmaisuuutta kehittämistyössä on myös *SADE – mielenterveystalo-yhteistyöprojektissa*, jonka puitteissa Keski-Suomen alueella otetaan käyttöön virtuaalinen mielenterveystalo. Verkkopalvelu on järjestelmä, jonka tarkoituksena on tarjota mielenterveyteen liittyvää tietoa niin alueen asukkaille kuin terveysalan työntekijöillekin.

4.8 Johtopäätökset

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaa ohjaa selvästi KASTE-ohjelman tavoitteet ja meneillään oleva sote-uudistus. Vaikuttaisi siltä, että terveydenhuollossa kehittämistyö edustaa enemmän tutkivaa kehittämistä sekä työn laadun ja prosessien kehittämistä työntekijälähtöisesti kun taas sosiaalihuollon kehittämistoiminta on enemmän asiakaslähtöistä, asiakkaiden tarpeiden pohjalta nousevaa hyvinvointia ja asiakkaiden elämänlaatua parantavaa toimintaa. Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa uusien ja toimivampien palvelurakenteiden kehittäminen on ajankohtaista Keski-Suomessa. Uusilla tavoilla tuottaa palveluita ja toteuttaa työprosesseja tavoitellaan etua sekä asiakkaille ja palveluiden käyttäjille että itse organisaatioille ja niiden työntekijöille. Kustannustehokkuus on selkeä tavoite myös Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä.

Tutkielman tulokset osoittavat myös pyrkimyksiä luoda sosiaalisia innovaatioita. Useimmin nämä innovaatiot perustuvat tarpeeseen tai mahdollisuuteen. Asiakaslähtöisessä kehittämisessä eri ryhmiin kuuluvien kansalaisten tarpeet ovat kehittämistyön taustalla, työntekijälähtöisessä kehittämisessä on otettu huomioon työntekijöiden tarpeet ja toisaalta uudet mahdollisuudet toimia menestyksekkäämmin ja tehokkaammin työssä. Järjestelmälähtöisessä kehittämisessä uhkat ja tarpeet raamittavat kehittämistyötä, mutta ehkä selvimmin uuden teknologian tuomat mahdollisuudet. Järjestelmälähtöinen kehittäminen korostuu selvästi Keski-Suomessa sote-uudistuksen ja KASTE-ohjelman vaikutuksesta. Etenkin tietoteknologian hyödyntäminen sekä uusien tietojärjestelmien luominen ja tiedonhallinta uusin keinoin näyttäisivät olevan tämän päivän trendejä kehittämisessä. Palveluiden järjestämistä mietitään niiden tehokkuuden ja kustannusten näkökulmasta.

Toisaalta järjestelmiä kehitetään myös kansalaisten hyvinvoinnin näkökulmasta. Tavoitteena on saada aikaan järjestelmiä ja rakenteita, jotka tuottaisivat kansalaisille hyvinvointia. Etenkin yksilötason wellbeing - hyvinvoinnin edistäminen on yleistä Keski-Suomessa. Sen sijaan Toikon (2012) mainitsemasta workfare - hyvinvoinnin edistämisestä ei juuri näy viitteitä. Suomessa haasteena olevat työttömyys ja syrjäytyminen eivät ainakaan tämän tutkielman aineistossa saa julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyöltä tasan jakautuvaa huomiota. Syrjäytymisen ehkäisemiseen eri riskiryhmillä kuten ikäihmisillä, asunnottomilla tai etnisillä vähemmistöillä panostetaan tulosten perusteella selvästi enemmän kuin työttömyyden vähentämiseen. Työllistämiseen liittyvät kehittämishankkeet hallinnoidaan todennäköisesti muilla

kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoilla. Sosiaalisen kestävyuden osatekijöistä aineistossa erottuvat yhteisöllisyys ja osallisuus ja kiinnittyminen yhteiskuntaan tiettyjen riskiryhmien osalta. Työttömien lisäksi esimerkiksi vammaiset riskiryhmänä eivät kehittämisessä juurikaan näydy.

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyöstä on eroteltavissa sekä palveluinnovaatioita, organisaatioinnovaatioita että kommunikaatioinnovaatioita. Esimerkiksi asumisneuvojan tehtävä on palveluinnovaatio, joka on uusi palvelu uudelle kohderyhmälle eli asunnottomille ja häätöuhan alla oleville jyväskyläläisille. Mielenterveyskuntoutujille on kehitteillä uutena palveluna SADE – mielenterveystalo verkkopalvelu (<https://www.mielenterveystalo.fi/>). Keski-Suomessa on meneillään myös monia organisaatioinnovaatioita, joista jälleen mainitsemisen arvoinen on Uusi sairaala -hanke. Sen puitteissa koko sairaalaan organisaatio ja hallinto palveluineen uudistetaan. Uudistuksella tulee olemaan myös välilliset vaikutukset koko maakunnan sote-palvelujärjestelmään, kun sairaalasta tulevaisuudessa kotiudutaan entistä nopeammin ja peruspalveluissa tulee olla hoitovalmius varsin vaativaankin hoitoon kotona tai esimerkiksi palveluasumisessa. Sama hanke on esimerkki myös kommunikaatioinnovaatiosta, koska uudistamiseen liittyy uuden ICT-järjestelmän kehittäminen palvelemaan uutta toimintatapaa.

5 POHDINTA

Tutkielmassani olen selvittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä Keski-Suomessa tällä hetkellä meneillään olevien kehittämishankkeiden avulla. Keski-Suomessa on meneillään ainakin 41 erilaista julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon omaa tai sen kanssa yhteistyössä toteutettavaa kehittämishanketta. Kehittämisen huomattiin olevan selvästi vilkkaampaa maakuntakeskuksessa kuin sen laitamilla. Noin 73 prosenttia kehittämishankkeiden hallinnoijista on paikallisia eli Keski-Suomen alueelta. Hankkeita rahoitetaan kansainvälisesti (n. 17 %), valtakunnallisesti (n. 41 %) sekä paikallisesti (n. 41 %). Suurin rahoittaja on selkeästi Jyväskylän kaupunki. Rahaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä on alueella tällä hetkellä ainakin noin 10,4 miljoonaa euroa, josta kaupungin osuus on noin 4,7 miljoonaa euroa. Toiseksi suurin rahoittaja on Keski-Suomen sairaanhoitopiiri noin miljoonalla eurolla. Lisäksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kunnat ovat mukana rahoittamassa Uusi Sairaala - hanketta, joka kokonaiskustannuksiltaan on noin 420 miljoonaa euroa.

Tällä hetkellä noin 48 henkilöä työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeissa Keski-Suomessa. Työntekijöitä on siis keskimäärin yksi hanketta kohden. Työ on projektiluontoista, koska keskimääräinen hankkeen kesto on noin 2 vuotta ja 3 kuukautta.

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen panostamiseen liittyvät tulokset ovat vain suuntaa-antavia. Aineisto muodostui siihen liittyvien tietojen osalta hyvin vajaaksi ja vaikeaselkoiseksi. Kysymyksiin vastaamatta jättäminen voi johtua siitä, ettei kyselylomake tavoittanut oikeaa henkilöä vastaamaan, vastaajan intresseissä ei ollut asian selvittäminen tai tietoa ei ollut saatavilla. Jollakin tasolla tämä osuus aineistosta tuo mieleen sen hallitsemattoman ja koordinoimattoman kuvan, joka kehittämisestä usein on annettu projekteja ja hankkeita arvioitaessa. Haaki (2010, 32) on todennut, että jos kehittämistoimintaa strukturoidaan, pilkotaan ja vaiheistetaan liikaa, sen perusluonne kärsii. Tavoitteellisen kehittämisen edellytys on, että hallitaan toiminnan kokonaiskuva. Haakin (2010, 32) mukaan viestintä on kaiken a ja o, sitä tarvitaan niin kehittämisestä tiedottamisessa kuin sen toteuttamisessakin. Juuri hyvällä viestinnällä vähennetään sekavuutta ja luodaan kokonaisuutta. Näin ollen voisi ajatella, että hankevastaavalla tulisi olla kaikki tarvittava tieto hankkeesta tai ainakin pääsy siihen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen toimialat ja sisältöalueet ovat tutkielman tuottamaa luotettavinta tietoa. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittäminen tapahtuu suurelta osin sen oman toimialan kesken. Yhteistyötä kehittämisessä tehdään sosiaalihuollon ja terveydenhuollonkin välillä vielä aika pienessä mittakaavassa. Kuntien välistä yhteistyötä sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa on kuitenkin nähtävissä paljon.

Kun verrataan tämän hetkistä tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä Keski-Suomessa Sosiaalikehitys Oy:n (Kaakinen ym. 2007) tekemän arvioinnin tuloksiin, voidaan nähdä useita yhtymäkohtia. Kehittämisen sisällöt ovat kutakuinkin samat kuin noin kymmenen vuotta sitten valtakunnallisella tasolla. Lasten ja perheiden palvelut sekä ikäihmisten palvelut painottuvat myös tämän tutkielman aineistossa. Uutena sinne on ilmaantunut riskiryhmien osallisuus ja hyvinvointi, mutta edelleen samojen riskiryhmien palvelut, vammais- ja päihdepalvelut, loistavat poissaolollaan.

Myös Keski-Suomessa Jyväskylä ja sairaanhoitopiiri ovat aktiivisimmat kehittäjät ja yhteistyötä kehittämisessä tehdään eniten alueellisella tasolla. Kehittämishankkeet ovat edelleen tavoitteisiin nähden lyhytkestoisia ja vahvasti hallinnoituja. Arvioinnin pohjalta Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä onnistumisen ehdot kuitenkin täyttyvät melko hyvin. Hankkeet vaikuttavat saavansa aloitteen käytännöstä havaittujen kehittämistarpeiden pohjalta ja kehittämistyötä tekevät hyvin usein oman kunnan työntekijät oman työnsä ohella.

Tutkielman tulokset antavat taustatietoa tulevan kehittämisrakenteen suunnitteluun. On todennäköistä, että selvityksessä tavoitettiin vain osa maakunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevasta kehittämistyöstä. Suuntaa-antavinakin tulokset jäsentävät kuitenkin kehittämistyön kenttää, jonka laajuudesta ja toimijoista ei ole ollut kokonaiskuvaa. Kehittämistyön päällekkäisyyksien myötä resursseja voi mennä hukkaan, joten tulevaisuuden kannalta on tärkeää tietää, mitä ja miten kehittämistyötä tällä hetkellä tehdään. Nykytilanteesta oppimalla voidaan uudessa maakunnallisessa sote - integroidussa kehittämisrakenteessa mahdollistaa hankkeiden koordinointi ja strateginen toteuttaminen nykyistä pirstaloitunutta kehittämistoimintaa paremmin säilyttäen kuitenkin samalla joustavuus, luovuus ja tila innovaatioille.

LÄHTEET

Alila, A., Gröhn, K., Keso, I. & Volk, R. 2011. Sosiaalisen kestävyyskäsitemalli ja mallintaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita, 2011:1.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.

Arnkil, R. 2007. Hyvien käytäntöjen levittäminen EU:n kehittämissuunnitelmienä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskohtia. Vaajakoski.

Chesbrough, H. & Di Minin, A. 2014. Open Social Innovation. Teoksessa Chesbrough, H., Vanhaverbeke, W. & West, J. (toim.) New Frontiers in Open Innovation. Oxford: Oxford University Press.

Haaki, R. 2010. Kehittämistyön solmukohtia. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Raportteja 28. Jyväskylä: Sovatek.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava.

Hämäläinen H., & Taipale, V. 2007. Kertomuksia sosiaalisista innovaatioista. Helsinki: Stakes.

Kaakinen J., Nieminen J. & Ohtonen J., 2007. Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:12. Helsinki.

Kautto, M & Metso, L. 2008, Sosiaalinen kestävyys – uusi poliittinen horisontti? Yhteiskuntapolitiikka 73, 4, 411-420.

Melkas, T. 2010. Kunnat terveyden edistäjinä- informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa Ståhl T. & Rimpelä, A. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki.

- Mäkelä, T. 2015. Älykäs ja henkilöstölähtöinen sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Tampere.
- Naaranoja, M. & Heikkilä, J. 2015. Osallistuva innovaatioprosessi. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Tampere.
- Pohjola P., Aalto-Kallio, M., Englund, K., Heikkinen H., Koivisto J., Korhonen, S., Lyytikäinen, M., Peränen, N., Pitkänen, N. & Virtanen, K. 2014. Kohti avointa kehittämistä matkaoppaana innokylä! Tampere.
- Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) 2015. Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Tampere.
- Sankelo, M. & Heikkilä, J. 2015. Johtaminen ja osallistuvan innovaatiotoiminnan toteutuminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Tampere.
- Seppänen-Järvelä, R. 2004. Projekti – Kehittämisen kehto vai musta aukko? Yhteiskuntapolitiikka 69, 3, 251-259.
- Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2007. Kehittämistyön risteyskohtia. Vaajakoski.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: AS Pakett.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos. Viitattu 13.5.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. <http://stm.fi/sote-uudistus>. Tulostettu 20.8.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020: Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. Helsinki.

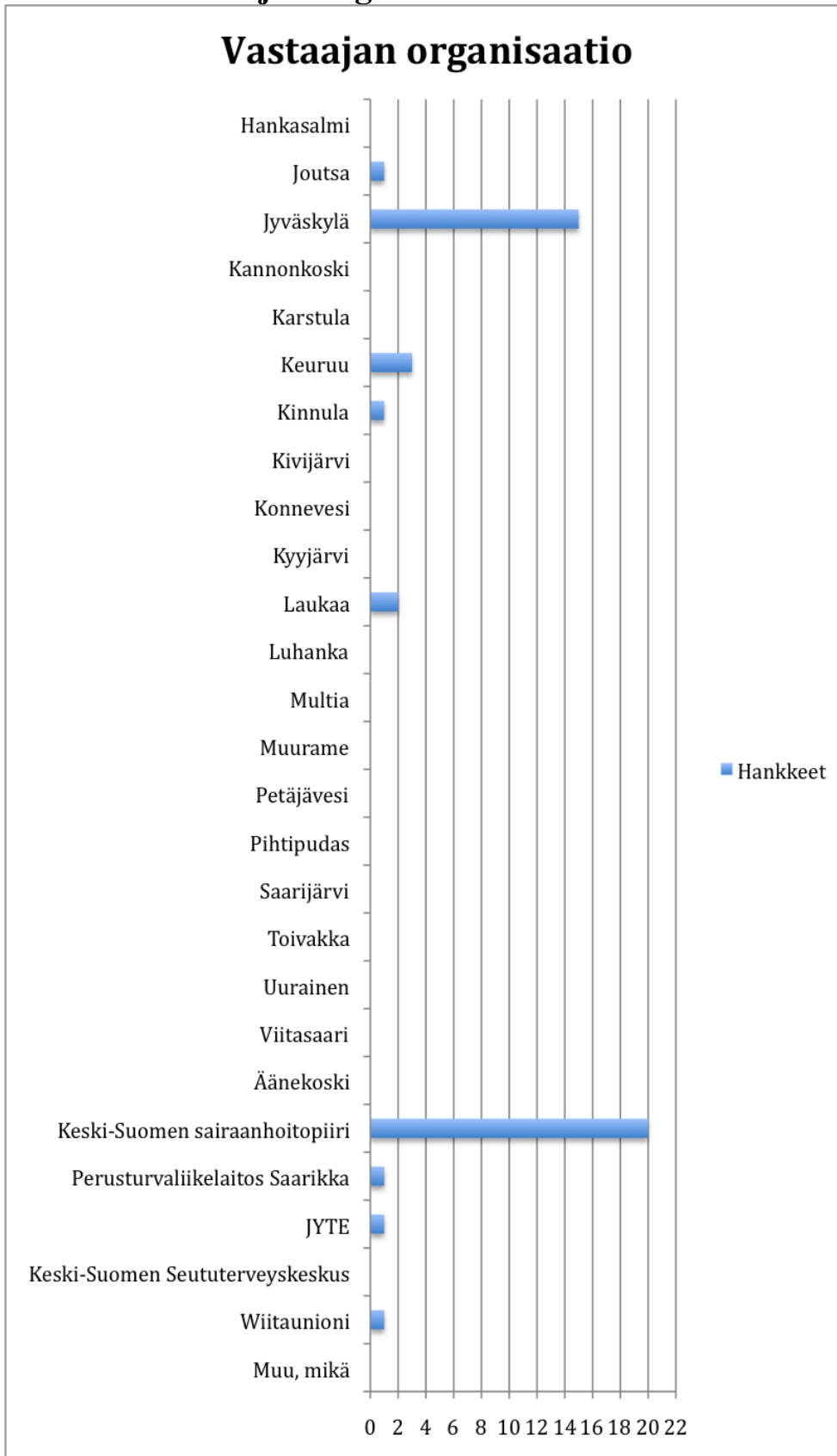
Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere.

Työn ja hyvinvoinnin liitto. 2015. www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/kansainvalinen-yhteistyo/globali-sosiaalipolitiikka. Viitattu 3.7.2015.

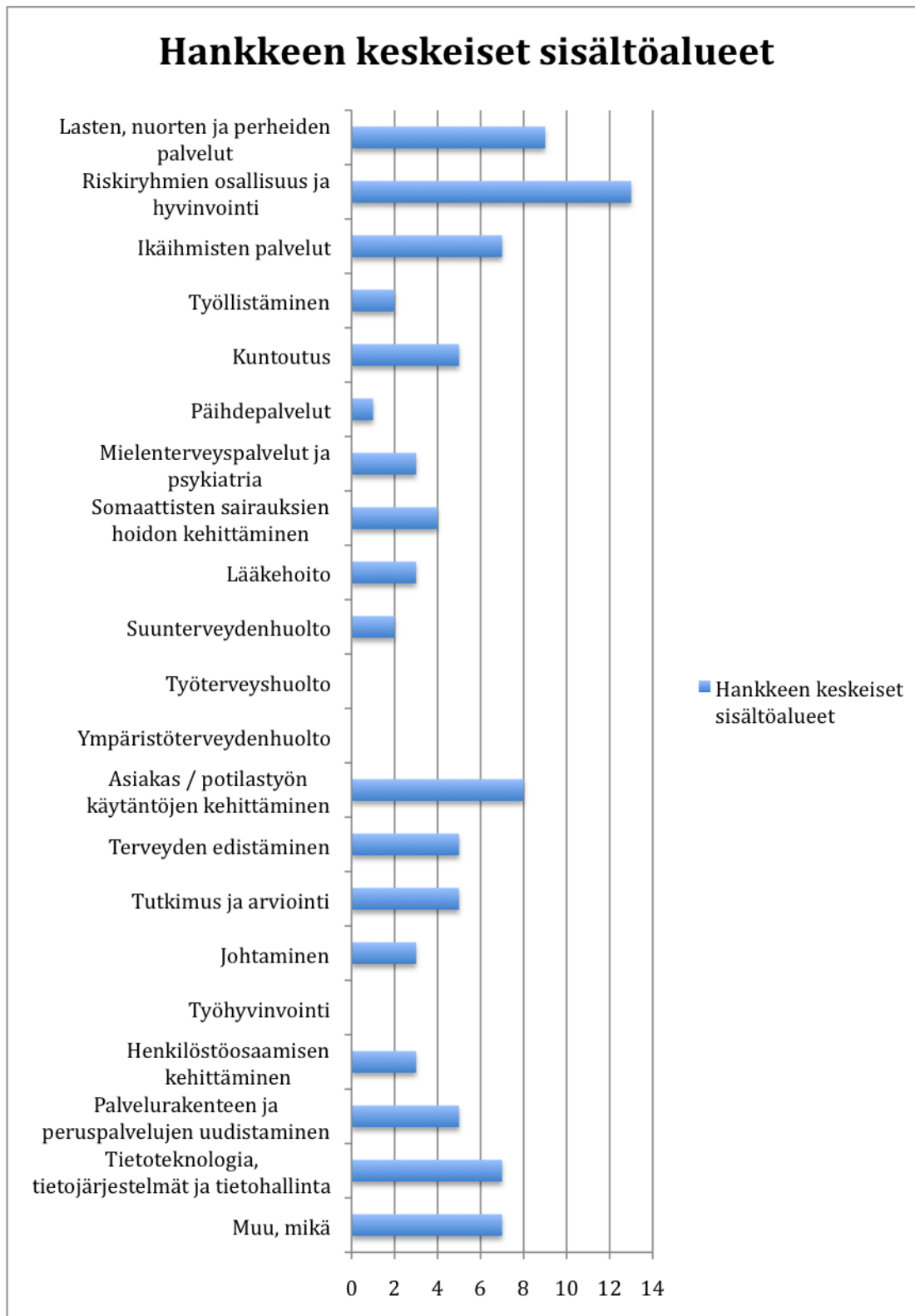
YK-liitto, 2015. <http://www.ykliitto.fi/yk70v/sosiaalinen>. Viitattu 3.7.2015.

LIITTEET

LIITE 1. Vastaajan organisaatio



LIITE 2. Hankkeen keskeiset sisältöalueet



LIITE 3. Kyselylomake



Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen - selvitys nykytilasta

Paljonko maakunnassamme satsataan sote-palveluiden kehittämiseen?

Hyvät sote-palveluista ja/tai kehittämistoiminnasta vastaavat,

Osana Keski-Suomen SOTE 2020 -hanketta suunnitellaan kehittämistoiminnan järjestämistä parhaalla mahdollisella tavalla. Tätä varten on tarpeen hahmottaa läpileikkaus nykyisistä kuntien ja kuntayhtymien sote-kehittämistoimintaan käyttämistä voimavaroista ja siitä, miten ne jakautuvat eri sisältöjen kesken. Valitettavasti tällaista tietoa ei ole kootusti saatavilla, joten **toivottavasti ehditte vastata oheiseen lyhyeen kyselyyn 19.6. mennessä.**

Tarkastelussa tässä on sellainen julkisen sektorin kehittämistoiminta, johon on käytettävissä ulkopuolista erillisrahoitusta tai johon on siirretty tietty työpanos tai resurssi. Kartoituksen kohteena ovat tänä vuonna käynnissä olevat kehittämistoimet, siis esim. hankkeet, projektit, tutkimukset tai täydennyskoulutuskokonaisuudet, jotka sisältävät kehittämisen elementtejä. Mukaan luetaan myös esimerkiksi järjestön tai muun ulkopuolisen tahon hallinnoima kehittämishanke, jonka kanssa sote-toimijat tekevät yhteistyötä ja jonka toteutukseen käytetään vaikkapa kunnan työntekijän työpanosta tietty määrä. Tämän kyselyn ulkopuolelle rajataan omana työnä ilman erillisresurssia tapahtuva kehittäminen sekä ammatillinen peruskoulutus tai opiskelijoiden ohjaus.

Yhteistyöterveisin,

Raili Haaki
johtaja (ajalla 1.4.2014-31.10.2016)
Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Matarankatu 4, 40100 Jyväskylä
puh: 050 3046245
koskeverkko.fi

1. Vastaaajan organisaatio *

- Hankasalmi
- Joutsa
- Jyväskylä

- Kannonkoski
 - Karstula
 - Keuruu
 - Kinnula
 - Kivijärvi
 - Konnevesi
 - Kyyjärvi
 - Laukaa
 - Luhanka
 - Multia
 - Muurame
 - Petäjävesi
 - Pihtipudas
 - Saarijärvi
 - Toivakka
 - Uurainen
 - Viitasaari
 - Äänekoski
 - Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
 - Perusturvaliikelaitos Saarikka
 - Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveystieteiden keskus JYTE
 - Keski-Suomen Seututerveystieteiden keskus
 - Wiitaunioni
 - Muu, mikä?
-

2. Vastaajan yhteystiedot

Nimi _____

Puhelinnumero _____

Sähköposti _____

3. Perustiedot hankkeesta

Hankkeen nimi

Hallinnoija

Toteutusajankohta

4. Rahoittaja

- Sosiaali- ja terveysministeriö STM
- EU-rakennerahastot (ESR, EAKR)
- Tekes – teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus
- Raha-automaattiyhdistys RAY
- Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra
- Kunnallisanon kehittämissäätiö
- 100 % omarahoitteinen

Muu, mikä

5. Rahoituksen määrä

Kokonaisrahoitus eur

josta organisaation omarahoitusosuus eur

6. Hankkeeseen palkattu henkilömäärä

7. Hankkeen toimiala

- Perusterveydenhuolto

- Sosiaalihuolto
 - Erikoissairaanhoido
 - Opetus ja koulutus
 - Varhaiskasvatus
 - Liikunta ja vapaa-aika
 - Työllisyyspalvelut
 - Muu, mikä
 -
-

8. Hankkeen keskeiset sisältöalueet

- Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
- Riskiryhmien osallisuus ja hyvinvointi
- Ikäihmisten palvelut
- Työllistäminen
- Kuntoutus
- Päihdepalvelut
- Mielenterveyspalvelut ja psykiatria
- Somaattisten sairauksien hoidon kehittäminen
- Lääkehoito
- Suunterveydenhuolto
- Työterveyshuolto
- Ympäristöterveydenhuolto
- Asiakas/potilastyön käytäntöjen kehittäminen
- Terveyden edistäminen
- Tutkimus ja arviointi
- Johtaminen
- Työhyvinvointi
- Henkilöstöosaamisen kehittäminen
- Palvelurakenteen ja peruspalvelujen uudistaminen
- Tietoteknologia, tietojärjestelmät ja tiedonhallinta

Muu, mikä ?

9. Hankkeen päätavoite

Kuvaa lyhyesti enintään 1-3 lauseella

10. Keskeiset yhteistyötahot

11. Muita mahdollisia tarkennuksia hankkeesta

Kiitos!

LIITE 4. Saatekirje

Otsikko: Kehittämistyönne mukaan kartoitukseen!

Paljonko maakunnassamme satsataan sote-palveluiden kehittämiseen?

Hyvät sote-palveluista ja/tai kehittämistoiminnasta vastaavat,

Osana Keski-Suomen SOTE 2020 -hanketta suunnitellaan kehittämistoiminnan järjestämistä parhaalla mahdollisella tavalla. Tätä varten on tarpeen hahmottaa läpileikkaus nykyisistä kuntien ja kuntayhtymien sote-kehittämistoimintaan käyttämistä voimavaroista ja siitä, miten ne jakautuvat eri sisältöjen kesken. Valitettavasti tällaista tietoa ei ole kootusti saatavilla, joten **toivottavasti ehditte vastata oheiseen lyhyeen kyselyyn 19.6. mennessä.**

Tarkastelussa tässä on sellainen julkisen sektorin kehittämistoiminta, johon on käytettävissä ulkopuolista erillisrahoitusta tai johon on siirretty tietty työpanos tai resurssi. Kartoituksen kohteena ovat tänä vuonna käynnissä olevat kehittämistoimet, siis esim. hankkeet, projektit, tutkimukset tai täydennyskoulutuskokonaisuudet, jotka sisältävät kehittämisen elementtejä. Mukaan luetaan myös esimerkiksi järjestön tai muun ulkopuolisen tahon hallinnoima kehittämishanke, jonka kanssa sote-toimijat tekevät yhteistyötä ja jonka toteutukseen käytetään vaikkapa kunnan työntekijän työpanosta tietty määrä. Tämän kyselyn ulkopuolelle rajataan omana työnä ilman erillisresurssia tapahtuva kehittäminen sekä ammatillinen peruskoulutus tai opiskelijoiden ohjaus.

Välitättehän tämän kyselyn eteenpäin organisaatiossanne ko. vastuuhenkilöille vastattavaksi.

Vastaaminen tapahtuu sähköisellä lomakkeella osoitteessa <https://www.webpolsurveys.com/S/96EB0ABFEE15D8FD.par>. Kustakin kehittämistoimesta täytetään oma vastauslomakkeensa. Lomakkeen täyttäminen vie 5-10 minuuttia.

Mikäli organisaatiossanne **ei ole meneillään** ko. kehittämistoimintaa, toivon, että **ilmoitatte siitä vastaamalla tähän viestiin**. Sen tiedon saatuaamme emme muistuttele teitä turhaan kyselyyn vastaamisesta.

Kyselyn tulokset ovat saatavilla syksyllä 2015 ja niiden pohjalta laaditaan kandidaatin opinnäytetyö sosiaalityön oppiaineeseen.

Suuri kiitos vaivannäöstänne!

t. Raili Haaki

lisätietoja:

Raili Haaki
johtaja (ajalla 1.4.2014-31.10.2016)
Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Matarankatu 4, 40100 Jyväskylä
puh: 050 3046245
www.koskeverkko.fi